東京都病院協会会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社

TOKIO MARINE NICHIDO
東京海上日動

2026年(令和8年)10月26日
第354号
毎月1回　定価200円(会員購読料は会費に含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：猪口正孝　〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館402号室
TEL：03-5217-0896 ／ FAX：03-5217-0898 ／ URL：https://tha.or.jp ／ E-mail：thaoffice@tha.or.jp

厚生労働省担当官に聞く

電子カルテ普及計画が示す 病院情報システムの転換

厚生労働省は2026年9月、「電子カルテ普及計画」を公表した。2030年までに電子カルテ普及率を約100%とする政府目標を具体化するとともに、クラウドネイティブ型電子カルテへの移行、全国的な医療情報連携、サイバーセキュリティ対策の強化を一体的に進める内容である。従来の院内完結型の電子カルテを、医療機関をまたいで情報を共有する基盤へどう転換していくのか。中小病院は何に備え、国はどのような支援策を講じるのかについて、厚生労働省政策統括官付医療情報連携担当参事官室の赤池敏紀・室長補佐に聞いた。

厚生労働省政策統括官付医療情報連携担当参事官室
室長補佐
赤池　敏紀 氏



赤池　敏紀 氏

電子カルテを情報共有の基盤として位置付ける

政府は、2028年度までに電子カルテ未導入の200床以上の病院のうち、療養病床等が中心の病院を除いて普及率100%を目指す。さらに2030年までに、電子カルテ普及率約100%、地域の拠点病院のサイバーセキュリティ対策100%、大病院向けクラウドネイティブ型製品の提供を目標としている。

柱となるのが、オンプレミス型中心の医療情報システムからクラウドネイティブ型への移行である。標準仕様に準拠した電子カルテ製品を国が認証して普及を支援するとともに、電子カルテ情報共有サービスなどを通じ、医療機関や薬局の間で必要な診療情報を共有できる環境を整備する。

赤池氏は、計画の狙いについて「これまで電子カルテは、院内の業務効率化や情報共有に使われることが中心でした。これからは、臨床に必要なデータを病院間や薬局などで共有し、さらに医療の質を高めていくことが重要です。電子カルテを、公的な社会インフラの基盤として再構築していくというのが、この計画の大きなメッセージです」と説明する。

情報連携が広がれば外部とのデータ交換量も増えるため、サイバーセキュリティ対策の重要性も高まる。赤池氏は「情報連携によってデータを交換する量が増えれば、それに対応したサイバーセキュリティ対策も当然必要になります」とし、両者を一体で進める考えを示す。

もう一つの方向性が「脱カスタマイズ」である。これまで病院は医療安全や業務効率化などの必要性から、電子カルテを自院向けに個別に作り込んできた。一方、更新費用が高騰する中、カスタマイズによる追加コストや、医療DXサービス追加のたびに個別改修が必要になる構造には限界もある。このため標準仕様では、データ移行を容易にする仕組みも重視する。過去データの移行が障壁となってベンダー変更が難しい、いわゆるベンダーロックインを緩和し、認証製品間でより円滑に乗り換えられる環境を整える狙いである。

中小病院には更新時期を見極めた対応を求める

中小病院にとって重要なのは、「2030年」という期限だけを見て直ちに電子カルテを更新する必要はない点である。普及率約100%という目標は政府に課されたものであり、個々の医療機関に導入を義務付けるものではない。赤池氏は「更新時期を迎えていないのに、焦ってクラウドネイティブ型に変える必要はありません。病院にはそれぞれ経営状況があり、システムの更新時期もあります。まずは自院のタイミングを見ながら判断していただくことが大前提です。その上で更新を迎える際には、認証されたクラウドネイティブ型電子カルテを選択肢の一つとして検討していただきたいと思います」と話す。

ただし、現状のクラウドネイティブ型製品が全ての病院機能に対応しているわけではない。高度急性期や救急医療を担う病院では、必要な機能を満たせない場合もある。このため国は、移行期の選択肢として「パッケージ版電子カルテ」も用意する。政府の医療DXサービスへの対応、必要なサイバーセキュリティ対策、ノンカスタマイズでの導入などを要件とし、国が登録した製品から選択する仕組みを想定している。

赤池氏は「クラウドネイティブ型に進むための前段階という位置付けです。現時点のクラウド製品で必要な機能を満たせない病院にも利用していただけるように考えています」と説明する。

また、病院情報システム全体を一律にクラウド化するわけではない。MRIやCTなど画像系システムはデータ量が大きく、通信速度やコスト、診療上許容できる応答時間を考える必要があるため、一部の部門システムをオンプレミスに残すハイブリッド型も想定される。補助金などに合わせて減価償却途中のシステムを前倒し更新する必要もない。赤池氏は「更新を迎えるタ

イミングで使っていただけばよいと考えています」としており、自院の機能と更新時期を踏まえた判断を求めている。

中小病院がもう一つ備えるべきなのが院内人材である。クラウド化によってサーバー管理などの保守負担は軽減するとみられるが、システム運用やサイバーセキュリティをすべてベンダー任せにはできない。

赤池氏は「SEと技術的に対等に議論できる人材まで求めているわけではありません。ベンダーの説明を理解し、病院側の考えや要望をしっかり伝えられる人材は必要です。そうした人材を病院内で育成できるように支援していきたいと考えています」と述べる。経営層を含め、院内で必要な機能やリスクを共有できる体制づくりが重要になりそうだ。

導入時だけでなく移行・人材育成も支援

厚労省は2027年度予算の概算要求で、電子カルテ普及関係に計604億円を要求している。内訳は、クラウドネイティブ型電子カルテの普及に336億円、パッケージ版電子カルテ導入支援に121億円、標準型電子カルテ・導入版の開発・普及に93億円、歯科電子カルテの普及に54億円である。大病院向けクラウドネイティブ型システムの開発支援は別途、事項要求としている。クラウドネイティブ型については、認証製品の導入費に加え、オンプレミス型からのデータ移行費も2分の1補助する方向である。

パッケージ版は医療機関の規模に応じて補助額を設定する。支援は電子カルテ本体だけに限らず、更新に伴う部門システムとの接続についても、現行の補助事業では対象としている。サイバーセキュリティ対策では、外部接続点の監視やサーバー管理の強化などを進め、クラウドネイティブ型へすぐに移行できない病院についても、政府の医療DXサービスへの接続とセキュリティ水準の底上げを図る方針を掲げている。

人材育成も支援策の一つで、厚労省は全国の医療機関を対象にセキュリティ人材を育成する事業を進める方針を示している。また、クラウドネイティブ型では、大きな初期投資から継続的な利用料を支払うサブスクリプション型へ費用構造が変わる。赤池氏は「初期費用だけを補助する従来型の制度も変えていく必要があります。今年度の補助事業では、新規導入は3年間、更新は2年間、利用料も対象にしています。今後もこうした変化は意識していきたいと考えています」と話す。

厚労省は、少なくとも2030年までは電子カルテ普及事業を続けたい考えだ。ただし、概算要求は要求段階であり、実際の予算額や補助対象、上限額は今後の予算編成で決まる。

中小病院には、自院の更新時期、必要な診療機能、部門システムとの接続、データ移行、サイバーセキュリティ、院内人材を整理した上で、認証クラウドネイティブ型へ移るのか、パッケージ版を選ぶのか、既存システムを継続しながら医療DXサービスへの接続を進めるのかを判断することが求められそうだ。

日本病院経営革新機構　活動報告

病院の存続を支え地域医療を将来へつなぐ
事業継続・承継支援

一般財団法人日本病院経営革新機構は、病院の将来に関する幅広い課題を受け付ける「事業継続・承継よろず相談窓口」を開設した。建て替えや人材確保、後継者問題などを抱える病院を支え、地域医療の継続につなげる狙いである。取り組みを始めた背景や窓口の役割について、東京都病院協会常任理事も務める髙野研一郎代表理事に聞いた。

日本病院経営革新機構　代表理事
東京都病院協会　常任理事
髙野　研一郎



髙野　研一郎

病院の存続に関わる課題を幅広く支援

都内の病院を取り巻く経営環境は厳しさを増している。昨今の社会状況を反映した諸費用高騰に加え、医師や看護師のみならず各職種に及ぶ人材不足の波は既に押し寄せている。そのような既に直面している問題に加え、病院経営者の高齢化もあり事業継続・事業承継問題もしばしば耳にする話題である。髙野氏は「後継者の問題は全国共通ですが、東京ではそもそも全国と比較し、制約の多かった土地の問題に加え、建築コスト上昇により病院の建て替えが非常に難しい状況になりました。また人口推計によると都内区部は患者数がしばらく減らない予想ですが、少子化の影響で病院で働いてくれる人がいなくなったらどうするのか。事業継続はどの医療機関にとっても常に身近な問題です」と説明する。

病院が機能を縮小、あるいは撤退すれば、救急や入院の受け皿だけでなく、診療所や在宅医療、介護施設との連携、職員の雇用などにも影響する。同機構は、病院の存続を一法人だけの経営問題ではなく、地域医療を将来にわたって維持するための課題と位置付けている。

よろず相談窓口は、病院の事業継続問題に対し、特定の解決策を最初から決めるのではなく、経営者の希望を聞きながら現状と課題を整理する。その上で、親族や院内人材への承継、地域内の第三者への承継、グループ化・経営効率化、持分あり医療法人から持分なし医療法人への移行など、病院の状況に応じた事業継続を安定させるための選択肢を検討する。必要な場合には弁護士や税理士などの専門家、支援機関への橋渡しも行う。

個別相談は完全予約制で、初回相談は無料。相談内容は本人の同意なく第三者に共有せず、まず現状のヒアリングと課題整理を行う。実務作業や外部への委託が必要となる場合には、事前に説明した上で別途見積もる。機構内には専任の担当者を置き、必要に応じて各分野の専門家と連携する体制を整えた。

早期相談によって選択肢を整理

一方、「事業継続・承継プロジェクト」全体では、個別相談に加え、定期セミナーや合同相談会、専門家の紹介、関係法令・支援制度などの情報提供を行う。さらに弁護士、税理士・会計士、公的支援機関、金融機関などから情報を集め、病院が抱える課題に応じた勉強会を開くことも事業の柱としている。

髙野氏は、相談窓口について「病院をいかに存続させていくかということが、とても重要な問題になっています。まずは病院を存続させるために、抱えている悩みを何でもご相談ください。ちょっとしたことでも尋ねていただければと思います」と話す。経営者

にとって病院の将来は身近な問題である一方、外部には相談しにくいテーマでもある。同機構は、具体的な対応策を決める前の段階から相談を受け、まず課題を整理し、将来の選択肢を考えるための入口として窓口を位置付けている。8月に開いた開設記念セミナーでは、「相談することは、承継を決めることではありません」と呼びかけている。

髙野氏は今後について「事業承継はとてもデリケートな問題ですが、必要なときに頼っていただける存在でありたいと思っています。病院協会の相談窓口であるということに、安心感を持っていただきたいです」と話す。窓口の周知を進めながら個別相談を受け付けるとともに、セミナーや勉強会などを通じ、病院経営者が地域医療の将来を見据えて早い段階から選択肢を検討できる環境を整えていく。

医療DXレポート

AIネイティブ時代の中小病院DX
「使う組織」づくりから始める

医療法人社団東山会の調布東山病院は、83床すべてを地域包括医療病棟とし、年間約2600台の救急搬送を受け入れる。法人全体の職員は508人、病院は403人。70を超えるシステム部門（うちSE1人）で支えている。限られた人材と資金で、中小病院はAI時代のDXをどう進めるのか。東京都病院協会常任理事も務める小川聡子理事長に聞いた。

東京都病院協会　常任理事
医療法人社団東山会調布東山病院　理事長
小川　聡子

AIで変わる中小病院DX

中小病院のDXを考える上で、AIの浸透は大きな転機です。電子カルテへのAI機能の搭載や、クラウドとの連携が進み、大規模投資が難しい病院にも活用の可能性が広がっています。

当院も2025年度の電子カルテ更新でAI機能を導入し、医師を中心にサマリー作成などに活用しています。一方、看護師の利用には差があります。今は「習うより慣れろ」の段階。安全な環境で使う人を増やし、生まれた時間を患者対応やカンファレンスなど、人にしかできない仕事へ振り向けたいと考えています。

AI活用と安全管理は一体です。法人が把握しない生成AIを業務に使う「シャドーAI」に備え、禁止事項だけでなく、利用可能なサービスとルールを整える。現場の挑戦を止めず、安心して使える環境とリテラシーを育てることが重要です。

RPA、人事DXを経て「AIを使える」組織へ

定型業務ではRPA（ソフトウェアによる業務自動化）を活用しています。累計424本のシナリオを作り、SEではない職員12人が自ら開発できるようになりました。感染症リストの作成、輸血後のカルテ記載確認、入退院支援のデータ処理など、活用範囲は広がっています。現場主体で扱えるノーコード型製品を選び、外部専門家へ気軽に相談できる環境を整えたことが、使い手の育成につながりました。

人事DXも進めています。人事情報を基盤に勤怠、給与、人事評価を連携させ、年末調整は100%ペーパーレス化、業務工数を70%以上削減しました。給与明細もほぼウェブ配信となり、毎月約2日を要した配布作業がほぼなくなりました。重要なのは、紙の処理から解放された職員が、制度設計や業務改善、人材育成など、より創造的な仕事に時間を使えるようになったことです。

RPAで培った「現場に使い手を育て、職員同士で学ぶ」方法をAIにも広げようとしています。AI探究コミュニティを構想し、活用例や失敗、リスクを共有する学びを始めました。必要なのはプロンプトの技術だけではありません。「何を実現したいか」を自ら考え、結果を検証し、限界を理解する力と、試行錯誤を共有できる文化です。

投資の効果は時間だけで測らない

2025年度のDX関連支出は、電子カルテ更新投資や部門システム、保守費用などを合わせて約1億5000万円でした。維持・更新費用が続くからこそ、導入前に目的を定め、導入後に効果を検証する必要があります。

理事長直轄のDXコア会議を月2回



小川　聡子



定期コラム

共有設定を定期的に見直していますか？

警視庁サイバーセキュリティ対策本部対策第二担当
☎03-3581-4321（内線7861－2231から2235）
午前9時～午後5時

病院では、「患者の個人情報（病歴等）」などの要配慮個人情報を日常的に取り扱っています。近年、病院がランサムウェア攻撃の標的となり、これらの重要な個人情報が漏えいする事案が相次いでいます。ランサムウェア被害の拡大を防ぐには、ファイルやシステムへのアクセス権を定期的に見直すことが重要です。今回は、独立行政法人情報処理推進機構（IPA）が推奨する「情報セキュリティ６か条」のうち、「共有設定の見直し」について考えます。

一例として、2024年に発生した公立病院のランサムウェア被害を見てみましょう。

攻撃者は、保守用VPN機器を経由して院内ネットワークへ接続し、ネットワークの調査や情報窃取を行いました。本院サーバーの共有フォルダからは、病名などを含む最大４万人分の個人情報が漏えいしました。また、被害は本院だけでなく診療所にも及び、電子カルテなどの基幹システムのサーバーや多数の端末も暗号化されました。被害拡大の原因として、すべてのユーザーに管理者権限が付与されていたことや、すべてのWindows端末で同じ管理者ＩＤ・パスワードが使われていたことが挙げられています。これらの設定により、他の端末への侵入やウイルス対策ソフトの停止が容易になり、被害が拡大したと考えられています。紹介した病院に限らず、医療ＤＸの進展により、職員間でフォルダを共有する機会が増えていないでしょうか。

共有フォルダは、複数の職員が利用できる便利な仕組みである一方、「全職員がアクセスできる」「全職員に編集権限が付与されている」といった設定を放置すると、一つの端末やアカウントの侵害が甚大な被害に繋がる可能性があります。そこで今回は、今すぐ実践できる効果的な対策として「共有設定の見直し」を紹介します。

１．アクセス権の最小化

業務上の必要がないにも関わらず、全職員が閲覧できる「誰でも共有」フォルダの放置は厳禁です。用途や部署に応じて閲覧・編集できる範囲を分け、職員に必要な権限だけを付与する「最小権限の原則」を徹底しましょう。

２．共有アカウントと共通パスワードの廃止

利便性を理由に、職員間でアカウントを共有したり、複数の端末で同じＩＤ・パスワードを使い回したりすると、攻撃を受けた際の横展開が容易になります。職員ごとに個別のアカウントを使用させ、ＩＤ・パスワードの使い回しは廃止しましょう。

３．アカウントや権限の「棚卸し（見直し）」

職員のアカウントや外部ベンダーなどに付与した権限は定期的に確認し、不要なものは削除してください。特に職員の異動や退職、保守契約の終了時には、設定を必ず見直しましょう。

「これくらいなら大丈夫」という思い込みから生じた一つの設定不備が、個人情報の漏えいや診療停止に繋がるおそれがあります。職員一人一人が共有設定に関心を持ち、病院全体で定期的に見直しましょう。

開き、経営、経理、人材開発、情報システムなどが投資の妥当性を検討しています。評価するのは残業時間の削減だけではありません。生まれた時間を何に使えたか、医療の質、安全、患者体験、職員の成長につながったか。施策ごとに評価指標を定めています。

病棟では、離床兆候や睡眠・バイタル情報を活用し、電子カルテとも連携するベッドサイドケア情報統合システムを検討しています。現状の離床センサー対応は一晩３８７回で、不要な対応も少なくありません。新システムによって夜間対応を50％以上減らせると見込み、職員の負担軽減だけでなく、患者観察の充実や、患者の良質な睡眠の確保を通じてせん妄予防にもつなげたいと考えています。なお、削減率は導入前の推計であり、実際の効果は必ず検証を継続することが重要と考えています。

一方、職員アンケートで挙がった「車いすのまま測れる体重計」は、費用と業務削減効果を試算したものの、病棟全体からの能動的に必要性を訴える声が確認できず導入を見送りました。ｉＰｈｏｎｅなどの端末も、誰にどの情報を届けるために必要なのか、全員に配る必要性はないと考え、既存の仕組みで代替できないかを検討しています。ＲＰＡの追加購入も既存環境の稼働状況を確認して判断します。現場の提案を尊重することと、投資を無条件に認めることは違います。

現場を動かすために本部を強くする

取り組みは進んでいますが、誰もがデジタル、ＡＩを使いこなせる状態にはまだ遠く、ようやく「種をまける」ようになった段階だと感じています。普及の出発点は現場の課題意識です。「もっと良くしたい」という思いがあって初めてＲＰＡやＡＩが役立ちます。経営は方向性を示し、各部署が事業計画に落とし込み、実装する人と時間を確保する。成果を検証して横展開する。トップダウンとボトムアップを組み合わせることが、私たちの「全員主役」経営です。

現場の改善を持続させるには、本部機能も欠かせません。課題をデータで捉え、投資効果を検証し、人材育成や部署横断の展開を支える役割です。本部は２００９年の６人から２０２５年には43人となりました（うち約10人は地域連携室・送迎職員）。人件費はかかりますが、組織を変えるための人への投資は、持続可能な事業展開、人が集まるマグネットホスピタルの実現に必要と考えています。

さらにＡＩ時代には、セキュリティも経営課題です。情報システムの全体像、責任体制、認証、バックアップ、ＢＣＰ、ベンダーとの責任分担を把握し、優先順位を決める。「ＩＴは専門家に任せる」「現場に『やれ』」だけでは、経営者の責任は果たせません。

これから入職してくるのは、ＡＩを使うことが当たり前の世代です。人手が減る時代、小規模な病院ほど技術を使いこなす組織力が問われます。ただし、技術が組織を変えるのではありません。人が技術を使って組織を変える。デジタルで時間と情報を整え、人が人にしかできない価値を生み出せる病院を目指します。

