

令和 8 年度厚生労働省行政事業レビュー(公開プロセス)

議 題：医療提供体制設備整備交付金（医療情報化支援基金）

開催日時：令和 8 年 6 月 1 8 日(木) 1 6：0 0～1 6：5 5

開催場所：中央合同庁舎第 5 号館 専用第 1 5 会議室

出席者：伊藤委員、上山委員、大屋委員、加藤委員、高久委員、永久委員
(五十音順)

○総括審議官(行政改革推進室長)

それでは、本日の行政事業レビューの最後の事業である「医療提供体制設備整備交付金(医療情報化支援基金)」を始めます。まず、担当部局から 5 分以内で簡潔に説明をお願いいたします。

○医政局

よろしくお願いいたします。まず、全体概要と電子カルテの標準化に向けた電子カルテシステム等導入についての現状と論点について、私から御説明差し上げたいと思います。

5 ページ目を御確認ください。本支援基金ですが、技術革新が進む中、いわゆる DX を進めるため、ICT を積極的に活用していくことを支援することを目的としております。対象事業としては以下の 3 つ、オンライン資格確認の導入と電子カルテ情報の標準化に向けた電子カルテシステム等の導入、それから、電子処方箋導入に向けた医療機関・薬局のシステム整備の支援を対象としているものです。

それぞれ、細かくどういったものを対象にしているかというのは、2 を御覧いただければと思います。特に対象事業②電子カルテシステム等の導入については、電子カルテ情報共有サービスに接続することを前提に、電子カルテ情報・文書に関する補助をしていくということです。

7 ページ目は、電子カルテ情報共有サービスの概要となっております。こちらは、以下にある文書情報、臨床情報を共有するための仕組みとして現在構築中のものです。

次のページです。こちらは、今、まさにモデル事業をやっている所で、令和 7 年 2 月からモデル事業をやって、現在 10 地域でモデル事業を進めているところです。

9 ページ目を御覧ください。現在は令和 8 年度の 6 月の所ですが、今後、10 月から 12 月にかけて再度検証を行い、今年度の冬頃を目指して本格運用に向かっていくという状況です。

しばらく参考資料が続き、この点に関する論点が 21 ページにあります。電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カルテシステム等導入の支援における論点としては、電子カルテについて、これまでの導入促進に向けた取組、医療機関やベンダーの負担、システム更改のタイミングを分析した上で、これからも効率的・効果的に普及させる手法を検討する必要があるのではないか、現在は電子カ

ルテ、電子処方箋の導入率を成果指標として設定しているけれども、導入後に医療現場にどのような効果をもたらされるかを測る指標も検討する必要があるのではないかとといった御指摘を頂いているところです。

現在のアウトカムとして、電子カルテについては、長期アウトカム「医療情報を共有するための電子カルテの導入率」を設定し、成果の確認を行うこととしております。見直しの方向性としては、今申し上げたとおり、まずは令和8年度の冬頃に全国的な運用をできるようにしっかりと進めていくということです。2点目、運用準備と並行して、この導入をしたことによって医療現場にどのような効果が生じるのかについては、実際に測定可能な指標というのにも確認しながら進めていきたいと思っています。最終的には、単に導入するだけではなく、運用による効果について評価できるかについても検討をしていきたいと考えております。

○医薬局

続いて、電子処方箋について、医薬局総務課長から御説明申し上げます。14ページ目以降が電子処方箋です。御案内かと思いますが、令和5年1月からサービスを開始しており、患者が直近の処方や調剤された内容を閲覧できるだけではなく、医療関係者の重複投薬チェックが可能となるので、質の高い医療が受けられることを目指したものです。

16、17 ページ目を御覧ください。導入状況です。左から全施設、施設別とあります。一番右の薬局については9割方が入っておりますが、病院・診療所については御覧いただけるような状況です。

次のページを御覧ください。真ん中とその右が重要で、電子処方箋の調剤結果が、この国保中央会、支払基金のサービスのほうにデータとしてたまっていくことによって重複投薬のチェックができるということです。この調剤結果の登録割合が極めて重要です。御覧のとおり、8割5分以上の登録結果となっております。紙で出た処方箋についても、薬局のほうで手入力等をしていただいております。ここはボトルネックというか課題なのかなと考えております。調剤結果登録がなされているので、重複投薬チェックの実行件数も右肩上がりが増えてきている状況です。

18、19 ページ目にいろいろ書いてありますが、今後は医療機関の導入を進めていくことが課題と考えております。他方で、電子カルテも入っていないのに電子処方箋だけを入れるというのもバリュー・フォー・マネーではないということです。ですから、電子カルテの整備に合わせて一体的に進めていくという導入方針にさせていただきます。

以上を踏まえ、22 ページ目、電子処方箋の論点です。1. 論点の一番上の○にあるように、「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医療機関のうち電子処方箋が導入された施設数」などの中間アウトカムを検討する必要があるのではないかと、現在は導入率という数を成果目標として設定しているわけですが、導入後、具体的にどんな良いことが医療現場等にあったのか、導入されてから一定の期間がたっておりますので、そういった指標を設定すべきではないか

という論点を掲げております。

3. 見直しの方向性です。そういった状況を踏まえ、1つ目の○の3、4行目辺り、先ほど重要な指標だと申し上げましたが、「調剤結果登録割合」あるいは「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医療機関のうち電子処方箋を導入した施設の割合」等の設定といったものを検討し、目標の進捗状況を測るとともに、最終の○、医療現場や患者側でどのような効果がもたらされているのかを測ることが重要と認識しておりますので、電子処方箋の普及が重複投薬等の適正化に与える影響についても、どのようなものがあるかを検討してまいりたいと考えているところです。以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

ありがとうございます。それでは質疑応答に移ります。先ほどと同様でございますので、発言される方は挙手又は挙手ボタンをお願いいたします。コメントシートについては、先ほどと同様、議論の状況を踏まえて、追加等があれば、適宜、記入を並行してお願いしたいと思います。また、4時25分頃に再度アナウンスをいたします。それでは、御発言のある方、よろしくお願いいたします。では、加藤委員、お願いします。

○加藤委員

加藤です。御説明いただきましてありがとうございます。先ほどもお話が出たかもしれませんが、電子処方箋の導入割合が、薬局が8割、医療機関が1割ということです。これは、電子処方箋のシステムは電子カルテを入れていないと入れられないという前提があって、電子カルテの導入が遅れているから、これだけの差があるという理解でよろしいのでしょうか。

○医薬局

御質問ありがとうございます。必ずしもそういうことではないと思いますが、医療機関側にとっては、電子処方箋を入れたけれども、カルテは紙に書き写すといったことになるよりは、全体として電子化したほうが、業務フローもよくなりますし、投資としても極めて効率的になるのだらうと認識しております。そういった意味で、電子カルテと一緒に導入していくというのが現場の御意見でもあり、私どもも効率的だと考えている次第です。

○加藤委員

ありがとうございます。そうすると、今、電子カルテシステムの導入がなかなか進まない理由はいろいろあるとは思いますが、大きなところだと、どういった部分を考えていらっしゃるでしょうか。

○医政局

私のほうからお答えさせていただきます。医政局医療情報化推進官の田中と申

します。電子カルテの普及の関係を担当させていただいております。

まずは、今、加藤委員から御指摘を頂きました電子カルテの普及率ですが、3年に1回の調査である医療施設調査の令和5年の数字をベースに申し上げますと、電子処方箋を入れるに当たり、例えば診療所の電子カルテの普及率で申し上げますと、55%程度という形になっております。病院について申し上げますと、規模によって大きく異なっており、大きな病院であれば、特に一般や急性期になると、ほとんど電子カルテが入っているような状況ですが、特に小さい病院の療養病床中心の所であったりすると、大きな病院ほど業務フローが複雑ではないということで、電子カルテの導入率が余り高くないといった状況、小さな病院、200床未満の病院で言うと60%程度という状況です。

そういった診療所でなかなか導入が進んでいない理由ですが、関係団体が行った調査などで申し上げますと、かなり御高齢の医師の方が多かったりで、なかなか電子カルテ等々を導入して対応していくというところに前向きではないという調査結果もありますし、やはり、よく挙がるのはコストの問題です。診療所で申し上げますと、電子カルテの導入に、もちろんイニシャルで数百万単位で掛かってまいりますし、ランニングコストもそれなりに掛かってまいりますので、なかなかそれを導入してまでというところで踏み切れないというのは、御意見としてよく挙がる場所です。主には、このコスト要因と、御高齢でなかなか踏み切れないというようなお声をよく聞くという状況です。それを踏まえて、いろいろな対策を講じているところではありますが、原因として挙がっているところとしては、今申し上げたようなラインです。

○加藤委員

ありがとうございます。今、高齢のことにコストという要因をお示しいただいたのですが、患者サイドにとっては、いわゆるDX化というか電子化は非常に歓迎すべきものだと思います。

私事の事例で恐縮ですが、私も1月から2月にかけてずっと入院してしまして、急性期の病院から転院をして、2月の1か月、ちょっと別の病院に入ったのですが、そのときに、いろいろな紙の書類だとか、CD、MRIの写真などを持ちで持たされて、それで転院したという経験もございました。それは、電子化されれば、データベースをそれぞれの病院で、出すほうが供給してそれを見れば済む話だったと思いますし、処方箋についても、いまだに紙の処方箋を持って、発行してもらって、それを持って薬局に行くという患者の負担というのは結構あるのではないかと思います。やはり日本で、いろいろな諸問題はあるにせよ、早くこれを進めることが非常に国益に資するのかなと思いますので、この事業については、総論的な意見になってしまって恐縮ですが、早く進めていただくのがいいのかなというようには考えているところです。今、状況は理解いたしました。ありがとうございます。

○総括審議官(行政改革推進室長)

発言はありますか、どうぞ。

○医政局

全くおっしゃるとおりだと思います。今ほど具体的な取組については申し上げませんでした。昨今、すごく技術のほうが進歩してきておりますので、これまでのオンプレベースのかかなりの値段がする、コストが掛かる電子カルテのみではなく、クラウドのサービスを使って共通のアプリケーションで共同利用していくような、クラウドネイティブと呼ばれる新しい技術を使ったかなり廉価な電子カルテも相当普及してきております。そういったところについては、政府のほうで、例えば、先ほど総務課長から申し上げた電子処方箋の機能や電子カルテの機能を備えていることを標準仕様にした上で、今後、標準仕様に準拠した製品として普及していく、支援していくことを考えておりますので、そういう新しい技術なども活用しながら普及していくことを考えているところです。御指摘を踏まえて、今後、一層普及していけるように頑張っていきたいと思っております。ありがとうございます。

○総括審議官(行政改革推進室長)

すみません、オンラインの高久委員が先に挙げていらっしゃったので、高久委員、お願いします。

○高久委員

現在のアウトカムは、電子カルテなどの普及導入率になっていると思うのですが、先ほどから出ている高齢の医師の方は導入されていない方が多いということだと思うのです。でも、時間がたつと、そういった方は退出していきますので、基本的に導入率は自然と上がっていくということだと思うのです。やはり、自然に上がっていくようなアウトカムだと結構甘いのではないのかなという気も多少はしまして、50代など、年齢で区切って普及率を見たりするといったのではないのかなと。そういうことは可能でしょうか。

○医政局

ありがとうございます。先ほど、長嶺と総務課長のほうから御説明申し上げたとおり、今後、具体的なアウトカムの設定については、より実効的なものを検討させていただきたいと思っております。御指摘のとおり、基本的に、電子カルテは特に若い世代の方々であれば導入されている所も多くなっている状況ですので、確かに、普及率自体は上がっていくというところがあります。ただ、御指摘いただいた年齢別に取れるような統計データというのが、恐らくないのです。

○高久委員

医療施設調査で、診療所などを開業している医院長の方の年齢などは取れると思います。あれは医師三師調査でつながりますので。

○医政局

そうですね、三師調査と突合すれば。

○高久委員

突合できますので、していただいて、診療所の医院長の年齢別の電子カルテ導入率（公開したらいかがでしょう）。（例えば、）50代は100%でないといけないのではないのかなど、そういう問題提起をしないといけないのではないのかと、ちょっと今思ったところでした。

○医政局

承知いたしました。民間が出しているようなデータでも、おっしゃるとおり、三師調査と医療施設調査を組み合わせ、大体、年齢で電子カルテの導入みたいなものを分析している所はあったと思うので、具体的にどのくらい正確なデータが出るのかということも含めて検討をさせていただきたいと思います。

○高久委員

いずれにしても、国全体だと年齢が退出する方もおりますので、自然とこの導入率みたいなものは上がっていきますので、何もやらなくても上がっていくような変数がアウトカムとなって、やはり評価としては甘いことになってしまうのではないのかなと思うので、その点、ちょっと気を付けていただきたいかなと思いました。

○総括審議官(行政改革推進室長)

ありがとうございました。では、永久委員、お願いします。

○永久委員

高齢者に分類されるほうなので、今、正確なデータがない中で、高齢者が原因だと言われると、いささか不快ですが。現地視察をさせていただいて、東大病院でこの状況というものを勉強してもらいましたが、そこでのボトルネックというのは、ユーザーオリエンテッドではないということだったと認識しています。なので、高齢かどうかというよりも、あの東大の例だけを見ればですけども、そうした問題があったと。さらに、サポート体制も十分ではないというような御指摘がありました。そういうような状況ですから、紙媒体でのこれまでのやり方というものが併用されていて、効率化が進むどころか、むしろ非効率を生んでいるというような状況ではなかったのかなと認識しています。

では、なぜユーザーオリエンテッドではないのか、ユーザーフレンドリーではないのか、なぜ、そういう問題が生じているかということについて教えていただければと思います。

○医薬局

電子化ですので、いろいろな方がいらっしゃるという前提の中で、我々、しっかりと進めていかなければいけないと思っております。当然、導入する際には、国民の皆様や医療現場の皆様のアンケートなどを通じて、できる限りユーザーフレンドリーになるように設計はするわけですが、その中で、年数がたつと技術動向も上がってきますし、10年前であれば、オンライン資格確認の基盤すらなかったわけです。電子処方箋で申し上げれば、今、マイナポータルをお使いいただける人がどれだけいらっしゃるのか、取り分け御高齢の方と申し上げると、また怒られてしまうかもしれませんが、やはり、私の高齢の父母にしても、スマホですら、私が帰ったときに教えてあげなければ、なかなか日常使いはできていないというような状況でありますので、そういった基盤というかナレッジというものが上がってくれば、紙を出さずに済むというようなことにもなっていくのだろーと思います。私どもはそういったことをしっかりと念頭に置きながら、周知活動もそうですし、今、ユーザーフレンドリーという話がありましたけれども、マイナポータル上でできる限り簡潔に電子処方箋が呼び出せたり、ワンタッチで薬局のほうに持っていけるなど、そういったことも含めて、継続的な改善が必要なのではないかと思っております。

○永久委員

いや、私が申し上げているのは医師の方々の話であって、彼らが使いにくいとおっしゃっていた。その使いにくいというのはどういうことかということ、古いシステムと新しいシステムとが混在しているからだとは私は認識しました。逆に言ったら、それを解消すればいい話なのですけども、なかなかそれが解消されない。今、クラウドの話があったので、ああ、なるほど、それは進んでいるのだなというように思いますが、今の状態を続けていると、余計にコストが掛かるだけなのではないかなと認識しています。

つまり、前あったものを、使いづらいものを使っていると、また紙のものを使わなければいけないみたいな二重の管理になってしまうという状況が生じていて、それから早く脱却して、早く断捨離して新しいものにポーンと移行すれば、一番コストが掛からないはず、効率化が実現するはずだと思うのですが。こうした状況があるからこそ、クラウドに一気に飛ぼうという、今、そういうことを検討されているという認識でよろしいですか。

○医政局

お答えいたします。まず、前段として、先ほどの私の御説明の仕方が不適切であった点をおわびしたいと思います。基本的に、御高齢だからといった要因、単発というよりも、御高齢で、今、業務が紙の電子カルテで回っているような診療所があり、さらに、そこにコストの要因等々が絡んで、そういった総合的な要因で恐らく難しいという所もあるかと思えます。すみません、まず、その辺りは補足をさせていただきます。

御指摘のとおり、先生方が東大病院で御覧になられたときに、具体的にシステムのどの部分に不都合があって、そういった先生方の御意見が出たのかについて、すみません、事前に詳細を把握していないので、少しお答えが難しいところがあります。

例えば、現場に電子カルテ情報共有サービスを導入するときに難しい点というのは、現在、モデル事業の中で多々確認しております。例えば1項目を電子カルテ情報共有サービスに飛ばすにしても、そこについて、電子カルテ上で、極力それを通常の業務フローの中で操作をして、電子カルテ情報共有サービスに登録することができるという動線の辺りも確認しておりますが、そういったサービスを入れるとなると、現場で、正直申し上げて、モデル事業の中でもちょっと使いづらいといった御意見が出る場合があります。ですので、まさに今、その辺りをモデル事業の中で確認をして、極力そういったことが解決していけるように、電子カルテベンダーとも会話をしながら進めているところです。

今、システム面のお話についても御指摘がありました。御指摘はごもっともで、先生方が御承知のとおり、現状の病院のシステムはかなり複雑になっております。電子カルテを基幹システムとして、その周りの部門システムは、大きな病院になると、もう3桁近くあるようなところです。さらに、そのデータがどのように保管されているか、データのコードがどうなっているかなど、そういったところがかかり病院ごとに複雑に入り組んでいるので、そこに電子カルテ情報共有サービスを入れようとする、そのシステム一個一個を確認して、ちょっとずつ改修してデータを抜いてという形になります。正直、これを個別に改修してやっていくとなると、結構丁寧にやらないと、現場で不都合が生じてまいります。

ただ、一方、先ほど申し上げたとおり、かなり今クラウドの技術が進んできておりますので、それは情報システム全体をクラウドに向かわせて、クラウド間連携でデータを共有するといったところは、別途、我々のほうでも進めていきたいと考えております。ただ、それが完全に普及しきるとなると、またかなり時間が掛かりますので、その辺りは、病院様の更新のタイミングなども見ながら、同時並行で、システムの、効率的に、現場に御負担を掛けないように、両輪で走らせながらやっていきたいと考えているところです。

○永久委員

ありがとうございます。何というか、要は、コストも掛からないようにしていただければなと思っているわけです。この仕組みができればものすごく便利だと思うのですよね。ですけれども、そこに至るプロセスの中でコストが膨大化して、最終的にクラウドに行ってしまったら、今まで下から作り上げてきたものはまた無駄になってしまうわけですよね。なので、無駄にならないようにしてほしいと思います。効率化を図るために非効率な結果を招くことがないような、そんなことを御検討いただければと思います。

○総括審議官(行政改革推進室長)

議論が続きますが、コメントシートで追加記入のある方は記入を進めていただきますよう、引き続きお願いいたします。あと 15 分ほどでとりまとめに入りたいと思います。それでは、上山委員、お願いします。

○上山委員

この間、私も東大に現地視察に行かせていただいて、電子カルテや電子処方箋はあるけれど、必ずしもそんなに活用されていないという状況なのかなと思っています。そもそも、1 から順にお聞きしたいのですが、電子カルテや電子処方箋を導入すると、まずは何がメリットになるのですか。非常に基本的なところなので、普通に答えていただければ結構なのですが、目指すところですね。

○医政局

電子カルテは、広く電子カルテ一般ということで申し上げれば、当然、先ほど申し上げたように、医療機関の業務はものすごく複雑ですので、医療機器を含めると、ものすごい膨大なシステムがあり、基本的に、基幹システムたる電子カルテで患者の情報を管理しながら、例えば検査や薬剤にオーダーリングという形で出して、それを介して、医療情報を病院の中で統合するような役割を果たしております。なので、電子カルテを導入すると何がいいのかというのは、特に大きな病院であれば、基本的に業務システムとしてそれがないとなかなか難しいというところはあるかと思います。小さな診療所などになると、紙でも運用できるというところはあると思いますが、医事会計システムとの接続等々もありますし、基本的には、もう業務を回す上で必要なシステムであるというところがあります。

さらに、電子カルテ情報共有サービスについて申し上げますと、先ほどのお話にもありましたが、他の病院に行くとなったときに、診療情報提供書や必要な画像というものを紙で持って行くなりしなければならぬところが、電子カルテ情報共有サービスに接続されていれば、必要な患者情報というのを、自動でというか、システムの的に共有することができるという形が実現するものです。

電子処方箋は引き継がせていただきます。

○医薬局

電子処方箋ですけれども、直近の薬剤情報というものが中央のシステムに入ることになりますので、その情報と当てることによって重複投薬や併用禁忌のチェックができます。もちろん紙でもお薬手帳などがあるわけですが、それを忘れることもありますし、必ずしも全部書いてあるわけではないかもしれませんし、そういった意味では、質の高い医療、適切な診療につながるというように考えています。

また、例えば、異なる薬局から大量の向精神薬が、何千錠も出されていてという事例というのは、やはりこの電子処方箋のシステムでないと、つまり、オンライン資格確認に基づくレセプト由来ですと、1 か月後とかになってしまいますから、そういった意味では、その場で登録がされて、そういった向精神薬の重複な

どを防ぐと。そういったことも、社会的にも、また、患者さんのにも非常に意義があることではないかなと思っています。

また、今は移行期なので、なかなか完全にその効果が出ていないというのは、先ほどの医療機関側にメリットがないということも含めて、御指摘いただいたことはそのとおりだと思っておりますが、これが進んでいけば、特に、最近はオンライン診療やオンラインでの服薬指導といったものをお使いになる患者様も多くいらっしゃいますので、こういったものと併せて活用することで、紙が要らない一気通貫の医療も可能となってきますし、医療機関にとっても、紙を出さず、他の情報と連携することができるという意味で、将来的には業務効率化というものも目指せるのではないかなと考えているところです。

○上山委員

ありがとうございます。構想的にはすごいと思っているのですが、問題は進め方かと思っています。先ほどの電子カルテの話で、大きな病院内での情報統合が必要という話だったと思います。それはそのとおりだと思います。大きな病院では、病院内でもいろいろな科があったりするので、情報を共有しておくことは必要なのかと。ただ、それだけであれば、その病院だけでやっていればいいという話であり、国が音頭を取ってやるとなると、それだけでなく、要は、他の病院なども含めて情報共有していくところがポイントかと思っています。

この間、東大病院でお話を聞いていても、そこが進んでおらずまいちだというお話だったと思うので、その情報共有の進め方を一気にやってしまわないと、結局、だらだらやっていると、システムもどんどん進化しますし、後手後手になり、だらだらお金が掛かり、結果、成果が出ないという話になってくるのではないかと思います。その辺りの進め方はどのようにお考えでいらっしゃいますか。

○医政局

御指摘ありがとうございます。全くおっしゃるとおりだと思います。今、電子処方箋が先に走っている状態になっておりますが、電子カルテ情報共有サービスについては、恐縮ながら、今、モデル事業を実施している状況です。ただ、これまで実施したモデル事業の課題を踏まえて、今、改修をしており、今年の冬には本格稼働できるように取組を進めているところです。

今後、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスをセットで、各医療機関に導入していただき、先ほど申し上げたような電子処方箋、重複投薬のチェックなどとともに、検査のデータなども共有できるようになりますので、例えば、病院で行われた検査を診療所で閲覧できるようになるなど、医療機関には、そういうところのメリットをセットで感じていただけるようにやっていく必要があるのかと考えております。今年の冬以降になります、その辺りは一つのパッケージと申しますか、セットの形で医療機関に御説明していく必要があるのかと思っております。

○上山委員

メリットはよく分かっていて、多分、世の中の人でもメリットはすごく分かっていると思います。今、この冬から本格稼働と言っていましたが、この冬から「本格稼働」とはどういう意味ですか。結局、全国一律に共有されるまでにならないと、先ほどおっしゃっていた構想の部分もなかなか実現しないという話で、そこを、それぞれの病院にそれぞれのシステムがあると思うので合わせながらやっていくということで、時間がそれなりに掛かると思います。その辺りをゆっくりやっていると、この事業は意味がないと思うので、どの事業についても申し上げているのですが、やはり、タイムラインがすごく重要かと思っています。だらだらやればやるほど、せっかくの大きな構想の意味がなくなってくるということがあるので、その辺りの具体的なスケジュール感などが今ないとしても、考えて示していくような形にしてもらわないといけないのではないか。正直、5年や10年などだと余り意味がないかと思っています。

○医政局

まず、タイムラインとして申し上げますと、2030年に、必要な患者の医療情報を共有できる電子カルテの普及を100%と、目標を掲げております。まず、2030年を目標にやっていくということが1つあります。

やはり、それぞれの病院の改修で入れていくということになると、結構、難しさがあるのは事実です。一気に電子カルテ情報共有サービスに接続できるようになるという性格のものではありません。ただ、先ほど申し上げたクラウドの電子カルテが、診療所でもかなり普及してきております。クラウドの製品に切り替わってきております。こういうものであれば、一定、現場のシステムでつなげるのではなく、クラウド間で、電子カルテ情報共有サービスのデータをそれぞれの電子カルテのベンダーと共有することを考えております。それが実現できれば、クラウドの製品を入れている所に関しては、個別の現場でのシステムの改修でという形ではなく、比較的、導入しやすくなるころはあると思いますので、先ほど来申し上げている取組とセットで、2030年を目標にして進めていきたいと考えております。

○上山委員

ごめんなさい、感覚的に2030年というのは十分早いのですか。分からないですが、年々、これだけいろいろなものが進化している中で、2030年にできまうと言って、それでいいのかというのが、素人考え的には思います。2030年まで掛かるとして、まだモデル事業をやっている段階なので、トータルでコストがどれだけ掛かるかはっきりしないのですか。

○医政局

例えば、今まで個別に医療機関の改修の補助で大体幾ら掛かっているというこ

とはございますが、これから普及していくに当たっては、今まで積み上げてきた現場の作業を、極力、軽減するような方策なども併せて考えていきたいと思っています。現状の補助額では、電子カルテ情報共有サービスには 400 万程度掛かっていますが、今後、それがどうなっていくかは、我々も極力抑えながらやっていけるように工夫していきたいと思っています。コスト面ではそのような状況です。

○上山委員

先ほども申し上げたとおりなのですが、年年刻刻あるいは一秒一秒、物事は進化していくので、時間が掛かれば掛かるだけ追加のコストが掛かってくると思います。時間を掛ければ掛けるほど、コストオーバーラン、タイムオーバーランが出てくると思います。いつまでもお金を掛けて終わらないという状況にならないように、くれぐれも気を付けて、事業を本当に迅速に進めていただければと思います。

○医政局

承知いたしました。御指摘ありがとうございます。

○総括審議官(行政改革推進室長)

では、伊藤委員、お願いします。

○伊藤委員

伊藤です。よろしくお願いいたします。先ほど高久先生が話されていた医療機関の数、年齢も含めてですが、マイナ保険証の（顔認証付きカード）リーダーの設置義務の除外医療機関があったと思いますが、もともとこれは分母に入っていないのですか。

○保険局

厚生労働省保険局でございます。オンライン資格確認の義務化対象外施設ですか。

○伊藤委員

はい。

○保険局

それについては、資料の 25 ページに導入状況を記載させていただいています。全体のレセプト請求に基づく保険医療機関・薬局数が 22 万 1,209 施設ありますが、この中に義務化対象外施設は含まれており、大体、数千ぐらいかと思います。それを除いて、導入施設が 21 万 2,569 施設です。義務化対象外施設を除いた数で申し上げますと、約 98%超の施設でオンライン資格確認システムは導入されて

います。

○伊藤委員

多分、除外施設は先ほど高久先生がおっしゃっていたところと結構かぶる所があり、近いうちに休止・廃止する医療機関であったり、紙レセプトが認められている医療機関（であったりが）、もう少しあるかと思っていたのですが、インパクトが余りないということですね。

○保険局

そうですね。先ほど高久先生がお話されたように、そういう所（医療機関）も徐々に減ってきていると思います。そういうこともあり、今、詳細な数字を持っておりませんが、それぐらいの規模感です。

○伊藤委員

ありがとうございます。もう一点、私は東大病院へ行き、先ほど永久さんからもお話がありましたが、ユーザーインターフェースの不便さへのフラストレーションがあり、それが派生してというのか、医療情報プラットフォーム自体の必要性への懸念も伝えられたと認識しています。あそこの病院（東大病院）の特殊性として、初診患者が少なく、ほとんどが紹介状で来られるから、全く誰か分からない、医療情報の背景を知らない患者さんのほうがレアケースになるから、ほかの医療機関と同じように考えてはいけないだろうというか、若干、特殊性があるだろうという捉え方をしたほうがいいと思っています。まず、そこについてはいかがですか。

○医政局

東大病院は、確かに先ほどおっしゃられた患者様の特殊性などもあると思いますし、もともとシステム的にかなり複雑な構成になっていると思います。その観点において、特に診療所などになると話が全く別になると思いますので、その辺りは、含みおいて考える必要があるかと思っています。ただ、現場で出ている御指摘として、電子処方箋を使うときの HPKI のお話など、そういったところの御指摘については、東大病院に限らず複数から頂くこともございますので、その辺りは改善として受け止めなければならないところは多いと思います。ただ、先生が御指摘された要素はあると思います。

○伊藤委員

厚労省の方も同席されていたので、あのときの資料も渡っていると思いますが、かなり細かいところまで指摘がありました。例えば、患者側がマイナ保険証で情報を見せたくない判断した後でも、結果的に、電子カルテの情報のほうでしようか、口頭で（再度）1回確認するチェック項目があり、それをチェックしなければいけないと、そういう細かいところのユーザーインターフェースの不便さが

結果的に積み、必要性にまで行ってしまっているところがあるかと感じました。

この事業は必要であるし早く進めなければいけないと私は思っていますが、その前提として、医療機関側からすると、先ほどの資金面や労力などの負担が掛かるからこそ、納得感が必要なのだらうとつくづく思っています。あのときも、こういう場を使って言わないと話をなかなか聞いてくれないというところがあり、もちろん、20 何万の医療機関を全部相手にするのは無理ですが、そこはできる限りきめ細かなコミュニケーションを図ることが、結果的に加速化につながるのではないかと思っています。

もしかしたら、今、モデルでやっている 9 地域から何かそういう情報が出てきて、そういうものを他の医療機関に提供することで、コミュニケーションがうまくつながられたりしないかと思ったのですが、いかがでしょうか。

○医政局

御指摘ありがとうございます。改めまして、医政局医療情報担当参事官室長の長嶺と申します。先ほど申し上げたとおり、今、（電子カルテ情報共有サービスについては）モデル事業を進めております。その中で、参画いただいている医療機関の医療従事者の方やベンダーの皆様には、こちらがお示ししている技術解説書に沿って改修をしていただいております。その状態（当初の技術解説書の内容での実装）でやると、使いづらい箇所や解釈が難解と思われる箇所、各ベンダーさんからすると導入がばらついてしまう箇所などを、モデル事業を通じて確認しております。そこ（確認された内容）について、まさに今、修正を行い、ユーザーインターフェースについても、なるべく大きくばらつきが出ないように工夫して進めているところです。ただ、もちろん 100% うまくいくものではないと思うので、（引き続き運用をして）やりながら修正していくものと考えています。

○伊藤委員

ありがとうございます。多分、患者側のほうが、ようやくマイナ保険証がここまで増えて、利用率が 5 割を超えたところまで来たので、利便性を感じやすくなっている。実際に、私が川崎市の眼科へ行ったときに、診察券も全部アプリに入っていて、一切何も持たずに、かつ、キャッシュレスオンリーの対応になっているので、電子カルテ、電子処方箋で、スマホだけ持っていけば全てが完結した。あれは、私たちより若い世代にはとても便利だとつくづく感じたし、そういう実感を増やしていかなければいけない。

となったときに、これも東大でお話を聞いたのですが、電子処方箋を希望している人のうち、実際に電子処方箋で完結する割合は 20 分の 1 くらいでしたでしょうか。それはなぜかという、HPKI 登録をしていないお医者さんがまだいるからというところ、このミスマッチは早く解消しないといけないし、ぐるぐる回りますけれども、解消するためには、納得感を持ってもらうためのきめ細かいコミュニケーションが必要になってくると感じました。

○大屋委員

慶應義塾の大屋です。御説明ありがとうございました。厚生労働省は、国民に非常に優しい役所だとずっと思っています。デジタルトランスフォーメーションはトランスフォーメーションだから、デジタルインセンティブを付けてデジタルに移行してもらうだけでは不十分で、アナログシステムを破壊していかないといけないと思います。そのためには、本来は、アナログシステムにしようと思う利用者に猛烈なディスインセンティブを掛ける必要があると思っています。

電子カルテや電子処方箋のメリットで、重複投薬の適正化が期待できると書かれています。そのとおりだと思うのですが、だからこそ、意図的に重複投薬を受けているような連中は、こういうシステムを回避するわけではないですか。マイナ保険証を使わないなど、そういうことをするわけです。本来、そういう人たちを減ばしていかないといけないので、やはり、インセンティブ構造の設計を、ディスインセンティブの強化も含めてやっていく必要があるのではないかと思います。これが1つです。

もう1つは、全体的にインセンティブの設計は非常に難しいと思いますが、医療機関で電子処方箋の対応が進んでいないのは、お医者さんにとってこのシステムを使うメリットが見えにくくなっている、あるいは、デメリットが大きいと考えられてしまっているのではないかと思います。ですので、それがどこにあるかということも、きちんと調べて対応する必要があると思いました。

今、見て思ったのですが、基本的にお医者さんは HPKI カードを取得して認証するわけです。これは日本医師会さんがやっておられて、医師会会員だと無料ですが、会員でないと 5,500 円取られます。では、医師会の会員になればいいかというと、もちろん、これだけがメリットではないと思いますが、年 6 万 4,000 円掛かります。それだけ自腹を切ってやるかと言われたときに、それでも何か良いことが起きるのであればやると思いますが、患者さんも余り喜ばないかもしれない、点数が増えずのようなことだと、やはり、みんな嫌だと思うわけです。しかも、使って快適なシステムならともかく、インターフェースもごちゃごちゃしているとなると、みんな嫌な顔になってしまうのだろうと。

もちろん、直接的な飴を付けて釣るというものもあるのですが、伊藤委員がおっしゃったことですけれども、利用者目線で不快でないシステムに変えていくことをきちんと考えないといけないと思っています。この点で年季が入っていると思ったのは確定申告の電子申請システムで、あれは毎年良くなっていくのです。いかに金を取るかに真剣に取り組むと役所の対応が変わってくると思うので、その辺りは、厚生労働省さんも是非頑張っていただきたいと思いました。以上です。

○総括審議官(行政改革推進室長)

よろしいですか。

○医薬局

医薬局総務課の長嶋と申します。先ほどの件の補足です。HPKI カードは、現

状、マイナポータルから申請いただくと非会員でも無償という形になっています。あと、UI については、いろいろな要因があると思っておりますが、1 つはこれまでの電子カルテのシステムに依存する面もあると認識しております。その辺りに関しては、いろいろな課題をコールセンターやその他の現場からの御意見としてお伺いすることがございますので、そういうところの横展開、ベンダー向けに勉強会をさせていただいたり、あるいは、周知資材などに反映して、より使い勝手の良いものにすることに取り組んでいるところでございます。

その他、先ほどおっしゃっていただいたような電子カルテ、電子処方箋の弱いところについては、引き続き検討会などをして改善を図っているところでございますので、取り組んでいきたいと思っております。

○総括審議官(行政改革推進室長)

よろしいでしょうか。ありがとうございました。そろそろ時間も参りましたので、今、とりまとめ案の作成作業をします。少々お待ちください。

ありがとうございました。それでは、今までの御議論や提出いただいたコメントシートを踏まえ、大屋委員ととりまとめのコメント(案)を作成させていただきましたので、読ませていただきます。急ぎまとめましたので、細かい文言の整理は必要になる可能性があります、内容についてお聞きくださればと思います。

とりまとめコメント(案)。事業名「医療提供体制設備整備交付金(医療情報化支援基金)」。医療分野における ICT 化を進め、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築していくことは重要であり、オンライン資格確認や電子カルテ、電子処方箋の導入等を支援する本事業の意義は認められる。

一方、本事業のうち電子カルテの導入支援については、現時点でモデル事業の実施にとどまっており、今後、必要となる資金の全体像も不明確であり、再度、コスト面を意識してスピード感を持って検討すべきである。また、電子処方箋の導入率について、薬局と比べて病院、診療所における導入率が相当低くなっている。病院、診療所においては、電子カルテの導入が遅れていることにも起因しているが、その導入が遅れている理由について分析し対応を検討すべきである。さらに、電子カルテ、電子処方箋の普及を進めていくためには、多忙な医師等であっても操作しやすいよう、システムの UI/UX をできる限り簡素に分かりやすくユーザーフレンドリーにしていくことや、操作に関するヘルプセンター等の整備を検討すべきである。

アウトカムについては、電子カルテ、電子処方箋の導入施設の増加がアウトカムとして設定されているが、これらは導入されて終わりではないため、導入により目指すべき効果を踏まえた適切なアウトカムの設定を検討すべきである。その際には、医療機関だけでなく患者にとってのメリット、重複投薬の適正化等も十分踏まえた上での評価指標となるよう検討すべきである。また、医療機関の納得感が加速化におけるキーポイントになると思われるため、これまで以上にきめ細かなコミュニケーションを図ることが重要。

さらに、開業医がどの程度、電子カルテ、電子処方箋を導入しているかについ

ては、医師・歯科医・薬剤師調査と医療施設調査など、厚労省の統計を活用すれば、年齢別に分かる。高齢の医師で導入率が低いのはやむを得ない面もあるが、例えば 50 代など開業医としては若手の医師については、DX の状況をつぶさに調査すべきである。全体としての普及率に着目すると、時間の経過とともに常に普及は進んでいるという評価になってしまうので、将来はしっかりと 100%になる見通しが立っているのか、現在のデータで確認して進めるべきである。そのためには、年齢別に普及率をチェックするのが有用であると考えます。以上でございます。

委員の皆様、コメント(案)についていかがでしょうか。ありがとうございます。それでは、実際の公表に当たっての具体的な記載ぶりについては、大屋委員に御一任いただけますか。ありがとうございます。それでは、以上をもちまして、この事業についての審議を終了いたします。委員の皆様、どうもありがとうございました。部局もお疲れさまでした。ありがとうございました。

それでは、本日の行政事業レビュー(公開プロセス)の6事業が終了いたしました。これをもって終了いたします。本日は、本当に長時間にわたり熱心に御議論、また、貴重な御助言を賜り、どうもありがとうございました。本当にお疲れさまでした。これからもよろしくお願いいたします。