

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.822 2024.5.28

医療情報ヘッドライン

正常分娩での出産費用を保険適用へ
「自己負担なし」も検討

▶厚生労働省
社会保障審議会 医療保険部会

緊急避妊薬調査事業の結果報告書公表
8割超が「診察受けず薬局で購入したい」

▶厚生労働省

週刊 医療情報

2024年5月24日号

24年度改定の
調査・検証の進め方案了承

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5年度11月)

経営情報レポート

組織的・技術的安全対策で守る
医療機関のサイバーセキュリティ対策

経営データベース

ジャンル:医療制度 > サブジャンル:医療法人制度

医療法人設立のスケジュール
医療法人の社員の位置づけ

正常分娩での出産費用を保険適用へ 「自己負担なし」も検討

厚生労働省 社会保障審議会 医療保険部会

厚生労働省は、5月15日の社会保障審議会医療保険部会で、正常分娩での出産費用を保険適用することについて検討会を設置すると報告し、了承された。こども家庭庁との共同開催という形をとる。

公表された「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の設置について」と題した資料によれば、検討会の構成員は医療関係者、医療保険者、自治体関係者、妊産婦の声を伝える者、学識経験者。必要に応じて構成員以外の学識経験者や実務経験者の出席を求めるとしている。

通常、保険診療は医療費の1～3割が患者の自己負担となっているが、一部報道によれば、政府は別の枠組みも設けて「自己負担なし」とする案も検討しているという。

岸田文雄首相が掲げる「異次元の少子化対策」の中でも、目玉政策として一気に注目を集める可能性が出てきた。

■出産費用は10年で約6万5,000円上昇

出産費用の保険適用をめぐるのは、昨年12月に閣議決定された「こども未来戦略」に「2026年度を目途に、出産費用（正常分娩）の保険適用の導入を含め、出産に関する支援等の更なる強化について検討を進める」と明記されていた。それを受け、こども家庭庁は5月9日の基本政策部会で公表した「こどもまんなか実行計画」の案において、同様の内容を盛り込んでいる。

出産は病気ではないという考えのもと、出産費用はこれまで保険適用の対象外だった。

厚生労働省によれば、室料差額などを除いた2022年度の全国の正常分娩費用は平均48万2,294円。2012年度の平均出産費用

に比べ、10年間で6万5,566円も上昇している。一方、出産一時金は長らく42万円となっており、“足が出てしまう”ことも多かった。

そこで、2022年4月に50万円へ引き上げられたが、2021年度の時点で、公的病院でも茨城、神奈川、東京の3都県は出産費用（正常分娩）が50万円を超えていた。

茨城は50万1,889円、神奈川は50万4,634円だが、東京は56万5,092円と6万円以上も超過。金銭的なハードルがあることが否定できない状況であるだけに、「正常分娩での」と但し書きがついているにせよ、保険適用の検討はインパクトのあるニュースではある。

■武見厚労相「妊婦の選択の幅を狭める」と懸念

他方で、保険適用されることで価格が低く抑えられる可能性が高いため、必ずしも医療機関にとって朗報とはいえない。妊婦側にとっても、サービスの質まで一律化してしまう懸念がある。

武見敬三厚生労働相は、このあたりの事情を汲んだのか、5月21日の閣議後会見で「出産費用の保険適用については、サービスの質が確保されるというメリットがある一方で、全国一律の診療報酬で評価することで、かえって妊婦の選択の幅を狭めることになってはいけないという課題もあり、これら双方の考え方を踏まえて検討していく必要性があると考えています」とコメント。「平均的な標準費用について妊婦に自己負担が生じないようにする」という基本的な考え方を踏襲しつつ、地域の産科医療提供体制の確保という観点にも十分留意するとしている。

緊急避妊薬調査事業の結果報告書公表 8割超が「診察受けず薬局で購入したい」

厚生労働省

厚生労働省は5月10日、「緊急避妊薬販売に係る環境整備のための調査事業」の結果報告書を公表。全国145の薬局で緊急避妊薬を試験販売し、購入者へ3~5週間後にアンケートをとった結果、今後緊急避妊薬の服用が必要になった場合「医師の診察を受けずに薬局で薬剤師の面談を受けてから服用したい」という回答が82.2%を占めた。面談した薬剤師の対応については91.8%が「とても満足」、説明についても99.8%が「よく理解できた」としている。調査事業を受託・実施した日本薬剤師会は、さらにデータを収集するため試験販売する薬局を増やす方針だ。

■販売実数は2,181、東京都は266件

緊急避妊薬は排卵を遅らせる作用があり、性交後から72時間以内に服用することで、約8割の確率で避妊できるとされている。

世界保健機関（WHO）は女性に欠かせない「必須医薬品」と指定し、多くの国で市販化されている。

日本では医師の処方箋が必要だが、近くに受診できる医療機関がなかったり、受診に心理的な負担を感じる人がいたりといった課題があるため、OTC化（Over The Counter・オーバー・ザ・カウンター、薬局で薬剤師が面談して販売する薬のこと）の検討が進められてきた。

2020年の第5次男女共同参画基本計画で「処方箋なしに緊急避妊薬を利用できるよう検討する」と定められたことを受け、今回の調査事業が2023年11月末より実施された。

購入できるのは16歳以上の女性で、16歳、17歳は保護者の同伴が必要。本人確認のうえ、調査権も有への参加同意や機微な情報を

含む質問、アンケートへの協力に同意した場合のみ販売を可能とした。販売価格は税込み7,000~9,000円の範囲で各薬局が設定できる（国内2つのメーカーで販売押されているレボノルゲストレル錠1.5mgが対象）。

報告書によると、調査事業が実施された2023年11月28日から2024年1月31日の販売実数は2,181。都道府県別の件数は東京都の266件が最多。ついで神奈川県231件、大阪府の169件。5県が10件未満で、最も少ないのは山形県の5件だった。

日本薬剤師会は都道府県別の販売数量の差異について「地域、協力薬局数、協力薬局の立地や体制等の違いが影響した可能性」を指摘。今後も試験販売を継続する場合は「地域および協力薬局数等について考慮する必要がある」とした。なお、薬局への来局時間は9~19時に集中し、夜間・早朝（21時~8時）は全体の2%程度にとどまっている。

■「販売可とするが受診が必要」の報告も

薬局での販売可否判断を見ていくと、販売可としたのが92.6%に対し、販売不可が1.4%（28件）、「販売可とするが受診が必要」が6.0%（118件）となっている。

販売不可の28件のうち11件は「産婦人科医受診を勧奨（販売せずに受診することになった）」、9件は「妊娠の可能性あり」、4件が「服用の必要性がない」、4件が「その他」（研究参加同意に至らなかった、本人の希望で購入しなかった）。「販売可とするが受診が必要」のうち、72.9%を占めたのが「避妊指導が必要」、29.7%が「性感染症の可能性」、5.1%が「ECP（緊急避妊薬）効果不良」だった。

医療情報①
 中央社会保険
 医療協議会

24年度改定の 調査・検証の進め方案了承

中央社会保険医療協議会は15日の総会で、2024年度の診療報酬改定の影響を明らかにするために行う調査・検証の進め方を了承した。入院医療では、「地域包括医療病棟入院料」の新設を踏まえ、看護配置「10対1」の急性期一般病棟への評価を、再編を含めて検討することになっていて、そうした病棟がカバーしている入院の機能を調べる。厚生労働省がこの日、それらの「主な検討の場」を整理した進め方の案を示した。

24年度の改定に伴う影響の調査・検証は、中医協が2月にまとめた答申書の附帯意見に沿って入院や外来医療などの計28項目を実施する。厚労省の担当者は、この日の総会で、「それを基に次期診療報酬改定に向けて必要な調査、検討に入っていきたい」と述べた。

診療側の長島公之委員（日本医師会常任理事）は、24年度の改定はこれまでより2カ月遅い6月に施行されるため、「そのことにより想定外の影響が生じる可能性もある」として、現場からの指摘をできる限り踏まえて対応するよう呼び掛けた。

支払側の佐保昌一委員（連合総合政策推進局長）は、24年度の改定が医療機関で働く全ての医療従事者の賃上げにつながったかの検証を求めた。

厚労省の進め方によると、入院医療では、地域包括医療病棟による高齢者の急性疾患の受け入れ状況やリハビリテーション・栄養管理・口腔管理のアウトカムを分析するほか、人口構造や医療ニーズの変化を見据え、「重症度、医療・看護必要度」「SOFAスコア」などの適切な評価指標や測定方法を検討する。入院患者の食費の基準に関しては、食費の動向などを引き続き把握して検証する。外来医療では、地域包括診療料や地域包括診療加算の基準の見直しで介護との連携が進んだかを調査・検証する。

また、「かかりつけ医機能」の報告制度の整備状況を踏まえ、病院や診療所による「かかりつけ医機能」の発揮を促す評価も検討する。生活習慣病の管理では、糖尿病・脂質異常症・高血圧を「特定疾患療養管理料」の対象から除外するなど今回の見直しの影響を調査・検証する。

また、生活習慣病以外の疾病管理の実態も把握し、適切な評価を検討する。

医療情報②
 厚生労働省
 疑義解釈

若手勤務医らの 賃上げ可能な時期を明示

厚生労働省は、2024年度の診療報酬改定で新設する「外来・在宅ベースアップ評価料（I）」

などによる収入で 40 歳未満の勤務医や事務職員らの賃金改善を実施できる時期を疑義解釈（その 4）で示した。看護師ら評価料の対象職員の基本給などを 23 年度と比較して 24 年度に 2.5%以上引き上げた月、または 25 年度に 4.5%以上引き上げた月以降に可能となるとしている。6 月に施行される 24 年度診療報酬改定では、医療人材の確保と働き方改革の推進が重点課題とされ、他産業への人材流出に歯止めを掛けるために医療関係職種の賃上げを行う。

具体策の 1 つとして、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）や訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）などを新設して看護師や病院薬剤師といった計 32 職種の賃上げの実現を目指す。

これらの評価料を算定する医療機関や訪問看護ステーションが、対象職員の基本給などを 23 年度と比較して 24 年度に 2.5%以上、25 年度に 4.5%以上引き上げた場合、40 歳未満の若手勤務医や事務職員らの賃金改善（定期昇給によるものを除く）を実績に含めることができる。厚労省が 5 月 10 日に出した疑義解釈（その 4）によると、同評価料による収入を基にした若手勤務医らの賃金改善は、以下以降に実施することができる。

- ▼ 24 年度に、「賃金改善計画書」の「Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等に係る事項」に示す「（19）ベア等による賃金増率」で算出される値を 2.5%以上として、同計画書を地方厚生（支）局長に届け出た上で算定を開始した月
- ▼ 患者数の変動などで同評価料による収入が賃金改善計画書で予定していた額を上回った場合で、ベースアップ評価料を算定した月までさかのぼって、対象職員の基本給を 23 年度と比べて 24 年度に 2.5%以上引き上げ、25 年度に 4.5%以上引き上げた時点

厚労省はまた、24 年 4 月から賃金の改善を行った医療機関や訪問看護ステーションは同月以降の賃金改善分についても同評価料による賃金改善の実績の対象に含めることを認める。

同月 26 日付の疑義解釈（その 3）で、介護報酬での「介護職員等処遇改善加算」や障害福祉サービス等報酬での「福祉・介護職員等処遇改善加算」を算定している医療機関や訪問看護ステーションでのベースアップ評価料の対象となる職員や給与総額について、厚労省は 4 つの考え方を示した。（以降、続く）

- (1) 医療機関や訪問看護ステーションでの業務実態として、主として医療に従事している人を対象職員として含めて差し支えない
- (2) ただし、対象職員ごとの給与総額について業務実態に応じて常勤換算方法等により按分して計算することを想定している
- (3) 介護職員等処遇改善加算や福祉・介護職員等処遇改善加算による賃上げ分について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）や入院ベースアップ評価料、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の算出の際に用いる「対象職員の給与総額」の計算に含めない
- (4) 介護職員等処遇改善加算や福祉・介護職員等処遇改善加算による賃上げ分について、「賃金改善計画書」や「賃金改善実績報告書」での賃金改善の見込み額や実績額の記載で、ベースアップ評価料による算定金額以外の適切な欄に記載する

最近の医療費の動向

/概算医療費 (令和5年度11月)

厚生労働省 2024年3月29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							75歳以上	公費
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者			
			本人	家族	本人					
令和元年度	43.6	24.4	13.5	7.4	5.3	10.9	1.4	17.0	2.2	
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4~3月	46.0	25.8	15.0	8.4	5.6	10.7	1.4	18.0	2.2	
	4~9月	22.6	12.7	7.3	4.1	2.7	5.4	0.7	8.8	1.1
	4~11月	30.3	17.0	9.9	5.5	3.7	7.2	0.9	11.8	1.5
	9月	3.8	2.1	1.2	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	10月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
	11月	3.8	2.1	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.5	0.2
令和5年度4~11月	31.4	17.4	10.3	5.8	3.8	7.1	1.0	12.4	1.5	
	4~9月	23.5	13.0	7.7	4.4	2.9	5.3	0.7	9.3	1.1
	9月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	10月	4.0	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	0.1	1.6	0.2
	11月	3.9	2.2	1.3	0.7	0.5	0.9	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							75歳以上	公費
		75歳未満	被用者保険			国民健康保険	(再掲)未就学者			
			本人	家族	本人					
令和元年度	2.4	1.4	3.1	4.4	0.1	▲0.8	▲2.7	3.9	1.8	
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4~3月	4.0	3.2	6.4	6.6	6.9	▲1.0	6.5	5.3	2.3	
	4~9月	3.1	2.7	5.4	5.9	5.3	▲0.7	▲0.0	4.1	0.3
	4~11月	3.0	2.4	5.3	5.6	5.5	▲1.3	2.4	4.2	0.8
	9月	3.4	2.2	5.5	4.5	8.0	▲2.0	12.2	5.4	0.7
	10月	2.6	1.0	4.0	3.1	6.0	▲2.8	11.9	4.9	3.6
	11月	2.8	2.2	6.3	6.9	6.4	▲3.1	7.1	4.0	1.2
令和5年度4~11月	3.6	2.2	4.9	5.7	4.1	▲1.5	6.0	5.5	4.4	
	4~9月	4.0	2.4	5.2	6.1	4.3	▲1.3	9.6	6.2	5.0
	9月	4.2	3.5	7.0	8.6	5.6	▲1.4	2.8	5.1	5.2
	10月	3.3	2.5	5.2	5.6	5.3	▲1.2	▲2.5	4.3	3.2
	11月	1.5	0.4	2.7	3.4	2.2	▲2.7	▲4.3	3.0	2.5

●1人当たり医療費

(単位：万円)

	総 計								
	医療保険適用							75歳以上	
	75歳未満			国民健康保険	(再掲)未就学者	75歳以上			
	被用者保険	本人 家族							
令和元年度		34.5	22.6	17.3	16.5	16.8	36.4		21.8
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4～3月	36.8	24.5	19.4	18.4	18.8	38.9	24.5	95.7	
	4～9月	18.0	12.0	9.5	9.0	9.1	19.1	11.9	47.0
	9月	3.0	2.0	1.6	1.5	1.5	3.2	2.0	7.9
	10月	3.1	2.1	1.6	1.5	1.6	3.3	2.2	8.1
	11月	3.1	2.0	1.6	1.5	1.6	3.3	2.1	8.0
令和5年度4～11月	25.2	16.7	13.3	12.5	13.1	26.6	18.0	64.3	
	4～9月	18.8	12.5	9.9	9.4	9.8	19.8	13.7	48.1
	9月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.2	8.0
	10月	3.2	2.1	1.7	1.6	1.7	3.4	2.2	8.2
	11月	3.1	2.1	1.7	1.6	1.6	3.3	2.1	8.0

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		
令和元年度	43.6	34.7	16.9	14.9	3.0	7.7	0.8	0.30	17.6	22.6	3.0	
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4～3月	46.0	36.8	17.4	16.2	3.2	7.9	0.7	0.51	18.1	24.1	3.2	
	4～9月	22.6	18.1	8.4	8.1	1.6	3.8	0.4	0.24	8.8	11.9	1.6
	9月	3.8	3.0	1.4	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
	10月	3.9	3.1	1.5	1.3	0.3	0.6	0.1	0.04	1.6	2.0	0.3
	11月	3.8	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.04	1.5	2.0	0.3
令和5年度4～11月	31.4	25.0	11.9	10.9	2.2	5.4	0.5	0.39	12.4	16.4	2.2	
	4～9月	23.5	18.7	8.9	8.2	1.6	4.1	0.4	0.29	9.3	12.2	1.6
	9月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	2.1	0.3
	10月	4.0	3.2	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.6	2.1	0.3
	11月	3.9	3.1	1.5	1.4	0.3	0.7	0.1	0.05	1.5	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：億日)

	総計	診療費			調剤	訪問看護療養		
		医科入院	医科入院外	歯科				
令和元年度	25.2	25.0	4.7	16.1	4.2	8.4	0.27	
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4～3月	24.3	23.9	4.3	15.6	4.0	8.4	0.43	
	4～9月	12.1	11.9	2.1	7.8	2.0	4.1	0.21
	9月	2.0	2.0	0.3	1.3	0.3	0.7	0.04
	10月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	11月	2.0	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
令和5年度4～11月	16.6	16.2	2.9	10.6	2.7	5.9	0.33	
	4～9月	12.4	12.1	2.2	7.9	2.0	4.4	0.24
	9月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04
	10月	2.1	2.1	0.4	1.4	0.3	0.8	0.04
	11月	2.1	2.0	0.4	1.3	0.3	0.7	0.04

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						
令和元年度	17.3	36.2	37.9	9.2	7.2	9.2	11.4	14.0	
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4～3月	18.9	40.4	42.1	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4	
	4～9月	18.6	39.6	41.3	10.3	8.1	9.3	11.9	15.2
	9月	18.8	40.1	41.7	10.5	8.2	9.5	11.9	15.5
	10月	18.8	40.5	42.2	10.2	8.1	9.3	12.0	15.2
	11月	18.9	41.0	42.7	10.4	8.1	9.4	11.9	15.4
令和5年度4～11月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.1	15.4	
	4～9月	19.0	40.7	42.4	10.3	8.2	9.3	12.0	15.4
	9月	19.1	40.5	42.1	10.4	8.2	9.5	12.1	15.6
	10月	18.8	40.7	42.3	10.2	8.2	9.1	12.1	15.3
	11月	19.0	40.9	42.5	10.3	8.2	9.2	12.1	15.5

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を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。

最新の医療費の動向/概算医療費(令和5年度11月)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。



経営情報
レポート
要約版



医療経営

組織的・技術的安全対策で守る

医療機関の サイバーセキュリティ対策

1. 広がる医療機関へのサイバー攻撃
2. 医療情報システムに関するガイドラインの概要
3. ランサムウェアによる被害事例
4. 院内で取り組むべきサイバーセキュリティ対策



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 第5.2版 第6.0版、情報セキュリティ研修教材（医療従事者向け）、情報セキュリティ研修教材（経営層向け）、医療情報システムの安全管理に関するガイドライン、医療機関のサイバーセキュリティ対策チェックリスト 【NHK サイカル journal】：あなたの病院の「感染」対策は大丈夫？～問われる医療機関のセキュリティ～ 他

1

医業経営情報レポート

広がる医療機関へのサイバー攻撃

昨今、医療業界では電子カルテの導入等「医療機関のIT化」が進み、業務の効率化には欠かせないものとなっています。しかし、それに伴った情報セキュリティに関する事故は、医療機関自体の存続に大きく影響する経営課題となっており、サイバーセキュリティは医療機関の規模に関わらず、経営者にとって軽視できない分野です。

本レポートでは、医療機関のサイバー攻撃がどのようなものかに触れ、厚生労働省のサイバーセキュリティ対策に関する様々なガイドラインや、被害にあった医療機関の実例をみながら、今後医療機関が取り組むべきサイバーセキュリティについてご紹介します。

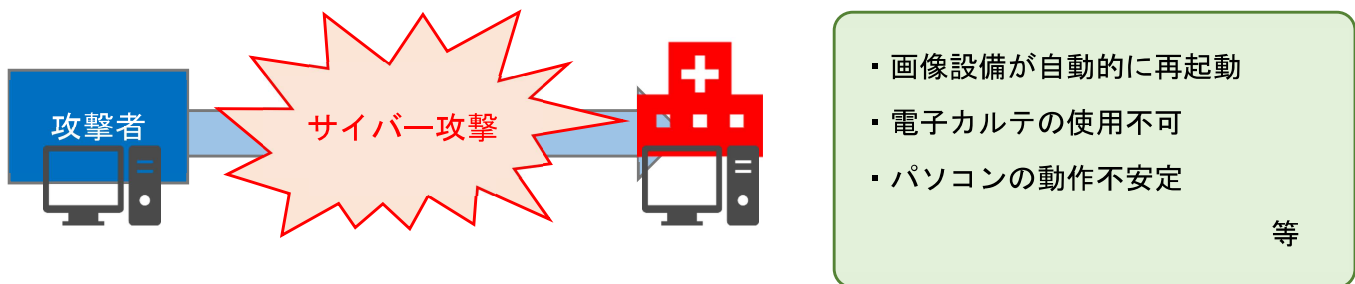
■ 医療機関に対するサイバー攻撃

サイバー攻撃と一口に言っても、コンピュータへの不正アクセスによる情報流出や端末動作の不安定化等、その内容は様々です。

具体的には、CT やレントゲン等で撮影した画像を保存することができなくなる、ランサムウェア攻撃により電子カルテが使用できなくなる等、診療に直接影響が出る事例があります。

このように日本国内だけではなく、世界各国の医療機関でサイバー攻撃による被害が発生しています。

◆サイバー攻撃のイメージ



■ ランサムウェアとは

ランサムウェアは Ransom（身代金）と Software（ソフトウェア）を組み合わせた造語です。ランサムウェアに感染したコンピュータのロックや、内部ファイルを暗号化することによって使用不能にした後に、元に戻すことと引き換えに「身代金」を要求する悪意のあるソフトウェアです。

また、昨今のランサムウェア攻撃の中には、コンピュータを使用不可にするだけでなく、情報を事前に盗み取った上、「身代金の支払いがなければ情報を暴露する」と脅迫する手法も存在しています。

2

医業経営情報レポート

医療情報システムに関するガイドラインの概要

■ ガイドラインの内容

厚生労働省の「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」（以下、ガイドライン）は、概説編（Overview）、経営管理編（Governance）、企画管理編（Management）、システム運用編（Control）の4編で構成されています。

◆ガイドライン第6.0版を構成する各編

全読者 (概説編)	意思決定・経営層 (経営管理編)	医療機関等における医療情報システムの安全管理の統制	
	各編に共通する前提となる内容	システムの安全管理者 (企画管理編)	医療機関等全体の安全対策の管理
			組織的な対応に関する対策
	システムの運用担当者 (システム運用編)	技術的な対応に関する対策	

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版主な改定ポイント（概要）

<h4>外部委託、外部サービスの利用に関する整理</h4> <p>クラウドサービスに医療情報システムの運用管理を、すべてを外部に任せる場合 <small>小規模医療機関等</small></p> <p>クラウドサービスに医療情報システムの一部を運用管理を外部に任せる場合 <small>大規模医療機関等</small></p>	<h4>ネットワーク境界防御型思考/ゼロトラストネットワーク型思考</h4> <p>ゼロトラストの思考を取り入れることで、個々の外部からの侵入にも適切な対応が可能となります。</p> <p>外部との接続制限のほか、院内のシステムにアクセスするすべての通信も監視しよう！</p> <p>外部から入って攻撃しようと思ったが、うまく攻撃できない！</p>
<h4>災害、サイバー攻撃、システム障害等の非常時に対する対応や対策</h4> <h5>非常時場面ごとのバックアップの考え方の違い（例）</h5> <p>非常時への対応と言っても、場面ごとに対応内容が違うんだ！</p> <p>医療機関等の業務継続の考え方も、非常時の場面ごとに考えないと...</p> <p>大規模災害に備えてバックアップは分散して保存しよう。</p> <p>ランサムウェアなどの対策として、書き換え不可で複数のバックアップをしておこう。</p> <p>障害対策として、すぐに復旧できる対応にてシステムの長期停止を避けよう。</p>	<h4>本人確認を要する場面での運用（eKYCの活用）の検討</h4> <p>医療情報システムの利用者認証に、マイナンバーカード等が使えるかな？</p> <p>医療機関等で管理されていないものを使っても大丈夫かな？</p> <p>身元認証がしっかりしている認証方法を使うなら、安全性が高いかな？</p> <p>医療機関等 内部</p> <p>医療情報システム</p> <p>外部認証機関</p> <p>利用者認証</p> <p>マイナンバーカード</p> <p>認証確認</p>

出典：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版より

3

医業経営情報レポート

ランサムウェアによる被害実例

前述のとおり、情報セキュリティをより強固なものにするべく、厚生労働省から医療情報システムに関する様々な事項についてのガイドラインが公開されています。

しかし、依然として医療機関に対するサイバー攻撃は後を絶ちません。特にランサムウェアによる攻撃はすぐに復旧できるものではなく、多額の復旧費用や長期間の休診を要する場合があります。本章では2つの実例をご紹介します。

■ Kリハビリテーション病院・附属クリニックの実例

令和4年1月12日深夜に、A県K市にある「Kリハビリテーション病院・附属クリニック」にて患者数万人分の電子カルテが閲覧できなくなる被害が発生しました。

スタッフが病院内にあるサーバーを確認すると、以下のような文章が送られており、電子カルテのデータを暗号化して身代金を要求するランサムウェアによる攻撃と認識されました。

そこで病院は、警察への通報や厚生労働省への報告を行い、院内のインターネットがつながるパソコンを停止させて、患者への聞き取りによる紙カルテを再度作成し、手書き処方箋で診療を行う等の対応をしました。

今まで電子カルテを使用して患者情報に簡単にアクセスできていたものが紙カルテとなり、院内での患者情報の管理が複雑化してしまいました。

サーバーの復旧後は紙カルテの情報を電子カルテに転記する作業があり、業務の負担が増加しているのは明らかです。

■ T町立病院の実例

令和3年10月末、T県T町立病院がランサムウェア攻撃を受け、電子カルテの閲覧等ができなくなる等の大きな被害が生じました。

その後約2か月もの間、通常診療は停止してしまい、翌令和4年1月4日に再開されています。令和4年6月7日には一連の被害状況から再発防止策までを取りまとめた『T県T町立病院 コンピュータウイルス感染事案 有識者会議調査報告書』が公開されました。

今回の被害は、令和3年10月末に院内のプリンタから一斉に犯行声明が印刷されたことで発覚しました。

ランサムウェア攻撃の被害を受け、電子カルテ等の患者情報を扱うサーバーのデータが暗号化され、使用不可能となってしまいました。

被害を確認した後はネットワークを遮断し、救急患者や新規患者の受け入れを中止しました。さらには手術も延期せざるを得なくなる等、病院の運営は停止してしまいました。

4 医業経営情報レポート

院内で取り組むべきサイバーセキュリティ対策

■ スタッフへの研修によるセキュリティ強化

サイバー攻撃はいつ発生するかわかりません。また、院内のシステム管理者だけがサイバーセキュリティに対する知識を深めるだけでは院内の情報を守り切るのは困難です。

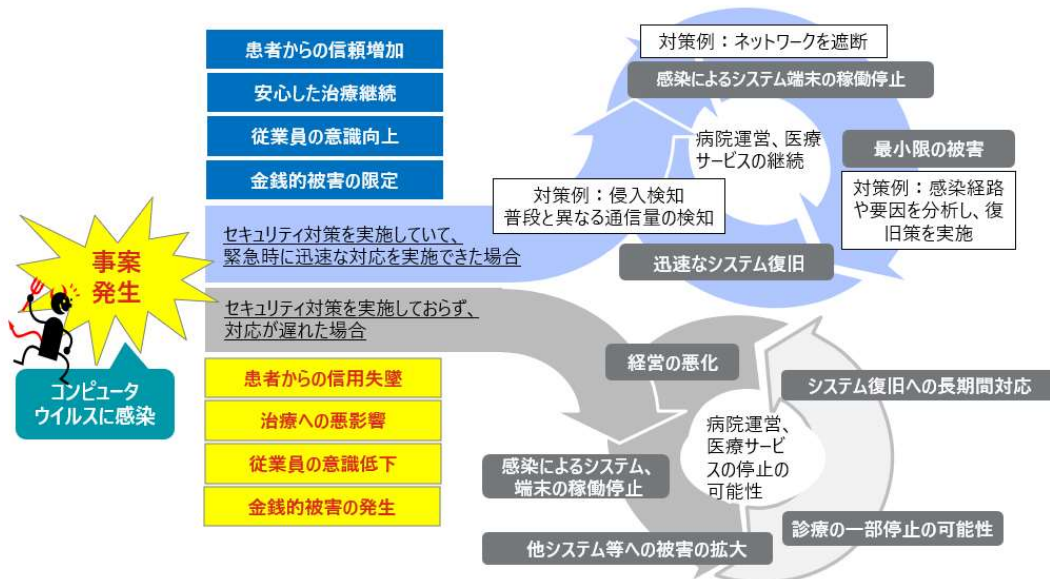
また、サイバー攻撃被害の原因がスタッフにある可能性もあります。実際に個人情報をUSBメモリに入れて持ち出して紛失してしまい、トラブルになった事例もあります。厚生労働省では、医療機関で働くスタッフのサイバーセキュリティに関する理解を深めるために、研修教材を作成しています。院内での情報利用については、全スタッフが共有しておくべきです。

情報セキュリティの重要性を再確認し、院内での情報セキュリティの強化に努めましょう。

◆ 情報セキュリティの重要性

Q1 情報セキュリティってなぜ大事なのか？

A 医療情報システムのウイルス感染等によりシステムの稼働停止や、患者情報の暗号化等を伴い、患者への診療を継続できなくなるおそれがあります。そのため、患者からの信用失墜や従業員の意識低下につながり、かつ病院の経営を悪化させる要因になります。情報セキュリティ対策は医療安全管理と同様に従業員が日々の業務で取り組んでいく必要があります



出典：厚生労働省 情報セキュリティ研修教材（医療従事者向け）

■ サイバーセキュリティ対策のチェックリスト

厚生労働省では『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』で、「医療機関確認用」「事業者確認用」それぞれに対してサイバーセキュリティ対策チェックリストを作成しています。チェックリストを分かりやすく解説したマニュアルを活用して、自院で実施できているか確認してみてください。

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：医療制度 > サブジャンル：医療法人制度

医療法人設立のスケジュール

医療法人設立のスケジュールについて、教えてください。

■医療法人の申請時期

医療法人の設立は着手から認可まで6ヶ月ほどかかる長い手続きになります。申請先はクリニック所在地の都道府県で、申請時期については各都道府県で異なっておりますので、まずは法人設立の申請時期の確認をする必要があります。

一般的な申請時期は、春に申請を行い、夏頃に法人設立の認可もしくは、秋に申請、年明けに認可という年二回が標準的スケジュールになっています。

地域ごとの具体的な日程の確認は各都道府県のホームページ等で確認することができます。

■医療法人設立するまでのスケジュール（各都道府県によって異なる場合があります）

①医療法人設立説明会	都道府県によって説明会や事前相談会が行われます。
②定款・寄附行為（案）の作成	
③設立総会の開催	発起人全員で設立総会を開催し医療法人の基本的事項を決定し、議事録を作成します。
④設立認可申請書の作成	
⑤設立認可申請書の提出（仮受付）	一般的に年2回の受付、締め切りは各都道府県により異なります。
⑥事前審査	各都道府県で設立認可申請書の審査が行なわれます。設立代表者に対してのヒアリングも行なわれます。
⑦設立認可申請書の作成	
⑧設立認可申請書の提出（本申請）	
⑨医療審議会での諮問	医療法人の認可について審議されます。
⑩医療法人設立認可についての答申	医療法人設立を認可する旨の答申が行なわれます。
⑪設立認可書の交付	
⑫設立認可書の受領	
⑬医療法人設立登記	医療法人設立認可後、2週間以内に管轄の法務局で登記を行います。
⑭登記完了（医療法人設立）	
⑮拠出金の払込み	基金の払い込みは基金拠出契約書に定められた日までにを行います。理事長が拠出を行っている場合は、利益相反となるため『特別代理人』の選任申請が必要です。
⑯登記完了届の提出	登記完了届および登記簿謄本を各都道府県または保健所に提出します。
⑰保健所への各種届出	病院（診療所）開設許可申請 / 病院（診療所）使用許可申請 / 病院（診療所）開設届 / 病院（診療所）廃止届（個人開設）
⑱社会保険事務局又は社会保険事務所への各種届出	保険医療機関指定申請書・保険医療機関遡及指定願、その他の届出
⑲税務署等関係書類の提出	税務署等諸官庁へ事業開始に伴う各種届出



ジャンル：医療制度 > サブジャンル：医療法人制度

医療法人の社員の位置づけ

医療法人の社員の位置づけとは、どのようなものでしょうか？

医療法人における社員とは、実際に病院で働く従業員の方のことではなく（従業員の方が社員になることも可能であり従業員の中に社員という地位を有する方がいるケースもあります）、医療法人の重要な意思決定機関である社員総会に参加して議決権を行使する方のことをいいます。

社員

●医療法人の社員は、株式会社の株主に近い存在で、社員総会において議決権を行使し、重要議案を決定します。

- 株主との違いは、出資や財産の拠出は入社条件ではありません。全く出資・拠出しない方でも社員総会の選任により問題なく社員になることができます。
- 社員の人数に法的制限はありませんが、ほとんどの都道府県において社員が3名を下回ることは医療法人制度の趣旨に鑑み好ましくないとされ、行政指導の対象となります。
- 社員は自然人および営利法人以外の法人は社員になることができます。
- 社員は役員とは別の存在であり、社員は必ずしも役員になる必要はありません。
- 「持分あり」社団の場合、出資社員のみが退社時の払い戻し請求権を持ちます。
- 拠出の有無やその金額に関係なく、1人1議決権を有する建前をとっています。
- 社員は社員総会において法人運営の重要事項について議決権及び選挙権を行使するものであり、実際に法人の意思決定に参画できない者を名目的に選任することは適当ではありません。
- 社員になるための手続は、定款に定める事項とされていますが、一般的な定款では、社員総会によって選任することとされています。
- 未成年者でも、自分の意思で議決権が行使できる程度の弁別能力を有していれば（義務教育終了程度の者）社員となることができます。

社員の権限

- | | |
|--------------------|------------------------|
| ①定款の変更 | ②基本財産の設定及び処分（担保提供を含む。） |
| ③毎事業年度の事業計画の決定及び変更 | ④収支予算及び決算の決定 |
| ⑤剰余金または損失金の処理 | ⑥借入金額の最高限度の決定 |
| ⑦社員の入社及び除名 | ⑧本社団の解散 |
| ⑨他の医療法人との合併契約の締結 | ⑩その他重要な事項 |

※上記には「役員の選任」は記載されていませんが、役員の選任についても社員総会にて決定することとなります。