

医療DXビジョンと 薬剤師の業務について

公益社団法人日本薬剤師会 副会長

渡邊大記



日時：2024年4月19日（金）
14：40～15：50

講演1では、日本薬剤師会の渡邊副会長に「医療DXビジョンと薬剤師の業務について」と題してお話しいただいた。

渡邊副会長は、マイナ保険証をはじめとした急激な医療DXに伴って医療業界がどのように変化し、薬剤師に求められている役割がどのように変わるのかといった視点で、現在進行中のシステム改修や新たな試みなどを紹介し、社会ニーズに合わせたDXの必要性を丁寧に説明した。また、電子処方箋や次世代型電子お薬手帳のメリット、治療用アプリなど、新たなツールにも言及し、今後は各人におけるデジタルリテラシーを高める意識が必要だと強調した。

医療DXとは

●DXという言葉の定義

本日は、医療DXをテーマに、薬剤師や医療業界で何が起きているのか、何が起ころうとしているのか、何をしようとしているのかについてご紹介します。

まず、DXという言葉は2004年にスウェーデンにおいて、情報技術が人々の生活を変えるという意

味で使われ始めました。つまり、デジタル化やその先のデジタライゼーションのまだその先に、生活の変容を起こすために情報技術をどう使うのかという意味で使われたのです。

私的に要約すると、業界の変化を見据え、「データ」と「デジタル技術」は並列に必要であり、模倣されにくい価値の高いサービスを提供し続けるために仕組みと戦略をしっかりと考えなければならない、また、経営者自身が変わることで組織一丸

となって新しい価値を生み続けられるようにならなければならないと捉えています。

●薬局と薬剤師の役割

薬局の役割のビジョンは、『日本薬剤師会政策提言2022』に明記しており、地域住民の誕生から終末期に至るライフステージ全てを通じた薬剤師による健康サポート、服用薬の一元的・継続的・全人的な管理・指導を行うことです。Society5.0に向けて大きく変わろうとする社会構造においても、その地域に住む人々にとっての薬剤師の役割は、私は変わらないと思っています。

ただ、ICTの進展に伴い、使えるツールは増加します。その技術をいかに使うのか、どこまでが医師や薬剤師の責任で行うのかなどは、今後のシステム活用の中で考えていく必要があると思っています。健康不安のある人が薬局に直接ご相談に来られる場合や医療機関を受診し処方箋が発行されるケースもあります。薬剤師には医師等と連携して「物（医薬品）」の情報と「人（調剤・医薬品使用、患者）」の情報を集めて評価・分析した上で、調剤薬やOTC薬を供給する役割を担っています。その中で薬剤師が見る人の情報、個々の患者の情報はDXにおいて大いに進展します。

●患者のためのDX

私も以前はレセプトを紙で書いていましたが、それがレセコンでデジタル化（デジタイゼーション）され、それを活用してオンライン請求したり、調剤機器に伝えたりする部分がデジタライゼーションとなります。問題はこれらをどう使って生活変容を起こすかであり、それがDXです。

地域に貢献する薬剤師であるためには、デジタライゼーションからDXに至るまで、患者のために何ができるのかという視点が必要です。しかし問題は、個別進化したレガシーシステムからの脱却です。レガシーシステムとは、局内では使えるけれども、他のシステムと情報連携などできないものであり、これは「2025年の崖」ということでレポートも出されています。

決して局内の機械化の話をしているわけではな

いので、局内の機械化にとどまらない情報の活用、患者のフォローアップや医療機関・ドクターとの情報共有ができることを考えることが大事なのです。

●「骨太の方針2022」で登場した医療DX

皆さんがDXという言葉を目にするようになったのは、最近のことではないでしょうか。DXという言葉が「経済財政運営と改革の基本方針（骨太の方針）」に書かれたのは2022年の「骨太の方針」でした。

「骨太の方針2023」は今年6月に「骨太の方針2024」になりますが、「2022」の段階から医療DXに関するビジョンが盛り込まれたのです。その中に、マイナ保険証の推進、医療情報プラットフォームの構築、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DXが記されています。特に、医療情報プラットフォームの構築、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定DXが3本柱になっています。

●サイバーセキュリティの確保

また、医療DXを進めるにあたり医療機関等に対してサイバーセキュリティ対策を行うことも書かれています。昨年3月10日時点で、改正省令が公布されて医療法施行規則が変わり、サイバーセキュリティの確保に関する部分が記載されました。またそれに対応し、3月31日には薬機法に関しても記載がなされ、4月1日に施行されています。薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストやマニュアルに基づき、チェックリストを参考にしてセキュリティ対策を実施することが求められるようになりました。

チェックリストはあるものの、サイバーセキュリティ対策に関してはまだまだ甘いところがあります。薬局や小規模のクリニックが万全なセキュリティ対策を講ずるのは難しいとしても、まずは理解することから始める必要があるでしょう。

ただ、大阪でもありましたが、病院がサイバー攻撃に遭うと、業務そのものが停止することを理解しておかなければなりません。完全に個人情報等がシャットダウンしてしまい、診療や調剤が止

まります。あるいは個人情報を出してしまう危険性があることを認識しておくべきだと私たちは注意喚起しています。

その対策として、10月には薬局用、事業者用のチェックリストが出ています。

●小規模医療機関等向けガイダンス

昨年5月に出た「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第6.0版」では、概要編と様々な経営管理編に分かれており、かなりボリュームのあるものになっています。ただし、患者情報に係る部分は全て医療情報になりますので、医療情報を扱っているシステムの全てを指しており、それに対するガイドラインとなっています。

ただ、小規模医療機関等は大病院と同じ対応は厳しいのではないのでしょうか。この6.0版では小規模医療機関等向けのガイダンスが特集として付属されました。つまり、個別の作業では対応が難しい部分があるので、多くの支援を受けながら対策を講じることが必要だと考えています。セキュリティ対策を自身で行うとともに、事業者と連携する必要性が記載されています。卸の皆さんも保険調剤に係る妥結率等の書類などを作成されるのと同じように、システムベンダもチェックしたものを上げなければならなくなりますので、これに関してもぜひ対応をお願いしたいと思います。

そのため、ベンダとの連携、システムとの連携が謳われており、チェックリストが国を通じてベンダにも出ています。

●医療DXの工程表

次に、医療DXの工程表に沿って医療DXの全体像を紹介します。

オンライン資格確認の導入に関しては現在、原則義務化になっていますが、薬局においては初期段階から進んでいます。ただこれは、薬局がリアルタイムに保険の資格を確認したかったのかというと、必ずしもそうではありません。処方箋を受け付けた時点で処方箋に保険番号が書いてあるのに、なぜ薬局側がリアルタイムに保険番号を確認しなくてはならないのかという話になります。

実は、オンライン資格確認の基盤は、オンライン請求の基盤であり、薬局の98%以上が導入済であることがわかりました。この基盤を活用するので、ほぼ全ての薬局と他の医療機関が繋がることになります。そして、その基盤を使って現在、動いている電子処方箋も視野に啓発してきたのです。

オンライン資格確認の基盤の上に載っている情報は大きく3つに分けられており、特定健診情報、薬剤情報、診療に関する情報となっています。これらは全てレセプト情報を使って網羅されている情報です。つまり、レセプト請求上でデータが生成されてからでないとこれらのデータはありませんので、100日以降にオンライン資格確認の基盤に載ることになります。

ところで、デジタルによってデータはどれくらい見られているのでしょうか。私たちも患者さんの検査データなどを確認する機会はありますが、紙で提示された検査値を以前の数値が書かれた紙と現在の数値の表を並べてどうなったかを比べてしまいます。つまり、デジタルデータの取り扱いにまだまだ慣れていないわけです。

一方、病院の診察ではデスクにモニターが2台、3台並んでいて、モニターを見てドクターがどんどん判断してオーダーを出しています。デジタルでデータを見ていくには一定のリテラシーが必要になります。デジタルに対するリテラシーを高めなければならないとまではいいませんが、そういうところに意識を向けないと、見落としたり、見間違えたりということが起こります。私たちも、こうしたことを意識する必要があると思っています。

●マイナ保険証の利用促進

マイナンバーカードを保険証として利用するには紐付けをする必要があり、マイナ保険証を活用することにより患者さんの同意が得られるのです。

昨年の夏くらいから、国を挙げてマイナ保険証の利用促進が進められています。現在、マイナンバーカードは国民の7割くらいに交付され、そのうちの半分以上は携行しているとのアンケート結果があります。

その一方で、薬局でのマイナ保険証の利用率が

低いのは、薬局で保険証本体を確認するスキームがこれまでなかったからです。処方箋に書いてある保険番号で確認できるので、薬局では「保険証を見せてください」ということは定着してきませんでした。しかし、取組み自体が加速化するにつれ、診療所の利用率に追いつくような勢いで、薬局でのマイナ保険証の活用が伸びています。

マイナ保険証の利用促進のために、厚生労働省と三師会のクレジットが入ったツールが用意されています。患者さんに配ったり、局内に掲示したりするなど、様々な広報資材として使われています。また、デジタルサイネージを置き、厚生労働省から出ているコンテンツを使って広報しているところもあります。

●マイナ保険証促進への支援

マイナ保険証の利用促進を図るため、支援金の予算がついています。昨年10月を基準に、マイナ保険証の利用率の伸び幅分のパーセントに応じて利用件数の支援額が決められ、今年1月から支援が始まりました。ただ、50%以上の伸びになった場合でも、支援額は1件120円で、利用された患者の処方箋枚数が10人なら1200円に過ぎず、大した支援にはなっていませんでした。

そのため、今年後半からの支援方法が変わりました。10月を基準にしているのは同じですが、10月時点のマイナ保険証利用率はほとんどのところが3%未満なので、5月から7月までのいずれかの月の実績において、30人以上、50人以上、70人以上と、マイナ保険証を活用された実際の人数に応じて、支援金を出すことが提示されました。ただ、直接的な人数なので規模によって変わることから、一応150件以下ぐらいの小規模な医療機関等に対しては別枠の支援も設置されました。この支援によって、5月までの支援金制度はそのままですが、6月からの後半期は新たな補助制度になると、ニュースでも報道されていたと思います。

●患者の同意なしで閲覧できる特例

マイナ保険証で確認できる情報の閲覧は、患者さんの同意を得ることが前提ですが、例外もあり

ます。それは救急の場合や災害時です。災害時には厚生労働省保険局によって適用範囲及び期間が決定され、それに基づき情報がアクティブ化して公開されるようになります。アクティブ化によって一定条件を整えた時点で、資格確認端末から情報が見られるのです。

今年1月の能登半島地震では、最終的に約3万件の情報閲覧件数があり、それらの情報が活用されたといわれています。そのほか、顔認証付きカードリーダーがない場合の居宅同意取得型の活用は、発熱外来や入院時などでも有効に活用されることと思います。

●居宅同意取得型システムがスタート

マイナ保険証では顔認証付カードリーダーにカードを入れて本人確認を行います。訪問診療・訪問薬剤管理指導やオンライン診療・オンライン服薬指導では本人確認はどのように行うかご説明します。

まず、訪問診療・訪問薬剤管理指導では薬剤師がモバイル端末やノートパソコンを患者宅に持ち込んで行います。モバイル端末から資格確認システムに入る居宅同意取得型システムがこの4月から始まっています。患者宅にモバイル端末を持ち込み患者さんのマイナンバーカードを読み取り本人確認・同意を行うわけですが、このシステムは在宅だけでなく、災害時や発熱外来、入院時にも使えると思います。

一方、オンライン診療・オンライン服薬指導の場合は、画面からQR等を示して患者さんのモバイル端末等から資格確認システムにアクセスしてもらい確認・同意をします。

要するに、マイナ保険証は、外来ではカードリーダーで読み取り、訪問の診療・服薬指導の場合はドクターや薬剤師が持ち込んだモバイル端末等でマイナ在宅受付Webにアクセスして読み取り、オンラインの診療・服薬指導では患者さんのモバイル端末等でマイナ在宅受付Webにアクセスしてもらって読み取るのです。ただ、マイナ在宅受付Webでのアクセスでは4桁の暗証番号が必要になります。その場合、在宅の患者さんに暗証番号を

入力してもらうことは難しいことも想定されます。そこで、これに関しては医療関係者が患者さんを見て確認する目視確認の仕組みがあるので、秋口のシステム改修時にはその機能を居宅同意取得型に搭載してほしいと要望しています。このシステムについての補助限度額は、モバイル端末を使う場合は12.8万円、オンラインだけなら9.7万円となります。

●医療情報プラットフォームの構築

続いて、医療情報プラットフォームについてお話しします。医療情報プラットフォームのベースはオンライン資格確認等システムが医療情報の基盤で、行政・自治体情報基盤、介護情報基盤を紐付けようとしています。そして、医療情報基盤の中で電子カルテ情報共有サービスや電子処方箋サービスなどが展開されます。

医療情報プラットフォームに蓄積された情報については、患者さんがマイナポータルで見られるようにしたり、2次利用できるようにしたりすることになります。

マイナンバーカードはとても重要なツールですが、私たちが喚起しているのは、マイナポータルが使えないと本人が情報を見られないということです。まして、カードレスの時流では将来的にはマイナンバーカード自体もなくなるかもしれませんので、カギになるのはマイナポータルなのです。このマイナポータルが多くの人に活用されていない状態なので、私は今のマイナンバーカードの啓発時にマイナポータルの利用促進の啓発も行うべきだと考えています。

●電子カルテ情報共有サービス

電子カルテ情報共有サービスは、カルテの情報を医療機関等が電子的に送受信できるサービスです。電子カルテ情報には、①傷病名、②アレルギー、③感染症、④薬剤禁忌、⑤検査（救急、生活習慣病）、⑥処方（文書抽出のみ）の6情報があり、全国の医療機関等で閲覧でき、本人も自身の情報を閲覧できます。この6情報に加え、①健康



医療DXの現状と進展について説明する渡邊副会長

診断結果報告書、②診療情報提供書、③退院時サマリーの3つの文書がサービス内容に含まれており、「3文書6情報」と呼ばれています。文書情報のうち健康診断の結果に関しては、基本的にオンライン資格確認等システムの特定健診のように載ってくる部分です。

文書情報についてはまずはドクターとドクターの紹介状だけから動き始めることになっており、ここに関しては電子薬歴の標準化などを同時に行わないと駄目だと私たちは主張しています。電子カルテだけでなく、電子薬歴や調剤録等も標準化することにより、医師と薬剤師間も電子的に文書情報のやり取りが可能になるからです。そのため文書情報を作成、読み込む際の決め事、様式を作らなければなりません。標準化されていないと双方で作成したり読んだりする決め事が作れないのです。

●情報提供文書の一例

薬局から病院への電子的な情報提供文書の一例として、京都大学医学部附属病院のFAX送信システムをご紹介します。

このシステムでは京大病院に対応したアプリを薬局で導入しておくことにより、患者さんが医療機関のFAX端末で薬局を選択し、処方箋を送信するとその特定された薬局と自動的に紐付けられる仕組みになっています。FAX送信していない患者さんの場合、薬局から追加で患者番号と処方箋番号を入力することで情報に紐付けます。

この中では、デジタル情報として処方箋情報を読み込むだけでなく、病院とのチャットが行え、また、一定の様式でトレーシングを書き込み、例えば残薬に関する調整やアフィニートールに関するフォローアップの報告といったトレーシングレポートも併せて使えます。

●診療報酬改定DX

次に、診療報酬改定DXに関しては、システムの話とは別に、改定の施行時期を後ろ倒しにすることが書かれていました。この部分については早々に昨年8月に決まり、今回の改正から適応され、今年6月に反映されるということになります。

これまで、診療報酬改定は12月末の大臣合意から中医協での協議により、最終的に翌年2月後半から3月に入る時点で確定し、4月1日に始まるスケジュールでした。しかしこれはベンダの準備期間が1か月余りで、その後、様々な実施要項等が出てきて、それらに対応してシステムを改修していくというのが今までの流れですが、この時期の集中した負担軽減のために6月に施行時期を後ろ倒しにするという話が出ていました。

診療報酬改定DXのシステムの話は、基本的に3つのステップからなります。まず、各ベンダが使える共通算定のマスタを国が提供するのが第1ステップです。次のステップは、モジュールそのものを国が提供することです。つまり、計算様式のようなモジュール自体を国が提供するわけです。そして、最終的なステップは、レセコンそのものを国が標準型として作成するということです。

長いタイムスパンが必要で、急に動くものではありません。もっとも、現場において現在使っているシステムから、突然別のシステムに変えることは難しいでしょう。ですから、時間をかけて実現することでベンダにかかる負担を軽減し、コスト負担も下げようとしています。

電子処方箋について

●参加施設数の変化

次に、電子処方箋についてお話しします。

電子処方箋は昨年1月から開始され、現在、薬局では1万8000件、全体の3割ぐらいが導入しています。薬局は他の医療機関と比べて圧倒的に高い割合で導入しています。もっとも、1枚でも電子処方箋が出れば、基本的にどこかの薬局で受け付けられないといけなないので、応需体制として確実に導入を進めなければならないと考えています。

基本的な体制整備に必要となるのは、オンライン資格確認等システムをベースに電子処方箋管理サービスを載せ、電子社会で国家資格者を認証する薬剤師資格証（HPKI）を持つことになります。

具体的な流れは、患者さんがマイナンバーカードを病院の顔認証付きカードリーダーで読ませ、過去の情報の提供を同意した後、電子処方箋か紙の処方箋かを選択します。そこで電子処方箋を選んで初めて電子処方箋になります。ですから、患者さんが希望しなければ電子処方箋にはなりません。

また、処方箋自体はデジタルですが、それを患者さんが確認するために処方内容の紙の控えが出ます。電子処方箋なのに紙を出してどうするのかわかれるでしょうが、まだ過渡期だということです。マイナポータルで電子処方箋のデータをリアルタイムで見られるものの、マイナポータルで見ることができない人が多いので、医師が処方内容をその場で示すには紙の控えを出して対応することになったのです。

●重複投薬等チェック

このような流れの中で、ドクターが処方オーダーを行う時点で、最終的なオーダーを出す前に電子処方箋管理サービスへのアクセスで重複投薬等のチェックが可能になります。最終的に処方箋を発行する時は、HPKIで電子署名をして電子処方箋管理サービスに送信します。サービスに登録されると同時に引換番号が出てきます。それが処方内容（控え）に印字され患者に交付することになります。

薬局での受付については、当該処方箋の控え番号もしくはマイナンバーカードで患者認証を行えばそのままデータを取ることができ、同時に重複投薬等のチェックデータも入ってきます。一連の

調製を済ませ、薬剤師も電子署名を行って調剤済み処方箋として電子的に保存します。これは外部保存することも可能で、外部保存を委託する場合、そのまま電子処方箋管理サービスに原本そのものを保管するサービスが始まります。併せて大事な部分は、この調剤情報を返すことです。

電子処方箋管理サービスはでき上がっていますが、これは言わば空（から）箱です。そこにデータが蓄積されることで重複投薬等のチェックが可能になり、レセプトデータができ上がるまでのリアルタイムデータなどが見られるようになるのです。調剤情報がアップされると処方情報に置き換わり、データがリアルタイムに蓄積されます。これらのデータがサーバー内に残るのが100日間です。この100日の間に重複投薬等のチェックがかかるデータとなり、その後はレセプトデータに置き換わるのです。

●口頭同意による確認結果の取得

各薬局では、マイナンバーカードで受け付ける場合と紙の保険証で受け付ける場合があります。紙の保険証の場合、マイナンバーカードでの同意が取れないため情報が見られず、重複投薬等のチェックがかかった場合、応需した処方内容の中でどの薬剤にチェックがかかったのかは確認できませんが、チェック対象となった他機関での薬剤が何なのかを確認できません。ただこの場合であっても、確認する必要性を患者さんに説明し、口頭で同意が得られた場合は、重複投薬等のチェック対象となった薬剤の結果も取得できることになっています。

ちなみに、重複投薬等のチェックは同一薬効のものをチェックするわけではなく、同一投与経路における同一成分の薬剤をチェックします。

同一成分については光学異性体やプロドラッグの活性物質は同一とみるため、チェックがかかります。

こうした重複投薬等のチェックがあれば薬剤師は楽になるようにいわれることがありますが、データチェックの結果をどう判断するのが薬剤師であり、そこに責任が伴っていることに変わり

がないことをぜひご理解いただきたいと思います。

口頭同意を得られない場合でも同一成分の重複投薬チェックがかかっている場合、どこかで同じ薬剤が出ていることは分かります。ただどこで出ているかを見られないということです。そのため、最初は不同意だとしても、説明により患者さんが納得して口頭で同意すれば確認ができるようになっていきます。

●電子処方箋とコミュニケーション

電子処方箋の仕組みを活用し、医師と薬剤師の間でコミュニケーションの向上が期待できると考えています。紙の処方箋では物理的に備考欄に書き込めるスペースは限られていますが、電子処方箋ではスペースは無限にあります。例えば、ドクターから薬剤師へ「この患者さんはこういうことに気をつけて」と伝達できるし、薬剤師から調剤情報を返すときにも疑義照会の内容とともにコメント等が書き込めるようになります。

このことが定着すれば、ドクターは次の受診時に患者を診るときに、前回処方した薬剤の調剤をした薬剤師のコメントを確実に見ることができます。

●院内処方情報の共有

リアルタイムでぜひ見られるようにしてほしいものに、院内処方データがあります。これは基本的に、電子処方箋管理サービスを用いた運用になると考えられていますが、どのようにするかを現在、協議しています。

例えば、外来におけるがん化学療法では、院内において注射等で投与された抗がん剤と処方箋で投与される処方薬剤とが一つのレジメンである場合や、支持療法として繋がっているものが多く、院内で使用された薬剤を処方箋を応需した薬局で把握することは、服薬指導の質の向上と患者さんの安全な薬物療法に大きく寄与します。

これらの紹介したシステムが導入されるスケジュールに関しては、口頭同意やリフィルへの対応については、実はもうプレ運用期間に入っていて動いています。ただ運用は始まっているものの、

オンライン資格確認等システムへの追加機能となる医療扶助、在宅や、電子処方箋システムに追加となる口頭同意やリフィルなど五月雨式に必要なシステムにベンダの対応が追い付かず実装できていない状況が多いです。それは厚生労働省の中で各施策の所管がバラバラなためでもあり、連携した対応が必要であり要望しているところでもあります。

●HPKIについて

先ほども触れた薬剤師資格証（HPKI）とは、薬剤師であることを現実社会と電子社会で証明するための身分証です。電子社会において薬剤師という国家資格者である「個」を「認証」し、「署名」するものです。

処方箋が電子になった場合、紙の処方箋での調剤済み印の役割をするのが電子署名機能です。実際のカードで認証してハンコを押す場合と、セカンド電子証明書を利用する場合があります。カードを忘れたとか破損した場合でも業務が止まらないように、セカンド電子証明書をサーバー側にも持たせているのです。また、HPKIとマイナンバーカードを紐付けることでマイナンバーカードを活用したHPKI電子署名ができる仕組みを構築しております。さらに物理的カードの不足やカードレスに向けた要望に応え、スマートフォンなどで「デジタル薬剤師資格証」を表示する新機能を持たせています。

電子版お薬手帳への進化と活用

●次世代型電子版お薬手帳

次世代型の電子版お薬手帳では、今までの調剤データだけでなく、医療用医薬品以外のOTC薬や今後薬局と患者さんを繋ぐチャット機能、控え番号を出す機能を搭載すべきではないかということがガイドラインに示されています。

特に、必須事項で示されていて4月から動き始めているものの一つがマイナポータルとの連携です。これに関しても、まだまだ対応できていないアプリもあるようですが、新しい時代のコミュニ

ケーションツール、薬局と患者さんとの間のコミュニケーションツールとして活用してほしいと思っています。

●「eお薬手帳3.0」の活用

日薬が提供する「eお薬手帳3.0」は、レセコンと連動しており患者がお気に入り登録をした薬局にはワнтаイムパスワードの提示も不要となっていて、更なる機能として薬局で入力することにより患者のお薬手帳サーバーに自動的にリンクさせて書き込む機能も搭載しています。お薬情報が患者のアプリと完全に同期しています。薬局でデータを打てば、患者さんは、その内容を手元で見られる状態になっているのです。

また「eお薬手帳3.0」では、4月からオンライン服薬指導システムも載せています。これは、このアプリを使っている患者さんとこのアプリに対応した薬局システムの間でオンライン服薬指導ができるシステムです。オンライン服薬指導が実施できるか否かの差が、患者の薬局選択の優位性にならないように、どこの薬局でもオンライン服薬指導が実施できる環境を整備することを目的として実装したものです。

このように、医療提供体制に関する社会的ニーズに応えていくことが進みつつあります。

●薬局における医療情報利活用

ここで、薬局における医療情報利活用の対応を考えてみます。患者さんのスマートフォンの中には電子お薬手帳やマイナポータルなどを通じて前述してきた多くの保健医療情報の他にも健診データ、ウェアラブルデバイスに関するデータ、健康アプリに関するデータが大量に入っていくことになり、患者さんは自分の健康状態、不調の状態をスマートフォンで提示できます。そのようなことも、極めて近い将来の姿だと思います。その対応のためにも、いろいろな部分でデジタルでのデータを見ていく必要があると考えています。

現在進行しているシステムに追加されてくる機能、例えば、オンライン資格確認等システムには、医療扶助や在宅に対応したシステムが加わり、電

子処方箋システムでは口頭同意・リフィル対応も動いています。今後、夏には電子処方箋の預かりサービス、包括同意を得るための顔認証付きカードリーダーのアップデート、居宅同意についての暗証番号4桁を求めない機能への変更などが行われることになっています。

6月からの診療報酬改定では、医療情報取得加算の算定に求められる様々な要件があり、更に、医療DX推進体制整備加算を算定するには追加される要件をクリアする必要があります。また、連携強化加算は、通知によって薬局ではオンライン服薬指導を行うシステムの必要性やセキュリティに関する部分も求められます。

各種サービスとの接続やマイナ保険証の確認、システム連携、調剤情報の登録などをしっかり行う流れの状況にあって、このような要件を含んだ加算が6月から適用されます。

治療用アプリについて

●プログラム医療機器

最後に、卸の皆様にも関係すると思われる治療用アプリを紹介します。

治療用アプリは現在、製薬企業やベンチャー企業各社が開発を進めているところであり、今後、臨床的な有効性・安全性等の具体的な評価がなされ、承認申請されてくるものと予想されます。薬物治療において適正使用のための医療職の対応が求められることから、薬剤師の関与も必要になると考えています。

治療用アプリの開発と提供は海外で進んでいますが、このサービスは血糖値や血圧などの自己管理のアプリ、行動変容を促すアプリ、直接作用型のアプリの3つに大別されます。

日本においては、治療用アプリとして3つが承認されています。まず、2020年6月に厚生労働省薬事・食品衛生審議会医療機器・体外診断薬部会で承認された「ニコチン依存症治療アプリ」、2022年3月に厚生労働省薬事・食品衛生審議会プログラム医療機器調査会で承認された「高血圧治療補助アプリ」、2022年12月に同じくプログラム医療機

器調査会で承認された「サスメドMed CBT-i不眠障害用アプリ」です。

また、直接作用型治療用アプリといわれるものでは、米国の食品医薬品局（FDA）の承認を取得した「シオノギSDT-001」があります。揺らすようなステアリング作用の操作と、動かしながら画面をタップするタッピング操作の両方を行うことで、ADHDなどを治療していくアプリで、今後、日本でも使われていくのではないかと思います。

●治療用アプリでの医師と薬剤師の連携

治療用アプリについては、多くの患者を抱えるドクターがアプリの説明などを全て行うとなれば、負担が大きく普及しにくいのではないかと思います。ですから、医師と薬剤師の連携が必要だと考えています。

高血圧治療補助アプリは、特定保険材料になり算定方式は変わりますが、それでも一定の医療機関の中でしか扱えない部分があります。ですから、ドクターが処方して薬剤師が調剤するという薬の処方と調剤の関係と同様に、治療用アプリについてもしっかり連携していくことが必要であり、私どもも働きかけているところです。

以上、医療DXの現状と薬剤師の業務についてご紹介しました。今後の医療DXの推進に向けて、卸の皆様にもご理解、ご協力をお願いし、本日の話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。



渡邊副会長の講演に耳を傾ける聴講者