

## 令和7年度第1回福岡県医薬品適正使用促進連絡協議会（議事概要）

日時：令和7年9月9日（火）14時00分～16時00分

場所：福岡県庁 行政特別東（特9）会議室

出席者：○委員9名（秋下会長、神村副会長、赤星委員、大戸委員、兼重委員、桑野委員、竹野委員、田中委員、福田委員）

○事務局4名（服部薬務課長、久良木課長技術補佐、石川監視係長、永井主任技師）

○オブザーバー（3名）

○傍聴者（0名）

欠席者：内田委員

内 容

- （1）福岡県における取組について
- （2）厚生労働省高齢者医薬品適正使用検討会の動きについて
- （3）今後のポリファーマシー対策事業について
- （4）福岡県後期高齢者医療広域連合による適正服薬推進事業について
- （5）その他

### 議題1 福岡県における取組について

○事務局

資料1を御覧ください。新しく御就任いただいた委員の先生もいらっしゃいますので、まずこれまでの福岡県の取組を御説明します。

スライド1、まずこの協議会の位置づけですが、現状・課題の項目のとおり、高齢者の服用薬剤は種類が多く、75歳以上でより多くなる傾向があります。服用薬剤の種類が多くなることに伴って、薬剤関連の有害事象、例えば転倒などの発生頻度が高くなります。こういった状態がポリファーマシーと呼ばれています。このポリファーマシー対策を進めるため、本県では平成30年度に福岡県医薬品適正使用促進連絡協議会を設置しまして、各種取組を実施してきました。

続いて、スライド2が具体的な取組です。

処方適正化アプローチ事業として、東大病院の持参薬評価テンプレートを用いて薬剤調整に関する検討の必要性を評価し、処方適正化を図る取組を行いました。持参薬評価テンプレートは、日本老年薬学会ホームページや、国の検討会が取りまとめた「病院における高齢者ポリファーマシー対策の始め方と進め方」でも紹介されています。福岡県では、この協議会の秋下会長の協力の下、協議会の立ち上げ直後の平成30年度、そして令和元年度、令和3年度に、協力医療機関や特別養護老人ホームなどで取組を実施しています。

続いて、スライド3は啓発事業です。

医薬品の適正使用には、患者とその家族の理解と協力、医療関係者からの情報提供が不可欠ですので、啓発事業としてチラシやお薬手帳ホルダーなどを作成して啓発を行ってきました。令和元年度にはチラシやシールの配布、平成30年度から令和3年度にはお薬手帳ホルダーの配布、その他市町村への啓発資材の提供やイベントなどを利用して情報発信を行っています。

続いて、スライドの4は研修会事業です。

令和元年度から医師、薬剤師などの多職種を対象としたポリファーマシー研修会を開催しています。スライドに記載している内容は、前回の令和7年1月18日に開催したもので、多職種が参加で

きる、具体例を多く取り上げる、様々な立場からポリファーマシーに対する考え方を共有するという観点を踏まえて企画をしています。本年度も開催予定で、本年度のことについては後ほど御説明します。

続いて、スライド5は実態調査事業です。

ポリファーマシー対策の現状と課題を把握するため、令和4年度は病院を対象に、令和5年度は薬局を対象に実態調査を行いました。スライドの赤枠の最後のところに、調査結果を基に対応策の検討を記載しています。1ポツ目に、患者への啓発を求める声が多かったということが挙げられています。2ポツ目に、医師、薬剤師への啓発、連携強化が必要であることが挙げられています。患者さん自身に服用している薬の関心を高めてもらう取組や、多職種が参加できる研修会等も今後継続して開催する必要があると感じています。

#### <意見・質疑応答>

##### ○秋下会長

この最初のスライドにありますが、平成30年度にこの協議会が始まったということです。国の検討会はその前年、平成29年に立ち上がっています。なので、国が始めてすぐ福岡県が始めたということで、私は様々な都道府県の事業あるいは広域連合の研修などの際にいろいろ聞きますが、福岡県ほど進んでいるところはないなど。歴史的にもそうですが、実際の取り組んでいる内容も非常に多方面で、病院だったり地域だったり、医師だったり薬局だったり、そのこと自体は本当に全国に誇るべき事例かなと思います。なので、この成果がどういうふうに出てくるかということ、もうそろそろ10年近くなってきましたので、検討する必要があるのかなとも考えています。

初めての方もおられますので、例えば、この処方適正化アプローチ事業ですが、毎年様々な形態の病院でやっていただいて、神村副会長が特に取り仕切られたので、少し説明いただければと思いますが、いかがでしょうか。

##### ○神村副会長

平成30年に行ったのは、一般病院を対象にした処方適正化アプローチ事業です。その結果ですけれども、一般病棟では薬は減るのですが、それ以上に薬が追加されています。一般病棟は治療病棟なものですから、入院目的となった疾患の治療をするものですので、それで結果的に一般病棟ではかえって薬が増えてしまったということでした。

令和元年度は、回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟で処方適正化アプローチ事業をやりました。こちらの病棟では薬が増えた患者さんはいるのですが、それよりもさらに減った患者さんのほうが多くて、薬剤総合評価調整加算が取れる患者さんが非常に多かったという結果でした。ですけれども、やはり回復期リハビリテーション病棟や地域包括病棟でも、薬が増えている患者さんも実際におられるということで、減薬ありきという医療は得られていないということが分かりました。

令和3年度、今度は特別養護老人ホームでやったのですが、ここでは薬が減って、減った状態で処方が維持されているという入所者の方が結構おられました。

押しなべて言いますと、一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、地域包括病棟、それから特別養護老人施設、いずれも減薬が必要な患者さんがいたということですので、処方の適正化には終わりが無いと感じた事業でした。

以上です。

##### ○秋下会長

ありがとうございました。

神村副会長には大変御尽力いただきまして、これらの事業の成果は、年度ごとにそれぞれ別の研究になっているわけですが、それらを英文の論文にしっかりまとめていただいて報告いただいているということです。

## 議題2 厚生労働省高齢者医薬品適正使用検討会の動きについて

○秋下会長

議題2は、厚生労働省高齢者医薬品適正使用検討会の動きについてということで、こちらは資料2を用いまして私のほうから説明したいと思います。

前回の協議会の際にこの中間報告の報告をしましたので、ごくかいつまんで最終報告のお話をできればと思います。

まず、スライドの3はこれまでの流れです。

先ほど言いましたように、平成29年に検討会が立ち上がって、指針の策定から、そういったものを用いた啓発に関わるような調査や事業、そして病院でのポリファーマシー対策の手順書（病院版）の策定と、その利用促進に係るような啓発をやってきて、令和6年度には地域版の業務手順書というものを策定し、それに基づいて令和7年度に事業を行ったということになります。

次のスライドです。二つ大きなものがありまして、左側、①の地域における業務手順書の運用調査は、埼玉県と広島県の2地域で、この指針や業務手順書を用いたポリファーマシー対策を普及啓発するのに、実際にどういう課題があって、どれぐらい実施できるのかということを見ていただこうと行われたものです。

それから、②の医療現場におけるポリファーマシー対策業務の効果に係るエビデンス調査・検討は、個々の症例でどうかということではなくて、やはり地域で取り組んだ場合に、それぞれの地域でどういうふうに評価していくのかということで、集積されたデータの分析を行いまして、現場で使ってもらえるような指標をある程度作成したということになります。

スライド7からが、埼玉県と広島県で行われた取組についてです。

スライド8から02、地域における業務手順書の運用調査（埼玉県）の内容となります。

埼玉県も、ポリファーマシー対策というのをこれまでやってきて、ある程度進んだ県であり、これまでの事業等のことが書かれています。

スライド9、会議体（県全体）の概要と成果ということですが、既存の会議体を用いたということで、埼玉県薬剤師会の社会保険委員会を県の会議体と位置づけたということになります。ですので、完全に県薬剤師会が主導で行い、ただ県薬剤師会の中に置いたということになります。これについては、例えば厚労省の検討会でも最初から多職種の形になってないというような話もありましたが、実質的に動きやすいということで、この既存の組織を使ったというのは、フットワークという点では評価できるのではないかと私は考えています。

会議が11月と1月と、年度の終わりのほうにはなってしまうかもしれませんが、2回、県の会議体が行われたということです。

社会保険委員会の委員は10名ということで、その10名がそれぞれ県内の地域薬剤師会を持っていますので、それぞれの10地域で、県から落とし込んだ地域版の実際の会議等が行われたということになります。11月から2月までで、実際に開かれたのは7地域となりますが、延べ11回、参加者124名、ここで薬剤師以外の職種も多少ですけど参加しているということです。本来、地域に落とし込んだところで、より多職種、特に医師が参加するのが望ましいわけですが、そこはなかなかうまくいかなかったということかと思います。

スライド11、このように、まず会議体を開くと同時に、業務手順書の中で定められていたポリファーマシーコーディネーターというものと、薬剤調整支援者というものをそれぞれ定めたということで、ある程度役割者を任命することができたというのがこの埼玉県の成果になるかと思います。

地域ポリファーマシーコーディネーターという役割の方は、先ほどの社会保険委員会の委員10名で、そのままスライドでこの任に当たりました。ですので、全員保険薬局の薬剤師ということになります。スライド11の右上に、所属する地域薬剤師会と経験年数が書いてあります。

一方、薬剤調整支援者というのは、各地域で、現場で実際に高齢者のポリファーマシー状態について相談に乗り、薬剤調整を支援する者であり、必要なわけですが、これも48名任命できたということです。

スライド12の右上に所属薬剤師会の内訳とありますが、地域の薬剤師会で、少ないところで2名、多いところで12名の薬剤調整支援者を任命できたということです。それぞれの業務経験年数は、かなり幅が広いことが分かります。

薬剤調整支援者を置くことの成果については、連携がある程度できるようになったということですが、スライド13のアンケート等に示されています。

その他のアンケートは飛ばしまして、スライド18がまとめです。県の会議体、それから地域での会議体、そしてポリファーマシーコーディネーターと薬剤調整支援者を任命して普及啓発活動を行うことができたということです。

ちなみに、この普及啓発活動においては、検討会で委託したN T Tデータで作成されたスライドセットを用いたということです。

スライド19から、03、広島県の調査に関して説明します。

スライド20ですが、広島県もこれまで、2017年度以降、ポリファーマシーに取り組んできており、それぞれの協議会や事業等のことが説明されています。このように、ある程度耕した現場ということになります。

スライド22ですが、広島県の会議体は埼玉県とは若干違います。県の会議体の会議の開催は、やはり12月と2月と、埼玉県より1か月ぐらい遅れてですが、2回開催されています。

参加者は、このように20名、18名ということですが、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護従事者、大学等の学識経験者、そして行政というように非常に多職種から構成されていて、実際にそれらの職種の団体、三師会の役員の方々が参画しているということで、県全体で職種あるいはステークホルダーが関わるような形になっていたと思います。

ただ一方で、こういう形をつくるには時間がかかりまして、この会議体をつくるまでには、福岡県もこの会議体がまさにそうなのですが、結構時間を要したということで、埼玉県より出足が悪かったというのはやはり予期されたとおります。

スライド23から、成果、課題ですが、会議を行い、こういうことを整理したという内容です。

実際にこの中で一つ、広島県でとても困っていたのが、地域ポリファーマシーコーディネーターと薬剤調整支援者を任命するに当たって、国の検討会でつくった業務手順書を見ても、その役割がいま一つよく分からないということでした。ここは実は国のほうの業務手順書でも、それぞれの地域の運用の仕方があるだろうということであまり明確に書いてない部分であったのですが、広島県としてはそれをどのように運用するのかということで、かなり議論に時間がかかったということでした。その点は国にフィードバックされています。

スライドの25は、普及啓発の概要・課題です。普及啓発活動は、いわゆる研修会を2月に1度行っています。参加者が127名ですが、医師14名、歯科医師2名、薬剤師90名、看護師2名、介護支援専門員12名、行政職員7名ということで、やはり多職種の参加がなされたということでした、非常によかったかなと思っています。

それから、県民向けの普及啓発活動ということで、これは普及啓発資料の配布にとどまりますけれども、各団体を通じて、薬と健康の週間の期間を使って、7,000枚強の資料を配布したということです。

アンケートを取ってまして、ポリファーマシー対策への意識づけはできたということですが、実は地域ポリファーマシーコーディネーターと薬剤調整支援者の任命ができなかったと。埼玉県ではそれぞれ10名と48名の任命ができたということなのですが、そこまでは至らなかったということで、これは次年度に持ち越しという形になりました。

スライド28に、この埼玉県と広島県の結果を比較した表があります。対比するような形ですが、それぞれ特徴があり、一長一短あったかなということです。福岡県の場合は、これよりかなり進んでいるのかなと思いますので、これを参考にしなくてもいいと思うのですが、これからポリファーマ

マシー対策に取り組む都道府県にとっては、どちらのやり方を踏襲するのか、代表的なサンプルとして興味深いかなと思います。

続いて、04、エビデンス調査・検討の内容です。

これは、医療介護関係のビッグデータの分析ということで、スライド30にコンセプトが書いてありますが、各地域が持っている医療保険・介護保険のレセプトデータあるいはNDBオープンデータという国のデータなどを分析し、ポリファーマシー状況の改善を図るための指標として使えるのではないかと試みたということです。

スライド31は、データ分析の方法です。データソースは、東京都八王子市の医療・介護連結データの2019年度分で、コロナ禍の前です。もともと分析に当たった医療経済研究機構の浜田将太先生が持っていて、利用承諾も得られていたということで、このデータを使うことになりました。後期高齢者6万6,000人で、データの欠損等がない方が対象です。

スライド32ですけれども、例えば抗コリン薬を分析しているわけですが、外来、在宅、特養というところでやや割合は異なり、例えば外来ですと35%ぐらいの方が1種類以上の抗コリン薬を使用していて、特養だと半数ぐらいの方が何らかの抗コリン薬を使用していると。それから、外来でも、要介護度によって違ふと。要介護度が上がるに従って、少し抗コリン薬の使用が増えるということです。抗コリン薬が精神神経系の薬に結構多く含まれるということが関連しているかと思います。

スライド33は、いわゆる薬剤起因性老年症候群というのがありますが、それに関連するような薬物ということで、便秘薬、睡眠薬・抗不安薬、過活動膀胱の治療の抗コリン薬、NSAIDs、抗不整脈薬といった分類で分析をしてみると、比較的多く使われているということが現場にかかわらず分かりました。

また、スライド34は、PIMsについてです。PIMsというのは、Potentially Inappropriate Medicationsといいまして、国際的に使われる医学用語なのですが、日本では特に慎重な投与を要する薬物ということで、日本老年医学会のガイドラインの中で規定されているものになります。日本の老年医学会の2015年版——今年、2025年版ということで10年ぶりに改訂がなされて若干変わったのですが、これは私が研究班の代表をしていたときに作成したものに基づいた分類です。

上の段に挙げたようなものが該当薬ですが、赤囲みのところを見ると、その特性として、PIMsは結構在宅で多く用いられているとか、睡眠薬・抗不安薬は複数医療機関にかかっている方に多いとかいうことが分かります。また、主にループ利尿薬がこのPIMsに入っています。これが特養の方で少し増えるのですが、在宅医療を受けている方で特に多いということで、この辺りは注意喚起が必要かなと思いました。また、NSAIDsは、やはり動く方のほうがむしろ必要になるということかもしれませんが、外来の方のほうが使用が多いということと、複数医療機関にかかっている方が多いということです。

スライド35は、NDBオープンデータの分析です。NDBオープンデータというのは皆さん御存じのような国全体のデータをまとめたものですので、八王子市のデータが、国全体の傾向を本当に反映しているのかどうかを分析するために、NDBオープンデータを分析したということです。あまり大きくは変わらない結果となっています。

スライド36が、ポリファーマシー状況の改善を図るための指標の選定方法ということで、八王子市のデータからどんなことが言えるのかなということで、その考え方を示しています。

そして、スライド37は、具体的に先ほどのような分析から指標となり得る薬剤例を引っ張ってきたもので、青の背景の表では、全て、90歳以上、要支援1・2、要介護認定あり、認知症診断ありという個人属性によって、関連性が特にそういう方で多かった薬剤がそこに並んでいます。

それから、グリーンのほうが療養環境ごとで、全て、在宅、特養といった療養環境によって、ここに挙げたような薬剤が特に多く出ていたと。PIMsや薬剤起因性老年症候群に該当する薬物なので、使ってはいけないわけではないのですが、注意して使う必要があるものであり、結構多く使われているので、こういったところをターゲットにしてやったらどうだろうということです。

スライド38がその活用のイメージです。自治体で分析する、あるいは地域の会議体——先ほどの埼玉県や広島県にて立ち上がったような会議体、例えば福岡県でしたらこの協議会で、その分析を

するということも考えられるわけです。あるいは、左下、個別の医療機関、病院が自分たちの病院の処方状況をモニターしていく、また、介護施設、特に複数の介護施設を持っているようなところなどは、ある程度まとめて、あるいは介護施設間の比較ということもできるのではないかと思います。

特に、ポリファーマシー対策をすることで、スライド38の右下に、効果の可視化という赤字がありますけれども、黒い点線から、ポリファーマシー対策を開始したら、そういうものの処方が減ってきたと、指標として変化が見えると成果があったと言えるのではないかと思います。

スライド39に具体的に文章化してあります。地域、医療機関、在宅医療と介護施設での、指標となり得る薬剤を用いた活用例について、あくまでも例示をしたものですので、それぞれの地域や医療機関、介護施設等で同じような形のものを考えてもらって使ってもらえればいいのかと。地域等の特性も出てくるかと思いますが、それでターゲットを決めてやるということです。

次のスライド40は、個人単位での着眼点です。あくまでもこの分析は、地域等のグループでどうなっているのかというのを分析するというで行ったわけですが、やはり現場でということになると個人単位ということで、個人での活用例というものを示したということになります。

スライド40以降はまとめです。

#### <意見・質疑応答>

##### ○事務局

平成30年の本協議会の立ち上げのときに携わっており、これまでの取組を振り返ってみて、なかなか評価するのは非常に難しいなど。減薬できれば全ていいというわけではなく、正しく減らしていかないといけない、その上でどう評価すべきかと非常に感じたところです。先ほど紹介があったPIMS等の薬剤を指標に、この地域でこういう評価をしていて、いい結果を出しているところがあつた、という好事例があれば、聞き取りなどして、福岡県にうまく活用できないかと思うのですが、指標を用いてモデル事業等をやっているような地域を御存じだったら教えていただきたいのですが、いかがでしょうか。

##### ○秋下会長

この種の検討会の中で、地域とか医療機関を中心とした取組などを事業としてもやってもらって、その成果というのは発表してもらっているのですが、実はこういう事業はいつも単年度なものでして、この辺りがちょっとネックで、途中で終わっている感じの成果なので、あまりいい成果としては出ていないかなと思います。

私の知っている範囲では、例えば広島県も埼玉県もこれまで頑張っていて、今回このような形でまた改めて事業に取り組んで、じゃあ前からやってきたことの成果は何か出たのですかという話になると、福岡県もそうであるように、実はあまり明確に、特に地域全体としては出ていなくて、非常に狭い地域でやったものの中で学会発表できるぐらい成果が出ているとか、そのようなことにとどまるというのがまだ現状なのかなと思います。

なので、今回、国の検討会としても、こういう指標を使ってやってみてくださいという、漠然としたものではなくて少し焦点を絞ってやったほうがいいのかもありますので、そういうものを示したということで、これからなのではないでしょうか。

ここにおられる皆さんが知っておられる事例があれば教えていただければと思うのですが。

なかなかこの辺りは難しいところかなと思います。

私は老年薬学会に関わっており、神村副会長も同会の理事ですが、結構薬局ベースでの、あるいは病院の薬剤部ベースでのポリファーマシーへの取組ということでの結果は出ていて、薬がどれぐらい減りましたということまでは出ますが、それが患者の健康アウトカム——要介護がこれぐらい状態を改善できましたとか、何かを防げましたとか、そういうエビデンスはあまりないと。世界的に見ても実は非常に少ないというところですので、まだまだこれからかなと思います。

ただ、いわゆる健康アウトカムという形のは本当に必要ではあるのですが、世界的に見ると、無作為試験、比較試験、今回の見える化シートもそのような形でやられていますけれども、そうい

うデザインでやられて、特にヨーロッパなどから報告されているように、クリニックベースでされたものの中に、例えばQOLとか幾つかのアウトカムが改善するという報告はあるのです。幾つかのアウトカムを見たうち、これは出なかったというのがありますが、出てきているものもあって、一流雑誌に報告もされています。

したがって、全般的に見ると、このポリファーマシー対策はやって悪いことではないと思います。コストが見合うかどうかというところはちょっと置いておいて、少なくとも有害事象もほとんど出ていないので。効果のところまでなかなかいかないけど、有害事象なく薬を減らせたというのは大体出ているんですね。とすれば、それはやってもいいことだろうということになりますので。むしろ、ターゲットとなる薬物がどれぐらい減ったのかということでも、十分そのプロセス指標としては使えるのではないかなと私どもは考えています。

○赤星委員

私は3月まで臨床のほうにいまして、特にこの指標に関しまして非常に興味深いなと思いました。睡眠薬・抗不安薬というところに関しては、そこを非常に整理することによって、患者の転倒等を防いだ、QOLの向上につながったということがありました。

スライド40について、個人属性のところでは90歳以上の患者が使用している便秘薬の種類を見直すということですが、後期高齢者というところではどうしてもやはり80代以上というところがあるのですが、この場合90歳以上とされている理由を教えてくださいと思います。

○秋下会長

これは本当にあくまでも例示でして、年齢別の解析の中で便秘薬の使用が90歳以上が特に多かったということがあるので、ここでは90歳以上と。だから別に75歳以上でも80歳以上でも構わないと思いますし、別に年齢はつけなくても構わないのではないかなとは思いますが。

○竹野委員

教えていただきたいのですが、埼玉県で任命したポリファーマシーコーディネーターの役割というのがいまいびんとなくて。埼玉県の社会保険委員会の委員を任命したと記載があって、当会でいうと福岡県薬剤師会の委員ということになるのかなと思うのですが、その方たちがどんな活動をして、どんな成果を上げたのか、お聞かせいただきたいです。

○秋下会長

埼玉県の場合、ストレートに社会保険委員10名をそのまま地域ポリファーマシーコーディネーターに任命して、それぞれが担当している地域薬剤師会の責任者ということになりますね。その地域で、今度は薬剤調整支援者という現場で対応する方もいます。プレイングマネージャーというか、現場を持っていれば、自らも薬剤調整支援者になることもできますし、管理者という立場でいうと、そこのかかりつけ薬剤師などに、それをやってねということをお願いをしたり、私がやりたいと手挙げする方を指名して、薬剤調整支援者に任命したりすると。そういうような役割を果たしてもらい、かつ、ただ任命するだけではなくて、当然地域の中でミーティングとか、多職種が関わって課題を抽出したりとかする会議も必要だと思うんですね。特に埼玉県の場合は、県の会議が県薬剤師会という形になっていますので、地域のほうで、医師会とか歯科医師会とか看護師会とか、様々な職種が集まる場というのをやはりつくっていく必要があって、そういうものをコーディネートするのがポリファーマシーコーディネーターの役割であるということになります。

実際に行ったのは地域の会議体ということで、スライド10にありますけど、7地域で11回開催されています。ただ、残念ながら参加者がほとんど薬剤師であったということなので、多職種を十分に呼び込めなかったと。開催されたけど、そこに多職種が来てくれなかったということが残念なので、今後そこが課題かなと思います。

○竹野委員

これは医師会等に御協力してもらえなかったのですか。

○秋下会長

声はかけたみたいですが。一部は医師会も協力はしているけれども、竹野委員も御存じのように薬剤師会が主催で、医師会が講演をしても、なかなか医師会の先生方は来てもらえないですね。その辺りの課題が結局抽出されてしまったということかと思います。

○竹野委員

私は福岡市に所属しているのですが、福岡市東区では多職種連携会議というのが年に数回行われています。そういうのをイメージして開催するということでしょうか。

○秋下会長

そうです。この地域でのポリファーマシー会議というのは、別に新しい会議体をつくる必要はなくて、従来ある多職種の会議の中に、逆にそのポリファーマシー対策についてを議題として入れてもらえればそれでいいということになるかと思います。そのほうがうまくいくのではないかと思います。

○竹野委員

わかりました。東区ではちゃんと機能しています。

○秋下会長

ありがとうございます。

○事務局

地域ポリファーマシーコーディネーターの広島県の取組についてお伺いしたいのですが、任命には至らなかったけれども役割を検討したということで、特にコーディネーターのうちの医師のコーディネーターは、地域の処方医の相談役を担って、総合診療医の先生にしたかどうかという検討がされていたとスライド23に記載があり、この辺りは県の医師会の先生方と調整して、検討したのでしょうか。

○秋下会長

そこが広島県がすごくよかったところだと思います。埼玉県もですが、もともと広島県は結構、県医師会や広島市の医師会とか地区医師会で熱心にこの問題に取り組んでいて、ポリファーマシー対策を自らやりたいという医師の方々が結構いたので、まずは先生お願いしますというふうに進んだという理解だと思います。特に、総合診療医の名前などが出てきているのも、実際にそういう例があったということです。ジェネラルに総合診療医がいいというわけでもないと思いますけれども、そういう具体的な先生がいたのでお願いしたというような経緯です。

ですので、地域ポリファーマシーコーディネーターは、福岡県でいうと、この協議会の委員の先生方は全部地域ポリファーマシーコーディネーターをそのままやっていただいても構わないと思いますし、それぞれの団体等を代表しておられますので、それぞれの団体から適任の方を選んでいただいてもいいかと思います。

地域ポリファーマシーコーディネーターは、必ずしも現場を持っていなくても大丈夫です。埼玉県のように、地域の担当者の中から選ぶというやり方と、むしろステークホルダーの集まりの中で横に展開しているものがあるのもよくて。それぞれの先生方の担当している領域の中で地域があるので、そこで地域をつないで、例えば地区の医師会と地区の薬剤師会をつなぐということを先生方にやっていただければよいと思います。ポリファーマシーコーディネーターの真下に薬剤調整支援者が来なくても、つないだ地域の中で、薬剤調整支援者を、医師会、薬剤師会等のいろいろな職種にまぶしてやっていただいてもいいですし、この地域はやはり薬剤師の方が一番熱心なので、この地域は全部薬剤師で取りあえずいいでしょうということやっていただいても構わないのかなと思います。いろいろなパターンが考えられます。

なので、実は業務手順書の中であまり明確に、今私が説明したようなことをたくさん書いておらず、それは業務手順書作成のときもいろいろなケースがあるよねと議論があったからです。ここはこれぐらいの表現にして、各地域でまた考えてもらってということでもあります。

今回、広島県からも悩みましたということだったので、そういうものを受けて、業務手順書の改訂もなされるのかなと思っています。

○桑野委員



福岡県では、ジェネリック医薬品のほうでNDBとかKDBを使って分析するということも予定されているみたいですが、こういったデータをもし福岡県で出せるんだったら一緒に分析してもらって、福岡県のデータを療養環境ごとにある程度整理してもらって、そこで各療養環境を中心に普及活動というか、啓発のための講演会をするといったことを計画するといいいのではないかなと。

こういう各薬については、やはりどれぐらい使っているのかという興味が実際あるところですね。だから、福岡県レベルである程度データが整理されて、それを中心にいろいろ普及啓発していけば少し広がっていくのではないかという気がします。

○秋下会長

事務局からお願いします。

○事務局

御意見ありがとうございます。先日、ジェネリック関係の協議会で、レセプト分析の話をしたところでした。福岡県の保健環境研究所でデータ分析の打合せを近々する機会がありますし、桑野委員の御意見をいただきましたので、ポリファーマシーのほうでまたそういう分析をして、事業につなげていけるような結果は出ないかというところを話し合っていて進めていきたいと思っています。御意見ありがとうございます。

○秋下会長

非常に重要な点かと思います。

後ほど、後期高齢者広域連合の田中委員のほうからのお話も少し出ますかね。

○田中委員

そうですね、データの分析とまではちょっとなかなか……。

○秋下会長

後期高齢者広域連合の報告データを絞り込めば、今の桑野委員からのお話のようなことは、後期高齢者についてだけですが、出てくるかなと思います。多くの都道府県ではこれを割と生かしているところも多いですね。県でするものと各保険組合でするものとあるのかなと思いますので、できたらその辺りも県に間に入ってもらって、あまり無駄が出ないように、効率よくやってもらえるように調整してもらえるといいかなと思います。

### 議題3 今後のポリファーマシー対策事業について①—1

○事務局

資料の3-1では、福岡県における取組というところで「おくすり見える化シート」の事業について、おとしと昨年の2年度の事業概要及び結果と、また、今年度の計画について、まとめて御説明します。

まず、スライド1、令和5年度については、福岡県薬剤師会に委託し、患者説明用の啓発資材として、見える化シートを作成し、実際に服薬指導に活用しました。

本スライドの左下の絵に示しているのが、見える化シートです。

お薬手帳は、文字による個別の医薬品情報であるため、患者目線ではその都度、薬剤の情報を把握することはできますが、例えば複数の医療機関に通院していると、全体の薬剤の情報を把握することが容易ではないということがあります。そこで、患者の服薬情報について、薬効ごとに何種類あるのかというのを、薬局で薬剤師が色塗りをして可視化することで服薬指導に活用しやすくするツールとして、見える化シートを作成しました。

令和5年度事業の対象患者は、定期的に来局する65歳以上で、ふだんから内服する薬が6剤以上の、事業実施期間中に複数回来局予定のある患者としました。また、協力薬局は、福岡県薬剤師会に属する県内4ブロック各20薬局の合計80薬局とし、各薬局で10名の患者について、それぞれ報告いただきました。

服薬指導の方法については、下の①から④のフローのとおりで、まず①、お薬手帳の表紙等に見える化シートを貼付して、患者にアドヒアランスに関するヒアリングを実施し、ポリファーマシーの啓発資材を用いながら説明をします。

次に②、患者の再度の来局時に、減薬の希望の有無についてヒアリングを実施し、その希望がなければこの時点で終了としました。

続いて③、患者に減薬の希望があり、かつ減薬に関して薬剤師が可能であるという判断ができれば、追加のヒアリング等を行って、医師に情報提供と提案を行いました。薬剤師の判断で減薬ができないという場合には、患者に減薬の希望があったという旨を医師に情報提供するのみで終了としました。

最後に④ですが、医師に減薬のための情報提供と提案を行ったものに関して、医師の確認の下、減薬等の処方適正化が可能であれば、連携してそれに向けて対応を進めるという流れとなっております。

スライド2が、令和5年度事業の結果です。

各薬局から報告された患者としては、男性40%、女性60%で、全体のうち75歳以上の後期高齢者の方が75%を占めていたということです。また、平均的に服用している薬剤数が9.17剤ということでした。

左側の円グラフのとおり、697例の有効データのうち、3割強の患者さんが減薬を希望し、希望後の結果については右側の円グラフで示しています。多数を占めたのが青い部分で、薬剤師が減薬困難として検討不可と判断したケースが50%であったということです。続いて赤い部分で、薬剤師が減薬可能と判断したけれども医師が減薬困難としケースが27%弱です。最後、残りの緑の部分として、23%程度で薬剤師が減薬可能と判断し、医師も可能と判断して、実際に減薬につながったという結果が得られました。

結果として、全回答者の7.6%の減薬につながり、また、平均して1.26剤を減薬できたということとなりました。

まとめとしては、ピンクで囲っているところ、実施期間が短期間であったものの、見える化シートを活用した服薬指導によって、患者自身が服用する薬剤について、より積極的に関わろうとする行動変容につながったと考えられました。また、これにより、患者発信を端緒とするポリファーマシー解消に効果が期待できると考えられました。

スライド3、令和5年度のこうした結果を受け、令和6年度は、見える化シートが患者の減薬意向に対する影響を明らかにするということを目的として、臨床研究を実施しています。

患者背景としては、基本的には令和5年度と同様ですが、臨床研究の実施に当たって同意をいただいた患者を対象としています。

また、対象薬局や薬局ごとの患者数に関しては、令和5年度と同規模を想定して実施しました。

方法については、右側の図を御覧ください。令和5年度の際と異なる点については、見える化シートを実際には使用しない患者群——非介入群を今回設定して、見える化シートの使用の有無によって服薬の適正化への効果の出方に違いがあるかどうかを検討したということです。

結果については、スライド4に概要を記載しています。詳細については、資料3-2において、福岡県薬剤師会の竹野委員に御報告をお願いできればと思います。

#### ○竹野委員

福岡県薬剤師会、竹野でございます。

初めて「おくすり見える化シート」というものを聞かれた方もおられるかと思いますが、資料3-1のスライド1で、左側に小さく見えている、赤いラインを引いたものです。

お薬手帳は御存じのように、文字だけしか並んでいません。この見える化シートは、どの薬がどんな薬効であるかと患者自身が見ることで、こんなに薬を飲んでいるんだというのを視覚的に判断できるようにしたものを、お薬手帳の表紙もしくは中を開いたところ、患者が見やすく、邪魔にならないところに貼って、患者本人に自覚してもらうことをまず目的としていました。

令和5年度は、その見える化シートを使って、我々薬剤師が介入することで、どれだけ減薬につながるか、そして、どれだけ減薬できたかということに重点を置いて事業を行いました。

先ほどの結果では、この見える化シートを使って我々薬剤師が介入すると、やはり減薬希望の方がいるということと、実際に減薬ができたということを実証できたわけです。

それを受け、令和6年度事業としては、見える化シートを実際に使った群と、使わなかった群を設定して、我々薬剤師が介入して、どれだけ減薬につながったかということを実証実験として行いました。

その際、学会発表であったり論文発表であったりということを見据え、倫理審査委員会を通して実証事業を行ったところです。

結果としては、資料3-2の3ページにまとめています。

2行目、減薬の意向については、介入群、つまり見える化シートを使ったほうが35.6%、非介入群、使っていないほうが24.7%と、やはり見える化シートを使ったほうが減薬の意向は高かったと、ここでも有意差は見られたわけですが、その何行か下の実際に減薬が行われた割合というのは、介入群と非介入群では有意差はなかったという結果になっています。見える化シートを使うと、減薬希望はあるのですが、減薬をできた結果としてはあまり差はなかったという結果でした。

以上を踏まえ、今年度事業に関して、我々薬剤師会の委員会で検討し、例えばどの薬であれば医師が減薬に結びつけやすいかや、どんな提案をすると医師が減薬に応じてくれるか等々、それを突き詰めたほうがいいのではないかとといった意見もあったのですが、この協議会自体の目的がポリファーマシー対策なので、いかに減薬ができるかということにつなげたほうがいいのではないかとというふうに結論づけました。

ですので、次のステップの研究をするよりも、むしろ福岡県内の保険薬局にこの使い方、ノウハウ等を伝達して、よりポリファーマシー対策につながる、つまり我々薬剤師が介入することで減薬ができるということはデータが出ていますので、むしろ多く広げたほうがいいのではないかと結論に至って、これ以上の見える化シートの効果検証のための研究というのは一旦中止にさせていただきます。ですので、今年度は、いかに広げるかということに重点を置こうかと考えています。

#### <意見・質疑応答>

##### ○秋下会長

比較試験の結果について確認をしたいのですが、減薬の意向については介入群のほうが有意に高かったということですかね、全体としては。

##### ○竹野委員

はい、おっしゃるとおりです。

##### ○秋下会長

表5の一番下の「減薬の検討を希望しますか？」というところが、割合として有意差があったと。これはやはり見える化シートを使って、それぞれの疾患群に対して複数の薬剤が入っているのが見えるので、まさにそこが見える化シートの一番の特徴というか、期待していた効果ですね。

##### ○竹野委員

はい、そうですね。

##### ○秋下会長

それが分かって、じゃあちょっと、一つの病気に複数の薬剤は、二、三種類も要らないよねというふうに思われた方がやはりおられるということなのではないでしょうかね。

##### ○竹野委員

はい、そのとおりだと思います。

##### ○秋下会長

分かりました。その一方で、最終的な減薬に至るプロセスで、薬剤師として検討可能と判断した薬物とか、あとは実際に減薬に至ったところは両群ともにあまり明確な差が出なかったということですが、それはどの表で示されているのでしょうか。

○竹野委員

資料3-2の7ページ、表7の一番下のところです。薬剤師として検討可能と判断し、医師も可能と判断し、減薬を実施ができたのが、介入群で16人、非介入群で13人ということですね。

○秋下会長

なるほど、分かりました。これは、減薬を希望した上でですね。

○竹野委員

はい、そうですね。

○秋下会長

じゃあ、母集団からすると、もしかしたら差があるかもしれない。

これはおそらく、分析の考え方だと思うのですが、最初の事務局の説明でありましたけれども、資料3-1の円グラフが二つあって、一つ目が減薬希望の割合で、令和5年度事業ですと、3分の1が希望するけど、3分の2は希望しないという感じで、その希望した方々の中で実際に4分の1の方々が減薬、薬剤師のレベルでの不可というのが半分、残りは医療機関が難しいと判断したということで、だから薬剤師が可と判断したもののうち半分は減ったけど半分は減らなかったという感じでした。

それで、今のこの表7の解析というのは、あくまで減薬希望者の中での減薬に至るところのプロセスですね。

○竹野委員

はい。

○秋下会長

そうすると、そこがあまり差がないから難しいのかな。大戸委員、いかがでしょうか、これはどう考えたら。見える化シートそのものの効果を何によって考えるかということで、最初の方針で僕はいいいようにも思いますが、最終的なところで減薬につながったという結果になっていないのが、全然差がないように見えてしまうのですが。

○大戸委員

希望者は介入によって有意に増えたということで、それは私も効果があると思います。今、秋下会長が言われていることを考えると、このデータを層別解析したらどうかなと思いました。というのも、そもそも薬剤師もドクターも減薬不可というものが含まれているわけですね。それは、減薬のしようがないですね。なので、そこは、減薬可と減薬不可で分けた上で、減薬がどのように変化したかということを見るべきかなと思いました。

○秋下会長

分かりました。この成果は、僕はすごくいいと思うんですね。これはせっかくコントロールを置いてやっていて、見える化シートの効果というのを完全に明らかにできたというふうに、最初のステップで。そこから先にうまく回っていなかったのが、ちょっと残念なふうに見えるけれども、そうでもないのではないかなという気がしますので、解析のしようがあるのではないかなと思いました。

○竹野委員

データが残っているのと、こういった次のステップに行く研究のためにということで倫理審査を通しておりまして、昨年度のデータをまた解析することは、次の事業に生かせるのかなと思っています。ただ、新たなデータを集めようとする、この倫理審査を通すための患者の同意書を取るところで挫折している薬局があまりにも多過ぎて、一番そこがハードルが大きかったので、このポリファーマシーというのを県内に全て広げていくのであれば、研究という形ではなく、ポリファーマシーを進めていくほうがいいのかという結論に今回は至ったわけです。

○秋下会長

私は、もっとこの研究を続けたらということをお勧めしているわけではなくて、このデータをどういうふうに、煮て食うのか、焼いて食うのかというところで、この解釈の仕方として少し追加分析みたいな形をすれば何か出るのかなと。大戸委員がおっしゃった層別解析というのはまさにそういうことだと思います。nが少ないので有意差がどうこうということではないのかもしれませんが。

○大戸委員

分布や、先ほどいった傾向がもしあるのであれば層別解析を事後的にしても、これから別に研究をするわけではないので、さほど労力がかかることでもないし、そのデータは見てみたいなと思いました。

○秋下会長

表7の見方としては、減薬を希望した方の中でこのプロセスに入った人は、全部ここに数字としては入っているということでもいいですね。

○竹野委員

はい。

○秋下会長

ですので、例えば希望する方が介入群で88、非介入群で58いましたので、これが全部ここに並んでいるということだから、実数としてはこうだということですね。そうすると差がないのかな。16と13にはやはりどう考えても差はつかないですもんね。分かりました。

これはぜひ学会発表とか論文という形でまとめていただけたらと思いますが、その書きぶりの中で我々としてアドバイスできることがあればなと思った次第です。

○竹野委員

お願いいたします。

○大戸委員

先ほど説明はされなかったのですが、8ページの図2、これは疾患別というか薬効別に比較されているのですが、これも結構意味があるデータだと感じました。先ほど層別と言ったのはそういったことで、種々層別解析をすれば、前年度の分を見ても、n数は少ないのかもしれないですけど、傾向はしっかり捉えられているのではないのでしょうか。特殊な循環器とか絶対減薬できないものはあり得ないですけれども、減薬できるものは実際に介入か非介入で影響があるように感じます。

○竹野委員

大戸委員がおっしゃるとおりだと思います。ここは、この続きをどうするかというのを実は検討したのですが、この解析をするよりも、むしろ広げたほうがいいのではないかと、先ほどの委員会の結論になったということですね。

○秋下会長

例えば薬効別に見たときに、血圧とか心臓というのは大事だけど、実は減薬はうまくいかないというのがこの結果だと思います。一方で、痛みや消化器用剤というところは、駄目というのも多いのですが、うまくいったのも多いので、ここが一番効果が出やすいところかもしれないですね。

○竹野委員

そうですね、そこは比較的医師も了承しやすいというものだと思います。

○秋下会長

その見える化シートを少し、薬効別のところの分類を変えることも検討されるみたいなことを、前回か前々回かおっしゃっていたような気がしたので、今回の結果を基にそこを組み立て直していただくというのも、検討してみてもいいと思います。

○竹野委員

令和6年度の事業では、たしか少し範囲を広げたと記憶しています。実際にこんな薬剤もこの薬効群に含まれるということを表示しました。令和5年度から比べて6年度のほうが、より細かくというか、これはここに含めてくださいということで患者には指示をするようにしました。

○秋下会長

ありがとうございます。あと、私が気になっているのは、後で後期高齢者広域連合の事業報告がありますが、応答率がすごく高いということです。ジェネリック関係の通知は昔からありましたが、こういうポリファーマシー関係の通知が来ると、受け取った高齢者の方はみんなドキッとして、何かしなきゃと思うのかなと。

だから、最初の取っかかりのところですね、今回は6種類以上服薬の方ということですが、平均9種類や10種類ぐらいいまだと特段多いとも思っていない方が多く、自分自身も病気が多いからそれはそうだよなと思うのですが、疾患別に並べてみると、ある特定のところだけが何種類もあって、これは要らないかもねと思われるのかもしれない。ずっと続けていくのでしたら、全例やったらいいと思いますが、もし薬剤師の介入ということを前提とした見える化シートというのを考えるのでしたら、10種類以上とか、もう少し高いところにハードルを置いて対象者を絞っていくようにしたほうが、実効性や効率はいいかもという気がします。例えばすべて同じ赤で塗るだけではなくて、通常は黄色にして、黄色の中で、学会が問題ありと言っている薬だけは赤にするとか、そういう警告的なものを少し入れ込んでいただくと、反応も変わるのかなというような気がします。これは実際に今後やっていかれる上での運用の仕方、考えてもいいのかなと思いました。

### 議題3 今後のポリファーマシー対策事業について①—2

#### ○事務局

補足として、資料の3-1の後ろ2枚のスライドについて、今年度の事業の計画を御説明します。

今年度の事業に関しては、先ほど竹野委員からも御発言がありましたけれども、これまでの2年分の事業を踏まえて、見える化シートを広く使っていただくという事業を行えればと考えています。

目的としては、会員薬局に見える化シートの利用方法を広く周知して、患者への服薬指導に活用いただくということです。

方法として幾つか書いていますが、今、委員の皆様方から御発言いただいたとおり、見える化シートで改善すべき点が幾つかあるかもしれないため、その辺りを検討して必要があれば改善し、頒布版の見える化シートを福岡県薬剤師会にて作成し、会員薬局に配付いただきます。

さらに、見える化シートの利活用方法について、令和5年度事業の際に、事業概要の動画なども作成していますので、そういったものなども使いながら、動画で分かりやすく会員薬局に案内いただくのもよいと考えています。

このようにして、見える化シートを活用した服薬指導の結果、患者のポリファーマシーが解消したというような好事例を集めたものを好事例集として作成して、会員薬局にまたフィードバックをするというような流れができればよいと考えています。

こうした流れによって、会員薬局における見える化シートを活用した服薬指導の普及につなげていければと考えています。

スライド6に関しては、見える化シートの今年度の周知事業のスケジュール案です。本日の協議会でいただいた御意見を踏まえて、なるべく早く今年度の事業を開始できればと考えていまして、冬の時期まで周知を実施し、冬の第2回の協議会と同じぐらいの頃に、好事例集の作成というようなスケジュール案でいかがかと考えるので、御意見いただければと思います。

#### <意見・質疑応答>

#### ○秋下会長

周知事業ということですが、誰に対しての周知になりますか。薬剤師なのか、あるいは一般の高齢者なのか、医療機関なのか、その全てかもしれませんが。

#### ○竹野委員

おっしゃるとおり、全ての方が対象とは思いますが、特に会員薬局に見える化シートを使ってポリファーマシー対策をしようというのがメインだと思います。

#### ○秋下会長

分かりました。そうだとしたら、周知という言葉はちょっと弱いなと。まだ知らなかったのかという感じがして、これぐらいは知っていてほしいわけですね。だから、利用促進事業とか、もう一步踏み出してもいいのではないかなと思いました。国も周知という用語はよく使うのですが、ちょっと弱いですね。一般の高齢者や医療機関だったら、周知でいいと思うのですが。

まさに資料3-1のスライド5に利活用方法と書いてありますよね。だから、利活用促進事業とか、そういうニュアンスを前面に出したほうが伝わりやすいかなと。使ってくださいよというイメージが出るかなと思います。

これまでの見える化シートの事業を踏まえ、減薬につながった方々の特性として、より薬剤数が多い方だったのかとか、例えば10種類以上の方に多かったとか、こういう系統の薬物が多かったとか、そういう分析はちゃんと入れておいていただいて、まさにこの事業の中でこうでしたよと、こういう方々に特に効果がありましたよというようなメッセージを伝えていただくと使いやすいのではないかなと思います。

見える化シートは福岡県オリジナルなものですので、私も実は今年度既に3件、広域連合や県医師会に呼ばれて講演していて、地域での取組ということで、見える化シートはいつも紹介しています。また、今回の事業も少しまとまった段階で紹介できればと思いますので、よろしくお願いします。

### 議題3 今後のポリファーマシー対策事業について②

#### ○事務局

資料3-3のスライド1ですが、ポリファーマシー研修会事業については、昨年度同様の規模と方針で、ポリファーマシー啓発の一助とするような研修会を実施する予定です。地域における高齢者のポリファーマシー対策の始め方と進め方に加えまして、冒頭、秋下会長から御紹介をいただいておりますとおり、今年度、日本老年医学会発出の高齢者の安全な薬物療法ガイドラインが10年ぶりに改訂されたということで、日本版抗コリン薬リスクスケールについても盛り込まれたということをお伺いしていますので、そういったものの活用方法について学べるような研修会を検討できればと考えています。

開催の時期としては、昨年同様、秋から冬の時期の土曜日の午後か日曜日を候補として開催予定です。

医師、薬剤師、それぞれの講師に講演を依頼する予定です。講師に関しては、老年医学会や老年薬学会の活動等も参考にしながら、候補を検討していくところですが、委員の皆様方の御紹介と御推薦もいただけますと幸いです。

会場は、福岡市内の、県内遠方からでもアクセスの比較的良好な地域で開催を予定しています。

事業スケジュールとしては、スライド2のとおりです。

#### ○事務局

続いて、福岡県電子処方箋導入促進補助事業について説明します。

電子処方箋の導入が進めば、複数の医療機関・薬局をまたいだ過去の調剤記録を参照して、重複投薬等の確認が容易となります。こちらの事業は令和6年度から実施していきまして、病院、医科、歯科、診療所、薬局に対して、電子処方箋管理サービスの導入補助金を交付しています。

スライド4にスケジュールを記載していますが、令和7年度は既に5月から受付を開始しており、令和8年1月30日まで補助金の申請を受け付けています。

スライド5は、電子処方箋の導入状況の現状を示したものです。

左下の棒グラフにて、全国の割合と福岡県の割合を比較したものを示しています。濃い青色が全国で、薄い青色のほうが福岡県です。左から病院、続いて医科診療所、歯科診療所、薬局の割合を示しています。いずれも全国の割合をやや上回っていきまして、導入が特に進んでいる薬局においては、福岡県は87%が導入済みという状況になっています。

## <意見・質疑応答>

### ○秋下会長

電子処方箋については、福岡県が全国より少し上ということで、これは東京や大阪などの都市部は大体全国より少し上回るという感じでしょうか。気になるのは、補助金事業をやっている県だからやはり少し上回っているということなのか、ただ福岡という都市部を含む県なので上なのかというのを知りたかったのですが。

### ○事務局

人口の観点で比較したことはないですが、やはり都道府県の行政が補助金事業を行っているかいないかというところで導入割合に差が出ているというのは感じています。

### ○秋下会長

補助金事業をやっているのが成果として出ている、ここは分かりやすいです。

### ○桑野委員

研修会についてですが、今回もハイブリッド開催ではないですね。

あと、研修の内容は後日ネットに上げられて、終わってからもしばらく閲覧できるのでしょうか。

### ○事務局

昨年度から、後追いのオンデマンド配信に関しては実施してまして、今年、同時にハイブリッド開催という形ができるかというところは検討いたします。

### ○秋下会長

週末ということで、土曜日の午後または日曜日ということなので、やはりいろいろ私用もあるかと思いますが、できたら多くの方、特に多くの職種が参加できるように、今年もオンデマンドの配信でいいのではないかなと思います。ぜひよろしくお願いします。

ですので、オンデマンドだと困るよという方は講師に呼ばないようにして、許可いただける方をお願いしたいと思います。

老年医学会のガイドラインが改訂されましたので、その内容について話していただける方が少なくとも入っているといいのかなと思います。去年も何名か入っていましたので、1名そういう方が入っていればいいかなと思います。

あと、抗コリン薬リスクスケールのほうも結構進んできましたので、その点についても話ができる方がいたほうがいいかなと思います。今年の老年薬学会では、結構抗コリン薬リスクスケールを使った発表が多く出ていました。私も、JMDCという地域のレセプト分析をしている会社で、何件かの後期高齢者のデータで分析したところ、抗コリン薬のリスクスコアが高くなるほど、認知症の発生や大腿骨骨折の発生、要介護認定の発生等が全部増えるのですが、それが薬剤数と独立した関係というか、むしろ抗コリン薬リスクスケールのスコアは大事ですが薬剤数は関係ないというような分析結果ですね。そうすると、これまでポリファーマシー、ポリファーマシーと言ってきたものは、抗コリン薬リスクスケールを入れると実は薬剤数ではないよねという話になります。特に処方している医師は増やしたくて増やしているわけではないという話にいつもなるわけですが、数ではなくて、やはり中身で、問題のある薬物というところだけを特に見ていくことが大事なのかなというのも分析で分かりました。そのような趣旨も踏まえて話していただけるといいかなと思っています。

## 議題4 福岡県後期高齢者医療広域連合による適正服薬推進事業について

### ○田中委員

福岡県後期高齢者医療広域連合、田中と申します。

資料4のほうで、当広域連合が実施しています適正服薬推進事業について御説明します。

当事業は、75歳以上の後期高齢者のレセプトを分析して、重複・多剤服薬や併用服薬において、



医療者が意図しないリスクを抱えている可能性がある後期高齢者に対して服薬情報通知を送付して、薬局や医療機関への相談を促して、服薬状況の改善を図るというものです。

事業スキームを御覧ください。

当事業は業者に委託をして実施しています。委託業者に広域連合のほうからレセプト情報を提供しまして、委託業者は、主に5月分の診療レセプト情報を分析して、重複・多剤服薬等の可能性がある高齢者を抽出して、通知を送付しています。令和6年度は、主に11剤以上の方で、多剤かつ重複・併用などのリスクがある方を抽出してまして、その中から2,000人に対して9月末に通知書を送付しています。

また、希望する市町村へも通知対象者の情報提供を行いまして、広域連合が市町村へ委託する一体的実施事業の中で、市町村の保健師が訪問、電話などで対象者の薬局や医療機関への相談を促しています。

薬局や医療機関様のほうには、県の薬剤師会、医師会様を通じて御協力いただいております。周知に当たっていただいたというところです。

スライド2の、事業結果の評価については、通知後のレセプトを10月から12月の3か月間追跡調査を行い、対象者別の多剤服薬の改善率、有害事象の発生リスク者の改善率、医薬品に係る医療費の変化について効果分析を行っています。有害事象発生リスク者というのは、重複、傷病名禁忌、併用禁忌、長期処方がある方としています。

スライド3は、令和6年度適正服薬事業の結果の概要です。

効果検証分析を行う対象者は、通知した2,000人のうち、通知後3か月間継続して被保険者であった1,923人です。同じ条件で抽出して、通知を行わなかった4,565人を比較対象群として分析しています。

評価の方法ですが、多剤については効果検証期間の三月の月ごとの剤数を算出しまして、その中で剤数が一番多い月と令和6年5月の剤数を比較して、1剤以上減剤した場合、改善ということにしています。有害事象発生リスク該当者の評価方法については、通知した有害事象対象薬が効果検証期間を通して削減されているかどうかを確認しています。複数の有害事象がある場合は、一つでも対象となる薬剤が削減されていれば、有害事象の改善ということにしています。

効果ですが、右側に赤枠で囲っていますが、多剤該当者で改善された者は1,032人で、全体の53.7%、有害事象発生リスク該当者で改善された者は1,315人、件数でいうと3,240件で、それぞれ68.4%、37.3%が改善されています。重複処方該当者は全体で1,915人のうち1,201人、62.7%が改善され、多剤または重複処方の該当者につきましては、1,430人、全体の74.4%が改善されています。

スライド4では、通知しなかった比較対象群の動きを検証しています。通知しなかった比較対象群についても、時間の経過とともに改善されている状況はありますが、左の赤枠で囲んだところを見ていただきますと、通知をした分と比べて、多剤該当者では6.4%、有害事象発生リスク者では、人数が5.1%、件数では3.9%、重複処方該当者では7.6%、多剤または重複処方該当者では6.5%の改善率の差が出ているという結果になってまして、通知の効果で改善率が向上しているということが分かるかと思います。

スライド5は、通知時の薬剤数別に効果を確認したグラフです。

効果については、全体として薬剤数が多いほど改善率が高くなる傾向があるのですが、今回は12剤だけ突出して効果が高くなっています。

スライド6が比較対象群の検証結果ですが、比較対象群も同じ傾向で、12剤については効果が高いと。12剤については通知を行ったほうがさらに効果も突出していると。ただ、ほかの剤数については、剤数が多くなるほど通知の効果も高くなる、改善率の差が高くなるというような傾向になっています。

ただ、12剤だけどうしてこういう動きになったのかに関しては、内容については重複等の改善率が高いので、そういったところのキーもあるかとは思いますが、なぜ12剤だけが突出したのかというのは、今は分かっていないような状況です。

スライド7は、有害事象発生リスクで効果を確認したものです。

有害事象の部分で、リスク者のうち改善したのは1,315人で、改善した件数は3,240件ということで、2,800万円程度の薬剤の削減効果があったということです。

スライド8のほうが比較対象群になっていますが、やはり比較対象群と比べても効果が上がっているという結果になっています。

スライド9は、有害事象発生リスク別の通知者です。重複処方の改善率が62.7%と高く、次いで長期処方の31.7%、傷病名禁忌の27%となっています。

スライド10の比較対象群でも同様に、重複処方が55.1%と改善率が高く、次いで長期処方の33%、次に傷病名禁忌の29.6%となっています。

通知効果ですが、重複処方については通知対象群と比較対象群の差が7.6%と高い効果が見られているのですが、長期処方や傷病名禁忌では、比較対象群のほう改善率が高いというような結果が出ていまして、効果が確認できていません。

スライド11は、二次医療圏別の効果の確認をしたものです。

多剤の改善率を地区ごとに見ますと、筑紫区域のみが、通知対象群よりも比較対象群のほうが改善率が高かったという状況になっています。筑紫区域というのが、これまで個別に被保険者の訪問等を行って、適正服薬の取組が非常に進んだ区域であって、こういう結果が出たのが少し残念というか、うまくこの通知の事業とかみ合っていないのかもしれないと感じました。もともとこの通知事業については、市町村の訪問、個別指導の分と連携しながらやっていきたいという思いがありましたので、今後、筑紫区域の市町村の担当者の方や、その委託を受けている薬剤師の先生方に、この通知事業についての御意見や、訪問に当たっての御意見をお伺いするような機会を設けたいと思っています。来年度以降そういった御意見を踏まえて、事業展開を考えていければと考えています。

有害事象発生リスクについても、筑紫地区、京築地区で改善率が比較対象群のほうが高かったという逆転現象が起こっていて、その辺りは筑紫地区のヒアリング等を踏まえて対応を考えていきたいと考えています。

最後のスライド13に、令和7年度の適正服薬事業の計画を記載しています。同じように、令和7年5月診療分のレセプトを基に、リスクのある方、おおむね2,000人を対象にして通知をする、そして比較対象群を設定して検証するというやり方で今年度も実施していこうかと思っています。ただ、今年度落札した業者が令和6年度と違う業者であり、そこに委託することになっていますので、通知の時期が一月遅れて、10月末に通知をするという形で実施していこうかと思っています。また、皆様方には御協力等よろしくお願いいたします。

#### <意見・質疑応答>

##### ○秋下会長

大変興味深いデータかなと思います。

今回、比較対象群というのを置いて科学的に分析していますけれども、これを見ますと、通知は必ずしも行わなくても、重複や同種同効などは結構改善するということですね。

##### ○田中委員

ある程度、それなりに現場の先生方がやむを得ずやっているとか、あとは気づく点もあるようで、通知せずとも一定は改善されていくというところはあるのかなと思っています。

ただ、では、通知しなくていいのかというと、やはり通知したほうが改善はしていくのと、先ほど秋下会長もおっしゃっていたように、高齢の方はすごく自身の健康に気を遣われる方が多いので、こういう通知をもらったら相談に行かれるというのはあると思います。そういう相談に行かれること自体がまた、結局自分の服薬を見直すという機会になるのかと思っていますので、そういう意味でも通知をする意味はあるのかなと思っています。

##### ○秋下会長

なるほど、薬の健康診断みたいな感じですね。分かりました。

ただ、やはりこうやって比較対象群というか、コントロールを置いて分析するというのはとても重要であります。該当の有害事象というのが、期間として、要するに慢性的な有害事象というか、重複や傷病名禁忌などなのか一過性なのか、いずれでしょうか。例えば、ある医療機関でこの薬をもらって、なくなりそうで、ほかの医療機関でまたもらってとなると重複するということになるので、そういうものはここでは除かれているのでしょうか。一定期間内に有害事象がずっとある方というのがベースラインの「あり」の対象になっているのでしょうか。

○田中委員

もともと抽出時は5月診療分のみしか確認していません。

○秋下会長

なるほど。そうすると、やはり偶然一過性の重複等が発生してしまうということはあって。

○田中委員

そうですね。なので、そこを除外しようとするすると複数の診療月を見ていく必要があるかと思うのですが、委託業者にその辺りまで幅を広げてもらうのがなかなか調整がうまくできずに、また今年度も5月診療分だけという形にはなってきたのはいるのです。

○秋下会長

分かりました。研究分析的にはやはり3か月なら3か月ぐらいのスパンを取って、その間ずっと有害事象が発生している方だけを見たいなとは思いますが、事業としては、注意喚起という意味ではこのやり方でいいのかなと思います。ありがとうございます。

比較対象群と比べると、先ほどのスライド4、比較対象群について、枠囲みにマイナス何%というのがありますが、多剤該当者でマイナス6.4とか、ここが実際の効果の部分という、そういう見方になるわけですね。

○田中委員

はい。

○秋下会長

ありがとうございます。業者が変わるということですが、それもまた興味がある点です。どういう差が出るのかなと。

○田中委員

そうですね。入札という形でやっているもので、業者が変わることはあります。ただ、継続的にやらなくてはいけない部分もあるかと思っています。

○秋下会長

そこもまた、2年間を見て、どちらのほうが出効果が出るのかといったことも踏まえて、次の入札をまた考えるといいのではないかなと思います。

先ほど、見える化シートのところでお話したように、高齢者を過度に脅かしてはいけないけれど、安心させるための通知ではないと思いますので、やはりちょっとどきっとするぐらいはしてもらったほうがいいのかと思うのですよね。でないと、絶対大丈夫と思っている方は結局、通知が行っても全然、医療機関あるいは薬局に通知を持っていったりもされないのです。その辺りのやり方が事業者によって違う可能性がありますので、そういう違いによる効果がもし出れば、今後に生かせるなと思います。

また、この通知事業の重要性というのは、先ほどの見える化シートとこれがセットになるのではないかなと。この通知をもらった方が薬局に来られる、そこで見える化シートも渡して、ほら、こうなっていますよねと言うと、多分応答する割合が高くなるので、非常に効果が高まるかなと思います。ぜひそういう使い方なども検討してもらえたらと思います。

○竹野委員

最近、我々薬局のほうで、オンライン資格確認等で薬剤情報を提供してもらうことが多くなったのですが、そうすると、1人の患者が何種類も、多科受診されて同じ薬を何回ももらっているというのがよく聞く話になってきたのですが、それはこの重複処方の中に入っているのでしょうか。もしくは、そういった事例はなかったのでしょうか。

○田中委員

恐らくはこの中にもそういうケースがあっているとは思いますが。

○竹野委員

内容も全く同じで、いろんな診療科に行ってもらっている方は最近結構分かることが多くなったんですね。我々薬局の人間は、クリニックにも、保険者にも情報提供するようになっているのですが、何かそういった報告はなかったでしょうか。

○田中委員

そうですね、別の課で重複の分の御報告をいただいている部分もあるかと思うのですが、当課では重複の診療にかかっている方とかは個別にお知らせをしているので、自ら情報に誤りはないか見てもらうという通知をして、御本人に促すというところと、あとは、やはり広域連合は被保険者とかなり距離があるので、個別に市町村のほうから、そういう事例があったりする場合は、市の担当部署や介護の部署やケアマネージャー等に情報提供をして対応をお願いするというケースはあります。

○竹野委員

国保連合や協会けんぽに言っても、いやそれはうちではないと言われたケースもあったそうなので、それぞれの保険者に言わないと多分分からないのかなというところがあって、そういった窓口とかを教えていただければ我々としても助かるなと思います。

○兼重委員

今のお話、まさに私どものほうに薬局から連絡があったケースがあります。毎月20枚以上レセプトがある方については文書を送ることにしているのですが、なかなか改善しない方がいて、その方について薬局のほうから、この方はあまりにも危険と思われるので一度ドクターに相談するように帰っていただいたというような情報提供があり、その後、県の薬務課からも情報を提供してもらいながら、今、連携して進めているところですので、引き続きよろしくお願いいたします。

○竹野委員

それは非常に助かります。どこに言えばいち早く改善するのかというのが我々なかなか現場で分かりにくくて、非常に困っていたところでしたので、対応していただいて本当にありがとうございます。

○秋下会長

ありがとうございました。今のお話の延長として、医療機関あるいは薬局で、その方の最近の処方とかが全部分かるようになると、今回のこの事業で対象としているような事例というのは、ある程度までは減ってくるのかなと、そういう気はしますね。そうすると、この通知事業ももう一歩進んで、特に慎重な投与を要する薬物、抗コリン薬とか、先ほど八王子の検討会で分析されていたような、そういうものを表示していくようなスタイルにまた変わってくるかもしれませんね。そうすると、医療機関や薬局はその新たに表示されるようになった情報を見て、抗コリン薬等が入っていますよねと対応しやすくなって、いいのかなと思います。

## 議題5 その他

○福田委員

薬剤師の方にお伺いしたいのですが、令和3年度に、特別養護老人ホームのほうで、処方適正化アプローチ適正化事業ということで、先生方に御協力いただいて、とてもいい結果を出したのですが、その後、入所者が替わってしまって、多剤の人が多く来るようになりました。入所の方はどうかこちらのほうでコントロールできるのですが、ショートステイといって、短期でいらっしゃる方が、多剤を飲んでいるときに、薬剤師から医師のほうに疑義照会を出していただくことは可能なのでしょうか。

○竹野委員

おそらく、居宅管理を行っていることで、もうその中の点数に含まれますので、お気軽に言ってください。

○福田委員

ありがとうございます。入所していただくところで嘱託医と協力して減らすということができるのですが、その前段階のときの多剤併用というのが増えてきたなという印象がここ1年間の中で強くて、そのときに薬剤師に御迷惑かなと少し思ってしまったので、お聞きしてみました。ありがとうございます。

○竹野委員

何なりとお申し付けください。それが我々薬剤師の職能と思っています。

○福田委員

心強いです。ありがとうございます。

○秋下会長

大事なお話です。ありがとうございました。

－以上－