

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

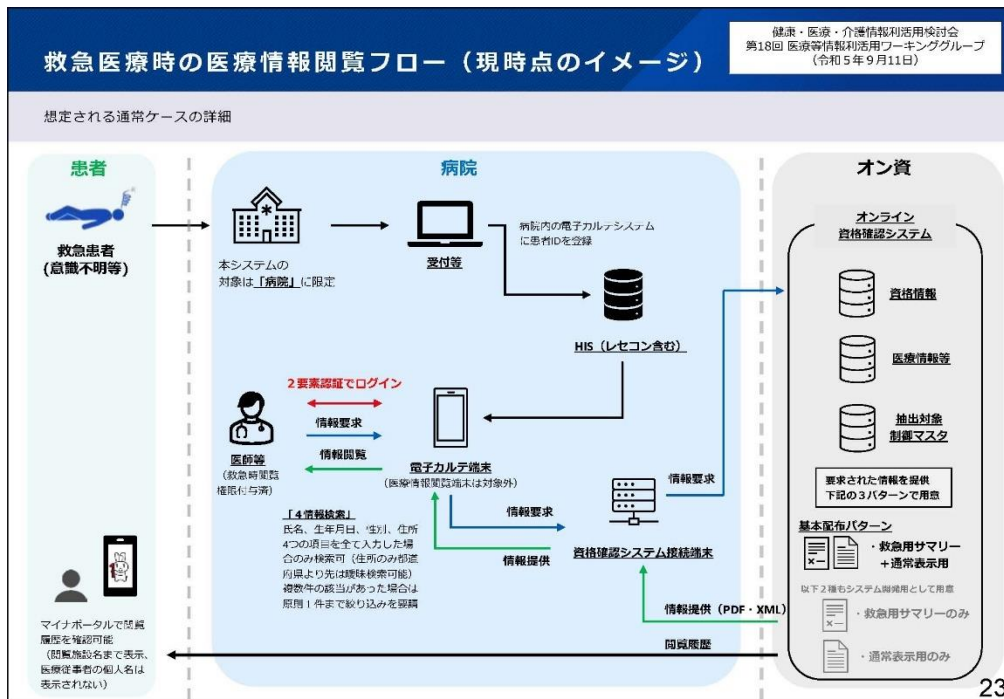
はい、ありがとうございます。まず医療DXにつきましては効率的・効果的で質の高い医療を実現するために今後は不可欠な要素だというふうに考えております。

この点については、先ほど来、診療側の委員の方からもございましたけども、異論のないとこだと思いますので、補助金と診療報酬の役割分担を踏まえつつ、ぜひスピード感を持って推進する方向で前向きな議論をしたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、論点に沿ってコメントいたします。

〔情報基盤に係る整備について〕
 ○ 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が、令和6年度中の運用開始を目途に整備が進められていることを踏まえ、急性期充実体制加算や救命救急入院料等、救急医療で一定の役割を果たすことを念頭においている診療報酬項目については、救急外来における救急用サマリ等を活用できる体制整備を促進することについてどのように考えるか。

情報基盤に係る整備につきましては、23 ページにありますように、



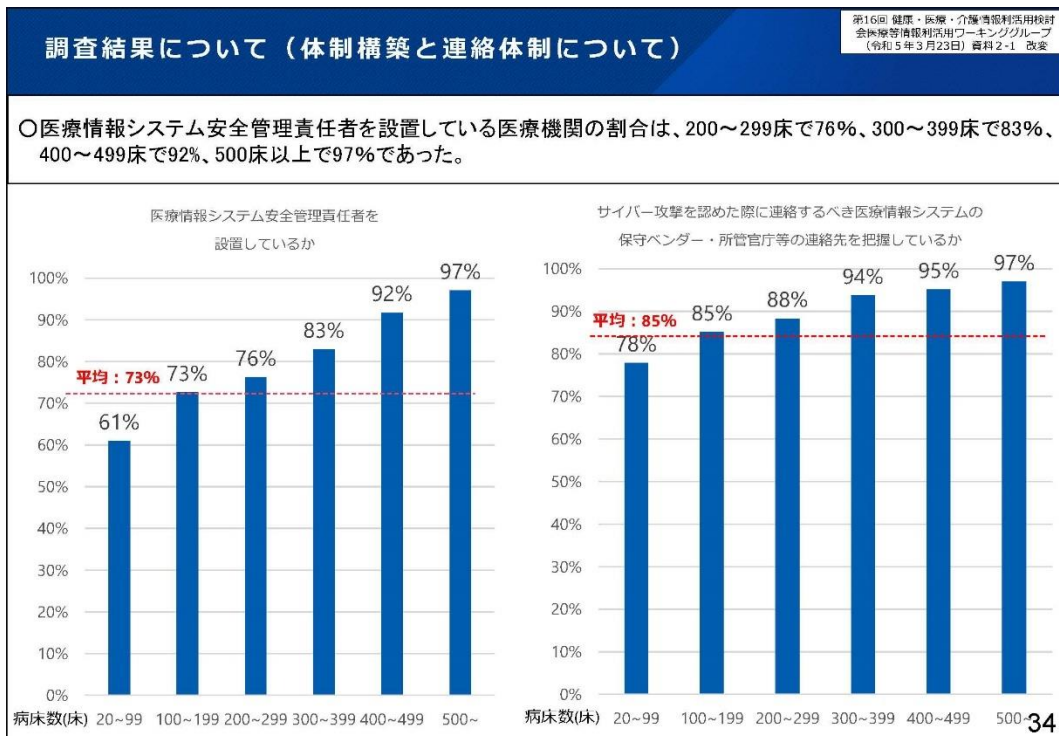
救急時に情報を閲覧することで、意識不明の患者に対して、これまで以上に適切な治療を選択できるようになり、医療の質の向上や医療資源の有効活用などのメリットがあると考えております。

この仕組みは令和6年度中から開始されるということですので、救急医療を念頭に置いた診療報酬については救急用サマリー等の活用を要件に位置づけることを検討すべきと考えます。

(サイバーセキュリティについて)

- 現行の診療録管理体制加算においては、医療情報システムのバックアップは望ましい要件としているところ。既にセキュリティ対策の一環の取り組みにおいてオフラインでのバックアップを行っている医療機関の評価について、どのように考えるか。
- 医療法第25条第1項に基づく立ち入り検査において、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めているが、診療報酬上では、400床以上の医療機関に専任の医療情報システム安全管理責任者を求めていることについてどのように考えるか。
- 今後、医療DXが推進される中で、サイバーセキュリティインシデントが発生した場合を想定して、BCPの策定やBCPIに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行うことの評価について、どのように考えるか。

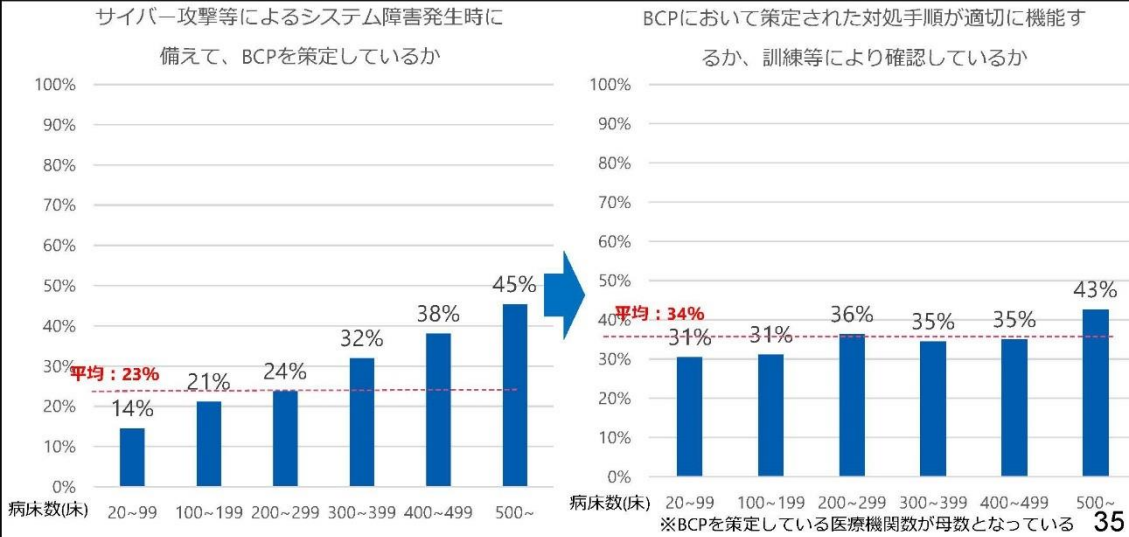
続きまして、サイバーセキュリティでございますが、33ページから紹介のある調査結果を拝見いたしますと、医療機関のサイバーセキュリティ対策は十分とは言えないという印象を受けました。



調査結果について（BCP策定・訓練について）

第16回 健康・医療・介護情報利活用検討
会医療等情報利活用ワーキンググループ
(令和5年3月23日) 資料2-1 改変

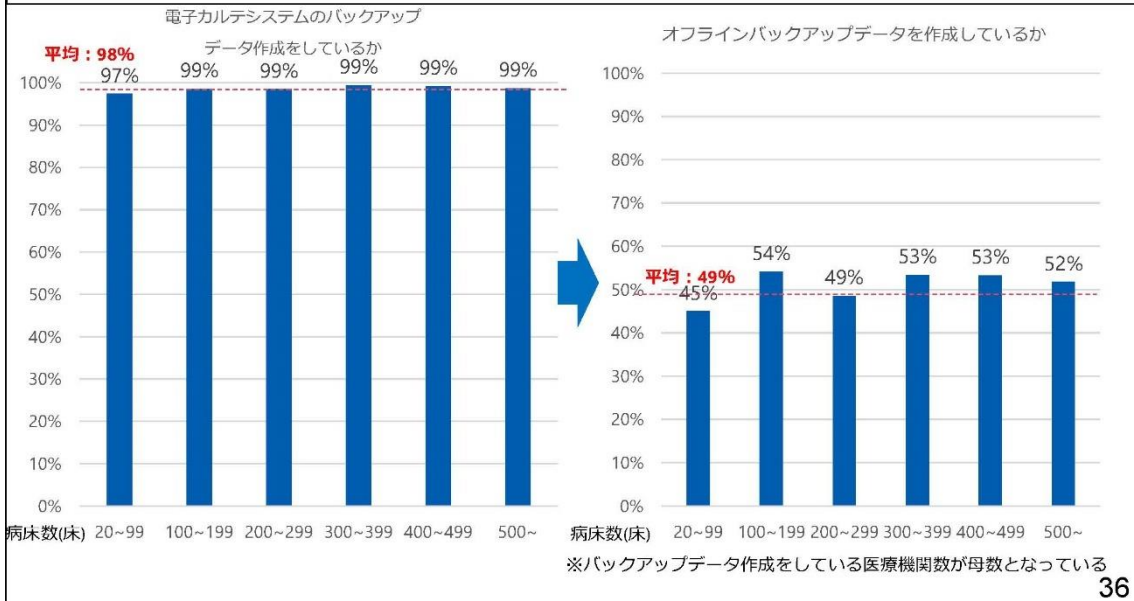
- サイバー攻撃等によるシステム障害発生時に備えて、BCPを策定している医療機関の割合は、病床数が多い医療機関ほど高くなる傾向にあった。
- BCPを策定している医療機関のうち、BCPにおいて策定された対処手順が適切に機能するか、訓練等により確認している医療機関の割合は、すべての病床数区分において約30%~40%であった。



調査結果について（電子カルテシステムのバックアップについて②）

第16回 健康・医療・介護情報利活用検討
会医療等情報利活用ワーキンググループ
(令和5年3月23日) 資料2-1 改変

- 電子カルテシステムのバックアップデータを作成している医療機関のうち、オフラインバックアップデータを作成している医療機関の割合は、すべての病床数区分において約50%であった。



41 ページにご紹介のあります事業成果なども活用しながら、しっかりとしたバックアップ体制を整備していただきたいと思います。

| 医療機関におけるサイバーセキュリティ確保事業について | |
|--|--|
| <p>○令和5年度補正予算において、医療機関におけるサイバーセキュリティの更なる確保のため、外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査や、オフライン・バックアップ体制の整備を支援する事業を実施する予定である。</p> | |
| <p>施策の目的</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関の医療情報システムがランサムウェアに感染すると、診療の一部を長時間休止せざるを得なくなることから、医療機関等におけるサイバーセキュリティ対策の充実が喫緊の課題となっている。 そのため、医療機関におけるサイバーセキュリティの更なる確保を行う。 | |
| <p>施策の概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省では、全ての外部ネットワーク接続点を確認することを求めているが、中・大規模病院は多数の部門システムで構成されているため、各システムを提供する事業者と個別に連携しても、全てのネットワーク接続を俯瞰的に把握することは困難である可能性がある。 また、ランサムウェア対策にはオフライン・バックアップが有効であることを踏まえ、厚生労働省ではオフライン・バックアップ整備を求めている。 医療機関におけるサイバーセキュリティの更なる確保のため、外部ネットワークとの接続の安全性の検証・検査や、オフライン・バックアップ体制の整備を支援する。 | |
| <p>施策のスキーム図、実施要件(対象、補助率等)等</p> <p>The diagram illustrates the transition from a fragmented network structure to a unified one. On the left, '現状のネットワーク構成等が不明' (Current network structure is unclear) shows a complex, disconnected network of various devices and systems. An arrow points to the right, where 'ネットワーク構成等がみえる化' (Network structure becomes visible) shows a more organized and interconnected network. A cloud icon labeled 'オフラインバックアップ' (Offline backup) is shown connected to the unified network structure.</p> | |
| <p>施策の対象・成果イメージ(経済効果、雇用の下支え・創出効果、波及プロセスを含む)</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関が平時から外部ネットワークとの接続の把握とオフライン・バックアップ体制の整備を行い、サイバーセキュリティの更なる確保を行う事で、医療DXの推進に繋がる。 <p>出典: 医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室、保険局医療課作成 41</p> | |

また、31 ページ等にありますが医療法に基づく立入検査において、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置が求められることを踏まえれば、

診療録管理体制加算については、400 床以上の医療機関にのみ義務付けている責任者の配置を中小規模の医療機関にも拡大すべきと考えます。

令和4年度診療報酬改定 Ⅲ-2 医療におけるICTの活用・デジタル化への対応-⑩

診療録管理体制加算の見直し

診療録管理体制加算の見直し

➤ 適切な診療記録の管理を推進する観点から、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を踏まえ、要件を見直す。

| 現行 | 改定後 |
|-------------------------------|--|
| 【診療録管理体制加算】 【施設基準】 (新設) | 【診療録管理体制加算】 【施設基準】 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、以下の要件を加える。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 専任の医療情報システム安全管理責任者を配置すること ・ 当該責任者は、職員を対象として、少なくとも毎年1回程度、定期的に必要な情報セキュリティ研修を実施していること |

➤ さらに、医療情報システムのバックアップ体制の確保が望ましいことを要件に加えるとともに、定例報告において、当該体制の確保状況について報告を求めることとする。

| 現行 | 改定後 |
|-------------------------------|--|
| 【診療録管理体制加算】 【施設基準】 (新設) | 【診療録管理体制加算】 【施設基準】 許可病床数が400床以上の保険医療機関については、非常時に備えた医療情報システムのバックアップ体制を確保することが望ましい。 毎年7月において、医療情報システムのバックアップ体制等について、別添様式により届け出ること。 届出内容(例) <ul style="list-style-type: none"> ・ バックアップ対象のシステム ・ バックアップの頻度、保管方式 |

31

また、39 ページにございますが、BCPへの対応についても令和6年度中の立入検査のチェックリストに入っておりますので、当然の取組として実施していただきたいと思っております。

医療機関におけるサイバーセキュリティ対策チェックリスト項目

○ 安全管理ガイドラインに記載されている内容のうち、優先的に取り組むべき事項については、厚生労働省においてチェックリストを作成し、医療法施行規則(令和5年4月1日施行)に基づく立ち入り検査において活用しており、当該チェックリストにおいて、

- ・ 医療情報システム安全管理責任者の配置
- ・ サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)の策定 等を求めている。

・ 医療機関確認用 令和5年度中

| チェック項目 | | 確認結果(目標) | |
|--------|-------------------------|----------|--------|
| | | 1回目 | 2回目 |
| 1 | 医療情報システム安全管理責任者を配置している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |

○ 令和5年度中

*以下項目は令和5年度中にすべての項目で「はい」にて fulfillment が得られるように取り組んでください。
 *2 (2) 及び2 (3) については、事業者と契約していない場合は、記入不要です。
 *1 1回目の確認で「いいえ」の場合、令和5年度中の対応目標日を記入してください。

| チェック項目 | | 確認結果(目標) | |
|--------|--|----------|--------|
| | | 1回目 | 2回目 |
| 1 | 医療情報システム安全管理について、以下を実施している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| 2 | (1) サーバ(端末・PC、ネットワーク機器)の管理を行っている。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| | (2) ソフトウェアライセンス(契約)を利用している機器の有効な期限を事前に確認した。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| | (3) 事業者から製造業者/サービス事業者による改修/修理でセキュリティ脆弱性/不具合の発生を通知した場合、 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| 3 | 利用者の権限、担当業務別の権限区分毎のアクセス制御を実施している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| | (5) 遠隔操作や利用していないアカウント等、不要なアカウントを削除している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| | (6) アクセスログを管理している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| 4 | ネットワーク機器について、以下を実施している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| | (7) セキュリティパッチ(最新ファームウェア/更新プログラム)を適用している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| | (8) 脆弱性診断を実施している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |

・ 医療機関確認用 令和6年度中

○ 参考項目(令和6年度中)

*以下項目について、令和6年度中にすべての項目で「はい」にマルが付くよう取り組んでください。

| チェック項目 | 確認結果(目標) | |
|---|----------|--------|
| | 1回目 | 2回目 |
| サーバについて、以下を実施している。 | | |
| (7) セキュリティパッチ(最新ファームウェア/更新プログラム)を適用している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| (9) バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| 端末 PC について、以下を実施している。 | | |
| (4) 利用者の権限、担当業務別の権限区分毎のアクセス制御を実施している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| (5) 遠隔操作や利用していないアカウント等、不要なアカウントを削除している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| (7) セキュリティパッチ(最新ファームウェア/更新プログラム)を適用している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| (9) バックグラウンドで動作している不要なソフトウェア及びサービスを停止している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| インシデント発生時に診療を継続するために必要な情報を検討し、データやシステムのバックアップの実施と復旧手順を確認している。 | はい/いいえ | はい/いいえ |
| (3) サイバー攻撃を想定した事業継続計画(BCP)を策定、又は令和6年度中に策定予定である。 | はい/いいえ | はい/いいえ |

39

出典:医政局特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官室、保険局医務課作成

続きまして、オンライン資格確認等システムについてです。

(オンライン資格確認等システムについて)

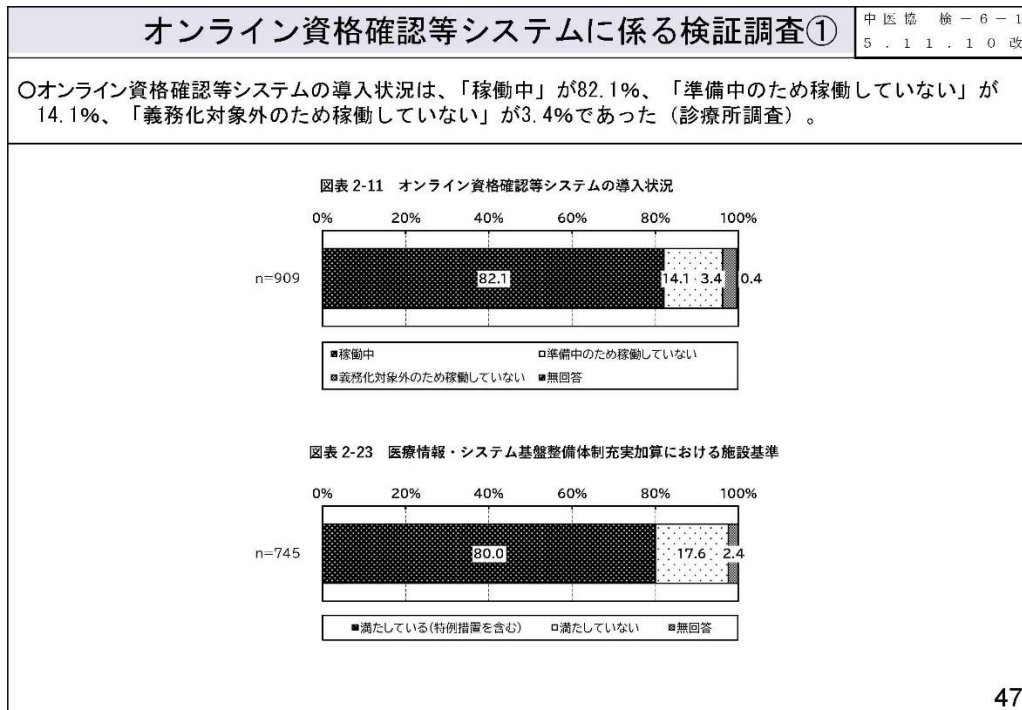
- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、検証調査の結果も踏まえて、マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報等を活用した質の高い医療の提供をさらに推進する観点から、令和6年度診療報酬改定に向けてどのような対応を行うべきか。
- マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報や特定健診情報を診察で直接閲覧するとともに3文書6情報を適切に入力し活用する等の体制を整備することを促進することについてどのように考えるか。

46 ページにあります医療情報・システム基盤整備体制充実加算については、昨年末の答申書附帯意見に特例の延長を行わないことと明記されたとおり、12 月末で特例を廃止することを前提としてコメントいたします。

| 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及に関する加算の特例措置 | 中 医 協 総 一 6 4 . 1 2 . 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|-------|-----------------|-----------------|-----------|-----------------|----|----|--------|----|----|-----------|-----------------|---|----|----------|---|---|-----------|-----------------|----|----|----------|----|----|----|
| <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療DXの推進のためのオンライン資格確認の導入・普及の徹底の観点から、「医療情報・システム基盤整備体制充実加算」について、(1) 初診時・調剤時の評価を見直すとともに、(2) 再診時についても新たに評価を行う特例措置を講ずる。 ○ また、あわせてオンライン請求を更に普及する観点から、(3) 当該加算の算定要件を見直す特例措置を講ずることとする。 ○ これらの特例措置を令和5年4月から12月まで(9か月間) 時限的に適用する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="background-color: #f2f2f2; margin: 0; padding: 2px;">医療情報・システム基盤整備体制充実加算</p> <div style="border: 1px dashed red; padding: 2px; float: right; margin-top: -10px;"> ※ 本加算で、医療機関・薬局に求められる取組・体制は、次ページ </div> <p>(1) 初診時・調剤時の加算の特例 施設基準を満たす保険医療機関・保険薬局において、初診又は調剤を行った場合における評価の特例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診料(医科・歯科) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) 4点 → 6点 ・調剤管理料(調剤) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1(マイナンバーカードの利用なし) 3点(6月に1回) → 4点 <p>(2) 再診時の加算の特例 施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対し、再診を行った場合における評価を設ける</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再診料 (新) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(マイナンバーカードの利用なし) 2点(1月に1回) <p>(3) 加算要件の特例(オンライン請求の要件) 現行の加算は、オンライン請求を行っていることが要件となっているが、オンライン請求を令和5年12月31日までに開始する旨の届出を行っている保険医療機関・保険薬局は、令和5年12月31日までの間に限り、この要件を満たすものとみなす。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #f2f2f2;"> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">現行の加算</th> <th style="text-align: center;">特例措置(令和5年4~12月)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">初診</td> <td style="padding: 2px;">マイナンバーカードを利用しない</td> <td style="text-align: center;">4点</td> <td style="text-align: center;">6点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">" 利用する</td> <td style="text-align: center;">2点</td> <td style="text-align: center;">2点</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">再診</td> <td style="padding: 2px;">マイナンバーカードを利用しない</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">2点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">" 利用する場合</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">調剤</td> <td style="padding: 2px;">マイナンバーカードを利用しない</td> <td style="text-align: center;">3点</td> <td style="text-align: center;">4点</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">" 利用する場合</td> <td style="text-align: center;">1点</td> <td style="text-align: center;">1点</td> </tr> </tbody> </table> | | | 現行の加算 | 特例措置(令和5年4~12月) | 初診 | マイナンバーカードを利用しない | 4点 | 6点 | " 利用する | 2点 | 2点 | 再診 | マイナンバーカードを利用しない | - | 2点 | " 利用する場合 | - | - | 調剤 | マイナンバーカードを利用しない | 3点 | 4点 | " 利用する場合 | 1点 | 1点 | 46 |
| | | 現行の加算 | 特例措置(令和5年4~12月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初診 | マイナンバーカードを利用しない | 4点 | 6点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | " 利用する | 2点 | 2点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再診 | マイナンバーカードを利用しない | - | 2点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | " 利用する場合 | - | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 調剤 | マイナンバーカードを利用しない | 3点 | 4点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | " 利用する場合 | 1点 | 1点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

加算が現行の形に見直された昨年8月の答申書附帯意見では、患者・国民の声をよく聴き、取得した医療情報の活用による医療の質の向上の状況について、調査・検証を行うとともに、課題が把握された場合には速やかに対応を検討するとの記載がございます。

ここには、オンライン資格確認等システムの運営コストを国民や事業主が保険料を通じて負担している中で、診療報酬で評価するのであれば、当然、全国の医療機関・薬局にシステムが導入され、医療の質が向上し、患者がメリットを感じる事が不可欠という、われわれの思いが込められております。



そうした観点で、47 ページ以降の調査結果を拝見しますと、システムが稼働している医療機関数は調査時点から拡大しているとはいえ、診療情報や薬剤情報を活用している診療所は、48 ページにございますように、29%にとどまっております。

一方で、活用している診療所では、重複投薬や併用禁忌が避けることができた。問診、診療がより正確になった。というメリットが多く挙がっております。

また、患者にとっても情報の伝え間違い、伝え忘れ、あるいは複数の医療機関で処方されている医薬品の重複や飲み合わせの問題解決につながるメリットがあるとされております。

今回の資料にはございませんが、患者調査でも、こうしたメリットや、紙媒体で持参しない場合でも情報を確認できることを、ある程度は実感ができているという状況が示されております。

来年秋に保険証が廃止されると、マイナンバーカードによる受診が原則となります。引き続き加算で評価するのであれば、医療機関で情報の活用が当たり前になり、より多くの患者がメリットを実感できるようになる必要があります。

保険者としてもマイナンバーカードに関連する業務に努力いたしますので、医療機関からも患者への積極的な周知をぜひお願いしたいと思います。

続きまして、電子処方箋についてです。

(電子処方箋について)
 ○ 医療DXの推進に係る全国医療情報PFの全体図において、電子処方箋も医療情報基盤として掲げられているところ、電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応についてどのように考えるか。

資料の 56 ページを見ますと、残念ながら、導入割合が 5 %以下と極めて低いと言わざるを得ません。電子処方箋はオンライン資格確認システムの価値を高めるサービスですので、

電子処方箋の導入状況について

○電子処方箋管理サービスの運用を開始した医療機関等の割合は、いまだに低い状況にある。

厚生労働省医薬局作成資料

電子処方箋の導入状況

- 令和 5 年 1 月 26 日から電子処方箋管理サービスの運用開始。
 現在、10,045施設（病院26、医科診療所672、歯科診療所37、薬局9,310）（11/19時点）で稼働中。
 （注）オンライン資格確認導入施設数約20万施設のうち、約4.92%
- 事前の導入手続（利用申請）を行った施設数：
 62,889施設（病院1,428、医科診療所22,941、歯科診療所12,860、薬局25,660）（11/19時点）

フォローアップ（令和 4 年 6 月 7 日新しい資本主義実現本部決定・閣議決定）
 2023年1月からの電子処方箋の運用開始に向けて、安全かつ正確な適用のための環境整備を行うとともに、2025年3月を目指してオンライン資格確認を導入した概ね全ての医療機関及び薬局での電子処方箋システムの導入を支援する。

令和 5 年 11 月 医薬局調べ 56

55 ページで紹介されている意義、保険料を通じて全国民がランニングコストを負担していることを踏まえ、導入を加速する必要がございます。

第8回健康・医療・介護情報活用検討会
 (令和4年3月4日) 資料3 一部改変

電子処方箋の導入意義

電子処方箋により、医療機関や薬局・患者間での処方/調剤薬剤の情報共有や、関係者間でのコミュニケーションが促進されることで、質の高い医療サービスの提供、重複投薬等の抑制、業務効率化を実現。

| | | | |
|--------|--|--|---|
| 病院・診療所 | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">患者の処方・調剤情報を踏まえた質の高い診察・処方</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医療機関・薬局を跨いで、リアルタイムでの処方/調剤情報含む薬剤の情報を閲覧。(直近から過去3年分まで) • 自院が発行した処方箋に対する薬局の調剤結果(後発医薬品への変更等含む)を電子処方箋管理サービスから電子的に取得。 | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">重複投薬等の抑制</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医療機関・薬局を跨いで、患者が処方/調剤された薬剤の情報を基に、電子処方箋管理サービスで重複投薬等チェックを実施することで、より実効性のある重複投薬防止が可能になる。 | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">円滑なコミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> • システム化により医師と薬剤師の情報共有の手段が増え、より円滑なコミュニケーションが期待できる。 |
| 薬局 | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">患者の処方・調剤情報を踏まえた質の高い調剤・服薬指導</p> <ul style="list-style-type: none"> • 医療機関・薬局を跨いで、リアルタイムでの処方/調剤情報含む薬剤の情報を閲覧。(直近から過去3年分まで) • 調剤結果や処方医への伝達事項を電子処方箋管理サービス経由で電子的に伝達。 | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">業務効率化</p> <ul style="list-style-type: none"> • 電子処方箋管理サービスから処方箋をデータとして受け取ることで、システムへの入力作業等の作業を削減し、事務の効率化が期待。 • 処方箋がデータ化されることで、紙の調剤済み処方箋のファイリング作業、保管スペースを削減。 | <p style="text-align: center; font-weight: bold;">円滑なコミュニケーション</p> <ul style="list-style-type: none"> • システム化により医師と薬剤師の情報共有の手段が増え、より円滑なコミュニケーションが期待できる。さらに、システムのチェックされた処方箋を薬局で扱えるようになる。 |
| 患者 | <ul style="list-style-type: none"> • 複数の医療機関・薬局間での情報の共有が進むことで、実効性のある重複投薬防止等や、より適切な薬学的管理が可能になるため、患者の更なる健康増進に貢献。 | <ul style="list-style-type: none"> • 患者自らが薬剤情報をトータルで一元的に確認することができ、服薬情報の履歴を管理できるとともに、必要に応じて医療機関、薬局等から各種のサービスを受けることが可能。 | <ul style="list-style-type: none"> • 処方箋原本を電子的に受け取ることが可能となり、オンライン診療・服薬指導の更なる利用促進に貢献。 |

55

単純に紙の処方箋が電子化されるだけでなく、重複投薬や併用禁忌を自動でチェックできる機能もあり、医療の質の向上とともに業務の効率化も図られると期待しております。

しかし、医療機関・薬局にとっては、ポリファーマシーに関連する評価が既にありますので、電子処方箋サービスを使用した患者の負担増による加算は新設すべきではないと指摘させていただきます。

オンライン資格確認システムを通じた医療情報の活用や、今後、始まる電子カルテ情報交換サービスを含め、医療DXの基盤となるシステムについては、医療の質の向上に確実につなげ、補助金との役割分担を踏まえ、国民・患者の視点で評価のあり方を議論すべきです。

事務局に対して3つ、確認、問い合わせしたいことがございます。

厚生労働省医薬局作成資料

電子処方箋の導入状況

- 令和5年1月26日から電子処方箋管理サービスの運用開始。
現在、10,045施設（病院26、医科診療所672、歯科診療所37、薬局9,310）（11/19時点）で稼働中。
（注）オンライン資格確認導入施設数約20万施設のうち、約4.92%
- 事前の導入手続（利用申請）を行った施設数：
62,889施設（病院1,428、医科診療所22,941、歯科診療所12,860、薬局25,660）（11/19時点）

資料の 56 ページには、オンライン資格確認システム導入と同様に運用開始をやっている医療機関数と導入手続をやっている機関数に対して大きな差がございます。

これはオンライン資格確認のときと同様にシステムベンダーへの負荷だけが問題になるのか、それ以外にも問題が存在しているのか、ご教示いただきたいと思っております。

厚生労働省医薬局作成資料

電子処方箋導入促進のための厚生労働省における今後の取り組み

| 導入が進まない要因 | 導入に向けた対応策 |
|---|---|
| <p>① 周囲の医療機関・薬局が導入していない （導入施設数が限られ、緊急性を感じない）</p> | <p>① 公的病院を中心に導入推進を強化</p> |
| <p>② 複数のシステム改修が次々と（断続的に）必要となることによる負担増大</p> | <p>② 複数のシステム改修の一体的な導入を推進</p> |
| <p>③ 電子署名対応に手間がかかる （物理カード不足・発行遅延、カードリーダ不足、カードレス署名に必要なスマホ不足）</p> | <p>③ マイナンバーカードを活用した電子署名の仕組み構築（12～1月頃）、カードレス署名の推進、システムベンダーへの早期導入呼び掛け</p> |
| <p>④ 導入しても問題なく使えるかどうか不安</p> | <p>④ 先行して実施している施設の取り組みや、各種好事例/成功事例の発信</p> |
| <p>⑤ 患者からの要請がなく、ニーズを感じない</p> | <p>⑤ 国民向け周知を強化</p> |

60

続きまして 60 ページでございますが、導入が進まない理由の 2 つ目の所に「複数のシステム改修が次々と必要となることによる負担増大」というのがございます。

こうしたものを踏まえますと、こうした電子処方箋のシステムが安定した運用になるのはいつというふうにお考えなのか、これを教えていただきたいと思います。

あと3つ目でございますが、診療側のほうからも非常にコストがかかるということで、補助金の活用に関するお声が多数上がっております。事務局として、こうした形ですね、もう少し補助金を活用するというアイデアを今、お持ちでないのか、それについて確認をしたいと思います。

私はからは3つで、以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ただいま松本委員から3点質問がございました。それぞれについて事務局から回答をお願ひできますでしょうか。

○厚労省医薬・生活衛生局総務課電子処方箋サービス推進室・猪飼裕司室長

はい。厚生労働省の医薬局からお答えいたします。まずですね、1点目のご指摘のですね、この事前の導入手続きを始めたところとですね、実際に運用を開始したところの差。

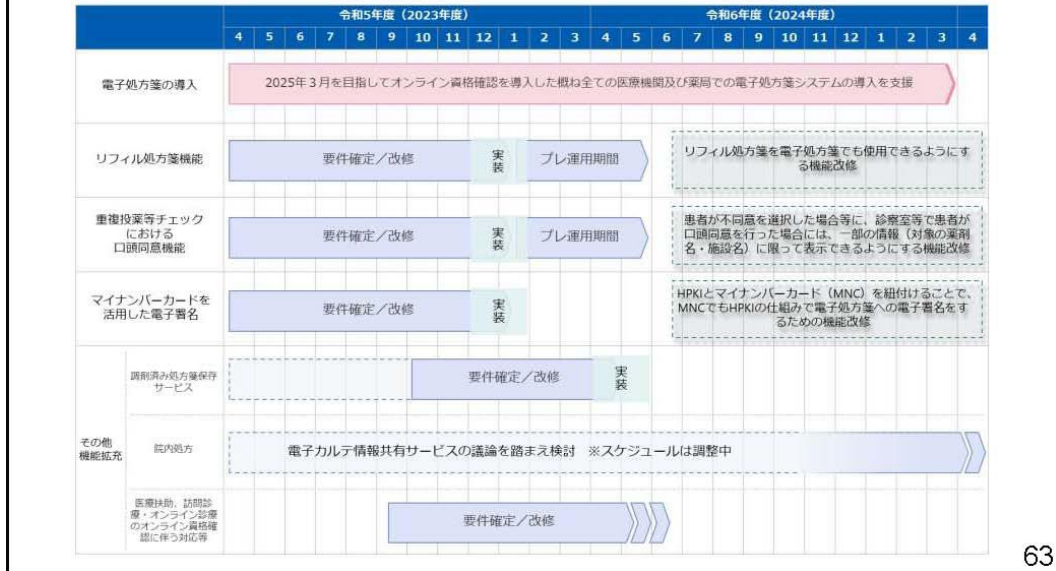
これはですね、厳密に、その事前の導入のですね、カウントにあたってはですね、厳格な要件を定めていないところから、まず関心が高いと、それぐらいの位置づけでわれわれからは捉えておりますので、必ずしもですね、その間の差分について要因を分析することはしておりません。

2つ目のですね、電子処方箋のシステムが安定するかというご指摘ですけれども、先ほどの要因分析のところに書かせていただいた部分の、次々といろいろな対応を求められるというのはですね、電子処方箋に限らず、医療DXに関連して、例えば、オンライン資格確認へのですね、生活保護の対応ですとか、そのもろもろのですね、厚労省から求められるものを指しての記載となっておりますけれども、

電子処方箋単体について申し上げますと、こちらの資料のですね、63ページにございますとおりですね、

電子処方箋に係る当面の全体スケジュール

○ 電子処方箋に係る当面の全体スケジュールにおいては、院内処方に係る機能拡充も含めた機能について改修等を行う予定である。



63

機能改修、大きなところの機能改修がですね、この12月から1月頃に公開といいますか、実際に解消いただける状況になりますので、これをもってですね、大きな改修はいったん終わりました、次の大きな電子処方箋の改修は院内処方を来年度後半頃を想定しておりますけれども、それまではございません。

3つ目のですね、補助金の活用について、ご指摘ございましたけれども、これにつきましては、電子処方箋の導入に係る補助金はですね、従前から用意はしております、実際に活用もいただいているところでございますけれども、

負担が大きいというお声を踏まえましてですね、今回、昨日成立した5年度補正予算においてですね、都道府県と国が連携して、その導入に関する助成をさらに手厚くするような予算事業を盛り込んだところでございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、よろしいでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

1つ目の質問でちょっと確認なんですけども、事前の導入手続きを行ったという意味合いが、関心があるかどうかという、ちょっと非常に不可思議な、手続きすることになると、正式に、例えば、ドキュメントとかですね、あるいは電子的に申請、そういう手続きではないんですか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

事務局、いかがでしょうか。

○厚労省医薬局担当者

失礼しました。そういったベンダーへのですね、問い合わせ等の、等々のもともろの手続きを開始いただくという意味で、ご説明はしておりますけれども、それは厳密に、どの段階にあつてですね、これの申請をいただいているかというところまではですね、調査をしておらないという趣旨でございます。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。申しあげました趣旨はですね、オンライン資格確認等システム導入を進めるときにも、このあたりがだいぶ問題になりましたので、それについてはぜひ、それを確認いただいてですね、促進に、ご活用いただきたいというのが1つでございます。

それと、3つ目の補助金の話が、せつかく補正予算がついてるということであればですね、やっぱりぜひご紹介いただいてですね、診療機関の方々にも安心感を与えるというか、そういうことはお願いしたいと思えますし、

われわれのほうもですね、今、断片的にこういったものの負担、コストの負担をですね、求められてるってこともですね、十分理解をいただきたいと思えます。私からは以上でございます。

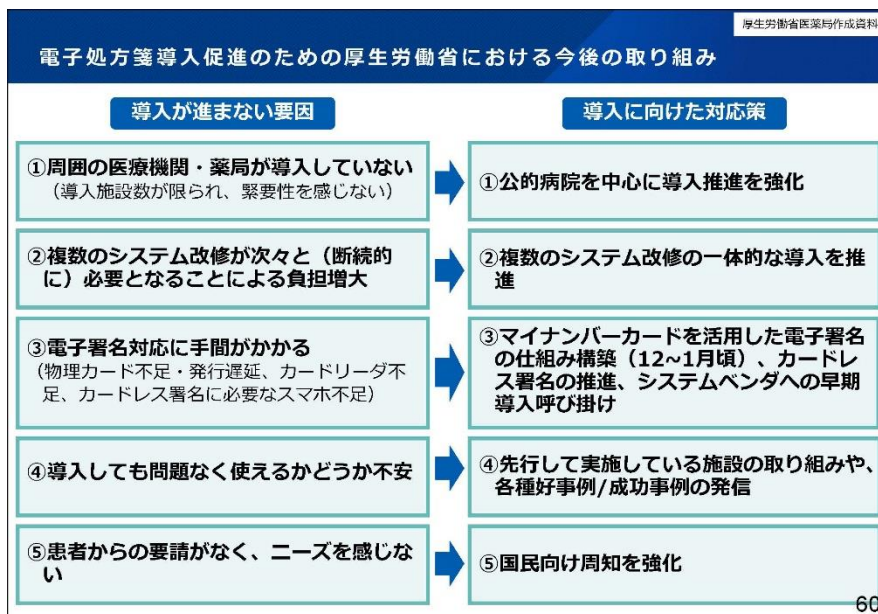
○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、続きまして、はい、鳥潟委員、お願いいたします。

○鳥潟美夏子委員（全国健康保険協会理事）

はい、ありがとうございます。ありがとうございます。2点ほどあります。マイナンバーカードの普及に関してですけれども、失礼しました、オンライン資格確認をめぐる診療報酬上の対応につきましても、マイナンバーカードを患者の皆さまがきちんとメリットを感じて使えるようになった環境を整えることがまず大事というふうに考えておりますので、それらの環境が整ってから診療報酬上の対応については本格的に議論を始めるべきではないかというふうに考えております。

あと、電子処方箋についてですけれども、こちら、非常に有効なツールであるということ間違いなくと思いますが、皆さまがおっしゃっているように導入状況に関しては、さまざまなハードルがあるようなことですので、



まず、60 ページに掲げられているような導入に向けた対応策をきちんと進めていただきたいというふうに考えております。以上になります。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、眞田委員、お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

はい、ありがとうございます。私も2点、コメントさせていただきたいと思えます。

（オンライン資格確認等システムについて）

- 医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、検証調査の結果も踏まえて、マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報等を活用した質の高い医療の提供をさらに推進する観点から、令和6年度診療報酬改定に向けてどのような対応を行うべきか。
- マイナンバーカードの健康保険証利用により取得された薬剤情報や特定健診情報を診察で直接閲覧するとともに3文書6情報を適切に入力し活用する等の体制を整備することを促進することについてどのように考えるか。

まず1点目はオンライン資格確認等システムについてでありますけれども、医療情報・システム基盤整備体制充実加算についての特例措置。これにつきましては、令和5年4月から12月までの時限的な適用とされたものでありますので、予定どおり、12月で終了いただきたいというふうに思います。

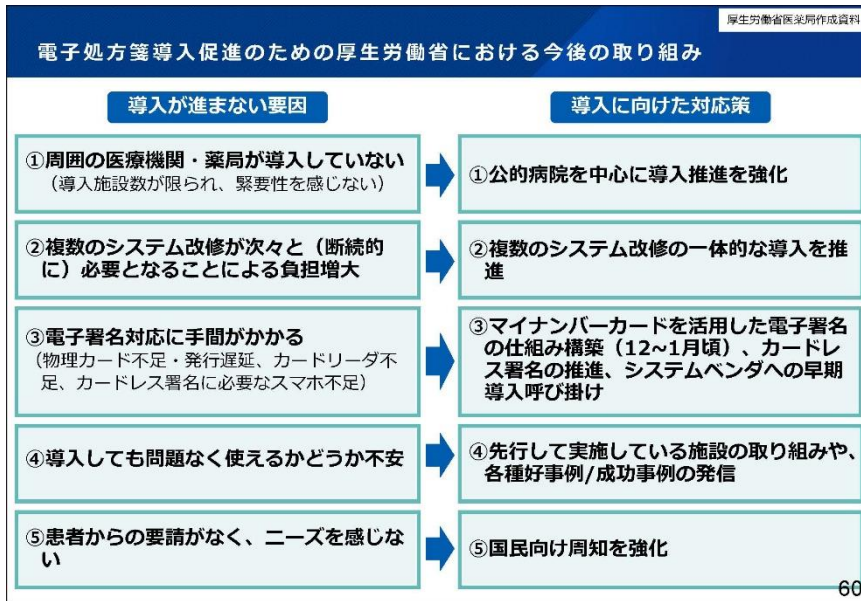
（電子処方箋について）

- 医療DXの推進に係る全国医療情報PFの全体図において、電子処方箋も医療情報基盤として掲げられているところ、電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応についてどのように考えるか。

2点目でございますけれども、電子処方箋についてであります。電子処方箋は多くの委員の方がコメントされておりますとおり、我が国の医療DXの柱の1つでありまして、

63 ページの全体スケジュールにあるとおり、25年3月を目指して普及をぜひ進めていただきたいということでございます。

一方で、論点に記載のあります電子処方箋の普及に向けた診療報酬上の対応ということではありますが、加算の新設によるインセンティブづけであれば、明確に反対をさせていただきたいというふうに思います。



60 ページに導入促進のための今後の取組が記載をされておりますけれども、各種の呼びかけであるとか周知、好事例の横展開とともに、費用面での対応については、これまで同様、その公費、補助金による導入支援を通じて対応をいただくべきだというふうに思っております。

新たな患者負担、保険料負担を求めるべきではないというふうに考えております。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。それでは続きまして、佐保委員、お願いいたします。

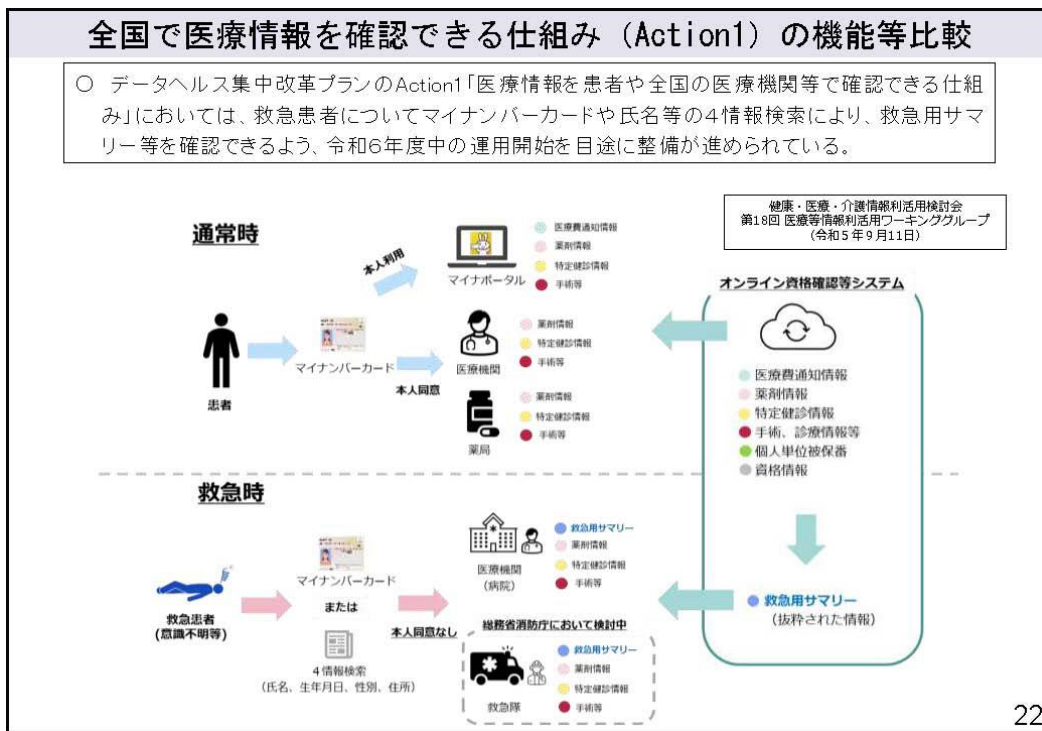
○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。最初に遅参をできて申し訳ございません。ほかに、委員から発言があったとしたら重複して申し訳ございませんが1点だけ申し述べたいと思います。

68 ページの論点 1 つ目の情報基盤に係る整備についてです。

(情報基盤に係る整備について)
 ○ 救急時に医療機関等で患者の医療情報を閲覧できる仕組みの整備が、令和6年度中の運用開始を目的に整備が進められていることを踏まえ、急性期充実体制加算や救命救急入院料等、救急医療で一定の役割を果たすことを念頭においている診療報酬項目については、救急外来における救急用サマリ等を活用できる体制整備を促進することについてどのように考えるか。

資料 22 ページに全国で医療情報を確認できる仕組みについて記載されておりますが、救急時の対応に資する整備は重要と考えます。



今後、単身高齢者など家族と連絡が取れない、取りづらい方の増加が想定される中、救急を呼んだ後にですね、意識がない患者さんや意思疎通が困難な患者さんを搬送する際に、救急車からの情報確認等で有効だというふうに考えております。

運用開始に向かって整備が促進されるよう、取組をお願いいたします。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、続きまして鈴木委員、お願いいたします。

○鈴木順三委員（全日本海員組合組合長代行）

はい、ご指名ありがとうございます。はい。医療DXのですね、推進は本当に重要な課題だと思っておりますので、ぜひね、皆さんと一緒にやっていただきたいなと思っております。

その中で、いくつかお話し、システム関係でですね、サイバーセキュリティについて、ちょっとお話とかご意見をお話しさせていただきたいと思っております。

（サイバーセキュリティについて）

- 現行の診療録管理体制加算においては、医療情報システムのバックアップは望ましい要件としているところ。既にセキュリティ対策の一環の取り組みにおいてオフラインでのバックアップを行っている医療機関の評価について、どのように考えるか。
- 医療法第25条第1項に基づく立ち入り検査において、全ての医療機関に医療情報システム安全管理責任者の配置を求めているが、診療報酬上では、400床以上の医療機関に専任の医療情報システム安全管理責任者を求めていることについてどのように考えるか。
- 今後、医療DXが推進される中で、サイバーセキュリティインシデントが発生した場合を想定して、BCPの策定やBCPIに記載した手順に従った方法に基づく訓練を行うことの評価について、どのように考えるか。

まず、バックアップ体制についてはですね、やはりこれは、どちらかといえば、こういったシステムを導入するにあたってバックアップされるべき、ベンダーさんからの提案があるのは当然だし、ある程度、ミラーリングしたりとかですね、オフで、ハードでの管理とかあるので、その辺を、

いわゆる今まで、BCPといっても、何ですか、災害があったり地震があったりしても同じようにBCPは皆さんやっているはずなので、やっぱり、紙からデジタルへの延長線ですので、ここの中で新たな報酬とかですね、そういう管理については、ちょっと普通は一般的にやられるものかなというふうに思っています。

それとあと、当然、こういったデジタル化とかですね、機材を購入するということが非常に投資金額が大きいということで負担が大きいと皆さんおっしゃるのは当然かと思いますが、それはどこでも同じで、

さっきお話があったように補助金もあるということであれば、何て言うんですかね、それは逆に言うと減価償却で行われて、その間にですね、コストが削減されるというバランスで、一時的なものであって、

ある程度、長い目で見ればですね、それはコスト削減もしくは医療DXのですね、本質であるところのですね、非常に効率化、有効化の一端だと思いますので、最初の投資が大変な部分は補助金等でやって、報酬では、ちょっと対応は難しいのかなというような印象でございます。私のほうからは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。さまざまな1号側の先生方からご意見をいただきましたので少しコメントさせていただければと思います。

まず、最初の情報基盤に関わる整備で、救急の情報を閲覧できる仕組みを要件化というご意見がございましたが、まず、この仕組みそのものが令和6年度の運用開始を目途に、今、整備を進めている最中であります。

したがって、さらに、それが普及するとなれば、さらに、さらに年数がかかりますので、それを考えれば要件化というのは、いかに現実離れしてるかということは皆さま、ご理解いただけるかと思います。

続きまして、サイバーセキュリティに関して、安全管理者の要件化ですけれども、これも先ほど申しましたが、実情として、すぐに配置するということができないところも非常に多いところを考えると、これもやはり現実離れしてるのではないかというふうに考えております。

それから、サイバーセキュリティに関して「一般企業では」というお話がございましたが、医療機関の特性として、今までのサイバーセキュリティの最大の策は外につながないことでした。

そもそも外部のネットワークにつながらないということが前提になってましたので、この最大、最強の対策がありました。そこが一般企業と全く違うところでございます。

ところが、近年は、これがさまざまなクラウド化ネットワーク、あるいは今回の医療DXということで、セキュリティが改めて、あるいは新たに求められたということでもあります。そこが全く違うということ、ぜひ、ご了解ください。

さらに、ここのところは診療報酬では全く担保されておりません。さらに、サイバーセキュリティは効率化には全く関与しません。効率化にはならないんです。サイバーセキュリティというのは、ということ、を十分ご理解いただければと思います。

それから、オンライン資格確認に関して、情報活用がまだ必ずしも十分ではないということ。まず大きな要因として、そもそもマイナンバーカードの保険証を持ってきていただかないと活用ができないということで、まだまだマイナ保険証をご持参いただく患者様が少ないということが最大の要因かと思えます。

したがって、このメリットを大きく活かすためには、これも関係者全員が協力して、まずどんなメリットがあるかということをよく知っていただく。

そして、一度使っていただくと、事前にメリットを知っていただいて、さらに一度使っていただくと、メリットが実感できるという調査結果もちゃんと出ております。ここのところは、ぜひ全員で協力してメリットが実感できるような環境づくりにご協力いただければと思います。

それから、電子処方箋では新たな価値が生まれます。つまり、その患者さんが処方されてる全ての薬剤情報を一元的に把握できるというのは、従来の紙のものでは不可能でした。つまり、新たな価値、新たな機能が生まれておりますので、それは評価していただくということではないかと思っております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。電子処方箋に関して追加でのコメントなんですけども、今、長島委員のほうで「新たな価値」ということがありましたけど、リアルタイムで情報を共有できるというのは非常に大きいというふうに感じております。

ただ、先ほどお話ししましたように電子処方箋が出てですね、電子処方箋は薬局には届くようになりました。ただ正直、届くまでです。

そのあとのシステム改修は薬局でやらなきゃいけない。現状、先ほどお話ししましたけども、業務としては紙に打ち出して仕事をしていて、決して効率的になってないというようなどころがあります。

電子化のメリットをやっぱり最大限に生かした薬局の中の仕事をやるようにするっていうのは薬局での改修がこれ、必要になってきますので、これは、そういう、魅力的と言いますか、そういうようなシステムになるように、ぜひ国のほうでも、ここは、お願いをしたいというふうに思います。

それが進まない、なかなか正直言って薬局でですね、今よりも業務負担になっているということで、進みにくいことがありますので、ぜひお願いしたいと思えます。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。じゃ、茂松委員、お願いいたします。

○茂松茂人委員（日本医師会副会長）

はい。いろいろご議論いただきましたが、われわれ医療をやっている者からすれば本当に質の高い医療をやっていくということは、もう当然のことです。

そして、この医療DXを使うということは、まさにそれに合致してるんですが、ただ、日本の医療体制、この保険体制の中でですね、この医療DXについての対応が全くされてこなかったということがあります。

とにかく診療報酬にあとから取り入れていこうというわけではなくて、われわれ公定価格の中でやってる中で、その公定価格の中に、この医療DXへの対応の費用は全く入っておりません。

その中で減価償却でやれとかですね、いろんなことが、発言が出てくるわけですが、よく考えていただきますと、この5年に1回はまた変えていかないと、メンテもしていかないと。そこでベンダーから突きつけられるのは、その改修費用とかですね、メンテの費用がまた高く出てくるということでもあります。

いったん機械を入れると、その機械のフォローで、かなり費用を、かさんでいくということは、この経営の中で求められております。

まして、ここのところのTKCの経営状態、また実調の経過を見ますとですね、病院のほうは本当にマイナス経営をやってる中で、これに対して医療DX、対応せよというのは非常に厳しいことであると。「最初に導入だけやっておけばいいじゃないか」というわけにはいかないんですね、現場としては。

それを、どんどんどんどん改修していこうとすると、そこにまた費用がかかってくるということで、われわれは患者さんのために、なんとか進めていきたいと思いますが、運営の中では、なかなかそれができないということだけは、ご理解をいただければと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。いろいろご意見、どうもありがとうございました。

1つ目。サイバーセキュリティに関して医療情報システム安全管理責任者の配置については全面的に広げるのは難しいというご判断がありましたけれども、一方で、先ほど太田委員のほうから、こうした事故が起きたときに、これは災害だから報酬が請求できるようにしていただきたいというような話がございました。

そうすると、そういった請求に関しては希望されるけども、安全に関する担保とかはご勘弁いただきたいと、ちょっとバランスが僕は欠けてるんじゃないかという、ちょっと気がいたしました。これは個人的な感想でございますので、結構でございます。

それと2つ目でございますが、こうした医療DXで新たな価値を生むので評価してほしいというご意見についても理解はするところがございますけども、

一方で、先ほど来、述べておりますけども、例えば業務の効率化とか生産性の向上につながるというメリットもございますので、そうした面だけは全く触れないで、「費用の負担が増えております、価値を見出せない」というのも若干、そのバランスの欠けた発言ではないかというふうに思いますので、その点についても、お考えいただきたいというふうに思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。よろしいでしょうか。

はい。この件につきましても、いろいろ貴重なご意見、ご質問をいただきました。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

高町です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい。失礼しました。高町委員、お願いいたします。

○高町晃司委員（連合「患者本位の医療を確立する連絡会」委員）

すいません、ありがとうございます。私は電子カルテの保存期間について意見を述べさせていただきたいと思います。電子カルテの保存期間について、現在の5年からの延長を希望します。

私は薬害の被害者です。患者が重篤な副作用を発症した場合、国から救済を受けることができますが、そのためにはカルテが必要です。副作用は服薬からかなりの期間が経過してから発症することが少なくなく、10年から15年といった場合もあります。

副作用が発症してから救済を受けようとしてもカルテが既に破棄されていて救済を受けることができずに苦しんでいる薬害被害者も多くいます。そのようなことがないために、カルテの保存期間の延長を私たち患者定は要望してきました。

しかし、紙のカルテでは場所の問題などでなかなか難しいということでした。しかし、医療DXによってカルテが電子化される今こそ、保存期間を延長する絶好の機会だと考えています。

カルテが保存されて、重篤な副作用を発症しても十分な救済を受けられることが、患者が安心して医療を受けられることにつながるのではないのでしょうか。

また、オンラインの資格確認等システムが整備されていく中で、例えば訪問看護など診療明細書の無料発行の仕組みについても附帯意見に基づき進めていただきたいと要望いたします。ありがとうございました。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、高町委員、ありがとうございました。ほかは、いかがでしょうか。はい、池端委員、お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい1点。今、松本委員からお話がありました。少し筋が違うんではないかということですが、今、太田委員がおっしゃったのは、おそらく、サイバーセキュリティでDPCデータが出せなくなったときに入院基本料を請求できなくなってしまったということで、ここをなんとか助け舟を出す方法を考えてほしいという、本当、緊急避難的なことをおっしゃったと思います。

一方で、長島委員もおっしゃったように、400床以上については専任のっていうことで、これを全ての医療機関って、あまりにもそれは、20床以上の病院から1,000床近い病院まで、全て同じように専任の安全管理者を置けってというのは、これはかなり無理があることで、

ここを、努力をしながら、少しずつ前向きに進めていくということに対しては医療機関も全然、協力をしていこうとしているし、実際、置かないと不安があるから、そういう努力はもちろんしていきます。

ただ、それを要件化ということに対しては、長島委員も、これは時期早尚ではないかということをおっしゃったのではないかと思う。私も決して、要件化と言ってしまうと、とても中小病院はついてこれないし、電カル化されてる所もまだ50%弱ないわけですので、この状況は少しご理解いただいて。

ですから、私、ちょっとさっき、提案というかたちでお話ししましたが、感染対策向上加算も1・2・3があって、高度急性期病院から中小病院に対しての、いろんな指導とか連携をしながら、その対策をやっていこうという、こういう方法が、アローンを行って、非常にこれ、割と私はうまくいってると思うんですね。

病院の、大病院の感染対策管理者が中小病院に出向いて、そこで指導したり、それを受けて、こちらもブラッシュアップしていくという、こういう体制をとりながら、全病院がそこに向かってやっていくというシステムをつくる。そこに対して、何らかの方法が、報酬上の方法がないかということをおは提案してる、1つ考え方ではないかと思っています。以上です。決して反対してるわけではないということをご理解いただければと思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。あとは、よろしいでしょうか。はい。それでは、ほかに、ご質問等ないようですので、本件に係る質疑はこのあたりといたします。

今後、事務局におかれましては、本日いただいた多くのご意見も踏まえて、ご対応いただくようお願いいたします。