

本件問合せ先
（一社）全国医学部長病院長会議事務局
TEL：03-3813-4610
FAX：03-3813-4660
Mail：info@ajmc.jp

全国医学部長病院長会議

令和8年度 第1回定例記者会見資料

令和8年4月24日(金)

一般社団法人 全国医学部長病院長会議



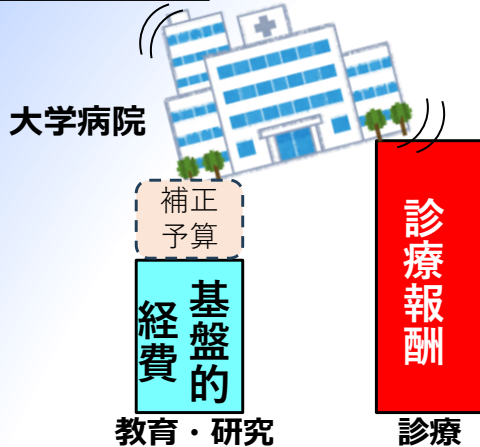
一般社団法人 全国医学部長病院長会議
Association of Japan Medical Colleges

1. 大学・大学病院の現状 … 3
2. 医師の働き方改革に関するアンケート調査結果 … 11
3. DEI（ダイバーシティ、エクイティ&インクルージョン）推進に向けての提言 … 28

1. 大学・大学病院の現状

全国医学部長病院長会議 会長
相良 博典

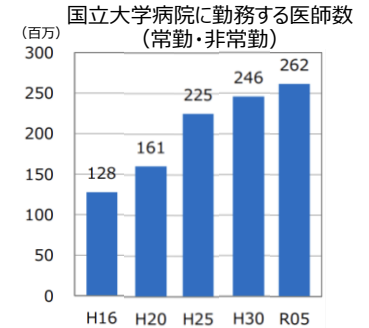
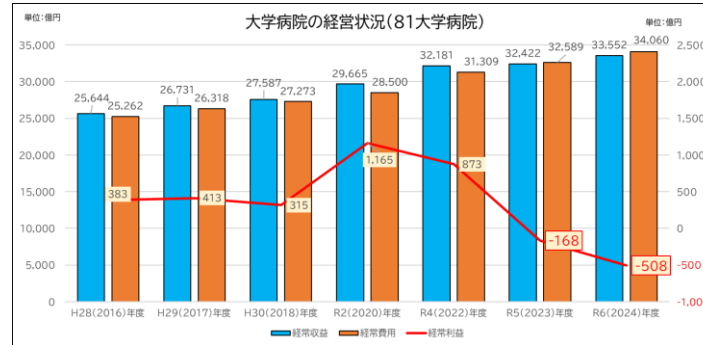
1. 現状と課題



教育研究機能向上のための支援は、単発の補正予算頼みとなっている

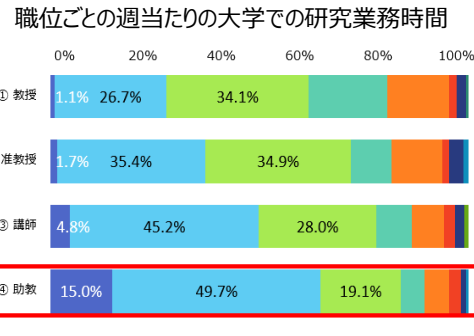
① 診療規模の拡大と経常利益率の低減

- 自己収入の獲得や経費の節減努力が求められ、増収と経営効率を追求。
- 診療規模の拡大とともに医師等の職員数も大幅に増加。
- 収入が増えた分、支出も増加し増収減益の傾向で赤字が拡大。



② 研究時間の減少

○ 経営改善が求められ診療に注力した結果、助教の15%は、週当たりの研究業務時間がゼロ。



③ 基盤的経費の確保

○ 例えば、国立大学の運営費交付金収益はほぼ横ばいで、物価高騰等により実質的に目減り。私学助成も同様の傾向。



2. 大学病院の教育研究機能の向上に向けた取組例

- ・ **大学病院機能強化推進事業 (令和7年度補正予算 349億円)**
大学病院運営の構造転換を図る大学病院に対して、経営改善に資する教育研究の質を高めるための経費を支援
- ・ **医学系研究支援プログラム (令和6年度補正予算 134億円・基金(3年間))**
研究者の研究活動と、大学病院・医学部としての研究環境改善に係る取組とを一体的に、基金を活用して支援し、医学系研究の研究力を抜本的に強化

※参考：令和8年度診療報酬改定 +3.09% (賃上げ分や物価対応分を含む)

大学病院の持続的経営を可能とする診療報酬とともに、教育研究機能を強化するための恒常的な支援が必要

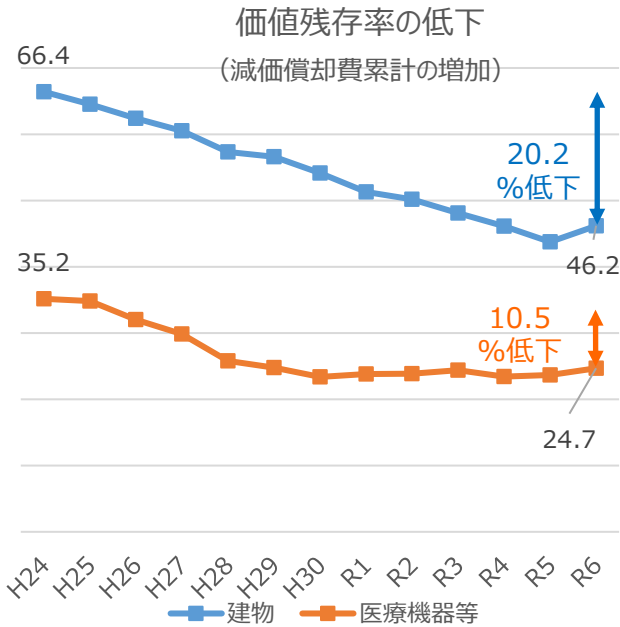
※令和8年3月16日 内閣府創薬・先端医療ワーキンググループ(第3回)熊ノ郷構成員提出資料を一部改変

診療報酬改定と補正予算も踏まえ国立大学病院の課題と今後の方向性

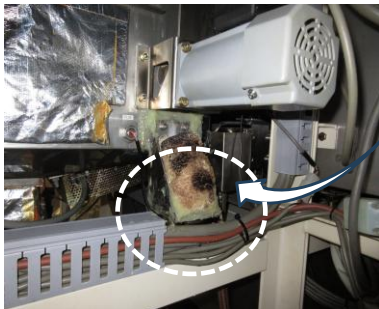
① これまで：赤字構造の悪化
物価・賃金高でR6以降赤字

現金収支（44病院合計）

R7見込：▲321億円



手術を支える材料部の機器老朽化
洗浄装置の槽内用モーター軸が漏れ
(タオルにしみ込ませながら稼働中)



② 現在：補正 + 改定で“当座”を下支え

文科省：R7補正 349億円（大学病院機能強化推進事業）

病院改革プラン等に基づく「病院運営の構造転換」支援

厚労省：補正等で急性期・物価/賃金への緊急支援

医療提供体制の維持に必要な「当座の手当」

診療報酬改定：高度急性期・特定機能病院の評価を強化

入院・高度医療・人材体制等を重点配分（大学病院の役割に着目）

“下支え”から財政支援を原資に「構造転換」を進め、持続可能な形へ。

③ これから：地域ニーズ踏まえた構造転換と持続可能性確保

安定した経営基盤に基づく大学病院の機能強化へ

- ・自治体からの要請に公正に応えながら地域医療に人的にも貢献しつつ、地域医療構想を地域とともに前に進める
- ・患者動向を踏まえた事業規模の適正化・医療支援の教育・研究へのシフト
- ・同時に、改革は「BS・PL・CF」による経営の見える化から持続性と検証可能な制度設計で実行



病院再開発と機器資産更新を実現する制度設計

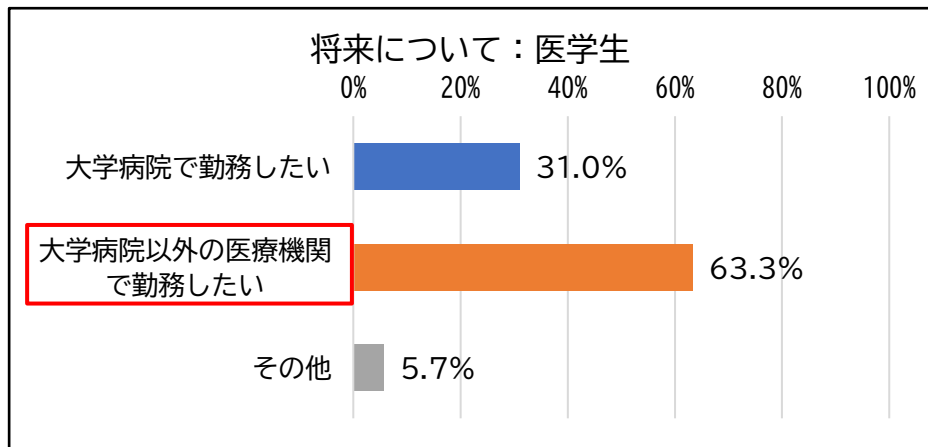
Summary

短期の経営安定化→財政支援を活用した構造転換と持続可能な地域医療に貢献

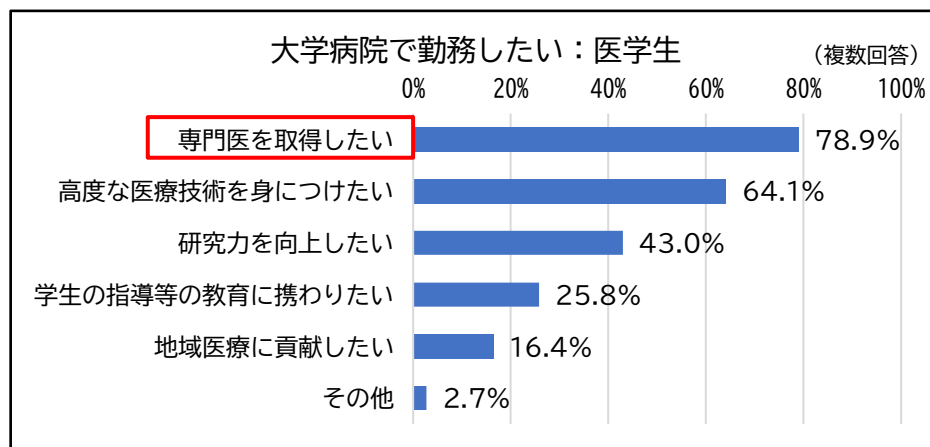
大学・大学病院の魅力向上・人材確保のための調査・研究調査結果（抜粋）①

医学生(5、6年)の827名に、将来の大学病院の勤務について考えを聞いたところ、医学生の63.3%から大学病院以外の医療機関で勤務したいとの回答があり、その理由として「給与が高い」、「労働環境が良い」が多かった。

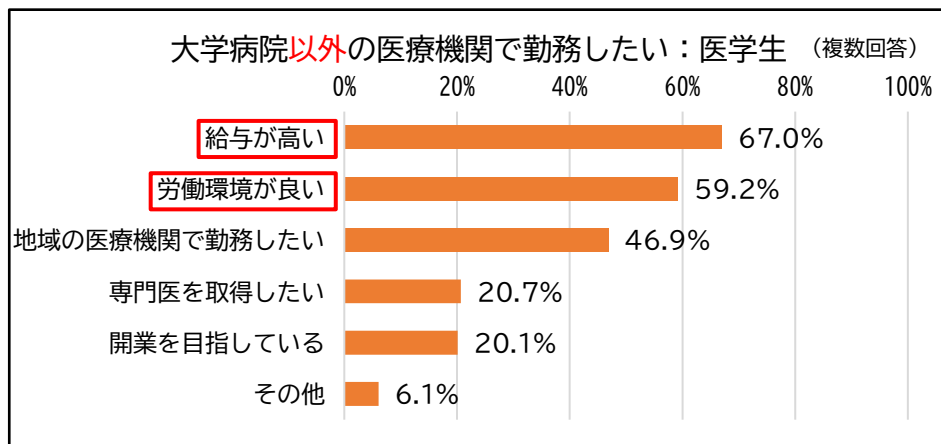
1) 将来についての考え【医学生】



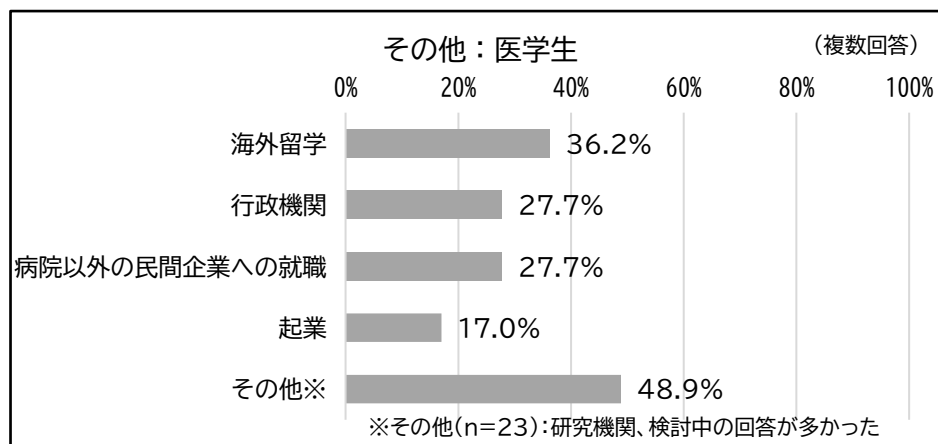
2-1) 「大学病院で勤務したい」と回答した内訳



2-2) 「大学病院以外の医療機関で勤務したい」と回答した内訳



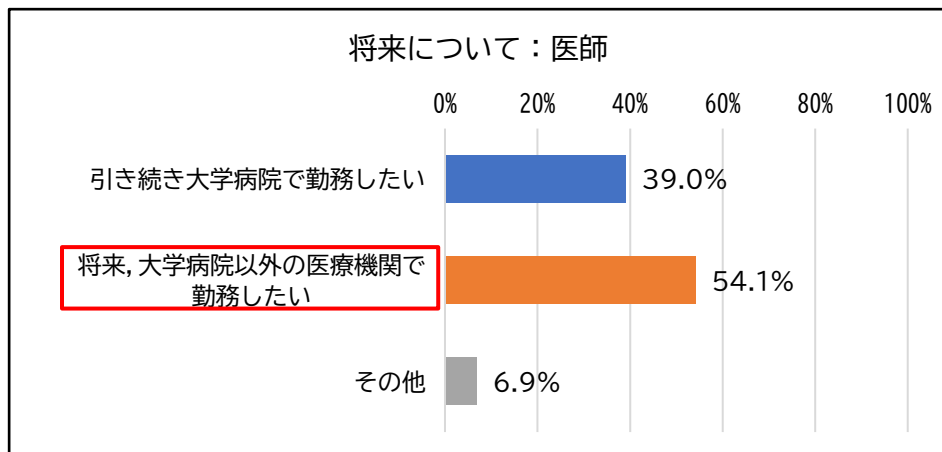
2-3) 「その他」と回答した内訳



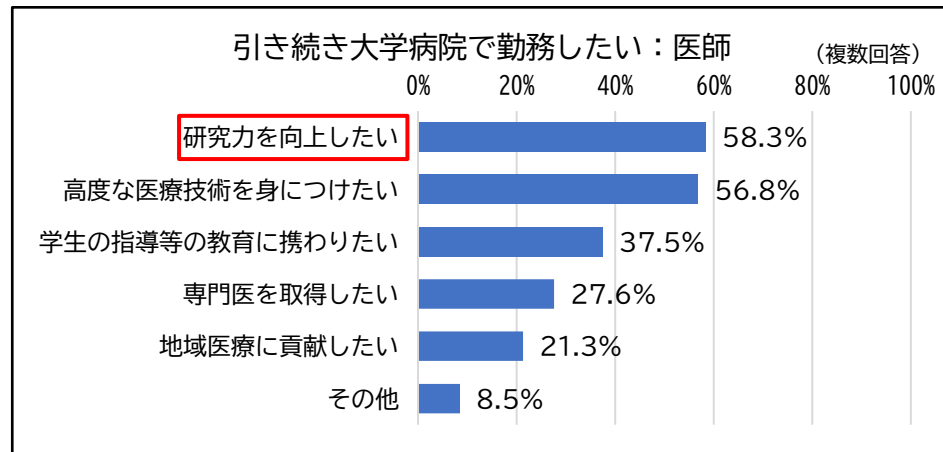
大学・大学病院の魅力向上・人材確保のための調査・研究調査結果（抜粋）②

医師(助教、医員、専攻医、研修医)を対象に、将来の大学病院の勤務について考えを聞いたところ、医師の54.1%が、大学病院以外の医療機関で勤務したいとの回答があり、理由が多かったのは「労働環境が良い」、「給与が高い」であった。また、職位別では、専攻医からの回答が多かった。

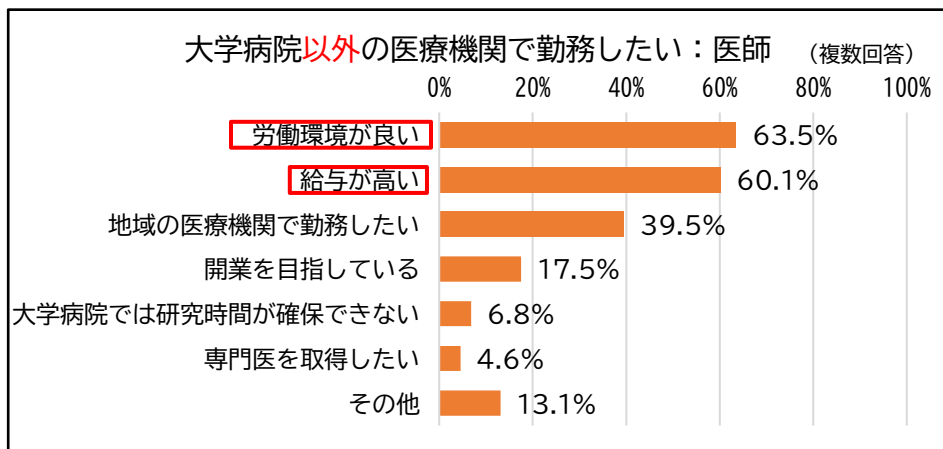
1) 将来についての考え【医師】



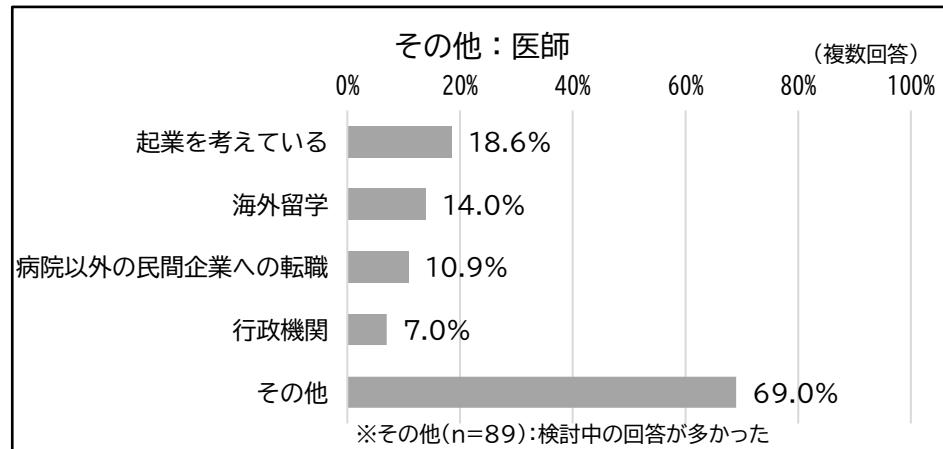
2-1) 「引き続き大学病院で勤務したい」と回答した内訳



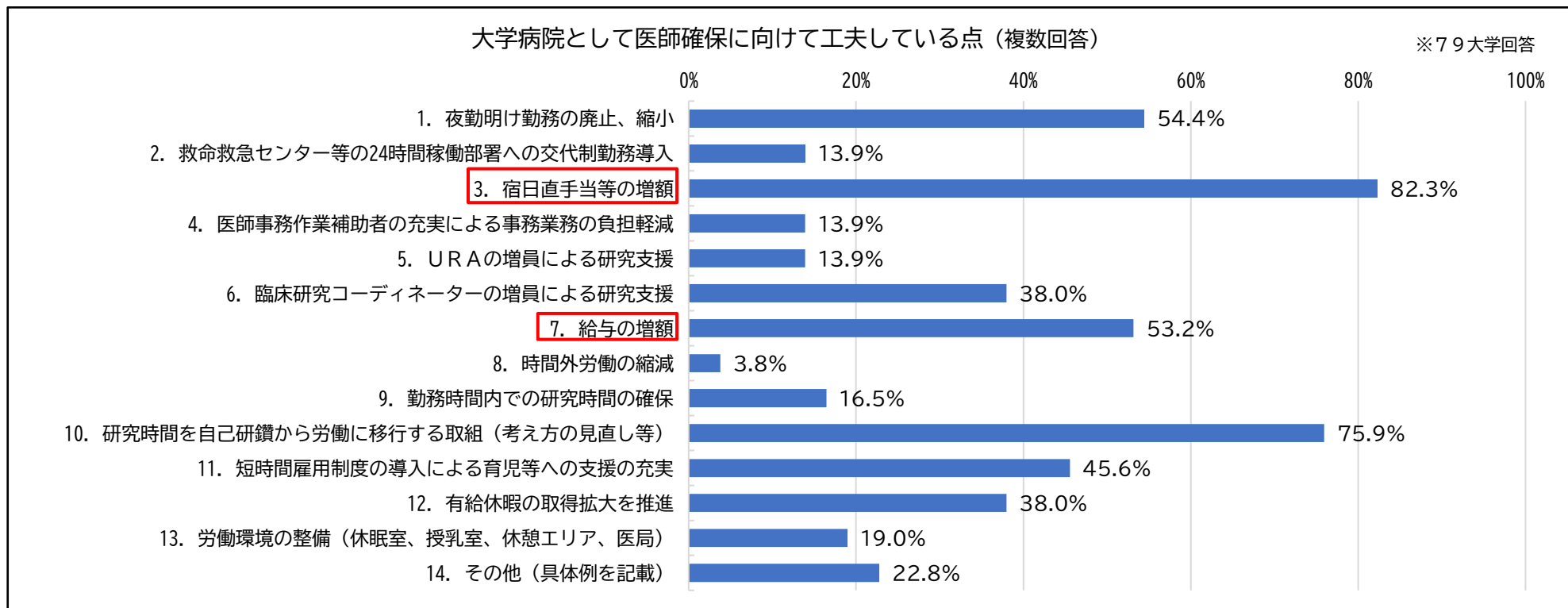
2-2) 「大学病院以外の医療機関で勤務したい」と回答した内訳



2-3) 「その他」と回答した内訳



大学病院が医師確保に向けた処遇改善に関して工夫している点は、例えば、宿日直手当等の増額が82.3%、給与の増額が53.2%であった。



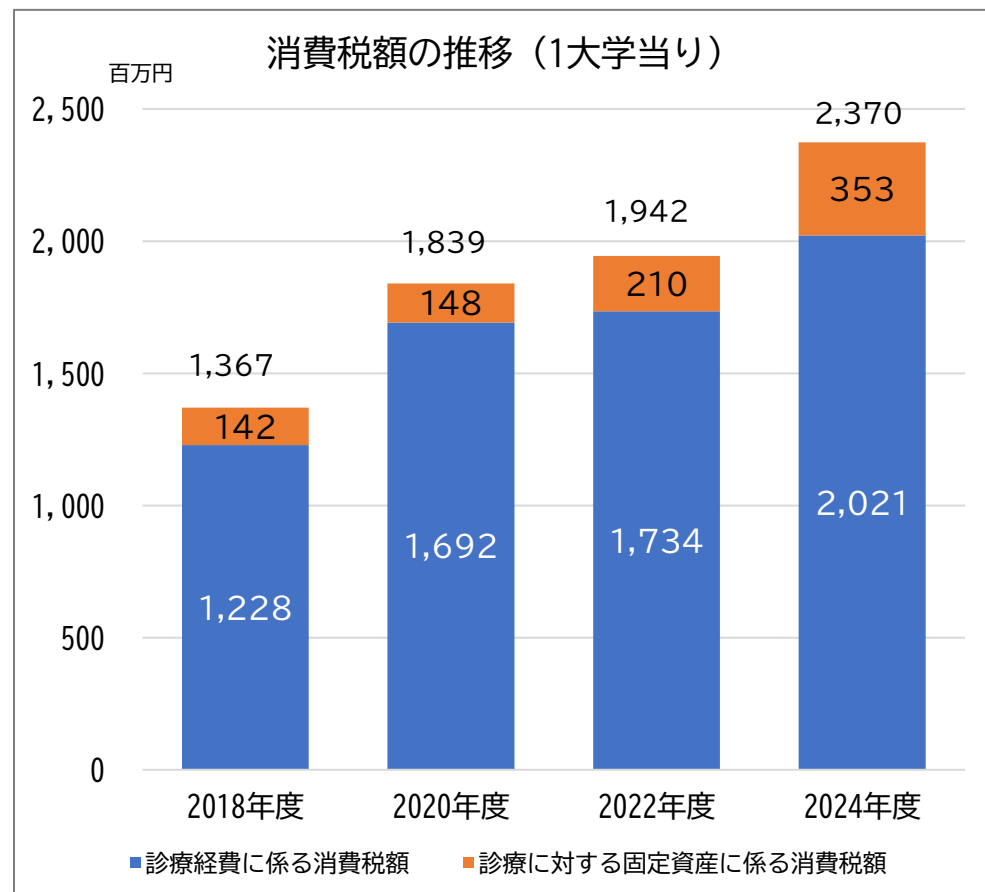
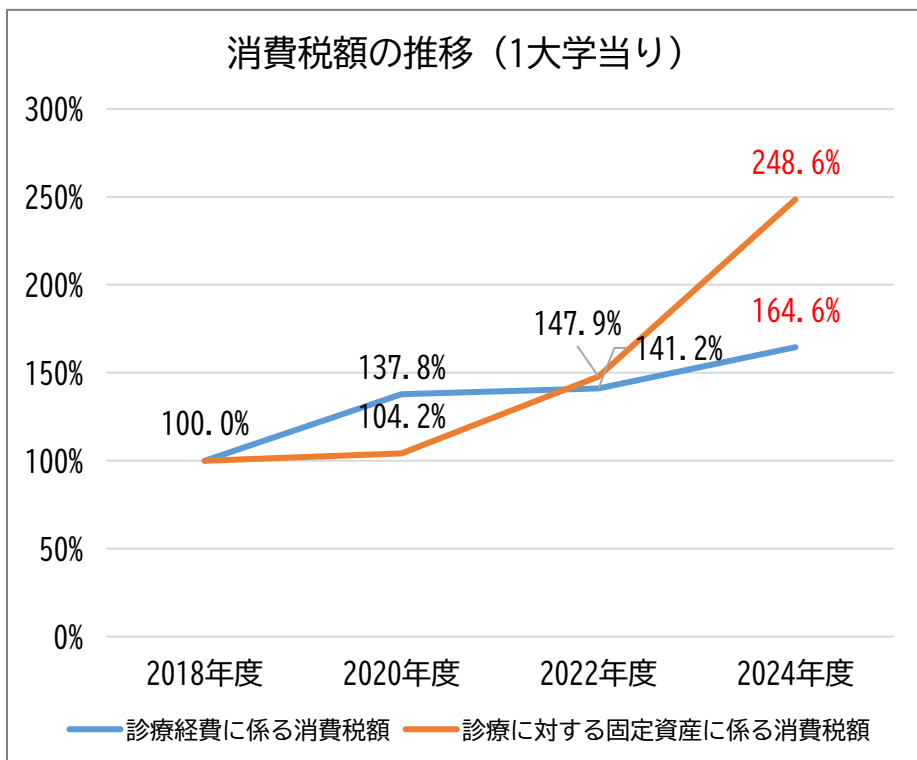
※14. その他の具体例

- ・ 医員の常勤化（給与の増額等）
- ・ 病院敷地内に職員の子や孫を対象とする保育園及び病児・病後児保育室を設置
- ・ 院内院外をローテートするレジデントは、雇用1年未満でも育休取得可能とした
- ・ 看護師やメディカルスタッフへのタスクシフト/シェア
- ・ オンコール手当の支給対象を医員（研修医）にも拡大
- ・ 医師独自の手当を設けている ・ 食事補助制度
- ・ 各科において医局説明会を実施している 等

消費税額について ① - 消費税額の推移 -

- ・ 消費税の支払額は2018年度と2024年度を比較すると1大学当たり13.7億円から23.7億円と10億円も増加しており、診療経費に係る消費税額では約1.6倍、診療に係る固定資産に係る消費税額では約2.5倍に増加していた。
- ・ 高度医療を提供するためのインフラ整備や機器更新は必要であるが、各大学病院では消費税額がかなりの負担になっている。

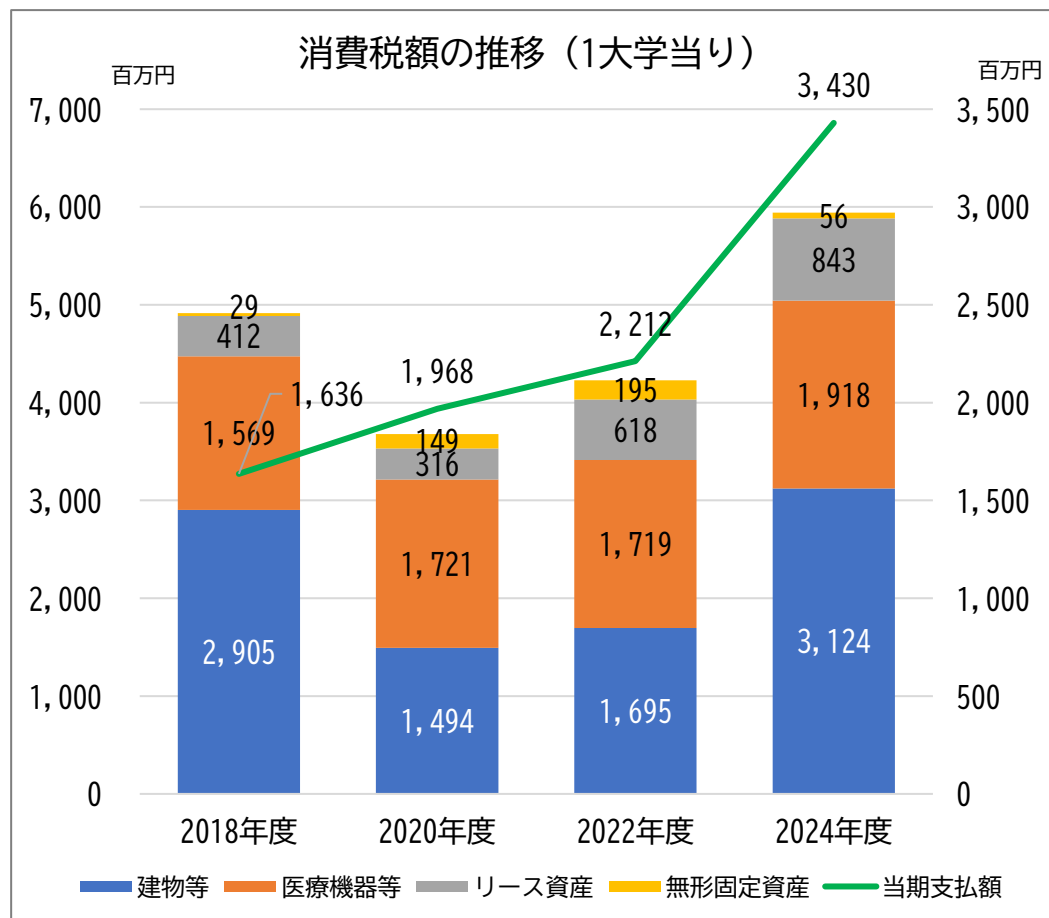
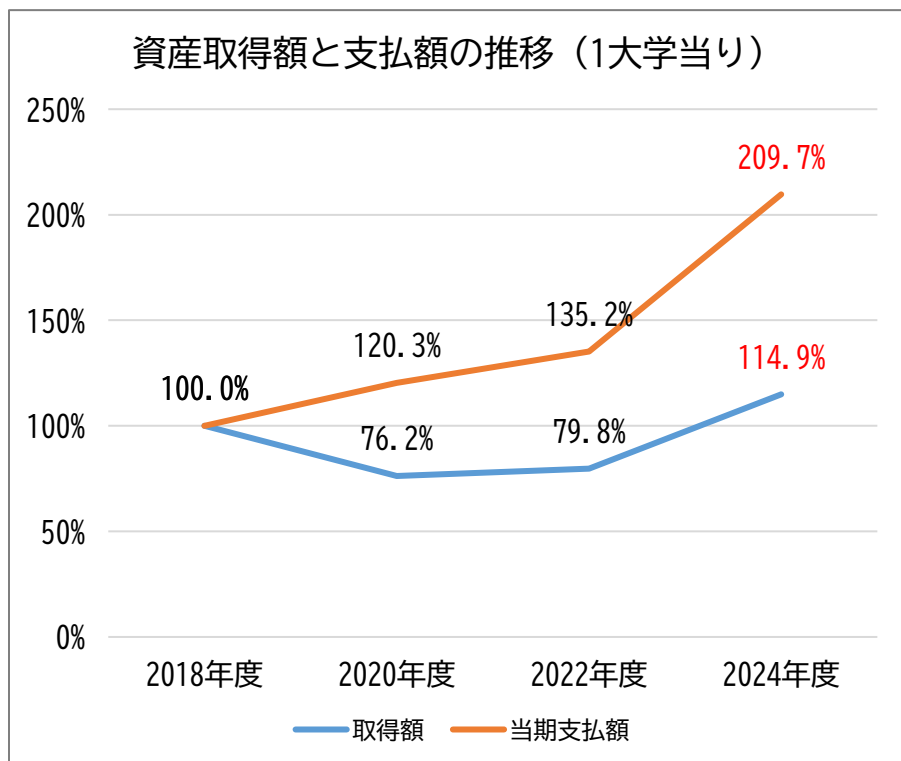
○ 2018年度を100%とした場合の推移



消費税額について ② - 資産取得額と支払額の推移 -

- ・ 資産の取得額は、2018年度と2024年度を比較すると1大学当り47億円から55億円と約1.2倍に増加しており、特にリース資産の取得が大幅に増加していた。
- ・ 当期支払額では、2018年度と2024年度を比較すると16億円から34億円と約2倍に増加していた。

○ 2018年度を100%とした場合の推移



2. 医師の働き方改革に関するアンケート調査結果

医師の働き方改革検討委員会 委員長
前田 嘉信

「医師の働き方改革に関するアンケート調査」概要

【実施委員会】 医師の働き方改革検討委員会 委員長 前田 嘉信

○ 大学病院対象調査

- 調査時期:令和8年1月調査
- 調査対象:会員81大学の本院(国立42大学、公立8大学、私立31大学)
- 調査期間:令和8年1月4日～2月6日
- 回答数:81大学

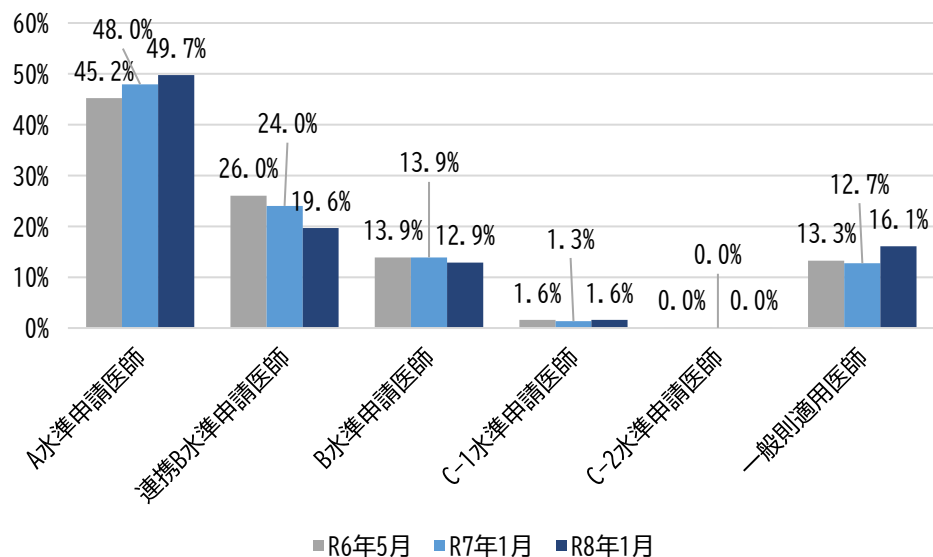
○ 個人対象調査

- 調査対象:会員81大学病院(本院)に勤務する医師
- 調査期間:令和8年1月7日(水)～2月6日(金)
- 回答数:4,100名から回答(有効回答数:4,066名)

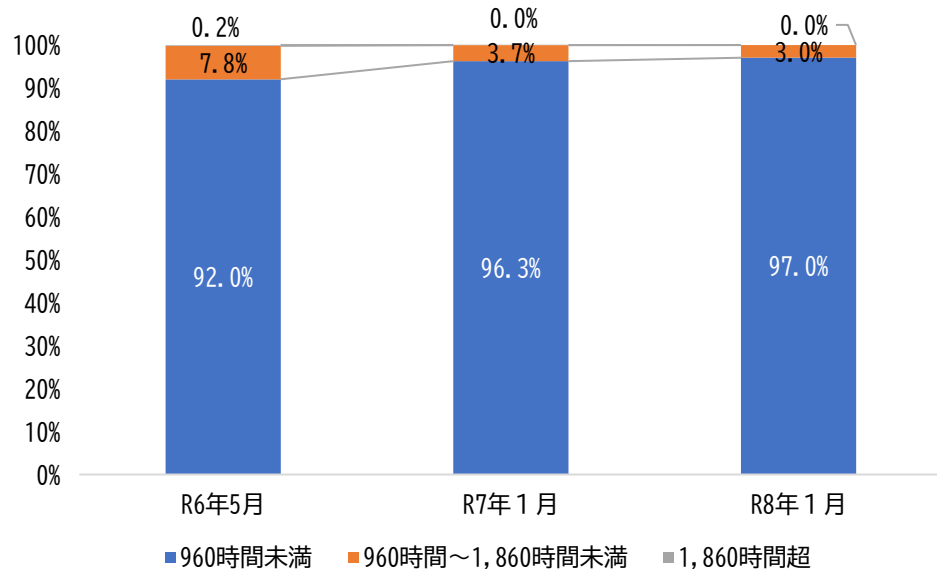
調査結果①：特例水準申請医師数及び時間外休日労働時間数の推移

特例水準医師数は一般則適用医師及びA水準医師数が増加し、連携B及びB水準申請医師数は減少してきている。令和8年1月調査では、1,860時間以上の医師は0人だった。

特例水準申請医師数の推移



時間外・休日労働時間数別医師数の推移



特例水準申請医師数	R6年5月		R7年1月		R8年1月	
	人数	R6年5月 (%)	人数	R7年1月 (%)	人数	R8年1月 (%)
A水準申請医師	19,375	45.2%	20,068	48.0%	23,382	49.7%
連携B水準申請医師	11,136	26.0%	10,052	24.0%	9,232	19.6%
B水準申請医師	5,934	13.9%	5,816	13.9%	6,056	12.9%
C-1水準申請医師	677	1.6%	563	1.3%	746	1.6%
C-2水準申請医師	20	0.0%	19	0.0%	22	0.0%
一般則適用医師	5,683	13.3%	5,327	12.7%	7,571	16.1%
合計	42,825	100.0%	41,845	100.0%	47,009	100.0%

時間外・休日労働時間数別医師数の推移	R6年5月		R7年1月		R8年1月	
	人数	R6年5月 (%)	人数	R7年1月 (%)	人数	R8年1月 (%)
960時間未満	38,356	92.0%	38,818	96.3%	44,877	97.0%
960時間～1,860時間未満	3,243	7.8%	1,507	3.7%	1,366	3.0%
1,860時間超	77	0.2%	2	0.0%	0	0.0%
合計	41,676	100.0%	40,327	100.0%	46,243	100.0%

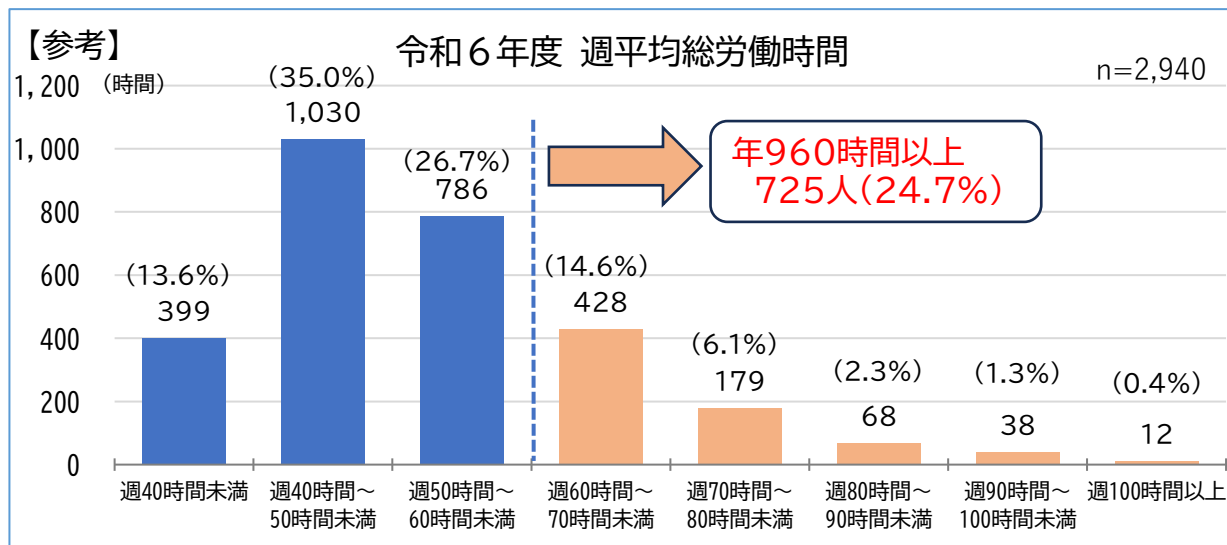
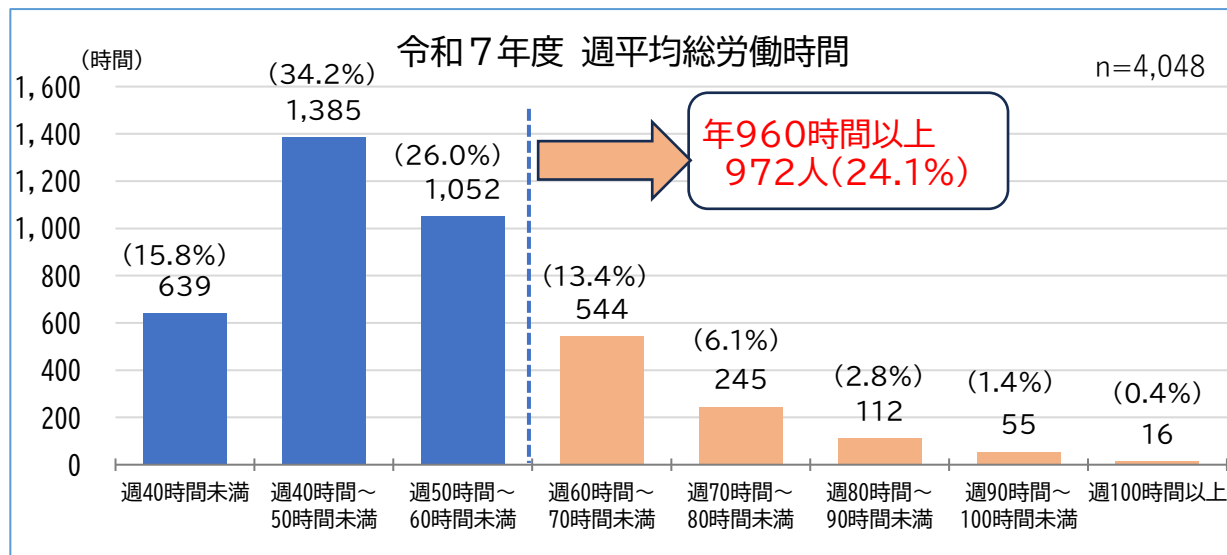
注) 1. 時間外・休日労働時間数には兼業・副業先も含まれます。
2. 時間数は、年換算した時間数です。

調査結果②：令和7年度の週平均総労働時間

個人調査

年960時間以上となる「週60時間以上」の割合は24.1%で前回調査時(24.7%)との変化はみられなかった。

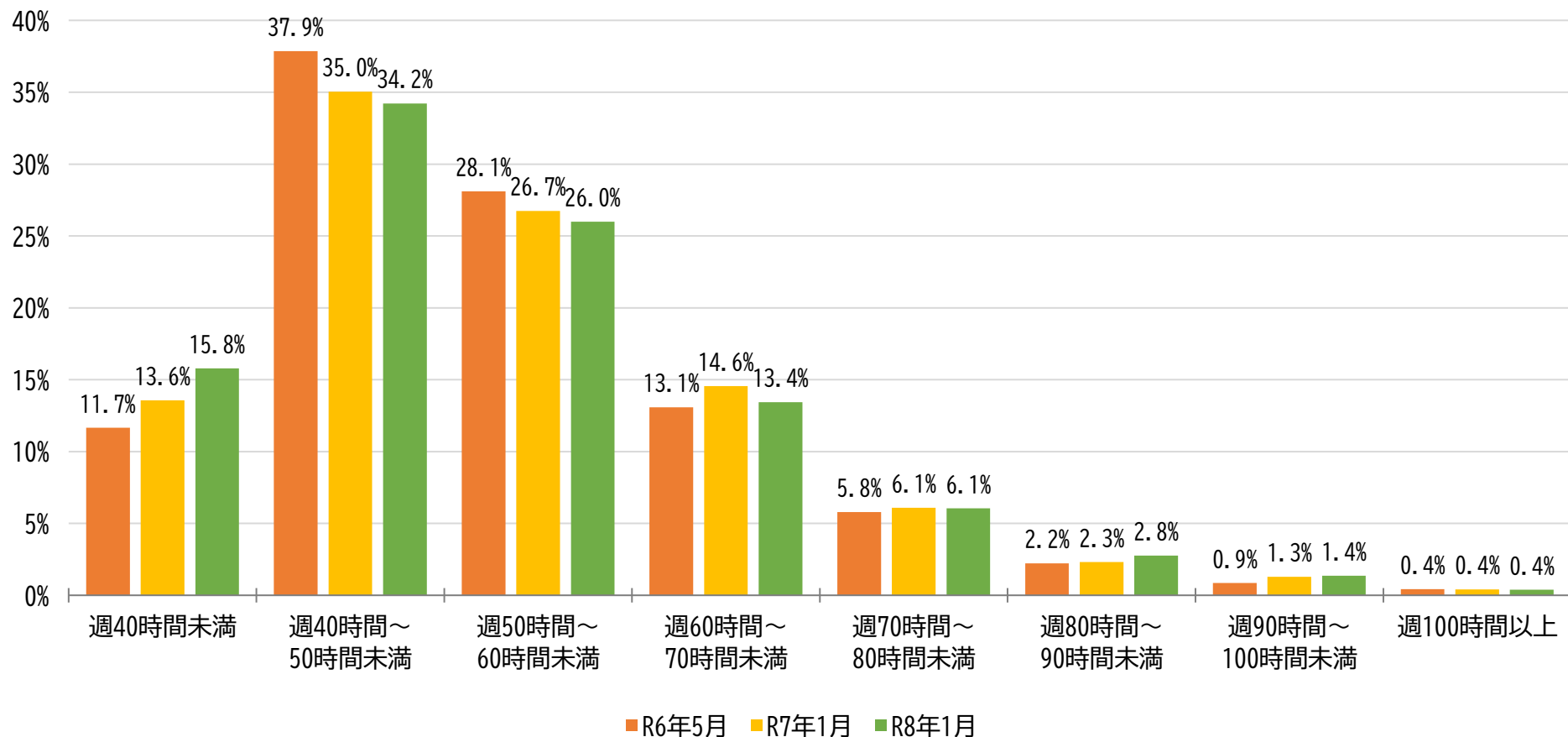
総労働時間	回答人数 (人)	構成比率
週40時間未満	639	15.8%
週40時間～50時間未満	1,385	34.2%
週50時間～60時間未満	1,052	26.0%
週60時間～70時間未満	544	13.4%
週70時間～80時間未満	245	6.1%
週80時間～90時間未満	112	2.8%
週90時間～100時間未満	55	1.4%
週100時間以上	16	0.4%
総計	4,048	100.0%



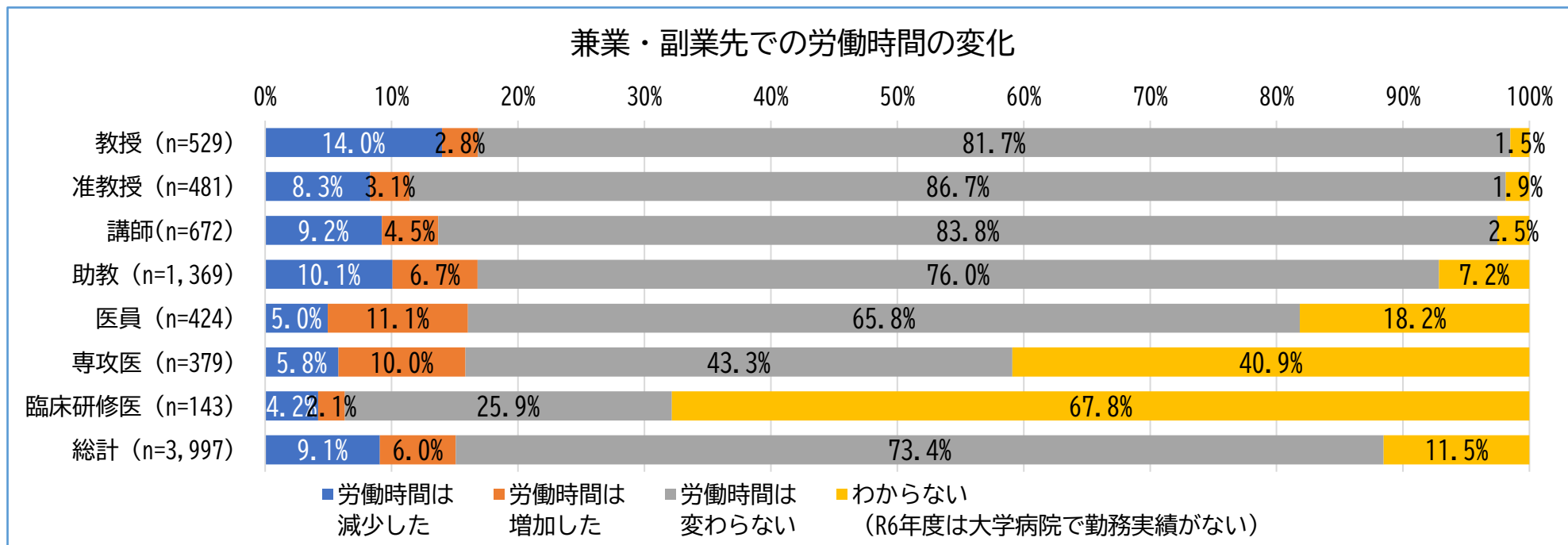
調査結果③：週平均総労働時間の推移（労働時間帯別）

週平均の労働時間の推移をみると週40時間未満は増加し、週40～60時間未満は減少していた。週60時間以上は横ばいだった。

週平均総労働時間の推移



兼業・副業先での労働時間は「変わらない」が全体で73.4%を占め、「減少した」は9.1%、「増加した」は6.0%であった。

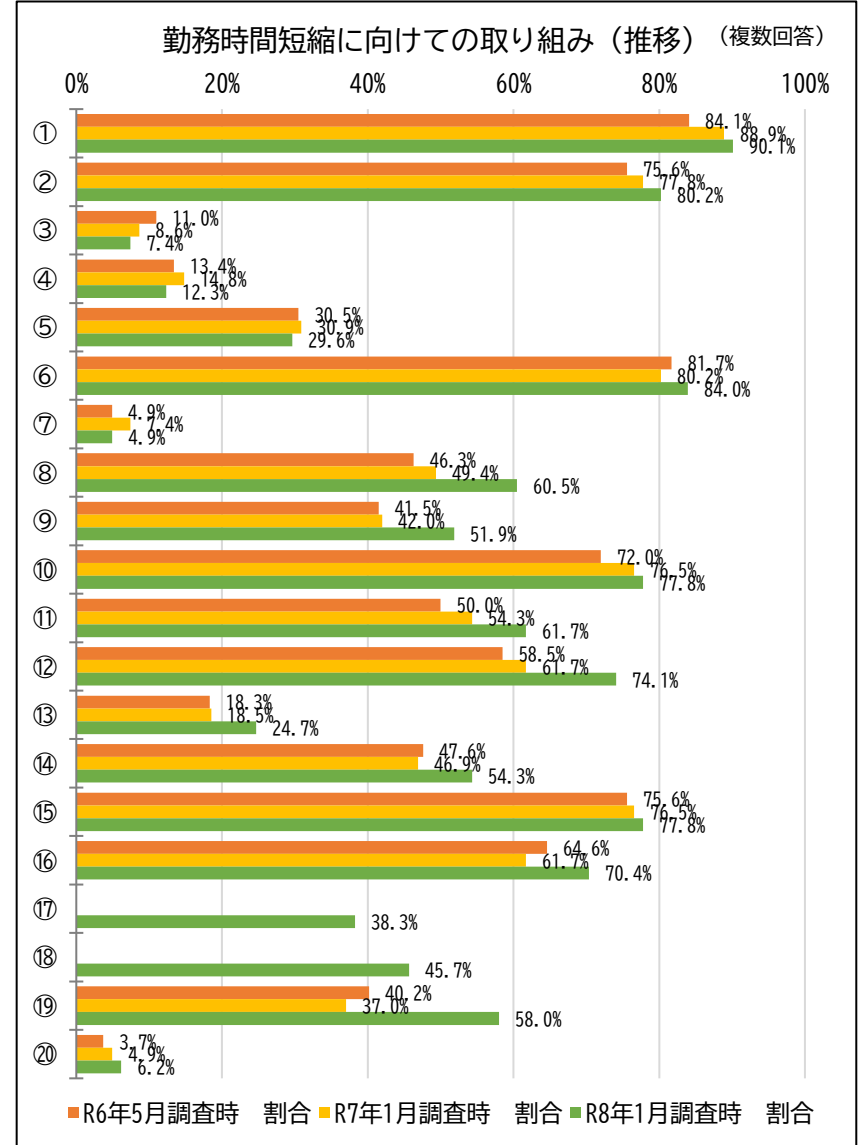


兼業・副業先での労働時間の変化	労働時間は減少した	労働時間は増加した	労働時間は変わらない	わからない (R6年度は大学病院で勤務実績がない)	総計
教授 (n=529)	14.0%	2.8%	81.7%	1.5%	100.0%
准教授 (n=481)	8.3%	3.1%	86.7%	1.9%	100.0%
講師 (n=672)	9.2%	4.5%	83.8%	2.5%	100.0%
助教 (n=1,369)	10.1%	6.7%	76.0%	7.2%	100.0%
医員 (n=424)	5.0%	11.1%	65.8%	18.2%	100.0%
専攻医 (n=379)	5.8%	10.0%	43.3%	40.9%	100.0%
臨床研修医 (n=143)	4.2%	2.1%	25.9%	67.8%	100.0%
総計 (n=3,997)	9.1%	6.0%	73.4%	11.5%	100.0%

調査結果⑤：医師の勤務時間短縮に向けて取り組んでいる内容（推移）

令和6年度と比較してカンファランス等の勤務時間内実施やIT化、合同宿日直が進んでいるが、特にICTの活用が増加していた。また、AIによる診療負担軽減についても45.7%の大学で導入されていた。

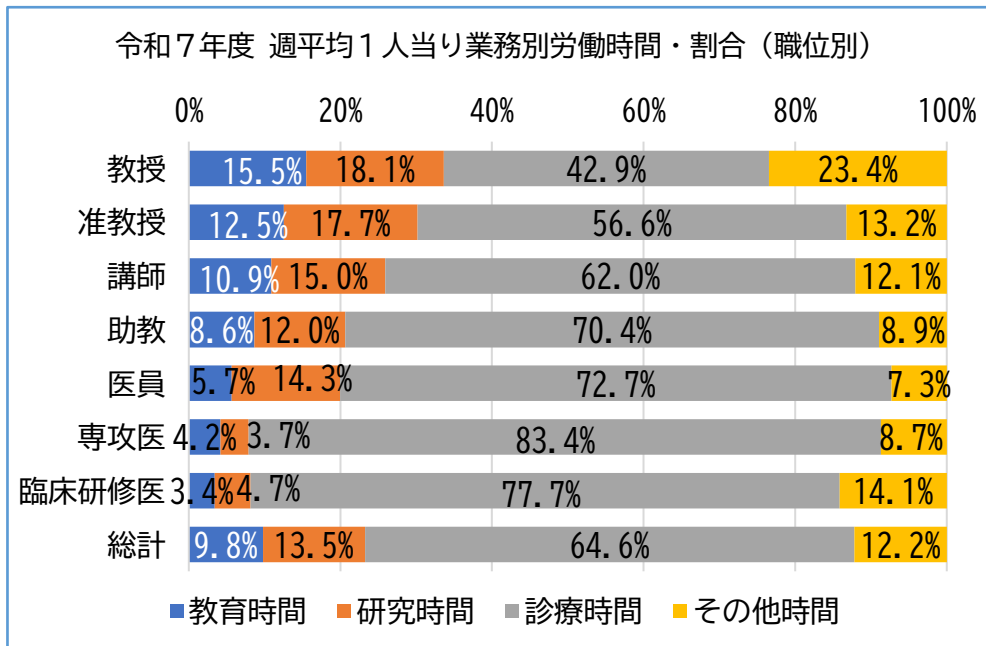
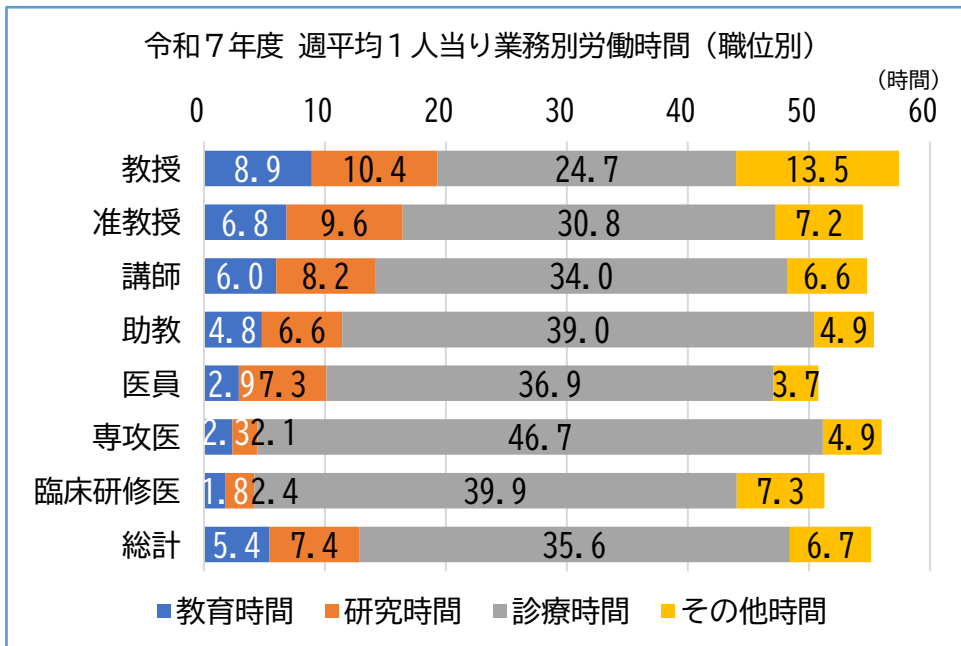
医師の勤務時間短縮に向けて取り組んでいる事項	R6年5月調査時		R7年1月調査時		R8年1月調査時		増減（R8-R6）	
① 複数主治医制/チーム制の実施	69	84.1%	72	88.9%	73	90.1%	4	6.0%
② 救命救急センター等の24時間稼働部署への交代制勤務の導入	62	75.6%	63	77.8%	65	80.2%	3	4.6%
③ フレックスタイム制の活用	9	11.0%	7	8.6%	6	7.4%	-3	-3.6%
④ 外来受付時間の短縮	11	13.4%	12	14.8%	10	12.3%	-1	-1.1%
⑤ 時間外の主治医対応の廃止	25	30.5%	25	30.9%	24	29.6%	-1	-0.9%
⑥ 患者・家族への説明等の勤務時間内実施	67	81.7%	65	80.2%	68	84.0%	1	2.3%
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）	4	4.9%	6	7.4%	4	4.9%	0	0.0%
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等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）	38	46.3%	40	49.4%	49	60.5%	11	14.2%
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	34	41.5%	34	42.0%	42	51.9%	8	10.4%
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	59	72.0%	62	76.5%	63	77.8%	4	5.8%
⑪ 複数診療科合同による宿日直箇所（宿日直者）の削減	41	50.0%	44	54.3%	50	61.7%	9	11.7%
⑫ オンコール体制による宿日直箇所（宿日直者）の削減	48	58.5%	50	61.7%	60	74.1%	12	15.6%
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	15	18.3%	15	18.5%	20	24.7%	5	6.4%
⑭ 夜勤明け勤務の廃止、縮小（時間短縮）	39	47.6%	38	46.9%	44	54.3%	5	6.7%
⑮ 連続勤務時間の制限	62	75.6%	62	76.5%	63	77.8%	1	2.2%
⑯ 有給休暇取得の奨励	53	64.6%	50	61.7%	57	70.4%	4	5.8%
⑰ 医師一人当たりの勤務時間の上限目標を定めて勤務時間数削減に取り組んでいる	未調査		未調査		31	38.3%	-	-
⑱ AIによる診療負担軽減に取り組んでいる	未調査		未調査		37	45.7%	-	-
⑲ ICTを活用した業務の見直し	33	40.2%	30	37.0%	47	58.0%	14	17.8%
⑳ その他	3	3.7%	4	4.9%	5	6.2%	2	2.5%



調査結果⑥：令和7年度週平均業務別労働時間数・割合

個人調査

全体の労働時間数は55.1時間で前回調査時の51.9時間を3.2時間増加しており、研究時間で0.3時間、診療時間で1.3時間、その他時間で1.5時間増加していた。



R8.1月調査 時間

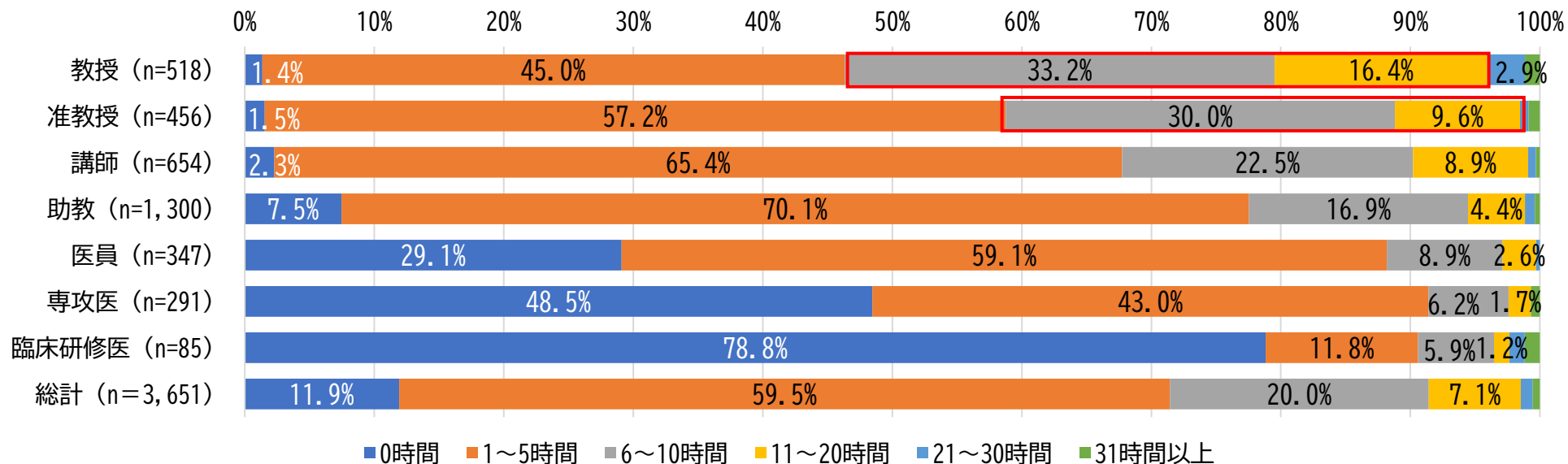
業務別 平均労働時間	教育時間	研究時間	診療時間	その他時間	計
教授	8.9	10.4	24.7	13.5	57.4
准教授	6.8	9.6	30.8	7.2	54.5
講師	6.0	8.2	34.0	6.6	54.8
助教	4.8	6.6	39.0	4.9	55.4
医員	2.9	7.3	36.9	3.7	50.8
専攻医	2.3	2.1	46.7	4.9	56.0
臨床研修医	1.8	2.4	39.9	7.3	51.3
総計	5.4	7.4	35.6	6.7	55.1

R8.1月調査 割合

業務別 平均労働時間	教育時間	研究時間	診療時間	その他時間	計
教授	15.5%	18.1%	42.9%	23.4%	100.0%
准教授	12.5%	17.7%	56.6%	13.2%	100.0%
講師	10.9%	15.0%	62.0%	12.1%	100.0%
助教	8.6%	12.0%	70.4%	8.9%	100.0%
医員	5.7%	14.3%	72.7%	7.3%	100.0%
専攻医	4.2%	3.7%	83.4%	8.7%	100.0%
臨床研修医	3.4%	4.7%	77.7%	14.1%	100.0%
総計	9.8%	13.5%	64.6%	12.2%	100.0%

教育時間は職位が上がるほど長くなっている。

令和7年度 週平均【教育時間】割合（職位別）



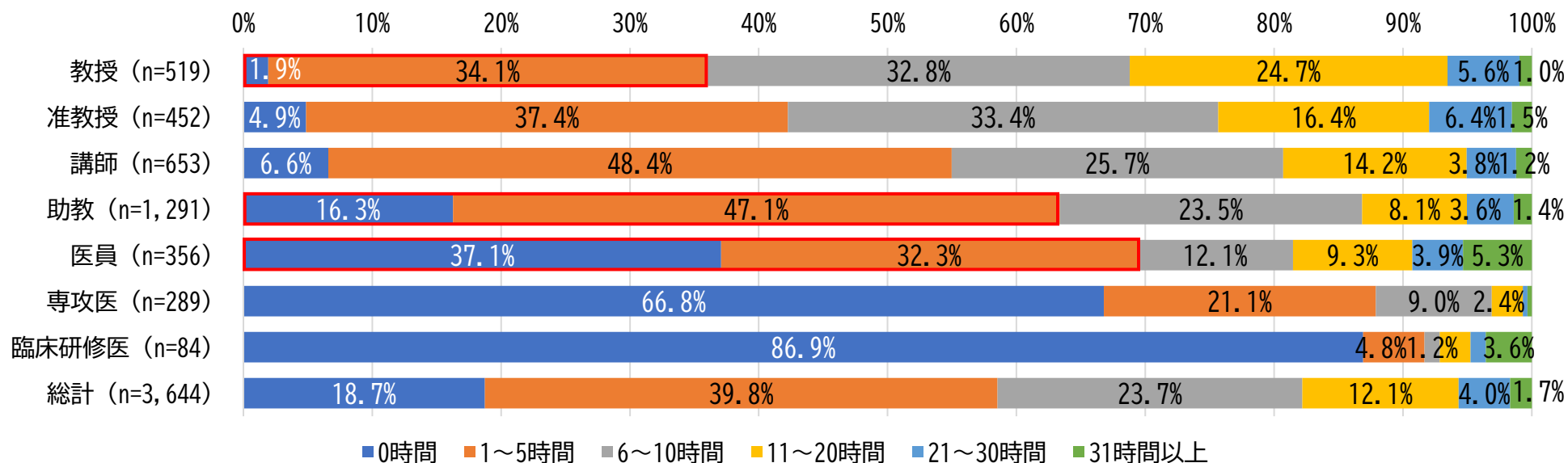
週平均教育時間	0時間	1~5時間	6~10時間	11~20時間	21~30時間	31時間以上	総計
教授 (n=518)	1.4%	45.0%	33.2%	16.4%	2.9%	1.2%	100.0%
准教授 (n=456)	1.5%	57.2%	30.0%	9.6%	0.7%	0.9%	100.0%
講師 (n=654)	2.3%	65.4%	22.5%	8.9%	0.6%	0.3%	100.0%
助教 (n=1,300)	7.5%	70.1%	16.9%	4.4%	0.8%	0.4%	100.0%
医員 (n=347)	29.1%	59.1%	8.9%	2.6%	0.3%	0.0%	100.0%
専攻医 (n=291)	48.5%	43.0%	6.2%	1.7%	0.0%	0.7%	100.0%
臨床研修医 (n=85)	78.8%	11.8%	5.9%	1.2%	1.2%	1.2%	100.0%
総計 (n=3,651)	11.9%	59.5%	20.0%	7.1%	0.9%	0.5%	100.0%

調査結果⑧：令和7年度週平均研究時間（職位別）

個人調査

研究時間が5時間以内の割合は、教授36.0%、助教63.4%、医員69.4%であった。さらに0時間の割合は、教授1.9%、助教16.3%、医員37.1%であり、若手の研究時間の少なさが危惧される。

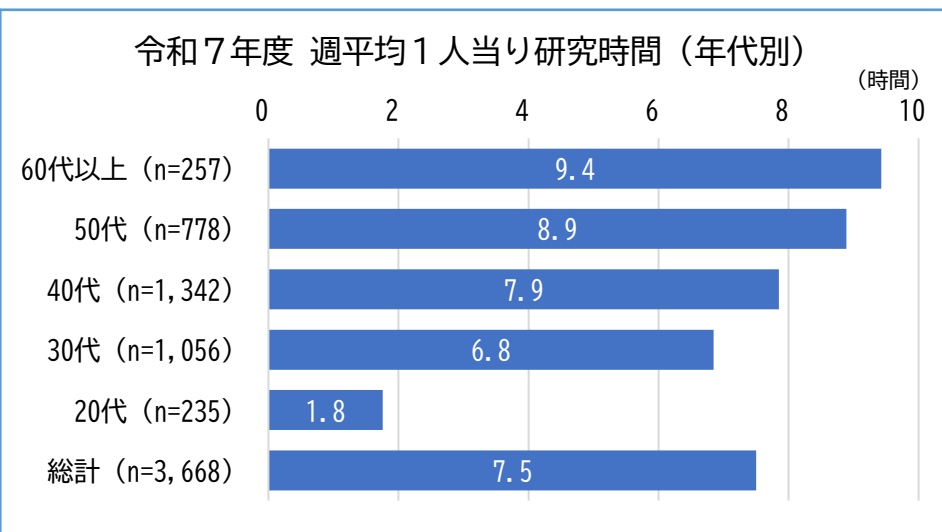
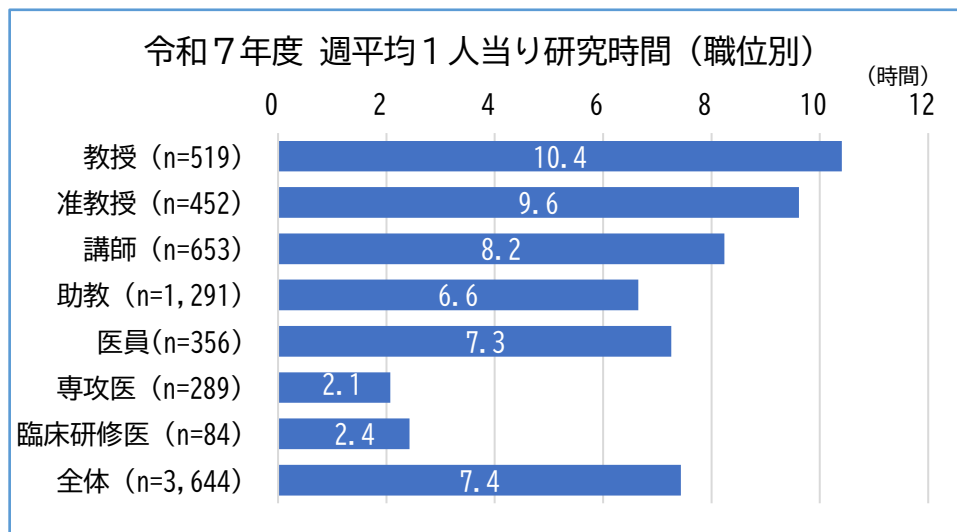
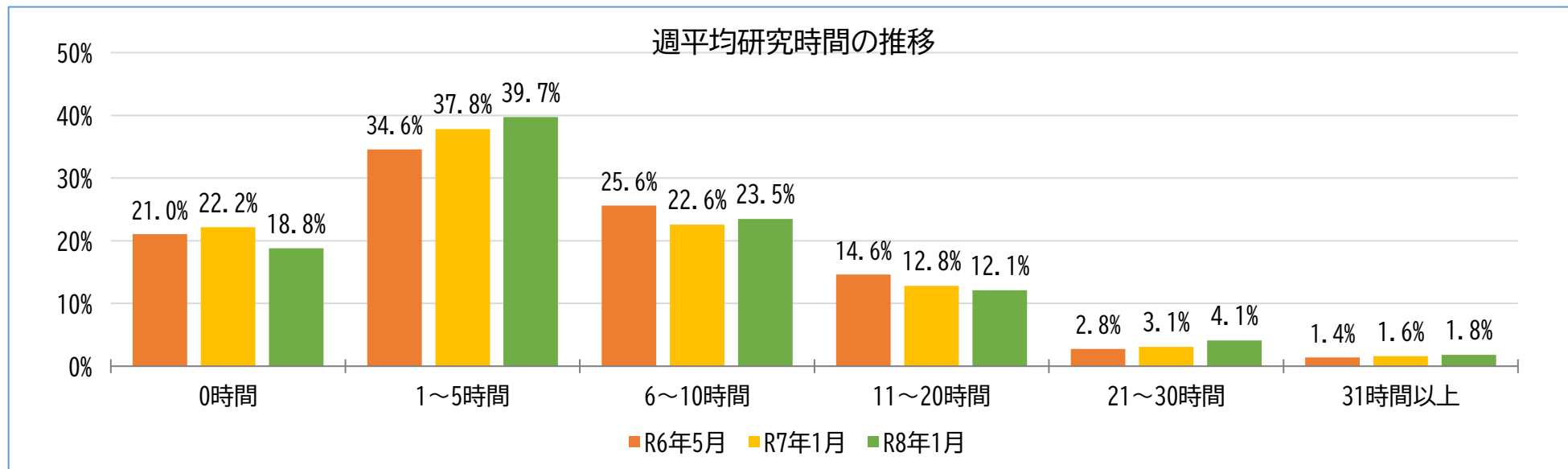
令和7年度 週平均【研究時間】割合（職位別）



週平均研究時間	0時間	1~5時間	6~10時間	11~20時間	21~30時間	31時間以上	総計
教授 (n=519)	1.9%	34.1%	32.8%	24.7%	5.6%	1.0%	100.0%
准教授 (n=452)	4.9%	37.4%	33.4%	16.4%	6.4%	1.5%	100.0%
講師 (n=653)	6.6%	48.4%	25.7%	14.2%	3.8%	1.2%	100.0%
助教 (n=1,291)	16.3%	47.1%	23.5%	8.1%	3.6%	1.4%	100.0%
医員 (n=356)	37.1%	32.3%	12.1%	9.3%	3.9%	5.3%	100.0%
専攻医 (n=289)	66.8%	21.1%	9.0%	2.4%	0.3%	0.3%	100.0%
臨床研修医 (n=84)	86.9%	4.8%	1.2%	2.4%	1.2%	3.6%	100.0%
総計 (n=3,644)	18.7%	39.8%	23.7%	12.1%	4.0%	1.7%	100.0%

調査結果⑨：週平均研究時間の推移

研究時間が0時間の割合は減少傾向で、1～5時間は増加傾向にあるが、令和7年度における週平均1人当たりの研究時間は、准教授以下において10時間以下だった。年代別ではすべての年代で10時間未満であり、依然として研究時間の確保が進んでいない状況である。

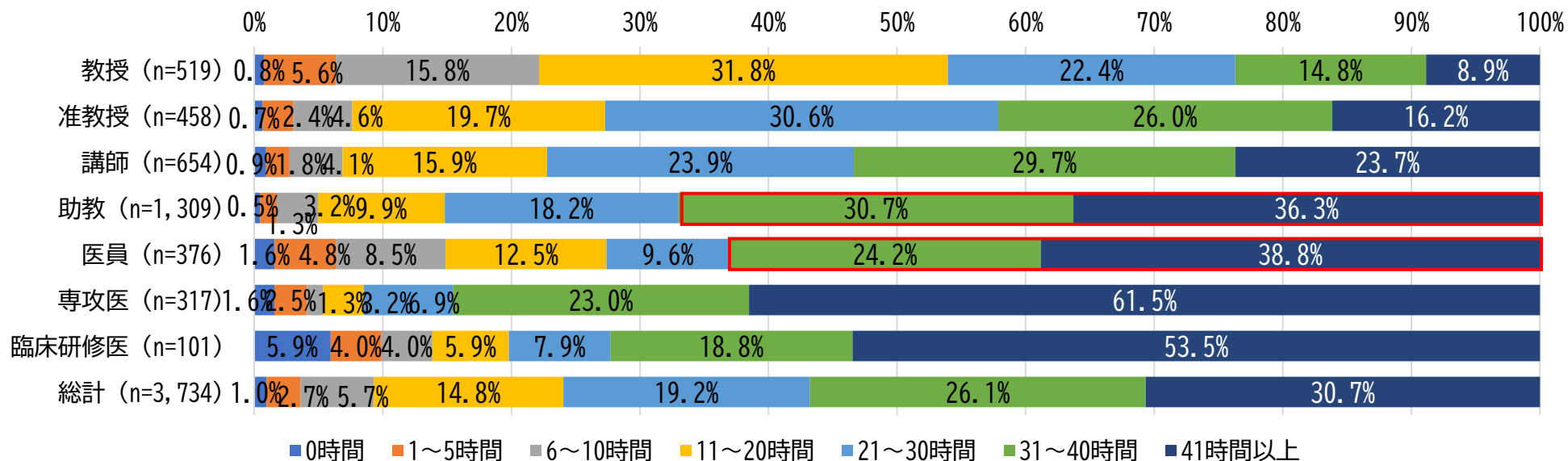


調査結果⑩：令和7年度週平均診療時間（職位別）

個人調査

診療時間が31時間以上の割合は、助教67.0%、医員63.0%であり、全体でも56.8%が31時間以上診療に携わっており、依然として診療中心の業務内容となっている。

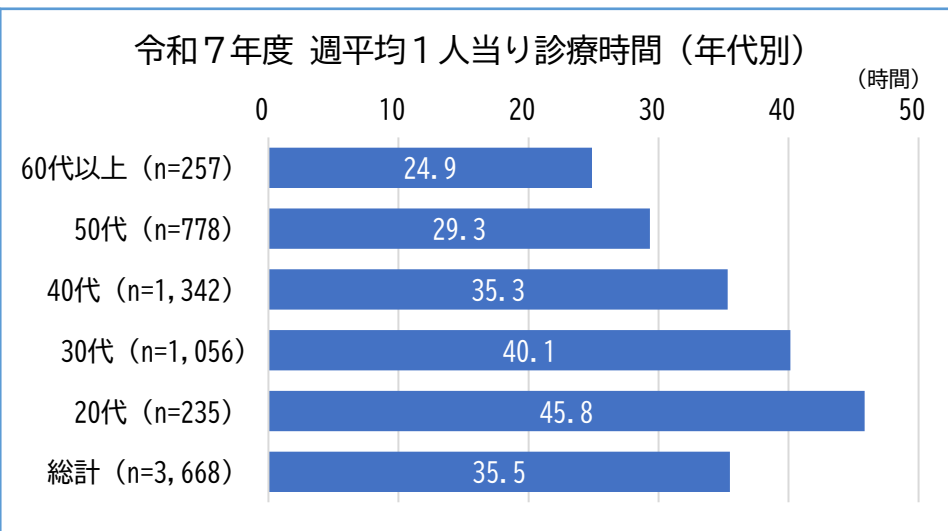
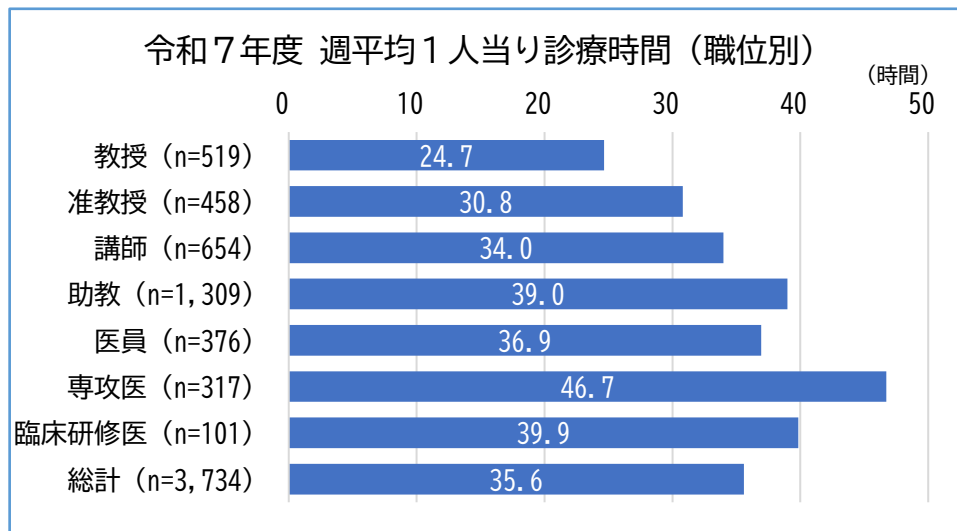
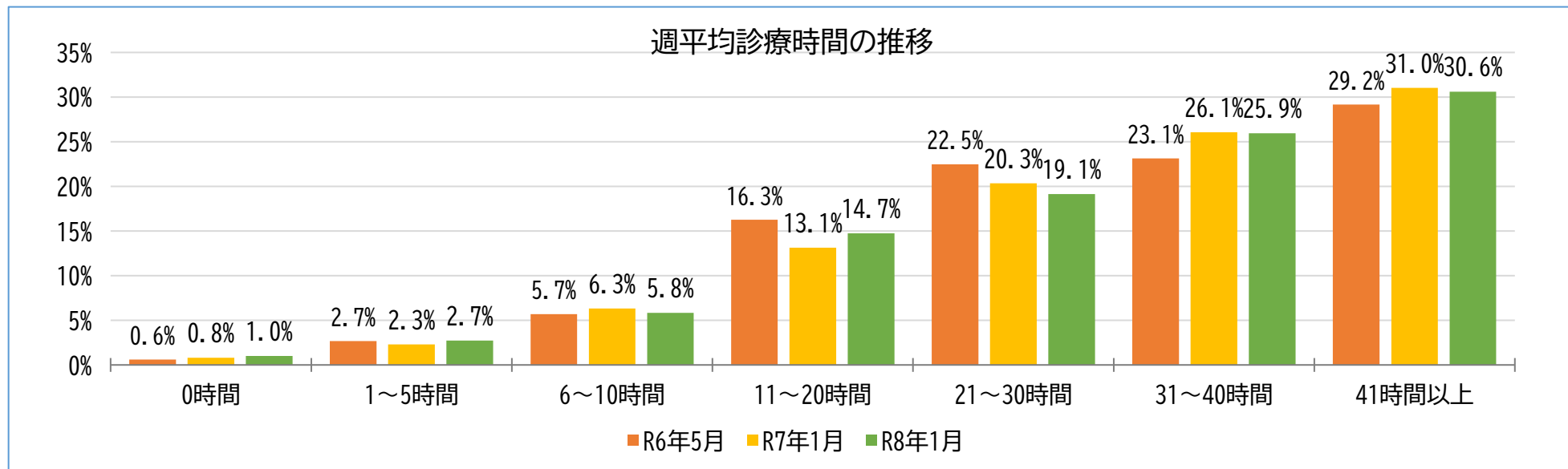
令和7年度 週平均【診療時間】割合（職位別）



週平均診療時間	0時間	1~5時間	6~10時間	11~20時間	21~30時間	31~40時間	41時間以上	総計
教授 (n=519)	0.8%	5.6%	15.8%	31.8%	22.4%	14.8%	8.9%	100.0%
准教授 (n=458)	0.7%	2.4%	4.6%	19.7%	30.6%	26.0%	16.2%	100.0%
講師 (n=654)	0.9%	1.8%	4.1%	15.9%	23.9%	29.7%	23.7%	100.0%
助教 (n=1,309)	0.5%	1.3%	3.2%	9.9%	18.2%	30.7%	36.3%	100.0%
医員 (n=376)	1.6%	4.8%	8.5%	12.5%	9.6%	24.2%	38.8%	100.0%
専攻医 (n=317)	1.6%	2.5%	1.3%	3.2%	6.9%	23.0%	61.5%	100.0%
臨床研修医 (n=101)	5.9%	4.0%	4.0%	5.9%	7.9%	18.8%	53.5%	100.0%
総計 (n=3,734)	1.0%	2.7%	5.7%	14.8%	19.2%	26.1%	30.7%	100.0%

調査結果⑪：週平均診療時間の推移

週平均診療時間は、21～30時間は減少傾向だが、31時間以上は概ね横ばいであった。令和7年度における週平均1人当たりの診療時間は、職位や年代が下がるにつれて増加傾向にあり、特に20代、30代は労基法で定める週労働時間の40時間を超えていた。

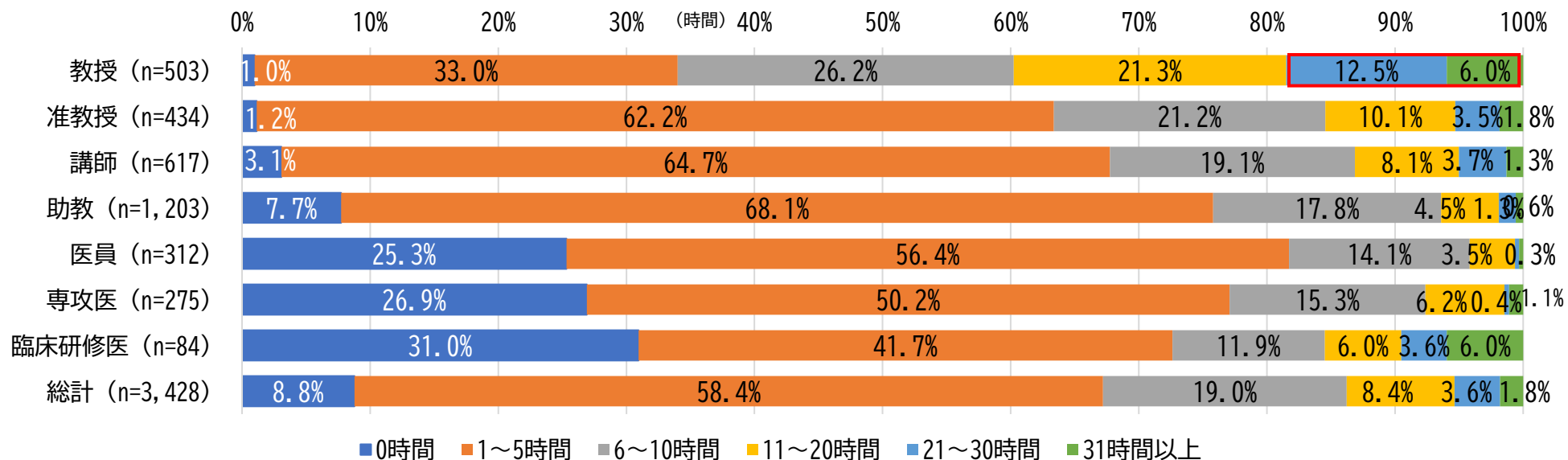


調査結果⑫：令和7年度週平均その他時間（職位別）

個人調査

会議等のその他の時間は、教授職において週平均21時間以上が18.5%と大きな割合を占めている。

令和7年度 週平均【その他時間】割合（職位別）



週平均その他時間等	0時間	1~5時間	6~10時間	11~20時間	21~30時間	31時間以上	総計
教授 (n=503)	1.0%	33.0%	26.2%	21.3%	12.5%	6.0%	100.0%
准教授 (n=434)	1.2%	62.2%	21.2%	10.1%	3.5%	1.8%	100.0%
講師 (n=617)	3.1%	64.7%	19.1%	8.1%	3.7%	1.3%	100.0%
助教 (n=1,203)	7.7%	68.1%	17.8%	4.5%	1.3%	0.6%	100.0%
医員 (n=312)	25.3%	56.4%	14.1%	3.5%	0.3%	0.3%	100.0%
専攻医 (n=275)	26.9%	50.2%	15.3%	6.2%	0.4%	1.1%	100.0%
臨床研修医 (n=84)	31.0%	41.7%	11.9%	6.0%	3.6%	6.0%	100.0%
総計 (n=3,428)	8.8%	58.4%	19.0%	8.4%	3.6%	1.8%	100.0%

調査結果⑬: AIやICTを活用した負担軽減のため導入(予定を含む)したシステム

負担軽減のためにAI文書作成・サマリ支援、AI画像診断支援、電子カルテ・リモートアクセスなどを多くの大学が医師の負担軽減のためにAIを導入しており、そのために多くの経費を必要としている。

医療機関 AI システム導入状況 カテゴリ別集計一覧

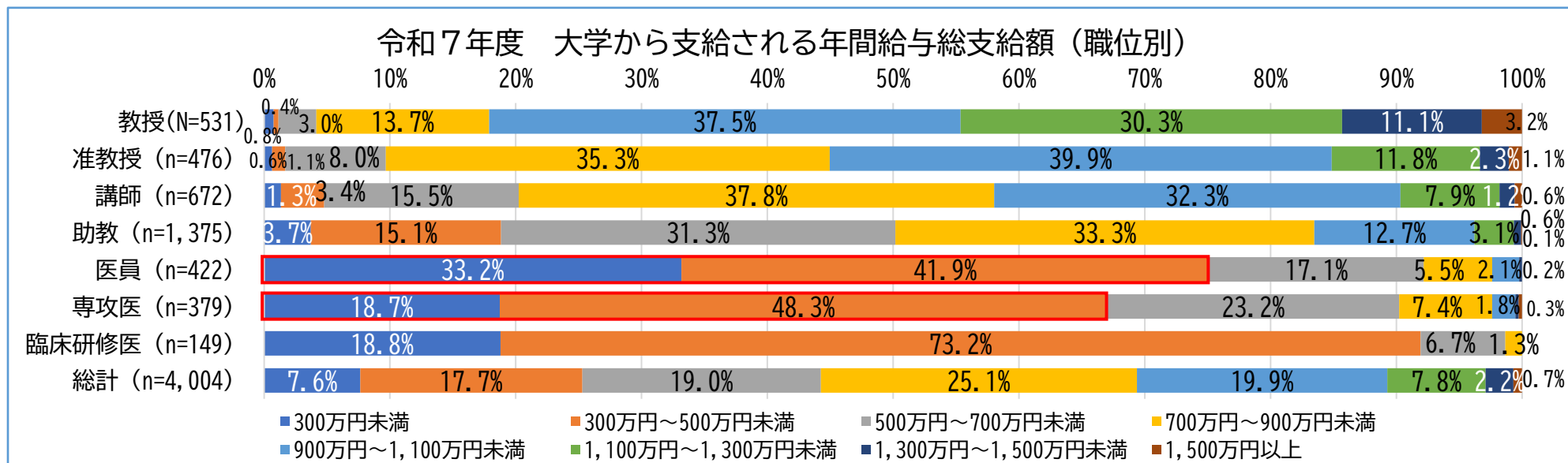
※ 平均導入経費・平均運営経費は0円を除いて算出(参考件数の 導入/運営 は0円除外件数) 導入経費レンジは0円を含む 単位:千円

カテゴリ	主な業務内容	システム数(件)	平均導入経費(千円)	平均運営経費(千円/年)	導入経費レンジ(千円)	代表的なシステム例
AI文書作成・サマリ支援	退院サマリ・紹介状・診断書等の医療文書をAI生成・補助	39	18,773	3,590	0 ~ 107,064	CocktailAI, コビー生成AI, Ubie, GaiXer, medimo, 生成AI各種
AI画像診断支援	胸部X線・CT・MRI等の画像をAIで解析し診断を支援	33	28,490	2,165	0 ~ 88,000	CXR-AID, SYNAPSE SAI viewer, AI画像診断, 読影支援ソリューション
電子カルテ・リモートアクセス	院外・在宅からの電子カルテ閲覧・操作・遠隔アクセス環境	26	25,509	3,429	0 ~ 67,650	Work Life Shift, Weberi, ポケットチャート, シン・テレワーク
音声入力・文字起こし	音声認識によるカルテ・レポートへの入力支援・文字起こし	25	24,373	4,550	0 ~ 129,592	AmiVoice, SOPilot, 今日のAI音声認識, 音声入力システム各種
その他・汎用AI	上記に分類されない汎用AI・管理系・セキュリティ等	14	9,469	4,376	0 ~ 31,900	統合ビューア, インターネットSBC, 病院監視カメラ, Microsoft Copilot
患者説明動画・IC支援	患者への説明動画・クラウドICによるインフォームド Consent支援	13	6,241	2,158	0 ~ 18,000	DICTOR, メディカルクリップ, MediOS, IC動画 Vimeo
医療情報共有・コミュニケーション	医療者間のチャット・画像共有・情報伝達の効率化	9	19,759	2,551	0 ~ 56,269	Join, elgana, リモトーク, Dr2GO, MDM
勤怠・シフト管理	医師・看護師の勤怠管理・シフト作成・労働時間管理	8	15,358	3,877	4,950 ~ 25,000	Dr.JOY, エピタルHRドクターズシフト, ナースエイド, ビーコン打刻
AI問診・電子問診票	AIによる問診・電子問診票による事前問診の効率化	7	14,449	3,913	0 ~ 26,710	AI問診, 今日の問診, iPad問診票システム, AI問診コビー
DPC・レセプト・保険請求支援	DPCコーディング・レセプト審査のAI支援	7	7,941	8,120	0 ~ 30,000	DPCサポーター, DPCコーディングサポートツール, AIレセチェッカー
入退院・病床管理支援	入退院調整・転院支援・病床管理のICT化	6	23,110	1,038	0 ~ 49,580	CAREBOOK, コマンドセンター, ePath, 入退院支援クラウド
外来予約・受付・AI電話	Web予約・AI電話による患者対応・受付業務の効率化	6	23,156	2,589	0 ~ 50,000	AI電話, medigle予約, やくばと, マイナ保険証認証受付機
RPA・業務自動化	定型的な事務・医療事務作業をRPAで自動化	5	8,242	2,274	0 ~ 24,662	BizRobo!, RPA各種
救急・ICU支援	救急部門・ICU/CCUの患者管理・遠隔集中治療支援	3	24,801	7,953	17,894 ~ 35,310	NEXT STAGE, JoinLiveView, ICU・CCU遠隔カメラ, RRS支援
電子署名・同意書管理	同意書・文書への電子サイン管理	3	75,800	963	0 ~ 123,600	Yahgee, 電子サインシステム, オンラインIC
看護支援・バイタル管理	看護記録・バイタル管理・看護配置の効率化	2	14,900	28,420	0 ~ 14,900	チームコンパス, スマートベッドシステム, 看護配置マネジメント
研修・臨床研究支援	臨床研修・医学研究支援のICT活用	2	10,420	2,640	7,300 ~ 13,541	VR臨床研修システム, TriNetX
手術支援・シミュレーション	手術室管理・手術シミュレーション・術前計画支援	1	127,529	—	127,529 ~ 127,529	手術室マネジメントシステム, ロボット支援手術シミュレータ
合計 (システム総数:209件)		209				

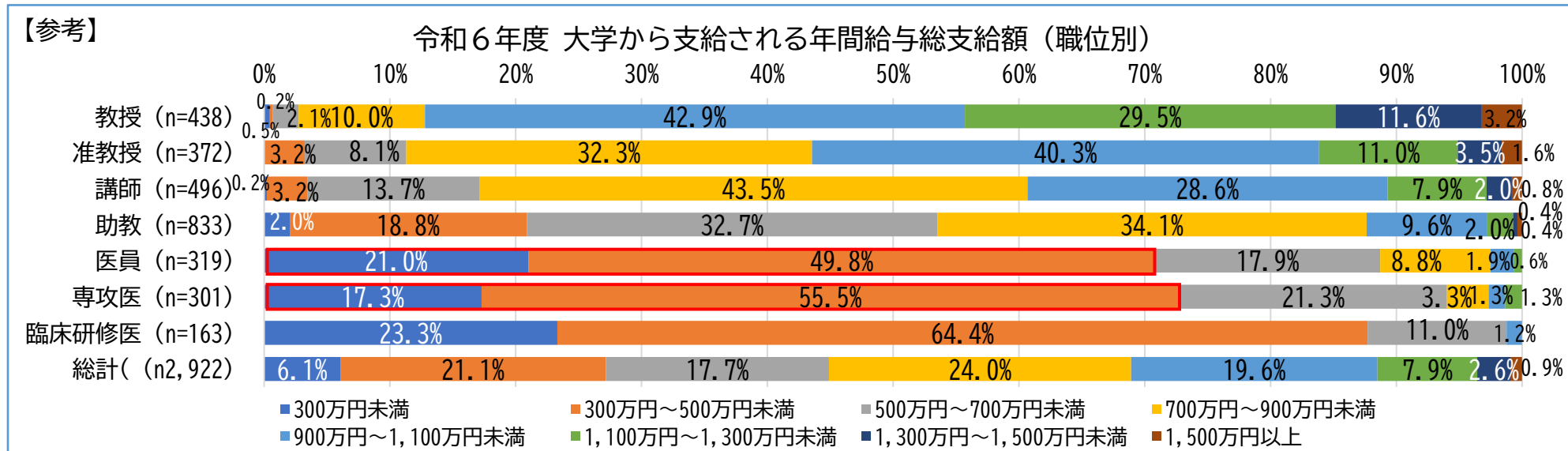
調査結果⑭：令和7年度大学からの年間給与総支給額（職位別）

個人調査

医員や専攻医などの若手医師の年間支給額は500万円未満が多く、医師確保の観点からも処遇改善の必要性がある。



【参考】



調査結果⑮：医師の働き方改革施行後に明らかになった課題

○ 医師の働き方改革施行後に明らかになった課題 カテゴリ別集計

※ 有効回答数：24件 1件の回答が複数カテゴリに該当する場合は重複集計 カテゴリ件数は該当回答数

カテゴリ	件数	割合 (回答数比)	主な課題・問題内容
財政・経営上の課題	8	33.3%	物価高騰・人件費増に収入が追いつかない経営上の逼迫が多数指摘。働き方改革の推進に必要な人材確保・ICT投資・処遇改善の財源が不足しており、経営改善のための診療報酬・補助金の支援が急務
タスクシフト・人材不足の顕在化	6	25.0%	医師業務移管の受け皿となる看護師・技師・医師事務補助者等も人材不足で、タスクシフト/シェアが機能しない実態が改めて浮き彫りに。雇用経費の確保困難も課題
大学病院の機能との不整合	6	25.0%	診療・教育・研究を一体的に担う大学病院の機能と労働時間制限の整合が困難。特に教育・研究時間の減少が顕著で、形式的な運用対応が医師の心理的負担を増大させている
行政・事務負担の増大	5	20.8%	勤務管理・代償休息記録・兼業先把握・面接指導管理など、制度対応に伴う事務量が大幅増加。複数機関からの調査依頼の重複も病院側の負担を深刻化させている
地域医療・救急体制の悪化	5	20.8%	外科・救急系等での時間外勤務の増加継続や、宿日直体制維持困難による地域医療・救急受入への影響が顕在化。三次救急への集中も深刻化
労働時間短縮の効果限定・形式的運用	5	20.8%	制度施行後も月100時間超の残業が継続している例が多く、制度の実質的效果が限定的。形式的な運用対応だけが増え医師の負担が増大しているという声が複数
兼業・外勤管理の困難	4	16.7%	週1回程度の外勤が慣習化している大学病院医師の兼業先労働時間の正確な把握・管理が困難であることが施行後に明確化
医師のモチベーション低下	3	12.5%	勤務の自由度低下・収入減少・自己研鑽機会の喪失などによるモチベーション低下が顕在化。働く意欲のある医師が働けない状況への不満
医療の質・安全への影響	3	12.5%	専門医不在による救命事例の逸失、研修医・専攻医の臨床経験不足、患者・家族との面談時間制限など、医療の質・安全への悪影響が具体的に発生・懸念
宿日直・オンコール体制の課題	2	8.3%	人員不足による宿日直からオンコールへの移行検討が増加。しかしオンコールの労働時間認定問題により体制移行が困難な状況が浮き彫りに
自己研鑽の定義・運用問題	1	4.2%	業務と自己研鑽の線引き判断が困難で現場の悩みとなっている
代償休息取得管理の課題	1	4.2%	代償休息の付与はされているが、実際の取得徹底が困難
診療報酬・加算要件との乖離	1	4.2%	診療報酬の加算条件が働き方改革の推進方向と乖離しており、病院経営と改革推進の矛盾が深まっている
面接指導の運用課題	1	4.2%	100時間到達前実施の義務が技術的・運用的に追いつけないケースが発生

3. D E I (ダイバーシティ、エクイティ&インクルージョン) 推進に向けての提言

D E I 推進委員会 委員長
林 由起子

全国医学部長病院長会議 DE I（ダイバーシティ・エクイティ&インクルージョン）推進委員会について

- 本委員会は、大学・大学病院に勤務する医師が、属性を問わずあらゆる分野で平等に活動に参画し、共に責任を果たすことができる体制を推進するための活動を行っています。
- 2年に1度、会員大学ならびに医師に対する意識調査を行い、誰もが輝いて活躍できる環境となるよう、提言を行ってきました。

（委員構成：P 4 2 参照）

本調査について

- 今回の調査では、特に男性医師の育児休暇取得体制や介護休暇制度などに焦点を当て、さらなる改善の方向性を検討することを目的として、令和7年4月～5月にかけて「医師の働き方改革開始1年後のDE I 推進環境の変化の実態調査」を実施しました。その分析結果から、DEI推進に向けた必要な取り組みを提案いたします。

（提言：P 4 4 参照）

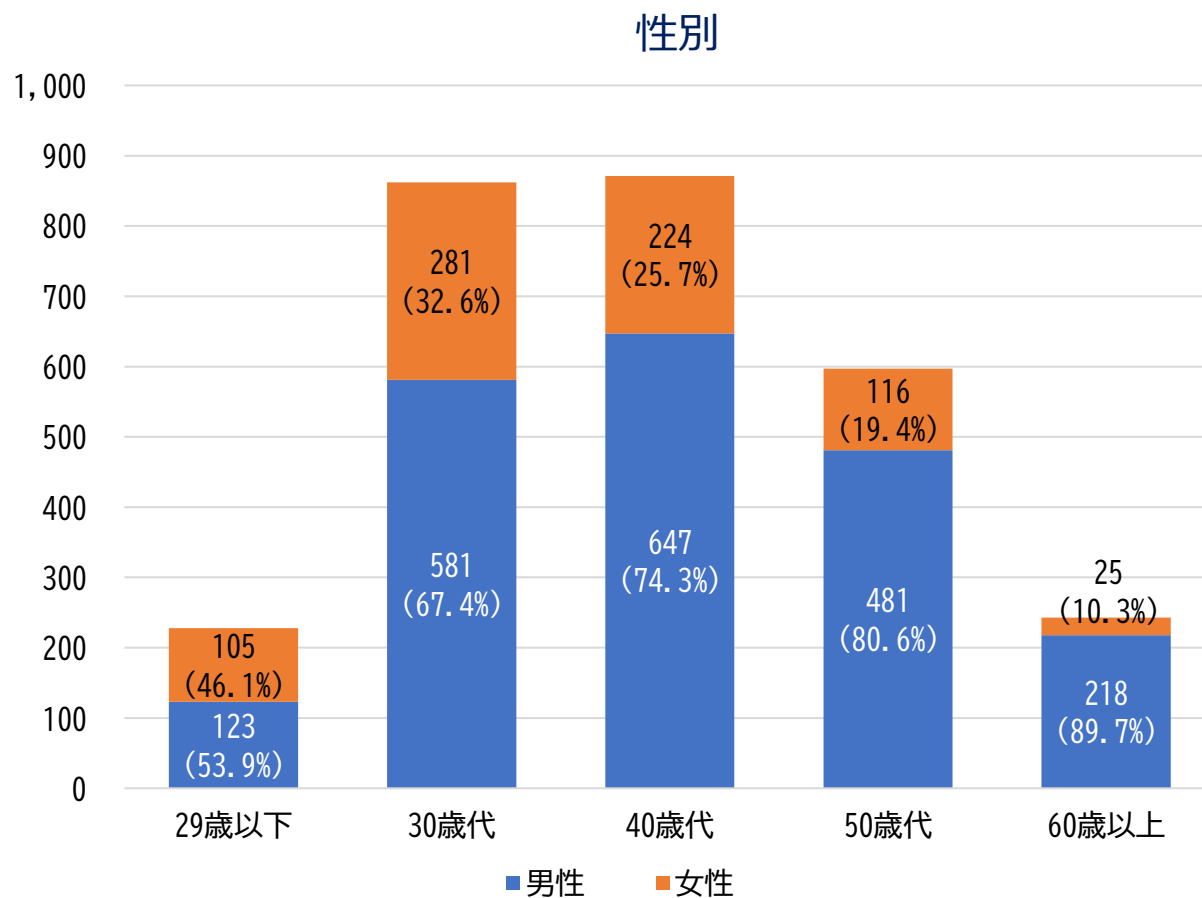
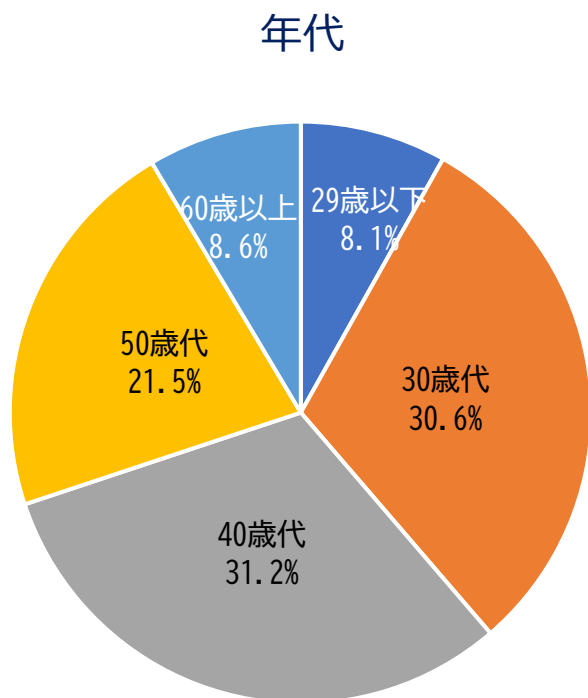
医師の働き方改革開始1年後のDEI推進環境の変化の実態調査【医師個人用】

報告書 P36

調査期間：令和7年4月28日～令和7年5月30日

調査対象：会員大学医学部・医科大学、大学病院に勤務する医師（教員、研究者を含む）
（医師免許を有する方であれば常勤、非常勤を問わず）

調査回答者数： 2,840 名

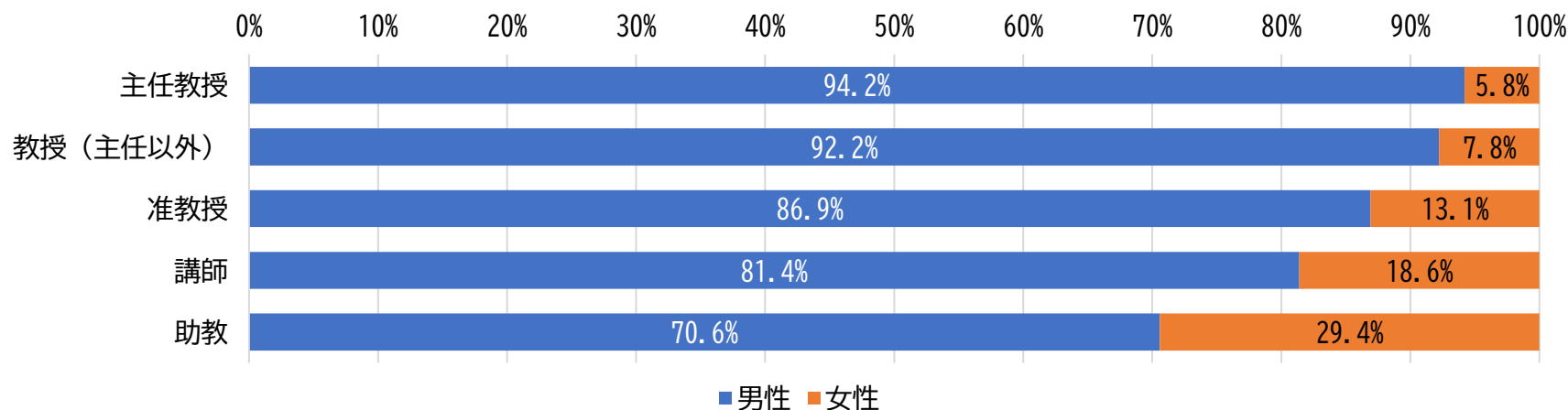


調査期間：令和7年4月28日～令和7年5月30日

調査対象：会員82大学／回答79大学

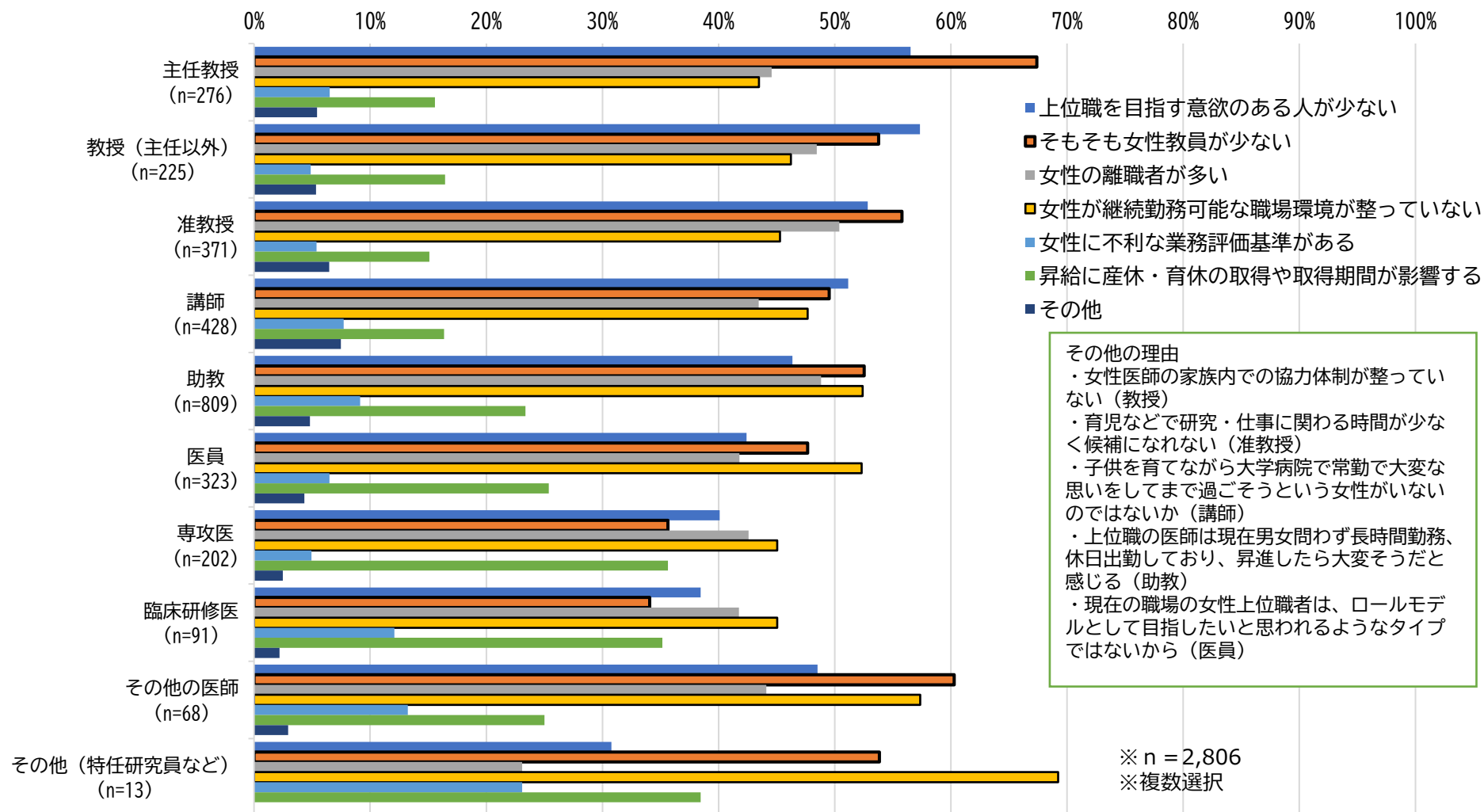
教授・准教授・講師・助教における男女の人数(令和5年10月1日時点)

令和5年度	男性	女性	合計
主任教授	1,366 (94.2%)	84 (5.8%)	1,450
教授(主任以外)	3,409 (92.2%)	287 (7.8%)	3,696
准教授	3,695 (86.9%)	556 (13.1%)	4,251
講師	4,613 (81.4%)	1,054 (18.6%)	5,667
助教	12,460 (70.6%)	5,190 (29.4%)	17,650
合計	25,543 (78.1%)	7,171 (21.9%)	32,714



女性上位職(教授・准教授)が微増にとどまっている背景【医師個人用】

○ 上位職(教授、准教授)は「上位職を目指す意欲のある人が少ない」、「そもそも女性教員が少ない」が多く、若手(委員、専攻医、臨床研修医)は「女性が継続勤務可能な職場環境が整っていない」、「女性の離職者が多い」が多かった。

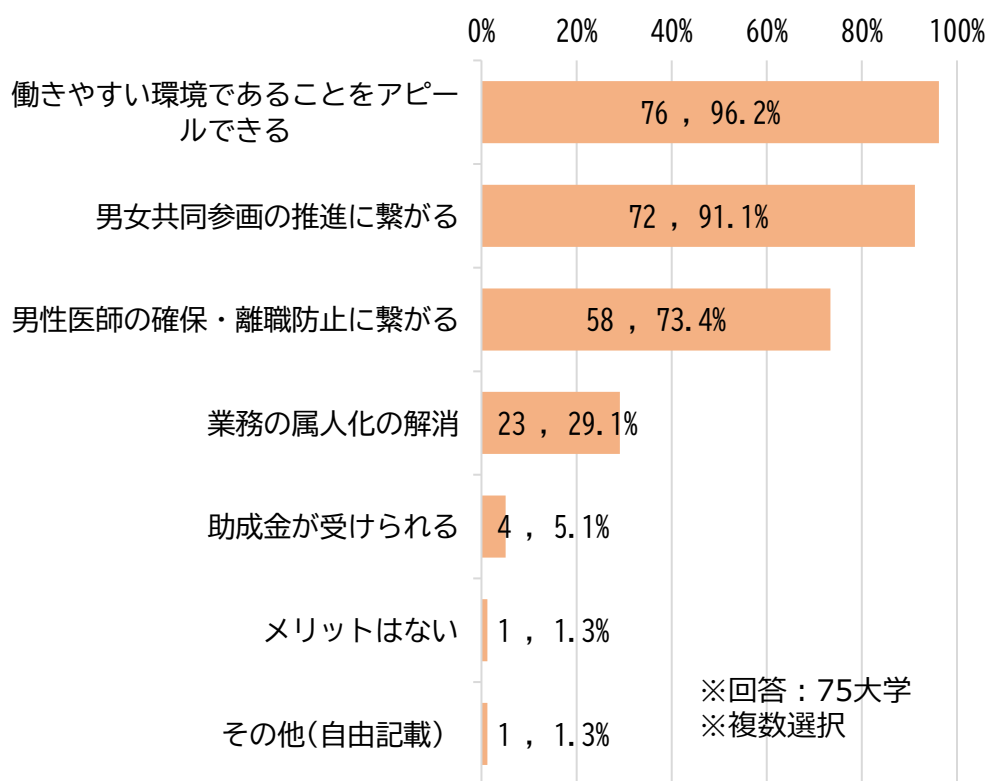


育児休業・休暇制度の活用が組織にもたらすメリット・デメリット【組織用】

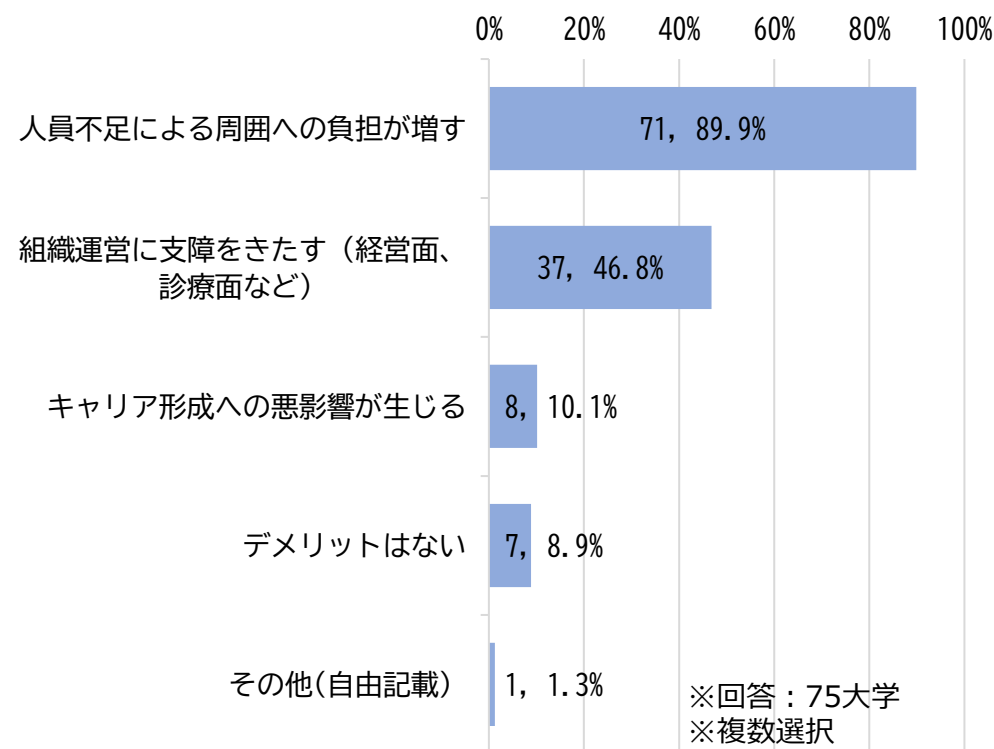
報告書 P23,24

- 組織にもたらすメリットとしては、「働きやすい環境であることをアピールできる」(96.2%)、「男女共同参画の推進に繋がる」(91.1%)、「男性医師の確保・離職防止に繋がる」(73.4%)が多かった。
- 組織にもたらすデメリットとしては、「人員不足による周囲への不満が増す」(89.9%)が最も多かった。

組織にもたらすメリット

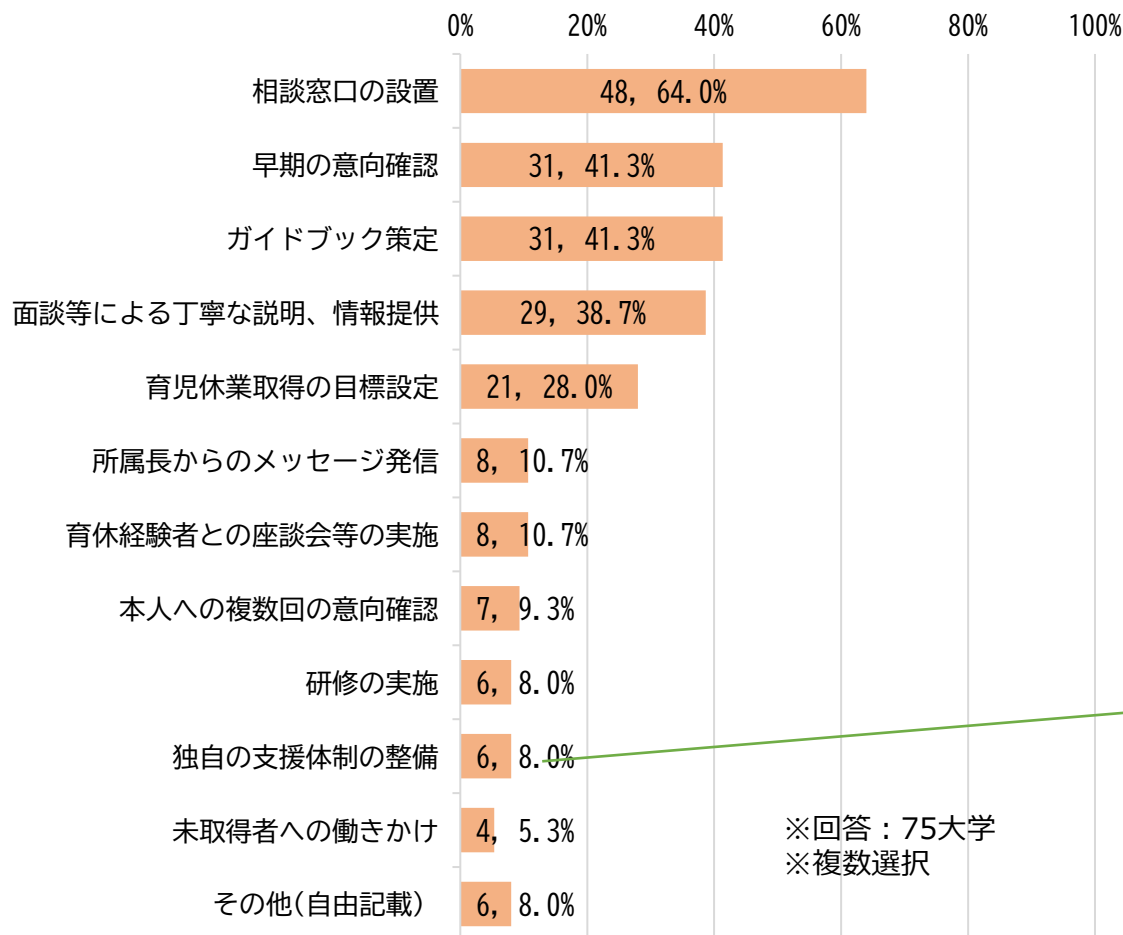


組織にもたらすデメリット



○ 男性医師の育児休業取得を促すための取組としては、「相談窓口の設置」(64.0%)が最も多かった。これに「早期の意向確認」(41.3%)、「ガイドブック策定」(41.3%)と続いている。

【男性医師の育児休業取得】を促すための取組



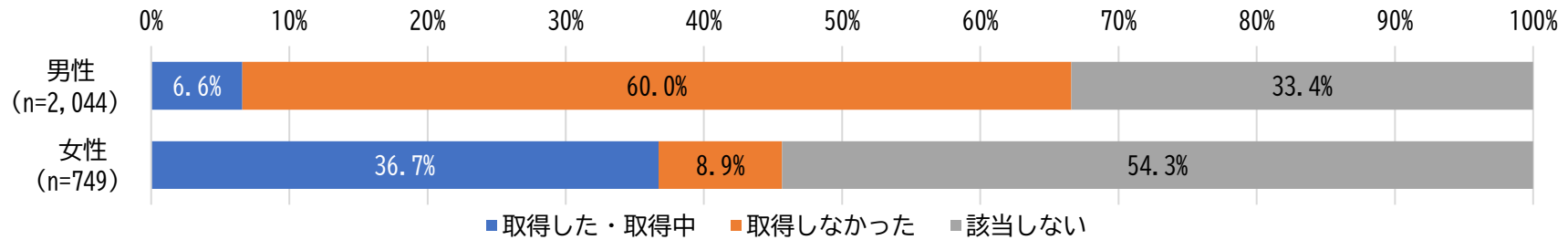
※回答：75大学
※複数選択

独自の支援体制の整備

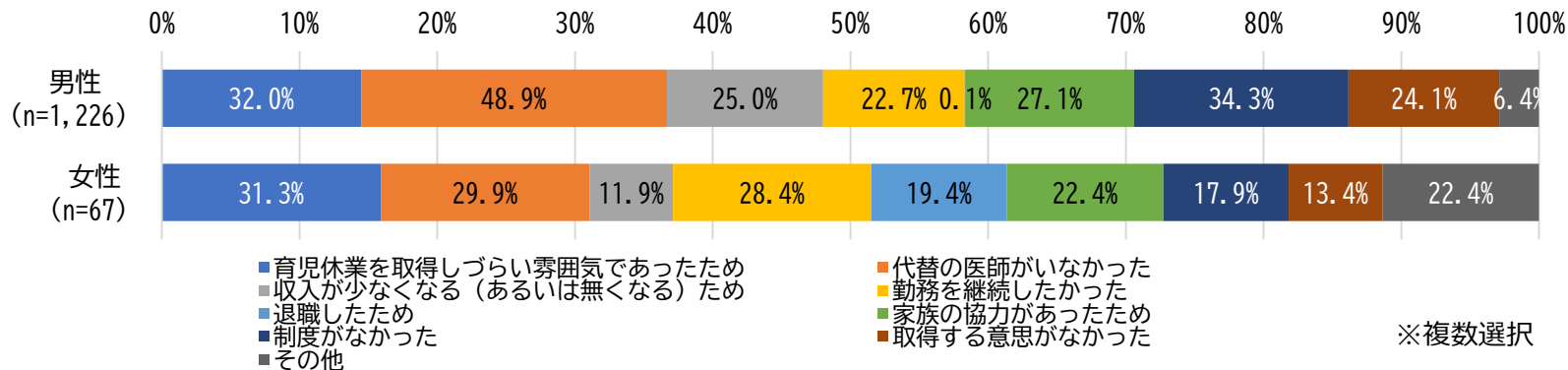
- ・男性育児休業男性育児休業取得者支援事業：子育て世代の男性教職員が育児休業を取得しやすい環境整備の一環として、1ヶ月以上の育児休業を取得した男性教職員及び当該教職員が所属する部局等に対し、インセンティブを支給する。

- 育児休業を「取得した・取得中」は、男性6.6%、女性36.7%、取得期間は男性「1週間以上1か月未満」(47.4%)、女性「6か月以上1年未満」(54.5%)が多かった。
- 育児休業を取得しなかった主な理由として、男性は「代替の医師がいなかった」(48.9%)、女性は「育児休業を取得しづらい雰囲気であったため」(31.3%)と答えた割合が多かった。

自身の育児休業取得状況について



「取得しなかった」と答えた場合、その理由

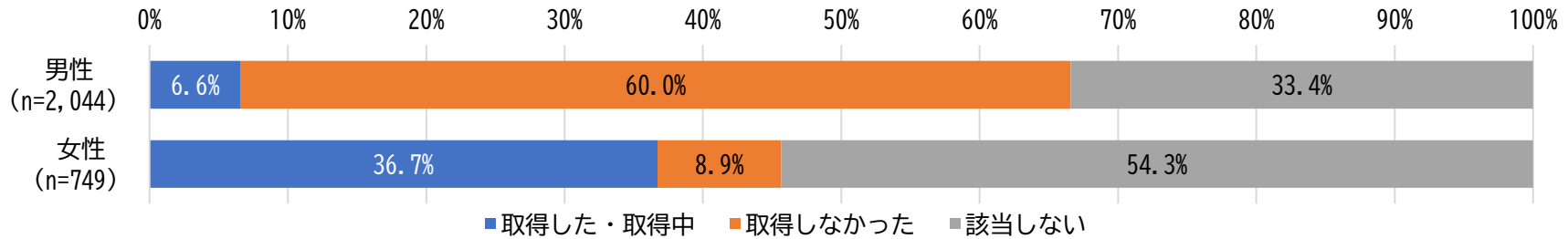


その他の理由
 ・大学院の研究期間であり、認められなかった(教授、他)
 ・当時は制度がなかった(准教授、助教、他)
 ・学生には出産育児に対する法整備がされていないため、休めなかった(専攻医)

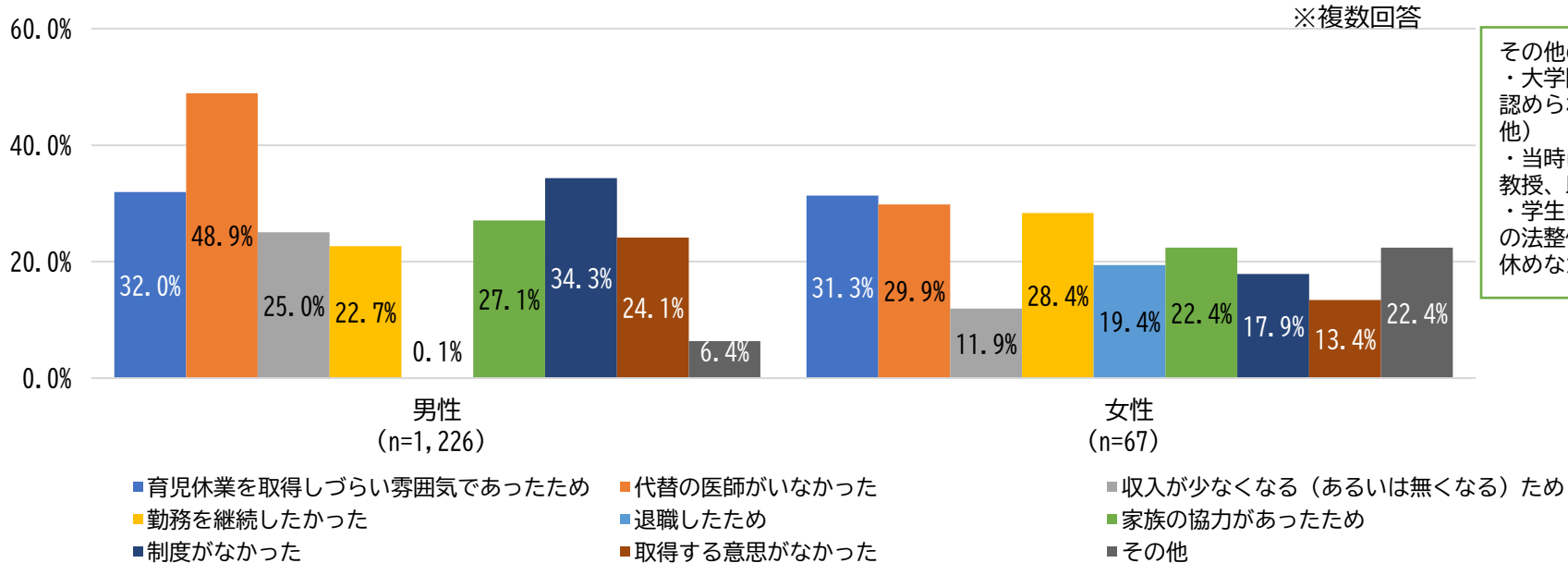
※複数選択

- 育児休業を「取得した・取得中」は、男性6.6%、女性36.7%、取得期間は男性「1週間以上1か月未満」(47.4%)、女性「6か月以上1年未満」(54.5%)が多かった。
- 育児休業を取得しなかった主な理由として、男性は「代替の医師がいなかった」(48.9%)、女性は「育児休業を取得しづらい雰囲気であったため」(31.3%)と答えた割合が多かった。

自身の育児休業取得状況について



「取得しなかった」と答えた場合、その理由



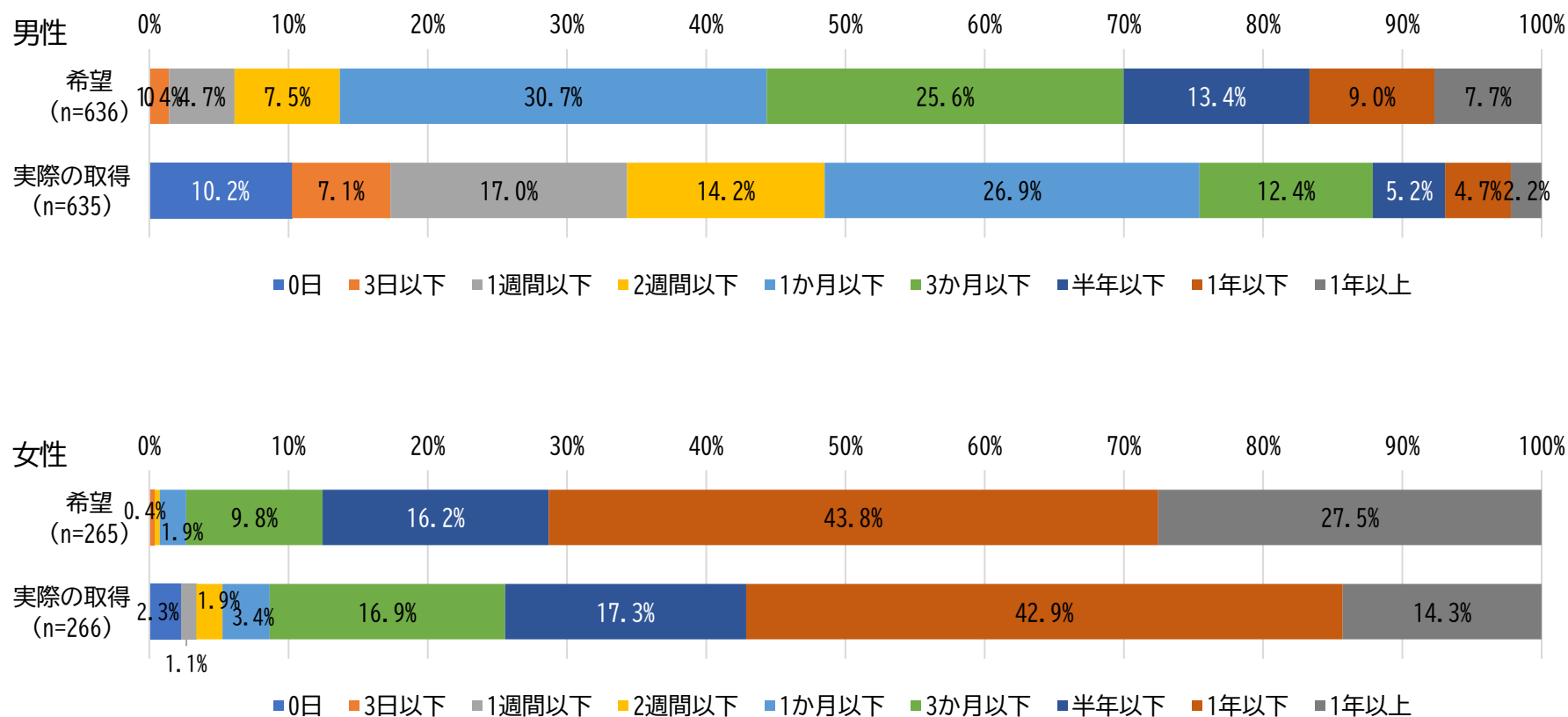
※複数回答

その他の理由

- ・大学院の研究期間であり、認められなかった(教授、他)
- ・当時は制度がなかった(准教授、助教、他)
- ・学生には出産育児に対しての法整備がされていないため、休めなかった(専攻医)

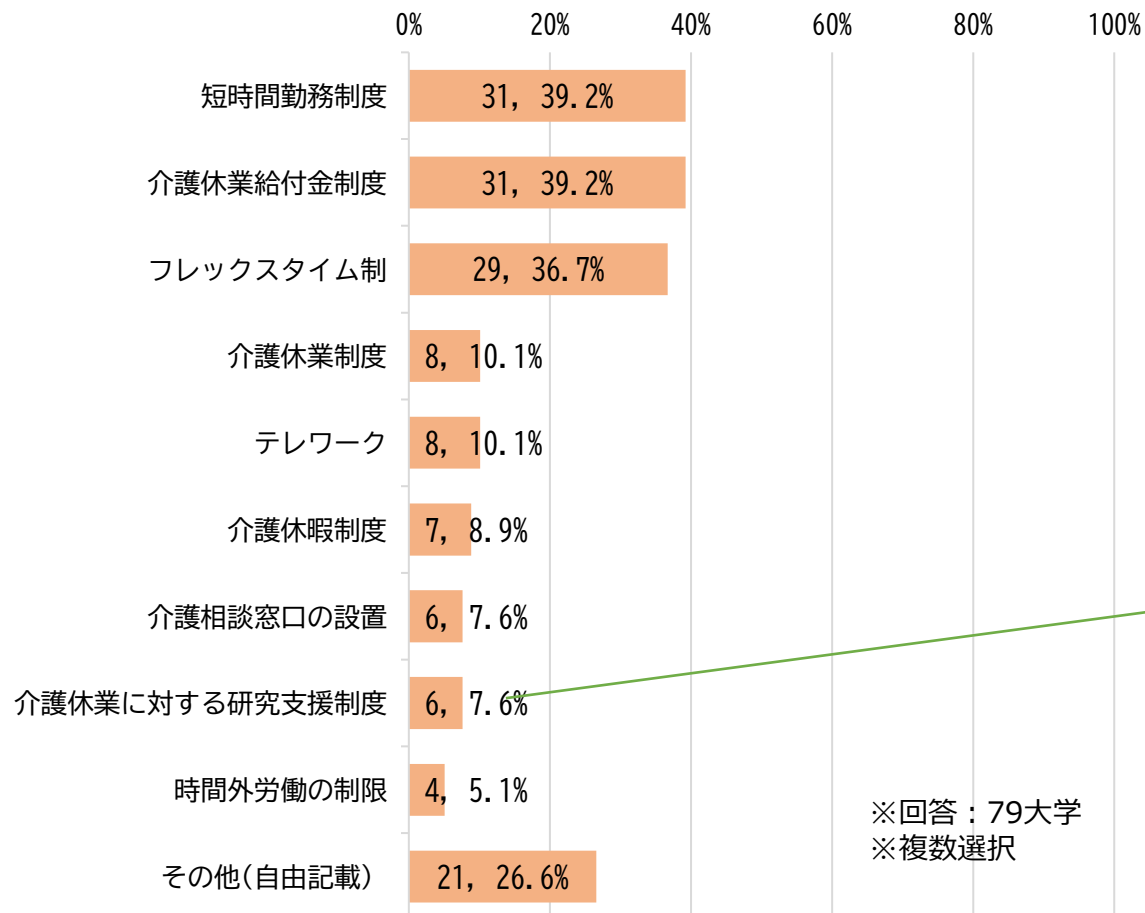
○ 取得希望期間は男性「1か月以下」(30.7%)、女性「1年以下」(43.8%)が多いが、実際の取得可能な期間は男女ともに短く、特に男性で顕著であった。

育児休業の取得期間について、取得希望期間と実際の取得可能な期間



○ 介護について行っている取組としては、「短時間勤務制度」(39.2%)、「介護休業給付金制度」(39.2%)、「フレックスタイム制」(36.7%)が多かった。

【介護】について行っている取組

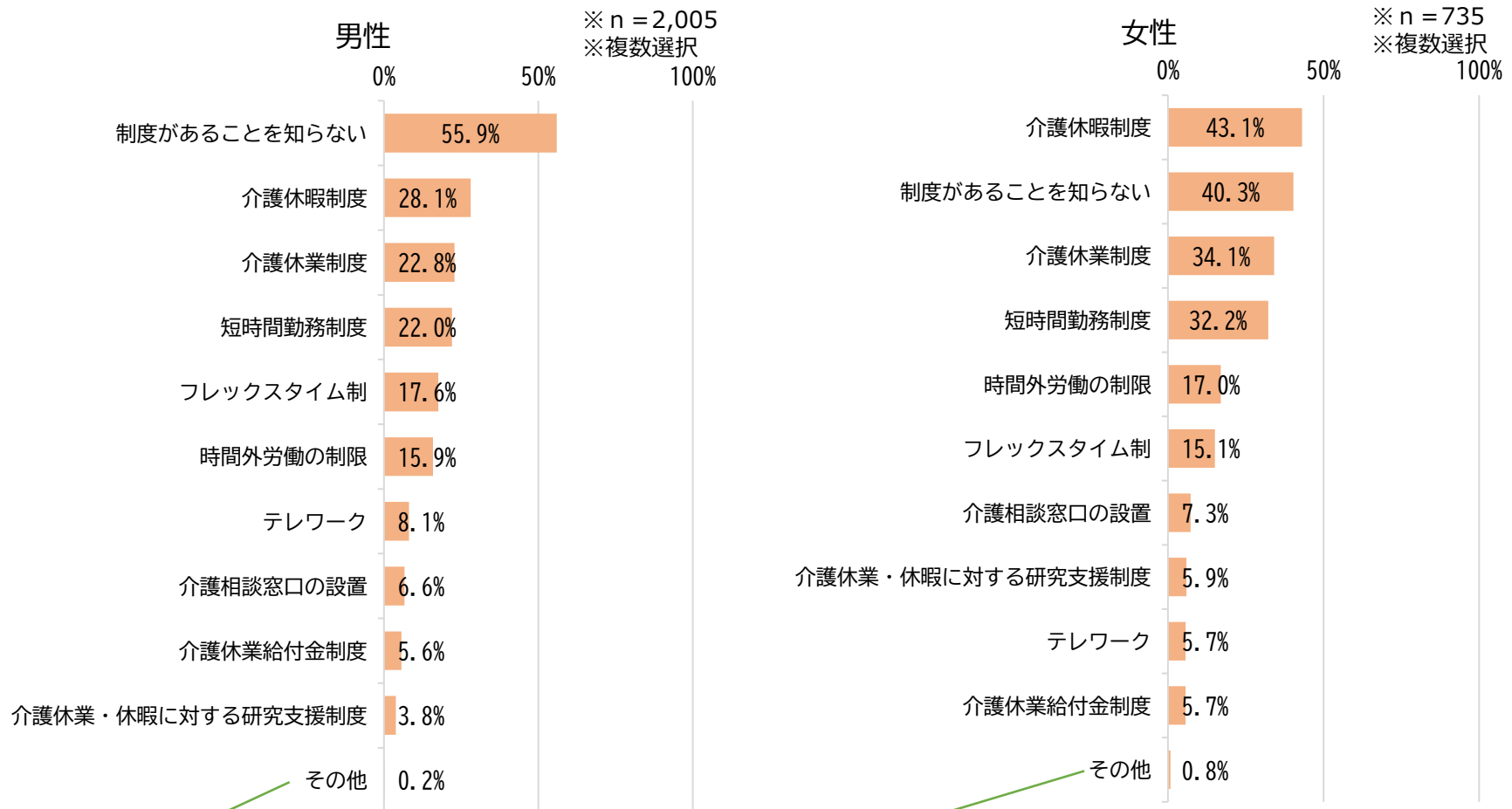


※回答：79大学
※複数選択

介護休業に対する研究支援制度

- ・研究者が介護に携わっている期間に、それまで継続的に実施している研究活動が中断・遅滞しないよう、研究補助者の雇用経費を大学で負担する事業を実施
- ・介護休業から復帰した研究者を対象に、研究中断からのリスタートのための研究費を配分する支援制度を全学的に実施している

○ 男性は「制度があることを知らない」(55.9%)が最も多く、半数以上が把握していなかった。女性は「介護休暇制度」(43.1%)が最も多かったが、「制度があることを知らない」についても40.3%の回答であった。



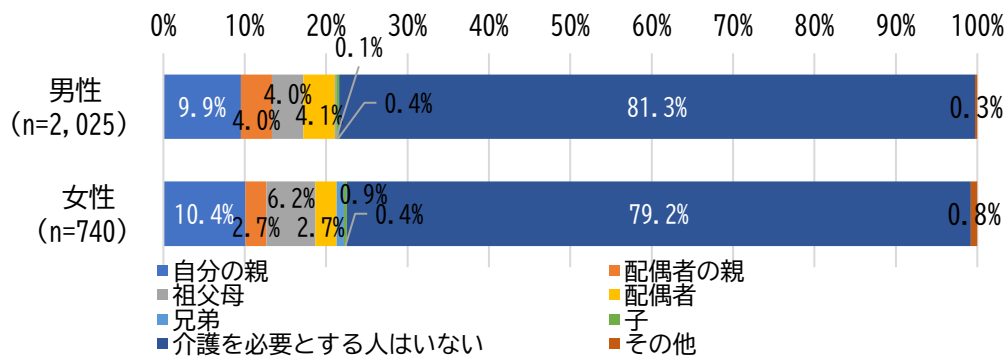
・ 必要がないので考えたことがない
 ・ 知りたかったが調べる時間がなかった

・ 制度があることは知っているが、詳しくは知らない
 ・ 介護休暇は無給になり、良いことがないことが分かった

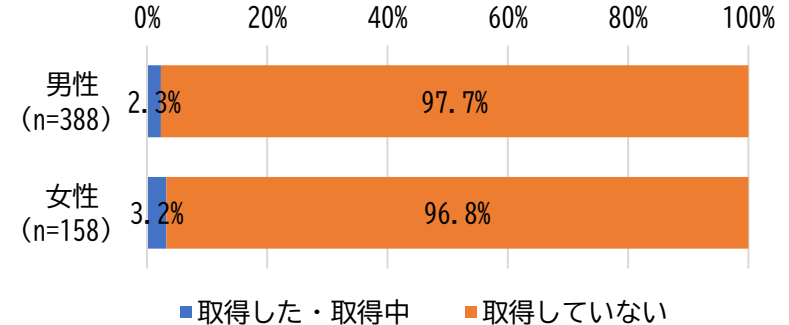
○ 現在、家庭または家族等で介護を必要とする人がいるのは、男性22.5%、女性22.3%だった。そのうち、介護休暇を取得しているのは、男性2.3%、女性3.2%だった。

○ 介護休暇を取得しなかった主な理由として、「家族の協力があつたため」(男性40.1%、女性44.4%)、「代替の医師がいなかった」(男性27.2%、女性23.5%)と答えた割合が多かった。このほか、男性は「介護休業・休暇制度があることを知らなかった」(20.6%)の割合も多く、女性は「勤務を継続したかったため」(21.6%)が多くなっている。

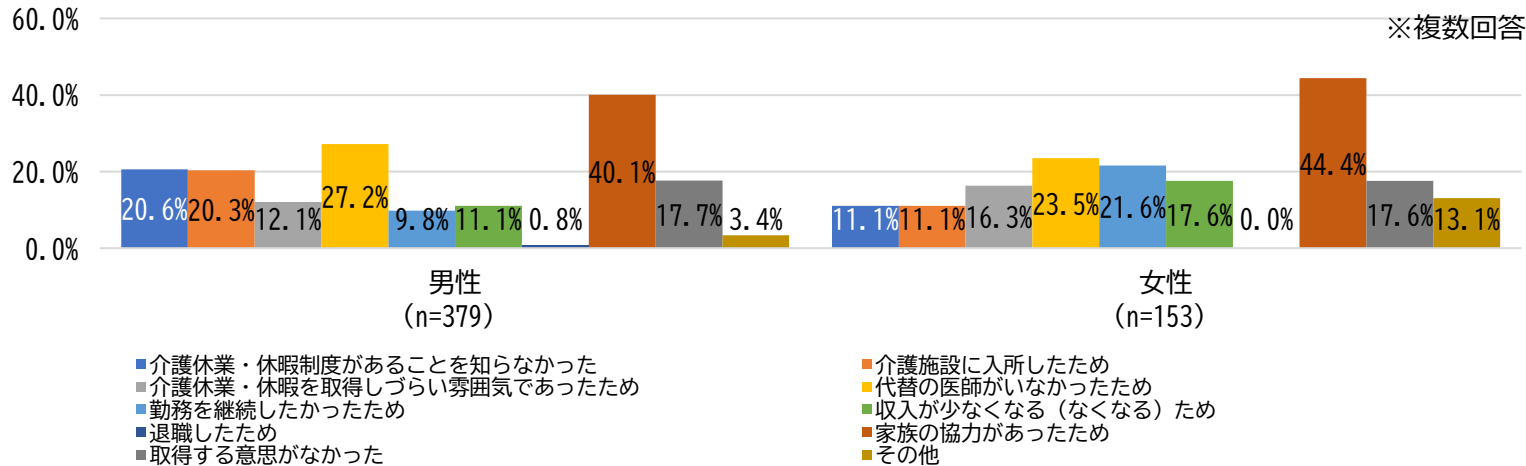
現在、介護を必要とする人はいますか



介護を必要とする人がいる場合、介護休暇を取得しているか



介護休暇を「取得していない」と答えた場合、その理由

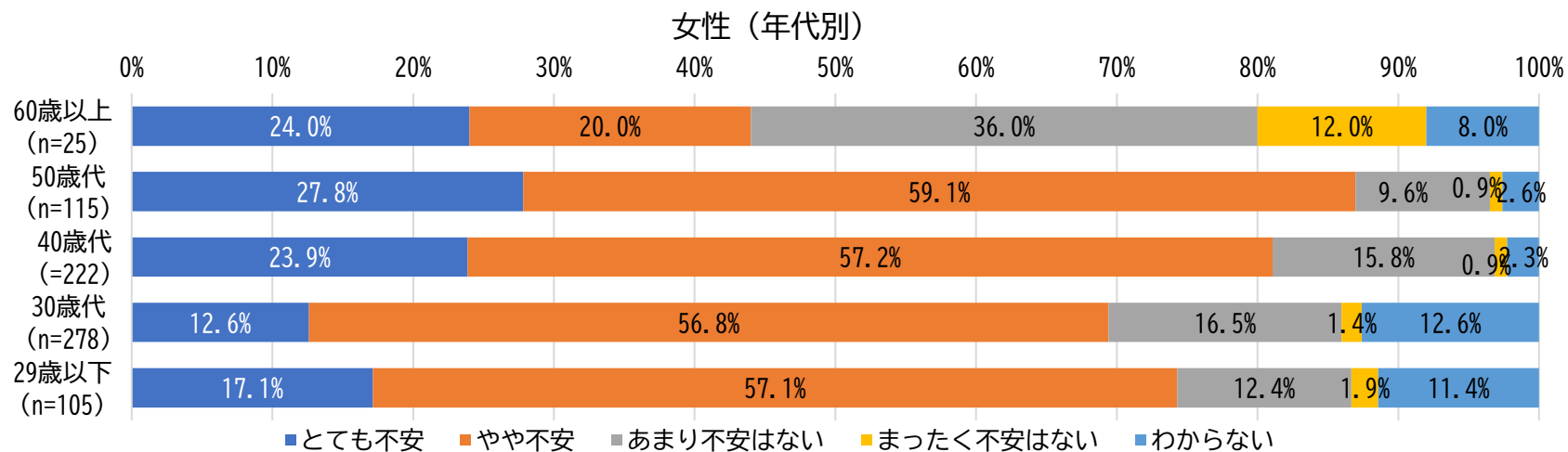
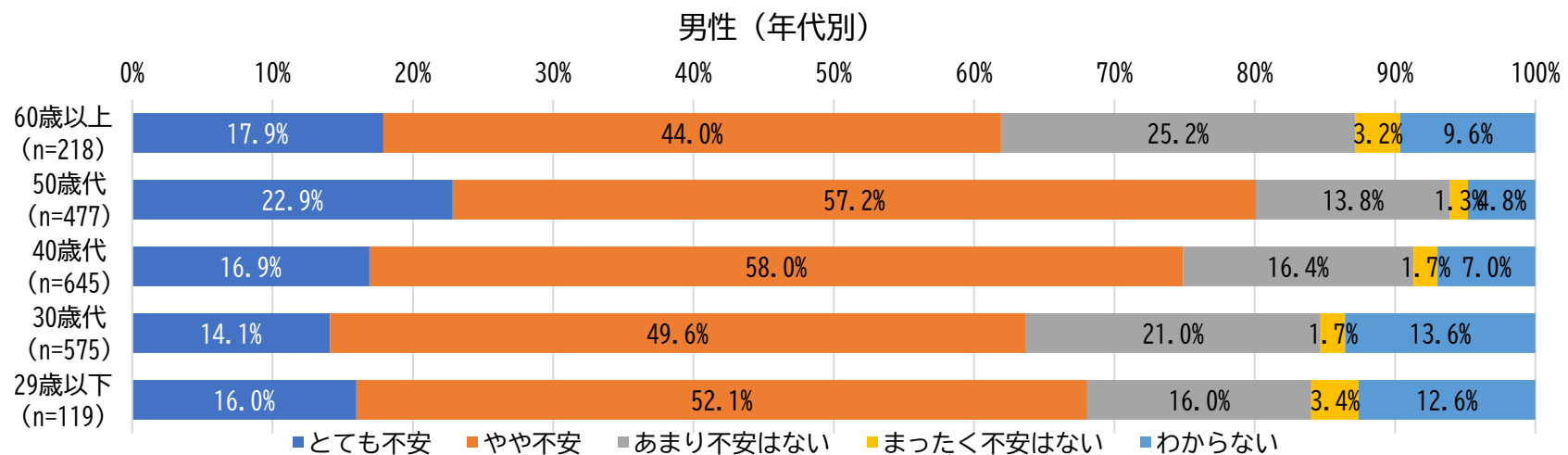


その他の理由

- ・職場からの明確な取得に関する情報発信がない(教授)
- ・介護休暇の基準が厳しすぎて基準に該当せず、取得を諦めた(准教授)
- ・現時点では有給でまかなえている(講師)

現在もしくは将来の介護にどの程度不安を感じていますか【医師個人用】

○ 男性、女性共に50歳代以下はどの年代も不安を感じていることが分かった。60歳以上の女性は「あまり不安はない」(36.0%)が最も多かった。



2025年度 DEI（ダイバーシティ、エクイティ&インクルージョン）推進に向けての提言 ～医師の働き方改革開始1年後のDEI推進環境の変化の実態調査より～

1. DEIの必要性の認識と推進

医師の働き方改革やワークライフバランスに対する意識の変化に伴い、属性を問わず全ての医師が生き生きと活躍できる就業体制の整備が我が国の医療提供体制を維持していく上で不可欠であることを認識し、医療界全体でDEIを推進していく必要がある。

2. 医師としての活躍を支援する体制の強化

働き方改革の開始により、極端な長時間労働者は減少したものの、業務の効率化やタスクシフト、タスクシェアは十分に進んでいない。

全ての医師がライフステージに応じた働き方を選択しながら継続的に、かつ十分にその能力を発揮するためには、個々のキャリア支援にとどまらず、人的体制の整備、柔軟な働き方の導入、職場風土の改革、評価・昇進制度の見直し、制度の周知と意識啓発といった組織的かつ継続的な支援体制の強化が求められる。

2025年度 DEI（ダイバーシティ、エクイティ&インクルージョン）推進に向けての提言 ～医師の働き方改革開始1年後のDEI推進環境の変化の実態調査より～

3. 責務に見合った経済的基盤の強化

大学病院においては、診療・教育・研究の三重の役割を担う中で、処遇や働き方の面で十分な支援がなされているとは言えない。

このような状況は、若手や中堅の医師の大学離れを招き、大学・大学病院の基盤を弱体化させる。とりわけ、出産・育児期とキャリア形成期が重なる女性医師にとっては、環境整備の遅れが離職や上位職志向の低下を助長する要因となり得る。

医師が高度専門職としての責務に見合った適切な処遇を受け、大学・大学病院で長期的にキャリアを継続できる環境を整備することは喫緊の課題であることを国・管理者・社会が認識すべきであり、経済的側面も含めた総合的な支援体制の構築が喫緊の課題である。AJMCとして補助金などの国の取り組みを強く要望する。

一般社団法人全国医学部長病院長会議 D E I 推進委員会

委員長 林 由起子（東京医科大学）

委員

東 信良（旭川医科大学）

秋山 治彦（岐阜大学）

名越 澄子（埼玉医科大学）

梅田 朋子（滋賀医科大学）

前田 佳子（東京女子医科大学）

川股 知之（和歌山県立医科大学）

本多 祥子（東京女子医科大学）

砂田 芳秀（川崎医科大学）

萬 知子（杏林大学）

西良 浩一（徳島大学）

菊田 健一郎（福井大学）

磯部 紀子（九州大学）

※報告書はAJMCウェブサイト内、以下に掲載
<https://ajmc.jp/activities/result/gender-committee/>



全国医学部長病院長会議の概要

○ 名 称:一般社団法人全国医学部長病院長会議(AJMC)
Association of Japan Medical Colleges

○ 設置目的:

医育機関共通の教育、研究、診療の諸問題及びこれに関聯する重要事項について協議し、相互の理解を深めるとともに意見の統一をはかり、わが国における医学並びに医療の改善向上に資することを目的とする。

○ 組 織:

- ・ 全国82大学医学部長、附属病院長で構成する団体
- ・ 国立43大学、公立8大学、私立31大学
 - 会 長:相良 博典 昭和医科大学病院長
 - 副会長:鶴田 大輔 大阪公立大学医学部長
 - 理 事:30名

○ 事 業:

- (1) 医育機関の教育、研究の振興及び診療の充実に必要な調査研究と情報の交換
- (2) 医育機関の教育、研究及び診療における相互の協力について必要な事業
- (3) わが国における医育機関の代表団体として、内外の医学教育に関連する団体との交渉及び情報の交換
- (4) その他この法人の目的を達成するために必要な事業