

設置の趣旨等を記載した書類添付資料目次

- 資料1 学校法人日本医療大学の沿革
- 資料2 北海道の人口の現状と展望
- 資料3 地域包括ケアシステムの構築と医療・介護の一体改革 平成27年厚生労働省保険局
- 資料4 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
- 資料5 大学進学率
- 資料6 ICTによるインクルージョンの実現に関する調査研究
- 資料7 団塊ジュニア世代の2040年予測～平成の30年間と、2040年にかけての社会の変容（主なもの）
- 資料8 2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について 厚生労働省 平成27年6月24日
- 資料9 平成 29 年（2017）患者調査の概況
- 資料10 日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究 平成26年度総括・分担研究報告書
- 資料11 児童相談所での児童虐待相談対応件数とその推移～令和2年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数
- 資料12 令和2年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果
- 資料13 令和元年度都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等（調査結果）
- 資料14 配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数等（令和元年度分）
- 資料15 今後の社会保障改革について－2040年を見据えて－平成31年2月1日
- 資料16 通信教育部総合福祉学部ソーシャルワーク学科 人材像・ポリシー等関係図
- 資料17 通信教育部総合福祉学部ソーシャルワーク学科 カリキュラムマップ
- 資料18 通信教育部総合福祉学部ソーシャルワーク学科 カリキュラムツリー
- 資料19-1 通信教育部 総合福祉学部ソーシャルワーク学科 履修モデル 1年次
- 資料19-2 通信教育部 総合福祉学部ソーシャルワーク学科 履修モデル 3年次編入
- 資料20 教育課程と指定規則との対比表
- 資料21 ソーシャルワーク実習Ⅰ実習施設及び実習指導者一覧（実習施設承諾書付）
- 資料22 ソーシャルワーク実習Ⅰ要綱（案）
- 資料23 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関するQ&A（事例集） 平成29年5月30日（令和2年10月一部改正）

- 資料24 ソーシャルワーク実習Ⅰ巡回予定表
- 資料25 ソーシャルワーク実習Ⅰ実習指導者配置計画
- 資料26 通信教育部 ソーシャルワーク実習Ⅱ 実習施設及び実習指導者一覧
(実習施設承諾書付)
- 資料27 ソーシャルワーク実習Ⅱ要綱(案)
- 資料28 ソーシャルワーク実習Ⅱ巡回予定表
- 資料29 ソーシャルワーク実習Ⅱ実習指導者配置計画
- 資料30 コーナーストーン・ラーニング説明
- 資料31 面接授業(スクーリング)実施計画
- 資料32 日本医療大学職員定年規程
- 資料33 日本医療大学教員任用規程
- 資料34 図書館配置図
- 資料35 図書一覧
- 資料36 日本医療大学教授会規程
- 資料37 令和元年度大学機関別認証評価 自己点検評価書 作成部署
- 資料38 日本医療大学内部保障のためのPDCAサイクル

学校法人日本医療大学の沿革

令和 4 年 3 月

平成 元(1989)年 4 月	『日本福祉学院』（厚生省指定介護福祉士養成施設指定）開校 総合福祉科 開設
平成 2(1990)年 4 月	日本福祉学院を『専門学校日本福祉学院』に名称変更(専修学校認可)
平成 5(1993)年 3 月	学校法人つしま記念学園 設立(社会福祉法人札幌栄寿会から分離独立)
平成 7(1995)年 4 月	専門学校日本福祉リハビリテーション学院 設置 理学療法学科、作業療法学科 開設
平成 8(1996)年 4 月	専門学校日本福祉看護学院を設置 看護学科 開設
平成 21(2009)年 4 月	専門学校日本福祉看護学院の校名を『専門学校日本福祉看護・診療放射線学院』に変更 看護学科及び診療放射線学科 2 学科 開設
平成 25(2013)年 10 月	法人名「学校法人つしま記念学園」を 『学校法人日本医療大学』に変更
平成 26(2014)年 4 月	『日本医療大学』 開学 日本医療大学 保健医療学部 看護学科 開設 入学定員 80 人
平成 27(2015)年 4 月	日本医療大学 保健医療学部 リハビリテーション学科 開設 入学定員 80 人(理学療法学専攻 40 人、作業療法学専攻 40 人)
平成 27(2015)年 10 月	日本医療大学 認知症研究所 設置
平成 28(2016)年 4 月	日本医療大学 保健医療学部 診療放射線学科 開設 入学定員 50 人
平成 29(2017)年 4 月	日本医療大学 キャリア学修支援センター 設置
平成 31(2019)年 4 月	日本医療大学 保健医療学部 看護学科の定員増 20 人 入学定員 80 人→100 人 日本医療大学 リハビリテーション学科 理学療法学専攻 定員増 40 人 入学定員 40 人→80 人
令和 3(2021)年 4 月	日本医療大学 保健医療学部 臨床検査学科 開設 入学定員 60 人 日本医療大学 保健医療学部 看護学科 定員増 50 人 入学定員 100 人→150 人 日本医療大学 保健医療学部 診療放射線学科 定員増 50 人 入学定員 50 人→100 人
令和 4(2022)年 4 月	日本医療大学 保健医療学部 臨床工学科 開設 入学定員 60 人 日本医療大学 総合福祉学部 介護福祉マネジメント学科 開設 入学定員 40 人 日本医療大学 総合福祉学部 ソーシャルワーク学科 開設 入学定員 80 人

北海道の人口の現状と展望

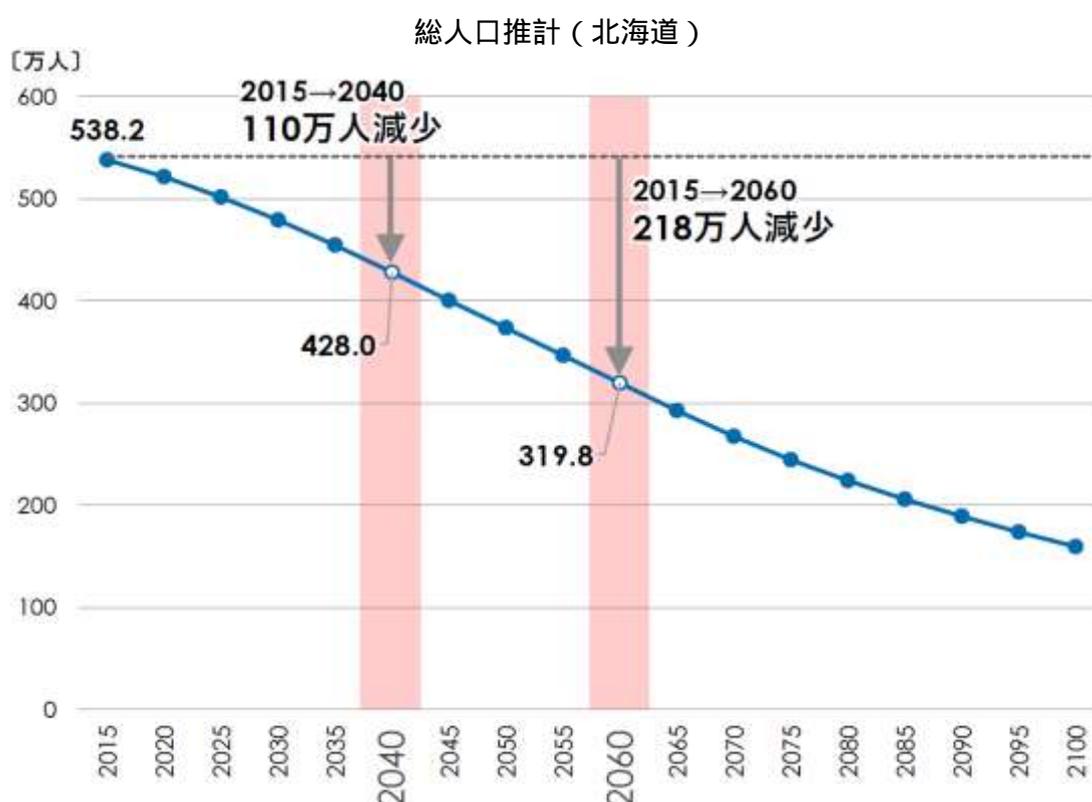
将来人口の推計と人口減少による影響分析

1 将来人口の推計

(1) 総人口

国の研究機関（国立社会保障・人口問題研究所）の推計方法に準拠した推計によると、北海道の人口は2015（平成27）年の約538万人から、2040（令和22）年には約428万人、2060（令和42）年には約320万人にまで減少すると見込まれる。

減少率で見ると、2040（令和22）年には、2015（平成27）年の約5分の4に当たる79.5%、2060（令和42）年には59.4%になる。



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」及びその推計方法に準拠して北海道が推計

< 推計に用いられた仮定 >

国立社会保障・人口問題研究所による推計

合計特殊出生率は、2020（令和2）年に約1.32、2045（令和27）年に約1.31と仮定。（国の出生率の将来推計と同様に推移する）

人口移動は、若者の転出超過が漸減、高齢者の転入超過が漸増という現在の移動傾向が今後一定程度継続すると仮定。

2006 ~2010	2011 ~2015	2016 ~2020	2021 ~2025	2026 ~2030	2031 ~2035	2036 ~2040	2041 ~2045	2046 ~2050	2051 ~2055	2056 ~2060	2061 ~2065
▲52,779	▲9,247	▲10,550	1,039	5,830	10,631	17,549	9,426	9,512	9,363	9,106	8,564

地域包括ケアシステムの構築と 医療・介護の一体改革

平成27年7月29日

厚生労働省保険局 医療介護連携政策課長

渡辺由美子

地域包括ケアシステムの構築

～ Aging in Placeを支えるシステムづくり～

地域包括ケアシステムの構築

- 住み慣れた地域で、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にするためには、医療・介護・予防・住まい・生活支援が、包括的に確保される体制を構築していくことが必要。
- いわゆる団塊世代が75歳以上となる2025年を目指して進めていくが、高齡化の状況は地域により異なるため、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。

「地域包括ケアシステム」の定義（社会保障制度改革プログラム法第4条第4項）

地域の実情に応じて、高齡者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制



地域によって異なる高齢化のスピード

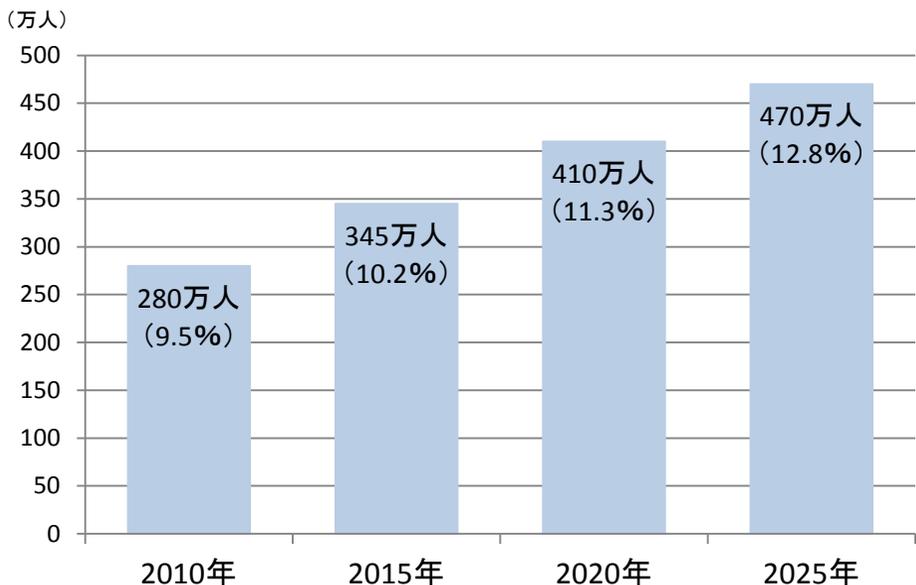
資料3

75歳以上人口

	埼玉県	千葉県	神奈川県	大阪府	愛知県	東京都	～	鹿児島県	島根県	山形県	全国
2010年 <>は割合	58.9万人 <8.2%>	56.3万人 <9.1%>	79.4万人 <8.8%>	84.3万人 <9.5%>	66.0万人 <8.9%>	123.4万人 <9.4%>		25.4万人 <14.9%>	11.9万人 <16.6%>	18.1万人 <15.5%>	1419.4万人 <11.1%>
2025年 <>は割合 ()は倍率	117.7万人 <16.8%> (2.00倍)	108.2万人 <18.1%> (1.92倍)	148.5万人 <16.5%> (1.87倍)	152.8万人 <18.2%> (1.81倍)	116.6万人 <15.9%> (1.77倍)	197.7万人 <15.0%> (1.60倍)		29.5万人 <19.4%> (1.16倍)	13.7万人 <22.1%> (1.15倍)	20.7万人 <20.6%> (1.15倍)	2178.6万人 <18.1%> (1.53倍)

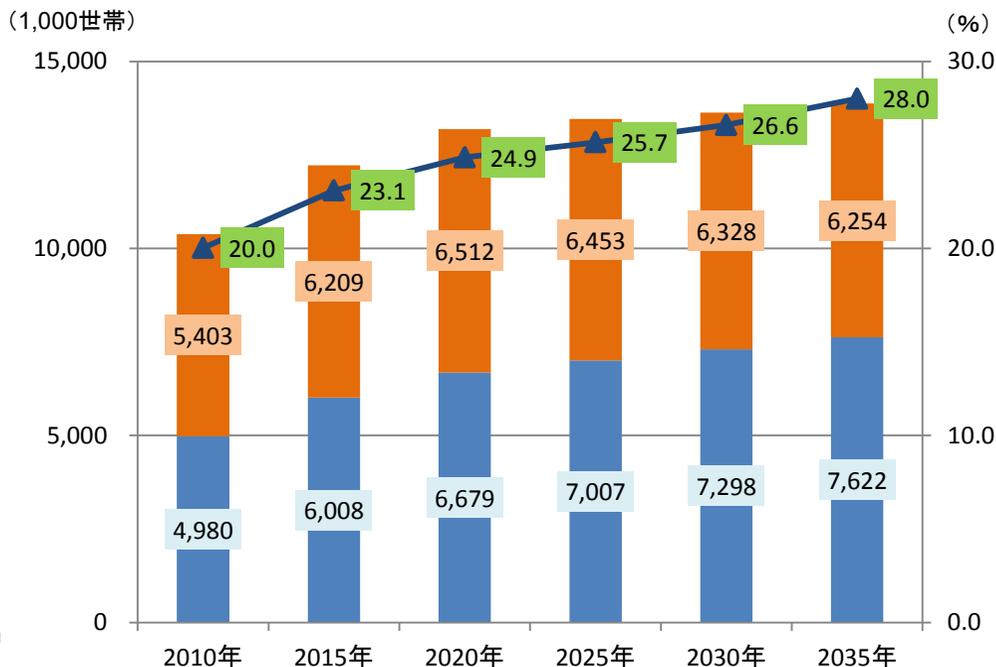
認知症高齢者の増加

「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計(括弧内は65歳以上人口対比)



※有病者数で見ると2025年には**約700万人**
(65歳以上の5人に1人)

独居・夫婦のみ世帯の増加



■ 世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数

■ 世帯主が65歳以上の単独世帯数

▲ 世帯主が65歳以上の単独世帯と夫婦のみ世帯の世帯数全体に占める割合

設置の趣旨(資料) 8

医療と介護の一体改革

～ 総合確保方針と地域医療介護総合確保基金 ～

地域医療介護総合確保推進法の概要

概要

1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域医療介護総合確保促進法関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、**厚生労働大臣が基本的な方針を策定**

2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①**在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実**とあわせ、**予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する**「補足給付」の要件に資産などを追加**

4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ 等

施行期日

平成26年6月25日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

- 地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第3条において、厚生労働大臣は地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)を定めることとされている。
- 総合確保方針の策定に当たり、関係者の意見を反映するため、医療介護総合確保促進会議を開催。

医療介護総合確保促進会議の役割

1. 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針 (総合確保方針) の 作成又は変更 についての検討
2. 医療介護総合確保促進法に定める 基金の用途及び配分等 についての検証
3. その他医療及び介護の総合的な確保に関する事項についての検討

開催実績

- 第1回 平成26年7月25日
- 第2回 平成26年8月29日
- 第3回 平成26年9月8日
- 第4回 平成27年3月6日



設置の趣旨(資料)

医療介護総合確保促進会議の構成員

- 相澤 孝夫(日本病院会副会長)
- 阿部 泰久(日本経済団体連合会常務理事)
- 荒井 正吾(奈良県知事)
- 石川 憲(全国老人福祉施設協議会会長)
- 井上 由起子(日本社会事業大学専門職大学院教授)
- 今村 聡(日本医師会副会長)
- 内田 千恵子(日本介護福祉士会副会長)
- 遠藤 久夫(学習院大学経済学部教授)
- 大西 秀人(高松市長)
- 加納 繁照(日本医療法人協会会長代行)
- 河村 文夫(奥多摩町長)
- 菊池 令子(日本看護協会副会長)
- 小林 剛(全国健康保険協会理事長)
- 白川 修二(健康保険組合連合会副会長)
- 鷲見 よしみ(日本介護支援専門員協会会長)
- 武久 洋三(日本慢性期医療協会会長)
- ◎田中 滋(慶応義塾大学名誉教授)
- 千葉 潜(日本精神科病院協会常務理事)
- 永井 良三(自治医科大学学長)
- 西澤 寛俊(全日本病院会会長)
- 花井 圭子(日本労働組合総連合会総合政策局長)
- 東 憲太郎(全国老人保健施設協会会長)
- 樋口 恵子(NPO法人高齢社会をよくする女性の会理事長)
- 平田 直之(全国社会福祉法人経営者協議会高齢者福祉事業経営委員長)
- 森 昌平(日本薬剤師会副会長)
- ◎森田 朗(国立社会保障・人口問題研究所所長)
- 山口 育子(NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長)
- 山崎 泰彦(神奈川県立保健福祉大学名誉教授)
- 山本 敏幸(民間介護事業推進委員会代表委員)
- 和田 明人(日本歯科医師会副会長)

◎座長、○座長代理
(五十音順、敬称略)

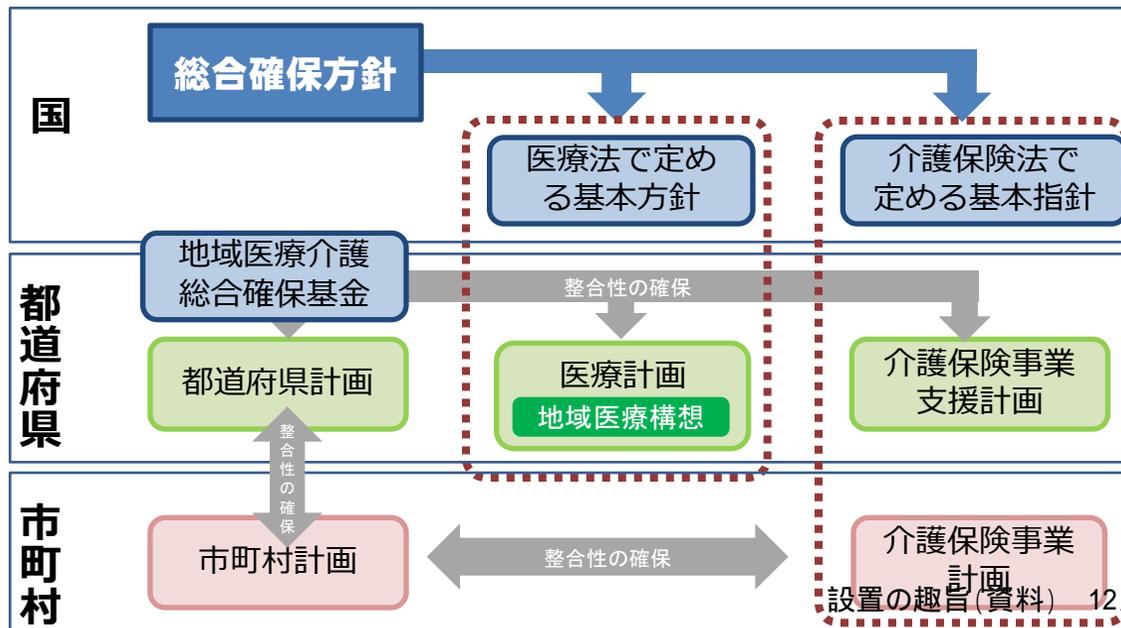
医療介護総合確保方針

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第3条に基づき、平成26年9月12日、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義: 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向: ① 効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
② 地域の創意工夫を生かせる仕組み / ③ 質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
④ 限りある資源の効率的かつ効果的な活用 / ⑤ 情報通信技術 (ICT) の活用

医療法の基本方針と介護保険法の基本指針の基本事項 医療と介護に関する各計画の整合性の確保



地域医療介護総合確保基金の基本事項

- 【基金の活用にあたっての基本方針】
- 都道府県は関係者の意見が反映される仕組みを整備
- 事業主体間の公平性など公正性・透明性を確保
- 診療報酬・介護報酬等との役割分担

【基金事業の範囲】

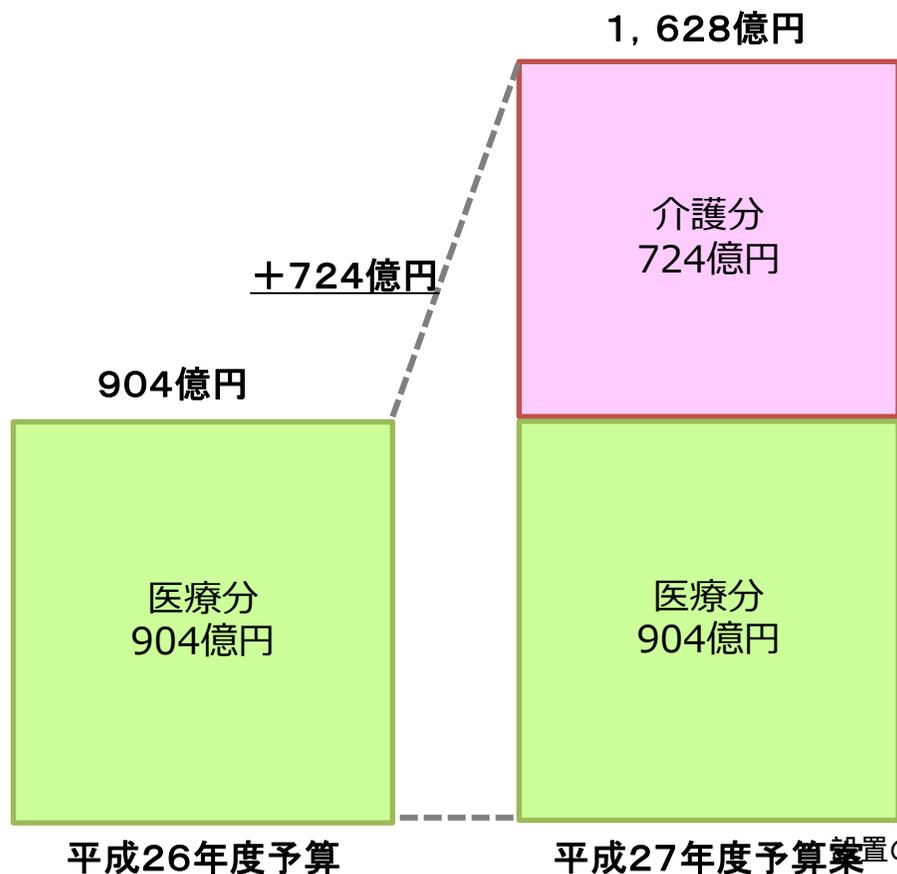
- ① 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設・設備整備
- ② 在宅医療の基盤整備
- ③ 地域密着型サービス等の施設等整備
- ④ 医療従事者の確保
- ⑤ 介護従事者の確保

地域医療介護総合確保基金（平成27年度予算）

資料3

- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の平成27年度予算は、公費ベースで1,628億円（医療分904億円、介護分724億円）
※ 国と都道府県の負担割合は、2/3:1/3
- 平成27年度以降は、介護を含む全ての事業を対象とすることとしており、対前年度予算724億円増。

地域医療介護総合確保基金の予算



地域医療介護総合確保基金の対象事業

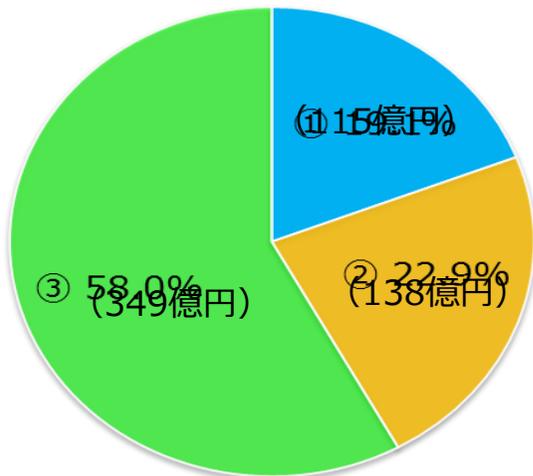
- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業(※)
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業(※)
- 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- 4 医療従事者の確保に関する事業(※)
- 5 介護従事者の確保に関する事業

※ 基金の対象事業は、平成26年度は医療を対象として1、2、4を、平成27年度以降は介護を含めて全ての事業とする。

今後のスケジュール

- 27年1月～ 都道府県ヒアリング実施
(※都道府県による関係者からのヒアリング等実施)
- 5月 基金の交付要綱等の発出
- 5月 介護分を都道府県へ内示
- 7月 医療分を都道府県へ内示 (予定)
- 7月中 交付決定 (予定)

平成26年度基金（医療分）の交付状況



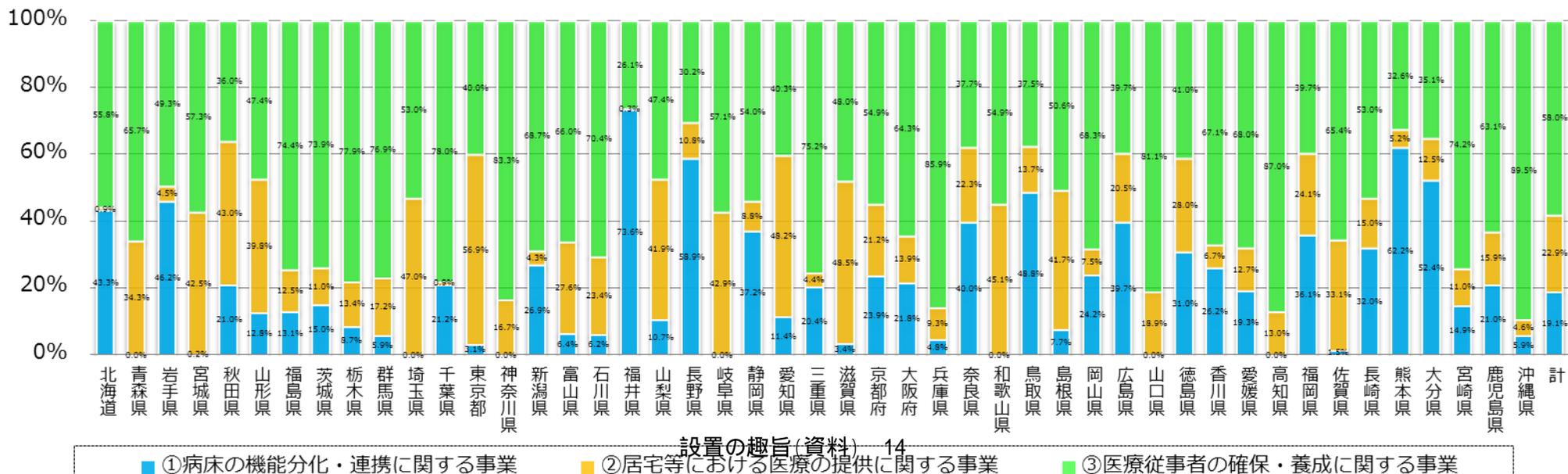
事業区分別

- ① 病床の機能分化・連携に関する事業
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
- ③ 医療従事者の確保・養成に関する事業

交付額602億円の内訳は以下のとおり。

- ① 病床の機能分化・連携に関する事業
→ 19.1% (115億円・152事業)
- ② 居宅等における医療の提供に関する事業
→ 22.9% (138億円・537事業)
- ③ 医療従事者の確保・養成に関する事業
→ 58.0% (349億円・1,164事業)

都道府県・事業区分別（国費602億円の内訳）



医療提供体制の改革

～ 病床機能報告と地域医療構想～

病床機能報告制度の概要①

資料3

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、**提供している医療の内容が明らかとなるような具体的事項を報告**する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、**報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択**し、都道府県に報告することとする。設置の趣旨(資料) 16

病床機能報告制度の概要②

構造設備・人員配置等に関する項目

具体的な医療の内容に関する項目

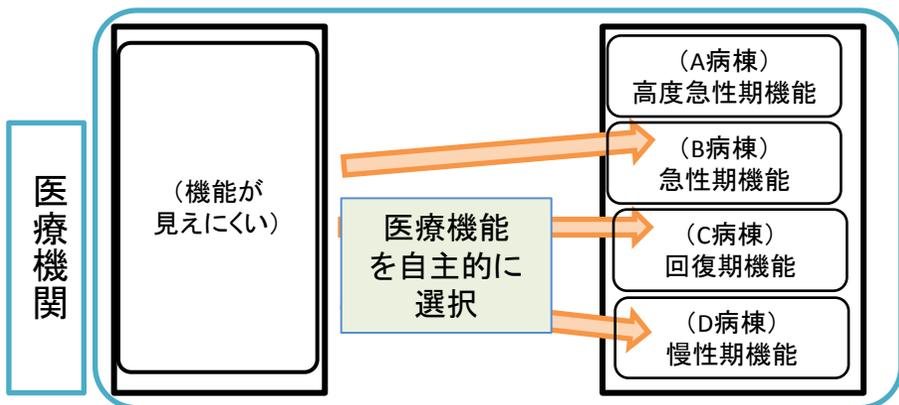
病床数・人員配置・機器等	医療機能(現在／今後の方向) ※ 任意で2025年時点の医療機能の予定
	許可病床数、稼働病床数
	一般病床、療養病床の別
	医療上の経過措置に該当する病床数
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数、臨床工学士数
	主とする診療科
	算定する入院基本料・特定入院料
	DPC群
	在宅療養支援病院／診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無(有の場合、医療機関以外／医療機関での看取り数)
二次救急医療施設／救急告示病院の有無	
高額医療機器の保有状況 (CT、MRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置等)	
退院調整部門の設置・勤務人数	
入院患者の状況	新規入棟患者数
	在棟患者延べ数
	退棟患者数
	入棟前の場所別患者数
	予定入院・緊急入院の患者数
	退棟先の場所別患者数
退院後に在宅医療を必要とする患者数	

術の幅が広い手術の実施等への治療	(全身麻酔の)手術件数(臓器別)	
	胸腔鏡下手術件数／腹腔鏡下手術件数	
	内視鏡手術用支援機器加算	
	悪性腫瘍手術件数	
	病理組織標本作製、術中迅速病理組織標本作製	
	放射線治療件数、化学療法件数	
	がん患者指導管理料	
	抗悪性腫瘍剤局所持続注入、肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	
	分娩件数	
	超急性期脳卒中加算、経皮的冠動脈形成術	
重症患者への対応	入院精神療法、精神科リエゾンチーム加算	
	ハイリスク分娩管理加算／妊産婦共同管理料	
	救急搬送診療料、観血的肺動脈圧測定	
	持続緩徐式血液濾過、大動脈バルーンパンピング法	
	経皮的心肺補助法、補助人工心臓・植込型補助人工心臓	
	頭蓋内圧測定1日につき、人工心臓	
	血漿交換療法、吸着式血液浄化法、血球成分除去療法	
	一般病棟用の重症度、医療・看護必要度を満たす患者割合	
	救急医療の実施	院内トリアージ実施料
		夜間休日救急搬送医学管理料
精神科疾患患者等受入加算		
救急医療管理加算		
在宅患者緊急入院診療加算		
救急搬送患者地域連携紹介加算、地域連携診療計画管理料		
救命のための気管内挿管		
体表面／食道ペースティング法		
非開胸的心マッサージ、カウンターショック		
心膜穿刺、食道圧迫止血チューブ挿入法		
休日又は夜間に受診した患者の数(うち診察後、直ちに入院となった患者数) 設置の趣旨(資料) 17		
救急車の受入件数		

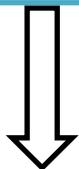
在宅急性期後の支援	退院調整加算、救急・在宅等支援(療養)病床初期加算
	救急搬送患者地域連携受入加算
	地域連携診療計画退院時指導料、退院時共同指導料 介護支援連携指導料、退院時リハビリテーション指導料 退院前訪問指導料
全身管理	中心静脈注射、呼吸心拍監視、酸素吸入
	観血的動脈圧測定 1日につき
	ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄 人工呼吸 1日につき、人工腎臓、腹膜灌流 経管栄養カテーテル交換法
疾患に依じた早期からのリハビリテーション	疾患別リハ料、早期リハ加算、初期加算、摂食機能療法 リハ充実加算、体制強化加算、休日リハ提供体制加算
	入院時訪問指導加算、リハを要する患者の割合
	平均リハ単位数／患者・日、1年間の総退院患者数 1年間の総退院患者数のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数・退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数
長期療養患者・重度の障害者等の受入	療養病棟入院基本料、褥瘡評価実施加算
	重度褥瘡処置、重傷皮膚潰瘍管理加算
	難病等特別入院診療加算、特殊疾患入院施設管理加算 超重症児(者)入院診療加算・準超重症児(者)入院診療加算 強度行動障害入院医療管理加算
有床診療所の多様な機能	往診患者数、訪問診療数、在宅／院内看取り件数
	有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料
	急変時の入院件数、有床診療所の病床の役割 過去1年間の新規入院患者のうち、他の急性期医療を担う病院の一般病棟からの受入割合 有床診療所の多様な役割 (①病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能、②専門医療を担って病院を役割を補完する機能、③緊急時に対応する機能、④在宅医療の拠点としての機能、⑤終末期医療を担う機能)

地域医療構想の概要

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、**平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定**。（法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。）
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成（平成27年3月）。



医療機能の現状と今後の方向を報告



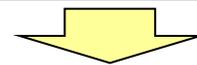
都道府県

医療機能の報告等を活用し、「地域医療構想」を策定し、更なる機能分化を推進

設置の趣旨(資料)

(「地域医療構想」の内容)

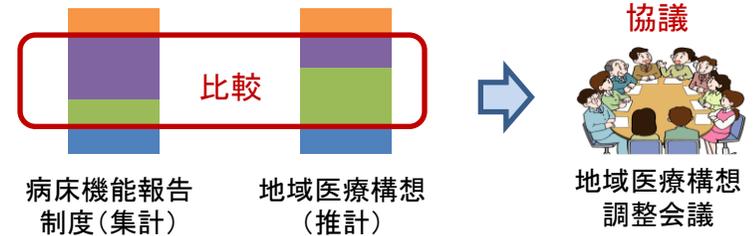
- 2025年の医療需要と病床の必要量**
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例)** 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等



- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

1. 「地域医療構想調整会議」の開催

- 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに「**地域医療構想調整会議**」を開催。
- 病床機能報告制度の報告結果等を基に、**現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較**して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。
- **医療機関相互の協議**により、機能分化・連携について議論・調整。



2. 基金等の活用

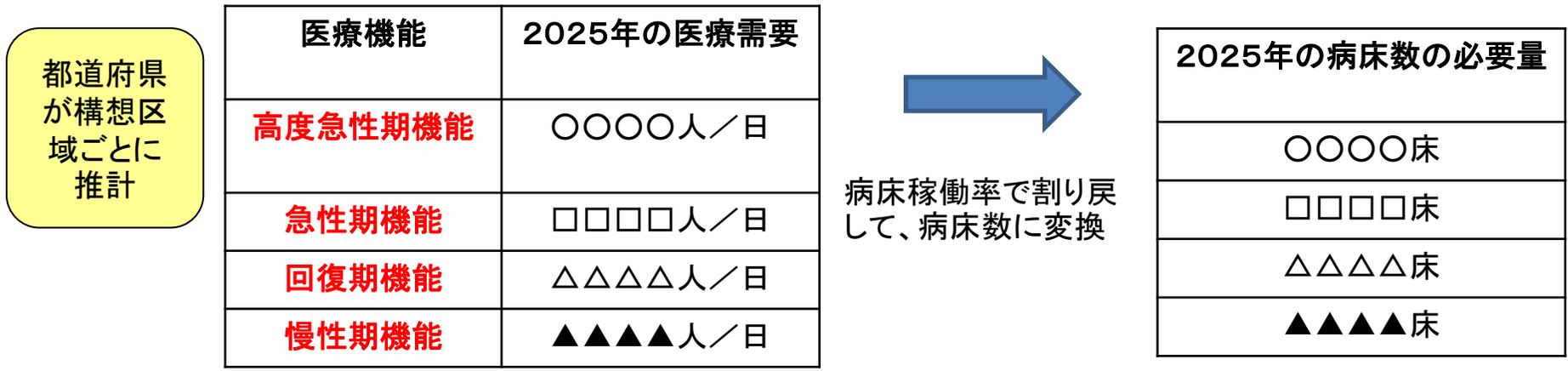
- 都道府県は、地域医療介護総合確保基金などを活用し、医療機関による**自主的な機能分化・連携を推進**。

3. 都道府県知事の役割の発揮

- 自主的な取組だけでは機能分化・連携が進まない場合は**都道府県知事が一定の役割**を発揮。
 - ① 病院の新規開設・増床への対応
 - ② 既存医療機関による医療機能の転換への対応
 - ③ 稼働していない病床の削減の要請

2025年における医療需要と必要量の推計方法

- 地域医療構想は、都道府県が構想区域(原則、二次医療圏)単位で策定。
将来の医療需要や病床の必要量について、国が示す方法に基づき、都道府県が推計。
- 医療機能(高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能)ごとに、医療需要(1日当たりの入院患者数)を算出し、それを病床稼働率で割り戻して、病床の必要量を推計。



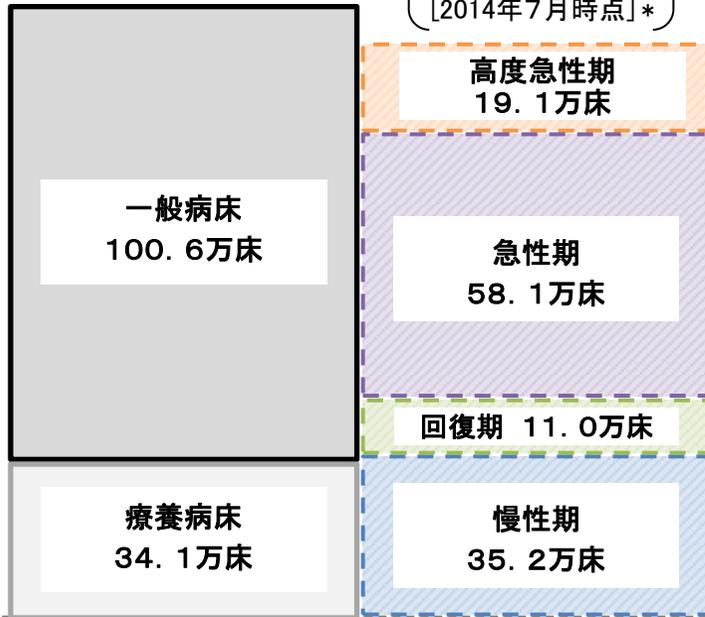
- 推計に当たり、できる限り、患者の状態や診療実態を勘案できるよう、**DPC病院の医療行為に関するデータ(DPCデータ)やNDB(ナショナルデータベース)のレセプトデータを分析する。**
- その他、推計に当たっては、**入院受療率等の地域差や患者の流出入を考慮の対象とする。**

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果 (全国ベースの積上げ)

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】

※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区分別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数

29.7~33.7万人程度※3

医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度

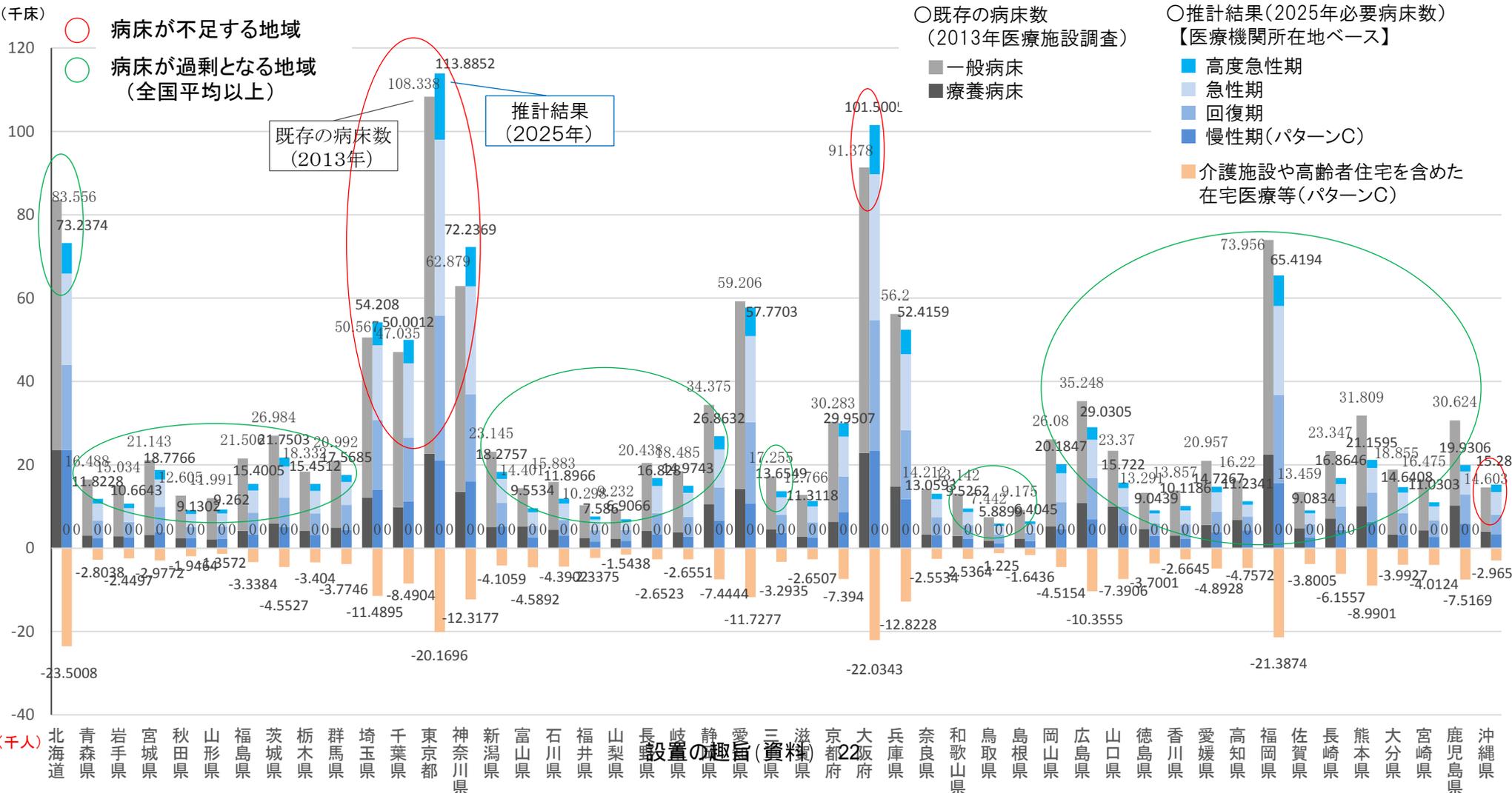
※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度

※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

資料3

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



(千人)

設置の趣旨(資料)

22

介護保険制度改革

～地域支援事業の再編～

介護保険制度改革と地域支援事業の再編

<現行>

<見直し後>

【財源構成】

- 国 25%
- 都道府県 12.5%
- 市町村 12.5%
- 1号保険料 21%
- 2号保険料 29%

【財源構成】

- 国 39.5%
- 都道府県 19.75%
- 市町村 19.75%
- 1号保険料 21%

介護給付 (要介護1~5)

現行と同様

介護予防給付 (要支援1~2)

- 訪問看護、福祉用具等
- 訪問介護、通所介護

事業に移行

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**

- 二次予防事業
- 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

全市町村で実施

多様化

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

- 介護予防・生活支援サービス事業
 - ・訪問型サービス
 - ・通所型サービス
 - ・生活支援サービス(配食等)
 - ・介護予防支援事業(ケアマネジメント)
- 一般介護予防事業

地域支援事業

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
 - ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

→

包括的支援事業

- 地域包括支援センターの運営
(左記に加え、地域ケア会議の充実)
- 在宅医療・介護連携の推進
- 認知症施策の推進
(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)
- 生活支援サービスの体制整備
(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

充実

任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

設置の趣旨(資料)

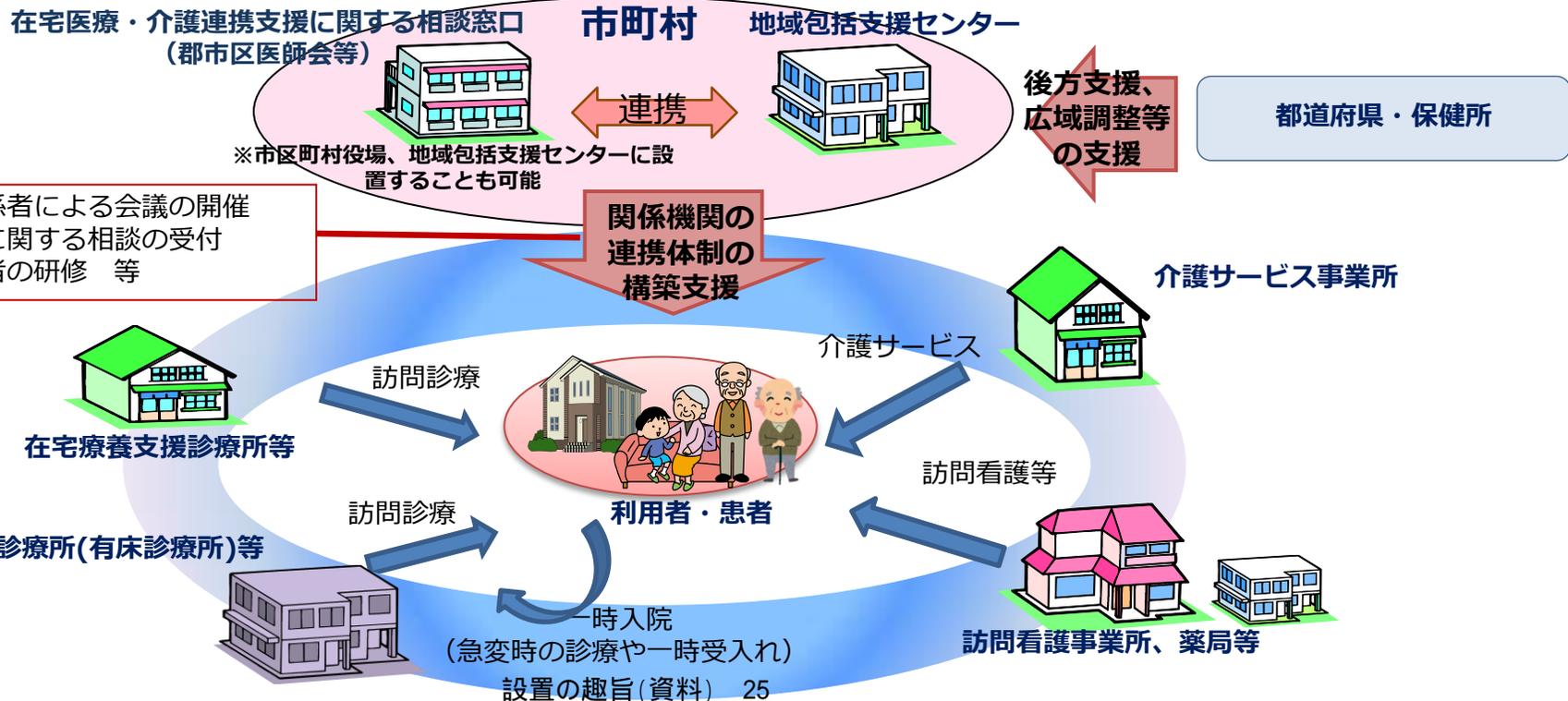
任意事業

- 介護給付費適正化事業
- 家族介護支援事業
- その他の事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携の推進①

- 平成27年度より**介護保険法の「地域支援事業」**に在宅医療・介護連携推進事業を位置づける。
←在宅医療連携拠点事業〈H23～24年度〉や在宅医療推進事業〈H25年度～〉の成果を踏まえて制度化。
- 平成27年度から取組を開始し、**平成30年4月までには全ての市区町村で実施。**
- 国は、事業実施の手引きや事例集を整備。
- 都道府県は、市区町村と関係団体等との協議や研修等を支援。



在宅医療・介護連携推進事業の事業項目

- ・各市区町村は、原則として全ての項目を実施
- ・事業項目の一部を郡市区医師会等に委託することも可能。
- ア 地域の医療・介護サービス**資源の把握**
- イ 在宅医療・介護連携の**課題の抽出と対応策の検討**
- ウ **切れ目のない**在宅医療と介護サービスの**提供体制の構築**推進
- エ 医療・介護関係者の**情報共有**の支援
- オ 在宅医療・介護連携に関する**相談支援**
- カ 医療・介護関係者の**研修**
- キ 地域住民への**普及啓発**
- ク 在宅医療・介護連携に関する**関係市区町村の連携**

今後の改革スケジュール

医療と介護の一体改革に係る今後のスケジュール

資料3

平成25年度

平成26年度

平成27年度

平成28年度

平成29年度

平成30年度

第6次医療計画

第7次医療計画
第7期介護保険事業計画

第5期介護保険事業計画

第6期介護保険事業計画

基金(医療分のみ)

基金(介護分を追加)

基金

基金

医療介護
総合確保法

基金造成・執行
総合確保方針

介護報酬改定

診療報酬改定(予定)

総合確保方針

同時改定
(予定)

改正医療法

地域医療構想の
ガイドライン(年度末)

病床機能報告

地域医療構想(ビジョン)の策定

- ・2025年の医療需要と、目指すべき医療提供体制
- ・目指すべき医療提供体制を実現するための施策

医療計画
基本方針

医療計画
策定

医療機能の分化・連携と、地域包括ケアシステムの
構築を一体的に推進

改正介護保険法

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

- ・2025年度までの
将来見通しの策定

第6期介護保険事業(支援)計画に位置付けた施策の実施

- ・介護サービスの拡充
- ・地域支援事業による在宅医療・介護連携、
地域ケア会議、
- ・認知症施策、生活支援・介護予防等の推進

介護保険事業
計画基本指針

介護保険事業
(支援)計画策定

病床機能分化・連携の
影響を両計画に反映

医療保険制度改革

医療保険制度改革法案の成立
(平成27年5月27日)

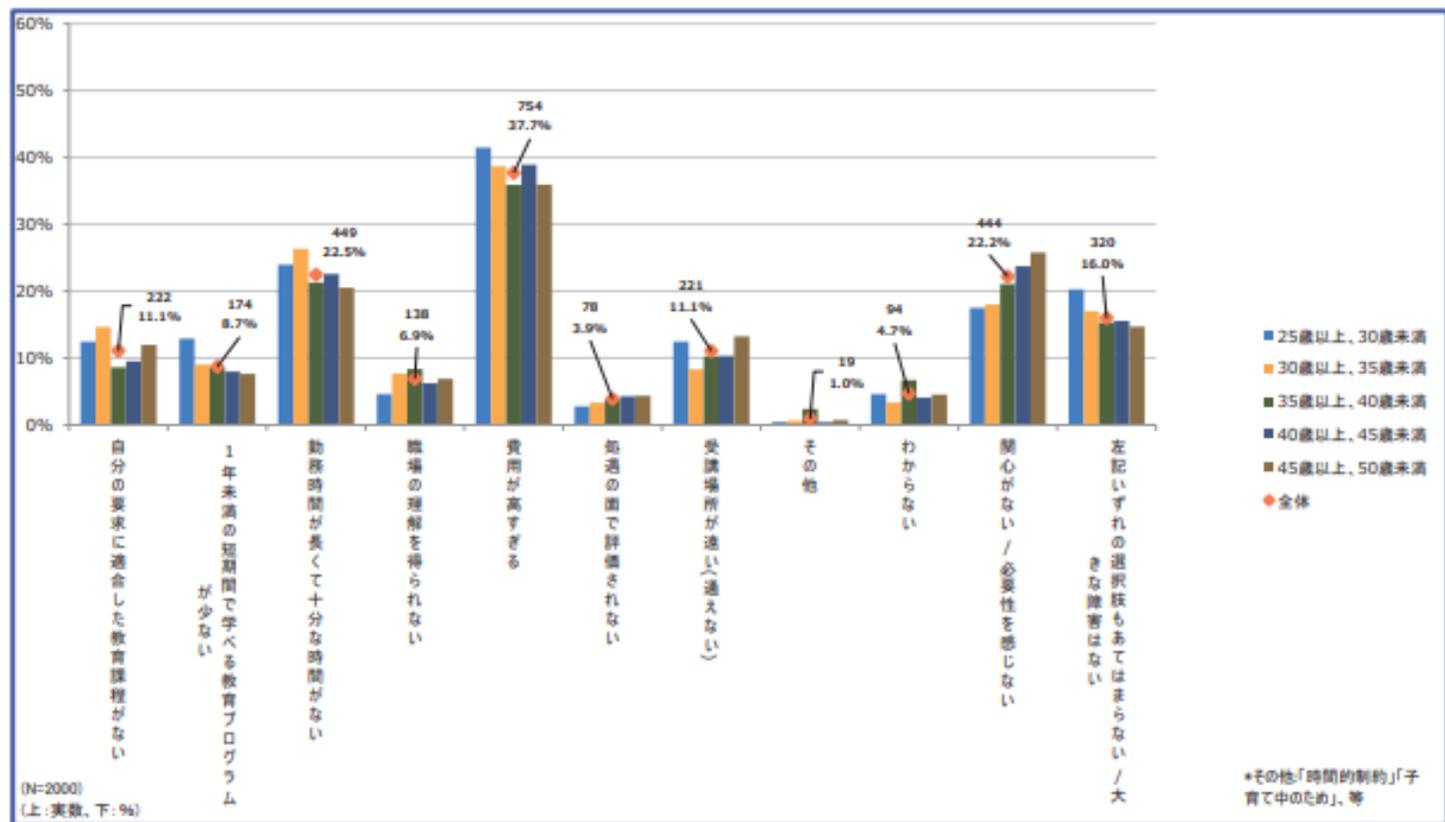
必要な措置を平成29年度までを目途に順次講ずる

- ・医療保険制度の財政基盤の安定化
- ・保険料に係る国民の負担に関する公平の確保
- ・保険給付の対象となる療養の範囲の適正化

3-2. 学び直す際の障害要因 ①「年代別」

11選択肢中、あてはまるものを9つまで選択

- 学び直す際の障害要因としては、「費用が高すぎる」と「勤務時間が長くて十分な時間がない」とする回答が多い。
- 「勤務時間が長くて十分な時間がない」との回答は、年齢層が低いほど多い傾向。

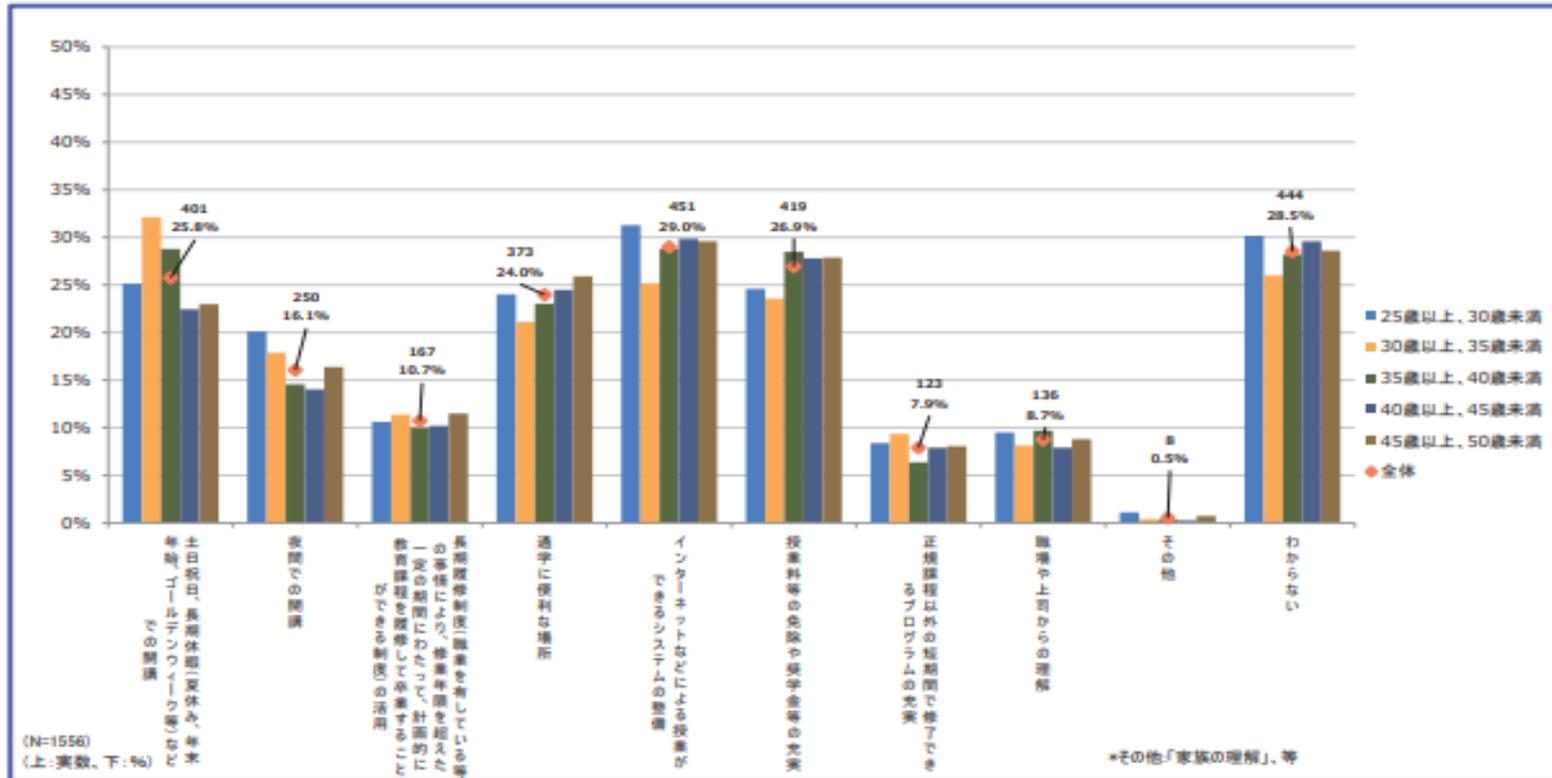


出典:文部科学省「社会人の大学等における学び直しの実態把握に関する調査研究」

3-3. 学び直しを行うための必要要件 ①「年代別」

3-2で「今後大学等で学び直しを行いたいとは思わない」と回答した者以外の集計結果。10選択肢中、あてはまるものを3つまで選択

- 全体としては「インターネットなどによる授業ができるシステムの整備」「授業料等の免除や奨学金等の充実」が上位。
- 「授業料等の免除や奨学金等の充実」は、35歳未満の層よりも、35歳以上の層の方が高い傾向。
- 「土日祝日、長期休暇などでの開講」は他の年代層に比べ、25歳以上40歳未満の割合が高い傾向。



出典:文部科学省「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」

出典:文部科学省 平成 27 年度「先導的・大学改革推進委託事業」『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より

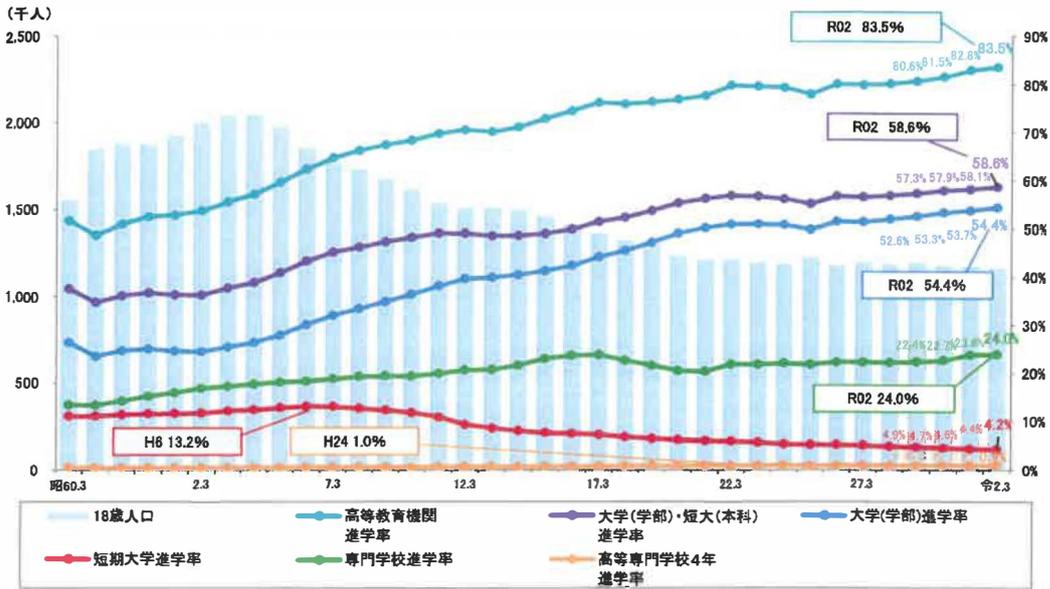
II. 卒業後の状況

1. 高等学校等卒業者

高等学校等:高等学校(全日制・定時制), 中等教育学校後期課程卒業者(過年度卒を含む)。

- 高等教育機関(大学(学部)・短期大学(本科)入学者, 高等専門学校4年在学者及び専門学校入学者)への進学率は83.5%で, 前年度より0.7ポイント上昇し, 過去最高。
- 大学(学部)・短期大学(本科)進学率は58.6%で, 前年度より0.5ポイント上昇し, 過去最高。
 大学(学部)進学率は54.4%で, 前年度より0.7ポイント上昇し, 過去最高。
 専門学校進学率は24.0%で, 前年度より0.2ポイント上昇し, 過去最高。

図3 高等教育機関への進学率



- (注) 1 高等教育機関進学率 = $\frac{\text{大学(学部)・短期大学(本科)入学者, 高等専門学校4年在学者及び専門学校入学者}}{\text{18歳人口(3年前の中学校・義務教育学校卒業者及び中等教育学校前期課程修了者)}}$
- 2 大学(学部)進学率 = $\frac{\text{大学(学部)の入学者}}{\text{18歳人口(3年前の中学校・義務教育学校卒業者及び中等教育学校前期課程修了者)}}$
- 3 短期大学・専門学校の進学率は, (注)2 計算式の入学者部分にそれぞれの入学者を当てはめて算出。
 高等専門学校4年進学率は, 同部分に4年生の学生数を当てはめて算出。
- 4 □で囲んだ年度は, 最高値である。

出典:令和2年度学校基本調査(確定値)より

学び直しが必要となる内容については、日本とドイツは、外国語に関することが多い。各国とも、情報通信分野に関することの回答が多く、日本は34.5%、アメリカは39.5%、イギリスは35.5%、ドイツは35.9%であった。

図表 2-5-1-4 学び直しの内容（複数回答、国際比較）

単位（%）

	外国語に関すること	医療や福祉（保育、介護など）に関すること	法律や政治、経済、国際関係に関すること	情報通信分野（プログラムの使い方、ホームページの作り方など）に関すること	経営ビジネス（財務会計やマーケティングなど）に関すること	農林水産業に関すること	工業技術（情報通信に関するものを除く）に関すること	その他教養	その他の技術習得	特になし
日本(n=360)	53.6	27.8	25.0	34.4	23.3	6.1	16.1	19.4	17.8	5.6
アメリカ(n=413)	29.1	27.1	24.2	39.5	25.4	11.6	22.0	18.9	15.7	7.7
イギリス(n=391)	19.4	19.9	25.6	35.5	22.8	10.5	16.1	14.8	16.4	10.2
ドイツ(n=435)	39.5	14.0	24.1	35.9	25.7	6.2	16.3	26.7	17.2	6.7

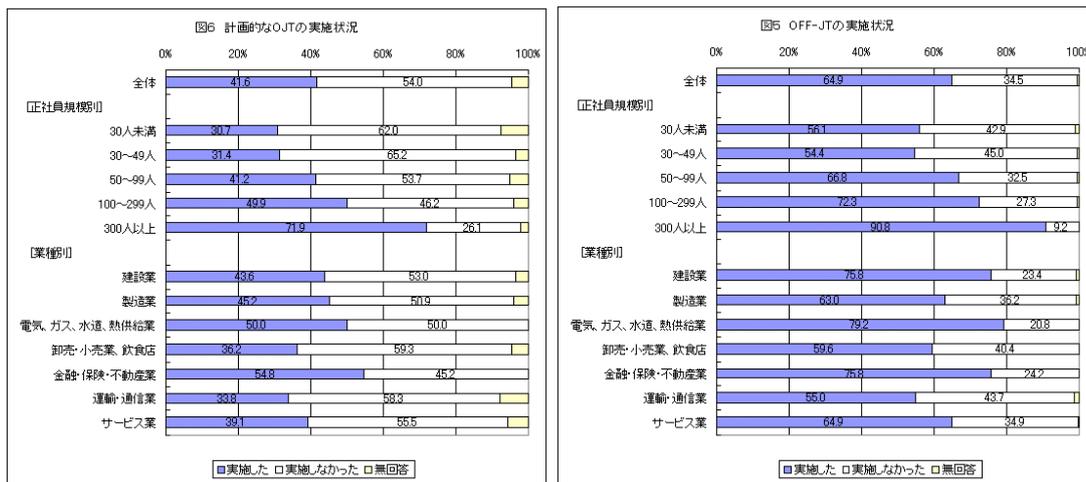
※必要になる可能性は極めて高い／必要になる可能性が高いと回答した人

※他国の回答と合わせるため、日本の回答は70代の人々の回答を除いて集計した。

（出典）アンケート調査

我が国は、過去長年にわたり、業務遂行上に必要な能力は、企業内の教育によって培われてきた。企業による教育としては、日常の業務に就きながら行われる教育訓練である、On-the-Job Training (OJT) と、通常の仕事を一時的に離れて行う教育訓練（研修）である Off-the-Job Training (OFF-JT) の2つの形態で実施されていた。OJT、OFF-JTともに、2000年と2015年を比較すると、実施率自体は上昇しているように見える（ただし、そもそも統計が異なるので、厳密な比較は不可能である）。

図表 2-5-1-5 2000年度に従業員(正社員)に対して実施したOJT/OFF-JT



（出典）厚生労働省「平成13年度 能力開発基本調査」（2002）

出典：総務省 ICTによるインクルージョンの実現に関する調査研究

平成の30年間と、2040年にかけての社会の変容（主なもの）資料7

		1989（平成元）年	2019（令和元）年	2040（令和22）年		
1	高齢者数（高齢化率）	1,489万人（12.1%）	3,589万人（28.4%）	3,921万人（35.3%）		
2	その年に65歳の方が各年齢まで生存する確率	90歳	男22% 女46%	男36% 女62%		
		100歳	男2% 女7%	男4% 女16%		
3	出生数/合計特殊出生率	125万人/1.57	87万人/1.36	74万人/1.43		
4	未婚率（35～39歳）	男19.1% 女7.5%	男35.0% 女23.9%	男39.4% 女24.9%		
5	平均世帯人員	2.99人 *1	2.33人 *2	2.08人		
6	就業者数 （うち医療福祉従事者数）	6,128万人 （221万人*3）	6,724万人 （843万人）	5,245～6,024万人 （1,070万人）		
7	就業率	女性	25～29歳	57.3%	82.1%	84.6%
		30～34歳	49.6%	75.4%	83.4%	
	高齢者	60～64歳	52.3%	70.3%	80.0%	
		65～69歳	37.3%	48.4%	61.7%	
8	非正規雇用労働者数（割合）	817万人 （19.1%）	2,165万人 （38.3%）	—		
9	1世帯当たり平均等価所得（実質）	368.7万円 *4	346.0万円 *5	—		
10	スマートフォン保有世帯割合	0%	79.2% *5	—		
11	「形式的つきあい」が望ましいとする割合	親戚 13% 同僚 15% 隣近所 19% *6	親戚 26% 同僚 27% 隣近所 33% *5	—		
12	社会保障給付費（対GDP比）	47.4兆円 （10.5%）	117.1兆円 （21.4%） *7	188.2～190.0兆円 （23.8～24.0%）		

（注）定義、資料出所等の詳細は本文参照。*1は1990年、*2は2015年、*3は1988年の推計値（事務職等を含まず）、*4は1991年、*5は2018年、*6は1988年、*7は2017年。
 2040年の就業者数は経済成長・労働参加の状況により幅がある。2040年の医療福祉の推計値（資料）33
 推計値。社会保障給付費は3時点とも地方単独事業分を含まず、2040年については単価の置き方により幅がある。

報道関係者 各位

平成 27 年 6 月 24 日
 社会・援護局
 福祉基盤課福祉人材確保対策室
 室長 補佐 関口 彰 (内線 2847)
 マンパワー企画課長 岸 英二 (内線 2849)
 (代表電話) 03 (5253) 1111
 (直通電話) 03 (3595) 2617

2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）について

2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計については、今年 2 月に暫定値を公表しましたが、今般、都道府県で介護保険事業支援計画が策定されたことに伴い、確定値が取りまとめられましたので、公表いたします。

- ・ 需要見込みは、市町村により第 6 期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づくものです。
- ・ 供給見込みは、平成 27 年度以降に取り組む新たな施策の効果を見込まず、近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映した「現状推移シナリオ」に基づくものです。

今後、これらの需給ギャップを踏まえ、国と地域の二人三脚で介護人材確保に向けた取組を総合的・計画的に推進することとしています。

○ 2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計（確定値）

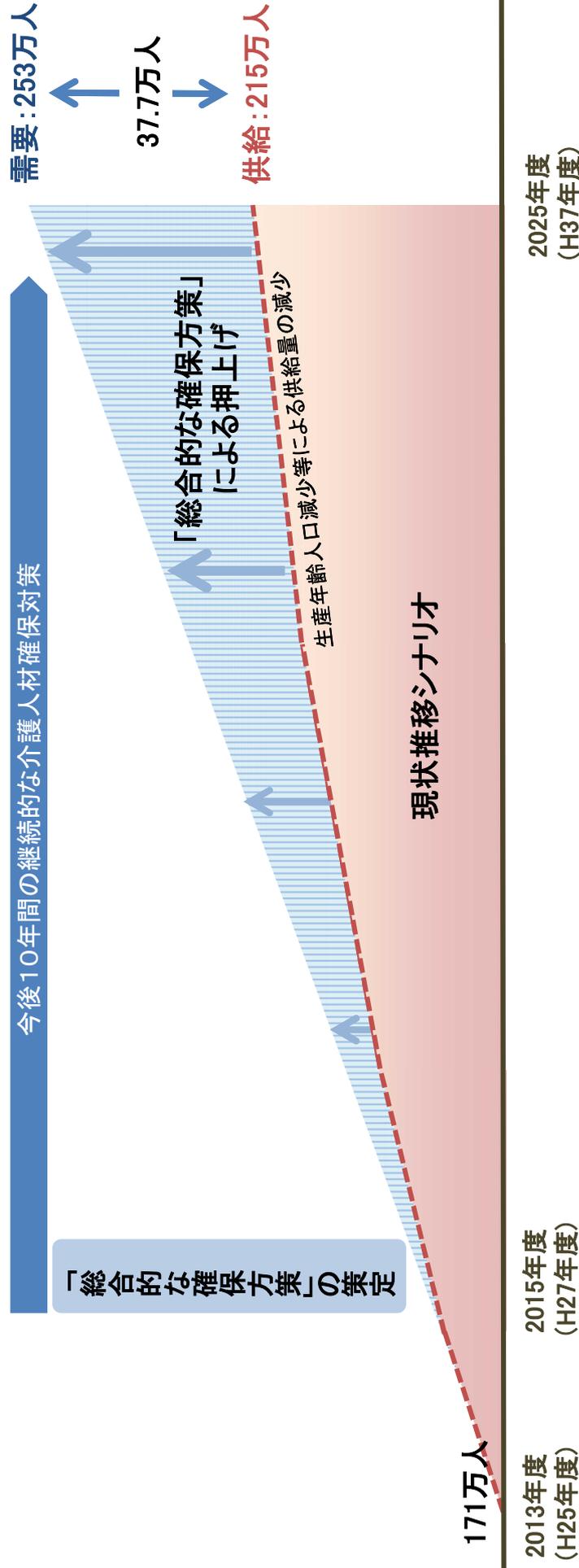
介護人材の需要見込み（2025 年度）	253.0 万人
現状推移シナリオによる 介護人材の供給見込み（2025 年度）	215.2 万人
需給ギャップ	37.7 万人

* 今年 2 月に公表した暫定値は、都道府県における平成 26 年 11 月時点の作業の途中段階によるもの（需要見込み 248.2 万人、供給見込み 214.8 万人、需給ギャップ 33.4 万人）。この後、都道府県・市町村で精査を行い、確定した値を踏まえ、第 6 期介護保険事業支援計画に取組方策等を記載。

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計

- 都道府県推計に基づく介護人材の需給推計における需給ギャップは37.7万人(需要約253万人、供給約215万人)
- 都道府県においては、第6期介護保険事業支援計画に需給推計結果に基づく需給ギャップを埋める方策を位置付け、2025(平成37)年に向けた取組を実施。
- 国においては、今次常会に提出中の「社会福祉法等の一部を改正する法律案」による制度的対応や、都道府県が地域医療介護総合確保基金を活用して実施する具体的な取組などを含めた施策の全体像(「総合的な確保方策」)を取りまとめ、2025(平成37)年に向けた取組を総合的・計画的に推進。
- 3年1期の介護保険事業計画と併せたPDCAサイクルを確立し、必要に応じて施策を充実・改善。

介護人材にかかる需給推計結果と「総合的な確保方策」(イメージ)



注1) 需要見込み(約253万人)については、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計

注2) 供給見込み(約215万人)については、現状推移シナリオ(近年の入職・離職等の動向に将来の生産年齢人口の減少等の人口動態を反映)による推計(平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)

注3) 「医療・介護に係る長期推計(平成24年3月)」における2025年の介護職員の需要数は237万人～249万人(社会保障・税一体改革におけるサービス提供体制改革を前提とした改革シナリオによる。現状をそのまま将来に当てはめた現状投影シナリオによると218万～229万人。推計値に幅があるのは、非常勤比率の変動を見込んでいることによるもの。同推計及び上記の推計結果のいずれの数値にも通所リハビリテーションの介護職員数は含んでいない。)

2025年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)(都道府県別)

(単位:人)

都道府県	2013年度 (平成25年度) の介護職員数	2017年度(平成29年度)			2020年度(平成32年度)			2025年度(平成37年度)			
		需要見込み (D1)	現状推移シナリオ による供給見込み (S1)	充足率 (S1/D1)	需要見込み (D2)	現状推移シナリオ による供給見込み (S2)	充足率 (S2/D2)	需要見込み (D3)	現状推移シナリオ による供給見込み (S3)	充足率 (S3/D3)	需給ギャップ (D3-S3)
1 北海道	81,117	93,773	93,057	99.2%	98,923	96,390	97.4%	109,903	97,580	88.8%	12,323
2 青森県	22,090	28,120	25,991	92.4%	29,943	28,144	94.0%	32,218	30,811	95.6%	1,407
3 岩手県	19,069	26,711	23,130	86.6%	28,383	24,287	85.6%	29,775	24,851	83.5%	4,924
4 宮城県	28,041	34,879	29,447	84.4%	39,538	30,385	76.9%	45,532	31,396	69.0%	14,136
5 秋田県	19,621	23,566	22,227	94.3%	25,103	23,062	91.9%	26,018	23,275	89.5%	2,743
6 山形県	17,688	20,662	18,716	90.6%	21,779	19,106	87.7%	22,489	19,128	85.1%	3,361
7 福島県	25,654	34,061	28,867	84.8%	36,603	30,374	83.0%	38,306	32,149	83.9%	6,157
8 茨城県	33,060	40,830	36,541	89.5%	45,130	38,499	85.3%	50,807	40,673	80.1%	10,134
9 栃木県	21,317	25,799	23,109	89.6%	28,082	23,922	85.2%	31,293	24,428	78.1%	6,865
10 群馬県	28,518	36,372	30,602	84.1%	39,354	31,583	80.3%	43,806	32,205	73.5%	11,601
11 埼玉県	70,723	90,118	82,570	91.6%	101,829	88,130	86.5%	121,352	93,882	77.4%	27,470
12 千葉県	67,600	84,052	81,696	97.2%	96,592	87,420	90.5%	115,272	92,517	80.3%	22,755
13 東京都	154,609	195,780	181,410	92.7%	216,633	194,439	89.8%	243,701	207,950	85.3%	35,751
14 神奈川県	116,591	137,664	138,848	100.9%	153,815	148,410	96.5%	182,643	157,942	86.5%	24,701
15 新潟県	35,509	42,885	41,740	97.3%	45,970	43,617	94.9%	49,317	44,622	90.5%	4,695
16 富山県	15,296	18,635	16,041	86.1%	20,192	16,752	83.0%	21,721	17,810	82.0%	3,911
17 石川県	16,251	19,026	18,243	95.9%	20,183	18,969	94.0%	22,158	19,543	88.2%	2,615
18 福井県	11,774	11,274	10,200	90.5%	11,849	10,524	88.8%	12,458	10,686	85.8%	1,772
19 山梨県	10,737	13,244	12,277	92.7%	14,217	12,910	90.8%	15,364	13,647	88.8%	1,717
20 長野県	31,827	39,808	35,406	88.9%	42,818	36,869	86.1%	46,339	37,948	81.9%	8,391
21 岐阜県	27,140	32,563	30,133	92.5%	35,675	31,481	88.2%	39,559	32,441	82.0%	7,118
22 静岡県	45,419	53,195	50,448	94.8%	57,141	53,344	93.4%	65,077	56,575	86.9%	8,502
23 愛知県	81,136	101,763	92,301	90.7%	113,040	98,817	87.4%	131,852	107,461	81.5%	24,391
24 三重県	25,312	30,943	29,695	96.0%	33,633	31,477	93.6%	36,573	32,969	90.1%	3,604
25 滋賀県	16,034	19,968	18,853	94.4%	22,079	20,009	90.6%	24,674	21,202	85.9%	3,472
26 京都府	33,146	43,310	38,922	89.9%	46,329	41,863	90.4%	51,940	45,129	86.9%	6,811
27 大阪府	136,355	168,755	165,564	98.1%	190,623	176,305	92.5%	219,190	185,324	84.5%	33,866
28 兵庫県	77,495	94,448	85,782	90.8%	103,761	90,171	86.9%	117,817	95,314	80.9%	22,503
29 奈良県	19,982	25,278	22,700	89.8%	27,264	24,233	88.9%	31,019	26,521	85.5%	4,498
30 和歌山県	19,552	22,865	20,573	90.0%	23,451	20,967	89.4%	25,162	20,975	83.4%	4,187
31 鳥取県	9,895	10,586	10,168	96.1%	11,028	10,400	94.3%	11,541	10,634	92.1%	907
32 島根県	14,018	16,203	15,652	96.6%	16,493	16,276	98.7%	17,110	16,784	98.1%	326
33 岡山県	30,069	35,315	32,226	91.3%	36,560	33,160	90.7%	39,490	33,789	85.6%	5,701
34 広島県	43,162	50,331	47,650	94.7%	52,377	49,688	94.9%	58,970	52,021	88.2%	6,949
35 山口県	23,388	29,512	27,276	92.4%	31,010	28,554	92.1%	33,191	29,411	88.6%	3,780
36 徳島県	12,970	14,581	14,336	98.3%	14,809	14,365	97.0%	15,538	14,256	91.7%	1,282
37 香川県	14,009	17,110	15,891	92.9%	17,931	16,369	91.3%	18,940	16,593	87.6%	2,347
38 愛媛県	26,095	31,499	29,628	94.1%	33,193	31,000	93.4%	35,808	32,170	89.8%	3,638
39 高知県	12,779	14,828	14,236	96.0%	15,312	14,663	95.8%	15,644	14,743	94.2%	901
40 福岡県	70,253	80,021	79,455	99.3%	84,011	82,419	98.1%	94,314	84,257	89.3%	10,057
41 佐賀県	13,204	14,255	13,868	97.3%	14,326	14,129	98.6%	15,037	14,432	96.0%	605
42 長崎県	24,871	28,277	28,002	99.0%	28,539	28,744	100.7%	30,382	28,815	94.8%	1,567
43 熊本県	27,244	31,634	31,531	99.7%	32,958	32,836	99.6%	34,954	33,420	95.6%	1,534
44 大分県	20,022	21,231	21,255	100.1%	22,214	21,878	98.5%	23,401	22,186	94.8%	1,215
45 宮崎県	18,606	21,633	19,998	92.4%	23,041	20,457	88.8%	24,852	20,528	82.6%	4,324
46 鹿児島県	28,247	32,455	30,782	94.8%	33,481	32,140	96.0%	35,197	33,690	95.7%	1,507
47 沖縄県	15,246	18,482	16,584	89.7%	19,639	17,117	87.2%	22,039	17,696	80.3%	4,343
合計	1,707,743	2,078,300	1,953,627	94.0%	2,256,854	2,056,654	91.1%	2,529,743	2,152,379	85.1%	377,364

(資料出所) 2013(平成25)年度の数値:厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから厚生労働省(社会・援護局)にて補正) 2017(平成29)年度以降の数値は都道府県が行った推計による

注1)2013(平成25)年度の計数は国及び各都道府県の値ごとに回収率を踏まえた補正を行っているため、合計の値が一致しない

注2)需要見込み、供給見込みの値は、いずれも通所リハビリテーションの職員数を含まない(「医療・介護に係る長期推計」(平成24年3月))と同様の整理

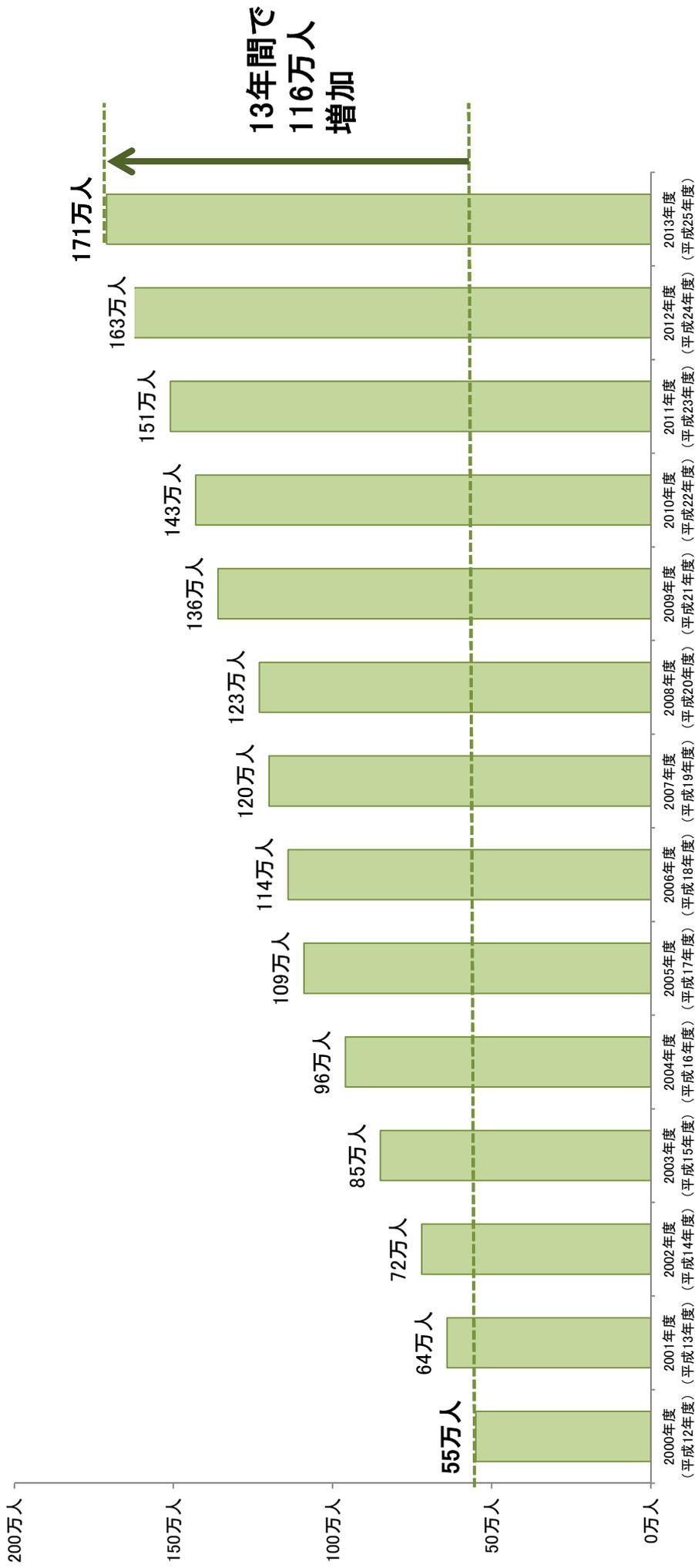
注3)需要見込みの値は、市町村により第6期介護保険事業計画に位置付けられたサービス見込み量等に基づく推計

注4)供給見込みの値は、現状推移シナリオ(近年の入職、離職の動向に将来の人口動態を反映)による推計(平成27年度以降に追加的に取り組む新たな施策の効果は含んでいない)

(参考資料)

介護保険制度施行以降の介護職員数の推移

○ 介護職員数は、2000(平成12)年度の制度創設以降、13年間で116万人増加(約3倍増)している。



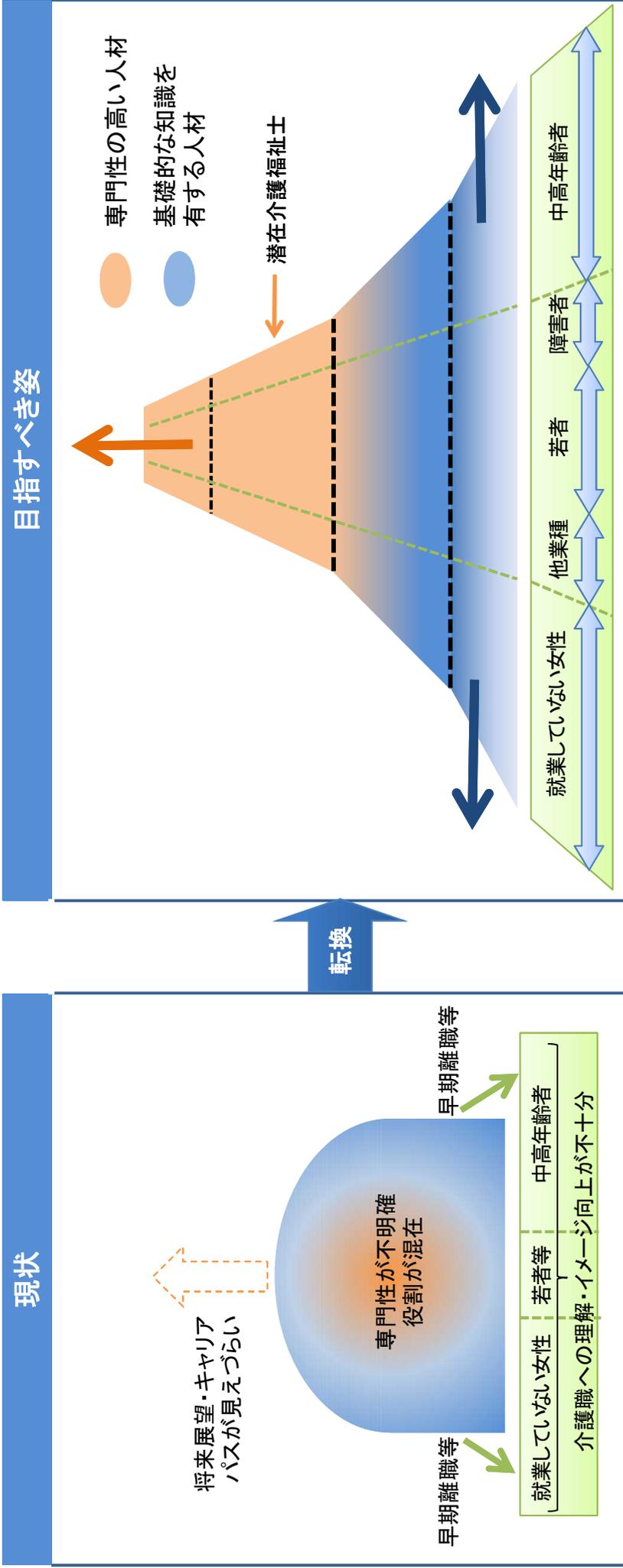
注1) 平成21～25年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省(社会・援護局)にて補正したもの。
 (平成20年まではほぼ100%の回収率 → (例)平成25年の回収率:訪問介護80.5%、通所介護86.7%、介護老人福祉施設91.9%)
 ・補正の考え方:入所系(短期入所生活介護を除く)・通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。
 (①「介護サービス施設・事業所調査」における施設数を用いて補正、②「介護サービス施設・事業所調査」における利用者数を用いて補正)

注2) 各年の「介護サービス施設・事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については、含まれていない。
 (訪問リハビリテーション:平成12～24年、特定施設入居者生活介護:平成12～15年、地域密着型介護老人福祉施設:平成18年)
 ※ 「通所リハビリテーション」の介護職員数は、すべての年に含めていない。

注3) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。(各年度の10月1日現在)

【出典】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

「総合的な確保方策」の目指す姿 ～「まんじゅう型」から「富士山型」へ～



参加促進	1. すそ野を広げる	人材のすそ野の拡大を進め、多様な人材の参加促進を図る
労働環境・ 処遇の改善	2. 道を作る	本人の能力や役割分担に応じたキャリアパスを構築する
資質の向上	3. 長く歩み続ける	いったん介護の仕事についての定着促進を図る
	4. 山を高くする	専門性の明確化・高度化で、継続的な質の向上を促す
	5. 標高を定める	限られた人材を有効活用するため、機能分化を進める

「総合的な確保方策」の主要施策

目指すべき姿

主要施策

<p>参入促進</p>	<p>1. すそ野を広げる ～多様な人材の参入促進を図る～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護の3つの魅力(楽しさ・深さ・広さ)の情報発信によるイメージアップ ・高校教師・親の理解促進、地域志向型の若者の裾り起こしの強化 ・中高年齢者の地域ボランティア参画等の促進 ・他産業からの参入促進を図るため、通信課程を活用 ・福祉人材センターの機能強化(サテライト展開やハローワークとの連携等) <p>【予算】 【予算】 【予算】 【法令】 【法令】</p>
<p>労働環境・処遇の改善</p>	<p>2. 道を作る ～キャリアパスを構築する～</p> <p>3. 長く歩み続ける ～定着促進を図る～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・資格取得の支援(実務者研修の受講期間の柔軟化等) ・離職した介護福祉士の届出制度創設と再就業支援対策の強化 ・介護人材のキャリアパスシステム整備の推進 ・代替職員の確保等による研修機会の確保 <p>【法令】 【法令】 【報酬】 【予算】</p>
<p>資質の向上</p>	<p>4. 山を高くする ～継続的な質の向上を促す～</p> <p>5. 標高を定める ～人材の機能分化を進める～</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・介護人材1人当たり月額1万2千円相当の賃金改善 ・人材育成に取り組む事業所の認証・評価の実施による取組の「見える化」の推進 ・エルダー・メンター制度の導入支援による早期離職の防止 ・事業所内保育所の運営支援による出産・育児との両立支援 ・雇用管理改善の推進(介護ロボット導入支援やICTの活用等) ・社会福祉施設職員等退職手当制度を見直しによる定着促進 <p>【報酬】 【予算】 【予算】 【予算】 【法令】</p>
		<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士の資格取得方法の見直しによる資質向上 ・介護福祉士の配置割合の高い施設・事業所に対する報酬上の評価 ・マネジメントや医療的ケア・認知症ケアなどの研修の受講支援 <p>【法令】 【報酬】 【予算】</p>

国・地域の基盤整備

- ・国が示す人材確保のための「基本的な指針」の対象を介護サービス全般へ拡大
- ・地域の関係主体が連携する場を構築し、人材確保のプラットフォームを創設

【法令】
【予算】



平成 31 年 3 月 1 日
政策統括官付参事官付保健統計室
室長 森 桂
室長補佐 阿部 幸喜
患者統計係
(代表電話) 03 (5253) 1111 (内線7516, 7517)
(直通電話) 03 (3595) 2958

平成 29 年(2017) 患者調査の概況

目 次

調査の概要	1 頁
結果の概要	3
1 推計患者数	
(1) 施設の種類・性・年齢階級別	3
(2) 傷病分類別	5
(3) 在宅医療の状況	6
(4) 入院（重症度等）の状況	7
2 受療率	
(1) 性・年齢階級別	8
(2) 傷病分類別	9
(3) 都道府県別	10
3 退院患者の平均在院日数等	
(1) 施設の種類・年齢階級別	11
(2) 傷病分類別	12
(3) 推計退院患者数の構成割合	13
4 入院前の場所・退院後の行き先	14
5 主な傷病の総患者数	15
統計表	16
受療率の算出に用いた人口	33

平成 29 年患者調査の結果は厚生労働省のホームページにも掲載しています。
厚生労働省ホームページ(URL) (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>)

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業

日本における認知症の高齢者人口の
将来推計に関する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 二宮 利治
平成27(2015)年 3月

目 次

I. はじめに	1
II. 総括研究報告	
日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究	2
二宮 利治 (九州大学大学院医学研究院附属総合コホートセンター・教授)	
III. 分担研究報告	
日本における認知症患者数の将来推計	20
二宮 利治 (九州大学大学院医学研究院附属総合コホートセンター・教授)	
清原 裕 (九州大学大学院医学研究院環境医学分野・教授)	
小原 知之 (九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野・助教)	
認知症有病率推定モデルの作成とその妥当性の検討	25
米本 孝二 (久留米大学バイオ統計センター・講師)	
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表	28
V. 研究成果の刊行物・別刷	29

はじめに

わが国では、総人口に占める65歳以上人口の割合が1960年の5.7%から2012年の24.1%へこの50年間で4倍に増大し、それに伴い急増する認知症高齢者が大きな医療・社会問題となっている。2013年度の厚生労働省による認知症有病率の全国調査の成績によれば、わが国では2012年の時点で認知症を有する高齢者の数は462万人に達しているとされる。予防、早期治療等の総合的な対策を講じて認知症の増加に歯止めをかけることはわが国の医療行政における焦眉の課題であり、認知症施策の規模や有効的な資源活用などを検討する上で、今後さらに増え続ける認知症の患者数を正確に予測することは極めて重要である。

福岡県久山町では、1985年から65歳以上の高齢住民を対象に認知症の疫学調査(久山町研究)が継続中である。この研究における各調査の受診率はいずれも90%以上と高く、全ての調査で神経心理テストを用いてスクリーニング調査を行い、病歴聴取と神経・理学的所見に基づき認知症の有無、病型を正確に診断している。このような地域高齢者を対象に精度の高い認知症調査を長期間継続した疫学研究は他に類をみない。

本プロジェクトでは、久山町研究から得られた認知症とその危険因子の有病率の時代的变化の成績を基に、将来の認知症の有病率、患者数をより正確に推計する。その成果は、認知症施策の追加や見直しを含めた具体的な個々の施策を策定する上で極めて有用であろう。さらに、わが国における「認知症高齢者等にやさしい地域」の構築に貢献し、将来の認知症対策と効率的な介護行政の確立に活用できると期待される。

研究代表者 二宮 利治

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究
総括研究報告書

研究代表者 二宮 利治

(九州大学大学院医学研究院附属総合コホートセンター・教授)

研究要旨 福岡県久山町では、1985年(受診者 887人)、1992年(1,189人)、1998年(1,437人)、2005年(1,566人)、2012年(1,904人)に、65歳以上の全住民を対象とした認知症調査を行った。本研究では、これらの久山町における認知症有病率の経時的データを基に認知症および認知症各病型の有病率、患者数の将来推計を行った。

認知症患者数の将来推計を行うに際し、まず久山町認知症調査のデータの妥当性を検討した。2013年度厚生労働省・認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」の認知症有病率の全国調査の成績を用いて、久山町とわが国の7自治体における年齢標準化後認知症有病率を比較したところ、各自治体の認知症有病率間の I^2 値 0.0% ($p=0.97$) と有意な異質性を認めなかった。

次に、久山町認知症調査5集団の統合データを用いて、年齢、性別、危険因子(糖尿病、高血圧、肥満、現在・過去の喫煙習慣)の頻度と認知症の有病率との関係を検討した。ポアソン一般化線形混合モデルを用いた多変量解析において、年齢、女性・糖尿病の頻度は認知症有病率と有意な正の関連を示した。これらの変数を用いて数学モデルを作成し、将来の性・年齢階級別にみた認知症有病率を算出した。各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定であると仮定した場合、推定認知症患者数は2025年 675万人(95%信頼区間[CI] 541-844万人)、2040年 802万人(95%CI 642-1001万人)、2060年 850万人(95%CI 681-1061万人)であり、時代とともにその数は増加した。さらに、将来糖尿病の頻度が2012年から2060年までに20%上昇すると仮定した場合、将来の認知症患者数は2025年 730万人(95%CI 570-936万人)、2040年 953万人(95%CI 720-1260万人)、2060年 1154万人(95%CI 832-1601万人)と推定された。

認知症の病型別にみると、アルツハイマー病の患者数は、各年齢層の認知症有病率が一定と仮定した場合は2025年 466万人(95%CI 374-580万人)、上昇すると仮定した場合は504万人(95%CI 394-644万人)であった。さらに、その患者数は2040年に約550-650万人、2060年に約600-800万人となり、血管性認知症やその他の認知症の患者数に比べ顕著に増加することが示唆された。

ADLレベル別に検討すると、2025年の高度ADL障害を有する認知症患者数は、各年齢層の認知症有病率が一定であると仮定した場合は129万人(95%CI 104-160万人)、上昇すると仮定した場合は140万人(95%CI 110-178万人)であった。同様に、要介護認定レベル別にみると、要介護4-5の認知症患者数は、それぞれの仮定において92万人(95%CI 74-115万人)、99万人(95%CI 78-127万人)と推計された。これらの高度ADL障害をきたし重度の介護を要する認知症患者の数は今後とも増加することが予測される。

より健全な超高齢社会を迎えるために、認知症対策と効率的な介護行政の確立が急務であると考えられる。

研究分担者：

清原 裕	(九州大学大学院医学研究院環境医学分野・教授)
小原 知之	(九州大学大学院医学研究院精神病理学分野・助教)
米本 孝二	(久留米大学バイオ統計センター・講師)

A. 研究目的

わが国は4人に1人が高齢者という超高齢社会をむかえ、急増する認知症高齢者が大きな医療・社会問題となっている。認知症施策の規模や有効的な資源活用などを検討する上で、将来の認知症の患者数を正確に予測することは極めて重要である。これまでに介護保険受診者のデータより「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数を推計しているが、この推計は認定調査員による評価データを用いていることや要介護認定を申請していない認知症患者が含まれていないことなど、調査精度に限界がある。将来の認知症患者数を正確に推計するためには、地域高齢者を対象にした精度の高い認知症の疫学調査の経時的なデータが必要である。

福岡県久山町では、1985年から65歳以上の高齢住民を対象に精度の高い認知症の疫学調査(久山町研究)が継続中である。本研究では、久山町研究から得られた認知症とその危険因子の有病率の時代的变化の成績を基に認知症有病率の推定モデルを統計学的に作成し、わが国の年齢分布や危険因子の頻度の推移を考慮に入れた将来の認知症の患者数を推計した。

B. 研究方法

1. 久山町認知症調査の妥当性の検証

福岡県久山町は、福岡市の東に隣接する現在の人口が約8,400人の比較的小さな町である。久山町住民の年齢・職業構成は、調査開始時から現在に至るまで日本の平均レベルにあり、栄養摂取状況も国民健康・栄養調査の成績とよく一致している。この町においてこれまでに1985年、1992年、1998年、2005年、2012年の計5回、65歳以上の全住民を対象とした認知症調査を行った。各調査の受診率はそれぞれ95%(受診者887人)、97%(1,189人)、99%(1,437人)、92%(1,566人)、94%

(1,904人)といずれも高かった。全ての調査でほぼ同一の2段階方式の調査法がとられ、第1段階のスクリーニング調査では各対象者を直接面接し、長谷川式簡易知能評価スケールやMini-Mental State Examination(MMSE)など神経心理テストを用いて認知機能を評価した。さらに認知症が疑われる者に対して2次調査を行い、家族・主治医からの病歴聴取と神経・理学的所見より、DSM-III(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition)あるいはDSM-III R(DSM-III revision)によって認知症の有無、重症度、病型を判定した(二宮、清原、小原)。

認知症患者数の将来推計を行うに際し、初めに久山町認知症調査のデータの妥当性を検討した。

2013年度厚生労働省・認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」の認知症有病率の全国調査の成績を用いて、2009-2013年の茨城県つくば市、福岡県大牟田市、茨城県利根町、愛知県大府市、島根県海士町、佐賀県伊万里市、大分県杵築市の7自治体における認知症有病率の成績と2012年の久山町における認知症有病率を2010年の日本人口で標準化後に比較した。自治体間の有病率の違い(異質性)の有無の評価には、 I^2 値とコクランQ値によるカイ二乗検定を用いた。 I^2 値は、0-40%(重要でない異質性)、30-60%(中等度の異質性)、50-90%(大きな異質性)、75-100%(高度の異質性)の4段階で評価した(二宮、米本)。

2. 認知症患者数の将来推計

1985年から2012年に久山町で実施した認知症調査5集団のデータベースを整備し、性・年齢階級別有病率、危険因子(糖尿病、高血圧、肥満、現在・過去の喫煙習慣)の頻度を集団毎に算出した(表1)。これらの集団の統合データを用いて年齢、性別、各危険因子の頻度と認知症の有病率との関係を検討し、認知症有病率の推定モデルを作成した。このモデルの作成にはポアソン一般化線形混合モデル(SAS version 9.3、Glimmix procedure)を使用した。作成されたモデルの内的妥当性は、久山町5集団において性・年齢階級別認知症有病率の観測値とモデルによる推計値を比較し、ピアソン積率相関係数と組内相関係数にて一致度を評価した。このモデルにより算出された性・年齢階級別認知症有病率と将来のわが国

の 65 歳以上の年齢分布や危険因子の頻度の推計値を基に、認知症および認知症各病型の有病率、患者数の将来推計を行った。なお、将来のわが国の 65 歳以上の年齢分布は、国立社会保障・人口問題研究所による推計値を使用した(補足資料 1)(二宮、小原、米本)。

認知症の各病型別にみた有病率の推定には、2012 年の久山町認知症調査時に得られた年齢階級別にみた各認知症病型の有病率を用いた(補足資料 2)。認知症の病型はアルツハイマー病、血管性認知症、その他の認知症の 3 群に分類した(小原)。

3. 日常生活動作(ADL)レベルおよび要介護認定のレベル別にみた認知症患者数の将来推計

さらに、2012 年の久山町認知症調査時に得られた認知症患者の ADL レベル別および要介護認定のレベル別の頻度を用いて、要介護認定のレベル別および ADL レベル別にみた将来の認知症患者数を推計した(補足資料 3、4)。ADL レベルはバーセル指数により、正常～軽度(95-100 点)、中等度(25-90 点)、高度(0-20 点)の 3 群に分類した。要介護認定のレベルは、非該当/申請なし、要支援/要介護 1、要介護 2-3、要介護 4-5 の 4 群に分類した(二宮)。

(倫理面への配慮)

本研究は、「疫学研究に関する倫理指針」に基づき研究計画書を作成し、九州大学医学部倫理委員会の承認を得て行われた。本研究は、すべての対象者からインフォームドコンセントを取得したうえで実施した。研究者は、対象者の個人情報の漏洩を防ぐうえで細心の注意を払って研究を遂行した。

C. 研究結果

2013 年度の厚生労働省による全国調査の成績を用いて、久山町とわが国の 7 自治体における年齢標準化後認知症有病率を比較したところ、各自治体の認知症有病率間の I^2 値 0.0% ($p=0.97$) と統計学的に有意な違い(異質性)を認めなかった(図 1)。

続いて、1985 年から 2012 年に実施した久山町認知症調査 5 集団の危険因子(糖尿病、高血圧、肥満、現在・過去の喫煙習慣)の頻度と性・年齢

階級(5 歳毎)別認知症有病率の成績を統合し、各危険因子と認知症有病率の関係を検討した。その結果、多変量解析において年齢、女性、糖尿病の頻度は認知症有病率と有意な正の関連を認めた(表 2)。これらの変数を用いて下記の数学モデルを作成した。

$$\text{認知症の有病率} = \exp(-16.184 + 0.160 * \text{年齢}[\text{歳}] + 0.223 * \text{性別}[\text{女性}=1, \text{男性}=0] + 0.078 * \text{糖尿病の頻度}[\%])$$

このモデルの内的妥当性を検討するために、久山町 5 集団において性・年齢階級別認知症有病率の観測値とモデルによる推計値の比較をしたところ、ピアソン積率相関係数=0.94、組内相関係数 0.93 であり、観測値と推計値の間に良好な一致を認めた(補足資料 5)。

本研究では、まず各年齢層の認知症有病率が 2012 年以降一定であると仮定して将来の認知症患者数の推計を行った。表 3 に、作成された数学モデルにより算出した 2012 年の性・年齢階級別認知症有病率を示す。これらの値に、国立社会保障・人口問題研究所により推計された将来のわが国の 65 歳以上の年齢分布を積和することで認知症患者数を算出した。その結果、2012 年のわが国の認知症患者数は 476 万人(95%信頼区間[CI] 381-596 万人)と推計された(表 3)。この推計値は、2013 年度の厚生労働省・認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」による認知症有病率の全国調査で報告された推定認知症患者数 462 万人に近い値であった。さらに、この全国調査で報告された値で補正を行った。補正後の認知症患者数は、2025 年 675 万人(95%CI 541-844 万人)、2040 年 802 万人(95%CI 642-1001 万人)、2060 年 850 万人(95%CI 681-1061 万人)であった(図 2、表 3)。各年代の 65 歳以上の認知症の推定有病率は、それぞれ 18.5% (95%CI 14.8-23.1%)、20.7% (95%CI 16.6-25.9%)、24.5% (95%CI 19.7-30.6%)であり、時代と共に上昇した(これ以降は、全国調査で報告された値で補正後の結果を記載する。)

続いて、認知症の有病率は糖尿病の頻度と有意な関連を認めたため、将来の糖尿病の頻度の変化を考慮に入れた認知症患者数の将来推計を行った。国際糖尿病連合(IDF)による糖尿病頻度の増加率

の予測値（日本の20歳-79歳の成人における糖尿病の頻度は2011年から2030年に約7%増加[Diabetes Res Clin Pract 2011;94:311])を基に、2012年から2060年までに糖尿病の頻度は20%増加すると仮定した(補足資料6)。補足資料7に、糖尿病患者が増加する仮定の基に数学モデルにより算出した各年代における性・年齢階級別の認知症有病率を示す。これらの推計値を基に算出された将来の65歳以上の認知症有病率と患者数は、2025年20.0%(95%CI 15.6-25.6%)、730万人(95%CI 570-936万人)、2040年24.6%(95%CI 18.6-32.6%)、953万人(95%CI 720-1260万人)、2060年33.3%(95%CI 24.0-46.2%)、1154万人(95%CI 832-1601万人)であった(図2、表4)。

認知症の病型別にみると、アルツハイマー病の患者数は、各年齢層の認知症有病率が一定であると仮定した場合は2025年466万人(95%CI 374-580万人)、上昇すると仮定した場合は504万人(95%CI 394-644万人)であった。さらに、アルツハイマー病の患者数は、2040年に約550-650万人、2060年に600-800万人となり、血管性認知症やその他の認知症の患者数に比べ顕著に増加することが示唆された(図3、表5-6)。

ADLレベル別に検討すると、2025年の高度ADL障害を有する認知症患者数は、各年齢層の認知症有病率が一定であると仮定した場合は129万人(95%CI 104-160万人)、上昇すると仮定した場合は140万人(95%CI 110-178万人)であった(図4、表7-8)。同様に、要介護認定レベル別にみると、要介護4-5の認知症患者数は、それぞれの仮定において92万人(95%CI 74-115万人)、99万人(95%CI 78-127万人)と推計された(図5、表9-10)。これらの高度ADL障害を有する認知症患者や要介護4-5の認知症患者の数は、今後も増加することが予測される。

D. 考察

本研究では、久山町における経時的な認知症調査の成績を用いて、認知症患者数の将来推計を行った。その結果、わが国の認知症患者数は2025年に約650-700万人、2040年に約800-950万人、2060年に850-1150万人と時代とともに増加することが予測された。病型別にみると、アルツハイマー病の増加が顕著であり、今後、寝たきりのような高度ADL障害をきたした重度の介護を要する

認知症患者の数も増加することが示唆される。

今回の研究では、まず1985年から2012年に実施した久山町5集団の成績を基に、将来の認知症有病率を推計するための数学モデルを作成した。この数学モデルには、多変量解析において認知症有病率と有意な正の関連を認めた年齢、女性、糖尿病の頻度を加えた。近年、糖尿病は認知症、特にアルツハイマー病の危険因子として注目されている。以前我々は、1988年の久山町循環器健診で75g糖負荷試験を受けた認知症のない60歳以上の住民1017人を15年間前向きに追跡した成績を用いて、糖尿病患者は正常者に比べ認知症の発症リスクが1.7倍高いことを明らかにした(Neurology 2011;77:1126)。また、久山町における連続剖検による脳データベースを用いた検討でも、糖代謝異常が老人斑形成に関与することが示唆された(Neurology 2010;75:764)。同様の糖尿病と認知症の関係は、これまでに多くの疫学研究から報告がなされており、国内外の地域住民を対象とした15の前向きコホート研究によるメタ解析の成績でも糖尿病患者は非糖尿病患者に比べ1.7倍有意に認知症発症のリスクが高いことが示されている(Curr Diab Rep 2014;14:487)。

認知症の病型別にみた将来の認知症患者数の推計では、アルツハイマー病患者の顕著な増加が予測された。これは、85歳以上の超高齢期の女性において、アルツハイマー病を有する割合が血管性認知症やその他の認知症に比べ高かったことと、この年代の女性が今後急速に増加すると推計されていることが関与していると思われる(補足資料1-2)。アルツハイマー病の病態は不明な点が多く、その予防対策や治療法は未だ確立していない。さらに、認知症は高度ADL障害の主な原因であることは知られおり(J Epidemiol 2012;22:222)、今回のADLレベル別、要介護認定レベル別の解析でも、今後寝たきりのような高度ADL障害をきたし生活全般にわたって介護を要する認知症患者の数が増加することが予想される。したがって、アルツハイマー病の病態解明のための基礎および臨床研究をさらに推進していく必要があると同時に、より健全な超高齢社会を迎えるための効率的な介護行政の確立が喫緊の課題であると考えられる。

本研究の限界として、今回の将来推計は福岡県久山町の1地域の疫学調査の成績を基に行ったも

のであり、その推計値を日本全国に当てはめることができるかどうか議論を要するかもしれない。しかしながら、久山町の認知症有病率は厚生労働省の全国調査が行われた7自治体の成績と大きな違いを認めなかったことから、推計値の一般化は可能と考えられる。今後、人口過密地と過疎地の違いも考慮した全国規模での認知症の疫学調査による検証が必要であろう。さらに、認知症の病型別、ADL レベル別、要介護認定レベル別の解析は2012年の単年度のデータを基に行われており、これらカテゴリーの将来の時代的变化が考慮できなかった。そのため、これらの解析の精度には限界があるかもしれない。また、今回の糖尿病の頻度を考慮した将来推計では、その頻度の増加に伴い2012年以降も各年齢層の認知症有病率が上昇するとの結果が得られた。しかしながら、現在わが国では糖尿病の予防対策が精力的に行われており、今後糖尿病の頻度は想定されているように増加しない可能性もある。そのため、各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定であると仮定した”控えめな”推計も行った。今後、予防対策の浸透により糖尿病の頻度が減少することで、認知症患者の増加に歯止めがかかることを期待したい。

E. 結論

久山町における経時的な認知症調査の成績を基に認知症患者の将来推計を行った結果、わが国の認知症患者数は2025年に約650-700万人、2040年に約800-950万人、2060年に約850-1150万人と時代と共に増加することが予測された。病型別にみると、アルツハイマー病の増加が顕著であった。さらに、高度ADL障害をきたし重度の介護を要する認知症患者の数は今後も増加することが示唆された。より健全な超高齢社会を迎えるために、認知症対策と効率的な介護行政の確立が急務であると考えられる。

F. 健康危険情報

- わが国の認知症患者数は2025年に約650-700万人、2040年に約800-950万人、2060年に850-1150万人と時代と共に増加することが予測された。
- 認知症の病型別に検討すると、アルツハイマー病の増加が顕著であり、将来のアルツハイマー病の患者数は、2025年に約450-500万人、

2040年に約550-650万人、2060年に約600-800万人に増加すると推計された。

- 高度ADL障害をきたした重度の介護を要する認知症患者の数は今後も増加することが示唆された。

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし

【図表】

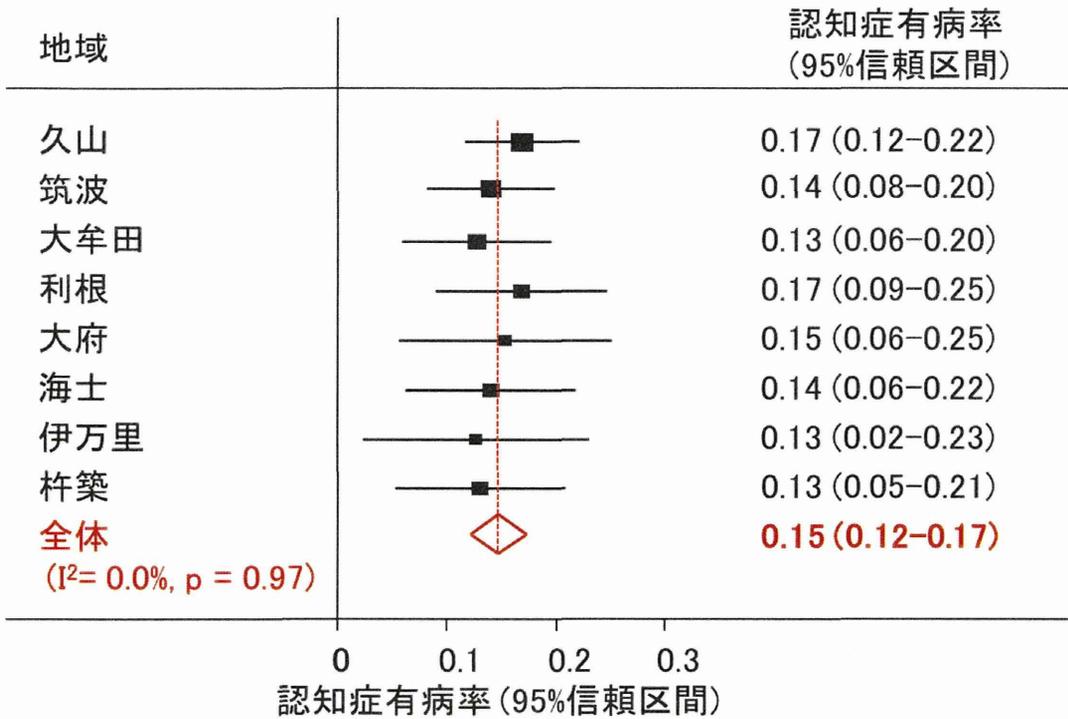


図1: 久山町と他の都市における認知症の年齢標準化後有病率の比較
(平成25年朝田班による都市部における認知症有病率調査の成績を用いて)

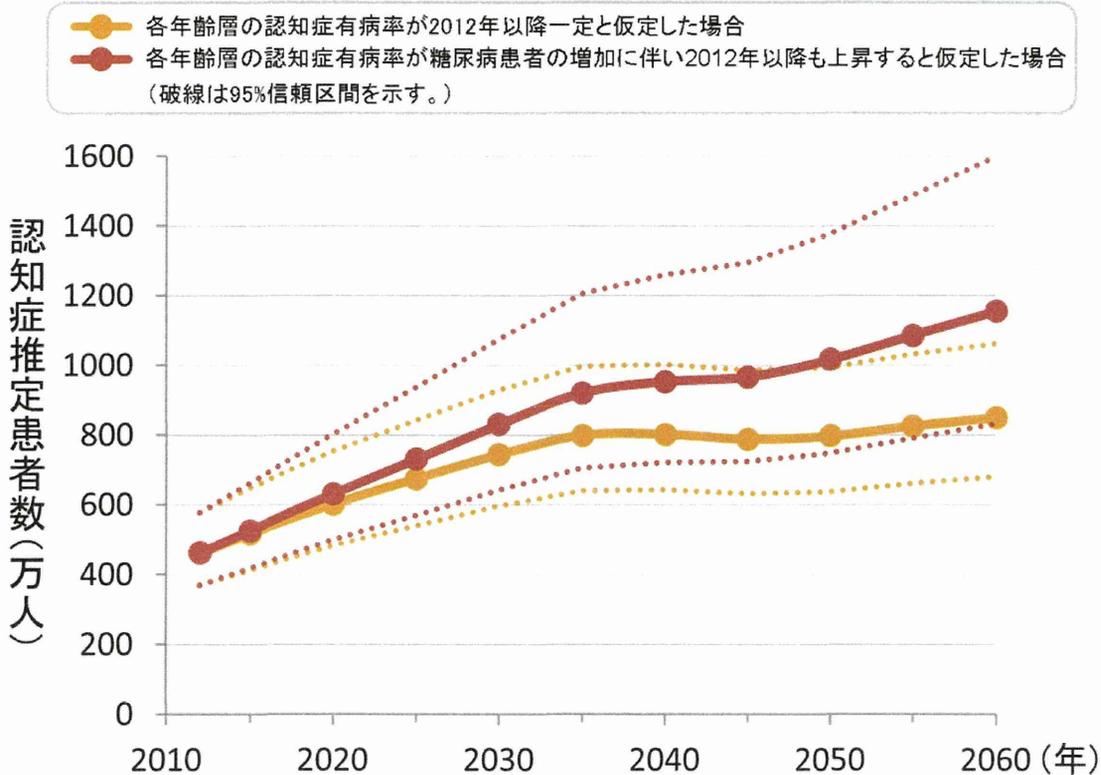
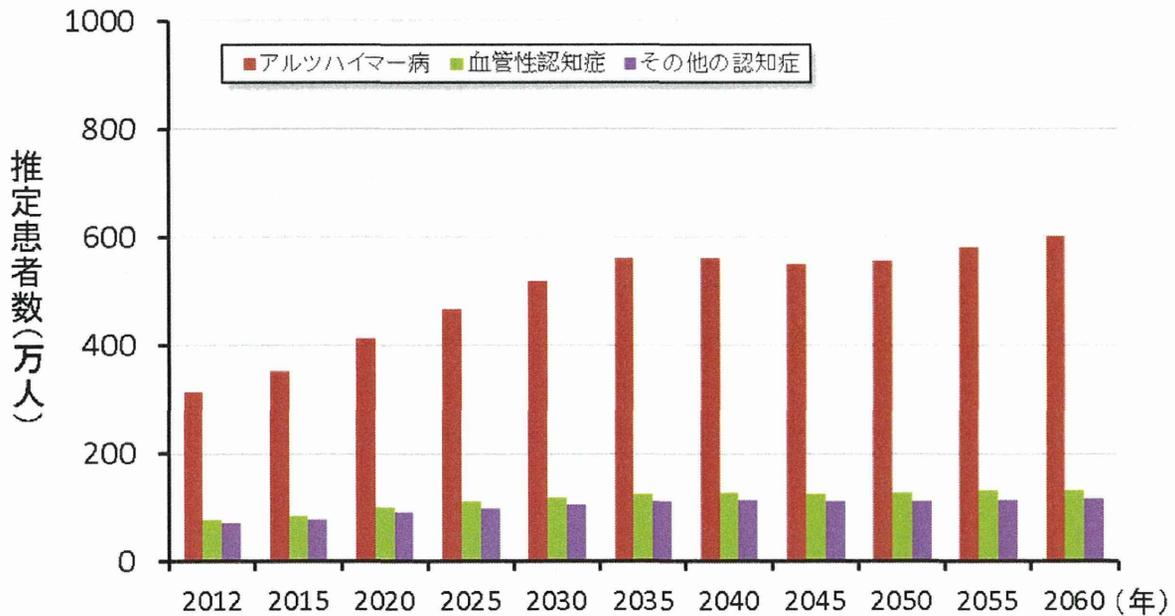


図2: わが国における認知症患者数の将来推計
(厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正後)

A) 各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合



B) 各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合

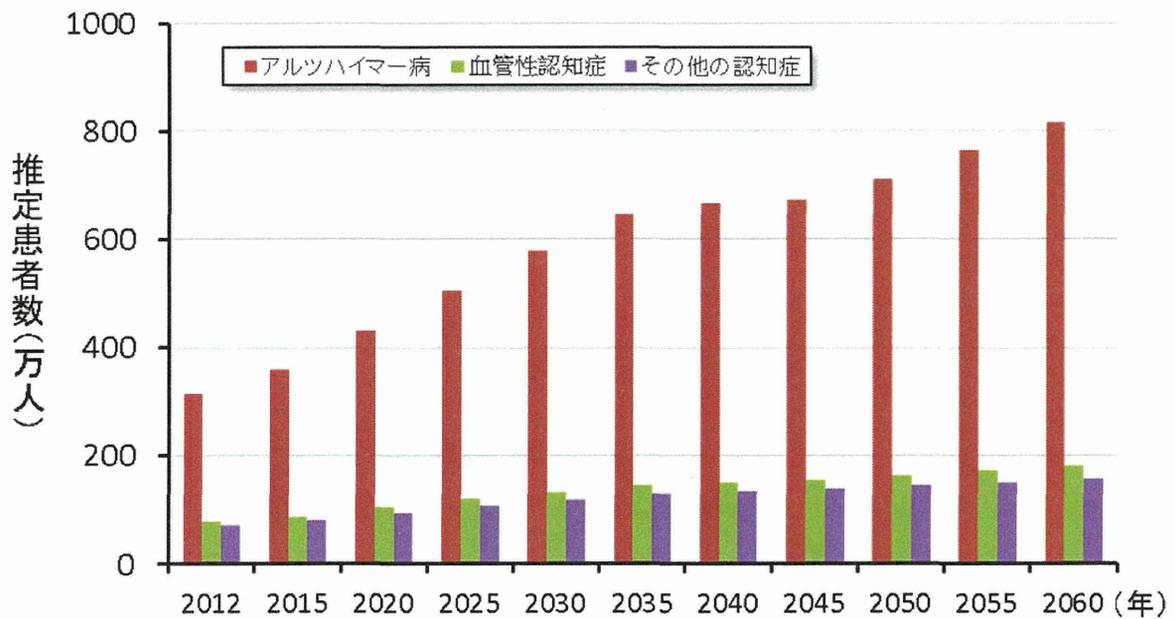
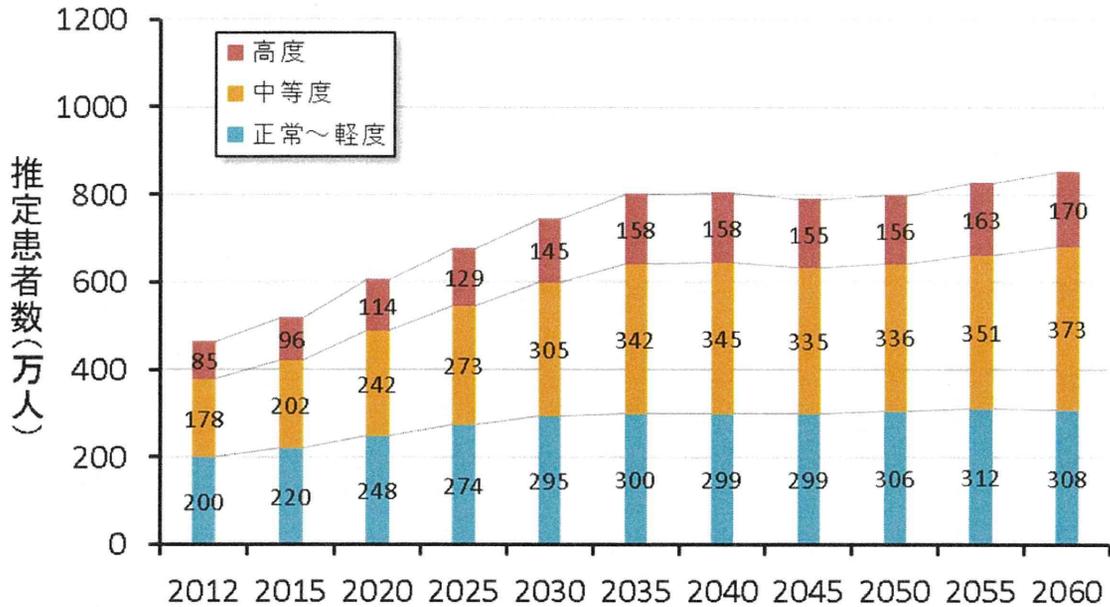


図3: 病型別にみた認知症患者数の将来推計
(厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正後)

A) 各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合



B) 各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合

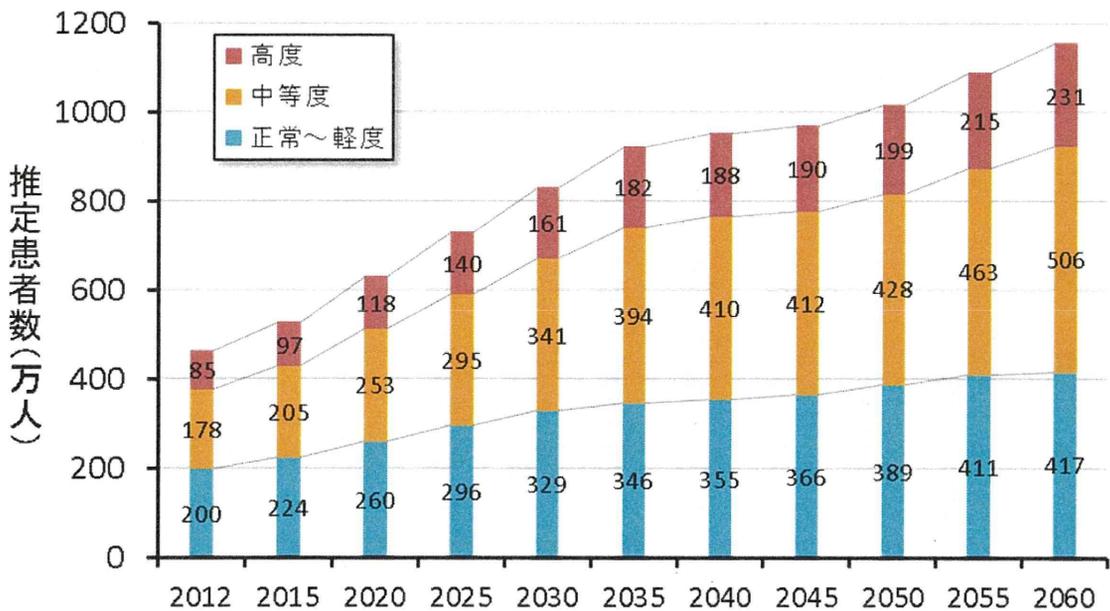
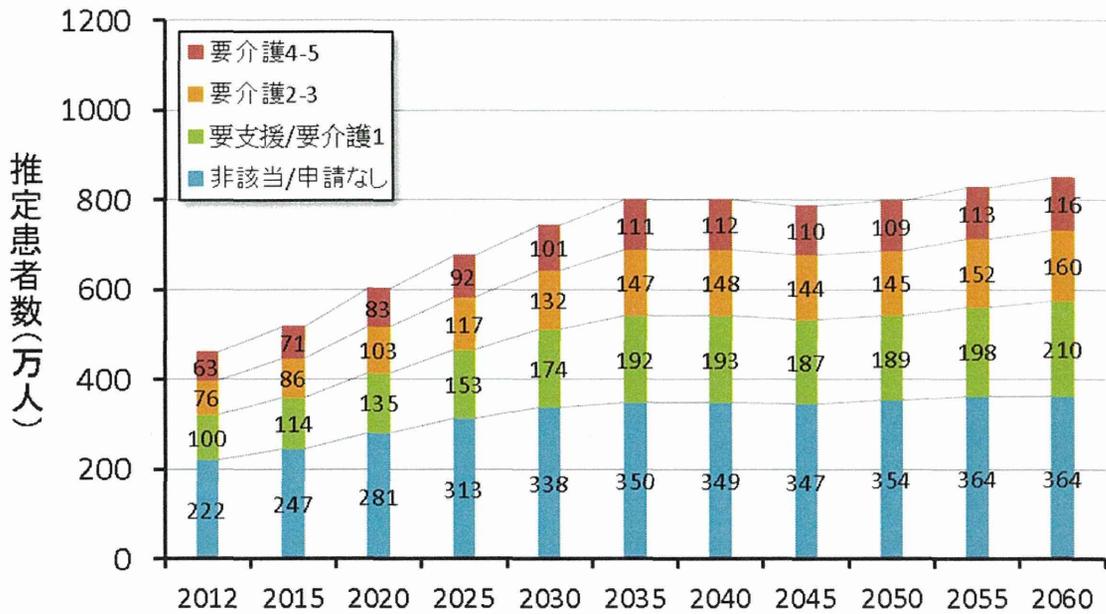


図4: ADLレベル別にみた認知症患者数の将来推計
(厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正後)

A) 各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合



B) 各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合

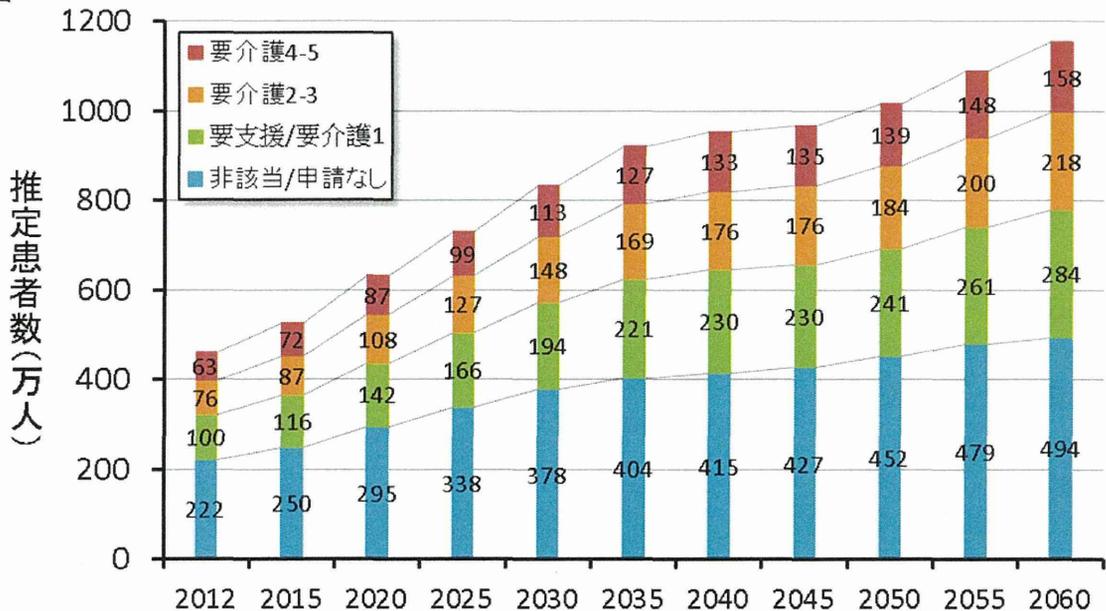


図5: 要介護認定レベル別にみた認知症患者数の将来推計
(厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正後)

表 1: 久山町における認知症疫学調査の対象者の特徴

調査年	1985 (n=887)	1992 (n=1189)	1998 (n=1437)	2005 (n=1566)	2012 (n=1904)
年齢(歳, 中央値)	72	73	73	75	75
女性(%)	60.2	60.1	60.3	60.9	59.0
高血圧の頻度(%)	54.9	61.4	65.1	65.5	71.6
糖尿病の頻度(%)	10.1	11.0	13.0	17.2	19.8
肥満の頻度(%)	15.0	19.7	22.7	22.9	24.3
現在・過去喫煙者の頻度(%)	40.4	37.4	37.8	37.8	39.3
認知症の有病率(%)	6.7	5.7	7.1	12.5	17.9

表 2: 危険因子と認知症の有病率の関係

危険因子	性・年齢調整		多変量調整	
	相対危険(95%信頼区間)	p 値	相対危険(95%信頼区間)	p 値
年齢 (1歳上昇毎)	1.17 (1.16-1.19)	<0.001	1.17 (1.16-1.19)	<.0001
女性 (対男性)	1.25 (1.07-1.47)	0.007	1.25 (1.07-1.47)	0.006
高血圧の頻度 (5%上昇毎)	1.20 (0.95-1.53)	0.13	1.00 (0.91-1.09)	0.94
糖尿病の頻度 (5%上昇毎)	1.48 (1.25-1.75)	<0.001	1.11 (1.05-1.18)	<0.001
肥満の頻度 (5%上昇毎)	1.27 (0.80-2.02)	0.31	0.96 (0.79-1.17)	0.70
現在・過去喫煙者の頻度 (5%上昇毎)	1.70 (0.40-7.27)	0.47	1.06 (0.87-1.29)	0.58

表 3: 数学モデルにより算出された 2012 年の性・年齢階級別認知症有病率(%)

年齢階級	男性	女性
65-69 歳	1.94 (1.44-2.61)	2.42 (1.81-3.25)
70-74 歳	4.30 (3.31-5.59)	5.38 (4.18-6.93)
75-79 歳	9.55 (7.53-12.12)	11.95 (9.57-14.91)
80-84 歳	21.21 (16.86-26.68)	26.52 (21.57-32.61)
85 歳以上	47.09 (37.09-59.77)	58.88 (47.69-72.69)

推計に使用した数学モデル: 認知症の有病率= $\exp(-16.184 + 0.160 \times \text{年齢[歳]} + 0.223 \times \text{性別[女性=1, 男性=0]} + 0.078 \times \text{糖尿病の頻度[\%]})$

値は作成された数学モデルを基に推定された有病率(95%信頼区間)を示す。

表3：認知症患者数と有病率の将来推計(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合)

年	65歳以上の人口(万人)	作成された数学モデルで推計した場合		厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正した場合	
		認知症患者の推定数(万人)	認知症患者の推定有病率(%)	認知症患者の推定数(万人)	認知症患者の推定有病率(%)
2012	3083.1	476 (381-596)	15.5 (12.4-19.3)	462 (369-578)	15.0 (12.0-18.8)
2015	3395.2	533 (426-667)	15.7 (12.6-19.7)	517 (413-647)	15.2 (12.2-19.1)
2020	3612.4	621 (497-777)	17.2 (13.8-21.5)	602 (482-754)	16.7 (13.3-20.9)
2025	3657.3	696 (557-870)	19.0 (15.2-23.8)	675 (541-844)	18.5 (14.8-23.1)
2030	3685.0	767 (614-958)	20.8 (16.7-26.0)	744 (596-929)	20.2 (16.2-25.2)
2035	3740.7	824 (660-1029)	22.0 (17.6-27.5)	799 (640-998)	21.4 (17.1-26.7)
2040	3867.8	827 (662-1033)	21.4 (17.1-26.7)	802 (642-1001)	20.7 (16.6-25.9)
2045	3856.4	813 (651-1015)	21.1 (16.9-26.3)	788 (631-985)	20.4 (16.4-25.5)
2050	3767.6	821 (658-1026)	21.8 (17.5-27.2)	797 (638-995)	21.1 (16.9-26.4)
2055	3625.7	851 (682-1063)	23.5 (18.8-29.3)	826 (662-1031)	22.8 (18.2-28.4)
2060	3464.1	876 (702-1094)	25.3 (20.3-31.6)	850 (681-1061)	24.5 (19.7-30.6)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

表4：認知症患者数と有病率の将来推計(各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合)

年	65歳以上の人口(万人)	作成された数学モデルで推計した場合		厚生労働省の全国調査により報告された2012年の認知症患者数で補正した場合	
		認知症患者の推定数(万人)	認知症患者の推定有病率(%)	認知症患者の推定数(万人)	認知症患者の推定有病率(%)
2012	3083.1	476 (381-596)	15.5 (12.4-19.3)	462 (369-578)	15.0 (12.0-18.8)
2015	3395.2	542 (431-681)	16.0 (12.7-20.1)	525 (418-661)	15.5 (12.3-19.5)
2020	3612.4	651 (513-826)	18.0 (14.2-22.9)	631 (498-802)	17.5 (13.8-22.2)
2025	3657.3	753 (588-965)	20.6 (16.1-26.4)	730 (570-936)	20.0 (15.6-25.6)
2030	3685.0	856 (662-1107)	23.2 (18.0-30.0)	830 (642-1074)	22.5 (17.4-29.1)
2035	3740.7	949 (726-1241)	25.4 (19.4-33.2)	920 (704-1204)	24.6 (18.8-32.2)
2040	3867.8	982 (743-1299)	25.4 (19.2-33.6)	953 (720-1260)	24.6 (18.6-32.6)
2045	3856.4	997 (745-1333)	25.8 (19.3-34.6)	966 (723-1293)	25.1 (18.7-33.5)
2050	3767.6	1048 (772-1421)	27.8 (20.5-37.7)	1016 (749-1378)	27.0 (19.9-36.6)
2055	3625.7	1120 (817-1537)	30.9 (22.5-42.4)	1086 (792-1490)	30.0 (21.9-41.1)
2060	3464.1	1190 (858-1651)	34.3 (24.8-47.7)	1154 (832-1601)	33.3 (24.0-46.2)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推計では2012年から2060年までに糖尿病の頻度が20%増加すると仮定した。

表5：認知症の病型別にみた将来の推定患者数(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合)

年	作成された数学モデルで算出した 推定患者数(万人)			厚生労働省の全国調査により報告された2012年の 認知症患者数で補正した推定患者数(万人)		
	アルツハイマー病	血管性認知症	その他	アルツハイマー病	血管性認知症	その他
2012	323 (259-403)	80 (64-101)	73 (58-92)	314 (251-391)	78 (62-98)	71 (56-89)
2015	363 (291-453)	89 (71-113)	81 (65-102)	352 (282-440)	86 (69-110)	79 (63-99)
2020	424 (340-529)	103 (82-130)	94 (75-118)	412 (330-513)	100 (80-126)	91 (73-115)
2025	480 (385-598)	114 (91-144)	102 (82-128)	466 (374-580)	111 (88-140)	99 (80-124)
2030	535 (430-667)	123 (98-154)	109 (87-137)	519 (417-647)	119 (95-149)	106 (84-133)
2035	578 (464-720)	130 (104-164)	116 (92-145)	561 (450-699)	126 (101-159)	113 (89-141)
2040	578 (464-721)	131 (104-165)	117 (93-146)	561 (450-700)	127 (101-160)	114 (90-142)
2045	566 (454-705)	130 (104-164)	116 (93-146)	549 (441-684)	126 (101-159)	113 (90-142)
2050	573 (460-714)	132 (105-166)	116 (93-146)	556 (446-693)	128 (102-161)	113 (90-142)
2055	598 (480-745)	135 (107-170)	118 (95-148)	580 (466-723)	131 (104-165)	115 (92-144)
2060	619 (497-772)	137 (109-172)	120 (96-150)	601 (482-749)	133 (106-167)	116 (93-146)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推定には、2012年久山町認知症調査で得られた年齢階級別にみた各認知症病型の頻度を用いた。

表6：認知症の病型別にみた将来の推定患者数(各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合)

年	作成された数学モデルで算出した 推定患者数(万人)			厚生労働省の全国調査により報告された2012年の 認知症患者数で補正した推定患者数(万人)		
	アルツハイマー病	血管性認知症	その他	アルツハイマー病	血管性認知症	その他
2012	323 (259-403)	80 (64-101)	73 (58-92)	314 (251-391)	78 (62-98)	71 (56-89)
2015	369 (294-462)	91 (72-115)	83 (65-104)	358 (285-448)	88 (70-112)	81 (63-101)
2020	444 (351-562)	108 (85-139)	98 (77-125)	431 (341-545)	105 (83-135)	95 (75-121)
2025	519 (406-663)	124 (96-160)	111 (86-142)	504 (394-644)	120 (93-155)	108 (83-138)
2030	597 (463-771)	137 (105-178)	122 (94-158)	579 (449-748)	133 (102-173)	118 (91-153)
2035	666 (510-869)	150 (114-198)	133 (102-175)	646 (495-843)	146 (111-192)	129 (99-170)
2040	687 (521-907)	156 (117-208)	139 (105-184)	667 (506-880)	151 (114-202)	135 (102-179)
2045	694 (520-926)	160 (119-215)	143 (107-192)	674 (505-899)	155 (116-209)	139 (104-186)
2050	731 (540-989)	168 (123-230)	149 (109-202)	710 (524-960)	163 (119-223)	145 (106-196)
2055	787 (575-1078)	178 (129-245)	156 (113-214)	764 (558-1046)	173 (125-238)	151 (110-208)
2060	841 (607-1165)	186 (134-260)	162 (117-226)	816 (589-1131)	181 (130-252)	157 (114-219)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推計では2012年から2060年までに糖尿病の頻度が20%増加すると仮定した。

本推定には、2012年久山町認知症調査で得られた年齢階級別にみた各認知症病型の頻度を用いた。

表7：ADL レベル別にみた将来の推定患者数(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合)

年	作成された数学モデルで算出した 推定患者数(万人)			厚生労働省の全国調査により報告された2012年の 認知症患者数で補正した推定患者数(万人)		
	正常～軽度	中等度	高度	正常～軽度	中等度	高度
	(BI 95-100)	(BI 25-90)	(BI 0-20)	(BI 95-100)	(BI 25-90)	(BI 0-20)
2012	206 (164-259)	183 (147-228)	88 (71-109)	200 (159-251)	178 (143-221)	85 (69-106)
2015	227 (180-286)	208 (166-259)	99 (80-123)	220 (175-278)	202 (161-251)	96 (78-119)
2020	255 (203-321)	249 (200-311)	117 (94-145)	248 (197-312)	242 (194-302)	114 (91-141)
2025	282 (225-355)	281 (225-350)	133 (107-165)	274 (218-345)	273 (218-340)	129 (104-160)
2030	304 (242-381)	314 (252-392)	149 (120-184)	295 (235-370)	305 (245-380)	145 (116-179)
2035	309 (247-388)	352 (282-439)	163 (131-202)	300 (240-377)	342 (274-426)	158 (127-196)
2040	308 (245-387)	355 (285-443)	163 (132-203)	299 (238-376)	345 (277-430)	158 (128-197)
2045	308 (245-386)	345 (277-431)	160 (129-198)	299 (238-375)	335 (269-418)	155 (125-192)
2050	315 (251-395)	346 (277-432)	161 (130-200)	306 (244-383)	336 (269-419)	156 (126-194)
2055	321 (256-403)	362 (291-452)	168 (135-208)	312 (248-391)	351 (282-439)	163 (131-202)
2060	317 (253-397)	384 (308-479)	175 (141-218)	308 (246-385)	373 (299-465)	170 (137-212)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推定には、2012年久山町認知症調査で得られた年齢階級別にみた認知症患者の各ADLレベルの頻度を用いた。

BI：バーサル指数

表8：ADL レベル別にみた将来の推定患者数(各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合)

年	作成された数学モデルで算出した 推定患者数(万人)			厚生労働省の全国調査により報告された2012年の 認知症患者数で補正した推定患者数(万人)		
	正常～軽度	中等度	高度	正常～軽度	中等度	高度
	(BI 95-100)	(BI 25-90)	(BI 0-20)	(BI 95-100)	(BI 25-90)	(BI 0-20)
2012	206 (164-259)	183 (147-228)	88 (71-109)	200 (159-251)	178 (143-221)	85 (69-106)
2015	231 (182-292)	211 (168-264)	100 (80-125)	224 (177-283)	205 (163-256)	97 (78-121)
2020	268 (210-342)	261 (206-330)	122 (97-154)	260 (204-332)	253 (200-320)	118 (94-149)
2025	305 (237-393)	304 (238-389)	144 (113-183)	296 (230-381)	295 (231-378)	140 (110-178)
2030	339 (261-441)	351 (272-453)	166 (129-213)	329 (253-428)	341 (264-440)	161 (125-207)
2035	356 (271-468)	406 (311-529)	187 (144-244)	346 (263-454)	394 (302-513)	182 (140-237)
2040	366 (276-487)	422 (320-557)	194 (148-255)	355 (268-473)	410 (311-541)	188 (144-248)
2045	377 (281-507)	424 (317-566)	196 (147-260)	366 (273-492)	412 (308-549)	190 (143-252)
2050	401 (295-546)	441 (326-598)	205 (152-277)	389 (286-530)	428 (316-580)	199 (148-269)
2055	423 (307-582)	477 (348-653)	221 (162-301)	411 (298-565)	463 (338-634)	215 (157-292)
2060	430 (309-599)	521 (376-723)	238 (172-329)	417 (300-581)	506 (365-702)	231 (167-319)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推計では2012年から2060年までに糖尿病の頻度が20%増加すると仮定した。

本推定には、2012年久山町認知症調査で得られた年齢階級別にみた認知症患者の各ADLレベルの頻度を用いた。

BI：バーサル指数

表9：要介護認定レベル別にみた将来の推定患者数(各年齢層の認知症有病率が2012年以降一定と仮定した場合)

年	作成された数学モデルで算出した 推定患者数(万人)				厚生労働省の全国調査により報告された2012年の 認知症患者数で補正した推定患者数(万人)			
	非該当/ 申請なし	要支援/ 要介護1	要介護 2-3	要介護 4-5	非該当/ 申請なし	要支援/ 要介護1	要介護 2-3	要介護 4-5
2012	229 (183-289)	103 (83-129)	78 (63-98)	65 (53-82)	222 (178-281)	100 (81-125)	76 (61-95)	63 (51-80)
2015	254 (202-320)	117 (94-146)	89 (71-111)	73 (59-91)	247 (196-311)	114 (91-142)	86 (69-108)	71 (57-88)
2020	290 (231-364)	139 (112-173)	106 (85-133)	86 (69-107)	281 (224-353)	135 (109-168)	103 (83-129)	83 (67-104)
2025	322 (257-404)	158 (127-197)	121 (97-151)	95 (76-118)	313 (249-392)	153 (123-191)	117 (94-147)	92 (74-115)
2030	348 (278-436)	179 (144-223)	136 (109-170)	104 (84-129)	338 (270-423)	174 (140-216)	132 (106-165)	101 (82-125)
2035	361 (288-453)	198 (159-247)	151 (121-188)	114 (91-141)	350 (280-440)	192 (154-240)	147 (117-182)	111 (88-137)
2040	360 (287-452)	199 (160-248)	152 (122-189)	115 (92-143)	349 (279-439)	193 (155-241)	148 (118-183)	112 (89-139)
2045	358 (286-450)	193 (155-241)	148 (119-184)	113 (91-141)	347 (278-437)	187 (150-234)	144 (116-179)	110 (88-137)
2050	365 (292-458)	195 (156-242)	149 (120-186)	112 (90-139)	354 (283-445)	189 (151-235)	145 (116-181)	109 (87-135)
2055	375 (299-469)	204 (164-254)	157 (126-195)	116 (93-144)	364 (290-455)	198 (159-247)	152 (122-189)	113 (90-140)
2060	375 (300-470)	216 (173-269)	165 (133-206)	120 (97-149)	364 (291-456)	210 (168-261)	160 (129-200)	116 (94-145)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推定には、2012年久山町認知症調査で得られた年齢階級別にみた認知症患者の各要介護認定レベルの頻度を用いた。

表10：要介護認定レベル別にみた将来の推定患者数(各年齢層の認知症有病率が2012年以降も上昇すると仮定した場合)

年	作成された数学モデルで算出した 推定患者数(万人)				厚生労働省の全国調査により報告された2012年の 認知症患者数で補正した推定患者数(万人)			
	非該当/ 申請なし	要支援/ 要介護1	要介護 2-3	要介護 4-5	非該当/ 申請なし	要支援/ 要介護1	要介護 2-3	要介護 4-5
2012	229 (183-289)	103 (83-129)	78 (63-98)	65 (53-82)	222 (178-281)	100 (81-125)	76 (61-95)	63 (51-80)
2015	258 (204-326)	119 (95-149)	90 (72-113)	74 (59-93)	250 (198-316)	116 (92-145)	87 (70-110)	72 (57-90)
2020	304 (238-387)	146 (115-184)	111 (88-141)	90 (71-114)	295 (231-376)	142 (112-179)	108 (85-137)	87 (69-111)
2025	348 (271-448)	171 (134-219)	131 (103-168)	102 (80-131)	338 (263-435)	166 (130-213)	127 (100-163)	99 (78-127)
2030	389 (299-504)	200 (155-257)	152 (118-196)	116 (90-149)	378 (290-489)	194 (150-249)	148 (115-190)	113 (87-145)
2035	416 (317-545)	228 (175-298)	174 (133-227)	131 (101-170)	404 (308-529)	221 (170-289)	169 (129-220)	127 (98-165)
2040	428 (323-569)	237 (180-312)	181 (137-238)	137 (104-180)	415 (314-552)	230 (175-303)	176 (133-231)	133 (101-175)
2045	440 (328-590)	237 (178-316)	181 (136-242)	139 (104-185)	427 (318-573)	230 (173-307)	176 (132-235)	135 (101-180)
2050	466 (343-634)	248 (184-336)	190 (141-258)	143 (106-193)	452 (333-615)	241 (179-326)	184 (137-250)	139 (103-187)
2055	493 (359-678)	269 (197-368)	206 (150-282)	152 (111-208)	479 (348-658)	261 (191-357)	200 (146-274)	148 (108-202)
2060	509 (366-709)	293 (212-406)	225 (162-311)	163 (118-226)	494 (355-688)	284 (206-394)	218 (157-302)	158 (115-219)

括弧内の値は95%信頼区間を示す。

本推計では2012年から2060年までに糖尿病の頻度が20%増加すると仮定した。

本推定には、2012年久山町認知症調査で得られた年齢階級別にみた認知症患者の各要介護認定レベルの頻度を用いた。

【補足資料】

補足資料1：性・年齢5歳階級別人口(万人)

年	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上	合計
男性						
1985	178.2	150.4	101.8	54.2	25.6	510.2
1992	258.6	162.4	123.6	74.9	39.9	659.4
1998	323.2	244.9	138.3	87.3	57.8	851.5
2005	354.5	304.0	225.6	122.3	81.1	1087.5
2012	393.6	343.9	273.5	183.0	124.9	1319.0
2015	468.4	361.7	280.3	201.2	153.5	1465.0
2020	392.4	431.5	314.8	220.3	200.2	1559.3
2025	340.7	362.2	379.7	250.5	237.8	1570.9
2030	355.8	315.8	319.6	307.4	279.0	1577.6
2035	386.3	330.8	280.6	259.9	344.7	1602.3
2040	432.4	360.2	295.6	230.8	349.1	1668.2
2045	368.4	403.9	323.5	245.5	329.4	1670.6
2050	324.7	344.6	363.5	270.8	332.8	1636.4
2055	291.2	304.4	311.1	305.5	361.5	1573.6
2060	279.3	273.4	275.7	262.6	409.0	1499.9
女性						
1985	241.3	206.0	147.6	89.1	52.9	736.9
1992	313.5	242.9	190.0	130.9	87.5	964.8
1998	362.4	306.6	230.8	159.7	139.6	1199.1
2005	388.8	359.8	300.6	219.0	211.6	1479.7
2012	427.2	395.6	351.3	280.6	309.4	1764.1
2015	503.1	416.1	353.0	300.3	357.5	1930.2
2020	423.1	486.4	391.5	315.5	436.6	2053.1
2025	366.5	409.4	460.0	352.2	498.4	2086.4
2030	379.7	355.3	387.6	417.5	567.2	2107.4
2035	409.5	368.7	337.5	352.5	670.2	2138.4
2040	454.0	398.1	351.2	308.8	687.5	2199.6
2045	385.7	441.8	380.1	322.7	655.4	2185.8
2050	338.1	375.6	422.2	350.7	644.6	2131.2
2055	299.6	329.5	359.4	390.3	673.2	2052.1
2060	283.1	292.2	315.9	333.0	740.1	1964.2

(国立社会保障・人口問題研究所の出生中位・死亡中位推計より)

補足資料2：認知症患者における年齢階級別にみた各認知症病型の頻度(2012年久山町認知症調査の成績より)

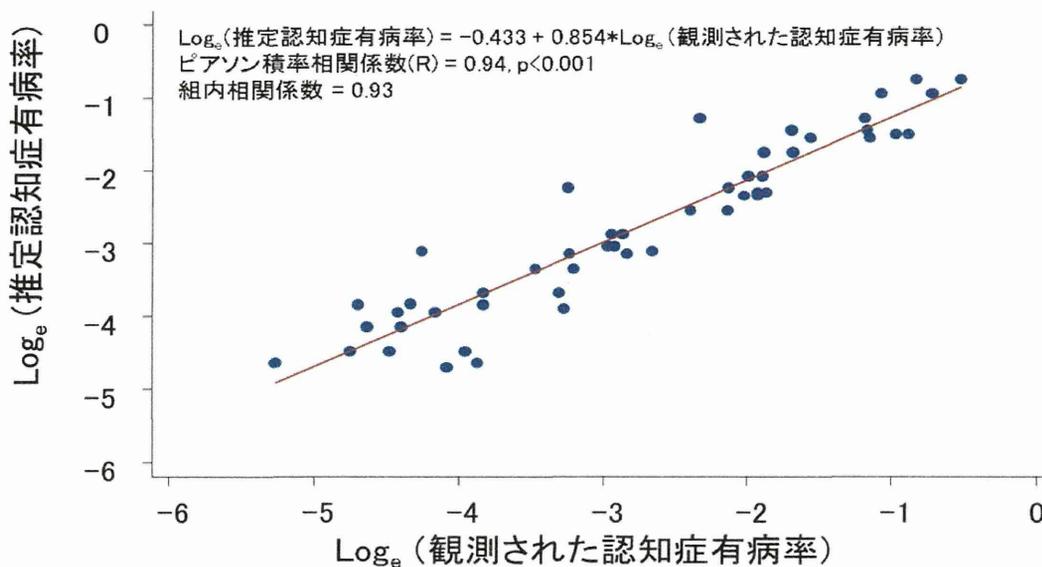
病型	年齢階級				
	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
男性					
アルツハイマー病	33.3%	41.7%	42.3%	60.9%	67.4%
血管性認知症	66.7%	41.7%	38.5%	21.7%	23.3%
その他の認知症	0.0%	16.7%	19.2%	17.4%	9.3%
女性					
アルツハイマー病	66.7%	30.0%	67.9%	78.7%	76.5%
血管性認知症	0.0%	20.0%	14.3%	11.5%	9.8%
その他の認知症	33.3%	50.0%	17.9%	9.8%	13.6%

補足資料3：認知症患者における年齢階級別にみた各ADLレベルの頻度(2012年久山町認知症調査の成績より)

ADL レベル	バーセル 指数	年齢階級				
		65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85 歳以上
男性						
正常～軽度	95-100	100.0%	66.7%	63.0%	66.7%	34.1%
中等度	25-90	0.0%	16.7%	29.6%	14.3%	56.8%
高度	0-20	0.0%	16.7%	7.4%	19.0%	9.1%
女性						
正常～軽度	95-100	100.0%	40.0%	66.7%	48.3%	23.7%
中等度	25-90	0.0%	60.0%	14.8%	36.2%	48.1%
高度	0-20	0.0%	0.0%	18.5%	15.5%	28.1%

補足資料4：認知症患者における年齢階級別にみた各要介護認定レベルの頻度(2012年久山町認知症調査の成績より)

要介護認定レベル	年齢階級				
	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85 歳以上
男性					
非該当/申請なし	66.7%	66.7%	70.4%	66.7%	45.5%
要支援/要介護1	33.3%	0.0%	18.5%	14.3%	25.0%
要介護2-3	0.0%	8.3%	7.4%	14.3%	25.0%
要介護4-5	0.0%	25.0%	3.7%	4.8%	4.5%
女性					
非該当/申請なし	100.0%	50.0%	66.7%	50.8%	31.1%
要支援/要介護1	0.0%	10.0%	7.4%	22.0%	29.6%
要介護2-3	0.0%	10.0%	14.8%	13.6%	20.0%
要介護4-5	0.0%	30.0%	11.1%	13.6%	19.3%



補足資料5：性・年齢階級別認知症有病率の観測値と推計値の比較(久山町認知症調査5集団の成績を用いて)

補足資料6：今回の将来推計に用いた将来の糖尿病の頻度

年	糖尿病の頻度(%)	増加率(%)
2012	19.8	0.0
2015	20.0	1.1
2020	20.4	3.1
2025	20.8	5.1
2030	21.2	7.1
2035	21.6	9.1
2040	22.0	11.2
2045	22.4	13.4
2050	22.9	15.5
2055	23.3	17.7
2060	23.7	20.0

IDFによる糖尿病頻度の増加率の予測値(日本の20歳-79歳の成人における糖尿病の頻度は2011年から2030年に7.1%増加[11.2%⇒12.0%])を基に将来の糖尿病の頻度を推計(Diabetes Res Clin Pract 2011;94:311)

補足資料7：2012年から2060年までに糖尿病の頻度が20%増加する仮定の基に、数学モデルにより算出された各年代における性・年齢階級別認知症有病率(%)

年齢階級	男性	女性
2012年		
65-69歳	1.94 (1.44-2.61)	2.42 (1.81-3.25)
70-74歳	4.30 (3.31-5.59)	5.38 (4.18-6.93)
75-79歳	9.55 (7.53-12.12)	11.95 (9.57-14.91)
80-84歳	21.21 (16.86-26.68)	26.52 (21.57-32.61)
85歳以上	47.09 (37.09-59.77)	58.88 (47.69-72.69)
2015年		
65-69歳	1.97 (1.46-2.66)	2.46 (1.83-3.32)
70-74歳	4.37 (3.35-5.71)	5.47 (4.23-7.07)
75-79歳	9.71 (7.62-12.37)	12.13 (9.67-15.22)
80-84歳	21.55 (17.05-27.23)	26.94 (21.8-33.29)
85歳以上	47.84 (37.52-60.98)	59.81 (48.21-74.2)
2020年		
65-69歳	2.03 (1.49-2.77)	2.54 (1.87-3.45)
70-74歳	4.51 (3.43-5.94)	5.64 (4.32-7.36)
75-79歳	10.01 (7.79-12.88)	12.52 (9.88-15.87)
80-84歳	22.23 (17.43-28.36)	27.80 (22.26-34.72)
85歳以上	49.36 (38.37-63.49)	61.72 (49.24-77.35)
2025年		
65-69歳	2.10 (1.52-2.88)	2.62 (1.91-3.59)
70-74歳	4.65 (3.50-6.19)	5.82 (4.42-7.67)
75-79歳	10.33 (7.95-13.42)	12.92 (10.09-16.55)
80-84歳	22.94 (17.81-29.56)	28.68 (22.71-36.23)
85歳以上	50.94 (39.23-66.13)	63.68 (50.28-80.65)
2030年		
65-69歳	2.16 (1.56-3.00)	2.70 (1.96-3.74)
70-74歳	4.80 (3.58-6.45)	6.01 (4.51-8.00)
75-79歳	10.66 (8.13-13.99)	13.33 (10.3-17.26)
80-84歳	23.67 (18.19-30.81)	29.60 (23.18-37.80)
85歳以上	52.56 (40.09-68.89)	65.71 (51.32-84.13)
2035年		
65-69歳	2.23 (1.59-3.13)	2.79 (2.00-3.90)

児童相談所での児童虐待相談対応件数とその推移

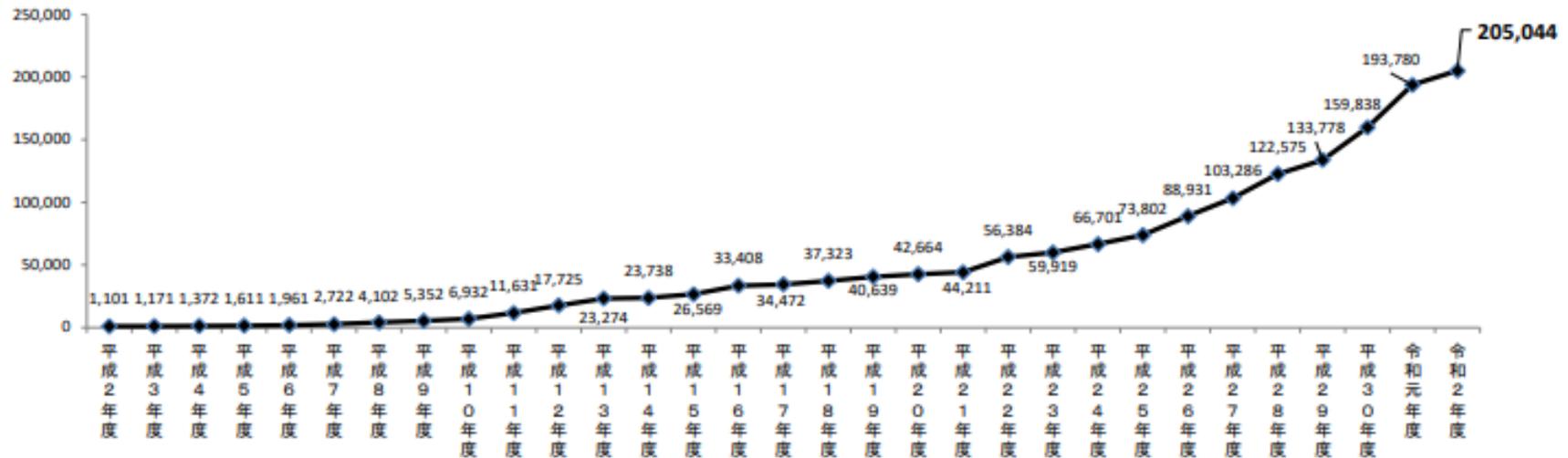
1. 令和2年度の児童相談所での児童虐待相談対応件数

令和2年度中に、全国220か所の児童相談所が児童虐待相談として対応した件数は205,044件で、過去最多。

※ 対前年度比+5.8%（11,264件の増加）（令和元年度：対前年度比+21.2%（33,942件の増加））

※ 相談対応件数とは、令和2年度中に児童相談所が相談を受け、援助方針会議の結果により指導や措置等を行った件数。

2. 児童虐待相談対応件数の推移



年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度
件数	44,211	注 56,384	59,919	66,701	73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044
対前年度比	+3.6%	-	-	+11.3%	+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%

（注）平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

3. 主な増加要因

- 心理的虐待に係る相談対応件数の増加（令和元年度：109,118件→令和2年度：121,334件（+12,216件））
- 警察等からの通告の増加（令和元年度：96,473件→令和2年度：103,625件（+7,152件））

（令和元年度と比して児童虐待相談対応件数が増加した自治体からの聞き取り）

- 心理的虐待が増加した要因として、児童が同居する家庭における配偶者に対する暴力がある事案（面前DV）について、警察からの通告が増加。

令和2年度「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果

【調査目的】

「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下「高齢者虐待防止法」という。）に基づき、令和2年度の高齢者虐待の対応状況等を把握するため、調査を実施した。

【調査対象】

全国1,741市町村（特別区を含む。）及び47都道府県。

【令和2年度調査方法】

令和2年度中に新たに相談・通報があった事例や令和元年度以前に相談・通報があったもののうち、令和2年度中に事実確認や対応を行った事例、市町村や都道府県における高齢者虐待対応に関する体制整備の実施状況等についてExcelファイルの調査票を上記自治体へ配布し、回答を得たもの。

【留意事項】

割合（％）は四捨五入しているため、内訳の合計が100％に合わない場合がある。

【調査結果概要】

1. 高齢者虐待判断件数等

（【 】内は添付資料：調査結果のページ番号）

高齢者虐待と認められた件数は、養介護施設従事者等（※1）によるものが令和2年度で595件であり、前年度より49件（7.6％）減少したのに対し、養護者（※2）によるものは17,281件であり、前年度より353件（2.1％）増加した。また、市町村への相談・通報件数は、養介護施設従事者によるものが2,097件であり、前年度より170件（7.5％）減少したのに対し、養護者によるものは35,774件であり、前年度より1,717件（5.0％）増加した。

表1、図1～2

【2～6P、11～13P】

表1 高齢者虐待の虐待判断件数、相談・通報件数（令和元年度対比）

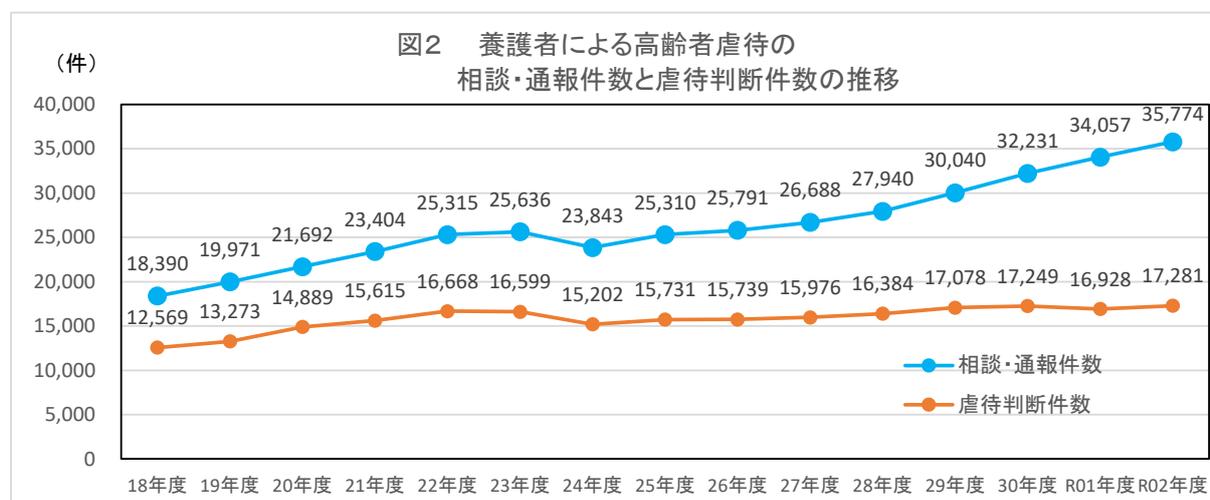
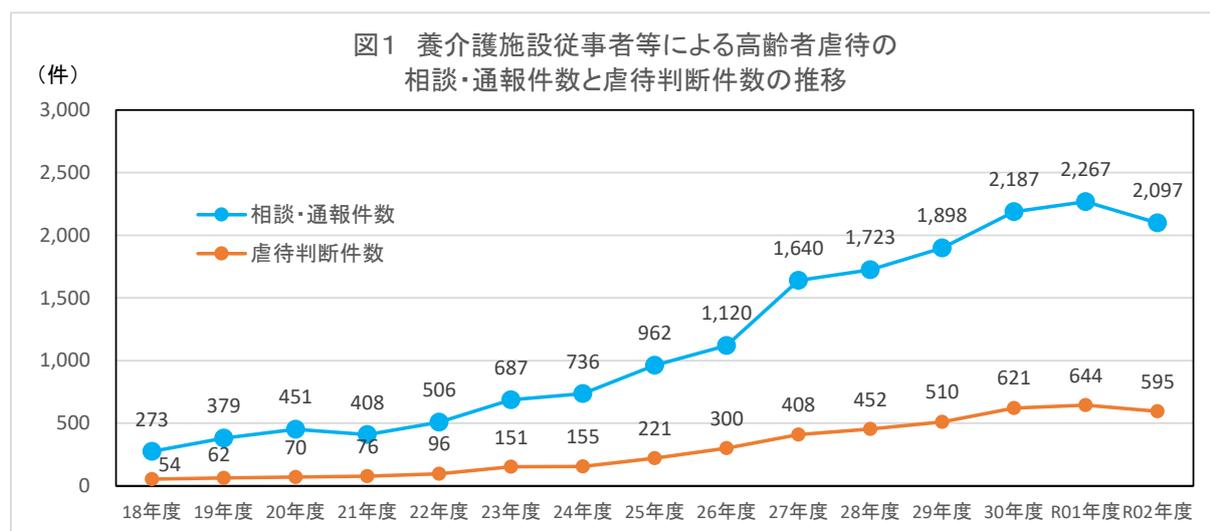
	養介護施設従事者等（※1）によるもの		養護者（※2）によるもの	
	虐待判断件数（※3）	相談・通報件数（※4）	虐待判断件数（※3）	相談・通報件数（※4）
令和2年度	595件	2,097件	17,281件	35,774件
令和元年度	644件	2,267件	16,928件	34,057件
増減 (増減率)	-49件 (-7.6%)	-170件 (-7.5%)	353件 (2.1%)	1,717件 (5.0%)

※1 介護老人福祉施設など養介護施設又は居宅サービス事業など養介護事業の業務に従事する者

※2 高齢者の世話をしている家族、親族、同居人等

※3 調査対象年度（令和2年4月1日から令和3年3月31日）に市町村等が虐待と判断した件数（施設従事者等による虐待においては、都道府県と市町村が共同で調査・判断した事例及び都道府県が直接受理し判断した事例を含む。）

※4 調査対象年度（同上）に市町村が相談・通報を受理した件数



2. 養介護施設従事者等による高齢者虐待

(1) 相談・通報者

相談・通報者 2,390 人のうち、「当該施設職員」が 637 人 (26.7%) で最も多く、次いで「当該施設管理者等」が 346 人 (14.5%) であった。「家族・親族」は 332 人 (13.9%) であり、令和元年度 (499 人、18.9%) から減少した。(複数回答)【2~3P】

※ 1 件の事例に対し複数の者から相談・通報が寄せられるケースがあるため、相談・通報者数は相談・通報件数 2,097 件と一致しない。

(2) 事実確認の状況

相談・通報の受理から事実確認開始までの期間の中央値は 4 日であり、相談・通報の受理から虐待判断までの期間の中央値は 34 日であった。【3P】

(3) 虐待の発生要因

「教育・知識・介護技術等に関する問題」が 290 件 (48.7%) で最も多く、次いで「虐待を助長する組織風土や職員間の関係の悪さ、管理体制等」が 132 件 (22.2%)、「職員のストレスや感情コントロールの問題」が 102 件 (17.1%)、「倫理観や理念の欠如」が 87 件 (14.6%)、「人員不足や人員配置の問題及び関連する多忙さ」が 63 件 (10.6%) であった。(複数回答)【4P】

(4) 過去の指導等

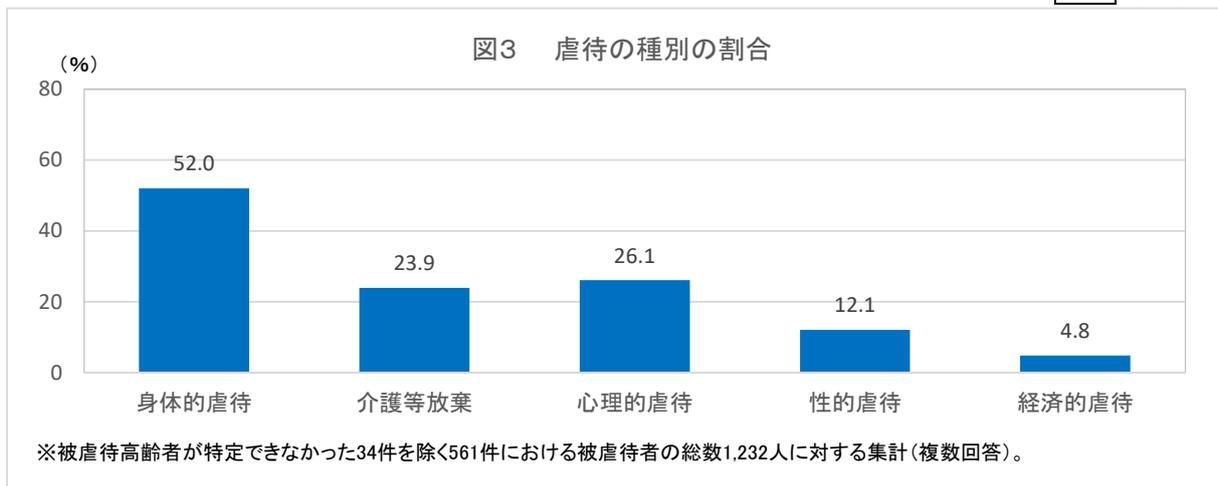
虐待の事実が認められた 595 件の施設・事業所のうち、153 件 (25.7%) が過去何らかの指導等 (虐待以外の事案に関する指導等を含む) を受けており、過去にも虐待事例が発生していたケースが 93 件 (15.6%) あった。【4P】

(5) 虐待の事実が認められた施設・事業所の種別

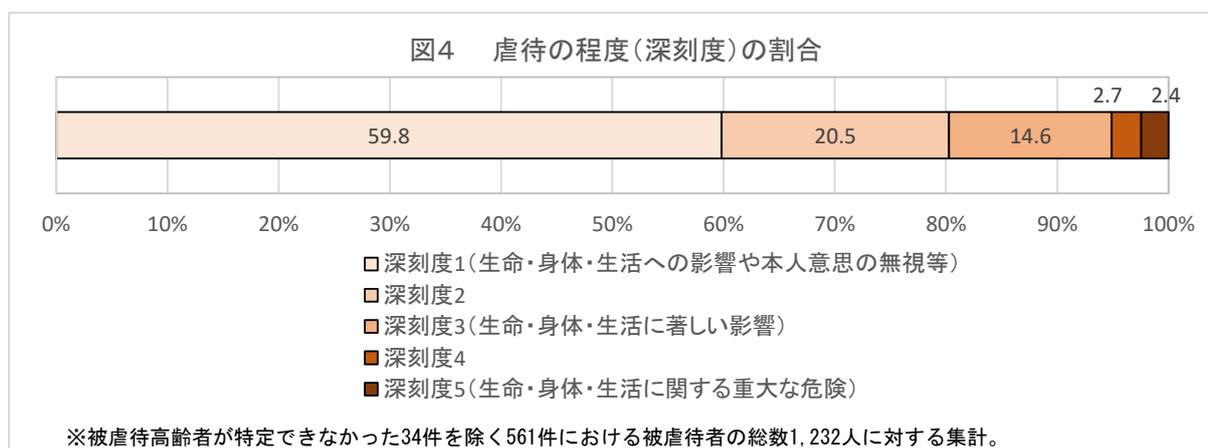
「特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設)」が 168 件 (28.2%) で最も多く、次いで「有料老人ホーム」が 161 件 (27.1%)、「認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)」が 83 件 (13.9%)、「介護老人保健施設」が 50 件 (8.4%) であった。【6P】

(6) 虐待の内容

- 養介護施設従事者等による虐待において特定された被虐待高齢者 1,232 人のうち、虐待の種別では「身体的虐待」が 641 人 (52.0%) で最も多く、次いで「心理的虐待」321 人 (26.1%)、「介護等放棄」295 人 (23.9%) であった。(複数回答) 図 3【7P】



- 被虐待高齢者 1,232 人のうち、「身体拘束あり」は 317 人 (25.7%) であった。【7P】
- 虐待の程度 (深刻度) では、5 段階評価で最も軽い「深刻度 1」(生命・身体・生活への影響や本人意思の無視等) が 737 人 (59.8%) である一方、最も重い「深刻度 5」(生命・身体・生活に関する重大な危険) は 30 人 (2.4%) であった。【図 4】【8P】
- 養介護施設従事者等による虐待における死亡事例は 3 件であった。

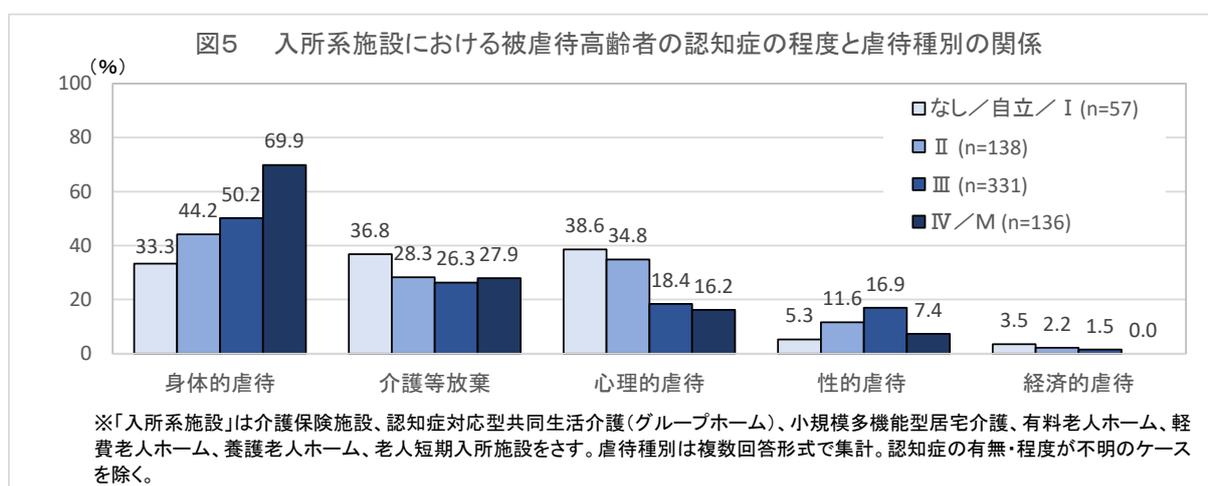


(7) 被虐待高齢者の状況

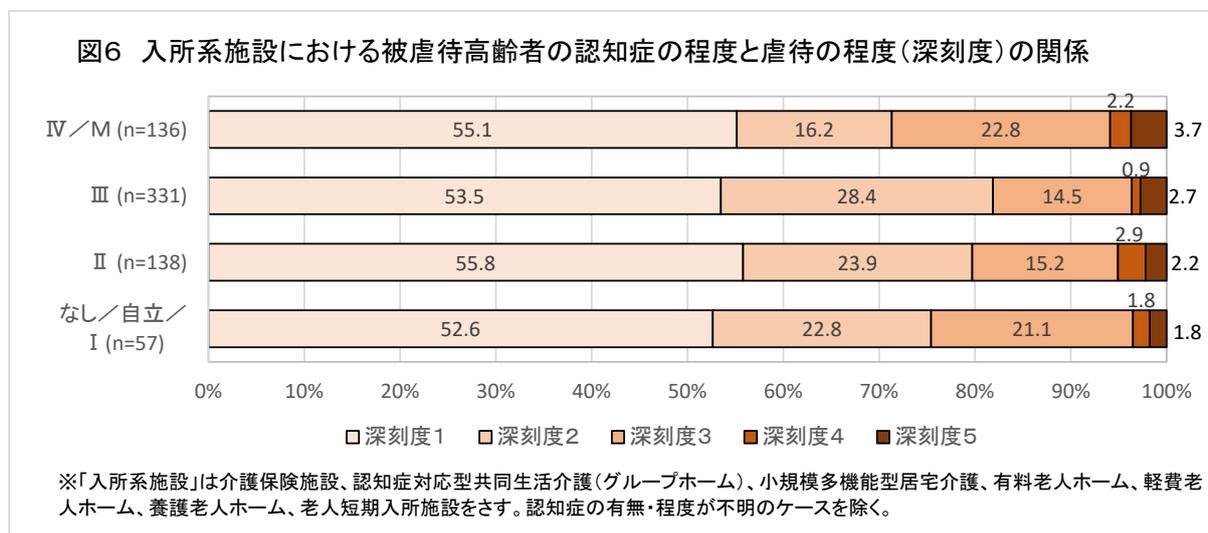
- 被虐待高齢者 1,232 人のうち、「女性」が 855 人 (69.4%) を占め、年齢は「85～89 歳」が 280 人 (22.7%)、「90～94 歳」が 275 人 (22.3%) であった。また、要介護度 3 以上の者が 816 人 (66.2%)、被虐待高齢者の認知症日常生活自立度Ⅱ以上の者が 858 人 (69.6%)、要介護認定者のうち障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度) A 以上の者が 636 人 (51.6%) であった。【8～9P】

(認知症との関係)

- 入所系施設における被虐待高齢者の「認知症の程度」と「虐待種別」の関係をみると、被虐待高齢者の認知症日常生活自立度Ⅳ/Mの場合、身体的虐待を受ける割合が特に高い。【図 5】【25P】

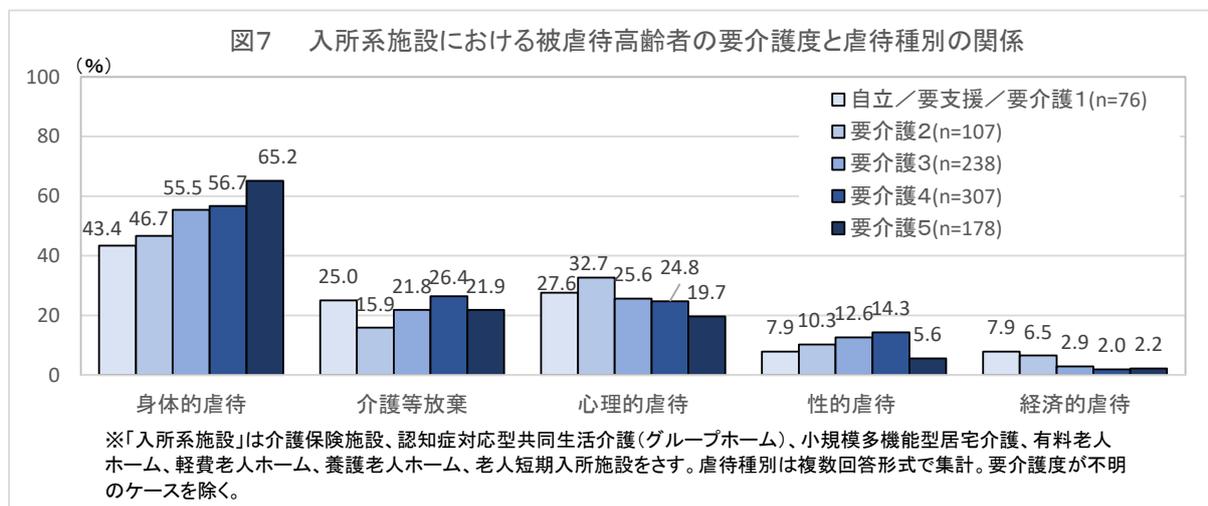


- 入所系施設における被虐待高齢者の「認知症の程度」と「虐待の程度（深刻度）」の関係をみると、被虐待高齢者の認知症日常生活自立度Ⅳ/Mの場合「深刻度3」以上の割合が28.7%を占めていた。【図6】【25P】



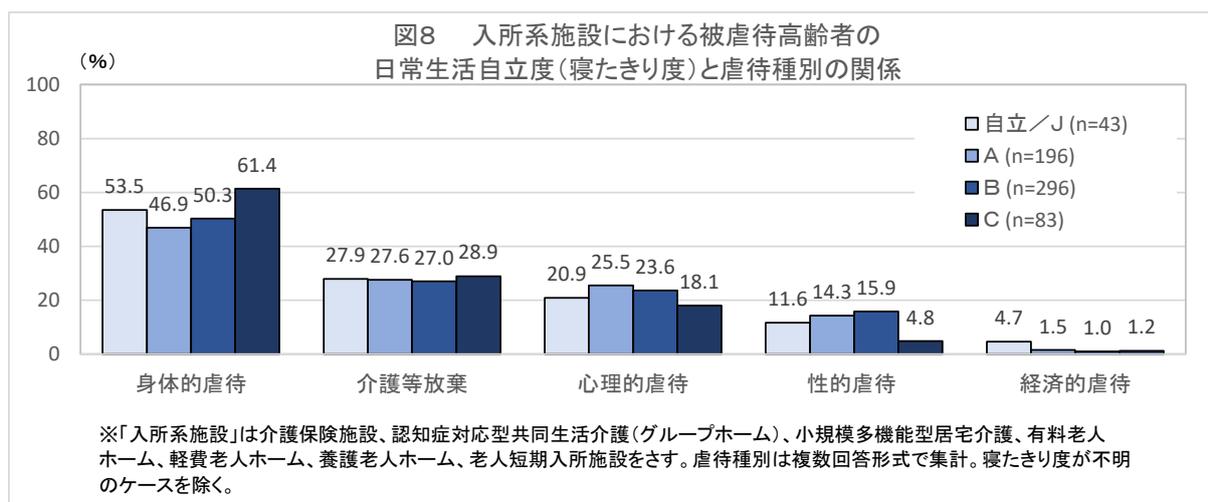
（要介護度との関係）

- 入所系施設における被虐待高齢者の「要介護度」と「虐待種別」の関係をみると、要介護度が重度になるほど「身体的虐待」の割合が高まる傾向がみられた。【図7】【26P】



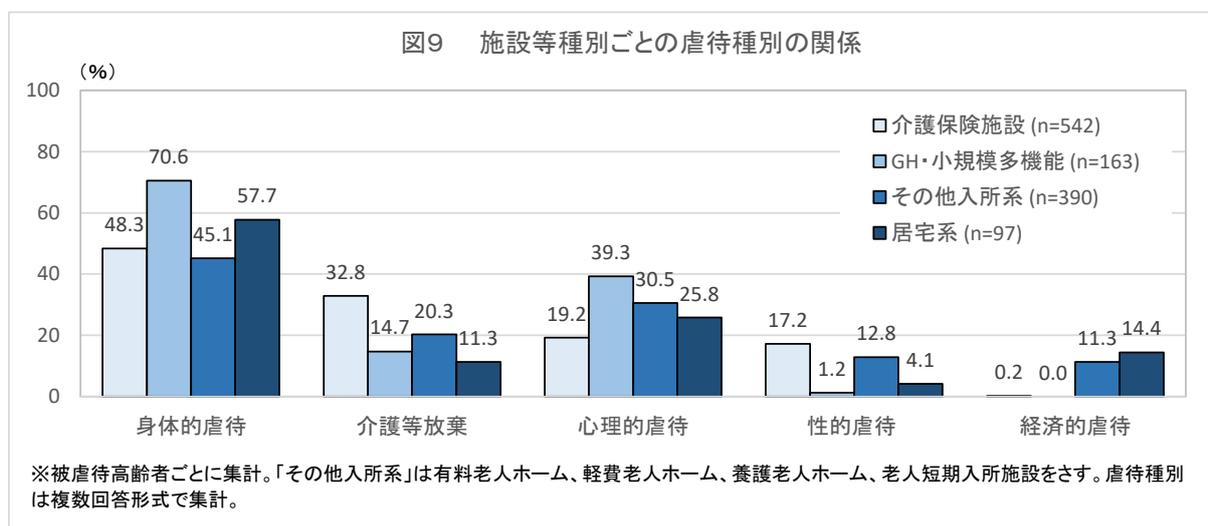
（日常生活自立度（寝たきり度）との関係）

- 入所系施設における被虐待高齢者の「日常生活自立度（寝たきり度）」と「虐待種別」の関係をみると、「日常生活自立度（寝たきり度）」が低くなる（身体機能が低下する）ほど「身体的虐待」の割合が高い傾向がみられた。【図8】【26P】

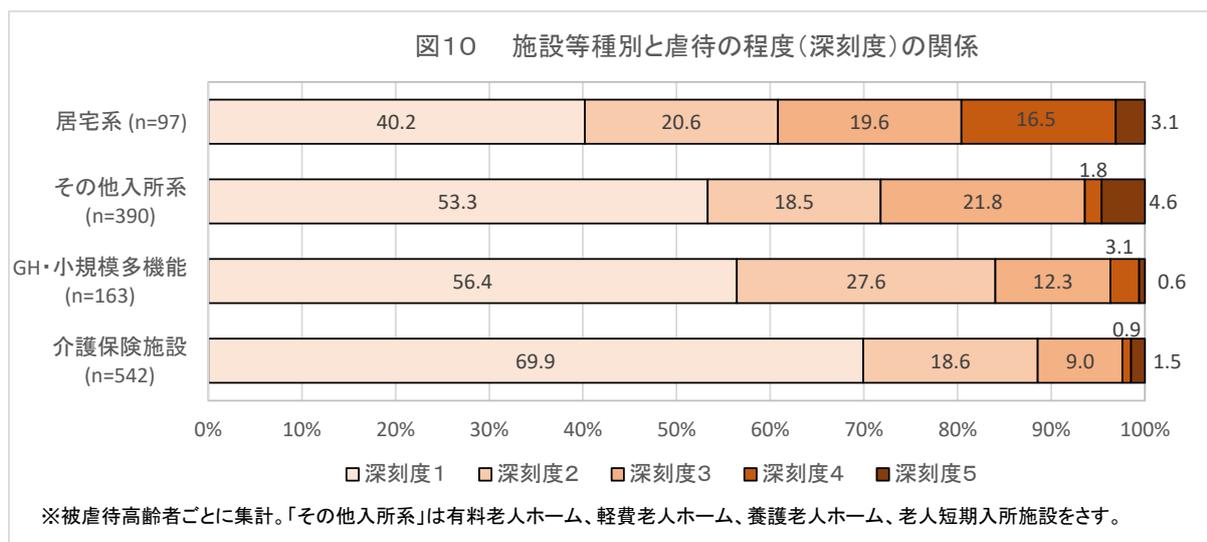


(施設種別との関係)

- いずれの施設種別においても「身体的虐待」が含まれる割合が最も高く、「認知症対応型共同生活介護(グループホーム)・小規模多機能型居宅介護」では70.6%を占める。
- 「介護保険施設」では他の施設種別と比べ「介護等放棄」が含まれる割合が高く「心理的虐待」が含まれる割合は低い。
- 「その他入所系」や「居宅系」では、他の施設種別に比べて「経済的虐待」が含まれる割合が高い。図9【27P】

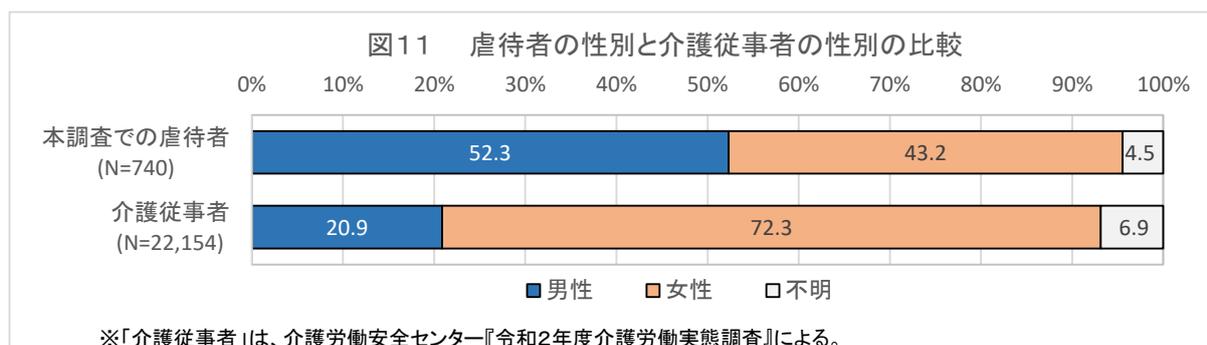


- 「施設種別」と「虐待の程度(深刻度)」の関係をみると、「その他入所系」や「居宅系」事業所において「深刻度3以上」の割合が高い傾向がみられた。図10【28P】

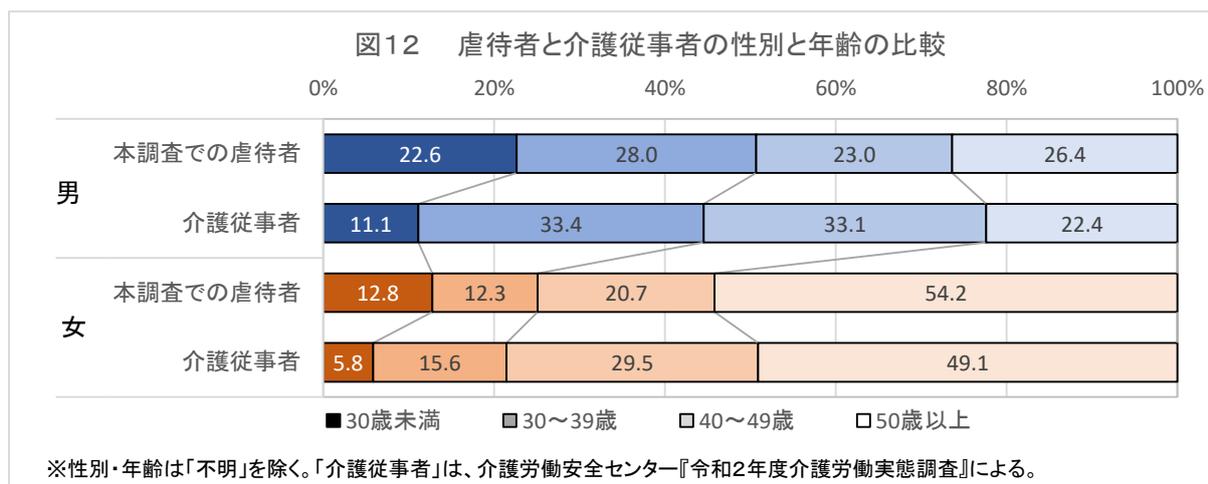


(8) 虐待を行った養介護施設従事者等(虐待者)の状況

- 養介護施設従事者等による虐待において特定された虐待者の740人のうち、「40～49歳」が117人(15.8%)、「30～39歳」が111人(15.0%)、「50～59歳」が109人(14.7%)、「30歳未満」が96人(13.0%)、職種は「介護職」が585人(79.1%)であった。【9P】
- 虐待者の性別は、「男性」が387人(52.3%)、「女性」が320人(43.2%)であった。虐待者の男女比については、介護従事者全体(介護労働実態調査)に占める男性の割合が20.9%であるのに比して、虐待者に占める男性の割合が52.3%であることを踏まえると、虐待者は相対的に男性の割合が高い。図11【28P】



- 虐待者の男女別年齢と介護従事者を比較すると、男性・女性ともに「30歳未満」の虐待者の割合が介護従事者全体よりも高い傾向がみられる。図12【28P】



(9) 虐待の事実が認められた事例への対応状況

市町村等において、施設等への指導、改善計画の提出のほか、法の規定に基づく改善勧告、指定効力の停止等の対応が取られていた。【10P】

3. 養護者による高齢者虐待

(1) 相談・通報者

相談・通報者 38,402 人のうち「警察」が 11,978 人 (31.2%) で最も多く、次いで「介護支援専門員」が 9,760 人 (25.4%)、「家族・親族」が 3,127 人 (8.1%) であった。【11P】

※ 1 件の事例に対し複数の者から相談・通報が寄せられるケースがあるため、相談・通報者数は相談・通報件数 35,774 件と一致しない。

(2) 事実確認の状況

○ 相談・通報の受理から事実確認開始までの期間の中央値は 0 日 (即日) であり、相談・通報の受理から虐待判断までの期間の中央値は 2 日であった。【12P】

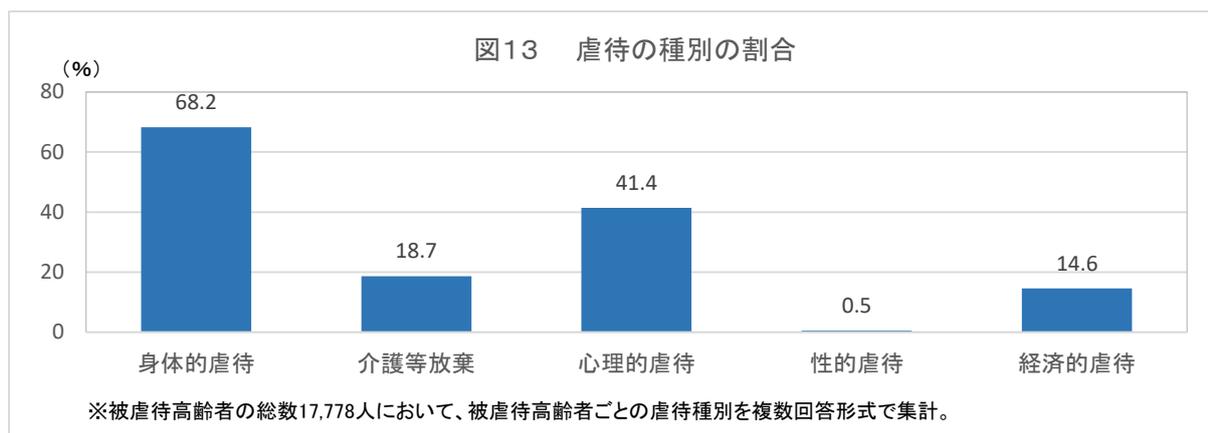
○ 相談・通報件数 36,822 件 (令和元年度以前に相談・通報があったもののうち、令和2年度中に事実確認を行ったものを含む。) について、市町村が事実確認を行った事例 34,957 件 (94.9%) のうち、「訪問調査」が 22,366 件 (60.7%)、「関係者からの情報収集」が 12,419 件 (33.7%)、「立入調査」が 172 件 (0.5%) により実施された。【12P】

(3) 虐待の発生要因

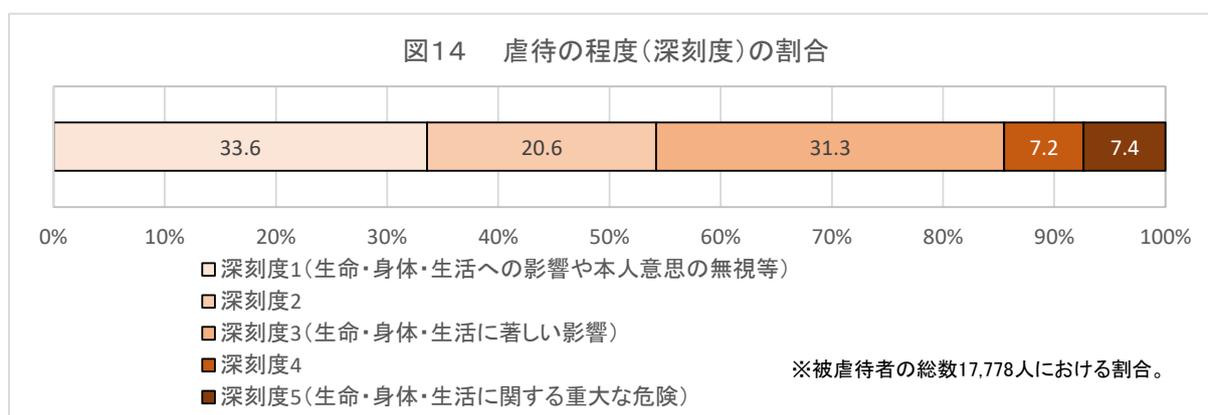
虐待者の「性格や人格 (に基づく言動)」が 9,999 件 (57.9%)、被虐待者の「認知症の症状」が 9,141 件 (52.9%)、虐待者の「介護疲れ・介護ストレス」が 8,638 件 (50.0%) であった。(複数回答) 【13~14P】

(4) 虐待の内容

○ 養護者による虐待において特定された被虐待高齢者 17,778 人のうち、虐待の種別では「身体的虐待」が 12,128 人 (68.2%) で最も多く、次いで「心理的虐待」が 7,362 人 (41.4%)、「介護等放棄」が 3,319 人 (18.7%)、「経済的虐待」が 2,588 人 (14.6%) であった。(複数回答) 図13 【14P】



- 虐待の程度（深刻度）の割合は、5段階評価で最も軽い「深刻度1」（生命・身体・生活への影響や本人意思の無視等）が5,975人（33.6%）と最も多く、次いで「深刻度3」（生命・身体・生活に著しい影響）が5,564人（31.3%）であった。一方、最も重い「深刻度5」（生命・身体・生活に関する重大な危険）は1,307人（7.4%）であった。**図14**【15P】

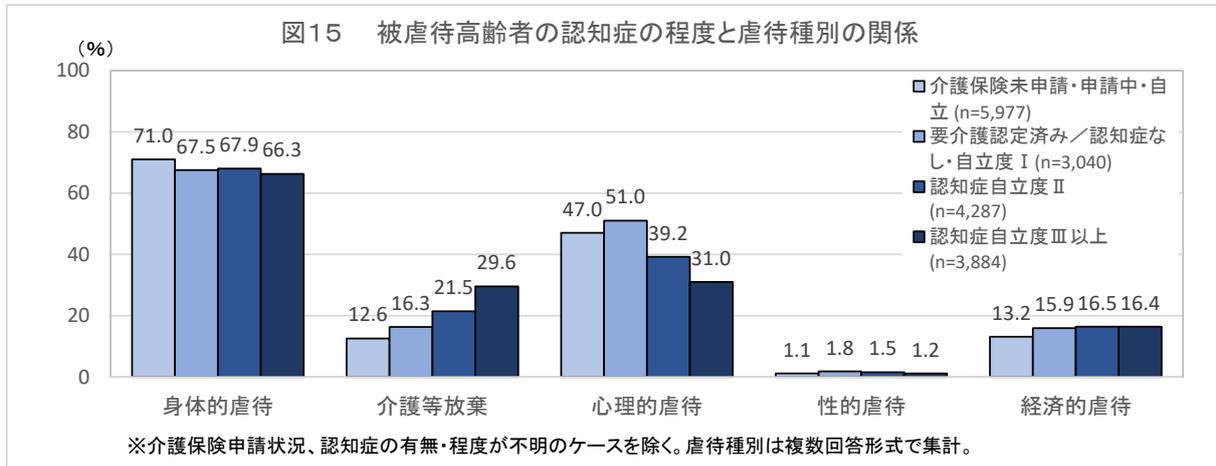


(5) 被虐待高齢者の状況

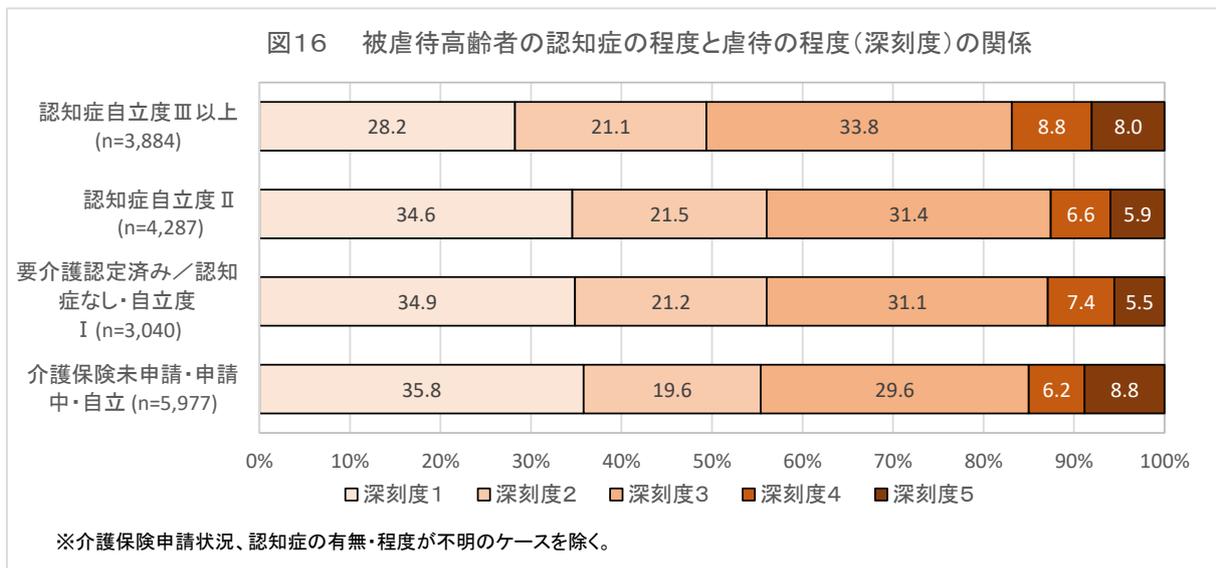
- 被虐待高齢者17,778人のうち、「女性」が13,377人（75.2%）を占め、年齢では「80～84歳」が4,195人（23.6%）、「75～79歳」が3,713人（20.9%）であった。要介護認定の状況は、「認定済み」が11,741人（66.0%）であり、要介護別の内訳は「要介護1」が3,057人（26.0%）、「要介護2」が2,579人（22.0%）、「要介護3以上」が4,233人（36.1%）であった。また、要介護認定者における認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上は8,479人（72.2%）、要介護認定者のうち障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）A以上は8,115人（69.1%）であった。【15～16P】

(認知症との関係)

- 被虐待高齢者の「認知症の程度」と「虐待種別」の関係を見ると、被虐待高齢者に重度の認知症がある場合には「介護等放棄」を受ける割合が高い。一方で「心理的虐待」では逆の傾向がみられた。【図 15】【30P】

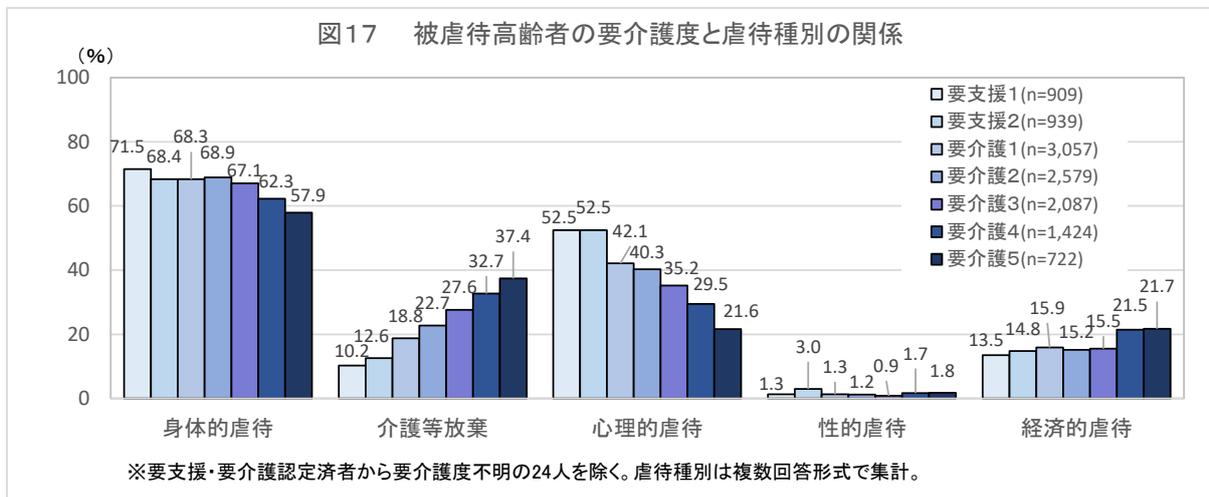


- 被虐待高齢者の「認知症の程度」と「虐待の程度（深刻度）」の関係を見ると、「介護保険未申請・申請中・自立」及び「認知症自立度 III 以上」において「深刻度 4・5」の割合が相対的に高い。【図 16】【30P】

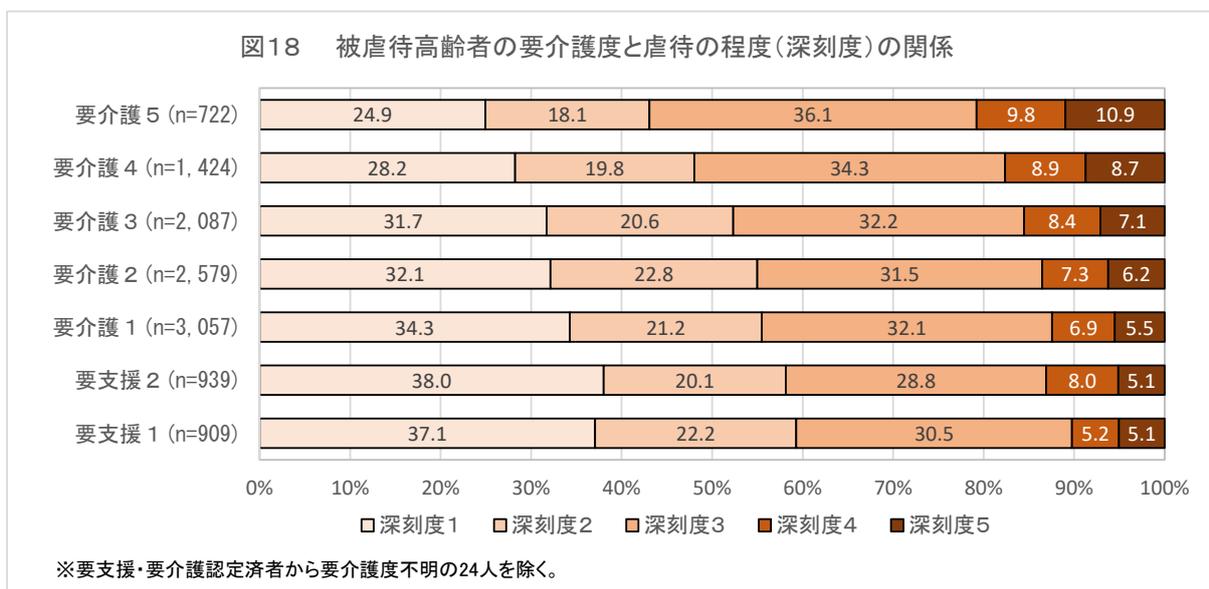


(要介護度との関係)

- 被虐待高齢者の「要介護度」と「虐待種別」の関係を見ると、「心理的虐待」では要介護度が重い方の割合が低く、「介護等放棄」では逆の傾向がみられた。【図 17】【29P】

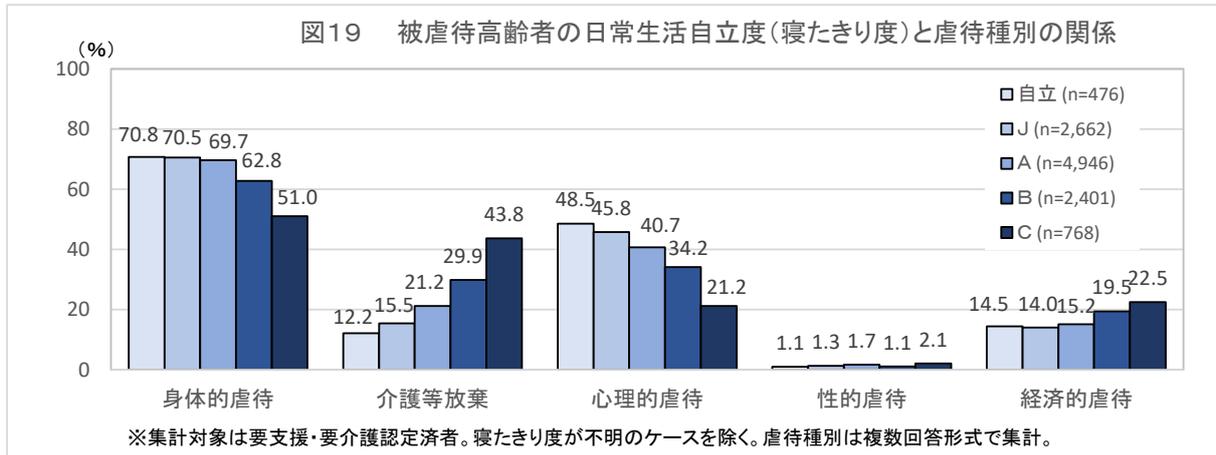


- 被虐待高齢者の「要介護度」と「虐待の程度（深刻度）」の関係を見ると、要介護度が重い場合に深刻度が高まる傾向がみられた。【図 18】【30P】

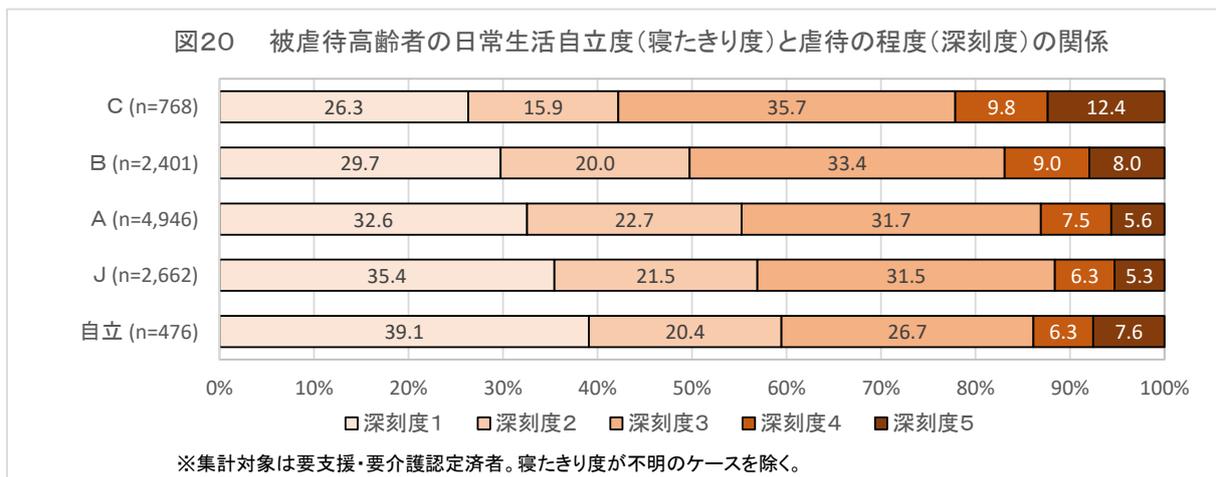


(日常生活自立度(寝たきり度)との関係)

- 被虐待高齢者の「日常生活自立度(寝たきり度)」と「虐待種別」の関係をみると、被虐待高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)が低くなる(身体機能が低下する)ほど「介護等放棄」を受ける割合が高い。一方で、「身体的虐待」や「心理的虐待」については逆の傾向がみられた。【図19】【31P】

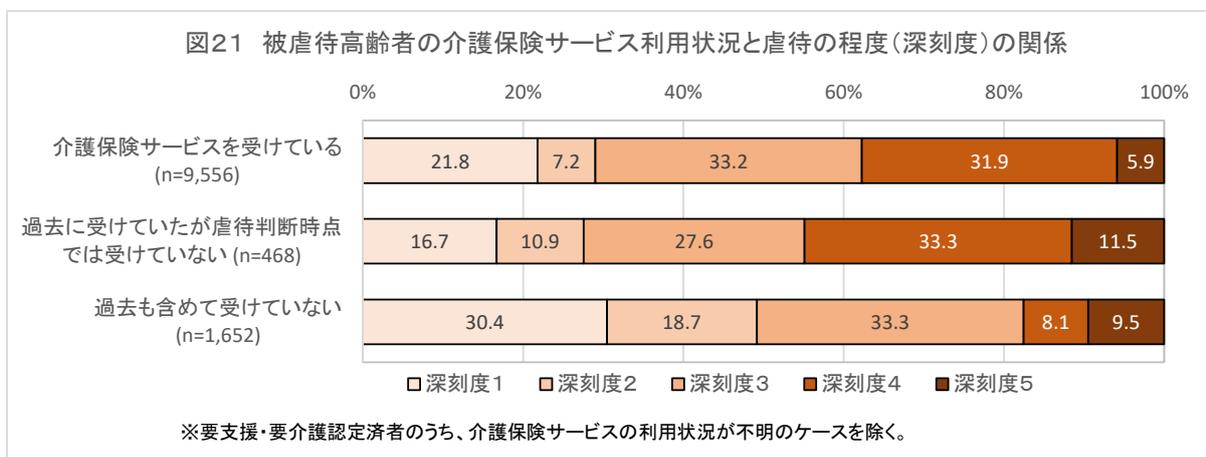


- 被虐待高齢者の「日常生活自立度(寝たきり度)」と「虐待の程度(深刻度)」の関係をみると、被虐待高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)が低い(身体機能が低下している)場合、虐待の深刻度が高くなる傾向がみられた。【図20】【31P】

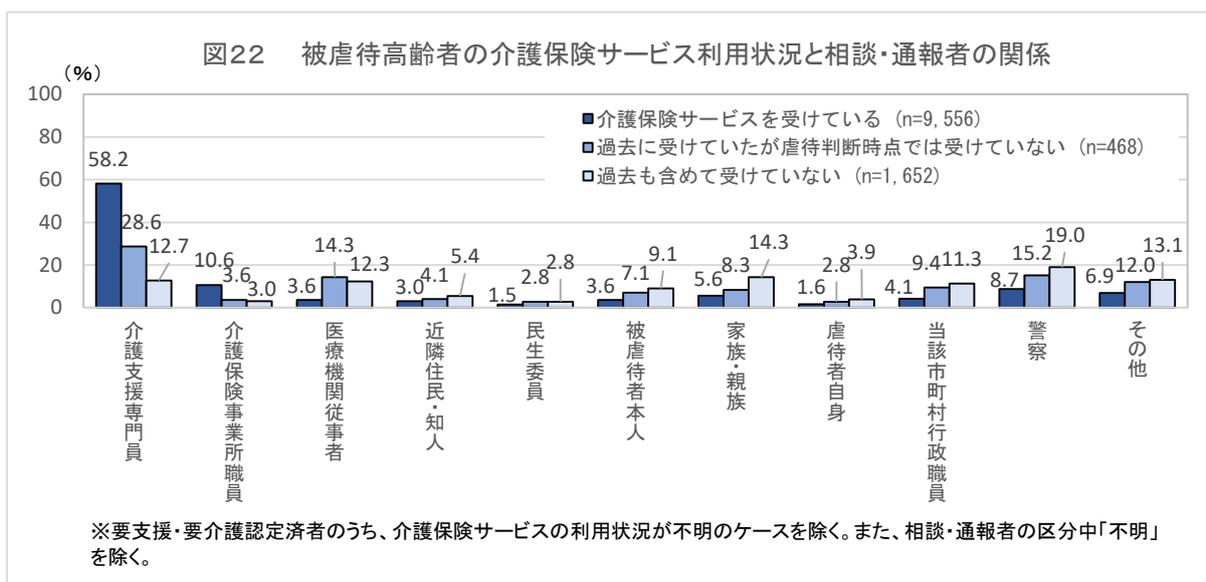


(介護保険サービス利用状況との関係)

- 被虐待高齢者の「介護保険サービス利用状況」と「虐待の程度（深刻度）」との関係をみると、介護保険サービスを受けている場合には、虐待の深刻度が最も高い「深刻度5」の割合が相対的に低かった。【図21】【32P】

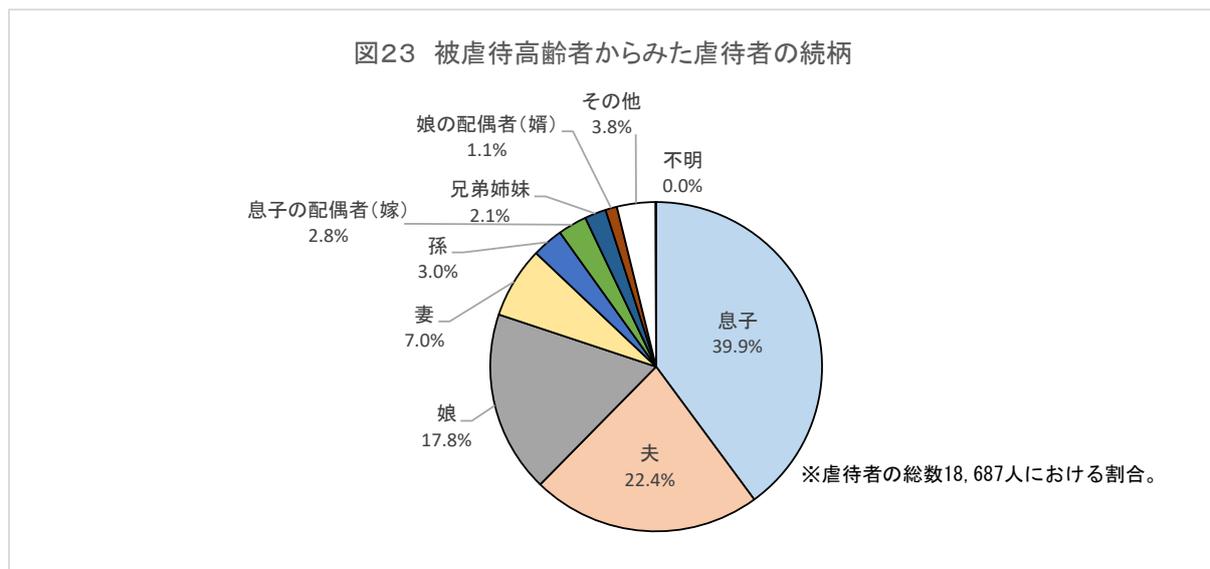


- 被虐待高齢者の「介護保険サービス利用状況」と「相談・通報者」との関係を見ると、介護保険サービスを受けている場合には、相談・通報者に「介護支援専門員」や「介護保険事業所職員」が含まれる割合が相対的に高かった。過去受けていたが虐待判断時点では受けていない場合には、相談・通報者に「医療機関従事者」が含まれる割合が相対的に高かった。過去も含めて受けていない場合には、相談・通報者に「警察」「家族・親族」「被虐待者本人」が含まれている割合が相対的に高かった。【図22】【31P】



(6) 虐待を行った養護者（虐待者）の状況

- 被虐待高齢者における虐待を行った養護者（虐待者）との同居・別居の状況については、「虐待者のみと同居」が 9,308 人（52.4%）で最も多く、「虐待者及び他家族と同居」の 6,401 人（36.0%）と合わせると 15,709 人（88.4%）の被虐待高齢者が虐待者と同居していた。【17P】
- 被虐待高齢者から見た虐待者の続柄は、「息子」が 7,462 人（39.9%）で最も多く、次いで「夫」が 4,183 人（22.4%）、「娘」が 3,330 人（17.8%）であった。図 23 【18P】



- 虐待者の年齢は、「50～59歳」が 25.8%と最も多く、次いで 70～79歳（「70～74歳」と「75～79歳」の合計）が 16.7%、「40～49歳」が 16.2%、60～69歳（「60～64歳」と「65～69歳」の合計）が 15.5%の順であった。【18P】

(7) 虐待の事実が認められた事例への対応状況

- 虐待への対応については、「虐待者から分離を行った事例」が 6,620 人（26.7%）であり、そのうち、「介護保険サービスの利用」が 2,092 人（31.6%）で最も多く、次いで「医療機関への一時入院」が 1,233 人（18.6%）、「やむを得ない事由等による措置」が 945 人（14.3%）、「住まい・施設等の利用（介護保険サービスの利用等を除く。）」が 943 人（14.2%）であった。【18～19P】

一方、「被虐待高齢者と虐待者を分離していない事例」では、「養護者に対する助言・指導」が 6,815 人（53.9%）で最も多く、次いで「ケアプランの見直し」が 3,310 人（26.2%）であった。【19P】

- 権利擁護に関しては、成年後見制度の「利用開始済」が 941 人、「利用手続中」が 610 人であり、これらを合わせた 1,551 人のうち市町村長申立の事例は 1,003 人（64.7%）であった。【19P】

(8) 虐待等による死亡事例

養護者（介護をしている親族を含む）による事例で、被養護者が65歳以上、かつ虐待等により死亡に至った事例（令和2年度中に発生・市町村把握）は、「養護者による被養護者の殺人」が12人、「養護者のネグレクトによる被養護者の致死」が4人、「養護者の虐待（ネグレクトを除く）による被養護者の致死」が3人、「その他」が6人となっており、合計25人であった。表2【19～20P】

表2 虐待等による死亡事例の推移

	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R01	R02
件数	31	27	24	31	21	21	26	21	25	20	24	28	21	15	25
人数	32	27	24	31	21	21	27	21	25	20	25	28	21	15	25

4. 自治体における高齢者虐待防止対応のための体制整備等について

(1) 市町村における高齢者虐待防止対応のための体制整備等について

令和2年度で「高齢者虐待の対応の窓口となる部局の住民への周知」が1,494市町村（85.8%）で実施されている。一方、高齢者虐待防止ネットワークの構築のうち、介護保険サービス事業者等からなる「保健医療福祉サービス介入支援ネットワーク」の構築への取組が917市町村（52.7%）、行政機関、法律関係者、医療機関等からなる「関係専門機関介入支援ネットワーク」の構築への取組が897市町村（51.5%）と半数程度にとどまる。

令和元年度と比べて「地域包括支援センター等の関係者へ的高齢者虐待に関する研修」、「居宅介護サービス事業者に法について周知」、「介護保険施設に法について周知」等の実施割合が低下していた。【22P】

市町村での18項目の取組状況と養護者による虐待における相談・通報件数及び虐待判断件数との関係を見ると、取組項目が多い市町村ほど高齢者人口比当たりの件数が多く、取組項目が少ない市町村では高齢者人口比当たりの件数が少ない傾向であった。図24【35P】

なお、市町村での18項目の取り組み状況と養介護施設従事者等による虐待の相談・通報件数及び虐待判断件数の関係については、明確な関連性は見出せなかった。

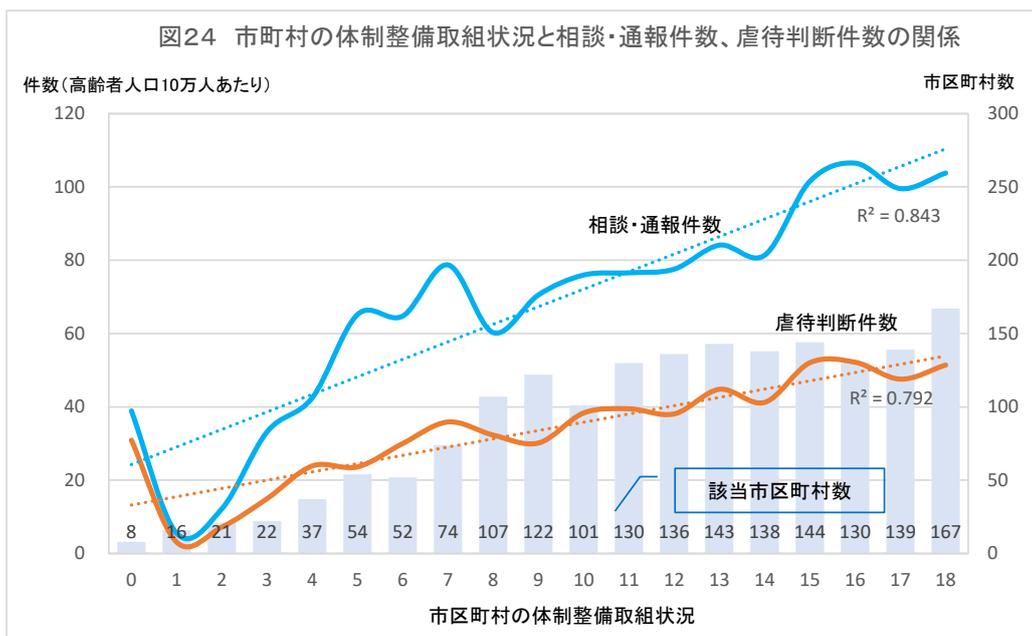


表3 市町村における体制整備の取組項目

(2) 都道府県における高齢者虐待防止対応のための体制整備等について

令和2年度の高齢者権利擁護等推進事業関連事業では、「市町村への支援（市町村職員等の対応力強化研修）」は39都道府県（83.0%）で、「市町村への支援（権利擁護相談窓口の設置）」は36都道府県（76.6%）で実施されていた。一方、「地域住民への普及啓発・養護者への支援（養護者による虐待につながる可能性のある困難事例での専門職の派遣）」（実施済み9都道府県）、「介護施設・サービス事業所への支援（身体拘束ゼロ作戦推進会議の開催）」（実施済み12都道府県）などを実施している都道府県は限られていた。【24P】

Press Release

報道関係者 各位

令和3年3月26日

【照会先】

社会・援護局 障害保健福祉部
障害福祉課 地域生活支援推進室
室長 河村 のり子 (内線 3005)
室長補佐 高橋 邦彦 (内線 3041)
(代表) 03 (5253) 1111
(直通) 03 (3595) 2500

令和元年度都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応状況等（調査結果）

厚生労働省では、令和元年度都道府県・市区町村における障害者虐待事例への対応等に関する状況について調査を実施しました。これは、障害者虐待防止法（平成24年10月1日施行）を受け、各都道府県等の対応等に関する全国的な状況を毎年度明らかにするものです。このほど、調査結果がまとまりましたので公表します。

【調査結果（全体像）】

	養護者による 障害者虐待	障害者福祉施設従事者等 による障害者虐待	使用者による障害者虐待		
			(参考) 都道府県労働局の 対応		
市区町村等への 相談・通報件数	5,758 件 (5,331 件)	2,761 件 (2,605 件)	591 件 (641 件)	虐待判断 件数	535 件 (541 件)
市区町村等による 虐待判断件数	1,655 件 (1,612 件)	547 件 (592 件)	/	被虐待者数	771 人 (900 人)
被虐待者数	1,664 人 (1,626 人)	734 人 (777 人)			

(注1) 上記は、平成31年4月1日から令和2年3月31日までに虐待と判断された事例を集計したもの。
カッコ内については、前回調査(平成30年4月1日から平成31年3月31日まで)のもの。

(注2) 都道府県労働局の対応については、令和2年8月28日雇用環境・均等局総務課労働紛争処理業務室のデータを引用。「虐待判断件数」は「虐待が認められた事業所数」と同義。

【参考資料】

- 1 障害者虐待防止法の概要
- 2 障害者虐待対応状況調査 経年グラフ
- 3 令和元年度 障害者虐待対応状況調査<養護者による障害者虐待>
- 4 令和元年度 障害者虐待対応状況調査<障害者福祉施設従事者等による障害者虐待>
- 5 令和元年度 障害者虐待防止法対応状況調査結果報告書

配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数等（令和元年度分）

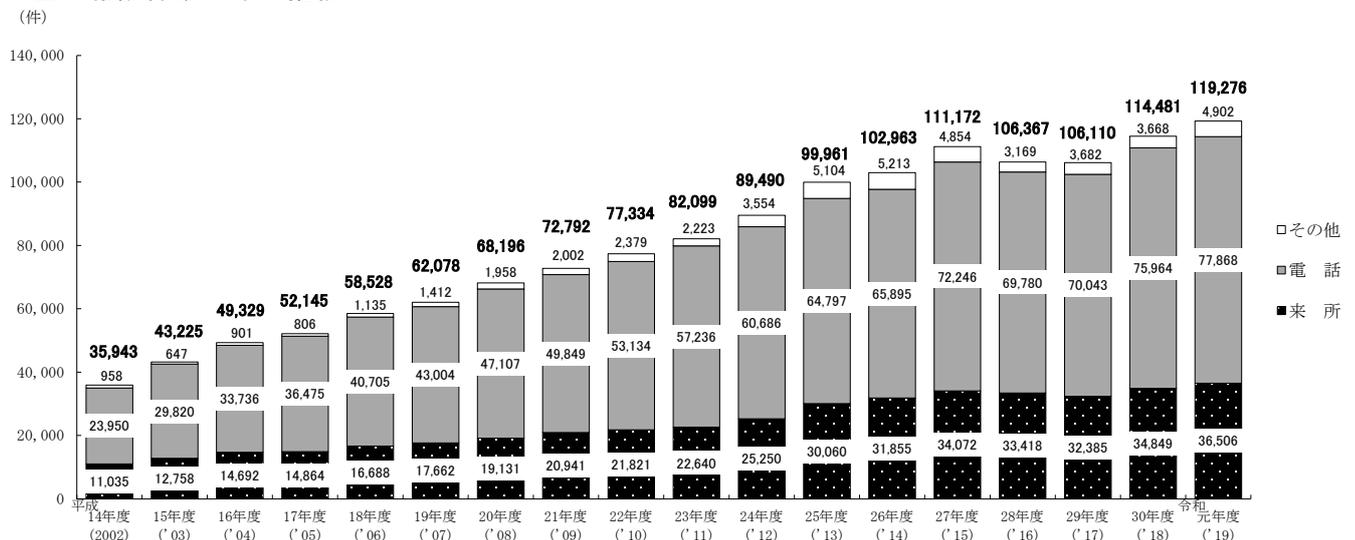
この調査結果は、内閣府男女共同参画局において、令和元年度（平成31年4月1日～令和2年3月31日）の、全国287か所の配偶者暴力相談支援センターにおける相談件数等を集計した結果である。

1 配偶者からの暴力に関する相談件数等

（1）相談の種類別相談件数等

	実人員			相談件数									
	総数	性別		総数	性別		総数	加害者との関係					
		女	男		女	男		配偶者			生活の本拠を共にする(した)		
							届出あり	届出なし	届出有無不明	離婚済	交際相手	元交際相手	
総数	74,257	72,172	2,085	119,276	116,374	2,902	119,276	95,217	3,279	1,612	15,158	2,936	1,074
来所	22,481	22,122	359	36,506	36,040	466	36,506	27,564	1,004	400	6,479	772	287
電話	49,503	47,802	1,701	77,868	75,492	2,376	77,868	63,945	1,949	1,183	8,019	2,044	728
その他	2,273	2,248	25	4,902	4,842	60	4,902	3,708	326	29	660	120	59

＜図 相談件数の年次推移＞



(備考)

1. 配偶者からの暴力の被害者からの相談等を受理した件数。
2. 配偶者とは、婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。
3. 配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（以下「配偶者暴力防止法」という。）の法改正を受け、平成16年12月2日施行以降、離婚後に引き続き暴力等を受けた事案についても計上。
なお、「離婚」には、婚姻の届け出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあった者が、事実上離婚したと同様の事情に入ることを含む。
4. 法改正を受け、平成20年1月11日施行以降、生命等に対する脅迫を受けた事案についても計上。
5. 法改正を受け、平成26年1月3日施行以降、生活の本拠を共にする交際（婚姻関係における共同生活に類する共同生活を営んでいないものを除く。）をする関係にある相手方からの暴力事案についても計上。
6. 同一相談者が複数回相談した場合は、重複して計上。

（2）施設の種類の別相談件数

	施設数	総数	相談の種類			総数	性別	
			来所	電話	その他		女	男
総数	287	119,276	36,506	77,868	4,902	119,276	116,374	2,902
婦人相談所	50	36,155	8,092	27,114	949	36,155	35,589	566
女性センター	33	20,812	6,284	14,169	359	20,812	20,009	803
福祉事務所・保健所	105	13,451	5,241	7,372	838	13,451	13,200	251
児童相談所	12	3,075	809	2,216	50	3,075	2,941	134
その他	87	45,783	16,080	26,997	2,706	45,783	44,635	1,148

第 28 回 社会保障審議会

平成 31 年 2 月 1 日

資料 2

今後の社会保障改革について

— 2040年を見据えて —

平成20年

社会保障国民会議

～ 持続可能性から社会保障の機能強化へ

- 「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」(H20.12)
- 平成21年度税制改正法附則第104条(H21.3)

「政府は、基礎年金の国庫負担割合の2分の1への引上げのための財源措置並びに年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、(中略)遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の抜本改革を行うため、平成23年度までに必要な法制上の措置を講ずるものとする」

平成21年

安心社会実現会議

「全世代を対象とした社会保障」を提唱

平成22年・23年 政府・与党社会保障改革検討本部、社会保障改革に関する集中検討会議**平成24年2月17日：社会保障・税一体改革大綱閣議決定****平成24年8月：社会保障・税一体改革関連法成立**

(税制抜本改革法(消費税率の引上げ)／子ども・子育て支援関連3法／年金関連4法)

平成25年8月：社会保障制度改革国民会議報告書

- 総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性を提言

平成25年12月：社会保障制度改革プログラム法の成立(以降、順次個別立法)

- 平成26年の通常国会：医療法・介護保険法等の改正法、難病対策・小児慢性特定疾病医療費助成法、次世代育成支援対策推進法等の改正法、雇用保険法の改正法
- 平成27年通常国会：医療保険制度改革のための法律
- 平成28年臨時国会：年金改革法、年金受給資格期間短縮法
- 平成29年通常国会：地域包括ケア強化法

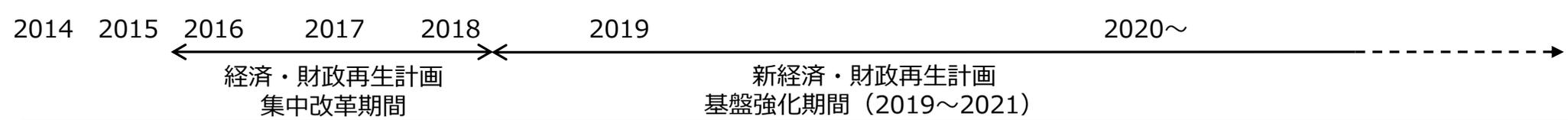
平成29年12月：新しい経済政策パッケージ閣議決定

設置の趣旨(資料)

83(幼児教育の無償化、待機児童の解消、介護人材の処遇改善 等)

2040年を展望した社会保障改革についての国民的な議論の必要性

- 高齢者数がピークを迎える2040年頃の社会保障制度を展望すると、社会保障の持続可能性を確保するための給付と負担の見直し等と併せて、新たな局面に対応する課題である「健康寿命の延伸」や「医療・介護サービスの生産性の向上」を含めた新たな社会保障改革の全体像について、国民的な議論が必要。



社会保障・税一体改革等への対応

2040年を展望した社会保障改革

<社会保障の充実・安定化>

- 社会保障の充実
 - ・ 子ども・子育て新制度の創設、保育の受け皿拡大、育児休業中の経済的支援の強化など、消費税収を子ども・子育て分野に充当
 - ・ 医療・介護の充実、年金制度の改善
- 社会保障の安定化
 - ・ 基礎年金国庫負担割合 2分の1等

消費税率引上げ (2019年10月予定)

→ 一体改革に関わる
制度改革が完了

(社会保障の充実)

- 年金生活者支援給付金制度の創設
- 介護保険1号保険料軽減強化の完全実施

※ 新しい経済政策パッケージを実施

- 後期高齢者保険料軽減特例(均等割)の見直し

設置の趣旨資料を改正を検討。

<引き続き取り組む政策課題>

これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

<新たな局面に対応した政策課題>

現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上

労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

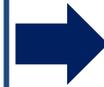


これらの政策課題を総合的に検討していくため、
社会保障改革の全体像に関する国民的な議論が必要

厚生労働省において、健康寿命の延伸と医療・介護サービスの生産性向上に向けた目標設定や施策の具体化に着手。可能なものから予算措置や制度改正を検討。

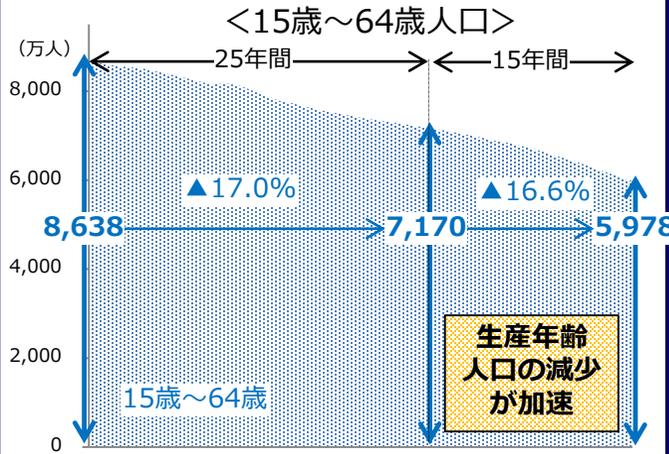
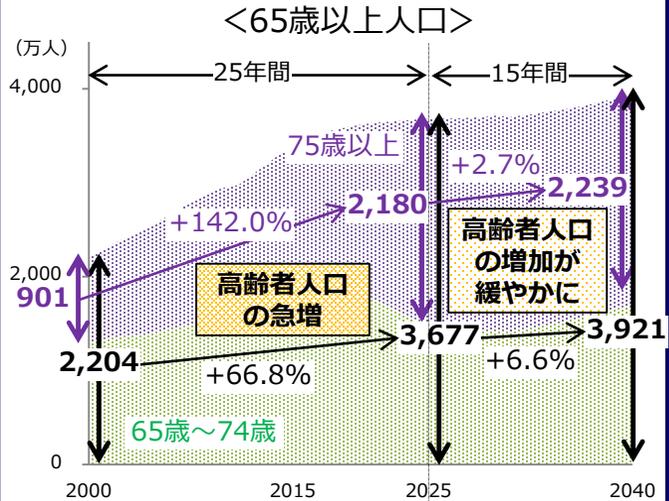
2040年頃を展望した社会保障改革の新たな局面と課題

人口構造の推移を見ると、2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化。



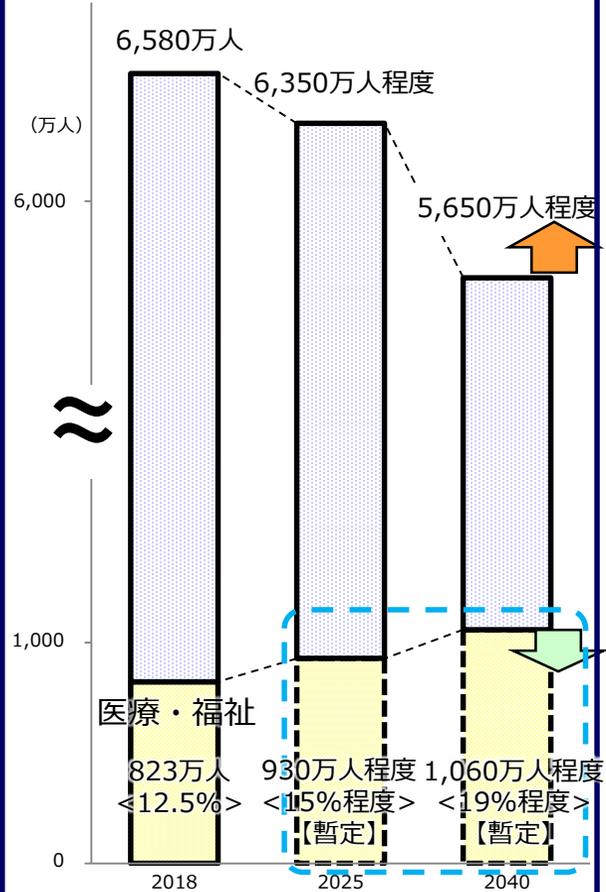
2025年以降の現役世代の人口の急減という新たな局面における課題への対応が必要。

《2040年までの人口構造の変化》



(資料) 総務省「国勢調査」「人口推計」(2015年まで)、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)(2016年以降)

《就業者数の推移》



(資料) 就業者数について、2018年は内閣府「経済見通しと経済財政運営の基本的態度」、2025年以降は、独立行政法人労働政策研究・研修機構「平成27年労働力需給の推計」の性・年齢別の就業率と国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」(出生中位・死亡中位推計)を用いて機械的に算出。医療・福祉の設置の趣旨(資料)85の年齢別の利用状況(2025年)をもとに、人口構造の変化を加味して求めた将来の医療・介護サービスの需要から厚生労働省において推計(暫定値)。

国民的な議論の下、

- これまで進めてきた給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保も図りつつ、
- 以下の新たな局面に対応した政策課題を踏まえて、総合的に改革を推進。

《新たな局面に対応した政策課題》

1. 現役世代の人口が急減する中での社会の活力維持向上
 ⇒ 高齢者をはじめとして多様な就労・社会参加を促進し、社会全体の活力を維持していく基盤として、2040年までに3年以上健康寿命を延伸することを目指す。

2. 労働力の制約が強まる中での医療・介護サービスの確保

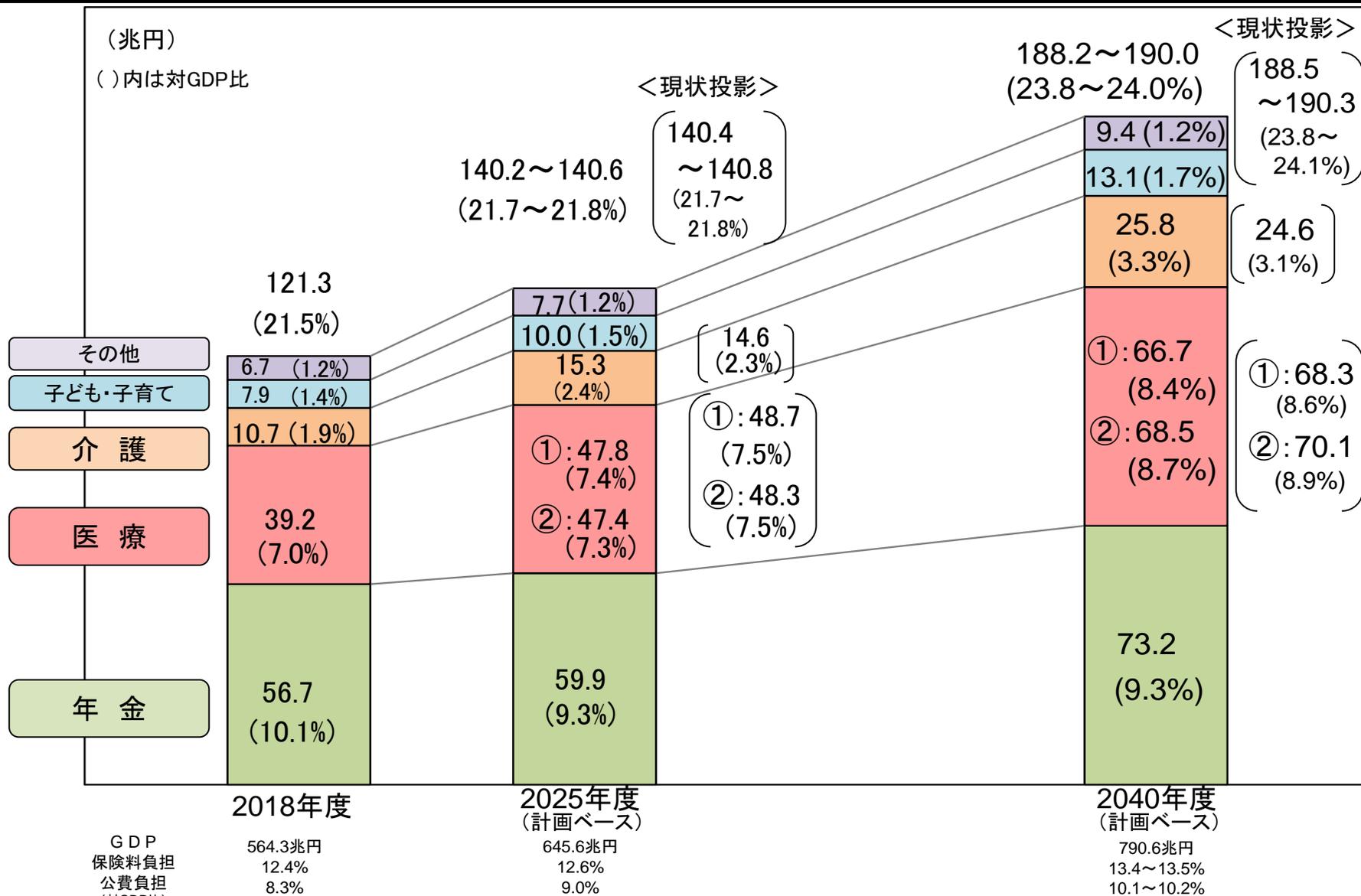
- ⇒ テクノロジーの活用等により、2040年時点において必要とされるサービスが適切に確保される水準の医療・介護サービスの生産性^{*}の向上を目指す。

- ※ サービス産出に要するマンパワー投入量。
- ※ 医療分野：ICT、AI、ロボットの活用で業務代替が可能と考えられるものが5%程度（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果から抽出）
- ※ 介護分野：特別養護老人ホームでは、平均では入所者2人に対し介護職員等が1人程度の配置となっているが、ICT等の活用により2.7人に対し1人程度の配置で運営を行っている施設あり。

社会保障給付費の見通し

2040年を見据えた社会保障の将来見通し（議論の素材）－概要－（内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日）

資料15



(注1) 医療については、単価の伸び率の仮定を2通り設定しており、給付費も2通り(①と②)示している。

(注2) 「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険費の趣旨(資料)医療費の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

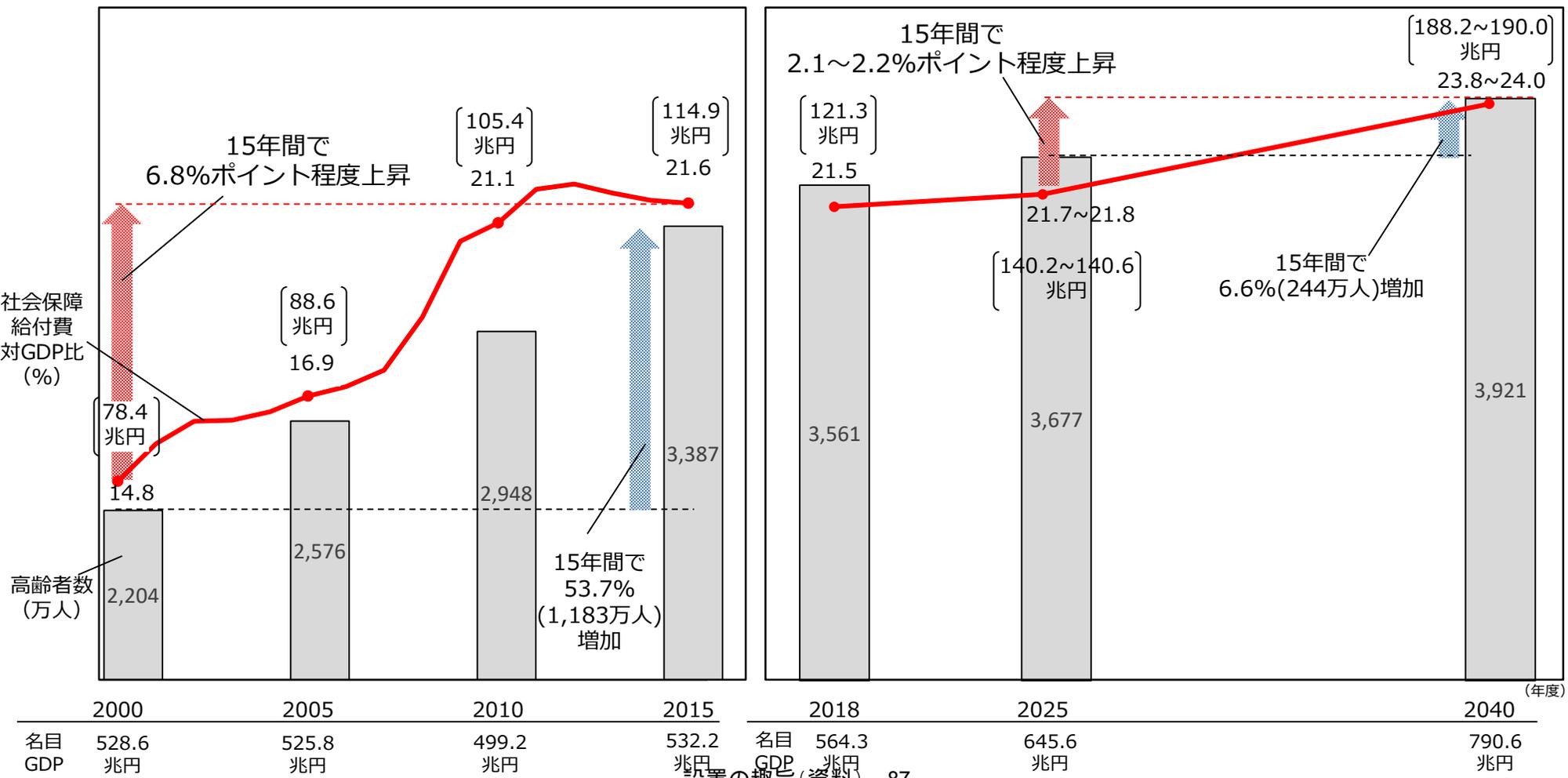
※ 平成30年度予算ベースを足元に、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)」、内閣府「中長期の経済財政に関する試算(平成30年1月)」等を踏まえて計算。なお、医療・介護費用の単価の伸び率については、社会保障・税

2040年に向けた社会保障給付費対GDP比等の推移（実績と将来見通し）

■ 高齢者の増加のペースが変わること等から、2000年度から2015年度の15年間では6.8%ポイント程度上昇したのに対し、2025年度から2040年度の15年間では2.1~2.2%ポイント程度の上昇と見込まれている。

＜2000～2015年度の社会保障給付費対GDP比等【実績】＞

＜2018～2040年度の社会保障給付費対GDP比等【将来見通し】＞



(出典) 2000～2015年度は、国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」による実績値。2018年度以降は内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省「2040年度を見据えた社会保障のシミュレーション（議論の素材）」による推計値。

社会保障給付費の見通し（給付額と負担額（保険料負担と公費負担））

資料15

【経済：ベースラインケース】

	2018年度		2025年度		2040年度		
	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	兆円	(対GDP比) %	
給付額	(現状投影)						
	(計画ベース)	121.3	21.5	140.4~140.8 140.2~140.6	21.7~21.8 21.7~21.8	188.5~190.3 188.2~190.0	23.8~24.1 23.8~24.0
負担額	(現状投影)						
	(計画ベース)	117.2	20.8	139.2~139.6 139.0~139.4	21.6~21.6 21.5~21.6	185.9~187.7 185.5~187.3	23.5~23.7 23.5~23.7
保険料負担	(現状投影)						
	(計画ベース)	70.2	12.4	81.3~81.6 81.2~81.4	12.6~12.6 12.6~12.6	106.3~107.3 106.1~107.0	13.4~13.6 13.4~13.5
年金							
		39.5	7.0	44.1	6.8	53.4	6.8
医療	(現状投影)						
	(計画ベース)	22.1	3.9	①:26.6 ②:26.3 ①:26.0 ②:25.8	①:4.1 ②:4.1 ①:4.0 ②:4.0	①:36.2 ②:37.2 ①:35.4 ②:36.3	①:4.6 ②:4.7 ①:4.5 ②:4.6
介護	(現状投影)						
	(計画ベース)	4.8	0.8	6.5 6.9	1.0 1.1	11.1 11.6	1.4 1.5
子ども・子育て		1.8	0.3	2.2	0.3	3.0	0.4
その他		2.0	0.3	2.2	0.3	2.6	0.3
公費負担	(現状投影)						
	(計画ベース)	46.9	8.3	57.8~58.0 57.8~58.0	9.0~9.0 9.0~9.0	79.6~80.4 79.5~80.3	10.1~10.2 10.1~10.2
年金		13.2	2.3	14.6	2.3	17.2	2.2
医療	(現状投影)						
	(計画ベース)	17.1	3.0	①:22.2 ②:22.0 ①:21.8 ②:21.6	①:3.4 ②:3.4 ①:3.4 ②:3.3	①:32.1 ②:32.9 ①:31.3 ②:32.2	①:4.1 ②:4.2 ①:4.0 ②:4.1
介護	(現状投影)						
	(計画ベース)	5.9	1.0	8.0 8.5	1.2 1.3	13.5 14.2	1.7 1.8
子ども・子育て		6.1	1.1	7.7	1.2	10.1	1.3
その他		4.7	0.8	5.5	0.9	6.7	0.9
(参考)GDP	(兆円)	564.3	設置の趣旨(資料)	88645.6		790.6	

(注) 医療は、単価の伸び率の前提に応じて、①および②と表示している。

【経済：ベースラインケース】

	計画ベース		
	2018年度	2025年度	2040年度
医療保険			
協会けんぽ	10.0%	①10.6% ②10.5%	①11.5% ②11.8%
健保組合	9.2%	① 9.8% ② 9.7%	①10.9% ②11.2%
市町村国保 (2018年度賃金換算)	7,400円	①8,100円 ②8,000円	①8,200円 ②8,400円
後期高齢者 (2018年度賃金換算)	5,800円	①6,400円 ②6,300円	①8,000円 ②8,200円
介護保険			
1号保険料 (2018年度賃金換算)	約5,900円	約7,200円	約9,200円
2号保険料 協会けんぽ・健保組合	協会けんぽ1.57% 健保組合1.52%	2.0%	2.6%
2号保険料 市町村国保 (2018年度賃金換算)	約2,800円	約3,500円	約4,400円

※ 医療保険の2018年度における保険料は2018年度実績見込み(協会けんぽは実際の保険料率、健保組合は健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」より、市町村国保は予算ベースの所要保険料、後期高齢者は広域連合による見込みを基にした推計値)である。また、2025年度及び2040年度の保険料は2018年度の保険料と各制度の所要保険料の伸びから算出している。

※ 介護保険の2018年度における2号保険料の健保組合の値は、健康保険組合連合会「平成30年度健保組合予算早期集計結果」による。また、市町村国保の保険料額は、一人当たり介護納付金額の月額について、公費を除いた額である。2018年度設置の経過(資料)の保険料は、実際の基準保険料額・保険料率である。

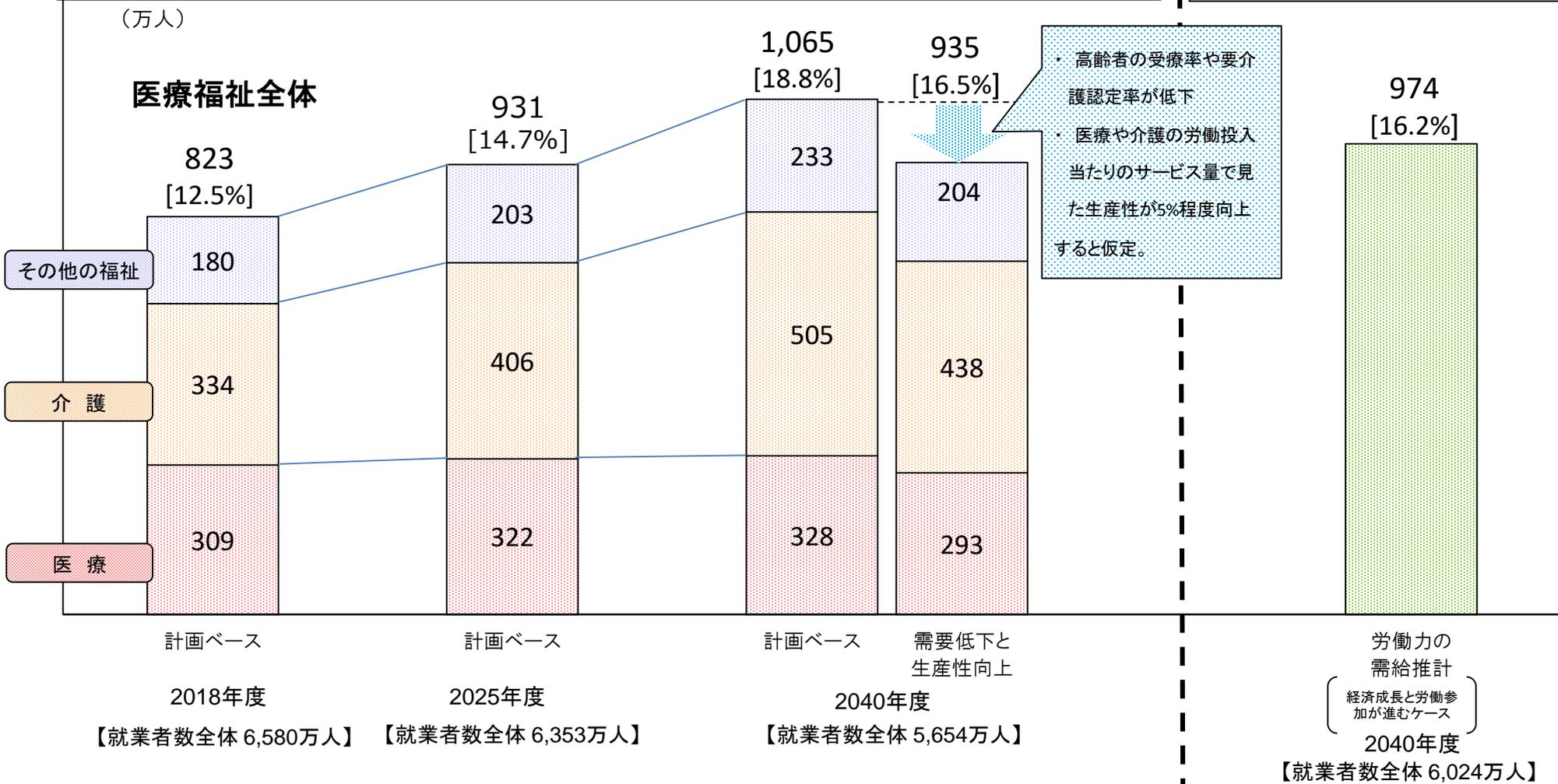
医療福祉分野の就業者数の見通し

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数

(2040年を見据えた社会保障の将来見通し (議論の素材) (内閣官房・内閣府・財務省・厚生労働省 平成30年5月21日))

労働力需要に加え、労働力供給も勘案した「医療・福祉」の就業者数

(雇用政策研究会 平成31年1月15日)



(注1)「計画ベース」は、地域医療構想に基づく2025年度までの病床機能の分化・連携の推進、第3期医療費適正化計画による2023年度までの外来医療費の適正化効果、第7期介護保険事業計画による2025年度までのサービス量の見込みを基礎として計算し、それ以降の期間については、当該時点の年齢階級別の受療率等を基に機械的に計算。なお、介護保険事業計画において、地域医療構想の実現に向けたサービス基盤の整備については、例えば医療療養病床から介護保険施設等への転換分など、現段階で見通すことが困難な要素があることに留意する必要がある。

(注2)医療福祉分野における就業者の見通しについては、①医療・介護分野の就業者数については、それぞれの需要の変化に応じて就業者数が変化すると仮定して就業者数を計算。②その他の福祉分野を含めた医療福祉分野全体の就業者数については、医療・介護分野の就業者数の変化率を用いて機械的に計算。③医療福祉分野の短時間雇用者の比率等の雇用形態別の状況等については、現状のまま推移すると仮定して計算。

(注3)需要低下と生産性向上については、これまでの受療率等の傾向や今後の寿命の伸び等を考慮し、高齢期において、医療の受療率が2.5歳分程度、介護の認定率が1歳分程度低下した場合、ICT等の活用に関する調査研究や先進事例等を踏まえ、医療・介護の生産性が各5%程度向上するなど、医療福祉分野における就業者数全体で5%程度の効率化が達成された場合の試算。

(注4)労働力の需給推計については、(独)労働政策研究・研修機構が行ったものであり、労働力需要に加え、労働力供給も勘案した「医療・福祉」の就業者数の見通し。

(注5)「需要面から推計した医療福祉分野の就業者数」における就業者数全体については、(独)労働政策研究・研修機構「平成27年度労働力需給見通し(性別・年齢階級別)の人口に対する就業者の割合(就業率)」を、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成29年推計)(出生中位(死亡中位))」の推計値に適用して推計。労働力需給の将来の就業率については、2020年、2030年の値が示されており、2025年度については、2020年と2030年の値の平均を使用、2040年度については、2030年の値を使用している。従って、2030年以降、性別・年齢階級別の就業率割合を固定した計算となっている。

※ []内は就業者数全体に対する割合。

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現

平成30年10月22日
第1回2040年を展望した社会保障・働き方改革資料15
（一部改変）

- 本年10月の消費税率の引上げによって、2025年を念頭に進められてきた社会保障・税一体改革が完了。今後、団塊ジュニア世代が高齢者となる2040年を見据えた検討を進めることが必要。
- 2040年を見通すと、現役世代（担い手）の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業率も上昇。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、以下の取組を進める。
 - ①多様な就労・社会参加の環境整備
 - ②健康寿命の延伸
 - ③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上
 - ④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

2040年を展望し、誰もがより長く元気に活躍できる社会の実現を目指す。

◀現役世代の人口の急減という新たな局面に対応した政策課題▶

多様な就労・社会参加

- 【雇用・年金制度改革等】
- 更なる高齢者雇用機会の拡大に向けた環境整備
 - 就職氷河期世代の就職支援・職業的自立促進の強化
 - 中途採用の拡大
 - 年金受給開始時期の選択肢の拡大、被用者保険の適用拡大、私的年金（iDeCo（イデコ）等）の拡充
 - 地域共生・地域の支え合い

健康寿命の延伸

- 【健康寿命延伸プラン】
※今夏を目途に策定
- 2040年の健康寿命延伸に向けた目標と2025年までの工程表
 - ①健康無関心層へのアプローチの強化、②地域・保険者間の格差の解消により、以下の3分野を中心に、取組を推進
 - ・次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等
 - ・疾病予防・重症化予防
 - ・介護予防・フレイル対策、認知症予防

医療・福祉サービス改革

- 【医療・福祉サービス改革プラン】
※今夏を目途に策定
- 2040年の生産性向上に向けた目標と2025年までの工程表
 - 以下の4つのアプローチにより、取組を推進
 - ・ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革
 - ・タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進
 - ・組織マネジメント改革
 - ・経営の大規模化・協働化

◀引き続き取り組む政策課題▶

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保

設置の趣旨（資料） 91

多様な就労・社会参加

- **働く意欲がある高齢者**が、その能力を十分発揮し、働く人の個々の事情に応じて活躍できるよう、**多様な雇用・就業機会**を充実
 - ・ 70歳までの雇用確保を図る上で、複数のメニューを用意し、労使の話し合いの上で個人の選択が効く仕組みを検討
 - ・ 成果を重視する評価・報酬体系の構築に向けた環境整備
 - ・ 企業のみならず様々な地域の主体による雇用・就業機会を開拓
- **就職氷河期世代**の一人ひとりが抱える課題に応じた**寄り添い型の就職・キャリア形成支援**の強化
特に、長期にわたる無業者への職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備
- **中途採用**に前向きな企業からなる協議会を開催し、好事例の共有等により**社会全体の機運を醸成**
- 一人ひとりの**多様な働き方に柔軟に対応した年金制度**への見直し、私的年金(※)の拡充の検討

※ 確定給付企業年金(DB)、企業型確定拠出年金(企業型DC)、個人型確定拠出年金(iDeCo(イデコ))

健康寿命の延伸

- 生活習慣病の発症・重症化予防のため、**医療機関と保険者・民間事業者(スポーツクラブ等)等が連携し、医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供**し、住民の行動変容を促す仕組みの構築
- 身近な場所で高齢者が定期的に集い、**身体を動かす場等の大幅な拡充、介護予防事業と高齢者の保健事業(フレイル対策)との一体実施**の推進(インセンティブ措置の強化)
- **認知症予防**を加えた認知症施策の推進(身体を動かす場等の拡充、予防に資するエビデンスの研究等)
- 野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境(スマート・ミール)の認証制度等の普及支援など、**自然に健康になれる環境づくり**の推進

医療・福祉サービス改革

- 2040年に向けた**ロボット・AI等の現場活用に向けた実用化構想の検討**
- **データヘルス改革**に関し、2020年度までの事業の着実な実施と**2020年の後の絵姿**(全国的な保健医療情報ネットワーク等)、工程表の策定
- 介護・看護・保育等の分野において、**介護助手等としてシニア層を活かす方策**の検討
- 介護施設における業務フローの分析・仕分けを基に、**①介護助手、②介護ロボット(センサーを含む)、③ICTの活用等を組み合わせた業務効率化**のモデル事業を今年度中に開始。効果を検証の上、全国に普及

趣旨

- 2040年を見通すと、現役世代(担い手)の減少が最大の課題。一方、高齢者の「若返り」が見られ、就業も増加。今後、国民誰もが、より長く、元気に活躍できるよう、①多様な就労・社会参加の環境整備や②健康寿命の延伸を進めるとともに、③医療・福祉サービスの改革による生産性の向上を図りつつ、④給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保を進めることが必要。
- このため、「2040年を展望した社会保障・働き方改革本部」を設置するとともに、部局横断的な政策課題について、従来の所掌にとらわれることなく取り組むためプロジェクトチームを設けて検討する。

2040年を展望した社会保障・働き方改革本部

本部長 : 厚生労働大臣

本部長代理 : 厚生労働副大臣
厚生労働大臣政務官

本部員 :
厚生労働事務次官、厚生労働審議官、
医務技監、その他部局長

※プロジェクトチームにおける検討を基に改革案を審議

横断的課題に関するプロジェクトチーム

リーダー : 政策統括官(総合政策担当)
サブリーダー: 大臣官房審議官(総合政策(社会保障)担当)
政策立案総括審議官(政策評価、総合政策(労働)担当)

①健康寿命延伸TF(疾病予防・介護予防に関する施策等)
主査: 吉永審議官(健康局)
副主査: 山本審議官(保険局)、佐原審議官、江崎統括調整官

②医療・福祉サービス改革TF(ロボット、AI、ICTの実用化等)
主査: 諏訪園審議官(老健局)
副主査: 迫井審議官(医政局)、江崎統括調整官

③高齢者雇用TF(高齢者の雇用就業機会の確保等)
主査: 北條部長(雇用開発部)
副主査: 田畑審議官(職業安定局)、山田審議官(人材開発統括官)

④地域共生TF(縦割りを越えた地域における包括的な支援体制の整備等)
主査: 伊原審議官(政策統括官(総合政策担当))
副主査: 八神審議官(社会・援護局)、藤原審議官(子ども家庭局)、
橋本部長(障害保健福祉部)、諏訪園審議官(老健局)

- ①健康無関心層へのアプローチを強化しつつ、②地域・保険者間の格差の解消を図ることによって、個人・集団の健康格差を解消し、健康寿命の更なる延伸を図る。
- 本年夏を目標に「健康寿命延伸プラン」を策定。

①健康無関心層も含めた予防・健康づくりの推進

②地域・保険者間の格差の解消

新たな手法

自然に健康になれる環境づくり

健康な食事や運動ができる環境整備

居場所づくりや社会参加の推進による役割の付与

行動変容を促す仕掛け

行動経済学等の理論(ナッジ理論等)の活用

インセンティブの活用

重点3分野

次世代を含めたすべての人の健やかな生活習慣形成等

- 次世代の健やかな生活習慣形成の推進及び関連研究の実施
- 自然に健康になれる環境づくりの推進(野菜摂取量増加に向けた取組等の横展開、民間主導の健康な食事・食環境(スマート・ミール)の認証制度等の普及支援)
- 予防・健康づくりに関係する地域の関係者が一体となったスマートライフ・プロジェクト、日本健康会議等の連携強化等

疾病予防・重症化予防

- 保険者に対するインセンティブ措置の強化、先進・優良事例の横展開等
- 医療機関と保険者・民間事業者等が連携した医学的管理と運動・栄養等のプログラムの一体的提供
- 個人の予防・健康づくりに関する行動変容につなげる取組の強化等

設置の趣旨(資料) 94

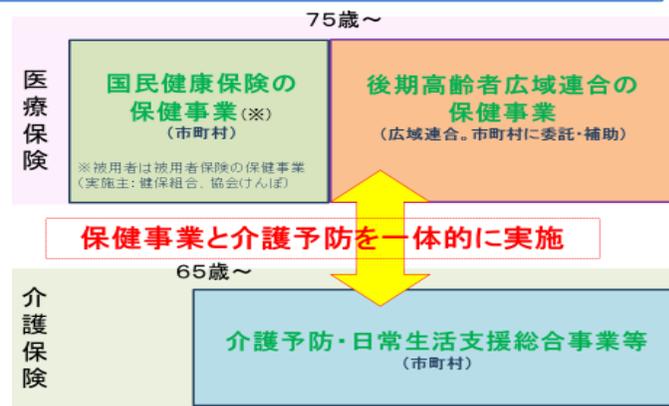
介護予防・フレイル対策、認知症予防

- 保険者に対するインセンティブ措置の強化等により、身近な場所で高齢者が定期的に集い、身体を動かす場等の大幅な拡充と、介護予防事業とフレイル対策との市町村を中心とした一体実施
- 介護報酬上のインセンティブ措置の強化(デイサービス事業者)
- 認知症予防を加えた認知症施策の推進、身体を動かす場等の拡充、予防に資するエビデンスの研究等

I 介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防・重症化予防等の市町村による一体的な実施の推進（※）

- 現状では、高齢者の抱える複数の慢性疾患、認知機能や社会的つながりの低下等（フレイル等）に対し、異なる制度がそれぞれに対応。
- 今後、市町村において、**保健事業と介護予防を一体的に実施。特別調整交付金（インセンティブ措置等）を活用し、医療専門職を配置し、取組を強化（今通常国会に法案提出予定）。**

- ① 医療・介護情報等の一体的な分析
- ② 通いの場等における運動、口腔、栄養等の相談・指導
- ③ 閉じこもりがちの高齢者等へのアウトリーチ支援
- ④ 必要な医療・介護サービスへの接続（かかりつけ医等との連携）



※ あわせて、介護予防・日常生活支援総合事業等において「通いの場」等の拡充を図るため、介護の保険者機能強化推進交付金（インセンティブ措置等）を活用し、市町村による介護予防・認知症予防の取組を推進。

II 医療保険における効果的・効率的な保健事業の推進

① 特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた効果的な方策の推進

- 全保険者の実施率を公表（2018年度から実施）。
- 好事例（※）を横展開するなど、**目標値（2023年度までに健保組合（単一）：90%・市町村国保：60%）の前倒し達成を目指し、実施率の向上につながる効果的な方策等を検討。**

※ 地域の医師会等との連携や民間事業者の活用等による効果的な事例

② 医療機関と保険者・民間事業者等の連携による予防事業の展開

- 保険者インセンティブを活用し、**医療機関と保険者・民間事業者（スポーツクラブ等）等が連携して医学的管理と運動・栄養等のプログラムを一体的に提供し、個人の行動変容を促す仕組み**を検討。

<特定健診等の実施率向上に向けた効果的な方策の推進>

- 目標の早期達成に向け、
- ・2018年度から、実施率を公表
- ・さらに、好事例の横展開など、効果的な方策等を検討



	2016年度実績	2023年度目標
特定健診	市町村国保：36.6% 健保組合（単一）：77.4%	市町村国保：60% 健保組合（単一）：90%
特定保健指導	市町村国保：24.7% 健保組合（単一）：24.2%	市町村国保：60% 健保組合（単一）：55%

- 2025年以降、現役世代（担い手）の減少が一層進むことが見込まれる中で、「ロボット・AI・ICT等の実用化推進、データヘルス改革」、「タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進」、「組織マネジメント改革」、「経営の大規模化・協働化」の4つの改革を通じて、生産性の向上を図ることにより、必要かつ適切な医療・福祉サービスが確実に提供される現場を実現する。
- 本年夏を目標に「医療・福祉サービス改革プラン」を策定。

ロボット、AI、ICT等の実用化推進、データヘルス改革

- 2040年に向けたロボット・AI等の実用化構想の検討
- データヘルス改革（2020年度までの事業の着実な実施とそれ以降の絵姿・工程表の策定）
- ①介護助手、②介護ロボット（センサーを含む）、③ICTの活用等を組み合わせた業務効率化モデル事業効果を検証の上、全国に普及
- オンラインでの服薬指導を含めた医療の充実 等

組織マネジメント改革

- 医療機関の経営管理や労務管理を担う人材の育成
- 福祉分野の生産性向上ガイドラインの作成・普及・改善
- 現場の効率化に向けた工夫を促す報酬制度への見直し（実績評価の導入など）
- 文書量削減に向けた取組、事業者の報酬改定対応コストの削減の検討 等

タスクシフティングを担う人材の育成、シニア人材の活用推進

- 業務分担の見直し
 - ①効率的・機能的なチーム医療を促進するための人材育成、
 - ②介護施設における専門職と介護助手等の業務分担の推進
- 介護助手等としてシニア層を活かす方策、医療分野における専門職を支える人材育成等の在り方（資料） 96 等

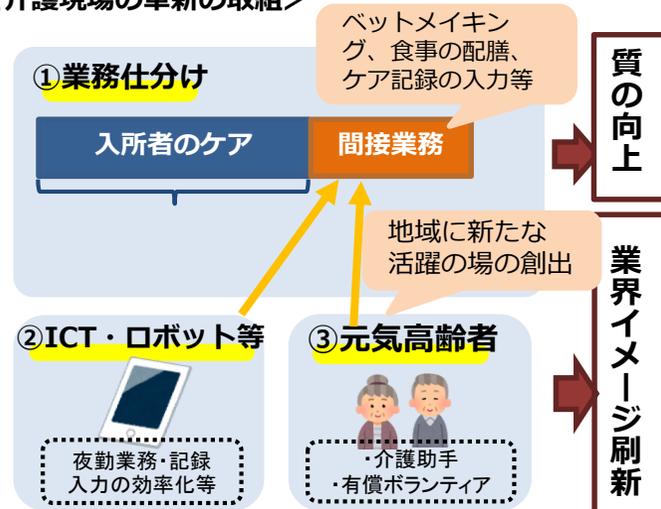
経営の大規模化・協働化

- 医療法人、社会福祉法人それぞれの経営統合、運営共同化、多角化方策の検討
- 医療法人と社会福祉法人の連携方策の検討 等

I 医療・福祉現場の革新

- 2040年を展望すると、担い手の確保が課題となる中、医療・福祉現場の革新を通じた生産性の向上が不可欠。
- 介護分野においては、以下の取組を三位一体で進め、**効率的な働き方を実現し、業務負担を軽減。介護現場を革新し、魅力を発信。**
 - ① 介護施設における**業務フローの分析・仕分け**
 - ② **ICT・介護ロボット**の活用（夜勤業務・記録入力の効率化等）
 - ③ 地域の**元気高齢者の活躍の場を創出**（介護施設等で「介護助手」や有償ボランティアとして活躍）
- 医療分野においては、**医療従事者の役割分担の見直し等の効率化**を進める。
- さらに、**2040年を見据え、ICT、AI、ロボット等**が溶け込んでいる社会を想定し、**医療・福祉サービスがどう変容していくか**を検討。技術・サービス開発ロードマップや戦略的な投資方針を策定。産業界の関与も求めていく。

<介護現場の革新の取組>

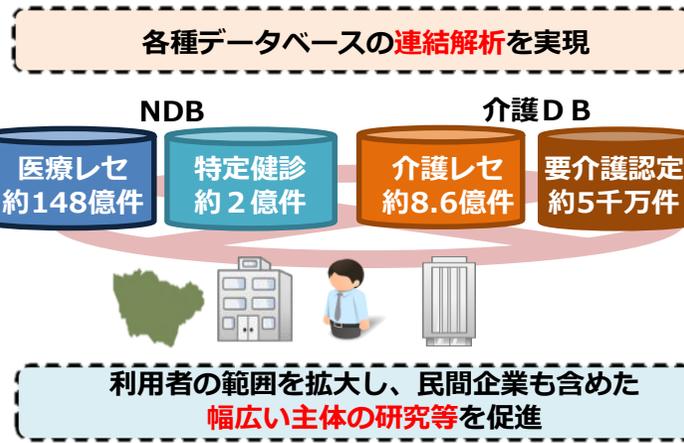


II 健康・医療・介護のビッグデータの連結解析と多様な主体による利活用の促進

- 現状では、健康・医療・介護のビッグデータは個々に収集・保管されており、その利用も研究者等に限定。
- まずはNDB（レセプト・特定健診等情報データベース）と介護DB（介護保険総合データベース）のデータを連結し、**医療、介護情報の一体的な分析**（※）を可能にするるとともに、**民間企業を含む幅広い主体による研究開発等のためのデータ提供**を可能とする（今通常国会に法案提出予定）。

※医療・介護のリハビリ利用状況と在宅復帰率の地域間比較 等

- 今後、DPCデータベース等の保健医療分野の他の公的データベース等との連結解析についても、検討を進める。



- **働く意欲がある高齢者が、その能力を十分発揮し、働く人の個々の事情に応じて活躍できるよう、多様な雇用・就業機会を充実**
 - ・ 70歳までの雇用確保を図る上で、複数のメニューを用意し、労使の話し合いの上で個人の選択が効く仕組みを検討
 - ・ 成果を重視する評価・報酬体系の構築に向けた環境整備
 - ・ 企業のみならず様々な地域の主体による雇用・就業機会を開拓
- (本年夏に決定予定の成長戦略の) **実行計画において具体的制度化の方針を決定した上で、労働政策審議会の審議を経て、早急に法律案を提出する方向で検討する。**

※「経済政策の方向性に関する中間整理」(平成30年11月26日経済財政諮問会議・未来投資会議・まち・ひと・しごと創生会議・規制改革推進会議合同会議)

■ 65歳を超えて働ける環境整備が必要

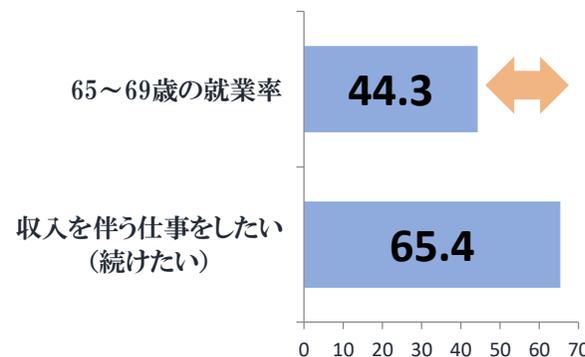
66歳以上までの雇用確保措置が講じられている企業 (66歳以上までの希望者全員の雇用確保措置が講じられている企業)	18.8% (9.7%)
--	-----------------

資料出所：厚生労働省「高齢者の雇用状況」(2017) 特別集計

	導入済	検討中	予定なし
60歳代前半層を対象とした評価制度	26.3%	27.7%	37.4%

資料出所：JILPT「高齢者の雇用に関する調査(企業調査)」(2016)

■ 高齢者の就業ニーズが叶っていない



資料出所：総務省「労働力調査」(2017)、内閣府「第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査」(2015)
※ 収入を伴う仕事をしたい(続けたい)割合は65～69歳の数値

■ 高齢者の就業ニーズは多様化

高齢者(65歳～69歳)の就業理由(単数回答)	
経済上の理由	51.9%
生きがい、社会参加のため	14.9%
頼まれたから	10.1%
時間に余裕があるから	5.2%
健康上の理由(健康に良いなど)	4.5%
その他	8.7%

資料出所：JILPT「60代の雇用・生活調査」(2015)

高齢者雇用・就業機会の確保

- 企業による、働く人の個々の事情に応じた多様な雇用・就業機会の確保
- 能力や成果による評価・報酬体系の構築等の環境整備
- 地域の主体による高齢者の雇用・就業機会の開拓

等

中途採用の拡大

- 転職・再就職者の受入促進のための指針の周知
- 中途採用拡大を行う企業に対する助成
- 中途採用に前向きな企業からなる協議会を開催し、好事例の共有等により社会全体の機運を醸成

等

就職氷河期世代の就職支援 ・職業的自立促進の強化

- 一人ひとりが抱える課題に応じた寄り添い型の就職・キャリア形成支援の強化
- 特に、長期にわたる無業者に対する、職業的自立に向けた相談支援と生活支援をワンストップで行う体制の整備

等

設置の趣旨(資料) 99

年金受給開始時期の選択肢の拡大、 被用者保険の適用拡大、私的年金の拡充

- 繰下げの上限年齢の見直し
- 短時間労働者に対する適用要件の見直し
- 私的年金の加入年齢等の見直し

等

- 地域共生社会の実現に向け、①丸ごと相談（断らない相談）の実現、②共生サービスの推進（高齢者も障害者も利用できるサービス）、③地域共生に資する取組の促進について検討を行う。

主な課題

検討の方向性

- 地域包括支援センター、障害者の基幹相談支援センター、子育ての利用者支援事業、生活困窮者自立相談支援機関など相談支援の窓口が分立

- 制度の壁を越えて、世帯の複合的なニーズやライフステージの変化への対応力を高めるための相談支援体制の構築

- 高齢者も障害者も利用することができる共生サービスについて、認知度や使い勝手など更なる推進に向けた取組が必要

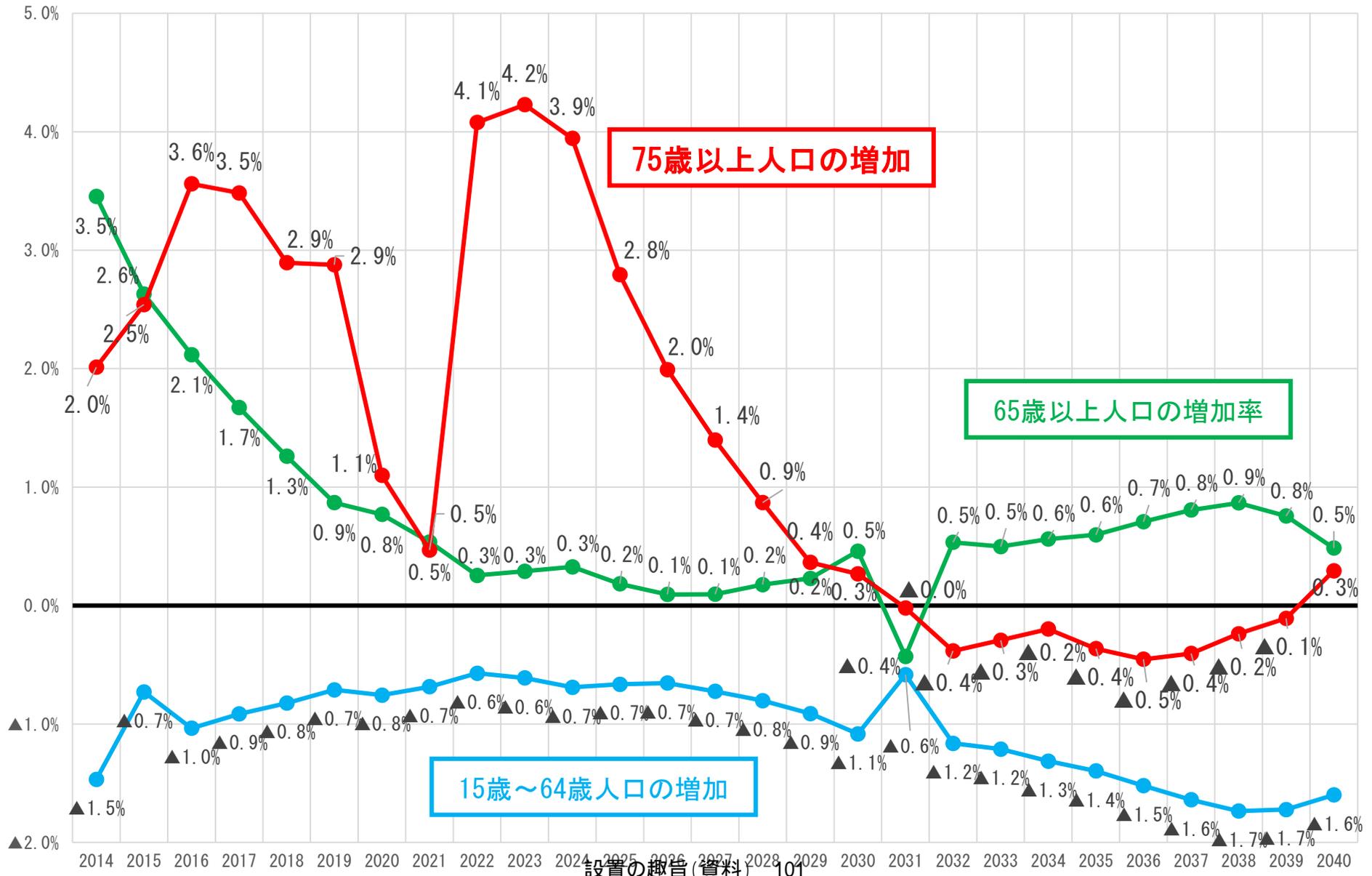
- 共生サービスの推進

- 家族のつながりや地縁が希薄化する中で、地域のセーフティネット機能が弱体化

- 地域住民をはじめとする多様な主体がつながり、活動する地域共生の取組の促進

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保①

～年齢階層別の人口の増加率～

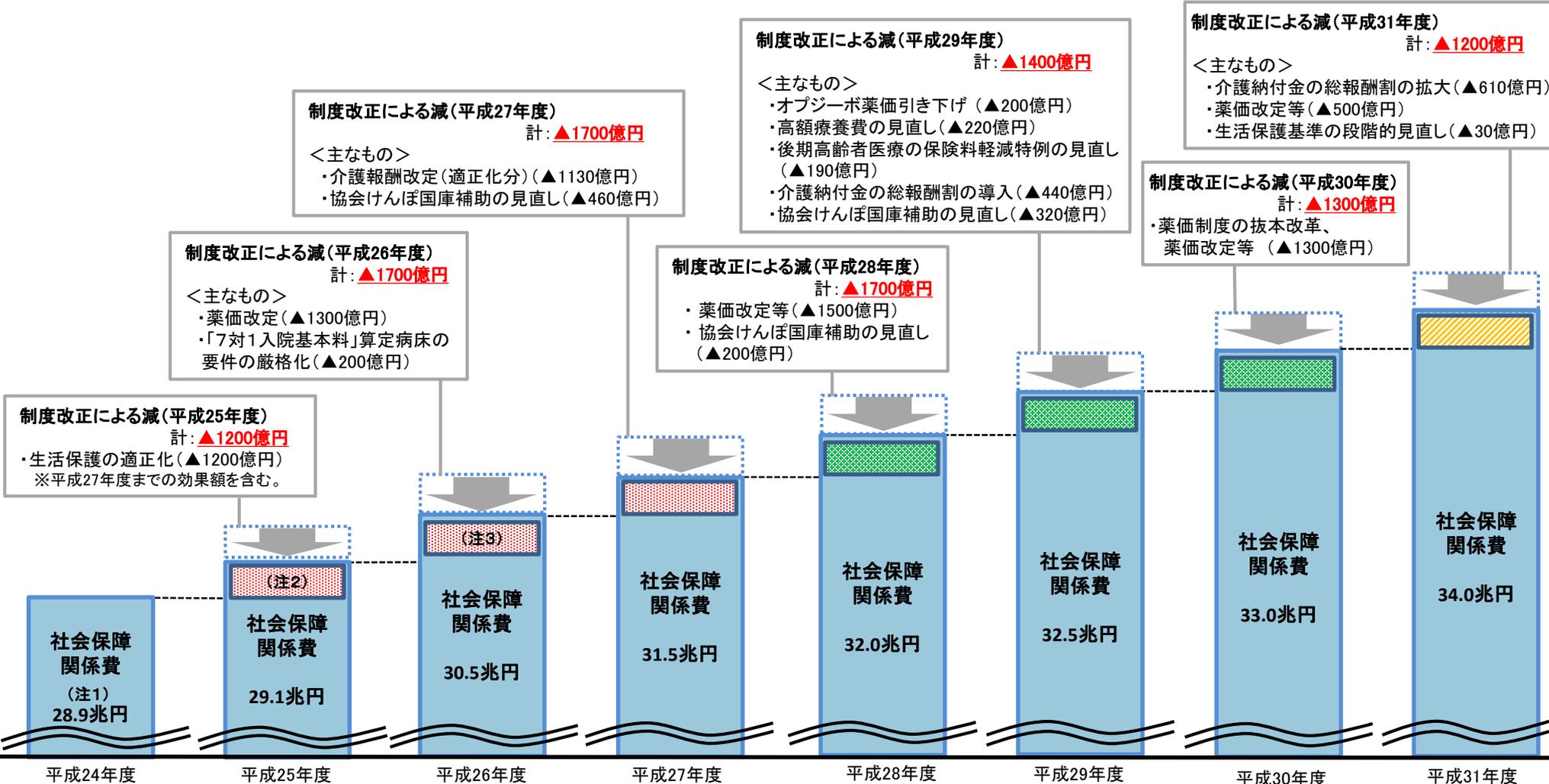


設置の趣旨(資料) 101

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(出生中位・死亡中位)」

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保②

～最近の社会保障関係費の伸びについて～



部分が、社会保障の充実等を除く25～27年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、28～30年度の実質的な伸びであり、年平均+0.5兆円程度

部分が、31年度の実質的な伸びであり、年+0.48兆円程度

(注1) 年金国庫負担2分の1ベースの予算額。
 (注2) 基礎年金国庫負担の受入超過による精算(▲0.3兆円)の影響を含めない。
 (注3) 高齢者の医療費自己負担軽減措置等に係る経費の当初予算化(+0.4兆円)の影響を含めない。
 (注4) 社会保障関係費の計数には、社会保障の充実等を含む。
 (注5) 平成31年度の社会保障関係費の計数は、臨時・特別の措置を除く。

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保③

～社会保障・税一体改革等における充実と効率化（主なもの）～

	平成26(2014)年度	平成27(2015)年度	平成28(2016)年度	平成29(2017)年度	平成30(2018)年度	平成31(2019)年度
社会保障の充実	<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援の充実 社会的養育の充実 育児休業給付の強化 地域医療介護総合確保基金(医療分)の創設 地域支援事業(認知症施策等)の充実 高額療養費の見直し 難病・小児慢性特定疾病の医療費助成 遺族年金の父子家庭への拡大 診療報酬本体改定 	<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援新制度の創設 社会的養育の充実 地域医療介護総合確保基金(介護分)の創設 地域支援事業の充実 国保の財政支援の拡充 被用者保険の支援拡充 介護保険料の軽減強化 介護報酬改定 	<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援新制度の充実 社会的養育の充実 地域支援事業の充実 国保の財政支援の拡充 被用者保険の支援拡充 	<ul style="list-style-type: none"> 子ども・子育て支援新制度の充実 社会的養育の充実 地域支援事業の充実 国保の財政支援の拡充 被用者保険の支援拡充 年金受給資格期間の短縮 	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療介護総合確保基金(医療分)の増額 	<ul style="list-style-type: none"> 社会的養育の充実 地域医療介護総合確保基金(医療分)の増額 医療ICT化促進基金(仮称)の創設 地域医療介護総合確保基金(介護分)の増額 地域支援事業の充実 介護保険料の更なる軽減強化 年金生活者支援給付金の支給
自然増の圧縮(目安対応)	<ul style="list-style-type: none"> 薬価改定 7対1入院基本料の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> 介護報酬改定(適正化分) 協会けんぽ国庫補助特例減額 	<ul style="list-style-type: none"> 薬価改定等 協会けんぽ国庫補助特例減額 	<ul style="list-style-type: none"> オプジーボ薬価引下げ 高額療養費の見直し 後期高齢者の保険料軽減特例の見直し 介護納付金の総報酬割の導入 協会けんぽ国庫補助特例減額 	<ul style="list-style-type: none"> 薬価制度の抜本改革 薬価改定等 	<ul style="list-style-type: none"> 薬価改定等 介護納付金の総報酬割の拡大 生活保護基準の見直し
	▲1,700億円	▲1,700億円	▲1,700億円	▲1,400億円	▲1,300億円	▲1,200億円

給付と負担の見直し等による社会保障の持続可能性の確保④

～新経済・財政再生計画 改革工程表（平成30年12月20日）【社会保障分野】～

資料15

【基本的考え方】 ※経済財政運営と改革の基本方針2018抜粋

全世代型社会保障制度を着実に構築していくため、総合的な議論を進め、基盤強化期間内から順次実行に移せるよう、2020年度に、それまでの社会保障改革を中心とした進捗状況をレビューし、「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策を取りまとめ、早期に改革の具体化を進める。

改革工程表（61項目）

【予防・健康づくりの推進】[18項目]

（主な取組）

- 予防・健康づくりに頑張った者が報われる制度の整備
- 糖尿病等の生活習慣病の予防・重症化予防や認知症の予防の推進（先進事例の横展開やインセンティブの積極活用）
- 介護予防・フレイル対策や生活習慣病等の疾病予防等を市町村が一体的に実施する仕組みの検討
- 無関心層や健診の機会が少ない層への啓発
- 予防・健康づくりの取組やデータヘルス、保健事業について、多様・包括的な民間委託を推進

【医療・福祉サービス改革】[31項目]

（主な取組）

- 医療技術評価の在り方について調査・研究・検討を推進するとともに、そのための人材育成・データ集積・分析を推進
- 高額医療機器の効率的な配置等を促進
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及
- 高齢者の医療の確保に関する法律第14条に基づく地域独自の診療報酬について在り方を検討
- 国保財政の健全化に向け、受益と負担の見える化の推進（法定外繰入の解消等）
- 介護の経営の大規模化・協働化
- 地域医療構想に示された病床の機能分化・連携の推進
- AIの実装、ロボット・IoT・センサーの活用、データヘルス改革の推進など、テクノロジーの徹底活用
- 元気で働く意欲のある高齢者を介護・保育等の専門職の周辺業務において育成・雇用する取組を全国展開

【多様な就労・社会参加】[2項目]

（主な取組）

- 働き方の多様化に応じた年金受給開始時期の選択肢の拡大
- 勤労者皆保険制度（被用者保険の更なる適用拡大）の実現を目指した検討

【給付と負担の見直し】[10項目]

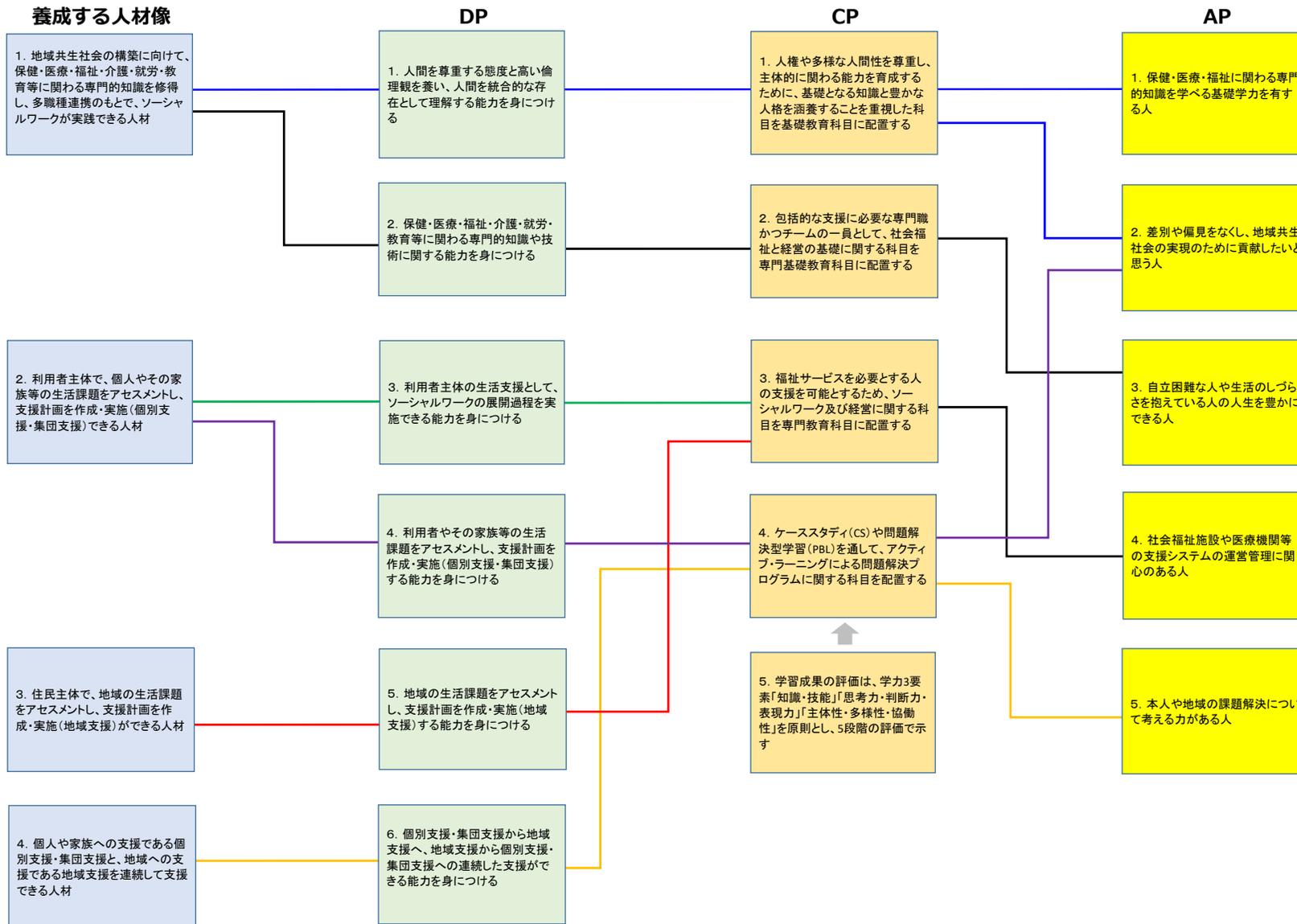
（主な取組）

- 高齢者医療制度や介護制度において、所得のみならず資産の保有状況を適切に評価しつつ、「能力」に応じた負担の検討
- 医療・介護における「現役並み所得」の判断基準の見直しを検討
- 医療費について保険給付率（保険料・公費負担）と患者負担率のバランス等を定期的に見える化しつつ、診療報酬とともに保険料・公費負担、患者負担について総合的な対応を検討
- 団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担について検討
- 介護のケアプラン作成、介護の多床室室料、介護の軽度者への生活援助サービス等に関する給付の在り方について検討
- 新規医薬品や医療技術の保険収載等に際して、費用対効果や財政影響などの経済性評価や保険外併用療養の活用などを検討
- 薬剤自己負担の引上げについて幅広い観点から関係審議会において検討し、その結果に基づき必要な措置を講ずる
- 外来受診時等の定額負担の導入を検討

（資料） 104

【旧改革工程表の全44項目の着実な推進】

日本医療大学 通信教育部総合福祉学部ソーシャルワーク学科 養成する人材像・ポリシー等関係図



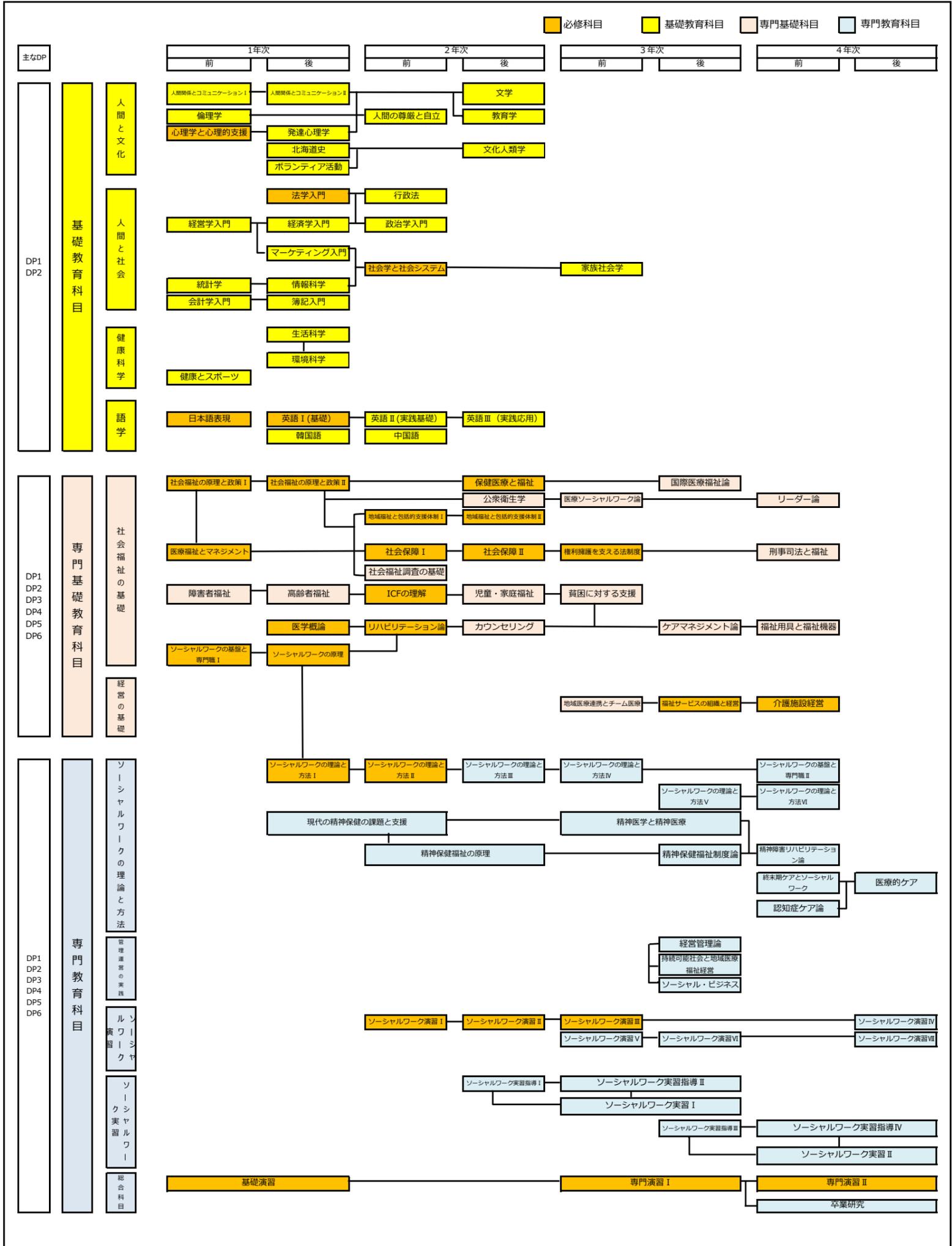
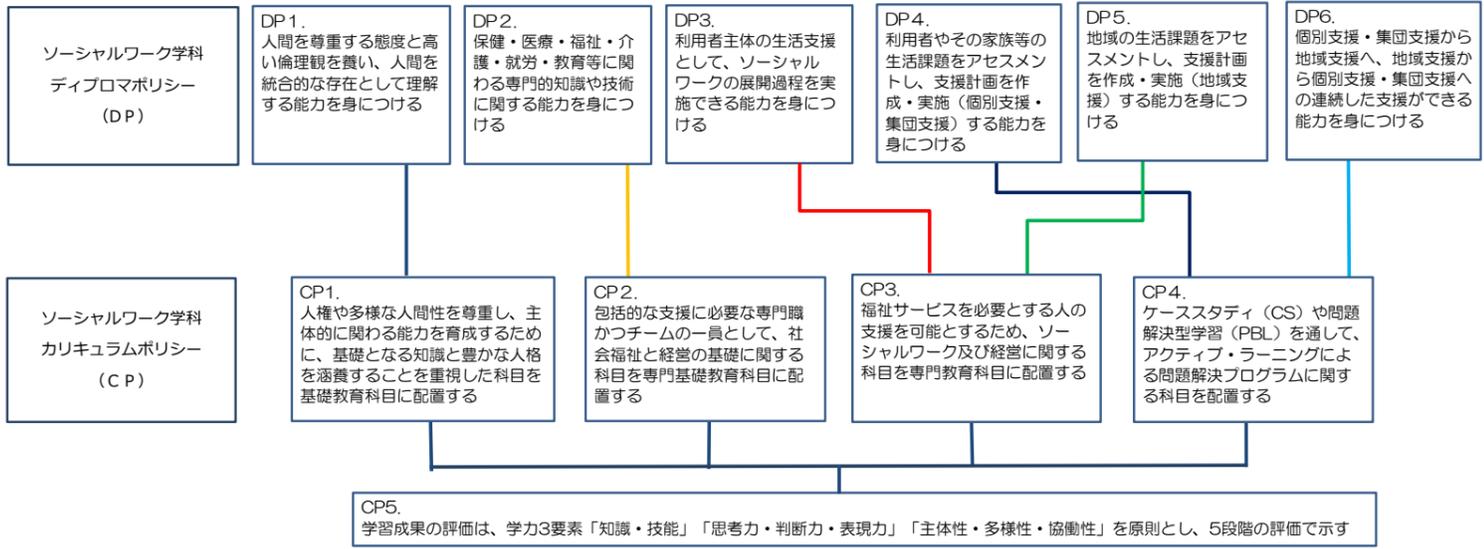
通信教育部 総合福祉学部 ソーシャルワーク学科 カリキュラムマップ

学位授与方針(ディプロマ・ポリシー)：DP

区分	DP1	DP2	DP3	DP4	DP5	DP6	
履修年次	人間を尊重する態度と高い倫理観を養い、人間を統合的に存在として理解する能力を身につける	保健・医療・福祉・介護・就労・教育等に関する専門的知識や技術に関する能力を身につける	利用者主体の生活支援として、ソーシャルワークの展開過程を実施できる能力を身につける	利用者やその家族等の生活課題をアセスメントし、支援計画を作成・実施(個別支援・集団支援)する能力を身につける	地域の生活課題をアセスメントし、支援計画を作成・実施(地域支援)する能力を身につける	個別支援・集団支援から地域支援へ、地域支援から個別支援・集団支援への連続した支援ができる能力を身につける	
1年次履修	前期	人間関係とコミュニケーションⅠ 倫理学 心理学と心理的支援 経営学入門 統計学 会計学入門 健康とスポーツ 日本語表現 医療福祉とマネジメント 社会福祉の原理と政策Ⅰ 障害者福祉 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅰ 基礎演習	人間関係とコミュニケーションⅠ 心理学と心理的支援 現代の精神保健の課題と支援 障害者福祉 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅰ 基礎演習	人間関係とコミュニケーションⅠ 心理学と心理的支援 現代の精神保健の課題と支援 障害者福祉 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅰ 基礎演習	心理学と心理的支援 健康とスポーツ 医療福祉とマネジメント 障害者福祉 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅰ 基礎演習	経営学入門 健康とスポーツ 医療福祉とマネジメント 障害者福祉 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅰ 基礎演習	
	後期	人間関係とコミュニケーションⅡ 北海道史 発達心理学 ボランティア活動 法学入門 経済学入門 マーケティング入門 情報科学 簿記入門 生活科学 環境科学 英語Ⅰ(基礎) 韓国語 社会福祉の原理と政策Ⅱ 高齢者福祉 ソーシャルワークの原理 医学概論 ソーシャルワークの理論と方法Ⅰ 基礎演習	人間関係とコミュニケーションⅡ 発達心理学 ボランティア活動 現代の精神保健の課題と支援 高齢者福祉 ソーシャルワークの原理 基礎演習	人間関係とコミュニケーションⅡ 発達心理学 ボランティア活動 現代の精神保健の課題と支援 高齢者福祉 ソーシャルワークの原理 基礎演習	発達心理学 現代の精神保健の課題と支援 高齢者福祉 ソーシャルワークの原理 基礎演習	現代の精神保健の課題と支援 高齢者福祉 ソーシャルワークの原理 基礎演習	基礎演習
2年次履修	前期	人間の尊厳と自立 政治学入門 行政法 社会学と社会システム 英語Ⅱ(実践基礎) 中国語 地域福祉と包括的支援体制Ⅰ 社会保障Ⅰ 社会福祉調査の基礎 リハビリテーション論 ICFの理解 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅰ	人間の尊厳と自立 社会学と社会システム 地域福祉と包括的支援体制Ⅰ 社会保障Ⅰ 社会福祉調査の基礎 リハビリテーション論 ICFの理解 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅰ	人間の尊厳と自立 社会学と社会システム 地域福祉と包括的支援体制Ⅰ 社会保障Ⅰ 社会福祉調査の基礎 リハビリテーション論 ICFの理解 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅰ	社会学と社会システム 地域福祉と包括的支援体制Ⅰ 社会保障Ⅰ リハビリテーション論 ICFの理解 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅰ	社会学と社会システム 地域福祉と包括的支援体制Ⅰ 社会保障Ⅰ リハビリテーション論 ICFの理解 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅰ	社会学と社会システム 地域福祉と包括的支援体制Ⅰ 社会保障Ⅰ リハビリテーション論 ICFの理解 ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅰ
	後期	文化人類学 文学 教育学 英語Ⅲ(実践応用) 地域福祉と包括的支援体制Ⅱ 社会保障Ⅱ 児童・家庭福祉 保健医療と福祉 公衆衛生学 カウンセリング ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅰ	地域福祉と包括的支援体制Ⅱ 社会保障Ⅱ 児童・家庭福祉 保健医療と福祉 公衆衛生学 カウンセリング ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅰ	地域福祉と包括的支援体制Ⅱ 社会保障Ⅱ 児童・家庭福祉 保健医療と福祉 公衆衛生学 カウンセリング ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅰ	社会保障Ⅱ 児童・家庭福祉 保健医療と福祉 公衆衛生学 カウンセリング ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅰ	社会保障Ⅱ 児童・家庭福祉 保健医療と福祉 公衆衛生学 カウンセリング ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅰ	地域福祉と包括的支援体制Ⅱ 社会保障Ⅱ 児童・家庭福祉 保健医療と福祉 公衆衛生学 カウンセリング 精神保健福祉の原理 ソーシャルワーク演習Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅰ
3年次履修	前期	家族社会学 貧困に対する支援 権利擁護を支える法制度 医療ソーシャルワーク論 ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ 精神医学と精神医療 ソーシャルワーク演習Ⅲ ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習Ⅰ	貧困に対する支援 権利擁護を支える法制度 医療ソーシャルワーク論 ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ 精神医学と精神医療 ソーシャルワーク演習Ⅲ ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習Ⅰ	貧困に対する支援 権利擁護を支える法制度 医療ソーシャルワーク論 ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ 精神医学と精神医療 ソーシャルワーク演習Ⅲ ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習Ⅰ	権利擁護を支える法制度 医療ソーシャルワーク論 ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ 精神医学と精神医療 ソーシャルワーク演習Ⅲ ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習Ⅰ	権利擁護を支える法制度 医療ソーシャルワーク論 ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ 精神医学と精神医療 ソーシャルワーク演習Ⅲ ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習Ⅰ	地域医療連携とチーム医療 ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ 精神医学と精神医療 ソーシャルワーク演習Ⅲ ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習Ⅰ
	後期	国際医療福祉論 ケアマネジメント論 福祉サービスの組織と経営 経営管理論 持続可能社会と地域医療福祉経営 ソーシャル・ビジネス ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ 精神医学と精神医療 精神保健福祉制度論 ソーシャルワーク演習Ⅵ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅲ ソーシャルワーク実習Ⅱ	福祉サービスの組織と経営 経営管理論 持続可能社会と地域医療福祉経営 ソーシャル・ビジネス ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ 精神医学と精神医療 精神保健福祉制度論 ソーシャルワーク演習Ⅵ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅲ ソーシャルワーク実習Ⅱ	福祉サービスの組織と経営 経営管理論 持続可能社会と地域医療福祉経営 ソーシャル・ビジネス ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ 精神医学と精神医療 精神保健福祉制度論 ソーシャルワーク演習Ⅵ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅲ ソーシャルワーク実習Ⅱ	福祉サービスの組織と経営 経営管理論 持続可能社会と地域医療福祉経営 ソーシャル・ビジネス ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ 精神医学と精神医療 精神保健福祉制度論 ソーシャルワーク演習Ⅵ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅲ ソーシャルワーク実習Ⅱ	福祉サービスの組織と経営 経営管理論 持続可能社会と地域医療福祉経営 ソーシャル・ビジネス ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ 精神医学と精神医療 精神保健福祉制度論 ソーシャルワーク演習Ⅵ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅲ ソーシャルワーク実習Ⅱ	国際医療福祉論 ケアマネジメント論 福祉サービスの組織と経営 経営管理論 持続可能社会と地域医療福祉経営 ソーシャル・ビジネス 精神医学と精神医療 精神保健福祉制度論 ソーシャルワーク演習Ⅵ ソーシャルワーク実習指導Ⅱ ソーシャルワーク実習指導Ⅲ ソーシャルワーク実習Ⅱ
4年次履修	前期	刑事司法と福祉 リーダー論 福祉用具と福祉機器 介護施設経営 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅱ ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ 精神障害リハビリテーション論 終末期ケアとソーシャルワーク 認知症ケア論 ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ	刑事司法と福祉 リーダー論 福祉用具と福祉機器 介護施設経営 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅱ ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ 精神障害リハビリテーション論 終末期ケアとソーシャルワーク 認知症ケア論 ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ	刑事司法と福祉 リーダー論 福祉用具と福祉機器 介護施設経営 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅱ ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ 精神障害リハビリテーション論 終末期ケアとソーシャルワーク 認知症ケア論 ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ	福祉用具と福祉機器 介護施設経営 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅱ ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ 精神障害リハビリテーション論 終末期ケアとソーシャルワーク 認知症ケア論 ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ	福祉用具と福祉機器 介護施設経営 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅱ ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ 精神障害リハビリテーション論 終末期ケアとソーシャルワーク 認知症ケア論 ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ	リーダー論 福祉用具と福祉機器 介護施設経営 ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅱ ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ 精神障害リハビリテーション論 終末期ケアとソーシャルワーク 認知症ケア論 ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ
	後期	卒業研究 医療的ケア ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク演習Ⅶ ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ 卒業研究	卒業研究 医療的ケア ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク演習Ⅶ ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ 卒業研究	卒業研究 医療的ケア ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク演習Ⅶ ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ 卒業研究	卒業研究 医療的ケア ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク演習Ⅶ ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ 卒業研究	卒業研究 医療的ケア ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク演習Ⅶ ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ 卒業研究	卒業研究 医療的ケア ソーシャルワーク演習Ⅳ ソーシャルワーク演習Ⅶ ソーシャルワーク実習指導Ⅳ ソーシャルワーク実習Ⅱ 卒業研究

★学 必修科目
基礎教育科目
専門基礎科目
専門教育科目

日本医療大学 総合福祉学部 ソーシャルワーク学科 カリキュラム・ツリー



通信教育部 総合福祉学部 ソーシャルワーク学科 社会福祉士・精神保健福祉士 履修モデル

1年次			
前期		後期	
科目名	単位	科目名	単位
人間関係とコミュニケーションⅠ	2	人間関係とコミュニケーションⅡ	2
倫理学	2	北海道史	1
心理学と心理的支援	2	ボランティア活動	1
経営学入門	1	法学入門	1
健康とスポーツ	2	情報科学	2
日本語表現	2	英語Ⅰ	2
医療福祉とマネジメント	2	ソーシャルワークの原理	2
社会福祉の原理と政策Ⅰ	2	社会福祉の原理と政策Ⅱ	2
障害者福祉	2	高齢者福祉	2
ソーシャルワークの基盤と専門職Ⅰ	2	医学概論	2
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅰ	2
現代の精神保健の課題と支援		4	
基礎演習		2	
		23科目44単位	

2年次			
前期		後期	
科目名	単位	科目名	単位
人間の尊厳と自立	2	地域福祉と包括的支援体制Ⅱ	2
行政法	2	社会保障Ⅱ	2
社会学と社会システム	2	児童・家庭福祉	2
地域福祉と包括的支援体制Ⅰ	2	保健医療と福祉	2
社会保障Ⅰ	2	公衆衛生学	2
社会福祉調査の基礎	2	ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ	2
リハビリテーション論	2	ソーシャルワーク演習Ⅱ	2
ICFの理解	1	ソーシャルワーク実習指導Ⅰ	1
ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ	2		
ソーシャルワーク演習Ⅰ	1		
精神保健福祉の原理		4	
		19科目37単位	

3年次			
前期		後期	
科目名	単位	科目名	単位
貧困に対する支援	2	国際医療福祉論	2
権利擁護を支える法制度	2	福祉サービスの組織と経営	2
医療ソーシャルワーク論	2	ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ	2
地域医療連携とチーム医療	2	精神保健福祉制度論	2
ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ	2	ソーシャルワーク演習Ⅵ	1
ソーシャルワーク演習Ⅲ	1	ソーシャルワーク実習指導Ⅲ	1
ソーシャルワーク演習Ⅴ	1	経営管理論	2
精神医学と精神医療		4	
ソーシャルワーク実習指導Ⅱ		2	
ソーシャルワーク実習Ⅰ		6	
専門演習Ⅰ		2	
		18科目38単位	

4年次			
前期		後期	
科目名	単位	科目名	単位
刑事司法と福祉	2	医療的ケア	2
リーダー論	2	ソーシャルワーク演習Ⅳ	1
福祉用具と福祉機器	1	ソーシャルワーク演習Ⅶ	1
介護施設経営	2		
ソーシャルワークの基盤と専門職Ⅱ	2		
ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ	2		
精神障害	2		
リハビリテーション論	2		
認知症ケア論	2		
ソーシャルワーク実習指導Ⅳ		2	
ソーシャルワーク実習Ⅱ		5	
専門演習Ⅱ		2	
		14科目28単位	

単位 総計 147
 (卒業要件 124単位以上)

基礎教育科目
専門基礎科目
専門教育科目

教育課程と指定規則との対比表 精神保健福祉士

指定規則の教育内容					別表1																								
教育課程表					医学概論	心理学と心理的支援	社会学と社会システム	社会福祉の原理と政策	地域福祉と包括的支援体制	社会保障	障害者福祉	権利擁護を支える法制度	刑事司法と福祉	社会福祉調査の基礎	ソーシャルワークの基礎と専門職	ソーシャルワーク演習	精神医学と精神医療	現代の精神保健の課題と支援	精神保健福祉の原理	ソーシャルワークの理論と方法(専門)	精神障害者リハビリテーション論	精神保健福祉制度論	ソーシャルワーク演習(専門)	ソーシャルワーク実習指導	ソーシャルワーク実習	計			
区分	授業科目	配当年次	単位数		1単位あたりの時間数	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	4	1	4	4	4	2	2	3	3	5	64			
			必修	選択																									
人間と文化	人間関係とコミュニケーションⅠ	1前	2	15																									
	人間関係とコミュニケーションⅡ	1後	2	15																									
	人間の尊厳と自立	2前	2	15																									
	倫理学	1前	2	15																									
	文化人類学	2後	2	15																									
	教育学	2前	2	15																									
	文学	2後	1	15																									
	北海道史	1後	1	15																									
	心理学と心理的支援	1前	2	15		○																							
	発達心理学	1後	2	15																									
	ボランティア活動	1後	1	15																									
小計(11科目)	—	2	17																										
人間と社会	法学入門	1後	1	15																									
	政治学入門	2前	1	15																									
	経済学入門	1後	1	15																									
	経営学入門	1前	1	15																									
	行政法	2前	2	15																									
	マーケティング入門	1後	2	15																									
	統計学	1前	2	15																									
	情報科学	1後	2	15																									
	会計学入門	1前	2	15																									
	簿記入門	1後	2	15																									
	社会学と社会システム	2前	2	15			○																						
家族社会学	3前	2	15																										
小計(12科目)	—	3	17																										
健康と科学	生活科学	1後	1	15																									
	環境科学	1後	1	15																									
	健康とスポーツ	1前	2	15																									
(小計3科目)	—	0	4																										
語学	日本語表現	1前	2	15																									
	英語Ⅰ(基礎)	1後	2	15																									
	英語Ⅱ(実践基礎)	2前	2	15																									
	英語Ⅲ(実践応用)	2後	2	15																									
	中国語	2前	2	15																									
	韓国語	1後	2	15																									
小計(6科目)	—	4	8																										
社会福祉の基礎	医療福祉とマネジメント	1前	2	15																									
	社会福祉の原理と政策Ⅰ	1前	2	15			○																						
	社会福祉の原理と政策Ⅱ	1後	2	15			○																						
	ソーシャルワークの原理	1後	2	15																									
	地域福祉と包括的支援体制Ⅰ	2前	2	15				○																					
	地域福祉と包括的支援体制Ⅱ	2後	2	15				○																					
	社会保障Ⅰ	2前	2	15					○																				
	社会保障Ⅱ	2後	2	15					○																				
	貧困に対する支援	3前	2	15																									
	高齢者福祉	1後	2	15																									
	障害者福祉	1前	2	15							○																		
	児童・家庭福祉	2後	2	15																									
	権利擁護を支える法制度	3前	2	15								○																	
	刑事司法と福祉	4前	2	15									○																
	保健医療と福祉	2後	2	15																									
	医学概論	1後	2	15		○																							
	ソーシャルワークの基礎と専門職Ⅰ	1前	2	15											○														
	社会福祉調査の基礎	2前	2	15											○														
	国際医療福祉論	3後	2	15																									
	公衆衛生学	2後	2	15																									
カウンセリング	2後	2	15																										
医療ソーシャルワーク論	3前	2	15																										
ケアマネジメント論	3後	2	15																										
リーダー論	4前	2	15																										

教育課程表					別表1																											
区分	授業科目	配当 年次	単位数		1 単位 あたり の 時間 数	医学概論	心理学と心理的支援	社会学と社会システム	社会福祉の原理と政策	地域福祉と包括的支援体制	社会保障	障害者福祉	権利擁護を支える法制度	刑事司法と福祉	社会福祉調査の基礎	ソーシャルワークの基盤と専門職	ソーシャルワークの理論と方法	ソーシャルワーク演習	精神医学と精神医療	現代の精神保健の課題と支援	精神保健福祉の原理	精神障害者リハビリテーション論	精神保健福祉制度論	精神障害者リハビリテーション論	ソーシャルワークの理論と方法(専門)	ソーシャルワーク演習(専門)	ソーシャルワーク実習指導	ソーシャルワーク実習	計			
			必修	選択		2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	4	1	4	4	4	4	2	2	3	3	5	64				
			15	15		15	27	25	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
基礎	リハビリテーション論	2前	2		15																											
	ICFの理解	2前	1		15																											
	福祉用具と福祉機器	4前		1	15																											
	小計(27科目)	—	27	25																												
	地域医療連携とチーム医療	3前	2		15																											
	福祉サービスの組織と経営	3後	2		15																											
	介護施設経営	4前	2		15																											
	小計(3科目)	—	4	2																												
	専門 教育 科目	ソーシャルワークの基盤と専門職Ⅱ	4前	2		15																										
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅰ	1後	2		15											○															
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅱ	2前	2		15											○															
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅲ	2後	2		15																										
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅳ	3前	2		15																										
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅴ	3後	2		15																										
		ソーシャルワークの理論と方法Ⅵ	4前	2		15																										
精神医学と精神医療		3通	4		15															○												
現代の精神保健の課題と支援		1通	4		15																○											
精神保健福祉の原理		2通	4		15																	○										
精神保健福祉制度論		3後	2		15																											
精神障害リハビリテーション論		4前	2		15																											
医療的ケア		4後	2		15																											
終末期ケアとソーシャルワーク		4前	2		15																											
認知症ケア論		4前	2		15																											
小計(15科目)		—	4	32																												
経営管理論		3後	2		15																											
持続可能社会と地域医療福祉経営		3後	2		15																											
ソーシャル・ビジネス		3後	2		15																											
小計(3科目)		—	0	6																												
ソーシャルワーク演習Ⅰ		2前	1		30													○														
ソーシャルワーク演習Ⅱ		2後	2		30																											
ソーシャルワーク演習Ⅲ		3前	1		30																											
ソーシャルワーク演習Ⅳ		3後	1		30																											
ソーシャルワーク演習Ⅴ		3前	1		30																											
ソーシャルワーク演習Ⅵ		3後	1		30																											
ソーシャルワーク演習Ⅶ		4前	1		30																											
小計(7科目)		—	4	4																												
ソーシャルワーク実習指導Ⅰ		2後	1		30																											
ソーシャルワーク実習指導Ⅱ		3通	2		30																											
ソーシャルワーク実習指導Ⅲ		3後	1		30																											
ソーシャルワーク実習指導Ⅳ		4通	2		30																											
ソーシャルワーク実習Ⅰ	3通	6		40																												
ソーシャルワーク実習Ⅱ	4通	5		42																												
小計(6科目)	—	0	17																													
基礎演習	1通	2		15																												
専門演習Ⅰ	3通	2		15																												
専門演習Ⅱ	4通	2		15																												
卒業研究	4通	4		15																												
小計(4科目)	—	6	4																													
合計(97科目)					—	54	136																						64			

ソーシャルワーク実習Ⅰ 実習施設及び実習指導者一覧 64施設

	施設名及び 施設種別	法人名称	設 置 年月日	住 所	入所 定員	受入可 能人数	実習指導者名
1	ノテとよひらの里 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 ノテ福祉会	平成25年1月1日	北海道札幌市豊平区豊平3 条11丁目2-15	100	5	
2	ノテ幸栄の里 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 ノテ福祉会	昭和59年2月1日	北海道札幌市豊平区月寒西 2条5丁目1番2号	100	5	
3	ノテ新さつぼろの里 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 ノテ福祉会	平成30年6月1日	北海道札幌市厚別区上野幌 1条1丁目2-25	100	5	
4	西円山敬樹園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 溪仁会	昭和57年4月10日	北海道札幌市中央区円山西 町4丁目3-20	123	5	
5	緑愛園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 ほくろう福祉協会	平成2年4月1日	北海道札幌市清田区北野1 条1丁目6-28	82	5	
6	特別養護老人ホーム神愛園清田 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 神愛園	平成9年4月1日	北海道札幌市清田区清田6 条1丁目1-30	72	5	
7	慈啓会特別養護老人ホーム 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 札幌慈啓会	昭和41年2月1日	北海道札幌市中央区旭ヶ丘 5丁目6番51号	150	1	
8	特別養護老人ホーム和幸福園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 北海道ハピニス	昭和50年11月25日	北海道札幌市南区石山932- 3	120	1	
9	新篠津福祉園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 新篠津福祉会	昭和50年4月1日	北海道石狩郡新篠津村第45 線北12番地	135	5	
10	芦別慈恵園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 芦別慈恵園	昭和45年2月1日	北海道芦別市旭町28番地	36	5	
11	誠徳園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 旭川福祉事業会	昭和54年4月1日	北海道旭川市末広8条6丁目 5307番地	100	3	
12	末広たいせつの郷 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 旭川たいせつ福祉会	平成23年10月1日	北海道旭川市末広東1条13 丁目2番34号	110	5	
13	美瑛慈光園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 美瑛慈光会	昭和52年12月20日	北海道上川郡美瑛町南町4 丁目4番18号	60	2	
14	特別養護老人ホーム聖芳園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 札幌厚生会	昭和49年4月1日	北海道北広島市西の里347- 4	100	5	
15	北広島リハビリセンター特養部 四恩園 特別養護老人ホーム	社会福祉法人 北海道長正会	平成7年10月1日	北海道北広島市富ヶ岡509 番地31	50	1	
16	ノテげんきのでる里 介護老人保健施設	社会福祉法人 ノテ福祉会	平成7年4月24日	北海道札幌市清田区真栄 434番地6	100	5	
17	北広島市にし高齢者支援センター 地域包括支援センター	医療法人社団 翔仁会	平成18年4月1日	北海道北広島市大曲南ヶ丘 1丁目1番地5	—	5	
18	帯広けいせい苑 地域包括支援センター	社会福祉法人 慧誠会	平成18年4月1日	北海道帯広市川西町西1線 47番地3	—	1	
19	江別盲人養護老人ホーム恵明園 盲人養護老人ホーム	社会福祉法人 北海道友愛福祉会	昭和46年2月1日	北海道江別市豊幌美咲町23 番地の8	110	5	
20	札幌育児園 児童養護施設	社会福祉法人 札幌育児園	明治39年1月15日	北海道札幌市南区藤野6条 2丁目427番地4	35	1	
21	コンチェルト 児童デイサービス	NPO法人 発達支援サポーターズコ ンチェルト	平成22年3月29日	北海道札幌市北区北23条西 5丁目2番31-202号	10	5	
22	ペンギアート 放課後等デイサービス	合同会社ペン具	平成23年10月4日	北海道札幌市豊平区美園2 条5丁目4-6	10	5	
23	放課後等デイサービスなえぼん 放課後等デイサービス	NPO法人 ジャイフル	平成23年3月17日	北海道札幌市中央区北1条 東5丁目10番地 高層館北 1条ビル2階	10	5	
24	つくしんぼ学級 児童発達支援センター	社会福祉法人 侑愛会	昭和50年8月1日	北海道北斗市追分7丁目8番 9号	40	2	
25	グリーンホーム厚別 障害者支援施設	社会福祉法人 札幌報恩会	平成15年4月1日	北海道札幌市厚別区厚別町 上野幌822	60	5	
26	北愛館 障害福祉サービス事業所	社会福祉法人 愛敬園	平成11年4月1日	北海道札幌市手稲区西宮の 沢6条2丁目5番7号	60	5	
27	福祉村 障害者支援施設	社会福祉法人 北海道社会福祉事業団	昭和54年6月1日	北海道岩見沢市栗沢町最上 350-1	220	5	
28	柏の実学園 障害者支援施設	社会福祉法人 べつつかい柏の実会	平成11年4月1日	北海道野付郡別海町別海97 番地9	48	5	
29	北海道社会福祉協議会 (都道府県)社会福祉協議会	社会福祉法人 北海道社会福祉協議会	昭和26年3月25日	北海道札幌市中央区北2条 西7丁目1番地 かでの2・7	—	5	
30	旭川市社会福祉協議会 社会福祉協議会	社会福祉法人 旭川市社会福祉協議会	昭和26年7月25日	北海道旭川市5条通4丁目 893番地の1	—	5	

31	千歳市社会福祉協議会	社会福祉法人 千歳市社会福祉協議会	昭和43年12月24日	北海道千歳市東雲町1丁目 11番地	—	1	
	社会福祉協議会						
32	恵庭市社会福祉協議会	社会福祉法人 恵庭市社会福祉協議会	昭和43年3月11日	北海道恵庭市末広町124番 地	—	5	
	社会福祉協議会						
33	北海道社会事業協会 帯広病院	社会福祉法人 北海道社会事業協会帯広 病院	平成12年12月25日	北海道帯広市東5条南9丁目 2	300	1	
	病院						
34	札幌朗愛会病院	医療法人社団 札幌朗愛会	昭和60年1月1日	北海道札幌市豊平区月寒西 1条10丁目3番30号	98	5	
	病院						
35	札幌麻生脳神経外科病院	医療法人 札幌麻生脳神経外科病院	昭和60年4月15日	北海道札幌市東区北22条東 1丁目1-40	145	1	
	病院						
36	小野寺社会福祉総合事務所	個人（小野寺さゆみ）	平成24年7月29日	北海道札幌市厚別区厚別北 2条4丁目1-2-1901	—	5	
	独立型社会福祉士事務所						
37	東明寮	社会福祉法人 帯広太陽福祉会	昭和47年6月1日	北海道帯広市大正町基線 100番地34	90	5	
	救護施設						
38	藤崎町社会福祉協議会	社会福祉法人 藤崎町社会福祉協議会	平成17年7月1日	青森県南津軽郡藤崎町大字 常盤字富田70-1	—	1	
	社会福祉協議会						
39	国見苑	社会福祉法人 国見会	平成9年4月1日	宮城県仙台市青葉区国見6- 40-35	58	5	
	特別養護老人ホーム						
40	宮城県船形の郷	社会福祉法人 宮城県社会福祉協議会	昭和48年8月1日	宮城県黒川郡大和町吉田字 上童子沢21	230	6	
	障害者支援施設						
41	向陽園	社会福祉法人 愛泉会	昭和61年4月1日	山形県山形市大字長谷堂 4687	40	1	
	障害者支援施設						
42	エコファームもとさわ	社会福祉法人 愛泉会	平成24年4月1日	山形県山形市大字長谷堂 4687	10	1	
	就労継続支援A型						
43	つばめ福寿園	社会福祉法人 つばめ福祉会	昭和60年4月1日	新潟県燕市佐渡745-1	104	2	
	特別養護老人ホーム						
44	うらやす和楽苑	社会福祉法人 東京栄和会	平成27年4月1日	千葉県浦安市当代島2-14-2	84	5	
	特別養護老人ホーム						
45	至誠ホームアウリンコ	社会福祉法人 至誠学舎立川	平成29年4月1日	東京都立川市錦町6-28-15	169	5	
	特別養護老人ホーム						
46	弘済園	社会福祉法人 東京弘済園	昭和59年5月1日	東京都三鷹市下連雀5-2-5	100	2	
	特別養護老人ホーム						
47	北区桐ヶ丘やまぶき荘地域包括支援センター	社会福祉法人 東京聖労院	平成20年4月1日	東京都北区桐ヶ丘1-16-26	—	5	
	地域包括支援センター						
48	調布市地域包括支援センターちようふの里	社会福祉法人 東京かたばみ会	平成18年4月1日	東京都調布市西町290番地5	—	1	
	地域包括支援センター						
49	東京家庭学校	社会福祉法人 東京家庭学校	明治32年11月1日	東京都杉並区高井戸東2-3- 4	52	5	
	児童養護施設						
50	サニーヒル横浜	社会福祉法人 隆徳会	平成21年7月1日	神奈川県横浜市旭区上川井 町426	150	3	
	特別養護老人ホーム						
51	シルバータウン相模原特別養護老人ホーム	社会福祉法人恩賜財団 神奈川県同胞援護会	昭和44年6月1日	神奈川県相模原市南区大野 台5-13-7	175	1	
	特別養護老人ホーム						
52	聖隷厚生園信生寮	社会福祉法人 聖隷福祉事業団	昭和53年4月1日	静岡県浜松市北区細江町中 川7220-1	60	2	
	障害者支援施設						
53	聖隷厚生園讃栄寮	社会福祉法人 聖隷福祉事業団	昭和53年4月1日	静岡県浜松市北区細江町中 川7220-7	60	2	
	救護施設						
54	湖西総合在宅サービスセンターほろん	社会福祉法人 ゆたか会	平成8年11月1日	滋賀県高島市今津町住吉2 丁目11番2	40	1	
	多機能型障害者支援事業所						
55	大阪老人ホーム	社会福祉法人 聖徳会	昭和40年4月3日	大阪府松原市阿保3丁目14 番22号	120	2	
	特別養護老人ホーム						
56	大阪老人ホームうえだ	社会福祉法人 聖徳会	平成22年4月1日	大阪府松原市上田8丁目11- 11	100	4	
	特別養護老人ホーム						
57	向日葵	社会福祉法人 玉美福祉会	平成17年3月1日	大阪府東大阪市玉串町東1 丁目10-20	72	2	
	特別養護老人ホーム						
58	よなご幸朋苑	社会福祉法人 こうほうえん	平成5年4月1日	鳥取県米子市上後藤3-7-1	74	2	
	特別養護老人ホーム						
59	奈多創生園	社会福祉法人 創生会	昭和48年4月1日	福岡県福岡市東区雁の巣1 丁目7-25	330	1	
	特別養護老人ホーム						
60	白寿園	社会福祉法人 杏風会	昭和47年5月1日	熊本県荒尾市一部字鴻巣 2122番地	99	2	
	特別養護老人ホーム						
61	只狩荘	社会福祉法人 さゆり会	平成18年4月1日	長崎県五島市富江町黒瀬 585番地	50	2	
	特別養護老人ホーム						
62	青山荘	社会福祉法人 幸伸会	平成6年4月1日	鹿児島県肝属郡錦江町城元 3724-1	78	1	
	特別養護老人ホーム						
63	さざんか園	社会福祉法人 建昌福祉会	平成29年4月1日	鹿児島県始良市船津1700- 18	29	5	
	地域密着型特別養護老人ホーム						
64	虹の家	社会福祉法人 建昌福祉会	平成27年2月16日	鹿児島県始良市東餅田2607	—	5	
	指定相談支援事業所						
					合計	219	

ソーシャルワーク実習 I 要綱(案)

日 本 医 療 大 学

通信教育部 総合福祉学部 ソーシャルワーク学科

目 次

I	はじめに	1
II	ソーシャルワーク実習 I の流れ	3
III	ソーシャルワーク実習指導のねらいと内容	5
IV	ソーシャルワーク実習 I	6
V	実習日誌（記録）	9
VI	ケーススタディ	10
VII	実習評価	13
VIII	個人情報保護に関する誓約書及びソーシャルワーク実習委託契約の締結	13

参考資料

社会福祉士の倫理綱領

I. はじめに

1. ソーシャルワーク実習の意義

- (1) 実際に社会福祉現場に入り、問題解決の方法や技術を学ぶことで、これまで学んできた価値・知識や技術を現場の中で応用・統合することにより、実践的な支援方法の展開の様子を理解することができる。
- (2) 社会福祉従事者としての対象者の人権尊重、権利擁護、自立支援について、具体的な支援方法を見出すことができる。

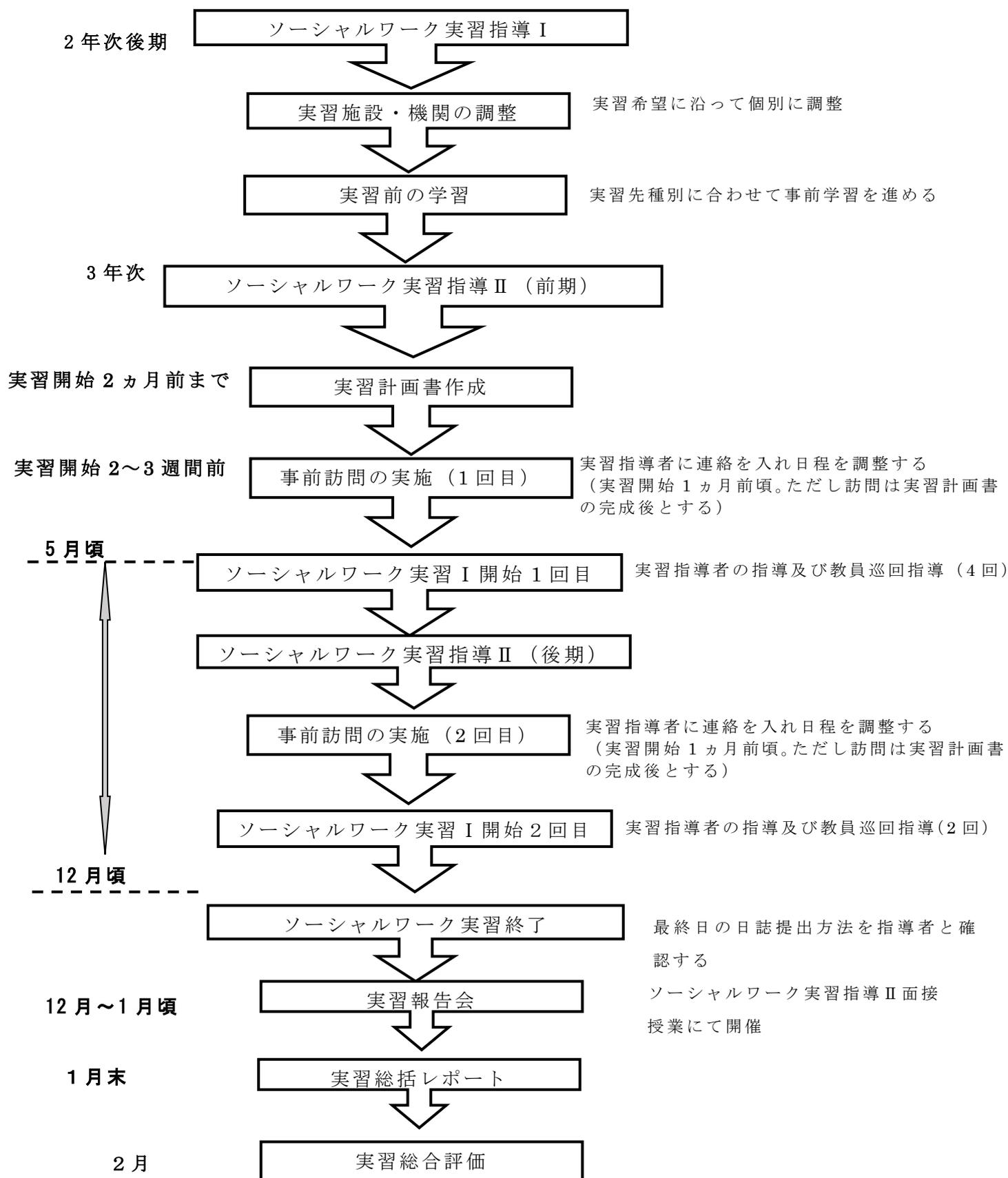
2. ソーシャルワーク実習で期待される成果

以下の能力を強め、深めることが期待される。

- (1) 基本的なコミュニケーションや人とのつきあい方などの円滑な人間関係を形成する能力。
- (2) 利用者を理解し、その需要（ニーズ）を把握する能力。
- (3) 利用者やその関係者（家族等）と援助関係を作る能力。
- (4) 利用者やその関係者（家族等）の問題解決能力を高めるように援助する能力。
- (5) 福祉専門職（社会福祉士）としての職業倫理、施設・機関・団体の経営や職員の就業などに関する規定を学び、組織の一員として仕事を計画し、責任を果たす能力。
- (6) 実習生が、当該実習先がコミュニティの中の機関・施設であることを理解するとともに、具体的なコミュニティへの働きかけを学び、その援助をするための能力。
- (7) 福祉専門職（社会福祉士）のあるべき姿と必要な能力を実際に学び、自己を客観視し、解決すべき自己の課題を明確化し、理解を深める。

※ 新社会福祉士養成テキストブック「社会福祉援助技術現場実習指導・現場実習」ミネルヴァ書房より抜粋（一部修正）

ソーシャルワーク実習 I の流れ（全体図）



Ⅱ. ソーシャルワーク実習Ⅰの流れ

1. 実習開始まで

(1) ソーシャルワーク実習指導Ⅰ

実習は社会福祉士として求められる知識と技術および価値倫理に対する基本的理解がなされた上で実施されます。

【ソーシャルワーク実習指導Ⅰの内容】

- ・ 社会福祉士の倫理綱領についての理解
- ・ ソーシャルワークに関わる基本的知識と技術（特に個別援助過程について）
- ・ 面接技法（コミュニケーション技法）
- ・ 実習領域に関わる対象理解（児童、高齢、障がい等）（家族含む）
- ・ 実習施設・機関の法的根拠、目的及び機能
- ・ 実習施設・機関に関連する他施設、制度、社会資源などの理解
- ・ 対象領域に関わる専門職種への理解
- ・ 実習施設・機関の地域特性

(2) 実習施設・機関の調整

学生の希望に基づき、個別に実習施設・機関の調整を行います。

(3) 実習前レポート提出

実習前レポートは事前学習を踏まえ、次の①と②の課題をまとめてください。実習前レポートは教員が添削指導を行います。実習前レポートから事前学習が不足と認められる場合は、再提出を求めます。

- ①実習施設・機関の概要（法的根拠、目的、事業内容、職員配置及び組織体制、対象の特性、相談援助職種の役割、地域特性など）
- ②実習課題について（実習生自身が実習を通して学びを深めたいと考えること。その理由、また実習で何をどのように取り組むかなど具体的に記載する。）

(4) 実習計画書の作成

実習前レポートの添削指導を受け、実習課題と取り組む方法をまとめてください。事前訪問前は、「実習計画書（案）」の用紙に記述し、事前訪問時に実習指導者からの指導を受けてください。その後、実習開始までに事前訪問時に実習指導者から受けた指導を反映させ、「実習計画書」を記述し完成させてください。

(5) 事前訪問の実施

事前訪問は実習生が施設の雰囲気や様子を知ること、実習指導者との顔合わせ、実習のスケジュールの確認、及び実習計画に対する指導を受けることを目的として実施します。事前訪問は次の手順で進めてください。

- ①実習指導者との日程調整（実習開始1ヵ月前頃、実習生自身が行う）

②質問事項の具体化（事前訪問で確認する点を明らかにする）

③事前訪問（実習開始2～3週間前）

*持ち物：実習計画書（案）、ソーシャルワーク実習要綱、筆記具、ノート等、上靴、スーツ（クールビズ可）着用

実習先の都合で事前訪問が実施できない場合は、実習指導者へ電話連絡し、実習開始時間、実習中の服装、持ち物などの確認を行ってください。

(6) 細菌検査・健康診断書

実習施設において、実習実施前に細菌検査の結果、健康診断書、PCR検査の結果の提出が求められる場合があります。必要な施設で実習を行う場合は、実習実施前（3ヵ月以内）に最寄りの医療機関で実施してください。

①細菌検査項目：腸チフス、パラチフス、赤痢、サルモネラ菌、O-157

②健康診断項目：基本項目、胸部レントゲン

2. ソーシャルワーク実習の期間

5月から12月までの間で実施いたします。

実習は、実習施設・機関が用意する実習プログラムに沿って展開します。実習期間中、実習指導者からの指導を受けますが、なるべく自身から指導を求めることを心がけてください。実習担当教員または巡回指導教員が原則、1回目は実習期間中4回の巡回指導を行います。2回目は巡回指導を2回実施いたします。

3. ソーシャルワーク実習Ⅰ終了後

(1) 実習終了時

実習評価表と実習出欠証明書は、実習施設・機関から本学に送付いただくもので、実習生が持ち帰らないでください。

最終日の実習日誌の提出方法は、実習指導者と確認してください。後日返送を求める場合は、自身宛の返信封筒（切手貼付）を添えてください。また、実習終了後1週間以内に礼状を送付してください。

(2) 実習日誌及び実習後レポートの提出

実習施設からすべての実習日誌が戻った時点で、下記①、②の内容を実習終了後レポートにまとめ、教員からの添削を受けます。

①実習を通して、学びが深まったこと及び今後の課題

②実習課題の取り組みに対する振り返り

③実習中に体験したディレンマ事例について

*実習指導者から実習日誌が戻らない場合は教員に連絡すること。

*実習後レポートが期日内に提出されない場合、実習は不合格となります。

<p>《実習日誌の綴じる順番》綴り紐を使用する</p>

<p>①表紙</p>

<p>②実習計画書</p>

<p>③実習施設の概要</p>

(3) ソーシャルワーク実習指導Ⅱ

実習体験を振り返り、他の実習生との学びの共有、気づきを深め、社会福祉士として学ぶべきことの一般化を行います（総合的かつ包括的な視点の形成）。また、実習総括として社会福祉士に求められる資質とは何かを考えるグループ討議、発表などを面接授業の中で行います。

(4) 実習報告会（面接授業）

12月～1月に、実習報告会を開催します。実習生が自分の実習の振り返りを発表し、質疑応答をすることで、さらに学びを深めます。

(5) 実習総括レポートの提出

実習総括レポートは、実習を振り返り、気づきを深めた点、実習報告会での気づきなどを実習の総括としてまとめてください。

Ⅲ. ソーシャルワーク実習指導のねらいと内容

1. ソーシャルワーク実習指導のねらい

厚生労働省によって示された「ソーシャルワーク実習指導」のねらいは以下の通りである。

- ① ソーシャルワーク実習の意義について理解する。
- ② 社会福祉士として求められる役割を理解し、価値と倫理に基づく専門職としての姿勢を養う。
- ③ ソーシャルワークに係る知識と技術について具体的かつ実践的に理解し、ソーシャルワーク機能を発揮するための基礎的な能力を習得する。
- ④ 実習を振り返り、実習で得た具体的な体験や援助活動を、専門的援助技術として概念化し理論化し体系立てていくことができる総合的な能力を涵養する。

※「大学等において開講する社会福祉に関する科目の確認に係る指針について」（令和2年3月6日）

2. ソーシャルワーク実習における実習指導の意義

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の「ソーシャルワーク実習指導・実習のための教育ガイドライン（2021年8月改訂版）」では、以下のように示されている。

- 社会福祉士・ソーシャルワーカーを養成する責任は一義的に養成校にあり、教員はその責任のもとで実習指導に取り組む必要があること。
- 適切な実習目標の設定や計画策定等の実習前の指導及び実習期間中の指導、さらには実習終了後の振り返り等の指導があってはじめて、実習生の学びが深まること。
- 充実した実習の機会を実習生に提供するためには、実習先の実習指導者との打ち合わせ等の連携が不可欠であるが、このことは養成校の教員が様々なソーシャルワークの実際を実践現場や地域から学ぶよい機会にもなること。

3. ソーシャルワーク実習における実習指導の目的

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の「ソーシャルワーク実習指導・実習のための教育ガイドライン（2021年8月改訂版）」では、以下のように示されている。

- 社会福祉士・ソーシャルワーカーになるための学びとして、なぜ実習が重要なのかを理解するとともに、実習と実習指導とのつながりについても理解する。
- 実習とは単なる現地での体験学習とは異なり、事前学習・配属実習・事後学習を通してソーシャルワークの業務や実践に必要な知識・技術の学びを深めるということを理解する。
- 座学で学んだ社会福祉の法律や制度、ソーシャルワーク技術等について、自らの実習経験及びその経験の振り返りを通して、実際の現場、支援の文脈に関連付けて理解する。
- 実習は限られた場所と一定の期間内での経験であることから、目的的・計画的に学べるようにする。
- 実習を通して、自らの知識不足や理解の不十分さなどに気づくことで、事後学習の課題やその後の研究課題等の設定につながる。

IV. ソーシャルワーク実習 I

1. ソーシャルワーク実習のねらい（厚生労働省指針）

厚生労働省によって示された「ソーシャルワーク実習」のねらいは以下の通りである。

- ① ソーシャルワークの実践に必要な各科目の知識と技術を統合し、社会福祉士としての価値と倫理に基づく支援を行うための実践能力を養う。
- ② 支援を必要とする人や地域の状況を理解し、その生活上の課題（ニーズ）について把握する。
- ③ 生活上の課題（ニーズ）に対応するため、支援を必要とする人の内的資源やフォーマル・インフォーマルな社会資源を活用した支援計画の作成、実施及びその評価を行う。
- ④ 施設・機関等が地域社会の中で果たす役割を実践的に理解する。
- ⑤ 総合的かつ包括的な支援における多職種・多機関、地域住民等との連携のあり方及びその具体的内容を実践的に理解する。

※「大学等において開講する社会福祉に関する科目の確認に係る指針について」（令和2年3月6日）

2. 社会福祉・ソーシャルワークの学びにおける実習の意義

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の「ソーシャルワーク実習指導・実習のための教育ガイドライン（2021年8月改訂版）」では、以下のように示されている。

- 「実践の学問」である社会福祉学の学びは、ソーシャルワークの実践及び実践現場との関係を抜きにしては成り立たないこと。
- 実習は社会福祉・ソーシャルワークの理論と実践とを統合的に学ぶ機会となること。
- ソーシャルワークの方法や技術も、講義や演習だけで学べるものではなく、現任のソーシャルワーカーの動きから、また自らが現場に身を置くことで実践的経験的に習得できるものであること。

3. ソーシャルワーク実習の目的

一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟の「ソーシャルワーク実習指導・実習のための教育ガイドライン（2021年8月改訂版）」では、以下のように示されている。

- ソーシャルワークの対象となる当事者・利用者とその家族・世帯の生活・地域の実態や、ソーシャルワーカーが活動する地域の実態を学ぶ。
- ソーシャルワーカーとしての価値や倫理が実践現場でどのように具現化されているか、またソーシャルワーカーがそれらをどのように行動化しているか、ソーシャルワーク専門職である社会福祉士としての態度や姿勢を学ぶ。
- ケースの発見からアセスメント、支援計画策定から実施・評価に至るソーシャルワークの過程について具体的かつ経験的に学ぶ。
- ソーシャルワークの役割としての総合的・包括的な支援や多職種・多機関や地域住民等との連携・協働の実際を具体的かつ経験的に学ぶ。
- 社会福祉士・ソーシャルワーカーの専門職としての自分を知る（自己覚知）の機会となる。

4. 実習形態と日数

(1) 実習日数（時間）

実習の日数は240時間以上を必要とします。遅刻、早退などから時間が不足する場合は、実習施設・機関と協議の上、日数の追加又は時間調整を行います。休憩時間の取扱いについて、実習施設の服務規程に準じます。休憩時間は実習時間に含みません。

(2) 実習形態

実習形態は、2回実施（場所は別の施設・機関）する。1回目を180時間、2回目は60時間を目安とする。

5. 実習プログラム

ソーシャルワーク実習のねらいと内容（厚生労働省指針）に基づき、実習施設・機関毎に作成される「実習プログラム」に沿って実習は展開されます。実習プログラムには、日々の実習日誌の提出、実習指導（スーパービジョン）、ケーススタディ、実習生が設定した実習課題が含まれます。

プログラムの取り組みにおいて、疑問となる点や悩みを抱える場合は実習生自ら指導を求める姿勢が望まれます。また、実習生の希望や能力、状況によって随時変更されることがあります。

6. 実習指導者による指導（スーパービジョン）

実習指導者による指導は、一定の指導時間の枠内で行われる場合と、時間を決めず適宜行われる場合があります。実習生は指導時間の枠にとらわれず、自ら指導を仰ぐ姿勢を心がけてください。

7. 関連職種・関連機関の見学および講話について

実習プログラムの一環として、関連職種・関連機関の見学、講話が行われる場合があります。見学に際しては態度・姿勢・礼節を再度チェックし、あらかじめ質問すべき事項をまとめて臨んでください。講話内容は必ずノートを取ってください。実習指導者からレポート提出を求められる場合は、期日までにまとめて提出してください。

8. 各種委員会・会議への参加

実習施設で開催される各種委員会・会議に参加する場合は、会議の趣旨・内容を理解するよう努めてください。会議内容をノートにまとめる際は、実習指導者に守秘事項を確認することが必要です。

9. 教員巡回訪問

教員による巡回訪問は、実習生の実習状況の確認・相談・指導を目的に週1回（全6回）行います。巡回訪問においては、原則的に実習生、実習指導者、教員の三者および実習生と教員の二者、及び実習指導者と教員の二者で話し合いを行います。また、巡回訪問以外にも適宜、連絡、指導を電子メールやオンライン等で行います。

（巡回訪問における指導内容）

巡回訪問では、それまでの実習内容の振り返りと検討事項についての話し合い、以後の実習内容と課題を明確化することを目標とします。実習生は巡回訪問前に実習内容と検討事項について、必ず事前にまとめて臨んでください。また、実習日誌及び配布資料等を確認しますので、それまでの日誌を持参ください。

10. 実習期間中の一般的注意事項

- (1) 実習生は、利用者にとって施設等の職員の一員という立場となります。職員同様、適切な言動と行動を心がけてください。
- (2) 自身の言葉遣い、服装、清潔（化粧）、態度は、他者の目からチェックするようにしてください。
- (3) 実習施設等の服務規程及び実習生として守るべき規則を遵守してください。
- (4) 常に課題意識を持ち積極的に取り組むことを心がけてください。実習体験の中で生じた疑問等は、そのままにせず実習指導者等に確認してください。
- (5) 利用者、職員に関する情報は、一切外部に漏れることが無いよう十分留意してください。家族、知人、実習生の職場などで情報を話してはいけません。また、資料の紛失など不注意であっても責任が問われることとなります。
- (6) 出勤時間・退勤時間を厳守し、やむを得ない遅刻・早退・欠席については、必ず

実習施設の指導者に事前に連絡し、その了承を得てください。また、病気や怪我、体調不良などについても速やかに指導職員に伝達して指示を受けてください。これらの場合、必ず通信教育部事務局にも連絡してください。

- (7) 高額な金銭・貴重品は持参しないでください。また、財布等は実習生自身の責任で管理し、紛失など施設等に迷惑を掛けることが無いよう留意してください。
- (8) 宿泊が伴う場合は、宿泊期間中の日常的なことから（宿泊室・寝具・食事・洗面・買い物等）について、事前に実習指導者に確認してください。
- (9) 喫煙は原則禁止です。
- (10) 実習に係る費用（食事代等）については事前に確認を行い、各自で精算してください。
- (11) 「実習日誌」以外にメモ帳等を携帯し記録に努めてください。ただし、利用者の目前でメモは失礼になりますので慎んでください。
- (12) 特定の政治活動や宗教活動及びそれに類推され誤解を生みやすい言動は慎んでください。
- (13) 実習施設等へ車で通うことは原則禁止です。公共交通機関が無い場合は、個別に教員に相談をしてください。

※これらの注意事項が守られなかった場合は、実習中止の理由となります。

V. 実習日誌（記録）

1. 実習日誌の目的

- (1) 自身が何を体験したかを振り返りつつ、実習内容についての反省や考察を行い、実習内容の充実をはかる。
- (2) 利用者や実習施設・機関に関する理解を深める。
- (3) 自分自身の利用者への関わりを振り返り、今の自分の価値・知識・技術のありようと課題を知る。

2. 記載事項の解説

(1) 本日の重点目標

それまでの実習内容・現在の課題・今後の予定などを十分吟味し、当該日の動きをイメージしながら具体的に記述する。前日に記述する。

(2) 目標達成の方法

重点目標を達成するために、実習において取り組むことを具体的に記述する。

(3) 時間と実習内容

一日の実習の流れを時間の経過に沿って記述する。

(4) 実習項目と具体的内容

具体的内容には一日の実習内容を振り返り、その日特に気になった場面、失敗した場面、よく考えたい場面などを一つから二つ取り上げて記述する。次に、記述さ

れた場面について、なるべく多角的な視点から考察したことを述べる。

(5) 本日のまとめと反省、質問、その他気づいた点等

本日の実習から学んだことの要点を整理し、次に繋がる反省や指導者への質問などがあれば述べる。更に、本日の重点目標について、どのように取り組みを行ったか、達成の有無を記述する。

3. 記述上の注意

- (1) 自身の言動、利用者や職員の動き、感想、考察、反省等に関して、その日の実習内容を十分整理しながら記入する。
- (2) 事実(観たこと・聴いたこと・感じたこと)に関する事柄と、考察(事実を振り返り考えたこと)に関する事柄は区別して記入する。
- (3) 考察では、「なぜ」「どうして」という疑問を意識する。
- (4) 実習施設・現場で発生する出来事は、さまざまな要因が複雑に絡みあっているものである。単純な解釈による断定ではなく、自分自身の問題意識を深めるような記述を心がける。
- (5) 5W1H(誰が、いつ、どこで、何を、誰に対して、どのように)を意識し、第三者が読んでも理解できるように分かりやすく記録する。
- (6) 国語辞典等を携帯し、誤字・脱字のないように注意する。
- (7) 当日中に記録する。毎日の実習開始時に実習指導職員へ提出し検印をいただく。
- (8) 利用者の氏名等、利用者のプライバシーに関わる事項を記録する際には、実習指導職員からの指示・指導を仰ぐ。

VI ケーススタディ

1. ケーススタディの目的

ケーススタディは、施設実習において一人の利用者に焦点を当てて、関係形成、種々のアセスメント、支援計画の作成、実施、評価といった個別支援のプロセスを体系的に学習することを目的とします。社会福祉協議会など機関実習では、地域研究を実施する場合があります。

2. ケーススタディ用紙記述の解説

ケーススタディはケーススタディ用紙を用いて実施します。ただし、ケーススタディの内容と進め方は、実習施設の指導方針に従い指導者から提示される形式を優先して行ってください。また、アセスメントのために収集される情報の範囲も実習施設・機関の指導者と十分な相談のもとに決定する必要があります。ここでは、本学のケーススタディ様式を用いる際の基本的な記述方法について示します。

(1) フェイスシート

- ①氏名：未記入とする

- ②生年：年代のみ記入する
- ③年齢：未記入とする
- ④性別：未記入とする
- ⑤入所年月：未記入とする
- ⑥要介護度・支援区分：対象者が認定を受けている場合記入する
- ⑦障害老人日常生活自立度：対象者が高齢者で判定を受けている場合に記入する
- ⑧認知症高齢者日常生活自立度：対象者が認知症高齢者で判定を受けている場合に記入する
- ⑨障害者手帳：対象者が交付を受けている場合に障害種別、等級を記入する。
- ⑩経済状況：得られる情報の範囲で記述する。デリケートな情報であるため、実習において直接本人に質問することは行わない。
- ⑪入所（利用）に至る経過：入所（利用）に至るまでの経過・理由を要約して記述する

(2) 障害・疾患

- ①障害：障害状況を「身体」と「精神」に分けて記述する。

Ex. (身体) 左上下肢不全麻痺、視力低下、構音障害、難聴 など
 (精神) 左片側失認、見当識障害、記銘力低下、意欲低下 など

- ②疾患・治療：「既往歴」と「現病」に分けて記述する。既往歴とは、治療を一通り終えたものを言う。たとえば、「脳梗塞」に対する治療は「安静」「薬剤治療」から始まりリハビリテーションまで一定の期間行われる。その後、障害や後遺症は残ることがあるが、脳梗塞への治療は終了となる。このように現在治療が続いていないものは既往歴に記述する。現病については、病気に対する日常生活上の注意まで記述する。

(3) ADL

- ①ADL と必要な支援：ADL およびコミュニケーションの各項目について、現在の状態を具体的に記述する。また、各項目に対応した必要な支援も記述する。

(4) QOL 項目

- ①QOL 項目と内容：本人の生活の質を左右する項目を挙げ、その内容を具体的に記述する。例えば、項目を「嗜好」とし内容について「入所前は1日に1～2箱の喫煙をしていたが、入所後は1日1回の喫煙時間のみ喫煙している。できれば、回数を増やしたいとの希望がある」など。

(5) 生い立ち

- ①生い立ち：これまでの生活の背景・経過をまとめる。この情報は客観的事実のみならず、本人が主観的に捉えている内容を理解するものとなる。施設の記録や職員からの情報、本人が語られた部分などから整理して記述する。この情報も、自然な関わりから語られた範囲にとどめ、無理に聞き出すことが無いように留意する。
- ②生い立ちから理解できる本人の生き方・個性・大切にされていること：生い立ちの内容を整理する中で理解できたことを考察しまとめる。

(6) ジェノグラム

- ①ジェノグラム：家族構成について3世代を基本に図示するものである。家族構成もデリケートな情報であり、むやみに本人から聞き出すものではない。既存の情報、知り得た情報をもとに整理していく。
- ②家族関係から理解できること・本人と家族の強み・気になる点：家族関係を整理する中で理解できたことを考察しまとめる。

(7) エコマップ

- ①エコマップ：現時点の利用者と利用者の環境的対象との関係を図示するものである。関係は支援とともに変化する性質があるため、現在の一時点に着目して記入する。別の時点で記述する場合は、新しい用紙を用いる。
- ②社会関係から理解できること・本人と環境の強み・気になる点：社会関係を整理する中で理解できたことを考察しまとめる。

(8) 生活スケジュール

- ①生活スケジュール：1週間の平均的な活動の内容を整理する。不定期な予定および備考は下欄に記述する。

(9) 支援（関わり）経過

- ①支援（関わり）経過：利用者との関わり、利用者支援に関わる関係者との関わりの全てを記録する。「観たこと」「聴いたこと」「話したこと」「行ったこと」「感じたこと」という客観的・主観的事実とその事実を振り返り、考察した内容を明確に分けて記述することに留意する。記述形式は、必要に応じ叙述体（過程／圧縮）、逐語体、要約体、説明体を使い分ける。

(10) ニーズ・問題分析

- ①ニーズ分析：十分なアセスメントを基にニーズを分析する。ニーズは、対象者の思いや願いが反映されると同時にその方の生活環境や生活状況の考慮が必要である。ニーズ分析の方法は事例検討などで実習前に十分学習すること。
- ②問題分析：対象者本人は意識しないことであっても、周りの人が問題を捉えることがある。例えば、高齢者がアパートで一人暮らしを続けることに近隣住民が火の始末の不安を訴えること、離れて生活する家族から財産管理の懸念を訴えることなどである。これらは、対象者本人のニーズではないが環境を含めた生活課題として、支援過程の中で検討が必要とされる。

(11) 目標／計画シート

- ①長期目標：目標は、本人の願いや意思が反映された本人自身の目標を記述する。そのため、どのように援助を展開させるかという援助目標を記述するのではない。意思能力が低下された方の場合は代弁的目標となる。
- ②短期目標：短期目標とは到達点である長期目標へのスモールステップである。アセスメントから導かれた個々の課題を達成することが短期目標となる。短期目標は、本人が取り組むものと、関係者が取り組むものとどちらも含まれる。
- ③計画：一つ一つの短期目標を達成するための具体的手続きに関するアイデアが計画である。計画は本人が取り組む内容、関係者が取り組む内容、援助者が取り組む内容を整理して示す必要がある。計画の要素である5W1Hに従って記述する

とわかりやすい。

(12) 実施／評価

- ①実施：計画シートには、複数の長期目標、さらには長期目標を達成するための短期目標が複数記載されている。長期目標の中から一項目について、支援を実施する。
- ②評価：短期目標の達成状況について確認し、達成できていれば、それが長期目標につながるのかについて評価し、達成できていない場合には、再アセスメントをして計画を再度作成する。

VII 実習評価

1. ソーシャルワーク実習評価表による実習評価

ソーシャルワーク実習評価表は、日本社会福祉士養成校協会（2013年）が作成した実習評価項目に準拠しています。実習評価項目の具体的評価内容と実習内容の例は、「ソーシャルワーク実習ガイドライン」に明記されています。

実習評価表は実習を行った実習施設・機関によって記述され、原則実習生に開示されます。実習評価は実習合否の資料となると同時に、社会福祉士を目指す上での学習課題を示すものとなります。自己評価と照らし合わせて検討し今後活かすことが期待されます。

（今後、日本ソーシャルワーク教育北海道ブロックで共通の実習評価票が作成される予定であり、完成次第、それらを用いた評価に変更する。）

2. 実習の合否判定

次の場合は実習が不可となり再実習を必要とします。尚、再実習は原則1回のみです。

- ・実習評価表において、総合評価が「1」で、実習巡回担当の評価も「1」の場合
- ・実習終了後、指定期日までに実習日誌が大学に提出されない場合

VIII 個人情報保護に関する誓約書及びソーシャルワーク実習委託契約の締結

1. 個人情報保護に関する誓約書

実習生は実習に先立ち、個人情報保護に関する誓約書を提出いただきます。

2. ソーシャルワーク実習委託契約（協定）書

ソーシャルワーク実習委託契約（協定）書は、本学と実習施設・機関によって締結されます。この契約（協定）書は、実習の基本事項に関わり双方の責任、及び当該実習生の権利、義務を明らかにするものです。

3. 個人情報の取り扱いについて

学外実習で取得した個人情報の取り扱いについて

実習生が学外実習で取得した個人情報の実習終了後における取り扱いについて以下の指導を行う。

《個人情報の記載について》

実習中に担当患者の同意が得られた場合であっても、原則、提出物には個人情報を記載しない。

1. 実習日誌（実習日誌、ケーススタディシート）

(1) 実習日誌の表紙には実習施設名は記載しない。実習期間、大学名、実習生名を記載する。

(2) 担当ケース一般情報において

- ① 氏名：記載しない。イニシャルも不可。
- ② 生年月日：記載しない。年齢は年代で記載する。
- ③ 住所：記載しない。
- ④ 現病歴：施設名等実習先名称は記載しない。

【記載例】 症例：脳血管障害で左片麻痺を呈した 60 歳代前半男性

現病歴：2015 年 9 月 1 日発症。近医入院

同年 10 月 1 日リハビリ目的にて当院入院

(3) その他の利用者の情報も同様の扱いとする。

【記載例】 9:30～10:00 左片麻痺女性との面談

2. ケーススタディシート

担当ケースの生活史を含めた情報記載については上記に準ずる。

3. 実習報告会用プレゼンテーションファイル

(1) スライドに実習施設名は記載しない。

(2) ケースの情報記載については上記に準ずる。

報告会終了後すみやかに、パソコン、その他の記録媒体より削除することとする。

社会福祉士の倫理綱領

2020年6月30日採択

前文

われわれ社会福祉士は、すべての人が人間としての尊厳を有し、価値ある存在であり、平等であることを深く認識する。われわれは平和を擁護し、社会正義、人権、集団的責任、多様性尊重および全人的存在の原理に則り、人々がつながりを実感できる社会への変革と社会的包摂の実現をめざす専門職であり、多様な人々や組織と協働することを言明する。

われわれは、社会システムおよび自然的・地理的環境と人々の生活が相互に関連していることに着目する。社会変動が環境破壊および人間疎外をもたらしている状況にあって、この専門職が社会にとって不可欠であることを自覚するとともに、社会福祉士の職責についての一般社会及び市民の理解を深め、その啓発に努める。

われわれは、われわれの加盟する国際ソーシャルワーカー連盟と国際ソーシャルワーク教育学校連盟が採択した、次の「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」（2014年7月）を、ソーシャルワーク実践の基盤となるものとして認識し、その実践の拠り所とする。

ソーシャルワーク専門職のグローバル定義

ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。

この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。

(IFSW;2014.7.) ※注1

われわれは、ソーシャルワークの知識、技術の専門性と倫理性の維持、向上が専門職の責務であることを認識し、本綱領を制定してこれを遵守することを誓約する。

原理

- I (人間の尊厳) 社会福祉士は、すべての人々を、出自、人種、民族、国籍、性別、性自認、性的指向、年齢、身体的精神的状況、宗教的文化的背景、社会的地位、経済状況などの違いにかかわらず、かけがえのない存在として尊重する。
- II (人権) 社会福祉士は、すべての人々を生まれながらにして侵すことのできない権利を有する存在であることを認識し、いかなる理由によってもその権利の抑圧・侵害・略奪を容認しない。
- III (社会正義) 社会福祉士は、差別、貧困、抑圧、排除、無関心、暴力、環境破壊などの無い、自由、平等、共生に基づく社会正義の実現をめざす。
- IV (集団的責任) 社会福祉士は、集団の有する力と責任を認識し、人と環境の双方に働きかけて、互恵的な社会の実現に貢献する。

V (多様性の尊重) 社会福祉士は、個人、家族、集団、地域社会に存在する多様性を認識し、それらを尊重する社会の実現をめざす。

VI (全人的存在) 社会福祉士は、すべての人々を生物的、心理的、社会的、文化的、スピリチュアルな側面からなる全人的な存在として認識する。

倫理基準

I クライアントに対する倫理責任

1. (クライアントとの関係) 社会福祉士は、クライアントとの専門的援助関係を最も大切に、それを自己の利益のために利用しない。
2. (クライアントの利益の最優先) 社会福祉士は、業務の遂行に際して、クライアントの利益を最優先に考える。
3. (受容) 社会福祉士は、自らの先入観や偏見を排し、クライアントをあるがままに受容する。
4. (説明責任) 社会福祉士は、クライアントに必要な情報を適切な方法・わかりやすい表現を用いて提供する。
5. (クライアントの自己決定の尊重) 社会福祉士は、クライアントの自己決定を尊重し、クライアントがその権利を十分に理解し、活用できるようにする。また、社会福祉士は、クライアントの自己決定が本人の生命や健康を大きく損ねる場合や、他者の権利を脅かすような場合は、人と環境の相互作用の視点からクライアントとそこに関係する人々相互のウェルビーイングの調和を図ることに努める。
6. (参加の促進) 社会福祉士は、クライアントが自らの人生に影響を及ぼす決定や行動のすべての局面において、完全な関与と参加を促進する。
7. (クライアントの意思決定への対応) 社会福祉士は、意思決定が困難なクライアントに対して、常に最善の方法を用いて利益と権利を擁護する。
8. (プライバシーの尊重と秘密の保持) 社会福祉士は、クライアントのプライバシーを尊重し秘密を保持する。
9. (記録の開示) 社会福祉士は、クライアントから記録の開示の要求があった場合、非開示とすべき正当な事由がない限り、クライアントに記録を開示する。
10. (差別や虐待の禁止) 社会福祉士は、クライアントに対していかなる差別・虐待もしない。
11. (権利擁護) 社会福祉士は、クライアントの権利を擁護し、その権利の行使を促進する。
12. (情報処理技術の適切な使用) 社会福祉士は、情報処理技術の利用がクライアントの権利を侵害する危険性があることを認識し、その適切な使用に努める。

II 組織・職場に対する倫理責任

1. (最良の実践を行う責務) 社会福祉士は、自らが属する組織・職場の基本的な使命や理念を認識し、最良の業務を遂行する。
2. (同僚などへの敬意) 社会福祉士は、組織・職場内のどのような立場にあっても、同僚および他の専門職などに敬意を払う。
3. (倫理綱領の理解の促進) 社会福祉士は、組織・職場において本倫理綱領が認識されるよう働きかける。
4. (倫理的実践の推進) 社会福祉士は、組織・職場の方針、規則、業務命令がソーシャルワークの倫理的実践を妨げる場合は、適切・妥当な方法・手段によって提言し、改善を図る。
5. (組織内アドボカシーの促進) 社会福祉士は、組織・職場におけるあらゆる虐待または差別的・抑圧的な行為の予防および防止の促進を図る。

6. (組織改革) 社会福祉士は、人々のニーズや社会状況の変化に応じて組織・職場の機能を評価し必要な改革を図る。

Ⅲ 社会に対する倫理責任

1. (ソーシャル・インクルージョン) 社会福祉士は、あらゆる差別、貧困、抑圧、排除、無関心、暴力、環境破壊などに立ち向かい、包摂的な社会をめざす。
2. (社会への働きかけ) 社会福祉士は、人権と社会正義の増進において変革と開発が必要であるとみなすとき、人々の主体性を活かしながら、社会に働きかける。
3. (グローバル社会への働きかけ) 社会福祉士は、人権と社会正義に関する課題を解決するため、全世界のソーシャルワーカーと連帯し、グローバル社会に働きかける。

Ⅳ 専門職としての倫理責任

1. (専門性の向上) 社会福祉士は、最良の実践を行うために、必要な資格を所持し、専門性の向上に努める。
2. (専門職の啓発) 社会福祉士は、クライアント・他の専門職・市民に専門職としての実践を適切な手段をもって伝え、社会的信用を高めるよう努める。
3. (信用失墜行為の禁止) 社会福祉士は、自分の権限の乱用や品位を傷つける行いなど、専門職全体の信用失墜となるような行為をしてはならない。
4. (社会的信用の保持) 社会福祉士は、他の社会福祉士が専門職業の社会的信用を損なうような場合、本人にその事実を知らせ、必要な対応を促す。
5. (専門職の擁護) 社会福祉士は、不当な批判を受けることがあれば、専門職として連帯し、その立場を擁護する。
6. (教育・訓練・管理における責務) 社会福祉士は、教育・訓練・管理を行う場合、それらを受け取る人の人権を尊重し、専門性の向上に寄与する。
7. (調査・研究) 社会福祉士は、すべての調査・研究過程で、クライアントを含む研究対象の権利を尊重し、研究対象との関係に十分に注意を払い、倫理性を確保する。
8. (自己管理) 社会福祉士は、何らかの個人的・社会的な困難に直面し、それが専門的判断や業務遂行に影響する場合、クライアントや他の人々を守るために必要な対応を行い、自己管理に努める。

注1. 本綱領には「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」の本文のみを掲載してある。なお、アジア太平洋(2016年)および日本(2017年)における展開が制定されている。

注2. 本綱領にいう「社会福祉士」とは、本倫理綱領を遵守することを誓約し、ソーシャルワークに携わる者をさす。

注3. 本綱領にいう「クライアント」とは、「ソーシャルワーク専門職のグローバル定義」に照らし、ソーシャルワーカーに支援を求める人々、ソーシャルワークが必要な人々および変革や開発、結東に必要な社会に含まれるすべての人々をさす。

「医療・介護関係事業者における個人情報の
適切な取扱いのためのガイダンス」
に関するQ&A（事例集）

平成29年5月30日
（令和2年10月一部改正）
個人情報保護委員会事務局
厚生労働省

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」
に関するQ & A（事例集）

平成29年5月作成

【総論】

- Q 1 ガイダンスの趣旨、対象範囲等
- Q 2 用語の定義
- Q 3 本人の同意
- Q 4 個人情報を研究に利用する場合の取扱い
- Q 5 個人情報に関する相談体制
- Q 6 その他

【各論】

- Q 1 利用目的の特定等
 - Q 2 利用目的の通知等
 - Q 3 安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督
 - Q 4 個人データの第三者提供
 - Q 5 本人からの請求による保有個人データの開示
 - Q 6 開示等の請求に応じる手続及び手数料
-

【総論】

Q 1-1	「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」と本ガイダンスの違いは何でしょうか。……………1
Q 1-2	個人情報保護法では、個人情報取扱事業者としてどのようなことに取り組むことが定められていますか。……………1
Q 1-3	国や独立行政法人、自治体が設置する医療機関や介護施設は、このガイダンスの対象にはならないのですか。……………2
Q 1-4	医療機関等において通常の診療だけではなく、健康相談業務も行っている場合、健康相談業務に係る記録についてもガイダンスの対象になるのでしょうか。……………2
Q 1-5	本ガイダンスの対象となる「介護関係事業者」に含まれる事業者の範囲を教えてください。……………2
Q 1-6	本ガイダンスの他に、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編、外国にある第三者への提供編、第三者提供時の確認・記録義務編、匿名加工情報編）も定められているようですが、医療・介護関係事業者は、どちらを参照すべきなのでしょうか。……………3
Q 2-1	「個人情報」「個人データ」「保有個人データ」とは、どのようなものですか。……………3
Q 2-2	「個人情報」とは、具体的にどのようなものがありますか。……………4
Q 2-3	医療・介護関係事業者が取り扱う「個人識別符号」には、具体的にどのようなものがありますか。……………5
Q 2-4	医療・介護関係事業者において取り扱う「要配慮個人情報」には、具体的にどのようなものがありますか。……………6
Q 2-5	平成27年改正の施行（平成29年5月30日）前に取得した個人情報であって、施行後に要配慮個人情報に該当することとなった場合、改めて取得について本人同意を得る必要がありますか。……………6
Q 2-6	平成27年改正の施行（平成29年5月30日）前に取得した個人情報であって、施行後に要配慮個人情報に該当することとなり、当該情報について、新たに第三者提供をする場合には本人同意を得る必要がありますか。……………6
Q 2-7	死亡した個人の情報については、「個人情報」に該当せず、個人情報保護法の対象にはなりません。どのように取り扱うべきですか。……………7
Q 2-8	取り扱う個人情報の数が少ない小規模の医療・介護関係事業者は、個人情報保護法の対象外ですか。……………7

Q 2-9	例えば、医療機関で保存している院内処方せんについて、インデックス等を付けずに段ボール箱に入れて保存しており、容易に検索することができない場合、個人データに該当しないと考えていいですか。……………7
Q 2-10	遺族への開示については「診療情報の提供等に関する指針」に従って開示を行うこととされていますが、薬局の場合も当該指針に従って、遺族へ開示すればよろしいのでしょうか。……………8
Q 2-11	「匿名化」された情報は、個人情報に該当しますか。……………8
Q 2-12	「匿名化」された情報と「匿名加工情報」との違いは何でしょうか。…8
Q 3-1	本人の同意を得る場合には、文書で同意を得る必要がありますか。……9
Q 3-2	ガイダンスp10で、症例を学会で発表したりする場合、「症例や事例により十分な匿名化が困難な場合」には本人の同意が必要とされていますが、どのような場合のことでしょうか。……………9
Q 4-1	患者・利用者の個人情報を研究に利用する場合、匿名化する場合であっても、本人の同意が必要ですか。……………10
Q 4-2	個人情報保護法では、学術研究を目的とする機関やそこに属する者等が学術研究の用に供する目的で個人情報を取り扱う場合は、個人情報取扱事業者の義務等が課せられないとされていますが、大学病院（又は大学病院の医師）が取得した個人情報については、本人の同意を得ずに研究に利用して良いのでしょうか。……………10
Q 4-3	患者の紹介元の医師から、研究のみの目的で利用するため、紹介患者の診療情報等を提供してほしいとの依頼があった場合は、どのように対応すればよいのでしょうか。……………11
Q 5-1	個人情報に関する相談体制はどのようにすべきでしょうか。……………11
Q 5-2	相談体制を整備するにあたり、具体的な留意点としてはどのような点が挙げられますか。……………11
Q 5-3	既存の医療安全に関する相談窓口が、個人情報に関する相談窓口を兼ねることは認められますか。……………12
Q 5-4	現在の職員体制等では、全診療時間帯で相談窓口を開設することが困難です。特定の曜日、時間帯のみ開設することで良いですか。また、独立した窓口を設置する必要がありますか。……………12
Q 5-5	小規模な医療・介護関係事業者でも個人情報に関する相談窓口を設置する必要がありますか。認定個人情報保護団体等が開設する相談窓口を案内することで代用できませんか。……………12
Q 5-6	相談窓口の業務を担当する職員への教育等はどのようにすれば良いのでしょうか。……………13

Q 5-7	ガイドンス p 3 で「個人情報の利用目的の説明や窓口機能等の整備、開示の請求を受け付ける方法を定める場合等に当たっては、障害のある患者・利用者等にも配慮する必要がある。」とされていますが、どのようなことをすればよいのですか。……………13
Q 6-1	医療・介護関係事業者が個人情報取扱事業者としての義務規定に違反した場合はどのような罰則があるのでしょうか。……………14
Q 6-2	仮に個人データの漏えいが発生した場合、従業者も個人情報保護法に基づき罰せられるのでしょうか。……………14
Q 6-3	個人情報保護法が施行されることにより、紙媒体の診療録が使用できなくなったり、診療録の記載方法が定められたり（日本語での記載が義務づけられる等）することはありますか。……………15
Q 6-4	個人情報保護法に基づき、医療・介護関係事業者に対して指導監督等を行うのは、どこの行政機関となるのでしょうか。……………15

【各論】

Q 1-1	実習のために看護師養成所等の学生を受け入れる場合、実習を行うに当たり、患者の同意は必要でしょうか。……………17
Q 2-1	別表2の「患者への医療の提供に必要な利用目的」や「介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的」は、個人情報保護法第18条第4項第4号の「取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められる場合」に該当すると考えられるので、このような利用目的は本人に通知又は公表しなくてもいいのではないのでしょうか。……………17
Q 2-2	利用目的の公表に当たっては、診療録、看護記録、ケアプラン等の書類の種類ごとに利用目的を特定して公表しなければならないのでしょうか。……………18
Q 2-3	特定した利用目的は、院内掲示等により公表することで十分でしょうか。……………18
Q 2-4	患者から、院内掲示した利用目的のうち、一部の利用目的には同意できないという申出がありました。これを理由として診療しない場合、医師法第19条の応招義務違反となるのでしょうか。……………18
Q 2-5	本人から病歴等の要配慮個人情報を聞き取る場合、別途、その取得について本人の同意をとらなければならないのでしょうか。……………19
Q 2-6	意識不明の患者が搬送された場合、付き添っていた家族から本人の病歴等を聞き取ることはできますか。……………19
Q 2-7	患者の診療記録や調剤記録等を他の医療機関等から取得する場合、改めて本人から同意を得る必要がありますか。……………20

Q 2-8	患者の診療記録等を他の医療機関等へ提供する場合、改めて本人から同意を得る必要がありますか。……………20
Q 3-1	適切な安全管理措置を行うためには、個人データに該当する文書等は鍵のかかる場所へ保管しなければならないのでしょうか。……………20
Q 3-2	個人情報コンピュータに入力するに当たり、入力者の記録を保存しておく必要はあるのでしょうか。……………21
Q 3-3	ガイダンスp 29に記載されている、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき安全管理措置を行う際の留意点はあるのでしょうか。……………21
Q 3-4	個人データが取り扱われる業務を委託する場合、委託先の事業者名や委託先の責任者の氏名等を公表すべきですか。……………21
Q 3-5	現行の業者との委託契約には、個人情報の取扱いに関する項目が含まれていません。個人情報保護法の全面施行に当たり、現契約を解消して、新しい契約を締結し直す必要がありますか。……………22
Q 3-6	清掃業務等、個人データを直接取り扱わない業務を委託している場合は、委託契約書に個人情報の取扱いに関する事項を記載する必要はないと考えてよいですか。……………22
Q 3-7	医療・介護関係事業者において個人データが漏えいしてしまった場合の対応はどのようにすればよいのでしょうか。……………23
Q 3-8	委託先において個人データが漏えいしてしまった場合の対応はどのようにすればよいのでしょうか。……………23
Q 3-9	薬局において、処方せんの記載内容について疑義照会を行うために、処方せんを医療機関にファックスで送信しようとしたところ、誤って別の医療機関に送付してしまいました。どのように対処すればよろしいのでしょうか。個人情報保護法が全面施行されることにより、処方せんをファックスで送信することはできなくなるのでしょうか。……………23
Q 3-10	外来患者を氏名で呼び出したり、病室における入院患者の氏名を掲示したりする場合の留意点は何ですか。ナースステーション内における入院患者の氏名の掲示についてはどうですか。……………24
Q 3-11	入院患者・入所者の知り合いと名乗る人が面会に見えたときに病室を教えることは問題となりませんか。……………24
Q 4-1	患者・利用者の病状等をその家族等に説明する際に留意すべきことは何ですか。……………25
Q 4-2	傷病の種類によっては、本人に病名等を告知する前に家族に相談する場合がありますが、どのような配慮が必要ですか。……………25

Q 4-3	未成年の患者から、妊娠、薬物の乱用、自殺未遂等に関して親に秘密にしてほしい旨の依頼があった場合、医師は親に説明してはいけないのですか。逆に、親から問われた場合に、未成年の患者との信頼関係を重視して、親に情報を告げないことは可能ですか。……………26
Q 4-4	弁護士会から過去に診療を行った患者に関する照会があった場合、本人の同意を得ずに回答してよいのでしょうか。……………27
Q 4-5	薬剤師が、調剤した薬剤に関して患者の家族に情報提供を行う場合、本人の同意を得なくても情報提供できるのでしょうか。……………27
Q 4-6	民間保険会社等から医療機関に対して、患者の治療結果等に関する照会があった際、民間保険会社等が患者本人から取得した「同意書」を提示した場合は、回答に当たり、本人の同意が得られていると判断して良いのでしょうか。……………27
Q 4-7	医療機関と薬局の間で患者の薬剤服用歴などの情報交換を行う場合も、ガイドランスに記載された条件を満たせば、患者の黙示による同意が得られていると考えてよろしいのでしょうか。……………28
Q 4-8	ガイドランス p 36 の「当該事業者の職員を対象とした研修での利用」の場合、既に利用目的として研修に使用することが院内掲示等により公表していれば、あらためて本人の同意を得る必要はないと考えて良いのでしょうか。……………28
Q 4-9	医療機関の職員を対象とした症例研究会（職員の知識や技能の向上を目的とするもの）を実施する際、当該医療機関以外の施設の職員から参加希望がありました。既に、利用目的として「院内で行う症例研究会への利用」を公表していますが、この場合は、症例研究会で利用する症例の患者から第三者提供の同意を得る必要があるのでしょうか。……………28
Q 4-10	病診連携の一環として、紹介を受けた患者の診療情報、検査結果、所見等を紹介元医療機関に対して情報提供を行っていますが、実施に当たっての留意点は何ですか。……………29
Q 4-11	医薬品の副作用発生時における行政機関への報告や、製薬企業が実施する医薬品の製造販売後調査に協力する際の製薬企業への情報提供に当たっては、患者の情報をどの程度記載できるのでしょうか。……………29
Q 4-12	学校医として生徒の健康診断を行った場合、診断結果を学校に提出することは第三者提供に該当するのでしょうか。……………30
Q 4-13	がん検診の2次検診機関として患者の精密検査を行った場合、1次検診機関から、精密検査結果の提供を求められることがあります。患者の精密検査結果を提供する場合には、患者の同意を得る必要があるのでしょうか。……………30

Q 4 - 1 4	介護保険施設の入所者が、他の介護保険施設に移動する際に、移動先の施設の求めに応じて入所者の個人情報の提供を行う場合は、本人の同意は必要なのでしょうか。……………31
Q 4 - 1 5	ホームページや機関誌に、行事などにおける利用者の写真を掲載する場合、本人の同意を得る必要はありますか。また、介護保険施設内に写真を展示する場合はどうでしょうか。……………31
Q 4 - 1 6	高齢者虐待事例の解決に当たって、担当ケアマネジャーなどの関係機関に高齢者の個人情報を提供する場合、高齢者本人の同意を得ることが難しいケースがありますが、高齢者本人の同意が得られないと情報提供はできないのでしょうか。……………31
Q 4 - 1 7	大規模災害や事故等で、意識不明で身元の確認できない多数の患者が複数の医療機関に分散して搬送されている場合に、患者の家族又は関係者と称する人から、患者が搬送されているかという電話での問合せがありました。相手が家族等であるか十分に確認できないのですが、患者の存否情報を回答してもよいのでしょうか。……………32
Q 4 - 1 8	上記の状況で、患者の家族等である可能性のある電話の相手から、患者の容態等についての問合せがあれば、どの範囲まで回答すべきでしょうか。……………32
Q 4 - 1 9	上記の方法により連絡のついた家族等から、意識不明である患者の既往歴、治療歴等を聴取することは問題ありませんか。……………33
Q 4 - 2 0	Q 4 - 1 7のような状況において、報道機関や地方公共団体等から身元不明の患者に関する問合せがあった場合、当該患者の情報を提供することはできますか。……………33
Q 4 - 2 1	病院に勤務している医師が退職し診療所を開業することになり、当該医師から、開業の挨拶をしたいので自分が診察を行っている患者の氏名や住所を教えてほしいと言われました。当該医師に患者の氏名等を提供してよいのでしょうか。……………33
Q 4 - 2 2	市役所から、介護保険の手続きのため、主治医の診断書の提出を求められました。患者の同意を得ずに、診断書を提出してよいのでしょうか。……34
Q 4 - 2 3	学校で怪我をした生徒に担任の教師が付き添って来ました。ガイダンス32ページには、「学校からの照会には回答してはならない」とありますが、保護者の同意書等がなければ担任の教師に怪我の状態などを説明してはいけないのでしょうか。……………34
Q 4 - 2 4	警察や検察等捜査機関からの照会や事情聴取に関して、「第三者提供の制限の例外」に該当する場合には、どのようなものがあるのでしょうか。…35

Q 4 - 2 5	警察や検察等捜査機関から患者の状況について照会や事情聴取があった場合、患者本人の同意を得ずに回答できるのでしょうか。個人情報保護法の施行を機に警察等からの照会等に対する取扱いを変えた方がいいですか。……………35
Q 4 - 2 6	警察等から、警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律第4条第3項の規定に基づき、死者の生前の診療情報等の提供の依頼があった場合、遺族の同意を得ずに回答できるのでしょうか。……………36
Q 4 - 2 7	医療機関の廃止等の理由により、別の医療機関が業務を承継することになりましたが、診療録等の個人データを提供する際に、患者の同意が必要なのでしょうか。……………36
Q 4 - 2 8	医療法第6条の6第1項の規定に基づく麻酔科標榜許可に係る申請を行おうとしている医師から、過去に実施した麻酔記録や手術記録の書類の提供を求められましたが、対象となった患者の同意を得た上で提供する必要がありますのでしょうか。……………37
Q 4 - 2 9	生活保護法に基づき行われる、指定医療機関による都道府県・市町村への被保護者に係る病状調査とはどのようなものですか。また、本人の同意を得なくても、回答することは可能でしょうか。……………37
Q 4 - 3 0	自殺未遂者が救命救急センターに搬送された際、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ等のため、救命救急センターから関係機関等へ自殺未遂者の個人情報を提供して良いのでしょうか。……………37
Q 4 - 3 1	診療情報等の個人データの保存を外国の事業者へ委託することはできますか。……………38
Q 4 - 3 2	医療・介護関係事業者において、確認・記録義務が適用されないのは、どのような場合でしょうか。……………38
Q 5 - 1	診療録には、患者について客観的な検査をしたデータもあれば、それに対して医師が行った判断や評価も書かれています。つまり、診療録は、当該診療録を作成した医師の側から見ると、自分が行った判断や評価を書いているので、医師の個人情報とも言うことができるのではないですか。…39
Q 5 - 2	患者・利用者の代理人から、患者・利用者本人の委任状を提出の上、保有個人データの開示の請求があった場合は、本人の意思が明らかであると見なしてよいのでしょうか。……………39
Q 5 - 3	保有個人データの開示に当たっては、どのような方法で開示すべきでしょうか。……………39
Q 6 - 1	保有個人データの開示にあたり、費用として請求出来る妥当な金額はいくらでしょうか。……………40

【総論】

<ガイダンスの趣旨、対象範囲等>

Q 1-1 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」と本ガイダンスの違いは何でしょうか。

A 1-1 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」は、個人情報保護法に沿って医療介護の現場の実務に当てはめた際の詳細な留意点・事例をまとめた内容であり、その考え方をより明確とするため、ルールや規律を定めるガイドラインとは区別し、ガイダンスと整理しています。

Q 1-2 個人情報保護法では、個人情報取扱事業者としてどのようなことに取り組むことが定められていますか。

A 1-2 医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いについては、法令上大きく分けて次の取組が必要となります。

- ① 個人情報の取得・利用
 - (例) 利用目的を特定して、その範囲内で利用する
 - 利用目的を通知又は公表する
- ② 個人データの保管
 - (例) 漏えい等が生じないように、安全に管理する
 - 従業員・委託先にも安全管理を徹底する
- ③ 個人データの第三者提供
 - (例) 第三者に提供する場合は、あらかじめ本人の同意を得る
 - 第三者に提供した場合・第三者から提供を受けた場合は、原則一定事項を記録する
- ④ 保有個人データに関する開示請求等への対応
 - (例) 本人から開示等の請求があった場合は、これに対応する
 - 苦情等に適切・迅速に対応する

一方、個人情報の保護に関する考え方は、社会情勢や患者・利用者等の意識の変化に対応して変化していくものと考えられます。このため、各事業者においては、ガイダンスの趣旨を踏まえた個人情報の適切な取扱いに取り組むとともに、引き続き不断の検証と改善が求められるものと考えます。

Q 1-3 国や独立行政法人、自治体が設置する医療機関や介護施設は、このガイダンスの対象にはならないのですか。

A 1-3 国の行政機関については「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」、国立病院機構など独立行政法人については「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」、県立病院や県立の特別養護老人ホームなど自治体の医療機関や介護施設については各自治体の条例がそれぞれ適用されます。

これらの医療機関や介護施設については個人情報保護法や本ガイダンスの直接の対象には当たりませんが、医療・介護分野における個人情報保護の精神や考え方は設立主体を問わず同一であることから、これらの事業者も本ガイダンスに十分配慮していただくことが望ましいと考えます。（参照：ガイダンス p 2）

Q 1-4 医療機関等において通常の診療だけではなく、健康相談業務も行っている場合、健康相談業務に係る記録についてもガイダンスの対象になるのでしょうか。

A 1-4 相談者の病歴や身体状況、病状、治療等について記録を保存しているのであれば、個人情報に該当します。よって、個人情報の取扱い、特に要配慮個人情報の取扱いについては個人情報保護法や個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）、ガイダンスを踏まえた取扱いが必要です。

Q 1-5 本ガイダンスの対象となる「介護関係事業者」に含まれる事業者の範囲を教えてください。

A 1-5 本ガイダンスの対象となる「介護関係事業者」とは、介護保険制度によるサービスを提供する事業者だけでなく、高齢者福祉サービス事業を行う者は広く含まれます。具体的には、特別養護老人ホームなどの介護保険施設や、訪問介護事業所などの居宅サービス事業を行う者、居宅介護支援事業を行う者だけでなく、介護保険の指定を受けずに有料老人ホームを経営する者や、養護老人ホーム、ケアハウス等も、広く「介護関係事業者」に該当し、本ガイダンスを守っていただくことが必要です。

Q1-6 本ガイダンスの他に、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編、外国にある第三者への提供編、第三者提供時の確認・記録義務編、匿名加工情報編）も定められているようですが、医療・介護関係事業者は、どちらを参照すべきなのでしょうか。

A1-6 本ガイダンスの他に、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編、外国にある第三者への提供編、第三者提供時の確認・記録義務編及び匿名加工情報編）が定められています。本ガイダンスは、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）を基礎とし、医療・介護関係事業者における実例に照らし、具体的な留意点・事例等を示したものです。医療・介護関係事業者における個人情報の適正な取扱いについては、基本的な内容は本ガイダンスをご参照いただければ足りるものと考えますが、本ガイダンスに記載のない事項については、上記の各ガイドラインをご参照いただくこととなります。

<用語の定義>

Q2-1 「個人情報」「個人データ」「保有個人データ」とは、どのようなものですか。

A2-1 「個人情報」「個人データ」「保有個人データ」の定義についてはそれぞれ以下のとおりとなっています（参照：ガイダンスp6、p12、p13）。これらの用語は、個人情報保護法における個人情報取扱事業者の義務等の規定で使い分けられていますので、具体的な義務等に応じた取扱いが必要となります。

①個人情報

「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であつて、当該情報に含まれる氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）、又は個人識別符号が含まれるものをいいます。

この「個人に関する情報」とは、氏名、性別、生年月日、顔画像等個人を識別する情報に限られず、個人の身体、財産、職種、肩書き等の属性に関して、事実、判断、評価を表す全ての情報であり、評価情報、公刊物等によって公にされてい

る情報や、映像、音声による情報も含まれ、暗号化等によって秘匿化されているか否かを問いません。

また、個人情報保護法では、死者に関する情報は対象ではありませんが、死者に関する情報が同時に遺族等の生存する個人に関する情報でもある場合には、当該生存する個人に関する情報となり法律の対象となります。

本ガイドスは、医療・介護関係事業者が保有する医療・介護関係の個人情報を対象とするものであり、診療録等の形態に整理されていない場合でも、患者の氏名等が書かれたメモ等であれば個人情報に該当します。

②個人データ

「個人データ」とは、「個人情報データベース等」を構成する個人情報をいいます。

この「個人情報データベース等」とは、特定の個人情報をコンピュータを用いて検索することができるように体系的に構成した個人情報を含む情報の集合体、又はコンピュータを用いていない場合であっても、紙面で処理した個人情報を一定の規則（例えば、五十音順、生年月日順など）に従って整理・分類し、特定の個人情報を容易に検索することができるよう、目次、索引、符号等を付し、他人によっても容易に検索可能な状態においているものをいいます。

したがって、診療録等の診療記録や介護関係記録については、通常、媒体の如何にかかわらず、体系的に整理され、特定の個人情報を容易に検索できる状態で保有していることから、「個人データ」に該当します。

③保有個人データ

「保有個人データ」とは、個人データのうち、個人情報取扱事業者が、開示、内容の訂正、追加又は削除、利用の停止、消去及び第三者への提供の停止を行うことのできる権限を有するものをいいます。したがって、委託を受けて取り扱っている個人データや、個人情報のうち体系的に整理されていないものについては、「保有個人データ」には該当しません。

Q 2-2 「個人情報」とは、具体的にどのようなものがありますか。

A 2-2 医療・介護関係事業者が保有している個人情報には様々なものがありますが、具体的には、以下のようなものがあります。

- ・患者・利用者の情報
- ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護職員、事務職員等の従業者の情報

・ 仕入先業者等の従業者の情報 など

なお、診療録や介護関係記録に患者・利用者の情報のほか、患者・利用者の家族に関する情報が記載されている場合、その家族の個人情報を保有していることとなります。

※このうち、従業者の情報については、個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）及び「雇用管理分野における個人情報のうち健康情報を取り扱うに当たっての留意事項について」（平成29年5月29日通達）を参照してください。

Q 2-3 医療・介護関係事業者が取り扱う「個人識別符号」には、具体的にどのようなものがありますか。

A 2-3 「個人識別符号」とは、その情報単体から特定の個人を識別することができるものとして政令で定められた文字、番号、記号その他の符号をいい、これに該当するものが含まれる情報は個人情報となります。

医療・介護関係事業者が取り扱う「個人識別符号」の具体的な内容としては、例えば細胞から採取されたデオキシリボ核酸（別名DNA）を構成する塩基の配列（※）、健康保険法に基づく保険者番号や被保険者等記号・番号、介護保険法に基づく被保険者証の記号、番号及び保険者番号などがあります。

なお、上記の保険者番号及び被保険者等記号・番号や、被保険者証の記号、番号及び保険者番号については、それぞれこれらの記号、番号等が全て含まれる情報が、個人識別符号に該当します。

※ 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）においては、「細胞から採取されたデオキシリボ核酸（別名DNA）を構成する塩基の配列」のうち、個人識別符号に該当するものは、ゲノムデータ（細胞から採取されたデオキシリボ核酸（別名DNA）を構成する塩基の配列を文字列で表記したもの）のうち、全核ゲノムシーケンスデータ、全エクソームシーケンスデータ、全ゲノム一塩基多型（single nucleotide polymorphism：SNP）データ、互いに独立な40箇所以上のSNPから構成されるシーケンスデータ、9座位以上の4塩基単位の繰り返し配列（short tandem repeat：STR）等の遺伝型情報により本人を認証することができるようにしたものとされている。

Q 2-4 医療・介護関係事業者において取り扱う「要配慮個人情報」には、具体的にどのようなものがありますか。

A 2-4 「要配慮個人情報」とは、不当な差別や偏見その他不利益が生じないようにその取扱いに特に配慮を要するものとして法律、政令及び規則で定める記述が含まれる個人情報をいいます。要配慮個人情報の取得や第三者提供には、原則として本人の同意が必要であり、法第23条第2項の規定による第三者提供（オプトアウトによる第三者提供）は認められておりません。

医療・介護関係事業者が取り扱う「要配慮個人情報」の具体的な内容としては、診療録等の診療記録や介護関係記録に記載された病歴、診療や調剤の過程で、患者の身体状況、病状、治療等について、医療従事者が知り得た診療情報や調剤情報、健康診断の結果及び保健指導の内容、障害（身体障害、知的障害、精神障害等）の事実、犯罪により害を被った事実などがあります。

Q 2-5 平成27年改正の施行（平成29年5月30日）前に取得した個人情報であって、施行後に要配慮個人情報に該当することとなった場合、改めて取得について本人同意を得る必要がありますか。

A 2-5 平成27年改正の施行前に適法に取得した個人情報が施行後に要配慮個人情報に該当したとしても、改めて取得のための本人同意を得る必要はありません。

Q 2-6 平成27年改正の施行（平成29年5月30日）前に取得した個人情報であって、施行後に要配慮個人情報に該当することとなり、当該情報について、新たに第三者提供をする場合には本人同意を得る必要がありますか。

A 2-6 個人データの第三者提供については、要配慮個人情報に係るものか否かを問わず、原則として本人の同意が必要です。

なお、平成27年改正の施行後に要配慮個人情報に該当することとなった場合、施行後はオプトアウトによる第三者提供は認められません。

Q 2-7 死亡した個人の情報については、「個人情報」に該当せず、個人情報保護法の対象にはなりません。が、どのように取り扱うべきですか。

A 2-7 本ガイドンスでは、患者・利用者が死亡した後においても、事業者が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、情報の漏えい等の防止のため、生存する個人の情報と同様の安全管理措置を講ずるよう求めています（参照：ガイドンス p 2）。

また、患者・利用者が死亡した際に、遺族に対して診療情報・介護関係記録を提供する場合には、厚生労働省において平成15年9月に作成した「診療情報の提供等に関する指針」の「9 遺族に対する診療情報の提供」の取扱いに従って提供を行うことを求めています（参照：ガイドンス p 4）。

Q 2-8 取り扱う個人情報の数が少ない小規模の医療・介護関係事業者は、個人情報保護法の対象外ですか。

A 2-8 改正前の個人情報保護法では、取り扱う個人データの数が過去6ヶ月間に一度も5000件を超えたことがない小規模事業者は、個人情報事業者としての義務等は課せられないこととなっていました。が、法改正に伴い、当該規定は廃止されました。したがって、取り扱う個人データの数にかかわらず、個人情報データベース等を事業の用に供する全ての個人情報取扱事業者（個人情報保護法第2条第5項に掲げるものを除く。）が、個人情報保護法の対象となります。

Q 2-9 例えば、医療機関で保存している院内処方せんについて、インデックス等を付けずに段ボール箱に入れて保存しており、容易に検索することができない場合、個人データに該当しないと考えていいですか。

A 2-9 処方せんは医療法により2年間の保存義務が課せられていますが（医療法第21条第1項第9号、医療法施行規則第20条第10号）、このように医療機関において保存すべき文書については、必要な場合に利用できるよう、適切に整理しておく必要があります。このため、処方せんは容易に検索可能な形で保存しておく必要があり、そのようにした上で、「個人データ」として取り扱

うことになります。

Q 2-10 遺族への開示については「診療情報の提供等に関する指針」に従って開示を行うこととされていますが、薬局の場合も当該指針に従って、遺族へ開示すればよろしいのでしょうか。

A 2-10 薬局において、遺族から死亡した患者に関する診療情報の開示の請求があった場合には、病院等と同様に、「診療情報の提供等に関する指針」に従って遺族へ開示してください。

Q 2-11 「匿名化」された情報は、個人情報に該当しますか。

A 2-11 「個人情報の匿名化」は法律上の用語ではなく、従来から医療・介護の実務においてそのような取扱いがされてきたところであり、本ガイドラインにおいては、医療・介護関係事業者の個人情報の取扱いにおける「個人情報の匿名化」の考え方について示しています。

ただし、個人情報から氏名等の特定の個人を識別することができる情報を削除したとしても、医療・介護関係事業者内で得られる他の情報と照合することにより、特定の患者・利用者等を識別することができる場合には、その情報は個人情報に該当する場合があります。このため、個人情報に該当するか否かについては、情報を保有する医療・介護関係事業者において個別の事例に応じて判断することとなりますが、判断に迷う場合には、個人情報保護法上、同法第76条の適用を受ける場合（大学病院等における学術研究目的での利用について通知・公表している場合等）を除き、個人情報に該当するものとして取り扱うことが望ましいと考えられます。

Q 2-12 「匿名化」された情報と「匿名加工情報」との違いは何でしょうか。

A 2-12 「匿名化」は、個人情報から、氏名、生年月日、住所、個人識別符号等、個人を識別することができる情報を取り除くことですが、症例や事例により、匿名化を行ってもなお特定の個人が識別できる場合には個人情報に該当することもあり得ます。他方、「匿名加工情報」については、個人情報を個人情報の区分に応じて定められた措置を講じて特定の個人を識別することがで

きないように加工して得られる個人に関する情報であって、当該個人情報を復元して特定の個人を再識別することができないようにしたものであり、個人情報保護委員会規則で定める基準に従って加工する必要があります。（「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（匿名加工情報編）」（平成28年個人情報保護委員会告示第9号）参照）

<本人の同意>

Q 3-1 本人の同意を得る場合には、文書で同意を得る必要がありますか。

A 3-1 医療機関等については、本人の同意を得る方法について法令上の規定はありません。このため、文書による方法のほか、口頭、電話による方法なども認められます。このため、同意を求める内容や緊急性などを勘案し、それぞれの場面に適切な方法で同意を得るべきと考えます。

介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準により、サービス担当者会議等において利用者または家族の個人情報を使用する場合は、利用者及び家族から文書による同意を得ておく必要があることに留意が必要です。（参照：ガイダンス p 35）

Q 3-2 ガイダンス p 10 で、症例を学会で発表したりする場合、「症例や事例により十分な匿名化が困難な場合」には本人の同意が必要とされていますが、どのような場合のことでしょうか。

A 3-2 症例や事例によっては、患者の数が少ない場合や顔写真を添付する場合など、氏名等を消去しても特定の個人を識別できてしまう場合もあります。このような場合、当該症例等は「個人情報」に該当しますので、学会での発表等に当たっては（第三者提供に該当しますので）本人の同意が必要となるということです。

なお、大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究の用に供する目的で個人情報等を取り扱う場合は、個人情報保護法の適用を受けません。ただし、当該学会発表等が学術研究の一環として行われる場合には、学会等関係団体が定める指針に従うこととなります（個人情報保護法第76条第3項）。

＜個人情報を利用する場合の取扱い＞

Q 4－1 患者・利用者の個人情報を研究に利用する場合、匿名化する場合であっても、本人の同意が必要ですか。

A 4－1 大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究の用に供する目的で個人情報等を取り扱う場合は、個人情報保護法の適用を受けません。

ただし、医学研究分野に関しては、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などガイダンスの別表5に掲げる3つの医学研究に関する指針が策定されており、これらの指針に該当する研究は、当該指針の内容に従う必要があります。これらの指針において、研究を実施するに当たり、原則としてインフォームド・コンセント（同意）を得る必要があるとされていますが、一定の条件を付してインフォームド・コンセントを必ずしも要しない場合についても規定しています。

Q 4－2 個人情報保護法では、学術研究を目的とする機関やそこに属する者等が学術研究の用に供する目的で個人情報を取り扱う場合は、個人情報取扱事業者の義務等が課せられないとされていますが、大学病院（又は大学病院の医師）が取得した個人情報については、本人の同意を得ずに研究に利用して良いのでしょうか。

A 4－2 大学病院（又は大学病院の医師）（注：個人情報保護法の適用に基づきここでは私立大学をいいます。）、その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究に供する目的で個人情報等を取り扱う場合には、個人情報保護法における個人情報取扱事業者の義務等が課せられないとされています。

ただし、医学研究分野に関しては、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などガイダンスの別表5に掲げる3つの医学研究に関する指針が策定されており、これらの指針に該当する研究は、当該指針の内容に従って手続きを行う必要があります。原則としてインフォームド・コンセント（同意）を得る必要があることについてはA 4－1のとおりです。

Q 4-3 患者の紹介元の医師から、研究のみの目的で利用するため、紹介患者の診療情報等を提供してほしいとの依頼があった場合は、どのように対応すればよいでしょうか。

A 4-3 患者の診療情報等は個人データに該当するため、第三者提供及び利用目的の変更にあたっては、原則として本人の同意が必要です。また、第三者提供に当たり黙示の同意が得られていると考えられるのは、本人への医療の提供のために必要な範囲に限られます（参照：ガイダンス p 34～35）。したがって、大学その他の学術研究を目的とする機関若しくは団体又はそれらに属する者が学術研究の用に供する目的以外で個人情報を取り扱う場合は、原則として、本人の同意を得る必要があります。

また、医学研究分野の場合、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」などガイダンスの別表5に掲げる3つの医学研究に関する指針が策定されており、これらの指針に該当する研究であれば、診療情報等を提供する医師についても、当該指針が適用されます。これらの指針において、研究を実施するにあたっての手続きが定められており、原則としてインフォームド・コンセント（同意）を得る必要があることについてはA 4-1のとおりです。

<個人情報に関する相談体制>

Q 5-1 個人情報に関する相談体制はどのようにすべきでしょうか。

A 5-1 個人情報保護法第35条では、医療・介護関係事業者は個人情報の取扱いに関して患者・利用者等から苦情の申し出があった場合、適切かつ迅速な対応に努めなければならない、そのために必要な体制の整備に努めなければならないとされています。

また、個人情報の取扱いに関して、本ガイダンスでは、患者・利用者等が疑問に感じた内容を、いつでも、気軽に問合せできる窓口機能等を確保することが重要であるとしています。（参照：ガイダンス p 3）

Q 5-2 相談体制を整備するにあたり、具体的な留意点としてはどのような点が挙げられますか。

A 5-2 患者・利用者等が利用しやすいように配慮することが重要です。このため、医療・介護関係事業者の規模等に応じ、

- ①相談窓口について院内掲示等により広報し、医療・介護関係事業者として患者・利用者等からの相談や苦情を受け付けていることを広く周知すること
- ②専用の相談スペースを確保するなど相談しやすい環境や雰囲気を作ること
- ③担当職員に個人情報に関する知識や事業者内の規則を十分理解させるとともに、相談内容の守秘義務を徹底するなど、窓口の利用に伴う患者・利用者等の不安が生じないようにすること

などに配慮する必要があります。

Q 5-3 既存の医療安全に関する相談窓口が、個人情報に関する相談窓口を兼ねることは認められますか。

A 5-3 既存の患者相談窓口が個人情報に関する相談機能を兼ねることで問題ありません。その場合、対応する職員には、個人情報の取扱いについても十分な知識を有することが必要です。

Q 5-4 現在の職員体制等では、全診療時間帯で相談窓口を開設することが困難です。特定の曜日、時間帯のみ開設することで良いですか。また、独立した窓口を設置する必要がありますか。

A 5-4 患者・利用者等が利用しやすいという観点からは、患者・利用者等が希望する日時に相談できる体制を確保することが望ましいです。

しかし、医療・介護関係事業者の規模や職員体制等を勘案し、特定の曜日、時間帯のみに相談窓口が開設されることもやむを得ないと考えます。この場合、できるだけ患者・利用者等が相談しやすいよう配慮する観点から、週により開設する曜日や時間帯を変化させる方法も考えられます。

また、専用の相談窓口を設置する方法のほかに、受付・会計等の窓口において、相談の窓口機能を持たせることでも構いませんが、その場合にも、Q 5-2 を参考に、患者・利用者等が相談しやすい体制を整備する必要があります。

Q 5-5 小規模な医療・介護関係事業者でも個人情報に関する相談窓口を設置する必要がありますか。認定個人情報保護団体等が開設する相談窓口を案内することで代用できませんか。

A 5-5 個人情報保護法第35条では、「個人情報取扱事業者は、個人情報の取扱いに関する苦情の適切かつ迅速な処理に努めなければならない」とされており、患者からの相談や苦情等があった場合は、まず、医療・介護関係事業者が自ら対応する必要があります。

また、患者・利用者等からの問合せにどのように対応すべきか疑問を生じた場合等には、認定個人情報保護団体や個人情報保護委員会の窓口等に照会するなどして、曖昧な回答をしないことが重要です。

Q 5-6 相談窓口の業務を担当する職員への教育等はどのようにすれば良いでしょうか。

A 5-6 相談窓口の職員は、個人情報保護に関して十分な知識を有するとともに、相談・苦情の内容を外部の人や他の職員に漏えいしないよう、高いモラルが求められます。

このため、担当職員に対し、業務の重要性や個人情報保護の取扱いに係る知識・技術を高めるための教育研修の実施（認定個人情報保護団体や行政が行う研修等への参加を含む。）を行うなど、個人情報の保護が徹底されるよう配慮する必要があります。

Q 5-7 ガイダンスp3で「個人情報の利用目的の説明や窓口機能等の整備、開示の請求を受け付ける方法を定める場合等に当たっては、障害のある患者・利用者等にも配慮する必要がある。」とされていますが、どのようなことをすればよいのですか。

A 5-7 例えば、聴覚障害者のために手話や筆談による説明を行ったり、視覚障害者のために点字の説明書を提供することが考えられます。なお、これらの取組は、すべての医療・介護関係事業者が事前にすべて準備しなければならないものではなく、患者・利用者等からの求めに応じ、地域のボランティア等の協力を得るなどしつつ、ニーズに応じた対応を図っていくことが求められます。

<その他>

Q 6 - 1 医療・介護関係事業者が個人情報取扱事業者としての義務規定に違反した場合はどのような罰則があるのでしょうか。

A 6 - 1 個人情報取扱事業者が個人情報を不適切に取り扱う事例等があったときには、個人情報保護委員会は個人情報取扱事業者に対して、①個人情報の取扱いに関する報告の徴収及び立入検査（個人情報保護法第40条第1項）、指導及び助言（同法第41条）、②個人情報取扱事業者が一定の義務に違反した場合における、違反行為を是正するための必要な措置に係る勧告（同法第42条第1項）、命令（同法第42条第2項又は第3項）、を行う場合があります。このとき、個人情報取扱事業者が、①個人情報保護委員会の命令（同法第42条第2項又は第3項）に違反した場合、②個人情報保護委員会からの報告徴収（同法第40条第1項）に対して報告をせず、又は虚偽報告をした場合、立入検査を拒んだ場合には、個人情報取扱事業者に対して罰則が科せられることになっています（同法第84条・第85条）。

※個人情報保護法第44条第1項の規定に基づき、同法第40条第1項の規定による権限が個人情報保護委員会から事業所管大臣に委任された場合には、厚生労働大臣が報告徴収及び立入検査を行うことがあります。

さらに、同法第77条及び個人情報の保護に関する法律施行令第21条において、同法第40条第1項に規定する個人情報保護委員会の権限が同法第44条第1項の規定により事業所管大臣に委任された場合において、個人情報取扱事業者が行う事業であって事業所管大臣が所管するものについての報告徴収及び立入検査に係る権限に属する事務の全部又は一部が、他の法令の規定により地方公共団体の長その他の執行機関が行うこととされているときは、当該地方公共団体の長等が行うことがあります。

Q 6 - 2 仮に個人データの漏えいが発生した場合、従業者も個人情報保護法に基づき罰せられるのでしょうか。

A 6 - 2 個人情報保護法では、個人情報取扱事業者に対する義務等が課せられていますので、個人データの漏えいが発生した場合には、事業者における安全

管理措置や従業者への監督が義務が適切に行われていなかったのではないかと
いうことで責任を負う可能性があります。

また、個人情報取扱事業者若しくはその従業者又はこれらであった者が、その
業務に関して取り扱った個人情報データベース等（その全部又は一部を複製し、
又は加工したものを含む。）を自己若しくは第三者の不正な利益を図る目的で提
供し、又は盗用したときは、同法第83条により刑事罰（1年以下の懲役又は5
0万円以下の罰金）が科される可能性があります。

従業者に対しては、医師等の医療従事者については刑法や各資格法で規定さ
れている守秘義務違反に、介護関係事業者の従業者については介護保険関係法
令で規定されている守秘義務違反に、また、資格を有しない従業者についても、
業務の内容によっては（不妊手術、精神保健、感染症など）関係法律により規定
されている守秘義務違反に問われる可能性があります。

なお、漏えい等により権利を侵害された者から民事上の責任を問われる可能
性もあります。

Q6-3 個人情報保護法が施行されることにより、紙媒体の診療録が使用で
きなくなったり、診療録の記載方法が定められたり（日本語での記載が義務づ
けられる等）することはありますか。

A6-3 個人情報保護法の施行により、紙の診療録が使えなくなったり、診療
録の記載方法が定められるものではありません。ただし、診療録など保有個人デ
ータに該当するものについては、開示の請求があった場合に原則として開示す
る必要がありますし、良質かつ適切な医療を提供する観点からは、他の医療従事
者等にとっても読みやすい内容となるよう心がけるべきと考えます。

なお、「診療情報の提供等に関する指針」では、診療記録の開示の際、患者等
が補足的な説明を求めたときは、医療従事者等はできる限り速やかにこれに
応じなければならず、この場合にあつては、担当の医師等が説明を行うことが望ま
しいとされています。

Q6-4 個人情報保護法に基づき、医療・介護関係事業者に対して指導監督
等を行うのは、どこの行政機関となるのでしょうか。

A6-4 個人情報保護委員会が、個人情報保護法第40条から第42条の規
定に基づき、個人情報取扱事業者である医療・介護関係事業者に対し「報告徴

収」、「立入検査」、「指導・助言」、「勧告」及び「命令」を行うこととなります。また、同法第44条第1項の規定に基づき、同法第40条第1項の規定による権限が個人情報保護委員会から事業所管大臣に委任された場合には、厚生労働省又は地方公共団体が報告徴収及び立入検査を行うことがあります。

【各論】

＜利用目的の特定等＞

Q 1-1 実習のために看護師養成所等の学生を受け入れる場合、実習を行うに当たり、患者の同意は必要でしょうか。

A 1-1 医療機関等については、実習を行うに当たり患者等の個人情報を利用する場合には、あらかじめ院内掲示等により利用目的を公表しておくか、個人情報を利用する段階で当該利用目的について患者本人から同意を得る必要があります。なお、実習を行う際には、事前に十分かつ分かり易い説明を行った上で同意を得る必要があり、その同意を患者・家族と文書で取り交わすことが望ましいと考えています。

介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準により、サービス担当者会議等において利用者又は家族の個人情報を使用する場合は、利用者及び家族から文書による同意を得ることとされていることを踏まえ、実習の学生の受け入れのように第三者に個人情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者又は家族の同意を得ておく必要があります。(参照:ガイダンス p 35)

＜利用目的の通知等＞

Q 2-1 別表2の「患者への医療の提供に必要な利用目的」や「介護サービスの利用者への介護の提供に必要な利用目的」は、個人情報保護法第18条第4項第4号の「取得の状況からみて利用目的が明らかであると認められる場合」に該当すると考えられるので、このような利用目的は本人に通知又は公表しなくてもいいのではないのでしょうか。

A 2-1 医療・介護関係事業者においては、本ガイダンスの別表2に示すように、患者・利用者に関する情報を様々な目的で利用します。別表2に掲げる内容には、取得の状況からみて明らかな利用目的と考えられる事項もありますが、本ガイダンスでは、患者・利用者等に利用目的をわかりやすく示す観点から、このような利用目的についても院内掲示等により公表することを求めています(参照:ガイダンス p 21)。

また、医療機関等において、他の医療機関等へ黙示による同意に基づき情報提供を行う場合には、あらかじめ院内掲示等により、その利用目的や、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう求めることができること等について公表すること

が前提となっています。（参照：ガイダンス p 33～35）

なお、介護関係事業者において、サービス担当者会議等に使用するために他の介護関係事業者へ情報提供を行う場合は、介護保険法に基づく指定基準により、事業所内への掲示によるのではなく、サービス利用開始時に適切に利用者から文書による同意を得ておく必要があることに留意が必要です。（参照：ガイダンス p 35）

Q 2-2 利用目的の公表に当たっては、診療録、看護記録、ケアプラン等の書類の種類ごとに利用目的を特定して公表しなければならないのでしょうか。

A 2-2 個人情報保護法では、医療・介護関係事業者が個人情報を取り扱うに当たっては、利用目的を特定することとされています。医療・介護関係事業者は、本ガイダンスの別表2を参考として、通常必要な利用目的を特定することとされており、書類の種類ごとに利用目的を特定するものではありません。

Q 2-3 特定した利用目的は、院内掲示等により公表することで十分でしょうか。

A 2-3 特定した利用目的を院内掲示等により公表する場合には、単に公表しておくだけではなく、患者・利用者等が十分理解できるよう受付時に注意を促したり、必要に応じて受付後に改めて説明を行ったりするほか、患者・利用者等の希望があれば詳細な説明や当該内容を記載した書面の交付を行うなど、医療・介護関係事業者において個々の患者のニーズに適切に対応していくことが求められます（参照：ガイダンス p 21）。

Q 2-4 患者から、院内掲示した利用目的のうち、一部の利用目的には同意できないという申出がありました。これを理由として診療しない場合、医師法第19条の応招義務違反となるのでしょうか。

A 2-4 患者の個人情報の利用目的には、患者の診療に必要な事項や医療機関の経営改善に資する事項など様々な項目があります。このため、患者から利用目的の一部に同意しない旨の申出があった場合、医療機関はできるだけ患者の希望を尊重した対応をとることが望まれます。一方、医療機関が最善の取組を行

ったとしても当該利用目的を利用しなければ、診療に支障が生じることが想定される場合には、その状況について患者に十分に説明し、患者の判断によることとなります。

なお、医師の応招義務については、個別の事例に応じて判断が異なるものであり、これらの要件を総合的に勘案して判断されることとなります。

Q 2-5 本人から病歴等の要配慮個人情報を読み取る場合、別途、その取得について本人の同意をとらなければならないのでしょうか。

A 2-5 要配慮個人情報を取得する時は、原則としてあらかじめ本人の同意を得る必要があります。一方で、医療機関の受付等で診療を希望する患者は、傷病の回復等を目的としており、医療機関は患者の傷病の回復等を目的としてより適切な医療が提供できるように治療に取り組むとともに、その費用を公的医療保険に請求する必要性が生じます。良質で適正な医療の提供を受けるためには、また公的医療保険の扶助を受けるためには、医療機関等が患者の要配慮個人情報を含めた個人情報を取得することは不可欠です。

このため、例えば、患者が医療機関の受付等で、問診票に患者自身の身体状況や病状などを記載し、保険証とともに受診を申し出るとは、患者自身が自己の要配慮個人情報を含めた個人情報を医療機関等に取得されることを前提としていると考えられるため、医療機関等が要配慮個人情報を書面又は口頭等により本人から適正に直接取得する場合は、患者の当該行為をもって、当該医療機関等が当該情報を取得することについて本人の同意があったものと解されません。（参照：ガイドンス p 23）

Q 2-6 意識不明の患者が搬送された場合、付き添っていた家族から本人の病歴等を読み取ることはできますか。

A 2-6 要配慮個人情報を取得する場合は、原則として本人から同意を得なければなりません。個人情報保護法第17条第2項各号に定める場合は、本人の同意を得る必要はありません。急病その他の事態が生じたときに、患者が意識不明であれば、本人の同意を得ることは困難な場合に該当するため、本人の病歴等を医師や看護師などの医療従事者が家族から聴取する場合は、同法第17条第2項第2号に該当します。（参照：ガイドンス p 23）

なお、この場合、本人の意識が回復した後に、家族等から取得した情報の内

容とその相手について本人に説明することになります。（参照：ガイダンス p 14）

Q 2-7 患者の診療記録や調剤記録等を他の医療機関等から取得する場合、改めて本人から同意を得る必要がありますか。

A 2-7 医療機関等が要配慮個人情報に第三者提供の方法により取得した場合、提供元が個人情報保護法第17条第2項及び第23条第1項の規定に基づいて本人から必要な同意（要配慮個人情報の取得及び第三者提供に関する同意）を取得していることが前提となるため、提供を受けた当該医療機関等が、改めて本人から同法第17条第2項の規定に基づく同意を得る必要はないものと解されます。（参照：ガイダンス p 23）

Q 2-8 患者の診療記録等を他の医療機関等へ提供する場合、改めて本人から同意を得る必要がありますか。

A 2-8 他の医療機関等への情報の提供のうち、患者の傷病の回復等を含めた患者への医療の提供に必要であり、かつ、個人情報の利用目的として院内掲示等により明示されている場合は、原則として黙示による同意が得られているものと考えられます。なお、傷病の内容によっては、患者の傷病の回復等を目的とした場合であっても、個人データを第三者提供する場合は、あらかじめ本人の明確な同意を得るよう求められる場合も考えられ、その場合、医療機関等は、本人の意思に応じた対応を行う必要があります。（参照：ガイダンス p 34）

<安全管理措置、従業者の監督及び委託先の監督>

Q 3-1 適切な安全管理措置を行うためには、個人データに該当する文書等は鍵のかかる場所へ保管しなければならないのでしょうか。

A 3-1 個人データを含む書類の管理方法は、医療・介護関係事業者の規模や従業者の数などによって様々であると考えられ、すべての医療・介護関係事業者において、鍵のかかる場所への保管が義務づけられているわけではありません。

一方、当該事業者によっては、施錠だけではなく ICカードによる入室システム等の導入が必要と考えられる場合もあります。このため、医療・介護関係事業者において、自らの事業規模や現在の個人情報の取扱い方を踏まえ、個人データの種類に応じて、適切な管理方法を検討し、適切な安全管理措置を講ずる必要があります。

Q 3-2 個人情報をコンピュータに入力するに当たり、入力者の記録を保存しておく必要はあるでしょうか。

A 3-2 個人情報保護法令及び本ガイダンスにおいては、個人情報の入力者を記録しておくことは求めています。医療・介護関係事業者において、安全管理措置の一環として入力者の記録が必要と判断する場合には、当該記録を保存することも考えられます。

Q 3-3 ガイダンス p 29 に記載されている、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に基づき安全管理措置を行う際の留意点はあるでしょうか。

A 3-3 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」は、本ガイダンス（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いに関するガイダンス）と対になるものですが、個人情報保護は決して情報システムにかかわる対策だけで達成されるものではありません。したがって、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を使用する場合、情報システムの担当者であっても、本ガイダンスの内容を十分理解し、情報システムにかかわらない部分でも個人情報保護に関する対策が達成されていることを確認することが必要です。

Q 3-4 個人データが取り扱われる業務を委託する場合、委託先の事業者名や委託先の責任者の氏名等を公表すべきですか。

A 3-4 本ガイダンスでは、利用目的を院内掲示等により公表するに当たり、個人データの取扱いに係わる業務を委託している場合には、その旨を公表することを求めています（参照：ガイダンス別表2）。具体的には個別の事例に応じて対応が異なりますので、医療・介護関係事業者において検討した上で判断すべ

きですが、委託する業務の内容により、患者・利用者等の関心が高い分野については、委託先の事業者名をあわせて公表することも考えられます。

なお、委託先の事業者の担当者名、責任者名等については、当該本人の個人情報になりますので、それらを公表等する場合には、本人の同意を得るなどの対応も必要になります。

Q 3-5 現行の業者との委託契約には、個人情報の取扱いに関する項目が含まれていません。個人情報保護法の全面施行に当たり、現契約を解消して、新しい契約を締結し直す必要がありますか。

A 3-5 個人情報の取扱いに関する事項を含んだ内容で改めて契約する方法もありますが、現行の契約において、「業務の適正な執行を図る」といった類の規定がある場合には、その「適正な執行」の一環として個人情報の適切な取扱いが含まれることを確認し、具体的な取扱い等を明確化するために確認書など補足の取り決め文書を作成するなどの方法も可能と考えられます。

なお、今後、新規に契約を締結する場合には、個人情報の取扱いについて、より具体的な取り決めが行われることが望ましいと考えます。

Q 3-6 清掃業務等、個人データを直接取り扱わない業務を委託している場合は、委託契約書に個人情報の取扱いに関する事項を記載する必要はないと考えてよいですか。

A 3-6 医療・介護関係事業者の施設内には様々な個人情報があります。このため、通常は個人データを直接取り扱わない業務であっても、個人情報に接する可能性に配慮する必要があると考えます。

業務委託に当たり、委託契約書に個人情報の取扱いに関する事項をどのように記載するかについては、委託する業務の内容や当該事業者における個人情報の管理の現状などを勘案し、医療・介護関係事業者において適切な方法を検討した上で判断することが必要です。

また、契約書に記載すべき事項や具体的な記載内容についても、医療・介護関係事業者において委託先事業者とも相談しながら実効性のある適切な内容を定めることが望まれます。

Q3-7 医療・介護関係事業者において個人データが漏えいしてしまった場合の対応はどのようにすればよいでしょうか。

A3-7 医療・介護関係事業者において個人データの漏えい等の事故が発生した場合には、「個人データの漏えい等の事案が発生した場合等の対応について」（平成29年個人情報保護委員会告示第1号）に基づき、迅速かつ適切に対応する必要があります。

まず、事故を発見した者が事業者内の責任者等に速やかに報告するとともに、事業者内で事故の原因を調査し、影響範囲を特定して引き続き漏えい等が起きる可能性があれば、これ以上事故が起こらないよう至急対処する必要があります。また、関係する患者・利用者等に対して事故に関する説明を行うとともに、個人情報保護委員会（ただし、個人情報保護法第47条第1項に規定する認定個人情報保護団体の対象事業者である医療・介護関係事業者は、所属の認定個人情報保護団体）に報告する必要があります。さらに、このような漏えい等の事故が今後発生しないよう、再発防止策を講ずる必要があります。

Q3-8 委託先において個人データが漏えいしてしまった場合の対応はどのようにすればよいでしょうか。

A3-8 委託先において個人データの漏えい等の事故が発生した場合には、委託先から速やかに報告を受け、医療・介護関係事業者としても事業者内における事故発生時の対応と同様に、「個人データの漏えい等の事案が発生した場合等の対応について」（平成29年個人情報保護委員会告示第1号）に基づき、迅速かつ適切に対応することが必要です。このためには、業務を委託する際に、委託先において個人データの漏えい等の事故が発生した場合における委託先と医療・介護関係事業者との間の報告連絡体制を整備しておくことが必要です。

なお、医療・介護関係事業者としては、当該事故が発生した原因を調査した上で、必要に応じて委託先に対して改善を求める等の適切な措置を講ずることも必要です。

Q3-9 薬局において、処方せんの記載内容について疑義照会を行うために、処方せんを医療機関にファックスで送信しようとしたところ、誤って別の医療機関に送付してしまいましたが、どのように対処すればよろしいでしょうか。個人情報保護法が全面施行されることにより、処方せんをファックスで送

信することはできなくなるのでしょうか。

A 3-9 処方せんを交付した医師等に疑義照会を行うためにファクシミリで処方せんを送信することは、個人情報保護法や本ガイドランスで禁止されていません。個別の事例に応じて判断は異なりますが、誤送信が判明した場合には、まず、送信先に連絡して当該情報を廃棄してもらうなどの対応が必要と考えます。

Q 3-10 外来患者を氏名で呼び出したり、病室における入院患者の氏名を掲示したりする場合の留意点は何ですか。ナースステーション内における入院患者の氏名の掲示についてはどうですか。

A 3-10 患者の氏名は、個人を識別できる情報であり、「個人情報」に該当します。このため、患者から、他の患者に聞こえるような氏名による呼び出しをやめて欲しい旨の要望があった場合には、医療機関は、誠実に対応する必要があります。

一方、患者の氏名の呼び出しや掲示が、患者の取り違え防止や、入院患者にとっての自分の病室の確認、あるいは見舞いに来た人等の便宜に資する面もあります。また、自分の氏名等を別の患者等に聞かれることについて、どのように受け止めるかは、患者の考え方や年齢、通院・入院の原因となる傷病の種類等によって様々です。ナースステーション内の掲示についても、基本的な考え方は同じであり、看護を的確に実施していくために必要な氏名の掲示等が禁止されるわけではありません。ただし、看護職員からは見易く通路からは見えにくい位置に掲示することが可能であれば、そうした配慮も必要です。

こうしたことを踏まえ、医療機関では、患者本人の希望を踏まえ、個人情報の保護も含めた適切な医療を行うという観点に立って、対応可能な方法をとることが必要です。

Q 3-11 入院患者・入所者の知り合いと名乗る人が面会に見えたときに病室を教えることは問題となりませんか。

A 3-11 患者・利用者の氏名は、個人を識別できる情報であり、「個人情報」に該当します。このため、入院患者・入所者から、面会者等の外部からの問合せへの回答をやめて欲しい旨の要望があった場合には、医療・介護関係事

業者は、誠実に対応する必要があります。

例えば、入院患者・入所者から特段の申し出がない場合で、その人が入院・入所していることを前提に面会に見えていることが確認できるときに、院内の案内として教えることは問題とならないと思われませんが、入院・入所の有無を含めた問合せに答えることについては問題となる可能性があります。

また、医療・介護関係事業者における対応については、職員によって対応が異なることがないよう、統一的な取扱いを定めておくことも必要であり、本件については、あらかじめ、入院患者・入所者に対して面会の問合せに答えていいか確認しておくことが望ましいと考えます。

<個人データの第三者提供>

Q 4-1 患者・利用者の病状等をその家族等に説明する際に留意すべきことは何ですか。

A 4-1 医療機関等においては、患者への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うことは、患者への医療の提供のために通常必要な範囲の利用目的と考えられ、院内掲示等で公表し、患者から明示的に留保の意思表示がなければ、患者の黙示による同意があったものと考えられます。（参照：ガイドンス p 34）

医療・介護サービスを提供するに当たり、患者・利用者の病状等によっては、第三者である家族等に病状等の説明が必要な場合もあります。この場合、患者・利用者本人に対して、説明を行う対象者の範囲、説明の方法や時期等について、あらかじめ確認しておくなど、できる限り患者・利用者本人の意思に配慮する必要があります（参照：ガイドンス p 14）。

なお、本人の同意が得られない場合であっても、医師が、本人又は家族等の生命、身体又は財産の保護のために必要であると判断する場合であれば、家族等へ説明することは可能です（個人情報保護法第23条第1項第2号に該当）。

Q 4-2 傷病の種類によっては、本人に病名等を告知する前に家族に相談する場合がありますが、どのような配慮が必要ですか。

A 4-2 診療録等に記載された患者の診断結果等については、患者の個人デ

一タですので、当該情報を第三者（家族も含みます）に提供する場合、原則として本人の同意が必要です。ただし、人の生命等の保護のために必要がある場合で、本人の同意を得ることが困難であるときには、本人の同意を得ずに第三者提供が可能です。このため、症状や予後、治療経過等について患者に対して十分な説明をしたとしても、患者本人に重大な心理的影響を与え、その後の治療効果等に悪影響を及ぼす場合等で、医師が必要と認めるときには、本人に説明する前に（本人の同意なく）家族へ説明することが可能です。

ただし、この場合、法の基本的な考え方である自己情報コントロール権の例外となるので、慎重な判断が求められます。このことを踏まえ、本ガイダンスでは、本人から診療情報等（保有個人データ）の開示の請求に対して、開示しないと判断する場合には、院内に設置する検討委員会等において開示の可否を検討することを求めています（参照：ガイダンス p 60）。

なお、患者・利用者本人から、病状等の説明を行う対象者の範囲、説明の方法や時期等についての要望があった場合は、できる限り患者・利用者本人の意思に配慮する必要があります。

Q 4-3 未成年の患者から、妊娠、薬物の乱用、自殺未遂等に関して親に秘密にしてほしい旨の依頼があった場合、医師は親に説明してはいけないのですか。逆に、親から問われた場合に、未成年の患者との信頼関係を重視して、親に情報を告げないことは可能ですか。

A 4-3 患者本人が、家族等へ病状等の説明をしないよう求められた場合であっても、医師が、本人又は家族等の生命、身体又は財産の保護のために必要であると判断する場合であれば、（第三者である）家族等へ説明することは可能です（個人情報保護法第23条第1項第2号に該当）。

一方で、未成年だから何でも親が代理できるわけでもありません。親が、法定代理人だといって子供の個人情報の開示を請求してきても、開示についての代理権が与えられているか、本人（子供）に確認する必要があります（参照：ガイダンス p 55）。したがって、親に問われても告げない選択も医師には可能です。

具体的には、個々の事例に応じて判断が異なるものですが、患者の状態などを踏まえ、これまでどおり、親に告げるも告げないも、医師が判断して対応することになります。

Q 4-4 弁護士会から過去に診療を行った患者に関する照会があった場合、本人の同意を得ずに回答してよいのでしょうか。

A 4-4 弁護士は、弁護士法第23条の2に基づき、受任している事件に関して、所属する弁護士会を通して公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができます。したがって、弁護士会への回答に当たっては、「法令に基づく場合」に相当するため、本人の同意を得ずに個人データの第三者提供を行うことができます。ただし、回答するか否かについては個別の事例ごとに判断する必要があります。

Q 4-5 薬剤師が、調剤した薬剤に関して患者の家族に情報提供を行う場合、本人の同意を得なくても情報提供できるのでしょうか。

A 4-5 薬剤師法では、患者又は現に看護に当たっている者に対して調剤した薬剤に関する情報提供を行うことが義務づけられていますので、その範囲であれば、第三者提供の例外規定のうち「法令に基づく場合」として（個人情報保護法第23条第1項第1号）、本人の同意を得ることなく情報提供が可能です。

Q 4-6 民間保険会社等から医療機関に対して、患者の治療結果等に関する照会があった際、民間保険会社等が患者本人から取得した「同意書」を提示した場合は、回答に当たり、本人の同意が得られていると判断して良いのでしょうか。

A 4-6 個人データの第三者提供に当たっては、個人データを保有し、第三者提供を行う個人情報取扱事業者である医療機関が、本人の同意を得る必要があります。このため、民間保険会社から照会があった際に、本人の「同意書」を提出した場合であっても、医療機関は、当該同意書の内容について本人の意思を確認する必要があります。

これは、本人が、同意書に署名する際に提供して良いと考えていたものの、その後、考えが変わっている場合もあり得るからです。このため、医療機関が民間保険会社に第三者提供を行う際に、提供する個人データの範囲（いつからいつまでの時期の情報を提供するのか、診療録の要約等を作成するのか、検査結果のデータも提供するのか、など）や、どのような形態で提供するかなどについて、具体的に説明し本人の意思を確認する必要があると考えます。

なお、開示の請求を行い得る代理人として、当該患者の保有個人データの開示の請求があった場合の取扱いについては、本ガイダンス60ページの、本人の意思の確認に関する記載を参照してください。

Q4-7 医療機関と薬局の間で患者の薬剤服用歴などの情報交換を行う場合も、ガイダンスに記載された条件を満たせば、患者の黙示による同意が得られていると考えてよろしいのでしょうか。

A4-7 医療機関と薬局間における薬剤服用歴などの情報交換は、患者へ医療を提供する上で通常行われることと考えられます。当該事例は、本ガイダンスp34の「他の医療機関等との連携を図ること」や「他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること」に該当しますので、これらの利用目的を掲示して、患者から明示的に留保の意思表示がなければ、患者の黙示による同意があったものとして取り扱うことは可能です。

Q4-8 ガイダンスp36の「当該事業者の職員を対象とした研修での利用」の場合、既に利用目的として研修に使用することが院内掲示等により公表していれば、あらためて本人の同意を得る必要はないと考えて良いのでしょうか。

A4-8 医療・介護関係事業者内部の利用であり、利用目的が既に公表されていれば、あらためて本人の同意を得る必要はありません。ただし、公表された利用目的の範囲内であっても、できる限り氏名等を消去するなど、必要最小限の利用とすることが望ましいです。

Q4-9 医療機関の職員を対象とした症例研究会（職員の知識や技能の向上を目的とするもの）を実施する際、当該医療機関以外の施設の職員から参加希望がありました。既に、利用目的として「院内で行う症例研究会への利用」を公表していますが、この場合は、症例研究会で利用する症例の患者から第三者提供の同意を得る必要があるのでしょうか。

A4-9 医療・介護関係事業者の職員以外の者が症例研究会に参加する場合には、当該研究会で利用する患者の個人情報「第三者提供」することになるた

め、あらかじめ患者本人から同意を得る必要があります。

なお、患者に係る識別可能な情報（他の情報と容易に照合することができ、それにより特定の個人を識別することができることとなるものを含む。）を消去し、個人を識別できない状態で利用するのであれば「個人情報」に該当しないことから、本人の同意を得ることなく症例研究に利用することができます。

Q 4－10 病診連携の一環として、紹介を受けた患者の診療情報、検査結果、所見等を紹介元医療機関に対して情報提供を行っていますが、実施に当たっての留意点は何ですか。

A 4－10 紹介元医療機関に対する患者への医療の提供のために必要な情報提供は、「他の医療機関等との連携を図ること」に該当し、本ガイダンス34ページに示す院内掲示を行っている場合には、本人の黙示による同意が得られているものと考えます（当該内容の利用目的を院内掲示していない場合には本人の同意を得ることが必要です）。

なお、情報提供の方法は、書類の郵送、電子ディスクの郵送、通信回線による電子送信等、様々な方法が考えられますが、いずれの場合でも安全管理措置の徹底が必要です。

Q 4－11 医薬品の副作用発生時における行政機関への報告や、製薬企業が実施する医薬品の製造販売後調査に協力する際の製薬企業への情報提供に当たっては、患者の情報をどの程度記載できるのででしょうか。

A 4－11 行政機関への副作用報告や、製薬企業が行う医薬品の適正使用のために必要な情報収集への協力については、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく義務等となっていますので、医療機関等では、「法令に基づく場合」として、本人の同意を得ずに第三者提供を行うことが可能です。

行政機関への副作用報告に当たっては、報告様式（「医薬品安全性情報報告書」等）に従って記載してください。

また、製薬企業が行う製造販売後調査についても製薬企業が定める様式に従って情報提供してください。通常、製薬企業では、患者の氏名の報告を不要とするなど、特定の個人を識別できない形での情報提供を求めていることから、このような場合には、必要とされていない情報まで提供することがないよう留意し

てください。

Q 4-12 学校医として生徒の健康診断を行った場合、診断結果を学校に提出することは第三者提供に該当するのでしょうか。

A 4-12 学校医は、学校保健安全法に基づき各学校（学校教育法第1条に定める学校）に置かれ、学校の職員として健康診断を行うこととなります。このため、学校に診断結果を提出することは事業者内での利用であり、第三者提供には該当しません。

なお、専修学校については、生徒に健康診断を行う必要があり、学校医に相当する医師を置くことが望ましいとされていますが、必ず置かれているわけではありません。このため、専修学校で学校医に相当する医師がおかれていない場合は、外部の医療機関に健康診断を委託することとなります。この場合、委託を受けた医療機関が専修学校に診断結果を提出することについては、本ガイダンス p 35 の③と同様に、生徒の黙示的な同意が得られているものと考えられます。

Q 4-13 がん検診の2次検診機関として患者の精密検査を行った場合、1次検診機関から、精密検査結果の提供を求められることがあります。患者の精密検査結果を提供する場合には、患者の同意を得る必要があるのでしょうか。

A 4-13 がん検診については、がん検診全体の精度管理のために、1次検診機関においては、必要に応じ、精密検査の結果等を記録することとされており、2次検診機関は、1次検診機関から、患者の精密検査結果を提供するよう依頼を受けることがあります。

その際に、2次検診機関において、患者に対し、1次検診機関に精密検査結果を提供する旨の同意を得ることは、その性質上、患者の強い不安を招きやすく、また、同意が得られた患者のみ精密検査結果を提供することはがん検診全体の制度管理に影響を与えることが考えられます。

このため、がん検診の精度管理のために、2次検診機関が、1次検診機関に患者の精密検査結果を提供することは、個人情報保護法第23条第1項第3号（公衆衛生の向上のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき）に該当し、あらかじめ患者の同意を得る必要はありません。

Q 4-14 介護保険施設の入所者が、他の介護保険施設に移動する際に、移動先の施設の求めに応じて入所者の個人情報の提供を行う場合は、本人の同意は必要なのでしょうか。

A 4-14 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設及び介護療養型医療施設については、「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準」などそれぞれの指定基準において、「居宅介護支援事業者等に対して、入所者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により入所者の同意を得ておかなければならない。」とされています。（例：指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準第30条第3項）

このため、移動先の施設から、利用者の心身の状況等の個人情報を求められた場合については、指定基準に基づいて、あらかじめ文書により入所者の同意を得る必要があります。

Q 4-15 ホームページや機関誌に、行事などにおける利用者の写真を掲載する場合、本人の同意を得る必要はありますか。また、介護保険施設内に写真を展示する場合はどうでしょうか。

A 4-15 写真についても、個人を識別できるものであれば個人情報に当たります。したがって、ホームページや機関誌への掲載、施設内への展示等を通じ、当該写真を第三者の閲覧に供するに際しては、本人の同意を得る必要があります。

Q 4-16 高齢者虐待事例の解決に当たって、担当ケアマネジャーなどの関係機関に高齢者の個人情報を提供する場合、高齢者本人の同意を得ることが難しいケースがありますが、高齢者本人の同意が得られないと情報提供はできないのでしょうか。

A 4-16 高齢者虐待については、市町村、担当ケアマネジャーや介護サービス事業者が十分に連携して解決に当たることが必要です。事案によっては高齢者本人の同意を得ることが困難なケースが考えられますが、高齢者本人の生命、身体、財産の保護のために必要である場合は、個人情報保護法第23条第1項第2号（人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき）に該当するものとして、高齢者本人の同意が

得られなくても、関係機関に情報提供を行うことが可能です。

Q 4-17 大規模災害や事故等で、意識不明で身元の確認できない多数の患者が複数の医療機関に分散して搬送されている場合に、患者の家族又は関係者と称する人から、患者が搬送されているかという電話での問合せがありました。相手が家族等であるか十分に確認できないのですが、患者の存否情報を回答してもよいでしょうか。

A 4-17 患者が意識不明であれば、本人の同意を得ることは困難な場合に該当します。また、個人情報保護法第23条第1項第2号の「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合」の「人」には、患者本人だけではなく、第三者である患者の家族や職場の人等も含まれます。

このため、このような場合は、第三者提供の例外に該当し、本人の同意を得ずに存否情報等を回答することができ得ると考えられるので、災害の規模等を勘案して、本人の安否を家族等の関係者に迅速に伝えることによる本人や家族等の安心や生命、身体又は財産の保護等に資するような情報提供を行うべきと考えます。

なお、「本人の同意を得ることが困難な場合」については、本人が意識不明である場合等のほか、医療機関としての通常の体制と比較して、非常に多数の傷病者が一時に搬送され、家族等からの問合せに迅速に対応するためには、本人の同意を得るための作業を行うことが著しく不合理と考えられる場合も含まれるものと考えます。

Q 4-18 上記の状況で、患者の家族等である可能性のある電話の相手から、患者の容態等についての問合せがあれば、どの範囲まで回答すべきでしょうか。

A 4-18 電話による問合せで、相手と患者との関係が十分に確認できない場合には、存否情報やけがの程度等の情報提供に限定することも考えられますし、相手が患者の特徴を具体的に説明できるなど相手が患者の家族等であると確認できる場合には、より詳細な情報提供を行うことも可能と考えます。(参照：ガイダンス p 14)

Q 4-19 上記の方法により連絡のついた家族等から、意識不明である患者の既往歴、治療歴等を聴取することは問題ありませんか。

A 4-19 治療のために必要な既往歴、治療歴等の情報を家族から取得することは、個人情報の適正な取得であり、問題ありません。この場合、本人の意識が回復した後に、家族等から取得した情報の内容とその相手について本人に説明することになります。（参照：ガイダンス p 14）

Q 4-20 Q 4-17のような状況において、報道機関や地方公共団体等から身元不明の患者に関する問合せがあった場合、当該患者の情報を提供することはできますか。

A 4-20 報道機関や地方公共団体等を経由して、身元不明の患者に関する情報が広く提供されることにより、家族等がより早く患者を探しあてることが可能になると判断できる場合には、A 4-17のように「人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき」に該当するので、医療機関は、存否確認に必要な範囲で、意識不明である患者の同意を得ることなく患者の情報を提供することが可能と考えられます。具体的な対応については、個々の事例に応じて医療機関が判断する必要があります。

Q 4-21 病院に勤務している医師が退職し診療所を開業することになり、当該医師から、開業の挨拶をしたいので自分が診察を行っている患者の氏名や住所を教えてほしいと言われました。当該医師に患者の氏名等を提供して良いでしょうか。

A 4-21 診療録等に記載された情報は、個人情報取扱事業者である病院が管理しているものであり、これを退職した医師に提供することは、個人データの（事業者である病院から医師個人に対する）第三者提供に該当します。したがって、医師に氏名、住所等を提供する場合には、あらかじめ患者本人の同意を得る必要があります。同意を得た範囲の患者の個人データについては、医師に提供することは可能です。

なお、引き続き当該医師の診療を希望する患者の利便を図るため、病院から、医師の退職時期、新しく着任する医師の紹介、当該医師の受診継続を希望

する場合の連絡先等を連絡することは、患者の診療の継続に資するものと考えられます。このため、病院が医師に患者の個人データを提供するのではなく、病院が直接患者に対して、退職医師の診療所開業についての情報提供を行うことは可能です。このような情報提供を行う場合には、①病院の業務として行うこと、②連絡した内容が第三者にわからないよう封書等を利用すること（家族等への情報提供の範囲などに条件を付している患者については特に配慮すること）、等の配慮が必要と考えます。

Q 4-22 市役所から、介護保険の手続きのため、主治医の診断書の提出を求められました。患者の同意を得ずに、診断書を提出して良いのでしょうか。

A 4-22 介護保険法第27条第6項において、市町村は、要介護認定の申請書が提出されたときは、当該申請に係る被保険者の主治の医師に対し、当該被保険者の身体上又は精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等につき意見を求めるものとされています。このため、個人情報保護法第23条第1項第1号に定める第三者提供の制限の例外である「法令に基づく場合」に該当するので、本人の同意を得ずに市役所へ診断書の提出を行うことができます。

Q 4-23 学校で怪我をした生徒に担任の教師が付き添って来ました。ガイドランス32ページには、「学校からの照会には回答してはならない」とありますが、保護者の同意書等がなければ担任の教師に怪我の状態などを説明してはいけないのでしょうか。

A 4-23 個人情報保護法では、「あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない」とされており、怪我の症状を担任の教師に説明することは、第三者提供に該当します。

質問のケースにあてはめると、「本人」というのは生徒のことであり、保護者ではありません。（保護者は未成年である子供の代理人にはなりません。）そして、質問のケースについては、本ガイドランス32ページにおいて、保険会社や職場からの照会と並べて記述している「学校からの照会」一般の回答ではなく、同35ページに掲載している、「本人の同意が得られていると考えられる場合」の一例である「家族等への病状説明」の記述が参考になります。

すなわち、生徒が付き添ってきた教師の同席を拒まないのであれば、生徒本人と担任の教師を同席させて怪我の状態や治療の進め方等について説明を行うこ

とができると考えます。

同席して説明を受けなかった場合に、後から担任の教師が医療機関に問い合わせるのは、「学校からの照会」一般の考え方に戻りますので、本人の同意がなければ回答してはならないこととなります。

ただし、怪我の原因となった事故の再発防止や、再発した際の応急処置等に有効であり、学校側に必要な情報を伝えておくべきと医師が判断できる場合は、「人の生命、身体の保護のために必要がある場合」に該当し、仮に当該生徒本人の同意が得られない場合であっても、必要な範囲で担任の教師に情報提供できると考えます。

Q 4 - 2 4 警察や検察等捜査機関からの照会や事情聴取に関して、「第三者提供の制限の例外」に該当する場合には、どのようなものがあるのでしょうか。

A 4 - 2 4 警察や検察等の捜査機関の行う刑事訴訟法第197条第2項に基づく照会（同法第507条に基づく照会も同様）は、相手方に報告すべき義務を課すものと解されている上、警察や検察等の捜査機関の行う任意捜査も、これへの協力は任意であるものの、法令上の具体的な根拠に基づいて行われるものであり、いずれも第三者提供の制限の例外である個人情報保護法第23条第1項第1号の「法令に基づく場合」に該当すると解されています。

また、個別の犯罪捜査以外でも、例えば、災害発生時等に警察が負傷者の住所、氏名や傷の程度等を照会する場合等公共の安全と秩序の維持の観点から照会する場合は、同法第23条第1項第4号の「国の機関が法令で定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合」で、「本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき」に該当すると考えられます。

Q 4 - 2 5 警察や検察等捜査機関から患者の状況について照会や事情聴取があった場合、患者本人の同意を得ずに回答できるのでしょうか。個人情報保護法の施行を機に警察等からの照会等に対する取扱いを変えた方がいいですか。

A 4 - 2 5 警察や検察等捜査機関からの照会や事情聴取は、個人情報保護法第23条第1項第1号の「法令に基づく場合」に該当し、患者本人の同意を得ずに回答しても同法違反とはなりません。また、災害発生時等における照会については同法第23条第1項第4号に該当すると考えられることから、これら

に関する取扱いを変更する必要はなく、従来どおりの対応が可能と考えます。

なお、上記照会や事情聴取により求められた患者の状況その他の医療情報を患者本人の同意なく提供することが民法上の不法行為を構成することは、通常は考えにくいと思われます。もっとも、求められた情報以外の情報を提供した場合には、損害賠償を請求されるおそれも否定できません。照会や事情聴取に応じ警察や検察等捜査機関に対し個人情報を提供する場合には、当該情報提供を求めた捜査官の役職、氏名を確認するとともに、その求めに応じ提供したことを後日説明できるようにしておくことが必要と思われます。

Q 4-26 警察等から、警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律第4条第3項の規定に基づき、死者の生前の診療情報等の提供の依頼があった場合、遺族の同意を得ずに回答できるのでしょうか。

A 4-26 死者に関する情報は、個人情報保護法に規定する「個人情報」には該当しませんが、遺族等の生存する個人に関する情報でもある場合は当該生存する個人に関する情報となるため、個人情報保護法等を踏まえた取扱いが必要です。また、本ガイドランスでは、「患者・利用者が死亡した後においても、医療・介護関係事業者等が当該患者・利用者の情報を保存している場合には、漏えい、滅失又はき損等の防止のため、個人情報と同等の安全管理措置を講ずるものとする」と規定しております。

しかし、警察等が取り扱う死体の死因又は身元の調査等に関する法律第4条第3項の規定に基づく警察署長からの死者の診療情報等に関する情報提供の依頼は、個人情報保護法第23条第1項第1号の「法令に基づく場合」に該当するため、遺族の同意がなくとも、その情報を提供することが可能です。

Q 4-27 医療機関の廃止等の理由により、別の医療機関が業務を承継することになりましたが、診療録等の個人データを提供する際に、患者の同意が必要なのでしょうか。

A 4-27 本件のような場合は、「合併その他の事由による事業の承継に伴って個人データが提供される場合」（個人情報保護法第23条第5項第2号）であり、承継先の医療機関は第三者に該当しないので、患者の同意がなくても提供可能です。

Q 4-28 医療法第6条の6第1項の規定に基づく麻酔科標榜許可に係る申請を行おうとしている医師から、過去に実施した麻酔記録や手術記録の書類の提供を求められましたが、対象となった患者の同意を得た上で提供する必要がありますのでしょうか。

A 4-28 麻酔科標榜許可に係る申請では、申請する医師に対して麻酔記録や手術記録の提出を求めています（医療法施行規則第1条の10第3項）、申請書の提出に当たって必要な場合には、当該医師が現に勤務し、又は過去に勤務していた医療機関に対し、これらの書類の提出を求めることができるとされており（同条第6項）、この場合、個人情報保護法第23条第1項第1号の「法令に基づく場合」に該当しますので、患者の同意を得なくても提供可能です。

なお、麻酔記録や手術記録には「患者に関する情報」が記載されている必要がありますが、当該情報は、患者の氏名のほか、患者の登録番号等、医療機関において識別することのできる情報を指します。

Q 4-29 生活保護法に基づき行われる、指定医療機関による都道府県・市町村への被保護者に係る病状調査とはどのようなものですか。また、本人の同意を得なくても、回答することは可能でしょうか。

A 4-29 福祉事務所が指定医療機関に対し、現に生活保護を受給している者について、その

- ・稼働能力の有無や程度の判定
- ・医療扶助等生活保護費の給付の必要性や程度の判定

等、生活保護の決定・実施及び自立の助長・指導のために必要な医学的所見を求める調査のことをいいます。

この病状調査は、生活保護法第50条及び指定医療機関医療担当規程第7条に基づくものであり、指定医療機関はこれに応じる義務があるものであって、第三者提供の例外規定のうち「法令に基づく場合」に該当するので（個人情報保護法第23条第1項第1号）、医療機関は本人の同意を得ずに当該調査に対して回答することが可能です。

Q 4-30 自殺未遂者が救命救急センターに搬送された際、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ等のため、救命救急センターから関係機関等へ自殺未遂者の個

人情報を提供して良いでしょうか。

A 4-30 本人の同意があれば、関係機関等へ情報提供して差し支えありませんが、本人の同意がない場合であっても、再度自殺をする蓋然性が極めて高いなど生命の保護のために必要であって、本人の同意を得ることが困難である場合（本人に同意を求めても同意しない場合、本人に同意を求めること自体が困難な場合など）には、関係機関等へ情報提供しても差し支えありません。ただし、必要とされる情報の範囲に限って提供しなければなりません。（参照：ガイダンスp 43～51）

Q 4-31 診療情報等の個人データの保存を外国の事業者へ委託することはできますか。

A 4-31 診療情報の外部保存を行う場合には、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」（平成17年3月31日医政発第0331009号・薬食発第0331020号・保発0331005号）によることとされています。

当該ガイドラインにおいては、経済産業省が定めた「医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン」及び総務省が定めた「ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」に準拠することが定められており、それぞれ「扱う情報として、法令により作成や保存が定められている文書を含む場合には、医療情報システム及び医療情報が国内法の執行が及ぶ範囲にあることを確実にすることが必要である」、「ASP・SaaSサービスの提供に用いるアプリケーション、プラットフォーム、サーバ・ストレージなどは国内法の適用が及ぶ場所に設置すること」とされています。

Q 4-32 医療・介護関係事業者において、確認・記録義務が適用されないのは、どのような場合でしょうか。

A 4-32 個人データの第三者提供について適正な取扱いが確保されるよう、個人データを第三者提供する場合及び第三者から個人データを受領した場合には、一定事項を確認・記録する必要があります。

ただし、国、地方公共団体、独立行政法人等へ提供する場合（個人情報保護法第2条第5項各号に該当）、法令に基づいて個人データを提供する場合（同

法第23条第1項1号に該当)、検体検査業務の委託その他の業務委託の場合(同法第23条第5項第1号に該当)、他の医療機関、介護サービス事業者等と連携する場合(本人に代わって提供)、家族等へ病状説明を行う場合(本人と一体と評価できる関係にある者に提供)などの場合については、確認・記録義務が適用されないこととなっています。

<本人からの請求による保有個人情報の開示>

Q5-1 診療録には、患者について客観的な検査をしたデータもあれば、それに対して医師が行った判断や評価も書かれています。つまり、診療録は、当該診療録を作成した医師の側からみると、自分が行った判断や評価を書いているので、医師の個人情報とも言うことができるのではないですか。

A5-1 診療録等に記載されている情報の中には、患者と医師等双方の個人情報という二面性を持っている部分があります。しかし、そもそも診療録全体が患者の保有個人情報であることから、患者本人から開示の請求がある場合に、その二面性があることを理由に、診療録の全部又は一部を開示しないことはできません。(参照：ガイダンスp55)

Q5-2 患者・利用者の代理人から、患者・利用者本人の委任状を提出の上、保有個人情報の開示の請求があった場合は、本人の意思が明らかであると見なしてよいのでしょうか。

A5-2 個人情報保護法及び政令においては、法定代理人や本人が委任した代理人が開示等の請求をすることができるかとされています。本ガイダンスでは、このような代理人による開示等の請求があった場合について、当該代理人の請求が本人の意思によるものであるか慎重に確認することを求めています。

このため、本人の委任状が提出された場合であっても、開示の請求を行った者及び開示する保有個人情報の範囲等について、本人の意思を確認する必要があります(参照：ガイダンスp60)。

Q5-3 保有個人情報の開示に当たっては、どのような方法で開示すべきでしょうか。

A 5－3 開示の方法は、書面の交付又は請求を行った者が同意した方法によることとされていますので、書面によるほか、開示の請求を行った方と相談した上で、開示の方法を定めることも可能です。

なお、「診療情報の提供等に関する指針」では、診療記録の開示の際、患者等が補足的な説明を求めたときは、医療従事者等はできる限り速やかにこれに応じなければならず、この場合にあつては、担当の医師等が説明を行うことが望ましいとされています。

<開示等の請求に応じる手続及び手数料>

Q 6－1 保有個人データの開示にあたり、費用として請求出来る妥当な金額はいくらでしょうか。

A 6－1 個人情報保護法では、実費を勘案して合理的と認められる範囲内であれば手数料を徴収できることとされています。具体的な金額は、個別の事例に応じて判断が異なるものと考えます。

ソーシャルワーク実習Ⅰ 実習指導者配置計画

	施設名及び 施設種別	実習指導者名	相談業務 経験年数	社会福祉士資格 登録年月	実習指導者講習会 修了年月
1	ノテとよひらの里				
	特別養護老人ホーム				
2	ノテ幸栄の里				
	特別養護老人ホーム				
3	ノテ新さつぼろの里				
	特別養護老人ホーム				
4	西田山敬樹園				
	特別養護老人ホーム				
5	緑愛園				
	特別養護老人ホーム				
6	神愛園清田				
	特別養護老人ホーム				
7	慈啓会特別養護老人ホーム				
	特別養護老人ホーム				
8	特別養護老人ホーム 和幸園				
	特別養護老人ホーム				
9	新篠津福祉園				
	特別養護老人ホーム				
10	芦別慈恵園				
	特別養護老人ホーム				
11	誠徳園				
	特別養護老人ホーム				
12	未広たいせつの郷				
	特別養護老人ホーム				
13	美瑛慈光園				
	特別養護老人ホーム				
14	特別養護老人ホーム 聖芳園				
	特別養護老人ホーム				
15	北広島リハビリセンター特養部 四恩園				
	特別養護老人ホーム				
16	ノテげんきのでる里				
	介護老人保健施設				
17	北広島市にし高齢者支援センター				
	地域包括支援センター				
18	帯広けいせい苑				
	地域包括支援センター				
19	江別盲人養護老人ホーム恵明園				
	盲人養護老人ホーム				
20	札幌育児園				
	児童養護施設				
21	コンチェルト				
	児童デイサービス				
22	ペンガアート				
	放課後等デイサービス				
23	放課後等デイサービスなえぼん				
	放課後等デイサービス				
24	つくしんぼ学級				
	児童発達支援センター				
25	グリーンホーム厚別				
	障害者支援施設				
26	北愛館				
	障害福祉サービス事業所				
27	福祉村				
	重度身体障害者施設				
28	柏の実学園				
	障害者支援施設				
29	北海道社会福祉協議会				
	社会福祉協議会				
30	旭川市社会福祉協議会				
	社会福祉協議会				
31	千歳市社会福祉協議会				
	社会福祉協議会				
32	恵庭市社会福祉協議会				
	社会福祉協議会				

33	北海道社会事業協会 帯広病院				
	病院				
34	札幌朗愛会病院				
	病院				
35	札幌麻生脳神経外科病院				
	病院				
36	小野寺社会福祉総合事務所				
	独立型社会福祉士事務所				
37	東明寮				
	救護施設				
38	藤崎町社会福祉協議会				
	社会福祉協議会				
39	国見苑				
	特別養護老人ホーム				
40	宮城県船形の郷				
	障害者支援施設				
41	向陽園				
	障害者支援施設				
42	エコファームもとさわ				
	就労継続支援A型				
43	つばめ福寿園				
	特別養護老人ホーム				
44	うらやす和楽苑				
	特別養護老人ホーム				
45	至誠ホームアウリンコ				
	特別養護老人ホーム				
46	弘済園				
	特別養護老人ホーム				
47	北区立桐ヶ丘やまぶき荘地域包括支援センター				
	地域包括支援センター				
48	調布市地域包括支援センターちょうふの里				
	地域包括支援センター				
49	東京家庭学校				
	児童養護施設				
50	サニーヒル横浜				
	特別養護老人ホーム				
51	シルバータウン相模原特別養護老人ホーム				
	特別養護老人ホーム				
52	聖隷厚生園 信生寮				
	障害者支援施設				
53	聖隷厚生園 讃栄寮				
	救護施設				
54	湖西総合在宅サービスセンターほろん				
	多機能型障害者支援事業所				
55	大阪老人ホーム				
	特別養護老人ホーム				
56	大阪老人ホームうえだ				
	特別養護老人ホーム				
57	向日葵				
	特別養護老人ホーム				
58	よなご幸朋苑				
	特別養護老人ホーム				
59	特別養護老人ホーム 奈多創生園				
	特別養護老人ホーム				
60	白寿園				
	特別養護老人ホーム				
61	只狩荘				
	特別養護老人ホーム				
62	青山荘				
	特別養護老人ホーム				
63	さざんか園				
	地域密着型特別養護老人ホーム				
64	障害児相談支援事業所 虹の家				
	指定相談支援事業所				

ソーシャルワーク実習Ⅱ 実習施設及び実習指導者一覧（医療機関） 20施設

	病院名及び 病院種別	法人名称	設 置 年月日	住 所	入所 定員	受入可 能人数	実習指導者名
1	札幌トロイカ病院 精神科病院	社会医療法人共栄会	昭和58年4月1日	北海道札幌市白石区川下 577番地8	419	1	
2	さっぽろ香雪病院 精神科病院	医療法人社団五風会	平成2年2月1日	北海道札幌市清田区真栄 319番地	450	1	
3	林下病院 精神科病院	医療法人社団林下病院	昭和42年10月1日	北海道札幌市南区澄川四条 5-9-38	145	1	
4	桑園病院 精神科病院	医療法人社団 健心会	昭和34年10月30日	北海道札幌市中央区 北12条西15丁目1番30号	156	5	
5	北見赤十字病院 精神科病院	特殊法人北見赤十字病院	昭和10年11月10日	北海道北見市北6条東2丁目 1番地	40	1	
6	玉越病院 精神科病院	医療法人社団 拓美会	昭和60年12月1日	北海道北見市光西町195	110	5	
7	心療内科あおぞらクリニック 診療所	医療法人 心和会	平成21年8月10日	北海道美唄市西2条南2丁目 4番20号	—	1	
8	千歳病院 病院	医療法人 資生会	昭和53年11月1日	北海道千歳市桂木1丁目5番 6号	180	4	
9	苫小牧緑ヶ丘病院 精神科病院	医療法人大島記念会	平成5年5月1日	北海道苫小牧市清水町1- 5-7	111	1	
10	三愛病院 精神科病院	医療法人社団千寿会	昭和40年11月15日	北海道登別市中登別町24番 地12	534	5	
11	なるかわ病院 精神科病院	医療法人社団立青会	平成17年4月1日	北海道亀田郡七飯町鳴川4 丁目325番地1	396	5	
12	五稜郭メンタルクリニック 診療所	医療法人社団五稜郭メン タルクリニック	平成12年5月15日	北海道函館市杉並町23-15	—	5	
13	芙蓉会病院 精神科病院	医療法人 芙蓉会	平成14年7月1日	青森県青森市大字雲谷山 吹93番地の1	354	5	
14	弘前愛成会病院 精神科病院	一般財団法人 愛成会	昭和28年11月1日	青森県弘前市北園1丁目6-2	328	2	
15	青森県立つくしが丘病院 精神科病院	青森県	昭和51年6月1日	青森県青森市大字三内字沢 部353番地92	230	1	
16	川崎こころ病院 精神科病院	医療法人 仁泉会	平成21年6月1日	宮城県柴田郡川崎町大字川 内字北川原山72	180	5	
17	日立梅ヶ丘病院 精神科病院	医療法人 圭愛会	昭和46年4月1日	茨城県日立市大久保町 2409-3	282	8	
18	周愛巢鴨クリニック 診療所	医療法人社団 利田会	平成20年12月24日	東京都北区上中里3-6-13	—	2	
19	杉田病院 精神科病院	医療法人 同心会	昭和36年4月1日	愛知県名古屋市中千種区星が 丘元町16番20号	208	1	
20	浅香山病院 精神科病院	公益財団法人浅香山病院	大正11年11月23日	大阪府堺市堺区今池町3丁3 番16号	1003	1	

合計 受入可能人数

60

ソーシャルワーク実習Ⅱ 実習施設及び実習指導者一覧（施設・事業所） 22施設

	作業所等名称及び種別	法人名称	設置年月日	住所	入所定員	受入可能人数	実習指導者名
1	りあん 就労継続支援B型	NPO法人 オペア	平成22年11月1日	北海道札幌市白石区南郷通 12丁目南6-20サンケンビル 南郷203号	40	3	
2	ホワイトストーン 就労移行支援	NPO法人 コミュニティ楽創	平成30年4月1日	北海道札幌市白石区南郷通 6丁目北4-1	20	2	
3	リワークあつぷる 就労移行支援	社会福祉法人 みなみ会	平成19年4月1日	北海道札幌市豊平区中の島 2条1丁目2-26ハウスオブリ ザ中の島Ⅱ	20	1	
4	ここリカ・プロダクション 就労継続支援B型	公益財団法人 北海道精神保健推進協会	平成26年6月16日	北海道札幌市白石区平和通 15丁目北13-18	14	2	
5	南空知地域生活支援センターりら 特定相談支援事業	NPO法人 ミナミナの会	平成21年4月1日	北海道岩見沢市緑が丘4丁 目183番地4カレッジハウ ス	—	5	
6	若草友の会共同作業所 就労継続支援	NPO法人 若草友の会共同作業所	昭和61年2月1日	北海道滝川市大町1丁目7番 21号	20	5	
7	ハート釧路 地域活動支援センター	社会福祉法人 釧路恵愛協会	平成13年10月1日	北海道釧路市白金町2番14 号	—	1	
8	帯広生活支援センター 地域活動支援センター	社会福祉法人 慧誠会	平成9年4月1日	北海道帯広市西6条南6丁目 3ソネビル2階	20	5	
9	登別市総合相談支援センターen 基幹相談支援センター	特定医療法人社団千 寿会	平成24年11月1日	北海道登別市美園町2丁目 23番地1	—	1	
10	室蘭市相談支援センターらん 一般相談支援事業	特定医療法人社団 千寿会	平成24年11月1日	北海道室蘭市中央町2丁目 7-13 室蘭中央町米塚 ビル4F	—	1	
11	障害福祉サービス事業所 i・b・o・x 就労継続支援	社会福祉法人 タラブ	平成15年11月1日	北海道伊達市松ヶ枝町24 6番地6	80	5	
12	トータスホーム 自立訓練	社会福祉法人 函館恭北会	平成11年11月11日	北海道函館市東畑町141-13	20	1	
13	サポートセンター虹 就労継続支援B型	社会福祉法人 サポートセンター虹	平成22年12月1日	青森県八戸市南白山台2丁 目17-20	20	2	
14	地域サービスセンターSAN Net 就労継続支援B型	NPO法人 サンネット青森	平成19年10月1日	青森県青森市新町1丁目13- 7 和田ビル4F	20	3	
15	障がい者生活支援センター「すみれ」 地域活動支援センター	社会福祉法人・花	平成18年10月1日	青森県弘前市大字藤代2丁 目11-6	20	2	
16	地域生活支援センター滝沢 生活訓練	社会福祉法人 みやま会	平成29年4月1日	岩手県滝沢市鶴飼細谷地 29-37	20	2	
17	パルいずみ 就労継続支援B型	社会福祉法人 緑仙会	平成5年4月1日	宮城県仙台市泉区七北田字 大沢鳥谷ヶ沢8番地の11	24	5	
18	サポートセンターあおぞら 障害者就業・生活支援センター	社会福祉法人 山形県社会福祉事業団	平成18年4月1日	山形県酒田市北新橋1丁目1 番地18	—	1	
19	耕房 光 就労継続支援B型	NPO法人 耕房	平成22年4月1日	東京都台東区東上野6-18- 17カサミカ72F	20	2	
20	ほのぼのグループ（創造舎） 就労継続支援B型	社会福祉法人 あすなろ 会	平成7年7月1日	神奈川県相模原市中央区千 代田4-11-1	20	2	
21	相談支援事業所ナルド 計画相談支援	社会福祉法人 聖隷福祉 事業団	平成18年10月1日	静岡県浜松市北区細江町中 川7220-7	—	2	
22	作業所のどか 就労継続支援B型	社会福祉法人 もえの会	平成13年3月1日	愛知県名古屋市中山区大森 4-1604-2	20	3	

合計 受入可能人数

56

ソーシャルワーク実習Ⅱ要綱(案)

日本医療大学

通信教育部 総合福祉学部 ソーシャルワーク学科

目次

I	はじめに	1
II	精神保健福祉士実習教育におけるソーシャルワーク実習指導とソーシャルワーク実習の位置づけ	4
III	実習先の決定	5
IV	ソーシャルワーク実習Ⅱにおける倫理基準	6
V	ソーシャルワーク実習Ⅱについて（事前指導）	7
VI	ソーシャルワーク実習Ⅱについて（配属実習）	15
VII	実習報告	21

参考資料

日本精神保健福祉士協会の倫理綱領

I. はじめに

1. 精神保健福祉士養成施設等における授業科目の目標及び内容について

(1) 「ソーシャルワーク実習指導Ⅲ・Ⅳ」(90時間)のねらいと含まれるべき事項

【ねらい】

- ・ソーシャルワーク(精神保健福祉士)実習の意義について理解する。
- ・精神疾患や精神障害のある人のおかれている現状を理解し、その生活の実態や生活上の困難について理解する。
- ・ソーシャルワーク(精神保健福祉士)実習に係る個別指導及び集団指導を通して、精神保健福祉士が行うソーシャルワークに係る知識と技術について具体的かつ实际的に理解し実践的な技術等を体得する。
- ・精神保健福祉士として求められる資質、技能、倫理、自己に求められる課題把握等、総合的に対応できる能力を習得する。
- ・具体的な実習体験を、専門的知識及び技術として概念化し理論化し体系立てていくことができる能力を涵養する。

【含まれるべき事項】

○次に掲げる事項について個別指導及び集団指導を行う。

- ・ソーシャルワーク実習とソーシャルワーク実習指導における個別指導及び集団指導の意義
- ・精神保健医療福祉の現状(利用者理解を含む)に関する基本的な理解
- ・実際に実習を行う施設・機関・事業者・団体・地域社会等に関する基本的な理解
- ・精神疾患や精神障害のある当事者の語りに触れる体験
- ・現場体験学習及び見学実習
- ・実習先で必要とされる精神保健福祉士としてのソーシャルワークに係る専門的知識と技術に関する理解
- ・精神保健福祉士に求められる職業倫理と法的責務に関する理解
- ・実習における個人のプライバシー保護と守秘義務の理解(精神保健福祉士法及び個人情報保護法の理解を含む)
- ・「実習記録ノート」への記録内容及び記録方法に関する理解
- ・実習生、実習担当教員、実習先の実習指導者との三者協議を踏まえた実習計画の作成
- ・巡回指導(訪問指導、スーパービジョン)
- ・実習記録や実習体験を踏まえた課題の整理と実習総括レポートの作成
- ・実習の評価全体総括会

(注1) ソーシャルワーク実習Ⅱを効果的にすすめるため、実習生用の「実習指導マニュアル」及び「実習記録ノート」を作成し、実習指導に活用すること。

(注2) 実習後においては、その実習内容についての達成度を評価し、必要な個別指導を行うものとする。

(注3) 実習の評価基準を明確にし、評価に際しては実習先の実習指導者の評定はもとより、実習生本人の自己評価についても考慮して行うこと。

(2) 「ソーシャルワーク実習Ⅱ」 (210時間) のねらいと含まれるべき事項

【ねらい】

- ・ソーシャルワーク実習を通して、精神保健福祉士としてのソーシャルに係る専門的知識と技術の理解に基づき精神保健福祉現場での試行と省察の反復により実践的な技術等を体得する。
- ・精神疾患や精神障害、メンタルヘルスの課題をもつ人びとのおかれている現状に関する知識をもとに、その生活実態や生活上の課題についてソーシャルワーク実習を行う実習先において調査し具体的に把握する。
- ・実習指導者からのスーパービジョンを受け、精神保健福祉士として求められる資質、技能、倫理、自己に求められる課題把握等、総合的に対応できる能力を習得する。
- ・総合的かつ包括的な地域生活支援と関連分野の専門職との連携のあり方及びその具体的内容を実践的に理解する。

【含まれるべき事項】

○学生は、精神科病院等の病院での実習において、患者への個別支援を経験するとともに、次に掲げる事項を経験し、実習先の実習指導者による指導を受けること。

- ・受診前や入院時又は急性期の患者及びその家族への相談援助
- ・退院又は地域移行・地域定着支援に向けた、患者及びその家族への相談援助
- ・入院患者と外来患者及びそれらの家族への多職種連携による支援
- ・病院外の関係機関・団体及び地域住民との連携を通じたソーシャルワーク

○学生は、精神科診療所での実習において患者への個別支援を経験するとともに、次に掲げる事項を経験し、実習先の実習指導者による指導を受けること。

- ・受診前や治療中の患者及びその家族への相談援助
- ・日常生活や社会生活上の問題に関する、患者及びその家族への相談援助
- ・外来患者及びそれらの家族への多職種連携による支援
- ・地域の精神科病院や関係機関・団体及び地域住民との連携を通じたソーシャルワーク

○学生は、障害福祉サービス事業所や行政機関等、及び精神科病院等の医療機関の実習を通して、次に掲げる事項をできる限り経験し、実習先の実習指導者による指導を受けるものとする。

- ・利用者やその関係者、施設・機関・事業者・団体・住民やボランティア等との基本的なコミュニケーションや人との付き合い方などの円滑な人間関係の形成
- ・利用者理解と相談支援ニーズの把握及び相談支援計画の作成
- ・利用者やその関係者（家族・友人・近隣住民等）との相談支援関係の形成
- ・利用者やその関係者（家族・友人・近隣住民等）への権利擁護及び相談支援（エンパワメントを含む）とその評価
- ・精神医療・保健・福祉に係る多職種連携をはじめとする相談支援におけるチームアプローチへの参加
- ・精神保健福祉士としての職業倫理と法的義務の意味の考察と遵守
- ・施設・機関・事業者・団体等の職員の就業などに関する規定の遵守と組織の一員としての役割と責任への自覚
- ・施設・機関・事業者・団体等の経営やサービスの管理運営の観察
- ・当該実習先が地域社会で果たす役割の考察と具体的な地域社会への働きかけとしてのアウトリーチ、ネットワーク、社会資源の活用・調整・開発場面の観察

- ・実習先施設・機関や所属地域における精神保健福祉向上のための課題発見と政策提言に関する考察
- ・実習体験及び学習成果の考察と記述、プレゼンテーション 実習総括と精神保健福祉士としての学習課題の明確化、及び研鑽計画の立案

○学生は、実習体験と考察を記録し、実習指導者によるスーパービジョンと、ソーシャルワーク実習指導担当教員による巡回指導及び帰校日指導等を通して、実習事項について個別指導や集団指導を受ける。

○実習指導担当教員は、巡回指導等を通して実習指導者との連絡調整を密に行い、学生の実習状況についての把握とともに実習中の個別指導を十分に行うものとする。

(注) ソーシャルワーク実習Ⅱを実施する際には、下記の点に留意すること。

- ・配属実習に際しては、健康診断等の方法により、実習生が良好な健康状態にあることを確認したうえで配属させること。
- ・実習先は、巡回指導が随時可能な範囲で選定することとし、実習内容、実習指導体制、実習中のリスク管理等については実習先との間で十分に協議し、確認しあうこと。

Ⅱ. 精神保健福祉士実習教育におけるソーシャルワーク実習指導とソーシャルワーク実習の位置づけ

「ソーシャルワーク実習Ⅱ」の配当年次、配当時間数、教科目の位置づけは表1の通りです。「ソーシャルワーク実習Ⅱ」における、学内指導と現場実習との関連を示した図表からもわかるように「ソーシャルワーク実習Ⅱ」と実習指導および見学実習・事前訪問・ボランティアなどは相互に関連しあっています。「とりあえず国家資格を取っておきたいから、ソーシャルワーク実習Ⅱに行く」というような履修態度は論外です。真摯な態度で積極的に事前指導・事前訪問・ボランティア・配属実習・事後指導に臨む姿勢が求められます。

<表1： 実習指導と配属実習の関連について>

○実習指導

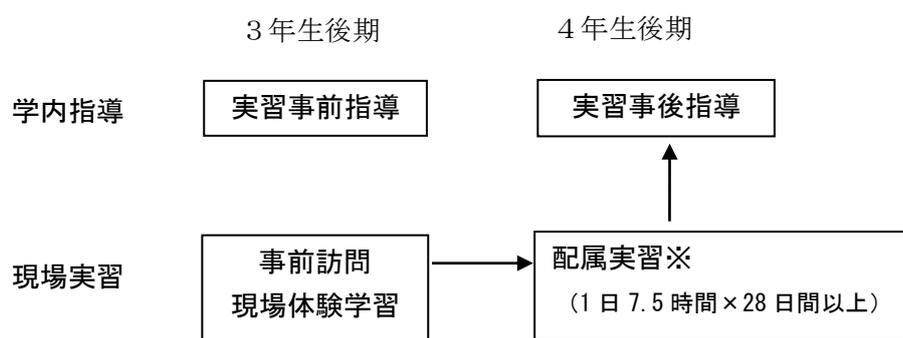
教科目名	配当年次	配当時間数	教科目の位置づけ
ソーシャルワーク実習指導Ⅲ	3年次 後期	30時間	配属実習事前指導 配属先研究・実習計画書の作成など
ソーシャルワーク実習指導Ⅳ	4年次 通年	60時間	配属実習事後指導（実習後の振り返り） 実習報告会開催及び実習報告書作成など

○配属実習

教科目名	配当年次	配当時間数	教科目の位置づけ
ソーシャルワーク実習Ⅱ	4年次	210時間以上 (1日7.5時間×28日間以上)	精神保健福祉現場実習における配属実習 教員による巡回訪問指導

*ソーシャルワーク実習Ⅱは210時間および28日間以上を2か所の実習施設・機関で5月～12月に行います。

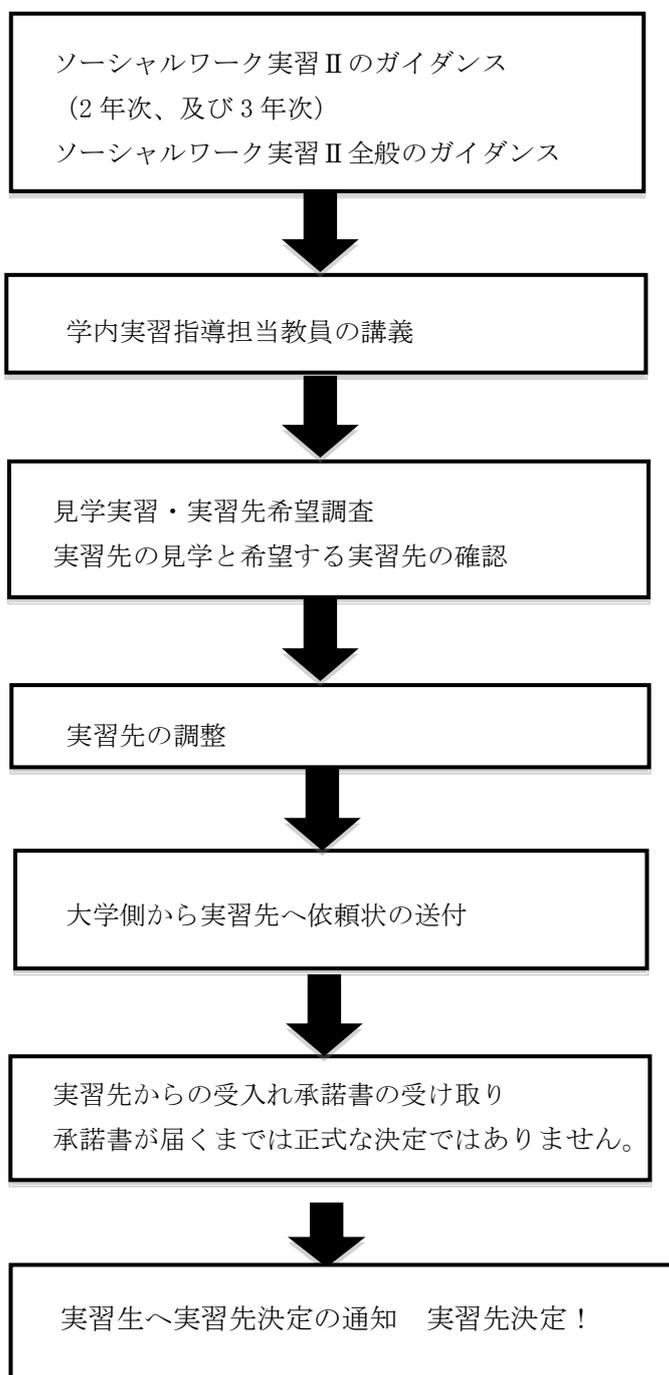
<図1： 学内実習指導と現場実習との関連 >



※ソーシャルワーク実習Ⅱは、2か所の実習施設・機関（精神科病院等の医療機関にて基本14日間以上・障害福祉サービス事業所・地域活動支援センター等にて基本14日間以上）に配属されます。

Ⅲ. 実習先の決定

実習先の決定は次のようなプロセスで行われます。実習先の数は限られており、また、受入れ側の都合が最優先されます。実習施設・機関が希望通りにならない場合もありますので、その際はご了承ください。



IV. ソーシャルワーク実習Ⅱにおける倫理基準

倫理綱領は実際の臨床現場で出会う当事者の方々、精神保健福祉サービスの利用者、精神保健医療福祉施設・機関、そして大きな意味での一般社会に対する、福祉専門職を目指す皆さんが取るべき行動規範や指針となってくれるものです。その中でも、皆さんが本実習中に最も留意すべきこととして「守秘義務」の徹底があげられます。ソーシャルワーク実習Ⅱ履修中に見たり、聞いたりした当事者の方の情報を、自分の家族や友人などに話したりしてはいけません。この守秘義務というのは、当事者（ご家族・関係者）の方と援助者における相互の信頼関係の上に成り立っています。「精神保健福祉士法」第40条において「秘密保持義務」として課せられ、かつ第44条において違反への罰則が規定されていること（一年以上の懲役、又は、三十万以下の罰金）を自覚して行動するようにしてください。

実習中は皆さんのように実習生（学生）という立場であっても、実習施設・機関における準職員として利用者などに対応することになりますので、自分の言動に責任を持たなければいけません。これは実習後においても、継続して守らなければいけないことになります。

実習では、本学社会福祉学科の学生としての態度と品位を保ちながら、以下のことを倫理基準として具体的に心がけ、修得していきましょう。

- (1)すべての人々を、性別、年齢、身体的精神的状況、社会的地位、経済状況等にかかわらず、かけがえのないひとりの人間として尊重する。
- (2)実習前に学んだ専門的知識と技術を用いて自らの実習の内容を高めることに努力する。
- (3)自らの先入観や偏見を排し、利用者があるがままに受容する。
- (4)利用者及び実習施設のプライバシーを最大限に尊重する。
- (5)実習中に知りえた秘密は、実習終了後においても口外しない。
- (6)実習で出会う利用者に対して、ハラスメント等に該当する言動などを行わない。
- (7)実習生は、相互の専門性を尊重し、他の専門職等との連携・協働の機会に可能な限り参加し、その実際を学ぶ。
- (8)実習現場において倫理上のジレンマが生じるような場合には、指導者の助言を仰ぎながら、実習先の基本精神を遵守する努力を行う。
- (9)実習中は、常に実習をふり返り、実習の評価を行い、実習姿勢の改善に努める。
- (10)実習生は実習を通じて社会福祉の専門職としての実践意義を学び、伝え、社会的信用を高める努力をしなければならない。
- (11)実習生は社会的信用に背く、信用失墜行為を行うことはあってはならない。
- (12)実習生はスーパービジョンや研修等に積極的に参加し、援助方法の改善と専門性の向上を図るための努力を惜しんではならない。

V. ソーシャルワーク実習Ⅱについて（事前指導）

1. ソーシャルワーク実習Ⅱに関する学習の流れ

4年次の実習は、講義や演習等の科目で学んだ専門知識及び専門的援助技術、関連知識の内容を深く理解し、精神保健福祉援助の現場で実際に活用することにより、精神保健福祉に関する相談援助業務に必要な資質・能力・技術を習得することとなります。また、職業倫理を身につけ、社会福祉（精神保健福祉）専門職としての自覚に基づいた行動ができるようにします。

さらに具体的な体験や援助活動を、専門的援助技術として概念化し理論化し体系立てていくことができるようにします。ソーシャルワーク実習指導Ⅲでは実習の意義、目的を理解し、適切な実習計画を立案し、配属される実習分野と施設・機関についての基本的な知識を持って実習に臨めるようにします。

実習後は、実習課題の達成状況と振り返り、実習報告会の準備、実習報告集等の作成などに取り組むこととなります。具体的には、実習は、少人数クラス担当制（個別指導・集団指導）で行います。実習指導は通年で行われ、全体講義、演習などによる集団指導、個別指導、実習報告会などの形式で行なわれていきます。

精神保健福祉援助実習は、精神保健福祉士国家資格試験受験資格に必要な指定科目として位置づけられているため、指定規則では厳しく時間数が設定されています。欠席をすると時間数が不足するため、受験資格が得られないことにもなります。したがって欠席は認められず、やむを得ない事情で欠席する場合は、欠席届を提出し、教員より時間数を補う方法について指示を得ることが必要となります。

（1）事前学習

実習は、限られた期間に実践を直接体験することにより精神保健福祉援助の現場を理解し、専門的援助の実際を体験的に学ぶものです。そのため学生は、実習の意義と目的を理解し、具体的な達成課題と方法を設定する必要があります。

事前学習では、実習の意義と目的を理解し、達成課題を立て、それを達成するための具体的方法を実習計画書で明らかにしていきます。「何をすべきなのか」、「何を学びたいのか」、「そのためにはどうするのか」を明確にします。

限られた実習期間であるため、事前学習が不備のまま実習に入ると、日課をこなすのに精一杯で、日程だけがどんどん過ぎていき、「何のための実習であったのか」と悔やむことになります。また社会福祉施設や機関の側からすれば、「何をしにきているのか」と実習自体が迷惑なものになってしまいます。

学生は、実習先の実情をよく理解し、そこでのあるべき態度や心構えをしっかりと見につけ、具体的な実習計画を立てることで、無用な心配や不安を軽減しなければなりません。

実習は受身ではなく主体的な学習態度が不可欠であるので、事前学習においても自主的、主体的な態度で臨んでほしいと思います。

実習全体に関わる事柄や学生共通の理解が必要な事項については、「全体講義」で、個別の実習分野などに関わる学習は「演習による集団指導」により行います。

（2）全体講義の内容

履修の方法、学習の流れ、実習ハンドブックや実習記録ノートの説明と活用方法、実習のカリキュラム上の位置づけと目的、実習の目標、実習課題や計画書の作成、実習指導者による実習現場の現状と課題、臨まれる実習生像の把握、実習の事務的な手続きに関することなどを時系列的に学んでいきます。

(3) 演習の内容

精神保健福祉の基礎知識、実習施設や機関に関する学習、現場で必要とされる精神保健福祉援助技術、実習に対する心構え、専門職としての価値観・倫理観や守秘義務、実習課題の作成、実習計画書の作成、スーパービジョン関係、記録の書き方などについて具体的に学修していきます。

(4) 事前訪問の内容

実習の1ヵ月前までに、実習先を訪問し、配属施設や当該施設の見学をし、実習計画を担当者と具体的に検討するなどの最終打ち合わせを行ないます。

訪問の具体的内容は、実習先でのオリエンテーション、実習先からの学習事項及び準備事項についての指示、実習課題と実習計画書の検討と協議による計画の見直し、事前学習の報告などが主なものです。

(5) 事前訪問の留意点

事前訪問の際は以下の点に留意してください。

- ・事前訪問は、社会福祉施設や機関の現場実習指導者と教員が連絡を取り、日程、時間を調整してください。
- ・学生は、実習課題・実習計画書を提示しながら、具体的に自分の立てた計画が実現可能なものであるかどうかなど、実習指導者と協議し、具体的な実習方法について調整してください。
- ・実習中に必要な持ち物、服装、経費(昼食代等)について確認してください。
- ・実習日程、実習(勤務)時間の確認と出席簿のつけ方、取り扱いを確認してください。特に、出勤簿については具体的な指示を受けるようにしてください。
- ・通勤の方法や駐車場、安全面について確認してください。
- ・当事者(利用者)の方との関わりについて、また、その他実習中の必要な注意事項を確認してください。
- ・実習日誌の提出方法と実習指導者のコメントについて確認してください。
- ・実習終了後のレポートの提出(持参、送付)について確認してください。
- ・事前訪問では、スーツを着用し、礼儀をわきまえるようにしてください。
- ・実習施設に悪い印象を与えないように、玄関では靴をそろえるようにしてください。
- ・着席は上座と下座に注意をし、目上の人より先に着席しないようにしてください。テーブルの上には荷物を置かず、お茶碗やコップ等の片づけも手伝うようにしてください。
- ・携帯電話等の電源は必ず切り、発信音や振動が聞こえないようにしてください。
- ・事前訪問終了時には、礼を述べるとともに、建物の外に出るまで気を抜かないように注意してください。
- ・実習先周辺の地理や交通機関、公共施設やコンビニエンスストア等の社会資源についても調べておくようにしてください。
- ・その他、事前訪問終了後は実習計画に変更があれば、それを修正し実習に備えてください。

(6) 実習直前・実習中の留意点

実習直前・実習中は、以下の点に留意してください。

①実習は普段の大学生生活とは違う生活リズムで行われます。特に変則勤務などの場合は、早朝出勤や、夕刻出勤などがあり、精神的な疲れも伴って体調を崩すこともあります。実習の一ヶ月以上前から生活リズムを整え、十分な健康管理をしてベストコンディションで実習に臨むことは、自分のためだけではなく、利用者や実習先にも迷惑をかけないことにも繋がります。

また実習中の小旅行(ドライブ)やアルバイト、サークル活動、ボランティア活動は厳禁です。左記の

理由によって実習の変更はできませんし、変更せざるを得ない場合は、実習中止となることもありえます。

②実習中の服装については、実習先の指示に従ってください。通勤時と施設内の服装を変えるように指示されるところもあります。また介護・介助業務によって汚れたり、汗をかくこともあるので着替え等を用意しましょう。エプロン、名札などについても必要性を訊いてみてください。

③清潔な身だしなみ、不快感を与えないような身なりと服装、髪型（染色・脱色・整髪）を心がけてください。また、マニキュア、長爪、ネックレス、ブローチ、イヤリング、ピアス、指輪などのアクセサリーは利用者に怪我をさせる恐れもありますので着用しないようにしてください。清潔感・不快感の判断は学生がするのではなく、相手（実習先、利用者）がするものであるため、それに従うことが肝要です。

④実習中の携帯品は以下のようなものです。

- | | | |
|---------------|-------------|-----------|
| ・実習要綱 | ・関係する分野の教科書 | ・メモ帳と筆記用具 |
| ・印鑑 | ・保険証のコピー | ・名札 |
| ・食費・交通費などの諸経費 | ・上履き | ・昼食 |
| ・常備薬 | ・その他 | |

⑤宿泊を伴う場合は以下のようなものも必要となります。

- | | | |
|---------|---------------|-------------|
| ・国語辞典 | ・専門用具 | ・常備薬 |
| ・コップや箸等 | ・衛生用品（ティッシュ等） | ・下着や着替え、寝間着 |
| ・目覚まし時計 | ・上履き | ・その他 |

⑥実習は原則として欠席は認められません。就業時間等の規則は実習先の規則に従ってください。

⑦出勤時間は厳守してください。始業時 15 分前行動を心がけ、実習指導の担当者の方より遅れることのないようにしましょう。清掃やお茶の用意、後片付けなど、実習生が積極的にできることは何でも手伝うようにしましょう。

⑧早退・遅刻等も認められません。よほどの身体的理由の場合は、学生が勝手に判断することなく、実習担当教員と綿密に連絡をとり、指示を仰いでください。協議内容を、実習指導者に伝え、実習日程の変更がある場合は、実習担当教員に速やかに連絡してください。

⑨欠席もしくは実習中止の場合は、補足の実習が必要となります。補足実習については、実習担当教員が当該施設・機関の指導者と相談して決定し、正式依頼は大学が行います。学生が独自に調整することは謹んでください。

⑩利用者との関係は個別性を尊重したケアや配慮を除き、公平で公正な関係を保つよう心がけてください。利用者との対応で難しい場面に接したときは、自分勝手に判断し処理せず、実習指導者や当日の指導担当者に相談し、指示を受けるようにしてください。

⑪自分自身、利用者、職員等の個人情報については、守秘義務を含めた専門職としての倫理を全うするようにしてください。また利用者、実習先の職員や上司との人間関係に留意し、利用者の前での施設・機関、職員に対する批判的言動は厳に慎むこと。

⑫安全面に関しては十分留意するとともに、危険の予測やリスク管理についても注意を払いましょう。万が一事故が起きてしまった場合は、速やかに実習先の指導者や実習担当教員に連絡をとり、指示を仰いでください。事故に際しては、大学として判断するので学生独自で判断し対処しないようにしてください。実習時は保険加入がなされています。

⑬挨拶は、実習生から積極的に明るく明瞭に行えるようにしてください。朝は、「おはようございます」、「本日もよろしくお願いたします」退勤時は、「ありがとうございました」「お先に失礼いたします」など、相手の目を見ながら笑顔を忘れないようにしましょう。

⑭マナーとして、相手から注意を受けたり、叱られたりしたときは、まずは相手の目を見て謝りまし

よう。相手の言葉に耳を傾け、悪い点を考えて、今後そのような振る舞いをしないように心がけましょう。自分自身が気づかなかったことであっても、決して不貞腐れたような態度は取らないようにしましょう。

(7) 配属実習後及び事後学習

- ①実習最終日の実習日誌、実習総括レポートの提出や受け取りの方法を確認しておきましょう。
- ②実習終了後1週間後には、実習先の施設長、実習指導者、利用者等にお礼状を出しましょう。その際、葉書ではなく、手紙にしてください。
- ③実習終了後、当該施設・機関の利用者や職員と関わりを持ち、コンタクトを取りたいときは、実習担当教員や実習先の指導者に相談し、指導を受けてください。実習中の関係はあくまでも日本医療大学の学生と利用者、学生と職員の関係なので、ボランティア等への参加についても教員へ相談するようにしてください
- ④実習に関する記録は、実習報告会資料や実習報告集の作成、報告会など事後学習に生かされるので、誤字脱字、記入漏れ等を含めてチェックし整理しましょう。

2. 事前訪問及び、実習期間中の講義の出席取扱いについて

事前訪問や相談援助実習の延長などによりやむを得ず講義を欠席する場合には、学則の規程に準じ手続きを行う必要があります。詳細な手続きにつきましては、講義内に説明します。

3. 事前学習について

実習先が決定し、配属実習が開始されるまでにはまだ時間があります。

しかし、限られた期間内で現場を理解し、専門的な援助の実際を学ぶには、皆さん一人一人の実習に対する意義と目的を明確にする必要があります。

実際の実習現場において不安や戸惑うことがないようにするためには、事前に参考文献などの資料を活用しながら、実習施設・機関の法的根拠や現状・抱えている課題などを学習しておくことが必要となってくるでしょう。

また実際に実習先を訪ねることにより、実習施設の特徴が明確になり、実習そのものに対する具体的なイメージが形成され、心構えとゆとりを持って現場実習に臨むことができるでしょう。

4. 事前訪問計画書／報告書の記入方法

事前訪問の際に確認しておきたい事項などをまとめておくための計画書（書式の左半分）と確認したことをまとめておくための報告書（書式の右半分）の部分に分かれています。

計画書の部分は、事前訪問前に記入します。実習を実りあるものとするために、どのようなことを確認したいのか（例：実習計画書の話し合い、健康診断書の要否など）をまとめておくことで限られた時間に必要な情報を最大限得られるようにするためのものです。

報告書の部分は事前訪問後に記入します。実際に実習施設・機関や実習指導担当者を訪ねることによって、新たな興味や関心がでてきたり、実習計画の見直しが必要となったり、また実習に入るまでに勉強しておかなければならないことなども確認できます。

このように事前訪問を行うことによって、得られた情報や諸注意・アドバイスなどを忘れることのないよう記録することで、いま一度皆さんの実習に対する準備を再確認し、実習に取り組む姿勢や態度の明確化を図りましょう。

5. 事前訪問の方法

事前訪問とは皆さんが現場実習に臨む前に、事前に学習したことを踏まえた上で、実際に実習施設・機関を訪問し、事前にオリエンテーション等を受けてくることです。ある意味で、実習第1日目と考えて、真剣に取り組みましょう。

ソーシャルワーク実習Ⅱに臨む前に、事前に訪問するようにします（特に実習計画書の作成のために現場実習担当者との話し合いが必要になります）。 稀に実習施設・機関の都合によっては事前訪問を行わないでよい場合もあります。しかし、なるべく皆さんが積極的に事前訪問を行うよう努力しましょう。事前訪問を行うことによって実習へのイメージが具体的になり、現場で実際に実習に臨む際や、今後実習課題へ取り組む時に大きな違いがでてきます。

(1) 事前訪問の際の留意点

- ①実習施設・機関に電話連絡を取る前に実習指導担当教員に電話連絡の許可を取ってください。
- ②最低、訪問希望日の2週間前までには、実習施設・機関の実習指導担当者の方に電話連絡を入れましょう。その際、実習指導担当者の方のお名前・所属などを尋ねることも忘れないでおきましょう。
- ③同じ実習施設・機関に実習に行く学生が複数いる場合は、全員が同一日時に訪問するように調整してください。
- ④訪問日時や人数・氏名及び訪問の趣旨などを伝え、実習施設・機関と調整した上で、事前訪問を行ないましょう。
- ⑤必ず電話連絡を取る前に、あいさつの方法、伝えたいこと、質問しておきたいことなどのシナリオを作成してください（事前訪問計画書を利用して作成すると良い）。
- ⑥複数名で訪問する際には、電連絡等の役割分担を明確にしておきましょう。

(2) 事前訪問における確認事項

- ①実習生として実習施設・機関への挨拶（自己紹介）と、実習指導に対する依頼
- ②事前訪問することによって実習施設・機関・団体の場所の確認
- ③交通機関などの交通手段や、経路の確認及び駐車スペースなどの有無の確認
- ④実習指導担当者の氏名・所属等の確認
- ⑤実習期間・時間・費用(食事)・健康診断書・所持品・服装・準備すべきこと・宿直など実習条件の確認
- ⑥実習先が課す事前課題などの確認
- ⑦実習計画書についての打ち合わせ

- ⑧大学所定の書類以外の提出物などの有無を確認
- ⑨遅刻・早退・欠勤および緊急時の連絡方法の確認
- ⑩実習施設・機関の概要及びパンフレットを2部(1部は個人用・1部は大学保存用資料として)頂く
- ⑪その他(疑問や要望など)

6. 実習計画書の記入方法

『実習計画書』は、何を学ぶためにその精神科医療機関・施設・機関に実習に行くのか、実情や課題と照らし合わせ自分の問題意識はどこにあるのかを深く考え、具体的かつ現実的な課題と方法をいくつか設定します

(※ソーシャルワーク実習Ⅱでは、精神科医療機関用と障害福祉サービス事業所等用に分けて計画します)。

作成にあたっては、様々な参考文献及び関連講義科目で習った事柄を参照しながら、ソーシャルワーク実習Ⅱ(事前指導)において実習生同士で話し合い、実習指導担当者、学内実習指導担当教員の助言を受けてください。実習先の様々な事情や実習計画書の内容により、具体化が困難な場合が当然考えられるので、時には実習計画書の修正を数回必要とすることもあります。

いずれにしても大切なことは、実習生を中心に実習指導担当者、学内実習指導担当教員と協働して、できる範囲で実習の課題に沿った実習計画書を作成していくことです。もちろんそれには実習先の利用者の存在も大切であることを忘れないようにしましょう。

そのような関係を大切にしながら、よりよく検討された実習計画書が作成されると、実習先もそれを考慮に入れて調整された実習日程表を作成してくれますし、実りある実習が行いやすくなります。

(1) 記入上の留意点

- ①黒ボールペンを用い楷書で丁寧に記入し、修正液などは使用しない。
- ②算用数字・西暦を使用すること。
- ③学内実習指導担当教員による添削指導を受けてから提出すること。

7. 健康診断等の受診について

皆さんは、実習施設・機関で将来の精神保健福祉士として活動するための勉強をさせてもらいに行きます。各々の施設・機関において、実習生が関わったことによって、施設・機関(特に利用者)に迷惑をかけることは絶対に避けなければなりません。

その基本的な予防策として、特に高齢者や、児童など感染症にかかりやすい利用者のいる施設・機関においては、実習生に対して健康診断書の提出を求めることがあります。

健康診断書の要否については事前訪問などの際に直接、実習指導担当者に確認し、どの種類の健康診断（胸部X線・尿検査・血圧・腸内細菌検査など）が必要なのか、いつまでに受診し提出しなければならないのかをきちんと確認してください。これらを適切に行うことは、実習生としての基本的な実習態度の表れともなります。

○注意事項○

実習施設・機関には、あらかじめ健康診断書を提出します。実習施設・機関によっては学内の健康診断書ではなく3か月以内の再受診の診断書を求められることもあります。その場合は各自で再度健康診断を受けてください。

8. 個人情報保護に関する誓約書及びソーシャルワーク実習委託契約の締結

(1) 個人情報保護に関する誓約書

実習生は実習に先立ち、個人情報保護に関する誓約書を提出いただきます。

(2) ソーシャルワーク実習委託契約（協定）書

ソーシャルワーク実習委託契約（協定）書は、本学と実習施設・機関によって締結されます。この契約（協定）書は、実習の基本事項に関わり双方の責任、及び当該実習生の権利、義務を明らかにするものです。

(3) 個人情報の取り扱いについて

学外実習で取得した個人情報の取り扱いについて

実習生が学外実習で取得した個人情報の実習終了後における取り扱いについて以下の指導を行う。

《個人情報の記載について》

実習中に担当患者の同意が得られた場合であっても、原則、提出物には個人情報を記載しない。

1. 実習日誌（実習日誌、ケーススタディシート）

(1)実習日誌の表紙には実習施設名は記載しない。実習期間、大学名、実習生名を記載する。

(2)担当ケース一般情報において

①氏名：記載しない。イニシャルも不可。

②生年月日：記載しない。年齢は年代で記載する。

③住所：記載しない。

④現病歴：施設名等実習先名称は記載しない。

【記載例】症例：脳血管障害で左片麻痺を呈した 60 歳代前半男性

現病歴：2015 年 9 月 1 日発症。近医入院

同年 10 月 1 日リハビリ目的にて当院入院

(3)その他の利用者の情報も同様の扱いとする。

【記載例】9:30～10:00 左片麻痺女性との面談

2. ケーススタディシート

担当ケースの生活史を含めた情報記載については上記に準ずる。

3. 実習報告会用プレゼンテーションファイル

(1)スライドに実習施設名は記載しない。

(2)ケースの情報記載については上記に準ずる。

報告会終了後すみやかに、パソコン、その他の記録媒体より削除することとする。

VI. ソーシャルワーク実習Ⅱについて（配属実習）

1. 実習中の心得について

皆さんが実習を行う施設・機関は、多くの利用者にとって大切な「生活の場」でもあります。また、何らかの理由で生活に不安をもち、他人に知られたくない悩みを抱えて訪れるところです。病院や施設の職員は、そのような利用者によりよいサービスを提供するために、日夜努力しています。職員の皆さんが多忙の中において、皆さんの指導にあたって下さることをよく理解し、現場の迷惑にならないように自覚し、積極的に取り組むことが大切です。ここでは実習を行うにあたって、心得ておくべき基本的な事柄について説明します。

（1）職員や利用者との関係について

- 1) 病院や施設の方針や日課等を覚え、その環境（生活様式や雰囲気）に溶け込むようにする。
- 2) 実習指導担当者や他の職員、利用者に対して、謙虚な態度をとる。言葉遣いは丁寧、明瞭にする。常に柔らかく優しい態度で接し、こちらから挨拶するように心がける。
- 3) 実習指導担当者はもちろんのこと、職員全員が指導者であることを忘れてはならない。自分の意見や感想を述べることはよいが、相手を非難しないように心がける。
- 4) 利用者の名前を覚えるように心がける。
- 5) 特定の利用者に偏った関わりや、個人的な関係をもつことは慎む（個人的な手紙のやり取りや物品の交換、施設・機関外での社交、守れない約束を結ぶことなど）。
- 6) 施設・機関への外来者及び家族などの面会者に対しては、実習生であることを明らかにした上で、職員に迅速、正確に取り次ぐ。
- 7) 実習上で知り得た利用者や家族の状況などのプライバシーについては、厳重な守秘義務を徹底する。
- 8) 貴重品の管理は自己責任とする。紛失して困るような金品は持ち歩かない。
- 9) 実習中に悩みや疑問点などが出てくるのは当然のことです。そのようなときには実習指導担当者や学内指導担当教員へ報告・連絡・相談を忘れないようにする。

（2）規律と礼儀について

- 1) 出勤時間は各施設・機関によって異なるが、最低限、指定された時間の10分前までに出勤し出勤簿へ押印する。
- 2) 実習期間中は変則勤務に就くことがあるので、自分の勤務時間や持ち場（役割）を確認する。
- 3) 実習期間中は皆勤を原則とする。やむを得ず遅刻・早退・欠勤をする場合は、事前に実習指導担当者に連絡し、許可を得る。また、「遅刻・早退・欠勤届」に記入し、提出する。特に施設は生活の場であり、人命を預かる場でもあるので、実習生といえどもスタッフの一員としての役割を自覚する。欠勤などの場合には、学内実習指導担当教員へも連絡する

こと。

- 4) 勤務中の休憩は、指定された時間に指定された場所で行うこと。
- 5) 勤務中は原則として、私用による外出を禁止する。やむを得ず外出する必要がある場合には、前もって実習指導担当者の承認を得る。
- 6) 業務に就いている時間は緊急でない限り、私用電話や携帯電話の使用を禁止する。
- 7) 実習期間中、実習生同士の私語や呼称に注意する。

(3) 身だしなみについて

- 1) 服装や髪型などの身だしなみについては、職員の服装を参考にして、清潔で活動の邪魔にならないように気をつける。
- 2) 作業や活動等で衣服が濡れたり、汗をかいたりすることもあるので常に着替えを準備しておく。
- 3) 実習期間中は、活動しやすいように上履きや運動シューズを準備しておく。
- 4) 名札は各自で準備すること。実習先ではいつも身に付けるようにする。タッグ名札・吊り下げ名札などがあるが、介助などで利用者と接する場合は、クリップや安全ピンで傷つける心配がないものを選ぶこと。また、ふりがなをふるなど、工夫してもよい。実習指導担当者から名札について指示がある場合は、それに従うこと。

(4) 学生としての態度について

- 1) 実習初日にはオリエンテーションの中で、施設長や各担当者の講義が行われることが多い。十分に聴講し必要な内容は記録して、施設・機関の業務内容や各職員の職務を覚えるようにする。
- 2) 実習先の職務規定を理解し、職員とともに積極的に業務に取り組む。
- 3) 実習指導担当者や他の職員からの指導や助言をよく聞く。実習期間中の疑問などについては、なるべくその場で質問し、確認する。
- 4) 実習生として指示を待つだけの態度ではなく、こちらから働きかける。その際、実習指導担当者や職員に確認し、適切な指導や助言をいただくことが大切である。
- 5) 利用者を一人の個人として個別的、多面的、複眼的にとらえる。利用者の生育歴、生活史、現在の生活の場面、心の動きなどについて、客観的に観察、理解するように心がける。
- 6) 何か問題が生じた場合には、実習指導担当者に早急に報告し、問題処理についての正しい指導や助言を受け、速やかな解決方法を探る。
- 7) 火事などの非常時には、近くの職員に速やかに通報し、利用者の身の安全をまず確保する。
- 8) 実習の記録については、誤字脱字に気をつけながら、読みやすい文章にまとめるようにする。実習期間中は辞書を持参することが望ましい。
- 9) 実習生はお互いに協力し、励まし合って、チームワークを十分にとりながら相互の研鑽に

努める。

- 10) 実習最終日には反省会が行われることが多いので、感想や意見、質問をまとめておき、活発に発言するように心がける。

(5) 健康管理について

- 1) 日頃から身体的にも精神的にも健康管理に気をつける。
- 2) 実習期間中は特に夜更かしや不規則な間食を慎み、心身の健康については自己管理する。
- 3) 体調が悪い時には無理をすると返って利用者に迷惑をかけることがあることも踏まえ、直ちに実習指導担当者に申し出て指示を仰ぐ。
- 4) 施設実習では宿泊実習もありえるので、生活環境の変化に留意する。

(6) 緊急時の連絡について

- 1) 実習中および実習先への事故など緊急事態が生じた時は、すみやかに学内実習指導担当教員・実習指導担当者・実習指導室に連絡すること。
- 2) 住居から実習先までの移動以外の目的地での事故は学生教育研究災害障害保険の対象外となるため、実習中の寄り道等は行わないこと。

(7) その他

利用者などから、個人的に携帯番号やメールアドレスなどの交換を要求されることがあった場合には自己判断することのないようにし、実習指導担当者などの指導を仰ぐこと。

2. 実習日誌の記入方法

『実習日誌』は毎日の実習終了後、その日の実習の流れを踏まえ、また利用者などとの関わりを振り返りながら記入するようにします。それには、その日体験したことをただ書き並べるだけでなく、「自分が何を感じ、何を考えたのか。また疑問に思ったこと」や、自分にとって「一番印象に残っている出来事」に焦点を絞り、書き留めておくことが大切となってきます。

そのような新鮮な感覚で発見したことを、書くという作業を行うことで忘れることなく、皆さんの中に蓄積され、皆さんの成長や変化といった「自己覚知」や振り返りの作業に活用できたり、またスーパーバイズを受ける際の大切な資料にもなります。

記入後は実習指導担当者に提出したのち、指導を受けることも忘れてはいけません。実習指導担当者が忙しくて、その都度コメントを記入していただけない場合もあるかもしれませんが、毎日の提出は欠かさないようにします。

またこの『実習日誌』は、かけがえのない皆さんの実習の成果であると同時に、実習後は振り返りを深めるための貴重な資料でもあります。取り扱いについては、個人情報保護に配慮した

慎重な扱いを要します。

○記入上の留意点

1. 文章は簡潔に、読みやすく
2. 時系列的に一主語・述語を明確に
3. 事実と推測、主観と客観などの区別を明らかにする
4. 利用者や職員に対する敬称（人物を特定できないように、イニシャルなどで記入する）
5. 公的な記録であるとの自覚をもち、流行語や省略語などの記載はしない
6. 誤字・脱字などに注意する
7. 黒ボールペンを用い、楷書で丁寧に記入する（鉛筆書きは不可、※パソコンでの記入可）
8. 訂正する場合は、修正箇所にも二重線を引き、正しい文字を記す（修正液などの使用は不可）
9. 実習指導担当者による指導を受け、毎日提出する。
10. 「です・ます」調に文体を統一する。

○取り扱いの留意点

1. 記録はできるだけ施設・機関の中で行うようにする。
2. 万が一施設・機関外に持ち出す場合には、実習指導担当者などの承諾を得た上で、その保管には十分に配慮し、秘密の保持には責任を持つこと。

<記録の書き方>

『実習日誌』は、実習生にとって大切なものです。実習中の自分自身の記録であり、利用者に関する情報も記載されており、軽々しく扱うことはできないものです。外部に出す際には取り扱いに十分注意を要します。また実習日誌は、実習中の自分の動き、学習した内容、考えたことなどを指導者や教員に伝えるためのものでもあります。学生自身の実習における取り組みの様子、その努力の成果を相手にわかりやすく伝えるものであるということを常に心に留めて、記載するようにしましょう。

『実習日誌』のほかには、ソーシャルワーカーが個別援助を行う際に利用者を十分理解するために作成される、逐語記録、ジェノグラム、エコマップなどがあります。それぞれ個々の関わり、家族の関係、地域の中での社会資源との関わりなどが示されています。それぞれの特徴を生かして、援助計画を作成する際に利用してみると良いと思います。

3. 出勤簿の記入方法

『出勤簿』は、皆さんが精神保健福祉士国家試験受験資格取得のために210時間（28日間）以上の実習を行ったことを証明する大切な書類として、本学に保存されるものです。

下記の算定方法および記入上の留意点を守り、その取扱いは慎重かつ公正に行ってください。

※現場実習は2か所の実習施設・機関で行いますので、出勤簿は、各々の施設・機関で必要となります。

<実習時間数の算定方法>

1. 1日の実習時間は7.5時間（休憩時間を除く）とし、週休2日、週40時間の実習を基本とする（但し、実習施設・機関の職員シフトに準じる）。
2. 1日の実習時間を7.5時間と計算する場合、210時間の実習を行うためには28日間以上の日数が必要となる。

<記入上の留意点>

1. 毎日忘れずに記入・押印（実習生の印鑑）すること（実習指導担当者の印鑑ではありません）。
2. 記入を間違えた場合は、修正液または修正テープを使用してはいけません。間違えた内容の上に二重線を引き、誰がその内容を訂正したのかが分かるように、その二重線にかかるように訂正印を押します。通常の印鑑よりも小さいものを使用するのが一般的ですが、なければ普通の大きさの印鑑を使用しても構いません。
3. 出勤簿は実習終了日に実習先に提出し、「実習施設（機関）名」「実習施設（機関）代表者名」を記入し、必ず公印を捺印していただくこと。

4. 遅刻・早退・欠勤届の記入方法

止むを得ず遅刻・早退・欠勤をする場合は、必ず事前に実習指導担当者に電話連絡を入れ、お詫びと理由、出勤予定時間などを連絡すること。また学内実習指導担当教員・実習指導室へも連絡を入れてください。その際『遅刻・早退・欠勤届』を用いて、実習指導担当者または実習施設・機関の長へ提出してください。

○記入上の留意点

1. 黒ボールペンをうい楷書で丁寧に記入し、修正液などは使用しない。
2. 算用数字・西暦を使用すること。
3. 実習指導担当者または実習施設・機関の長に提出すること。
4. 学内実習指導担当教員にも、後日提出すること。

5. 巡回訪問指導の記録の記入方法

皆さんの実習期間中に、学内実習指導担当教員が実習巡回訪問指導を行います。それは実習生である皆さん、実習指導担当者、そして学内実習指導担当教員がお互いに直接会って意思疎通を図り、伝えたいこと、尋ねたいことを補う機会とし、残りの実習期間を更に実りあるものとすることを目的としています。

また実習によって生じるであろう、皆さんの緊張や不安を緩和することも大きなねらいになっています。このほか実習計画についての見直しなど、アドバイスを求める機会（スーパービジョン）ともなり得ますので、有効活用してください。また、その指導内容を忘れず記入することで、後半の実習に活かすようにしましょう。

○記入上の留意点

1. 黒ボールペンを用い楷書で丁寧に記入し、修正液などは使用しない。
2. 算用数字・西暦を使用すること。
3. 学内実習指導担当教員による添削指導をうけ、押印を受けたのち提出すること。

※パソコンでの記入を希望する学生は、記録の書式について実習指導担当教員に確認してください。

6. ソーシャルワーク実習Ⅱのまとめの記入方法

各実習施設・機関での実習日程が終了した際に、実習全体を振り返り、何を感じ、何を学んだのか。皆さんにとって、実習がどのような意味をもったのか。また実習計画はどの程度達成し、解決することができたのかなど、反省すべき点なども含めて『実習のまとめ』を記入することになります。なお、「実習のまとめ」は実習の最終日の日誌とともに実習先に必ず提出してください。

○記入上の留意点

1. 黒ボールペンを用い楷書で丁寧に記入し、修正液などは使用しない。
2. 算用数字・西暦を使用すること。

7. 実習評価票（実習生用）（施設・機関用）」の記入および返送方法

ソーシャルワーク実習Ⅱは、大学での講義ではなく実際に福祉現場の業務に参加し、その職員の一人としての体験を通して、現実の福祉実践を学ぶことを目的としています。実習生であっても、現場では職員の一人としてその役割を果たすことが求められます。

したがって、職場での業務を積極的に学び、わからないところは質問し、専門職としての知識や技術を身につけていくことが目的となります。そして実習の中で、また終了してからどれだけ専門職としての基本的な知識や技術、価値観が身につけられたか、また今後どのような面の学習を深めていけばよいのかを明確にしていくことが必要です。わからないことや失敗があっても、そのことからどれだけ学ぶことができるか、そして今後の学習に生かしていくことができるかどうか、その点が評価されることになります。

実習の評価は、実習生、実習指導担当者、学内実習指導担当教員、それぞれが実習の目的、実習生の個別の実習目的に合わせて評価し、学内実習指導担当教員が総合的に評価を行います。

Ⅶ. 実習報告

1. 実習報告書の作成

実習終了後は、実習が自分にとってどうであったのかを、静かに深く振り返る時期です。それは実習の体験を主観的にとらえることから、客観的にとらえ直すというプロセスを伴います。

自らが立てた実習計画はどの程度、深めることができたでしょうか？それは書くこと、聞くこと、語ることといった作業を、実際に行うことによって具体的にみえてくることでしょう。

また実習計画書や実習日誌、実習のまとめ、評価なども総括した上で、実習報告書を作成することとなります。

2. 実習報告会の意義

実習の締めくくりとして、面接授業にて、実習計画書や実習報告書をもとに実習報告会を開催します。この実習報告会は、学生の皆さんがそれぞれ体験した実習に関して、各学生（先輩や後輩なども含む）や実習指導担当教員、実習指導担当者などに対して発表する機会をもち、実習内容や意見などお互いの情報交換、振り返りの過程を経ることによって、各学生が実習での体験や学習を、より深めていくことを目的としています。

(参考資料)

日本精神保健福祉士協会 倫理綱領

前 文

われわれ精神保健福祉士は、個人としての尊厳を尊び、人と環境の関係を捉える視点を持ち、共生社会の実現をめざし、社会福祉学を基盤とする精神保健福祉士の価値・理論・実践をもって精神保健福祉の向上に努めるとともに、クライアントの社会的復権・権利擁護と福祉のための専門的・社会的活動を行う専門職としての資質の向上に努め、誠実に倫理綱領に基づく責務を担う。

目 的

この倫理綱領は、精神保健福祉士の倫理の原則および基準を示すことにより、以下の点を実現することを目的とする。

1. 精神保健福祉士の専門職としての価値を示す
2. 専門職としての価値に基づき実践する
3. クライアントおよび社会から信頼を得る
4. 精神保健福祉士としての価値、倫理原則、倫理基準を遵守する
5. 他の専門職や全てのソーシャルワーカーと連携する
6. すべての人が個人として尊重され、共に生きる社会の実現をめざす

倫理原則

1. クライアントに対する責務

- (1) クライアントへの関わり
精神保健福祉士は、クライアントの基本的な人権を尊重し、個人としての尊厳、法の下での平等、健康で文化的な生活を営む権利を擁護する。
- (2) 自己決定の尊重
精神保健福祉士は、クライアントの自己決定を尊重し、その自己実現に向けて援助する。
- (3) プライバシーと秘密保持
精神保健福祉士は、クライアントのプライバシーを尊重し、その秘密を保持する。
- (4) クライアントの批判に対する責務
精神保健福祉士は、クライアントの批判・評価を謙虚に受けとめ、改善する。
- (5) 一般的責務
精神保健福祉士は、不当な金品の授受に関与してはならない。また、クライアントの人格を傷つける行為をしてはならない。

2. 専門職としての責務

- (1) 専門性の向上
精神保健福祉士は、専門職としての価値に基づき、理論と実践の向上に努める。
- (2) 専門職自律の責務
精神保健福祉士は同僚の業務を尊重するとともに、相互批判を通じて専門職としての自律性を高める。
- (3) 地位利用の禁止
精神保健福祉士は、職務の遂行にあたり、クライアントの利益を最優先し、自己の利益のためにその地位を利用してはならない。
- (4) 批判に関する責務
精神保健福祉士は、自己の業務に対する批判・評価を謙虚に受けとめ、専門性の向上に努める。
- (5) 連携の責務
精神保健福祉士は、他職種・他機関の専門性と価値を尊重し、連携・協働する。

3. 機関に対する責務

精神保健福祉士は、所属機関がクライアントの社会的復権を目指した理念・目的に添って業務が遂行できるように努める。

4. 社会に対する責務

精神保健福祉士は、人々の多様な価値を尊重し、福祉と平和のために、社会的・政治的・文化的活動を通し社会に貢献する。

倫理基準

1. クライアントに対する責務

(1) クライアントへの関わり

精神保健福祉士は、クライアントをかけがえのない一人の人として尊重し、専門的援助関係を結び、クライアントとともに問題の解決を図る。

(2) 自己決定の尊重

- a クライアントの知る権利を尊重し、クライアントが必要とする支援、信頼のおける情報を適切な方法で説明し、クライアントが決定できるよう援助する。
- b 業務遂行に関して、サービスを利用する権利および利益、不利益について説明し、疑問に十分応えた後、援助を行う。援助の開始にあたっては、所属する機関や精神保健福祉士の業務について契約関係を明確にする。
- c クライアントが決定することが困難な場合、クライアントの利益を守るため最大限の努力をする。

(3) プライバシーと秘密保持

精神保健福祉士は、クライアントのプライバシーの権利を擁護し、業務上知り得た個人情報について秘密を保持する。なお、業務を辞めたあとも、秘密を保持する義務は継続する。

- a 第三者から情報の開示の要求がある場合、クライアントの同意を得た上で開示する。クライアントに不利益を及ぼす可能性がある時には、クライアントの秘密保持を優先する。
- b 秘密を保持することにより、クライアントまたは第三者の生命、財産に緊急の被害が予測される場合は、クライアントとの協議を含め慎重に対処する。
- c 複数の機関による支援やケースカンファレンス等を行う場合には、本人の了承を得て行い、個人情報の提供は必要最小限にとどめる。また、その秘密保持に関しては、細心の注意を払う。クライアントに関係する人々の個人情報に関しても同様の配慮を行う。
- d クライアントを他機関に紹介する時には、個人情報や記録の提供についてクライアントとの協議を経て決める。
- e 研究等の目的で事例検討を行うときには、本人の了承を得るとともに、個人を特定できないように留意する。
- f クライアントから要求がある時は、クライアントの個人情報を開示する。ただし、記録の中にある第三者の秘密を保護しなければならない。
- g 電子機器等によりクライアントの情報を伝達する場合、その情報の秘密性を保証できるよう最善の方策を用い、慎重に行う。

(4) クライアントの批判に対する責務

精神保健福祉士は、自己の業務におけるクライアントからの批判・評価を受けとめ、改善に努める。

(5) 一般的責務

- a 精神保健福祉士は、職業的立場を認識し、いかなる事情の下でも精神的・身体的・性的いやがらせ等人格を傷つける行為をしてはならない。
- b 精神保健福祉士は、機関が定めた契約による報酬や公的基準で定められた以外の金品の要求・授受をしてはならない。

2. 専門職としての責務

(1) 専門性の向上

a 精神保健福祉士は専門職としての価値・理論に基づく実践の向上に努め、継続的に研修や教育に参加しなければならない。

b スーパービジョンと教育指導に関する責務

1) 精神保健福祉士はスーパービジョンを行う場合、自己の限界を認識し、専門職として利用できる最新の情報と知識に基づいた指導を行う。

2) 精神保健福祉士は、専門職として利用できる最新の情報と知識に基づき学生等の教育や実習指導を積極的に行う。

3) 精神保健福祉士は、スーパービジョンや学生等の教育・実習指導を行う場合、公正で適切な指導を行い、スーパーバイザーや学生等に対して差別・酷使・精神的・身体的・性的いやがらせ等人格を傷つける行為をしてはならない。

(2) 専門職自律の責務

a 精神保健福祉士は、適切な調査研究、論議、責任ある相互批判、専門職組織活動への参加を通じて、専門職としての自律性を高める。

b 精神保健福祉士は、個人的問題のためにクライアントの援助や業務の遂行に支障をきたす場合には、同僚等に速やかに相談する。また、業務の遂行に支障をきたさないよう、自らの心身の健康に留意する。

(3) 地位利用の禁止

精神保健福祉士は業務の遂行にあたりクライアントの利益を最優先し、自己の個人的・宗教的・政治的利益のために自己の地位を利用してはならない。また、専門職の立場を利用し、不正、搾取、ごまかしに参画してはならない。

(4) 批判に関する責務

a 精神保健福祉士は、同僚の業務を尊重する。

b 精神保健福祉士は、自己の業務に関する批判・評価を謙虚に受けとめ、改善に努める。

c 精神保健福祉士は、他の精神保健福祉士の非倫理的行動を防止し、改善するよう適切な方法をとる。

(5) 連携の責務

a 精神保健福祉士は、クライアントや地域社会の持つ力を尊重し、協働する。

b 精神保健福祉士は、クライアントや地域社会の福祉向上のため、他の専門職や他機関等と協働する。

c 精神保健福祉士は、所属する機関のソーシャルワーカーの業務について、点検・評価し同僚と協働し改善に努める。

d 精神保健福祉士は、職業的關係や立場を認識し、いかなる事情の下でも同僚または関係者への精神的・身体的・性的いやがらせ等人格を傷つける行為をしてはならない。

3. 機関に対する責務

精神保健福祉士は、所属機関等が、クライアントの人権を尊重し、業務の改善や向上が必要な際には、機関に対して適切・妥当な方法・手段によって、提言できるように努め、改善を図る。

4. 社会に対する責務

精神保健福祉士は、専門職としての価値・理論・実践をもって、地域および社会の活動に参画し、社会の変革と精神保健福祉の向上に貢献する。

ソーシャルワーク実習Ⅱ 実習指導者配置計画

医療機関

	施設名及び 施設種別	実習指導者名	相談業務 経験年数	精神保健福祉士 資格登録年月	実習指導者講習会 修了年月
1	札幌トロイカ病院 精神科病院				
2	さっぽろ香雪病院 精神科病院				
3	林下病院 精神科病院				
4	桑園病院 精神科病院				
5	北見赤十字病院 精神科病院				
6	玉越病院 精神科病院				
7	心療内科あおぞらクリニック 診療所				
8	千歳病院 病院				
9	苫小牧緑ヶ丘病院 精神科病院				
10	三愛病院 精神科病院				
11	なるかわ病院 精神科病院				
12	五稜郭メンタルクリニック 診療所				
13	芙蓉会病院 精神科病院				
14	弘前愛成会病院 精神科病院				
15	青森県立つくしが丘病院 精神科病院				
16	川崎こころ病院 精神科病院				
17	日立梅ヶ丘病院 精神科病院				
18	周愛巣鴨クリニック 診療所				
19	杉田病院 精神科病院				
20	浅香山病院 精神科病院				

施設・事業所等

	施設名及び 施設種別	実習指導者名	相談業務 経験年数	精神保健福祉士 資格取得年月	実習指導者講習会 修了の年月
1	りあん 就労継続支援B型				
2	ホワイトストーン 就労移行支援				
3	リワークあっぷる 就労移行支援				
4	ここリカ・プロダクション 就労継続支援B型				
5	南空知地域生活支援センターりら 特定相談支援事業				
6	若草友の会共同作業所 就労継続支援B型				
7	ハート釧路 地域活動支援センター				
8	帯広生活支援センター 地域活動支援センター				
9	登別市総合相談支援センターen 基幹相談支援センター				
10	室蘭市相談支援センターらん 一般相談支援事業				
11	障害福祉サービス事業所 i・b o x 就労継続支援				
12	トータスホーム 自立訓練				
13	サポートセンター虹 就労継続支援B型				
14	地域サービスセンター S A N N e t 就労継続支援B型				
15	障がい者生活支援センター「すみれ」 地域活動支援センター				
16	地域生活支援センター滝沢 生活訓練				
17	パルいずみ 就労継続支援B型				
18	サポートセンターあおぞら 障害者就業・生活支援センター				
19	耕房 光 就労継続支援B型				
20	ほのぼのグループ（創造舎） 就労継続支援B型				
21	相談支援事業所ナルド 計画相談支援				
22	作業所のどか 就労継続支援B型				