

週刊WEB

医業 経営

MAGA
ZINE

Vol.858 2025.2.18

医療情報ヘッドライン

産後ケア情報など「出産なび」を拡充
地域・施設で異なる妊婦健診も可視化

▶厚生労働省 検討会

医療機関のサイバーセキュリティ確保
支援対象病院を都道府県が選定

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2025年2月14日号

社会医療法人などの収入要件、
補助金の扱いを明確化

経営TOPICS

統計調査資料

最近の医療費の動向/概算医療費
(令和6年度9月号)

経営情報レポート

サイバー攻撃からのセキュリティ対策を明示!
医療情報システム安全管理ガイドラインの概要

経営データベース

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

医療事故防止の教育・研修

大規模災害に備えたリスクマネジメント

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。

産後ケア情報など「出産なび」を拡充 地域・施設で異なる妊婦健診も可視化

厚生労働省 妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会

厚生労働省は2月5日の「妊娠・出産・産後における妊産婦等の支援策等に関する検討会」で、「出産なび」を拡充・改善する方針を明らかにした。また、妊婦健診の段階で出産施設を決めている場合が多いことから、その前の段階で「出産なび」を活用できるようさらなる周知広報に取り組むともしている。

■1年半で200万超のPV

「出産なび」は、全国の分娩を取り扱う施設（病院・診療所・助産所）の特色・サービスや費用についての情報提供を行うウェブサイト。2024年5月30日に新設された。

妊娠・出産は病気ではないという理由から医療健康保険の適用外となっているが、とりわけ出産費用は地域や施設によって差が大きい。厚労省の2022年度の集計によれば、全国の公的病院の正常分娩での出産費用の平均値は46万3,450円（中央値は46万3,000円）。最低額（平均値）は鳥取県で35万9,287円だったが、最高額（同）の東京都は56万2,390円とその差は20万3,103円だった。

ちなみに私的病院や診療所、助産所を含む全施設の平均値は48万2,294円、最低額（平均値）は熊本県で36万1,184円、最高額（同）は東京都で60万5,261円とその差は24万4,077円だった。

こうした実態を受け、出産時に支給される出産育児一時金は、2023年4月に従来の42万円から50万円へと引き上げられた。

しかし、前述のようにそれでも出産費用の全てを賄えない自治体がある。公的病院の場

合、2022年度に出産費用の平均値が50万円を超えた自治体は東京都のほか山形県、茨城県、神奈川県、新潟県の計5都県だった。

個別の施設を見ていくと、出産育児一時金の引き上げが決まったあとに値上げするところも少なくなく、一覧で情報を比較検討できる環境の整備が求められていた。

そうやって新設された「出産なび」は、年間分娩取り扱い件数が21件以上といった要件を満たす施設のほぼ全て（99.9%）が掲載に同意し、全国2,112施設の情報が掲載されている。厚労省によれば、2024年5月の開設以降、1年半強で200万超のPVがあり、「若年女性と推定されるユーザーを中心にアクセスされている」状況だ。

■産後ケア施設の情報に対するニーズが高い

他方で、妊婦健診の詳細や利用可能な産後ケア施設に関する情報が「簡便に得られないことがネック」という声があがっていた。

とりわけ産後ケアについては「ニーズは非常に高く、利用料金よりは、産後ケアをやっているのか・やっていないのかといった実施状況、実施施設だとすればショートステイ型・デイサービス型・アウトリーチ型の、どの類型に対応しているかを知りたい」という声がかなり集まっている」とのこと。

「助産師が妊産婦に『出産なび』を紹介すると、『産後ケアの実施施設等についてもチェックできるのか』と尋ねられるという声」も寄せられているため、機能を拡充して新たに情報を掲載し、安心して出産できる環境を整備していく。

医療機関のサイバーセキュリティ確保 支援対象病院を都道府県が選定

厚生労働省

厚生労働省は2月4日、各都道府県に「『医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業』の実施に係る支援対象病院の選定について（依頼）」と題した通知を発出。3月14日までに本事業で対象となる病院を選定し、申請するよう求めた。

支援対象の医療機関は、電子カルテシステムを導入している病床数20床以上の病院。

2024年度補正予算の事業として、約2,000病院をめどに支援を行う予定だ。

■ランサムウェア攻撃を受ける病院が急増中

近年、病院を標的に身代金要求型ウイルスのランサムウェアなどを用いたサイバー攻撃が増加している。2021年には徳島県の半田病院、2022年には大阪府の大坂急性期・総合医療センターが被害に遭い、電子カルテを含む医療データが全て利用できなくなり、長期間の診療停止を余儀なくされた。

2024年5月には、岡山県の岡山精神科医療センターがサイバー攻撃を受け、最大約4万人分の患者情報が流出している。

こうした状況から、2023年4月の医療法施行規則改正により、医療機関の管理者が遵守すべき事項としてサイバーセキュリティの確保について必要な措置を講じることが追加された。「医療情報システムの安全管理ガイドライン」の策定や、医療機関の立入調査の項目にもサイバーセキュリティ確保のための取り組み状況が位置づけられることにより、医療機関での対応が急務となっている。

なお、2024年度補正予算、2025年度補正予算案では「医療機関におけるサイバーセ

キュリティ確保事業」を行い、外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査や、オフライン・バックアップ体制の整備を支援している。

■政府「自主的取組だけでは不十分」

厚労省は、通知において「支援対象病院の選定方法」も明示。「希望する全ての病院」を指定のリストに記載したうえで、「順位を指定」することを求めている。

厚労省側は指定された順位に基づいて選ぶとした。二次選定などの追加募集はしない。

順位指定は原則として各都道府県の判断に委ねるとしたうえで、「順位指定に当たっての考え方の例」を以下の3点に記している。

- 地域における救急等の主要な診療機能を担っており、サイバー攻撃の影響により診療停止等となった場合に地域医療に与える影響が大きいと思われる病院
- 立入検査等においてセキュリティー対策が不十分と思われる病院
- 令和6年度事業に応募して事前調査資料を提出まで完了したが、現地調査の日程が調整つかずには辞退となった病院

なお、政府は2024年7月に開催したサイバーセキュリティ戦略本部で、医療分野について「自主的な取組だけでは不十分」としたうえで「医療機関におけるサイバーセキュリティ対策を強力に推進することが必要」としている。

いつ被害に遭うか予想もつかないのがサイバー攻撃、常に緊張感を持って対策に取り組むことが今まで以上に求められている。

ピズアップ週刊

医療情報

2025年2月14日号

[情報提供]MMPG

(メディカル・マネジメント・プランニング・グループ)
メディカルウェーブ医療情報①
厚生労働省
明確化

社会医療法人などの収入要件、 補助金の扱いを明確化

厚生労働省は、社会医療法人などの認定に求められる収入要件について、補助金の取り扱いを明確化する。現在は、全収入金額に占める社会保険診療などの収入金額が80%を超えることを収入要件としているが、分子の収入金額に補助金収入を加える。

これに伴い、分母の全収入金額を、非営利性確保の観点から医療や介護、障害福祉サービスを含めた公定価格に基づく「医療保健業務による収入金額」とし、これにも補助金収入を含めることとした。補助金収入のうち、固定資産の取得に関わるものなどは除外する。

収入要件の見直し対象となるのは社会医療法人のほか、特定医療法人、認定医療法人、福祉病院事業法人、オープン病院事業法人など。

今回の見直しの背景には、新型コロナウイルス感染症の流行拡大の影響がある。多くの医療法人がコロナ補助金を交付されたものの、収入要件での取り扱いが明確でなかった。

そのため厚労省は、補助金収入が社会医療法人などの認定に影響を与えることがないよう臨時的な措置として、収入要件の算出式にコロナ補助金の収入金額を含めてよいとする通知を2021年3月31日に出した。

厚労省は、医療法施行規則の一部を改正する省令案の意見募集（パブリックコメント）を5日に開始した。3月7日まで意見を受け付け、4月1日に施行する予定。

医療情報②
財務省
改善状況

医療費の地域差データ、 国が都道府県に提供へ

財務省は、2024年度の予算執行調査を踏まえた国の事業の改善状況をまとめた。

厚生労働省分のうち、医療関連では第4期医療費適正化計画（29年度まで）に沿った都道府県の取り組みを後押しするため、1人当たり医療費の地域差や診療報酬改定の影響などのデータを国が提供する。また、第4期の計画に基づく取り組みの好事例を横展開し、医療費の適正化を後押しする。さらに、都道府県独自の取り組みを促すため、抗菌薬の処方の見直しなど「子どもの医療の適正化」を25年度の保険者努力交付金に反映させる。

予算執行調査は、政府予算の執行の実態を把握して国の事業の改善につなげるため、財務省が毎年行っている。24年度の調査で対象になった厚労省分の事業は、医療・介護・障害福祉サービス関連の計5件。介護では、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）で行われる「居宅療養管理指導」の現状を把握して27年度の介護報酬改定に向けて評価の見直しを議論する。

居宅療養管理指導は本来、「通院が困難」に該当する利用者が対象だが、それ以外の人にも

画一的に提供するなどサ高住での不適切な事例が調査で明らかになったため。

また、障害福祉サービスでは、企業など「一般就労」への移行の実績をより加味した、めりはりのある評価になるよう「就労継続支援 A 型」の報酬の見直しを、次の改定に向けて検討する。予算執行調査では、就労継続支援 A 型の事業所（1,028 力所）の 54%では、一般就労への移行実績が 23 年度は「ゼロ」だった。

医療情報③
全国保険医
団体連合会

高額療養費上限引き上げなら 「がん治療中断」半数

高額療養費の自己負担限度額が引き上げられたら子どもがいるがん患者 284 人の約半数が治療を中断せざるを得ないと考えているとする調査結果を全国保険医団体連合会（保団連）が 6 日公表した。治療の回数を減らさざるを得ないとする患者は 6 割超いた。保団連の里村兆美・事務局主査は、同日開いた記者会見で、政府が検討を進めている自己負担限度額の段階的な引き上げについて、「白紙撤回を引き続き求めていく」と述べた。

調査は、保団連とキャンサーペアレンツの有志が合同で 1 月 30 日ー2 月 5 日（1 次集計）に実施。子どもを持つがん患者 284 人から回答を得た。回答者の 8 割が正社員・職員のフルタイムや時短勤務、個人事業主などで働いており、回答者全体の半数以上が年収 510 万円未満だった。

がんの治療にかかった年間の費用は、「50 万ー100 万円未満」が 116 人（41%）で最も多く、「10 万ー50 万円未満」は 62 人（22%）、「100 万ー150 万円未満」は 50 人（18%）などだった。高額療養費制度での「多数回」に該当したことがあるのは全体の約 7 割の 192 人。自己負担限度額が引き上げられた場合の生活への影響については（複数回答可）、250 人（88%）が「娯楽・交際費を削る」を挙げた。「食費などの生活費を削る」は 232 人（82%）、「貯金を切り崩す」が 222 人（78%）だった。

治療の継続や治療法の選択にどんな影響が出るかも聞いたところ（複数回答可）、173 人（61%）が「治療の回数を減らす」、130 人（46%）が「治療を中断する」と答えた。

育児や子どもの教育・生活への影響については（複数回答可）、「レジャーを減らす」（224 人、79%）が最多で、ほかは「塾や習い事を減らす」（178 人、63%）や「進路の変更」（140 人、49%）など。自由記述では、「上限が引き上げられれば治療を断念すると思う」「とても困窮している中の引き上げでは生活ができない」などがあった。

高額療養費制度は、医療費が高額になった患者の自己負担を一定額に抑える仕組み。2025 年度予算案を巡る福岡厚生労働相と加藤勝信財務相との折衝では、患者の所得区分を細分化した上で、同年 8 月から 27 年 8 月にかけて自己負担限度額を段階的に引き上げることで合意した。ただ、がん患者らから反発の声が強まっている。保団連によると、1 月 12 日から 2 月 6 日までに自己負担限度額の引き上げの反対に約 5 万 4,000 筆の署名が集まったという。

週刊医療情報（2025年2月14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

最近の医療費の動向

/概算医療費（令和6年度9月号）

厚生労働省 2025年1月31日公表

1. 制度別概算医療費

●医療費

(単位：兆円)

	総 計	医療保険適用							公 費	
		75歳未満	被用者 保険	本 人		家 族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	
				75歳未満	被用者 保険	本 人	家 族			
令和2年度	42.2	23.5	13.0	7.3	4.8	10.5	1.1	16.6	2.1	
令和3年度	44.2	25.0	14.1	7.9	5.2	10.8	1.3	17.1	2.2	
令和4年度	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
令和5年度4~3月	47.3	26.2	15.7	8.9	5.8	10.5	1.5	18.8	2.3	
4~9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1	
7月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2	
8月	4.0	2.2	1.3	0.8	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2	
9月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2	
令和6年度4~9月	23.7	12.9	7.8	4.5	2.8	5.1	0.7	9.6	1.2	
7月	4.2	2.3	1.4	0.8	0.5	0.9	0.1	1.7	0.2	
8月	3.9	2.1	1.3	0.8	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2	
9月	3.9	2.1	1.3	0.7	0.5	0.8	0.1	1.6	0.2	

注1) 審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会）で審査される診療報酬明細書のデータ（算定ベース：点数、費用額、件数及び日数）を集計している。点数を10倍したものを医療費として評価している。医療保険及び公費負担医療で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費についての集計である。現物給付でない分（はり・きゅう、全額自費による支払い分等）等は含まれていない。

注2) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。（以下同）

注3) 「医療保険適用」の「75歳以上」は後期高齢者医療の対象となる者に係るデータである。「公費」は医療保険適用との併用分を除く、生活保護などの公費負担のみのデータである。なお、令和2年8月診療分以前のデータは、診療報酬明細書において「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療（第1公費）のデータを集計したものである。

●医療費の伸び率(対前年同期比)

(単位：%)

	総 計	医療保険適用							公 費	
		75歳未満	被用者 保険	本 人		家 族		国民健康 保険	(再掲) 未就学者	
				75歳未満	被用者 保険	本 人	家 族			
令和2年度	▲ 3.1	▲ 3.7	▲ 3.6	▲ 0.8	▲ 9.0	▲ 3.8	▲ 19.1	▲ 2.4	▲ 1.1	
令和3年度	4.6	6.4	8.5	8.1	8.8	3.7	18.4	2.7	1.1	
令和4年度	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲ 1.0	6.5	5.3	2.3	
令和5年度4~3月	2.9	1.7	4.2	5.2	3.4	▲ 2.0	2.2	4.5	3.6	
4~9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲ 1.3	9.6	6.2	5.0	
7月	4.0	2.1	4.3	5.4	3.1	▲ 1.2	5.5	6.8	5.9	
8月	4.9	1.2	2.1	4.1	▲ 1.3	▲ 0.2	▲ 3.4	10.3	7.5	
9月	4.2	3.5	7.0	8.6	5.6	▲ 1.4	2.8	5.1	5.2	
令和6年度4~9月	1.0	▲ 1.0	0.5	2.5	▲ 2.1	▲ 3.1	▲ 10.9	3.7	1.9	
7月	4.8	2.3	3.0	5.0	▲ 0.1	1.3	▲ 12.1	8.4	5.0	
8月	▲ 0.5	▲ 2.6	▲ 0.9	0.6	▲ 2.7	▲ 5.1	▲ 8.7	2.1	1.2	
9月	▲ 1.1	▲ 3.6	▲ 2.9	▲ 1.1	▲ 5.5	▲ 4.7	▲ 10.4	2.1	0.8	

●1人当たり医療費

(単位:万円)

	総 計	医療保険適用						
		75歳未満	被用者 保険			国民健康 保険	(再掲) 未就学者	75歳 以上
			本人	家 族				
令和2年度	33.5	21.9	16.7	16.2	15.5	35.8	18.1	92.0
令和3年度	35.2	23.5	18.2	17.4	17.2	37.9	22.1	93.9
令和4年度	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.4	95.7
令和5年度4~3月	38.0	25.2	20.2	19.1	19.9	40.0	26.0	96.5
	7月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.3	8.0
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	8.1
	9月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	8.0
令和6年度4~9月	19.1	12.5	10.0	9.5	9.8	20.1	12.7	48.3
	7月	3.3	2.2	1.8	1.7	1.7	3.5	8.4
	8月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	8.0
	9月	3.1	2.0	1.6	1.6	1.6	3.3	7.9

注1) 「医療保険適用」「75歳未満」の「被用者保険」は、70歳未満の者及び高齢受給者に係るデータであり、「本人」及び「家族」は、高齢受給者を除く70歳未満の者に係るデータである。

注2) 1人当たり医療費は医療費の総額を加入者数で除して得た値である。加入者数が未確定の制度もあり、数値が置き換わる場合がある。

2. 診療種類別概算医療費

●医療費

(単位:兆円)

	総 計	診療費				調剤	入院時 食事 療養等	訪問 看護 療養	(再掲) 医科 入院 +医科 食事等	(再掲) 医科 入院外 +調剤	(再掲) 歯科 +歯科 食事等	
			医科 入院	医科 入院外	歯科							
令和2年度	42.2	33.6	16.4	14.2	3.0	7.5	0.7	0.36	17.1	21.8	3.0	
令和3年度	44.2	35.3	16.9	15.3	3.1	7.8	0.7	0.43	17.6	23.0	3.1	
令和4年度	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
令和5年度4~3月	47.3	37.6	17.9	16.4	3.3	8.3	0.7	0.61	18.7	24.7	3.3	
	7月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	8月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
令和6年度4~9月	23.7	18.8	9.1	8.1	1.7	4.1	0.4	0.35	9.5	12.2	1.7	
	7月	4.2	3.3	1.6	1.4	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.1	0.3
	8月	3.9	3.1	1.6	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3
	9月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.7	0.1	0.06	1.6	2.0	0.3

注) 診療費には入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額は含まれない。

入院時食事療養等は入院時食事療養及び入院時生活療養の費用額の合計である。

●受診延日数

(単位：億円)

	総計	診療費				調剤	訪問看護療養
			医科入院	医科入院外	歯科		
令和2年度	23.1	22.8	4.4	14.5	3.9	7.6	0.32
令和3年度	23.9	23.5	4.4	15.2	4.0	8.0	0.37
令和4年度	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43
令和5年度4～3月	24.8	24.3	4.4	15.9	4.0	8.9	0.50
7月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.7	0.04
	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
令和6年度4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.28
7月	2.2	2.1	0.4	1.4	0.4	0.8	0.05
	2.0	1.9	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05
	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.05

注) 受診延日数は診療実日数（調剤では処方せん枚数（受付回数）、訪問看護療養では実日数）を集計したものである。
受診延日数の総計には調剤の処方せん枚数（受付回数）は含まれない。

●1日当たり医療費

(単位：千円)

	総計	医科入院		医科入院外	歯科	調剤	訪問看護療養	(参考) 医科入院外 +調剤
		食事等 含まず	食事等 含む					
令和2年度	18.3	37.2	38.9	9.8	7.7	9.9	11.5	15.0
令和3年度	18.5	38.7	40.4	10.1	7.9	9.7	11.7	15.2
令和4年度	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度4～3月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.4	12.1	15.5
7月	18.8	40.4	42.0	10.2	8.2	9.2	12.1	15.3
	19.7	41.0	42.7	10.6	8.2	9.8	12.1	16.1
	19.1	40.5	42.1	10.4	8.2	9.5	12.1	15.6
令和6年度4～9月	19.1	41.4	43.1	10.2	8.4	9.4	12.3	15.4
7月	19.0	42.2	43.9	10.1	8.4	9.4	12.2	15.3
	19.8	41.6	43.3	10.4	8.5	9.7	12.4	15.9
	19.3	41.2	42.9	10.3	8.5	9.5	12.4	15.6

注) 1日当たり医療費は医療費の総額を受診延日数（調剤では総処方せん枚数（総受付回数）、訪問看護療養では総実日数）で除して得た値である。「医科入院外+調剤」の1日当たり医療費は医科入院外と調剤の医療費の合計を医科入院外の受診延日数で除して得た値である。歯科の1日当たり医療費は歯科医療費と歯科の入院時食事療養及び歯科の入院時生活療養の費用額の合計を歯科の受診延日数で除して得た値である。

最近の医療費の動向/概算医療費（令和6年度9月号）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。



医業経営

サイバー攻撃からのセキュリティ対策を明示！

医療情報システム 安全管理 ガイドラインの概要

1. 医療情報システムを取り巻く現状と課題
2. ガイドライン改定の背景と概要
3. 医療情報システムの安全性向上に向けた取組み
4. 未来の医療情報と生成AIの影響



■参考資料

【厚生労働省】：医療情報システムの安全管理に関するガイドラインの概要及び主な改定内容 他

1

医業経営情報レポート

医療情報システムを取り巻く現状と課題

臨床分野や医療情報システム等に対するサイバー攻撃の多様化・巧妙化が進み、医療機関における診療をはじめとする業務に大きな影響が生じています。個人情報や診療記録といった機密データを狙ったサイバー攻撃は、国内外で後を絶たず、医療機関が直面する深刻な問題となっています。

このような状況を受け、厚生労働省は令和5年5月に「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を改定し、第6.0版を発表しました。本ガイドラインは、経営層から現場の従業員、技術担当者まで、医療機関全体が取り組むべきセキュリティ対策を具体的に示しています。そこで本稿では、現状の課題、ガイドラインの概要、具体的な対策、そして未来の医療情報システム像について解説します。

■ サイバーセキュリティ問題の深刻化

近年、医療機関を標的としたサイバー攻撃が世界的に増加しており、その深刻さが社会問題となっています。医療情報には患者の個人情報や診断記録、治療内容など、生命やプライバシーに直結する重要なデータが含まれています。これらの漏洩や改ざんがなされると、患者の生命に危機をもたらすだけでなく、医療機関の社会的信頼が大きく損なわれることになります。

これまで、日本国内で様々なランサムウェア攻撃等を受け、医療機関が一時的に業務停止を余儀なくされるといった事例が発生しています。このようなサイバー攻撃は、個人、医療機関、そして社会全体に多大な影響を及ぼすため、早急な対応が求められています。

◆国内の医療業界で発生した主なサイバー攻撃事例

年月	医療機関名	事例概要	影響・被害
2017年8月	福島医大病院	ランサムウェア攻撃	パソコンや医療機器のデータが暗号化され機能停止
2018年10月	奈良県の病院	ランサムウェア攻撃	電子カルテシステムが使用不可、紙カルテでの運用を強いられる
2019年5月	東京都の医療センター	不正アクセス	職員端末のメールボックス内情報が流出
2020年12月	福島県の病院	コンピュータウイルス感染	検査機器の不具合が複数部署で発生
2021年10月	徳島県つるぎ町立半田病院	ランサムウェア攻撃	電子カルテなどのデータが暗号化、通常診療再開まで約2ヶ月を要した
2022年10月	大阪急性期・総合医療センター	ランサムウェア攻撃	電子カルテシステムに障害、緊急以外の手術や外来診療の一時停止
2024年5月	岡山県精神科医療センター	サイバー攻撃	個人情報の流出

2

医業経営情報レポート

ガイドライン改定の背景と概要

■ ガイドライン改定の背景と目的

医療情報システムの安全管理に関するガイドラインが第 6.0 版に改定された背景には、医療機関を取り巻く環境の変化と、これに伴う新たな課題への対応が求められていたという状況があります。

また、令和 5 年 4 月からオンライン資格確認の導入が原則義務化されたことを受け、医療分野を狙ったサイバー攻撃による診療業務等に重大な影響を及ぼす事例も増加するなかで、ネットワーク関連のセキュリティ対策が多くの医療機関等に共通して必要とされたこともガイドライン改定を促す要因になったといえます。

◆ 改定の趣旨

保険医療機関・薬局においては令和 5 年 4 月からオンライン資格確認の導入が原則義務化されており、今後はガイドラインに記載されているネットワーク関連のセキュリティ対策がより多くの医療機関等に共通して求められることとなる。よって、医療機関等にガイドラインの内容の理解を促し、医療情報システムの安全管理の実効性を高めるため、構成の見直しを行う。

また、医療等分野及び医療情報システムに対するサイバー攻撃の一層の多様化・巧妙化が進み、医療機関等における診療業務等に大きな影響が生じていること等を踏まえ、医療機関等に求められる安全管理措置を中心に内容の見直しを行う。

厚生労働省：医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版（令和 5 年 5 月）

今回の改定では、医療機関等が必要な安全管理措置を理解し、実効性のある対策を講じられるよう内容が整理されました。本文は概説編、経営管理編、企画管理編、システム運用編の 4 つの区分に分けられ、読者層に応じた遵守事項や考え方方が示されています。

例えば、経営管理編では病院長や理事長などの経営層向けに組織としての責任や投資判断の考え方方が示され、システム運用編では情報システム部門の実務者向けに具体的な技術要件が詳述されています。

また、現場で発生しやすい質問やトラブルを Q&A 形式で補足し、構成を分かりやすく解説しています。

クラウドサービスのリスクや責任分担が整理され、ゼロトラスト思考（すべてのアクセスを信頼せず、常に検証するセキュリティモデル）に基づくネットワーク対策や非常時の対応も明確化されました。

オンライン資格確認に必要な機器の安全管理措置も盛り込まれ、最新の技術や制度に対応した内容となっています。

3

医業経営情報レポート

医療情報システムの安全性向上に向けた取組み

■ 経営層と現場の連携強化

医療情報システムの安全管理を効果的に実現するには、経営層と現場の連携強化が不可欠です。ガイドライン第6.0版では、経営層の責任強化が明確に打ち出されており、情報セキュリティ対策への積極的な関与が求められています。

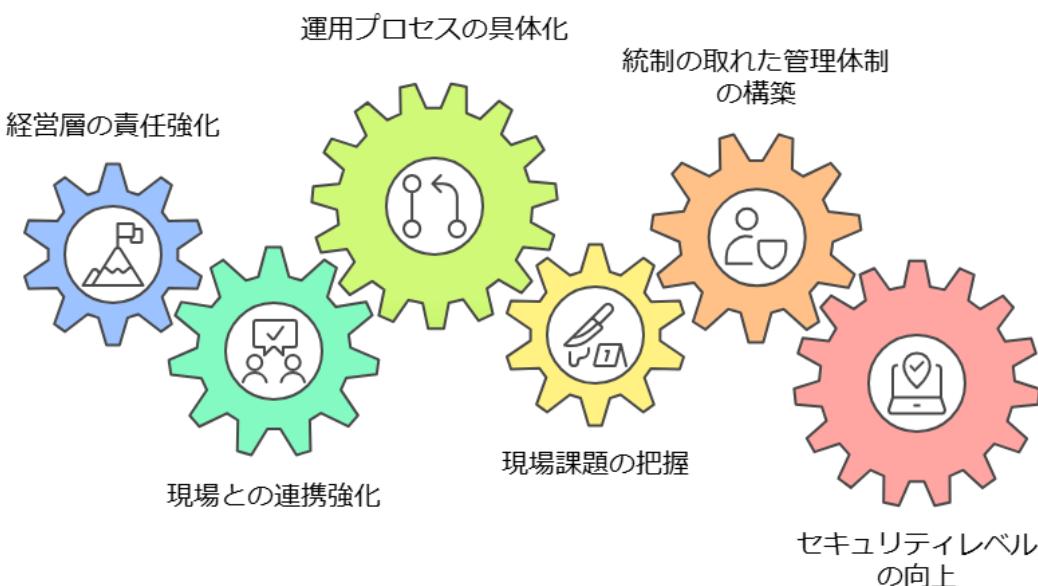
経営層が担うべき役割として、情報セキュリティポリシーの策定や全体的なリスクマネジメント体制の構築が挙げられます。

一方で、現場の実務者は、これらのポリシーを具体的な運用プロセスに落とし込み、日常業務の中で実践することが重要です。経営層と現場の連携を強化するためには、定期的なミーティングや情報共有の場を設けることが有効です。さらに、経営層が現場の課題を正確に把握することで、現場が抱えるリソース不足や技術的な制約にも対応しやすくなります。

ガイドラインの実践を通じて、経営層と現場が協働し、全体として統制の取れたセキュリティ管理体制を構築することが求められているのです。

こういった取り組みにより、医療機関全体のセキュリティレベルを向上させることが可能となります。また、組織全体でセキュリティ意識が高まることで、新たな脅威に対しても柔軟に対応できる体制が整うことが期待されます。

◆ 医療情報セキュリティの強化



■ 技術的セキュリティ対策の強化

医療情報システムの安全性を高めるためには、技術的なセキュリティ対策の強化が不可欠です。ガイドライン第6.0版では、多要素認証（MFA）の導入やデータの暗号化が強く推奨されています。

4

医業経営情報レポート

未来の医療情報と生成AIの影響

■ 生成AI活用の可能性と課題

生成AIの進化により、医療分野では多くの可能性が広がっています。AIを活用することで、診断支援や患者データの効率的な管理が可能となり、医療従事者の負担軽減や業務効率化が期待されています。

たとえば、画像診断におけるAI活用により、がんの早期発見や診断精度の向上が報告されており、生成AIを用いた患者情報の整理や問診内容の自動生成も注目を集めています。

しかし、その一方で、プライバシーやセキュリティに対する課題も多くあります。AIが学習する際に大量の医療データを扱うため、データ漏洩や不正利用のリスクが高まるからです。

また、生成AIが生成する情報の正確性や信頼性に対する懸念も払拭できません。

さらに、AIを悪用したサイバー攻撃のリスクも増加しています。これらの課題を解決するためには、AI活用のルール整備や、AIが生成するデータを検証する仕組みが不可欠となります。

このように生成AIを安全かつ効果的に活用するには、医療機関全体での体制整備と技術的セキュリティ対策の強化が求められます。

◆保健医療分野におけるAI活用推進懇談会報告書概要

【AIの実用化が比較的早いと考えられる領域】

領域	我が国の強み/課題	AIの開発に向けた施策
ゲノム医療	×欧米に比べて取組に遅れ	・ 実用化まで最も近いのは『がん』であり、実現に向けた推進体制を構築（『がんゲノム医療推進コンソーシアム』で別途検討）
画像診断支援	○診断系医療機器について日本の高い開発能力 ○診断系医療機器の貿易収支も黒字（1,000億円）	・ 病理・放射線・内視鏡等について、国内には質の高いデータが大量に存在しており、効率的な収集体制の確立が必要 ⇒・ 関連学会が連携して 画像データベースを構築 ・ AIの開発をしやすくするため、薬事審査の評価指標の策定や評価体制の整備も実施
診断・治療支援 (問診や一般的な検査等)	×医療情報の増大によって医療従事者の負担が増加 ×医師の地域偏在や診療科偏在への対応が必要 ×難病では診断確定までに長い期間	・ AIの開発をしやすくするため、 医師法上や医薬品医療機器法上の取扱を明確化 ・ 各種データベース（ゲノム解析データを含む）の集約等により、難病を幅広くカバーする情報基盤を構築し、AIの開発に活用
医薬品開発	○日本は医薬品創出能力を持つ数少ない国の一 ○技術貿易収支でも大幅な黒字（3,000億円）	・ 健康医療分野以外でもAI人材は不足しているため、効率的なAI開発が必要（IT全体で30万人不足、うちAIで5万人不足）であり、製薬企業でもAI人材が不足 ⇒AI人材の有効活用の観点から、 製薬企業とIT企業のマッチングを支援

【AIの実用化に向けて段階的に取り組むべきと考えられる領域】

介護・認知症	×高齢者の自立支援の促進 ×介護者の業務負担軽減	・ 現場のニーズに基づかず開発されたAI（技術指向のAI）では、現場には普及せず ⇒ 介護現場のニーズを明確化 し、ニーズに基づく研究開発を実施
手術支援	○手術データの統合の取組で日本が先行 ×外科医は数が少なく、負担軽減が必要	・ 手術時のデジタル化データ（心拍数、脳波、術野画像等）は相互に連絡されていない状態で、手術行為と各種データがリンクせず、AIによる学習が困難 ⇒手術関連データを相互に連絡するための インターフェースの標準化を実施

厚生労働省：保健医療分野におけるAI活用推進懇談会 報告書

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:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

医療事故防止の教育・研修

医療事故防止のための 教育・研修について教えてください。

医療安全に関する教育・研修の実施にあたっては、病院の全ての職員がリスクへの感性を高め、リスクマネジメントの具体的な実践者として自覚できるような研修プログラムを企画することを重視します。このため、実際に自院で過去に起きた医療事故事例を教材としてとりあげることも考えられます。

一方、職種によって起こりやすい事故が異なり、各部門・部署で、事故防止に繋がる具体的な内容を盛り込んだ研修計画を立てる必要があります。

■看護部門を対象とした院内研修プログラムの例

- (1) リスクマネジメントとは～定義とそのもたらす影響
- (2) 病院におけるリスクマネジメントの目的
- (3) 専門職としての基本姿勢とリスクマネジメントのポイント
- (4) リスクを回避するために看護職が知っておくべきこと

①医療を取り巻く環境の激変

(患者の権利意識の高揚、価値観の多様化、患者と医療関係者の伝統的信頼関係の崩壊)

②チーム医療であることの盲点

③つねに危険と背中合わせである

④事故に至らなくてもトラブルや紛争につながるおそれ

(無視された、説明がなかった、大切に扱ってもらえなかったなど)

⑤安全はつくり出すもの ー リスク発生の可能性をゼロに近づける

- (5) リスクマネジメントのプロセス

- (6) リスクマネジメントの実際

①把握・評価・対応・再評価のプロセス

②データに基づいて検討し、管理者は自分の部署のデータを持つ

③防止の視点で事故分析をする

④システムで防止できないか

⑤組織で取り組む ー 病院としての仕組みの紹介、病院と看護部との関連

- (7) リスクマネジメントにあたる看護師に求められる資質と役割

- (8) 事故にあった患者・家族への対応、ガイドライン

- (9) エラーを起こした医療スタッフに対するカウンセリングなど

経営
データ
ベースQ
uestionA
nswer

ジャンル:リスクマネジメント > サブジャンル:医療事故防止対策

大規模災害に備えた リスクマネジメント

大規模な災害等発生時においても医療機関の機能を維持するために、防災対策のリスクマネジメントの具体的な取り組みを教えてください。

大規模災害に関するリスクマネジメントの重要性がクローズアップされています。しかしながら、医療機関において、大規模災害発生時に備えるための取り組みは、必ずしも十分なものとはいえないのが現状です。

非常階段や非常扉、防火扉前に荷物が置いてあるなどは論外として、災害時を想定し十分な医療資源・水や食糧の備蓄、職員の動きの確認、患者の誘導や搬送の手順など事前に準備しておくことはいくらでもあります。

以下に、病院がとるべき対策として一部を紹介します。リスクマネジメントマニュアルの中に盛り込み、対応に備えておきましょう。

■防災対策の一例

- ①さまざまなケースを想定した防災シミュレーションの実施
 - ②災害時の患者移送ネットワークの構築
 - ③ボランティア活動のコーディネーターの育成
 - ④初動を迅速にする反復訓練やサインの明確化
 - ⑤医薬品、医療用具の調達先の複数確保
 - ⑥水槽の増設など、非常時の水の確保
 - ⑦自家発電装置の設置・増設
 - ⑧備品、設備の転倒防止処置
 - ⑨工具、初期医療器具の設置場所の明確化と周知徹底
- 等

医療機関は、大規模災害が発生した場合であっても、必要な医療を提供するという本来の機能を果たさなければなりません。

上記の取り組み項目は、いずれも人命を預かる施設として不可欠なものですから、リスクマネジメント対応における重要項目として位置付け、これらを見直す機会を設けていただきたいと思います。