

簡単アンケート特別篇：
臨床研究
(2018年4月実施)

JSEPTIC 臨床研究委員会

アンケート作成者：

志馬 伸朗 (広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 医学講座 救急集中治療医学)

安田 英人 (亀田総合病院 集中治療科)

JSEPTIC 簡単アンケート特別篇：臨床研究

対象：集中治療に関わる全ての医療従事者

概要：

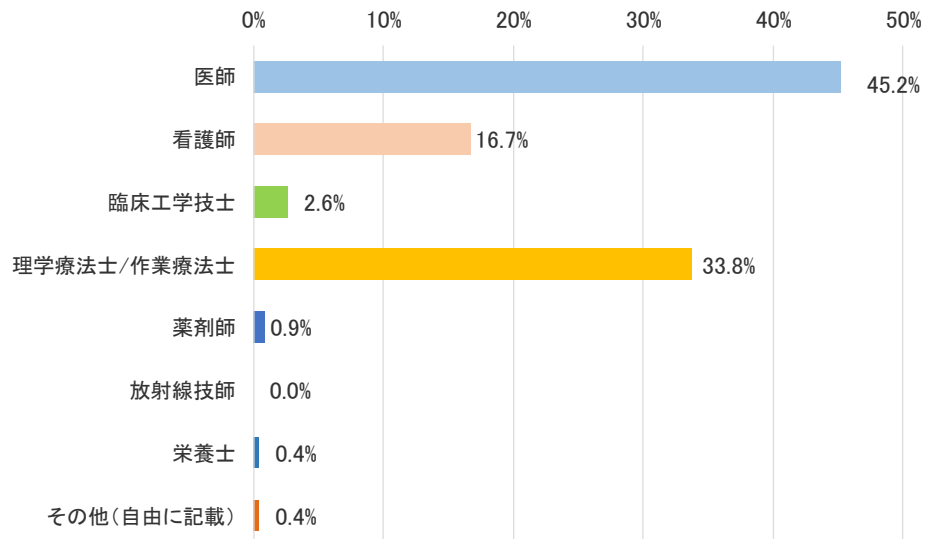
昨今、ANZICS-CTG を代表とする各国の臨床研究グループから大規模 RCT が報告され、重症患者管理に光を照らしてくれています。アジア圏でも、シンガポール、中国、そして台湾からは数多くの研究が報告されており、臨床研究の世界はますます広がっています。しかし、日本のからは、決して質の高い臨床研究が数多く報告されているとは言えない状況です。その背景には日本における臨床研究遂行の困難性があり、関連する様々な改善点があると思います。日本の臨床研究の現場はどのような現状で、そこにはどのような需要があるのか、まずはアンケートを実施してみたいと考えました。ご協力宜しくお願い致します。

アンケート作成者：志馬 伸朗（広島大学大学院 医歯薬保健学研究科 医学講座 救急集中治療医学）
安田 英人（亀田総合病院 集中治療科）

回答者数：228 名

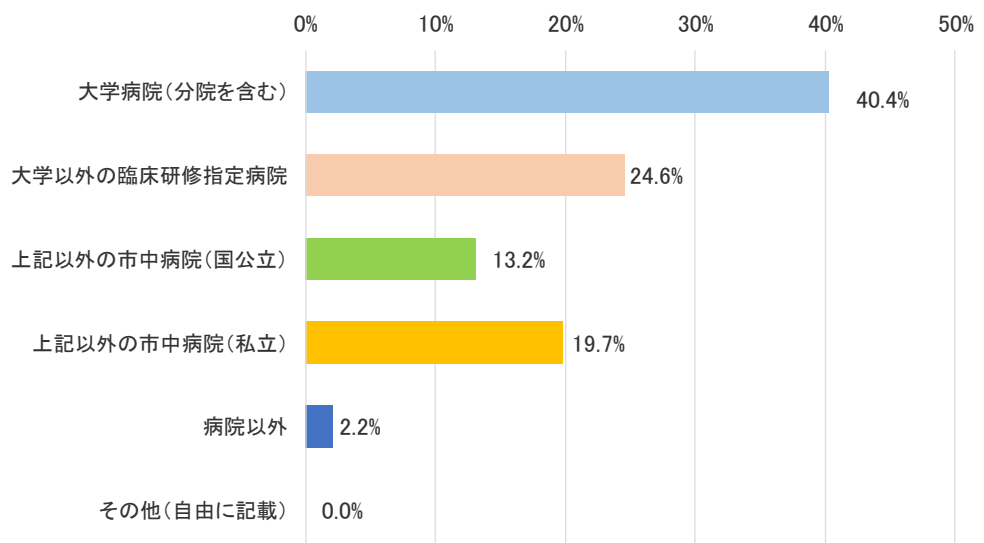
質問1 あなたの職種を教えてください。

1. 医師
2. 看護師
3. 臨床工学技士
4. 理学療法士/作業療法士
5. 薬剤師
6. 放射線技師
7. 栄養士
8. その他（自由に記載）



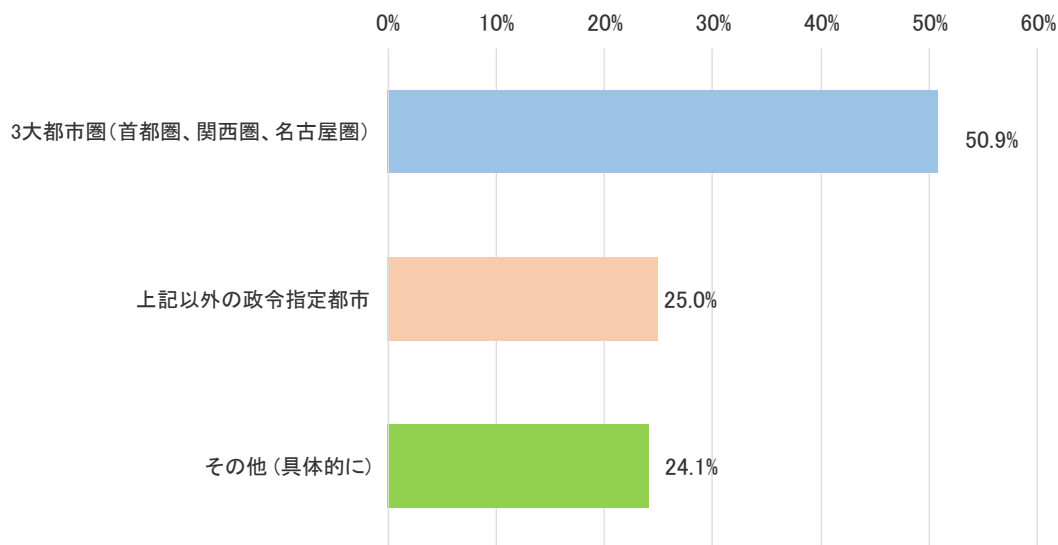
質問2 あなたの所属施設を教えてください。

1. 大学病院（分院を含む）
2. 大学以外の臨床研修指定病院
3. 上記以外の市中病院（国公立）
4. 上記以外の市中病院（私立）
5. 病院以外
6. その他（自由に記載）



質問3. あなたの勤務地について教えてください。

1. 3大都市圏（首都圏、関西圏、名古屋圏）
2. 上記以外の政令指定都市
3. その他（自由に記載）

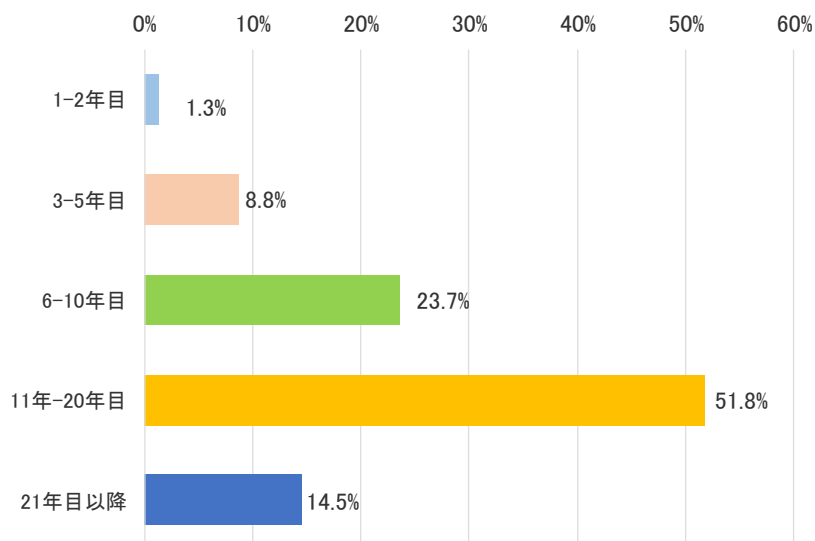


※その他（具体的に記載）

- ・ 島根県 (5)、島根県出雲市 (3)、沖縄県 (4)、沖縄県那覇市 (2)、地方 (2)、中国地方 (2)、長崎県 (2)、14万人規模の都市、Fukushima、USA California、愛媛県、愛媛県松山市、茨城県、浦添市、岡山県津山市、隔地 中核病院、鴨川市、宮城県石巻市、京都府京丹後市、九州地方、甲信越、国内地方都市+米国(part-time MPH+MSc)、三重、山口県、山梨県、四国、鹿児島市、小規模都市、松本市、人口10万人程度の地方都市、石巻市、千葉県、千葉県鴨川市、地域の基幹病院、地方都市、長野市、鳥取、福岡県北九州市、和歌山、福知山市、北東北、北陸

質問4. 国家資格取得後の経験年数を教えてください。

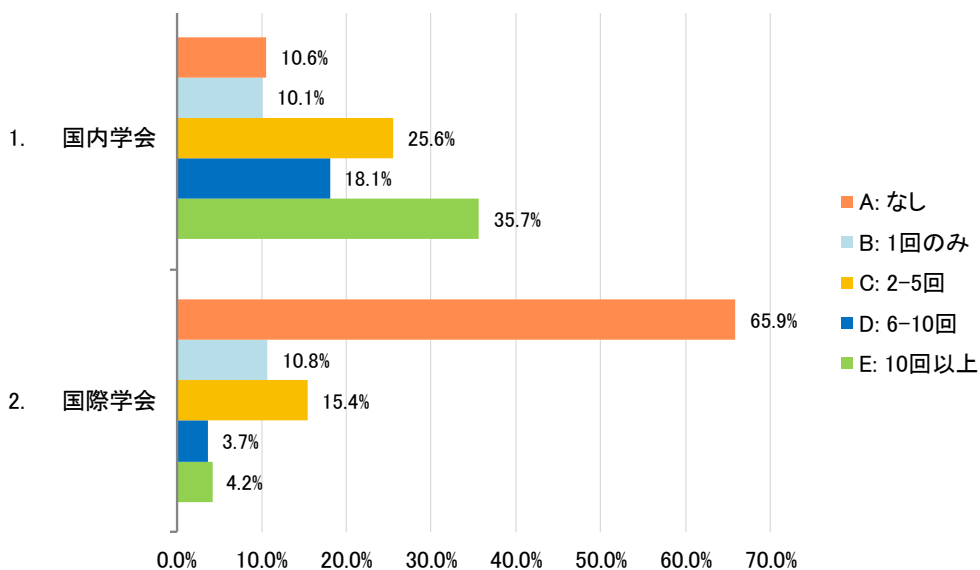
1. 1-2年目
2. 3-5年目
3. 6-10年目
4. 11年-20年目
5. 21年目以降



質問 5. これまでに学会発表 (査読あり)をどれくらい行なったことがありますか？

A: なし、B: 1回のみ、C: 2-5回、D: 6-10回、E: 10回以上

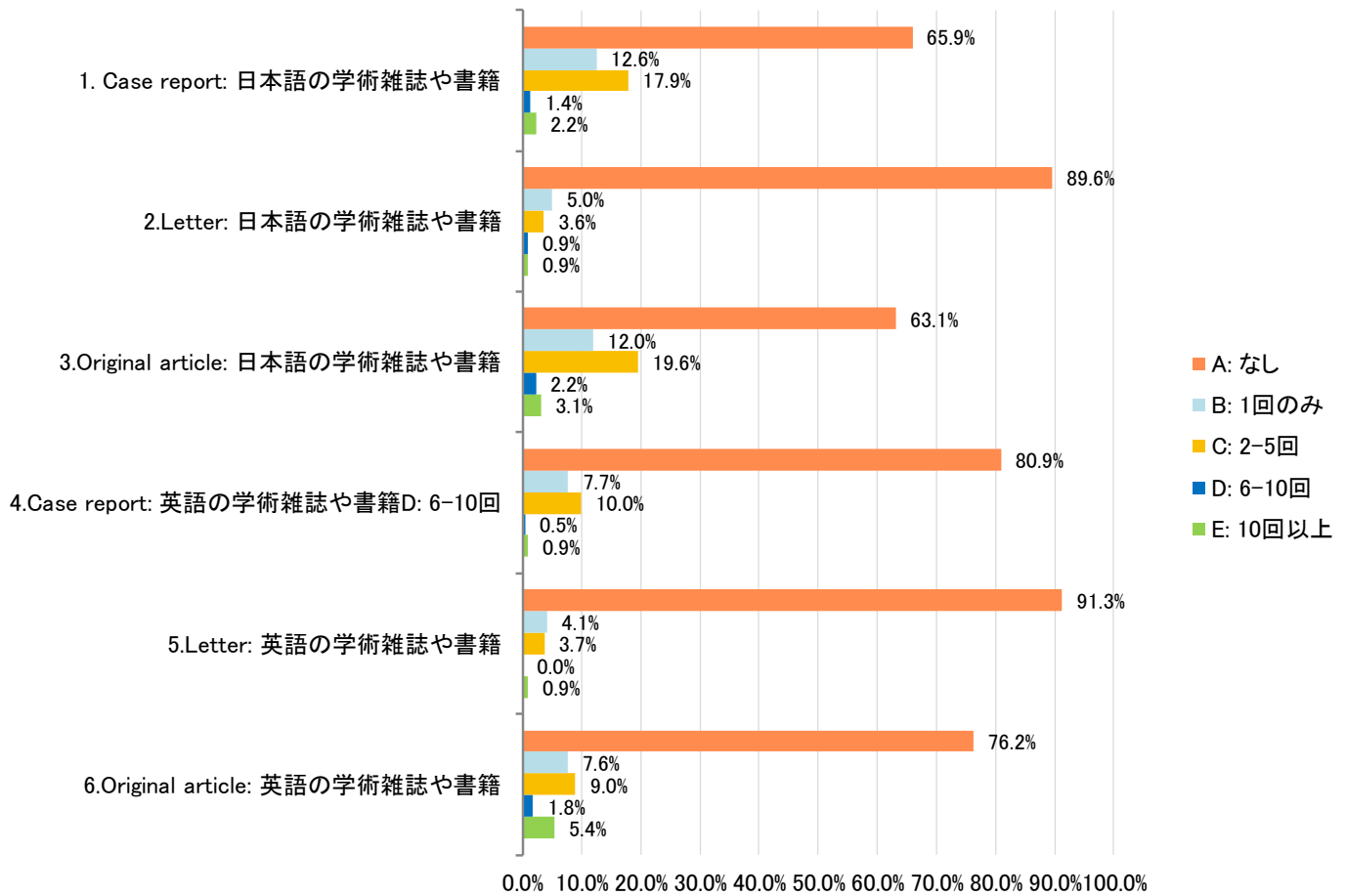
1. 国内学会
2. 国際学会



質問 6. これまでに学術雑誌や書籍 (査読あり)などに論文を投稿したことはありますか？ただし、依頼原稿は除きます。

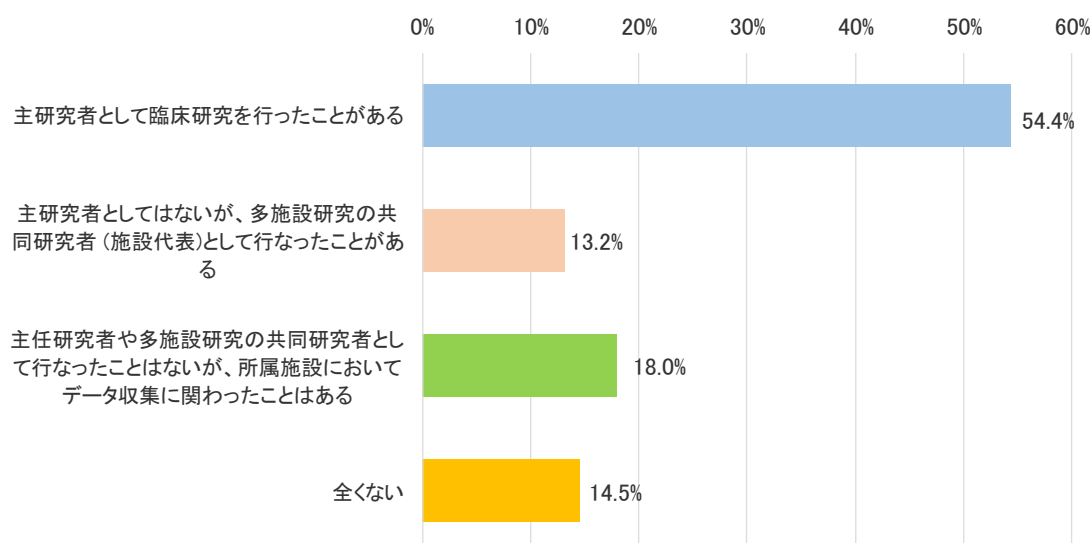
A: なし、B: 1回のみ、C: 2-5回、D: 6-10回、E: 10回以上

1. Case report: 日本語の学術雑誌や書籍
2. Letter: 日本語の学術雑誌や書籍
3. Original article: 日本語の学術雑誌や書籍
4. Case report: 英語の学術雑誌や書籍
5. Letter: 英語の学術雑誌や書籍
6. Original article: 英語の学術雑誌や書籍



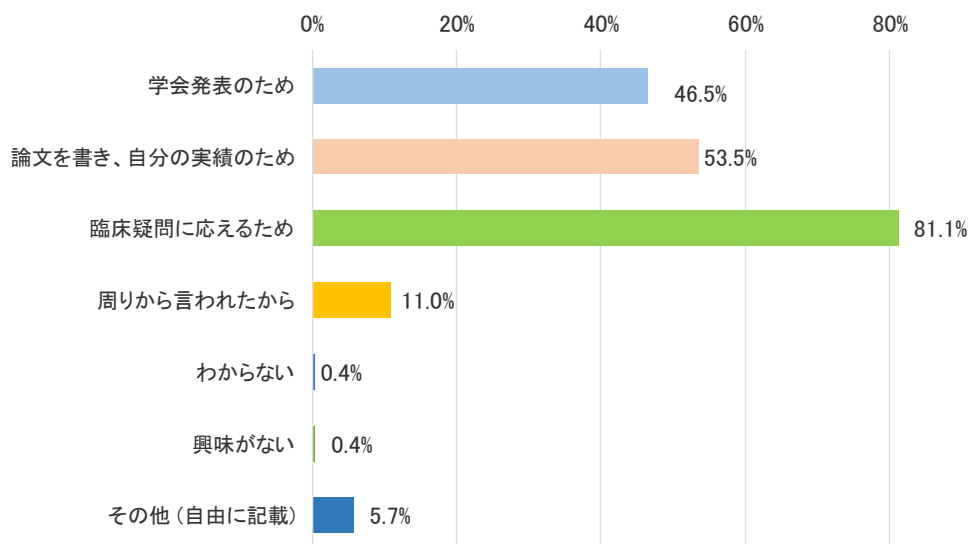
質問 7. これまでに臨床研究を行ったことがありますか？

1. 主研究者として臨床研究を行ったことがある
2. 主研究者としてはないが、多施設研究の共同研究者（施設代表）として行なったことがある
3. 主任研究者や多施設研究の共同研究者として行なったことはないが、所属施設においてデータ収集に関わったことはある
4. 全くない



質問 8. 臨床研究を行う目的はどのようなことですか？これまでに行なったことがない方はご自身のお考えをお答えください。（複数回答可）

1. 学会発表のため
2. 論文を書き、自分の実績のため
3. 臨床疑問に答えるため
4. 周りから言われたから
5. わからない
6. 興味がない
7. その他（自由に記載）

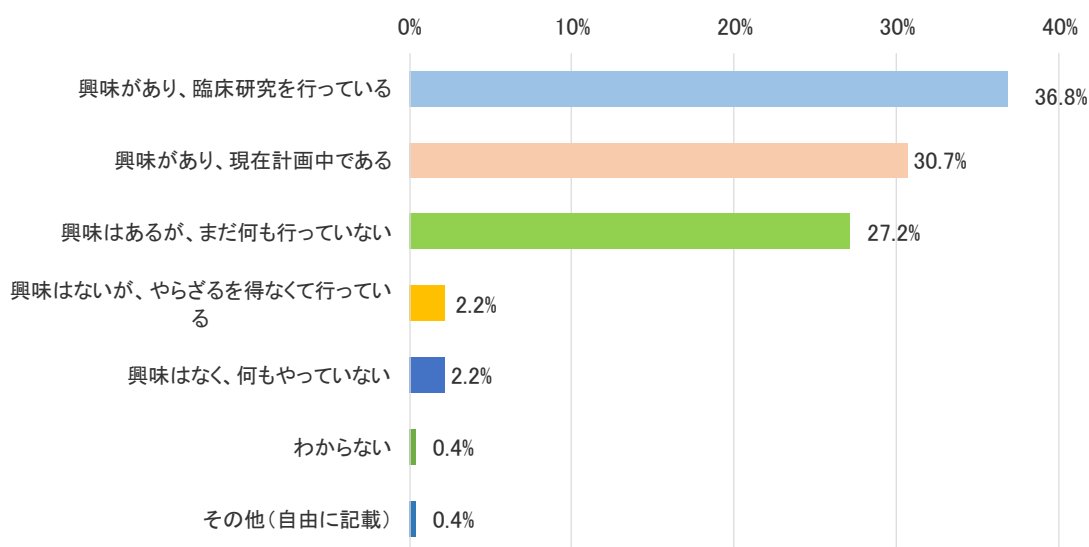


※その他（具体的に記載）

- ・ 実際研究をしてみると、観察研究などで、reproducibility がないことの問題などに気づきました。
- ・ 必要性は不明だが学位審査の為
- ・ 依頼を受けて
- ・ 患者の治療予後に寄与するため
- ・ エビデンスを社会に還元するため
- ・ 学会参加のため：発表すると学会参加費用を施設が支払ってくれるので
- ・ 専門医取得のため
- ・ おもしろいから
- ・ エビデンスの蓄積
- ・ 日本の成績を海外に向けてアピールするため
- ・ リハビリテーション領域の介入意義を明らかにするため
- ・ 自身の臨床業務の見直しや問題点の抽出、他病院との比較
- ・ 趣味として

質問 9. 臨床研究を行うことに興味がありますか？

1. 興味があり、臨床研究を行っている
2. 興味があり、現在計画中である
3. 興味はあるが、まだ何も行っていない
4. 興味はないが、やらざるを得なくて行っている
5. 興味はなく、何もやっていない
6. わからない
7. その他（自由に記載）



※その他（具体的に記載）

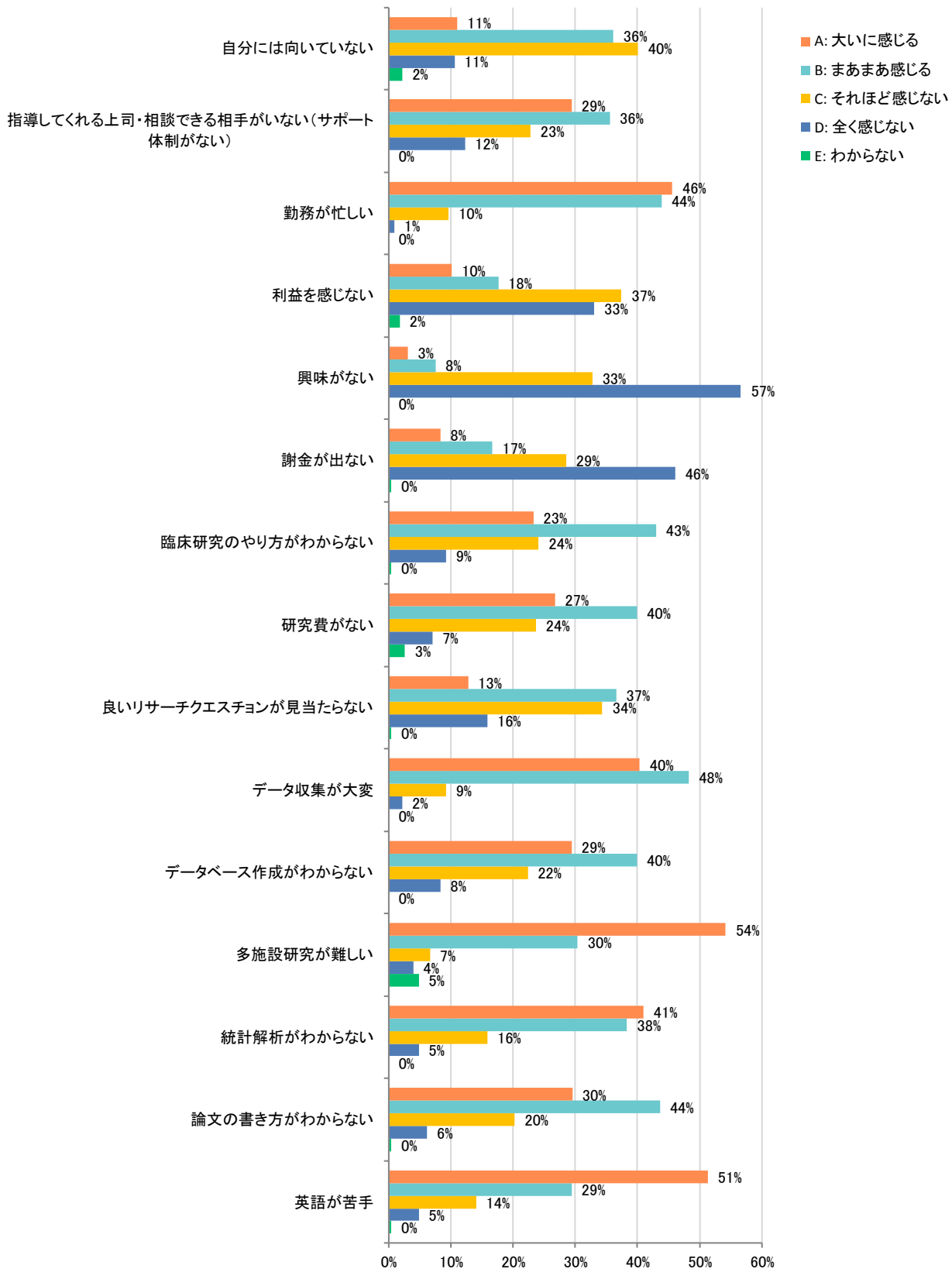
- ・興味があつてやっていたが、バカバカしくなつてきて、ほったらかしになっている

質問 10. 臨床研究を実施し論文投稿をするにあたり、どのようなことが問題となっていますか？以下の項目についてお答えください。

A: 大いに感じる、B: まあまあ感じる、C: それほど感じない、D: 全く感じない、E: わからない

1. 自分には向いていない
2. 指導してくれる上司・相談できる相手がいない（サポート体制がない）
3. 勤務が忙しい
4. 利益を感じない
5. 興味がない
6. 謝金が出ない
7. 臨床研究のやり方がわからない
8. 研究費がない

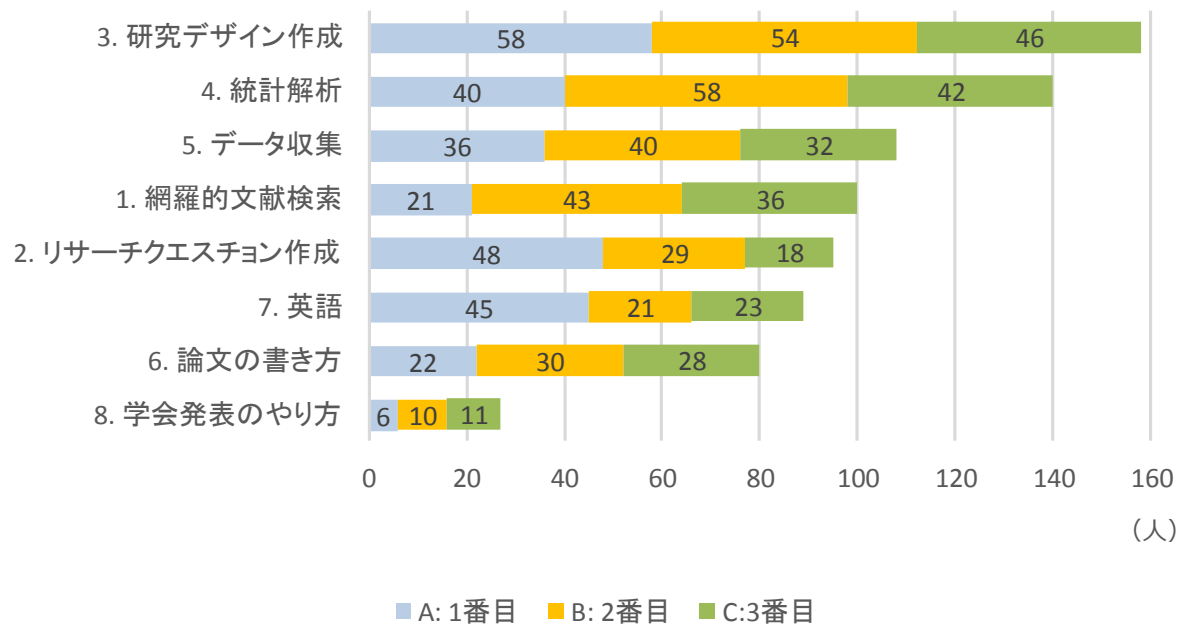
9. 良いリサーチクエストが見当たらない
10. データ収集が大変
11. データベース作成がわからない
12. 多施設研究が難しい
13. 統計解析がわからない
14. 論文の書き方がわからない
15. 英語が苦手



質問 11. 臨床研究を実施する際に困っていることを教えてください。以下の項目のうち、困っていることを順に3つ選んでください。

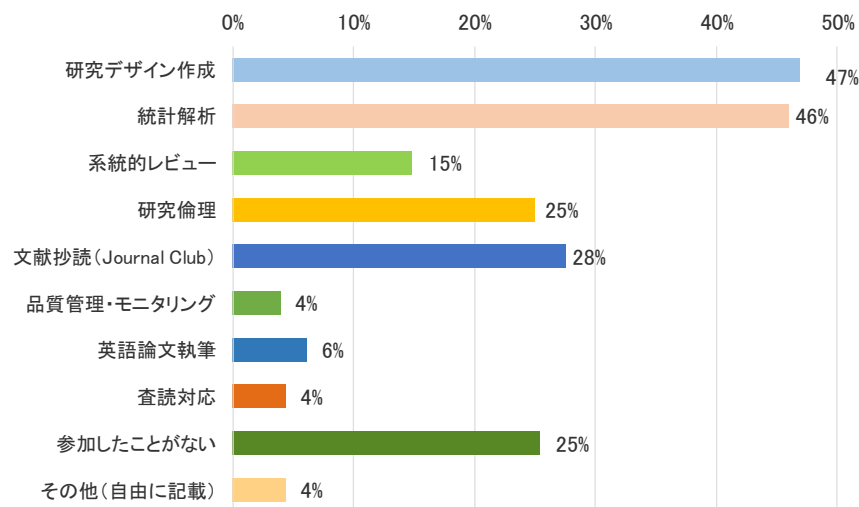
A: 1番目、B: 2番目、C:3番目

1. 網羅的文献検索
2. リサーチクエスション作成
3. 研究デザイン作成
4. 統計解析
5. データ収集
6. 論文の書き方
7. 英語
8. 学会発表のやり方



質問 12. これまでにどのようなセミナーに参加したことがありますか？（複数回答可）

1. 研究デザイン作成
2. 統計解析
3. 系統的レビュー
4. 研究倫理
5. 文献抄読（Journal Club）
6. 品質管理・モニタリング
7. 英語論文執筆
8. 査読対応
9. その他（自由に記載）



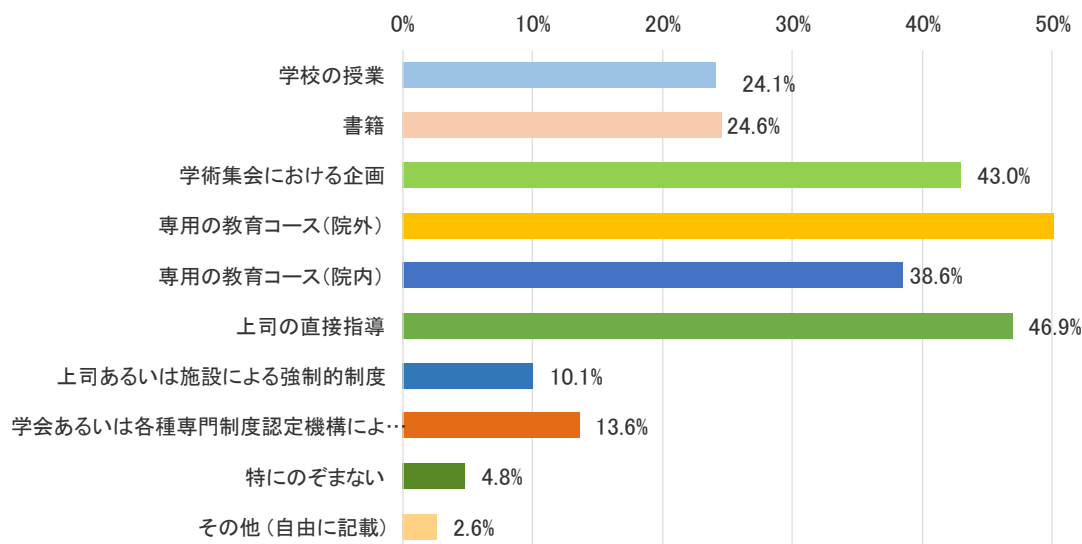
※その他（具体的に記載）

- ・ 大学での授業, 卒業研究
- ・ 海外大学院在籍
- ・ 機械学習
- ・ 参加しことがない

質問 13. 研究や論文作成を学ぶ機会として充実を望むものはなんですか？（複数回答可）

1. 学校の授業
2. 書籍
3. 学術集会における企画
4. 専用の教育コース（院外）

5. 専用の教育コース（院内）
6. 上司の直接指導
7. 上司あるいは施設による強制的制度
8. 学会あるいは各種専門制度認定機構による強制的制度
9. 特にのぞまない
10. その他（自由に記載）

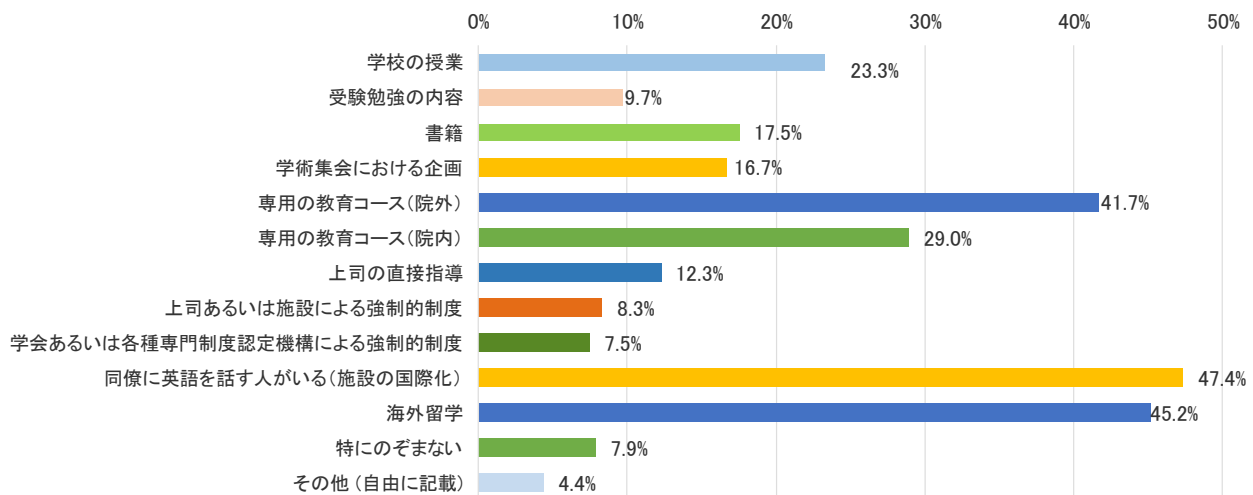


※その他（具体的に記載）

- ・ online learning は米国でも使用してます（Hopkins では通常の授業以外にも世界レベルの統計学者から因果推論の授業や疫学の授業なども online で受けられました）日本人は online に対して批判的な人が多く残念です。米国では大学院レベルの教育に online を用いていないところの方が少ないです。
- ・ 時間（周囲からの理解）。
- ・ E ラーニング。
- ・ 大都市圏で開催される院外教育コースでは出席しづらいので、ウェブコースがあるとありがたいです。
- ・ 資金です。

質問 14. 英語を学ぶ機会について充実を望むものはなんですか？（複数回答可）

1. 学校の授業
2. 受験勉強の内容
3. 書籍
4. 学術集会における企画
5. 専用の教育コース（院外）
6. 専用の教育コース（院内）
7. 上司の直接指導
8. 上司あるいは施設による強制的制度
9. 学会あるいは各種専門制度認定機構による強制的制度
10. 同僚に英語を話す人がいる（施設の国際化）
11. 海外留学
12. 特にのぞまない
13. その他（自由に記載）



※その他（具体的に記載）

- ・英語に関してはやる気の問題と効率よい勉強法が大事と思います。
- ・通信教育。
- ・自助努力。
- ・インターネット英会話。
- ・もっと海外の施設と交流する機会が必要。
- ・海外文献へのアクセシビリティ・院内抄読会 ↑ (uptodate)。
- ・卒前教育。
- ・会話と論文作成では違うので一概に言えない。

質問 15. 本邦の臨床研究が進まない理由はどこにあると思いますか？自由にお答えください。

- ・ 労力を厭うから。臨床のみで勤務が組まれているから。閉鎖体質だから。
- ・ 統計解析の煩雑さ。
- ・ 自分と他人の心の壁。
- ・ 研究をしようとする医師と協働するような専門家（研究デザイン、統計、研究倫理など）を育成する動きがなかったこと。
- ・ 職場でのサポートや金銭的支援がない。管理部門含めて倫理指針や臨床研究法、個人情報保護法について十分に周知されているとはいえない。
- ・ 臨床業務優先であること。
- ・ コメディカルが臨床研究を身近なものに感じていないこと。
- ・ データベースがない。あっても一部の人のみでの使用。自分はこれに限界を感じ、数年は海外に行くことにしました。知識や統計学に関しては online でも大丈夫ですが、結局、on-the-job するためには米国にいかないと厳しい部分もあり渡米することにしました。
- ・ 臨床中心だから。
- ・ 日本人の気質。
- ・ 日常の臨床業務が忙しすぎる。
- ・ 医師以外の職種の関わりが少ない（海外ではリサーチナースなどが倫理委員会の手続き、患者リクルート、同意取得、薬剤準備なども行っている）。
- ・ 患者側の意識（「研究」と聞いただけで拒否感を示してしまう）。
- ・ 周りの協力を得られていない研究がいくつかある。データ収集し易い環境を作ることが難しい。
- ・ 誰もやり方を知らない。
- ・ 事務手続きの煩雑さ。
- ・ 医学教育。
- ・ 臨床家に研究を行う十分な時間とインセンティブが与えられていない。
- ・ 研究に対する各医師の意識の差、データベース不足、事務職の不足。
- ・ ①臨床が、いそがしすぎる。
- ・ ②医療統計の専門スタッフが不在の施設が多い。
- ・ ③リハ関連のデータベース不足。
- ・ データ収集など研究を補助するスタッフがいない。
- ・ 科として統一した方針を持って診察や治療を行っていないので、後でデータとしてまとめられない。
- ・ マンパワー不足。
- ・ 大学病院が多く、横の繋がりが弱いため。
- ・ 国主導でない。

- ・臨床が忙しい、小規模な病院が乱立して単施設で多数の症例が集まりにくい。
- ・臨床研究が基礎研究より重視されない風潮。
- ・リハビリに関して定量的介入が難しいことが多い（介入のタイミング、介入時間・頻度など）。
- ・アウトカムが統一されていない。上司が管理者であり、臨床に臨んでいない。職場に研究発表を積極的に実施しているスタッフがいない。
- ・資金が足りない。
- ・職場で積極的な臨床研究活動がされていないこと。臨床研究しなくても仕事に大きな影響はないこと。
- ・意欲の減退。
- ・大学教員に比べ、病院勤務者は日々の診療に追われ時間に余裕なし。18 単位ノルマなど。
- ・病院内の上司に臨床研究を実施した事がない人が多く、理解が得られない。
- ・基本的な診療に関して、施設ごと、主治医ごとの裁量権が大きすぎる。また、臨床業務に費やす時間が多すぎ、研究に取り組むための時間もエネルギーも残っていない。
- ・対価がないこと。
- ・倫理審査が厳しく時間を要す。研究費が少ない。リハビリ技術職員は研究実施が業務範囲外であり、プライベートの時間を削って実施している。
- ・臨床研究を行う環境によると思います
- ・臨床研究と言えど、研究を専門に専念できる環境が必要。
- ・研究デザイン方法、データベース不備、倫理申請の煩雑さ。
- ・JSEPTIC 中心に進んできていると思いますが、臨床医と研究医の中間層がいないと思います。ANZICS では研究をベースに病院に勤務する医師もいますが、日本の市中病院にはまらずいらないと思います。日本の臨床医が時間がないなか、研究も行っているのが現状だと思います。
- ・教育機関における教育の不十分。
- ・卒前卒後の教育体制。
- ・研究デザインが明らかに間違っただけのものがあるように感じる。学会発表をするということにとらわれて質が担保されていないような研究も見かける。研究活動に対する教育・指導量が少ないために起こる現象なのかと感じています。このようなことが日本の臨床研究が進まない1つの理由と考えます。
- ・臨床業務と研究の両立が難しい点。
- ・臨床医として臨床研究をやるさいの時間的ハードル。
- ・職場によるが、臨床研究を行っていない病院においては新規で個人で研究テーマを立ち上げ、実施するのが困難であるため。
- ・臨床家が研究を行うためのバックアップ体制が不足していることや知識や方法も不足している。
- ・学校教育の段階で臨床研究の重要性を説く授業が乏しいこと。
- ・臨床データを集めることに労力がある。また、リハビリテーションは、病院によって、臨床の違いが大きい（標準化されていない）ことが多く、多施設研究する土壌ができていない。
- ・①教育

臨床研究に対する立て方など、体系的に教育を受けていない。

②前向きな協力体制。

施設間（部署間）の縄張り意識が強くある所があり、表向き協力的な発言しても、陰では足を引っ張る（嫉妬？なのか何なのか）など日本人特有の意識も影響しているかと。

研究に対する批評的意見、発言とは異なる点を感じることもある。

おそらく多施設などで研究協力体制がある病院などは、そのような意識が少ないリーダーなどが複数いる印象。

- ・養成校等での研究に対しての教育不足。
- ・医療機関において臨床研究が業務として認められていないこと。特に、リハビリテーション分野は出来高であり、雇用の継続には業務時間内に研究を設定すること自体が難しい。
- ・派閥？気軽に協力できる関係がない。施設長等が興味がない。
- ・看護師の世界は排他的かつマニュアル手技でありリスクマネジメントと称してありえない手順が展開されている。この時点で研究的要素を取り入れても研究のための研究となり実用的なものになり得ない。
- ・臨床と研究を両立させるための時間的余裕の無さや、臨床研究の必要性を感じる人の少なさ。
- ・初期研修時代からの教育。
- ・理学療法士においては協会の教育カリキュラムに問題があると思います。
- ・基礎研究に重きが置かれている。臨床ではがん治療にばかりに重きが置かれている。
- ・勤務が忙しすぎることで、系統だった教育がないこと。
- ・独法化以降の国立大学の在り方、科研費など研究費獲得のための手続きの無駄。
- ・人員の不足、資金の不足、治験専門の非医療職を雇えるなら別のところに先に回したい。
- ・自分自身のモチベーションが足りない。時間に余裕がない。
- ・国の支えがない事。
- ・研究への意識が低い、臨床に目が行きがち。
- ・研究意欲を無くすような指摘、意見や議論が活発でない。
- ・看護の領域では、研究者が臨床にいないことが多い。臨床で研究を指導できる人が少ない。
- ・倫理規定が年々厳格化している点。
- ・臨床が忙しすぎる。研究、教育は大学でさえ労働時間の外でやれという異常事態。英語力の不足。自身も英語が苦手であり、苦勞する。
- ・通常の臨床業務が多忙すぎる。
- ・指導できる上司が少ないこと。自施設に指導できる上司がない場合、臨床が終わった後の時間を自主的に使って、自分で相談する先生を探し、研究をやり遂げることは、モチベーションやその人の人間性に大きく左右される気がします。
- ・全てが不足。医師不足、秘書不足、予算不足、統計学者不足。要は国力がない、欧米先進国と同列だとの錯覚幻想を脱して地道に診療することです。
- ・多施設研究のハードルが高い。

- ・同施設内ですら治療方針が主治医によって異なる。検査も統一されておらずデータが揃わない。
- ・多施設研究ネットワークが不十分。
- ・他科や他職種（特に看護師）の協力が得られにくい（施設によって異なると思いますが）。
- ・IRBの審査が年々厳しい。承認を得ることが難しい。
- ・統計を含め臨床研究を知らない、経験の少ない人が研究を指導したり、行っていることが問題だと思います。そこからは質の低い研究しかできないと思います。
- ・臨床研究を行える上司、上層部が少ない。また臨床研究を行ってもキャリアアップにつながりにくい。多施設レジストリも各国に比べて少ない。
- ・施設間の倫理委員会のやりとり。
- ・忙しい事と、指導者不在と新臨床研修制度。
- ・急性期病院であるため、患者への研究疑問が生じても研究をする時間がない。
- ・英語。若者を真に導ける先人がいない。
- ・大学院以外には研究方法や論文の書き方など全般をきちんと学ぶ機会がなかった。
- ・研究を行う必要性や重要性について職場で理解されていない。研究をしても評価されず支援環境もない。このため、研究を行うことにメリットを感じないスタッフが多い。
- ・施設毎の医師・メディカルスタッフの温度差。
- ・仕事が多忙。協力体制が乏しい。研究する労力に対する評価が乏しい。
- ・臨床研究が身近にない。報酬がなく、趣味として扱われている。
- ・専門学校、大学での臨床研究に関連する講義が不十分（なかった）。
- ・大学病院所属の指導医レベルであっても、「PICOという考え方を知らない」「臨床研究＝治験、臨床研究教育＝治験の手伝いをさせる」程度の認識しかない医師が存在する。これではその下についた研修医が正しい臨床研究を学べるとは思えない。
- ・施設内の壁。院内の倫理審査委員が理不尽。やりたいことを認めてもらえない。
- ・個人情報保護などによる、同意をとるまでの難しさ、煩雑さ。特に前向き研究は、個人では不可能に思えるぐらい難しいと感じます。
- ・指導してくれる人がいない。
- ・劣悪な勤務環境のため心と頭に余裕がないこと。
- ・臨床研究を主導できる人が少ない。多施設研究を行うためのシステムがない。
- ・業務との両立が難しい、サポートがない。
- ・多施設研究が円滑に行われたい。
- ・他施設との意見の不一致が見えない壁となっていることは多々あると思います。
- ・時間の確保。
- ・研究倫理に関しての問題があるのではと思います。そのほか、自身の施設だけかもしれませんが、臨床研究が身近ではない感じがあります。
- ・救急集中治療領域で対象患者の層が多岐にわたりすぎていて的を絞りにくい。例えば敗血症をとっても、原

因が多岐にわたっており単純に比較することが難しい。

- ・収入に繋がらない。そもそも研究の結果が反映されていないことが多い(看護師界)。
 - ・臨床研究について深く学んでいるスタッフが不在。多施設研究を行えるようなサポート不足。
 - ・周囲の理解に乏しく、専念しにくい環境。またそれに対する身分・収入の保証・対価がない。
データ収集におけるクオリティ維持が担当以外、興味を持たない。”
 - ・研究の予算がとりにくい。ほとんどの時間臨床を行うため、プライベートの時間で研究する必要がある。病院の研究への理解は乏しい。
 - ・研究もを業務と考え、研究をすることに見返りを求める人が少なからず存在する。
 - ・統計学や英語等学ぶ場所や機会が少ない。
 - ・基礎研究への偏重。
 - ・倫理が厳しい。助成金や専門の研究機関が少なく、専念できない。
 - ・臨床研究のお作法を学ぶ機会がない。臨床中では時間が不足している。臨床研究をしていく過程でタイムリーに相談できる人がいない。
 - ・臨床業務が多忙で、サポート体制が少ない。
 - ・横の繋がりを持つ事が難しい。
 - ・臨床業務の多忙さ、データ収集の手間。
 - ・とにかく日本の医師はやるが多すぎる。臨床や事務仕事で忙殺される上、研究も研究員などがおらず、ヘルプが出せない。全て1から自分だけ、という環境が問題である。
 - ・時間がない。
 - ・業務の多忙化、指導者の不足。
 - ・データは気合いで集めるものだという信念が先行するが、本来はデータが集まるシステム(IT, 人的双方)作りを考えるべき。多施設研究を行う際もカルテデータの仕様統一などが一番コストが高い。研究ありきで現場に負担を強いる場面がある為、臨床家にとっては研究=面倒なもの、となっている。
 - ・臨床業務が多忙、利益重視の臨床業務。
 - ・基礎研究に比べて軽視されているから。方法論の専門家(methodologist)が不足しているから、きちんとした手順が踏まれない。やる気のある若手はいても、やる気が生かされない。
 - ・臨床研究に対する意識が欠如と、事務的な作業の困難さが挙げられます。基礎研究で実績を上げた上司は、臨床研究に対するアプローチが非常に甘く、数を集めて2群に分ければいい程度にしか思っていない。またそれを良しとしてしまっているためその考えが部下に広がり、正しい臨床研究アプローチの方法が広がらないのだと思います。
- また、正しい方法論を持っていたとしても、(当施設では)データ収集をほとんどの場合医師が行わなければならない状況です。JIPADのデータ収集できさ苦労している状況で、質の高い臨床研究のためのデータ収集には及び腰になってしまいます。
- ・臨床研究は一部の施設の一部の人達が好きで行うもの、という考え方が強い。
 - ・コメディカルの場合、学会発表をゴールだと思って、場当たりに計画・実行を繰り返している人が多いこ

と。

- ・リハ領域は専門学校が多数あり、そもそも研究方を教えない施設が多数ある。多くの民間病院では研究の必要性を感じていない上司が多数。古来の徒手療法を好む所属長がいる施設では研究発表は皆無。
- ・生体サンプルや統計解析の専門家との連携の悪さ。臨床医のタイムマネジメント。
- ・臨床家が臨床研究することに対する見返りが少ない。
- ・時間とお金に余裕がなく、マンパワーが少ないため。多くのスペシャリストの時間は膨大なルーチン業務に潰される。
- ・業務と同時に、全てをしないとイケない。
- ・費用が少ない。音頭をとる人や施設が少ない。臨床研究に携わる機会が少ない。
- ・論文1本にかかる手間が10年前と比べて倍以上に感じる。ICや統計ソフト、統計の専門家英語の校正などのバックアップ体制は場末の公立病院にはない。公的機関でこれらをバックアップしないと巷には優秀な資質を持つ研究者が山ほどいるのに現状では只の医者として過ごさざるを得ない。
- ・日本では働きながらも研究に集中できるようなサポート体制をとっている組織がほとんどない。
- ・少なくとも私の施設では、臨床のみ人間と臨床研究も行っている人間との役割がイーブンとなっており、時間の制限が非常に大きい。また病院としても英語、研究に慣れていないこと。

質問 16. 何を改善すれば世界的な研究ができますか？自由にお答えください。

- ・労力を厭わない。そうは言っても大変なので、理想としては臨床研究も臨床の一環であるという認識の啓蒙・勤務体系の整備。
- ・学会主導で行えば参加が可能。
- ・だれにでもできると伝える人。
- ・研究を行おうとする医師と研究の専門家（研究デザイン、統計、研究倫理など）の層が厚くなること。
- ・実際に一般的な市中病院ではアカデミックとのリンクはほぼ切れている。人的なネットワークがないと、多施設共同は難しい。
- ・ネットワーク。自身が主たる研究者でなくとも希望する研究のデータベース構築や分析など研究の一部に参加しながら勉強できる仕組み。
- ・具体的な臨床研究デザインや統計等の研修会開催および、学会等での案内。
- ・海外のデータベース見ているとデータサイエンスの専門家がいないと厳しいのではないのでしょうか。実際、データをSQLからとりますのにはpython使いますよね。エクセルやfilemakerでは、無理とおもいます。このあたりが整備されれば、ものの言えるサンプルサイズの研究ができると思います。
- ・もっと臨床を減らして研究にあてる時間を重点的に確保すること。
- ・医師以外の職種が活躍できる環境。
- ・業績の評価を明確化する。
- ・臨床的に重要なテーマで研究アイデアを出す人がいることが最も重要。それ以外は誰かに相談すればなんと

かならず。

- ・事務を委託できる体制。
- ・医学教育、医師・コメディカルの教育。
- ・大規模の施設なら研究補助をする人員を配置するようにする。
- ・論文の閲覧環境。実質、大学病院でしか無料でフルテキストを読めない。
- ・データとして利用可能なカルテ記載。
- ・地位や名誉だけのためにやる環境が無くなれば。
- ・専門医認定施設での共通症例登録データベース作成と入力義務化。
- ・多施設臨床研究のネットワーク。
- ・アウトカムの統一、同一疾患に対する治療方針の統一。
- ・英語が使えるようになること。日本での資格が海外でも通じるものになること。同じような研究テーマを持った人が施設を問わずなんらかの形で集まれるような機会が増えること。国外での活動が資格のキャリアアップとして必要になるような制度となること。
- ・環境設備。
- ・PT 協会なり、団体でのサポート体制、職場の協力。
- ・研究経験が豊富にある方、海外と研究をしているような方が指導者に立つこと。
- ・答える立場にありません。
- ・医療者の大幅な増員により、一人一人の医療者が臨床に割かねばならない時間をもっと減らすこと（週 40 時間を目標）。この点を改善せずに臨床研究を推し進めたら、臨床研究はただのサービス残業化してしまい、モチベーションが削がれてしまうだろう。
- ・最初から大きなものはできないので、コツコツ研究していくしかない。
- ・以下の分担作業化。
研究デザイン、倫理申請、データ収集、統計解析、学会発表、論文執筆補助
 - 1、医師の生涯の中で、臨床研究に従事する期間を強制的に設ける。
 - 2、臨床研修の中に研究を行う時間を設ける
 - 3、JSEPTIC など団体を支援する”
- ・クリニカルクエスションを生み出すための、「考え方」の教育。
- ・協会、政界を巻き込んだプロモーション。
- ・研究の質を上げること。そして、質の高い研究を全国各地で大規模にできることが求められると思います。
- ・研究者が、臨床家と連携しながら研究していくことが必要だと考えます
- ・事務作業の分業。
- ・大学卒業段階で研究方法論が習得されていることと、各施設に指導できるメンターが配置されていること。
- ・英語と研究方法の知識と技術の向上。
- ・業務量の軽減、臨床研究を遂行できる環境の整備、金銭面の補助。
- ・リハビリテーション領域は急激に若手が増えており、人材育成に力を入れる必要があると考えます。米国で

は6年生やレジデンシープログラムが導入されていて、卒前・卒後教育でリサーチマインドが育成されている。

- ・大きな研究機関から発信する他施設共同研究がもっとスムーズに行え、ビッグデータとして解析が可能になると世界にも負けないデータを提示することできると思う。
- ・日本語でのデータは優れたものが多い印象。英論文化する教育システムと、一番はやろうとする個人の努力を促す事。それが評価される（研究費がつく、学会がバックアップする、ポジションの多様化）体制など。
- ・養成校在籍時より研究に関する動機付けの強化。
- ・学会を中心としたレジストリーの作成。臨床研究のモデル病院の指定による一部の医療機関のハイレベル化。その後の研修受入。
- ・集中治療医による一致団結→集中治療医の所属する各施設長への依頼と了承→関連部署へ研究内容通達→データ等入力までを業務に組み込む、コメディカルは施設として許されている範囲であれば多分、協力できる。あとは学会からの依頼書（お墨付き）があればコメディカルは協力できると思います。個人の繋がり同士で研究するのは限度があると思います。
- ・言語的なコンプレックスを払拭すること、国内の研究結果すら臨床に反映できていないので世界的な考えを取り入れるのは困難かもしれないがまずは多くの人が情報を得る機会と寛容さを持ち合わせる必要があると思う。
- ・研究デザインの専門家が多数いること。
- ・学生時代から必要性を擦り付ける。多施設での情報共有や日本を引っ張っていってくれる中心的な施設があればいいかと思います。
- ・臨床研究の意義やどの分野でこういったアウトカムが求められているかなどを若いセラピストが認識出来るように協会が主導してほしい。
- ・研究日と研究に対するインセンティブ、プロのアドバイザーの確保。
- ・学位至上主義、資格至上主義からの発想の転換。
- ・資金力と RCT をやる土壌。
- ・他施設との繋がり。
- ・大学病院はすべての職種が研究しないと診療報酬もらえないように。
- ・海外派遣の機会をより多く設けてほしいです。
- ・英語。
- ・医療行為の標準化、業務効率化によって教育、研究の時間を確保する。労働時間による評価をやめ、論文の質、教育時間、教育を受ける人からの評価により、研究、教育することにインセンティブを設ける。
- ・臨床研究に専従できる期間、時間を業務時間内に確保できるようにすること、研究をサポートする人員を増やすこと。
- ・「世界的」という言葉だけを考えるのであれば、観察研究でいえばデータベースを充実させるためのマンパワー・ソフト・ハードの改善。RCT でいえば各施設の RCT を行うための体制整備。また、マイナーなテーマ

- に興味を持っている人同士を集める場があるかもしれません。
- ・ 国家のつくり直し。真剣にこれしかない。政治の大学研究への介入でなく支援を。
 - ・ 共同研究相手を気軽に見つけられるようなプラットフォームがあると良いかもしれないと思いました。
 - ・ 学会に所属していない医師に対しても大まかな治療方針の統一をはかる。
 - ・ 言葉の壁 英語への習熟。
 - ・ データ収集を事務員が行ってくれば多少改善すると思います。
 - ・ データベースの構築だけではなく、研究を熟知した人が組織の根幹にいないと難しいと思います。現在の日本の現状で臨床研究の包括的な教育を受けることはとても難しいので、海外留学して経験のある人を積極的に活用するのが良いと思います。
 - ・ 臨床研究を行える指導者を医学界の上層部にすえること。また多施設共同研究を行いやすいレジストリ制度を構築すること。
 - ・ 英語の壁。
 - ・ 研修制度の見直し。
 - ・ なるべく多くの、誰かが、まず、やる。
 - ・ 研究全般の方法などの教育システムの改善と、研究実績の評価。
 - ・ 職場での支援体制の整備、研究の出来る臨床スタッフが増える、看護は特に、研究が出来る臨床家が少なくともあり、臨床家が研究を行う風土がない。
 - ・ 各地域で実践的な勉強会。
 - ・ 英語を学ぶ機会の充実。楽しんで取り組めるシステム。
 - ・ 支払いのある研究組織の確立。
 - ・ 看護教育の高度化。6年間とか。職場での研究への支援（経済的、時間的な支援も含む）。
 - ・ 各専門領域の、ヨコの繋がり強化？。
 - ・ 管理者の教育。古いしきたりの払拭。
 - ・ 研究のサポートを行う専門の人が院内にいてくれたら・・・と思います。研究のきっかけとなる疑問は個人の医師から発生し、その後の研究が成立するまでのサポート（RQ, 研究デザインの作り方、倫理委員会やUMINへの登録の仕方など）があれば大変助かると思います。
 - ・ 勤務環境の改善、医師や看護師のタスクシフト、余暇の充実。
 - ・ アドバイザーがいること。臨床応用に向けてのゴールを見据えた臨床疑問の作成。
 - ・ 日本全体で臨床研究を行うためのシステム作り。
 - ・ サポート体制。
 - ・ 研究グループチームを立ち上げ、チームで進めて行く。
 - ・ 医局の壁を越えた交流でお互いがコミュニケーションをとること。
 - ・ 日々に追われて、自由な発想がうまれない？言い訳？
 - ・ いくつかの疾患部類の枠を学会で統一できているとその分類に従った患者群の観察ができるのではないかと考えています。

- ・看護師の業務改善(仕事の内容が明確でないために何でもやらなくてはいけない)。
- ・多施設研究を行えるような学会のサポート。
- ・Q15に加え、海外への留学をはじめとした交流。
- ・多施設研究、RCT。
- ・協会、学会主催。
- ・多施設研究の推進。
- ・MPH コースなどの専門職学位過程の整備。
- ・学生の授業に必須で組み込むタイムリーに相談できるシステム作り、世界的に報告する以前に国内での臨床研究を促進すべき。
- ・系統だった研究計画作成のためのサポート体制(セミナー、コンサルテーションシステムなど)、入力業務などの補助。
- ・各施設での臨床研究を行う環境整備(専門医取得や研修施設の認定条件、更新条件に臨床研究を行うことを加える)。
- ・医師のやることを減らすこと。研究も一つの仕事として認識されること(今は現実努力目標に近い)。横のつながり(施設間)を作ること、かつ多施設研究の研究員を国など国公立機関で増やすこと。
- ・個人や部署ではなく、病院全体での取り組み
- ・最大限楽をしてデータが集まってくるようなプラットフォーム作りに投資。
- ・臨床で休みの日も研究に時間をさいているスタッフへの給与面での処遇改善。研究はタダ働きのである。
- ・上からやらされる臨床研究では良質な研究は難しいように思います。研究したらちゃんと論文になり、頑張った人に論文実績が与えられるというポジティブな流れが世界的な研究につながっていくように思います。
- ・まずは学会でエセ臨床研究を発表させないことだと思います。なまじ演題が通るから間違っただけの方法論が正しいように思ってしまうのだと思います。

それこそ優れた臨床研究計画を学会で発表させることの方が価値があるのではないのでしょうか？

- ・実臨床において、臨床研究がどのように役立っているのかを『見える化』すること。また臨床研究を行うための場、時間、報酬を確保すること。
- ・コメディカルの場合、何年も内容の変わらないエキスパートオピニオンだけの書籍で勉強するだけでなく、日々、自身の専門分野の論文を読み、批判的吟味を行い、知識のアップデートを習慣化することから始める必要があると思います。
- ・リハ領域では専門学校縮小と大学化を推進すべき。
- ・アシスタント、技官の拡充と各専門職を結ぶ連携体制構築。
- ・臨床研究者が優遇されるようなポストを増やす。臨床研究専門家制度を各医学会で設置する。
- ・ルーチン業務の徹底的な機械化、マニュアル化。集約した業務から生まれた時間で、追求すべき領域を追求したい人が追求する。
- ・データ集約などの、分業。
- ・臨床研究を行う機会(参加できる機会)を増やす。全体のレベルアップと統括する組織の充実。

- ・人。
- ・研究に対しての各病院、国のサポート。
- ・とりあえずどんどんやること。

質問 17. その他、臨床研究に関して自由にご意見を記載してください。

- ・臨床研究デザインは学会が主導すればよいものができるのでは。
- ・臨床研究に費やす時間は業務外とされ、時間が限られてしまう。
- ・臨床研究する前にしっかりとした疫学 (risk factor epidemiology, prediction, causal inference) の勉強をすることが研究することよりも大事だと思います。
- ・倫理委員会や法整備 (この度の臨床研究法など) にも問題があると思います。施設ごとの差はあると思いますが、倫理委員会の求める内容が厳しすぎて、研究の遂行が困難になるケースもある。
- ・やる気があるという人の大部分は口だけ。やる気がないというより、研究をするのがどれだけ大変なのかがあまりわかっていないということを繁衍しているように思うので、これを理解してもらう必要がある。
- ・今まで通り、JSEPTIC の臨床研究セミナーを開催してほしい。
- ・JSEPTIC が中心となって、臨床研究が身近に感じられるようになりました。ありがとうございます！
- ・会議や書類が多く、研究にあてる時間がとれない。そのため自分がやりたくても協力者を集めにくい。
- ・出来て当たり前前の雰囲気がある。研究初心者でも、地方にいても始めやすいサポート体制を望みます。
- ・JSEPTIC の指導層はご自身で研究をした経験がほとんどない方が多いようですが、研究を仕切る実力があるのでしょうか。胡散臭いですね。
- ・デイトタイムに研究を行える環境や風土が欲しいです。
- ・研究をすることの意義を感じている人が非常に少ないように感じます。
- ・保険制度の違いのため、欧米の論文に出ている対象者と日本の病院で見る対象者では大きく異なることがあります。そのため、日本独自のデータは重要だと思います。例えば、日本では重症な脳卒中患者に対してモリハビリテーションが積極的に実施されていますが、米国ではよくなる可能性の高い軽～中等度の患者に対して積極的にリハビリテーションが実施されており、さらに、日本ほど長期間にわたって集中的なリハは実施されていません。
- ・理学療法分野でのエビデンス構築に向けて多くの施設が前向きに実施できる study が増えると参加してみたいと感じる。
- ・偉そうな答えを書いてしまいましたが、個人としてまだまだです。本邦で臨床研究を牽引されている先生方から多く学びながらついていけるよう努力していきたいです。
- ・非常に有益なアンケートと感じました。要望調査に留まらず、大きな動きに繋がる事を応援しております。
- ・コメディカルは大学病院？でもない限りは業務に忙殺されて一日が終わります。しかし、大学病院自体の質が良いとは限らないと思います。
- ・個人的には研究とか興味あるのですが、上が興味ないとやりづらいし、一人でできるキャパシティを持っていないので結局 1 歩踏み出せず終わってしまいます。まだまだ ICU で働き始めたばかりなのでなんとも言え

- ませんが、ゆくゆく研究したくなったら他施設に移動を検討した方がいいのでしょうか？
- 教育と研究なくして臨床の発展はない。大学でも教育病院でも医療については変わらないと考える。
 - 意識改革。欧米先進国に並んでいるとの錯覚を捨てること。豊かな国をみてきて羨望をもたないこと。貧乏人が金持ちのお屋敷をみて感動して真似しようなんて思わない事。明治維新の精神に戻り、ひたすら欧米に学び、謙虚に臨床をしっかりとやること。研究先行しても意味がない。欧米は長い臨床の歴史の上に今があるのです。
 - 現施設での指導は望めないため大学院に入りました。もっと身近に臨床研究をしている人がいるか、相談窓口があれば、必要ない投資だったようにも思います。結局のところ、現場で質の高い臨床研究を実施するにはそれだけハードルが高いのが現状かと。
 - 抜本的に改革を行わなければ10年経っても現状は変わらないと思います。
 - 準備できるが、前に進まないのが、最大の理由です。
 - 学ぶ機会や指導を受ける機会が欲しい。
 - 臨床現場では実務をこなした上で自分のお金と時間を使って研究を行っている。与えられた業務だけをこなすスタッフと比較して明らかにプラスアルファの事を行なっているのだから、研究に関する能力と業績もきちんと評価し昇級や昇格などに反映されるべきだと思う。
 - クリニカルラダーなんかよりもっとやるべきことあるだろうと。
 - 心臓外科術後輸血の TRICS trial のように、質を変えずに集中治療医療のコストの削減につながるような幅広く有意義なメッセージを出せる臨床研究こそが斜陽のこの国には求められると思う。
 - 上司の研究に対する認識が弱い。
 - 学会主導の強制的制度は、各病院の末端（現場医師）への負担が増加し、反感を招く恐れがあり望ましくないといます。
 - 先月、米国の病院で短期研修を受けました。自身の能力不足はありますが、それでも自身は日々の業務に追われ過ぎているなと思いました。専門性以外の部分での業務や結果を求められ過ぎて、思考の豊かさが奪われているなと思いました。どうにかしたいですが。
 - 看護師の増加、それに合わせて認定、専門看護師の増加が肝だと考えます。
また、認定・専門看護師のリード、施設からの研究への支援が重要ではないかと思ます。上記に加え、研究デザインなどの着想を検証したり援助する教育がないのも問題。大学は基礎研究のこともあり、文化的な問題もあるかと思う。
 - 学会等で臨床研究に関するセミナーの数を増やして欲しい。（地方でも開催して欲しい）
 - 毎日研究を少しずつ少しずつ進めているが、正直限界を感じることもある。興味はあるが限界を感じて臨床研究をやめてしまう医師も多いのではないかと。非常にもったいないと思う。
 - 広く、中央の学会に参加する事で研究の必要性を感じることができました。今後ともよろしくお願ひします。
 - 臨床研究を行う事に意義を感じない。査読者とのやり取りはただの揚げ足の取り合いで生産性を感じない。
 - 患者を助けるなどの臨床業務での喜びに比べ、臨床研究は論文が載ってもただの自己満足に過ぎず、喜びがない。

- これまでの企業主導研究には費用がついてきて個人的にも所属医療機関にも利益がありました。これから各施設で行うようになると、時間と労力にみあった報酬（金銭や待遇のみでなく）が得られるかどうか？臨床上の疑問の解決だけでは、他施設共同は行いにくいです。
- ハードルを上げたせいで無難なネタばかりになった。
- 先日、多施設研究の参加しようとしたのですが、各施設での倫理委員会のハードルの高さが違い過ぎてびっくりしました。極端に言うと、同じ研究で各施設で研究計画書が異なります（細部だとしても）。そんな状態で質のいい研究ができるとは思いませんでした。結局当院は参加しませんでした。

以上