

# 資料1.

## 勤務環境改善のための病院への調査

### 1. 病院長への調査

3月2日調査票を発送した大学病院を含む臨床研修病院 1,035 病院のうち、WEB 上で3月31日までに回答を得た 158 病院に5月1日までの紙媒体による回答を加えた 544 病院(回答率 52.6%)の病院長からの有効回答を集計した。

#### (1)病院の属性

表 1. 大学病院と臨床研修病院

大学病院	44
大学病院以外の臨床研修病院	500
合計	544

表 2. 回答機関の職員数

回答医療機関の規模	
1000人以上	98
500人以上 500-1000人未満	168
50人以上 500人未満	273

表 3. 地方別回答数

回答機関の所在地	
北海道・東北	82
関東・甲信越	143
東海・北陸	67
近畿	104
中国・四国	71
九州・沖縄	77

#### (2)産業保健、労働組合活動等について

表 4. 労働法制に関する研修実施状況

毎年取り上げている	59
取り上げたことがある	125
準備中	118
予定していない*	74

\*研修を実施していない3件,必要と考えるが予定していない3件,諸手続については新採用職員研修で行っている2件、を含む

表 5. 産業保健・勤務環境整備研修実施状況

毎年取り上げている	71
取り上げたことがある	135
準備中	114
予定していない*	222

\*研修を実施していない2件,必要と考えるが予定していない4件,通知をした1件を含む

表 6. 規模別にみた産業医の選任状況

		1000人以上	500-1000人未満	500人未満
専属産業医	53	19	16	18
院内の医師に委嘱*	414	79	132	203
院外の医師に委嘱	64	1	15	48
選任準備中	2		2	
選任していない	6	2		4

\*院内医師と院外医師(メンタルケア担当)の2名体制等複数の2件、組織内他部署からの1件を含む

表 7. 病院長への相談への対応

直接院長が対応*	264
院内の WEB 上で対応	23
所属長等から間接的に	301
個別相談には対応しない	8
その他(環境は整備している)	29

複数回答あり。

\*「職員の声」に直接目を通して対応、ホットライン、直接面談あり、随時面談に応じている、含む。

表 8. 模別労働組合への医師の参加状況

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
ほぼ参加*	30	8	10	12
医師のうちの少数が参加	39	18	6	15
参加医師はいない	281	41	95	145
把握していない	28	11	7	10
労働組合がない	156	18	48	90
その他(無回答含む) <sup>+</sup>	5		2	3

\*県医師連合会、組合に準じたものに全員参加、過半数代表者の選挙を行っている、各1を含む。

<sup>+</sup>医師は労組に入れない1件含む。

(3)勤務環境への ICT の活用状況

表 9. 病院規模別  
待機医師からの診療情報へのアクセス

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
登録 BYOD アクセス可	22	6	5	11
登録 BYOD 閲覧可	24	3	12	9
院内で登録 BYOD, 配布 PC のアクセス可	56	10	21	25
BYOD アクセス不可	372	70	123	189
電カル導入していない	31		1	30
その他	33	9	6	18

表 10. アクセスを認めない理由(自由記載より)

情報セキュリティの問題	197
経営本部等の方針	11
設置者の同意なし	3
システム上不可、ベンダーが消極的	32
必要性がない、情報管理上当然、働き方改革に逆行	3
経済的理由	8
患者を診に行かなくなる危惧がある	1
必要性は理解しており今後導入したい	2
別途、院内 LAN の PC を個別に用意。	1
学術上必要なデータは個人情報に関する同意書を得て個別申請し、許可。	1

表 11. 病院規模別  
宿直室等での診療情報へのアクセス

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
宿直室に端末を設置	200	43	67	90
登録 BYOD でアクセス可	10	2	4	4
宿直室等ではアクセス不可	278	42	90	146
その他	50	11	6	33

表 12. 待機医師への急変・急患情報の送信

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
登録 BYOD でアクセス可能	47	17	14	16
求めがあれば送信	66	12	26	28
電話のみ	366	56	107	203
その他	59	13	20	26

表 13. 遠隔医療導入についての課題

個人情報のセキュリティ対策	408
導入・更新費用	390
維持費用・診療報酬	339
各科で状況が異なり病院全体での対応は困難	170
運用方針、基準の整備が必要	5
現時点では考えていない	5
わからない	5

表 14. 遠隔医療を推進するための支援策

セキュリティ対策への支援	395
維持費用への補助	419
実施費用をカバーした診療報酬の設定	317
診療報酬対象の拡大	353
D to D を促進する学会等による組織的取り組み	128
遠隔医療は導入すべきではない	13

表 15. 遠隔診療は導入すべきではない理由

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 触診などができないため、臨床面で問題がある。</li> <li>➤ オンライン診療範囲の線引きが曖昧。</li> <li>➤ 医師によってオンライン診療への理解・位置づけが大きく異なると予想される、誤った理解・利用への対策が必要。</li> <li>➤ 画像のセキュリティ対策が問題。</li> <li>➤ 個人認証が難しいのでは。</li> <li>➤ 以前使用した人よりお互い時間を取り合うことが困難との意見を聞いた。</li> <li>➤ 精神科なので困難性が高い。</li> </ul>
--

#### (4)ワークライフバランスの支援

表 16. 病院規模別にみた産休・育休への対応

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
配置転換、有期雇用等で欠員を補充	93	19	34	40
定員を増やして雇用	64	8	23	33
現任者の超過勤務等で対応	109	29	22	58
診療制限で対応	77	3	25	49
関係機関と相談し、異動させる	11		2	9
診療科で異なり把握できない	85	27	25	33
把握しているが診療科で異なる	2	1	1	
現任者で対応可能	3	1		2
派遣元の大学と相談	4	2	1	1
事例がない	11		3	8
その他	99	12	37	50

表 17. 産休・育休に関する自由記載

- 不要不急の救急受診の制限、制限の啓蒙。
- 出産計画や希望について上長との間で日頃から十分な意思疎通を行い、人員補充などを早めに手配できるようにしておく。
- 診療制限せざるをえない。(同趣多数)
- 現在の水準の医療サービスを維持することは無理だと思う。
- 他医師による仕事の分担。マンパワー確保のための方策が必要だが実際には現任人者に負担がかかる状況である。(同趣多数)
- そもそも医師が不足。(同趣多数)
- 少人数での病院で産休育休を取るのには難しく、医師が産休育休に入ると経営的にも難しい、何らかの補助も必要になる。大病院でないと産休育休は取れないと思われる。つまり、ドクターの集約化が必要であろう。
- 増員が根本的な解決なので、あくまで増員を目指す。(同趣多数)
- 可能であれば過分採用が望ましいが、現実

的でない。

- 非常勤医師の確保。(同趣多数)
- 非常勤医師で対応するが同科の医師に負担がかかることは避けられない。(同趣多数)
- 少し余裕があるくらいの医師数がないと現実的には残った医師の負担が増加する結果になってしまう。常勤の医師数の増加が難しい状況では、昼間は時短希望の医師を非常勤で雇うとか、夜の当直は非常勤を雇うぐらいしか方法はない。
- 余剰人員を確保しておくしかない。生じる余剰コストが準備できない規模の施設は縮小する以外に選択肢がないと考える。
- 医師の採用人数枠の増減やパートタイム勤務を認めるなど、フレキシブルに対応する。
- 代理の医師を臨時採用し配置する。契約期間は産休、育休期間とする。(同趣多数)
- 関連大学からの派遣応援で乗り切っている。(同趣多数)
- 該当期間のみの有期雇用者を派遣元の大学医局で手配してもらうのが病院としてはありがたいが難しい状況。派遣側(大学)も要員不足で喘いでおり、現場も一人欠けると業務が回らない状況では、対応しようがない。そのときに派遣側に医師の余裕があるかで決まってしまう。(同趣複数)
- 公的な職員の多い病院で出産していただく。
- 産休・育休は人口減少社会においては十分に活用していただきたいとは考えている。
- 法定通りに対応すべし。
- 大学関連病院群、機構専門研修プログラム群、市郡医師会等内の複数の医療機関で医師の融通をする。
- 産休育休の女性医師と育休の男性医師を登録してタイミングを調整した派遣機能が大学にあれば良いと思う。
- 教師の臨時教員のようなシステム。(同趣多数)
- 国が現場を無視して、少ない医師人数の中、働き方改革を進めて労働基準を守れという。女性医師の割合が増えるにつれ、彼女たちは地方には来ないため、いよいよ地方病院は疲弊している。このような現状では、医師

- が産休育休を取得することは制度を変えない限り不可能である。従って国が主導して、産休育休の代診医を派遣するようなシステムを構築すべき。勿論予算も含めて。
- 大学医局でその都度、期間限定でもよいので欠員補充していただく制度を整えてほしい。(同趣多数)
  - 教員のように産休・育休の医師に対して代替えできる医師の公的人材バンクなどの運用。(同趣多数)
  - 医師会等で代替勤務可能な医師を登録するドクターバンク制度の確立。(同趣多数)
  - 女性医師のネットワークを用いて、学校の講師派遣のように有期雇用体制を地域で構築する、大学の医局制度のように、多人数の医師の移動がコントロールできれば、欠員の病院には効率的に医師を回せやすくなる。
  - 複数主治医制度などチーム医療の成熟度が求められるのでそういう環境づくりや教育を行う必要が有る
  - 完全な育休とならない形だが、放射線診断医であれば自宅での遠隔読影のシステムを導入することで、子育てをしながら限られた時間を働くことは可能と思う。病理診断医も同様なことが可能であろう。
  - 長く休む医師の再教育
- 早期の職場復帰
  - 復帰の訓練を行ってから地方に回す。
  - 公的機関による院内保育の整備。(複数)
  - 産休・育休中の医師が数名でグループをつくり、それぞれ可能な範囲で分担して一人分の業務を行う。
  - 産休、育休取得を促進している医療機関に対する費用的に支援。
  - 育休から速やかに復帰し育短など活用し仕事が続けられるように、託児所、病児保育等を整備する。
  - 出産おめでとの姿勢。保育園の充実。
  - 米国等では賃金が高いので女性医師はベビーシッターを雇用しても仕事に復帰するので、この様な問題は起こっていないと随分以前に聞いたことがあります。早期復帰に対するインセンティブが無いのが問題ではないでしょうか。
  - 他院で敬遠される産休・育休や時短勤務、当直医免除希望の医師であっても受け入れる。そういう病院と医師をマッチングさせる仕組みを作れば双方にメリットがある。
  - 産休・育休は一時的なことで、病欠のようなものと捉えており、お互い様と考えている。一定期間が過ぎれば復帰できるのであるから特別視すること自体がおかしい。

表 18. 地域別にみた産休・育休医師をカバーする医師について

	合計	北海道・東北	関東甲信越	東海北陸	近畿	中国四国	九州沖縄
病院として求人し応募者から雇用	28	5	5	4	5	2	7
関連する大学へ異動・派遣を要請する	250	30	62	35	57	30	36
人材紹介会社等を利用する	24	4	11	1	5	1	2
組織の規定等により、補充はできない	35	3	13	3	5	5	6
各診療科内で対応し場合により縮小	7		1		3	2	1
そもそも医師がいない	108	27	25	10	11	21	14
該当する事例がない	5	1	1		1	1	1
その他	97	13	26	14	20	12	12

表 19. 医師会や公的機関の医師紹介事業

	合計	北海道東北	関東甲信越	東海北陸	近畿	中国四国	九州沖縄
すでに利用	130	29	39	13	20	14	15
利用してみたい	302	35	80	36	65	45	41
利用しない	78	13	17	14	12	5	17

表 20. 医師会や公的医師紹介事業を利用しない理由

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 現状において産休を取得できる土壌はある程度確保できているため。(複数)</li> <li>➤ 必要がない。(複数)</li> <li>➤ 医局から派遣がある。大学との関係を重視する。(複数)</li> <li>➤ 適切な医師がみつかるとは思えない。医師の質が不明である。(複数)</li> <li>➤ 現時点で、妥当な人材を得られる実効性を期待できない。(複数)</li> <li>➤ 医師会は頼りにならない。</li> </ul>
---

表 21. 医師のための病児・病後児保育対応

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
院内に病児保育室	158	50	58	50
院外の病児保育室と提携	39	7	21	11
保護者として対応しやすい環境整備	164	19	48	97
対象となる医師はいない	112	3	18	91

表 22. 『小1の壁』への認識と対策

	計 合	1000人以上	1000人未満	500人未満
知っている	177	43	54	80
聞いたことはある	72	12	22	38
聞いたことはない	289	42	92	155

表 23. 『小1の壁』への対策

	合計	1000人以上	500-1000人未満	500人未満
院内に預かり所設置	8	3	2	3
シッターを紹介、補助	2		2	
お迎えサービスを提供、補助	2			2

表 24. 『小1の壁』対応についての意見

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 他の職員で職務代行。</li> <li>➤ 時間短縮勤務と地域の延長学童保育。</li> <li>➤ 時間休や時短勤務を取りやすくしている。</li> <li>➤ 児童館などにて対応している。</li> <li>➤ 支援はしていないが、職員は学童保育や託児所を利用している。</li> <li>➤ 子どもとの生活を考慮して、時間勤務時間の変則的な変更などはしている。</li> <li>➤ 雇用条件の変更により対応している。</li> <li>➤ 勤務時間の短縮など両立を支援している。</li> <li>➤ 育児短時間勤務の取得を小学6年生まで延長している。</li> <li>➤ 院外に保育所を設置し、20時程度までは預けることが可能。</li> <li>➤ 夏季休業等の長期休業中に学童保育を実施している。</li> <li>➤ 院内に預かり所を設置するように検討中。</li> <li>➤ 女性医師が増加するのに対応していかなければならない。</li> <li>➤ 今後、対策を取る必要性を感じている。</li> <li>➤ 現在対象者なく今後個別対応する。</li> </ul>
---

## 2. 診療科長への調査

3月31日までに回収できたWEB回答1524件に5月1日までの紙媒体回答も含めた有効回答4351件について集計した。

### (1) 勤務環境へのICTの活用状況

表 25. 待機医師からの診療情報へのアクセス

登録BYODによるアクセス	154
登録BYODでLANにアクセス	162
端末のみ	3891
その他	144

表 26. 宿直室等からの診療情報へのアクセス

病院の端末でアクセス	3648
登録BYODによるアクセス	76
取り出した情報を受信して閲覧	50
その他	577

表 27. 待機医師への急変・急患診療情報送信

画像については実施	559
病理診断については実施	105
画像・病理標本以外で実施	65
いずれも行っていない	3782

表 28. D to P のオンライン診療/医療相談

オンライン診療	15
オンライン医療相談	40
いずれも行っていない	4296

表 29. 診療支援のための院内のD to D

送信している	453
送信可能だが送信していない	244
送信できない	3640
その他	258

表 30. 診療支援のための院外とのD to D

画像については実施	487
病理診断については実施	143
画像・病理標本以外で実施	83
いずれも行っていない	3818

表 31. 診療科内カンファレンス開始時間帯  
(複数回答)

午前7時以前に開始	20
7-9時	1716
9-17時	1706
17-19時	1512
19-20時	196
20時以降に開始	48
カンファレンスは行っていない	523

表 32. 科内カンファレンスへのWEB参加

可能	456
準備中・検討中	486
必要ない(取りやめた、対象者がいないを含む)	2727
できない、環境が未整備、管理者が認めない	391
わからない、検討したことがない	68
システムはあるが使ったことはない	9
科内カンファレンスなし	28
準備する時間がない	1
必要があれば検討する	10
その他	187

### (2) 自己研鑽の支援

表 33. 学会参加の際の待遇

毎回出張扱い	1578
発表、資格の取得・維持等以外は制限あり(発表・座長等は出張扱いを含む)	528
制限回数、予算内まで出張扱い(研修、職免、出張但し旅費不支給を含む)	1966
年休をとって参加	62
職位により異なる	209
その他・わからない	22

(3)ワークライフバランスの支援

表 34. 出産・育児休業を申請した女性医師

育児休業を取得	1015
育児のために時短勤務とした	609
産前産後休業のみで復帰した	324
妊娠判明時点で異動した	41
出産育児のため退職、非常勤となった	227
調査対象期間中に対象医師はいない	2802
その他(非常勤、非常勤後退職、残り番・オンコール免除)	184

表 35. 育児・介護休業を申請した男性

取得した男性医師がいる	157
申請した男性医師はいるが却下した	4
申請した男性医師はいない	4078
その他(詳細不明)	112

表 36. 出産手当・育児休業手当の受給申請

本人が行った	644
病院事務が行った	349
給与が支給されている	103
対象者なし	2758
わからない、把握していない	61
その他	486

表 37. 出産・育児休業者のカバー

代替要員を確保した	273
増員した	31
現員でカバーした	1411
診療を制限した	121
当該期間中に休業申請した医師なし	2683
応援医師・非常勤医師でカバー(オンコール宿直は現員でカバー)	14
必要がなかった	2
わからない	16
その他	195

表 38. 出産・育児休業者の代替医師を確保しなかった理由

代替要員がみつからなかった	768
ポストに制約があり採用できなかった	224
財源に制約があり採用できなかった	122
法人経営側より欠員のまま頑張れとの命令。理由は産育休中の女医にも給料を支払っているから増員はできず、増員できない理由が女医への給料であると主張することは育休中の女医に対するパワハラとなる、と上層部。言っても無駄のためあきらめた。	1
復帰するため、ポストをあけている	1
当該期間中に休業申請医師なし	2602
大学からの派遣がなかった	3
現員でカバーできた	86
代替医師という考え方、制度がない	15
一人医師だから	3
スリム化の良い機会だった	1

表 39. 出産・育児休業中の他の医師の勤務状況

時間外が増えた	727
当直回数が増えた	644
オンコール回数が増えた	616
休暇が取れなくなった	292
学会に参加できなくなった	163
患者数・検査件数・手術件数が減った	115
特に変わらなかった(仕事量はふえたが、外来はふえた、を含む)	366
申請した医師はいない	2606
その他	328

表 40. 『小1の壁』への認識と対応の有無

知っている	1077
聞いたことはあるが意味は知らない	419
聞いたことはない	2820
その他	34

表 41. 『小1の壁』対応についての自由意見

- 複数主治医制。
- 午後診療の縮小。
- 現有スタッフで、カバー。(複数あり)
- シフト調整。
- 授業参観や子供が病気の時などは、優先的に有休取得。(複数あり)
- 学校行事参加、病欠時の代診。
- 「休む」について、有給休暇以外の制度もあるとよいと思う。当科は3人の小さな科なので、休める文化(雰囲気)はあるし、実際そうになっているが、やはり人手不足は否めず、当人はどうしても同僚に対して申し訳ない気持ちを持ってしまう。
- 夜間休日の当番免除。(複数あり)
- フレックス出勤。(複数あり)
- 勤務時間の配慮(遅出・早退など)(複数あり)
- 勤務時間内にカンファレンスを行う。(複数あり)
- 仕事の状況やカンファレンスに関係なく定時に帰宅。
- 育児に係る医師で、検査などの予定時間より長くかかった場合には他の医師と交代し、所定の勤務時間に退勤させている。
- 病院の勤務時間そのものを変えるかどうかの議論は出ている。
- 当院の条例では就学後の時短措置は使えないので、暗黙の了解で出勤を少し遅らせたり少し早く帰ったりする予定である。しかし、本人にとっては、不十分であろう、と考えている。
- 学校の送迎のために少し出勤が遅れる、あるいは早く帰ることについて私の判断で遅刻・早退扱いにしないように勤怠を管理している。学校行事のための早退や有休取得についても気兼ねなく行えるように配慮している。
- 非常勤勤務、パートタイムは可能で麻酔科の場合は常勤より給料が高い。
- 時短勤務。(複数あり)
- 介護、進学などの理由での短時間勤務(常勤)の制度ができました。

- 時短やジョブシェアを希望すればとれる。
- 長男がこの春、小学校に入学した。妻(共働き)と妻の実家の協力で、なんとかしのいでいるが、妻の両親も高齢でいつまで協力が可能か、わからない。うまい対策があったら教えてほしい。
- 在宅勤務の対象は、小学6年まで対象。
- 出張させないようにしている。
- 非常勤への異動。
- 代替医師(大学の医局からの派遣)がいればパート勤務も可能。
- 自身の経験では、入学までの春休み期間、夏休み期間などは学童保育に送り出してから出勤せざるを得ず、始業時間に間に合わないことがしばしばあった。
- 夏休み等の長期休みに対して、塾を開いている。
- 前の職場では小一壁を機に退職されたドクターがいました。
- 小4の壁(小学4年生以降の学童保育)も、共働き世帯において、切実な問題です。
- 就学以外に個々様々な事情があり個別に対応しています。就学のみをクローズアップするのは現実を見誤るのではないかと思います。
- 皆で協力しあうことくらいです。
- 当事者家族の協力。
- 学童保育を利用。(複数あり)
- 地域コミュニティの再生。
- 学童保育の延長時間がある学校の情報を与える。
- ファミリーサポートセンターの援助を受ける・時短勤務を可能な回数とるなど。
- 科内では住居地ファミリーサポート制度を利用した経験はある。
- 診療科を超えて、小1の壁に限らず子供を持っている医師に対して回りの医師によってサポートできる体制ができています。
- 職住近接できるよう医局が勤務先を配慮。学童保育についての情報交換。自分自身子供が入学する学校、学区に学童保育がなく運営団体を設立した。今はNPO法人に委託。



## 資料2.

### 医学会における ICT 活用状況調査

2019年3月13日に各学会あてに調査票と依頼状を送付し、3月31日までのWEB回答に加え、5月1日までに紙媒体で回収した回答を集計した。3月31日までのWEBによる回答は34学会であったが、全体では67学会から回答を得た。

#### 1. 学会へのWEB参加

学会へのWEB参加が一部にせよ可能な学会は、57学会中5学会であった。

表 1. WEB参加

全部参加可能	1
一部可能	4
準備中・検討中	4
予定していない	58

WEB参加については5学会のうち2学会が聴講確認を行っていた。

表 2. 聴講確認

質問への回答登録	1
ID/PASSでログイン	1

#### 2. e-Learning プログラム

学会員である医師を対象としたe-Learningプログラムを有していたのは67学会中20学会、現在準備中の学会も7学会あった。

表 3. e-Learning プログラム

プログラムがある	20
準備中	7
プログラムはない*	40

※他職種会員のみ対象としたものがある1件を含む。

学会員医師を対象としたe-Learningプログラムにおける聴講確認は20学会中18学会で実施されていた。

表 4. 聴講確認

Web上のスクロール記録*	3
質問への回答登録*	14
その他の方法	1
確認しない	3

※両方で確認しているもの2件を含む

#### 3. ICT 活用に関する態度表明・指針の整備

学会として、公式にICTの活用に関する態度を表明しておくことは、学会としての活動のみならず、学会員の活動、学会内の研究会等における活動にとっても大きな方向性を示すものとなる。公式に態度を表明していたのは2学会であった。

表 5. ICT 活用に関する態度表明

表明している	2
していない	65

ICTの活用に関して学会として指針を整備していたのは2学会であった。なお、ICT活用に関して公式に態度を表明している学会と、指針を整備している学会は別の学会である。

表 6. ICT 活用指針

策定している	2
策定していない	65

#### 4. WEB 上での Doctor to Doctor の相談機能

学会としての会員医師間の相談機能を WEB 上で構築していたのは 2 学会であった。

表 7. WEB 上の相談機能

ある	2
準備中	1
ない	64

#### 5. ICT 活用のために必要な条件

会員の資質向上や活動環境改善への ICT の活用方法とそのために必要な条件を複数回答で訊いたところ、以下のとおりであった。

表 8. ICT 活用のための必要条件

信頼性の高いセキュリティ対策	50
学会の映像や e-Learning プログラム作成のための支援	38
学会名簿等の管理システムの構築・維持の支援（診療報酬を含む）	23
電子カルテ等の仕様の標準化	13
電子カルテ等の項目の互換性	13
D to D への適正な診療報酬の付与	1
ICT を用いた診療のエビデンスがない	1

学会として会員の資質向上や活動環境改善のためにどのような ICT の活用方法があるか、そのためにはどのような条件整備が必要か、自由記載で求めたところ、以下の 24 件の記述が寄せられた。

表 9. ICT 活用のために整備すべき条件

幅広い領域をカバーしている本学会としては、とにかく教育ツールとしての充実が最も望まれます。一方、規模の小さな学会として費用負担が相対的に高まるのが障害となっており、支援が望まれます。
品質管理・標準化、研究等のための医用画像ナショナルデータベースの活用： アクセスのし易さ、体制の維持

安全管理情報（埋め込み／装着デバイスの MRI 安全性情報、吸引事故・やけどなどのヒアリハット、事故情報等）のデータベース

本学会では、本分野の教育者として広い知識と優れた教育能力を備えている学会員を「エデュケーター」として認定しており、この認定資格を得るための教育研修に ICT を活用できればと思います。また、学会への WEB 参加を可能とすることも、学会員のダイバーシティ支援の観点から有意義であると考えます。

専門医受験までの教育の均一化、専門医の更新の質の担保に有用と考えます。HP,WEB 専用の委員会も必要かと思えます。

外部業者への委託が必要です。

インフラを構築した環境下であれば、グループウェアなどを利用し各種委員会が可能である。

疾患データベース（患者レジストリを含む）の構築と利用；  
データベースの維持システムおよび電子カルテの標準化は最低限必要と思われる

私共、日本放射線腫瘍学会としては、現状、詳細な画像検査等は不可能であるが、放射線治療に関わるがん患者においても、全身状態や生活状況、自覚症状や精神状態など ICT の活用で問診できることは、患者にとっても医師にとっても大きなメリットとなる。とくに、大学病院や地域の中核病院でがん治療を行った後の患者フォローアップでは、通院が難しい場合も多く、今後大きな役割を担うようになる可能性があると思われる。学会横断的な取り組みも検討されるべきと思われる。

個人情報保護法と現行の倫理指針をさらには臨床研究法をどの様にクリアしたら良いかの方策を示していただける場合には、学术交流の推進に有益な手段と考えられます。学会委員活動には WEB 会議を利用しています。

本学会での学会参加登録などが sub-specialty 学会でも連動するようにする。

会員に対する e-Learning や WEB を用いた教育講演の充実など、ICT 情報を活用した会員への情報発信を進めることが有用

形態診断系の診療活動をテレワークとして行うことができれば、活動環境を改善することができる。そのためには、形態をデジタル化する技術、デジタル化された情報を伝送する技術の向上が重要であり、同時にテレワークとしての診療活動を通常の診療活動と同等のものとなす意識改革も重要である。

まだ ICT 導入としては準備段階で、今後医学会加盟の他の学会の動向を参考にしたい

データベース構築およびこれに連携する診療領域における AI プロトタイプ開発、ライブデモなど、セキュリティや基盤の整備

ICT の活用方法は e-Learning、WEB 会議システム等によるメンター・メンティーのコミュニケーションの場、情報共有サイト  
条件整備として制度、システム、人的資源、それらのための予算

e-Learning の導入など

ICT を促進するためのインセンティブ拡充

①医師－医師間(専門医等による診療支援)、  
②医師－患者間(受診勧奨・健康医療相談)、  
③医師－患者間(遠隔モニタリング・慢性疾患管理)での利用は将来的に必要となると思われるが、国民に安全な ICT 診療を提供するためには、アカデミア主導でエビデンスを構築する必要があると考える。

そのためには ICT 診療を実践した際の診療情報の蓄積が必要であり、またこの情報は研究目的に取り扱わなくてはならない。

これに関するインフォームドコンセントの取り方や、オプトアウトの方法が明確になっていない印象を持っている。

D to D の相談機能を学会の全会員にいきなり広げることは混乱を招くと考える。地域で比較的少ない集団でまず始めて、医療連携につなげることから始めるべきと考える。成功すれば対象を全国的に拡大していくのがいいのではないかと。

1. e-Learning を用いた学会がかかわる医師、臨床検査技師、看護師などの認定制度の研修、更新単位認定などへの活用

2. 機能評価認定制度(I&A 制度)における管理体制の相談、改善への活用  
他学会とのプラットフォームがあり、それが利用導入できやすいとよい。

学会外部との交流、意見交換、相談などは現状ではハードルが高い。会員が特定の疾患などに関して、web 上で情報を登録し、学会として情報を収集するといった機能が現実的  
症例登録や学会主導研究のためのデータベースの作成。

そのためには、手入力や複数回入力を可能な限り減らすこと、各病院のデータとの連携を取りやすくする共通の手順 (SS-MIX2 は大規模病院のみ) を整備すること。また、データベース等の維持のためにサーバー管理の支援が重要。

症例や困り事の相談機能

使い勝手の良いシステム構築と高いセキュリティ対策。

・ ICT によるサポートにより労働時間を削減し、働き方改革の一助とする。

・ システム開発にあたり、基盤やフォーマットの共通化・国際的な基準の作成が必要。

本学会は、臨床の学会ではなく、MD とともに、non-MD 会員も多く、共通の土俵で、エキスパート制度を構築しようとしており、当座は、その中で、将来的には e-Learning などを構築したい。また、MD 職の専門医は、他の学会とともに、社会医学系専門医協会を構築しており、そちらでは、専門医制度が開始されており e-Learning なども動いています。その他、会員会費管理などでも、IC の ID などを活用したいですし～学術総会自体は、やはり、集まりたいです～学会員の声を聞くアンケートなどで、有効利用したい。