

2024-03-29

健康・医療・介護情報利活用検討会

第4回電子処方箋等検討ワーキンググループ

10時00分～11時30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4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大変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まして、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ございません。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、構成員の皆様全員に御出席をいただいております。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く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、おはようございます。今日もどうぞよろしく願いいたします。それでは、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、参考資料1から3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 はい、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。議事1の「院内処方への対応」、そして議事2の「内服薬の1回量・1日量記載のアンケートについて」をまとめて事務局から御説明いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○栗田課長補佐 はい。事務局でございます。そうしましたら、第4回電子処方箋等検討ワーキンググループ資料1に沿って説明させていただきます。よろしく願いいたします。お手元の資料1をおめくりいただきまして、本日の議題ということで2ページに書かせていただいておりますが、「院内処方への対応」と「内服薬の1回量・1日量記載のアンケート」というものですので、こちら御確認いただければと思います。

次に3ページ目に全体のスケジュールということで、こちら前回第3回のワーキンググループでお示したもののから修正したものを掲載しております。今回の議論を踏まえて院内処方に係る技術解説書というものを出していこうとしていますが、前回のJAHISさんの御議論も踏まえて、技術解説書の出す時期については(P)としておりますが、可能な限り、早く調整して出していきたいという形にしつつ診療報酬改定対応にも配慮していこうと考えて

おります。

次に4ページになります。4ページですが、こちら電子処方箋管理サービスの直近の改善事項と導入・普及に向けた取組というものについて御紹介させていただきたいと思い、こちら資料に加えております。どういうものかと申しますと、電子処方箋導入のための改善事項を我々として実施しております、というものが最初の御紹介になります。こちらは、モデル地域をはじめとして導入済みの施設からいろいろなお声を頂きながら我々としても随時改善を図っていると。例えばレセコンと薬歴システムの情報連携についてはJAHISさんにも御協力いただきながら連携仕様書を作成したり、あるいは処方内容の控えは要らないですという方については手交しないことも可能とするというような取扱いを運用通知上、明確化したり、あるいは発行後の電子処方箋の状況が分からないということについて処方箋のID検索というものができるようにして、どこに今、処方箋の原本があるのかということも随時分かるようにする。我々としてそういったような改善事項を重ねてきております。我々としても現場の御意見を踏まえて、電子処方箋についてはより便利なものにしていきたいと考えております。

また、こちらは導入普及・促進の観点からということですが、昨年秋に開かれました医療DX令和ビジョン2030という場で、厚労省所管の公的病院に対してマイナ保険証の利用促進、電子処方箋の早期導入を、直接トップの方に、厚生労働大臣から要請をしております。並行して、各省を通じて各公的病院、ここに載っていない例えば自治体病院さんであるとか、あるいは国立大学病院さんなどにも各省を通じて導入を要請しているというような状況になっております。

次のページをお願いします。5ページになりますが、こういったことを皮切りに、導入・普及を進めていくべく厚生労働省でも様々な取組を進めてまいります。具体的には導入補助の拡充というところで、こちら先ほどの改善事項にもありました追加機能を導入するというタイミングで、補助の上限自体を拡充しております。また、併せて都道府県が主体となる事業において補助率の上乗せの補助も行っていただけないかという話を今進めております。こちらの各都道府県さんが医療機関・薬局に対して補助した場合は都道府県負担額の3分の2を厚労省として都道府県に補助するというものですが、現在都道府県さんにも御協力を頂きつつ最終的に補助率も上げるべく我々として取り組んでまいります。

また、初発の導入時だけではなくて、継続的に運用いただく際に「医療DX推進体制整備加算」というものが現在、中医協で議論を経て、令和6年度の診療報酬改定で新設されました。こちらについても電子処方箋の導入を評価するというものになっておりますので、アピールしていきたいと思っております。また、右側にありますのは、周知広報の観点から、国民の方がまだ電子処方箋というものを聞いたことがないという方がまだ実際にはいるかと思っておりますが、こういった方をもう全員マイナ保険証にどんどん切り替えていくというタイミングで我々としても電子処方箋を1回使ってみましょうということをアピールするために、様々な広報資材をそろえて、かつTVアニメとのタイアップ等々いろいろ行って

おります。こういったことを我々としても積極的に行き、来年度是非電子処方箋を更に普及させていくべく、対応していきたいと考えております。

そうしましたら、次に議事に入ってまいります。院内処方への対応ということで、7ページからは前回の資料の再掲を幾つかしております。7ページ、8ページ、9ページ、こちらは再掲になっております。どういうことを議論していたかという内容を申し上げますと、議論していたのは入院患者さんに対する処方、調剤、投薬といった段階があると。最終的には患者さんが最後に投薬された情報に近い情報を電子処方箋管理サービスに送信していただくのが良いだろうということを申し上げつつ、それがなかなか厳しいというシステム状況下にある現場もありますので、可能な限りそれに近い情報を送っていただくということで、現実的に間口を広く取ってはどうかということを考えていたものになります。ただその際に後からどんどん変わっていく情報が送信されてくると、それを閲覧する側も混乱が生じるので、確定されつつなるべく投薬に近い情報を送付することに留意してはどうかということを議論していたところになります。

また、10ページは外来、退院時の患者さんに対する処方等についても、最終的に患者さんにお渡しすることになったものを登録いただくこととしてはどうかと議論しておりました。新しい資料は11ページ目になります。こちらは電子処方箋推進のためのシステム面の課題等に係る作業班での議論等も踏まえまして改めて院内処方の追加の最初の目的、意義について明確化すべきではないかという御意見を踏まえて追加しているものになります。こちらで述べているのは、最初の二つは経緯等を記載しておりますが、レセプト情報の登録を待たずにリアルタイムに情報連携ができるところが電子処方箋のメリットとなっております。

院内処方に今回拡大するに当たり、大きく分けて外来時、入院中、退院時に区分できますが、このうち外来時、退院時については院外処方と同じく薬剤服用中の患者さんが他の医療機関に並行して受診する可能性がありますので、服用中の薬剤情報として参照することも、あるいは重複投薬等チェックを行うことも非常に重要なのではないかと考えています。また、4ポツ目、「一方」でと書いておりますが、入院中の患者さんについては、外来、退院時とはちょっと異なって、基本的にその施設内で薬剤情報は完結するものになります。一方、その入院中の薬剤データについて、例えば退院後、入院中にどのような治療を受けたかということをきちんと連携していくことは円滑な地域医療の移行につながるのではないかと、あるいは薬剤データの登録が行われれば転院時や患者さんが他の医療機関に行く場合にも使える、あるいは令和6年能登半島地震にもありましたが、災害発生時等は急な転院や、いつも医療を受けている地域とは違う地域で参照することが必要になってくる場合もありますので、そういう観点で役立っているのではないかと、そして5ポツ目に「また」と書いておりますが、電子処方箋管理サービスへの積極的な参加をした上でこういったデータを登録いただくことで、患者さん自身がマイナポータルを通じて自分自身に今行われている治療を把握しやすくなります。そして患者さんが主体となった情報活用、治療への積

極的な参加をいただくことに繋がることをと期待しております。上記のこういった意義を踏まえるということですが、マイナ保険証情報についても各現場の状況に配慮しつつという前提ですが、共有していく方向で進めていきたいということで改めて確認したいという趣旨で書いております。

12ページ以降が今日の論点も含めた、院内処方を取り扱うに当たっての論点を記したものです。論点の3番4番、運用フローの整理、登録するデータの中身について、本日の議論しております。

14ページ目、15ページ目が運用フローということで、15ページ目が分かりやすいかと思うので、御覧いただければと思うのですが、各運用フローを我々として暫定版としてお示ししておりましたがこちらについてきちんと分類して、4枚今回は示させていただいております。

何かと申しますと、16ページ目、17ページ目、20ページ目、21ページ目となっておりますが、入院患者さんに関する運用フローということで、薬剤情報を完全にリアルタイムで、病院内で把握、それをリアルタイムに登録することもできますよといった場合のフローが16ページ目。こちらはそういったことができなければ難なく電子処方箋管理サービスに登録できますよねといった理想的な運用フローとなっております。

ただ現実には15ページの②番として書いておりますが、リアルタイムで全部薬剤情報を院内で共有しているという例が必ずしも多くはない。むしろ実態としては②番の方が圧倒的多数なのではないかと考えておりますので、そういった運用が厳しい場合でも院内処方を登録いただく際にはどうすればいいのかということも改めてフローとしてお示ししているのが17ページになります。

また外来の患者さん、退院時の患者さんに対するフローについても20ページ目、21ページ目でお示ししております。

そうしましたら、16ページ目、17ページ目を御覧いただければと思います。

まず、入院中の患者さんに対するフローになっております。こちらは前回お示したもののについて清書化するとともに論点についてこちらのフロー上で書き表しております。

まず患者さんは来院いただいて入院するときに、過去情報を閲覧可能としています。そこで患者に閲覧同意をいただく場面がありますが、そちらは論点として後ほど少し触れさせていただきます。また処方を確認する際には当然過去の情報を閲覧することも重複投薬等チェックをかけることももちろんできます。こちらについてはリアルタイムで、院内で情報が共有されている例ですので、調剤され、投薬され、最後その患者さんに服用されたところまで行って、最後その情報を投薬情報として登録いただくことができる場合。こちらはかなりきれいなフローになっておりますが、こういったことが最終的にできるようになるのではないかと考えております。

次に17ページの方が、若干フローの形が増えておりますが、これはそういったリアルタイムでの最後の登録ばかりができるわけではない現場のフローになっております。どういっ

たことがあるかという点、途中までは同じになっておりますが、処方段階で情報が一旦入力されます。そして、調剤については調剤部門の方で管理しております。そして最後、その投薬情報を取りまとめた場合によっては退院時や会計時のタイミングにならないとそれが確定しないといった場合もあるかと思っております。そういった場合、最後退院時や会計時のタイミングまで情報が固まらない場合、そこでまとめて登録いただくことも可能になっておりますし、その手前で例えば実際に投薬された情報を電子カルテに返して、要するに処方段階に1回入力したものをそこで修正、その修正された情報を送付可能であれば、そのときの情報を電子処方箋管理サービスに登録いただくこともできるかと思っております。ア、イと分類しておりますが、そういうのを日次でできる場合もあるでしょうし、最後の退院や会計時のときでしかできないという場合もあるかと考えております。注の方に書いてありますが、こういったいずれかのタイミングで情報が確定した段階で、16ページのような運用が厳しい場合のフローということになっております。こちらは事実上多数の医療機関がこちらということになってくるかと思っておりますので、可能な範囲での対応を求めていくというところで、現場の運用に丁寧に配慮しながら進めていきたいと考えております。

18ページ目、19ページ目には入院患者さんのマイナンバーカードによる同意に関する参考です。今、マイナ保険証で同意いただく方については、外来は基本的に24時間、同意してから24時間、薬剤情報等が見られることになっておりますが、入院期間中は訪問診療等々と同様の扱いをし、継続的に入院が行われる期間については、患者さんの同意取消しが行われな限り、照会可能と整理、その御紹介になっております。次のページに参考までに図を載せております。

次に20ページ目、21ページ目が外来の患者さん、退院時の患者さんに対するフローになっております。

こちらについては院外処方箋と同様、処方・調剤の閲覧、重複投薬等チェックはもちろんできます。患者さんに交付、あるいは投与した薬剤を電子処方箋管理サービスに登録いただくということを想定しています。外来・退院時の患者さんについては、一施設内で処方から調剤あるいは投与までされますので、調剤または投与された情報を基本的に登録いただければよいと考えております。

院外処方箋の場合は処方、調剤と二時点で送ってくることとなりますが、こちらについてはまとめて1回送ってくることとなりますので、そちらについては記録条件仕様上判別できるようにしたいと考えております。

次に22ページ目については、前回も出しておりました論点の引き続きになりますが、医療現場のこういった取扱いをする際の引換番号、処方内容控えの有無についての確認になります。こういったことかと申しますと、院外処方箋については処方された段階で処方内容控えというものを医療機関にてお渡しし、薬局に引換番号をお伝えするものとして、1枚交付をいただくということをしていたしました。こちらは院内処方箋の場合、一施設の中で処

方から調剤までされる場合にこういったものがそもそも必要なのかというところについて論点化していたものになります。

次のページにそういった内容を医療機関に聞いてみた際のヒアリングの結果も付けておりますが、結論から申し上げますと原則として、我々としては引換番号、処方内容控えというものは、次のページで行いましたヒアリングを踏まえてということになりますが、原則必要性がない、交付しないこととしてはどうかと考えております。こちらについてはその中でも原則要らないということは基本的に大方御意見を頂いているところですが、実際どうしてもこういった紙が要るといった場合には、では発行できるのかといったところについて、もし必要という医療機関があれば発行可能とすればよいのではないかというお声も頂いておりますので、その辺りは費用とのバランスということもありますが、こういったニーズがあるのかと、あるいはどういった費用が掛かるのかということ踏まえて最終的に判断してまいりたいと思っておりますが、原則としてはこちらは不要と我々としても確認しているというのが22ページ、23ページの資料の内容になっております。

23ページのヒアリングについては、最後のところに引換番号、処方内容控えについて聞いた際のヒアリング結果が載っております。それ以外にもいろいろ確認しておりますので、御参考までに23ページにまとめて載せさせていただいております。

次に24ページ目、こちらについては今回新しく出す論点となっております。どういうことかと申しますと、先ほど運用フローの中で示していました重複投薬等チェックの考え方です。現時点でフロー上、重複投薬等チェックは全てのフローに入っておりますが、院外処方箋については全件掛かっていました。先ほどから申し上げているとおり並行して医療機関にかかる可能性がある退院時処方と外来の院内処方については、院外処方と同じく重複投薬等チェックを掛けるというところは特に問題ないかと思っておりますが、一方で、入院患者さんの院内処方については一施設内で基本的に薬剤の処方・投与は完結するので、基本的に既に薬剤管理がなされ、その中で更に重複投薬等チェック等を掛ける必要があるのかというところの論点になっております。

こちら3ポツ目に書いておりますが、入院中の投薬情報については、基本的に入院期間中において患者さんが服用済み。入院時の先ほどの目的・意義のところ述べてましたが、他院で見るという段階ではもう投薬は終わっているというものが入院中の薬剤と思っています。それ以降更に飲んでくださいということでお渡しするものは退院時処方として整理することかなと思っております。

また、可能な限りリアルタイムで情報を登録するというをお願いしておりますが、例えば急な転院ということが起こった場合にはそちらの情報を登録いただければ情報の参照閲覧という機能の方で他院においてきちんと情報を引き継いでいくということが基本的にはできるかと思っております。そのため、基本的に情報閲覧において機能としては足るだろうということで、したがって入院中に投薬された薬剤については基本的には重複投薬等チェックの対象外とする方針で検討してはどうかと考えております。その必要性が基本的

に重複投薬等チェックを他院とぶつけるということは、いらないのではないかと基本的には考えているというものになります。

次の25ページ以降は登録情報の保管期限についてとなります。25ページは現在、電子処方箋管理サービスについては100日を原則としてそのデータを保管していると。それ以降の更に遠い過去の情報についてはレセプト情報を見てくださいということになっておりますが、そちらの論点について基本的にこの方針を堅持して原則100日ということですのでそれ以前についてはレセプトの情報等を参照いただくということを述べているのが25ページになります。

また26ページ目、27ページ目は、27ページ目の図を御覧いただきながら御説明するのが分かりやすいかと思いますが、先ほど申し上げましたとおりリアルタイムでの情報登録が可能な医療機関においてはこういったものは生じないかと思っております。登録された情報は、退院後、地域医療に移行する場合に閲覧されるかと思えます。一方、退院時にまとめて、電子処方箋管理サービスに一括登録するとき、例えば3年間、その方が入院されました。リアルタイムで情報登録はしていませんでしたというときに、3年分全部登録させますかというのがここでの論点となります。こちらについては先ほどのレセプト情報もありますが、過去の情報はそちらで見ていただくこと、3年間入院された最後にはその情報を登録すること、地域医療の移行に使う場合であっても直近の100日分を登録いただくということで、現状と同じように100日分を登録いただく方向でどうかと考えております。

登録する量の話とかわって、次の28ページ目は、今度は形式の話です。

形式については、現在の院外処方と同じようにXML形式で登録。そちらをオンライン資格確認等システムの方に連携いたしますので、地域医療に移行する場合あるいは他院で診る場合には現在のレセプト情報や院外処方・調剤結果といったところを見る際と同じようにXMLもしくはPDFの形で閲覧いただくことになっております。こちらについても、なかなか閲覧しにくいという事例は、まだお声として実際にありますので、こちらは院内処方に限った話ではないですが、医療機関の方において可能な限り活用していただけるような分かりやすい形での閲覧について厚労省としても目指していきたいと考えております。

次の29ページ目が電子処方箋管理サービスに登録するデータの項目についてです。データの項目については今後定める技術解説書等々の中で記録条件仕様において定めていきたいと思っております。処方情報・調剤情報を登録することとしている院外処方箋に対して、院内処方では情報を分けず、一つの情報として登録することになることを踏まえてしっかりと検討を行っていききたいと考えております。

次に30ページになりますが、電子署名の取扱いについてです。こちらの論点についてはどうということかと申しますと、院外処方箋については医療機関から発行して責任関係を明確化するという観点で記名押印または署名をして薬局に行って調剤をします。薬局で調剤済みの際に記名押印または署名を頂くという観点で、記名押印または署名を求めていたということを踏まえて電子処方箋の世界では電子署名というものを求めておりました。こちら

についてでは院内処方をごちらに送信いただく際に電子署名を必ず付すということを求めるかどうか論点となっております。こちらに書かせておりますとおり、院外処方については当然紙の世界でも責任関係を明確にする観点から記名押印または署名をして発行していたことを踏まえて、電子署名を付していたということを述べておりますが、院内処方については3ポツ目になりますが、院内において処方されて調剤されるということになっております。要するに一施設内で完結すると。そしてその後の情報を参考として我々の方にきちんと送ってくれば他院において活用できるということになっております。院外処方箋の場合は患者さんにお渡ししてあるいはその情報自体が原本になって調剤されるという施設をまたぐというところがあるのですけれども、我々に最後送信してくる院内処方の今回議論している情報については、そちらというよりはその結果を送っていただくという扱いとして捉えることができるのではないかと考えております。またそちらの送信に関して、電子署名にはもちろん責任関係を明確にするという観点以外にもセキュリティを万全にするという観点もございました。一方で、もちろんそういった院内のシステムが医療情報システムの安全管理ガイドラインというものに準拠することになっておりますし、電子処方箋管理サービスへの登録については閉域網、オンライン資格確認のネットワークを通じて送ってくるということから一定の信頼性は保たれていると考えております。こういったことを踏まえて、我々としては一律に電子署名を求めることは、今回は不要ではないかと考えている次第となっております。ただこちらの注書きのとおり、もちろん医療行為等を行ったという責任を明確化する観点からは院内でのやり取りにおいても電子署名を付すということは当然できますし、責任関係の明確化という観点では有効な手段であることはそのとおりかと思っております。なので、任意での対応は可能ということを注に書かせていただいた上で、一律に求めることまでは不要ではないかと考えているというものになります。次に31ページ目になります。そういった院内情報の閲覧項目や表示方法等々のイメージというものを付けさせていただきました。こちらについてはこれまでの院外処方とかなり異なるものになりまして、注射薬なども入ってまいりますので、活用する際にどこまでの情報をお見せしたら良いのかという観点で御議論いただきたいと考え、こちらのイメージを付けさせていただきましたので、御意見あればお願いいたしたいと考えております。次に医薬品コードということで32ページ目になります。医薬品コードについては送信するデータのコードですが、電子処方箋においては3種類のコードを利用可能としておりました。YJコード、一般名コード、レセプトコードの三つになります。こちらについて院内処方における取扱いも検討する必要がありますが、医療等情報利活用ワーキンググループ等において現在並行して行っている診療情報提供書の構造化にはYJコードを用いることということが原則となっており、その上で銘柄を指定しない場合に限り、一般名コードによる記載も可能というふうに、電子カルテ情報共有サービス等で議論されています。そういったことを踏まえて、院内処方はどうするのかというところですが、括弧1、括弧2と書かせておりますが、現時点ではこれまでどおり3種類のコード、要するにYJ、一般名、

レセプトの登録を可能としつつ、用いるコードの統一化については引き続き検討課題としてはどうか。絞らずにこの三つのコードの登録を可能としてはどうかということで考えております。

次に33ページ目になりますが、用法コードについてです。電子処方箋管理サービスにおいては薬剤情報を登録する際の用法マスタというものを定めておりまして、そのマスタの改善については都度、御指摘を頂いているところになります。院内処方についても少なくとも内服薬についてはデータ登録に当たって用法を設定することが必要かと考えております。令和6年能登半島地震の場合には用法が分かれば更に良いというお声も頂いておりますので、我々としても用法コードについては非常に重要かと考えております。

その用法の取扱いについては現在でもそういったお声を頂きながら改善していること、あるいは院内で院外と異なる用法が用いられている場合については標準コードの新設等も検討の必要性はもちろん考慮する必要はあります。一方、用法コードの設定について、必須とせずデータ登録をしてもらうことも考えられはするのですが、医療機関によっては設定が難しい場合、ダミーコードを選択することも当然可能ですので、院外処方における処方・調剤情報と同様に用法コードを設定して院内処方についてもデータを登録することとしてはどうかと考えています。

こちらまでが院内処方の検討の論点となっております。

次に2番目の「内服薬の1回量・1日量のアンケートについて」というものを付けさせていただいております。こちらは35ページになりますが、9月27日の本ワーキンググループにおいて、1回量・1日量についてお示ししたとおりに、実際に我々として厚労省としてこちらについては方針ももちろん従来からお示ししておりますが、実際はどうなっているのかということアンケート結果として取りまとめたものになります。去年の秋に行っており、2500を超える施設から御回答いただき、その結果を取りまとめています。

どういうことかと申しますと、院外処方においては1回量・1日量の併記が求められるというような通知が出されているのですけれども、実際のところを聞いているのが、36ページ以降になります。もちろん認識はしているといった御回答も多くいただいておりますがまだ認識されていない、分からないといったような回答もいただいております。

また37ページになりますが、では実際に1回量・1日量併記していますかというところになると、まだ1日量のみを記載しているのが例えば半分あるとか、併記をしていく予定がある、1回量にしているといった回答ももちろん出ていますが、そちらについては慎重に進めていく必要があるのではないかとすることを再確認したところになります。こちらの結果をもって何かすぐに電子処方箋においてこう対応しますということではありませんが、我々としてまだまだ様々な状況が医療現場においてはあることを踏まえて、電子処方箋においても慎重に対応を検討していきたいという趣旨で、今回したアンケート結果を御参考までに載せているものになります。

長くなりましたが、事務局からの御説明としては以上になります。よろしく願いいたし

ます。

○山口主査 はい。御説明ありがとうございました。それでは、質疑応答に入りたいと思います。かなり資料盛りだくさんですので、三つに分けたいと考えております。

まず資料1の冒頭から23ページのところまで、「(参考)【医療機関】ヒアリング調査結果サマリ」、ここまでを一区切りとしまして、次に24ページの「医療現場の運用にかかる新論点①」から33ページの「用法コードについて」までを二つ目の枠組みとして、最後35ページからの「内服薬の1回量・1日量記載のアンケートについて」と分けて質疑応答を行いたいと思います。それではまず、冒頭から23ページまでで御意見あるいは御質問のある方、挙手あるいは挙手機能を用いてお知らせいただきたいと思います。いかがでしょうか。ではまず、鳥飼構成員、お願いいたします。

○鳥飼構成員 はい。資料を御紹介ありがとうございます。非常にややこしい場所だと思うのですが、丁寧に調査、検討されていらっしゃるという印象を持ちました。それで、いくつかポイントを私なりに考えたところを述べたいと思っています。まずポイントとなりますのは、患者に対してなぜ電子処方箋を要は導入してDXというかといいますと、これでみんなつまり患者、医療スタッフ含めて時間を創出して楽になるということが目的であります。ただ一過性にデジタルを導入してワークフローを変えるというときには一過性に負荷が掛かるということは当然覚悟しなければいけない話なのですが、それができた暁には現状よりも楽になりますということが一つの導入すべき見通しになると、まずその上で、外来と入院において電子処方箋、要は処方箋を導入されているかといいますと外来の場合、つまり処方箋を渡された段階では本来は、患者さんがそれを飲まなければ患者さんへの影響はないわけですね。ですから外来の場合の処方箋は、要は患者に飲まれたということはある意味信用をもって代替されている機能であるとみなすことができます。入院の場合にも同じことを適用するとすればこれは患者に服薬をしたところまで入力をさせるとなりますと、これは多分できている医療機関はかなり限られていると思いますし、看護師さんの負担が急増するということも考えられます。ですので例えば配薬まででよいとみなすのかないしは回復期病院のように中止・変更が少ない病院の場合にはそもそも処方箋が飲まれるというコンプライアンスの問題がありますけれども、家で飲んでいるのと同じ精度で服薬がされているという精度担保をもって例えば調剤しないしは処方した段階ですね、処方箋が調剤された段階で出てくる情報というのを機械的に取れますから、それを取るという方法も考えられます。そうしますとレセプトで出てくる精度と電子処方箋の出力として出てくる精度がほぼ同じになりますので、その後ろで入力をするという人為的行為がなければ入院においてもみなし服薬したことをもって、つまり外来で通常の電子処方箋が服薬されたとみなしているのと同じ精度で質担保をするということが言えるのではないかと思います。これが一つのポイントです。

もう一つは高度急性期病院と回復期病院で質の違いがおそらくあるであろうということですが、これは中止、変更の頻度によりますけれども、特に懸念が大きいのはやはり高度急性

期病院でありまして、周術期やICUという場所では最初に処方された処方指示をされたものが服薬指示に行ったところで服薬の変更がたびたび起きるといのが分かっています。こういったところの病院さんにリアルタイムで入力するのは非常に大変ですし、後は先ほども申しました退院時にそれをまとめて出すということがあった場合にも、そういう意味ではそこはもしかしたら質担保するのであれば加算を別に作るのか、何か工数に応じたものを考える必要があります。ただその場合手間を掛けるということは、山口主査、ポイントだと思えるのですけれども例えば重複のチェック以外に禁忌薬剤があるのか、あるいは病名と一致しているのか、ないしは医療安全の観点で言いますと、間違った処方量でないか、これは1日量と1回量の場合にたびたび出てくる%と量と日と回数が掛け算になってくるので、たびたび処方で数字が間違ってしまうのですけれども、そういったものを計算機的にチェックさせるということで医療の質や安全に資する、だから手間を掛ける意義があって例えばそういうことをやっていただけなのであれば医療の質向上につながるのだから患者便益がありますので、加算にしますというロジックは多分成立し得ると思うのですね。こういった点でもし要は服薬を入力することを課するのであればこれは医療の質、安全に向上しますので、やっていくモチベーションというのはあると思います。そうでなければやはり簡略化させて時間創出につなげていくという観点がよろしいかと思えます。短いですが私から以上でございます。

○山口主査 はい、ありがとうございます。非常に現場を踏まえた重要なポイントをお示しいただいたと思うのですけれども、事務局、何かございますか。

○栗田課長補佐 はい。どうもありがとうございます。何が現場として安全性に資するか、やはり時間創出につながらないといけないという点は御指摘のとおりかと思えますので、我々の方でもいろいろな医療現場があるかと思えますが、こういった導入して時間創出になったと、あるいは手間なくできましたという点をきちんと実現できるように努めてまいりたいと思えます。ありがとうございます。

○山口主査 そうしましたらオンラインで、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ございます。まず5ページの左上、導入補助の拡充についてですが、現在電子処方箋の導入が極めて低い最大の理由は補助率が低いことです。それにかなり改善するという取組ですので、ここはしっかりと周知をしていただいて都道府県が対応していただくということが極めて重要です。

そこで日本医師会では都道府県医師会に対してこのような都道府県の取組があるということで、まず御自分のところでこの対応がなされるのか、なされないのであれば是非都道府県にこちらの働き掛けをしていただきたいという通知を出すということで、しっかりと周知をして、この仕組みが活用できるようにしたいと考えています。

2つ目がその左下、診療報酬改定における医療DX推進体制整備加算、今回8点というかなり高い点が付きましたが、一方要件として、電子処方箋が導入されていることが入ります。ただ経過措置があります。令和7年3月31日までが猶予になりますが、逆に言うとそこまで

にしっかりと電子処方箋を普及させないと、これは絵に描いた餅に終わります。国としてよほど腰を入れて普及に努めていただく必要がありますし、当然関係する各団体ともしっかりと協力してこれを進める必要があるのです、これは国としてこのような内容で、このような方向性でやるというのを明確に打ち出していただく必要があると思います。

次に今回のテーマである院内処方についてです。まず総論としては効果。院内処方効果は、主に薬剤情報の共有による効果ですが、一方デメリット、負担。デメリットは主に費用負担、あるいは業務負担の増加があります。したがってこれを進める上ではまずは費用対効果から業務負担対効果それから電子カルテ等のシステムの対応状況、それから各医療機関の対応可能な状況、これを踏まえて近い未来に関しては現実的に進めていくべきですが、ただし将来的に様々な機能を拡張していくときの妨げにはならないような形で現実的に進めていくということが重要です。

では次に効果については、三つの場面を想定しなければいけません。まずは、院内処方する医療機関にとってほかの医療機関の処方が確認、薬剤情報が確認できる、その結果として当然併用禁忌や重複投薬などを避けてより安全で質の高い薬物療法に役立てるということです。二つ目がほかの医療機関や調剤薬局が院内処方する自分の医療機関の情報を役立てていただくということです。三つ目が患者さん御本人がマイナポータル等通じて把握されて役立てるということです。特に最初の二つ、他の医療機関が役立てると、自分の医療機関が役立てるという観点からすると外来、退院時、入院時は明確に分かれます。まず外来時においてはこれも院外処方と全く同じです。自分の処方が他の医療機関にも役立つし、他の医療機関の情報も役立つということで、これは当然電子処方箋システムに登録した方がいいし、併用禁忌などのチェックも行った方がいいです。二つ目です。退院時です。退院時においては、退院時の処方は当然ほかの医療機関、調剤薬局には役立ちますから登録をした方がいい。一方、退院時において原則としてほかから薬剤が投与されていることは極めて少ないので、これは必ずしも併用禁忌などのチェックは必要ない。これはケースバイケースでその患者ごとにあるいは医療機関がそのときの判断ですればいいと思います。三つ目が入院時です。これは基本的には自院のところで全部管理できているということなので、必ずしも自院にとっても他院にとっても明確なメリットがありませんが、やはり災害時など、あるいはもしかするとパンデミックなどにおいて緊急的に退院するとか転院するということが生じた場合にはメリットがあると思われそうですが、そのようにメリットが明確に三つで違うので、それぞれのタイミングや併用チェックを行うかなどということ、若しくは各医療機関の対応能力によって分けるということ、今回示された案というのは妥当なものではないと考えているというところです。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございました。御意見だったと思いますけれども、特に5ページのところで補助率が上がることの周知ということ、御要望ございましたけれど、会場では大きく事務局うなずいておられたのですが、多分オンラインの方には伝わらないので、この辺り通知をお出しになる御予定などおありなのでしょうか。

○栗田課長補佐 はい。ちょっとまだ我々の方で補助率のアップであるとか診療報酬等についても周知がまだ不足していることはあるかと思っております。3月にも3回説明会を開催いたしまして、我々の方でも今まさにインセンティブをもって是非この機会に電子処方箋を導入してくださいということに向けて全力で取り組んで参る所存でございますので、関係団体の皆様においても、こういった補助実現に向けて御協力頂いていること、大変感謝申し上げます。厚労省としてもこちらについては今後十分に周知広報を行ってまいりたいと思っておりますので、どうかよろしくお願いいたします。

○山口主査 長島構成員、よろしいでしょうか。

○長島構成員 はい。国として是非よろしくお願いいたします。

○山口主査 はい。では続きまして川上構成員、お願いいたします。

○川上構成員 はい。日本病院薬剤師会の川上です。ありがとうございます。まず院内処方関連の話を取り上げていただいてありがとうございます。登録するデータですけれども、患者さんの医療安全とか様々なことを考えると、院内でオーダー等のデータ化されているものはなるべく登録をしていくような方向性で、以前にも申し上げましたけれどもお考えいただきたいなと思います。それで、例えば11ページ、今回新たに院内処方を追加する目的や意義をお示しいただいてます。情報の利活用の観点や、下から二つ目には患者さん自身がPHRとして活用することがありますけれども、さらにこういったデータは創薬等、医薬品の開発などにも利用されていく意義もあろうかと思っておりますので、可能であればそのことも少しコメント頂けると良いかと思っております。

それから16ページ、17ページに入院患者さんの運用のフローや、20ページに外来患者さんのフローも出ています。例えば剤形によりオーダー方法が違うことを下のところに小さい文字でお書きいただいております。登録するタイミングの違いなどにも関係するとお書きいただいておりますけれども、これも院内でオーダー等のデータをどのように活用し得るかにも係るかと思っております。従来ですと、例えば内服薬や外用薬であれば既に議論された外来の院外処方箋と同じように扱えると思うのですけれども、注射薬であったり、紙の伝票による請求で運用していたものも、最近はオーダー化されていってます。麻薬などもオーダー化されていってます。注射薬でも処方箋のような形態もあれば、抗がん剤のレジメン登録・オーダーのものもあります。

また、ここには書かれていないのですけれども、持参薬が実は院内では動いています。持参薬は既に入院前に他院等の外来で処方されて薬局で調剤された薬でして、院内では新たに処方してはいないのですが、持参薬オーダーに入力をして、医師が確定した後、今度は指示系として利用したりしている実態があります。院内で処方したものではないけれども、入院中の薬剤の使用歴をきちんと把握し、できれば退院・転院後の先で利活用するという点では大変意味があると思っておりますので、色々な観点から情報の利活用を進めていただくことも御検討いただければよろしいかと思う次第でございます。私からは以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございました。まず11ページ、追加機能の意義について追

加をしてもらってはどうかという御意見があったと思うのですが、事務局、いかがですか。

○栗田課長補佐 はい。事務局になります。創薬等の観点もあるのではないかと御意見でした。我々としてもこういった形でこういう情報が使えるかという形では医療DXの情報全体ですが、よく検討してまいりたいと思います。また持参薬等についても御発言いただきましたが、持参薬について我々として最初の閲覧のところで、もちろん他院で出されていたものを持参している場合についてはこちらで把握できるかと考えておりましたが、そちらを院内で管理されているという例についてもよく承知いたしましたので、実装の中でよく踏まえ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。では、御意見を役立てていただけるということで。では、続きまして渡邊構成員、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。薬剤師会の渡邊です。24ページまでのところで少し、数点要望と確認をさせていただきたいと思います。少し現場の状況も踏まえてになりますが、スライド3のスケジュールにおいて、現在リフィル等に対応した運用期間に入っているかと思いますが、現在の現場の状況はオンライン資格確認等における医療扶助に対する対応であったり、居宅同意取得型に関する対応であったりと機能拡充もあり、なかなかベンダも追いついておらず、システムの実装に至っていないというのが現状になります。スケジュールには書かれておりますけれどもこのようなスピードで動いていない現状ですので、各省庁、各局から五月雨式にシステムの拡充に関して出ているところなのですけれども、是非、省庁各局の掌握分署の違いがあるのは分かりますが、どこかで連携を図ってまたグリップをしていただいてまとめてシステム改修等ができるように、しっかりと現場が対応できるようにお願いしたいと思います。それと、スライド5のところの補助に関しては長島先生の方からもありましたが、補助率もそうなのですが、そもそも補助を決定している都道府県が15都道府県しかまだ対応されないということを聞いています。そのほかの都道府県においても是非しっかりと対応をお願いしたいということ、厚生労働省の方からも依頼させていただきたいと思います。

それとスライドの20の外来患者に関する部分で、院内処方に記載について、院外の処方箋を院内で調剤しているようなケースという部分での説明もありましたが、そのケースはいいのですが、先ほど川上先生からも少しあった、外来等でがん化学療法や処置により院内で投与された注射薬等の場合、後のスライド29のところにも情報を分けずに一本の情報で登録してはどうかと書かれていますが、そもそも処方オーダーの情報の持ち方が施設によって異なると思いますので、そのあたりの検討をしっかりとお願いしたいと思います。その受診時に同時に院外に向けて発行されている処方箋を応需する薬局にとっては、今、院内で打ってこられた注射情報をリアルタイムに共有するというのは非常に重要な情報になりますので、この情報が是非、共有できるようにお願いしたいと思います。

それと、1点確認なのですが、24ページのスライドの一番下のところに、入院中の薬

剤に関してなのですけれども、原則他の医療機関・薬局等で重複等チェック等の対象外とする方針とすることが適当と考えるがいかがと書かれているのですけれども、院内での処方され、服用期間が終わっているものに対してはもともと重複投薬等のチェックの対象外になっているのではないのでしょうか。それだけ1点確認です。よろしくをお願いします。

○山口主査 24ページは次の枠組みですけれども、今お答えいただけますか。

○渡邊構成員 次でも結構です。

○栗田課長補佐 事実関係のみですので、24ページについて回答だけさせていただければと思います。最後の入院中についてここで申し上げていたのはもちろん入院中の服用については入院中に一応終わって、もう投与まで終わっているというものになりますので、退院時のときには飲んで、服用されていないと。退院時処方退院時処方で別なので、入院期間中に一応終わっている、基本的に他院とぶつかることはないので、重複投薬等チェックはしませんということで、おっしゃるとおりです。最後ここで書いておりましたのは、入院中に入院している施設内でその診療科がなくて他院に例えば行くとか、一時的に行ったときにそこで例えばお薬を出されてそこで重複投薬等チェックを掛けるか、そういうところがあるかないかとかそのレベルの話です。だから事実上はほぼ入院中については掛ける必要がないという御理解で問題ないかと我々としても考えております。御指摘いただきました様々な点、我々としてもよく踏まえていきたいと思っております。都道府県についても是非我々の方でも今、各都道府県さんに補助の実施についてお願いしますということを強く申し上げているところになります。是非こちらについても御協力させていただきたいと思っておりますので、どうかよろしくお願いたします。

○山口主査 渡邊構成員、よろしいでしょうか。

○渡邊構成員 是非、よろしくお願したいと思っております。

○山口主査 はい。それでは続きまして田河構成員、お願いたします。

○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が、まず5ページのところでございます。電子処方箋、医療DXの中でも分かりやすい取組で、我々も期待しておりますがなかなか普及が進んでいないと。そこで5ページのところで都道府県を通じた補助のこともお示しされております。健保連としましても都道府県での対応も非常に重要であると考えておまして、我々も健保連の都道府県連合会にも働き掛けて推進を図っているところでございます。国においてはこれからも我々に必要な情報等、提供していただきたい、そのようにお願いたします。

そして16ページ、17ページから院内処方の記述等がございます。お話を聞くと、病院も高度急性期あるいは慢性期と様々で現状もいろいろあるという話でございますが、電子カルテの院内処方の対応メリットとコスト、そういう点もよく考えながら進めさせていただきたい、そのようにお願いたします。以上でございます。

○山口主査 はい。御要望ということでお聞きいたしました。ありがとうございました。では続きまして大道構成員、お願いたします。

○大道構成員 はい。何ページというわけではないのですが、先ほど川上先生がおっしゃられた持参薬の問題は病院にとって結構大きな問題だと思います。今、病院に入院される方、ほぼほぼ、そして救急で搬送される方の半分以上が高齢者であったり、当然お薬も持ってこられたり、いわゆる持参薬の問題ですね、これを薬剤師の方が把握をして探して、電カル上に登録をしようとするのですけれども、電子カルテに全ての薬剤がファイルされているわけではないので、当院で使っているお薬しか載っていません。そうしないといろんなお薬を処方したときに現場が混乱してしまうので、その辺りで別個の枠を作らなくてはいけないねということで、別枠を作ったのですけれども、そういうことが実際動くとなると各医療機関で出てくるのだろうということと、それから電子署名の問題なのですけれども、病院では当たり前のように医師が、誰が処方したかというのはまず分かります。そして誰が調剤したかという薬剤師の名前も当然分かります。それで誰がそれを監査したのか、これも分かります。この3点は必ず分かるセットになっているのですけれども、これを電子署名化するときに、では薬剤師に全員HPKIカードを出してねということがなかなか病院の場合は難しく、それに病棟に配置している薬剤師もいますので、例えば持参薬を薬剤師がチェックしたときに、私がこれをチェックしましたと、ではその薬剤師も、では電子署名をした方がいいよね、という話になるなど、なかなかその辺り、スタートしながら考えることではあると思うのですけれども、課題が多いなという気がいたしました。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。御意見だと思いますが、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。持参薬の問題については我々の方でもよく川上先生、大道先生の御意見を踏まえながら丁寧に行っていきたいと思えます。なるべく電子処方箋の導入、普及のところをきちんと進めていくというところが持参薬のときに、きちんと過去情報として入っているという状況を作ることもなるかと思えますので、導入、普及もきちんと進めつつ、入院時の対応については丁寧にやっていきたいと思えます。電子署名についても今回の方針であれば一律に全員持ってくださいということはしない方針ですので、そこの課題は少し対応できているのかと思えますが、我々として電子署名の普及についても院外処方箋の観点で今行っておりますが、それについてもきちんとやっていきたいと思っております。

○山口主査 はい。大道構成員、よろしいでしょうか。

○大道構成員 いや、全員持たなくてはまずいということはないのですけれども、やはり誰が調剤したか誰が監査したかと、これだけはもうきっちりしておかないと我々、職員も守らなくてはいけないので。そこが薬局の中の誰か分からないけれど、誰かの薬剤師がこれ、作ったのですよというのでは困るのですよ。だからそこは少しどこかで実施したいなと思っております。

○栗田課長補佐 はい。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 確かに何か問題が起きたとき、誰か分からないということでは、ちょっと困りますよね。今、関連ですか。では長島構成員、お願いいたします。

○長島構成員 はい。ありがとうございます。まず持参薬に関してですが、これそもそもの目的が電子処方箋の仕組みを使ってほかの医療機関や調剤薬局と薬剤情報を共有するということがそもそもの目的なので、あまり複雑なものにしない方がいいと。例えば持参薬に関して、ほかの医療機関と共有するという観点からすれば、例えば電子カルテ情報共有サービスの3文書のところの情報、診療情報提供書や退院時サマリというところで扱うという場合もあるので、必ずしも電子処方箋の仕組みを使わなくてもよい、あるいはそもそもの目的と少し違うということがあるので、その観点から丁寧に議論すべきと思います。もう一つ、院内処方機能の追加の目的及び意義に関して、創薬というのはちょっとそぐわないと思います。これは3文書6情報共有のところでも申しておりますけれども、これがまずそもそもの目的がほかの医療機関や調剤薬局、あるいは患者さんと情報を共有ということ、それが結果的に安全性と質の向上に役立terるという正に一次利用そのものが最大の目的であります。そここのところがおろそかになってしまうのは非常に良くないです。飽くまでもこれは一次利用、患者さんに直接役立terるということが目的であるということをはしっかりと踏まえる必要があると思います。一方、創薬、開発、研究等における医療情報の二次利用というのも極めて重要ですが、その際には一次利用における共有においてしっかりと情報を標準化する、質を担保するということが二次利用を行う場合でも非常に役に立つということになるので、飽くまでも目的は一次利用ではあるけれども二次利用も視野に入れてしっかりと標準化や質の担保というのは行っていくという考え方であるべきだと思っています。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございました。先ほどの川上構成員に対しての少し異なる御意見かと受け止めましたが、今の御意見にどなたか御意見おありの方、いらっしゃいますか。では、鳥飼構成員、お願いいたします。

○鳥飼構成員 はい。今の長島先生の御指摘、私も全くそのとおりだと思います。一次利用つまり診療に供すること、あと医療スタッフと患者に便益があることということがまず担保されてからの二次利用の段階ということはもちろんあると思います。今の標準化につきましては、今かなりアメリカと特にヨーロッパでOMOP形式というデータベースの形式が広く使われてつつあります。利用者数が拡大しているという意味ですね。これはリレーショナルデータベースの一つでありまして、テーブルとフィールドで作られているものなのですが、リアルワールドデータというこれは要するに診療情報を普段やられている診療情報をたくさん集めて解析することによって統計的なエビデンスのある、例えば論文を書いたりないしは医療の質向上に資するというような応用ができるということを目的とした活動というのがOHDSIという名で進んでおります。ヨーロッパではこれが組織化されてまして、EHDENプロジェクトと呼ばれていて、そういったOMOP形式のデータベースを電子カルテとつなぐようにするというような活動が進んでいます。ですので例えば今の長島先

生のお話に一定の回答をするのであれば、そういったOMOP形式を見据えてデータベースの様式を合わせていくないしはその接続が可能なように現状潰しが効くような作り込みをしておくということが必要ではないかなと考えます。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。今のことについての御意見おありの方、いらっしゃいますか。川上構成員、何かございますか。

○川上構成員 川上です。もちろん、一義的には目の前の患者さんの薬物治療に役立てることは、必ず必要なことだと思います。けれども、そもそものデータヘルスを国としてなぜ推し進めているのか、というその意義も忘れてはいけないということで申し上げた次第です。

また、目の前の患者さんへの一次利用として情報を使うということであれば、やはり病院の立場としては入院患者さんの持参薬は大変大きな問題なので、このこともしっかり議論いただければと思う次第です。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。複雑になりすぎず、まず始めるに当たっては一次利用ということ徹底してということと受け止めましたが、事務局、よろしいでしょうか。

○栗田課長補佐 はい。御議論ありがとうございます。我々としても、今の議論非常に大事な論点だと思っておりますし、必ずしも対立する話だとは思ってなくて、ただ順序をきちんと追っていかうということだと思います。一次利用、現場においてきちんと使ってもらい重要性を下げるつもりは全くなく、むしろそこできちんと効果を出していかないと、導入、普及が進まない点はどうしてもあるかと思えます。その上でどのようにそれが活用できるのか、将来的な活用を踏まえてきちんと標準化をしていくというのは御指摘のとおりですので、両方の観点を忘れることなく、ただ目の前の課題をきちんとこなしていくことが最終的な理想形につながるのかなと思っておりますので、しっかり取り組んでまいりたいと思います。どうもありがとうございます。

○山口主査 はい。そうしましたらお待たせしました。木倉構成員、お願いいたします。

○木倉構成員 はい。ありがとうございます。協会けんぽの木倉です。このワーキンググループの議題そのものかどうかわかりませんが、3ページの全体スケジュールと、それから今と冒頭の長島構成員からもありましたように、私どもでも4ページのように今、今年の1月から本格実施でなかなか大変ではありますがだんだんと広がってきている。これは協会けんぽとしてもしっかりと普及を進めていただきたいと思います。47の支部がございますが、その4000万の加入者の皆様、260万を超える事業所の皆様にも、今もいろいろ医薬局のポスター等も使わせていただいて、これからも医薬局からも提供していただくポスターと呼び掛けをしていって、やはり重複投薬であるとか、それからポリファーマシーの問題等は我々も協会として進めておりますので、是非患者さんの皆様のより良い医療につながるように進めていきたい。4ページのような施策で後押しをしていただきたいと思います。ただ一方で3ページにあります。この工程で、この3月でその他の機能拡充

の部分は今この議論を頂いているわけですが、これを踏まえながら支払基金がもう動かしていますから、運用管理をやっていますから、そちらの方の開発がリフィルであるとか署名の問題であるとか改修も進むと理解しております。これ、支払基金の方の外部理事、このメンバーも、たくさんメンバーになって、理事になっていらっしゃるのですが、この前、2月、3月で来年度の、4月からの支払基金としての需要計画でこの開発の工程も示されました。その中で院内処方に係る機能拡充も令和7年度からは、時期は何月かとは言えませんが、機能拡充を進めると。追加開発を今年度進めるという工程が示されております。それから一体である3文書6情報、電子カルテの標準共有サービスは既に支払基金の方で開発に入っておると。別の検討会がありましたが、この1月で一応閉められた検討会で示したその中の処方の部分だけ、拡充の部分リフィルであるとか電子署名であるとか、それから更に今の外来時、入院時、退院時という機能拡充部分も含めたものはこちらの検討会になると理解をしております。それで、一つ申し上げておきたい費用負担の問題です。これはこの場ではないかと思いますが、初回、欠席をして申し訳なかったですが、去年の6月の初回、今見ておりましたらば、電子カルテ情報共有サービスの方でやるのか、電子処方箋管理サービスの方でやるのかということも含めて院内処方について、その議論から始まっていったと思います。そのときの参考資料を手元で見えておりますが、コストにしてはいずれにしてもランニングコストはどちらのシステムで動かすにしても大きな差異はないのではないかと思います。議論があまりそれから進んでいないように思っております。それで、一方で3文書6情報の標準型電子カルテサービスはもう開発進んでいます。この費用負担も実は全く決まっていないのです。ランニングコストのですね。それを今、保険局とも医政局とも議論をさせていただいておりますが、支払基金の方で事業計画が示された資料でも出ておりましたが、去年6月の政府官邸で岸田総理本部長の医療DX推進本部の方で決まった、支払基金のDXを更に運用主体の、支払基金を大きく改正もしながら進めると。そのときに受益者負担の観点を含めた公的支援を含む運用資金のあり方等について速やかに検討して、適切な処置を講ずるということが本部決定を政府としてされて、その方針の具体化が求められておるといふ段階であります。是非ともこれが本当にいいことで、我々は本当にこれ大事なことだと思っておりますので、電子カルテの標準化、普及、それから3文書6情報の共有、それから我々はマイナ保険証を本当に普及させたいと思っておりますので、一体のものとして進めていきたいと思っておりますが、この法律で、2年前の支払基金法に書かれたものは、医師法等に基づく法的な電子処方箋の、電子で出せるという根拠とその運用ネットワークの費用は医療保険者が負担するという法的な改正がなされたにとどまっております。

それを根拠、ただ単に進める、拡大するだけにはいきませんので、その整理はどこで付けられるという理解をすればよろしいのでしょうか。どういう場で議論をされると理解をし、先ほどの政府DX本部で書かれております受益者負担の観点を踏まえた運用資金のあり方という点についての議論は、どこでやられると思えばよろしいのでしょうか。そこをちょっと

医薬局さんに聞くのもあれですが、少し中でのお考えがあれば教えていただきたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

○山口主査 はい。事務局、お答え可能でしょうか。

○栗田課長補佐 事務局です。そちらについては別途また調整させていただきたいと思えます。費用負担についても大変重要な観点だと我々の方でも理解しておりますので、そちらについて現状の法律の枠組みは我々の方も承知しておりますし、そういった観点で院内処方についてどういった取扱いをするかということは、医薬局のみならず省内各部局含めて調整をさせていただいて、また別途議論したいと思っておりますので、その場についてもまた御相談させていただければと思えます。

○木倉構成員 はい。この検討会、オブザーバーでしょうか事務方で支払基金さんも国保中央会さんも一緒に御参加で進められると思えますが、是非整理を進めて本当にきちんと動く形で進めていただきたい。よろしくお願ひします。

○山口主査 はい。ありがとうございます。では、現地で横尾構成員、お願ひいたします。

○横尾構成員 ありがとうございます。2点申し上げたいと思えます。一つは処方箋データがオンラインネットワークでつながると、薬剤禁忌とかを完全に避けることができますし、以前もお話ししたかもしれませんが、実際私も現場で見ましたが、韓国ではもう既にコロナよりはるか前にこういったのができていて、薬局の窓口でも医療機関でもチェックしてきちんと適切に薬剤を渡すことができるようになっていまして、是非そういったことに負けないような体制を政府として作っていただきたいというのが1点目です。

2点目は11ページに関係することです。今回院内処方箋追加の目的及び意義について書かれて、ほかの構成員も言われたのです。下から二つ目の大きな項目のところに、「患者が主体となった情報活用」というのがあります。一般にはヘルスリテラシーという言葉でも使われていると思えますが、私自身としては非常にこれに期待をしているのです。そのためには後段にも関係しますけれども、実は100日で記録が無くなってしまうと、活用したい時になって、そのデータがどのような内容なのか、分からなくなりますので、できたらそのデータを自分でダウンロードするなり、アプリを使って記録保存するなり、それを後で経過的に見ることができる、そういったことを民間サービスが将来作るかもしれませんが、その基となるデータのロジックなんかはよく考えて作ったほうがいいのかなというのが一つ思うところです。この環境整備が進むことによって、自分自身の健康意識が高まりますし、そしてどういったお薬がいいのかという関心も出てきます。そうすると今後デジタル社会で予想されるのは、この薬はどんな役割があり機能がありますよ、薬効がありますよということも、患者自身も家族と一緒に調べたりすると思えます。そのことがひいては医療財政の改善や適正化にもつながっていくだろうと思えますので、是非、患者が主体となった情報活用が自らできる、要するにリテラシーの実践がより広がるためにも大変大切な取組なので、是非そこに大いに期待をしています。よろしくお願ひしたいと

思います。以上です。

○山口主査 はい。御意見として承ります。ちょっと時間が押しておりますので、次の二つ目の枠に進みたいと思います。25ページからですね。「医療現場の運用に係る新論点」から35ページの「用法コードについて」まで、そこの二つ目の枠で御意見、御質問ある方、いらっしゃれば挙手をお願いしたいと思います。川上構成員、お願いいたします。

○川上構成員 はい。日本病院薬剤師会の川上です。この新しい論点のところ、25ページですかね、保管期間の延長で、現実的には100日間という考え方は理解いたしますけれども、その100日を超えた場合はレセプト由来の薬剤情報が閲覧できるということなのですが、必ずしもレセプトとして保険請求されない薬剤情報は、逆に言うと失われていくということになります。こういった限界点については何か資料整理する際に一応記しておいていただいた方がよろしいかと思つてのコメントでございます。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございました。御意見ということで。では渡邊構成員、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。薬剤師会の渡邊です。1点目に関してはスライドの26のところの一つ目の白丸について、これは今、川上先生が言われた部分とも少し関連しているのですが、下線部のところに、該当入院期間中に投薬された情報を全て退院時に登録する必要はあるのかと書かれておりますが、これに関しても、入院患者であったように、月次で医療費等のレセプトが形成されると思いますので、その時点で随時レセ情報が形成されていると思いますので、その時点でもうオン資の基盤上においては5年間保存の薬剤情報として飛んでいると思いますので、長期入院の患者であっても、後で全部登録しなくても既にオン資基盤上にはデータが残っている状態になっているのではないと思います。

それともう1点ですが、スライドの31ページのところで少し要望です。ここで注射薬に関する表記のあり方の御意見を頂きたいと書かれておりますけれども、注射薬の場合、例示されている注射の2番のところにアロキシの静注が書かれていますが、この場合、横に1瓶1バイアル使用したと書かれていますが、アロキシ静注の場合、多分5mL中に0.75mgだと思ふのですが、ドクターの患者への指示が例えば0.45mgで3mLだけ使っているという場合であっても、表記は1バイアルと出てくるのであれば、正確な投与量が分からないということになります。ですので注射薬の表記については、実際に患者に投与した薬剤の量が分かるような表記に是非していただきたいと思いますので、よろしく願い申し上げます。以上です。

○山口主査 はい。31ページのところの表記の仕方ですけど、事務局から回答お願いいたします。

○高橋専門官 ありがとうございます。注射薬の数量の表記についてですけど、その辺り配慮が足りておらず申し訳ありません。システム上そのような形が可能か確認して進めていきたいと思つています。御意見踏まえて対応して、確実にそれができると今お約束できる

状態ではありませんが、御意見を踏まえて確認し対応していきたいと思います。ありがとうございます。

○山口主査 はい。渡邊構成員、現場からの貴重な御意見ありがとうございました。そうしましたら、長島構成員、お願いいたします。

○長島構成員 はい。今御指摘があった31ページの院内処方閲覧項目、閲覧表示についてです。今回の1月発生の令和6年能登半島地震において、多くの方が特に能登半島北部から南の方に避難されました。その際にオンライン資格確認による災害時モードによって特にレセプト由来ではありますが、薬剤情報を閲覧することができた。これが実際に診療された先生から大変役に立った、ただし用法がないのでそこは困ったとお聞きしました。その観点からしますと、ここのところで、もしも急遽転院された患者さんや、避難してきた外来に来た患者さんに対して改めて処方する、注射をするという場合に本当に役に立つ用法が記載されているということが重要かと思しますので、先ほどの御指摘も踏まえてそのような内容にさせていただけるとありがたいと思っています。

次に32ページ、33ページの医薬品コード、用法コード、これは先ほども申し上げた二次利用においても役に立つと、それを視野に入れておくということが重要ではないかと思えます。一次利用においても当然、このところがきちんとしていないとほかの医療機関で役に立たないということになりますので、そこに関しては一つが電子カルテ情報の標準化、あるいは国が開発、提供を予定されている標準型電子カルテ、あるいは標準型レセコンのところでも当然このコードと標準化というところを検討しているはずですので、ここのところはしっかり横の連携を取って整合性をとっていただくということが極めて重要かと思えます。それから現時点で、このような対応をするということは現実に即することが重要で、一方、将来的に見据えるとこのような方向が望ましいというものも示していく必要があると思っています。そのような考えはあるでしょうか。以上です。

○山口主査 はい。御意見でございましたが、事務局、何かございますでしょうか。

○栗田課長補佐 はい。御意見ありがとうございます。省内の連携も非常に重要だと思っておりますので、我々として将来的にどういうのが良いということを含めてよく議論していきたいと思っていますので、よろしくお願いいたします。

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

○大道構成員 はい。注射薬の件なのですけれども、これは病院においては、例えば病院の外来で行われる注射による治療、例えば日帰り手術であったり、あるいは抗がん剤の通院療法であったり、入院では例えば手術のときに集中して薬剤が使われたり、あるいは維持的、治療的に毎日行う注射もあります。そしてさらには検査のときに、そのときだけ使う特殊な薬剤、例えば造影剤みたいなそういうものもございます。ですからそれぞれのケースで全てを載せるのか、それともベースの部分のその患者さんの治療に関わるころと、維持的な治療とかそういうので分けるか、少なくとも検査は除外するとか、手

術は除外するとか、もっと極端に言うとも最後急変したときにいろんな薬剤が一気に使われます。最終的に不幸な転帰となったときにやはりその薬剤を入力する意味があるのか。意味がないというわけにはいきませんが、そういうことも併せて考える必要があるかと思いました。

○山口主査 はい。ありがとうございました。今の御意見についてもし事務局、コメントございましたら。

○栗田課長補佐 はい。ありがとうございます。我々としても、最初の論点のところ、ワーキンググループの方でも薬物治療を目的とした薬剤にしようということで、一定程度輪郭を示したということで考えておりますが、御意見も踏まえてどういったものが他院で活用できるのかという点をきちんと踏まえていきたいと思っておりますので、ありがとうございます。

○山口主査 はい。では鳥飼構成員、お願いします。

○鳥飼構成員 はい。今、大道先生と長島先生からいくつか御質問あったところで、コメントできる場所がありますので、少し御紹介できればと思います。用法の問題はもう20年来か30年来ぐらいの多分長らくの問題でありまして、これを電子化して入力するということが課題だということは認識しています。これは先ほどおっしゃられました災害時などでは要するに外来・外来の連携という恰好になりますので、例えば今の電子処方箋の利活用、院内と院外をまとめてという考え方がありますが、外来に特に特化してこの用法を充実させていくというような方法にすれば、少し限定的に機能を使うことができるのではないかと思います。それからYJコードを付けるか付けないかという話がありますが、これは付ける付けないにもう一つ選択肢がありまして、複数付けるという選択肢があります。これはHL7FHIRのJSON形式でありますと、複数のラベルを持つことができますので、現状のフォーマットに即した形で複数のフォーマットを持つというような方法、つまり統一するというその一つという言葉に縛られることなく、現状では一つのコードを入れておいて、更に後で後付けてその複数のコードを足していくというようなことが運用上矛盾なくできるという仕組みがございます。ですので統一する言葉から一度少し自由になる選択肢をお考えいただくのも一案かなと思います。もう一つ話がありました電子カルテ情報共有サービスの医政局さんとも連絡取りながら中身、どういうものかと今調べているのですが、結局のところ中核として電子カルテのサーバが持たなければいけない機能というものはある程度固まっていると思ってます。一つは、それはWeb形式で要はこの外部の政府系のサーバにアクセスするというまず機能ですね。Webインタフェース、とかGatewayといいますけれどもこの機能を持たせること。それから通信の仕方がソケット形式やXML形式ではなくて、RESTのJSON形式という形式に変えるというのが一つ。つまり非同期通信をやるということがもう一つ。

もう一つは今この中にあります用法もそうなのですが、電子カルテの中のデータベースから外に出すべきデータに対してマッピングですね、ひも付けをするというマッピン

グ作業というのがあります。この三つができれば中核となるコア機能ができますので、それを拡張していくということは難しくないのですけれども、その中核機能を先ほどおっしゃられました誰がどこで負担するのかという問題が、そういう意味ではまだ未解決の問題として残されていると思います。その中核機能の開発というのは、実はそういう意味では、ちょっとずつ足して補助するには大きな工数が掛かりまして、ある意味一過性に予算をどっと付けて開発費何か付けて、共通モジュールを作らせた後、それを分配するときには安くなるということがあると思うのですけれども、個々の医療機関さんでこれを改造しながらそれを導入してくださいという話にすると、それぞれの負担がかえって大きくなる可能性があるかと思えます。ですのでこれはその電子カルテのベンダさん、今、JAHISさん、いらっしゃいますけれども、中核機能の開発というところに例えば、もうこれは完全に私見ですけれども、一度予算を投じてそのコア機能を作った後、それを導入するときには接続費ぐらいの安価な形でそれを広めて使っていくときにその中核機能を巻き付けた形で電子カルテ共有サービスでありますとか、電子処方箋利用のサービスというものを作っていく。そうしますと退院時サマリの中には病名などが入っていますので、用法、用量と加えてその重複している、今、医薬局で話をしている部分と医政局で話をしている部分で、重複している情報があるわけです。これらを整理して要は今の災害でありますとか連携したときに、どの情報があればミニマムに済むかというセレクションをすればそれぞれの費用が削減される可能性があるかと思っております。それ、今、もう完全な私見なのですけれども一つ検討いただく方向にならないかなと思っております。以上でございます。

○山口主査 はい。貴重なアドバイスだと思いますので、また専門的なところ、個別にやり取りしていただけたらと思います。ちょっと終了の時間が迫っておりますが、最後の35ページからの内服薬の1回量・1日量記載のアンケートの結果ということですので、この点について御意見、御質問おありの方、いらっしゃれば挙手をお願いしたいと思います。渡邊構成員、お願いいたします。

○渡邊構成員 すみません。ありがとうございます。薬剤師会の渡邊です。スライドの38に示されている現在においても1日量を記載続ける理由は何かという質問に対して、どの施設もまだ1回量の記載が現場に浸透していないからということが一番に挙げられています。これは現場にとって、医療安全の面から最大のリスクですので、この導入に関しては是非、現状どのようになっているのかというのを十分考慮した上で、システムとして導入するか否かということを検討する必要があるかと思っておりますので、お願いしておきたいと思えます。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございました。では大道構成員、お願いいたします。

○大道構成員 37ページを御覧になってください。この設問3のところ、1日量・1回量を併記していますかというところで、1回量のみを記載しているという医療機関が、診療所も200床未満の病院も、200床以上の病院も全て3%以下であったという、これかなりショックな結果かなと思っております。大体1日量で処方しているところが多いというのは肌感覚

で分かっていたのですけれども、そうなってくると電子処方箋の在り方、どういう処方のやり方をしましょうかというところも、やはり根本的に考えていくのか、それとも電子処方箋に切り替わるのに当たって我々医療者の行動をガラッと変えなければいけないのかとか。それで先ほど渡邊先生がおっしゃったみたいに、1日量・1回量ってともすれば数倍の薬液、薬量の変化になってきますので、大変危険性のあるところだと思うので、その辺りなるべくスムーズに移行できるように考えていただきたいと思います。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。もう一人、鳥飼構成員に手を挙げていらっしゃるので、鳥飼構成員の御発言が終わってから事務局から回答していただきたいと思います。では、鳥飼構成員、お願いいたします。

○鳥飼構成員 はい。ありがとうございます。1日量と1回量の併記というのは、例えば大きな病院で進んでいるのは計算機がこれを要は変換してくれるツールがあるからなのですよ。つまり両方を手書きでやるというのは非常にリスクが高いわけです。小さい病院ほどオーダリングシステムといいまして、処方を計算機で入れるということがなくて、処方箋を手書きでやりますということがあります。そうしますとやはり普段やられている1日量でどのぐらい飲んでくださいね、という書きの方が手数が少ないわけです。これは要は電子化を小さい病院さんで乗り越えるということをどうするかと、今非常に基本的ですが、非常に重大な課題だと思っています。つまりオーダリングのない病院に電子化された処方というものを記録させる方法について道義が今のところないということです。これを例えば方法としてあり得るのは、それこそ標準カルテではないですけれども、処方を入力したらその上で変換してチェックをしてくれて、例えばデータを吐き出してくれるとか、ないしはその上で安全性チェックですね、量が多すぎる問題を例えばあらかじめフィルタに掛けていて、大丈夫ですかと聞いてくれる機能などがあればその電子化したツールを使えば医療安全に資するとか、今の先生方がおっしゃられた安全の懸念ですよ、これをサポートするために電子化するのですというようなことは多分可能でありまして、ただそれを導入するには今みたいに標準化されたAPIをみんなで使うという、個々にソフトをばらまいては駄目ですよという話があると思うのですけれども、そこは多分道があると思います。以上です。

○山口主査 はい。3名の構成員の方から課題とアドバイスを含めて頂きましたが、事務局から何かございますでしょうか。

○栗田課長補佐 はい。どうもありがとうございます。現状の課題と解決の方向性も含めていろいろ御意見いただいたかと思っています。我々としても現状は現状としてきちんと真剣に受け止めつつ、現場での危険性がないようにというところ、それについてどういった工夫ができるのかということも含めてよく検討していきたいと思います。どうもありがとうございます。

○山口主査 はい。予定の時間を5分ほどオーバーしておりますので、本日の議論はここまでとさせていただきます。もし何か追加で御意見おありでしたら、また後から

事務局にお届けいただければと思います。事務局は、本日の議論を踏まえて、今後の準備をお願いいたします。それでは、最後に事務局から次回の日程などの連絡事項をお願いいたします。

○猪飼企画官 はい。事務局でございます。院内処方につきましては、本日も非常に多岐にわたる御意見を頂きましたけれども、それぞれきちんと留意しまして、踏まえさせていただきまして、進めてまいりたいと思いますし、同時に一通り論点はカバーしたと思いますので、今後具体的な設計・開発に向けて主にJAHIS様とも御相談をさせていただきながら具体的な設計・開発に向けて進めてまいりたいと思います。このワーキンググループの次回日程につきましては、追って御連絡をさせていただきます。

○山口主査 はい。それでは、本日はこれで閉会にいたします。構成員の皆様、長時間にわたり、活発な御議論どうもありがとうございました。ではまた、次回もよろしく願いいたします。

以上