

2025-09-01

健康・医療・介護情報利活用検討会  
第7回電子処方箋等検討ワーキンググループ

15時00分～16時30分

○徳弘企画官 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7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。

本日の開催方法は、ウェブにて開催し、YouTubeにてライブ配信をしております。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予定の議事録でありますと、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、本日の出欠状況になります。本日は、日本病院薬剤師会の川上構成員の代理として舟越様が、全国後期高齢者医療広域連合協議会の横尾構成員の代理として馬場様が御出席、それ以外の皆様には御出席いただいております。なお、中央大学の石井先生ですが、今回より構成員ではなくオブザーバーとして、専門分野に関する議題の際に御参画いただくことになりました。

最後に、事務局の異動がございましたので御紹介させていただきます。医薬局総務課長として重元に代わり笛子が、電子処方箋サービス推進室長として猪飼に代わり私徳弘が、そして薬事情報専門官の高橋に代わり福澤が着任しております。では着任いたしました笛子より一言御挨拶を申し上げます。

○笛子課長 御紹介いただきました、厚生労働省医薬局総務課長の笛子と申します。この夏の人事異動で総務課長を拝命いたしました。構成員の皆様方におかれましては、大変暑い中お時間をいただきまして誠にありがとうございます。電子処方箋は様々経緯がありここまで進んできたということでございますけれども、約1年ぶりの開催ということでございます。本来もう少し開催すべきところではございますけれども、今回御報告すべき事項、また、御審議いただく事項もでてきてまいりましたので、何とぞ御審議いただければと思います。申し上げるまでもなく、電子処方箋は適切な医薬品の提供、また、患者さんの利便性、様々なメリットがあるわけでございますけれども、やはり安全で運用できる仕組みの構築というものが最も重要だと考えております。昨年12月に発生しました誤表示問題につきましても、ようやく8月27日に、支払基金さんの御尽力もいただきまして、27日の深夜にダミーコードの受付をなくするという改修もさせていただきました。

また、政府においては、医療法改正法案を先の国会に出させていただきました。残念ながら成立はしていないわけではありますけれども、電子カルテ情報共有サービスの提供であるとか、支払基金の改組であるとか、あるいはデータベースの利活用であるとか、様々な

大きな項目について、引き続き成立をお願いしていく立場でございます。そういうふた医療DXをしっかりと進めていく立場からしても、この電子処方箋の推進というのは極めて重要な課題だと思っております。電子化でありますので、これからも様々な課題が出てくると思いますけれども、構成員の皆様方の忌憚のない御意見を頂戴いたしながらしっかりと進めてまいりたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

○徳弘企画官 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していただきますようよろしくお願ひいたします。

以後の議事進行は、山口主査にお願いしたいと思います。山口主査、どうぞよろしくお願ひいたします。

○山口主査 はい。皆さん、こんにちは。約1年ぶりということで、お久しぶりでございます。本日もどうぞよろしくお願ひいたします。それでは、まず事務局から資料の確認等をお願いいたします。

○徳弘企画官 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、開催要綱、班員名簿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。

今回は報告事項として、「現在の施策報告について」、「現行運用における運用課題を踏まえた改善対応について」、そして検討事項として「電子処方箋管理サービスの機能追加等の検討について」ということで、事務局から説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

○福澤専門官 はい、それでは資料1に基づき御説明させていただきます。私7月から着任しております専門官の福澤でございます。よろしくお願ひします。

それでは資料1の4ページ目から御覧いただければと思います。こちらは直近の施策の状況ということで、厚生労働省で7月に公表いたしました「電子処方箋に関する新たな目標設定」などについて御説明いたします。直近の医療機関・薬局での電子処方箋に関する導入状況であるとか、調剤結果の登録、また、医療機関で今後電子カルテ情報共有サービスへの対応が図られていくという状況を踏まえまして、電子処方箋の新目標としまして、「更なる医療安全を確保するため、電子処方箋については、保険制度化における処方箋について、速やかに概ねすべての調剤結果が電子処方箋管理サービスに登録されることを目指す」ことと、「患者の医療情報を共有するための電子カルテを整備するすべての医療機関への導入を目指す」こととしております。

また、医療機関への導入方針は、一番下にございますけれども、電子カルテ情報共有サービスへの対応であるとか、標準型電子カルテの導入といったタイミングに合わせて一体的な導入を促進していくこととしております。

続いて5ページ目を御覧ください。電子処方箋に関する今後の対応方針でございます。まず1点目としては、先ほど笹子課長からもございましたけれども、昨年末に起こりました誤表示問題に対する改修を完了したとともに、その原因となりました医薬品コードの整備を進めるということによりまして、安全に運用できる仕組み・環境を整備していくこととしております。

また、新たな導入・利用促進策としましては、先ほどの新目標を踏まえた各種施策を実施する予定としております。また、周知広報の強化や効果検証も引き続き進める予定としております。

6ページ目、こちらは医薬品コードに関する御説明でございます。医薬品に関するコードにつきましては、流通段階であるとか医療現場であるとか、様々な場面でそれぞれのニーズに応じていろいろなものが活用されてきているものでございますけれども、それぞれの関係が整理されてきていないあるとか、また必要なタイミングで付番がされていないといったことで、トラブルの発生、コストの増大につながっていると考えられているところでございます。これを踏まえまして、主要な医薬品コードの関係性を整理して、国が責任を持って維持管理を行っていくということを掲げてございます。

具体的な対応方針としましては、令和8年度から、電子処方箋管理サービス内で使用されているコードの対応関係を、医薬品マスタとして公開する予定としております。また、コードの早期付番や一般名コード、これまで一部にしか付いていなかったものの整備を進めていくという予定としてございます。また、令和10年度からは、流通分野でも用いられておりますGS1コードを含めた公的なデータベースを整備しまして、そちらを一般に公開していく予定としてございます。ここまでが政府施策の状況についての御説明でございます。

続いての報告事項、運用の課題についての改善事項ということで8ページ目から御覧ください。こちらも先ほどから御説明しておりますとおり、昨年12月に、電子処方箋を発行している医師の処方意図と異なる医薬品名が薬局側のシステムで表示されるといった問題がございましたので、対応を進めてきているということについての御説明でございます。1点目としては、問題の根本にございます医薬品のマスタの設定がきちんとされているかというところについて、医療機関・薬局・システムベンダーに対して、12月以降継続的にその点検報告を求めているところでございまして、また2点目はそれに関連して、医療DX推進体制整備加算、診療報酬の方での対応でございますけれども、こちらの中で、その点検を完了して報告するということが、算定に当たって必要だというところで、実効性を担保する対応を進めているところでございます。

また、そうした医薬品のコードが近年設定されてこなかったということの要因になっておりました、一般名コードが途中で削除されてしまうであるとか、レセプト電算コードもまだ使用できる段階にあるものが削除されているというところがありましたので、そういうところの手当てを行ってきたというところでございまして、最後にそうしたコードが使わなくなったものに対して、ダミーコードというものが設定されて使われてきたというと

ころに対して、そうした対応が図られてきたということを踏まえて、今年の8月末にそういったダミーコードを受け付けないというシステム上の防止対策を施しまして、医療安全を確保するということを行ってまいりました。

9ページ目でございますけれども、こちらは先ほども御説明したとおり、ダミーコードを登録できなくなるという対応をしてきましたけれども、こちらの原因になっておりましたコード関係につきまして、対応表の公開であるとか、早期付番であるとかの対応を今後進めていくということとしてございます。

10ページ目にお進みください。こちらは先ほどのコード関係以外のことについて改善対応を行ってきた、若しくはこれからする予定というところの御説明でございます。1点目は職域診療所で保険調剤が行われる場合の対応ですけれども、現状のシステムでは調剤結果の登録ができないものについて、その登録ができるように改修を行っていく予定としてございます。

2点目の単位変換レコードですけれども、こちらは単位変換が必要な場合にも使用が任意という扱いになっておりましたので、そちらが必要な場合には必須にするといったことを仕様上設定するということで対応しております。

また、3点目、用法マスタにつきましては、学会の方で作成されております標準用法規格に準拠していないものが一部ございましたので、日本医療情報学会の協力の下、改訂を行いまして、本年11月から適用する予定でございます。

4点目の薬局システムにおける、電子処方箋管理サービスから調剤済みの処方箋のファイルが、調剤結果を登録したあと返却されるわけですが、そちらの内容が調剤済みの処方箋として閲覧できない場合がある、そちらが仕様上明確ではなかったということがございましたので、そういう画面上で表示ができるようにするということを、明記する対応を行ったところでございます。

調剤済み処方箋の保存サービスにつきましては、調剤結果の登録が行われてから、現状では100日が経過したものについては保存できない仕様になってございますけれども、より利便性を向上するということで、そういう期限を超過したものについても登録できるような対応を今年度中に行う予定としてございます。

続きまして11ページ目を御覧ください。こちらは院内処方における未告知対応でございます。今年1月からは、院内処方の情報が登録できるようになっておりまして、今モデル事業を進めているところでございますけれども、こうした院内処方をされる場合には、医療機関によっては、そういった情報が患者に伝達・閲覧するべきではないと判断されるような場合もございまして、法律上もそのようなことが想定される規定もございまして、また、電子カルテ情報共有サービスの方で傷病名に関してですけれども未告知にできるというフラグが設定できるような形となっております。図として12ページ目に示しておりますけれども、下の方の赤枠で囲っている、電子カルテ情報共有サービスで今後共有される情報ですけれども、この中で傷病名については未告知のフラグが立てられて、右上の方にある、

患者が閲覧できるような情報としてはそこに載らないような形になる。一方で、その他の医療機関では、そういった患者に対して未告知の情報であるということが分かるような方法で閲覧できるということが予定されております。こちらに合わせまして、電子処方箋管理サービスで取り扱います院内処方の情報につきましても、患者に閲覧ができず、他の医療機関では未告知であると表示されるようなものについては、フラグが立てられるというような、同じような対応ができる改修を予定しております。

お戻りいただきまして、11ページ目の下の運用上の留意点のところでございますけれども、そういったことを予定しているわけでございますけれども、他の医療機関や薬局で未告知であるといったような情報が伝わるというのは新しく明かされる情報で、これまで対応してきたことがないということで、そういったところに対しては情報の取扱いに留意していただくことであるとか、また、院内処方をされる医療機関側での、こうした運用についての混乱がないように注意すべきと考えておりますので、こちらが実装される場合には十分に事前の周知などを行って運用していくということでございます。

13、14ページ目は参考情報として、電子カルテ情報共有サービスの概要で共有される情報についてのお示しでございます。ここまでが御報告の事項となっております。

続きまして検討事項、「電子処方箋管理サービスの機能追加等の検討について」ということで、16ページ目から説明させていただきます。まず、本検討の前提条件についてですけれども、電子処方箋推進会議で本年3月に御議論いただいたところで、システム改修が断続的に必要になるということは、医療機関側で負担になることから、本サービスでは必要最小限の機能が既に開発されているというところを踏まえまして、更なる機能の追加については、必要な改修を除いて当分の間行わないという整理がされているところでございます。一方で、本ワーキングでこれまで議論されてきております、併用注意であるとか、アレルギー情報のチェックにつきましては、医療現場からのニーズがあるということを踏まえまして、追加機能の実装はすぐには行わないと思いますけれども、その機能のあり方や実現可能性に関する論点については、継続して議論していきたいと考えているところでございます。その上で、実際に機能が追加できるような段階になりましたら、電子処方箋の医療機関・薬局での導入の状況であるとか、プレ運用によって検証といったことを行うといった方法も踏まえて、医療現場で実装する時期については関係者と調整して慎重に検討していきたいと考えております。そういった前提の下で、今回の機能追加のあり方について考えているところでございます。

17ページ目は参考としまして、過去のワーキングでもお示ししております、医療機関・薬局にニーズ調査を行った結果となっております。これを踏まえて今回論点の整理をさせていただいております。

18ページ目でございますけれども、先ほどのアンケートにもございました併用注意、アレルギー情報と検査値、傷病名のチェックにつきまして、中央側のシステムでチェックを行うということに関しては、チェックのロジックが整理できるか、チェック時点での機械的

な突合が可能であるかといった観点で、実現性を検討させていただきました。その結果としまして、現時点では併用注意とアレルギー情報が検討可能であると考えまして、今回提示しているというところでございます。検査値と傷病名につきましては、現状機械的に判断できる添付文書といったところから、判断材料が少ないといった課題がございますので、現状の情報としましては、電子カルテ情報共有サービスで閲覧できるようになるということも踏まえまして、そういう具体的な検査値を踏まえて、各施設で総合的に判断いただくということが業務実態に即していると考えております。今回機械的に整理不可と記載した形でございます。

続いて、19ページ目を御覧ください。具体的な併用注意チェックについての論点についてでございます。ニーズ調査の結果としましては、チェック項目として必要であるという意見もある一方で、併用注意については項目が多くなることも踏まえて、アラートが膨大になるということから、必要な情報を見逃すといったことにつながるという懸念も示されたところでございます。こちらを踏まえまして、大きな論点としては、併用注意の組み合わせの範囲を絞り込むべきか否かという点と、またアラートの確認をする負荷への対応策をどうするかというところで書かせていただいております。

1点目の論点のアラートの範囲につきましては、案1としては、チェック可能な組み合わせすべてをアラートの対象にするということ、案2としましては、対象とする医薬品を何らかの形で特に管理が求められると考えられる薬剤の定義を行い、その定義に該当するものをアラートのチェック対象とするということを想定しております。こちらは例として、診療報酬における規定がある薬剤を示しておりますけれども、こういったものが具体的に現場の医療実態に沿ったものなども含めて、特に管理が求められる薬剤といったものは定義や基準があるか考慮する必要があると考えております。

続きまして、20ページ目ですけれども、アラートの確認負荷への対応というところで、案1、2と示しておりますそれぞれ、若しくはその両方ということが考えられるということで案を示しております。案1としましては、それぞれのシステムの事業者における軽減の工夫ということで書いております。特に併用注意については、併用禁忌と合わせてポップアップで表示するが確認までは求めないという対応とする、若しくはポップアップを表示するのではなくて、該当する薬剤を赤字でハイライトするといった形で、確認の手間が省けると考えられます。

案2としましては、そもそも併用注意のチェックという機能は実装するけれども、それを採用するかどうかというのは、個々の医療機関・薬局で判断いただく、任意とするということを考えております。こうした点について御議論いただくことを考えております。

なお、いずれの案を採用する場合についても、下の方に書いてありますとおり、チェックの対象としましては、併用禁忌のチェックと同様に添付文書に成分名が明記されている、範囲が明確になり機械的にチェックできるものを対象とするということで考えております。また、併用禁忌と比較して組み合わせが膨大になりますので、メンテナンスの負荷といっ

たものを考慮していく必要があると考えております。

21ページ目は併用注意のチェックイメージとして、ハイリスク薬同士でチェックを行うとした場合のイメージでございまして、現在服用中の薬剤の情報から、ハイリスク薬に該当するかということと、過去の処方情報からハイリスク薬を抽出した上で、併用注意のチェックを実施するということがシステム的に考えられるということでお示ししております。続きまして、22ページ目からはアレルギーとのチェックでございます。アレルギーとのチェックにつきましては、様々なアレルギーの種類がございますけれども、現在電子カルテ情報共有サービスでの共有が予定されておりますアレルギー情報をベースに考えますと、アレルギーの対象範囲、アレルギーの重症度、アレルギーの確度、こういった情報に基づいてどのようなチェックを行うべきかというところが論点と考えております。アレルギーの対象範囲につきましては、例えば薬剤アレルギーという形で個別の医薬品の登録がある場合に、それと類似する系統の薬剤も含めてチェックするというやり方であるとか、また、食品が登録されている場合に、医薬品としては成分名、食品の成分として記載があるときについて、個々の食品が登録されている場合にどのようなチェックを行うべきかというところが、論点としてあると考えております。また、アレルギーの重症度は、重症度に応じたチェックをするべきかどうか、アレルギーの確度につきましても、アレルギーの確度を踏まえたチェックをするか、また、アレルギー情報が登録された時期なども踏まえてチェックをするかというところが論点と考えております。

23ページ目は先ほどの論点を踏まえて、今後実装していくに当たってはこのような検討が必要と考えておりますとおり薬効分類ごとで判断をする、食品アレルギーにつきましては、食品とその成分に対応する医薬品についてマスタを整備していく必要があると考えております。また、システム的なチェックによる判別、使用できたかもしれない薬剤をチェックによって使用しないと判断した場合の不利益であるとか、運用面での課題であるとか、実際にアレルギーのチェックなどを実施している医療機関・薬局やベンダについて調査を行う必要があるということも踏まえて、実装の可能性というところは具体的に検討していきたいと考えております。

24ページ目の薬剤アレルギーと処方薬のチェックでございます。まだ電子カルテ情報共有サービスの仕組みは運用開始されていませんので、想定されるものとして、電子処方箋管理サービスで実装するという場合を想定したイメージです。

続きまして、25ページ目でございますが、こちらは先ほどのアンケートのところとは少し離れておりますけれども、薬剤種類数の表示機能でございます。過去のワーキングにおきまして、使用されている薬剤の種類が一定数を超えたときに、何らかの気付きを促すような仕組みがあつてもいいのではないか、検討してもよいとの意見がございました。こうした複数の薬剤が処方されている場合の診療報酬上の措置が複数あることも踏まえまして、同時期に服用されている処方、調剤されている薬剤種類数を表示することを検討したいと考えております。今ある論点としましては、単純に服用中の薬剤というものをカウントす

るという単純なことが考えられますけれども、それ以外に考慮すべき事項があるかということ、また、そうしたロジックにつきましても、数だけの情報であれば既に電子処方箋管理サービスから取得できる情報で、それぞれの薬局でカウントすることも可能ですが、中央側で数の情報というものを出してまで表示させるようなことに意義があるのか、また、表示を行う対象の薬剤の種類として、診療報酬上の要件などを踏まえるのか、最後の部分ですが、タイミングとしては重複投薬等チェックの結果を返すタイミングで揃えて問題ないかというところを考えております。

26ページ目が最後の論点の「GS1標準コードの活用について」でございます。先ほど御説明したとおり医薬品のコードを整備する予定となっておりまして、その中に令和10年度以降に流通で使われておりますGS1コードを含めたデータベースが公開されるということを予定しております。そのため、こうした情報につきまして、処方・調剤する情報の補足の情報として記録する項目を作成してはどうかということを検討いただきたいと考えております。

27ページ目に、GS1コードがどのように付番されているのかというものを示した図がございますので、こちらを踏まえて検討したいと思いますけれども、現在電子処方箋管理サービスで使っておりますYJコード、レセ電コード、一般名コードは、こうした薬剤について单一のものが使用されていて、具体的にチューブであるとかボトルであるとか、その容量であるとかいったところの区別がつかない形となっております。個々の医薬品、製剤につきましてはGS1コードが振られていまして、こういったものを個別に指定したりといったことがニーズがあるということであれば、こういったコードが使えるのではないかと考えております。

お戻りいただきまして26ページ目ですけれども、論点としましてはこうした項目を設けることの是非であるとか、一方でこうしたコードに基づいて処方を行うという場合には、個々の製剤が現場に在庫がないといった場合に、規格の変更に対する疑義照会が発生してしまう可能性があるということを踏まえまして、医薬品の指定につきましては既存の三つのコードを基本としまして、GS1コードでの指定は補足の情報として扱うということでさせていただきます、こちらで考えているところでございます。

最後のページにつきましては参考情報として付けておりますので、説明は割愛させていただきます。資料の説明は以上となります。

○山口主査　はい、ありがとうございました。今報告事項と検討事項の二つ御説明いただきましたので、まず報告事項の3ページから14ページまでについての質疑応答を先にいたしまして、それが終わりましてから検討事項のところの質疑応答に入りたいと思います。ですので、まず3ページから14ページの報告事項の、「現行運用における運用課題を踏まえた改善対応について」の部分について、御質問、御意見おありの方は挙手いただければと思います。長島委員どうぞ。

○長島構成員　はい、ありがとうございます。まず、報告事項の「現在の施策報告につい

て」、ここについて意見を申し上げて、次に改善対策については少し質問いたします。まず4ページ、5ページのところに新たな目標が設定されておりますけれども、日本医師会もずっと最初からスピード感は重要だが、拙速はダメだと、拙速に進めることで国民や現場に混乱や不審、不安が生じたらこれが最大のブレーキになると、国民、現場の理解を丁寧に深めながら進めていくことが最も早道であるということを申し上げておりました。また、特に電子処方箋においては安全が最も重要であります。また、医療機関にとっては、導入や維持の費用や業務負担、また、ベンダやシステム事業者にとっては、開発やサービス提供の負担、これができるだけ小さくなること、あるいは現状よりも軽減すること、これは最も重要です。その観点からは、4ページの一番下のところ、医療機関への導入方針として、電子カルテ導入済みのところには電子カルテを更改するタイミングで、電子カルテ情報共有サービスと一体的に、また未導入のところにも電子処方箋を実装する標準型電子カルテの導入、あるいはクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進と書いてあります。これは日本医師会が、一番最初からこういうふうにすべきだと言ったことがここには反映されたということで、このことに関しては賛成いたします。

また5ページのところの「新たな導入・利用促進策の方針」のところの下から二つ目の丸ですけれども、「電子処方箋の運用に必要な電子処方箋のシステムに関し、安定的な運用基盤の整備の検討を進める」ですが、これは現在電子署名に関するシステム利用が有料になったということで、医療現場は大変困っています。ここは至急、医療現場の負担が生じないような安定した基盤、これを是非至急作っていただきたい。そうしないと、電子処方箋の普及は進まないと考えています。

以上がまず意見で、次に7ページからの現行運用における運用課題を踏まえた改善対策については、いくつか質問をいたします。まず9ページのところです。このマスタと安全性が最も重要ですけれども、その観点から二つ目のポツの「一般名処方加算の対象によらない一般名コードの充足」とあります。こここのところで、一般名コードの充足とありますけれども、実際に電子処方箋管理サービスに登録する際には、一般名コードと一般名名称と二つのダブルチェックをしていますから、片方だけでは登録できないということで、一般名コードだけではなく一般名名称の整備も必要と考えますが、こちらの名称整備はいつごろどんな形を予定しているでしょうか。

次です。11ページのところで、「システム上の対応・仕様」として令和8年3月対応予定となっておりますけれども、この全体の方針としては16ページの方に「更なる機能の追加については、必要な改修を除き、当分の間行わないこととした」とありますけれども、ここで言う対応というのは必要な改修なのか、それともそれには該当しないのか、したがってベンダが急いで対応する必要があるのか、それとも本稼働までに対応すべき標準仕様となるのか、この扱い及び期限はどうなっているのか、仕様追加による追加開発項目なのかということ、また、告知後の未告知解除運用に関してはどのように考えるべきかというところで、開発する側は非常に苦慮するかと思いますので、こここのところをもう少し明確にし

ていただきたいと思います。

更に、患者による閲覧を防ぐため、フラグが設定された情報はマイナポータルへ連携しないとありますが、現在既にオンライン資格確認あるいはマイナポータルの閲覧では、レセプト由来の薬剤情報が閲覧可能になっています。こちらの方には、このようなマイナポータルに連携しないという仕組みになっていないはずなんですが、このフラグが設定された情報がマイナポータルに連携しないとした場合には、レセプト由来のデータの薬剤情報はどうなるんでしょうか。こちらは今までどおり表示されて、電子処方箋由來のものだけ表示されなくなると、ここに不一致が生じて非常に患者さんが混乱されると思います。この辺りはどうなるのかというところを教えてください。この未告知というのを極めて難しい問題です。電子カルテ情報共有サービスの方でも、病名のところの告知のフラグをどうするかということで、今非常に苦労しているところで、このところで医療現場にどのような負担が生じて、あるいは実際にそれをやったときに、それを見る患者さんにどのような混乱が生じるかというところを、かなり丁寧に検討して進めるべきだと思っていますが、その辺りはどうお考えでしょうか。以上が質問です。

○山口主査　はい、ありがとうございます。まず御意見のところは、かねてよりずっと長島委員がおっしゃっていたところだと思いますので、そこは御意見としてお聞きした上で、3つほど御質問があったと思いますが、9ページの名称整備はいつごろかという御質問と、11ページの対応はどのようにになっているかというところと、それから未告知の問題、その3つについて事務局からお答えいただけますでしょうか。

○福澤専門官　御指摘、御質問ありがとうございます。まず一般名名称のところですけれども、こちらは保険のところで薬価が収載される際に、一般名での収載を行うのか、それに基づいて今まで一般名コードというものを振るか振らないかといったことがされてきたところだと認識しております。それを踏まえますと、今回一般名コードといったものをこれまで振られていなかったものについても付与していくことの整理で、令和8年度から進めていくということにしておりますので、そちらの対応と併せて、コードに対応する一般名名称といったものへの対応も図っていくことになると考えております。

続いて院内処方の未告知のところの話でございますけれども、システムの改修時期自体も、中央のシステム改修自体は法律にも基づく事項でございまして、そちらについては必要な改修であると考えているところでございます。一方で、実際にその機能を使うかどうかというところは、その未告知の対応が必要な医療機関といったところも限られてくるかと思いますので、その実装自体につきましては、それぞれの医療機関の運用状況、また院内処方の情報を登録するといったところの対応ができるような段階になるまでに御対応いただければいいということで、院内処方の登録が中央のシステム上稼働するというまでに、必ずしもすべての医療機関で対応が必要になる機能ではないと考えております。

最後に、レセプトのところの情報の話でございますけれども、御認識のとおりレセプト情報としては、院内処方の情報も含めて患者が閲覧できる情報となっているところでござい

まして、今回フラグの設定ができたとしても、その処方箋の管理サービス、レセプトのところは分離しているという縦割りの状態になって申し訳ないんですけども、レセプトの情報については引き続き、院内処方の情報も閲覧できるような状態になっていくと考えております。御指摘も踏まえまして、関連する部署とも相談して、どのような対応ができるかというところは検討していきたいと考えております。以上でございます。

○山口主査 長島委員よろしいでしょうか。はい。どうぞ。

○長島構成員 全くよろしくないです。レセプト由来の方で見られて、電子処方箋の方だけ見られないというのは意味がないし、むしろ混乱します。その登録方法が整理されるまでは、ここは一回ちゃんと立ち止まって、厚労省全体として、未告知のものをどうするかというのはもう一回丁寧に検討すべきです。以上です。

○山口主査 はい、私も今のところが分からなかつたんですけれども、もし未告知の場合で、マイナポータルで患者さんが見たときはどんな記載になっているんですか。

○福澤専門官 まず電子処方箋の管理サービスで想定していますところでは、未告知が設定された薬剤については、患者が閲覧するところにはデータとして上がってこないと、先ほど御説明した12ページの図でございますけれども、例えばA薬剤についてフラグが立っている場合には、そもそもA薬剤が処方されていること自体の情報が患者さんが閲覧できなくなるということで想定しております。電子カルテ情報共有サービスの方でも、その傷病名といったところにフラグが立った場合には、その患者さんが閲覧できる情報からは傷病名のところは省かれる形になっております。一方でレセプトの情報は、レセプトが請求されてから、実際にそれが支払基金やそういったところで情報の整理がされたあとに、確定情報が閲覧できるようになりますけれども、その段階のレセプトの情報としては、院内処方の情報も含まれていて、そこではA薬剤も閲覧ができるような状態になってしまっていいるというのが現状です。

○山口主査 そうすると最初は表示されないけれども、あとから表示されるということですか。最初にどうも使われている薬の中で、表示されているものとそうではないものがあると患者さんが気付く可能性がありますね。あとからそれが出てきたら、これは未告知の分だったということになる。確かに長島委員がおっしゃっているように、患者としては混乱するのではないかと思いますけれど、このことについてほかの委員の方から何か御意見ございますか。現場での混乱とかないですか。舟越委員、今の件ですね、お願いします。

○舟越構成員 今の件で、病院薬剤師として病院で勤めている側の立場としてですが、本当に長島構成員がおっしゃっているとおりで、電子処方箋のときには未告知と医師がチェックをした、でも1か月後のレセプト由来のデータでは患者さんが見れてしまうと、それが医師が意図的にちゃんと考へてのものが、ミスみたいな形で情報がレセの方で流れてしまうと、医師や医療従事者への不信感にもなりかねませんので、そういったシステム上の部分については、やはり十分同じタイミングで医師がちゃんと患者さんに説明したとか、そういうものをちゃんと全部するタイミングとかに合わせて情報が行くようにしていかな

いと、非常に混乱という表現でしたが、私自身は医療従事者への不信感にもつながりかねないというものだったり、あと過去で言えば、情報提供されていなくて副作用が起きたからとか、いろいろなそういったこれまでの二十何年間のことを見ていきますと、この情報開示については十分気を付けていただきたいと思っています。以上です。

○山口主査 はい、ありがとうございます。多分同じことの関連で、原口委員手を挙げてくださったんですね。

○原口構成員 薬剤師会の原口でございます。我々は電子版お薬手帳というのをマイナポータルと連携して運用している部分もあるんですけれども、そもそもお薬の説明をするプロセスであったり、お薬手帳への記載というのは、患者さんに対する非常に情報公開の意識を持って実はやっている側面があります。現在リアルタイムに情報共有した上で電子版お薬手帳の方にデータが飛びますので、お薬をお渡ししているプロセスの段階で齟齬が発生するリスクというのは、この話が出てきた段階であるなというふうには認識しております。そもそもお渡しする薬とお薬手帳に書いている情報の数が違うわけですので、この段階でまず患者さんとのコミュニケーションによる何か問題が現場で起こる可能性というのを想定しておく必要があるのではないかと思うのが一点。

もう一点は長島先生がおっしゃられたように、100日を超えた段階で、レセ情報になった段階で、今もそうなわけですけれども、表示されるということを考えると、その整理もやはり同時に考えないとなかなか運用に関して、現場でのトラブルになる可能性というのは少なからずはらんでいるのではないかというふうには思います。

○山口主査 はい、ありがとうございます。実際には現在、未告知は減ってきてていると思うんですけども、現場ではまだどれくらいあるものなんですか。まずその前に、関連したことですよね、鳥飼構成員。

○鳥飼構成員 はい、今の話題に関連しております。患者さんにその薬を告知すべきかどうかというのは、例えば精神科とかあるいはがんの告知のように、知らせることが予後に影響するかどうかというところを、一番患者リスクとして気にされるところだと思います。現状でも調べてしまえばレセプトには書かれてしまったりしているので、それが今までと隠し方が変わるとかいうようなところですね、ちゃんと隠すための手順を現場が慣れていないと、今みたいに何かが起きてしまうというようなことがあると思うので、事例だとか猶予期間かトレーニングか、何らかの手はずを行わなければいけないというのは理解できるところだと思います。

もう一つは、今の患者安全のために知らせましょうということがあると思っていて、例えば治験の同意書とかいうものと同じように、病院が受診するときに包括同意というものを取っている病院もあるんですね。その中に、例えば知らせてほしいですか、あまり知らせてほしくないですかというようなことを、あまり知らせてほしくない方に誘導するべきではなくて、インフォームドコンセントの話だと知った方がいいんですけども、知らないということが特段必要な場所というのを患者にもちゃんと聞いておくというようなことも

必要ではないかと思います。私からは以上です。

○山口主査 はい、ありがとうございます。様々な問題点も御意見もありましたけれども、事務局いかがでしょうか。

○福澤専門官 御意見、御懸念の御指摘ありがとうございます。元々が電子カルテ情報共有サービスの方でもそういった設定がされるというところもありますので、そちらの傷病名の情報を隠しても結局医薬品名がレセプトの方で分かってしまうという、同じような論点はあるかと思いますが、電子カルテの方での整備状況であるとか、レセプトに関連しまして保険局であるとか、関連のところとも連携しまして、実際運用を開始するタイミングだとかにつきましては、よく連携していきたいと思います。

○山口主査 今の皆さんのお意見だと、ちょっと今のままでは問題が起きる可能性がかなり高いと思いますので、そこはいったん止まっていただきて、改善の方策を練っていただくということでよろしいでしょうか。

○福澤専門官 実際の運用の段階に入るかどうかというところも含めて検討を進めていきたいと思います。

○山口主査 御検討いただけるということですね。木倉委員何か関連で御意見ですか。

○木倉構成員 一点、電子カルテ情報共有サービスの方、スライドで12ページにありますけれども、医政局の方で試行から始めて準拠されていると思うんですけれども、今の話で、マイナポータルの方でも未告知の傷病名等は出ないようなやり方で進めているというふうなことを聞いているものですから、今の未告知の、それに伴う院内処方だけのお薬ですね、そういうものも電子カルテ情報と一体化の議論をされた方がいいと今各委員がおっしゃったことなんですが、もし立ち止まって議論ができるのであれば、この検討会で1年か2年前に議論したと思うのですが、この12ページの件で、電子処方箋管理サービスに載せた方がより便利だという議論があって、その方向で進んできているのだと思うのですが、電子カルテ情報共有サービスの方でも、処方まで入れた情報共有ができるわけですから、そこまで立ち止までの議論が可能であればやっていただいた方がいいのではないかと思うので、よろしくお願ひいたします。

○山口主査 はい、ありがとうございます。先ほど事務局から検討するというお言葉をいただきましたので、このことについてはまた継続して御報告いただけたらと思っております。大変お待たせしました、新垣委員どうぞ。

○新垣構成員 JAHIS の新垣です。ありがとうございます。いま、院内処方の未告知フラグについて慎重に議論した方がよいという話になっておりますが、別の観点で付け加えさせていただきます。ベンダ側の立場での発言ではございますが、令和8年3月に対応予定とのことであるものの、医療機関側と調剤薬局側、共にベンダでの対応は難しいのではないかと考えております。また、医療機関側の対応としては、電子カルテ登録時に薬剤ごとに未告知フラグを記録することが求められる仕様になっておりますので、比較的、開発の規模も大きくなることが想定されます。さらに、院内処方というのは、処方登録時だけで

はなく、調剤・服薬のタイミングでも、電子処方箋管理サービスに送るという仕様が盛り込まれておりますので、そこに対してこの未告知フラグの仕様を追加するとなると、ベンダ側としては身構え、慎重に開発を検討せざるおえない類のものだと想定しております。ですので、ベンダ側の立場からいたしましても、この院内処方の未告知フラグに対応するというお話になった際には、慎重に議論のうえ、本当に必要なものかどうかという点を、是非検討いただきたいと存じます。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した。システムとして時間的にも少しかかるのではないかというお話がありましたけれども、事務局何かございますか。

○福澤専門官　御指摘ありがとうございます。一点、薬局側であるとフラグを立てる側ではなくて閲覧する側になるかと思います。そちらの方についての補足ですけれども、12ページ目の方に書いてありますように、未告知があった場合にはフラグの情報としてではなくて、未告知であるというのが文字情報として変換されて表示するようなことを今想定しております。ですので、既存の文字情報を扱うシステムがあるのであれば、そちらを通じて閲覧する側の薬局とかでは未告知であるということが分かるような対応を考えておりますので、閲覧する側の方が範囲が広くなると思いますが、そちら側での対応というものは特段現行の仕様に基づいた形であれば追加は必要ないかと考えております。御指摘いただいた、院内処方を行う側での情報連携といったところでのフラグ、そこは御指摘のような機能追加といったところは、それぞれの調剤だとかで御対応いただく必要があると考えております。

○新垣構成員　受け手側、すなわち閲覧する側については、開発は不要ということですね。失礼いたしました。登録する側、つまり医療機関側の話ですね。大変失礼いたしました。

○山口主査　長島委員、前半の報告のところでの御意見ですね。

○長島構成員　今の未告知の薬剤の問題ですが、これはしばらく時間がかかるを考えると、そもそも患者さんに伝達、閲覧させたくない薬剤情報を現場でどうするかということを考えた方が早いというか、根本的な解決になるのではないかと思います。薬剤をインターネット等で簡単に患者さん御自身が調べられる時代ですから、そのところで閲覧させたくない薬剤情報というのは、そもそも意味があるのか、それよりは、そのような伝えにくいものでも患者さんに混乱や不安を生じさせないように、どのように丁寧に伝えていくかということをしっかりと進めていった方が、はるかに建設的ではないか。そうなればそもそもこのような仕組みが必要なくなるのではないかと考えます。以上です。

○山口主査　はい、ありがとうございます。今の御意見も踏まえて御検討いただこうと思います。鳥飼委員どうぞ。

○鳥飼構成員　まだ前半の資料のコメントという認識でよかったです。

○山口主査　はい、そうです。

○鳥飼構成員　では前半について私からいくつかコメントを差し上げたいと思います。まず6ページについてですけれども、GS1については是非これは歓迎したいと思っています。

これは現場の薬剤師さんから何度も聞いた話と、あと医師から聞いた話で、現在主病面に對してどんな薬を使ったかということが系統的に把握しづらいとか、あるいは同じ薬を使っているんだけど剤形が変わるとトレースできないというような、力技ではできるんですけども、素直な方法で引けないというような問題が上がっていて、GS1はその薬の種類と剤形とを、似ているけれども異なったコードを使えるメリットがありますので、これは是非取り込まれると、統計の質等が上がるのではないかと思います。

それから13ページですけれども、電子カルテ情報共有サービスの話は非常に関心を持っておりまして、病院側で加算の要件ですとかヒアリングのとき、FHIRサーバーを置いていますかという質問が出てきています。これは先ほどのJAHISさんの話にもよるんですけども、FHIRサーバーというのはFHIRリソースを置く話なんですね。電子処方箋というのは、よくファサードと呼ばれる電子カルテから出てくるデータを加工して出すというような方式を取っているところが多くて、まだそのサーバーというリソースを置くという段階に行くにはもう数段階ありそうなところがあって、質問されるたびに、うちはFHIRサーバーがあるんですけど、なかなか院内でもあるんですけどどうしましょうというふうに言われることがあります。できればこの処方箋の機能開発はあまりしないというようなことがあったんですけども、ただインターフェースの統一とか、FHIRインターフェースを出しますというようなことが言われていて、中に記載する項目も同じようなものが多いんですね。ですので、要はこういった出入口を共通化していくというようなことが、早々に別のワーキングなのかここなのか分かりませんが、統一されたようなものになると、国が求められるコストの削減とかにもつながってくるのではないかと思います。

あとは100日を超えて再度同意の話とかもありましたが、これは是非伸ばすというのが私もいいと思います。先ほどの開発の話で、特に私が昨年来言っておりました電子カルテをマッピングするというエンジニアが足りないという話ですけれども、生成AIが最近データベースの突合をする演習をしているような話をいくつかのところから聞いたことがあります、これは昨年までは全然可能性が薄かった話だと思うんですけども、今年はかなり可能性があるのではないかということで、まず頭出しなんですけども、そういったこともできそうだということも、この記載に含めていただけたらと思っております。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。GS1とか100日以上は賛成だという御意見と、あとは御提案だったと思いますが、何か事務局としてはございますか。御提案として参考にして、今後検討するということでおろしいでしょうか。

○福澤専門官　いただいた御意見を踏まえて今後の開発を進めていきたいと思います。

○山口主査　はい、よろしくお願ひします。では前半の報告事項のところについてはよろしいでしょうか。引き続き、後半の15ページ以降の検討事項「電子処方箋管理サービスの機能追加等の検討について」の御意見をいただければと思います。御質問、御意見おありの方は挙手をお願いいたします。長島委員どうぞ。

○長島構成員 まず16ページの全体的な考え方で、更なる機能の追加は当分行わないというのと、ただしいいろいろな整理については継続して議論を行う、そして実装の時期は慎重に検討するという、全体の考え方には賛成いたします。それを踏まえて、19ページからの併用注意チェックですけれども、これはニーズを聞けば当然ほしいという回答が多いのは決まっているんですが、やはり必要性とか有用性をきちんと検討すべきだと思います。その観点からは、どのような場合にこれが役に立つかというところ、懸念点としてここでアラートが多分膨大になってしまふと誰も使わなくなるし、むしろ邪魔になります。したがって、まずそもそもどのような場合に有用性が高いのかというところを考えるべきです。そしてそれには、実際に現場の声をもう少し丁寧に聞いていただく必要があったと思います。そのところでどのような薬剤とかどのような場合に必要なのか、また併用注意と言ってもグレードがあると思いますので、より必要度が高い、重要な注意と、それほどでもない注意があるため、そのグレードというものをしっかりと分けていかないと、これは使えないだろうと思います。例えばいくつかのケースを想定して、それぞれのメリットとかデメリットとか負担とかを比べながら、慎重に進めていくということで、例えばここでどのようなものを対象にすべきかとか、どのようにすべきかという質問が出てきます、これは早すぎます。具体的に決める段階ではないです。まずはどうあるべきか、どのようにすべきかということを、もう少し現場から丁寧に聞いてもらって、それを踏まえてやっと具体的な質問に移るべきだと思うので、この併用注意チェックは有用とは思いますが、もう少し基本的な資料等を整えてから具体的な質間に移るべき、今はまだ早すぎると考えます。次に22ページからアレルギーチェック、これはもっと早すぎます。まだ相手側、電子カルテ情報共有サービスの方でもアレルギーをどうするかが全然決まっていないのに、こちら側で考えても無駄です。まずは向こう側、電子カルテ情報共有サービスでアレルギーはどう扱うかが決まってから、それから考えるよう。まだまだ早すぎると思います。

それから25ページの薬剤種類数の表示機能というところで、ポリファーマシーという言葉を持って来るのはあまり適切ではなくて、自分の医療機関だけではなくて、ほかの医療機関も含めた様々な医療機関の情報が把握できるようになるので、この薬剤の全体像をより分かりやすく見るためにはどうしたらいいかという発想にすべきです。そのために一番単純で分かりやすいのが、まず数がどれくらいあるかを見る、それからあるいはどのような効能のものが全体として出ているか見るようになるとという形で、その患者さんの薬剤の全体像をもう少し分かりやすくしましょうという考え方で進めるべきであって、ポリファーマシーとか、薬剤が多いのはだめというような発想でやるべきではないと考えています。それから26ページのGS1標準コードの活用については賛成いたします。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。現場の声をもう少し聞いた上で、今この質問自体が早すぎるのではないかということと、アレルギーチェックはもっと早すぎるというような御意見でした。他の方も多分同じような御意見があると思いますので、伺つてから事務局からお返事いただこうと思います。では原口委員どうぞ。

○原口構成員 原口でございます。私から1点、GS1コードの件なんですけれど、国がコードを一元的に管理いただくということで、実用に足る形でGS1コードの運用をということですけれども、総量処方されるものに関しては、やはり現場での対応を少し考えないといけないところがあると思っているところです。我々は調剤をした結果の情報、例えば粉碎したとか、一包化したとか、別包にしたとか、いわゆるどういう形で患者さんにお渡ししたのかというのが非常に管理していく重要な要素でもある、継続的な医療を進めていく中でですね、そのように理解していた中で、包装単位をちゃんと情報として網羅した上で管理していくということに関しては、非常に有用なので賛成なんですけれども、一方で、現場では例えば、例としてリンデロンVG軟膏が出ていますけれども、それぞれ包装単位が違うけれども、処方は総量でお出しitidaくわけですので、現場で在庫の問題であったり、患者さんの利用の形態であったり、調剤の方法で実は選択しているわけでありまして、実際このGS1コードで処方を運用した段階で、そこら辺りに課題が出てくる可能性がありますので、GS1コードの利用に際しては、その現場の課題を解決することも並行して検討いただきながら、進めていただきたいと思っています。

○山口主査 貴重な現場のお声をありがとうございます。続いて鳥飼委員お願ひいたします。

○鳥飼構成員 重複するところの話もありますけれども、それはちょっと外しながら話をしたいと思います。まず15ページ目なんですけれども、先ほど長島委員もおっしゃいました、活用事例とは何かというところで、最近ちょっと現場で聞いていることを申しますと、薬剤の枯渇が結構深刻化していまして、薬剤師が薬がないので、病院側とか医師に再問い合わせをするというケースが多くなっているという話を聞いております。例えばなんですけれども、代替案の候補みたいなものを、例えば薬剤師側から医師に紹介するようなスキームがあれば、ある薬の中から選択していただくと、これはもちろん簡単なことではありませんで、医師がどうしても薬効のために必要だという話があることはあるんですけども、ただどうしてもない薬も増えているということも事実でありますし、例えばそいつたものの候補を、あくまで決定するとかではないですけれども、紹介するというようなことがあれば、医師と薬剤師の間のコミュニケーションにかかる時間、意思決定にかかる時間を短縮するような、DXっぽいことをちょっと話しますけれども、機械化支援というのが可能になるのではないかと思っています。

それから19ページ目なんですけれども、アラートについては、うちもいろいろなアラートを現場に照会して、御批判、お叱りを受けたことがあるんですけれども、得てして思いますのは、経験者はたくさんいらないと、経験が浅い方はできるだけたくさん出してほしいというようなことがありますので、これはやはりほしい量だけ出してほしいというのが、例えば発行側からチェックを入れられるような仕組みがあるといいかと思います。これは先ほどのJAHISの方から工数がという話があったんですけど、この入力のパターンを埋め込むということはそれほど難しくはないにせよ、工数が要は現場側にかかるという話なの

で、そういう意味では現場工数の増加というのもあるんですけれども、アラートの根本的な解決と言いますか、アラート疲労というのは、論文になるくらい世界中で話題になっている話ですので、真剣に取り組んで解法を見つけると非常に日本らしい成果になるのではないかと思います。それから突破するときに、うちの応用ですと、理由を書いてくださいというのがありますし、要はどんな薬でも出せるんですけども、出せないとデメリットになる場合は、やはりメリットとデメリットの按分をするということを何らかの記録にすべきというようなところで運用している例がありますので、御参考までに紹介します。

それから、アラートの出し方なんですけれど、一剤ずつアラートが出るとこれは煩わしいとよく言われていて、例えばセットオーダーを出すときには、セットしている間には出でこないと、ただし途中で書き換えなければいけない、要は最後の最後に全部出されるのも困るので、操作の手を止めない形でリストが見えるようになっていて、オーダーする手前でまとめて質問を聞いてくれるというような、この辺は今のDXのようなプロセスなんですねけれども、手順を変えると楽になるし、手順がうまくないと喜ばれないという例だと思いますので、そういったところを実装の際に、細やかなと言いますか、使い勝手のところで気にされるといいのではないかと思います。

それから、22ページ目のアレルギーなんですけれども、これも現場で聞いた話ですが、アレルギーを入力する人が必ずしも医師ではないと、例えば看護師が聞いたりとか、あるいはヘルパーさんが聞いたりすることもあるというのと、患者さんが自分で自己申告したものについてはチェックが必ずしも確証が高くないというような、アレルギーに関する確証度の問題というのがどうもあるみたいで、今の重症度の問題と確証度の問題というのを掛け算にして提示されるというようなことがいいのではないかと思います。私からは以上でございます。

○山口主査　はい、現場を踏まえた具体的な御提案をいろいろとありがとうございました。是非参考にしていただこうと思います。では舟越委員どうぞ。

○舟越構成員　日本病院薬剤師会の舟越です。まず18ページ目なんですが、今後の部分で、検査値と疾病についてはバツになっているところがちょっと気にかかるておりますし、今後の部分としては結構なんですが、バツですと添付文書のレベルで、基本的に例えば定期的な検査というのは確かにあいまいで非常に多いんですが、2週間に1回とか2か月に1回とか具体的に記載されており、それを遵守しないと副作用が起きたときに救済制度で給付不支給という事例も、毎回多くございます。そういったものから行うことというのもバツになっていますと、そういった見通しがなくなって、可能性がなくなってしまうので、そういったところは検討しておいていただきたいと思っています。それ以外に、今回どの委員からも電子カルテ情報共有サービスの話と、足並み揃えてという話がありますように、例えば疾病との部分についても、前立腺肥大に対してのコリンではないですが、そういったものの疾患禁忌なものも非常によく見落とされ、医療機能評価機構のインシデント事例で挙がってくる部分について、やはりそういったものをキャッチアップできると現場も非常

に助かるというシステムになってくると思います。その点バツになっていますと見通しが立たなくなってしまいますので、検討課題から落とすことは控えていただけたらと思っています。

それ以外にも、併用注意についても、やはり添付文書に記載されているレベルでそのままチェックが上がってきてしまうと非常に大変なので、使わないという併用チェックを外す医療機関もよくあります。長島構成員がおっしゃっていたように、現場が使っている部分ですね、丁寧に情報を集めていただいて、現運用に沿った対応ができるといいかと思います。特に今薬剤と薬剤とかではなくて、添付文書も変わりまして、特定の背景を有する患者の場合だと、この患者さんの場合はこうとかいう部分に記載レベルも変わってきていますので、その点検討いただきたいと思います。

もう一つ、25ページ目、こちらは私も長島構成員と同じ意見なんですが、複数の医療機関からという部分だと、重複チェックとかいろいろなことがありますけれども、6剤とか、薬剤総合評価調整加算でも4週間、継続した場合の6剤についてとか、ただ6剤をカウントするという定義も、今後もっと先々煮詰めていくと思うんですけども、事前にも言いましたが、ポリファーマシー状態が悪いわけではないので、やはりそういった部分については確認いただきたいと思います。

GS1コードの26ページ目は、正に私も現場で原口構成員と同じで、基本的な補足情報としてあると、もちろん診察室内で私はこれがいいと患者さんから言われる場合もありますし、逆に一般名処方で出て、あとは薬局で聞いておいてというような医療機関で、あとは保険薬局側で患者さんと対面でどの規格にするかというところもありますので、補足情報としてあることについては賛同いたしますけれども、それ以外の部分については少し検討いただけたらと思います。以上です。

○山口主査　はい、ありがとうございました。今複数の現場の方のお声をお聞きしていると、やはり現場の具体的な問題点を明らかにして、考えられることも整理した上で資料を提供するという必要性があるのではないかと思いましたが、ここまで現場の方の御意見をお聞きしたという段階で、事務局からございますでしょうか。

○福澤専門官　舟越先生からおっしゃられた検査値、傷病名のところ、今回は検討から外させていただいて、今回の資料にはないということでバツとさせていただいておりますけれど、おっしゃっていただいたようなニーズがあるというような部分に限定して実装したりといったことができないかといったところまでは、今回は現時点での検査値とか傷病名全般についての検討を行った結果としてお示ししていまして、そういう部分的なところとか、どれができないかといったところは引き続き、検討の候補としては進めていきたいと思います。

併用注意のところは、目的性を明確にするべきだというふうな御意見だと認識しましたので、単純に併用注意項目全般ということではなくて、特にニーズがあるところというものを丁寧に拾って検討していきたいと思います。

また、アレルギーのところも、電子カルテ情報共有サービスの方での検討状況といったところも踏まえて、それに合致するような形での検討というものを将来的に進めていきたいと思っております。

薬剤種類数のところにつきましては、御指摘いただいたポリファーマシー状態 자체が悪いというわけではないというところであるとか、そこは十分注意させていただいた上で、多剤が出ているという事実関係というものを、一目で分かるような形として気付きが与えられるような仕組みということで、何らかできないのかという形で検討はさせていただきたいと思います。

GS1コードについても、補足情報ということでの方向性ということでは一致していただいているのかと思いますけれども、これも現場のニーズに合った形で実装していくようにと考えております。

○山口主査 かなり具体的な御提案をいろいろいただきましたので、是非それを検討していただけたらと思いますが、現場の声を挙げていただいた方の中で、今のお答えで何か追加でございますか。よろしいでしょうか。そうしましたら、もう一人手を挙げていただいている田河委員、御意見をどうぞ。

○田河構成員 はい、ありがとうございます。16ページに書いてあるような考え方につきましては、特段異論はございません。その考え方を踏まえつつ、いくつか意見を申し上げたいと思います。アレルギーとのチェックにつきましては、論点も多く、これも検討に時間がかかるのではないかと思いました。24ページにはイメージ図が書いてございますが、これは論点がいろいろありますが、実装の仕方についても、電子処方箋のシステムで考えるのか、あるいは電子カルテの方で考えるのか、大きく分けると二つの考え方があると思われます。電子処方箋というだけで決め打つのではなく、慎重に検討していただきたいと思っております。

また、25ページに薬剤種類数の表示機能についての検討がございますが、これも意見がございましたが、やはり多剤が出ている気付きを促すものとして、意味があるのではないかと考えております。25ページの下にいくつかの論点がありますが、気付きを促す意味で、例えば一定数を超えたたら薬剤数を表示するなど考えてもいいのではないか、あるいは3つ目の矢羽のところも、できるだけ既存の枠組みと整合性を持たせるような、分かりやすい形がいいのではないかと考えました。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。御意見ということで承ろうと思いますが、何か事務局ございますか。

○福澤専門官 いただいた御意見を踏まえて検討を進めてまいります。

○山口主査 はい、分かりました。では新垣委員お願ひいたします。

○新垣構成員 JAHISの新垣です。ありがとうございます。3点ございます。1点目は確認でございますが、26ページに、「医療機関等においてコードを用いて医薬品の規格等を指定することで、入力負荷軽減するため」との記載がございます。医療機関側ではどのように

利用されることが想定されているのか確認させていただきたく存じます。何が入力負担の軽減につながるのかが、少々読み解けませんでしたので、教えていただけますと幸いです。2点目は、GS1コードをご検討いただいたてはどうかという点でございます。現状、電子処方箋ではこのマスタ、電子カルテ情報共有サービスではこのマスタ、といった具合に、サービスごとにどのマスタを利用するのか確認が必要になっております。国策である医療DXの下、どのマスタを利用するのかを一括で統一的に管理していただけないか、というご提案でございます。

3点目、最後になりますが、これまでYJコードや一般名コードなど、コードと医薬品名称の対応表が提供されている状況ではございますものの、当該対応表だけではなく、数量や単位なども含めたマスタのご提供についてもご検討いただけないかと存じます。数量・単位に加えて、例えば極量チェックで用いる極量値等もご提供いただけますと、医療機関側、薬局側でそのマスタを活用しながら追加のチェックが可能になるのではないかと考えております。以上です。

○山口主査　はい、ありがとうございます。26ページのところで、まず確認したいことと、あとは御提案でしたけれども、一つ目の確認についての回答をお願いします。

○福澤専門官　まず1点目のコードによる入力負担の軽減ということで、どのような活用を想定されているのかということかと思いますけれども、現在も一部の薬局とか医療機関とかでは、製品を卸から入手したときにそのバーコードを読み取って、在庫の残数の管理とかをしているであるとか、あとは調剤するときにバーコードを読み取って、規格も含めて間違いないかどうかといったチェックがされているような場合があると認識していますので、そういういったシステムと使用場面と連携して、どのような製品というものが今回処方されました、調剤されましたといったところが、電子処方箋管理サービスの方にも登録できるような形になったりとかいったことで、規格とかを個々に手入力しているようなところが軽減できるのではないかと考えているところでございます。

マスタの整備につきましては、6ページ目のところにもございますけれども、令和10年度からGS1コードとほかの電子処方箋管理サービスで用いているYJコードなども含めたデータベースというものを整備していくということで、その中で一体的な、各医療機関・薬局のシステムに流用できるようなマスタという形で公開ができるのではないかと考えているところでございます。また、個々の製品の規格の単位でもマスタを整備できないかというところも、このマスタを今後整備していくことになりますけれども、その中で何かしら対応ができないかというところは検討していきたいと思います。

○山口主査　新垣委員、今の御回答でよろしいでしょうか。

○新垣構成員　はい、ご回答ありがとうございます。まずは物品が搬入された際にバーコードで読み取り、どの薬剤があるかどうか確認していくという点で、物品管理システムと電子カルテとの連携が必要で、電子カルテ側で連携させなければマスタとしては使えないため、今後どのように連携していくか検討する必要があることが分かりました。ありがと

うございます。マスターの統一的な管理をご対応いただけないかという点や、数量や単位、極量などをご提供いただけないかという点も、いずれも大きな話になりますので、引き続きご相談に乗っていただけたらと思います。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した。他の構成員の方で御意見いかがでしょうか。そろそろ時間も近づいてきておりますが、特段なければ本日の議論はここまでとさせていただきたいと思います。舟越委員どうぞ。

○舟越構成員　日本病院薬剤師会の舟越です。論点は元に戻るんですが、JAHISさん、新垣構成員もおっしゃっていたんですが、院内処方情報については、記録に残しておいて、発言したくてですね、電子処方箋の部分で院内処方情報については任意で登録、またタイミングも任意、HPKIカードも不要、なおかつプレ運用中の課題が全部リストで出ているわけではないので、現段階でプレ運用されている施設での現況と課題などの整理をしておいていただきたいと思います。特に事前にどの薬剤を登録するも、外来であれば血液内科のレブラミドとかそういうものは、院内調剤でやっていますし、化学療法についても、どのような注射を化学療法でレジメンでやっているかというのを、薬局と連携して共有していくことは非常に大事だと思っています。また、入院中の手術の薬とかいろいろなことも、カテゴリーとしては主に薬物治療に使用するものという定義があいまいでございます。そこら辺があいまいでスタートして、プレ運用で構わないんですけれども、モデル事業と同じようにある程度すべて現況と課題を整理していただいて、それに対してちゃんと議論を詰めていきたいと思っていますので、その点だけコメントを残させていただきました。以上です。

○山口主査　はい、ありがとうございました。新垣委員どうぞ。

○新垣構成員　舟越構成員の方からお話を受け、私からも追加で質問がございます。現在、院内処方のプレ運用の最中かと存じますが、プレ運用で院内処方を実施するにあたって、事前に申請が必要なのか、あるいは現場で通常どおり実施していただき、中央側で把握のうえ、事後的にプレ運用のサポートを行う流れなのか、その点について懸念しております。この点に関するアナウンスが、まだ積極的に周知されていないのではないかと危惧しております。つきましては、プレ運用参加の意思を事前に表明するのか、事後でよいのかについて、各医療機関やベンダに明確にお伝えいただきたいと存じます。よろしくお願ひします。

○山口主査　いろいろ貴重な御意見をいただきましたので、是非事務局はそれを踏まえて御検討いただければと思います。これ以上にもし何か御意見が追加でございましたら、事務局まで終了後に御連絡いただければと思います。ちょうど時間になりましたので、本日の議論はここまでとさせていただきます。それでは最後に、事務局から次回日程などの連絡事項をお願いいたします。

○徳弘企画官　事務局でございます。次回日程につきましては追って連絡をさせていただきたいと思います。また、本日多数御意見をいただきました。厚生労働省全体で考えてほ

しいというお話と、現場の意見を踏まえてほしいといったお話が主だったというふうに考えております。こちらの方でしっかりと検討して次回につなげたいと思います。

○山口主査 それでは本日はこれで閉会といたします。構成員の皆様、本日も長時間非常に活発な御意見をいただきありがとうございました。また次回もよろしくお願ひいたします。