

学生の確保の見通し等を記載した書類 資料目次

- 資料 1 未来構想策定に関する検討委員会答申書(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会)
- 資料 2 臨床検査技師あり方推進ワーキンググループ提言書
(一般社団法人日本臨床衛生検査技師会)
- 資料 3 日本理学療法士協会会長齊藤秀之氏インタビュー(週刊医学界新聞第 3455 号)
- 資料 4 新時代の大学院教育－国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて－【抜粋】
- 資料 5 日本の将来推計人口(令和 5 年推計)結果の概要(国立社会保障・人口問題研究所)【抜粋】
- 資料 6 日本の地域別将来推計人口(平成 30(2018)年推計)都道府県別 15-64 歳人口と指数
(国立社会保障・人口問題研究所)
- 資料 7 人口推計結果(2019～2023 年度)
- 資料 8 大学院志願者等の増減状況、区分ごとの動向
- 資料 9 石川県の私立大学大学院(修士(博士前期)課程)入学定員充足率
- 資料 10 新設組織が置かれる都道府県への入学状況(別紙1)
- 資料 11 既設学科等の入学定員の充足状況(直近5年間)(別紙2-1)(別紙2-2)
- 資料 12 医療保健学研究科医療保健学専攻(仮称)修士課程リーフレット
- 資料 13 医療保健学研究科医療保健学専攻(仮称)修士課程設置に関するアンケート調査
(進学意向・在学生(2,3 年次生))
- 資料 14 医療保健学研究科医療保健学専攻(仮称)修士課程設置に関するアンケート調査
(進学意向・在学生(4 年次生))
- 資料 15 医療保健学研究科医療保健学専攻(仮称)修士課程設置に関するアンケート調査
(進学意向・社会人)
- 資料 16 医療保健学研究科医療保健学専攻(仮称)修士課程設置に関するアンケート調査
(採用意向)

平成 25 年 3 月 28 日

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会
会長 宮島 喜文 様

未来構想策定に関する検討委員会

委員長 戸塚 実
副委員長 富永 博夫
委員 村田 満
佐守 友博
相澤 孝夫
梶山 広美
堤 玲子
松本 祐之
坂西 清
萩原 三千男
大澤 智彦
丸田 秀夫
齋藤 幸弘
担当理事 下田 勝二

委員会の開催

- 1 第 1 回委員会：平成 24 年 9 月 20 日（木）日臨技会館 第 2 会議室
- 2 第 2 回委員会：平成 24 年 10 月 12 日（金）横浜ランドマークタワー 25 階中会議室 2
- 3 第 3 回委員会：平成 24 年 11 月 26 日（月）日臨技会館 第 1 会議室 A
- 4 第 4 回委員会：平成 25 年 2 月 21 日（木）日臨技会館 第 2 会議室

答 申 書

「臨床検査技師の未来構想」

一般社団法人日本臨床衛生検査技師会（以下「当会」という。）未来構想策定に関する検討委員会（以下「本委員会」という。）は、当会会長の諮問により設置された委員会である。本委員会は、現在の社会情勢や医療環境、医療行政の基本施策、並びに今後予想される状況を鑑み、日本国民の医療及び公衆衛生の向上に寄与し続ける当会のあり方と、育成すべき臨床検査技師の未来像について提言することを目的としている。

この答申書「臨床検査技師の未来構想」は、変遷する社会において医療を通じて広く国民に貢献できる臨床検査技師像を明確化し、そのような人材育成のために当会が引き続き堅実に、そして革新的に活動していく方向性を提言している。また、それぞれの臨床検査技師が目標を持ち、「誇り」と「やりがい」がある職域であると感じられる環境作りについても言及している。この答申を踏まえて当会理事会を中心に「第4次マスタープラン」を作成し、アクションプランによって着実に実行されることを願う。

（基本理念）

1. 技術者から医療人へ

臨床検査データを出すだけでなく、チーム医療を推進する一員として被検者のQOLを考え、そして医師の診断・治療をサポートできる医療人へ

2. 卒前卒後一貫教育を担う多様な人材の育成

臨床検査技師養成から生涯にわたって臨床検査技師の技術・知識の向上をサポートできる多様な人材の育成

3. 社会に貢献する人材の育成

医療および公衆衛生の向上に寄与するだけでなく、臨床検査を通じて広く社会に貢献する人材の育成

【目次】

はじめに

- 1 構想策定の背景
 - 1) 社会環境からの視点
 - 2) 医療現場からの視点
 - 3) 教育現場からの視点

- 2 臨床検査技師像
 - 1) 医療人としての責任を果たせる臨床検査技師
 - 2) 患者（国民）中心の仕事ができる臨床検査技師
 - 3) 多様な環境で対応できる臨床検査技師
 - 4) 自己研鑽の継続できる臨床検査技師
 - 5) 後継者の育成ができる臨床検査技師

- 3 臨床検査技師が活躍する場
 - 1) 医療
 - 2) 教育・研究
 - 3) 行政
 - 4) 企業

- 4 臨床検査技師の育成
 - 1) 卒前教育
 - 2) 卒後教育

- 5 その他考慮すべき課題と進むべき方向性
 - 1) 女性技師会員の有効活用への取り組み
 - 2) 法制度への取り組み
 - 3) 国際化への取り組み
 - 4) 少子社会における取り組み
 - 5) 高齢者の医療環境改善への取り組み

おわりに

はじめに

平成 16 年度に答申された第 3 次マスタープランでは、「国民の健康に貢献する医学検査の実践と普及」を骨子に掲げ、中期的な展望にたった 7 項目の基本的目標が策定された。当会はこの基本目標に従い計画を遂行してきたが、急激な社会的環境や医療施策の変化により、臨床検査技師の置かれている環境や組織運営への対応が充分でなかったことなどの反省から、平成 22 年 6 月に第 3 次マスタープラン検証委員会が設置され、検証報告が答申された。このような現況より、本委員会は、この検証結果や以前に提出されている諸々の答申書、報告書等の内容を踏まえて、今後の臨床検査、臨床検査技師の未来像を見据えた。また、現社会環境から予想される状況に鑑みて、近未来を想定した「第 4 次マスタープラン」が策定できるように提言すると共に、遠い未来の臨床検査技師の有るべき姿についても提示する。

本委員会委員は、一般社団法人日本臨床検査医学会、日本臨床検査専門医会、一般社団法人日本病院会の外部有識者、都道府県技師会役員、当会理事で構成されていることで臨床検査に携わる団体・役員が協働して、未来の臨床検査技師像を描き、有るべき姿を確認し合って、策定・提言したものであることを申し添える。

1 構想策定の背景

(前提) 少子高齢にますます拍車がかかり、日本の社会構造が大きく変化することは明らかである。臨床検査を通じて広く国民の健康増進に寄与するという普遍的な目的に何の変わりもないが、その遂行は時代に即したものでなければならない。その一つとして、従来、臨床検査技師に求められたのは、医療現場における臨床検査の実践が主体であった。しかし、現在そして未来にわたって期待されるのは、医療現場に限った活躍にとどまらず、専門家として日本の臨床検査の実践・発展における中心的な役割を担うことである。そのためには、社会環境の変化を正しく認識し、臨床検査技師に何ができるのか、何をすべきなのか、目標を明確にし、引き続き着実な努力を積み重ねることが必要である。未来構想の策定は、臨床検査技師が大きな目的を共有し、それぞれの置かれた環境でそれぞれが最大限の努力をし、最終的に広く国民の期待に応えるための目標作りである。

1) 社会環境からの視点

- ・ 更なる少子高齢が予想される。
- ・ 臨床検査技師に占める女性の割合はいつそう高くなる。
- ・ 臨床検査技師という医療職種とその役割を、国民に理解される必要がある。
- ・ 国際的な感覚が要求されるとともに、国際的な役割を果たす必要がある。
- ・ 医療行政・医療環境の変化に伴う対応が必要となる。

2) 医療現場からの視点

- ・ 臨床検査技師は医療現場で必要不可欠な臨床検査を担当しているにもかかわらず

ず、その認知度は低く、医療（チーム医療）への積極的参加が必要である。

- ・ 変化を続ける臨床現場で臨床検査技師が何をすべきか、何ができるのかを考えるのはもちろんであるが、何をすることが望まれているかを強く意識することが要求されている。
- ・ 医業収益管理やコスト管理などのマネジメントができる人材育成が必要である。

3) 教育現場からの視点

- ・ 臨床検査技師養成施設の多様化を認識し、それぞれの役割を考慮した臨床検査の総合的発展を考える。
- ・ 専門学校だけでなく、4年制大学（学部・大学院）の教員として活躍できる臨床検査技師を養成する必要がある。
- ・ 医療現場に勤務する臨床検査技師のみならず、わが国の臨床検査分野全般を担っていく人材を育成する必要がある。

2 臨床検査技師像

（前提）職域の見直し・拡大は臨床検査技師の既得権拡大が目的ではなく、日本国民の医療及び公衆衛生の向上のためである。臨床検査技師は臨床検査の実践が職務と考えがちであるが、広く国民さらには他の医療職種から期待されているのは、臨床検査の専門家としての「医療の実践」である。ともすると、医療現場において他職種から臨床検査技師の顔が見えないと言われるのは、最高レベルの臨床検査は実践しているが、医療に参加していないと思われるためであることも否定できない。医療のために臨床検査技師に何ができるのか、何をすべきかを中心に据えた職域拡大が求められる。また、従来、臨床検査技師の職務は技術を前面に打ち出したものであった。現在も高度な技術が必要であることに変わりはないが、高度な技術をより生かすための高度な臨床的知識が要求されるようになってきている。さらに、高度先進医療現場においては、決まった職務を実践するだけでなく、臨床のニーズに創造的に対応できる能力が求められている。

これらを実現するためには、臨床検査技師全般の技術的・知識的底上げを実現するとともに、その上に立った専門性の追求が必須である。

1) 医療人としての責任を果たせる臨床検査技師

- ・ 臨床検査を通じて「医療」を実践する臨床検査技師
- ・ 社会に貢献・寄与できる臨床検査技師

2) 患者（国民）中心の仕事ができる臨床検査技師

- ・ 疾病の早期発見、予防啓発を目的とした総合検診システムを開発できる臨床検査技師
- ・ 検査の特性や意義について患者に説明・指導できる臨床検査技師

- ・ 臨床検査の発展に寄与できる教育者・研究者としての臨床検査技師
- 3) 多様な環境で対応できる臨床検査技師
 - ・ 医療施設の役割に即した臨床検査業務を実践できる臨床検査技師
 - ・ 標準化された知識・技術の上に積み上げられた専門性を追求できる臨床検査技師
 - ・ 臨床研究の主要な担い手の一職種としての臨床検査技師
- 4) 自己研鑽の継続できる臨床検査技師
 - ・ 自己問題提起・解決を遂行できる基礎能力のある臨床検査技師
 - ・ 高いプロ意識をもった臨床検査技師
 - ・ 日常業務の中で探究心や応用力を働かせ、自己の研究目標を持つ臨床検査技師
- 5) 後継者の育成ができる臨床検査技師
 - ・ 診療能力に加えて、教育・研究が実践できる臨床検査技師
 - ・ 地域・地区での教育ネットワークを推進する臨床検査技師
 - ・ 特殊検査の伝承や特化した技能の個別指導ができる臨床検査技師

3 臨床検査技師が活躍する場

(前提) 臨床検査技師が活躍する場は、病院、健診・検査センター、教育現場、研究所、企業等の多方面であり、今後、職域が拡大することは間違いない。すなわち、臨床検査技師が支える臨床検査の世界はもっと広がる。そのためには、活躍すべき場を具体化し、それに向かって努力する臨床検査技師および臨床検査技師を目指す将来の会員をサポートする体制を構築する必要がある。また、教育現場では、4年制大学の臨床検査技師の育成は、制度的に医師・歯科医師・薬剤師などのそれと比較して発展途上にあり、教育の多くは他の専門家（医師、薬剤師、理系の研究者など）の協力によって支えられている。もちろん、高度な専門性を備えた臨床検査技師の育成には、今後とも多くの専門家の協力を得ていかなければならないが、臨床検査技師が臨床検査の専門家として育成の中心的な役割を担わなければならないことは必然である。臨床検査技師が活躍する場において、臨床検査技師に求められるもの、あるいは臨床検査技師が中心となって実践すべきことについても、再考していかなければならない。

- 1) 医療
 - ・ 検査の意義や特徴について患者への情報提供
 - ・ 医師の診断をサポートする臨床検査学的視点からの病態解析情報の提供
 - ・ 各種チーム医療への積極的な参画
 - ・ 臨床研究の実施および科学的・系統的な後進教育
 - ・ 医師を中心とした他の医療従事者の臨床研究のサポート
 - ・ 臨床検査に関して他の医療職者への助言・提言が行えるサポーター役
 - ・ 治験・最先端医療・個別化医療への積極的関与
 - ・ 在宅医療における患者支援

- 2) 教育・研究
 - ・ 専門学校・大学の教員
 - ・ 研究所・企業における研究者あるいは研究助手
 - ・ 臨床検査に関わるシステム開発、検診における臨床検査情報システム開発
- 3) 行政
 - ・ 臨床検査に関連する医療行政への参画
 - ・ 公衆衛生・予防行政への参加、保健医療への参画
 - ・ 健康危機管理体制の構築に参画
 - ・ 医療統計の分析・解析を行い、臨床検査関連の動向調査および評価を行う機構への参加
- 4) 企業
 - ・ 臨床検査関連企業（研究開発）、製薬企業（研究者・MR）、治験企業（CRC・CRA）
 - ・ 国民への臨床検査の普及啓発を行う企業付帯事業
 - ・ 先端医療、特殊検査に携わる特化した検査所

4 臨床検査技師の育成

（前提）臨床検査技師の活躍の場は多様化している。すなわち、病院、健診・検査センター等で勤務する臨床検査技師、並びに教育者、研究者、そして企業人として、各分野で活躍できる臨床検査技師の育成が必要であり、多様化に対応する為にも、当会が、臨床検査技師の卒後教育において将来構想に沿った制度の構築を行なうことが望まれる。また、日本の臨床検査の維持・発展を将来にわたって担っていく組織の一つとして、臨床検査技師の技能・知識の向上に努めるのはもちろんであるが、様々な方面において活躍が期待される臨床検査技師を養成する卒前教育にも、積極的に関与していく必要がある。

- 1) 卒前教育
 - ・ 医療人としての資質を備えた臨床検査技師養成の徹底
 - ・ 臨床検査技師資格を有し、大学教員としての能力を備えた人材の育成
 - ・ 臨床的能力に加えて、教育・研究能力を備えた人材の育成
 - ・ 臨地実習の標準化（コアカリキュラムの策定）
 - ・ 日本臨床検査学教育協議会との連携
 - ・ 高校生以下の若者への臨床検査（技師）およびその概要の啓発
 - ・ 奨学金基金制度の創設
- 2) 卒後教育
 - ・ 特殊技術の認定に固執しない標準化を目指した教育
 - ・ 臨床検査技師のためではなく、国民の健康増進のための認定制度の確立
 - ・ 技術・知識偏重の研修から医療研修へ

- ・ 臨床カンファランスへの積極的参加（医療への積極的参加）
- ・ 研究班横断型の研修の充実と達成目標の明確化

5 その他考慮すべき課題と進むべき方向性

（前提）当会の会員構成をみると、近未来の臨床検査を中心的に支えるのが女性臨床検査技師になることは明白である。現状においても、看護師を除くと最も女性が多い医療職種の一つであるにもかかわらず、幹部臨床検査技師に占める女性の割合は全国的に決して高くない。これが能力に起因するものでないことは明らかであり、女性の社会参画に少なからず困難があることを示している。日本の臨床検査のレベル維持・発展を担う当会としては、女性が生涯にわたって能力を発揮し続けることができる環境とサポート体制の構築が必要である。

外部委託検査はなくてはならない検査である。臨床検査を通じて国民に寄与するという観点から、病院検査部による検査と何ら変わりがない。広く臨床検査としてその質も含めて責任を持っていくためには、現状の無資格者による検体検査体制への見解を明確化していく必要がある。職域確保といった短絡的な観点ではなく、少子高齢社会において見込まれる労働人口の減少といった観点等からも考えていかなければならない。

当会の大きな目的が日本国民の健康増進であることは言うまでもないが、グローバル化の波は医療も例外ではない。国際感覚を備えた多くの臨床検査技師を育成していかなければならないのは時代の流れである。さらに、比較的高度の知識と技術を備えた、日本の臨床検査技師は発展途上国の臨床検査をサポートしていかなければならない。

1) 女性技師会員の有効活用への取り組み

- ・ 執行部女性役員および各施設の女性役職者の増員
- ・ 働く環境の現状分析と働ける環境の創設
- ・ 女性である特色を生かした業務および業務体系の創設
- ・ 女性が働きやすく、参加しやすい環境の整備

2) 法制度への取り組み

- ・ 外部委託検査データへの責任体制の確立
- ・ 無資格者による検体検査体制への見解の明確化
- ・ 業務上の問題点の調査・研究を行い、制度の抜本的な改正を要求
- ・ 臨床検査の技能、医療の安全性を担保するための制度強化

3) 国際化への取り組み

- ・ 海外留学制度の創設（支援体制の確立）
- ・ 技術・知識・人材に関する国際支援体制の構築
- ・ シニア会員の海外技術支援制度の創設
- ・ 海外支援中の職場環境の整備体制、支援後の就職体制、生活保障体制の構築

- 4) 少子社会における取り組み
 - ・ 若手臨床検査技師の積極活用（学会役員や学術担当責任者などの学術面を中心に）小中学生を対象とした臨床検査技師職の啓発活動
- 5) 高齢者の医療環境改善への取り組み
 - ・ 特養・介護施設において、あるいは在宅患者に対しての感染予防対策および啓発在宅医療におけるPOCT機器等の使用指導および管理

おわりに

本委員会では、未来の臨床検査技師像が極めて多様であることにあらためて気付かされた。

当会は創立 60 年を迎え、諸先輩方から受け継いできた伝統を堅持しながらも、将来・未来に向けた革新の志を抱きながら「進化」を続けてきた。当会の躍進にはまだまだ課題が多く、臨床検査技師の身分保障に関する法改正や臨床検査技師の後継者の育成、女性技師の活躍、他職種との連携、患者を支援する医療への参画など様々存在する。また、臨床検査技師の存在感を示すためには、患者への検査説明や医師の診断・治療をサポートする付加価値情報の提供等の取り組みを実施していかなければならない。施設基準の加算等で診療報酬点数上に反映されるような取り組みも重要である。いずれも、関係団体と連携し、協働していただくことが大切である。

これらの課題については、当会の倫理綱領に沿った「国民の健康に貢献する医学検査の実践と普及」を念頭に置いて、時間軸に沿って「第 4 次マスタープラン」に落とし込み、執行体制の中でアクションプランとして着実に遂行されることを切望するものである。

平成31年3月31日

一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会
会長 宮島 喜文 様

臨床検査技師あり方推進ワーキンググループ

リーダー 丸田 秀夫
メンバー 横地 常広
長沢 光章
梶山 広美
滝野 寿
千葉 正志
西浦 明彦
片山 博徳
竹浦 久司
白波瀬浩幸
高村 好実
直田健太郎
担当理事 深澤 恵治

「将来へ向けての臨床検査技師のあり方」～提言～

はじめに

急速に少子高齢化に向けて進展する我が国は、団塊の世代（昭和22～24年に出生）が後期高齢者（75歳）となる2025年に照準を合わせた社会保障制度改革が進められている。また、高齢者人口がピークを迎える2040年には人口構成が激変することが予測されており、特に生産人口（15～65歳）の減少が加速して高齢者人口が4000万人とピークに達し、総人口の3分の1を超えると推計されている。行政や医師会を含む各種の医療団体では2040年を見据え、医療・介護サービスのあり方の検討が進められている。

このような背景を踏まえて各医療機関は新たな取り組みを模索している。我々臨床検査技師が国民にとって不可欠な職種として存続するためには何が必要なのであろうか？「臨床検査技師あり方推進ワーキンググループ」では医療の高度化、複雑化さらに情報通信技術（ICT：Information and Communication Technology）、人工知能（AI：Artificial Intelligence）等々の最新テクノロジーの医療への活用などを鑑み、臨床検査技師が将来へ向けて対応すべき課題として以下の3つのテーマを挙げ、提言書として取りまとめたので報告する。

検討テーマ

- その1：AIと臨床検査技師なども含め10年後以上未来の臨床検査技師像を探る
- その2：予防医学と臨床検査技師のあり方
- その3：医療におけるコーディネーターとしての臨床検査技師の位置づけ

その1、A I と臨床検査技師なども含め 10 年後以上未来の臨床検査技師像を探る

提言の概要

科学技術の発達や労働人口の減少により、医療、検査分野でもロボットや「人工知能（A I）」が内蔵した医療機器、検査機器の開発が進むが、これは時代が求めている潮流である。

これに対して、臨床検査技師は臨床の場においては、ロボットや「人工知能（A I）」を管理する。道具として使う。お互い不足する能力を補完し合うことを目指し、国民により良い医療の提供を目指す体制を構築する。

提言に対する説明

団塊ジュニア世代が高齢者となる 2040 年には、国内の就業者が 1285 万人減と予想される中で 65 歳以上が約 4,000 万人とピークに達し、労働現役世代の減少が最大の課題となる。20 年後に直面する労働人口減少という大きなリスクは、首都圏の急速な高齢化と医療・介護分野の危機到来、深刻な実労働者の不足となること等が挙げられている。労働人口の減少を補うためには、女性や高齢者の社会参加の推進や外国人労働者の確保とさらなる活用などにとどまらず、ロボットや人工知能（A I : Artificial Intelligence）などのテクノロジーの活用による労働の自動化を進めることで、労働の生産性を高めると共に、働き方や生活スタイルを大きく変化させていくことが重要となっている。

これまで、臨床検査分野には様々な新技術が導入されてきた。その先駆けとしては、臨床化学検査分野で手動的測定により行っていた検査項目が生化学自動分析装置で測定できるようになり、血液検査分野では顕微鏡を用いて血球をカウントする方法から血球数計測以外の多項目をも同時に測定し、白血球分類まで行えるようになった。今後さらなる技術革新により、様々な検査領域において簡便で高精度の測定系が開発され臨床現場に導入されるはずである。

現在、「第4次産業革命」と呼ぶべき変革（イノベーション）が進行しており、その中核となっている技術が「人工知能（A I）」である。保健医療分野における A I 活用のメリットは、患者・国民だけでなく、医療・介護従事者や産業界にも及ぶ。A I は高度で洗練されたソフトウェアシステムで、コンピューターが人間の知性や意思決定を補助するものと考えられる。その中でも医療の分野では人間の知識トレーニングや情報の有効性検証、継続的な学習の実施に大量の検査データが使用されている。医療の分野での活用範囲としては、カルテ、検診・健診の電子記録、医学研究、臨床検査結果、各種診断情報等である。その中で最も A I の導入が早いとされている臨床検査領域では、臨床検査技師の役割は何かを真剣に模索することが急務と考えられる。

このような状況で今後の想定される A I の機能・活用方法から将来の臨床検査室の状況を描いてみると、以下の項が挙げられる。

① マニュアル作業がオートメーション化される

A I 臨床検査室では、細かく煩雑な人為的作業は大きく削減される。臨床検査の工程全般のプロセスは効率が上がり、様々な意思決定も迅速に行えるようになる。臨床検査技師

はオートメーション作業を管理するA Iの管理が業務になる。

② デジタル化による情報の流れの自動化

ルールに基づいたプログラミングにより、臨床検査室内の人による作業と意思決定が置き換えられ、ワークフローは加速化しエラーが低減される。手書きの結果報告や手作業による編集をデジタル編集に変え、即時に医師に転送できるようになる。文書の間違い等は常にピックアップされ、人がA Iで動かされることもある。

③ 臨床検査のリーダーらが見るA Iの近未来

臨床検査業務でのA I活用は、患者ケアのパス、病変の検出や診断、慢性疾患の予防などへも波及し、今よりもさらに改善される。

④ 主流になっていくA I

A Iは学習と改善を繰り返しながら、患者以外とのやり取りも処理できるようになり、患者ケアの流れのすべてが変革する。つまり、EHR (Electronic Health Record) の確認から検査の発注、診断情報や症状、リスクプロファイルや人口統計までを統合し、診断と治療のオプションを推奨することができる。

A Iの普及は当然の流れであり、医療の現場は急速に様変わりしていくことが予想されるが、それらに柔軟に対応し、自らの立ち位置を確立し、医療の現場で不可欠な存在となる必要がある。そのための方策として、臨床検査技師がA Iの示した結果を理解し、それを分かりやすく患者に伝えるなどの取り組みが「A Iを利用する」ことに繋がると考える。臨床検査の専門性を活かしつつ、A I技術やICT技術と医師そして患者間を橋渡しする業務、ここに着目していくことで到達する未来がみえてくる。また、A Iを有効に機能させるためにはベースとなる様々な医療情報の精度・品質の確保も重要であり、A Iへインプットする臨床検査情報の品質確保は当然臨床検査技師が担う業務となる。

A Iの普及により、医療現場の労働環境は大きく変化すると予想される。これまで臨床検査技師が行ってきた業務は、今後はA Iが的確に正確に判断し、実践してくれる時代となる。そこで懸念されているのが「A Iが普及すると我々の職種がなくなる」といった意見であるが、A Iはあくまで「道具」であり「道具」には必ず「使う人」が必要となる。つまりA Iは我々にとって仕事を奪う「脅威」ではなく、人間と「共存」していく存在となっていくと予想する。実際の医療現場では患者を中心としての業務であり、複雑な表現を交えたコミュニケーションが必要であるが、臨床検査技師がこれからのA I時代を生き残るためにはA Iを活用できる人材の育成を急ぎ、A Iと共に「コミュニケーション力」を磨き患者の近い場所で業務を実践し、他医療職に信頼される職種になっていくことが必要と考える。

その2、予防医学と臨床検査技師のあり方

提言の概要

臨床検査技師は、医師が行なうあらゆる疾病診断のための臨床検査値を提供する唯一の

医療技術者であり、提供した臨床検査値での診断は医業であり医師のみしか認められていないが、臨床検査値と当疾病・病態との関連性についての理解は、他の医療技術者に比べて優位な存在である。

このことから、臨床医学の領域に限らず、生活指導、予防医学に関連するあらゆる領域において活躍できる考えることから、制度設計に取り組むべきである。

提言に対する説明

現状の臨床検査技師の多くが勤務している環境は臨床医学と考えられる。臨床医学は予防医学と異なり、健康障害の原因を特定し、それを取り除き治療することである。一方、診断学では一次予防、二次予防などの予防医学との連携が不可欠とされている。臨床分野では予防的活動を行うことが可能であり、予防医学の重要性から現在では医師の予防医学教育が進んでいる。同時に、予防医学の領域の拡大に伴いメディカルスタッフの役割分担の重要性も認識されつつある。予防医学の実践活動は医師、歯科医師の他に薬剤師、保健師・看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等の医療職種の協力活動による展開が進められてきた。しかし、臨床検査技師はこの領域に十分に認知されているとは言い難い現状がある。国内の人材育成は全国の大学医学部および医科大学に衛生学、公衆衛生学の講座を設置して予防医学に関する教育が実施されているにも関わらず、臨床検査分野ではそれらに対応出来ているとはいえない状況である。

臨床医学の学会を中心に専門医、認定医、指導医の形で専門医制度が整備されつつあるが、公衆衛生あるいは予防医学に関する研修の必要性を認識し、その内容について検討することも必要であるようである。また、予防医学分野では一部の学会を除き、各学会が人材養成にどのように関わるべきなのか十分に検討されていない。関連学会が医師だけでなく予防医学に関わる幅広い人材養成にどう取り組んで行くべきか模索する時期と捉えるべきである。臨床医学の各領域においては予防医学教育の拡充を検討する必要があり、臨床検査技師、看護師等の大学における人材育成教育が急がれる。そのうえで、臨床検査分野の立ち位置も明確化しなければならない。

予防医学には、一次予防（疾病の予防。健康への啓発、健康増進、特殊予防（教育、予防接種など））と二次予防（重症化の防止。疾病の早期発見と早期措置、適切な医療と診療対策（健康診断など））と三次予防（疾病が発症した後、必要な治療を受け、機能の維持・回復を図ること）がある。

一次予防は、健康な人が病気になる前の段階の予防で、臨床検査技師が大きく係るところであり生活習慣の検査や改善指導を通じて寄与できる。また、治療において検査値が基準値範囲内になるようにコントロールして病気になる前に予防することも可能となり、国民に対して予防に関する教育も推進できる。

二次予防は、発生した疾病に対して自覚症状が出る前に疾病を発見し、早期に治療しようとするものである。その早期発見のために各種の健康診断が実施されている。ここでも臨床

検査が利用され、多くの臨床検査技師が活躍しているところである。

三次予防は主に医療における診療により、病気の進展を防いだり、合併症の発生を防いだりするものである。ここでの臨床検査は治療の経過観察や投薬などのモニタリングなどが想定される。人口の高齢化や社会環境の変化に伴い、脳血管疾患・心臓疾患・呼吸器疾患など基礎疾患を有する人々が病院から在宅などで疾病管理を行うことが想定され、居宅での疾病管理にはある程度の臨床検査を用いて適切に行われなければならない。現状では臨床検査技師の存在は希薄なものは否めないが、地域包括ケアシステムを上手に利用し臨床検査技師による居宅での疾病管理（三次予防）は政府の方針に沿った内容であると考えている。

以上のような国民に寄り添った検査や検査説明だけではなく、一次、二次さらには三次を合わせた総合健診システムを構築ができるのは、検査の専門家である臨床検査技師にできることである。また、予防医学においては、膨大な受診者データを有しており、AI を用いて解析することにより、疾病の早期発見や治療経過の観察、合併症の防止に貢献すると考える。超高齢社会が始まった現在、高齢先進国に生きる私たちは、健康維持に努め、さまざまな疾患と立ち向かい高齢期でも健康で、自立して、社会に貢献できること、新たなサクセスフル・エイジング（幸せに、より良く老いる）のモデルやシステムの構築と実践を行い、それを世界に発信できることを期待したい。当然その中には臨床検査技師が加わり一次・二次・三次の予防医学へ寄与もできる。**すべての国民が健康に関心を持ち、病気にならないように臨床検査技師ができることを創造し、医療費の削減につながる仕事ができる臨床検査技師、国民（患者）中心に仕事ができる臨床検査技師になることが重要である、それらを担う人材の育成も重要な課題である。**

その3、医療におけるコーディネーターとしての臨床検査技師の位置づけ

提言の概要

臨床検査技師は、医師が行なうあらゆる疾病診断のための臨床検査値を提供する唯一の医療技術者であり、提供した臨床検査値での診断は医業であり医師のみしか認められていないが、臨床検査値と当疾病・病態との関連性についての理解は、他の医療技術者に比べて優位な存在である。

このことから、臨床医学の領域に限らず、生活指導、予防医学に関連するあらゆる領域においても、コーディネーターとして活躍できる考えることから、制度設計に取り組むべきである。

提言に対する説明

現在、臨床検査技師がコーディネーターの名称を用いて活動出来ている分野は、治験コーディネーター（CRC : Clinical Research Coordinator）やPOC（Point Of Care）コーディネーター等がある。

CRCは治験責任医師又は治験分担医師の指導の下、治験業務に協力する者で、主に看護師、薬剤師、臨床検査技師などが担当している。業務範囲としてはインフォームド・コンセント

取得補助、治験のスケジュール管理、治験中の患者のサポート、症例報告書作成補助、関係各部署のスタッフに対する連絡、調整などである。

POC コーディネーターの役割は、操作マニュアルやトレーニング事項の作成と記録、機器・試薬の添付文書など書類の管理、各部門における責任者の把握、測定現場での操作手順の確立、測定現場と検査室への連絡、使用者の教育などである。

これらの他に生活習慣病や糖尿病をはじめとする慢性的な疾患の患者管理のためのコーディネーターも重要視されている。患者管理において臨床検査は重要なメルクマークであり、臨床検査技師の関与が不可欠と考える。上記のほか、臨床検査技師に期待されるコーディネーター業務について以下5つの可能性を考察してみる。

一つ目は、検体検査の精度の確保に関する医療法等の一部改正に伴い、臨床検査技師が、作業手順書や日誌・台帳の作成・運用管理を任されるなど法改正への体制整備において、検査室が管理する領域を超え施設全体の検体検査に関連する運営・管理のコーディネートができることである。

二つ目は、臨床検査技師は、がんゲノム医療の実用化に必要な医療従事者として、がんのゲノム医療に関する遺伝子関連検査に精通し、患者・家族への説明、多職種との連携、意思決定支援等を担うことができ、がんゲノム医療コーディネーター業務ができることである。平成30年より厚生労働省主導で人材の育成が進められており、臨床検査技師をはじめ看護師、薬剤師が対象職種となり、がんゲノム医療中核拠点病院やがんゲノム医療連携病院に配置が求められている。業務内容の多くの部分は臨床検査技師の専門性が発揮できる遺伝子関連検査に関するものであり、多くの臨床検査技師の関与が望まれる。

三つ目は、各医療職種の役割分担をコーディネートできることである。たとえば多職種業務推進コーディネーター（仮称）である。働き方改革の検討の中で、医師・看護師の負担軽減を目的とする医療職の働き方や仕事の割り振りを臨床検査技師がコーディネートすることも十分に可能である。診療放射線技師や病院薬剤師と比較し、臨床検査技師は医療・疾病に関連する豊富な知識と技術を活用することにより、患者・病院双方に有益となる。

四つ目は、臨床検査技師は、現状のレベルにおいて一定以上の検査データ管理が可能である。また、検査領域を超え、医療事故防止・削減に向けて、病院・施設全体のロジック構築に有効なツールをコーディネートできる力がある。検体検査のデータ解析において、設定された解析ロジックに基づき、臨床検査システムから受信した検査オーダー・検査結果をリアルタイム自動解析する診断支援において、検査ロジックに従ってフォローすることで、臨床検査技師は今後さらなる進化ができる。

五つ目は、在宅医療において、検体採取やPOCT 検体検査、ポータブル超音波、心電図なども使いこなせる臨床検査技師は、どのような医療スタッフをどの患者宅に派遣することで、よりよい医療を提供できるのかをコーディネートすることが可能となる。在宅医療において診療の効率化、医師の業務軽減、看護師や関連するメディカルスタッフが単独で在宅を訪問するシステムが一般化するところに臨床検査技師も含まれることによりコーディネー

ターの役割を發揮し在宅での活躍が期待される。

臨床検査技師がコーディネーターとして関与した実例の一端として以下の事例を把握している

- ◆院内における多職種研修事業（診療支援研究会）
- ◆在宅医療における多職種研修事業（医師、薬剤師、ケアマネ、行政、介護福祉士、作業療法士など）
- ◆地域の医療施設の地域講演事業への臨床検査技師の参入
- ◆地域企業とのコラボレーションによる社会貢献活動等活動
- ◆職域を跨いだ研修事業（コメディカル統合研修会）
- ◆平成31年度開催を目指し、勇美財団助成金の申請（2回目）を行った。（事業は技師会ではなく南予プロジェクト、代表高村）①. 顔の見える多職種連携研修会②. 看取りの経験報告研修会（いずれも愛媛2市3町での研修会開催予定）、などがある。

このような事例をコーディネーターとすることは、最初にコーディネーターの概念やフレームを作らなければならない。それはフィールドが広すぎる場合は意見が右往左往するからである。そしてコーディネーターのカテゴリーを明示することが必要である。

社会においては、いずれの仕事に関してもコーディネートを行う仕事は、個々のキャリアに裏付けされた知識やコミュニケーション能力を持ち、フットワークの良い人材が適していることが多く、その業務を行うためには、総合的な人間力や特定の分野に特化した人材を意識的に育成する環境が必要である。

コーディネーター業務を臨床検査の実務と並行して行う業務に位置づけるのか、コーディネーター専任とする仕事として位置づけるのかを考えると、臨床検査現場にしながらコーディネーター業務の兼務は難しいかもしれない。専任のコーディネーターとして活躍できる臨床検査技師を育成することを主眼に置いて、専任のコーディネーターである臨床検査技師が、コーディネーター業務に役立てるために臨床検査現場で研修して実務も学ぶ、そういう位置づけと関係性が理想である。

結びに

以上 3 つのテーマについて現状と今後の課題についてまとめた。それら以外についても多くの論点があるが、今後折に触れ整理していきたい。

旧来、臨床検査技師の主要な業務の場は、中央化された検査室内での測定業務が中心であり、日々検査室へ提出される多量の検体を迅速に測定し、精度の高い検査結果を報告することに多くの労力を投入してきた。そのような中、2025 年問題をはじめ、医療を取り巻く環境の変化によりチーム医療の必要性が明確化され、臨床検査技師も医療職種の一員としてチーム医療への参画が不可欠となった。本来のチーム医療は患者本位、患者中心の医療を提供することが求められている。医師の働き方改革に伴うタスクシフトなど医療を取り巻く環境の変化だけでなく、臨床検査技師による真のチーム医療推進のためには、従来から当会が目指している患者に寄り添う臨床検査技師の創造が不可欠であると考え。さらに将来を見据えると、技術革新により自動化、ロボット化が加速し、従来の臨床検査業務の多くは人手を不要とする時代が到来すると予測されている。2018 年 11 月、政府は、AI (人工知能) ホスピタルによる高度診断・治療システムの研究開発計画を始動させた。その中には、患者の負担軽減・がん等の再発の超早期診断につながる AI 技術を応用した血液等の超精密検査を中心とする、患者生体情報等に基づく AI 技術を応用した診断、モニタリング及び治療(治療薬含む。)選択等支援システム(センサー、検査機器等の開発、活用含む。)の開発が含まれている。

未来を見据え、臨床検査技師が医療の中で必要不可欠な職種としてあり続けるためには、時勢に合わせ社会のニーズに柔軟に対応し、常に新たな活路へ向け挑戦し続ける気概と勇気が不可欠であると考え。今回の提言がその一助となることを願い結びとする。

継続的な学習で理学療法士の質を担保する

新生涯学習制度の狙い

インタビュー 齊藤 秀之

2022.01.31 週刊医学界新聞（通常号）：第3455号より

インタビュー

齊藤 秀之氏に聞く

日本理学療法士協会会長



日本理学療法士協会（以下、協会）が主導する新生涯学習制度（以下、新制度、図）が2022年4月よりスタートする。「本制度の目標は、理学療法士という専門職の質の保証に尽きる」と語るのは、21年6月に協会の会長に就任した齊藤秀之氏だ。

なぜいま、生涯学習制度の一新が必要なのか。そして新制度の導入で理学療法士という専門職は何をめざすのか。会長就任以前から新生涯学習制度の骨格作りに携わってきた齊藤氏に、制度設計の目的と求める理学療法士像を聞いた。

—4月から新生涯学習制度の運用が開始されます。まず、新制度の狙いを教えてください。

斉藤 知識や技術を継続してアップデートすることで、理学療法士の質を保証する点です。それにより理学療法士が社会から信用され、最終的に理学療法士の自己実現につながればと考えています。

—既存の制度からの大きな変更点はどこでしょうか。

斉藤 登録理学療法士制度の新設です。この制度は、新生涯学習制度の基盤となるものです。前期・後期計5年の研修を通して多様な障害に対応できる力を身につけ、5年ごとの更新を続けることによってジェネラリストとしての能力を高めます。さらにその基盤の上に領域のスペシャリストに位置付けられる、学問的志向性の高い専門理学療法士と臨床実践に秀でる認定理学療法士を認証します。登録理学療法士制度同様、いずれも5年更新制とすることで、生涯にわたる知識・技術の維持と更新を促進します。

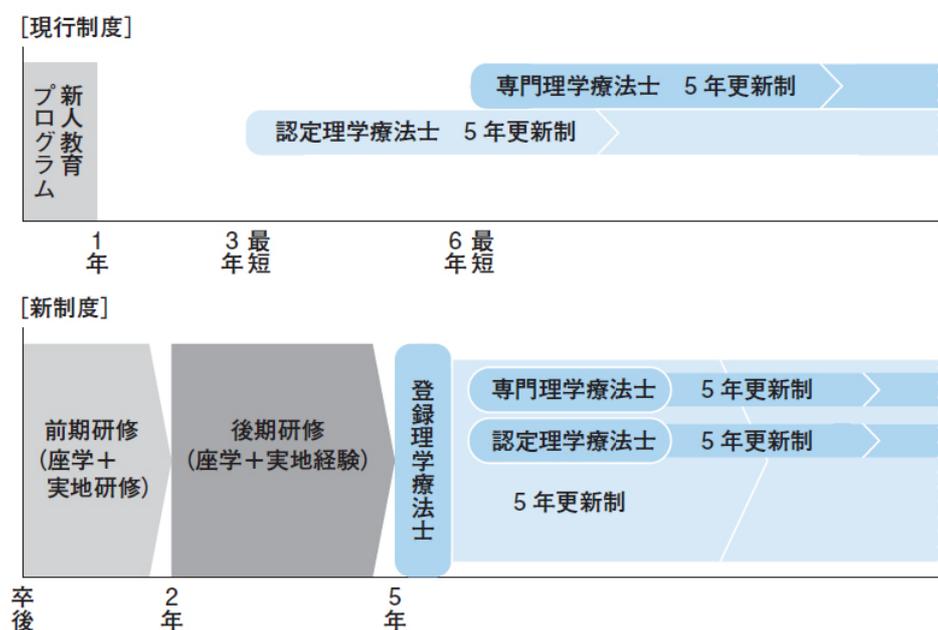


図 現行制度と新生涯学習制度の比較

なぜ新生涯学習制度がいま求められるのか

—現行の生涯学習制度には、1年間の新人教育プログラムを経て専門・認定理学療法士をめざす枠組みが既にあります。なぜいま、制度の変更に至ったのですか。

斉藤 理学療法士の質をいかに担保するかという、新たな課題に対応するためです。現行の新人教育プログラムの目的は、養成校卒業後、理学療法士が学ぶ場が少なかった点を補うことであり、職能団体として協会が卒後教育を担いました。eラーニングを増やすなど、より多くの会員がアクセスしやすいプログラムへの改善や、コンテンツの充実とともに修了率が上がり、現在は76%が修了するまでになっています。

一方で近年の理学療法士の急激な増加と共に、協会の内外から現場の理学療法士の質の低下が指摘され始めました。病院経営者や厚労省から、卒後教育や職場内教育が不十分ではないかと問題視されたのです。協会員からも、臨床を学ぶはずの卒後教育の場が、卒前教育で学びきれない点の“補習”の場になっているとの批判がありました。

――批判の背景として、現行制度のどのような点が問題になったのでしょうか。

斉藤 制度と現場との乖離です。病院外の介護保険領域や地域包括ケアシステム構想における介護予防領域など、理学療法士の職能の広がりを受けたことで卒前教育の内容だけでは対応しきれなくなり、卒後教育の充実が求められました。また現行制度では新人教育プログラムを終えたあとに専門・認定をめざさなければ、知識のアップデートのために学習を続けるか否かは個人の裁量に委ねられており、継続的な学習機会を確保することが必要でした。

つまり現行の卒後教育の仕組みでは現場の実態に即しておらず、理学療法士が社会的に認めてもらえなくなる恐れがある。それが協会内の共通認識となり、制度の見直しに至りました。

現場での実践を重視した登録理学療法士制度

――登録理学療法士制度が新人教育プログラムから変更された点を教えてください。

斉藤 登録理学療法士制度は、これまでの卒前教育の延長、あるいは新人教育プログラムとは別物にとらえてください。理学療法全体を学ぶべき卒前教育と現場の卒後教育とでは、学ぶべきことが異なるはずで、卒後教育では、職場基盤型研修をめざします。

具体的には、前期・後期研修の計5年間にわたり、OJTによる臨床現場での指導と臨床に即した症例検討会を取り入れました。さらに認証の更新においても、職場や地域での勉強会を認証するなど、継続した学びを求めます。

――卒前から卒後へのシームレスな移行は医療者教育に共通する課題です。

斉藤 協会内組織であった当時の日本理学療法士学会が作成した「理学療法学教育モデル・コア・カリキュラム」との連動を意識しています。また、5年経過後に現場の声を踏まえ、制度を見直す予定です。各地域で制度の運用を担う都道府県理学療法士会役員や指導する管理者、上司には、まず制度を前向きにとらえていただき、部下や新人に対して「プログラムを受けてみたら」と動機付けを高める支援をぜひお願いしたいです。

――卒後3年目以降の後期研修では後輩への指導が求められています。経験の浅い段階で指導側に回るのは難しい部分もあるのではないのでしょうか。

斉藤 後期研修での後輩指導は、自身の失敗経験を基にした後輩への助言など、あくまでも同僚としてのかかわりが中心です。他者に伝えられて初めて学びは完結するエビデンスもあります。

――具体的に、先輩理学療法士は後輩に何を伝えたらよいでしょう。

斉藤 講義では伝えられない、現場の経験知です。医師の初期研修で行われる屋根瓦式の教育をめざします。臨床で毎日患者を診るのは大きな経験知となり、2、3年もたつと注意すべき場面がわかるようになります。「もう少しゆっくり」「いま目を離してはいけない」と1、2年下の後輩に目配せを行い、現場で気付いたことをその場で実践できる。指導において、本来一番注力すべき点だと私は思います。

登録理学療法士認証までの5年間で、それら当然のことを実践できる理学療法士の育成をめざします。また登録理学療法士として認証されても、発展途上の段階で一人前とは言えないでしょう。時間をかけて学び、かつアウトプットを経て初めて学習は習熟するものですから。認証後も5年ごとに更新する過程で、ジェネラリストとしての生涯学習を続けてほしいと思います。

5年更新制で多様なキャリアパスに応じた生涯学習を

——新制度では、専門・認定認証後、登録理学療法士の更新も並行して求められます。専門あるいは認定のみの更新としなかった理由を教えてください。

斉藤 スペシャリストにも理学療法全体の知識の更新が求められるためです。これまでは専門・認定認証を頂点に置くピラミッド型のキャリアパスでした。これが両認証を取れば万能だとのミスリードになっていました。しかしながら理学療法の分野では日々新しい知見が生まれます。専門・認定認証後に、自身の専門領域だけの学習に偏ってしまえば、理学療法士として求められる広範な技能に疎くなりかねません。理学療法は疾患を診るのではなく障害を診る。そして全身を、人を全体として診る仕事、業ですので、これは由々しき問題です。専門領域外の障害を見逃す危険性もあるでしょう。

——臨床の全てを理学療法士個人が網羅するのは難しいように思います。

斉藤 はい。もちろん自分の領域外の知識は、各領域のスペシャリストと連携して補うべきです。そうすれば医師が他科にコンサルトして患者を診るように、患者さんを介してそれぞれの知識をクロスオーバーできる。その際の共通言語として、スペシャリストであっても理学療法全体の知識更新が必要と考えます。

——これまで認定の上位に位置付けられていた専門が、新制度では並列の扱いとなります。どのように選択すればよいでしょうか。

斉藤 自身の描くキャリアパスに応じた認証取得をめざしてください。例えば臨床が苦手で研究が向いている人は自分の志向に合った専門へ。患者さんを診るのが好きで、中でも心臓の領域が好きならその領域の認定へ。それぞれの分野も、各認証も対等です。描くキャリアパスによっては専門・認定理学療法士を取得しない選択肢もあるでしょう。新制度では、一人ひとりが描く多様なキャリアパスを支援します。

スペシャリストへの期待

——専門・認定の認証者に、具体的に期待する役割はありますか。

斉藤 専門認証者には特に、理学療法オリジナルのエビデンス構築やガイドラインを作成する役割です。研究者ではなく、あくまでも臨床、疫学を主体にするクリニシャンがもっと増えてほしいのです。理学療法発のリサーチエッセイを設定し、社会実装をめざして臨床を続ける理学療法士が職場や地域に1人でもいれば、質の底上げが図れます。実践的なエビデンスを構築できれば、理学療法発のガイドラインを他の医学会が使用するケースも出てくるでしょう。

さらに言えば教授などの役職に就いてからも実績を残し続け、病院の倫理審査委員会や医療安全室へ参画し、市区町村や県の委員会委員長など、制度を作る側に登用されることを専門・認定認証者には期待しています。

——院内にとどまらず、社会のニーズをくんだ職能の広がりを見据えているのですね。

齊藤 ええ。これからは公益活動への参加を通じて、理学療法士への社会からの信頼を高める活動が必要です。医療関係者や社会全体から「理学療法士に任せれば大丈夫」と評価が高まれば、例えば認定・専門認証者への手当てがつかうなど、結果的に理学療法士に還元される可能性もあります。これは認証を取るメリットがないとの指摘への対応にもつながり、後進のためにもなります。優れた人材の育成や患者が安心できる職場作り、そして自身のキャリアアップのために、専門・認定、ならびに登録認証・更新を用いて理学療法士一人ひとりの自己実現のために活動してほしいと思います。

質の担保でめざす理学療法士の未来

——新生涯学習制度を実施し理学療法士の質を担保した先に、協会としてどのような展望を描いていますか。

齊藤 新制度をベースに他の医学・協会と協働して、社会から評価される認証制度を作ることです。専門・認定認証はあくまでも協会が独自に実施しているため、診療報酬加算としての評価は相当難しいでしょう。そこで協会が質を保証した会員認証と紐づけ、他者からより評価される上質の認証・認定制度を作りたいと考えています。

例えば脳卒中であれば日本脳卒中学会や日本神経理学療法学会、日本リハビリテーション医学教育推進機構等との協働が挙げられます。つまり協会の認証を他学会や協会に評価してもらい、社会の役に立つ認証・認定称号を作り込む。職種や団体を超えて共に制度を構築できれば、診療報酬や医療計画などの議論の土俵に上がれると考えています。繰り返しますが、あくまでも登録や専門・認定認証が評価されることが前提の制度をめざしたいと思います。

——新制度の根底には、医療界を含む社会における理学療法士の役割を拡大したいとの思いがあるのですね。

齊藤 はい。質の担保や社会貢献を通じて国民の幸福感の向上に寄与することで、理学療法士の存在を社会により一層認めてもらい、最終的に理学療法士の社会実現や自己実現につながることを新生涯学習制度に期待しています。すなわち、理学療法の社会への開放をめざす。新生涯学習制度はあくまでも、皆で同じ目標をめざすための旗頭、ツールなのです。

——新制度のスタートを前に、理学療法士へのメッセージをお願いします。

齊藤 理学療法士は患者さんや国民のために何を成すかが問われます。私は、理学療法が社会保障に不可欠だと考えています。だから理学療法士が行う理学療法に自信を持ってほしい。各地域でそれぞれ頑張っている皆さんを、協会が支えます。新生涯学習制度を旗印に、ぜひ共に一步を踏み出しましょう。

*

齊藤 理学療法は法律的には医師や看護師も実施できます。しかし医療関係者の皆様には、卒前・卒後としっかり学んだ理学療法士に、理学療法をぜひ任せたいと思います。さまざまな公益活動や地域活動に理学療法士を

巻き込み，どんどん活用してください。さらに病院経営者の方々には，ぜひ新生涯学習制度の下で教育を受け，学び続ける理学療法士を雇用し，役職を与え，教育研修・研究費などの投資をしてほしいと思います。その際，理学療法士の質の保証や人事考課に，登録，専門・認定認証を活用していただければと思います。

(了)

新時代の大学院教育

－ 国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて －

答申

平成17年9月5日

中央教育審議会

目 次

| | |
|--|----|
| はじめに | 1 |
| 序 章 大学院を巡る社会状況とこれまでの大学院改革の進捗 ^{ちよく} 状況 | |
| 1 大学院を取り巻く社会状況の展望 | 3 |
| 2 これまでの大学院改革の進捗状況 | 3 |
| 第 1 章 国際的に魅力ある大学院教育に向けて | |
| 第 1 節 基本的な考え方について | 6 |
| 1 大学院教育の実質化 ー教育の課程の組織的展開の強化ー | 6 |
| 2 国際的な通用性, 信頼性の向上 ー大学院教育の質の確保ー | 8 |
| 第 2 節 基本的な考え方を支える諸条件について | 9 |
| 1 大学院に求められる人材養成機能 | 9 |
| 2 博士, 修士, 専門職学位課程の目的・役割の焦点化 | 11 |
| 3 各大学院の人材養成目的の明確化と教育体制の整備 | 17 |
| 4 知識基盤社会にふさわしい大学院教育の規模の確保 | 19 |
| 第 2 章 新時代の大学院教育の展開方策 | |
| 1 大学院教育の実質化 (教育の課程の組織的展開の強化) のための方策 | 20 |
| (1) 課程制大学院制度の趣旨に沿った教育の課程と研究指導の確立 | 20 |
| ①コースワークの充実・強化 | 20 |
| ②円滑な博士の学位授与の促進 | 28 |
| ③教員の教育・研究指導能力の向上のための方策 | 32 |
| (2) 産業界, 地域社会等多様な社会部門と連携した人材養成機能の強化 | 35 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| (3) 学修・研究環境の改善及び流動性の拡大 | 38 |
| ① 学生に対する修学上の支援及び流動性の拡大のための方策 | 38 |
| ② 若手教員の教育研究環境の改善及び流動性の拡大のための方策 | 41 |
| 2 国際的な通用性, 信頼性の向上 (大学院教育の質の確保) のための方策 | 45 |
| (1) 大学院評価の確立による質の確保 | 45 |
| (2) 国際社会における貢献と競争 | 50 |
| ① 大学院の教育研究を通じた国際貢献・協調 | 50 |
| ② 国際競争力のある卓越した教育研究拠点の形成支援 | 52 |
| 第3章 大学院教育の改革を推進するための計画と社会的環境の醸成 | |
| 1 大学院教育の改革に向けて早急に取り組むべき施策 | 54 |
| 2 大学院教育の改革を推進するための社会的環境の醸成 | 55 |
| 別紙 大学院教育振興プラットフォーム (仮称) のイメージ (案) | 58 |
| 用語に関する参考資料 | 61 |
| 別添 学問分野別ワーキング・グループ報告書 | 67 |
| ● 人社系ワーキング・グループ報告書 | |
| ● 理工農系ワーキング・グループ報告書 | |
| ● 医療系ワーキング・グループ報告書 | |
| 附属資料 | 95 |

※ 本文中の点線で囲んだ部分については、学問分野別ワーキング・グループの報告書内容を記述したものである。

第2節 基本的な考え方を支える諸条件について

1 大学院に求められる人材養成機能

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

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

大学院は、法制上、研究者養成と高度専門職業人養成の二つの養成機能を中心にその役割を担っているが、今後の知識基盤社会における人材養成の重要性や現在の大学院教育との関係を踏まえると、今後の大学院が担うべき人材養成機能は、①創造性豊かな優れた研究・開発能力を持つ研究者等の養成、②高度な専門的知識・能力を持つ高度専門職業人の養成、③確かな教育能力と研究能力を兼ね備えた大学教員の養成、④知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成の四つに整理される。

今後の大学院に求められる人材養成機能ごとに必要な教育については、おおむね以下の通りと考えられる。各大学院における教育理念、各課程の目的等により、これら一つ又は複数の機能の発揮に必要とされる教育を実施していくことが求められる。

<研究者等の養成に必要な教育>

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

例えば、

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

などが重要となる。

＜高度専門職業人の養成に必要な教育＞

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

例えば、

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

＜大学教員の養成に必要な教育＞

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

＜知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成に必要な教育＞

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

例えば、

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

2 博士，修士，専門職学位課程の目的・役割の焦点化

我が国では，一定の教育目標，修業年限及び教育の課程を有し，学生に対する体系的な教育を提供する場としての位置付けを持ち，そのような教育の課程を修了した者に特定の学位を与えることを基本とする課程制大学院制度を採っている。我が国の大学院教育を国際的な通用性，信頼性のあるものとしていくためには，この「学位を与える課程」ととらえる制度の考え方に沿って，各課程の目的に応じて，教育研究分野の特性を踏まえた教育内容・方法の充実を図っていくことが重要である。

【博士課程】研究者として自立して研究活動を行うに足る又は高度の専門性が求められる社会の多様な方面で活躍し得る高度の研究能力とその基礎となる豊かな学識を養う。

【修士課程】幅広く深い学識の涵養を図り，研究能力又はこれに加えて高度の専門的な職業を担うための卓越した能力を培う。

【専門職学位課程】幅広い分野の学士課程の修了者や社会人を対象として，特定の高度専門職業人の養成に特化して，国際的に通用する高度で専門的な知識・能力を涵養する。

我が国の大学院は，一定の教育目標，修業年限及び教育課程を有し，学生に対する体系的な教育を提供する場（教育の課程）として位置付けられ，そのような教育の課程を修了した者に特定の学位を与えることを基本とする課程制大学院制度を採っている。これまでも，様々な制度改革等を通じて大学院教育の充実が図られているが，いまだ課程制大学院制度の考え方が徹底されているとは言えず，この制度の趣旨に沿った教育が十分に実践されていない。国際的な通用性，信頼性のある大学院教育の展開を図っていくためには，この課程制大学院制度，すなわち大学院を「学位を与える課程」ととらえる制度の考え方に沿って，各課程の目的に応じ，各分野の特性を踏まえた教育内容・方法の充実を図っていくことが重要である。

その際，学問分野の特性，専攻の規模等によっては，当面，同一専攻の中に研究者養成に関する教育プログラムや高度専門職業人養成に関する教育プログラムなど学生の履修上の区分を明確にした上で複数の教育プログラムを併存させることも考えられる。

大学院の量的な整備がなされた現在の状況を踏まえ，大学教育の在り方，とりわけ学部段階（学士課程）の教育及び大学院段階（博士課程・修士課程・専門職学位課程）の教育の関連を改めて整理する必要がある。法令においても大学院の入学資格を大学を卒業した者又はこれと同等の学力があると認められた者としていることから，大学院段階においては，学部段階における教養教育と，これに十分裏打ちされた専門的素養の上に立ち，専門性の一層の向上を図るための，深い知的学識を涵

養する教育を行うことが基本である。大学院の教育内容としては、学修課題を複数の科目等を通して体系的に履修するコースワーク等により、関連する分野の基礎的素養の涵養を図り、学際的な分野への対応能力を含めた専門的知識を活用・応用する能力（専門応用能力）を培う教育が重要となる。加えて、高い倫理性や世界の多様な文化・歴史に対する理解力、語学力を含めたコミュニケーション能力などを身に付けさせることも求められる。また、学生の流動性の拡大、あるいは学際的な分野の専攻などにおいて多様な学修歴を持つ学生等を受け入れることを促進する観点からは、必要に応じて大学院入学後に補完的な専門教育を提供するプログラムを用意することが必要である。

<博士課程>

博士課程は、研究者として自立して研究活動を行うに足る、又は高度の専門性が求められる社会の多様な方面で活躍し得る高度の研究能力とその基礎となる豊かな学識を養う課程である。具体的には、創造性豊かな優れた研究・開発能力を持ち、産業界や行政など多様な研究・教育機関の中核を担う研究者や、確かな教育能力と研究能力を兼ね備えた大学教員の養成を行う課程として明確な役割を担うことが求められる。

また、今後の知識基盤社会にあつては、このような高度な研究能力と豊かな学識に十分裏打ちされた新たな知見や価値を創出できる博士課程修了者が、研究・教育機関に限らず社会の多様な場で中核的人材として活躍することが求められている。このため、博士課程修了者の進路として、研究・教育機関に加えて、例えば、企業経営、ジャーナリズム、行政機関、国際機関といった社会の多様な場を想定して教育内容・方法を工夫していくことが求められる。

さらに区分制博士課程にあつては、博士課程（前期）が制度的に修士課程として取り扱うものとされており、博士課程（前期）を終えた段階で就職する学生が相当数いる現状を踏まえた上で、後期も含めた博士課程全体の教育課程や人材養成の目標等を踏まえ、博士課程（前期）としての役割・目的等を明確化することが必要である。

○ 人社系大学院の博士課程

人社系大学院の博士課程においては、従来、教員養成分野を除いて、その前期・後期を通じ研究者を養成することを基本に大学院教育を行ってきたが、最近では、様々な事情から大学院に多様な学生が進学し、特に博士課程（前期）について、学生が求める教育機能が多様化しつつある。

このため、区分制博士課程では、当面、同一専攻の中で、博士課程の前期・後期を通じた研究者養成プログラムと、博士課程（前期）を終えた段階で就職する学生のための高度専門職業人養成プログラムを併せ持つなどの工夫が必要である。

研究者養成プログラムでは、将来、それぞれの専門領域において研究者として自立できるだ

けの幅広い専門的知識と研究手法や研究遂行能力、さらには専門分野を超える幅広い視野を修得させる必要がある。また、その場合、5年一貫制博士課程のみならず、区分制博士課程においても、その前期・後期を通じて一貫した体系的な教育課程を編成することが求められる。

○ 理工農系大学院の博士課程

理工農系大学院は、従来、研究者として自立するに必要な研究能力を備え、理学、工学、農学における特定の専門分野についての深い研究を行い得る研究者の養成を行い、また、学術研究を遂行することを主たる目的としてきた。

しかし、今日、理工農系の大学院には、これら研究者の養成のみならず、産業界等における高度な技術者や高度な政策立案を担い得る行政職員など、社会の各般において、高度な研究能力と豊かな学識に裏打ちされた知的な人材の育成についても大きな役割を果たすことが求められており、その機能は多様化している。

このような状況を踏まえ、理工農系大学院は、研究者養成を主たる目的とするのか、高度な研究能力を持って社会に貢献できる人材養成を主たる目的とするのか、およそ専攻単位程度で目的と教育内容を明確にすることが必要である。

その際、当該専攻の規模によっては、同一の専攻の中に、前期・後期を通じた研究者養成のための教育プログラムと、高度な研究能力を持って社会に貢献できる人材養成のための教育プログラムを併存させるなどの工夫が必要である。

また、研究者の活動領域は、大学等における学術研究の場面だけではなく、産業界等における研究開発等の場面にも大きく広がってきており、研究者養成を主たる目的とする場合であっても、当該分野の特性に応じて、専門分野の深い研究能力のみならず、関連領域を含めた幅広い知識や社会の変化に対応できる素養を身に付けさせることが重要である。

他方、高度な技術者等の養成を主たる目的とする場合には、授業科目の履修と論文作成指導による自然科学の基礎知識の教授とともに、知識を実際に活用していく訓練を通じて、科学的知識とそれを展開していく能力を身に付けさせることが必要である。

○ 医療系大学院の博士課程

医療系大学院は、従来、研究者として自立するに必要な研究能力を培い、医学・医療における特定の専門分野について深い研究を行い得る研究者の養成を行い、また、学術研究を遂行することを主たる目的としていた。しかし、現在における医療系大学院は、これら研究者のみならず、医師・歯科医師など高度の専門性を必要とされる業務に必要な能力と研究マインドを涵養することも求められるようになってきており、医療系大学院が果たすべき機能は多様化している。

このような状況を踏まえ、今後における医療系大学院の在り方としては、およそ専攻単位程度で、研究者養成を主たる目的としているのか、優れた研究能力等を備えた医療系人材の養成を主たる目的としているのか、その目的と教育内容を明確にすることが必要である。

特に、医学・歯学系大学院にあっては、専攻や分野の別を超えて、研究者養成と、優れた研究能力等を備えた臨床医、臨床歯科医等の養成のそれぞれの目的に応じて、研究科として二つ

の教育課程を設けて、大学院学生に選択履修させることが適当である。

この場合、研究者養成を主たる目的とする場合の教育内容としては、研究者として将来自立できるだけの幅広い専門的知識と、研究手法や研究遂行能力を修得させることが適当である。

また、優れた研究能力等を備えた臨床医、臨床歯科医等の養成を主たる目的とする場合の教育内容としては、臨床医、臨床歯科医など高度の専門性を必要とされる業務に必要な技能・態度等を修得させるほか、当該専門分野で、主として患者を対象とする臨床研究の遂行能力を修得させることが必要である。

<修士課程>

修士課程は、幅広く深い学識の涵養を図り、研究能力又はこれに加えて高度の専門的な職業を担うための卓越した能力を培う課程である。具体的には、①高度専門職業人の養成、②知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材の養成を行う課程、あるいは、③研究者等の養成の一段階として、高度な学習需要への対応等社会のニーズに的確に対応することが求められる。また、修士課程は多様な社会の要請にこたえて教育課程の編成を進めることが必要であり、例えば、社会人の再教育のニーズに対応する短期在学（1年制）コース、長期在学コースの設置等の制度の弾力的な取扱いを有効に活用することなどが考えられる。

○ 人社系大学院の修士課程

知識基盤社会を多様に支える高度で知的な素養のある人材層の養成に当たっては、主として人社系大学院の修士課程が中核的な役割を果たすことが期待される。その際、生涯学習の機会を広く国民に提供する観点から、特に社会人等の受入れを念頭に置いた専攻を設置することなども必要である。

さらに、近年、特に東アジア地域において、急速な経済成長等を背景に環境破壊、ゴミ処理、食品安全等が深刻な社会問題となっており、人社系大学院の修士課程においては、こうした国々の行政官等を留学生として受け入れ、再教育する役割が求められている。同様に、国内の公共部門における人材養成への取組も期待されている。

○ 理工農系大学院の修士課程

1990年代以降、技術者等への就職が学部修了段階から修士課程修了段階に移行してきており、修士課程における高度専門職業人養成の役割が今後一層拡大していくと考えられる。

また、今日、人々の日常生活のあらゆる場面で科学技術と深いつながりを持ち、科学技術社会を幅広く支える多様な人材の養成が求められており、修士課程は、そうした人材養成の役割を果たすことも必要である。

すべての大学において高い研究水準を有する博士課程を設置することは実際には困難であり、各大学の判断によって、大学院の目的と機能を修士課程における高度専門職業人養成に特化し、必要に応じて、学士課程と修士課程を通じた一貫的な教育活動を展開することも有効で

ある。

＜専門職学位課程＞

専門職学位課程は、幅広い分野の学士課程の修了者や社会人を対象として、特定の高度専門職業人の養成に特化して、国際的に通用する高度で専門的な知識・能力を涵養する課程として、明確な役割を担うことが適当である。

このため、各分野における専門職学位課程の設置に当たっては、当該課程の基礎となる教育内容・方法等について、大学関係者と関係する業界や職能団体等が連携して、理論と実務を架橋した「プロセス」としての教育を確立していくこと、すなわち、特定の職業分野を担う人材の養成を行う専門職学位課程として、その基礎となる共通の課程の在り方（標準修業年限・修了要件、教員組織、教育内容・方法等）の社会的定着と制度的な確立を図ることが不可欠である。

このような特定分野に関する共通の課程の在り方が社会的、制度的に確立されることを前提として、例えば、法科大学院を修了した者に授与される「法務博士（専門職）」のように、専門職学位として新たな学位の名称が必要か否かを検討することが必要となると考えられる。なお、専門職学位課程は、各種の精巧な職業技術の習得等を主目的とする趣旨のものではなく、あくまでも「理論と実務の架橋」を図ることにより、国際競争場裏において産業界・実業界等で求められる専門職（プロフェッション）そのものの確立を支え、プロフェッショナル集団を強固に形成する上で重要な役割を果たすことが期待されて発足した仕組みであって、大学院教育にこのような役割を果たすことが求められ、また、役割を果たすことについて十分な見通しを得られる人材養成の分野においてのみその発展が期待されるものである。

このため、専門職学位課程の評価について、大学関係者が、関係する業界、職能団体等を含めて組織的な専門的評価機能を発展させていくことが強く求められる。

○ 人系系大学院の専門職学位課程

専門職学位課程は、社会の各分野において国際的に通用する高度専門職業人の養成に特化した課程であるが、とりわけ社会科学分野を中心に、今後、その大幅な拡充が期待される。

その際、設置の構想段階から、大学と関係の業界や職能団体とが十分に連携しつつ、社会の要請を十分に見極めるとともに、同時に、大学院における専門職学位課程としてふさわしい教育水準が維持されることが重要である。

○ 理工農系大学院の専門職学位課程

これまで修士課程及び博士課程（前期）において、高度専門職業人を養成してきた実績を踏まえつつ、各大学院が人材養成目的に沿って対応していく必要がある。

○ 医療系大学院の専門職学位課程

医療疫学、医療経済、予防医療、国際保健、病院管理等の幅広い分野を含む公衆衛生分野の

大学院については、高齢化等の進展に対応して、また、医学、歯学、薬学等のヒトを対象とした臨床研究・疫学研究の推進を図るためにも、公衆衛生分野における高度専門職業人の育成が課題となっている。このため、欧米の状況も踏まえ、2年制の専門職大学院として、大学院の整備を進めていくことが必要である。

なお、米国等におけるメディカル・スクール、デンタル・スクール制度を、我が国に導入することについては、現在進められている医学・歯学の学部教育改革の状況や、卒後初期臨床研修制度及び後期専門研修制度との関連、さらにこの制度の導入による基礎医学・歯学研究への影響などを十分踏まえる必要があるほか、大学学部教育全体への影響など、多角的な検討と十分な議論を必要とすることから、今後、中期的な課題として関係者による十分な検討が必要である。

日本の将来推計人口（令和5年推計）

結果の概要

——— 令和3(2021)年～令和52(2070)年———
 附：長期参考推計 令和53(2071)年～令和102(2120)年

問合せ：国立社会保障・人口問題研究所 (03)3595-2984(代) 担当：人口動向研究部

本資料のPDFファイルおよび「IV 推計結果表及び仮定値表」に掲載した図表のデータファイルは、以下の国立社会保障・人口問題研究所ウェブサイトに掲載されています。

<https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp-zenkoku2023.asp>



目次

| | |
|----------------------------|----|
| 「日本の将来推計人口（令和5年推計）」結果のポイント | 1 |
| I 日本の将来推計人口について | 3 |
| II 推計結果の概要 | |
| 〔出生中位・高位・低位（死亡中位）推計の結果〕 | 3 |
| 1. 総人口の推移 | 3 |
| 2. 年齢3区分別人口規模および構成の推移 | 4 |
| 3. 従属人口指数の推移 | 5 |
| 4. 人口ピラミッドの変化 | 5 |
| 〔出生中位（死亡高位・低位）推計の結果〕 | 6 |
| 1. 死亡高位仮定による推計結果の概要 | 6 |
| 2. 死亡低位仮定による推計結果の概要 | 6 |
| 〔出生高位・低位（死亡高位・低位）推計の結果〕 | 6 |
| III 推計方法の概要 | |
| 1. 基準人口 | 7 |
| 2. 出生率および出生性比の仮定 | 7 |
| 3. 生残率の仮定（将来生命表） | 10 |
| 4. 国際人口移動率（数）の仮定 | 11 |
| 5. 長期参考推計・日本人人口参考推計・条件付推計 | 12 |
| 結果および仮定の要約 | 13 |
| IV 推計結果表及び仮定値表 | |
| 《出生中位・高位・低位（死亡中位）推計結果》 | 17 |
| 《出生中位（死亡中位・高位・低位）推計結果》 | 29 |
| 《各種推計結果比較》 | 35 |
| 《仮定値》 | 41 |
| 《長期参考推計結果》 | 49 |
| 《日本人人口参考推計結果・出生仮定》 | 57 |
| 《条件付推計結果》 | 65 |
| 付属資料 | |
| 総人口および年齢別人口（1950～2020年） | 73 |
| 用語の解説 | 74 |

日本の将来推計人口（令和5年推計）

令和2(2020)年国勢調査の人口等基本集計結果および同年人口動態統計の確定数が公表されるとともに、新型コロナウイルス（COVID-19）感染拡大の影響を受けて実施が1年遅れた第16回出生動向基本調査の結果が公表されたことを踏まえ、国立社会保障・人口問題研究所は、これら最新実績値に基づいた新たな全国将来人口推計を実施し、その結果を「日本の将来推計人口(令和5年推計)」として公表した。本推計は旧人口問題研究所時代を含め、同研究所が公表した全国将来推計人口としては16回目にあたるものである。以下にその概要を報告する。

I 日本の将来推計人口について

日本の将来推計人口とは、将来の出生、死亡および国際人口移動について仮定を設け、これらに基づいて日本全域の将来の人口規模および年齢構成等の人口構造の推移について推計を行ったものである。将来の出生、死亡等の推移には不確実性が伴うことを考慮し、本推計では複数の投影水準による仮定を設け、複数パターンの推計を行い、これらの結果から将来の人口推移について一定幅の見通しを与えている。

推計の対象は、外国人を含む日本に常住する総人口で、国勢調査の対象と同一である。推計の期間は、令和2(2020)年国勢調査を出発点として、2021年から2070年までとし、各年10月1日時点の人口を推計する。なお、2120年までの人口（各年10月1日時点）についても計算し、参考として附した。

推計の方法は、国際的に標準とされる人口学的手法に基づいており、人口変動要因である出生、死亡、国際人口移動について、それぞれの要因に関する統計指標の実績の動向を数理モデル等により将来に投影する形で男女年齢別に仮定を設け、それらを基点の人口に適用して1年後の人口を推計するコーホート要因法により将来の男女別年齢別人口を推計した（詳しくは「III 推計方法の概要」を参照）。

II 推計結果の概要

日本の将来推計人口では、将来の出生推移・死亡推移についてそれぞれ中位、高位、低位の3仮定を設け、それらの組み合わせにより9通りの推計を行っている（これらを「基本推計」と称する）。以下では、まず出生3仮定と死亡中位仮定を組み合わせさせた3推計の結果の概要について記述し、次いで出生3仮定と死亡高位、および死亡低位とを組み合わせさせた結果の概要について記述する。なお以下の記述では、その出生仮定と死亡仮定の組み合わせにより、各推計を、たとえば「出生中位（死亡中位）推計」などと称することとする。

〔出生中位・高位・低位（死亡中位）推計の結果〕

1. 総人口の推移

人口推計の出発点である令和2(2020)年の日本の総人口は同年の国勢調査によれば1億2,615万人であった。出生中位推計の結果に基づけば、この総人口は、以後長期の人口減少過程に入る。2045年の1億880万人を経て、2056年には1億人を割って9,965万人となり、2070年には8,700万人になるものと推計される（表1-1、図1-1）。

出生高位推計によれば、総人口は2064年に1億人を割って9,953万人となり、2070年に9,549万人になるものと推計される（表1-2、図1-1）。

一方、出生低位推計では 2052 年に 1 億人を割り、2070 年には 8,024 万人になるものと推計される（表 1-3、図 1-1）。

前回の出生中位推計と 2065 年時点で比較すると、前回の 8,808 万人が今回は 9,159 万人となり 351 万人増加しており、人口が 1 億人を下回る年次は前回の 2053 年が 2056 年と 3 年遅くなっている。

2. 年齢 3 区分別人口規模および構成の推移

（1）0～14 歳人口および構成比の推移

日本における日本人の出生数は昭和 48(1973)年の 209 万人から令和 2(2020)年の 81 万人まで減少してきた。その結果、0～14 歳人口（外国人を含む総人口）も 1980 年代初めの 2,700 万人規模から令和 2(2020)年国勢調査の 1,503 万人まで減少した。

年少人口とも称される 0～14 歳人口は、出生中位推計の結果によると、2021 年に 1,400 万人台へと減少する（表 1-1、図 1-3）。その後も減少が続き、2053 年には 1,000 万人を割り、2070 年には 797 万人の規模になるものと推計される。

出生率仮定の違いによる 0～14 歳人口の推移をみると、出生高位推計においても、0～14 歳人口は減少傾向に向かい、2070 年には 1,115 万人となる（表 1-2）。出生低位推計では、より急速な 0～14 歳人口の減少が見られ、2037 年に 1,000 万人を割り、2070 年には 569 万人となる（表 1-3）。

こうした 0～14 歳人口の減少を総人口に占める割合（0～14 歳人口割合）によって見ると、出生中位推計によれば、令和 2(2020)年現在の 11.9%から減少を続け、2026 年に 10.9%、2034 年に 10.0%となった後、2070 年には 9.2%となる（表 1-1、図 1-4）。

出生高位推計では、0～14 歳人口割合の減少はやや緩やかで、2029 年に 11.1%となった後、2070 年に 11.7%となる（表 1-2）のに対し、出生低位推計では、0～14 歳人口割合の減少は急速で、2028 年に 10.1%、2056 年に 8.0%となった後、2070 年に 7.1%となる（表 1-3）。

（2）15～64 歳人口および構成比の推移

生産年齢人口とも称される 15～64 歳人口は、戦後一貫して増加を続け、平成 7(1995)年の国勢調査では 8,726 万人でピークに達したが、その後減少局面に入り、令和 2(2020)年国勢調査によると 7,509 万人となっている。

将来の 15～64 歳人口は、出生中位推計の結果によれば、2032 年、2043 年、2062 年にはそれぞれ 7,000 万人、6,000 万人、5,000 万人を割り、2070 年には 4,535 万人まで減少する（表 1-1、図 1-3）。

出生高位および低位推計における 15～64 歳人口は、2035 年までは中位推計と同一である。その後、高位推計では 15～64 歳人口の減少のペースはやや遅く、2044 年に 6,000 万人を割り、2070 年には 5,067 万人となり（表 1-2）、低位推計では、15～64 歳人口はより速いペースで減少し、2057 年に 5,000 万人を割り、2070 年には 4,087 万人となる（表 1-3）。

15～64 歳人口の総人口に占める割合（15～64 歳人口割合）は、出生中位推計では令和 2(2020)年現在の 59.5%から減少を続け、2041 年に 55%を割り、2070 年には 52.1%となる（表 1-1、図 1-4）。

出生高位推計においても、15～64 歳人口割合は減少傾向にあり、2070 年には中位推計結果より 1 ポイント高い 53.1%となる。

出生低位推計では、2070 年には 50.9%と中位推計より約 1 ポイント低くなる。

（3）65 歳以上人口および構成比の推移

65 歳以上人口（高齢者数）の推移は、死亡仮定が同一の場合、50 年間の推計期間を通して出生 3 仮定で同一となる。すなわち、65 歳以上人口は令和 2(2020)年現在の 3,603 万人から、2032 年には 3,704 万人へと増加する（表 1-1、表 1-2、表 1-3、図 1-3）。その後は増加の速度があがり、第二次ベビーブーム世代（昭和 46(1971)年～昭和 49(1974)年生まれ）が 65 歳以上人口に入った後の 2043 年に 3,953 万人でピークを迎えた後は減少に転じ、2070 年には 3,367 万人となる。

65歳人口の総人口に占める割合（65歳以上人口割合）を見ると、令和2(2020)年現在の28.6%、すなわち3.5人に1人が65歳以上から、出生中位推計では、2038年に33.9%で3人に1人の水準に達し、2070年には38.7%、すなわち2.6人に1人が65歳以上となる（表1-1、図1-2）。

出生高位推計では、2039年に33.7%、すなわち3人に1人以上が65歳以上となり、2070年には35.3%で2.8人に1人となる（表1-2、図1-2）。また、出生低位推計では、2037年に65歳以上の割合が33.8%で3人に1人の水準に達し、2070年には42.0%で2.4人に1人となる（表1-3、図1-2）。

将来の出生水準の違いによる高齢化の程度の差として、65歳以上人口割合を出生高位と出生低位で比較してみると、2045年には出生低位推計では37.2%、出生高位推計では35.2%と2.0ポイントの差があるが、この差はその後さらに拡大して、2070年には、出生低位42.0%、出生高位35.3%と6.7ポイントの差が生じる（図1-2）。

前述の通り65歳以上人口自体は2043年をピークにその後減少するにもかかわらず、出生中位仮定・低位仮定で向こう50年間の65歳以上人口割合が上昇を続けるのは、その減少より0～14歳人口および15～64歳人口の減少の方が相対的に大きいからである。

出生中位推計における65歳以上人口を前回推計と2065年時点で比較すると、前回の3,381万人が今回は3,513万人になり132万人増加している一方で、65歳以上人口割合は前回（38.4%）と同水準の38.4%であった。なお、65歳以上人口のピークは、前回推計では2042年の3,935万人であるのに対し、今回は2043年の3,953万人であった。

3. 従属人口指数の推移

15～64歳人口の扶養負担の程度を大まかに表すための指標として、15～64歳人口に対する0～14歳人口および65歳以上人口の相対的な大きさを比較した従属人口指数がある。出生中位推計に基づく老年人口指数（15～64歳人口100に対する65歳以上人口の比）は、令和2(2020)年現在の48.0（この比の逆数である潜在扶養指数は2.1で、現役世代2.1人で高齢者1人を支える状況）から2038年に60.4（同1.7人で1人を支える状況）へ上昇し、2070年には74.2（同1.3人で1人を支える状況）と推計される（表1-4）。一方、年少人口指数（15～64歳人口100に対する0～14歳人口の比）は、令和2(2020)年現在の20.0（現役世代5.0人で年少者1人を支える状況）の水準から2033年に17.2まで低下するものの、その後は17.3～18.9の範囲で推移する。将来の年少人口指数が一定水準以下に低下しないのは、低出生率によって0～14歳人口が減少するにもかかわらず、15～64歳人口も同時に減少していくからである。

年少人口指数と老年人口指数を合わせた値、すなわち15～64歳人口に対する0～14歳および65歳以上人口全体の扶養負担の程度を表す値は従属人口指数と称される。出生中位推計におけるこの従属人口指数は、15～64歳人口の縮小傾向のもとで、令和2(2020)年現在の68.0から2039年に80.1に上昇し、その後2070年に91.8に達する。

出生高位推計における従属人口指数は、出生中位推計に比べ年少人口指数が高いため、当初これより高く推移するが、2056年以降は逆転し、2070年には88.5となる。一方、出生低位推計における従属人口指数は、当初出生中位推計の同指標より低く推移するが、2054年に逆転し、2070年には96.3に達する。

4. 人口ピラミッドの変化

日本の人口ピラミッドは、昭和20(1945)～21(1946)年の終戦にともなう出生減、昭和22(1947)～24(1949)年の第1次ベビーブーム、昭和25(1950)～32(1957)年の出生減、昭和41(1966)年の丙午（ひのえうま）の出生減、昭和46(1971)年～49(1974)年の第2次ベビーブームとその後の出生減など、過去における出生数の急増減を反映して、著しい凹凸を持つ人口ピラミッドとなっている（図1-5(1)）。

令和2(2020)年の人口ピラミッドは第1次ベビーブーム世代が70歳代の前半、第2次ベビーブーム世代が40歳代後半にあるが、出生中位推計によってその後の形状の変化を見ると、2045年に第1次ベビーブーム世代は90歳代の後半、第2次ベビーブーム世代は70歳代前半となる。したがって、2045年頃までの人口高齢化は第1次ベビーブーム世代に引き続き第2次ベビーブーム世代が高年齢層に入ることによるものである（図1-5(2)）。

その後、2070 年までの高齢化の進展は、低い出生率の下で世代ごとに人口規模が縮小して行くことを反映したものとなっている（図 1-5(3)）。

〔出生中位（死亡高位・低位）推計の結果〕

1. 死亡高位仮定による推計結果の概要

死亡高位推計は死亡中位推計よりも高い死亡率、すなわち死亡率改善のペースが遅く、平均寿命が低めに推移することを仮定した推計である。したがって、死亡数は多くなり、同じ出生仮定の下では人口はやや少なめに推移する。すなわち、出生中位（死亡中位）推計による 2070 年の総人口が 8,700 万人であるのに対し、出生中位（死亡高位）推計による同年の総人口は、8,508 万人にまで減少する。一方、年齢 3 区分別人口およびその構成を見ると、出生中位（死亡高位）推計による 0～14 歳人口は 2070 年で 797 万人（構成比 9.4%）、15～64 歳人口は 4,524 万人（同 53.2%）、65 歳以上は 3,188 万人（同 37.5%）となっており、出生中位（死亡中位）推計の結果と比較した場合、人口はいずれも少ないが、とくに 65 歳以上が少なく、65 歳以上割合が低い推計結果となることが特徴である（表 2-1、表 3-4）。

2. 死亡低位仮定による推計結果の概要

死亡低位推計は死亡中位推計よりも低い死亡率、すなわち死亡率改善のペースが速く、平均寿命が高めに推移することを仮定した推計である。したがって、死亡数は少なくなり、同じ出生仮定の下では人口はやや多めに推移する。すなわち、出生中位（死亡中位）推計による 2070 年の総人口が 8,700 万人であるのに対し、出生中位（死亡低位）推計による同年の総人口は、8,893 万人となる。一方、年齢 3 区分別人口およびその構成を見ると、出生中位（死亡低位）推計による 0～14 歳人口は 2070 年で 798 万人（構成比 9.0%）、15～64 歳人口は 4,545 万人（同 51.1%）、65 歳以上は 3,550 万人（同 39.9%）となっており、出生中位（死亡中位）推計による結果と比較した場合、人口はいずれも多いが、とくに 65 歳以上が多く、65 歳以上割合が高い推計結果となることが特徴である（表 2-2、表 3-4）。

〔出生高位・低位（死亡高位・低位）推計の結果〕※

日本の将来推計人口では、上述した推計の他に出生高位・低位仮定と死亡高位・低位仮定を組み合わせた 4 通りの推計も行っている。総人口が最も多く推移する出生高位（死亡低位）推計によれば、2070 年に 9,744 万人、逆に最も少なく推移する出生低位（死亡高位）推計によれば、同年 7,833 万人となる（表 3-1）。また、65 歳以上割合が最も高く推移する出生低位（死亡低位）推計によれば、同割合は 2070 年に 43.2%、最も低く推移する出生高位（死亡高位）推計によれば、同年 34.1%となる（表 3-4）。

※本概要では当該推計の主要な結果表の掲載を省略した。同表については国立社会保障・人口問題研究所ホームページを参照のこと。

日本の将来推計人口（令和5年推計）《結果および仮定の要約》

推計結果の要約（死亡中位推計）

| 出生率仮定 [長期の合計特殊出生率] | | 中位仮定 [1.36] | 高位仮定 [1.64] | 低位仮定 [1.13] | 平成29年推計 中位仮定 [1.44] |
|--|-------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------------|
| 死亡率仮定 [長期の平均寿命] | | 死亡中位仮定 [男= 85.89 年] [女= 91.94 年] | | | 男=84.95年 女=91.35年 |
| 国際人口移動仮定 [長期の日本人入国超過率] [長期の外国人入国超過数] | | [2015～19年の平均水準] [2040年に 163,791 人] | | | [2010～15年の平均水準] [2035年に69,275人] |
| 総 人 口 | 令和2(2020)年 | 12,615 万人 | 12,615 万人 | 12,615 万人 | 12,532万人 |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和27(2045)年 | 10,880 万人 | 11,203 万人 | 10,600 万人 | 10,642万人 |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和47(2065)年 | 9,159 万人 | 9,885 万人 | 8,570 万人 | 8,808万人 |
| | 令和52(2070)年 | 8,700 万人 | 9,549 万人 | 8,024 万人 | [8,323万人] |
| 0 歳 以 上 | 令和2(2020)年 | 1,503 万人 11.9 % | 1,503 万人 11.9 % | 1,503 万人 11.9 % | 1,507万人 12.0% |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和27(2045)年 | 1,103 万人 10.1 % | 1,321 万人 11.8 % | 919 万人 8.7 % | 1,138万人 10.7% |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和47(2065)年 | 836 万人 9.1 % | 1,128 万人 11.4 % | 620 万人 7.2 % | 898万人 10.2% |
| | 令和52(2070)年 | 797 万人 9.2 % | 1,115 万人 11.7 % | 569 万人 7.1 % | [853万人] 10.2% |
| 15 歳 以 上 | 令和2(2020)年 | 7,509 万人 59.5 % | 7,509 万人 59.5 % | 7,509 万人 59.5 % | 7,406万人 59.1% |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和27(2045)年 | 5,832 万人 53.6 % | 5,937 万人 53.0 % | 5,736 万人 54.1 % | 5,584万人 52.5% |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和47(2065)年 | 4,809 万人 52.5 % | 5,244 万人 53.0 % | 4,437 万人 51.8 % | 4,529万人 51.4% |
| | 令和52(2070)年 | 4,535 万人 52.1 % | 5,067 万人 53.1 % | 4,087 万人 50.9 % | [4,281万人] 51.4% |
| 65 歳 以 上 | 令和2(2020)年 | 3,603 万人 28.6 % | 3,603 万人 28.6 % | 3,603 万人 28.6 % | 3,619万人 28.9% |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和27(2045)年 | 3,945 万人 36.3 % | 3,945 万人 35.2 % | 3,945 万人 37.2 % | 3,919万人 36.8% |
| | | ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |
| | 令和47(2065)年 | 3,513 万人 38.4 % | 3,513 万人 35.5 % | 3,513 万人 41.0 % | 3,381万人 38.4% |
| | 令和52(2070)年 | 3,367 万人 38.7 % | 3,367 万人 35.3 % | 3,367 万人 42.0 % | [3,188万人] 38.3% |

注：平成29年推計の令和52(2070)年の数値（括弧内）は長期参考推計結果による。

日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

表Ⅱ-9 都道府県別15-64歳人口と指数（平成27（2015）年＝100）

| 地 域 | 総人口(1,000人) | | | | | | | 指数(平成27(2015)年=100) | |
|------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|-----------------|
| | 平成27年 (2015) | 平成32年 (2020) | 平成37年 (2025) | 平成42年 (2030) | 平成47年 (2035) | 平成52年 (2040) | 平成57年 (2045) | 平成42年 (2030) | 平成57年 (2045) |
| 全 国 | 77,282 | 74,058 | 71,701 | 68,754 | 64,942 | 59,777 | 55,845 | 89.0 | 72.3 |
| 北海道 | 3,207 | 2,959 | 2,781 | 2,595 | 2,394 | 2,141 | 1,931 | 80.9 | 60.2 |
| 青森県 | 765 | 686 | 619 | 555 | 495 | 429 | 371 | 72.6 | 48.5 |
| 岩手県 | 740 | 678 | 625 | 576 | 529 | 472 | 421 | 77.9 | 56.8 |
| 宮城県 | 1,445 | 1,360 | 1,283 | 1,205 | 1,121 | 1,009 | 906 | 83.4 | 62.7 |
| 秋田県 | 571 | 501 | 445 | 395 | 351 | 302 | 256 | 69.2 | 44.9 |
| 山形県 | 642 | 586 | 539 | 496 | 457 | 410 | 364 | 77.3 | 56.7 |
| 福島県 | 1,135 | 1,029 | 938 | 856 | 780 | 690 | 613 | 75.4 | 54.0 |
| 茨城県 | 1,771 | 1,655 | 1,568 | 1,476 | 1,369 | 1,230 | 1,119 | 83.4 | 63.2 |
| 栃木県 | 1,210 | 1,139 | 1,085 | 1,032 | 969 | 884 | 813 | 85.3 | 67.2 |
| 群馬県 | 1,176 | 1,113 | 1,066 | 1,010 | 942 | 852 | 784 | 85.8 | 66.6 |
| 埼玉県 | 4,549 | 4,422 | 4,350 | 4,218 | 4,002 | 3,700 | 3,492 | 92.7 | 76.8 |
| 千葉県 | 3,844 | 3,727 | 3,653 | 3,528 | 3,340 | 3,083 | 2,906 | 91.8 | 75.6 |
| 東京都 | 8,926 | 8,983 | 9,066 | 8,989 | 8,734 | 8,330 | 8,023 | 100.7 | 89.9 |
| 神奈川県 | 5,803 | 5,693 | 5,618 | 5,430 | 5,129 | 4,757 | 4,498 | 93.6 | 77.5 |
| 新潟県 | 1,340 | 1,240 | 1,164 | 1,093 | 1,015 | 919 | 834 | 81.5 | 62.2 |
| 富山県 | 611 | 578 | 553 | 526 | 492 | 443 | 407 | 86.0 | 66.7 |
| 石川県 | 684 | 655 | 632 | 607 | 574 | 526 | 490 | 88.7 | 71.7 |
| 福井県 | 458 | 431 | 410 | 387 | 365 | 334 | 309 | 84.6 | 67.5 |
| 山梨県 | 495 | 457 | 424 | 389 | 352 | 312 | 283 | 78.6 | 57.2 |
| 長野県 | 1,197 | 1,129 | 1,073 | 1,010 | 937 | 845 | 774 | 84.3 | 64.7 |
| 岐阜県 | 1,193 | 1,125 | 1,073 | 1,012 | 943 | 852 | 784 | 84.8 | 65.7 |
| 静岡県 | 2,192 | 2,070 | 1,979 | 1,877 | 1,754 | 1,597 | 1,481 | 85.6 | 67.6 |
| 愛知県 | 4,676 | 4,611 | 4,574 | 4,463 | 4,278 | 3,997 | 3,803 | 95.4 | 81.3 |
| 三重県 | 1,074 | 1,019 | 977 | 923 | 864 | 785 | 728 | 85.9 | 67.7 |
| 滋賀県 | 867 | 842 | 825 | 801 | 767 | 713 | 671 | 92.3 | 77.4 |
| 京都府 | 1,576 | 1,519 | 1,474 | 1,410 | 1,323 | 1,203 | 1,113 | 89.4 | 70.7 |
| 大阪府 | 5,423 | 5,264 | 5,148 | 4,929 | 4,608 | 4,192 | 3,910 | 90.9 | 72.1 |
| 兵庫県 | 3,322 | 3,175 | 3,064 | 2,917 | 2,726 | 2,472 | 2,294 | 87.8 | 69.0 |
| 奈良県 | 803 | 746 | 703 | 654 | 598 | 531 | 483 | 81.5 | 60.2 |
| 和歌山県 | 549 | 510 | 478 | 446 | 412 | 370 | 341 | 81.2 | 62.1 |
| 鳥取県 | 329 | 306 | 289 | 275 | 261 | 241 | 223 | 83.5 | 67.9 |
| 島根県 | 382 | 355 | 335 | 319 | 304 | 280 | 260 | 83.5 | 68.1 |
| 岡山県 | 1,121 | 1,077 | 1,045 | 1,012 | 971 | 900 | 849 | 90.3 | 75.8 |
| 広島県 | 1,684 | 1,621 | 1,579 | 1,533 | 1,466 | 1,359 | 1,283 | 91.0 | 76.2 |
| 山口県 | 784 | 728 | 689 | 655 | 616 | 559 | 515 | 83.6 | 65.8 |
| 徳島県 | 434 | 398 | 370 | 346 | 321 | 288 | 261 | 79.6 | 60.1 |
| 香川県 | 560 | 531 | 509 | 488 | 464 | 424 | 394 | 87.1 | 70.4 |
| 愛媛県 | 791 | 731 | 685 | 643 | 599 | 539 | 492 | 81.3 | 62.2 |
| 高知県 | 405 | 370 | 344 | 319 | 296 | 263 | 237 | 78.9 | 58.6 |
| 福岡県 | 3,102 | 2,983 | 2,910 | 2,837 | 2,730 | 2,557 | 2,412 | 91.4 | 77.8 |
| 佐賀県 | 486 | 452 | 427 | 406 | 386 | 360 | 336 | 83.6 | 69.1 |
| 長崎県 | 791 | 719 | 663 | 617 | 572 | 519 | 475 | 78.0 | 60.1 |
| 熊本県 | 1,031 | 960 | 908 | 866 | 827 | 774 | 725 | 84.0 | 70.4 |
| 大分県 | 664 | 616 | 581 | 552 | 523 | 481 | 445 | 83.2 | 66.9 |
| 宮崎県 | 628 | 574 | 533 | 500 | 471 | 433 | 397 | 79.6 | 63.2 |
| 鹿児島県 | 941 | 855 | 785 | 730 | 683 | 627 | 573 | 77.6 | 60.9 |
| 沖縄県 | 903 | 881 | 864 | 850 | 831 | 792 | 762 | 94.2 | 84.4 |

注) 指数とは、平成27(2015)年の15-64歳人口を100としたときの15-64歳人口の値のこと。

人口推計結果（2019～2023年）

(千人)

| | 2019年 | 2020年 | 2021年 | 2022年 | 2023年 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 総人口 | 126,555 | 126,146 | 125,502 | 124,947 | 124,340 |
| 15～64歳 生産年齢人口 | 75,542 | 75,796 | 74,504 | 74,208 | 73,930 |
| (前年度増減) | — | 254 | -1,292 | -296 | -278 |

※総務省統計局人口推計をもとに作成。

※各年10月1日現在。2023年の数値は概算値。

大学院 志願者等の増減状況

□ 修士課程及び博士前期課程、専門職学位課程

| 区分 | | 令和元年度 (2019) | 令和2年度 (2020) | 令和3年度 (2021) | 令和4年度 (2022) | 令和5年度 (2023) |
|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 修士課程及び 博士前期課程、 専門職学位課程 | 入学定員(人) | 41,824 | 42,291 | 42,577 | 42,936 | 43,067 |
| | 志願者(人) | 58,370 | 59,581 | 61,163 | 63,625 | 69,342 |
| | 入学者(人) | 31,488 | 31,365 | 32,405 | 33,862 | 36,201 |

大学院 区分ごとの動向

□ 研究科系統別の動向

| 区分 | | 令和元年度 (2019) | 令和2年度 (2020) | 令和3年度 (2021) | 令和4年度 (2022) | 令和5年度 (2023) |
|-----|---------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 保健系 | 研究科数 | 130 | 135 | 144 | 150 | 160 |
| | 入学定員(人) | 2,088 | 2,149 | 2,318 | 2,463 | 2,539 |
| | 志願者(人) | 2,247 | 2,158 | 2,370 | 2,599 | 2,889 |
| | 入学者(人) | 1,839 | 1,709 | 1,916 | 2,029 | 2,178 |

※日本私立学校振興・共済事業団「私立大学・短期大学等 入学志願動向」をもとに作成

石川県の私立大学大学院（修士（博士前期）課程）入学定員充足率

| 大学 | 研究科 | 2021（令和3）年度 | | | 2022（令和4）年度 | | | 2023（令和5）年度 | | |
|--------|--------------------------------|-------------|------|---------|-------------|------|---------|-------------|------|---------|
| | | 入学定員 | 入学者数 | 充足率 | 入学定員 | 入学者数 | 充足率 | 入学定員 | 入学者数 | 充足率 |
| 金沢星稜大学 | 経営戦略研究科 | 10人 | 7人 | 70.00% | 10人 | 6人 | 60.00% | 10人 | 2人 | 20.00% |
| 金沢学院大学 | 経営情報学研究科、人文学研究科、スポーツ健康学研究科 | 20人 | 7人 | 35.00% | 20人 | 8人 | 40.00% | 24人 | 7人 | 29.17% |
| 金城大学 | 総合リハビリテーション学研究科 | 5人 | 2人 | 40.00% | 5人 | 2人 | 40.00% | 5人 | 5人 | 100.00% |
| 金沢医科大学 | 看護学研究科 | 6人 | 4人 | 66.67% | 6人 | 8人 | 133.33% | 6人 | 5人 | 83.33% |
| 金沢工業大学 | 工学研究科、心理科学研究科、イノベーションマネジメント研究科 | 165人 | 222人 | 134.55% | 165人 | 238人 | 144.24% | 165人 | 256人 | 155.15% |
| 合計 | | 206人 | 242人 | 117.48% | 206人 | 262人 | 127.18% | 210人 | 275人 | 130.95% |

※各大学ホームページ掲載情報をもとに作成

新設組織が置かれる都道府県への入学状況

○出身高校の所在地県別の入学者数の構成比（上位5都道府県）※直近年度

| | 都道府県名 | 人 数 | 構成比 |
|---|-------|-----|---------|
| 1 | | | #DIV/0! |
| 2 | | | #DIV/0! |
| 3 | | | #DIV/0! |
| 4 | | | #DIV/0! |
| 5 | | | #DIV/0! |
| | 全 体 | | #DIV/0! |

※「学校基本調査」の「出身高校の所在地県別入学者数」から作成すること。

※大学、学部、学部の学科、短期大学、短期大学の学科を設置する場合のみ作成（専門職大学、専門職短期大学、高等専門学校を含む）。大学院は作成不要。

○新設組織が置かれる都道府県の定員充足状況

| | 新組織所在地 (都道府県) | 充足率 | | |
|---|------------------|---------|---------|---------|
| | | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 1 | 石川県 | 117.48% | 127.18% | 130.95% |
| 2 | | | | |

※2校地で教育課程を実施する場合はそれぞれの状況を記載すること。

○新設組織の学問分野（系統区分）の定員充足状況

| | 系統区分 | 充足率 | | |
|---|------|--------|--------|--------|
| | | 令和3年度 | 令和4年度 | 令和5年度 |
| 1 | 保健系 | 82.66% | 82.38% | 85.78% |
| 2 | | | | |

※「系統区分」は日本私立学校振興・共済事業団の「今日の私学財政」の系統区分に従うこと。

既設学科等の入学定員の充足状況（直近5年間）

大学学部学科等名：医療保健学部医療技術学科

（大学の学科、短大の専攻課程、高専の学科ごとに作成。大学院は作成不要。）

1. 各選抜方法の状況

| | | H31年度入学者 | R2年度入学者 | R3年度入学者 | R4年度入学者 | R5年度入学者 | 平均 | |
|----------|-----------|----------|---------|---------|---------|---------|------|------|
| 総合型選抜 | 募集人数 | 3人 | 3人 | 3人 | 5人 | 5人 | 4人 | |
| | 延べ人数 | 志願者数 | 13人 | 12人 | 8人 | 7人 | 9人 | 10人 |
| | | 受験者数 | 13人 | 12人 | 7人 | 7人 | 9人 | 10人 |
| | | 合格者数 | 3人 | 3人 | 3人 | 7人 | 9人 | 5人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | 実人数 | 志願者数 | 13人 | 12人 | 8人 | 7人 | 9人 | 10人 |
| | | 受験者数 | 13人 | 12人 | 7人 | 7人 | 9人 | 10人 |
| | | 合格者数 | 3人 | 3人 | 3人 | 7人 | 9人 | 5人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | 入学者数 | 3人 | 3人 | 3人 | 7人 | 9人 | 5人 | |
| | 学校推薦型選抜 | 募集人数 | 10人 | 10人 | 10人 | 15人 | 15人 | 12人 |
| | | 延べ人数 | 志願者数 | 19人 | 20人 | 16人 | 15人 | 16人 |
| 受験者数 | | | 19人 | 20人 | 16人 | 15人 | 16人 | 17人 |
| 合格者数 | | | 13人 | 13人 | 14人 | 15人 | 16人 | 14人 |
| うち追加合格者数 | | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 辞退者数 | | | 2人 | 0人 | 5人 | 2人 | 3人 | 2人 |
| 実人数 | | 志願者数 | 19人 | 20人 | 16人 | 15人 | 16人 | 17人 |
| | | 受験者数 | 19人 | 20人 | 16人 | 15人 | 16人 | 17人 |
| | | 合格者数 | 13人 | 13人 | 14人 | 15人 | 16人 | 14人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | 2人 | 0人 | 5人 | 2人 | 3人 | 2人 |
| 入学者数 | | 11人 | 13人 | 9人 | 13人 | 13人 | 12人 | |
| 一般選抜 | | 募集人数 | 30人 | 30人 | 32人 | 30人 | 30人 | 30人 |
| | | 延べ人数 | 志願者数 | 241人 | 288人 | 148人 | 172人 | 143人 |
| | 受験者数 | | 236人 | 285人 | 142人 | 168人 | 136人 | 193人 |
| | 合格者数 | | 99人 | 99人 | 130人 | 149人 | 85人 | 112人 |
| | うち追加合格者数 | | 0人 | 0人 | 0人 | 4人 | 0人 | 1人 |
| | 辞退者数 | | 56人 | 61人 | 96人 | 120人 | 57人 | 78人 |
| | 実人数 | 志願者数 | 158人 | 197人 | 104人 | 132人 | 94人 | 137人 |
| | | 受験者数 | 153人 | 194人 | 98人 | 128人 | 87人 | 132人 |
| | | 合格者数 | 99人 | 99人 | 88人 | 109人 | 85人 | 96人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 4人 | 0人 | 1人 |
| | | 辞退者数 | 56人 | 61人 | 54人 | 80人 | 57人 | 62人 |
| | 入学者数 | 43人 | 38人 | 34人 | 29人 | 28人 | 34人 | |
| | 共通テスト利用入試 | 募集人数 | 17人 | 17人 | 20人 | 15人 | 15人 | 17人 |
| | | 延べ人数 | 志願者数 | 143人 | 151人 | 101人 | 99人 | 83人 |
| 受験者数 | | | 143人 | 151人 | 101人 | 99人 | 83人 | 115人 |
| 合格者数 | | | 79人 | 74人 | 84人 | 86人 | 82人 | 81人 |
| うち追加合格者数 | | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| 辞退者数 | | | 64人 | 63人 | 69人 | 69人 | 74人 | 68人 |
| 実人数 | | 志願者数 | 143人 | 151人 | 101人 | 99人 | 83人 | 115人 |
| | | 受験者数 | 143人 | 151人 | 101人 | 99人 | 83人 | 115人 |
| | | 合格者数 | 79人 | 74人 | 84人 | 86人 | 82人 | 81人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | 64人 | 63人 | 69人 | 69人 | 74人 | 68人 |
| 入学者数 | | 15人 | 11人 | 15人 | 17人 | 8人 | 13人 | |
| その他の特別選抜 | | 募集人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 延べ人数 | 志願者数 | | | | | 1人 |
| | 受験者数 | | | | | | 1人 | 1人 |
| | 合格者数 | | | | | | 1人 | 1人 |
| | うち追加合格者数 | | | | | | 0人 | 0人 |
| | 辞退者数 | | | | | | 0人 | 0人 |
| | 実人数 | 志願者数 | | | | | 1人 | 1人 |
| | | 受験者数 | | | | | 1人 | 1人 |
| | | 合格者数 | | | | | 1人 | 1人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | 入学者数 | | | | | 1人 | 1人 | |
| | 合計 | 募集人数 | 60人 | 60人 | 65人 | 65人 | 65人 | 63人 |
| | | 延べ人数 | 志願者数 | 416人 | 471人 | 273人 | 293人 | 252人 |
| 受験者数 | | | 411人 | 468人 | 266人 | 289人 | 245人 | 336人 |
| 合格者数 | | | 194人 | 189人 | 231人 | 257人 | 193人 | 213人 |
| うち追加合格者数 | | | 0人 | 0人 | 0人 | 4人 | 0人 | 1人 |
| 辞退者数 | | | 122人 | 124人 | 170人 | 191人 | 134人 | 148人 |
| 実人数 | | 志願者数 | 333人 | 380人 | 229人 | 253人 | 203人 | 280人 |
| | | 受験者数 | 328人 | 377人 | 222人 | 249人 | 196人 | 274人 |
| | | 合格者数 | 194人 | 189人 | 189人 | 217人 | 193人 | 196人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 4人 | 0人 | 1人 |
| | | 辞退者数 | 122人 | 124人 | 128人 | 151人 | 134人 | 132人 |
| 入学者数 | | 72人 | 65人 | 61人 | 66人 | 59人 | 65人 | |

3. 入学定員充足率

| | H31年度入学者 | R2年度入学者 | R3年度入学者 | R4年度入学者 | R5年度入学者 | 平均 |
|---------|----------|---------|---------|---------|---------|------|
| 入学定員 | 60人 | 60人 | 65人 | 65人 | 65人 | 63人 |
| 入学定員充足率 | 1.20 | 1.08 | 0.94 | 1.02 | 0.91 | 1.03 |
| 歩留率 | 0.37 | 0.34 | 0.26 | 0.26 | 0.31 | 0.31 |

（備考）特記事項がある場合は記載すること。

1. 各選抜方法の状況

| | | H31年度入学者 | R2年度入学者 | R3年度入学者 | R4年度入学者 | R5年度入学者 | 平均 | |
|----------|-----------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 総合型選抜 | 募集人数 | | | | | 10人 | 10人 | |
| | 延べ人数 | 志願者数 | | | | | 20人 | 20人 |
| | | 受験者数 | | | | | 18人 | 18人 |
| | | 合格者数 | | | | | 16人 | 16人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | 実人数 | 志願者数 | | | | | 20人 | 20人 |
| | | 受験者数 | | | | | 18人 | 18人 |
| | | 合格者数 | | | | | 16人 | 16人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | 入学者数 | | | | | 16人 | 16人 | |
| | 学校推薦型選抜 | 募集人数 | | | | | 18人 | 18人 |
| 延べ人数 | | 志願者数 | | | | | 23人 | 23人 |
| | | 受験者数 | | | | | 23人 | 23人 |
| | | 合格者数 | | | | | 22人 | 22人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 3人 | 3人 |
| 実人数 | | 志願者数 | | | | | 23人 | 23人 |
| | | 受験者数 | | | | | 23人 | 23人 |
| | | 合格者数 | | | | | 22人 | 22人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 3人 | 3人 |
| 入学者数 | | | | | | 19人 | 19人 | |
| 一般選抜 | | 募集人数 | | | | | 18人 | 18人 |
| | 延べ人数 | 志願者数 | | | | | 93人 | 93人 |
| | | 受験者数 | | | | | 93人 | 93人 |
| | | 合格者数 | | | | | 59人 | 59人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 33人 | 33人 |
| | 実人数 | 志願者数 | | | | | 61人 | 61人 |
| | | 受験者数 | | | | | 60人 | 60人 |
| | | 合格者数 | | | | | 59人 | 59人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 33人 | 33人 |
| | 入学者数 | | | | | 26人 | 26人 | |
| | 共通テスト利用入試 | 募集人数 | | | | | 14人 | 14人 |
| 延べ人数 | | 志願者数 | | | | | 38人 | 38人 |
| | | 受験者数 | | | | | 38人 | 38人 |
| | | 合格者数 | | | | | 35人 | 35人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 34人 | 34人 |
| 実人数 | | 志願者数 | | | | | 38人 | 38人 |
| | | 受験者数 | | | | | 38人 | 38人 |
| | | 合格者数 | | | | | 35人 | 35人 |
| | | うち追加合格者数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | | | | | 34人 | 34人 |
| 入学者数 | | | | | | 1人 | 1人 | |
| その他の特別選抜 | | 募集人数 | | | | | 0人 | 0人 |
| | 延べ人数 | 志願者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | 受験者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | 合格者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | うち追加合格者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | 辞退者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | 実人数 | 志願者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | 受験者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | 合格者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | うち追加合格者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | | 辞退者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! |
| | 入学者数 | | | | | #DIV/0! | #DIV/0! | |
| | 合計 | 募集人数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 60人 | 12人 |
| 延べ人数 | | 志願者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 174人 | 35人 |
| | | 受験者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 172人 | 34人 |
| | | 合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 132人 | 26人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 70人 | 14人 |
| 実人数 | | 志願者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 142人 | 28人 |
| | | 受験者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 139人 | 28人 |
| | | 合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 132人 | 26人 |
| | | うち追加合格者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 |
| | | 辞退者数 | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 70人 | 14人 |
| 入学者数 | | 0人 | 0人 | 0人 | 0人 | 62人 | 12人 | |

3. 入学定員充足率

| | H31年度入学者 | R2年度入学者 | R3年度入学者 | R4年度入学者 | R5年度入学者 | 平均 |
|---------|----------|---------|---------|---------|---------|------|
| 入学定員 | | | | | 60人 | 60人 |
| 入学定員充足率 | — | — | — | — | 1.03 | 1.03 |
| 歩留率 | — | — | — | — | 0.47 | 0.47 |

（備考）特記事項がある場合は記載すること。

北陸大学大学院 医療保健学研究科 医療保健学専攻修士課程

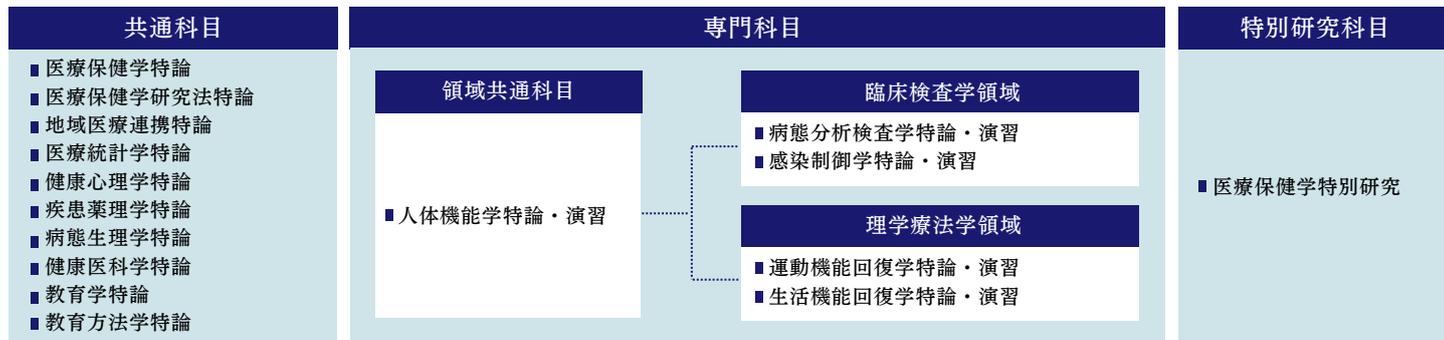
(仮称・2025年4月開設に向け設置構想中)

- 学位 修士（医療保健学）
- 修業年限 2年
- 入学定員3人（収容定員6人）
- 開設時期 2025（令和7）年4月1日
- 開設場所 北陸大学太陽が丘キャンパス（石川県金沢市太陽が丘1丁目1番地）

設置の目的、養成する人材像

本研究科では、大学の使命・目的である「健康社会の実現」に向けて、地域の健康の維持増進を支えるリーダーとして、臨床検査学、理学療法学に関する高度な専門性及び科学的根拠に基づいた幅広い知識と技術を有する人材を養成する。

開設予定科目



学費

| 大学名 (所在地) | 研究科・専攻名 | 入学金 | 授業料 | 教育充実費、 施設設備金等 | 初年度合計 | 2年間合計 |
|----------------------|-----------------------------------|----------|----------|------------------|------------|------------|
| 北陸大学 (石川県金沢市) | 医療保健学研究科 医療保健学専攻 | 200,000円 | 600,000円 | 140,000円 | 940,000円 | 1,680,000円 |
| 金城大学 (石川県白山市) | 総合リハビリテーション学研究科 総合リハビリテーション学専攻 | 200,000円 | 600,000円 | 145,000円 | 945,000円 | 1,690,000円 |
| 新潟医療福祉大学 (新潟県新潟市) | 医療福祉学研究科 保健学専攻 | 200,000円 | 800,000円 | 200,000円 | 1,200,000円 | 2,200,000円 |
| 長野保健医療大学 (長野県長野市) | 保健学研究科 保健学専攻 | 200,000円 | 900,000円 | — | 1,100,000円 | 2,000,000円 |

※他大学の学費は各大学のホームページ掲載情報に基づきます（2023年6月）。

社会人学生への配慮

本研究科では、ICTを活用した授業を実施する等、社会人が在職のままで修学することができる環境を整えます。また、在職中の方を対象に、修業年限を超えて教育課程の履修ができる「長期履修制度」を設けることを検討しています。

アクセス

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>車 (金沢森本ICから)</p> | <p>所要時間約30分 金沢外側環状道路を金沢市街方面へ進みしばらく直進。田上町(交差点)を左折、県道209号線へ。館町(交差点)を左折、県道10号線を進むと案内看板があります。</p> |
| <p>バス (金沢駅から)</p> | <p>バス停「北陸大学太陽が丘」まで所要時間約30分 金沢駅兼六園口(東口)バスターミナルから、北陸大学へ向かうバス乗り場が2つあります。 金沢駅兼六園口(東口)6番乗場 北陸大学行 / 7番乗場 湯涌・北陸大学行</p> |



21世紀を生き抜くチカラ。
北陸大学



北陸大学は2025年に創立50周年を迎えます
【お問い合わせ先】北陸大学 企画部
石川県金沢市太陽が丘1-1
076-229-1161 (代表)
www.hokuriku-u.ac.jp

- 医療保健学研究科医療保健学専攻 (※仮称/設置構想中)
- 医療保健学部 理学療法学科
- 医療保健学部 医療技術学科
- 国際コミュニケーション学部 心理社会学科
- 国際コミュニケーション学部 国際コミュニケーション学科
- 経済経営学部 マネジメント学科
- 経済経営学部 経済学科 (2024年度開設)
- 薬学部 薬学科

長期ビジョン

北陸大学 Vision50 (by2025) 2025年までに学生の成長力No.1の教育を実践する大学となる。

※仮称/設置構想中。大学院設置は計画中であり、研究科・専攻名称・授業料等の内容については変更となる場合があります。

