別記様式第２号（その１の１）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

基　本　計　画　書

基　本　計　画										
事　項	記　入　欄									備　考
計画の区分	研究科の設置									
フリガナ 設置者	ガッコウホウジン ナラガクエン 学校法人　奈良学園									
フリガナ 大学の名称	ナラガクエンダイガクダイガクイン 奈良学園大学大学院（Graduate School of Naragakuen University）									
大学本部の位置	奈良県奈良市中登美ヶ丘3丁目15番1号									令和４年４月１日より変更
大学の目的	奈良学園大学大学院は、教育基本法及び学校教育法の定めるところにより、奈良学園大学の建学の精神と教育理念に則り、学部における一般的・専門的教養の基礎の上に、高度にして専門的な学術の理論とその応用を教授・研究し、または高度の専門性が求められる職業を担うための深い学識と卓越した能力を培い、もって社会の発展及び文化の進展に寄与することを目的とする。									
新設学部等の目的	本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。									
新設学部等の概要	新設学部等の名称	修業年限	入学定員	編入学定員	収容定員	学位又は称号	開設時期及び開設年次	所在地		
	リハビリテーション学研究科 [Graduate School of Rehabilitation Science] リハビリテーション学専攻 [Master Course of Rehabilitation Science]	年 2 4	人 4 4	年次 人 － －	人 8 8	修　士 （リハビリテーション学） [Master of Rehabilitation Science]	年　月 第　年次 令和5年4月 第1年次	奈良市中登美ヶ丘 ３丁目１５番１号		【基礎となる学部等】保健医療学部リハビリテーション学科 １４条特例の実施
同一設置者内における変更状況（定員の移行，名称の変更等）	奈良学園大学　人間教育学部　人間教育学科［移転］　（ 150）　（令和3年12月届出）									
教育課程	新設学部等の名称	開設する授業科目の総数				卒業要件単位数				
		講義	演習	実験・実習	計					
	リハビリテーション学研究科[Graduate School of Rehabilitation Science] リハビリテーション学専攻[Master Course of Rehabilitation Science]	16　科目	3　科目	0　科目	19　科目	30　単位				

教員組織の概要	学部等の名称		専任教員等						兼任教員等
			教授	准教授	講師	助教	計	助手	
	新設分	リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）	人 9 (9)	人 2 (2)	人 5 (5)	人 2 (2)	人 18 (18)	人 0 (0)	人 8 (8)
		計	9 (9)	2 (2)	5 (5)	2 (2)	18 (18)	0 (0)	－ (－)
	既設分	看護学研究科看護学専攻（修士課程）	9 (9)	5 (5)	5 (5)	0 (0)	19 (19)	0 (0)	12 (12)
		計	9 (9)	5 (5)	5 (5)	0 (0)	19 (19)	0 (0)	－ (－)
	合　計		18 (18)	7 (7)	10 (10)	2 (2)	37 (37)	0 (0)	－ (－)

教員以外の職員の概要	職種	専任	兼任	計	
	事務職員	人 44 (44)	人 18 (18)	人 62 (62)	
	技術職員	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	図書館専門職員	4 (4)	4 (4)	8 (8)	
	その他の職員	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	計	48 (48)	22 (22)	70 (70)	

校地等	区分	専用	共用	共用する他の学校等の専用	計	
	校舎敷地	25,885.00㎡	4,408.00㎡	26,540.00㎡	56,833.00㎡	
	運動場用地	0.00㎡	24,467.00㎡	0.00㎡	24,467.00㎡	運動場用地は奈良学園大学小学校、奈良学園登美ヶ丘中学校・高等学校と共用
	小計	25,885.00㎡	28,875.00㎡	26,540.00㎡	81,300.00㎡	
	その他	5,293.00㎡	6,734.00㎡	2,100.00㎡	14,127.00㎡	奈良学園小学校 収容定員720人 基準面積7200㎡ 奈良学園登美ヶ丘中学校 収容定員600人 基準面積7200㎡ 奈良学園登美ヶ丘高等学校 収容定員675人 基準面積8400㎡
	合計	31,178.00㎡	35,609.00㎡	28,640.00㎡	95,427.00㎡	

校舎	専用	共用	共用する他の学校等の専用	計	
	27,984.95㎡	0㎡	0㎡	27,984.95㎡	大学全体

教室等	講義室	演習室	実験実習室	情報処理学習施設	語学学習施設	大学全体
	29室	22室	27室	2室 （補助職員　0人）	0室 （補助職員　0人）	研究科単位で特定困難なため

専任教員研究室	新設学部等の名称	室数	
	リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻	28室	保健医療学部リハビリテーション学科と共用

図書・設備	新設学部等の名称	図書 〔うち外国書〕 冊	学術雑誌 〔うち外国書〕 種	電子ジャーナル 〔うち外国書〕	視聴覚資料 点	機械・器具 点	標本 点	
	リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻	2,109〔220〕 (2,109〔220〕)	31〔25〕 (31〔25〕)	9〔5〕 (9〔5〕)	204 (204)	1,912 (1,912)	17 (0)	研究科単位での算出不能のため、保健医療学部リハビリテーション学科と共用を含む全体数
	計	2,109〔220〕 (2,109〔220〕)	31〔25〕 (31〔25〕)	9〔5〕 (9〔5〕)	204 (204)	1,912 (1912)	17 (0)	

図書館			面積		閲覧座席数			収納可能冊数		大学全体 体育館その他スポーツ施設は小中高校と共用
			1,385.24㎡		232席			122,644冊		
体育館			面積		体育館以外のスポーツ施設の概要					
			7,221.27㎡		野球場1面、サッカー場1面、テニスコート6面					
経費の見積り及び維持方法の概要	経費の見積り	区分	開設前年度	第1年次	第2年次	第3年次	第4年次	第5年次	第6年次	研究科単位での算出不能のため、学部との合計 図書購入費には電子ジャーナル・データベースの整備費（運用コスト含む）を含む 設備購入費にはPCソフト使用料を含む
		教員1人当り研究費等		550千円	550千円					
		共同研究費等		2,000千円	2,000千円					
		図書購入費	0千円	1,320千円	1,320千円					
		設備購入費	4,839千円	2,589千円	200千円					
	学生1人当り納付金		第1年次	第2年次	第3年次	第4年次		第5年次	第6年次	
			950千円	750千円	－ 千円	－ 千円		－ 千円	－ 千円	
	学生納付金以外の維持方法の概要		私立大学等経常費補助金、資産運用収入、雑収入							

既設大学等の状況	大学の名称	奈良学園大学							
	学部等の名称	修業年限	入学定員	編入学定員	収容定員	学位又は称号	定員超過率	開設年度	所在地
		年		年次 人	人		倍		
	大学院 看護学研究科	2	8	－	16	修士（看護学）	0.68	平成30年度	
	保健医療学部 看護学科	4	80	ー	320	学士(看護学)	1.09	平成26年度	奈良県奈良市中登美ヶ丘３丁目１５番１号
	リハビリテーション学科	4	80	－	320	学士（理学療法学）・（作業療法学）	0.89	平成31年度	
	人間教育学部 人間教育学科	4	150	－	600	学士（教育学）	0.93	平成26年度	
附属施設の概要		なし							

教育課程等の概要

（リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻　修士課程）

科目区分		授業科目の名称	配当年次	単位数 必修	単位数 選択	単位数 自由	授業形態 講義	授業形態 演習	授業形態 実験・実習	専任教員等の配置 教授	専任教員等の配置 准教授	専任教員等の配置 講師	専任教員等の配置 助教	専任教員等の配置 助手	備考
基盤科目		教育心理学特論	1前		2		○								兼1
		リハビリテーション教育学特論	1後		2		○			2					オムニバス
		医療管理特論	1後		2		○								兼2 オムニバス
		研究方法特論	1前	2			○					3			オムニバス
		研究倫理特論	1前	2			○			3	1				オムニバス
		統計解析特論	1後		2		○			1	1				オムニバス・共同（一部）
		医療政策特論	1前		2		○								兼1
		専門職間連携特論	1前	2			○			1		1	1		兼2 オムニバス・共同（一部）
		リハビリテーション技術特論	1後		1		○			1					兼2 オムニバス・共同（一部）
		リハビリテーション研究特論	1後		2		○					2			オムニバス・共同（一部）
		小計（10科目）	－	6	13	0	－			6	2	5	1	0	兼8 －
専門科目	臨床実践リハビリテーション学分野	運動機能障害リハビリテーション学特論	1後		2		○			2	1				オムニバス
		内部機能障害リハビリテーション学特論	1後		2		○			1	1	1			オムニバス
		高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	1後		2		○			1		1			オムニバス・共同（一部）
		臨床実践特別演習	2前		4			○		4	2	2			オムニバス・共同
	生活支援リハビリテーション学分野	地域リハビリテーション・ケア学特論	1後		2		○			1		1	1		オムニバス・共同（一部）
		疼痛ケア・リハビリテーション学特論	1後		2		○			1		1	1		オムニバス・共同（一部）
		高齢者リハビリテーション学特論	1後		2		○			3		1			オムニバス
		生活支援特別演習	2前		4			○		5		3	2		オムニバス・共同
		小計（8科目）	－	0	20	0	－			9	2	5	2	0	0 －
研究科目		リハビリテーション学特別研究	1～2通	8				○		9	2	5			
		小計（1科目）	－	8	0	0	－			9	2	5	0	0	0 －
合計（19科目）			－	14	33	0	－			9	2	5	2	0	兼8 －

学位又は称号	修士（リハビリテーション学）	学位又は学科の分野	保健衛生学関係（リハビリテーション学関係）

卒業要件及び履修方法	授業期間等	
・基盤科目から必修6単位を含み10単位以上 ・専門科目から2つの分野のうち１つの分野を主たる分野として 特別演習4単位を含む8単位以上 他の分野の特論科目から2単位以上 基盤科目又は他の分野の特論科目から2単位以上 計12単位以上 ・研究科目から特別研究8単位 合計30単位以上を修得し、修士論文の審査及び最終試験に合格すること。	１学年の学期区分	2 学期
	１学期の授業期間	15 週
	１時限の授業時間	90 分

別記様式第２号（その３の１）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

授　業　科　目　の　概　要

（リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻）

科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
基盤科目	教育心理学特論	教育心理学は、心理学の手法を用いて教育の科学的基礎を実証的に探究し、その知見を応用して、教育の実践に資することを目指す学問である。教育心理学には、リハビリテーション分野と関わりの深い、成長、発達（生涯発達）、学習、認知、人格・適応、臨床・健康、特別支援・障害、学校・保育心理、測定・評価・研究法・社会などの領域がある。本講義では、教育心理学の主要な理論と、発達・学習・認知などの教育心理学的研究の方法論、ならびに、近年の研究動向と課題を学び、これらの教育心理学分野の学びを生かして人間の健康的な生活を支えるための方法について考え、リハビリテーション分野における研究や実践活動への応用を検討する。	
	リハビリテーション教育学特論	（概要）新人教育が想定する卒後3年を目途に，理学療法士・作業療法士が医療専門職として修得しておくべき知識・技能および態度を考え、そこに至る過程を熟考し、学内教育および臨床実習教育が備える教育内容を理解する。同時に、指定規則改変（2022年）に伴う診療参加型臨床実習の理念と方法を学修し、学内教育と現場教育のシームレス化を考察し、その方法を検討する。また、各施設の現状を理解し、理学療法士および作業療法士の現場教育を振り返るとともに、それに必要な教育知識や技術を検討し、現場教育における支援方法を学修する。 （オムニバス方式/全15回） （7 池田耕二/10回） 理学療法士・作業療法士の教育カリキュラムの現状と課題について説明した上で、臨床実習教育前後における到達目標のあり方と診療参加型臨床実習教育の理念と方法について教授する。 （8 飯塚照史/5回） 新人および中堅の理学療法士・作業療法士に対する現場教育の課題抽出と教育支援方法について教授する。	オムニバス方式
	医療管理特論	（概要）変化し続ける社会・医療情勢の中で、保健・医療・福祉に関わる組織と業務はより多様で複雑化している。医療機関は、医療制度の現状と動向を視野に入れた広い観点から利用者に良質な医療を提供するとともに、それぞれの組織と業務のシステムにおいては各従事者の健康と安全・成長を確保するための配慮が求められる。本講義では、医療現場におけるコミュニケーション、リーダーシップ、状況認識、意思決定など医療安全と組織マネジメントに必要な基礎理論を踏まえて、医療現場でリーダーシップを発揮し、組織を健全にマネジメントできるリハビリテーション専門職として役割を遂行できる能力の向上を目指す。 （オムニバス方式/全15回） （20 上野栄一/12回） 医療管理上必要な保健・医療・福祉に関する法制度、医療安全管理・医療倫理等を概観したうえで、医療現場のリスクや健康マネジメントの仕組みを解説し、組織の管理者として必要な知識を教授する。 （21 西薗貞子/3回） 医療組織がチームとして担っている良質なサービスと、組織内従事者の能力能力育成・キャリア開発との相補的な関係を解説し、医療組織の管理者が備えておくべき重要な観点を教授する。	オムニバス方式

科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
基盤科目	研究方法特論	（概要）修士論文を作成する上で必要な研究計画及び研究デザインなど研究の基本的な態度やスキルについて学修する。大学院での学習には、論文を書く能力、とくに文章表現力の養成は重要な課題である。アカデミック・ライティングには多くの資料を読むことが必要であり、これを前提に、自分に必要な資料を選ぶ技能を習得する。続いて、集めた資料を参照するための整理の方法を習得する。自分の言葉で整理し、要約する技術を習得する。授業では、自分の興味のある課題についてのフリーライティングを実施する。引用の仕方、パラグラフの書き方に始まり、文章の構成、論文のレイアウト、参考文献の記載方法、および効果的な図表の使い方を学習する。 （オムニバス方式/全15回） （16 滝本幸治/5回） 研究の目的と種々の条件に応じた各種研究方法の特徴と限界を解説したうえで、研究デザインおよび研究計画作成に関する重要事項を教授する。 （14 福原啓太/3回） 科学的論文を執筆するために必要な資料を検索し選択する技能を習得させたうえで、集めた資料を整理し適切に活用する方法について教授する。 （15 城野靖朋/7回） アカデミック・ライティングとはどのような文章なのかを理解させたうえで、学術論文の構成や専門用語・概念の定義づけを含め、論理的な文体で説得力のある学術論文を書く基本的技能について教授する。	オムニバス方式
	研究倫理特論	（概要）学術研究に携わる者が果たすべき責任とは何かという問いに、受講者が自ら答えを出すことができることを目的に、基本的人権や医療倫理、生命倫理という広い観点から問題を説き起こし、学術研究における公正性と責任ある研究活動にいたるまでを多様な視点から検討する。さらに、研究の計画から遂行、成果発表や査読にいたるまでのプロセスにおいて、研究者が果たすべき役割と責任について、教員がこれまで行ってきた研究活動の具体的事例をまじえながら授業を進める。特に、研究を実施する上で重要となる研究倫理審査を受審する上で備えるべき研究の倫理的配慮について教授する。 （オムニバス方式/全15回） （1 西川隆/4回） 研究倫理の基礎となる人権や医療倫理、生命倫理の歴史的背景を解説し、学術研究における公正性と責任ある研究活動のための基本的視点を教授する。 （6 伊藤健一/4回） 学術研究一般の社会的意義と研究者の責任について解説し、とりわけ人と動物に関する研究に焦点を当て、研究を実践するうえで重要となる倫理的観点を教授する。 （① 辻下守弘/4回） 研究倫理審査のプロセスについて概観したうえで、研究倫理審査を受審する際に備えておくべき重要事項について教授する。 （10 藤田信子/3回） 公正と責任ある研究活動に必要な研究の計画から遂行、そして成果発表や論文投稿における査読にいたるプロセスを解説し、各段階で問題となる倫理的について教授する。	オムニバス方式

科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
基盤科目	統計解析特論	（概要）学術研究とは実証的な研究であり、それを正しく遂行するためには、統計に関する理解が必要不可欠となる。本科目では、リハビリテーション学領域の実証研究において用いられる主な統計解析手法を取り上げ、その統計分析が何を意味するのかあるいはどのような場合に使うべきなのかを解説する。また、具体的な研究事例を提示しながらSPSSなどの統計ソフトウェアを用いた統計解析を提示することにより、自らの研究課題に適用する統計解析手法をイメージできるような授業を展開する。 （オムニバス方式/全15回） （9 大浦智子/7回） 多変量のデータを解析する手法について解説するとともに、教員自身の研究で収集したサンプルデータの統計ソフトを用いた解析過程を提示することにより、データの性質と研究目的に応じた解析手法を教授する。 （11 阿波邦彦/7回） 研究データの種類と特徴およびそれらに応じた統計解析法について解説し、教員がこれまで行ってきた具体的な研究事例における統計解析を例示しながら、エビデンスに基づく研究の進め方を教授する。 （9 大浦智子、11 阿波邦彦 /1回）（共同） 学生個々の研究疑問から統計解析の計画を立案させ、統計解析の知識の応用にいざなう。	オムニバス方式・共同（一部）
	医療政策特論	本科目では、はじめにわが国の社会環境と健康概念を理解する。また，現在推進されている保健医療政策「健康日本21」を支えている社会保障の諸制度（社会保険、社会福祉、公的扶助、公衆衛生の諸制度）を概説した上で、医療制度の現代的意味と医療制度の新しい展望についての理解を深める。また、21世紀の保健医療政策が国民の多様な健康状態を支える保健・医療の機能の推進に対し、どのような課題に直面し、高度専門職の役割はどのような方向を目指すべきかについて論じる。最後に、保健・医療経済学的な観点から保健・医療を評価する方法とその適用限界、そして保健・医療供給体制と地域包括ケアシステムの在り方などについて教授する。	

科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
基盤科目	専門職間連携特論	（概要）多様な状況の対象者に保健・医療・福祉サービスを提供するための専門職間連携について、その理念と各現場での実践の経緯を学ぶとともに、現在推し進められている地域包括ケアシステムを中心に、現状の課題と将来の方向性を検討する。その中で、医学的視点だけでなく、対象者の心理的・社会的な視点にも配慮した専門職種間の有機的な連携と協業についての実践的知識および連携のためのマネージメントについて、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員それぞれの専門的立場から多面的に考察し、多職種連携が果たす役割や機能について教授する。さらに各地域の特色を生かした地域包括ケアシステムの実例を検討することにより、将来受講者がそれぞれの生活地域で専門職間連携の一翼を担いうる能力を養成する。 （オムニバス方式/全15回） （1 西川隆/3回） 病院内チーム医療と多職種間連携教育の理念と経緯について解説するとともに、医師の立場から専門職間連携の役割と機能について教授する。 （13 吉川義之/4回） 地域包括ケアシステムの概要を解説するとともに、理学療法士の立場から専門職間連携の役割と機能について教授する。 （18 中島大貴/3回） 地域の特性に配慮した地域包括ケアシステムの実例を解説するとともに、作業療法士の立場から専門職間連携の役割と機能について教授する。 （22 中島栄之介/3回） 特別支援教育における専門職間連携の経緯と現状を解説するとともに、言語聴覚士の立場から専門職間連携の役割と機能について教授する。 （26 豊岡祐子/2回） 地域包括ケアシステムにおける介護支援専門員および看護師の役割と実践例を教授する	オムニバス方式

科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
基盤科目	リハビリテーション技術特論	（概要）近年のICT（情報通信技術）の発展に伴い、リハビリテーション医療のDX化（データ・デジタル化）が急速に発展している。従来のリハビリテーションでは、セラピストの知識や経験に依存して治療が行われてきたが、先端技術を併用すればセラピストの技量を超えてより効果的なリハビリテーション医療を実践できると考えられている。本授業では、リハビリテーションの主たる対象者である高齢者に対して最先端技術であるバーチャルリアリティー技術や生体センサー技術を応用した新しいリハビリテーションの理論と臨床研究について論じた上で、リハビリテーションにおける先端計測技術の応用の実際を体感する。また先端技術と療法士の接点を学び、リハビリテーションの今後の発展と課題、先端技術のリハビリテーション応用の可能性について学修する。 （オムニバス方式/全8回） （24 長嶋洋一/3回） 国内外における先端技術を用いたリハビリテーションの開発状況を概観した上で、主に生体センサーを用いたバイオフィードバックを応用するための基盤技術について教授する。 (① 辻下守弘/2回) ハビリテーション機能を有する起立動作支援システムの基盤技術 の開発について教授する。 （25 小貫睦巳/2回） バーチャルリアリティー技術の基礎と高齢者に対する臨床応用について教授する。 （24 長嶋洋一、25 小貫睦巳、① 辻下守弘 /1回）（共同） 教員3人で講義内容を総括し、先端技術を応用した新たなリハビリテーションの未来を展望する。	オムニバス方式・共同（一部）
	リハビリテーション研究特論	（概要）医学研究では、基礎研究を積み重ねながら臨床研究に応用し、その結果新たに生じた問題を再び基礎研究で裏付けていくという過程を繰り返しながら、新たな評価法や治療法の開発・発展が実現して行く。本科目では、リハビリテーション領域の基礎研究の意義と実験動物や培養細胞を用いた実験手法と組織学、生化学や生理学などの解析手法について学修する。授業では、リハビリテーション基礎研究特有の文献検索と先行研究レビュー、研究目的の明確化や研究計画作成、そして研究倫理の遵守など基本的な事項について、教員が行う実際の基礎研究に基づき理解を深める。 （オムニバス方式/全15回） （12 野中紘士/6回） リハビリテーション領域における基礎研究の意義を解説し、実験動物や培養細胞を用いた実験手法と組織学、生化学や生理学などの解析手法について教授する。 （13 吉川義之/5回） 創傷治癒の促進技術の開発を例として培養細胞を用いた組織病理的実験手法を解説し、基礎的研究とリハビリテーションの実践との関連について教授する。 （12 野中紘士、13 吉川義之 /4回）（共同） 個々の学生の臨床的疑問から仮説を抽出し、基礎的研究で科学的に裏付けるための模擬計画を立案させ、研究意欲を促す。	オムニバス方式・共同（一部）

科目区分		授業科目の名称	講義等の内容	備考
専門科目	臨床実践リハビリテーション学分野	運動機能障害リハビリテーション学特論	（概要）本科目では、主に運動器傷害(外傷、障害)や中枢・末梢神経の障害に起因する運動機能障害に対する客観的分析法の教授を通じて，それらの評価、治療手法に関する研究や研究課題について習得する。さらに、運動機能障害の発症予防、あるいは二次的な身体障害への対応について考察し、健全な日常生活や社会活動を視野に入れた健康寿命の延伸に資する予防的支援を提案できる能力を養う。 （オムニバス方式/全15回） （4 橋本雅至/5回） 体幹・下肢運動器傷害リハビリテーションにおける問題点・課題の抽出、評価法、介入方法、予防法について教授する。 （8 飯塚照史/5回） 上肢運動機能障害リハビリテーションにおける問題点・課題の抽出、評価法、介入方法、予防法について教授する。 （10 藤田信子/5回） 運動制御に対するリハビリテーションにおける問題点・課題の抽出、評価法、介入方法、予防法について教授する。	オムニバス方式
		内部機能障害リハビリテーション学特論	（概要）本特論では内部機能障害領域における疑問や問題を自ら解決できる能力とリハビリテーションを科学的見地から考察できる高度理学療法士の育成を目的に授業を展開する。具体的にはEBMに基づく内部機能障害リハビリテーションについて解説し、併せてクリニカルクエスチョン（CQ）に対する文献レビューの演習を行う。さらに、CQの解決手法としての研究（臨床研究、観察研究、基礎研究）手法について教員がこれまでに行ってきた事例をまじえながら授業を行う。 （オムニバス方式/全15回） （6 伊藤健一/7回） 内部障害リハビリテーションの全体像を概観するとともに、各器官障害のリハビリテーションに関するエビデンスに基づいた情報の検索方法と臨床研究に発展させる過程について解説する。 （11 阿波邦彦/4回） 各器官の内部障害学に関する観察研究の研究手段と研究デザインおよび研究計画の作成法について教授する。 （12 野中紘士/4回） 各器官の内部障害学に関する実験研究の研究手段と研究デザインおよび研究計画の作成法について教授する。	オムニバス方式

科目区分		授業科目の名称	講義等の内容	備考
専門科目	臨床実践リハビリテーション学分野	高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	（概要）人間存在を生物・心理・社会（Bio-psycho-sociality)的次元の総体と捉えるモデルは、応用面の限界が指摘されているものの、医療の実践において重要な観点を提供し続けている。一方で、近年の脳科学・認知科学の進歩を背景に、器質性脳障害と心理障害の病態を統一的に捉えようとする病態理論が提起されている。一見矛盾するかに見える両者の理論は、脳機能に生物・心理・社会の各次元を表象する機構を想定する理論的枠組みによって統合的に把握することが可能であり、その枠組みに基づいてまた、治療とケアの戦略を導くことも期待できる。 本講では、こうした多次元的脳=認知理論の観点から、高次脳機能障害と心理障害を分析し治療戦略を立てるために必要となる脳機能解剖学に関する知識を総括するとともに、今日の有力な治療技法である認知療法、行動療法、精神分析の諸理論との関連を論じて、それらの知識を統合的に関連付けて修得させる。また事例検討を通じて、それらの病態理論を臨床的に応用する能力を養う。 （オムニバス方式/全15回） （1 西川隆/6回） 生物心理社会モデル、脳の階層的進化・発達の過程、大脳の左右半球への機能分化および半球内機能分化の大要について説明した上で、行動療法の理論的枠組みについて教授する。 （14 福原啓太/5回） 認知療法の理論的背景や実践例について説明するとともに、精神分析学的人間発達理論にについて教授する。 （1 西川隆・14 福原啓太/4回）（共同） 脳器質損傷、心理的障害、社会的問題それぞれが主な要因とみられる事例の多次元的評価と治療方法について検討する。	オムニバス方式・共同（一部）
		臨床実践特別演習	（概要）臨床リハビリテーションの実践過程で浮かび上がる諸問題を科学的根拠にもとづいて解決するために必要な方法論の修得を目的として、3つの専門領域の担当教員が臨床および研究に関する経験と知識を伝授するための演習を行う。具体的には、各専門領域の教員と意見交換しながら、学生自ら疑問を発掘し、学術的意義と科学的妥当性を有する研究課題へと錬成していくための、文献検索、一次情報・二次情報の入手と精選、重要文献の精読とノート作成、現時点で研究の到達点の見極めと知見の総合、課題の焦点化の過程を実体験しつつ修得する。さらに抽出された課題を解決するための調査や実験の基本構想を案出し、指導教員の指導の下に研究プロトコールを試作して、その研究遂行に必要な設備・機材・人員・資金を確保するための方策、および研究協力の依頼、倫理審査の申請等の諸手続き等に関するマネジメントを考案する。 （オムニバス方式/全30回） （4 橋本雅至、8 飯塚照史、10 藤田信子 /10回）（共同） 運動機能障害リハビリテーションにおける臨床研究の方法を演習形式で修得する。 （6 伊藤健一、11 阿波邦彦、12 野中紘士 /10回）（共同） 内部機能障害リハビリテーションにおける臨床研究の方法を演習形式で修得する。 （1 西川隆・14 福原啓太 /10回）（共同） 高次脳機能・心理障害リハビリテーションにおける臨床研究の方法を演習形式で修得する。	オムニバス方式・共同

科目区分		授業科目の名称	講義等の内容	備考
専門科目	生活支援リハビリテーション学分野	地域リハビリテーション・ケア学特論	（概要）地域により生活している人々のニーズは異なり、サービス提供にも工夫が求められる。リハビリテーションを必要としながら生活する人々のニーズを的確に捉え、ニーズに沿ったサービスを展開していく方法について検討する。様々なサービス提供活動の実際を知り、内容や提供方法を具体的に掘り下げ、専門職・関連機関の連携について考察することを通して、地域リハビリテーション活動の理念を理解し、包括的かつ継続的に活動を展開する力を養う。また、終末期ケアにおけるリハビリテーションのあり方についても検討する。 （オムニバス方式/全15回） （7 池田耕二/8回） 地域リハビリテーションの対象と現在の課題および将来の展望について解説するとともに、終末期ケアに焦点を当てて実践活動を展開するうえでの要点を教授する。 （15 城野靖朋/3回） 地域に在住する運動機能障害者の調査法と訪問リハビリテーションの実践について解説し、地域リハビリテーションの課題と解決方法を教授する。 （18 中島大貴/3回） 地域に在住する認知機能障害者の評価法を解説し、認知症に焦点を当てた地域リハビリテーションの課題と解決方法を教授する。 （7 池田耕二、15 城野靖朋、18 中島大貴 /1回）（共同） 各教員の地域リハビリテーションの実践経験をもとに、現状の課題と将来への展望について教授する。	オムニバス方式・共同（一部）
		疼痛ケア・リハビリテーション学特論	（概要）本科目では、「人間にとって痛みとは何か」について学ぶ。痛みのシグナルは末梢の侵害受容器から末梢神経、脊髄、脳と伝わり、脳で統合されて痛みとして感じる。痛覚伝達のしくみを学び、感覚としての痛みを理解し、さらに情動、行動といった痛みの多面性について理解を深める。痛みに関連した研究論文を抄読し理解し考察する機会を与える。これらの機会を通して、臨床現場で遭遇する様々な痛みに対し適切な判断を下し対応できる能力を養う。 （オムニバス方式/全15回） （5 柴田政彦/5回） 様々な痛みのメカニズムと慢性化の要因、神経機構を概説した上で、痛みの訴えの強い患者に対するコミュニケーションの取り方や認知行動療法の適応と方法について教授する。 （② 前田吉樹/5回） 痛みの認知・情動的側面に関与する要因やその計測方法について概説するとともに、恐怖条件付け学習の理論に基づいた疼痛リハビリテーション・ケアの方法について教授する。 （13 吉川義之/4回） 痛みの緩和を目的とした物理療法の適応と限界、および痛みと関連する褥瘡や組織損傷の治療を目的とした物理療法について教授する。 （5 柴田政彦、② 前田吉樹、13 吉川義之 /1回）（共同） 慢性疼痛の症例検討を通してリハビリテーション治療の将来的展望を論じる。	オムニバス方式・共同（一部）

科目区分		授業科目の名称	講義等の内容	備考
専門科目	生活支援リハビリテーション学分野	高齢者リハビリテーション学特論	（概要）高齢者に対するリハビリテーションは、単に高齢者の特異的疾患とそれによる障害に対応するだけでなく、高齢者特有の身体的、心理・社会的な特性を理解して、リハビリテーションを行う必要がある。本講義では、高齢者それぞれの特性に応じて、日常生活の活動を高め、積極的に社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいやQOL の向上を目指すことが可能となるリハビリテーションに必要な専門的知識と技術を教授し、今後、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」における高齢者リハビリテーションの専門性を高め、リーダーシップを発揮することができる専門職を育成する。 （オムニバス方式/全15回） （① 辻下守弘/6回） 高齢者リハビリテーションの現状と課題および高齢者の身体的、心理的、社会的な特徴とリハビリテーションにおける配慮について教授する。 （3 山形力生/2回） 高齢者リハビリテーションにおける運動器障害と日常生活動作障害について解説するとともに作業療法的な日常生活向上支援について教授する。 （9 大浦智子/4回） 高齢者の日常生活機能と生活の質向上を目指した作業療法的アプローチおよび訪問リハビリテーションの実践について教授する。 （16 滝本幸治/3回） 地域在住の虚弱高齢者を対象としたスクリーニングと介護予防の具体的な方法について教授する。	オムニバス方式
		生活支援特別演習	（概要）臨床リハビリテーションの実践過程で浮かび上がる諸問題を科学的根拠にもとづいて解決するために必要な方法論の修得を目的として、3つの専門領域の担当教員が臨床および研究に関する経験と知識を伝授するための演習を行う。具体的には、各専門領域の教員と意見交換しながら、学生自ら自らの臨床経験を省察して疑問を発掘し、学術的意義と科学的妥当性を有する研究課題へと錬成していくための、文献検索、一次情報・二次情報の入手と精選、重要文献の精読とノート作成、現時点で研究の到達点の見極めと知見の総合、課題の焦点化の過程を実体験しつつ修得する。さらに抽出された課題を解決するための調査や実験の基本構想を案出し、指導教員の指導の下に研究プロトコールを試作して、その研究遂行に必要な設備・機材・人員・資金を確保するための方策、および研究協力の依頼、倫理審査の申請等の諸手続き等に関するマネジメントを考案する。 （オムニバス方式/全30回） （7 池田耕二、15 城野靖朋、18 中島大貴 /10回）（共同） 地域リハビリテーションおよび終末期ケアにおける臨床研究の方法を演習形式で修得する。 （5 柴田政彦、② 前田吉樹、13 吉川義之 /10回）（共同） 疼痛ケア・リハビリテーションにおける臨床研究の方法を演習形式で修得する。 （① 辻下守弘、3 山形力生、9 大浦智子、16 滝本幸治 /10回）（共同） 高齢者リハビリテーションにおける臨床研究の方法を演習形式で修得する。	オムニバス方式・共同

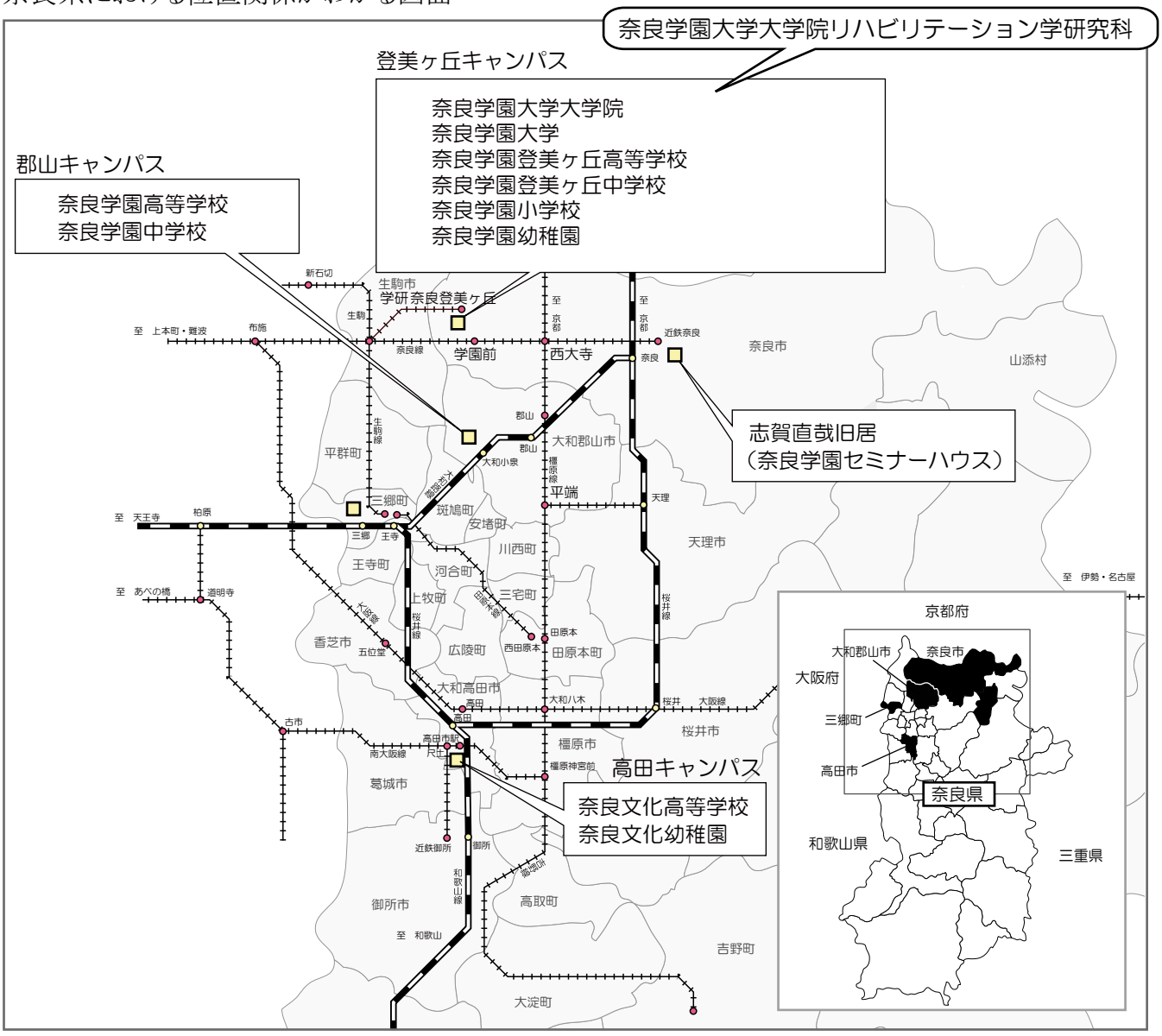
科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
研究科目	リハビリテーション学特別研究	（概要）リハビリテーション学分野における幅広い理解を深めるとともに、臨床実践リハビリテーション学分野及び生活支援リハビリテーション学分野に関する一つの研究課題に対して、関連文献の検索と整理、研究デザインの設定からデータ収集および解析、研究結果の考察、そして論文完成に至る過程について指導する。 （1 西川隆） 認知症を含む器質性精神障害および心因や環境因の関与がより大きい機能性精神障害を対象として治療アプローチに関する研究を指導する。 （① 辻下守弘） 運動機能向上を目的としたバイオフィードバックやバーチャルリアリティ技術を応用した運動トレーニングに関して研究指導する。 （5 柴田政彦） ヒトを対象とした痛みの認知行動療法や集学的治療に関連した脳科学や臨床疫学など行動科学的な側面から研究指導する。 （3 山形力生） 中枢神経系障害を対象にした日常生活活動支援（福祉用具などの環境支援を含む）に関して、また対人関係能力の基礎としてのコミュニケーション・スキルに関して研究指導する。 （4 橋本雅至） バイオメカニクス・病態運動学の観点から、運動器・スポーツ傷害の要因解明やスポーツ復帰や発生予防のための効果的なトレーニングに関して研究指導する。 （6 伊藤健一） 慢性呼吸器疾患を対象とした呼吸リハビリテーションにおける評価や治療の新規開発に関連した研究について研究指導を行う。 （7 池田耕二） 地域における緩和・終末期の高齢者に対する理学療法や生活支援、また家族負担軽減のための介入方法について研究指導する。 （8 飯塚照史） 手外科分野における運動機能障害に関する臨床研究について研究指導する。 （9 大浦智子） 高齢者の生活機能向上と効果的なリハビリテーション・ケアの阻害因子の解明と評価・治療の開発に関する研究指導する。 （10 藤田信子） 高齢者の動的・静的姿勢の認知制御がもたらすリハビリテーションの手法や効果の検証に関して研究指導する。 （11 阿波邦彦） 慢性呼吸器疾患と肺がんに対する呼吸リハビリテーションに関して研究指導する。 （12 野中紘士） 骨格筋障害のメカニズムや予防・改善法について、形態学的、生化学的手法を用いた基礎研究と指導をする。	

科目区分	授業科目の名称	講義等の内容	備考
研究科目	リハビリテーション学特別研究	（13 吉川義之） 褥瘡や糖尿病性足潰瘍などの慢性創傷に対する物理的刺激の介入効果に関して臨床・基礎研究の双方から解明する研究を指導する。 （14 福原啓太） 統合失調症の社会機能障害と語用論的機能を含むコミュニケーション能力、陰性症状に含まれる情動表出能力の関連性を明らかにする研究を指導する。 （15 城野靖朋） 姿勢制御や随意運動の神経学的、運動学的解明によるリハビリテーションへの応用を目的とした運動制御に関して研究指導する。 （16 滝本幸治） 要介護状態に至るリスクが高い高齢者をスクリーニングし、介護予防など効果的な予防活動を展開し効果検証を行うための研究指導する。	

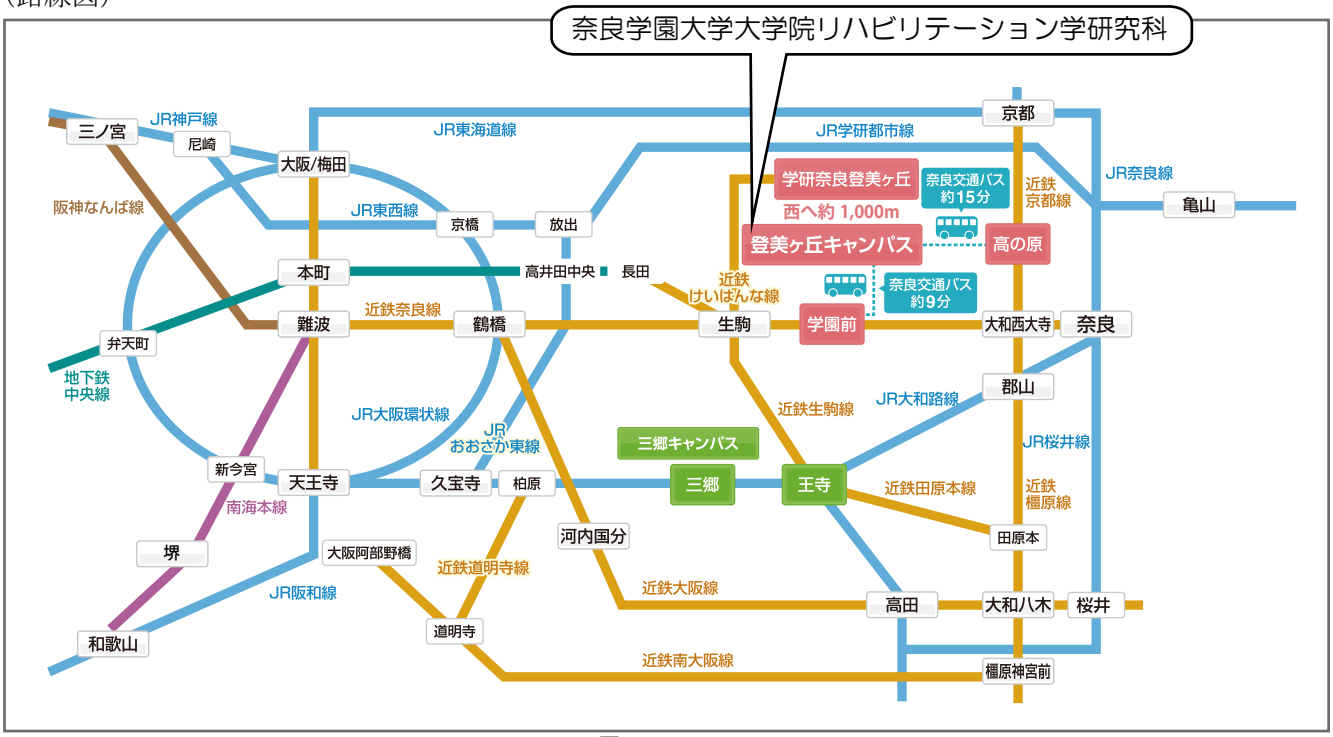
学校法人奈良学園　設置認可に関わる組織の移行表

令和4年度	入学定員	編入学定員	収容定員	→	令和5年度	入学定員	編入学定員	収容定員	変更の事由
奈良学園大学					奈良学園大学				
人間教育学部					人間教育学部				
人間教育学科					人間教育学科				
人間教育学専攻	120	－	480	→	人間教育学専攻	120	－	480	
中等(数学・音楽) 専攻	30	－	120		中等(数学・音楽) 専攻	30	－	120	
保健医療学部				→	保健医療学部				
看護学科	80	－	320		看護学科	80	－	320	
リハビリテーション学科					リハビリテーション学科				
理学療法学専攻	40	－	160		理学療法学専攻	40	－	160	
作業療法学専攻	40	－	160		作業療法学専攻	40	－	160	
計	310	－	1,240		計	310	－	1,240	
奈良学園大学大学院					奈良学園大学大学院				
看護学研究科					看護学研究科				
看護学専攻（M）	8	－	16		看護学専攻（M）	8	－	16	
				→	リハビリテーション学研究科				研究科の設置（認可申請）
					リハビリテーション学専攻（M）	4	－	8	研究科の設置（認可申請）
計	8	－	16		計	12	－	24	

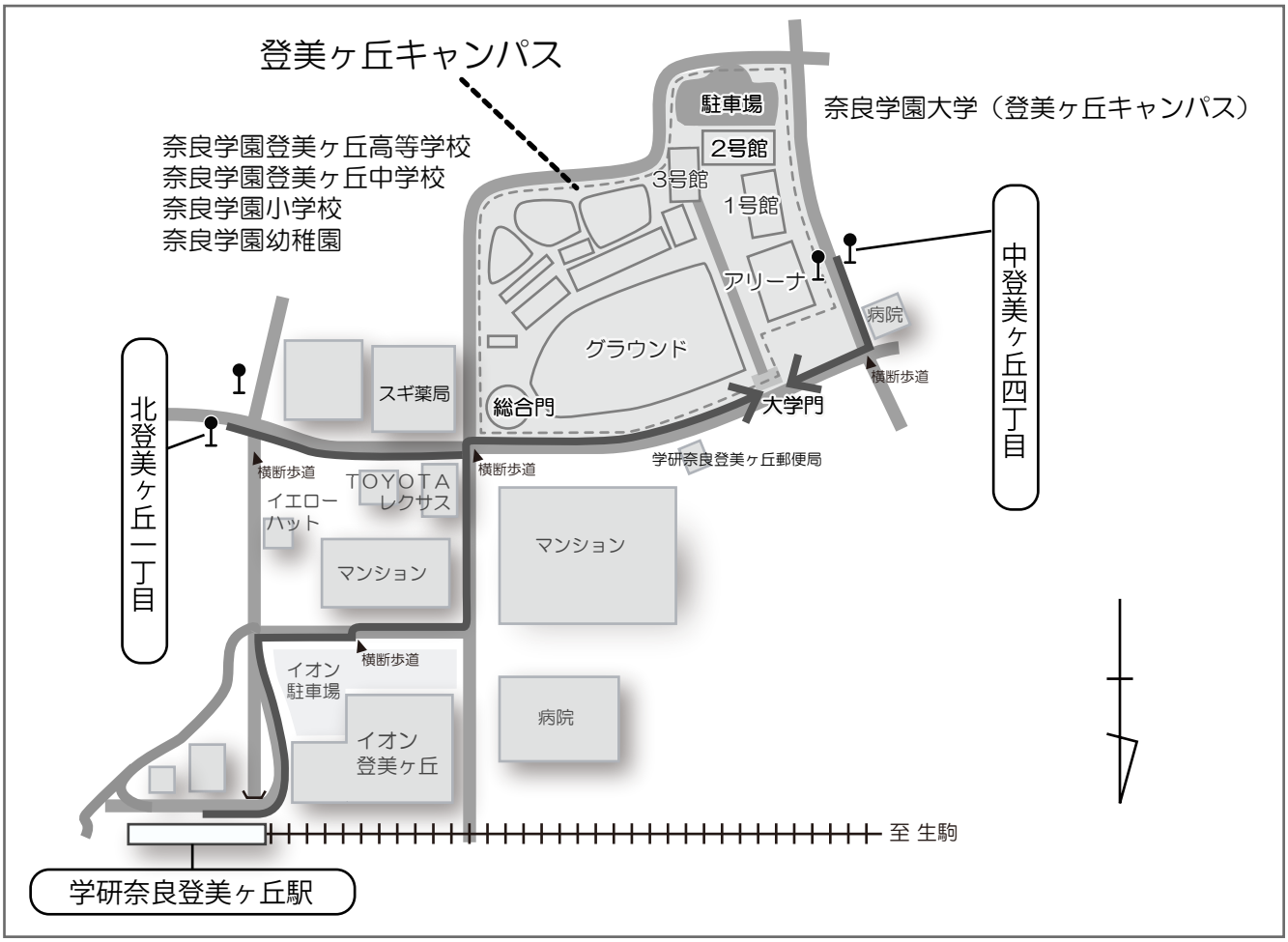
奈良県における位置関係がわかる図面



（路線図）



最寄駅からの距離や交通機関がわかる図面



(アクセス)

・登美ヶ丘キャンパス　住所：奈良県奈良市中登美ヶ丘三丁目15番1号

近鉄けいはんな線「学研奈良登美ヶ丘」駅から西へ約1,000m
近鉄奈良線「学園前」駅から奈良交通バスで約9分「中登美ヶ丘四丁目」下車、東へ約150m
近鉄京都線「高の原」駅から奈良交通バスで約15分「北登美ヶ丘一丁目」下車、西へ約620m

校舎等・運動場の配置図

求積表

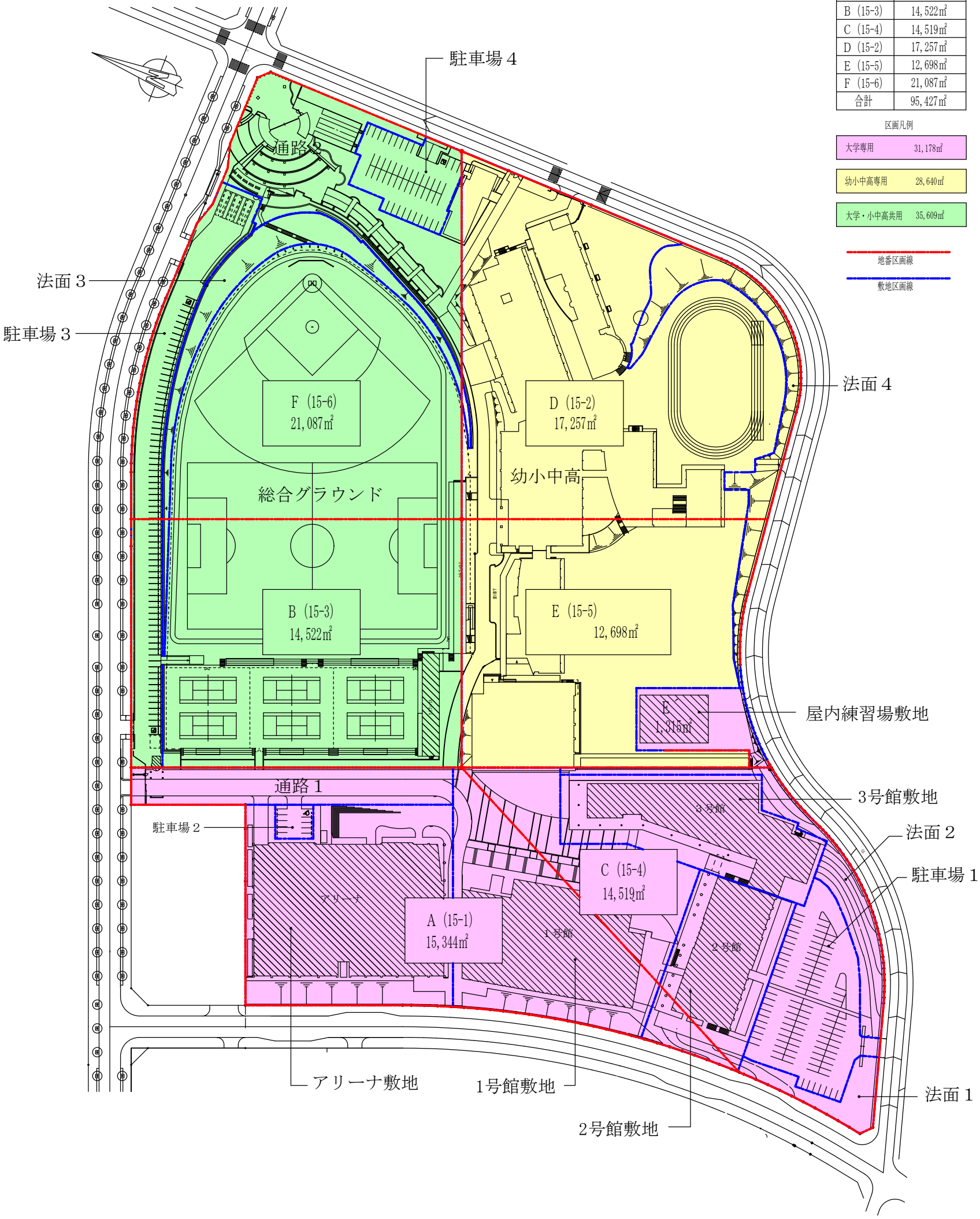
区画名	登記面積
A（15-1）	15,344㎡
B（15-3）	14,522㎡
C（15-4）	14,519㎡
D（15-2）	17,257㎡
E（15-5）	12,698㎡
F（15-6）	21,087㎡
合計	95,427㎡

区画凡例

大学専用	31,178㎡
幼小中高専用	28,640㎡
大学・小中高共用	35,609㎡

地番区画線

敷地区画線



1号館敷地	8,236 ㎡	総合グラウンド	24,467 ㎡	幼小中高敷地	26,540
2号館敷地	3,214 ㎡	通路２	4,408 ㎡	法面４	2,100
3号館敷地	3,774 ㎡	駐車場３	3,611 ㎡		
アリーナ敷地	7,218 ㎡	駐車場４	1,402 ㎡	合計	28,640
屋内練習場敷地	1,315 ㎡	法面３	1,721 ㎡		
通路１	2,128 ㎡				
駐車場１	2,844 ㎡	合計	35,609 ㎡		
駐車場２	228 ㎡				
法面１	1,005 ㎡				
法面２	1,216 ㎡				
合計	31,178 ㎡				

奈良学園大学大学院学則

（制　　定　平成３０年　４月　１日
最近改正　令和　５年　４月　１日）

第１章 総則

（大学院の目的）

第１条 奈良学園大学大学院（以下、「本大学院」という。）は、教育基本法及び学校教育法の定めるところにより、奈良学園大学の建学の精神と教育理念に則り、学部における一般的・専門的教養の基礎の上に、高度にして専門的な学術の理論とその応用を教授・研究し、または高度の専門性が求められる職業を担うための深い学識と卓越した能力を培い、もって社会の発展及び文化の進展に寄与することを目的とする。

（自己点検・評価）

第２条 本大学院における自己点検・評価については、奈良学園大学学則（以下「本学学則」という。）第２条の規定を準用する。

（情報提供）

第３条 本大学院における情報の公開については、本学学則第３条の規定を準用する。

第２章 組織及び修業年限、学年、学期及び休業日

（組織）

第４条 本大学院に修士課程を置く。

（研究科、専攻及び学生定員）

第５条 本大学院に置く研究科、専攻及びその学生定員は次の通りとする。

研究科名	専攻名	入学定員	収容定員
看護学研究科	看護学専攻	８人	１６人
リハビリテーション学研究科	リハビリテーション学専攻	４人	８人

（教育研究上の目的）

第６条 本大学院の研究科、専攻における教育研究上の目的は次の通りとする。

(1) 看護学研究科看護学専攻

教育理念に基づき、在宅看護、育成看護、精神看護分野における専門性を深め、国内外で活躍することができる高度な看護実践者と看護の各分野における実践的教育の担い手及び研究者を育成することを目的とする。

(2) リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻

本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。

（修業年限）

第７条 本大学院の修業年限は、２年とする。

（在学年数）

第８条 学生は、４年を超えて在学することができない。ただし、第９条の規定する長期履修を選択した学生（以下「長期履修学生」という。）は、５年を越えて在学することができない。

２ 前項の規定に関わらず、第３４条の規定により入学した学生は、就業すべき年数に２年を加えた年数を超えて在学することはできない。
３ 前２項に規定する在学期間には、休学期間は算入しない。
（長期履修学生）
第９条 本大学院看護学研究科及びリハビリテーション学研究科においては、学生が職業を有している等の事情により、標準年限を超えて計画的に教育課程を履修し、修了することを希望する旨を申し出たときは、その計画的な履修を認めることができる。
２ 前項に関する必要な事項は、別に定める。
（学年）
第１０条 本大学院の学年は、毎年４月 １ 日に始まり、翌年３月３１日に終わる。
（学期）
第１１条 学年を、次の２学期に分ける。
前期　　４月１日から９月１５日まで
後期　　９月１６日から翌年３月３１日まで
２ 前項の規定にかかわらず、学長は前期の終期及び後期の始期を変更することができる。
（休業日）
第１２条 休業日は、次の通りとする。ただし、夏期、冬期及び春期休業の期間は、年度毎に定める学年暦によるものとする。
日曜日
国民の祝日に関する法律に規定する休日
大学創立記念日 11 月1 日
夏期休業
冬期休業
春期休業
２ 前項の規定にかかわらず、学長は、臨時に休業日を変更し、もしくは臨時に休業日を設け、又は休業日に授業を設けることができる。
（授業期間）
第１３条 １年間の授業を行う期間は、試験等の期間を含め、３５週を下らないものとする。

第３章 教育課程及び教育方法

（教育課程）
第１４条 本大学院の教育は、授業科目の授業及び修士論文の作成等に関する指導により行うものとする。
２ 授業科目及び単位数は、別表第１の通りとする。
３ 授業科目の履修方法その他の必要な事項は別に定める。
（単位の計算方法）
第１５条 授業科目の単位数は、１単位の授業科目を４５時間の学修を必要とする内容をもって構成する事を標準とし、授業の方法に応じ、当該授業による教育効果、授業時間外に必要な学修等を考慮して、次の基準により算定するものとする。
⑴ 講義及び演習については、１５時間から３０時間までの範囲で本大学院が定める時間の授業をもって１単位とする。
⑵ 実験、実習及び実技については、３０時間から４５時間までの範囲で本大学院が定める時間の授業をもって１単位とする。

（単位の授与）

第１６条 各授業科目を履修し、その試験又は論文審査に合格した者には、学長は、認定の上、所定の単位を与える。

２ 各授業科目について、所定の出席時間数に達した学生に限り、その授業科目を履修したものとみなす。

（成績の評価）

第１７条 授業科目の成績の評価は、秀、優、良、可、不可をもって表わし、秀、優、良、可を合格とし、不可を不合格とする。

２ 前項の評価は、100 点をもって満点とし、秀（90 点以上)、優（80 点以上 90 点未満)、良（70 点以上 80 点未満)、可（60 点以上 70 点未満)、不可（60 点未満）とする。

（本大学院以外の大学院の科目の履修）

第１８条 学長は、学生に対して教育上有益と認めるときは、他の大学院との協議に基づき、学生に当該大学院の科目を履修させることができる。

２ 前項の規定により学生が修得した授業科目の単位は、１０単位を超えない範囲で本大学院における科目の履修により修得したものとみなすことができる。

（本大学院以外の教育施設等における研究指導）

第１９条 学長は、学生に対して教育上有益と認めるときは、他の大学院又は研究所等との協議に基づき、学生に当該大学院又は研究所等において必要な研究指導を、1 年を超えない範囲で受けさせることができる。

２ 前項の規定により受けた研究指導は、本大学院の修了要件となる研究指導として認めることができる。

（入学前の既修得単位の認定）

第２０条 学長は、学生に対して教育上有益と認めるときは、本大学院の入学前に他の大学院において履修した科目について修得した単位を、本大学院において修得した科目について修得したものとみなすことができる。

２ 前項の規定により修得したものとみなすことができる単位数は、第１９条第２項の規定により修得した単位と合せて１０単位を超えないものとする。

（教育方法の特例）

第２１条 本大学院看護学研究科及びリハビリテーション学研究科において教育上特別の必要があると認められる場合には、夜間その他特定の時間又は時期において、授業又は研究指導等により教育を行うことができる。

第４章 課程の修了及び学位の授与

（課程の修了）

第２２条 本大学院に２年以上在学し、所定の科目を３０単位以上修得し、かつ必要な研究指導を受けた上、修士論文の審査及び最終試験に合格した者に対し、研究科委員会の議を経て、学長が修了を認定する。

２ 前項に規定する修士論文の審査は、修士課程の目的に応じ適当と認められるときは、特定の課題についての研究の成果の審査をもってこれに代えることができる。

（学位の授与）

第２３条 学長は、前条による修了者に対し、修士の学位を授与する。

２　本大学院において授与する学位は、次のとおりとする。

研究科	専攻	学位
看護学研究科	看護学専攻	修士（看護学）
リハビリテーション学研究科	リハビリテーション学専攻	修士（リハビリテーション学）

第５章　教職員組織

（教員）

第２４条 本大学院の授業及び研究指導は、大学院設置基準に規定する資格を有する本学の教員が担当する。ただし、研究科委員会の議を経て、兼任教員に授業の担当を委嘱することができる。

（事務組織）

第２５条 本大学院に関する事務は、学部の事務組織がこれにあたる。

（大学院委員会）

第２６条 本大学院に、大学院の教育研究に関する事項を審議するため、大学院委員会を置く。

２　大学院委員会は学長と研究科長、および研究科の担当教員の内から学長が指名した教員をもって構成する。

３　前項の規定に関わらず、学長は、他の職員を出席させることができる。

４　大学院委員会は次の事項を審議する。

(1) 大学院の学則の制定および改廃に関する事項

(2) 研究科委員会から上申された事項

(3) その他大学院に関する重要事項

５　大学院委員会の運営等に関する事項は別に定める。

（研究科長）

第２７条 本大学院の看護学研究科とリハビリテーション学研究科にそれぞれ研究科長を置く。研究科長は研究科の学務を統督する。

２　研究科長は、研究科の担当教員のうちから学長が指名し、研究科委員会の委員長となる。

３　研究科長の任期は２年とし、再任を妨げない。

（研究科委員会）

第２８条 看護学研究科に看護学研究科委員会、リハビリテーション学研究科にリハビリテーション学研究科委員会を置く。

２　研究科委員会は、研究科長、研究科で授業等を担当する教員をもって構成する。

３　前項の規定に関わらず、研究科長は、他の職員を出席させることができる。

４　研究科委員会は、次の事項を審議する。

(1) 大学院委員会から諮問された事項

(2) 学則等諸規定に関する事項

(3) 研究科の課程及び学生の教育に関する事項

(4) 研究の指導及び論文の審査に関する事項

(5) 単位認定、課程修了認定並びに学位授与に関する事項

(6) 賞罰に関する事項

(7) 研究科担当教員の任用及び昇任に関する事項

(8) 研究科担当教員の審査基準に関する事項

(9) 学生の厚生補導及びその身分に関する事項

(10) その他大学院に関する事項

５ 研究科長は、研究科委員会を招集し、その議長となる。ただし、研究科長に事故あるときは、研究科長があらかじめ指名した教授が議長となる。
６ その他研究科委員会に関する規則は、別に定める。

第６章 入学、退学、休学等

（入学の時期）
第２９条 入学の時期は、学年の始めとする。

（入学資格）
第３０条 本大学院に入学することのできる者は、次の各号のいずれかに該当する者とする。
(1) 学校教育法第 83 条に規定する大学を卒業した者
(2) 学校教育法第 104 条第 4 項の規定により学士の学位を授与された者
(3) 外国において、学校教育における１６年の課程を修了した者
(4) 文部科学大臣の指定した者
(5) 専修学校の専門課程（修業年限が４年以上であることその他の文部科学大臣が定める基準を満たすものに限る。）で文部科学大臣が定める日以後に修了した者
(6) 本学大学院において、個別の入学資格審査により、大学を卒業した者と同等以上の学力があると学長が認めた者
２ 看護学研究科看護学専攻においては、看護師免許を取得している者

（入学志願）
第３１条 本大学院に入学を志願する者は、本学所定の書類に入学検定料を添えて提出しなければならない。
２ 提出の時期、方法、同時に提出すべき書類については、別に定める。

（入学者の選考）
第３２条 前条の入学志願者については、別に定めるところにより、選考を行う。

（入学に関する手続き）
第３３条 入学を許可された者は所定の期日までに指定する書類を提出するとともに、所定の納付金を納入しなければならない。
２ 学長は、前項の入学手続きを完了した者に入学を許可する。

（編入学及び転入学）
第３４条 学長は、本学への入学を志願する者があるときは、欠員のある場合に限り、選考の上、相当年次に入学を許可することができる。

（退学）
第３５条 退学しようとする者は、その理由を記載し、学長の許可を得なければならない。

（休学）
第３６条 疾病その他やむを得ない理由により就学することができない者は、学長の許可を得て休学することができる。
第３７条 休学の期間は、１年以内とする。ただし、特別の事情がある場合は、１年に限り延長することができる。
２ 休学の期間は、通算して２年を超えることができない。
３ 休学の期間は、第８条の在学年数には算入しない。

（復学）
第３８条 休学期間満了のとき又は休学の期間中であってもその理由が消滅したときは、学長の許可を得て復学することができる。

（除籍）

第３９条 次の各号にいずれかに該当する者は、研究科委員会の議を経て学長が除籍する。

(1) 第８条に規定する在学年数を超えると認められる者

(2) 休学期間を満了し、復学を願い出ない者

(3) 死亡又は３ヶ月以上所在不明の者

(4) 履修科目登録をせず、連絡のない者

(5) 授業料の納付を怠り、督促に対しても納付しない者

（留学）

第４０条 外国の大学院に留学することを志望する者は、学長の許可を得て留学することができる。

２ 前項の留学期間は在学期間に含めることができる。

（再入学）

第４１条 退学者及び第３９条第４号又は第５号により除籍された者が、再入学を願い出た場合は、学長が学年の始めに限りそれを許可することがある。

第７章 授業料等納付金、入学金及び入学検定料

（授業料等の金額）

第４２条 本大学院の授業料等納付金は、別表第２の通りとする。

２ 入学金及び入学検定料は、別表第３の通りとする。

（授業料等納付金の納入方法及び時期）

第４３条 授業料等納付金等の納入金は、年額の２分の１ずつを２期にわけて納入し、納入時期は別表第４の通りとする。

（退学等の場合の授業料等）

第４４条 学生が退学し、もしくは除籍された場合にあっても、当該期の授業料等を納入しなければならない。ただし、第３９条第４号及び第５号の理由により除籍された者は、この限りでない。

（休学及び復学の場合の授業料等）

第４５条 休学した者については、休学した期間の授業料等を免除又は減額することができる。ただし、学期の中途において休学した者は、原則当該期の授業料等を納入しなければならない。

（その他の費用）

第４６条 授業料等納付金、入学金のほか実験実習費その他の教育に必要な費用を納入させることがある。

２ 前項に定める納入金の種類及び納入に必要な手続き等については、別に定める。

（授業料等納付金の不還付）

第４７条 既納の授業料等納付金は、原則として返還しない。ただし、入学許可を得た者で、指定の期日までに入学の取消しを願い出た者については、入学金又はこれに相当する金額を除く学費を返還することがある。

（学費の延納等）

第４８条 正当な事由により学費を延納又は分納しなければならなくなったときは、直ちにその旨届け出て許可を得なければならない。

第８章 賞罰

（表彰）

第４９条 学業、操行ともに優秀な者又は特殊の善行があって他の模範となる者に対しては、学長は研究科委員会の議を経て表彰することができる。

（懲戒）

第５０条 本大学院の規則等に違反し又は本学の学生として本分に反する行為があったときは、学長は研究科委員会の議を経て懲戒する。

２ 前項の懲戒は、退学、停学及び訓告とする。

３ 前項の退学は、次の各号のいずれかに該当すると認められる学生に対して行う。

(1) 性行不良で改善の見込みがないと認められる者

(2) 学力劣等で成業の見込みがないと認められる者

(3) 正当の理由がなくして出席が常でない者

(4) 本大学院の秩序を乱し、その他学生としての本分に著しく反した者

第９章 雑則

（学則の改廃）

第５１条 本学則の改廃は、評議会及び大学院委員会の承認を得て、理事会の議を経て行うものとする。

附 則

この学則は、平成３０年４月１日から施行する。

付 則

この学則は、令和５年４月１日から施行する。

別表第１

看護学研究科看護学専攻

科目区分		授業科目の名称	単位数	
			必修	選択
基盤科目		国際医療特論	2	
		国際看護特論		2
		ヘルスプロモーション特論		2
		看護倫理特論	2	
		コンサルテーション論		2
		看護理論特論		2
		看護教育学特論		2
		看護管理学特論		2
		臨床薬理学		2
		病態生理学		2
		フィジカルアセスメント		2
		看護研究特論	2	
専門科目	在宅看護学分野	在宅看護学特論Ⅰ（在宅看護学）		2
		在宅看護学特論Ⅱ（慢性期）		2
		在宅看護学特論Ⅲ（回復支援）		2
		在宅看護学特論Ⅳ（地域包括支援）		2
		在宅看護学特論演習		2
	育成看護学分野	育成看護学特論Ⅰ(発達支援)		2
		育成看護学特論Ⅱ(次世代育成支援)		2
		育成看護学特論Ⅲ（ﾘﾌﾟﾛﾀﾞｸﾃｨﾌﾞﾍﾙｽ・ｹｱ）		2
		育成看護学特論Ⅳ(家族支援)		2
		育成看護学特論演習		2
	精神看護学分野（CNS）	精神看護学特論Ⅰ（歴史・法制度）		2
		精神看護学特論Ⅱ（精神・身体状態の評価）		2
		精神看護学特論Ⅲ（精神科治療技法）		2
		精神看護学特論Ⅳ（精神看護理論、援助技法）		2
		地域移行支援精神看護学特論		2
		急性期精神看護学特論		2
		精神看護学演習Ⅰ（精神科治療技法）		2
		精神看護学演習Ⅱ（精神看護理論、援助技法）		2
		精神看護学実習 アセスメント		2
		精神看護専門看護師役割実習		2
		直接ケア実習		4
		上級直接ケア実習		2
研究科目		特別研究		8
		課題研究		4

リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻

科目区分		授業科目の名称	単位数	
			必修	選択
基盤科目		教育心理学特論		2
		リハビリテーション教育学特論		2
		医療管理特論		2
		研究方法特論	2	
		研究倫理特論	2	
		統計解析特論		2
		医療政策特論		2
		専門職間連携特論	2	
		リハビリテーション技術特論		1
		リハビリテーション研究特論		2
専門科目	臨床実践リハビリテーション学分野	運動機能障害リハビリテーション学特論		2
		内部機能障害リハビリテーション学特論		2
		高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論		2
		臨床支援特別演習		4
	生活支援リハビリテーション学分野	地域リハビリテーション・ケア学特論		2
		疼痛ケア・リハビリテーション学特論		2
		高齢者リハビリテーション学特論		2
		生活支援特別演習		4
研究科目		リハビリテーション学特別研究	8	

別表第２

授業料等納付金

費目 区分	授業料・教育充実費（年額）
看護学研究科 リハビリテーション学研究科	750,000 円

※CNS を履修するコースを選択する場合は、2 年次において年額 100,000 円を追加する。

別表第３

入学金及び入学検定料

費目 区分	入学金	入学検定料
本学卒業生	50,000 円	35,000 円
他大学等卒業生	200,000 円	35,000 円

別表第４

授業料等納付金の納入方法及び時期

区　分	納入期限
前期（４月１日から９月１５日まで）	4 月中
後期（９月１６日から翌年３月３１日まで）	10 月中

奈良学園大学大学院委員会規程（案）

（制　　定　　令 和　5年　4月　1日
最近改正）

（大学院委員会の設置）

第１条　奈良学園大学大学院学則第２６条（以下「学則」という。）の規定に基づき、奈良学園大学大学院委員会（以下「大学院委員会」という。）を置き、学則第２６条第２項に規定する者をもって構成する。

（審議事項）

第２条 大学院委員会は、学則第２６条第４項に規定する事項を審議する他、その含まれる事項について大学院及び学部等の各種委員会に審議を付託することができる。

（招集・運営）

第３条 大学院委員会は、学長がこれを招集し、その議長となる。

２ 学長に支障あるときは、学長があらかじめ指名した研究科長が議長となる。

第４条 大学院委員会は、構成員の過半数の出席により成立する。

２ 前項の規定にかかわらず、当該大学院委員会開催時において、休職中又は学外研究中の教員は、大学院委員会構成員には算入しない。

第５条 大学院委員会の議決は、特別の定めのある場合を除き、出席構成員の過半数による。

２ 可否同数のときは、議長が決するものとする。

（構成員以外の出席）

第６条 議長が必要と認めるときは、構成員以外の者を陪席させ、説明及び意見を聴くことができる。

（議事録）

第７条 大学院委員会の議事については、議事録を作成し、次回の大学院委員会で確認するものとする。

２ 前項の議事録は、学長に報告するとともに原則公開とする。ただし、公開においては、個人情報保護に最大限の配慮をするものとする。

（雑則）

第８条 この規程に定めるもののほか、大学院委員会の議事及び運営に関し必要な事項は、大学院委員会の定めるところによる。

（改廃）

第９条 この規程の改廃は、構成員の３分の２以上の賛成によって大学院委員会が発議し、大学評議会においてこれを行う。

附　則

この規程は、令和５年４月１日から施行する。

奈良学園大学大学院研究科委員会規程（案）

（制　　定　令和　５年　４月　１日
最近改正）

（研究科委員会の設置）

第１条　奈良学園大学大学院学則第２８条（以下「学則」という。）の規定に基づき、奈良学園大学大学院看護学研究科委員会及びリハビリテーション学研究科委員会（以下「研究科委員会」という。）を置き、学則第２８条に規定する者をもって構成する。

（審議事項）

第２条 研究科委員会は、学則第２８条第４項に規定する事項を審議する他、その含まれる事項について大学院及び学部等の各種委員会に審議を付託することができる。

（招集・運営）

第３条 研究科委員会は、研究科長がこれを招集し、その議長となる。

２ 研究科長に支障あるときは、研究科長があらかじめ指名した教授が議長となる。

第４条 研究科委員会は、構成員の過半数の出席により成立する。

２ 前項の規定にかかわらず、当該研究科委員会開催時において、休職中又は学外研究中の教員は、研究科委員会構成員には算入しない。

第５条 研究科委員会の議決は、特別の定めのある場合を除き、出席構成員の過半数による。

２ 可否同数のときは、議長が決するものとする。

（構成員以外の出席）

第６条 議長が必要と認めるときは、構成員以外の者を陪席させ、説明及び意見を聴くことができる。

（議事録）

第７条 研究科委員会の議事については、議事録を作成し、次回の研究科委員会で確認するものとする。

２ 前項の議事録は、学長に報告するとともに原則公開とする。ただし、公開においては、個人情報保護に最大限の配慮をするものとする。

（雑則）

第８条 この規程に定めるもののほか、研究科委員会の議事及び運営に関し必要な事項は、研究科委員会の定めるところによる。

（改廃）

第９条 この規程の改廃は、構成員の３分の２以上の賛成によって研究科委員会が発議し、大学院委員会の審議を経て、大学評議会においてこれを行う。

附　則

この規程は、平成３０年４月１日から施行する。

付　則

この規定は、令和５年４月１日から施行する。

目　　次

Ⅰ	設置の趣旨及び必要性	・　・・・	Ｐ２
Ⅱ	教育・研究上の目的と養成する人材像	・　・・・	Ｐ８
Ⅲ	教育課程の編成の考え方及び特色	・　・・・	Ｐ10
Ⅳ	教員組織の編成の考え方及び特色	・　・・・	Ｐ17
Ⅴ	教育方法、履修指導、研究指導の方法及び修了要件	・　・・・	Ｐ17
Ⅵ	施設・設備等の整備計画	・　・・・	Ｐ21
Ⅶ	基礎となる学部との関係	・　・・・	Ｐ22
Ⅷ	入学者選抜の概要	・　・・・	Ｐ23
Ⅸ	大学院設置基準第 14 条による教育方法の特例の実施	・　・・・	Ｐ24
Ⅹ	管理運営	・　・・・	Ｐ25
Ⅺ	自己点検・評価	・　・・・	Ｐ26
Ⅻ	情報の公表	・　・・・	Ｐ28
ⅩⅢ	教育内容等の改善を図るための組織的な研修等	・　・・・	Ｐ29

Ⅰ　大学院リハビリテーション学研究科設置の趣旨及び必要性

1)　学校法人奈良学園の沿革

学校法人奈良学園は、昭和36年認可の学校法人中和学園を前身とし、昭和40年に奈良文化女子短期大学と同短期大学付属高等学校を設立したのを初めに、昭和42年に同短期大学付属幼稚園を開園、昭和54年に中高一貫校である奈良学園中学校・高等学校を開学、昭和59年に社会科学系の奈良産業大学を開学した。そして、平成20年から21年にかけて幼稚園から高等学校までの一貫教育を目指す奈良学園幼稚園、奈良学園小学校、奈良学園登美ヶ丘中学校、奈良学園登美ヶ丘高等学校を開園・開学した。現在は登美ヶ丘キャンパス、高田キャンパス、郡山キャンパスの３つのキャンパスで幼稚園から大学までを運営する総合学園として発展を遂げてきた。

以上の過程において、法人全体としての統一理念を明確にするため、平成22年度には本法人の将来にわたる教育理念等を定めた（令和２年一部改訂)。

【教育理念】　「教育はロマン、夢を語り、夢をカタチに」 夢と希望と志を持った前途有為な人材を育成することにより、人類・社会に貢献する。

奈良学園大学は「高度な専門的学術知識に裏付けられた実践力を有する有能な人材を教育・養成し、地域社会及び社会全体の発達・発展に貢献する」ことを建学の精神に掲げ、昭和59年奈良産業大学として開学した。当初は社会科学系の学部である経済学部経済学科・経営学科を設置し、昭和62年に法学部法学科を設置した。平成11年には経済学部経営学科を経済学部から分離させて経営学部経営学科に改組転換し、平成13年に情報学部情報学科を設置し、4学部体制となった。また、平成19年には、経済学部､経営学部を基礎にしてビジネス学部ビジネス学科を設置、同時に法学部を情報学部に統合する形で2学部体制へと再編した。

その後「我が国の高等教育の将来像」（中央教育審議会答申　平成17年1月26日）において提言された「高等教育の個性･特色の明確化」「高等教育の質の保証」「高等教育機関の在り方」も踏まえ大学を再編し、平成26年度にビジネス学部及び情報学部の学生募集を停止し、新たな保育・教育系学部として「人間教育学部人間教育学科」を、保健衛生系学部である「保健医療学部看護学科」を設置した。また本法人が設置する初等中等教育機関の最終目標となる高等教育機関となるため、その教育理念を実現するに相応しい本法人名である奈良学園を冠する「奈良学園大学（Naragakuen University)」へ大学名称を変更した。

その後平成30年４月には、高度看護実践力と教育力・研究力の養成し、国内外の保健医療分野で貢献を果たしていくための大学院看護学研究科看護学専攻を設置した。また、看護学科では、21世紀が求める保健医療のキーパーソンとなる質の高い看護職者の養成を行ってきたが､今後需要が見込まれるリハビリテーション医療職の養成を目的として、リハビリテーション学科（理学療法学専攻・作業療法学専攻）を増設し、一学部二学科構成とすることで、変化する社会に対して看護とリハビリテーションの立場で高いヒューマンケアの実践能力と指導・調整能力を備え、社会に貢献できる優秀な看護職者とリハビリテーション医療職者を育成することにより､地域の保健医療福祉の

向上に寄与することとなった。

2）本学における大学院リハビリテーション学研究科設置の背景

（1）地域医療においてリハビリテーション専門職者に求められている役割の拡大

本学が設置されている奈良県においては、人口に占める高齢者（65歳以上）の割合が、これまでの約４人に１人から2025年には約３人に１人となり、急速に高齢化が進むと予想されている。奈良県の人口は減少に転じている中で、高齢者人口は、1990年の約15万９千人から2015年には約38万７千人へ約2.4倍増加し、高齢化率は11.6％から28.7％に上昇している。2015年の奈良県の高齢化率28.7％は、全国平均の高齢化率26.8％を上回っており、今後も、奈良県の高齢化率は全国平均を上回る状況が続くと見込まれている。同様に75歳以上の後期高齢者の割合についても、2015年時点では奈良県13.5％に対し、全国平均13.0％と全国平均を上回っており、今後もその傾向は続くと見込まれている。

一方、介護サービスを受けている高齢者の60.1％、一般的な高齢者の51.9％が自宅で最期を迎えたいと望んでいる。また、急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩という社会的な情勢変容や地域医療構想に基づく病床機能の分化及び医療機関間の連携等の推進によって、慢性的な疾患を抱えながら、自宅等で長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者の増加は、今後も続くと見込まれている。具体的な数値としては、2016年３月に策定した奈良県地域医療構想において、2025年に見込まれる在宅医療等の需要量は、県全体で18,119.5人/日（そのうち訪問診療は 6703.0人/日）と推計されており、2013年と比較して約 1.5倍の増加となることが見込まれている。そのため、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目途に、たとえ介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で本人や家族の選択により自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築が必要であり、その要となる在宅医療の提供体制の構築が求められている。

在宅医療とは、医師・看護師やリハビリテーション専門職者などの医療関係者が、通院困難な状況にある医療的ケアが必要な人に対して、往診及び定期的に自宅等へ訪問して行う診療のことを指す。持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を整えていくためには、高齢者単身世帯の増加等の家族形態の変化等も踏まえ、医療従事者や行政等が十分に連携をしながら、これまでの病院中心の「治す医療」の視点から、地域に根ざして生活の質を保ちながらその人らしい人生を送るための「治し、支える医療」への視点の転換が求められている。

（資料１：奈良県保健医療計画（平成30年4月1日施行）第5章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制 第11節 在宅医療））

このように地域包括ケアシステムの構築が推進される中で、リハビリテーション専門職者のような広く健康に関わる人材による医療サポートの範囲拡大の必要性も検討されている。さらに、地域における健康生活支援は、これまで医療を中心として、保健、看護、介護、福祉、健康そして行政など多方面からの支援が必要である。地域における健康生活支援は、一般住民から自立高齢者、虚弱高齢者、そして要介護高齢者にわたる幅広い住民のニーズに対応することが期待されている中で、リハビリテーション専門職者の役割はますます大きくなっている。つまり、リハビリテーション専門職者は、医療施設内においてリハビリテーション医療を担う役割にとどまらず、介護予防、自立支援、療養支援、そして人生の最終段階における終末期ケアに至るまで、地域住民の人生を支援する機能を担うことが期待されている。

（資料２：地域における健康生活支援に必要なリハビリテーション専門職者の役割
地域包括ケアとリハビリテーション、日本リハビリテーション病院・施設協会、社保審－介護給付費分科会 第109回ヒアリング資料（平成30年4月1日））

(2) 健康寿命の延伸に向けた課題と生活支援需要の増大

世界屈指の長寿国日本において、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現するために、健康寿命の延伸やQOLの向上を図り、国民自らが主体的に健康づくりに取り組むことが強く求められている。「21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とする」ために定められた具体的な数値・行動目標である「21世紀における第２次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））（平成24年７月改訂）」では、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（非感染性疾患NCDの予防）」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」、「健康を支え、守るための社会環境の整備」、「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」という4つの基本的な方向が掲げられている。

21 世紀の我が国では、少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージに応じて、健やかで心豊かな生活ができるような活力ある社会を実現することが求められている。

（資料３：21世紀における第2次国民健康づくり運動、厚生労働省告示第四百三十号（平成30年4月1日））

(3) 地域における保健医療分野に係る人材養成の課題

① 地域における健康支援体制の構築と予防重視型システムへの転換

社会の高齢化に伴い高齢者が地域の中で、安心で快適な健康的な生活を送れるように、地域の健康を支援・推進する体制の確立が急務となっている。こうした体制づくりの一環として介護保険制度が制定されたが、高齢化の進行は予想以上に速く「制度の持続可能性」を確保するために予防重視型システムへの転換がなされている。しかし、システム構築の一環としての人材養成は未だ十分であるとは言い難いのが現状である。

② 施設サービスにおける需要の拡大

特別養護老人ホーム、老人保健施設等の施設サービス分野や訪問看護、訪問リハビリ、在宅介護支援等の在宅サービス分野における人材需要は今後も増加することが予想される。また、健康の維持増進への関心の高まりや健常高齢者の増加により、ヘルスケア、市民スポーツ、健康生活相談、メンタルケア等の健康生活関連分野に係る地域支援センターや民間施設等が増加し、様々な健康レベルやライフステージにある人々を対象とするこうした分野の指導者や従事者のニーズは非常に高く、今後も増大すると考えられている。

③ チーム医療において必要な人材養成の課題

医療現場においても、病める人を社会復帰させることを目的として、医師をはじめとする多くの職員の連携と協力による「チーム医療」の重要性が高まっている。チーム医療は、多職種が情報を共有し、連携を図りながら協同することで、多方面の専門的な立場からの援助が可能となり、結果

として総合的で効率よくきめ細かい良質な医療の提供を目指している。したがって、医療機関内において多職種間の連絡を密にして相互の強みを生かした連携を図る調整力やマネジメント力、あるいは居住地域の関係行政機関等との連絡調整に関する知識を有し、職種間の「連携」において指導力を発揮できる人材の養成が必要となっている。本研究科では、地域社会と相互に補完、協力しながら、リハビリテーションの課題を先駆的に捉え、課題解決への方策立案ができる能力を持つ人材を育成したい。

④ 後進育成ができる人材の養成

後進育成とは、組織の中において、自分の後に続く経験の浅い部下に対し、自らの経験から学んだ知識や技術を伝えながら育成していくことであり、その組織が培った文化を継承し、発展させるために必要不可欠なプロセスである。 後進育成が適切に行われることは、上司にとっても、自分の業務をサポートしてもらうことによる業務効率の改善が図れ、スタッフ間のコミュニケーションが活性化するという利点もある。

日本理学療法士協会の統計情報によると、協会員の年齢分布は21歳から30歳が41%と報告されており、経験の浅い会員が多くを占めている。また、会員の所属する職場は、その76%が5人以下という小規模の職場である。このような傾向は、理学療法士よりも有資格者数が少ない作業療法士や言語聴覚士も同様だと考えられる。したがって、多くのリハビリテーション専門職者は経験年数が浅い小規模の職場に所属しており、十分な後進育成が受けられる環境におかれていないのが現状である。

（資料４：日本理学療法士協会会員統計情報）

また、後進育成には、早期の離職を防ぐという重要な目的もあるとされている。厚生労働省の調査では、新規大卒就職者の就職後3年以内の離職率は全産業の平均で32.8%とされ、その中でも医療・福祉産業は38.4%と離職率の高いことがわかっている。

（資料５：新規大卒就職者の離職状況）

日本理学療法士協会における平成25年から27年の3年間における調査では、理学療法士の医療領域における平均離職率が10.2%、介護福祉領域が18.8%と報告されており、新卒3年以内に限らず1割から2割程度の離職率が認められている。

（資料６：理学療法士・作業療法士の需給に関する検討会資料）

リハビリテーション専門職者の離職要因に関する大規模な調査はないが、北海道の理学療法士における離職状況の調査では、離職に至った理由として「キャリアアップのため」が最も多いことが報告されている。また、作業療法士と理学療法士を対象とした職業生活満足度に影響を与える要因の研究では、「仕事に対するやりがい」、「仕事の内容」、「教育・能力開発のあり方」、「職場の人間関係・コミュニケーション」などが要因として報告されており、これらはすべて職場における後進育成と強く関連する事項であると考えられる。

以上のことから、職場の離職率を抑制し、業務効率の向上と組織の発展を図るためには、大学院教育において教育学や医療管理学を学修した後進育成が可能な人材の養成が必要となる。

⑤科学的根拠に基づいた実践者への期待

ここ数年にわたる新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は、リハビリテーション領域に

も大きな影響を与えており、感染者に対する感染拡大の対策や合併症の予防、あるいは隔離された感染者に対する訪問リハビリテーションなど、未知の課題に対する手探りの対応が行われている。このように、今後新たに生じるであろうリハビリテーション領域における医療や地域の課題に対して、それらを解決するための科学的な手順を身につけたリハビリテーション専門職者が必要とされている。科学的な手順とは、「的確な研究テーマの設定」、「実行可能な研究計画の立案」、「計画的な研究の実行」、「得られた結果の評価と成果の整理」、そして「成果の活用と社会実装」という研究の基本的な実行プロセスであり、これらは研究者となるために備えるべき研究力の要素でもある。

本研究科は、独創的な研究を実行して論文を公表できる研究者を養成することを直接の目的とはせず、まずは、高度専門職業人としてありながら研究力を涵養することにより、医療や地域のリハビリテーション課題を的確に発見し、その課題解決を推進できるような人材の育成を目的とする。

また、文部科学省が提唱する「大学院に求められる人材養成機能」の一つである「研究者等の養成に必要な教育」の中で例示されている「学生に性急に特筆すべき顕著な研究業績を求めるのではなく，国際的にも高い水準の研究活動に豊富に接する中で，自立して研究活動を行うに足る研究能力を修得させることを目標に，その基礎となる豊かな知的学識を培う教育」が高度専門職業人の養成にも必要であると考えている。

（資料７：大学院に求められる人材養成機能

1　大学院に求められる人材養成機能：文部科学省（mext.go.jp））

(4) リハビリテーション系大学院の不足

国では、国民の労働生産性向上や人生100年時代の豊かな生き方を実現するため、生涯を通したキャリアチェンジやキャリアアップが行われることから、社会人を対象としたリカレント教育の機会を提供することが重要なテーマとなっている。18 歳人口が大きく減少することが見込まれる中、高度専門職業人を養成する役割を有する大学院において、リカレント教育の実施に真剣に向き合っていくことは極めて重要な課題とされている。

（資料８：「2040年を見据えた大学院教育のあるべき姿　～社会を先導する人材の育成に向けた体質改善の方策～」（平成31年1月22日　中央教育審議会大学分科会））

一方、現代医療が急速に高度化・複雑化する中にあって、リハビリテーション医療もその変化に柔軟に対応できる人材養成が求められており、そのためのリカレント教育は必須の課題となっている。最近では、4年生大学を卒業したリハビリテーション専門職者が増加しており、スキルアップやキャリア形成のためにも大学院修士課程がリカレント教育の場を提供することは意義が大きいと考えられる。

地域社会では、将来の医療体制や地域包括ケアシステムの構築に向けたリハビリテーション医療の充実が望まれている。しかし、奈良県内にはリハビリテーション系大学院は１校のみであり、本学が位置する奈良北部は京都南部を含め、リハビリテーション系大学院がこれまで存在していないのが実態である。現在、奈良県内唯一のリハビリテーション系大学院を持つ畿央大学大学院は近年定員を満たしているが、畿央大学大学院が位置するのは奈良県中部であるため、人口密度が高い奈良県北部からの通学が困難な状況である。それに対して、本研究科が設置される登美ヶ丘キャンパスは、奈良市の北西に位置し、北は京都、西は大阪と隣接し、近鉄京都線の高の原駅からバスで約15分、近鉄けいはんな線の学研奈良登美ヶ丘駅から徒歩で約12分、近鉄奈良線学園前駅からバスで約９分と奈良市内だけでなく、京都や大阪からも交通の利便性が高く、社会人であっても通学しや

すい場所となっている。

また、関西圏にある他の既設リハビリテーション系私立大学院としては、大阪府内では大阪電気通信大学大学院、大阪保健医療大学大学院、森之宮医療大学大学院、京都府内では京都橘大学大学院、そして兵庫県内では神戸学院大学大学院、兵庫医療大学大学院など、大都市を抱える3府県内においても合計６大学院に限られており、これらの大学院における定員充足率も0.75から2.17で、４大学院では１を超えており、リハビリテーション系大学院はいまだ不足していると考えられる。

（資料９：近隣リハビリテーション系研究科収容定員充足率）

以上のように、本学が位置する奈良県では全国と同様に今後もますます高齢化が進行すると予測されており、重複障害を抱えた要介護高齢者のケアに対応できる高度な実践能力を持つリハビリテーション専門職者の需要が高くなるものと考えられる。しかし、このようなリハビリテーション専門職者を対象にした高度専門職業人を養成する大学院は、関西圏において不足しており、既設の大学院では概ね定員充足していることから考えて、本研究科設置の需要は高いと考えられる。

本研究科では、リハビリテーション実践現場での課題をもって大学院へ進学する者や基礎的な学習の上に研究を通して、将来、実践の場においてリーダーシップを発揮して職場を管理する役割を担える者を対象とし、高度なリハビリテーション実践者を養成することで社会の要請に応えていくものである。

3) リハビリテーション学研究科設置の必要性

(1) 地域医療におけるリハビリテーション高度専門職業人養成の必要性

今後2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築が推進される中で、リハビリテーション専門職者のような広く健康に関わる人材による医療サポートの範囲が拡大している。地域における健康生活支援は、一般住民から自立高齢者、虚弱高齢者、そして要介護高齢者にわたる幅広い住民のニーズに対応することが期待されている中で、保健・医療・福祉にかかわる専門領域を包括的に学修し、健康的な生活支援に欠かせない高度で幅広い専門知識をもったリハビリテーション専門職者必要である。

これからの地域社会における保健・医療・介護・福祉を含む健康科学分野の従事者には、総合的かつ多角的な視点に立ち、関連職種間の連携における調整能力を有し、人々の生活問題全般に対する適切な判断と、心ある対応のできる豊かな人間性と倫理観を兼ね備え、現場で直面する課題に適切に対処する能力が求められている。つまり、単なる治療やリハビリテーションの域を超えた総合的・包括的健康生活支援を担いうる人材を養成する必要がある。

(2) 地域社会の要請に応える必要性

多岐にわたる保健・医療・介護・福祉に係る多様なサービスを適切に組み合わせて一体的に生活・健康支援する体制の構築と、これらのサービスを担う指導者を含む人材の需要がさらに増大すると考えられる。これからの超高齢化社会における保健・医療・介護・福祉を含む健康科学分野において、専門的な知識や技術はもちろん、総合的かつ多角的な視点に立ち、関連職種間の連携を有し、人々の生活問題全般に対する適切な判断と、心ある対応のできる豊かな人間性と倫理観を兼ね備え、現場で直面する課題に適切に対処する地域社会の構築が求められている。

医療現場においても、病める人を社会復帰させることを目的として、医師をはじめとする多くの

職員の連携と協力による「チーム医療」の重要性が高まっている。チーム医療は、多職種が情報を共有し、連携を図りながら協同することで、多方面の専門的な立場からの援助が可能となり、結果として総合的で効率よくきめ細かい良質な医療の提供を目指している。

したがって、医療機関内において多職種間の連絡を密にして相互の強みを生かした連携を図る調整力やマネジメント力、あるいは居住地域の関係行政機関等との連絡調整に関する知識を有し、職種間の「連携」ができる、地域社会の生活支援サービスが求められており、その要請に応えていく必要性がある。

(3) 本学大学院リハビリテーション学研究科設置の必要性

少子高齢化社会の到来や、疾病構造及び健康問題の多様化・高度化によって、本学の所在する京阪神地域においても保健医療分野で活躍できるリハビリテーション領域の質の高い人材養成が求められている。リハビリテーション学科では、生命の尊厳を基盤とした豊かな人間性を培い、変化する社会のニーズに対応できる実践力と、基礎的な指導・調整能力を備えた専門職者を育成している。しかしながら、今日のさらなる医療の進歩・専門化と社会の変遷を鑑みると、より高度な学問領域の探求とあわせ、実践科学としてさらに厳正な保健・医療の専門職業人の育成が求められている。そこで、本学の教育方針である「人を支える人になる」にふさわしい高度専門職業人育成をめざし、リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻修士課程を設置する必要がある。

Ⅱ　教育・研究上の目的と養成する人材像

1）本研究科における教育・研究の目的

本研究科は、『「教育はロマン、夢を語り、夢をカタチに」夢と希望と志を持った前途有為な人材を育成することにより、人類・社会に貢献する』といった法人の教育理念に則り、生命の尊厳の深い理解を基盤に、広い視野に立って清深な学識を授け、専門性の高い実践能力及び、活動組織に対応した連携・実践能力、指導能力、教育・研究能力、管理能力を有する人材を育成し、地域社会に貢献することを大学院の目的に掲げている。

本リハビリテーション学専攻では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。

2）養成する人材像

医療全体が高度化・多様化する中で、リハビリテーション医療においても新しい知識や技術を主体的に習得し、それを科学的根拠に基づいた臨床実践力に高めるためには高度な専門性と臨床的な研究能力が必要である。また、リハビリテーション医療においてはチーム医療が必須となり、多職種間連携の理論を理解し、チームの中で多職種間での意見や方針を調整する能力や各専門職者がリーダーシップを兼ね備え、組織を積極的に管理運営する能力が必要とされている。

一方で、2025年に迫る地域包括ケアシステムの構築では、障害の予防や改善、生活の再構築、そ

して地域社会における自立生活の安定化と生活の質（QOL）の維持・向上を目指す上でリハビリテーション専門職者の役割が拡大している。さらに、「どのように年老いても、障害があっても住み慣れたところで、その人らしく暮らし、自立した社会的存在であること」を大切にする地域リハビリテーションの理念を具現化させることが期待されている。

そこで、本研究科では、本研究科の教育・研究上の目的を踏まえた上で、以下の①から③に示すリハビリテーションの高度専門職者を育成する。

① 臨床現場において科学的根拠に基づいた臨床実践能力を備えた人
② 地域包括ケアシステムにおける連携・調整能力を備えた人
③ 臨床的医療と地域における生活支援を包括する広い視野を持ってリハビリテーション領域の問題解決を図る能力を備えた人

本研究科では、このような社会的要請に対応するために、「臨床実践リハビリテーション学分野」と「生活支援リハビリテーション学分野」を配置することとした。「臨床実践リハビリテーション学分野」では、高齢化により対象者が増加している運動機能障害、内部機能障害、そして高次脳機能・心理障害に対するリハビリテーションの最新知見や治療技術を学修し、科学的根拠に基づいた臨床実践力を備えた人材を養成する。「生活支援リハビリテーション学分野」では、終末期および緩和ケアを含めた地域リハビリテーション、疼痛ケア・リハビリテーション、そして高齢者リハビリテーションといった生活支援に必要な知識と技術を備え、今後の地域包括ケアシステムを推進できる人材を養成する。また、両分野に共通する人材像として、多職種間連携の中でリーダーシップと調整能力を発揮し、組織の専門職者に対する教育やモチベーションを管理する能力を備えることとする。

3）ディプロマポリシー

本研究科では、修士課程修了までに以下に掲げる内容を身につけることを求める。その上で、所定の単位を修め、研究倫理審査、中間報告会などを経て、修士論文審査に合格した院生に修了認定および学位を授与する。

① 多様化・高度化するリハビリテーション関連業務が可能な専門性の高い実践力と知識・技術を身につけていること。
② 臨床や地域におけるリハビリテーションを阻害する課題を発見し、科学的に分析し課題解決に寄与することができる能力を身につけていること。
③ リハビリテーション領域における臨床・実践・教育・研究などに取組む高度専門職業人として指導的・中心的な役割を果たすことのできる能力を身につけていること。
④ 高い倫理観に基づいて、専門性を追求し、リハビリテーション領域の研究課題に主体的に取り組むことができる能力を身につけていること。

4）博士後期課程設置の構想

本研究科では、修士課程による高度専門職業人の育成を主体に行うため、現時点で本研究科における博士後期課程設置の構想は立てていない。

5）研究科、専攻科の名称及び学位の名称

本研究科の名称は「奈良学園大学大学院リハビリテーション学研究科」とする。これは大学院設置基準第７条に基づき、本リハビリテーション学研究科の組織がその目的であるリハビリテーションを推進する指導的立場となる高度な専門職業人(リハビリテーション職)を養成するためである。

① 学位の名称

学位の名称は次のとおりである。本研究科の定める修了要件を満たすことで学位の称号は与えられる。

修士（リハビリテーション学)

本研究科の教育課程を修了したものは、臨床および地域におけるリハビリテーション領域の課題に対して科学的な根拠を持った解決により社会貢献できるリハビリテーション専門職者であり、リハビリテーション学に基づいた高度専門職業人であることから、上記の学位を授与する。上記学位名は、埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科保健医療福祉学専攻リハビリテーション学専修や目白大学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻などで授与されており、一般的な名称であると考え、本大学院においても修士（リハビリテーション学）とした。

② 研究科及び学位の英語名称

研究科名称　リハビリテーション学研究科　Graduate School of Rehabilitation Science
専攻名称　　リハビリテーション学専攻　　Master Course of Rehabilitation Science
学位名称　　修士（リハビリテーション学）Master of Rehabilitation Science

学位の英語名称について、国内では埼玉県立大学大学院、海外ではオーストラリアのブリティッシュコロンビア大学大学院でも使われている「Master of Rehabilitation Science」が国際的に通用する英語名称と考え、本研究科においても「Master of Rehabilitation Science」を採用した。

③ 学生定員

入学定員 4名、収容定員 8名

Ⅲ　教育課程の編成の考え方及び特色

(1)リハビリテーション学研究科の教育方針

科学的根拠に基づいて医療と生活支援を実践する能力、研究を通して培った科学的・論理的思考を活かし問題の解決を模索する研究力、さらに後進の育成を推進する教育力をもった高度専門職業人の育成を目標とする。

(2) 教育課程編成・実施の方針(カリキュラム・ポリシー：CP)

奈良学園大学大学院リハビリテーション学研究科の教育課程編成・実施の方針は、研究科設置の理念および教育目標とディプロマポリシーを受けて、以下の4点を柱とする。

CP1：医療・保健・福祉の総合化と拡大を背景に多様化・高度化するリハビリテーションへのニーズに対応できる専門的知識・技術を修得するための科目を備え、体系的・組織的な教育を行う。

CP2：臨床や地域の現場においてリハビリテーションの実践を阻害する課題を発見し、科学的根拠にもとづいた解決に寄与する能力を養成するために、研究法に関する講義と演習の科目を

備え、課題解決の過程を系統的に学修させる。

CP3：リハビリテーション領域の臨床・地域支援・教育・研究などの分野で指導的・中心的な役割を果たす能力を養成するために、組織の運営、職種間連携、教育法を含む科目を備え、各人の目的に応じて履修可能な教育課程とする。

CP4：高い倫理観に基づいてリハビリテーション領域の課題に対処し、解決への方策を積極的に提案できる能力を養成するために、特別演習、特別研究の科目を設け、研究を指導する。

CP5：学習成果の評価は各授業科目の達成目標と評価方法をシラバスに示し、レポートや課題などにより総合的に行う。

本研究科の目指す人材育成の目標がどのようにディプロマポリシーならびカリキュラムポリシーにつながるかを **資料10** に示した。リハビリテーションの専門的実践能力、地域包括ケアにおける連携調整能力、問題解決能力という3つの資質を備えた人材を育成するために、専門的知識・技術、科学的課題解決、各分野の協同活動の遂行、倫理的かつ主体的な研究推進という4つの能力の十分な達成を目指すディプロマポリシーが設けられ、それに沿って5項目を支柱とするカリキュラムポリシーを設定した。

（資料10：リハビリテーション学研究科のDPとCPの関連図）

上記カリキュラムポリシー及びディプロマポリシーに基づき、以下のようなカリキュラム編成とする。

1. 授業科目を、基盤科目、専門科目、研究科目に３区分する。
2. 「基盤科目」はリハビリテーションの高度専門職者が共通して備えておくべき知識を講義によって修得させるものであり、臨床と地域におけるリハビリテーションの実践と科学的研究、組織のマネジメントおよび後進育成の能力向上の資源となりうるとともに、後の専門科目でより深化させる学修の基盤となるべき科目を配置する。
3. 「専門科目」は学生の現在あるいは将来の活動の場に応じてより特化した専門的知識と実践の能力の開発と修得を目指す科目であり、主として臨床医療に携わって活動する学生を対象とする「臨床実践リハビリテーション学分野」と、主として地域の保健・福祉に携わって活動する学生を対象とする「生活支援リハビリテーション学分野」の2分野に区分して選択させる。
4. 「臨床実践リハビリテーション学分野」と「生活支援リハビリテーション学分野」では疾患や障害、困難な状況の種類に特化した講義科目をそれぞれ3科目設定するとともに、「特別演習」を設け、各分野を選択した学生が分野内の3科目を含めた知識と実践について幅広く修得できるよう配慮した。
5. 「研究科目」では16人の担当教員のうち、学生が希望する領域の1名の主指導教員と関連領域の1名の副指導教員による複数指導制によって、高い専門性を有する「リハビリテーション学特別研究」が円滑に行えるよう配慮した。

以上のカリキュラム編成の方針に基づいて、各科目とディプロマポリシーとの関係性をリハビリテーション学研究科カリキュラムマップ　資料11 に示した。

（資料11：リハビリテーション学研究科カリキュラムマップ）

(3) 基盤科目の構成と考え方

基盤科目には、「教育心理学特論」、「リハビリテーション教育学特論」、「医療管理特論」、「研究方法特論」、「研究倫理特論」、「統計解析特論」、「医療政策特論」、「専門職間連携特論」、「リハビリテーション技術特論」、「リハビリテーション研究特論」の10科目を設ける。

高度専門職業人としての研究課題の科学的探究能力を教授し、個別研究デザイン、基礎的な統計解析手法、データ管理、論文作成方法などを修得する「研究方法特論」を設け、さらに統計解析を幅広く修得するために「統計解析特論」を設けた。医療専門職者が備えるべき倫理観に加え、科学研究を進める際に重要となる倫理的視点を身につけさせるために「研究倫理特論」を配置する。

医療・保健・福祉の施策の動向という広い視野からリハビリテーション医療の在り方と組織における専門職者の役割、多職種間の連携を考究させるために、「医療政策特論」、「医療管理特論」、「専門職間連携特論」を配置した。また、将来の教育者あるいは職場における後進育成を担いうる能力を向上させるために、「教育心理学特論」、「リハビリテーション教育学特論」を配置する。

さらに、リハビリテーション科学における科学的基礎研究や最先端技術についての理解を深めるため、「リハビリテーション技術特論」、「リハビリテーション研究論」を配置する。

以上の基盤科目のうち、後の専門科目での研究の深化に向けて共通した必要性の高いものとして「研究方法特論」と「研究倫理特論」、ならびに、地域包括ケアシステムなど近年の保健・医療政策の動向に対応するため「専門職間連携特論」を必修科目として設定した。

(4) 専門科目２分野の教育課程の構成と考え方

＜臨床実践リハビリテーション学分野＞

1. 運動機能障害の治療における科学的基盤、評価・治療に関する最新の知見と技術を教授し、臨床応用するための最新のエビデンスに基づいた神経筋骨格系の解剖学・運動学、等と問題解決のための臨床推論を学び、今後の臨床および研究活動の基盤とする目的で「運動機能障害リハビリテーション学特論 」を設ける。
2. 内部機能障害の治療における科学的基盤、評価・治療に関する最新の知見と技術を教授し、臨床応用するための最新のエビデンスに基づいた内部機能系の解剖学・運動生理学、等と問題解決のための臨床推論を学び、今後の臨床および研究活動の基盤とする目的で「内部機能障害リハビリテーション学特論 」を設ける。
3. 高次脳機能・心理障害の治療における科学的基盤、評価・治療に関する最新の知見と技術を教授し、 臨床応用するための最新のエビデンスに基づいた脳・神経の解剖学や心理学、等と問題解決のための臨床推論を学び、今後の臨床および研究活動の基盤とする目的で「高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論 」を設ける。
4. 上記、1、2、3 に対する学問的、技術的探究心を深めることを目的として「臨床実践特別演習」を設ける。

＜生活支援リハビリテーション学分野＞

1. 地域リハビリテーションにおける高度な専門性を深化させるとともに、多角的な視野を広げるため、また、あらゆるライフサイクル、ライフステージでの健康上、生活上の課題を解決するために、今後の臨床および研究活動の基盤とする目的で「地域リハビリテーション・ケア学特論」を設ける。

2. 地域リハビリテーション対象者に多い疼痛に対して、その治療における科学的基盤、評価・治療に関する最新の知見と技術を教授し、 臨床応用するための最新のエビデンスに基づいた疼痛治療方法を学び、今後の臨床および研究活動の基盤とする目的で「疼痛ケア・リハビリテーション学特論」を設ける。
3. 地域リハビリテーション対象者に多い高齢者について、加齢による運動機能の低下、感覚機能の低下、神経機能の低下等の生理機能の低下の特徴を、神経学的観点から考え、高齢者の地域での生活を支援することを学び、今後の臨床および研究活動の基盤とする目的で「高齢者リハビリテーション学特論」を設ける。
4. 上記、1、2、3 に対する学問的、技術的探究心を深めることを目的として「生活支援特別演習」を設ける。

(5) 研究科目の構成と考え方

特定の課題を見極め、高度な専門的研究方法を習得し、学問的成果を論理的にまとめる能力の熟成のため修士論文を課して「リハビリテーション学特別研究」を設ける。

(6) 各科目の概要

「教育心理学特論」

教育心理学は、心理学の手法を用いて教育の科学的基礎を実証的に探究し、その知見を応用して、教育の実践に資することを目指す学問である。教育心理学には、リハビリテーション分野と関わりの深い、成長、発達（生涯発達）、学習、認知、人格・適応、臨床・健康、特別支援・障害、学校・保育心理、測定・評価・研究法・社会などの領域がある。本講義では、教育心理学の主要な理論と、発達・学習・認知などの教育心理学的研究の方法論、ならびに、近年の研究動向と課題を学び、これらの教育心理学分野の学びを生かして人間の健康的な生活を支えるための方法について考え、リハビリテーション分野における研究や実践活動への応用を検討する。

「リハビリテーション教育学特論」

新人教育が想定する卒後3年を目途に，理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が医療専門職として修得しておくべき知識・技能および態度を考え、そこに至る過程を熟考し、学内教育および臨床実習教育が備える教育内容を理解する。同時に、指定規則改変（2022年）に伴う診療参加型臨床実習の理念と方法を学修し、学内教育と現場教育のシームレス化を考察し、その方法を検討する。また、各施設の現状を理解し、理学療法士および作業療法士の現場教育を振り返るとともに、それに必要な教育知識や技術を検討し、現場教育における支援方法を学修する。

「医療管理特論」

変化し続ける社会・医療情勢の中で、保健・医療・福祉に関わる組織と業務はより多様で複雑化している。医療機関は、医療制度の現状と動向を視野に入れた広い観点から利用者に良質な医療を提供するとともに、それぞれの組織と業務のシステムにおいては各従事者の健康と安全・成長を確保するための配慮が求められる。本講義では、医療現場におけるコミュニケーション、リーダーシップ、状況認識、意思決定など医療安全と組織マネジメントに必要な基礎理論を踏まえて、医療現場でリーダーシップを発揮し、組織を健全にマネジメントできるリハビリテーション専門職として役割を遂行できる能力の向上を目指す。

「研究方法特論」

修士論文を作成する上で必要な研究計画及び研究デザインなど研究の基本的な態度やスキルについて学修する。大学院での学習には、論文を書く能力、とくに文章表現力の養成は重要な課題

である。アカデミックライティングには多くの資料を読むことが必要であり、これを前提に、自分に必要な資料を選ぶ技能を習得する。続いて、集めた資料を参照するための整理の方法を習得する。自分の言葉で整理し、要約する技術を習得する。授業では、自分の興味のある課題についてのフリーライティングを実施する。引用の仕方、パラグラフの書き方に始まり、文章の構成、論文のレイアウト、参考文献の記載方法、および効果的な図表の使い方を学習する。

「研究倫理特論」

学術研究に携わる者が果たすべき責任とは何かという問いに、受講者が自ら答えを出すことができることを目的に、基本的人権や医療倫理、生命倫理という広い観点から問題を説き起こし、学術研究における公正性と責任ある研究活動にいたるまでを多様な視点から検討する。さらに、研究の計画から遂行、成果発表や査読にいたるまでのプロセスにおいて、研究者が果たすべき役割と責任について、教員がこれまで行ってきた研究活動の具体的事例をまじえながら授業を進める。特に、研究を実施する上で重要となる研究倫理審査を受審する上で備えるべき研究の倫理的配慮について教授する。

「統計解析特論」

学術研究とは実証的な研究であり、それを正しく遂行するためには、統計に関する理解が必要不可欠となる。本科目では、リハビリテーション学領域の実証研究において用いられる主な統計解析手法を取り上げ、その統計分析が何を意味するのかあるいはどのような場合に使うべきなのかを解説する。また、具体的な研究事例を提示しながらSPSSなどの統計ソフトウェアを用いた統計解析を提示することにより、自らの研究課題に適用する統計解析手法をイメージできるような授業を展開する。

「医療政策特論」

本科目では、はじめにわが国の社会環境と健康概念を理解する。また，現在推進されている保健医療政策「健康日本21」を支えている社会保障の諸制度（社会保険、社会福祉、公的扶助、公衆衛生の諸制度）を概説した上で、医療制度の現代的意味と医療制度の新しい展望についての理解を深める。また、21世紀の保健医療政策が国民の多様な健康状態を支える保健・医療の機能の推進に対し、どのような課題に直面し、高度専門職の役割はどのような方向を目指すべきかについて論じる。最後に、保健・医療経済学的な観点から保健・医療を評価する方法とその適用限界、そして保健・医療供給体制と地域包括ケアシステムの在り方などについて教授する。

「専門職間連携特論」

多様な状況の対象者に保健・医療・福祉サービスを提供するための専門職間連携について、その理念と各現場での実践の経緯を学ぶとともに、現在推し進められている地域包括ケアシステムを中心に、現状の課題と将来の方向性を検討する。その中で、医学的視点だけでなく、対象者の心理的・社会的な視点にも配慮した専門職種間の有機的な連携と協業についての実践的知識および連携のためのマネジメントについて、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員それぞれの専門的立場から多面的に考察し、多職種連携が果たす役割や機能について教授する。さらに各地域の特色を生かした地域包括ケアシステムの実例を検討することにより、将来受講者がそれぞれの生活地域で専門職間連携の一翼を担いうる能力を養成する。

「リハビリテーション技術特論」

近年のICT（情報通信技術）の発展に伴い、リハビリテーション医療のDX化（データ・デジタル化）が急速に発展している。従来のリハビリテーションでは、セラピストの知識や経験に依存して治療が行われてきたが、先端技術を併用すればセラピストの技量を超えてより効果的なリハビリテーション医療を実践できると考えられている。本授業では、リハビリテーションの主たる

対象者である高齢者に対して最先端技術であるバーチャルリアリティー技術や生体センサー技術を応用した新しいリハビリテーションの理論と臨床研究について論じた上で、リハビリテーションにおける先端計測技術の応用の実際を体感する。また先端技術と療法士の接点を学び、リハビリテーションの今後の発展と課題、先端技術のリハビリテーション応用の可能性について学修する。

「リハビリテーション研究特論」

医学研究では、基礎研究を積み重ねながら臨床研究に応用し、その結果新たに生じた問題を再び基礎研究で裏付けていくという過程を繰り返しながら、新たな評価法や治療法の開発・発展が実現して行く。本科目では、リハビリテーション領域の基礎研究の意義と実験動物や培養細胞を用いた実験手法と組織学、生化学や生理学などの解析手法について学修する。授業では、リハビリテーション基礎研究特有の文献検索と先行研究レビュー、研究目的の明確化や研究計画作成、そして研究倫理の遵守など基本的な事項について、教員が行う実際の基礎研究に基づき理解を深める。

「運動機能障害リハビリテーション学特論 」

本科目では、主に運動器傷害(外傷、障害)や中枢・末梢神経の障害に起因する運動機能障害に対する客観的分析法の教授を通じて，それらの評価、治療手法に関する研究や研究課題について習得する。さらに、運動機能障害の発症予防、あるいは二次的な身体障害への対応について考察し、健全な日常生活や社会活動を視野に入れた健康寿命の延伸に資する予防的支援を提案できる能力を養う。

「内部機能障害リハビリテーション学特論 」

本特論では内部機能障害領域における疑問や問題を自ら解決できる能力とリハビリテーションを科学的見地から考察できるリハビリテーション療法士の育成を目的に授業を展開する。具体的にはEBMに基づく内部機能障害リハビリテーションについて解説し、併せてクリニカルクエスチョン（CQ）に対する文献レビューを行う。さらに、CQの解決手法としての研究（臨床研究、観察研究、基礎研究）手法について教員がこれまでに行ってきた事例をまじえながら授業を行う。

「高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論 」

人間存在を生物・心理・社会（Bio-psycho-sociality)的次元の総体と捉えるモデルは、応用面の限界が指摘されているものの、医療の実践において重要な観点を提供し続けている。一方で、近年の脳科学・認知科学の進歩を背景に、器質性脳障害と心理障害の病態を統一的に捉えようとする病態理論が提起されている。一見矛盾するかに見える両者の理論は、脳機能に生物・心理・社会の各次元を表象する機構を想定する理論的枠組みによって統合的に把握することが可能であり、その枠組みに基づいて、治療とケアの戦略を導くことも期待できる。

本講では、こうした多次元的脳=認知理論の観点から、高次脳機能障害と心理障害を分析し治療戦略を立てるために必要となる脳機能解剖学に関する知識を総括するとともに、今日の有力な治療技法である認知療法、行動療法、精神分析の諸理論との関連を論じて、それらの知識を統合的に関連付けて修得させる。また事例検討を通じて、それらの病態理論を臨床的に応用する能力を養う。

「臨床実践特別演習」

臨床リハビリテーションの実践過程で浮かび上がる諸問題を科学的根拠にもとづいて解決するために必要な方法論の修得を目的として、3つの専門領域の担当教員が臨床および研究に関する経験と知識を伝授するための演習を行う。具体的には、各専門領域の教員と意見交換しながら学生自らが疑問を発掘し、学術的意義と科学的妥当性を有する研究課題へと錬成していくための、文

献検索、一次情報・二次情報の入手と精選、重要文献の精読とノート作成、現時点で研究の到達点の見極めと知見の総合、課題の焦点化の過程を実体験しつつ修得する。さらに抽出された課題を解決するための調査や実験の基本構想を案出し、指導教員の指導の下に研究プロトコールを試作して、その研究遂行に必要な設備・機材・人員・資金を確保するための方策、および研究協力の依頼、倫理審査の申請等の諸手続き等に関するマネジメントを考案する。

「地域リハビリテーション・ケア学特論」

地域により生活している人々のニーズは異なり、サービス提供にも工夫が求められる。リハビリテーションを必要としながら生活する人々のニーズを的確に捉え、ニーズに沿ったサービスを展開していく方法について検討する。様々なサービス提供活動の実際を知り、内容や提供方法を具体的に掘り下げ、専門職・関連機関の連携について考察することを通して、地域リハビリテーション活動の理念を理解し、包括的かつ継続的に活動を展開する力を養う。また、終末期ケアにおけるリハビリテーションのあり方についても検討する。

「疼痛ケア・リハビリテーション学特論」

本科目では、「人間にとって痛みとは何か」について学ぶ。痛みのシグナルは末梢の侵害受容器から末梢神経、脊髄、脳と伝わり、脳で統合されて痛みとして感じる。痛覚伝達のしくみを学び、感覚としての痛みを理解し、さらに情動、行動といった痛みの多面性について理解を深める。痛みに関連した研究論文を抄読し理解し考察する機会を与える。これらの機会を通して、臨床現場で遭遇する様々な痛みに対し適切な判断を下し対応できる能力を養う。

「高齢者リハビリテーション学特論」

高齢者に対するリハビリテーションは、単に高齢者の特異的疾患とそれによる障害に対応するだけでなく、高齢者特有の身体的、心理・社会的な特性を理解して、リハビリテーションを行う必要がある。本講義では、高齢者それぞれの特性に応じて、日常生活の活動を高め、積極的に社会への参加を促し、それによって一人ひとりの生きがいやQOL の向上を目指すことが可能となるリハビリテーションに必要な専門的知識と技術を教授し、今後、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」における高齢者リハビリテーションの専門性を高め、リーダーシップを発揮することができる専門職を育成する。

「生活支援特別演習」

臨床リハビリテーションの実践過程で浮かび上がる諸問題を科学的根拠にもとづいて解決するために必要な方法論の修得を目的として、3つの専門領域の担当教員が臨床および研究に関する経験と知識を伝授するための演習を行う。具体的には、各専門領域の教員と意見交換しながら、学生自ら疑問を発掘し、学術的意義と科学的妥当性を有する研究課題へと錬成していくための、文献検索、一次情報・二次情報の入手と精選、重要文献の精読とノート作成、現時点で研究の到達点の見極めと知見の総合、課題の焦点化の過程を実体験しつつ修得する。さらに抽出された課題を解決するための調査や実験の基本構想を案出し、指導教員の指導の下に研究プロトコールを試作して、その研究遂行に必要な設備・機材・人員・資金を確保するための方策、および研究協力の依頼、倫理審査の申請等の諸手続き等に関するマネジメントを考案する。

以上の基盤科目および専門科目を基に、研究科目として以下を配置する。

「リハビリテーション学特別研究」

リハビリテーション学分野における幅広い理解を深めるとともに、臨床実践リハビリテーション学分野及び生活支援リハビリテーション学分野に関する一つの研究課題に対して、関連文献の

検索と整理、研究デザインの設定からデータ収集および解析、研究結果の考察、そして論文完成に至る過程について指導する。

Ⅳ　教員組織の編成の考え方及び特色

本研究科は、理学療法士、作業療法士および医師のいずれかの免許を有し、専門分野において教育実績、研究業績及び実務経験豊かな専任教員を配置して、十分な教育効果を上げることができる教員組織を構築する。

本研究科の教員構成は、専任教員は教授9名、准教授2名、講師5名、助教2名、合計18名の専任教員で組織し、博士の学位取得者は、15名であり、修士の学位取得は3名である。修士号のみを有する教員においても、その専門分野において高い専門性と熟練した教授歴を有しており、指導教員として十分な教育・研究業績を有している。

教員組織の特色は、各教員が当該領域の研究業績とともにリハビリテーション実践に強みを持っており、講義、演習、研究と一貫した教育指導を行うことが可能なことである。これらは、修士課程での教育の質が保証されることに繋がる。さらには、研究科担当教員の負担の軽減と教育内容の充実を図るため、基盤科目と専門科目の半分強は、オムニバス方式を採用し、当該科目の専門的な研究者・リハビリテーション医療職者を非常勤として招く。また、基礎科目、専門科目、特別研究は、各科目に関連した豊富な教育・研究業績を有する教授・准教授が中心に担当し、リハビリテーション実践力・研究マインドを高める演習形態をとる科目は講師も加わり教育指導にあたる。

本学教員の定年は、65歳であるが、本法人就業規則により、定年を超えて教員を継続する制度を設け、完成年度まで任用することとしている。また、開設時に65歳を超える教員2人については、常勤理事会において大学設置に係る特例として雇用を認め、また完成年度までの雇用を確保する旨の決定をすることで、完成年度末までの教員組織を確保し教育水準を維持する。上記教員を含み、臨床実践リハビリテーション学分野には60代の教授1名、生活支援リハビリテーション学分野には60代の教授3名を配置しているが、完成年度以降にはなるが、教育研究の水準と継続性が保たれていくことに留意し、若手・中堅教員の育成として、博士号取得や研究活動（科研費などの助成の獲得、在外研究、研究業績の蓄積など）を促進するための支援を計画的に行う。なお、若手の採用も継続して行うことで、長期的かつ安定的な組織となるよう配慮する

教育研究の継続性等を踏まえた将来構想については次の通りである。

1. 高年齢の教員の退職時に合わせ、研究領域、教育経験、年齢を考慮し、教員採用を行う。
2. 採用にあっては、年齢構成、教育経験、研究領域のバランスを考慮し、教育研究の継続性を図る。
3. 再雇用は、教育経験、研究領域の継続性の観点等を考慮して、定年退職者再雇用制度に関する規程に基づき行う。
4. 研究業績の積み上げ、FD活動等により、教員全員の質の向上にむけ研鑽をしていくことで、次代を担う教員の育成を図り、内部昇格についても考慮する。
5. 将来的には、教員全体の年齢構成の上限は、教育経験、研究領域を考慮したうえで、65歳以下になるよう計画していく。

（資料12：定年退職者再雇用制度に関する規程）

Ⅴ　教育方法、履修指導、研究指導の方法及び修了要件

本研究科においては、研究科の目的・目標を達成するために、学生の多様なニーズと個別な能力に応じた効果的な教育・指導を行う。

1）教育方法

(1) 授業内容に応じた授業の方法

① 基盤科目

専門の学習の深化と発展につながる基礎的理論及び研究技法、または最新の知識と科学的根拠に基づいた理論の教授に重点を置いた講義・演習を行う。

② 専門科目

専門分野の対象や問題に焦点を当て、その特性及び課題と解決方法を創造的・先駆的に研究するための方法論、システム形成、資源開発、連携、ネットワーク等に関して探究するとともに、学生のもつ課題の解決のため、専門分野の実践に向けて方法論を発展させる方策の検討をする。

③ 研究科目

文献レビューやフィールドに出ることにより、当該領域・分野における重要な課題を明らかにし、各自で探究すべき課題を選定する。当該専門分野における研究課題を明らかにし、新しい知見を導き出し、研究論文を作成し発表することにより、各専門分野の発展に資する研究を実践することができる。

(2) 授業形態

時間数は、講義（1単位15時間）、演習（1単位15時間）で構成した。基盤科目及び専門科目は、主に講義形式とし、内容を深め視野を拡大するために複数の専任教員または兼任教員を含むオムニバス形式を採用する。専門教育科目には講義科目で学んだ知識と実践について幅広く修得できるよう演習形式の科目を配置する。

(3) 時間割

1時間を90分とし、1年を前期と後期15週ずつに分け、学年歴と時間割を作成する。本研究科は、現在医療機関で働いているリハビリテーション専門職者の資質向上に貢献する目的を設置趣旨にしている。社会人受け入れに対応するため、大学院設置基準第14条、教育方法の特例に準じ、夜間、その他の時間や時期において授業や研究指導を行う。また、特別の必要があると認める場合は、授業担当者の了解を得て学生の希望に基づき授業を行う。

(4) 修業年限

本研究科の標準修業年数は2年とするが、長期履修を希望する者で研究科長が許可した場合は、3年を限度として一定の期間にわたり教育課程を履修できるものとする。なお、やむをえない事情により、標準年限を超えて計画的に教育課程を履修し修了することを希望する場合には、その履修計画を確認した上で長期履修制度により対応する。

2）履修指導及び研究指導の方法

学生の授業科目の履修及び研究の実施にあたっては、学生の希望する領域の中から学生ごとに指導教員を定めて、学生が各領域の高度な医療専門職として必要な実践能力や基本的な研究能力等を身につけられるよう指導する。

学生が入学してから、修士課程を修了するまでの履修指導及び研究指導は、次のような方法・スケジュールである（資料13）。

（資料13：研究指導スケジュール表）

（1）指導教員の決定（1年次4月）

① 学生は、入学時に希望する研究領域及び主指導教員と副指導教員を研究科委員会へ提出する。

② 研究科委員会は、各学生の希望をもとに、専任教員のうちから当該学生の指導に最も適する主指導教員1名と副指導教員1名を決定し、学生に通知する。研究指導は複数指導制とし、主たる研究指導は単位認定者である主指導教員が一貫して行い、副指導教員は研究の進捗状況の評価や助言等によって研究指導を補助する。

（2）履修指導及び研究課題の決定（1年次4月）

① 主指導教員は、学生の希望を聞きながら、履修モデル（資料14）やシラバス等を用いて、学生の研究に直接必要となる授業科目、職業人として必要な基礎学力を養う授業科目など学生個々に適した授業科目の履修を指導する。

② 主指導教員は、学生の授業科目の選択時にとどまらず、学生の学問的関心を十分発展させることに配慮し、学修、研究の進行状況を把握しながら教育課程の履修が達成されるよう、随時指導を行う。

③ 主指導教員は、学生が希望する研究課題、指導教員の専門性、指導環境等を勘案して、学生と相談しながら当該学生の研究課題を決定し、研究科委員会へ通知する。

（資料14：履修モデル(長期履修学生用履修モデル・時間割含む））

（3）研究計画の立案及びその指導（1年次5月～9月）

① 学生は、決定した研究課題についての研究計画を立案する。

② 主指導教員及び副指導教員は、学生の研究計画の立案にあたって、研究の方法論、文献検索の方法、文献講読等により、学生の研究計画案を指導する。

（4）研究倫理審査とその指導（1年次10月～2年次4月）

① 学生は、研究計画に従い研究を遂行するにあたり、奈良学園大学における研究活動の倫理性に関する規程 **資料15** を踏まえ、奈良学園大学倫理審査委員会に審査申請書を作成・申請し、承認を得る。

② 主指導教員及び副指導教員は、倫理審査委員会に提出する審査申請書の作成について指導し、学生が審査において承認を得られるようにする。

（資料15：奈良学園大学における研究活動の倫理性に関する規程）

（5）研究の遂行及びその指導（1年次10月～2年次9月）

① 学生は、研究計画に従い研究を遂行する。1年次では、主に文献レビュー、先行研究の整理、仮説の検証を行い、研究方法を選択し予備実験・調査等を実施する。2年次当初には、本研究を開始し、データ収集・解析等を行い、研究成果をまとめる。

② 主指導教員及び副指導教員は、セミナーにより研究の進度確認、文献講読等を行うほか、実験指導・フィールドの紹介、文書依頼、データ収集・解析指導、実施指導など、研究遂行の指導を行い、研究成果のまとめ方を指導する。

③ 研究の遂行の中間で、主指導教員及び副指導教員及び研究科委員会は学生の研究計画の作成状況（1年次1月）、研究の進行状況（2年次6月）を確認し、学生の研究の進行状況に応じた指導を行う。

(6) 主査及び副査の決定（2年次7月）

① 研究科委員会は、2年次7月までに学生の修士論文の審査にあたる主査1名と副査2名を決定し、学生に通知する。

② 主査は、主指導教員以外で学生の研究課題に近い専門領域の教員から選定し、副査2名は主査と異なる観点からの審査を行うことのできる教員を選定する。主査及び副査は研究担当の資格を有する教員の中から選定する。

(7) 中間発表（2年次10月）

① 研究科委員会は、公開の中間発表を開催する。参加者は、本学の全教員、修士課程学生1・2年次生全員、学部学生の希望者、共同研究を行っている場合の共同研究者等とする。

② 学生は、これまでの研究成果をとりまとめ、公開発表会において発表する。

③ 主査及び副査は、発表内容に関する問題点や解決方法等について指導を行う。学生は問題点等の指摘を受け、追加実験・調査、分析等を行い、研究を完成させる。

(8) 論文の作成及びその指導（2年次10月～1月）

① 学生は中間発表までの研究成果をもとに、論文の作成を開始し、発表会での質疑、主査及び副査からの指導などを取り入れ、研究を完成させ、論文をまとめる。

② 主指導教員及び副指導教員は、学生の論文作成について、論文の全体構成、資料・データの整理法、図・表の作成、文献検索など、論文を完成するまでの指導を行う。

(9) 研究発表会（2年次1月）

① 研究科委員会は、論文にかかる研究の発表の場として、公開の研究発表会を開催する。参加者は中間発表会と同様である。

② 学生は、中間発表での問題点への対応等も含めて研究を完成させ、研究発表会において発表する。

③ 主査及び副査は、発表内容に関する問題点等について指導を行う。また、主指導教員及び副指導教員は主査及び副査から指摘された問題点等の解決方法等について指導を行う。

④ 学生は、主査及び副査、並びに主指導教員及び副指導教員の指導を受けて問題点を解決し、論文を完成させる。

(10) 論文の提出及び最終試験並びに合否判定（2年次2月～3月）

① 学生は、完成させた論文を所定の期日（2月上旬）までに提出する。

② 主査及び副査は、提出された論文を審査するとともに最終試験を行い、これらの結果を研究科委員会に報告する。最終試験は、提出された論文の内容及び専門領域に関する口頭試験とする。

③ 研究科委員会は、主査及び副査による論文の審査及び最終試験の判定結果並びに当該学生の単位取得状況により修士課程の修了について合否を判定する。

④修士論文の審査基準（質の確保）

・修士論文の最終試験は、研究論文提出者の研究成果を確認する目的をもって口頭試問と公開論文発表により審査を行う。審査の構成は以下のとおりとするが、研究倫理審査会の承諾を得ていることが前提である。

【審査基準項目】

・研究の意義に関する事項：

① リハビリテーション実践の質向上において研究としての意義（新規性や独自性）が担保されていること。

② 研究課題に明確な学術的意味があること。

・研究方法と内容に関する事項：

③ 研究課題に関連する国内外の先行研究が十分に検討されていること。

④ 研究課題、研究の背景、意義、目的が明確に示されていること。

⑤ 研究目的に適した研究方法が使われていること。

⑥ 研究結果には必要なデータが示されていること。

⑦ 研究結果をもとに適切な考察がされていること。

⑧ 研究結果には学術的な価値があり、社会への貢献が期待できること。

⑨ 今後の研究に関する課題が明確になっていること。

⑩ 論文としての形式が整い、論旨に一貫性があること。

・倫理的配慮に関する事項：

⑪ 研究対象者等の権利擁護ができていること。

⑫ 著作権を守る配慮ができていること。

・研究発表会における表現の適切性に関する事項：

⑬ 研究内容について要点を明確に説明できていること。

⑭ 質疑応答において質問を理解し、明確に回答できていること。

以上のような各事項の審査を経て修士論文の合格とする。

（11）修士課程の修了及び学位の授与（2年次3月）

① 学長は、研究科委員会の判定結果に基づき、学生の修士課程の修了を認定し、修士の学位を授与する。

② 学位の授与は学位記を交付して行う。

Ⅵ　施設・設備等の整備計画

（１）キャンパス

本研究科の設置に関して、校地、運動場、校舎ともに既設の学部・学科と共用するものとし、大学院教育に必要な施設・設備を整える。

（２）校舎等施設の整備計画

本研究科の教育研究を行う専用の施設として、現在保健医療学部教員の研究室と同じ校舎に、新たに学生研究室1室（97.63㎡）を整備する。この学生研究室は現在のコモンルームを転用する。講義・演習室については、学部と共用する講義・演習室用教室を、大学院の授業に充てる。

本研究科の入学定員は4名を予定しているが長期履修学生制度を導入するため、学生研究室は10名程度の利用を想定している。学生研究室に設置する机・椅子・書棚・個人ロッカーを整備し、パソコンは想定大学院生分の購入を開設年度において設備購入費として計上している。

また、専門科目の教育研究で使用が必要となった場合のリハビリテーション各領域の設備・備品・機器については基礎となる学部（学科）の保健医療学部リハビリテーション学科のものを、情報処理については、1号館5階に整備済の情報処理演習室を使用する。

（資料16：大学院生研究室の見取り図）

（３）図書等の資料及び図書館の整備計画

保健医療学部リハビリテーション学科の図書の多くは、開設して 4 年であり比較的新しい蔵書構成となっている。また、視聴覚資料についても授業に関連する必要度の高い資料を購入しているため、リハビリテーション学研究科においてもそれらを共用することとする。また、本研究科設置にあたり新たに電子ジャーナルを利用可能とし、大学院生の利用に供する。

（資料 17：電子ジャーナル等の一覧）

オンラインデータベースは医中誌 Web、メディカルオンライン、MEDLINE、Medicalfinder、ElsevierScienceDirect を導入している。電子ジャーナルはメディカルオンラインから約 1,500 誌、MedicalfinderElsevierScienceDirect から 19 誌、Medicalfinder から 8 誌、さらに複数の学会誌が閲覧可能である。また複数の機関リポジトリ等を通じてオープンアクセスジャーナルも閲覧できる。電子書籍（Maruzen eBook Library）については、リハビリテーション分野で約 260 点購入している。これらは学内の PC はもちろんのこと、キャンパス内のどこからでも Wi-Fi 経由でタブレット端末からも利用可能である。

図書館の開館時間は、平日は 8 時 30 分から 21 時 30 分まで、土曜日は 8 時 30 分から 18 時まで対応できるようにするが、図書館内にあるすべての資料の所蔵情報は図書館の開館時間を問わず OPAC により学内外からも検索が可能である。

このように図書館では学修・研究環境を提供し、効果的な図書館の利用法や OPAC の検索法、文献調査法などの利用指導についても対応している。また図書館における今後の取り組みを継続的かつ発展的に行うためにも、司書資格を有する職員が長期的に維持される体制を継続する。

登美ヶ丘キャンパス蔵書冊数：57,994 冊（令和 4 年 2 月現在）

Ⅶ　基礎となる学部との関係

リハビリテーション学研究科は、保健医療学部リハビリテーション学科を基礎とし、学部の教育内容を踏まえて、高度な専門職業人を養成するとともに、基本的能力を身につけられるよう専攻分野を設定した。特に、リハビリテーション実践現場の質向上に繋がる質の高い高度なリハビリテーション実践を支える教育・研究者及び指導者の養成を目指している。

本研究科の授業を担う全ての専任教員は保健医療学部リハビリテーション学科の専任教員である。学科の授業科目と研究科の授業科目の主な相関を資料18に示す。

（資料18：奈良学園大学リハビリテーション学科と本研究科の関係図）

Ⅷ　入学者選抜の概要

本学研究科にあっては、日本国の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士免許を有する4年制大学の卒業生のほか、短期大学や専修学校の卒業生で一定要件を満たす者には個別の入学審査を行い、大学を卒業した者と同等以上の学力があると認められた場合は出願資格を与えて、修学の機会を設けるなど、学修意欲を持つ人々に門戸を広げる。

１）募集人員

募集人員は、リハビリテーション学専攻として入学定員を4名とし、アドミッションポリシー及び受験資格を次のように設定する。

アドミッションポリシー

AP1: 本研究科の設立の理念・教育目標を十分に理解している人。

AP2: リハビリテーション学および関連領域を学ぶ強い意欲を持ち、大学院で学ぶための基礎的学力（リハビリテーション学および関連領域に関する知識・技術、論理的思考力と対人コミュニケーション能力、文章表現力、専門英語の読解力）を備えている人。

AP3: リハビリテーションおよび関連領域の専門職に求められる思いやりの心・責任感・継続力などを備えている人。

AP4: リハビリテーションおよび関連領域において、中核的・指導的役割を果たす高度の専門職業人として将来活躍が期待できる人。

（受験資格）

次の(1)～(5)のいずれかに該当し、かつ日本国の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の免許を有する者、もしくは入学時に取得見込である者とする。

(1) 大学を卒業した者又は卒業見込の者

(2) 独立行政法人大学改革支援・学位授与機構により学士の学位を授与された者又は授与される見込の者

(3) 短期大学、専修学校又は各種学校等を卒業・修了し 3 年以上のリハビリテーション職の実務経験を有する者で、本研究科における入学資格審査により大学を卒業した者と同等以上の学力があると認められた者

(4) 文部科学大臣が別に指定する専修学校の専門課程（修業年限が 4 年以上であることその他の文部科学大臣が定める基準を満たすものに限る。）を文部科学大臣が定める日以降に修了した者及び入学の前月までに修了する見込みの者

(5) 文部科学大臣の指定した者

２）試験科目

入学者選抜の概要は次の通りである。

(1)入学者選抜の区分

・一般入学選抜

・社会人入学選抜（上記受験資格のいずれかに該当するもので、出願の時点でリハビリテーション職として3年以上の勤務歴がある者）

(2)入学者選抜の方法

・一般入学選抜

専門科目の筆記試験（専門分野の英語論文の読解力を含む)、小論文、面接による試験を実施する。専門科目は、専門領域における基本的知識について評価し、小論文では、医療従事者としての基本的知識、倫理観、論理的思考力、客観的表現力等について評価する。面接では、コミュニケーション能力、目的意識と意欲等を評価する。

・社会人入学選抜

専門科目の筆記試験（専門分野の英語論文の読解力を含む)、面接による試験を実施する。専門科目は、専門領域における基本的知識について評価し、面接では、コミュニケーション能力、目的意識と意欲等を評価する。

３）専門領域の担当教員との相談

在学生の履修及び研究に係る情報が、本研究科を志望する者に適切迅速に正しく提供できるよう、複数の教員が相談業務にあたれる体制を整える。また、オフイスアワーを有効に利用してもらうよう、大学ホームページ等を充実する。

４）入学者選抜体制

大学院の入学試験に関する事項を審議するため入学試験小委員会を組織する。この委員会の構成員は、学長、研究科長、研究科長が指名した大学院を担当する教員、事務局長、事務局入試広報課長とする。また、委員長は委員の中から学長が指名する。

（資料19：大学院入学試験小委員会規定）

Ⅸ 大学院設置基準第14条による教育方法の特例の実施

１）趣旨・必要性

社会人のキャリア教育及び生涯学習ニーズに応え、仕事を持つ社会人の学生（以下、「社会人学生」という。）などが勤務を継続しながら、大学院で学修することができる環境を提供するため、本学研究科において大学院設置基準第14条に定める教育方法の特例を実施する。

２）教育方法の実施

昼夜開講制を導入して、リハビリテーションの臨床経験がある有識者等を含めた多様な学生が互いに研鑽し合う環境を設けることにより、本研究科の設置趣旨の実現に努める。すなわち、社会人に広く門戸を開放するために、履修者の科目選択の自由度を高め、授業時間を月曜

日から金曜日の昼夜、及び土曜日の昼間に開講するいわゆる昼夜開講制を採用する。

大学院生が利用する研究室については24時間入退室を可能とし、演習室については7時30分から21時30分まで利用可能となるよう対応する。

また、現有職者が現在の職と修学を時間的に無理なく両立できるよう、修業年限2年の他に、3年の長期履修制度も導入する。

(1) 修業年限

修業年限は原則 2年とする。ただし、長期履修を希望する者で研究科長が許可した場合は、3年を限度として一定の期間にわたり教育課程を履修できるものとする。

(2) 履修指導及び研究指導の方法

学生は１年次に研究科基盤科目、各専門分野の特論を履修し、2年次にかけて研究に関連した演習や特別研究を履修する。大学院教育は教室、研究室、実習室、情報処理室、図書館などを利用して行い、土曜日、授業開講時間の利用を可能とする。研究指導については、指導担当教員に加え、これを補佐する教員を配置し、入学から修了まで指導を行う。

(3) 授業の実施方法

社会人学生が無理なく受講できるように夜間の授業（6時限 18:00～19:30、7時限 19:40～21:10）を開講する。また、夏期・冬期休暇中にも集中講義を行い、教育・研究指導を受けることができるようにする。

(4) 教員の負担の程度

研究科の開講期・開催曜日ならびに時間を考慮し、勤務割リ振りによって教員の負担が増えない体制をとる。学部と大学院の担当授業時間数の調整や各種委員会業務等の軽減を行うなどして、過度の負担にならないように十分に配慮する。

（資料20：各教員の個人別時間割表）

(5) 図書館・情報処理施設等の利用

図書館は、時間割に対応して、平日 8 時 30 分から 21 時 30 分まで、土曜日の 8 時 30 分から 18 時までの開館とする。図書館内にあるすべての資料の所蔵情報は図書館の開館時間を問わず OPAC により学内外からも検索が可能である。

情報処理施設としては、大学院生の研究室にコンピュータを 1 人 1 台設置し、パソコンを利用することができる環境を整える。

(6) 職員の配置

職員の配置については、交代制等による夜間勤務体制を実施する。

X 管理運営

１）大学院の管理運営体制

大学院における管理運営体制として大学院委員会を設置する。大学院委員会は学長、研究科長等で構成し、必要に応じて学長が招集し、以下の事項について審議する。

(1)　大学院の学則の制定および改廃に関する事項
(2)　研究科委員会から上申された事項
(3)　その他大学院に関する重要事項
なお、大学院委員会の審議結果は教育評議会に報告し、承認を得るものとする。

２）研究科委員会

本研究科の教育研究上の管理運営のための組織として、「リハビリテーション学研究科委員会」を組織する。研究科委員会は、当該研究科の専任教授をもって構成し、必要に応じ准教授を加えることができる。原則として月1回開催し、以下の事項を審議する。

(1) 大学院委員会から諮問された事項
(2)　学則等諸規定に関する事項
(3)　研究科の課程及び学生の教育に関する事項
(4)　研究の指導及び論文の審査に関する事項
(5)　単位認定、課程修了認定並びに学位授与に関する事項
(6)　賞罰に関する事項
(7)　研究科担当教員の任用及び昇任に関する事項
(8)　研究科担当教員の審査基準に関する事項
(9)　学生の厚生補導及びその身分に関する事項
(10) その他大学院に関する事項大学院委員会から諮問された事項
なお、研究科委員会の審議結果は、大学院委員会に報告、上申するものとする。

ＸＩ　自己点検・評価

１）基本方針

本学は、具体的な教育・研究上の目標を明示し、目標達成の可能性、目標の達成度等について検証するため、定期的・継続的に自己点検・評価を実施し、科学的な視点で検証・実証を行い、教育研究等の改善を図ることを目指す。

２）実施体制・実施方法

全学の自己点検・評価委員会に大学院部会を置き、研究科の設置趣旨を踏まえ評価項目、評価基準等の詳細を決定し、評価する。

３）評価結果について

以下の基準1から基準4の評価項目ごとに設定した達成すべき目標が評価基準をクリアしているか否かについて評価を行う。評価結果は、ホームページでの公開や自己点検・評価報告書の作

成・配付により公表する。

基準1　大学の使命・目的等
使命・目的及び教育目的の「明確性」
使命・目的及び教育目的の「適切性」
使命・目的及び教育目的の「有効性」

基準2　学修と教授
学生の受入れ
教育課程及び教授方法
学修及び授業の支援
単位認定、卒業･修了認定等
教育目的の達成状況の評価とフィードバック
学生サービス
教員の配置・職能開発等
教育環境の整備

基準3　経営・管理と財務
経営の規律と誠実性
大学の意思決定の仕組み及び学長のリーダーシップ
理事会の機能
コミュニケーションとガバナンス
業務執行体制の機能性
財務基盤と収支
会計

基準4　自己点検・評価
自己点検･評価の「適切性」
自己点検･評価の「誠実性」
自己点検･評価の「有効性」

４）認証評価について

本学は、学校教育法第109条の2により文部科学大臣が認証した評価機関が実施する第三者評価を受けることが義務づけられていることを受け、 2017（平成29）年度に2度目の大学機関別認証評価を受審した。 判定は、「奈良学園大学は、平成29年度大学機関別認証評価の結果　本評価機構が定める大学評価基準に適合していると認定する。」とされ、 総評では「大学は、建学の精神を掲げて、実務能力、実践力を有する人材の育成を使命として明確に定め、平成26（2014）年度の学部学科の改組以降も、 新たな学修環境を整備して継承されている。（～中略～）大学は、学校教育法及び関連法令を遵守しており、その使命や目的は、各学部の三つのポリシー （ディプロマポリシー、カリキュラムポリシー、アドミッションポリシー）に具体的に明示され、資格取得

に向けた個別指導を基軸として研究教育組織が 整備されている。」と本学の取組に対して評価を受けた。

今後は文部科学省が認証評価制度の目的としている「大学等の教育研究水準の向上に資する」ことを十分に理解し、さらなる教育研究活動の充実、発展に取り組むとともに大学院設置等を踏まえ本研究科の完成年度までに認証評価を受審する。

（資料21：平成29年度 大学機関別認証評価　報告書）

ⅩⅡ　情報の公表

１）実施方法

大学における情報の積極的な提供については、平成22年6月16日付－22文科高第236号－文部科学大臣政務官通知「学校教育法施行規則の一部を改正する省令の施行について（通知）」において、大学が公的な教育機関として、社会に対する説明責任を果たすとともに、その教育の質を向上させる観点から、公表すべき情報を法令上明確にし、教育情報の一層の公表を促進することが求められている。

また、社会の信頼に応える高等教育の実現のため、学部等における教育力向上のための必要な措置を講じるとともに、その教育の質を保証する上で備えるべき基準をより明確にされた、平成19年7月31日付－19文科高第281号－文部科学省高等教育局長通知「大学設置基準等の一部を改正する省令等の施行について（通知）」にも留意する。

２）情報提供項目

教育研究活動に関する情報を社会に対して発信することは、大学の社会的な責務であると考え、またそれが社会貢献活動への第一歩と捉えている。本学では、教育研究活動等に関する情報を広く社会に提供することとし、具体的には、大学のホームページ（情報公開のページURL: https://www.naragakuen-u.jp/introduction/information_disclosure.html）や刊行物を活用し、以下に掲げる情報等を積極的に提供することとする。

(1) 大学の教育研究上の目的に関すること
(2) 教育研究上の基本組織に関すること
(3) 教員組織、教員の数並びに各教員が有する学位及び業績に関すること
(4) 入学者に関する受入方針及び入学者の数、収容定員及び在籍する学生の数、卒業又は修了した者の数並びに進学者数及び就職者数その他進学及び就職等の状況に関すること
(5) 授業科目、授業の方法及び内容並びに年間の授業の計画に関すること
(6) 学修の成果に係る評価及び卒業又は修了の認定にあたっての基準に関すること
(7) 校地・校舎等の施設及び設備その他の学生の教育研究環境に関すること
(8) 授業料、入学料その他の大学が徴収する費用に関すること
(9) 大学が行う学生の学修、進路選択及び心身の健康等に係る支援に関すること
(10) その他、教育上の目的に応じ学生が修得すべき知識及び能力に関する情報、学則等各種規

程、設置認可申請書、設置届出書、設置計画履行状況等報告書、自己点検･評価報告書、認証評価の結果等に関すること

ⅩⅢ　教育内容等の改善を図るための組織的な研修等

１）基本方針

大学設置基準第25条の3には「大学は、当該大学の授業の内容及び方法の改善を図るための組織的な研修及び研究を実施するものとする。」と定められている。大学の使命は、質の高い教育を行い、時代の変化や社会の要請に対応した教育研究活動を行うことが常に求められている。このためには、教員が行う授業の内容や方法を絶えず検証し、多様化する学生に対する教育指導の質の向上に努めなければならない。

そこで、本学では授業内容・方法の改善を図るため組織的な研究及び研究（FD活動）に取り組む。

２）大学院におけるＦＤ・ＳＤの実施

組織的なFD活動に取り組むため、全学のFD委員会を基盤に大学院ＦＤ委員会を置く。大学院ＦＤ委員会は大学院の理念・目標を理解し、教員の教育技法（授業法、討論法、学業評価法、教育機器利用法、メディア・リテラシーの習熟など）を改善するための支援プログラムの構築、カリキュラム開発、学習支援（履修指導）システムの開発などの推進を図る。また、教員の自己点検、自己評価をもとに、教育研究水準の向上や教員の資質向上に取り組む。

ＳＤ活動においては、法人人事部が、職員が大学等の運営に必要な知識・技能を身に付け、能力・資質を向上させるため、2か月に1回の頻度で全職員を対象とした職員研修（スタッフ・ディベロップメント。以下「ＳＤ」という。）を企画、実施する。ＳＤのテーマは、「今以上の職員としての資質の向上」、特に「ステークホルダーや社会の求めるものに正面から立ち向かい、そして問題が有るのであれば、問題の解決について考え、実行に移す」を継続して実施する。また、問題解決についての手順を学び、応用・実行していくために、ＳＤの形式は、演習・ロールプレイング等のワークを予定している。

３）活動計画

大学・学部の教育上の目的や育成する人材像については、組織的な資質の向上と共通理解を図るため、教育研究上の目的に応じ外部講師の招聘も含めて年数回、全教職員を対象とした研究会、研修会、講演会を開催する。

（資料22：令和3年度の活動状況）

設置の趣旨等(資料)目次

資料１ 奈良県保健医療計画（平成30年4月1日施行） ・・・・ Ｐ 2
第５章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制 第11節 在宅医療

資料２：地域における健康生活支援に必要なリハビリテーション専門職者の役割 ・ Ｐ 39
地域包括ケアとリハビリテーション、日本リハビリテーション病院・施設協会
社保審－介護給付費分科会 第109回ヒアリング資料（平成26年9月29日）

資料３：21世紀における第2次国民健康づくり運動 ・・・・・・・・・ Ｐ 54
厚生労働省告示第四百三十号（平成30年4月1日）

資料４：日本理学療法士協会会員統計情報 ・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ 68

資料５：新規大卒就職者の離職状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ 70

資料６：理学療法士・作業療法士の需給に関する検討会資料 ・・・・・・・・・ Ｐ 71

資料７：大学院に求められる人材養成機能 ・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ 88
１ 大学院に求められる人材養成機能：文部科学省（mext.go.jp）

資料８：「2040年を見据えた大学院教育のあるべき姿 ～社会を先導する人材の ・ Ｐ 91
育成に向けた体質改善の方策～」（平成31年1月22日 中央教育審議会大学分科会）

資料９：近隣リハビリテーション系研究科収容定員充足率 ・・・・・・・・・ Ｐ147

資料10：リハビリテーション学研究科のDPとCPの関連図 ・・・・・・・・・・・ Ｐ148

資料11：奈良学園大学リハビリテーション学研究科カリキュラムマップ ・・・・・ Ｐ149

資料12：定年退職者再雇用制度に関する規程 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ150

資料13：研究指導スケジュール表 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ153

資料14：履修モデル(長期履修学生用履修モデル・時間割含む) ・・・・・・・・・ Ｐ156

資料15：奈良学園大学における研究活動の倫理性に関する規程 ・・・・・・・・・ Ｐ162

資料16：大学院生研究室の見取り図 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ164

資料17：電子ジャーナル等の一覧 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ165

資料18：奈良学園大学リハビリテーション学科と本研究科の関係図 ・ ・・・ Ｐ166

資料19：大学院入学試験小委員会規定 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ167

資料20：各教員の個人別時間割表 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ168

資料21：平成29年度 大学機関別認証評価 報告書 ・ ・・・・・・・・・・・ Ｐ182

資料22：令和3年度の活動状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ Ｐ199

資料１

奈良県保健医療計画（平成30年4月1日施行）
第5章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制

第 11 節　　在宅医療

現状と課題

１．はじめに

現在、奈良県では、介護サービスを受けている高齢者の 60.1%、一般的な高齢者の 51.9%が自宅で最期を迎えたいと望んでいます※1。また、急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩という社会的な情勢変容や地域医療構想に基づく病床機能の分化及び医療機関間の連携等の推進によって、慢性的な疾患を抱えながら、自宅等で長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者の増加は、今後も続くと見込まれます。

具体的な数値としては、平成 28（2016）年３月に策定した奈良県地域医療構想において、平成 37（2025）年に見込まれる在宅医療等※2の需要量は、県全体で 18,119.5 人/日（そのうち訪問診療は 6,703.0 人/日）と推計されており、平成 25（2013）年と比較して約 1.5 倍の増加となることが見込まれています。

そのため、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37（2025）年を目途に、たとえ介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で本人や家族の選択により自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築が必要であり、その要となる在宅医療の提供体制の構築が求められています。

在宅医療は、医師や看護師などの医療関係者が、通院困難な状況にある医療的ケアが必要な人に対して、往診及び定期的に自宅等へ訪問して行う診療のことを指します。

持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を整えていくためには、高齢者単身世帯の増加等の家族形態の変化等も踏まえ、医療従事者や行政等が十分に連携をしながら、これまでの病院中心の「治す医療」の視点から、地域に根ざして生活の質を保ちながらその人らしい人生を送るための「治し支える医療」への視点の転換が求められています。

２．県内高齢者等の現況

（１）高齢者人口の推移及び推計

奈良県の人口に占める高齢者（65 歳以上）の割合は、これまでの約４人に１人から平成 37（2025）年には約３人に１人となり、急速に高齢化が進むと予想されています。

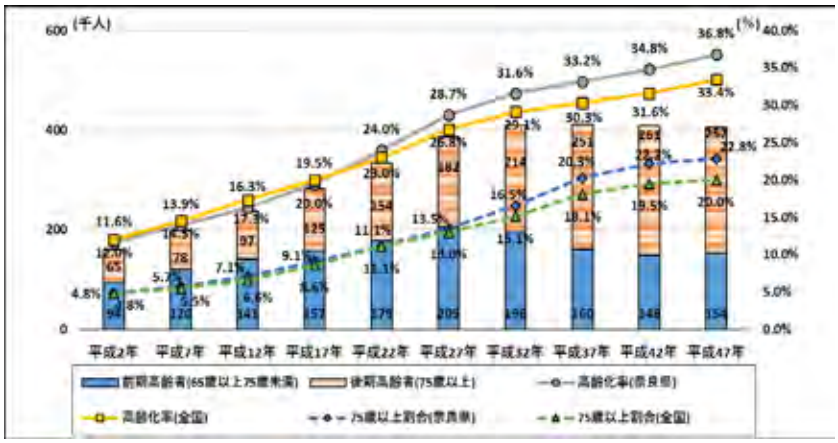
奈良県の人口が減少に転じている中で、高齢者人口は、平成２（1990）年の約 15 万９千人から平成 27（2015）年には約 38 万７千人へ約 2.4 倍増加し、高齢化率は 11.6%から 28.7%に上昇しています。

平成 27（2015）年の奈良県の高齢化率 28.7%は、全国平均の高齢化率 26.8%を上回っており、今後も、奈良県の高齢化率は全国平均を上回る状況が続くと見込まれています。同様に 75 歳以上の高齢者の割合についても、平成 27（2015）年時点では奈

※1 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）
※2 在宅医療等…居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療のこと（地域医療構想ガイドラインより引用）。

良県 13.5%に対し、全国平均 13.0%と全国平均を上回っており、今後もその傾向は続くと見込まれています（図１）。

図１　県内高齢者人口及び高齢化率の推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成 24 年１月日本の将来推計人口
出生中位（死亡中位）推計」

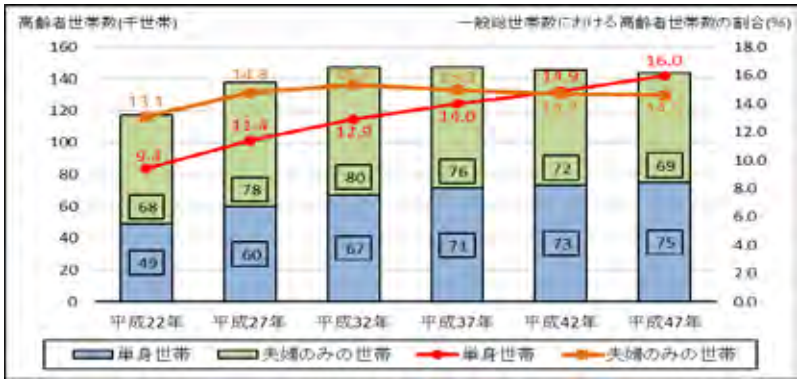
（２）高齢者世帯の推移及び推計※3

高齢者単身世帯は、今後、一貫して増加し（平成 27（2015）年：約６万世帯→平成 47（2035）年：約７万５千世帯）、総世帯数に占める割合も上昇していくと見込まれています（平成 27（2015）年：11.4%→平成 47（2035）年：16.0%）。

高齢者夫婦世帯数は、平成 32（2020）年をピークに上昇し（平成 22（2010）年：約６万８千世帯→平成 32（2020）年：約８万世帯）、その後、下降していく見込みとなっています。

また、高齢者夫婦世帯数が総世帯数に占める割合も同じ推移となる見込みです（平成 22（2010）年：13.1%→平成 32（2020）年：15.3%）（図２）。

図２　奈良県の高齢者世帯数の推移及び将来推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成 26 年４月日本の世帯数の将来推計」

※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（平成 26 年４月推計）」

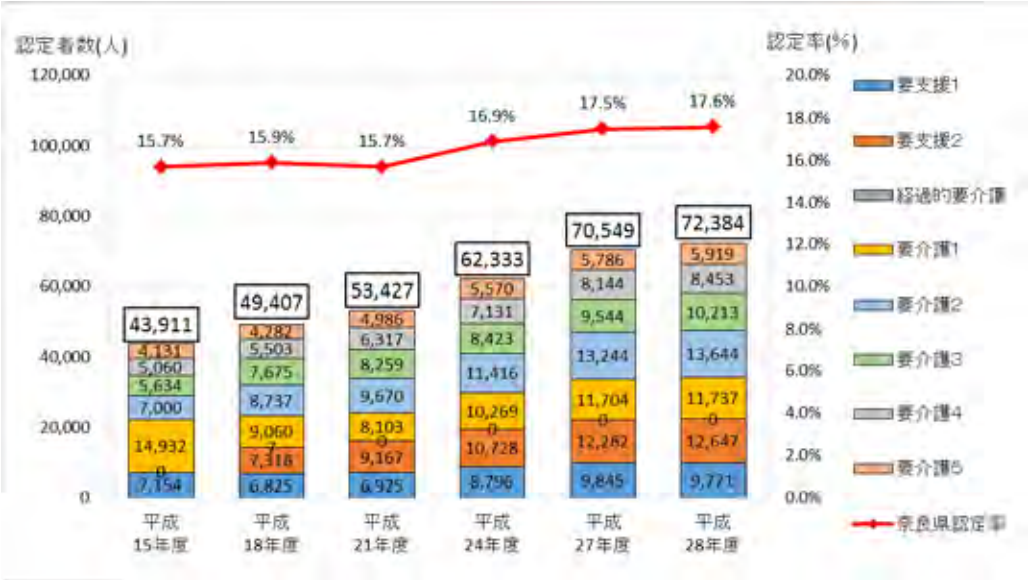
（３）要介護認定者数の推移及び推計※4

高齢者の増加とともに、要介護・要支援認定者※5も増加しています。

平成 28（2016）年度（平成 29（2017）年３月末）の認定者数は約７万２千人で、平成 15（2003）年度の約４万４千人から約 1.6 倍に増加し、今後も増加傾向が続くと見込まれます。

高齢者人口に対する認定者の割合は、平成 21（2009）年度以降、上昇傾向が続いています（図３）。

図３　要介護度別認定者数及び要介護認定率の推移



出典：奈良県「平成 30 年３月奈良県高齢者福祉計画及び第７期奈良県介護保険事業支援計画（平成 30～32 年度）」

（４）自宅における介護

奈良県調査※6によると、自宅で介護を受けている人と介護している人に今後介護を希望する場所等を聞いたところ、介護を受ける側は「自宅で介護を受けたい」という割合が県全体で 61.0％と最も高く、保健医療圏別でも、奈良保健医療圏では 63.3％、西和保健医療圏では 58.4％、東和保健医療圏では 63.2％、中和保健医療圏では 63.6％、南和保健医療圏では 60.0％となり、全ての圏域で最も高くなっています。介護する側も「自宅で居宅サービスをできるだけ使って介護したい」という割合が 33.0％と最も高く、次いで、「介護保険施設※7へ入所・入院させたい」が 18.3％となっていま

※4 奈良県「奈良県高齢者福祉計画及び第７期奈良県介護保険事業支援計画（H30～H32）」（平成 30 年３月）
平成 15 年度から平成 27 年度は介護保険事業状況報告（年報）、平成 28 年度は介護保険事業状況報告（３月月報暫定値）、平成 29 年度は第７期介護保険事業支援計画の計画値。認定率は、第１号被保険者の要介護・要支援認定者数を第１号被保険者数で除したものです。

※5 要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、ある程度長期に渡り継続して常時介護を要すると認められる状態をいい、程度に応じ要介護度が１から５までに区分されます。また、要支援状態とは、状態の軽減もしくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、または身体上または精神上の障害があるためにある程度長期に渡り継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいい、程度に応じて２つに区分されます。介護サービスを受けようとする被保険者は、要介護者または要支援者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について市町村から認定を受けます。

※6 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）

※7 介護保険施設…介護保険サービスで利用できる公的な施設のこと。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の３形態を指します。

す。保健医療圏別でも、「自宅で居宅サービスをできるだけ使って介護したい」という割合は、奈良保健医療圏では 32.4%、西和保健医療圏では 36.6%、東和保健医療圏では 43.4%、中和保健医療圏では 29.1%、南和保健医療圏では 20.5%となり、全ての圏域でも最も高くなっています。

自宅で介護を受けたい、受けさせたいという県民のニーズに応えるため、市町村単位をベースとした地域における包括的な在宅医療・介護を提供するサービス基盤の充実などが求められています。

しかし、実際に受け手となる県民の中には、まだまだ在宅医療・介護に対する知識が少なかったり、どのような在宅医療・介護が受けられるのかが実感できていなかったり、正しい情報が伝わっていない場合もあることから、サービス基盤の充実だけでなく、県民に向けて、在宅医療を選択肢の１つとして選ぶことが出来るよう、どのように啓発活動をしていくかも課題となります。

なお、近年、がん末期の患者や神経難病の患者、また、疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活する小児や若年層の在宅療養者も増加しています。疾病構造の変化や高齢化、ＱＯＬ※8向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化しています。

３．在宅医療の提供体制

（１）退院支援

近年、在宅医療のニーズが増加し、病院から在宅への流れが進む中で、複数の慢性疾患を抱えた患者やがん末期の患者など、退院後も医療管理や医療処置を継続しながら、生活の場に戻る人が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院中から退院後の生活を見据えた退院支援※9及び退院調整※10の重要性が高まっています。

退院支援担当者を配置している病院※11数は 38 施設となっており、前回計画策定時の 27 施設よりも増加しています。人口 10 万人あたりも 1.9 施設から 2.8 施設へと改善しており、徐々に体制として広がりつつあります。なお、多くの病院には地域医療連携室や医療相談室があり、退院支援及び退院調整などの相談にも応じています。

※8 ＱＯＬ…クオリティー・オブ・ライフ（Quality Of Life)。「生活の質」「人生の質」「生命の質」などと訳されます。一般的には、従来の生活の量を求めるのではなく、生活の満足感・安定感・幸福感を規定している諸要因の質を求めること。諸要因の一方に生活者自身の意識構造、もう一方に生活の場の諸環境があるとされます。社会福祉及び介護従事者の「生活の場」での援助も、生活を整えることで暮らしの質をよりよいものにするというＱＯＬの視点を持つことが重要です。

※9 退院支援…患者が自身の病気・障害を理解した上で、退院後も必要な医療や看護を継続しながらどこで療養をするか、どのような生活を送りたいかの自己決定の過程を支援することを指します。

※10 退院調整…退院支援によって導き出された患者の自己決定を実現するため、患者・家族の意向を踏まえて、社会保障制度や社会資源に実際につなぐための調整をすることを指します。

※11 施設数は、診療報酬における「退院支援加算」の施設基準の届出施設のみです。（平成 29 年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表１参照)。退院支援加算は「退院支援加算１～３」に区分が分かれており、それぞれに施設基準が異なりますが、主に退院調整に関する部門が設置されており、退院支援に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が１名以上配置されていること等が条件となっています。

（２）日常の療養支援

１）訪問診療・往診

在宅医療において積極的役割を担っている在宅療養支援病院※12は９施設の届出※13があります（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表２参照）。

また、在宅療養支援診療所※14は 151 施設の届出※15があります（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表３参照）。人口 10 万人あたりの施設数は、全国並の医療圏もありますが、医療圏ごとで地域差がみられる状況です※16（表１）。

表１　在宅療養支援病院および診療所数

指標名（各圏域人口10万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
在宅療養支援病院数	1.11	0.48	0.58	0.27	1.38	0.66	0.73
在宅療養支援診療所数	10.82	12.87	10.71	11.7	5.51	11.07	11.39

出典：厚生労働省近畿厚生局「平成 29 年 10 月奈良県内の施設基準の届出受理状況」

なお、在宅医療を提供している施設は在宅療養支援病院・診療所の他にもあり、多くの病院・診療所が往診※17や在宅患者訪問診療※18等を実施しています（表２）。

しかしながら、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な提供母体で成り立っていることもあり、病院、診療所を対象とした全国調査においては、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74％が 24 時間対応の困難さを挙げているという現実もあります※19。このような背景もあって、奈良県においても在宅医療を提供している施設数はそれほど増加には至っていません。

表２　県内における在宅医療を提供している病院・診療所数の推移

施設区分	調査年	総数	医療保険等による施設数（施設）						介護保険による施設数（介護予防サービスを含む）（施設）		
			往診	在宅患者訪問診療	在宅患者訪問看護・指導	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	訪問看護ステーションへの指示書の交付	在宅看取り	居宅療養管理指導	訪問看護	訪問リハビリテーション
病院	平成 20 年	76	12	16	6	6	29	2	9	7	8
	平成 23 年	75	10	15	3	3	30	2	7	5	10
	平成 26 年	77	13	15	5	3	29	7	7	7	14
診療所	平成 20 年	1,145	361	244	44	27	172	34	106	24	15
	平成 23 年	1,165	364	273	44	34	224	40	106	21	17
	平成 26 年	1,187	355	290	46	44	218	66	103	22	22

出典：厚生労働省「平成 20～平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」

※12 在宅療養支援病院…24 時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準（200 床未満、または当該病院を中心とした半径４㎞以内に在宅療養支援診療所が存在しない等）を満たす病院のこと。
※13 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」（平成 29 年 10 月１日現在）
※14 在宅療養支援診療所…24 時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準を満たす診療所のこと。
※15 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」（平成 29 年 10 月１日現在）
※16 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（全国数値に活用）、近畿厚生局「施設基準」（平成 29 年 10 月１日現在）及び、総務省統計局「平成 27 年国勢調査」（県統計に活用）
※17 往診…患家（介護老人保健施設等を含む）の求めに応じて患家に赴いて診療すること。
※18 在宅患者訪問診療…通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うこと。
※19 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成 29 年）

訪問診療を利用する患者数をレセプト件数ベースでみると、平成 25（2013）年度の 65,616 人から平成 28（2016）年度では 77,998 人へと年々増加しており、訪問診療料の算定件数でみても同様に増加傾向を示しています。また、往診については毎年約３万件程度と一定数の提供がなされています（表３）。

このことから、在宅医療を提供する施設数はあまり増加していない中でも、個々の施設における患者の対応数は増えてきていることが推測されます。

しかしながら、今後更に進む患者の増加等を踏まえると、地域によっては在宅医療の需要の増加に対応しきれない可能性があるため、訪問診療等に取組むことができる施設の増加や取組み方自体の検討が必要です。

表３　訪問診療患者数及び訪問診療・往診算定件数

指標名	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
訪問診療患者数（レセプト件数）（件）	65,616	68,666	72,940	77,998
在宅患者訪問診療料算定件数（件）	148,402	149,720	158,741	168,533
往診算定件数（件）	31,333	31,003	31,330	31,087

出典：奈良県地域医療連携課調べ「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ特別集計」

２）訪問看護等

医師の指示に基づき、通院が困難な状況にある病気や障害を持った患者が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が患者の自宅等を訪問し、療養生活の支援、心身機能の維持回復、または必要な診療の補助を行う訪問看護事業所は 129 施設あります（平成 29（2017）年５月１日現在。具体的な施設は別表４参照。医療みなし※20を含まない）。

訪問看護ステーションに従事する看護師は、人口 10 万人あたり 28.8 人、また、24 時間体制をとっている訪問看護ステーションに従事する看護師数も 25.7 人と、全国値と比べて多くなっています（表４）。しかし、１事業所あたりで換算した訪問看護師数は約3.97人であり、全国平均の約4.14人よりも少なくなっています※21。

また、訪問看護の利用者数は、県全体で 76,503 人となっています（表５）。今後も慢性的な疾患を抱えながら、長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者の増加等によって、訪問看護の利用者数は増加すると推測されます。

今後、在宅療養のニーズが多様化するなかで、訪問看護の役割は、在宅医療提供体制を支えていくためにますます大きくなると考えられるため、さらに訪問看護に従事する看護師を増やしていくことが必要です。また、１事業所あたりの訪問看護師数が全国よりも少ないことから、より安定的な提供体制を整備するため、訪問看護ステーションの大規模化による機能強化や訪問看護ステーション間の連携手法等も併せて検討していくことが必要です。

※20 医療みなし…健康保険法により、保険医療機関等の指定を受けた病院、診療所、歯科医院、薬局は、申請をしなくとも訪問看護サービス提供事業者の指定を受けたものとみなされます。
※21 厚生労働省「平成 26 年 10 月介護サービス施設・事業所調査特別集計」

表４　訪問看護ステーションに従事する看護師数

指標名（人口 10 万人あたり）	県全体	全国
訪問看護ステーションに従事する看護師数	28.8	25.9
24 時間体制がとれる訪問看護ステーションに従事する看護師数	25.7	23.5

出典：厚生労働省「平成 26 年 10 月介護サービス施設・事業所調査特別集計」

表５　訪問看護利用者数

指標名	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体
訪問看護利用者数（人）	26,762	9,253	17,550	17,564	5,374	76,503

出典：厚生労働省「平成 29 年３月介護保険総合データベース」

人生の最終段階における医療※22に対応する訪問看護ステーション数は人口 10 万人あたり 5.6 施設です（表６）。全国平均と比較した場合、県全体の値では少し上回りますが、医療圏別でみると地域差があることから、関係者と対応を考えていく必要があります。

表６　人生の最終段階における医療に対応する訪問看護ステーション数

指標名（人口 10 万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
人生の最終段階における医療に対応する訪問看護ステーション数	6.4	4.8	6.1	4.5	8.3	5.6	5.2

出典：厚生労働省「平成 27 年介護サービス施設・事業所調査」

医師の指示に基づき、通院が困難な状況にある病気や障害を持った患者が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、理学療法士や作業療法士等が、患者の自宅等を訪問して、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法※23、作業療法※24、その他必要なリハビリテーションを行うサービスとして訪問リハビリテーションがあります。

訪問リハビリテーション事業所数は 50 施設あり、人口 10 万人あたり 3.7 施設あります（平成 29（2017）年 10 月 17 日現在。具体的な事業所は別表５参照）。訪問リハビリテーション利用者数は人口 10 万人あたり 153.9 人となり、全国よりも多く利用されている現状です（表７）。

表７　訪問リハビリテーション事業所数と利用者数

指標名（人口 10 万人あたり）	県全体	全国
訪問リハビリテーション事業所数	3.7	2.9
訪問リハビリテーション利用者数	153.9	95.4

出典：厚生労働省「平成 29 年 10 月介護サービス情報公表システム」
厚生労働省「平成 26 年５月～平成 27 年４月介護給付費実態調査（介護サービス年間実受給者数）」

※22 人生の最終段階における医療…がんの末期など死が近い患者への医療をいいます。「終末期医療」や「ターミナルケア」と表記されていたもので、厚生労働省では平成 27 年３月から「人生の最終段階における医療」と表記しています。最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方によるものです。
※23 理学療法…マッサージ、運動、入浴、電気治療等の理学的治療技術を施すことをいいます。
※24 作業療法…身体または精神に障害のある者に対し、様々な作業活動を用いて治療や機能訓練、援助を行い、積極的な生活を送る能力を獲得させることをいいます。

３）訪問歯科診療

在宅または介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所※25数は 78 施設あり、人口 10 万人あたり 5.72 施設です（平成 29（2017）年 10 月 1 日現在。具体的な医療機関は別表６参照）（表８）。人口 10 万人あたりの施設数は全国よりも多くなっています。

表８　在宅療養支援歯科診療所数

指標名（各圏域人口 10 万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
在宅療養支援歯科診療所数	5.83	4.77	4.92	6.65	6.89	5.72	4.83

出典：厚生労働省近畿厚生局「平成 29 年 10 月奈良県内の施設基準の届出受理状況」

なお、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所においても訪問診療等を実施していますが、在宅医療を提供している施設は伸び悩んでいます（表９）。

表９　県内における在宅医療を提供している歯科診療所数の推移

	総数	訪問診療（居宅）	訪問診療（施設）	訪問歯科衛生指導	居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導
					歯科医師による		歯科衛生士等による	
平成 20 年（施設）	696	83	74	28	30	6	16	5
平成 23 年（施設）	694	104	87	47	40	16	33	12
平成 26 年（施設）	697	90	81	41	43	11	28	9

出典：厚生労働省「平成 20～26 年医療施設（静態・動態）調査」

在宅療養者は、主疾患ばかりでなく様々な合併症をもっていることが多いため、感染防止には特に注意が必要です。その中でも、嚥下障害※26による誤嚥は、誤嚥性肺炎※27を誘発するため、日ごろから「口腔ケア」が求められています。例えば、脳卒中の患者には、後遺症等により、食べ物などが気管に入ることの防止や食べ物をしっかりと噛む機能の維持向上を図ることが重要です。このような口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、歯科診療所と他の在宅医療関係機関との連携を更に推進することによって、在宅療養者の歯科受療率を向上させていくことが必要です。

４）訪問薬剤管理指導

訪問薬剤指導（在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）を実施する薬局数は 487 施設で、人口 10 万人あたり 35.7 施設です（平成 29（2017）年 10 月 1 日現在。具体的な医療機関は別表７参照）（表 10）。

表 10　訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

指標名（各圏域人口 10 万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体
訪問薬剤指導を実施する薬局数	36.4	33.9	41.4	32.2	28.9	35.7

出典：厚生労働省近畿厚生局「平成 29 年 10 月奈良県内の施設基準の届出受理状況」

※25 在宅療養支援歯科診療所…高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が１名以上、歯科衛生士が１名以上配置されており、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保している歯科診療所のことをいいます。

※26 嚥下障害…水分や食べ物を口の中に取り込んで、咽頭から食道・胃へと送り込む、飲み込みの機能が悪くなった状態をいいます。

※27 誤嚥性肺炎…高齢や脳卒中などの病気のために、飲み込みの機能や咳をする機能が弱くなり、食物、液体が気管に入りやすくなったり、入っても咳ができず、うまく取りのぞけなかったりするために起こる肺炎です。

訪問薬剤管理指導とは、調剤薬局が在宅療養者に対し、在宅診療を行っている医療者とともにチームを組み、在宅での薬に関する管理を行うことをいいます。

調剤薬局には、調剤を中心として、医薬品、医療・衛生材料等の提供の拠点として実際に患者のもとに出向いて薬を届けるだけでなく、薬に関する情報の提供や、薬をきちんと飲むための指導をする役割を担うことが求められます。

（３）急変時の対応

在宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安や家族への負担に対する懸念が挙げられており※28、急変時の対応に関する患者の不安の軽減や家族の負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題です。

そのため、在宅療養者の急変時に後方受入を担う病院として、在宅療養後方支援病院※29が位置付けられており、県内で５施設あります※30。（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表８参照）

また、医療機関と訪問看護ステーションに対して必要な支援として、「緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保」などが考えられます。

（４）在宅での看取り

全国的な比較が可能な数値の１つとして、在宅（自宅及び老人ホーム）における死亡率（平成 28（2016）年）があり、奈良県では 22.6%、全国第７位の高水準を維持しています（図４）。

しかし、在宅における死亡率の計算に用いられる数値は、不幸にも不審死等で亡くなられた方の人数も含まれてしまうことから、全員が希望した在宅医療の提供を受けられたかどうかを示す数値とは言い切れない点に注意が必要です。そのため、各地域において、誰もが望む形で最期を迎えることができる体制をそれぞれが考えていくことが大切です。

奈良県調査※31によると、どこで最期を迎えたいかについて、若年者、高齢者、要介護認定者ともに、過半数の人が「自宅」を希望しています。しかしながら、結果として病院で亡くなった方の割合が 72.2%と最も高く、希望と現実にはギャップがあります※32。

また、高齢化の進展に伴い、例えば、老人ホーム※33での死亡率が平成 10（1998）年の 2.0%から平成 29（2017）年の 6.6%に増加するなど、介護施設等で最期を迎える人も増えてきていることから、介護関係者においても看取りに関する知識や考

※28 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成 24 年）
※29 在宅療養後方支援病院･･･在宅医療を提供する医療機関と連携し、連携医療機関の求めに応じて 24 時間入院希望患者（あらかじめ当該病院に届け出た患者）の診療が可能な体制および緊急入院ができる病床を常に確保するなどの施設基準を満たした病院です。
※30 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」（平成 29 年 10 月１日現在）
※31 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）
※32 厚生労働省「人口動態調査」（平成 28 年）
※33 老人ホーム…養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

え方を理解し、自宅だけでなく介護施設等を含めた看取りができる体制が求められます。

図４　都道府県の在宅死亡率（平成 28 年）

出典：厚生労働省「平成 28 年人口動態調査」における、自宅及び老人ホームでの死亡率を足した数字

取組むべき施策

１．圏域の設定

在宅医療は、地域包括ケアシステムの構成要素の１つとして、住み慣れた地域を軸に取組まれることを踏まえ、在宅医療の圏域としては、原則、一次保健医療圏を単位として体制の構築を目指します。ただし、人口構成、医療・介護資源等の整備状況及び多職種との連携状況等が地域によっても異なるため、地域の実情に合わせて柔軟に隣接する圏域相互で連携等を図ることも必要です。

２．目指すべき方向性と関係機関に求められる事項

（１）円滑な在宅療養移行に向けての退院支援・退院調整が可能な体制【退院支援】

在宅医療は、今後も増加傾向にある慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されています。在宅療養における医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のためにも、入院初期から退院後の生活を見据えた入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援・退院調整体制の確保を目指します。

１）入院医療機関に求められる事項

・退院支援担当者を配置すること
・退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関で研修や実習を受けること
・入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
・退院調整の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護・障害福祉サービスの調整を十分に図ること

・退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

（関係機関の例）

・病院・有床診療所
・介護老人保健施設（患者の在宅移行に係る取組部分）

２）在宅医療に係る機関に求められる事項

・在宅療養者のニーズに応じて、医療及び介護・障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
・在宅医療及び介護・障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
・高齢者だけでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
・病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護・障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

・病院・診療所（歯科を含む）
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所※34
・地域包括支援センター※35
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所※36

（２）日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

在宅療養者ができる限り住み慣れた地域で暮らしていくためには、訪問診療等を行う医師だけの努力ではなく、介護職種等を含めた多職種協働によって、患者の疾患、重症度に応じた医療・介護等のサービスが継続的かつ包括的に提供される地域包括ケアの考え方に基づく環境を整えていくことが重要です。

しかし、奈良県調査※37によると、地域包括ケアについては、若年層で 48.0%、一般高齢者で 32.9%が「知らない・聞いたことがない」と回答しており、未だ全県的な認知度を得られているとはいえません。

これらのことから、県民に対する在宅療養を含めた地域包括ケア全般に関する普及啓発について更に推進するとともに、医療関係者が、介護関係者等と積極的に協働し

※34 居宅介護支援事業所…要介護（支援）認定申請手続の代行やケアプランを作成・管理する機関。介護支援専門員が必ず配置されることになっており、サービス利用に関する相談や苦情対応なども行います。
※35 地域包括支援センター…介護保険法の改正により創設された、市町村等が設置する機関で、①介護予防マネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護業務、④包括的・継続的マネジメントを担い、地域の保健医療の向上、福祉の増進を包括的に支援する中核機関のことをいいます。（平成 29 年 9 月 11 日現在、64 機関。一覧は別表 9 参照）
※36 基幹相談支援センター・相談支援事業所…障害者自立支援法等に基づき、地域における身体障害者、知的障害者、精神障害者の相談支援に関する中核的な役割を担う機関として位置付けられたものであり、市町村又は当該業務の実施の委託を受けた一般相談支援事業者その他の省令で定める者が設置することができるものをいいます。
※37 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）

ながら、在宅療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービス等が包括的に提供される体制の構築を目指します。

１）在宅医療に係る機関に求められる事項

・相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
・医療関係者は、市町村及び地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること
・地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者像に応じた在宅医療の体制を整備すること（それぞれの取組策については各章で記載しています。）
・災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
・医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
・身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

（関係機関の例）

・病院・診療所（歯科を含む）
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・市町村・地域包括支援センター
・介護老人保健施設
・短期入所サービス提供施設
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

（３）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

患者や家族が自宅等での療養生活を希望しながらも選択できない理由として、急変時の対応における本人や家族の不安感や負担感が考えられ、これに対する軽減策の検討が必要となります。

そのため、関係機関等と協働して、往診や訪問看護による 24 時間対応ができるような連携方法の検討や、受け入れ先となる入院医療機関との円滑な後方支援体制の構築を目指します。

１）在宅医療に係る機関に求められる事項

・在宅医療を専門として実施している医療機関にあっては、病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること

・24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること
・在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること
・これらの事項について、在宅医療に係る機関を中心として、各関係機関等が相互に連携・協力をしながら、在宅療養者の急変時における 24 時間対応が可能な体制の構築を目指して検討をすすめていくこと

（関係機関の例）

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局

２）入院医療機関に求められる事項

・在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟設置病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて受け入れを行うこと
・受け入れ予定の在宅療養者が重症等で自院では対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

（関係機関の例）

・病院・診療所

（４）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

自宅等の住み慣れた場所で最期を迎えたいという希望を持つ方が多くおられますが、地域内の在宅療養に対する環境の違いや、人生の最終段階に発現する諸症状に対する不安感から、本人や家族の望む場所で最期を迎えることを諦めてしまう場合も見受けられます。

このことから、本人が望む限りは望む場所での最期を選択できるように適切な情報提供や啓発活動を行いながら、関係機関等と協働の上で地域状況に合わせた医療・介護提供体制の構築を目指します。

１）在宅医療に係る機関に求められる事項

・人生の最終段階における医療において患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制や患者の意思を尊重した意思決定を支援する体制の構築
・患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護・障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
・介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

（関係機関の例）

・病院・診療所（歯科を含む）
・訪問看護事業所

・薬局
・居宅介護支援事業所
・市町村・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

２）入院医療機関に求められる事項

・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

（関係機関の例）

・病院・有床診療所

３．関係機関間における相互連携体制の構築

前述の目指すべき方向性を実現していくためには、地域ごとの医療・介護、障害福祉サービスの状況等を踏まえた上で、（１）在宅医療に積極的役割を担う医療機関、（２）在宅医療に必要な連携を担う拠点、（３）在宅医療の医療・介護サービス提供機関のそれぞれの関係機関が、多職種による相互連携体制を構築しながら総合的に取組を進めていくことが必要不可欠となります（図５）。

このことから、それぞれの関係機関が地域においてより良い連携体制を構築するため、協議の場づくりを通した情報共有等の支援を行いながら、各関係機関と協働して在宅医療提供体制の構築を目指します。

（１）在宅医療に積極的役割を担う医療機関に求められる事項

・医療機関（24 時間での対応が難しいような診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時、在宅療養者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護・障害福祉サービスが十分確保出来るよう、関係機関に働きかけること
・在宅医療に係る医療及び介護・障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
・地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携しながら、地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護・障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

（関係機関の例）

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院

（２）在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

・地域の医療及び介護・障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・地域の医療及び介護・障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、例えば、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から在宅生活の継続や看取りまでの医療や介護・障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を構築するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

（関係機関の例）

・市町村
・医師会等関係職能団体
・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所
・保健所（県管轄にあっては広域的な連携体制構築支援）

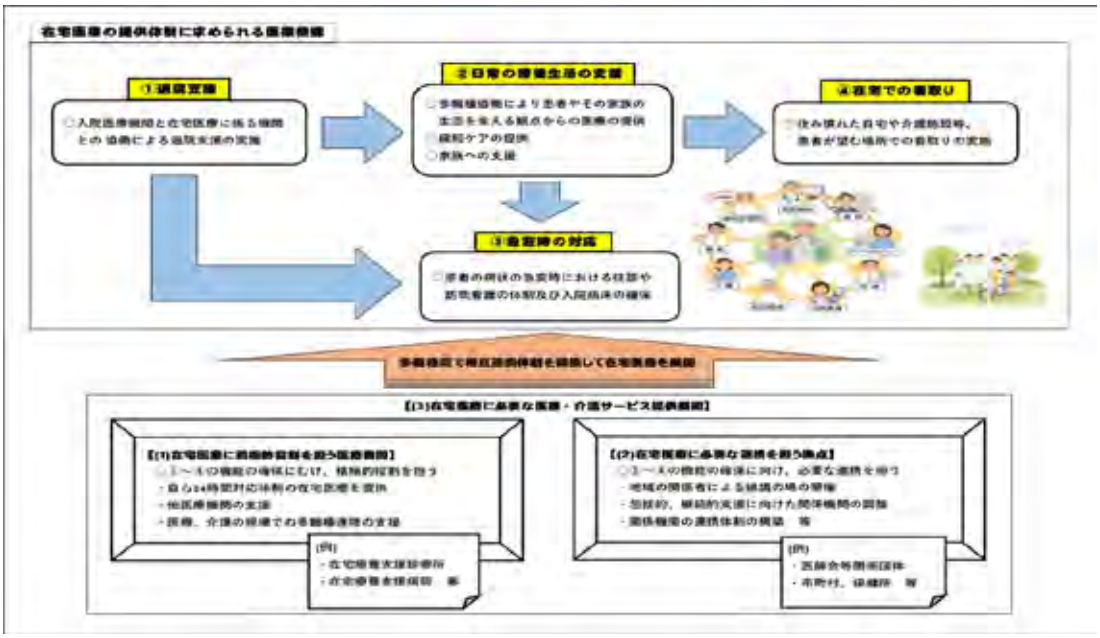
（３）在宅医療に必要な医療・介護サービス提供機関に求められる事項

・前述の（１）在宅医療に積極的役割を担う医療機関、（２）在宅医療に必要な連携を担う拠点がそれぞれ行う在宅医療に関する各種の取組に対して、それぞれが在宅療養者を支援するチームであるという観点を大切にして連携体制が構築できるよう、積極的に多職種で相互連携をしていくこと。

（関係機関の例）

・病院、診療所（歯科を含む）
・薬局
・訪問看護事業所
・居宅介護支援事業所
・各種介護サービス事業所
・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

図５　在宅医療提供体制



４．施策

（１）在宅医療の啓発

・患者・家族や関係機関に対して、在宅療養を選択肢の１つに加えることができ、自分の望む場所で最期を迎えるとは具体的にどういうことなのかを正しく理解してもらえるように、在宅医療のもつ意義、在宅医療やそれらを支える訪問看護などの役割や内容、どこまでの医療を在宅で受けることができるかといったことの啓発に関係団体と協力しながら取組みます。

・特に、医療従事者に対しては、在宅療養者を支えるために多職種間での連携体制を構築していく中で、他の専門職種から求められている各専門職としての役割等に関する相互理解がより促進されるような啓発の取組み方について関係機関と協力しながら検討していきます。

（２）在宅医療提供体制の確立促進

１）地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築

・地域特性に応じた在宅医療提供体制を構築していくためには、地域内の現状を把握したうえで市町村が主体となって、地区医師会等関係機関と連携していく必要があります。

・地域ごとでのデータ分析等は、時として専門的な知識を必要とする場合も多いため、より地域の実情を反映した形で多職種が検討できるように、県からも共有できる情報は積極的に提供する等、在宅医療提供体制の構築に対する支援に取組みます。

・また、複数市町村に跨がるような課題に対しては、単独市町村だけで解決に向けた関係者間の調整等をすることが困難であることから、圏域内の保健所を中心として広域的な視点から調整支援を行います。

２）24 時間対応ができるチームによる在宅医療提供体制の推進

・地域における在宅医療提供体制の構築を阻害する要因の１つとして考えられるのは、全国調査※38においても示されていたとおり、医師の 24 時間対応の困難さだといえます。県内の開業医からも、医師１人で対応している診療所がほとんどであり、24 時間体制で緊急時の患者対応に備えることは負担感があることに加えて、本格的な訪問診療に踏み出したことがないため、具体的な在宅医療に関する取組み方がイメージしにくいという意見も出ています。

・医師の負担感や不安感を軽減する方策としては、例えば、負担感を取り除くための複数診療所や複数医師による連携体制の構築や不安感を取り除くための在宅医療に関する同行研修の実施等、チームによる在宅医療の提供体制という観点から 24 時間対応を行うための手法について検討する必要があります。

・既に、県内には、地域の実情に合わせて、地区医師会を中心とした主治医・副主治医制を採用して運用を行っている地域や在宅医療に関する総合相談窓口を設置する地域等も出てきていることから、これらの取組事例を参考としながら、できる限り 24 時間対応ができるチームによる在宅医療提供体制の推進に取組みます。

３）医療・介護職種間の連携体制の構築

・在宅医療提供体制の構築は、地域の医療・介護、障害福祉サービス等が地域特性に応じて相互に連携をしていくことが必要となります。しかしながら、地域特性だけに原因を求めにくく、全県的な意識共有が必要な場面や一定のルールづくりが望まれることもあります。

・そのため、広域的な課題に対して情報共有ができる全県的な意見交換の場を設定し、多職種間での具体的な連携手法の検討等をすすめます。

４）スムーズな在宅移行に向けた入退院調整ルールの普及促進

・平成 27（2015）年度の東和保健医療圏域での取組を皮切りとして、介護が必要な方が病院から地域へ安心してシームレスな在宅移行ができるようにするため、病院看護師や地域連携室とケアマネジャー間での情報共有ルールとして「入退院調整ルール」を策定しています。

・現在、このルールは各圏域にある保健所からの積極的な支援もあって、今後導入を検討している地域も含めて全県的に広がりつつあります。

・ただし、ルール策定の過程においては、医療職である病院看護師と介護職であるケアマネジャー双方が、積極的な参画と問題意識の共有をしながら進めていく必要があります。

・そのため、医療と介護の各専門職間の調整役となれる保健所を軸として、市町村と協働して病院から地域へ安心してシームレスな在宅移行ができる環境づくりをすすめます。

※38 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成 29 年）

５）ＩＣＴを活用した医療・介護情報ネットワークシステムの導入検討と研究

・地域において、チームでの在宅医療提供体制の構築や医療・介護の連携をすすめるためには、電子カルテ等の医療・介護情報の共有化に代表されるＩＣＴネットワークシステムの導入が有効と考えられます。さらに、将来的にはＩＣＴを活用して、蓄積されたデータを分析・評価することを通じ、在宅医療の質の向上につなげられる可能性もあります。

・奈良県では、ＩＣＴネットワークシステムの導入について好意的なご意見をお持ちの専門職種の方もおられますが、現状としては、県内の病院、診療所では電子カルテの導入率が必ずしも高いとは言えず、システム導入によってデータ入力等の新たな事務負担が生じる等の課題も残されています。また、既に医療機関独自で情報連携システムを構築している場合、個別システム間の相換性の確保や個人情報の保護にも課題が残されています。

・そのため、システム導入に関する諸課題について事前検証をする目的で、奈良県では宇陀市を中心とした地域をモデル事業として採択のうえで、試行的に医療・介護情報ＩＣＴネットワークシステムの導入の検討に取組んでいます。ただし、ＩＣＴネットワークシステムの導入を検討する場合、導入前の過程において、使用目的や運用方法、共有するべき情報の精査等を十分に議論する場を設けて、関係者間で意識共有をしておく必要があることから、宇陀市を中心とした関係職種とも協働しながら、出来る限り自立可能な形で地域特性に合わせたネットワークシステムが構築できるように支援しています。

・なお、病院や地区医師会等が主体となって、ＩＣＴによる医療・介護連携に取り組む地域も出てきており、県としても地域の互換性等に配慮しつつ、こうした事業が進展するよう、情報共有を図っていきます。

・ＩＣＴは、日進月歩で技術的革新が起きる分野であることから、モデル地域の試行までの過程や結果の分析等を踏まえながら、奈良県としてのシステム導入手法等について、今後も慎重に検討や研究をすすめていきます。

６）在宅医療を担う人材（医師・訪問看護師）の養成

①医師の確保

・在宅医療に携わる医師を更に増やしていくための方策の１つには、各地域の診療所等で在宅医療の実情が分からないことから訪問診療等に一歩踏み込むことを躊躇している医師に対して、積極的に巻き込むような取組の検討をすすめることが必要です。

・そのため、在宅医療に取組むための動機づけとなるような方策や在宅医療を提供している経験豊富な医師から指導を受けられるような研修制度の導入について、県医師会を中心とした関係団体と協力しながら具体的にすすめていきます。

②訪問看護師の確保

・在宅医療の推進のためには、自宅での療養生活を支える訪問看護師の役割が非常に重要となってきており、その確保・育成が課題となります。

・そのため、潜在的な看護師の活用や新卒者等の訪問看護分野への参入促進を積極的にすすめるとともに、特定行為（医師の判断を待たずに手順書により行う一定の診療の補助）を行うことができる看護師の養成、認定看護師の資格取得に対する支援等を通じて、チーム医療のキーパーソンとして、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師の確保を目指していきます。
・また、全国に比較しても訪問看護ステーションの１事業所あたりの従事者が少なく、地域的な偏在もみられることから、より安定的な提供体制を整備するため、大規模化やステーション間の連携手法等を含め総合的に検討をすすめていきます。

③在宅歯科医療の推進

・在宅歯科医療における医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口として在宅歯科医療連携室を奈良県歯科医師会に設置しており、引き続き在宅療養者や家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築に努めます。
・自宅や施設等での在宅歯科医療、在宅口腔ケアのニーズが増えているため在宅歯科医療、在宅口腔ケアを担当できる質の高い歯科衛生士の養成に務めます。

④薬剤師を中心とした薬薬連携等の取組の推進

・患者へ最適かつ効率的で安全・安心な薬物療法を提供するための情報共有を図るため、病院薬剤師と薬局薬剤師との連携体制の構築に取組みます。
・地域包括ケアシステムの一員として、医療材料・衛生材料の提供や要指導医薬品等を含め、地域において必要な医薬品の供給拠点になるだけでなく、医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在として、患者が医薬品を使用する際の疑問や不安をいつでも相談できるよう、夜間・休日を含めて、調剤や電話相談等の必要な体制を確保することを目指します。
・高齢者の半数以上が自宅で最期を迎えたいと希望し、今後、認知症患者や医療依存度の高い患者において、在宅でも入院時と同等の薬学的管理・指導を受けることがますます必要となっていることから、そのニーズに応えるためにも在宅患者に対応可能な体制を整備することを目指します。
・特に、自宅での薬物療法や中心静脈栄養・疼痛管理のための麻薬タイトレーション、副作用のチェック、不要な薬剤の調整等、患者に安全で安心な薬物療法を提供するために、医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーションといった関係機関等との連携の強化に努めます。

数値目標

前回計画においては、全国比較ができることもあり、在宅における死亡率を指標として活用していましたが、「現状と課題　３在宅医療の提供体制（４）在宅での看取り」でも記載のとおり、不審死等による件数も含まれることから、必ずしも在宅を希望した患者の看取りの実態を反映しているとはいえません。

そのため、ＮＤＢ（レセプト情報・特定健診等情報データベース※39）を用いて、①看取り加算※40の算定数（自宅等で看取られて亡くなられた患者の数）と②死亡診断加算※41の算定件数（自宅等で亡くなられて死亡診断書を医師に記載してもらった患者の数）を奈良県の指標に位置付けます。これによって、より実情に近い在宅看取り人数を把握することとし、この数値の向上を目指します。

また、国の指針では、今後増加する在宅医療における需要への対応目標として、介護保険事業（支援）計画と整合性を取った上で、具体的な訪問診療を実施する診療所・病院数※42の整備目標数を記載するよう求めています。したがって、国の示す整備目標数の算出方法に基づき、医療計画の中間見直し年度である平成 32（2020）年度及び保健医療計画の最終年度である平成 35（2023）年度の整備目標数を設定しています。

ただし、在宅医療の推進に関する各取組の進捗度合いによっては、既存の医療機関等において現状よりも将来需要に対応できる範囲が広がることも想定されるため、まずは在宅医療提供体制の構築を主眼としながら施策に取組んでいきます。なお、国の示すとおり、平成 32（2020）年度の医療計画の中間見直しの時期において、その時点での在宅医療の状況を踏まえて、整備目標数を含めた全体的な見直しを行う予定です。

１．数値目標の詳細

指標	現状値	目標値	出典等
看取り加算の算定件数	967 件 H27 （2015）	向上	ＮＤＢ
死亡診断加算の算定件数	697 件 H27 （2015）	向上	ＮＤＢ
訪問診療を実施する診療所・病院数	奈良 113 施設 東和 56 施設 西和 102 施設 中和 86 施設 南和 28 施設 H27 （2015）	奈良 130 施設 ・奈良 151 施設 東和 64 施設 ・東和 68 施設 西和 127 施設 ・西和 136 施設 中和 107 施設 ・中和 120 施設 南和 30 施設 ・南和 29 施設 H32 （2020） ・ H35 （2023）	ＮＤＢ
在宅における死亡率（参考）	在宅（自宅＋老人ホーム）22.6% H28 （2016） 自宅 16.0% H28 （2016）	増加	人口動態調査

※39 ＮＤＢ…平成 20 年４月より施行されている「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして、レセプト情報（患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者等に請求する医療報酬の明細書）及び特定健診・特定保健指導情報を格納・構築しているものです。

※40 看取り加算…往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合、在宅患者訪問診療料（在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の診療報酬）に加算できます。死亡診断加算との重複加算はできません。

※41 死亡診断加算…往診又は訪問診療を行い、在宅で患者の死亡診断を行った場合算定できます。ただし、看取り加算との重複算定はできません。

※42 NDB（平成 27 年度）における C001:在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）、C001:在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）、C001:在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）を算定した医療機関数の集計

医療機関一覧

別表１　退院支援加算届出病院（診療所含む）（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	沢井病院	奈良市船橋町８
奈良	吉田病院	奈良市西大寺赤田町１丁目７番１号
奈良	高の原中央病院	奈良市右京１丁目３番地の３
奈良	西の京病院	奈良市六条町１０２－１
奈良	済生会奈良病院	奈良市八条４丁目６４３番地
奈良	おかたに病院	奈良市南京終町１－２５－１
奈良	市立奈良病院	奈良市東紀寺町一丁目５０番１号
奈良	西奈良中央病院	奈良市鶴舞西町１－１５
奈良	奈良県総合医療センター	奈良市平松１丁目３０－１
奈良	奈良医療センター	奈良市七条２丁目７８９番地
東和	天理よろづ相談所病院	天理市三島町２００
東和	天理よろづ相談所病院白川分院	天理市岩屋町６０４番地
東和	済生会中和病院	桜井市阿部３２３
東和	山の辺病院	桜井市草川６０
東和	辻村病院	宇陀市菟田野松井７番地の１
東和	宇陀市立病院	宇陀市榛原萩原８１５番地
東和	国保中央病院	磯城郡田原本町大字宮古４０４－１
東和	奈良県総合リハビリテーションセンター	磯城郡田原本町大字多７２２番地
西和	田北病院	大和郡山市城南町２番１３号
西和	ＪＣＨＯ大和郡山病院	大和郡山市朝日町１の６２
西和	近畿大学医学部奈良病院	生駒市乙田町１２４８－１
西和	生駒市立病院	生駒市東生駒１丁目６番地２
西和	奈良県西和医療センター	生駒郡三郷町三室１丁目１４－１６
西和	服部記念病院	北葛城郡上牧町大字上牧４２４４
西和	公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団　ニッセイ聖隷クリニック	北葛城郡河合町高塚台１丁目８番１号
中和	中井記念病院	大和高田市根成柿１５１－１
中和	大和高田市立病院	大和高田市礒野北町１番１号
中和	土庫病院	大和高田市日之出町１２番３号
中和	吉本整形外科外科病院	大和高田市野口１３６
中和	平成記念病院	橿原市四条町８２７
中和	平尾病院	橿原市兵部町６－２８
中和	奈良県立医科大学附属病院	橿原市四条町８４０番地
中和	済生会御所病院	御所市三室２０
中和	秋津鴻池病院	御所市池之内１０６４
中和	香芝生喜病院	香芝市穴虫３３００番地３
南和	五條病院	五條市野原西５丁目２番５９号
南和	吉野病院	吉野郡吉野町大字丹治１３０番１
南和	南奈良総合医療センター	吉野郡大淀町大字福神８番１

別表２　在宅療養支援病院　　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	沢井病院	奈良市船橋町８
奈良	おかたに病院	奈良市南京終町１－２５－１
奈良	西奈良中央病院	奈良市鶴舞西町１－１５
奈良	奈良リハビリテーション病院	奈良市石木町８００番地
東和	辻村病院	宇陀市菟田野松井７番地の１
西和	藤村病院	大和郡山市北郡山町１０４番地３
西和	服部記念病院	北葛城郡上牧町大字上牧４２４４
中和	土庫病院	大和高田市日之出町１２番３号
南和	吉野病院	吉野郡吉野町大字丹治１３０番１

別表３　在宅療養支援診療所　　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	森田医院	奈良市高天市町３２
奈良	医療法人社団谷掛整形外科診療所	奈良市神殿町６４４－１
奈良	医療法人飯田医院	奈良市北市町３６番地
奈良	ならやま診療所	奈良市右京３丁目２－２
奈良	医療法人岡谷会佐保川診療所	奈良市今在家町３８番地
奈良	医療法人塩谷内科診療所	奈良市左京１丁目１３－３７
奈良	あやめ池診療所	奈良市あやめ池南６丁目１番７号
奈良	医療法人岡谷会新大宮診療所	奈良市芝辻町４－７－２

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	とみお診療所	奈良市三碓２－１－６
奈良	寺崎クリニック	奈良市南城戸町６７
奈良	松下クリニック	奈良市登美ヶ丘２－５－２１
奈良	阿部クリニック	奈良市学園南１丁目２－２０
奈良	しらやま医院	奈良市尼辻中町１０－２７
奈良	しんのクリニック	奈良市恋の窪１－５－１
奈良	やまだクリニック	奈良市あやめ池北１丁目３２－２１－Ａ２０５
奈良	なかがわ呼吸器科アレルギー科医院	奈良市朱雀５－３－８
奈良	中登美診療所	奈良市中登美ケ丘１－１９９４－３Ｄ－１６－１
奈良	はしもと内科	奈良市東向北町３０番１号グランドカワイビル２階
奈良	やまがた内科医院	奈良市法蓮町１０９５
奈良	喜多野診療所	奈良市中筋町１５
奈良	とみお岩崎クリニック	奈良市二名３丁目１０４６番１
奈良	そめかわクリニック　内科・循環器内科	奈良市中山町西４丁目４５６－１　ＴＳビル２０１
奈良	いけだクリニック	奈良市中町４８４２－１
奈良	医療法人岡谷会高畑診療所	奈良市高畑町９５－１
奈良	いがらし整形外科	奈良市朱雀３丁目１４－１プロムナーデ高の原２Ｆ
奈良	あすかホームクリニック	奈良市帝塚山２丁目２１番２１号
奈良	医療法人中島クリニック	奈良市鶴舞東町２番１１号　松下興産ビル１階
奈良	医療法人祥風会　奈良みどりクリニック	奈良市東紀寺町１－１１－５
奈良	医療法人森仁会森田内科循環器科クリニック	奈良市宝来三丁目３番２１号
奈良	医療法人　高浜医院	奈良市千代ケ丘二丁目１－３１
奈良	陽クリニック	奈良市大宮町４－２４１－１
奈良	ひばり往診クリニック	奈良市三碓６－９－２３
奈良	奈良やよいクリニック	奈良市三条本町２－２０マツダオフィスビル１Ｆ
奈良	おおもりクリニック	奈良市六条２－１８－３６
奈良	らくじクリニック	奈良市南新町１９－１
奈良	医療法人うえしげクリニック	奈良市三条桧町１７－１７
奈良	医療法人ひまわり会　ひまわりクリニック	奈良市右京４丁目１４番２３
奈良	医療法人　光輪会　やまとクリニック	奈良市右京三丁目１９番２４号
奈良	ないろクリニック	奈良市中山町西三丁目２１８番地
東和	井上医院	天理市川原城町３４７－８
東和	寺西医院	天理市東井戸堂町４２６－６
東和	みないち循環器内科・外科	天理市川原城町７５９
東和	医療法人宮城会宮城医院	天理市丹波市町３０２番地
東和	クリニックせんざい	天理市杉本町１７５番地６
東和	鹿子木診療所	天理市櫟本町７４２番地２
東和	ひまわりクリニック	天理市中之庄町４８３番地
東和	小池医院	桜井市外山下田新町１６５８
東和	小西橋医院	桜井市谷２４０－１
東和	青葉会　小阪医院	桜井市桜井５４７
東和	医療法人　幸仁会　木下医院	桜井市大字阿部５５０番地
東和	飯岡医院	桜井市大字芝３５１番地
東和	社会医療法人健生会　大福診療所	桜井市大字大福２４０の１
東和	医療法人中島医院	桜井市阿部３１１－２
東和	医療法人医眞会　植田医院	桜井市三輪４９６番地１
東和	医療法人　菊川内科医院	桜井市桜井８７５番地
東和	医療法人飯岡会　のぞみ診療所	桜井市大字忍阪３９番地の１
東和	医療法人優心会　吉江医院	桜井市東新堂８３－１
東和	杉本クリニック	桜井市谷３０６の２
東和	あさくらクリニック	桜井市黒崎６４６－１
東和	グランソール奈良	宇陀市菟田野松井８－１
東和	医療法人豊生会　加藤クリニック	宇陀市榛原長峯２００番地の２
東和	医療法人池田医院	磯城郡川西町大字唐院３９８番地の１
東和	忠岡医院	磯城郡田原本町秦庄４５６－８
東和	田原本療院	磯城郡田原本町１２０
東和	医療法人坂根医院	磯城郡田原本町大字矢部３３７番地１
東和	医療法人小嶌内科小児科	磯城郡田原本町大字三笠１７－８
西和	奥井医院	大和郡山市筒井町４６０－１５　オッシェム・ロジナ２階
西和	牧浦内科	大和郡山市額田部北町４７９－３
西和	医療法人岡谷会小泉診療所	大和郡山市小泉町５５２
西和	医療法人おざきクリニック	大和郡山市九条町１３１１－１
西和	医療法人岡谷会片桐民主診療所	大和郡山市新町３０５－９２
西和	原医院	大和郡山市横田町７０８番地の３
西和	在宅支援いむらクリニック	大和郡山市田中町７２８
西和	あみもと内科	大和郡山市筒井町２５０番地１
西和	矢田山診療所	大和郡山市矢田山町５８番地
西和	梅川医院	生駒市中菜畑１－４９－１　和州ビル２０３，２０４
西和	医療法人社団有山会有山診療所	生駒市高山町４２６１番地の１

医療圏	医療機関名称	所在地
西和	医療法人　友岡診療所	生駒市辻町３９７番地８　東生駒８番館２階
西和	山上内科医院	生駒市小明町５５４番地１　西口ビル１Ｆ
西和	医療法人香悠会稲田医院	生駒市元町１－５－５　オベラス生駒２Ｆ
西和	医療法人風尚会やました医院	生駒市南田原町１０３９
西和	医療法人生火会　松宮医院	生駒市東松ヶ丘１７－８
西和	医療法人社団　宏義会　宇山内科クリニック	生駒市東生駒２－２０７－１２０
西和	木下クリニック	生駒市小平尾町４－１－１
西和	石井クリニック	生駒市壱分町８３－４８
西和	いわもとクリニック	生駒市あすか野南２丁目１番１２号　あすか野グリーンビル１階
西和	松井内科	生駒郡平群町菊美台１－７－５宝栄辰巳ビル２Ｆ－１
西和	医療法人緑会たなかクリニック	生駒郡平群町下垣内１２４
西和	夕陽ヶ丘診療所	生駒郡三郷町夕陽ヶ丘１－４０
西和	医療法人やわらぎ会やわらぎクリニック	生駒郡三郷町立野南２丁目８番１２号
西和	医療法人金泉会　かないずみ胃腸科・内科	生駒郡三郷町東信貴ケ丘１－８－２６
西和	みなづき診療所	生駒郡斑鳩町阿波３－１１－３６
西和	前田クリニック	生駒郡斑鳩町龍田西８－６－１０
西和	西和往診クリニック	生駒郡斑鳩町小吉田２－７－１５
西和	くずもとファミリークリニック	北葛城郡上牧町葛城台３－１２－２２
西和	ゆりクリニック	北葛城郡上牧町上牧３３３６－５
西和	岩田ペインクリニック内科	北葛城郡王寺町王寺２丁目６番４号クレール吉田３Ｆ
西和	武内クリニック	北葛城郡王寺町元町２－２４７９－１
西和	竹田内科クリニック	北葛城郡王寺町久度２－３－１リーベル西館３０２
西和	社会医療法人健生会河合診療所	北葛城郡河合町大字穴闇８１－１
西和	公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団　ニッセイ聖隷クリニック	北葛城郡河合町高塚台１丁目８番１号
西和	はえの医院	北葛城郡河合町星和台２－１－１３
西和	大浦内科クリニック	北葛城郡河合町中山台１丁目１－１８
中和	日の出診療所	大和高田市日之出町１１番６号
中和	医療法人　きむクリニック	大和高田市土庫１丁目３番２２号
中和	中谷医院	大和高田市礒野東町３－５
中和	笠原内科医院	橿原市白橿町２丁目３１番１２号
中和	医療法人米田診療所	橿原市東坊城町５１０
中和	医療法人菊川医院	橿原市上品寺町３８０番地の２２
中和	医療法人田中医院	橿原市四条町８２０番地の１５
中和	医療法人浜野クリニック	橿原市大谷町８２番地の１８
中和	医療法人　吉川医院	橿原市中曽司町１７５
中和	医療法人芳隆会八嶌医院	橿原市内膳町２丁目１番３０号
中和	医療法人西井会西井クリニック	橿原市光陽町１００番地の２１
中和	医療法人雅会　山本クリニック	橿原市東坊城町２０２番地の１
中和	ちゅうわ往診クリニック	橿原市内膳町４－４３－６
中和	医療法人友愛会　しらかしクリニック	橿原市白橿町２丁目２２１１番地の１
中和	クリニック吉田	橿原市膳夫町４７７－１９
中和	医療法人風天会　森医院	橿原市五条野町２２９４番地
中和	くぼた医院	橿原市見瀬町大水口１１－１
中和	矢野内科外科医院	橿原市栄和町２３－４　ニュー山雅１Ｆ
中和	さかもとクリニック	橿原市木原町２６－１
中和	武田内科医院	橿原市木原町２１３－７　Ｋ．メディカルスクエア１階
中和	堀江医院	御所市櫛羅７３５の２番地
中和	森岡医院	御所市７５５－１
中和	田仲医院	御所市奉膳３６３
中和	医療法人榎本医院	御所市大字戸毛１１３０
中和	医療法人山下医院	御所市大字三室１１０番地の１
中和	医療法人友愛会沢田医院	御所市１８０－１４
中和	吉川診療所	御所市東松本８－１ＡＴＹビル１Ｆ
中和	ひろ整形外科クリニック	香芝市旭ヶ丘２丁目３０番１
中和	ふゆひろクリニック	香芝市磯壁３－９４－１ベルドミール香芝１階
中和	まるはしファミリークリニック	香芝市五位堂３丁目４３６－１
中和	かまだ医院	香芝市鎌田４６４－３
中和	医療法人　澤田医院	香芝市五位堂５－１５５
中和	医療法人博友会　みちのクリニック	香芝市下田西１丁目６番１２号　香芝アネックス１階
中和	医療法人和田クリニック	香芝市下田西１丁目１０番１７号　アバンギャルド１階
中和	二上駅前診療所	香芝市穴虫１０４５－１
中和	医療法人千幸会　片岡医院	香芝市西真美１－５－１　プラザ西真美２００１号
中和	医療法人　かわもとクリニック	香芝市畑３－９２６－１
中和	加藤クリニック	香芝市穴虫１０５５－１
中和	山本医院	葛城市八川１５３－１
中和	医療法人鵜山医院	葛城市新庄１６番地
中和	医療法人　堀内医院	葛城市忍海３３８－４
中和	医療法人友愛会　かつらぎクリニック	葛城市北花内６１６－１

医療圏	医療機関名称	所在地
中和	医療法人朱雀会山下医院	高市郡明日香村岡１１４３－３
中和	中堀医院	北葛城郡広陵町的場９４－１
南和	足立医院	五條市須恵２丁目６－２１
南和	中谷内科医院	五條市野原西４丁目９番２５号
南和	医療法人鎌田医院賀名生診療所	五條市西吉野町屋那瀬１３
南和	医療法人泰山会福西クリニック	吉野郡下市町大字新住１５５番地の１

別表４　訪問看護ステーション　（平成 29 年５月１日現在）

医療圏	事業所名	所在地
奈良	医療法人岡谷会訪問看護ステーションぬくもりポート	奈良市西木辻町 200
奈良	ハッピーリハビリ＆ナーステーション	奈良市六条二丁目 18 番１号
奈良	吉田病院訪問看護ステーションほほえみポート	奈良市三碓 2-1-6-304
奈良	社会医療法人松本快生会　訪問看護ステーション「なでしこ」	奈良市学園大和町五丁目１６
奈良	訪問看護ステーションひまわり北之庄	奈良市西九条町二丁目４番地 10
奈良	訪問看護ステーションアップル登美ヶ丘	奈良市中登美ケ丘三丁目 13 番 2
奈良	訪問看護ステーション・あいびす	奈良市帝塚山南４丁目 11-7
奈良	みらい精華訪問看護ステーション	奈良市神功五丁目 19 番地の２エルメゾン神功 8－Ａ
奈良	吉田病院訪問看護ステーションひだまり	奈良市右京 3-2-2
奈良	ハローケア訪問看護ステーション学園前	奈良市学園北一丁目 13 番 10 号
奈良	訪問看護ステーションひまわり秋篠	奈良市中山町 124-6
奈良	訪問看護ステーションライフ	奈良市神功五丁目 3-15　ルルデハイツ 103
奈良	訪問看護ステーション　デューン奈良	奈良市大宮町二丁目４－２７スカイヴィレッジ２階
奈良	医療法人新仁会　奈良春日病院訪問看護ステーションこまどり	奈良市鹿野園町 1212-1
奈良	訪問看護ステーション　グットライフ	奈良市朱雀１丁目４番地の 19 グリーンエクセルマルコウＢ-102
奈良	訪問看護ステーションあおい	奈良市あやめ池北一丁目５番５号
奈良	社会福祉法人恩賜財団済生会　奈良病院訪問看護ステーション野の花	奈良市八条四丁目 643 番地
奈良	医療法人康仁会　西の京訪問看護ステーションかがやき	奈良市六条町 99-2
奈良	あいナース学園前訪問看護ステーション	奈良市学園朝日町２番６号ハイマート学園前 302 号
奈良	一般財団法人沢井病院　訪問看護ステーション佐保	奈良市法蓮町 602 番地１
奈良	ケアステーション和	奈良市法蓮町 471 番地の１
奈良	訪問看護ステーションひまわり奈良	奈良市左京 4-6-4
奈良	社会医療法人松本快生会　訪問看護ステーション「さわやか」	奈良市鶴舞西町１番 16 号
奈良	エリシオン巡回型ステーション	奈良市石木町 800
奈良	社会福祉法人晃宝会　訪問看護ステーションいちご	奈良市南紀寺町１－209　あじさい第３ビル１階
奈良	けいはんな訪問看護ステーション	奈良市二名 3-952-1
奈良	訪問看護ステーション　オアシスなら	奈良市二名五丁目１６０６番地の４
奈良	訪問看護ステーションアンジェロ	奈良市帝塚山二丁目 21 番 21 号
奈良	なら訪問看護リハビリステーション	奈良市大安寺二丁目３番 13 号
奈良	訪問看護ステーションみのり奈良	奈良市杉ケ町 32 番地４　ブレストー番館 201 号室
奈良	吉田病院訪問看護ステーションほおずき	奈良市西大寺赤田町 1-7-1
奈良	訪問看護ステーションポシブル飛鳥	奈良市雑司町 368－2
奈良	訪問看護ステーションあさがお	奈良市右京 1-3-1、 5-105
奈良	訪問看護ステーションならまち	奈良市六条 1-1-12
奈良	訪問看護ステーションツルーハート	奈良市法蓮町 1934-11
奈良	リハビリ訪問看護ステーションルピナス	奈良市大宮町 4-275-5 森村第２ビル 303 号室
奈良	訪問看護ステーション佐保の里	奈良市佐保台二丁目 902 番地の 241
奈良	訪問看護ステーションアップル学園前	奈良市中登美ケ丘四丁目３番
東和	訪問看護ステーションあかり	天理市川原城町 841
東和	訪問看護ステーション夢未来	天理市西長柄町 453-2
東和	天理訪問看護ステーションひまわりⅡ	天理市三島町 125-1
東和	医療法人宮城会訪問看護ステーションみみずく	天理市丹波市町 302
東和	桜井市訪問看護ステーションさくら	桜井市大福 412-1
東和	医療法人社団岡田会　訪問看護ステーションアップル	桜井市大豆越 104-1 やまのべグリーンヒルズ内
東和	医療法人医眞会訪問看護ステーションみわ	桜井市三輪 496-1
東和	訪問看護ステーションはなみず木	桜井市上之宮 9-1
東和	訪問看護ステーションひゅっぐりー	桜井市朝倉台東 2-538-101
東和	パームリハビリ訪問看護ステーション	桜井市戒重 331 ラポール桜井 105 号室
東和	公益社団法人奈良県看護協会立　宇陀訪問看護ステーション	宇陀市榛原萩原 155-4
東和	アンフィニ訪問看護ステーション	宇陀市榛原萩原 2494 タケグチハイツ３号 102
東和	訪問看護ステーション四つ葉のクローバー	宇陀市菟田野古市場 470
東和	ニチイケアセンター　田原本訪問看護ステーション	磯城郡田原本町唐古 528-2 エコサイト C 号
東和	エール訪問看護リハビリステーション	磯城郡田原本町千代 373-1
東和	こころ訪問看護ステーション	磯城郡田原本町薬王寺 137-6
東和	ほっとナビ訪問看護ステーション	磯城郡田原本町新町 13-5 ブルジュール 103
東和	ハローケア訪問看護ステーション田原本	磯城郡田原本町新町 16-10
西和	郡山訪問看護ステーションゆう	大和郡山市田中町 758

医療圏	事業所名	所在地
西和	訪問看護ステーションもぁ	大和郡山市泉原町 6361-7 B101
西和	医療法人岡谷会　訪問看護ステーションあじさい	大和郡山市新町 305-70
西和	一般社団法人大和郡山市　医師会立訪問看護ステーションやすらぎ	大和郡山市本庄町 317-2
西和	医療法人社団田北会　訪問看護ステーションなのはな	大和郡山市城南町 3-25
西和	訪問看護ステーションたいむ	大和郡山市小泉町 2733-2
西和	訪問看護ステーションファミリー	大和郡山市北郡山町 525-5
西和	独立行政法人地域医療機能推進機構　ＪＣＨＯ大和郡山病院附属訪問看護ステーション	大和郡山市朝日町 1-62
西和	独立行政法人国立病院機構　コアラ訪問看護ステーション	大和郡山市小泉町 2815
西和	一般財団法人生駒メディカルセンター　訪問看護ステーション	生駒市東新町 1-3
西和	一般財団法人生駒メディカルセンター　北訪問看護ステーション	生駒市あすか野北 2-12-13
西和	スマイルさくらリハビリ訪問看護ステーション	生駒市北田原町 1132-52
西和	医療法人和幸会阪奈中央訪問看護ステーション	生駒市俵口町 444-1
西和	いこいの家訪問看護ステーション	生駒市俵口町 814-1 ハイネス生駒 302 号
西和	訪問看護ステーションひまわり生駒	生駒市東生駒 1-509
西和	訪問看護ステーションるーく	生駒市さつき台 2-451-204-102
西和	ヤマシン訪問看護ステーション奈良	生駒市中菜畑 2-973-6 白鳩マンション 1 階
西和	訪問看護ステーションくるみ	生駒市東松ケ丘 5-22
西和	医療法人社団松下会　訪問看護ステーションエリクシール	生駒市上町 4137
西和	オンリーワン訪問看護ステーション	生駒市あすか野南 1-1-2 あすか野センタービル 3F－A 号室
西和	訪問看護ステーション優心	生駒郡平群町竜田川 3-1-8-106
西和	ライフケア訪問看護ステーション	生駒郡三郷町勢野東 4-3-20
西和	訪問看護ステーションピノキオ	生駒郡三郷町立野南 3-1-18
西和	ハローケア訪問看護ステーションしぎさん	生駒郡三郷町立野南 2-9-33
西和	みむろ訪問看護ステーション	生駒郡斑鳩町稲葉車瀬 2-5-18
西和	訪問看護ステーションほっとプラザ	生駒郡斑鳩町小吉田 2-7-15
西和	六花訪問看護ステーション	北葛城郡上牧町上牧 537-10
西和	訪問看護ステーションやまびこ	北葛城郡上牧町下牧 1-2-25
西和	訪問看護ステーションメディケアジャパン上牧	北葛城郡上牧町片岡台 2-13-25 グリーンハイツ 2 階
西和	訪問看護ステーション西大和	北葛城郡河合町高塚台 1-8-1
西和	訪問看護ステーションはるかぜ	北葛城郡河合町穴闇 81-8
中和	訪問看護ステーション人楽	大和高田市神楽 254-6 セゾンド神楽 201
中和	訪問看護ステーションさく	大和高田市幸町 7-12-418
中和	訪問看護ステーションきらら	大和高田市根成柿 321-1
中和	土庫病院訪問看護ステーションそよかぜ	大和高田市日之出町 17-22
中和	アイデルリハビリ訪問看護ステーション	大和高田市西坊城 51-1
中和	医療法人酒本医院　訪問看護ステーションあおぞら	大和高田市中今里町 1-34
中和	ゆい訪問看護ステーション	大和高田市土庫 3-332-7MK ビル 201 号
中和	大和高田市訪問看護ステーション	大和高田市礒野北町 1-2
中和	訪問看護ステーションはる	大和高田市市場 774-1
中和	医療法人優慶会ゆうけいの里訪問看護ステーション	橿原市新賀町 87-1
中和	訪問看護ステーションデューン橿原	橿原市内膳町 1-3-10 陽光ビル 3 階
中和	リハビリ訪問看護ステーションやまと	橿原市木原町 154-59
中和	訪問看護ステーション橿原の郷	橿原市飯高町 7-1
中和	医療法人西井会訪問看護ステーションさらら	橿原市久米町 841-1 神宮吉田ビル 5 階
中和	公益社団法人奈良県看護協会立　橿原訪問看護ステーション	橿原市四分町 252-1
中和	医療法人良翔会訪問看護ステーションみそら	橿原市内膳町 4-43-6
中和	公益社団法人奈良県看護協会立　橿原訪問看護ステーションやわらぎの郷	橿原市十市町 63-1 橿原市福祉センターやわらぎの郷内
中和	医療法人吉川医院訪問看護ステーション花	橿原市中曽司町 172-8
中和	医療法人橿原友紘会訪問看護ステーションひのか	橿原市石川町 117-2
中和	訪問看護ステーションかしの木	橿原市木原町 90-3
中和	ユーティー訪問看護ステーション	橿原市御坊町 152
中和	社会医療法人平成記念病院　訪問看護ステーションあおい	橿原市四条町 823-3
中和	訪問看護ステーション大和	御所市北十三 126
中和	御所訪問看護ステーション	御所市池之内 1064
中和	訪問看護ステーション笑歌	香芝市尼寺 2-55-2 シャトー泉 10C
中和	PAL 訪問看護ステーション	香芝市旭ケ丘 3-17-1-1102
中和	二上ファミリー訪問看護ステーション	香芝市畑 4-559-5
中和	訪問看護ステーション真ごころ	香芝市畑 3-926-1
中和	訪問看護ステーション縁	香芝市良福寺 609-1-102
中和	訪問看護ステーションぬくもり	香芝市下田西 2-7-61　3 号館
中和	ハローケア訪問看護ステーション香芝	香芝市瓦口 2180 グランメール香芝 202
中和	医療法人優慶会　訪問看護ステーションまみの里	香芝市真美ケ丘 4-16-1
中和	ナビケア訪問看護ステーションかつらぎ	葛城市北花内 651 ハニープラザヨコタ 103 号
中和	訪問看護ステーションこころ	北葛城郡広陵町みささぎ台 35-17-101
南和	ハートランド五條訪問看護ステーション	五條市二見 5-3-63
南和	隅田クラブ訪問看護ステーション	五條市今井 4-1-1

医療圏	事業所名	所在地
南和	ケアテック指定訪問看護ステーション五条	五條市今井 4-3-3
南和	吉野たらちね訪問看護ステーション	吉野郡吉野町上市 2072-1
南和	訪問看護ステーション四つ葉のクローバー吉野	吉野郡吉野町上市 2060-1 燦上市 2-A
南和	社会福祉法人大淀町社会福祉協議会　大淀訪問看護ステーション	吉野郡大淀町下渕 1223
南和	美吉野園訪問看護ステーション	吉野郡大淀町下渕 887-2
南和	訪問看護ステーションまつば	吉野郡下市町新住 155－1

別表５　訪問リハビリテーション事業所　（平成 29 年 11 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	沢井病院	奈良市船橋町８番地
奈良	奈良東九条病院	奈良市東九条町７５２
奈良	医療法人　岡谷会　新大宮診療所	奈良市芝辻町４－７－２
奈良	とみお診療所訪問リハステーション	奈良市三碓２丁目１－６
奈良	おかたに病院	奈良市南京終町１丁目２５－１
奈良	きよ女性クリニック	奈良市石木町５０－１
奈良	喜多野診療所	奈良市中筋町１５
奈良	医療法人　酒井クリニック	奈良市あやめ池北３丁目１－２６
奈良	こうあん診療所	奈良市三条大路１－１－９０　奈良セントラルビル１階
奈良	西奈良中央病院	奈良市鶴舞西町１番１５号
奈良	登美ヶ丘リハビリテーション病院	奈良市中登美ヶ丘６丁目１２番２号
奈良	社会医療法人　松本快生会　介護老人保健施設　大和田の里	奈良市丸山二丁目１２２０－１６３
奈良	介護老人保健施設　アンジェロ	奈良市帝塚山２丁目２１番２１号
奈良	介護老人保健施設　秋篠	奈良市秋篠町１４３２－１
奈良	介護老人保健施設　アップル学園前	奈良市登美ヶ丘４丁目３番
東和	社会医療法人　健生会　大福診療所	桜井市大福２４０－１
東和	医療法人　医眞会　植田医院	桜井市三輪４９６番地の１
東和	医療法人　吉生会　吉井整形外科医院	宇陀市榛原福地３７４－１
東和	医療法人　拓誠会　辻村病院　訪問リハビリテーション	宇陀市菟田野区松井７－１
東和	介護老人保健施設　ぬくもり田原本	磯城郡田原本町黒田２８５－１
西和	田北病院	大和郡山市城南町２番１３号
西和	奈良厚生会病院	大和郡山市椎木町７６９番地の３
西和	藤村病院	大和郡山市北郡山町１０４－３
西和	医療法人　芳愛会　原医院	大和郡山市横田町７０８番地の３
西和	介護老人保健施設　ピュアネス藍	大和郡山市本庄町１番地の５
西和	訪問リハビリテーション　ウェルケア悠	大和郡山市田中町７２８　介護老人保健施設ウェルケア悠
西和	阪奈中央病院	生駒市俵口町７４１－１
西和	東生駒病院	生駒市辻町４－１
西和	生駒市介護老人保健施設　やすらぎの杜優楽	生駒市小瀬町３２４－２
西和	医療法人　やわらぎ会　やわらぎクリニック	生駒市三郷町立野南２－８－１２
西和	医療法人　緑会　たなかクリニック　訪問部	生駒郡平群町下垣内１２４
西和	西大和リハビリテーション病院	北葛城郡上牧町ささゆり台３－２－２
西和	介護老人保健施設　こころ上牧	北葛城郡上牧町上牧２７６８－２
西和	社会医療法人　健生会　河合診療所	北葛城郡河合町穴闇８１番１号
中和	介護老人保健施設　光陽	大和高田市根成柿３２１－１
中和	介護老人保健施設　ふれあい	大和高田市日之出町１３－１５
中和	平成記念病院　訪問リハビリテーション	橿原市四条町８２７番地
中和	平尾病院	橿原市兵部町６－２８
中和	老人保健施設　リンク橿原	橿原市雲梯町１２８番地
中和	介護老人保健施設　ケアステージみみなし	橿原市常盤町１５８番地１
中和	老人保健施設　鴻池荘　訪問リハビリテーション	御所市池之内１０６４
中和	ひろ整形外科クリニック	香芝市旭ヶ丘２丁目３０－１
中和	ぬくもりクリニック	香芝市下田西２丁目７－６１　訪問リハビリぬくもり
中和	池原クリニック	香芝市五位堂１０１３
中和	医療法人　友愛会　かつらぎクリニック	葛城市北花内６１６－１
中和	介護老人保健施設　ぬくもり葛城	葛城市西室１５０－８
中和	介護老人保健施設　かぐやの里	北葛城郡広陵町大字三吉１７９９番１
南和	医療法人　素心会　杉崎医院	五條市中之町１７７１番地の３３
南和	医療法人　八甲会　潮田病院	吉野郡吉野町上市２１３５番地
南和	南和病院訪問リハビリテーションセンター	吉野郡大淀町大字福神１－１８１

別表６　在宅療養支援歯科診療所　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	おかもと歯科	奈良市神殿町３１２番地
奈良	医療法人冨森会冨森歯科医院	奈良市押上町２０－２
奈良	ゆめはんな歯科クリニック高の原	奈良市右京１－６－１
奈良	医療法人山雅会　山尾歯科診療所	奈良市大宮町２丁目１番６号

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	西田歯科医院	奈良市大宮町３丁目４番３４号　青垣ビル２Ｆ
奈良	戸尾歯科医院	奈良市朱雀５丁目１４－１
奈良	高田歯科医院	奈良市富雄北１－３－５　キタダビル２Ｆ
奈良	冨森歯科油阪診療所	奈良市油阪町３の２０
奈良	池元歯科医院	奈良市中登美ケ丘３丁目５番ローレルスクエア登美ヶ丘東館Ｔ－１
奈良	入部歯科医院	奈良市北市町３６－７
奈良	畑下歯科医院	奈良市疋田町４丁目１２８－１
奈良	みねい歯科医院	奈良市恋の窪２丁目１２－９
奈良	杉山歯科医院	奈良市西大寺南町５－１６
奈良	たての歯科	奈良市六条一丁目３６－２８
奈良	中島歯科	奈良市千代ケ丘１－３－１
奈良	平野歯科医院	奈良市中山町西４丁目４５６－１　ＴＳビル１０２
奈良	ならまちワンネス歯科	奈良市北風呂町３７－１
奈良	もりた歯科クリニック	奈良市二条町２－２－５　メゾンルルド１Ｆ
奈良	すざく歯科	奈良市朱雀６－９－５コープ朱雀店別棟
奈良	おかだ歯科医院	奈良市紀寺町４１４－５
奈良	らくじクリニック	奈良市南新町１９－１
東和	藤本歯科医院	天理市田部町２３
東和	田中歯科医院	天理市丹波市町３３４の１
東和	飯田祥了歯科診療室	天理市川原城町３１４番地
東和	医療法人歯聖会山本歯科医院	天理市指柳町２９３番地の５
東和	医療法人和光会　天理駅前歯科診療所	天理市川原城町８４１
東和	医療法人　近山歯科医院	天理市柳本町７０２－１
東和	北山歯科診療所	宇陀市室生大野２２７２の２
東和	榛見が丘歯科クリニック	宇陀市榛原榛見が丘１丁目５－１６
東和	藤井歯科医院	山辺郡山添村大字遅瀬３５４番地の８
東和	やすらぎ歯科医院	磯城郡川西町下永１２７３－２５
西和	おうにし歯科医院	大和郡山市南郡山町４６４ー１
西和	なごみデンタルクリニック	大和郡山市高田町１４１－６　シティパレス吉川１０６
西和	山本歯科クリニック	生駒市白庭台６丁目１－１
西和	島野歯科クリニック	生駒市西白庭台２－２０－４
西和	ゆめはんな歯科クリニック登美ヶ丘	生駒市鹿畑町３０２７イオン奈良登美ヶ丘ショッピングセンター１Ｆ
西和	いこまデンタルクリニック	生駒市山崎町２番６号
西和	ケイキ歯科医院	生駒市小明町１５４９－１　グレイス奥山１０３
西和	大友歯科医院	生駒郡平群町菊美台１ー７ー５宝栄辰巳ビル２ー２
西和	小向井歯科クリニック	生駒郡平群町北信貴ケ丘１丁目５２４－１
西和	医療法人大樹会　へぐり歯科	生駒郡平群町下垣内８４－７
西和	医療法人　こうの歯科医院	生駒郡斑鳩町服部１－１２－１２
西和	胡内歯科医院	生駒郡安堵町かしの木台１丁目４ー３
西和	西川歯科医院	北葛城郡上牧町服部台４－５－１
西和	岩間歯科	北葛城郡王寺町王寺２丁目７番２３号亀井興産ビル３Ｆ
西和	医療法人　智仁勇会　やわらぎ歯科医院	北葛城郡王寺町王寺２－６－４　クレール吉田２Ｆ－３
西和	ウエダデンタルクリニック	北葛城郡王寺町久度２丁目３－１リーベル王寺西館３Ｆ
西和	小野歯科医院	北葛城郡河合町広瀬台３－３－７
中和	羽山歯科医院	大和高田市奥田１８の１
中和	ウエダ歯科	大和高田市片塩町６－１０
中和	えんどう歯科クリニック	大和高田市神楽２丁目１２－３４向井ビル１－３
中和	やまもと歯科	大和高田市幸町３番１８号　オークタウン大和高田６Ｆ
中和	やすえデンタルクリニック	大和高田市大字藤森１７１－７
中和	田歯科医院	橿原市東坊城町５２６
中和	正田歯科医院	橿原市内膳町２丁目７番９号
中和	中辻歯科医院	橿原市久米町５９６－２
中和	吉川歯科医院	橿原市常盤町２８５番地
中和	せいじ歯科医院	橿原市西池尻町３４０ー３
中和	医療法人橿の木会　さわやか歯科	橿原市中曽司町１９１番地の１４
中和	醍醐よしかわ歯科	橿原市醍醐町５７３番地
中和	橿原デンタルクリニック	橿原市石川町２８０番地
中和	俵本歯科医院	御所市櫛羅３３７－２
中和	東條歯科医院	香芝市瓦口１１－６
中和	柳原歯科医院	香芝市上中８３３－３
中和	長澤歯科医院	香芝市旭ヶ丘２丁目８番地の２
中和	武田歯科医院	香芝市磯壁３丁目９７－４
中和	岡本歯科医院	香芝市下田西２－１０－１０
中和	うえだ歯科クリニック	香芝市西真美３－１０－１
中和	よしむらファミリー歯科	香芝市真美ケ丘一丁目５番１１号
中和	椿本歯科医院	葛城市長尾１０１－１
中和	堀内歯科	葛城市北花内６０５番地５
中和	川西歯科クリニック	高市郡高取町下土佐２２０－１

医療圏	医療機関名称	所在地
中和	岡部歯科医院	北葛城郡広陵町馬見北９－９－１８
南和	釜田歯科医院	五條市須恵３丁目４－２６
南和	さくら歯科クリニック	五條市今井５丁目１４８４－４
南和	堀内歯科医院	五條市二見２－３－４０
南和	加藤歯科	五條市野原西１丁目６番２号
南和	森口歯科医院	吉野郡吉野町上市２３４５番地

別表７　在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局　　（平成 29 年 10 月 1 日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	吉田薬局	奈良市西木辻町２７番地
奈良	松本薬局	奈良市南城戸町１２
奈良	ファーマシー木のうた薬局本店	奈良市三条町４７２番地
奈良	薬局セブンファーマシー学園前店	奈良市鶴舞東町２－２６
奈良	あじさい薬局	奈良市藤ノ木台３丁目２０番２－１号
奈良	春日薬局	奈良市角振町１６
奈良	わかくさ薬局	奈良市紀寺町６８７－９
奈良	衣川薬局	奈良市西大寺南町１－１７
奈良	中尾薬局	奈良市六条西４丁目１番３６号
奈良	駅前薬局	奈良市西大寺栄町２３２１－４
奈良	西大寺中央薬局	奈良市西大寺新田町１－４９０－１
奈良	オクムラ薬局	奈良市西登美ケ丘２－１－２６
奈良	なのはな薬局	奈良市大宮町５－１－７
奈良	とみお薬局	奈良市富雄元町２丁目３－２２－１
奈良	薬局タケダあやめ池店	奈良市あやめ池南２－１－４１　クリエイトあやめ池１階
奈良	平松薬局	奈良市登美ケ丘３丁目３－１１
奈良	ひだまり薬局	奈良市都祁白石町１０９９
奈良	尼ヶ辻マルゼン薬局	奈良市尼辻西町３－５
奈良	薬師堂富雄薬局	奈良市三松４丁目８８２
奈良	さくら通り薬局	奈良市小西町９　川村ビル１Ｆ
奈良	あすなろ薬局学園北店	奈良市学園北２－２－１９　マードアイビル１Ｆ
奈良	ファーマシー木のうた薬局西の京店	奈良市六条西１丁目１－５０
奈良	有限会社　ケンエ薬局	奈良市富雄北１丁目３番５号第１キタダビル１階
奈良	ヤマト薬局	奈良市鳥見町１丁目１番２号
奈良	スマイル薬局神功店	奈良市神功３丁目７番３１号
奈良	ならプラス薬局	奈良市東九条町７１８－９
奈良	あすなろ薬局　学園前店	奈良市学園北１丁目１３－８
奈良	自分薬局　あやめ池	奈良市あやめ池南２－２－７
奈良	えみ薬局	奈良市富雄元町２－１－２２
奈良	ぷれも薬局六条店	奈良市六条西４－７－１０
奈良	さくら薬局貴ヶ丘	奈良市三碓３－１１－１
奈良	きらら薬局	奈良市菅原町３７－１
奈良	今小路薬局西大寺店	奈良市西大寺南町２－２８マンション・オカザワ１－Ｄ
奈良	エスユー薬局	奈良市朱雀３－５－６
奈良	ならまち薬局	奈良市川之上突抜北方町１１－１
奈良	メイプル薬局押熊店	奈良市押熊町１１４２
奈良	有限会社メジロ薬局帝塚山店	奈良市帝塚山１丁目１－３３
奈良	有限会社伊達　伊達薬局奈良学園前店	奈良市学園北１－１－１－３０６ル・シエル学園前３Ｆ
奈良	薬局ＭＣＣファーマシー	奈良市六条町１０９の１
奈良	メイプルリーフ薬局押熊店	奈良市押熊町１１５３番
奈良	メイプルリーフ薬局朱雀店	奈良市朱雀一丁目５番１７
奈良	エムズドラッグ奈良阪薬局	奈良市奈良阪町２２６５－３番地
奈良	バンビ薬局	奈良市船橋町５５－１
奈良	はるかぜ薬局	奈良市西紀寺町３８
奈良	サン薬局奈良店	奈良市花芝町２９
奈良	サン薬局新大宮店	奈良市芝辻町４－２－３　田村ビル１階
奈良	サン薬局平松店	奈良市平松１－３１－２４　池田ビル
奈良	サン薬局富雄北店	奈良市富雄川西２－７－７
奈良	サン薬局学園前店	奈良市学園北１－１４－１３
奈良	サン薬局西ノ京店	奈良市六条３－１５－５
奈良	てるてる薬局	奈良市神殿町６９４番地の３
奈良	自分薬局　奈良	奈良市三条本町２番地２０　マツダオフィスビル１Ｆ
奈良	かるがも薬局奈良店	奈良市大森町４６－３
奈良	サン薬局西大寺南店	奈良市西大寺国見町１－１－１３３－１１７
奈良	自分薬局　宝来	奈良市宝来町１２７０－１９
奈良	サエラ薬局登美ヶ丘店	奈良市中登美ケ丘６丁目３番３号　リコラス登美ヶ丘Ａ棟１Ｆ
奈良	さかもと薬局尼辻店	奈良市尼辻中町１０番２７号
奈良	サエラ薬局学園前店	奈良市学園北１－９－１パラディ学園前Ⅱ５Ｆ
奈良	白菊薬局	奈良市鶴舞東町２－１３　ＶＩＶ１階

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	スギ薬局高の原店	奈良市右京１丁目３番地の４　サンタウンプラザすずらん館
奈良	阪神調剤薬局　奈良帝塚山店	奈良市三碓町２０７３－５
奈良	サン薬局紀寺店	奈良市紀寺東口町６７５－１
奈良	アップル薬局	奈良市宝来３丁目３－２０
奈良	コスモファーマ薬局　三条桧町店	奈良市三条桧町１７番１７号
奈良	今小路薬局	奈良市川久保町１９番地の５
奈良	うさぎや薬局	奈良市小川町４－２
奈良	イオン薬局イオンスタイル奈良	奈良市西大寺東町２－４－１　１Ｆ
奈良	スギ薬局　学園前店	奈良市中山町西１－７１６－３ならコープ２階
奈良	一般社団法人　奈良市薬剤師会　会営病院前薬局	奈良市平松１－３２－１７－２
奈良	木のうた薬局紀寺バス停前店	奈良市紀寺町７６７
奈良	まりん薬局新大宮	奈良市四条大路１－３－５３エイジングコート奈良新大宮１階
奈良	薬局セブンファーマシー中町店	奈良市藤ノ木台４－６－６
奈良	セガミ薬局　朱雀店	奈良市朱雀６－９－５
奈良	ひかり薬局柏木店	奈良市大安寺町５１５－２　柏木町医療タウン１０５号室
奈良	カイセイ薬局	奈良市三条本町１－２
奈良	さくら薬局　奈良神殿店	奈良市神殿町２９７－２
奈良	ファーマシー木のうた　薬局ＪＲ奈良駅前店	奈良市油阪地方町８－１
奈良	有限会社伊達　伊達薬局　学園大和町店	奈良市学園大和町２－３５－１
奈良	奈良会営薬局	奈良市紀寺町６７３－１
奈良	キリン堂薬局　北あやめ池店	奈良市あやめ池北１丁目３２－２１－Ａ２０２
奈良	オレンジ薬局　学園大和町店	奈良市学園大和町２－１２５－５
奈良	シンバシ薬局　奈良富雄店	奈良市富雄北１－１－４岡ハイツ１０１号
奈良	さくら薬局　奈良学園前店	奈良市鶴舞西町１－１６
奈良	自分薬局　中登美ヶ丘	奈良市中登美ケ丘３－２ローレルスクエア登美ヶ丘東館Ⅱ１０２号
奈良	クルミ薬局	奈良市学園北１－１１－４エル･アベニュー学園前１Ｆ１０２号
奈良	薬局セブンファーマシー本店	奈良市右京３－６－２
奈良	たまき薬局	奈良市あやめ池南６丁目１番１５号
奈良	オレンジ薬局登美ヶ丘店	奈良市北登美ケ丘５丁目２番２号
奈良	木のうた薬局　西大寺店	奈良市西大寺北町４丁目３番１号共栄マンション１－Ｅ号室
奈良	自分薬局　西大寺	奈良市西大寺南町１７－３カーサ・ウェルネス１０１号
奈良	まんてん薬局	奈良市神殿町１６２－１８印南マンション１Ｆ
奈良	いい薬局奈良右京店	奈良市右京三丁目２３番地７
奈良	株式会社染川薬局	奈良市中山町西四丁目５３５番地４８９コーポ学園前１０１
奈良	ひかり薬局　大宮店	奈良市二条大路南１丁目２番２１号　モンシャトー１０１号室
奈良	阪神調剤薬局　市立奈良店	奈良市紀寺町６８７－３
奈良	ドクトル薬局	奈良市西大寺南町２番６号
奈良	アイリス薬局	奈良市北市町３６－１０
奈良	オレンジ薬局　西登美ヶ丘店	奈良市西登美ケ丘五丁目１番地１号
奈良	奈良調剤薬局　女子大前店	奈良市西新在家号所町１－１エールハイツ１０１号
奈良	メロディー薬局	奈良市中筋町３１番地
奈良	オレンジ薬局　法蓮仲町店	奈良市法蓮町１０９５番６
奈良	オレンジ薬局　東登美ヶ丘店	奈良市東登美ケ丘一丁目１番１５号　１Ｆ
奈良	ショーワ薬局あやめ池東店	奈良市あやめ池北３－１－３２
奈良	オレンジ薬局　近鉄奈良店	奈良市東向北町３番地木平ビル１階
奈良	富雄ゆーあい薬局	奈良市富雄元町１丁目２２－１２タワーアラモード１Ｆ
奈良	オレンジ薬局　奈良三条店	奈良市三条大宮町３番４３号
奈良	サン薬局　二名店	奈良市二名３丁目１０４６－１
奈良	サン薬局　中町店	奈良市中町４８４２－１
奈良	オレンジ薬局　大安寺店	奈良市南京終町２丁目１２０１－８
奈良	ならまち薬局	奈良市小西町２５番１　ファインフラッツ奈良ザ･レジデンス１階
奈良	ウエルシア薬局奈良西木辻店	奈良市西木辻町１３０番地の４
奈良	アイン薬局奈良東九条店	奈良市東九条町７５４－４
奈良	サン薬局　高の原店	奈良市右京４丁目１４番地２４
奈良	スギ薬局　本店	奈良市右京一丁目３番地４　サンタウンプラザすずらん南館１Ｆ
奈良	ファミリー薬局　奈良店	奈良市三条町３２１－４
奈良	まりん薬局	奈良市西大寺東町２－１－６３　サンワシティ西大寺３階
奈良	コトブキ薬局奈良店	奈良市北市町５７－１
奈良	サン薬局　京終店	奈良市南京終町７１０番地１
奈良	あかね薬局	奈良市朱雀五丁目１７番地１－１
奈良	こぐま薬局　押熊店	奈良市押熊町５４７－１
奈良	こぐま薬局　西登美ヶ丘店	奈良市西登美ケ丘２丁目１１－１４
奈良	しあわせ薬局　済美店	奈良市南京終町一丁目１８３番地３４
奈良	あしび薬局敷島店	奈良市敷島町２丁目５５６番地の９

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	あしび薬局菖蒲池店	奈良市あやめ池南６丁目１－４１
奈良	あしび薬局赤田店	奈良市西大寺赤田町１丁目５－２２
奈良	スギ薬局　学園前南店	奈良市中町１番地の８７
奈良	あしび薬局北町店	奈良市西大寺北町１丁目６－１０
奈良	あしび薬局富雄店	奈良市三碓２丁目１－３
奈良	オレンジ薬局　富雄店	奈良市富雄元町三丁目１番１３号ききょう富雄ビル１Ｆ
奈良	ウエルシア薬局　奈良駅前店	奈良市大宮町１－３－８
奈良	薬局セブンファーマシー　朱雀店	奈良市朱雀６丁目２０－２
東和	株式会社中川天理薬局	天理市三島町５８４
東和	株式会社天理薬局	天理市川原城町１１２の２
東和	株式会社神田大薬局	天理市櫟本町２４００番地
東和	ニシダ薬局	天理市川原城町７８９の２
東和	シャトー薬局	天理市三島町１８１
東和	みずの薬局	天理市指柳町２５２－２
東和	きむら薬局	天理市柳本町１９６－１
東和	ふじ薬局天理店	天理市富堂町１４７－２５
東和	浦西薬局	天理市川原城町２４６番地
東和	浦西薬局	天理市川原城町２４６番地
東和	プラス薬局	天理市川原城町２７５－１松尾ビル１Ａ
東和	たんぽぽ薬局富堂店	天理市富堂町３２０番１１
東和	サン薬局天理西店	天理市富堂町３２０－５
東和	サン薬局丹波市店	天理市丹波市町３０３－９
東和	サン薬局天理東店	天理市蔵之庄町４７０－６
東和	カイセイ薬局	天理市別所町１１－１
東和	オカダ薬局	天理市川原城町３７７番地
東和	サン薬局天理南店	天理市西井戸堂町４５５－２
東和	スギ薬局　天理店	天理市前栽町９８－１
東和	エース薬局	天理市指柳町３１１－２
東和	サン薬局　天理本通店	天理市川原城町６９８
東和	めぐみ薬局　天理店	天理市森本町１０－５
東和	ひまわり薬局	天理市蔵之庄町４６９－５
東和	サン薬局　天理中央店	天理市川原城町７５９－１０４
東和	サン薬局　憩北店	天理市別所町９－１
東和	センザイ薬局	天理市杉本町２８２－３
東和	ココカラファイン薬局　天理店	天理市守目堂町１０５－１
東和	ナカオ薬局	桜井市粟殿１００６ー１
東和	朝倉薬局	桜井市慈恩寺４１
東和	まついけ薬局	桜井市三輪元松之本方４６ー１
東和	ウエムラ薬局	桜井市粟殿７３３－１
東和	木下薬局	桜井市芝１３６０番地
東和	オクノ薬局	桜井市大字忍阪１５５８
東和	なでしこ薬局	桜井市桜井５５－４
東和	ノチオカ薬局	桜井市桜井８７３
東和	イノウエ薬局	桜井市三輪４９３
東和	桜井さくら薬局	桜井市阿部３１１－２
東和	安倍さくら薬局	桜井市阿部３２７
東和	サン薬局桜井店	桜井市桜井２０３－５
東和	サン薬局桜井西店	桜井市阿部３５３
東和	ニコニコ薬局	桜井市粟殿１０１９番地の５
東和	ハートプラス薬局	桜井市戒重２０６－６
東和	幸生堂薬局	桜井市川合２５６－３ハーモニアＮ－１号室
東和	さかえ薬局桜井店	桜井市上之庄７１１－１
東和	ココカラファイン薬局　香久山店	桜井市西之宮２１９－１
東和	まほろば薬局　桜井谷店	桜井市谷９２－２
東和	まほろば薬局　本店	桜井市桜井２０３－６
東和	つくし薬局	桜井市谷２４２－１
東和	粟殿薬局	桜井市粟殿１０５の５
東和	わかば薬局	桜井市忍阪５１－１１
東和	かるがも薬局　桜井店	桜井市阿部３５６－１
東和	初瀬薬局	桜井市初瀬２１２９－１
東和	いずみ薬局　さくらい店	桜井市戒重３１５－１
東和	あおば薬局大福店	桜井市大福２３８－１１
東和	いずみ薬局	宇陀市菟田野松井１６－１
東和	やまぐち薬局	宇陀市榛原萩原２８４３－２８
東和	たんぽぽ薬局　宇陀市立病院前店	宇陀市榛原萩原７５８－４
東和	なの花薬局　榛原店	宇陀市榛原萩原８３０－３
東和	くすのき薬局	宇陀市榛原萩原元萩原７５８－２
東和	はいばら薬局	宇陀市榛原長峯２００－５
東和	いずみ薬局　はいばら店	宇陀市榛原下井足１４－１

医療圏	医療機関名称	所在地
東和	ひだまり薬局　榛原店	宇陀市榛原あかね台２丁目２２－５
東和	サン薬局　宇陀店	宇陀市榛原萩原７６０－４
東和	有限会社はしもと薬局	磯城郡川西町結崎５８４－９
東和	杉田薬局	磯城郡田原本町秦庄２９５
東和	森田薬王堂薬局	磯城郡田原本町室町２０９－３
東和	杉本薬局	磯城郡田原本町１９０－１
東和	サン薬局田原本中央店	磯城郡田原本町宮古３５３－１
東和	アイ薬局　田原本店	磯城郡田原本町１３９－１
東和	保津西薬局	磯城郡田原本町保津２９２－１
東和	ウエルシア薬局　磯城田原本店	磯城郡田原本町千代１１０７番地
西和	株式会社村尾全快堂薬局	大和郡山市南郡山町５２７－１１
西和	福井薬局	大和郡山市下三橋町４４６－３９
西和	中川薬局	大和郡山市高田町９の２０
西和	タマキ薬局	大和郡山市泉原町２３番地１号
西和	岡薬局	大和郡山市矢田町通３４
西和	キタムラ薬局	大和郡山市堺町９番地
西和	ナニワ薬局	大和郡山市九条町２９７番地の１
西和	森薬局	大和郡山市柳２－３０
西和	プライム薬局	大和郡山市柳１丁目１３番地　天野ビル１Ｆ
西和	キヨスミ薬局	大和郡山市本庄町２－１
西和	まどか薬局	大和郡山市小泉町９１８
西和	ファーマシー木のうた薬局郡山泉原店	大和郡山市矢田町庄司谷６３７９－３
西和	かるがも薬局　筒井店	大和郡山市筒井町２６５－２
西和	ヒロ薬局　堺町	大和郡山市堺町６
西和	薬局メールボックス	大和郡山市南郡山町２２６ー２
西和	Ｊｉｂｕｎ薬局　小泉	大和郡山市小泉町東１丁目７番地の４グランドゥール郷１Ｆ
西和	薬局メールボックス柳町店	大和郡山市柳５丁目３０番地の３
西和	いかるが中央薬局	大和郡山市小泉町東３－６－２２
西和	ハル薬局	大和郡山市朝日町１番１３号
西和	サン薬局郡山店	大和郡山市朝日町１－１６
西和	サン薬局ＪＲ郡山店	大和郡山市高田町９－１２
西和	サン薬局郡山東店	大和郡山市高田町９２－１４
西和	Ｊｉｂｕｎ薬局　郡山	大和郡山市城南町３６９－１
西和	ハートフル薬局	大和郡山市田中町７６６－２
西和	スマイル薬局　天井店	大和郡山市天井町２２３－１
西和	Ｊｉｂｕｎ薬局　矢田山	大和郡山市矢田山町５９－２
西和	イオン薬局大和郡山店	大和郡山市下三橋町７４１－１Ｆ
西和	さくら薬局　大和郡山店	大和郡山市柳町１２８－９　カイチビル１階
西和	えふ薬局	大和郡山市九条町１３０９
西和	ジップドラッグ今国府薬局	大和郡山市今国府町３９０－１
西和	あすか薬局	大和郡山市九条平野町３－３１サンシャイン谷野１Ｆ
西和	アール薬局　郡山店	大和郡山市九条町１８８－２－３
西和	ヘルシーストック薬局	大和郡山市南郡山町５２０－１　マインドビル１階
西和	オレンジ薬局	大和郡山市杉町４８
西和	アイ薬局　大和郡山店	大和郡山市朝日町１番５号
西和	ひだまり薬局　本庄店	大和郡山市本庄町２９７－６
西和	オレンジ薬局　筒井町店	大和郡山市筒井町１６０２番地
西和	三の丸薬局	大和郡山市柳３丁目３７番
西和	ウエルシア薬局　大和郡山小泉店	大和郡山市小泉町２８４９－１
西和	しあわせ薬局　小泉店	大和郡山市小泉町８０８
西和	しあわせ薬局　片桐店	大和郡山市新町３０５－８６
西和	かなで薬局　横田店	大和郡山市横田町７０８－５
西和	スマイル薬局藤原店	大和郡山市藤原町２－１８
西和	北大和調剤薬局	生駒市真弓２丁目１－６
西和	アイビー薬局	生駒市白庭台３丁目１５番４号
西和	薬師堂生駒薬局	生駒市北新町１０－４０－１０１号
西和	こじか薬局生駒南田原店	生駒市南田原町１９７７番地
西和	こころ薬局	生駒市北新町１－１８森ビル１Ｆ
西和	萩の台薬局	生駒市萩の台１丁目２－２ライフコート萩の台１階
西和	オリーブ薬局	生駒市あすか野北２丁目１番５号
西和	ヤスイ薬局	生駒市東生駒２丁目２０７番地３７２
西和	ヤスイ薬局生駒	生駒市谷田町８７０番地の２中谷ビル１Ｆ－１０２
西和	アリス薬局	生駒市東生駒１丁目７０番１号
西和	コスモス薬局	生駒市中菜畑２丁目１１０９の３
西和	鹿ノ台調剤薬局	生駒市鹿ノ台南２－３－２
西和	サエラ薬局	生駒市本町５－９
西和	たんぽぽ薬局あすか野店	生駒市あすか野南２－１－７
西和	スギ薬局真弓店	生駒市真弓４－４－７
西和	たんぽぽ薬局小明店	生駒市小明町５６０－４

医療圏	医療機関名称	所在地
西和	ヤスイ薬局辻	生駒市辻町３９７－８東生駒８番館１Ｆ
西和	おひさま薬局	生駒市山崎町４－５ＮＤＡビル１Ｆ
西和	ドレミ薬局	生駒市小平尾町４－６
西和	ひかり薬局壱分店	生駒市有里町１０７－１
西和	アール薬局生駒駅前南店	生駒市元町１－５－５　オベラス生駒１Ｆ
西和	サン薬局生駒店	生駒市谷田町８７３－１
西和	サン薬局谷田店	生駒市谷田町８５０－４
西和	白菊調剤薬局	生駒市元町１－５－３
西和	さかもと薬局南田原店	生駒市南田原町８２２－１
西和	ヤスイ薬局あすか野	生駒市あすか野北１丁目１の１６
西和	フロンティア薬局　生駒店	生駒市東松ヶ丘１７－１０
西和	ヤスイ薬局　白庭台	生駒市白庭台６－２１９２－２
西和	白庭台薬局	生駒市白庭台６－７－３５
西和	かるがも薬局　東生駒店	生駒市東生駒２－２０７－１２０
西和	イオン薬局登美ヶ丘店	生駒市鹿畑町３０２７　１Ｆ
西和	メイプルリーフ薬局生駒店	生駒市俵口町１０８５－１
西和	スギ薬局生駒店	生駒市谷田町１３２８－１
西和	サン薬局　一分店	生駒市壱分町８３－４８
西和	幸生堂薬局	生駒市北大和１－３－３
西和	サン薬局　生駒駅前店	生駒市元町１－１３－１－４０５
西和	スマイル薬局菜畑店	生駒市山崎町２１－２６
西和	若葉薬局	生駒市東菜畑１丁目２９８番地１メゾン東生駒ＹＤ３番館１０２
西和	アール薬局　生駒駅本店	生駒市北新町１０番３６－４０６号
西和	笑夢薬局	生駒市ひかりが丘１丁目１番１３号
西和	ヤスイ薬局　東生駒１	生駒市東生駒１－３２
西和	あしび薬局生駒店	生駒市本町７－１１
西和	クスリのアオキ真弓薬局	生駒市真弓２丁目１４番９号
西和	メイプル薬局平群店	生駒郡平群町三里３８４番地の１
西和	サン薬局平群店	生駒郡平群町上庄１－１４－１２
西和	サン薬局東山店	生駒郡平群町菊美台１－７－５
西和	サン薬局三里店	生駒郡平群町下垣内７０－１
西和	さかもと薬局　平群店	生駒郡平群町大字下垣内１３１－１
西和	エミ薬局	生駒郡三郷町美松ヶ丘東１－２－１
西和	さんごう薬局	生駒郡三郷町立野南１－２４－１６メゾン前田１０５号
西和	たんぽぽ薬局三室店	生駒郡三郷町三室一丁目５２９番地
西和	サン薬局三郷店	生駒郡三郷町立野南２－９－１２
西和	サン薬局　三室店	生駒郡三郷町勢野東６－１５－２１
西和	さんごうファミリー薬局	生駒郡三郷町立野南２丁目８－１２　和栄ビル１階
西和	かおり薬局	生駒郡三郷町勢野東４－１４－２
西和	フジ薬局	生駒郡斑鳩町興留７丁目７－３
西和	岡田薬局	生駒郡斑鳩町興留５－１１－２４
西和	すこやか薬局	生駒郡斑鳩町小吉田２－１１－３２
西和	こじか薬局斑鳩店	生駒郡斑鳩町幸前二丁目２番１３号
西和	サン薬局法隆寺店	生駒郡斑鳩町興留５－１５－１９
西和	コスモス薬局	生駒郡斑鳩町龍田西４丁目７番１０号
西和	薬局いかるが調剤	生駒郡斑鳩町興留７丁目２－１１
西和	アート薬局	生駒郡斑鳩町興留４－１０－１６　野口ビル１階
西和	サン薬局法隆寺北店	生駒郡斑鳩町興留５－１－３２
西和	薬局シギ	生駒郡斑鳩町龍田西８－５－９
西和	あをによし薬局	生駒郡斑鳩町阿波２丁目５番２号
西和	双葉薬局	北葛城郡上牧町片岡台２丁目１３の１
西和	片岡台薬局	北葛城郡上牧町片岡台２－１３－１６
西和	ハタノ調剤薬局	北葛城郡上牧町米山台二丁目－２－８
西和	阪神調剤薬局　上牧店	北葛城郡上牧町服部台５丁目２－２
西和	よつば薬局	北葛城郡上牧町葛城台３丁目１２番２号
西和	サン薬局　上牧西店	北葛城郡上牧町上牧５４４－１
西和	キリン堂薬局　上牧店	北葛城郡上牧町上牧３３９０－１
西和	サン薬局　上牧店	北葛城郡上牧町上牧２１７４－２
西和	ファミリー薬局薬師堂	北葛城郡王寺町明神４丁目１－２２
西和	ヤスイ薬局	北葛城郡王寺町久度２－１２－２
西和	北摂調剤王寺駅前薬局	北葛城郡王寺町王寺二丁目６番１２号　服部ビル３Ｆ
西和	株式会社はまもと薬局	北葛城郡王寺町王寺２丁目７－２０アルファビル（半地下１階）
西和	さくら調剤薬局	北葛城郡王寺町舟戸１丁目１－８
西和	コトブキ薬局　王寺店	北葛城郡王寺町王寺２－１０－１６
西和	ピーター薬局	北葛城郡王寺町王寺２丁目８番１９号
西和	プリベイル株式会社　スギ薬局	北葛城郡王寺町王寺２丁目６－４
西和	スマイル薬局りーべる王寺店	北葛城郡王寺町久度２丁目３－１りーべる王寺西館３０３－２
西和	サン薬局王寺駅前店	北葛城郡王寺町王寺２－４－７

医療圏	医療機関名称	所在地
西和	スマイル薬局王寺店	北葛城郡王寺町王寺２丁目２－１　栄和ビル１０３号
西和	江見薬局畠田	北葛城郡王寺町畠田４－２５８－３
西和	スマイル薬局元町店	北葛城郡王寺町元町２－２４７８
西和	かりん薬局	北葛城郡王寺町王寺２－９－１５ル・カーラビル１Ｆ
西和	スギ薬局奈良王寺店	北葛城郡王寺町王寺２－２－２０
西和	スギ薬局王寺店	北葛城郡王寺町王寺２－６－１
西和	福西薬局	北葛城郡河合町広瀬台３の６
西和	星和台薬局	北葛城郡河合町星和台１丁目９－５
西和	スギ薬局星和台店	北葛城郡河合町星和台２－１－１４
西和	スマイル薬局広瀬台店	北葛城郡河合町広瀬台３－８－１７
西和	イオン薬局西大和店	北葛城郡河合町中山台２－７
西和	スマイル薬局　星和台店	北葛城郡河合町星和台２－１－１７
西和	東洋薬局　河合店	北葛城郡河合町西山台５６８－１－２
西和	なの花薬局　奈良中山台店	北葛城郡河合町中山台１－１－１
西和	スマイル薬局　河合店	北葛城郡河合町広瀬台３丁目３－４
西和	みどり薬局	北葛城郡河合町穴闇８４－８
中和	ダイヨシ薬局　片塩店	大和高田市片塩町１４－３
中和	ダイヨシ薬局駅前店	大和高田市礒野東町３－３
中和	パール薬局大谷店	大和高田市大谷５９８－１塚本ローズシャトー１階
中和	高田さくら薬局	大和高田市大中６４－３
中和	アカイ薬局土庫店	大和高田市土庫１丁目１３－８
中和	アカイ薬局	大和高田市片塩町５－８
中和	ハロー高田南薬局	大和高田市曽大根１－１９９－１
中和	なごみ薬局	大和高田市根成柿１７４番地４
中和	サン薬局高田東店	大和高田市永和町９－４５
中和	クオール薬局　大和高田店	大和高田市東三倉堂町８番１３号
中和	フロンティア薬局　大和高田店	大和高田市幸町３－１８　オークタウン６Ｆ
中和	高田よつば薬局	大和高田市土庫１－３－２０
中和	なの花薬局　かすが店	大和高田市春日町２－１－６０
中和	なの花薬局　高田駅前店	大和高田市本郷町２－２
中和	すずらん薬局　高田店	大和高田市礒野北町６－５
中和	ファミリー調剤薬局今里店	大和高田市今里町５－２８
中和	アカイ薬局大中店	大和高田市大中南町３－７０
中和	サン薬局　高田南店	大和高田市根成柿１７４－２
中和	メイプル薬局　築山なんごう店	大和高田市大谷７５８－８０
中和	あおば薬局	大和高田市日之出町１１－１０
中和	大竹薬局	橿原市南八木町３丁目１－１
中和	沢井薬局	橿原市八木町２－３－３１
中和	えびす薬局	橿原市栄和町２３の１番地
中和	はる薬局	橿原市膳夫町４７７－１８
中和	ヨシダ薬局	橿原市新賀町２２４－２
中和	澤井薬局	橿原市今井町１－１１－８
中和	ベリー薬局	橿原市葛本町３６５－２１
中和	オリオンドラッグ薬局	橿原市見瀬町２３５８－４
中和	くるみ薬局	橿原市北八木町３丁目１－６
中和	コトブキ薬局橿原店	橿原市石川町８２番地
中和	オリーブ薬局	橿原市見瀬町１１－７
中和	きりん薬局	橿原市木原町２５－３
中和	ココカラファイン薬局　八木店	橿原市新賀町４６８
中和	杉本薬局	橿原市兵部町７－１４
中和	すぎもと薬局	橿原市小綱町１２－９
中和	コトブキ薬局八木店	橿原市木原町３１番３５号
中和	明日香薬局	橿原市石川町８０
中和	きらら薬局橿原南店	橿原市大軽町１２３番地の１
中和	サン薬局新ノ口店	橿原市上品寺町３８０－２３
中和	サン薬局八木駅前店	橿原市内膳町５－２－３０　ＯＪビル
中和	サン薬局真菅店	橿原市曽我町１０６３－６
中和	サン薬局坊城店	橿原市東坊城町８４８－７
中和	ココカラファイン薬局　八木駅前店	橿原市内膳町１丁目１－５
中和	サン薬局神宮東店	橿原市久米町６５０－１
中和	さかえ薬局	橿原市久米町６１５番地　赤心ビル１階
中和	アオイ薬局	橿原市白橿町二丁目２９番８号
中和	サン薬局　医大前店	橿原市兵部町６－１８
中和	すみれ薬局	橿原市内膳町５－３－５コスモ大和八木１－Ａ
中和	そうごう薬局　かしはら店	橿原市四分町２－１
中和	マルマツ薬局	橿原市四条町８２３－３
中和	エムハート薬局　くずもと店	橿原市葛本町７０７－９
中和	ますが薬局	橿原市中曽司町１７８－３
中和	日本調剤　橿原薬局	橿原市兵部町７－１５

医療圏	医療機関名称	所在地
中和	サン薬局　八木店	橿原市内膳町４－４３－６
中和	このは薬局　五井店	橿原市五井町２５５－１
中和	スマイル薬局真菅店	橿原市北妙法寺町５６３－２
中和	このは薬局　白橿店	橿原市白橿町２－２２１１－１－１０２
中和	サン薬局　八木北店	橿原市上品寺町２０４－１
中和	ホワイト薬局	橿原市久米町６５４　１階
中和	堀本薬局	橿原市内膳町５丁目１－１６
中和	橿神ウエストゲート薬局	橿原市久米町５６９番地　ヒロタウエストゲート神宮前１階１０２号
中和	ドクトル薬局	橿原市八木町１丁目７－５
中和	ひかり薬局	橿原市木原町２０４－１
中和	コスモファーマ薬局　常盤町店	橿原市常盤町４４０番地の１６
中和	きらら薬局　医大前店	橿原市兵部町７番２号
中和	スギ薬局橿原真菅店	橿原市北妙法寺町５５５番地の１
中和	久米クロスポイント薬局	橿原市久米町５６７番地の２　信和ビル１階
中和	橿原調剤薬局　市役所前店	橿原市八木町１丁目７－３６
中和	イオン薬局イオンスタイル橿原	橿原市曲川町７－２０－１　１Ｆ
中和	ときわ薬局	橿原市常盤町３４４－２
中和	神宮かがやき薬局	橿原市久米町６６０－１
中和	西川栄敏堂薬局	御所市御所３４０番地
中和	回生堂薬局	御所市東松本１２６－４
中和	髙橋貴盛堂薬局	御所市１２１３
中和	たんぽぽ薬局御所店	御所市３９８番４、５
中和	フロンティア薬局御所店	御所市４７３番地の４
中和	さくら薬局御所	御所市４７７－３
中和	サン薬局御所南店	御所市西寺田１４５－２
中和	サン薬局　御所店	御所市　３９５－１
中和	中垣薬局	香芝市磯壁２丁目１０９０－１５
中和	青葉台薬局	香芝市関屋北６丁目２１－２０
中和	かしの木薬局	香芝市真美ケ丘１丁目１３－１２
中和	有限会社二上薬局	香芝市穴虫１０７－７
中和	トモエ薬局真美ヶ丘店	香芝市真美ヶ丘６丁目１番１９号
中和	有限会社吉谷メディカルめぐみ薬局	香芝市穴虫１０４４－１１
中和	サン薬局真美ヶ丘店	香芝市西真美１－５－１
中和	サン薬局五位堂店	香芝市瓦口２３０９－１　ＩＢグランド１０１
中和	サン薬局香芝店	香芝市上中８３３－１
中和	コクミン薬局	香芝市瓦口３３－５
中和	アール薬局香芝店	香芝市旭ヶ丘５丁目３６－１　ワイズメディカルビル１Ｆ
中和	ここみ薬局	香芝市瓦口２３４１
中和	スギ薬局五位堂店	香芝市別所４２－５
中和	のぞみ薬局香芝店	香芝市旭ヶ丘４－２－１
中和	アスカ薬局	香芝市旭ヶ丘３－２－１
中和	隅田薬局	香芝市下田東１－１２６－２
中和	隅田薬局　白鳳台店	香芝市今泉７番１号
中和	かなで薬局　五位堂店	香芝市五位堂３丁目４３６－１２
中和	アイ薬局　五位堂店	香芝市五位堂１００７番地
中和	アイ薬局　香芝店	香芝市五位堂１丁目２９８－１
中和	ひだまり薬局　香芝店	香芝市磯壁３丁目９２－１０
中和	ウエルシア薬局　香芝磯壁店	香芝市磯壁３－６１
中和	サン薬局　旭ヶ丘店	香芝市旭ケ丘２－３０－１２リ・フィデルＩ　１０２
中和	オレンジ薬局　五位堂店	香芝市鎌田４３８番８２　１Ｆ
中和	ハート薬局	香芝市下田西１－１０－１９　メディカルプラザ香芝１階
中和	アイセイ薬局　香芝店	香芝市畑３－９２６－１
中和	志都美薬局	香芝市上中２００６番地
中和	調剤薬局マツモトキヨシ　真美ヶ丘店	香芝市真美ケ丘６－１０エコール・マミ南館２階
中和	キタ薬局	香芝市瓦口２２８２
中和	真美ヶ丘薬局	香芝市真美ケ丘１－１４－５
中和	村井薬局	葛城市當麻５２－４
中和	おしみ薬局	葛城市忍海３１５－２
中和	かるがも薬局尺土店	葛城市八川１３３
中和	このは薬局	葛城市北花内６１６－９
中和	いかるが薬局　新庄店	葛城市新庄１２２－２
中和	スマイル薬局長尾店	葛城市長尾９３
中和	スマイル薬局　尺土店	葛城市八川１１４番３
中和	とろり薬局	葛城市尺土９番地１７
中和	ファーマシー木のうた薬局真美ヶ丘店	北葛城郡広陵町馬見中１－８－６
中和	鈴木薬局	北葛城郡広陵町馬見北２－３－１８
中和	鈴木薬局　箸尾店	北葛城郡広陵町的場１５２－１
中和	リモケア薬局	北葛城郡広陵町馬見南四丁目１番１９号
南和	吉村薬局	五條市五條３丁目１－１

医療圏	医療機関名称	所在地
南和	南都薬局	五條市野原西２－９－３３
南和	さかうえ薬局	五條市住川町３４０－５
南和	ほけん堂薬局今井店	五條市今井４丁目３番３号
南和	うちの薬局	五條市五條２丁目３７１－１　旭創エビル１階
南和	キリン堂薬局五條店	五條市今井１－１０－３８
南和	すずらん薬局　五條店	五條市野原西５－１－１７
南和	サワイ薬局	吉野郡吉野町上市２４３
南和	ふじ薬局　大淀店	吉野郡大淀町土田３２０－１
南和	あじさい薬局	吉野郡大淀町福神１０－３
南和	キリン堂薬局大淀店	吉野郡大淀町新野６８－１
南和	にしわき薬局しん町店	吉野郡大淀町大字下渕９３３番地
南和	うちの薬局大淀店	吉野郡大淀町下渕８１－４
南和	さくら薬局大淀	吉野郡大淀町下渕３７６－１
南和	おおよど薬局	吉野郡大淀町下渕３５９－１０
南和	たんぽぽ薬局　福神店	吉野郡大淀町福神３番地の２９
南和	なの花薬局　花吉野ガーデンヒルズ店	吉野郡大淀町大字福神１０－１
南和	ジャパンファーマシー薬局　大淀店	吉野郡大淀町福神１０－２
南和	クボ薬局	吉野郡大淀町下渕１５３－１
南和	三並薬局	吉野郡下市町善城５５４
南和	タケリ薬局	吉野郡下市町下市２６

別表８　在宅療養後方支援病院　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	医療法人新仁会奈良春日病院	奈良市鹿野園町１２１２－１
東和	医療法人健和会奈良東病院	天理市中之庄町４７０番地
西和	医療法人厚生会奈良厚生会病院	大和郡山市椎木町７６９－３
西和	奈良県西和医療センター	生駒郡三郷町三室１丁目１４－１６
南和	南和広域医療企業団　南奈良総合医療センター	吉野郡大淀町大字福神８番１

別表９　地域包括支援センター　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	名称	所在地	担当区域
奈良	奈良市若草地域包括支援センター	奈良市芝辻町 1−21	鼓阪北、鼓阪、佐保
奈良	奈良市三笠地域包括支援センター	奈良市三条大路 1 丁目 10-8　第 2 タカハシビル 1 階	大宮、佐保川、椿井、大安寺西
奈良	奈良市春日・飛鳥地域包括支援センター	奈良市西木辻町 110-4	済美、済美南、大安寺、飛鳥
奈良	奈良市都南地域包括支援センター	奈良市古市町 1327-6　フォレストヒルズ奈良	辰市、明治、東市、帯解
奈良	奈良市北部地域包括支援センター	奈良市右京 1 丁目 3 番地の 4 サンタウンプラザすずらん館 2 階	神功、右京、朱雀、左京、佐保台
奈良	奈良市平城地域包括支援センター	奈良市押熊町 397-1　梅守ハイツ 1 階	平城西・平城
奈良	奈良市京西・都跡地域包括支援センター	奈良市六条 2-2-10	伏見南、六条、都跡
奈良	奈良市伏見地域包括支援センター	奈良市西大寺新町 1-1-1　河辺ビル 1F	あやめ池（学園南以外）、西大寺北、伏見
奈良	奈良市二名地域包括支援センター	奈良市鶴舞東町 1 番 20-2 号	鶴舞、青和、二名、富雄北
奈良	奈良市登美ヶ丘地域包括支援センター	奈良市中登美ヶ丘 1-1994-3　D20-104	東登美ヶ丘、登美ヶ丘
奈良	奈良市富雄東地域包括支援センター	奈良市大倭町 2-22	三碓、富雄南、あやめ池(学園南)
奈良	奈良市富雄西地域包括支援センター	奈良市鳥見町 4 丁目 3-1 富雄団地 49-101	鳥見、富雄第三
奈良	奈良市東部地域包括支援センター	奈良市茗荷町 774-1	田原、柳生、興東、月ヶ瀬、並松、都祁、吐山、六郷
東和	天理市北部地域包括支援センター	天理市石上町 358	櫟本校区、山の辺校区
東和	天理市中部地域包括支援センター	天理市丹波市町 302	丹波市校区、前栽校区
東和	天理市西南部地域包括支援センター	天理市岸田町 1199	朝和校区、柳本校区
東和	天理市東部地域包括支援センター	天理市福住町 5504	福住校区、二階堂校区、井戸堂校区
東和	桜井市地域包括支援センター　きぼう	桜井市大字阿部 323	桜井西中学校区
東和	桜井市地域包括支援センター　のぞみ	桜井市大字阿部 1070	桜井中学校区
東和	桜井市地域包括支援センター　ひかり	桜井市大字辻５３番地	大三輪中学校区
東和	桜井市地域包括支援センター　きずな	桜井市大字出雲 1642	桜井東中学校区
東和	宇陀市地域包括支援センター	宇陀市榛原福地２８番地の１ 宇陀市医療介護あんしんセンター内	宇陀市
東和	山添村地域包括支援センター	山辺郡山添村大字大西 151 番地	山添村
東和	川西町地域包括支援センター	磯城郡川西町大字吐田 94 番地	川西町
東和	三宅町地域包括支援センター	磯城郡三宅町伴堂 848-1 三宅町保健福祉施設あざさ苑内	三宅町
東和	田原本町地域包括支援センター	磯城郡田原本町 890-1	田原本町
東和	曽爾村地域包括支援センター	宇陀郡曽爾村大字今井 495-1	曽爾村
東和	御杖村地域包括支援センター	宇陀郡御杖村大字菅野 1581	御杖村
西和	大和郡山市地域包括支援センター	大和郡山市北郡山町 248-4	大和郡山市の下記を除く地区
西和	大和郡山市第二地域包括支援センター	大和郡山市新町 305-92	片桐地区、西田中地区、

医療圏	名称	所在地	担当区域
			新町（一部を除く）
西和	大和郡山市第三地域包括支援センター	大和郡山市宮堂町字青木１６０－７	昭和地区、筒井地区、治道地区
西和	生駒市フォレスト地域包括支援センター	生駒市北田原町 2429-4	高山町、ひかりが丘、北田原町、西白庭台、鹿畑町、美鹿の台、鹿ノ台東、鹿ノ台西、鹿ノ台南、鹿ノ台北
西和	生駒市阪奈中央地域包括支援センター	生駒市俵口町 444-1	南田原町、喜里が丘 1～3 丁目、生駒台南、生駒台北、新生駒台、松美台、俵口町の一部（阪奈道路以北）
西和	生駒市東生駒地域包括支援センター	生駒市辻町 4-1	辻町、小明町、谷田町、桜ヶ丘
西和	生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター	生駒市北新町 3-1	北新町　俵口の一部(阪奈道路以南)東松ヶ丘　西松ヶ丘　光陽台
西和	生駒市梅寿荘地域包括支援センター	生駒市西旭ヶ丘 12-3	山崎町、東旭ヶ丘、西旭ヶ丘、新旭ヶ丘、東新町、山崎新町、本町、元町、仲之町、門前町、軽井沢町、東生駒、東生駒月見町、東菜畑、中菜畑、西菜畑町、菜畑町、緑ヶ丘、萩原町、藤尾町、西畑町、鬼取町、小倉寺町、大門町、有里町、小平尾町、青山町
西和	生駒市メディカル地域包括支援センター	生駒市小瀬町 324-2	壱分町、さつき台、小瀬町、南山手台、東山町、萩の台、乙田町
		生駒市あすか野北２丁目１２－１３	上町、白庭台、真弓、真弓南、あすか野南、あすか野北、あすか台、北大和、上町台
西和	平群町地域包括支援センター	生駒郡平群町梨本 350-1	平群町
西和	三郷町地域包括支援センター	生駒郡三郷町勢野西 1-2-1 福祉保健センター内	三郷町
西和	斑鳩町地域包括支援センター	生駒郡斑鳩町小吉田 1-12-35	斑鳩町
西和	安堵町地域包括支援センター	生駒郡安堵町東安堵 853 番地	安堵町
西和	上牧町地域包括支援センター	北葛城郡上牧町大字上牧 3245 番地の 1	上牧町
西和	王寺町地域包括支援センター	北葛城郡王寺町王寺 2-1-23	王寺町
西和	河合町地域包括支援センター	北葛城郡河合町池部１丁目１番１号	河合町
中和	大和高田市地域包括支援センター	大和高田市大字大中 100-1	大和高田市
中和	橿原市社会福祉協議会地域包括支援センター	橿原市畝傍町 9-1　橿原市保健福祉センター南館 3 階	橿原市
中和	御所市地域包括支援センター	御所市 1 番地の 3	御所市
中和	香芝市地域包括支援センター	香芝市逢坂 1-374-1	香芝市
中和	葛城市地域包括支援センター	葛城市長尾 85 番地	葛城市
中和	高取町地域包括支援センター	高市郡高取町大字観覚寺 990 番地の 1	高取町
中和	明日香村地域包括支援センター	高市郡明日香村大字立部 745	明日香村
中和	広陵町地域包括支援センター	北葛城郡広陵町大字笠 161 番地 2	広陵町
南和	吉野町地域包括支援センター	吉野郡吉野町大字丹治 130-1　健やか 1 番館３階	吉野町
南和	大淀町地域包括支援センター	吉野郡大淀町桧垣本 2090 番地	大淀町
南和	下市町地域包括支援センター	吉野郡下市町大字下市 1960 番地	下市町
南和	黒滝村地域包括支援センター	吉野郡黒滝村大字寺戸 187 番地の 2	黒滝村
南和	天川村地域包括支援センター	吉野郡天川村大字南日裏 200	天川村
南和	野迫川村地域包括支援センター	吉野郡野迫川村大字北股 38 番地	野迫川村
南和	十津川村地域包括支援センター	吉野郡十津川村大字小原 225 番地の 1	十津川村
南和	下北山村地域包括支援センター	吉野郡下北山村大字浦向 373 番地	下北山村
南和	上北山村地域包括支援センター	吉野郡上北山村大字河合 381 番地	上北山村
南和	川上村地域包括支援センター	吉野郡川上村大字迫 1335 番地の 7	川上村
南和	東吉野村地域包括支援センター	吉野郡東吉野村大字小川 99 番地	東吉野村

（資料２：地域における健康生活支援に必要なリハビリテーション専門職者の役割
地域包括ケアとリハビリテーション、日本リハビリテーション病院・施設協会、社保審ー介護給付費分科会 第109回ヒアリング資料））（平成26年9月29日））

社保審ー介護給付費分科会	
第109回（H26.9.29）	ヒアリング資料３

地域包括ケアとリハビリテーション

＜本日の内容＞

- ◆ 日本リハビリテーション病院・施設協会について
- ◆ 超高齢社会の医療・介護サービスにおけるリハビリテーションの位置づけ再確認
- ◆ 地域包括ケア時代のリハビリテーション
- ◆ 「自助・互助・共助・公助」から見たリハビリテーションの役割整理
- ◆ 地域における包括的リハビリテーション支援拠点
  「在宅支援リハビリテーションセンター（仮称）」に関する提案
- ◆ まとめ（提案）

日本リハビリテーション病院・施設協会
会長　栗原　正紀

日本リハビリテーション病院・施設協会

- 当協会は我が国におけるリハビリテーションの普及・発展に寄与することを目的とし、急性期（救急）から回復期・生活期に至る幅広いリハビリテーションの実現を目指しています。
- 更に「どのような障害があっても、また年老いても、住み慣れた所で安心して、その人らしく暮らしていけるように支援する活動」を大きな柱として直接支援・教育啓発・組織化等の活動を事業展開として重視しています。

○厚生労働省老人保健健康増進等事業参加実績

年度	主な成果
平成7年	地域リハコーディネーター活動マニュアル
平成8・9年	維持期におけるリハの定義、あり方等の明示
平成12・13年	地域リハ支援体制整備推進マニュアル
平成14年	地域リハ支援体制整備推進状況報告書
平成15年	地域におけるリハの提供体制に関する報告書
平成16年	地域におけるリハの実態とリハ手法・評価方法および提供体制に関する検討報告書
平成17年	リハ手法・評価方法および提供体制に関する報告書
	リハマネジメント普及啓発マニュアル
平成18年	リハ実施時間の短縮に関するモデル事業報告書
平成19年	リハ実施時間の短縮に関するモデル事業報告書
平成20年	急性増悪時に提供されるべきリハ手法に関する研究事業報告書
平成21年	通所系サービスにおける形態とリハのあり方に関する研究
平成22年	単独型訪問リハ事業所の実現性に関する研究
平成25年	リハビリテーション専門職の市町村事業への関与のあり方に関する調査研究事業

●市町村事業（介護予防）等へのリハビリ専門職派遣

派遣意向あり総数	359施設
・派遣する・している	130施設
・条件しだい	229施設

＊リハビリ：リハビリテーション

○当協会が積極的に関与したリハビリテーション施策等

1. 『地域リハビリテーション推進事業』の提唱と事業の牽引
2. 『回復期リハビリテーション病棟』の提案と新設
3. 『高齢者リハビリテーション研究会』への参加
4. 『リハビリテーション関連５団体協議会』の設立を提案
5. 『十分量のリハビリテーション』に関する提案
6. 『高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』の発刊
7. 『安心と希望の介護ビジョン』への参加
8. 『維持期リハビリテーションの評価』に関する提案
9. 『東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体』設立を主導
   →「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会JRAT」設立運営
10. 『リハビリテーション医療関連団体協議会』設立主導運営

現在、当協会会長が初代代表

会員数：７２１（病院・施設）　平成26年7月18日現在

○超高齢社会の医療・介護サービスにおける
リハビリテーションの位置づけ再確認

介護保険はリハビリテーション前置の考え方

○寝たきり予防・障害の改善、生活の再建そして社会参加を支援するためには「急性期医療から回復期・生活期に至る適時・適切且つ、継続的なリハビリテーションの展開」が重要

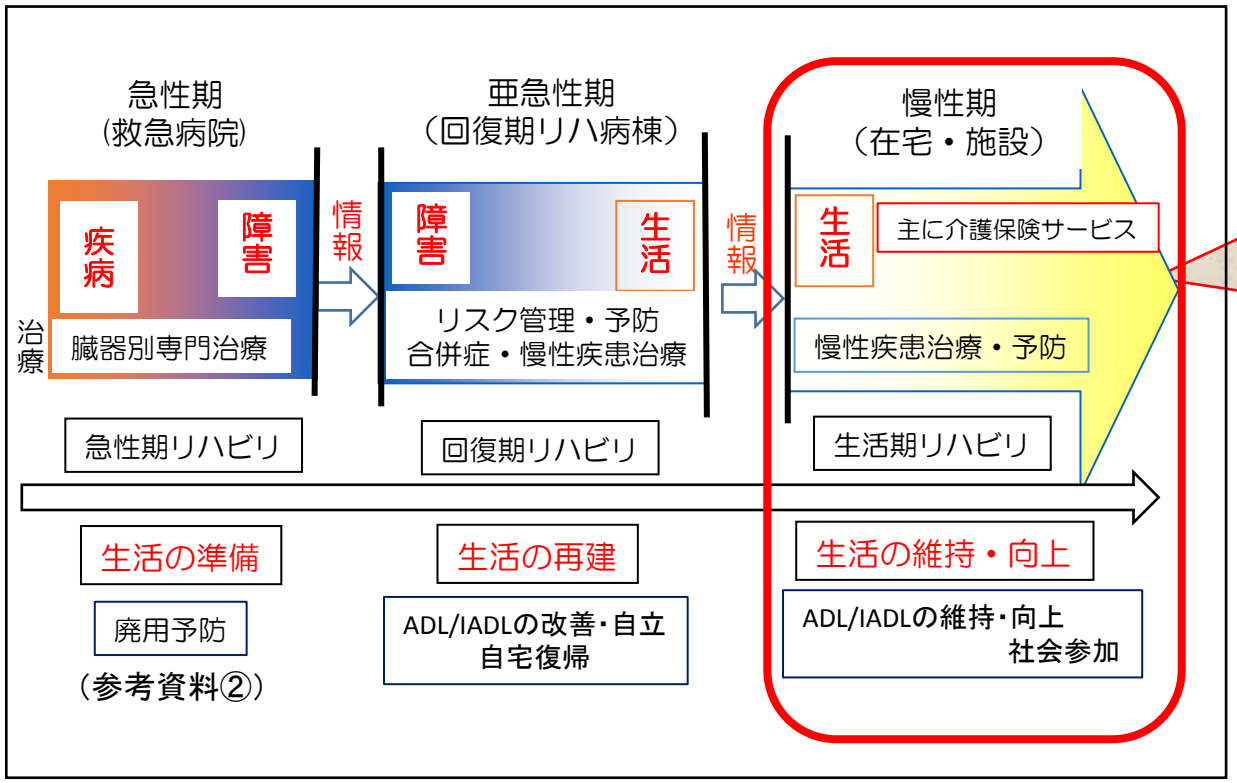
医療・介護サービスとリハビリテーション

○超高齢社会における地域医療は「病巣の治癒や救命のみならず、安心・安全な地域生活に繋ぐ」ことが重要（参考資料①）。
- ●急性期医療での廃用・合併症の予防の目的で臓器別専門治療と並行して早期からリハビリが開始され（急性期リハビリ）、
- ●残存する障害に対しては適時・適切且つ集中的に提供されることで障害の改善・生活の再建が行われ（回復期リハビリ）、在宅復帰支援により、高度に進歩した臓器別専門的治療が安心・安全な地域生活に繋がっていく医療提供体制が必要
- ●そして獲得された生活機能の安定化、QOLの維持・向上を目指し、自立生活・社会参加支援が適切に実施される主に介護保険サービスによって提供される「生活期リハビリ」が継続的に提供されることが重要となる

○これからは地域住民が互いに支え合い、人々が住み慣れた地域で、その人らしく暮らしていくことを大切に、リハビリの観点から支援する「地域リハビリテーション」活動が重要となる。

リハビリ：リハビリテーションの略

～リハビリテーションの流れと機能分化・連携～



反省点
○今までの医療や介護サービスではADL・IADLの自立、生活の再建による在宅復帰、そして生活機能の維持・向上は目指しても、残念ながら具体的な社会参加支援には至っていなかったように思われる

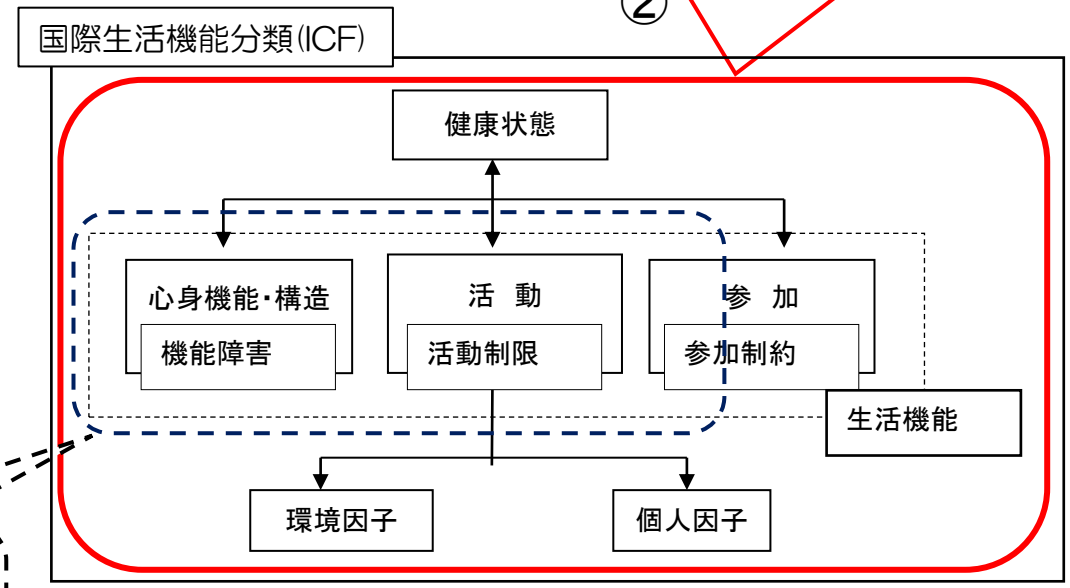
○どのように年老いても、障害がっても地域社会の一員としてその人らしく暮らし続けることを共に大切に支え合う地域づくりが求められる！

○そのような地域で医療や介護サービスが提供されることが望まれる

○地域包括ケア時代のリハビリテーション

これからは、今まで以上に社会参加を視野に入れた
リハビリテーションの展開が重要となる

②



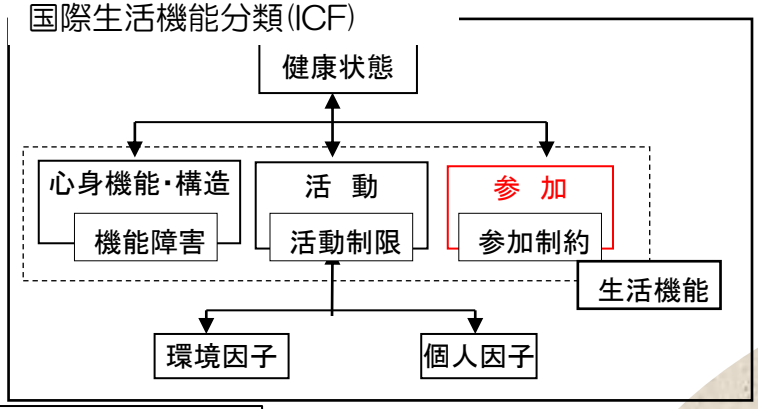
①

今までの
医療・介護サービス
における主な視点

地域包括ケア時代のリハビリテーション

●リハビリテーションは障害の予防や改善、生活の再構築、そして地域社会における自立生活の安定化、QO維持・向上を目指すと共に、
●これからは、社会参加を支援することで、「どのように年老いても、障害があっても住み慣れたところで、その人らしく暮らし、自立した社会的存在であること」を大切にする役割（地域リハビリテーション）を担う

① 国際生活機能分類(ICF)



② 機能障害の改善

ADL・IADLの自立
家庭復帰

生活機能の向上
社会参加

その人らしいくらしの
再構築と支援

リハビリテーションの目標・視点

地域リハビリテーション活動

地域

地域包括ケア

③

地域リハビリテーションとは、
「障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、
そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、
医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織が
リハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動」のすべてを言う。
（日本リハビリテーション病院･施設協会 2001）

④ まちづくりサポーター養成講座（高知）

○高齢者と中学生が対象
○受講後は
・ヘルパー3級
・心肺蘇生術公衆修了書
・地域サポーター認定書
が授与される

⑤ 高齢者生活支援研究会（長崎）

長崎斜面研究会と共に活動
三菱重工を退職した技術者が集まり、斜面住宅地での生活を技術的に支援する

○地域包括ケア時代、「自助・互助・共助・公助」
　から見たリハビリテーションの役割整理

リハビリテーションが担える役割

＊リハビリテーション医療関連団体協議会・地域包括ケア推進リハ部会　14.1.15 ver.を改変

自助

自助力の向上・維持

- 疾病や暮らし方などの理解を深める支援
  - 情報提供、研修（教育）　など
- 運動や生活が自己管理できるための支援
- 自立のための生活環境の工夫などにかかわる支援

互助

インフォーマルサービスの育成とサポート

- ボランティア活動の啓発、受け入れ
- 住民による支えあいが可能となる活動の育成
- 高齢者・障害者が交流できる場の提供
- 自助（セルフヘルプ）グループの育成と支援

地域包括ケアを支えるリハ※提供

- 早期にＡＤＬが自立のためのリハ※（急性期）
- 早期に自宅復帰できるためのリハ※（回復期）
- 生活機能維持・向上のためのリハ※（生活期）
  - 通所・訪問リハ、福祉用具の選定、住宅改修 など

共助

公の機関と積極的に協働

- 地域支援事業へのかかわり（受託、推進）
- 地域リハ※事業の推進
- 地域包括支援センターとの連携
- 保健所・保健師との連携
- ネットワークづくりへの参画

公助

※　リハ　：　リハビリテーションの略

引用：厚生労働省老健局「地域包括ケアシステムについて」平成25年6月13日資料　一部抜粋

〇地域における包括的リハビリテーション支援拠点
「在宅支援リハビリテーションセンター（仮称）」
に関する提案

在宅支援リハビリテーションセンターの整備（案）

○医療・介護リハビリサービスを包括的に提供することで、かかりつけ医への直接的リハビリ支援を行うと共に地域包括支援センターとの連携の下で、地域リハビリ活動を通して、自立生活・社会参加を支援する目的で、地域の基幹的リハビリ病院・施設で且つ十分な機能・要件を有する機関を「在宅支援リハビリセンター（仮称）」として整備する

●以下の利点が考えられる
- 医療、介護リハビリに関する包括的サービス提供拠点が整備され、かかりつけ医や地域包括支援センターに対するリハビリ支援が強化される
- 従来の広域支援センターよりも地域密着型であり、地域住民と接点が強く、住民と共に地域の支え合い支援が可能となる
- 多くの専門職がチームとして地域に関わることが可能となる

1．外来リハビリ・通所リハビリ・訪問リハビリ等（テクノエイドなど）のサービス提供
2．かかりつけ医へのリハビリ的支援（リハビリ適応の判断、リハビリ計画の策定など）　直接的支援活動

3．ケアマネジャー・訪問介護等へのリハビリに関する相談支援及び教育・啓発
4．地域住民・関係者へのリハビリ的教育・啓発・普及活動
5．互助組織の育成・活動支援　教育・啓発活動

6．医療と介護の連携推進
7．市町村事業（介護予防等）へのリハビリ専門職の派遣と地域の支えあい等支援
8．地域包括支援センターとの連携とリハビリ支援　組織化活動

リハビリ：リハビリテーションの略

●リハビリ関連専門職（PT/OT/ST等）がチームとして地域の支え合いや社会参加を支援

基本的認定要件（案）
- 人口約10万人以下に最低1か所、市町村レベルで認定
- 医療・介護領域で充分なリハビリ機能を有し、医療・介護サービスの一体的・包括的提供を行える
- 地域包括支援センターを運営（基幹型センター）もしくは連携し、多職種チームとしてリハビリ支援を行う
- その他

在宅支援リハビリセンター機能と地域包括支援センター

○高齢・障害者の地域参加や地域の支え合い活動を支援

①

在宅支援リハビリセンター（案）

介護保険サービス

通所・訪問リハビリサービス
（短期入所・入院リハビリ）外来リハビリ

医師・看護師・PT/OT/ST
・社会福祉士・管理栄養士など

病院・診療所・老健等

医療保険サービス

医科歯科連携

テクノエイドセンター

・歯科医師
・歯科衛生士

小・中学校区レベル（人口1万人程度）の地域

その他の
通所・訪問
系サービス

②

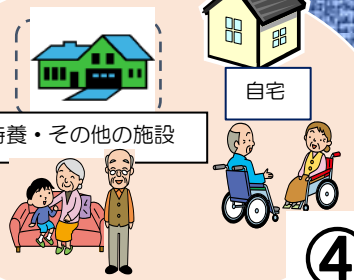
相談
支援

在宅支援診療所
（かかりつけ医）

在宅サポートチーム

ケアマネ

○寝たきり予防
○生活機能維持、向上



特養・その他の施設

自宅

④

地域参加の機会・場

地域社会の一員として、その人らしく
皆と共に暮らし続ける

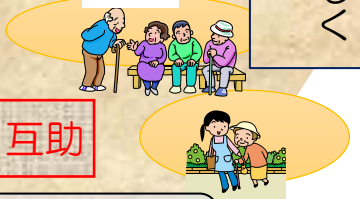
連携
支援

③

地域包括
支援センター

○相談支援機能
○連携推進
○教育、啓発普及活動

生活自立
社会参加



自助 住民力・社会資源等 互助

新しい公共（ﾊﾟｰﾄﾅｰｼｯﾌﾟ）＝地域の支え合い

認知症サポーター、生活・介護支援サポーター、NPO、住民参加等

リハビリ：リハビリテーションの略

まとめ

日本リハビリテーション病院・施設協会としての提案

○　国民（地域住民）および医療・介護従事者への自立と
　　社会参加についての教育・啓発

○　地域包括ケア時代に資する人材育成

●地域リハビリテーション活動に精通したリハビリテーション関連職種の教育

○　「在宅支援リハビリテーションセンター（仮称）の整備」

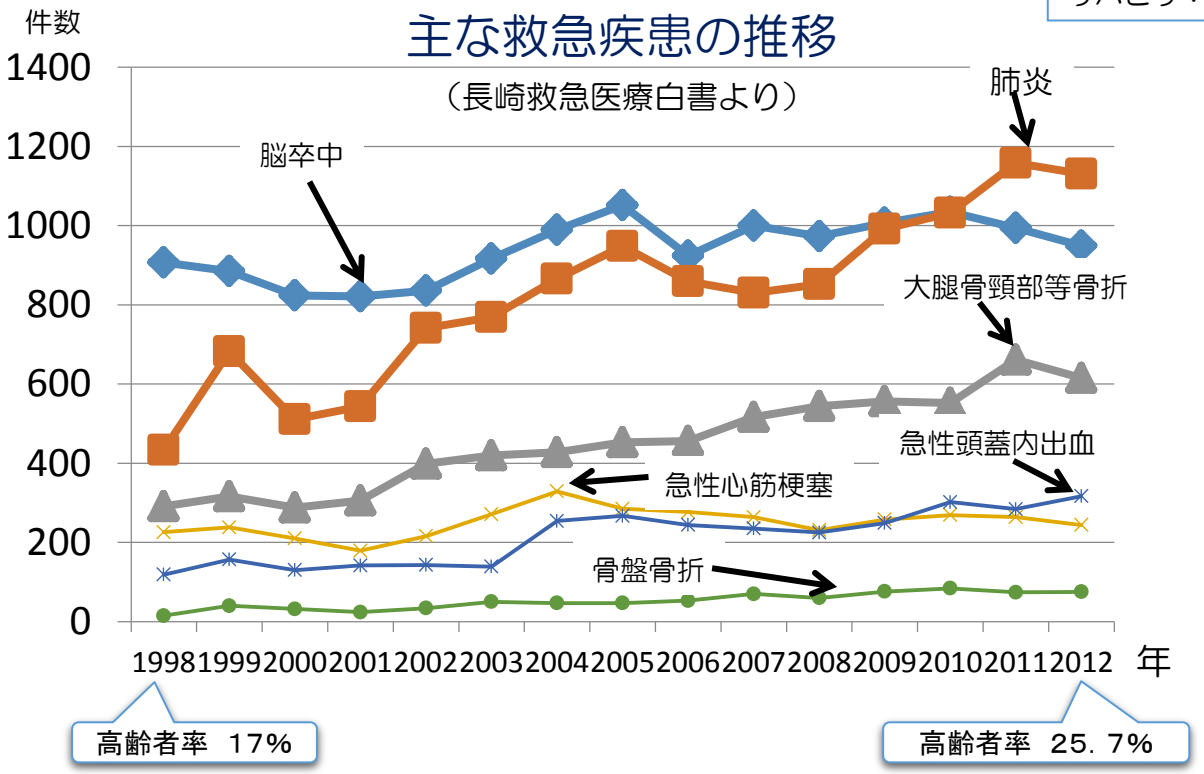
参考資料

参考資料①

高齢社会における地域医療の問題

○人口の高齢化に伴い高齢者の救急搬送割合が急増（地域医療は高齢者医療の体系化が必要）
○多くの高齢者が急性期（救命・救急）治療のみでは地域に戻れない
○早期から適時・適切に継続されるリハビリテーションが重要
○超高齢社会では高齢者の特徴を考慮した医療・介護サービスが必要
●地域包括ケアシステムの構築には救急から在宅支援・社会参加に至る継続的なリハビリ支援が重要

リハビリ：リハビリテーションの略



○脳卒中診療には予防・適切な救急およびリハビリテーションが重要
○肺炎および転倒予防は今後の重要課題である

参考資料②

超高齢社会における医療・介護の基本的課題
＝高齢者の特徴と廃用症候群の理解のために＝

●廃用を予防し、生活の再建そして社会参加を支援するリハビリテーションが重要

高齢者の特徴

加齢に伴い生理機能の低下が起こってくる

○多病性、易感染性、難治性
○孤立的・抑うつ的・自信喪失・孤独感
○行動範囲の狭小化
○潜在的低栄養状態

●風邪・転倒打撲・関節痛
抑うつ・孤独等

●入院

徐々に!

急速に!

不動・不活発・活動制限

・動かない
・動けない
・外出しない

○廃用症候群

・安静
・動かさない
・寝かせっきり

要介護状態

寝たきり

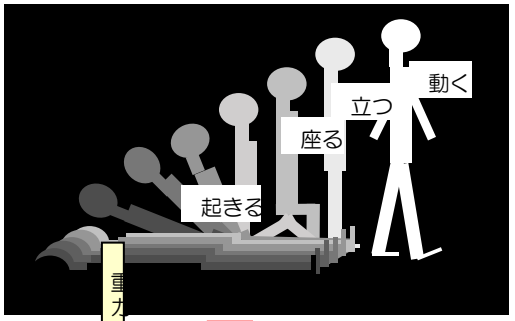
高齢者の持つ潜在的可能性

○「高齢者は入院により、容易に廃用となり、
入院が長期化して寝たきりとなる」

●超高齢社会では廃用予防が医療や介護の基本

廃用症候群の理解のために！

人体の原則：
○人は1日の内で約2/3の時間は
「起きる・座る・立つ・動く」
で生活している：「重力荷重が重要」
○体は使わなければ退化する



人体の原則からの逸脱

廃用症候群

東日本大震災時
避難所では高齢者は不活発な生活により、徐々に廃用となった（約2300人が災害関連死となり、災害時の廃用予防が問題）

宇宙飛行士の
無重力状態による廃用

21世紀における第2次国民健康づくり運動（厚生労働省告示第四百三十号）（平成30年4月1日）

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針）平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣　小宮山洋子

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

この方針は、21 世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一　国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二　生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（ＮＣＤの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なＮＣＤ（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

三　社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四　健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

五　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

第二　国民の健康の増進の目標に関する事項

一　目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く国民や健康づくりに関わる多くの関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者を始め広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

また、国民の健康増進の取組を効果的に推進するため、国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づくものであり、かつ、実態の把握が可能な具体的目標を設定するものとする。

なお、具体的目標については、おおむね 10 年間を目途として設定することとし、国は、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める。さらに、目標設定後５年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。

二　目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

１　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国において実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表第一のとおり設定する。また、当該目標の達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

２　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測されるＣＯＰＤへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善並びに脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するため

に、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

ＣＯＰＤは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての認知度の向上を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

3　社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病の予防とともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持することが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、自殺者の減少、重い抑鬱や不安の低減、職場の支援環境の充実及び子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする。

また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。

さらに、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第三のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援などの取組を進める。

4　健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

5　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第五のとおりとする。

（1）栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ。）での栄養・食事管理について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、関係行政機関の連携による食生活に関する国民運動の推進、食育の推進、専門的技能を

有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

（２）身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、身体活動や運動に取り組みやすい環境整備について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための運動基準・指針の見直し、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

（３）休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保及び週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための睡眠指針の見直し等に取り組む。

（４）飲酒

飲酒は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患や鬱病等の健康障害のリスク要因となり得るのみならず、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の者の飲酒の防止について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、飲酒に関する正しい知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

（５）喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、ＣＯＰＤといったＮＣＤの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

（６）歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕（しょく）予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020（ハチマルニイマル）運動」の更なる推進等に取り組む。

第三　都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一　健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定するよう努めるものとする。

二　計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

1　都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、健康づくりに取り組む企業、民間団体等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させること。

2　都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４第１項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第９条第１項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 118 条第１項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）第 11 条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）第 12 条第１項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。

3　保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行うこと。

4　市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第１項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第 117 条第１項に規定する市町村介護保険事業計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。

また、市町村は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 17 条及び第 19 条の２に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。

5　都道府県及び市町村は、国の目標の期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、住民の健康増進の継続的な取組に結び付けること。当該評価及び改定に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組のほか、都道府県や市町村の区域内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、企業等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。

6　都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、地域住民が主体的に参加し、その意見を積極的に健康増進の取組に反映できるよう留意すること。

第四　国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一　健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律

第 57 号）、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）、統計法（平成 19 年法律第 53 号）、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第 11 条第１項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施することが重要である。

また、これらの調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ＩＣＴ（情報通信技術をいう。以下同じ。）を利用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、国民や関係者が効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二　健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を国民や関係者に対し行う。また、新たな研究の成果については、健康増進に関する基準や指針に反映させるなど、効果的な健康増進の実践につながるよう支援を行っていくことが必要である。

第五　健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健康診査・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進が図られることが必要である。

具体的な方法として、がん検診、特定健康診査その他の各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することがある。また、受診者の利便性の向上や受診率の目標達成に向けて、がん検診や特定健康診査その他の各種検診を同時に実施することや、各種検診の実施主体の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施することがある。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらのほか、健康増進法第９条第１項に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六　食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一　基本的な考え方

健康増進は、国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するため、国民に対する十分かつ的確な情報提供が必要である。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫する。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ＩＣＴを含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行うことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報を提供しないよう取り組むものとする。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む。

二　健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、９月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動等の普及啓発活動等を通じ、国民の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進すること

とする。

また、当該取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を９月に実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、地域における活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図る。

第七　その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一　地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二　多様な主体による自発的取組や連携の推進

栄養、運動、休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、ＮＧＯ、ＮＰＯ等の団体は、国民の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、当該取組について国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。健康増進の取組としては、民間の健康増進サービスを実施する企業等が、健診・検診の実施主体その他関係機関と連携し、対象者に対して効果的かつ効率的に健康増進サービスを提供することも考えられる。こうした取組の推進により、対象者のニーズに応じた多様で質の高い健康増進サービスに係る市場の育成が図られる。

また、健康増進の取組を推進するに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導等を含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携する必要がある。

三　健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医

療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

別表第一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項　　目	現　　状	目　　標
①　健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性　70.42年 女性　73.62年 （平成22年）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 （平成34年度）
②　健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	男性　2.79年 女性　2.95年 （平成22年）	都道府県格差の縮小 （平成34年度）

（注）　上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

別表第二　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1)　がん

項　　目	現　　状	目　　標
①　75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	84.3 （平成22年）	73.9 （平成27年）
②　がん検診の受診率の向上	胃がん　男性　36.6% 女性　28.3% 肺がん　男性　26.4% 女性　23.0% 大腸がん　男性　28.1% 女性　23.9% 子宮頸がん　女性　37.7% 乳がん　女性　39.1% （平成22年）	50% （胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%） （平成28年度）

（注）　がん検診の受診率の算定に当たっては、40 歳から 69 歳まで（子宮頸がんは 20 歳から 69 歳まで）を対象とする。

(2)　循環器疾患

項　　目	現　　状	目　　標
①　脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性　49.5 女性　26.9 虚血性心疾患 男性　36.9 女性　15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性　41.6 女性　24.7 虚血性心疾患 男性　31.8 女性　13.7 （平成34年度）
②　高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性　138mmHg 女性　133mmHg （平成22年）	男性　134mmHg 女性　129mmHg （平成34年度）
③　脂質異常症の減少	総コレステロール240mg／	総コレステロール240mg／

	dl以上の者の割合 男性　13.8% 女性　22.0% ＬＤＬコレステロール160mg／dl以上の者の割合 男性　8.3% 女性　11.7% （平成22年）	dl以上の者の割合 男性　10% 女性　17% ＬＤＬコレステロール160mg／dl以上の者の割合 男性　6.2% 女性　8.8% （平成34年度）
④　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑤　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第２期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(3)　糖尿病

項　　目	現　　状	目　　標
①　合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16,247人 （平成22年）	15,000人 （平成34年度）
②　治療継続者の割合の増加	63.7% （平成22年）	75% （平成34年度）
③　血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 （HbA1cがＪＤＳ値8.0%（ＮＧＳＰ値8.4%）以上の者の割合の減少）	1.2% （平成21年度）	1.0% （平成34年度）
④　糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 （平成19年）	1000万人 （平成34年度）
⑤　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑥　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第２期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(4)　ＣＯＰＤ

項　　目	現　　状	目　　標
①　ＣＯＰＤの認知度の向上	25% （平成23年）	80% （平成34年度）

別表第三　社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1)　こころの健康

項　　目	現　　状	目　　標
①　自殺者の減少（人口10万人当た	23.4	自殺総合対策大綱の見直し

り）	（平成22年）	の状況を踏まえて設定
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.4% （平成22年）	9.4% （平成34年度）
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% （平成19年）	100% （平成32年）
④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	小児科医 94.4 （平成22年） 児童精神科医 10.6 （平成21年）	増加傾向へ （平成26年）

（2） 次世代の健康

項目	現状	目標
① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	小学5年生 89.4% （平成22年度）	100%に近づける （平成34年度）
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	（参考値）週に３日以上 小学５年生 男子 61.5% 女子 35.9% （平成22年）	増加傾向へ （平成34年度）
② 適正体重の子どもの増加		
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6% （平成22年）	減少傾向へ （平成26年）
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学５年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子 4.60% 女子 3.39% （平成23年）	減少傾向へ （平成26年）

（3） 高齢者の健康

項目	現状	目標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 （平成24年度）	657万人 （平成37年度）
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% （平成21年）	10% （平成34年度）
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	（参考値）17.3% （平成24年）	80% （平成34年度）
④ 低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% （平成22年）	22% （平成34年度）
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	男性 218人 女性 291人 （平成22年）	男性 200人 女性 260人 （平成34年度）
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業	(参考値)何らかの地域活動	80%

又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	をしている高齢者の割合 男性　64.0% 女性　55.1% （平成20年）	（平成34年度）

（注）上記①の目標については、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）の策定に当たって試算した結果に基づき設定したものである。

別表第四　健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項　　目	現　　状	目　　標
①　地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% （平成19年）	65% （平成34年度）
②　健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	（参考値）健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% （平成18年）	25% （平成34年度）
③　健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 （平成24年）	3,000社 （平成34年度）
④　健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	（参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 （平成24年）	15,000 （平成34年度）
⑤　健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	11都道府県 （平成24年）	47都道府県 （平成34年度）

別表第五　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

⑴　栄養・食生活

項　　目	現　　状	目　　標
①　適正体重を維持している者の増加（肥満（ＢＭＩ25以上）、やせ（ＢＭＩ18.5未満）の減少）	20歳～60歳代男性の肥満者の割合　31.2% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合　22.2% 20歳代女性のやせの者の割合　29.0% （平成22年）	20歳～60歳代男性の肥満者の割合　28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合　19% 20歳代女性のやせの者の割合　20% （平成34年度）
②　適切な量と質の食事をとる者の増加		
ア　主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が１日２回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	68.1% （平成23年）	80% （平成34年度）

イ　食塩摂取量の減少	10.6g （平成22年）	８ｇ （平成34年度）
ウ　野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量100ｇ未満の者の割合 61.4% （平成22年）	野菜摂取量の平均値 350ｇ 果物摂取量100ｇ未満の者の割合 30% （平成34年度）
③　共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	朝食　小学生　15.3% 中学生　33.7% 夕食　小学生　2.2% 中学生　6.0% （平成22年度）	減少傾向へ （平成34年度）
④　食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数　14社 飲食店登録数　17,284店舗 （平成24年）	食品企業登録数　100社 飲食店登録数　30,000店舗 （平成34年度）
⑤　利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	（参考値）管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% （平成22年）	80% （平成34年度）

(2)　身体活動・運動

項　　目	現　　状	目　　標
①　日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性　7,841歩 女性　6,883歩 65歳以上 男性　5,628歩 女性　4,584歩 （平成22年）	20歳～64歳 男性　9,000歩 女性　8,500歩 65歳以上 男性　7,000歩 女性　6,000歩 （平成34年度）
②　運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性　26.3% 女性　22.9% 65歳以上 男性　47.6% 女性　37.6% （平成22年）	20歳～64歳 男性　36% 女性　33% 65歳以上 男性　58% 女性　48% （平成34年度）
③　住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	17都道府県 （平成24年）	47都道府県 （平成34年度）

(3)　休養

項　　目	現　　状	目　　標
①　睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% （平成21年）	15% （平成34年度）
②　週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% （平成23年）	5.0% （平成32年）

(4)　飲酒

項　　目	現　　状	目　　標
①　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性　15.3% 女性　7.5% （平成22年）	男性　13% 女性　6.4% （平成34年度）
②　未成年者の飲酒をなくす	中学３年生 男子　10.5% 女子　11.7% 高校３年生 男子　21.7% 女子　19.9% （平成22年）	0% （平成34年度）
③　妊娠中の飲酒をなくす	8.7% （平成22年）	0% （平成26年）

(5)　喫煙

項　　目	現　　状	目　　標
①　成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	19.5% （平成22年）	12% （平成34年度）
②　未成年者の喫煙をなくす	中学１年生 男子　1.6% 女子　0.9% 高校３年生 男子　8.6% 女子　3.8% （平成22年）	0% （平成34年度）
③　妊娠中の喫煙をなくす	5.0% （平成22年）	0% （平成26年）
④　受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	行政機関　16.9% 医療機関　13.3% （平成20年） 職場　64% （平成23年） 家庭　　10.7% 飲食店　50.1% （平成22年）	行政機関　0% 医療機関　0% （平成34年度） 職場　受動喫煙の無い職場の実現 （平成32年） 家庭　　3% 飲食店　15% （平成34年度）

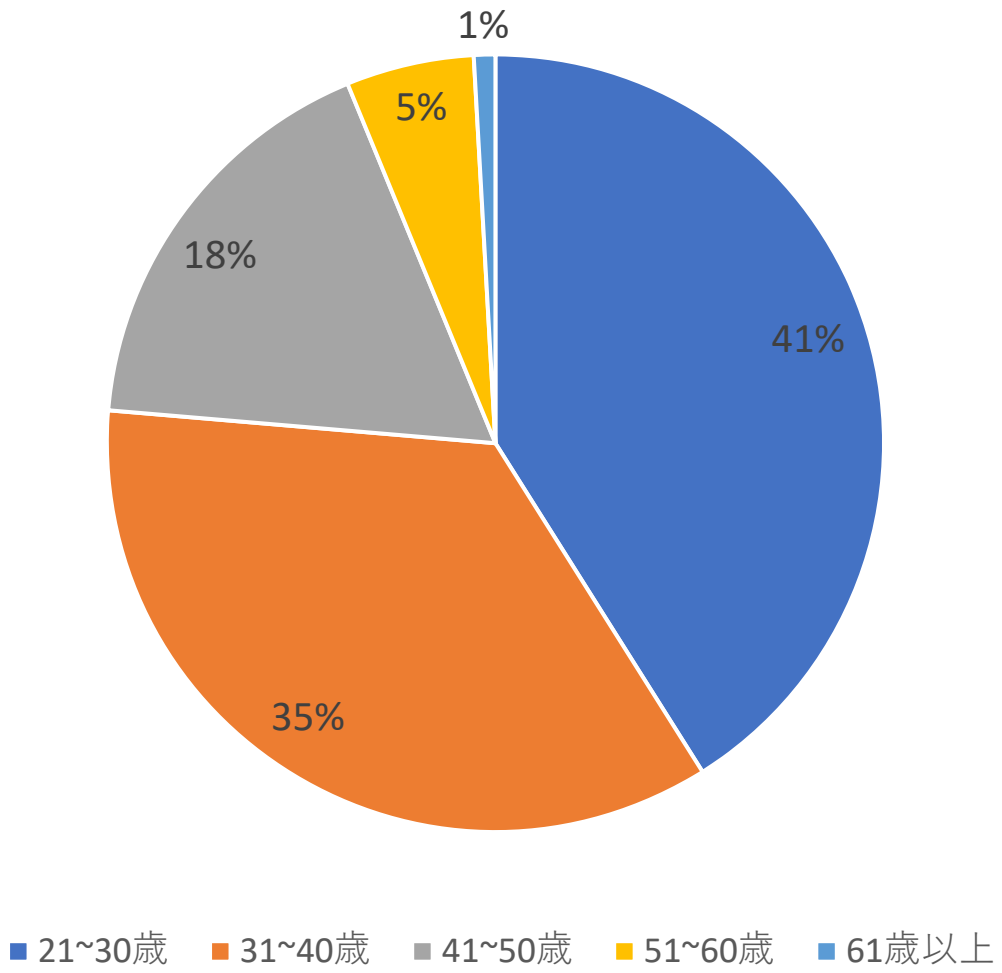
(6)　歯・口腔の健康

項　　目	現　　状	目　　標
①　口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼（そしゃく）良好者の割合の増加）	73.4% （平成21年）	80% （平成34年度）
②　歯の喪失防止		
ア　80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0% （平成17年）	50% （平成34年度）

イ　60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% (平成17年)	70% (平成34年度)
ウ　40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% (平成17年)	75% (平成34年度)
③　歯周病を有する者の割合の減少		
ア　20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7% (平成21年)	25% (平成34年度)
イ　40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3% (平成17年)	25% (平成34年度)
ウ　60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7% (平成17年)	45% (平成34年度)
④　乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		
ア　３歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	６都道府県 (平成21年)	23都道府県 (平成34年度)
イ　12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	７都道府県 (平成23年)	28都道府県 (平成34年度)
⑤　過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% (平成21年)	65% (平成34年度)

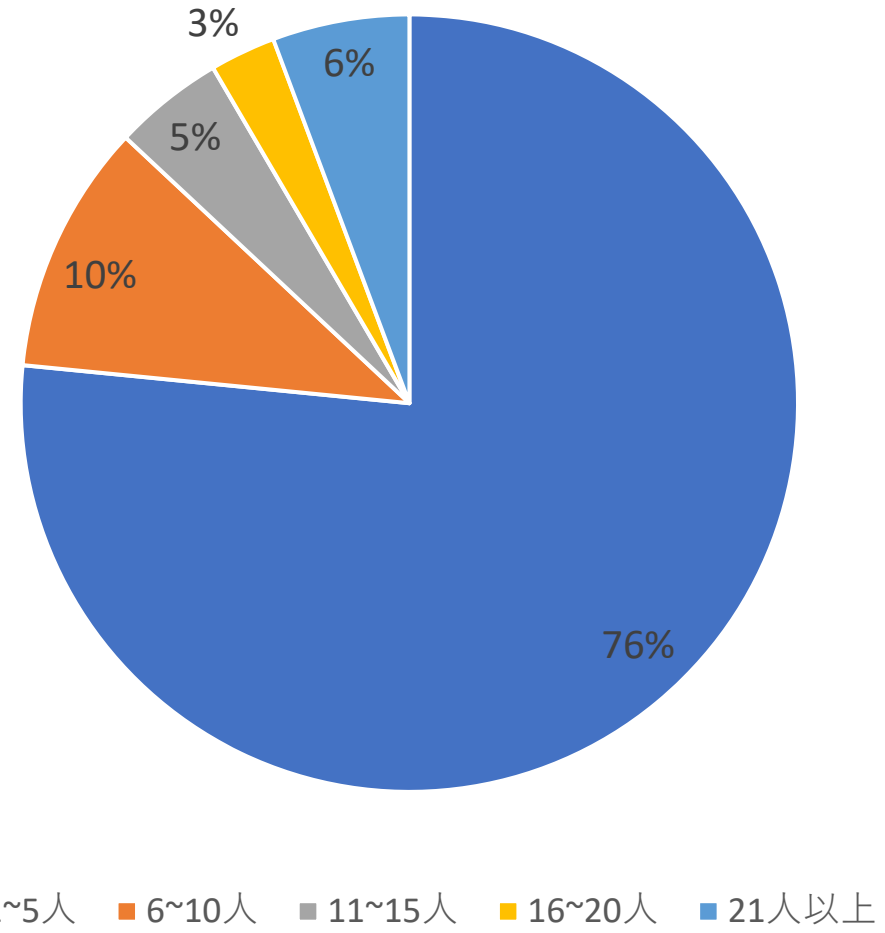
（資料４：公益社団法人日本理学療法士協会会員統計情報）

日本理学療法士協会員の年齢分布



日本理学療法士協会公式ホームページ　2021年3月末統計情報の数値からグラフ化
統計情報｜協会の取り組み｜公益社団法人 日本理学療法士協会 (japanpt.or.jp)

日本理学療法士協会員の人数を基準にした職場規模の割合（自宅・海外を除く）



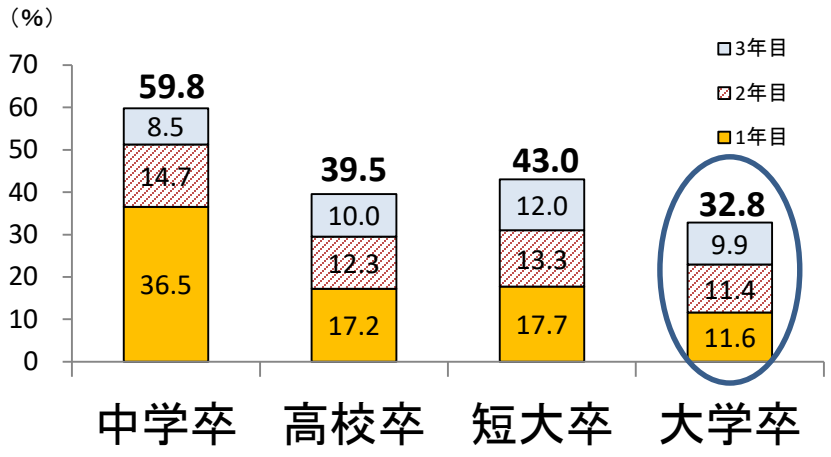
日本理学療法士協会公式ホームページ　2021年3月末統計情報の数値からグラフ化
統計情報｜協会の取り組み｜公益社団法人 日本理学療法士協会 (japanpt.or.jp)

資料5

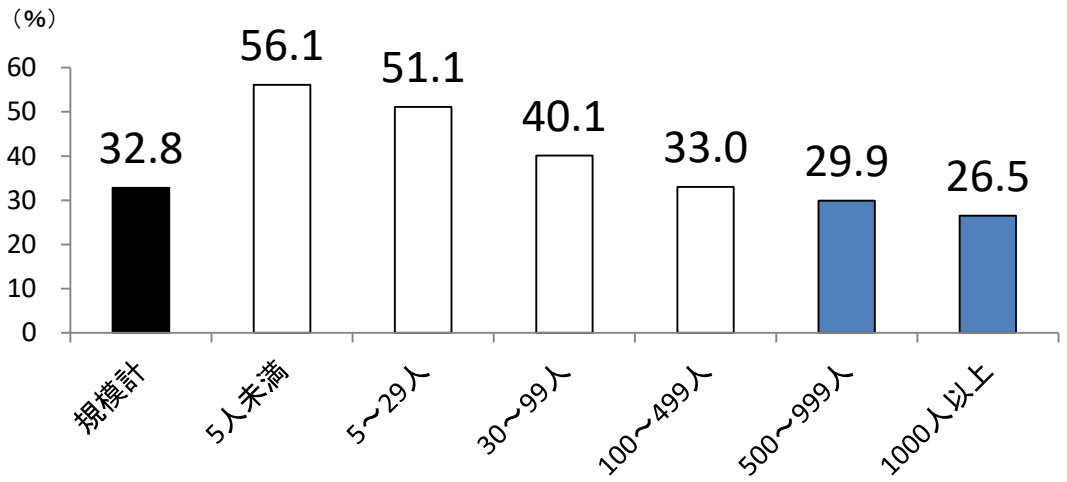
新規大卒就職者の離職状況（平成29年3月卒業者）

（別紙２）

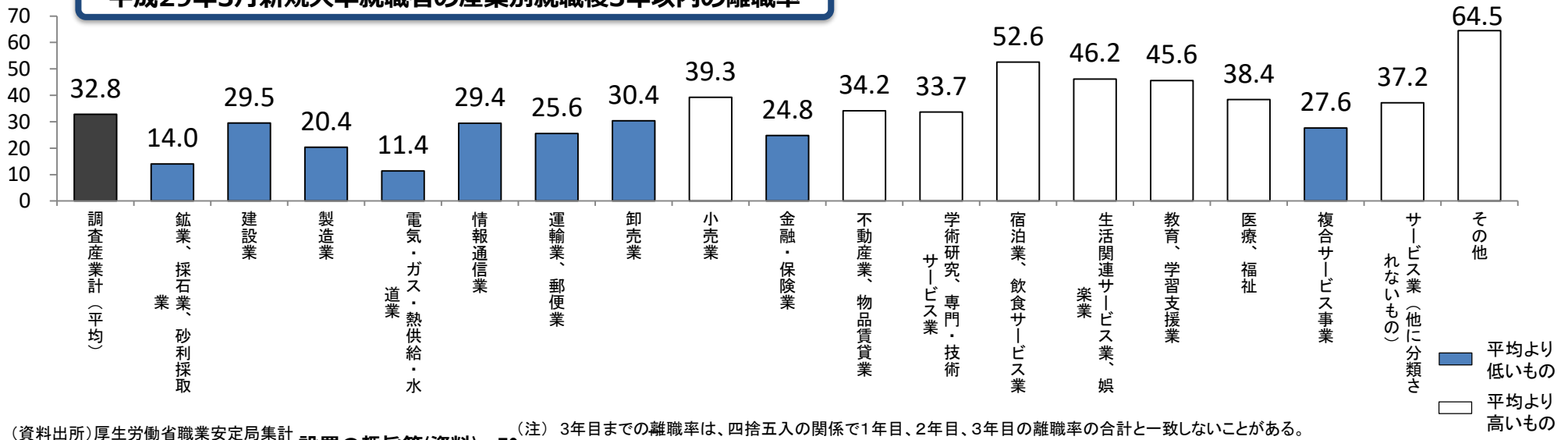
平成29年3月新規学卒就職者の離職率



平成29年3月新規大卒就職者の事業所規模別就職後3年以内の離職率



平成29年3月新規大卒就職者の産業別就職後3年以内の離職率



（資料出所）厚生労働省職業安定局集計

（注） 3年目までの離職率は、四捨五入の関係で1年目、2年目、3年目の離職率の合計と一致しないことがある。

資料6

医療従事者の需給に関する検討会 第3回　理学療法士・作業療法士需給分科会	資料2
平成31年4月5日	

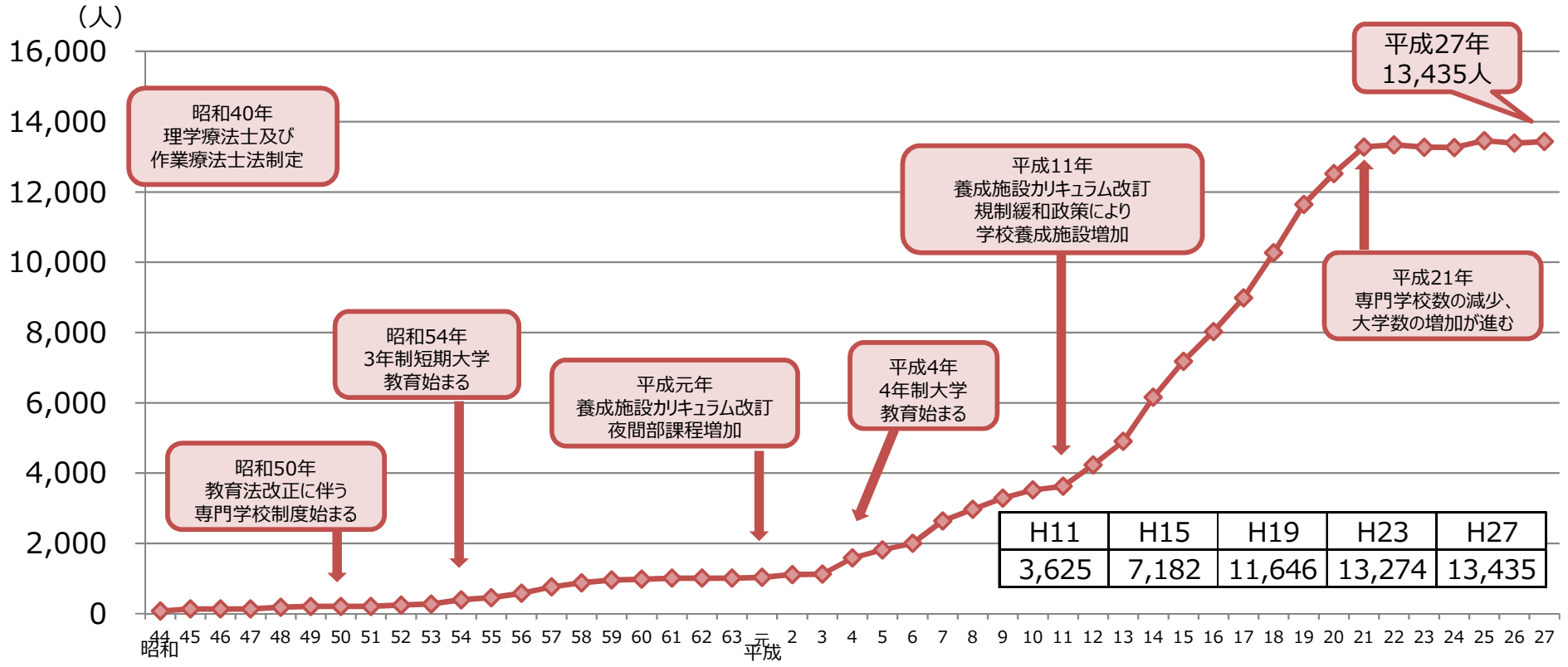
理学療法士・作業療法士の需給推計を踏まえた今後の方向性について

１　理学療法士・作業療法士を取り巻く状況について

理学療法士学校養成施設※の入学定員の年次推移

医療従事者の需給に関する検討会
第1回　理学療法士・作業療法士需給分科会
（平成28年4月22日）資料5

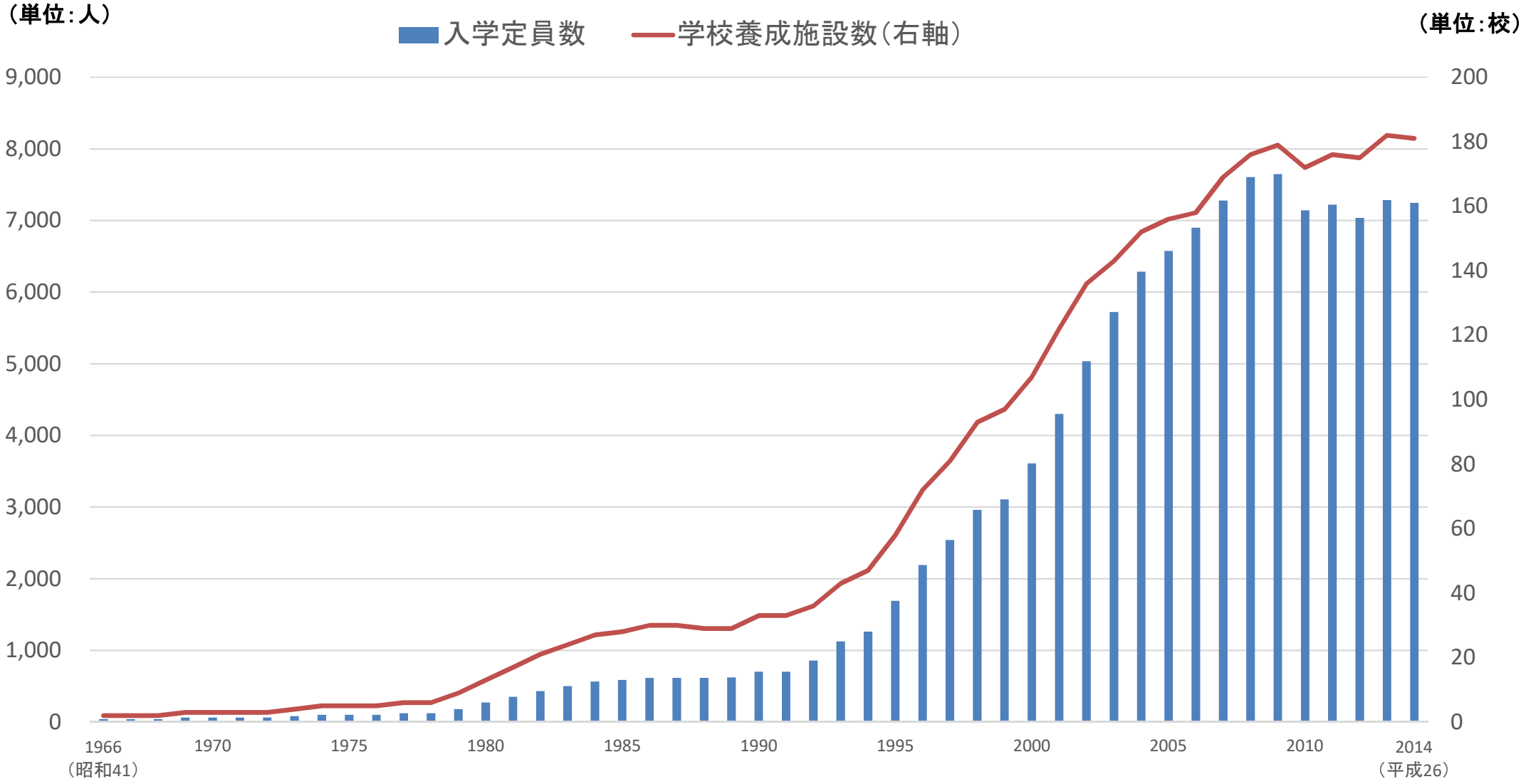
制度等の改定に伴い定員数の増加がみられ、平成11年以降は急激に増加している。平成21年からは横ばいで推移しており、平成27年の定員数は13,435人となっている。



H11	H15	H19	H23	H27
3,625	7,182	11,646	13,274	13,435

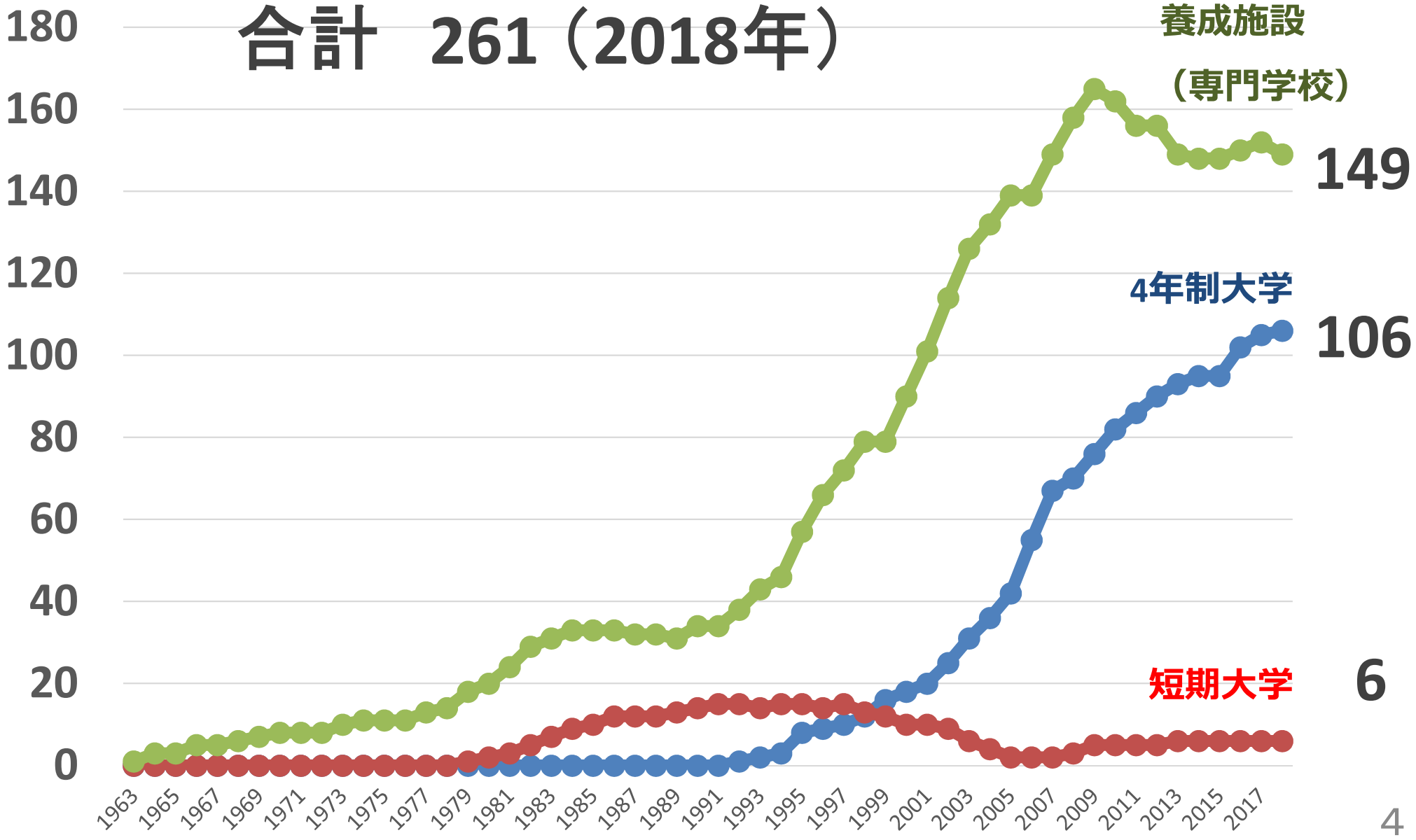
※：大学、短期大学、4年制専門学校、3年制専門学校

作業療法士養成数（入学定員）及び学校養成施設数



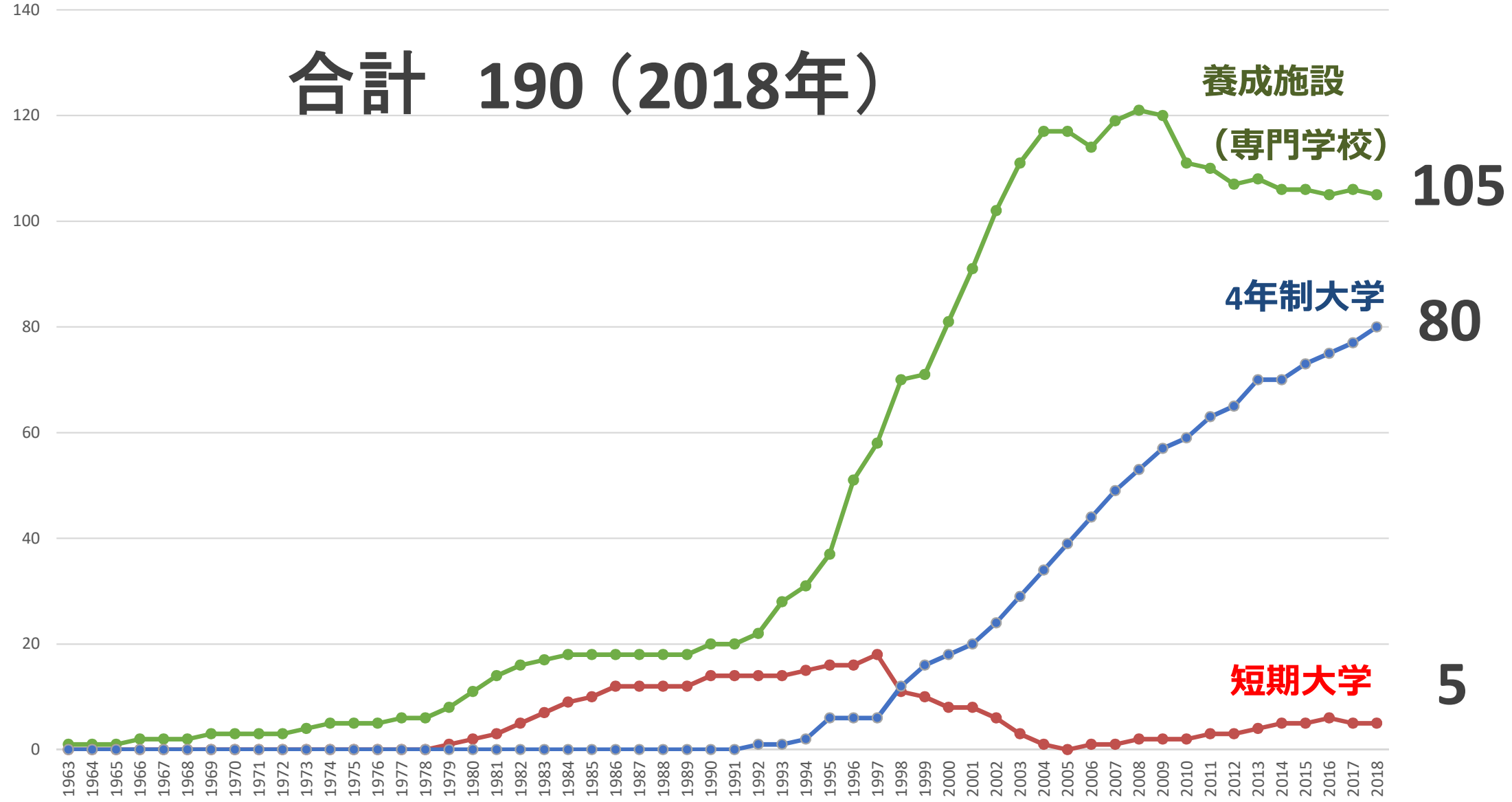
出典：（一社）日本作業療法士協会会員統計資料　3

理学療法士学校養成施設の推移



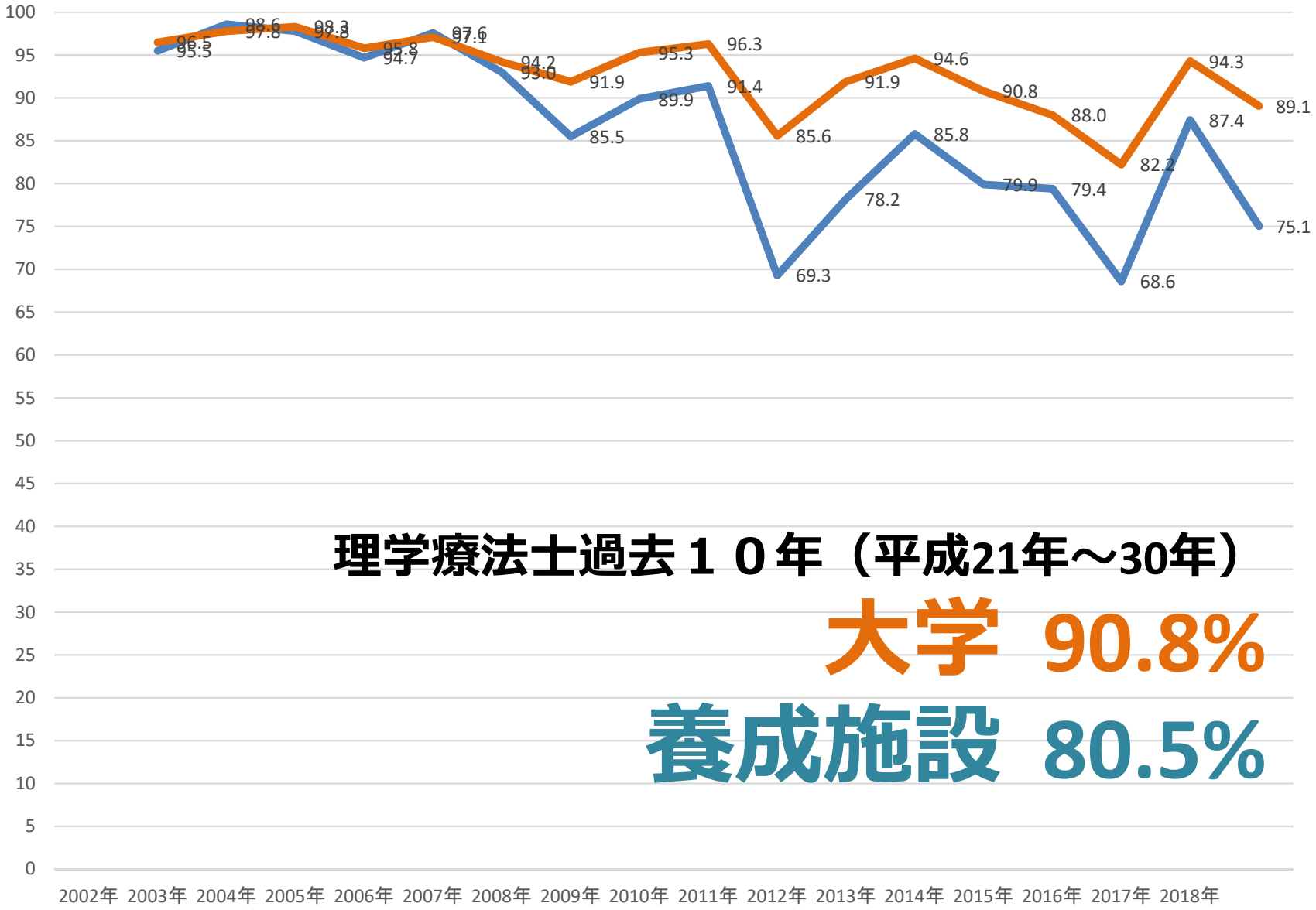
－設置の趣旨等(資料)－75－（公社）日本理学療法士協会提供資料を医政局医事課で一部改変

作業療法士学校養成施設の推移



－設置の趣旨等(資料)－76－（一社）日本作業療法士協会提供資料を医政局医事課で一部改変

理学療法士の国家試験合格率

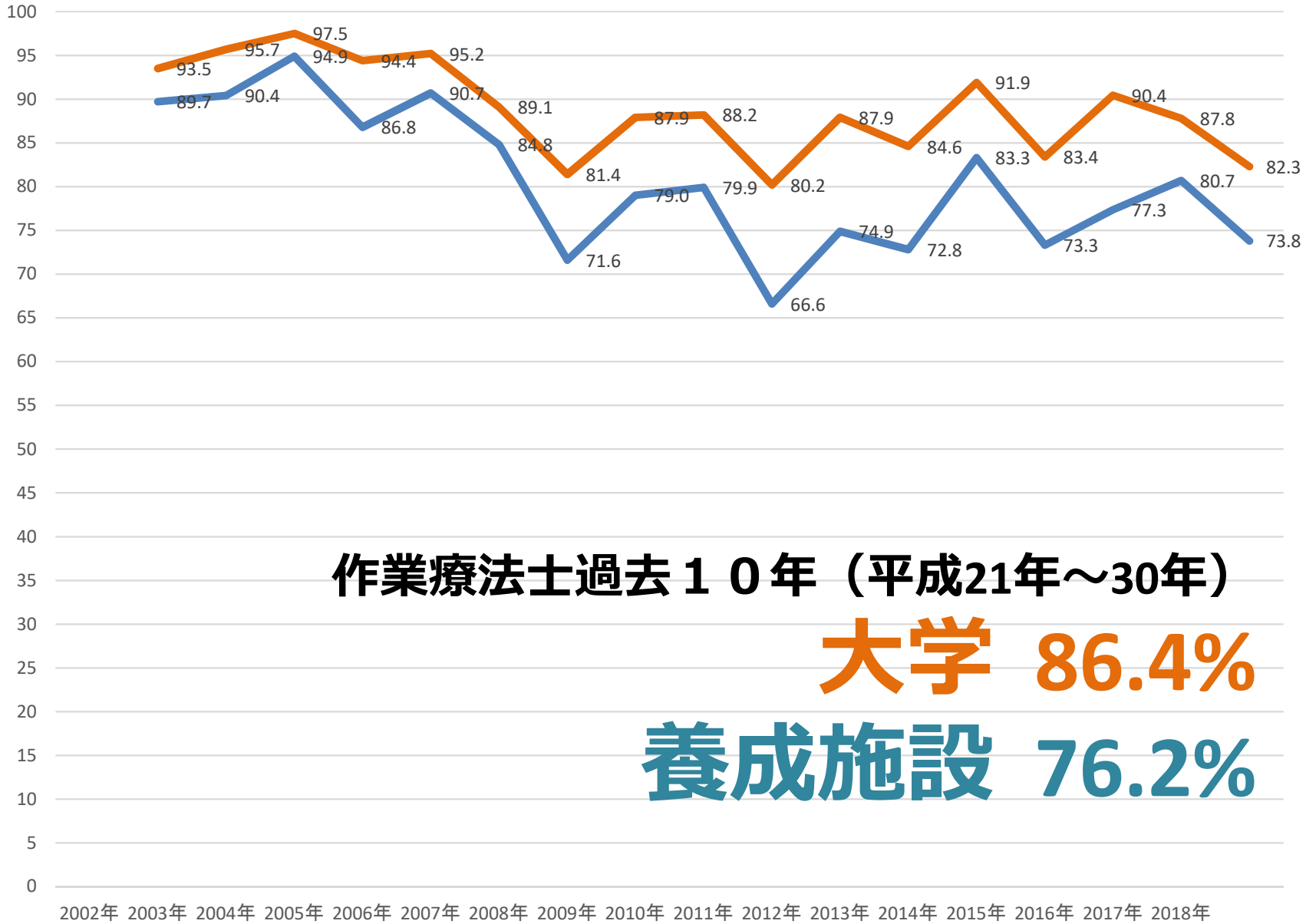


理学療法士過去１０年（平成21年～30年）

大学　90.8%

養成施設　80.5%

作業療法士の国家試験合格率



作業療法士過去１０年（平成21年～30年）

大学　86.4%

養成施設　76.2%

将来の人口と理学療法士・作業療法士養成数の推移について

○ 2040年には人口10万人に対する療法士数は約３倍に増加。
○ 現在の養成定員数が将来も維持された場合、2040年時点の18歳人口に占めるPT・OT学校養成施設入学者数の割合は約1.35倍に増加。

2018	理学療法士数	人口10万対 理学療法士数
日本	**127000**	**50-100**
アメリカ	209670	50-100
ドイツ	136000	**150-200**
イギリス	53301	50-100
フランス	86459	100-150

出典：WCPT「a profile of the profession」Reference year: 2018

※理学療法士数は2018年の就業者数
※人口10万対理学療法士数は2018年現在

理学療法士	2025	2030	2035	2040
人口10万対就業者数	163	199	**238**	**278**
18歳人口（1万）対養成定員数	126	133	139	155

2017	作業療法士数	人口10万対 作業療法士数
日本	**74615**	**60**
アメリカ	141971	40
ドイツ	59000	**70**
イギリス	38919	20
フランス	12406	20

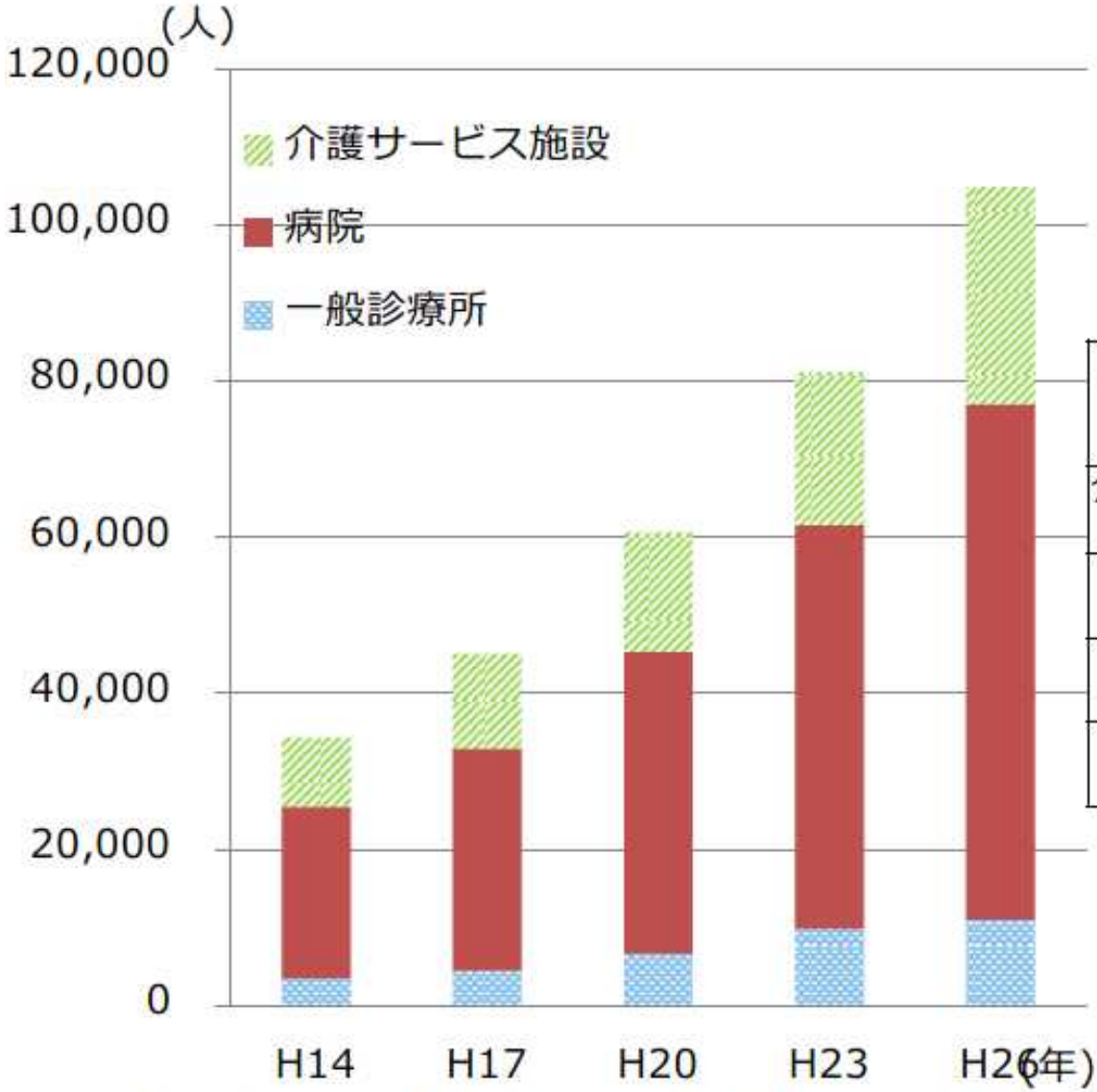
出典：WFOT「Human Resources Project 2018

※各国の作業療法士数は2017年11月調査時点の免許登録者数
※日本の作業療法士数は2016年3月31日時点の免許登録者数から日本作業療法士協会会員の死亡退会者数を除いた数

作業療法士	2025	2030	2035	2040
人口10万対就業者数	**86**	**103**	**122**	**141**
18歳人口（1万）対養成定員数	67	71	74	83

理学療法士従事者数の年次推移（常勤換算）

第1回　医療従事者の需給に関する検討会
（平成27年12月10日）資料3



区分	理学療法士（常勤換算）				
	H14	H17	H20	H23	H26
介護サービス施設	8,772	12,101	15,292	19,562	27,789
病院	22,029	28,509	38,675	51,800	66,151
一般診療所	3,458	4,471	6,683	※9,821	10,988
合計	34,258	45,080	60,650	81,183	104,928

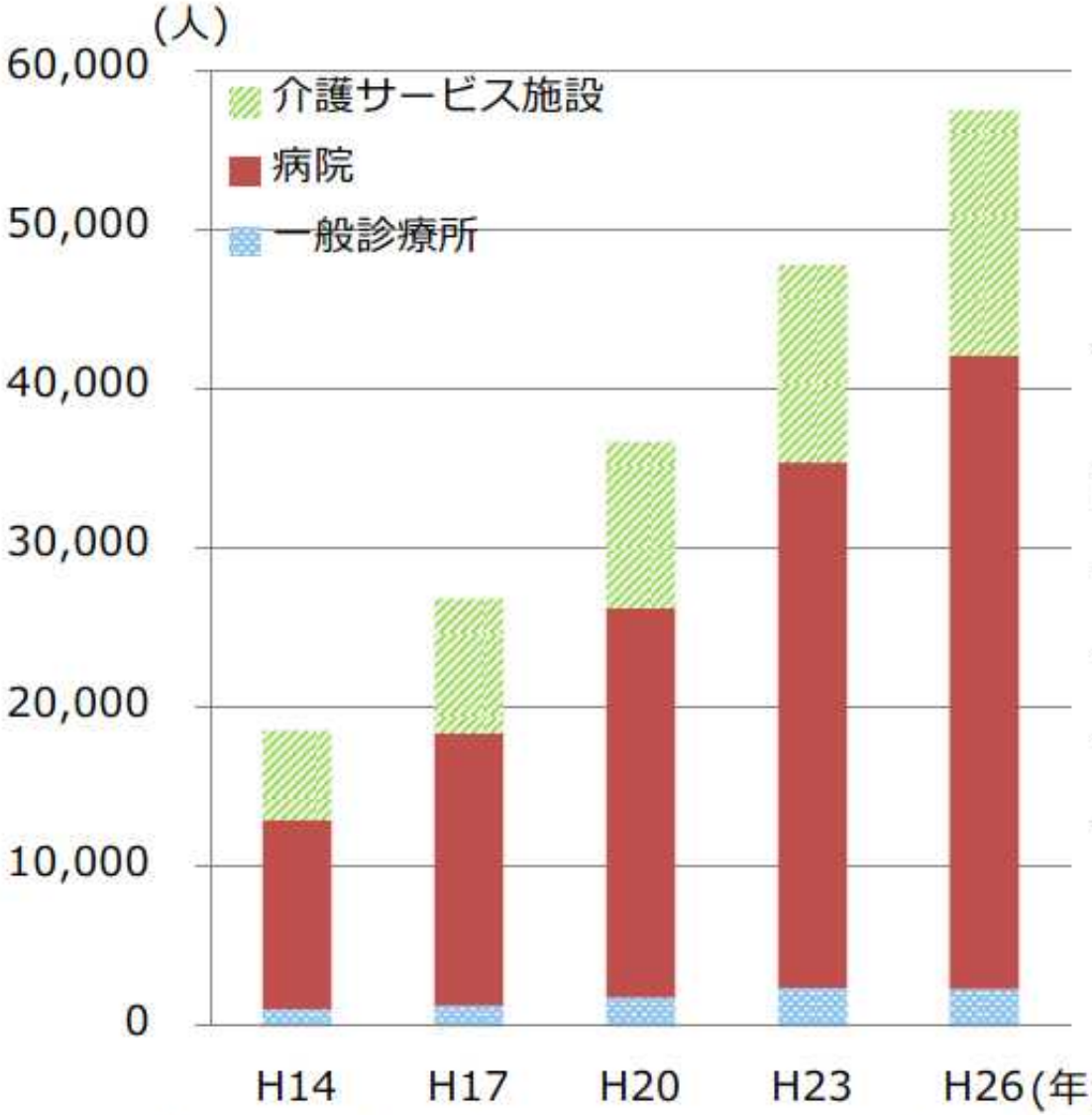
各年、10月1日現在の従事者数

※　H23の一般診療所は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値

※介護サービス施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、訪問看護ステーション、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、特定施設入所者生活介護

出典：「医療施設調査」、「病院報告」、及び「介護サービス施設・事業所調査」

作業療法士従事者数の年次推移（常勤換算）



区分	作業療法士（常勤換算）				
	H14	H17	H20	H23	H26
介護サービス施設	5,598	8,438	10,412	12,367	15,364
病院	11,882	17,070	24,457	33,020	39,786
一般診療所	1,079	1,312	1,805	※2,407	2,350
合計	18,560	26,820	36,674	47,794	57,500

各年、10月1日現在の従事者数

※　H23の一般診療所は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値

※介護サービス施設：介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、訪問看護ステーション、通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設）、通所リハビリテーション（医療施設）、短期入所生活介護、特定施設入所者生活介護

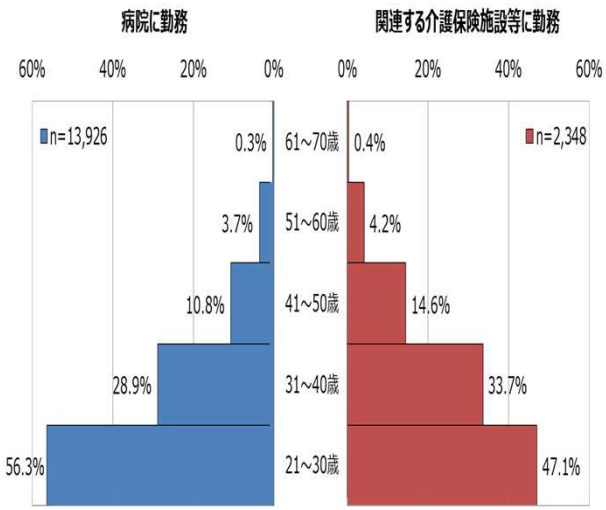
出典：「医療施設調査」、「病院報告」、及び「介護サービス施設・事業所調査」

医療従事者の需給に関する検討会
第2回　理学療法士・作業療法士需給分科会
（平成28年8月5日）資料3

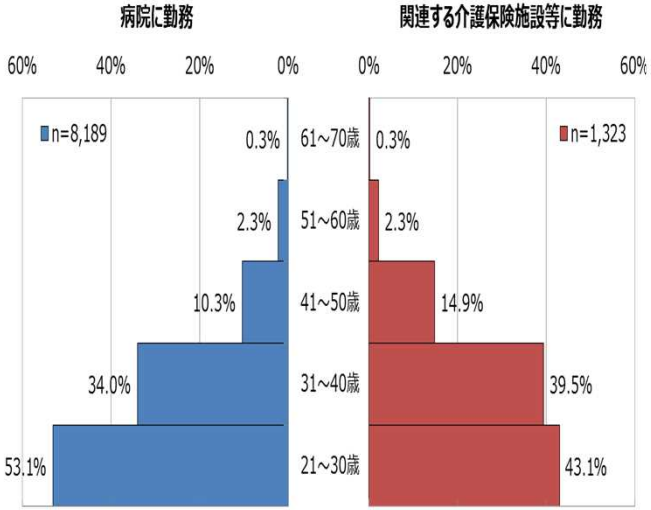
2-2. 年齢区分

	n=862		n=968		n=700		n=342		n=301		n=132	
	病院に勤務						関連する介護保険施設等に勤務					
	理学療法士		作業療法士		言語聴覚士		理学療法士		作業療法士		言語聴覚士	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
21～30歳	7,846	56.3%	4,350	53.1%	1,470	47.3%	1,106	47.1%	570	43.1%	133	42.2%
31～40歳	4,022	28.9%	2,784	34.0%	1,181	38.0%	791	33.7%	522	39.5%	121	38.4%
41～50歳	1,503	10.8%	847	10.3%	322	10.4%	342	14.6%	197	14.9%	51	16.2%
51～60歳	509	3.7%	186	2.3%	110	3.5%	99	4.2%	30	2.3%	8	2.5%
61～70歳	46	0.3%	22	0.3%	22	0.7%	10	0.4%	4	0.3%	2	0.6%
合　計	13,926	100.0%	8,189	100.0%	3,105	100.0%	2,348	100.0%	1,323	100.0%	315	100.0%

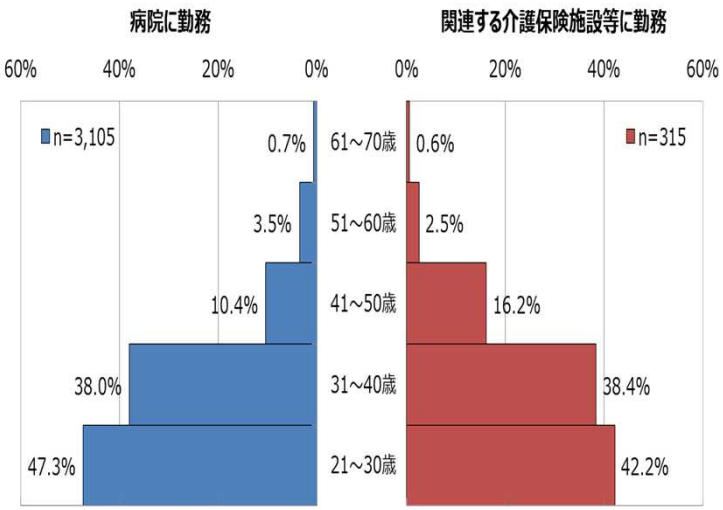
年齢区分（理学療法士）



年齢区分（作業療法士）



年齢区分（言語聴覚士）



20代が多く、理学療法士は、病院勤務者は56.3%、関連施設勤務者は47.1%、作業療法士は、病院53.1%、関連施設43.1%、言語聴覚士は病院47.3%、関連施設42.2%　全体として、年齢構成が若年層に集中している。

理学療法士・作業療法士の養成の質に関する主なご意見

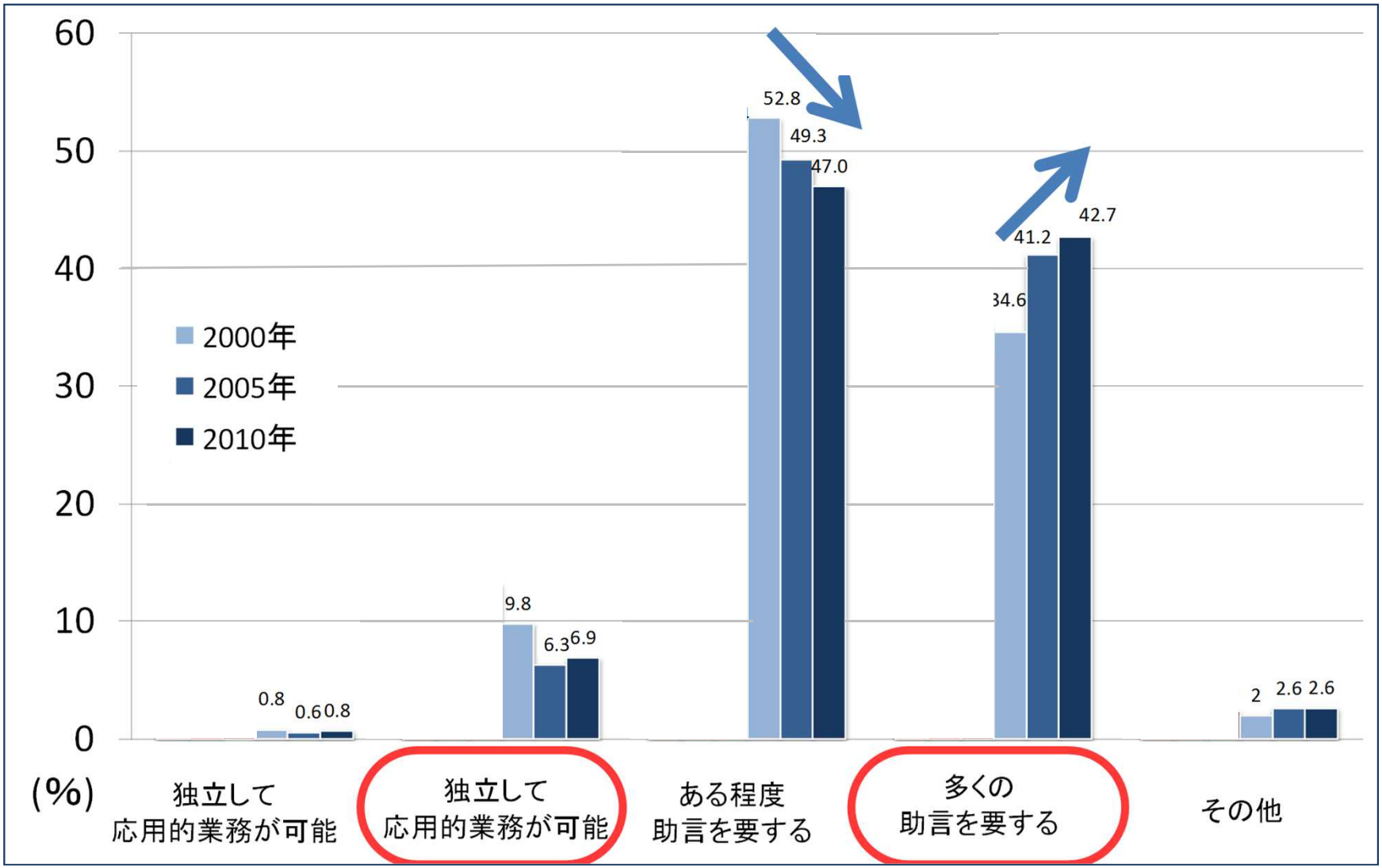
【質の低下関係】

○　最近の新卒者を見ていると、質が非常に厳しいと感じられる。新卒者の就業先選定が質に影響しているのか。（第１回）
○　理学療法士の養成の質の低下が懸念されていることから、今後、理学療法士の質に関しても検討を進めていくことが重要である。（第２回）
○　理学療法学教育は、4年制大学教育で約40%なされており、質の担保の観点からも、大学教育体制が望ましいのではないか。（第２回）
○　各種学校の質について、教員のうち、関東近圏の我々の知り得る専門学校の教員の学位の取得状況等を見ると、極端な差がある。（第２回）

【質の向上関係】

○　大学教育では、最終学年に卒業研究を位置づけ、必修科目としている大学が81%、うち研究発表会を実施し、論文集を作成しているのが82%という、高い数字が見られている。いわゆる研究マインドを身につけた、質の高い理学療法士を輩出しているのではないか。（第２回）
○　研究職、教育職を目指す理学療法士も増加しつつあり、社会貢献と理学療法学の質の向上にもつながっているのではないか。（第２回）
○　より良い教育を実施して、社会に貢献できる理学療法士を輩出するために、教員の質も維持・向上していく必要がある。（第２回）

卒業直後の理学療法士のレベル



日本理学療法士協会資料　白書 2000年、2005年、2010年を医政局医事課で一部修正

学校養成施設に係る規制緩和・規制改革について

医療従事者の需給に関する検討会
第2回　理学療法士・作業療法士需給分科会
（平成28年8月5日）参考資料（抜粋）

○　規制緩和推進3か年計画　（平成10年3月閣議決定）
改定：平成11年3月閣議決定、再改定：平成12年3月閣議決定

・カリキュラム等を規制している国家試験受験資格付与のための学校養成施設の指定規則を見直し、各大学等が社会のニーズに適切に対応した多様な医療技術者等の養成ができるようにする。
→　平成11年3月31日付けで理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則を改正し、同年4月から施行。
※ 学校養成施設における教育内容が、科目ごとの時間数の規定から、分野ごとの単位数の規定に移行。
その他、教員要件の緩和等が行われた。

○　規制改革推進3か年計画　（平成13年3月閣議決定）
改定：平成14年3月閣議決定、再改定：平成15年3月閣議決定

・大学における、学位の種類・分野の変更を伴わない学部・学科の新設、廃止手続を、許可制から届出制に変更することにより、学部・学科の設置規制を柔軟化する
→　学校教育法等を改正し、平成15年4月施行。

※　学校養成施設の増加については、上記規制緩和・規制改革の他に、リハビリテーションに対する社会の要請、回復期リハビリテーション病棟入院料の創設（平成12年4月）、介護保険制度施行（平成12年4月）等が要因として考えられる。

２　今後の検討の進め方について

今後の理学療法士・作業療法士養成数の検討の進め方について（案）

現状・課題

○　今回の理学療法士・作業療法士の需給推計（案）においては、PT・OTの供給数は、現時点においては、需要数を上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍となる結果となった。

○　近年、学校養成施設数、その定員は増加し続けてきているが、養成施設出身者の国家試験合格率が低下傾向にある等、養成の質の低下を指摘する意見がある。

方向性（案）

○　以上を踏まえ、将来の需給バランスを見据えると、
学校養成施設に対する養成の質の評価、適切な指導等を行うこと等により、
計画的な人員養成を行うことが必要ではないか。

1 大学院に求められる人材養成機能

今後の知識基盤社会において，大学院が担うべき人材養成機能を次の四つに整理し，人材養成機能ごとに必要とされる教育を実施することが必要である。

1. 創造性豊かな優れた研究・開発能力を持つ研究者等の養成
2. 高度な専門的知識・能力を持つ高度専門職業人の養成
3. 確かな教育能力と研究能力を兼ね備えた大学教員の養成
4. 知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成

大学院は，法制上，研究者養成と高度専門職業人養成の二つの養成機能を中心にその役割を担っているが，今後の知識基盤社会における人材養成の重要性や現在の大学院教育との関係を踏まえると，今後の大学院が担うべき人材養成機能は，1．創造性豊かな優れた研究・開発能力を持つ研究者等の養成，2．高度な専門的知識・能力を持つ高度専門職業人の養成，3．確かな教育能力と研究能力を兼ね備えた大学教員の養成，4．知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成の四つに整理される。
今後の大学院に求められる人材養成機能ごとに必要な教育については，おおむね以下の通りと考えられる。各大学院における教育理念，各課程の目的等により，これら一つ又は複数の機能の発揮に必要とされる教育を実施していくことが求められる。

研究者等の養成に必要な教育

高度な学術研究を基盤とした教育を展開するとともに，狭い範囲の研究領域のみならず，幅広く高度な知識・能力が身に付く体系的な教育課程が求められる。
例えば，

- 学生に性急に特筆すべき顕著な研究業績を求めるのではなく，国際的にも高い水準の研究活動に豊富に接する中で，自立して研究活動を行うに足る研究能力を修得させることを目標に，その基礎となる豊かな知的学識を培う教育
- 比較的長期にわたる海外，企業での研究経験など，多様な研究活動の場を通じて研鑽（さん）を積む教育
- 学生同士が切磋琢磨（せっさたくま）する環境の中で，自ら研究課題を設定し研究活動を実施すること等の学生の創造力，自立力などを磨く教育
- 高度な研究開発プロジェクトの企画・管理等の運営管理を行える人材を養成するために，学生に一定の責任と権限を与え，プロジェクトの運営管理能力を高める教育

などが重要となる。

高度専門職業人の養成に必要な教育

理論的知識や能力を基礎として，実務にそれらを応用する能力が身に付く体系的な教育課程が求められる。
例えば，

- 「理論と実務の架橋」を目指すための，産業・経済社会等の各分野で世界の最前線に立つ実務家教員を含めてバランスのとれた教員構成の下での国際的な水準の高度で実践的な教育
- 単位認定を前提とした長期間のインターンシップにより，学問と実践を組み合わせた教育
- **特定の職業的専門領域における職業的倫理を涵養する教育**
- **高度な専門職業人として求められる表現能力，交渉能力を磨く教育**
- **実務経験者に対して，理論的知識等を体系的に身に付けさせる教育**

などが重要となる。

大学教員の養成に必要な教育

研究者等の養成の場合と同様の要素に加え，これまで脆（ぜい）弱であった教育を担う者としての自覚や意識の涵養と学生に対する教育方法等の在り方を学ぶ教育を提供することが求められる。このため，例えば，ティーチングアシスタント（TA）等の活動を通じて，授業の実施方法や教材等の作成に関する教育などを実施することが考えられる。

知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成に必要な教育

多様に発展する社会の様々な分野で活躍する高度で知的な素養のある人材層を確保する観点から，高度な知識・能力を養える体系的な教育課程が求められる。
例えば，

- グローバル化や科学技術の進展など社会の激しい変化に対応し得る統合された知の基盤を与える教育を基本とし，課題に対する柔軟な思考能力と深い洞察に基づく主体的な行動力を兼ね備えるための高度な素養を涵養する教育
- 学生の知的好奇心などにこたえた多様かつ豊富な教育プログラムにより幅広い視点を培う教育，又は学修課題を複数の科目等を通して体系的に履修するコースワークを重視して，養成すべき人材を念頭に関連する分野の知識・能力を修得させる教育

などが重要となる。

お問合せ先

高等教育局高等教育企画課高等教育政策室

（高等教育局高等教育企画課高等教育政策室）

-- 登録：平成21年以前 --

資料８

2040年を見据えた大学院教育のあるべき姿

～社会を先導する人材の育成に向けた体質改善の方策～

（審議まとめ）

平成31年（2019年）１月22日

中央教育審議会大学分科会

目次

はじめに　ー検討の経緯ー

１．2040 年頃に直面する社会の変化と「知のプロフェッショナル」

２．大学院教育が 2040 年の需要に応えるために

３．大学院教育の改善方策

①三つの方針を出発点とした学位プログラムとしての大学院教育の確立

②各課程に共通して求められる教育の在り方

③各課程ごとに求められる教育の在り方

④学位授与の在り方

⑤優秀な人材の進学の促進

⑥博士後期課程修了者の進路の確保とキャリアパスの多様化

⑦リカレント教育の充実

⑧人文・社会科学系大学院の課題とその在り方

４．今後に向けて

はじめに　－検討の経緯－

中央教育審議会では、平成 13（2001）年４月の「今後の高等教育改革の推進方策について」の諮問を受けて、平成 17（2005）年１月「我が国の高等教育の将来像」（以下「平成 17 年将来像答申」という。）を答申し、2015 年から 2020 年頃までに想定される高等教育の将来像を提示した。また、同答申の方向性を踏まえつつ、大学院に焦点を当てたものとして、同年９月「新時代の大学院教育」（以下「平成 17 年大学院答申」という。）を答申し、課程制大学院制度の実質化[1]と国際的通用性、教育の質の向上を通じ、国際的に魅力ある大学院教育を構築していくことを提言した。

この後も、知識集約型社会を支える人材の育成が我が国の将来の発展の鍵であるという一貫した認識の下、大学分科会大学院部会を中心として、大学院改革について審議を重ねてきた。平成 23（2011）年には、「グローバル化社会の大学院教育」（以下「平成 23 年大学院答申」という。）を答申し、学位プログラムとしての大学院教育の確立、グローバルに活躍する博士の養成に向けて、Qualifying Exam（ＱＥ；博士論文研究基礎力審査）の導入や「リーディング大学院」の構築などを提言した。また、平成 27（2015）年には、「未来を牽引する大学院教育改革」（以下「平成 27 年大学院審議まとめ」という。）をとりまとめ、高度な専門的知識と倫理観を基礎に自ら考え行動し、新たな知及びそれに基づく価値を創造し、グローバルに活躍し未来を牽引する「知のプロフェッショナル」育成のための大学院改革を推進するため、世界最高水準の教育力と研究力を備え人材交流・共同研究のハブとなる「卓越大学院（仮称）」の形成などを提言した。

文部科学省においても、これらの答申や審議まとめを踏まえ、平成 18（2006）年に第１次、平成 23（2011）年に第２次、平成 28（2016）年に第３次の「大学院教育振興施策要綱」を策定し、大学院教育振興のための体系的かつ集中的な施策を展開してきた。例えば、これまで、人材の養成に関する目的等を学則に定めることや、成績評価基準等を学生に明示すること、「博士論文研究基礎力審査」の導入など大学院設置基準の改正を行うとともに、グローバルＣＯＥプログラム、組織的な大学院教育改革推進プログラム、博士課程教育リーディングプログラム、卓越した大学院拠点形成支援補助金等の施策に取り組み、各大学院における改革を促進してきた。

この度、平成 17 年将来像答申が想定した 2020 年の到来が近づいたことも踏まえて行われた、平成 29（2017）年３月の「我が国の高等教育に関する将来構想について」の諮問を受けて、大学分科会将来構想部会を中心として、中長期的観点から、おおむね 2040 年頃の社会を見据えて、目指すべき高等教育の在り方やそれ

1　博士課程、修士課程、専門職大学院の課程を編成する専攻単位で、人材養成の目的や学位の授与要件、修得すべき知識・能力の内容を具体的・体系的に示すこと、さらにその上で、学修課題に関して複数の科目等を履修するコースワークから確かな専門性を育む研究指導へ、有機的につながりを持った体系的な教育を組織的に展開すること。

を実現するための制度改正の方向性などの高等教育の将来構想について、審議が行われてきた。当該諮問の中では、ＩｏＴ（Internet of Things）、ビッグデータ、人工知能等を活用する第４次産業革命が、既存の産業構造、就業構造、さらには人々の生活を一変させる可能性が指摘され、18 歳人口が 2040 年には現在のおよそ３分の２に当たる約 80 万人となるという推計が示されている。

例えば、第４次産業革命がもたらす超スマート化を、いかに良い社会（Society 5.0）の実現に結びつけるか、また人生 100 年時代などの到来、18 歳人口の減少などの大きな変化を、いかに豊かな生活に結びつけていくか、こうした大きな変化と、その変化への対処は、高等教育全体が直面する課題であり、大学院においてもこうした変化に対応していくべきである。科学技術の急速な発展とともに、産業における価値の源泉が、物から知識、情報に移っていき、産業構造のパラダイムシフトが起こっていく中で、大学がこれらを支える基盤インフラとなることができ、とりわけ大学院は、Society 5.0 を先導し牽引する高度な人材をはじめとする「知のプロフェッショナル」の育成を中心的に担う存在となる。大学院教育の在り方については、2040 年の高等教育の在り方を考える上で重要な論点として位置付けられるべきものであり、早急に結論を得る必要がある。

このため、大学分科会大学院部会においては、この将来構想に関わる大学院関係の重要事項について、平成 29（2017）年５月以降、８回に渡る審議を行い、その審議内容の要点を取りまとめた上で、平成 30（2018）年９月に将来構想部会に報告し、その内容は「2040 年に向けた高等教育のグランドデザイン（答申）」（平成 30（2018）年 11 月 26 日）（以下「平成 30 年グランドデザイン答申」という。）に反映されたところである。

また、大学院の学生が個々の研究室の研究の実質的な担い手となっていた状況が、大学院教育の実質化により変化しつつある中で、科学技術・学術審議会人材委員会と大学院部会との合同部会を設け、「我が国の研究力強化に向けた研究人材の育成・確保に関する論点整理」（平成 30（2018）年７月 31 日）の取りまとめに関する審議を通じ、「研究者コミュニティの持続可能性の確保に向けた取組」等、大学院の研究支援体制の確立等についても議論を行った。

これらの審議の過程においては、大学院が有する価値、優秀な人材の大学院への進学の促進、博士課程修了者のキャリアパスの多様化と活躍状況の可視化、修士課程及び博士課程における教育の充実、高度専門職業人養成の充実等に関して、Society 5.0 や人生 100 年時代などの到来やグローバル化の更なる進展等を 2040 年頃の将来シナリオとして見据えつつ、過去の答申等において位置付けられた事項の検証も含め、現状と今後の方向性について詳細な検討がなされた。将来構想部会への報告後も大学院部会において３回の審議を重ね、平成 30 年グランドデザイン答申等において予測される 2040 年頃の将来シナリオに適切に対応する観点から特に重点的に対応することが必要な事項を中心に、諮問に対応した平成 30 年グランドデザイン答申とあわせて、ここに「審議まとめ」を示すものである。

研究活動の成果を社会に提供しその発展に寄与する使命を持つ大学の活性化という意味でも、大学教員と学生が集い、さらには外部の様々な機関の連携が行われる「場」である大学院の果たすべき役割は重要であり、その活性化に対する社会的な要請は大きい。本審議まとめの内容を踏まえ、国、大学、産業界等の関係者が、「知のプロフェッショナル」が大学教員や研究者はもとより、それら以外の進路や、あるいは起業家という選択肢も含め、様々な場面で活躍する社会の実現に向けて、それぞれの役割に応じて、積極的に大学院の改革に向けた取組を進めることを強く期待する。

1．2040年頃に直面する社会の変化と「知のプロフェッショナル」

（知のプロフェッショナルを定義する必要性）

2040 年頃までに世界や日本社会全体の構造が大きく不可逆的に変化することが予想される。例えば、平成 30 年グランドデザイン答申においては、2040 年頃の社会変化の方向の一端として、

・国連が提唱する持続可能な開発のための目標（ＳＤＧｓ）が目指す社会
・Society 5.0、第４次産業革命が目指す社会
・人生 100 年時代を迎える社会
・グローバル化が進んだ社会
・地方創生が目指す社会

が言及されている。

これまで、大学院の学生が身に付けるべき能力については、平成 17 年大学院答申において、大学院における各課程で育成すべき能力を課程ごとに明確化するとともに、平成 23 年大学院答申では、博士号取得者が自らの専門分野に関する高度の専門的知識等に加えて修得すべき能力を示してきたところである。さらに、平成 27 年大学院審議まとめにおいては、高度な専門的知識と倫理観を基礎に自ら考え行動し、新たな知及びそれに基づく価値を創造し、グローバルに活躍する人材の姿を、「知のプロフェッショナル」として提示した。

大学院は、「創造性豊かな優れた研究・開発能力を持つ研究者等の養成」、「高度な専門的知識・能力を持つ高度専門職業人の養成」、「確かな教育能力と研究能力を兼ね備えた大学教員の養成」及び「知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成」という四つの人材養成機能を担っており[2]、高等教育の中でもとりわけ知識集約型社会における知の生産、価値創造を先導する「知のプロフェッショナル」を育成する役割を中心的に担うことが期待される存在である。特に、博士課程においては、新たな知の創造と活用を主導し、今後の社会を牽引する高度な「知のプロフェッショナル」の養成が求められている。

今改めて、学士課程教育の基礎の上に、大学院が育成するべき「知のプロフェッショナル」が専門分野を問わずに共通的に身に付けるべき能力をできるだけ明確化し、「知のプロフェッショナル」の十全な育成に向けた大学院教育の改善につなげていく必要がある。企業の研究者に占める博士課程修了者の割合や企業の管理職等に占める大学院修了者の割合も諸外国に比べて低い状況にある[3]。「知のプロフェッショナル」の姿と重要性を広く産業界を含めて社会に対して提示することで、大学院教育の意義や大学院の社会的役割に対する理解を増進するとともに、

2　17年大学院答申における整理。

3　企業の研究者に占める博士課程修了者の割合は、米国の約 10 %に対し、我が国は約４%。企業の管理職等に占める大学院修了者の割合は、米国の４～６割に対し、我が国は約６%。

「知のプロフェッショナル」を我が国の社会全体でもより一層活用していくことが必要である。

(知のプロフェッショナルの姿)

平成30年グランドデザイン答申では、今後の社会を支える人材には、学士課程を通じて、

・論理性や批判的思考力
・広い視野
・コミュニケーション能力
・他者と共生する力

に加え、

・創造力
・変化への適応力
・主体性と責任感を備えた行動力
・データ処理、活用能力

など、普遍的なスキル・リテラシーを身に付けることが求められている。Creating Social Value(社会的価値の創造)、多様性を尊重した社会などの考え方が重視されるようになってきている中で、今後の社会を先導する人材は、高度な専門的知識と倫理観を基礎に自ら考え行動し、新たな知及びそれに基づく価値を創造し、グローバルに活躍する「知のプロフェッショナル」であることが求められる。こうした「知のプロフェッショナル」として、例えば、企業経営者等のリーダー的立場に就く者やソーシャルビジネスの領域も含む起業家、国際機関などでＳＤＧｓの達成に向けて地球規模の課題に取り組む者、政策立案に携わる行政官、新たな知の創造に専門的に従事する研究者・大学教員などが想定される。

「知のプロフェッショナル」は、複雑化する社会において、自らの「知」の限界を認識し、多様な分野、立場の人々とのコラボレーションにより新たな「知」を創出することや、研究成果の社会実装に当たり倫理的・法制度的・社会的課題に対応することを可能とする観点からも、上記に示した普遍的なスキル・リテラシーのいずれをも高い水準で備えていることに加えて、

・最先端の知にアクセスする能力[4]
・自ら課題を発見し設定する力
・自ら仮説を構築し、検証する力
・社会的・経済的価値を判断・創出する能力
・高度な英語力を含むグローバル化に対応した優れたコミュニケーション能力
・倫理観
・マネジメント能力

4　ある特定の知識について、先行研究等も踏まえたその淵源を明らかにできる方法論や、複数の専門分野の中である知識を位置づけ、またはその変化等を追うことのできる能力。

など、大学院の高度な教育研究を通じてこそ身に付くことが期待される今後の社会を先導できる力、様々な場面で通用するようなトランスファラブル[5]な力を備えていることが求められる。また、そうした揺るぎない基盤的な能力の上に、各セクターを先導できるような高度な専門的知識を養うことが必要である。この高度な専門的知識も、複雑化した社会における諸課題を様々な角度から理解し、解決する観点から、特定の狭い領域だけにとどまらないものとなることが一般的な姿とならなければならない[6]。こういった観点からは、例えば、学士課程と大学院の各課程で異なる分野を専攻することや、大学院在学中の教育を通じて、複数の学問分野における高度な専門的知識を身に付けられるようにすることなども、今後は視野に入れていく必要がある。

あわせて、今後のSociety 5.0を先導する人材には、人工知能やＩｏＴを使いこなすためのＳＴＥＡＭ（Science、 Technology、 Engineering、 Art、 Mathematics）分野の基礎的な知識やデータサイエンスの知識、更なるグローバル化の時代において、国際競争の激化に対応するための高い水準の幅広い教養が必要である。「知のプロフェッショナル」は自らの専攻分野にかかわらず、こうした知識・教養も高度な専門的知識と一体のものとして身に付ける必要があることは強調しておく必要がある。

もとより、各大学が大学院において養成する人材像は、大学院を設置する各大学が自ら主体的に設定すべきものであるが、各大学は、こうした「知のプロフェッショナル」の姿を意識しつつ、後述する「三つの方針」の策定や教育課程の改善など、修士課程、博士課程、専門職大学院の課程すべてにおいて、大学院における教育活動の改善に取り組んでいくことが期待される。

今後とも、時代の進展にあわせて、「知のプロフェッショナル」の姿、さらに進んで、大学院における各課程で共通に育成すべき能力を課程ごとに明確化していく努力を続けていくことが必要であり、今後検討が行われる際には、欧州資格枠組（ＥＱＦ）[7]や米国の学位資格プロフィール（ＤＱＰ）[8]など、諸外国の動向についても、考慮することが必要である。

---

5 「移転可能なスキル」と訳されることが多い。例えば、欧州科学財団（European Science Foundation）の報告書“Research Careers in Europe Landscape and Horizons”（2009）では、「一つの文脈で学んだスキル、例えば、研究を行う上で学んだスキルの中で、他の状況、例えば、研究であれ、ビジネスであれ、今後の就職先において有効に活用できるようなスキルのことである。そしてまた、トランスファラブルスキルがあれば、学問領域及び研究関連のスキルを効果的に応用したり、開発したりすることができるようになる」と定義されている。

6 複数の学問領域を修めた、いわゆる「二刀流」の人材なども想定される。

7 European Qualifications Framework；欧州各国の各資格がどのレベルにあり、当該資格保有者がどのような知識等を有しているか比較可能とするための枠組み。資格取得に必要とされる学習成果を知識、技能、能力の３つに類別し、それぞれを達成の難易度に応じて11段階に分けている。

8 Degree Qualifications Profile；米国において、専門分野にかかわらず、学士、修士などの学位授与に当たり、学生が何を知り、何をできるべきかを記述した参照基準。専門知識、広範で統合的な知識、知的スキル、応用・共同学習、市民・グローバル学習の５つのカテゴリーから構成される。

２．大学院教育が2040年の需要に応えるために

（知のプロフェッショナルを確保する必要性）

2040 年に向けて、今後の社会を先導・牽引できるような「知のプロフェッショナル」を確保するために、諸外国はしのぎを削っている。我が国の 18 歳人口は、2040 年には約 88 万人に減少し、平成 29（2017）年に比べると約 23 万人減少することになる。18 歳人口が減少する中においても、諸外国と比べても遜色ない水準で「知のプロフェッショナル」が活躍していかなければ、新たな知の創造と社会的価値の創出は滞ることになり、我が国の国際競争力に大きな問題が生じることは明らかである[9]。

直近のデータに基づく課程ごとの規模に関する現状について、特に人口 100 万人当たりの学位取得者を諸外国と比較してみると、修士、博士のいずれについても、諸外国に比べて人文・社会科学分野の取得者の割合が極端に低く、全分野でみても、修士はアメリカ、イギリス、フランス、ドイツに対して、我が国は３分の１程度の水準にとどまり、博士についても、アメリカ、イギリス、ドイツに対して２分の１程度の水準にとどまっているという現状にある。このままでは、2040 年に向けて、今後の社会を先導・牽引できるような「知のプロフェッショナル」の確保に大いに問題を生じる可能性がある。

一方で、現行の我が国の大学院教育では、入学定員を充足していないことが常態化している専攻が見受けられる。学問分野の継承の観点から設定されたごく小規模の専攻においてやむを得ず未充足が発生するケースも考えられるが、小規模専攻の全てがそのような状況にあるものとも考えられず、また、比較的規模の大きい専攻においても未充足が発生しているケースもみられている。諸外国と比較して「知のプロフェッショナル」たりうる大学院修了者の割合が低いにもかかわらず何故このような状況となっているのかを、改めて真剣に検討し、早急に改善を図る必要がある。

（これまでの大学院教育改革の成果と課題）

文部科学省においては、グローバルＣＯＥプログラム、組織的な大学院教育改革推進プログラムに引き続き、平成 23（2011）年度から、優秀な学生を俯瞰力と独創力を備え広く産学官にわたりグローバルに活躍するリーダーへと導くため、博士課程教育リーディングプログラムを開始し、33 大学 62 プログラムにおいて、専門分野の枠を超えて博士課程前期・後期一貫した世界に通用する質の保証された学位プログラムを構築・展開する大学院教育の抜本的改革を促進してきた。

9　国際機関や海外企業等において一定レベル以上の職位に就くためには、修士や博士の学位取得が求められる場合も多く、我が国が国際的なプレゼンスを発揮していくためには、そうした国際的な高度人材のニーズを満たしていく観点も必要と考えられる。

博士課程教育リーディングプログラムにおけるこれらのプログラムは、例えば企業等と協働でのカリキュラム作成など産学の連携を図りつつ、学修研究に専念できる経済的支援を受けた学生が、研究室ローテーション、海外の大学等における長期的なインターンシップ等を含む充実したコースワークを通じて、専門分野の枠を超えた俯瞰的な能力を身に付けることなどを目指しており、大学院教育の実質化を牽引する存在として位置付けられてきた。

平成 29（2017）年度をもって事業期間を終了した 12 大学 20 プログラムについて、独立行政法人日本学術振興会（以下、「日本学術振興会」という。）の博士課程教育リーディングプログラム委員会による事後評価が行われた。その中で、各プログラムを通じて、

①プログラムにより従前の枠組みを超えた挑戦が成し遂げられ、組織再編や学位プログラムの横展開等の全学規模での大学院改革までつながっていること

②従前は、大学は専門分野での頂上を目指すことに注力する傾向にあり、培われた知見と人材が社会の諸問題の解決につながりにくいことが課題であったが、本事業により両者をつなげる人材育成システムとして、大学における専門教育と社会の諸問題解決に必要とされる能力の涵養を両立する仕組みが構築されていること

③各プログラムの特色あるカリキュラムによって、分野横断等の学位プログラムの改革につながり、就職先又は将来設計として、アカデミアに限らず、種々の分野に目を向ける学生が育成されていること

が評価されていること、平成 28（2016）年度末時点で、様々な側面から顕著な業績を上げた修了生が見受けられることや事業全体では修了生の約４割が企業・官公庁に就職している[10]ことなどからは、コースワーク等を通じて専門分野の枠を超えて俯瞰的な能力を身に付ける取組が各プログラムにおいて適切に実施され、功を奏していることが伺える。

この例のように、各種施策の対象となった大学院においては、博士課程の後期３年の課程（以下「博士後期課程」という。）を含めて、大学院教育の実質化、リサーチ・アシスタント等の経済的支援や国際経験を積む機会の充実、産業界等と連携した教育研究が進んだものと評価できる。その一方で、現状において、いまだ各大学が、大学院について、自らの「強み」や「特色」を踏まえて機能を各々選択し、比重を置いた上で、養成すべき人材像に向けて焦点を当てた教育を展開しているとは必ずしも言えないという指摘がなされている。特に、博士後期課程については、課程を通じて身に付けられる能力が特定の専門分野の知識や方法論であるのに対し、学生の主たる進路先の一つである企業は、大学院修了者に対して専門分野の知識にとどまらない幅広い能力を求めており、大学院のカリキュラムと社会や企業の期待との間にギャップが生じているとの指摘も根強い。

10　博士課程修了者全体の企業・官公庁就職者は約２割にとどまっている。

例えば、学修課題を複数の科目等を通して体系的に履修することで、関連する分野の基礎的素養の涵養を図り、学際的な分野への対応能力を含めた専門的知識を活用・応用する能力を培うコースワークについては、社会のニーズに対応した大学院教育の実質化に向けた中核的な取組として、平成17年大学院答申以降位置付けられ続けている。それにもかかわらず、専攻・課程単位での実施率は、平成23（2011）年の 42.1 %からは伸びを見せているものの、平成 28（2016）年時点においても51.2 %にとどまっている[11]。

また、各大学が自らの理念を常に確認しながら、各大学院における教育の不断の改革・改善に向けたサイクルを回す起点となる、いわゆる「三つの方針」については、「入学者受入れの方針」（アドミッション・ポリシー）の策定が、既に平成 23（2011）年度から法令上義務付けられている。さらに、現在義務付けがなされていない「学位授与の方針」（ディプロマ・ポリシー）、「教育課程の編成・実施の方針」（カリキュラム・ポリシー）について策定している大学の割合は、平成27（2015）年時点で、いずれも 97.1 %まで伸びてきている[12]。一方で、その内容については、抽象的で形式的な記述にとどまるもの、相互の関連性が意識されていないものも多いことなどが指摘されている。

こうした大学院教育を巡る課題が、若手研究者ポストの確保の困難さという問題と相まって、大学院修了者のキャリアパスに対する不安を招き、修士課程への学士課程卒業者の進学や博士後期課程への修士・博士課程の前期２年の課程（以下「博士前期課程」という。）修了者の進学を躊躇させる原因の一つともなっている。大学院の学生の進路の確保という観点は、今後の大学院教育の在り方を考えていく上で、欠くべからざる視点である。

（2040年の社会の需要に応えていくために）

今後、我が国に求められる「知のプロフェッショナル」の育成に大学院が果たす役割の重要性がますます高まることは明らかであり、2040 年の社会の需要に応えていくためにも、まずは早急に、潜在的なものも含め社会のニーズへのより一層の対応をはじめとした大学院教育の体質の改善とも言えるような取組を力強く進めていく必要がある。大学院における教育が産業界や国際社会も含めた幅広い社会のニーズや学修者の個々のニーズに積極的に対応し、大学院の学生の進路を確保していくことが、学生を引きつけ、大学院が2040年の社会の需要に応えるための好循環を生み出す出発点となる。

以上のような問題意識に基づき、本審議まとめにおいては、こうした好循環を

11　「大学院における「第３次大学院教育振興施策要綱」等を踏まえた教育改革の実態把握・分析等に関する調査研究」（平成 30 年３月　株式会社リベルタス・コンサルティング）＜文部科学省：先導的大学改革推進委託事業＞による。（以下、「大学院活動状況調査（平成29年度実施）」という。）

12　文部科学省「大学における教育内容等の改革状況について（平成27年度）」による。

生み出すために必要な大学院教育の改革に向けた具体的方策を示すものである。

なお、大学院教育の改革を進めていくに当たっては、全国の大学院が有する人材、知、高度な情報インフラ等や、大学院改革に係るこれまでの施策の成果等を我が国が有する「ストック」ととらえ、これらを有効活用する観点から検証し、使いやすい情報として提供することが重要である。この観点から、特に博士課程教育リーディングプログラムについて、国は、日本学術振興会と協力しつつ、各大学におけるプログラムの事業期間が終了するタイミングと前後して、具体的な成果や課題[13]、他の大学院においても優れた取組を実践するために必要なプロセス等を整理するための調査を行い、各大学に提供することを通じてその成果の各大学への定着を図ることが必要である。調査の際には、学生・修了生だけでなく、教員・プログラムオフィサー・修了生の雇用主等に対するヒアリングやアンケート調査といった手法の活用も含めることを考慮すべきである。

また、経済社会の急速な高度化、複雑化に伴い、学士課程への進学率が既に５割を超えていることや、学士課程より高いレベルのリカレント教育の需要が見込まれていることを踏まえ、今後、リカレント教育の中心は大学院となるという見通しを持った上で様々な取組を進めることが必要と考えられる。

13　日本学術振興会の博士課程教育リーディングプログラム委員会による事後評価においては、①一部の教員又は部局だけの取組として終始することのないよう、学長のリーダーシップの下で全学の理解・協力を得るための一層の努力が求められる点、②専門教育と、学際性・俯瞰力・総合力を涵養するための教育が併存するカリキュラムであることから、学生の過度な負担への配慮が求められる点。また、目指す点が異なる両教育を実施する上で、学生がプログラムの趣旨を理解するため、履修前後における周知・フォローに係る一層の努力が求められる点、③支援期間終了後の定着・発展につなげられるよう、支援期間中から計画的に検討を進めることが求められる点。また、支援により行った大学院改革は、大学全体として生かすとともに、他大学の今後の大学院改革に生かされることが望まれる点、が今後の課題とされている。

３．大学院教育の改善方策

①三つの方針を出発点とした学位プログラムとしての大学院教育の確立

（学位プログラムとしての大学院教育の確立）

各大学院において、2040 年の社会に求められる水準で「知のプロフェッショナル」を育成できるようにするためには、大学院教育の体質改善とも言えるような取組を進めていく必要があるが、その鍵は、依然として平成 17 年大学院答申において提示した大学院教育の実質化を一層推し進めることにあると言える。

各大学が、既存の教員の研究活動や教員組織に依存しつつ、大学院の各課程において「現状では何を教えられるか」という点から教育活動を出発するというよりは、自らの強み・特色・教育理念や社会のニーズ等を踏まえて、大学院生が身に付けるべき能力を意識しながら、まず明確に「どのような人材を育成するか」という目的を定めること、次に、その目的を達成するという観点から「何を学ばせ身に付けさせるか」という点を軸に最適な教育の姿を具体的に構想すること、その上で限られた資源を必要な事項に効果的に投入するという意図的なプロセスを踏むことが、大学院教育の実質化の中核である。

この観点から、平成 23 年大学院答申において、①課程ごとにどのような人材を養成しようとしているのか明示する、②専攻の枠を超えて、学位課程を担当する教員によって、組織的な教育・研究指導体制を構築する、③教員間の綿密な協議に基づき、修得すべき知識・能力を具体的・体系的に示す、④一貫性のある教育を通じて、その課程を選択した学生に必要な知識・能力を修得させ、その証として学位を授与するといった手順が示されている。これをはじめとして、学位プログラムとしての大学院教育の確立が、我が国の大学院教育全体の質を向上する上で必須の取組であることは累次指摘されているところである。

また、平成 17 年大学院答申においては、知識基盤社会において大学院が果たすことを期待される人材養成機能を「創造性豊かな優れた研究・開発能力を持つ研究者等の養成」、「高度な専門的知識・能力を持つ高度専門職業人の養成」、「確かな教育能力と研究能力を兼ね備えた大学教員の養成」及び「知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成」という四つに整理した。現在においても妥当するものと考えられるこの四つの機能は、単に各大学院の現状を記述することを意図したものではなく、各大学が、大学院において「どのような人材を育成するか」という人材養成目的を策定するに当たって焦点を与え、その目的に従って「何を教えるべきか」を構想する手がかりとして提示されたものである。各大学は、再度、この四つの機能や前述した「知のプロフェッショナル」の姿を基本としつつ、自らの社会的機能が果たされているかどうか、その設置する大学院の人材養成目的や教育課程等が学位プログラムという観点から適切なものになっているかどうか改めて検証することが必要である。

前述のとおり、世界や我が国社会全体の構造が大きく不可逆的に変化することにより、今後将来の人材需要が次々と変わり得るという前提に立てば、こうした変化に迅速かつ柔軟に対応しながら、各大学は、人材養成目的を柔軟に見直していくことが求められる。その際、Society 5.0 の実現に向けて、我が国がその存在感を発揮していくためには、我が国の強みを生かしつつ、融合領域を含む新領域を形成していくことが不可欠であるという指摘を踏まえると、新領域を創出できるような人材育成の目標を「先取り」して設定し新たな強みを生み出していくという積極的な姿勢が期待されるところである。また、大学院によっては、自らが強み・特色を有する学問分野を次代に継承していくという観点も十分に考慮する必要がある。

（三つの方針の策定）

各大学の人材養成目的をどのように実現していくかは、「学位授与の方針」から順次「教育課程編成の方針」、「入学者受入れの方針」（三つの方針）を設定することによって明らかにされ、三つの方針は具体的な取組を始める上での出発点となる。前述のとおり、大学院について「入学者受入れの方針」は、既に学校教育法施行規則において、その策定が義務付けられているが、「学位授与の方針」及び「教育課程編成の方針」についても、大学院教育の実質化を完遂し、学位プログラムとしての大学院教育を確立するという観点から、その策定と公表を法令上義務付けるべきである。

三つの方針を示すことは、学修者の目線で考えた場合も、学修者が自らの将来を描き、学びを進めていくために、各大学院が養成する人材像をよりわかりやすく提示していくとの点から必要である。また、学修者にとどまらず、大学の外（企業、地方自治体、学修者の学費負担者等）から、各大学院の強み・特色も含め、大学院の教育を理解・支援してもらうための重要なツールにもなり得るものと考えられる。

各大学は、このタイミングで、これまで自発的に策定してきた大学院における三つの方針を再点検することが強く期待される[14]。その際、前述９ページの指摘を踏まえるとともに、学内においては、学生の学修成果について、達成すべき質的水準及び評価の具体的方法などについて定めた学内の方針に則り、三つの方針を点検・評価等することを通じて自ら継続的に大学院教育の在り方を検証し改善していくとともに、学長・副学長や研究科長等を中心とした全学的なマネジメント体制[15]を確立するべきである。こうした取組等により、大学全体として自ら学

14　三つの方針を再点検する場合には、平成 27 年大学院審議まとめとあわせて、「『卒業認定・学位授与の方針』（ディプロマ・ポリシー）、『教育課程編成・実施の方針』（カリキュラム・ポリシー）及び『入学者受入れの方針』（アドミッション・ポリシー）の策定及び運用に関するガイドライン」（平成 28 年３月中央教育審議会大学分科会大学教育部会）を活用することも期待される。

15　米国及び英国では、大学院教育担当の副学長や Dean of Graduate School と呼ばれる大学院教育の責任者を置いている事例が見られる。

位の質を担保する（内部質保証が機能する）教学マネジメントの確立につなげていくことが重要である。

（教育研究組織の在り方や定員設定に関する見直し）

各大学は、自ら設定した人材養成目的を最も適切な形で実現できるように、大学院における研究科・専攻などの教育研究組織の在り方に関して柔軟に見直していかなければならない。三つの方針に位置付けられた専攻の性格や進路の確保の状況、入学定員の充足状況も勘案しつつ、例えば、社会的な需要が見込める専攻において定員が少ない場合や、学問分野の継承を目的として設置されている専攻において定員が多い場合などに、学内の資源を最適に活用する観点から必要な検討を行い、定員の振り替えを行う等、大学が自らの責任において定員の設定を見直すことが必要である。あわせて、後述する「研究科等の枠を超えた学位プログラム」の活用を積極的に図っていくことも期待される。

こうした見直しは大学が自ら取り組むべきものであり、その進捗を確認していく必要があるが、国は、このような大学の自主的な改革を促進する観点から、大学院設置基準をはじめとする法令や、認証評価をはじめとする評価の在り方などについても、自主的な改革の進捗を踏まえて不断の検討を進め、必要に応じて見直しを行うことが求められる。

特に、各大学は、学長や研究科長が中心となって、組織として大学院の学生の進路を確保し、学生の進路に対して責任を負うという意識の下で、各研究科・専攻で養成する人材の需要についてできる限り具体的に把握するとともに、各研究科・専攻における修了者の状況を把握・追跡する[16]ことが求められる。その状況を踏まえた上で、所属する学生の多くについて進路の確保が今後も見込めない研究科・専攻については、定員の縮小や、社会的ニーズの高い研究科・専攻等への振替も含め、定員設定に反映することが必要である。特に博士課程については、進路において一定の割合を占める大学の若手教員・研究者の雇用の状況や、ポストドクターの分野ごとの雇用の増加や減少等の変化についても留意することが求められる。

なお、将来、全体的な傾向として、各大学院の研究科・専攻における定員の再設定が進むなど、各大学自らの手で教育研究組織の適切な運営が行われていることが確認できる場合であって、大学全体として自ら学位の質を担保する内部質保証が機能している場合に、国は、例えば、必要な研究指導教員等が確保できてい

16　平成30年グランドデザイン答申においては、今後、各大学の教学面での改善・改革に係る取組を促すため、教学マネジメントに係る指針を国が大学へ示すことが盛り込まれており、その内容が議論されている。その中で、当該指針に、学生の卒業後の状況や卒業生に対する評価の把握・活用を位置付けることが検討されており、指針に基づいた各大学の取組が定着した暁には、指針で示す事項について、大学の認証評価や設置審査等の業務に携わる者が参照し留意することが期待されている。

る前提で、研究科において専攻単位の定員の設定を自由化できるようにするなど大学院の定員管理が学部における定員管理とは異なる部分があることを踏まえつつ、大学院における定員設定の柔軟化を制度的に検討することも考えられる。

②各課程に共通して求められる教育等の在り方

（コースワークの充実）

大学院における教育課程の編成については、累次の答申等で指摘されているとおり、課程制大学院制度の本旨に照らして、学修課題を複数の科目等を通して体系的に履修することで、関連する分野の基礎的素養の涵養を図り、学際的な分野への対応能力を含めた専門的知識を活用・応用する能力を培うコースワークの充実が必要である。また、各大学は、三つの方針、特に「学位授与の方針」を実現する観点から、プログラムとして学生に対して共通に求められる能力を身に付けさせるため、コースワークを実施するに当たって必修科目やコア科目を適切に設定すべきである。

「修士課程」「博士課程（区分制・一貫制）」「専門職大学院の課程」のいずれの課程においても適切な取組が求められるコースワークについて、国は、各大学の取組を促すために博士課程教育リーディングプログラムの優れた取組の普及を図るとともに、引き続き卓越大学院プログラム等を通じて、優れた事例の創出と普及を進めるべきである。

（「学部・研究科等の組織の枠を超えた学位プログラム」等の活用）

「知のプロフェッショナル」にふさわしい高度な専門的知識と普遍的なスキル・リテラシー等をそれほど規模の大きくない単独の専攻で育成することは困難であるため、複数の専攻を横断・連携した取組が効果的と考えられる。しかし、平成 28（2016）年度時点で「専攻又は研究科を横断して共通のコア科目を設置している」のは全分野平均が約４割のところ人文・社会科学系は２～３割、「主専攻分野以外の分野の授業科目の体系的な履修を行っている」のは全分野平均が約３割のところ人文・社会科学系は３割未満にとどまっており、「複数専攻制を実施している」のは７％[17]であり、数年前と比較しても取組が進んでいない。

上述の高度な専門的知識と普遍的なスキル・リテラシー等を身に付けさせるため、必要な教育研究体制を整備し、優れた教育プログラムを構築する観点から、単独の研究科であっても複数の専攻を横断・連携した取組が重要である。さらに、平成30年グランドデザイン答申においては、大学が機動性を発揮して学部、研究科等横断的な教育に積極的に取り組むことができるよう、複数の学部、研究科等を設置する大学が「学部、研究科等の組織の枠を超えた学位プログラム」を、これまでの学部、研究科等とは異なる新たな類型として設置できるよう、制度の見直しを図ることとされている。各大学は、主専攻分野以外の授業科目を体系的に履修させる複数専攻制（いわゆるダブルメジャーやメジャー（主専攻）・マイナー（副専攻））の積極的な導入や、この「学部・研究科等の組織の枠を超えた学位プ

17 「大学院活動状況調査（平成29年度実施）」による。

ログラム」を大学院においても積極的に活用することが期待される。

その際、各大学は、博士課程教育リーディングプログラムの実例を参考として大学院における教育課程を構築・実施することが期待される。その構築・実施に当たっては、同プログラムにおいて評価された点（組織再編や学位プログラムの横展開等が全学規模で行われた点、専門教育と社会の諸問題解決に必要とされる能力の涵養を両立する仕組みが構築された点）や、課題とされた点（一部の教員又は部局による取組となってしまった点、学生の過度な負担への配慮が求められる点）などについて留意することが必要である。

さらに、他国においても産業界と連携し、理系の素養や専門的知識とビジネスで必要なスキル・能力を併せ持つ人材育成を進めるなどの高度な専門的知識と大学院修了者にふさわしい普遍的なスキル・リテラシーを身に付けさせる取組[18]が行われている。国は、各大学が「学部・研究科等の枠を超えた学位プログラム」を適切に活用できるよう、海外における先行事例を参考となるように調査し、日本と海外の大学院を取り巻く状況や環境の違い、将来の大学院の学生に求められるスキル・リテラシー等に留意しつつ、情報提供するべきである。

専門職大学院の課程においては、高度で専門的な職業能力を有する人材養成に特化した実践的教育を行っていることから、大学全体の教育・研究リソースを活用した教育の活性化の観点から、プログラムの一部のコンテンツや教育機会を他研究科・専攻に提供することなどが期待される。

また、各大学が強みや特色を最大限に発揮し、我が国全体の大学の教育・研究リソースを有効に活用していく観点から、連合大学院、共同教育課程等の国内大学が連携した取組に発展させていくことも効果的と考えられる。

（ダブル・ディグリー、ジョイント・ディグリー等の推進）

また、「知のプロフェッショナル」に求められる俯瞰的な視点や国際的な感覚を養い、切磋琢磨を促す観点から、留学生などの多様なバックグラウンドを有する優秀な人材を結集させ、切磋琢磨することで自らレベルアップしていける環境の構築や、海外留学並びに海外大学とのダブル・ディグリー及びジョイント・ディグリーの取組が重要と考えられる。こうした取組は企業を含む社会から高く評価されているところであるが、

・日本人大学院生の留学者数は、修士課程及び博士課程の「工学」分野で大幅な増加が見られているが、他の分野では大きな変化は見られない

18　例えば、米国などにおいては理系の素養や専門的知識とビジネススキル・能力を併せ持つ人材育成を志向するＰＳＭ（Professional Science Master’s）と呼ばれるプログラムが存在する。科学分野で修了後すぐに産業界で通用するよう、修士レベルの科学、技術、工学、数学（いわゆるＳＴＥＭ分野）を中心としたカリキュラムにおいて、特定の産業分野固有のマネジメント・技術スキルなども取得できる学際的なプログラムであり、米国ＮＰＳＭＡ（National Professional Science Master’s Association）の認証を受ける必要がある。

・大学院の課程における平成 27（2015）年度時点のダブル・ディグリー実施大学は 74 大学、平成 30（2018）年９月時点のジョイント・ディグリー実施大学は９大学と少ない

という現状にある。海外大学とのダブル・ディグリー、ジョイント・ディグリーといった取組も、高度な専門的知識と普遍的なスキル・リテラシー等を学生に身につけさせる観点から各大学の人材養成目的に照らして積極的に実施される必要がある。

③各課程ごとに求められる教育の在り方

（三つの方針と各課程との関係の再点検）

各大学は、「知のプロフェッショナル」を養成する観点からも、前述の各課程で共通して求められる教育の在り方を意識しつつ、その人材養成目的及び自らが設定する三つの方針に基づき最適な課程を選択し、教育課程を編成することが必要である。そのためにも、各大学は、三つの方針（特に「学位授与の方針」）に照らして、大学院において、「修士課程」「博士課程（区分制・一貫制）」「専門職大学院の課程」のどの課程で、自らの教育活動を展開していくことが適切であるのかということもあわせて考慮する必要がある。

博士、修士、専門職大学院の課程の目的は、それぞれ大学院設置基準等に示されているところであり、これまで平成17年大学院答申においても、各課程の目的・役割の焦点化については、一定の整理がなされてきたところであるが、今回、2040年の社会において活躍することが求められる「知のプロフェッショナル」の姿を踏まえつつ、各大学が、各大学院における三つの方針に照らして最適な課程を選択するための参考に供する観点から、各課程において主として想定される目的・役割と、その課程において重点的に行われることが求められる教育活動等について一定の整理を試みたところである。

以下に示される各課程の姿は、あくまで典型的に期待される姿であり、この内容のとおりに各大学院における各課程を画一的に峻別し固定化することを求めているものではない。例えば、2040年の社会においては、博士課程を修了した高度専門職業人が、その職業経験を活用しながら研究者・大学教員として教育研究に従事するケースや、修士課程を修了した者がすぐに社会人として博士課程に入学してくるケースなど、各セクターを往還する者が増加することなども想定され、学生の柔軟な進路を確保する観点から、各課程の姿やそれぞれの接続関係には一定の柔軟性が必要であると考えられるからである。各大学が、自らの強み・特色や創意工夫を生かして、この典型的に期待される姿に付加価値を付けることが期待される。

各大学は、このような整理も考慮しながら、従来からの設置の経緯にとらわれることなく、自らどの課程において、どのような教育課程により三つの方針を実現するのかということに焦点を当てて真剣に検討し、改めて人材養成目的と課程との関係性の再点検を図ること、その考え方を学内外に説明していくことが求められる。

【修士課程】

（総論）

修士課程は、通常２年間で完結することが想定されている課程であるということを踏まえ、平成17年大学院答申における四つの人材養成機能に照らした場合、極めて高い水準の研究能力が一般的に求められる「研究者」「大学教員」の養成を主たる目的とすることは想定されない（大学院設置基準上、研究者として自立して研究活動を行うのに必要な高度の研究能力及びその基礎となる豊かな学識を養うことは博士課程の目的とされている）。このため、「高度専門職業人」「高度で知的な素養のある人材」の養成を主たる目的とするものと考えられる。

修士課程において行われる修士論文の作成は、我が国における大変特徴的な取組であり、課題解決型の優れた取組と評価されている。各大学は、修士課程においては、狭い専門分野の教育に陥らず、俯瞰的な能力が養われるよう、コースワークと研究指導の両者を適切に組み合わせて実施する必要がある。

学士課程から修士課程に直接進学する者に対しては、社会経済の高度化・複雑化に伴い、要求される知識量等の増加に対応するために、学部段階の教育との有機的な接続を図ることが必要となってきている。具体的には、

・学部段階でいわゆるリベラルアーツが展開されている場合、その教育の成果を引き継ぎ、高度な汎用的な能力の伸長とメジャー（主専攻）・マイナー（副専攻）の深化を図るための教育を大学院において行うこと
・特定の専門分野を有する学部の中においても、複数の専攻分野の履修や、社会が変化しても陳腐化しない普遍的なスキル・リテラシーの育成を図ってきた場合に、その内容の深化を図るための教育を引き続いて大学院において行うこと

等が考えられる。その際、学士課程において異なる分野を履修した者も含めた学生の自由な進路選択の保障、専門分野に関する国際的なレベルでの幅広い基盤の形成や能力の向上、多様性の確保による大学院の活性化等の観点から、各大学院において「入学者受入れの方針」に照らした適切な入学者選抜を実施する必要がある。また、必要に応じて基礎的な知識に関する再教育の実施、社会人及び留学生に対応したコースの設定など、国内外の他の大学・大学院の出身者、社会人等を対象として広く門戸を開くことには引き続き留意すべきである。

（高度専門職業人の養成に当たり重視されるべき事項）

高度専門職業人養成の場としては、修士課程及び専門職大学院の課程が考えられる一方で、例えば「専門職大学院を中核とした高度専門職業人養成機能の充実・強化方策について」（平成28（2016）年８月10日中央教育審議会大学分科会大学院部会専門職大学院ワーキンググループ）（以下「平成28年専門職大学院充実・強化方策」という。）等において、必ずしも修士課程と専門職大学院の課程の役割分担が明確ではない旨が指摘されてきた。

高度専門職業人の養成に当たって、修士課程では、研究指導が行われることが制度上予定されていることを踏まえ、そうした研究を通じて得られる知見や経験を必要とする職業に就く者を対象とした教育を実施すること、特定の職業と深く結びついた知識や技能の修得に最適化されたものとして設計されている専門職大学院の課程においては行うことが制度上予定されていないような教育を展開することが求められる。各大学は、例えば、

- 特定の職業に即時に結びつくわけではないが、様々な職業を担う上で必要となる高度かつ広範な専門的能力と高度の汎用的能力（例えば、最先端の知にアクセスできる能力、社会的・経済的価値を判断する能力、高度な英語力を含むグローバル化に対応したコミュニケーション能力、ＳＴＥＡＭ分野の基礎的な知識やデータサイエンスの知識や高度な教養等「知のプロフェッショナル」に求められる能力）をより重点的に培うものであること
- 学問分野の体系に即したコースワークと研究指導が展開されることにより、特に職業社会での活用が可能であり、社会の潜在的な要求を顕在化させることで社会的価値の創出にもつなげられる実践的な研究能力を育成するものであること
- 社会人の再教育にあっては、学術的な観点から行われる研究指導と修士論文の作成又は特定の課題についての研究の成果の審査を通じて、実世界に対する体系化された学問の適用等を志向することにより、例えば、職業社会における現実の課題の解決等につながるものであること

等を十分意識した教育を展開する必要があると考えられる。こうした教育課程を編成するに当たっては、大学院設置基準で修了に必要な単位数として定めるものは最低限必要とされるものであることを踏まえ、これを超えて人材養成目的の達成のために必要な授業科目等を実施することも考えられる[19]。

なお、高度専門職業人養成においては、実務経験を有する教員による実践的な教育が必要であるが、現行の大学院設置基準においては、研究指導教員と研究指導補助教員の配置のみが位置付けられており、実務の経験を有する教員を修士課程において配置するインセンティブに乏しい実情にある。このため、高度専門職業人を養成する修士課程におけるコースワークを充実させる観点から、実務家教員の積極的な配置を後押しできるよう、研究指導教員と研究指導補助教員に加え、実務の経験を有する教員の配置について、今後法令上の位置付け等も含めた在り方について検討を続けていく必要がある。

また、各大学は、平成28年専門職大学院充実・強化方策で提起された専門職大学院の改革に準じて、高度専門職業人を養成する修士課程についても産業界をメンバーとし、産業界等との連携による授業の実施等について審議する「教育課程

19　大学院の各授業科目の単位数を定めるに当たっては、１単位の授業科目を 45 時間の学修を必要とする内容をもって構成することを標準とし、授業の方法に応じ、当該授業による教育効果、授業時間外に必要な学修等を考慮して、単位数を計算するものとされており、授業外の予習・復習等の学修時間の確保には留意する必要がある。

連携協議会」に類する枠組みの設置を検討することも考えられる。

【博士課程】

（総論）

我が国の博士課程は、これまで多数のノーベル賞受賞者など国際的にも高いレベルの研究者を輩出するなど、学問分野の発展・継承に非常に大きな役割を果たしてきた。これは研究室における教員や他の学生との喧々諤々の議論を通じた濃密な教育研究において、極めて高度な専門性が涵養されてきたことによるものと考えられる。今後の博士課程における人材の養成に当たっても社会や産業界と連携を図りつつ、博士課程で重視されてきた極めて高度な専門性に加えて、博士課程にふさわしいレベルの幅広い能力を培うため、基礎となるコースワーク、博士論文研究基礎力審査及び研究指導（研究室のローテーションを含む）について、それぞれの取組の趣旨を踏まえて適切な規模や手法により実施することが重要である。

いわゆる区分制博士課程における博士前期課程は、修士課程とは異なる役割を有するものであり、本来は５年一貫の課程の一部をなすものとして設計されるものであることは改めて留意する必要がある。しかしながら、実態としては、博士前期課程の定員が、博士後期課程の定員に対して著しく多く、博士前期課程で修了する学生が多くを占める状況にある。この場合、博士前期課程で修了する学生と、博士後期課程まで修了する学生との人材養成目的が全く一致するといったことは現実的には考えにくい。

人材養成目的に照らして最適な教育課程を編成することが必要であるということを踏まえ、例えば、博士後期課程に進学することが見込まれない部分に係る博士前期課程の一部の定員を、当該博士前期課程とは異なる修士課程として切り出すとともに、残りの部分を５年一貫の博士課程として整理することや、区分制博士課程を維持する場合にあっても博士課程内部でプログラム分けを適切に行う[20]こと（例えば、研究者養成コースと高度専門職業人養成コースの区分）など多様な対応方策が考えられる。

また、後期３年のみの博士課程については、前期２年と接続した後期３年の博士課程とは異なる役割を有するものとして、複数の修士課程を基礎とした学際領域などの特色ある教育研究を実施する場合などに活用されてきたが、2040 年の社会を見据え、例えば、修士課程や専門職大学院を修了した学生が更に高度な専門性を身に付けるための課程として一層活用するなど、Society 5.0 において、融合領域を含む新領域を形成していく上で先導的な役割を果たすことが期待される。

４年制の博士課程については、６年制の学士課程の中で既に特定の職業に関す

20 ただし、課程途中での学生の進路変更が完全に阻害されることのないよう一定の柔軟性を備えた仕組みとすることが必要である。

る職業資格が取得できる等の各分野の状況を踏まえつつ、以下に述べる取組等を必要に応じて実施することが期待される。

（社会の求める教育とのミスマッチの解消）

大学以外への進路の一つとして企業が挙げられるが、博士課程のカリキュラムまたは博士課程修了者と社会や企業の期待との間にはミスマッチが生じているという指摘がある。つまり、博士課程を通して身に付けられる能力や博士課程修了者が自ら意識している強みが特定の専門分野の知識や方法論であるのに対し、企業は特定の専門分野の知識や方法論だけでなく、専門分野以外も含めた幅広い能力（柔軟性・適応能力、社会的・経済的価値を判断できる能力等）も求めており、博士課程のカリキュラムや博士課程修了者の意識と企業の認識との間にずれが生じている。それゆえ、博士課程修了者が自らの有する能力のうち、企業が求める能力を適切にアピールできていないことが懸念されている。

また、企業の研究者・開発者については、約９割の企業において博士課程修了者を採用していないという調査結果[21]があるが、その理由として、「企業では特定分野の専門的知識がすぐには活用できない」ことや、「社内教育による方が効果的である」ということが挙げられている。一方、別の調査[22]によると、実際に博士課程修了者を採用した企業のうち約８割が、採用後の印象として「期待を上回る」または「ほぼ期待通り」と回答しており、この割合は学士や修士の割合を総じて上回っている。したがって、企業が博士課程修了者の能力を適正に評価できる機会を充実することも必要であり、これは企業における研究者以外の進路の場合にも妥当すると考えられる。

このため、各大学には、人材養成目的に応じて、修了生の約４割が企業・官公庁に就職している博士課程教育リーディングプログラムの成果のうち、博士課程のカリキュラム・博士課程修了者と社会や企業の期待との間のミスマッチを解消し、企業が博士課程修了者の能力や専門性を知る上でも有益と考えられる以下のような取組を進めていくことが期待される。

＜博士課程修了者が企業の求める俯瞰的な能力を身に付けられる取組＞
- 主専攻分野以外の分野の授業科目の体系的な履修、専攻又は研究科を横断した共通のコア科目の設置
- 複数専攻制、研究室ローテーションの実施
- 異分野の学生や教員の交流を促進するための環境整備

21　「民間企業の研究活動に関する調査報告 2017」（2018 年５月科学技術・学術政策研究所）による。
22　「民間企業における博士の採用と活用」（2014 年２月科学技術・学術政策研究所）による。

＜企業と博士課程修了者の相互理解が進む取組＞
・実務家教員による高度で実践的な教育の実施、企業等メンターの活用
・企業等との共同研究
・企業等と協働でのカリキュラム作成、実践的な社会的課題を題材としたプロジェクトなど

また、博士課程修了者のキャリアパスの多様化及び博士課程の学生の高度な専門性の社会還元の観点から、博士課程の学生の有する専門的知識や問題分析能力等を企業や行政等における実課題の解決に活用するような、博士課程の学生にふさわしい実践的な内容のインターンシップを大学と企業・産業界等が組織的に連携し、行っていくべきである。

(研究者・大学教員の養成に当たり重視されるべき事項)

今後の大学教員は、自らが専門とする学問分野の特定テーマについてのみ講義が行えるということではなく、当該学問分野の全体像や関連するテーマについても、少なくとも学士課程レベルの講義を行い、また英語で講義を行う能力が基本的に求められるようになってくるという指摘、さらに非専門家とのコミュニケーション能力が重要になってくるという指摘に留意しつつ、研究者・大学教員を養成する博士課程におけるコースワークの充実が図られるべきである。

大学院において高度な学問を修める者は、修了後に直ちに大学教員とならない場合であっても、将来的に自らの知識や技術を他者へ教授する機会が生じる見込みが高いことから、各大学は博士課程の学生全体を対象とした教育能力を身に付けるための授業科目開設等の取組（プレＦＤ）を推進すべきである。その際、教育能力を身に付けさせる観点からは、単なる教員の補助ではなく、授業や教育内容の企画等を経験させることも一つの取組事例となり得る。また、各大学は、プレＦＤを自ら実施することだけではなく、教育関係共同利用拠点や大学等連携推進法人の活用など大学間連携の枠組の活用も見据えてその機会の充実を図っていく必要がある。国はこうした取組を後押しする観点から、博士後期課程については、大学がプレＦＤの実施や情報提供に努めることを法的に位置付けるべきである。

あわせて、各大学は、「同質者の間では学問的刺激も弱く、新しい学問分野の生成が生じにくい」ということ、「大学院が学術研究の最先端で創造的な成果をあげていくためには、異質なものとの交流の中から新しい発見やヒントが生まれるようになっていることが重要」といった過去の答申の指摘や、学生の多面的な能力の展開、公正な採用といった点には十分留意することが求められる。加えて、各大学内外で行われる若手の研究者及び大学教員の養成プロセスとの有機的な接続も考慮しながらその教育を展開することが必要である。

また、我が国の国際共著の論文数や割合は諸外国と比べて低いことも踏まえ、研究者・大学教員を養成するに当たって、各大学は、修了後の研究者としての活

動における海外研究者との競争や協働を見据え、幅広い視野や国際感覚、英語での共同研究能力を養い、切磋琢磨を促す環境を提供する観点から、海外の大学や研究機関への長期留学や、海外大学とのダブル・ディグリー、ジョイント・ディグリーの取組を進めていくことが、特に強く期待される。

なお、研究成果の社会実装という観点から、大学における研究者には、産業界における動向等を理解し、産業界と円滑なコミュニケーションを図る重要性が高まっていることを踏まえ、博士課程の学生の時点から産業界との共同研究等に携わる機会が積極的に与えられることが必要である。その際、産業界との共同研究等が、学生にとって過度な負担とならず、モチベーションを持って取り組めるようにするため、例えば、共同研究等を博士課程における授業又は研究指導としてカリキュラム上適切な形で位置付けておくことや、産業界から学生への経済的支援を獲得すること等の工夫[23]が求められる。

（高度専門職業人の養成に当たり重視されるべき事項）

修士課程を超える水準の高度専門職業人養成を人材養成目的に設定した博士課程は、博士課程である以上、コースワークと博士論文を作成するに足る研究指導が行われる必要はあるものの、研究者・大学教員を養成する博士課程とは重点の置き方が異なる教育の在り方が考えられるところである。

この場合にも、23 ページにおいて述べたとおり、博士課程修了者が企業の求める幅広い能力を身に付けられる取組や企業と博士課程修了者の相互理解が進む取組を進めていくことが期待される。

また、高度専門職業人を養成する修士課程と同様、実務の経験を有する教員による実践的な教育が必要であるが、現行の大学院設置基準においては、研究指導教員と研究指導補助教員の配置のみが位置付けられており、実務の経験を有する教員を博士課程において配置するインセンティブに乏しい実情にある。このため、高度専門職業人を養成する博士課程におけるコースワークを充実させる観点から、実務家教員の積極的な配置を後押しできるよう、研究指導教員と研究指導補助教員に加え、実務の経験を有する教員の配置について、今後法令上の位置付け等も含めた在り方について検討を続けていく必要がある。

さらに、各大学は、専門職大学院における「教育課程連携協議会」に類する枠

23　例えば、北陸先端科学技術大学院大学では、企業が博士後期課程に進学する学生に対し、修了後に当該企業に就職することを条件として奨学金を貸与し、学生が当該企業で一定期間働けば返済が免除される仕組みを設けることを予定している。なお、本取組では、大学教員と企業の担当社員が連携して当該学生の研究指導に当たる予定。
また、ドイツの研究所では、原則として研究所の所長等が大学教授を兼任しており、当該教授の研究室に所属する大学院生が、研究所と雇用契約を結び給与を得て研究しているケースが見られる。一方、我が国では独立行政法人理化学研究所や独立行政法人産業技術総合研究所において、大学院生が研究所と雇用契約を結び給与を得て研究できる制度が設けられている。

組みの設置を検討することも考えられる。加えて、高度専門職業人として必要な能力を高い水準で養成するという観点から、博士前期課程のみならず、博士後期課程においても大学院設置基準に定められた最低必要単位数に過度にとらわれることなく、それを超えてより一層充実したコースワークを積極的に設定することが考えられる。

なお、高度専門職業人の養成については、博士後期課程に在学する学生が早い段階から実社会との接点を多様に確保していくことが特に有意義であることから、そうした者に対する経済的支援については、学修活動と相乗効果が認められるような中小企業や大企業における有償のインターンシップ、地域課題解決のための専門家としての派遣、学内ワークスタディの活用を積極的に検討することが必要である。

また、博士後期課程レベルにおける高度専門職業人の養成については、専門職大学院制度の発足から10数年以上が経過する中で、それらの成果も活用しつつ、新たな課程の創設（課程の目的、学位の在り方、修了までに必要な単位数、実務家教員を含む教員組織の在り方等）に関して、引き続き検討が必要と考えられる。

【専門職大学院における課程】

（教育課程等について）

平成 28 年専門職大学院充実・強化方策において、「専門職大学院における教育の質保証と教育内容を可視化する観点から、コアカリキュラムを、各分野において、ステークホルダーや認証評価機関、学会等の参画を得た上で策定し、必要に応じて更新することを促すことが必要」とされている。また、「コアカリキュラムが策定された場合は、その導入状況を、認証評価において確認（各専門職大学院の判断で導入しない場合は、合理的な理由の有無を確認）することを促すことが必要である」とも提言されている。

当該提言を踏まえ、国は、各分野におけるコアカリキュラムの策定状況や教育課程への反映状況の統一的な把握を進めるとともに、認証評価団体における評価基準への反映状況を確認し、各分野の学協会等において高度専門職業人を目指す学生や社会人、さらにはステークホルダーへの積極的な情報発信を進めるべきである。また、各大学は、評価団体や関係する職能団体等、さらにはステークホルダーと協働し、常に当該分野の高度専門職業人として修得すべき最低限の資質能力を見直すとともに、身に付けた能力を継続的に維持・向上させることの必要性や、各資格において求められる各種要件等についての国際的な状況も勘案しつつ、教育課程を改善していくことが求められる。

文部科学省の調査によると、実務家教員の養成や、専門職大学院卒業後、実務経験を経た者に対するより高いレベルの教育が求められていることから、法科大学院を除く専門職学位課程のうち約５割が、博士後期課程レベルの専門職学位課程が必要と考えている。前述のとおり、博士後期課程における高度専門職業人の養成については、将来的に検討が必要と考えられるが、現時点においては専門職大学院修了者の大学院等への進学は約１％にとどまっている。そのため、当面、専門職大学院の課程から博士後期課程へ進学を希望する学生に対しては、例えば、高度の専門性が求められる職業を担うための人材育成を行う専門職大学院の趣旨を踏まえた上で、博士課程との連携を図ったり、教育課程の内容の工夫を図ることで研究に関する能力を身に付けることなどが考えられる。

（教員組織について）

文部科学省の調査によると、専門職大学院全体の専任教員数は、平成 29 年度は約 3,356 人であり、うち実務家教員が約 43 %を占め、学内の他の学部又は大学院の専任教員の数に算入（ダブルカウント）する教員は約 21 %、法科大学院以外の実務家教員の博士の学位保有者割合は約 21 %となっている。研究者教員（専門職大学院における実務家教員以外の教員をいう。以下同じ。）と実務家教員の割合を分野別で見ると、ビジネス・ＭＯＴ分野では実務家教員の割合が約 60 %と多く、法科大学院においては約 31 %であり、分野において違いが見られる。専門職大学院では、高度専門職業人養成に特化した実践的な教育を行うため、実務家教員を

専任教員の３割以上配置（法科大学院についてはおおむね２割、教職大学院についてはおおむね４割）することとされている。

このため、実務家教員の採用、ＦＤ等に意を用いる必要があり、これまで教育実績を積んできた研究者教員と実務家として新たに教員となる者では、実際に学生に対して教育を行うための準備に必要な時間・内容が異なると思われることから、新たに実務家教員として採用する場合は、実際に教育を実施する前に通常の新規採用職員向けのＦＤだけではなく、各大学における実務家教員用のＦＤ又は一定期間の研修プログラムの開発・実施を促進する必要がある。

また、実務家教員は、最新の専門的知見を教育に取り入れるために有効ではあるが、長期間大学に勤務し続けると、専任教員として採用後に高度の実務能力をチェックする仕組みがないことから、現場における最新の情報や最先端の技術等をうまく教育に取り込めず、社会の最新のニーズを反映した教育ができない恐れがあると指摘されている。こうした課題に対応するために、各大学は、クロスアポイントメント制度の活用を促進することや、実務家教員として採用後、一定期間経過した時点で、実務家教員が現場における最新の情報や最先端の技術等を踏まえて教育できているかどうかを、教育課程連携協議会等を活用して確認することが考えられる。

また、海外のビジネススクールの教員組織に着目すると、Financial Times のビジネススクールランキングトップ 100 の多くの大学では教員の約９割は博士の学位を有しており[24]、学術的な生産性も重視しているところである。専門職大学院の教育活動においては、最先端の研究成果に裏打ちされた理論と実践性の両面が求められることに留意し、期間に定めのない雇用契約を締結する実務家教員については、研究者教員と同様に、博士の学位取得を進めていくことが求められる。これにより、採用されて一定期間経過した実務家教員は、研究者教員となることや実務への復帰等、実務家教員の希望や適性に応じたキャリアパスを選択することを可能とし、人材流動のサイクルを生み出すことで教員組織のバランスと質が継続的に保たれることが期待される。

（認証評価について）

特定の専門分野において、世界的に認知度の高い評価機関（以下「国際的な評価機関」という。）からの認証を得る動きが広がっている。このため、今後の我が国の大学教育の国際通用性を向上させ、世界中から優秀な人材が集まる大学群を形成していくため、国際的な評価機関からの認証を得て、その国際的なプレゼンスの向上を図っていくことも望まれる。

24　出典　FT.com Business School Rankings; Masters in Management 2018: http://rankings.ft.com/exportranking/masters-in-management-2018/pdf

専門職大学院に対する分野別認証評価については、文部科学大臣が認証した評価機関に代えて、適正な評価を行うと国際的に認められたものとして文部科学大臣が指定した団体から評価を受けることも制度的には可能となっている。これは、ある分野の評価機関として国際的に第一級と認められた機関等の基準を満たした団体が想定されていたところであるが、その要件が十分に整理されていないこともあり、現時点で指定されている団体はない。

国際的な評価機関として、例えば、ビジネスの分野では、50 前後の国・地域の大学等を 100 校以上認証している評価団体が存在する。当該団体と連携する大学や企業等とのネットワークに参加できることや同基準で認証されている大学間での実質的な国際連携が進むことを期待し、そのような団体からの認証をもって国内の評価機関の認証に替えることを希望する大学が、そうした海外の評価団体の評価実績や認証による効果等について、十分な説明ができる場合には、「適正な評価を行うと国際的に認められた」団体として指定できるよう、早急に要件の整備を進めることが必要である。なお、指定をする際の判断基準としては、例えば、認証した大学について一定数以上の実績があることや、その認証した大学の所在する国・地域が特定の地域に偏っていないことなどが考えられる。

さらに、専門職大学院の理念である「理論と実務の架橋」に基づいた教育を実施する観点から、研究者教員、実務家教員、みなし専任教員[25]のバランスについて、設置基準で示す最低基準にとらわれず、各分野において、教育上適正な教員組織を構築すべきであることから、この点についても認証評価において確認することを検討するべきである。

（社会に対する情報公開の促進）

専門職大学院修了者の状況については、就職率は約６割にとどまるが、修了者の約 28%は法科大学院修了者であり、法科大学院修了者を除くと約８割が就職（有職者が仕事に戻るケースを含む）している[26]。学校教育法施行規則第 172 条の２において、大学は修了後の進学者数や就職者数等についての情報を公表することが規定されているが、専門職大学院において、在職しながら通っていた修了者が所属先に戻った後の状況や、転職などによりキャリアアップを図ったのかというような、自ら養成した人材が企業等でどのような評価を受けているのかまでは十分に公表されていない。

25　専門職大学院に関し必要な事項について定める件（平成 15 年文部科学省告示第 53 号）において、必置実務家教員のうち、２／３の範囲内については、専任教員以外の者であっても、１年につき４単位以上の授業科目を担当し、かつ、教育課程の編成その他の専門職学位課程を置く組織の運営に責任を担う者（みなし専任教員）で足りるものとされている。

26　文部科学省「学校基本統計（平成 30 年度）」による。

また、専門職大学院は、厚生労働省の教育訓練給付[27]の一つである専門実践教育訓練給付金に係る指定講座の対象となっているが、講座指定基準について議論をしている労働政策審議会人材開発分科会においては、他の指定講座と異なり専門職大学院は在職者が多いことから就職率ではその教育効果を図ることができず、専門実践教育訓練効果を評価するためのエビデンスが十分でないことから、在職者の受講効果の把握及び多面的な分析がさらに必要であるという意見がある。こうした意見に応える観点から、今後、各大学は、在籍・採用企業側の評価、キャリアアップなど入学前と修了後一定期間経過後の処遇の変化など、専門職大学院の効果に関わるより具体の情報を収集するとともに、その公開の促進が求められていることに留意すべきである。

27　働く人の中長期的なキャリア形成を支援し、雇用の安定と再就職の促進を図ることを目的とする雇用保険の給付制度。雇用保険の被保険者等が対象。

④学位授与の在り方

（研究指導体制の強化と学位審査の透明性・公平性の確保）

学位は、大学[28]が、教育の課程を修了し当該課程の目的とする能力を身に付けた者に対して授与するもの、という原則が国際的にも定着しており、そうした能力を身に付けるための適切なコースワーク・研究指導と学位審査が行われる必要がある。また、今後更なるグローバル化が見込まれる中で、留学生の受入れや修了生の海外での活躍を促進する観点から、国際的な通用性があることを前提とした学位の質保証に更に努めることが重要であり、これは累次の答申でも指摘されている。

特に、博士の学位は、専攻分野について研究者として自立して研究活動を行うに必要な高度の研究能力などを身に付けた者に対して授与するもの、という原則が国際的にも定着しているが、未だ我が国においては、いわゆる「碩学泰斗」の証として博士の学位を認識している大学教員もいるという指摘もある。各大学は、課程制大学院の趣旨に基づき標準修業年限内の円滑な学位授与に努めてきており、標準修業年限内に博士後期課程を修了する者の割合は、平成17（2005）年度では、人文・社会科学系は２割未満、理工系は約５割であったが、平成28（2016）年度では、人文・社会科学系は３～４割、理工系は約７割に改善されてきている[29]ものの、引き続き、研究指導体制等の強化及び学位審査の透明性・公平性の確保をさらに図ることが重要である。

この研究指導体制の強化について、平成17年大学院答申では、「複数の指導教員による論文指導体制を構築すること」が適当とされており、平成23年大学院答申では、「異なる専門分野の複数の教員が論文作成等の研究指導を行う体制の確保」が重要とされている。平成28（2016）年度の博士後期課程に関する調査では、「複数の指導教員による論文指導体制を構築している」のは約７割であるのに対し、「異なる専攻の教員を加えた論文指導体制を構築している」のは約３割と低い[30]。

また、学位審査の透明性・公平性の確保については、平成17年大学院答申では、「口頭試問を公開すること」、「論文審査委員名を公表すること」、「論文審査に係る学外審査委員の積極的登用を図ること」が適当とされており、平成27年大学院審議まとめでは、「盗用検索ソフト等の活用」が求められるとされている。平成28（2016）年度の博士後期課程に関する調査では、「論文発表会を公開で実施している」のは約９割、「学位審査に係る委員名を公表している」のは約８割、「学位審査において、学外の審査委員を登用している」のは約７割であるのに対し、「盗用

28　31～34ページの学位授与の在り方については、学位授与主体の一つである独立行政法人大学改革支援・学位授与機構においても参考とすることが期待される。

29　「各大学院における「大学院教育振興施策要綱」に関する取組の調査結果について（平成19年7月 文部科学省）及び「大学院活動状況調査（平成29年度実施）」による。

30　「大学院活動状況調査（平成17年度実施及び平成29年度実施）」による。

検索ソフト（類似度判定ソフト）を導入している」のは約４割にとどまっている[31]。

各大学は、学位授与の主体として、指導教員だけに過度に依存することなく、研究指導及び学位審査における組織としての責任体制を明確化しておくことが不可欠であり、引き続き、研究指導体制の強化のため、研究分野の特性も踏まえつつ、異なる専攻の教員や実務家のほか、海外での研究経験のある者を加えた研究指導体制を構築することなどにより、国際的な通用性を意識した学位の質保証に取り組むべきである。また、学位論文審査においては、盗用検索ソフトなどを活用するとともに、他大学の教員の活用等により客観性と公平性が確保されることが引き続き重要である。

大学院設置基準において「大学院は、学修の成果及び学位論文に係る評価並びに修了の認定に当たっては、客観性及び厳格性を確保するため、学生に対してその基準をあらかじめ明示するとともに、当該基準にしたがつて適切に行うもの」とされている。大学が「学位授与の方針」を見直すタイミングで改めて、これまで触れてきたような、学位論文が満たすべき水準や、審査委員の体制、審査の方法、審査項目など、学修の成果及び学位論文に係る評価並びに修了の認定に当たっての基準を検討することが求められる。また、国は、大学院の取組について社会や企業に対してより積極的に発信していく観点から、この基準についての公表を法令上で義務付けるべきである。

（「博士論文研究基礎力審査」の在り方について）

平成 24（2012）年度に、博士課程を通じて一貫したプログラムを構築し、博士課程教育の質を高めることを目的として導入された「博士論文研究基礎力審査」は、①専攻分野に関する高度の専門的知識及び能力並びに当該専攻分野に関連する分野の基礎的素養、②博士論文に係る研究を主体的に遂行するために必要な能力の修得状況を確認するものであり、同審査に合格した者には、各大学は修士課程の修了と同等として修士の学位を授与することができる。

「大学院設置基準等の一部を改正する省令の施行について」（平成 24（2012）年文部科学大臣政務官通知）では、同審査の具体的な取組例として、①「専攻分野及びその関連分野の専門的知識・能力を評価するための筆記等による試験」、②「研究報告の提出及び口頭試問等」による審査を挙げているが、平成 26（2014）年度において、同審査を導入している課程・専攻は、理工系の約１割、人文・社会科学系の３～４％であり、そのうち筆記試験及び口頭試問をともに実施しているものは約４割にとどまる現状にある[32]。

同審査については、各大学において、分野の異なる教員や大学の外部の者が審

31　「大学院活動状況調査（平成 29 年度実施）」による。
32　「大学院活動状況調査（平成 29 年度実施）」による。

査に当たることにより多角的な評価を行うことや、カリキュラムマップやルーブリックを適切に設定することで、客観的かつ明確な基準を可視化しているといった工夫が行われている事例などを踏まえつつ、適切に活用が進められるべきである。特に同審査の合格は、修士課程の修了と同様の位置付けとなるものであるため、安易に修士の学位を授与する手段として利用されるべきではなく、審査等が厳格に行われる必要があることについて改めて留意すべきである。また、同審査は、博士後期課程に進学することを前提に適切に運用されるべきであることについて、５年一貫の博士課程を志望する学生に入学前から周知するとともに、同審査を受けるに当たっても改めて周知すること等により、学生と教員の認識を一致させておく必要がある。

各大学は同審査の透明性を確保する観点から、その導入状況（同審査による修士学位の授与状況（大学院設置基準（昭和 49 年文部省令第 28 号）第 16 条の２及び学位規則（昭和 28 年文部省令第９号）第３条第２項に基づくもの）を含む）及び同審査で確認する事項を公表することが求められる。また、国としても同審査を通じて修士の学位を取得した者の数等を把握していない現状にあることから、国は同審査による修士の学位の授与状況及び当該修士の学位を授与された者に対する博士の学位の授与状況を調査する必要がある。

（「論文博士」の在り方について）

いわゆる「論文博士」については、平成 17 年大学院答申及び平成 23 年大学院答申において、学位に対する国際的な考え方や課程制大学院制度の趣旨等に照らし、その在り方を検討すべきとされている。「論文博士」の授与者数及び博士学位授与者全体に占める割合は平成３（1991）年度の 6,106 名（約 56 %）から平成 27（2015）年度の 1,970 名（約 13 %）へ大きく減少している[33]。

大学院設置基準においては、博士の学位授与に当たって、必要な単位を修得し、その上で論文審査及び試験に合格することが要件とされている。一方、「論文博士」については、論文審査に合格し、かつ、博士課程を修了した者と同等以上の学力を有することが要件とされている。

国は、これまで述べたように今後は博士課程においても普遍的なスキル・リテラシー等を身に付ける重要性が高まることや、インターネット等の多様なコミュニケーションツールを活用した教育が展開されてきているといった社会の変化も踏まえ、まず、

・論文博士の学位授与以前の単位の修得状況や研究指導の状況
・学位授与までの期間
・学力試問の内容

等について各大学の実態を把握し、今後の在り方を引き続き検討すべきである。

33　文部科学省「学位授与状況調査（平成３年度及び平成 27 年度実績）」による。

（学位の取消に関する公表の在り方について）

研究活動における不正行為、とりわけ、当該不正が学位論文に関連するものである場合に発生する学位の取消は、我が国の学位に対する信頼を失墜させるものであるが、これまでの数々の防止の取組にもかかわらず、いまだに学位取消の事例が発生している。学位取消に係る手続については、現在、国は学位の取消が発生した際に各大学からの報告を求めているが、その公表の在り方は大学の判断に委ねられている。

大学は、研究活動における不正行為や学位の取消が起こらないよう、引き続き学生及び指導教員に対する研究倫理教育に取り組む必要がある。また、国は、大学で博士の学位取消があった際の公表の在り方について、実態を把握し、法令上の位置付けも含め今後検討すべきである。

⑤優秀な人材の進学の促進

（学位プログラムとしての大学院教育確立の必要性）

前述のとおり、18 歳人口が減少する中においても、諸外国と比べても遜色ない水準で「知のプロフェッショナル」が活躍していかなければ、新たな知の創造と活用は滞ることになり、我が国の国際競争力に大きな問題が生じることは明らかである。「知のプロフェッショナル」を育成するためには、大学院（とりわけ博士後期課程）を志望する優秀な人材を増やすことが重要であるが、現在は、修士課程又は博士前期課程から博士後期課程への進学率が低下し、さらに修士課程等学生数も減少しているという現状にある[34]。

「日本の理工系修士学生の進路決定に関する意識調査」（平成 21（2009）年３月科学技術政策研究所）によると、博士後期課程への進学を検討する際、進学を考えるための重要な条件として、経済的支援と並んでキャリアパスの拡大（民間企業などにおける博士課程修了者の雇用の増加等）が挙げられている。国や大学は、これまでも博士後期課程の学生に対する経済的支援やキャリアパス拡大に取り組んできたが、こうした取組は、これまで述べてきたような学位プログラムとしての大学院教育の確立が果たされてこそ、より一層有効に機能するということは強調しておく必要がある。

（入学者選抜の改善）

優秀な人材を大学院の各課程に受け入れるに当たって、入学者選抜の在り方を工夫することは重要である。平成 17 年大学院答申においては、入学者選抜について「各大学院においては、それぞれの人材養成目的や特色に応じてアドミッション・ポリシー（入学者受入れの方針）を明確にし、公表するとともに、それを適切に反映した入学者受入れを行えるよう、選考の方法や時期等について工夫を行うことが必要である」とされている。

現在、学士課程段階においては、「入学者受入れの方針」に応じた人材を確保するため、大学の講義体験後のレポート提出やグループ討論等を通じ、論理的思考力や課題探求力、独創性等を評価する手法を取り入れ、単なる学力試験や面接にとどまらない多様な入試方法が展開されつつある。大学院においても、博士課程教育リーディングプログラムの例に見られるように、企業人が参加する数日間のセミナーを活用した選抜が行われているような例も出てきている。

各大学は、多様な事例も踏まえつつ、「学位授与の方針」の策定・見直しに合わ

34　修士課程又は博士前期課程修了者の博士後期課程への進学率は、16.1 %（平成３年度）から 9.3 %（平成 30 年度）へ低下している。修士課程等学生数は、約 69 千人（平成３年度）から約 176 千人（平成 23 年度）へ増加し、その後、約 163 千人（平成 30 年度）へ減少している。（出典：学校基本統計）

せて「入学者受入れの方針」の内容や選抜方法等の再検討を行うとともに、引き続き「入学者受入れの方針」に沿った大学院入試改革に取り組むことが求められる。こうした取組を後押しできるよう、国は、「大学院入学者選抜実施要項」の見直しに着手する必要がある。

(修士課程等の学生に対するリクルートの改善)

我が国の大学院は従来、学部を基礎として修士課程・博士課程が「煙突型」に配置されているケースが多く、学生も自大学出身者が多くを占めているため、大学院の各課程を志望する可能性のある者に対する情報発信について、大学が組織的に十分な意識を有しているとは言い難い状況にあるものと考えられる。また、学生の側も、当初から博士後期課程に積極的に進学する意思を有している一部の者を除いて、大学院においてどのような教育を受けることができるのかということや、博士の魅力等について十分な情報を有していない。今後、優秀な人材の大学院への進学を促進するためには、研究に興味があるが、必ずしも大学院という存在に対して理解が深まっていない者に対して、大学院で学ぶ意義や修了後の見通しなどについて効果的に伝えていくことが課題となる。

特に、修士課程、博士前期課程等の学生は、博士後期課程に進学するに当たり、キャリアパスや経済面に不安を感じているが、この不安を解消する観点から十分な情報が提供されていないという指摘もある。一方で、こうした修士課程、博士前期課程等の学生については、企業と大学との間での獲得競争となっているという現状にある。

各大学は、こうした企業との人材獲得競争に直面しているという意識を持って、組織的・戦略的に、学生に対して博士の魅力、大学院の教育研究内容や将来のキャリアパスの具体的な見込み等の情報発信や進学の促進を行う必要がある。こうした取組は進学した学生と大学院のミスマッチの解消にも貢献する。

特に、各大学は、博士後期課程に関する情報発信を行うに当たっては、学生が自らの将来的な姿をイメージし、あこがれを持てるような具体的なロールモデルの提供が必要である。その際、博士後期課程においては、修士課程、博士前期課程と比べて、最先端の研究や学会への参加、論文誌への投稿等のより高度で魅力的な経験ができているという情報も、アピールする事項[35]となり得る。また、進路という観点からは、単なる大学等における研究者、大企業における勤務などのキャリアパスを超え、イノベーションを支える中小企業や新たな価値の創出に主として携わるベンチャー企業の起業など、多様な在り方を分析し、発信することが求められる。

35 例えば、博士課程教育リーディングプログラムの一部の大学で行われている海外での研究活動、産業界メンターによるプロジェクト指導、異分野の学生との協働プロジェクトも博士後期課程と修士課程、博士前期課程との差別化としてアピールする事項となり得る。

なお、日本学術振興会における特別研究員制度、授業料減免、奨学金等の経済的支援の施策については、その採用決定が民間企業の就職内定のタイミングより遅い時期に行われることから、修士課程、博士前期課程等の学生が博士後期課程への進学を意思決定する上で有効に機能していないという指摘がなされている。国は、日本学術振興会における特別研究員制度等の施策について、進学の意思決定のタイミングを踏まえた制度設計とすることを検討していくことが必要である。

（経済的支援）

第５期科学技術基本計画（平成 28（2016）年１月 22 日閣議決定）においては、「『博士課程（後期）在籍者の２割程度が生活費相当額程度を受給できることを目指す』との第３期及び第４期基本計画が掲げた目標についての早期達成に努める。」とされている。優秀な学生が適切な支援を受けられるようにするため、引き続き様々な手法を通じた支援が必要である。

国は、これまで優秀な学生に対するフェローシップや奨学金の返還免除、授業料減免を行ってきた一方、現在、大学独自の取組としてＴＡ・ＲＡといった優れた大学院生に対する給付型支援、この他、企業等からの寄附金等を活用した基金による博士課程学生を対象とした奨学金[36]や、学内ワークスタディ等の大学独自の支援も拡大しつつあり、国費だけに頼らない経済的支援の充実の方策を進めていく必要がある。国は、寄附金や企業との共同研究における収入等といった、大学の財政基盤の確保とあいまって、産み出された財源を大学院生の支援に充てている大学の事例収集と周知に努めるべきである。

また、既存の取組が有効活用される観点や、学生や志望者の不安を解消する観点からも、様々な主体が実施する経済的支援について、全体の状況を整理された形で学生等に伝えていく必要がある。このため、国は、大学院在学を通じて必要な学生納付金等や就学上の支援等に対する見通し（ファイナンシャル・プラン）を各大学が学生等に示すよう努めることを法令上に位置付けるべきである。

36　修士課程在学中から採用候補者となることが可能な仕組みを設けている大学もある。

⑥博士後期課程修了者の進路の確保とキャリアパスの多様化

（進路の確保とキャリアパスの多様化に向けた大学院教育の改革）

博士課程修了者のキャリアパスについては、平成17年大学院答申において、「学生はもとより、大学、産業界等の各主体が、博士課程修了者は大学の研究者になることが当然という意識を改める必要がある。多様な進路の開拓を図るため、各大学院においては、幅広い知識・能力に裏打ちされた高度な専門性を培い、社会のニーズの変化に対応できる人材養成を行うよう、各種の取組が求められる」とされてきたが、平成30（2018）年度では博士課程を修了し就職した者の全体について、人文・社会科学系では約４～５割が大学教員となっており、理工系では約９割が大学教員又はその他の研究者・技術者となっている[37]。また、博士課程教育リーディングプログラムの修了生であっても、企業へ就職した者のうち、研究者・技術者以外となった者は約１割と少ない[38]。

上記のとおり、かつては、博士課程修了者は大学の研究者となることが有力な進路と目されてきたが、これまで述べてきたとおり、我が国の将来に向けて博士課程修了者の高度な専門性や幅広い能力を多様な場で活用していくためには、起業という選択肢も含め、大学以外の場や研究者以外の進路も拡大していくことが必要である。

まず、博士課程のカリキュラムや博士課程修了者の意識と企業の認識との間のずれを解消することが、大学以外の場や研究者以外の進路を拡大する上では必要であり、各大学は、教育プログラムとしての大学院教育を確立するとともに、23ページにおいて述べたとおり、博士課程教育リーディングプログラムの取組も参考にしつつ、博士課程修了者が企業の求める俯瞰的な能力を身に付けられる取組や、企業と博士課程修了者の相互理解が進む取組を実施する必要がある。

（企業等の在り方と博士課程修了者の活躍状況の可視化）

一般的に、企業は、かつてのように充実したオン・ザ・ジョブ・トレーニングを通じて、高度な人材育成を行うことが困難になりつつある。一部の先進的な企業においては、国際競争等に対応する観点から必要な人材を確保するために、博士の学位というよりは個人の能力に主として着目しつつ、博士課程修了者の採用を行うようになってきているものの、博士の学位や博士課程修了者の価値について多くの企業の理解は高いとは言えず、博士課程修了者をそもそも採用した経験がない企業も多い。また、博士課程修了者の採用を検討し始めた企業においても、実際にどのような形で採用すればよいか、採用した者をどのように処遇・活用し

37　文部科学省「学校基本統計（平成30年度）」による。

38　例えば、企業における特許出願管理、環境影響調査等のマネジメント及び企業や大学向けのＡＩ・ＩｏＴ等の技術支援等の業務に携わっている。

てよいか困惑している人事担当者も少なからず存在しているという指摘がある。

雇用慣行の違いは存在するものの、諸外国の企業や国際機関等は積極的に博士課程修了者を採用している。そうした状況の中で、我が国の産業界も奨学金や産学共同研究の充実、実務家教員の派遣[39]等を通じて大学院における人材育成に協力するとともに、過去の前例にとらわれず、博士課程修了者の専門性や幅広い能力等を適正に評価し、それらを活用することや、従業員の大学院での学位取得の奨励を通じて更なる生産性の向上やイノベーションの創出を図ることが我が国の産業界が国際競争の中で生き残っていくために不可欠な取組と考えられる。その際、例えば、高度な専門性のある人材を効率的に採用する方法の一つとして、国際機関では、各ポストで必要とされる学位のレベルごとに人材の募集を実施している事例等を参考にしていくことも考えられる。

また、雇用形態が今後大きく変化する可能性もあるが、大学院（特に修士課程、博士前期課程、専門職大学院）における教育が適切に行われるように、引き続き採用面接等の在り方について検討していくことが求められる。

国は、
- 諸外国の博士課程修了者の活用状況（産業界での幹部職員の学位取得状況等）や能力に見合った処遇（賃金や昇進状況等）について情報を収集し、産業界に対して積極的に情報発信すること
- 学生の就職後のキャリアパスの充実を図る観点も含めて、例えば、大学院生の採用や能力に見合った処遇について優れた取組を行っている企業等の取組を発掘し広く社会的に明らかにすること

により、博士という学位の重要性を周知することで、我が国の企業等の意識・慣行の変革を促すことや、その処遇の在り方について大学と企業の意見交換の契機につなげていくことが必要である。また、企業における研究者以外の進路における博士課程修了者の専門性の活用事例[40]や処遇については、博士全体における統計データや国際比較を行ったデータ等が現時点では少ないため、十分に実態把握が出来ていない状況にあることから、国は、インタビューやケーススタディを通して事例の把握に努めるべきである。

なお、国では、平成 24（2012）年度の公務員制度改革において、国家公務員の総合職試験に「院卒者試験」が新設され、初任給において、大学院修了が評価される（学士課程を卒業した者が２年働いた場合より高い給与が支払われる）仕組みとなっているが、博士課程修了者が修士課程・専門職大学院の修了者と比較して優遇される仕組みとはなっていない。政策立案に携わる行政官が高度な「知の

39　企業において、大学で教育研究に携わった経験や実績が大学から実務へ復帰する際にも適切に評価されることが必要である。

40　博士課程教育リーディングプログラムでは、文部科学省及び日本学術振興会が広報用パンフレットを作成するなど、企業における研究者以外の博士課程修了者の活用事例の広報を進めている。

プロフェッショナル」として活躍していくことは重要であることから、企業に呼びかけるのみならず、国及び地方公共団体も自ら博士課程修了者の積極的な採用や大学院での学位取得を奨励する取組を進めていくことを期待する。

（博士課程修了者のキャリア構築に係る組織的支援）

大学は、博士課程修了者と社会や企業の期待との間のミスマッチ解消のために、博士課程修了者のキャリア構築に係る組織的な支援を進めるべきである。例えば、民間の就職支援企業の活用、JREC-IN Portal[41]や勃興しつつある民間の就職サイトの積極的な周知・利用、博士課程修了者のキャリアパスに関する認識を高めるための大学や学生と企業等との対話、学生が自ら身につけた能力について見つめ直す機会の提供、アントレプレナーシップ教育の充実、キャリアパスに関する相談対応が可能な専門のメンターやコーディネーターの配置等に取り組むべきである。

このような取組を進める際には、単独の大学で行うということのみならず、企業等とのコンソーシアムといった形式を活用して行うことや、大学等連携推進法人（仮称）など大学間連携の枠組の活用も考えられるところであるが、枠組の構築に当たってはその持続可能性を十分考慮する必要がある。

加えて、高度外国人材の活用促進の観点から、我が国の大学院の外国人留学生のうち、日本での就職を希望する者に対して、各大学は、ビジネスシーンで必要となる日本語能力を修得する機会や就職活動に必要な情報の提供など、積極的な支援を行うべきである。

また、大学院修了者の活躍状況の把握・可視化については、平成27年大学院審議まとめにおいて、「大学院修了者の進路や社会での活躍状況の適切な把握は、教育機関として求められる責務であるだけでなく、教育課程等の見直しや学生の大学院進学の判断材料として貴重な情報であり、分野や課程ごとに学生が正確な情報を入手されることが望まれる」とされている。さらに、「各大学院においては、修了者の進路や活躍状況等に関する情報も適切に把握・公表することが望まれ、国も継続的な調査の実施や、成果・活躍状況を社会に分かりやすく広報することが必要である」とされている。

しかし、平成28（2016）年度時点で「修了生の就職状況を継続して把握している」、「修了生の就職状況を公表している」、「産業界など、教育研究機関以外へのキャリアパス具体化のための情報提供やインターンシップ仲介等を組織的に行っている」大学院の専攻・課程はそれぞれ約４～５割であり、「修了生の就職状況や

41　研究者・研究支援者・技術者等の研究人材のキャリア形成・能力開発を情報面から支援するため、国立研究開発法人科学技術振興機構が運営するポータルサイト。研究に関する職を希望する求職者の情報と、産学官の研究・教育に関する求人公募情報をそれぞれ収集・データベース化し、インターネットを通じて求職者、求人機関双方がそれぞれのニーズに応じた内容を検索・閲覧することが可能。https://jrecin.jst.go.jp/seek/SeekTop

活躍状況を踏まえ、組織再編やカリキュラム改善に取り組んでいる」のは約２割にとどまるという調査結果[42]が出ている。

大学は、引き続き、13 ページで述べたとおり、組織として大学院の学生の進路を確保し、学生の進路に対して責任を負うという意識の下で、修了生の就職状況・活躍状況の具体的把握に努めるとともに、把握した内容について、教学マネジメントの確立の観点から、カリキュラム改善や定員設定等に積極的に活用することが必要である。さらに、企業等に対して積極的に情報発信し、その意識・慣行の変革を促すとともに、入学希望者が入学前から多様なキャリアパスを具体的にイメージできるよう、ホームページへの掲載等を行うなど多様な活用に努めることが期待される。

なお、科学技術・学術政策研究所（ＮＩＳＴＥＰ）は、博士課程修了者のキャリアパスを継続的・持続的に把握・可視化するため、博士人材データベース（ＪＧＲＡＤ）を構築し、より多くの大学の参加を促している[43]。ＮＩＳＴＥＰは、大学の協力も得てＪＧＲＡＤの本格的活用を進めるため、登録者数の拡大に向けて、データベースへの継続的な入力・更新の負担軽減を図りつつ、登録者に対する求人情報の提供や博士課程修了者のキャリアパス形成に役立つ分析を充実し、博士課程修了者への成果還元も進めていく必要がある。

42　「大学院活動状況調査（平成 29 年度実施）」による。
43　参加大学は 45 大学、登録者数は約１万６千人。（平成 31（2019）年１月現在）

⑦リカレント教育の充実

（大学院におけるリカレント教育を取り巻く現状）

社会経済が急速に高度化・複雑化する中にあって、日本がSociety 5.0を世界に先駆けて実現し、先導する上では、若者に限らず、幅広い年齢層の人材が高度な「知」を身に付ける必要があることから、そうした「知」にアクセスできる教育機会の充実が求められている。また、労働生産性向上や人生100年時代の豊かな生き方を実現するため、生涯を通したキャリアチェンジやキャリアアップが行われ、ライフイベント等で職場を離れてから復帰するケースも見込まれることから、社会人を対象としたリカレント教育の機会を提供することは重要なテーマとなっている。18歳人口が大きく減少することが見込まれる中、高度専門職業人を養成する役割を有する大学院において、リカレント教育の実施に真剣に向き合っていくことは極めて重要な課題となっている。また、学位を授与する課程のみならず学位を授与しない短期のプログラムなど、社会人の多様なニーズに対応する教育プログラムには大きな社会の期待があることにも留意すべきである。

平成27（2015）年度時点で、従業員が大学等で学ぶことについて、原則認めている企業の割合と原則認めていない企業の割合が拮抗しており、認めていない場合の主な理由として「本業に支障をきたすため」「教育内容が実践的でなく現在の業務に生かせないため」が挙げられている。また、企業の約８割が外部教育機関として民間の教育訓練機関を活用しているが、大学等を活用する企業は約２割弱（うち大学院を活用する企業は約６％）と少なく、その理由の上位は「大学等を活用する発想がそもそもなかった」、「大学でどのようなプログラムを提供しているかわからない」ことであった[44]。

さらに、平成28（2016）年度時点で、約４割の労働者が学び直しを実施しており、その方法としては「各種メディア利用による自学、自習」が約５割、次いで「社内の自主的な勉強会、研究会への参加」が約３割であり、「通信教育の受講」は約２割、「大学・大学院等の講座の受講」はわずか１％程度にとどまっている[45]。一方、社会人教育未経験者が学び直しを実施する際に重視するカリキュラムは、「特定の分野を深く追求した研究・学習が可能な内容」、「最先端にテーマを置いた内容」等が挙げられており[46]、学士課程教育の内容を超えたより高度な大学院レベルのリカレント教育の需要が一定程度存在することが示唆される。

学び直しに課題があると考えている労働者（正社員）は７割強存在しており、「仕事が忙しくて学び直しの余裕がない」、「費用がかかりすぎる」ことが２つの大き

44 「社会人の大学等における学び直しの実態把握に関する調査研究」（平成28年３月 イノベーション・デザイン＆テクノロジーズ株式会社）＜文部科学省：先導的大学改革推進委託事業＞（以下、「社会人の大学等における学び直しの実態把握に関する調査研究（平成27年度実施）」という。）による。

45 「平成29年度能力開発基本調査」（厚生労働省）による。

46 「社会人の大学等における学び直しの実態把握に関する調査研究（平成27年度実施）」による。

な課題として挙げられている。また、厚生労働省の所管する雇用保険の教育訓練給付の対象となる講座は増加しているものの、その多くが昼間課程である一方、受講者は夜間・土日・通信課程に偏っており、需給のミスマッチが生じている。なお、平成29（2017）年度において、大学院を置く780大学のうち、修士課程で夜間部又は昼夜開講を行っている大学は約300大学であり、通信教育を行っている私立大学は23大学にとどまる。一方、専門職大学院の課程において、夜間部又は昼夜開講を行っている大学は約60大学であり、通信教育を行っている私立大学は２大学である。

（文部科学省におけるこれまでの取組）

大学院等のより積極的な社会貢献を促進するため、平成19（2007）年の学校教育法の改正により、社会人等の学生以外の者を対象とした一定のまとまりのある学習プログラム（履修証明プログラム）を開設し、その修了者に対して同法に基づく履修証明書を交付できる制度が創設された。履修証明プログラムを開設している大学は平成20（2008）年度の38大学から平成27（2015）年度の115大学へ増加してきている。

教育再生実行会議「『学び続ける』社会、全員参加型社会、地方創生を実現する教育の在り方について（第六次提言）」（平成27（2015）年３月）を受けて、大学院等におけるプログラムの受講を通じた社会人の職業に必要な能力の向上を図る機会の拡大や、そうした機会についての企業等の理解増進を目的として、大学院等における社会人や企業等のニーズに応じた実践的・専門的なプログラムを「職業実践力育成プログラム」（ＢＰ；Brush up Program for professional）として文部科学大臣が認定する制度が平成27（2015）年度から開始されている。同プログラムは、平成29（2017）年度までに累計で222件が認定されている。

（今後求められる取組）

このような状況の中、変化の激しい社会経済を支える社会人の学修ニーズに大学院が着実に応えていくためには、多様なニーズに応じた実践的な教育プログラムの展開に努めるとともに、多忙な社会人の時間的・空間的な障壁を低下させる教育の展開が求められる。また、社会人が、職場におけるリスクを大きく負うことなく、業務の繁閑にあわせて柔軟な受講が可能となるように、標準修業年限にとらわれることなく長期又は短期の履修を可能とすること、科目等履修制度の積極的な活用を促進するとともに、取得した単位については学位取得を目指す際に適切に評価すること、履修単位数に応じた授業料の設定や、４学期制などの柔軟な学事暦の設定、特定のセメスターにおいて集中的に学修を行うなどメリハリある学修を可能とすることなどを進めていくなどの工夫を行うことが望まれる。加えて、社会人の大学院学生が求める学生間のネットワークの構築に意を用いることが期待される。

社会人を対象とした大学院レベルのリカレント教育については、前述のように

一定程度のニーズが存在していると考えられるため、各大学は積極的にこれに応えていくべきであるが、「大学院の教育内容が実践的でない」「どのようなプログラムを提供しているかわからない」といった大学と産業界間でのミスマッチの解消が必要である。各大学は、実践的なリカレント教育プログラムの展開を図るため、社会人の大学院学生の意見や学生を派遣する産業界等の意見を踏まえることが特に重要であるとともに、各大学は、ホームページや各種情報媒体を通じ、自ら取り組むリカレント教育プログラムの内容の積極的な広報に努めることが重要である。

さらに、特に修士課程における教育課程を、社会人のリカレント教育という重要な課題に応えるために最適化し、活用していくことも含め、教員その他の学内の資源をシフトしていくことも考えられる。

一方で、主に社会人を対象としたプログラムを提供していない学部・学科・研究科がプログラムを提供するための最も大きな課題として、教員の確保やリカレント教育を担当する教員の負担増を挙げている[47]。各大学は、こうしたリカレント教育を実施する場合は、大学のミッションとして明確に位置付け、全学的な体制整備を行うべきであり、例えば、労働契約等においてリカレント教育を適切に位置付け、必要な場合は契約内容の見直しを図ることが考えられる。また、各大学は、教員の人事評価について、上記のような大学院におけるリカレント教育プログラムに係る業務についても適切に評価されるよう留意する必要がある。

また、夜間・土日の授業科目の開設や、十分な教育効果が得られる場合の高度なメディアの活用・通信教育課程の設置の促進により、社会人が時間や場所を選ばずに働きながら学べる環境の構築を促すことが重要である。夜間・土日における授業科目の開設、通信教育課程の運営については、学内資源の大幅な配置の見直しが必要であり、学長は教員の勤務形態の柔軟化とそれに伴う支援体制についてもあわせて見直し（例えば、土曜日又は日曜日に講義を実施した教員は、月曜日を休みとすることや、子育て・介護等を行っている教員へのサポート体制の整備等）を図ることが必要である。

さらに、平成30年グランドデザイン答申において、履修証明プログラムの法令上の要件及び職業実践力育成プログラムの認定要件を、現行の 120 時間以上から60 時間以上へ緩和することや、履修証明プログラム全体に対する単位授与を可能とすることが提言されている。各大学は提供する教育課程又は履修証明プログラムについて、職業実践力育成プログラムとしての文部科学大臣の認定及び専門実践教育訓練としての厚生労働大臣の指定を積極的に活用することが求められる。その際、各大学院は、教育内容と職業実践との接続の観点から、修了生のキャリアアップ等の状況について把握に努め、教育内容の検証・改善に取り組むことが重要である。

47 「社会人の大学等における学び直しの実態把握に関する調査研究（平成27年度実施）」による。

なお、大学だけではなく、当該専門分野の学協会や業界・職業団体においてもリカレント教育に取り組んでいるが、関係者間の連携・協力が必ずしも十分ではなく、役割分担が明確でないことが指摘されている。特に、特定の資格や職業と直結する分野においては、各大学が関係する職能団体と連携し、学位を授与する課程や履修証明プログラム、職能団体が実施する訓練教育それぞれの役割について十分に協議し、効率的・効果的な人材養成のプロセスを確立することが求められる。特に、専門職大学院については、教育課程連携協議会のメンバーに、関連する専門分野や資格の学協会や業界・職業団体の関係者を入れることで、連携したリカレント教育プログラムの実施を推進することが求められる。

⑧人文・社会科学系大学院の課題とその在り方

（はじめに）

本審議まとめをとりまとめる過程においては、2040 年頃の将来を見据えつつ、幅広く大学院の在り方について検討を行ってきた。その中で、特に、2040 年頃に実現していることが見込まれる Society 5.0 やグローバル化の更なる進展等を想定したときに、人文・社会科学系の大学院に対する社会のニーズが大きくなることが予想されるにもかかわらず、修士、博士のいずれの学位についても、諸外国に比べて人文・社会科学分野の取得者の割合が極端に低い状況にあることは、我が国の国力が相対的に低下しかねない深刻な問題であるということが再確認された。このため、人文・社会科学という分野を超えた大学院教育の在り方については、これまで述べてきたとおりであるが、本審議まとめにおいて、人文・社会科学系大学院に特に焦点を当てて、期待される取組などを改めて述べることとしたものである。なお、今後もその在り方については、不断の検討が必要である。

なお、「人文・社会科学系大学院」という枠組については、

- 人文科学と社会科学との違いを踏まえる必要があること
- 人文科学あるいは社会科学という分類の中にあっても、それぞれの学問の状況あるいは地域の状況などに照らして各大学院の状況は異なること
- 特にビジネスに必要な知識を教育する社会科学系の一部の研究科・専攻においては、学位プログラムとしての大学院教育が確立しつつある状況が存在すること

を踏まえ、必ずしも適切とは言えないという指摘もあるが、ここでは、

- 現状においては「人文科学」「社会科学」という分類の下、多くの調査においてデータが収集されていること
- 例えば、学位授与や学生の就職の動向、体系的な大学院教育や人材養成目的に応じた教育の取組の状況といった各データについて、「人文科学」と「社会科学」は大きく同様の傾向にあることが見受けられること

から、現状を記述する上で「人文・社会科学系大学院」という枠組を採用することとしたものである。

前述のとおり、Society 5.0 において、我が国がその存在感を発揮していくためには、我が国の強みを生かしつつ、融合領域を含む新領域を形成していくことが不可欠であり、過度に分野の枠組や「文」「理」といった枠にとらわれることなく、柔軟に分野間の融合を図っていく必要性については改めて強調したい。

（人文・社会科学系大学院に対する社会のニーズ）

現在においても、様々なビジネスや情報の配信を行う基盤として利用できる製品やサービス、システムなどを提供する事業者であるプラットフォーマーが勃興しつつある。2040 年の社会に向けた変化の方向性と見込まれている Society 5.0 の実現には、技術革新や価値創造の源となる飛躍知の発見・創造と、それらの成

果と社会課題をつなげることが鍵となる。その際には、課題解決を指向するエンジニアリング、デザイン的発想に加えて、真理や美の追究を指向するサイエンス、アート的発想などがそれぞれ必要となる。このような中で、理工系の人材のみならず高度な人文・社会科学系の知識を身に付けた人材の重要性は増している。

また、Society 5.0 の時代においては、我が国の理工系のポテンシャルをこれまで以上に引き出すことや、価値ある情報を見つけ出し、モデル化、収益化といった観点も含めつつ、その価値が社会で最大限活用される形で提供することが求められるが、その際、歴史的・地理的な観点も含めた人文・社会科学系の知識を活用した広い視野による、高度な編集（エディティング）力や情報の目利き力が重要になるものと考えられる。

また、最近では、人工知能やロボット等による代替可能性が将来高い職業として、必ずしも特別の知識・スキルが求められない職業に加え、データの分析や秩序的・体系的操作が求められる職業が挙げられている。一方、歴史学・考古学、哲学・神学、経営・マーケティング、社会学、人類学、心理学など抽象的な概念を整理・創出するための知識が要求される職業及び他者との協調や、異文化に属する者も含めた他者の理解、説得、ネゴシエーション、サービス志向性が求められる職業は、人工知能等での代替が難しい傾向がある等の指摘もされている。このように、人文・社会科学系の学問を修めることによって培われる能力を有した人材の重要性は更に高まることが見込まれている。

さらに、理工系の者も含めて企業経営者等のリーダー的立場にある者は、高度な水準の知の創造や諸外国とのコミュニケーションの中で、人文・社会科学系の知識も含めた高い水準の幅広い教養が必要となってきているという潮流がある。

人文・社会科学系の修士課程（博士前期課程含む。以下同じ。）については、学士課程からの進学率が２～４％程度と全分野の平均値（約 11％）に比較して低い傾向が固定化している[48]。また、修士号取得者に占める人文・社会科学系の割合は、米国及び英国の約５割に対して、我が国は約２割と極めて低い[49]。人文・社会科学系の就職率は５～６割であり、理工系の８～９割と比較して低い[50]。

同様に、人文・社会科学系の博士課程（博士後期課程を指す。以下同じ。）については、修士課程からの進学率が全分野の平均値（約９％）に比較して人文科学系は約 17 ％と高いが、社会科学系は約 10 ％となっている。また、博士号取得者に占める人文・社会科学系の割合は、米国及び英国の約３割に対して、我が国は約１割と極めて低い。人文・社会科学系の就職率は４～５割であり、理工系の６

48　文部科学省「学校基本統計（平成 30 年度）」による。

49　「科学技術指標 2018」（平成 30 年８月 科学技術・学術政策研究所）（以下、「科学技術指標 2018」という。）による。

50　文部科学省「学校基本統計（平成 30 年度）」による。

～７割と比較して低い。

また、平成 30（2018）年度のデータ[51]では、学士課程に占める人文・社会科学系の割合は約 46 %であるのに対し、修士課程では約 16 %、博士課程では約 15 %となっている。

（人文・社会科学系の大学院の課題）

人文・社会科学系の大学院教育の充実の課題として、過去の累次の答申では、主に以下の４つの点が課題とされている。

①体系的・組織的な教育に取り組んでいる専攻の割合が他の分野より低いこと
②博士号取得までの期間が他の分野より長いこと
③教員と学生の関係が限定的・固定的であり、教育の内容が社会のニーズから乖離していること
④修了者のキャリアパスが見えにくいこと

まず、人文・社会科学系の一部の研究科・専攻においては、そもそも体系的な教育プログラムが確立されていないという指摘がある。また、「知のプロフェッショナル」として求められる普遍的なスキル・リテラシー等については、人文・社会科学系の大学院の学生も身に付けることが強く期待されるものである。しかし、平成 28（2016）年度時点で、複数の専攻を横断・連携した取組として「専攻又は研究科を横断して共通のコア科目を設置している」のは全分野平均が約４割のところ人文・社会科学系は２～３割、「主専攻分野以外の分野の授業科目の体系的な履修を行っている」のは全分野平均が約３割のところ人文・社会科学系は３割未満にとどまっている[52]。

次に、課程制大学院の趣旨に基づき、各大学は標準修業年限内の円滑な学位授与に努めてきており、標準修業年限内に博士後期課程を修了する者の割合は、平成 17（2005）年度では、人文・社会科学系は２割未満、理工系は約５割であったが[53]、平成 28（2016）年度では、人文・社会科学系は３～４割、理工系は約７割に改善されてきている。論文の作成の前段階で文献研究やフィールド調査等を伴うことが多いという学問分野の特性に由来する部分もあるという指摘もあるが、人文・社会科学系は依然として５割にも満たない低い水準である[54]。

さらに、人文・社会科学系の博士課程修了者が大学教員となる割合は、平成３年度の約７～８割から平成 30 年度の約４～５割へ減少している一方、理工系の１

51　「科学技術指標 2018」による。
52　「大学院活動状況調査（平成 29 年度実施）」による。
53　文部科学省「大学院活動状況調査（平成 17 年度実施）」による。
54　「大学院活動状況調査（平成 29 年度実施）」による。

～２割と比較して高く、大学教員以外へのキャリアパスが他分野よりも少ない傾向がある[55]。

（今後の人文・社会科学系大学院の在り方について）

人文・社会科学系大学院についても、「知のプロフェッショナル」の育成が十全に進められるよう、体質改善とも言える取組が特に喫緊の課題である。そのため、まずは、大学院教育の実質化を一層推し進め、従来の研究科等の組織に着目した大学院教育ではなく、学位取得を目指す学生の学修の視点から体系的に設計された学位プログラムの実施に着目した大学院教育を確立することが必要であり、必要な取組が行われない一部の大学院は、今後社会的な期待に応えているかどうかが厳しく学内外から問われることになりかねず、その存続をかけて真剣に組織や定員等の改革に取り組む必要がある。各大学院は四つの人材養成機能を踏まえつつ、三つの方針を明確に設定し、課程の最終目標である学位の授与から逆算して教育課程等を定めていくことが必要である。

体系的な教育課程の編成に当たっては、人文・社会科学系は理工系に比べて専攻の規模が小さい傾向が見られるため、小規模専攻においても教育研究指導が効果的に行われ、十分な教育研究機会が与えられるようにする観点から、研究科・専攻間の連携や連合大学院、共同教育課程等の積極的な実施により、学内リソースを有効活用することが重要と考えられる。

また、個々の学問分野の専門的知識というレベルを超えて、人文・社会科学系大学院でこそ身に付く普遍的なスキル・リテラシーや幅広い能力を創出し、可視化していく努力や、社会のニーズに対応した新たなタイプの人材養成目的の模索・キャリアパスの開拓が引き続き求められる。こうした取組を行う際には、人文・社会科学系の大学院に所属する教員が、研究科の枠を超えて他の分野の研究科の研究者と、また、大学の枠を超えて広く社会・関係者との対話を積極的に行っていくことが必要であり、個々の教員の意識の変革が強く求められる。

その際、インテル社（アメリカ）、アディダス社（ドイツ）、レゴ社（デンマーク）では、消費者の行動や思考、社会の潮流など、統計的手法を用いて一律に解析することが困難な現象について、人文・社会科学系の専門的知識や研究手法を用いて分析し、その結果を活用した経営を行うことで事業改善につなげている事例があるとされている[56]。こうした事例を、単なるペーパーワークにとどまらず、企業の命運を左右する経営判断という重大な局面においても、人文・社会科学系のスキル・リテラシー等が重要な役割を果たしている好事例として、キャリアパスを考える上で参考とすべきである。

55　文部科学省「学校基本統計（平成３年度及び平成30年度）」による。

56　『なぜデータ主義は失敗するのか 人文科学的思考のすすめ』（クリスチャン・マスビェア、ミゲル・Ｂ・ラスムセン 著、田沢恭子 訳、早川書房、2015年）を参考に記述。

【修士課程】

Society 5.0 を牽引する人文・社会科学系の高度な人材を育成する中核的な存在として、修士課程においては、学士課程において培われた基礎の上に、「知のプロフェッショナル」にふさわしい幅広い能力と、特に職業社会での活用が可能であり、社会の潜在的な要求を顕在化させることで社会的価値の創出にもつなげられる実践的な研究能力を育成するため、コースワークについて、主専攻分野以外の分野の授業科目の体系的な履修や、専攻・研究科を横断した共通のコア科目の設置など、複数専攻・研究科にまたがる体系的なものとしていくことが必要である。

また、キャリアパスの多様化が進んでいない背景の一つとして、人文・社会科学系大学院における研究は理工系と比較して、共同研究よりも個人研究が中心となり、そのため産学共同研究も進みづらく、企業との接点が少ないことが指摘されている。チームによる共同研究を推進し、その中で理工系における研究手法や研究体制の利点も積極的に取り入れるとともに、産学共同研究により企業との接点を増やしていくことが期待される。

2040 年の社会に向けて、人文・社会科学系の知識をできるだけ多くの者が身に付けることが望まれる中で、各大学は、既存の研究科の有するポテンシャルを全学的な観点から活用するために、「学部・研究科等の枠を超えた学位プログラム」を積極的に実施することが期待される。こうした取組は、理工系の研究科に所属する学生に人文・社会科学系の知識を身に付ける機会を提供するということだけを意味しているのではなく、人文・社会科学系の研究科に所属する学生に、ＳＴＥＡＭ分野の基礎的な知識やデータサイエンスの知識を身に付ける機会を提供するという観点からも重要である。こうしたプログラムの編成・実施に当たっては、博士課程教育リーディングプログラムにおける人文・社会科学系のプログラムの成果も参考とすることが期待される。

さらに、各大学は、企業経営者等の社会人からのニーズが増加する見込みを踏まえ、社会人が働きながら学べるよう、夜間・土日の授業科目の開設、十分な教育効果が得られる場合の高度なメディアの活用・通信教育課程の設置、履修証明プログラムの活用などを通じ、人文・社会科学系における修士課程レベルの社会人向けのリカレント教育も積極的に実施していくことが強く期待される。各大学院は、こうしたニーズに応えるため、大胆に教育課程や組織の見直しを行う必要がある。

今後見込まれる多くの需要に応えるため、特に人文・社会科学系の修士課程においては、志望する学生を増やすことが重要であり、学士課程の学生に対して人文・社会科学系の大学院の魅力を積極的に発信すべきである。その際、人文・社会科学系の意義がより伝わりやすくするため、人文・社会科学系の学修を通じて

身に付ける高度な知識を備えた人材が、例えばSociety 5.0の実現した社会において、どのように活躍できるかという点を意識した発信をしていく必要がある。

なお、人文科学の場合は、

・学士課程においても研究に根ざした教育が行われ、早い段階から専門化が進んでいる傾向がある
・その結果として、修士課程・博士前期課程における活動の実態や修了者の進路が学士課程とそれほど異ならない
・このため、学生が、修士課程・博士前期課程で学ぶことにメリットが見出しづらい

という指摘がなされている。修士課程・博士前期課程の教育の在り方を考えるに当たっては、同時に学士課程の教育の在り方も、普遍的なスキル・リテラシーをしっかり身につけさせるという方向で見直していくことも重要となることに、各大学は留意する必要がある。

【博士課程】

人文・社会科学系の博士課程においても、上記修士課程の取組を更に発展させた形で実施していくことが重要である。

特に人文・社会科学系の博士課程においては、標準修業年限内での円滑な学位授与が他の分野に比べて進んでいないことから、大学は、博士の学位が専攻分野について研究者として自立して研究活動を行うに必要な高度の研究能力などを身に付けた者に対して授与するものという原則を改めて確認しつつ、例えば5年一貫の博士課程を活用し、早期から課程修了に必要な要件を満たせるような環境を構築すべきである。

研究指導を行うに当たっては、論文審査を複数回実施し、段階的に審査を行うことで手戻りを減らし、論文を計画的に作成できるようにすることが必要である。また、学生が入学後早い段階から学位取得及びその後のキャリアパスまで含めた計画を立て、指導教員との認識を一致させておくことができるよう、各大学は、情報提供などの支援の充実を図るべきである。

諸外国において、人文・社会科学系の博士課程修了者を含む高度な専門性を有する人材が多く養成され、様々なセクターで活用されている中で、国際的なプレゼンスを発揮するためには、我が国においてもそうした高度な専門性を有する人材の活用を進める必要があるが、現在のところ、大学以外における人文・社会科学系の博士課程修了者の専門性の活用事例はそれほど多く見られていない。今後は、経営判断等の重大な局面においても人文・社会科学系のスキル・リテラシー等を活用する企業等も、キャリアパスの一つとなることが期待されているものの、当面は、大学における教員や研究者として、その専門性を活用していくことが大きなウェイトを占めると考えられる。このため、各大学は、特に、人文・社会科学系の博士課程におけるプレＦＤ等の機会の充実に取り組む必要性が高いことを

認識する必要がある。また、多くの留学生を受け入れ修了生として送り出してきた実績を踏まえ、修了者のネットワークを活用し、修了生に対する評価や海外でのキャリアパス等の実態把握等を積極的に進めていくことも考えられる。

なお、従来型の大学教員及び研究者養成を目的とする人文・社会科学系博士課程については、学生の進路に対して責任を負うという観点からも、大学教員等の需要状況を踏まえて、自らその適正な規模を検討する必要があることには留意する必要がある。

４．今後に向けて

（卓越大学院プログラム）

国は、これまでの政策により蓄積された人材や研究の強みを活かし、真に持続性のある高度博士人材育成プログラムとしての「卓越大学院プログラム」を通じて、各大学の優れた取組を支援するべきである。

「卓越大学院プログラム」は、各大学が自身の強みを核に、これまでの大学院改革の成果を生かし、国内外の大学・研究機関・民間企業等と組織的な連携を行いつつ、世界最高水準の教育力・研究力を結集した５年一貫の博士課程学位プログラムを構築することで、あらゆるセクターを牽引する高度な「知のプロフェッショナル」を育成するとともに、人材育成・交流及び新たな共同研究の創出が持続的に展開される卓越した拠点を形成することを目的とした事業である。政府の成長戦略にも位置付けられるなど、本事業に対する社会から寄せられる期待は大きい。

国は、「卓越大学院プログラム」を、これまでの蓄積を活かしつつ、知識集約型社会における機関支援型の人材育成プログラムとして、各大学が安定的に高度な博士人材を育成できるよう、その在り方をよりよいものとしていくことが必要である。加えて、補助事業期間に限られた取組から脱却した恒久的な博士課程教育強化の仕組みとして定着させ、個別プログラムの取組に終始させることなく、我が国全体の大学院改革、すなわち大学院システム全体の見直しや各大学院における教育改革の加速化につなげていくことが求められる。また、「卓越大学院プログラム」を実施する各大学は、「卓越大学院プログラム」の趣旨や、本審議まとめの内容も踏まえつつ、大学院改革を先導する存在としての自覚を持って、世界最高水準の教育研究の展開に取り組むことが求められる。

（研究環境の確保についての総合的検討の必要性）

大学院の学生については、単なる学生としてだけではなく、教員の研究指導を受けつつ、学位論文等を作成するための研究活動を行い、大学が行う研究プロジェクト等に、研究補助者として参画するなど、教育研究を一体不可分として行う大学全体の活性化の観点からその構成員として重要な役割を有してきた。

大学院の学生が個々の研究室の研究の実質的な担い手となっていた状況は、大学院教育の実質化が進展する中で、変化しつつあるものと考えられる。担い手をどのように確保するのかという観点も含めた、研究活動の基礎となる研究室等における研究支援体制の確立について、今後、総合的な検討が進められる必要がある。

これまで、科学技術・学術審議会人材委員会と中央教育審議会大学分科会大学院部会との合同部会を設け、「研究者コミュニティの持続可能性の確保に向けた取

組」、「研究者の研究生産性の向上に向けた取組」「若手研究者が優れた研究者として成長し活躍できる環境の整備」という視点を踏まえつつ、研究人材の育成・確保に向けた検討を行った。その内容については、「我が国の研究力強化に向けた研究人材の育成・確保に関する論点整理」（平成 30（2018）年 7 月 31 日科学技術・学術審議会人材委員会・中央教育審議会大学分科会大学院部会合同部会）としてとりまとめられている。この論点整理の項目のうち大学院に関連する部分については、本審議まとめにも反映したところであるが、大学教員が教育という活動と研究という活動を適切に両立できるように、引き続き、大学院教育の在り方と同時に、大学における研究に携わるポストドクターを含めた研究人材や研究費の在り方を考えていくことが重要である。

中央教育審議会と科学技術・学術審議会が適切に連携を図りつつ、適切な時期に上記の課題について検討する場を設けることも含めて、必要な検討を進めていくことが求められる。

（大学院の課程全体の在り方の検討）

平成 30 年グランドデザイン答申においては、昭和 31（1956）年に制定された大学設置基準やその背後に存在する「組織を中心とした考え方」が時代に即したものとなっているかどうか見直していく必要がある旨が述べられている。大学院設置基準が制定されたのは昭和 49（1974）年であり、制定から 40 年を超える時間が経過している。今後、大学全体の在り方の検討が進む中で、大学院の在り方も連動して見直しを図る必要が生じるものと考えられる。

本審議まとめでは、2040 年頃の将来シナリオに適切に対応する観点から特に重点的に対応することが必要な事項を中心に、検討を行った内容をとりまとめた。今後も、大きな社会構造の変化に対応し、新分野や新領域を大学院が切り拓いていけるようにする観点から、上記の大学全体の在り方の検討と連動しつつ、前述した博士後期課程レベルの高度専門職業人養成にふさわしい新たな課程の在り方も含め、大学院全体の課程の在り方（課程の目的、学位の在り方、修了までに必要な単位数、実務家教員を含む教員組織の在り方、大学院で教育に携わる教員の資質の確保、留学生の受入れの在り方等）について、引き続き検討を続けていく必要がある。

国はこうした検討の結果を踏まえ、大学院設置基準をはじめとする法令や、認証評価をはじめとする評価の在り方についても、見直しを行うことが求められる。

第 10 期の大学分科会等においては上記を踏まえ引き続き検討が必要な事項の審議を進めて頂くことを期待する。

資料９

近隣のリハビリテーション学系大学院研究科の定員充足状況

地区	大学院名	研究科名	専攻名	収容定員	2021年度在学生数	2021年度 定員充足率
奈良県	奈良学園大学大学院	リハビリテーション学研究科（仮称）	リハビリテーション学専攻（仮称）	8名	―	－
	畿央大学大学院	健康科学研究科	健康科学専攻	40名	46	1.15
大阪府	大阪府立大学大学院	総合リハビリテーション学研究科	理学療法学専攻 作業療法学専攻	30名	45	1.50
	大阪電気通信大学大学院	医療福祉工学研究科	医療福祉工学専攻	20名	15	0.75
	大阪保健医療大学大学院	保健医療学研究科	保健医療学専攻	12名	9	0.75
	大阪河﨑リハビリテーション大学大学院	リハビリテーション研究科	リハビリテーション学専攻	16名	―	※2022年4月開設
	森ノ宮医療大学大学院	保健医療学研究科	保健医療学専攻	12名	16	1.33
京都府	京都大学大学院	医学研究科人間健康科学系専攻	人間健康科学系専攻	140名	152	1.09
	京都橘大学	健康科学研究科	健康科学専攻	12名	14	1.17
兵庫県	神戸大学大学院	保健学研究科	リハビリテーション科学領域	128名	146	1.14
	神戸学院大学大学院	総合リハビリテーション学研究科	医療リハビリテーション学専攻	6名	13	2.17
	兵庫医療大学大学院	医療科学研究科	リハビリテーション科学領域	16名	22	1.38

※ 各大学HP掲載資料から本学で作成

設置の趣旨や教育研究上の目的、養成する人材像、ディプロマポリシー、カリキュラムポリシーの関係図

【本研究科の教育研究上の目的】

本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。

【研究科の設置・人材養成に取り組む必要性】

（1）地域医療の課題解決に必要な学際的学問領域を修めた高度な人材養成の必要性

（2）健康寿命の延伸に向けた課題と生活支援需要の増大に対応できる人材養成の必要性

（3）地域における保健・医療・看護・介護・福祉を含む健康科学分野に係る人材養成の必要性

（4）地域のリハビリテーション専門職に対するリカレント教育としての大学院設置の必要性

【養成する人材像】

①臨床現場において科学的根拠に基づいた臨床実践能力を備えた人

②地域包括ケアシステムにおける連携・調整能力を備えた人

③臨床的医療と地域における生活支援を包括する広い視野を持ってリハビリテーション領域の問題解決を図る能力を備えた人

【ディプロマポリシー】

多様化・高度化するリハビリテーション関連業務が可能な専門性の高い実践力と知識・技術を身につけていること。

臨床や地域におけるリハビリテーションを阻害する課題を発見し、科学的に分析し課題解決に寄与することができる能力を身につけていること。

リハビリテーション領域における臨床・実践・教育・研究などに取組む高度専門職業人として指導的・中心的な役割を果たすことのできる能力を身につけていること。

高い倫理観に基づいて、専門性を追求し、リハビリテーション領域の研究課題に主体的に取り組むことができる能力を身につけていること。

【カリキュラムポリシー】

医療・保健・福祉の総合化と拡大を背景に多様化・高度化するリハビリテーションへのニーズに対応できる専門的知識・技術を修得するための科目を備え、体系的・組織的な教育を行う。

臨床や地域の現場においてリハビリテーションの実践を阻害する課題を発見し、科学的根拠にもとづいた解決に寄与する能力を養成するために、研究法に関する講義と演習の科目を備え、課題解決の過程を系統的に学修させる。

リハビリテーション領域の臨床・地域支援・教育・研究などの分野で指導的・中心的な役割を果たす能力を養成するために、組織の運営、職種間連携、教育法を含む科目を備え、各人の目的に応じて履修可能な教育課程とする。

高い倫理観に基づいてリハビリテーション領域の課題に対処し、解決への方策を積極的に提案できる能力を養成するために、特別演習、特別研究の科目を設け、研究を指導する。

学習成果の評価は各授業科目の達成目標と評価方法をシラバスに示し、レポートや課題などにより総合的に行う。

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程） カリキュラムマップ

人材養成の目標

本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成する。

① 臨床現場において科学的根拠に基づいた臨床実践能力を備えた人
② 地域包括ケアシステムにおける連携・調整能力を備えた人
③ 臨床的医療と地域における生活支援を包括する広い視野を持ってリハビリテーション領域の問題解決を図る能力を備えた人

科目区分		科目名	配当年次	修了要件	DP1	DP2	DP3	DP4	ディプロマポリシー
基盤科目		教育心理学特論	1前	必修6単位を含み10単位以上	○		◎		DP1．多様化・高度化するリハビリテーション関連業務が可能な専門性の高い実践力と知識・技術を身につけていること。 DP2．臨床や地域におけるリハビリテーションを阻害する課題を発見し、科学的に分析し課題解決に寄与することができる能力を身につけていること。 DP3．リハビリテーション領域における臨床・実践・教育・研究などに取組む高度専門職業人として指導的・中心的な役割を果たすことのできる能力を身につけていること。 DP4．高い倫理観に基づいて、専門性を追求し、リハビリテーション領域の研究課題に主体的に取り組むことができる能力を身につけていること。
		リハビリテーション教育学特論	1後		○		◎		
		医療管理特論	1後		◎		◎		
		研究方法特論	1前			◎	○	◎	
		研究倫理特論	1前			◎	○	◎	
		統計解析特論	1後			◎	○	◎	
		医療政策特論	1前		◎		○		
		専門職間連携特論	1前		◎		○		
		リハビリテーション技術特論	1後			◎	○	◎	
		リハビリテーション研究特論	1後			◎	○	◎	
専門科目	臨床実践リハビリテーション学分野	運動機能障害リハビリテーション学特論	1後	専門科目から2つの分野のうち1つの分野を主たる分野として特別演習4単位を含む8単位以上 他の分野の特論科目から2単位 基盤科目又は他の分野の特論科目から2単位 計12単位以上	◎	○	○		
		内部機能障害リハビリテーション学特論	1後		◎	○	○		
		高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	1後		◎	○	○		
		臨床実践特別演習	2前		○	◎	◎	◎	
	生活支援リハビリテーション学分野	地域リハビリテーション・ケア学特論	1後		◎	○	○		
		疼痛ケア・リハビリテーション学特論	1後		◎	○	○		
		高齢者リハビリテーション学特論	1後		◎	○	○		
		生活支援特別演習	2前		○	◎	◎	◎	
研究科目		リハビリテーション学特別研究	1～2通	研究科目から特別研究8単位	○	◎	◎	◎	

◎：DPに関する能力に特に関与　　○：DPに関する能力形成に関与

学校法人奈良学園　定年退職者再雇用制度に関する規程

（平成１９年 程 第２号）
平成１９年４月１日
常勤理事会　制定

（趣旨）
第１条　この規程は、学校法人奈良学園（以下「法人」という。）就業規則（以下「規則」という。）第２１条第２項の規定に基づいて実施する定年退職者再雇用制度に関し必要な事項を定める。

（再雇用制度等の定義）
第２条　この規程において「再雇用制度」とは、法人を定年退職した者を、退職後引き続き、期限を限って再度雇用する制度をいう。
２　この規程において「再雇用者」とは、再雇用制度により法人に雇用される者をいい、退職時における職員区分に応じ、次のとおり区別する。
(1) 大学・短期大学部教育職員　　特任教授
(2) 前号以外の教育職員　　特任教諭
(3) 前２号以外の職員　　特任職員

（再雇用制度の適用）
第３条　再雇用制度は､学園を定年退職した後､及び本制度による再雇用契約期間満了後、引き続き学園に勤務を希望する者（以下「再雇用希望者」という。）に適用する。ただし、規則第１９条第１項第１号及び第３号から第７号まで又は第２３条第１項各号、及び再雇用職員就業規則（以下「再規則」という。）第１６条第１項各号に掲げる事由に該当する者はこの限りでない。
２　前項の規定にかかわらず、前条第２項第２号及び第３号に該当する再雇用希望者で、次の各号に掲げる期間において、当該各号に定める年齢であるものについては、労使協定に基づき、次条第１項各号又は次条第３項各号に定める再雇用の基準のいずれにも該当する場合に再雇用制度を適用するものとする。
(1) 平成２５年４月１日から平成２８年３月３１日まで　６１歳以上の者
(2) 平成２８年４月１日から平成３１年３月３１日まで　６２歳以上の者
(3) 平成３１年４月１日から平成３４年３月３１日まで　６３歳以上の者
(4) 平成３４年４月１日から平成３７年３月３１日まで　６４歳以上の者
３　第１項の規定にかかわらず、前条第２項第１号に該当する再雇用希望者については、次条第１項各号及び第２項各号又は次条第３項各号及び第４項各号に掲げる再雇用の基準のいずれにも該当する場合に再雇用制度を適用するものとする。
４　前２項に規定する再雇用希望者で次条第１項から第４項各号の基準のいずれかを満たさないものであっても、法人が特に必要と認めた場合は、再雇用制度の適用を受けることができるものとする。

（再雇用の基準）
第４条　前条第２項及び第３項に規定する定年後の再雇用の基準は、次のとおりとする。
(1) 直近の健康診断において健康上職務遂行に支障がないと認められ、業務に精勤する意欲があること。
(2) 定年退職日から起算して過去５年間、無断欠勤がなく、かつ、規則第３７条第４項及び第５項の規定により算定した出勤率が８割以上であること。
(3) 定年退職日から起算して過去５年間、規則第５５条及び第５６条に定める懲戒処分

を受けたことがないこと。
(4) 学園における勤続期間が通算して５年以上であること。
２　前項各号に掲げるもののほか、前条第３項に規定する再雇用の基準は、次のとおりとする。
(1) 大学又は短期大学部における教育活動に特に必要であると法人が認めること。
(2) 定年に達する日の属する年度に所属する評議会（以下、短期大学部においては教授会とする。）の同意及び推薦があること。
(3) 定年に達する日において教授の職位にあること。
３　前条第２項及び第３項に規定する再雇用契約期間満了後の再雇用の基準は、次のとおりとする。
(1) 直近の健康診断において健康上職務遂行に支障がないと認められ、業務に精勤する意欲があること。
(2) 再雇用契約期間満了日から起算して過去１年間、無断欠勤がなく、かつ、再規則第３１条第４項及び第５項の規定により算定した出勤率が８割以上であること。
(3) 再雇用契約期間満了日から起算して過去１年間、再規則第４８条及び第４９条に定める懲戒処分を受けたことがないこと。
４　前項各号に掲げるもののほか、前条第３項に規定する再雇用契約期間満了後の再雇用の基準は、次のとおりとする。
(1) 大学又は短期大学部における教育活動に特に必要であると法人が認めること。
(2) 再雇用契約期間満了日の属する年度において開催される評議会の同意及び推薦があること。
(3) 再雇用契約期間満了日において教授の職位にあること。

（手続）
第５条　再雇用制度の適用を受けることを希望する者は、定年に達する日又は再雇用契約期間満了日の属する年度の８月末日までに定年退職者再雇用制度適用希望書（別紙様式１又は２）により所属長を経由して理事長に申し出るものとする。
２　理事長は、前項の申出を行った者について、所属長を経由して提出のあった再雇用申出者調書（別紙様式３）に基づき、定年に達する日又は再雇用契約期間満了日の属する年度の１２月末日（以下「基準日」という。）において第３条各項の規定による再雇用制度を適用できることを確認したものに対し、同年度の１月末日までに再雇用対象者となった旨文書で通知する。
３　再雇用対象者が基準日以降に第３条各項に規定する再雇用制度の適用要件を欠くこととなった場合は、理事長は速やかに再雇用対象者でなくなった旨文書で通知する。
４　前３項の規定にかかわらず、第３条第４項に規定する者については、異なる手続によることができるものとする。

（契約）
第６条　法人は、前条第３項の通知を受けた者を除き、前条第２項の通知を受けた再雇用対象者と雇用契約（以下「再雇用契約」という。）を締結する。
２　前項の再雇用契約における雇用期間は、定年退職日又は再雇用契約期間満了日の翌日４月１日から翌年３月３１日までの１年間とする。
３　前項の規定にかかわらず、最初の再雇用時において第２条第２項第１号に該当することとなる者は、契約更新回数については４回、再雇用契約期間が満了する日における年齢については満７０歳を超えて更新することはなく、第２条第２項第２号及び第３号に該当することとなる者は、契約更新回数については４回、再雇用契約期間が満了する日における年齢については満６５歳を超えて更新することはない。

（雇用条件）
第７条　再雇用者の所属、業務内容、勤務時間、給与等については、個別に定める。
２　再雇用者に退職金は支給しない。

（法令との関係）
第８条　再雇用制度に関しこの規程に定めのない事項については、原則、高年齢者等の雇用の安定等に関する法律その他の関係法令に定めるところによるものとし、必要に応じ常勤理事会において決定する。

（改廃）
第９条　この規程の改廃は、常勤理事会において行う。

附　則
１　この規程は、平成１９年４月１日から施行する。
２　学校法人奈良学園教職員の再雇用に関する細則（平成６年３月３１日施行）は、廃止する。

附　則
この規程は、平成１９年７月９日から施行する。

附　則
この規程は、平成２３年１０月１７日から施行する。

附　則
この規程は、平成２５年４月１日から施行する。

附　則
この規程は、平成２６年４月１日から施行する。

研究指導のスケジュール(2 年で修了する場合)

年次		学生	指導教員等	研究科教授会（研究科委員会） 学位論文審査委員会
受験前		・希望する特別研究の指導教員（修士論文作成の主指導教員）へ連絡・相談	・研究計画、実務経験等をもとに、副指導教員の選択について助言	
1 年次 月				
前期	4	・希望する研究領域、主指導教員 1 名、副指導教員 1 名を研究科委員会へ提出 ・主指導教員の助言を受けながら受講科目を申請	・ガイダンスの実施 ・担当学生の研究課題を決定し、研究科委員会へ通知 ・学生の要望に応じた受講科目を指導	・研究科委員会は主指導教員 1 名、副指導教員 1 名を決定し、学生に通知
	5～	研究課題に添って研究計画の立案	・研究計画の立案を指導	
後期	10～	・研究倫理審査申請書を作成・申請し承認を得る ・研究計画に従い研究を開始 1 年次 ・予備実験、調査等を実施	・研究倫理審査委員会に提出する審査申請書の作成・審査を指導	・研究倫理審査申請書の受理 ・研究科研究倫理審査委員会による審査、承認
	1		・研究の進行状況の確認・指導	
2 年次 月				
前期	4	2 年次（～9 月） ・本研究を開始し、研究成果をまとめる	・セミナーにおいて、研究遂行と研究成果のまとめ方を指導	
	6		・研究の進行状況を確認	
	7		・発表予定内容の問題点等を指摘し、解決方法について指導	・主指導教員以外の主査 1 名、副査 2 名を決定し、学生に通知
後期	10	中間発表会 ・論文の作成開始（中間発表の指導を踏まえ、論文をまとめる） ・問題点の指摘を受けて、追加実験・調査、分析等を行う。 10 月～1 月 ・修士論文の作成	・主査、副査は発表内容について指導 ・指導教員は、主査・副査から指摘された問題点の解決方法について指導 10 月～1 月 ・修士論文作成の指導	・公開の中間発表会の開催
	1	修士論文発表会 ・論文、論文要旨を提出 ・学位論文審査申請書を提出 ・主査、副査、指導教員の指導を受けて論文を完成	・主査、副査は発表内容について指導・指導教員は、主査・副査から指摘された問題点の解決方法について指導	・公開の修士論文発表会の開催
	2	・完成させた論文を所定の期日（2 月上旬）までに提出	・主査・副査は提出された論文を審査するとともに、口頭試問を行い、審査結果を研究科教務委員会に報告。口頭試問は、提出された論文の内容および専門領域の学力について問う。	・研究科委員会は主査及び副査による論文の審査および口頭試問の審査結果ならびに当該学生の単位取得状況にもとづき修士課程の修了について合否を判定
	3	・修士課程の修了および学位授与		・学位の授与は学位記を交付して行う。

研究指導のスケジュール（長期履修生 3 年で修了する場合）

年次	学生	指導教員等	研究科教授会（研究科委員会） 学位論文審査委員会
受験前	・希望する特別研究の指導教員（修士論文作成の主指導教員）へ連絡・相談	・研究計画、実務経験等をもとに、副指導教員の選択について助言	

1 年次				
	月			
前期	4	・希望する研究領域、主指導教員 1 名、副指導教員 1 名を研究科委員会へ提出 ・主指導教員の助言を受けながら受講科目を申請	・ガイダンスの実施 ・担当学生の研究課題を決定し、研究科委員会へ通知 ・学生の要望に応じた受講科目を指導	・研究科委員会は主指導教員 1 名、副指導教員 1 名を決定し、学生に通知
後期	10	・講義科目を履修		

2年次				
前期	4	・研究課題に添って研究計画の立案	・研究計画の立案を指導する。	
後期	10～	・研究倫理審査申請書を作成・申請し承認を得る ・研究計画に従い研究を開始 1年次 ・予備実験、調査等を実施	・研究倫理審査委員会に提出する審査申請書の作成・審査を指導	・研究倫理審査申請書の受理 ・研究科研究倫理審査委員会による審査、承認
	1		・研究の進行状況を確認する	
3年次				
前期	4	2年次（～9月） ・本研究を開始し、研究成果をまとめる	・セミナーにおいて、研究遂行と研究成果のまとめ方を指導	
	6		・研究の進行状況を確認	
	7		・発表予定内容の問題点等を指摘し、解決方法について指導	・主指導教員以外の主査1名、副査2名を決定し、学生に通知
後期	10	中間発表会 ・論文の作成開始（中間発表の指導を踏まえ、論文をまとめる） ・問題点の指摘を受けて、追加実験・調査、分析等を行う。 10月～1月 ・修士論文の作成	・主査、副査は発表内容について指導 ・指導教員は、主査・副査から指摘された問題点の解決方法について指導 10月～1月 ・修士論文作成の指導	・公開の中間発表会の開催
	1	修士論文発表会 ・論文、論文要旨を提出 ・学位論文審査申請書を提出 ・主査、副査、指導教員の指導を受けて論文を完成	・主査、副査は発表内容について指導・指導教員は、主査・副査から指摘された問題点の解決方法について指導	・公開の修士論文発表会の開催
	2	・完成させた論文を所定の期日（2月上旬）までに提出	・主査・副査は提出された論文を審査するとともに、口頭試問を行い、審査結果を研究科教務委員会に報告。口頭試問は、提出された論文の内容および専門領域の学力について問う。	・研究科委員会は主査及び副査による論文の審査および口頭試問の審査結果ならびに当該学生の単位取得状況にもとづき修士課程の修了について合否を判定
	3	・修士課程の修了および学位授与		・学位の授与は学位記を交付して行う。

履修モデル

教育・管理者モデル：

病院でリハビリテーション業務（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）に従事しながら在籍し、教育や管理を学び、現場の後輩育成や管理能力の向上を目指す場合

履修指導例

基盤科目：「研究方法特論」、「研究倫理特論」、「専門職間連携特論」、「医療管理特論」、「リハビリテーション教育学特論」、計 10 単位

専門科目：「運動機能障害リハビリテーション学特論 」、「内部機能障害リハビリテーション学特論 」、「高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論 」、「地域リハビリテーション・ケア学特論」、「臨床実践特別演習」、計 12 単位

「リハビリテーション学特別研究」8 単位

臨床実践者モデル：リハビリテーションケア

リハビリテーション科を設置する病院・施設等に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士として勤務しながら在籍し、臨床実践能力の向上を目指す場合。

履修指導例

基盤科目：「研究方法特論」、「研究倫理特論」、「専門職間連携特論」、「リハビリテーション技術特論」、「リハビリテーション研究特論」、「統計解析特論」、計 11 単位

専門科目：「運動機能障害リハビリテーション学特論 」、「内部機能障害リハビリテーション学特論 」、「高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論 」、「疼痛ケア・リハビリテーション学特論」、「臨床実践特別演習」、計 12 単位

「リハビリテーション学特別研究」8 単位

生活支援者モデル：

地域・介護施設のリハビリテーション・ケア（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）に従事しながら在籍し、リハビリテーション・ケアに関する能力の向上を目指す場合

履修指導例

基盤科目：「研究方法特論」、「研究倫理特論」、「専門職間連携特論」、「医療政策特論」、「統計解析特論」、「リハビリテーション技術特論」、計 11 単位

専門科目：「地域リハビリテーション・ケア学特論」、「疼痛ケア・リハビリテーション学特論」、「高齢者リハビリテーション学特論」、「運動機能障害リハビリテーション学特論」、「生活支援特別演習」、計 12 単位

「リハビリテーション学特別研究」8 単位

履修モデル

教育・管理者モデル：教育者や管理者を目指す大学院生

科目区分	1年前期			1年後期			2年前期			2年後期		
	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数
基盤科目	必	研究方法特論	2		リハビリテーション教育学特論	2						
	必	研究倫理特論	2		医療管理特論	2						
	必	専門職間連携特論	2									
専門科目					運動機能障害リハビリテーション学特論	2		臨床実践特別演習	4			
					内部機能障害リハビリテーション学特論	2						
					高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	2						
					地域リハビリテーション・ケア学特論	2						
研究科目	必	リハビリテーション学特別研究										8
											合計取得単位数	30

臨床実践者モデル：臨床実践能力の向上を目指す大学院生

科目区分	1年前期			1年後期			2年前期			2年後期		
	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数
基盤科目	必	研究方法特論	2		統計解析特論	2						
	必	研究倫理特論	2		リハビリテーション技術特論	1						
	必	専門職間連携特論	2		リハビリテーション研究特論	2						
専門科目					運動機能障害リハビリテーション学特論	2		臨床実践特別演習	4			
					内部機能障害リハビリテーション学特論	2						
					高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	2						
					疼痛ケア・リハビリテーション学特論	2						
研究科目	必	リハビリテーション学特別研究										8
											合計取得単位数	31

履修モデル

生活支援者：リハビリテーション・ケアに関する能力の向上を目指す大学院生

科目区分	1年前期			1年後期			2年前期			2年後期		
	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数
基盤科目	必	研究方法特論	2		医療政策特論	2						
	必	研究倫理特論	2		統計解析特論	2						
	必	専門職間連携特論	2		リハビリテーション技術特論	1						
専門科目					地域リハビリテーション・ケア学特論	2		生活支援特別演習	4			
					疼痛ケア・リハビリテーション学特論	2						
					高齢者リハビリテーション学特論	2						
					運動機能障害リハビリテーション学特論	2						
研究科目	必	リハビリテーション学特別研究										8
											合計取得単位数	31

履修モデル（長期履修学生対応）【リハビリテーション学専攻】

教育・管理者モデル：教育者や管理者を目指す大学院生

科目区分	1年前期				1年後期				2年前期				2年後期				3年前期				3年後期			
	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数
基盤科目	必	研究方法特論	土・1	2		リハビリテーション教育学特論	土・1	2	必	専門職間連携特論	土・3	2												
	必	研究倫理特論	土・2	2		医療管理特論	木・5	2																
専門科目						内部機能障害リハビリテーション学特論	水・6	2						運動機能障害リハビリテーション学特論	月・7	2		臨床実践特別演習	水・6	4				
														高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	月・6	2								
														地域リハビリテーション・ケア学特論	土・4	2								
研究科目									必	リハビリテーション学特別研究		8												
																					合計取得単位数			30

臨床実践者モデル：臨床実践能力の向上を目指す大学院生

科目区分	1年前期				1年後期				2年前期				2年後期				3年前期				3年後期			
	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数	区分	科目名		単位数
基盤科目	必	研究方法特論	土・1	2		統計解析特論	土・2	2	必	専門職間連携特論	土・3	2												
	必	研究倫理特論	土・2	2		リハビリテーション技術特論	水・6	1																
						リハビリテーション研究特論	土・3	2																
専門科目						内部機能障害リハビリテーション学特論	水・7	2						運動機能障害リハビリテーション学特論	月・7	2		臨床実践特別演習	水・6	4				
														高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	月・6	2								
														疼痛ケア・リハビリテーション学特論	木・7	2								
研究科目									必	リハビリテーション学特別研究		8												
																					合計取得単位数			31

履修モデル（長期履修学生対応）【リハビリテーション学専攻】

生活支援者：リハビリテーション・ケアに関する能力の向上を目指す大学院生

科目区分	1年前期			1年後期			2年前期			2年後期			3年前期			3年後期		
	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数	区分	科目名	単位数
基盤科目	必	研究方法特論 ±・1	2		医療政策特論 金・6	2	必	専門職間連携特論 ±・3	2									
	必	研究倫理特論 ±・2	2		統計解析特論 ±・2	2												
					リハビリテーション技術特論 水・5	1												
専門科目											疼痛ケア・リハビリテーション学特論 木・7	2		生活支援特別演習 水・6	4			
											高齢者リハビリテーション学特論 火・6	2						
											運動機能障害リハビリテーション学特論 月・7	2						
											地域リハビリテーション・ケア学特論 ±・4	2						
研究科目							必	リハビリテーション学特別研究										8
																	合計取得単位数	31

授業時間割案（長期履修学生用）　※必修科目

○教室は学部授業で使用しない1407教室○担当者横の数字は担当回数

14条特例による昼夜開講

前期	時間	月		火		水		木		金		土	
1	9:00～10:30							研究方法特論※	城野7, 滝本5, 福原3			研究方法特論※	城野7, 滝本5, 福原3
2	10:40～12:10							専門職間連携特論※	西川3, 吉川4, 中島3, 中島栄3, 豊岡2,			研究倫理特論※	西川4, 伊藤4, 辻下4, 藤田3
3	13:00～14:30											専門職間連携特論※	西川3, 吉川4, 中島3, 中島栄3, 豊岡2,
4	14:40～16:10			研究倫理特論※	西川4, 伊藤4, 辻下4, 藤田3								
5	16:20～17:50												
6	18:00～19:30			教育心理学特論	高岡	臨床実践特別演習	橋本, 飯塚, 藤田, 伊藤, 阿波, 野中, 西川, 福原	リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本	医療政策特論	安西		
						生活支援特別演習	池田, 大浦, 城野, 柴田, 前田, 吉川, 辻下, 山形, 滝本, 中島						
7	19:40～21:10							リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本				

後期	時限	月		火		水		木		金		土	
1	9:00～10:30											リハビリテーション教育学特論	池田10, 飯塚5
2	10:40～12:10											統計解析特論	大浦7, 阿波7, 共同1
3	13:00～14:30											リハビリテーション研究特論	野中6, 吉川5, 共同4
4	14:40～16:10											地域リハビリテーション・ケア学特論	池田8, 城野3, 中島3, 共同1
5	16:20～17:50												
6	18:00～19:30	高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	西川6, 福原5, 共同4	高齢者リハビリテーション学特論	辻下6, 山形2, 大浦4, 滝本3	リハビリテーション技術特論	長嶋3, 小貫2, 辻下2, 共同1	医療管理特論	上野12, 西薗3				
								リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本				
7	19:40～21:10	運動機能障害リハビリテーション学特論	橋本5, 飯塚5, 藤田5			内部機能障害リハビリテーション学特論	伊藤7, 阿波7, 野中7	疼痛ケア・リハビリテーション学特論	柴田5, 前田5, 吉川4, 共同1				
						リハビリテーション学特別研究※	柴田, 吉川	リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 滝本				

奈良学園大学における研究活動の倫理性に関する規程

（制　　定　平成２６年　４月　１日
最近改正）

（目的）

第１条　日本学術会議において、科学者が、社会の信頼と負託を得て、主体的かつ自律的に科学研究を進め、科学の健全な発達を促すため、すべての学術分野に共通する基本的な規範である声明として、決定し公表された「科学者の行動規範について（平成 18 年（2006 年）10 月３日初版・平成 25 年（2013 年）１月 25 日改訂版）」を尊重し、奈良学園大学（以下「本学」という。）における研究活動の倫理性に関して必要な事項を調査及び審議するため、研究倫理委員会を置く。

（研究倫理委員会）

第２条　研究倫理委員会は各学部等において設けることとする。

２　各学部等において研究倫理委員会を設置し得ない場合は，本学企画運営会議がその任務を代行する。

３　学長は最高管理責任者として，本学における研究に係る倫理の管理全体を統括するとともに最終的な責任を負う。

（審議事項）

第３条　各学部等研究倫理委員会は、次の事項を審議する。

(1) 各学部内の研究活動の倫理性に関する基本的事項の検討

(2) 倫理性の審査を必要とする研究に対する審査

(3) その他研究活動の倫理性に関し、学長又は学部長が付託する事項

（各学部等研究倫理委員会）

第４条　各学部等研究倫理委員会における構成員及び審査の手続き並びに方法については、それぞれの研究倫理委員会に委ねる。

２　各学部等研究倫理委員会において判定できない場合は、学部長を通じて、企画運営会議に審査及び判定を委ねることができる。

３　各学部等研究倫理委員会は，審査した判定結果を相談者に通達するとともに、最高管理責任者に報告し、承認を得る。

４　各学部等研究倫理委員会は、必要と認めたときは、委員以外の者に出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。

（異議申立て）

第５条　前条により判定結果を受けた研究者は、その判定に異議がある場合、判定を行った委員会に対して異議を申し立てることができる。

（判定結果に対する再審査）

第６条　各学部等研究倫理委員会は、判定結果を受けた研究者より異議申立てを受けた場合、再審査を行う。なお、必要に応じて、企画運営会議に再審査及び判定を委ねることができる。

（秘密保持）

第７条　最高管理責任者及び各学部等研究倫理委員会の構成員は、審査内容及びこれらに関する情報については秘密を厳重に保持しなければならない。

（不利益取扱の禁止）

第８条　最高管理責任者及び各学部長等は、研究者が審査を求めたことを理由に、当該研究者に対し不利益な扱いをしてはならない。

（改廃）

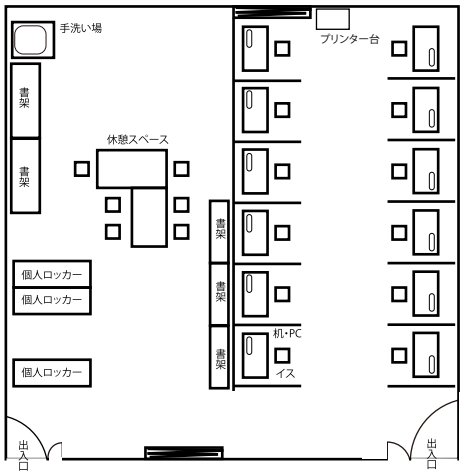
第９条　この規程の改廃は、大学評議会においてこれを行う。

附　則

この規程は、平成２６年４月１日から施行する。

リハビリテーション研究科院生研究室見取図

建物内での研究室の位置を示す図表については省略しました。



資料１７

外国雑誌

No.	Title
1	American Heart Journal
2	Archives of Physical Medicine and Rehabilitation
3	Clinical Biomechanics
4	Clinical Neurophysiology
5	Gait & Posture
6	Heart & Lung
7	Human Movement Science
8	Journal of Electromyography and Kinesiology
9	Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics
10	Journal of Nutrition Education and Behavior
11	Journal of Pain and Symptom Management
12	Musculoskeletal Science and Practice
13	Pain Management Nursing
14	Physiotherapy
15	Psychosomatics
16	Public Health
17	The Knee
18	TheLancet
19	3 Journals(AJPM/IJRR/AJOT) on Ovid for Naragakuen University
20	Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy (JOSPT) (Online access for IP addresses)
21	Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine
22	Physical Therapy

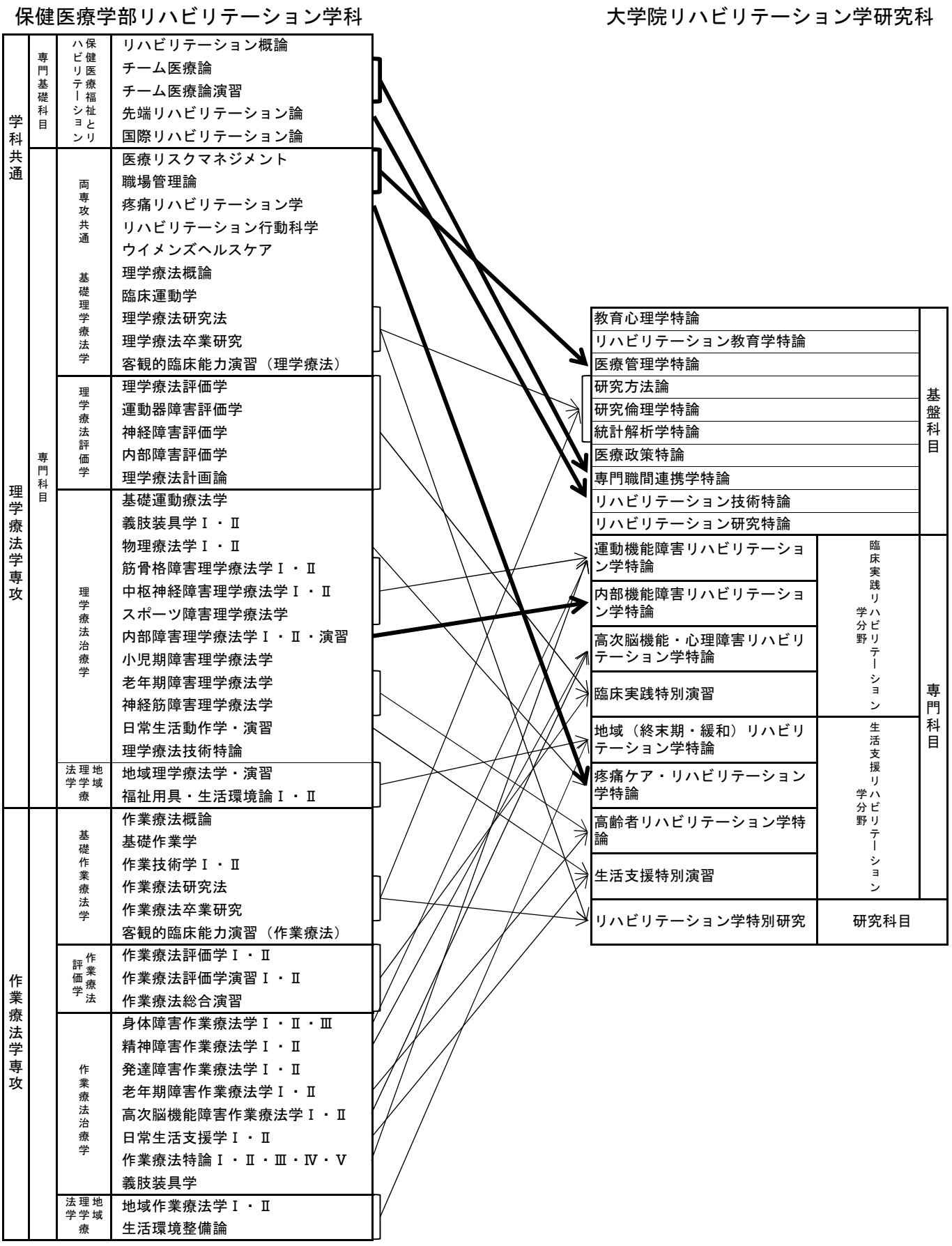
国内雑誌

1	総合リハビリテーション
2	地域ケアリング
3	理学療法
4	理学療法ジャーナル
5	作業療法ジャーナル

データベース

1	MedicaFinder
2	医中誌
3	メディカルオンライン

保健医療学部リハビリテーション学科と大学院リハビリテーション学研究科との関連図



奈良学園大学大学院入学試験小委員会規程（案）

（制　　定　平成３０年　４月　１日
最近改正　令 和　　年　　月　　日）

（設置）
第１条　奈良学園大学入学試験委員会規程第５条の規定に基づき、大学院研究科の入学試験に関する事項の審議等を行うために、大学院委員会の下に、大学院入学試験小委員会（以下「委員会」という。）を置く。
（構成員）
第２条 委員会は、次の各号に掲げる委員をもって組織する。
(1) 学長
(2) 研究科長
(3) 研究科長が選出し、学長が認めた者 若干名
(4) 事務局長
(5) 事務局入試広報課長
(6) その他学長が必要と認め委嘱した者
２ 学長は、委員会に関わる自身の職務を副学長に委任し、構成員とすることができる。
３ 事務局長は、委員会に関わる自身の職務を事務局入試広報課長に委任することができる。
４ 第１項第３号及び第６号の委員の任期は、２年とする。ただし、再任を妨げない。
（委員長）
第３条 委員会に委員長を置く。なお、委員長は、委員の中から学長が指名する。
２ 委員長は、委員会を招集し、議長となる。
（審議事項）
第４条 委員会は、大学院研究科に関わる次の事項を審議する。
(1) 入学試験の試験区分、日程、試験会場等に関する事項
(2) 選考方法、合格判定基準及び合否の決定に関する事項
(3) 入学試験の実施に関する事項
(4) その他入学試験に関し学長が諮問する事項
２ 前項の審議事項は、大学院委員会に報告または発議し、必要に応じて大学評議会に報告または発議するものとする。また、常時、研究科委員会との情報共有を図るものとする。
（委員以外の出席）
第５条 委員長は、委員会が必要と認めたときは、委員以外の者に出席を求め、説明又は意見を聴くことができる。
（事務）
第６条 委員会の事務は、事務局入試広報課においてこれを行う。
（改廃）
第７条 この規程の改廃は、大学評議会においてこれを行う。

附　則
この規程は、平成３０年４月１日から施行する。
附　則
この規程は、平成３１年４月１日から施行する。
附　則
この規定は、令和　５　年４月１日から施行する。

授業時間割案（2年課程　昼夜開講）　※必修科目

○教室は学部授業で使用しない1407教室
○担当者横の数字は担当回数

14条特例による昼夜開講

1年前期	時間	月		火		水		木		金		土	
1	9:00～ 10:30							研究方法特論※	城野7, 滝本5, 福原3			研究方法特論※	城野7, 滝本5, 福原3
2	10:40～ 12:10							専門職間連携特論※	西川3, 吉川4, 中島3, 中島栄3, 豊岡2,			研究倫理特論※	西川4, 伊藤4, 辻下4, 藤田3
3	13:00～ 14:30											専門職間連携特論※	西川3, 吉川4, 中島3, 中島栄3, 豊岡2,
4	14:40～ 16:10			研究倫理特論※	西川4, 伊藤4, 辻下4, 藤田3								
5	16:20～ 17:50												
6	18:00～ 19:30			教育心理学特論	高岡			リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本	医療政策特論	安西		
7	19:40～ 21:10							リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本				

1年後期	時限	月		火		水		木		金		土	
1	9:00～ 10:30											リハビリテーション教育学特論	池田10, 飯塚5
2	10:40～ 12:10											統計解析特論	大浦7, 阿波7, 共同1
3	13:00～ 14:30											リハビリテーション研究特論	野中6, 吉川5, 共同4
4	14:40～ 16:10											地域リハビリテーション・ケア学特論	池田8, 城野3, 中島3, 共同1
5	16:20～ 17:50												
6	18:00～ 19:30	高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	西川6, 福原5, 共同4	高齢者リハビリテーション学特論	辻下6, 山形2, 大浦4, 滝本3	リハビリテーション技術特論	長嶋3, 小貫2, 辻下2, 共同1	医療管理特論	上野12, 西薗3				
								リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本				
7	19:40～ 21:10	運動機能障害リハビリテーション学特論	橋本5, 飯塚5, 藤田5			内部機能障害リハビリテーション学特論	伊藤7, 阿波7, 野中7	疼痛ケア・リハビリテーション学特論	柴田5, 前田5, 吉川4, 共同1				
						リハビリテーション学特別研究※	柴田, 吉川	リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 滝本				

授業時間割案（2年課程　昼夜開講）　※必修科目

〇教室は学部授業で使用しない1407教室
〇担当者横の数字は担当回数

14条特例による昼夜開講

2年前期	時限	月		火		水		木		金		土	
1	9:00～ 10:30												
2	10:40～ 12:10												
3	13:00～ 14:30												
4	14:40～ 16:10												
5	16:20～ 17:50												
6	18:00～ 19:30					臨床実践特別演習	橋本, 飯塚, 藤田, 伊藤, 阿波, 野中, 西川, 福原	リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本				
						生活支援特別演習	池田, 大浦, 城野, 柴田, 前田, 吉川, 辻下, 山形, 滝本, 中島						
7	19:40～ 21:10							リハビリテーション学特別研究※					

2年後期	時限	月		火		水		木		金		土	
1	9:00～ 10:30												
2	10:40～ 12:10												
3	13:00～ 14:30												
4	14:40～ 16:10												
5	16:20～ 17:50												
6	18:00～ 19:30							リハビリテーション学特別研究※	西川, 辻下, 山形, 橋本, 柴田, 伊藤, 飯塚, 池田, 大浦, 藤田, 阿波, 野中, 福原, 城野, 吉川, 滝本				
7	19:40～ 21:10							リハビリテーション学特別研究※					

前期

教員毎　授業時間割案（2年課程　昼夜開講）　前期　※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

1 西川

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1	高次脳機能障害作業療法学Ⅰ(総論)	1	
2		2		2		2		2	精神障害作業療法学Ⅰ(総論)	2	(M)研究倫理特論※
3		3		3		3		3		3	(M)専門職間連携特論※
4		4	(M)研究倫理特論※	4		4	神経内科学	4		4	
5		5		5	内部障害学Ⅰ（総論）	5		5			
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6			
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7			

① 辻下

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1	リハビリテーション概論	1		1		1		
2		2	理学療法概論	2		2		2		2	(M)研究倫理特論※	
3		3	基礎運動療法学	3		3		3		3		
4		4	(M)研究倫理特論※	4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

3 山形

	月		火		水		木		金		土	
1		1	作業療法概論	1		1		1		1		
2		2		2		2		2		2		
3		3	身体障害作業療法学Ⅰ(総論・脳神経系)	3		3		3		3		
4	日常生活支援学Ⅰ(総論)	4		4		4		4		4		
5	福祉用具・生活環境論Ⅰ(総論)	5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

前期

教員毎　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)　前期　※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

4 橋本

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2	運動学Ⅱ（各論）	2	筋骨格障害理学療法学Ⅰ(総論)	2		2		2		2		
3		3		3		3		3		3		
4		4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

5 柴田

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2		2		2		
3		3		3		3		3		3		
4		4		4	疼痛リハビリテーション学	4	人体機能学Ⅰ（植物性機能）	4	ペインコントロール論	4		
5		5		5	内部障害学Ⅰ（総論）	5		5	疾病治療論Ⅴ			
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

6 伊藤

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2		2		2	(M)研究倫理特論※	
3		3	内部障害理学療法学(総論)	3		3		3		3		
4		4	(M)研究倫理特論※	4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

前期

教員毎　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)　前期　※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

7 池田

	月		火		水		木		金		土	
1		1	老年期障害理学療法学	1	卒業研究ゼミ	1		1		1		
2		2	地域理学療法学	2		2		2		2		
3		3		3		3		3		3		
4		4	日常生活動作学	4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

8 飯塚

	月		火		水		木		金		土	
1	人体構造実習	1		1	人体構造実習	1		1		1		
2		2		2		2		2		2		
3	義肢装具学	3		3		3		3		3		
4		4		4		4		4		4		
5	作業療法特論Ⅰ(身体障害)	5	義肢装具学Ⅰ（総論）	5		5		5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

9 大浦

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2	老年期障害作業療法学Ⅰ(総論)	2		2		2		2		
3		3	作業療法研究法	3		3		3		3		
4		4	地域作業療法学Ⅰ（総論）	4		4		4		4		
5		5	基礎作業学	5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

前期

教員毎　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)　前期　※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

10 藤田

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2	中枢神経障害理学療法学Ⅰ(総論)	2		2	(M)研究倫理特論※	
3		3		3		3	理学療法評価学	3		3		
4		4	(M)研究倫理特論※	4		4		4		4		
5		5		5		5	神経障害評価学	5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

11 阿波

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2	運動学Ⅱ（各論）	2		2		2		2		2		
3		3		3		3		3		3		
4	人体生理機能実習	4		4		4		4		4		
5	人体生理機能実習	5		5		5		5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

12 野中

	月		火		水		木		金		土	
1	人体構造実習	1		1	人体構造実習	1		1		1		
2		2		2		2		2		2		
3		3		3		3		3		3		
4	人体生理機能実習	4		4		4		4		4		
5	人体生理機能実習	5		5		5		5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

前期

教員毎　授業時間割案（2年課程　昼夜開講）　前期　※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

13 吉川

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2	(M)専門職間連携特論※	2		2		
3	物理療法学Ⅰ(総論)	3		3		3		3		3	(M)専門職間連携特論※	
4		4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

14 福原

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1	(M)研究方法特論※	1		1	(M)研究方法特論※	
2		2		2		2		2	精神障害作業療法学Ⅰ(総論)	2		
3		3		3		3		3		3		
4		4		4		4		4		4		
5		5		5		5	作業療法評価学Ⅱ（精神）	5				
6		6		6	(M)臨床実践 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

15 城野

	月		火		水		木		金		土	
1	人体構造実習	1		1	人体構造実習	1	(M)研究方法特論※	1		1	(M)研究方法特論※	
2		2		2		2		2		2		
3	運動学演習	3		3		3		3		3		
4	人体生理機能実習	4		4		4		4		4		
5	人体生理機能実習	5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

前期

教員毎　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)　前期　※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

16 滝本

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1	(M)研究方法特論※	1		1	(M)研究方法特論※	
2		2	地域理学療法学	2		2		2		2		
3	物理療法学Ⅰ(総論)	3	運動学入門	3		3	理学療法評価学	3		3		
4	理学療法研究法	4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

② 前田

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2		2		2		
3	運動学演習	3		3		3		3		3		
4		4		4	疼痛リハビリテーション学	4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6		6				
7		7		7		7		7				

18 中島

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2	(M)専門職間連携特論※	2		2		
3		3		3		3	身体障害作業療法学Ⅱ（運動器・難病）	3		3	(M)専門職間連携特論※	
4		4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	(M)生活支援 特別演習	6		6				
7		7		7		7		7				

後期

教員別　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

1 西川

	月	火	水	木	金	土
1	精神医学					
2						
3						
4				内部障害学Ⅱ（各論）		
5						
6	(M)高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論			(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※		
7				(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※疫学1ｺﾏ		

① 辻下

	月	火	水	木	金	土
1			リハビリテーション行動科学		チーム医療論演習	
2		チーム医療論	客観的臨床能力演習(理学療法)			
3			客観的臨床能力演習(理学療法)			
4					理学療法技術特論	
5		神経筋障害理学療法学				
6		(M)高齢者リハビリテーション学特論	(M)リハビリテーション技術特論	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※		
7				(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※		

3 山形

	月	火	水	木	金	土
1		基礎ゼミⅡ		生活環境整備論		
2			客観的臨床能力演習(作業療法)			
3			客観的臨床能力演習(作業療法)	身体障害作業療法学Ⅲ（応用）		
4						
5						
6		(M)高齢者リハビリテーション学特論	作業療法卒業研究	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※		
7				(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※		

後期

教員別　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

4 橋本

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1		1		
2	スポーツ障害理学療法学	2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2	理学療法計画論	2		
3	スポーツ医学	3		3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3		3		
4	筋骨格障害理学療法学Ⅱ(各論)	4		4		4		4	理学療法技術特論	4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7	(M)運動機能障害リハビリテーション学特論	7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

5 柴田

	月		火		水		木		金		土	
1		1		1		1		1		1		
2		2		2		2		2		2		
3		3	生化学	3		3		3		3		
4		4		4		4	内部障害学Ⅱ（各論）	4		4		
5		5	疾病治療論Ⅰ	5		5	痛み学概論, 疫学	5				
6		6		6	作業療法卒業研究	6	(M)疼痛ケア・リハビリテーション学特論	6				
7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

6 伊藤

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1		1		
2		2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3	内部障害理学療法学Ⅱ(各論)	3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3	内部障害評価学	3	職場管理論	3		
4		4	内部障害理学療法学演習	4		4		4	理学療法技術特論	4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7	(M)内部機能障害リハビリテーション学特論	7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

後期

教員別　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

7 池田

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1	日常生活動作学演習	1		1		1	(M)リハビリテーション教育学特論
2		2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2	
3		3	運動学Ⅰ（総論）	3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3		3	
4		4		4		4		4		4	(M)地域リハビリテーション・ケア学特論
5		5	運動器障害評価学	5		5		5			
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6			
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7			

8 飯塚

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1		1	(M)リハビリテーション教育学特論
2	人体構造学Ⅲ（神経・運動器）	2		2	客観的臨床能力演習(作業療法)	2		2		2	
3		3		3	客観的臨床能力演習(作業療法)	3	身体障害作業療法学Ⅲ（応用）	3		3	
4		4	作業療法評価学演習Ⅰ（身体）	4		4		4		4	
5		5		5		5		5			
6		6		6	作業療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6			
7	(M)運動機能障害リハビリテーション学特論	7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7			

9 大浦

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1		1		
2		2		2	客観的臨床能力演習(作業療法)	2		2		2	(M)統計解析特論	
3		3		3	客観的臨床能力演習(作業療法)	3		3		3		
4		4	老年期障害作業療法学Ⅱ(各論)	4		4		4		4		
5		5	作業療法特論Ⅳ(老年期障害)	5		5		5				
6		6	(M)高齢者リハビリテーション学特論	6	作業療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

後期

教員別　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

10 藤田

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1	中枢神経障害理学療法学Ⅱ(各論)	1		1		
2		2	臨床運動学	2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3		3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3		3		
4		4		4		4		4	理学療法技術特論	4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7	(M)運動機能障害リハビリテーション学特論	7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

11 阿波

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1		1		
2		2	臨床運動学	2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2	(M)統計解析特論	
3		3		3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3	内部障害評価学	3		3		
4	人体機能学Ⅱ（動物性機能）	4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7	(M)内部機能障害リハビリテーション学特論	7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

12 野中

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1	チーム医療論演習	1		
2	人体構造学Ⅲ（神経・運動器）	2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3		3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3		3	(M)リハビリテーション研究特論	
4	人体機能学Ⅱ（動物性機能）	4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7	(M)内部機能障害リハビリテーション学特論	7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

後期

教員別　授業時間割案（2年課程　昼夜開講）※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

13 吉川

	月		火		水		木		金		土	
1	物理療法学Ⅱ(各論)	1	基礎ゼミⅡ	1	日常生活動作学演習	1		1		1		
2		2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3	運動学Ⅰ（総論）	3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3	職場管理論	3	(M)リハビリテーション研究特論	
4		4		4		4		4		4		
5		5	運動器障害評価学	5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)疼痛ケア・リハビリテーション学特論	6				
7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

14 福原

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1	チーム医療論演習	1		
2		2		2	客観的臨床能力演習(作業療法)	2		2		2		
3		3	作業療法評価学演習Ⅱ（精神）	3	客観的臨床能力演習(作業療法)	3	精神障害作業療法学Ⅱ(各論)	3		3		
4		4		4		4	作業療法特論Ⅱ(精神障害)	4		4		
5		5		5		5		5				
6	(M)高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論	6		6	作業療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

15 城野

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1	チーム医療論演習	1		
2	人体構造学Ⅲ（神経・運動器）	2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3	運動学Ⅰ（総論）	3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3		3		
4	人体機能学Ⅱ（動物性機能）	4		4		4		4		4	(M)地域リハビリテーション・ケア学特論	
5		5		5		5		5				
6		6		6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

後期

教員別　授業時間割案(2年課程　昼夜開講)※必修科目，(M)大学院授業、(M)なしは学部授業

16 滝本

	月		火		水		木		金		土	
1	物理療法学Ⅱ(各論)	1	基礎ゼミⅡ	1		1		1		1		
2		2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3	地域理学療法学演習	3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3	福祉用具・生活環境論Ⅱ(各論)	3		3		
4		4		4		4		4		4		
5		5		5		5		5				
6		6	(M)高齢者リハビリテーション学特論	6	理学療法卒業研究	6	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	6				
7		7		7		7	(M)ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学特別研究※	7				

② 前田

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1		1		1	チーム医療論演習	1		
2		2		2	客観的臨床能力演習(理学療法)	2		2		2		
3		3		3	客観的臨床能力演習(理学療法)	3		3		3		
4		4		4		4		4		4		
5		5		5		5	痛み学概論	5				
6		6		6		6	(M)疼痛ケア・リハビリテーション学特論	6				
7		7		7		7		7				

18 中島

	月		火		水		木		金		土	
1		1	基礎ゼミⅡ	1	地域作業療法学Ⅱ（各論）	1		1	チーム医療論演習	1		
2		2	作業技術学Ⅱ	2		2		2	日常生活支援学Ⅱ(各論)	2		
3		3	作業療法総合演習	3		3		3	作業技術学Ⅰ	3		
4		4		4		4		4		4	(M)地域リハビリテーション・ケア学特論	
5		5		5		5		5				
6		6		6	作業療法卒業研究	6		6				
7		7		7		7		7				

資料２１

奈良学園大学

平成 29 年度 大学機関別認証評価

評価報告書

平成 30 年 3 月

公益財団法人 日本高等教育評価機構

奈良学園大学

Ⅰ　認証評価結果

【判定】

評価の結果、奈良学園大学は、日本高等教育評価機構が定める大学評価基準に適合していると認定する。

Ⅱ　総評

「基準１．使命・目的等」について

大学は、建学の精神を掲げて、実務能力、実践力を有する人材の育成を使命として明確に定め、平成 26(2014)年度の学部学科の改組以降も、新たな学修環境を整備して継承されている。法人は「経営改善計画推進会議」を組織し、詳細な中長期計画として「経営改善計画」を策定し、改善状況は文部科学省及び日本私立学校振興・共済事業団に報告されている。大学は、学校教育法及び関連法令を遵守しており、その使命や目的は、各学部の三つのポリシー（ディプロマポリシー、カリキュラムポリシー、アドミッションポリシー）に具体的に明示され、資格取得に向けた個別指導を基軸として研究教育組織が整備されている。具体的には、「評議会」を中心に教育研究組織が整備され、実践体験学習に取組み「豊かな人間性」と専門性を兼ね備えた人材の育成を掲げ、設置基準に則して適切に運営されている。

「基準２．学修と教授」について

明確に定められ公開されたアドミッションポリシーに基づいて、選考基準を設定し広く学生の受入れを行い定員充足率は良好である。

教育課程では、演習科目の体系化が図られ、教職員が協働し個別指導の内容を共有化する体制が組まれている。授業では、タブレット端末機の活用や授業内容の録画と閲覧への取組みが行われ、地域性を生かした「奈良学」を設置するなど工夫されている。「教師塾」「naragaku GT」「教師セミナー」「国家試験対策講座」「必須問題対策講座」など資格取得に向けた学生支援を行う体制が整えられている。教育の質の向上への取組みでは、「ご意見箱」を活用した学生の要望や教職員が「目標管理シート」を作成し自己管理システムを確立するとともに、授業参観や公開授業、研修会を開催して全学的共有化を図っている。また、奨学金制度や心身の健康についての専門カウンセラーが置かれ、学生生活全般にわたって支援体制が保持されている。

「基準３．経営・管理と財務」について

定期的に理事会、評議員会、常勤理事会及び常勤監事及び監査室長を加えた「校務会議」が開催され、各種法令は遵守されており、教育情報、財務情報については、適切に公表されガバナンスは機能している。

執行機関としては、評議会、教授会及び企画運営会議、各種委員会を設置し、大学運営上の課題に取組む権限と責任が明確化され組織的連携が図られている。

学長の役割が明確に規定されており、学長のリーダーシップが発揮できる仕組みが整備

されており、教職員の連携的な業務運営に努めている。

学内 SD(Staff Development)研修や外部研修会への参加を促し職員の業務遂行の向上に努めている。

財務状況については、収支バランスの健全化を図り、組織的な改善活動の取組みが求められる。会計及び業務監査については、適切に会計監査が実施されている。

「基準４．自己点検・評価」について

自己点検・評価については、自己点検・評価委員会を設置し、年間計画に基づいて継続的に自己点検・評価を行う体制が確立されている。関係部署での自己点検・評価は、中間点検活動を組入れ、年度末に総括され結果が事業活動報告にまとめられ評議会での承認を経て理事会に報告されているなど、PDCA サイクルを構築して教育研究をはじめ大学全体の改善や向上につなげている。

総じて､大学は社会で必要な実務能力､実践力を有する人材の育成を建学の精神に掲げ、学部学科の改組を決め、建学の意思を継承しその使命や教育目的の達成のために新たな学修環境を整備し、研究教育体制や組織を再編して 4 年間の完成年度を迎えている。今後財務的安定に向けて、大学内外のコミュニケーションを図りながら不断の改善の継続が期待される。

なお、使命・目的に基づく大学独自の取組みとして設定されている、「基準 A.ボランティア活動」「基準 B.社会連携」「基準 C.国際交流」については、各基準の概評を確認されたい。

Ⅲ　基準ごとの評価

基準１．使命・目的等

【評価結果】

基準 1 を満たしている。基準項目ごとの評価結果と理由については、以下に述べる。

1－1　使命・目的及び教育目的の明確性

1-1-①　意味・内容の具体性と明確性

1-1-②　簡潔な文章化

【評価結果】

基準項目 1-1 を満たしている。

【理由】

大学は、社会で必要な実務能力、実践力を有する人材の育成を使命として、人間教育学部及び保健医療学部において具体化に努めている。人間教育学部は、教育者の養成、また保健医療学部では、保健医療職者の育成を掲げて教育の目的を明確に提示している。

こうした使命・目的及び学部学科の目的は、学則に明記され、大学案内や「履修の手引」「大学要覧」で簡潔に示されており、ホームページで周知されている。特に、学部学科の

改組による新設学部学科の認知度の向上に向けた活動を行い、「社会連携センター」を設置して地域への貢献・交流を図りながら浸透活動に取組んでいる。

1－2　使命・目的及び教育目的の適切性

1-2-①　個性・特色の明示

1-2-②　法令への適合

1-2-③　変化への対応

【評価結果】

基準項目 1-2 を満たしている。

【理由】

人間教育学部は、学校教育法及び学習指導要領に対応した教員の育成、保健医療学部は、少子高齢社会に向けた保健医療分野での役割の遂行及び国民の健康に関する多様なニーズに対応できる汎用能力を備えた看護職者の育成を特色とし、学則等に明示されている。

大学は、学校教育法及び関連法規を遵守しており、その使命や目的は、「社会で必要な実務能力を備え、自らの目標を達成するための実践力を有する人材を育成するために必要な教育・学術研究の遂行によって、社会の発展に寄与する」ことと学則に明記されており、設置基準を満たして適切に運営されている。

大学は建学の精神を掲げ、平成 26(2014)年度の学部学科の改組以降も新学部学科に沿った新たな学修環境を整備して継承されている。

1－3　使命・目的及び教育目的の有効性

1-3-①　役員、教職員の理解と支持

1-3-②　学内外への周知

1-3-③　中長期的な計画及び 3 つの方針等への使命・目的及び教育目的の反映

1-3-④　使命・目的及び教育目的と教育研究組織の構成との整合性

【評価結果】

基準項目 1-3 を満たしている。

【理由】

建学の精神及び教育目的は、理事会で承認を得て評議会に報告され、ホームページや大学案内等を通して学内外への周知に努めている。

法人は「経営改善計画推進会議」を組織し、「経営改善計画」が進められている。経営改善計画は、教職員に説明されており、改善状況は文部科学省及び日本私立学校振興・共済事業団に報告されている。改善計画の遂行過程では、中間チェック、フィードバック機能も確立されており PDCA 活動が体系的かつ有効的に機能している。大学の使命や目的は、「経営改善 5 か年計画」に反映されており、三つのポリシーを通して具体的な方法が明示されている。

また、教育目的の達成に向けては、「評議会」を設置して教育研究組織を整備し、地域社会への貢献を図る中で実践教育に取組んでいる。

基準２．学修と教授

【評価結果】

基準 2 を満たしている。基準項目ごとの評価結果と理由については、以下に述べる。

2－1　学生の受入れ

2-1-①　入学者受入れの方針の明確化と周知

2-1-②　入学者受入れの方針に沿った学生受入れ方法の工夫

2-1-③　入学定員に沿った適切な学生受入れ数の維持

【評価結果】

基準項目 2-1 を満たしている。

【理由】

アドミッションポリシーは、学則等に明示された学部の目的にのっとって明確に定められ、学生募集要項、大学案内、ホームページ等に明記され、受験生等に周知されている。オープンキャンパス、高等学校訪問等を通じて、生徒、保護者、高等学校進路指導教員等に対して、きめ細かい説明が行われている。

アドミッションポリシーに基づき、入試区分ごとの適性のある学生を受入れるための工夫が見られ、両学部ともに 6 ないしは 7 の選考基準の入試方法を採用して、広く学生の受入れを行っている。

ビジネス学部、情報学部を人間教育学部、保健医療学部へと学部再編を行った結果、平成 26(2014)年度以降は両学部ともに定員充足率が大幅に改善している。

2－2　教育課程及び教授方法

2-2-①　教育目的を踏まえた教育課程編成方針の明確化

2-2-②　教育課程編成方針に沿った教育課程の体系的編成及び教授方法の工夫・開発

【評価結果】

基準項目 2-2 を満たしている。

【理由】

教育目的を踏まえ、カリキュラムポリシーが明確に示され、科目の体系化が図られている。人間教育学部では「基礎ゼミナール」「人間教育学ゼミナール」「人間教育実践力開発演習」など科目を体系化し、座学と実学との相乗効果発揮を期待した創造的・協働的な学修活動を展開している。その結果、多くの学生が積極的にボランティア活動に参加している。保健医療学部では、「看護師課程」「看護師・保健師課程」「看護師・助産師課程」から

選択可能な教育課程が編成され、同時に国家試験対策の取組みが多くされている。両学部ともアクティブ・ラーニング型授業、ICT（情報通信技術）の活用（タブレット端末利用、録画された講義の視聴など）や、「奈良学」等の地域性を生かした授業の設定などが行われている。教授方法の改善を促すために FD(Faculty Development)委員会が設置され、授業公開や研修会などが行われている。

2－3　学修及び授業の支援

2-3-①　教員と職員の協働並びに TA(Teaching Assistant)等の活用による学修支援及び授業支援の充実

【評価結果】

基準項目 2-3 を満たしている。

【理由】

教員と職員の協働により学生への学修支援及び授業支援が行われている。オフィスアワーの実施、「アドバイザー制（担任制）」の採用、学生カルテの活用等さまざまな取組みが行われており、学修支援が充実している。人間教育学部では、教員の教育活動を支援する SA(Student Assistant)を活用している。中途退学者、留年者等について現状把握と背景要因の分析を行い、丁寧な対応が行われている。また、学部・学科改組により募集が停止されたビジネス学部及び情報学部の過年度生に対する対応もされている。

2－4　単位認定、卒業・修了認定等

2-4-①　単位認定、進級及び卒業・修了認定等の基準の明確化とその厳正な適用

【評価結果】

基準項目 2-4 を満たしている。

【理由】

各学部の単位認定、進級及び卒業要件は学則、各学部の学部細則、履修規程に明確に定められ、厳正に適用・運用されている。各学部の教授会は単位認定、進級・卒業について審議を行い、学長に意見を述べることができるように定めている。学長はこの意見を聞いて単位等を認定している。全ての授業科目の授業計画及び成績評価基準はシラバスに明記されている。GPA(Grade Point Average)制度は成績評価の換算基準のほか、学内における助産師課程・保健師課程の履修希望者選抜時の選考基準として活用されている。また、卒業時の学生表彰制度における成績優秀者の選考時にも活用されている。

2－5　キャリアガイダンス

2-5-①　教育課程内外を通じての社会的・職業的自立に関する指導のための体制の整備

【評価結果】

基準項目 2-5 を満たしている。

【理由】

奈良市の登美ヶ丘キャンパス、生駒郡三郷町の三郷キャンパスともに「キャリアセンター」が設置され、三郷キャンパスには教員採用試験合格に向けて、「教職センター」が開設されている。キャリアセンター、教職センターには教職員が適切に配置され、将来の仕事と結びつけるための資格講座やインターンシップが実施されるなど、学生のキャリア教育支援体制は整備されている。

人間教育学部では、キャリア関連科目 8 科目が開講され、学生全員が履修するよう指導が行われている。保健医療学部においても、キャリア関連科目が 1 年次から 3 年次まで体系的に整備され、4 年次での看護師国家試験合格に向けた支援とともに、就職支援体制が整備されている。

2－6　教育目的の達成状況の評価とフィードバック

2-6-①　教育目的の達成状況の点検・評価方法の工夫・開発

2-6-②　教育内容・方法及び学修指導等の改善へ向けての評価結果のフィードバック

【評価結果】

基準項目 2-6 を満たしている。

【理由】

FD 委員会が中心となり、教育目標の達成状況の点検、学修指導の改善が行われている。授業期間の前半に「授業改善シート」によるアンケートを実施し、授業改善に役立てている。授業期間中間には「教員相互の授業参観」を実施し、後半に実施される「授業評価アンケート」を通して学修指導の改善が進められている。

学修支援方法改善のために、FD 研修会、FD 講演会が開催され、人間教育学部では「授業評価アンケート」の評価が高かった教員の講義を他の教員が参観し、その後研究会を実施している。保健医療学部では外部講師を招いた研修会が実施されている。教育内容・方法及び学修指導等の改善に向けての取組みが推進されており、評価結果のフィードバックが適切に行われている。

2－7　学生サービス

2-7-①　学生生活の安定のための支援

2-7-②　学生生活全般に関する学生の意見・要望の把握と分析・検討結果の活用

【評価結果】

基準項目 2-7 を満たしている。

【理由】

学生支援センター、学生委員会が設置され、安定した学生生活を送るための支援、学生

サービスの向上、課外活動の支援が行われている。「心理健康相談室」が設置され、学生の健康相談、心理相談が適切に行われている。「奈良学園大学奨学金規則」に基づいて、独自の奨学金制度として「奈良学園大学奨学金（入学時成績優秀者、成績優秀一般学生、スポーツ学生を対象)」や「家計急変時支援奨学金」が設けられている。

学内に「ご意見箱」が設置されており、また、3 年に 1 度、「学生の意識及び生活の実態に関する調査」を実施するなど、学生の意見・要望をくみ上げ、分析・改善するシステムが整備されている。

2－8　教員の配置・職能開発等

2-8-①　教育目的及び教育課程に即した教員の確保と配置

2-8-②　教員の採用・昇任等、教員評価、研修、FD(Faculty Development)をはじめとする教員の資質・能力向上への取組み

2-8-③　教養教育実施のための体制の整備

【評価結果】

基準項目 2-8 を満たしている。

【理由】

設置基準で定める必要な専任教員数を配置している。教員の昇任等、教員評価については、人事評価、目標制度・面談制度、勤務状況評価、目標管理制度などさまざまな角度から実施されている。また、教育の質の向上のため、「目標管理シート」や「自己評価シート」を作成した上で、学部長との面談が実施され、FD 委員会による FD 講習会や FD 研修会が開催されている。

「共通教育委員会」を設置しており、カリキュラムの策定や開講科目の検討が適切に行われるなど、教養教育実施のための体制が整備されている。

2－9　教育環境の整備

2-9-①　校地、校舎、設備、実習施設、図書館等の教育環境の整備と適切な運営・管理

2-9-②　授業を行う学生数の適切な管理

【評価結果】

基準項目 2-9 を満たしている。

【理由】

教育目的の達成のための施設・設備が適切に整備されている。アクティブ・ラーニング用のスペースや体育館など、学生が自由に活用でき、集えるスペースも確保され、教育環境の整備が図られている。図書館は、蔵書数、検索システムの導入、閲覧スペース等が整備されている。安全性を確保するため、耐震強度調査等の保守点検が定期的にされている。登美ヶ丘キャンパスはバリアフリー化されており、三郷キャンパスは徐々に整備されてきている。実習教室は、実習作業が見やすいような環境の整備や授業を撮影できる設備等が

整備されている。「学生の意識及び生活の実態に関する調査」を行い、学生の教育環境に関する意見・要望等をくみ上げ、その結果を踏まえて改善がされている。

授業を行う学生数は、教室、演習室、実習教室等目的ごとに適切な管理を行っている。

基準３．経営・管理と財務

【評価結果】

基準 3 を満たしている。基準項目ごとの評価結果と理由については、以下に述べる。

3－1　経営の規律と誠実性

3-1-①　経営の規律と誠実性の維持の表明

3-1-②　使命・目的の実現への継続的努力

3-1-③　学校教育法、私立学校法、大学設置基準をはじめとする大学の設置、運営に関連する法令の遵守

3-1-④　環境保全、人権、安全への配慮

3-1-⑤　教育情報・財務情報の公表

【評価結果】

基準項目 3-1 を満たしている。

【理由】

「学校法人奈良学園　寄附行為」、就業規則等により組織倫理に関する条項を定め、経営の規律と誠実性の維持に努め適切な運営を行っている。

理事会、評議員会等を定期的に開催することに加え、「常勤理事会」を毎月 2 回開催することで法人の使命・目的を実現するための継続的な努力がされている。

また、法令遵守については、学校教育法、私立学校法、設置基準等に基づき大学運営が行われており誠実に守られている。

環境の保全、人権の尊重、ハラスメントの防止、個人情報の保護に関する規則を整備するとともに周知を図っている。また、地震や火災等の災害に備え危機管理マニュアルを作成し被害の防止、軽減に努めている。

教育情報、財務情報については、ホームページで適切に公表されている。

3－2　理事会の機能

3-2-①　使命・目的の達成に向けて戦略的意思決定ができる体制の整備とその機能性

【評価結果】

基準項目 3-2 を満たしている。

【理由】

学校法人奈良学園寄附行為に基づき、理事会を適切に運営しているほか、毎月 2 回「常

勤理事会」を開催し、使命・目的の達成に向けて戦略的意思決定を迅速にできる体制を整備し、適切に機能させている。理事の選任については、寄附行為第 9 条に明確に定められており適正に処理されている。また、寄附行為第 23 条に基づき、法人の業務に関する重要事項については、あらかじめ評議員会の意見を聴取して適切に対応している。理事の出席状況は概ね良好であり、委任状についても適切に処理されている。

3－3　大学の意思決定の仕組み及び学長のリーダーシップ

3-3-①　大学の意思決定組織の整備、権限と責任の明確性及びその機能性

3-3-②　大学の意思決定と業務執行における学長の適切なリーダーシップの発揮

【評価結果】

基準項目 3-3 を満たしている。

【理由】

「奈良学園大学学則」に基づき設置されている評議会、教授会及び「企画運営会議」に加え各種委員会を設置し、大学運営のさまざまな課題に取組むなど各組織の権限と責任が明確になっている。

学長の補佐体制として、学長顧問、副学長が置かれ、役割を明確に定めており、大学の意思決定と業務執行における学長のリーダーシップが十分に発揮されている。教授会の組織上の位置付けは明確に定められており、教授会が学長に意見を述べる事項も明記されている。

3－4　コミュニケーションとガバナンス

3-4-①　法人及び大学の各管理運営機関並びに各部門の間のコミュニケーションによる意思決定の円滑化

3-4-②　法人及び大学の各管理運営機関の相互チェックによるガバナンスの機能性

3-4-③　リーダーシップとボトムアップのバランスのとれた運営

【評価結果】

基準項目 3-4 を満たしている。

【理由】

理事長、常務理事が参加し、常勤監事及び監査室長も同席し実施される「校務会議」を毎月開催することで、大学の管理運営及び教学に関する重要決定事項の情報を共有し、法人及び大学が意思決定を円滑に行う体制が整備されている。

理事会、評議員会は寄附行為に基づき適切に運営されている。監事は理事会、評議員会に出席し、学校法人の業務及び財産等の状況について適切に意見を述べており、評議員は適切な方法で選任され、評議員会への出席状況は概ね良好であり、ガバナンスは機能している。

「校務会議」の内容は教職員に迅速に伝達され、管理職による「事務管理職会議」が定

期的に開催され、現場の意見を聴くことでボトムアップが図られている。

3－5　業務執行体制の機能性

3-5-①　権限の適切な分散と責任の明確化に配慮した組織編制及び職員の配置による業務の効果的な執行体制の確保

3-5-②　業務執行の管理体制の構築とその機能性

3-5-③　職員の資質・能力向上の機会の用意

【評価結果】

基準項目 3-5 を満たしている。

【理由】

「学校法人奈良学園　組織規則」に基づいて、適切に必要な職員を配置し、「事務分掌規程」に基づいて効率的に業務を遂行している。

週に 1 度、各部署の管理職による「事務管理職会議」を開催し、関係部署間の連携強化や情報共有を図るとともに各種委員会において、職員を構成員として参画させ、教学組織と事務組織の円滑な業務運営に努めている。

SD について、学内研修や、日本私立大学協会等が主催する外部研修会にも参加させ、職員の資質・能力向上を図っている。

3－6　財務基盤と収支

3-6-①　中長期的な計画に基づく適切な財務運営の確立

3-6-②　安定した財務基盤の確立と収支バランスの確保

【評価結果】

基準項目 3-6 を満たしている。

【理由】

法人全体の中長期計画と位置付けられている「経営改善計画」が策定され、この計画に基づく財務運営が行われている。

資金収支はマイナス、減価償却を加えた事業活動収支差額は 5 年連続マイナスとなっているが、法人全体の現預金と金融資産は十分保有されている。事業活動収支差額の収支均衡が難しい状況であるので、健全な財務運営に向け一層の努力を期待する。

外部資金獲得に向けての取組みについては、科学研究費助成事業の申請のノウハウ等を FD 研修会で実施しているなど、多くの科学研究費助成事業の獲得に努めている。

【参考意見】

○財務の収支バランスの改善と、財務基盤の安定のため、経営改善計画にのっとって、法人と大学が一体となった更なる取組みが望まれる。

3－7　会計

3-7-①　会計処理の適正な実施

3-7-②　会計監査の体制整備と厳正な実施

【評価結果】

基準項目 3-7 を満たしている。

【理由】

会計処理は学校法人会計基準、「学校法人奈良学園経理規則」に従い、適正に行われている。会計処理に問題がある場合には、その都度、法人財務部より公認会計士に確認を行っている。決算時には毎会計年度終了後 2 か月以内に必要書類を作成し、常勤理事会、理事会、評議員会の承認を受けている。

外部監査人である公認会計士による会計監査を年間で多く実施しており、公認会計士からの監査意見については、法人財務部が窓口となり、対応を必要とする事項については担当部署に連絡し情報共有を行い、理事長に報告される体制が整備されている。

また、監事による会計監査及び業務監査も法人監査室長を加え厳正に実施されている。

基準４．自己点検・評価

【評価結果】

基準 4 を満たしている。基準項目ごとの評価結果と理由については、以下に述べる。

4－1　自己点検・評価の適切性

4-1-①　大学の使命・目的に即した自主的・自律的な自己点検・評価

4-1-②　自己点検・評価体制の適切性

4-1-③　自己点検・評価の周期等の適切性

【評価結果】

基準項目 4-1 を満たしている。

【理由】

大学の使命・目的に即した自己点検・評価を実行するため、「奈良学園大学自己点検・評価委員会規程」を定め、「自己点検・評価委員会」を設置し、年間計画に基づき毎年自主的・自律的に自己点検・評価を実施している。

「自己点検・評価委員会」は自己点検・評価委員会規程に基づき大学執行部、学部の代表、事務局各部局の責任者で構成され、自己点検・評価の運営体制は適切である。

4－2　自己点検・評価の誠実性

4-2-①　エビデンスに基づいた透明性の高い自己点検・評価

4-2-②　現状把握のための十分な調査・データの収集と分析

4-2-③　自己点検・評価の結果の学内共有と社会への公表

【評価結果】

基準項目 4-2 を満たしている。

【理由】

各学部や各課・室で「学生の意識及び生活の実態に関する調査」「学生による授業アンケート」等の調査を実施し、エビデンスに基づいた自己点検・評価活動を実施している。

学生に対する教育や指導の充実等に関する調査やアンケートは担当する部署が実施、管理し、自己点検・評価のための必要なアンケートの活用、エビデンスの収集・分析を行う体制を整備している。

大学機関別認証評価を受けた年度の自己点検評価書は、ホームページに掲載され学内外に公表している。

4－3　自己点検・評価の有効性

4-3-①　自己点検・評価の結果の活用のための PDCA サイクルの仕組みの確立と機能性

【評価結果】

基準項目 4-3 を満たしている。

【理由】

年度初めに学長が策定する「学校経営方針」のもと、事業計画の実施に取組み、期中に法人本部によるチェックを受け､必要な修正を加えた後､再度計画の実行に取組んでいる。事業計画は年度末に総括され、事業報告とともに評議会で審議され承認を受けた上で理事会に提出されている等、PDCA サイクルの仕組みが確立され機能している。

自己点検・評価という手段を通して教育・研究の質を向上させ、社会から必要とされる大学を目指している。

大学独自の基準に対する概評

基準Ａ．ボランティア活動

A－1　豊かな経験や教養に裏打ちされた人間としての「人間力」の育成

A-1-①　大学と地域社会との連携の構築

A-1-②　「人間力」を基盤としたコミュニケーション能力の開発

【概評】

人間教育学部では、社会を生抜く力として「人間力」を育成するために、その要素である「教育力」「実践力」の育成を念頭に置き、現代的な教育課題を取上げた科目やコミュニケーション能力育成のための演習科目等を教育課程に組込んでいる。2 年次からは、個々

の学生が週１日学校ボランティアを行うことで、実際の子どもの理解を深め、教員という仕事の社会的役割や苦しさ、やりがい等を自覚するとともに、地域社会との連携を深めている。課外活動においては、地域の幼稚園、サークルやイベントとの連携を図り、ボランティア活動を通して体験学習を展開している。地域住民との交流や社会活動を通して、コミュニケーション力を養成するとともに子どもや保護者への理解及び実践的学びから「人間力」を養い、学生自身のやりがい感、達成感といったモチベーションを引き出す取組みが行われている。その他に、ボランティアサークルが、「吉野青年会議所」との「子どもの健全育成に関する協働事業」を実施したほか、三郷町内で小学生を対象とした「科学遊び・学びの広場プロジェクト」を実施するなど、地域貢献を行っている。このように大学の目標に基づいて、学生が主体的に学ぶことができる環境（地域社会との連携構築）が整えられ、多くのボランティア活動がされている。

基準Ｂ．社会連携

Ｂ－１　大学が持っている物的・人的資源の社会への提供

Ｂ-1-①　大学と地域社会との協力関係の構築

Ｂ-1-②　大学施設、物的・人的資源の社会への提供

【概評】

大学は奈良県下唯一の社会科学系の四年制大学として開学以来、地域社会の行政、経済界、教育機関及び各諸団体等との交流に取組んでいる。三郷キャンパスでは、これまでの認知度を生かして、「社会連携センター」を開設し、地域で産官学連携をはじめとして学校教育活動、生涯学習活動、スポーツ活動、地域活性化事業への組織的な連携を進めてきている。登美ヶ丘キャンパスでは、「超高齢社会における生活支援に向けた地域産業創出を考える研究会」を公益財団法人関西文化学術研究都市推進機構と共催するなど、地域が抱える問題を解決するため尽力している。大学図書館と大学近くの国立国会図書館関西館との地域連携も行っている。両学部とも地域住民を対象とした公開講座の開設や地域イベントへの大学施設の提供、公益法人主催の講演会開催など、大学の施設、物的・人的資源の社会への提供に積極的に取組んでいる。現在は各学部で取組んでいる地域連携であるが、キャンパスが離れていることを生かして、地域連携も広域的に行うことが可能となり、今後更なる発展を期待したい。

基準Ｃ．国際交流

Ｃ－１　国際交流の推進

Ｃ-1-①　海外大学との提携の推進

Ｃ-1-②　海外協定校からの学生の受入れ

Ｃ-1-③　海外協定校への学生の派遣

【概評】

「国際交流センター」を開設し、東アジア、東南アジア地域を中心に 12 大学と交流提携協定を結び、交換留学生や外国人研究者の受入れなど国際交流事業を推進している。海外協定校からの学生の受入れについては、「特別聴講生プログラム」が準備されている。単位互換協定に基づき、大学が指定した授業を一般学生と履修できるほか、「日本語能力試験 N1 対策講座」や各種イベント、ボランティア活動への参加の機会も提供されている。また、夏季短期研修生として受入れる短期プログラムについては、大学が学生サポーターを募集し、プログラムの運営補助を学生に任せるなど、国際交流や国際理解が一層推進される体制が整備されている。

海外協定校への学生の派遣については、単位の認定や奨励金の給付など留学支援制度が整備されている。「東アジア文化交流」や「カンボジア短期研修」など現地の特色を生かした文化交流プログラムが実施され、国際交流が活発に行われている。近年では米国の州立ハワイ大学など英語圏における語学研修の機会の提供にも力を入れている。人間教育学部の学生には海外の学校教育現場を見学する機会が、また保健医療学部の学生には海外の福祉医療施設を見学する機会などが提供されている。

資料２２

奈良学園大学

令和３年度　ＦＤ・ＳＤ委員会活動記録

①令和３年度ＦＤ・ＳＤ活動

	項目	実施日　　上段：人間教育学部　下段：保健医療学部
【前期】	授業評価アンケート（中間）	新型コロナウイルス感染症のため中止
	公開授業参観	新型コロナウイルス感染症のため中止
	授業評価アンケート	令和３年７月８日（木）～7月28日（水）　※終了
【後期】	授業評価アンケート（中間）	令和３年10月18日（月）～11月12日（金）　※終了
	公開授業参観	令和３年11月８日（月）～11月25日（木）※終了
	授業評価アンケート	令和３年12月13日（月）～ 令和４年１月24日（月）※終了

②ＦＤ・ＳＤ講演会

場所	日程	講師
登美ヶ丘キャンパス ※ライブ・オンデマンド配信	６月29日 14:40～16:10	日下直也 合同会社プラティコード　代表
ＳＤ【演題】Microsoft Teamsを活用したチーム力の向上 109/155名（大学教職員、法人）		
登美ヶ丘キャンパス ※ライブ・オンデマンド配信	10月26日 14:40～16:10	井上雄治・植田真弥 合同会社プラティコード
ＳＤ【演題】Adobe AcrobatおよびPremiere Rushを用いたデジタルカの取得 対象155名（大学教職員、法人）		

③全学部研修会

場所	日程		講師
ライブ・オンデマンド配信	第１回	６月４日　15:30～16:10	吉田先生・大浦先生
	【演題】各講習会参加の報告会 （ZOOMにて開催、アンケート実施）		
ライブ・オンデマンド配信	第２回	10月１日　15:00～	吉田先生 西薗先生・大浦先生
	【演題】授業アンケートの分析等　授業の改善等 （ZOOMにて開催、アンケート実施） →下記④へつなげる		

④学部学科（専修）研修会

対象	日程	講師
保健医療学部	12 月 8 日（水）13:00-14:30	教務ワーキング
	【演題】 到達度の設定と成績評価、シラバスの記載について（仮）	
リハビリテーション学科	11 月 10 日（水）14:00～14:50 ライブ・オンデマンド配信	ベネッセアイキャリア
	【演題】 学修成果の指標に関する研修 ※文科省が進めている大学教育可視化の方向性のもと、どのような内容を測定するか、GPS-A を学生教育にどのように役立てていけるかについて、などをお話しいただく予定です。	
	12 月 1 日（水）14:00-15:0	FDSD 委員会教務ワーキング
	学科カリキュラムと科目の位置づけについて（仮）	

奈良学園大学大学院リハビリテーション学研究科
リハビリテーション学専攻（修士課程）
学生の確保の見通し等を記載した書類

＜目次＞

（１）学生の確保の見通し及び申請者としての取組状況
① 学生の確保の見通し
ア． 定員充足の見込み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.2

イ．入学定員設定の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.3

ウ．定員充足の根拠となる客観的なデータの概要・・・・・・・・・・・P.4

エ．学生納付金の設定の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.7

② 学生確保に向けた具体的な取組状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・P.7

（２）人材需要の動向等社会の要請
①人材の養成に関する目的その他の教育研究上の目的（概要） ・・・・・P.8

②上記①が社会的、地域的な人材需要の動向等を踏まえたものであることの
客観的な根拠 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.8

(1) 学生の確保の見通し及び申請者としての取組状況

① 学生の確保の見通し

ア.定員充足の見込み

奈良学園大学大学院は、奈良学園大学の建学の精神および教育理念に則り、学部における一般的および専門的教養の基礎の上に、高度にして専門的な学術の理論および応用を教授・研究し、または高度の専門性が求められる職業を担うための深い学識および卓越した能力を培い、もって社会の発展および文化の進展に寄与することを目的としている。

奈良県の人口は、平成 12（2000）年から減少に転じ、高齢化が急速に進んでいる。65 歳以上人口は、平成 27（2015）年時点において 38 万９千人で、県人口の 28.7%を占めており、全国平均の 26.6%を上回っている状況である。

（資料１：奈良県推定人口・世帯数）

このように前期および後期高齢者人口が増えていくことは、要介護高齢者も増加していくことが予測され、医療のあり方は「病院完結型」の根本的治療から、高齢者を中心とした病気と共存しながら生活の質の維持・向上を目指して、地域全体で治し支える「地域完結型」の医療に転換することが求められている。このため、奈良県では平成 28（2016）年３月、団塊の世代が後期高齢者になる令和７（2025）年を目標年次とした「奈良県地域医療構想」を策定しており、今後は医療機能の分化と連携、在宅医療を含めた地域包括ケアシステムの構築が進むものと考えられ、リハビリテーションの高度な知識と技術を備えた上で、地域の問題解決のために多職種間との協働作業ができる人材が求められている。

（資料２：奈良県保健医療計画（平成 30 年４月１日施行）第５章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制 第 11 節 在宅医療））

また、このような超高齢社会におけるリハビリテーションでは、高齢者が複数の疾患を重複することで重複障害を抱えることが多く、単一疾患・単一障害に対する従来のリハビリテーションでは対応が困難となっている。

（資料３：重複障害ー定義，現状，リハビリテーション医学・医療の留意点ー）

したがって、今後のリハビリテーション医療現場では、単一疾患・単一障害に対する高度な専門性を持つだけでなく、重複疾患・重複障害を前提とした幅広い疾患や障害に対する見識を持って対応できるリハビリテーション専門職者が必要とされている。しかし、このような教育を医療現場や職能団体で系統的に行うのは困難であり、大学院修士課程におけるリハビリテーション専門職者のリカレント教育が求められている。

このように地域では、将来の医療体制や地域包括ケアシステムの構築に向けたリハビリテーション医療の充実が望まれている。しかし、奈良県内にはリハビリテーション系大学院は１校のみであり、本学が位置する奈良北部は京都南部を含め、リハビリテーション系大学

院がこれまで存在していないのが実態である。現在、奈良県内唯一のリハビリテーション系大学院を持つ畿央大学大学院は近年定員を満たしているが、畿央大学大学院が位置するのは奈良県中部であるため、人口密度が高い奈良県北部からの通学が困難な状況である。それに対して、奈良県北部に位置し、交通の利便性も良好な本学では、大学院進学を希望する周辺地域に勤務するリハビリテーション専門職者の需要が見込まれる。また、本大学院における学生募集では、学科で養成している理学療法士と作業療法士に限らず、言語聴覚士の資格を有する者にまで広げており、幅広いリハビリテーション専門職者による学生確保の見込みは十分期待できると考えている。

また、関西圏にある他の私立リハビリテーション系大学院としては、大阪府内では大阪電気通信大学大学院、大阪保健医療大学大学院、森之宮医療大学大学院、京都府内では京都橘大学大学院、そして兵庫県内では神戸学院大学大学院、兵庫医療大学大学院など、大都市を抱える 3 府県内においても合計６大学院に限られており、これらの大学院における定員充足率も 0.75 から 2.17 で、4 大学院では 1.00 を超えており、リハビリテーション系大学院が不足していると考えられる。

（資料 4：近隣リハビリテーション系研究科収容定員充足率）

以上のように、本学が位置する奈良県では全国と同様に今後もますます高齢化が進行すると予測されており、要介護高齢者のケアに対応できる高度な実践能力を持つリハビリテーション専門職者の需要が高くなるものと考えられる。しかし、このようなリハビリテーション専門職者を対象にした高度専門職業人を養成する大学院は、関西圏において不足しており、既設の大学院では概ね定員充足していることから考えて、本研究科の定員充足の見通しは十分あると考えられる。

イ．入学定員設定の考え方

本大学院のリハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻では、「臨床実践リハビリテーション分野」、「生活支援リハビリテーション分野」の 2 分野を設定した。2 分野で各 2 名を入学定員と想定し、研究科の入学定員を 4 名とした。これは本研究科の施設・設備および教員組織を勘案し、少人数教育による質の高い学修環境及び研究指導体制を担保することを考慮した設定である。

本学が位置する関西圏（大阪府、京都府、兵庫県、奈良県）において設置されている大学院修士課程の状況では、収容定員が 12 名以上のところが多く、既設の本大学院看護学研究科修士課程は収容定員を 16 名と設定している。現在、奈良県内唯一の私立リハビリテーション系大学院を持つ畿央大学大学院は、収容定員が 40 名であるにもかかわらず直近の定員充足率は 1.15 倍であり定員を満たしている。

一方、本学と近い位置にある大阪電気通信大学大学院や大阪保健医療大学大学院では、定員充足率が 0.75 となっているが、収容定員がそれぞれ 20 名、12 名と多いため、定員充足

率が低いが、令和 3 年度の入学者は 15 人、9 人と一定数の入学者を確保している。一方、関西圏にある他のリハビリテーション系大学院には、森之宮医療大学大学院、京都橘大学大学院、神戸学院大学大学院、兵庫医療大学大学院があり、これらの大学院においても本学より収容定員が多いものの、定員充足率は全学ともに 1.00 を超えている。以上の状況から鑑みて、本学の収容定員 8 名は妥当であると考えられる。

（資料 4：近隣リハビリテーション系研究科収容定員充足率）

ウ．定員充足の根拠となる客観的なデータの概要

本学研究科は、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とし、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などのリハビリテーション専門職者を受け入れる。

本研究科への進学希望者の実態把握を検討するため、令和 3 年 11 月から令和 4 年 1 月に「奈良学園大学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻（仮称）修士課程の設置に係る入学意向のアンケート調査」を実施した。対象は、奈良県、京都府、大阪府、兵庫県に所在する病院等医療機関に勤務する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーション専門職に就いている方々と本学保健医療学部リハビリテーション学科および関西圏にあるリハビリテーション専門職養成大学 2 校の 3 年生である。

（資料 5：奈良学園大学リハ学研究科 M_入学意向調査最終報告書）

その結果概要を以下に示す。

1. 回答者の属性　アンケート有効回答者数　859 人

(1) 性　別　　男性 496 人(57.7%)、女性 361 人(42.0%)となっている。

(2) 居住地　　「大阪府」が 398 人（46.3%)、次いで「奈良県」が 207 人(24.1%)となっている。

(3) 年　齢　　「20 歳代」の 375 人(43.7%)、次いで「30 歳代」の 289 人（33.6%）となっている。

(4) 職　種　　「理学療法士」が 478 人(55.6%)、「作業療法士」が 179 人（20.8%)、「言語聴覚士」が 89 人（10.4%)、そして「養成大学の 3 年生」が 111 人（12.9%）となっている。

(5) 実務経験　「10 年以上」が 305 人(40.9%)、次いで「5 年以上～10 年未満」が

213 人（28.6%）となっている。

2.進学希望状況について

(1) 大学院（修士課程）への入学意向

「入学したい」が 22 人(2.6%)、「機会があれば入学したい」が 100 人(11.6%)

「将来、必要を感じた場合には入学を考える」が 303 人（35.3%）となっている。

(2) 本学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻への入学意向

「入学を希望する」が 28 人(10.9%)、「開設時ではないが、5 年以内の入学を検討する」が 13 人(5.1%)、「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」が 172 人(67.2%)となっている。

(3) 本学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻で学びたい分野

「臨床実践リハビリテーション分野」が 130 人(61.0%)、「生活支援リハビリテーション分野」が 82 人(38.5%)となっている。

(4) 希望の授業時間帯（第 1 希望）

「平日夜間の時間帯」が 110 人(51.6%)、次いで「土曜日昼間の時間帯」が 64 人(30.0%)

次いで「平日昼間の時間帯」が 17 人（8.0%）となっている。

(5) 調査結果のまとめ

「(10) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」と、「(11) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）で学びたい分野について」の調査結果をクロス集計した結果は下表のとおりである。

学びたい分野×入学意向

	上段:度数 下段:%	学びたい分野			
		合計	臨床実践 リハビリテーション分野	生活支援 リハビリテーション分野	無回答
入学意向	全体	213 100.0	130 61.0	82 38.5	1 0.5
	入学を希望する	28 100.0	12 42.9	16 57.1	0 -
	開設時ではないが、5年以内の入学を検討する	13 100.0	8 61.5	5 38.5	0 -
	将来、必要を感じた場合には入学を検討する	172 100.0	110 64.0	61 35.5	1 0.6
	入学を希望しない	0 -	0 -	0 -	0 -
	わからない	0 -	0 -	0 -	0 -
	無回答	0 -	0 -	0 -	0 -

「入学を希望する」と回答した者は、「臨床実践リハビリテーション分野」で 12 人、「生活支援リハビリテーション分野」で 16 人、合計で 28 人となり、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員 4 人に対し、7.0 倍の入学意向を示している。

「開設時ではないが、5 年以内の入学を検討する」と回答した者は、「臨床実践リハビリテーション分野」で 8 人、「生活支援リハビリテーション分野」で 5 人、合計で 13 人となり、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員 4 人に対し、約 3.3 倍の入学意向を示している。

「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」と回答した者は、「臨床実践リハビリテーション分野」で 110 人、「生活支援リハビリテーション分野」で 61 人、合計で 171 人（無回答 1 人）となり、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員 4 人に対し、約 42.8 倍の入学意向を示している。

以上の調査結果と、調査対象以外からの進学も考えられることから、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員を満たす学生は十分に確保できるものと考える。

エ．学生納付金の設定の考え方

大学の運営に係る財源は、授業料などの学生納付金と補助金が中心となっている。学生納付金については、大学としての設置意義を踏まえつつ、学生からみての魅力や志望しやすさ、私立大学を取り巻く社会状況（他大学の状況）を考慮し設定した。

（資料６：近隣リハビリテーション系大学院の学費一覧）

1. 入学検定料、授業料について
   近隣の同系統の研究科を持つ大学院を参考とし、平均的な額に設定した。
2. 入学金
   本学出身者の入学を促進する観点から、出身でない者とで差を設けた。
3. 経済的な理由で納付が困難な者に対する支援
   授業料等について、一定期間の分納制度を設ける。
4. その他
   完成年次以降、教育内容充実や運営安定の観点から検証を行い、必要に応じて見直しを行う。

②学生確保に向けた具体的な取組状況

ア．プレスリリース、本学公式ＨＰからの情報発信による広報活動

教育内容や、人材養成目標に加え、教育実践を通した実績についてのプレスリリース、商業ウェブページを含むメディア掲載等により広報を行う。

本研究科では、社会人の受け入れについては昼夜開講制として働きながら学べることに配慮することや長期履修学生制度も設けるといったいわゆる制度面における魅力も発信することで広く社会人にもアピールする。

具体的には本学公式ホームページを通じた情報発信を行うことになるが、さらに、大学院進学をサポートするポータルサイト（商業サイトを含む）への情報掲載も積極的に行い、情報収集に時間を割けない社会人層へのＰＲも積極的に進めていく。

イ．ＤＭ（ダイレクトメール）等印刷媒体による広報活動

印刷媒体の配布による広報活動については、通学圏内の、本学リハビリテーション学科の実習施設を中心に、採用意向調査に協力いただいた近隣医療施設のリハビリテーション部門等にリーフレットの配付についても協力を求める。また、リハビリテーション職養成課程を持つ近隣大学にもダイレクトメールによる広報を展開する予定である。

ウ．オープンキャンパスの実施

従来から年間５回程度、日曜日にオープンキャンパスを実施してきたが、令和４年度からは、同程度の回数 金曜日夜間（17 時～19 時）にも実施することとした。大学院入学希望者

は社会人に多く、勤め帰りに立寄ることで実際の通学イメージを持ってもらえるのではと期待している。このほか、事前に申込みがあれば土曜日（午前・午後）に見学会を随時実施する。

（２）人材需要の動向等社会の要請

①人材の養成に関する目的その他の教育研究上の目的（概要）

本研究科は、『「教育はロマン、夢を語り、夢をカタチに」夢と希望と志を持った前途有為な人材を育成することにより、人類・社会に貢献する』といった法人の教育理念に則り、生命の尊厳の深い理解を基盤に、広い視野に立って清深な学識を授け、専門性の高い実践能力及び、活動組織に対応した連携・実践能力、指導能力、教育・研究能力、管理能力を有する人材を育成し、地域社会に貢献することを大学院の目的に掲げている。

本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。

具体的には、本研究科の教育・研究上の目的を踏まえた上で、以下の 1.から 3.に示すリハビリテーション専門職者の高度専門職業人を育成する。

1.臨床現場において科学的根拠に基づいた臨床実践能力を備えた人

2.地域包括ケアシステムにおける連携・調整能力を備えた人

3.臨床的医療と地域における生活支援を包括する広い視野を持ってリハビリテーション領域の問題解決を図る能力を備えた人

②上記①が社会的、地域的な人材需要の動向等を踏まえたものであることの客観的な根拠

ア．地域医療の課題解決に必要な学問領域を修めた高度な人材養成の必要性

本学が設置されている奈良県においては、人口に占める高齢者（65 歳以上）の割合が、これまでの約４人に１人から 2025 年には約３人に１人となり、急速に高齢化が進むと予想されている。奈良県の人口は減少に転じている中で、高齢者人口は、1990 年の約 15 万９千人から 2015 年には約 38 万７千人へ約 2.4 倍増加し、高齢化率は 11.6％から 28.7％に上昇している。2015 年の奈良県の高齢化率　28.7％は、全国平均の高齢化率 26.8％を上回っており、今後も、奈良県の高齢化率は全国平均を上回る状況が続くと見込まれている。同様に 75 歳以上の後期高齢者の割合についても、2015 年時点では奈良県 13.5％に対し、全国平均 13.0％と全国平均を上回っており、今後もその傾向は続くと見込まれている。

一方、介護サービスを受けている高齢者の 60.1%%、一般的な高齢者の 51.9%が自宅で最期を迎えたいと望んでいる。また、急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩という社会的な情勢変容や地域医療構想に基づく病床機能の分化及び医療機関間の連携等の推進によって、慢性的な疾患を抱えながら、自宅等で長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢

者の増加は、今後も続くと見込まれている。具体的な数値としては、2016 年３月に策定した奈良県地域医療構想において、2025 年に見込まれる在宅医療等の需要量は、県全体で 18,119.5 人/日（そのうち訪問診療は 6703.0 人/日）と推計されており、2013 年と比較して約 1.5 倍の増加となることが見込まれている。そのため、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を目途に、たとえ介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で本人や家族の選択により自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築が必要であり、その要となる在宅医療の提供体制の構築が求められている。

在宅医療とは、医師・看護師やリハビリテーション専門職者などの医療関係者が、通院困難な状況にある医療的ケアが必要な人に対して、往診及び定期的に自宅等へ訪問して行う診療のことを指す。持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を整えていくためには、高齢者単身世帯の増加等の家族形態の変化等も踏まえ、医療従事者や行政等が十分に連携をしながら、これまでの病院中心の「治す医療」の視点から、地域に根ざして生活の質を保ちながらその人らしい人生を送るための「治し支える医療」への視点の転換が求められている。

（資料２：奈良県保健医療計画（平成 30 年４月１日施行）第５章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制 第 11 節 在宅医療））

このように地域包括ケアシステムの構築が推進される中で、リハビリテーション専門職者のような広く健康に関わる人材による医療サポートの範囲拡大の必要性も検討されている。さらに、地域における健康生活支援は、これまで医療を中心として、保健、看護、介護、福祉、健康そして行政など多方面からの支援が必要である。地域における健康生活支援は、一般住民から自立高齢者、虚弱高齢者、そして要介護高齢者にわたる幅広い住民のニーズに対応することが期待されている中で、リハビリテーション専門職者の役割はますます大きくなっている。つまり、リハビリテーション専門職者は、医療施設内においてリハビリテーション医療を担う役割にとどまらず、介護予防、自立支援、療養支援、そして人生の最終段階における終末期ケアに至るまで、地域住民の人生を支援する機能を担うことが期待されている。

（資料７：地域における健康生活支援に必要なリハビリテーション専門職者の役割）

こうした地域医療における人材養成を目的として、大学における学部教育が行われているが、今後必要とされる地域における健康支援では、各分野の機能的連携と融合が必須であり、学部教育におけるカリキュラムのみで対応は難しい。そこで、保健・医療にかかわる学問領域を包括的に学修した健康生活支援における高度専門職業人の養成が強く求められている。

イ．健康寿命の延伸に向けた課題と生活支援需要の増大

世界屈指の長寿国日本において、全ての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするために、健康寿命の延伸やQOLの向上を図り、国民自らが主体的に健康づくりに取り組むことが強く求められている。「21世紀の我が国を、すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することを目的とする」ために定められた具体的な数値・行動目標である「21世紀における第2次国民健康づくり運動（健康日本21（第2次））（平成24年7月改訂)」では、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」、「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（ＮＣＤの予防)」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」、「健康を支え、守るための社会環境の整備」、「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」といった4つの基本的な方向が掲げられている。

21世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康増進を支援ができる医療職であるリハビリテーション専門職者の人材養成において、本研究科の果たすべき役割は大きいと考えられる。

（資料8：21世紀における第2次国民健康づくり運動（厚生労働省））

ウ．地域における保健・医療・看護・介護・福祉を含む健康科学分野に係る人材養成の課題

社会の高齢化に伴い高齢者が地域の中で、安心で快適な健康的な生活を送れるように、地域の健康を支援・推進する体制の確立が急務となっている。こうした体制づくりの一環として介護保険制度が制定されたが、高齢化の進行は予想以上に速く「制度の持続可能性」を確保するために予防重視型システムへの転換がなされている。しかし、システム構築の一環としての人材養成は未だ十分であるとは言い難いのが現状である。

また、特別養護老人ホーム、老人保健施設等の施設サービス分野や訪問看護、訪問リハビリ、在宅介護支援等の在宅サービス分野における人材需要は今後も増加することが予想される。また、健康の維持増進への関心の高まりや健常高齢者の増加により、ヘルスケア、市民スポーツ、健康生活相談、メンタルケア等の健康生活関連分野にかかわる地域支援センターや民間施設等が増加し、様々な健康レベルやライフステージにある人々を対象とするこうした分野の指導者や従事者のニーズは非常に高く、今後も増加すると考えられている。

多岐にわたる保健・医療・介護・福祉に係る多様なサービスを適切に組み合わせて一体的に生活・健康支援する体制構築と、これらのサービスを担う指導者を含む人材の需要がさらに増大すると考えられる。これからの超高齢化社会における保健・医療・介護・福祉を含む健康科学分野の従事者には、専門的な知識や技術はもちろん、総合的かつ多角的な視点を有

し、関連職種間の連携と統括的指導力を有し、複雑・多様化した人々の生活問題全般に対する適切な判断と、心ある対応のできる豊かな人間性と倫理観を兼ね備え、現場で直面する課題に対して適切に対処する等の問題解決能力が求められている。単なる治療やリハビリテーションの域を超えた総合的・包括的健康生活支援ができる人材が求められている。

一方、医療現場では、病める人を社会復帰させることを目的として、医師をはじめとする多くの職員の連携と協力による「チーム医療」の重要性が高まっている。チーム医療は、多職種が関わり情報を共有し、連携を図りながら協同することで、多方面の専門的な立場からの援助が可能となり、結果として総合的で効率よくきめ細かい良質な医療の提供を目指している。したがって、医療機関内において多職種間の連絡を密にして相互の有機的連携を図る調整力やマネジメント力、あるいは居住地域における関係行政機関等との連絡調整に関する専門的知識を有し、職種間の「連携」において指導力を発揮できる人材の養成が必要となっている。

そこで、本研究科の目的は、リハビリテーション専門職者の各養成課程を修了した上でさらなる向学心を持つ者やリハビリテーションの実践現場での課題を持つ者などを対象として、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することである。

また、奈良県内のリハビリテーション専門職者の職能団体である公益社団法人奈良県理学療法士協会、一般社団法人奈良県作業療法士会、そして一般社団法人奈良県言語聴覚士会からは、今後奈良県の医療体制や地域包括ケアシステムを支えることができる人間性豊かで研究能力や実践能力を備えた人材を育成するために本学の大学院設置に対して、強い要請を受けている。**（資料 9-1，9-2，9-3）**

さらに、研究科卒業後の継続教育の機会を提供する際の方策を検討するため、令和 3 年 11 月から令和 4 年 1 月に「奈良学園大学大学院リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻（仮称）修士課程の設置に係る採用意向のアンケート調査」を実施した。対象は、奈良県、京都府、大阪府、兵庫県に所在する病院等医療機関である。

（資料 10：奈良学園大学リハ学研究科 M_採用意向調査最終報告書）

その結果概要を以下に示す。

ア　対象医療機関等の属性　アンケート有効回答数　317 件

(ｱ) 施設の設置主体

「病院」が 191 件(60.3%)、次いで「介護保健施設」が 56 件（17.7%)、次いで「診療所・クリニック」が 49 件(15.5%)となっている。

(ｲ) 施設の所在地

大阪府が 175 件(55.2%)、次いで京都府が 56 件(11.7%)、次いで奈良県が 44 件(13.9%)と

なっている。

イ 医療機関等の本学大学院修士課程に対する考え方と修了生の採用意向

(ｱ) 本学大学院修士課程の社会的必要性について

「とても必要だと思う」が 47 件(17.9%)、「ある程度必要だと思う」が 174 件(66.2)

「あまり必要だと思わない」が 39 件（14.8%)、「まったく必要だと思わない」が 3 件（1.1%）である。

(ｲ) 本学大学院修了生の採用意向について

「採用したい」が 17 件(7.7%)、「採用を検討したい」が 165 件(74.7%)、「採用は考えない」が 38 件（17.2%）となっている。

(ｳ) 本学大学院修了生の採用人数について

「1 人」が 15 件(8.2%)、「2 人」が 6 件(3.3%)、「3 人以上」が 1 件（0.5%)、「人数未確定」が 159 件（87.4%）となっている。

(ｵ) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生に対する将来的な採用意向人数の集計にあたっては、「(7) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について」の肯定的な回答数と、「(8) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用人数について」の将来的な採用人数の各選択肢（「1 人」、「2 人」、「3 人以上」、「人数未確定」※）を乗じ、これを合計し、算出した。

※「3 人以上」は最低数である「3 人」として計算した。

「人数未確定」とは、「(7) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について」にて、「採用したい」、「採用を検討したい」と回答し将来的な採用意向は示すが、アンケートの時点では将来的な採用人数について確定していないものである。したがって、本調査では「人数未確定」の将来的な採用人数を最低数である「1 人」として計算した。

下表より、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生に対する採用意向人数は「採用したい」のみで合計した場合、21 人分となる。入学定員は 4 人であるため、約 5.3 倍の採用意向を確保できている。

また、「採用したい」、「採用を検討したい」を合計した場合、採用意向人数は 189 人分となり、これは入学定員 4 人に対して約 47.3 倍となる。

リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）＜採用意向×採用人数＞

回答数(件) 人数(人)	「採用したい」のみ		合計	
1人(A)	2	(a)	(A)×(a)	2
2人(B)	2	(b)	(B)×(b)	4
3人以上(C)	1	(c)	(C)×(c)	3
人数未確定(D)	12	(d)	(D)×(d)	12
無回答	-			
			合計採用意向	21人

回答数(件) 人数(人)	「採用したい」「採用を検討したい」の合計		合計	
1人(A)	15	(a)	(A)×(a)	15
2人(B)	6	(b)	(B)×(b)	12
3人以上(C)	1	(c)	(C)×(c)	3
人数未確定(D)	159	(d)	(D)×(d)	159
無回答	1			
			合計採用意向	189人

※採用人数が無回答であった場合は、計算から除外した

以上の調査結果と、今回の調査対象以外への進路も考えられることから、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の進路は十分に確保できるものと考える。

④まとめ

本学が設置されている奈良県においては、急速に高齢化が進むと予想されているなかで、リハビリテーション専門職者のような広く健康に関わる医療人材の必要性が高まっている。また、リハビリテーション専門職者従来のように医療施設内だけのリハビリテーションサービスだけでなく、介護予防、自立支援、療養支援、そして人生の最終段階における終末期ケアへの支援まで地域住民の人生の伴奏者としての役割まで担っている。

こうした地域における健康支援では、各分野の機能的連携と融合が必須であり、学部教育におけるカリキュラムのみで対応は難しく、保健・医療にかかわる幅広い実践能力を備えたリハビリテーション専門職者の高度専門職業人の養成が強く求められている。

そこで、本研究科の目的は、リハビリテーション専門職者の各養成課程を修了した上でさらなる向学心を持つ者やリハビリテーションの実践現場での課題を持つ者などを対象として、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することである。

社会からの要請として、奈良県内のリハビリテーション専門職者の職能団体である公益社団法人奈良県理学療法士協会、一般社団法人奈良県作業療法士会、そして一般社団法人奈良県言語聴覚士会からは、今後奈良県の医療体制や地域包括ケアシステムを支えることができる人間性豊かで研究能力や実践能力を備えた人材を育成するために本学の大学院設置に対して、強い要請を受けている。

また、本大学院の修了者に対する採用意向調査結果では、「採用したい」との回答が 21 人分となり、入学定員は 4 人であるのに対して、約 5.3 倍の採用意向を確保できている。

また、「採用したい」、「採用を検討したい」を合計した場合、採用意向人数は 189 人分となり、これは入学定員 4 人に対して約 47.3 倍となる。入学者の社会人か殆どであることが考えられるが、修了後に新たに職を求める学生も想定して、需要調査を行った

以上のことから本大学院は、社会的背景からみても設置の必要性が高く、関連職能団体からも要望され、修了者に対しても十分な採用意向が認められることからも社会的地域的な人材の需要が十分ある。

学生の確保の見通し等を記載した書類資料一覧

資料 1：奈良県推定人口・世帯数

資料 2：奈良県保健医療計画（平成 30 年 4 月 1 日施行）第 5 章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制 第 11 節 在宅医療）

資料 3：重複障害－定義，現状，リハビリテーション医学・医療の留意点－

資料 4：近隣リハビリテーション系研究科収容定員充足率

資料 5：奈良学園大学リハ学研究科 M_入学意向調査最終報告書

資料 6：近隣リハビリテーション系大学院の学費一覧

資料 7:地域における健康生活支援に必要なリハビリテーション専門職者の役割

資料 8：21 世紀における第 2 次国民健康づくり運動（厚生労働省）

資料 9：奈良県職能団体からの要望書

資料 10：奈良学園大学リハ学研究科 M_採用意向調査最終報告書

奈良県

市町村別推計人口・世帯数

（令和４年１月１日）　　奈良県総務部知事公室統計分析課

市町村名	推計人口（人）							世帯数（世帯）	
	総数	対前月増減	うち外国人	男	対前月増減	女	対前月増減		対前月増減
奈良市	352,818	−186	3,954	163,752	−156	189,066	−30	156,438	−94
大和高田市	61,089	−28	548	28,629	−11	32,460	−17	26,307	9
大和郡山市	82,506	−86	793	38,837	−31	43,669	−55	34,487	−27
天理市	62,863	−57	904	30,762	−36	32,101	−21	25,378	−12
橿原市	119,976	−71	1,088	56,831	−42	63,145	−29	51,719	−23
桜井市	54,214	−23	661	25,509	−36	28,705	13	22,211	14
五條市	27,099	−57	313	12,840	−16	14,259	−41	10,759	−25
御所市	23,406	−57	273	10,768	−28	12,638	−29	9,880	−22
生駒市	116,182	−40	1,310	54,829	−21	61,353	−19	48,059	−6
香芝市	77,816	6	575	36,738	−2	41,078	8	29,943	29
葛城市	37,120	−16	343	17,680	−17	19,440	1	13,554	8
宇陀市	27,385	−52	280	13,055	−29	14,330	−23	10,826	−6
【市部計】	1,042,474	−667	11,042	490,230	−425	552,244	−242	439,561	−155
山添村	3,136	−6	38	1,512	−3	1,624	−3	1,110	3
《山辺郡計》	3,136	−6	38	1,512	−3	1,624	−3	1,110	3
平群町	17,911	2	130	8,400	−1	9,511	3	7,237	9
三郷町	23,043	−17	150	10,824	−9	12,219	−8	9,536	2
斑鳩町	27,559	5	191	12,967	−5	14,592	10	11,051	17
安堵町	7,079	−9	223	3,330	−4	3,749	−5	3,046	−3
《生駒郡計》	75,592	−19	694	35,521	−19	40,071	0	30,870	25
川西町	8,068	−10	166	3,893	−8	4,175	−2	3,212	−7
三宅町	6,322	0	77	2,986	0	3,336	0	2,626	5
田原本町	31,126	−4	245	14,826	3	16,300	−7	12,078	2
《磯城郡計》	45,516	−14	488	21,705	−5	23,811	−9	17,916	0
曽爾村	1,259	−2	20	582	−1	677	−1	581	−1
御杖村	1,429	0	9	675	0	754	0	701	3
《宇陀郡計》	2,688	−2	29	1,257	−1	1,431	−1	1,282	2
高取町	6,532	−21	10	3,064	−9	3,468	−12	2,300	−5
明日香村	5,064	−6	17	2,391	−6	2,673	0	1,809	3
《高市郡計》	11,596	−27	27	5,455	−15	6,141	−12	4,109	−2
上牧町	21,464	−11	157	9,980	−11	11,484	0	8,595	3
王寺町	24,075	−24	201	11,375	−5	12,700	−19	10,138	−11
広陵町	34,052	60	199	16,130	30	17,922	30	12,176	27
河合町	16,868	−8	139	7,851	−6	9,017	−2	6,883	−1
《北葛城郡計》	96,459	17	696	45,336	8	51,123	9	37,792	18
吉野町	6,016	−21	68	2,760	−10	3,256	−11	2,614	−11
大淀町	16,329	−13	230	7,747	−13	8,582	0	6,484	3
下市町	4,798	−25	35	2,250	−16	2,548	−9	2,075	−7
黒滝村	604	−3	7	288	−2	316	−1	300	−2
天川村	1,140	−13	0	546	−6	594	−7	552	−4
野迫川村	349	−1	6	177	0	172	−1	201	−1
十津川村	2,949	−8	18	1,617	−5	1,332	−3	1,385	−6
下北山村	716	−3	8	350	−2	366	−1	433	−1
上北山村	427	−4	0	219	−3	208	−1	263	−3
川上村	1,119	−3	12	535	−1	584	−2	606	−4
東吉野村	1,462	−4	27	676	−1	786	−3	759	−1
《吉野郡計》	35,909	−98	411	17,165	−59	18,744	−39	15,672	−37
【郡部計】	270,896	−149	2,383	127,951	−94	142,945	−55	108,751	9
【【県　計】】	1,313,370	−816	13,425	618,181	−519	695,189	−297	548,312	−146

−数値の算出方法−

◎推計人口…国勢調査時の人口に、その後の出生・死亡、転入・転出による人口の増減を加算したもので、住民基本台帳の人口とは異なります。

◎世 帯 数…国勢調査時の世帯数に、その後の転入・転出による世帯数の増減を加算したもので、住民基本台帳の世帯数とは異なります。

注）この人口・世帯数は、令和2年国勢調査の確定値を基礎にして推計したものです。

資料２

奈良県保健医療計画（平成30年4月1日施行）
第5章 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制 第11節 在宅医療

第 11 節　　在宅医療

現状と課題

１．はじめに

現在、奈良県では、介護サービスを受けている高齢者の 60.1%、一般的な高齢者の 51.9%が自宅で最期を迎えたいと望んでいます※1。また、急速に進む少子高齢化や医療技術の進歩という社会的な情勢変容や地域医療構想に基づく病床機能の分化及び医療機関間の連携等の推進によって、慢性的な疾患を抱えながら、自宅等で長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者の増加は、今後も続くと見込まれます。

具体的な数値としては、平成 28（2016）年３月に策定した奈良県地域医療構想において、平成 37（2025）年に見込まれる在宅医療等※2の需要量は、県全体で 18,119.5 人/日（そのうち訪問診療は 6,703.0 人/日）と推計されており、平成 25（2013）年と比較して約 1.5 倍の増加となることが見込まれています。

そのため、団塊の世代が後期高齢者となる平成 37（2025）年を目途に、たとえ介護が必要になっても可能な限り住み慣れた地域で本人や家族の選択により自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される体制（地域包括ケアシステム）の構築が必要であり、その要となる在宅医療の提供体制の構築が求められています。

在宅医療は、医師や看護師などの医療関係者が、通院困難な状況にある医療的ケアが必要な人に対して、往診及び定期的に自宅等へ訪問して行う診療のことを指します。

持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を整えていくためには、高齢者単身世帯の増加等の家族形態の変化等も踏まえ、医療従事者や行政等が十分に連携をしながら、これまでの病院中心の「治す医療」の視点から、地域に根ざして生活の質を保ちながらその人らしい人生を送るための「治し支える医療」への視点の転換が求められています。

２．県内高齢者等の現況

（１）高齢者人口の推移及び推計

奈良県の人口に占める高齢者（65 歳以上）の割合は、これまでの約４人に１人から平成 37（2025）年には約３人に１人となり、急速に高齢化が進むと予想されています。

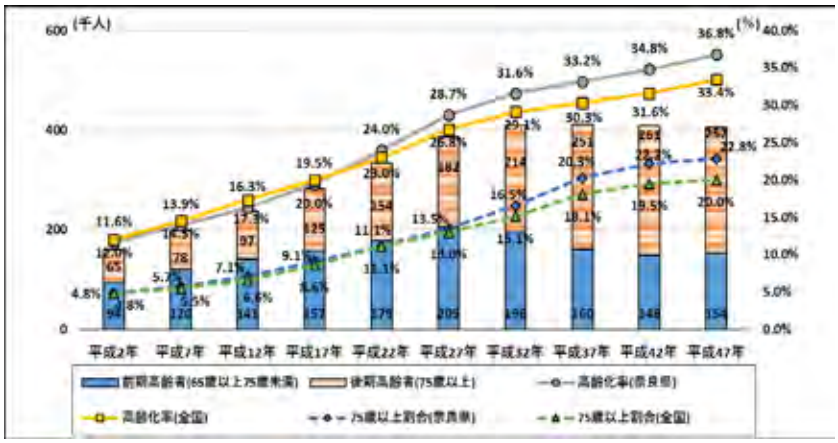
奈良県の人口が減少に転じている中で、高齢者人口は、平成２（1990）年の約 15 万９千人から平成 27（2015）年には約 38 万７千人へ約 2.4 倍増加し、高齢化率は 11.6%から 28.7%に上昇しています。

平成 27（2015）年の奈良県の高齢化率 28.7%は、全国平均の高齢化率 26.8%を上回っており、今後も、奈良県の高齢化率は全国平均を上回る状況が続くと見込まれています。同様に 75 歳以上の高齢者の割合についても、平成 27（2015）年時点では奈

※1 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）
※2 在宅医療等…居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療のこと（地域医療構想ガイドラインより引用）。

良県 13.5%に対し、全国平均 13.0%と全国平均を上回っており、今後もその傾向は続くと見込まれています（図１）。

図１　県内高齢者人口及び高齢化率の推移



出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成 24 年１月日本の将来推計人口
出生中位（死亡中位）推計」

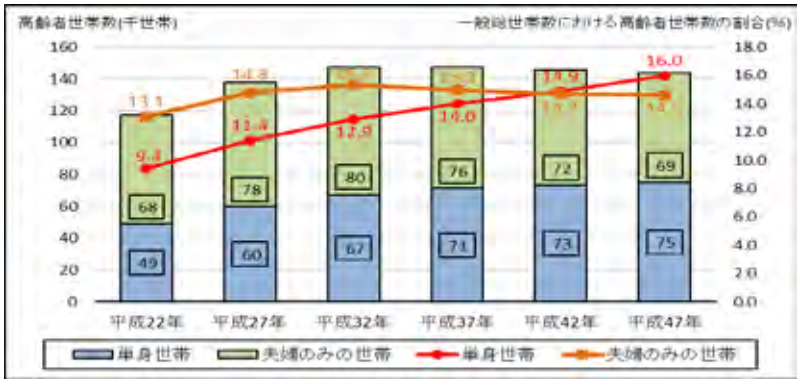
（２）高齢者世帯の推移及び推計※3

高齢者単身世帯は、今後、一貫して増加し（平成 27（2015）年：約６万世帯→平成 47（2035）年：約７万５千世帯）、総世帯数に占める割合も上昇していくと見込まれています（平成 27（2015）年：11.4%→平成 47（2035）年：16.0%）。

高齢者夫婦世帯数は、平成 32（2020）年をピークに上昇し（平成 22（2010）年：約６万８千世帯→平成 32（2020）年：約８万世帯）、その後、下降していく見込みとなっています。

また、高齢者夫婦世帯数が総世帯数に占める割合も同じ推移となる見込みです（平成 22（2010）年：13.1%→平成 32（2020）年：15.3%）（図２）。

図２　奈良県の高齢者世帯数の推移及び将来推計



出典：国立社会保障・人口問題研究所「平成 26 年４月日本の世帯数の将来推計」

※3 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（平成 26 年４月推計）」

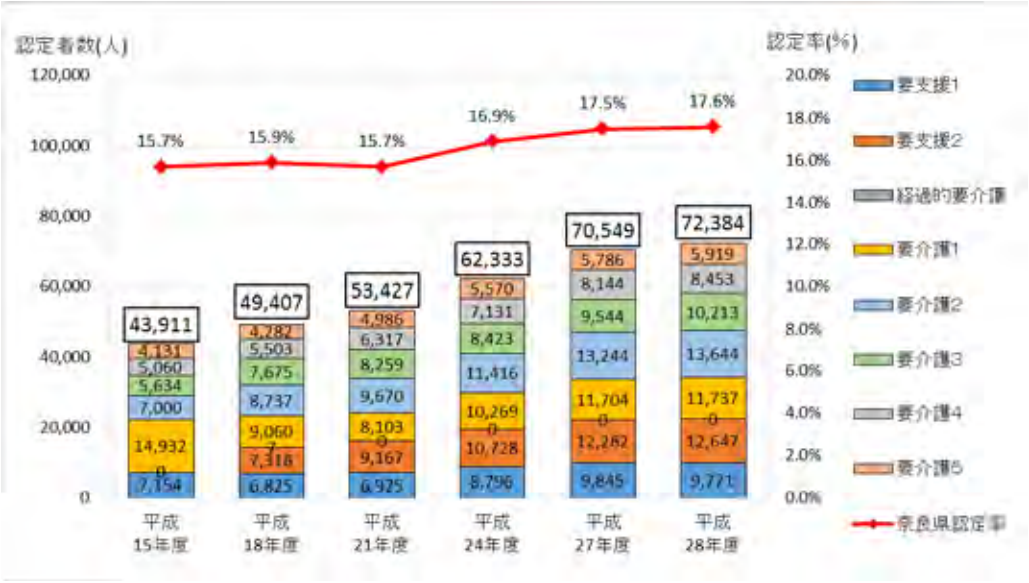
（３）要介護認定者数の推移及び推計※4

高齢者の増加とともに、要介護・要支援認定者※5も増加しています。

平成 28（2016）年度（平成 29（2017）年３月末）の認定者数は約７万２千人で、平成 15（2003）年度の約４万４千人から約 1.6 倍に増加し、今後も増加傾向が続くと見込まれます。

高齢者人口に対する認定者の割合は、平成 21（2009）年度以降、上昇傾向が続いています（図３）。

図３　要介護度別認定者数及び要介護認定率の推移



出典：奈良県「平成 30 年３月奈良県高齢者福祉計画及び第７期奈良県介護保険事業支援計画（平成 30～32 年度）」

（４）自宅における介護

奈良県調査※6によると、自宅で介護を受けている人と介護している人に今後介護を希望する場所等を聞いたところ、介護を受ける側は「自宅で介護を受けたい」という割合が県全体で 61.0％と最も高く、保健医療圏別でも、奈良保健医療圏では 63.3％、西和保健医療圏では 58.4％、東和保健医療圏では 63.2％、中和保健医療圏では 63.6％、南和保健医療圏では 60.0％となり、全ての圏域で最も高くなっています。介護する側も「自宅で居宅サービスをできるだけ使って介護したい」という割合が 33.0％と最も高く、次いで、「介護保険施設※7へ入所・入院させたい」が 18.3％となっていま

※4 奈良県「奈良県高齢者福祉計画及び第７期奈良県介護保険事業支援計画（H30～H32）」（平成 30 年３月）
平成 15 年度から平成 27 年度は介護保険事業状況報告（年報）、平成 28 年度は介護保険事業状況報告（３月月報暫定値）、平成 29 年度は第７期介護保険事業支援計画の計画値。認定率は、第１号被保険者の要介護・要支援認定者数を第１号被保険者数で除したものです。

※5 要介護状態とは、身体上または精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部または一部について、ある程度長期に渡り継続して常時介護を要すると認められる状態をいい、程度に応じ要介護度が１から５までに区分されます。また、要支援状態とは、状態の軽減もしくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、または身体上または精神上の障害があるためにある程度長期に渡り継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態をいい、程度に応じて２つに区分されます。介護サービスを受けようとする被保険者は、要介護者または要支援者に該当すること及びその該当する要介護状態区分について市町村から認定を受けます。

※6 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）

※7 介護保険施設…介護保険サービスで利用できる公的な施設のこと。介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の３形態を指します。

す。保健医療圏別でも、「自宅で居宅サービスをできるだけ使って介護したい」という割合は、奈良保健医療圏では 32.4%、西和保健医療圏では 36.6%、東和保健医療圏では 43.4%、中和保健医療圏では 29.1%、南和保健医療圏では 20.5%となり、全ての圏域でも最も高くなっています。

自宅で介護を受けたい、受けさせたいという県民のニーズに応えるため、市町村単位をベースとした地域における包括的な在宅医療・介護を提供するサービス基盤の充実などが求められています。

しかし、実際に受け手となる県民の中には、まだまだ在宅医療・介護に対する知識が少なかったり、どのような在宅医療・介護が受けられるのかが実感できていなかったり、正しい情報が伝わっていない場合もあることから、サービス基盤の充実だけでなく、県民に向けて、在宅医療を選択肢の１つとして選ぶことが出来るよう、どのように啓発活動をしていくかも課題となります。

なお、近年、がん末期の患者や神経難病の患者、また、疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活する小児や若年層の在宅療養者も増加しています。疾病構造の変化や高齢化、ＱＯＬ※8向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは増加し、また多様化しています。

３．在宅医療の提供体制

（１）退院支援

近年、在宅医療のニーズが増加し、病院から在宅への流れが進む中で、複数の慢性疾患を抱えた患者やがん末期の患者など、退院後も医療管理や医療処置を継続しながら、生活の場に戻る人が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院中から退院後の生活を見据えた退院支援※9及び退院調整※10の重要性が高まっています。

退院支援担当者を配置している病院※11数は 38 施設となっており、前回計画策定時の 27 施設よりも増加しています。人口 10 万人あたりも 1.9 施設から 2.8 施設へと改善しており、徐々に体制として広がりつつあります。なお、多くの病院には地域医療連携室や医療相談室があり、退院支援及び退院調整などの相談にも応じています。

※8 ＱＯＬ…クオリティー・オブ・ライフ（Quality Of Life）。「生活の質」「人生の質」「生命の質」などと訳されます。一般的には、従来の生活の量を求めるのではなく、生活の満足感・安定感・幸福感を規定している諸要因の質を求めること。諸要因の一方に生活者自身の意識構造、もう一方に生活の場の諸環境があるとされます。社会福祉及び介護従事者の「生活の場」での援助も、生活を整えることで暮らしの質をよりよいものにするというＱＯＬの視点を持つことが重要です。

※9 退院支援…患者が自身の病気・障害を理解した上で、退院後も必要な医療や看護を継続しながらどこで療養をするか、どのような生活を送りたいかの自己決定の過程を支援することを指します。

※10 退院調整…退院支援によって導き出された患者の自己決定を実現するため、患者・家族の意向を踏まえて、社会保障制度や社会資源に実際につなぐための調整をすることを指します。

※11 施設数は、診療報酬における「退院支援加算」の施設基準の届出施設のみです。（平成 29 年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表１参照）。退院支援加算は「退院支援加算１～３」に区分が分かれており、それぞれに施設基準が異なりますが、主に退院調整に関する部門が設置されており、退院支援に係る業務に関する十分な経験を有する専従の看護師または専従の社会福祉士が１名以上配置されていること等が条件となっています。

（２）日常の療養支援

１）訪問診療・往診

在宅医療において積極的役割を担っている在宅療養支援病院※12は９施設の届出※13があります（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表２参照）。

また、在宅療養支援診療所※14は 151 施設の届出※15があります（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表３参照）。人口 10 万人あたりの施設数は、全国並の医療圏もありますが、医療圏ごとで地域差がみられる状況です※16（表１）。

表１　在宅療養支援病院および診療所数

指標名（各圏域人口10万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
在宅療養支援病院数	1.11	0.48	0.58	0.27	1.38	0.66	0.73
在宅療養支援診療所数	10.82	12.87	10.71	11.7	5.51	11.07	11.39

出典：厚生労働省近畿厚生局「平成 29 年 10 月奈良県内の施設基準の届出受理状況」

なお、在宅医療を提供している施設は在宅療養支援病院・診療所の他にもあり、多くの病院・診療所が往診※17や在宅患者訪問診療※18等を実施しています（表２）。

しかしながら、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な提供母体で成り立っていることもあり、病院、診療所を対象とした全国調査においては、在宅医療を実施する上で特に大変なこととして、74％が 24 時間対応の困難さを挙げているという現実もあります※19。このような背景もあって、奈良県においても在宅医療を提供している施設数はそれほど増加には至っていません。

表２　県内における在宅医療を提供している病院・診療所数の推移

施設区分	調査年	総数	医療保険等による施設数（施設）						介護保険による施設数（介護予防サービスを含む）（施設）		
			往診	在宅患者訪問診療	在宅患者訪問看護・指導	在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	訪問看護ステーションへの指示書の交付	在宅看取り	居宅療養管理指導	訪問看護	訪問リハビリテーション
病院	平成 20 年	76	12	16	6	6	29	2	9	7	8
	平成 23 年	75	10	15	3	3	30	2	7	5	10
	平成 26 年	77	13	15	5	3	29	7	7	7	14
診療所	平成 20 年	1,145	361	244	44	27	172	34	106	24	15
	平成 23 年	1,165	364	273	44	34	224	40	106	21	17
	平成 26 年	1,187	355	290	46	44	218	66	103	22	22

出典：厚生労働省「平成 20～平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」

※12 在宅療養支援病院…24 時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準（200 床未満、または当該病院を中心とした半径４㎞以内に在宅療養支援診療所が存在しない等）を満たす病院のこと。
※13 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」（平成 29 年 10 月１日現在）
※14 在宅療養支援診療所…24 時間往診が可能な体制が確保され、国の定める基準を満たす診療所のこと。
※15 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」（平成 29 年 10 月１日現在）
※16 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」（全国数値に活用）、近畿厚生局「施設基準」（平成 29 年 10 月１日現在）及び、総務省統計局「平成 27 年国勢調査」（県統計に活用）
※17 往診…患家（介護老人保健施設等を含む）の求めに応じて患家に赴いて診療すること。
※18 在宅患者訪問診療…通院が困難な者に対して、その同意を得て計画的な医学管理の下に、定期的に医師が訪問して診療を行うこと。
※19 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成 29 年）

訪問診療を利用する患者数をレセプト件数ベースでみると、平成 25（2013）年度の 65,616 人から平成 28（2016）年度では 77,998 人へと年々増加しており、訪問診療料の算定件数でみても同様に増加傾向を示しています。また、往診については毎年約３万件程度と一定数の提供がなされています（表３）。

このことから、在宅医療を提供する施設数はあまり増加していない中でも、個々の施設における患者の対応数は増えてきていることが推測されます。

しかしながら、今後更に進む患者の増加等を踏まえると、地域によっては在宅医療の需要の増加に対応しきれない可能性があるため、訪問診療等に取組むことができる施設の増加や取組み方自体の検討が必要です。

表３　訪問診療患者数及び訪問診療・往診算定件数

指標名	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
訪問診療患者数（レセプト件数）（件）	65,616	68,666	72,940	77,998
在宅患者訪問診療料算定件数（件）	148,402	149,720	158,741	168,533
往診算定件数（件）	31,333	31,003	31,330	31,087

出典：奈良県地域医療連携課調べ「市町村国民健康保険及び後期高齢者制度レセプトデータ特別集計」

２）訪問看護等

医師の指示に基づき、通院が困難な状況にある病気や障害を持った患者が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護師等が患者の自宅等を訪問し、療養生活の支援、心身機能の維持回復、または必要な診療の補助を行う訪問看護事業所は 129 施設あります（平成 29（2017）年５月１日現在。具体的な施設は別表４参照。医療みなし※20を含まない）。

訪問看護ステーションに従事する看護師は、人口 10 万人あたり 28.8 人、また、24 時間体制をとっている訪問看護ステーションに従事する看護師数も 25.7 人と、全国値と比べて多くなっています（表４）。しかし、１事業所あたりで換算した訪問看護師数は約3.97人であり、全国平均の約4.14人よりも少なくなっています※21。

また、訪問看護の利用者数は、県全体で 76,503 人となっています（表５）。今後も慢性的な疾患を抱えながら、長期にわたる療養や介護サービスを必要とする高齢者の増加等によって、訪問看護の利用者数は増加すると推測されます。

今後、在宅療養のニーズが多様化するなかで、訪問看護の役割は、在宅医療提供体制を支えていくためにますます大きくなると考えられるため、さらに訪問看護に従事する看護師を増やしていくことが必要です。また、１事業所あたりの訪問看護師数が全国よりも少ないことから、より安定的な提供体制を整備するため、訪問看護ステーションの大規模化による機能強化や訪問看護ステーション間の連携手法等も併せて検討していくことが必要です。

※20 医療みなし…健康保険法により、保険医療機関等の指定を受けた病院、診療所、歯科医院、薬局は、申請をしなくとも訪問看護サービス提供事業者の指定を受けたものとみなされます。
※21 厚生労働省「平成 26 年 10 月介護サービス施設・事業所調査特別集計」

表４　訪問看護ステーションに従事する看護師数

指標名（人口 10 万人あたり）	県全体	全国
訪問看護ステーションに従事する看護師数	28.8	25.9
24 時間体制がとれる訪問看護ステーションに従事する看護師数	25.7	23.5

出典：厚生労働省「平成 26 年 10 月介護サービス施設・事業所調査特別集計」

表５　訪問看護利用者数

指標名	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体
訪問看護利用者数（人）	26,762	9,253	17,550	17,564	5,374	76,503

出典：厚生労働省「平成 29 年３月介護保険総合データベース」

人生の最終段階における医療※22に対応する訪問看護ステーション数は人口 10 万人あたり 5.6 施設です（表６）。全国平均と比較した場合、県全体の値では少し上回りますが、医療圏別でみると地域差があることから、関係者と対応を考えていく必要があります。

表６　人生の最終段階における医療に対応する訪問看護ステーション数

指標名（人口 10 万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
人生の最終段階における医療に対応する訪問看護ステーション数	6.4	4.8	6.1	4.5	8.3	5.6	5.2

出典：厚生労働省「平成 27 年介護サービス施設・事業所調査」

医師の指示に基づき、通院が困難な状況にある病気や障害を持った患者が住み慣れた地域や家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、理学療法士や作業療法士等が、患者の自宅等を訪問して、その心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために理学療法※23、作業療法※24、その他必要なリハビリテーションを行うサービスとして訪問リハビリテーションがあります。

訪問リハビリテーション事業所数は 50 施設あり、人口 10 万人あたり 3.7 施設あります（平成 29（2017）年 10 月 17 日現在。具体的な事業所は別表５参照）。訪問リハビリテーション利用者数は人口 10 万人あたり 153.9 人となり、全国よりも多く利用されている現状です（表７）。

表７　訪問リハビリテーション事業所数と利用者数

指標名（人口 10 万人あたり）	県全体	全国
訪問リハビリテーション事業所数	3.7	2.9
訪問リハビリテーション利用者数	153.9	95.4

出典：厚生労働省「平成 29 年 10 月介護サービス情報公表システム」
厚生労働省「平成 26 年５月～平成 27 年４月介護給付費実態調査（介護サービス年間実受給者数）」

※22 人生の最終段階における医療…がんの末期など死が近い患者への医療をいいます。「終末期医療」や「ターミナルケア」と表記されていたもので、厚生労働省では平成 27 年３月から「人生の最終段階における医療」と表記しています。最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方によるものです。
※23 理学療法…マッサージ、運動、入浴、電気治療等の理学的治療技術を施すことをいいます。
※24 作業療法…身体または精神に障害のある者に対し、様々な作業活動を用いて治療や機能訓練、援助を行い、積極的な生活を送る能力を獲得させることをいいます。

３）訪問歯科診療

在宅または介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所※25数は 78 施設あり、人口 10 万人あたり 5.72 施設です（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表６参照）（表８）。人口 10 万人あたりの施設数は全国よりも多くなっています。

表８　在宅療養支援歯科診療所数

指標名（各圏域人口 10 万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体	全国
在宅療養支援歯科診療所数	5.83	4.77	4.92	6.65	6.89	5.72	4.83

出典：厚生労働省近畿厚生局「平成 29 年 10 月奈良県内の施設基準の届出受理状況」

なお、在宅療養支援歯科診療所以外の歯科診療所においても訪問診療等を実施していますが、在宅医療を提供している施設は伸び悩んでいます（表９）。

表９　県内における在宅医療を提供している歯科診療所数の推移

	総数	訪問診療（居宅）	訪問診療（施設）	訪問歯科衛生指導	居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導	居宅療養管理指導	介護予防居宅療養管理指導
					歯科医師による		歯科衛生士等による	
平成 20 年（施設）	696	83	74	28	30	6	16	5
平成 23 年（施設）	694	104	87	47	40	16	33	12
平成 26 年（施設）	697	90	81	41	43	11	28	9

出典：厚生労働省「平成 20～26 年医療施設（静態・動態）調査」

在宅療養者は、主疾患ばかりでなく様々な合併症をもっていることが多いため、感染防止には特に注意が必要です。その中でも、嚥下障害※26による誤嚥は、誤嚥性肺炎※27を誘発するため、日ごろから「口腔ケア」が求められています。例えば、脳卒中の患者には、後遺症等により、食べ物などが気管に入ることの防止や食べ物をしっかりと噛む機能の維持向上を図ることが重要です。このような口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、歯科診療所と他の在宅医療関係機関との連携を更に推進することによって、在宅療養者の歯科受療率を向上させていくことが必要です。

４）訪問薬剤管理指導

訪問薬剤指導（在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局）を実施する薬局数は 487 施設で、人口 10 万人あたり 35.7 施設です（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表７参照）（表 10）。

表 10　訪問薬剤管理指導を実施する薬局数

指標名（各圏域人口 10 万人あたり）	奈良	東和	西和	中和	南和	県全体
訪問薬剤指導を実施する薬局数	36.4	33.9	41.4	32.2	28.9	35.7

出典：厚生労働省近畿厚生局「平成 29 年 10 月奈良県内の施設基準の届出受理状況」

※25 在宅療養支援歯科診療所…高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が１名以上、歯科衛生士が１名以上配置されており、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保している歯科診療所のことをいいます。

※26 嚥下障害…水分や食べ物を口の中に取り込んで、咽頭から食道・胃へと送り込む、飲み込みの機能が悪くなった状態をいいます。

※27 誤嚥性肺炎…高齢や脳卒中などの病気のために、飲み込みの機能や咳をする機能が弱くなり、食物、液体が気管に入りやすくなったり、入っても咳ができず、うまく取りのぞけなかったりするために起こる肺炎です。

訪問薬剤管理指導とは、調剤薬局が在宅療養者に対し、在宅診療を行っている医療者とともにチームを組み、在宅での薬に関する管理を行うことをいいます。

調剤薬局には、調剤を中心として、医薬品、医療・衛生材料等の提供の拠点として実際に患者のもとに出向いて薬を届けるだけでなく、薬に関する情報の提供や、薬をきちんと飲むための指導をする役割を担うことが求められます。

（３）急変時の対応

在宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する不安や家族への負担に対する懸念が挙げられており※28、急変時の対応に関する患者の不安の軽減や家族の負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題です。

そのため、在宅療養者の急変時に後方受入を担う病院として、在宅療養後方支援病院※29が位置付けられており、県内で５施設あります※30。（平成 29（2017）年 10 月１日現在。具体的な医療機関は別表８参照）

また、医療機関と訪問看護ステーションに対して必要な支援として、「緊急時の入院・入所等の受け入れのための病床確保」などが考えられます。

（４）在宅での看取り

全国的な比較が可能な数値の１つとして、在宅（自宅及び老人ホーム）における死亡率（平成 28（2016）年）があり、奈良県では 22.6%、全国第７位の高水準を維持しています（図４）。

しかし、在宅における死亡率の計算に用いられる数値は、不幸にも不審死等で亡くなられた方の人数も含まれてしまうことから、全員が希望した在宅医療の提供を受けられたかどうかを示す数値とは言い切れない点に注意が必要です。そのため、各地域において、誰もが望む形で最期を迎えることができる体制をそれぞれが考えていくことが大切です。

奈良県調査※31によると、どこで最期を迎えたいかについて、若年者、高齢者、要介護認定者ともに、過半数の人が「自宅」を希望しています。しかしながら、結果として病院で亡くなった方の割合が 72.2%と最も高く、希望と現実にはギャップがあります※32。

また、高齢化の進展に伴い、例えば、老人ホーム※33での死亡率が平成 10（1998）年の 2.0%から平成 29（2017）年の 6.6%に増加するなど、介護施設等で最期を迎える人も増えてきていることから、介護関係者においても看取りに関する知識や考

※28 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」（平成 24 年）
※29 在宅療養後方支援病院･･･在宅医療を提供する医療機関と連携し、連携医療機関の求めに応じて 24 時間入院希望患者（あらかじめ当該病院に届け出た患者）の診療が可能な体制および緊急入院ができる病床を常に確保するなどの施設基準を満たした病院です。
※30 厚生労働省近畿厚生局「奈良県内の施設基準の届出受理状況」（平成 29 年 10 月１日現在）
※31 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年３月）
※32 厚生労働省「人口動態調査」（平成 28 年）
※33 老人ホーム…養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいいます。

え方を理解し、自宅だけでなく介護施設等を含めた看取りができる体制が求められます。

図４　都道府県の在宅死亡率（平成 28 年）

出典：厚生労働省「平成 28 年人口動態調査」における、自宅及び老人ホームでの死亡率を足した数字

取組むべき施策

１．圏域の設定

在宅医療は、地域包括ケアシステムの構成要素の１つとして、住み慣れた地域を軸に取組まれることを踏まえ、在宅医療の圏域としては、原則、一次保健医療圏を単位として体制の構築を目指します。ただし、人口構成、医療・介護資源等の整備状況及び多職種との連携状況等が地域によっても異なるため、地域の実情に合わせて柔軟に隣接する圏域相互で連携等を図ることも必要です。

２．目指すべき方向性と関係機関に求められる事項

（１）円滑な在宅療養移行に向けての退院支援・退院調整が可能な体制【退院支援】

在宅医療は、今後も増加傾向にある慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されています。在宅療養における医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のためにも、入院初期から退院後の生活を見据えた入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援・退院調整体制の確保を目指します。

１）入院医療機関に求められる事項

・退院支援担当者を配置すること
・退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関で研修や実習を受けること
・入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
・退院調整の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護・障害福祉サービスの調整を十分に図ること

・退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

（関係機関の例）

・病院・有床診療所
・介護老人保健施設（患者の在宅移行に係る取組部分）

２）在宅医療に係る機関に求められる事項

・在宅療養者のニーズに応じて、医療及び介護・障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
・在宅医療及び介護・障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
・高齢者だけでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
・病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護・障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

（関係機関の例）

・病院・診療所（歯科を含む）
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所※34
・地域包括支援センター※35
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所※36

（２）日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

在宅療養者ができる限り住み慣れた地域で暮らしていくためには、訪問診療等を行う医師だけの努力ではなく、介護職種等を含めた多職種協働によって、患者の疾患、重症度に応じた医療・介護等のサービスが継続的かつ包括的に提供される地域包括ケアの考え方に基づく環境を整えていくことが重要です。

しかし、奈良県調査※37によると、地域包括ケアについては、若年層で 48.0%、一般高齢者で 32.9%が「知らない・聞いたことがない」と回答しており、未だ全県的な認知度を得られているとはいえません。

これらのことから、県民に対する在宅療養を含めた地域包括ケア全般に関する普及啓発について更に推進するとともに、医療関係者が、介護関係者等と積極的に協働し

※34 居宅介護支援事業所…要介護（支援）認定申請手続の代行やケアプランを作成・管理する機関。介護支援専門員が必ず配置されることになっており、サービス利用に関する相談や苦情対応なども行います。
※35 地域包括支援センター…介護保険法の改正により創設された、市町村等が設置する機関で、①介護予防マネジメント、②総合相談・支援、③権利擁護業務、④包括的・継続的マネジメントを担い、地域の保健医療の向上、福祉の増進を包括的に支援する中核機関のことをいいます。（平成 29 年 9 月 11 日現在、64 機関。一覧は別表 9 参照）
※36 基幹相談支援センター・相談支援事業所…障害者自立支援法等に基づき、地域における身体障害者、知的障害者、精神障害者の相談支援に関する中核的な役割を担う機関として位置付けられたものであり、市町村又は当該業務の実施の委託を受けた一般相談支援事業者その他の省令で定める者が設置することができるものをいいます。
※37 奈良県長寿社会課「高齢者の生活・介護等に関する県民調査」（平成 29 年 3 月）

ながら、在宅療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービス等が包括的に提供される体制の構築を目指します。

１）在宅医療に係る機関に求められる事項

・相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
・医療関係者は、市町村及び地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること
・地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者像に応じた在宅医療の体制を整備すること（それぞれの取組策については各章で記載しています。）
・災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
・医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること
・身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること

（関係機関の例）

・病院・診療所（歯科を含む）
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・市町村・地域包括支援センター
・介護老人保健施設
・短期入所サービス提供施設
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

（３）急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

患者や家族が自宅等での療養生活を希望しながらも選択できない理由として、急変時の対応における本人や家族の不安感や負担感が考えられ、これに対する軽減策の検討が必要となります。

そのため、関係機関等と協働して、往診や訪問看護による 24 時間対応ができるような連携方法の検討や、受け入れ先となる入院医療機関との円滑な後方支援体制の構築を目指します。

１）在宅医療に係る機関に求められる事項

・在宅医療を専門として実施している医療機関にあっては、病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること

・24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること
・在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること
・これらの事項について、在宅医療に係る機関を中心として、各関係機関等が相互に連携・協力をしながら、在宅療養者の急変時における 24 時間対応が可能な体制の構築を目指して検討をすすめていくこと

（関係機関の例）

・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局

２）入院医療機関に求められる事項

・在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟設置病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて受け入れを行うこと
・受け入れ予定の在宅療養者が重症等で自院では対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

（関係機関の例）

・病院・診療所

（４）患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

自宅等の住み慣れた場所で最期を迎えたいという希望を持つ方が多くおられますが、地域内の在宅療養に対する環境の違いや、人生の最終段階に発現する諸症状に対する不安感から、本人や家族の望む場所で最期を迎えることを諦めてしまう場合も見受けられます。

このことから、本人が望む限りは望む場所での最期を選択できるように適切な情報提供や啓発活動を行いながら、関係機関等と協働の上で地域状況に合わせた医療・介護提供体制の構築を目指します。

１）在宅医療に係る機関に求められる事項

・人生の最終段階における医療において患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制や患者の意思を尊重した意思決定を支援する体制の構築
・患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護・障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
・介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

（関係機関の例）

・病院・診療所（歯科を含む）
・訪問看護事業所

・薬局
・居宅介護支援事業所
・市町村・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

２）入院医療機関に求められる事項

・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

（関係機関の例）

・病院・有床診療所

３．関係機関間における相互連携体制の構築

前述の目指すべき方向性を実現していくためには、地域ごとの医療・介護、障害福祉サービスの状況等を踏まえた上で、（１）在宅医療に積極的役割を担う医療機関、（２）在宅医療に必要な連携を担う拠点、（３）在宅医療の医療・介護サービス提供機関のそれぞれの関係機関が、多職種による相互連携体制を構築しながら総合的に取組を進めていくことが必要不可欠となります（図５）。

このことから、それぞれの関係機関が地域においてより良い連携体制を構築するため、協議の場づくりを通した情報共有等の支援を行いながら、各関係機関と協働して在宅医療提供体制の構築を目指します。

（１）在宅医療に積極的役割を担う医療機関に求められる事項

・医療機関（24 時間での対応が難しいような診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時、在宅療養者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護・障害福祉サービスが十分確保出来るよう、関係機関に働きかけること
・在宅医療に係る医療及び介護・障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
・地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携しながら、地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護・障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

（関係機関の例）

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院

（２）在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

・地域の医療及び介護・障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・地域の医療及び介護・障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、例えば、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から在宅生活の継続や看取りまでの医療や介護・障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・持続可能で効率的な在宅医療の提供体制を構築するため、関係機関の連携による 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

（関係機関の例）

・市町村
・医師会等関係職能団体
・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所
・保健所（県管轄にあっては広域的な連携体制構築支援）

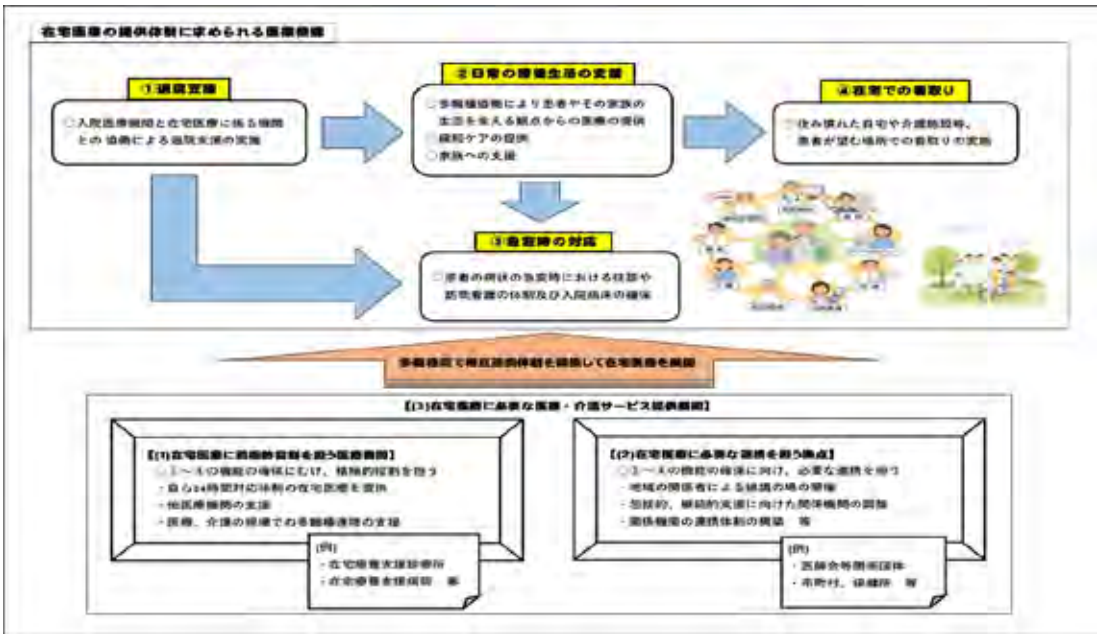
（３）在宅医療に必要な医療・介護サービス提供機関に求められる事項

・前述の（１）在宅医療に積極的役割を担う医療機関、（２）在宅医療に必要な連携を担う拠点がそれぞれ行う在宅医療に関する各種の取組に対して、それぞれが在宅療養者を支援するチームであるという観点を大切にして連携体制が構築できるよう、積極的に多職種で相互連携をしていくこと。

（関係機関の例）

・病院、診療所（歯科を含む）
・薬局
・訪問看護事業所
・居宅介護支援事業所
・各種介護サービス事業所
・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター及び相談支援事業所

図５　在宅医療提供体制



４．施策

（１）在宅医療の啓発

・患者・家族や関係機関に対して、在宅療養を選択肢の１つに加えることができ、自分の望む場所で最期を迎えるとは具体的にどういうことなのかを正しく理解してもらえるように、在宅医療のもつ意義、在宅医療やそれらを支える訪問看護などの役割や内容、どこまでの医療を在宅で受けることができるかといったことの啓発に関係団体と協力しながら取組みます。

・特に、医療従事者に対しては、在宅療養者を支えるために多職種間での連携体制を構築していく中で、他の専門職種から求められている各専門職としての役割等に関する相互理解がより促進されるような啓発の取組み方について関係機関と協力しながら検討していきます。

（２）在宅医療提供体制の確立促進

１）地域特性に応じた在宅医療提供体制の構築

・地域特性に応じた在宅医療提供体制を構築していくためには、地域内の現状を把握したうえで市町村が主体となって、地区医師会等関係機関と連携していく必要があります。

・地域ごとでのデータ分析等は、時として専門的な知識を必要とする場合も多いため、より地域の実情を反映した形で多職種が検討できるように、県からも共有できる情報は積極的に提供する等、在宅医療提供体制の構築に対する支援に取組みます。

・また、複数市町村に跨がるような課題に対しては、単独市町村だけで解決に向けた関係者間の調整等をすることが困難であることから、圏域内の保健所を中心として広域的な視点から調整支援を行います。

２）24 時間対応ができるチームによる在宅医療提供体制の推進

・地域における在宅医療提供体制の構築を阻害する要因の１つとして考えられるのは、全国調査※38においても示されていたとおり、医師の 24 時間対応の困難さだといえます。県内の開業医からも、医師１人で対応している診療所がほとんどであり、24 時間体制で緊急時の患者対応に備えることは負担感があることに加えて、本格的な訪問診療に踏み出したことがないため、具体的な在宅医療に関する取組み方がイメージしにくいという意見も出ています。

・医師の負担感や不安感を軽減する方策としては、例えば、負担感を取り除くための複数診療所や複数医師による連携体制の構築や不安感を取り除くための在宅医療に関する同行研修の実施等、チームによる在宅医療の提供体制という観点から 24 時間対応を行うための手法について検討する必要があります。

・既に、県内には、地域の実情に合わせて、地区医師会を中心とした主治医・副主治医制を採用して運用を行っている地域や在宅医療に関する総合相談窓口を設置する地域等も出てきていることから、これらの取組事例を参考としながら、できる限り 24 時間対応ができるチームによる在宅医療提供体制の推進に取組みます。

３）医療・介護職種間の連携体制の構築

・在宅医療提供体制の構築は、地域の医療・介護、障害福祉サービス等が地域特性に応じて相互に連携をしていくことが必要となります。しかしながら、地域特性だけに原因を求めにくく、全県的な意識共有が必要な場面や一定のルールづくりが望まれることもあります。

・そのため、広域的な課題に対して情報共有ができる全県的な意見交換の場を設定し、多職種間での具体的な連携手法の検討等をすすめます。

４）スムーズな在宅移行に向けた入退院調整ルールの普及促進

・平成 27（2015）年度の東和保健医療圏域での取組を皮切りとして、介護が必要な方が病院から地域へ安心してシームレスな在宅移行ができるようにするため、病院看護師や地域連携室とケアマネジャー間での情報共有ルールとして「入退院調整ルール」を策定しています。

・現在、このルールは各圏域にある保健所からの積極的な支援もあって、今後導入を検討している地域も含めて全県的に広がりつつあります。

・ただし、ルール策定の過程においては、医療職である病院看護師と介護職であるケアマネジャー双方が、積極的な参画と問題意識の共有をしながら進めていく必要があります。

・そのため、医療と介護の各専門職間の調整役となれる保健所を軸として、市町村と協働して病院から地域へ安心してシームレスな在宅移行ができる環境づくりをすすめます。

※38 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」（平成 29 年）

５）ＩＣＴを活用した医療・介護情報ネットワークシステムの導入検討と研究

・地域において、チームでの在宅医療提供体制の構築や医療・介護の連携をすすめるためには、電子カルテ等の医療・介護情報の共有化に代表されるＩＣＴネットワークシステムの導入が有効と考えられます。さらに、将来的にはＩＣＴを活用して、蓄積されたデータを分析・評価することを通じ、在宅医療の質の向上につなげられる可能性もあります。

・奈良県では、ＩＣＴネットワークシステムの導入について好意的なご意見をお持ちの専門職種の方もおられますが、現状としては、県内の病院、診療所では電子カルテの導入率が必ずしも高いとは言えず、システム導入によってデータ入力等の新たな事務負担が生じる等の課題も残されています。また、既に医療機関独自で情報連携システムを構築している場合、個別システム間の相換性の確保や個人情報の保護にも課題が残されています。

・そのため、システム導入に関する諸課題について事前検証をする目的で、奈良県では宇陀市を中心とした地域をモデル事業として採択のうえで、試行的に医療・介護情報ＩＣＴネットワークシステムの導入の検討に取組んでいます。ただし、ＩＣＴネットワークシステムの導入を検討する場合、導入前の過程において、使用目的や運用方法、共有するべき情報の精査等を十分に議論する場を設けて、関係者間で意識共有をしておく必要があることから、宇陀市を中心とした関係職種とも協働しながら、出来る限り自立可能な形で地域特性に合わせたネットワークシステムが構築できるように支援しています。

・なお、病院や地区医師会等が主体となって、ＩＣＴによる医療・介護連携に取り組む地域も出てきており、県としても地域の互換性等に配慮しつつ、こうした事業が進展するよう、情報共有を図っていきます。

・ＩＣＴは、日進月歩で技術的革新が起きる分野であることから、モデル地域の試行までの過程や結果の分析等を踏まえながら、奈良県としてのシステム導入手法等について、今後も慎重に検討や研究をすすめていきます。

６）在宅医療を担う人材（医師・訪問看護師）の養成

①医師の確保

・在宅医療に携わる医師を更に増やしていくための方策の１つには、各地域の診療所等で在宅医療の実情が分からないことから訪問診療等に一歩踏み込むことを躊躇している医師に対して、積極的に巻き込むような取組の検討をすすめることが必要です。

・そのため、在宅医療に取組むための動機づけとなるような方策や在宅医療を提供している経験豊富な医師から指導を受けられるような研修制度の導入について、県医師会を中心とした関係団体と協力しながら具体的にすすめていきます。

②訪問看護師の確保

・在宅医療の推進のためには、自宅での療養生活を支える訪問看護師の役割が非常に重要となってきており、その確保・育成が課題となります。

・そのため、潜在的な看護師の活用や新卒者等の訪問看護分野への参入促進を積極的にすすめるとともに、特定行為（医師の判断を待たずに手順書により行う一定の診療の補助）を行うことができる看護師の養成、認定看護師の資格取得に対する支援等を通じて、チーム医療のキーパーソンとして、高度な判断力を持つ専門性の高い看護師の確保を目指していきます。
・また、全国に比較しても訪問看護ステーションの１事業所あたりの従事者が少なく、地域的な偏在もみられることから、より安定的な提供体制を整備するため、大規模化やステーション間の連携手法等を含め総合的に検討をすすめていきます。

③在宅歯科医療の推進

・在宅歯科医療における医科や介護等の他分野との連携を図るための窓口として在宅歯科医療連携室を奈良県歯科医師会に設置しており、引き続き在宅療養者や家族等のニーズに応え、地域における在宅歯科医療の推進及び他分野との連携体制の構築に努めます。
・自宅や施設等での在宅歯科医療、在宅口腔ケアのニーズが増えているため在宅歯科医療、在宅口腔ケアを担当できる質の高い歯科衛生士の養成に務めます。

④薬剤師を中心とした薬薬連携等の取組の推進

・患者へ最適かつ効率的で安全・安心な薬物療法を提供するための情報共有を図るため、病院薬剤師と薬局薬剤師との連携体制の構築に取組みます。
・地域包括ケアシステムの一員として、医療材料・衛生材料の提供や要指導医薬品等を含め、地域において必要な医薬品の供給拠点になるだけでなく、医薬品、薬物治療等に関して、安心して相談できる身近な存在として、患者が医薬品を使用する際の疑問や不安をいつでも相談できるよう、夜間・休日を含めて、調剤や電話相談等の必要な体制を確保することを目指します。
・高齢者の半数以上が自宅で最期を迎えたいと希望し、今後、認知症患者や医療依存度の高い患者において、在宅でも入院時と同等の薬学的管理・指導を受けることがますます必要となっていることから、そのニーズに応えるためにも在宅患者に対応可能な体制を整備することを目指します。
・特に、自宅での薬物療法や中心静脈栄養・疼痛管理のための麻薬タイトレーション、副作用のチェック、不要な薬剤の調整等、患者に安全で安心な薬物療法を提供するために、医療機関、地域包括支援センター、訪問看護ステーションといった関係機関等との連携の強化に努めます。

数値目標

前回計画においては、全国比較ができることもあり、在宅における死亡率を指標として活用していましたが、「現状と課題　３在宅医療の提供体制（４）在宅での看取り」でも記載のとおり、不審死等による件数も含まれることから、必ずしも在宅を希望した患者の看取りの実態を反映しているとはいえません。

そのため、ＮＤＢ（レセプト情報・特定健診等情報データベース※39）を用いて、①看取り加算※40の算定数（自宅等で看取られて亡くなられた患者の数）と②死亡診断加算※41の算定件数（自宅等で亡くなられて死亡診断書を医師に記載してもらった患者の数）を奈良県の指標に位置付けます。これによって、より実情に近い在宅看取り人数を把握することとし、この数値の向上を目指します。

また、国の指針では、今後増加する在宅医療における需要への対応目標として、介護保険事業（支援）計画と整合性を取った上で、具体的な訪問診療を実施する診療所・病院数※42の整備目標数を記載するよう求めています。したがって、国の示す整備目標数の算出方法に基づき、医療計画の中間見直し年度である平成 32（2020）年度及び保健医療計画の最終年度である平成 35（2023）年度の整備目標数を設定しています。

ただし、在宅医療の推進に関する各取組の進捗度合いによっては、既存の医療機関等において現状よりも将来需要に対応できる範囲が広がることも想定されるため、まずは在宅医療提供体制の構築を主眼としながら施策に取組んでいきます。なお、国の示すとおり、平成 32（2020）年度の医療計画の中間見直しの時期において、その時点での在宅医療の状況を踏まえて、整備目標数を含めた全体的な見直しを行う予定です。

１．数値目標の詳細

指標	現状値	目標値	出典等
看取り加算の算定件数	967 件 H27 （2015）	向上	ＮＤＢ
死亡診断加算の算定件数	697 件 H27 （2015）	向上	ＮＤＢ
訪問診療を実施する診療所・病院数	奈良 113 施設 東和 56 施設 西和 102 施設 中和 86 施設 南和 28 施設 H27 （2015）	奈良 130 施設 ・奈良 151 施設 東和 64 施設 ・東和 68 施設 西和 127 施設 ・西和 136 施設 中和 107 施設 ・中和 120 施設 南和 30 施設 ・南和 29 施設 H32 （2020） ・ H35 （2023）	ＮＤＢ
在宅における死亡率（参考）	在宅（自宅＋老人ホーム）22.6% H28 （2016） 自宅 16.0% H28 （2016）	増加	人口動態調査

※39 ＮＤＢ…平成 20 年４月より施行されている「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づき、医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いるデータベースとして、レセプト情報（患者が受けた保険診療について、医療機関が保険者等に請求する医療報酬の明細書）及び特定健診・特定保健指導情報を格納・構築しているものです。

※40 看取り加算…往診又は訪問診療を行い、在宅で患者を看取った場合、在宅患者訪問診療料（在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の診療報酬）に加算できます。死亡診断加算との重複加算はできません。

※41 死亡診断加算…往診又は訪問診療を行い、在宅で患者の死亡診断を行った場合算定できます。ただし、看取り加算との重複算定はできません。

※42 NDB（平成 27 年度）における C001:在宅患者訪問診療料（同一建物居住者以外）、C001:在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等以外入居者）、C001:在宅患者訪問診療料（同一建物居住者）（特定施設等入居者）を算定した医療機関数の集計

医療機関一覧

別表１　退院支援加算届出病院（診療所含む）（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	沢井病院	奈良市船橋町８
奈良	吉田病院	奈良市西大寺赤田町１丁目７番１号
奈良	高の原中央病院	奈良市右京１丁目３番地の３
奈良	西の京病院	奈良市六条町１０２－１
奈良	済生会奈良病院	奈良市八条４丁目６４３番地
奈良	おかたに病院	奈良市南京終町１－２５－１
奈良	市立奈良病院	奈良市東紀寺町一丁目５０番１号
奈良	西奈良中央病院	奈良市鶴舞西町１－１５
奈良	奈良県総合医療センター	奈良市平松１丁目３０－１
奈良	奈良医療センター	奈良市七条２丁目７８９番地
東和	天理よろづ相談所病院	天理市三島町２００
東和	天理よろづ相談所病院白川分院	天理市岩屋町６０４番地
東和	済生会中和病院	桜井市阿部３２３
東和	山の辺病院	桜井市草川６０
東和	辻村病院	宇陀市菟田野松井７番地の１
東和	宇陀市立病院	宇陀市榛原萩原８１５番地
東和	国保中央病院	磯城郡田原本町大字宮古４０４－１
東和	奈良県総合リハビリテーションセンター	磯城郡田原本町大字多７２２番地
西和	田北病院	大和郡山市城南町２番１３号
西和	ＪＣＨＯ大和郡山病院	大和郡山市朝日町１の６２
西和	近畿大学医学部奈良病院	生駒市乙田町１２４８－１
西和	生駒市立病院	生駒市東生駒１丁目６番地２
西和	奈良県西和医療センター	生駒郡三郷町三室１丁目１４－１６
西和	服部記念病院	北葛城郡上牧町大字上牧４２４４
西和	公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団　ニッセイ聖隷クリニック	北葛城郡河合町高塚台１丁目８番１号
中和	中井記念病院	大和高田市根成柿１５１－１
中和	大和高田市立病院	大和高田市礒野北町１番１号
中和	土庫病院	大和高田市日之出町１２番３号
中和	吉本整形外科外科病院	大和高田市野口１３６
中和	平成記念病院	橿原市四条町８２７
中和	平尾病院	橿原市兵部町６－２８
中和	奈良県立医科大学附属病院	橿原市四条町８４０番地
中和	済生会御所病院	御所市三室２０
中和	秋津鴻池病院	御所市池之内１０６４
中和	香芝生喜病院	香芝市穴虫３３００番地３
南和	五條病院	五條市野原西５丁目２番５９号
南和	吉野病院	吉野郡吉野町大字丹治１３０番１
南和	南奈良総合医療センター	吉野郡大淀町大字福神８番１

別表２　在宅療養支援病院　　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	沢井病院	奈良市船橋町８
奈良	おかたに病院	奈良市南京終町１－２５－１
奈良	西奈良中央病院	奈良市鶴舞西町１－１５
奈良	奈良リハビリテーション病院	奈良市石木町８００番地
東和	辻村病院	宇陀市菟田野松井７番地の１
西和	藤村病院	大和郡山市北郡山町１０４番地３
西和	服部記念病院	北葛城郡上牧町大字上牧４２４４
中和	土庫病院	大和高田市日之出町１２番３号
南和	吉野病院	吉野郡吉野町大字丹治１３０番１

別表３　在宅療養支援診療所　　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	森田医院	奈良市高天市町３２
奈良	医療法人社団谷掛整形外科診療所	奈良市神殿町６４４－１
奈良	医療法人飯田医院	奈良市北市町３６番地
奈良	ならやま診療所	奈良市右京３丁目２－２
奈良	医療法人岡谷会佐保川診療所	奈良市今在家町３８番地
奈良	医療法人塩谷内科診療所	奈良市左京１丁目１３－３７
奈良	あやめ池診療所	奈良市あやめ池南６丁目１番７号
奈良	医療法人岡谷会新大宮診療所	奈良市芝辻町４－７－２

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	とみお診療所	奈良市三碓２－１－６
奈良	寺崎クリニック	奈良市南城戸町６７
奈良	松下クリニック	奈良市登美ヶ丘２－５－２１
奈良	阿部クリニック	奈良市学園南１丁目２－２０
奈良	しらやま医院	奈良市尼辻中町１０－２７
奈良	しんのクリニック	奈良市恋の窪１－５－１
奈良	やまだクリニック	奈良市あやめ池北１丁目３２－２１－Ａ２０５
奈良	なかがわ呼吸器科アレルギー科医院	奈良市朱雀５－３－８
奈良	中登美診療所	奈良市中登美ケ丘１－１９９４－３Ｄ－１６－１
奈良	はしもと内科	奈良市東向北町３０番１号グランドカワイビル２階
奈良	やまがた内科医院	奈良市法蓮町１０９５
奈良	喜多野診療所	奈良市中筋町１５
奈良	とみお岩崎クリニック	奈良市二名３丁目１０４６番１
奈良	そめかわクリニック　内科・循環器内科	奈良市中山町西４丁目４５６－１　ＴＳビル２０１
奈良	いけだクリニック	奈良市中町４８４２－１
奈良	医療法人岡谷会高畑診療所	奈良市高畑町９５－１
奈良	いがらし整形外科	奈良市朱雀３丁目１４－１プロムナーデ高の原２Ｆ
奈良	あすかホームクリニック	奈良市帝塚山２丁目２１番２１号
奈良	医療法人中島クリニック	奈良市鶴舞東町２番１１号　松下興産ビル１階
奈良	医療法人祥風会　奈良みどりクリニック	奈良市東紀寺町１－１１－５
奈良	医療法人森仁会森田内科循環器科クリニック	奈良市宝来三丁目３番２１号
奈良	医療法人　高浜医院	奈良市千代ケ丘二丁目１－３１
奈良	陽クリニック	奈良市大宮町４－２４１－１
奈良	ひばり往診クリニック	奈良市三碓６－９－２３
奈良	奈良やよいクリニック	奈良市三条本町２－２０マツダオフィスビル１Ｆ
奈良	おおもりクリニック	奈良市六条２－１８－３６
奈良	らくじクリニック	奈良市南新町１９－１
奈良	医療法人うえしげクリニック	奈良市三条桧町１７－１７
奈良	医療法人ひまわり会　ひまわりクリニック	奈良市右京４丁目１４番２３
奈良	医療法人　光輪会　やまとクリニック	奈良市右京三丁目１９番２４号
奈良	ないろクリニック	奈良市中山町西三丁目２１８番地
東和	井上医院	天理市川原城町３４７－８
東和	寺西医院	天理市東井戸堂町４２６－６
東和	みないち循環器内科・外科	天理市川原城町７５９
東和	医療法人宮城会宮城医院	天理市丹波市町３０２番地
東和	クリニックせんざい	天理市杉本町１７５番地６
東和	鹿子木診療所	天理市櫟本町７４２番地２
東和	ひまわりクリニック	天理市中之庄町４８３番地
東和	小池医院	桜井市外山下田新町１６５８
東和	小西橋医院	桜井市谷２４０－１
東和	青葉会　小阪医院	桜井市桜井５４７
東和	医療法人　幸仁会　木下医院	桜井市大字阿部５５０番地
東和	飯岡医院	桜井市大字芝３５１番地
東和	社会医療法人健生会　大福診療所	桜井市大字大福２４０の１
東和	医療法人中島医院	桜井市阿部３１１－２
東和	医療法人医眞会　植田医院	桜井市三輪４９６番地１
東和	医療法人　菊川内科医院	桜井市桜井８７５番地
東和	医療法人飯岡会　のぞみ診療所	桜井市大字忍阪３９番地の１
東和	医療法人優心会　吉江医院	桜井市東新堂８３－１
東和	杉本クリニック	桜井市谷３０６の２
東和	あさくらクリニック	桜井市黒崎６４６－１
東和	グランソール奈良	宇陀市菟田野松井８－１
東和	医療法人豊生会　加藤クリニック	宇陀市榛原長峯２００番地の２
東和	医療法人池田医院	磯城郡川西町大字唐院３９８番地の１
東和	忠岡医院	磯城郡田原本町秦庄４５６－８
東和	田原本療院	磯城郡田原本町１２０
東和	医療法人坂根医院	磯城郡田原本町大字矢部３３７番地１
東和	医療法人小嶌内科小児科	磯城郡田原本町大字三笠１７－８
西和	奥井医院	大和郡山市筒井町４６０－１５　オッシェム・ロジナ２階
西和	牧浦内科	大和郡山市額田部北町４７９－３
西和	医療法人岡谷会小泉診療所	大和郡山市小泉町５５２
西和	医療法人おざきクリニック	大和郡山市九条町１３１１－１
西和	医療法人岡谷会片桐民主診療所	大和郡山市新町３０５－９２
西和	原医院	大和郡山市横田町７０８番地の３
西和	在宅支援いむらクリニック	大和郡山市田中町７２８
西和	あみもと内科	大和郡山市筒井町２５０番地１
西和	矢田山診療所	大和郡山市矢田山町５８番地
西和	梅川医院	生駒市中菜畑１－４９－１　和州ビル２０３，２０４
西和	医療法人社団有山会有山診療所	生駒市高山町４２６１番地の１

医療圏	医療機関名称	所在地
西和	医療法人　友岡診療所	生駒市辻町３９７番地８　東生駒８番館２階
西和	山上内科医院	生駒市小明町５５４番地１　西口ビル１Ｆ
西和	医療法人香悠会稲田医院	生駒市元町１－５－５　オベラス生駒２Ｆ
西和	医療法人風尚会やました医院	生駒市南田原町１０３９
西和	医療法人生火会　松宮医院	生駒市東松ヶ丘１７－８
西和	医療法人社団　宏義会　宇山内科クリニック	生駒市東生駒２－２０７－１２０
西和	木下クリニック	生駒市小平尾町４－１－１
西和	石井クリニック	生駒市壱分町８３－４８
西和	いわもとクリニック	生駒市あすか野南２丁目１番１２号　あすか野グリーンビル１階
西和	松井内科	生駒郡平群町菊美台１－７－５宝栄辰巳ビル２Ｆ－１
西和	医療法人緑会たなかクリニック	生駒郡平群町下垣内１２４
西和	夕陽ヶ丘診療所	生駒郡三郷町夕陽ヶ丘１－４０
西和	医療法人やわらぎ会やわらぎクリニック	生駒郡三郷町立野南２丁目８番１２号
西和	医療法人金泉会　かないずみ胃腸科・内科	生駒郡三郷町東信貴ケ丘１－８－２６
西和	みなづき診療所	生駒郡斑鳩町阿波３－１１－３６
西和	前田クリニック	生駒郡斑鳩町龍田西８－６－１０
西和	西和往診クリニック	生駒郡斑鳩町小吉田２－７－１５
西和	くずもとファミリークリニック	北葛城郡上牧町葛城台３－１２－２２
西和	ゆりクリニック	北葛城郡上牧町上牧３３３６－５
西和	岩田ペインクリニック内科	北葛城郡王寺町王寺２丁目６番４号クレール吉田３Ｆ
西和	武内クリニック	北葛城郡王寺町元町２－２４７９－１
西和	竹田内科クリニック	北葛城郡王寺町久度２－３－１リーベル西館３０２
西和	社会医療法人健生会河合診療所	北葛城郡河合町大字穴闇８１－１
西和	公益財団法人ニッセイ聖隷健康福祉財団　ニッセイ聖隷クリニック	北葛城郡河合町高塚台１丁目８番１号
西和	はえの医院	北葛城郡河合町星和台２－１－１３
西和	大浦内科クリニック	北葛城郡河合町中山台１丁目１－１８
中和	日の出診療所	大和高田市日之出町１１番６号
中和	医療法人　きむクリニック	大和高田市土庫１丁目３番２２号
中和	中谷医院	大和高田市礒野東町３－５
中和	笠原内科医院	橿原市白橿町２丁目３１番１２号
中和	医療法人米田診療所	橿原市東坊城町５１０
中和	医療法人菊川医院	橿原市上品寺町３８０番地の２２
中和	医療法人田中医院	橿原市四条町８２０番地の１５
中和	医療法人浜野クリニック	橿原市大谷町８２番地の１８
中和	医療法人　吉川医院	橿原市中曽司町１７５
中和	医療法人芳隆会八嶌医院	橿原市内膳町２丁目１番３０号
中和	医療法人西井会西井クリニック	橿原市光陽町１００番地の２１
中和	医療法人雅会　山本クリニック	橿原市東坊城町２０２番地の１
中和	ちゅうわ往診クリニック	橿原市内膳町４－４３－６
中和	医療法人友愛会　しらかしクリニック	橿原市白橿町２丁目２２１１番地の１
中和	クリニック吉田	橿原市膳夫町４７７－１９
中和	医療法人風天会　森医院	橿原市五条野町２２９４番地
中和	くぼた医院	橿原市見瀬町大水口１１－１
中和	矢野内科外科医院	橿原市栄和町２３－４　ニュー山雅１Ｆ
中和	さかもとクリニック	橿原市木原町２６－１
中和	武田内科医院	橿原市木原町２１３－７　Ｋ．メディカルスクエア１階
中和	堀江医院	御所市櫛羅７３５の２番地
中和	森岡医院	御所市７５５－１
中和	田仲医院	御所市奉膳３６３
中和	医療法人榎本医院	御所市大字戸毛１１３０
中和	医療法人山下医院	御所市大字三室１１０番地の１
中和	医療法人友愛会沢田医院	御所市１８０－１４
中和	吉川診療所	御所市東松本８－１ＡＴＹビル１Ｆ
中和	ひろ整形外科クリニック	香芝市旭ヶ丘２丁目３０番１
中和	ふゆひろクリニック	香芝市磯壁３－９４－１ベルドミール香芝１階
中和	まるはしファミリークリニック	香芝市五位堂３丁目４３６－１
中和	かまだ医院	香芝市鎌田４６４－３
中和	医療法人　澤田医院	香芝市五位堂５－１５５
中和	医療法人博友会　みちのクリニック	香芝市下田西１丁目６番１２号　香芝アネックス１階
中和	医療法人和田クリニック	香芝市下田西１丁目１０番１７号　アバンギャルド１階
中和	二上駅前診療所	香芝市穴虫１０４５－１
中和	医療法人千幸会　片岡医院	香芝市西真美１－５－１　プラザ西真美２００１号
中和	医療法人　かわもとクリニック	香芝市畑３－９２６－１
中和	加藤クリニック	香芝市穴虫１０５５－１
中和	山本医院	葛城市八川１５３－１
中和	医療法人鵜山医院	葛城市新庄１６番地
中和	医療法人　堀内医院	葛城市忍海３３８－４
中和	医療法人友愛会　かつらぎクリニック	葛城市北花内６１６－１

医療圏	医療機関名称	所在地
中和	医療法人朱雀会山下医院	高市郡明日香村岡１１４３－３
中和	中堀医院	北葛城郡広陵町的場９４－１
南和	足立医院	五條市須恵２丁目６－２１
南和	中谷内科医院	五條市野原西４丁目９番２５号
南和	医療法人鎌田医院賀名生診療所	五條市西吉野町屋那瀬１３
南和	医療法人泰山会福西クリニック	吉野郡下市町大字新住１５５番地の１

別表４　訪問看護ステーション　（平成 29 年５月１日現在）

医療圏	事業所名	所在地
奈良	医療法人岡谷会訪問看護ステーションぬくもりポート	奈良市西木辻町 200
奈良	ハッピーリハビリ＆ナーステーション	奈良市六条二丁目 18 番１号
奈良	吉田病院訪問看護ステーションほほえみポート	奈良市三碓 2-1-6-304
奈良	社会医療法人松本快生会　訪問看護ステーション「なでしこ」	奈良市学園大和町五丁目１６
奈良	訪問看護ステーションひまわり北之庄	奈良市西九条町二丁目４番地 10
奈良	訪問看護ステーションアップル登美ヶ丘	奈良市中登美ケ丘三丁目 13 番 2
奈良	訪問看護ステーション・あいびす	奈良市帝塚山南４丁目 11-7
奈良	みらい精華訪問看護ステーション	奈良市神功五丁目 19 番地の２エルメゾン神功 8－Ａ
奈良	吉田病院訪問看護ステーションひだまり	奈良市右京 3-2-2
奈良	ハローケア訪問看護ステーション学園前	奈良市学園北一丁目 13 番 10 号
奈良	訪問看護ステーションひまわり秋篠	奈良市中山町 124-6
奈良	訪問看護ステーションライフ	奈良市神功五丁目 3-15　ルルデハイツ 103
奈良	訪問看護ステーション　デューン奈良	奈良市大宮町二丁目４－２７スカイヴィレッジ２階
奈良	医療法人新仁会　奈良春日病院訪問看護ステーションこまどり	奈良市鹿野園町 1212-1
奈良	訪問看護ステーション　グットライフ	奈良市朱雀１丁目４番地の 19 グリーンエクセルマルコウＢ-102
奈良	訪問看護ステーションあおい	奈良市あやめ池北一丁目５番５号
奈良	社会福祉法人恩賜財団済生会　奈良病院訪問看護ステーション野の花	奈良市八条四丁目 643 番地
奈良	医療法人康仁会　西の京訪問看護ステーションかがやき	奈良市六条町 99-2
奈良	あいナース学園前訪問看護ステーション	奈良市学園朝日町２番６号ハイマート学園前 302 号
奈良	一般財団法人沢井病院　訪問看護ステーション佐保	奈良市法蓮町 602 番地１
奈良	ケアステーション和	奈良市法蓮町 471 番地の１
奈良	訪問看護ステーションひまわり奈良	奈良市左京 4-6-4
奈良	社会医療法人松本快生会　訪問看護ステーション「さわやか」	奈良市鶴舞西町１番 16 号
奈良	エリシオン巡回型ステーション	奈良市石木町 800
奈良	社会福祉法人晃宝会　訪問看護ステーションいちご	奈良市南紀寺町１－209　あじさい第３ビル１階
奈良	けいはんな訪問看護ステーション	奈良市二名 3-952-1
奈良	訪問看護ステーション　オアシスなら	奈良市二名五丁目１６０６番地の４
奈良	訪問看護ステーションアンジェロ	奈良市帝塚山二丁目 21 番 21 号
奈良	なら訪問看護リハビリステーション	奈良市大安寺二丁目３番 13 号
奈良	訪問看護ステーションみのり奈良	奈良市杉ケ町 32 番地４　ブレストー番館 201 号室
奈良	吉田病院訪問看護ステーションほおずき	奈良市西大寺赤田町 1-7-1
奈良	訪問看護ステーションポシブル飛鳥	奈良市雑司町 368－2
奈良	訪問看護ステーションあさがお	奈良市右京 1-3-1、 5-105
奈良	訪問看護ステーションならまち	奈良市六条 1-1-12
奈良	訪問看護ステーションツルーハート	奈良市法蓮町 1934-11
奈良	リハビリ訪問看護ステーションルピナス	奈良市大宮町 4-275-5 森村第２ビル 303 号室
奈良	訪問看護ステーション佐保の里	奈良市佐保台二丁目 902 番地の 241
奈良	訪問看護ステーションアップル学園前	奈良市中登美ケ丘四丁目３番
東和	訪問看護ステーションあかり	天理市川原城町 841
東和	訪問看護ステーション夢未来	天理市西長柄町 453-2
東和	天理訪問看護ステーションひまわりⅡ	天理市三島町 125-1
東和	医療法人宮城会訪問看護ステーションみみずく	天理市丹波市町 302
東和	桜井市訪問看護ステーションさくら	桜井市大福 412-1
東和	医療法人社団岡田会　訪問看護ステーションアップル	桜井市大豆越 104-1 やまのべグリーンヒルズ内
東和	医療法人医眞会訪問看護ステーションみわ	桜井市三輪 496-1
東和	訪問看護ステーションはなみず木	桜井市上之宮 9-1
東和	訪問看護ステーションひゅっぐりー	桜井市朝倉台東 2-538-101
東和	パームリハビリ訪問看護ステーション	桜井市戒重 331 ラポール桜井 105 号室
東和	公益社団法人奈良県看護協会立　宇陀訪問看護ステーション	宇陀市榛原萩原 155-4
東和	アンフィニ訪問看護ステーション	宇陀市榛原萩原 2494 タケグチハイツ３号 102
東和	訪問看護ステーション四つ葉のクローバー	宇陀市菟田野古市場 470
東和	ニチイケアセンター　田原本訪問看護ステーション	磯城郡田原本町唐古 528-2 エコサイト C 号
東和	エール訪問看護リハビリステーション	磯城郡田原本町千代 373-1
東和	こころ訪問看護ステーション	磯城郡田原本町薬王寺 137-6
東和	ほっとナビ訪問看護ステーション	磯城郡田原本町新町 13-5 ブルジュール 103
東和	ハローケア訪問看護ステーション田原本	磯城郡田原本町新町 16-10
西和	郡山訪問看護ステーションゆう	大和郡山市田中町 758

医療圏	事業所名	所在地
西和	訪問看護ステーションもぁ	大和郡山市泉原町 6361-7 B101
西和	医療法人岡谷会　訪問看護ステーションあじさい	大和郡山市新町 305-70
西和	一般社団法人大和郡山市　医師会立訪問看護ステーションやすらぎ	大和郡山市本庄町 317-2
西和	医療法人社団田北会　訪問看護ステーションなのはな	大和郡山市城南町 3-25
西和	訪問看護ステーションたいむ	大和郡山市小泉町 2733-2
西和	訪問看護ステーションファミリー	大和郡山市北郡山町 525-5
西和	独立行政法人地域医療機能推進機構　ＪＣＨＯ大和郡山病院附属訪問看護ステーション	大和郡山市朝日町 1-62
西和	独立行政法人国立病院機構　コアラ訪問看護ステーション	大和郡山市小泉町 2815
西和	一般財団法人生駒メディカルセンター　訪問看護ステーション	生駒市東新町 1-3
西和	一般財団法人生駒メディカルセンター　北訪問看護ステーション	生駒市あすか野北 2-12-13
西和	スマイルさくらリハビリ訪問看護ステーション	生駒市北田原町 1132-52
西和	医療法人和幸会阪奈中央訪問看護ステーション	生駒市俵口町 444-1
西和	いこいの家訪問看護ステーション	生駒市俵口町 814-1 ハイネス生駒 302 号
西和	訪問看護ステーションひまわり生駒	生駒市東生駒 1-509
西和	訪問看護ステーションるーく	生駒市さつき台 2-451-204-102
西和	ヤマシン訪問看護ステーション奈良	生駒市中菜畑 2-973-6 白鳩マンション 1 階
西和	訪問看護ステーションくるみ	生駒市東松ケ丘 5-22
西和	医療法人社団松下会　訪問看護ステーションエリクシール	生駒市上町 4137
西和	オンリーワン訪問看護ステーション	生駒市あすか野南 1-1-2 あすか野センタービル 3F－A 号室
西和	訪問看護ステーション優心	生駒郡平群町竜田川 3-1-8-106
西和	ライフケア訪問看護ステーション	生駒郡三郷町勢野東 4-3-20
西和	訪問看護ステーションピノキオ	生駒郡三郷町立野南 3-1-18
西和	ハローケア訪問看護ステーションしぎさん	生駒郡三郷町立野南 2-9-33
西和	みむろ訪問看護ステーション	生駒郡斑鳩町稲葉車瀬 2-5-18
西和	訪問看護ステーションほっとプラザ	生駒郡斑鳩町小吉田 2-7-15
西和	六花訪問看護ステーション	北葛城郡上牧町上牧 537-10
西和	訪問看護ステーションやまびこ	北葛城郡上牧町下牧 1-2-25
西和	訪問看護ステーションメディケアジャパン上牧	北葛城郡上牧町片岡台 2-13-25 グリーンハイツ 2 階
西和	訪問看護ステーション西大和	北葛城郡河合町高塚台 1-8-1
西和	訪問看護ステーションはるかぜ	北葛城郡河合町穴闇 81-8
中和	訪問看護ステーション人楽	大和高田市神楽 254-6 セゾンド神楽 201
中和	訪問看護ステーションさく	大和高田市幸町 7-12-418
中和	訪問看護ステーションきらら	大和高田市根成柿 321-1
中和	土庫病院訪問看護ステーションそよかぜ	大和高田市日之出町 17-22
中和	アイデルリハビリ訪問看護ステーション	大和高田市西坊城 51-1
中和	医療法人酒本医院　訪問看護ステーションあおぞら	大和高田市中今里町 1-34
中和	ゆい訪問看護ステーション	大和高田市土庫 3-332-7MK ビル 201 号
中和	大和高田市訪問看護ステーション	大和高田市礒野北町 1-2
中和	訪問看護ステーションはる	大和高田市市場 774-1
中和	医療法人優慶会ゆうけいの里訪問看護ステーション	橿原市新賀町 87-1
中和	訪問看護ステーションデューン橿原	橿原市内膳町 1-3-10 陽光ビル 3 階
中和	リハビリ訪問看護ステーションやまと	橿原市木原町 154-59
中和	訪問看護ステーション橿原の郷	橿原市飯高町 7-1
中和	医療法人西井会訪問看護ステーションさらら	橿原市久米町 841-1 神宮吉田ビル 5 階
中和	公益社団法人奈良県看護協会立　橿原訪問看護ステーション	橿原市四分町 252-1
中和	医療法人良翔会訪問看護ステーションみそら	橿原市内膳町 4-43-6
中和	公益社団法人奈良県看護協会立　橿原訪問看護ステーションやわらぎの郷	橿原市十市町 63-1 橿原市福祉センターやわらぎの郷内
中和	医療法人吉川医院訪問看護ステーション花	橿原市中曽司町 172-8
中和	医療法人橿原友紘会訪問看護ステーションひのか	橿原市石川町 117-2
中和	訪問看護ステーションかしの木	橿原市木原町 90-3
中和	ユーティー訪問看護ステーション	橿原市御坊町 152
中和	社会医療法人平成記念病院　訪問看護ステーションあおい	橿原市四条町 823-3
中和	訪問看護ステーション大和	御所市北十三 126
中和	御所訪問看護ステーション	御所市池之内 1064
中和	訪問看護ステーション笑歌	香芝市尼寺 2-55-2 シャトー泉 10C
中和	PAL 訪問看護ステーション	香芝市旭ケ丘 3-17-1-1102
中和	二上ファミリー訪問看護ステーション	香芝市畑 4-559-5
中和	訪問看護ステーション真ごころ	香芝市畑 3-926-1
中和	訪問看護ステーション縁	香芝市良福寺 609-1-102
中和	訪問看護ステーションぬくもり	香芝市下田西 2-7-61　3 号館
中和	ハローケア訪問看護ステーション香芝	香芝市瓦口 2180 グランメール香芝 202
中和	医療法人優慶会　訪問看護ステーションまみの里	香芝市真美ケ丘 4-16-1
中和	ナビケア訪問看護ステーションかつらぎ	葛城市北花内 651 ハニープラザヨコタ 103 号
中和	訪問看護ステーションこころ	北葛城郡広陵町ささぎ台 35-17-101
南和	ハートランド五條訪問看護ステーション	五條市二見 5-3-63
南和	隅田クラブ訪問看護ステーション	五條市今井 4-1-1

医療圏	事業所名	所在地
南和	ケアテック指定訪問看護ステーション五条	五條市今井 4-3-3
南和	吉野たらちね訪問看護ステーション	吉野郡吉野町上市 2072-1
南和	訪問看護ステーション四つ葉のクローバー吉野	吉野郡吉野町上市 2060-1 燦上市 2-A
南和	社会福祉法人大淀町社会福祉協議会　大淀訪問看護ステーション	吉野郡大淀町下渕 1223
南和	美吉野園訪問看護ステーション	吉野郡大淀町下渕 887-2
南和	訪問看護ステーションまつば	吉野郡下市町新住 155－1

別表５　訪問リハビリテーション事業所　（平成 29 年 11 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	沢井病院	奈良市船橋町８番地
奈良	奈良東九条病院	奈良市東九条町７５２
奈良	医療法人　岡谷会　新大宮診療所	奈良市芝辻町４－７－２
奈良	とみお診療所訪問リハステーション	奈良市三碓２丁目１－６
奈良	おかたに病院	奈良市南京終町１丁目２５－１
奈良	きよ女性クリニック	奈良市石木町５０－１
奈良	喜多野診療所	奈良市中筋町１５
奈良	医療法人　酒井クリニック	奈良市あやめ池北３丁目１－２６
奈良	こうあん診療所	奈良市三条大路１－１－９０　奈良セントラルビル１階
奈良	西奈良中央病院	奈良市鶴舞西町１番１５号
奈良	登美ヶ丘リハビリテーション病院	奈良市中登美ヶ丘６丁目１２番２号
奈良	社会医療法人　松本快生会　介護老人保健施設　大和田の里	奈良市丸山二丁目１２２０－１６３
奈良	介護老人保健施設　アンジェロ	奈良市帝塚山２丁目２１番２１号
奈良	介護老人保健施設　秋篠	奈良市秋篠町１４３２－１
奈良	介護老人保健施設　アップル学園前	奈良市登美ヶ丘４丁目３番
東和	社会医療法人　健生会　大福診療所	桜井市大福２４０－１
東和	医療法人　医眞会　植田医院	桜井市三輪４９６番地の１
東和	医療法人　吉生会　吉井整形外科医院	宇陀市榛原福地３７４－１
東和	医療法人　拓誠会　辻村病院　訪問リハビリテーション	宇陀市菟田野区松井７－１
東和	介護老人保健施設　ぬくもり田原本	磯城郡田原本町黒田２８５－１
西和	田北病院	大和郡山市城南町２番１３号
西和	奈良厚生会病院	大和郡山市椎木町７６９番地の３
西和	藤村病院	大和郡山市北郡山町１０４－３
西和	医療法人　芳愛会　原医院	大和郡山市横田町７０８番地の３
西和	介護老人保健施設　ピュアネス藍	大和郡山市本庄町１番地の５
西和	訪問リハビリテーション　ウェルケア悠	大和郡山市田中町７２８　介護老人保健施設ウェルケア悠
西和	阪奈中央病院	生駒市俵口町７４１－１
西和	東生駒病院	生駒市辻町４－１
西和	生駒市介護老人保健施設　やすらぎの杜優楽	生駒市小瀬町３２４－２
西和	医療法人　やわらぎ会　やわらぎクリニック	生駒市三郷町立野南２－８－１２
西和	医療法人　緑会　たなかクリニック　訪問部	生駒郡平群町下垣内１２４
西和	西大和リハビリテーション病院	北葛城郡上牧町ささゆり台３－２－２
西和	介護老人保健施設　こころ上牧	北葛城郡上牧町上牧２７６８－２
西和	社会医療法人　健生会　河合診療所	北葛城郡河合町穴闇８１番１号
中和	介護老人保健施設　光陽	大和高田市根成柿３２１－１
中和	介護老人保健施設　ふれあい	大和高田市日之出町１３－１５
中和	平成記念病院　訪問リハビリテーション	橿原市四条町８２７番地
中和	平尾病院	橿原市兵部町６－２８
中和	老人保健施設　リンク橿原	橿原市雲梯町１２８番地
中和	介護老人保健施設　ケアステージみみなし	橿原市常盤町１５８番地１
中和	老人保健施設　鴻池荘　訪問リハビリテーション	御所市池之内１０６４
中和	ひろ整形外科クリニック	香芝市旭ヶ丘２丁目３０－１
中和	ぬくもりクリニック	香芝市下田西２丁目７－６１　訪問リハビリぬくもり
中和	池原クリニック	香芝市五位堂１０１３
中和	医療法人　友愛会　かつらぎクリニック	葛城市北花内６１６－１
中和	介護老人保健施設　ぬくもり葛城	葛城市西室１５０－８
中和	介護老人保健施設　かぐやの里	北葛城郡広陵町大字三吉１７９９番１
南和	医療法人　素心会　杉崎医院	五條市中之町１７７１番地の３３
南和	医療法人　八甲会　潮田病院	吉野郡吉野町上市２１３５番地
南和	南和病院訪問リハビリテーションセンター	吉野郡大淀町大字福神１－１８１

別表６　在宅療養支援歯科診療所　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	おかもと歯科	奈良市神殿町３１２番地
奈良	医療法人冨森会冨森歯科医院	奈良市押上町２０－２
奈良	ゆめはんな歯科クリニック高の原	奈良市右京１－６－１
奈良	医療法人山雅会　山尾歯科診療所	奈良市大宮町２丁目１番６号

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	西田歯科医院	奈良市大宮町３丁目４番３４号　青垣ビル２Ｆ
奈良	戸尾歯科医院	奈良市朱雀５丁目１４－１
奈良	高田歯科医院	奈良市富雄北１－３－５　キタダビル２Ｆ
奈良	冨森歯科油阪診療所	奈良市油阪町３の２０
奈良	池元歯科医院	奈良市中登美ケ丘３丁目５番ローレルスクエア登美ヶ丘東館Ｔ－１
奈良	入部歯科医院	奈良市北市町３６－７
奈良	畑下歯科医院	奈良市疋田町４丁目１２８－１
奈良	みねい歯科医院	奈良市恋の窪２丁目１２－９
奈良	杉山歯科医院	奈良市西大寺南町５－１６
奈良	たての歯科	奈良市六条一丁目３６－２８
奈良	中島歯科	奈良市千代ケ丘１－３－１
奈良	平野歯科医院	奈良市中山町西４丁目４５６－１　ＴＳビル１０２
奈良	ならまちワンネス歯科	奈良市北風呂町３７－１
奈良	もりた歯科クリニック	奈良市二条町２－２－５　メゾンルルド１Ｆ
奈良	すざく歯科	奈良市朱雀６－９－５コープ朱雀店別棟
奈良	おかだ歯科医院	奈良市紀寺町４１４－５
奈良	らくじクリニック	奈良市南新町１９－１
東和	藤本歯科医院	天理市田部町２３
東和	田中歯科医院	天理市丹波市町３３４の１
東和	飯田祥了歯科診療室	天理市川原城町３１４番地
東和	医療法人歯聖会山本歯科医院	天理市指柳町２９３番地の５
東和	医療法人和光会　天理駅前歯科診療所	天理市川原城町８４１
東和	医療法人　近山歯科医院	天理市柳本町７０２－１
東和	北山歯科診療所	宇陀市室生大野２２７２の２
東和	榛見が丘歯科クリニック	宇陀市榛原榛見が丘１丁目５－１６
東和	藤井歯科医院	山辺郡山添村大字遅瀬３５４番地の８
東和	やすらぎ歯科医院	磯城郡川西町下永１２７３－２５
西和	おうにし歯科医院	大和郡山市南郡山町４６４ー１
西和	なごみデンタルクリニック	大和郡山市高田町１４１－６　シティパレス吉川１０６
西和	山本歯科クリニック	生駒市白庭台６丁目１－１
西和	島野歯科クリニック	生駒市西白庭台２－２０－４
西和	ゆめはんな歯科クリニック登美ヶ丘	生駒市鹿畑町３０２７イオン奈良登美ヶ丘ショッピングセンター１Ｆ
西和	いこまデンタルクリニック	生駒市山崎町２番６号
西和	ケイキ歯科医院	生駒市小明町１５４９－１　グレイス奥山１０３
西和	大友歯科医院	生駒郡平群町菊美台１ー７ー５宝栄辰巳ビル２ー２
西和	小向井歯科クリニック	生駒郡平群町北信貴ケ丘１丁目５２４－１
西和	医療法人大樹会　へぐり歯科	生駒郡平群町下垣内８４－７
西和	医療法人　こうの歯科医院	生駒郡斑鳩町服部１－１２－１２
西和	胡内歯科医院	生駒郡安堵町かしの木台１丁目４ー３
西和	西川歯科医院	北葛城郡上牧町服部台４－５－１
西和	岩間歯科	北葛城郡王寺町王寺２丁目７番２３号亀井興産ビル３Ｆ
西和	医療法人　智仁勇会　やわらぎ歯科医院	北葛城郡王寺町王寺２－６－４　クレール吉田２Ｆ－３
西和	ウエダデンタルクリニック	北葛城郡王寺町久度２丁目３－１リーベル王寺西館３Ｆ
西和	小野歯科医院	北葛城郡河合町広瀬台３－３－７
中和	羽山歯科医院	大和高田市奥田１８の１
中和	ウエダ歯科	大和高田市片塩町６－１０
中和	えんどう歯科クリニック	大和高田市神楽２丁目１２－３４向井ビル１－３
中和	やまもと歯科	大和高田市幸町３番１８号　オークタウン大和高田６Ｆ
中和	やすえデンタルクリニック	大和高田市大字藤森１７１－７
中和	田歯科医院	橿原市東坊城町５２６
中和	正田歯科医院	橿原市内膳町２丁目７番９号
中和	中辻歯科医院	橿原市久米町５９６－２
中和	吉川歯科医院	橿原市常盤町２８５番地
中和	せいじ歯科医院	橿原市西池尻町３４０ー３
中和	医療法人橿の木会　さわやか歯科	橿原市中曽司町１９１番地の１４
中和	醍醐よしかわ歯科	橿原市醍醐町５７３番地
中和	橿原デンタルクリニック	橿原市石川町２８０番地
中和	俵本歯科医院	御所市櫛羅３３７－２
中和	東條歯科医院	香芝市瓦口１１－６
中和	柳原歯科医院	香芝市上中８３３－３
中和	長澤歯科医院	香芝市旭ヶ丘２丁目８番地の２
中和	武田歯科医院	香芝市磯壁３丁目９７－４
中和	岡本歯科医院	香芝市下田西２－１０－１０
中和	うえだ歯科クリニック	香芝市西真美３－１０－１
中和	よしむらファミリー歯科	香芝市真美ケ丘一丁目５番１１号
中和	椿本歯科医院	葛城市長尾１０１－１
中和	堀内歯科	葛城市北花内６０５番地５
中和	川西歯科クリニック	高市郡高取町下土佐２２０－１

医療圏	医療機関名称	所在地
中和	岡部歯科医院	北葛城郡広陵町馬見北９－９－１８
南和	釜田歯科医院	五條市須恵３丁目４－２６
南和	さくら歯科クリニック	五條市今井５丁目１４８４－４
南和	堀内歯科医院	五條市二見２－３－４０
南和	加藤歯科	五條市野原西１丁目６番２号
南和	森口歯科医院	吉野郡吉野町上市２３４５番地

別表７　在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局　　（平成 29 年 10 月 1 日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	吉田薬局	奈良市西木辻町２７番地
奈良	松本薬局	奈良市南城戸町１２
奈良	ファーマシー木のうた薬局本店	奈良市三条町４７２番地
奈良	薬局セブンファーマシー学園前店	奈良市鶴舞東町２－２６
奈良	あじさい薬局	奈良市藤ノ木台３丁目２０番２－１号
奈良	春日薬局	奈良市角振町１６
奈良	わかくさ薬局	奈良市紀寺町６８７－９
奈良	衣川薬局	奈良市西大寺南町１－１７
奈良	中尾薬局	奈良市六条西４丁目１番３６号
奈良	駅前薬局	奈良市西大寺栄町２３２１－４
奈良	西大寺中央薬局	奈良市西大寺新田町１－４９０－１
奈良	オクムラ薬局	奈良市西登美ケ丘２－１－２６
奈良	なのはな薬局	奈良市大宮町５－１－７
奈良	とみお薬局	奈良市富雄元町２丁目３－２２－１
奈良	薬局タケダあやめ池店	奈良市あやめ池南２－１－４１　クリエイトあやめ池１階
奈良	平松薬局	奈良市登美ケ丘３丁目３－１１
奈良	ひだまり薬局	奈良市都祁白石町１０９９
奈良	尼ヶ辻マルゼン薬局	奈良市尼辻西町３－５
奈良	薬師堂富雄薬局	奈良市三松４丁目８８２
奈良	さくら通り薬局	奈良市小西町９　川村ビル１Ｆ
奈良	あすなろ薬局学園北店	奈良市学園北２－２－１９　マードアイビル１Ｆ
奈良	ファーマシー木のうた薬局西の京店	奈良市六条西１丁目１－５０
奈良	有限会社　ケンエ薬局	奈良市富雄北１丁目３番５号第１キタダビル１階
奈良	ヤマト薬局	奈良市鳥見町１丁目１番２号
奈良	スマイル薬局神功店	奈良市神功３丁目７番３１号
奈良	ならプラス薬局	奈良市東九条町７１８－９
奈良	あすなろ薬局　学園前店	奈良市学園北１丁目１３－８
奈良	自分薬局　あやめ池	奈良市あやめ池南２－２－７
奈良	えみ薬局	奈良市富雄元町２－１－２２
奈良	ぷれも薬局六条店	奈良市六条西４－７－１０
奈良	さくら薬局貴ヶ丘	奈良市三碓３－１１－１
奈良	きらら薬局	奈良市菅原町３７－１
奈良	今小路薬局西大寺店	奈良市西大寺南町２－２８マンション・オカザワ１－Ｄ
奈良	エスユー薬局	奈良市朱雀３－５－６
奈良	ならまち薬局	奈良市川之上突抜北方町１１－１
奈良	メイプル薬局押熊店	奈良市押熊町１１４２
奈良	有限会社メジロ薬局帝塚山店	奈良市帝塚山１丁目１－３３
奈良	有限会社伊達　伊達薬局奈良学園前店	奈良市学園北１－１－１－３０６ル・シエル学園前３Ｆ
奈良	薬局ＭＣＣファーマシー	奈良市六条町１０９の１
奈良	メイプルリーフ薬局押熊店	奈良市押熊町１１５３番
奈良	メイプルリーフ薬局朱雀店	奈良市朱雀一丁目５番１７
奈良	エムズドラッグ奈良阪薬局	奈良市奈良阪町２２６５－３番地
奈良	バンビ薬局	奈良市船橋町５５－１
奈良	はるかぜ薬局	奈良市西紀寺町３８
奈良	サン薬局奈良店	奈良市花芝町２９
奈良	サン薬局新大宮店	奈良市芝辻町４－２－３　田村ビル１階
奈良	サン薬局平松店	奈良市平松１－３１－２４　池田ビル
奈良	サン薬局富雄北店	奈良市富雄川西２－７－７
奈良	サン薬局学園前店	奈良市学園北１－１４－１３
奈良	サン薬局西ノ京店	奈良市六条３－１５－５
奈良	てるてる薬局	奈良市神殿町６９４番地の３
奈良	自分薬局　奈良	奈良市三条本町２番地２０　マツダオフィスビル１Ｆ
奈良	かるがも薬局奈良店	奈良市大森町４６－３
奈良	サン薬局西大寺南店	奈良市西大寺国見町１－１－１３３－１１７
奈良	自分薬局　宝来	奈良市宝来町１２７０－１９
奈良	サエラ薬局登美ヶ丘店	奈良市中登美ケ丘６丁目３番３号　リコラス登美ヶ丘Ａ棟１Ｆ
奈良	さかもと薬局尼辻店	奈良市尼辻中町１０番２７号
奈良	サエラ薬局学園前店	奈良市学園北１－９－１パラディ学園前Ⅱ５Ｆ
奈良	白菊薬局	奈良市鶴舞東町２－１３　ＶＩＶ１階

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	スギ薬局高の原店	奈良市右京１丁目３番地の４　サンタウンプラザすずらん館
奈良	阪神調剤薬局　奈良帝塚山店	奈良市三碓町２０７３－５
奈良	サン薬局紀寺店	奈良市紀寺東口町６７５－１
奈良	アップル薬局	奈良市宝来３丁目３－２０
奈良	コスモファーマ薬局　三条桧町店	奈良市三条桧町１７番１７号
奈良	今小路薬局	奈良市川久保町１９番地の５
奈良	うさぎや薬局	奈良市小川町４－２
奈良	イオン薬局イオンスタイル奈良	奈良市西大寺東町２－４－１　１Ｆ
奈良	スギ薬局　学園前店	奈良市中山町西１－７１６－３ならコープ２階
奈良	一般社団法人　奈良市薬剤師会　会営病院前薬局	奈良市平松１－３２－１７－２
奈良	木のうた薬局紀寺バス停前店	奈良市紀寺町７６７
奈良	まりん薬局新大宮	奈良市四条大路１－３－５３エイジングコート奈良新大宮１階
奈良	薬局セブンファーマシー中町店	奈良市藤ノ木台４－６－６
奈良	セガミ薬局　朱雀店	奈良市朱雀６－９－５
奈良	ひかり薬局柏木店	奈良市大安寺町５１５－２　柏木町医療タウン１０５号室
奈良	カイセイ薬局	奈良市三条本町１－２
奈良	さくら薬局　奈良神殿店	奈良市神殿町２９７－２
奈良	ファーマシー木のうた　薬局ＪＲ奈良駅前店	奈良市油阪地方町８－１
奈良	有限会社伊達　伊達薬局　学園大和町店	奈良市学園大和町２－３５－１
奈良	奈良会営薬局	奈良市紀寺町６７３－１
奈良	キリン堂薬局　北あやめ池店	奈良市あやめ池北１丁目３２－２１－Ａ２０２
奈良	オレンジ薬局　学園大和町店	奈良市学園大和町２－１２５－５
奈良	シンバシ薬局　奈良富雄店	奈良市富雄北１－１－４岡ハイツ１０１号
奈良	さくら薬局　奈良学園前店	奈良市鶴舞西町１－１６
奈良	自分薬局　中登美ヶ丘	奈良市中登美ケ丘３－２ローレルスクエア登美ヶ丘東館Ⅱ１０２号
奈良	クルミ薬局	奈良市学園北１－１１－４エル･アベニュー学園前１Ｆ１０２号
奈良	薬局セブンファーマシー本店	奈良市右京３－６－２
奈良	たまき薬局	奈良市あやめ池南６丁目１番１５号
奈良	オレンジ薬局登美ヶ丘店	奈良市北登美ケ丘５丁目２番２号
奈良	木のうた薬局　西大寺店	奈良市西大寺北町４丁目３番１号共栄マンション１－Ｅ号室
奈良	自分薬局　西大寺	奈良市西大寺南町１７－３カーサ・ウェルネス１０１号
奈良	まんてん薬局	奈良市神殿町１６２－１８印南マンション１Ｆ
奈良	いい薬局奈良右京店	奈良市右京三丁目２３番地７
奈良	株式会社染川薬局	奈良市中山町西四丁目５３５番地４８９コーポ学園前１０１
奈良	ひかり薬局　大宮店	奈良市二条大路南１丁目２番２１号　モンシャトー１０１号室
奈良	阪神調剤薬局　市立奈良店	奈良市紀寺町６８７－３
奈良	ドクトル薬局	奈良市西大寺南町２番６号
奈良	アイリス薬局	奈良市北市町３６－１０
奈良	オレンジ薬局　西登美ヶ丘店	奈良市西登美ケ丘五丁目１番地１号
奈良	奈良調剤薬局　女子大前店	奈良市西新在家号所町１－１エールハイツ１０１号
奈良	メロディー薬局	奈良市中筋町３１番地
奈良	オレンジ薬局　法蓮仲町店	奈良市法蓮町１０９５番６
奈良	オレンジ薬局　東登美ヶ丘店	奈良市東登美ケ丘一丁目１番１５号　１Ｆ
奈良	ショーワ薬局あやめ池東店	奈良市あやめ池北３－１－３２
奈良	オレンジ薬局　近鉄奈良店	奈良市東向北町３番地木平ビル１階
奈良	富雄ゆーあい薬局	奈良市富雄元町１丁目２２－１２タワーアラモード１Ｆ
奈良	オレンジ薬局　奈良三条店	奈良市三条大宮町３番４３号
奈良	サン薬局　二名店	奈良市二名３丁目１０４６－１
奈良	サン薬局　中町店	奈良市中町４８４２－１
奈良	オレンジ薬局　大安寺店	奈良市南京終町２丁目１２０１－８
奈良	ならまち薬局	奈良市小西町２５番１　ファインフラッツ奈良ザ･レジデンス１階
奈良	ウエルシア薬局奈良西木辻店	奈良市西木辻町１３０番地の４
奈良	アイン薬局奈良東九条店	奈良市東九条町７５４－４
奈良	サン薬局　高の原店	奈良市右京４丁目１４番地２４
奈良	スギ薬局　本店	奈良市右京一丁目３番地４　サンタウンプラザすずらん南館１Ｆ
奈良	ファミリー薬局　奈良店	奈良市三条町３２１－４
奈良	まりん薬局	奈良市西大寺東町２－１－６３　サンワシティ西大寺３階
奈良	コトブキ薬局奈良店	奈良市北市町５７－１
奈良	サン薬局　京終店	奈良市南京終町７１０番地１
奈良	あかね薬局	奈良市朱雀五丁目１７番地１－１
奈良	こぐま薬局　押熊店	奈良市押熊町５４７－１
奈良	こぐま薬局　西登美ヶ丘店	奈良市西登美ケ丘２丁目１１－１４
奈良	しあわせ薬局　済美店	奈良市南京終町一丁目１８３番地３４
奈良	あしび薬局敷島店	奈良市敷島町２丁目５５６番地の９

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	あしび薬局菖蒲池店	奈良市あやめ池南６丁目１－４１
奈良	あしび薬局赤田店	奈良市西大寺赤田町１丁目５－２２
奈良	スギ薬局　学園前南店	奈良市中町１番地の８７
奈良	あしび薬局北町店	奈良市西大寺北町１丁目６－１０
奈良	あしび薬局富雄店	奈良市三碓２丁目１－３
奈良	オレンジ薬局　富雄店	奈良市富雄元町三丁目１番１３号ききょう富雄ビル１Ｆ
奈良	ウエルシア薬局　奈良駅前店	奈良市大宮町１－３－８
奈良	薬局セブンファーマシー　朱雀店	奈良市朱雀６丁目２０－２
東和	株式会社中川天理薬局	天理市三島町５８４
東和	株式会社天理薬局	天理市川原城町１１２の２
東和	株式会社神田大薬局	天理市櫟本町２４００番地
東和	ニシダ薬局	天理市川原城町７８９の２
東和	シャトー薬局	天理市三島町１８１
東和	みずの薬局	天理市指柳町２５２－２
東和	きむら薬局	天理市柳本町１９６－１
東和	ふじ薬局天理店	天理市富堂町１４７－２５
東和	浦西薬局	天理市川原城町２４６番地
東和	浦西薬局	天理市川原城町２４６番地
東和	プラス薬局	天理市川原城町２７５－１松尾ビル１Ａ
東和	たんぽぽ薬局富堂店	天理市富堂町３２０番１１
東和	サン薬局天理西店	天理市富堂町３２０－５
東和	サン薬局丹波市店	天理市丹波市町３０３－９
東和	サン薬局天理東店	天理市蔵之庄町４７０－６
東和	カイセイ薬局	天理市別所町１１－１
東和	オカダ薬局	天理市川原城町３７７番地
東和	サン薬局天理南店	天理市西井戸堂町４５５－２
東和	スギ薬局　天理店	天理市前栽町９８－１
東和	エース薬局	天理市指柳町３１１－２
東和	サン薬局　天理本通店	天理市川原城町６９８
東和	めぐみ薬局　天理店	天理市森本町１０－５
東和	ひまわり薬局	天理市蔵之庄町４６９－５
東和	サン薬局　天理中央店	天理市川原城町７５９－１０４
東和	サン薬局　憩北店	天理市別所町９－１
東和	センザイ薬局	天理市杉本町２８２－３
東和	ココカラファイン薬局　天理店	天理市守目堂町１０５－１
東和	ナカオ薬局	桜井市粟殿１００６ー１
東和	朝倉薬局	桜井市慈恩寺４１
東和	まついけ薬局	桜井市三輪元松之本方４６ー１
東和	ウエムラ薬局	桜井市粟殿７３３－１
東和	木下薬局	桜井市芝１３６０番地
東和	オクノ薬局	桜井市大字忍阪１５５８
東和	なでしこ薬局	桜井市桜井５５－４
東和	ノチオカ薬局	桜井市桜井８７３
東和	イノウエ薬局	桜井市三輪４９３
東和	桜井さくら薬局	桜井市阿部３１１－２
東和	安倍さくら薬局	桜井市阿部３２７
東和	サン薬局桜井店	桜井市桜井２０３－５
東和	サン薬局桜井西店	桜井市阿部３５３
東和	ニコニコ薬局	桜井市粟殿１０１９番地の５
東和	ハートプラス薬局	桜井市戒重２０６－６
東和	幸生堂薬局	桜井市川合２５６－３ハーモニアＮ－１号室
東和	さかえ薬局桜井店	桜井市上之庄７１１－１
東和	ココカラファイン薬局　香久山店	桜井市西之宮２１９－１
東和	まほろば薬局　桜井谷店	桜井市谷９２－２
東和	まほろば薬局　本店	桜井市桜井２０３－６
東和	つくし薬局	桜井市谷２４２－１
東和	粟殿薬局	桜井市粟殿１０５の５
東和	わかば薬局	桜井市忍阪５１－１１
東和	かるがも薬局　桜井店	桜井市阿部３５６－１
東和	初瀬薬局	桜井市初瀬２１２９－１
東和	いずみ薬局　さくらい店	桜井市戒重３１５－１
東和	あおば薬局大福店	桜井市大福２３８－１１
東和	いずみ薬局	宇陀市菟田野松井１６－１
東和	やまぐち薬局	宇陀市榛原萩原２８４３－２８
東和	たんぽぽ薬局　宇陀市立病院前店	宇陀市榛原萩原７５８－４
東和	なの花薬局　榛原店	宇陀市榛原萩原８３０－３
東和	くすのき薬局	宇陀市榛原萩原元萩原７５８－２
東和	はいばら薬局	宇陀市榛原長峯２００－５
東和	いずみ薬局　はいばら店	宇陀市榛原下井足１４－１

医療圏	医療機関名称	所在地
東和	ひだまり薬局　榛原店	宇陀市榛原あかね台２丁目２２－５
東和	サン薬局　宇陀店	宇陀市榛原萩原７６０－４
東和	有限会社はしもと薬局	磯城郡川西町結崎５８４－９
東和	杉田薬局	磯城郡田原本町秦庄２９５
東和	森田薬王堂薬局	磯城郡田原本町室町２０９－３
東和	杉本薬局	磯城郡田原本町１９０－１
東和	サン薬局田原本中央店	磯城郡田原本町宮古３５３－１
東和	アイ薬局　田原本店	磯城郡田原本町１３９－１
東和	保津西薬局	磯城郡田原本町保津２９２－１
東和	ウエルシア薬局　磯城田原本店	磯城郡田原本町千代１１０７番地
西和	株式会社村尾全快堂薬局	大和郡山市南郡山町５２７－１１
西和	福井薬局	大和郡山市下三橋町４４６－３９
西和	中川薬局	大和郡山市高田町９の２０
西和	タマキ薬局	大和郡山市泉原町２３番地１号
西和	岡薬局	大和郡山市矢田町通３４
西和	キタムラ薬局	大和郡山市堺町９番地
西和	ナニワ薬局	大和郡山市九条町２９７番地の１
西和	森薬局	大和郡山市柳２－３０
西和	プライム薬局	大和郡山市柳１丁目１３番地　天野ビル１Ｆ
西和	キヨスミ薬局	大和郡山市本庄町２－１
西和	まどか薬局	大和郡山市小泉町９１８
西和	ファーマシー木のうた薬局郡山泉原店	大和郡山市矢田町庄司谷６３７９－３
西和	かるがも薬局　筒井店	大和郡山市筒井町２６５－２
西和	ヒロ薬局　堺町	大和郡山市堺町６
西和	薬局メールボックス	大和郡山市南郡山町２２６ー２
西和	Ｊｉｂｕｎ薬局　小泉	大和郡山市小泉町東１丁目７番地の４グランドゥール郷１Ｆ
西和	薬局メールボックス柳町店	大和郡山市柳５丁目３０番地の３
西和	いかるが中央薬局	大和郡山市小泉町東３－６－２２
西和	ハル薬局	大和郡山市朝日町１番１３号
西和	サン薬局郡山店	大和郡山市朝日町１－１６
西和	サン薬局ＪＲ郡山店	大和郡山市高田町９－１２
西和	サン薬局郡山東店	大和郡山市高田町９２－１４
西和	Ｊｉｂｕｎ薬局　郡山	大和郡山市城南町３６９－１
西和	ハートフル薬局	大和郡山市田中町７６６－２
西和	スマイル薬局　天井店	大和郡山市天井町２２３－１
西和	Ｊｉｂｕｎ薬局　矢田山	大和郡山市矢田山町５９－２
西和	イオン薬局大和郡山店	大和郡山市下三橋町７４１－１Ｆ
西和	さくら薬局　大和郡山店	大和郡山市柳町１２８－９　カイチビル１階
西和	えふ薬局	大和郡山市九条町１３０９
西和	ジップドラッグ今国府薬局	大和郡山市今国府町３９０－１
西和	あすか薬局	大和郡山市九条平野町３－３１サンシャイン谷野１Ｆ
西和	アール薬局　郡山店	大和郡山市九条町１８８－２－３
西和	ヘルシーストック薬局	大和郡山市南郡山町５２０－１　マインドビル１階
西和	オレンジ薬局	大和郡山市杉町４８
西和	アイ薬局　大和郡山店	大和郡山市朝日町１番５号
西和	ひだまり薬局　本庄店	大和郡山市本庄町２９７－６
西和	オレンジ薬局　筒井町店	大和郡山市筒井町１６０２番地
西和	三の丸薬局	大和郡山市柳３丁目３７番
西和	ウエルシア薬局　大和郡山小泉店	大和郡山市小泉町２８４９－１
西和	しあわせ薬局　小泉店	大和郡山市小泉町８０８
西和	しあわせ薬局　片桐店	大和郡山市新町３０５－８６
西和	かなで薬局　横田店	大和郡山市横田町７０８－５
西和	スマイル薬局藤原店	大和郡山市藤原町２－１８
西和	北大和調剤薬局	生駒市真弓２丁目１－６
西和	アイビー薬局	生駒市白庭台３丁目１５番４号
西和	薬師堂生駒薬局	生駒市北新町１０－４０－１０１号
西和	こじか薬局生駒南田原店	生駒市南田原町１９７７番地
西和	こころ薬局	生駒市北新町１－１８森ビル１Ｆ
西和	萩の台薬局	生駒市萩の台１丁目２－２ライフコート萩の台１階
西和	オリーブ薬局	生駒市あすか野北２丁目１番５号
西和	ヤスイ薬局	生駒市東生駒２丁目２０７番地３７２
西和	ヤスイ薬局生駒	生駒市谷田町８７０番地の２中谷ビル１Ｆ－１０２
西和	アリス薬局	生駒市東生駒１丁目７０番１号
西和	コスモス薬局	生駒市中菜畑２丁目１１０９の３
西和	鹿ノ台調剤薬局	生駒市鹿ノ台南２－３－２
西和	サエラ薬局	生駒市本町５－９
西和	たんぽぽ薬局あすか野店	生駒市あすか野南２－１－７
西和	スギ薬局真弓店	生駒市真弓４－４－７
西和	たんぽぽ薬局小明店	生駒市小明町５６０－４

医療圏	医療機関名称	所在地
西和	ヤスイ薬局辻	生駒市辻町３９７－８東生駒８番館１Ｆ
西和	おひさま薬局	生駒市山崎町４－５ＮＤＡビル１Ｆ
西和	ドレミ薬局	生駒市小平尾町４－６
西和	ひかり薬局壱分店	生駒市有里町１０７－１
西和	アール薬局生駒駅前南店	生駒市元町１－５－５　オベラス生駒１Ｆ
西和	サン薬局生駒店	生駒市谷田町８７３－１
西和	サン薬局谷田店	生駒市谷田町８５０－４
西和	白菊調剤薬局	生駒市元町１－５－３
西和	さかもと薬局南田原店	生駒市南田原町８２２－１
西和	ヤスイ薬局あすか野	生駒市あすか野北１丁目１の１６
西和	フロンティア薬局　生駒店	生駒市東松ヶ丘１７－１０
西和	ヤスイ薬局　白庭台	生駒市白庭台６－２１９２－２
西和	白庭台薬局	生駒市白庭台６－７－３５
西和	かるがも薬局　東生駒店	生駒市東生駒２－２０７－１２０
西和	イオン薬局登美ヶ丘店	生駒市鹿畑町３０２７　１Ｆ
西和	メイプルリーフ薬局生駒店	生駒市俵口町１０８５－１
西和	スギ薬局生駒店	生駒市谷田町１３２８－１
西和	サン薬局　一分店	生駒市壱分町８３－４８
西和	幸生堂薬局	生駒市北大和１－３－３
西和	サン薬局　生駒駅前店	生駒市元町１－１３－１－４０５
西和	スマイル薬局菜畑店	生駒市山崎町２１－２６
西和	若葉薬局	生駒市東菜畑１丁目２９８番地１メゾン東生駒ＹＤ３番館１０２
西和	アール薬局　生駒駅本店	生駒市北新町１０番３６－４０６号
西和	笑夢薬局	生駒市ひかりが丘１丁目１番１３号
西和	ヤスイ薬局　東生駒１	生駒市東生駒１－３２
西和	あしび薬局生駒店	生駒市本町７－１１
西和	クスリのアオキ真弓薬局	生駒市真弓２丁目１４番９号
西和	メイプル薬局平群店	生駒郡平群町三里３８４番地の１
西和	サン薬局平群店	生駒郡平群町上庄１－１４－１２
西和	サン薬局東山店	生駒郡平群町菊美台１－７－５
西和	サン薬局三里店	生駒郡平群町下垣内７０－１
西和	さかもと薬局　平群店	生駒郡平群町大字下垣内１３１－１
西和	エミ薬局	生駒郡三郷町美松ヶ丘東１－２－１
西和	さんごう薬局	生駒郡三郷町立野南１－２４－１６メゾン前田１０５号
西和	たんぽぽ薬局三室店	生駒郡三郷町三室一丁目５２９番地
西和	サン薬局三郷店	生駒郡三郷町立野南２－９－１２
西和	サン薬局　三室店	生駒郡三郷町勢野東６－１５－２１
西和	さんごうファミリー薬局	生駒郡三郷町立野南２丁目８－１２　和栄ビル１階
西和	かおり薬局	生駒郡三郷町勢野東４－１４－２
西和	フジ薬局	生駒郡斑鳩町興留７丁目７－３
西和	岡田薬局	生駒郡斑鳩町興留５－１１－２４
西和	すこやか薬局	生駒郡斑鳩町小吉田２－１１－３２
西和	こじか薬局斑鳩店	生駒郡斑鳩町幸前二丁目２番１３号
西和	サン薬局法隆寺店	生駒郡斑鳩町興留５－１５－１９
西和	コスモス薬局	生駒郡斑鳩町龍田西４丁目７番１０号
西和	薬局いかるが調剤	生駒郡斑鳩町興留７丁目２－１１
西和	アート薬局	生駒郡斑鳩町興留４－１０－１６　野口ビル１階
西和	サン薬局法隆寺北店	生駒郡斑鳩町興留５－１－３２
西和	薬局シギ	生駒郡斑鳩町龍田西８－５－９
西和	あをによし薬局	生駒郡斑鳩町阿波２丁目５番２号
西和	双葉薬局	北葛城郡上牧町片岡台２丁目１３の１
西和	片岡台薬局	北葛城郡上牧町片岡台２－１３－１６
西和	ハタノ調剤薬局	北葛城郡上牧町米山台二丁目－２－８
西和	阪神調剤薬局　上牧店	北葛城郡上牧町服部台５丁目２－２
西和	よつば薬局	北葛城郡上牧町葛城台３丁目１２番２号
西和	サン薬局　上牧西店	北葛城郡上牧町上牧５４４－１
西和	キリン堂薬局　上牧店	北葛城郡上牧町上牧３３９０－１
西和	サン薬局　上牧店	北葛城郡上牧町上牧２１７４－２
西和	ファミリー薬局薬師堂	北葛城郡王寺町明神４丁目１－２２
西和	ヤスイ薬局	北葛城郡王寺町久度２－１２－２
西和	北摂調剤王寺駅前薬局	北葛城郡王寺町王寺二丁目６番１２号　服部ビル３Ｆ
西和	株式会社はまもと薬局	北葛城郡王寺町王寺２丁目７－２０アルファビル（半地下１階）
西和	さくら調剤薬局	北葛城郡王寺町舟戸１丁目１－８
西和	コトブキ薬局　王寺店	北葛城郡王寺町王寺２－１０－１６
西和	ピーター薬局	北葛城郡王寺町王寺２丁目８番１９号
西和	プリベイル株式会社　スギ薬局	北葛城郡王寺町王寺２丁目６－４
西和	スマイル薬局りーべる王寺店	北葛城郡王寺町久度２丁目３－１りーべる王寺西館３０３－２
西和	サン薬局王寺駅前店	北葛城郡王寺町王寺２－４－７

医療圏	医療機関名称	所在地
西和	スマイル薬局王寺店	北葛城郡王寺町王寺２丁目２－１　栄和ビル１０３号
西和	江見薬局畠田	北葛城郡王寺町畠田４－２５８－３
西和	スマイル薬局元町店	北葛城郡王寺町元町２－２４７８
西和	かりん薬局	北葛城郡王寺町王寺２－９－１５ル・カーラビル１Ｆ
西和	スギ薬局奈良王寺店	北葛城郡王寺町王寺２－２－２０
西和	スギ薬局王寺店	北葛城郡王寺町王寺２－６－１
西和	福西薬局	北葛城郡河合町広瀬台３の６
西和	星和台薬局	北葛城郡河合町星和台１丁目９－５
西和	スギ薬局星和台店	北葛城郡河合町星和台２－１－１４
西和	スマイル薬局広瀬台店	北葛城郡河合町広瀬台３－８－１７
西和	イオン薬局西大和店	北葛城郡河合町中山台２－７
西和	スマイル薬局　星和台店	北葛城郡河合町星和台２－１－１７
西和	東洋薬局　河合店	北葛城郡河合町西山台５６８－１－２
西和	なの花薬局　奈良中山台店	北葛城郡河合町中山台１－１－１
西和	スマイル薬局　河合店	北葛城郡河合町広瀬台３丁目３－４
西和	みどり薬局	北葛城郡河合町穴闇８４－８
中和	ダイヨシ薬局　片塩店	大和高田市片塩町１４－３
中和	ダイヨシ薬局駅前店	大和高田市礒野東町３－３
中和	パール薬局大谷店	大和高田市大谷５９８－１塚本ローズシャトー１階
中和	高田さくら薬局	大和高田市大中６４－３
中和	アカイ薬局土庫店	大和高田市土庫１丁目１３－８
中和	アカイ薬局	大和高田市片塩町５－８
中和	ハロー高田南薬局	大和高田市曽大根１－１９９－１
中和	なごみ薬局	大和高田市根成柿１７４番地４
中和	サン薬局高田東店	大和高田市永和町９－４５
中和	クオール薬局　大和高田店	大和高田市東三倉堂町８番１３号
中和	フロンティア薬局　大和高田店	大和高田市幸町３－１８　オークタウン６Ｆ
中和	高田よつば薬局	大和高田市土庫１－３－２０
中和	なの花薬局　かすが店	大和高田市春日町２－１－６０
中和	なの花薬局　高田駅前店	大和高田市本郷町２－２
中和	すずらん薬局　高田店	大和高田市礒野北町６－５
中和	ファミリー調剤薬局今里店	大和高田市今里町５－２８
中和	アカイ薬局大中店	大和高田市大中南町３－７０
中和	サン薬局　高田南店	大和高田市根成柿１７４－２
中和	メイプル薬局　築山なんごう店	大和高田市大谷７５８－８０
中和	あおば薬局	大和高田市日之出町１１－１０
中和	大竹薬局	橿原市南八木町３丁目１－１
中和	沢井薬局	橿原市八木町２－３－３１
中和	えびす薬局	橿原市栄和町２３の１番地
中和	はる薬局	橿原市膳夫町４７７－１８
中和	ヨシダ薬局	橿原市新賀町２２４－２
中和	澤井薬局	橿原市今井町１－１１－８
中和	ベリー薬局	橿原市葛本町３６５－２１
中和	オリオンドラッグ薬局	橿原市見瀬町２３５８－４
中和	くるみ薬局	橿原市北八木町３丁目１－６
中和	コトブキ薬局橿原店	橿原市石川町８２番地
中和	オリーブ薬局	橿原市見瀬町１１－７
中和	きりん薬局	橿原市木原町２５－３
中和	ココカラファイン薬局　八木店	橿原市新賀町４６８
中和	杉本薬局	橿原市兵部町７－１４
中和	すぎもと薬局	橿原市小綱町１２－９
中和	コトブキ薬局八木店	橿原市木原町３１番３５号
中和	明日香薬局	橿原市石川町８０
中和	きらら薬局橿原南店	橿原市大軽町１２３番地の１
中和	サン薬局新ノ口店	橿原市上品寺町３８０－２３
中和	サン薬局八木駅前店	橿原市内膳町５－２－３０　ＯＪビル
中和	サン薬局真菅店	橿原市曽我町１０６３－６
中和	サン薬局坊城店	橿原市東坊城町８４８－７
中和	ココカラファイン薬局　八木駅前店	橿原市内膳町１丁目１－５
中和	サン薬局神宮東店	橿原市久米町６５０－１
中和	さかえ薬局	橿原市久米町６１５番地　赤心ビル１階
中和	アオイ薬局	橿原市白橿町二丁目２９番８号
中和	サン薬局　医大前店	橿原市兵部町６－１８
中和	すみれ薬局	橿原市内膳町５－３－５コスモ大和八木１－Ａ
中和	そうごう薬局　かしはら店	橿原市四分町２－１
中和	マルマツ薬局	橿原市四条町８２３－３
中和	エムハート薬局　くずもと店	橿原市葛本町７０７－９
中和	ますが薬局	橿原市中曽司町１７８－３
中和	日本調剤　橿原薬局	橿原市兵部町７－１５

医療圏	医療機関名称	所在地
中和	サン薬局　八木店	橿原市内膳町４－４３－６
中和	このは薬局　五井店	橿原市五井町２５５－１
中和	スマイル薬局真菅店	橿原市北妙法寺町５６３－２
中和	このは薬局　白橿店	橿原市白橿町２－２２１１－１－１０２
中和	サン薬局　八木北店	橿原市上品寺町２０４－１
中和	ホワイト薬局	橿原市久米町６５４　１階
中和	堀本薬局	橿原市内膳町５丁目１－１６
中和	橿神ウエストゲート薬局	橿原市久米町５６９番地　ヒロタウエストゲート神宮前１階１０２号
中和	ドクトル薬局	橿原市八木町１丁目７－５
中和	ひかり薬局	橿原市木原町２０４－１
中和	コスモファーマ薬局　常盤町店	橿原市常盤町４４０番地の１６
中和	きらら薬局　医大前店	橿原市兵部町７番２号
中和	スギ薬局橿原真菅店	橿原市北妙法寺町５５５番地の１
中和	久米クロスポイント薬局	橿原市久米町５６７番地の２　信和ビル１階
中和	橿原調剤薬局　市役所前店	橿原市八木町１丁目７－３６
中和	イオン薬局イオンスタイル橿原	橿原市曲川町７－２０－１　１Ｆ
中和	ときわ薬局	橿原市常盤町３４４－２
中和	神宮かがやき薬局	橿原市久米町６６０－１
中和	西川栄敏堂薬局	御所市御所３４０番地
中和	回生堂薬局	御所市東松本１２６－４
中和	髙橋貴盛堂薬局	御所市１２１３
中和	たんぽぽ薬局御所店	御所市３９８番４、５
中和	フロンティア薬局御所店	御所市４７３番地の４
中和	さくら薬局御所	御所市４７７－３
中和	サン薬局御所南店	御所市西寺田１４５－２
中和	サン薬局　御所店	御所市　３９５－１
中和	中垣薬局	香芝市磯壁２丁目１０９０－１５
中和	青葉台薬局	香芝市関屋北６丁目２１－２０
中和	かしの木薬局	香芝市真美ケ丘１丁目１３－１２
中和	有限会社二上薬局	香芝市穴虫１０７－７
中和	トモエ薬局真美ヶ丘店	香芝市真美ヶ丘６丁目１番１９号
中和	有限会社吉谷メディカルめぐみ薬局	香芝市穴虫１０４４－１１
中和	サン薬局真美ヶ丘店	香芝市西真美１－５－１
中和	サン薬局五位堂店	香芝市瓦口２３０９－１　ＩＢグランド１０１
中和	サン薬局香芝店	香芝市上中８３３－１
中和	コクミン薬局	香芝市瓦口３３－５
中和	アール薬局香芝店	香芝市旭ヶ丘５丁目３６－１　ワイズメディカルビル１Ｆ
中和	ここみ薬局	香芝市瓦口２３４１
中和	スギ薬局五位堂店	香芝市別所４２－５
中和	のぞみ薬局香芝店	香芝市旭ヶ丘４－２－１
中和	アスカ薬局	香芝市旭ヶ丘３－２－１
中和	隅田薬局	香芝市下田東１－１２６－２
中和	隅田薬局　白鳳台店	香芝市今泉７番１号
中和	かなで薬局　五位堂店	香芝市五位堂３丁目４３６－１２
中和	アイ薬局　五位堂店	香芝市五位堂１００７番地
中和	アイ薬局　香芝店	香芝市五位堂１丁目２９８－１
中和	ひだまり薬局　香芝店	香芝市磯壁３丁目９２－１０
中和	ウエルシア薬局　香芝磯壁店	香芝市磯壁３－６１
中和	サン薬局　旭ヶ丘店	香芝市旭ケ丘２－３０－１２リ・フィデルＩ　１０２
中和	オレンジ薬局　五位堂店	香芝市鎌田４３８番８２　１Ｆ
中和	ハート薬局	香芝市下田西１－１０－１９　メディカルプラザ香芝１階
中和	アイセイ薬局　香芝店	香芝市畑３－９２６－１
中和	志都美薬局	香芝市上中２００６番地
中和	調剤薬局マツモトキヨシ　真美ヶ丘店	香芝市真美ケ丘６－１０エコール・マミ南館２階
中和	キタ薬局	香芝市瓦口２２８２
中和	真美ヶ丘薬局	香芝市真美ケ丘１－１４－５
中和	村井薬局	葛城市當麻５２－４
中和	おしみ薬局	葛城市忍海３１５－２
中和	かるがも薬局尺土店	葛城市八川１３３
中和	このは薬局	葛城市北花内６１６－９
中和	いかるが薬局　新庄店	葛城市新庄１２２－２
中和	スマイル薬局長尾店	葛城市長尾９３
中和	スマイル薬局　尺土店	葛城市八川１１４番３
中和	とろり薬局	葛城市尺土９番地１７
中和	ファーマシー木のうた薬局真美ヶ丘店	北葛城郡広陵町馬見中１－８－６
中和	鈴木薬局	北葛城郡広陵町馬見北２－３－１８
中和	鈴木薬局　箸尾店	北葛城郡広陵町的場１５２－１
中和	リモケア薬局	北葛城郡広陵町馬見南四丁目１番１９号
南和	吉村薬局	五條市五條３丁目１－１

医療圏	医療機関名称	所在地
南和	南都薬局	五條市野原西２－９－３３
南和	さかうえ薬局	五條市住川町３４０－５
南和	ほけん堂薬局今井店	五條市今井４丁目３番３号
南和	うちの薬局	五條市五條２丁目３７１－１　旭創エビル１階
南和	キリン堂薬局五條店	五條市今井１－１０－３８
南和	すずらん薬局　五條店	五條市野原西５－１－１７
南和	サワイ薬局	吉野郡吉野町上市２４３
南和	ふじ薬局　大淀店	吉野郡大淀町土田３２０－１
南和	あじさい薬局	吉野郡大淀町福神１０－３
南和	キリン堂薬局大淀店	吉野郡大淀町新野６８－１
南和	にしわき薬局しん町店	吉野郡大淀町大字下渕９３３番地
南和	うちの薬局大淀店	吉野郡大淀町下渕８１－４
南和	さくら薬局大淀	吉野郡大淀町下渕３７６－１
南和	おおよど薬局	吉野郡大淀町下渕３５９－１０
南和	たんぽぽ薬局　福神店	吉野郡大淀町福神３番地の２９
南和	なの花薬局　花吉野ガーデンヒルズ店	吉野郡大淀町大字福神１０－１
南和	ジャパンファーマシー薬局　大淀店	吉野郡大淀町福神１０－２
南和	クボ薬局	吉野郡大淀町下渕１５３－１
南和	三並薬局	吉野郡下市町善城５５４
南和	タケリ薬局	吉野郡下市町下市２６

別表８　在宅療養後方支援病院　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	医療機関名称	所在地
奈良	医療法人新仁会奈良春日病院	奈良市鹿野園町１２１２－１
東和	医療法人健和会奈良東病院	天理市中之庄町４７０番地
西和	医療法人厚生会奈良厚生会病院	大和郡山市椎木町７６９－３
西和	奈良県西和医療センター	生駒郡三郷町三室１丁目１４－１６
南和	南和広域医療企業団　南奈良総合医療センター	吉野郡大淀町大字福神８番１

別表９　地域包括支援センター　（平成 29 年 10 月１日現在）

医療圏	名称	所在地	担当区域
奈良	奈良市若草地域包括支援センター	奈良市芝辻町 1−21	鼓阪北、鼓阪、佐保
奈良	奈良市三笠地域包括支援センター	奈良市三条大路 1 丁目 10-8　第 2 タカハシビル 1 階	大宮、佐保川、椿井、大安寺西
奈良	奈良市春日・飛鳥地域包括支援センター	奈良市西木辻町 110-4	済美、済美南、大安寺、飛鳥
奈良	奈良市都南地域包括支援センター	奈良市古市町 1327-6　フォレストヒルズ奈良	辰市、明治、東市、帯解
奈良	奈良市北部地域包括支援センター	奈良市右京 1 丁目 3 番地の 4 サンタウンプラザすずらん館 2 階	神功、右京、朱雀、左京、佐保台
奈良	奈良市平城地域包括支援センター	奈良市押熊町 397-1　梅守ハイツ 1 階	平城西・平城
奈良	奈良市京西・都跡地域包括支援センター	奈良市六条 2-2-10	伏見南、六条、都跡
奈良	奈良市伏見地域包括支援センター	奈良市西大寺新町 1-1-1　河辺ビル 1F	あやめ池（学園南以外）、西大寺北、伏見
奈良	奈良市二名地域包括支援センター	奈良市鶴舞東町 1 番 20-2 号	鶴舞、青和、二名、富雄北
奈良	奈良市登美ヶ丘地域包括支援センター	奈良市中登美ヶ丘 1-1994-3　D20-104	東登美ヶ丘、登美ヶ丘
奈良	奈良市富雄東地域包括支援センター	奈良市大倭町 2-22	三碓、富雄南、あやめ池(学園南)
奈良	奈良市富雄西地域包括支援センター	奈良市鳥見町 4 丁目 3-1 富雄団地 49-101	鳥見、富雄第三
奈良	奈良市東部地域包括支援センター	奈良市茗荷町 774-1	田原、柳生、興東、月ヶ瀬、並松、都祁、吐山、六郷
東和	天理市北部地域包括支援センター	天理市石上町 358	櫟本校区、山の辺校区
東和	天理市中部地域包括支援センター	天理市丹波市町 302	丹波市校区、前栽校区
東和	天理市西南部地域包括支援センター	天理市岸田町 1199	朝和校区、柳本校区
東和	天理市東部地域包括支援センター	天理市福住町 5504	福住校区、二階堂校区、井戸堂校区
東和	桜井市地域包括支援センター　きぼう	桜井市大字阿部 323	桜井西中学校区
東和	桜井市地域包括支援センター　のぞみ	桜井市大字阿部 1070	桜井中学校区
東和	桜井市地域包括支援センター　ひかり	桜井市大字辻５３番地	大三輪中学校区
東和	桜井市地域包括支援センター　きずな	桜井市大字出雲 1642	桜井東中学校区
東和	宇陀市地域包括支援センター	宇陀市榛原福地２８番地の１ 宇陀市医療介護あんしんセンター内	宇陀市
東和	山添村地域包括支援センター	山辺郡山添村大字大西 151 番地	山添村
東和	川西町地域包括支援センター	磯城郡川西町大字吐田 94 番地	川西町
東和	三宅町地域包括支援センター	磯城郡三宅町伴堂 848-1 三宅町保健福祉施設あざさ苑内	三宅町
東和	田原本町地域包括支援センター	磯城郡田原本町 890-1	田原本町
東和	曽爾村地域包括支援センター	宇陀郡曽爾村大字今井 495-1	曽爾村
東和	御杖村地域包括支援センター	宇陀郡御杖村大字菅野 1581	御杖村
西和	大和郡山市地域包括支援センター	大和郡山市北郡山町 248-4	大和郡山市の下記を除く地区
西和	大和郡山市第二地域包括支援センター	大和郡山市新町 305-92	片桐地区、西田中地区、

医療圏	名称	所在地	担当区域
			新町（一部を除く）
西和	大和郡山市第三地域包括支援センター	大和郡山市宮堂町字青木１６０－７	昭和地区、筒井地区、治道地区
西和	生駒市フォレスト地域包括支援センター	生駒市北田原町 2429-4	高山町、ひかりが丘、北田原町、西白庭台、鹿畑町、美鹿の台、鹿ノ台東、鹿ノ台西、鹿ノ台南、鹿ノ台北
西和	生駒市阪奈中央地域包括支援センター	生駒市俵口町 444-1	南田原町、喜里が丘 1～3丁目、生駒台南、生駒台北、新生駒台、松美台、俵口町の一部（阪奈道路以北）
西和	生駒市東生駒地域包括支援センター	生駒市辻町 4-1	辻町、小明町、谷田町、桜ヶ丘
西和	生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター	生駒市北新町 3-1	北新町　俵口の一部(阪奈道路以南)東松ヶ丘　西松ヶ丘　光陽台
西和	生駒市梅寿荘地域包括支援センター	生駒市西旭ヶ丘 12-3	山崎町、東旭ヶ丘、西旭ヶ丘、新旭ヶ丘、東新町、山崎新町、本町、元町、仲之町、門前町、軽井沢町、東生駒、東生駒月見町、東菜畑、中菜畑、西菜畑町、菜畑町、緑ヶ丘、萩原町、藤尾町、西畑町、鬼取町、小倉寺町、大門町、有里町、小平尾町、青山町
西和	生駒市メディカル地域包括支援センター	生駒市小瀬町 324-2	壱分町、さつき台、小瀬町、南山手台、東山町、萩の台、乙田町
		生駒市あすか野北２丁目１２－１３	上町、白庭台、真弓、真弓南、あすか野南、あすか野北、あすか台、北大和、上町台
西和	平群町地域包括支援センター	生駒郡平群町梨本 350-1	平群町
西和	三郷町地域包括支援センター	生駒郡三郷町勢野西 1-2-1 福祉保健センター内	三郷町
西和	斑鳩町地域包括支援センター	生駒郡斑鳩町小吉田 1-12-35	斑鳩町
西和	安堵町地域包括支援センター	生駒郡安堵町東安堵 853 番地	安堵町
西和	上牧町地域包括支援センター	北葛城郡上牧町大字上牧 3245 番地の 1	上牧町
西和	王寺町地域包括支援センター	北葛城郡王寺町王寺 2-1-23	王寺町
西和	河合町地域包括支援センター	北葛城郡河合町池部１丁目１番１号	河合町
中和	大和高田市地域包括支援センター	大和高田市大字大中 100-1	大和高田市
中和	橿原市社会福祉協議会地域包括支援センター	橿原市畝傍町 9-1　橿原市保健福祉センター南館 3 階	橿原市
中和	御所市地域包括支援センター	御所市 1 番地の 3	御所市
中和	香芝市地域包括支援センター	香芝市逢坂 1-374-1	香芝市
中和	葛城市地域包括支援センター	葛城市長尾 85 番地	葛城市
中和	高取町地域包括支援センター	高市郡高取町大字観覚寺 990 番地の 1	高取町
中和	明日香村地域包括支援センター	高市郡明日香村大字立部 745	明日香村
中和	広陵町地域包括支援センター	北葛城郡広陵町大字笠 161 番地 2	広陵町
南和	吉野町地域包括支援センター	吉野郡吉野町大字丹治 130-1　健やか 1 番館３階	吉野町
南和	大淀町地域包括支援センター	吉野郡大淀町桧垣本 2090 番地	大淀町
南和	下市町地域包括支援センター	吉野郡下市町大字下市 1960 番地	下市町
南和	黒滝村地域包括支援センター	吉野郡黒滝村大字寺戸 187 番地の 2	黒滝村
南和	天川村地域包括支援センター	吉野郡天川村大字南日裏 200	天川村
南和	野迫川村地域包括支援センター	吉野郡野迫川村大字北股 38 番地	野迫川村
南和	十津川村地域包括支援センター	吉野郡十津川村大字小原 225 番地の 1	十津川村
南和	下北山村地域包括支援センター	吉野郡下北山村大字浦向 373 番地	下北山村
南和	上北山村地域包括支援センター	吉野郡上北山村大字河合 381 番地	上北山村
南和	川上村地域包括支援センター	吉野郡川上村大字迫 1335 番地の 7	川上村
南和	東吉野村地域包括支援センター	吉野郡東吉野村大字小川 99 番地	東吉野村

１．書類等の題名：【資料３】

特集『重複障害とリハビリテーション医療』

重複障害　―定義，現状，リハビリテーション医学・医療の留意点―

２．著者名：上月 正博　著

３．引用範囲：The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine

2018 年 55 巻 10 号 p. 812-817

資料４

近隣のリハビリテーション学系大学院研究科の定員充足状況

地区	大学院名	研究科名	専攻名	収容定員	2021年度在学生数	2021年度 定員充足率
奈良県	奈良学園大学大学院	リハビリテーション学研究科（仮称）	リハビリテーション学専攻（仮称）	8名	―	－
	畿央大学大学院	健康科学研究科	健康科学専攻	40名	46	1.15
大阪府	大阪府立大学大学院	総合リハビリテーション学研究科	理学療法学専攻 作業療法学専攻	30名	45	1.50
	大阪電気通信大学大学院	医療福祉工学研究科	医療福祉工学専攻	20名	15	0.75
	大阪保健医療大学大学院	保健医療学研究科	保健医療学専攻	12名	9	0.75
	大阪河﨑リハビリテーション大学大学院	リハビリテーション研究科	リハビリテーション学専攻	16名	―	※2022年4月開設
	森ノ宮医療大学大学院	保健医療学研究科	保健医療学専攻	12名	16	1.33
京都府	京都大学大学院	医学研究科人間健康科学系専攻	人間健康科学系専攻	140名	152	1.09
	京都橘大学	健康科学研究科	健康科学専攻	12名	14	1.17
兵庫県	神戸大学大学院	保健学研究科	リハビリテーション科学領域	128名	146	1.14
	神戸学院大学大学院	総合リハビリテーション学研究科	医療リハビリテーション学専攻	6名	13	2.17
	兵庫医療大学大学院	医療科学研究科	リハビリテーション科学領域	16名	22	1.38

※ 各大学HP掲載資料から本学で作成

資料５

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科
リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）への
入学意向に関するアンケート調査報告

令和４年１月

一般財団法人　日本開発構想研究所

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科
リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）への
入学意向に関するアンケート調査報告

1．調査概要

(1)　調査目的

令和 5 年 4 月に予定している奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の開設に向けて、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）への入学意向を把握することを目的とする。

(2)　調査対象者

調査対象の種別	対象数	調査方法
①医療機関(1,333 施設)に勤務する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の医療職・技術職	4,976	医療機関のリハビリテーション部門管理者に郵送し、職員に配布
②他大学リハビリテーション系学科等の在学生（3 年生）	126	大学にて教室等で直接アンケート用紙に記入
③奈良学園大学 保健医療学部 リハビリテーション学科在学生（3 年生）	41	
総計	5,143	

(3)　調査方法

① 調査対象医療機関 1,333 施設のリハビリテーション部門管理者へ依頼し、修士課程に進学する可能性のある理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の医療職・技術職員に対し、アンケート用紙及び奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の概要を配布し、アンケート調査を実施した。回答用紙は一般財団法人日本開発構想研究所へ回答者から直接郵送。

② 他大学のリハビリテーション系学科に依頼し、その在学生（リハビリテーション系学科等の 3 年生）に対し、アンケート用紙及び奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の概要を配布し、教室等で直接アンケート用紙に記入する方法により実施。回答用紙は大学が取りまとめ、一般財団法人日本開発構想研究所へ大学から郵送。

③ 奈良学園大学 保健医療学部 リハビリテーション学科在学生（理学療法学専攻 3 年生、作業療法学専攻 3 年生）に対し、アンケート用紙及び奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の概要を配布し、教室等で直接アンケート用紙に記入する方法により実施。回答用紙は大学が取りまとめ、一般財団法人日本開発構想研究所へ大学から郵送。

その結果、859 人から有効回答を得た。集計結果より、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）への入学意向を分析した。

（4） 調査実施期間

令和 3 年 11 月～令和 4 年 1 月

（5） 有効回収率等

調査対象者数：5,143 人

有効回答者数：859 人

有 効 回 収 率：約 16.7%（有効回答 859 人 ÷ 調査対象 5,143 人）

※奈良学園大学大学院にて設置を構想しているリハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）は仮称であるが、本文中ではその旨の表示を省略した。

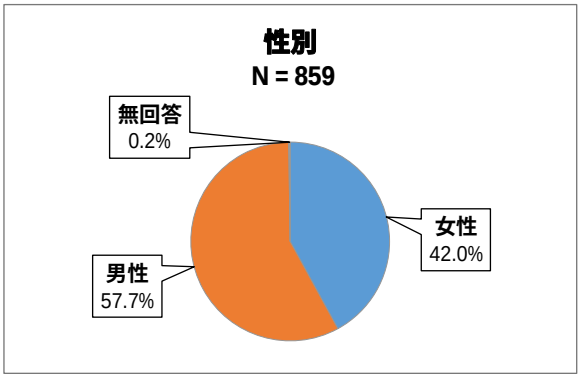
２．調査結果

（1）性別について

性別について調査した結果、回答者 859 人のうち、「男性」が 496 人（57.7%）、「女性」が 361 人（42.0%）の順になっている。　※「無回答」2 人（0.2%）

性別

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	女性	361	42.0
2	男性	496	57.7
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100

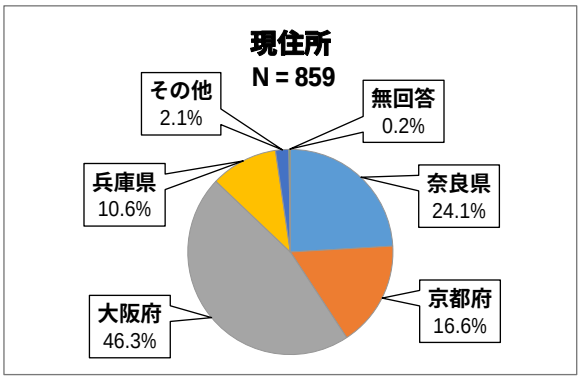


（2）現住所について

現住所について調査した結果、回答者 859 人のうち、「大阪府」が 398 人（46.3%）と最も多く、次いで「奈良県」207 人（24.1%）、「京都府」143 人（16.6%）、「兵庫県」91 人（10.6%）、「その他」18 人（2.1%）の順になっている。　※「無回答」2 人（0.2%）

現住所

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	奈良県	207	24.1
2	京都府	143	16.6
3	大阪府	398	46.3
4	兵庫県	91	10.6
5	その他	18	2.1
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100

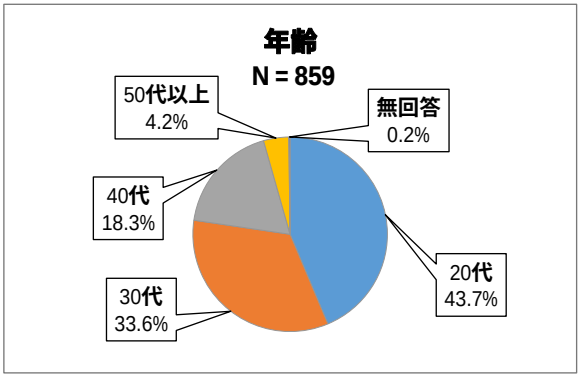


（3）年齢について

年齢について調査した結果、回答者 859 人のうち、「20 代」が 375 人（43.7%）と最も多く、次いで「30 代」289 人（33.6%）、「40 代」157 人（18.3%）、「50 代以上」36 人（4.2%）の順になっている。　※「無回答」2 人（0.2%）

年齢

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	20代	375	43.7
2	30代	289	33.6
3	40代	157	18.3
4	50代以上	36	4.2
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100

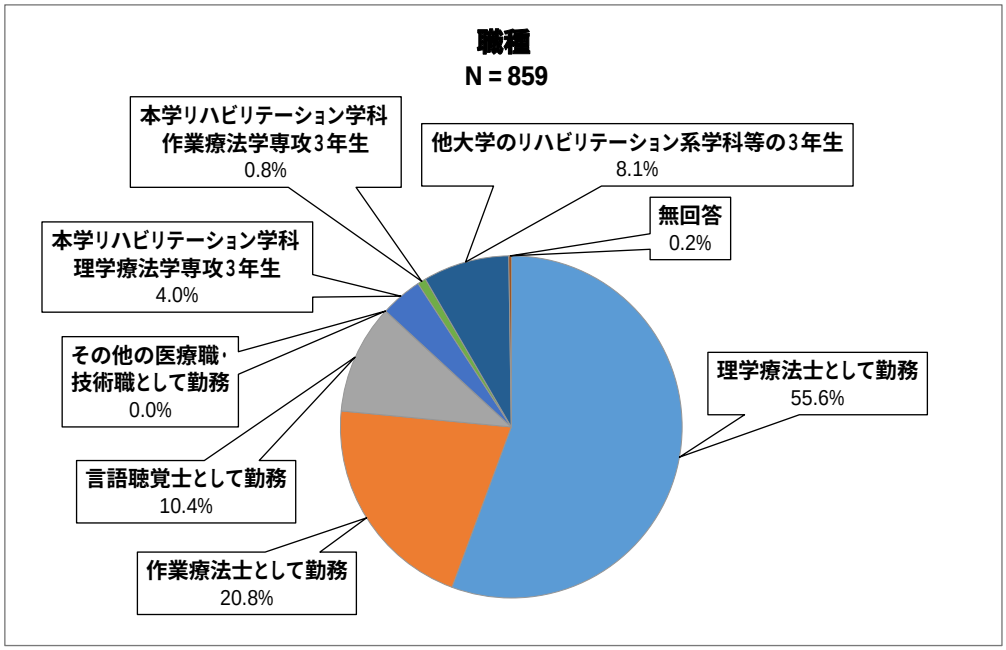


（4）職種について

職種について調査した結果、回答者 859 人のうち、「理学療法士として勤務」が 478 人（55.6%）と最も多く、次いで「作業療法士として勤務」179 人（20.8%）、「言語聴覚士として勤務」89 人（10.4%）、「他大学のリハビリテーション系学科等の３年生」70 人（8.1%）、「本学リハビリテーション学科 理学療法学専攻３年生」34 人（4.0%）、「本学リハビリテーション学科 作業療法学専攻３年生」7 人（0.8%）の順になっている。　※「無回答」2 人（0.2%）

職種

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	理学療法士として勤務	478	55.6
2	作業療法士として勤務	179	20.8
3	言語聴覚士として勤務	89	10.4
4	その他の医療職・技術職として勤務	0	0.0
5	本学リハビリテーション学科 理学療法学専攻３年生	34	4.0
6	本学リハビリテーション学科 作業療法学専攻３年生	7	0.8
7	他大学のリハビリテーション系学科等の３年生	70	8.1
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100

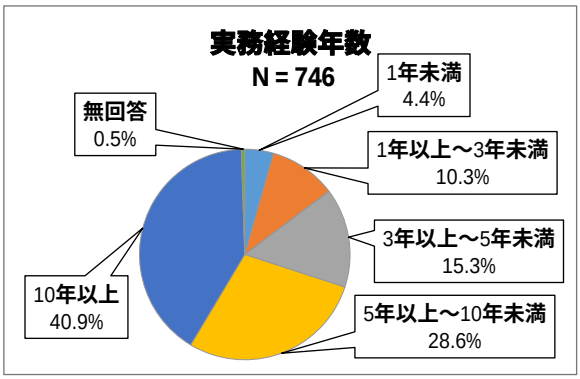


（5）実務経験年数について

リハビリテーション職としての実務経験年数（通算）を調査した結果、「(4) 職種について」にてリハビリテーション職に就いていると回答した 746 人のうち、「10 年以上」が 305 人（40.9%）と最も多く、次いで「5 年以上～10 年未満」213 人（28.6%）、「3 年以上～5 年未満」114 人（15.3%）、「1 年以上～3 年未満」77 人（10.3%）、「1 年未満」33 人（4.4%）の順になっている。　※「無回答」4 人（0.5%）

実務経験年数

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1年未満	33	4.4
2	1年以上～3年未満	77	10.3
3	3年以上～5年未満	114	15.3
4	5年以上～10年未満	213	28.6
5	10年以上	305	40.9
	無回答	4	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	746	100



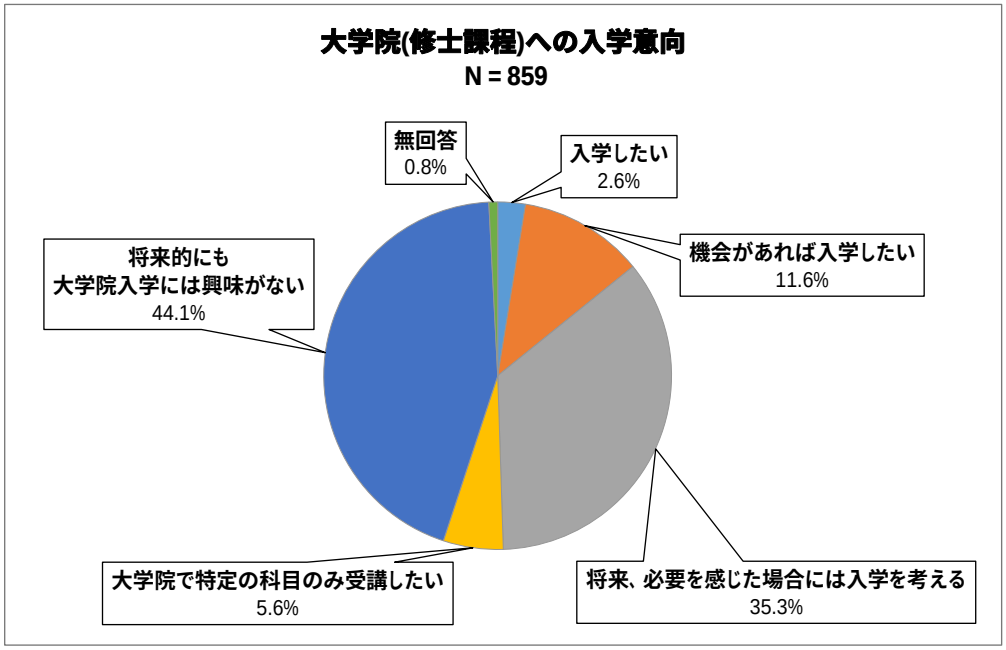
（6）大学院（修士課程）への入学意向について

大学院（修士課程）への入学意向について調査した結果、回答者 859 人のうち、「将来的にも大学院入学には興味がない」が 379 人（44.1%）と最も多く、次いで「将来、必要を感じた場合には入学を考える」303 人（35.3%）、「機会があれば入学したい」100 人（11.6%）、「大学院で特定の科目のみ受講したい」48 人（5.6%）、「入学したい」22 人（2.6%）の順になっている。

※「無回答」7 人（0.8%）

大学院(修士課程)への入学意向

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	入学したい	22	2.6
2	機会があれば入学したい	100	11.6
3	将来、必要を感じた場合には入学を考える	303	35.3
4	大学院で特定の科目のみ受講したい	48	5.6
5	将来的にも大学院入学には興味がない	379	44.1
	無回答	7	0.8
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100



（7）大学院（修士課程）への入学理由について

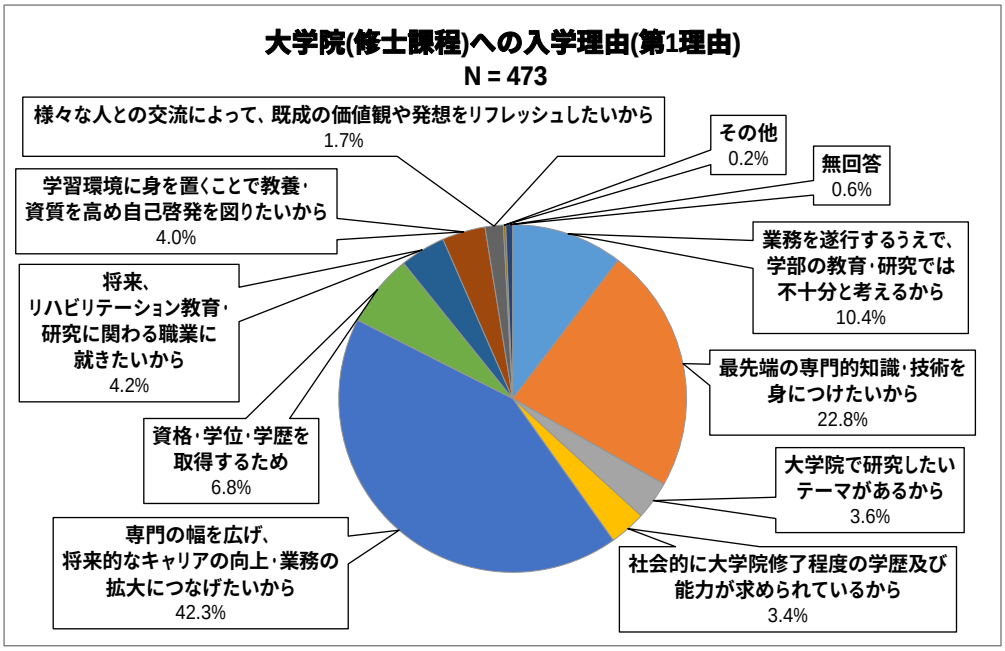
7-1　大学院（修士課程）への入学理由（第 1 理由）

「(6) 大学院（修士課程）への入学意向について」にて「将来的にも大学院入学には興味がない」と回答した 379 人と「無回答」7 人を除く 473 人に、大学院（修士課程）への入学理由（第 1 理由）について調査した。

その結果、「専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから」が 200 人（42.3%）と最も多く、次いで「最先端の専門的知識・技術を身につけたいから」108 人（22.8%）、「業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから」49 人（10.4%）、「資格・学位・学歴を取得するため」32 人（6.8%）、「将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから」20 人（4.2%）、「学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから」19 人（4.0%）、「大学院で研究したいテーマがあるから」17 人（3.6%）、「社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから」16 人（3.4%）、「様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから」8 人（1.7%）、「その他」1 人（0.2%）の順になっている。　※「無回答」3 人（0.6%）

大学院(修士課程)への入学理由(第1理由)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから	49	10.4
2	最先端の専門的知識・技術を身につけたいから	108	22.8
3	大学院で研究したいテーマがあるから	17	3.6
4	社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから	16	3.4
5	専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから	200	42.3
6	資格・学位・学歴を取得するため	32	6.8
7	将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから	20	4.2
8	学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから	19	4.0
9	様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから	8	1.7
10	その他	1	0.2
	無回答	3	0.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	473	100



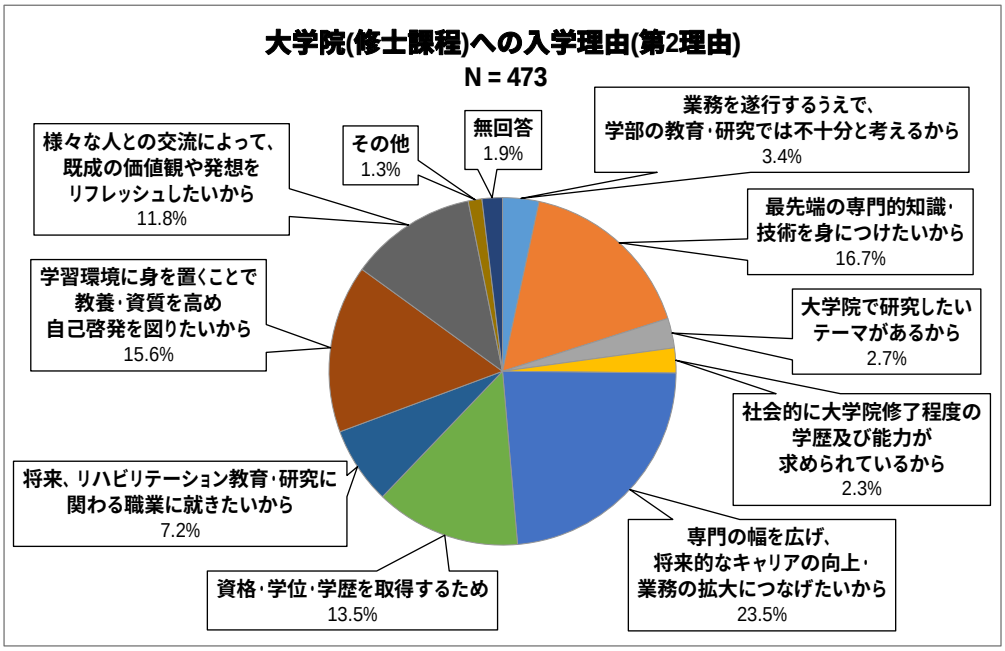
7-2　大学院（修士課程）への入学理由（第 2 理由）

「(6) 大学院（修士課程）への入学意向について」にて「将来的にも大学院入学には興味がない」と回答した 379 人と「無回答」7 人を除く 473 人に、大学院（修士課程）への入学理由（第 2 理由）について調査した。

その結果、「専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから」が 111 人（23.5%）と最も多く、次いで「最先端の専門的知識・技術を身につけたいから」79 人（16.7%）、「学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから」74 人（15.6%）、「資格・学位・学歴を取得するため」64 人（13.5%）、「様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから」56 人（11.8%）、「将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから」34 人（7.2%）、「業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから」16 人（3.4%）、「大学院で研究したいテーマがあるから」13 人（2.7%）、「社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから」11 人（2.3%）、「その他」6 人（1.3%）の順になっている。　※「無回答」9 人（1.9%）

大学院(修士課程)への入学理由(第2理由)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから	16	3.4
2	最先端の専門的知識・技術を身につけたいから	79	16.7
3	大学院で研究したいテーマがあるから	13	2.7
4	社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから	11	2.3
5	専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから	111	23.5
6	資格・学位・学歴を取得するため	64	13.5
7	将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから	34	7.2
8	学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから	74	15.6
9	様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから	56	11.8
10	その他	6	1.3
	無回答	9	1.9
	N （%ﾍﾞｰｽ）	473	100



（8）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への興味・関心について

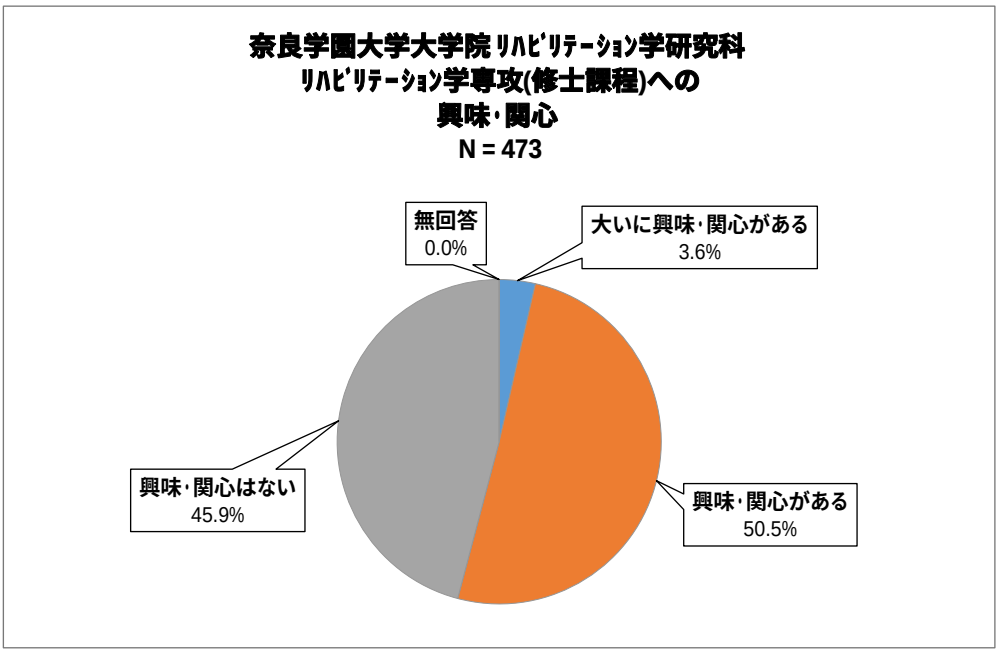
「(6) 大学院（修士課程）への入学意向について」にて「将来的にも大学院入学には興味がない」と回答した 379 人と「無回答」7 人を除く 473 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への興味・関心について調査した。

その結果、「興味・関心がある」が 239 人（50.5%）と最も多く、次いで「興味・関心はない」217 人（45.9%）、「大いに興味・関心がある」17 人（3.6%）の順になっている。

なお、「大いに興味・関心がある」、「興味・関心がある」の合計 256 人（54.1%）が奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）に興味・関心を示している。

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への興味・関心

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	大いに興味・関心がある	17	3.6
2	興味・関心がある	239	50.5
3	興味・関心はない	217	45.9
	無回答	0	0.0
	N （%ﾍﾞｰｽ)	473	100



（9）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への興味・関心の理由について

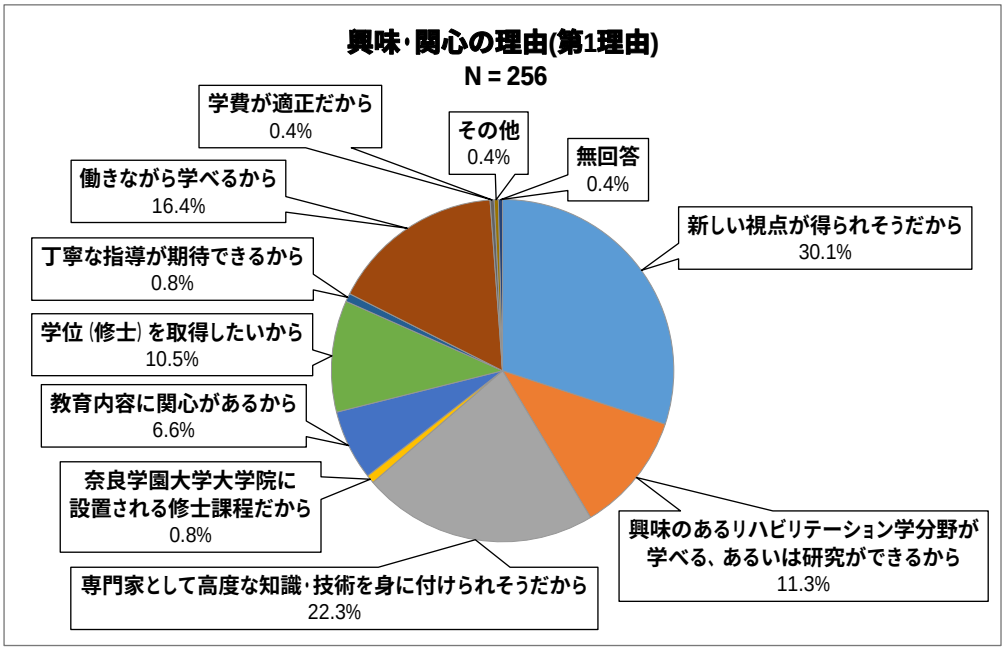
9-1　興味・関心の理由（第 1 理由）

「（8）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への興味・関心について」にて「大いに興味・関心がある」、「興味・関心がある」と回答した 256 人に、興味・関心の理由（第 1 理由）について調査した。

その結果、「新しい視点が得られそうだから」が 77 人（30.1%）と最も多く、次いで「専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから」57 人（22.3%）、「働きながら学べるから」42 人（16.4%）、「興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから」29 人（11.3%）、「学位（修士）を取得したいから」27 人（10.5%）、「教育内容に関心があるから」17 人（6.6%）、「奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから」2 人（0.8%）、「丁寧な指導が期待できるから」2 人（0.8%）、「学費が適正だから」1 人（0.4%）、「その他」1 人（0.4%）の順になっている。　※「無回答」1 人（0.4%）

興味・関心の理由(第1理由)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	新しい視点が得られそうだから	77	30.1
2	興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから	29	11.3
3	専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから	57	22.3
4	奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから	2	0.8
5	教育内容に関心があるから	17	6.6
6	学位（修士）を取得したいから	27	10.5
7	丁寧な指導が期待できるから	2	0.8
8	働きながら学べるから	42	16.4
9	学費が適正だから	1	0.4
10	その他	1	0.4
	無回答	1	0.4
	N （%ﾍﾞｰｽ）	256	100



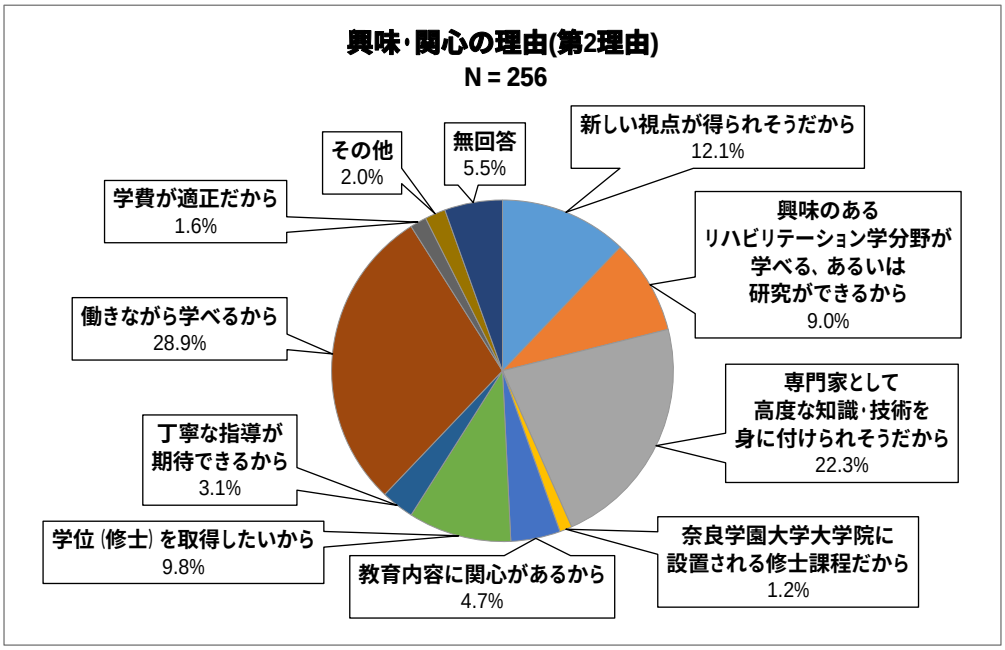
9-2　興味・関心の理由（第 2 理由）

「(8) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への興味・関心について」にて「大いに興味・関心がある」、「興味・関心がある」と回答した 256 人に、興味・関心の理由（第 2 理由）について調査した。

その結果、「働きながら学べるから」が 74 人（28.9%）と最も多く、次いで「専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから」57 人（22.3%）、「新しい視点が得られそうだから」31 人（12.1%）、「学位（修士）を取得したいから」25 人（9.8%）、「興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから」23 人（9.0%）、「教育内容に関心があるから」12 人（4.7%）、「丁寧な指導が期待できるから」8 人（3.1%）、「その他」5 人（2.0%）、「学費が適正だから」4 人（1.6%）、「奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから」3 人（1.2%）の順になっている。　※「無回答」14 人（5.5%）

興味・関心の理由(第2理由)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	新しい視点が得られそうだから	31	12.1
2	興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから	23	9.0
3	専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから	57	22.3
4	奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから	3	1.2
5	教育内容に関心があるから	12	4.7
6	学位（修士）を取得したいから	25	9.8
7	丁寧な指導が期待できるから	8	3.1
8	働きながら学べるから	74	28.9
9	学費が適正だから	4	1.6
10	その他	5	2.0
	無回答	14	5.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	256	100



（10）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について

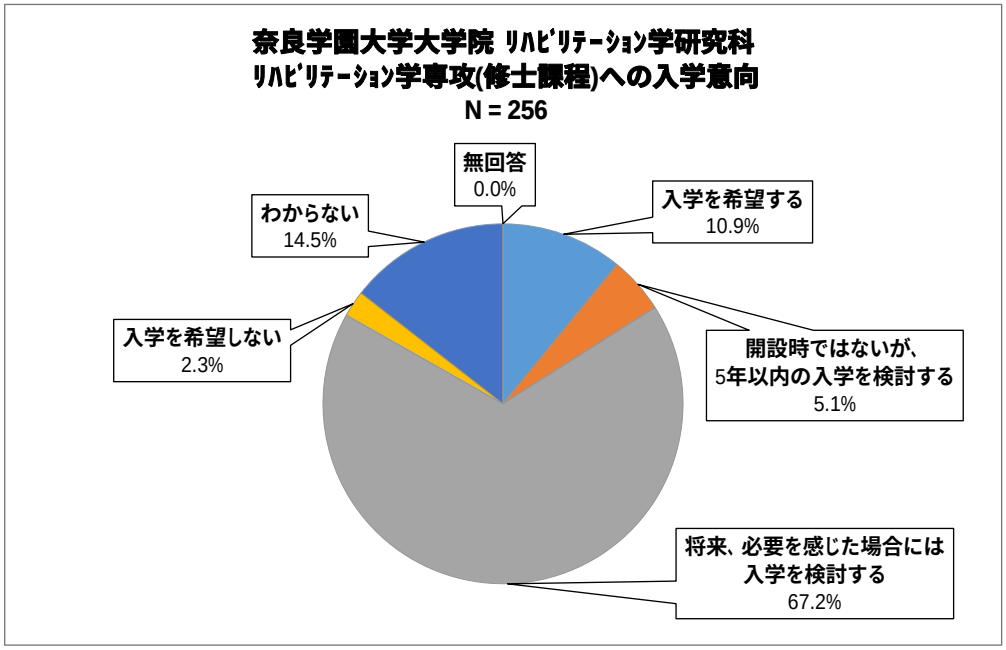
「(8) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への興味・関心について」にて「大いに興味・関心がある」、「興味・関心がある」と回答した 256 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について調査した。

その結果、「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」が 172 人（67.2%）と最も多く、次いで「わからない」37 人（14.5%）、「入学を希望する」28 人（10.9%）、「開設時ではないが、5 年以内の入学を検討する」13 人（5.1%）、「入学を希望しない」6 人（2.3%）の順になっている。

なお、「入学を希望する」、「開設時ではないが、5 年以内の入学を検討する」、「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」の肯定的な回答を合計すると、213 人（83.2%）となっている。

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への入学意向

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	入学を希望する	28	10.9
2	開設時ではないが、5年以内の入学を検討する	13	5.1
3	将来、必要を感じた場合には入学を検討する	172	67.2
4	入学を希望しない	6	2.3
5	わからない	37	14.5
	無回答	0	0.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	256	100



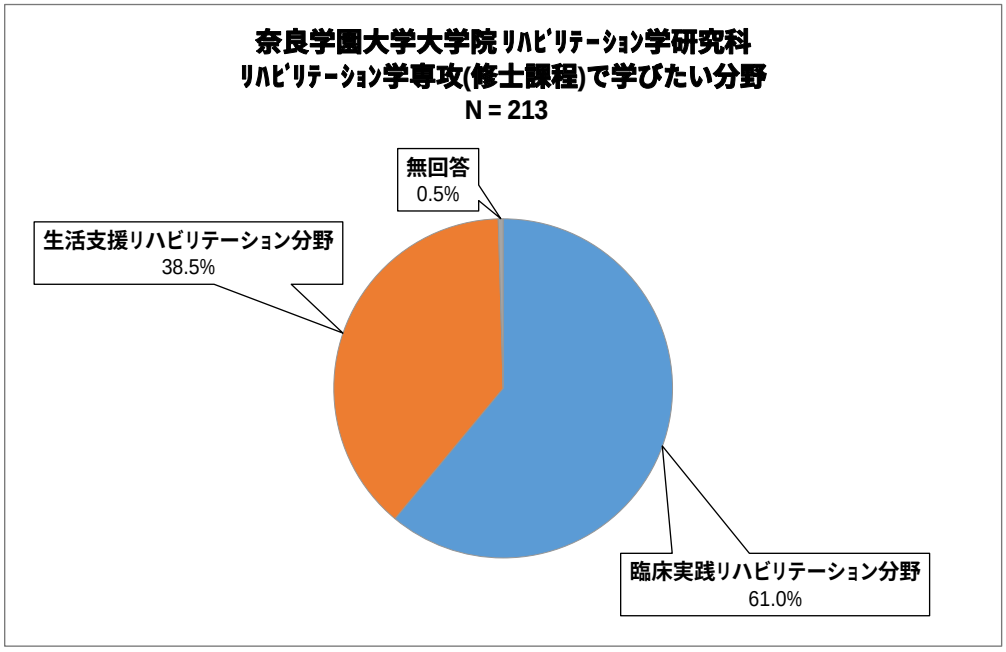
（11）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）で学びたい分野について

「（10）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」にて入学意向を示した 213 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）に入学した場合、学びたいと考えている分野について調査した。

その結果、「臨床実践リハビリテーション分野」が 130 人（61.0%）、「生活支援リハビリテーション分野」が 82 人（38.5%）となっている。　※「無回答」1 人（0.5%）

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)で学びたい分野

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	臨床実践リハビリテーション分野	130	61.0
2	生活支援リハビリテーション分野	82	38.5
	無回答	1	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	213	100



（12）希望の授業時間帯について

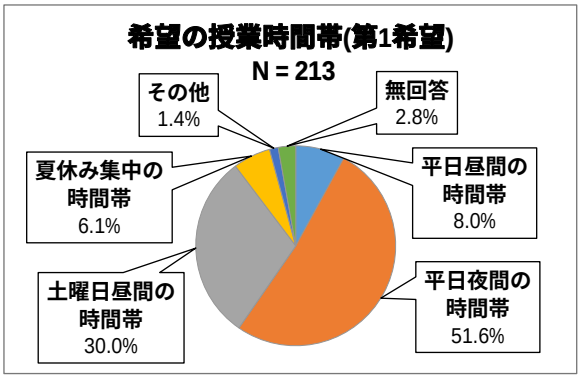
12-1　希望の授業時間帯（第 1 希望）

「(10) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」にて入学意向を示した 213 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）に入学した場合、どのような時間帯に授業を履修したいか調査した。

その結果、「平日夜間の時間帯」が 110 人（51.6%）と最も多く、次いで「土曜日昼間の時間帯」64 人（30.0%）、「平日昼間の時間帯」17 人（8.0%）、「夏休み集中の時間帯」13 人（6.1%）、「その他」3 人（1.4%）の順になっている。　※「無回答」6 人（2.8%）

希望の授業時間帯(第1希望)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	平日昼間の時間帯	17	8.0
2	平日夜間の時間帯	110	51.6
3	土曜日昼間の時間帯	64	30.0
4	夏休み集中の時間帯	13	6.1
5	その他	3	1.4
	無回答	6	2.8
	N （%ﾍﾞｰｽ）	213	100



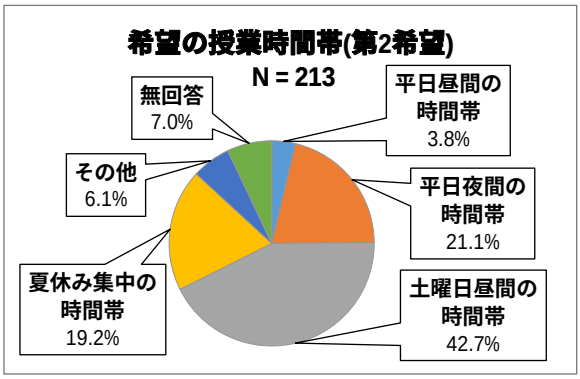
12-2　希望の授業時間帯（第 2 希望）

「(10) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」にて入学意向を示した 213 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）に入学した場合、どのような時間帯に授業を履修したいか調査した。

その結果、「土曜日昼間の時間帯」が 91 人（42.7%）と最も多く、次いで「平日夜間の時間帯」45 人（21.1%）、「夏休み集中の時間帯」41 人（19.2%）、「その他」13 人（6.1%）、「平日昼間の時間帯」8 人（3.8%）の順になっている。　※「無回答」15 人（7.0%）

希望の授業時間帯(第2希望)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	平日昼間の時間帯	8	3.8
2	平日夜間の時間帯	45	21.1
3	土曜日昼間の時間帯	91	42.7
4	夏休み集中の時間帯	41	19.2
5	その他	13	6.1
	無回答	15	7.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	213	100



（13）入学に必要な条件整備について

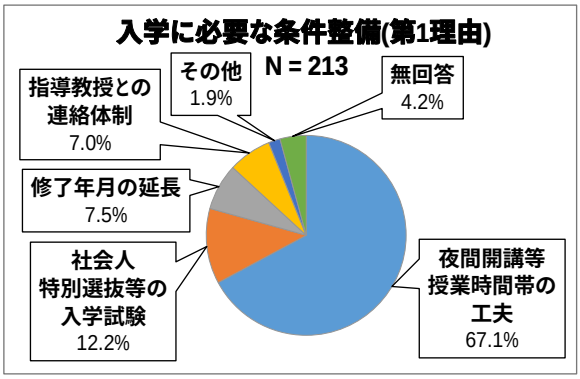
13-1　入学に必要な条件整備（第 1 理由）

「(10) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」にて入学意向を示した 213 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）に入学した場合、職に就いたままで大学院に入学する上で、どのような条件整備が必要か調査した。

その結果、「夜間開講等授業時間帯の工夫」が 143 人（67.1%）と最も多く、次いで「社会人特別選抜等の入学試験」26 人（12.2%）、「修了年月の延長」16 人（7.5%）、「指導教授との連絡体制」15 人（7.0%）、「その他」4 人（1.9%）の順になっている。　※「無回答」9 人（4.2%）

入学に必要な条件整備(第1理由)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	夜間開講等授業時間帯の工夫	143	67.1
2	社会人特別選抜等の入学試験	26	12.2
3	修了年月の延長	16	7.5
4	指導教授との連絡体制	15	7.0
5	その他	4	1.9
	無回答	9	4.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	213	100



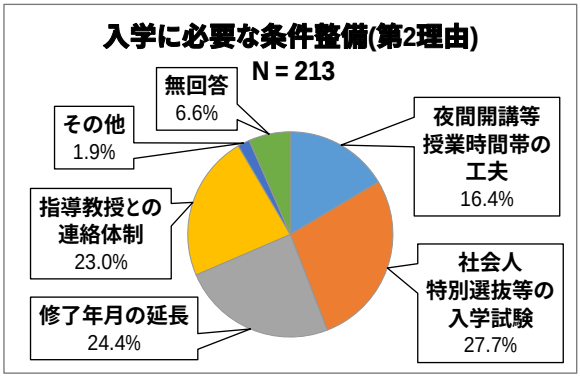
13-2　入学に必要な条件整備（第 2 理由）

「(10) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」にて入学意向を示した 213 人に、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）に入学した場合、職に就いたままで大学院に入学する上で、どのような条件整備が必要か調査した。

その結果、「社会人特別選抜等の入学試験」が 59 人（27.7%）と最も多く、次いで「修了年月の延長」52 人（24.4%）、「指導教授との連絡体制」49 人（23.0%）、「夜間開講等授業時間帯の工夫」35 人（16.4%）、「その他」4 人（1.9%）の順になっている。　※「無回答」14 人（6.6%）

入学に必要な条件整備(第2理由)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	夜間開講等授業時間帯の工夫	35	16.4
2	社会人特別選抜等の入学試験	59	27.7
3	修了年月の延長	52	24.4
4	指導教授との連絡体制	49	23.0
5	その他	4	1.9
	無回答	14	6.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	213	100



３．調査結果のまとめ

「(10) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学意向について」と、「(11) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）で学びたい分野について」の調査結果をクロス集計した結果は下表のとおりである。

学びたい分野×入学意向

	上段:度数 下段:%	学びたい分野			
		合計	臨床実践 リハビリテーション分野	生活支援 リハビリテーション分野	無回答
入学意向	全体	213 100.0	130 61.0	82 38.5	1 0.5
	入学を希望する	28 100.0	12 42.9	16 57.1	0 -
	開設時ではないが、5年以内の入学を検討する	13 100.0	8 61.5	5 38.5	0 -
	将来、必要を感じた場合には入学を検討する	172 100.0	110 64.0	61 35.5	1 0.6
	入学を希望しない	0 -	0 -	0 -	0 -
	わからない	0 -	0 -	0 -	0 -
	無回答	0 -	0 -	0 -	0 -

「入学を希望する」と回答した者は、「臨床実践リハビリテーション分野」で 12 人、「生活支援リハビリテーション分野」で 16 人、合計で 28 人となり、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員 4 人に対し、7.0 倍の入学意向を示している。

「開設時ではないが、5 年以内の入学を検討する」と回答した者は、「臨床実践リハビリテーション分野」で 8 人、「生活支援リハビリテーション分野」で 5 人、合計で 13 人となり、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員 4 人に対し、約 3.3 倍の入学意向を示している。

「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」と回答した者は、「臨床実践リハビリテーション分野」で 110 人、「生活支援リハビリテーション分野」で 61 人、合計で 171 人（無回答 1 人）となり、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員 4 人に対し、約 42.8 倍の入学意向を示している。

以上の調査結果と、調査対象以外からの進学も考えられることから、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の入学定員を満たす学生は十分に確保できるものと考える。

調査票

入学意向用

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻(修士課程)(仮称)の設置に係るアンケート調査

・奈良学園大学では、令和５年（2023 年）４月を目途に、大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の設置を計画しています。このアンケート調査は皆さんの今後の大学院への入学意向等についてお聞きし、設置計画の基礎資料とさせていただくものです。ご協力をお願いします。
・このアンケートの結果は、統計資料としてのみ用い、目的以外に利用することはございません。
・回答は、該当する番号を回答欄の □ の中へ直接ご記入ください。
＊内容は構想中であり、変更となる場合がございます。

［あなた本人について］

【回答欄】

問1　あなたの性別についておたずねします。

１　女性　　２　男性　　□

問2　あなたのお住まい（現住所）について、次の中から１つお選びください。

１　奈良県　　３　大阪府　　５　その他［　　］
２　京都府　　４　兵庫県　　□

問3　あなたの年齢についておたずねします。

１　20 代　　２　30 代　　３　40 代　　４　50 代以上　　□

問4　あなたの職種をお選びください。
社会人の方は、現職での『主たる役割』に最も近いものを １つお選びください。　　□

社会人の方は下記よりお選びください

１　理学療法士として勤務
２　作業療法士として勤務
３　言語聴覚士として勤務
４　その他の医療職・技術職として勤務

大学在学生中の方は下記よりお選びください

５　本学リハビリテーション学科 理学療法学専攻３年生
６　本学リハビリテーション学科 作業療法学専攻３年生
７　他大学のリハビリテーション系学科等の３年生

【枠内の設問は**社会人の方のみ**ご回答ください】

問5　あなたのリハビリテーション職としての実務経験年数（通算）をお選びください。

１　１年未満　　３　３年以上～５年未満　　５　10 年以上　　□
２　１年以上～３年未満　　４　５年以上～10 年未満

［大学院（修士課程）への入学について］

問6　あなたは大学院（修士課程）への入学について、どのようにお考えですか。
次の中から最も近いものを １つお選びください。　　□

１　入学したい
２　機会があれば入学したい
３　将来、必要を感じた場合には入学を考える
４　大学院で特定の科目のみ受講したい
５　将来的にも大学院入学には興味がない

１～4 を選ばれた方は問7へお進みください。
５を選ばれた方は問14へお進みください。

問7　問6で 1～4 を選択された方へおたずねします。それは、どのような理由からですか。
次の中から第２理由までお選びください。回答後は問8へお進みください。

１　業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから
２　最先端の専門的知識・技術を身につけたいから　　第１理由　□
３　大学院で研究したいテーマがあるから
４　社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから　　第２理由　□
５　専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから
６　資格・学位・学歴を取得するため
７　将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから
８　学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから
９　様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから
10　その他［具体的に:　　］

裏面へお進みください

ここからは、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の概要（リーフレット）をご覧いただいた上でご回答ください

［奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）への入学について］

問８　あなたは奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）についてどのようにお考えですか。次の中から１つお選びください。

1　大いに興味・関心がある
2　興味・関心がある
3　興味・関心はない

（1、2を選ばれた方は問9へお進みください。3を選ばれた方は問14へお進みください。）

□

問9　問８で「大いに興味・関心がある」「興味・関心がある」と回答された方におたずねします。それは、どのような理由からですか。次の中から第２理由までお選びください。

1　新しい視点が得られそうだから
2　興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから
3　専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから
4　奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから
5　教育内容に関心があるから
6　学位（修士）を取得したいから
7　丁寧な指導が期待できるから
8　働きながら学べるから
9　学費が適正だから
10　その他［具体的に:　　］

第１理由 □
第２理由 □

問10 今後、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）を受験し、合格された場合に入学を希望しますか。次の中から１つお選びください。

1　入学を希望する
2　開設時ではないが、５年以内の入学を検討する
3　将来、必要を感じた場合には入学を検討する
4　入学を希望しない
5　わからない

□

（1～3を選ばれた方は問11へお進みください。4、5を選ばれた方は問14へお進みください。）

問11 あなたが将来奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）に入学した場合、学びたいと考えている分野はどちらですか。次の中から１つお選びください。

1　臨床実践リハビリテーション分野　　2　生活支援リハビリテーション分野

□

問12 問10で「入学を希望する」「開設時ではないが、５年以内の入学を検討する」「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」と回答された方におたずねします。どのような時間帯に授業を履修したいとお考えですか。次の中から第２希望までお選びください。

1　平日昼間の時間帯
2　平日夜間の時間帯
3　土曜日昼間の時間帯
4　夏休み集中の時間帯
5　その他［具体的に:　　］

第１希望 □
第２希望 □

問13 問10で「入学を希望する」「開設時ではないが、５年以内の入学を検討する」「将来、必要を感じた場合には入学を検討する」と回答された方におたずねします。職に就いたままで大学院に入学する上で、どのような条件整備が必要とお考えですか。次の中から第２理由までお選びください。

1　夜間開講等授業時間帯の工夫
2　社会人特別選抜等の入学試験
3　修了年月の延長
4　指導教授との連絡体制
5　その他［具体的に:　　］

第１理由 □
第２理由 □

問14 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の設置計画に、ご意見・ご要望がございましたらお聞かせください。

◆◇ご協力いただき、ありがとうございました◇◆

計画概要

内容は構想中のものであり、変更となる場合があります

奈良学園大学大学院＜設置構想中＞

リハビリテーション学研究科　修士課程

設置構想中

リハビリテーション学専攻（仮称）

2023年 4月 開設予定

学　　位　修士（リハビリテーション学）
入学定員　４名（予定）男女共学
修業年限　２年（最大在学年数４年）
入学時期　４月
設置場所　奈良学園大学 登美ヶ丘キャンパス（奈良市中登美ヶ丘3丁目15−1）

● 教育の概要

本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。

● 出願資格

次の (1) ～ (5) のいずれかに該当する者

(1) 大学を卒業した者又は卒業見込の者
(2) 独立行政法人大学改革支援・学位授与機構により学士の学位を授与された者又は授与される見込の者
(3) 短期大学、専修学校又は各種学校等を卒業・修了し3 年以上のリハビリテーション職の実務経験を有する者で、本研究科における入学資格審査により大学を卒業した者と同等以上の学力があると認められた者
(4) 文部科学大臣が別に指定する専修学校の専門課程（修業年限が 4 年以上であることその他の文部科学大臣が定める基準を満たすものに限る。）を文部科学大臣が定める日以降に修了した者及び入学の前月までに修了する見込みの者
(5) 文部科学大臣の指定した者

● 想定される修了後の進路

(1) 高度専門職業人として、医療機関等に勤務
(2) 大学院（博士後期課程）へ進学　など

● 社会人学生に対する配慮

大学院設置基準第 14 条による
教育方法の特例を実施（昼夜開講制）

医療職者の資質向上に貢献する目的で、社会人の受け入れを行います。
勤務しながら通学できるよう、夜間、土曜日、集中講義開講や、修業年限を３年に延長する長期履修学生制度を活用するなど、在職のまま学びやすくなるように配慮します。

土曜　①　9:00～10:30　②10:40～12:10　③13:00～14:30　④14:40～16:10
平日　⑤16:20～17:50　⑥18:00～19:30　⑦19:40～21:10

※時間は予定

裏面もごらんください。

学校法人奈良学園
奈良学園大学
NARAGAKUEN UNIVERSITY

＜お問い合わせ先＞
奈良学園大学（登美ヶ丘キャンパス）大学院事務室
〒631-8524　奈良県奈良市中登美ヶ丘３−15−1
電話番号　0745-73-6127

● カリキュラムイメージ

高度専門職業人

特別研究	研究指導・修士論文の作成・論文審査
専門科目	臨床実践リハビリテーション分野：運動機能障害、内部機能障害、高次脳機能・心理障害 生活支援リハビリテーション分野：疼痛ケア、地域リハビリテーション、高齢者ケア
基盤科目	高度リハビリテーション実践の基盤となる科目群の学修

● 納付金（予定）

（1）本学保健医療学部（出身）からの入学者
検定料　35,000円　　入学金　50,000円　授業料等　750,000円　　2年目は授業料のみ750,000円

（2）他校（出身）からの入学者
検定料　35,000円　　入学金　200,000円　授業料等　750,000円　　2年目は授業料のみ750,000円

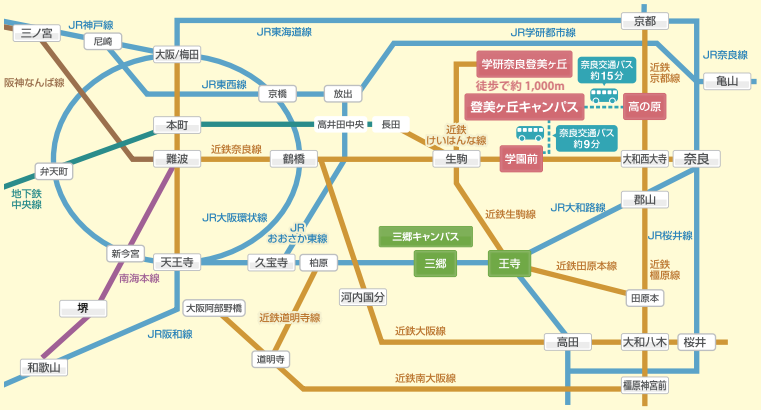
● 類似する近隣の大学院（修士課程）

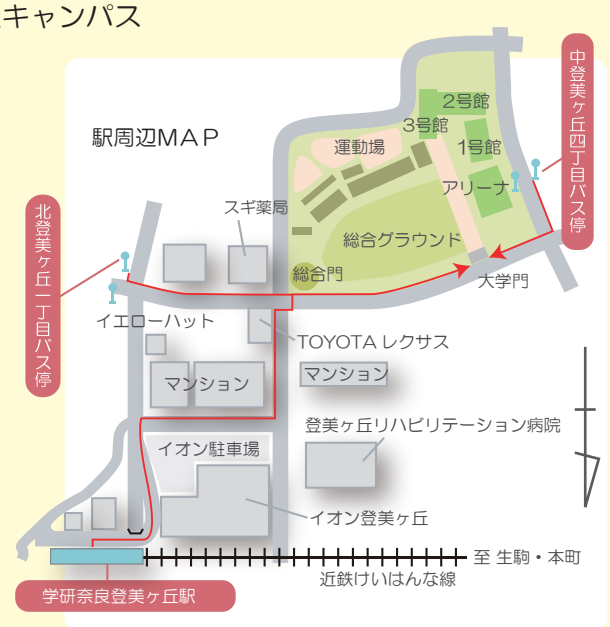
地区	大学院名	研究科・専攻名	学　位	募集人員	学費（年間）	入学金
奈良	奈良学園大学大学院	リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻(仮称)	修士（リハビリテーション学）	4名	750,000円	200,000円
奈良	畿央大学大学院	健康科学研究科健康科学専攻	修士（健康科学）	20名	750,000円	190,000円
大阪	大阪保健医療大学大学院	保健医療学研究科保健医療学専攻	修士（保健医療学）	6名	620,000円	300,000円
大阪	森ノ宮医療大学大学院	保健医療学研究科保健医療学専攻	修士（保健医療学）	6名	800,000円	300,000円
京都	京都橘大学大学院	健康科学研究科健康科学専攻 （理学療法学コース）	修士（健康科学）	4名	525,000円	200,000円
兵庫	神戸学院大学大学院	総合リハビリテーション学研究科 医療リハビリテーション学専攻	修士（リハビリテーション学）	3名	660,000円	200,000円

（注意）各大学の情報は2021年11月時点での公式ウェブサイト等により調査。授業料等については諸会費を含んでいない場合があるため、概算として参考にしてください。

● アクセスＭＡＰ

奈良学園 登美ヶ丘キャンパス



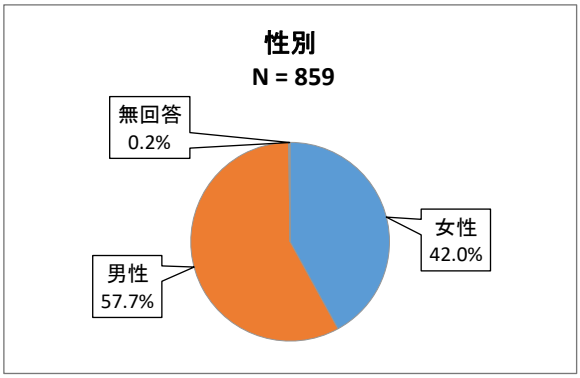


①近鉄けいはんな線「学研奈良登美ヶ丘」駅から西へ約 1000m
②近鉄奈良線「学園前」駅から奈良交通バス約９分
「中登美ヶ丘四丁目」下車　東へ約 150m
③近鉄京都線「高の原」駅から奈良交通バス約 15 分
「北登美ヶ丘一丁目」下車　西へ約 620m

単純集計表

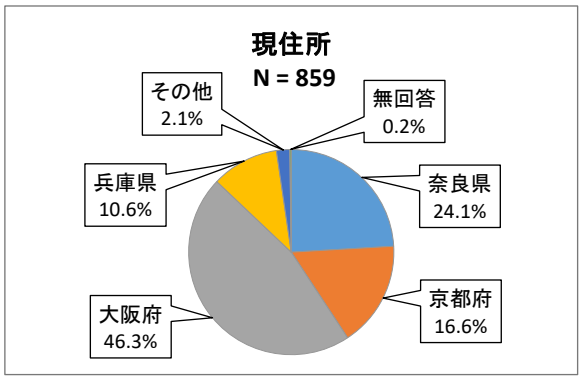
性別

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	女性	361	42.0
2	男性	496	57.7
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100



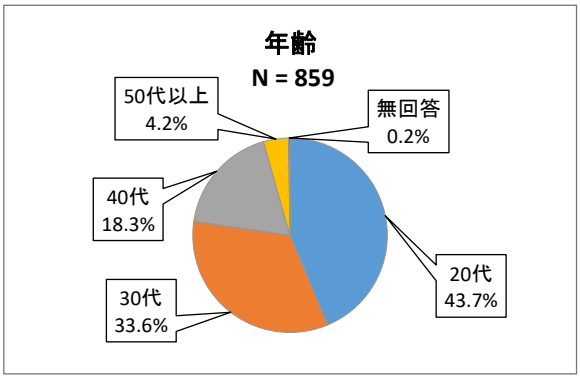
現住所

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	奈良県	207	24.1
2	京都府	143	16.6
3	大阪府	398	46.3
4	兵庫県	91	10.6
5	その他	18	2.1
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100



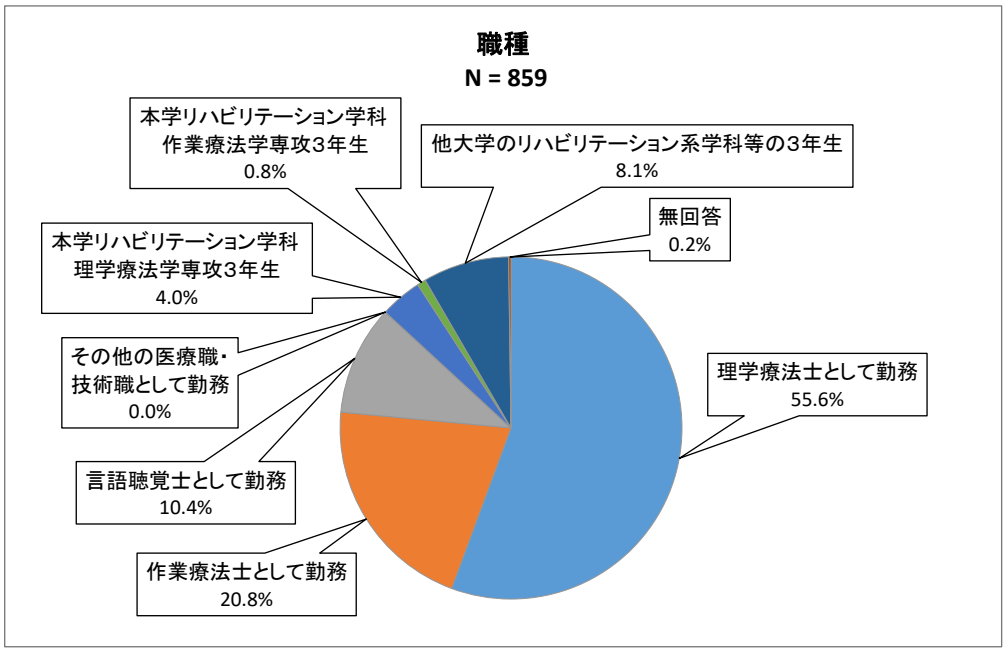
年齢

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	20代	375	43.7
2	30代	289	33.6
3	40代	157	18.3
4	50代以上	36	4.2
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100



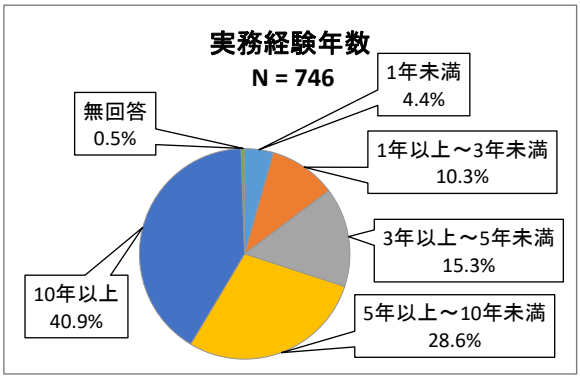
職種

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	理学療法士として勤務	478	55.6
2	作業療法士として勤務	179	20.8
3	言語聴覚士として勤務	89	10.4
4	その他の医療職・技術職として勤務	0	0.0
5	本学リハビリテーション学科 理学療法学専攻３年生	34	4.0
6	本学リハビリテーション学科 作業療法学専攻３年生	7	0.8
7	他大学のリハビリテーション系学科等の３年生	70	8.1
	無回答	2	0.2
	N （%ﾍﾞｰｽ）	859	100



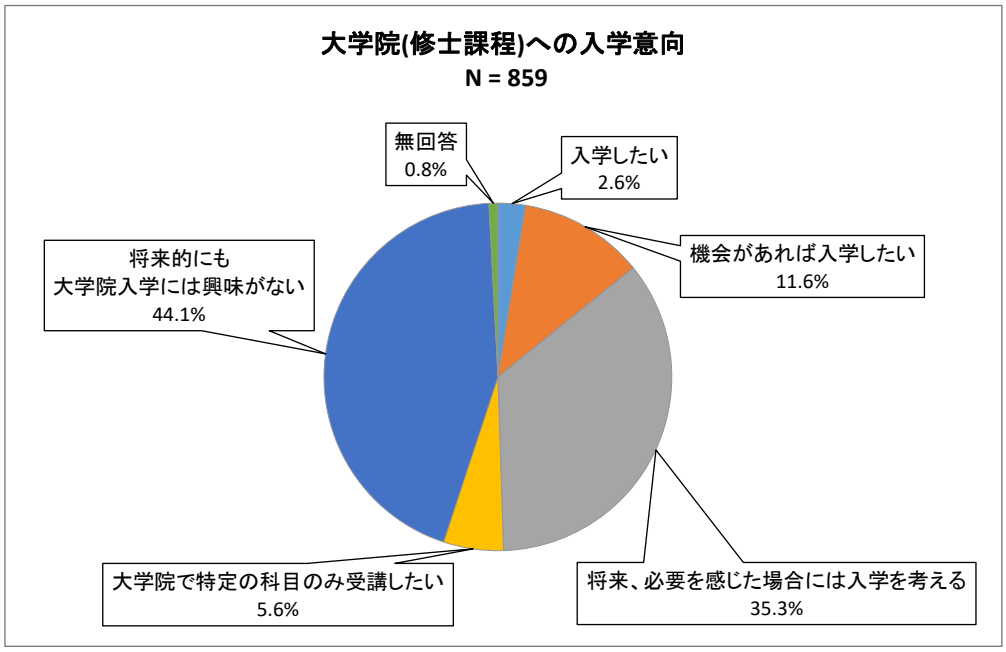
実務経験年数

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1年未満	33	4.4
2	1年以上～3年未満	77	10.3
3	3年以上～5年未満	114	15.3
4	5年以上～10年未満	213	28.6
5	10年以上	305	40.9
	無回答	4	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	746	100



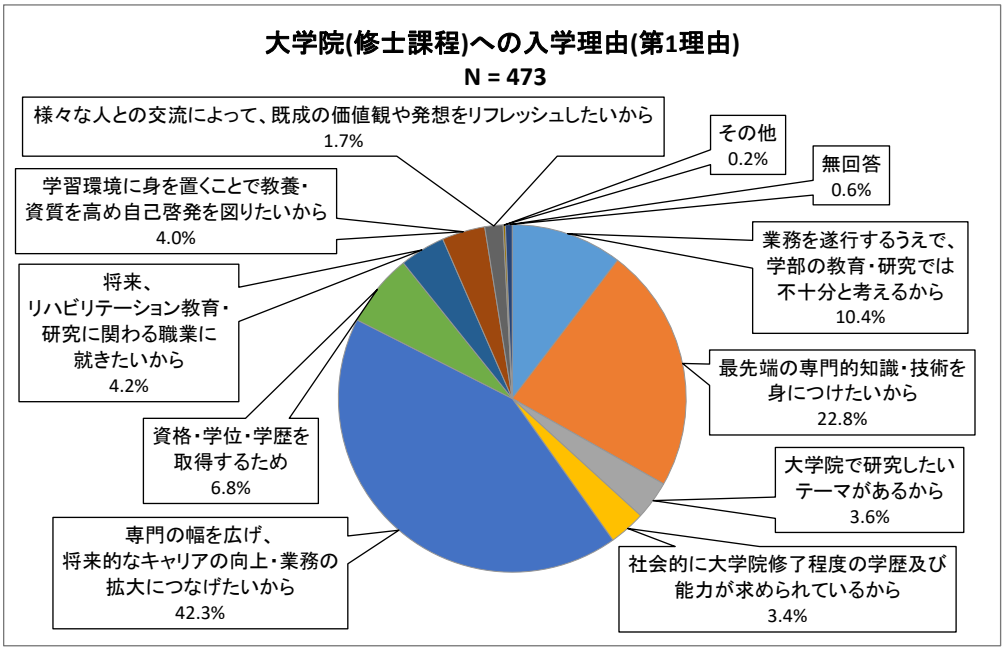
大学院(修士課程)への入学意向

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	入学したい	22	2.6
2	機会があれば入学したい	100	11.6
3	将来、必要を感じた場合には入学を考える	303	35.3
4	大学院で特定の科目のみ受講したい	48	5.6
5	将来的にも大学院入学には興味がない	379	44.1
	無回答	7	0.8
	N （%ﾍﾞｰｽ)	859	100



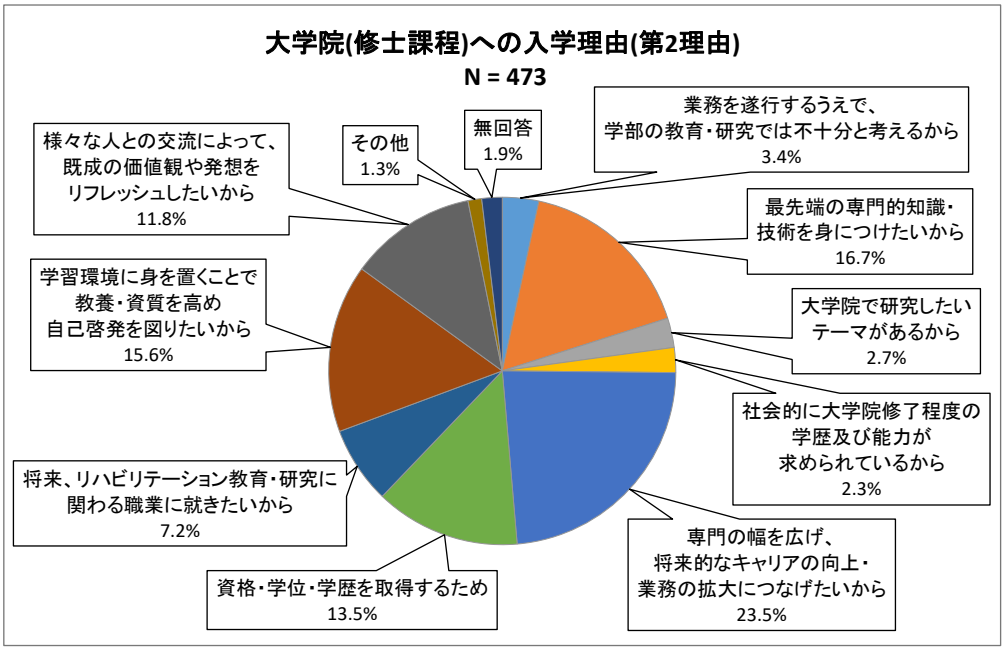
大学院(修士課程)への入学理由(第1理由)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから	49	10.4
2	最先端の専門的知識・技術を身につけたいから	108	22.8
3	大学院で研究したいテーマがあるから	17	3.6
4	社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから	16	3.4
5	専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから	200	42.3
6	資格・学位・学歴を取得するため	32	6.8
7	将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから	20	4.2
8	学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから	19	4.0
9	様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから	8	1.7
10	その他	1	0.2
	無回答	3	0.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	473	100



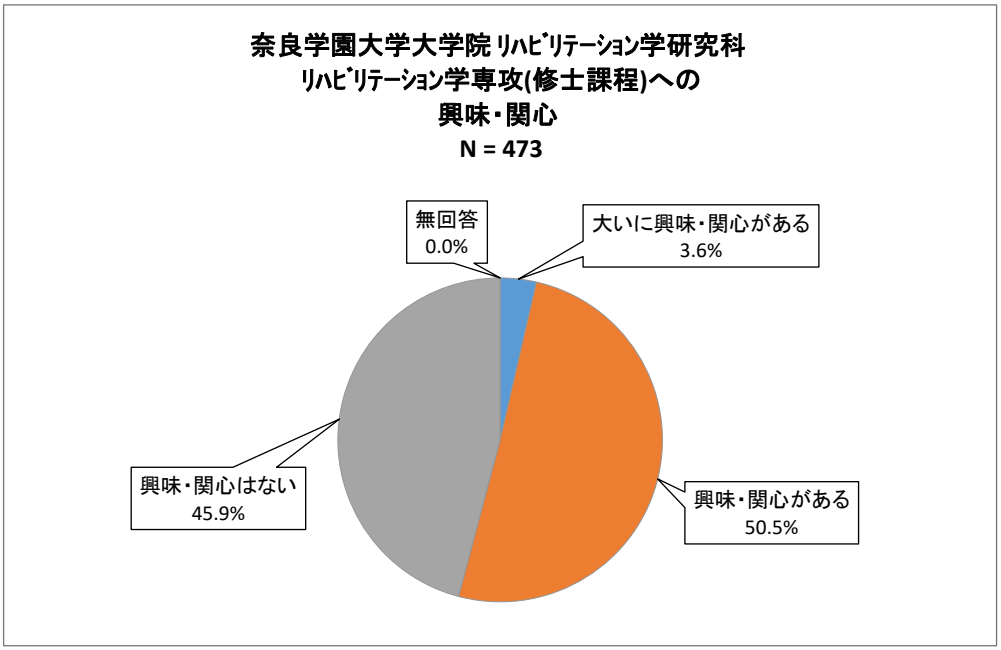
大学院(修士課程)への入学理由(第2理由)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	業務を遂行するうえで、学部の教育・研究では不十分と考えるから	16	3.4
2	最先端の専門的知識・技術を身につけたいから	79	16.7
3	大学院で研究したいテーマがあるから	13	2.7
4	社会的に大学院修了程度の学歴及び能力が求められているから	11	2.3
5	専門の幅を広げ、将来的なキャリアの向上・業務の拡大につなげたいから	111	23.5
6	資格・学位・学歴を取得するため	64	13.5
7	将来、リハビリテーション教育・研究に関わる職業に就きたいから	34	7.2
8	学習環境に身を置くことで教養・資質を高め自己啓発を図りたいから	74	15.6
9	様々な人との交流によって、既成の価値観や発想をリフレッシュしたいから	56	11.8
10	その他	6	1.3
	無回答	9	1.9
	N （%ﾍﾞｰｽ）	473	100



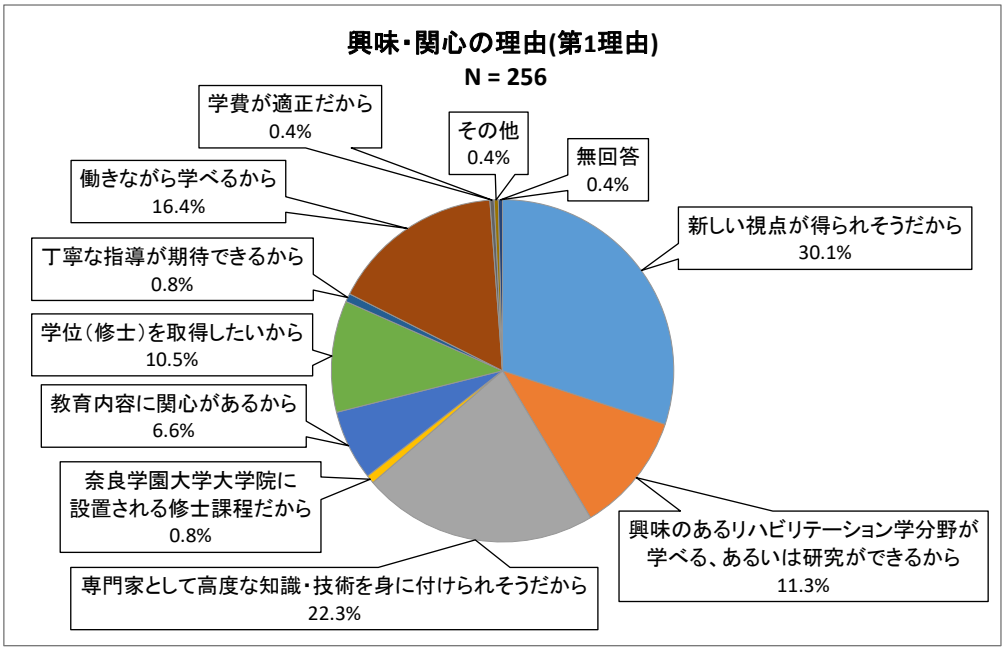
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への興味・関心

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	大いに興味・関心がある	17	3.6
2	興味・関心がある	239	50.5
3	興味・関心はない	217	45.9
	無回答	0	0.0
	N （%ﾍﾞｰｽ)	473	100



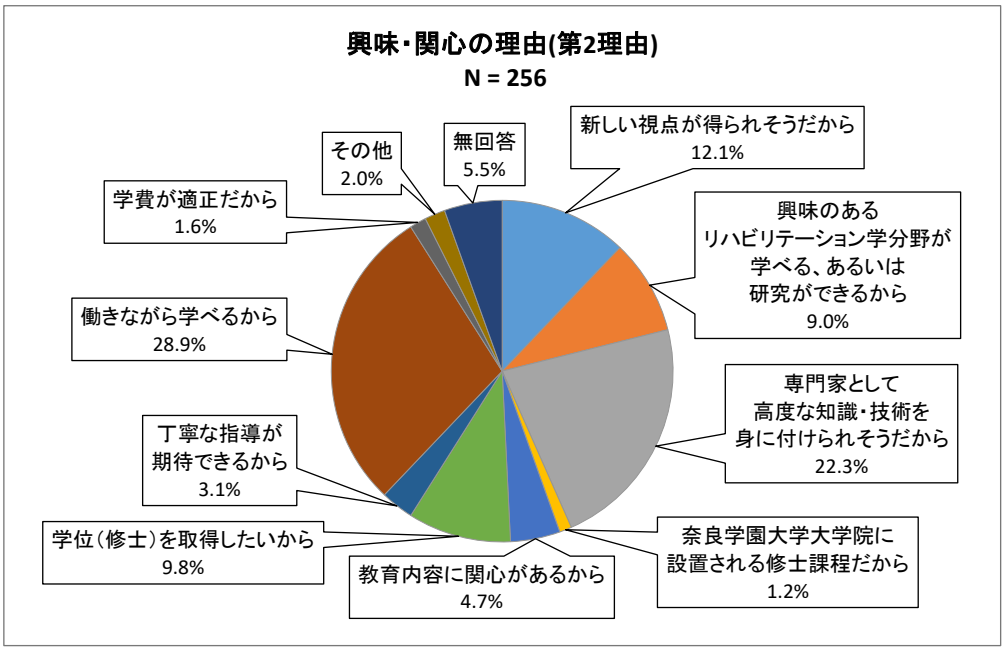
興味・関心の理由(第1理由)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	新しい視点が得られそうだから	77	30.1
2	興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから	29	11.3
3	専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから	57	22.3
4	奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから	2	0.8
5	教育内容に関心があるから	17	6.6
6	学位（修士）を取得したいから	27	10.5
7	丁寧な指導が期待できるから	2	0.8
8	働きながら学べるから	42	16.4
9	学費が適正だから	1	0.4
10	その他	1	0.4
	無回答	1	0.4
	N （%ﾍﾞｰｽ)	256	100



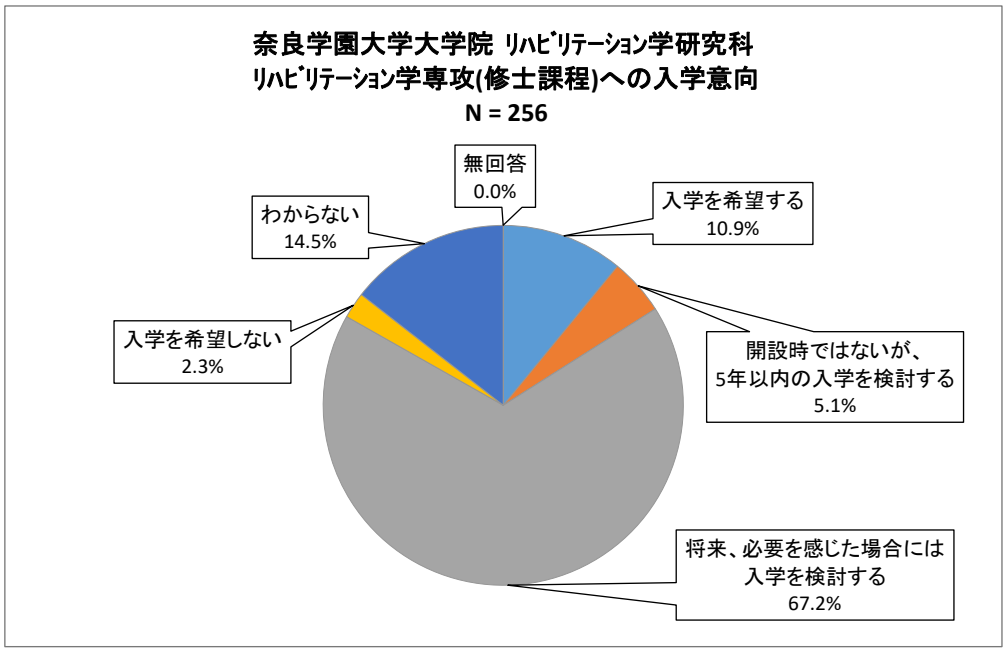
興味・関心の理由(第2理由)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	新しい視点が得られそうだから	31	12.1
2	興味のあるリハビリテーション学分野が学べる、あるいは研究ができるから	23	9.0
3	専門家として高度な知識・技術を身に付けられそうだから	57	22.3
4	奈良学園大学大学院に設置される修士課程だから	3	1.2
5	教育内容に関心があるから	12	4.7
6	学位（修士）を取得したいから	25	9.8
7	丁寧な指導が期待できるから	8	3.1
8	働きながら学べるから	74	28.9
9	学費が適正だから	4	1.6
10	その他	5	2.0
	無回答	14	5.5
	N （%ﾍﾞｰｽ）	256	100



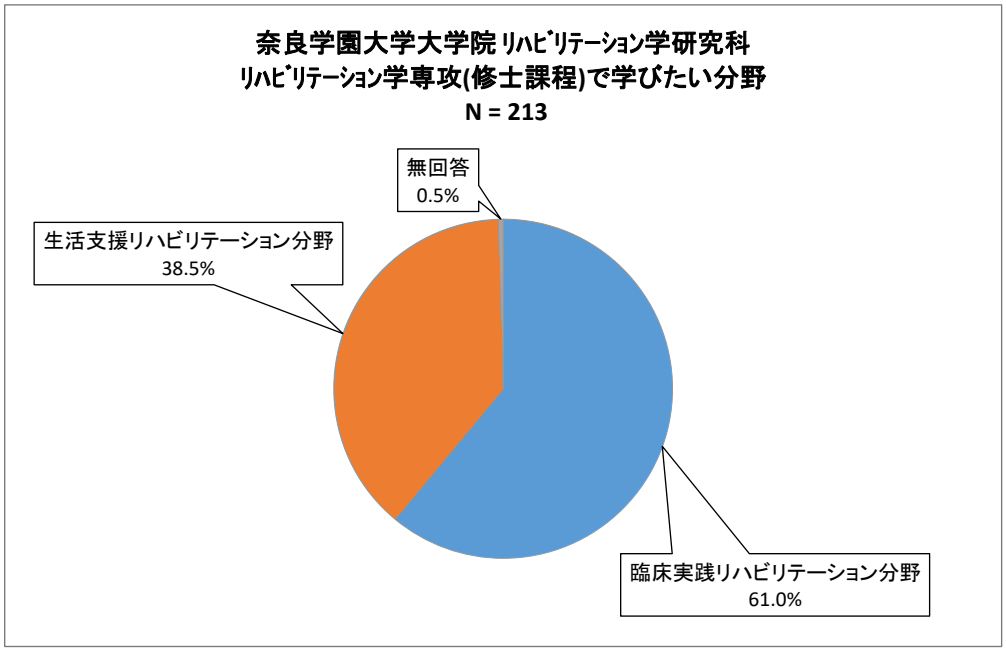
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への入学意向

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	入学を希望する	28	10.9
2	開設時ではないが、5年以内の入学を検討する	13	5.1
3	将来、必要を感じた場合には入学を検討する	172	67.2
4	入学を希望しない	6	2.3
5	わからない	37	14.5
	無回答	0	0.0
	N （%ﾍﾞｰｽ)	256	100



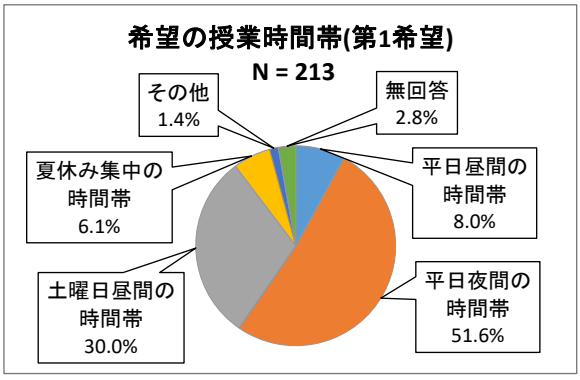
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)で学びたい分野

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	臨床実践リハビリテーション分野	130	61.0
2	生活支援リハビリテーション分野	82	38.5
	無回答	1	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ)	213	100



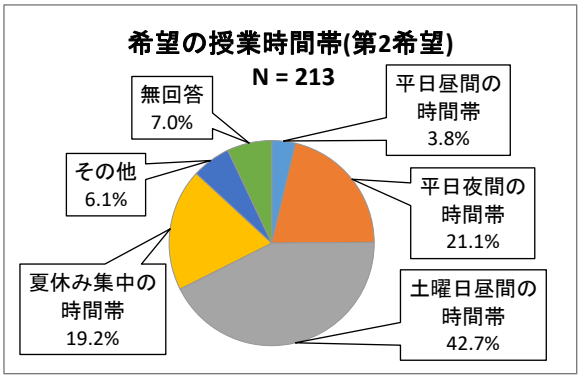
希望の授業時間帯(第1希望)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	平日昼間の時間帯	17	8.0
2	平日夜間の時間帯	110	51.6
3	土曜日昼間の時間帯	64	30.0
4	夏休み集中の時間帯	13	6.1
5	その他	3	1.4
	無回答	6	2.8
	N （%ﾍﾞｰｽ)	213	100



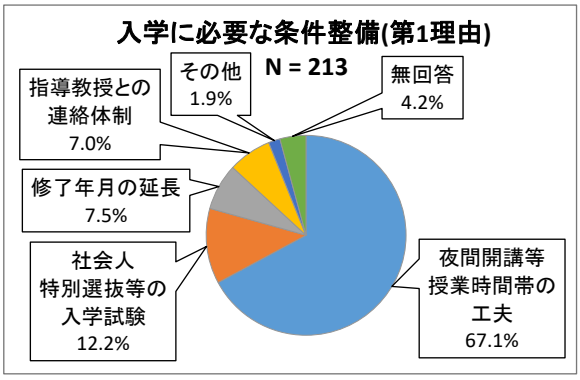
希望の授業時間帯(第2希望)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	平日昼間の時間帯	8	3.8
2	平日夜間の時間帯	45	21.1
3	土曜日昼間の時間帯	91	42.7
4	夏休み集中の時間帯	41	19.2
5	その他	13	6.1
	無回答	15	7.0
	N （%ﾍﾞｰｽ)	213	100



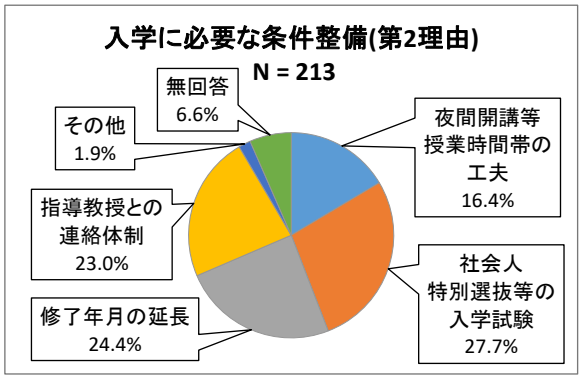
入学に必要な条件整備(第1理由)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	夜間開講等授業時間帯の工夫	143	67.1
2	社会人特別選抜等の入学試験	26	12.2
3	修了年月の延長	16	7.5
4	指導教授との連絡体制	15	7.0
5	その他	4	1.9
	無回答	9	4.2
	N （%ﾍﾞｰｽ)	213	100



入学に必要な条件整備(第2理由)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	夜間開講等授業時間帯の工夫	35	16.4
2	社会人特別選抜等の入学試験	59	27.7
3	修了年月の延長	52	24.4
4	指導教授との連絡体制	49	23.0
5	その他	4	1.9
	無回答	14	6.6
	N （%ﾍﾞｰｽ)	213	100



資料６

近隣のリハビリテーション学系大学院研究科の学納金の状況

地区	大学院名	研究科名	専攻名	入学金等	授業料	教育充実費 実験実習費	諸会費等	初年度納付金（合計）
奈良県	奈良学園大学大学院	リハビリテーション学研究科（仮称）	リハビリテーション学専攻（仮称）	200,000円 本学リハビリテーション学科出身者は50,000円	750,000円	—	—	950,000円 本学リハビリテーション学科出身者は800,000円
	畿央大学大学院	健康科学研究科	健康科学専攻	190,000円	500,000円	250,000円	16,000円	956,000円
大阪府	大阪電気通信大学大学院	医療福祉工学研究科	医療福祉工学専攻	100,000円	900,000円	150,000円	30,000円	1,080,000円
	大阪保健医療大学大学院	保健医療学研究科	保健医療学専攻	300,000円	620,000円	—	35,000円	955,000円
	大阪河﨑リハビリテーション大学大学院	リハビリテーション研究科	リハビリテーション学専攻	300,000円	600,000円	145,000円	—	1,045,000円
	森ノ宮医療大学大学院	保健医療学研究科	保健医療学専攻	300,000円	800,000円	—	77,000円	1,177,000円
京都府	京都橘大学	健康科学研究科	健康科学専攻	200,000円	400,000円	125,000円	—	725,000円
兵庫県	神戸学院大学大学院	総合リハビリテーション学研究科	医療リハビリテーション学専攻	200,000円	506,000円	154,000円	35,600円	895,600円
	兵庫医療大学大学院	医療科学研究科	リハビリテーション科学領域	100,000円	400,000円	100,000円	—	600,000円

※ 各大学HP掲載資料から本学で作成した

資料７

地域における健康生活支援に必要な
リハビリテーション専門職者の役割

社保審－介護給付費分科会	
第109回（H26.9.29）	ヒアリング資料３

地域包括ケアとリハビリテーション

＜本日の内容＞

- ◆ 日本リハビリテーション病院・施設協会について
- ◆ 超高齢社会の医療・介護サービスにおけるリハビリテーションの位置づけ再確認
- ◆ 地域包括ケア時代のリハビリテーション
- ◆ 「自助・互助・共助・公助」から見たリハビリテーションの役割整理
- ◆ 地域における包括的リハビリテーション支援拠点
  「在宅支援リハビリテーションセンター（仮称）」に関する提案
- ◆ まとめ（提案）

日本リハビリテーション病院・施設協会
会長　栗原　正紀

日本リハビリテーション病院・施設協会

- 当協会は我が国におけるリハビリテーションの普及・発展に寄与することを目的とし、急性期（救急）から回復期・生活期に至る幅広いリハビリテーションの実現を目指しています。
- 更に「どのような障害があっても、また年老いても、住み慣れた所で安心して、その人らしく暮らしていけるように支援する活動」を大きな柱として直接支援・教育啓発・組織化等の活動を事業展開として重視しています。

○厚生労働省老人保健健康増進等事業参加実績

年度	主な成果
平成7年	地域リハコーディネーター活動マニュアル
平成8・9年	維持期におけるリハの定義、あり方等の明示
平成12・13年	地域リハ支援体制整備推進マニュアル
平成14年	地域リハ支援体制整備推進状況報告書
平成15年	地域におけるリハの提供体制に関する報告書
平成16年	地域におけるリハの実態とリハ手法・評価方法および提供体制に関する検討報告書
平成17年	リハ手法・評価方法および提供体制に関する報告書
	リハマネジメント普及啓発マニュアル
平成18年	リハ実施時間の短縮に関するモデル事業報告書
平成19年	リハ実施時間の短縮に関するモデル事業報告書
平成20年	急性増悪時に提供されるべきリハ手法に関する研究事業報告書
平成21年	通所系サービスにおける形態とリハのあり方に関する研究
平成22年	単独型訪問リハ事業所の実現性に関する研究
平成25年	リハビリテーション専門職の市町村事業への関与のあり方に関する調査研究事業

●市町村事業（介護予防）等へのリハビリ専門職派遣

派遣意向あり総数	359施設
・派遣する・している	130施設
・条件しだい	229施設

＊リハビリ：リハビリテーション

○当協会が積極的に関与したリハビリテーション施策等

1. 『地域リハビリテーション推進事業』の提唱と事業の牽引
2. 『回復期リハビリテーション病棟』の提案と新設
3. 『高齢者リハビリテーション研究会』への参加
4. 『リハビリテーション関連５団体協議会』の設立を提案
5. 『十分量のリハビリテーション』に関する提案
6. 『高齢者リハビリテーション医療のグランドデザイン』の発刊
7. 『安心と希望の介護ビジョン』への参加
8. 『維持期リハビリテーションの評価』に関する提案
9. 『東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体』設立を主導
   →「大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会JRAT」設立運営
10. 『リハビリテーション医療関連団体協議会』設立主導運営

現在、当協会会長が初代代表

会員数：７２１（病院・施設）　平成26年7月18日現在

○超高齢社会の医療・介護サービスにおける
リハビリテーションの位置づけ再確認

介護保険はリハビリテーション前置の考え方

○寝たきり予防・障害の改善、生活の再建そして社会参加を支援するためには「急性期医療から回復期・生活期に至る適時・適切且つ、継続的なリハビリテーションの展開」が重要

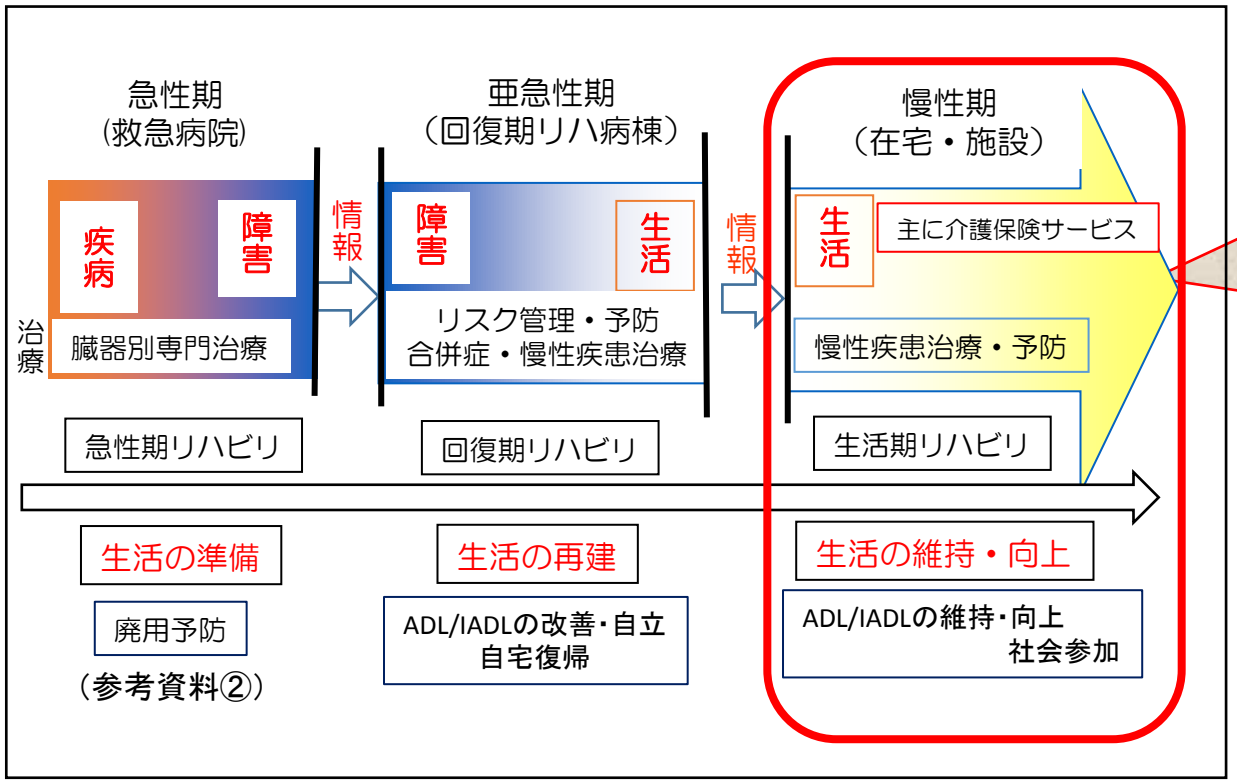
医療・介護サービスとリハビリテーション

○超高齢社会における地域医療は「病巣の治癒や救命のみならず、安心・安全な地域生活に繋ぐ」ことが重要（参考資料①）。
- ●急性期医療での廃用・合併症の予防の目的で臓器別専門治療と並行して早期からリハビリが開始され（急性期リハビリ）、
- ●残存する障害に対しては適時・適切且つ集中的に提供されることで障害の改善・生活の再建が行われ（回復期リハビリ）、在宅復帰支援により、高度に進歩した臓器別専門的治療が安心・安全な地域生活に繋がっていく医療提供体制が必要
- ●そして獲得された生活機能の安定化、QOLの維持・向上を目指し、自立生活・社会参加支援が適切に実施される主に介護保険サービスによって提供される「生活期リハビリ」が継続的に提供されることが重要となる

○これからは地域住民が互いに支え合い、人々が住み慣れた地域で、その人らしく暮らしていくことを大切に、リハビリの観点から支援する「地域リハビリテーション」活動が重要となる。

リハビリ：リハビリテーションの略

～リハビリテーションの流れと機能分化・連携～



（参考資料②）

反省点
○今までの医療や介護サービスではADL・IADLの自立、生活の再建による在宅復帰、そして生活機能の維持・向上は目指しても、残念ながら具体的な社会参加支援には至っていなかったように思われる

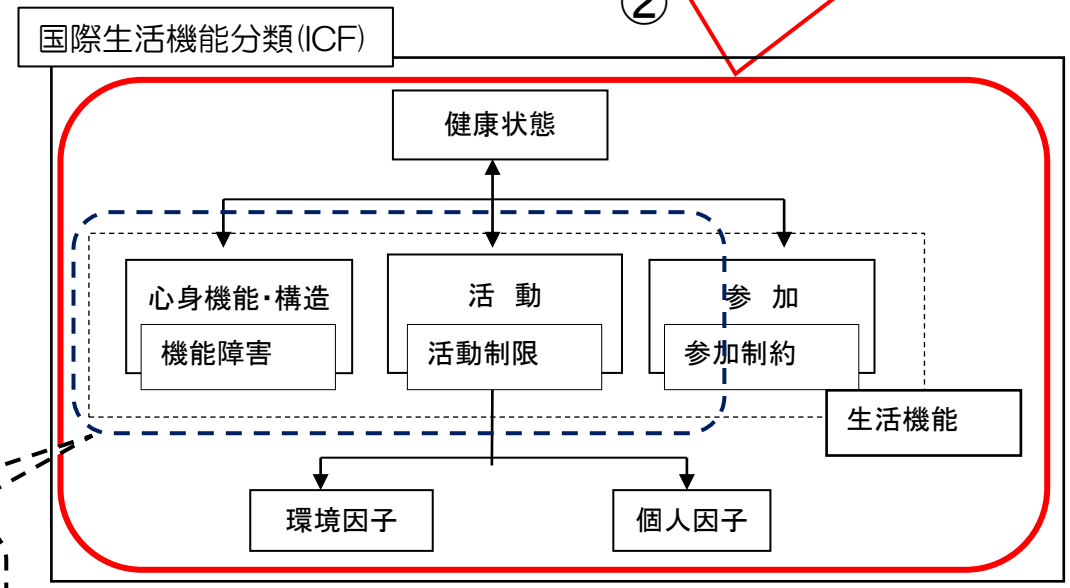
○どのように年老いても、障害がっても地域社会の一員としてその人らしく暮らし続けることを共に大切に支え合う地域づくりが求められる！

○そのような地域で医療や介護サービスが提供されることが望まれる

○地域包括ケア時代のリハビリテーション

これからは、今まで以上に社会参加を視野に入れた
リハビリテーションの展開が重要となる

②



①

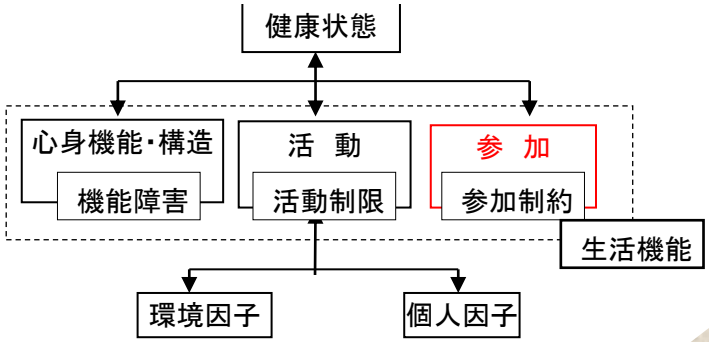
今までの
医療・介護サービス
における主な視点

地域包括ケア時代のリハビリテーション

●リハビリテーションは障害の予防や改善、生活の再構築、そして地域社会における自立生活の安定化、QO維持・向上を目指すと共に、
●これからは、社会参加を支援することで、「どのように年老いても、障害があっても住み慣れたところで、その人らしく暮らし、自立した社会的存在であること」を大切にする役割（地域リハビリテーション）を担う

①

国際生活機能分類(ICF)



②

機能障害の改善

ADL・IADLの自立
家庭復帰

生活機能の向上
社会参加

その人らしいくらしの
再構築と支援

リハビリテーションの目標・視点

地域リハビリテーション活動

地域

地域包括ケア

④

まちづくりサポーター養成講座（高知）

○高齢者と中学生が対象
○受講後は
・ヘルパー3級
・心肺蘇生術公衆修了書
・地域サポーター認定書
が授与される

⑤

高齢者生活支援研究会（長崎）

長崎斜面研究会と共に活動
三菱重工を退職した技術者が集まり、斜面住宅地での生活を技術的に支援する

③

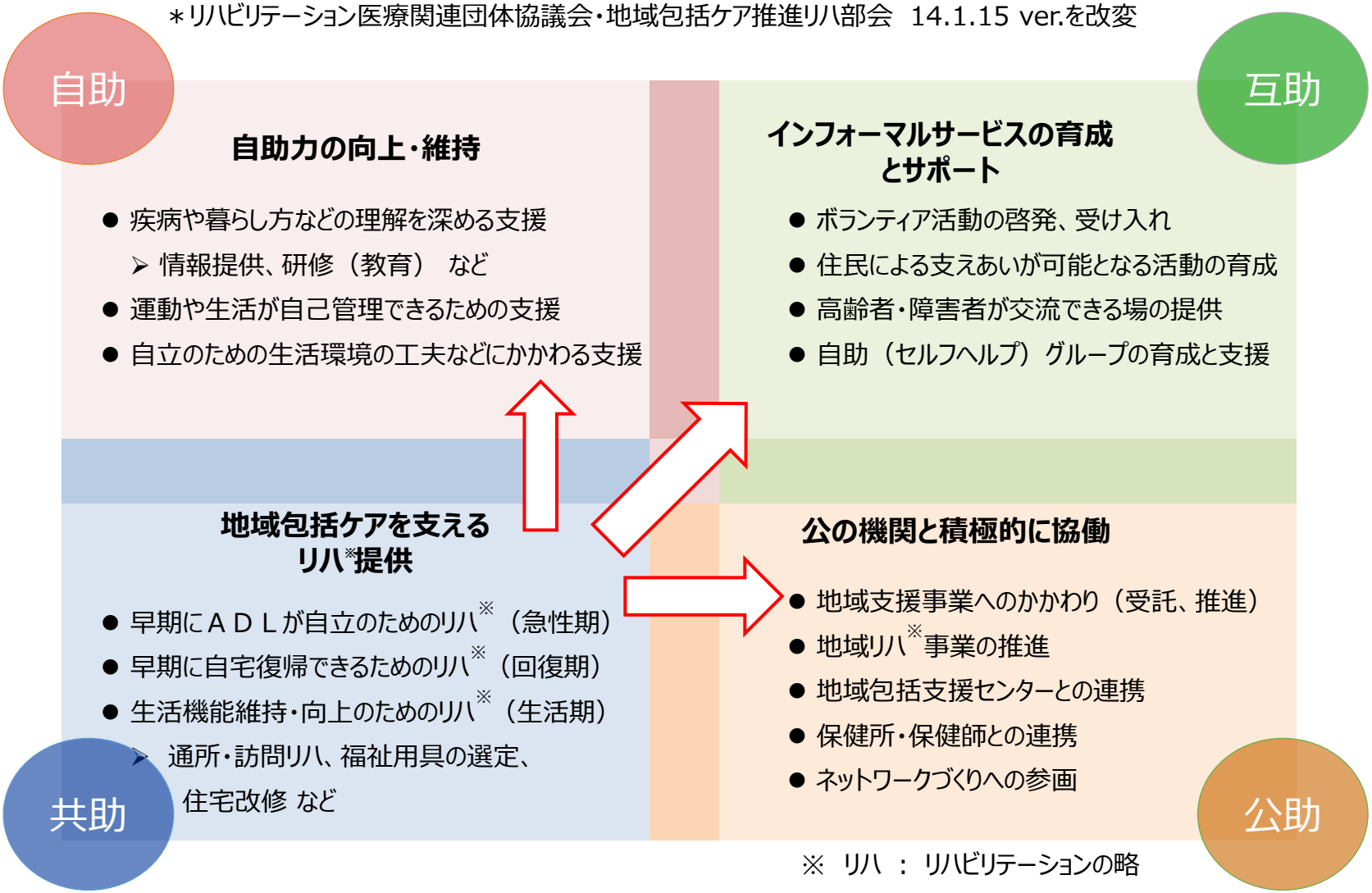
地域リハビリテーションとは、
「障害のある人々や高齢者およびその家族が、住み慣れたところで、
そこに住む人々とともに、一生安全に、いきいきとした生活が送れるよう、
医療や保健、福祉及び生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織が
リハビリテーションの立場から協力し合って行なう活動」のすべてを言う。

（日本リハビリテーション病院･施設協会 2001）

○地域包括ケア時代、「自助・互助・共助・公助」
　から見たリハビリテーションの役割整理

リハビリテーションが担える役割

＊リハビリテーション医療関連団体協議会・地域包括ケア推進リハ部会　14.1.15 ver.を改変



※　リハ　：　リハビリテーションの略

引用：厚生労働省老健局「地域包括ケアシステムについて」平成25年6月13日資料　一部抜粋

〇地域における包括的リハビリテーション支援拠点
「在宅支援リハビリテーションセンター（仮称）」
に関する提案

在宅支援リハビリテーションセンターの整備（案）

○医療・介護リハビリサービスを包括的に提供することで、かかりつけ医への直接的リハビリ支援を行うと共に地域包括支援センターとの連携の下で、地域リハビリ活動を通して、自立生活・社会参加を支援する目的で、地域の基幹的リハビリ病院・施設で且つ十分な機能・要件を有する機関を「在宅支援リハビリセンター（仮称）」として整備する

●以下の利点が考えられる
- 医療、介護リハビリに関する包括的サービス提供拠点が整備され、かかりつけ医や地域包括支援センターに対するリハビリ支援が強化される
- 従来の広域支援センターよりも地域密着型であり、地域住民と接点が強く、住民と共に地域の支え合い支援が可能となる
- 多くの専門職がチームとして地域に関わることが可能となる

1．外来リハビリ・通所リハビリ・訪問リハビリ等（テクノエイドなど）のサービス提供
2．かかりつけ医へのリハビリ的支援（リハビリ適応の判断、リハビリ計画の策定など）　直接的支援活動

3．ケアマネジャー・訪問介護等へのリハビリに関する相談支援及び教育・啓発
4．地域住民・関係者へのリハビリ的教育・啓発・普及活動
5．互助組織の育成・活動支援　教育・啓発活動

6．医療と介護の連携推進
7．市町村事業（介護予防等）へのリハビリ専門職の派遣と地域の支えあい等支援
8．地域包括支援センターとの連携とリハビリ支援　組織化活動

リハビリ：リハビリテーションの略

●リハビリ関連専門職（PT/OT/ST等）がチームとして地域の支え合いや社会参加を支援

基本的認定要件（案）
- 人口約10万人以下に最低1か所、市町村レベルで認定
- 医療・介護領域で充分なリハビリ機能を有し、医療・介護サービスの一体的・包括的提供を行える
- 地域包括支援センターを運営（基幹型センター）もしくは連携し、多職種チームとしてリハビリ支援を行う
- その他

在宅支援リハビリセンター機能と地域包括支援センター

○高齢・障害者の地域参加や地域の支え合い活動を支援

①

在宅支援リハビリセンター（案）

介護保険サービス

通所・訪問リハビリサービス
（短期入所・入院リハビリ）外来リハビリ

医師・看護師・PT/OT/ST
・社会福祉士・管理栄養士など

病院・診療所・老健等

医療保険サービス

医科歯科連携

テクノエイドセンター

・歯科医師
・歯科衛生士

小・中学校区レベル（人口1万人程度）の地域

その他の
通所・訪問
系サービス

②

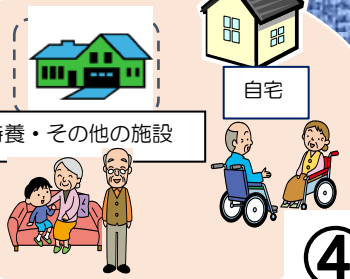
相談
支援

在宅支援診療所
（かかりつけ医）

在宅サポートチーム

ケアマネ

○寝たきり予防
○生活機能維持、向上



④

地域参加の機会・場

地域社会の一員として、その人らしく
皆と共に暮らし続ける

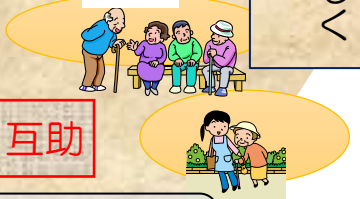
連携
支援

③

地域包括
支援センター

○相談支援機能
○連携推進
○教育、啓発普及活動

生活自立
社会参加



自助 住民力・社会資源等 互助

新しい公共（ﾊﾟｰﾄﾅｰｼｯﾌﾟ）＝地域の支え合い

認知症サポーター、生活・介護支援サポーター、NPO、住民参加等

リハビリ：リハビリテーションの略

まとめ

日本リハビリテーション病院・施設協会としての提案

○　国民（地域住民）および医療・介護従事者への自立と
　　社会参加についての教育・啓発

○　地域包括ケア時代に資する人材育成

●地域リハビリテーション活動に精通したリハビリテーション関連職種の教育

○　「在宅支援リハビリテーションセンター（仮称）の整備」

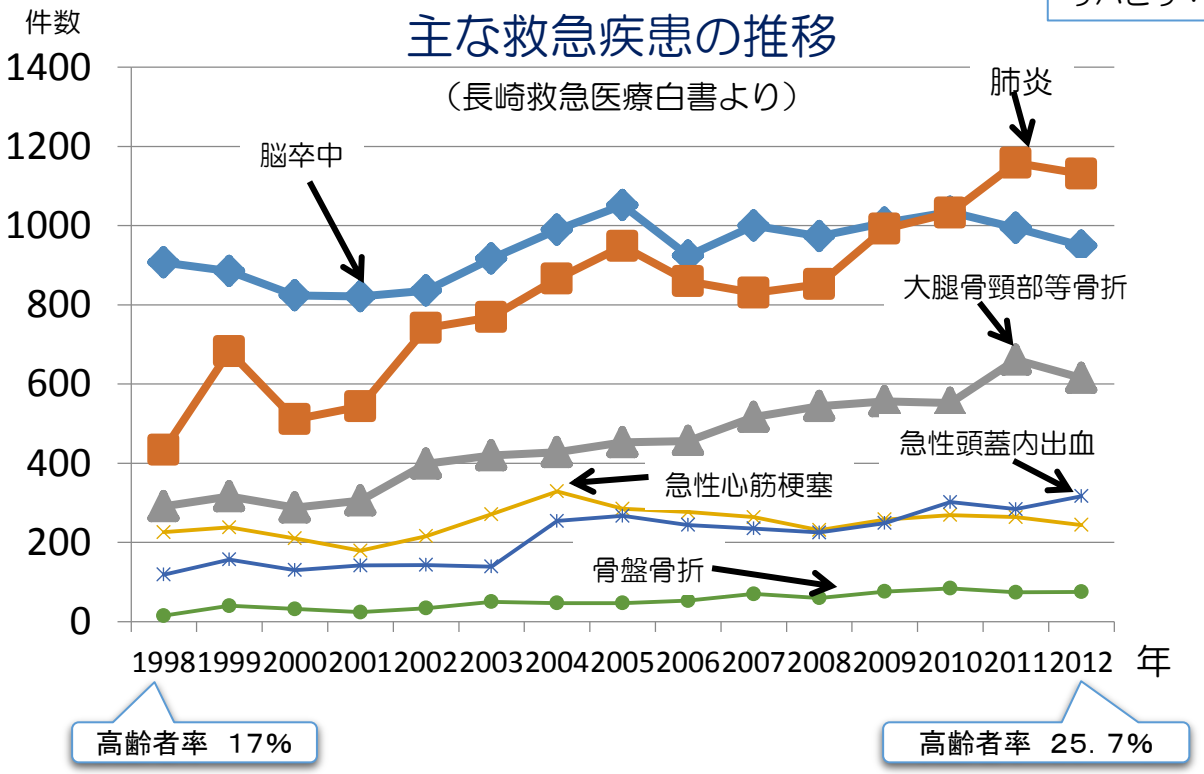
参考資料

参考資料①

高齢社会における地域医療の問題

○人口の高齢化に伴い高齢者の救急搬送割合が急増（地域医療は高齢者医療の体系化が必要）
○多くの高齢者が急性期（救命・救急）治療のみでは地域に戻れない
○早期から適時・適切に継続されるリハビリテーションが重要
○超高齢社会では高齢者の特徴を考慮した医療・介護サービスが必要
●地域包括ケアシステムの構築には救急から在宅支援・社会参加に至る継続的なリハビリ支援が重要

リハビリ：リハビリテーションの略



○脳卒中診療には予防・適切な救急およびリハビリテーションが重要
○肺炎および転倒予防は今後の重要課題である

参考資料②

超高齢社会における医療・介護の基本的課題
＝高齢者の特徴と廃用症候群の理解のために＝

●廃用を予防し、生活の再建そして社会参加を支援するリハビリテーションが重要

高齢者の特徴

加齢に伴い生理機能の低下が起こってくる

○多病性、易感染性、難治性
○孤立的・抑うつ的・自信喪失・孤独感
○行動範囲の狭小化
○潜在的低栄養状態

●風邪・転倒打撲・関節痛
抑うつ・孤独等

徐々に!

・動かない
・動けない
・外出しない

●入院

急速に!

・安静
・動かさない
・寝かせっきり

不動・不活発・活動制限

○廃用症候群

要介護状態

寝たきり

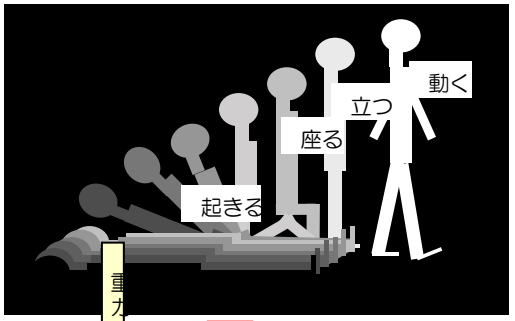
高齢者の持つ潜在的可能性

○「高齢者は入院により、容易に廃用となり、
入院が長期化して寝たきりとなる」

●超高齢社会では廃用予防が医療や介護の基本

廃用症候群の理解のために！

人体の原則：
○人は1日の内で約2/3の時間は
「起きる・座る・立つ・動く」
で生活している：「重力荷重が重要」
○体は使わなければ退化する



人体の原則からの逸脱

廃用症候群

東日本大震災時
避難所では高齢者は不活発な生活により、徐々に廃用となった（約2300人が災害関連死となり、災害時の廃用予防が問題）

宇宙飛行士の
無重力状態による廃用

21世紀における第2次国民健康づくり運動（厚生労働省）

○厚生労働省告示第四百三十号

健康増進法（平成十四年法律第百三号）第七条第一項の規定に基づき、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針）平成十五年厚生労働省告示第百九十五号）の全部を次のように改正し、平成二十五年四月一日から適用することとしたので、同条第四項の規定に基づき公表する。

平成二十四年七月十日

厚生労働大臣　小宮山洋子

国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針

この方針は、21 世紀の我が国において少子高齢化や疾病構造の変化が進む中で、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、子どもから高齢者まで全ての国民が共に支え合いながら希望や生きがいを持ち、ライフステージ（乳幼児期、青壮年期、高齢期等の人の生涯における各段階をいう。以下同じ。）に応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現し、その結果、社会保障制度が持続可能なものとなるよう、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、平成 25 年度から平成 34 年度までの「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動（健康日本 21（第二次））」（以下「国民運動」という。）を推進するものである。

第一　国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

我が国における高齢化の進展及び疾病構造の変化を踏まえ、生活習慣病の予防、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上等により、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間をいう。以下同じ。）の延伸を実現する。

また、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築することにより、健康格差（地域や社会経済状況の違いによる集団間の健康状態の差をいう。以下同じ。）の縮小を実現する。

二　生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（ＮＣＤの予防）

がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患をいう。以下同じ。）に対処するため、食生活の改善や運動習慣の定着等による一次予防（生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病の発症を予防することをいう。）に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の進展等の重症化予防に重点を置いた対策を推進する。

（注）がん、循環器疾患、糖尿病及びＣＯＰＤは、それぞれ我が国においては生活習慣病の一つとして位置づけられている。一方、国際的には、これら四つの疾患を重要なＮＣＤ（非感染性疾患をいう。以下同じ。）として捉え、予防及び管理のための包括的な対策を講じることが重視されているところである。

三　社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

国民が自立した日常生活を営むことを目指し、乳幼児期から高齢期まで、それぞれのライフステージにおいて、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組む。

また、生活習慣病を予防し、又はその発症時期を遅らせることができるよう、子どもの頃から健康な生活習慣づくりに取り組む。

さらに、働く世代のメンタルヘルス対策等により、ライフステージに応じた「こころの健康づくり」に取り組む。

四　健康を支え、守るための社会環境の整備

個人の健康は、家庭、学校、地域、職場等の社会環境の影響を受けることから、社会全体として、個人の健康を支え、守る環境づくりに努めていくことが重要であり、行政機関のみならず、広く国民の健康づくりを支援する企業、民間団体等の積極的な参加協力を得るなど、国民が主体的に行う健康づくりの取組を総合的に支援する環境を整備する。

また、地域や世代間の相互扶助など、地域や社会の絆、職場の支援等が機能することにより、時間的又は精神的にゆとりのある生活の確保が困難な者や、健康づくりに関心のない者等も含めて、社会全体が相互に支え合いながら、国民の健康を守る環境を整備する。

五　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

上記一から四までの基本的な方向を実現するため、国民の健康増進を形成する基本要素となる栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善が重要である。生活習慣の改善を含めた健康づくりを効果的に推進するため、乳幼児期から高齢期までのライフステージや性差、社会経済的状況等の違いに着目し、こうした違いに基づき区分された対象集団ごとの特性やニーズ、健康課題等の十分な把握を行う。

その上で、その内容に応じて、生活習慣病を発症する危険度の高い集団や、総人口に占める高齢者の割合が最も高くなる時期に高齢期を迎える現在の青壮年期の世代への生活習慣の改善に向けた働きかけを重点的に行うとともに、社会環境の改善が国民の健康に影響を及ぼすことも踏まえ、地域や職場等を通じて国民に対し健康増進への働きかけを進める。

第二　国民の健康の増進の目標に関する事項

一　目標の設定と評価

国は、国民の健康増進について全国的な目標を設定し、広く国民や健康づくりに関わる多くの関係者に対してその目標を周知するとともに、継続的に健康指標の推移等の調査及び分析を行い、その結果に関する情報を国民や関係者に還元することにより、関係者を始め広く国民一般の意識の向上及び自主的な取組を支援するものとする。

また、国民の健康増進の取組を効果的に推進するため、国が具体的な目標を設定するに当たっては、健康づくりに関わる多くの関係者が情報を共有しながら、現状及び課題について共通の認識を持った上で、課題を選択し、科学的根拠に基づくものであり、かつ、実態の把握が可能な具体的目標を設定するものとする。

なお、具体的目標については、おおむね 10 年間を目途として設定することとし、国は、当該目標を達成するための取組を計画的に行うものとする。また、設定した目標のうち、主要なものについては継続的に数値の推移等の調査及び分析を行うとともに、都道府県における健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努める。さらに、目標設定後５年を目途に全ての目標について中間評価を行うとともに、目標設定後 10 年を目途に最終評価を行うことにより、目標を達成するための諸活動の成果を適切に評価し、その後の健康増進の取組に反映する。

二　目標設定の考え方

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小の実現に向けて、生活習慣病の発症予防や重症化予防を図るとともに、社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上を目指し、これらの目標達成のために、生活習慣の改善及び社会環境の整備に取り組むことを目標とする。

１　健康寿命の延伸と健康格差の縮小

健康寿命の延伸及び健康格差の縮小は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって我が国において実現されるべき最終的な目標である。具体的な目標は、日常生活に制限のない期間の平均の指標に基づき、別表第一のとおり設定する。また、当該目標の達成に向けて、国は、生活習慣病対策の総合的な推進を図るほか、医療や介護など様々な分野における支援等の取組を進める。

２　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底

我が国の主要な死亡原因であるがん及び循環器疾患への対策に加え、患者数が増加傾向にあり、かつ、重大な合併症を引き起こすおそれのある糖尿病や、死亡原因として急速に増加すると予測されるＣＯＰＤへの対策は、国民の健康寿命の延伸を図る上で重要な課題である。

がんは、予防、診断、治療等を総合的に推進する観点から、年齢調整死亡率の減少とともに、特に早期発見を促すために、がん検診の受診率の向上を目標とする。

循環器疾患は、脳血管疾患及び虚血性心疾患の発症の危険因子となる高血圧の改善並びに脂質異常症の減少と、これらの疾患による死亡率の減少等を目標とする。

糖尿病は、その発症予防により有病者の増加の抑制を図るとともに、重症化を予防するため

に、血糖値の適正な管理、治療中断者の減少及び合併症の減少等を目標とする。

ＣＯＰＤは、喫煙が最大の発症要因であるため、禁煙により予防可能であるとともに、早期発見が重要であることから、これらについての認知度の向上を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第二のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、これらの疾患の発症予防や重症化予防として、適切な食事、適度な運動、禁煙など健康に有益な行動変容の促進や社会環境の整備のほか、医療連携体制の推進、特定健康診査・特定保健指導の実施等に取り組む。

3　社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

少子高齢化が進む中で、健康寿命の延伸を実現するには、生活習慣病の予防とともに、社会生活を営むための機能を高齢になっても可能な限り維持することが重要である。

社会生活を営むために必要な機能を維持するために、身体の健康と共に重要なものが、こころの健康である。その健全な維持は、個人の生活の質を大きく左右するものであり、自殺等の社会的損失を防止するため、全ての世代の健やかな心を支える社会づくりを目指し、自殺者の減少、重い抑鬱や不安の低減、職場の支援環境の充実及び子どもの心身の問題への対応の充実を目標とする。

また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもの健康増進が重要であり、子どもの頃からの健全な生活習慣の獲得及び適正体重の子どもの増加を目標とする。

さらに、高齢化に伴う機能の低下を遅らせるためには、高齢者の健康に焦点を当てた取組を強化する必要があり、介護保険サービス利用者の増加の抑制、認知機能低下及びロコモティブシンドローム（運動器症候群）の予防とともに、良好な栄養状態の維持、身体活動量の増加及び就業等の社会参加の促進を目標とする。

上記に係る具体的な目標は別表第三のとおりとし、当該目標の達成に向けて、国は、メンタルヘルス対策の充実、妊婦や子どもの健やかな健康増進に向けた取組、介護予防・支援などの取組を進める。

4　健康を支え、守るための社会環境の整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、国民、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことが重要である。具体的な目標は、別表第四のとおりとし、居住地域での助け合いといった地域のつながりの強化とともに、健康づくりを目的とした活動に主体的に関わる国民の割合の増加、健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業数の増加並びに身近で専門的な支援及び相談が受けられる民間団体の活動拠点の増加について設定するとともに、健康格差の縮小に向け、地域で課題となる健康格差の実態を把握し、対策に取り組む地方公共団体の増加について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康づくりに自発的に取り組む企業、民間団体等の動機づけを促すため、当該企業、団体等の活動に関する情報提供やそれらの活動の評価等に取り組む。

5　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する目標は、それぞれ次の考え方に基づき、別表第五のとおりとする。

（1）栄養・食生活

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、ライフステージの重点課題となる適正体重の維持や適切な食事等に関するものに加え、社会環境の整備を促すため、食品中の食塩含有量等の低減、特定給食施設（特定かつ多数の者に対して継続的に食事を供給する施設をいう。以下同じ。）での栄養・食事管理について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康な食生活や栄養に関する基準及び指針の策定、関係行政機関の連携による食生活に関する国民運動の推進、食育の推進、専門的技能を

有する人材の養成、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

（２）身体活動・運動

身体活動・運動は、生活習慣病の予防のほか、社会生活機能の維持及び向上並びに生活の質の向上の観点から重要である。目標は、次世代の健康や高齢者の健康に関する目標を含め、運動習慣の定着や身体活動量の増加に関する目標とともに、身体活動や運動に取り組みやすい環境整備について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための運動基準・指針の見直し、企業や民間団体との協働による体制整備等に取り組む。

（３）休養

休養は、生活の質に係る重要な要素であり、日常的に質量ともに十分な睡眠をとり、余暇等で体や心を養うことは、心身の健康の観点から重要である。目標は、十分な睡眠による休養の確保及び週労働時間 60 時間以上の雇用者の割合の減少について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、健康増進のための睡眠指針の見直し等に取り組む。

（４）飲酒

飲酒は、生活習慣病を始めとする様々な身体疾患や鬱病等の健康障害のリスク要因となり得るのみならず、未成年者の飲酒や飲酒運転事故等の社会的な問題の要因となり得る。目標は、生活習慣病の発症リスクを高める量を飲酒している者の減少、未成年者及び妊娠中の者の飲酒の防止について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、飲酒に関する正しい知識の普及啓発や未成年者の飲酒防止対策等に取り組む。

（５）喫煙

喫煙は、がん、循環器疾患、糖尿病、ＣＯＰＤといったＮＣＤの予防可能な最大の危険因子であるほか、低出生体重児の増加の一つの要因であり、受動喫煙も様々な疾病の原因となるため、喫煙による健康被害を回避することが重要である。目標は、成人の喫煙、未成年者の喫煙、妊娠中の喫煙及び受動喫煙の割合の低下について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、受動喫煙防止対策、禁煙希望者に対する禁煙支援、未成年者の喫煙防止対策、たばこの健康影響や禁煙についての教育、普及啓発等に取り組む。

（６）歯・口腔の健康

歯・口腔の健康は摂食と構音を良好に保つために重要であり、生活の質の向上にも大きく寄与する。目標は、健全な口腔機能を生涯にわたり維持することができるよう、疾病予防の観点から、歯周病予防、う蝕（しょく）予防及び歯の喪失防止に加え、口腔機能の維持及び向上等について設定する。

当該目標の達成に向けて、国は、歯科口腔保健に関する知識等の普及啓発や「8020（ハチマルニイマル）運動」の更なる推進等に取り組む。

第三　都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画の策定に関する基本的な事項

一　健康増進計画の目標の設定と評価

都道府県健康増進計画及び市町村健康増進計画（以下「健康増進計画」という。）の策定に当たっては、地方公共団体は、人口動態、医療・介護に関する統計、特定健康診査データ等の地域住民の健康に関する各種指標を活用しつつ、地域の社会資源等の実情を踏まえ、独自に重要な課題を選択し、その到達すべき目標を設定し、定期的に評価及び改定を実施することが必要である。

都道府県においては、国が設定した全国的な健康増進の目標を勘案しつつ、その代表的なものについて、地域の実情を踏まえ、地域住民に分かりやすい目標を設定するとともに、都道府県の区域内の市町村（特別区を含む。以下同じ。）ごとの健康状態や生活習慣の状況の差の把握に努めるものとする。

市町村においては、国や都道府県が設定した目標を勘案しつつ、具体的な各種の施策、事業、基盤整備等に関する目標に重点を置いて設定するよう努めるものとする。

二　計画策定の留意事項

健康増進計画の策定に当たっては、次の事項に留意する必要がある。

1　都道府県は、市町村、医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、健康づくりに取り組む企業、民間団体等の一体的な取組を推進する観点から、都道府県健康増進計画の策定及びこれらの関係者の連携の強化について中心的な役割を果たすこと。このため、都道府県は、健康増進事業実施者、医療機関、企業の代表者、都道府県労働局その他の関係者から構成される地域・職域連携推進協議会等を活用し、これらの関係者の役割分担の明確化や連携促進のための方策について議論を行い、その結果を都道府県健康増進計画に反映させること。

2　都道府県健康増進計画の策定に当たっては、都道府県が策定する医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４第１項に規定する医療計画、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第９条第１項に規定する都道府県医療費適正化計画、介護保険法（平成９年法律第 123 号）第 118 条第１項に規定する都道府県介護保険事業支援計画、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）第 11 条第１項に規定する都道府県がん対策推進計画その他の都道府県健康増進計画と関連する計画及び都道府県が定める歯科口腔保健の推進に関する法律（平成 23 年法律第 95 号）第 12 条第１項に規定する基本的事項との調和に配慮すること。

また、都道府県は、市町村健康増進計画の策定の支援を行うとともに、必要に応じ、市町村ごとの分析を行い、地域間の健康格差の是正に向けた目標を都道府県健康増進計画の中で設定するよう努めること。

3　保健所は、地域保健の広域的、専門的かつ技術的な拠点として、健康格差の縮小を図ること等を目的とした健康情報を収集分析し、地域の住民や関係者に提供するとともに、地域の実情に応じ、市町村における市町村健康増進計画の策定の支援を行うこと。

4　市町村は、市町村健康増進計画を策定するに当たっては、都道府県や保健所と連携しつつ、事業の効率的な実施を図る観点から、医療保険者として策定する高齢者の医療の確保に関する法律第 19 条第１項に規定する特定健康診査等実施計画と市町村健康増進計画を一体的に策定するなど、医療保険者として実施する保健事業と事業実施者として行う健康増進事業との連携を図るとともに、市町村が策定する介護保険法第 117 条第１項に規定する市町村介護保険事業計画その他の市町村健康増進計画と関連する計画との調和に配慮すること。

また、市町村は、健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 17 条及び第 19 条の２に基づき実施する健康増進事業について、市町村健康増進計画において位置付けるよう留意すること。

5　都道府県及び市町村は、国の目標の期間を勘案しつつ、一定の期間ごとに計画の評価及び改定を行い、住民の健康増進の継続的な取組に結び付けること。当該評価及び改定に当たっては、都道府県又は市町村自らによる取組のほか、都道府県や市町村の区域内の医療保険者、学校保健関係者、産業保健関係者、企業等における取組の進捗状況や目標の達成状況について評価し、その後の取組等に反映するよう留意すること。

6　都道府県及び市町村は、健康増進のための目標の設定や、目標を達成するまでの過程及び目標の評価において、地域住民が主体的に参加し、その意見を積極的に健康増進の取組に反映できるよう留意すること。

第四　国民健康・栄養調査その他の健康の増進に関する調査及び研究に関する基本的な事項

一　健康増進に関する施策を実施する際の調査の活用

国は、国民の健康増進を推進するための目標等を評価するため、国民健康・栄養調査等の企画を行い、効率的に実施する。併せて、生活習慣の改善のほか、社会環境の改善に関する調査研究についても推進する。

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民健康・栄養調査、都道府県健康・栄養調査、国民生活基礎調査、健康診査、保健指導、地域がん登録事業等の結果、疾病等に関する各種統計、診療報酬明細書（レセプト）の情報その他の収集した情報等に基づき、現状分析を行うとともに、健康増進に関する施策の評価を行う。この際、個人情報について適正な取扱いの厳格な実施を確保することが必要であることを認識し、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律

第 57 号）、行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 58 号）、独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 59 号）、統計法（平成 19 年法律第 53 号）、地方公共団体において個人情報の保護に関する法律第 11 条第１項の趣旨を踏まえて制定される条例等を遵守するほか、各種調査の結果等を十分活用するなどにより、科学的な根拠に基づいた健康増進に関する施策を効率的に実施することが重要である。

また、これらの調査等により得られた情報については、積極的な公表に努める。

さらに、国、地方公共団体は、ＩＣＴ（情報通信技術をいう。以下同じ。）を利用して、健診結果等の健康情報を個人が活用するとともに、全国規模で健康情報を収集・分析し、国民や関係者が効果的な生活習慣病対策を実施することができる仕組みを構築するよう努める。

二　健康の増進に関する研究の推進

国、地方公共団体、独立行政法人等においては、国民の社会環境や生活習慣と生活習慣病との関連等に関する研究を推進し、研究結果に関して的確かつ十分な情報の提供を国民や関係者に対し行う。また、新たな研究の成果については、健康増進に関する基準や指針に反映させるなど、効果的な健康増進の実践につながるよう支援を行っていくことが必要である。

第五　健康増進事業実施者間における連携及び協力に関する基本的な事項

各保健事業者は、質の高い保健サービスを効果的かつ継続的に提供するため、特定健康診査・特定保健指導、がん検診、労働者を対象とした健康診断等の徹底を図るとともに、転居、転職、退職等にも適切に対応し得るよう、保健事業の実施に当たって、既存の組織の有効活用のほか、地域・職域連携推進協議会等が中心となり、共同事業の実施等保健事業者相互の連携の促進が図られることが必要である。

具体的な方法として、がん検診、特定健康診査その他の各種検診の実施主体間で、個人の健康情報の共有を図るなど、健康に関する対策を効率的かつ効果的に実施することがある。また、受診者の利便性の向上や受診率の目標達成に向けて、がん検診や特定健康診査その他の各種検診を同時に実施することや、各種検診の実施主体の参加による受診率の向上に関するキャンペーンを実施することがある。

なお、健康診査の実施等に係る健康増進事業実施者間の連携については、これらのほか、健康増進法第９条第１項に基づく健康増進事業実施者に対する健康診査の実施等に関する指針の定めるところによる。

第六　食生活、運動、休養、飲酒、喫煙、歯の健康の保持その他の生活習慣に関する正しい知識の普及に関する事項

一　基本的な考え方

健康増進は、国民の意識と行動の変容が必要であることから、国民の主体的な健康増進の取組を支援するため、国民に対する十分かつ的確な情報提供が必要である。このため、当該情報提供は、生活習慣に関して、科学的知見に基づき、分かりやすく、国民の健康増進の取組に結び付きやすい魅力的、効果的かつ効率的なものとなるよう工夫する。また、当該情報提供において、家庭、保育所、学校、職場、地域等の社会環境が生活習慣に及ぼす影響の重要性についても認識を高めるよう工夫する。

生活習慣に関する情報提供に当たっては、ＩＣＴを含むマスメディアや健康増進に関するボランティア団体、産業界、学校教育、医療保険者、保健事業における健康相談等多様な経路を活用するとともに、対象集団の特性に応じた効果的な働きかけを、複数の方法を組み合わせて行うことが重要である。なお、情報提供に当たっては、誤った情報や著しく偏った不適切な情報を提供しないよう取り組むものとする。

また、国、地方公共団体等は、生活習慣の各分野に関し、指針の策定、普及等に取り組む。

二　健康増進普及月間等

国民運動の一層の推進を図るため、９月を健康増進普及月間とし、国、地方公共団体、企業、民間団体等が行う様々なイベントや広報活動等の普及啓発活動等を通じ、国民の自覚を高めるほか、社会全体で健康づくりを支え合う環境を醸成するための健康増進の取組を一層促進すること

とする。

また、当該取組が一層効果的となるよう、併せて、食生活改善普及運動を９月に実施する。

健康増進普及月間及び食生活改善普及運動（以下「健康増進普及月間等」という。）の実施に当たっては、地域の実情に応じた課題を設定し、健康に関心の薄い者も含めてより多くの住民が参加できるように工夫するよう努めることが必要である。また、地域における活動のほか、国、地方公共団体、企業、民間団体等が相互に協力して、全国規模の中核的なイベント等を実施することにより、健康増進普及月間等の重点的かつ効果的な実施を図る。

第七　その他国民の健康の増進の推進に関する重要事項

一　地域の健康課題を解決するための効果的な推進体制

健康増進に関係する機関及び団体等がそれぞれ果たすべき役割を認識するとともに、地域の健康課題を解決するため、市町村保健センター、保健所、医療保険者、医療機関、薬局、地域包括支援センター、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等から構成される中核的な推進組織が、市町村保健センター、保健所を中心として、各健康増進計画に即して、当該計画の目標を達成するための行動計画を設定し、各機関及び団体等の取組をそれぞれ補完し合うなど職種間で連携を図ることにより、効果的な取組が図られることが望ましい。

また、国は、地方公共団体が健康増進計画の策定等を行う際に、各種統計資料等のデータベースの作成や分析手法の提示等の技術的援助を行い、都道府県も市町村に対し同様の技術的援助を行うことが必要である。

二　多様な主体による自発的取組や連携の推進

栄養、運動、休養に関連する健康増進サービス関連企業、健康機器製造関連企業、食品関連企業を始めとして、健康づくりに関する活動に取り組む企業、ＮＧＯ、ＮＰＯ等の団体は、国民の健康増進に向けた取組を一層推進させるための自発的取組を行うとともに、当該取組について国民に情報発信を行うことが必要である。国、地方公共団体等は、当該取組の中で、優れた取組を行う企業等を評価するとともに、当該取組が国民に広く知られるよう、積極的に当該取組の広報を行うなど、健康づくりのための社会環境の整備に取り組む企業等が増加するような動機付けを与えることが必要である。健康増進の取組としては、民間の健康増進サービスを実施する企業等が、健診・検診の実施主体その他関係機関と連携し、対象者に対して効果的かつ効率的に健康増進サービスを提供することも考えられる。こうした取組の推進により、対象者のニーズに応じた多様で質の高い健康増進サービスに係る市場の育成が図られる。

また、健康増進の取組を推進するに当たっては、健康づくり対策、食育、母子保健、精神保健、介護予防及び就業上の配慮や保健指導等を含む産業保健の各分野における対策並びに医療保険の保険者が実施する対策を含めた厚生労働行政分野における健康増進に関する対策のほか、学校保健対策、ウォーキングロード（遊歩道等の人の歩行の用に供する道をいう。）の整備等の対策、森林等の豊かな自然環境の利用促進対策、総合型地域スポーツクラブの活用等の生涯スポーツ分野における対策、健康関連産業の育成等、関係行政分野、関係行政機関等が十分に連携する必要がある。

三　健康増進を担う人材

地方公共団体においては、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士その他の職員が、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、こころの健康づくり、飲酒、喫煙、歯・口腔の健康等の生活習慣全般についての保健指導及び住民からの相談を担当する。

国及び地方公共団体は、健康増進に関する施策を推進するための保健師、管理栄養士等の確保及び資質の向上、健康運動指導士等の健康増進のための運動指導者や健康スポーツ医との連携、食生活改善推進員、運動普及推進員、禁煙普及員等のボランティア組織や健康増進のための自助グループの支援体制の構築等に努める。

このため、これらの人材について、国において総合的な企画及び調整の能力の養成並びに指導者としての資質の向上に重点を置いた研修の充実を図るとともに、都道府県において市町村、医

療保険者、地域の医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会等の関係団体等と連携し、地方公共団体の職員だけでなく、地域・職域における健康増進に関する施策に携わる専門職等に対し、最新の科学的知見に基づく研修の充実を図ることが必要である。

また、地域保健担当者、学校保健担当者等は、国民の健康増進のために相互に連携を図るよう努める。

別表第一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小の実現に関する目標

項　　目	現　　状	目　　標
①　健康寿命の延伸（日常生活に制限のない期間の平均の延伸）	男性　70.42年 女性　73.62年 （平成22年）	平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加 （平成34年度）
②　健康格差の縮小（日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小）	男性　2.79年 女性　2.95年 （平成22年）	都道府県格差の縮小 （平成34年度）

（注）　上記①の目標を実現するに当たっては、「日常生活に制限のない期間の平均」のみならず、「自分が健康であると自覚している期間の平均」についても留意することとする。

また、上記②の目標を実現するに当たっては、健康寿命の最も長い都道府県の数値を目標として、各都道府県において健康寿命の延伸を図るよう取り組むものである。

別表第二　主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底に関する目標

(1)　がん

項　　目	現　　状	目　　標
①　75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	84.3 （平成22年）	73.9 （平成27年）
②　がん検診の受診率の向上	胃がん　男性　36.6% 女性　28.3% 肺がん　男性　26.4% 女性　23.0% 大腸がん　男性　28.1% 女性　23.9% 子宮頸がん　女性　37.7% 乳がん　女性　39.1% （平成22年）	50% （胃がん、肺がん、大腸がんは当面40%） （平成28年度）

（注）　がん検診の受診率の算定に当たっては、40歳から69歳まで（子宮頸がんは20歳から69歳まで）を対象とする。

(2)　循環器疾患

項　　目	現　　状	目　　標
①　脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少（10万人当たり）	脳血管疾患 男性　49.5 女性　26.9 虚血性心疾患 男性　36.9 女性　15.3 （平成22年）	脳血管疾患 男性　41.6 女性　24.7 虚血性心疾患 男性　31.8 女性　13.7 （平成34年度）
②　高血圧の改善（収縮期血圧の平均値の低下）	男性　138mmHg 女性　133mmHg （平成22年）	男性　134mmHg 女性　129mmHg （平成34年度）
③　脂質異常症の減少	総コレステロール240mg／	総コレステロール240mg／

	dl以上の者の割合 男性　13.8% 女性　22.0% ＬＤＬコレステロール160mg／dl以上の者の割合 男性　8.3% 女性　11.7% （平成22年）	dl以上の者の割合 男性　10% 女性　17% ＬＤＬコレステロール160mg／dl以上の者の割合 男性　6.2% 女性　8.8% （平成34年度）
④　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑤　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第２期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(3)　糖尿病

項　　目	現　　状	目　　標
①　合併症（糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	16,247人 （平成22年）	15,000人 （平成34年度）
②　治療継続者の割合の増加	63.7% （平成22年）	75% （平成34年度）
③　血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 （HbA1cがＪＤＳ値8.0%（ＮＧＳＰ値8.4%）以上の者の割合の減少）	1.2% （平成21年度）	1.0% （平成34年度）
④　糖尿病有病者の増加の抑制	890万人 （平成19年）	1000万人 （平成34年度）
⑤　メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少（再掲）	1,400万人 （平成20年度）	平成20年度と比べて25%減少 （平成27年度）
⑥　特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（再掲）	特定健康診査の実施率 41.3% 特定保健指導の実施率 12.3% （平成21年度）	平成25年度から開始する第２期医療費適正化計画に合わせて設定 （平成29年度）

(4)　ＣＯＰＤ

項　　目	現　　状	目　　標
①　ＣＯＰＤの認知度の向上	25% （平成23年）	80% （平成34年度）

別表第三　社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1)　こころの健康

項　　目	現　　状	目　　標
①　自殺者の減少（人口10万人当た	23.4	自殺総合対策大綱の見直し

り）	（平成22年）	の状況を踏まえて設定
② 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少	10.4% （平成22年）	9.4% （平成34年度）
③ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加	33.6% （平成19年）	100% （平成32年）
④ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加	小児科医 94.4 （平成22年） 児童精神科医 10.6 （平成21年）	増加傾向へ （平成26年）

（2） 次世代の健康

項目	現状	目標
① 健康な生活習慣（栄養・食生活、運動）を有する子どもの割合の増加		
ア 朝・昼・夕の三食を必ず食べることに気をつけて食事をしている子どもの割合の増加	小学5年生 89.4% （平成22年度）	100%に近づける （平成34年度）
イ 運動やスポーツを習慣的にしている子どもの割合の増加	（参考値）週に３日以上 小学５年生 男子 61.5% 女子 35.9% （平成22年）	増加傾向へ （平成34年度）
② 適正体重の子どもの増加		
ア 全出生数中の低出生体重児の割合の減少	9.6% （平成22年）	減少傾向へ （平成26年）
イ 肥満傾向にある子どもの割合の減少	小学５年生の中等度・高度肥満傾向児の割合 男子 4.60% 女子 3.39% （平成23年）	減少傾向へ （平成26年）

（3） 高齢者の健康

項目	現状	目標
① 介護保険サービス利用者の増加の抑制	452万人 （平成24年度）	657万人 （平成37年度）
② 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上	0.9% （平成21年）	10% （平成34年度）
③ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）を認知している国民の割合の増加	（参考値）17.3% （平成24年）	80% （平成34年度）
④ 低栄養傾向（ＢＭＩ20以下）の高齢者の割合の増加の抑制	17.4% （平成22年）	22% （平成34年度）
⑤ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少（1,000人当たり）	男性 218人 女性 291人 （平成22年）	男性 200人 女性 260人 （平成34年度）
⑥ 高齢者の社会参加の促進（就業	(参考値)何らかの地域活動	80%

又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加）	をしている高齢者の割合 男性　64.0% 女性　55.1% （平成20年）	（平成34年度）

（注）上記①の目標については、社会保障・税一体改革大綱（平成 24 年 2 月 17 日閣議決定）の策定に当たって試算した結果に基づき設定したものである。

別表第四　健康を支え、守るための社会環境の整備に関する目標

項　　目	現　　状	目　　標
①　地域のつながりの強化（居住地域でお互いに助け合っていると思う国民の割合の増加）	（参考値）自分と地域のつながりが強い方だと思う割合 45.7% （平成19年）	65% （平成34年度）
②　健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加	（参考値）健康や医療サービスに関係したボランティア活動をしている割合 3.0% （平成18年）	25% （平成34年度）
③　健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加	420社 （平成24年）	3,000社 （平成34年度）
④　健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加	（参考値）民間団体から報告のあった活動拠点数 7,134 （平成24年）	15,000 （平成34年度）
⑤　健康格差対策に取り組む自治体の増加（課題となる健康格差の実態を把握し、健康づくりが不利な集団への対策を実施している都道府県の数）	11都道府県 （平成24年）	47都道府県 （平成34年度）

別表第五　栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

⑴　栄養・食生活

項　　目	現　　状	目　　標
①　適正体重を維持している者の増加（肥満（ＢＭＩ25以上）、やせ（ＢＭＩ18.5未満）の減少）	20歳～60歳代男性の肥満者の割合　31.2% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合　22.2% 20歳代女性のやせの者の割合　29.0% （平成22年）	20歳～60歳代男性の肥満者の割合　28% 40歳～60歳代女性の肥満者の割合　19% 20歳代女性のやせの者の割合　20% （平成34年度）
②　適切な量と質の食事をとる者の増加		
ア　主食・主菜・副菜を組み合わせた食事が１日２回以上の日がほぼ毎日の者の割合の増加	68.1% （平成23年）	80% （平成34年度）

イ　食塩摂取量の減少	10.6g （平成22年）	８ｇ （平成34年度）
ウ　野菜と果物の摂取量の増加	野菜摂取量の平均値 282g 果物摂取量100ｇ未満の者の割合 61.4% （平成22年）	野菜摂取量の平均値 350ｇ 果物摂取量100ｇ未満の者の割合 30% （平成34年度）
③　共食の増加（食事を１人で食べる子どもの割合の減少）	朝食　小学生　15.3% 中学生　33.7% 夕食　小学生　2.2% 中学生　6.0% （平成22年度）	減少傾向へ （平成34年度）
④　食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加	食品企業登録数　14社 飲食店登録数　17,284店舗 （平成24年）	食品企業登録数　100社 飲食店登録数　30,000店舗 （平成34年度）
⑤　利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加	（参考値）管理栄養士・栄養士を配置している施設の割合 70.5% （平成22年）	80% （平成34年度）

(2)　身体活動・運動

項　　目	現　　状	目　　標
①　日常生活における歩数の増加	20歳～64歳 男性　7,841歩 女性　6,883歩 65歳以上 男性　5,628歩 女性　4,584歩 （平成22年）	20歳～64歳 男性　9,000歩 女性　8,500歩 65歳以上 男性　7,000歩 女性　6,000歩 （平成34年度）
②　運動習慣者の割合の増加	20歳～64歳 男性　26.3% 女性　22.9% 65歳以上 男性　47.6% 女性　37.6% （平成22年）	20歳～64歳 男性　36% 女性　33% 65歳以上 男性　58% 女性　48% （平成34年度）
③　住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加	17都道府県 （平成24年）	47都道府県 （平成34年度）

(3)　休養

項　　目	現　　状	目　　標
①　睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少	18.4% （平成21年）	15% （平成34年度）
②　週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少	9.3% （平成23年）	5.0% （平成32年）

(4)　飲酒

項　　目	現　　状	目　　標
①　生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者（１日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者）の割合の減少	男性　15.3% 女性　7.5% （平成22年）	男性　13% 女性　6.4% （平成34年度）
②　未成年者の飲酒をなくす	中学３年生 男子　10.5% 女子　11.7% 高校３年生 男子　21.7% 女子　19.9% （平成22年）	0% （平成34年度）
③　妊娠中の飲酒をなくす	8.7% （平成22年）	0% （平成26年）

(5)　喫煙

項　　目	現　　状	目　　標
①　成人の喫煙率の減少（喫煙をやめたい者がやめる）	19.5% （平成22年）	12% （平成34年度）
②　未成年者の喫煙をなくす	中学１年生 男子　1.6% 女子　0.9% 高校３年生 男子　8.6% 女子　3.8% （平成22年）	0% （平成34年度）
③　妊娠中の喫煙をなくす	5.0% （平成22年）	0% （平成26年）
④　受動喫煙（家庭・職場・飲食店・行政機関・医療機関）の機会を有する者の割合の減少	行政機関　16.9% 医療機関　13.3% （平成20年） 職場　64% （平成23年） 家庭　　10.7% 飲食店　50.1% （平成22年）	行政機関　0% 医療機関　0% （平成34年度） 職場　受動喫煙の無い職場の実現 （平成32年） 家庭　　3% 飲食店　15% （平成34年度）

(6)　歯・口腔の健康

項　　目	現　　状	目　　標
①　口腔機能の維持・向上（60歳代における咀嚼（そしゃく）良好者の割合の増加）	73.4% （平成21年）	80% （平成34年度）
②　歯の喪失防止		
ア　80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	25.0% （平成17年）	50% （平成34年度）

イ　60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合の増加	60.2% （平成17年）	70% （平成34年度）
ウ　40歳で喪失歯のない者の割合の増加	54.1% （平成17年）	75% （平成34年度）
③　歯周病を有する者の割合の減少		
ア　20歳代における歯肉に炎症所見を有する者の割合の減少	31.7% （平成21年）	25% （平成34年度）
イ　40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	37.3% （平成17年）	25% （平成34年度）
ウ　60歳代における進行した歯周炎を有する者の割合の減少	54.7% （平成17年）	45% （平成34年度）
④　乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加		
ア　３歳児でう蝕がない者の割合が80%以上である都道府県の増加	６都道府県 （平成21年）	23都道府県 （平成34年度）
イ　12歳児の一人平均う歯数が1.0歯未満である都道府県の増加	７都道府県 （平成23年）	28都道府県 （平成34年度）
⑤　過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加	34.1% （平成21年）	65% （平成34年度）

１．書類等の題名：【資料９】奈良県職能団体からの要望書

資料として次の団体の要望書を添付

（資料９－１）奈良県理学療法士協会からの要望書

（資料９－２）奈良県作業療法士会からの要望書

（資料９－３）奈良県言語聴覚士会からの要望書

資料10

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科
リハビリテーション学専攻(修士課程)(仮称)の修了生に対する
病院・医療関連施設等の採用意向に関するアンケート調査報告

令和４年１月

一般財団法人　日本開発構想研究所

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科
リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の修了生に対する
病院・医療関連施設等の採用意向に関するアンケート調査報告

１．調査概要

（1） 調査目的

令和 5 年 4 月に予定している奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の開設に向けて、修了生の就職が見込まれる 2 府 2 県（奈良県、京都府、大阪府、兵庫県）の病院・医療関連施設等のリハビリテーション部門採用担当者にアンケートを実施し、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の修了生に対する病院・医療関連施設等の採用意向を把握することを目的とする。

（2） 調査対象

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）修了生の就職が見込まれる病院・医療関連施設等 1,333 施設のリハビリテーション部門管理者にアンケート調査を実施。

（3） 調査方法

奈良学園大学大学院（修士課程）修了生の就職が見込まれる病院・医療関連施設等 1,333 施設のリハビリテーション部門管理者にアンケート用紙及び奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の概要を示したリーフレットを郵送し、アンケートを実施した。回答用紙は一般財団法人日本開発構想研究所へ病院・医療関連施設等から直接郵送。

その結果、317 件の有効回答を得た。集計結果より、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の修了生に対する採用意向を分析した。

（4） 調査実施期間

令和 3 年 11 月～令和 4 年 1 月

（5） 有効回収率等

調査対象数：1,333 件
有効回答数：317 件
有効回収率：約 23.8%（有効回答 317 件 ÷ 調査対象 1,333 件）

※奈良学園大学大学院にて設置を構想しているリハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）は仮称であるが、その旨の表示を本文中では省略した。

２．調査結果

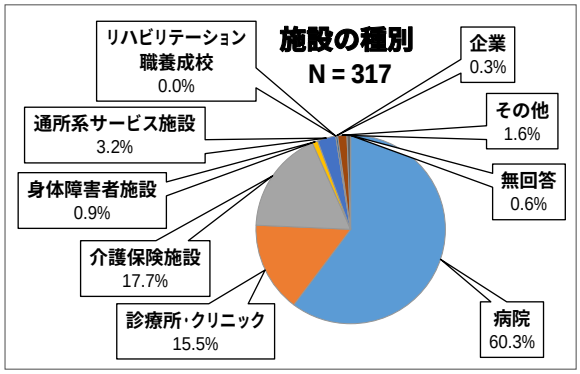
（1）施設の種別について

施設の種別について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「病院」が 191 件（60.3%）と最も多く、次いで「介護保険施設」56 件（17.7%）、「診療所・クリニック」49 件（15.5%）、「通所系サービス施設」10 件（3.2%）、「その他」5 件（1.6%）、「身体障害者施設」3 件（0.9%）、「企業」1 件（0.3%）の順になっている。

※「無回答」2 件（0.6%）

施設の種別

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	病院	191	60.3
2	診療所・クリニック	49	15.5
3	介護保険施設	56	17.7
4	身体障害者施設	3	0.9
5	通所系サービス施設	10	3.2
6	リハビリテーション職養成校	0	0.0
7	企業	1	0.3
8	その他	5	1.6
	無回答	2	0.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100

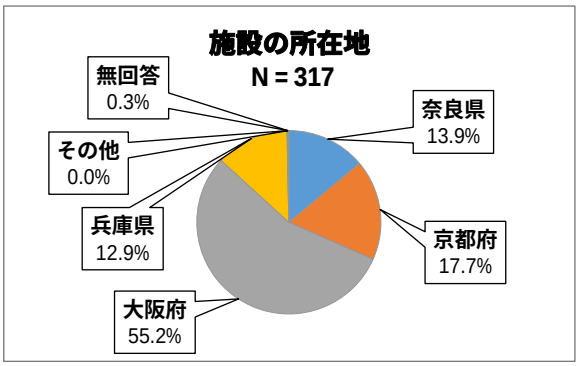


（2）施設の所在地について

施設の所在地について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「大阪府」が 175 件（55.2%）と最も多く、次いで「京都府」56 件（17.7%）、「奈良県」44 件（13.9%）、「兵庫県」41 件（12.9%）の順になっている。　※「無回答」1 件（0.3%）

施設の所在地

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	奈良県	44	13.9
2	京都府	56	17.7
3	大阪府	175	55.2
4	兵庫県	41	12.9
5	その他	0	0.0
	無回答	1	0.3
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



（3）今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の採用人数について

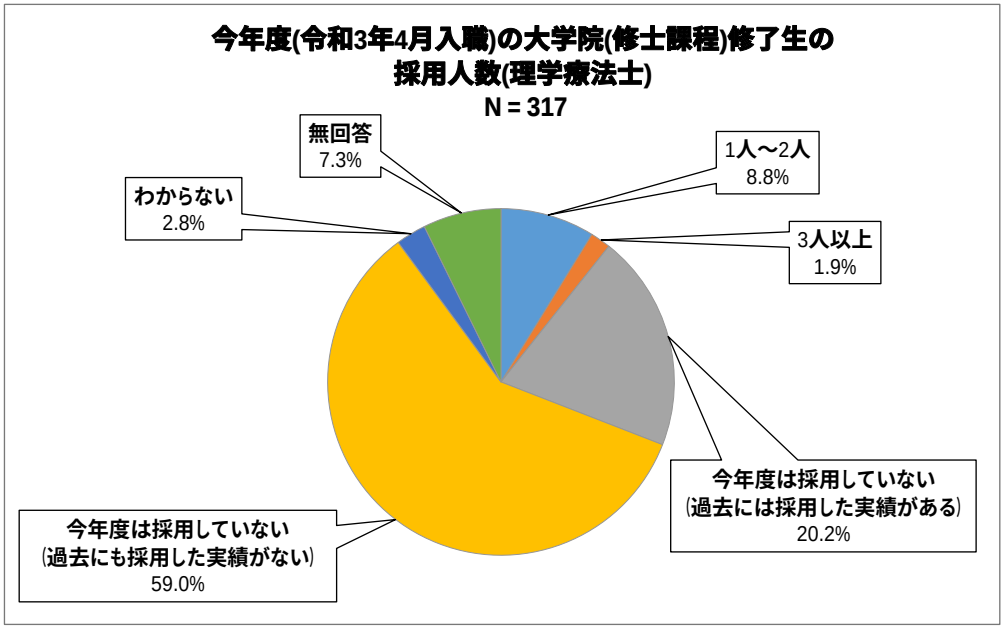
3-1　今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の採用人数（理学療法士）

今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の理学療法士の採用人数について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）」が 187 件（59.0%）と最も多く、次いで「今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）」64 件（20.2%）、「1 人～2 人」28 件（8.8%）、「わからない」9 件（2.8%）、「3 人以上」6 件（1.9%）の順になっている。

※「無回答」23 件（7.3%）

今年度(令和3年4月入職)の大学院(修士課程)修了生の採用人数(理学療法士)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人～2人	28	8.8
2	3人以上	6	1.9
3	今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）	64	20.2
4	今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）	187	59.0
5	わからない	9	2.8
	無回答	23	7.3
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



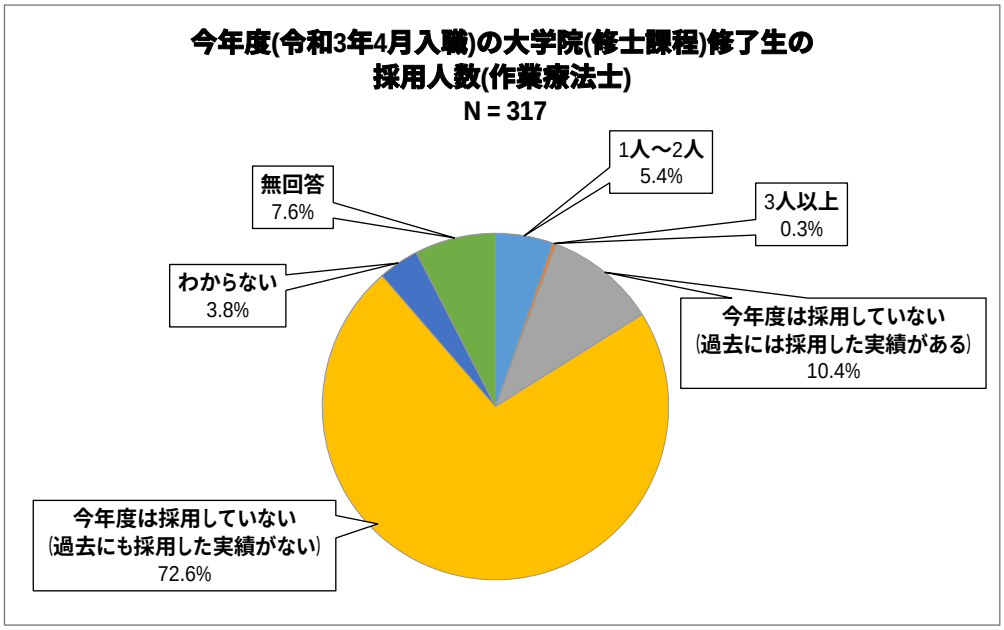
3-2　今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の採用人数（作業療法士）

今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の作業療法士の採用人数について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）」が 230 件（72.6%）と最も多く、次いで「今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）」33 件（10.4%）、「1 人～2 人」17 件（5.4%）、「わからない」12 件（3.8%）、「3 人以上」1 件（0.3%）の順になっている。

※「無回答」24 件（7.6%）

今年度(令和3年4月入職)の大学院(修士課程)修了生の採用人数(作業療法士)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人～2人	17	5.4
2	3人以上	1	0.3
3	今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）	33	10.4
4	今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）	230	72.6
5	わからない	12	3.8
	無回答	24	7.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100

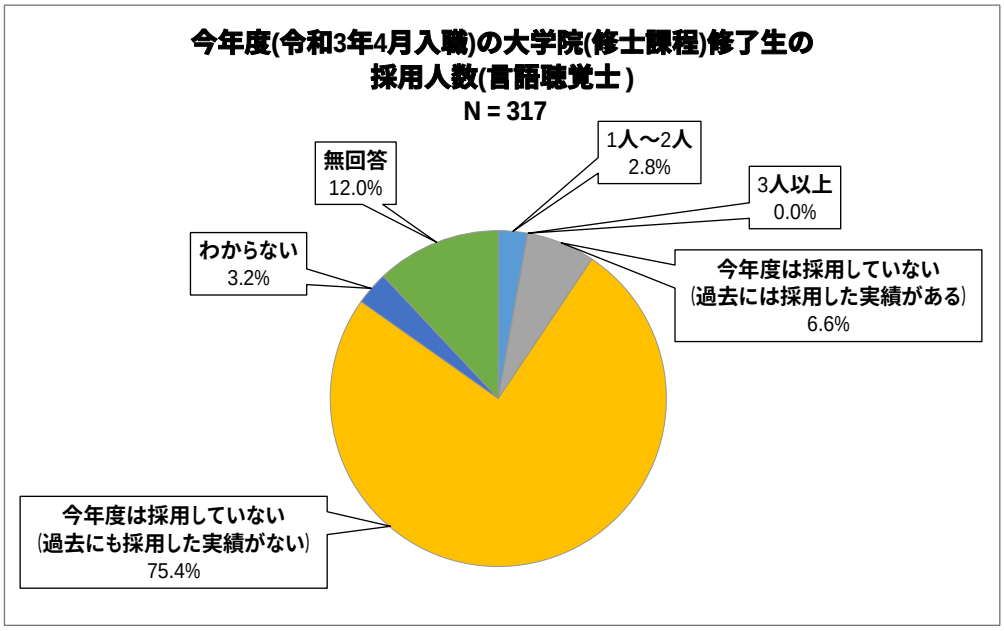


3-3　今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の採用人数（言語聴覚士）

今年度（令和 3 年 4 月入職）の大学院（修士課程）修了生の言語聴覚士の採用人数について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）」が 239 件（75.4%）と最も多く、次いで「今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）」21 件（6.6%）、「わからない」10 件（3.2%）、「1 人～2 人」9 件（2.8%）の順になっている。　※「無回答」38 件（12.0%）

今年度(令和3年4月入職)の大学院(修士課程)修了生の採用人数(言語聴覚士)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人～2人	9	2.8
2	3人以上	0	0.0
3	今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）	21	6.6
4	今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）	239	75.4
5	わからない	10	3.2
	無回答	38	12.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



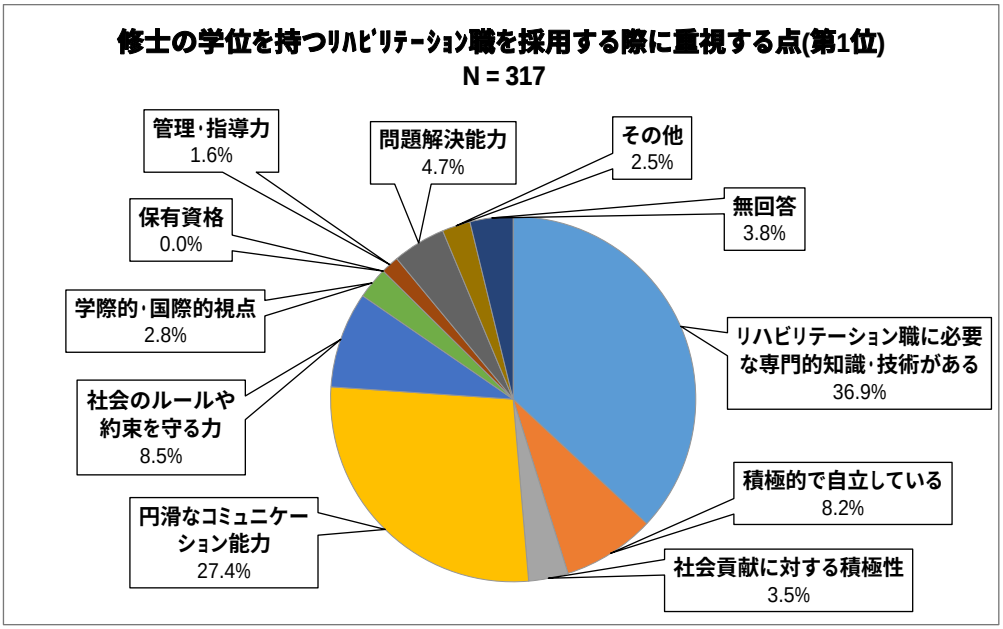
（4）修士の学位を持つリハビリテーション職を採用する際に重視する点について

4-1　修士の学位を持つリハビリテーション職を採用する際に重視する点（第 1 位）

修士の学位を持つリハビリテーション職を採用する際に特に重視している点（第 1 位）について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある」が 117 件（36.9%）と最も多く、次いで「円滑なコミュニケーション能力」87 件（27.4%）、「社会のルールや約束を守る力」27 件（8.5%）、「積極的で自立している」26 件（8.2%）、「問題解決能力」15 件（4.7%）、「社会貢献に対する積極性」11 件（3.5%）、「学際的・国際的視点」9 件（2.8%）、「その他」8 件（2.5%）、「管理・指導力」5 件（1.6%）の順になっている。　※「無回答」12 件（3.8%）

修士の学位を持つﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職を採用する際に重視する点(第1位)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある	117	36.9
2	積極的で自立している	26	8.2
3	社会貢献に対する積極性	11	3.5
4	円滑なコミュニケーション能力	87	27.4
5	社会のルールや約束を守る力	27	8.5
6	学際的・国際的視点	9	2.8
7	保有資格	0	0.0
8	管理・指導力	5	1.6
9	問題解決能力	15	4.7
10	その他	8	2.5
	無回答	12	3.8
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



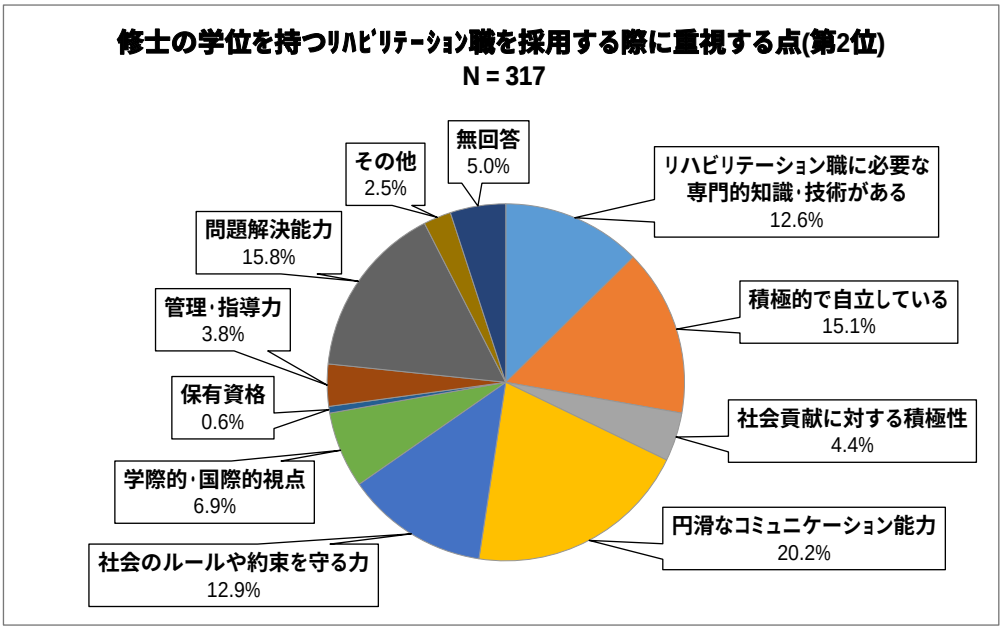
4-2　修士の学位を持つリハビリテーション職を採用する際に重視する点（第 2 位）

修士の学位を持つリハビリテーション職を採用する際に特に重視している点（第 2 位）について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「円滑なコミュニケーション能力」が 64 件（20.2%）と最も多く、次いで「問題解決能力」50 件（15.8%）、「積極的で自立している」48 件（15.1%）、「社会のルールや約束を守る力」41 件（12.9%）、「リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある」40 件（12.6%）、「学際的・国際的視点」22 件（6.9%）、「社会貢献に対する積極性」14 件（4.4%）、「管理・指導力」12 件（3.8%）、「その他」8 件（2.5%）、「保有資格」2 件（0.6%）の順になっている。

※「無回答」16 件（5.0%）

修士の学位を持つﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職を採用する際に重視する点(第2位)

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある	40	12.6
2	積極的で自立している	48	15.1
3	社会貢献に対する積極性	14	4.4
4	円滑なコミュニケーション能力	64	20.2
5	社会のルールや約束を守る力	41	12.9
6	学際的・国際的視点	22	6.9
7	保有資格	2	0.6
8	管理・指導力	12	3.8
9	問題解決能力	50	15.8
10	その他	8	2.5
	無回答	16	5.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



（5）修士の学位を持つリハビリテーション職の採用意向について

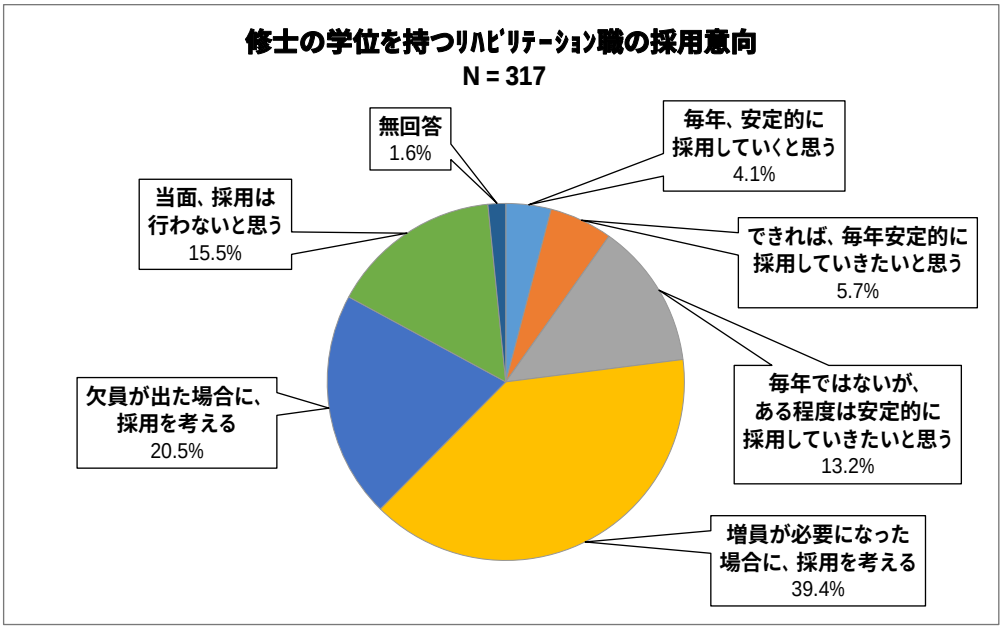
修士の学位を持つリハビリテーション職の今後の採用意向について調査した結果、回答のあった病院・医療関連施設等 317 施設のうち、「増員が必要になった場合に、採用を考える」が 125 件（39.4%）と最も多く、次いで「欠員が出た場合に、採用を考える」65 件（20.5%）、「当面、採用は行わないと思う」49 件（15.5%）、「毎年ではないが、ある程度は安定的に採用していきたいと思う」42 件（13.2%）、「できれば、毎年安定的に採用していきたいと思う」18 件（5.7%）、「毎年、安定的に採用していくと思う」13 件（4.1%）の順になっている。

※「無回答」5 件（1.6%）

なお、「当面、採用は行わないと思う」、「無回答」以外の肯定的な回答を合算すると、263 件（83.0%）となっている。

修士の学位を持つﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職の採用意向

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	毎年、安定的に採用していくと思う	13	4.1
2	できれば、毎年安定的に採用していきたいと思う	18	5.7
3	毎年ではないが、ある程度は安定的に採用していきたいと思う	42	13.2
4	増員が必要になった場合に、採用を考える	125	39.4
5	欠員が出た場合に、採用を考える	65	20.5
6	当面、採用は行わないと思う	49	15.5
	無回答	5	1.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



（6）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の社会的必要性について

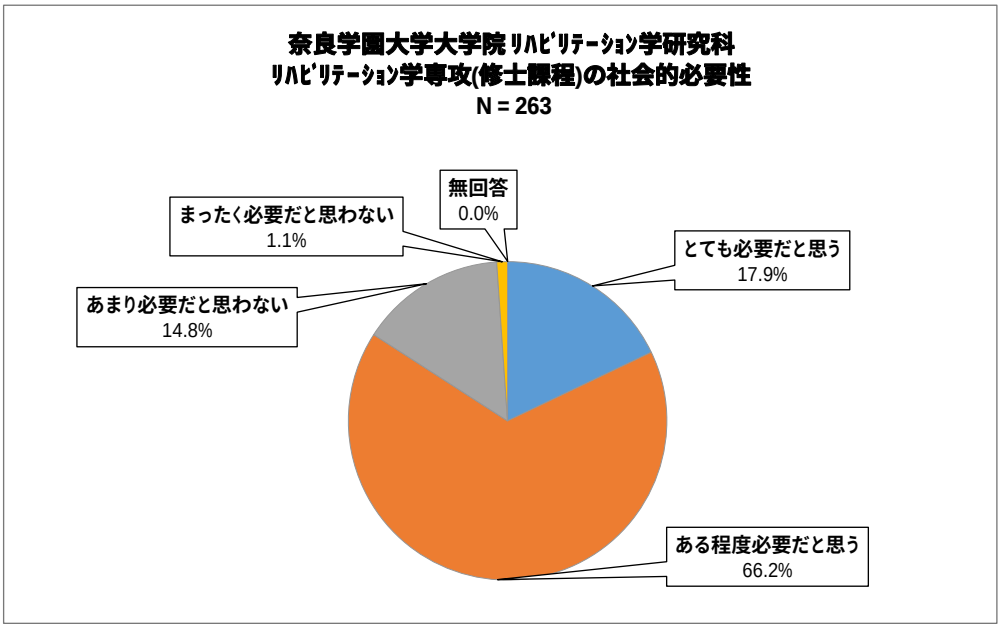
「(5) 修士の学位を持つリハビリテーション職の採用意向について」で、肯定的な採用意向を示した病院・医療関連施設等 263 施設に対して、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の社会的必要性について調査した。

その結果、「ある程度必要だと思う」が 174 件（66.2%）と最も多く、次いで「とても必要だと思う」47 件（17.9%）、「あまり必要だと思わない」39 件（14.8%）、「まったく必要だと思わない」3 件（1.1%）の順になっている。

なお、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）について、「とても必要だと思う」、「ある程度必要だと思う」の肯定的な回答を合算すると、221 件（84.0%）となっている。

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)の社会的必要性

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	とても必要だと思う	47	17.9
2	ある程度必要だと思う	174	66.2
3	あまり必要だと思わない	39	14.8
4	まったく必要だと思わない	3	1.1
	無回答	0	0.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	263	100



（7）奈良学園大学大学院　リハビリテーション学研究科　リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について

「(6）奈良学園大学大学院　リハビリテーション学研究科　リハビリテーション学専攻（修士課程）の社会的必要性について」で、肯定的な回答をした病院・医療関連施設等 221 施設に対して、奈良学園大学大学院　リハビリテーション学研究科　リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について調査した。

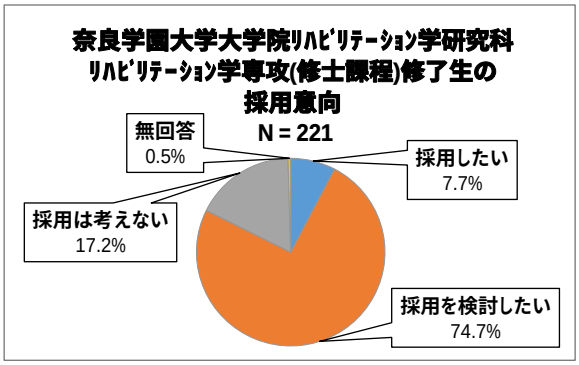
その結果、「採用を検討したい」が 165 件（74.7%）と最も多く、次いで「採用は考えない」38 件（17.2%)、「採用したい」17 件（7.7%）の順になっている。

※「無回答」1 件（0.5%）

なお、「採用したい」、「採用を検討したい」の肯定的な回答を合算すると、182 件（82.4%）となっている。

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)修了生の採用意向

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	採用したい	17	7.7
2	採用を検討したい	165	74.7
3	採用は考えない	38	17.2
	無回答	1	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ)	221	100



（8）奈良学園大学大学院　リハビリテーション学研究科　リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用人数について

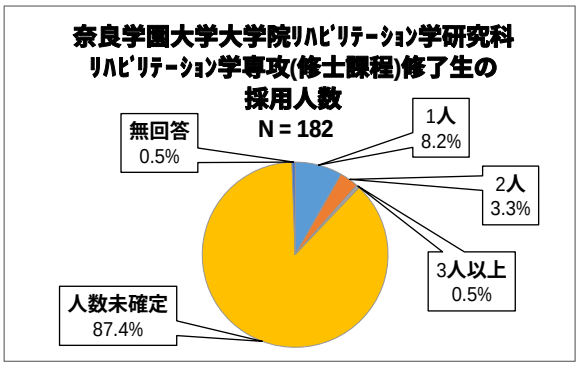
「(7）奈良学園大学大学院　リハビリテーション学研究科　リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について」で肯定的な採用意向を示した 182 施設に対して、奈良学園大学大学院　リハビリテーション学研究科　リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の将来的な採用人数について調査した。

その結果、「人数未確定」が 159 件（87.4%）と最も多く、次いで「1 人」15 件（8.2%)、「2 人」6 件（3.3%)、「3 人以上」1 件（0.5%）の順になっている。

※「無回答」1 件（0.5%）

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)修了生の採用人数

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人	15	8.2
2	2人	6	3.3
3	3人以上	1	0.5
4	人数未確定	159	87.4
	無回答	1	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ)	182	100



（9）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への職員の入学希望について

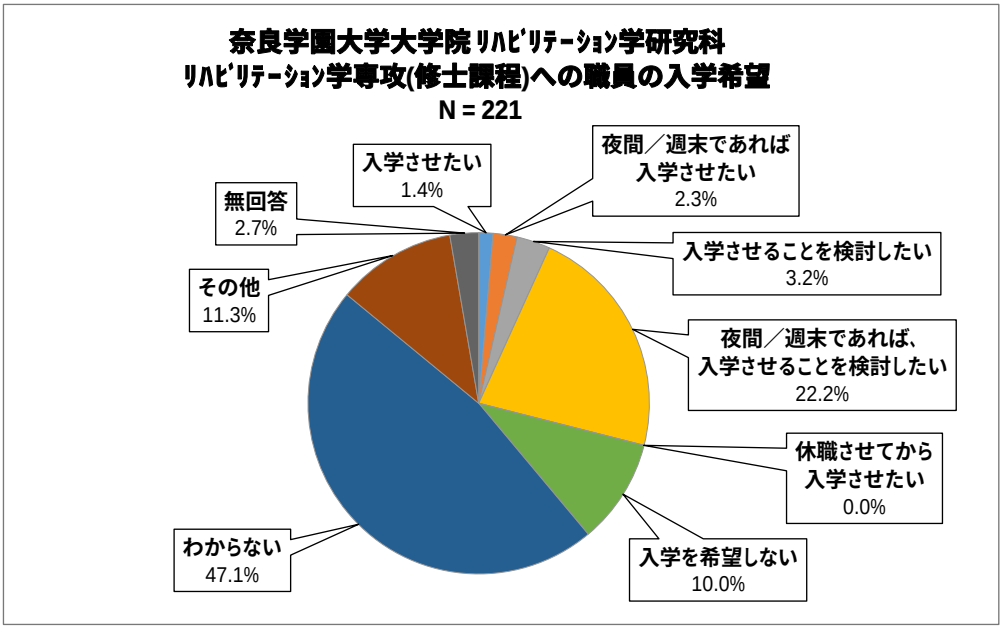
「（6）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の社会的必要性について」で、肯定的な回答をした病院・医療関連施設等 221 施設に対して、職員の奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学希望について調査した。

その結果、「わからない」が 104 件（47.1%）と最も多く、次いで「夜間／週末であれば、入学させることを検討したい」49 件（22.2%）、「その他」25 件（11.3%）、「入学を希望しない」22 件（10.0%）、「入学させることを検討したい」7 件（3.2%）、「夜間／週末であれば入学させたい」5 件（2.3%）、「入学させたい」3 件（1.4%）の順になっている。

※「無回答」6 件（2.7%）

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への職員の入学希望

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	入学させたい	3	1.4
2	夜間／週末であれば入学させたい	5	2.3
3	入学させることを検討したい	7	3.2
4	夜間／週末であれば、入学させることを検討したい	49	22.2
5	休職させてから入学させたい	0	0.0
6	入学を希望しない	22	10.0
7	わからない	104	47.1
8	その他	25	11.3
	無回答	6	2.7
	N （%ﾍﾞｰｽ）	221	100



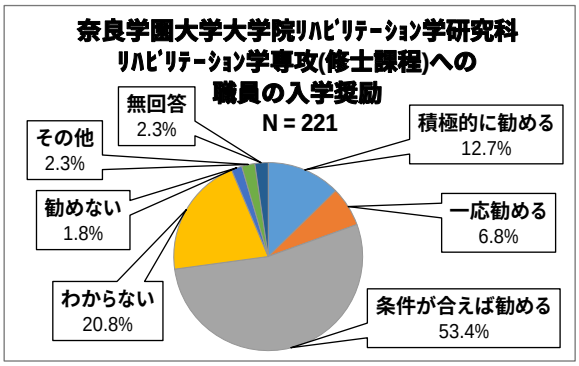
（10）奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への職員の入学奨励について

「(6) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の社会的必要性について」で、肯定的な回答をした病院・医療関連施設等 221 施設に対して、職員の奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）への入学奨励について調査した。

その結果、「条件が合えば勧める」が 118 件（53.4%）と最も多く、次いで「わからない」46 件（20.8%）、「積極的に勧める」28 件（12.7%）、「一応勧める」15 件（6.8%）、「その他」5 件（2.3%）、「勧めない」4 件（1.8%）の順になっている。※「無回答」5 件（2.3%）

奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への職員の入学奨励

№	カテゴリ	件数	(全体)%
1	積極的に勧める	28	12.7
2	一応勧める	15	6.8
3	条件が合えば勧める	118	53.4
4	わからない	46	20.8
5	勧めない	4	1.8
6	その他	5	2.3
	無回答	5	2.3
	N （%ﾍﾞｰｽ)	221	100



３．調査結果のまとめ

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生に対する将来的な採用意向人数の集計にあたっては、「(7) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について」の肯定的な回答数と、「(8) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用人数について」の将来的な採用人数の各選択肢（「1 人」、「2 人」、「3 人以上」、「人数未確定」※）を乗じ、これを合計し、算出した。

※「3 人以上」は最低数である「3 人」として計算した。

「人数未確定」とは、「(7) 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の採用意向について」にて、「採用したい」、「採用を検討したい」と回答し将来的な採用意向は示すが、アンケートの時点では将来的な採用人数について確定していないものである。したがって、本調査では「人数未確定」の将来的な採用人数を最低数である「1 人」として計算した。

下表より、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生に対する採用意向人数は「採用したい」のみで合計した場合、21 人分となる。入学定員は 4 人であるため、約 5.3 倍の採用意向を確保できている。

また、「採用したい」、「採用を検討したい」を合計した場合、採用意向人数は 189 人分となり、これは入学定員 4 人に対して約 47.3 倍となる。

リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）＜採用意向×採用人数＞

回答数(件) / 人数(人)	「採用したい」のみ		合計	
1人(A)	2	(a)	(A)×(a)	2
2人(B)	2	(b)	(B)×(b)	4
3人以上(C)	1	(c)	(C)×(c)	3
人数未確定(D)	12	(d)	(D)×(d)	12
無回答	-			
			合計採用意向	21人

回答数(件) / 人数(人)	「採用したい」「採用を検討したい」の合計		合計	
1人(A)	15	(a)	(A)×(a)	15
2人(B)	6	(b)	(B)×(b)	12
3人以上(C)	1	(c)	(C)×(c)	3
人数未確定(D)	159	(d)	(D)×(d)	159
無回答	1			
			合計採用意向	189人

※採用人数が無回答であった場合は、計算から除外した

以上の調査結果と、今回の調査対象以外への進路も考えられることから、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）の修了生の進路は十分に確保できるものと考える。

調査票

採用意向用

奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の設置に係るアンケート調査

・奈良学園大学では、令和５年（2023 年）４月を目途に、大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の設置を計画しています。このアンケート調査は大学院設置計画の基礎資料とするため、貴施設の採用状況・意向についてお伺いするものです。ご協力をお願いします。
・このアンケートの結果は、統計資料としてのみ用い、目的以外に利用することはございません。
・回答は、該当する番号を回答欄の□の中へ直接ご記入ください。
＊内容は構想中であり、変更となる場合がございます。

★調査回答締め切りのお願い★

令和３年 12 月 10 日（金）までに、同封の返信用封筒にてご投函頂きますようお願いいたします。

問1　貴施設の種類について、次の中から１つお選びください。

【回答欄】

１　病院
２　診療所・クリニック
３　介護保険施設
４　身体障害者施設
５　通所系サービス施設
６　リハビリテーション職養成校
７　企業
８　その他［具体的に:　　］

□

問2　貴施設の所在地について、次の中から１つお選びください。

１　奈良県
２　京都府
３　大阪府
４　兵庫県
５　その他［　　］

□

問3　貴施設で今年度（令和３年４月入職）に修士の学位を持つリハビリテーション職を何人程度採用されましたか。その人数について、次の中から１つお選びください。

１　１人 ～ ２人
２　３人以上
３　今年度は採用していない（**過去には採用した実績がある**）
４　今年度は採用していない（**過去にも採用した実績がない**）
５　わからない

理学療法士 □
作業療法士 □
言語聴覚士 □

問4　貴施設では修士の学位を持つリハビリテーション職を採用する際に、特にどのようなことを重視していますか。次の中から**第２位まで**お選びください。

１　リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある
２　積極的で自立している
３　社会貢献に対する積極性
４　円滑なコミュニケーション能力
５　社会のルールや約束を守る力
６　学際的・国際的視点
７　保有資格
８　管理・指導力
９　問題解決能力
10　その他［具体的に:　　］

第１位 □
第２位 □

問5　貴施設では今後、修士の学位を持つリハビリテーション職の採用について、どのようにお考えですか。次の中から１つお選びください。

１　毎年、安定的に採用していくと思う
２　できれば、毎年安定的に採用していきたいと思う
３　毎年ではないが、ある程度は安定的に採用していきたいと思う
４　増員が必要になった場合に、採用を考える
５　欠員が出た場合に、採用を考える
６　当面、採用は行わないと思う

□

１～５を選択された方は問６へお進みください。
６を選択された方は問11へお進みください。

裏面へお進みください

採用意向用

ここからは、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の概要資料（リーフレット）をご覧いただいた上でご回答ください

[奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）について]

問6　貴施設では、本学設置予定のリハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の特徴について、これからの社会でどの程度必要だと思われますか。
次の中から１つお選びください。

1　とても必要だと思う
2　ある程度必要だと思う
3　あまり必要だと思わない
4　まったく必要だと思わない

１、２を選択された方は問7へお進みください。
３、４を選択された方は問11へお進みください。

□

問7　奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）修了生の採用意向について、次の中から１つお選びください。

1　採用したい
2　採用を検討したい
3　採用は考えない

１、２を選択された方は問8へお進みください。
３を選択された方は問9へお進みください。

□

問8　問7で「採用したい」「採用を検討したい」を選択された施設におたずねします。貴施設では将来、奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の修了生を毎年何人程度採用したいとお考えですか。次の中から１つお選びください。

1　１人　　2　２人　　3　３人以上　　4　人数未確定

番号でお答えください

□

[奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）への職員の入学について]

問9　貴施設では、本学設置予定のリハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）に、貴施設で働く方の入学を希望しますか。次の中から１つお選びください。

1　入学させたい
2　夜間／週末であれば入学させたい
3　入学させることを検討したい
4　夜間／週末であれば、入学させることを検討したい
5　休職させてから入学させたい
6　入学を希望しない
7　わからない
8　その他　[具体的に:　　]

□

問10 貴施設では、仮に現役のリハビリテーション職の方から、本学設置予定のリハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）で学びたい[学費は職員の自己負担として]と希望があった場合、入学を勧めますか。次の中から１つお選びください。

1　積極的に勧める
2　一応勧める
3　条件が合えば勧める
4　わからない
5　勧めない
6　その他[具体的に:　　]

□

問11 奈良学園大学大学院 リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻（修士課程）（仮称）の設置計画に、ご意見・ご要望がございましたらお聞かせください。
その他、大学の教育内容・活動等についてご希望があれば、あわせてご記入ください。

◆アンケートは以上となります。ご協力誠にありがとうございました◆

計画概要

内容は構想中のものであり、変更となる場合があります

奈良学園大学大学院＜設置構想中＞

リハビリテーション学研究科　修士課程

設置構想中

リハビリテーション学専攻（仮称）

2023年 4月 開設予定

学　　位　修士（リハビリテーション学）
入学定員　４名（予定）男女共学
修業年限　２年（最大在学年数４年）
入学時期　４月
設置場所　奈良学園大学 登美ヶ丘キャンパス（奈良市中登美ヶ丘3丁目15−1）

● 教育の概要

本研究科では、多様化する保健・医療のニーズに対応できる科学的根拠に基づいた臨床実践力を養うとともに、地域・施設現場におけるリハビリテーション医療の複雑化、多様な障害像に主体的、多面的なアプローチとあわせ社会貢献に尽力する高度専門職業人を育成することを目的とする。

● 出願資格

次の (1) ～ (5) のいずれかに該当する者

（1）大学を卒業した者又は卒業見込の者
（2）独立行政法人大学改革支援・学位授与機構により学士の学位を授与された者又は授与される見込の者
（3）短期大学、専修学校又は各種学校等を卒業・修了し3 年以上のリハビリテーション職の実務経験を有する者で、本研究科における入学資格審査により大学を卒業した者と同等以上の学力があると認められた者
（4）文部科学大臣が別に指定する専修学校の専門課程（修業年限が 4 年以上であることその他の文部科学大臣が定める基準を満たすものに限る。）を文部科学大臣が定める日以降に修了した者及び入学の前月までに修了する見込みの者
（5）文部科学大臣の指定した者

● 想定される修了後の進路

（1）高度専門職業人として、医療機関等に勤務
（2）大学院（博士後期課程）へ進学　など

● 社会人学生に対する配慮

大学院設置基準第 14 条による
教育方法の特例を実施（昼夜開講制）

医療職者の資質向上に貢献する目的で、社会人の受け入れを行います。
勤務しながら通学できるよう、夜間、土曜日、集中講義開講や、修業年限を３年に延長する長期履修学生制度を活用するなど、在職のまま学びやすくなるように配慮します。

土曜　①　9:00～10:30　②10:40～12:10　③13:00～14:30　④14:40～16:10
平日　⑤16:20～17:50　⑥18:00～19:30　⑦19:40～21:10

※時間は予定

裏面もごらんください。

学校法人奈良学園
奈良学園大学
NARAGAKUEN UNIVERSITY

＜お問い合わせ先＞
奈良学園大学（登美ヶ丘キャンパス）大学院事務室
〒631-8524　奈良県奈良市中登美ヶ丘３−15−1
電話番号　0745-73-6127

内容は構想中のものであり、変更となる場合があります

● カリキュラムイメージ

高度専門職業人

特別研究	研究指導・修士論文の作成・論文審査
専門科目	臨床実践リハビリテーション分野：運動機能障害、内部機能障害、高次脳機能・心理障害 生活支援リハビリテーション分野：疼痛ケア、地域リハビリテーション、高齢者ケア
基盤科目	高度リハビリテーション実践の基盤となる科目群の学修

● 納付金（予定）

（1）本学保健医療学部（出身）からの入学者
検定料　35,000円　　入学金　50,000円　授業料等　750,000円　　2年目は授業料のみ750,000円

（2）他校（出身）からの入学者
検定料　35,000円　　入学金　200,000円　授業料等　750,000円　　2年目は授業料のみ750,000円

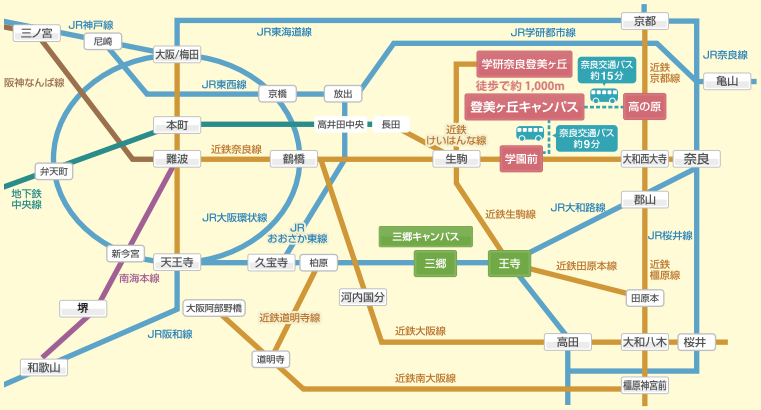
● 類似する近隣の大学院（修士課程）

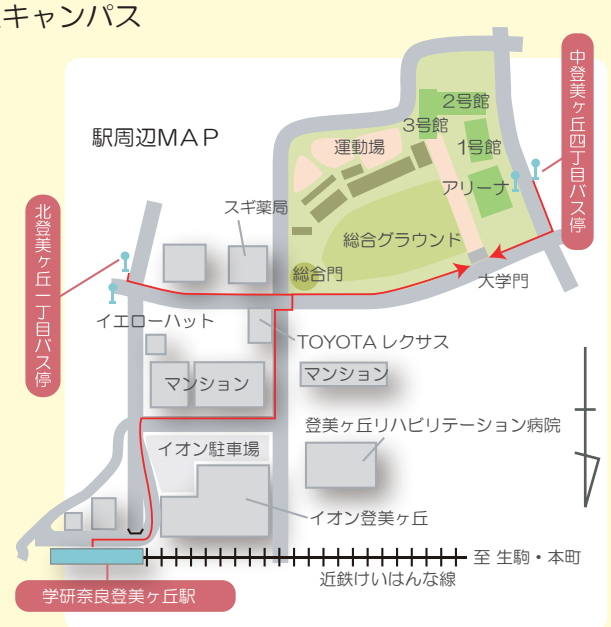
地区	大学院名	研究科・専攻名	学　位	募集人員	学費（年間）	入学金
奈良	奈良学園大学大学院	リハビリテーション学研究科 リハビリテーション学専攻(仮称)	修士（リハビリテーション学）	4名	750,000円	200,000円
奈良	畿央大学大学院	健康科学研究科健康科学専攻	修士（健康科学）	20名	750,000円	190,000円
大阪	大阪保健医療大学大学院	保健医療学研究科保健医療学専攻	修士（保健医療学）	6名	620,000円	300,000円
大阪	森ノ宮医療大学大学院	保健医療学研究科保健医療学専攻	修士（保健医療学）	6名	800,000円	300,000円
京都	京都橘大学大学院	健康科学研究科健康科学専攻 （理学療法学コース）	修士（健康科学）	4名	525,000円	200,000円
兵庫	神戸学院大学大学院	総合リハビリテーション学研究科 医療リハビリテーション学専攻	修士（リハビリテーション学）	3名	660,000円	200,000円

（注意）各大学の情報は2021年11月時点での公式ウェブサイト等により調査。授業料等については諸会費を含んでいない場合があるため、概算として参考にしてください。

● アクセスＭＡＰ

奈良学園 登美ヶ丘キャンパス



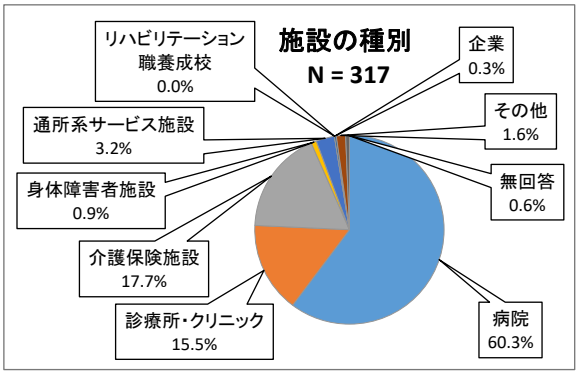


①近鉄けいはんな線「学研奈良登美ヶ丘」駅から西へ約 1000m
②近鉄奈良線「学園前」駅から奈良交通バス約９分
「中登美ヶ丘四丁目」下車　東へ約 150m
③近鉄京都線「高の原」駅から奈良交通バス約 15 分
「北登美ヶ丘一丁目」下車　西へ約 620m

単純集計表

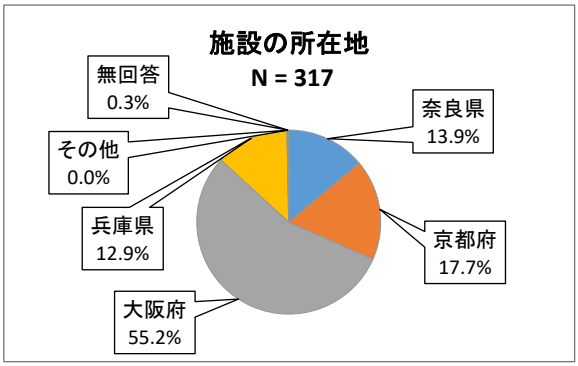
施設の種別

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	病院	191	60.3
2	診療所・クリニック	49	15.5
3	介護保険施設	56	17.7
4	身体障害者施設	3	0.9
5	通所系サービス施設	10	3.2
6	リハビリテーション職養成校	0	0.0
7	企業	1	0.3
8	その他	5	1.6
	無回答	2	0.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



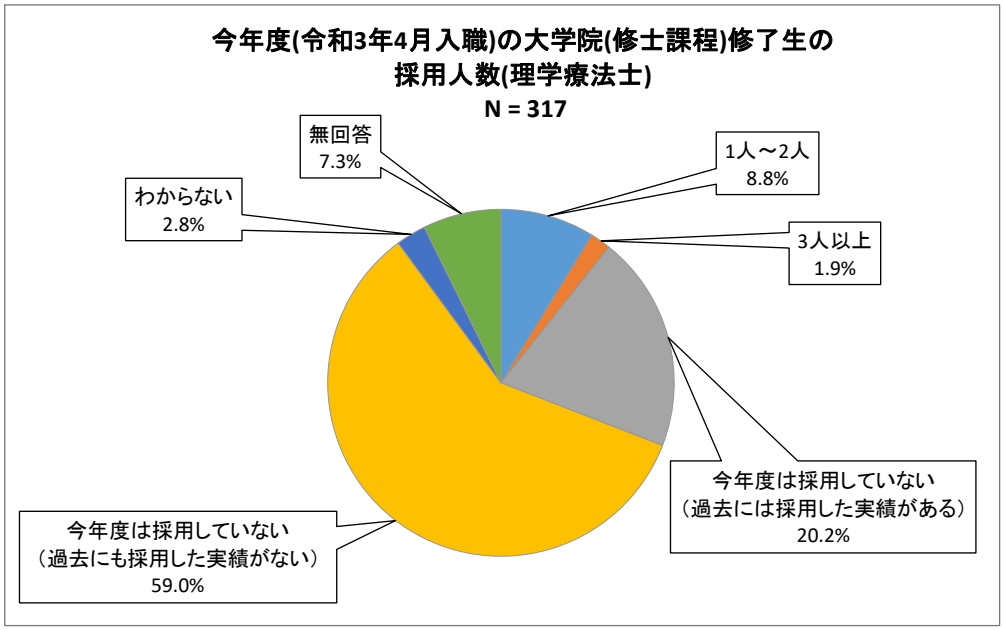
施設の所在地

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	奈良県	44	13.9
2	京都府	56	17.7
3	大阪府	175	55.2
4	兵庫県	41	12.9
5	その他	0	0.0
	無回答	1	0.3
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



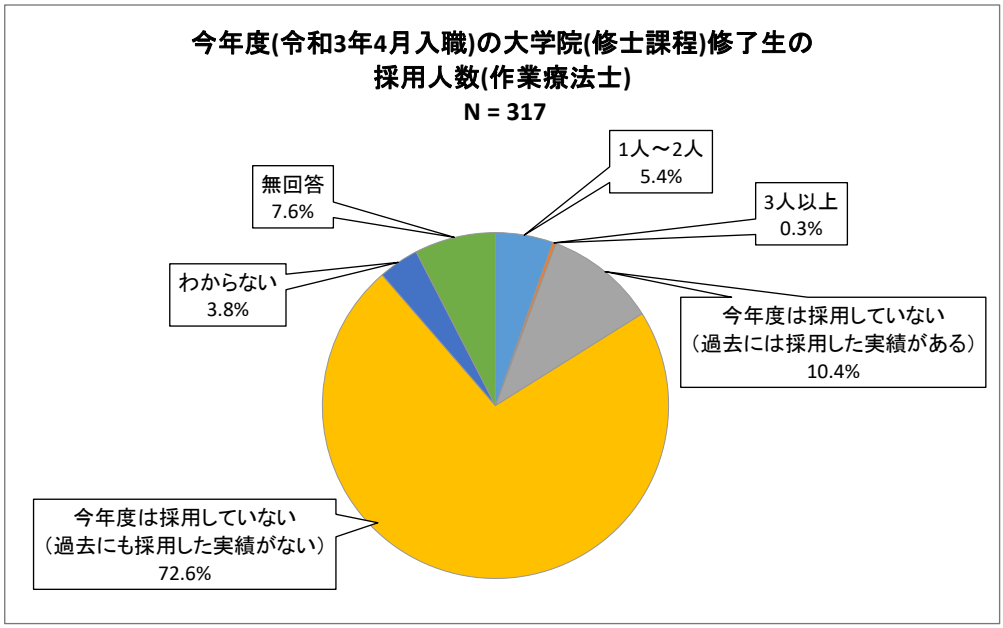
今年度(令和3年4月入職)の大学院(修士課程)修了生の採用人数(理学療法士)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人～2人	28	8.8
2	3人以上	6	1.9
3	今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）	64	20.2
4	今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）	187	59.0
5	わからない	9	2.8
	無回答	23	7.3
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



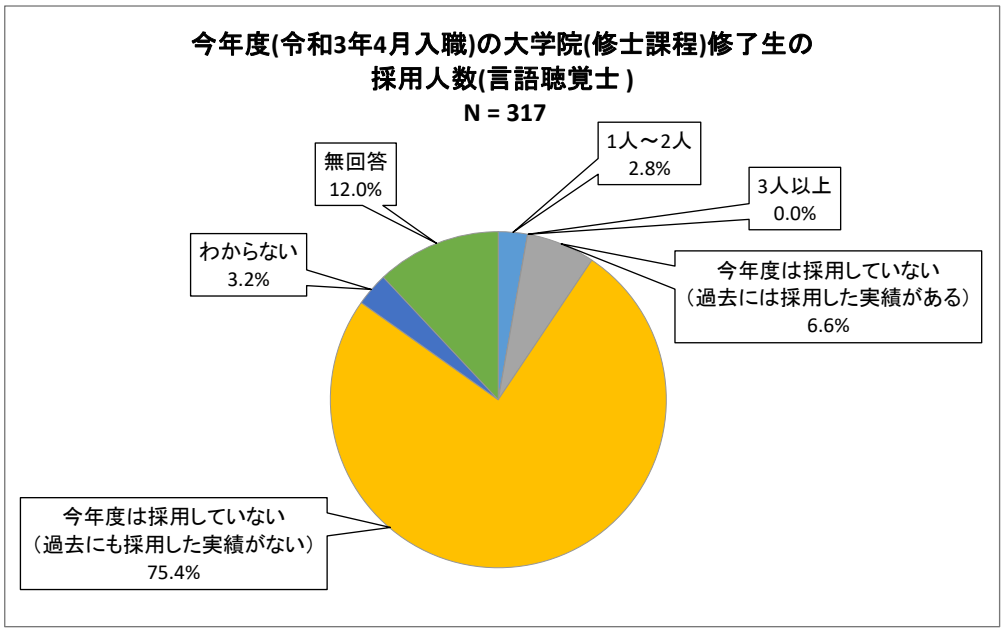
今年度(令和3年4月入職)の大学院(修士課程)修了生の採用人数(作業療法士)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人～2人	17	5.4
2	3人以上	1	0.3
3	今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）	33	10.4
4	今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）	230	72.6
5	わからない	12	3.8
	無回答	24	7.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



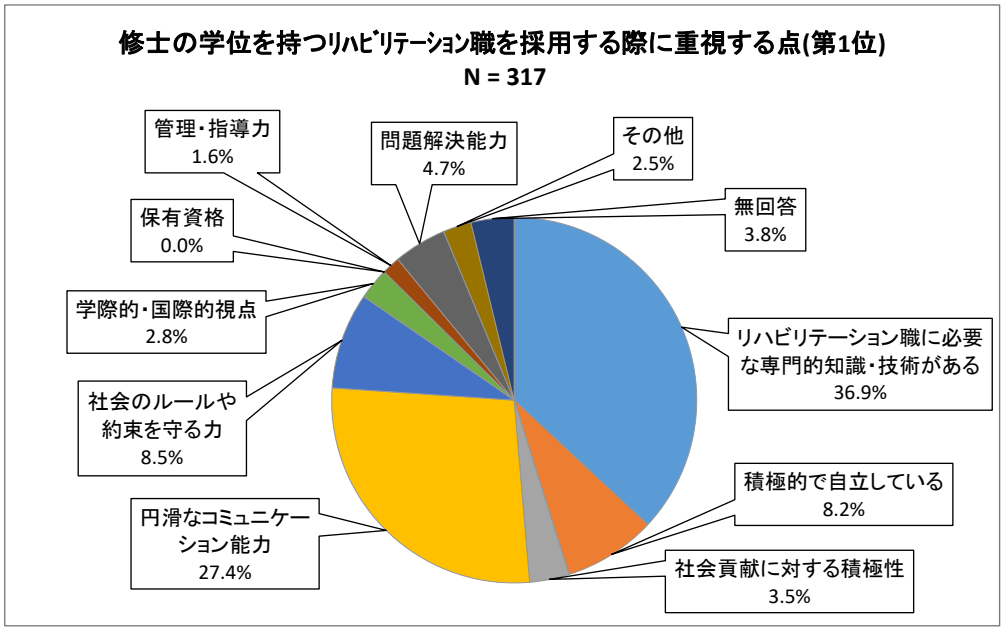
今年度(令和3年4月入職)の大学院(修士課程)修了生の採用人数(言語聴覚士)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人～2人	9	2.8
2	3人以上	0	0.0
3	今年度は採用していない（過去には採用した実績がある）	21	6.6
4	今年度は採用していない（過去にも採用した実績がない）	239	75.4
5	わからない	10	3.2
	無回答	38	12.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



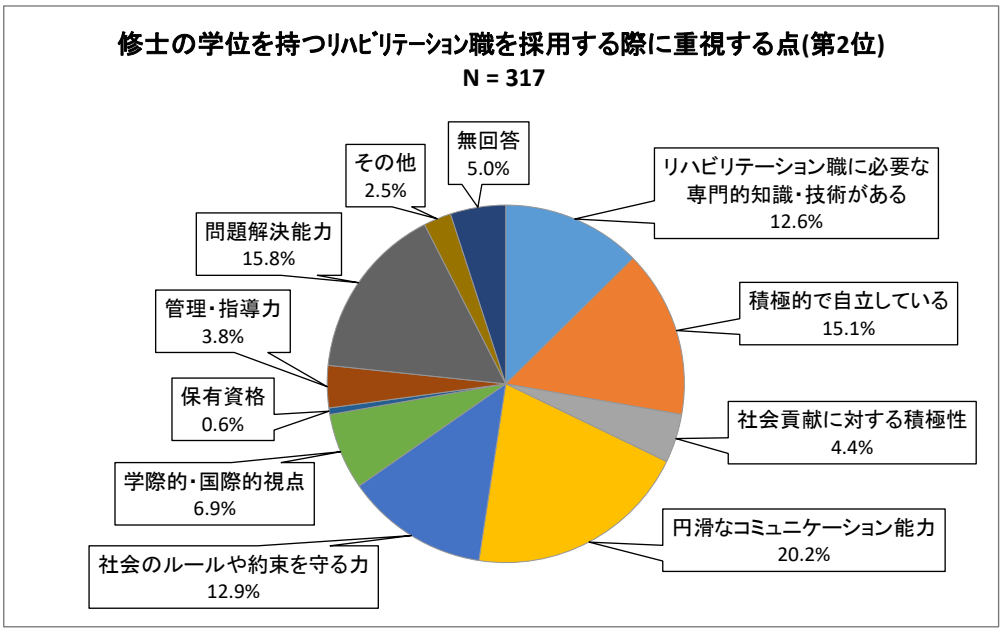
修士の学位を持つﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職を採用する際に重視する点(第1位)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある	117	36.9
2	積極的で自立している	26	8.2
3	社会貢献に対する積極性	11	3.5
4	円滑なコミュニケーション能力	87	27.4
5	社会のルールや約束を守る力	27	8.5
6	学際的・国際的視点	9	2.8
7	保有資格	0	0.0
8	管理・指導力	5	1.6
9	問題解決能力	15	4.7
10	その他	8	2.5
	無回答	12	3.8
	N （%ﾍﾞｰｽ)	317	100



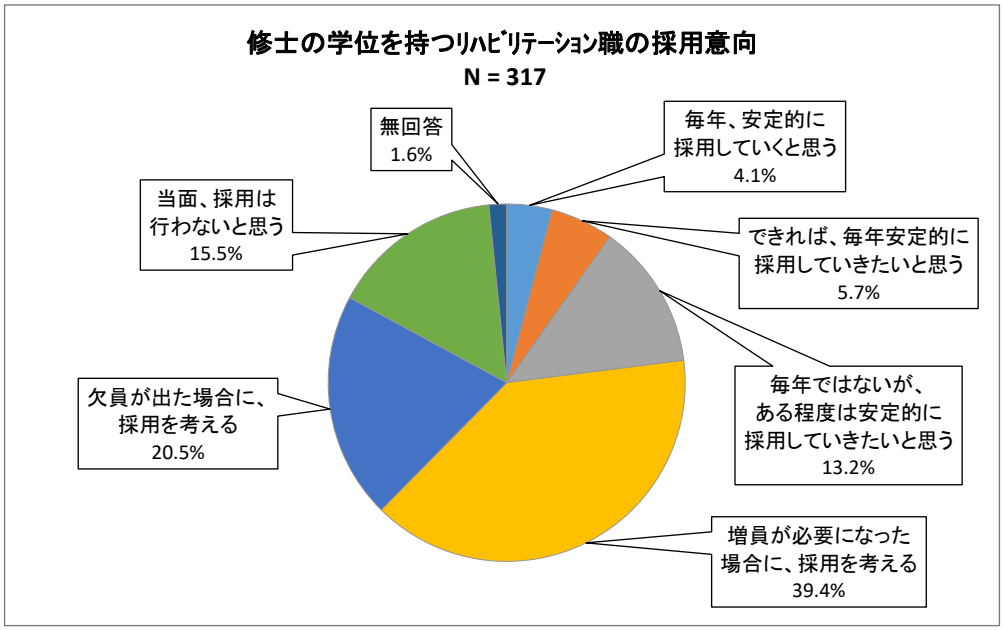
修士の学位を持つﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職を採用する際に重視する点(第2位)

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	リハビリテーション職に必要な専門的知識・技術がある	40	12.6
2	積極的で自立している	48	15.1
3	社会貢献に対する積極性	14	4.4
4	円滑なコミュニケーション能力	64	20.2
5	社会のルールや約束を守る力	41	12.9
6	学際的・国際的視点	22	6.9
7	保有資格	2	0.6
8	管理・指導力	12	3.8
9	問題解決能力	50	15.8
10	その他	8	2.5
	無回答	16	5.0
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



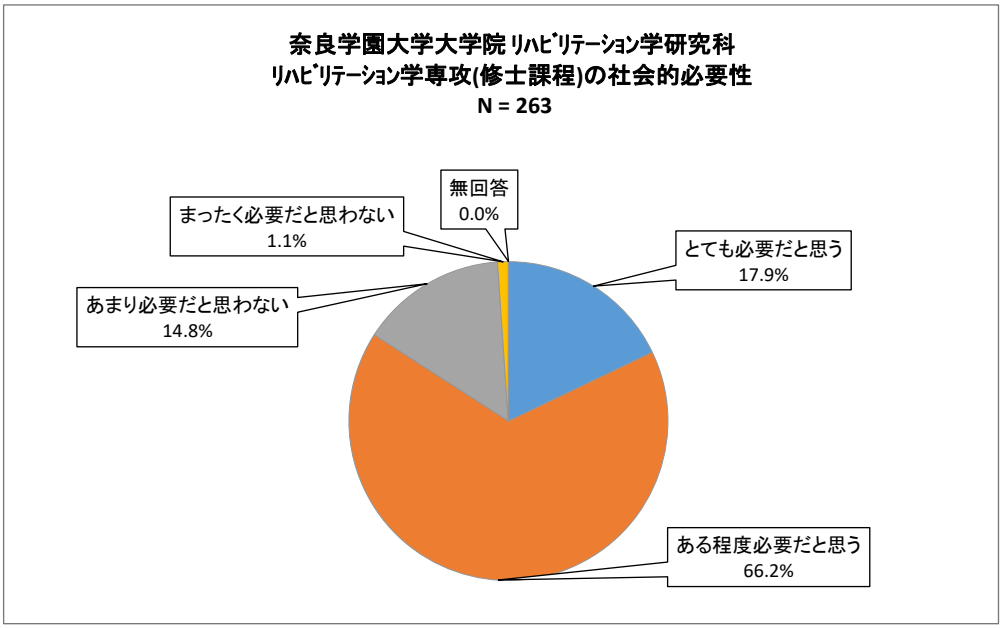
修士の学位を持つﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ職の採用意向

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	毎年、安定的に採用していくと思う	13	4.1
2	できれば、毎年安定的に採用していきたいと思う	18	5.7
3	毎年ではないが、ある程度は安定的に採用していきたいと思う	42	13.2
4	増員が必要になった場合に、採用を考える	125	39.4
5	欠員が出た場合に、採用を考える	65	20.5
6	当面、採用は行わないと思う	49	15.5
	無回答	5	1.6
	N （%ﾍﾞｰｽ）	317	100



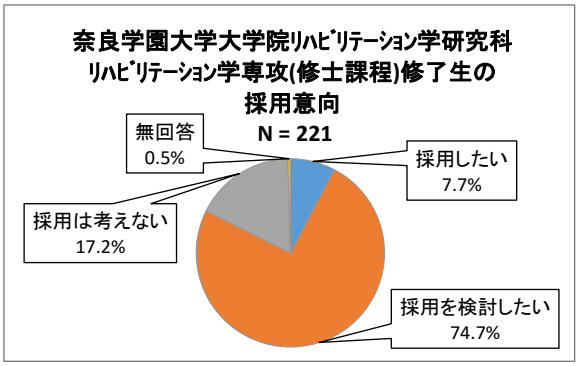
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)の社会的必要性

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	とても必要だと思う	47	17.9
2	ある程度必要だと思う	174	66.2
3	あまり必要だと思わない	39	14.8
4	まったく必要だと思わない	3	1.1
	無回答	0	0.0
	N （%ﾍﾞｰｽ)	263	100



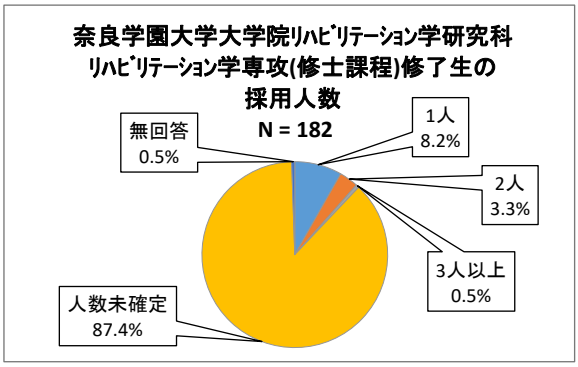
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)修了生の採用意向

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	採用したい	17	7.7
2	採用を検討したい	165	74.7
3	採用は考えない	38	17.2
	無回答	1	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ)	221	100



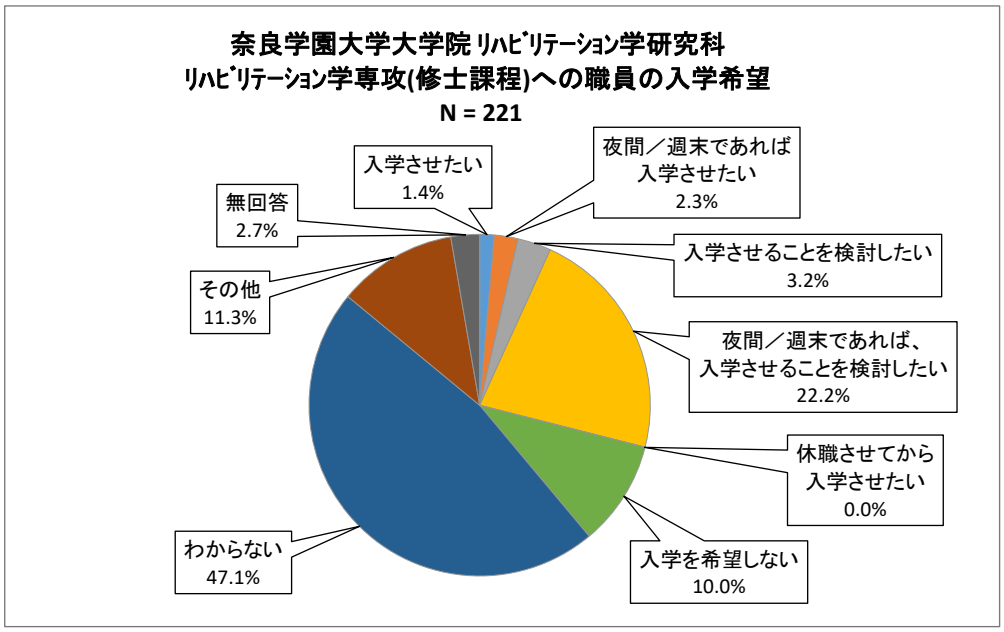
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)修了生の採用人数

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	1人	15	8.2
2	2人	6	3.3
3	3人以上	1	0.5
4	人数未確定	159	87.4
	無回答	1	0.5
	N （%ﾍﾞｰｽ)	182	100



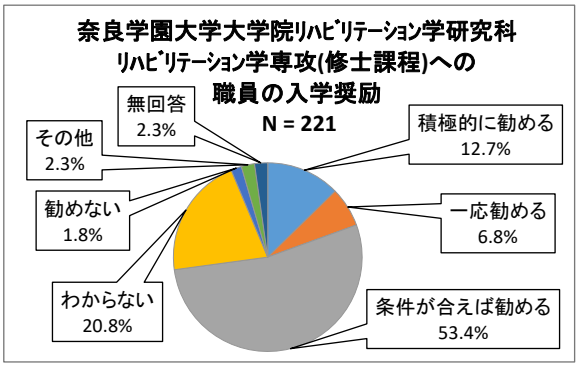
奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への職員の入学希望

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	入学させたい	3	1.4
2	夜間／週末であれば入学させたい	5	2.3
3	入学させることを検討したい	7	3.2
4	夜間／週末であれば、入学させることを検討したい	49	22.2
5	休職させてから入学させたい	0	0.0
6	入学を希望しない	22	10.0
7	わからない	104	47.1
8	その他	25	11.3
	無回答	6	2.7
	N （%ﾍﾞｰｽ)	221	100



奈良学園大学大学院 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学研究科
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学専攻(修士課程)への職員の入学奨励

No.	カテゴリ	件数	(全体)%
1	積極的に勧める	28	12.7
2	一応勧める	15	6.8
3	条件が合えば勧める	118	53.4
4	わからない	46	20.8
5	勧めない	4	1.8
6	その他	5	2.3
	無回答	5	2.3
	N （%ﾍﾞｰｽ)	221	100



別記様式第３号（その１）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

教　　員　　名　　簿

学　　長　　の　　氏　　名　　等						
調書番号	役職名	フリガナ 氏名 ＜就任(予定)年月＞	年齢	保有学位等	月額基本給（千円）	現　職 （就任年月）
―	学長	ツジ　キイチロウ 辻　毅一郎 ＜平成29年4月＞		Ph.D. （米国）		奈良学園大学 学長 （平成29.4～令和5.3）

（注）　高等専門学校にあっては校長について記入すること。

別記様式第３号（その２の１）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

教　員　の　氏　名　等

（リハビリテーション学研究科リハビリテーション学専攻　修士課程）

調書番号	専任等区分	職位	フリガナ 氏名 ＜就任(予定)年月＞	年齢	保有学位等	月額基本給（千円）	担当授業科目の名称	配当年次	担当単位数	年間開講数	現　職 （就任年月）	申請に係る大学等の職務に従事する週当たり平均日数
1	専	教授 （研究科長）	ニシカワ　タカシ 西川　隆 ＜令和5年4月＞		博士 （医学）		研究倫理特論※	1前	1.1	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平31.4）	5日
							専門職間連携特論※	1前	0.8	2		
							高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論※	1後	1.3	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
①	専	教授	ツジシタ　モリヒロ 辻下　守弘 ＜令和5年4月＞		修士 （学術）		研究倫理特論※	1前	1.1	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平28.4）	5日
							高齢者リハビリテーション学特論※	1後	0.8	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
							リハビリテーション技術特論※	1後	0.4	1		
3	専	教授	ヤマガタ　リキオ 山形　力生 ＜令和5年4月＞		修士 （医学）		高齢者リハビリテーション学特論※	1後	0.3	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平31.4）	5日
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
4	専	教授	ハシモト　マサシ 橋本　雅至 ＜令和5年4月＞		博士 （ｽﾎﾟｰﾂ科学）		運動機能障害リハビリテーション学特論※	1後	0.7	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平31.4）	5日
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
5	専	教授	シバタ　マサヒコ 柴田　政彦 ＜令和5年4月＞		博士 （医学）		疼痛ケア・リハビリテーション学特論※	1後	0.8	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平30.4）	5日
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
6	専	教授	イトウ　ケンイチ 伊藤　健一 ＜令和5年4月＞		博士 （医学）		研究倫理特論※	1前	1.1	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平30.4）	5日
							内部機能障害リハビリテーション学特論※	1後	0.9	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
7	専	教授	イケダ　コウジ 池田　耕二 ＜令和5年4月＞		博士 （工学）		リハビリテーション教育学特論※	1後	1.3	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平31.4）	5日
							地域リハビリテーション・ケア学特論※	1後	1.2	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
8	専	教授	イイツカ　テルフミ 飯塚　照史 ＜令和5年4月＞		博士 （保健学）		リハビリテーション教育学特論※	1後	0.7	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平31.4）	5日
							運動機能障害リハビリテーション学特論※	1後	0.7	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
9	専	教授	オオウラ　トモコ 大浦　智子 ＜令和5年4月＞		博士 （社会健康医学）		統計解析特論※	1後	1.1	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 教授 （平31.4）	5日
							高齢者リハビリテーション学特論※	1後	0.5	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
10	専	准教授	フジタ　ノブコ 藤田　信子 ＜令和5年4月＞		博士 （学術）		研究倫理特論※	1前	0.8	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 准教授 （平31.4）	5日
							運動機能障害リハビリテーション学特論※	1後	0.7	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		

調書番号	専任等区分	職位	フリガナ 氏名 ＜就任(予定)年月＞	年齢	保有学位等	月額基本給(千円)	担当授業科目の名称	配当年次	担当単位数	年間開講数	現　職 (就任年月)	申請に係る大学等の職務に従事する週当たり平均日数
11	専	准教授	アナミ　クニヒコ 阿波　邦彦 ＜令和5年4月＞		博士 (保健学)		統計解析特論※	1後	1.1	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 准教授 (平31.4)	5日
							内部機能障害リハビリテーション学特論※	1後	0.5	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
12	専	講師	ノナカ　ヒロシ 野中　紘士 ＜令和5年4月＞		博士 (保健学)		リハビリテーション研究特論※	1後	1.3	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 講師 (平31.4)	5日
							内部機能障害リハビリテーション学特論※	1後	0.5	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
13	専	講師	ヨシカワ　ヨシユキ 吉川　義之 ＜令和5年4月＞		博士 (医療ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学)		専門職間連携特論※	1前	1.1	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 講師 (平31.4)	5日
							リハビリテーション研究特論※	1後	1.2	1		
							疼痛ケア・リハビリテーション学特論※	1後	0.7	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
14	専	講師	フクハラ　ケイタ 福原　啓太 ＜令和5年4月＞		博士 (保健学)		研究方法特論※	1前	0.8	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 講師 (平31.4)	5日
							高次脳機能・心理障害リハビリテーション学特論※	1後	1.2	1		
							臨床実践特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
15	専	講師	ジョウノ　ヤストモ 城野　靖朋 ＜令和5年4月＞		博士 (保健学)		研究方法特論※	1前	1.9	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 講師 (平31.4)	5日
							地域リハビリテーション・ケア学特論※	1後	0.5	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
16	専	講師	タキモト　コウジ 滝本　幸治 ＜令和5年4月＞		博士 (医学)		研究方法特論※	1前	1.3	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 講師 (平31.4)	5日
							高齢者リハビリテーション学特論※	1後	0.4	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
							リハビリテーション学特別研究	1～2通	16	2		
②	専	助教	マエダ　ヨシキ 前田　吉樹 ＜令和5年4月＞		博士 (医科学)		疼痛ケア・リハビリテーション学特論※	1後	0.8	1	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 講師 (平28.4)	5日
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
18	専	助教	ナカジマ　ダイキ 中島　大貴 ＜令和5年4月＞		修士 (ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学)		専門職間連携特論※	1前	0.8	2	奈良学園大学 保健医療学部 ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ学科 助教 (平30.1)	5日
							地域リハビリテーション・ケア学特論※	1後	0.5	1		
							生活支援特別演習※	2前	1.3	1		
19	兼担	教授	タカオカ　マサコ 高岡　昌子 ＜令和5年4月＞		博士 (学術)		教育心理学特論	1前	2	1	奈良学園大学 人間教育学部 教授 (平26.4)	
20	兼担	教授	ウエノ　エイイチ 上野　栄一 ＜令和5年4月＞		博士 (医学)		医療管理特論※	1後	1.6	1	奈良学園大学 保健医療学部 看護学科 教授 (令3.4)	
21	兼担	教授	ニシゾノ　テイコ 西薗　貞子 ＜令和5年4月＞		修士 (人間科学)		医療管理特論※	1後	0.4	1	奈良学園大学 保健医療学部 看護学科 教授 (令2.4)	

調書番号	専任等区分	職位	フリガナ 氏名 ＜就任(予定)年月＞	年齢	保有学位等	月額基本給(千円)	担当授業科目の名称	配当年次	担当単位数	年間開講数	現　職 (就任年月)	申請に係る大学等の職務に従事する週当たり平均日数
22	兼担	教授	ナカジマ エイノスケ 中島　栄之介 ＜令和5年4月＞		修士 (学校教育学)		専門職間連携特論※	1前	0.8	2	奈良学園大学 人間教育学部 教授 (平31.4)	
23	兼任	講師	アンザイ マサヤ 安西　将也 ＜令和5年4月＞		医学博士		医療政策特論	1前	2	1	龍谷大学 名誉教授 (H10.4)	
24	兼任	講師	ナガシマ ヨウイチ 長嶋　洋一 ＜令和5年9月＞		博士 (美術)		リハビリテーション技術特論※	1後	0.5	1	静岡文化芸術大学 デザイン学部 大学院　デザイン研究科 教授 (H12.4)	
25	兼任	講師	オヌキ　ムツミ 小貫　睦巳 ＜令和5年9月＞		博士 (保健医療学)		リハビリテーション技術特論※	1後	0.4	1	常葉大学 保健医療学部 准教授 (平25.4)	
26	兼任	講師	トヨオカ　ユウコ 豊岡　祐子 ＜令和5年4月＞		学士 (社会福祉学)		専門職間連携特論※	1前	0.5	2	奈良市登美ヶ丘地域包括支援センター 主任介護支援専門員 (平29.9)	

別記様式第３号（その３の１）

（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

専任教員の年齢構成・学位保有状況

職　位	学　位	29 歳 以 下	30 ～ 39 歳	40 ～ 49 歳	50 ～ 59 歳	60 ～ 64 歳	65 ～ 69 歳	70 歳 以 上	合　計	備　考
教　授	博　士	0人	0人	2人	3人	1人	0人	1人	7人	
	修　士	0人	0人	0人	0人	1人	1人	0人	2人	
	学　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	短期大学士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
准教授	博　士	0人	0人	1人	1人	0人	0人	0人	2人	
	修　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	学　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	短期大学士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
講　師	博　士	0人	1人	4人	0人	0人	0人	0人	5人	
	修　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	学　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	短期大学士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
助　教	博　士	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	1人	
	修　士	0人	1人	0人	0人	0人	0人	0人	1人	
	学　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	短期大学士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
合　計	博　士	0人	1人	8人	4人	1人	0人	1人	15人	
	修　士	0人	1人	0人	0人	1人	1人	0人	3人	
	学　士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	短期大学士	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
	その他	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	