

2024-06-19

健康・医療・介護情報利活用検討会

第5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5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どうも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。

続きまして、本日の出欠状況です。本日は、12名の構成員のうち、11名に御出席いただいております。石井構成員が御欠席です。

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。本日も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、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 はい。ありがとうございました。それでは議事に入りたいと思います。今後の開発事項等について事務局から御説明をお願いいたします。

○栗田課長補佐 はい。そうしましたらお手元の資料の1に従って御説明させていただきます。本日の議題ですが、「電子処方箋の普及拡大等について」報告事項が1点ございます。メインとして「今後の開発事項等について」御説明させていただきます。

まず、電子処方箋の普及拡大等ということで2枚ほど資料を用意しております。ここでは電子処方箋の現在の普及状況ということで、6月9日現在、大体2万4千の施設まで拡大してきましたというところを御説明させていただいております。特に厚生労働省としましては現在の機能の普及拡大が最優先課題と思っております。公的病院への導入要請、そして電子処方箋の導入補助の拡充、そして今月から診療報酬上の措置もされましたので、そういったものを軸として様々な導入普及策を講じております。この中で現状を少し御説明させていただきます。

まず公的病院の要請の状況ですが、NHOや日赤あるいは国立大学病院等々におきまして既に67の病院において、その後運用開始済みとなっております。今後も拡大を見込んでおります。また例えば、岩手県においては全ての県立病院で昨年度中に既に運用開始済みとなっております。こういった例を我々としても増やすべく今後も取り組んでまいります。また電子処方箋の導入の補助の拡充というところですが、昨年度の補正予算で追加機能を導入した場合の補助を措置し、それを踏まえて当初予算では、電子処方箋と追加機能を同時に導入した場合は上限の上限額自体を電子処方箋のみの導入と比較して拡充するというところをやっておりました。さらに都道府県にお願いをして追加補助についても呼び掛けを行ってきたところです。追加機能を導入した場合の補助については今年度も実施し、都道府県の追加補助については、記載の都道府県において既に実施に向けて動き出しているということになります。我々としましては更にこの都道府県から医療機関・薬局への助成を全国に広めるべく今後も取り組んでいく、あるいは診療報酬改定で医療DX推進体制整備加算というものが今月から創設されましたので、こちらについても診療報酬上も措置はされていますと、もう今取り組んでくださいということを各医療機関・薬局の方をお願いをしていこうと考えております。

またそれ以外の状況につきまして、こちらは各認証局に大変御協力いただきました。特に病院団体の方で電子署名を実際に運用させるときに、個々の医療者の方が申請などを非常に分かりやすくできるようにということで、電子署名の申請マニュアルというものを作らせていただきました。こちら、今週から厚生労働省HPで公開しております。また電子処方箋を一度使ってみようという方を増やすために、日本年金機構から発送される社会保険料納入告知書というものがございしますが、全国の278万の事業所の方に、こちらを直接送付して会社の方でも従業員の方に電子処方箋を一度使ってみましょうということをお願いしております。今後、医療機関・薬局へもリーフレットも送付をしていこうと思っております。

好事例の周知というところで、電子処方箋がどのように使えたのか、こちらは震災のときもそれ以外の業務効率化の面でもということですが、こういった好事例の周知は引き続き行っていくということで、特に今年度は今月の診療報酬改定、調剤済み処方箋の保存サービスの受付開始、マイナ保険証についてもこの5、6、7月は集中取組月間として大々的に周知を行っております。こういった機会を捉えて電子処方箋も使ってみましょうと、あるいは導入をしてくださいということを強力にお願いをしていこうと思っております。

今後の開発事項等について申し上げます。

「電子処方箋の主な開発事項等について」ということで、令和7年度以降の開発事項、本日のラインナップを掲げております。令和6年度については昨年度のワーキンググループの議論を踏まえて、院内処方について取り組むということを行っていこうと思っておりますが、今回のワーキンググループでは令和7年度予算の概算要求等見据えつつ、各医療DXの施策が並行して今、厚生労働省でも進んでおりまして、そういった内容の進展等も踏まえな

がら令和7年度だけではなくて、令和7年度以降に今後どういう事項を行っていくのかという
ことを少し先んじてですがここで項目として出して、御議論をいただきたいということで、
今回こちらをお示ししております。

主な事項としてはこちらに掲げております「チェック機能の拡充」あるいは「電子処方箋
の事前送付」について利便性の向上が何か図れないか、あるいは電子処方箋のデータにつ
いてリアルタイムのデータが蓄積されていきますので、そこについて利活用が検討できな
いか、最後になりますがこちら昨年度のワーキンググループでも少し出しておりましたが、
薬局起点の情報の共有・標準化等について考えることはないかということの内容を御説明
させていただければと思います。

各論になります。「チェック機能の拡充」のところになります。こちらはこういった論点
かと申しますと、まず電子処方箋管理サービスでは、現状処方・調剤しようとしている薬
剤と過去の薬剤情報を突合させて、成分情報を基に重複投薬や併用禁忌のチェックをして
お示しをしているということになります。こちらはどういうことかと申しますと、マイナ
保険証で同意した患者さんには過去情報として蓄積された情報を医療機関・薬局の方にお
見せすることができるというのは機能としてあるのですが、なかなか過去の薬剤情報を全
て大量に見せられても、それだけでは活用しにくいというところもありますので、我々と
してはこういった重複投薬や併用禁忌など、一旦情報を加工して判断に資するような形と
してお届けするというをやっていた、これが電子処方箋のメリットの一つだったと考
えております。

今後いろいろな情報がこの医療DXの基盤の上に載ってきますので、その情報をどのように
活用して、より医療機関・薬局の方に活用していただける形で情報を提示できるかとい
うところが今後の課題の一つかと考えておまして、こういった形の論点出しをさせていただ
いております。そういった形で進めていこうと思うのですが、では実際に処方や調剤を
する際にどういう点を考慮して、現状、医療者の方は判断をされているのかを考えますと、
例えば患者さんの基本情報や、あるいは患者さんの病態に係る情報、そして3番目でこち
らはチェックに使っておりますが、患者さんが既に使用されている薬剤の情報、こういった
ことを考慮した上で処方や調剤を決定しているのではないかと考えております。

こういったチェック機能の拡充を考えていく上で、実装がおそらく比較的容易あるいは想
像し得るというところで併用注意チェックを一つ挙げさせていただいております。こち
らは何かと申しますと、現状では添付文書上の併用禁忌についてアラートを鳴らすという形
で実装しておりますが、併せて添付文書上にあります併用注意についても、何らかこち
らからアラートのような形で出すことができないか考えております。タイミングとしてはこ
ちらについては重複投薬等チェックや併用禁忌のチェックと同じようなタイミングで中央
で実装してアラートを出すことで現場で表示をすることができるようになっております。
次に画面のイメージを付けさせていただいておりますが、現状では黄色の部分のメッセ
ージ分類のところは重複投薬や併用禁忌ですということでアラートが鳴りますが、こちらに

ついて併用注意というものも加えていくことが考えられます。こちらは既に添付文書上に情報としてはあるものになりますので、中央側で一定程度、併用禁忌と同じように取り込んで実装することでこういったことは実現できるのではないかと考えているというのが一つ目の機能になります。

一方でそれ以外の情報も医療DXの基盤上には載ってくるということが考慮事項としてあるかと思っています。具体的には○の三つ目のところにありますが、電子カルテ共有サービスというものが、今後始まっていくという想定であります。その中ではいわゆる3文書6情報（①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤アレルギー情報、⑤検査情報、⑥処方情報）ということで、様々な医療機関の情報がこのDXの基盤の上に載ってきます。その中で例えば、検査値の情報を使って、こういう検査値が出ている患者さんについてはこういう薬剤は禁忌であるとか、あるいは傷病名としてこういった症状が出ている患者さんについてはこの薬剤はやめた方がいいとか、あるいはアレルギー歴で過去の薬剤にこういうアレルギーがありますといった患者さんについては慎重投与としなくてはいけないとか、様々な活用については考えられるかと思っています。もちろんこういった情報について、過去情報として患者さんに同意いただいた場合に閲覧をして処方・調剤の場面に生かしていくということはこのままいってもある程度実現できるかと思っておりますが、それを何らかチェックという形で中央から発信することがあり得るのではないかと考えているというのがこちらの論点になります。

こちらが実装の、例えばシステム上構成すると考えられた場合のイメージになっております。我々の方でもヒアリングをしていますと、電子カルテベンダにおいても、医療機関の自院の施設の中でこの人はこういうアレルギーが過去にあった、あるいは副作用があった、こういう傷病名が登録されているのでということで自施設の中で、そして電子カルテの機能の中で現在でもそういった何らかの気づきをシステム上から発するというのをやっているような電子カルテベンダもいらっしゃると思っております。ただ、これはベンダによっても実装は異なってまいりますし、医療DXの基盤であるところの自施設を越えてこういった情報が登録されるということになりますので、では一体どこまでの範囲でアラートを鳴らすべきなのか、あるいはどういったふうにマスタを作って統一的にやっていくのかというところはかなり慎重に検討が必要かと我々として思っているところになります。こちらはシステムの問題よりも更に医学的に実装においていろいろ検討すべき事項があると考えているものになります。

次にその例をお示ししておりますが、マスタを作るのはいろいろな検討事項がありますといった例になります。ここにありますのは検討事項の例として、過去にペニシリン系の薬剤で副作用を起こしましたということが登録されたという例をお示ししておりますが、その際に同じペニシリン系の薬剤についてはアラートを出そうというのが、一つの方針としてあるかと思えます。あるいは更にそれより上の分類についても念のため出しておくということもあり得るかもしれませんし、さらに、例えば添付文書においてペニシリン系又は

セフェム系の抗生物質に対して過敏症の既往歴のある患者さんについては投与を注意すべしということが書かれているということがあった際に、ではこれは添付文書に明記されているのでアラートを出すべきなのかとか考えられます。さらに下にありますが、これはそういった文書の書き方にもよるかと思うのですが、傷病名が登録されたという際にこういった薬剤については出血している患者さんあるいは出血している可能性のある患者さんについては気を付けてくださいということが書かれていた場合、出血するあるいは出血する可能性がある傷病名というのはかなり多岐にわたるかと思いますので、そういった判断も必要になります。つまり、どの程度の実装にするのかという方針の問題でもあるのですが、かなりシステムよりも手前の段階でこういったマスタをどうやって組んで、中央としてどういった形で判定をしていくのかが相当問題になってくるかと考えております。なので技術的にはおそらくできると言えばできると、ただその前に検討する事項がかなり多くあるというものになっております。

次に、こちらについて今後の方針としてこういうふうに考えていったらどうかということを一先お示ししております。特に検討事項の例の中の注の2のところにも記載しておりますが、いろいろなことが気付きとしてシステムから発信することは技術的にできると、他方で医療現場の医師や薬剤師等々の方々の御意見を聞いていると、やはりアラートがあまりにも多すぎて何でもかんでも鳴るといようなことになると、やはり有効性であるとか、全ての情報を見るよりはより良いかもしれないけれど、その有効性自体もなかなか使いにくくなってくるとか、アラートが多すぎてもなかなか使いにくいということは実際の声としてあります。電子処方箋管理サービスからのこういった発信だけでなく例えば電子カルテであれば電子カルテ独自のそういうアラートが鳴るような場合もありますので、医療関係者の方にはその合わさった姿としていろいろなものが気付きとして情報が来ているので、そこでかなり工夫が必要かと我々としても考えております。

そのため、対応案ということで最後に書かせていただいておりますが、いろいろな課題はありますが、添付文書ベースで判定可能な、例えば併用注意のチェックというものは先ほど申し上げたとおり、一定程度添付文書上で明記されているものになりますので、そういった実装しやすいもの、あるいは薬剤アレルギー情報を用いたチェックについて何らかの開発の対象にして、ただそういったかなり慎重な検討を経て、ちょっと時間をかけて行っていくべきものがあるかと考えております。またそういったチェックについては各医療機関の現場でたくさん鳴らすべきというところで判断される医療現場もあるでしょうし、いやもうそういうのは過去の薬剤情報である程度見てその中で各医師が判断すべきだというような方針もあり、必ずしも各医療現場に一律で求められるものというわけでもない部分もあるのかと考えております。

現状、重複投薬と併用禁忌は、これは全施設で必要だろうということで実装必須としておりますが、例えばこういった追加的にチェックを設けていく場合については、ある程度ベンダごとに、医療現場においてどこまで活用いただくかを判断できるような余地を残して

おくべきではないかとも考えているところになりますので、こういったところについても、もし御意見ありましたら頂ければと思っております。

次に、処方箋の事前送付の合理化・利便性の向上というところになります。現在、厚生労働省で省をあげてやっているのはマイナ保険証に12月に切り替えていくと。その中でマイナ保険証1枚を使って医療機関を受診しそして薬局にも行き、マイナ保険証1枚で電子処方箋をもちろん活用できるようにする姿を作っていく、ここまでは厚生労働省として見出すべき姿として一定程度お示しすることができていると思っております。

電子処方箋においてはそこから更に一步、改善事項として、来局前に、薬局に行く前に引換番号と被保険者番号をお伝えすることで、その結果薬局で電子処方箋の原本自体を事前に入手いただいて調剤をある程度済ませた状態で患者さんを待って、薬局に来局されたときにすぐにお渡しできると、そういった追加的なメリットがありますということを我々としてかなり周知をしていたというところになります。

ただ一方で、こちらの〇の一つ目に三つほど書かせていただいておりますが、なかなかそれが必ずしも利便性と実感につながっていない面も実際にあると聞いておりまして、やはり引換番号と被保険者番号を伝達するというところが手間だと思っ結局事前に送れますよといってもそれをしない、あるいはこれもなかなか解消が難しいところではありますが、薬局でマイナンバーカードをお持ちいただいてそこで過去の薬剤情報を閲覧して処方監査などをやる場合には、電子処方箋の情報だけ先に来て全部完結するわけではないため、作業が薬局さんの方で完結しないからそこまで対応ができるかという話がある。あるいは現状でもこれがいいかどうかという話はあるのですが、FAXやいろいろな手段で送っている場合もありますのでそちらに流れている、いろいろな例があってやはり電子処方箋の事前送付機能を十分に使えていない、あるいは利便性の実感につながっていないという面が我々としてはあるかと考えております。

改善案はいろいろあるかと思いますが、例として出させていただいているのは、こちらはマイナポータル等で、大前提としてフリーアクセスの原則を崩すわけではなく、患者さんが自発的に私はここをわかりつけ薬局というふうに設定をして、そこを選べるようにしておきます。現状既に2万2千とかそれ以上の薬局が電子処方箋に対応しておりますので、その中から毎回選んでここに引換番号と被保険者番号を送るということをするよりも、例えば患者さんが私はここで基本的に調剤を受けるというところを事前に設定してそこを選びますという形でワンクリックでそこで送れるようにしておくとか、やはり事前送付を使いやすい環境整備について考えていける部分があるのではないかと考えております。こちらは電子処方箋管理サービスの中央のサービスというよりは例えばマイナポータルを活用したり、あるいはそれ以外の様々なアプリベンダであるとかそういったところの、患者さんの接点となるシステムのベンダとも話し合っていくようなところかと思っておりますので、こういった改善事項を我々も行っていくことで更に電子処方箋を患者さんに使っていただけるという環境を整えていきたいと考えております。

電子処方箋情報の更なる利活用というところで、電子処方箋についてはやはりレセプトとの比較が主になりますが、リアルタイムでの薬剤情報が収集されるという点が一番のメリットかと思っております。こういった情報を、例えば薬局からの調剤結果登録がもう1億件を超えましたとか、どれぐらい電子処方箋が活用されていますかということは実施機関で適宜公表いただいているということはあると思いますが、こういったものは電子処方箋の利用規約の中にあって集計値情報を活用することは既に入っておりますが、こういった情報をいろいろ活用することができるのではないかとというのがこちらのスライドになります。

例えばですが、感染症流行状況の分析等々の補助として使うことで、例えばインフルエンザ等季節性の感染症があると、その治療薬がいつどこで大量に処方・調剤されているかが電子処方箋ではリアルタイムに集計されますので、そういったところの集計値情報を提供することで製造販売業者や卸等、そういった感染症の定点観測等の、現状の導入率では補足という形かと思いますが、補足に用いることができる、あるいは電子処方箋が更に広まって全国の医療機関・薬局でもリアルタイムに情報が収集されれば更なる活用もできるということがあるのではないかとということがお話としてあります。例えば二つ目ですが、医薬品流通量の把握というところで、こちらも感染症ではないですが、ここ数年ほど医療用医薬品の供給不安ということがかなり問題になっておりますが、そういった場合でも直近の情報がどこでどれぐらい使われているかということがリアルタイムで収集していければ、製造販売業者であるとか卸であるとか、そういうところに情報を提供して不要に薬剤をため込むことを減らすということもできるかもしれませんし、こういった需要で今延びているのだということを実リアルタイムでお伝えすることでそういった生産・流通について改善が図れるかもしれないということがあるかと思っております。個人単位の情報を何か操作すると、個人情報保護の問題もありますが、こういった集計値情報でも使えるものがあるのではないかと考えております。

次は、例えばそういった分析のいろいろなツールがありますというものになりますが、電子処方箋管理サービスとしてもこういったほかの分野で使えるということ以外にも電子処方箋の効果あるいはこういうどれぐらい出ているのかということについて、きちんと分析をしていかないといけないとは考えております。

様々なツールがございますので、こういったところ電子処方箋管理サービスとしても分析できる、あるいはこういったものとして還元できるのかということは徐々に考えていきたいと思っております。

こちらが最後の論点です。薬局起点の情報の共有・標準化等というところで、こちらは昨年度第3回のワーキンググループでも少し頭出しをさせていただきました。こちらは何かと申しますと、そのときにはトレーシングレポートを例示とさせていただきましたが、薬局から薬局あるいは薬局から医療機関へ様々な情報提供が行われているところ、現状では郵送やFAXによって共有されている例がかなり多いと思っております。こういった薬局から医療機関への情報共有等について、医療DXの基盤ができて、その中でもう医療機関、薬

局が繋がっているという状況を踏まえて、ここを何か改善することができないのかということが今後の課題としてあるのではないかと、これを少し議論をしたという経緯がございました。ただ、こちらについては我々の方も実態をきちんと掴んでいかないといけないと思っております、では一体どういう情報を薬局発の情報として現状、医療機関や他の薬局等に提供しているのかということ、かつその情報の中でそれがどのように提供した先の医療機関や薬局で使われ、活用されているのかをきちんと把握し、かつ現状ではFAXとか紙が多いということで、おそらくテキスト情報が主なものになっているかと思いますが、それをどの程度標準化・高度化するのか、あるいは標準化・高度化すると活用先で更に活用できるのか、あるいは利便性が上がるのかということをかなり丁寧に把握して議論していかないといけないと思っております。我々も、ここはどういった活用が進んでメリットがあるのかということを中心に議論していかないといけないと思っております、この点について日本薬剤師会からも補足としてこういった情報があるのではないかと、こういった活用ができるのではないかと、これを御説明いただけるということでお話を頂いておりますので、こちらについては後ほど補足として渡邊構成員から少しお話しを頂きたいと思っております。こちらが薬局起点の情報共有ということで、こういうことも今後検討の課題としてはあるのではないかと、これを最後の論点として出させていただきます。

次に今後のスケジュールのところになります。今回は概算要求の前ということで、6月にこういった形で開催をさせていただきました。今後については本日の議論も踏まえまして、その後作業班とかいろいろな検討を進めて、今後の開催については追って御連絡をしたいと思っております。

令和6年度の開発事項になります。開発事項については、主なものとしては診療報酬改定に伴って対応が発生するものが10月に1個ありますが、それ以外については昨年度御議論いただいた院内処方への対応等について我々として検討していきたいと考えております。少し長くなりましたが、資料1の説明としては以上になります。

○山口主査 はい、ありがとうございます。それでは質疑応答に入りたいと思います。本日は渡邊構成員が11時頃には退席されるということと、資料2を提出されているということもございますので、先に御意見お伺いできればと思います。特に薬局起点の情報の共有・標準化等についてということで、薬局起点の情報について想定される利用主体であったりメリットについてお話いただけるようお願いしたいと思います。

そのほかの部分に関しても御意見があれば併せてお願いいたします。渡邊構成員、よろしいでしょうか。

○渡邊構成員 はい。山口主査、ありがとうございます。先ほど事務局からもありましたけれども、薬局起点の情報に関して薬局から提供している情報に関して少し例示をしておりますので、ご紹介させていただきたいと思っております。

資料の2の方を見ていただければと思いますけれども、医療機関からの求めであったり、薬

剤師の判断において、様々な情報を提供、共有しています。これは先ほどもありましたように現在はほとんどFAXで行われているケースが多いと思いますけれども、これらが構造的な情報として活用されるようになると、患者さんが薬物治療を継続していく上での安全性に寄与していくものと考えています。

少し例示している内容を紹介したいと思いますけれども、病院に対しての情報提供においてはスライド右端の患者さんのケース1であったりケース2であったりという部分ですけれども、これに関しては外来での癌化学療法を実施されている患者や、入院が予定されている患者に関する情報ということになります。前者は化学療法に関する情報提供ですけれども、外来において抗がん剤等を服用されている期間中に、電話等により服用状況であったり副作用が疑われる症状等の体調の変化であったり、そういう状態を確認した内容を医師と共有するものであります。後者の方の2は入院の予定がある患者さんですが、入院予定の医療機関から外来時の状況について情報の提供を求められるものであります。入院してから持参薬の確認等なされている部分があるかと思えますけれども、そのような業務の軽減であったり、入院から外来通院に移行するときの病診連携時の情報等に活かされればと思います。

次に診療所等への情報提供という部分ですが、ここに示しているのは、喘息やCOPDの患者さんであったり、糖尿病の患者さんについてです。喘息、COPDの患者さんに関しては多くの種類の吸入薬のデバイスが存在する状況下において、適切な吸入に向けて薬剤師が実施した指導の内容等を記しているものであります。糖尿病患者さんにおいては服用期間中のフォローアップ等についての内容であり、これらも併せて再入院等のイベントの抑制につながっていく情報になればと思っています。また在宅においてはドクターからの診療情報提供書に基づいて策定した管理指導計画書であったり、患家への訪問後に、訪問時の患者状況について記した管理指導報告書というものがあります。また一番下の部分ですけれども、薬局間においても旅先等で急遽利用された薬局とかかりつけ薬局との間で必要に応じた臨時的な判断のための情報共有という部分もあります。これらの情報が提供先の医療機関の内部であったり、入退院時の医療機関間での活用のために構造化された電子情報として活用が広がればと思います。資料に関する説明は以上とさせていただきます。

全体に関する意見もと山口主査の方からありましたけれども、発言させてもらっても大丈夫でしょうか。

○山口主査 はい。続けてお願いいたします。

○渡邊構成員 はい。ありがとうございます。全体に関しては、4点ほど意見を申し述べたいと思います。1点目ですが、資料のスライドの4のところがありました普及状況についてですけれども、現在、我々薬剤師会としても応需体制の構築に努めているところであり、スライド上で示されている2万3千9百ほどの導入に関してはそのうちの2万2千件近くが薬局であり、薬局全体の30%ほどの体制整備に届いてきているというところになります。た

だ本スライドの右下のところに、補助事業の実施が決まっている18の都府県が示されていますが、この補助の実施も含めて電子処方箋の推進に関しては厚労省の主管に基づいて、各都道府県においても薬務主管課が所管されている部分が多いと伺っております。今後、更なる推進を図るためには各地においてしっかりと医務主管課との連携を図っていただいで進めていかないとなかなか進まないという現状を聞いております。省内の局間の連携も含めて、この点をお願いしておきたいと思っております。

次にスライドの8およびそれ以降に示されているチェック機能の拡充についてですが、この中には体重による投与量の確認であったり、腎機能により投与量を考慮する部分が表示されているのですけれども、それ以外にも薬剤単独での判断ではなく、服用患者の併発しているほかの疾患等により投与が不可能な薬剤であるか否か等々、どのようなチェック機能を持たせるかということについては、それだけで別のワーキングが必要になるほどのボリュームがあると考えています。アラートがかかりすぎるということも実務にそぐわない部分もありますけれども、運用は現場に任せるとはいえ、どのようなものを提供するかというのはかなり慎重かつ膨大な議論が必要になるかと思っておりますので、これも併せて申し入れておきたいと思っております。

3点目の方に関してはスライド15のところに処方箋の事前送付の合理化、また利便性という部分が表示されているのですが、マイナポータルによる患者の発意とはいえ、登録薬局へ自動的に引換番号等が送付されるというようなことが一部書かれていますけれども、今までと大きく異なるのは当該番号を受理された薬局が処方箋の原本を応需してしまうということです。これまでのように何らかの処方箋に係る情報を送信した後、万一、患者の都合等により他局に行かれた場合でも患者は原本を持っているので対応が可能になりますけれども、引換番号の送付の後、電子処方箋の原本を薬局が受け取った後に急遽別の薬局に患者さんが行かれた場合、電子処方箋は処理中になってしまいますので、別の薬局では応需が不可能という状況が生まれます。利便性だけでシステムを考えてしまうことの危険性もはらみますので、この辺に関しても十分に考慮、検討が必要だと思っておりますので、併せてお願いしておきたいと思っております。

最後のスライドの16のところにある電子処方箋情報の更なる活用については、医療に資する情報の二次利用という部分に関しては賛成するところではございますけれども、ここで示されているような感染症流行の把握であったり医薬品の流通量を処方薬剤の量から類推するという場合に、このデータに悉皆性はないということは考慮に入れておく必要があると思っております。参考データとして活用していくことについてはもちろん有効なのですけれども、併せてタイムラグも踏まえ、翌月の11日に処理されてくるレセプトデータとの連携等々も併せて考える必要があると思っておりますので、これらについて意見させていただきたいと思っております。私からは以上です。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した。事務局、医務主管課との連携ということをおっしゃっていましたが、この辺りいかがですか。

○栗田課長補佐 事務局です。どうもありがとうございます。医務主管課との連携ですが確かに我々としても、こちらそもその背景としては、医療費の適正化計画を都道府県が行っていて、そのものに資するという指針にも入れさせていただいて、電子処方箋としてツールとして使えるのではないですかということをお勧めをしているという背景もございますので、医務主管課でも是非御協力いただきたいということは我々からも発信当初からも言っているのですが、それがやはり徹底ができていないということの御指摘だと思いますので、我々として改めて医務主管課さんの御協力も得られるようにしていきたい。そこが連携して財政当局の方にぜひお願いしますということも協力して言っていくということが大事かと思っておりますので、是非我々の方も引き続き取り組んでいきたいと思っております。どうもありがとうございます。

○山口主査 はい。それ以外は現場からの御意見だったと思いますので、それを踏まえてまた御検討いただければと思います。特に資料2の②で御説明がありましたけれども、入院時に患者さんの情報が提供されるということでした。例えばこういうときに退院のときには退院カンファに参加したいので連絡くださいというようなことを薬剤師さんから病院に連絡いただくと、またそこが情報の循環につながるんじゃないかなと思いましたが、そういったことにも活用できるのかなと思いました。

御用務の関係でお急ぎだということで横尾構成員、御発言よろしく申し上げます。

○横尾構成員 ありがとうございます。ご配慮いただいております。では早速意見を述べさせていただきます。まず8ページ目に実装中とあるので、大変期待をしています。別の機会でもいいのですが状況をお教えいただくとありがたいと思いました。

それでは具体的なことです。まず薬剤の併用注意のことを前半で少し述べていただいたのですが、とても大切だと思っておりますので、是非このことがちゃんと実行が図れるようにやっておいただくといいんじゃないかと思っております。

次に11ページ目、3項目目に書いてある3文書6情報の管理のことが書かれていますが、データと突合してチェックするというのが是非すべきだと思っておりますので、そういった配慮が必要と思っております。

さらに13ページ目では禁忌薬剤の対応のことの記述がございました。このことについては最新の医療の情報、医療の対応、医療の治療などに関する情報を踏まえて、とにかく最善の対応が可能になるようにするのが基本だと思っております。具体的な例としてペニシリンのことでワルファリンのことが出ていますが、やはり私自身は素人ですが、やはりドクターの皆さんの知見を基本的によく生かして適切な対応をできるようにしていくことがとても大切だと思っております。

このことに関してはほかのページでも出てきていますが、以前にもこの会議で申し上げたと思うのですが、韓国などでもコロナのはるか前にこういったアラートを出すシステムをお持ちで、重複投薬や禁忌に関しては回避できるシステムをお持ちで運用されています。その時には、調べたらどうですかと申し上げたのですが、是非近い国なので調

べてもらって参考にすべきは参考にするとか、そういうのはありだと思っています。

続いて14ページですけれども、アラートに関して仮に多すぎるとどうなのかということですが、それは内容次第かと思いますがよく精査して的確な対応ができる工夫が必要と感じました。またテキスト情報ばかりがベースだろうけれども、アラートの動作がないことがあるということが書かれていまして、少し気になりました。ここはもう改善するしかないと思いますので、細かいところ、技術的には詳細までは必ずしも分かりませんが、是非そういう改善は必要と思います。また、レスポンスに関する速度のことも記述が一部ございましたけれども何と言っても速やかに患者さんに対応ができて、指導ができることをしないとイケませんので、そのスピード感は必要だと思います。

続いて15ページ目に、○の一つ目のところに三つのポイントが書かれています。一つはスムーズなアプリ活用ができるようなことを今後考えていくべきじゃないかなと思います。たまたま私、都内移動の際にタクシーを呼ぶときにアプリとかを使ったりしていますけれども、非常に便利で記録も残るし、いろんな関連情報もリンクして、そこでタブレット上でやれるようになっているんですね。そういったものを今後この医療のDXについても、どこかいろんなアプリを作れるところ、あるいは協力していくと大変利便性も高いし記録も残るしというような、そういったことも考えた方がいいなと思います。このことは、ひいては紙とメールのお知らせだけではなくて、やはりアプリの中に自分の関連データがあってそこを開けば分かる、もちろんマイナポータルとリンクがもちろんあるとは思いますが、是非そういったことを詳しい方がアドバイスしていただいてやったらいいんじゃないかなと思います。過去情報を踏まえてやれる方がいいんじゃないかということですが、是非その方がベターだと思いますので、ただできるような方法を考えていただくといんじゃないかなと思いました。

そしてこの同じく3ポイント目の三つ目にFAX、メールのことがありましたけれど、今ほど申し上げたようにアプリの対応をしていくと非常に利便性も高くして記録も残って、齟齬もないんじゃないかと思います。可能だったら、そのことと領収書とか医療費の記録とかも併せて記録いただくと確定申告でも便利ですし、自分の医療費がどれくらい掛かっているかを把握もできますので、そういったプラスアルファも考えたらどうかと感じました。

16ページ目は感染症に関する事例が出ておりましたけれども、やはりデータ活用していくのがとても大事だと思いますので、データ活用をどうするかということ考えた方がいいと思います。特に医療系の情報についての把握ということは当然必要なことですので、そういったことも考えていただけたらいいなと思いました。

それから、18ページ目が薬局との情報の共有ということが出てますが、このことについても前半で申し上げたアプリの開発みたいなものをしていくことによって、やはりストレス感をなくして情報共有できる、点検できる、利活用できるというのを目指した方がいいんじゃないかと感じます。特にこのことについては今回特に表に出てきていませんけれど、創薬というテーマが片方であると思うのです。創薬に関する会社などがあると思いますが、

そういった研究所とか会社の意見も聞かれて、本当はどういうデータが必要なんだということが分かれば、個人特定はいろんな齟齬が出ますけれども、ビッグデータとしてもっとこういったことが必要じゃないかという議論に活用できれば、国としての国民の健康を守る、あるいは医療に資する新たな創薬ということにも資することができますので、そういった意見も聞かれたら片方ではいいんじゃないのかなと思います。そして皆で厚生労働省をキーに知恵を出していただいたらいいなというふうに思いました。

18ページの後段、下の方に小さく、短い字で「諸外国の事例」と書いてありますが、是非海外の優れた事例があれば早めに情報を取って集めていただいて、その先行した経験があるわけですので、その経験をどう生かすか、あるいはミスがあったトラブルがあったというのをどう克服されたか、それらを含めてより良いものを作っていただくのがとても大切だと感じました。以上です。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した。多岐にわたる様々な御提案、御意見だったと思いますけれども、二つほど、以前から横尾構成員は韓国のことを例に出されていますけれども、韓国のことを調べて参考にとということと、それからアプリの活用ということ、今御提案があったのですけれども、その二つの可能性というのは事務局いかがでしょうか。

○栗田課長補佐 はい。事務局です。諸外国の例を参考にとというのは大変我々としても重く受け止めていきたいと思えます。いろいろな例が多分あって、何が活用できるのかと特に薬局発の情報についてどのように海外で活用しているのかというのは、我々はまだ全然調べられていないところになりますので、韓国も含めて諸外国でどういう例をやっているのかは検討していきたいと思えます。

またアプリの活用については御指摘のとおりでして、様々な民間のアプリでもっと良いものがたくさん出てきて我々の方でも活用してほしいなと思っております。特に、事前送付などはたくさん選ぶとかそういうところはアプリの特にユーザーインターフェースの改善で済むところもたくさんあるかと思えますし、データの活用もそういった面があるかと思えますので、特にアプリベンダとコミュニケーションをもう少し密にしていきたいと事務局としても思っておりますので、よろしくお願ひいたします。

○山口主査 横尾構成員、よろしいでしょうか。

○横尾構成員 はい。ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

○山口主査 はい。では続きまして小野寺構成員、お願ひいたします。

○小野寺構成員 はい、すみません。いくつか、二つほど要望とあと1点だけお聞きしたいことがあります。まず15ページ目の処方箋の事前送付の合理化・利便性の向上のところです。そののところに関連することですが、医療機関でも同意確認して薬局でも同意確認してということ、やはりあまりにもそういう回数が多いと患者さんからの現場での不満の声というのが結構出ているのかなと感じています。もちろん先ほど利便性のみではないということもお話しがございましたが、やはりマイナ保険証をとっている人たちは国の施策に協力して便利になって簡単になっているはずだという思いがあるので、面倒臭い手続きが

あると意外なところで結構怒っちゃったりするという話、現場から聞いているので、その点についてはうまく合理化できるような施策を考えていきたいのが一つです。それから二つ目ですが、19ページ目と20ページ目にありました長期収載品の選定療養のことですが、これに関しては歯科ベンダは小規模なところが多いので、これ本年10月から間に合うのかなっていうのをすごく心配をしております。その声が聞こえてきます。それについては十分な支援をお願いしたいと思います。最後1点、またお伺いしたいのですけれども、歯科の場合、実は7割5分くらいが院内処方箋のみというデータがあります。そういう歯科医院にとってはこの電子処方箋の件に関しましては、HPKIなしで電子処方箋の情報が得られるのかと、内部の方でそういう話が出ましたので、HPKIなしでこの電子処方箋システムを利用できるという理解でよろしいのでしょうかということはお聞きしたいです。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。御質問2点だったと思いますが、一つが10月から長期収載の選定療養が間に合うのかということと、今最後に御質問があった2点、お願いいたします。

○栗田課長補佐 はい。事務局です。まず長期収載の関係ですが、こちら診療報酬改定の対応の中でもかなりベンダに工数が掛かっていると伺っておりますので、我々も保険局とも協力しながらというところですが、診療報酬改定の対応についてこちらはもう10月にやるということで、最優先で是非徹底してやるというところはベンダさんと既に会話を始めているところになります。ここは丁寧にやっていきたいというふうに思っております。また、院内処方が多いということで、まず院内処方とHPKIの関係について少し前回までの議論を繰り返しますと、前回のワーキンググループでも議論いただいたとおり、院内処方の登録についてHPKIあるいは電子署名そのものが必ずしも必要ではないと。もちろん院内の責任を明確化するために電子署名を付すということはあり得る一方で、院内処方全般に、HPKIを付す、あるいは電子署名を必ず院外処方のように付すということはしないというのは前回のワーキンググループでも確認をしているかと思っております。もちろん院外処方を出すときには今までどおり電子署名を取得していただきたいと思っておりますが、院内処方に対応するだけということを見ると、電子署名の関係について一旦は必須ではないというのが、現時点での御回答になるかと思っております。

過去の薬剤情報の閲覧に関しては、院内処方中心の医療機関にも役立てることができる事例を今後また集めていかないといけないと思っておりますが、過去の薬剤情報の閲覧に関しては何か医師・歯科医師の方に電子署名を求めているというよりは、患者さんの方で同意か不同意か確認をしていただいて、医師・歯科医師の方に自身の薬剤情報を見せるということになりますので、医師・歯科医師の方の電子署名が必要になるということは現時点ではあまりないかと思っております。院内処方と電子署名の関係については事務局としてはこのように考えております。

○小野寺構成員 ありがとうございます。

○山口主査 よろしいでしょうか、小野寺構成員。

○小野寺構成員 はい。大丈夫です。

○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。川上です。御説明ありがとうございました。資料の14ページから今後の検討事項の1、2、3、4番に沿ってコメントさせていただきます。

まず14ページですけれども、いわゆる添付文書ベースで判定可能な併用注意やアレルギー情報などのチェックを開発していただくことは大変ありがたいと思います。また添付文書上でも、傷病名とのチェックも可能であれば、診療科の先生方が他科の疾患などを見落とされるケースもあるのでありがたいかと思えます。こういったことを確実にするためにはマスタやコードの管理を標準化して今後もきちんと更新していくことが大事ですので、その辺を是非お願いしたいと思えます。コードに関連して言うと、用法に関してもコードがあります。例えば薬剤の併用に関しても、同時に飲むのは不可だけれども、片方は食後で、片方は食間であれば問題とならないケースもあるので、単に薬剤の重複だけではなく、用法の部分もチェックできるとい宜しいかと思えます。

システムベンダごとのチェック項目の選択可能性についても理解はできるのですが、一方で利用者や医療機関からすると何がチェックされていて何がチェックされていないのかが分からないことによるトラブルが起こり得るので、ある程度は標準化した選択のパターンを作るとか、それが難しければ少なくとも何はチェックされているけれど何はチェックされていないのかが常時分かるような選択があれば、漏れがなくて良いかと思いました。

また、15ページですけれども、事前送付の合理化や利便性の向上も理解いたしますし、御説明の中で患者さんの自主的な選択の上で行われるということなので問題ないかと思うのですが、一方で商業的な薬局などが患者さんを抱え込むことにこういった仕組みが悪用されないかとの懸念は一部あるかと思えます。事前送付によるスピードだけの利便性だけではなくて、例えば医療機関の側からすると、どこの薬局にそれが送られているのか、その患者さんは普段からどこの薬局にかかりつけなのか、などは参考になりますし、薬局においても、医療機関の再診や入院の予定とか今後の予約状況などが分かり、そういうことと関連してこういう事前送付が使われれば、本当の意味での患者さんの薬物治療の質・安全性の向上につながるかと思えます。

それから、16ページの事例の例1は分かるのですが、例2に関しては、今日はおそらくそちらに厚生労働省医政局医薬産業振興・医療情報企画課の方はおられないと思うのですが、先週の医療用薬品の安定確保会議のワーキンググループで、需要供給情報の把握にこういった電子処方箋情報が使えないかということの議論があり、なかなか困難な現状ということもディスカッションしていますので、そういった内容を情報共有いただければ幸いに思えます。感染症関連のことも理解できるのですが、我々薬剤のユーザーの側からは、医薬品に不具合があった時の回収や、流通上の問題などのことが押さえられていると参考になることも多いと思えますので、将来的には流通情報などもこういった仕組みの中で活用していくと、創薬イノベーションに加えて医薬品の実使用をサポートいただける

かと思いました。

最後に、18ページ目の薬局起点情報ですけれども、これは十分にメリットがあるかと私も思います。特にそういった薬局起点の情報が医師の先生方の診察の前に届いて閲覧されると意義があるかと思います。薬局が能動的に提供している情報提供文書のこと事例としてたくさん並んでいるのですけれども、可能であればもう少し幅広にお考えいただけるとありがたいかと思います。具体的に申し上げますと、例えば医療機関側では3文書6情報からスタートして、将来的には電子カルテの標準化も考えています。それは医療機関の診療で普段使われている情報を標準化・共通化していこうという流れなので、薬局で言うと医療機関の診療録に相当するものが調剤録で、内容的には薬剤服用歴管理指導の記録だと思いますので、普段から薬局が持たれている記録を他の医療機関・薬局を含めて、なるべく標準化・共通化していくことが、結果的には薬局薬剤師の先生方がお持ちの情報を皆さんで使わせていただくという点で意味があると思っております。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。現場からの踏まえての御提案だったと思いますので、御意見としてお聞きしました。

はい。それでは続いて長島構成員、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。まず4ページ目、電子処方箋の現在の普及状況と今後の医療DX施策との連携についてですが、現在2万3千983施設まで拡大とありますが、先ほど御指摘があったようにその大部分が薬局です。医療機関はまだ少数であるということで大変な危機感を持っております。その危機感の最大の背景が令和6年の診療報酬改定で、医療DX推進体制整備加算が新設されましたが、その施設基準として電子処方箋の導入が決められているからです。これは現在は経過措置ですけれども、令和7年3月末にはもう経過措置が終わるので、この電子処方箋が導入されていないとせっかく新設していただいた整備体制加算が算定できなくなります。これは極めて重大な問題です。もしもそのときに電子処方箋を導入したいと希望しているのに、様々な要因例えば電子カルテ側のベンダが対応していないとか、費用負担が多過ぎるとかそういう医療機関ではどうしようもない要因によって導入できないというようなことになれば、これは電子処方箋にとって極めて大きな逆風になります。せっかく加算新設したけれど、全然取れないじゃないかと、これは国の責務です。国の責務として電子処方箋を導入したいと希望している医療機関・薬局が円滑に導入できる環境を整備すると、これは国の責務ですので、国として何をやるのか、これを何でやるのか、ここが今最も重大な問題であるという危機感がこの文書には全くない。極めて遺憾であります。

その中の一つとして補助上限拡充として都道府県の追加費用助成がありますが、まだ18に過ぎません。これ、47を絶対に目指してもらわなければいけないので、そのために何をやるのか、ここを明確にすべきであります。また特にベンダ側の対応というところが重大な課題ですので、現在各電子カルテあるいはレセコン等ベンダの対応が具体的にどうなっているのか、その導入や保守の費用が具体的にどうなっているのかをしっかりと把握して公

開していただく必要があると。ただ同時にベンダ側にもやはり対応が難しくなったり、費用が大きくなる事情があるはずです。そここのところは丁寧にベンダにヒアリングしていただいで必要な支援があればしっかり支援していただく。ベンダだけに負担を強いるということもあってはならないと思っておりますので、ここはもう国策としてしっかりとベンダに必要な支援はすると、その結果として医療機関や薬局の負担も減るという流れをしっかりとさせていただく必要があるということで、ここが最も重要なことで、そこが終わらずに今後の機能拡大なんかあり得ません。まずそのこの自覚をしっかりと持っていただきたい。

次に今後の開発事項についてまず7ページに関して言いますが、全般として様々な個別なニーズがあるのは理解できますが、そのニーズが本当に幅広いものなのか、そのニーズに応えることでどれだけの実際のメリットや効果があるのか、あるいはそれを実現するためにどれだけの負担やコストが生じるのか、医学的、臨床的な有用性、安全性はどうかという観点からかなり丁寧な検討が必要であり、急ぐべきでは全くないと考えています。

具体的には例えば8ページ以降のチェック機能ですけれども、これチェックが細かくできれば細かいほどいいに決まっていますが、細かければそれなりの負担も生じるし、その情報の処理も大きな負担になるということです。それからもう一つ、チェックをするにしても電子処方箋のシステム本体でやるべきかという問題があります。基本的には電子処方箋のシステム本体はできるだけシンプルにすべきだと思っておりますので、これは他の例えば電子カルテのシステムなり電子カルテ情報共有サービスなり、そちらに情報等を共有することでそちら側で様々なチェックを行うということ、特にチェックに関しては患者の個別性個人性がかかなり高いはずなので、中央でそのチェックを行うというのはかなり難しいはずで。なのでそのようにどのようなチェックが有用かと同時にそのチェックを電子処方箋で行うべきかということそれから実際のそのチェックが医学的に、臨床的に本当に必要か有用かということは丁寧にさせていただく必要があると思っております。特に併用注意に関しては添付文書にあるのでそれなりの有用性はあるかと思いますが、これもかなり併用禁忌以上に細かい検討が必要かと思っておりますので、特にこれはそもそも添付文書側の記載の仕方というのを標準化というのを考えるべきではないかと、もしもこれに対応するならチェックシステムが機能しやすいような添付文書の書き方という根本から考えるべきではないかと考えています。ですから、11ページの電子カルテ情報共有サービス以外の情報ですけれども、これも電子処方箋側に持つべきものかというところにかかなり疑問を持っています。

それから15ページ、処方箋事前送付の合理化・利便化ですけれども、ここのポイントの一つが現行の仕組みだと引換番号等を事前に伝達したタイミングではマイナンバーカードによる同意が得られていないため、薬局からは事前に電子的に処方箋を取得できても過去情報を踏まえた処方監査とかを行わないというのが最大のポイントのはずですが、こういうような事例とかニーズが一体どの程度あるのか、これがそれほど多くないのであれば、事前送付の仕組みを様々なアプリ等を活用することで患者の負担をできるだけ軽減する、迅速化することでほぼ対応可能かと思っております。が一方、過去情報を踏まえた処方監査を行い

たいというニーズが極めて大きいのであれば、このところを可能とするためにはやはり情報閲覧ということになるので、原則やはりマイナンバーカードを用いた本人同意が必要となるということなので、このところはなかなか解決が難しいということになるので、このところ、単に電子処方箋の情報を見るのか。それからもう一つ、原本の扱いで先ほど御指摘があったように原本が取得できるけれども患者さんが気持ちが変わってほかのところへ行くということになった場合の対応、それから過去情報の閲覧とこのところきちんと整理するということが重要で、事前送付に関してはアプリ等を使えばもう大幅に改善は可能かと思っています。

次に16ページ、電子処方箋情報の更なる利活用です。レセプト情報は悉皆性がありますが、1か月少々のタイムラグがあるということで、では悉皆性はないがほぼリアルタイムで取得できる電子処方箋情報が有用なケースというのは何かということが考えられるということで、そこで簡単に想定できるのが感染症の流通情報ということと医薬品流通の把握というのが非常に想像しやすいところです。実際に日本医師会ORCA管理機構では以前よりORCAサーベイランスという取組を行っております。これは日医標準レセプトソフトを御利用中の医療機関が御自分の御意思で参加いただければ、毎日の入力、レセプトソフトへの入力の中から検査や投薬や傷病名などを自動抽出して、安全に収集すると。それで例えば感染症の流行状況などが出して見せるというようなことをしています。当然、悉皆性はないですが一定程度の傾向を見るのには役立つものと思っていますので、これを電子処方箋を使うということは有用かと思っておりますので、このところはそこのところが本当に有用かどうかということで御検討いただくというのは非常にいいことだと思っています。

18ページ、薬局起点の情報の共有、標準化に関しては、医薬連携、薬薬連携というのは極めて重要ですのでこのような情報の標準化は大変重要ですが、一方それは電子処方箋の仕組みでやるべきものかというところではないように思います。したがって情報共有、標準化は進めるべきであるが、電子処方箋の仕組み以外のところでやるべきものではないかというふうに思いますので、そのような観点から御検討いただけると思います。

以上、とにかく今ある電子処方箋の仕組みをしっかりと普及させていくということが喫緊の課題であり、最上位の課題であるということの御認識を改めてお示ししていただきたいと思っています。私からは以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。後半いろいろ御意見でしたけれども、最初の4ページの導入を希望しているところがきちんと整備できるかどうかということで、ペンドラの対応の現状把握ということをおっしゃっていましたが、この辺りのことについて、事務局から何か現状把握とか今後の御予定とかございますでしょうか。

○栗田課長補佐 はい。事務局です。御意見ありがとうございます。まったく御指摘のとおりで、現状の導入の普及拡大が進まなければその後の悉皆性を持った情報の活用ももちろんできないですし、それ以降もなかなか進んでいかないというのはおっしゃるとおりかと思っています。我々としても、この現状の導入数を更に伸ばしていくというところが

最重要課題であるのは御指摘のとおりかと思っております。特にベンダさんの状況について我々としても、御指摘もありましたしこれまでも行ってきていますが、更に取り組を進めていきたいと思っております。現状、電子処方箋のポータルサイト等でも、どこのベンダが対応してどこまでの機能を対応しているのかということは毎月公表しておりますが、その中でもまだ100%になっていないところが実際にあると、要するに基本機能でも大体6割、7割といったところなので、残り3割の施設数に対応するところについて、もう消し込みをすべく、全て医療機関からお問合せがあった場合には対応できるようにということの状況を今すぐ作るということを今行っているところです。また、基本機能の中でも特にリモート署名や医療機関が望む形の、最後の追加機能のところまで実装したいといったときにもすぐ対応できるようにその率も上げていくというのを同時並行的に行っておりますので、ベンダの状況については厚生労働省からも情報発信を行っていく、ベンダに単に求めるだけではなくて我々として毎月勉強会も開いたり情報共有の場を設けておりますので、そういった場でもう既に開発されているところの知見をどんどん流して、先ほど御指摘のあったような希望する医療機関が導入したいといったときにそれがかなわないということがないようにしていくということは我々としても、全力で取り組んでいきたいと思っております。

また都道府県補助のところについては御指摘のとおりこの都道府県のみならず更に拡大していきたいというのは全くおっしゃるとおりです。この点、医師会や薬剤師会の方々も、是非この都道府県に補助事業を実施すべきだとおっしゃっていただいて大変心強く思っておりますので、我々としても各都道府県、特に実施できていないところについて、引き続き47を目指して実施していきたいと強く思っておりますので、その点は改めて申し上げます。

それ以外の点、いろいろ御指摘ありがとうございました。まさにチェック等についてはかなり慎重に検討していかないといけないというのはおっしゃるとおりでして、また悉皆性のない情報について現状で活用できるのはこの程度ということなのも承知しております。おそらく医薬品等のワーキンググループ等でも議論されましたのはおそらく悉皆性がないというところが多分非常に懸念情報としてあって、電子処方箋の情報を使うのが困難とかそういう話もあったのかと思いますが、我々として基本機能の導入を普及拡大させていくというところがその解にもなると思いますが、そこを一生懸命やっていきたいというふうに改めて思いますので、その点どうぞよろしく申し上げます。

○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。薬局の事前送付のところで原本の問題と、薬剤情報の過去の閲覧の問題、ここのところの整理が必要かと思いますが、そこはどうなりますか。

○栗田課長補佐 はい。事務局です。過去の薬剤情報の閲覧と整理のところですが、おっしゃるとおりアプリである程度解決できる部分が、我々としてもあると思ってこれまで進めてきたところが、なかなか進まないのだからこういった提案もさせていただいておりますが、

処方鑑査までどこまでやっているのかというのは、まだ我々として現時点で情報、こういった意見があるというのは御紹介しておりますが、どの程度なのかということは少し現状を踏まえて、よく我々としてもヒアリング等々をして調べてみたいと思っております。

○山口主査 はい。よろしいでしょうか。そうしましたら新垣構成員から御意見いただきたいと思えます。

○新垣構成員 はい。ありがとうございます。まず4ページですけれども、渡邊構成員、長島構成員からもご意見いただいておりますが、私もベンダ側の立場として更なる推進の必要性を感じております。特に長島構成員の方からの御指摘のとおり、まだ稼働している医療機関が少ない状況であるため、取り組みの強化が必要だと認識しております。また、都道府県の助成金についても決定から一定期間は過ぎていますが、まだ準備中の都道府県が多いようです。助成金が付与されるのであれば、早めの公表をお願いしたいと思えます。

さて、14ページを見ていただきたいのですが、電子カルテシステム等で実装するかどうかは各システムベンダが選択可能とある箇所がございます。しかしながら、ベンダ側が何を根拠に選択するのか、その意思決定のロジックが理解できませんでした。そのうえで、各ベンダがチェック機能の実装を選択した場合であっても、そのチェック機能を活用するかどうかは医療機関によって変わると考えられます。そのため、ベンダ側での選択はありがたいですが、医療機関でも選択できる可能性を設けた方が良く考えております。

次に、15ページについてですが、かかりつけ薬局を設定して自動的に電子処方箋が送付される機能について、一度設定した患者さんが薬局の営業時間外に自動送信される場合、その日のうちにお薬を受け取りたい患者さんにとっては、この機能は利用できないのではないかと思います。また、自動送信された後に処方内容が修正する可能性も考えられますので、そちらについても考慮していただきたく思えます。

最後に、19ページのスケジュールについて触れます。

院内処方の開発期間、つまりパッケージの改修期間が2か月半というスケジュールが引かれているのですが、これについては少々懸念がございます。院内処方の電子処方箋対応のパッケージの改修は院外処方の方のパッケージの改修とは同程度のものではございません。院内処方の電子処方箋対応のパッケージの改修は大規模なものになります。具体的には、院内処方では外来での対応、入院中の対応、退院時の処方対応が必要であり、また調剤時の対応も必要となるので、外来、入院、退院時の調剤対応が含まれます。更に調剤時の対応は、電子カルテの対応だけでなく、部門システムのパッケージ改修も視野に入れるべきでしょう。それだけでも、想定以上に大規模なタスクおよびパッケージ改修になると考えております。さらに、入院中の処方に関しては服薬情報を電子処方箋管理サービスに送信するためのパッケージ改修も必要ですし、院内処方と一括りで表現されておりますが、院内処方の中には注射も含まれていますので、電子カルテのパッケージはさらに大きくなります。故に、院外処方箋の電子処方箋対応と比較して、院内処方のパッケージ改修はより大規模になると予想されます。そのため、この考えを踏まえたスケジュールを設定していた

だくことを望んでいます。

こういった背景を踏まえてお聞きしたいのは、2か月半という期間が開発の期間として妥当なのかどうか、そして各ベンダが開発に向けて大規模な投資を行えるかどうかです。各医療機関は、院内処方に対して積極的に投資をしてくれるでしょうか。ベンダが院内処方の機能を開発した場合、医療機関の中で院内処方の機能を積極的に取り込んでくれるでしょうか。現時点ではその確証はございません。院内処方の対応は、医療機関へ周知ができておりませんので、ベンダ側に院内処方対応の開発を着手してくれと言われても開発着手に踏み切れるベンダは少ないのではないのでしょうか。

繰り返しになりますが、院内処方の対応は大規模な投資が必要になりますが、ベンダが開発した院内処方の対応を医療機関内で活用される確証は現時点ではございません。この点について、今後の議論において考慮して頂きたいと考えています。

以上、長々とお話ししましたが、よろしく願いいたします。

○山口主査 はい。ありがとうございます。院内処方のパッケージ改修に2か月半が妥当かということと、ベンダの開発、着手がなかなか難しいんじゃないかという2点ですけれども、現段階で事務局から何かお答えできることありますか。

○栗田課長補佐 はい。御指摘ありがとうございます。パッケージの改修の開始期間について、まず我々がスケジュールとして思っておりましたのは、技術解説書を今月に出していくというところと、それによって例えば年内に開発等をいただけないかということで暫定的に示していたものになりまして、御指摘を踏まえてどれぐらいの改修期間が必要なのかということは丁寧にヒアリングをしたいと我々としても思っております。院内処方についてどの程度までやるのかというところで、中央のサービスとしては注射薬とかいろいろなものを含めて登録できないことはないようにしようということで、前回ワーキンググループでもかなり広めの範囲として決めておりますが、それに伴ってではどれぐらいの改修が実際に必要なのか、特に部門システムにはねるといっても御指摘いただきましたが、そのときもおそらく病院内でリアルタイムで薬剤情報が連携されている場合と、そうっていない場合、例えば電子カルテから部門システムに直接流れているけれど逆はしていない場合などかなり様々な例があると御指摘いただいていたので、いろいろなパターンでベンダにお話を聞いて、どの程度までの規模で開発が行われますかということを、技術解説書を出した上でコミュニケーションを密に取っていきたいと思っております。その上で、どの程度まで開発いただけるかというところは、まさに医療機関あるいはベンダにもお伺いしながら進めていきたいと思っているのが現状になります。

○山口主査 新垣構成員、よろしいですか。

○新垣構成員 最後の最後に院内処方の対応は医療機関の周知ができていないというところをお伝えしましたがけれども、やはり医療機関への周知ができていないとどれぐらいの引き合いがあるかということもつかめませんので、そういったところは説明会の予定とかこの線表の中に埋めていただきたいなと思っております。よろしく願いします。

○栗田課長補佐 承知しました。院内処方についてまだ周知ができていないというのはおっしゃるとおりかと思しますので、是非我々としても検討したいと思います。

○山口主査 はい。お待たせいたしました。では田河構成員、お願いいたします。

○田河構成員 はい。健保連の田河でございます。ありがとうございます。私の方からは6点ほど御意見申し上げたいと思います。まず4ページの普及に関してでございますが、私も本当に普及というものは非常に重要だと思っております。是非普及のスピードを加速していただきたいと思っております。また電子処方箋を導入した施設数が記載されておりますが、単に今後は導入施設数だけでなく重複投薬や併用禁忌のアラートが出た件数など、電子処方箋の効果が分かるような数字を出せないか御検討いただきたいと思っております。また次に7ページに総括的な資料が付けられております。今後の開発事項についてでございます。医療の質あるいは安全性、患者の利便性といった観点等でいずれも十分検討に値するものだと思っておりますが、開発の難易度や効果あるいはシステムのランニングコスト、電子カルテ側の状況なども考慮しながら五月雨式では困ると思っておりますので、個別事項のまとまりごとに開発スケジュールを慎重に検討していくべきではないかと思っております。8ページのチェック機能でございます。併用注意については相互作用による有害事象の抑制につながることから、当面の課題だと考えておりますが、多剤投与につきましても、医療費適正化計画などでは6剤とか9剤とかいった目安も示されており、長期投薬や併用禁忌と、アラートとは別な意味になると思われませんが、薬剤の種類が一定数超えたことをお知らせする機能とか処方薬剤数を表示するなどの気付きを促すような何らかの仕組みというのは検討してもよいのではないかと考えております。

11ページでございます。電子カルテ情報共有サービス由来の情報の活用についての意見でございます。御提案の内容は今後の課題であると思っておりますが、先ほども御意見が出たかと思っておりますが具体的に検討を進める際は電子処方箋のシステムの中でこのサービスを構築するのか、あるいは電子カルテ情報共有サービスのシステムの中で電子処方箋データを取り込んで対応するかなど、対応の選択肢をよく考えてメリット、デメリットを分析して効率的な方法を検討することが必要ではないかと思っております。また開発にも時間が掛かるようでございますが、電子カルテ情報共有サービスが普及しなければこれはコストだけが掛かってほとんど機能が発揮できないことにもなりかねないので、どんなタイミングで考えていくのか十分検討すべきであるとも思っております。

15ページについてでございます。処方箋の事前送付の仕組みについては、患者が任意で登録したかかりつけ薬局に自動送付する仕組みについて、これは今日御意見伺うと課題もいろいろあるようでございますが、十分検討の余地もあるのではないかと考えております。最後に16ページでございます。電子処方箋情報の更なる利活用への意見でございます。データの利活用を進めていくことは今後の方向性であり、その利用というのは今後大きく広がっていくと思っておりますが、その際情報を利用することに対する費用負担をどう考えていくのか、そういうことも今後の課題になっていくのではないかと考えております。以

上でございます。

○山口主査 はい。ありがとうございます。御意見として承ります。では続きまして木倉構成員、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。資料見ますと、5ページをお開きいただきますとそこに紹介をしていただきましたが、まずは今の電子処方箋の普及にも我々その加入者の側からも是非利用を自らの意思でも示して活用してほしいということで、真ん中の周知用資料の配布ということで、これは厚生労働省医薬局で印刷をしてもらったこの緑の資料というものを頂きまして、278万事業所、今月ですが配布をするということで、これ日本年金機構に大変な御協力を頂いたのですが、一括適用の事業所です。そういうところにこの資料でもっと利用しようと、その他大きいポスターも頂きましたので、薬局さんから、これも各47都道府県の我々の支部を通じて経済団体等にも加入者の皆さんにも周知していただくようにということで配布をさせていただいて、呼び掛けて活用を促していきたいと思っております。それは1点紹介です。

それから7ページの方で今日は来年度以降の新たな機能の検討も行われたわけですが、特に新しい分野、更なる利活用、今、田河構成員からお話がありましたその点について少し申し上げたいと思います。最後の方の19ページに6年度のスケジュール、工程表がありましたが、この前までお話しがあったような、今、新垣構成員からおっしゃった院内処方箋の、この要件改訂改修も12月までの線で書かれておりますが、これについても我々はその費用負担について、この前も発言を、いつもあの保険者ですので申し訳ないですが、費用負担の話ばかり中心に申し上げました。まだ電子処方箋の管理業務というものを支払基金、国保連さんと単年度で毎年契約更新しながらやっています。その予算を支払基金さんと組む作業はこの夏からまた始まるわけですが、どういう次の電子処方箋の管理業務、院外処方箋以外にも拡張していったら、こういう院内の機能も付け加えた運営管理業務としての費用の、支払基金さん国保連さんから我々に請求来るのですが、それどういう単価になって積算になるのか、これ聞いておりません。そういうところについての費用負担の考え方というものがまだ全体の支払基金等の管理は保険局がやっていらっしゃるはずですが、ここにも出ていらっしゃいませんが、そういう医療保険部会等の場でも御説明をまだ聞いておりませんので、この辺を明確にしながらやはり来年度以降の電子処方箋の監理運営業務のシステムを使うのであれば、それ前提の議論をきちんとしていただきたいということ。それから田河構成員もおっしゃっていましたが、3文書6情報のように電子カルテの共有サービスもこの工程にあるように1月からでしたか、国費による実証テストが始まる3カ月くらいやって来年度4月からはこの共有サービスを開始と伺っておりますが、こちらの方の費用負担も具体的な話はまだ医療保険部会等での説明を聞いておりませんので、そういうことも含めてどちらで整理をつけて院内のこの開発を具体的に進めるのかということも、具体的な費用負担も挙げていただきたいと思っております。そうしますと、最後ですが、16、17ページにある今後の利活用、これ大変必要なことだと思っております。データの利活用とい

うことでこのワーキンググループも全体の利活用の検討会の中の組織として位置づけられて議論を関係者で進めておるわけですので、感染症流行情報の把握それから治療薬の生産、出荷体制の把握、それから今の不安定になっておりますが医薬品の生産供給体制というものの把握というものにも活用できるということ、これは今後のポイントとしてもよく議論していく必要があると思いますが、こういうビッグデータの活用ということのその抽出、分析、提供という仕組みをどのように運営していくのかという費用負担の観点がここには何も書かれていません。やはりこれは我々4000万人のビッグデータを使って特定健診指導、それから重症化予防の呼び掛けということもありますが、大変なやはりコストが掛かります。それをどう考えていくのかということ。いいことだから利活用でやるということだけではなくて、その視点を入れて議論を着実に進めていただきたい。保険局、医政局も含めた形での議論を進めていただきたい。これを強く医薬局にもお願いしたいと思います。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございました。終了時間がもうかなり近づいてきておりますので、今、手を挙げていただいている大道構成員と、鳥飼構成員のお二人に手短に、御意見いただければと思います。まず大道構成員、お願いいたします。

○大道構成員 はい。次回に回してもいいのですけれども、おおむね多くの構成員の方からほぼほぼ言っていたのですが、ただ病院の立場だけお話しさせていただきます。この現状で2万3900施設といいながらその中で病院は今131です。8500分の131の病院しかこのシステムを導入していない。そして、その131の病院も毎日毎日電子処方箋を出しているわけではございません。なぜこうなるのかというところです。それは何も補助率が低いからとかそういう話ではなくて、先ほど誰かおっしゃった五月雨式にというか、要するにまだはっきり見えてこない中で電子処方箋というのはどんなシステムを入れればいいたろう、ベンダに話をすれば松竹梅というか、ミニマムあるいはスタンダード、マックスみたいなどうなんでしょうねといっても明確な答えがない中で、病院としてそれを導入に踏み切ることはできません。その辺りが一番問題があるのかなと思います。

それから、院内処方があと半年でスタートするという私も聞きましたが、これもでは院内処方の入力には僕らから言うと出力になるんですけれども、それは前もお話ししたと思うのですけれども、処方を切ったときか、調剤をしたときか、患者さんが飲んだ後か、どこで処理をするんだというところもまだはっきり決まっていないみたいです。もっと極端に言うと、じゃあレセプトベースだけでOKなんだよって言うと病院はすごく楽なんですけれどもそういうわけにもいかないみたいなので、その辺りももっとも詰めなきゃいけないかなと思います。それから、トレーシングレポートに関しては資料2のところで、渡邊構成員に頂いたこの資料2の中の⑥のところ、これ当院では意外にあります。かかりつけの薬局以外の薬局に行かれるケース。旅行であるとかあるいは出張であるとか、で、そちらから問合せがあって、それが最終的に我々病院のところにも来る。ということはこれは結構あるので、この辺り、ただ我々受け側がどこで受けるかで結構問題なんです。例えば外来主

治医が受けるのか、あるいはその外来主治医が非常勤だった場合は、誰も見ないままトレーニングペーパーが埋もれてしまう。これはいけないのでじゃあ例えば薬剤部長に一括管理してそこで見るようにするのかとかこれは内輪の話なんですけれども、そういう細かいところをまだまだ詰めていかなきゃいけないなと思っているところです。以上です。

○山口主査 はい。ありがとうございます。では最後に鳥飼構成員、お願いいたします。

○鳥飼構成員 はい。もう11時30分を過ぎているので本当に短く、キーワードだけいきます。まず4ページ目です。岩手の県立病院が5年度に導入できた成功事例の背景を調べられると特に対策になると思います。これ多分コミュニティで合意が取れているんじゃないかと思います。それから数が多い中病院に関しては本来大病院よりも改造が少なくユニフォームに対応できるはずだと思いますので、詰まるのは早いと思います。

7ページ目です。絶対禁忌とかハイリスクみたいな、必ずしなきゃいけないアラートというのがありますので、そういうものを当初抽出して行うというのがいいと思います。それで、事前送付であれば病名の事前閲覧も当然される方がFAXを超えた利便性の提供というメリットは謳えるのではないかと思います。8ページ目です。アプリケーションの利用は韓国でと言われてますけれど、アプリケーションは韓国ではOMOPという標準化データテーブル構造を持ってまして、あとはボキャブラリという病名の用語のID化が既に入力できる体制があります。ここのベースの上にそれを判断するプログラムが動いているというのが実態でありまして、まず整備、そういう意味ではデータベース構造、テーブル構造とボキャブラリの入力、こちらが必要です。この中に検査のLOINCと呼ばれるものそれから病名のデファクトのSNOMEDに国が加入する必要があります。ニューヨーク州では、先ほど御質問にありました診療情報管理士に相当するスタッフがこのSNOMEDラベルを付けていて、どの病院がどの検査項目とかあるいはどんなアラートをようは提供しているかというのをリストでウェブで皆見られるように公表しています。そういったリスト化というのが進んでいる事例もございます。それから14ページ目、アプリケーション化についてですけれども、これはHL7FHIRのREST APIを考えますと、このWebアプリケーションで使う、それから最初は一義的にグラフをCSVでダウンロードできるみたいなところからスタートすべきかなと。それから17ページのデータ利活用ですけれども、千葉大学の、今、AMEDのプログラム長をしています高林先生によりますと、リウマチ薬は明らかに4月とか6月の出荷が多いみたいです。季節性疾患への対応というものが考えられて、これ在庫の考え方に更には進歩を与えるものかなと思います。

大体そうですね、後はそういったその海外事例です。この間、先週調べてきましたので次回以降御参照できればと思います。以上でございます。

○山口主査 はい。ありがとうございます。まだまだ医療機関の普及の問題やサービスの拡充を慎重にとり、参考事例の調査とかスケジュールの問題など、今日は多々問題点がまた明らかになったと思いますので、本日の議論はここまでいたしますけれども、事務局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。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、本日はこれで閉会といたします。構成員の皆様、本日も長時間にわたり、どうもありがとうございました。また次回以降もよろしくをお願いいたします。

以上