

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.812 2024.3.12

医療情報ヘッドライン

看護師特定行為の研修機関を追加
都立広尾病院など39施設

▶厚生労働省

電子処方箋運用の病院はわずか33
薬局を含めて導入率は6%程度

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年3月8日号

地域包括医療病棟の活用
呼び掛け、医療課長

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査
(令和5年10月末概数)

経営情報レポート

介護保険制度の安定性・持続可能性を追求した
令和6年度介護報酬改定の概要

経営データベース

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:コンプライアンス

コンプライアンスの重要性

医療情報システムに関するガイドラインの概要

発行:税理士法人KJグループ

本誌掲載記事の無断転載を禁じます。

看護師特定行為の研修機関を追加 都立広尾病院など39施設

厚生労働省

厚生労働省は2月29日、特定行為研修の研修機関として新たに都立広尾病院や名古屋市立大学大学院医学研究科など39施設を指定したと公表。2022年8月に18施設を追加して全都道府県に指定研修機関が設置されて以来、2023年2月に22施設、同8月に13施設と急ピッチで対応施設を増やしており、今回の追加で計412施設となった。

■「医師の働き方改革」への対応が必要

「特定行為」とは、厚生労働省のWebサイトによれば「診療の補助」。「看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる」と記されている。このような表現となっているのは、医療行為が医師のみが行えるものと医師法で定められていることに起因する。ではなぜ、わざわざ「特定行為」を定めたのか。

背景には、日本の最大人口ボリュームである団塊の世代が全員75歳以上となる「2025年問題」がある。医療ニーズが急増すれば、医師だけで対応できないことが明白なため、看護師が医師の指示を待たずに実質的な医療行為を代行できるようにしようというわけだ。

具体的には21区分38行為に分類されており、指定の研修を受講して「特定行為研修修了看護師」となれば人工呼吸器の設定や酸素投与量の調整、ドレーンの抜去、インスリン投与量の調整などを行えるようになる。

前述のように、指定研修機関を近年急激に増やしているのは、今年4月からの「医師の働き方改革」の影響も大きい。医師の時間外労働の上限規制が始まることで、端的に医療

リソースが減少するからだ。医療ニーズに対応するため、看護師が研修を受講しやすくして、医師からのタスクシフトができる体制を整えようとしているのである。

■昨年8月時点で修了者は1万人未満

特定行為研修制度が創設されたのは2015年10月。厚労省は2025年度までに「特定行為研修修了看護師」を10万人要請することを目標に掲げた。ところが、2023年8月時点での修了者は8,820人。期限まで2年半しか残っていないにもかかわらず、目標の10分の1にも届いていない。

そこで厚労省は、実施頻度の高い特定行為をまとめた領域別パッケージ研修を2021年に開始（在宅・慢性期、外科術後病棟管理、術中麻酔管理、救急、外科系基本、集中治療の6領域）。比較的短い時間で研修が修了できるとして、2025年までの終了者数目標を1万人と定めた。しかしこちらも2023年2月時点で845人と伸び悩んでいる。

同省が2022年の医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会で公表した調査結果によれば、「特定行為研修修了看護師」となったにもかかわらず就業先で特定行為を実施していない者が3割以上いるなど、医療機関側の理解が進んでいない問題もある。研修と仕事の両立ができず、研修受講費を自己負担している看護師が多い現実もある。

研修施設を増やすのと並行して、「特定行為研修修了看護師」を有効活用できるよう現場の業務改革を進めていくことも求められている。

電子処方箋運用の病院はわずか33 薬局を含めて導入率は6%程度

厚生労働省

厚生労働省の公表資料によれば、2月18日現在で電子処方箋の運用を開始している病院は全国で33しかなかった。医科診療所は949、歯科診療所は49で、医療機関全てを合計しても1,031施設にとどまっている。

薬局は1万2,697施設が導入しているが、全国の薬局数の2割程度（2022年度衛生行政報告例（概況）によれば、2023年3月末現在全国の薬局数は6万2,375施設）。

電子処方箋は、政府が注力する医療DXの大きな柱の1つと位置づけられているが、昨年1月の運用開始から1年以上経ってもほとんど普及していない現状が浮き彫りとなった。

厚労省は2025年5月までの普及を目指しているが、あと1年強しか時間が残っていない中で、達成に黄信号が灯った状態だ。

■迅速に適切な処方が可能なシステム

2023年6月に閣議決定したいわゆる骨太の方針（経済財政運営と改革の基本方針2022）では、持続可能な社会保障制度構築の一環として「全国医療情報プラットフォームの創設」「電子カルテ情報の標準化等」が位置づけられ、岸田文雄首相を本部長とする医療DX推進本部が設置された。

「全国医療情報プラットフォーム」とは、「オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォーム」のこと。

昨年4月から保険医療機関および保険薬局で導入が義務付けられたオンライン資格確認

等システムを基盤として、医療情報を医療機関・薬局・患者間で連携できるようにするものだ。

電子処方箋には、患者の薬剤情報が全て記録される。重複投薬や併用禁忌についてリアルタイムで確認できるため、迅速に適切かつ無駄のない処方を行うことが可能だ。

もちろん医療機関や薬局が閲覧する際は患者の同意が必要。患者自身もオンライン上で過去の処方データを確認することで、健康管理に役立てることができる。

■病院で600万円かかる導入費用がネック

メリットばかりの仕組みに見えるが、運用できる医療機関がなければ意味がない。かかりつけ薬局が電子処方箋に対応していても、かかりつけ医で非対応であれば、薬局側は結局アナログな疑義照会をする必要に迫られる。

当然、薬剤の情報を共有・利活用することもできない。多額の公費を注ぎ込んで構築したオンラインネットワーク（オンライン資格確認等システム）が、少なくとも現段階では十分に生かされていないということだ。

普及のボトルネックとなっているのはシステム導入費用だとされる。診療所や薬局は55万円程度だが、病院は600万円。「お薬手帳」で服薬情報を確認する運用に慣れている場合、新たなシステム導入に踏み切るメリットが感じられなくても無理はない。

利用申請数を見ても、薬局ですら2万9,650施設と全体の半分以下。医療DXの推進が医療機関・薬局にどんなメリットをもたらすのか、改めて周知するとともに補助の拡大も進めていく必要がありそうだ。

医療情報①
MMPG報酬
改定セミナー

地域包括医療病棟の活用 呼び掛け、医療課長

メディカル・マネジメント・プランニング・グループ（MMPG）の2024年度診療報酬・介護報酬同時改定セミナー（第1弾）が2月27日オンラインで開かれ、今回の診療報酬の改定を担当した厚生労働省保険局の眞鍋馨医療課長が講演した。

眞鍋氏はその中で、24年度に新設する「地域包括医療病棟入院料」への急性期一般入院料1からの切り替えは「当然ありだ」と述べた。

地域包括医療病棟は、誤嚥性肺炎や尿路感染症などで救急搬送された高齢者らの受け入れに対応する新たな急性期病棟。入院中に患者の身体機能が低下して退院が困難になるのを防ぐため、入院後早期からのリハビリや栄養管理、退院・在宅復帰支援などの医療サービスを包括的に提供する。看護配置10対1以上の体制を整備し、病院の一般病棟ごとに届け出る。理学療法士らリハビリ専門職2人以上と、管理栄養士（専任）も病棟に常勤配置することになった。

厚労省は、急性期一般入院料2-6の病棟などからの移行を想定していて、眞鍋氏はそれ以外に「7対1（急性期一般入院料1）の病棟をたくさん持っている病院が、こういった病棟を取るのも当然ありだ」と述べた。

新設する地域包括医療病棟入院料には投薬や注射などの費用が包括される。ただ、DPCと同じように手術や処置（1,000点以上）は出来高算定できるため、眞鍋氏は「処置や検査などをやっていただく余地がかなり広い」と指摘し、積極的な活用を呼び掛けた。

●生活習慣病の管理「単なる適正化ではなく」

一方、外来医療への評価で焦点になった生活習慣病関連の管理料の見直しに関しては、適正化だけでなく質向上を促す工夫をしたことを強調した。24年度の見直しは、「特定疾患療養管理料」の対象から高血圧・糖尿病・脂質異常症を削除することが柱。

一方、生活習慣病管理料の対象にこれらの疾患を残し、検査料などが包括される「生活習慣病管理料Ⅰ」と、それらを出来高算定できる「生活習慣病管理料Ⅱ」の2区分にする。

見直し後は、いずれも外来管理加算とは併算定できなくなる。

24年度政府予算の編成を巡る閣僚折衝で、診療報酬本体マイナス0.25%分の「効率化・適正化」を行うことになったのを踏まえた対応だが、再編後の生活習慣病管理料では、診療ガイドラインなど診療支援情報の活用に関する規定を強化し、歯科医師・薬剤師・看護師・管理栄養士ら多職種との連携を新たに促す。眞鍋氏は「単なる適正化ではなく、生活習慣病管理の質向上につながる工夫をした」と強調し、生活習慣病管理料1と管理料2のどちらを算定するか、

主治医と患者で話し合って決めるよう呼び掛けた。

●医療DX推進体制加算、「マイナ保険証」利用率要件夏ごろ決定

眞鍋氏は講演で、24年度の診療報酬改定のポイントとして以下の3点を挙げ、医療関係職種の賃上げに関しては「政権の大きな目標の1つ」だと指摘した。（以降、続く）

- ▼医療関係職種の賃上げ・基本料等の引き上げ
- ▼医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進
- ▼「かかりつけ医」と介護支援専門員（ケアマネ）との連携強化など同時改定の対応

医療情報②
厚生労働省
調査開始

協力医療機関との連携状況など調査へ

2024年度の介護報酬改定の効果検証に役立てるため、厚生労働省は2月28日、介護施設・事業所と「協力医療機関」との連携状況などに関する調査を9月ごろに開始する方針を明らかにした。25年2月ごろまでにその分析を終え、3月をめどに社会保障審議会の介護給付費分科会で調査結果を踏まえて議論する。このほか、以下に関する調査も行う予定。

- ▼リハビリテーション・個別機能訓練、栄養、口腔の一体的な取り組み
- ▼福祉用具貸与価格の適正化
- ▼地域の実情や事業所規模を踏まえた効果的で効率的なサービス提供の在り方

調査は、24年度報酬改定の効果を検証し、次の報酬改定に向けた検討での基礎資料にするのが目的。協力医療機関との連携に関する調査では、介護老人福祉施設（特養）や介護老人保健施設（老健）、介護医療院、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護の事業所を対象とする。質問項目は、各種サービス費や関連の加算の取得状況、協力医療機関との連携状況、利用者の状態、入退所先など。

24年度の報酬改定では、入所者の急変時などに相談対応や診療を行ったり、入所者の入院を原則受け入れたりする体制を確保した協力医療機関を定めることを介護保険施設に義務付ける。在宅医療を支援する地域の医療機関と実効性のある連携体制を構築するのが狙いで、3年の経過措置期間を設ける。居住系サービスの事業所は入所者の急変時に相談対応や診療を行う体制の確保を努力義務とする。また、入所者らの自立支援や重度化防止を効果的に進めるため、通所リハビリテーションや特養、老健、介護医療院についてリハビリテーション・機能訓練、栄養、口腔の一体的な取り組みに係る新たな評価を設ける。特定施設の「口腔衛生管理体制加算」の取り組みについては、要件を一定程度緩和した上で、3年の経過措置期間を設けて義務化する。調査では、こうした対応が現場にどう影響したのか把握する。

週刊医療情報（2024年3月8日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

経営 TOPICS
統計調査資料
抜粋

医療施設動態調査

(令和5年10月末概数)

厚生労働省 2023年12月26日公表

病院の施設数は前月に比べ 増減なし、病床数は 176床の減少。
 一般診療所の施設数は 45施設の増加、病床数は 290床の減少。
 歯科診療所の施設数は 45施設の減少、病床数は 2床の増加。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数		増減数		病床数		増減数
	令和5年 10月	令和5年 9月			令和5年 10月	令和5年 9月	
総数	180 715	180 715	-	総数	1 561 017	1 561 481	△ 464
病院	8 125	8 125	-	病院	1 484 673	1 484 849	△ 176
精神科病院	1 058	1 058	-	精神病床	319 537	319 673	△ 136
一般病院	7 067	7 067	-	感染症 病床	1 917	1 913	4
療養病床を 有する病院 (再掲)	3 408	3 413	△ 5	結核病床	3 796	3 808	△ 12
地域医療 支援病院 (再掲)	691	690	1	療養病床	274 381	275 036	△ 655
				一般病床	885 042	884 419	623
一般診療所	105 453	105 408	45	一般診療所	76 284	76 574	△ 290
有床	5 675	5 694	△ 19				
療養病床を 有する一般 診療所(再 掲)	515	516	△ 1	療養病床 (再掲)	5 004	5 021	△ 17
無床	99 778	99 714	64				
歯科診療所	67 137	67 182	△ 45	歯科診療所	60	58	2

2 開設者別にみた施設数及び病床数

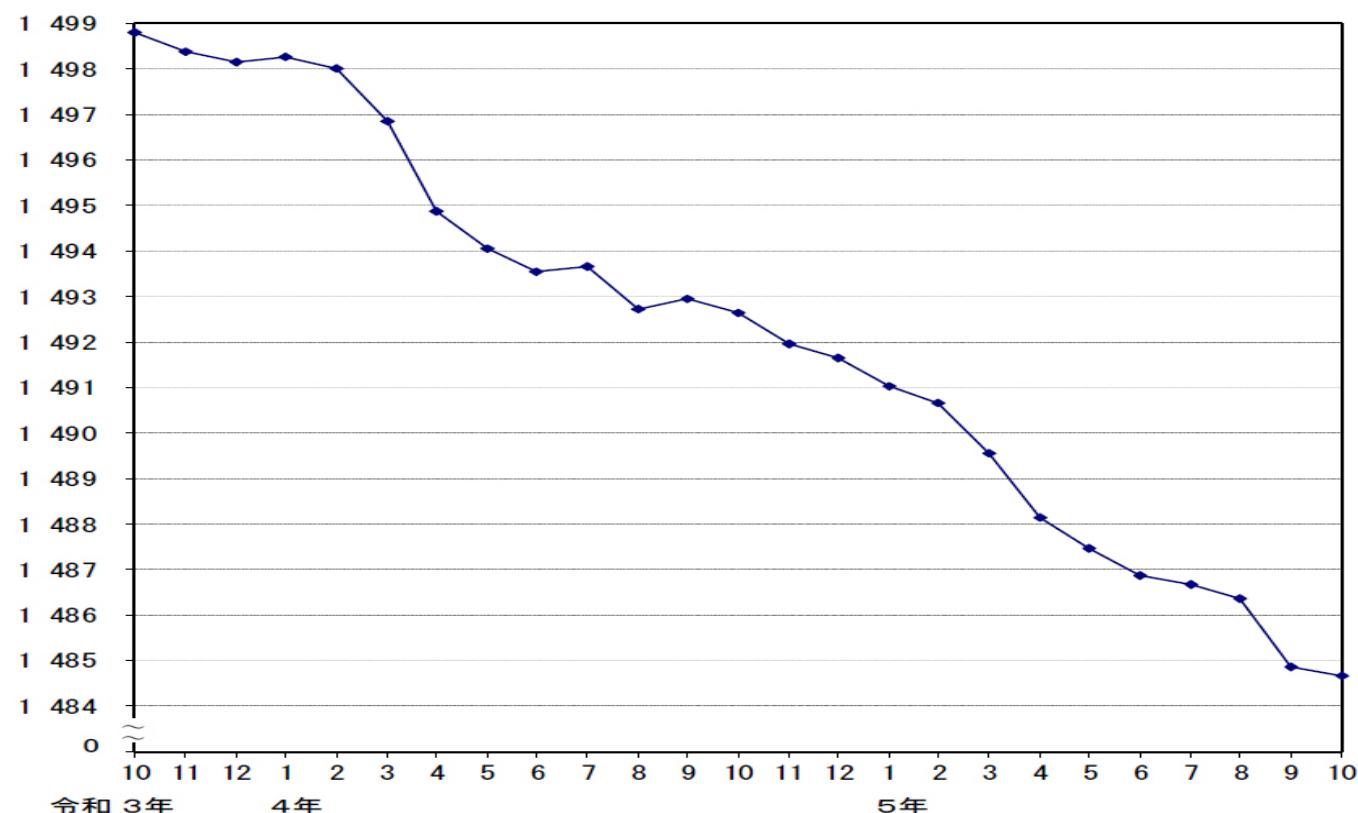
令和5年10月末現在

	病院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 125	1 484 673	105 453	76 284	67 137
国 厚生労働省	14	4 127	20	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 248	-	-	-
国立大学法人	47	32 720	148	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 590	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 046	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 263	3	-	-
その他	18	3 372	363	2 159	4
都道府県	187	45 912	288	186	7
市町村	595	119 365	3 408	1 972	246
地方独立行政法人	131	51 864	35	17	-
日赤	91	34 114	204	19	-
済生会	83	22 078	54	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	97	30 626	63	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	6	1 370	266	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 881	132	-	3
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	187	46 189	466	146	92
医療法人	5 660	833 918	46 840	59 792	16 737
私立学校法人	113	55 790	196	38	15
社会福祉法人	201	33 845	10 460	383	44
医療生協	80	13 048	288	180	48
会社	26	7 685	1 566	7	14
その他の法人	197	40 726	1 221	377	154
個人	108	9 954	39 418	10 954	49 770

参考

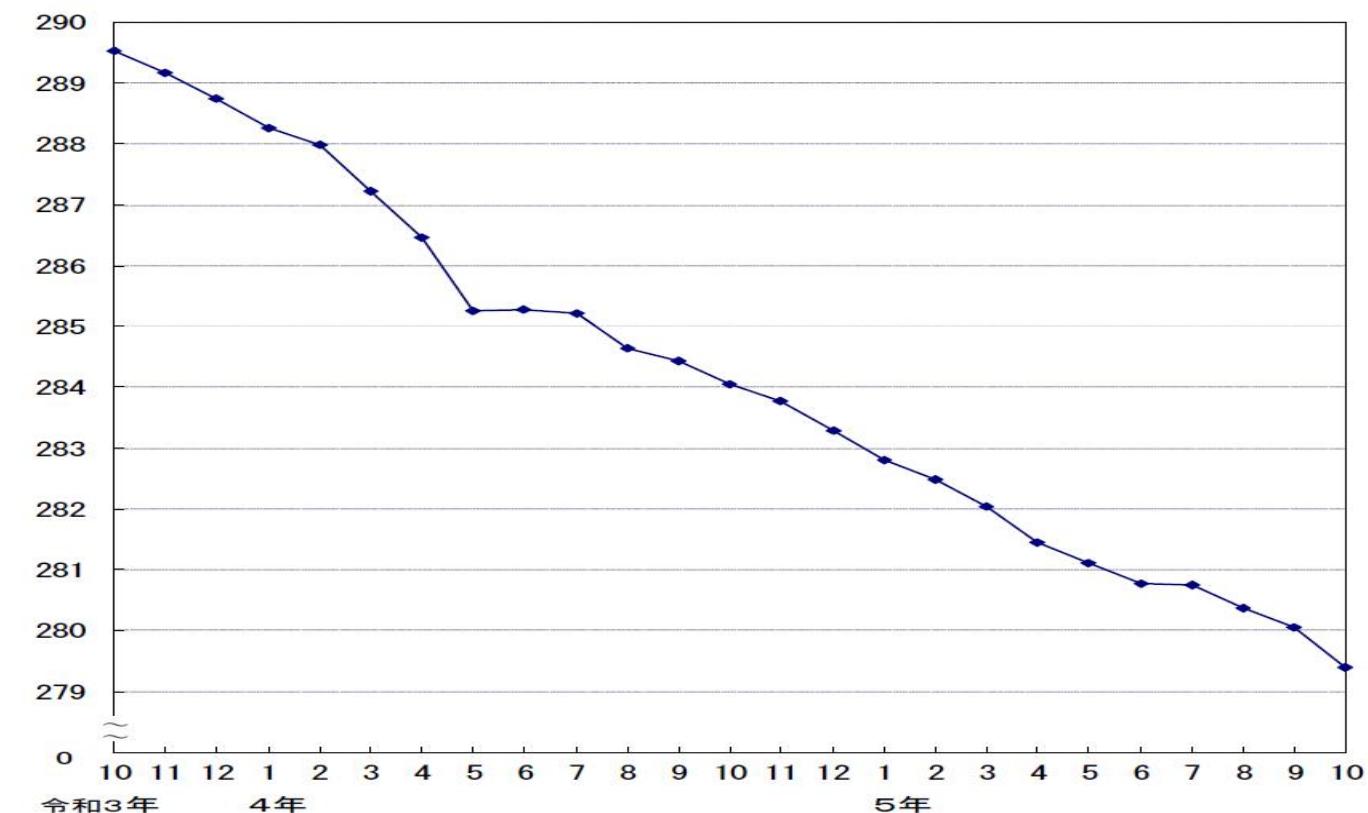
病床（千床）

病院病床数



病床（千床）

病院及び一般診療所の療養病床数総計



医療施設動態調査（令和5年10月末概数）の全文は
当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



介護保険制度の安定性・持続可能性を追求した
**令和6年度
介護報酬改定の概要**

1. 介護現場の現状と介護報酬改定の概要
2. 居宅系サービスは機能特化と自立支援を推進
3. 施設・居住系は医療連携と重度化予防を評価
4. 働きやすい職場づくりと生産性の向上を評価



※本レポートは令和6年2月18日時点の情報に基づき作成しています。

■参考資料

【厚生労働省】：我が国の人口について 社会保障審議会－介護給付費分科会 各会資料
令和5年度介護事業経営実態調査結果の概要

医業経営情報レポート

介護現場の現状と介護報酬改定の概要

■ 介護人材不足の問題と介護保険制度の持続可能性への対応が求められる

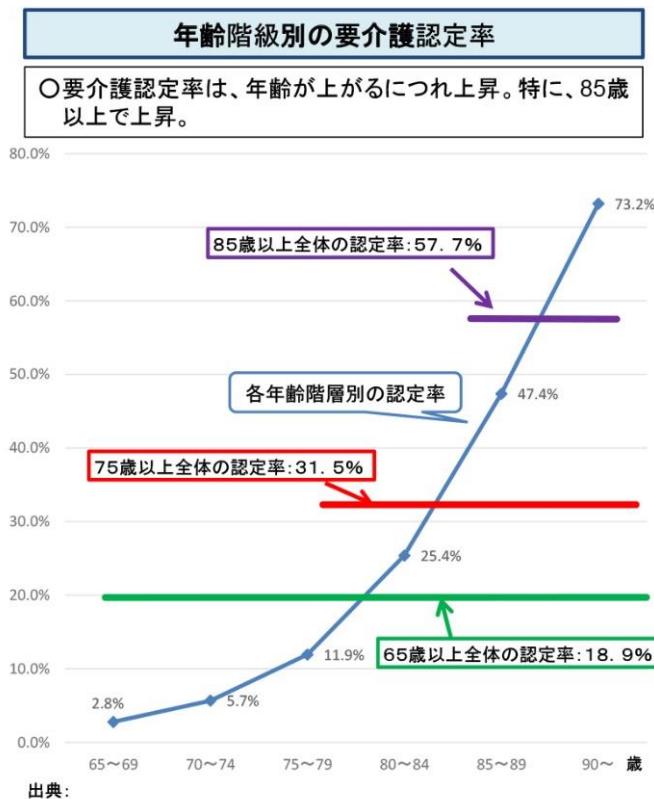
高齢者人口がピークを迎える2040年頃に向けて、85歳以上人口割合の増加や生産年齢人口の急減といった更なる人口構造の変化や、それに伴う社会環境の変化が見込まれています。

生産年齢人口の減少が顕著となれば、介護を含む各分野における人材不足が更に大きな社会問題となり、将来に向けては、介護人材の確保と介護事業所の健全な経営環境を確保することが我が国の重要な課題となります。

このような少子高齢化時代においては、保険料・公費・利用者負担で支えられている介護保険制度の安定性・持続可能性を高めていくことが重要です。

国は、制度の安定性・持続可能性といった観点から、介護報酬による評価の適正化、重点化、報酬体系の整理・簡素化を進めていくことが必要だとし、今次改定はこれらのことと念頭に置いています。

◆今後の介護保険をとりまく状況



出典:
○ 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」
(令和5(2023)年4月推計)出生中位(死亡中位)推計
○ 2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」
(年齢不詳人口を按分補正した人口)

(出典) 厚生労働省 社会保障審議会一介護給付費分科会 第217回 資料1

居宅系サービスは機能特化と自立支援を推進

■ 居宅介護支援における特定事業所加算の見直しへ

現行の特定事業所加算の算定要件が見直されるとともに、報酬単価の引き上げが行われます。具体的な算定要件の見直しは以下のとおりです。

◆居宅介護支援における特定事業所加算の算定要件の見直し内容

- ア) 多様化・複雑化する課題に対応するための取組を促進する観点から、「ヤングケアラー、障害者、生活困窮者、難病患者等、他制度に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること」を要件とするとともに、評価の充実を行う。
- イ) (主任) 介護支援専門員の専任要件について、居宅介護支援事業者が介護予防支援の提供や地域包括支援センターの委託を受けて総合相談支援事業を行う場合は、これらの事業との兼務が可能である旨を明確化する。
- ウ) 事業所における毎月の確認作業等の手間を軽減する観点から、運営基準減算に係る要件を削除する。
- エ) 介護支援専門員が取り扱う1人当たりの利用者数について、居宅介護支援費の見直しを踏まえた対応を行う。

(出典) 厚生労働省 社会保障審議会一介護給付費分科会 第239回 資料1 以下同

◆単位数

<現行>	<改定後>
・特定事業所加算(Ⅰ) 505単位/月	・特定事業所加算(Ⅰ) 519単位 (変更)
・特定事業所加算(Ⅱ) 407単位/月	・特定事業所加算(Ⅱ) 421単位 (変更)
・特定事業所加算(Ⅲ) 309単位/月	・特定事業所加算(Ⅲ) 323単位 (変更)
・特定事業所加算(A) 100単位/月	・特定事業所加算(A) 114単位 (変更)

■ 医療機関のリハビリテーション実施計画書等の受け取りの義務化へ

退院後早期に連続的で質の高いリハビリテーションを実施する観点から、退院後のリハビリテーションを提供する際に、訪問・通所リハビリテーション実施事業者は、入院中に医療機関が作成したリハビリテーション実施計画書等を入手し、内容を把握することが義務付けられます。また、リハビリテーション事業所の医師等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加した際の評価が新たに設けられます。

◆退院時共同指導加算

<算定要件等>

リハビリテーション事業所の医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、退院前カンファレンスに参加し、退院時共同指導を行う。

<単位数>

・退院時共同指導加算 600単位/回 (新設)

3

医業経営情報レポート

施設・居住系は医療連携と重度化予防を評価

■ 配置医師緊急時対応加算の見直しと協力医療機関との連携体制の構築

入所者に急変が生じた場合等の対応について、配置医師による日中の駆けつけ対応をより充実させる観点から、現行、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護において早朝・夜間及び深夜にのみ算定可能な配置医師緊急時対応加算について、日中であっても、配置医師が通常の勤務時間外に駆けつけ対応を行った場合を評価する新たな区分が設けられます。

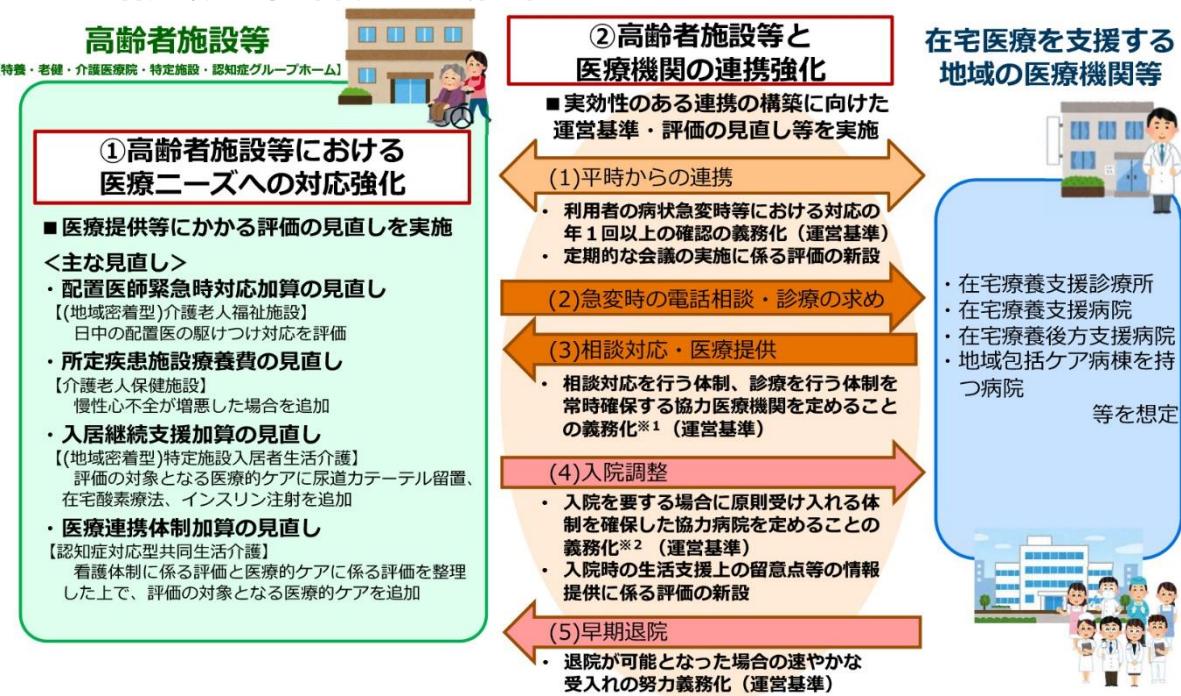
また、高齢者施設等内で対応可能な医療の範囲を超えた場合に、協力医療機関との連携の下でより適切な対応を行われるよう、在宅医療を担う医療機関や在宅医療を支援する地域の医療機関等と実効性のある連携体制を構築するための見直しが行われます。

◆配置医師緊急時対応加算の単位数

<現行>	<改定後>
●配置医師緊急時対応加算	●配置医師緊急時対応加算
・早朝・夜間の場合 650単位/月	・配置医師の通常の勤務時間外の場合 325単位/回 (新設) (早朝・夜間及び深夜を除く)
・深夜の場合 1,300単位/月	・早朝・夜間の場合 650単位/月
	・深夜の場合 1,300単位/月

(出典) 厚生労働省 社会保障審議会—介護給付費分科会 第239回 資料1 以下同

◆高齢者施設等と医療機関の連携強化



※1 経過措置3年。 (地域密着型)特定施設入居者生活介護・認知症対応型共同生活介護は努力義務。
※2 介護保険施設のみ。

4

医業経営情報レポート

働きやすい職場づくりと生産性の向上を評価

■ 処遇改善加算を一本化

「デフレ完全脱却のための総合経済対策」（令和5年11月2日閣議決定）に基づき、介護職員を対象に、賃上げ効果が継続される取組を行うことを前提として、令和6年2月から収入を2%程度（月額平均6,000円相当）引き上げるために必要な経費を補助するとして、介護職員処遇改善支援補助金（令和6年2月から5月）が設定されています。

また、令和6年6月からは、介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善のための措置ができるだけ多くの事業所に活用されるよう推進する観点から、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算については、現行の各加算・各区分の要件及び加算率を組み合わせた4段階の「介護職員等処遇改善加算」に一本化を行います。なお、一本化後の加算については、事業所内での柔軟な職種間配分を認めることや、人材確保に向けてより効果的な要件とする等の観点から、月額賃金の改善に関する要件及び職場環境等要件を見直します。

◆介護職員等処遇改善加算に関するサービス区分ごとの加算率

サービス区分	介護職員等処遇改善加算			
	I	II	III	IV
訪問介護・夜間対応型訪問介護・定期巡回・随時対応型訪問介護看護	24.5%	22.4%	18.2%	14.5%
訪問入浴介護★	10.0%	9.4%	7.9%	6.3%
通所介護・地域密着型通所介護	9.2%	9.0%	8.0%	6.4%
通所リハビリテーション★	8.6%	8.3%	6.6%	5.3%
特定施設入居者生活介護★・地域密着型特定施設入居者生活介護	12.8%	12.2%	11.0%	8.8%
認知症対応型通所介護★	18.1%	17.4%	15.0%	12.2%
小規模多機能型居宅介護★・看護小規模多機能型居宅介護	14.9%	14.6%	13.4%	10.6%
認知症対応型共同生活介護★	18.6%	17.8%	15.5%	12.5%
介護老人福祉施設・地域密着型介護老人福祉施設・短期入所生活介護★	14.0%	13.6%	11.3%	9.0%
介護老人保健施設・短期入所療養介護（介護老人保健施設）★	7.5%	7.1%	5.4%	4.4%
介護医療院・短期入所療養介護（介護医療院）★・短期入所療養介護（病院等）★	5.1%	4.7%	3.6%	2.9%

（※）介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に上表の加算率を乗じる。加算率はサービス毎の介護職員の常勤換算職員数に基づき設定。

（★）介護予防についても同様の措置を講ずる場合には★を付記。

（注）令和6年度末までの経過措置期間を設け、経過措置期間中は、現行の3加算の取得状況に基づく加算率を維持した上で、今般の改定による加算率の引上げを受けることなどの激変緩和措置を講じる。

（出典）厚生労働省：社会保障審議会－介護給付費分科会 第239回 参考資料1

■ 介護ロボットやICT等のテクノロジーの活用促進

介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジー活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインに基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータ提出を行うことを評価する新たな加算が設けられます。

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:コンプライアンス

コンプライアンスの重要性

医療機関におけるコンプライアンスの重要性について解説してください。

医療機関では、様々な患者の個人情報を扱います。

その個人情報や診療情報を管理する体制は構築できているでしょうか。

医療機関が守らなければならない法令は様々です。

法令遵守は当然ですが、その法律自体を詳しく理解し実行することが、患者をそして自院を守ることになるうえ、法律を守ることだけではなく、医療機関としてのモラルも守る必要があります。現在は、電子媒体のクラウド型電子カルテやレセコンが主流であり、診療報酬もオンラインでの請求がほとんどです。

さらに診療予約をインターネットでおこなったり、オンラインシステムでの診療を取り入れている医療機関もあります。今、これらインターネットの利用におけるシステムの管理と漏洩への予防対策が求められています。

■コンプライアンスとモラルの意味

(1)コンプライアンスとは	コンプライアンスとは、医療機関が法律や社内規則等の基本的な規則に従って事業活動を行う「法令遵守」を表しており、併せてそうした経営理念や概念、倫理・道徳等の「モラルを守る」意味合いで使われることが多いようです。 病院や診療所等の医療機関が遵守すべき事項としてコンプライアンスを定めています。
(2)モラルとは	モラルとは「倫理」「道徳意識」「道義」を指しています。モラルを守るという事は、道徳から外れずに、常に倫理的に行動することや言動を指します。
(3)モラルとマナーの違い	「マナー」は、社会や世間、組織等によって客観的に定められた規則やルールを指します。「モラル」は自らの生き方や思考によって定められた、主觀的な道徳的規準の事を指します。 マナーはルール（規則）といった側面があり、モラルには個人・事業所（自院）の経験や憶測から出来たその人・事業所（自院）独自の基準というニュアンスがあります。
(4)医療機関におけるコンプライアンスの推進	厚生労働省や独立行政法人国立病院機構、日本看護協会等といった監督官庁や大きな組織も、医療機関のコンプライアンス策定の推進を定めています。各病院や診療所のホームページや医療機関案内・パンフレット等でコンプライアンス規程を明示している医療機関が増加しています。

ジャンル:医業経営 > サブジャンル:コンプライアンス

医療情報システムに 関するガイドラインの概要

医療情報システムに関するガイドラインの 概要について教えてください。

厚生労働省では、医療情報システムを安全に管理するために、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を作成し、医療機関等の管理者向けに手引きとして提示しています。

ガイドラインは、第一に法令等により求められる要件を満たすための実行指針と、第二に医療に関わる情報を医療機関等の資産（「情報資産」という）と捉え、これを継続的に保護していくためのプロセスに関する手引書という2つの目的から作成されています。

■電子的な医療情報を扱う責任の所在

医療に関わる全ての行為は、医療法等で医療機関等の管理者の責任で行うことが求められており、情報の取扱いも同様です。情報の取扱いについては、情報を適切に収集したうえで、必要に応じて遅滞なく利用できるよう適切に保管し、不要になった場合には適切に廃棄する必要があります。このことにより、刑法等に定められている守秘義務、個人情報保護の関連法令等のほか、診療情報の取扱いに関する法令、通知、指針等の要件を満たすことが求められます。

過失による情報漏えいや目的外利用という事態が生じないよう適切な管理（このような善良なる管理者の注意義務を「善管注意義務」という）を行う必要があります。

■管理者の情報保護責任

自組織内で管理する場合	通常運用時	①管理方法・体制等に関する説明責任 ②管理を実施する責任 ③定期的に見直して改善する責任
	事故発生時	①事故の原因・対策等に関する説明責任 ②善後策を講じる責任
第三者に委託する場合		受託する事業者の過失に対する責任
第三者に提供する場合		第三者提供が適切に実施されたかに対する責任

通常運用時では、説明責任・管理責任を定期的に見直し、必要に応じて改善を行う責任があり、事故発生時では、説明責任と善後策を講じる責任があります。