

2024-01-11

健康・医療・介護情報利活用検討会

第3回電子処方箋等検討ワーキンググループ

15時00分～17時00分

○猪飼企画官 それでは、定刻となりましたので、ただ今より、健康・医療・介護情報利活用検討会 第3回電子処方箋等検討ワーキンググループを開催いたします。皆様におかれましては、御多忙の折、御出席いただきありがとうございます。

本日のワーキンググループは、ウェブにて開催し、YouTubeにてライブ配信しております。なお、本ワーキンググループの公式な記録は追って厚生労働省ホームページに掲載する議事録であり、この動画中継の映像及び音声は、本ワーキンググループの公式記録ではありません。また、録音・録画は禁止としておりますので、傍聴されている方は御注意願います。

続いて、本日の出欠状況です。本日は、計12名中10名の構成員の皆様にご出席いただいております。小野寺構成員が前の御予定の関係上、遅れての御参加となります。また、石井構成員が御欠席となります。なお、長島構成員が16時30分頃、御退席の御予定です。

それでは、これより議事に入ります。構成員の皆様から御意見、御質問いただく場合は、Zoomの挙手機能を用いてお知らせいただき、指名されましたら、所属と氏名を告げてから御発言ください。発言終了後は、マイクをミュートにさせていただきようお願いいたします。以後の議事進行は、山口主査をお願いしたいと思います。山口主査、よろしく願いいたします。

○山口主査 はい。皆さん、こんにちは。今年初めての会議ということで、今日もどうぞよろしくお願いいたします。それではまず、事務局から資料の確認をお願いいたします。

○猪飼企画官 事務局でございます。資料の確認をさせていただきます。本日は議事次第、資料1、資料2、参考資料1を構成員にお送りし、厚生労働省ホームページにも掲載しております。以上でございます。

○山口主査 ありがとうございます。それでは、議事に入りたいと思います。まずは議事1の「薬剤トレーサビリティの取組みの紹介」についてです。本日、鳥飼構成員から御紹介いただきますので、鳥飼構成員、どうぞよろしくお願いいたします。

○鳥飼構成員 はい、よろしくお願いいたします。群馬大学医学部附属病院システム統合センターの鳥飼と申します。本日はこのような発表の場を頂きまして感謝申し上げます。それでは早速資料の説明をさせていただきます。画面、映っておりますでしょうか。では始めさせていただきます。

群馬大学では10年ほど薬剤部さんと病院長等多大な御支援を頂きまして院内の中で薬剤トレーサビリティというものをやっております。これは今で言いますところの医療DXであろうと認識しております。今回の電子処方箋の活用の一例として御覧いただければと考えております。まず、私なりの解釈なのですが、医療DXというのは院内外ないしはス

スタッフの方に時間を作るということを主たる目的としているものと認識をしております。何度も出ております資料でありますけれども、こういったものが複数の問題を解決していく、特に情報を使って手続をしなければいけない医療においてはその活用度が大きいと期待をされているところと認識しております。ただ一方で我々は既に情報的には危機的な状況にありまして、これは左側は医師のバーンアウトですね、燃え尽き症候群に関する論文の数であり、右側がAlert Fatigue、アラート疲労と呼ばれている論文なのですけれども、どちらも国際的に大量の論文が発生している、つまり問題化しているということがあります。これは国内が単に人が少ないということだけではなくて、世界中で情報化が進み過ぎた結果、人間が処理する情報量をはるかに超えているという状況をまず厳として突き付けられているわけでございます。

ここにDX、デジタル化つまり電子計算機を使いまして処理の一部を担保していく。そこに例えば意思決定や判断ないしは検索等の電子計算機が得意とするものを人間が医療をやる中で提供していくということが必要でありまして、また、釈迦に説法と思えますけれども、こういった医療提供体制を高度化しながら維持するということをするためには、人間が減るわけでありますから主体的な労働力を増やしていかなければいけないという状況かと思っております。

もう一つこういった技術的なもの、「科学技術立国」が20世紀の用語でありますけれども今後、人の在り方でありますとか、よくバリューと言っていますけれども価値観に沿った生き方というものを個別に実現できるということが幸福の度合いでありまして、日本はなぜか自殺率が非常に高いわけですけれども、より意義ある人生を送れるようなことを医療DXを進めていく上で達成しなければいけない目標と考えております。

今日皆さんに供覧したい一番大事なスライドでありまして、実はスライドの量かなり多くて全部説明しきれませんので、この資料のこのスライドだけよく理解していただいてその他は群馬大学でやっています事例がばらばらと並んでおりますので、後ほど御覧いただければと思います。

まずここにあります退院時サマリあるいは退院時処方、電子処方箋等、3文書6情報というものを活用しましょうという話でありますけれども、これらは病院の外の公的なサーバーによってその情報を得られたりないしはそれを返したりという仕組みが動かそうとしているのが、まさに電子処方箋を活用するための方策と考えています。

これまで議論されておりますところではこの青い線、外来のフローというものがありまして、こちら今までで議論されているところだと重複の低減でありますとか禁忌、病歴の確認の向上というところがメリットとして挙げられております。

ここからがおそらく皆さん御関心いただけるところかと思うのですけれども、入院の最初期に入院時診療計画書を書いたりないしは患者さんが持参薬をその中で使うというときに、持参薬を登録するという場面がございます。なかなか外から見えないワークなのですけれども、非常に手間が掛かっておりまして、診療計画書を作る際に登録の手数を短縮したり

するということが期待されています。ここに入院時診療計画書を電子化するという意義が生まれてまいります。

そして、こういったものが過去の病歴や治療歴というものをきちんと参照することによって入院時契機となった病名が要は治療すべき病名であるかということ精度良く検証するとともに診療計画書を書くのが手間でありますので、その工数を削減していくということになります。入院中は薬についてはかなり難しいフローをたどります。特に高度急性期の場合には患者の容体によりまして、その処方をされた薬を服薬の指示が頻繁に変わることがありますので、処方箋と同様の扱いをするのが難しく、別に処方カレンダーというものを運用したりするのですけれども。

もう一つの契機は退院です。入院時に決めたことを退院のときにできましたか、というようなことをやるのが退院時サマリでありまして、これが入院時診療計画書をひな型にして作ると作りやすいわけであります。こういったところに途中出された薬が電子化されますと、電子カルテと標準化されたFHIRサーバーを応用してサマリを作るというのを半自動的に行う。これは進んだ病院さんなどですと個別に取り組んでいらっしゃる例もありますけれども、こういったところで役に立つということが挙げられます。

もう一つ大事なものは、フォローアップのフローであります。トレーシングレポートというのは今加算になっておりますけれども、退院時に処方された薬剤が薬局で処方された後に服薬を自宅でされた患者さんが副作用を起こしたときに、その起こした薬が退院時処方に基づいている場合、これを薬局から主治医に報告するという形で適切な支援を受けるとことがフォローアップであるのですけれども、ほかにもその後、がんの患者さん等は長期に再来の受付をするわけですけれども、この中でデータのフローが毎度確認されているということになれば、例えば術後に放射線治療を受けたりないしは化学療法を受けた後、放射線治療を受けたりというような複数の病院で治療を受ける際にもこういった薬、何を飲んでいましたか、どんな治療をしましたかということが引き継がれるというようなフローが実現してまいります。

これらに関して今は紹介状でありますとかないしは紹介元の病院に大量の電話やヒアリングをして情報を集めている状態でありまして、これらを電子化してサマライズして活用していくということが回り始めれば、最初は確かにデジタル化は大変かもしれないのですけれども、長い目で見れば大変大きな作業、手間の削減ないしは生活への貢献、将来的にはAIを使ってオートメーションしていくことになると思うのですけれども、まさにそのかぶら矢となるということが期待できるということが示されるのではないかなと考えております。

この図が一番大事な図ですので、御清聴いただきましてありがとうございました。

残りは本当にパラパラと漫画のように説明いたします。

10年前にやりましたのが、ICタグを使って薬剤部の中での調剤ステータスを自動的に可視化するという取組を行いました。これは皆さんに御説明するまでもないのですけれども、

医師が処方箋を出しますよと薬剤部の中ではこういった6つくらいのステータスを経まして薬が作られて、止められたピンチを外して出ていくというふうになっております。

それで、何が問題かといいますと、この途中に電話が鳴って、要はスムーズな進捗ができないというのが薬剤師から聞いた話でありまして、看護師もいつ薬ができるか分からないのでやはり電話を掛けてしまうという、お互いのトラブルの話を伺いました。

そこで調査をしました結果がこちらですけれども横軸が急いでくださいと至急調剤問合せ、縦軸が出来上がり確認、できましたかという確認なのですけれども、正の相関があります。つまり急いでくださいと電話を掛けると薬ができるのが遅くなるので、出来上がりの確認をする電話が増えるという悪循環が起きているということです。非常に明確で $R^2=0.73$ とかなり強い相関を持っています。そして、こういったトラブルがいつ起きているかを調べていただいた結果が18時のところを見ていただくと分かるのですけれども、翌日分の処方箋を出している非常に大きな時間があります。これはヒアリングしましたところ、要は日勤と準夜帯の看護師の引継ぎに伴って起きているのですね。要はここで薬を出して受け取っておかないと引き継いだ後にそれが手元にあるかどうかの責任が持てないというようなことがあります、ある急ぎのタイミングが存在するということが分かってきておりました。

そこで電話を掛けずにコミュニケーションをとる方法ないしは調剤の状況を確認する方法はないかと考えまして思い付きましたのが、このICタグであります。処方箋に付いているクリップがあるのですけれども、このクリップが急ぎのものには赤いクリップを使っているところからヒントを得まして、これを電子カルテと結び付けました。処方箋を発行して、ステータスが変わるごとにアンテナがそれを拾ってデジタル的に状況を把握します。今この上に置かれています画面は病棟に置かれている画面だと思っていただくとよいと思うのですけれども、各フロアにこの確認する画面が映るということになっています。そうしますとこのようにどのフロアで、どの患者さんが今どんな状況で薬が作られているかということを確認するということができます。これをやることによりまして、電話を掛けなくてよくなる。つまり「聞く」から「見る」ということにモダリティを変化させるというところにDXのポイントがあるのですけれども、こうすることでお互いの電話を減らすということをもくろみました。これは動画なので長いので省略しましけれども、右下に出ておりますとおり、実際に電話を掛ける回数が減りまして、必要な問合せは当然減らないわけですけれども、結果として看護師さんも薬剤師さんもストレスが減ってかつ診療効率も上がるというような正の循環を作り出すことができました。これは10年前ですけれども、自動認識システム大賞というものを頂いております。

こういったことからスタートしまして、次に処方と注射の指示の電子化というものに取り組みました。これは薬が、要はオーダーですね、医師が指示をしてから服薬されるまでの流れが書いてあるのですけれども、よくこのように習うのですが、実際にはこの途中に変更と確認がたびたび起きるとい、これが物流などと違う点でありまして、オーダーをさ

れてから患者が飲んでフォローするまでの間に大量にチェックが入るといのはこういった理由なのでございます。この中に調剤するまではオーダーがある、電子的に飛ぶないしは入力をして服薬をしましたというのも電子的に飛ぶのですが、その途中、病棟の中で薬をどのように飲ませるかという指示を頻繁に変更するところが群馬大学はずっとアナログでありまして、指示簿という大きな帳簿があります。これを1フロアに一つずつ一冊ずつ持って、ラグビーボールみたいにこれを奪い合うというのが日常的に起きておりました。

ただしこれは原本性を確保しなくてはいけないので、これが二冊あるということは決していないのですね。要は一冊でないといけないというのが、要はそこに指示を必ず書いたというのを担保する物理的な方法でありまして、ただこれが物理的にものであるがゆえに非常に非効率な運用をさせられているというのがあります。そこでこれを電子化しましょうということをやり始めまして、これが病棟全てで実は指示を統一するという難題をクリアしなければいけないということが後で分かってくるわけなのですけれども、数年掛かって取り組みまして、2017年から2020年ぐらいまで掛けて、うちのんびりしていただけなのですけれども、全診療科の方に同じインターフェースを使っただけということをお願いしてやってもらいました。結果としてこのようにカレンダーのような表示がありまして、薬が並んでおりまして、日付で横に並んでいますけれども、この上で医師が指示を出し、指示変更もこちらで行います。ですから処方箋で出された薬と別に服薬の指示の要は一覧というものがあまして、その上で要は指示出し、指示受けを行うという形で原本性を担保するというのをデジタル的にやることにしました。これは大きな点ですね。

あとはこういったRFIDやICタグを使ったりとか無線を使ったりしますと、一瞬だけ御覧いただきますけれども、例えば院内の医療機器が24時間でどの辺りにいて、どんな利用効率をされているかというのをオートメーションで把握するというのもできるようになります。これは機械の使われ方ですね、効率を判断して、次買うべきかどうかの例えば資料にするなどというような活用が期待されるわけでございます。

最近取り組みましたものは、今度総務省のローカル5Gの実証事業の中で薬剤トレーサビリティというのを考えました。昨年やりましたのは、ローカル5Gを病院の中に張り巡らせまして、ロボットに画像認識装置を付けました。これが薬を識別する役割がありまして、これを薬剤師が入院時の持ち込んだ持参薬の確認のために使ったり、ないしは看護師さんが配薬のときに要はサブ確認するために使ったり、ないしは患者さんが薬を飲んだかの確認に使うという3通りの使い方を動くロボットによって実現しようとしたというところがあります。

併せて先ほど申しましたICタグのトレーサビリティを、今度病棟まで持ってきまして、薬がどこに行ったかというのを今度は空間的に把握するというのを併せて行っています。これはちょっとパラパラ漫画なのですけれども、ロボットの後ろに大きな黒い箱が載っておりましてその中に画像認識システムが載っております。これは中に薬を入れますと、一包化した薬剤でも10錠くらいであれば候補をAI、画像認識した方法で候補を出しまして、こ

れをチェックするという形で配薬や服薬、持ち込まれた薬のチェックをやるというのを効率化しております。これは病棟薬剤師さんに非常に好評でありまして、普段やっている実際の確認の時間がだいたい半分ぐらいになったというようなお言葉を頂いております。これはテスト的になのですけれども、患者さんが飲んだかどうか確認するという試験もやりました、どうやって確認するかといいますと、飲みがらですね、からを確認するという識別の方法を取りました。ただこれはそういったデータベースがありませんで、院内で薬剤部さんから1500個くらい飲みがらのサンプルを頂いて、全部写真に撮って学習に入れたというやつなのですけれども、最終的に95%ぐらいの精度で薬の数と種類を把握するというような結果が出されました。これも結構病棟の中ではロボットがかわいいと評判にあります。別の効果もあります。こういったことを重ねて要は10年くらい掛かっているのですけれども三つのプロジェクトが全て薬剤のトレーサビリティに関わるDXをやってきたというようなことが御紹介いただけたかと思えます。

こういったことはすぐにできないというところがありまして、特に厚労省さんの中で均てん化など急ぎやらなくてはいけないDXというものと私が置かれた実は10年掛かりますという話は、実は非常に大きな乖離があります。乖離があるということ認識するのが大事なかなと思ってまして、ただ、ただやれないことはない。

もう一つ、私がここに来ておりますけれども、三代の病院長がこういったものにやはりきちんと、要はやりますと支援をしていただいて、予算なりそれこそ全診療科集めても、それこそ医長を集めての会議ですけれども、そういったものを企画するというのをやはりやっていただいたおかげだと考えております。

後はこういったものをやるには、やはりこれはDXらしい話なのですけれども、電子カルテのレスポンスを大きく改善しました。前は2分くらい掛かっていた処理を5秒ぐらいにするとかですね。こういったシステム的なインフラを整備する、これは一見ものを買っているだけに見えるのですが、よくよく見ますと電子カルテの待ち時間って実はかなり要は時間の無駄でありまして、1日10分くらいカルテで待っている時間がそれまではあったのですけれども、これを減らしますとだいたい年間2億円くらいのマンパワーを作り出したのに等しい効果があります。当然これはお金ベースで換算してはいますけれども、本来はトレーニングされた方が51人も増えるというのはほとんどないことでありまして、こういったことは要は機械のレスポンスを上げますと、要は人を雇ったのに等しい特にスキルのある人を雇ったのに等しい効果が出ます、というところが特筆すべき点かなと思っています。

こういったことは速やかに進めるためには厚労省標準になりましたHL7FHIRという規格を使ったり、院内のWeb化ですね、こういったものでサイバーセキュリティ等担保しながらやりますという仕組みをやはり整えて、見える画面ではなくてインターフェースですね、コンピュータがつながる仕組みのところですけども、APIを含めて内部をきれいにすることを進めていった結果、去年の総務省事業というものも半年くらいしか実際実動がないのですけれども、その間に実証するということができたということでもあります。

標準化は非常に大事であります。

それで、意思決定についてですけれども、意思決定というのは現場から上がってくるものと経営者が上げてくるものとありますけれども、現場の意見が意思決定に影響を与えることがあり、またその経営者が何を価値とするかということ宣言する責任があるわけですが、その価値に沿って何を調べるべきかという二つの方角がありまして、この二つがせめぎ合うことで真ん中にその意思決定のPDCAのサイクルが回りますということでございます。

もう一つはDXが難しいという話は、このように1970年代ぐらいから電算化というのがずっと進んでいるわけですが、これがこのようにずっと建て増しのものをしてきたという一つはそういう複雑さと、また診療報酬改定もそうですけれども、たびたび変更が起きます。どうしても継ぎはぎのシステムにならざるを得なかったのが今までだと思っております。これはやはり統一的に作り直すというタイミングを持つのはまさにDXに旗を振っていただいた今ではないかなと思います。

いろんなインフラをやりましたという話はいろいろありますので、また後ほど御覧ください。

今回の話ですと、DXを何でやるんだという話があると思うのですが、病院長に一貫して理解していただいているのはやはり自動化をする支援をやれば、人手を少なくして高度急性期医療を今後も発展させられるだろうという期待でございます。ここには当然今の電子処方箋をやるだけでもやはりいろいろ突っかかっているところがあるのですが、ただ上手にやりますとほかの発展にやはり寄与するようなインフラ基盤を引くことができます。こういったことが今日厚労省のスタッフ、来ていただいておりますけれど、まさに国からも支援を得てやる必要があるだろうというところは一意見として申し上げたいと思っております。

こんなDXフローみたいなものも書いておりますけれども、皆さんで是非盛り上げていきたいと思っております。以上でございます。ありがとうございます。

○山口主査 はい、鳥飼構成員、どうもありがとうございました。実際に取り組んでこられた取り組みをご紹介いただきました。皆さんも御質問等あると思っておりますけれども、後から御質問の時間を設けておりますので、続いて事務局から議事2の「院内処方への対応」と議事3の「薬局起点の医療情報等の共有について」の説明をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。

○栗田課長補佐 はい。そうしましたら、医薬局から資料を説明させていただきます。お手元の資料の2番を御覧ください。本日は議題としまして2ページに書かれておりますが、「1. 院内処方への対応」と「2. 薬局起点の医療情報等の共有について」ということで御説明させていただきます。

資料をめくっていただきまして3ページになります。電子処方箋については今どういう状況かを申し上げますと、当面のスケジュールとしてはこちら第2回のワーキンググループ

のときにお示いたしましたでしたが、昨年の1月に稼働いたしました。そのときに対応できなかった3機能について昨年末に実装させていただいたところになります。具体的に申しますと、3ページの上から3番目のところにあります口頭同意対応、リフィル対応、マイナンバーカードを活用した電子署名、こちらの3機能について昨年の12月28日にサービスをさせていただいております。年末の状況ですが、全体として11,258施設と、12月24日時点ですが医療機関・薬局さんに導入いただいているというところで、我々としましてはこの機能をもって現在公的病院の方への大臣要請あるいは補正予算での追加支援等々を含めて、電子処方箋をどんどん広めていくという活動をしております。それと並行して、いろいろ御意見を頂いているものについても実装をやっていかないといけないということで、3機能の下のところに「その他の機能拡充」と書いてありますが、本日議論いたします院内処方と、一番下の「その他」にあります。上記以外についても随時必要な検討を進めると書かせていただいたその他の機能としてトレーシングレポート等の検討というものがありますので、本日はそちらについてメインの議題とさせていただいているところになります。こういった一連の取組を含めて厚生労働省としては電子処方箋の普及に努めてまいりたいという思いであります。

資料をおめくりいただきまして、5ページをご確認いただけますと幸いです。5ページは第2回のワーキンググループで取り扱った院内処方の議論の振り返りになります。院内処方に関する論点としては、まず前回議論をさせていただいたのは院内処方の情報共有の範囲というところで、こういった情報を共有するのが適切なかを議論いただいたという認識です。6ページ、7ページ等々で議論いただき、こちらも資料の振り返りになりますが、7ページにありますように、「薬物治療を目的としている薬剤」を基本の共有の範囲として一定程度見定めていったらどうかということも議論させていただきました。

本日議論いたしますのは8ページ以降、「1. 院内情報の登録のタイミング」で、次回以降、医療現場の運用フローの整理ということで、情報の範囲から現場の運用に入っていく段階と認識しております。院内情報の登録のタイミングというところですが、本日御説明しておりますとおり「処方」→「調剤」→「投薬」といったフェーズごとの情報をこういったタイミングで登録いただくのかということが本日の議論の主題となってまいります。論点一覧は8ページ、9ページに再掲しております。

本日の議論の中身に入っております。10ページを開いていただけますでしょうか。

まず院内処方として区分されるものを分類しております。院内処方と我々が呼んでおりますものを大きく分けると、(1)、(2)、(3)と10ページに書かせていただいております。まず入院患者さんに対する薬剤の処方・調剤・投薬の情報、そして(2)、(3)こちらは別途扱いたいと思いますが、外来の患者さんに対する院内処方、あるいは退院時の患者さんに対する処方があるかと思っております。大きく分けると、やはり入院患者さんに対する薬剤の処方・調剤・投薬ということが大きな論点となってまいりますので、こちらを11ページから14ページで、(2)、(3)を最後に扱いたいと考えております。その理由としまして

は、(1)の場合、入院患者さんに対するものになりますと、投薬情報まで全部入ってくるようになりますので、どこまでの情報をどういったタイミングでというところの議論が(2)、(3)と少々変わってくるかと考えているからです。

次、11ページになります。まず、入院患者さんに対する処方・調剤・投薬についてです。かなり概念的な整理になっておりますが、入院患者さんに対する薬剤の管理ということになりますと、先ほど鳥飼先生の方からも御指摘いただきましたが、入院の前には持参薬を皆さん服用していらっしゃいますので、それらについて持参薬の登録・管理ということが必要になってきます。そして、入院中に関しては、かなり概略的に申しますと、入院時に先生から処方され、薬剤部等で調剤され、実際の病棟で看護師さん、御自身等で投薬がされ、あるいは服用するというところまでいくような整理ができるかと思っております。我々は院内処方情報について一体どういうふうに活用するのかと考えますと、重複投薬チェックであるとか、あるいは最終的にその方が何を投薬され服用したのかの情報を活用するものと考えられます。また、情報の精度としては、最後の投薬に至った情報の方が高いという考えができるかと思えます。

ただ、12ページになりますが、我々の方でこういった前提の下、各病院さん、ベンダさん等にヒアリングをさせていただいたところ、なかなかそこまで一気に行き切らないのではないかということが分かってまいりました。先ほどの鳥飼先生のお話でも「指示簿」という、最後紙で管理している場合もあるという話を頂きましたが、実際のベンダへのヒアリング結果、12ページの3ポツ目になりますが、「「投薬情報」が保持されている場合が多いものの、実際には電子的に薬剤情報が紐づくような形できちんと保存されていない」であるとか、あるいは「「投薬情報」の管理は医療機関の運用に落ちてしまっている」というケース、あるいは「一回投薬をしたときには処方などに立ち戻ってもう一回登録している場合」、といったかなり様々なケースがあることがだんだん分かってまいりました。その上で、投薬情報、最後の精度が高いと考えられる情報を登録してください、電子的にお願いします、となると、改修等には相当なコストや時間が掛かるということがヒアリングから見えてきました。

ただし、同時に分かったのは、多くの電子カルテシステム等で最初の「処方情報」は管理されており、こちら先ほど申し上げたことですけれども、最後のところから「投薬情報」が中止・変更等が発生した場合は戻って管理されているというところも分かってきたところになります。したがって、一気に通貫でなかなか電子的に管理されている、というのは、全部で通用することはなかなか難しいのではないかという現状が分かってきています。

我々としては、最後の丸のところの方針を書いておりますが、患者さんの服薬実績に近い情報の登録を目指すというのはこの院内処方の情報を活用していくという観点からもそうかなと思えますが、投薬フェーズの薬剤管理をシステム上で管理していない、あるいは他院で活用できるようなデータとして保持していない医療機関においても、薬剤情報を柔軟に登録できるというのが必要かなと考えます。我々としてア、イと段階を付けて方針

を示しておりますが、投薬情報を登録できるように対応していただくというのを掲げつつ、それが困難な場合、それが厳しい場合だったとしても電子処方箋管理サービスとしては一律にそれを排除せずに、投薬情報の登録が困難な場合は、医療機関が管理する情報の中で患者さんの服薬実績に近い可能な情報を登録いただく、という方針としてはどうかと考えております。

次になります、13ページ、どういう情報を登録いただくのかは、今申し上げたなるべく実績に近いもので可能なもの、というところかと思っておりますが、ではその情報をいつ登録いただくのかという点が13ページ、14ページに掲げている論点になります。電子処方箋登録のタイミングのパターンというところで、最初我々の方で考えておりましたのは、そういった処方情報なり投薬情報というものが発生したらその都度、電子処方箋管理サービスの、中央の方へ送っていただくというパターンと、かなりこれも概念的な整理ですが、一括である程度、退院するなどのタイミングで登録いただくという2つのパターンに大きく分けて考えておりました。これで実際にどうかということを、ヒアリングしてきたところです。

14ページになります、こちらもいろいろ我々の方で検討しヒアリングしていく中で、突然の転院や災害等の有事がある場合など、全部を考えるともちろんリアルタイムで都度登録いただくというのが、いろいろなユースケースを全部満たすという意味では望ましいと、一旦は考えられる一方で、入院中の患者さんの薬剤情報がほかの医療機関や薬局で必要とされる機会は少ないと。例えば入院中の患者さんでその病院で、例えばその診療科がない場合に、外部の例えば眼科や歯科にかかるなど、そういった他院で必要となる場合はもちろんないわけではないのですが、その機会が非常に多いということではないと。あるいは仮に他院を受診する場合については診療情報提供書等で情報提供がされるといった運用もあることから、もちろん全てのケースを覆うということからリアルタイムでの登録をできるようにはしつつ、それが難しい場合には、ある程度まとめて登録いただくということをやるとする方針で臨んではどうかと。要するに全体としてリアルタイムで絶対に登録してくださいとすると、その必要性がどこまであるのかということと、それが厳しいというような運用を強いることになるのではないかとということなので、可能としつつまとめて登録することも認めてはどうかというのが、一旦の方針としてお示ししてはどうかと考えており、ここについても御意見を頂ければ、と考えております。

また、退院時というのがかなりまとめてというか、量が多くなってしまう場合等もあるので、随時リアルタイムでもできますし退院時でもできるけれども、例えば定期的なタイミングで登録することにしてもよいのではないかと。これは方針として矛盾するものではなくて、ずっとできるようにしておいて、最低限として、退院するとか、他院でかかることがある前には登録してくださいということですが、定期的なタイミングで登録いただくという運用も現実的な工夫としてはあるのではないかと考えております、というので記載させていただいております。こちらが入院時の患者さんに対するヒアリングを踏まえた事務局とし

ての方針案としてお示ししているものになりますが、15ページ、16ページにはこちら先ほど申しました(2)、(3)として、外来の患者さん、入院時以外の患者さんに対する処方あるいは退院時の処方に関する方針となります。こちらについては入院時の患者さんと少し異なり、患者さんへの交付することになった調剤された薬剤情報を電子処方箋管理サービスに登録していただくこととし、要するに入院時の患者さんとは異なって、最後にお渡しするといったところ、あるいは投薬するということで情報を登録いただくというかなりシンプルな方針でよいのではないかと考えております。ただ電子処方箋管理サービスの現行との違いで申しますと、今は医療機関において処方情報を登録いただき、薬局で調剤した後には調剤結果を登録いただくということになりますが、院内処方以外で外来の患者さんに対応する場合あるいは退院時処方をする場合については、こちら最後の調剤済みの結果と同等のもので登録いただくということでよいかと思っておりますので、そういった登録の方法あるいはその旨が分かるような表示等については検討した方がよいかなと考えております。

また、16ページもかなり付加的な論点になりますが、現在との違いで申しますと、現在の院外処方箋については引換番号、処方内容の控えを提供しております。こちらについては特に控えの方は、マイナンバーカードが普及するまでの暫定的な措置ということですが、医療機関から薬局に行くまでの間に先に引換番号を薬局にお伝えして、それで調剤を開始いただくことができるようにこういったものを発行しているというものになりますが、院内処方の場合についてはこういったものは基本的に要らないのではないかと我々としては考えています。最後に消し込みとして院内処方において本当にそういった紙のようなものを発行しなくてよいというので大丈夫かという確認をしたいと思っておりますが、基本的に医療機関から薬局に行くというように、引換番号を患者さん自身にお渡しするという第一義的なニーズはないものと考えておりますので、院内処方の(2)、(3)の退院時処方や外来の方で院内処方をする場合については要らないのではないかと考えております。以上が本日御説明の院内処方箋についての論点となります。

次に17ページ以降が「2. 薬局起点の医療情報の共有について」というところになります。こちらですが、薬局起点の医療情報の共有というところで18ページを御覧いただければと思います。電子処方箋については繰り返しますとおり昨年の1月から運用は開始されておりまして、導入率が直近5%台となっております。我々として引き続き導入拡大を進めているところですが、徐々に過去情報の活用ができているという声も頂いておりますので、こういったところを我々としてはメリットとして周知していきたいと考えております。電子処方箋においては、発行時に医師や歯科医師の方が薬剤師に、要するに医療機関から薬局の方に伝達するコメントを記載することが可能となりまして、調剤結果についても同じように薬局から医療機関の方にコメントをすることが可能となっております。そして、運用開始の施設からきちんとコメントを付すことで不要な疑義照会が減るとか、本質的な処方監査や対人業務の時間確保につながっていくのではないかなというような声も頂いております。しかし今回、薬局起点の情報の共有というところをテーマとして持ち出し

たのはなぜかと申しますと、今はあくまでも医療機関から発行された処方箋に対してコメント、あるいは調剤結果についてコメントをすることができるものであって、患者情報を詳細に記述するといったもの、あるいは薬局起点の何かものを書くということに対して十分ではないからです。

こういった状況の中で19ページになりますが、今後電子カルテ情報共有サービス等で医療機関から医療機関への情報共有というものは設けることができるようになっております。同じく薬局においても外来の患者さんが医療機関に入院する際などに、トレーシングレポート等で薬局から医療機関という形で情報共有をしていることを把握はしておりますが、こちらについては電子処方箋の現在の機能ではなかなか使えないため、まだファックス等で送信されていることが多いと承知しております。電子処方箋を実装し、今後電子カルテで医療機関から医療機関の情報共有を実装していくという中で、薬局起点の情報共有について検討していかななくてはいけないのではないかと声を頂いているところです。その代表的なものとして我々としてはトレーシングレポートがあると考えておりますが、そういった文書以外にも何か地域独自でされているものがあるかもしれないということで、こちらについては適切に把握しておく必要があると考えております。

20ページで、今回御議論いただきたい論点としては、薬局起点の医療情報にどのようなものがあるのかということ把握した上で、薬局起点の医療情報を電子的に共有する必要性、要するに医療機関からではなく、薬局発の医療機関への情報提供がどの程度あるのか、必要性があるのかを、それをどう考えるのかということかと思っております。こちらについては患者さんへのメリット、医療機関・薬局へのメリット、経済的なメリット等々いろいろな視点があるかと考えております。また、薬局起点の医療情報と、医療機関から薬局に対して行われる薬物治療に係る情報との関係をどのように考えるか。薬局起点の情報共有を電子的に行う場合、どのような点について詳細な整理を行うことが必要か。院内処方と同じように考えますと、どういう範囲のものを共有して、どういうタイミングで共有するのかといったような類似の論点は考えられますが、そういったことについて、あるいは項目、フォーマット、これは情報共有の範囲ということですが、そのやり方等も含めて検討していかななくてはいけないのではないかと考えております。項目やフォーマット等に若干類似する論点ですが、薬局起点の情報共有について、どういう観点で標準化が必要だと考えられるか。あるいは薬局から薬局への情報共有が想定されるかといった点も論点になってくるのかなと。我々としては今後の御意見等を踏まえて、薬局・医療機関間の情報共有の在り方について検討を進めていきたいと考えております。

それ以降の資料については、先ほど申し上げた医療機関・薬局に対するあるいはベンダさんに対するヒアリングの詳細となっておりますので、御説明については割愛させていただきます。事務局からの説明としては以上になります。

○山口主査 御説明どうもありがとうございました。それではここから鳥飼構成員と事務局側の説明について御質問、御意見あるかと思うのですが、3つに分けたいと思っております。

して、まず鳥飼構成員の御発表に対しての御質問、御意見をお受けしたいと思います。御質問、御意見おありの方いらっしゃいますか。まず長島構成員、お願いいたします。

○長島構成員 はい。日本医師会の長島です。鳥飼先生の御講演、大変勉強になりました。一番最初の医療DXとは時間創出であるというのは、まさにそのとおりだと考えております。日本医師会が目指す医療DXは、デジタル技術を活用して適切な情報共有、連携や効率化を進めることで、患者さんにとっては安心安全で質の高い医療が提供されること、医療現場にとっては業務負担あるいは費用負担が軽減することと考えております。この医療現場にとっての業務負担の軽減というのはまさにこの時間創出ではないか。そしてそのような形で負担軽減によって医療関係者にゆとりをもたらすべきだということで、まさにここには賛同するところであります。また一番最後から手前のページで2回再掲されております「3文書6情報について薬剤トレーサビリティを活用した判断支援向上」というもの、これも非常に重要な視点だと思っております。医療DXで実現される例えばオン資を使った各種医療情報の共有あるいは電子処方箋あるいは電子カルテの3文書6情報というのはバラバラに使われては意味がないので、これがしっかりと一つに連携されることが重要です。その場合やはり標準型電子カルテというものが重要で、そこでこれらの医療DXで提供される機能が実装されあるいは連携され、あるいは医療機関内の部門システムとしっかりと連携する、そのことでここで示されているようにしっかりと質の向上あるいは時間創出に役立てるという観点が極めて重要だと思っております。その観点から申しますと、本ワーキンググループの趣旨が主として電子処方箋の更なる機能拡充等に係るシステム開発や運用ルールに関する検討となっておりますが、まず現在の電子処方箋のシステムがこの時間創出、現場の費用負担、業務負担の軽減に役立っているかという点と甚だ疑問です。

現在の電子処方箋は極めて導入もしづらい、現場で使いづらい、あるいは例えば調剤薬局の先生方からも非常に使いづらいというお声を大変お聞きしておりますので、まず機能拡充以前に現在の基本的機能をしっかり見直して、どのような課題があるのか、システムそのものあるいは運用方法、このところをしっかりと課題を洗い出し、それを一つ一つ点検して、そのところを改善していくと、これが最も重要であると思っております。

そのところ事務局には、是非、次回にはどのような課題があってその辺が具体的にこのような対応をして解決してきた、あるいは今後解決する予定であるというような資料を是非、提供していただきたいと思っております。また丁寧なヒアリングをしていただいて課題を拾い上げてください。基本機能、性能、運用を見直さない限りその上に拡充をしても意味がないと考えております。それを踏まえて是非よろしくお願ひしたいと思っております。以上です。

○山口主査 ありがとうございます。という御要望でしたけれども、事務局、何かありますか。

○栗田課長補佐 はい。御意見ありがとうございます。事務局になります。御指摘のとおり、中医協等でも調剤薬局さんの方で紙に刷り出しが必要になっているというような現状

の御指摘を頂いているところでして、我々としてもどういったことができるのかという課題の抽出とそれへの対応など、また御説明させていただきたいと思います。御意見として承知いたしました。どうもありがとうございます。

○山口主査 事務局への御意見でしたけれども、鳥飼構成員、何かございますか。今の御意見について。

○鳥飼構成員 はい。例えば処方を出す場合、医師は処方オーダーというものを電子カルテを使って出すわけですが、その際に例えば本人認証をするかしないかというような機会があったり、現状急いでいる患者さんがずらっと並んでいる、3分診療と揶揄されていますけれどもとにかく外来で丁寧に初診を見ていくというプロセスが非常に忙しい。そこにスムーズに処方を出しつつ答えていけるような仕組みにするためにはやはり既存の電子カルテの仕組みに電子処方箋のワークフローをやはり有機的に組み込んでいくところに先ほど長島先生がおっしゃられた丁寧な設計と実装が求められるということがそれこそITインフラと基盤と呼んでいる部分ですけれども、基盤機能として必要だということに賛同いたします。

○山口主査 はい。ありがとうございます。では続いて渡邊構成員、お願いいたします。

○渡邊構成員 はい。ありがとうございます。日本薬剤師会の渡邊です。鳥飼先生、大変貴重な御講演、ありがとうございます。勉強になりました。先生、1点だけ質問させていただきたいのですが、先生の御講演の中で薬局側から発信する情報の電子化の必要性というのは大変重要な部分だと私も認識しているところでございます。

先生の御講演の中で院内で動いている薬剤、調剤された薬剤や持参薬等に対するトレースという部分に関しては薬剤の識別という部分での機能が働いているかと思うのですが、一番重要だと言っていたいただいたスライド6の一番上、「薬剤トレーサビリティを活用した」と書かれているのですが、先生すみません、この内容でのこの情報のやり取りの中での薬剤トレーサビリティの活用というのはどのようにされているのか少しお考えをお聞かせ願えたらありがたいと思います。よろしく申し上げます。

○鳥飼構成員 はい。御質問ありがとうございます。ちょうど私が説明不足していたところを御質問いただけてありがたいです。退院のときに患者さんが退院時処方というのを受けます。それで、これを割と近くの薬局さんで処方していただくというのが例だと思うのですが、その際に今回の実証実験でやりましたものは、その薬局さんにこの退院時サマリ、要は病歴でありますとか治療歴というものを併せて提供できるような仕組みというのを作りました。そして、その患者さんが薬局に行った際に、患者さんに口頭で同意を頂きまして、患者さんの治療歴等を確認してよいでしょうかと。そこで同意が得られましたら、薬局さんで端末をタップしていただければこの退院時サマリの情報が流れてきて病歴等が確認できるという仕組みを作りました。この方法でやりますと、現状ではプライバシーの問題があって患者さんから病名を聞き出して疑義照会をしなくてはならないというアクロバティックな実は照会の仕方をしていただいているわけですが、これを明瞭に文章と

して読んで確認をするというようなことができます。もう一つは聞き出しに掛かる時間が非常に長いというのを伺ってしまして、この時間を例えば服薬指導でありますとか何らかの要は点数が加算できるような、かかりつけ薬局にふさわしい出来高算定ができる指導に変えていくことができれば、同じ会話の時間をより薬局さんにとって利益のあるものにできる、ないしは患者さんにより情報を伝える時間を増やすことができるというようなメリットがあります。その点が退院時処方や退院時サマリを薬局に開示するというポイントです。もう一つ先ほど申しあげましたトレーシングレポート、現状ファックスで出されていまして、しかも薬、飲んだものが、退院時処方だったらいいのですけれども、ひも付けをするのが難しいわけです。ただその退院時処方のときにIDをもって払い出していけば、それを薬局さんから払い出したときにどの退院時処方であるかということをおぼえてすぐひも付けすることができます。そうすると主治医が誰であるか、処方医は誰であるかということがすぐ分かるわけですね。そういったその探す時間ないしは記載を送る時間で現状そのファックスをさらに電子カルテに手打ちしているというような二重にも三重にも手書きコピーを繰り返している現状があるわけですが、それらがまとめて省略されるというようなメリットがあると考えております。以上でございます。

○山口主査 はい。渡邊構成員、いかがですか。

○渡邊構成員 はい。鳥飼先生ありがとうございます。大変有効な部分、機能だと思えます。是非そのためにも先生が今言われた部分に関しては電子カルテ情報共有サービスの拡充した考え方等にもつながっていくかと思えますので、是非この後もそのような議論が広がればと思っております。ありがとうございました。

○鳥飼構成員 ありがとうございます。

○山口主査 では続いて大道構成員、お願いします。

○大道構成員 鳥飼先生、本日の御講演、本当にありがとうございました。参考になりました。特に今渡邊先生からも御指摘のあったトレーサビリティの件ですが、これは時間創出だけではなくて、医療の質の向上に資するものだと思います。ただ現実には先生の発表にありました「がら」を見て残薬管理すると、これも非常に大事なところだと思いますが、もう一点、いわゆるこのお薬の管理そのものがどこからスタートするのか、要するに薬剤が病院に納入されてからスタートするのか、あるいは卸から出るところからスタートするのか、あるいはお薬のロット番号まで管理するのかどうかというところがやはりかなりコストとの見合いの中で決めていかなければいけないのかなと思いました。

今後先生の群馬大学の方でトレーサビリティをもっと広く広げて活用しようと思っておりますので、これは御質問です。

○鳥飼構成員 はい。大道先生、御質問、ありがとうございます。その話は実は群馬大学の薬剤部の先生方と実はすごく議論したところであります。もともと薬が要はトレースできるのかどうか、つまり根元で例えば一つの大きな箱に入っているバーコードを読んだ後、中の小分けになった薬、更には実はブリスターパックに付いているIDなどありますけれど

も、あれらが実は一意性を持ってまだいない状態だと聞いています。それらをICタグ化すると確かに薬の製造部分からのトレースが可能になるというのはあるのですが、先ほど申しましたとおりその薬の信頼性は現状日本ではまあまあ高いところがありますので、そこからトレーサビリティをやるというのはもう1世代くらい先かないしはハイリスクでありますとか生物由来であるような、高価でかつ患者さんに大変高いリスクを負ったりないしは長期に予後を追わなければいけない薬にまず限定してスタートするというような方法がコスト的にも有益かなと思います。一般の例えばガスターにIDを付ける必要は私はあまりないと思うのです。

そのまづリスクとコストからトレーサビリティすべきかどうかということ識別されると費用対効果といいますか先生がおっしゃるところの質の向上につながる点があるというようなことは以前議論したことがございます。その後なのですけれども、先ほど申しました処方した薬を病棟に届けるというところまではやるのですけれども、その後の配薬や服薬は看護師さんなどが一度その確認をして、看護師管理のものは患者さんにその都度手渡しをするという形で確認を取っておりますので、そういったところの内部的な確認は、これに先ほど申しましたようなその外部の電子処方箋にデータを送るというようなことをやり始めるとちょっと非効率かなと思うところがあります。先ほどは言いませんでしたけれども、病院の中では残薬管理という形で一度処方を分解しております。つまり処方箋に差し戻すのではなくて、一旦受け入れた薬が何錠残っているかとカウントし直して、そのカウントが減る形で服薬の指示を要は一体化したデジタルのカレンダーで管理するという形にしています。そうすることによって要は無駄ですよね、その処方を作り直すというような無駄を減らしたり、ないしはその一貫した服薬させる指示で統一して運用したり、ないしは残薬管理という無駄も減るわけなのですけれども、そういった実は変換をしているというところがございます。そういったところがトレーサビリティで見る点かなと思っております。以上でございます。

○山口主査 大道構成員、いかがですか。

○大道構成員 ありがとうございます。

○山口主査 はい。ありがとうございます。では横尾構成員。

○横尾構成員 はい。ありがとうございます。前段のお話、またいろいろな取り組みですね。参考になったところです。

まずは前提に入る前に感じているのは、今回、北陸能登半島で大変な震災になっているのですが、3.11のときもそうだったのですけれども、例えば、今薬がどこにどれだけあって、それがどのように流通していて、いつ届いて、いつ患者さんにきちんと有効に機能できるかということを社会全体としてトレースできるようなことを、厚生労働省が引っ張りながらやってほしいと個人的にも願っています。

そういうトレーサビリティを大きく社会としてやっていければと思っています。今はそこに至るプロセスだと思うのですが、そういった中でも先生の新しい取組、大変参考にな

りました。

その際に、一つ分かりやすい言葉で言っていたのは、「聞くから見るに変える」だけでも相当ワークフローが変わると思います。多くの方は今LINEで同じようなことをやっています。我々もやっています。いちいち秘書や連絡先に口頭で伝えようとする時間が掛かるので、もう送り先に送って、見て確認だけしましようという感じです。これは何も言わなくても皆がそうしています。

それから指示簿の件ですね。大変興味深く拝見しました。「ラグビーボールを回して」とはまさに大変なことだなと思いました。原本ですからね。

でも片方ではもう既にGIGAスクールで子供たちはNoteなどの機能を使って、同じファイルを共有して、それぞれ離れたところから遠隔オンラインで書き込みをして、お互いのプレゼンテーションを作ったりしているのです。GIGAスクールで十分そういう教育も受け、デジタル世代は育ってきています。今後はそういったことをもっとできるようにして、マザーデータはちょっと軽々に触ると誤削除など差し障りの可能性がありますので、手軽に触れることはやらないとしても、行うべきことを是非是非やっていくべきだと感じます。

そういうことを含めて私は以前から、デジタルリテラシー、ヘルスリテラシーを高めていくことがこの国の医療を良くしていく、医療福祉健康を良くしていくことと、財政を立て直すことになっていくだろうと思っています。

もう一つ興味深く注目したのが、「2分を5秒に変えた」ということです。大変いいなと思いました。実は、Suicaカードで大勢の人が通勤時に使っていますが、カードと改札機の接触時間は2秒タッチを前提に作られています。それは人の歩みの速度と機械を通過するときの速度に合わせて、しかも接触面の角度も計算して作られています。ああいうことも含めて考えるべきだと思うのです。

後ほどの説明とも関係してくるのですが、そういうものを前提にしていくと、例えば投薬の記録などに関して、退院後も当然必要になるので患者本人が入力できるようにしたらいいのではと思います。QRコードがいろんなところで多用されています。

もちろん小さいパックになると難しいですけども、何かそうやっていって患者さんが入院中にも退院までにその記録の仕方に馴染んでおいて、その後に自宅に戻ったときに、引き続き入力できるようにしておけば、正確に自分の健康回復記録も見れます。また、ドクターのところに通院で来られたときには、自分自身の健康の記録はどうだろうと見たいときも正確に把握できます。

是非そういったことができるようになるように、これは医療だけではなくてメディカルエンジニアリングが非常に重要な役割を持っていますが、是非そういったこともやはりやってほしいなと思いますし、またやっていくべきだろうと思います。

そのことを社会としてトータルでやっていければ、今回の避難所の例で言いますと、この方はどういう投薬をして、どれぐらいの頻度で服用してるとか、どんなことになったら

大変だということが先に分かりますので、救急医療に対しても非常に有効な手立てになると改めて感じたところでした。

本当に時間を創出するのがDXだと、確かにそうだと思うのですね。また、鏑（かぶら）矢という言葉で言っていただきました。戦いが始まるわけではないのですが、いい意味で物事が始まるような、そういうところにこういった取り組みが成っていくことを心から願っています。

データを活用したデータサイエンス、そしてデジタルを前提としたデジタルガバナンスの中のDXなので、是非もっともっと積極的に、特に厚生労働省はもっと自信をもって、堂々とガンガン発信してやってほしいなと先日も申し上げたのですが、是非そういうふうに期待しています。よろしくをお願いします。

○山口主査 はい。横尾構成員からは御意見でしたけれど、何かありますか。

○鳥飼構成員 はい。本当に前向きに御説明ですね、いろいろ解釈していただいてありがとうございます。患者さんの方は医療者側から見ますと例えば病名でありますとか正確な薬剤を口頭で伝達することは難しいわけですね、それを自分でまた入力するというのも難しいわけです。だから電子処方箋が与えられるということは確かに病院の中のワークフローを考えなくてはいけないのですが、患者さんからすると今おっしゃられたとおりLINEでもう1回手入力する手間がなくなるものを頂いて、例えばそれを見せれば済むような形で患者さんへのメリットは非常に多くて、これは患者さんのDXに確実になると思います。

それから、ギガスクールの話頂きましたけれども、医療はもちろんそうなのですが、ただ医療の場合はそれを検証するという6Rのチェックであるとかそれが保険にかかるかどうかの問題、様々、1個のデータがデータベースにがんじがらめになって運用しているというところがあります。後は病棟でうちが実は苦労したのは、例えば小児科と血液内科と放射線科と外科は帳簿の使い方が全然違うのですね。例えば手術の前後で外科はものすごく忙しい。だけど、小児科の場合は薬を半分に割るとか、4分の1錠っていうのが表現できるかという問題に入って、血液内科の場合は注射が山ほどあって、注射のトレーサビリティがめちゃくちゃ多い。そして放射線科の場合は抗がん剤との併用などで身長、体重とのリンクなどをやるので、常に処方が変わっていくというように、一つの帳簿なんですけれど20フロアあるのですが、20フロア違う運用をしていたんです。それを一つの画面に収まってやるかというので、皆ですったもんだしまして、それこそ現場で運用を変えていただくというまさにこれ結構リストの多い話で、しかも入院患者さんがずっといる中であるタイミングから切り換えますと言って、動的な切替えをするわけです。実は少しだけ患者さんを減らしてもらったりとか工夫しないといけないのですが、ずっと運用されている病棟のフローをある日変えるというのはやはりリスクが大きくて、やはり病院長以下本当に、看護師、看護部さんに本当に協力をしていただいてフローを変えていったということで、やはり2か月くらい変えるのに時間が掛かったりしたのですが、その辺りが

今日実はこの中で議論するとき院内でデジタル化をする時の見えないコストというか手間といいますか。なかなかそこを乗り越えられない、要は病院全体のワークフローを統一しようという、これをアクションとして起こせる病院さんが少ないなというのが、お金や制度と別に問題だと思うのです。そこに何か支援をしたり何か、皆でやりましょうというような方策みたいなものが見つかり、先ほどおっしゃられたようなトレーサビリティが院内からできて、それが電子処方箋が最終的にはデータソースとなると思うのですけれども、要は日本中で流通する薬がそこに少なくともデータは集まるわけですから、先生がおっしゃるような政策がだんだん近づいてくるのではないかと。

○横尾構成員 そのためには院長のリーダーシップですか。

○鳥飼構成員 も、必要ということです。もう一つはやはり現場で合意して動いていただく医療情報のエンジニアが必要だと思うのですけれども、少なくともその二つが必要というのがいろんな箇所にヒアリングして分かったことです。

○山口主査 はい。ありがとうございます。患者にとってもやはりとても重要な取り組みだと思うのですけれども、これは、どの病院でもできるようになるには何が必要ですか。

○鳥飼構成員 その病院の中でまず、これはあくまで一私見ですので、いろいろコメントがあればぜひお願いしたいのですけれども、それぞれの病棟や診療科でされていることをまずほかの部署に説明できるということだと思います。デジタル化うんぬんというよりも自分たちがやっていることを院内のほかの部署の人に、「あ、こんなことやっているんだね」と分かってもらうために何が要るか。例えばやっている現場に来ていただくもあるでしょうし、簡単な説明スライドを作って紹介する場合もあると思うのですけれども、そもそも病院って本当に複雑で、知らないことがたくさんありますので。処方というのがただ、共通のワークフローになるのですよね。20診療科はどれも薬は絶対に出すということでありまして、それをお互いにあなたの病棟はどんなフローでやっていますかというのをまずみんなが聞いて、例えば1から考えると大変なので、例えばうちの事例やあるいは電子カルテのベンダーさんはカレンダーを持っていると思うのですけれども、そういったものが提示されていたときに、そこに皆自分のワークフローを少し変化させて合わせられるかといったような議論が第二段階としてあって、そしてそれができるとなったら、先ほどのいつやりますかが決まって、全体でリスクを負いながら頑張っていくという3フェーズあると思うのですけれども、そういった段階です。デジタル化の前にまず自分たちのワークフローを説明してお互いに理解してある共通のものにしていく、標準にする必要はないと思うのですけれども、共通化できるという能力が各病院に必要なと思います。

○山口主査 はい。どうもありがとうございました。とても参考になるお話をいろいろ聞かせていただいて、ありがとうございました。

そうしましたら鳥飼構成員の御発表に対しての御質問や御意見はこの辺りにしまして、議題の2と3に入りたいと思います。「2. 院内処方への対応」と「3. 薬局起点の医療情報等の共有について」は、分けて議論したいと思うのですが、長島構成員が4時半ぐらいにご退席

とお聞きしていますので、長島構成員はこの2と3、両方合わせて御意見ございましたらお話しいただければと思います。手を挙げていただいていますので、ではよろしく願いいたします。

○長島構成員 はい。お心遣いありがとうございます。ではまず院内処方に関しては、12ページ以降に提案がありますが、基本は望ましい方法はこれだということは示しつつも、現時点では各医療機関で現実的に対応可能な登録方法やタイミングが選択できるというのが、というかそれしかないと思います。一方望ましい方法を示すことで医療機関が将来的にシステム更新や改修を行う場合にはその方向を目指していただくということかと思えます。一方、業界ベンダに対してもこのような望ましい方法にできるだけ対応できる、医療機関でできるだけ負担なく対応できるような開発あるいは改修をどんどん進めていただくということが重要かと思っています。

また15ページの外来患者に関しては、ここに示されているような方法でいいのではないかと考えます。一方20ページ、薬局起点の医療情報等の共有についてはこの論点に沿って事務局の方で具体的なたたき台になるようなものを作っていただいて、次回それを見せていただいて、それについて検討するというのでいいのではないかと考えています。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。御意見と、それから20ページについてはたたき台を作っていただけるかという御要望でしたけれども、事務局、いかがでしょうか。

○栗田課長補佐 はい、事務局になります。御意見ありがとうございます。院内処方についても先生がおっしゃったとおり、我々としても望ましい形はきちんと示しつつ、ただ選択が可能だという点は非常に重要で、幅広く対応いただくということかと思っておりますので、業界とのコミュニケーションも含めてしっかりやっていきたいと考えております。20ページの薬局起点の情報共有の在り方については、こちらも御指摘のとおりこれを形にしていけないといけないと思いますので、本日の御議論を踏まえて我々としてどのように対応可能かを考えていきたいと思っております。ありがとうございます。

○山口主査 はい。長島構成員、よろしいでしょうか

○長島構成員 (首肯)

○山口主査 はい。そうしましたら、ここからまずは院内処方への対応ということで入院のときのタイミングのお話と外来それから退院時、そして処方内容の控えが必要となるケースがどういうときかというようなポイントかと思えますけれども、御意見、御質問、まずでは渡邊構成員からお願いいたします。

○渡邊構成員 はい。ありがとうございます。薬剤師会の渡邊です。院内処方への対応の部分ですけれども、3点ほど意見を申し述べさせていただきたいと思えます。

1点目はスライド10のところで、説明内には少しありましたけれども、(2)の外来患者に対する薬剤の処方・調剤のところで、下の図の投薬のところが、投薬がない扱いというか、グレーアウトされているかと思えますけれども、これは下の方の脚注にも書いていただき

ましたけれども、外来で投薬まで至っている外来での化学療法等の情報は非常に重要な情報になります。一連のレジメン内で同時に発行されている処方箋等を受けたときに、今、病院内で何を投薬されてきたのか、抗がん剤等の情報がしっかり認識できることは重要ですので、是非院内処方を考える上では、大変重要な情報だという認識をお願いしたいと思います。

2点目ですけれども、(1)の入院患者の方ですけれども、先ほど少し説明の中にも、鳥飼先生の御講演の中にもありましたけれども、処方がオーダーされた段階では患者の状態により処方日数内でも処方に変更になるかと思えます。またこのシステムは電子処方箋管理サービスを用いている形になっておりますので、外部との情報連携等で必要な部分としては実際に投薬された薬剤の情報になるかと思えますので、各病院の中において、月ごとの会計処理等の中で実際に投薬されている内容等が情報として反映される方がいいのではないかと思います。あまり院内の情報としてころころ変わる時点での情報の取扱いというのは業務が繁雑になってしまわないようにした方がいいのではないかなと思えます。

3点目なのですけれども、これら情報の取扱いに関しては資料全編を通じて電子処方箋管理サービスを活用していく形が書かれているかと思えますけれども、電子処方箋管理サービスのデータは基本的に100日後にレセプトデータに切り替わると思えますので、100日の時点でデータが消失するのではないかと思います。このレセプトデータに切替える時点の消失で不具合が生じないのかという部分では検討が必要かと思えますので、以上、意見とさせていただきます。以上です。

3点目なのですけれども、今少しみました取扱いに関しては資料全編を通じて電子処方箋管理サービスを活用していく形が書かれているかと思えますけれども、電子処方箋管理サービスのデータは基本的に100日後にレセプトデータに切り替わると思えますので、100日の時点でデータが消失するのではないかと思います。その辺りでの消失する部分でのレセプトデータに切替え時点で不具合が生じないのかという部分では見当が必要かと思えますので、以上、意見とさせていただきます。以上です。

○山口主査 ありがとうございます。今の御意見について事務局、何かございますか。

○栗田課長補佐 はい、事務局になります。まず10ページの目の2つ目のところの外来化学療法については御指摘いただきありがとうございます。こちらについても我々としては留意しながら進めていきたいと思っております。説明が漏れており申し訳ありませんでした。2点目の情報が病院の中で最初の処方から変わった上で最後の投薬、服薬まで至るところで、先生のおっしゃるとおりヒアリングの中でも最後、工夫で定期的と申し上げたところはレセプト請求の際に最終的に確定した情報にしているというようなところもありました。一方で、その時点できちんと確実なデータとなっているというような例も把握しておりますので、御指摘どおりなかなか近接性と確実性を両方両立させることは難しいということになります。確実にレセプトの段階であれば確定した、何を飲んだか、何を投薬されたかというのが分かるということであれば、それが登録できるとかそういった工

夫ができるようなシステムにすることは非常に重要と考えておりますので、御指摘を踏まえて対応していきたいと考えております。

最後に御指摘いただきましたデータの消失について、我々としてまだ詰め切れておりませんが、御指摘のとおり電子処方箋管理サービスは基本的にレセプトの方に置き替わるといのがこれまでの方針でしたので、そこでの整合性をどのように考えるかは事務局の方として宿題として持ち帰りたいと思っております。ありがとうございます。

○山口主査 渡邊構成員、よろしいですか。

○渡邊構成員 はい。よろしく願いいたします。

○山口主査 はい。では続いて川上構成員、お願いいたします。

○川上構成員 はい。ありがとうございます。日本病院薬剤師会の川上です。今、渡邊先生の議論の中にもありましたけれども、対象薬剤の考え方の部分は重要かと思えます。これまでもこのワーキンググループでは対象薬剤としては薬物治療を目的とする薬剤というところが一つのくくりではあったと思うのですが、そうはいつでも検査、処置等に用いる薬剤であっても副作用が生じるとか、事後になってからどういった薬剤が使われていたかという記録が重要になったりします。こういうデータヘルス改革の大きなゴールは創薬への活用など様々なデータベースの大きな利活用の目的もありますので、非現実的なものまで登録が必要との思いはございませんけれども、可能であれば、現実的に院内で何らかの形で電子化されているデータがある薬剤の使用の記録はできる限り登録していくような大きな将来的な方向性を考えることが大事かと私どもは思っております。

登録する内容ですけれども、確かに処方データが発生した都度登録していくのは、後からの変更もありまして現場への負荷もあるのですが、現実的には先ほど事務局からもお話ありましたけれども、レセプト情報として確定したタイミングなどをうまく使ってできるだけ現実の投薬に近い内容や、あるいは医療機関の中でも処方データを修正したり実施記録を既にデジタル的に収集しているところではそれらをうまく活用していくことが重要なのかと思えます。

そのタイミングについても、現場への負荷を考えると何らかのタイミングで一括で上げるとか、あるいは夜中にシステムに負荷が掛からないようなタイミングでその日の発生したデータを登録していくとか、いろいろなやり方があると思えます。その辺りを理想とするパターンと現実的にはこんなやり方があることを御教示いただくとい良いかと思えます。院内処方の16ページ辺りに、引換番号とか処方内容の取扱いについてが挙げられています。そもそも本来は医師法に基づくと、患者に対して治療上薬剤を投与する必要がある場合は医師は処方箋を交付することが原則なのですが、医師法22条の例外規定の中でそれが不要でない場合には医師自ら調剤がありますので、その際の条件が元になる考えかと思えます。暗示的な効果、処方箋を交付することが治療を困難にするケース、応急な処置としての投与などです。医療機関でも時間外で院外処方が発行できない場合もありますが、本来処方箋を発行することは患者さんに処方内容を開示するという意味があるので、現場へのヒア

リング等を通して必要となるケースがないか確認するということですので、是非御確認いただき今後の方針をお決めいただくのがよろしいかと思った次第です。以上でございます。

○山口主査 ありがとうございます。川上構成員の御経験を踏まえて、控えが必要となるケースで具体的な例を挙げていただくことというのは、現段階ではありますか。

○川上構成員 そうですね。自身が所属する医療機関がまだ対応していないのですけれども、この紙自体は患者さんにお渡しするので、患者さん御自身が6桁の引換番号がすぐ手元で分かって、何か調べたければ調べられるとか、あるいは処方内容には用法が載ってなくてもどの薬剤がどれだけの日数や量で処方されているか、見て分かるというメリットはあると思うのですよね。実際には電子処方箋を運用している地域において、紙の処方内容は本来なくても薬局で電子処方箋管理サービスにアクセスすれば分かるのですけれども、これを患者さんに渡している意味や患者さんがどう利用されているかもヒアリング等で御確認いただくと宜しいかと自分は思う次第でございます。以上です。

○山口主査 ありがとうございます。事務局から補足していただきます。

○栗田課長補佐 はい。どうもありがとうございます。我々としましても、患者さんにお渡しする控えについての位置づけをきちんと説明していなかったところがありまして申し訳ありません。将来的に控えを廃止するといった意味も含めてなのですが、患者さんへ確かに開示するというのは非常に重要な論点かと思っております。そちらは一応、マイナポータルで、必ず情報を患者さん自身は取得できるという前提の下、控えを将来的に廃止する、あるいは最初に電子処方箋を走り出すときに、さすがに何も渡さずにいるとマイナポータルにログインできない方も今の時点ではいらっしゃるのと、控えを交付していたというのが現状としてありました。そういったことで実際にマイナポータルにログインして見られるというところが確保されれば、控えも将来的にはなくなっていくという方針を最初にお示しましたが、御指摘のとおり、どのように活用されているのかというところはこれからも確認しながら前に進めていきたいと考えております。

○山口主査 ありがとうございます。そうしましたら、田河構成員、お願いいたします。

○田河構成員 はい。ありがとうございます。健保連の田河でございます。まず、ちょっと今日の議題ではないのですけれども、3ページに全体スケジュールが載っております。先ほどの御説明では、マイナンバーカードを活用した電子署名は年末に既に実装が始まっているという御説明でございましたが、プレ運用期間もなく本格実施となっておりますが、この辺、うまくきちんと進んでいるのかどうか教えていただきたいと思っております。

また14ページ、これは今日の議題でございますが、まず意見と質問でございます。意見ですが、電子処方箋を利用するのは医療機関・薬局だけでなく患者も自分に投薬された薬が何であるのか確認するために利用する面があると思っております。院内処方についても、患者に対する説明も行われるとは思いますが、患者自身の確認のためには退院する時点で一括で登録するよりも、やはりリアルタイムのその都度で登録していただくことが望まし

い形であると思っております。もしそれが事務的に煩雑である等で困難であれば1週間おきとか、定期的に登録するようにしていただければと思っております。

次に、質問でございますが、14ページの表でいろいろ整理がされております。案の1と案の2で整理されております一番右側の欄、システムデータ実装の欄を拝見しますと、案の1も案の2の方も両方レスポンスが遅くなると開発工数が多くなるという記載がございますが、一体どちらの方がレスポンスの反応がいいという評価なのでしょうか。また、開発の費用がどれくらい違うかなというの、もし分かればと思います。またランニングコストの面でも増加する可能性があります、案の1と案の2で同程度影響が出るのか、もしそういう点分かれば教えていただきたいと思っております。以上でございます。

○山口主査 3点御質問いただいたと思えますけれども、事務局から答えていただきたいと思えます。

○栗田課長補佐 はい。承知いたしました。まず1点目のマイナンバーカードを活用した電子署名につきましては、中央の管理サービス側においては先ほど申し上げましたとおり、12月28日に稼働をしております。今のところ大きなシステムトラブル等はないと承知しております。そちらについてまだ3認証局さんの方に、まず日医認証局さんとMEDISさんの方に申請開始がされて、今後日薬さんについても調整をしていくという形になりますが、まだマイナンバーカードを活用した署名については、申請していただいてから審査して発行になりますので、そういった形で実施されている、実際に使われた、という例はまだないかと思っておりますが、今後そういったところも含めて確認を徹底してまいりたいと考えております。中央は間違いなく動いていて、現場での運用に問題がないかというのを確認していくというような状況かなと考えております。

2点目の患者さんの立場からは都度登録もよいのではないかという御意見を頂きました。14ページのところになるかと思っております。確かに患者さんも、現在例えば御自身でスマホをお持ちの方で御覧になったりと、いろいろなケースがあると我々も承知しております、それが最終的には都度登録が、そういった観点からも、先ほどは災害時や急な転院と申し上げましたが、患者さんの立場からという御視点も必要かと改めて考え、そういったところを含めて望ましい形としては都度もよいのではないかとお示ししつつ、現実的に対応可能な選択肢をお示ししていくということかと考えております。

最後のレスポンスの話になりますが、レスポンスは確かにどちらが遅いかというのはこれから調査する部分もあり、書き方が紛らわしくて申し訳ありません。都度登録の場合はその都度どんどん登録いただくというところでどういった負荷が掛かるのかというのを懸念していた、あるいは一括登録のときにはかなり長期間のものを一気に登録いただくということから、制御でレスポンス等々を考えなくてはいけないのではないかと、少々違う話を、日本語として若干紛らわしい部分があったかと思えます。そういうところは少し工夫をしていきたいと考えております。

また、登録のタイミングや影響の範囲が両方で違うと、要するに常時ずっと送ってくると

いうところ、まとめて一括で送るバッチのような形になるわけですね。ですので、定期的に送った方が良いのではないかと、先ほどの現実的な工夫のところでは対応できる場合もあるかと思っておりますので、そういった運用とシステムのところを両面にらみながら、もう少し書き分けを工夫していければと考えております。こちらの説明があまり良くなかったかなと思っておりますので申し訳ありません。

○山口主査 田河構成員、患者の立場で入院中都度都度が良いのではないかとのお話があったのですが、私は逆に都度都度だと、変更になった場合に患者が混乱するのではないかとおっしゃいました。変更の前の情報を見ていて、実際に届いた薬が違うということになると患者としては混乱するのではないかと私はそういうふうには受け止めていたのですが、その辺りはどうお考えですか。

○田河構成員 確かにそういうずれが生じる、そういう点もあると、今、お話を聞いて思いました。一方で、やはり知りたいと考えるのか、今の御指摘も踏まえて考えていきたいなと思われました。

○山口主査 ありがとうございます。かなり入院中って激しく変わるときがありますか。

○鳥飼構成員 そうなんですね。あの一言ですいません。よろしいですか。院内処方といっても、例えば抗がん剤治療のように外来に来てそこで治療目的の診察をされる場合の院内処方と、入院をして病棟で容体管理をしながらやる院内処方というのはおそらく性質の違うものかと思っております、前者の方を特に都度登録するというような先ほどの抗がん剤はもう投与されたら確実に決まったスケジュールでありますので、そういったものは都度登録に向いている。ただ今先生がおっしゃったとおり、入院の特に手術回りなどはやはり変更が激しいです。ですのでそういったものは私、思うのですが、処方のタイミングで出すよりは本来は服薬したタイミングの後に出すというのが医療的にはプロパーなはずで、これは飲んでいない薬は患者に影響がないので、仮にどれだけ準備されていても飲まなければ患者にその後変化はないわけです。なので、これは少し処方という切り口からばかり言っていますけれども、うちのカレンダーを先ほど申しましたとおり服薬のトレーサビリティを取っていますので、例えばうちでしたら、服薬をした後にその情報を処方にも付けて出すのか、ないしは1錠飲みましたと出しても許されるのかというようなことができれば、より正確なトレーサビリティというものができるとは思いません。

○山口主査 はい。今のように現場の事情に即した取扱いということを考えていかなければと思っております。

○栗田課長補佐 はい。事務局になります。承知いたしました。我々の方で、少し都度都度の方が最終的に望ましい、いやそれができない場合は・・・という少し単純なケースをかなり想定した説明をしてしまっていたところになります、今の御議論を聞いていて、都度都度にする、要するに「即時性」ではないですが、時間的にあまりタイムラグがない形にする、のというだけではなくて、確実にきちんと飲んだ、要するに「正しい情報」

を登録いただくという両方の視点をもって、最後その辺りを運用で工夫していかななくてはいけない、というのは大変大切な点かと思しますので、我々としても医療機関・薬局の方にお伝えする際に、その点は両方留意した上で、なるべくリアルタイムで、ということをお伝えすべきかと思いました。大変よく分かりました。ありがとうございます。

○山口主査 はい。議題2についてはほかにございますか。では、横尾構成員お願いします。

○横尾構成員 はい、ありがとうございます。2点御質問がありましたので。1点目は14ページの、今の議論になっている処方登録の在り方で、退院時にまとめて登録するといいいのではないかと思います。しかし一方で、緊急の人数対応できるかということですが、それを解決するにはやはり先ほども少し触れましたけれど、登録の方法が簡単簡便であることが重要だと思うのです。

いろいろなコードを使うのかどうか、スキャンして撮るのかどうかいろいろな方法があると思います。先ほど先生の話された、スキャンして撮ってみて、それによって識別ができたというように、エンジニアリング技術でそこまで進んでいます。そういったことを含めて新たな道を開発すれば非常にそれはいいなと思います。それがひいては医療に関するスタッフのワークロードも減らしていきますので、是非考えていただいたらいいのではないかと思います。

もう1点が16ページでございます。引換番号、処方内容の控えのことです。高齢の方々を含め、なかなかデジタルになじみのない方にとっては、控えは当然必要なことであると思います。

ただ先々を考えると、よりマイナンバーカードの活用という意味ではもっともっとその普及や利活用を進めた方がいいと思うのです。是非とも。

先般三師会と大臣並びに保険者も含めた会議がございまして、マイナンバーカードの利用促進を頑張ろうよという会議だったのですけれど、そのとき大臣もおっしゃったのですね。それは、是非ドクターの皆さんから直接患者の方に保険証ではなくマイナ保険証持ってきてと言ってほしいということでございました。このことを是非より啓発し、進めていただく必要があると思います。

先般、とある病院に寄りました。保険証をと言われたのであえて2枚出しました。保険証とマイナンバーカードです。すると受付の担当の方は普通の保険証を取られました。これ、おかしいですね。そこは徹底してマイナ保険証を取るようにしてほしいですね。これはなにも試したわけではなくて、たまたま今どちらも持っていたのでパッと出して「どちらにします？」と言ったんです。

是非そういった促進をしていただくと、実は引換番号等についても、「患者の方がおじいちゃんおばあちゃんにデジタルに慣れてなくてもこっちのマイナ保険証でできるよ、そしてあなたのデータはリンクされるからお薬手帳を忘れても全部確認して見られるよ。そしてお家に帰れば息子さんか誰かの手伝いの下で、マイナポータルというのがあってそれも見られるから」と、「今はカード利用になじみではないけれど見られますよ」と。そう

いう効果の部分をよりお伝えしていただくと、より多くの方々が、「ああそうなんだ、便利なんだ、そして手間も掛からないんだ、自分もよく分かりやすいんだ」ということになります。

やはりそれが、今まで議論をよくされたのに効果が分からない、何を使うか分からないという議論にまさに通じますので、是非そこは厚生労働省を要にやっていただくのが、とても大切だと思うのです。そのことによって多くの方々がマイナンバーカードの利便性、そしてマイナンバー自体の行政のデジタルガバナンスをしていき、日々の生活をもっともっと利便性を高めて、時間のゆとりができますと、忘れ物をして探さなくても出てくるわけです。それだけで人生少しはリッチになってウェルビーイングを進めていけますので、そういうこともお働きいただけたらありがたいなと思いました。

○山口主査 はい。たくさんのお要望ですね。

○栗田課長補佐 はい。承知いたしました。事務局としてもおっしゃるとおりだと思っております。控えのところで申し上げましたが、「マイナンバーカードでログインすれば見れます」とさらっと言うだけではやはり駄目だと思っていて、やはり実際今どれくらいの方がマイナンバーカードを使ってマイナポータルでログインしたことがあるかというところ少し心もとないところは、すみません、正直に言うところとあると思っています。

マイナ保険証の話と全く同じで、やはり今まさに厚労省内でも「一度使ってみましょう、キャンペーン」というのをやっていて、実際にやっていただいて体験していただく、あるいは見ていただくというところをやって、「ああこういうふうにできるんだ」と分かっていたところまでいかないと、「こういうことができる」と我々が言うだけでは少々難しいというのは重々承知しておりますので、そういったところを最後の一步を後押しするような取組をもう少し我々の方でもできればなと思っております。

○横尾構成員 G I G Aスクールの中の単元の中にマイナンバーカードとマイナポータルを使う、きちんと教える時間を子供たちにやったらいいと思います。それにより、子供たちが間違いなくお孫ちゃんとしておじいちゃん、おばあちゃんにお伝えする機会があるし、お父さんにもこんな勉強しているのかと親も勉強になります。子供の方がむしろ知っている、今日も学んできたことで親が驚き、これ本当に便利だね、家族の健康が分かるよねとなっていく。是非そういったものを文部科学省と連携していただくといいかなと思います。

○山口主査 全く同じ考えです。ありがとうございます。

○栗田課長補佐 承知しました。ありがとうございます。いろいろな場面で使えるはずのシステムかと思っておりますので、例えばマイナンバーカードの今回の例えばカードの誤登録の問題がありましたが、あのときもデジタル庁の方から周知がありましたが、「ログインして自分の情報を確認してください」と。それはもちろんミスがないように行政側としてはもう死力を尽くしてやる一方で、御本人に確認いただくという、昔であれば例えば「ねんきん定期便」などを発送しないと難しかったのが、今はデジタル的にできるわけですね。したがってそういうことを活用していくのは極めて重要な視点だと思います。行政側でど

ここまでできるかはあるかと思いますが、重要な視点かと思っておりますので、取組を進めてまいりたいと思います。ありがとうございます。

○山口主査 はい。新垣構成員。

○新垣構成員 事業者へのヒアリングを実施いただき、現状の分析についてもご対応いただきましたこと感謝申し上げます。さまざまな情報をまとめていただいた中で、特に指摘をしたい箇所があります。11ページに記載されている持込薬、持参薬の取扱いについては、ヒアリングと現状分析がやや不十分なように感じられます。

具体的には、DPCをやっているような大きな病院のほとんどは入院時に持込薬をチェックしてそれら薬剤を電子カルテの院内処方に取り込んで管理しています。また、DPCをやっていない医療機関でも、安全管理の観点から持込薬のチェックは行っていると思われそうですが、電子カルテに取り込んで管理しているか様々です。そこで問題となるケースが発生します。持込薬を電子カルテの院内処方に取り込んで運用をおこなう場合には、院内処方に取り込む段階で電子処方箋管理サービスにデータを送ってしまうのか？データを送ってしまうと電子処方箋管理サービス上では、2重登録になってしまいますので、医療機関の中の電子カルテ運用や電子カルテシステム要件をパターン別に整理して、運用要件やシステム要件をさらに洗い出し、分析する提案をお願いしたいと思います。

○山口主査 という御意見です。いかがですか。

○栗田課長補佐 事務局です。承知いたしました。持参薬を院内処方に組み込むことで管理していて、かつそれをそのままやってしまうと重複になってしまうという点は我々の方でも必ずしも十分に検討できていなかったと思いますので、重要な御指摘だと思っております。こちらについても我々としてどういった対応ができるかということを整理したいと思います。ありがとうございます。

○新垣構成員 また、ご注意いただきたい点として、持参薬については入院時にチェックして、医師の指示がない限り持ち込んだ薬剤を服用しないという運用がございます。このような点も考慮し、システム要件を整理いただくことをお願いします。

○山口主査 はい。貴重な御意見ありがとうございます。

ではそろそろ議題3に移りたいと思います。「3. 薬局起点の医療情報等の共有」について、この点について御質問、御意見おありの方いらっしゃいますか。渡邊構成員、お願いいたします。

○渡邊構成員 ありがとうございます。この点について、まさに今日の鳥飼先生の御講演の中にあつたかと思いますが、医療機関から電子的に提供される文書に対して、薬局からは紙で情報提供を返すということが続くとは考えられないので、これはスライド20の論点の一番目にも書かれていますけれども、必ず必要性はあるという認識が必要かと思います。併せて電子的に作成する文書なのですからけれども、備考欄にコメント等を書くような全文テキストであるようなものではなくて、一定の書式が決まった文書データということになりますので、その一定の書式に例えば電子薬歴から情報を落とし込むというよ

うな部分考えたとしても、電子薬歴の標準化という部分も併せて考えておく必要があると思っています。テキストデータで打ち込んだものを送ってもデータの活用できないということになりますので、その辺の標準化様式も必要になると思います。またこれは併せて送ったデータを医療機関に取り込むという部分を考えても電子カルテの標準化とも併せて協議を進めておく必要があると思います。これらのことを可能にすれば、一番下にも、前のページにも書かれてましたけれども、薬局と薬局の間での情報共有も可能になりますので、これもかかりつけ薬局以外に急遽かかれた部分での情報共有等が必要になってくるかと思っておりますので、システム上ばらばらに考えずに一体化した検討が必要であり、少し省庁や部局の掌握部署が跨ってシステムを考える必要があるかと思っておりますけれども是非連携を図っていただいて、一体的なシステムと考えていただければと思います。よろしくお願い申し上げます。

○山口主査 はい。現場からの具体的な御意見でした。

○栗田課長補佐 事務局になります。どうもありがとうございます。必要性については必ずある、とおっしゃっていただき我々としても非常に心強いと思っております。後半の方に御指摘いただきました全部テキストではなく、ある程度の標準化なりフォーマットを整えていかないといけないという点はおっしゃるとおりかと思っております。そういったところでどこまでできるか我々としても電子カルテの標準化の話もありますし、電子薬歴の標準化ということも御指摘いただきましたが、どういった形でできるか我々としてもこの取組を具体化する中で検討していきたいと考えております。

○山口主査 はい。ありがとうございます。それでは川上構成員、お願いいたします。

○川上構成員 ありがとうございます。日本病院薬剤師会の川上です。私も今日本薬剤師会の渡邊先生がおっしゃったことと同じような考え方を持っています。医療機関の中においては3文書6情報に関する取組など電子カルテ情報や交換方式の標準化、また標準型電子カルテの検討などが進められています。それによって、医療機関同士のスムーズなデータ交換や共有を推進していこうということが今まさに始まっていますので、是非こういった取組を医療機関のみならず薬局の先生方にも一緒になってやっていただくことが大事かと思っております。その上で、今は紙ベースでやり取りしているトレーシングレポートなどを電子化して標準化や共有化できないかというところで、薬局起点の医療情報等と書かれているのですが、単純に起点ではなく、薬局がお持ちの医療情報を全て共有化や標準化していくことを将来、目指すと良いと思います。例えば、医療機関ですと診療録があつて、薬局には調剤録があります。そして調剤録としては、薬剤服用歴管理指導の記録など、いわゆる薬歴にも薬局の先生方が、医療機関におけるカルテと同様に、患者さんにお話しされた内容や聞き取られた内容、フォローアップされた内容をお書きになっているので、是非そういった内容を医療機関側にも見せていただける。そんなことを将来のゴールとして考えて少しでも実現していく。そんなステップで考えていただけるとありがたいと思う次第です。以上でございます。

○山口主査 はい。ありがとうございました。そうやって薬局と医療機関がしっかりとコミュニケーションを電子処方箋のシステムを使って取っているということを是非とも患者にも知らせていただくということも併せてやっていただきたいと改めて思いました。

現地参加の横尾構成員。

○横尾構成員 はい。薬局起点の医療情報ということですが、最後20ページにあるように、電子的に共有することは時代的に当然だと思います。フォーマットについては是非統一ベースというか、基本ベースは統一した方がいいのではないかなと思います。そうすると、全体のビッグデータでの集約や分析などかなり可能になっていきます。ただそのときに配慮しなければならないのは、たくさんのフォーマットのデータが入ってきて、薬局間で見るときに、Excel風のレイアウトであると多分行を間違ったりしかねませんので、どこかにスペースを置くとか、何かとにかく混乱しないような、ミスを犯さないような配慮を是非しながら、ルールを作るというか、そういったことも必要ではないのかなと感じました。

それと2つ前のページで直接お伺い事項に入ってなかったかもしれませんが、コメント欄を使って医師の処方意図の記載等については大変意義あることではないかと私は思います。自分の健康に意識が高い人は当然どんな薬だろう、どんな配慮の下、どんな考えの下に先生が処方していただいたのだらうなどという関心を持ちますので、たとえ短い記載であったとしても、非常に大きな意味が出てくるのではないかなと思います。だから、ドクターに御負担等作業を掛けるかもしれませんが、あるいは不慣れの方がされるかもしれませんが、そういったこともあると余分な問合せが減って行って、先ほどの群馬大学の事例から言いますと電話が鳴らなくなって自分で確認して納得して、その後はきちんと適切にやろうという自主的な自己管理ができるようになっていくと思いますので、そういった配慮も是非されたいのではないかとと思います。

それから思ったのは、機関と機関、あるいは機関からほかの機関へということですが、基本はやはり患者の方の健康や医療的な回復というのがすごく大事なので、このことをみんながどう役割として相互にアシストしていくか、支援していくか。このことを基本理念においていただいて、関係するステークホルダー、大袈裟ですが医療機関や薬局やその他関係のところがやはり皆でどこをどう役割分担するのか連携するのかそういったところも是非今進めていただくとよりよくなっていくのではないかなと思います。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。御意見として拝受いたしました。田河構成員でその後、鳥飼構成員、お願いします。

○田河構成員 はい。ありがとうございます。健保連の田河でございます。20ページに論点がお示しされております。薬局起点の医療情報にどのようなものがあるのかという形でございますが、先ほどもこういう点を整理して次回、示してほしいというお話がございましたが、どういう情報がどれぐらいのボリュームであるのか、そういう客観的な情報もお

示していただきたいなと思っております。また、コメント欄の機能で限界があるみたいなお話もございましたが、電子処方箋の基本的な枠組みを使うことで可能なものあるいはそれで不可能なもの、いろいろあると思っております。そうした状況もお知らせしていただければと思っております。

また、意見ですが、電子処方箋の枠組みを使ったいろいろな情報共有というのがあるわけですが、そうした電子処方箋の枠組みでなかなか対応が難しいような大きな話になってきた場合においては、全国医療情報プラットフォームのような議論も今、進んでおります。そうした面からの検討の議論というのものもあるのかもしれませんが。どういう検討の形が良いのか、そうした形も考えていく必要もあるようにも感じました。以上でございます。

○山口主査 はい。ありがとうございました。

○栗田課長補佐 事務局になります。どうもありがとうございます。先ほどから、我々としてまずトレーシングレポートをお見せした上でどういった情報の範囲が必要なのかをこの資料の中で記載した趣旨を申し上げますと、電子カルテ共有サービスのところ、まさにそういう議論がされていると思っておりますが、最終的にはいろいろな情報をどんどん共有していこうという最終的なゴールについては、医療情報プラットフォームの方でも我々としてできていないと思っております。その中で特に有効な範囲からまずはやっいていこうということで、まずトレーシングレポートという話を先出しさせていただきましたが、理念としては全くおっしゃるとおりかと思っております。その上で、どの情報であれば現状のどのシステムでできるのかと、そしてそれは電子処方箋のこの機能でできる場合もあるでしょうし、あるいは電子処方箋ではなくて医療情報プラットフォームにあるいろいろな機能のうちのこれを使えるとか、そういった整理が必要というのは全くおっしゃるとおりだと思いますので、現状でどこまでできてという整理もありますし、電子処方箋の中でまずはここまでできるとかできないとかそういうところもあるかと思っておりますので、次回全部お示しするのは厳しいかもしれませんが、できるところから事務局として対応していきたいと思っております。ありがとうございます。

○山口主査 よろしいでしょうか、田河構成員。

○田河構成員 はい。

○山口主査 そうしましたら、お待たせしました。鳥飼構成員。

○鳥飼構成員 はい。ありがとうございます。患者起点の情報として私がすぐ思いつくのは、第一種薬品のOTCなどですね。例えば処方箋はなくて薬剤師が説明をして処方しますという明らかに薬効があるものがあります。そしてこういったものは医師の処方を経由せずに発生する医療情報でありまして、それこそ薬の中に登録されるといっても今、その口がないわけですがけれども、薬局ではそれを取り扱っているわけですから、そういったものが例えば入院の際にそんな薬を使っておりましたというような話があるのは有用だと思います。それから最近、薬効の高いサプリメントでありますとか栄養系の補助食品がたくさん出て

おりますけれども、こういったものが医療情報標準にならないかという議論は、IDIALの岡田美保子先生が最近そういった生活圏での医療関連情報を扱いましょうとワーキング国際会議されていたのですし、促されていたのですけれども、そういったところで議論がありまして、そういったところと連携してフォーマットを進めていくという必要があるかと思えます。後は今ありました報告書等については、国際医療センターの美代賢吾先生の方がJASPEHR Projectとして既に2020年に始めております。これはリアルワールドデータの収集のためのテンプレートとして展開していらっしゃるしまして、こういったHL7FHIRの標準の形式で作られたFHIRドキュメントという方法なのですけれども、そういったものを使いまして情報交換をすることができれば、現状の国が出していますフォーマットにも沿うことができますし、また先生がおっしゃるように広くフォーマットを合わせていくということも可能になるのではないかと思います。

それからもう一個、患者さんが治療目的で例えば弾性ストッキング、例えば深部静脈血栓症の予防などで出される自己負担する治療系の器具などがありますけれど、こういったものというのもおそらく薬局などからの起点でないと分からない情報だと思いますので、いくつか薬局に明らかに存在する一次情報というのがありますし、こういうものを例えば糖尿病の治療のヒアリングなど、将来的にはそういう慢性疾患のかかりつけを薬局起点でありますという多分一考されると思うタスクシフトの中であるのですけれども、そういった情報のそれこそヒアリング履歴なんかを明らかに一次情報として発生すべき情報になってくると思いますので、結構具体的な例が挙がってくるのではないかと私は考えております。以上でございます。

○山口主査 はい。新たな視点での御意見を頂きました。事務局、何かありますでしょうか。

○栗田課長補佐 事務局としてもまだ並行して動いている動きを勉強していかないといけないというのが正直なところでして、承知いたしました。今日の御意見を踏まえて我々の方でどういった形で進めていくかも含めて整理をさせていただきたいと思えます。その中で薬局起点の情報についてどういったものがそもそもあるのか、というところも含めて整理をしていきたいと思えますので、引き続き議論をさせていただければと思えます。ありがとうございます。

○山口主査 はい。今、締めのようなお話になってしまいましたけれど、ほかに御意見よろしいでしょうか。少し早いですけれども、かなり活発な御議論いただきましたので、それでは本日はここまでの議論とさせていただきます。

事務局におかれましては、本日の議論を踏まえて、今後の準備をお願いしたいと思います。それでは最後に事務局から次回の日程など、連絡事項ございましたらよろしくお願いたします。

○栗田課長補佐 事務局でございます。次回の日程につきましては追って御連絡させていただきますのでよろしくお願いたします。

○山口主査 はい。それでは本日はこれで閉会といたします。鳥飼構成員、本日は御説明、本当にどうもありがとうございました。構成員の皆様、本日も長時間にわたりありがとうございました。また次回もよろしく願いいたします。以上です。

以上