

Dr武藤のミニ動画 (92)

2026年診療報酬改定～病院薬剤師～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



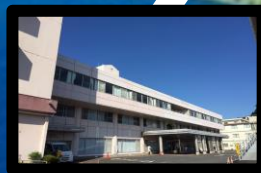
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - 病院薬剤師
- パート2
 - 薬剤情報連携
- パート3
 - ポリファーマシー



入院・外来医療分科会

2025年7月17日



病院薬剤師について

- ①従事者数
- ②病院薬剤師業務の評価
- ③タスクシフト/シェア

①従業者数

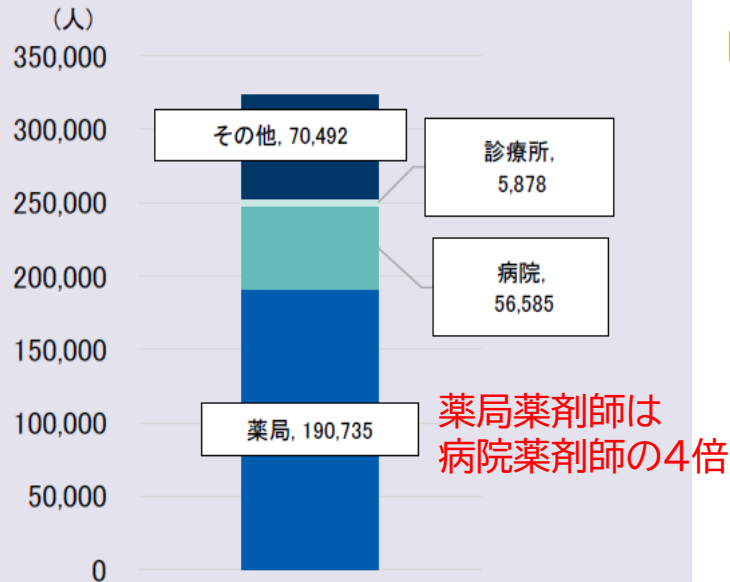


病院薬剤師の配置状況

○ 病院に勤務する薬剤師は5.66万人(令和4年度時点)であり、病床機能別・業務別の人員配置割合は以下のとおり。

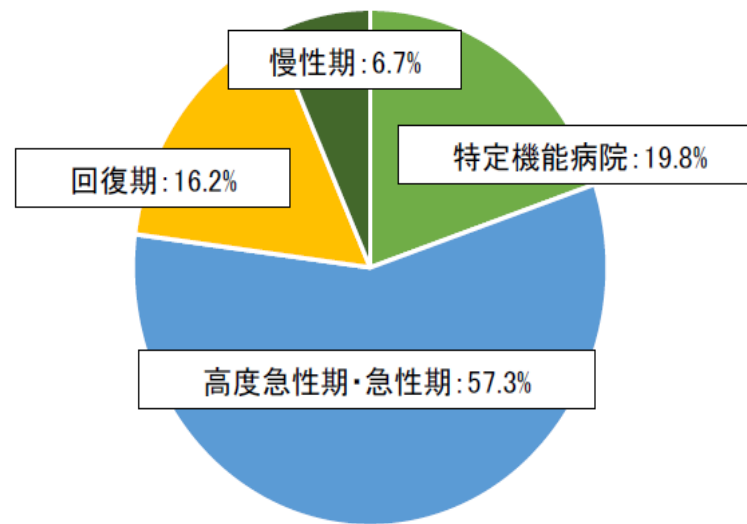
■ 薬剤師統計における薬剤師数

(令和4年12月31日現在)



全国の保険医療機関の薬剤師を対象とした勤務実態調査における病院薬剤師の配置状況(有効回答1,955施設、16,485名)

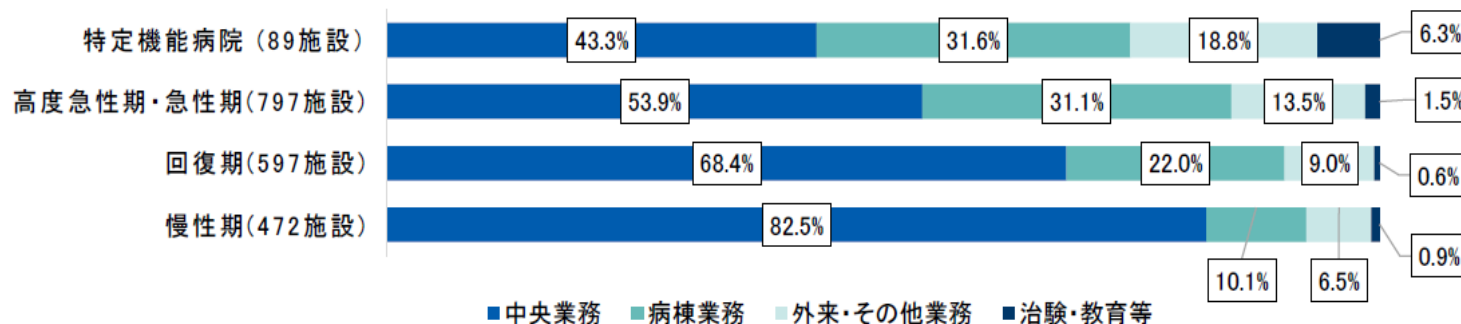
■ 病床機能別の薬剤師人数割合



[病床機能別分類の集計手順]

- ①回答が得られた医療機関のうち、特定機能病院を、「特定機能病院」として集計した。
- ②高度急性期の全て及び、急性期病床かつ回復期を有していないと回答した医療機関を「高度急性期・急性期」として集計した。
- ③慢性期の病床のみを有する医療機関及び慢性期と回復期の病床を有する医療機関を「慢性期」として集計した。
- ④回復期病床を有すると回答した医療機関を「回復期」として集計した。

■ 病床機能別・業務別の薬剤師人数割合



[業務別分類の定義]

薬剤師本人が主に働いている場所として回答した結果に応じて以下のとおり分類した。

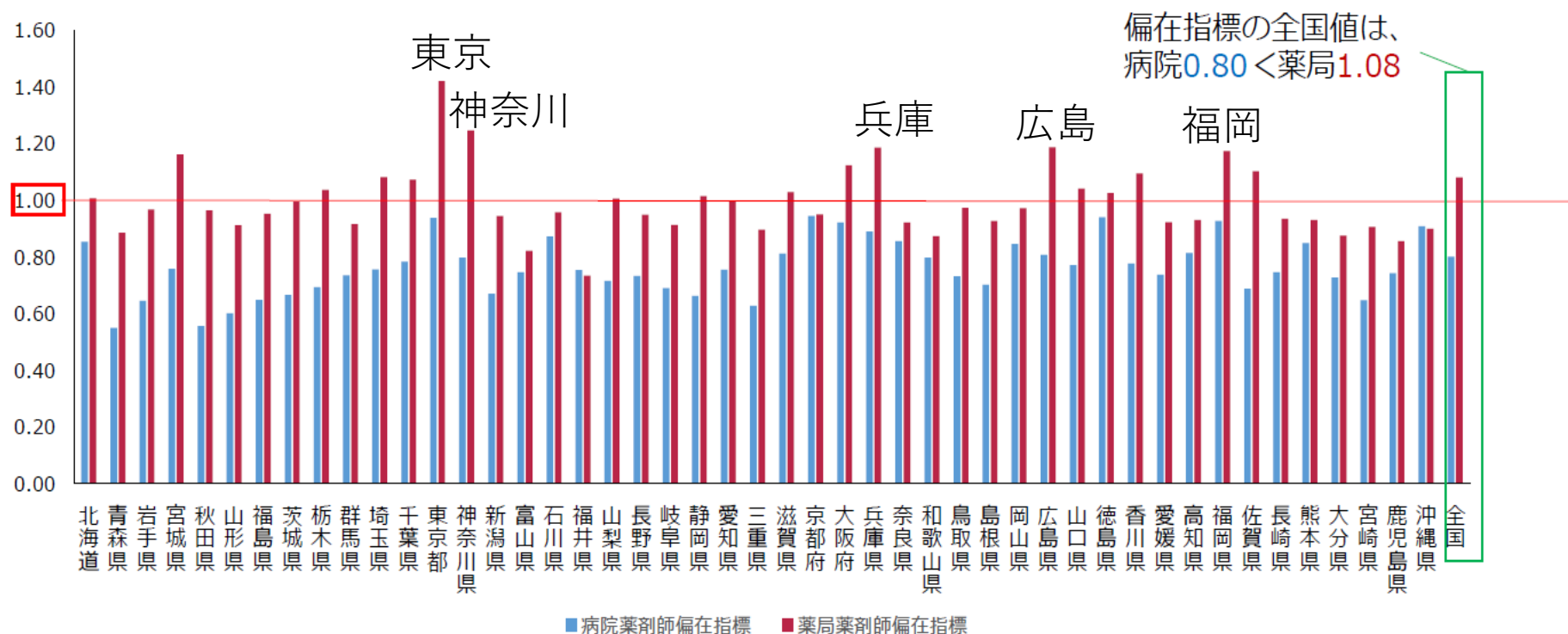
「中央業務」: 調剤室、注射室、製剤室、医薬品情報室、管理室、麻薬室、業務室

「病棟業務」: 病棟
「外来・その他業務」: チーム医療活動、手術室、外来、化学療法室、医療安全室、その他

「治験教育等」: 試験・研究室、治験室

現在の人口比率を用いた偏在指標（現在の医療需要の反映）

- 薬剤師偏在指標が1.0を超える病院薬剤師数を確保している都道府県はなかった。
- 薬局薬剤師数に関しては、18都道府県で偏在指数が1.0を超えていた。



地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）

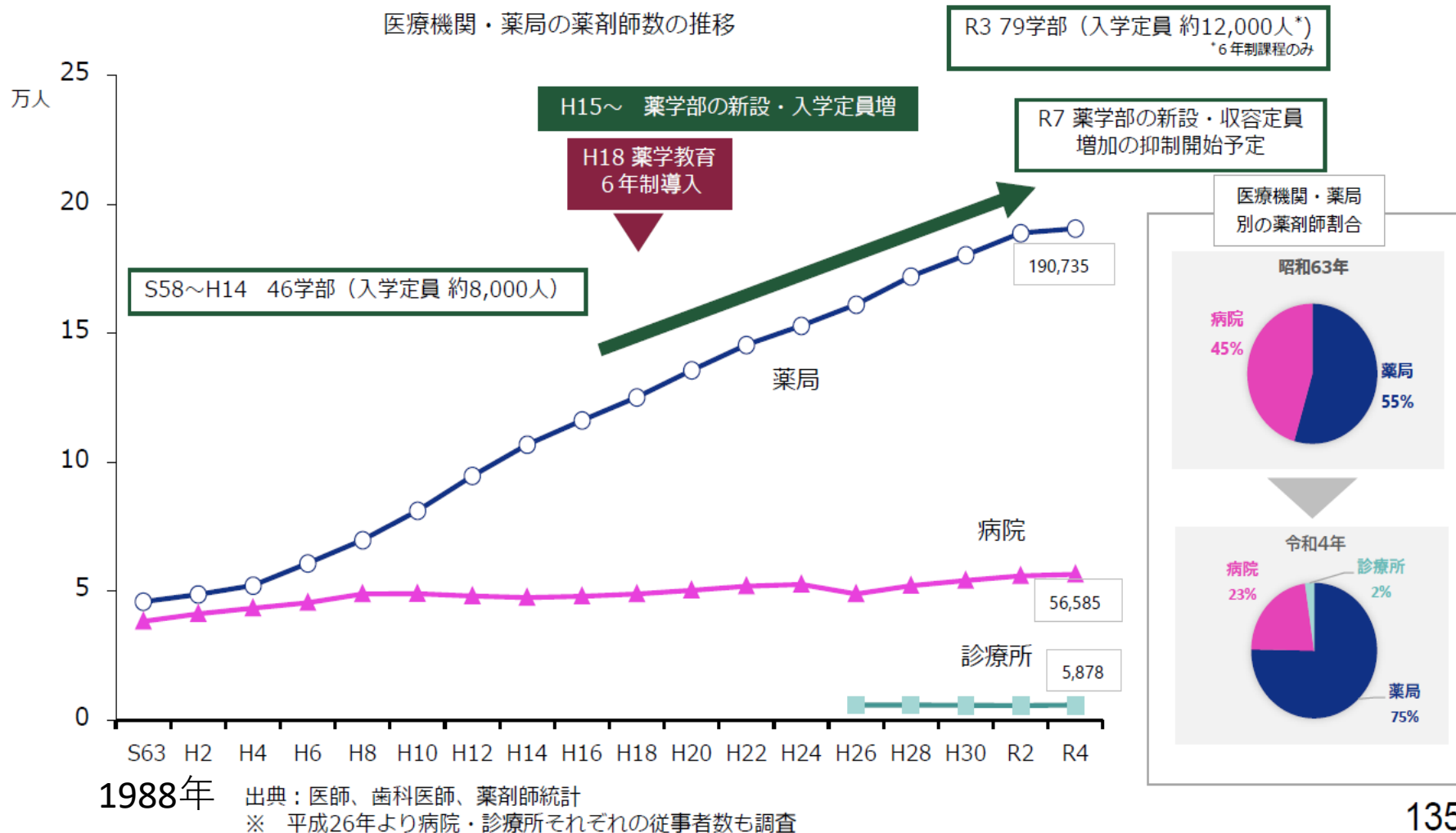
$$\text{薬剤師偏在指数} = \frac{\text{地域ごとに業種や年齢を考慮した地域で提供されている薬剤師の労働量（現在の労働量）}}{\text{地域住民の年齢構成等で推計した地域に必要な薬剤師サービスを提供するための業務量（必要な業務量）}}$$

※薬剤師偏在指数：上記計算に従い、必要な業務量に対する現在の労働量の割合。目標偏在指標は1.0となる。

医療機関・薬局に従事する薬剤師数の推移

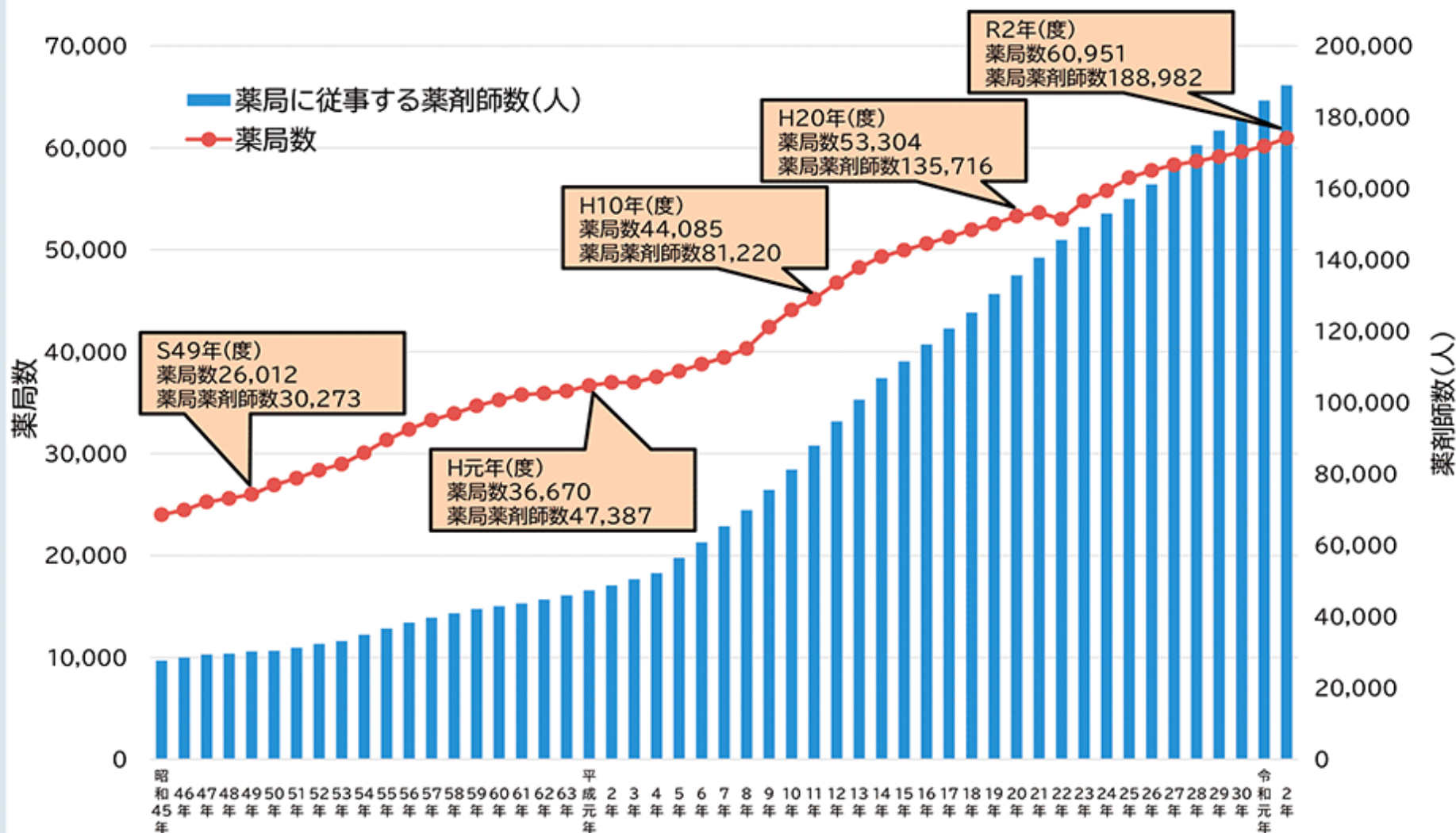
中 医 協 総 - 4
7 . 6 . 2 5

- 医療機関・薬局に従事する薬剤師の総数は増加している。特に、薬局薬剤師は年々増加しており、令和4年には、医療機関・薬局に従事する薬剤師の75%を占めている。



図表 1-2-28

薬局薬剤師数と薬局数の推移



資料：厚生労働省政策統括官（統計・情報政策、労使関係担当）「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」及び同「令和2年度衛生行政報告例」より厚生労働省医薬・生活衛生局総務課において作成。

（注）2010（平成22）年度の薬局数は宮城県と福島県相双保健福祉事務所管轄内の市町村を含まない。

薬局薬剤師数については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」の調査年以外の年は、前後の年の平均値としている。

②病院薬剤業務の評価



院内処方と院外処方における診療報酬の比較

- 院内処方と院外処方を比較すると、医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る報酬上の評価には、差がある。

医師の処方に基づく医薬品の調剤に係る診療報酬（技術料）の合計（イメージ）

※ 服用時点が異なる内服薬が2種類、28日分処方されている患者の場合

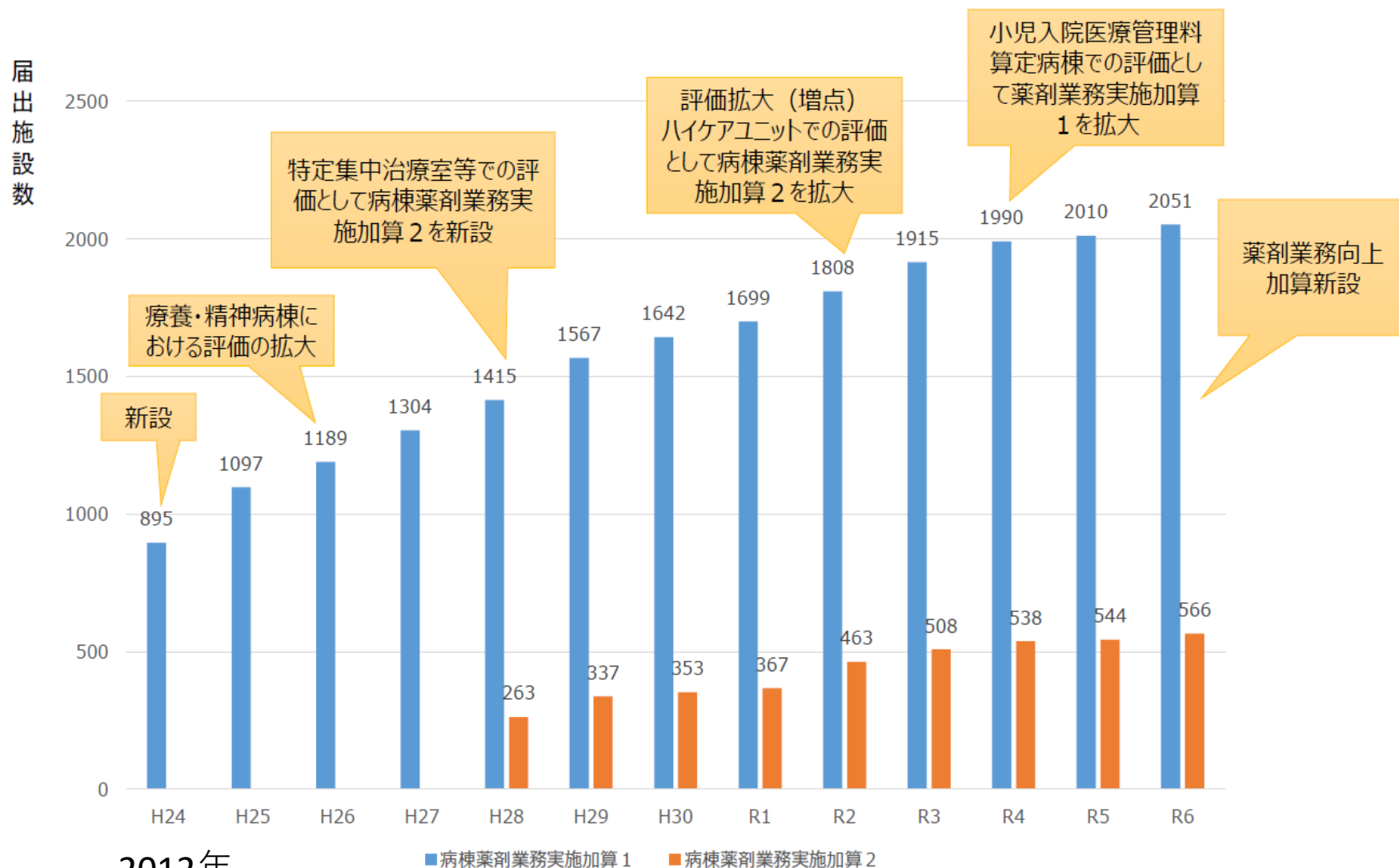
【外来院内処方】（医療機関で医薬品を交付）	【院外処方】（一般的な薬局で調剤）
調剤技術基本料2 14点	調剤基本料1 45点
調剤料1イ 11点 〔 剤数によらず、1処方当たりの点数は固定 〕	薬剤調製料1 48点 〔 24点×2剤 〕
薬剤情報提供料 4点	調剤管理料1ハ 100点 〔 50点×2剤 〕
手帳記載加算 3点	服薬管理指導料1 45点
計 32点（ 320円）	7倍の格差 計 238点（2,380円）

夜間・休日等の評価（夜間をはじめとする医療提供体制が乏しくなる時間帯の医療提供への評価）

【院内処方】（医療機関で医薬品を交付）	【院外処方】（一般的な薬局）
評価なし	夜間・休日等加算 40点

病棟薬剤業務実施加算の算定状況

○ 平成24年に新設以降、病棟薬剤業務実施加算の届出施設数は増加している。



2012年

2016年 特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

- 高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

現行	
病棟薬剤業務実施加算(週1回)	100点



改定後	
病棟薬剤業務実施加算1(週1回)	100点
(新) 病棟薬剤業務実施加算2(1日につき)	80点



〔病棟薬剤業務実施加算2の主な算定要件〕

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料又は総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。
- ③ 病棟薬剤業務を行う専任の薬剤師が、算定を行う治療室等に配置されており、1週間につき20時間以上病棟薬剤業務を実施していること。

- 併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合(430点)」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合(325点)」に統合する。

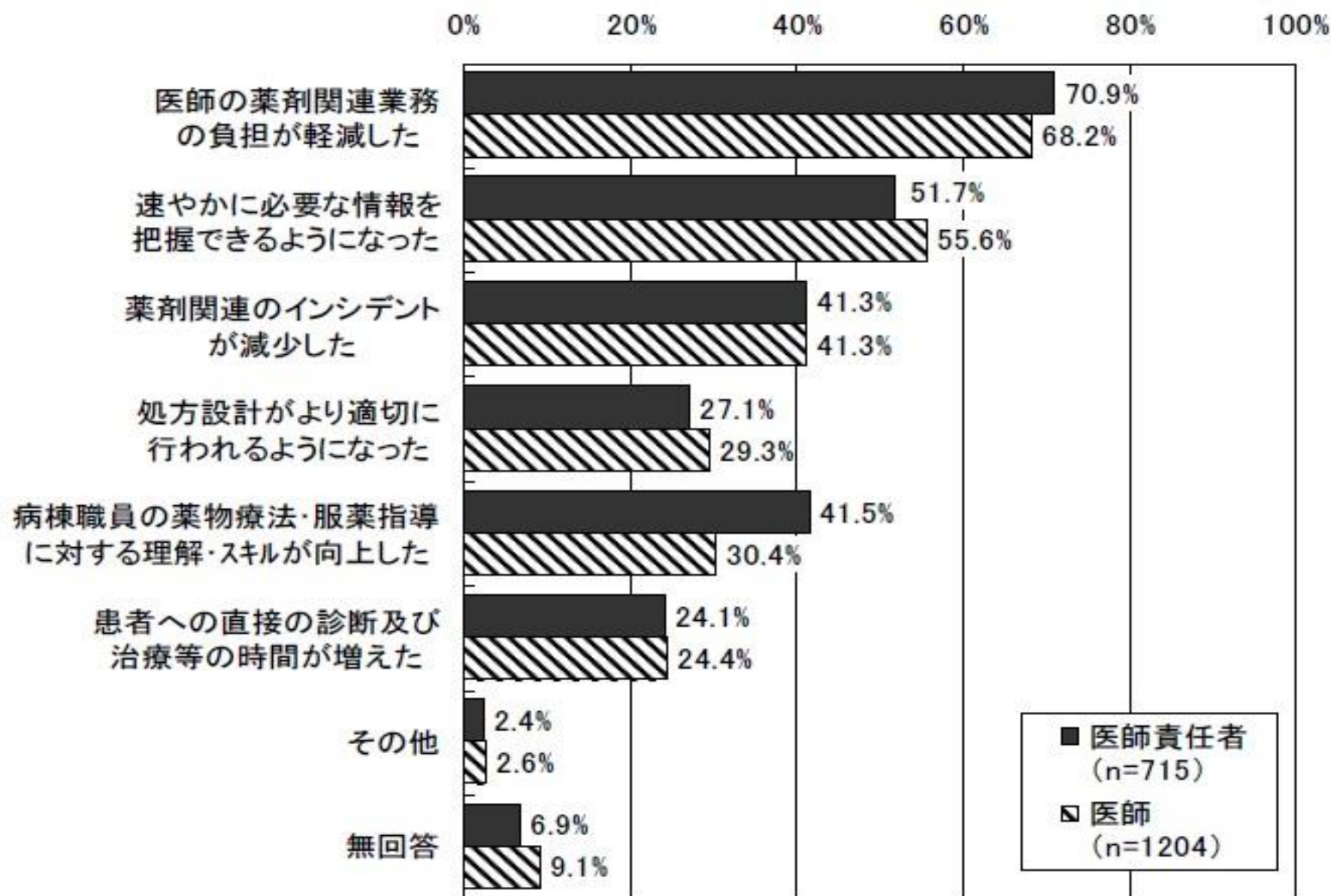
現行	
【薬剤管理指導料】	
1 救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合	430点
2 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合(1に該当する場合を除く。)	380点
3 1及び2の患者以外の患者に対して行う場合	325点



改定後	
【薬剤管理指導料】	
(削除)	
1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	380点
2 1の患者以外の患者に対して行う場合	325点

図表 280 薬剤師が病棟へ配置されたことによる影響（配置前との比較）

（病棟に薬剤師が配置されている病棟の医師、複数回答）



2024年

薬剤師の養成強化による病棟薬剤業務の向上

薬剤業務向上加算の新設

- 病棟薬剤業務実施加算1（120点/週1回）について、免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修体制を有するとともに、都道府県との協力の下で薬剤師が別の医療機関において地域医療に係る業務等を実践的に修得する体制を整備している医療機関が、病棟薬剤業務を実施する場合の加算を新設する。

(新) 薬剤業務向上加算 100点(週1回)



[算定要件]

病棟薬剤業務の質の向上を図るための薬剤師の研修体制その他の事項につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関に入院している患者であって、病棟薬剤業務実施加算1を算定しているものについて、薬剤業務向上加算として、週1回に限り所定点数に加算する。

[主な施設基準]

- (1) 免許取得直後の薬剤師を対象とした病棟業務等に係る総合的な研修が実施されていることとして以下の要件を満たすこと。
 - ア 研修を総括する責任者の配置及び研修の計画、実施等に関して検討するための委員会が設置されている
 - イ 十分な指導能力を有する常勤薬剤師が研修を受ける薬剤師の指導に当たっている
 - ウ 研修を受ける薬剤師の研修内容を定期的に評価・伝達する体制の整備及び研修修了判定が適切に実施されている
 - エ 調剤、病棟薬剤業務、チーム医療、医薬品情報管理等を広く修得できる研修プログラムに基づき研修を実施している
 - オ 研修プログラムを医療機関のウェブサイト等で公開するとともに、定期的に研修の実施状況の評価及び研修プログラムの見直しを実施している
- (2) 都道府県における薬剤師確保の取組を実施する部署と連携して自施設の薬剤師を他の保険医療機関（特別の関係にある保険医療機関を除く。）へ出向を実施させる体制として、以下の要件を満たすこと。
 - ア 出向先は、薬剤師が不足している地域において病棟業務やチーム医療等の業務の充実が必要な保険医療機関である
 - イ 出向する薬剤師は、概ね3年以上の病院勤務経験を有し、当該保険医療機関において概ね1年以上勤務している常勤の薬剤師である
 - ウ 出向先の保険医療機関及び都道府県における薬剤師確保の取組を担当する部署との協議の上で、出向に関する具体的な計画が策定されている
- (3) 特定機能病院若しくは急性期充実体制加算1、2に係る届出を行っている保険医療機関であること。

薬剤業務向上加算 算定状況②

- 今後の薬剤業務向上加算の算定予定施設数としては、令和7年度以降にかけて増加する見込みである。
- 一方で、68%弱の施設が算定予定が見込めておらず、その理由は「地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない」が60%超と最も多かった。

(1) 令和6年度診療報酬改定特別調査より

	事項	施設数
1	特定機能病院である	75
2	急性期充実体制加算1	183
3	急性期充実体制加算2	32
	合計	290

(2) 薬剤業務向上加算の算定状況について

	事項	施設数
1	算定している	17
2	令和6年度中に算定予定	11
3	令和7年度以降に算定予定	65
4	算定の予定はない	194

93

(3) 薬剤業務向上加算の算定の予定がない理由は何ですか？（複数回答）

	事項	施設数
1	病棟薬剤業務実施加算の届出している施設ではない	13
2	研修を実施する体制が整備できない	48
3	地域の医療機関に出向する薬剤師が確保できない	120
4	出向する医療機関がない	29
5	都道府県と連携体制を整備することができない	35
6	その他	7

薬剤業務向上加算 算定状況①

○ 薬剤業務向上加算は、令和6年11月時点で17施設が算定しており、その内訳は特定機能病院が64.7%と最も多かった。

1 2都道府県

薬剤業務向上加算の算定施設(17施設)		令和6年11月現在
宮城県	東北大学病院	
千葉県	千葉メディカルセンター	
	千葉大学医学部附属病院	
	医療法人鉄蕉会亀田総合病院	
神奈川県	昭和大学藤が丘病院	
東京都	日本医科大学付属病院	
	昭和大学病院	
石川県	金沢医科大学病院	
	金沢大学附属病院	
静岡県	聖隷浜松病院	
愛知県	藤田医科大学病院	
大阪府	大阪赤十字病院	
	大阪医科大学病院	
岡山県	倉敷中央病院	
広島県	広島大学病院	
山口県	山口大学医学部附属病院	
長崎県	長崎大学病院	

(1) 内訳（病院機能の届出）

	事項	施設数	%
1	特定機能病院である	11	64.7
2	急性期充実体制加算 1	5	29.4
3	急性期充実体制加算 2	1	5.9
	合計	17	

他県に出向させている医療機関は2施設

(2) 出向終了人数

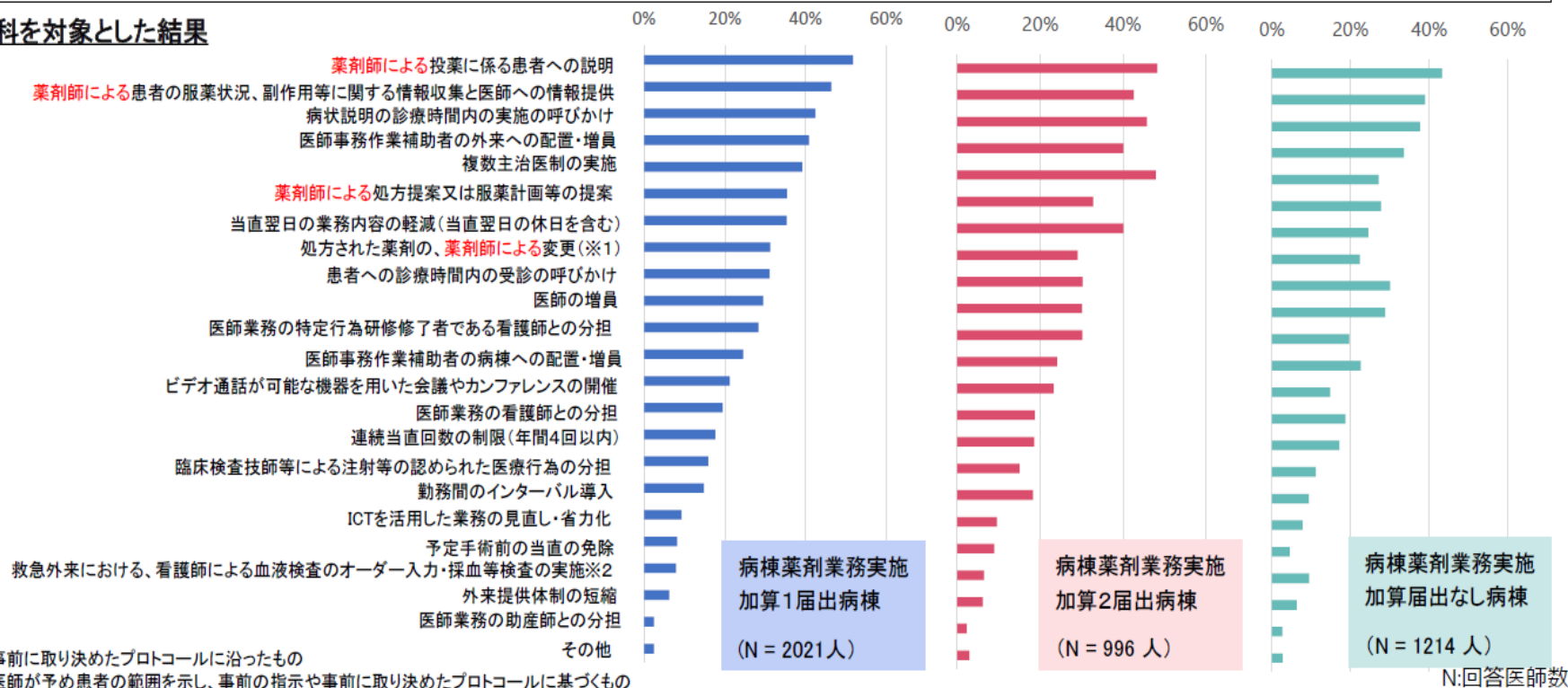
	人数	施設数	%
1	0	7	41.2
2	1	7	41.2
3	2	1	5.9
4	3	2	11.8
	合計	17	

③タスク・シフト/シェア

医師の負担軽減

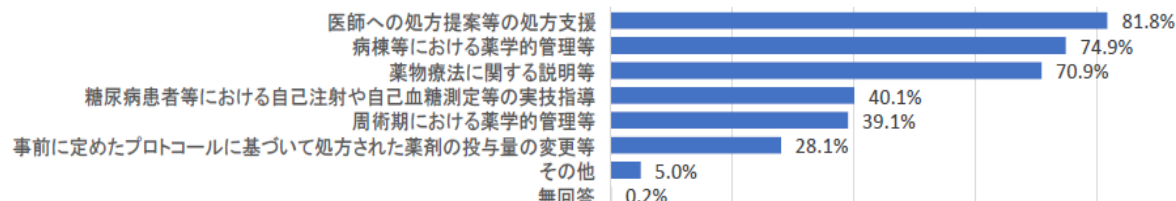
- 所属している診療科で実施している負担軽減策についての回答では、「薬剤師による投薬に係る患者への説明」が病棟薬剤業務実施加算1算定病棟で51.7%、同加算2算定病棟で48.1%、加算届出なし病棟でも43.3%といずれの病棟において最も負担軽減に寄与している結果であった。
- 医師から薬剤師へのタスクシフト/シェアの実施状況としては「医師への処方提案等の処方支援」、「病棟等における薬学的管理等」「薬物治療に関する説明等」への取組が挙げられた。

全診療科を対象とした結果



医師から薬剤師へのタスクシフト/シェアの実施状況

(複数回答可 N=598)



外来腫瘍化学療法診療料の見直し④ (がん薬物療法体制充実加算)

がん薬物療法体制充実加算の新設

- 悪性腫瘍の患者に対する外来における安心・安全な化学療法の実施を推進する観点から、医師が患者に対して診察を行う前に、薬剤師が服薬状況や副作用の発現状況等について収集・評価を行い、医師に情報提供、処方に関する提案等を行った場合の評価を新たに設ける。

(新) がん薬物療法体制充実加算 100点(月1回に限り)

[算定要件]

外来腫瘍化学療法診療料1のイの(1)を算定する患者に対して、当該保険医療機関の医師の指示に基づき薬剤師が、服薬状況、副作用の有無等の情報の収集及び評価を行い、医師の診察前に情報提供や処方の提案等を行った場合に月に1回に限り所定点数に加算する。

[施設基準]

- (1) 化学療法に係る調剤の経験を5年以上有しており、40時間以上のがんに係る適切な研修を修了し、がん患者に対する薬剤管理指導の実績を50症例(複数のがん種であることが望ましい。)以上有する専任の常勤薬剤師が配置されていること。
- (2) 患者の希望に応じて、患者の心理状況及びプライバシーに十分配慮した構造の個室を使用できるように備えていること。
- (3) 薬剤師が、医師の診察前に患者から服薬状況、副作用等の情報収集及び評価を実施し、情報提供や処方提案等を行った上で、医師がそれを踏まえて、より適切な診療方針を立てることができる体制が整備されていること。

※副作用等情報や処方提案等について、薬剤師が「医師の診察前」に共有することで円滑に当日の処方や指示に反映させることができる
※医師の診察にかかる時間を短縮できる

来院・採血

診察前の時間を活用

薬剤師の面談

- ・ **患者情報の収集・評価及び医師との情報共有**
(服薬状況、副作用の有無等)
 - 患者から聴取した情報
 - 薬局から提供された情報
 - 自宅での体調変化等を記録した文書(患者日誌等)による情報
- ・ **診察前の処方提案**
(投与量の変更、支持療法に係る薬剤等)

医師の診察

外来化学療法室で
抗悪性腫瘍剤投与



外来腫瘍化学療法の質向上のための薬剤師の役割

- 外来腫瘍化学療法における薬剤師の役割は、抗悪性腫瘍剤の調製だけでなく、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施し、薬局との情報連携を行うと共に、副作用に対する薬剤の提案等、高度な薬学的管理を実施することが求められている。
- 副作用の発現状況の評価及び処方提案、投与量の評価と提案、患者等への抗悪性腫瘍剤の説明等を薬剤師が実施している割合は高かった。また「**診察前の情報収集と医師への情報提供**」については、約6割の施設で実施されていた。

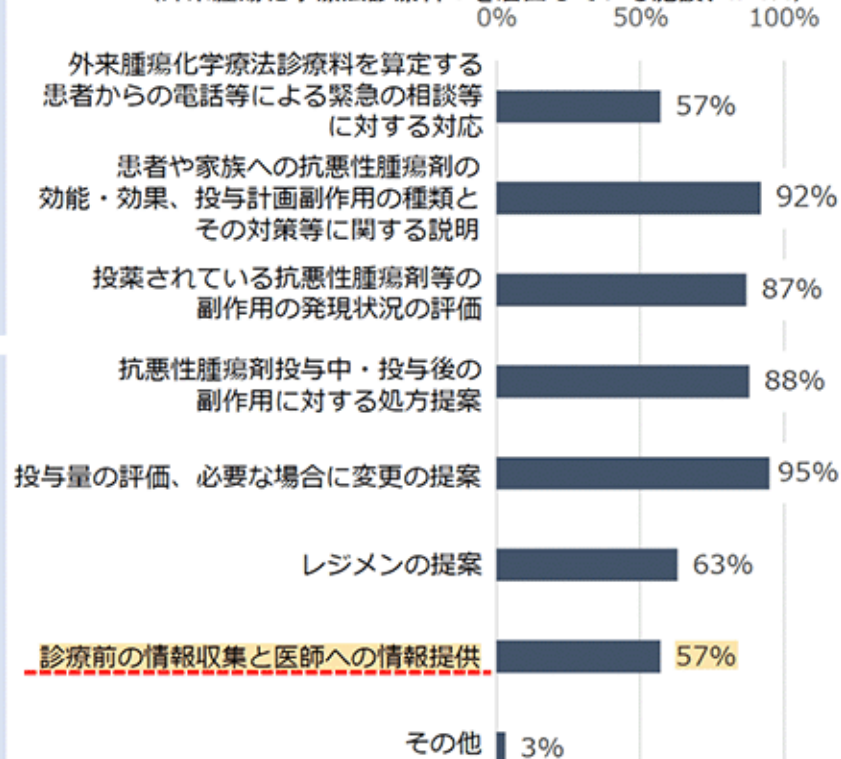
外来腫瘍化学療法診療料の算定要件(薬剤師に関する部分の概要)

- ア 初回、レジメンを変更した際、及び必要に応じて、患者に対して、抗悪性腫瘍剤の効能・効果、投与計画、副作用の種類とその対策、副作用に対する薬剤や医療用麻薬等の使い方、他の薬を服用している場合は薬物相互作用、日常生活での注意点、抗悪性腫瘍剤ばく露の予防方法等について文書により説明を行うこと。
- イ アについては、医師の指示を受けた、抗悪性腫瘍剤に係る業務に従事した経験を有する専任の薬剤師が実施しても差し支えない。ただし、その場合、アに加えて、指導を行った薬剤師が、当該患者の診療を担当する医師に対して、指導内容、過去の治療歴に関する患者情報(患者の投薬歴、副作用歴、アレルギー歴等)、服薬状況、患者からの症状及び不安等の訴えの有無等について医師に報告するとともに、必要に応じて、副作用に対応する薬剤、医療用麻薬等又は抗悪性腫瘍剤の処方に関する提案等を行うこと。

連携充実加算の算定要件(薬剤師に関する部分の概要)

- ア 化学療法の経験を有する専任の医師又は化学療法に係る調剤の経験を有する専任の薬剤師が必要に応じてその他の職種と共同して、患者に注射又は投薬されている抗悪性腫瘍剤等の副作用の発現状況の評価するとともに、副作用の発現状況を記載した治療計画等の治療の進捗に関する文書を患者に交付すること。なお、当該文書に次に掲げる事項が記載されていること。
- イ 治療の状況等を共有することを目的に、交付した治療計画等の治療の進捗に関する文書を他の保険医療機関の医師若しくは薬剤師又は保険薬局の薬剤師に提示するよう患者に指導を行うこと。
- ウ 他の保険医療機関又は保険薬局から服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報が提供された場合には、必要な分析又は評価等を行うこと
- エ 悪性腫瘍の治療を担当する医師の診察に当たっては、あらかじめ薬剤師、看護師等と連携して服薬状況、抗悪性腫瘍剤等の副作用等に関する情報を収集し、診療に活用することが望ましい。

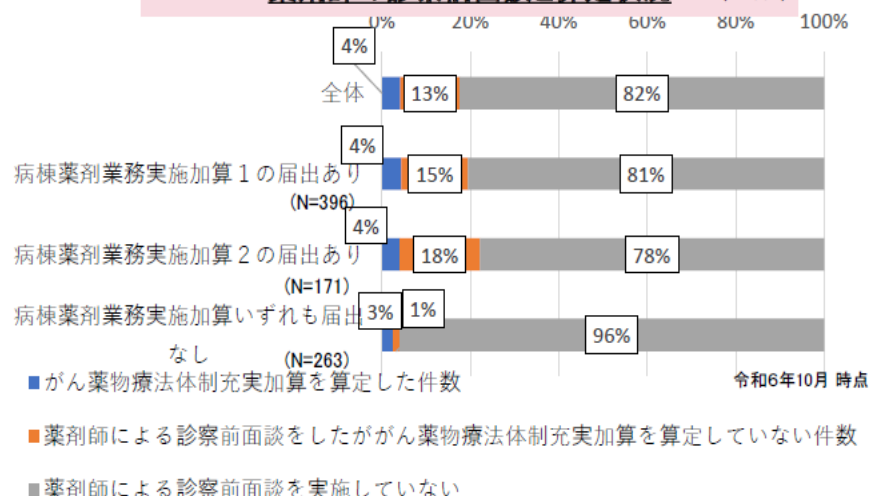
■ 外来腫瘍化学療法に従事する薬剤師が実施している業務 (外来腫瘍化学療法診療料1を届出している施設、n=401)



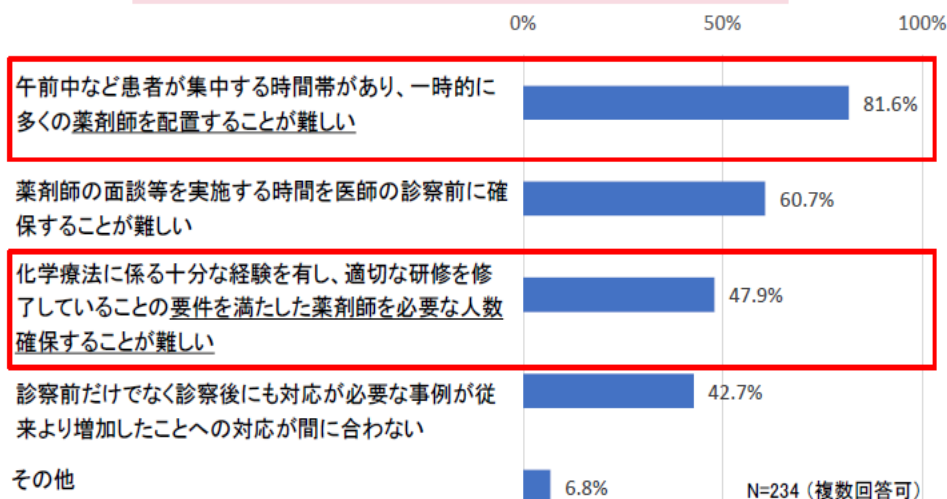
がん薬物療法体制充実加算の算定状況

- 令和6年10月時点におけるがん薬物療法体制充実加算の算定状況は4%と低く、算定に至らないが診察前に面談している割合は全体で13%であった。
- がん薬物療法体制充実加算の届出をしているが、実施するにあたって困難な理由は「午前中など患者が集中する時間帯があり、一時的に薬剤師を配属することが難しい」ことが最も多く8割を超えていた。
- また、がん薬物療法体制充実加算を算定していない理由としては、薬剤師不足や認定薬剤師不足が挙げられた。

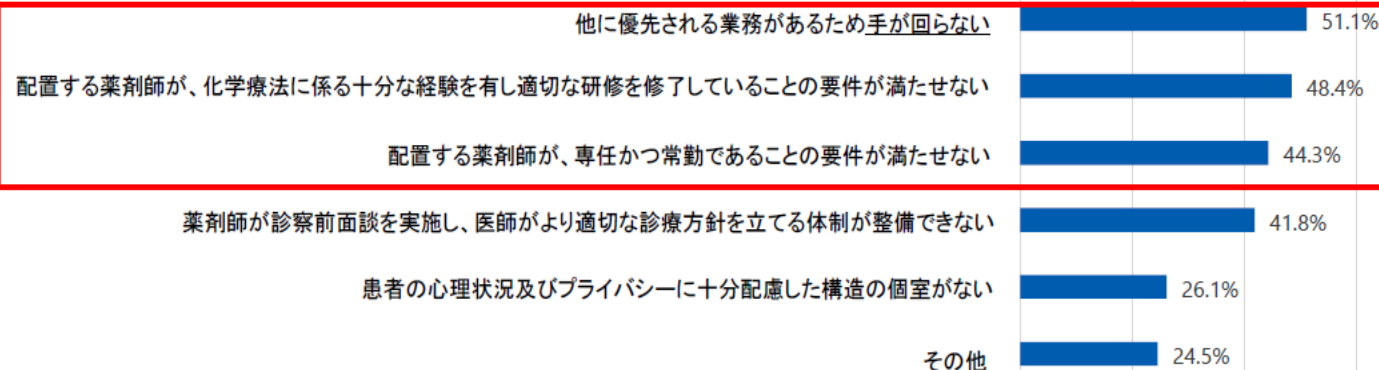
一ヶ月における外来化学療法実施患者に対する 薬剤師の診察前面談と算定状況 (N=662)



がん薬物療法体制充実加算の届出をしているが 実施するにあたって困難な理由



がん薬物療法体制充実加算を届出していない理由



2022年

周術期における薬学的管理の評価の新設

- 薬剤師による周術期の薬物療法に係る医療安全に関する取組の実態を踏まえ、質の高い周術期医療が行われるよう、手術室の薬剤師が病棟の薬剤師と薬学的管理を連携して実施した場合の評価を新設する。

麻酔管理料（Ⅰ）・麻酔管理料（Ⅱ）

2 マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合

（新） 周術期薬剤管理加算 75点

[算定要件]

- ・ 専任の薬剤師が周術期における医療従事者の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する周術期薬剤管理を病棟等において薬剤関連業務を実施している薬剤師等と連携して実施した場合に算定する。
- ・ 周術期薬剤管理とは、次に掲げるものであること。なお、ア及びイについて、その内容を診療録等に記載すること。
 - ア 「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について（令和3年9月30日医政発0930第16号）」の3の3）①等に基づき、周術期の薬学的管理等を実施すること。
 - イ アについては病棟薬剤師等と連携して実施すること。
 - ウ 時間外、休日及び深夜においても、当直等の薬剤師と連携し、安全な周術期薬剤管理が提供できる体制を整備していること。
また、病棟薬剤師等と連携した周術期薬剤管理の実施に当たっては、「根拠に基づいた周術期患者への薬学的管理ならびに手術室における薬剤師業務のチェックリスト」（日本病院薬剤師会）等を参考にすること。

[施設基準の概要]

- ・ 当該保険医療機関内に周術期の薬学的管理を行うにつき必要な専任の薬剤師が配置されていること。
- ・ 病棟薬剤業務実施加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- ・ 周術期薬剤管理に関するプロトコルを整備していること。なお、周術期薬剤管理の実施状況を踏まえ、定期的なプロトコルの見直しを行うこと。
- ・ 周術期薬剤管理加算の施設基準における専任の薬剤師、病棟薬剤業務実施加算の施設基準における専任の薬剤師及び医薬品情報管理室の薬剤師が必要に応じカンファレンス等を行い、各薬剤師が周術期薬剤管理を実施するにつき必要な情報が提供されていること。
- ・ 医薬品の安全使用や、重複投与・相互作用・アレルギーのリスクを回避するための手順等を盛り込んだ薬剤の安全使用に関する手順書（マニュアル）を整備し、必要に応じて当直等の薬剤師と連携を行っていること。

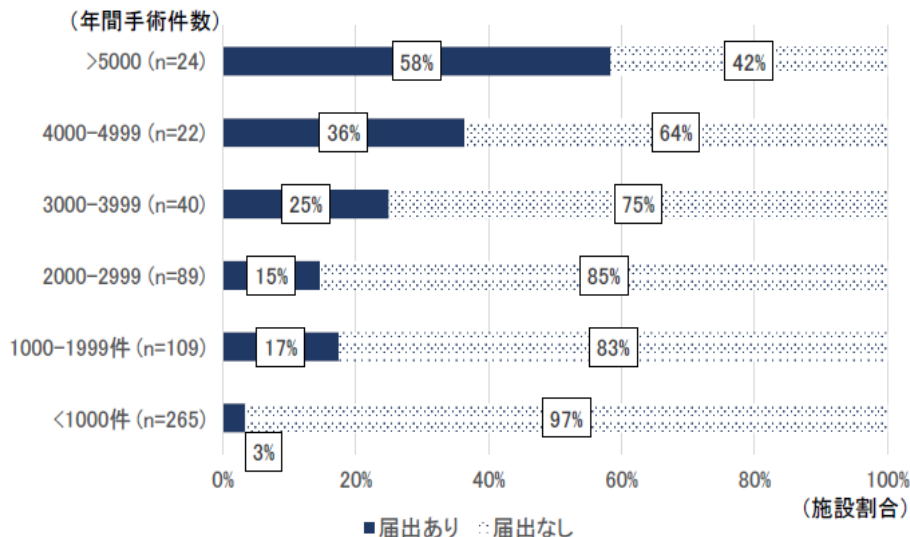
周術期薬剤管理加算の届出状況等

- 令和4年度改定で新設された周術期薬剤管理加算の届出を行っている施設は、全体の約1割であり（729施設中、76施設）、手術件数が多い施設の届出割合が多かった。
- 加算を算定できない理由としては、「専任の薬剤師の配置」を満たせないとの回答が多かった。

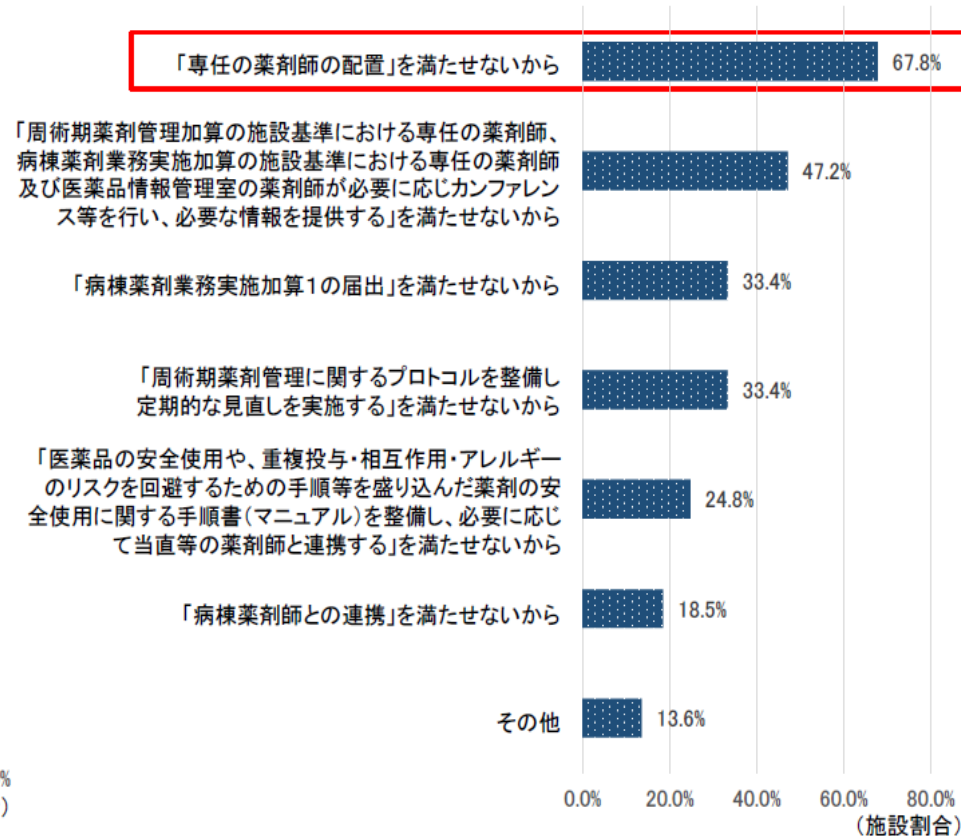
■ 周術期薬剤管理加算の届出の有無 (令和4年11月1日時点) (n=729)

	治療室数	(割合)
届出:有	76	10.4%
届出:無	653	89.6%

■ 年間手術件数別の届出状況



■ 周術期薬剤管理加算を届け出していない理由 (n=653、複数回答)



パート2

薬剤情報連携

①退院時

②入院時以外

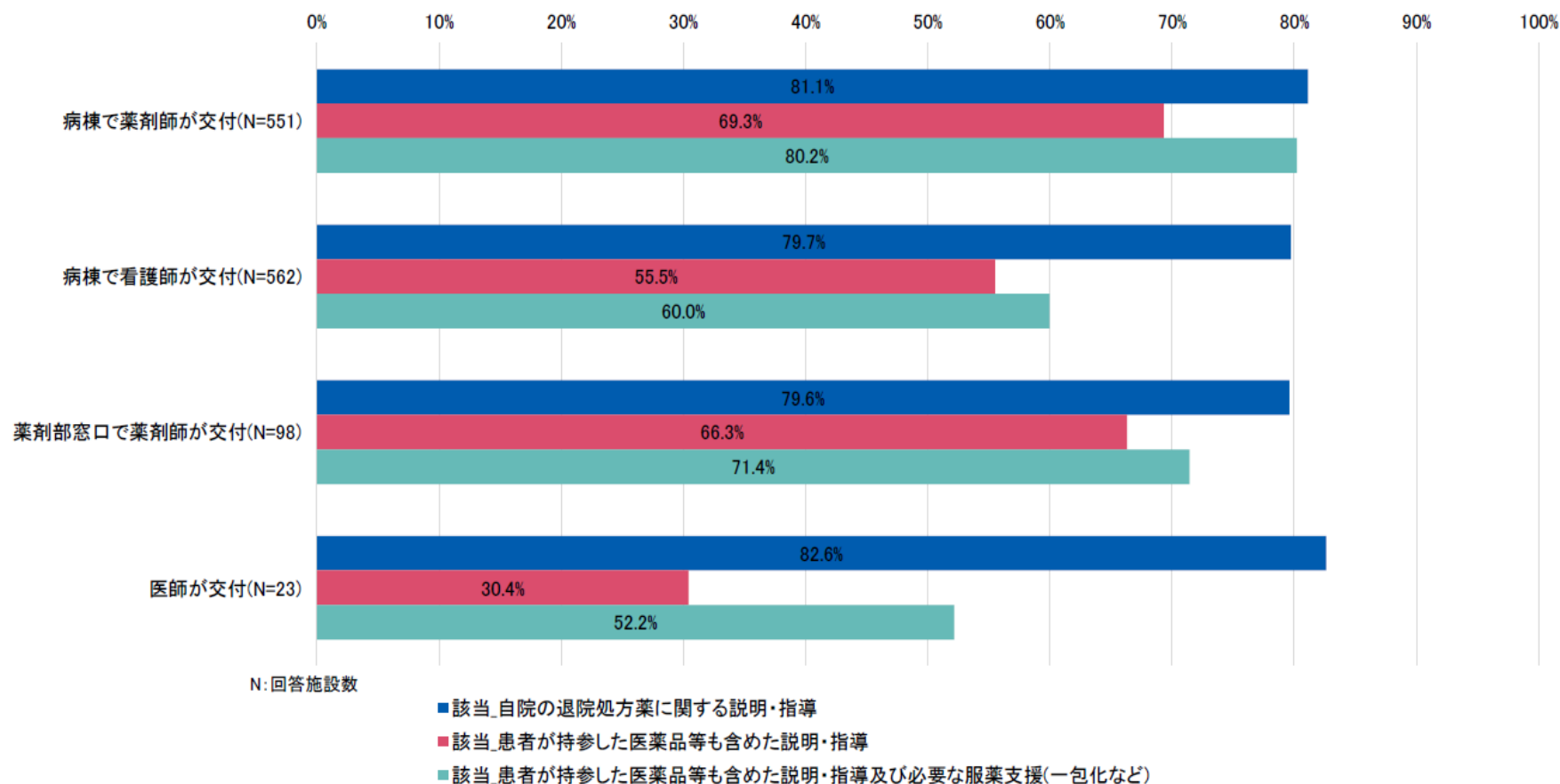
①退院時



退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲

- 退院処方薬の交付方法において、「自院の退院処方について」の指導は、80%以上実施されていた。
- 薬剤師が関与している場合、患者が持参した医薬品等も含めて、説明・指導がなされる割合が高くなる。

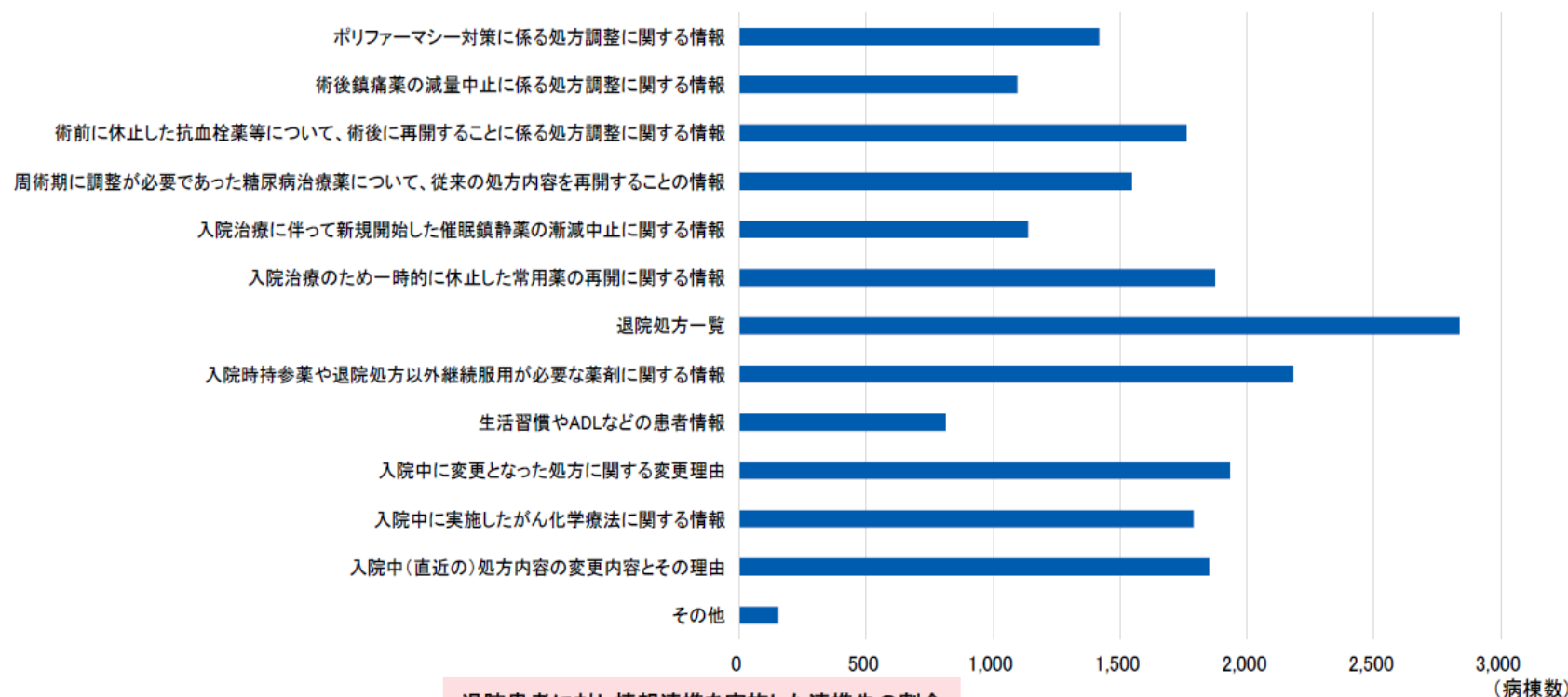
退院処方薬の交付方法別服用に関する指導範囲
(該当)



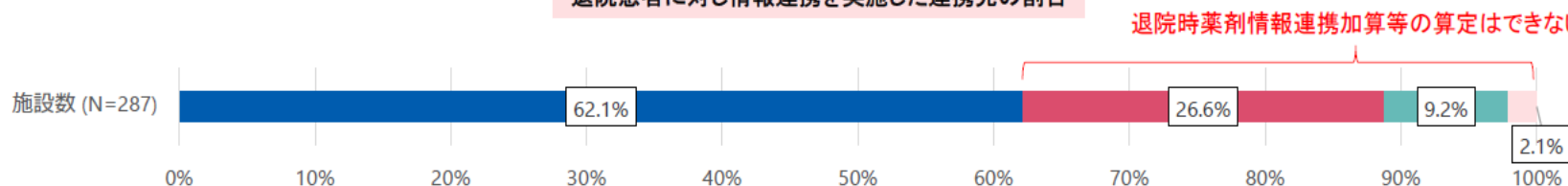
退院時薬剤関連情報連携における実施項目と連携先

- 退院時の薬剤関連情報連携として、急性期・高度急性期病院から最も提供されていた項目は、「退院処方一覧」であった。
- 次いで、「入院時持参薬や退院処方以外に継続服用が必要な薬剤に関する情報」、「入院中に変更となった処方に関する変更理由」が多かった。
- 退院時の薬剤関連情報連携先については、薬局の割合が最も高く、62.1%であり、続いて医療機関が26.6%であった。

退院時薬剤関連情報連携における実施項目



退院患者に対し情報連携を実施した連携先の割合



■情報連携先が薬局の割合 (N=5611) ■情報連携先が医療機関の割合 (N=2401) ■情報連携先が介護施設の割合 (N=831) ■情報連携先がケアマネージャーの割合 (N=186)

出典: 令和6年度入院・外来医療等における実態調査 (病棟調査票(A票)・薬剤部責任者票)

退院時の薬剤に関する情報提供の実施状況

- 退院時薬剤情報連携加算(保険薬局に対する情報提供)の算定回数は、退院時薬剤情報管理指導料と比較すると少ない。
- 退院時薬剤情報連携加算を実施していない施設は63.8%であり、その実施していない理由は他の業務負担や、文書作成の労力が大きいことが続いた。また、情報提供先の薬局が不明であることや、医療機関のため対象外であることなどの理由も挙げられた。

退院時の薬剤に関する情報提供の評価

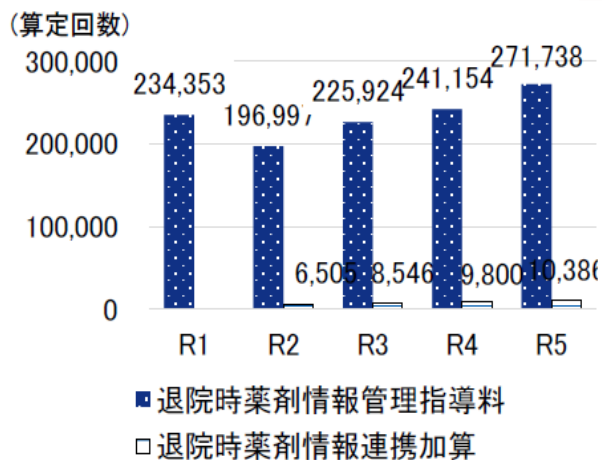
① 退院時薬剤情報管理指導料(90点・退院時1回)

- ア. 患者の入院時に、必要に応じ保険薬局に照会するなどして薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等を確認する。
- イ. 患者の退院に際して、当該患者又はその家族等に、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行う。
- ウ. 退院後の療養を担う保険薬局等で必要な服薬の状況及び投薬上の工夫に関する情報について、手帳に記載する。

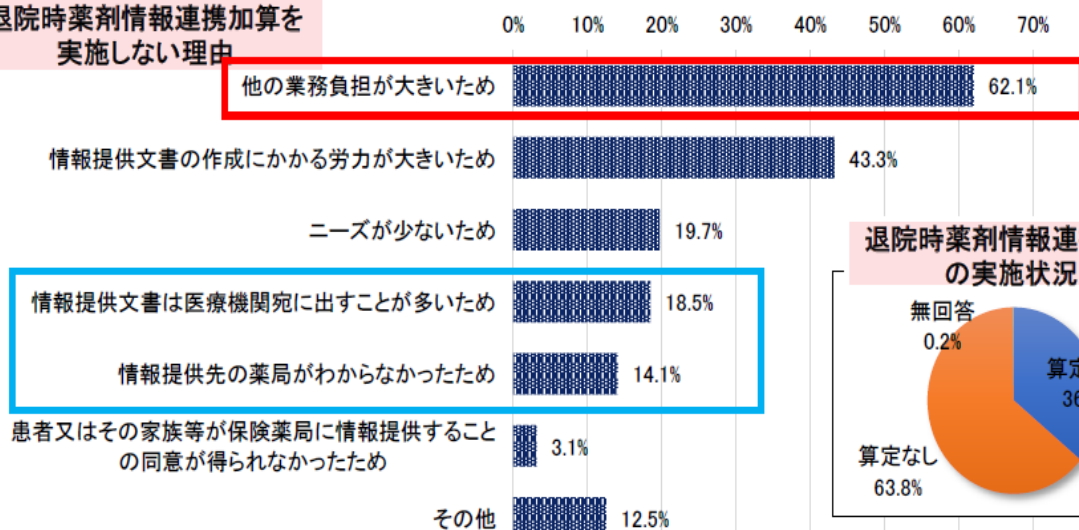
② 退院時薬剤情報連携加算(60点・退院時1回)

- ア. 入院前の内服薬の変更又は中止した患者について、保険薬局に対して文書により当該患者の状況を情報提供する。
- イ. 保険薬局への情報提供に当たっては、「薬剤管理サマリー」(日本病院薬剤師会)等の様式を参照して情報提供文書を作成する。

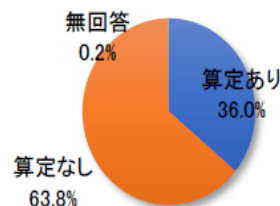
退院時薬剤情報管理指導料等¹⁾



退院時薬剤情報連携加算を実施しない理由



退院時薬剤情報連携加算の実施状況



②入院時以外

外来がん化学療法の病院・薬局間連携

- 質の高い外来がん化学療法を実施するため、病院薬剤師と薬局薬剤師間の連携体制を評価している。
- 連携充実加算、特定薬剤管理指導加算2ともに微増傾向である。

医療機関



患者の状態に合わせた
栄養食事指導



管理栄養士



レジメン（治療
内容）を提供、
他の医療機関
に提示するよう
指導



病院薬剤師

質の高い外来がん化学療法の評価

連携充実加算 150点(月1回)

- 患者にレジメン（治療内容）を提供し、患者の状態を踏まえた必要な指導を行うとともに、**地域の薬局薬剤師を対象とした研修会の実施等の連携体制を整備している**場合の評価を新設。

薬局



薬局薬剤師

連携

レジメン情報等に基づく服薬指導、医療機関へ必要な情報をフィードバック

薬局でのレジメンを活用した 薬学的管理等の評価

特定薬剤管理指導加算2

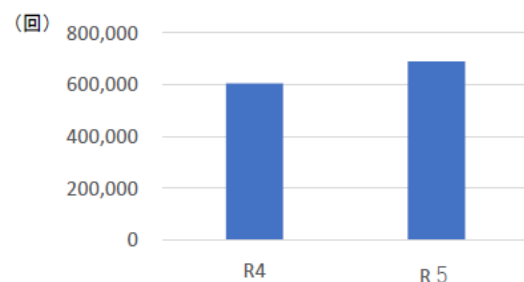
100点(月1回)

調剤
報酬

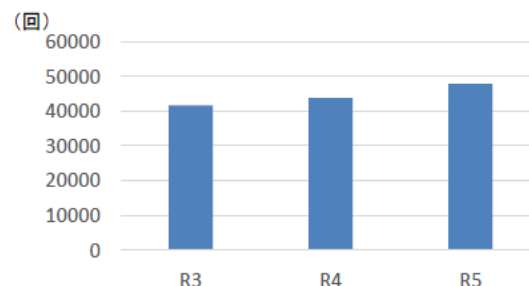
以下の取組を評価

- 患者のレジメン等を把握した上で必要な服薬指導を実施
- **次回の診療時までの患者の状況を確認し、その結果を医療機関に情報提供**

連携充実加算 算定回数



特定薬剤管理指導加算2 算定回数



パート3 ポリファーマシー



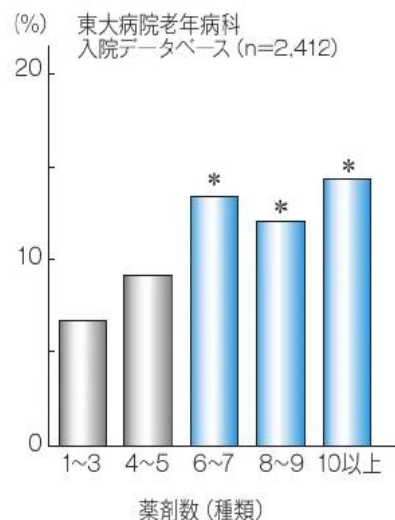
ポリファーマシーが高齢者に与える影響

- ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す(多剤服用の中でも害をなすもの=ポリファーマシー)
- 高齢者では、6種類以上の投薬により、有害事象の発生が有意に増加したというデータがある。

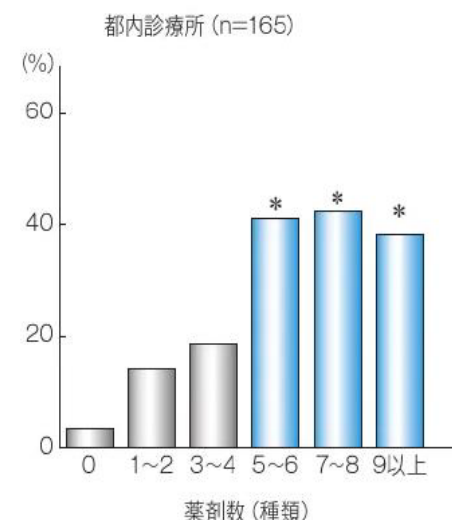
多くの因子が高齢者における薬物有害作用増加に関連しており、表にまとめた。そのうち最も重要なのは、薬物動態の加齢変化に基づく薬物感受性の増大と、服用薬剤数の増加である。

疾患上の要因	複数の疾患を有する→多剤併用、併科受診 慢性疾患が多い→長期服用 症候が非定型的→誤診に基づく誤投薬、対症療法による多剤併用
機能上の要因	臓器予備能の低下(薬物動態の加齢変化)→過量投与 認知機能、視力・聴力の低下→アドヒアランス低下、誤服用、症状発現の遅れ
社会的要因	過少医療→投薬中断

1) 薬物有害事象の頻度



2) 転倒の発生頻度



(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

(Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30. より引用)



高齢者が抱える多剤服用の具体的問題

患者が抱える問題	- 複数の医療機関の受診により、患者自身が処方状況を管理できていない。 - 処方薬増加に伴い副作用が起こりやすくなることを把握していない。 - 患者自身がポリファーマシー状態にあることを把握していない。
医学的問題	- 高齢者は生活習慣病や老年症候群が重なりやすい。 - 治療や症状緩和のため、薬の処方が増え、副作用や相互作用のリスクが高まる。 - 重複処方による副作用や相互作用のリスク。
社会的問題	- 複数の診療科や医療機関の受診で、処方薬の全体が把握されず、管理が難しくなる。 - 医療関係者間の連携が取れていない。

令和6年12月11日第19回高齢者医薬品適正使用検討会参考資料4

高齢入院患者で薬剤数と薬物有害事象との関係を解析した報告によると、6種類以上で**薬物有害事象のリスク**は特に増加するようである1)。また、外来患者で薬剤数と転倒の発生を解析した研究では、5種類以上で**転倒の発生率**が高かった2)。

1) Kojima T, Akishita M, Kameyama Y, et al: High risk of adverse drug reactions in elderly patients taking six or more drugs: analysis of inpatient database. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2

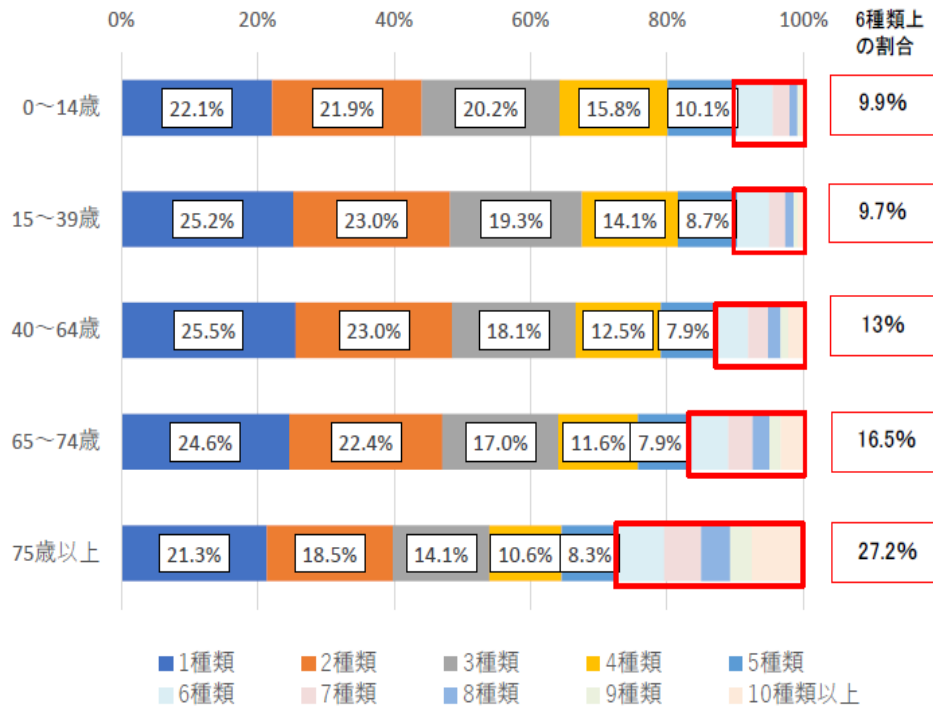
2) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, et al: Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 425-30

出典) 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015 (日本老年医学会)

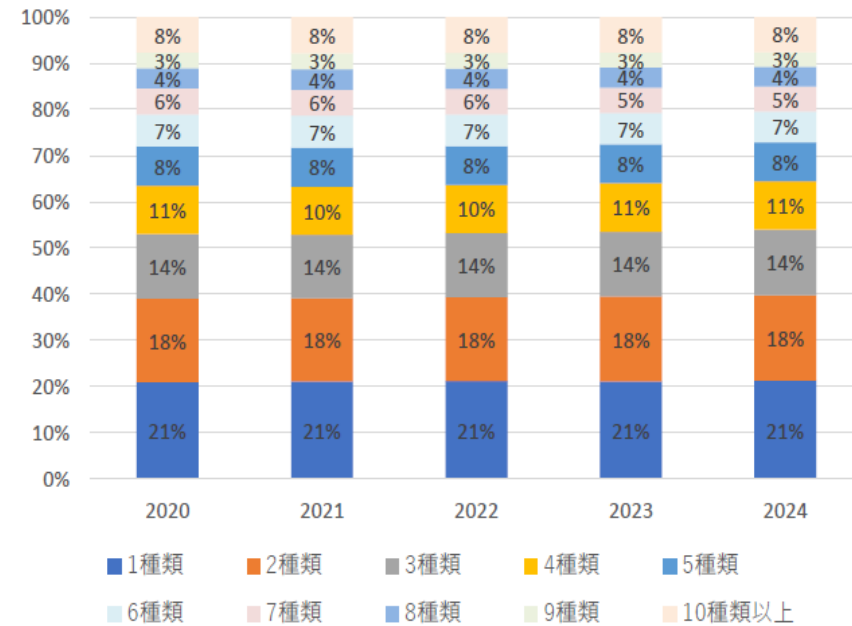
年齢階級別にみた薬剤種類数

- 高齢になるほど、服用薬剤種類数の多い患者の割合が増加する傾向がある。
- 年次推移をみると、75歳以上で6種類以上服用している患者の割合は変化がみられなかった。

2024年7月における
年齢別服用薬剤種類数



75歳以上の服用薬剤種類内訳の推移



各年7月における1患者あたりの服用薬剤数

出典：NDB各年7月時点集計データより保険局医療課作成

ポリファーマシーに対する取組に係る診療報酬上の評価

1. 医療機関における取組の評価

○入院患者に対するポリファーマシー解消の取組の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、入院中に内服薬の総合的な評価及び処方内容の変更の評価と、減薬に至った場合を評価

【入院時】

6種類以上の内服薬

医療機関

薬剤総合評価調整加算

多職種連携によって
・内服薬の総合的な評価
・処方内容を変更した場合
→100点

更に

薬剤調整加算

退院時に2種類以上の減薬に至った場合
→150点



○外来/在宅患者に対する減薬の評価

- 多剤服薬を行っている患者に対して、外来受診時に内服薬の総合的な評価調整し、減薬に至った場合を評価



【外来受診時】
6種類以上の内服薬

患者



医療機関

連携管理加算

薬局へ
結果報告
→50点

薬剤総合評価調整管理料

処方内容を総合的に評価調整し、
2種類以上の減薬に至った場合
→250点

薬局



※ポリファーマシーとは、単に服用する薬剤数が多いことではなく、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服薬過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態を指す（多剤服用の中でも害をなすもの＝ポリファーマシー）

2. 薬局における取組の評価

調剤報酬

○薬局における減薬の取組の評価

- 薬局が医師に減薬の提案を行い、その結果処方される内服薬が2種類以上減少した場合の評価

患者

6種類以上の内服薬

薬局

①減薬の提案（文書）

②2種類以上減薬（処方箋）

服用薬剤調整支援料1



医療機関

→125点

○複数医療機関の処方による重複投薬解消の提案の評価

- 薬局が患者の服用薬を一元的に把握し、複数医療機関の処方による重複投薬等の解消の提案した場合の評価

患者

複数医療機関からの
処方（6種類以上）

①服用薬の一元的把握

処方箋

処方箋

②重複投薬解消の
提案（文書）



医療機関

薬局

服用薬剤調整支援料2

→110点※・90点

※重複投薬の解消に係る実績がある薬局の場合

○重複投薬等に関する疑義照会等に関する評価

- 薬歴等に基づき、重複投薬、相互作用の防止等の目的で、薬剤師が処方医へ疑義照会等を行い、処方内容が変更された場合の評価

重複投薬・相互作用等防止加算（減薬調整以外）
在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料（減薬調整以外）

→40点

入院中のポリファーマシー対策の実施状況等

- 薬剤総合評価調整加算を算定していない理由としては、「入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため」が最も多かった。2種類以上減少に至っている割合は16.7%であるが、1種類以上減少している割合は34.1%であった。
- 入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由として、「入院期間が短いこと」、「処方の変更に対する反応を確認しながら1剤ずつ減量する必要があるため」が多かった。

薬剤総合評価調整加算を算定していない理由

0 100 200 300 400 500 600 700 800

入院期間中に2種類以上の減薬を実施することが難しいため

持参薬等の他院処方への介入であり、自院から退院時の処方をしないため

減薬を実施した場合であっても、その状態が4週間以上継続することが見込めないため

前回の加算算定日が不明であるため

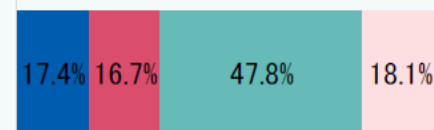
その他

- 病棟薬剤業務実施加算1の届出あり
- 病棟薬剤業務実施加算2の届出あり
- 病棟薬剤業務実施加算いずれも届出なし

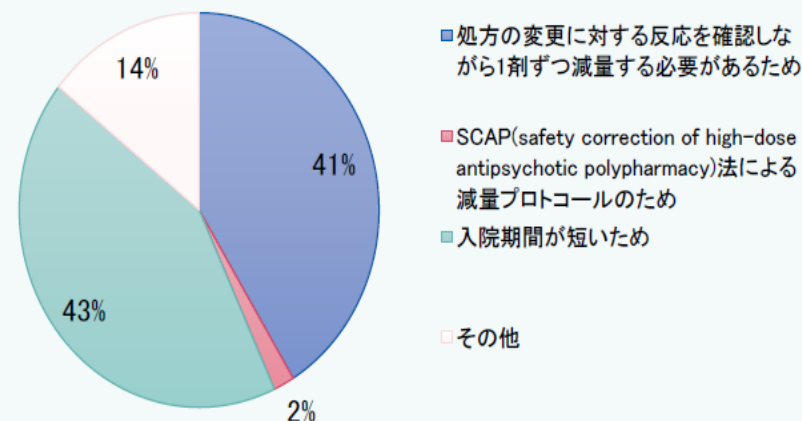
ポリファーマシー対策の介入による退院時処方薬剤数の増減割合

- 1種類減少 (N=4613)
- 2種類以上減少 (N=4426)
- 変化なし (N=12633)
- 増加 (N=4781)

退院時に処方した薬剤数の増減件数



入院中に2種類以上の減薬を実施することが難しい理由



病院でポリファーマシー対策が普及しない主たる要因

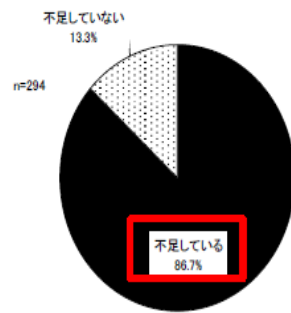
令和6年6月21日
第18回高齢者医薬品適正使用検討会
参考資料1 一部改変

- 病院でポリファーマシー対策を行わない主たる要因は、「人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を作れない」が84.5%で最も割合が高く、ついで「医師が自科以外の処方薬を調整することが難しい」(83.8%)であった。
- ポリファーマシー対策を行う人員が不足していると感じている施設は86.7%であり、その不足していると考えられる職種は薬剤師が最も多く95.3%であった。

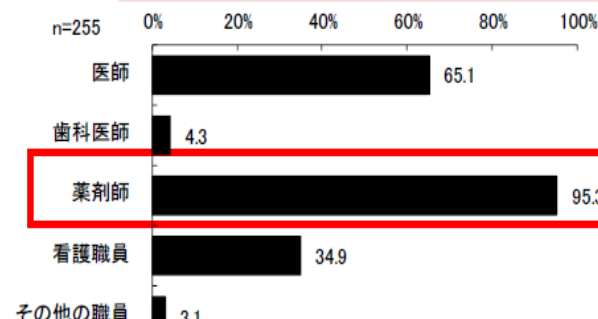
ポリファーマシー対策を始められない・進められない主たる要因



ポリファーマシー対策を行う人員が不足しているか



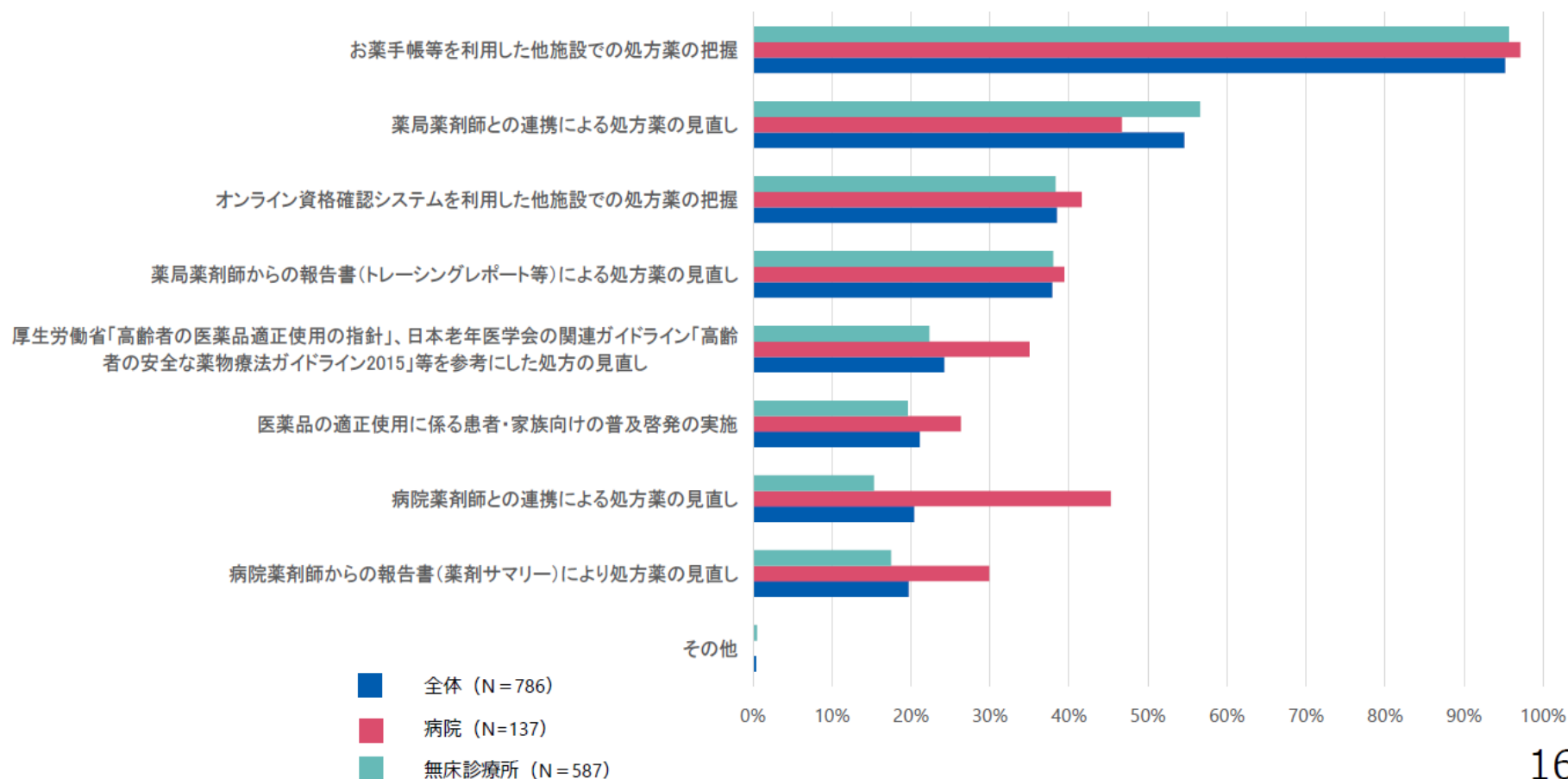
不足していると考えられる職種



医療機関における高齢者医薬品適正使用の取組実施状況

- 医療機関において、高齢者医薬品適正使用についての取組として「お薬手帳を利用した他施設での処方薬の把握」が最も多かった。
- お薬手帳以外では、診療所では薬局薬剤師との連携やトレーシングレポート等の報告書活用が多いが、病院では「薬局薬剤師との連携による処方薬の見直し」と「病院薬剤師との連携による処方薬の見直し」が多い。

高齢者医薬品適正使用についての取組みにおいて自施設で実施しているもの

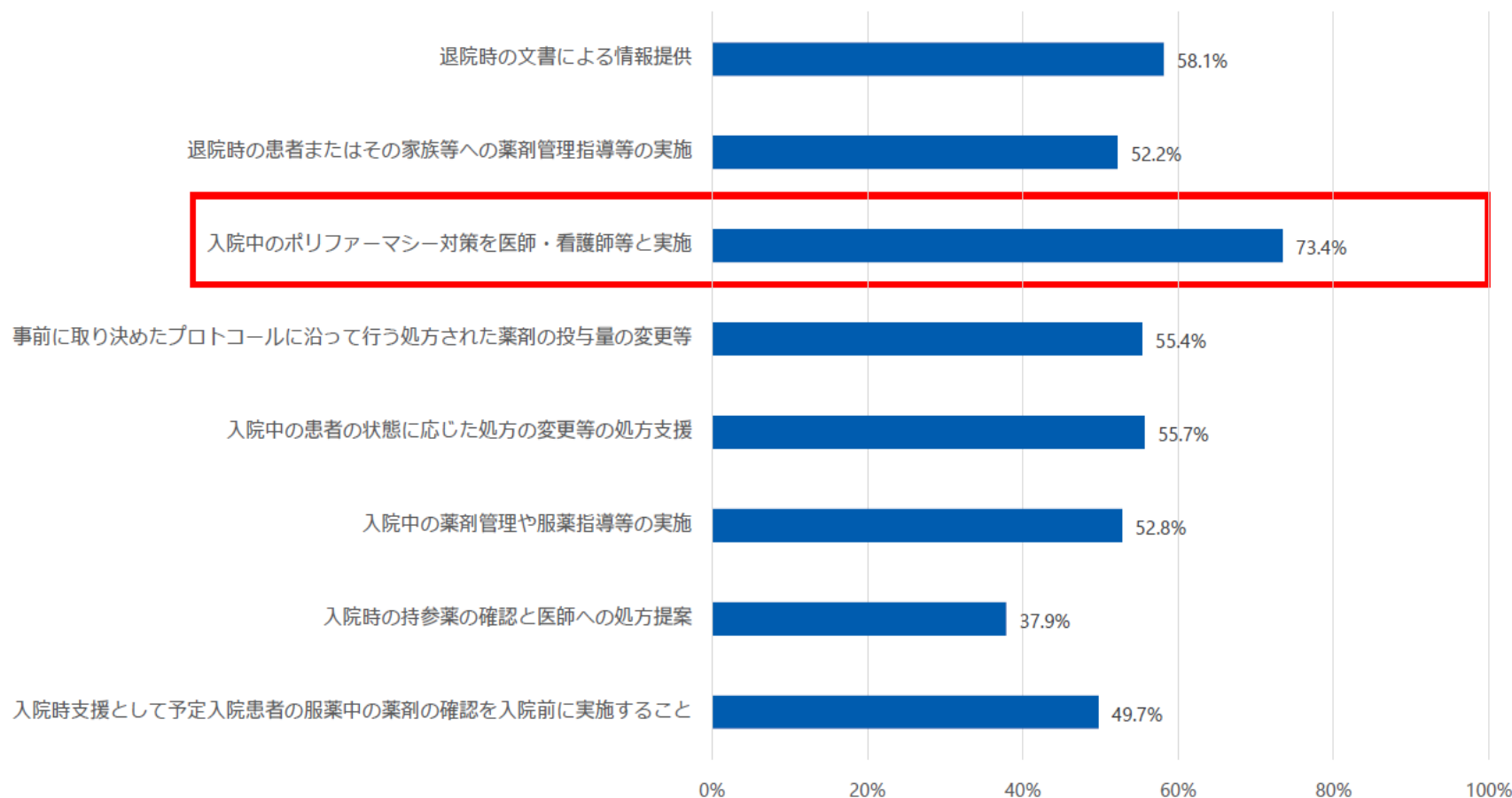


病院の薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる業務

- 病棟薬剤業務において、今後さらなる充実が求められる業務として最も多かった項目は、「入院中のポリファーマシー対策を医師・看護師等と実施」する業務であった。

薬剤師による薬学管理として、さらなる充実が求められる内容

N=4123施設



出典：令和6年度入院・外来医療等における実態調査（病棟調査票A～C）

薬局のポリファーマシー対策の評価と実施状況

- 薬局におけるポリファーマシー対策について、医療機関への減薬の提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料1」、服用薬を一元的把握し、重複投薬等の解消提案に対する評価として「服用薬剤調製支援料2」、重複投薬等に関する疑義照会に対する評価として「重複投薬・相互作用等防止加算」がある。
- 算定状況は、いずれも年々増加傾向である。

薬局のポリファーマシーに対する取組の評価

調剤
報酬

①服用薬剤調整支援料1(月1回 125点)

6種類以上の内服薬が処方されていたものについて、保険薬剤師が文書を用いて提案し、当該患者に調剤する内服薬が2種類以上減少した場合に、月1回に限り所定点数を算定する。

②服用薬剤調整支援料2(イ 重複投薬の実績のある薬局 110点 ロ それ以外90点)

複数の保険医療機関より6種類以上の内服薬が処方されていた患者に対して患者の求めに応じて

- 1 当該患者の服用中の薬剤について一元的把握を行う
- 2 重複投薬等のおそれがある場合には、重複投薬等の解消に係る提案(※)を検討し、当該提案や服用薬剤の一覧を含む報告書を作成し、処方医に送付した場合に算定

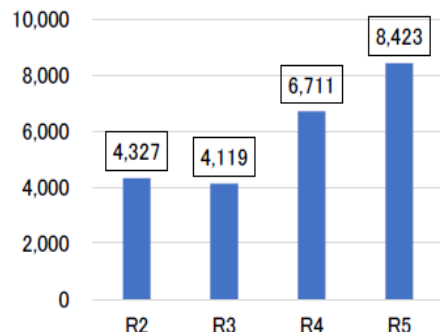
(※ 重複投薬の状況や副作用の可能性等を踏まえ、患者に処方される薬剤の種類数の減少に係る提案)

③ 重複投薬・相互作用等防止加算(残薬調整以外)(40点)

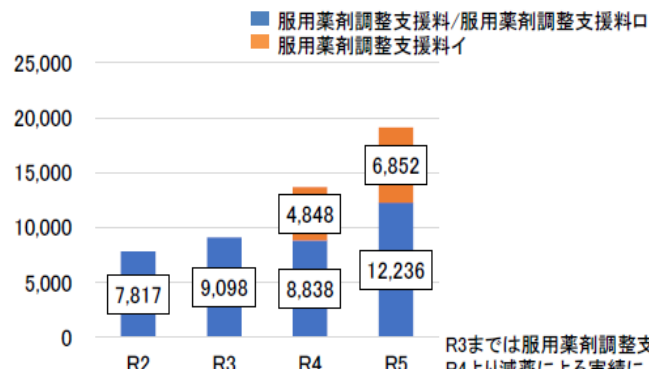
薬剤服用歴等又は患者およびその家族等からの情報等に基づき、処方医に対して連絡・確認を行い、処方の変更が行われた場合に算定。

- イ 併用薬との重複投薬
- ロ 併用薬、飲食物等との相互作用
- ハ 薬学的観点から必要と認める事項

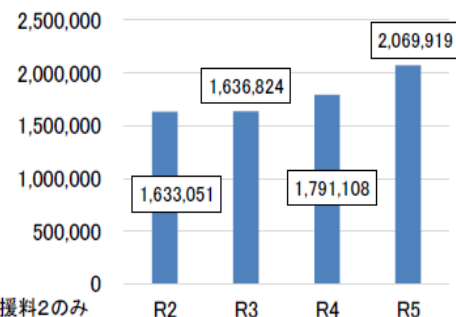
服用薬剤調整支援料1



服用薬剤調整支援料2



重複投薬・相互作用等防止加算
(薬剤服用歴管理指導料・残薬以外)



R3までは服用薬剤調整支援料2のみ
R4より減薬による実績による評価が追加

NDBオープン
データより保険
局医療課作成

○高齢者施設において、誤薬・医療安全の観点、患者本人への負担の軽減、与薬による職員負担の軽減から服薬簡素化提言が提唱されている。

高齢者施設の服薬簡素化提言

【提言1】服薬回数を減らすことには多くのメリットがある。

服薬回数を減らすと、誤薬リスクの低下と医療安全の向上に加えて、入所者/入居者にとっては服薬負担の軽減と服薬アドヒアランスの向上、施設職員にとっては与薬負担の軽減と勤務の平準化が期待できる。

【提言2】服薬は昼1回に：昼にまとめられる場合は積極的に検討する

施設職員の多い昼の時間帯に服薬を集約することで、さらなるメリットが期待できる。昼服用に適さない薬剤もあり、また療養場所が変わったときには再度の見通しが必要になるなど制限もある。

高齢者施設の服薬簡素化フローチャート

処方と服薬回数の見直し。必要時多職種での経過観察と服薬状況の把握、服薬簡素化の必要性の確認を行う

- ステップ1: 服薬簡素化の対象となる薬剤の特定
- ステップ2: 服薬簡素化の実施可能性を検討
- ステップ3: 多職種で変更の協議
- ステップ4: 本人やキーパーソンへの説明
- ステップ5: 処方変更の実施
- ステップ6: 継続的な経過観察・多職種で評価

ステップ7: 退所・退居、入院先に服薬簡素化の旨を情報共有



服薬簡素化のイメージ



現状と課題

(病院薬剤師の人数)

- 全国的に、薬局薬剤師の偏在指標よりも、病院薬剤師の偏在指標は低い。薬剤師の従事先の年次推移からも、薬局への従事に比して、病院への従事は少ない。

(タスク・シフト/シェア)

- タスク・シフト/シェアについては、周術期薬剤管理加算（R4）や、がん薬物療法体制充実加算（R6）などの病院薬剤師業務関連の算定項目を設け始めたところであるが、薬剤師不足などにより、現時点では急激な拡充には至っていない。

(薬剤情報連携)

- 退院時の薬剤情報連携については、退院時薬剤情報管理指導料の評価項目を設けているが、算定要件が保険薬局への情報提供時に限定され、転院時の医療機関への情報提供等については評価の対象となっていない。

(ポリファーマシー対策)

- 「（認知症）地域包括診療料・加算」における「薬剤適正使用連携加算」は、入院・入所患者の医薬品の適正使用に係る連携を評価している一方で、他院にも併せて通院する外来患者について、処方内容、薬歴等に基づく相談・提案を当該他院へ行った場合には、評価の対象となっていない。
- 病院におけるポリファーマシー対策については、他職種から病院薬剤師に対するポリファーマシー対策への期待が大きい反面、急性期では在院日数が短く十分な介入ができないこと、また、人手不足で、対象患者の抽出や、検討する時間を確保できないことなどから、十分に取組めない場合が多い。

【課題】

- 上記の現状について、どのように評価するか。
- 上記の現状を踏まえて、更に検討を進めるべき事項についてどのように考えるか。

まとめと提言

- 足りない病院薬剤師
- 病院薬剤師は病棟業務、外来業務で評価されている
- 病院薬剤師は患者安全、医師の働き方改革に貢献
- 病院と薬局の薬剤情報連携が重要
- ポリファーマシー対策が依然として重要

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
2025年7月発刊
- ・ 2色刷240頁、2600円



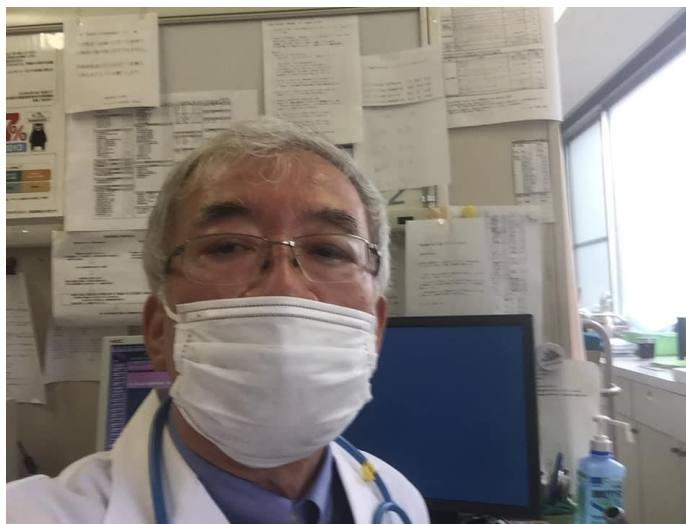
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp

Dr武藤のミニ動画（93）

クラウド型電子カルテの課題と普及



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長



衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



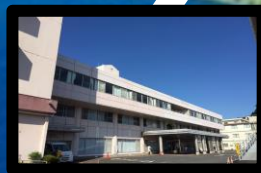
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

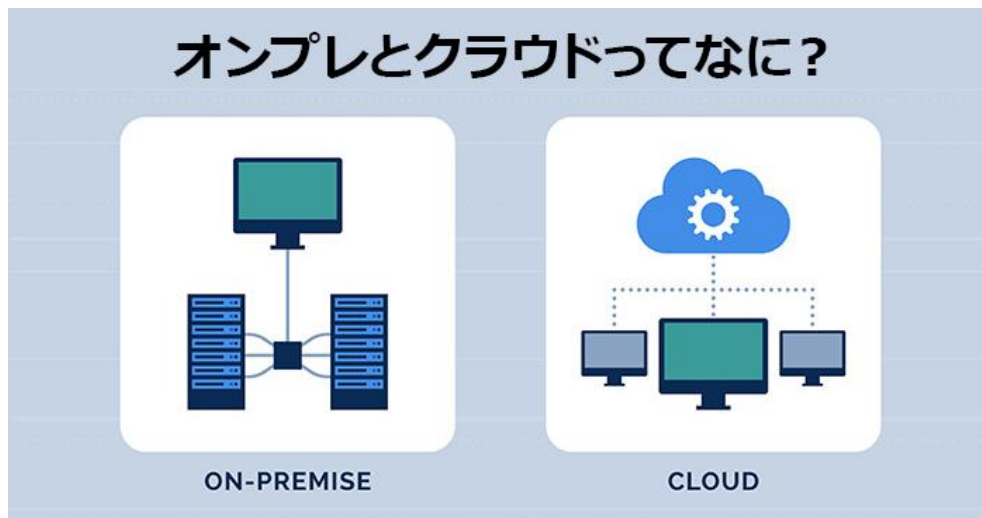
目次



- パート 1
 - オンプレミスからクラウド型へ
- パート 2
 - クラウド型電子カルテの標準化
- パート 3
 - 電子処方せん、電子カルテの目標設定

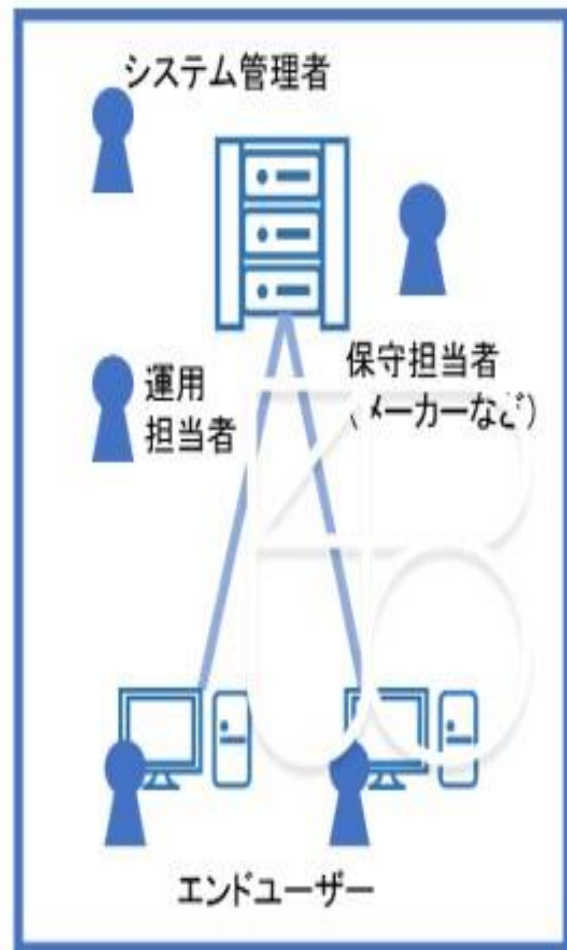
パート1

オンプレミスからクラウドへ



オンプレミスとクラウド

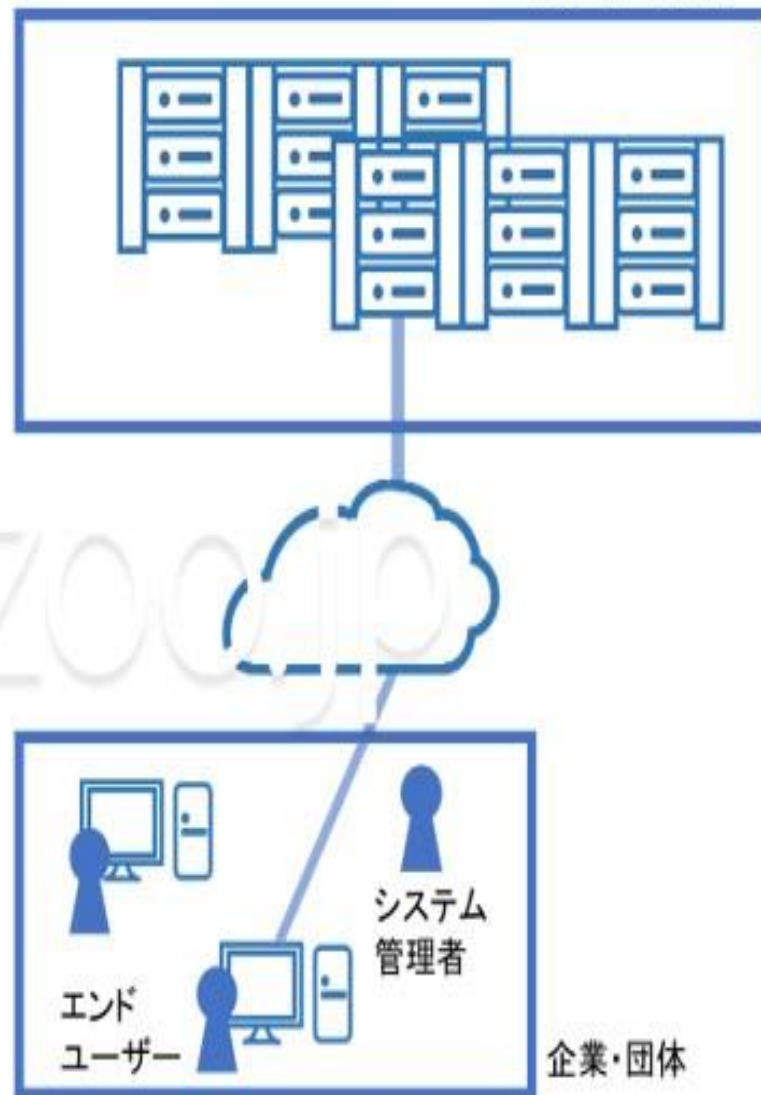
オンプレミス



企業・団体

クラウド

クラウド事業者



企業・団体

病院の情報システムに関する現状・課題、目指すべき姿

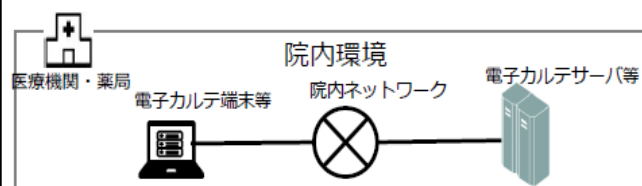
現状・課題

- 少子高齢化の進展等により、医療費増加と担い手不足が課題となる中で、より質が高く効率的な医療提供体制を構築していく必要がある。そのためには、医療DXを進め、医療情報の共有と利活用を推進することが必要。
一方、コロナ禍以降、病院経営は厳しい状況にあり、特に昨今、病院の情報システム（電子カルテ、レセコン、部門システム等）関連経費が増加し、病院経営を圧迫している。
- これまで、病院では主にオンプレ型システムを採用。インフラ（サーバー等）やデータベース、アプリケーションを病院ごとに独自にカスタマイズした上に、大規模なシステム更改が必要になるため、昨今の物価・人件費上昇の中でシステム関連費用の高騰につながっている。
※病院・ベンダーにおけるシステム人材確保も困難になってきている。
- また、電子処方箋等の医療DXの各取組を進めていく上でも、オンプレ型では、医療機関毎にシステム改修が発生するとともに、生成AI等の最新技術やサービスを活用する上でも、オンプレ型では一定の制約がある。
- さらに、オンプレ型システムでは、院内のサーバーのセキュリティ対応や多数の部門システムの外部接続点の確認等に関する病院側負担が大きく、セキュリティ面の脆弱性が解消できていない。

目指す姿

- 情報セキュリティ対策を向上させながら、病院の情報システム費用の低減・上昇抑制を図り、経営資源を医療提供に振り向けられる体制を整備する。
- 情報通信技術の進歩を踏まえ、将来的に、各病院が生成AI等の最新技術やサービスを活用しやすくすることで、医療従事者の負担を軽減しながら、より安全で質の高い医療を実現できるようにする。

【オンプレ型システムのイメージ】



システム構成

インフラ（サーバ等）、ミドルウェア（データベース等）、アプリケーションを病院ごとに構築

A 病院	B 病院	C 病院
アプリケーション (パッケージが主流)	アプリケーション	アプリケーション
ミドルウェア (データベース等)	ミドルウェア	ミドルウェア
インフラ (サーバ、空調設備等)	インフラ	インフラ

オンプレミス
は高つく・・・

病院の情報システムの刷新に関する方針

- ①現在のオンプレ型のシステムを刷新し、電子カルテ/レセコン/部門システムを一体的に、モダン技術を活用したクラウド型システムに移行する。

目標：2030年までのできる限り早い時期に、希望する病院が導入できる環境を整備

※具体的には、複数病院で共同利用する方式や、クラウドのメリットを活かすためのマネージドサービスの活用を図る。また、医療従事者の負担軽減やより安全で質の高い医療につなげるべく、最新技術やサービスを活用しやすくするためのAPIの組み込み等を行う。

※画像等の一部の部門システム等で病院の判断でオンプレ型が残存する場合でも、標準化やセキュリティ対策の強化を図る。

- ②国がシステムの標準仕様を示し、その標準仕様に準拠した病院の情報システムを民間事業者が開発し、小規模病院やグループ病院等から段階的な普及を図る。この標準仕様を2025年度を目途に作成する。

※現在、小規模医療機関を中心に、共同利用型のクラウド型電子カルテが普及し始めているため、こうした製品の活用も図る。

- ③標準仕様に準拠した病院の情報システムは、インフラからアプリケーションまでを共同利用することとし、医療機関ごとに生じていた個別のカスタマイズを極力抑制する。これらにより、病院情報システム費用の低減・上昇抑制や、病院ごとに生じていたシステム対応負荷の軽減を図る。

※複数病院で共同利用する際に、サイバー攻撃やシステム障害等による全面障害となる事態も想定し、システムの標準仕様を検討する。

- ④標準仕様に準拠したシステムへの円滑な移行のため、データ引継ぎの互換性の確保等を図る。

また、医療DXサービス（電子カルテ情報共有サービス等）とのクラウド間連携を進める。

- ⑤上記と並行して、医薬品・検査等の標準コード・マスタ、並びにこれらの維持管理体制の整備を進めるとともに、現場における標準コード・マスタの利用の徹底を図る。

アプリまでをクラウド化し複数病院で利用

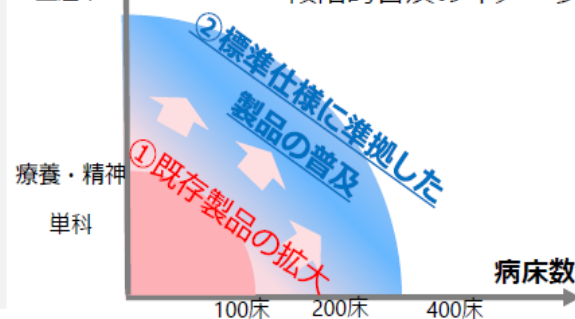
インフラ～アプリケーションをクラウド化し複数病院（マルチテナント）で共同利用。



【標準仕様に盛り込む主要素例】

- 電子カルテ、レセコン、部門システムについて、マネージドサービス等のモダン技術の活用
- 医薬品、検査、処置等に関する標準マスタの組み込み
- 標準交換規約（API仕様を含む）を用いたデータ連携機能の組み込み
- データ引き継ぎの互換性を確保等

病院機能の複雑さ 重症系
標準型の病院システムの段階的普及のイメージ



(参考) 医療等情報利活用ワーキンググループにおける主な意見

第23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6年12月2日)において、病院の情報システムの刷新に関する**方向性について概ね了承を得られた**。その際、以下のような意見もあった。

<主な意見>

- この方向性は、国が示す医療DXそのものである。医療DXの推進に関する工程表では、全体最適化された基盤を構築し、活用することを通じて、保健・医療・介護の関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えていくこととされており、この方向性と一致している。
- 実現に向けた課題は多く、かなり中長期の話であるため、しっかりと議論して進めていくべきではないか。
- 大規模な医療機関では部門システムや医療機器との接続が複雑であるため、まずは比較的病床規模の小さく、機能も少ないところから進めると良いのではないか。
- クラウド化は必ずしもコストが下がるわけではなく、かえって高くなるケースもあるため、慎重な検討が必要ではないか。
- セキュリティパッチ等のサポート対応をクラウド事業者に任せることで、医療現場におけるセキュリティ対応への負荷軽減を期待できる一方で、セキュリティや障害については、例えば、全面的なシステム障害発生リスクへの対策等、クラウドならではの検討が必要ではないか。
- ベンダー変更が難しい点への対応や、価格の透明性の確保が必要ではないか。
- 作成した標準仕様や規格の維持体制も必要ではないか。
- 開発されたシステムが標準仕様に準拠しているかどうかの点検も必要ではないか。

(参考) 電子カルテシステムの普及状況の推移

出典：医療施設調査（厚生労働省）

	一般病院 (※1)	病床規模別			一般診療所 (※2)
		400床以上	200～399床	200床未満	
平成 20年	14.2 % (1,092/7,714)	38.8 % (279/720)	22.7 % (313/1,380)	8.9 % (500/5,614)	14.7 % (14,602/99,083)
平成 23年 (※3)	21.9 % (1,620/7,410)	57.3 % (401/700)	33.4 % (440/1,317)	14.4 % (779/5,393)	21.2 % (20,797/98,004)
平成26年	34.2 % (2,542/7,426)	77.5 % (550/710)	50.9 % (682/1,340)	24.4 % (1,310/5,376)	35.0 % (35,178/100,461)
平成 29年	46.7 % (3,432/7,353)	85.4 % (603/706)	64.9 % (864/1,332)	37.0 % (1,965/5,315)	41.6 % (42,167/101,471)
令和 2年	57.2 % (4,109/7,179)	91.2 % (609/668)	74.8 % (928/1,241)	48.8 % (2,572/5,270)	49.9 % (51,199/102,612)
令和 5年	65.6 % (4,638/7,065)	93.7 % (609/650)	79.2 % (956/1,207)	59.0 % (3,073/5,208)	55.0 % (57,662/104,894)

【注 釈】

(※1) 一般病院とは、病院のうち、精神科病床のみを有する病院及び結核病床のみを有する病院を除いたものをいう。

(※2) 一般診療所とは、診療所のうち歯科医業のみを行う診療所を除いたものをいう。

(※3) 平成23年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県の全域を除いた数値である。

パート2

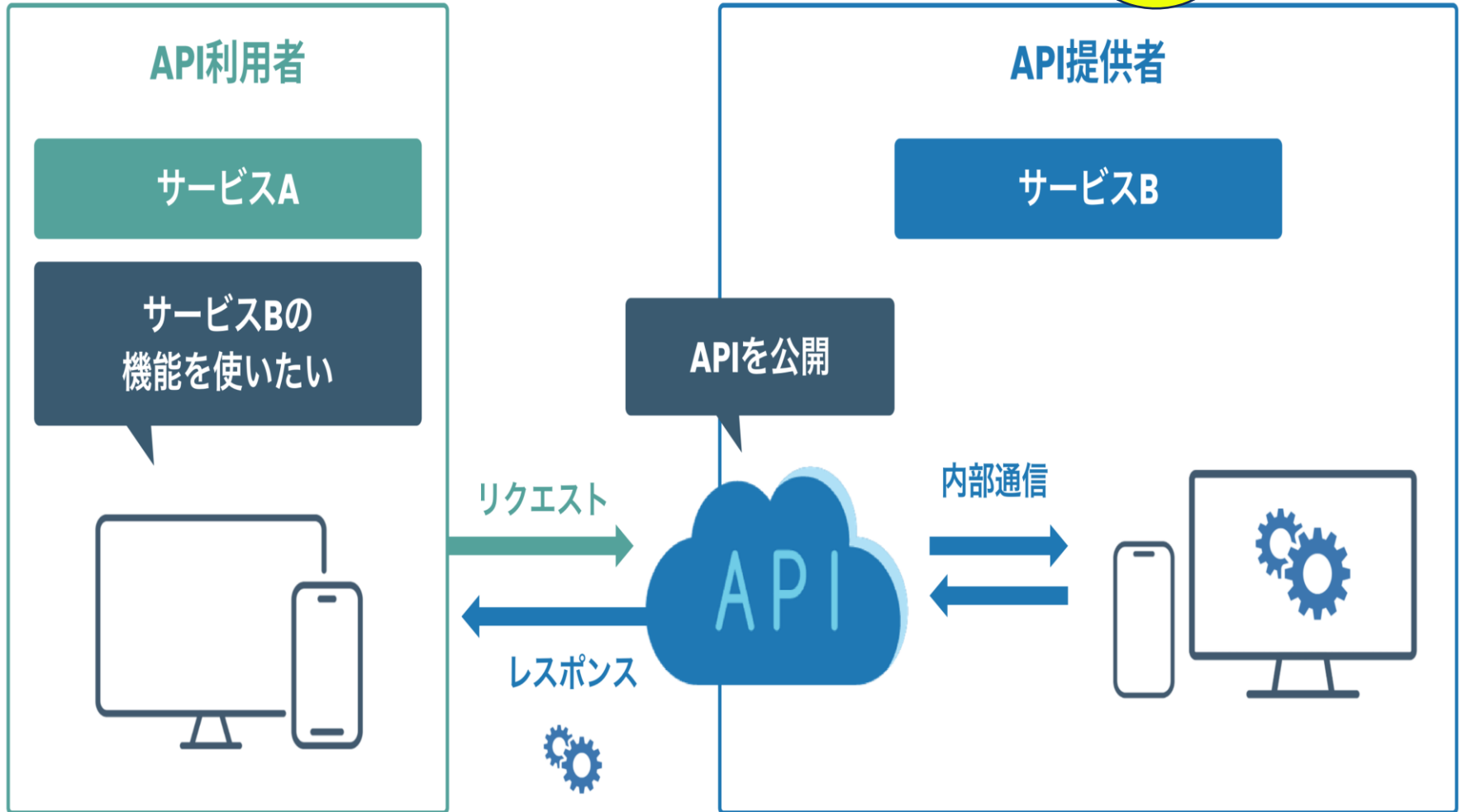
クラウド型電子カルテの 標準化



API連携

Application Programming Interface

異なるソフトウェアやシステム間でデータや機能を共有するための仕組み



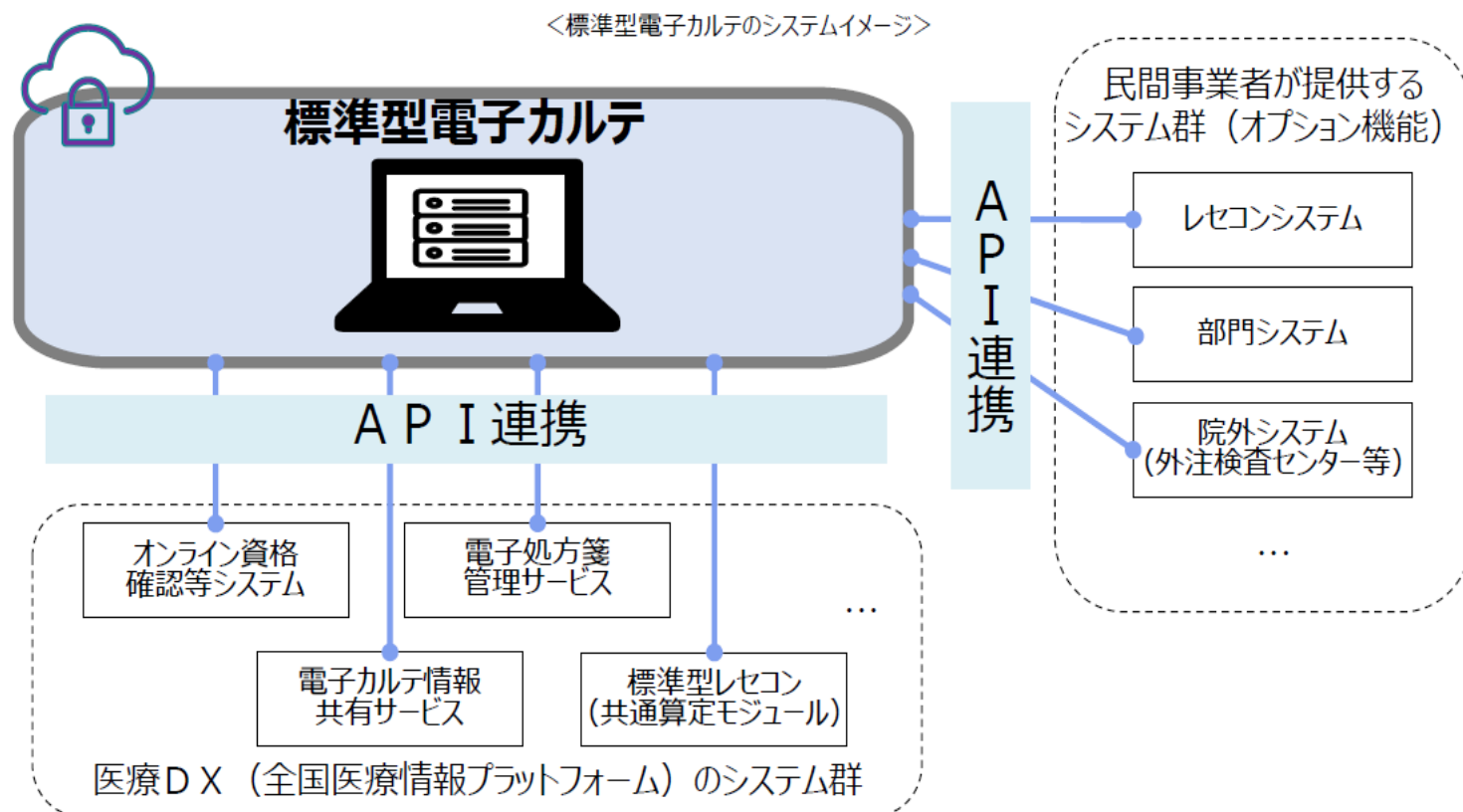
システム構成・機能 標準型電子カルテのシステムイメージ

標準型電子カルテはクラウド上に配置し、医療DX（全国医療情報プラットフォーム）のシステム群や、民間事業者が提供するシステム群（オプション機能）とのAPI連携機能を実装すべく、検討中。

一方で、民間事業者が提供するシステム群は数多く存在するため、API連携機能の実装に当たっては、以下の論点等を踏まえ、その対象範囲や実装方法等を検討する。

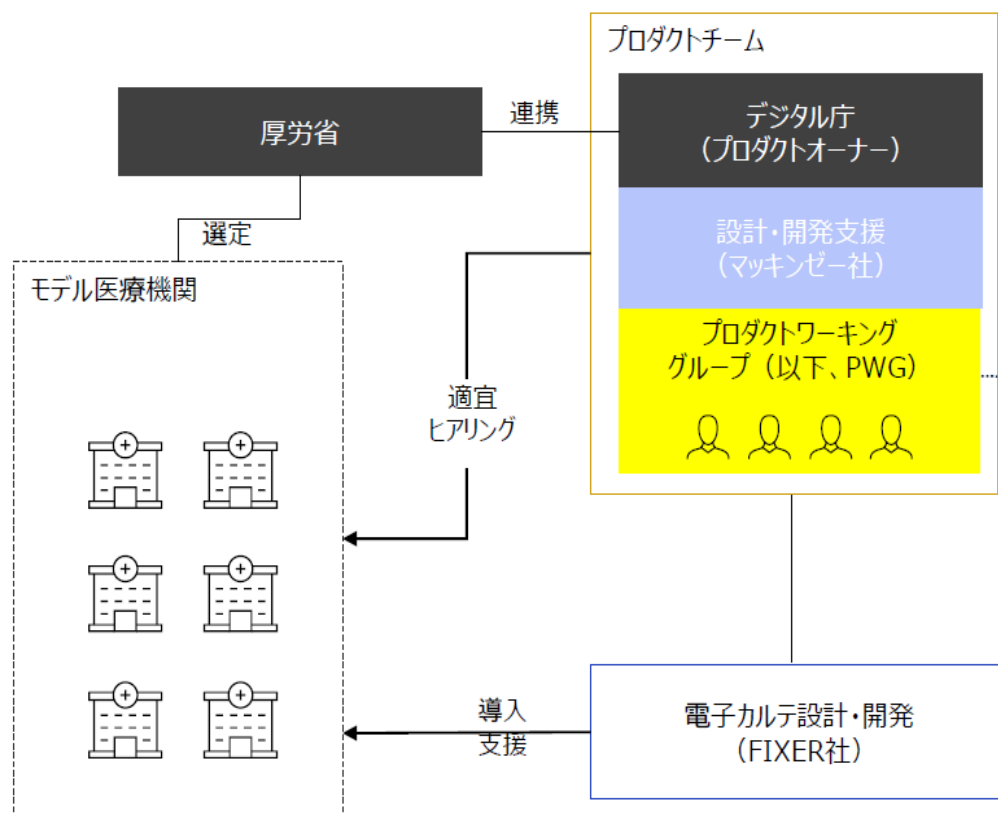
＜構築に向けた主な論点＞

- ・ システム接続方式：クラウドに配置した標準型電子カルテと部門システム等（オンプレミス）との接続方式
- ・ 標準規格化：部門システム等と接続する上での標準規格化の範囲や既定方法



開発体制について

開発にあたっては、デジタル庁をプロダクトオーナーとするプロダクトチームを編成、医療機関システムの変革に意欲的な民間ベンダーを巻き込み、合意形成を作りながら進めていく。



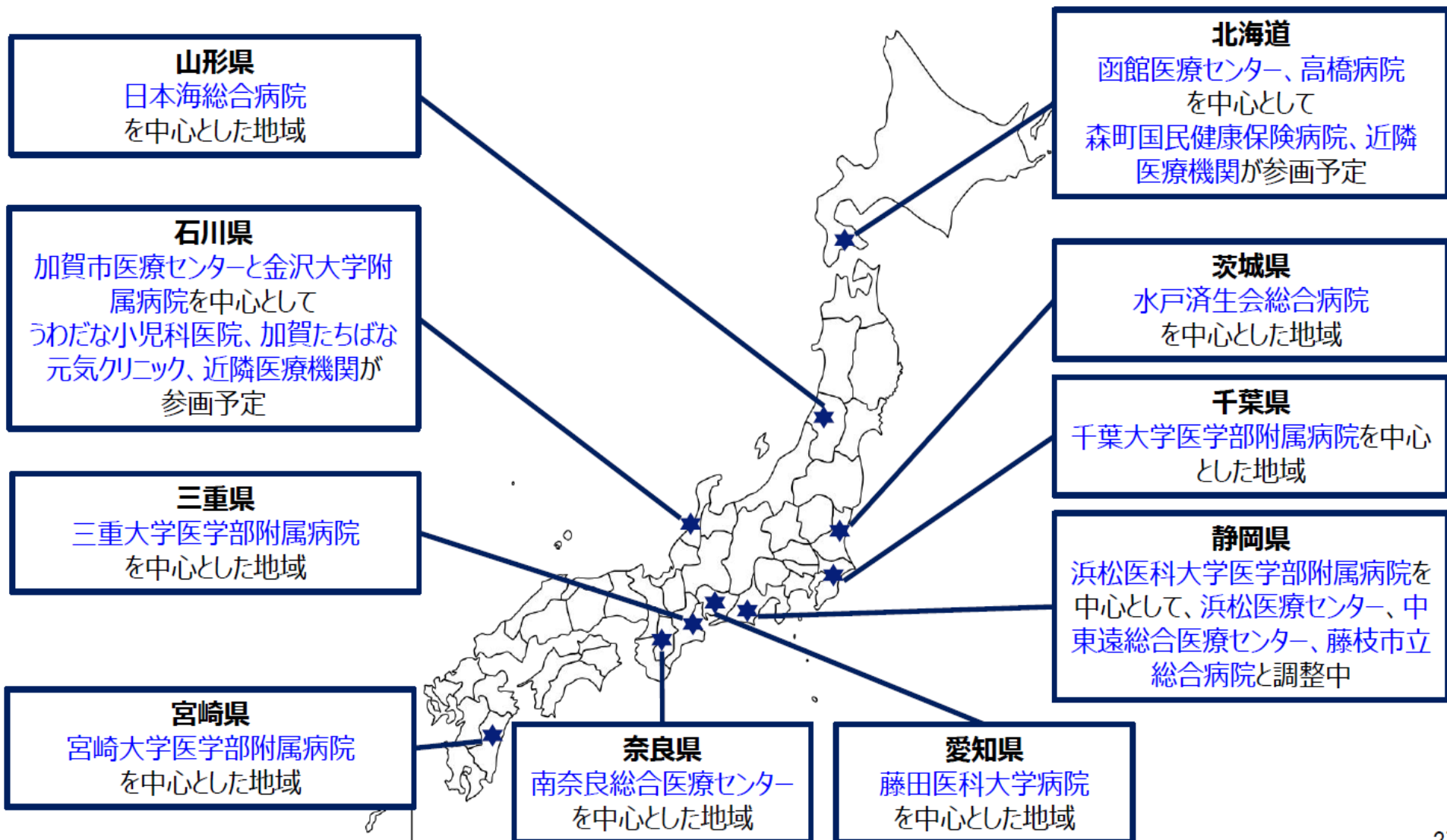
開発体制における主なポイント

- 将来的に標準型電子カルテへの参入も含め、意欲的な複数の電子カルテベンダー（ベンチャー含む）をメンバーとしたプロダクトワーキンググループを設置する。
- 標準型電子カルテの技術仕様に関する意見を聴取しながら、開発されるシステム・モジュールが各ベンダーが利用していけるものにしていくことを目指す。

(参考) モデル事業予定地域 (電子カルテ情報共有サービス)

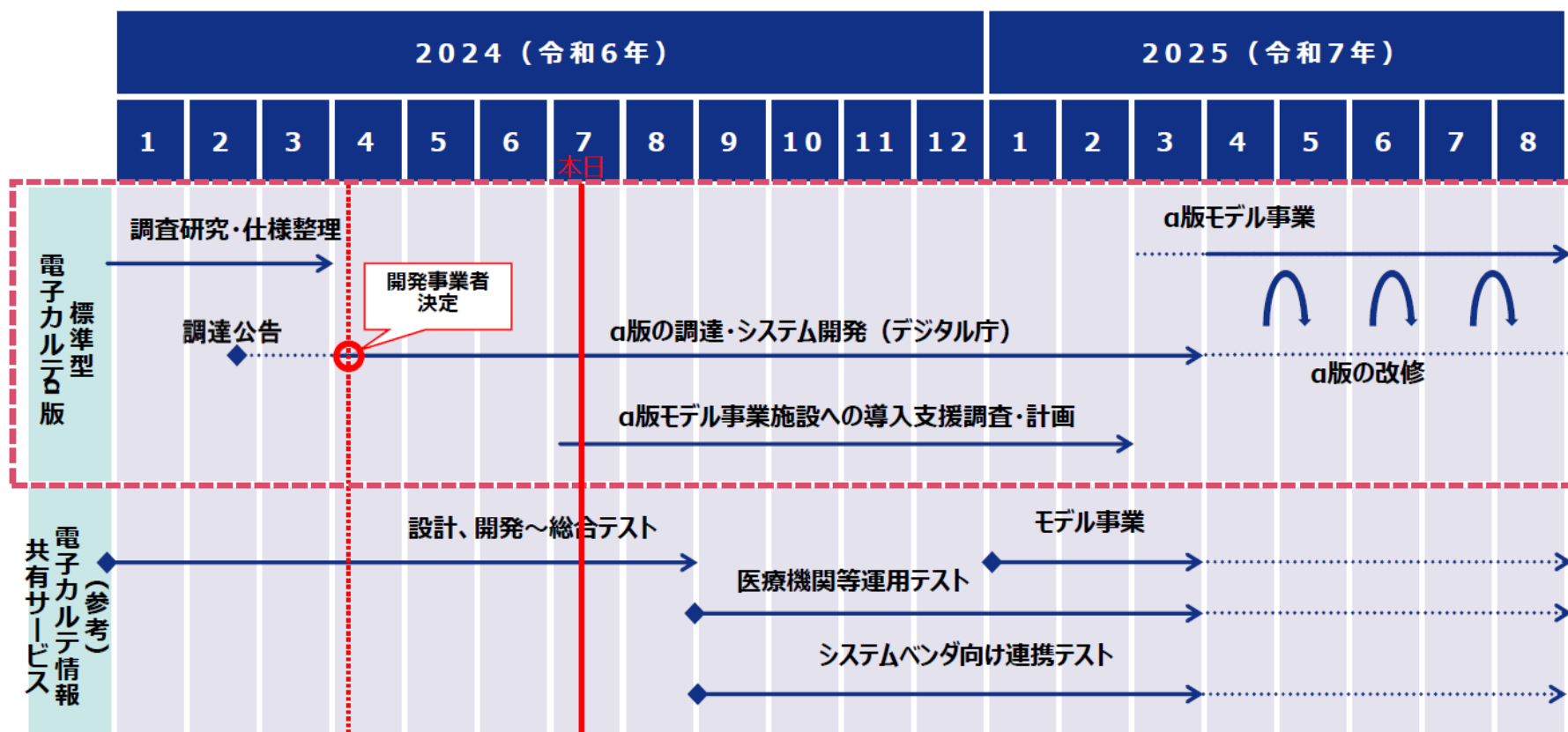
第111回社会保障審議会医療部会
(令和6年10月30日)

モデル事業地域の中核的な病院が参画予定。中核的な病院と連携する病院・診療所と現在調整中。



現在のスケジュール

標準型電子カルテα版（医科の無床診療所を想定）の要件定義を踏まえ、α版の開発事業者が決定し、4月中旬よりシステム開発に着手。現在、設計仕様の検討を進めている。



医療機関の電子カルテ導入・標準規格化対応に係る支援について

病院・診療所ごとに、電子カルテの導入状況に応じて、以下の支援策を講じながら対応を進めている。

	電子カルテ導入の有無	導入・標準規格化の対応方針	現状の支援策の有無・内容
病院	導入済	5～7年ごとのシステム更改のタイミングで、標準規格化対応を促す。	ICT基金（150億円 R1補正・R6執行）により、標準規格化部分の改修費用を補助（補助率1/2）
	未導入	中小病院は、標準型電子カルテ本格版の導入（R8年度～）を検討する。	
診療所	導入済	- オンプレ型の電子カルテを導入済の診療所は、クラウド型電子カルテ（標準型電子カルテ含む）への移行を促す。 - クラウド型電子カルテ導入済の場合は、標準化への対応を促す。	経済産業省所管のIT導入補助金の活用が可能 （参考）IT導入補助金 予算総額：2,000億円（R4年度補正の額） 補助対象：中小企業（従業員数300人以下） 補助上限・補助率：150万円・1/2 医療・福祉業種補助件数：4234件（2022年）
	未導入	標準型電子カルテの導入を促す。 （令和7年3月から、α版の提供モデル事業を開始予定。本格版（R8年度～）は、モデル事業の知見を踏まえて開発に着手。）	

標準型電子カルテ α 版

導入アプローチ

医療DXの推進に関する工程表を踏まえた今後の進め方：電子カルテ情報の標準化等

＜導入アプローチ＞

医療機関に対して確実な導入を行うために、まずは一部の医療機関を対象に標準型電子カルテを導入いただき試行（a版）し、それらの試行結果を踏まえて、電子カルテ未導入医療機関への更なる普及を目指す（本格版）。

＜導入対象＞

導入対象として、電子カルテの普及が進んでいない200床未満の中小病院または診療所を想定する。

＜a版の対象＞

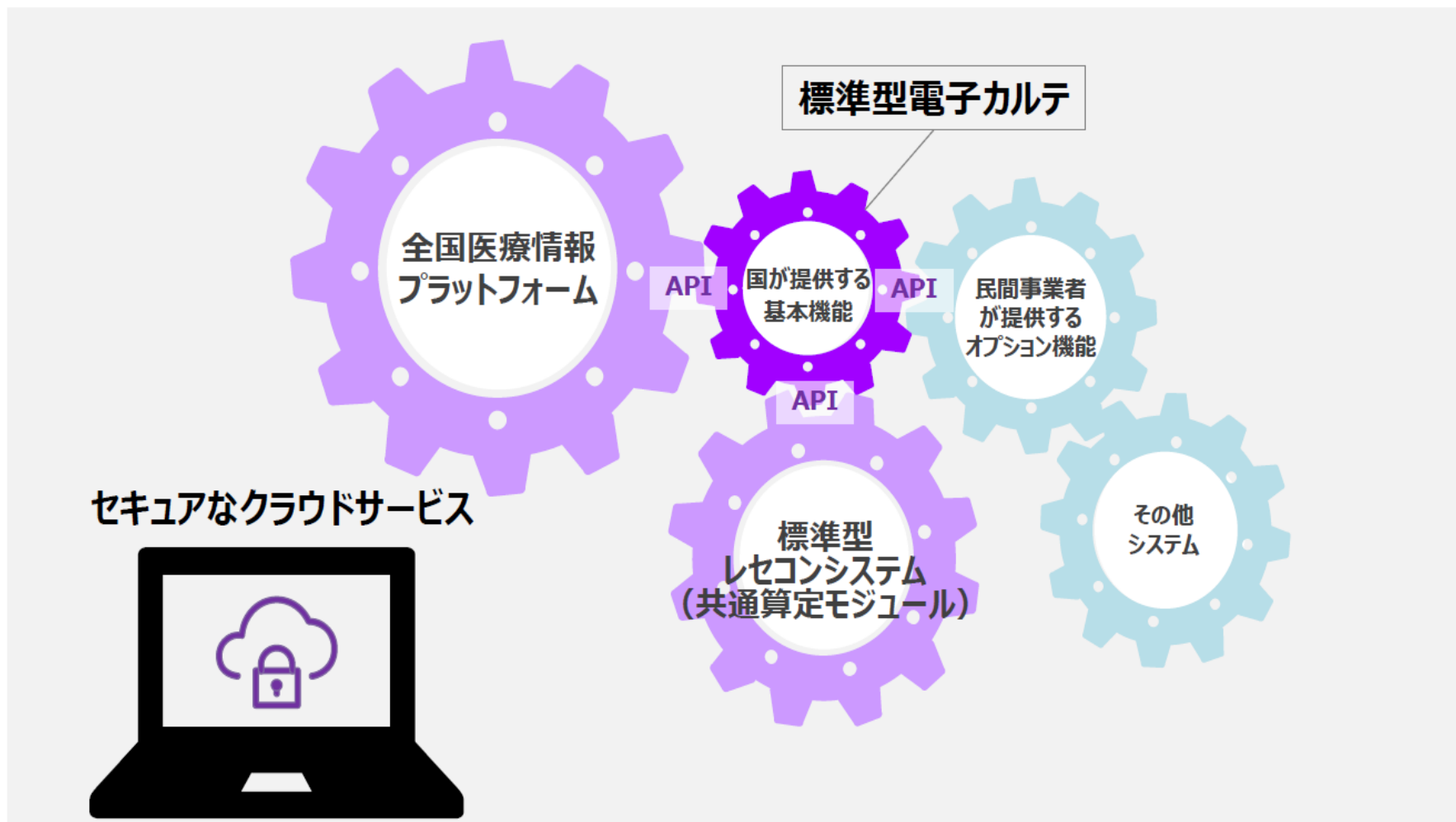
未導入医療機関の施設数、ならびに開発期間等を勘案し、医科の無床診療所とし、その中でも診療科によらない共通の診療行為を想定。

	導入アプローチ	対象医療機関
a版 (試行版)	- 一部の医療機関を対象にa版を提供し、本格版に向けた機能・導入の検証を実施する。 主に以下観点での検証を行う。 - 全国医療情報プラットフォームとの連携機能 - 標準型電子カルテとして提供する基本機能	- 未導入医療機関のうち、 - 医科の無床診療所 - 診療科によらない共通の診療行為を想定。
本格版	a版導入後の検証内容を本格版の要件にフィードバックし、電子カルテ未導入医療機関への更なる普及を目指す。	- 未導入医療機関のうち、 - 中小病院（200床未満） - 有床診療所 を想定するも、a版も踏まえ見直しを予定

システム構成・機能

標準型電子カルテのシステム開発のコンセプト(案)

標準規格に準拠したクラウドベースでのシステム構成としたうえで、国が対象施設に共通した必要最小限の基本機能を開発し、民間事業者等が各施設のニーズに応じたオプション機能を提供できるような構成を目指す。



システム構成・機能

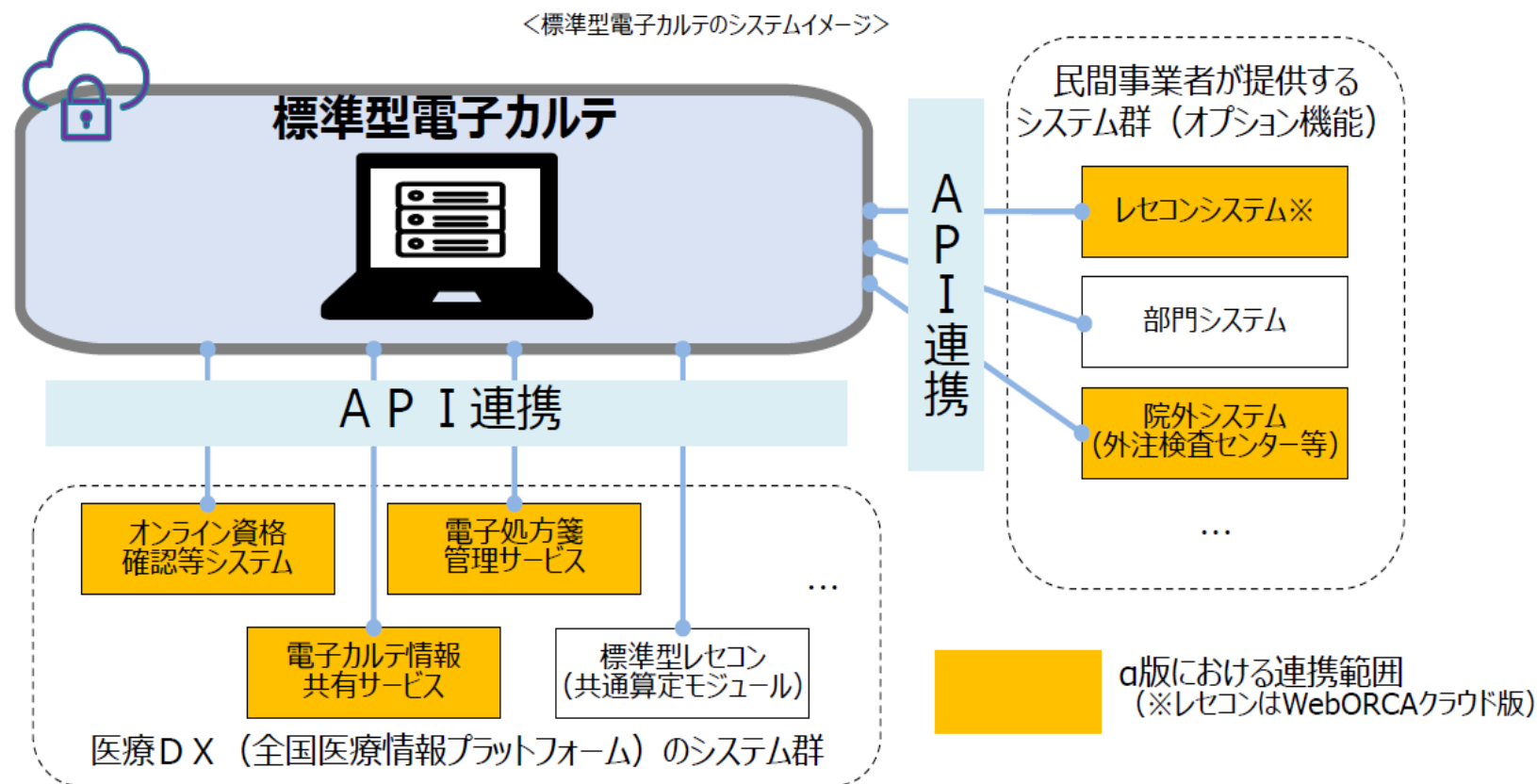
標準型電子カルテのシステムイメージ

標準型電子カルテはクラウド上に配置し、医療DX（全国医療情報プラットフォーム）のシステム群や、民間事業者が提供するシステム群（オプション機能）とのAPI連携機能を実装すべく、検討中。

一方で、民間事業者が提供するシステム群は数多く存在するため、API連携機能の実装に当たっては、以下の論点等を踏まえ、その対象範囲や実装方法等を検討する。

＜構築に向けた主な論点＞

- ・ システム接続方式：クラウドに配置した標準型電子カルテと部門システム等（オンプレミス）との接続方式
- ・ 標準規格化：部門システム等と接続する上での標準規格化の範囲や既定方法



システム構成・機能

標準型電子カルテの導入のメリット

標準型電子カルテを導入することで、医療DXのサービス（システム）群の利用が可能となることや、導入や維持負担が軽減されることが期待される。

1. 医療DXのサービス（システム）群の利用

- ✓ 医療DXのサービス（システム）であるオンライン資格確認等システム、電子カルテ情報共有サービス、電子処方箋管理サービスとつながることで、
 - －オンライン資格確認等システムで扱う**特定健診等情報やレセプトから抽出された診療/薬剤情報**
 - －電子カルテ情報共有サービスで扱う**アレルギー情報や検査情報等の情報**（※1）
 - －電子処方箋管理サービスで扱う**処方・調剤情報**（※2）

が、マイナンバーカードを用いて本人から同意を取得した上で閲覧することが可能となる。

※1 傷病名・アレルギー情報・薬剤禁忌情報・感染症情報・検査情報・処方情報

※2 電子処方箋管理サービスとつながることで、電子的に処方箋を扱うことが可能

- ✓ 診療情報提供書等を紹介先医療機関に電子的に共有することが可能となる。

- ✓ こうした情報を患者自身がマイナポータル等を用いて確認することが可能となる。

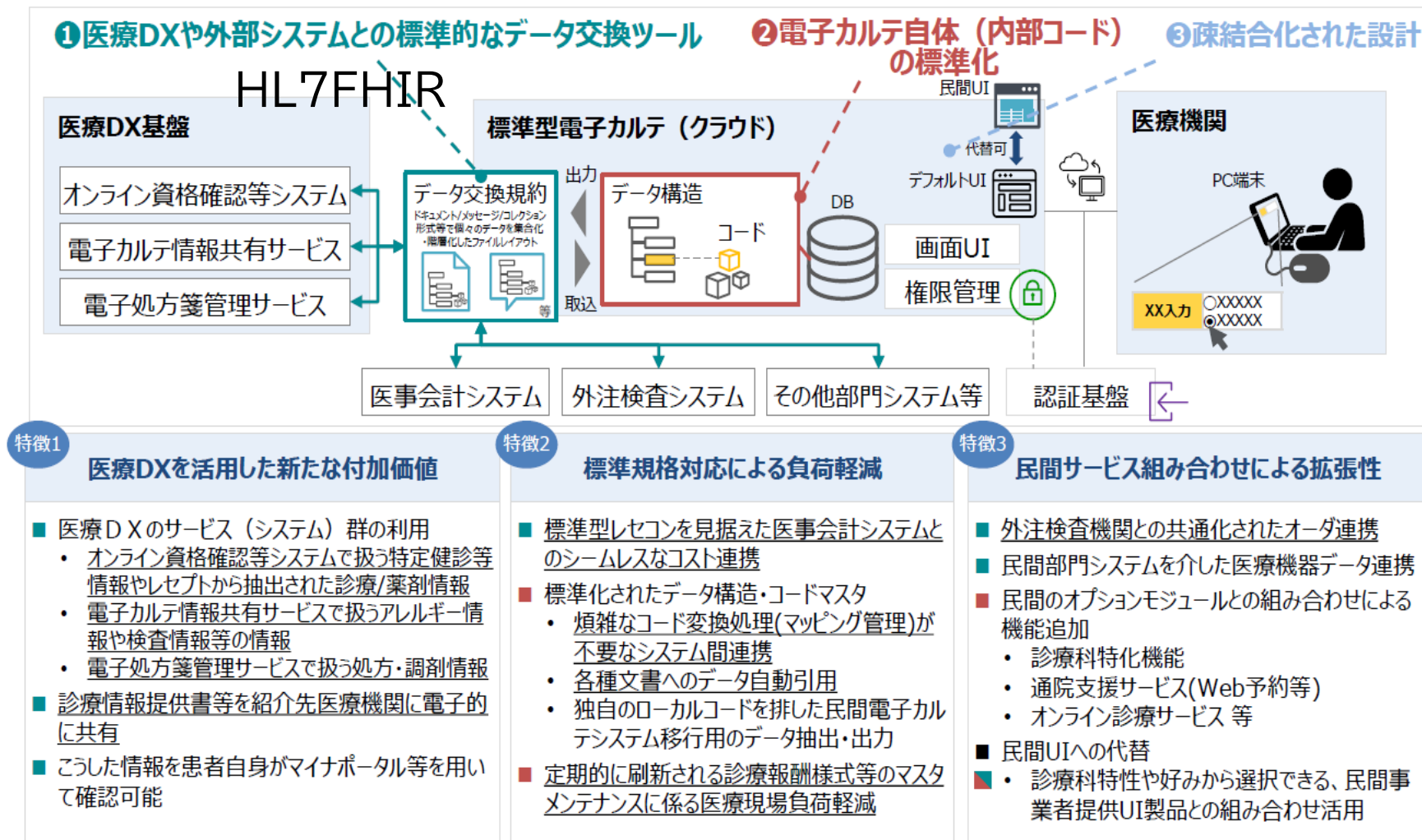
2. 医療DXのサービス（システム）群の導入や維持負担の軽減

初期の導入時にこうした機能が**標準搭載されるため、導入負担が軽減**される。

また、機能追加等のシステム改修が発生した際に、維持負担が軽減される。

標準型電子カルテの意義と特徴

標準型電子カルテでは、基本方針として、医療DX基盤や外部システムとの標準的なデータ交換規約に準拠し、システム内部でもそれらに適合した標準コードを採用する。様々な外部システムと共通化されたデータ連携ができることに加え、コード入力情報の自動引用による負荷軽減や、コード変換処理等の軽減も可能となり、シンプルなシステムとなる。これにより、電子カルテ未導入医療機関での電子カルテ導入を進めるとともに、標準的なデータ交換規約は、既存電子カルテでも取り入れられるよう公開していく。



標準型電子カルテ α 版 画面構成

標準型電子カルテα版の機能

医療機関へのヒアリングを通して、紙カルテ利用の医師からは、利用開始のハードルを下げるため、現在の業務運用の継続性を重視する意見をいただいた。
そのため、「一般的な電子カルテ画面 (①)」に加えて、診療録の記載は紙運用とする「紙カルテとの併用を想定した画面 (②)」の2パターンを開発中。

パターン①：一般的な電子カルテ画面



パターン②：紙カルテとの併用を想定した画面



- 医療DXサービス群やレセコンとの連携による情報の登録・閲覧が可能
- 「診療録テンプレート」によるSOAP診療録登録や「シェーマ」のリスト画面から選択したシェーマ編集やSOAP記載エディタ内への挿入が可能

- 医療DXサービス群やレセコンとの連携による情報の登録・閲覧が可能
- 紙カルテとの併用を想定した業務運用を加味し、入力による手間をできる限り省いた機能を設計

標準型電子カルテα版の機能一覧（1/2）

標準型電子カルテα版の機能一覧は以下の通り。

機能		機能概要	紙カルテとの併用を 想定した機能
基本機能	ユーザーログイン	✓ 医師や看護師、医療事務職員が電子カルテを閲覧する前に、IDやパスワード等を入力（二要素認証として「デジタル認証アプリ」と組み合わせる）	○
	受付患者一覧の表示・ 検索・並べ替え	✓ 受付が完了した患者が外来患者一覧に反映 ✓ 患者は受付時間順, カナ氏名順, 担当医師順, ステータス順などで一覧表示 ✓ 氏名(漢字・カナ), 電子カルテID, 生年月日, 性別による患者検索	○
	患者基本属性連携	✓ レセコンに登録されている患者基本情報(患者氏名・保険情報・生年月日・性別)が、電子カルテへ自動連携	○
	患者プロフィールの入 力・表示	✓ バイタル(身長・体重・血圧)、血液型(RH)、アレルギー、薬剤禁忌、既往歴、感染症、予防接種歴、障害、要介護度等の入力・表示	○
	レセコンへの算定情報 連携 ※α版では、WebORCAクラ ウド版とのWebAPIによる連携	✓ 検査・処方オーダーが登録された際に、算定情報をレセコンへ自動連携 ✓ リストから検索して指導料・管理料を登録・削除。入力した内容は診療録(P)に自動転記	○
診療録入力	診療録の入力	✓ 診療録の入力 ➢ 事前登録した定型文リストや履歴から引用入力が可能 ✓ SOAPやシェーマの入力・削除 ✓ 記載履歴（入力者・入力時間）を全て記録	—
診療録参照	診療録の参照	✓ 診療科・日付・記入者・保険情報で診療録の並べ替え・検索	—

標準型電子カルテα版の機能一覧（2/2）

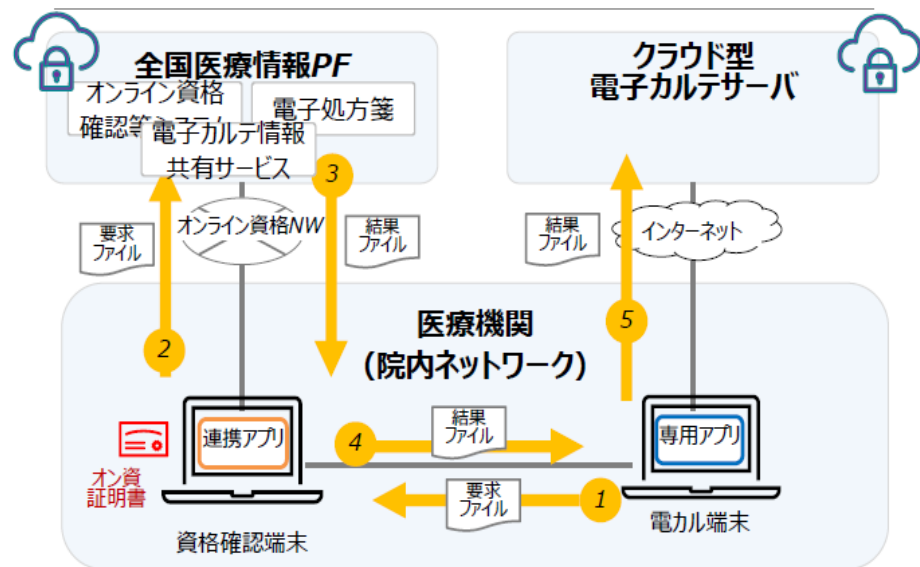
機能		機能概要	紙カルテとの併用を 想定した機能
全国医療情報 プラットフォーム 連携	電子カルテ情報共有 サービス上のデータの 取得・参照・登録	✓ 傷病名、薬剤アレルギー、その他アレルギー、感染症、検査、処方情報の閲覧・登録 ✓ 診療情報提供書の作成・電子共有 ✓ 健診情報(特定健診、事業者健診、学校職員健診、任意健診)の閲覧	○
電子処方箋	処方オーダー	✓ 併用禁忌・重複投与のチェック ✓ 院外処方箋帳票の印刷	○
外注検査連携	検体検査オーダー※	✓ 電子カルテ上で、検査オーダーを登録すると、自動的に臨床検査会社のシステムへ検査依頼を連携 ✓ 検体容器用ラベルの印刷	○
	検体検査結果の自動 連携・参照※	✓ 臨床検査会社のシステムより、検査結果が自動連携 ✓ 必要に応じて検査結果は診療録(O)に転記、電子カルテ情報共有サービスへ連携 ✓ 各検査項目を時系列に表示	○
PACS連携	検査画像の連携※	✓ PACSから連携された画像を表示 ✓ 診療録や診療情報提供書などにキー画像を登録	○

※ 外部システムなどの連携先が標準型電子カルテとの連携に対応している場合利用可能。

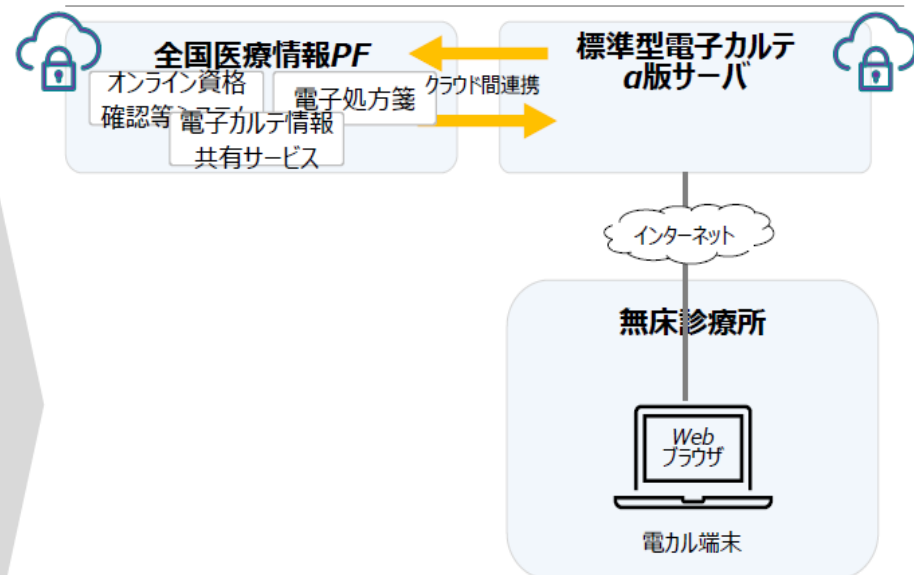
標準型電子カルテα版と医療DXサービス群（全国医療情報PF）との連携

標準型電子カルテα版と医療DXサービス群（全国医療情報PF）とのデータ連携方式については、クラウド間での連携を試行的に行うことを検討中。クラウド間で連携することで、医療機関内の端末の性能や故障等の障害リスクを低減し、円滑な情報登録・閲覧ができることを目指す。

（現状）クラウド型電子カルテにおける
院内ネットワークを経由した連携方式のイメージ
（資格確認端末（連携アプリ）を経由した場合）



（標準型電子カルテα版が実現したい姿）
クラウド間連携による連携方式のイメージ



- 1 電カル端末が資格確認端末上の共有フォルダに要求ファイルを作成する。
- 2 連携アプリが全国医療情報PFのAPIを呼び出し、データを要求する。
- 3 全国医療情報PFが要求されたデータ(結果ファイル)を送信する。
- 4 電カル端末の専用アプリが資格確認端末のフォルダを監視し、PULL方式で取得する。
- 5 結果ファイルデータを専用アプリからクラウド型電子カルテサーバにアップロードする。
(登録後、ローカルデータは専用アプリ機能にて自動削除する)

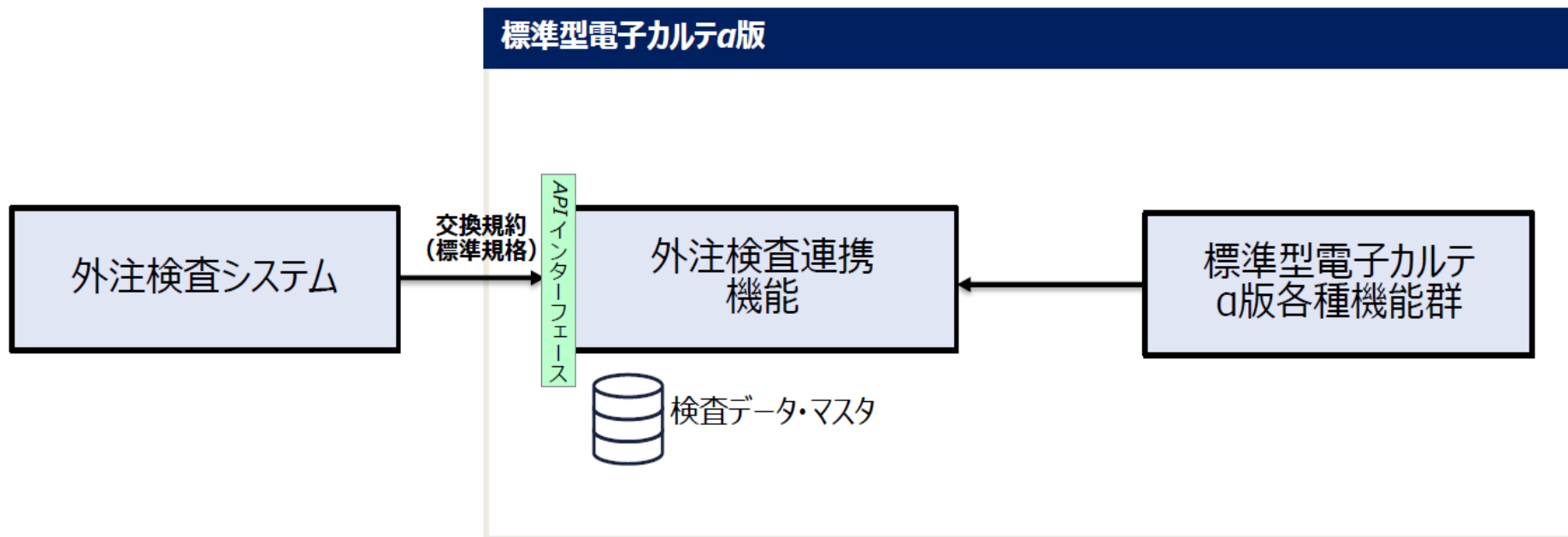
標準型電子カルテa版と外注検査システムとの連携

標準型電子カルテa版と外注検査システム間は、医療データ交換における標準規格（JAHIS臨床検査データ交換規約）を採用し、WebAPIによる連携を行う。

標準型電子カルテ側で標準的なAPIインターフェイスを準備し臨床検査会社と接続することを想定。

臨床検査会社との調整は進めており、モデル事業実施医療機関と契約のある会社を中心に調整中。

<連携方式>



標準型電子カルテa版の画面イメージ

臨床検査会社からの検査結果報告データを標準型電子カルテa版に連携することで、標準型電子カルテa版に検査結果が自動反映され、検査結果を電子カルテ情報共有サービスに連携する際の入力負荷の軽減が可能となる。

検査結果の画面イメージ

詳細表示

標準型電子カルテa版
つづろ ハナコ
厚労 花子

検査結果

2024年4月1日 12:30 光子 株式会社デンタルケアアルファ研究所

検査項目 検査値 単位 基準値

WBC	49.3	$\times 10^9/L$	4.8 - 10.8
RBC	4.52	$\times 10^{12}/L$	4.35 - 5.55
Hb	12.1	g/dL	12.1 - 16.3
Ht	38.7	%	38.7 - 50.1
MCV	86	fL	83.6 - 102
MCH	26.9	pg	25.9 - 33.2
MCHC	33.1	g/dL	31.7 - 35.3
PLT	237	$\times 10^9/L$	142 - 423
糖化 (1 N)	8	mmol/L	男 2 - 10 女 1 - 15
GOT (AST)	28	U/L	< 38

検査結果のコメント: 全数正常です。

時系列表示

標準型電子カルテa版
つづろ ハナコ
厚労 花子

検査結果 時系列表示

患者情報

患者番号: 000000001
患者氏名: 厚労 花子
性別: 女性
年齢: 99歳9ヶ月
生年月日: 1929年12月30日

検査項目 検査値 単位 基準値

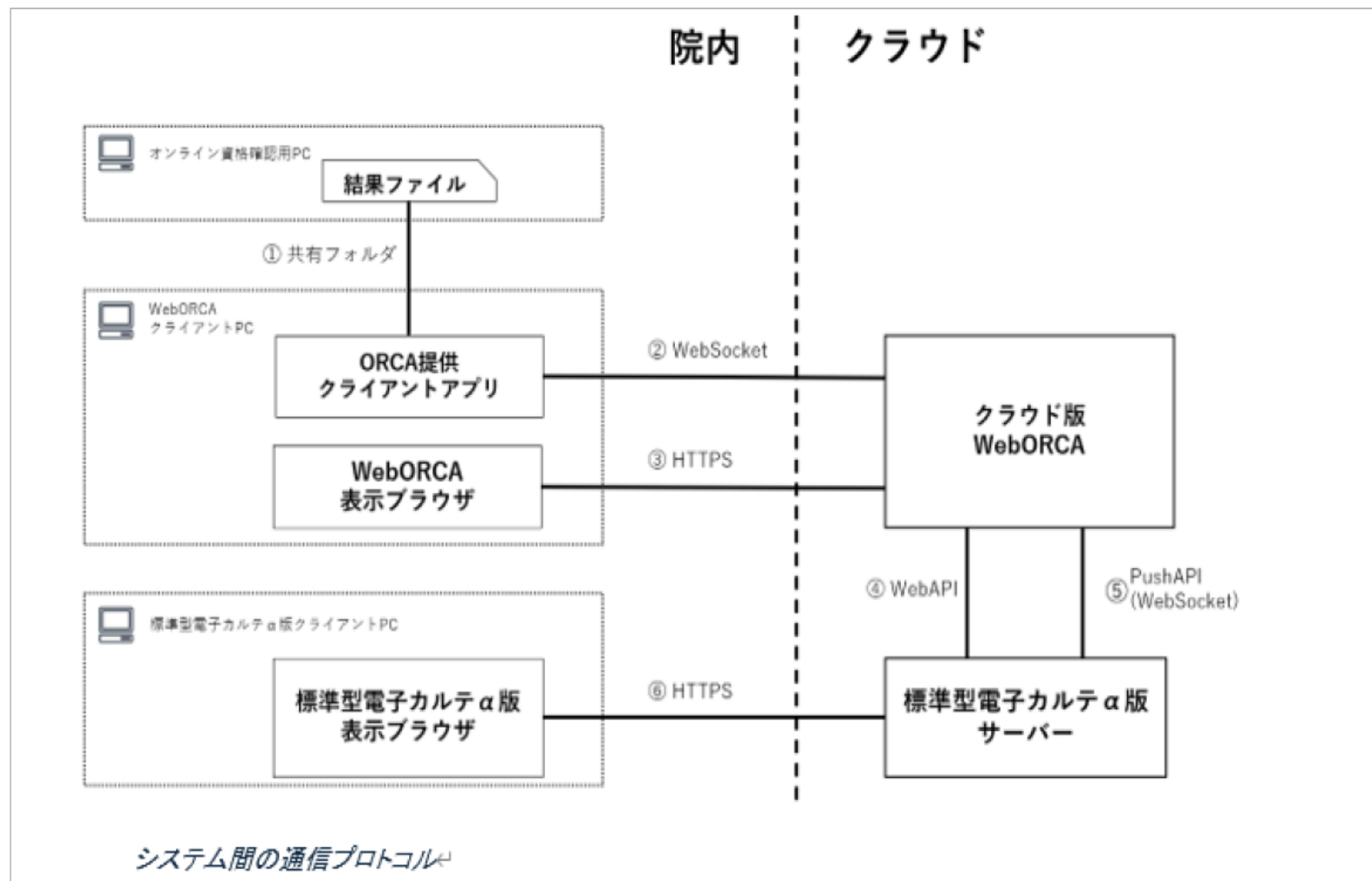
WBC	49.3	$\times 10^9/L$	4.8 - 10.8
RBC	4.52	$\times 10^{12}/L$	4.35 - 5.55
Hb	12.1	g/dL	12.1 - 16.3
Ht	38.7	%	38.7 - 50.1
MCV	86	fL	83.6 - 102
MCH	26.9	pg	25.9 - 33.2
MCHC	33.1	g/dL	31.7 - 35.3
PLT	237	$\times 10^9/L$	142 - 423
糖化 (1 N)	8	mmol/L	男 2 - 10 女 1 - 15
GOT (AST)	28	U/L	< 38

検査結果のコメント: 全数正常です。

※画面は現在開発中

(参考) 標準型電子カルテα版とレセコンとの連携

α版では、クラウドで提供しWebAPI連携が可能なレセコンとの連携を想定し、まずは日本医師会ORCA管理機構が提供する日医標準レセプトソフト「WebORCAクラウド版」と連携する。



パート 3

電子処方せん、電子カルテ の目標設定



電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要①

1. 電子処方箋の新目標

- 電子処方箋については、「概ね全国の医療機関・薬局に対し、2025年3月までに普及させる」※1こととしていた。
2025年6月時点で運用開始済の薬局は8割を超えており、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。
一方、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要であるため、**電子処方箋の新たな目標では、電子カルテ／共有サービスと一体的な導入を進めることとし、「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」。**

歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

※1 医療DXの推進に関する工程表 2023.6.2 医療DX推進本部

2. 電子カルテ／共有サービスの普及策

- 電子カルテについては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」※1こととしている。この目標達成に向け、オンプレ型で、かつ、カスタマイズしている現行の電子カルテから、いわゆるクラウドネイティブを基本とする廉価なものへと移行することを図りつつ、
 - ① 電子カルテ導入済の医療機関※2には、次回更改時に、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等の実施、
 - ② 電子カルテ未導入の医療機関※2には、**共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入**を進める。

※2 医科診療所／病院が対象。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

今後の主な対応方針

- 標準型電子カルテ（デジタル庁で開発中）について、本格運用の具体的内容を2025年度中に示した上で、**必要な支援策の具体化を検討**するとともに、**2026年度中目途の完成**を目指す。
- 併せて、標準型電子カルテの要件※3を参考として、**医科診療所向け電子カルテの標準仕様（基本要件）を2025年度中に策定**する。
※3 小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、①共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応、②ガバメントクラウドへの対応が可能となり、かつ、1つのシステムを複数の医療機関で共同利用することで廉価なサービス提供が可能となるマルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービスとする、③関係システムへの標準APIを搭載する、④データ引き継ぎが可能な互換性を確保すること等を要件とする方向。
- **2026年夏までに、電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画**を策定する。

電子処方箋・電子カルテの目標設定等の概要②

3. その他（医薬品・臨床検査コードの整備）

- **医薬品コード**については、現在、様々な場面で様々なコードが活用されているが、各コードの関係性が整理されておらず、トラブルの発生や現場負担等につながっている。そこで、**電子処方箋トラブルの再発リスクの低減、医薬品のトレーサビリティの強化等を目的として、令和8年度から各医薬品コードの関係性を国が明らかにする等の対応を行う。**
- **臨床検査コード**については、厚労省標準規格（JLAC10）の使用が推奨されているが、実際にはコードが統一されていないため、システム間での情報連携が容易でなく、現場のコスト増大の一因になっている。そこでJLAC10を改善した**JLAC11を厚労省標準規格として、電子カルテ等の標準仕様で統一的な検査コードとして位置付ける。**

電子処方箋の普及状況

- 令和7年6月22日現在、全国のオンライン資格確認システム導入施設数212,972のうち、113,992施設（53.5%）が電子処方箋の利用申請済であり、70,212施設（33.0%）が電子処方箋の運用開始済である。（内数は以下）
- 医療機関の導入は13.3%にとどまる（医科に限定した場合は19.1%）一方、運用開始済の薬局は8割を超え、利用申請済（運用開始済を含む）の薬局は9割を越えており、足元の利用申請・導入実績を踏まえると、薬局については今夏には概ね全ての薬局での導入が見込まれる。

	令和 7 年 6 月22日時点		施設数		施設割合	
	オンライン資格確認システム導入済	電子処方箋利用申請済	電子処方箋運用開始済	電子処方箋利用申請済	電子処方箋運用開始済	
病院	7, 9 8 4	2, 7 9 0	1, 0 6 8	3 4. 9 %	1 3. 4 %	
医科診療所	8 3, 3 7 0	3 8, 8 2 4	1 6, 3 7 1	4 6. 6 %	1 9. 6 %	
歯科診療所	6 1, 1 2 4	1 7, 1 5 4	2, 8 4 3	2 8. 1 %	4. 7 %	
薬局	6 0, 4 9 4	5 5, 2 2 4	4 9, 9 3 0	9 1. 3 %	8 2. 5 %	

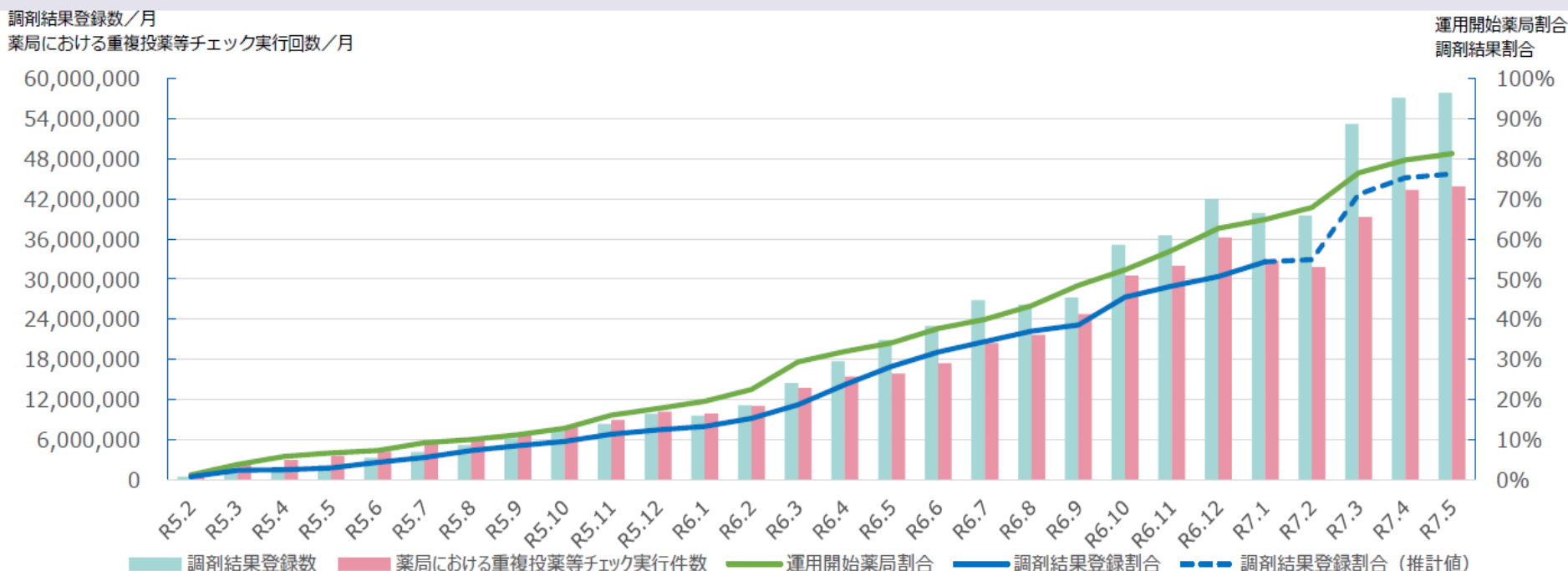
※1 利用申請済施設は、医療機関等向け総合ポータルサイトで、電子処方箋の利用規約に同意し、利用申請を行った施設をいう

※2 運用開始済施設は、電子処方箋の発行又は電子処方箋に基づく調剤が可能となる日（運用開始日）を医療機関等向け総合ポータルサイトで入力した施設であって、当該運用開始日が経過している施設をいう

※3 施設割合は、上記の施設をオンライン資格確認導入施設数で除したもの

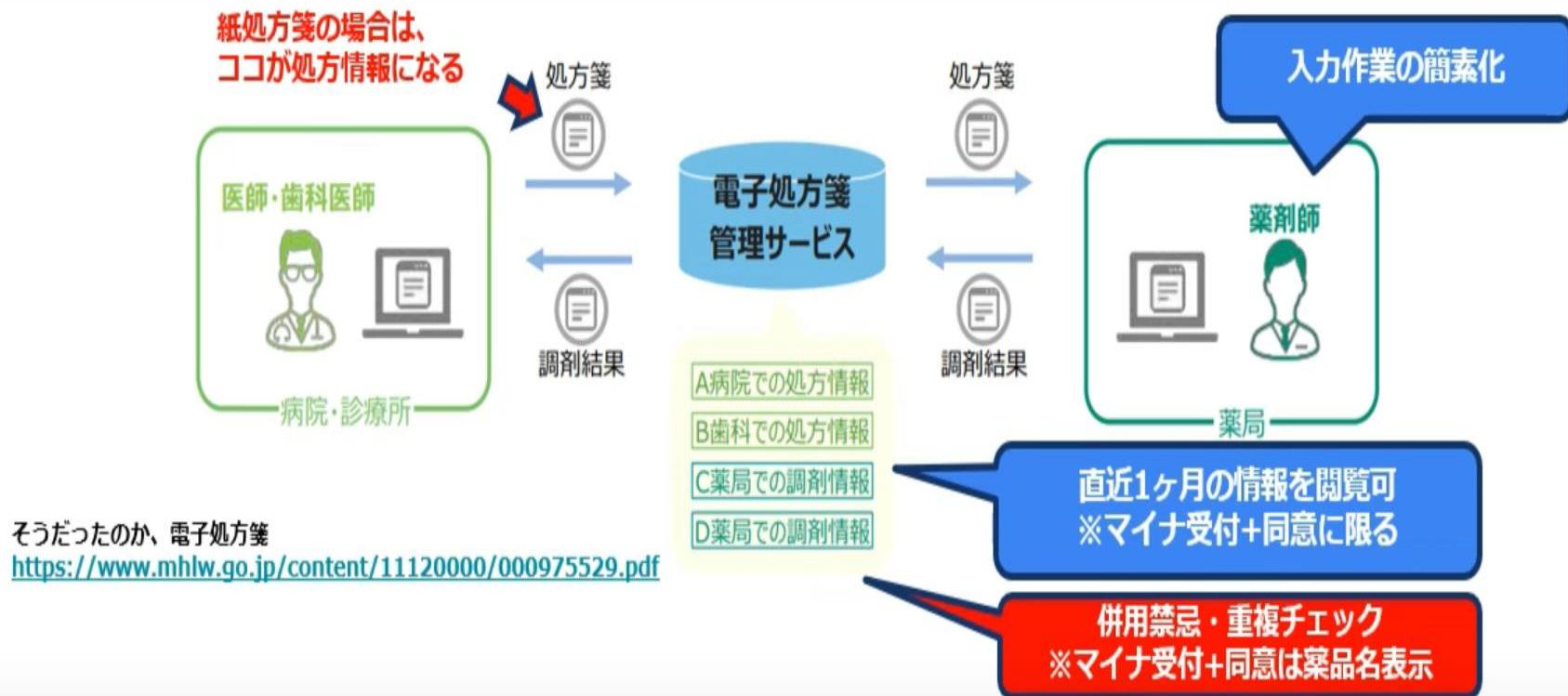
電子処方箋の利用状況

- 電子処方箋システムを導入した薬局では紙の処方箋を含め、調剤結果情報の電子処方箋管理サービスへの登録が進んでいる。患者を薬の相互作用リスクから守り、医療機関・薬局の効率化に繋げるには医療機関の電子処方箋システムの普及に加え、薬局の調剤結果情報の登録の引き上げ、その情報を活用した重複投薬等チェックの実行を進めていくことが重要（令和7年5月時点で調剤結果登録割合は約8割に到達）。
- 令和6年度には、重複投薬等チェックの結果、電子処方箋を導入した医療機関・薬局において、重複投薬アラートが約3,600万件(/年)、併用禁忌アラートが約5.1万件(/年)発生しており、処方・調剤にあたり重複投薬や併用禁忌のリスクの防止に繋がっている。



調剤結果登録数 : 電子処方箋システムを導入した薬局から電子処方箋管理サービスに登録された調剤結果登録数
 薬局における重複投薬等チェック実行件数 : 薬局受付時処方箋情報での重複投薬等チェック件数と確定前調剤結果情報での重複投薬等チェック件数の総数
 薬局の電子処方箋導入割合 : オンライン資格確認等システムを導入した薬局のうち、電子処方箋システムを導入した薬局の割合（最終週日曜日時点の値）
 調剤結果登録割合 : レセプトベースの処方箋枚数（「調剤医療費の動向」より）で、調剤結果登録数を除いたもの。ただし、直近のレセプトベースの処方箋枚数は得られるまでにタイムラグがあるため、値が得られていない月の処方箋枚数については、6ヵ月前のレセプトベースの処方箋枚数の対前年同月比を用いて推計している。

①重複投薬等チェック機能とは？_電子処方箋の仕組み



処方・調剤情報とは

電子処方箋管理サービスを利用している病院・診療所・薬局が、**電子処方箋管理サービスに登録した情報**から、病院・診療所・薬局及び患者からの参照等を目的として抽出された医薬品データです。
薬剤情報とは異なり、医師等、薬剤師が電子処方箋管理サービスに情報を登録した都度データとして反映されます。なお、**閲覧・保存期間は処方箋交付日・調剤日から100日です。**

電子処方箋に関する新たな目標設定

- 電子処方箋については、令和7年6月時点で、薬局の8割超に導入、利用申請は9割を超えていることから、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれる。一方で、医療機関への導入は1割程度に留まる。
- 調剤結果登録率も全処方箋の約8割に達し、8月には電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けない）も完了し、今夏以降、薬局において電子処方箋システムの利用も一般的になり、直近の薬剤情報の活用による医療安全が確保されつつあるが、電子処方箋の意義を発揮し、更なる医療安全を確保するためにも、調剤結果登録の更なる充実及び医療機関への導入は課題である。
- 医療機関において電子処方箋の導入を進めるにあたっては、電子カルテが導入されていることが重要である。電子カルテが既に導入されていたとしても、改修費用が一定かかることから、医療機関に過度な負担が生じないように、電子カルテの更新期間（5～7年）の希望するタイミングで、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促すことが肝要である。

電子処方箋の新目標

更なる医療安全を確保するため、電子処方箋については、

- ・ 保険制度下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とともに、
- ・ 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すべての医療機関への導入を目指す

医療機関への導入方針

【電子カルテを導入済の医療機関】 電子カルテを更改するタイミング等で、電子カルテ情報共有サービスへの対応とともに一体的に導入を促進

※ 既に電子カルテ情報共有サービスに対応している医療機関に対しては電子処方箋単独の導入を促進

【電子カルテを未導入の医療機関】 電子処方箋機能を実装する標準型電子カルテの導入もしくは電子カルテ情報共有サービスに対応したクラウド型電子カルテとの一体的な導入を促進

※ 医科医療機関を想定。歯科医療機関については、現場に求められる電子カルテ・電子処方箋の機能に関し、本年度から検討を行い2026年度中に具体的な対応方針を決定する。

※ 上記については、経済財政運営と改革の基本方針2025（令和7年6月13日閣議決定）における「全国医療情報プラットフォームを構築し、電子カルテ情報共有サービスの普及や電子処方箋の利用拡大（中略）これらの取組に加えて、必要に応じて医療DX工程表の見直しを検討する」に基づき対応していく

今後の対応方針

電子処方箋については、今夏時点で概ねすべての薬局に導入されることが見込まれ、今夏以降、薬局においては電子処方箋システムの利用も一般的になる。新たな目標を踏まえ、電子処方箋の意義を発揮し、医療現場にとって電子処方箋を利用しやすく安全に運用できる仕組み・環境を引き続き整備するとともに、導入阻害要因の解消に向け、新たな導入・利用促進策、周知広報の強化、効果検証等を実施する。

安全に運用できる仕組み・環境の整備

- 令和7年8月に電子処方箋管理サービスの改修（医薬品のダミーコードを受け付けない）を完了。その他医薬品コードに関するシステム上の措置も同月までに実施完了。必要な改修については、医療現場への負担が可能な限り生じないよう、速やかに実施
- 医薬品コードの整備、マスタの一元管理を進める
- 医療従事者等に向けたコードやマスタ等に関するわかりやすい周知の実施

新たな導入・利用促進策の方針

- 保険制度下における医療用医薬品の薬剤情報取得は電子処方箋システムの活用を原則としていく
- 医療機関については、医療機関の実情を踏まえた、患者の医療情報を共有するための電子カルテ等との一体的な導入を進めるとともに、地域の医療ニーズに合わせた医療DXの推進を進める
- 電子処方箋の導入状況や医療機関の実情等を踏まえ、財政支援のあり方について検討
- ダミーコードに関する電子処方箋管理サービスの改修・医薬品コードの整備により、導入済医療機関で安全に電子処方箋が発行できる環境を構築するとともに、利用者のUX向上に資するよう運用を改善
- 電子処方箋の運用に必要な電子署名システムに関し、安定的な運用基盤の整備の検討を進める
- ベンダーに対し、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスへの対応並びに医薬品コード等への適切な対応を要請する

周知広報の強化

- 令和7年9月以降、国民・医療従事者向けに、電子処方箋を含む医療DXのメリット・医療機関薬局間連携を含む臨床活用事例等について周知広報を強化し、国民理解を醸成する。
- 院内処方においても電子処方箋で得られるメリットや負担のない運用等について、プレ運用の検証も踏まえながら適切な周知を実施
- 日本災害医学会等の関連学会と協力し、臨床における電子処方箋の活用事例等を周知

効果検証

- 未導入医療機関の導入阻害要因を継続的に分析するため、定期的にフォローアップを実施
- 導入済医療機関・薬局における利活用状況や効果等の調査。今夏概ねすべての薬局に導入されることが見込まれることを踏まえ、令和8年に既に導入された医療機関・薬局における利活用状況や効果等を提示

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（１）

現状

- 電子カルテの普及率は、医科診療所：約55%、一般病院：約65%（2023年医療施設調査）
 - 電子カルテ未導入の医科無床診療所向けに、国がクラウドベースの標準型電子カルテを開発中。本年3月末より、一部医療機関でモデル事業を実施。
 - 電子カルテ情報共有サービス（以下「共有サービス」）については、本年2月より、一部医療機関でモデル事業を実施。本格運用に必要な法制上の措置を規定した「医療法等の一部を改正する法律案」を第217回通常国会に提出。
- ⇒「医療DXの推進に関する工程表」においては、「遅くとも2030年には概ねすべての医療機関において必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す」とされている。この目標達成に向け、
- ・ 導入済の医療機関（医科診療所／病院）には、共有サービス／電子処方箋に対応するシステム改修等
 - ・ 未導入の医療機関（医科診療所／病院）には、共有サービス／電子処方箋に対応できる標準化された電子カルテの導入が必要であり、具体的には、今後以下の方針で進める。

今後の対応

（電子カルテ導入済の医科無床診療所） 57,662施設（2023年医療施設調査）

- オンプレミス型電子カルテの医科診療所（～約47,000施設）については、**次回システム更改時に、標準型電子カルテに準拠したクラウド型電子カルテへの移行を促す。**
- クラウド型電子カルテの医科診療所（約10,000施設～）については、標準型電子カルテに準拠したクラウド型電子カルテへの移行を図りつつ、速やかな移行が困難な場合には、共有サービス／電子処方箋に対応したアップデートを推進する。

（電子カルテ未導入の医科無床診療所） 47,232施設（2023年医療施設調査）

- 国は、モデル事業の結果を踏まえ、**標準型電子カルテ**の改良を重ね、**2025年度中に本格運用の具体的内容について示した上で、2026年度中目途の完成を目指す**。また、本格運用の具体的内容を示すことを含め、**必要な支援策の具体化を検討し、普及を促進**する。
- 上記と並行して、小規模な医療機関でも過度な負担なく導入が可能となるよう、**2025年度中に、標準型電子カルテの要件（①共有サービス・電子処方箋への対応、②ガバメントクラウド対応が可能となる、マルチテナント方式（いわゆるSaaS型）のクラウド型サービス、③関係システムへの標準APIの搭載、④データ引き継ぎが可能な互換性の確保等）を参考に、システム費用の抑制を目指して、医科診療所向けの電子カルテの標準仕様（基本要件）を策定**する。
標準仕様（基本要件）に準拠した電子カルテの開発を民間事業者に促し、当該電子カルテを厚生労働省又は社会保険診療報酬支払基金等が認証する。また、認証された電子カルテと国の医療DXの各サービスとは、クラウド間で連携できるようにする。

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（２）

今後の対応

（電子カルテ導入済みの病院） 4,638施設（2023年医療施設調査）

- 共有サービス／電子処方箋管理サービスに対応するため、**医療情報化支援基金を活用し、次回システム更改時のシステム改修を促す。**

※病院の多くはオンプレミス型システム。特に、400床以上の病院（約650施設）では、2030年までに毎年100前後の病院でシステム更改時期を迎える。一部のクラウド型システムの病院は、当面、共有サービス／電子処方箋に対応するアップデートを進める。

- 特に、地域医療支援病院・特定機能病院等については、医療法改正法案において、共有サービスの体制整備に関する努力義務規定が設けられていることに鑑み、率先してシステム改修に取り組むことを促す。
- その上で、病院の電子カルテシステム等の医療情報システムについて、カスタマイズ等による高コスト構造になっている現行のオンプレミス型から、いわゆるクラウド・ネイティブなシステムへと移行するべく、国は、2025年度中目途に、標準仕様（基本要件）を策定することとしている。
今後、国の標準仕様に準拠したクラウド・ネイティブなシステムが登場してきた段階で、順次、クラウド・ネイティブなシステムへの移行を進める。

（電子カルテ未導入の病院） 2,427施設（2023年医療施設調査）

- 病院の電子カルテシステム等の医療情報システムについて、カスタマイズ等による高コスト構造になっている現行のオンプレミス型から、いわゆるクラウド・ネイティブなシステムへと移行するべく、国は、2025年度中目途に、標準仕様（基本要件）を策定することとしている。
- 既に電子カルテの導入を予定している病院については、導入時に、共有サービス・電子処方箋管理サービスへの対応を促す。

➤ 今後、本格運用の具体的内容を2025年度中に示すことを含め、必要な支援策の具体化を検討するとともに、電子カルテ導入済医療機関の詳細（オンプレ・クラウドの別、システム更改時期等）等を把握した上で、医療現場やシステムベンダー等の関係者の意見も聴いて、**電子カルテ／共有サービスの具体的な普及計画を2026年夏までにとりまとめる。**

電子カルテ・電子カルテ情報共有サービスの普及について（３）

現行システムの改修等 新たなシステムの導入・開発・普及 厚労省・デジタル庁の取組

			2025年度(R7)				2026年度(R8)				2027年度(R9)	2028年度(R10)～
			4-6	7-9	10-12	1-3	4-6	7-9	10-12	1-3		
診療所	電子カルテ導入済 (57,662)	オンプレミス型 (～約4.7万)	現行のオンプレ型システムのまま								次回システム更改時に、標準仕様に準拠したクラウド型システムに移行	
		クラウド型 (約1万～)	順次、電子カルテ共有／電子処方箋対応へのアップデート								標準仕様に準拠したクラウド型システムに移行	
	電子カルテ未導入 (47,232)		モデル事業 改善事項の取り込み								▽完成	
			標準型電子カルテの開発・改良								普及	
			▽骨子 ▽標準仕様1.0版 標準仕様（医科診療所）策定								普及	
病院	電子カルテ導入済 (4,638)		次期システム更改時に、システム改修（電子カルテ共有／電子処方箋対応）									
			医療情報化支援基金による補助									
	電子カルテ未導入										クラウド・ネイティブ型システム	
	クラウド・ネイティブ型		標準仕様（基本要件）策定								標準仕様詳細化 開発準備・開発（R8年度以降）	

電子処方箋

トラブル



紐づけミスで
異なる医薬品が表示



医薬品コードについて

現状と課題

- 医薬品コードは、卸業者と医療機関との間等での受発注や、医療現場での処置・投薬等、様々な場面で、様々なコードが活用されている。特に、医療機関や薬局までの物流段階と、納入以降の段階で活用されているコードが大きく異なり、容易には変換できないため、医療従事者の作業負担になっているとの意見もある。
- また、各コードの関係性が整理されていないことや、関係者が必要とするタイミングで付番されていない場合もあること等から、各システムベンダーや医療機関・薬局などにおいて、独自マスタの整備や独自コード（ハウスコード・ダミーコード）の設定等を行う必要が生じ、結果として、トラブルの発生や費用・時間の増大につながっていると考えられる。

これらの観点から、主要な医薬品コードの関係性を医薬品マスタとして整理し、国が責任を持ってマスタ情報の維持管理を行う必要がある。（コードに意味が含まれている場合があるため、統一的な医薬品コードを新設することは困難）

R8年度

令和6年12月に生じた電子処方箋トラブルの再発リスクを低減するとともに、システムベンダーや医療機関のシステム担当者の負担を軽減するために、厚生労働省は必要な関係者調整等を行い、令和8年度から、

- ・ 医薬品コードの関係性（YJコード・レセ電コード・一般名コードの対応関係）を明らかにする。
（具体的には、電子処方箋管理サービス内で使用している医薬品マスタを公開※1する。）

※1 関係者（関係企業、社会保険診療報酬支払基金、PMDA等）を入れた検討の場を速やかに設け、管理・公開方法等の運用方針について令和7年度中に決定する。

- ・ コードの早期付番や一般名コードの整備を進める。

＜残課題＞ワクチン等の保険適用外の医薬品に関する情報や物流分野のキーコードの情報について整備等が不十分

対応

R10年度

令和10年度当初を目途にワクチン等を含む医療用医薬品の流通分野のキーコード（GS1コード）とYJコードを含む公的なデータベース※2を公開し、維持管理する。 ※2 PMDA等への設置を検討。

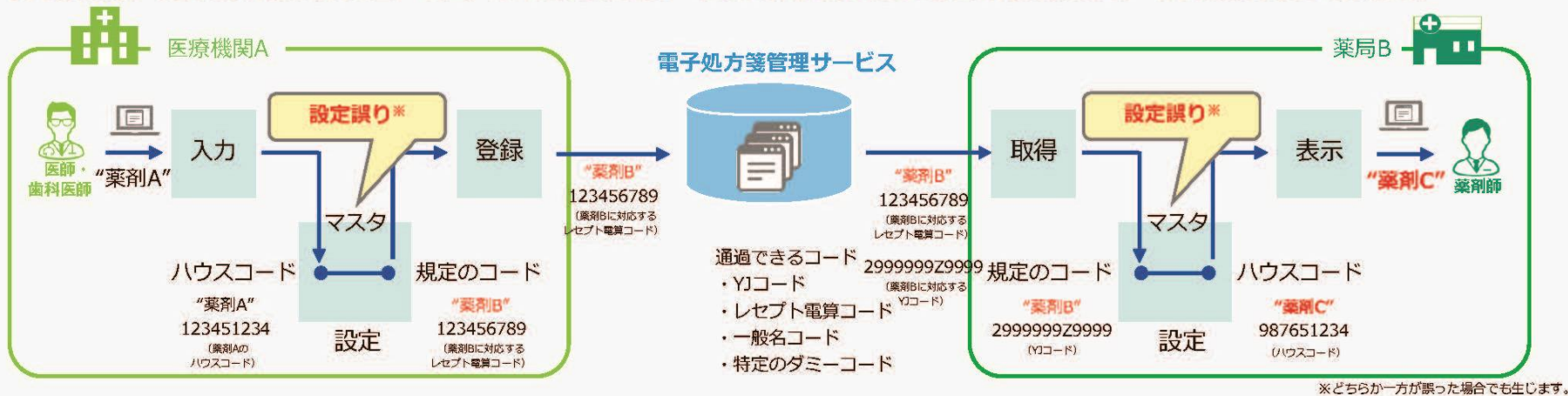
➡ 物流分野のキーコードも整備されるため、医薬品のトレーサビリティが強化されるとともに、医療機関の在庫管理等の作業負担を軽減できる。また、医療情報の二次利用の促進にも資する。



【医療機関・薬局】 電子処方箋管理サービスで使用する医薬品コードについて

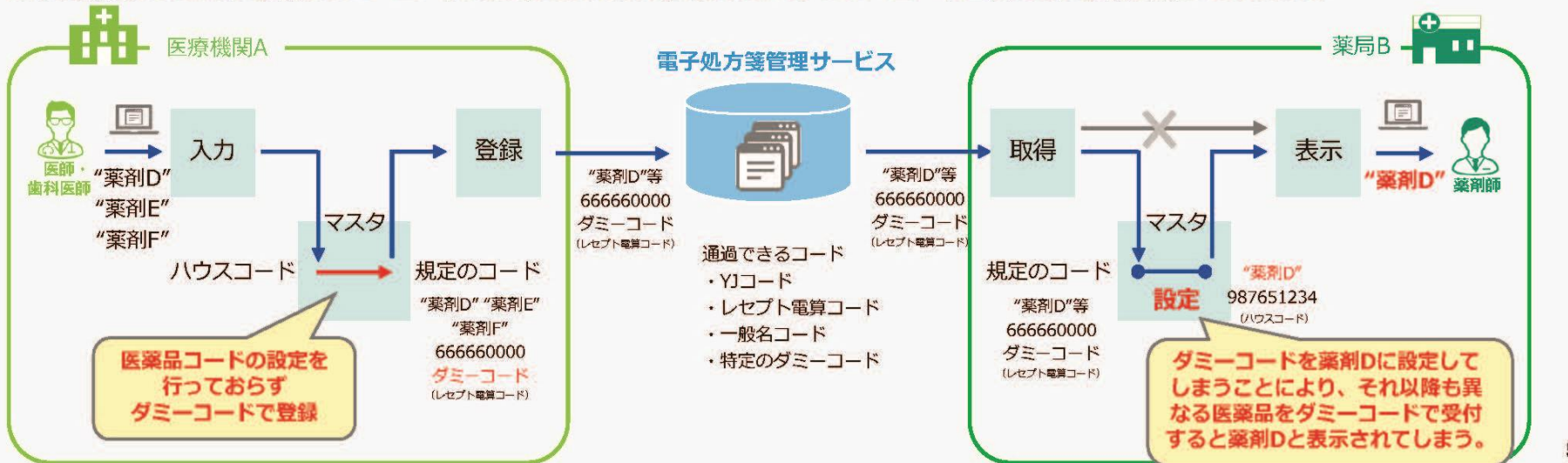
パターン1

○ 医療機関・薬局におけるハウスコードと、電子処方箋管理サービスで用いることとされている規定のコードの設定を誤ってしまう。



パターン2

○ 医療機関において医薬品をダミーコードで登録しており、薬局において、ダミーコードと特定の医薬品を設定してしまう。



まとめと提言

- ・標準型電子カルテはクラウドネイティブ
- ・クリニック・中小病院からa版導入からスタートする
- ・レセコン、オンライン資格確認システム
全国医療情報プラットフォーム、外注検査
等のAPI連携を実施
- ・データコードの標準化がポイント
- ・2030年为目标年

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
2025年7月発刊
- ・ 2色刷240頁、2600円



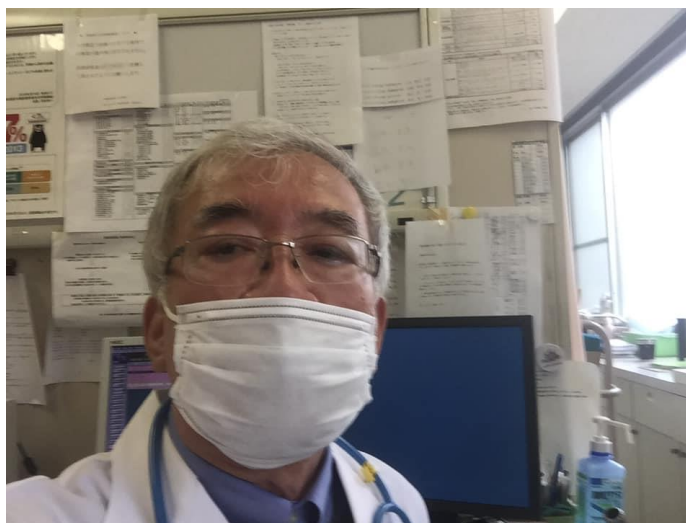
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp