

[令和4年度 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業]

# 大学病院における医師の働き方に関する 調査研究報告書

令和5年2月

一般社団法人 全国医学部長病院長会議

## はじめに

医師の働き方改革は、その勤務状況の特殊性から一般労働者の働き方改革(平成31年(2019年)4月施行)から、5年間の検討期間を置き、令和6年(2024年)4月から時間外労働の上限規制を適用することとなり、厚生労働省等における検討の結果、一般則とは異なり、特例水準(A水準、連携B水準、B水準、C-1水準、C-2水準)が設けられるなど、様々な制度が新たに導入されている。

また、大学病院は、地域の中核的医療機関としての機能の他に、自院以外の地域の医療機関に医師を派遣する等により地域医療の一翼を担っており、このため大学病院に勤務する医師は兼業・副業が多く、医師の労働時間管理が一層複雑になっている。

このような中で大学病院の使命である教育・研究・診療の質を落とすことなく効率的に医師の働き方改革を実施していくために、各大学病院においては勤務管理システムの導入やタスクシフト・シェアの実施など、様々な取組を実施しているところである。

本調査では、各大学病院の取組状況を調査するとともに、医師個人へのアンケート調査を職位別に実施し、現場での医師の働き方改革に関する受け取り方や感じ方の御意見をいただくなど、幅広く情報収集を行った。

医師の時間外労働の上限規制適用まで1年余の時間の中で、これからは医師労働時間短縮計画の作成、医療機関勤務環境評価センターにおける評価受審、都道府県への指定申請等の作業が進められるところであるが、本調査報告書が各大学病院における医師の働き方改革の推進に向けた取組の一助になれば幸いである。

最後に、本調査に御協力いただいた医学部長、病院長をはじめとした先生方や事務の方々及び事例紹介に御協力いただいた東北大学、東京大学、昭和大学、琉球大学の先生方に心から感謝申し上げます。また、本報告書作成に当たりアンケートの調査・集計及び事例ヒアリング等に御協力いただいたドクターズ株式会社様にも感謝申し上げます。

本会議としては、今後も医師の働き方改革に関するアンケート調査による情報提供やセミナーの開催等により、会員大学の医師の働き方改革が円滑に推進されるよう取り組んでいきたいと考えております。今後とも御支援、御協力をお願いします。

令和5年2月

一般社団法人全国医学部長病院長会議  
医師の働き方改革検討委員会  
委員長 馬場 秀夫

## 目 次

I. 調査の概要	1
II. 調査結果	4
A. 病院調査結果	5
1. 医師の勤務実態の現状把握について	5
2. 医師の勤務管理システムの導入状況について	5
3. 宿日直許可の取得状況について	5
4. 面接指導実施体制の整備状況について	6
5. 特例水準申請予定医師数について	7
6. 医師の働き方改革に対する取組状況について	7
7. 医師の働き方改革が教育・研究・診療に及ぼす影響について	8
8. 労働時間短縮に伴う教育や研究への影響を少なくするための対策について	9
9. 医師の働き方改革に伴う労働時間管理要員の現状と必要数について	10
B. 医師個人調査結果	11
1. 回答医師の属性について	11
2. 医師の労働時間等の状況について	11
3. 医師の働き方改革の影響について	12
4. 改善状況について	14
5. ICT化の状況について	15
C. 事例紹介	17
1. 東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター	17
2. 東京大学医学部附属病院クリニカルシミュレーションセンター	17
3. 昭和大学統括研究推進センター	17
4. 琉球大学臨床研究支援センター	17
5. 株式会社アルク	18
6. 株式会社セントラルシステムズ	18
III. 調査結果集計	19
A. 病院調査結果	19
1. 医師の働き方改革への取組状況	19
2. 医師の働き方が教育・研究に及ぼす影響	25
3. 医師の働き方改革により労務時間管理を行う職員に及ぼす影響	28
B. 医師個人調査結果	29
1. 医師の属性及び働き方の状況	29
2. 働き方改革の影響	32
3. 改善状況	35
4. ICT化	38

#### IV. 参考資料

A. 病院アンケート調査結果 .....	41
B. 医師個人アンケート調査結果 .....	62
C. 事例紹介 .....	82
1. 東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター .....	83
2. 東京大学医学部附属病院クリニカルシミュレーションセンター .....	87
3. 昭和大学統括研究推進センター .....	91
4. 琉球大学臨床研究支援センター .....	96
5. 大学ヒアリング結果分析 .....	101
6. 株式会社アルク .....	104
7. 株式会社セントラルシステムズ .....	107
8. 大学病院に関するSWOT分析 .....	111

## I. 調査の概要

厚生労働省に設置された「医師の働き方改革に関する検討会」報告書が平成31年3月に取りまとめられ、医師の働き方改革を進める基本的な考え方が示されてから各大学病院における医師の働き方改革への取組が始まったが、それと同時に新型コロナウイルス感染症が拡大し、各大学病院は未知のウイルスとの戦いが始まった。コロナ禍の中で働き方改革への取り組みは、遅々として進まなかったが、約1年後の令和3年2月に全国医学部長病院長会議主催による「医師に働き方改革緊急セミナー」を契機に、コロナ禍の中での医師の働き方改革が少しずつではあるが進み始めた。

これまで医師の労働時間の管理は十分には行われてこなかったため、最初に取り組むことは、医師の働き方改革に伴う特例水準や追加的健康確保措置の理解と医師の労働時間の把握であった。各大学病院ではそのための勤務時間管理システムの導入を進めているが、その導入・稼働は必ずしも円滑に行われていない。これは、大学病院の医師の働き方に適したシステムが存在しなかったことが要因と考えられ、今後、各大学病院で多くのシステムが稼働し始めると、コスト面での負担が大きくなってくと想定される。このため、国として共通利用が可能で、得られたデータの全国規模での利活用が可能となるような、現場が使いやすいシステム構築やそのための財政的支援が不足している。

また、働き方改革を通じた医師の労働時間短縮は、教育・研究・診療時間のみならず、自己研鑽の時間や地域医療の担い手としての時間も削減しかねず、今後の我が国の医療にとって大きな痛手を伴う恐れがある。「大学等におけるフルタイム換算データに関する調査」(令和元年度6月 文部科学省)においても、保健分野における大学等教員の職務活動時間に占める研究時間割合の減少は明らかとなっていたが、本調査では、特に若手医師の研究時間について、教育、研究の主力を担うべき助教の職にある者でさえ約65%が週5時間以下で、全く行っていない者も15%に上るなど、深刻な状況であることが確認された。

研究には、上司からの指示の下チームで研究成果を出すために目標をもって行う研究と、研究者が自ら自由な発想で目標を持ち行う研究がある。医学の発展のためにはどちらも必要不可欠であるが、医学という学問の性質上、医学研究の発展を担う大学病院の医師は、研究、教育だけでなく臨床も一体的に担うことが必要である。働き方改革において、自由な発想で行う研究の時間がとりづらくなることが予想されるが、そのような研究に対しての支援が必要不可欠である。

確かに、医師の労働時間の短縮は重要であり、タスクシフトや効率化などが進められているが、それだけで医師の時間外・休日労働時間短縮の目標である960時間あるいは720時間が達成できるものではない。本調査においても、大学病院の医師の給与が低いため、兼業の制限に伴う収入の減少を懸念し、特に若手医師の大学病院離れが加速することを危惧する意見もあり、大学病院の機能を維持・発展させるためには医師の確保が必要である。

大学病院の医師を確保するためには、大学病院医師の給与を一般医療機関や国立病院機構と同様程度まで引き上げる必要がある。現在、大学病院の医師の給与は、一般医療機関や国立病院機構と比

べて、年収で500万円から700万円ほどの差が生じているため、大学病院の医師のほとんどは兼業や副業により給与差額分を補っているのが現状である。大学病院の医師を確保することにより、兼業・副業による労働時間の短縮が図られるとともに、増加した医師により地域への医師派遣も適切に行うことが可能となってくる。

しかしながら、大学病院医師の処遇改善には時間もかかることから、現時点ではやはり、タスクシフトや医師事務作業補助者による医師の業務削減を図って行くことが重要である。今回の調査でも、タスクシフトや医師事務作業補助者による業務改善は進んではきているが、今後は、タスクシフトで行う業務の内容をより医師の負担軽減につなげていくことが必要である。例えば、医師事務作業補助者のアンケートで、診療録等の代行入力や各種書類の記載など比較的簡易な業務については幅広い大学病院で実施しているが、入院時のオリエンテーションや、医師が診察する前に患者の病歴や症状などを聴取する業務については、2～3割の大学に留まっている。診療録など各種書類の作成に必要な医療知識を有する高度な人材を養成していくことが求められる。特定行為看護師についても、本調査で集中治療領域や救急領域、外科系基本領域パッケージ研修修了者を配置できている大学はごく少数であることが明らかとなった。これらの分野は医師の加重労働が特に問題となっている分野であるため、更なる拡大が必要である。また、現在少数の大学でのみ実施されている、救急外来における採血・検査や血管造影・画像下治療(IVR)の介助などの特定行為以外で実施しているタスクシフトについても、更に広げていくためには、これらを実施できる高度な看護師の養成を進めていく必要がある。なお、現在の診療報酬では大学病院の経営は厳しいものがあり、タスクシフトを行う医療技術職員や医師事務作業補助者等の雇用に必要な支援は十分とは言えない。

今回のアンケート調査では、医師の労働時間の短縮が教育・研究に与える影響が大きいとの結果が出ている(80%以上の大学病院が回答)。大学病院における教育・研究は大学の根幹をなすものであり、それだけでなく日本の研究力低下が深刻視される中、医師の時間外・休日労働時間の上限規制に伴い研究にさらなる打撃が加わることは、我が国の医学・医療と日本の将来に重大な影響を及ぼしかねない。このために医師の増員はもとより、教育・研究の効率化を図るための ICT 化の推進( ICT 化の推進は業務の効率化に寄与するとの回答は 65.7%となっている。)が必要であるが、そのための財源措置が不足している。

さらに、近年、臨床研究・基礎研究を問わず、法律に基づく厳格な運用や膨大な書類作成など、いわゆる間接業務の量が著しく増し、研究者が直接研究に携わることのできる時間が制約を受けている。我が国では、欧米に比べ、研究を様々な方向からサポートする人材(リサーチ・アドミストレーターやプロジェクトマネージャー等)が不足し、その養成と確保、雇用財源の整備や有期雇用の解消など、労働条件の改善が急務と考えられる。

教育用教材開発のための設備等については、多くの大学が不十分と回答し、シミュレーションセンターの施設・設備についても同様に不十分との回答が多かった。また、臨床研究支援のための EDC システムの導入や研究データを集約するためのサーバーの確保、老朽化した研究設備の更新が必要と回



答している。教育・研究に必要な居室についても約半数が不十分と回答しており、本調査は、診療中心で教育や研究に従事する割合が少ない医師も対象となっていることを踏まえると、不十分であるという認識は更に高まるものと考えられる。このため、講義室・実習室・研究室の IT 環境整備、バーチャルリアリティを活用する実践的な実習機器や研究を効率的に進めるシステムの開発環境といった教育・研究のサポートや設備等による効果的・効率的な教育・研究の実施のためのサポートは不可欠である。さらに、大学病院は多くの医学生や臨床研修医等の臨床教育の場であり、教育研究に最新の設備が必要であるにも関わらず、保有する医療機器等の多くが耐用年数を超過しており、設備更新が進んでいない。高度医療人材の養成や高度医療の提供を使命とする大学病院の機能を維持していくには、最新の医療機器を適正な期間で更新しながら運営していく必要があり、そのための支援は不可欠である。

また、医師の働き方改革を進める中で、医師の労働時間制についても課題が浮き彫りになった。裁量労働制の適用対象となる医師については、原則、自院での宿日直を行うことが出来ないため、裁量労働制から変形労働制等への移行を予定している大学など、これに伴う人件費の増加について適切な支援が必要である。

最後に、医師の働き方改革は、とかく労働時間の削減にのみ目を奪われやすいが、その真の目的は、長時間労働の解消に伴う医師の健康確保とモチベーション向上、ワークライフバランスの実現を通じて、医師が無理なく、より社会に貢献できるようになることにある。そして、そのような環境に持続可能性を持たせることが、国民の幸福と健康長寿につながる。そのためには、例えば既存の専門業務型裁量労働制のほか、医師の働き方に沿った新たな仕組みを創るなど、現行の労働法制に捉われない取組も検討の必要があるのではないだろうか。

## Ⅱ. 調査結果

### 調査方法

#### A. 病院調査

病院調査は、国公立81大学に対して、大学病院としての医師の働き方改革に関する取組状況等についてアンケート調査を行った。

○実施時期：令和4年7月11日～8月31日

○回答大学数：81大学(回答率100%)

設置者別：国立42大学、公立8大学、私立31大学

なお、一部最新状況を把握するために追加調査を実施(令和4年11月17日～12月23日)

#### B. 医師個人調査

医師個人調査は、各大学の教授、准教授、講師、助教、医員、専攻医又は後期研修医、臨床研修医について内科系、外科系、その他の診療科等別に性別も考慮して、それぞれ1名選出いただき、個人が特定されないようにしてアンケート調査を実施した。

○実施時期：令和4年7月11日～8月31日

○調査対象人数：81大学×3診療科×6職位=1,458名

○回答者数：981名(回答率67,3%)

#### C. 事例紹介

事例紹介については、アンケート調査の回答や各大学のホームページから各大学の参考に資すると思われる大学の取組を拾い上げ、ヒアリングを実施した。

また、教育、研究に関して大学に対する支援に繋がる業務を実施している企業2社からヒアリングを実施した。



## A.病院調査結果

### 1. 医師の勤務実態の現状把握について

医師の大学での滞在時間(自己研鑽等を含む)については、81 大学中 76 大学(98.3%)で把握できており、全医師数の内 75%以上の医師の把握ができている大学は 62 大学(81.5%)となっている。

医師の労働時間については、令和 4 年 11 月現在で自院においては、76大学(93.8%)が把握できており、準備中(試行等)は4大学(4.9%)、把握できていないと回答した大学は1大学(1.3%)であった。

また、兼業・副業先の労働時間については、把握できている大学は 51 大学(63.0%)、準備中(試行等)は 27 大学(33.3%)、把握できていないと回答した大学は3大学(3.7%)であり、自院に比べて遅れている状況であった。

### 2. 医師の勤務管理システムの導入状況について

医師の労働時間の把握には勤務管理システムが必要であるが、そのシステムの導入状況について、導入し稼働している大学は 43 大学(53.1%)に留まっている。これは大学病院の医師の勤務には、教育・研究・診療の労働時間や自己研鑽の時間及び地域医療等のための兼業・副業等が混在しており、これらに対応した勤務管理システムが成熟していないためと考えられる。各大学病院が導入あるいは導入を計画しているシステムは、「Dr.JOY 勤怠管理システム」が最も多く(23 大学、28.4%)、各大学において、その他様々なシステムの導入あるいは導入の検討がなされている状況である。

### 3. 宿日直許可の取得状況について

#### 1) 自院の宿日直許可の取得状況

自院の宿日直許可の取得状況について、希望する箇所の宿日直許可が得られていると回答した大学は 54 大学(66.7%)であり、希望する箇所の宿日直許可は得られていないと回答した大学は 27 大学(33.3%)となっている。宿日直許可の取得の有無は、医師の総労働時間の算出に大きく影響するため、各大学ともに取得に向けて努力しているところである。

#### 2) 兼業・副業先の宿日直及び夜勤の把握状況

兼業・副業先の宿日直及び夜勤の状況については、医師本人の自己申告により把握しているところが多く 57 大学(70.4%)が自己申告による把握となっている。また、兼業・副業先からの連絡等による把握も 14 大学(17.3%)が行っている。

兼業・副業先の宿日直許可の取得状況は、把握できていると回答した大学は 45 大学(55.6%)、把握できていない大学は 36 大学(44.4%)となっている。把握できていると回答した大

学の内、42 大学について、確認した医療機関 4,414 医療機関の内 1,666 医療機関(37.7%)が宿日直許可を取得していると回答している。

AJMC 医師の働き方改革検討委員会においても厚生労働省とも、各労働基準局における許可基準の相違の是正や地域医療への影響も考慮した許可基準等について協議を重ね、各大学においても手続を進めた結果、自院及び兼業・副業先の宿日直許可の取得は進んできていると考えられる。

#### 4. 面接指導実施体制の整備状況について

##### 1) 面接指導実施体制の整備状況

面接指導対象医師に対する面接指導実施体制については、面接指導対象医師の月単位での把握や、面接指導対象医師や所属長への連絡体制、病院長等の管理者への報告体制等ができていない大学は 53 大学(66.3%)であり、25 大学(31.3%)が検討中と回答している。

##### 2) 医師の勤務計画に関する検討状況

医師の勤務計画については、策定し稼働していると回答した大学は 5 大学(6.2%)、準備段階の大学が 7 大学(8.6%)とわずかである。これはこの調査が令和 4 年 7~8 月時点であることから、宿日直許可の取得状況や兼業・副業先宿日直許可の有無が明確でないため労働時間の把握ができていないこと等によるものと考えられる。今後、医療機関勤務環境評価センターへの申請等を踏まえて整備が進むものと考えられる。

##### 3) 医師労働時間短縮計画の進捗状況

医師労働時間短縮計画については、令和 4 年 11 月時点で、8 大学(9.9%)が既に作成済みであり、令和 4 年 12 月末までに 3 大学(3.7%)、今年度末までに 35 大学(43.2%)が作成予定であり、今年度中に 46 大学(56.8%)が作成予定としている。残り 35 大学の内、令和 5 年 9 月末までに 31 大学(38.3%)が作成予定であり、残り 4 大学は、令和 5 年 10 月以降又は未定と回答しており、医療機関勤務環境評価センターの評価結果が出るまでの期間を考えると早急に取り組む必要がある。

##### 4) 特例水準対象医療機関の指定申請の予定時期

特例水準対象医療機関の指定申請は、令和 4 年 12 月末までに 1 大学(1.2%)、令和 5 年 3 月末までに 15 大学(18.5%)、令和 5 年 9 月末までには計 57 大学(70.4%)が申請予定であり、残り 24 大学(29.6%)が、令和 5 年 10 月以降又は未定と回答している。医療機関勤務環境評価センターが、令和 4 年 10 月 31 日に評価受審の受付を開始したことから今後速やかに進める必要がある。

## 5. 特例水準申請予定医師数等について

### 1) 労働時間制度別医師数

令和4年11月時点での医師数は、一般労働時間制 18,988 人(37.0%)、変形労働時間制 20,734 人(40.4%)、フレックスタイム制 238 人(0.4%)、専門業務型裁量労働制 10,868 人(21.2%)、その他 508 人(1.0%)となっている。

令和6年4月時点での医師数は、一般労働時間制 15,805 人(31.8%)、変形労働時間制 24,379 人(49.0%)、フレックスタイム制 889 人(1.8%)、専門業務型裁量労働制 8,139 人(16.4%)、その他 509 人(1.0%)となっている。

### 2) 特例水準申請予定医師数及び専門業務型裁量労働制適用医師数

令和4年11月時点での特例水準の申請予定医師数は、A水準 21,179 人(47.9%)、B水準 3,088 人(7.0%)、連携B水準 10,852 人(24.6%)、C-1水準 1,099 人(2.5%)、C-2水準 31 人(0.1%)との回答であった。また、特例水準の適用対象とならない専門業務型裁量労働制適用の医師数は、7,934 人(18.0%)となっている。

臨床研修医を対象としたC-1水準の申請予定数が少ないのは、臨床研修医の多くがA水準の960時間以内になっているためと思われる。

### 3) 令和6年度の時間外・休日労働時間別の見込み医師数

令和6年度の時間外・休日労働時間(見込み)については、960時間～1,860時間の医師数としては上記B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準に申請予定の医師数 15,070 人が想定され、全医師 44,183 人に対する割合は 34.1%となっている。また、1,860時間超えの医師数は、14人で、全医師に対する割合は 0.03%となっており、令和6年度に向けてさらなる努力が必要である。

## 6. 医師の働き方改革に対する取組状況について

### 1) 自院の医師や患者等に対する医師の働き方改革の周知状況

院内の医師に対する医師の働き方改革の周知については、診療科長会等の会議を通じての周知が 76 大学(93.8%)と最も多く、医師全員に対してeラーニング等の研修を実施している大学が 22 大学(27.2%)となっている。

また、患者等への医師の働き方改革に関する周知については、診療に関する説明の勤務時間内実施や複数主治医制等についてポスターやホームページで周知を行っている大学が 42 大学(52.5%)となっている。

### 2) 医師の勤務時間短縮に向けての取組状況

医師の勤務時間短縮に向けては、複数主治医制の実施(61 大学(75.3%))、救命救急センター等の 24 時間稼働部署への交代制勤務の導入(54 大学(66.7%))、患者・家族への説明

等の勤務時間内実施(60 大学(74.1%))、院内会議の削減・参加人数の削減(60 大学(74.1%))、年間の休暇取得目標設定等による有給休暇所得の奨励(65 大学(80.2%))等の取組を実施している。

### 3) 医師業務のタスクシフトへの取組状況

特定行為研修を修了した看護師の配置については、配置されていない大学が8大学、配置されていても10名以上の大学は25大学に限られている。術中麻酔管理領域パッケージ研修修了者を配置している大学が32 大学と最も多く、次いで外科術後病棟管理領域パッケージ研修修了者を配置している大学が18大学で、その他の4種類のパッケージ研修修了者の配置は、8大学以下となっている。

近年、特定行為研修を修了した看護師の配置人数は増加しているが、大学によって差が生じていることから、更なる取組が必要である。

また、特定行為研修修了看護師以外で看護師が実施しているタスクシフトとしては、注射、採血、静脈路の確保等は、ほとんどの大学で実施されているものの、救急外来における採血・検査や、血管造影・画像下治療(IVR)の介助を実施している大学は半数に満たない。

一方、医師事務作業補助者が医師の負担軽減のために行っている業務では、各種書類の記載や医師の検査オーダーに基づく検査予約は多くの大学で実施されているものの、入院時のオリエンテーションや医師が診察する前に患者の病歴や症状などを聴取する業務は2～3割の大学に留まっている。

各大学で配置人数が増加しているが、十分な確保が困難な状況である。

## 7. 医師の働き方改革が教育・研究・診療に及ぼす影響について

### 1) 労働時間短縮により教育、研究に生じる影響について

医師の働き方改革により医師の労働時間短縮が進められるが、このことによる教育、研究に生じる影響については、80%以上の大学で、教育及び臨床教育の質の低下、研究成果の減少等の影響が生じると回答している。

自由記載においても、「研究・教育・臨床の三つの役割を十分に果たすための総時間数が不足する状況になっている。労働時間が短縮されると研究や教育に充てる時間が更に低下することに直結し、特に研究の量と質の低下につながる。」や「研修医、専攻医など、修練が必要な時代に、労働時間を短縮することは、医師としての命取りで、ひいては国全体の医療・医学レベルの低下に直結すると危惧する。」等の意見が寄せられている。

### 2) 教育を支援するためのスタッフの配置状況

医学教育支援センターには常勤の教員を配置している大学が76大学あり、その他に常勤の事務職員を配置している大学が34大学、非常勤の事務職員を配置している大学が57大学あるが、事務職員は1～2名配置の大学が多く、事務職員のサポート体制の強化が必要と思われる。



シミュレーションセンターへの専任教員の配置は、29大学であり、その中でも2名以上配置している大学は9大学にとどまっている。医学部医学科の学生、臨床研修医、専攻医、他学科の学生等の自大学に所属する学生や医師の利用の他に、他医療機関の医師や看護師等にも利用範囲を拡大している。

### 3) 医師が行う研究を支援するスタッフの配置について

生物統計家、モニタリング担当者及びデータマネジメント担当者は、いずれも約半数の大学で配置されていない。また、配置されている大学でも1～2名に留まっている。さらに、支援者をいずれも配置出来ていない大学が12大学あった。大学の研究支援体制により配置スタッフの支援業務及び人数に大きな違いが出ており、医学研究を推進するためには、支援する専門のスタッフ数が不足している状態である。

## 8. 労働時間短縮に伴う教育や研究への影響を少なくするための対策について

### 1) 職員の配置について必要な対策

医学教育支援センター等への医学教育の支援を行う教員や教務事務職員の増員、研究の準備やサポートを行う研究支援スタッフの配置を希望する大学が多かった。また、医師のモチベーションを維持していくためステップアップなど、業績・功績に応じた評価システムの確立やサポートスタッフが不足しているため、安定的に配置できるようなスタッフの確保とその生涯教育の実現が必要であるとの意見もあった。

### 2) 設備及びインフラ環境の整備について

教育・研究のための設備等の整備については、多くの大学が不十分であると回答している。日進月歩で医療技術が進む中、予算面等の問題から機器の老朽化に伴う修繕・更新・新規購入に十分対応できておらず、結果として十分な教育、研究が行えているとは言えないとの意見が多かった。

なお、設備の老朽化については、教育・研究設備等のもとより、医療機器等においても深刻な状況である。国立大学病院長会議の調べによると、大学病院が保有する医療機器等の多くが耐用年数を超過しており、価値残存率は年々低下している。大学病院は多くの医学生や臨床研修医等の臨床教育の場であることから、教育研究に最新の設備が必要であるにも関わらず、多額の財源を必要とするため設備の更新が遅々として進まない状況が続いており、教育研究に支障が生じている。

また、講義室・実習室のIT環境整備、バーチャルリアルティを活用する実践的な実習機器の開発環境、デジタルテクノロジーを活用する遠隔診療実習の整備、DXを活用した医療実習環境の整備の他、EDC(Electronic Data Capture)システムや、医療のビッグデータの利用を可能とするシステムの導入、研究遂行に係る学内諸手続の電子化など、教育研究のデジタル化のための設備等の充実や更新が必要になってきている。一方、Wi-Fi等の通信環境についてはが不十

分であると回答した大学が多く、今後のデジタル化の推進を踏まえても通信環境の充実が必要である。

#### 9. 医師の働き方改革に伴う労働時間管理要員の現状と必要数について

現在の配置人員は、無期雇用の常勤職員(529人)、有期雇用の常勤職員(131人)及び短時間職員の常勤換算(408人)の合計1,068人が労働時間管理を行う職員として配置されているが、医師の働き方改革の実施に伴い今後必要となる職員数について、無期雇用の常勤職員(223人)、有期雇用の常勤職員(129人)、有期雇用の非常勤職員(常勤換算)(210人)が必要であるとの回答であった。大学によってばらつきがみられるが、これは労働時間管理を行う職員配置が集中型か分散型(各医局配置等)かによって違いがあるものと思われる。

医師の働き方改革により増加する主な業務としては、

- ① 追加的健康確保措置として、特に宿日直許可のない他機関での宿日直を行った場合の勤務間インターバルの実施又は代償休息の付与・取得に係る管理等の日々のモニタリング業務の負担増
- ② 月 80 時間を超えたタイミングでの健康観察を行う医師との面談の調整、打刻と時間外勤務・自己研鑽・各種休暇の申請に係る管理の負担増
- ③ 医師労働時間短縮計画の作成・改定及び運用、「医療機関の医師の労働時間短縮の取組に関するガイドライン」への対応・運用、医療機関勤務環境評価センター受審対応等が上げられる。



## B. 医師個人調査結果

### 1. 回答医師の属性について

1) 81大学に対して、診療科別(内科系、外科系、その他の診療科)、職位別(教授、准教授、講師、助教、医員、専攻医又は後期研修医、初期臨床研修医)にそれぞれ性別を考慮して各1名(合計1,458名)に医師個人としてのアンケート調査を実施し、981名から回答を得た。(回答率:67.3%)

回答者の属性(性別、年代別、診療科別、職位別、適用されている労働時間制)は、調査結果のⅢを参照

### 2. 医師の労働時間等の状況について

1) 直近3か月間の平均的な週当たり(7日間)の大学での滞在時間及び労働時間

直近3か月の平均的な大学での滞在時間は、週50時間～60時間未満が最も多く、275人(28.0%)であり、次いで週60時間～70時間未満が238人(24.3%)となっている。また、週100時間以上も20人(2.0%)みられる。

これを、男女別にみると、週50時間～60時間未満は、男性27.1%、女性31.4%、週60時間～70時間未満は、男性25.7%、女性19.9%となっており、週当たりの滞在時間は男性の方が長く滞在している。

同じく週当たりの労働時間についてみると、週40時間～50時間未満が最も多く337人(34.4%)となっており、次いで週50時間～60時間未満283人(28.8%)となっている。週100時間以上は4人(0.4%)となっている。これも男女別にみると、滞在時間と同様の傾向があり、週40時間～50時間未満では、男性32.9%、女性39.0%、週50時間～60時間未満では男性30.1%、女性25.4%となっている。なお、100時間以上の女性はいなかった。職位別に80時間以上の割合を見ると、教授8%、准教授5.7%、講師1.0%、助教5.2%、医員2.9%、専攻医又は後期研修医8.0%、臨床研修医4.6%となっている。

2) 直近3か月の平均的な週当たり(7日間)の総労働時間に占める教育・研究・診療、その他(会議等)に占める時間数と割合

週当たりの教育・研究・診療、その他(会議等)の回答者1人当たりの時間数は、教育5.9時間(10.7%)、研究7.2時間(13.0%)、診療35.6時間(64.4%)、その他6.6時間(11.9%)となっており、診療が1/2以上を占めている。職位別にみると、教育時間については、教授、准教授、講師といった順で教育時間が多くなっている。研究時間についても同様の傾向であり、特に若手医師は、約65%が週5時間以下で、全く行っていない者も15%と研究時間の確保が困難な状況となっている。

一方、診療時間は、概ね半数以上の若手医師が週40時間以上と診療時間が長くなっている。

### 3)直近3か月の兼業・副業先での平均的な労働時間

兼業・副業先での週当たりの労働時間(宿日直許可を得ている医療機関での宿日直時間は含まない)は、週5時間～10時間未満が最も多く、552人(56.3%)であり、次いで週10時間～15時間未満の169人(17.2%)となっている。週10時間以上の割合は若手医師が高くなっている。

また、宿日直許可を得ている兼業・副業先での平均的な週当たり宿直回数は、「週1回」が最も多く247人(25.3%)、「週4回以上」も11人(1.1%)見られる。

日直回数は「月1回」が140人(14.3%)となっている。

宿直、日直ともに週2回以上の割合は若手医師が高くなっている。

## 3. 医師の働き方改革の影響について

### 1)働き方改革による「教育」への影響

医師の働き方改革により労働時間が短縮されることによる「教育」への影響を尋ねたところ、影響が「ある」は302人(30.9%)、「ややある」は286人(29.2%)で、60%がその影響を懸念している。

これに関する自由意見としては、

- 教育に費やす時間は、医学生や研修医、専攻医等と直接接する時間(診療や講義等)のみならず、その準備(講義資料・試験問題作成や論文・発表指導等)に費やす時間も相当ある。教育というのは、一般業務と異なり、効率を求めたり、要領のよさでこなしたりする仕事ではないと考えている。したがって、教育という仕事にも働き方改革を適用することは問題だと感じる。
- 研修医の修了要件には、厚労省の研修ガイドラインにも指定されているCPC、医療安全カンファレンス、Team STEPPS コース、感染対策研修、子供虐待対応講習会等数多くの参加必須項目があり、その他にも病院独自の年3回のシミュレーション研修、年10回の研修医セミナー等が実施されている。これらの開催は自己学習時間とは、ならないため今後実施時間、回数等の制限の検討が余儀なくされることが予想される。また、研修医に限らず、医療安全、感染対策等の講習の受講は病院職員の必須項目であり、これらの開催についても影響を受ける。
- シミュレータ・機器(更新及び増設)、付随する消耗品、研修スペースともに需要に対して供給が追いついていない。結果として十分な教育、研究が行えているとは言えず、また、特に研修スペースの不足は時間外労働の原因の一つともなっている。

等が記載されている。

### 2)働き方改革による「研究」への影響

医師の働き方改革により労働時間が短縮されることによる「研究」への影響を尋ねたところ、影響が「ある」は371人(38.0%)、「ややある」は231人(23.6%)で、61.6%がその影響を懸念

している。

これに関する自由意見としては、

- 大学で行っている基礎研究、トランスレーショナル研究、臨床研究は労働時間としてカウントしていない現状がある。これは、研究の時間を勤務としてカウントすると多大な時間外勤務時間が発生するからである。大学で行われる研究を労働時間としてカウントするのであれば、働き方改革による労働時間制限内で研究を行うことは不可能であり、大学における研究は大きく衰退することになるであろう。
- 大学病院に勤務する医師として研究を行っていくことは重要な責務だと考える。救急科に勤務する医師として、勤務時間中は搬送されてくる救急患者や入院中の重症患者に対する集中治療に専念する必要があり、研究活動に割ける時間は勤務時間外である。しかしながら、働き方改革により総労働時間が制限されると必然的に研究活動に割ける時間を削減しなければならない。研究に当てられる時間が制限の影響を受けるため、研究のスピードは停滞し論文数も減少することが予想され、日本における医学の進歩は停滞する可能性さえある。
- 大学病院における業務の優先順位は①診療②教育③研究の順である。教育に割く時間ですら危惧される状態において③の研究にさける時間はない。特にこれからを担う若手医師がほぼ研究に従事できない、従事させられなくなる。日本の将来は、限られた時間とマンパワーの中での診療に追われ、将来への投資(教育、研究)に費やす時間がなく、大変暗いものになると危惧せざるを得ない。

等が記載されている。

### 3)働き方改革による「診療」への影響

医師の働き方改革により労働時間が短縮されることによる「診療」への影響を尋ねたところ、影響が「ある」は463人(47.2%)、「ややある」は264人(26.9%)で、74.1%がその影響を懸念している。

これらに関する自由意見では、

- 高度な技術や知識が必要な症例が集まる大学病院では、対応できる医師が限られている症例も多い。それぞれに疾患領域について大学病院として必要な水準の知識・技術を有する医師が最低でも2名以上いなければ労働時間が制限された際に補完できる医師がいなため、医師数が少ない診療科では特に深夜手術や急患対応・急変対応の翌日には患者に必要な医療が提供できない状況が生じる可能性がある。また、現状が診療を維持するために必要な最低限の人員であった場合、労働時間制限はインターバル確保のため日中のマンパワーとなり予定治療に人員をすべて動員し、大学病院でなければ対応できないような急患への対応ができず、患者に不利益が生じる可能性がある。
- 教育、研究等の他の業務にしわ寄せが行きがちであるが、診療と自己研鑽を分けて考え

るのが難しい。シフトで労働時間を管理しているため、以前より休日や時間外に病院に  
ることが減ったが、それに伴い経験する症例数も減ったようにも感じ、医師としての成長の  
スピードは遅くなっているように感じる。

- 保有機器数は多いが、いずれも旧式のものであり、最新の医療技術の習得の十分な助け  
にならない。

等が記載されている。

#### 4. 改善状況について

##### 1) 働き方改革の観点から大学病院での「教育」における改善状況

大学病院における教育における改善が進んでいると「感じる」は58人(5.9%)、「やや感じる」  
は168人(17.2%)、「あまり感じない」は370人(37.8%)、「ほとんど感じない」は 382 人  
(39.1%)であり、ほとんどの者は改善が進んでいないと感じている。

主な意見としては、

- 診療業績を挙げることに注力しており、他の業務への配慮はなされていないと感じる。大  
学病院としてのアイデンティティをそこで働く医師が感じにくい状況となっている。また病院  
の中での教育業務に対しては適正に評価されていない。結果として改善を進めるための議  
論さえ行われていない。
- 教育の専任職員の配置や、専門的な教育ツールの提供がない。コロナ禍により、IT 技術  
の導入が促進され、Web を通じた遠隔教育やコンテンツの共有がしやすくなったことは歓  
迎できる。しかし、学生・研修医・専攻医・指導医の屋根瓦が機能せず、すべての教育が指  
導医に集中しているため、指導医の負担はまだ大きいと感じている。
- Web システムを利用でき、出欠の管理、小テストの実施、アンケートの実施などが簡便に  
なった。資料配布は不要で、ペーパーレス化が進み、学生にも好評である。

等が記載されている。

##### 2) 働き方改革の観点から大学病院での「研究」における改善状況

大学病院における研究における改善が進んでいると「感じる」は 29 人(3.0%)、「やや感じる」  
は 129 人(13.2%)、「あまり感じない」は 359 人(36.7%)、「ほとんど感じない」は 461 人  
(47.1%)であり、ほとんどの者は改善が進んでいないと感じている。

主な意見としては、

- 大学の研究環境は決してよいものではない。教育、研究、臨床のどれにも関わることがで  
きている先輩医師は非常に少ない。今回の改革で、診療に関する効率化については焦点が  
当てられているが、研究に関する効率化には焦点が当てられているとは感じない。
- 臨床研究において、ドクターズクラーク、がん登録センタースタッフのヘルプでターゲット疾  
患の患者の抽出、臨床データの収集に著明な時間短縮が可能となったため、労働時間短縮



に彼らが多大な貢献をしていると感じている。

- 医局で、研究サポートスタッフの充実を図っているため、大きな改善がみられるが、国が主導している働き方改革とは関連していない。なぜなら、研究サポートスタッフの給与の多くは、学外からの寄付や、医局員の個人的な費用によって賄われているからである。国は、現場任せにするのではなく、大学などにおける研究サポートスタッフに対する予算などをもう少し検討すべきではないだろうか。

等が記載されている。

### 3)働き方改革の観点から大学病院での「診療」における改善状況

大学病院における診療における改善が進んでいると「感じる」は 108 人(11.0%)、「やや感じる」は 358 人(36.52%)、「あまり感じない」は 271 人(27.7%)、「ほとんど感じない」は 243 人(24.8%)であり、教育・研究よりは改善が進んでいるとの回答であるが、半数以上は改善が進んでいないと感じている。

主な意見としては、

- タスクシフトの考え方・順序が違うと考えます。大学組織のような病院では管理職側に職務・権限が集中する傾向があり、そのような職務をタスクシフトすることによって全体が機能的に動けるのではないかと考えますが、むしろ非管理職のタスクシフトが強調されるために管理職の業務量増加が起きているのが現状の働き方改革となっており、実際にタスクシフトというよりは人任せの状態ができあがりつつあるように感じます。
- システムがどんどん複雑化し、1つのことを遂行するためにもこれまでの2倍、3倍の時間がかかるようになってきている。また、複雑ゆえの間違いなども起こっている。システムは、追加されるべきではなくその都度再構築されるべきである。仕事量はコメディカルも含めて明らかに増加している。また、職種間の連携のためのシステムなども煩雑すぎて機能していない。ただ入力されているのみ。もっと automatic な診療システムが必要と思います。
- 朝の勤務外カンファレンスの勤務時間内における開始に変更した。夕方のカンファレンスを昼間に行い、夕方の勤務終了を早めに行うようにした。宿直明けは特殊な場合を除き、午前中勤務で終了することを可能にした。少人数で適確に診療を行い、申し送り、診療を継続する医療体制が習慣となってきた。これまでのように急性期患者が改善するまで3-4日主治医が張り付く体制から、主治医は存在するが、チームで診療することが習慣付いた。

等が記載されている。

## 5. ICT 化の状況について

### 1)教育・研究・診療における ICT 化の推進

教育・研究・診療における ICT 化の推進が、医師の働き方改革に寄与すると「感じる」は279 人(28.4%)、「やや感じる」は 366 人(37.3%)、「あまり感じない」は 215 人(21.9%)、「ほと

んど感じない」は 121 人(12.3%)であり、半数以上が医師の働き方改革の推進に寄与すると答えている。

主な意見としては、

- 研究においては、日常診療の莫大なデータが眠った状況にあるので、これらについて AI 等をうまく活用し、今あるデータでより質の高い医療提供に繋げていく必要がある。診療においては、過疎地域の遠隔医療等でオンライン診療が重要になりますので、ICT の活用が必須と思う。
- 兼業・副業先が WEB 診療可能になると、移動時間が減り、体力的にも楽になる。しかし現状では WEB 診療の要件が厳しすぎて、実現は不可能な状況。大学に居ながら、兼業・副業先のカルテを記載することはセキュリティー上、難しいのだろうか。一方で、現在の WEB 会議ツールは、相手が話しているときにこちらは聞いている状況になり、対面での会議・面談に比べて時間が 1.5-2 倍程度かかり、もう少し対面での会話のように同時会話性(双方向性レスポンス)の向上が進むと、ツールとしてもよりよいと思う。

等が記載されている。



## C.事例紹介

### 1. 東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター(詳細は、参考資料を参照)

○東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター 石井誠一教授からヒアリングを実施

研究者育成プログラムにおける医学英語教育部分を e-Learning 化し、講師や受講生の負担を減らす役に立てている。その他、オンライン授業グッドプラクティスとして事例を広く公開している。

同センターでは、3年次学生に対して医学・医療英語コースをe-learning や英語を話す模擬患者さんとの英語での医療面接を行う等の取組を行っている。座学の講義科目はオンラインでも一定の効果が上がるが、実習に関してはオンラインに置き換えることは難しい等に加え、デジタル化や大学間連携により業務工数を大幅に減らせる可能性も高い。

### 2. 東京大学医学部附属病院クリニカルシミュレーションセンター(詳細は、参考資料を参照)

○東京大学医学部附属病院クリニカルシミュレーションセンター長 江頭正人教授からヒアリングを実施

東京大学医学部附属病院クリニカルシミュレーションセンターでは、AR/VR を活用した教育を実施しており、学生がトレーニング機器を活用できるようにシミュレーションセンターを完備し、教育だけでなくデジタル工数作成をも目指している。AR/VR は手順が明確でマニュアル化ができる作業に関しては、何度でも自主練習が可能であり、指導医がいなくても手軽に行え、失敗しても苦痛を与えず医療資源を必要としないなど、教育への貢献度は高い。

AR/VR コンテンツは、医療以外のデジタル面等の専門性が必要になるため、企業と協力し技術的な部分は専門家に任せられるチームを組んで対応することが必要。

### 3. 昭和大学統括研究推進センター(詳細は、参考資料を参照)

○昭和大学統括研究推進センター長 三邊武彦センター長からヒアリングを実施

昭和大学では研究分野の活性化を図るために統括研究推進センターを設立し、研究に関するあらゆる業務を8附属病院間でシームレスに実施できるようサポートを行い、研究を推進している。具体的には各病院に臨床研究支援センター・支援室を設置し、各病院の特徴を活かした連携体制を構築。センターには臨床研究アドバイザー・生物統計家、兼担教員を配置し、臨床医の計画調書の作成やデザインの相談、論文の投稿先等のサポートしている。

### 4. 琉球大学臨床研究支援センター(詳細は、参考資料を参照)

○琉球大学臨床研究支援センター長 植田 真一郎教授からヒアリングを実施

琉球大学では臨床研究支援センターが中心となり、バーチャルトライアル(現在では RDCT (Remote decentralized clinical trial))の重要性を説き対応している。オンライン診療や

ウェアラブルデバイス等のデジタルテクノロジーを活用し、医療機関への来院/入院を前提としない臨床試験を可能とする。患者の負担を軽減すると同時に、医療機関にとっても同様に負担を軽減可能となる仕組みを構築してきている。

#### 5. 株式会社アルク(詳細は、参考資料を参照)

##### ○株式会社アルク 丸山様からヒアリングを実施

アルク社では、eラーニングの医学医療系コンテンツへの評価は高く、英語基礎力トレーニングコース、TOEFL、医学医療英語、単語で医学医療を学ぶ4技能コースがある。eラーニングの他にネイティブ講師の派遣や派遣講師による授業、テスト問題作成、採点や成績査定のサポートも実施している。アルク社は400大学ほどの取引があり、医学英語に関する取引もあり、活用次第で医師(教員)の負担軽減も可能となると思われる。

#### 6. 株式会社セントラルシステムズ(詳細は、参考資料を参照)

##### ○株式会社セントラルシステムズ 岡本様からヒアリング

セントラルシステムズ社では、治験・臨床研究の業務支援サービスを提供し、課題解決や効率化を実現している。

QLIFICA(クリフィカ)というGCPや臨床研究法における品質管理・品質保証の領域の中で、治験・臨床研究をサポートするクラウド型システムを提供しており、法規制に対応したモニタリング業務や必須文書作成業務を支援することで効率化を実現している。

### Ⅲ. 調査結果集計

#### A. 病院調査結果

#### Ⅲ. 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究 医師の働き方改革に関するアンケート調査

【調査対象】 会員81大学(国立42大学、公立8大学、私立31大学)

【調査期間】 2022年7月11日～2022年8月31日

【回答状況】 回答数:81大学

2022年11月17日～2022年12月23日(追加調査)

【回答状況】 回答数:81大学

#### 1. 医師の働き方改革への取組状況について

##### 1) 医師の勤務実態の現状把握について

###### (1) 滞在時間(大学に出勤している時間)の把握状況

	回答病院数	81	病院
① できている	76	(93.8%)	
② できていない	5	(6.2%)	

「できている」を選んだ場合、全医師のうち把握している医師の割合

	回答病院数	76	病院
① 100%把握できている	21	(27.6%)	
② 75%以上100%未満	41	(53.9%)	
③ 50%以上75%未満	12	(15.8%)	
④ 25%以上50%未満	2	(2.6%)	

###### (2) 医師の労働時間の把握状況

###### ① 自院の労働時間について

	回答病院数	81	病院
① 把握できている	76	(93.8%)	
② 準備中(試行、作業中も含む)	4	(4.9%)	
③ 把握できていない(検討中も含む)	1	(1.3%)	

###### ② 兼業・副業先の労働時間について

	回答病院数	81	病院
① 把握できている	51	(63.0%)	
② 準備中(試行、作業中も含む)	27	(33.3%)	
③ 把握できていない(検討中も含む)	3	(3.7%)	

##### 2) 医師の勤務管理のためのシステムの導入状況について

###### ① 勤務管理システムの導入状況

	回答病院数	81	病院
① 既に導入し、稼働中である	43	(53.1%)	
② 導入し、稼働に向けて試行中である	9	(11.1%)	
③ 導入予定システムを決めて、院内の調整中である	7	(8.6%)	
④ 管理システムの導入について検討中である	10	(12.3%)	
⑤ 現稼働システムを今回の医師の働き方改革に向けて改修中である	9	(11.1%)	
⑥ 厚労省作成中の管理システムの提供待ちである	2	(2.5%)	
⑦ その他	1	(1.2%)	

②導入しているあるいは導入予定の勤務管理システム

勤務管理システム名	回答病院数	81 病院
①Dr. JOY勤怠管理システム	23	(28.4%)
②TimePro-VG	7	(8.6%)
③(株)ブルーリンクシステムズ社の就業管理システム	3	(3.7%)
④COMPANY就労	3	(3.7%)
⑤その他	31	(38.3%)
⑥未回答	14	(17.3%)

### 3) 自院の宿日直許可の取得状況について

(1) 希望する宿日直個所の宿日直許可の取得状況

宿日直箇所が1箇所以上ある病院数	81 病院
①希望する箇所の宿日直許可は得られている	54 (66.7%)
②希望する箇所の宿日直許可は得られていない	27 (33.3%)

### 4) 兼業・副業先の宿日直および夜勤の把握状況について

(1) 兼業・副業先の宿日直および夜勤の把握状況

	回答病院数	81 病院
① 本人の自己申告により、把握している	57	(70.4%)
② 兼業・副業先からの連絡により、把握している	2	(2.5%)
③ 上記1と2の両方の方法により、把握している	8	(9.9%)
④ その他の方法により、把握している	4	(4.9%)
⑤ 把握していない	10	(12.3%)

(2) 兼業・副業先の宿日直許可の取得状況の把握状況

	回病院数	81 病院
① 把握できている	45	(55.6%)
② 把握できていない	36	(44.4%)

「1 把握できている」を選んだ場合、宿日直許可を取得している病院数

回答校:42病院	取得状況を確認した病院数	うち、取得していた病院数	確認病院の取得率
	4,414	1,666	37.70%

(3) 宿日直許可を取得していない兼業・副業先への派遣についての検討状況(複数回答)

	回答病院数:81病院
① 派遣について特に変更する予定はない	19 (23.5%)
② 派遣先は宿日直許可を取得している病院とすることなどを検討している	14 (17.3%)
③ 兼業先で夜勤した翌日に自院でのインターバルを取れるよう勤務体制の見直しを検討している	17 (21.0%)
④ その他	26 (32.1%)
⑤ 検討していない	20 (24.7%)

5) 面接指導の対象者に対する面接指導実施体制の整備状況について

	回答病院数	80病院
① 面接指導対象医師が月単位で把握できる仕組みが出来ている	14	(17.5%)
② 対象医師への面接指導の案内や連絡が確実に取れる体制が出来ている	5	(6.3%)
③ 対象医師本人に加えて、所属長及びシフト管理者にも面接実施の連絡体制が出来ている	7	(8.8%)
④ 対象医師に面接指導が実施され、病院長等の管理者に報告される体制が出来ている	14	(17.5%)
⑤ 就業上の措置が必要となった場合、該当医師の所属長とシフト管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委任された者や部署より通知する体制が出来ている	10	(12.5%)
⑥ 就業上の措置が必要となった場合、該当医師の勤務調整を事務部門、所属長又はシフト管理者が実施できる体制となっている	3	(3.8%)
⑦ 面接指導実施体制の検討中である	25	(31.3%)
⑧ 面接指導実施体制は出来ていない	2	(2.5%)

6) 医師の勤務計画(宿日直、勤務間インターバル等)に関する検討状況について

	回答病院数	81病院
① 医師の勤務計画はすでに策定して稼働している	5	(6.2%)
② 医師の勤務計画はすでに作成し、稼働に向けた準備段階にある	7	(8.6%)
③ 検討はしているが、具体的には動いていない	58	(71.6%)
④ 厚労省等の具体的な情報提供を待っている状態	7	(8.6%)
⑤ 具体的な検討は行っていない	4	(4.9%)

7) 代償休息の付与に関するルールについて

	回答病院数	81病院
① 定めている	3	(3.7%)
② 現在、執行部等で検討中である	35	(43.2%)
③ 定めていない	43	(53.1%)

8) 医師労働時間短縮計画の進捗状況について

	回答病院数	81 病院
① 既に作成済み	8	(9.9%)
② 令和4年12月末	3	(3.7%)
③ 令和5年3月末	35	(43.2%)
④ 令和5年6月末	27	(33.3%)
⑤ 令和5年9月末	4	(4.9%)
⑥ 令和5年10月以降	1	(1.2%)
⑦ 未定・わからない	3	(3.7%)

9) 特例水準対象医療機関の指定申請予定時期について

	回答病院数	81 病院
① すでに申請済み	0	(0.0%)
② 令和4年12月末	1	(1.2%)
③ 令和5年3月末	15	(18.5%)
④ 令和5年6月末	20	(24.7%)
⑤ 令和5年9月末	21	(25.9%)
⑥ 令和5年10月以降	19	(23.5%)
⑦ 未定・わからない	5	(6.2%)

10) 職位別(特任を含む)・適用する労働時間制度別医師数(非常勤職員を含む)

(1)【令和4年11月時点】

(人)

労働時間制度	一般労働時間制	変形労働時間制	フレックスタイム制	専門業務型裁量労働制	その他	合計
職位						
① 教授	876	1,194	0	1,556	35	3,661
② 准教授	632	1,140	3	1,277	3	3,055
③ 講師	1,184	1,721	2	2,007	0	4,914
④ 助教	3,486	4,993	226	4,966	25	13,696
⑤ 医員	5,134	5,436	0	1	16	10,587
⑥ 専攻医又は後期研修医	4,282	3,409	0	646	13	8,350
⑦ 臨床研修医	2,532	1,779	0	101	22	4,434
⑧ その他	862	1,062	7	314	394	2,639
合計	18,988	20,734	238	10,868	508	51,336

(2)【令和6年4月時点の見込み】

(人)

労働時間制度	一般労働時間制	変形労働時間制	フレックスタイム制	専門業務型裁量労働制	その他	合計
職位						
① 教授	690	1,177	79	1,532	35	3,513
② 准教授	503	1,059	213	1,182	2	2,959
③ 講師	896	2,341	4	1,538	1	4,780
④ 助教	2,421	6,392	376	3,611	25	12,825
⑤ 医員	4,570	6,122	137	0	16	10,845
⑥ 専攻医又は後期研修医	3,343	4,261	0	0	14	7,618
⑦ 臨床研修医	2,422	1,996	73	0	22	4,513
⑧ その他	960	1,031	7	276	394	2,668
合計	15,805	24,379	889	8,139	509	49,721

11) 各特例水準に申請予定の医師数及び専門業務型裁量労働制適用の医師数  
(令和4年11月1日現在、非常勤職員を含む)

合計医師数 44,183 人	
① A水準	21,179 (47.9%)
② B水準	3,088 (7.0%)
③ 連携B水準	10,852 (24.6%)
④ C-1水準	1,099 (2.5%)
⑤ C-2水準	31 (0.1%)
⑥ 裁量労働制適用者	7,934 (18.0%)

12) 時間外・休日労働時間の現状と令和6年4月の見込み医師数(非常勤職員を含む)

(1)令和4年11月1日時点での特例水準の対象医師及び裁量労働制適用医師の合計数

1) 医師数(非常勤職員を含む) 44,183 人 (非常勤職員を含む)

(2)令和6年度の時間外・休日労働時間数の見込み人数

1)960時間～1,860時間の人数 15,070 人 全医師数に対する割合: 34.11%  
(Q11の②～⑤の合計数を想定)

2)1,860時間越の人数 14 人 全医師数に対する割合: 0.03%



13) 院内の医師に対する働き方改革の周知(啓蒙)状況(複数回答可)

	回答病院数	81病院
① 医師全員に対しての研修会(e-ラーニングを含む)を実施している	22	(27.2%)
② 診療科長会等で周知を図っている	76	(93.8%)
③ 働き方改革に関するリーフレット、院内広報誌等を作成し、医師全員に配布した	5	(6.2%)
④ 働き方改革に関するポスターやデジタルサイネージによる意識の啓蒙を図っている	10	(12.3%)
⑤ その他	23	(28.4%)
⑥ 行っていない	1	(1.2%)

14) 医師の働き方改革に関して、患者等への周知状況

	回答病院数	80
① 行っている	42	(52.5%)
② 行っていない	38	(47.5%)

※具体的な内容としては、ポスター掲示及びHPへの掲載による、勤務時間内の診療に係る説明及び複数主治医制について周知が多い

15) 医師の勤務時間短縮に向けての取り組み状況(複数回答)

	回答校	81 (校)
① 複数主治医制/チーム制の実施	61	(75.3%)
② 救命救急センター等の24時間稼働部署への交代制勤務の導入	54	(66.7%)
③ フレックスタイム制の活用	6	(7.4%)
④ 外来受付時間の短縮	11	(13.6%)
⑤ 時間外の主治医対応の廃止	18	(22.2%)
⑥ 患者・家族への説明等の勤務時間内実施	60	(74.1%)
⑦ 一日当たり外来患者数の均てん化による業務量の平準化(曜日によって外来患者数の増減幅の是正)	5	(6.2%)
⑧ カンファランス等の勤務時間内実施(診療科単位での外来なし時間の設置によるカンファランスの実施、ランチミーティング利用のカンファランス)	31	(38.3%)
⑨ カンファランス等のIT化(ビデオ・オンデマンド、Web会議等の活用等)による参加者の縮減	32	(39.5%)
⑩ 院内会議(診療科長会議、各種委員会等)の削減、参加人員の削減、時間短縮や勤務時間内開催などの見直し	60	(74.1%)
⑪ 宿日直箇所(統合等)による宿日直箇所(宿日直者)の削減	32	(39.5%)
⑫ オンコール体制による宿日直箇所(宿日直者)の削減	46	(56.8%)
⑬ 宿日直対象者の見直し(増員)による一人あたりの宿日直回数の削減	10	(12.3%)
⑭ 夜勤明け勤務の廃止・縮小(時間短縮)	27	(33.3%)
⑮ 連続勤務時間の制限	17	(21.0%)
⑯ ICTを活用した業務の見直し(申し送り、緊急業務、スケジュール等の情報共有)	27	(33.3%)
⑰ 有給休暇取得の奨励(年間の休暇取得目標設定と計画・実行による休暇取得)	65	(80.2%)
⑱ その他	4	(4.9%)

その他の主な内容

- ① 逆紹介の推進、カルテ記載の効率化(項目の統一化)、診断書や入院記録等の作成効率化
- ② 時間外削減の数値目標の設定。医師事務作業補助者の導入やタスクシフティングを利用した医師の負担軽減措置の実施。

## 16) 診療における医師業務のタスク・シフトへの取組状況について

### (1) 看護師

#### ① 特定行為

特定行為研修修了者配置病院 (回答病院:81病院)

0名配置	1～9名配置	10～19名配置	20～29名配置	30名以上配置
8病院	48病院	13病院	6病院	6病院
9.9%	59.3%	16.0%	7.4%	7.4%

(病院数)

配置人数	1名	2名	3名	4名	5名以上	合計
①在宅・慢性期領域パッケージ研修修了者	2	2	1	0	2	7
②外科術後病棟管理領域パッケージ研修修了者	6	7	1	2	2	18
③術中麻酔管理領域パッケージ研修修了者	9	7	6	2	8	32
④救急領域パッケージ研修修了者	4	1	0	1	2	8
⑤外科系基本領域パッケージ研修修了者	3	2	0	0	2	7
⑥集中治療領域パッケージ研修修了者	0	0	2	0	1	3

#### ② 特定行為以外で実施しているタスク・シフトの状況(複数回答可)

	実施病院数
①事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施	43 (53.1%)
②救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施	22 (27.2%)
③血管造影・画像下治療(IVR)の介助(放射線を照射する行為を除く)	37 (45.7%)
④注射、採血、静脈路の確保等	76 (93.8%)
⑤カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為	54 (66.7%)
⑥診療前の情報収集(病歴聴取、バイタルサイン測定、服薬状況等の確認等)	58 (71.6%)

### (2) 医師事務作業補助者が医師の負担軽減のために行っている業務について(複数回答可)

	実施病院数
①診療録等の代行入力	65 (80.2%)
②各種書類の記載	77 (95.1%)
③医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の間診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務	24 (29.6%)
④日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領	46 (56.8%)
⑤入院時のオリエンテーション	11 (13.6%)
⑥院内での患者移送・誘導	12 (14.8%)
⑦症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務	55 (67.9%)
⑧レセプトに関する情報入力	18 (22.2%)
⑨患者の外来診察予約	56 (69.1%)
⑩医師の検査オーダーに基づく検査予約	61 (75.3%)

## 2. 医師の働き方改革が教育・研究に及ぼす影響について

### 1) 労働時間短縮により教育(卒前)、研究に生じる影響について(複数回答可)

	回答病院数	
①授業の準備に必要な時間の確保が出来なくなり、教育の質の低下が生じる	68	(84.0%)
②学生への個別指導時間の確保が出来なくなり教育の質の低下が生じる	66	(81.5%)
③臨床実習で必要な時間の確保が出来なくなり、臨床教育の質の低下が生じる	72	(88.9%)
④研究時間の確保が出来なくなり、研究成果が減少する	73	(90.1%)
⑤その他	15	(18.5%)

#### ⑤その他でいただいた主な意見

- 医学部の教員は研究、教育、臨床の三つの役割を果たすために時間を最大限フレキシブルに使っているが、それでも三つの役割を十分に果たすための総時間数が不足する状況になっている。労働時間が短縮されると研究や教育に充てる時間数が更に低下する事に直結し、特に研究の量と質の低下につながる。現在の医学研究では様々な社会的要請や規制等をクリアして研究を計画・実施する必要があり、そのために必要とされる事務作業も年々増加している。労働時間の短縮によりこうした業務にも支障が生じ、臨床研究などが停滞することで先端的な医療の実現という大学医学部にとって最も重要な責務を果たせなくなることを危惧する。
- 研修医、専攻医など、修練が必要な時代に、労働時間を短縮することは、医師としての命取りで、ひいては国全体の医療・医学レベルの低下に直結すると危惧します。
- 上記の1)～4)全てが該当すると思われるが、これはひとえに大学教員の数が臨床、研究、教育の全て担うという点で圧倒的に不足しているということが問題点であり、“現状の教員数において労働時間を短縮する”という条件付きであることを明記しておきたい。また、特に若手教員は外勤によって市中病院の医師と同等の給与水準を維持しているため、労働時間の短縮により外勤ができなくなることで収入減が予想され、ますます教員がいなくなることが懸念される。

### 2) 貴学における、医師が行う教育、研究を支援するためのスタッフの配置状況について

#### (1) 医学教育支援センター等の職員の配置状況

配置人数	病院数(人数)						
	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上 配置合計
①教員(常勤)	4	6	14	12	13	31	76 (413)
②教員(非常勤・短時間雇用)	43	10	0	2	2	4	18 (80)
③事務職員(常勤)	33	13	4	8	2	7	34 (125)
④事務職員(非常勤・短時間)	17	23	15	7	3	9	57 (146)
⑤ラーニング・マネジメント・システム管理者							
↳常勤職員	42	8	3	1	1	2	15 (77)
↳非常勤(短時間)職員	46	8	0	0	1	1	10 (19)

#### (2) シミュレーションセンターについて

##### ①シミュレーションセンターのスタッフ数について

配置人数	病院数(人数)						
	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上 配置合計
①専任職員	19	22	16	4	3	9	54 (158)
②専任職員 内教員	37	20	3	3	2	1	29 (55)
③兼務職員	15	16	14	10	10	10	60 (188)
④兼務職員 内教員	23	17	15	8	6	3	49 (125)
⑤その他の職員	44	7	6	1	0	2	16 (34,5)
⑥その他の職員 内教員	56	2	1	0	0	0	3 (4)

②シミュレーションセンターがカバーする範囲(利用者の範囲)について(複数回答可)

回答病院数

①医学部医学科学生	78 (96.3%)
②医学部他学科(看護学科等)学生	68 (84.0%)
③臨床研修医	76 (93.8%)
④専攻医(後期研修医)	73 (90.1%)
⑤他大学の学生	28 (34.6%)
⑥自大学の医師	75 (92.6%)
⑦他医療機関の医師	47 (58.0%)
⑧他医療機関の他職種者(看護師、薬剤師等)	45 (55.6%)

③医師が行う研究を支援するスタッフの配置状況

配置人数	配置人数							1名以上 配置合計	配置人 数合計
	0名	1名	2名	3名	4名	5名 以上			
①リサーチ・アドミニストレーター(医歯薬系・医療系)	43	12	5	7	4	10	38 (46.9%)	185	
②研究支援担当者(プロジェクトマネージャー)	37	12	8	6	4	14	44 (54.3%)	223	
③臨床研究コーディネーター	23	1	2	2	5	48	58 (71.6%)	702	
④生物統計担当者	34	18	14	7	3	5	47 (58.0%)	113	
⑤モニタリング担当者	40	13	9	12	5	2	41 (50.6%)	97	
⑥データマネジメント担当者	33	15	10	6	5	12	48 (59.3%)	172	
⑦その他の職員	32	6	6	3	0	34	49 (60.5%)	906	
合計(病院数)	242	77	54	43	26	125	人数合計	2,398	

3) 労働時間短縮に伴う教育(卒前)や研究への影響を少なくするために特に必要な対策について

(1) 職員の配置について、特に必要な対策について(3点を選定)

回答病院数

①医学教育支援センターなどにおける医学教育の支援を行う教員の増員	60 (74.1%)
②医学教育支援センターなどにおける事務職員(教務職員)の配置及び増員	45 (55.6%)
③授業を行うための教材作成などを行うスタッフの増員	28 (34.6%)
④教育用教材の開発スタッフの配置	17 (21.0%)
⑤シミュレーションセンターの管理を行う人材の配置	25 (30.9%)
⑥研究の準備やサポートを行う優秀な研究支援スタッフの配置	39 (48.1%)
⑦研究データの処理等を行う技術スタッフの配置	31 (38.3%)
⑧動物実験などを行うための支援スタッフの配置	15 (18.5%)
⑨その他	10 (12.3%)

⑤その他でいただいた主な意見

- 医師の(アカデミアの一員であることの)モチベーションを維持してもらえるように、ステップアップなど、業績、功績に応じた評価システムを確立していくことが必要である。
- 臨床、研究、教育の全てにおいてサポートスタッフが不足しており、人材の育成自体も必要とされている。また大学では技術職員の数も年々減少しており、高度な技術を持った技術職員を確保することが難しくなっている。安定的に配置される技術職員の確保とその生涯教育を実現することが必要である。
- 昨今の社会的情勢からCBTやOSCE、国家試験の支援なども医学教育センターの業務となりつつあり、JACMEなどの外部評価機関受審の担当も医学教育センターが中心となっている。コアカリに合わせたカリキュラム開発や再編成も医学教育センターの業務となり、学務課の人員が少ないこともあり、人員不足が著しい状況である。

(2)設備及びインフラ環境の整備について(「設備等」には、ソフトウェアを含みます。)

①教育用教材開発のための設備等整備

回答病院

① 十分である	34	(43.0%)
② 不十分である	45	(57.0%)

②シミュレーションセンターの施設、設備(シミュレーターを含む)の整備

回答病院

① 十分である	33	(41.2%)
② 不十分である	47	(58.8%)

③臨床研究支援のための設備等整備

回答病院

① 十分である	42	(53.8%)
② 不十分である	36	(46.2%)

④居室(教育、研究に必要な部屋(カンファランス室、グループワーク用の部屋等)

回答病院

① 十分である	28	(35.0%)
② 不十分である	52	(65.0%)

⑤講義用資料作成のための施設(講義資料作成、スタジオ等)

回答病院

① 十分である	27	(34.2%)
② 不十分である	38	(48.1%)
③ 必要を感じていない	14	(17.7%)

⑥Wi-Fi等の通信環境について

回答病院

① 十分である	41	(52.6%)
② 不十分である	37	(47.4%)

⑦電源環境について

回答病院

① 十分である	59	(75.6%)
② 不十分である	19	(24.4%)

⑧その他設備及びインフラ整備に必要なこと(主な自由記載)

- 講義の準備等を効率的に行うためにも、オンデマンド型教材やリアルタイムオンライン授業用の教材を開発する機器、授業用のスタジオルームの整備や充実が必要と考える。



### 3. 医師の働き方改革により労働時間管理等を行う職員に及ぼす影響について

#### 1) 医師の働き方改革に伴い、労働時間管理を行う人材の現状と必要数について

##### (1) 現在の配置人数

病院数(人数)

	1名	2名	3名	4名	5名以上	合計
①無期雇用の常勤職員	7	18	9	15	24	73(529)
②有期雇用の常勤職員	11	11	4	0	8	34(131)
③有期雇用の非常勤職員(パート等) 常勤換算	17	14	5	6	7	49(408)

合計:1,068人

##### (2) 今後必要な職員(増員(予定を含む)した職員)

病院数(人数)

	1名	2名	3名	4名	5名以上	合計
①無期雇用の常勤職員	12	9	7	5	15	48(223)
②有期雇用の常勤職員	8	4	7	2	7	28(129)
③有期雇用の非常勤職員(パート等) 常勤換算	14	7	2	5	8	36(210)

合計:562人

##### (3) 増加する主な業務(自由記載)

- 追加的健康確保措置として、特に宿日直許可のない他機関での宿日直を行った場合の勤務間インターバルの実施、または代償休息の積み上げや消化管理等の日々のモニタリング業務の負担増
- 月80時間を超えたタイミングでの健康観察医との面談の調整、打刻と時間外勤務・自己研鑽・各種休暇の申請の管理の負担増
- 医師の勤務計画の作成及び労働時間の実態把握、管理が必要
- 医師労働時間短縮計画作成の作成・改定及び運用、医療機関の医師の労働時間短縮の取組に関するガイドラインへの対応・運用、評価センター受審対応(資料作成・受審準備・評価後の対応)、36協定の締結、過半数代表者との協議、面接指導の管理及び対応、医師への対応依頼・周知・啓発、各種調査等への対応。

#### 2) 医師の働き方改革への対応の中で、教育、研究及び管理運営に関する業務改善・業務効率化のために取り組んでいるDXやICT等(自由記載 抜粋)

##### 主な記載内容

- 地域のメディカルネットワーク(患者の情報を複数の施設で共有・連携し、重複検査の回避、緊急、災害時などに活用できるシステム)を活用した診療情報(画像診断結果、診療情報提供書等)の共有化。
- 医師の労働時間削減のため、業務の一部を他職種へタスク・シフトすることが推進される中、特定機能病院では、医師以外のスタッフの業務負担も高く、人員不足の傾向があり、円滑に移行が行えていない状況である。本院においては、医師の負担軽減を図るため、ICT技術を活用したRPA(Robotic Process Automation)を用いて、医師以外の業務を支援することで、タスク・シフトが可能な環境づくりに取り組んでいる。
- 電子カルテシステムの利用場面拡大を図るため、国立情報学研究所が主催する2022年度SINET広域データ収集基盤実証実験に参加し、厚生労働省ガイドラインに準拠した他拠点遠隔接環境を構築し、サービスが安全に利用できるかの検証を行っている。
- 研究(標準化クリニカルパスに基づく、医師行動識別センサや問診AIなどのICTを用いた医師の業務負担軽減手法に関する研究(厚生労働科学研究)) 医療業務の軽減には、医療の質低下を招く危険が潜むが、データに基づき医療の質確保のために必要な業務は確実に継続し、不必要な業務の削減を目的とし、医師の業務削減・他職種へのタスクシフト/シェア、さらに医療職全体の業務の削減を検討している。
- e-learningコンテンツを充実させ、オンデマンドで授業を行うことにより、授業実施時間帯に医師を拘束することが減り、勤務軽減につながる事が期待される。
- 学生の学外の関連病院での研修に関して、現在、教員が手作業で行っているが、非常に手間が掛かっている。このため、学生の希望順位と研修病院側の条件を自動的にマッチングできるソフトを開発中(検討中)である。

## B. 医師個人調査結果

### Ⅲ. 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究 医師の働き方改革に関するアンケート調査

【調査対象】 会員81大学(国立42大学、公立8大学、私立31大学)

1大学当り内科系、外科系、その他の診療科から教授、准教授、講師、助教、専攻医・医員、初期研修医を各1名を選出し、性別も考慮してアンケートを依頼

【調査期間】 2022年7月11日～2022年8月31日

【回答状況】 回答数:981人

#### 1. 医師の属性及び働き方の状況

##### 1) 医師の属性

###### (1) 性別回答者数

	回答者数(割合)	
①男性	742	(75.6%)
②女性	236	(24.1%)
③回答しない	3	(0.3%)
合計	981	(100.0%)

###### (2) 年代別回答者数

	回答者数(割合)	
①20代	182	(18.6%)
②30代	178	(18.1%)
③40代	300	(30.6%)
④50代	253	(25.8%)
⑤60代以上	68	(6.9%)
合計	981	(100.0%)

###### (3) 所属診療科別回答者数

回答者数(割合)		回答者数(割合)	
①内科	270 (27.6%)	②外科	145 (14.8%)
③臨床謙須雄センター	99 (10.1%)	④小児科	72 (7.4%)
⑤産婦人科	59 (6.0%)	⑥放射線科	54 (5.5%)
⑦整形外科	38 (3.9%)	⑧救急科	32 (3.3%)
⑨泌尿器科	29 (3.0%)	⑩脳神経外科	27 (2.8%)
⑪精神科	25 (2.6%)	⑫麻酔科	23 (2.3%)
⑬皮膚科	20 (2.0%)	⑭眼科	17 (1.7%)
⑮耳鼻咽喉科	16 (1.6%)	⑯中央診療部門	13 (1.3%)
⑰総合診療科	10 (1.0%)	⑱心臓血管外科	9 (0.9%)
⑲形成外科	14 (1.4%)	⑳病理	5 (0.5%)
㉑リハビリテーション科	2 (0.2%)	合計	979 (100.0%)

###### (4) 職位(特任を含む)別回答者数(981人)

回答者数(割合)		回答者数(割合)	
①教授	176 (17.9%)	②准教授	175 (17.8%)
③講師	186 (19.0%)	④助教	173 (17.6%)
⑤医員	35 (3.6%)	⑥専攻医又は後期研修医	101 (10.3%)
⑦臨床研修医	130 (13.3%)	⑧その他(自由記載)	5 (0.5%)

## (5)適用されている労働時間制別回答者数

	回答者数(割合)	
① 一般労働時間制	542	(55.2%)
② 変形労働時間制	232	(23.6%)
③ フレックスタイム制	171	(17.4%)
④ 専門業務型裁量労働制	28	(2.9%)
⑤ その他(自由記載)	8	(0.8%)
	981	(100.0%)

## 2) 医師の働き方の状況

## (1)直近三か月の平均的な週当たり(7日間)の大学での総滞在時間(自己研鑽も含む)別回答者数

	回答者数(割合)	
① 週40時間未満	35	(3.6%)
② 週40時間～50時間未満	165	(16.8%)
③ 週50時間～60時間未満	275	(28.0%)
④ 週60時間～70時間未満	238	(24.3%)
⑤ 週70時間～80時間未満	151	(15.4%)
⑥ 週80時間～90時間未満	70	(7.1%)
⑦ 週90時間～100時間未満	27	(2.8%)
⑧ 週100時間～120時間未満	17	(1.7%)
⑨ 週120時間以上	3	(0.3%)
合計	981	(100.0%)

## (2)直近三か月の平均的な週当たり(7日間)の大学での総労働時間別回答者数

	回答者数(割合)	
① 週40時間未満	70	(7.1%)
② 週40時間～50時間未満	337	(34.4%)
③ 週50時間～60時間未満	283	(28.8%)
④ 週60時間～70時間未満	166	(16.9%)
⑤ 週70時間～80時間未満	74	(7.5%)
⑥ 週80時間～90時間未満	29	(3.0%)
⑦ 週90時間～100時間未満	18	(1.8%)
⑧ 週100時間以上	4	(0.4%)
合計	981	(100.0%)

## (3)直近三か月の平均的な週当たり(7日間)の大学での総労働時間における教育・研究・診療・その他(会議等)業務の1人当時間数とその割合

※ その他:院内会議や打合せ等、教育、研究、診療以外の業務

	合計時間(割合)	1人当時間数(割合)	
教育	5,777 (10.7%)	5.89	10.7%
研究	7,060 (13.0%)	7.20	13.0%
診療	34,882 (64.4%)	35.56	64.4%
その他	6,450 (11.9%)	6.57	11.9%
合計	54,169 (100.0%)	55.22	100.0%

(4)直近三か月の兼業・副業先での平均的な週当たり(7日間)の1人当労働時間別人数(宿日直許可を得ている医療機関での宿日直時間は含みません。)

	合計人数(割合)	男性割合	女性割合	
① 兼業・副業はしていない	189 (19.3%)	15.6%	30.9%	
② 週5時間～10時間未満	552 (56.3%)	58.9%	47.9%	
③ 週10時間～15時間未満	169 (17.2%)	17.7%	16.1%	
④ 週15時間～20時間未満	31 (3.2%)	3.4%	2.1%	
⑤ 週15時間～20時間未満	7 (0.7%)	0.8%	0.4%	
⑥ 週20時間～25時間未満	17 (1.7%)	1.9%	1.3%	
⑦ 週25時間～30時間未満	4 (0.4%)	0.5%	0.0%	
⑧ 週30時間～35時間未満	9 (0.9%)	0.8%	1.3%	
⑨ 週35時間～40時間未満	1 (0.1%)	0.1%	0.0%	
⑩ 週40時間以上	2 (0.2%)	0.3%	0.0%	
回答合計人数	981人	742人	236人	←合計との差は性別未回答

(5)直近三か月の宿日直許可を得ている兼業・副業先医療機関での宿日直の平均的な週当たり(7日間)の回数別人数

	合計人数(割合)	男性割合	女性割合	
① 宿日直はしていない	667 (68.3%)	65.8%	76.3%	
② 1回	247 (25.3%)	27.4%	18.2%	
③ 2回	39 (4.0%)	4.4%	3.0%	
④ 3回	12 (1.2%)	1.2%	1.7%	
⑤ 4回	7 (0.7%)	0.7%	0.8%	
⑥ 5回以上	4 (0.4%)	0.5%	0.0%	
回答合計人数	976 (100.0%)	742人	236人	←合計との差は性別未回答

(6)直近三か月の兼業・副業先医療機関での平均的な1ヶ月当たりの日直許可を得ている日直回数

	人数(割合)	男性割合	女性割合	
① 日直はしていない	694 (70.7%)	68.7%	77.5%	
② 月1回	140 (14.3%)	14.7%	12.3%	
③ 月2回	57 (5.8%)	6.5%	3.8%	
④ 月3回	21 (2.1%)	2.6%	0.8%	
⑤ 月4回以上	69 (7.0%)	7.5%	5.5%	
回答合計人数	981人 (100.0%)	742人	236人	←合計との差は性別未回答

## 2. 働き方改革の影響

### 1) 働き方改革により労働時間が制限される事による「教育」への影響

回答人数(割合)	
① ある	302 (30.9%)
② ややある	286 (29.2%)
③ あまりない	224 (22.9%)
④ ほとんどない	166 (17.0%)
回答合計人数	978 (100.0%)

#### 【教育への影響の主な自由記載】

- 教育に費やす時間は、医学生や研修医、専攻医などと直接接する時間(診療や講義など)のみならず、その準備(講義資料・試験問題作成や論文・発表指導等)に費やす時間も相当あります。教育というのは、一般業務と異なり、効率を求めたり、要領のよさでこなす仕事ではないと考えています。したがって、教育という仕事にも働き方改革を適用することは問題だと感じます。現状のまま働き方改革を進めると、(診療に割く時間を削るわけにはいかないので、教官が納得のいく教育に割く時間を削ることになりかねないので)教育の質が落ちることは明確だと危惧しています。特に、大学病院医学部には教育専任の教官がいるわけではない点を考慮するべきと思います。また、働き方改革はあくまでも勤務先での滞在時間をもとにしていますが、その点も大きな問題だと思います。子育て中の女性医師の場合は、保育園の送迎や家事・育児のため帰宅時間は早いですが、帰宅後に自由な時間を過ごしているわけではありません。自分の3人の子供が幼少のころは、帰宅後は家事と育児におわれ、毎日3時に起床し、子どもを起す6時までの毎朝3時間は、(子育てのために早く帰宅した分、大学病院でできなかった)試験問題作成や実習スケジュール作成などを行っていました。これらの時間は勤務時間にはカウントされません。
- 教育の準備に使用する時間はなくなるため、準備がおろそかになり新しい話題を組み込むことはほぼ不可能となる。また、臨床における手技、臨床への直接的な指導は時間の関係上不可能になるであろうと推測される。さらに、間接的に試験問題の作成、時間外のOSCE、CBTをはじめとした試験監督など、の影響も多大なるものがある。時間がなければ、時間を使わない、簡便かつ使いまわしになる可能性が高い。また、限られた時間の中で、医学生とのコミュニケーションをとることも臨床を行いながら教育に当たることはほぼ不可能であると推測される。
- 研修医の修了要件には、厚労省の研修ガイドラインにも指定されているCPC、医療安全カンファレンス、Team STEPPSコース、感染対策研修、子供虐待対応講習会等数多くの参加必須項目があり、その他にも病院独自の年3回シミュレーション研修、年10回の研修医セミナーなどが実施されている。これらの開催は自己学習時間とは、ならないため今後実施時間、回数等の制限の検討が余儀なくされることが予想される。また研修医に限らず、医療安全、感染対策などの講習の受講は病院職員の必須項目であり、これらの開催についても影響を受ける。



2) 働き方改革により労働時間が制限される事による「研究」への影響

回答人数(割合)	
① ある	371 (38.0%)
② ややある	231 (23.6%)
③ あまりない	186 (19.0%)
④ ほとんどない	189 (19.3%)
回答合計人数	977 (100.0%)

【研究への影響の主な記載例】

- 明確な終わりが無い仕事ですし、少なからず大学や病院の為、上司や医局員や院生のためという側面があり、全てが自己研鑽の範疇に入るとは思えません、が、一方、自分自身の興味や自己実現のために進めている部分があるのも事実です。自由に大学の設備や場所を使わせて頂いていることに感謝しており、恵まれていると思っておりますし、残業代が欲しいとは思いませんので、研究時間の大半は「自主的に自己研鑽にカウント」することになると思います。研究や教育に殆ど関わらない医師もおりますので、「研究をやる医師」と「研究をやらない医師」の大学滞在時間は今後ますます格差が大きくなると思います。
- 大学病院に勤務する医師として研究を行っていくことは重要な責務だと考える。救急科に勤務する医師として、勤務時間中は搬送されてくる救急患者や入院中の重症患者に対する集中治療に専念する必要があり、研究活動に割ける時間は勤務時間外である。しかしながら、働き方改革により総労働時間が制限されると必然的に研究活動に割ける時間を削減しなければならない。研究に当てられる時間が制限の影響を受けるため、研究のスピードは停滞し論文数も減少することが予想され、日本における医学の進歩は停滞する可能性さえある。
- 大学で行っている基礎研究、トランスレーショナル研究、臨床研究は労働時間としてカウントしていない現状がある。これは研究の時間を勤務としてカウントすると多大な時間外勤務時間が発生するからである。大学で行われる研究を労働時間としてカウントするのであれば、働き方改革による労働時間制限内で研究を行うことは不可能であり、大学における研究は大きく衰退することになるであろう。
- 自分が研究主導者であればその研究に費やす時間は労働時間外の自己研鑽としてある程度割り当てることができるが、共同研究者、分担者の場合は今後労働時間としてカウントされるものと考えている。日本の研究力底上げの一環として多施設共同研究など共同研究が勧められる中、研究活動に制限が付き益々国力の重要な要である研究力が低下し衰退してしまうことが懸念される。

### 3) 働き方改革により労働時間が制限される事による「診療」への影響

回答人数(割合)	
① ある	463 (47.2%)
② ややある	264 (26.9%)
③ あまりない	153 (15.6%)
④ ほとんどない	101 (10.3%)
回答合計人数	981 (100.0%)

#### 【診療への影響の主な記載例】

- 現状の業務で時間内に業務を終了させることは不可能な状態であるのに、働き方改革という名目で時間内に業務を終了させることはどう考えても不可能である。また医師の業務は患者の求めがあつて行われるものであることから、自分で業務量をコントロールすることが困難である。「効率化」ということは、患者の求めがあつても業務量を制限することが必要となってしまう。働き方改革を実行するのであれば、患者側も医療者が休むために犠牲を強いられる(診療の要望があつてもかなえられないことがある、医師が来ないことがある)ことを納得することが必須である。
- 高度な技術や知識が必要な症例が集まる大学病院では、対応できる医師が限られている症例も多い。それぞれに疾患領域について大学病院として必要な水準の知識・技術を有する最低でも医師が2名以上いなければ労働時間が制限された際に補完できる医師がいないため、医師数が少ない診療科では特に深夜手術や急患対応・急変対応の翌日には患者に必要な医療が提供できない状況が生じる可能性がある。また、現状が診療を維持するために必要な最低限の人員であった場合、労働時間制限はインターバル確保のため日中のマンパワーとなり予定治療に人員をすべて動員し、大学病院でなければ対応できないような急患への対応ができず患者に不利益が生じる可能性がある。
- 我々の責務は、患者の生命のための医療の提供である。診療における影響は最も避けたい。そのために教育、研究をなおざりにしてでも、診療は今までの体制をなるべく維持したい。しかし、今は良くても10年後の日本における医療の未来はない。また、業務を簡素化するために、①書類②説明と同意書の取得③診療に関わる会議、これらを医師以外の業務とせざる負えない。あまりにも患者の権利を主張する患者が増えている、ここに費やす時間が極めて持たない。ここへの対応が解決される手段を具体的に伺っていただきたい。実際の現場では、緊急時に対応が迅速に行うことが難しくなることも推測される。結局のところ、今後も、『働き方改革の勤務時間』外で準備することになると考える。
- 教育、研究などの他の業務にしわ寄せが行きがちであるが、診療と自己研鑽を分けて考えるのが難しい。シフトで労働時間を管理しているため、以前より休日や時間外に病院にいることが減ったが、それに伴い経験する症例数も減ったようにも感じ、医師としての成長のスピードは遅くなっているように感じる。
- 病棟診療に従事していると時間外に家族への説明や急患の対応など時間で区切れない業務内容は多い。患者や患者家族の側にも、医師の働き方改革を十分に理解されていないと、患者医療者間のトラブルの原因にもなり兼ねない。研修医の労働時間を遵守するために、指導医の労働時間が増えることが予想される。現実に臨床研修医制度の開始後、この事態は明らかである。

### 4) 医師の働き方改革でもっとも影響を受けると考えられる業務

回答人数(割合)	
①診療	571 (58.3%)
②研究	292 (29.8%)
③教育	117 (11.9%)
合計	980 (100.0%)

### 3.改善状況

- 1) 医師の働き方改革という観点から、大学病院での教育において改善(サポート、効率化、タスクシフト等)が進んでいると感じていますか。

	回答人数(割合)	
① 感じる	58	(5.9%)
② やや感じる	168	(17.2%)
③ あまり感じない	370	(37.8%)
④ ほとんど感じない	382	(39.1%)
回答合計人数	978	(100.0%)

#### 【主な自由記載】

- Webシステムを利用でき、出欠の管理、小テストの実施、アンケートの実施などが簡便になった。資料配布は不要で、ペーパーレス化が進み、学生にも好評である。
- 教育は医師しかできないと思います。ただ、医師でなくてもできる作業(テストの採点など)はコンピュータで処理されるなど、非常に助かっている部分もあります。
- 教育の専任職員の配置や、専門的な教育ツールの提供がない。コロナ禍により、IT技術の導入が進められ、Webを通じた遠隔教育やコンテンツの共有がしやすくなったことは歓迎できる。しかし、学生・研修医・専攻医・指導医の屋根瓦が機能せず、すべての教育が指導医に集中しているため、指導医の負担はまだ大きいと感じている。
- 執行部で検討いただいているが、一般の職員にはまだ目には十分には見えない段階である。現時点での成果として、教育のオンデマンド配信などの進歩は一般の職員が享受できている(ただし、これらも在宅や夜など自己研鑽になってしまうが)。
- 学生教育、特に臨床実習における教育は難しい。診療で手一杯である。以前は医師の背中を見ていろいろという姿勢で十分であったが、学生からは系統だった教育が求められている。実際の臨床現場を見せることはできるが、座学も含めたところまで行うとなると、臨床実習を担当する教員が必要である。当院の循環器内科ではいち早くそれを導入し、学生からの評判は極めて高い。今の教室員だけでは、循環器内科同等レベルの教育には届いていない。
- 現在までの研修では、各科において研修医のセミナーの時間を業務より優先させていただける点、当直日の変更・交代が容易である点、当直日の入りと明けが休みにさせていただける点、業務が17:00を超過してしまっている場合にもし他院の受診などの予定がある場合などに柔軟に対応していただける点など初期研修医へのサポート面は充実しているように感じております。
- 研修医のサポートはセンターでかなり手厚くカバーしていただいていると思う。市中病院で研修していた頃よりも効率面や内容含め大変充実している印象を受ける。
- かつては教育現場での準備なども医師(教員)で行っていたこともありましたが、事務担当の方々が事務的なことを全て精力的に行なってくださり、医師(教員)は実際の講義準備、講義、試験準備、試験実施に注力できてきているように感じます。
- 従来より事務(教務課など)の強力なサポートがある。さらに国家試験資料の配布など試験問題作成に対するサポートも増えている。ウェブでの資料登録なども進んでおり作業の負担は減っている。
- 診療業績を挙げることに注力しており他の業務への配慮はなされていないと感じる。大学病院としてのアイデンティティをそこで働く医師が感じにくい状況となっている。また病院の中での教育業務に対しては適正に評価されていない。結果として改善を進めるための議論さえ行われていない。

2) 医師の働き方改革という観点から、大学病院での研究において改善(サポート、効率化、タスクシフト等)が進んでいると感じていますか。

回答人数(割合)	
① 感じる	29 (3.0%)
② やや感じる	129 (13.2%)
③ あまり感じない	359 (36.7%)
④ ほとんど感じない	461 (47.1%)
回答合計人数	978 (100.0%)

【主な自由記載】

- 大学統括研究推進センターが中心となり、日頃から臨床医の研究のサポート体制が構築されているため、診療を行いながらも臨床研究が実践しやすい環境がある。効率的に研究が行えることは、時間の節約にもなり働き方にも大きく影響しています。
- 治験センターや、研究支援センターが充実しており、迅速に対応して下さります。
- 臨床研究において、ドクターズクラブ、がん登録センタースタッフのヘルプでターゲット疾患の患者の抽出、臨床データの収集に著明な時間短縮が可能となったため、労働時間短縮に彼らが多大な貢献をしていると感じている。
- 医局で、研究サポートスタッフの充実を図っているため、大きな改善がみられるが、国が主導している働き方改革とは関連していない。なぜなら、研究サポートスタッフの給与の多くは、学外からの寄付や、医局員の個人的な費用によって賄われているからである。国は、現場任せにするのではなく、大学などにおける研究サポートスタッフに対する予算などをもう少し検討すべきではないだろうか。
- 当院では学術助教という制度を作り、臨床系医師の研究をサポートする基礎系教員を病院の収益から給与を出して雇用する制度を創設している。ただ、当院の研究activityが低いので、今の人数で間に合っているが、一般的な研究activityに達するには、これでは不十分。
- 大学の研究環境は決してよいものではない。教育、研究、臨床のどれにも関わることができている先輩医師は非常に少ない。今回の改革で、診療に関する効率化については焦点が当てられているが、研究に関する効率化には焦点が当てられているとは感じない。

- 3) 医師の働き方改革という観点から、大学病院での診療において改善(サポート、効率化、タスクシフト等)が進んでいると感じていますか。

	回答人数(割合)	
① 感じる	108	(11.0%)
② やや感じる	358	(36.5%)
③ あまり感じない	271	(27.7%)
④ ほとんど感じない	243	(24.8%)
回答合計人数	980	(100.0%)

#### 【主な自由記載】

- 朝の勤務外カンファレンスの勤務時間内における開始に変更した。夕方のカンファレンスを昼間に行い、夕方の勤務終了を早めに行うようにした。宿直明けは特殊な場合を除き、午前中勤務で終了する事を可能にした。少人数で適確に診療を行い、申し送り、診療を継続する医療体制が習慣となってきた。これまでのように急性期患者が改善するまで3-4日主治医が張り付く体制から、主治医は存在するが、チームで診療する事が習慣付いた。
- 新型コロナの影響で現在少し進んでいないが、助産師-医師間のタスクシフトシェアにより正常分娩は院内助産上がりの患者の妊婦健診、分娩は助産師中心で行っており今後の更なる発展が期待される。助産師側のモチベーションも上がり、医師の労働時間の減少、夜間呼ばれる回数の減少など効果が期待される。タスクシフトシェアの範囲は助産師職務内で施行が法的に制限されるため、医師、助産師ともにガイドラインに遵守した行動が求められるため医師、助産師双方の再教育が必要である。しかし助産師に許容される医療範囲は現在の助産師の職務内容よりはるかに大きく、十分な話し合いの後にはかなりの範囲で医師のルーチン業務の減量が図られる事を期待している。現在、県内の複数施設において、院内助産、産褥ケア事業を開始しており、2、3年後においては1-3割を院内助産対象とする事を目指し種々の活動に取り組んでいる。
- タスクシフト等の改革は進んでいる。以前は医師が検体搬送や患者搬送、さらに患者を搬送したあとの車いすやストレッチャーの返却等も行っていた。ようやく、医師としてすべき仕事ができていると感じる。また、チーム医療制により休日出勤の頻度は減少した。しかし、それでも時間外労働時間を実際より減らして申請している現状がある。今後、働き方改革によってさらに申請時間を減らすことになる。
- タスクシフトの考え方・順序が違ふと考えます。大学組織のような病院では管理職側に職務・権限が集中する傾向があり、そのような職務をタスクシフトすることによって全体が機能的に動けるのではないかと考えますが、むしろ非管理職のタスクシフトが協調されるために管理職の業務量増加が起きているのが現状の働き方改革となっており、実際にタスクシフトというよりは人任せの状態ができあがりつつあるように感じます。
- システムがどんどん複雑化し、1つのことを遂行するためにもこれまでの2倍、3倍の時間がかかるようになってきている。また、複雑故の間違ひなども起こっている。システムは、追加されるべきではなくその都度再構築されるべき。仕事量はコメディカルも含めて明らかに増加している。また、職種間の連携のためのシステムなども煩雑すぎて機能していない。ただ入力されているのみ。もっとautomaticな診療システムが必要と思います。



## 4. ICT化

1)「教育」「研究」「診療」におけるICT化の推進は、医師の働き方改革において、勤務時間削減や業務の効率化に寄与すると感じますか？

回答人数(割合)	
① 感じる	279 (28.4%)
② やや感じる	366 (37.3%)
③ あまり感じない	215 (21.9%)
④ ほとんど感じない	121 (12.3%)
回答合計人数	981 (100.0%)

### 【主な自由記載】

- 教育に関しても、大学の特徴というものがあるかもしれないが、今はオンライン授業でどこでも授業が聞けるため、それぞれで担当するわけではなく、教育においても分担できるのではないかと思う。コロナ禍など今後も種々の状況によりオンラインでの教育が必要となることが予想されます。また医師・看護師の生涯教育においてもこれまでは学会主導の現地での実習・講義が主でしたが、ダイバーシティを考え今後もオンラインでの生涯学習が継続されるべきと思います。
- 研究においては日常診療の莫大なデータが眠った状況にありますので、これらをAI等をうまく活用し、今あるデータでより質の高い医療提供に繋げていく必要があります。診療においては、過疎地域の遠隔医療などでオンライン診療が重要になりますので、ICTの活用が必須と思います。
- 兼業・副業先がWEB診療可能になると、移動時間が減り、体力的にも楽になる。しかし現状ではWEB診療の要件が厳しすぎて、実現は不可能な状況。大学に居ながら、兼業・副業先のカルテを記載することはセキュリティ上、難しいのだろうか。一方で、現在のWEB会議ツールは、相手が話している時はこちらは聞いている状況になり、対面での会議・面談に比べて時間が1.5-2倍程度かかり、もう少し対面での会話のように同時会話性(双方向性レスポンス)の向上が進むとツールとしても、よりよいと思う。
- とくに研究についてはデータ収集や文献検索などありとあらゆる分野で必要になるため。診療については他病院との連携などにより患者情報が集約でき、かつそういったデータを研究や教育に活用できるようになる。教育についてもオンライン化することと、講義ビデオをアーカイブすることでいつでも教育をうけられるシステムができることなど。
- 医学教育、とくに系統講義は個々の大学ごとに実施する必要はない。集約化、あるいは全国で統一化しても問題ないし、講義の上手な医師が配信すれば、その方が効率的。
- 大学独自にそれぞれのやり方で求めるのは酷である。ある程度の共通システムを複数の大学で作成し、利用、ブラッシュアップをしていくなど手段を択ばないとそれぞれの大学が時間と、労力を使っていると推測される。

2)「教育」「研究」「診療」において、ICT化促進のために必要な事を教えてください

### 【主な自由記載】

- 諸外国をみればVPNを用いて電子カルテにアクセスしたり、病院のデータベースを用いて研究が盛んに行われている。患者の個人情報を蔑ろにすることは許されないが、研究のハードルを下げないことには国際的な競争力は低下する一方である。日本ではエビデンスに基づいたハイレベルな医療をどこの病院でも安価で提供することができ、それは施設が分散してなおかつ国民皆保険制度が整備されているが故の産物ではあるが、一方でエビデンスを作っていく側にはなれていない。日本人研究者が提唱した免疫チェックポイント阻害薬の売り上げがアメリカに流れていくように、折角の技術や人材も、イニシアティブを取らないことには流れ出てしまう。
- 会議のリモート化や、デジタルワークスペース(Slackなど)を使った情報交換、OneNoteを使った成果物の作製などは、身近に感じるDx/ICT化の実例です。イノベーションを実感するまでには、いかならない。旧来の手法や、習慣的になっている行事を、全面的に見直して、禁止するくらいの荒療治が必要かもしれません。現状、個々の努力にゆだねられています。

3)「教育」「研究」「診療」における、ICT化の成功事例を教えてください

【主な自由記載】

- 病状説明などにオンライン面談を取り入れることで、時間帯の設定の選択肢が広がった。病院と患者家族との連絡アプリの導入により、大きめの地震などがあった場合に、入院患児の家族に「地震があったが、お子さんも病院も無事です」というようなメッセージをショートメールのような形で一斉に送ることができるようになった。研究に関するミーティングをオンライン環境でできるようになり、分担研究者とのミーティングがしやすくなった。
- 研究会、学会のICT化が最も有用な成功例と考えます。各地で様々な研究会や学会が開催されており、今までは現地に行かないと参加できなかったが、ICT化が進み、仕事の合間や自宅での参加ができるようになり、研究面での寄与は大きいと考えます。コロナ禍での教育は非常に難しいことが多かったが、ICT化により自宅でも授業が受けれるようになったことはよいと思う。診療においては、現在の医療はMDDが診療方針の決定や教育への影響力が大きいと考えるが、同一病院内で同じレベルで議論できる医師は決して多くはない。他の病院にいる医師を交えてMDD(※)はICT化が進んだことで可能となっており、診療内容の議論や教育に非常に有用である。  
※MDD:「multi-disciplinary discussion」の略で、特定の疾病に関して最適な治療法を見出すために、内科医や外科医や放射線医等の様々な関係分野の医師等が集学的にディスカッションを行うことをいう。

---

## IV. 參考資料

---

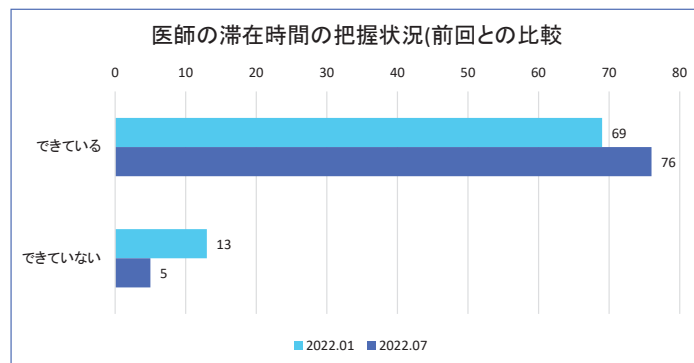
# 医師の働き方改革に関する アンケート調査結果

令和4年度文部科学省「大学病院における医師の働き方改革に関する調査研究」  
～医師の働き方に関する調査研究事業～として実施したアンケート調査結果  
調査時期: 令和4年7月～8月 追加調査: 令和4年11月17日～12月23日  
調査対象: 国公立大学病院(81本院)及び大学病院医師個人(回答医師数:981人)

## 病院対象アンケート調査結果

## 医師の滞在時間の把握状況(前回との比較)

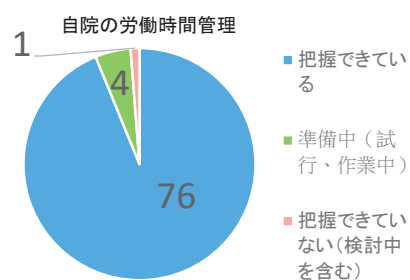
滞在時間(大学に出勤している時間)の把握状況



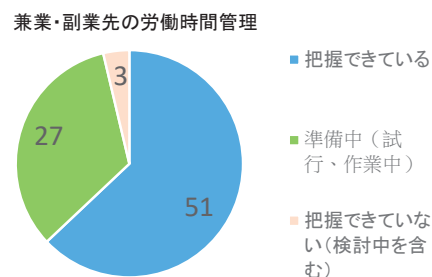
医師の滞在時間の把握	回答病院数		比率	
	2022.01	2022.07	2022.01	2022.07
できている	69	76	84.1%	93.8%
できていない	13	5	15.9%	6.2%

## 医師の労働時間の把握状況

自院の労働時間管理について	大学数	割合
把握できている	76	93.8%
準備中(試行、作業中)	4	4.9%
把握できていない(検討中を含む)	1	1.3%



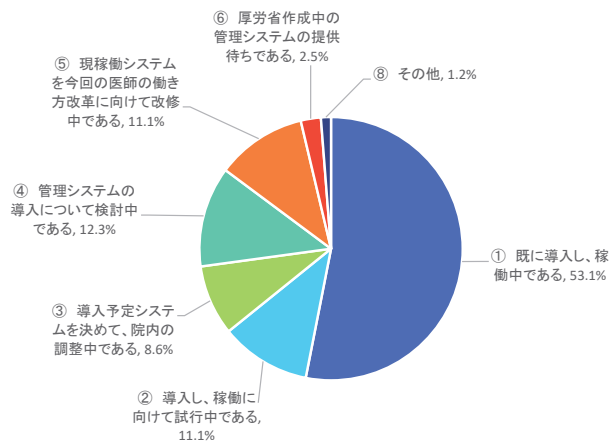
兼業・副業先の労働時間管理について	大学数	割合
把握できている	51	63.0%
準備中(試行、作業中)	27	33.3%
把握できていない(検討中を含む)	3	3.7%



## 勤務管理システムの導入状況

導入状況	回答病院数	比率
① 既に導入し、稼働中である	43	53.1%
② 導入し、稼働に向けて試行中である	9	11.1%
③ 導入予定システムを決めて、院内の調整中である	7	8.6%
④ 管理システムの導入について検討中である	10	12.3%
⑤ 現稼働システムを今回の医師の働き方改革に向けて改修中である	9	11.1%
⑥ 厚労省作成中の管理システムの提供待ちである	2	2.5%
⑧ その他	1	1.2%
総計	81	

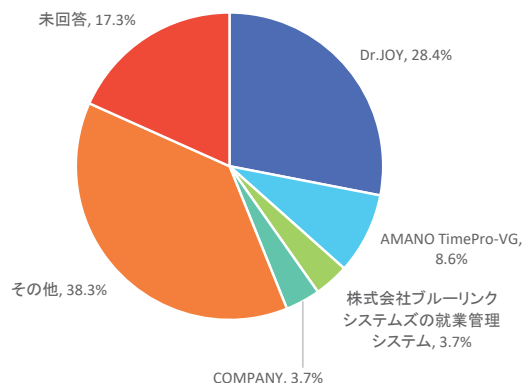
勤怠管理システムの導入状況 (N=81 未回答1病院除く)



## 導入している(あるいは導入予定)の勤怠管理システム名

導入している(あるいは導入予定)の勤怠管理システム名	回答病院数	構成比率
Dr.JOY	23	28.4%
AMANO TimePro-VG	7	8.6%
株式会社ブルーリンクシステムズの就業管理システム	3	3.7%
COMPANY	3	3.7%
その他	31	38.3%
未回答	14	17.3%
総計	81	

導入している(あるいは導入予定)の勤怠管理システム名 (N=67 未回答15件除く)



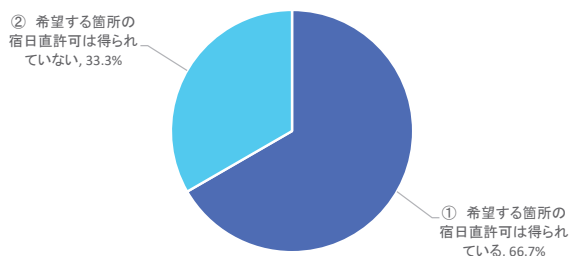
※導入(あるいは導入予定)のシステム名が2件以下の回答数のシステム名に関しては「その他」として合算集計



## 希望する宿日直箇所の宿日直許可取得状況

希望する宿日直箇所の宿日直許可取得状況	回答病院数	比率
① 希望する箇所の宿日直許可は得られている	54	66.7%
② 希望する箇所の宿日直許可は得られていない	27	33.3%
総計	81	

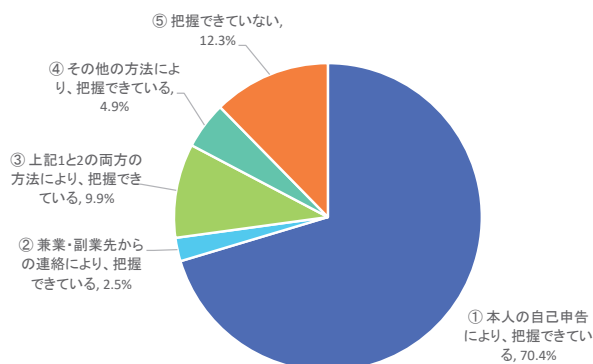
希望する宿日直箇所の宿日直許可の取得状況 (N=81 未回答1件除く)



## 兼業・副業先の宿日直および夜勤の把握

兼業・副業先の宿日直及び夜勤の把握	回答病院数	構成比率
① 本人の自己申告により、把握できている	57	70.4%
② 兼業・副業先からの連絡により、把握できている	2	2.5%
③ 上記1と2の両方の方法により、把握できている	8	9.9%
④ その他の方法により、把握できている	4	4.9%
⑤ 把握できていない	10	12.3%
総計	81	

兼業・副業先の宿日直及び夜勤の把握 (N=81 未回答1病院除く)



# 兼業・副業先の宿日直および夜勤の把握

## 兼業・副業先の宿日直許可の取得状況の把握状況

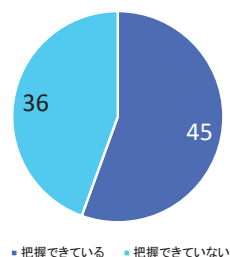
兼業・副業先の宿日直許可の取得状況の把握状況	回答病院数	回答病院比率
① 把握できている	45病院	55.6%
② 把握できていない	36病院	44.4%

把握できている45病院中、所得状況の回答のあった42病院の状況	取得状況を確認した病院数	うち、取得していた病院数	確認病院の取得率
	4,414病院	1,666病院	37.7%

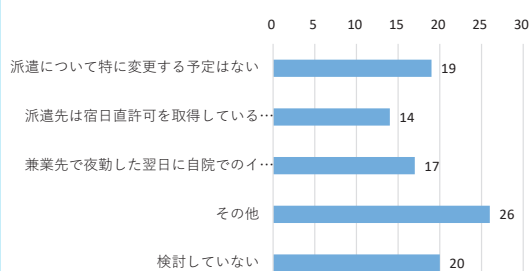
宿日直許可を取得していない兼業・副業先への派遣について 回答大学：81大学  
の検討状況(複数回答)

派遣について特に変更する予定はない	19 (23.5%)
派遣先は宿日直許可を取得している病院とすることなどを検討している	14 (17.3%)
兼業先で夜勤した翌日に自院でのインターバルを取れるよう勤務体制の見直しを検討している	17 (21.0%)
その他	26 (32.1%)
検討していない	20 (24.7%)

兼業副業先の宿日直許可の取得状況把握



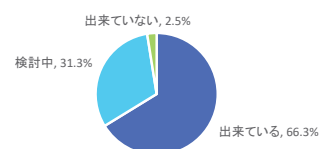
宿日直許可未取得病院への派遣検討状況



# 面接指導の対象者に対する面接指導実施体制の整備状況

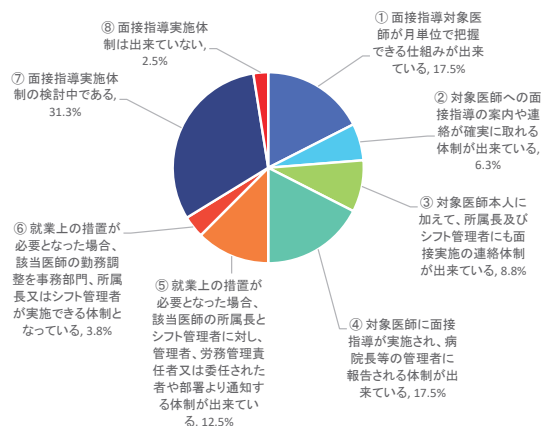
面接指導実施体制の整備状況(サマリー)	回答病院数	比率
出来ている	53	66.3%
検討中	25	31.3%
出来ていない	2	2.5%
総計	80	

面接指導実施体制の整備状況 回答病院の構成比率 (N=80 未回答2病院除く)



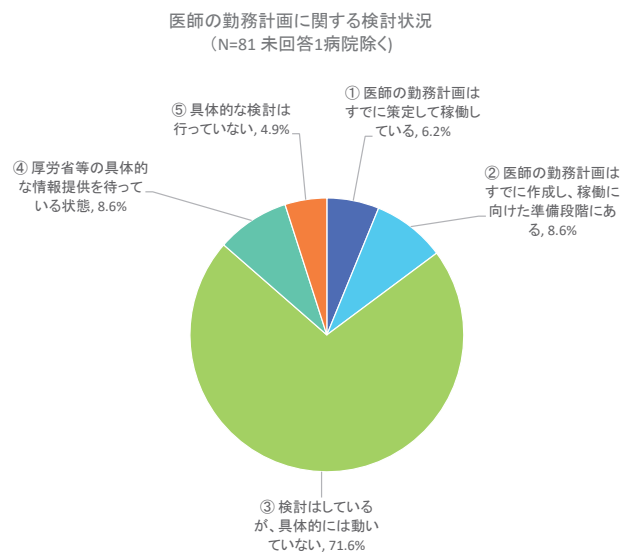
面接指導実施体制の整備状況	回答病院数	比率
① 面接指導対象医師が月単位で把握できる仕組みが出来ている	14	17.5%
② 対象医師への面接指導の案内や連絡が確実に取れる体制が出来ている	5	6.3%
③ 対象医師本人に加えて、所属長及びシフト管理者にも面接実施の連絡体制が出来ている	7	8.8%
④ 対象医師に面接指導が実施され、病院長等の管理者に報告される体制が出来ている	14	17.5%
⑤ 就業上の措置が必要となった場合、該当医師の所属長とシフト管理者に対し、管理者、労務管理責任者又は委任された者や部署より通知する体制が出来ている	10	12.5%
⑥ 就業上の措置が必要となった場合、該当医師の勤務調整を事務部門、所属長又はシフト管理者が実施できる体制となっている	3	3.8%
⑦ 面接指導実施体制の検討中である	25	31.3%
⑧ 面接指導実施体制は出来ていない	2	2.5%
総計	80	

面接指導実施体制の整備状況 回答病院の構成比率 (N=80 未回答2病院除く)



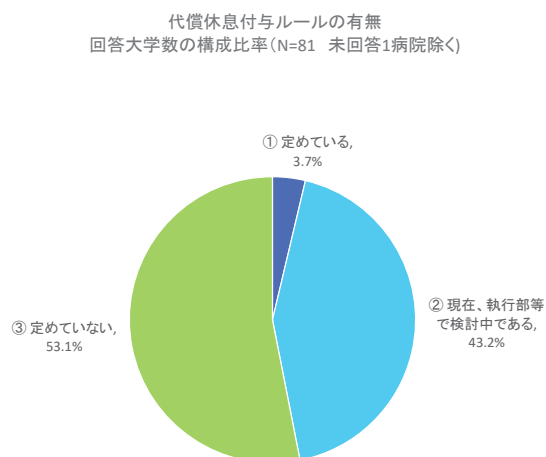
## 医師の勤務計画(宿日直、勤務間インターバル等)に関する検討状況

医師の勤務計画に関する検討状況	回答病院数	構成比率
① 医師の勤務計画はすでに策定して稼働している	5	6.2%
② 医師の勤務計画はすでに作成し、稼働に向けた準備段階にある	7	8.6%
③ 検討はしているが、具体的には動いていない	58	71.6%
④ 厚労省等の具体的な情報提供を待っている状態	7	8.6%
⑤ 具体的な検討は行っていない	4	4.9%
総計	81	

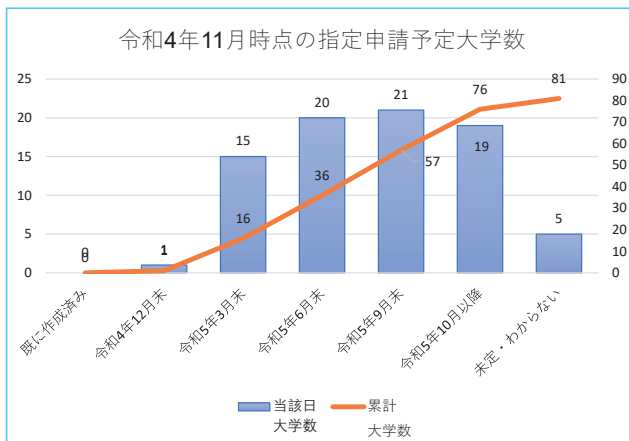
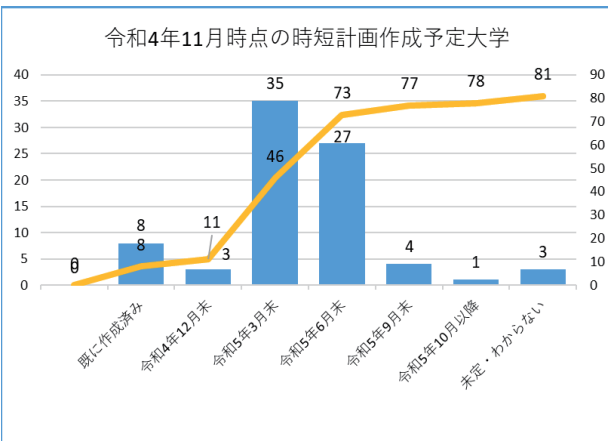


## 代償休息付与ルールの有無

代償休息付与ルールの有無	回答病院数	構成比率
① 定めている	3	3.7%
② 現在、執行部等で検討中である	35	43.2%
③ 定めていない	43	53.1%
総計	81	



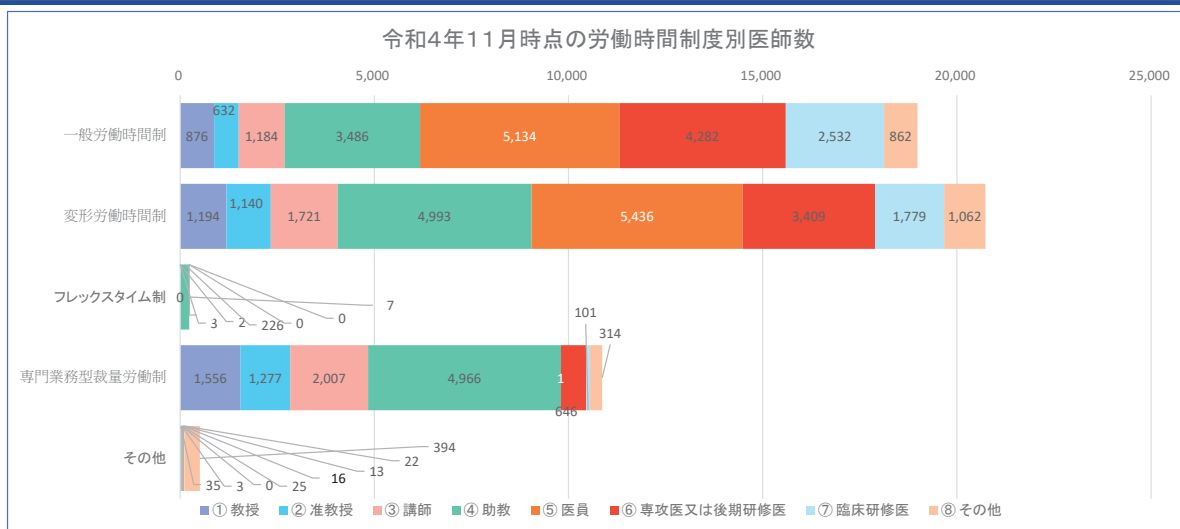
## 医師労働時間短縮計画作成の進捗状況(時系列推移見込み)



区分	当該日大学数	累計大学数
既に作成済み	8	8
令和4年12月末	3	11
令和5年3月末	35	46
令和5年6月末	27	73
令和5年9月末	4	77
令和5年10月以降	1	78
未定・わからない	3	81

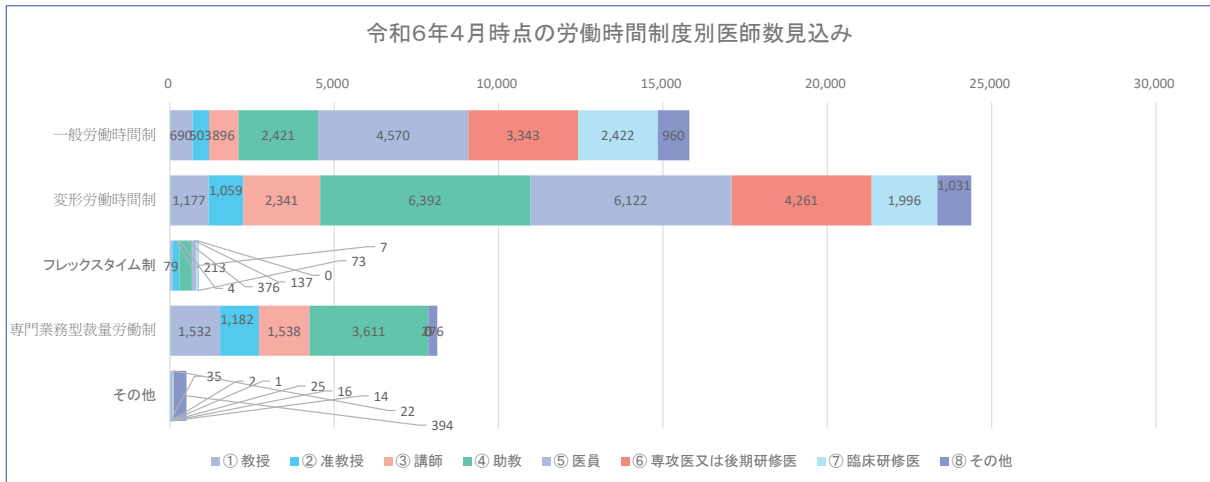
区分	当該日大学数	累計大学数
既に作成済み	0	0
令和4年12月末	1	1
令和5年3月末	15	16
令和5年6月末	20	36
令和5年9月末	21	57
令和5年10月以降	19	76
未定・わからない	5	81

## 職位別適用する労働時間制度別医師数(非常勤職員を含む)



職位	①教授	②准教授	③講師	④助教	⑤医員	⑥専攻医又は後期研修医	⑦臨床研修医	⑧その他	合計
一般労働時間制	876	632	1,184	3,486	5,134	4,282	2,532	862	18,988
変形労働時間制	1,194	1,140	1,721	4,993	5,436	3,409	1,779	1,062	20,734
フレックスタイム制	0	3	2	226	0	0	0	7	238
専門業務型裁量労働制	1,556	1,277	2,007	4,966	1	646	101	314	10,868
その他	35	3	0	25	16	13	22	394	508
合計	3,661	3,055	4,914	13,696	10,587	8,350	4,434	2,639	51,336

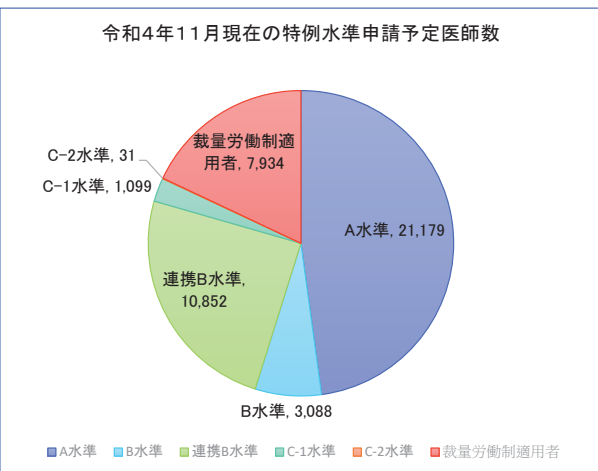
## 職位別適用する労働時間制度別医師数(非常勤職員を含む)



職 位	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医又は後期研修医	⑦ 臨床研修医	⑧ その他	合計
一般労働時間制	690	503	896	2,421	4,570	3,343	2,422	960	15,805
変形労働時間制	1,177	1,059	2,341	6,392	6,122	4,261	1,996	1,031	24,379
フレックスタイム制	79	213	4	376	137	0	73	7	889
専門業務型裁量労働制	1,532	1,182	1,538	3,611	0	0	0	276	8,139
その他	35	2	1	25	16	14	22	394	509
合計	3,513	2,959	4,780	12,825	10,845	7,618	4,513	2,668	49,721

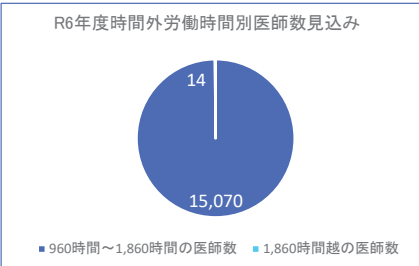
## 令和4年11月時点で申請予定の各特例水準対象医師数(非常勤職員を含む)

特例水準	医師数	割合
A水準	21,179	47.9%
B水準	3,088	7.0%
連携B水準	10,852	24.6%
C-1水準	1,099	2.5%
C-2水準	31	0.1%
裁量労働制適用者	7,934	17.9%
合 計	44,183	100.0%



### 令和6年度時間外労働時間別医師数見込み

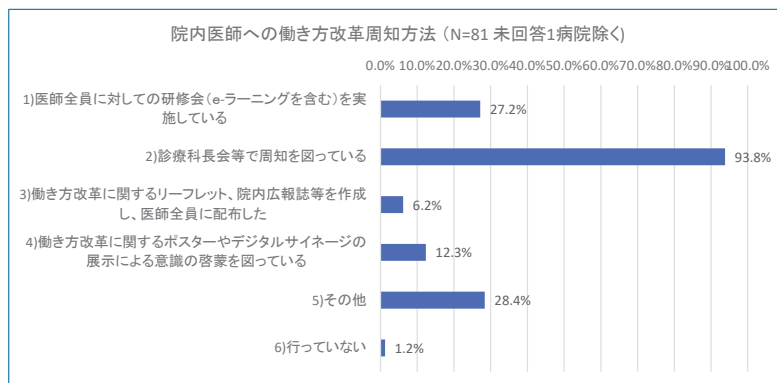
時間区分	R6年度見込
960時間～1,860時間の医師数 (B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準申請見込数)	15,070人
1,860時間越の医師数	14人



## 医師の働き方改革に関する周知

### 院内の医師に対する働き方改革の周知（複数回答可）

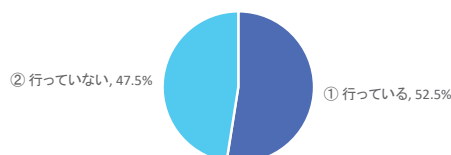
院内医師への働き方改革周知方法	回答病院数	回答率
1) 医師全員に対しての研修会（e-ラーニングを含む）を実施している	22	27.2%
2) 診療科長会等で周知を図っている	76	93.8%
3) 働き方改革に関するリーフレット、院内広報誌等を作成し、医師全員に配布した	5	6.2%
4) 働き方改革に関するポスターやデジタルサイネージの展示による意識の啓蒙を図っている	10	12.3%
5) その他	23	28.4%
6) 行っていない	1	1.2%
回答病院数	81	



### 患者等に対する医師の働き方改革の周知

患者等への医師の働き方改革周知有無	回答病院数	構成比率
① 行っている	42	52.5%
② 行っていない	38	47.5%
総計	80	

患者等への医師の働き方改革周知有無（N=80 未回答2病院除く）

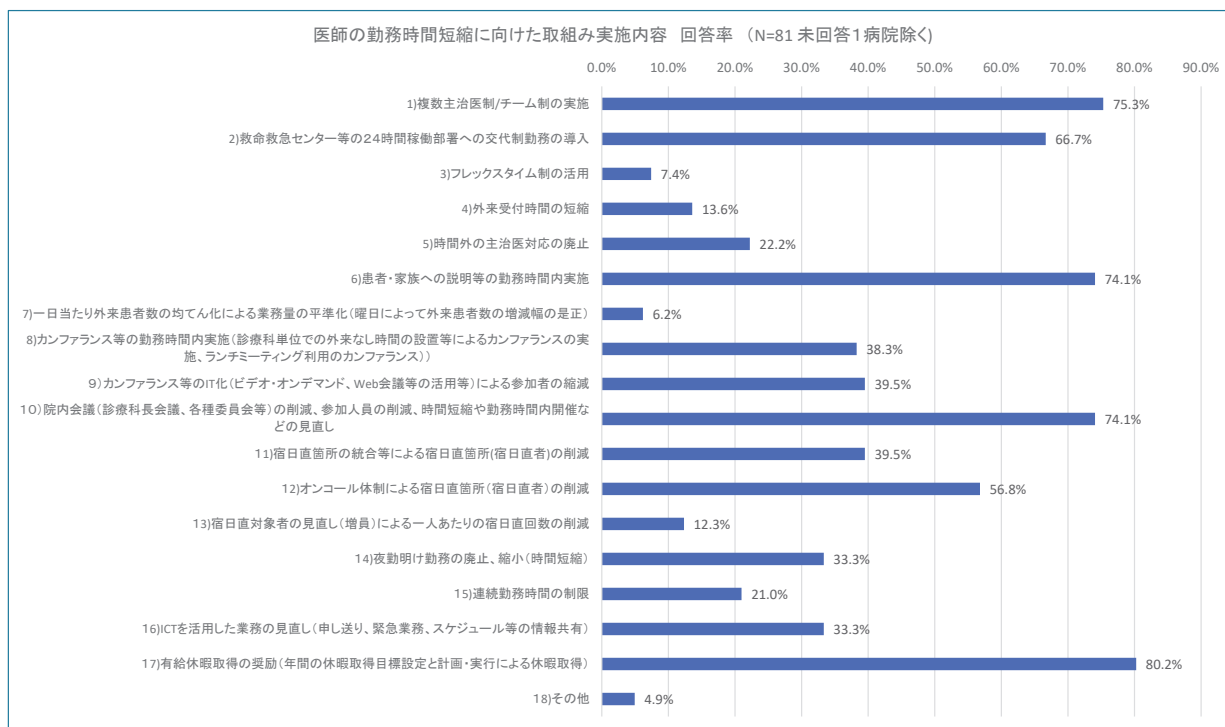


## 患者等への医師の働き方改革周知方法（自由記載）

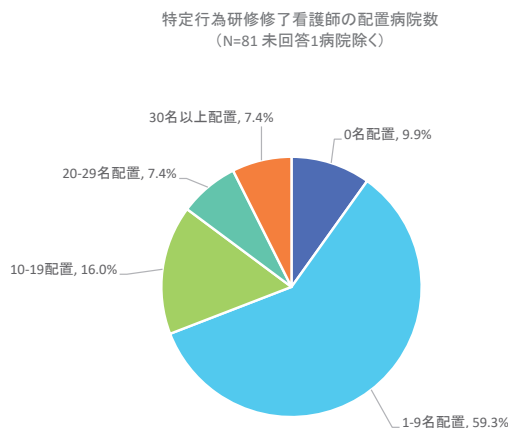
- ・ かかりつけ医の受診・勤務時間（営業時間）内の病状説明
- ・ 「時間外救急は、症状が重く緊急性が高い場合に受診」、「患者・家族への説明や相談対応は、原則、平日8:30～17:00」等の案内文を、外来やHPに掲載している。
- ・ 患者さんの相談対応はできるだけ平日8:30～17:15に行うこと及び土日・祝日・平日夜間は主治医ではなく、夜間・休日の当番医（グループ当直の場合は他診療科医師になることがある）が対応することを記載したポスター掲示を行っている。
- ・ ICを時間内に実施してもらうようポスターを掲示
- ・ テレビ番組に附属病院長が出演し、県民の皆様には「病状や手術などの説明を、診療日の診療時間内に行うこと」等をお願いした。
- ・ ポスター掲示及びHPへの掲載  
「病院医療従事者の過剰労働軽減に関するお願い」として、勤務時間内の診療に係る説明及び複数主治医制について周知している。
- ・ 医師の負担軽減にご協力いただくような掲示を行っている。
- ・ 医師の負担軽減及び処遇改善に関する取組事項に係る掲示
- ・ 外来に複数台設置されているディスプレイで表示  
（一定秒数間隔で様々なスライドが表示されるもの。そのうちの一つのスライドとして表示）
- ・ 逆紹介を促すポスターの掲示（今後、働き方改革に関する掲示をする予定）
- ・ 緊急以外のインフォームドコンセントの時間内への協力について掲示。
- ・ 掲示物（患者・家族への勤務時間内説明の周知）
- ・ 計画書の院内掲示
- ・ 原則「診療時間内におけるIC実施」を入院時に説明。
- ・ 主治医及び病院職員からの説明時間に係る案内を病院ホームページに記載



## 医師の勤務時間短縮に向けた取組み実施内容(複数回答可)

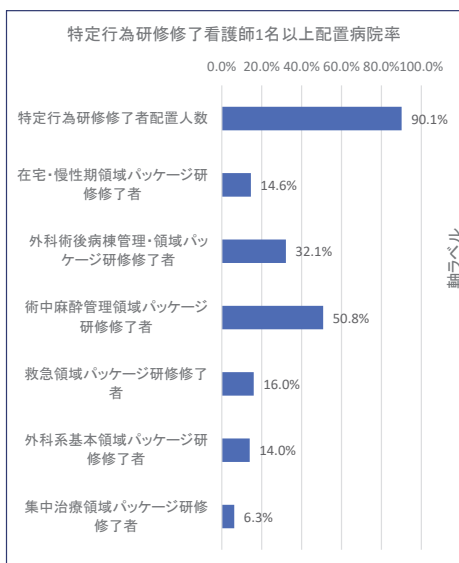


## 令和4年7月1日現在 特定行為研修修了看護師の配置病院数

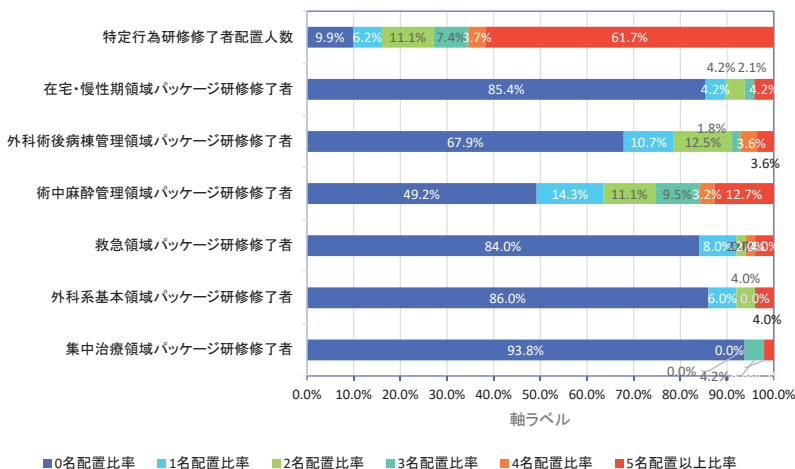


特定行為研修修了看護師数と比率	回答病院数					合計回答病院数	構成比率					最小人数	最大人数
	0名配置	1-9名配置	10-19名配置	20-29名配置	30名以上配置		0名配置	1-9名配置	10-19名配置	20-29名配置	30名以上配置		
特定行為研修修了者配置病院	8	48	13	6	6	81	9.9%	59.3%	16.0%	7.4%	7.4%	0	67

# 令和4年7月1日現在 特定行為研修修了看護師の配置病院比率



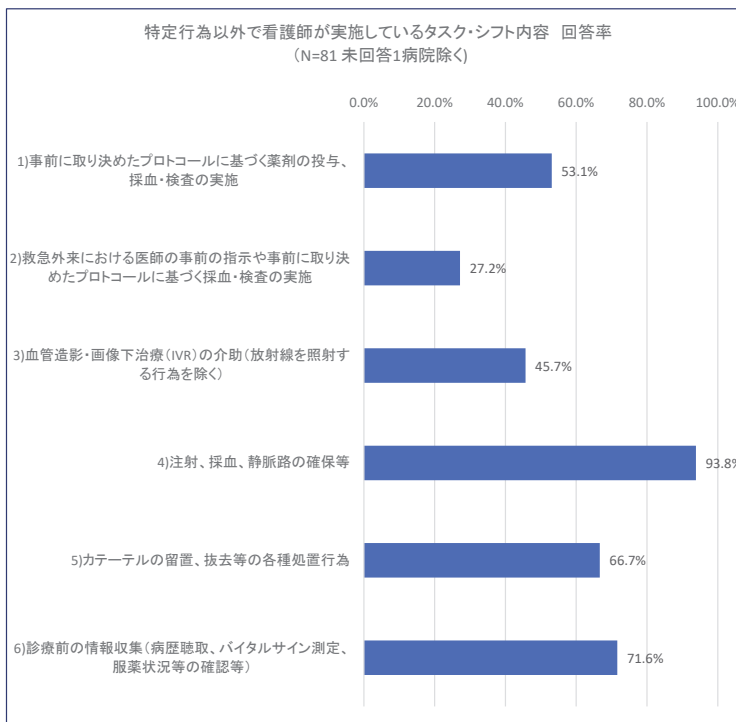
特定行為研修修了看護師配置病院比率(N=下記参照)



特定行為研修修了者配置比率	0名配置	1名配置	2名配置	3名配置	4名配置	5名以上配置	1名以上配置病院数	合計回答病院数	1名以上配置病院率	0名配置比率	1名配置比率	2名配置比率	3名配置比率	4名配置比率	5名配置以上比率	最小人数	最大人数
特定行為研修修了者配置人数	8	5	9	6	3	50	73	81	90.1%	9.9%	6.2%	11.1%	7.4%	3.7%	61.7%	0	67
在宅・慢性期領域パッケージ研修修了者	41	2	2	1	0	2	7	48	14.6%	85.4%	4.2%	4.2%	0.0%	0.0%	4.2%	0	31
外科術後病棟管理領域パッケージ研修修了者	38	6	7	1	2	2	18	56	32.1%	67.9%	10.7%	12.5%	1.8%	3.6%	3.6%	0	31
術中麻酔管理領域パッケージ研修修了者	31	9	7	6	2	8	32	63	50.8%	49.2%	14.3%	11.1%	9.5%	3.2%	12.7%	0	32
救急領域パッケージ研修修了者	42	4	1	0	1	2	8	50	16.0%	84.0%	8.0%	2.0%	0.0%	2.0%	4.0%	0	31
外科系基本領域パッケージ研修修了者	43	3	2	0	7	7	50	14.0%	86.0%	6.0%	4.0%	0.0%	0.0%	4.0%	0	31	
集中治療領域パッケージ研修修了者	45	0	0	2	0	1	3	48	6.3%	93.8%	0.0%	0.0%	4.2%	0.0%	2.1%	0	31

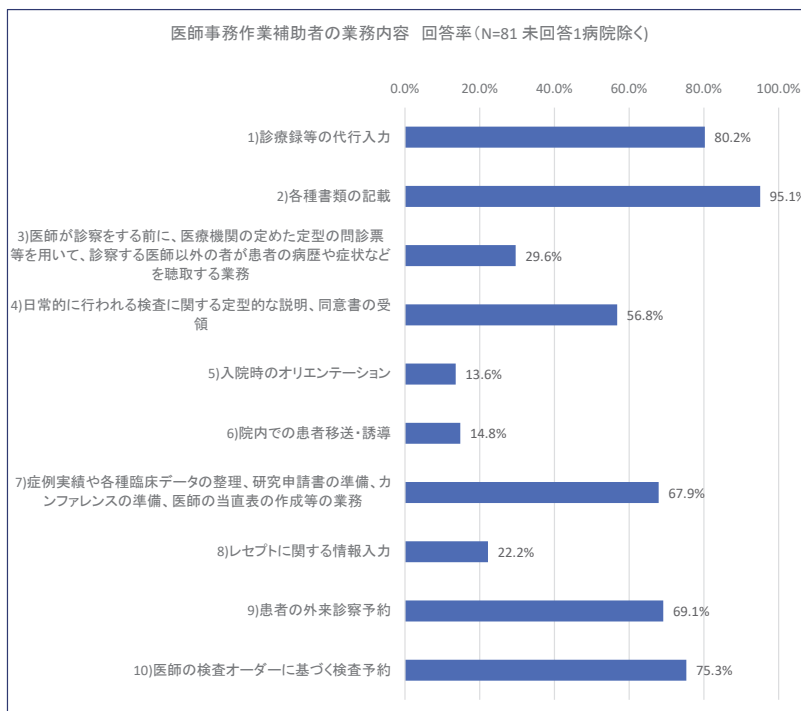
# 特定行為以外で看護師が実施しているタスクシフト内容(複数回答可)

特定行為以外で看護師が実施しているタスクシフト内容	回答病院数	回答率
1)事前に取り決めたプロトコールに基づく薬剤の投与、採血・検査の実施	43	53.1%
2)救急外来における医師の事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づく採血・検査の実施	22	27.2%
3)血管造影・画像下治療(IVR)の介助(放射線を照射する行為を除く)	37	45.7%
4)注射、採血、静脈路の確保等	76	93.8%
5)カテーテルの留置、抜去等の各種処置行為	54	66.7%
6)診療前の情報収集(病歴聴取、バイタルサイン測定、服薬状況等の確認等)	58	71.6%



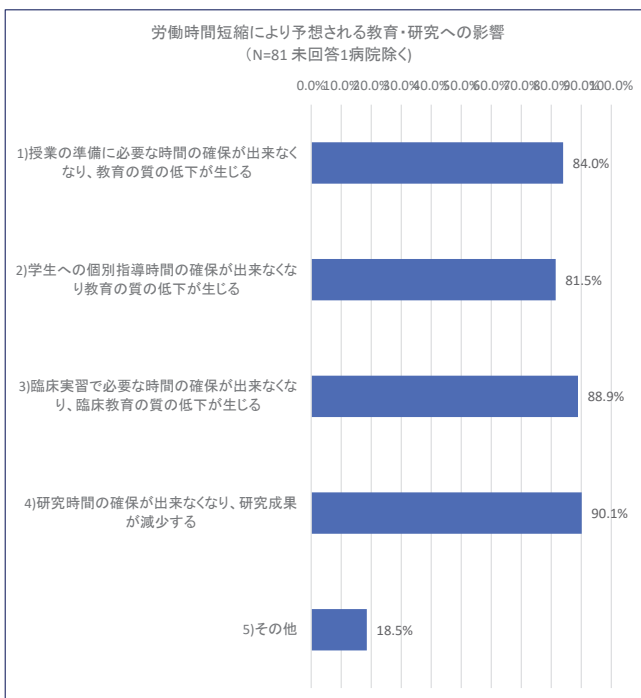
## 医師事務作業補助者が医師の負担軽減のために行っている業務（複数回答可）

医師事務作業補助者の業務内容	回答病院数	比率
1)診療録等の代行入力	65	80.2%
2)各種書類の記載	77	95.1%
3)医師が診察をする前に、医療機関の定めた定型の問診票等を用いて、診察する医師以外の者が患者の病歴や症状などを聴取する業務	24	29.6%
4)日常的に行われる検査に関する定型的な説明、同意書の受領	46	56.8%
5)入院時のオリエンテーション	11	13.6%
6)院内での患者移送・誘導	12	14.8%
7)症例実績や各種臨床データの整理、研究申請書の準備、カンファレンスの準備、医師の当直表の作成等の業務	55	67.9%
8)レセプトに関する情報入力	18	22.2%
9)患者の外来診察予約	56	69.1%
10)医師の検査オーダーに基づく検査予約	61	75.3%



## 労働時間短縮により予想される教育(卒前)・研究への影響（複数回答可）

労働時間短縮により予想される教育・研究への影響	回答病院数	比率
1)授業の準備に必要な時間の確保が出来なくなり、教育の質の低下が生じる	68	84.0%
2)学生への個別指導時間の確保が出来なくなり教育の質の低下が生じる	66	81.5%
3)臨床実習で必要な時間の確保が出来なくなり、臨床教育の質の低下が生じる	72	88.9%
4)研究時間の確保が出来なくなり、研究成果が減少する	73	90.1%
5)その他	15	18.5%

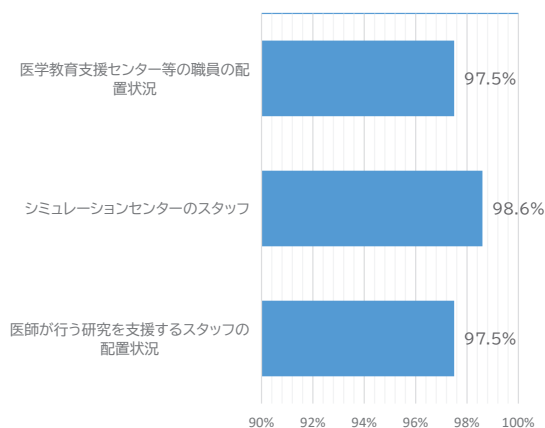


## 労働時間短縮により予想される教育(卒前)・研究への影響(自由記載)

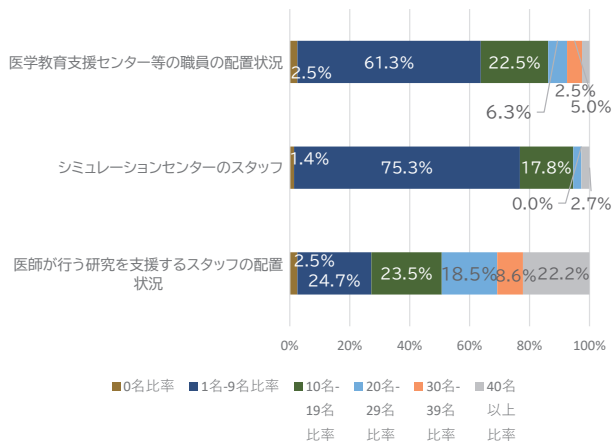
- EDC(Electronic Data Capture)システムや、電子カルテ情報 S S - M I X 規格によるデータ出力可能としビッグデータ利用を可能とするシステムの導入、研究遂行に係る学内諸手続きの電子化
- 医学部の教員は研究、教育、臨床の三つの役割を果たすために時間を最大限フレキシブルに使っているが、それでも三つの役割を十分に果たすための総時間数が不足する状況になっている。労働時間が短縮されると研究や教育に充てる時間数が更に低下する事に直結し、特に研究の量と質の低下につながる。現在の医学研究では様々な社会的要請や規制等をクリアして研究を計画・実施する必要があり、そのために必要とされる事務作業も年々増加している。労働時間の短縮によりこうした業務にも支障が生じ、臨床研究などが停滞することで先端的な医療の実現という大学医学部にとって最も重要な責務を果たせなくなることを危惧する。
- 医師に対し、組織が求める教育・研究・診療に対する業務割合を明確に示していない場合、大きな影響が生じると考えられる。
- 教育・研究の業績不足により、昇格等キャリアアップに支障が生じる。
- 教員の本務である教育・研究業務を優先する必要がある、研究業務の一環として診療業務を行っているという、これまでの概念が通用しなくなる。
- 勤務時間インターバル、代償休息の必要な教員が確認できた場合は、教育、研究、診療の質の低下が考えられるが、現段階では不確定な要素が多い(影響があるとは言い切れない)
- 兼業枠の減少に伴う大学病院における勤務医の減少、引いては地域医療への医師不足が懸念される。
- 研修医、専攻医など、修練が必要な時代に、労働時間を短縮することは、医師としての命取りで、ひいては国全体の医療・医学レベルの低下に直結すると危惧します。
- 授業終了後に実施している学生の教育に関する説明会(マッチング説明会、クリニック説明会等)の時間が確保できない。
- 大学教員の数が臨床、研究、教育の全てを担うという点で圧倒的に不足しているということが問題点である。また、特に若手教員は外勤によって市中病院の医師と同等の給与水準を維持しているため、労働時間の短縮により外勤ができなくなることで収入減が予想され、ますます教員がいなくなるのが懸念される。
- 大学病院の医師は、勤務時間と研究、教育時間、自己研鑽時間を明確に区別できるわけではなく、合間合間に時間を見つけて、それぞれの活動を行っている実情がある。労働時間短縮となれば、自然、教育や研究時間、さらには自己研鑽時間が低下すること、医師の(アカデミアの一員であることの)モチベーション自体が下がることも自明である。
- 日本全体で医療技術の低下、研究力の低下が懸念される
- 病院の教員数は維持されているが、医学部・研究科の教員は削減されており、ぎりぎりの状況である。臨床系教員の働き方改革により、教育(特に実習)と研究全般に多大な支障が生じることが懸念される。
- 大学の授業時間が就業時刻間際まで設定されているため、オフィスアワー等の授業終了後に行われていた学生と教員のコミュニケーション機会が制限される。

## 医師が行う教育・研究を支援するスタッフ配置状況

医師が行う教育・研究を支援するスタッフ配置状況  
1名以上配置病院比率



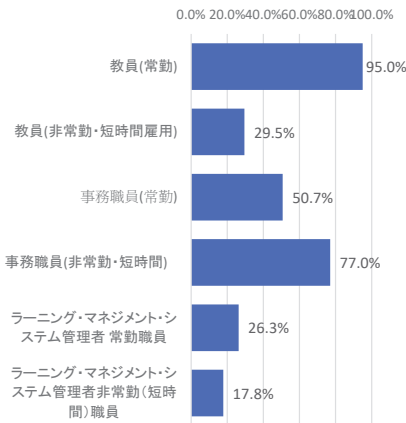
医師が行う教育・研究を支援するスタッフ配置状況  
回答病院の構成比率



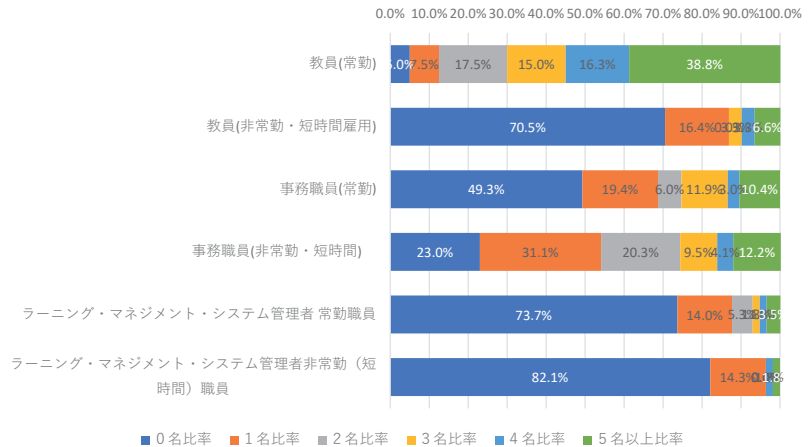
配置スタッフ数	0名	1名-9名	10名-19名	20名-29名	30名-39名	40名以上	1名以上配置病院数	合計回答病院数	1名以上配置病院比率	0名比率	1名-9名比率	10名-19名比率	20名-29名比率	30名-39名比率	40名以上比率	最小人数	最大人数	平均人数	中央値
医学教育支援センター等の職員の配置状況	2	49	18	5	4	2	78	80	97.5%	2.5%	61.3%	22.5%	6.3%	5.0%	2.5%	0	46	10.8	7
シミュレーションセンターのスタッフ	1	55	13	2	0	2	72	73	98.6%	1.4%	75.3%	17.8%	2.7%	0.0%	2.7%	0	45	7.4	6
医師が行う研究を支援するスタッフの配置状況	2	20	19	15	7	18	79	81	97.5%	2.5%	24.7%	23.5%	18.5%	8.6%	22.2%	0	196	29.3	19

## 医師が行う教育・研究を支援するスタッフ配置状況(医学教育支援センター等の職員内訳)

医学教育支援センター等の職員の配置状況



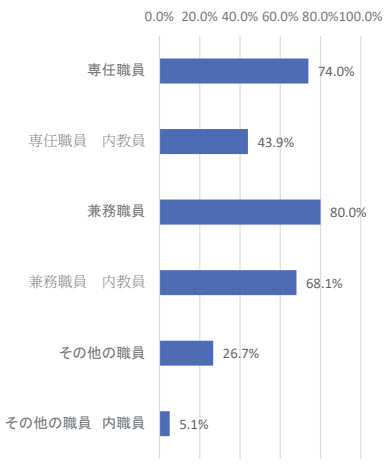
医学教育支援センター職員配置状況



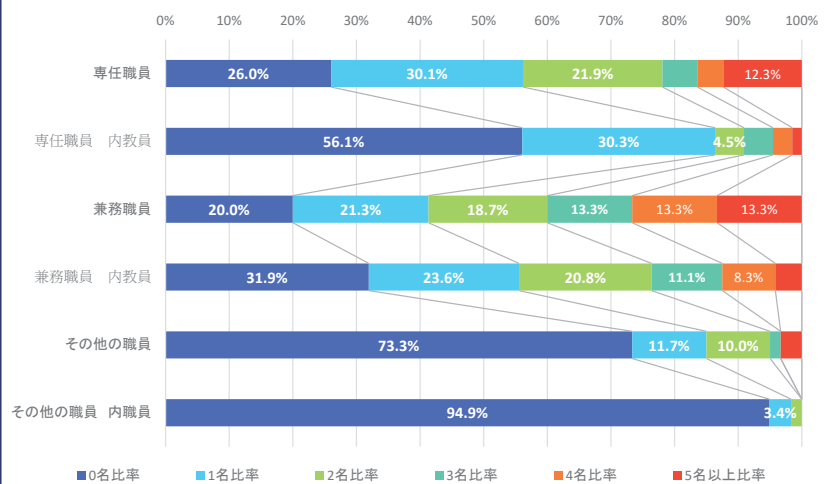
医学教育支援センター等の職員配置状況	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上配置病院数	合計回答病院数	1名以上配置病院比率	0名比率	1名比率	2名比率	3名比率	4名比率	5名以上比率	最小人数	最大人数	平均人数	中央値
教員(常勤)	4	6	14	12	13	31	76	80	95.0%	5.0%	7.5%	17.5%	15.0%	16.3%	38.8%	0	27	5.2	4
教員(非常勤・短時間雇用)	43	10	0	2	2	4	18	61	29.5%	70.5%	16.4%	0.0%	3.3%	3.3%	6.6%	0	27	1.3	0
事務職員(常勤)	33	13	4	8	2	7	34	67	50.7%	49.3%	19.4%	6.0%	11.9%	3.0%	10.4%	0	23	1.9	1.0
事務職員(非常勤・短時間)	17	23	15	7	3	9	57	74	77.0%	23.0%	31.1%	20.3%	9.5%	4.1%	12.2%	0	15	2.0	1
ラーニング・マネジメント・システム管理者 常勤職員	42	8	3	1	1	2	15	57	26.3%	73.7%	14.0%	5.3%	1.8%	1.8%	3.5%	0	39	1.4	0
ラーニング・マネジメント・システム管理者非常勤(短時間)職員	46	8	0	0	1	1	10	56	17.8%	82.1%	14.3%	0.0%	0.0%	1.8%	1.8%	0	39	1.9	0

## 医師が行う教育・研究を支援するスタッフ配置状況(シミュレーションセンターの職員内訳)

シミュレーションセンターの職員の配置状況  
1名以上配置病院比率(N=下記参照)



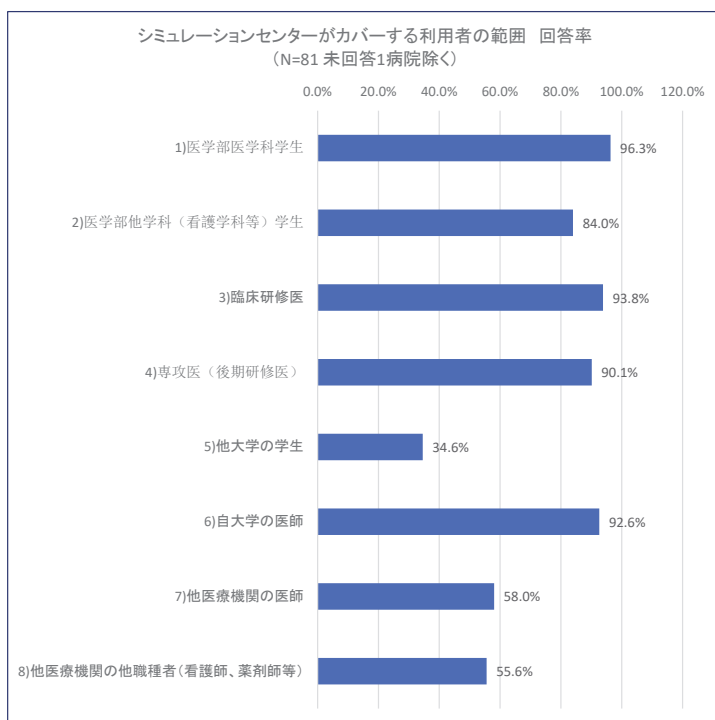
シミュレーションセンターの職員の配置状況 回答病院の構成比率(N=下記参照)



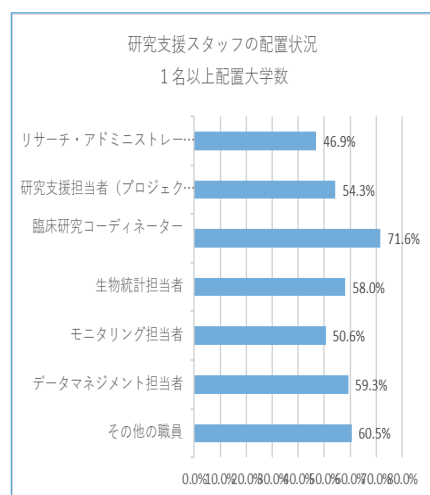
シミュレーションセンターの職員配置状況	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上配置病院数	合計回答病院数	1名以上配置病院比率	0名比率	1名比率	2名比率	3名比率	4名比率	5名以上比率	最小人数	最大人数	平均人数	中央値
専任職員	19	22	16	4	3	9	54	73	74.0%	26.0%	30.1%	21.9%	5.5%	4.1%	12.3%	0	27	2.2	1
専任職員 内教員	37	20	3	3	2	1	29	66	43.9%	56.1%	30.3%	4.5%	4.5%	3.0%	1.5%	0	12	0.8	0
兼務職員	15	16	14	10	10	10	60	75	80.0%	20.0%	21.3%	18.7%	13.3%	13.3%	13.3%	0	17	2.5	2
兼務職員 内教員	23	17	15	8	6	3	49	72	68.1%	31.9%	23.6%	20.8%	11.1%	8.3%	4.2%	0	15	1.7	1
その他の職員	44	7	6	1	0	2	16	60	26.7%	73.3%	11.7%	10.0%	1.7%	0.0%	3.3%	0	7	0.6	0
その他の職員 内職員	56	2	1	0	0	0	3	59	5.1%	94.9%	3.4%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0	2	0.1	0

## シミュレーションセンターがカバーする利用者の範囲(複数回答可)

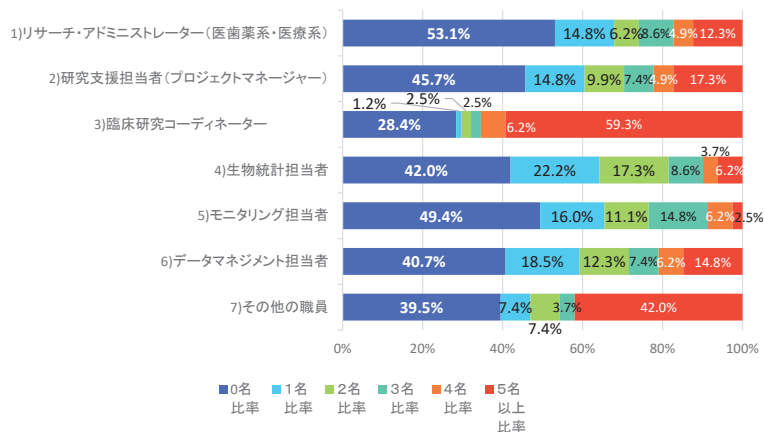
シミュレーションセンターがカバーする利用者の範囲	回答病院数	比率
1)医学部医学科学生	78	96.3%
2)医学部他学科(看護学科等)学生	68	84.0%
3)臨床研修医	76	93.8%
4)専攻医(後期研修医)	73	90.1%
5)他大学の学生	28	34.6%
6)自大学の医師	75	92.6%
7)他医療機関の医師	47	58.0%
8)他医療機関の他職種者(看護師、薬剤師等)	45	55.6%



## 医師が行う教育・研究を支援するスタッフ配置状況(研究支援スタッフの内訳)



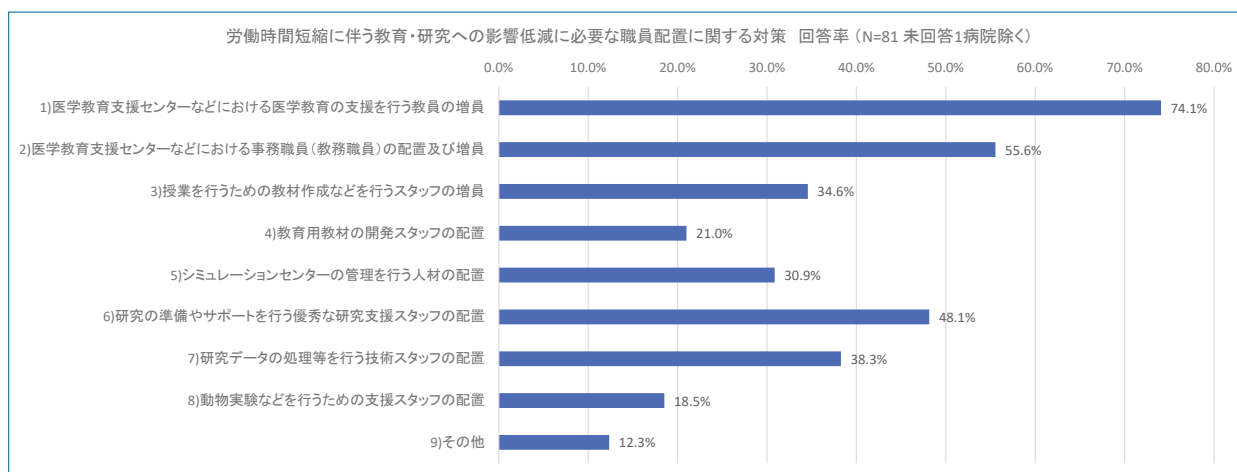
### 研究支援スタッフ配置状況(回答病院数の構成比率)



研究支援スタッフ配置状況	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上配置病院数	回答病院数	0名 比率	1名 比率	2名 比率	3名 比率	4名 比率	5名 以上 比率	1名以上配置病院数 比率
リサーチ・アドミニストレータ(医歯薬系・医療系)	43	12	5	7	4	10	38	81	53.1%	14.8%	6.2%	8.6%	4.9%	12.3%	46.9%
研究支援担当者(プロジェクトマネージャー)	37	12	8	6	4	14	44	81	45.7%	14.8%	9.9%	7.4%	4.9%	17.3%	54.3%
臨床研究コーディネーター	23	1	2	2	5	48	58	81	28.4%	1.2%	2.5%	6.2%	59.3%	3.7%	71.6%
生物統計担当者	34	18	14	7	3	5	47	81	42.0%	22.2%	17.3%	8.6%	3.7%	6.2%	58.0%
モニタリング担当者	40	13	9	12	5	2	41	81	49.4%	16.0%	11.1%	14.8%	6.2%	2.5%	50.6%
データマネジメント担当者	33	15	10	6	5	12	48	81	40.7%	18.5%	12.3%	7.4%	6.2%	14.8%	59.3%
その他の職員	32	6	6	3	0	34	49	81	39.5%	7.4%	7.4%	3.7%	0.0%	42.0%	60.5%



## 労働時間短縮に伴う教育・研究への影響低減に必要な職員配置に関する対策(3つ選択)



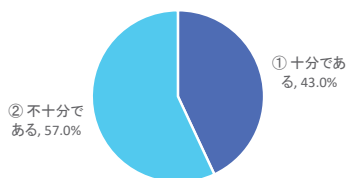
労働時間短縮に伴う教育・研究への影響低減に必要な職員配置に関する対策	回答病院数	回答率
1)医学教育支援センターなどにおける医学教育の支援を行う教員の増員	60	74.1%
2)医学教育支援センターなどにおける事務職員(教務職員)の配置及び増員	45	55.6%
3)授業を行うための教材作成などを行うスタッフの増員	28	34.6%
4)教育用教材の開発スタッフの配置	17	21.0%
5)シミュレーションセンターの管理を行う人材の配置	25	30.9%
6)研究の準備やサポートを行う優秀な研究支援スタッフの配置	39	48.1%
7)研究データの処理等を行う技術スタッフの配置	31	38.3%
8)動物実験などを行うための支援スタッフの配置	15	18.5%
9)その他	10	12.3%

## 労働時間短縮に伴う教育・研究への影響低減に必要な職員配置に関する対策(自由記載)

- ・ 医学部医学科あるいは大学病院における医師教員の増員(基本領域専門研修終了時点で大学が雇用する場合に、大学病院医員ではなく助教等の教員として雇用することで待遇の改善をはかる。)
- ・ 医師の(アカデミアの一員であることの)モチベーションを維持してもらえるように、ステップアップなど、業績、功績に応じた評価システムを確立していくことが必要である。
- ・ 欧米並みの人材の整備をしなければ、医師が多くの「雑用」をしている現状では、労働時間の短縮により世界からさらに大きく後れを取ると危惧する。
- ・ 教務職員や研究支援スタッフの雇用を前提とした人員枠が初めから不足している。また、雇用しようとしても十分なスキルを所持している者がいない。予算の面も含め、支援スタッフを雇用する体制が整っていない。
- ・ 業務の見直しと適正なタスクシフトの実施
- ・ 講座や診療科の教員配置の見直しや検討を行う。結果として教員の増員が必要となる可能性がある。また、教育、研究、診療に対するエフォートの策定も必要になると考える。
- ・ 昨今の社会的情勢からCBTやOSCE、国家試験の支援なども医学教育センターの業務となりつつあり、JACMEなどの外部機関受審の担当も医学教育センターが中心となっている。コアカリに合わせたカリキュラム開発や再編成も医学教育センターの業務となり、特に国公立大学では学務課の人員が少ないこともあり、人員不足が著しい状況である。
- ・ 日常の業務負担を軽減するための事務職員の配置
- ・ 臨床、研究、教育の全てにおいて現状では能力の高いサポートスタッフが不足しており、こうした人材の育成自体も必要とされている。また大学では技術職員の数も年々減少しており、高度な技術を持った技術職員を確保することが難しくなっている。安定的に配置される技術職員の確保とその生涯教育を実現することが必要である。

## 設備及びインフラ環境の整備(教育用教材開発向け設備)

教育用教材開発のための設備等整備  
(N=79 未回答3病院除く)

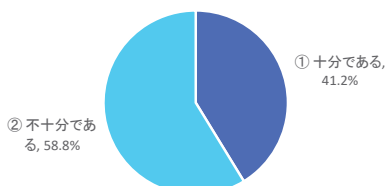


教育用教材開発のための設備等整備	回答数	構成比率
① 十分である	34	43.0%
② 不十分である	45	57.0%
総計	79	

- ・ 教員個々が教育資料を作成している現状であり、アシストするスタッフや教育にアドバイスする専門家、設備などは全く無い。
- ・ 教材開発については教員個人で行っており、これまで教育用教材開発のための設備等整備を積極的に行っていない。
- ・ 携帯用のビデオカメラやVR教材作成のための360度カメラ、教材を視聴するためのタブレット端末やVR用ゴーグルなどの不足。これらを管理する技術系職員の不足。eラーニングを行うためのプラットフォームを活用するための資金の不足。
- ・ 現代医学教育博物館などで教育用教材の開発を行っているが、全学的な取り組みの組織ではない。
- ・ 昨今では特にコロナ禍に対応する必要性が生じ、オンデマンド型教材やリアルタイムオンライン授業用の教材を開発する機器が不足しているため、平時よりも準備等に時間を要している。
- ・ 手術動画の加工作業(個人情報を削除する作業等)や、e-learning教材の撮影機材、スタジオ等の整備が不十分である。
- ・ 授業担当講座等に授業内容を委ねており、教育用教材開発に特化した部門・設備、整備が不十分である。また、AIや3D、VRを活用した教育ないような充実など、新たな医学教育を施すためのハード・ソフト面が未整備である。
- ・ 整備に係る費用及び人員が不十分
- ・ 設備等は整備されているが、更新が不十分である。
- ・ 多機能講義室、シミュレーション教育用機材、OSCE試験室、eラーニングコンテンツ、WiFi環境、OSCE用録画録音環境、OSCE用クラウドWiFi環境、eラーニングコンテンツ作成室・作成用機材
- ・ 大学運営資金の減少に伴い十分な資源が活用できない。
- ・ 動画作成のための設備が不足している。

## 設備及びインフラ環境の整備(シミュレーションセンターの施設・設備)

シミュレーションセンターの施設・設備(シミュレーターを含む)の整備(N=80 未回答2病院除く)

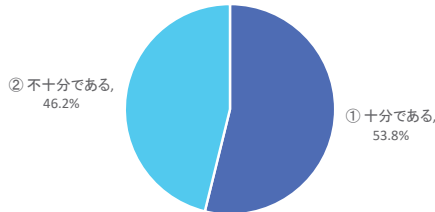


シミュレーションセンターの施設・設備(シミュレーターを含む)の整備	回答病院数	構成比率
① 十分である	33	41.2%
② 不十分である	47	58.8%
総計	80	

- ・ 高額なものが多く、計画的に少しずつしか購入・更新できないため。
- ・ 所有シミュレーターは数が不足し、また各部局から管理を委託されているシミュレーター機器の多くは老朽化しているため、卒前医学教育に必要なシミュレーション教育やOSCE等に活用する医学用教育シミュレーターの導入(更新)が必要不可欠な状況となっており、機器を導入(更新)することで教員の負担軽減に資するものと考えられる。
- ・ 診療科で購入した機材等の持ち込みもあり、備品管理体制を見直し、保守対策を講じることで、より有的に使用できるようになると考えられる。
- ・ 設備や物品の数については十分にあるが、経年劣化により入れ替えが必要なものも相当数ある。
- ・ 設備等は整備されているが、更新が不十分である。
- ・ また、現在、センターに設置されているシミュレーターの中には、学生の実習には良いが、医師の手の練習には、適応できないシミュレーターもあり、十分でない状況である。今後整備を予定している。
- ・ 卒後教育のシミュレーターが不足している
- ・ 特にコロナ禍になってからはPreとPost 両OSCEでシミュレーターを活用しているが、Withコロナの時代になってからも口腔内診察などは今後もシミュレーターを使用せざるを得ない可能性が高いと考える。Post-CC OSCEでは1つのステーションでの列数を多く設定しているため、課題によって所有するシミュレーターだけでは対応できない場合が想定される。コロナ禍以降多くのシミュレーターを購入することができたが、やはり人的資源が足りていない。少ない人員(1.5名)で管理し、彼らの労働環境を守るべく超過勤務を必要最小限に留めていることもあり、管理が行き届いていないのが現状である。
- ・ 日進月歩で医療技術が進む中、シミュレーターの更新費、管理費、人件費等予算が潤沢とは言えないため
- ・ 部屋の狭小化や部屋数が少ないことが問題であり、高額機器の老朽化に伴う修繕・更新・新規購入に予算面等の問題から十分対応できていない。
- ・ 保有機器数は多いが、いずれも旧式のものであり、最新の医療技術の習得の十分な助けにはならないため。
- ・ 予算不足により更新できていない老朽機器がある、スペースが足りない
- ・ シミュレーター(心臓・腹部超音波検査)パーチャルシミュレーター、次世代型救命救急シミュレーター、気管支・消化器内視鏡トレーニングシミュレーター、腹腔鏡下手術手技トレーニングシミュレーター)が購入から10年程度経過しており、不具合も出てきていることから、更新が必要。使用できない場合は臨床現場での見学のみとなるため、教育と診療の業務が集中することになり、診療科には負担となる。また見学のみとなると学生への教育効果も低下することが考えられる。また、OSCEに必要なシミュレータの数が不足している。
- ・ 一定のシミュレーション施設・設備を揃えているが、本院の規模(教職員数や多様な部署・職種)に対して必要なシミュレーション教育を施すためには不十分である。特に、働き方改革の観点からいえば、時間的な制約がある中でシミュレーション教育の企画・運営を実施する必要があるため、時間の他に物理的な要因となる施設・設備の充実が必要である。

## 設備及びインフラ環境の整備(臨床研究支援のための設備)

臨床研究支援のための設備等整備  
(N=78 未回答4病院除く)

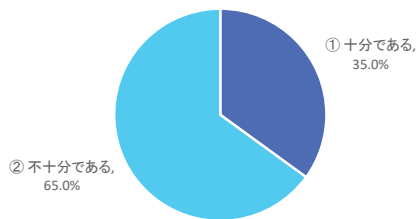


臨床研究支援のための設備等整備	回答病院数	比率
① 十分である	42	53.8%
② 不十分である	36	46.2%
総計	78	

- 「臨床研究申請システム」を運用しているが、効率的な活用について現在検討段階にあるため。
- EDC(Electronic Data Capture)システムや、電子カルテ情報 S S - M I X 規格によるデータ出力可能としビッグデータ利用を可能とするシステムの導入、研究遂行に係る学内諸手続きの電子化
- IT機器等の更新が追いついていない。
- Web研修等を受講する際に適切な部屋がなく事務作業を行っている傍らで受講するなど、環境整備ができていない。
- 画像・データ解析を自動化するシステムを導入し、研究時間の縮減を図る
- 各部門の居室が分散されており、連携が図りにくい場合がある。
- 機材は既に多数揃えているが、機材の更新については適宜補助金等を活用する必要がある。
- 研究支援のための人員を増やしたいが、実際に配置するスペースがない
- 研究支援金の不足。端末も不足している。
- 研究支援部門・倫理審査部門はあるが、臨床研究の管理部門・研究成果を生かす部門がない。
- 個々の研究によって、必要な設備が異なるため、各研究者の努力に委ねられているため。
- 再生医療等製品の研究開発や保険取扱いが進み、クリーンルームが不足している状況。また、生体試料のゲノム解析等を行う設備が不足かつ老朽化しており、また、機体管理を行うシステムも更新が必要な状況。この他、研究開発を推進するため、手術や検査等のシミュレーション施設・設備を整備したいが、予算及び施設(スペース)の問題から整備は難しい。
- 作業場所や資料の保管場所について、十分確保できていない部門がある。
- 設備等の老朽化が進んでおり、最新設備を導入することで効率化が期待できる。
- 電子カルテを研究利用する環境が十分でない
- 複数のデータを集約するためのサーバー等の確保、またその設備及びオペレーターのための居室などが確保できていない
- 利活用について、その管理体制が不十分であり、有効活用できていない。
- 倫理申請システムについて、指針改定、法令改正に伴う改修が必要。
- 臨床研究支援組織が院内の敷地面積の都合で別の駅にテナントを借りる形で設置されており、支援対象となる研究者と物理的な距離が発生しているため、院内への移転の必要である。また、研究支援を行う人員数についても、臨床研究中核病院に比して少なく、設備移転とともに人員拡充が必要となっている。
- 臨床研究申請システム(CT-Portal)の処理機能が不十分で、申請手続に時間を要している。

## 設備及びインフラ環境の整備(教育・研究に必要な居室)

教育・研究に必要な居室(カンファランス室、グループワーク用の部屋等)の整備(N=80 未回答2件除く)



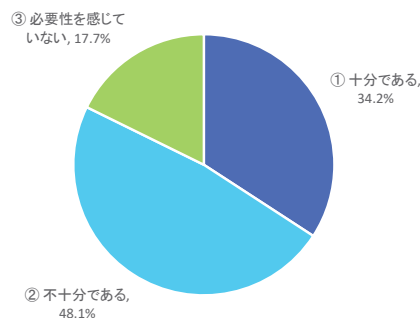
教育・研究に必要な居室の整備	回答病院数	比率
① 十分である	28	35.0%
② 不十分である	52	65.0%
総計	80	

- 共用試験OSCE、医療面接や身体診察等の実習を効率的に実施できる部屋が少ない。
- 教育・研究に求められている各部署からのスペースの要求には十分には応えられていない
- 教育の多様化に伴い、特任教員が増加し居室が不足の傾向にある。
- 教育研究にかかる場所の確保は、本学医学部においても不十分な状況であり、必要に応じて居室の整備等を近年実施している。
- 教育研究棟については十分な居室が整備されているが、臨床系講座については不十分である。
- 建築から50年が経ち、当時よりも医師・学生の人数が増えているため、部屋が不足している。
- 施設が狭隘なため、研究者に十分なスペースが与えられていない。
- 治験におけるモニタリング・監査等に対応する部屋が不足している。各医局においてカンファレンスやグループワーク用の部屋が足りていないと感じる。
- 十分な居室等を整備する予算がない。
- 新型コロナウイルス感染対策のため、広くて換気が十分に行える部屋が少ない
- 新型コロナの影響により部屋当たりの利用人数を絞っているため、全体の部屋数が不足している。
- 全体的には、スペースの問題が常にあり、十分な環境が確保できていないとは言えない。
- 全体的に手狭である。
- 病院における学生用居室、多機能講義室、OSCE試験室、グループワーク用居室、模擬手術室、模擬外来・病棟・病室、模擬処置室
- 病棟のカンファレンス室等も流用してなんとかしのいでいたが、COVID環境下でそれもできず事実上必要なカンファレンスの一部を廃止している。
- 部屋数、部屋の規模、予約制等制約があるため。

## 設備及びインフラ環境の整備(講義用資料作成のための施設)

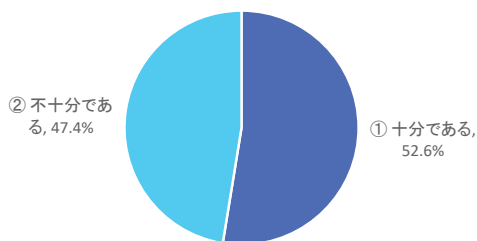
講義用資料作成のための施設(講義資料作成、スタジオ等)の整備  
(N=79 未回答3病院除く)

講義用資料作成のための施設の整備	回答病院数	比率
① 十分である	27	34.2%
② 不十分である	38	48.1%
③ 必要性を感じていない	14	17.7%
総計	79	



## 設備及びインフラ環境の整備(Wi-Fi等の通信環境)

Wi-Fi等の通信環境の整備  
(N=78 未回答4病院除く)

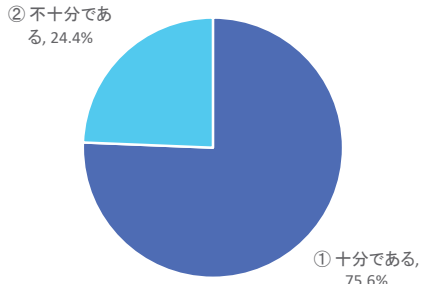


- 近年、タブレットやスマートフォン等の使用率が高いが、古い講義室では電波状況が十分とはいえない。また、不正利用防止のため、通信速度を制限していることもあり、学生からは改善してほしいという要望が多くみられる。
- 講義室等において複数の学生がWi-Fiに同時アクセスすると不具合が生じるなど、通信環境は不十分であり、講義等のスムーズな進行の妨げになっている。
- 授業および学生の自己学習のためのWi-Fiが不足
- 十分な通信環境を整備する予算がない。
- 場所により、内容により、ダウンロード・アクセス等に時間を要する
- 大学内は特に問題ないが、病院内での臨床実習中にWi-Fi環境が脆弱であり繋がりにくい。
- 遅い、切れるなどの不具合あり。Wi-Fiアクセスポイントの増強が必要。
- 通信環境が不安定な箇所がある。
- 通信速度が遅い
- 電波の管理などの専門的管理が可能な人員の不足による、通信環境の脆弱性などの課題がある
- 入学定員増を計画しており、全学生がWi-Fiに接続するには容量が不足している。
- 病棟にはwifiが配備されておらず、教育には堪えない環境である。
- 本学が公式に提供しているWi-Fiは、講義室をメインに設置されており、研究室等は各自で整備している。また、場所によっては電波状態が悪く、PHS等の通信が途切れることがある。
- 利用者数、接続機材数の増加により、すぐ、容量オーバーになってしまうため。

Wi-Fi等の通信環境の整備	回答病院数	比率
① 十分である	41	52.6%
② 不十分である	37	47.4%
総計	78	

# 設備及びインフラ環境の整備(電源環境)

電源環境の整備 (N=78 未回答4病院除く)

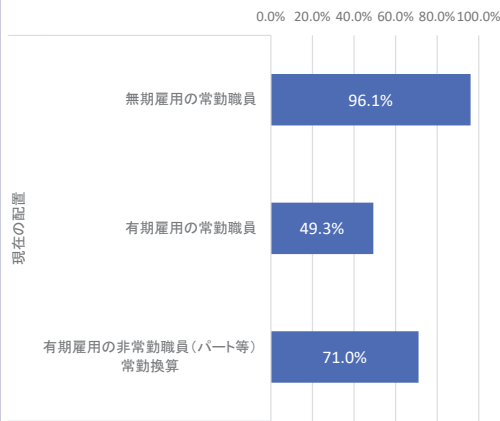


電源環境の整備	回答病院数	比率
① 十分である	59	75.6%
② 不十分である	19	24.4%
総計	78	

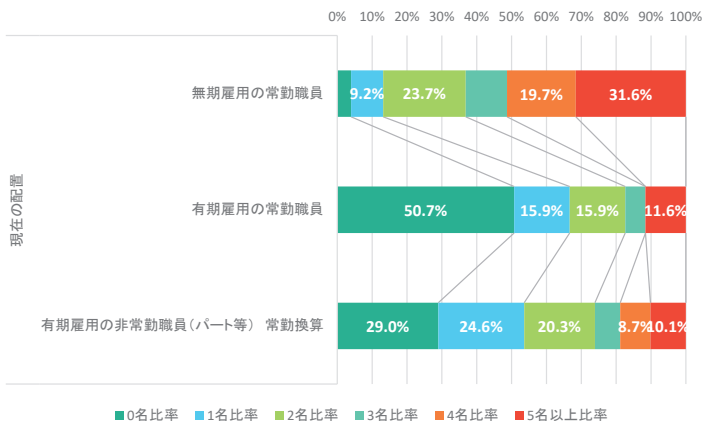
- RFIDによる勤怠管理システム整備のため、院内の各所に電源を設置する必要がある
- 一部の部屋では各席にコンセントを配置する改修を行なったが、殆どの講義室において学生全員に電源を提供できる環境ではない。
- 各教室で電源が十分ではなく、PCが対応できない。
- 学生2名に1台の設置になっていない教室がある
- 学生がモバイル端末に充電するための電源数が十分でない。
- 学生の実習ツールに対して電源が確保できていない。
- 学生個々の机に電源設備が備わっている講義室が1室しかない。
- 勤怠管理システムのレシーバー設置に際し、電源の数・場所が不十分であった。
- 現有の施設内を再編成しようとした場合、電力オーバーとなり、使用に制限が生じることがあるため。(台数が増加不可、配電構造が旧式で対応不可等)
- 講義・実習などで学生がタブレットなどの端末を使用する場合、電源が不足している。
- 使用するシミュレータによっては、電源環境が不足していると感じることがある。教育にかかる負担を減らすことを考えた場合、対面からオンラインやオンデマンド型授業への切り替えが予想されるが、教室で学生各々がPCに接続することを想定した設計になっていない。
- 十分な電源環境を整備する予算がない。
- 新しい講義室では机に電源が設置してあるが、古い講義室では講義室内に数か所しかない。増設は困難であり、改善の予定はない。
- 築年数が古く、当時よりも電源を必要とする機械器具が増えており、その都度、電源創設工事が必要となっている。
- 電源コンセントの絶対数が講義室等において不足している

# 働き方改革に伴い必要となる労働時間管理を行う人材数の現状

労働時間管理を行う人材の現状の1名以上配置病院率 (N=下記合計回答病院数参照)

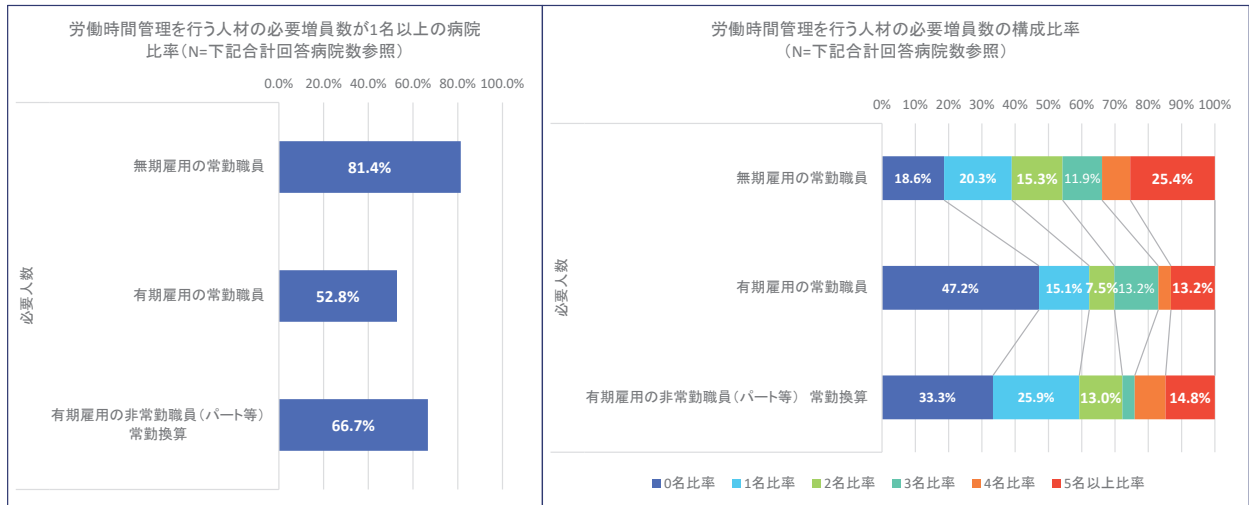


労働時間管理を行う人材の現状配置の構成比率 (N=下記合計回答病院数参照)



労働時間管理を行う人材の現状配置		0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上回答病院数	合計回答病院数	1名以上配置病院率	0名比率	1名比率	2名比率	3名比率	4名比率	5名以上比率	最小人数	最大人数	平均人数	中央値
現在の配置	無期雇用の常勤職員	3	7	18	9	15	24	73	76	96.1%	3.9%	9.2%	23.7%	11.8%	19.7%	31.6%	0	147	6.9	4
	有期雇用の常勤職員	35	11	11	4	0	8	34	69	49.3%	50.7%	15.9%	15.9%	5.8%	0.0%	11.6%	0	28	1.9	0
	有期雇用の非常勤職員(パート等) 常勤換算	20	17	14	5	6	7	49	69	71.0%	29.0%	24.6%	20.3%	7.2%	8.7%	10.1%	0	192	5.9	1.6

# 働き方改革に伴い必要となる労働時間管理を行う人材の必要増員数



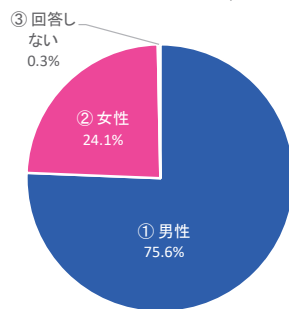
労働時間管理を行う人材の必要増員数		0名	1名	2名	3名	4名	5名以上	1名以上回答病院数	合計回答病院数	1名以上必要増員がいる病院率	0名比率	1名比率	2名比率	3名比率	4名比率	5名以上比率	最小人数	最大人数	平均人数	中央値
必要人数	無期雇用の常勤職員	11	12	9	7	5	15	48	59	81.4%	18.6%	20.3%	15.3%	11.9%	8.5%	25.4%	0	60	3.8	2
	有期雇用の常勤職員	25	8	4	7	2	7	28	53	52.8%	47.2%	15.1%	7.5%	13.2%	3.8%	13.2%	0	32	2.4	1
	有期雇用の非常勤職員(パート等) 常勤換算	18	14	7	2	5	8	36	54	66.7%	33.3%	25.9%	13.0%	3.7%	9.3%	14.8%	0	51	3.9	1



## 医師個人対象アンケート調査結果

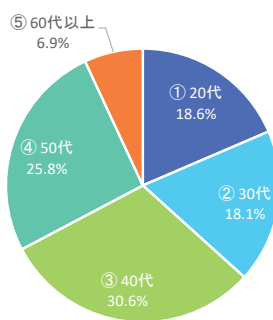
### 性別/年代/職位別の回答者の状況

回答者の性別 (N=981)



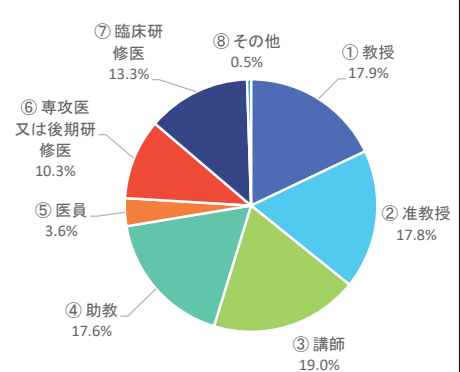
性別	回答数/人数	構成比率
① 男性	742	75.6%
② 女性	236	24.1%
③ 回答しない	3	0.3%
総計	981	

回答者の年代 (N=981)



年代	回答数/人数	構成比率
① 20代	182	18.6%
② 30代	178	18.1%
③ 40代	300	30.6%
④ 50代	253	25.8%
⑤ 60代以上	68	6.9%
総計	981	

回答者の職位 (N=981)

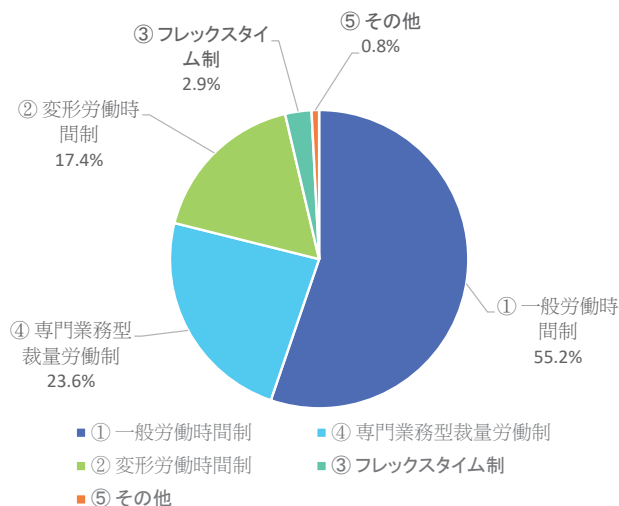


職位	回答数/人数	構成比率
① 教授	176	17.9%
② 准教授	175	17.8%
③ 講師	186	19.0%
④ 助教	173	17.6%
⑤ 医員	35	3.6%
⑥ 専攻医又は後期研修医	101	10.3%
⑦ 臨床研修医	130	13.3%
⑧ その他(自由記載)	5	0.5%
総計	981	

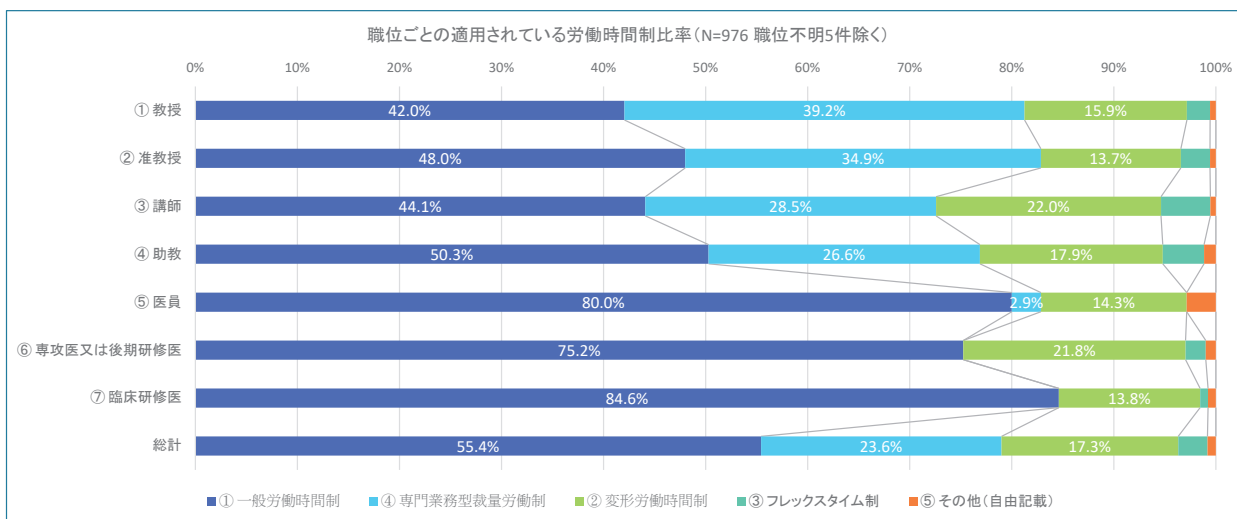
## 適用されている労働時間制

適用されている労働時間制	回答数/人数	構成比率
① 一般労働時間制	542	55.2%
④ 専門業務型裁量労働制	232	23.6%
② 変形労働時間制	171	17.4%
③ フレックスタイム制	28	2.9%
⑤ その他	8	0.8%
総計	981	

適用されている労働時間制(N=981)



## 適用されている労働時間制(職位別)

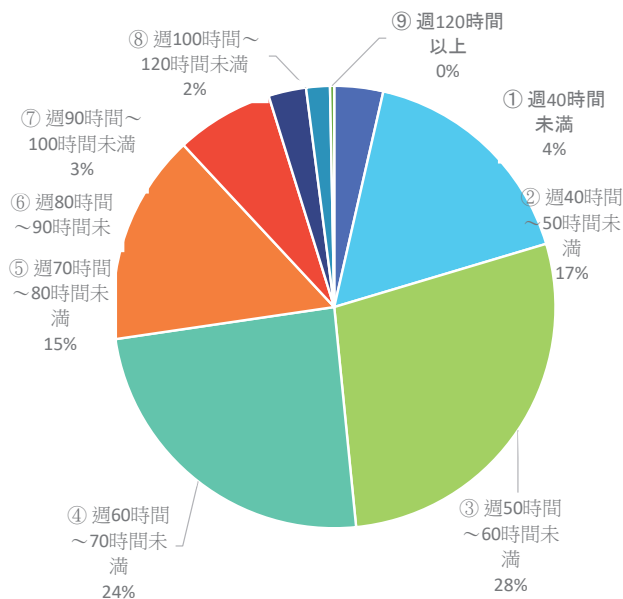


労働時間性×職位	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医 又は後期研 修医	⑦ 臨床研 修医	総計	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医 又は後期研 修医	⑦ 臨床研 修医	総計
① 一般労働時間制	74	84	82	87	28	76	110	541	42.0%	48.0%	44.1%	50.3%	80.0%	75.2%	84.6%	55.4%
④ 専門業務型裁量労働制	69	61	53	46	1	1	230	230	39.2%	34.9%	28.5%	26.6%	2.9%	0.0%	0.0%	23.6%
② 変形労働時間制	28	24	41	31	5	22	18	169	15.9%	13.7%	22.0%	17.9%	14.3%	21.8%	13.8%	17.3%
③ フレックスタイム制	4	5	9	7		2	1	28	2.3%	2.9%	4.8%	4.0%	0.0%	2.0%	0.8%	2.9%
⑤ その他(自由記載)	1	1	1	2	1	1	1	8	0.6%	0.6%	0.5%	1.2%	2.9%	1.0%	0.8%	0.8%
総計	176	175	186	173	35	101	130	976								

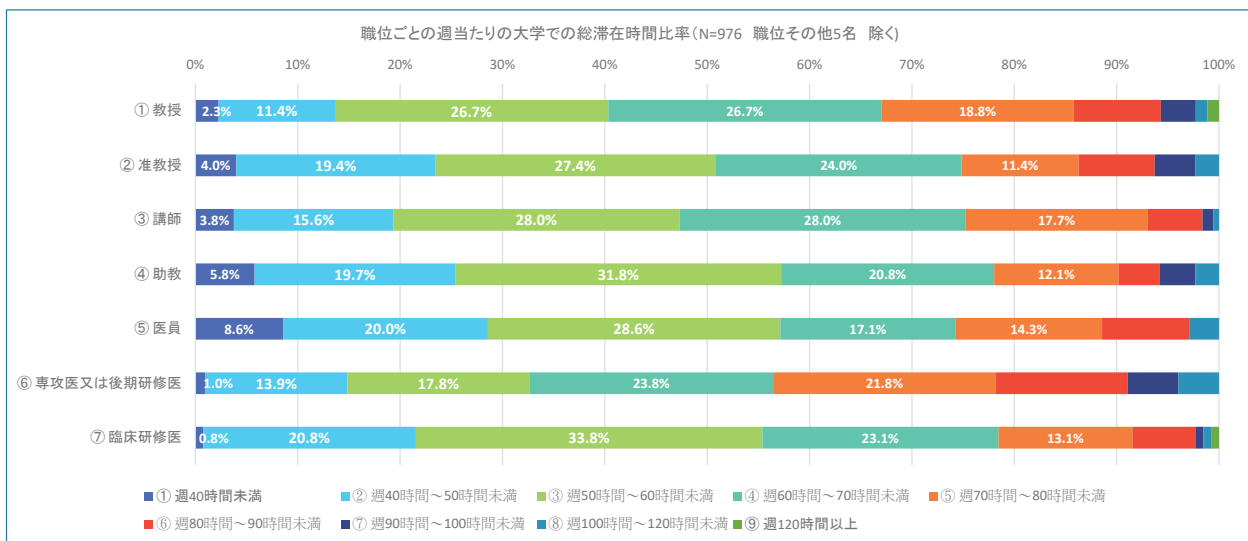
## 直近三か月の平均的な週総滞在時間

総滞在時間	回答医師数/人数	構成比率
① 週40時間未満	35	3.6%
② 週40時間～50時間未満	165	16.8%
③ 週50時間～60時間未満	275	28.0%
④ 週60時間～70時間未満	238	24.3%
⑤ 週70時間～80時間未満	151	15.4%
⑥ 週80時間～90時間未満	70	7.1%
⑦ 週90時間～100時間未満	27	2.8%
⑧ 週100時間～120時間未満	17	1.7%
⑨ 週120時間以上	3	0.3%
総計	981	

総滞在時間 回答人数の構成比率 (N=981)



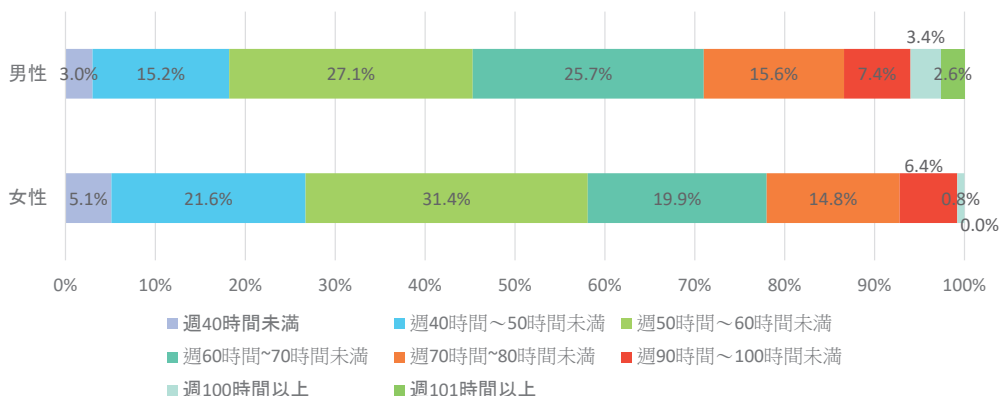
## 直近三か月の平均的な週総滞在時間(職位別)



総滞在時間 構成比率	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医又は後期研修医	⑦ 臨床研修医	総計
① 週40時間未満	2.3%	4.0%	3.8%	5.8%	8.6%	1.0%	0.8%	3.4%
② 週40時間～50時間未満	11.4%	19.4%	15.6%	19.7%	20.0%	13.9%	20.8%	16.9%
③ 週50時間～60時間未満	26.7%	27.4%	28.0%	31.8%	28.6%	17.8%	33.8%	28.1%
④ 週60時間～70時間未満	26.7%	24.0%	28.0%	20.8%	17.1%	23.8%	23.1%	24.3%
⑤ 週70時間～80時間未満	18.8%	11.4%	17.7%	12.1%	14.3%	21.8%	13.1%	15.5%
⑥ 週80時間～90時間未満	8.5%	7.4%	5.4%	4.0%	8.6%	12.9%	6.2%	7.1%
⑦ 週90時間～100時間未満	3.4%	4.0%	1.1%	3.5%	0.0%	5.0%	0.8%	2.8%
⑧ 週100時間～120時間未満	1.1%	2.3%	0.5%	2.3%	2.9%	4.0%	0.8%	1.7%
⑨ 週120時間以上	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.3%

## 直近三か月の平均的な週総滞在時間(性別)

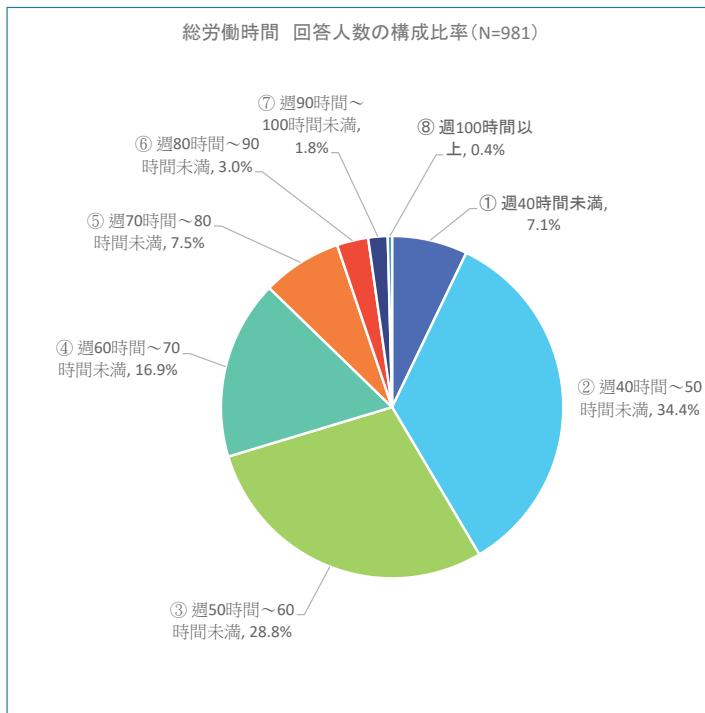
性別ごとの週あたり大学での総滞在時間比率(N=978 回答無し3を除く)



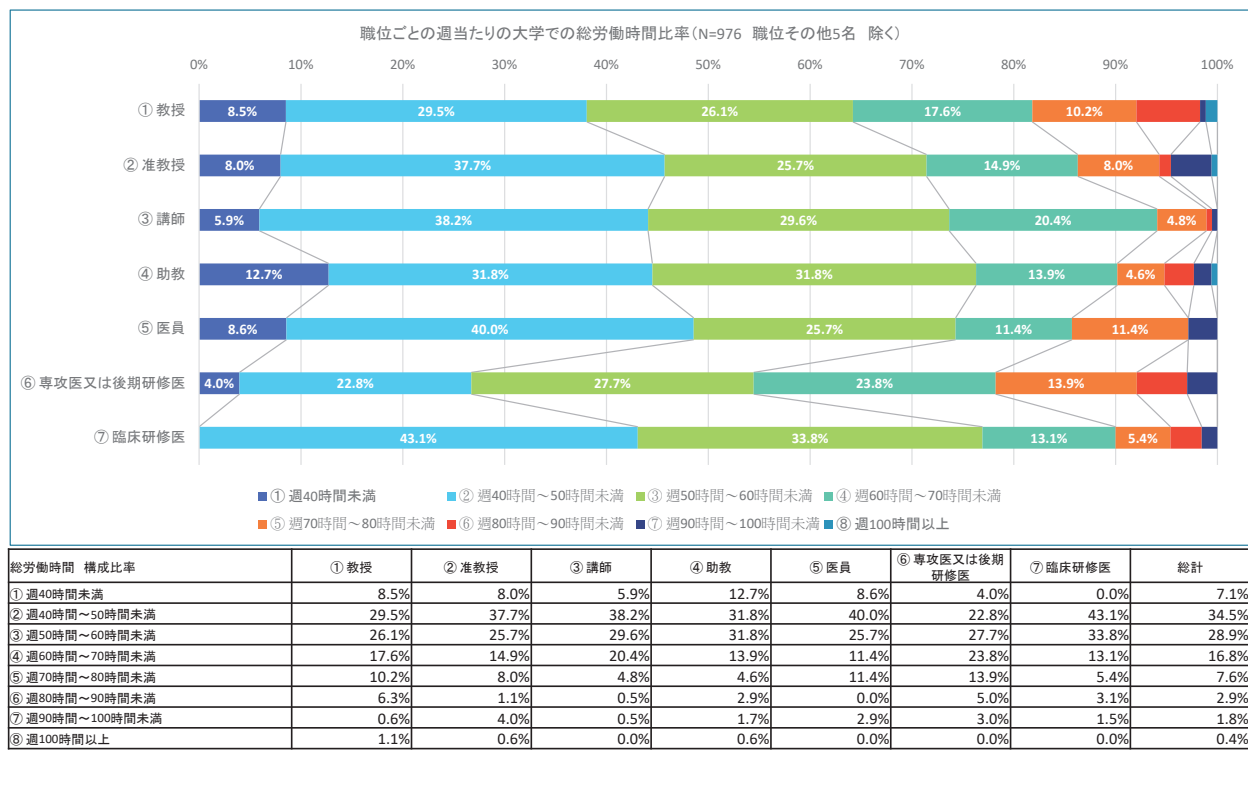
総滞在時間 回答人数	①男性	②女性	総計	総滞在時間 構成比率	①男性	②女性	総計
① 週40時間未満	22	12	34	① 週40時間未満	3.0%	5.1%	3.5%
② 週40時間～50時間未満	113	51	164	② 週40時間～50時間未満	15.2%	21.6%	16.8%
③ 週50時間～60時間未満	201	74	275	③ 週50時間～60時間未満	27.1%	31.4%	28.1%
④ 週60時間～70時間未満	191	47	238	④ 週60時間～70時間未満	25.7%	19.9%	24.3%
⑤ 週70時間～80時間未満	116	35	151	⑤ 週70時間～80時間未満	15.6%	14.8%	15.4%
⑥ 週80時間～90時間未満	55	15	70	⑥ 週80時間～90時間未満	7.4%	6.4%	7.2%
⑦ 週90時間～100時間未満	25	2	27	⑦ 週90時間～100時間未満	3.4%	0.8%	2.8%
⑧ 週100時間以上	19	0	16	⑧ 週100時間以上	2.6%	0.0%	2.6%
総計	742	236	978				

## 直近三か月の平均的な週総労働時間

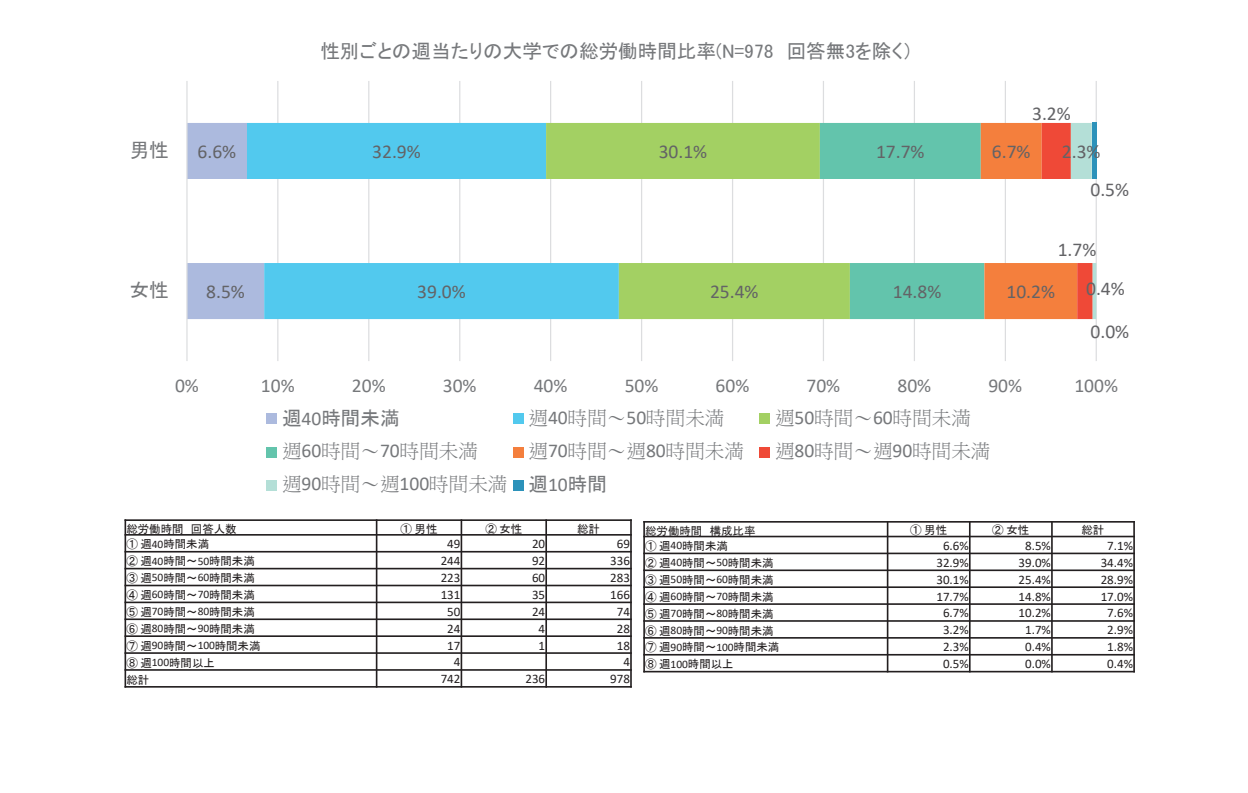
総労働時間	回答医師数/人数	構成比率
① 週40時間未満	70	7.1%
② 週40時間～50時間未満	337	34.4%
③ 週50時間～60時間未満	283	28.8%
④ 週60時間～70時間未満	166	16.9%
⑤ 週70時間～80時間未満	74	7.5%
⑥ 週80時間～90時間未満	29	3.0%
⑦ 週90時間～100時間未満	18	1.8%
⑧ 週100時間以上	4	0.4%
総計	981	



## 直近三か月の平均的な週総労働時間（職位別）



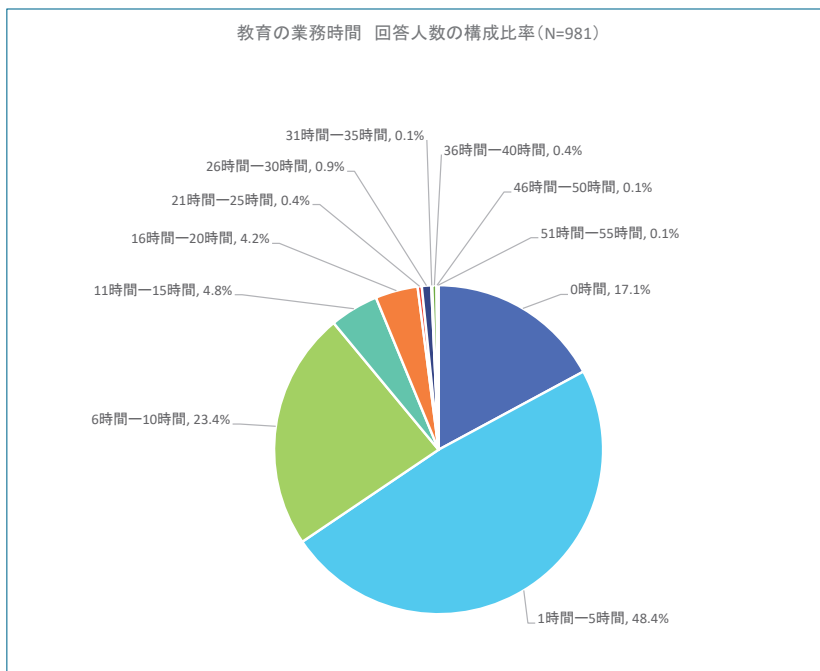
## 直近三か月の平均的な週総労働時間（性別）



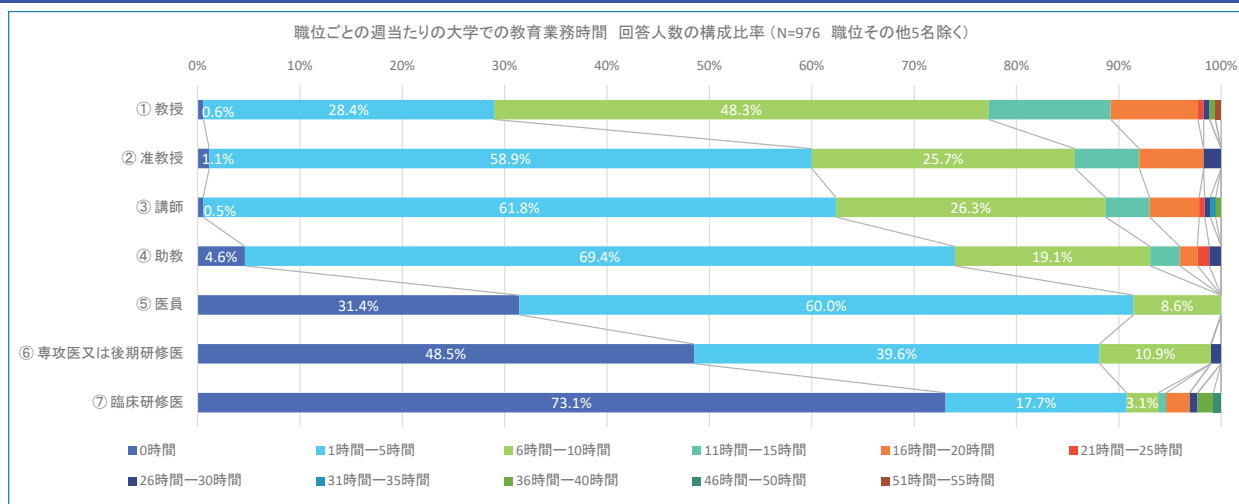
# 直近三か月の平均的な週当たり教育時間

※実数を下記セグメントに集約

週当たり教育時間	回答医師数/人数	構成比率
0時間	168	17.1%
1時間—5時間	475	48.4%
6時間—10時間	230	23.4%
11時間—15時間	47	4.8%
16時間—20時間	41	4.2%
21時間—25時間	4	0.4%
26時間—30時間	9	0.9%
31時間—35時間	1	0.1%
36時間—40時間	4	0.4%
46時間—50時間	1	0.1%
51時間—55時間	1	0.1%
総計	981	



# 直近三か月の平均的な週当たり教育時間（職位別）



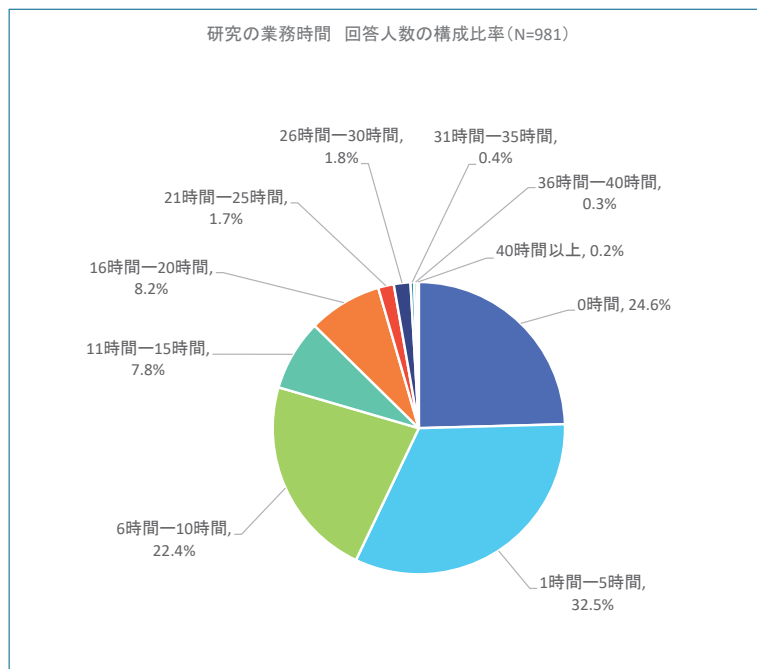
教育の時間数 回答医師数の構成比率	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医又は後期研修医	⑦ 臨床研修医	総計
0時間	0.6%	1.1%	0.5%	4.6%	31.4%	48.5%	73.1%	17.1%
1時間—5時間	28.4%	58.9%	61.8%	69.4%	60.0%	39.6%	17.7%	48.4%
6時間—10時間	48.3%	25.7%	26.3%	19.1%	8.6%	10.9%	3.1%	23.6%
11時間—15時間	11.9%	6.3%	4.3%	2.9%	0.0%	0.0%	0.8%	4.7%
16時間—20時間	8.5%	6.3%	4.8%	1.7%	0.0%	0.0%	2.3%	4.2%
21時間—25時間	0.6%	0.0%	0.5%	1.2%	0.0%	0.0%	0.0%	0.4%
26時間—30時間	0.6%	1.7%	0.5%	1.2%	0.0%	1.0%	0.8%	0.9%
31時間—35時間	0.0%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
36時間—40時間	0.6%	0.0%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	1.5%	0.4%
46時間—50時間	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.1%
51時間—55時間	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%



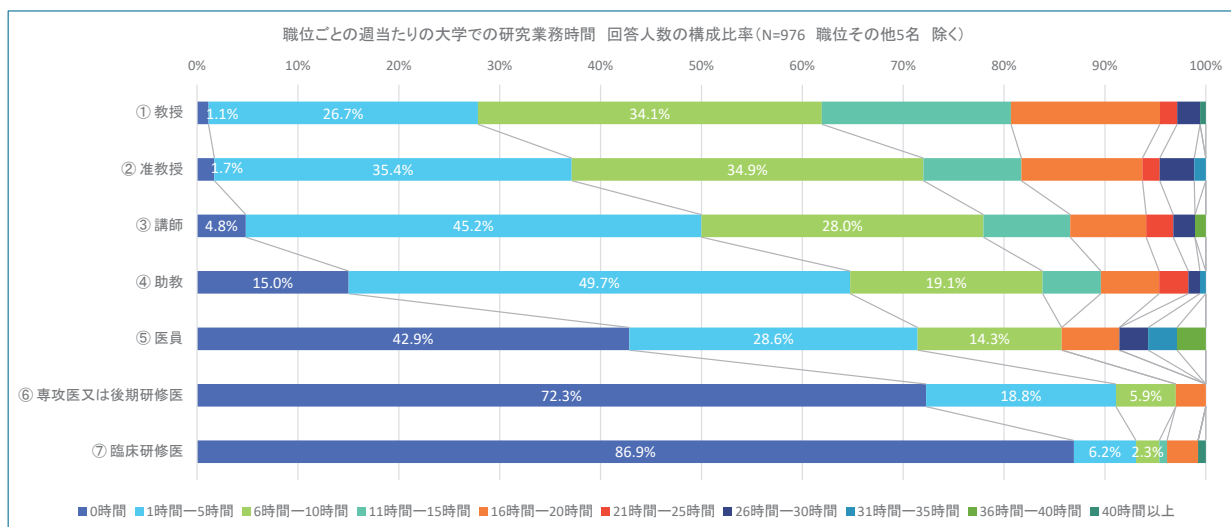
## 直近三か月の平均的な週当たり研究時間

※実数を下記セグメントに集約

研究の時間	回答医師数 / 人数	構成比率
0時間	241	24.6%
1時間—5時間	319	32.5%
6時間—10時間	220	22.4%
11時間—15時間	77	7.8%
16時間—20時間	80	8.2%
21時間—25時間	17	1.7%
26時間—30時間	18	1.8%
31時間—35時間	4	0.4%
36時間—40時間	3	0.3%
40時間以上	2	0.2%
総計	981	



## 直近三か月の平均的な週当たり研究時間（職位別）

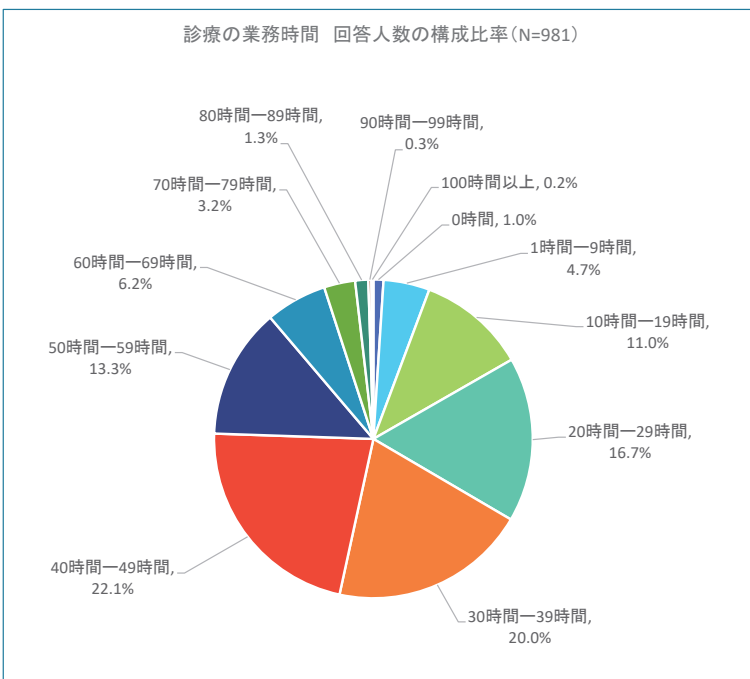


研究の時間	構成比率	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医又は後期研修医	⑦ 臨床研修医	総計
0時間		1.1%	1.7%	4.8%	15.0%	42.9%	72.3%	86.9%	24.7%
1時間—5時間		26.7%	35.4%	45.2%	49.7%	28.6%	18.8%	6.2%	32.4%
6時間—10時間		34.1%	34.9%	28.0%	19.1%	14.3%	5.9%	2.3%	22.5%
11時間—15時間		18.8%	9.7%	8.6%	5.8%	0.0%	0.0%	0.8%	7.9%
16時間—20時間		14.8%	12.0%	7.5%	5.8%	5.7%	3.0%	3.1%	8.2%
21時間—25時間		1.7%	1.7%	2.7%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
26時間—30時間		2.3%	3.4%	2.2%	1.2%	2.9%	0.0%	0.0%	1.7%
31時間—35時間		0.0%	1.1%	0.0%	0.6%	2.9%	0.0%	0.0%	0.4%
36時間—40時間		0.0%	0.0%	1.1%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	0.3%
40時間以上		0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.2%

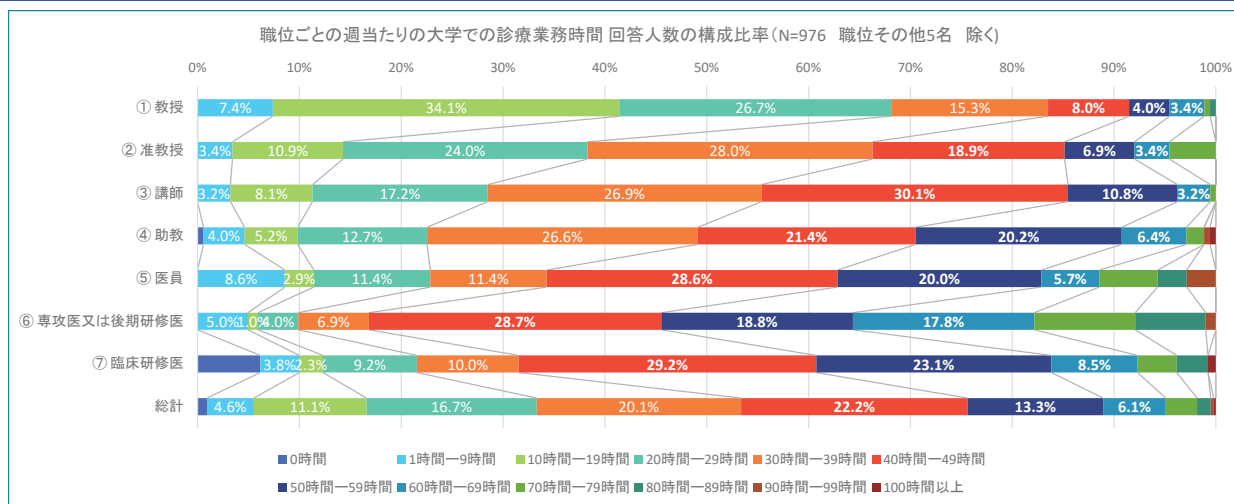
# 直近三か月の平均的な週当たり診療時間

※実数を下記セグメントに集約

診療の時間	回答医師数 / 人数	構成比率
0時間	10	1.0%
1時間—9時間	46	4.7%
10時間—19時間	108	11.0%
20時間—29時間	164	16.7%
30時間—39時間	196	20.0%
40時間—49時間	217	22.1%
50時間—59時間	130	13.3%
60時間—69時間	61	6.2%
70時間—79時間	31	3.2%
80時間—89時間	13	1.3%
90時間—99時間	3	0.3%
100時間以上	2	0.2%
合計	981	



# 直近三か月の平均的な週当たり診療時間（職位別）

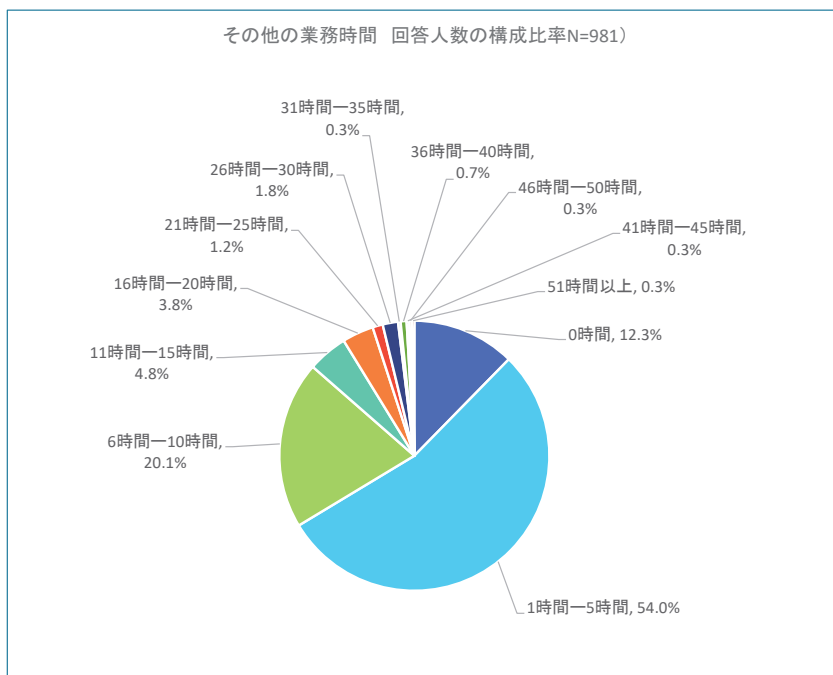


診療の時間 構成比率	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医又は後期研修医	⑦ 臨床研修医	総計
0時間	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	6.2%	0.9%
1時間—9時間	7.4%	3.4%	3.2%	4.0%	8.6%	5.0%	3.8%	4.6%
10時間—19時間	34.1%	10.9%	8.1%	5.2%	2.9%	1.0%	2.3%	11.1%
20時間—29時間	26.7%	24.0%	17.2%	12.7%	11.4%	4.0%	9.2%	16.7%
30時間—39時間	15.3%	28.0%	26.9%	21.4%	11.4%	6.9%	10.0%	20.1%
40時間—49時間	8.0%	18.9%	30.1%	21.4%	28.6%	18.8%	29.2%	22.2%
50時間—59時間	4.0%	6.9%	10.8%	20.2%	20.0%	18.8%	23.1%	13.3%
60時間—69時間	3.4%	3.4%	3.2%	6.4%	5.7%	17.8%	8.5%	6.1%
70時間—79時間	0.6%	4.6%	0.5%	1.7%	5.7%	9.9%	3.8%	3.1%
80時間—89時間	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	6.9%	3.1%	1.3%
90時間—99時間	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	2.9%	1.0%	0.0%	0.3%
100時間以上	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	0.0%	0.8%	0.2%

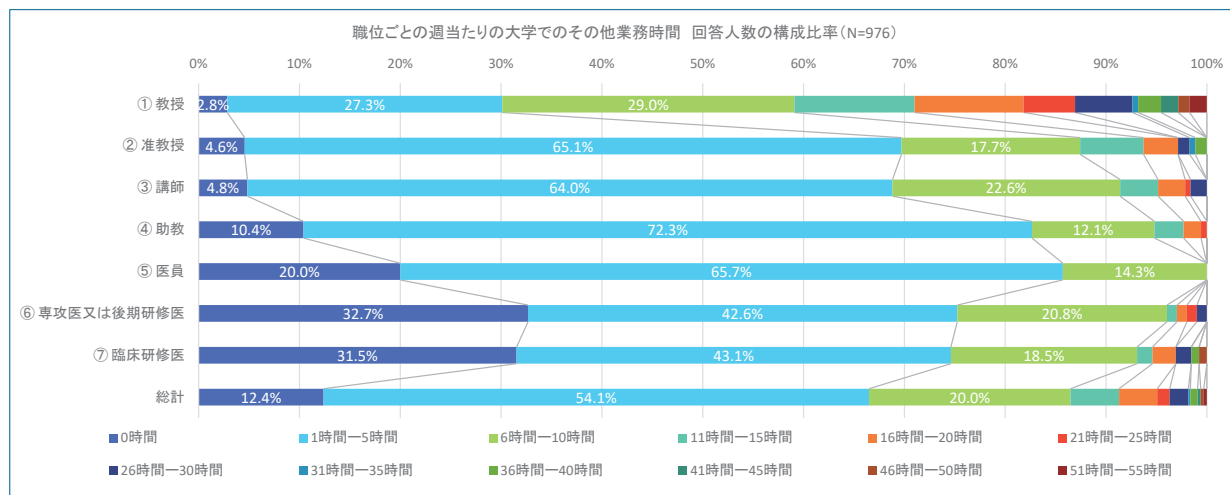
## 直近三か月の平均的な週当たりその他(会議等)時間

※実数を下記セグメントに集約

その他の業務時間	回答数/人数	構成比率
0時間	121	12.3%
1時間—5時間	530	54.0%
6時間—10時間	197	20.1%
11時間—15時間	47	4.8%
16時間—20時間	37	3.8%
21時間—25時間	12	1.2%
26時間—30時間	18	1.8%
31時間—35時間	3	0.3%
36時間—40時間	7	0.7%
41時間—45時間	3	0.3%
46時間—50時間	3	0.3%
51時間以上	3	0.3%
総計	981	

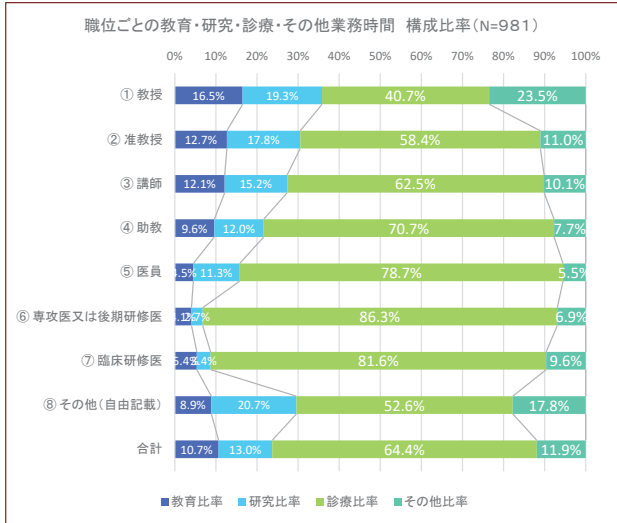
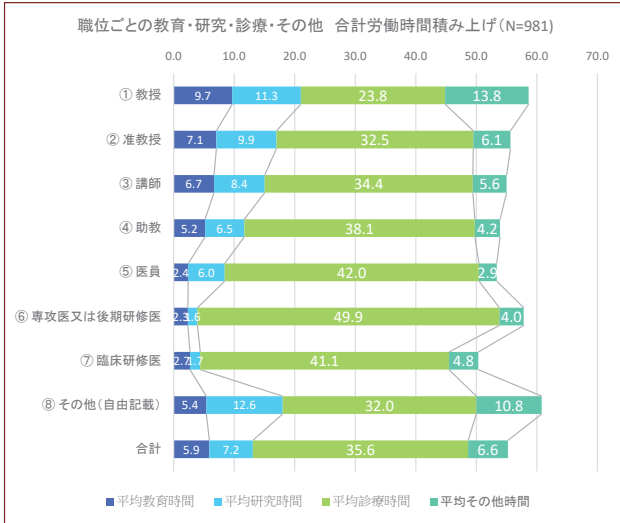


## 直近三か月の平均的な週当たりその他(会議等)時間(職位別)



その他の業務時間	回答人数の構成比率	①教授	②准教授	③講師	④助教	⑤医員	⑥専攻医又は後期研修医	⑦臨床研修医	総計
0時間		2.8%	4.6%	4.8%	10.4%	20.0%	32.7%	31.5%	12.4%
1時間—5時間		27.3%	65.1%	64.0%	72.3%	65.7%	42.6%	43.1%	54.1%
6時間—10時間		29.0%	17.7%	22.6%	12.1%	14.3%	20.8%	18.5%	20.0%
11時間—15時間		11.9%	6.3%	3.8%	2.9%	0.0%	1.0%	1.5%	4.8%
16時間—20時間		10.8%	3.4%	2.7%	1.7%	0.0%	1.0%	2.3%	3.8%
21時間—25時間		5.1%	0.0%	0.5%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%
26時間—30時間		5.7%	1.1%	1.6%	0.0%	0.0%	1.0%	1.5%	1.8%
31時間—35時間		0.6%	0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.2%
36時間—40時間		2.3%	1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.7%
41時間—45時間		1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%
46時間—50時間		1.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.8%	0.3%
51時間—55時間		1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.3%

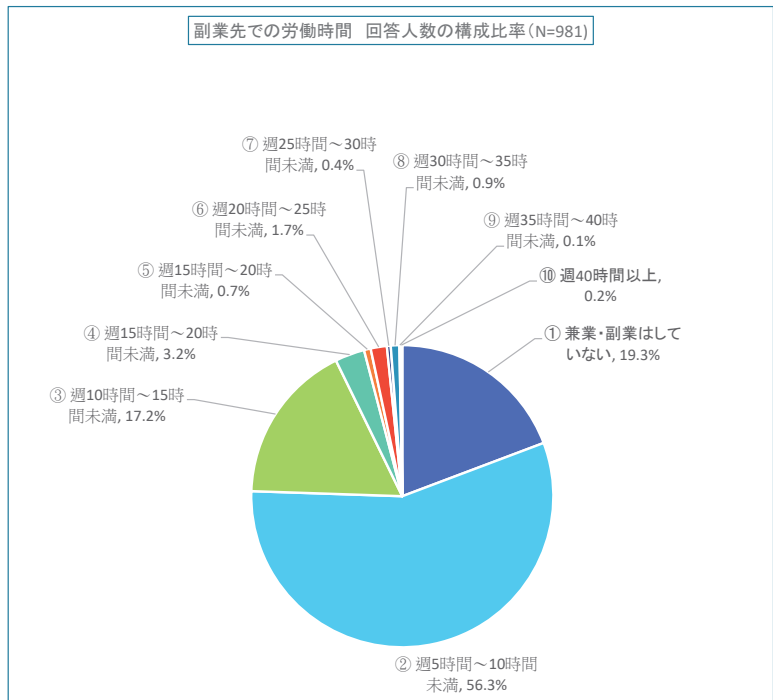
# 教育・研究・診療・その他の業務の週当たり平均労働時間と割合(職位別)



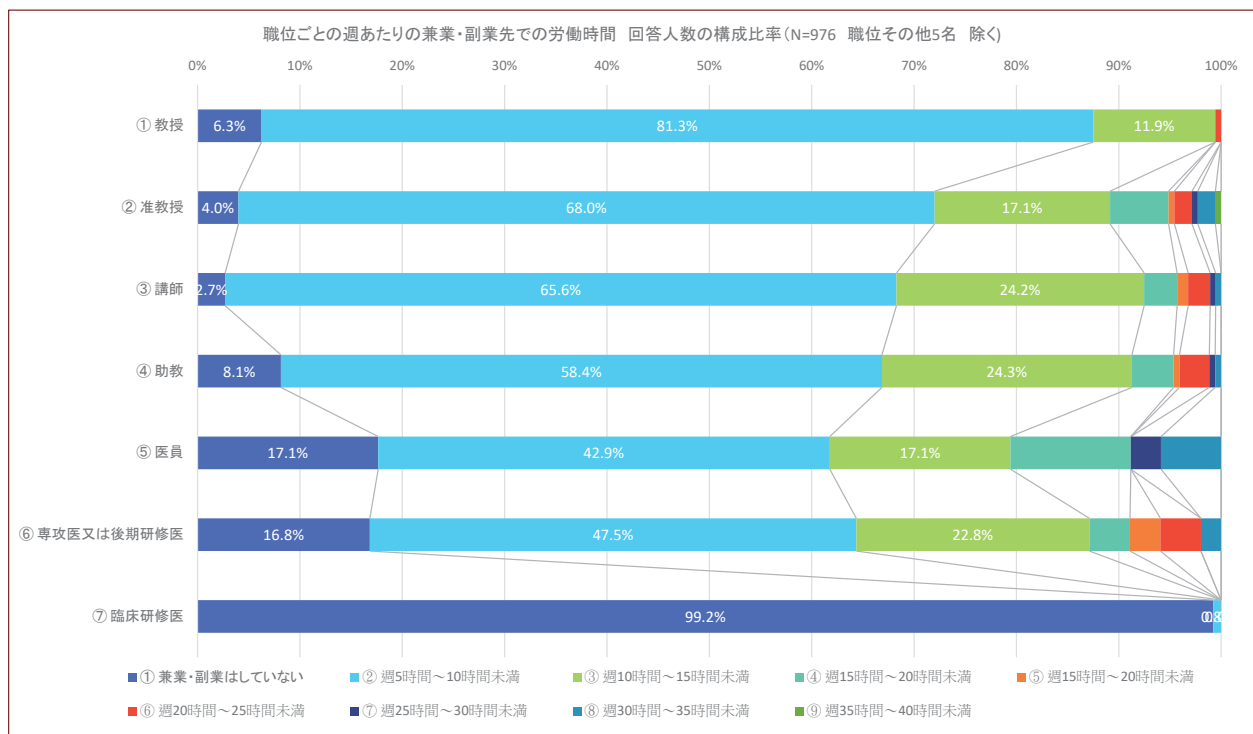
職位	人数	教育時間	研究時間	診療時間	その他時間	平均教育時間	平均研究時間	平均診療時間	平均その他時間	平均総労働時間	教育比率	研究比率	診療比率	その他比率
①教授	176	1703	1994	4197	2425	9.7	11.3	23.8	13.8	58.6	16.5%	19.3%	40.7%	23.5%
②准教授	175	1235	1738	5689	1076	7.1	9.9	32.5	6.1	55.6	12.7%	17.8%	58.4%	11.0%
③講師	186	1242	1555	6395	1038	6.7	8.4	34.4	5.6	55.0	12.1%	15.2%	62.5%	10.1%
④助教	173	898	1120	6590	719	5.2	6.5	38.1	4.2	53.9	9.6%	12.0%	70.7%	7.7%
⑤医員	35	84	211	1470	103	2.4	6.0	42.0	2.9	53.4	4.5%	11.3%	78.7%	5.5%
⑥専攻医又は後期研修医	101	237	159	5039	405	2.3	1.6	49.9	4.0	57.8	4.1%	2.7%	86.3%	6.9%
⑦臨床研修医	130	351	220	5342	630	2.7	1.7	41.1	4.8	50.3	5.4%	3.4%	81.6%	9.6%
⑧その他(自由記載)	5	27	63	160	54	5.4	12.6	32.0	10.8	60.8	8.9%	20.7%	52.6%	17.8%
合計	981	5777	7060	34882	6450	5.9	7.2	35.6	6.6	55.2	10.7%	13.0%	64.4%	11.9%

# 直近三か月の平均的な兼業・副業先での労働時間

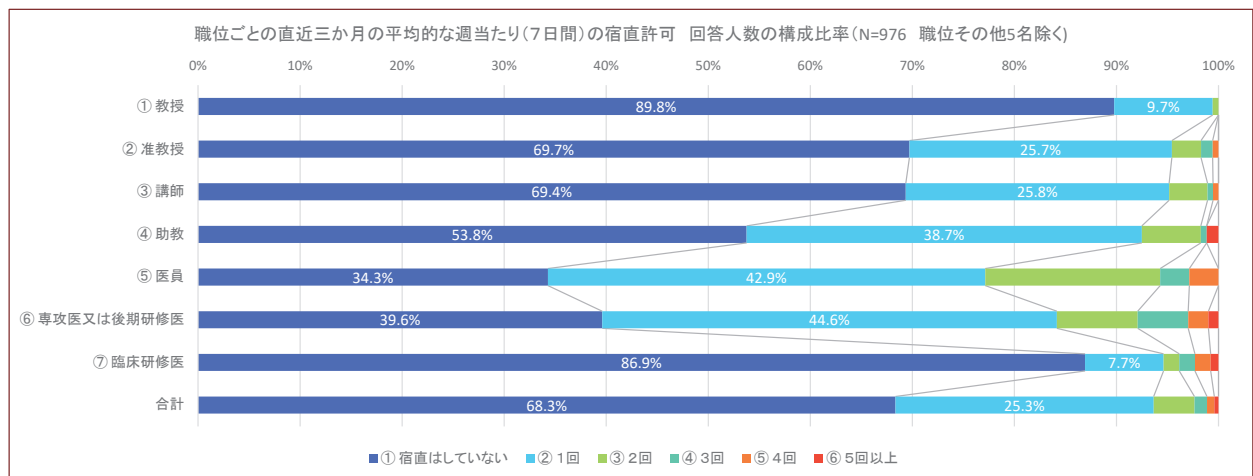
副業先での労働時間	回答人数	構成比率
① 兼業・副業はしていない	189	19.3%
② 週5時間～10時間未満	552	56.3%
③ 週10時間～15時間未満	169	17.2%
④ 週15時間～20時間未満	31	3.2%
⑤ 週15時間～20時間未満	7	0.7%
⑥ 週20時間～25時間未満	17	1.7%
⑦ 週25時間～30時間未満	4	0.4%
⑧ 週30時間～35時間未満	9	0.9%
⑨ 週35時間～40時間未満	1	0.1%
⑩ 週40時間以上	2	0.2%
総計	981	



## 直近三か月の兼業・副業先での週あたり労働時間（職位別）



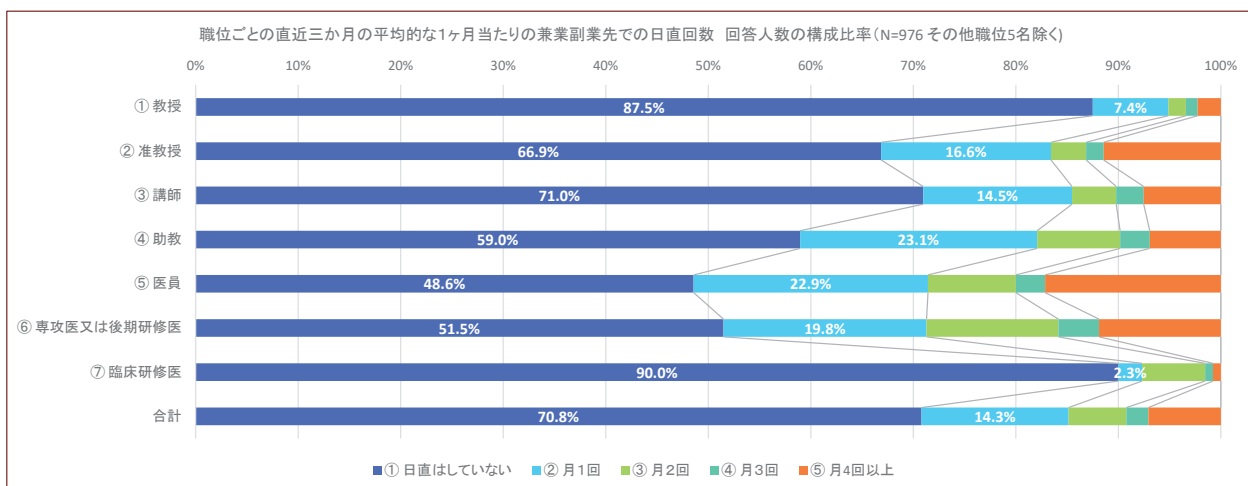
## 直近三か月の兼業・副業先医療機関での週あたり宿直回数（職位別）



宿直の回数 回答人数	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医 又は後期 研修医	⑦ 臨床研 修医	合計
① 宿直はしてい ない	158	122	129	93	12	40	113	667
② 1回	17	45	48	67	15	45	10	247
③ 2回	1	5	7	10	6	8	2	39
④ 3回		2	1	1	1	5	2	12
⑤ 4回		1	1		1	2	2	7
⑥ 5回以上				2		1	1	4
総計	176	175	186	173	35	101	130	976

宿直の回数 構成比率	① 教授	② 准教授	③ 講師	④ 助教	⑤ 医員	⑥ 専攻医 又は後期 研修医	⑦ 臨床研 修医	合計
① 宿直はしてい ない	89.8%	69.7%	69.4%	53.8%	34.3%	39.6%	86.9%	68.3%
② 1回	9.7%	25.7%	25.8%	38.7%	42.9%	44.6%	7.7%	25.3%
③ 2回	0.6%	2.9%	3.8%	5.8%	17.1%	7.9%	1.5%	4.0%
④ 3回	0.0%	1.1%	0.5%	0.6%	2.9%	5.0%	1.5%	1.2%
⑤ 4回	0.0%	0.6%	0.5%	0.0%	2.9%	2.0%	1.5%	0.7%
⑥ 5回以上	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	1.0%	0.8%	0.4%

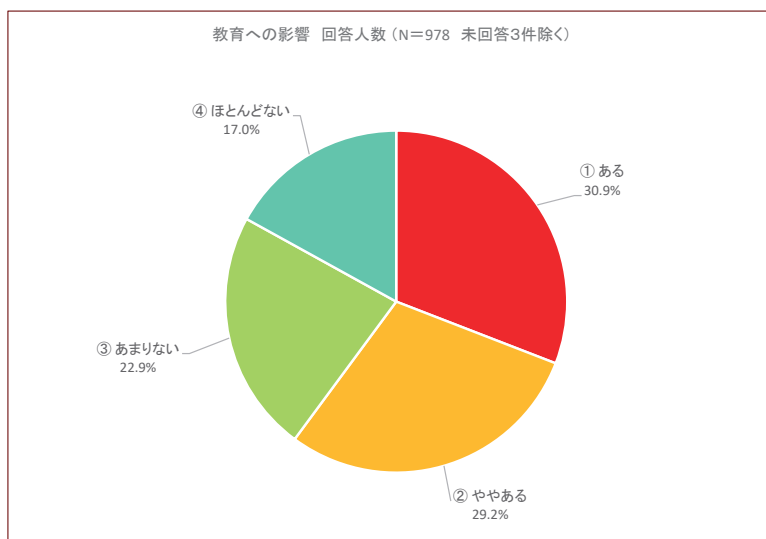
## 直近三か月の兼業・副業先医療機関での1ヶ月当たり日直回数(職位別)



日直の回数 回答人数	①教授	②准教授	③講師	④助教	⑤医員	⑥専攻医 又は後期研 修医	⑦臨床研 修医	合計	日直の回数 構成比率	①教授	②准教授	③講師	④助教	⑤医員	⑥専攻医 又は後期 研修医	⑦臨床研 修医	合計
①日直はして いない	154	117	132	102	17	52	117	691	①日直はして いない	87.5%	66.9%	71.0%	59.0%	48.6%	51.5%	90.0%	70.8%
②月1回	13	29	27	40	8	20	3	140	②月1回	7.4%	16.6%	14.5%	23.1%	22.9%	19.8%	2.3%	14.3%
③月2回	3	6	8	14	3	13	8	55	③月2回	1.7%	3.4%	4.3%	8.1%	8.6%	12.9%	6.2%	5.6%
④月3回	2	3	5	5	1	4	1	21	④月3回	1.1%	1.7%	2.7%	2.9%	2.9%	4.0%	0.8%	2.2%
⑤月4回以上	4	20	14	12	6	12	1	69	⑤月4回以上	2.3%	11.4%	7.5%	6.9%	17.1%	11.9%	0.8%	7.1%
総計	176	175	186	173	35	101	130	976	総計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

## 働き方改革による教育への影響

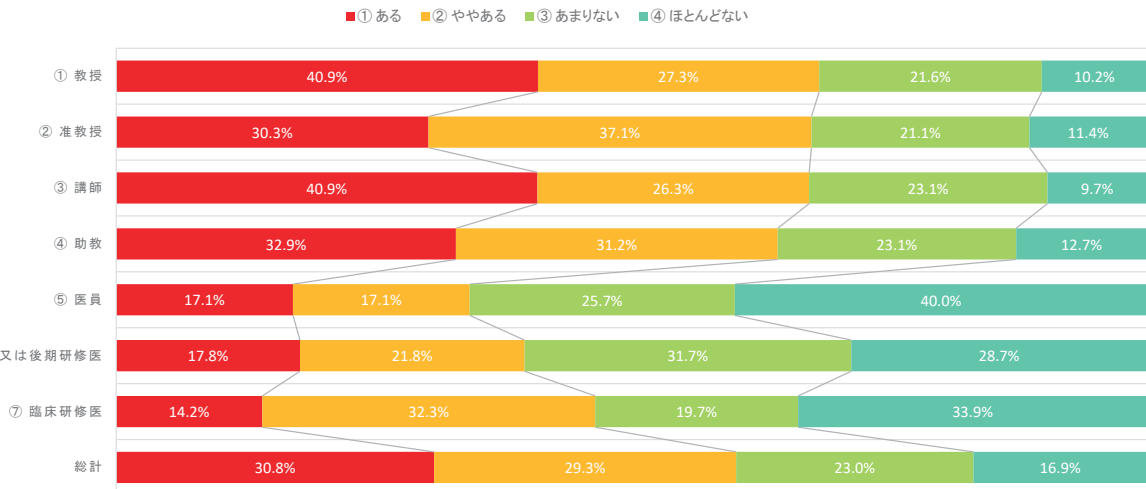
教育への影響	回答数/人数	構成比率
①ある	302	30.9%
②ややある	286	29.2%
③あまりない	224	22.9%
④ほとんどない	166	17.0%
総計	978	





## 働き方改革による教育への影響(職位別)

職位ごとの働き方改革による教育への影響 回答人数の構成比率(N=973 未回答3件/職位その他5件 除く)

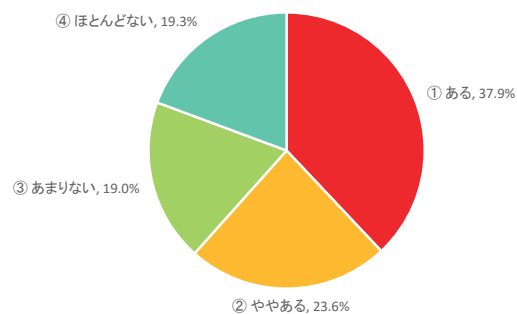


教育に影響はあるか	①ある 回答人数	②ややある 回答人数	③あまりない 回答人数	④ほとんどない 回答人数	総計 回答人数	①ある 構成比率	②ややある 構成比率	③あまりない 構成比率	④ほとんどない 構成比率
① 教授	72	48	38	18	176	40.9%	27.3%	21.6%	10.2%
② 准教授	53	65	37	20	175	30.3%	37.1%	21.1%	11.4%
③ 講師	76	49	43	18	186	40.9%	26.3%	23.1%	9.7%
④ 助教	57	54	40	22	173	32.9%	31.2%	23.1%	12.7%
⑤ 医員	6	6	9	14	35	17.1%	17.1%	25.7%	40.0%
⑥ 専攻医又は後期研修医	18	22	32	29	101	17.8%	21.8%	31.7%	28.7%
⑦ 臨床研修医	18	41	25	43	127	13.8%	31.5%	19.2%	33.1%
総計	300	285	224	164	973	30.7%	29.2%	23.0%	16.8%

## 働き方改革による研究への影響

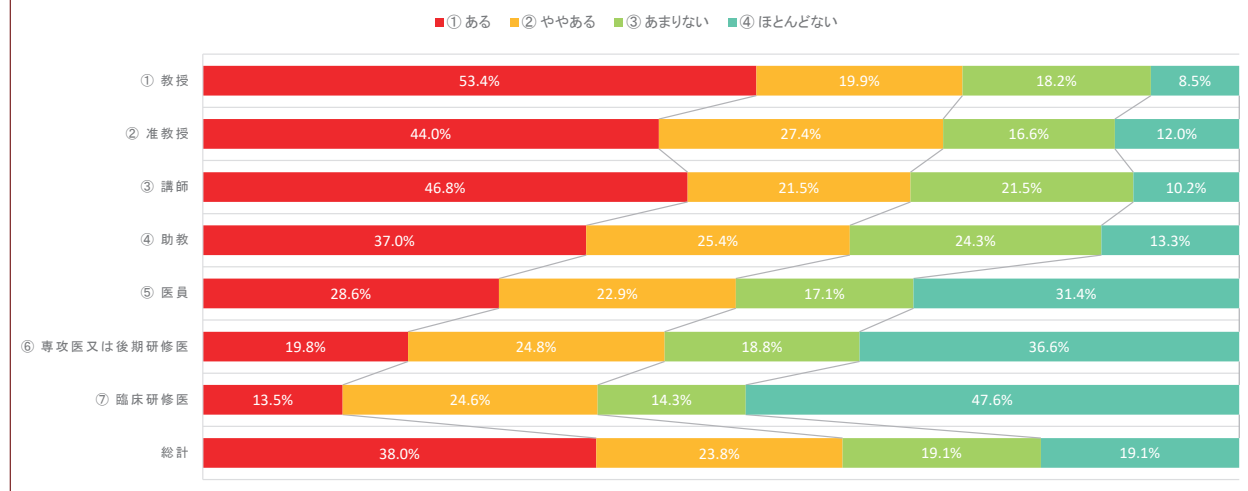
研究への影響	回答数/人数	構成比率
① ある	371	37.9%
② ややある	231	23.6%
③ あまりない	186	19.0%
④ ほとんどない	189	19.3%
総計	977	

研究への影響 回答人数(N=977 未回答4件除く)



## 働き方改革による研究への影響(職位別)

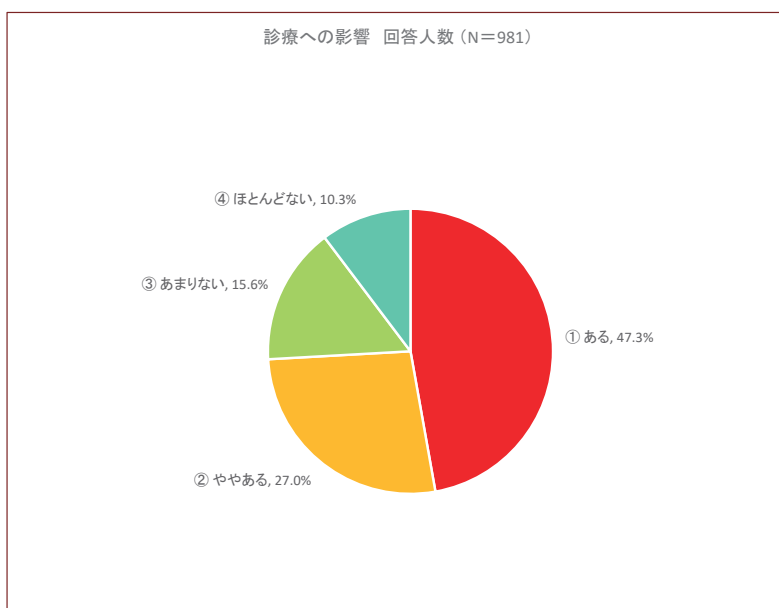
職位ごとの働き方改革による研究への影響 回答人数の構成比率 (N=972 未回答4件/職位その他5件除く)



	①ある 回答人数	②ややある 回答人数	③あまりない 回答人数	④ほとんどない 回答人数	総計 回答人数	①ある 構成比率	②ややある 構成比率	③あまりない 構成比率	④ほとんどない 構成比率
① 教授	94	35	32	15	176	53.4%	19.9%	18.2%	8.5%
② 准教授	77	48	29	21	175	44.0%	27.4%	16.6%	12.0%
③ 講師	87	40	40	19	186	46.8%	21.5%	21.5%	10.2%
④ 助教	64	44	42	23	173	37.0%	25.4%	24.3%	13.3%
⑤ 医員	10	8	6	11	35	28.6%	22.9%	17.1%	31.4%
⑥ 専攻医又は後期研修医	20	25	19	37	101	19.8%	24.8%	18.8%	36.6%
⑦ 臨床研修医	17	31	18	60	126	13.5%	24.6%	14.3%	47.6%
総計	369	231	186	186	972	38.0%	23.8%	19.1%	19.1%

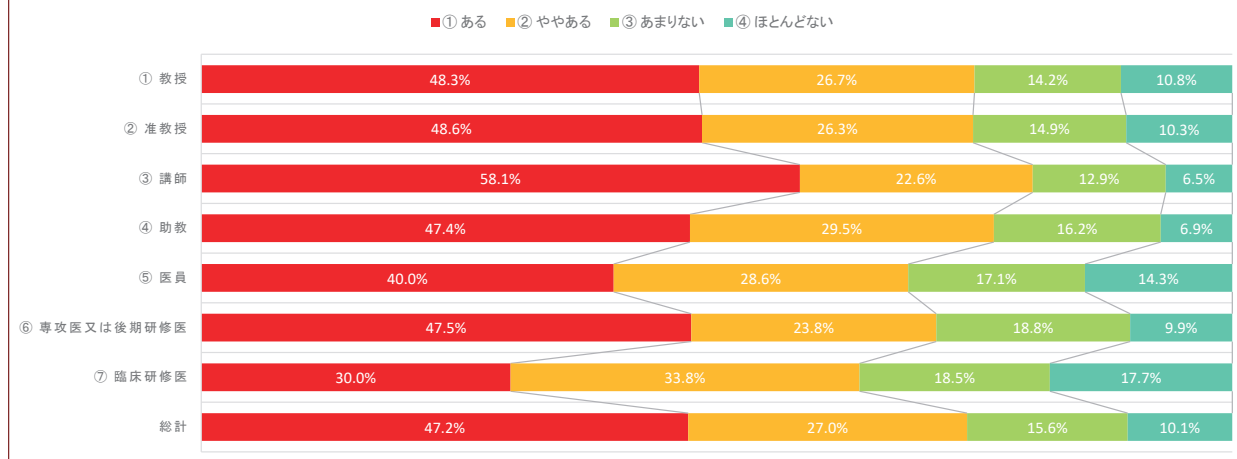
## 働き方改革による診療への影響

診療への影響	回答数/人数	構成比率
① ある	463	47.3%
② ややある	264	27.0%
③ あまりない	153	15.6%
④ ほとんどない	101	10.3%
総計	981	



## 働き方改革による診療への影響(職位別)

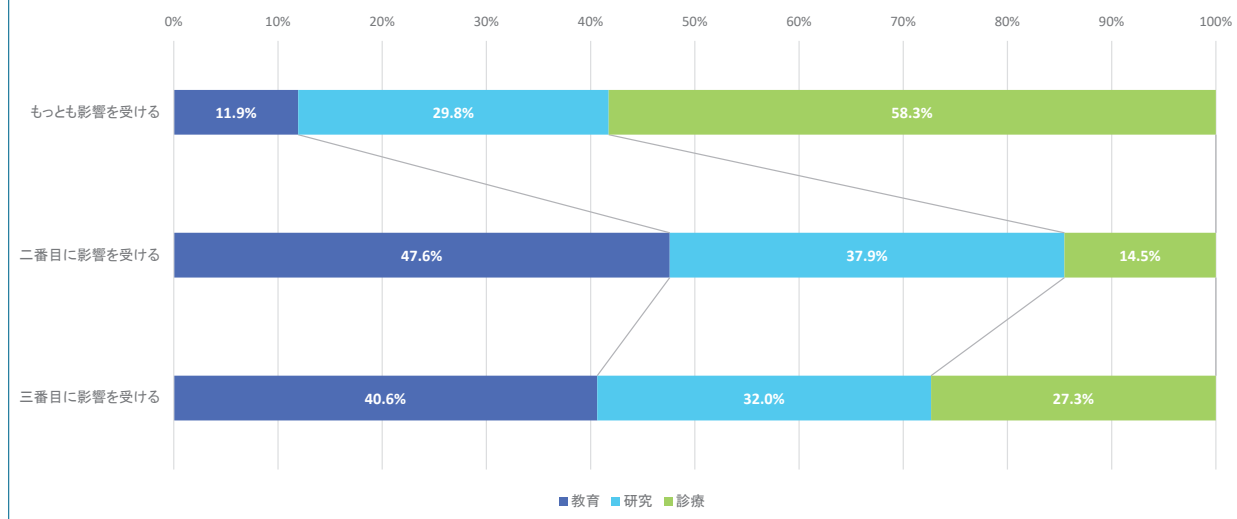
職位ごとの働き方改革による診療への影響 回答人数の構成比率 (N=976 職位その他5名除く)



診療に影響	①ある 回答人数	②ややある 回答人数	③あまりない 回答人数	④ほとんどない 回答人数	総計 回答人数	①ある 構成比率	②ややある 構成比率	③あまりない 構成比率	④ほとんどない 構成比率
① 教授	85	47	25	19	176	48.3%	26.7%	14.2%	10.8%
② 准教授	85	46	26	18	175	48.6%	26.3%	14.9%	10.3%
③ 講師	108	42	24	12	186	58.1%	22.6%	12.9%	6.5%
④ 助教	82	51	28	12	173	47.4%	29.5%	16.2%	6.9%
⑤ 医員	14	10	6	5	35	40.0%	28.6%	17.1%	14.3%
⑥ 専攻医又は後期研修医	48	24	19	10	101	47.5%	23.8%	18.8%	9.9%
⑦ 臨床研修医	39	44	24	23	130	30.0%	33.8%	18.5%	17.7%
総計	461	264	152	99	976	47.2%	27.0%	15.6%	10.1%

## 働き方改革で影響を受けると考えられる業務の順位

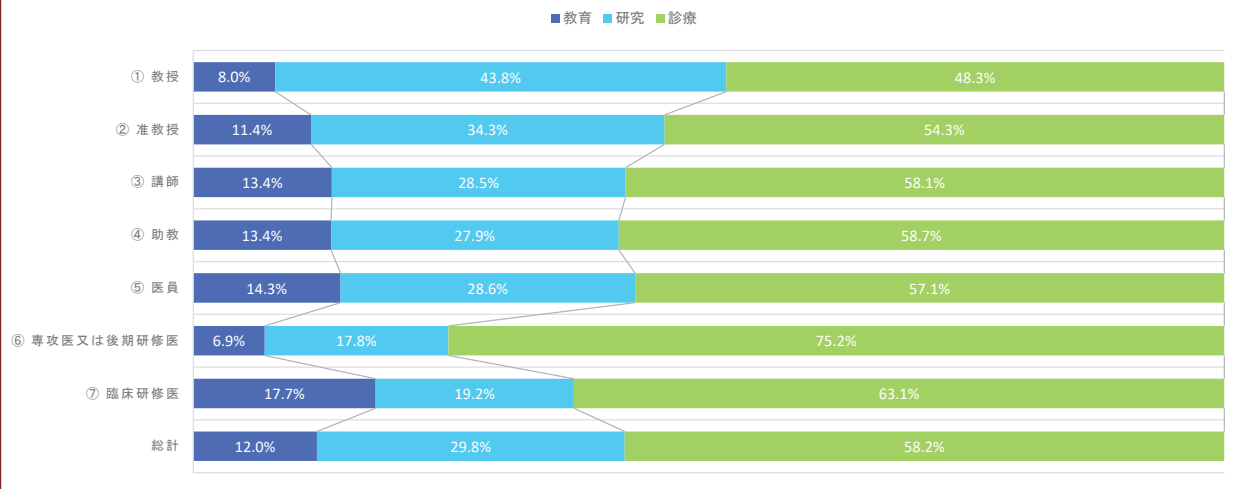
影響を受ける診療科 回答人数の構成比率 (N=977 N=980未回答除く)



影響を受ける診療科	もっとも影響を受ける／人数	二番目に影響を受ける／人数	三番目に影響を受ける／人数	もっとも影響を受ける／%	二番目に影響を受ける／%	三番目に影響を受ける／%
教育	117	465	397	11.9%	47.6%	40.6%
研究	292	370	313	29.8%	37.9%	32.0%
診療	571	142	267	58.3%	14.5%	27.3%
総計	980	977	977			

## 働き方改革でもっとも影響を受けると考えられる業務の順位(職位別)

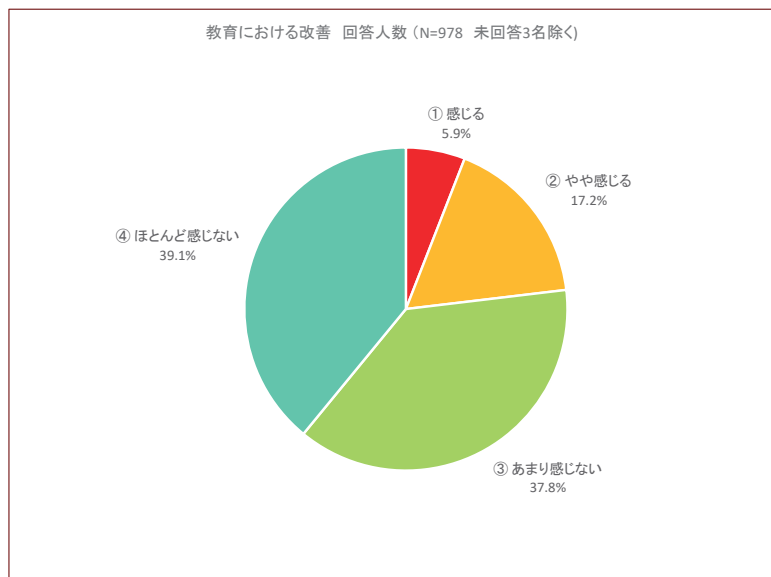
職位ごとのもっとも影響を受ける業務 回答人数の回答割合 (N=975 未回答1名/職位その他5名除く)



もっとも影響を受ける業務	教育 回答人数	研究 回答人数	診療 回答人数	総計 回答人数	教育 構成比率	研究 構成比率	診療 構成比率
① 教授	14	77	85	176	8.0%	43.8%	48.3%
② 准教授	20	60	95	175	11.4%	34.3%	54.3%
③ 講師	25	53	108	186	13.4%	28.5%	58.1%
④ 助教	23	48	101	172	13.4%	27.9%	58.7%
⑤ 医員	5	10	20	35	14.3%	28.6%	57.1%
⑥ 専攻医又は後期研修医	7	18	76	101	6.9%	17.8%	75.2%
⑦ 臨床研修医	23	25	82	130	17.7%	19.2%	63.1%
総計	117	291	567	975	12.0%	29.8%	58.2%

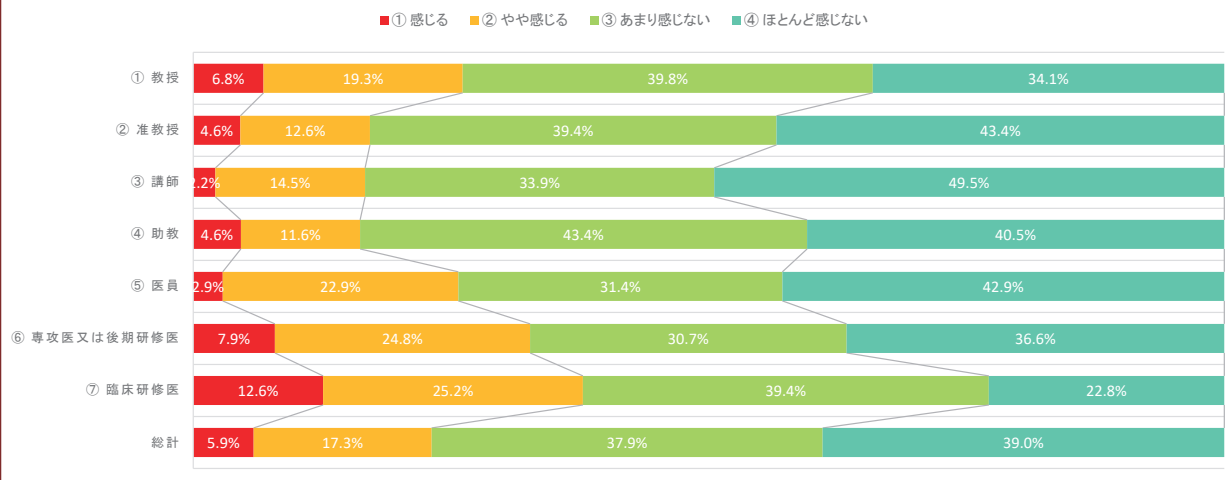
## 教育における改善状況の認識

教育における改善	回答数/人数	構成比率
① 感じる	58	5.9%
② やや感じる	168	17.2%
③ あまり感じない	370	37.8%
④ ほとんど感じない	382	39.1%
総計	978	



## 教育における改善状況の認識(職位別)

職位ごとの教育における改善 回答人数の構成比率 (N=973 未回答3名 職位その他5名 除く)

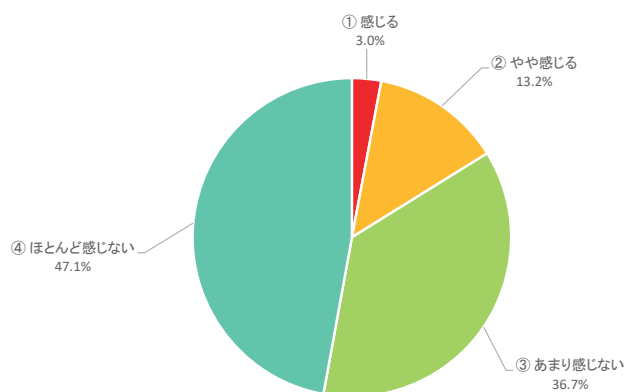


教育の改善	① 感じる 回答人数	② やや感じる 回答人数	③ あまり感じない 回答人数	④ ほとんど感じない 回答人数	総計 回答人数	① 感じる 構成比率	② やや感じる 構成比率	③ あまり感じない 構成比率	④ ほとんど感じない 構成比率
① 教授	12	34	70	60	176	6.8%	19.3%	39.8%	34.1%
② 准教授	8	22	69	76	175	4.6%	12.6%	39.4%	43.4%
③ 講師	4	27	63	92	186	2.2%	14.5%	33.9%	49.5%
④ 助教	8	20	75	70	173	4.6%	11.6%	43.4%	40.5%
⑤ 医員	1	8	11	15	35	2.9%	22.9%	31.4%	42.9%
⑥ 専攻医又は後期研修医	8	25	31	37	101	7.9%	24.8%	30.7%	36.6%
⑦ 臨床研修医	16	32	50	29	127	12.6%	25.2%	39.4%	22.8%
総計	57	168	369	379	973	5.9%	17.3%	37.9%	39.0%

## 研究における改善状況の認識

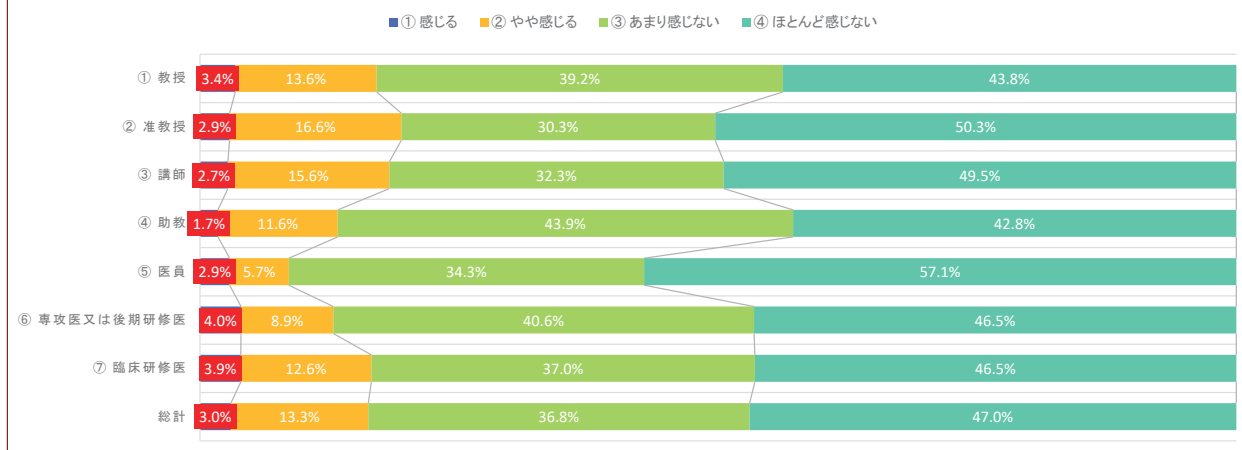
研究における改善	回答数/人数	構成比率
① 感じる	29	3.0%
② やや感じる	129	13.2%
③ あまり感じない	359	36.7%
④ ほとんど感じない	461	47.1%
総計	978	

研究における改善 回答人数 (N=978 未回答3名除く)



## 研究における改善状況の認識(職位別)

職位ごとの研究における改善 回答人数の構成比率 (N=973 未回答3名 職位その他5名 除く)

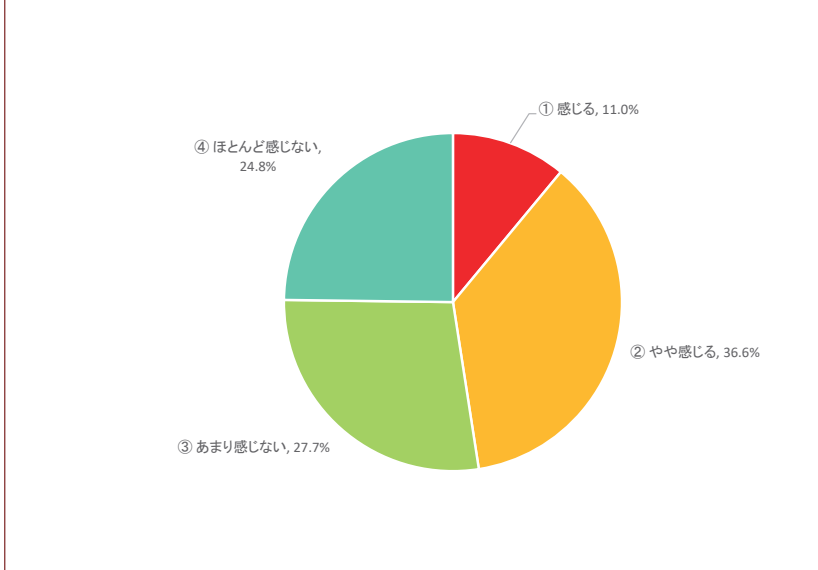


	①感じる 回答人数	②やや感じる 回答人数	③あまり感じない 回答人数	④ほとんど感じない 回答人数	総計 回答人数	①感じる 構成比率	②やや感じる 構成比率	③あまり感じない 構成比率	④ほとんど感じない 構成比率
① 教授	6	24	69	77	176	3.4%	13.6%	39.2%	43.8%
② 准教授	5	29	53	88	175	2.9%	16.6%	30.3%	50.3%
③ 講師	5	29	60	92	186	2.7%	15.6%	32.3%	49.5%
④ 助教	3	20	76	74	173	1.7%	11.6%	43.9%	42.8%
⑤ 医員	1	2	12	20	35	2.9%	5.7%	34.3%	57.1%
⑥ 専攻医又は 後期研修医	4	9	41	47	101	4.0%	8.9%	40.6%	46.5%
⑦ 臨床研修医	5	16	47	59	127	3.9%	12.6%	37.0%	46.5%
総計	29	129	358	457	973	3.0%	13.3%	36.8%	47.0%

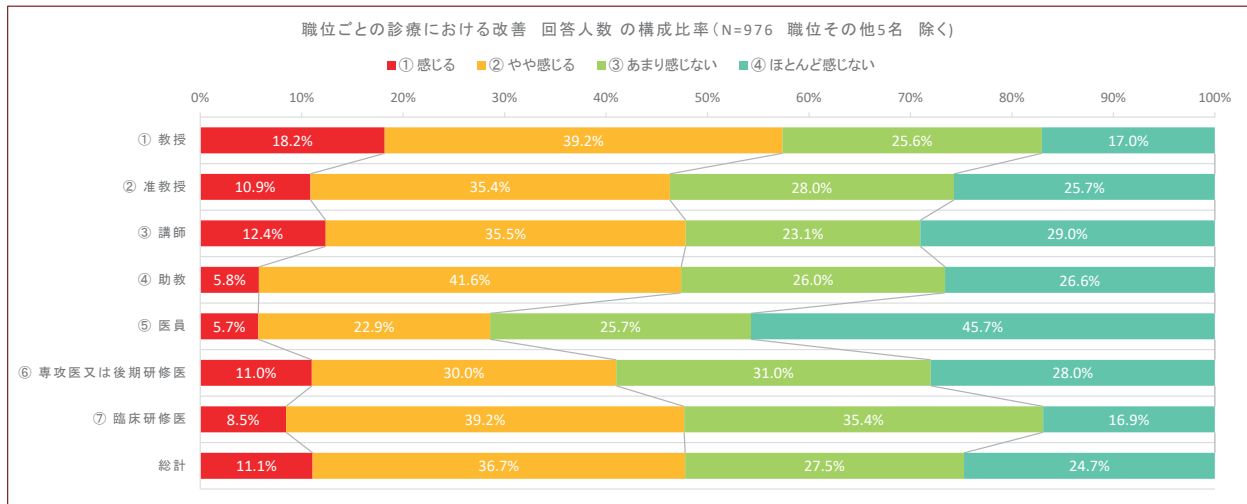
## 診療における改善状況の認識

診療における改善	回答数/人数	構成比率
① 感じる	108	11.0%
② やや感じる	358	36.6%
③ あまり感じない	271	27.7%
④ ほとんど感じない	243	24.8%
総計	980	

診療における改善 回答人数の構成比率 (N=980 未回答1名 除く)

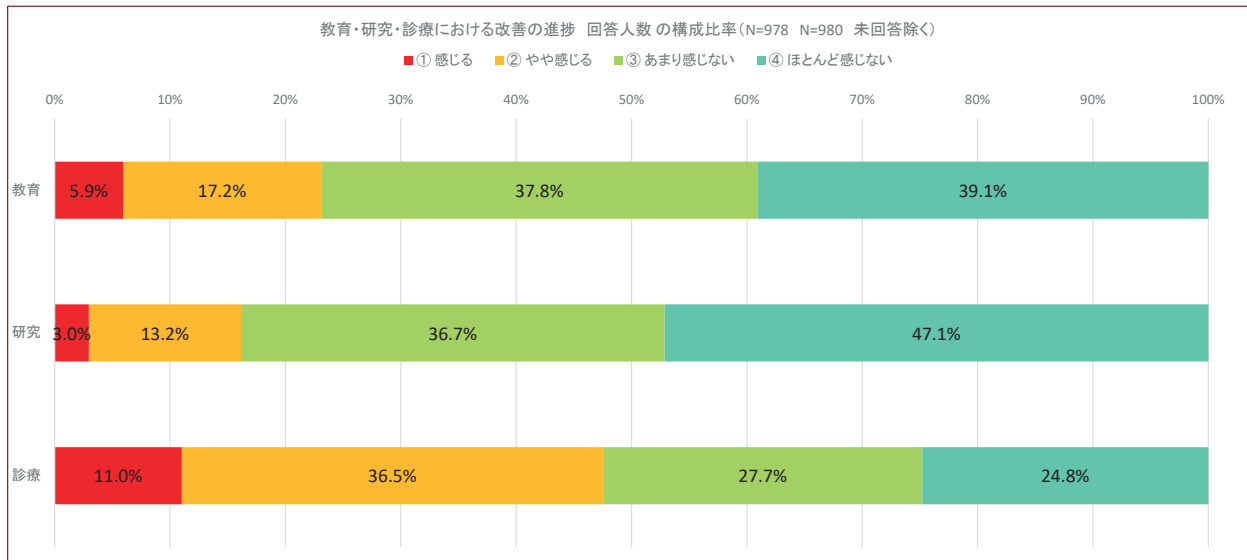


## 診療における改善状況の認識(職位別)



職位	① 感じる 回答人数	② やや感じる 回答人数	③ あまり感じない 回答人数	④ ほとんど感じない 回答人数	総計 回答人数	① 感じる 構成比率	② やや感じる 構成比率	③ あまり感じない 構成比率	④ ほとんど感じない 構成比率
① 教授	32	69	45	30	176	18.2%	39.2%	25.6%	17.0%
② 准教授	19	62	49	45	175	10.9%	35.4%	28.0%	25.7%
③ 講師	23	66	43	54	186	12.4%	35.5%	23.1%	29.0%
④ 助教	10	72	45	46	173	5.8%	41.6%	26.0%	26.6%
⑤ 医員	2	8	9	16	35	5.7%	22.9%	25.7%	45.7%
⑥ 専攻医又は後期研修医	11	30	31	28	100	11.0%	30.0%	31.0%	28.0%
⑦ 臨床研修医	11	51	46	22	130	8.5%	39.2%	35.4%	16.9%
総計	108	358	268	241	975	11.1%	36.7%	27.5%	24.7%

## 教育・研究・診療における改善状況認識(サマリー)

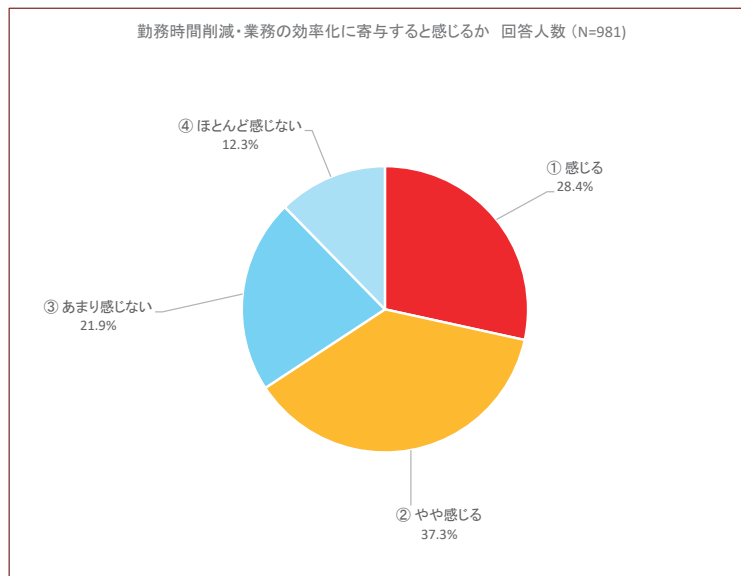


大学業務の改善進捗	教育 回答人数	研究 回答人数	診療 回答人数	教育 構成比率	研究 構成比率	診療 構成比率
① 感じる	58	29	108	5.9%	3.0%	11.0%
② やや感じる	168	129	358	17.2%	13.2%	36.5%
③ あまり感じない	370	359	271	37.8%	36.7%	27.7%
④ ほとんど感じない	382	461	243	39.1%	47.1%	24.8%
合計	978	978	980			

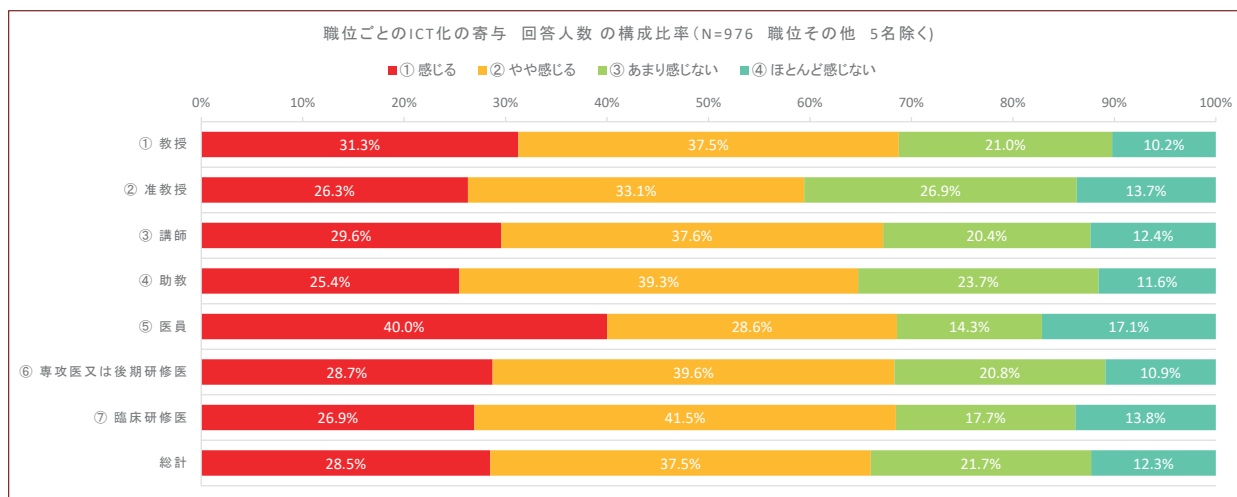


## ICT化による業務効率化

勤務時間削減・業務の効率化に寄与すると感じるか	回答数/人数	構成比率
① 感じる	279	28.4%
② やや感じる	366	37.3%
③ あまり感じない	215	21.9%
④ ほとんど感じない	121	12.3%
総計	981	



## ICT化による業務効率化(職位別)



ICT化の寄与	① 感じる 回答人数	② やや感じる 回答人数	③ あまり感じない 回答人数	④ ほとんど感じない 回答人数	総計 回答人数	① 感じる 構成比率	② やや感じる 構成比率	③ あまり感じない 構成比率	④ ほとんど感じない 構成比率
① 教授	55	66	37	18	176	31.3%	37.5%	21.0%	10.2%
② 准教授	46	58	47	24	175	26.3%	33.1%	26.9%	13.7%
③ 講師	55	70	38	23	186	29.6%	37.6%	20.4%	12.4%
④ 助教	44	68	41	20	173	25.4%	39.3%	23.7%	11.6%
⑤ 医員	14	10	5	6	35	40.0%	28.6%	14.3%	17.1%
⑥ 専攻医又は後期研修医	29	40	21	11	101	28.7%	39.6%	20.8%	10.9%
⑦ 臨床研修医	35	54	23	18	130	26.9%	41.5%	17.7%	13.8%
総計	278	366	212	120	976	28.5%	37.5%	21.7%	12.3%

## 事例紹介

### 事例紹介(大学)

#### 1. 事例インタビュー

##### 【教育】

- 1) 東北大学大学院医学系研究科 医学教育推進センター  
石井 誠一 特命教授 インタビュー
- 2) 東京大学 医学部附属病院クリニカルシミュレーションセンター  
センター長 江頭 正人 教授 インタビュー

##### 【研究】

- 1) 昭和大学 統括研究推進センター  
センター長 三邊 武彦 インタビュー
- 2) 琉球大学病院臨床研究教育管理センター  
センター長 植田 真一郎 教授 インタビュー

#### 2. ヒアリング結果分析/解決策

# 東北大学大学院医学系研究科 医学教育推進センター 石井 誠一 特命教授 インタビュー

東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター  
石井 誠一 特命教授の取り組みサマリー

研究者育成プログラムにおける、医学英語教育部分をe-Learning化。講師や受講生の負担を減らす役に立てている。その他、オンライン授業グッドプラクティスとして事例を広く公開。

## 事例概要

取組実現のポイント

- POINT ①** 授業のオンライン化
- POINT ②** コミュニケーションの一元管理
- POINT ③** レポートの加減調整
- POINT ④** スタッフの支援

働き方改革への貢献ポイント

- オンラインでも遜色なし**  
PCの方が図形などはみやすく、知識習得に関しては対面との遜色はなく、授業動画は再利用が可能
- 全体像から重複を削除**  
6年間の全体から学生の負担となる無駄な重複の削除や、レポートの加減を調整することで効率化
- スタッフの支援**  
教育において学生との窓口になるスタッフは必要不可欠であり、業務成熟度が高いほど運営に寄与
- 大学間連携で工数減**  
大学間で人的交流や機器の融通をしようことで、業務工数の削減

さらなる促進ポイント

「教員の授業進捗全体把握」と「スタッフの充実や他大学連携」が重要

プロフィール

石井 誠一 特命教授

- 所属  
東北大学大学院医学系研究科医学教育推進センター 特命教授
- 所属学会・資格等
  - ・ 日本医学教育学会
  - ・ 日本外科学会
  - ・ 日本消化器外科学会
  - ・ 日本環境感染学会
  - ・ ヨーロッパ医学教育学会(AMEE)
  - ・ 日本医学英語教育学会



石井 誠一 特命教授

ヒアリング内容(1/6)

- 座学の講義科目はオンラインでも一定の効果が上がっている。
  - ・ リアルタイムでのオンライン授業を取り入れており、聴講できなかった学生に対してはオンデマンドで配信をしている。ただし人と人との繋がりも大切だと考えているため、いつでも自由にという形はとっていない。
  - ・ 学生にとってオンライン授業の方が、移動せず自宅から聴講できる方が良い、講義室でスクリーンを見るよりもPCの方が図形が綺麗に見えるので学びやすいという意見が多い。
  - ・ コロナ禍における約2年半のオンライン授業の経験では、学生の知識習得に関しては対面と遜色がない。
  - ・ 5人～8人のグループ学習を頻繁にしているが、対面でのディスカッションよりも、オンラインの方が学生のディスカッションが弾む傾向がある。
  - ・ オンラインでグループ学習を実施しているが、複数グループを一人の教員が巡回することが無理なくでき、学習室まで移動する手間が省け効率が良い、オンラインの方がはるかにやりやすい。

ヒアリング内容(2/6)

- 実習に関してはオンラインに置き換えることは難しい。
  - ・ 実習の事前段階ではeラーニングでも問題ないが、実習や実技試験に関しては評価者の教員が生で見、その場で評価するために置き換えることができない。対面でなければ磨けない対人関係などのスキルの習得のための教育はDX化が難しい。
  - ・ 学生の声を拾い上げることや、きめの細かい対応はオンラインでは難しかったが、情報科学の博士課程を卒業した教員の活躍により、学生の声を拾ってもらえたため、オンライン化で効率化したとしても人的サポートは重要。
  - ・ 各大学が求めているのは実技教育用のシミュレーターなどであり、これらがあれば実技教育のDX化に寄与する可能性があるが、せめて半数くらいの大学に行き渡る必要がある。
  - ・ 各大学少ない資源で自分たちの学生対応をしているため、実技シミュレーションの貸し借りは難しい。全国共用で実技シミュレーションを使用できる施設があれば働き方改革にもつながり、多くの大学が要望している。

ヒアリング内容(3/6)

■ 座学の講義科目は録画し翌年度に再利用も可能。

- 授業を録画し翌年度に再利用は可能だが、学生の声を汲み取りながら毎年少しずつ改善をしたい。
- 講義に関してはデジタル化により、物理的な移動工数削減や場所や時間を問わない等の恩恵を受けているが、授業に必要な資料を新たに作成するためデジタル化で教育にかかわる工数削減されるとも断言はできない。

■ オンライン導入時は試験やレポートの加減を工夫し学生負担の改善。

- オンライン導入期は各講義でレポートや試験を課してしまったために、学生のレポート数が膨大になり効率よく学習できない時期があったが、全学教育では各授業でのレポートを控えるなど学生負担の加減を調整することで改善することができた。
- 学生とのコミュニケーションをGoogleクラスルームで一元化することで、レポート管理や試験など現状の見える化により、過度なレポートや課題を与える事がなくなり学生負担が改善した。

ヒアリング内容(4/6)

■ 教育においてスタッフの支援が重要。

- 大学により名称は異なるが、教育においては学生との窓口となるスタッフは必要不可欠であり、他にも業務に成熟したスタッフがいることで教員負担が減り運営も楽になる。一方で、スタッフの負担が大きくなり離職リスクもある。
- 人事異動や業務負担による退職があり、事務職員がわりと短期で入れ替わることが多い。正規雇用の手続きや財源の確保が機能できていないため、スタッフの安定雇用が難しくなっている。
- CBTとOSCEに関しては、それぞれ準備に3ヶ月～5ヶ月かかるが、授業の配当や、学生のグループ分け、総合的な成績管理に関してスタッフが協力してくれているため教員の負担が減っている。しかし実技試験に関しては「教員が生で見ても場で評価」するためDX化することができず、こうした負担は減らしようがない。教員が現場に行き評価しなければならない物理的負担の削減に関して、他大学含め改善を求める声は常にある。

ヒアリング内容(5/6)

■ 大規模試験のサポートがあれば教育の負担はかなり軽減される。

- 大学の教員という肩書きはあるが、教育のやり方に関する教育は受けていないために、学生への教え方は属人的になっているために教員のための研修が必要だと感じる。
- 6年間の全体像を把握した上で学生に教えている教員は少なく、学生にとっては無駄な重複がある。特定のテーマだけを教えていると全体像との繋がりがわからず、効率よく教育することができない。まだ大学でも対応できていないが、6年間の教育全体像をインプットする時間を持ち、ハンズオンで講義を経験してもらう場が必要だと感じる。
- 医師法の改正があり、より学生も研修医に近い対応が可能になり、危険な場面も増えるためにきめ細かい指導が必要だが、在学中に大掛かりな試験を2回実施(OSCE /CBT)しなければならぬため医師の負担も大きい。

ヒアリング内容(6/6)

■ デジタル化や大学間連携により業務工数大幅減の可能性が高い。




- 試験の採点やデータ管理が時間がかかるため、デジタル化に期待している。例えばタブレット端末で試験を行い、採点や集計ができれば、現状の手入力によるエクセル対応から、業務に費やす時間は100分の1になりヒューマンエラーもなくなる。
- コストを考えればタブレットを100台揃えることは難しく、1度購入しても一定の期間ごとに更新しなければならない維持管理費が課題。
- 試験問題作成は、良質な問題を作らなければ学生の能力を正當に判断することができないため、試験問題作成は相当な労力が必要になる。これが大学間で連携/共有できれば業務の効率化としては良いと思う反面、学生に漏れれば再現問題集などで対応され正しい評価ができなくなってしまう。
- 東北医科薬科大学様と人的交流や、機器の融通をしあうことで足りないものを補うことができ、学生の相互派遣や教員の相互協力などが進めば、さらに業務工数は削減できると想定しており、全国で共用できるような施設があれば教育における効率化は進む。

# 東京大学 医学部附属病院臨床シミュレーションセンター センター長 江頭 正人 教授インタビュー

## 江頭 正人 教授の取り組みサマリー

開講されている正規講義のうち、1,400を超える講義の資料や映像を無償で公開。また、全学的に授業のオンライン化が推奨されており、教育コンテンツのデジタル化、アーカイブ化の取組み体制が構築されていることが想定される。

### 事例概要

事例概要	<b>オンライン医療面接実習</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>実践的な教育のデジタル化を推進</li> <li>VRによる視覚的かつ実践的な教育に成功</li> </ul>	<b>VR注射手技トレーニング用シミュレータ</b> 一皮下注射、静脈採血、静脈路確保— 	<b>VR注射手技トレーニング用シミュレータ</b> 一皮下注射、静脈採血、静脈路確保— 
	イマクリエイト株式会社と共同開発		

取組実現のポイント	<b>POINT ①</b> 卒前卒後のシームレスな教育	<b>POINT ②</b> 時流に合わせたデジタル化	<b>POINT ③</b> コンテンツ/デバイスの確保	<b>POINT ④</b> 専門家との連携/人員確保
	<b>学生の自主学習</b> 十分な数のデバイスがあれば学生は自主学習するために、教員の負担が減る	<b>デジタル化による効率化</b> 限られた時間の中で学生をサポートする必要があり、デジタル化は教員/学生共に効率化に寄与	<b>医療資源不要</b> AR/VRは指導員不在でも学生が何度でも自主練習することが可能であり医療資源を必要としない	<b>時間と場所を選ばない</b> デジタル化により時間と場所を選ばないために、デジタル環境での医療面接教育も可能
働き方改革への貢献ポイント	さらなる促進ポイント <b>「コンテンツ作成に関するスキーム」や「エンジニア系人材確保」が重要</b>			



プロフィール

江頭 正人 教授

■ 所属  
東京大学大学院医学系研究科  
医学教育国際研究センター医学  
教育学部門／クリニカルシミュ  
レーションセンター／総合研修セ  
ンター

■ 所属学会・資格等  
・ 日本老年医学会



江頭 正人 教授

ヒアリング内容(1/6)

■ 卒前卒後シームレスな教育で実践的な医師を育てる必要がある。

・ 共用試験の象徴的な部分として、知識問題もあるが実技試験をするようになったため、学生時代から実技をしっかりと効率よく教えることが求められている。臨床実習開始前後で教育内容は変わるが、臨床研修2年間と医学部6年のうち、最後の2年間をうまく組み合わせ、4年+4年の実技と教養のシームレスな形をとることで臨床研修終了になる風潮を感じる。

・ カルテ記載やプレゼンに関しては比較的自信があるが、実技面に関しては自信がないと感じる学生も少なくないために、デジタルを活用しながら模擬的診療的環境を整備/準備することが重要。

■ 対面のメリット、デジタルのメリットを活かすことで働き方改革に寄与

・ 学生が集まって交流することは対面以上のものはないが、デジタル化は学生にとって学びが大きく、うまく活用していけば効率化や質の向上にも寄与するため、限られた時間の中でさまざまな学習をサポートする体制が求められている。

ヒアリング内容(2/6)

■ シミュレーションセンターを発足し革新的なデジタル環境を目指す。

- ・ 学生がトレーニング機器を活用できるようにシミュレーションセンターを発足し、教育だけではなくデジタル工数作成を目指している。例えばZOOMを用いて模擬患者と医療面接を行うことで、学生も緊張感を持ち研修することが可能となり、必ずしも対面が必要ではなくなった。
- ・ 時間や場所を選ばないことからデジタル環境でOJT /OffJTを繰り返す医療面談教育も可能であり、将来的には模擬患者を自動化/AI化も考えている。
- ・ 実際に患者に行う前の事前のトレーニングの一環として、インフルエンザワクチン接種は医学生が職員に行い、基本的な手技もトレーニングしている。
- ・ 決まりきった手順やマニュアル化ができる内容は、デジタル化に相応しくデジタル教材作成が可能だと推測している。

ヒアリング内容(3/6)

■ AR /VRは教育への貢献度が高いと期待。

- 従来はoffJTを行い、すぐに実践に入り教員がそばにいる状態でOJTを行っていたが、それらをAR/VRが補えると感じた。AR /VRは感触を再現することはできないが、視覚情報は非常に強いために手順が明確でマニュアル化ができる作業に関しては教育への貢献度は高い。
- ゴーグルをかけAR /VRのモニターに作業工程を表示させてトレーニングをさせることで、手技に必要な声掛けや医療的オペレーションを忘れることなく学生が対応可能となる。
- 実際に皮下注射に関するコンテンツを学生に使用させ、アンケートをとったが非常に好評で自信がついたと聞く。ARやVRを使用することで何度でも自主練習が可能であり、指導員が不在でも手軽に行え、失敗しても苦痛を与えず医療資源を必要としないメリットがある。
- ゴーグルの重さや、誤った手順の場合のリアクション/フィードバック/評価機能がない、感触がないことがデメリットとしてある。手技に関しては言語化しにくい部分もあるために、現状は手順やマニュアル化が明確なものがAR /VRでの対応可能範囲と想定している。

ヒアリング内容(4/6)

■ 十分な数のAR/VRゴーグルがあれば自主学習可能へ。

- 現状は20台のゴーグルで対応している。、いつでも使用できる状態ではないが、大学で十分なゴーグル確保やスペースの問題が解決すれば、いずれは学生が自主学習することが可能となる。現状のスペースでは10台ほどあれば概ね問題はない。

■ 手技をスコア化できるコンテンツがあればさらに有益。

- 気管挿管やコロナ関連の血圧計の着脱などのように、手順がマニュアル化できる行為はアルゴリズムができるために、AR/VRコンテンツ化はゼロベースでなければ2~3ヶ月で作成可能。
- 現状のコンテンツは作業を見るだけになるが、自分の判断や対応によってスコア化されるような双方向性のあるコンテンツができればさらに学生の満足度は高まる。
- 例えば少し複雑なシナリオがあり、「間違えた薬を選択すると患者が危機に陥る」というような高度なコンテンツは学生に人気になると予測している。コンテンツの方向性としては楽しみながら学ぶことができる競争やゲーム等の遊び要素だと考え、スコア化されることで学生が競い合い学習力が上がると想定。

ヒアリング内容(5/6)

■ デジタル教育化の為には専門家とのチームが必要。

- AR/VRコンテンツ作成において、医師は医療行為のマニュアル化は助言ができるが、デジタル教育のためにはデジタル面やビジネス面等の専門性が必要になる為に、企業と協力し技術的な部分は専門家に任せられるチームを組んで対応することが望ましい。
- 現状は学内の専門家(東京大学大学院医学系研究科・臨床情報工学分野・小山博史先生)や、外部のコンテンツ制作会社との協力の上取り組んでいる。コンテンツは、外部の会社とで共同開発しており、医師は主に内容について、外部会社は実際のコンテンツ制作の技術的な面を担当している。
- 一方でコンテンツ作成を全て企業への委託にすればコスト高になるため、自分達である程度作成したい意思はあるが、どのように進めるべきかは検討段階。

ヒアリング内容(6/6)

■ デジタル教育化の為には専門家とのチームが必要。

- デジタルコンテンツに関しては資金面と人材面の懸念があり、特に人材面(エンジニア)に関しては人材の確保が課題になると想定している。
- 現在所有しているVR関連の機材類は、文科省のR2年度補正予算(感染症医療人材養成事業)で導入したもの。今後は、新たなる外部資金の獲得を検討している。
- コンテンツ作成に寄与する人材としては、教育とコンテンツ制作の両方に携わった経験があり、実際の教育内容のうち、どのような内容がVR等に適しているのかを判断でき、コンテンツ制作の専門と連携ができる人材が望ましい。コンテンツ作成の技術的な面を考えると、一定以上の質を担保しつつ完全なる自作は困難であり、完全なる自主制作というより、制作の専門家とのパートナーシップの上で作成することが現実的と考えられる。
- デジタル教育に関しては各大学で開発しても、似たようなコンテンツを作ることになる。このような無駄を避けるためにも全国の大学でプロジェクトチームを発足させ、共通教材にし全国の大学で使用可能になれば、各大学で行うよりもコストは下がると予測している。

# 昭和大学統括研究推進センター 三邊 武彦 センター長 インタビュー

## 昭和大学 統括研究推進センターの取り組みサマリー

昭和大学では、統括研究推進センターが中心となり、研究に関する業務のワンストップ化と臨床医の研究サポートを総合的に実施している。

### 事例概要

**昭和大学8附属病院 治験・臨床研究 支援体制**  
(8病院 3200床)

**昭和大学統括研究推進センター SURACの沿革**

研究に関するあらゆる業務を行う。

**研究推進部門：**  
研究に関する教育・相談、競争的資金獲得支援（調査作成支援）

**臨床研究支援部門：**  
倫理委員会等の開催、臨床研究支援、臨床研究アドバイザー、データ管理

**創設研究支援部門：**  
知財に関する業務、産学連携業務、学学連携、研究の事業化

**研究支援事務部門：**  
研究費管理業務一般、各種事務手続き窓口業務

多様なコミュニティ・勉強会の活用

- ①システマティックレビュー 勉強会の実施  
システマティックレビューの手法を、学び論文作成を目指す。
- ②病院での研究寺子屋  
研究（特に臨床研究）に関する基本的な知識を身に付ける。  
 大学病院・東病院、江東豊洲病院 毎月第5火曜日 18時～  
 藤が丘・リハビリ病院、北部病院、鳥山病院 毎月第2月曜日 19時～  
 歯科病院 毎月第3木曜日 18時～
- ③臨床医、基礎研究者交流会
- ④研究留学交流会の開催
- ⑤特別奨学生の会の開催

取組実現のポイント	<b>POINT ①</b>	<b>POINT ②</b>	<b>POINT ③</b>	<b>POINT ④</b>
	申請等の簡素化/電子化	統括研究推進センターの設置	情報交換機会の提供	研究意欲醸成の仕組み
働き方改革への貢献ポイント	<b>倫理申請の電子化</b>	<b>臨床研究アドバイザー設置</b>	<b>スケールメリットを活かす</b>	<b>研究の評価システム</b>
	倫理審査の際に電子申請導入準備中で、効率化につながると期待される	医師の研究デザイン相談やアイデア出しなど、研究者と併走した支援が可能	統括研究推進センターを設置し8病院の治験支援センターが連携を取り、事務やスタッフのサポートが可能	研究を評価し給与以外でのモチベーションアップ施策として、研究費一部補填や各種表彰制度で研究意欲醸成

さらなる促進ポイント **「給料以外の研究モチベーション向上施策」と「URA人材確保」が重要**

プロフィール

- 所属  
昭和大学統括研究推進センター  
長  
昭和大学医学部 薬理学講座  
臨床薬理学部門 准教授
- 所属学会・資格等  
日本臨床薬理学会  
理事・指導医・専門医



三邊 武彦 センター長

- 各附属病院に臨床研究アドバイザーを配置し網羅的に研究を推進。
  - ・ 研究をより活性化させるため、統括研究推進センターを設立した。研究に関するあらゆる業務を担当し、学内の研究を推進している。
  - ・ 各附属病院に1名ずつ臨床研究アドバイザーを5名配置し、臨床医の研究計画書の作成や研究デザインの相談、論文投稿などさまざまな場面での支援を行う。
  - ・ アドバイザー間で相談内容を共有し、研究者に回答するが、解決が難しい場合は専門家(統計家等)に相談する形をとっている。

※臨床研究アドバイザーの経歴(資格、キャリア)

1. 臨床薬理専門医・指導医
2. 総合内科専門医(循環器内科医)
3. 総合内科専門医(呼吸器内科医)、臨床薬理専門医・指導医
4. 歯科医師兼臨床薬理専門医
5. 臨床薬理専門医

- 各附属病院に臨床研究アドバイザーを配置し網羅的に研究を推進。
  - ・ 専任教員は、生物統計やデータマネジメント、研究事業化、システムティックレビューを専門に指導している。
  - ・ 兼務教員は、研究アイデア(テーマの設定)を支援するだけでなく、基礎研究の相談や倫理委員会申請書類の指導などさまざまなサポートを充実させている。
  - ・ 研究専門職(URA)は、研究を推進させるために必要な人材ゆえに、定年後の再雇用も含め長く所属してもらおう形で積極的な採用をすすめている。

※:専任教員は、統括研究推進センターに本所属のある兼務ではない教員。  
└医師1名/生物統計家1名/データマネジメント専門家1名

※:兼務教員は、本所属とは別の仕事をしている教員  
臨床研究アドバイザーもそれぞれ下記に所属している。  
・医学部 薬理学講座 臨床薬理学部門 2名  
・医学部 衛生学公衆衛生学講座 1名  
・昭和大学臨床薬理研究所 1名  
・薬学部 臨床薬学講座 臨床研究開発学部門 1名

※:研究専門職(URA)は、主に事務職で研究戦略策定や研究に関する業務を行うスタッフ。  
└この中に教員で、定年後再雇用のスタッフが、現在2名いる。



ヒアリング内容(3/7)

■ 働き方改革のためにはURAIによる研究サポートと教員/事務員が必須。

- ・ 特に、臨床研究(治験以外)のデータ入力などは事務員がサポートしてくれているため、研究を推進させるには人的リソースは非常に重要。
- ・ 一方、研究の根幹となるアイデア出しや、研究費を獲得するための調書作成は、研究者にしかできない。臨床研究の倫理委員会やIRBの申請書類チェックや、研究の経過報告や定期報告、終了報告など臨床研究アドバイザーや事務が申請書の事前確認や、提出物の提出期限についてのリマインドは効率化につながる

■ 臨床研究アドバイザーは大学院生に声かけしスカウト。

- ・ 臨床研究アドバイザーの役割を担ってくれる医師は、臨床業務を行っていない教員でないと時間的な余裕、気持ちの余裕もないので大学院生などに声をかけている。
- ・ アドバイザー候補者はアドバイザーが支援をしている研究者の中からリクルートすることも可能であるが、利他的に研究をサポートする立場になるので、研究領域に興味がある人を積極的に採用相談できる仕組みとなっている。

ヒアリング内容(4/7)

■ 勉強会やコミュニティを形成することで全学的に研究マインドを醸成。

- ・ システムティックレビューに関する勉強会・・・自薦他薦問わず毎年10名程度の医師やコメディカルを育成している。育成者が勉強会を受けることで論文作成ができるようになる事を目指す取り組みをしている。
- ・ 研究寺子屋・・・医師だけではなくコメディカルも対象としており、臨床研究に関する基礎知識を身につけることが可能。現在は3病院で実施しているが、どこの病院で研修をうけても属人的にならない内容で開催。
- ・ 基礎研究交流会・・・基礎研究者のつながりを強固にするために臨床医に向けた勉強会
- ・ 研究留学者交流会・・・研究留学したい学生、教員の交流の場を持ち帰国後に臨床しながら研究ができるネットワークを推進している。留学中も大学からサポートが得られる体制もある。

■ 各種表彰制度によって、研究モチベーション向上を目指す

- 給料は大学で一律に決まっているために、研究業績によって給料を上げることは至難。給料以外でのモチベーションを向上させる取り組みが必要。
- 表彰制度の制定は研究モチベーションを上げる取り組みの一例である。
  - 例：上條優秀論文賞の表彰、科研費採択者の学長からの表彰、昭和大学学術奨励金の交付者への学祖祭での表彰など
- 論文(英文・和文いずれも)投稿した際には、大学の予算で論文投稿費用の一部を負担する取り組みを実施している。
- 毎朝流れる学内連絡の一斉メール配信で、今年は特に研究に関する情報を多く発信した。情報をとりに行かずとも、自動的に研究に関する情報が目に入り、医師の情報収集のための工数負担を軽減できている。

■ IRB申請手続きは紙運用からメールベースの申請にシフトチェンジし、効率化を目指す。

- 数年前までは紙運用であったが、現在はメール申請で事務作業の負担を軽減している。今後、電子申請システムの導入により、さらなる工数削減を目指す。
- 臨床研究アドバイザーと臨床研究支援スタッフが共同で、倫理委員会の申請書の記載例を含めた解説動画を作成する予定。

■ 働き方改革において教育/研究一律のエフォートは難しい。

- 臨床業務、特に患者対応の業務の削減は難しい。個人の特性も異なるため教育に重きを置く人、研究に重きを置くなど一律に同じエフォートとせず、柔軟に対応することも必要か。
- 研究も教育も、資料の作成は業務時間外に対応している教員が大半であり、診療/教育/研究の全ての業務を均等に行うのは現実的ではない。



ヒアリング内容(7/7)

■ 臨床業務のタスクシフトが働き方改革につながる。

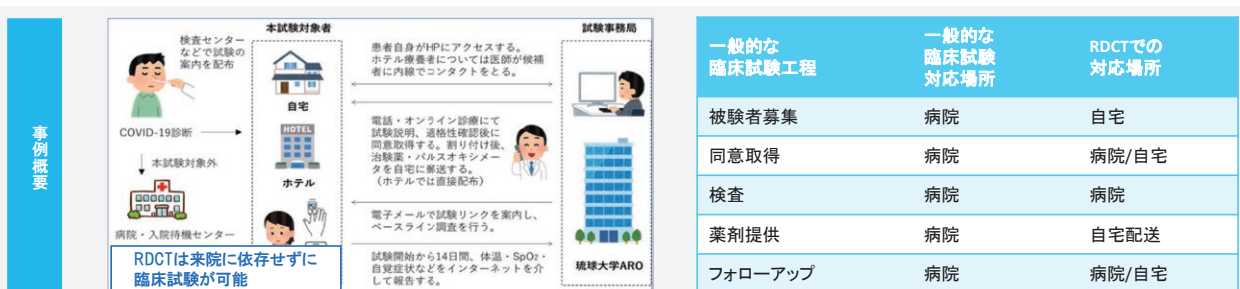
- 医師業務効率化のカギは、研究活動だけでなく、臨床業務の一部も事務や看護師、コメディカルスタッフへタスクシフトを行うことにある。
- 臨床業務も研究活動も書類作成は医師に負担がかかる。医師でなくとも対応可能な事務作業のタスクシフトが働き方改革では重要である。研究活動では、さまざまなサポート・支援者があることでタスクシフトができていると感じる。
- 働き方改革の中で重要な位置づけにあるDX化について、研究領域ではまだ進んでいない現状がある。理由として、附属病院で電子カルテシステムや仕様が一部異なることが障害になっており、ある一定の基準(ルール)でデータを取り出すことができれば、研究にも応用可能なアイデアとなる可能性が高い。

## 琉球大学 臨床研究教育管理センター 植田 真一郎 教授インタビュー

### 琉球大学 臨床研究教育管理センターの取り組みサマリー

琉球大学 臨床研究教育管理センターが中心となり、バーチャルトライアル(現在ではRDCT(Remote decentralized clinical trial))の重要性を説き対応している。オンライン診療やウェアラブルデバイスなどのデジタルテクノロジーを活用し、医療機関への来院/入院を前提としない臨床試験を可能とする。患者の負担を軽減すると同時に、医療機関にとっても同様に負担を軽減可能。

#### 事例概要



取組実現のポイント	POINT ①	POINT ②	POINT ③	POINT ④
	RDCTとの相性(アウトカム設定等)	かかりつけ医の理解	専門性の高い人材確保	安全性、被験者リスク管理
働き方改革への貢献ポイント	<b>医師/患者負担減</b> 来院に依存しないために患者の負担が軽減され参加しやすく、副次的に医療機関の負担を減らす	<b>行動制限の影響なし</b> COVID-19のような感染症の臨床試験では、隔離に伴う行動制限があるが地理的条件を必要としない	<b>スピード感あるアウトカム</b> 患者の安全とデータの信頼性を毀損しない項目を削ぐ為、スピード感のある化学的検証が可能になり医師負担減	<b>より簡便な方法で負担減</b> 従来の治験や方法論はオーバースペックであり、より簡便な方法を提案し、迅速に研究を進め現場の負担を軽減
さらなる促進ポイント	「かかりつけ医の理解」や「専門性の高い人材の確保」が重要			

プロフィール

植田 真一郎 教授

- 所属  
琉球大学医学(系)研究科(研究  
院)教授
- 所属学会・資格等
  - ・ 日本臨床薬理学会
  - ・ 日本高血圧学会
  - ・ 日本循環器学会
  - ・ 日本循環器腫瘍学会(評議員)日本内  
科学会
  - ・ 日本臨床薬理学会 専門医、
  - ・ 日本内科学会総合内科専門医
  - ・ 日本高血圧学会専門医



植田 真一郎 教授

■ 分散型臨床試験(RDCT)で患者負担を削減。

- ・ 今までは病院を中心にして臨床試験患者を集める形態だったが、遠隔で患者中心に臨床試験を行うのが分散型臨床試験(RDCT)であり、分散型臨床試験は患者が診察に通院する必要がないために、患者の対応時間や負担を減らす事ができる。
- ・ 副次的に医師の負担を減らすことができる可能性はあるが、ICT化の対応をすることで、IT環境準備(デバイスやシステム準備)の負担が生まれる事は忘れてはいけない。
- ・ 通常の臨床試験でしかできないことがあることが前提だが、コロナ禍のような有事にホテル療養や自宅療養の患者に対し、スピード感を持ち科学的なアプローチが必要であればRDCTは相性が良い。

■ RDCTは患者の負担が減るので患者が治験に参加しやすい。

- ・ RDCTは患者の負担が減るために患者が治験に参加しやすくなる。来院に依存せず新しい技術を使い質を担保しながらデータ収集が可能であり、簡潔なプロトコル、簡潔なオペレーションを構築することで、エラーをなくしクオリティーの高い治験が可能と考える。

■ はっきりとアウトカムがわかるものがRDCTとの相性が良い。

- ・ 採血の値を見ることで安心感はあるが、除外基準としては採血を必要とせず地理的条件(訪問を必要としない)を必要としないものは相性が良く、適格基準としては病歴やお薬手帳を参考にし安全性に問題があれば除外する。1ヶ月、2ヶ月に1回必ず来院しなければいけない状態や、スペシフィックな条件患者の場合はRDCTは適切ではない。
- ・ イギリスの例で言えば「高血圧薬は朝飲む方が良いのか？それとも夜飲む方が良いのか？」など医師が日頃疑問に感じている意義の大きなリサーチクエスチョンを解くような、アウトカムがはっきりとわかりやすいピックが向いている。
- ・ 新薬などで被験者にとってリスクが高い、副作用のリスクがわからないと想定されるものは通常の治験が望ましい。
- ・ 患者の安全とデータの信頼性に関係ないものは削り、そのトレードオフとしてよりシンプルにスピード感をもって科学的に対応できるのがRDCT。

ヒアリング内容(3/7)

■ イギリスで成功事例のあるリカバリー試験は医師の負担を減らす。

- イギリスで最も成功した臨床試験にリカバリー試験があり、研究計画を非常に簡潔にし、必要なデータしか取らず、場合によってはデータベースを使用することで研究の簡素化と科学的データの実証に成功した。
- リカバリー試験のやり方は現場の負担を減らす意味では重要で、製薬企業の臨床試験はオーバースペックであり、医療機関の負担が前提になっている。厳密にやろうとするほどうまくいかず、うまくいかないと力を抜き過ぎてしまう研究になる傾向がある。
- イギリスでは日本で言うCRCであるリサーチナースが正式にナショナルヘルスサービスで雇用されており、研究費だけで雇う日本に比べると、リサーチナースがいることで医師の負担が大きく減る。
- イギリスはNHS(公的な医療保険サービスであるNational Health Service)のシステムで管理・運営されているので、リカバリー試験の成功要因は一元化されたデータベースにアクセスできたことも要因であり、データ吐き出しなどの医師の負担を減らした。

ヒアリング内容(4/7)

■ RDCTにはハイブリッド型もあり比較的行きやすい。

- RDCTとのハイブリッド型として、最初は医療機関を受診し途中は受診せずに、最後にまた受診する方法もあり比較的ハイブリッド型は行きやすい。
- 感染症に関しては科学的かつ正しい結果を素早く出すことが重要であり、従来の平時の治験の方法論だけではなく、有事に対応するニーズを満たすことが重要だと考える。

■ 安全性を担保した、シンプルなオペレーションが望ましい。

- RDCTの完全型は医療機関への来院が全くないことを想定し、療養施設に医師と看護師が向かい、別部屋でオンライン診療。通常のカルテからEDCに転記ではなく、琉球大学の試験では一次からEDCにダイレクトにデータ蓄積でき、医師がリアルタイムで安全性の確認ができるデバイスを選定。
- 従来のバーチャル治験の議論は病院に負担がかかることが前提になっており、患者の負担に関しても病院がサポートしているケースが多い。RDCTでは通院先でやらなくて良いことを決め、患者の安全を担保し、データの信頼性に関係ない部分を思い切って削ってオペレーションを簡素化することで負担を減らす。

ヒアリング内容(5/7)

■ IT化のメリットを伝えることが、かかりつけ医の意識醸成につながる。

- ・ 臨床試験はかかりつけ医の理解がポイント。イギリスはかかりつけ医が地域で登録し決まっているために、その医師の了承をとれば基本的には臨床試験に入れるが、日本はかかりつけ医がいまいなので、了承を取るべき対象がわかりかねる。
- ・ RDCTに否定的な意見がないわけではないが非常に少なく、しっかりとかかりつけ医とコミュニケーションをとる事で臨床試験に入る事は可能。
- ・ 臨床研究をする上でかかりつけ医が「WEBだから嫌だ」、「RDCTだから嫌だ」という理由はなく、「負担増になる」、「面倒だ」と感じることがIT化の意識醸成が進まない原因。時間を使い「医師の働き方改革」や「患者負担減」の説明すれば理解いただける印象がある。

■ リスクを加味した簡素な計画になる事で臨床試験実施数は増える。

- ・ RDCTだけではなく臨床試験の常識を変え、より簡素な計画になる事で臨床試験実施の可能性は高くなる。試験のリスクにあった計画やオペレーションを構築する事が医師の負担軽減につながる。

ヒアリング内容(6/7)

■ データの一元管理や有能なスタッフ確保が労働時間に貢献。

- ・ データ収集の負担が大きいため、電子カルテがイギリスのように統一され、必要なデータ収集が容易にできるようになれば医師の負担は軽減する。
- ・ 研究は医師個人で対応するのではなくチームで行うものだが、研究者の仕事ではないものが多く研究エフォートが割けない。データマネージャーのようなデータの信頼性やセキュリティを上げる方、モニターする方などの有能なスペシャリスト(DM/PM /Reg /Ethics /Stat /Monitor)が関わると、質の向上や医師の負担軽減になり理想的なチーム編成となる。

■ 研究支援部門の雇用とタスクシフトも課題。

- ・ 研究支援部門もリソース不足であり、研究スキルを持ったスタッフを雇用し続けることも課題。大学では有期雇用の問題もあり一定のスキルを身につけたら別に移るケースもあり経験者の安定雇用ができない。
- ・ 研究支援者もスキルや知識をつけたプロだが、一般的な事務作業も対応しているため、研究支援者のタスクシフトも進める必要がある。

ヒアリング内容(7/7)

■ 人材の継続雇用が医師の働き方改革に寄与。

- 有能なスタッフを雇用すると医師の働き方改革には好影響があり、何よりも大学病院での臨床試験の質を向上する。しかしCRCとして経験を積んだ後のキャリアパスがなく、結果的に外注する大学が増えコストを上げ、質が下がるため、育成のプログラムが必要。
- 認定CRCが2,556名おり治験の実施数も増えているが、CRCだけが増えても機能はせず、さまざまな立場の方(DM/PM /Reg(薬事) /Ethics(倫理審査委員会) /Stat(統計解析) /Monitor)が必要。
- 非中核病院の場合は必要人員全員を揃えることは難しいため、臨床研究を学会のカリキュラムとしてオペレーションを勉強させ、臨床研究の専門職になるような計画を立てており、これも医師の働き方改革に寄与する施策だと考えている。
- 大学病院として臨床研究の基盤を持つことが重要であり、そのためには選択と集中として人材が継続的に雇用できるよう仕組みが必要だと感じる。
- 難しいことが前提だが研究100%のポストがあっても良い

## ヒアリング結果分析/解決策

### 【教育】ヒアリング結果分析/解決策

大学名/氏名		東北大学 石井 誠一 特命教授		
取り組み		オンライン授業公開		
現状課題と解決策(希望含む)		課題感	解決策	要望/解決の方向性
DX	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 実技に関するデジタル化が難しい。</li> <li>• デジタル化しても準備には時間がかかる。</li> <li>• 実技サポートする端末不足。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 大学共用の実技シミュレーター施設設置</li> <li>• タブレット端末を複数台購入</li> </ul>
	学生への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 実技に関するサポート不足。</li> <li>• レポートや課題が増える傾向。</li> <li>• 課題やテストのフィードバックがデータ形式次第ではデータに直接入力できない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 学生のレポートや課題を一元管理し、見える化し課題量の調整</li> <li>• FB問題はGoogleドキュメントで対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 実技に関する評価がAIなどで自動化できればよいが、現実的には難しいと想定。</li> </ul>
体制強化	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>• スタッフの安定雇用。</li> <li>• 6年間の全体像を理解した教員が少ない。</li> <li>• 試験採点の工数が膨大。</li> <li>• 学生レベル別のグループ分け。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• アンケートや試験結果から、同レベルのスキルになるようにグループ分けは可能だが、時間がかかる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• タブレットでの試験実施</li> <li>• 教員への研修</li> <li>• 試験問題の大学間連携</li> </ul>
	学生への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 対面と異なりオンラインでは学生の声を拾い上げる事が困難</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 教員のサポート</li> <li>• ACL NETAcademyで進捗管理。</li> <li>• Googleクラスルームで情報を一元化</li> </ul>	

#### 課題①:人材確保

スタッフや専門スキルを保有するスタッフの人材確保が難しく、予算も考慮しなければいけない。

#### 課題②:端末の準備

DX化することにより解決できる事が多い一方で、全学的に対応するのであれば予算の兼ね合いもあり端末が準備できない。

#### 課題③:大学間連携や共有施設

大学間での貸し借りは難しいため、実技シミュレーターを使用する事ができる共用施設や共通教材が現状ではない。



## 【教育】ヒアリング結果分析/解決策

大学名/氏名		東京大学 江頭 正人 教授		
取り組み		AR/VRを用いたデジタル教育		
現状課題と解決策(希望含む)		課題感	解決策	要望/解決の方向性
DX	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>OJTに教員が張り付く必要があり工数増。</li> <li>模擬医療面接には物理的制限。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AR/VRコンテンツにより解決。</li> <li>ZOOMIによるオンライン文字医療面接により解決。将来的には自動化/AI化。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療マニュアル以外をサポートする、エンジニアやビジネス専門人材の確保が必要。</li> <li>十分な数のAR/VR端末確保。</li> </ul>
	学生への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>実技の必要性が高まり効率の良い学習環境が必要。</li> <li>実技面に関する不安払拭が必要。</li> <li>AR/VR端末不足。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床研修2年間を加味した実技と教養のシームレスな教育。</li> <li>デジタル化による模擬的診療的環境の準備。</li> <li>実技トレーニングのため職員にワクチンを接種。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>複雑なシナリオかつ、学生が主体的に学習できる競争やゲーム要素のあるスコア化可能なコンテンツ作成が必要。</li> <li>十分な数のAR/VR端末確保。</li> </ul>
体制強化	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>専門スキルを保有するスタッフの人材確保難。</li> <li>大学独自で開発することでコンテンツ重複の可能性。</li> <li>コンテンツ作成の資金。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>大学で連携し共有教材コンテンツ作成するようなプロジェクトが必要。</li> </ul>
	学生への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>デジタル化に伴う自主学習できる環境。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な数の端末を揃える</li> </ul>

### 課題①:人材確保

エンジニアやビジネスサイドの専門スキルを保有するスタッフの人材確保が難しく、人材の取り合いの可能性。

### 課題②:端末の準備

DX化することにより解決できる事が多い一方で、全学的に対応するのであれば予算の兼ね合いもあり端末が準備できない。

### 課題③:大学間連携

各大学でコンテンツを作れば、似たことを対応し予算も莫大になるために、大学間で連携し共通教材を作成することで解決すると想定。

## 【研究】ヒアリング結果分析/解決策

大学名/氏名		昭和大学 三邊 武彦 センター長		
取り組み		臨床研究支援		
現状課題と解決策(希望含む)		課題感	解決策	要望/解決の方向性
DX	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>倫理申請等が紙ベースのためスピード感を毀損。</li> <li>電子カルテの吐き出し方法が異なるために一元化されたデータベースにアクセスできない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>メールベースでの申請にシフトチェンジ。今後電子申請システムを導入予定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>各大学で電子カルテや、データを吐き出し方法が異なるため、一定の基準や同じ仕組みであれば研究のアイデアとなる可能性があり効率的。</li> </ul>
	患者への影響			
体制強化	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究に関わるサポートや交流不足による情報格差。</li> <li>臨床データ入力等事務作業が大</li> <li>URAや事務職員の採用。</li> <li>診療/教育/研究、全て等しく対応は不可。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床研究アドバイザーの設置。</li> <li>研究に関する勉強会や交流会の実施。</li> <li>大学院でのスカウトや定年後の再雇用</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療業務は削れないため、教育や研究に重きを置く医師特性を考慮し調整が必要。</li> </ul>
	スタッフへの影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究に関わる相談先が不明。</li> <li>診療/教育/研究の全てを業務とし個人での対応に限界。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>統括研究推進センターで附属病院間シームレスにサポート。</li> <li>臨床研究アドバイザーでも解決できない場合は、さらに専門家に相談可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療部分のタスクリストをすることで医師業務を減らすことが可能となる。</li> </ul>

### 課題①:人材確保

専門性の高いスタッフ/事務員など様々な人材確保が課題。

### 課題②:データベース

一元化されたデータベースがなく、各医療機関でシステムが異なるために、データの突合は吐き出しに課題。

### 課題③:臨床/教育/研究の業務割合

診療/教育/研究全て等しく対応する事は現状では難しく、どれかに特化した教員がいない。自己研鑽の定義が課題。

## 【研究】ヒアリング結果分析/解決策

大学名/氏名		琉球大学 植田 真一郎 教授		
取り組み		分散型臨床試験 (RDCT)		
現状課題と解決策 (希望含む)		課題感	解決策	要望/解決の方向性
DX	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>平常時有事関わらずスピード感のある研究ができない。</li> <li>患者の自宅や療養機関への訪問等で医師の負担も大きい。</li> <li>一元化されたデータベースがないため工数増。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RDCTによる対応によりスピード感のある対応</li> <li>オンライン診療になるために医師の負担は減る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>イギリスのような一元がされたデータベースが必要</li> </ul>
	患者への影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>通常の診療であれば、病院に行く必要があり患者の負担が大きい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RDCTにより訪問の必要性がなくなる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「負担増」を感じるかかりつけ医にRDCTを理解してもらう必要がある。</li> </ul>
体制強化	教員(大学)対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>中核病院以外の病院は人員確保や継続雇用ができない。</li> <li>スペシャリストの採用難。</li> <li>時間外労働に関して自己研鑽の定義を明確にできていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>独自カリキュラムにより育成しCRCの育成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CRCだけではなく(DM/PM /Reg /Ethics /Stat /Monitor)が必要。</li> <li>大学病院としての臨床研究基盤を持つために人材が継続雇用できる仕組みが必要。</li> <li>研究100%のポストが必要。</li> </ul>
	スタッフへの影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>キャリアパスがないため経験者の安定雇用が難しい。</li> <li>研究支援者の工数増。</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>地域として採用し人材派遣できるような公的機関が必要。</li> <li>研究支援者に関してもタスクシフトが必要であり、特に事務員の採用が必要。</li> </ul>

### 課題①:人材確保

専門性の高いスタッフ/事務員など様々な人材確保が課題。キャリアパスがないために安定雇用が難しい。

### 課題②:データベース

一元化されたデータベースがなく、各医療機関でシステムが異なるために、データの突合は吐き出しに課題。

### 課題③:臨床/教育/研究の業務割合

臨床/教育/研究全てに対応する事は現状では難しく、どこかに特化した教員がいない。自己研鑽の定義が課題。

## 事例紹介(企業)

### 1. 取り組みインタビュー

A) 株式会社アルク 丸山様 インタビュー

B) 株式会社セントラルシステムズ 岡本様 インタビュー

## 株式会社アルク 丸山様 インタビュー

### 株式会社アルク様 取り組みサマリー

#### 企業情報

株式会社アルク

■ 所在地  
東京都千代田区九段北4-2-6  
市ヶ谷ビル

■ 資本金  
1億円

■ 設立  
2011年11月  
(創業 1969年4月)

■ 従業員数  
111名 (2022年4月1日現在)

■ 主なサービス  
企業・学校法人を対象に、英語、コミュニケーション、マネジメントの領域を軸とした、グローバルに活躍できる人材育成のための学習トレーニングデザイン、運営、検収を提供している。



#### ヒアリング内容(1/4)

##### ■教育現場で多く利用されているeラーニングシステムで講師をサポート

- 出版社として50年以上の歴史があり、医学、看護薬学等の書籍も大学で広く採用されている。企業や大学の研修事業も行っており、これまで約4,000企業、400大学ほど取引しているため、教育現場に対する知見も豊富で、eラーニングの医学医療系コンテンツへの評価は高い。また、特に国立大学でのeラーニング実績が多く、大学教育に関して信頼を得ている。
- コースラインナップは4技能を学ぶ英語基礎力トレーニングコース、TOEFL、医学医療英語、単語で医学医療を学ぶコースがある。
- 日本人の英語講師、ネイティブ講師の派遣も可能であり、派遣講師による授業、テスト作成、採点や成績査定のサポートも行っている。医学部で英語授業を担当している先生は、英語教育に特化している先生ではない方も多いため、先生方の授業負担軽減に寄与している。

## 株式会社アルク様 取り組みサマリー

### ヒアリング内容(2/4)

#### ■eラーニングは受け入れやすいなど学生側のメリットも多い

- 昨今大学ではBYODという形で1人1台端末を持つケースも増えていることもあり、時間・場所を選ばず使用できるeラーニングコンテンツは学生にも受け入れられやすい。
- アルク社は語学に特化した企業であり、医学英語領域にも強い。各大学・医学部ごとのコース内容のカスタマイズも可能なので、金額次第はなるが各講師が今まで行っていた授業内容に沿ったeラーニングコンテンツの作成も対応することは可能。
- コンテンツの内容は、実際の医療現場で撮影や医学系教授に内容監修を依頼しているので、医学領域における質の高い英語が学ぶことが可能となっており、将来医療現場に出た際に役に立つコンテンツ提供をコンセプトにしている。
- 授業での活用はもちろん、自学自習用コンテンツもあり学生が時間や場所を問わず一貫して質の高い医療英語学習が可能なので、学生の語学力向上に寄与する可能性が高い。
- eラーニングを使用した授業と派遣講師による授業で一元化を図ることができ、学生側も理解を深めることができる。また、講師側も派遣講師に事前準備、授業を担当してもらうことで教育の負担を減らすことができる。

## 株式会社アルク様 取り組みサマリー

### ヒアリング内容(3/4)

#### ■eラーニングコンテンツ以外でも講師をサポートし、授業負担を軽減

- 医学講師の英語サポートでは、ネイティブ講師による英語プレゼンテーションのポイント、Q&Aセッションの方法、効果的なスライド作成方法などの研修も行っている。これらのサポートは講師陣からも高い評価を得ている。
- FD研修・SD研修など、講師が英語で授業を行うための研修を実施しており、大学単位で英語レベルが向上し、学生に対しても質の高い英語教育の提供が可能となる。また、英語授業のコツをつかむことで講師の準備時間削減などにも寄与することができる。

#### ■eラーニングは自主性が必要であり、モチベーション維持が課題

- eラーニングは自学自習がメインとなるため、自主性が求められる。医学部では単位取得に必要なコンテンツとなっていることが多いので、学生の学習アクティブ率はほぼ100%だが、モチベーション維持や学習を促すなどのサポートやコンテンツの工夫が必要となる。
- eラーニングで学んだことを実際にどのような形で活用可能かに関しては、まだ成果としてははっきりとは現れていないので、これからもリサーチ・見当が必要となる。

#### ■ サポートの充実により、医師の働き方改革へ大きく寄与する

- アルク社からの英語講師派遣により、医学部講師の授業負担が軽減。また、多くの非常勤講師や外部講師を起用する必要がなくなり、余計なコストを抑え、さらに統一感(チームワーク)が増すとの声が寄せられている。
- 授業のみならずシラバスの策定、成績を決めるためのルーブリック作成、採点作業のエバリュエーションなど成績に関わる業務サポートを行うことで工数軽減効果が見込まれるため、医師の働き方改革への寄与は大きい。
- eラーニングコースの中には授業で使用できるものからテストまで幅広く扱っており、講義内容の作成やテスト作成の時間削減に寄与することで、講師が他の業務を行う時間を増やすことができる。また、講師から負担が大きいといわれているテストの採点サポートも行っているため、需要が高く時間削減効果は高いと思われる。

## 株式会社セントラルシステムズ 岡本様 インタビュー

### 株式会社セントラルシステムズ様 取り組みサマリー

#### 企業情報

株式会社セントラルシステムズ  
■ 所在地  
神奈川県横浜市西区みなとみらい4-4-2 横浜ブルーアベニュー13階  
■ 資本金  
4,200万円  
■ 設立  
1983年4月  
■ 従業員数  
159名(2022年4月現在)  
■ 主なサービス  
IT課題解決のため調査分析・提案・保守に至るトータルサポートを実施。IT戦略の策定・実行支援、既存システム改修や運用など、幅広く対応。また、システム開発の技術者支援を行っている

**CSC** 株式会社セントラルシステムズ  
CENTRAL SYSTEMS Co.,LTD.

#### ヒアリング内容(1/6)

##### ■ 治験・臨床研究の業務支援サービスで、課題解決・効率化を実現

- QLIFICA(クリフィカ)というGCPや臨床研究法における品質管理・品質保証の領域の中で、治験・臨床研究をサポートするクラウド型システムを提供しており、高セキュリティ環境で[法規制に対応したモニタリング業務や必須文書管理業務を支援](#)することで、業務課題の解決・効率化を実現している。
- 製薬・医療機器メーカー、CRO等の企業や、大学病院等で利用が可能であり、大学病院でシステムを利用している場合にはアカウントを払い出すことで依頼元の製薬企業や共同研究している他大学の医師も治験・臨床研究の進捗を確認することができるため、進捗確認の問い合わせ対応などが不要になる。
- システム開発の経緯として、今まで研究分野で必須ではなかったモニタリング業務が倫理指針変更により必須になった。診療などの通常業務で多忙の中、新たにモニタリングという業務が増えたことで大学病院よりシステム開発の依頼を受け、負担軽減に寄与するシステムを開発した。

## 株式会社セントラルシステムズ様 取り組みサマリー

### ヒアリング内容(2/6)

#### ■ 医師がモニタリング業務を行うことも多く、負担になっている。

- 臨床研究などの大規模研究ではCROに依頼することや、ARO機能を有している大学病院へ依頼することもあるが、小規模研究や医師主導治験などでは医師本人がモニタリングを行うことも多く、医師の負担が増えている。
- 以前モニタリングは必須ではなかったため、医師の中にはモニタリング業務として行うべきことを把握できていない方も多い。その為、若手医師への教育も必要になり、研究だけでなく教育の時間も必要になるのでより負担が増えている。
- 多くの大学病院ではいまだにExcelや紙での運用が多く、その場合管理シートを作成していても改めて管理シートをもとに1から報告書の作成を行う必要がある。その場合、作成時にデータの入力誤りなどの可能性があるため、作成・内容確認にも時間がかかる。
- Excelでの進捗管理、紙媒体での申請等運用している大学病院が非常に多い。現状は電子化への検討期の段階。

## 株式会社セントラルシステムズ様 取り組みサマリー

### ヒアリング内容(3/6)

#### ■ チェックリストによる進捗状況の把握が簡単にできる

- モニタリングシステムではガイド機能があり、行わなければならない業務のチェックリストや記載事項の項目欄を設けることで次に何をやらなければいけないのか、どの程度完了しているのかを確認することができるので、モニタリング経験が少ない医師でも次に何を行えばよいか判断しやすい。

#### ■ 報告書との連動が可能で、作成時間を短縮できる

- モニタリングシステムを利用することで、チェックした項目や記入した項目を自動で報告書に反映することができる。また、報告書の作成もボタン1つで可能なので、報告書作成の時間短縮が可能であり、チェックリストからの記載誤りの可能性もなくなるため確認時間の削減にもなる。
- 報告書のダウンロードや印刷、またローデータの抽出も可能であり、Excelでフィルタリングを行い、傾向などの分析にも利用することで研究データをより簡易的にまとめることが可能になる。



## 株式会社セントラルシステムズ様 取り組みサマリー

### ヒアリング内容(4/6)

#### ■ 電子化しても今までと同じ品質を保つことが可能

- 新型コロナウイルスの影響もあり、感染リスクを避けるためやリモート治験に対応するため、文書管理も電子化が求められている。
- 文書管理システムを使用する際、確認項目などは各大学病院が使用しているフォーマットを読み込み使用する。そのため実際に訪問していた際と同じ品質を保ち、研究や治験を進めることができる。

#### ■ 電子カルテと連携していないので、カルテデータや検査数値の入力・確認は必要

- 電子カルテとは連携していないので、カルテ上の患者情報、同意書、検査数値入力などは自動ではなく、改めてシステムに記入する必要がある。また、製薬会社などの治験依頼者や審査機関が患者情報を確認する際には、来院しカルテを直接確認するか、その他のシステムを使用し確認する必要がある。

## 株式会社セントラルシステムズ様 取り組みサマリー

### ヒアリング内容(5/6)

#### ■ 導入しやすいシステム設計で、サポート体制も整備している

- 基本的にはパッケージでの提供となり、システムの機能内で各治験に必要なチェック項目などをカスタマイズする必要がある。しかし、金額次第ではオーダーメイドシステムの作成を相談することも可能。
- 導入する際に使用方法レクチャーの場を基本プランの中に設けている。事前に大学病院の事務局に現状の管理方法などを確認したうえで、事務局と協力する形で実際の使用方法を説明し、医師が使用しやすいようサポートを行っている。
- 大学病院は予算も限られているため、大規模試験や予算に余裕がある大学病院以外では、新たなシステム購入が難しい。そのため、料金プランも企業と大学病院で変更し、安価な料金でご利用できるようにしている。料金による違いは利用できるアカウント数であり、利用できるシステムに違いはない。

### ヒアリング内容(6/6)

#### ■ システム導入により医師の負担軽減に寄与する可能性は高い。

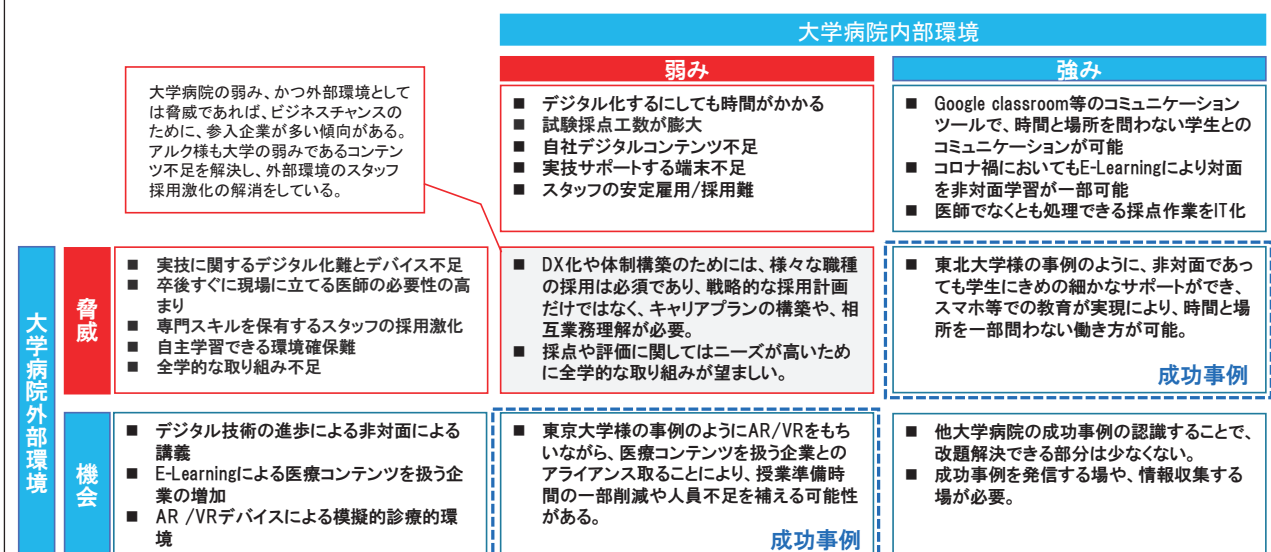
- 医師会の治験促進センターが提供していた『カット・ドゥ・スクエア』システム2月に廃止される予定であり、その為新たな文書管理システムを探している病院も多く、文書化システムに関しては、問い合わせが増えている。
- システムを使用して作成した報告書は、そのまま依頼元へ提出することが可能な形になっているので、特定の指定フォーマットなどが無い場合、提出用の報告書を改めて作成する必要はなく、作成時間削減に寄与する。
- 第43回日本臨床薬理学会学術総会に出展したが、知名度不足によりこのようなシステムがあると認知いただけていない状況であった。しかし、学会参加者でシステム内容を聞いた医師からは是非使用してみたいという声が非常に多く寄せられた。
- 大学病院用は企業に比べ安価にシステムを使用できるようになっている。プラン内容によるが、年間50万円前後で使用可能なので、大規模な治験を行う大学病院や機能・予算が充実している大学病院だけでなく、多くの病院で採用しやすいシステムになっている。

## 大学病院に関する現状SWOT分析

### 【教育領域】大学病院の現状SWOT分析

医師アンケートを読むと、各大学の課題を成功事例として記載しているケースも複数あり、各大学病院の「あたりまえ」が他大学にとっては成功事例であり課題解決の可能性がある。

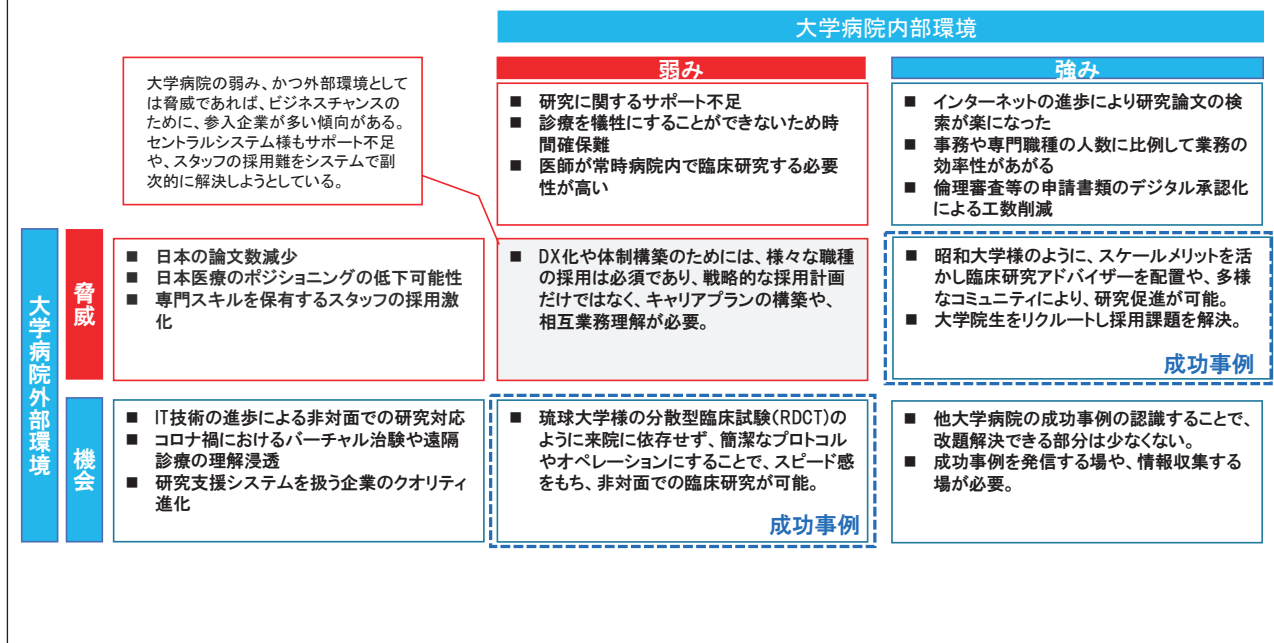
#### 【教育領域】大学病院の現状Cross SWOT



## 【研究領域】大学病院の現状SWOT分析

医師アンケートを読むと、各大学の課題を成功事例として記載しているケースも複数あり、各大学病院の「あたりまえ」が他大学にとっては成功事例であり課題解決の可能性がある。

### 【研究領域】大学病院の現状Cross SWOT



## 教育領域の成功事例サマリー

教育	ICT活用	業務効率化	録画映像を利用した授業のオンライン化で教員の場所と時間を問わない授業が可能になった。
		東北大学	業務効率化
		業務効率化	グループ学習のオンライン化することで、対面以上に対応できる学生数が増え活発な議論が可能となった。
	東京大学	業務効率化	ZOOMを用いた模擬患者との医療面接により、学生も緊張感を持ち研修する事が可能となり、対面が必要ではなくなった。
		業務効率化	AR/VR端末を使った医療的オペレーション教育により、作業工程を表示させてトレーニングする事が可能になった。
		業務効率化	AR/VR端末を使った学生の自主学習サポートにより、指導員不在でも何度でも自主練習が可能になった。
	株式会社アルク	業務効率化	医療英語教育に特化したe-Learningコンテンツ作成により教員のコンテンツ作成業務を軽減できる。
		業務効率化	学生のログイン率やコンテンツ進捗率、理解度テスト進捗等の確認可能。進捗を確認しながら自主学習を推進が可能。
	人的リソース充当	教育体制	教務スタッフによる授業運営のサポートにより、授業運営が楽になり教員の負担を減らす事ができた。
		教育体制	他大学との人的交流や機器の融通により、不足している人員や機器を補う事が可能になった。
		教育コンテンツ	AR/VRコンテンツの外部会社との共同開発により、技術的な部分は専門家に任せられる体制を構築。
		教育体制	日本人英語講師やネイティブ英語講師の派遣とテスト作成等のサポートすることで、教員の業務工数を削減可能となる。
	株式会社アルク	スキルアップ	大学講師に対するQ&Aセッションやスライド作成等の研修することで、授業の質を上げる事が可能となる。
		アンケート	タスクシフト/事務

## 研究領域の成功事例サマリー

研究	ICT活用	昭和大学	業務効率化	申請書類の簡素化/電子承認化にすることで事務作業の負担を経験する事ができた。
		琉球大学	研究業務効率化	RDCTIによって訪問を必要としない臨床研究が可能となり、医師の負担も患者の負担も減らす事ができた。
			研究業務効率化	遠隔診療と相性のよい、リアルタイムに安全性を確認できるデバイスの選定することでICT化を促進させている。
			IT化啓蒙活動	かかりつけ医にIT化のメリット(医師の働き方改革や患者負担減)を伝える事で、かかりつけ医の意識醸成をし臨床試験に協力いただけている。
		株式会社セントラルシステムズ	研究業務効率化	治験/臨床研究の品質管理/品質保証領域のクラウド型システムにより、業務の見える化や効率化に寄与する。
			研究業務効率化	法規制に対応したモニタリング機能や報告書の自動作成により、教員の業務工数を減らす事ができる。
			研究業務効率化	臨床研究のプロセス見える化により、タスクチェック可能となり抜け漏れの見える化、リマインドが可能となる。
			研究業務効率化	パッケージ提供だが金額次第ではオーダーメイドのシステム構築も可能。
	人的リソース充当	昭和大学	研究体制	統括研究推進センターを設立し、研究に関わるあらゆる業務を附属病院間でシームレスに実施できるサポート体制により研究を推進している。
			研究体制	スケールメリットを活かした臨床研究アドバイザー配置により、臨床医の計画調書の作成やデザインの相談、論文の投稿先等のサポートが可能になった。
			研究モチベーション推進	研究情報交換機会の多様なコミュニティ(勉強会や基礎研究交流会等)を持ち、全般的に研究の意識醸成が可能となった。
			研究モチベーション推進	給与以外の研究評価システム(表彰制度や研究奨励基金)により研究に対するモチベーション向上につながった。
			人材採用	大学院生を積極的にスカウトすることにより、研究領域に興味がある学生を積極的に採用相談できる仕組みをとっている。
			人材採用	大学院の学費を無料にする特別奨学金により、優秀な学生を育て研究マインドの高い学生を大学に残す取り組みの実施。
		琉球大学	人材作用/教育活動	独自カリキュラムによるCRC研修することで研究に必要な人員の教育をし、採用課題を解決するための活動をしている。
		アンケート	タスクシフト/クラーク	臨床研究において、ドクターズクラーク、がん登録センタースタッフがターゲット疾患の患者抽出、臨床データの収集に著明な時間短縮が可能となり、労働時間短縮に多大な貢献をしていると感じている。
タスクシフト/研究補助員	共同研究や研究費に関する書類作業なども医師で行っていたが、事務担当が事務的なことを全て精力的に行なっている。			
タスクシフト/クラーク	データ入力サポートをするクラークを雇用してくれることが進み、以前よりタスクシフトが進行している。しかし、現状は外科教室でデータ入力の補助員を雇用しているのが実情。			

一般社団法人 全国医学部長病院長会議  
医師の働き方改革検討委員会

委員長：馬場 秀夫（熊本大学）  
委員：横手幸太郎（千葉大学）  
：小山 信彌（東邦大学）  
：相良 博典（昭和大学）  
：明石 勝也（聖マリアンナ医科大学）  
：森 正樹（東海大学）  
：富田 善彦（新潟大学）  
：中島 茂（岐阜大学）  
：吉川 公彦（奈良県立医科大学）

調査協力：ドクターズ株式会社

全国医学部長病院長会議 事務局

：櫛山 博 事務局長  
：河井 麻美 事務職員

本報告書は、文部科学省の大学改革推進委託費による委託業務として、全国医学部長病院長会議が実施した令和4年度「大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業～大学病院における医師の働き方に関する調査研究～」の成果を取りまとめたものです。

従って、本報告書の複製、転載、引用等には文部科学省の承認手続きが必要です。

---

令和4年度 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業  
大学病院における医師の働き方に関する調査研究 報告書

発行日 令和5年(2023)2月 発行

発行者 一般社団法人 全国医学部長病院長会議(AJMC)

事務局 〒113-0034 東京都文京区湯島1-3-11 お茶の水プラザビル4F

TEL:03-3813-4610 FAX:03-3813-4660 E-mail:info@ajmc.jp

---