

令和7年度第2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8年3月24日（火）15時58分～17時20分

場所：福岡県庁 行政14号会議室

出席者：○委員9名（秋下会長、神村副会長、内田委員、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（5名）

○傍聴者（0名）

欠席者：赤星委員

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）その他

議題1 福岡県における取組について

○事務局

資料1-1を御覧ください。こちらは今年度の福岡県の取組で、ポリファーマシー研修会事業に関するものです。

今年も福岡県薬剤師会、福岡県病院薬剤師会に共催いただき、福岡県医師会から後援をいただきまして開催しました。1月24日土曜日の15時から博多駅前の会場で実施しました。左下に広報チラシの一部を抜粋して載せています。

講師として日本老年医学会や老年薬学会で御活躍の先生方をお願いしたところ快く引き受けていただき、愛媛大学大学院の茂木先生、三豊総合病院の篠永先生、介護老人保健施設横浜あおぼの里の丸岡先生をお招きしました。

当日は77名の方に御参加いただきました。その参加者の職種内訳は右下の円グラフのとおりでして、医師、病院・薬局薬剤師に加えて、少数ですが看護師や保健師といった多職種の方に御参加いただいています。

スライド2では、研修会アンケートの結果を示しています。

アンケートは書面とウェブ回答で実施しまして、47名から回答を得ています。その結果、「とても参考になった」「おおよそ参考になった」との回答が9割以上を占めています。

スライド3では、職場におけるポリファーマシー対策に関する取組で実施しているものを尋ねています。

その結果、お薬手帳の活用を筆頭に、残薬の確認など多くの取組を実施されていることがうかがえました。一方、患者啓発資材の活用はゼロ%となっており、今後も、おくすり見える化シート等の啓発資材の活用・使用促進が必要であると考えられます。

スライド4は先ほどのアンケート結果を過去のアンケート結果と比較したものになります。

取組例の多いものとして、「お薬手帳の活用」、「残薬確認」、「トレーシングレポートの使用」、「退院時の薬剤情報提供による薬薬連携」といった結果となっており、大きな増減は見られていません。

スライド5では今後ポリファーマシー対策の促進に必要なだと思いを尋ねており、県内のポリ

ファーマシー対策に関する取組促進のために特に必要だと思うことを三つ選択いただいています。多く選択された回答は「多職種連携」「医療従事者の知識・経験の向上」「地域におけるポリファーマシー対策実施体制の整備」となっており、設定した八つの選択肢はいずれにも回答が集まっている状況です。

スライド6については、昨年度からオンデマンド配信を行っており、今年度もYouTubeでポリファーマシー研修の様子をオンデマンドで配信しました。

スライド7のとおり、公開期間は2月2日から3月6日までで、視聴回数は446回でした。スライドには記載していませんが、昨年度の視聴回数が247回でした。折れ線グラフは視聴回数を示したもので、配信直後に視聴している方が多いようです。この時期は、業界団体の皆様に周知依頼をした時期と重なっています。業界団体のお力添えがあったかと考えております。皆様ありがとうございました。

ここまでが研修会の報告になります。

スライド8について、こちらは前回の協議会でお示ししたスライドと同じもので、おくすり見える化シートの利活用促進事業の御報告になります。

令和5年度、6年度とモデル事業として実施し一定の成果が得られましたので、それを横展開して、おくすり見える化シートを活用した服薬指導の普及につなげるというものです。成果報告については、事業をお願いしました福岡県薬剤師会の竹野委員に御報告いただきます。

竹野委員、よろしくお願いいたします。

○竹野委員

福岡県薬剤師会、竹野でございます。

おくすり見える化シート事業については、内田委員は初めてお聞きになるのではないかと思いますので、軽く復習しながらお話できればと思います。

令和5年度、令和6年度と継続した事業となっていて、5年度は、県内4ブロック各20薬局の計80薬局に依頼をして取り組んでいました。令和6年度は、ある程度対象患者数を把握し、おくすり見える化シートを使用する群と使用しない群を設定した上で取り組んだということで、令和7年度につきましては、全ての会員薬局に同じデータをお渡しして、おくすり見える化シートを使って患者の行動変容、特に減薬が起こるか、そういったことが分かるかどうかの事業を行いました。

当初、全会員薬局といっても協力が得られず、もしかしたら数十例しか集まらないのではないかと事務局と話をしたのですが、結果的には206名のデータが上がってきました。

参加した薬局は104薬局であり、対象患者が206名となっています。減薬を希望された方が45名で、全体でいうと23.1%の方が減薬希望されたという結果でした。また、実際に減薬できた事例は14例あって、平均1.5剤減ったという結果でした。

スライド2の背景と目的ですが、まず背景として、高齢患者では多剤服用が増えて、服薬負担、副作用、相互作用、アドヒアランス低下が課題となっていることは御承知のことかと思えます。患者自身が薬が多いことの意味を理解して、相談行動につながる支援が必要であると考えます。目的としては、見える化シートと患者説明用資材を活用し、患者のポリファーマシー認知を高めること、最終的には減薬の検討希望や処方見直しにつながるかどうかの確認をするということで事業を進めました。

スライド3枚目のとおり、対象者は65歳以上で定期内服薬が6剤以上ある方で、調査期間中に再来局予定の患者に絞ったところです。

我々薬剤師の介入としましては、見える化シート——何を何剤飲んでいると視覚的に患者が分かるシートを作成し、患者のお薬手帳に貼付する。それに伴い、患者説明用資材で、ポリファーマシーはこんなものであり、こういった不具合が起こるということを窓口で薬剤師から説明しました。また、再来局したときに同じヒアリングを行いました。

評価項目としては、認知の変化や減薬検討希望の有無、実際の減薬や服薬希望があったかどうかということところです。先ほどもお話ししましたが、対象患者206名、女性116名と男性90名に御参加いただきました。有効回答は、2回目のヒアリングまで行った患者ということで195件でした。平

均服用薬剤数は9.2剤であり、下に小さく書いていますが、3剤から27剤の幅がありました。年齢構成としては、70代93名、80代77名、60代27名と、ほぼ60、80、70代が占めていました。

次に、患者背景ですが、そこに書いてあるとおりでございます。70代が93名、45%で最多年齢層、次に多い層が80代で77名という結果でございました。

続きまして、アンケート結果の1番でございます。

ポリファーマシーの認知ということで15.3%から56.8%へと大きく向上したことが1回目と2回目の大きな変化でございます。この結果は、単なる知識の増加ということではなくて、患者が自身の服薬状況を自分事として認識した変化というふうに見ています。また、見える化によって薬の全体像や役割が理解されて、問題意識の質が変化したのではないかと考えます。

続きまして、スライド6でございます。

一方で、減薬を相談できるという認知については、約6割の方は知っているものの、いまだに4割の方は十分に理解していないという、ちょっと悲しい結果でございました。つまり減薬という選択肢自体が患者に十分届いてない、そういった現状が示唆されたと思っています。

スライドの7です。

患者の困り事として多かったものを左から並べていますが、「薬が多くて飲むのがつらい」「薬が分かりにくい・覚えていない」「副作用や飲み合わせが心配」、こういったことが大多数でございました。相談のしにくさよりも、薬剤数や理解不足、それから薬効への不安が前面に出ているのが特徴的だと思っています。

次にその下、スライドの8番目でございます。

減薬希望は195件中45件で、23.1%でございました。そのうち薬剤師として検討不可——減薬ができないと判断したものが16件、その後、医師に疑義照会したが医師が不可と判断したものが11例、実際に減薬したのが14例でございました。この結果から、ポリファーマシーは単純に減らせる問題ではなくて、医学的必要性と密接に関係していることが示された図でございます。

最後のスライドでございますが、うまくいった事例を三つ記載しています。

事例1としましては、排尿障害改善薬の重複を整理して1剤を中止した。患者、薬剤師、医師が同じ情報を共有することで重複投薬の是正が進んだ事例かと思われれます。また、二つ目が漫然投与薬の再評価ということで、整腸剤、消化管運動改善薬、睡眠薬、頓服用鎮痛剤などについて、症状消失や処方理由の再確認を通じて中止・減量となった事例でございました。また、三つ目が、1日4回服用で半数程度しか服用できていない症例に対し、朝1回に変更や不要薬の中止、また、粉碎対応を実施したということで、実例としてここに三つだけ挙げています。

考察としましては、特に服用回数の簡素化など減薬に限らない服薬改善も重要な成果であったと思っています。本事業の成果として、認知向上、減薬意欲の形成、実際の減薬及び服薬改善が確認された。また、減薬に至らなかった症例におきましても適正使用の再確認という意義があり、医療の質の担保につながる結果にあったのではないかと考えています。

以上より、本事業は減薬件数の追求ではなく、適正使用の促進ということで我々薬剤師が大きく関与できた例になったのではないかと考えています。

以上です。

○秋下会長

資料の1-3のほうはいかがでしょうか。これは今の内容を文章でまとめているということでしょうか。もし何か補足がありましたらお願いします。

○竹野委員

資料の6枚目に書いてあるのがおくすり見える化シートの実例です。こういった種類のお薬を何剤飲んでるかをマジックで塗って、患者に視覚的に分かるようにしたものです。こういったものを使って、薬剤師がポリファーマシーに対して介入することで、患者の行動変容がどれだけ起こったかというのを検討するのが今回の引き続きの事業でした。一般の会員の方も、これを使うことによって、我々薬剤師が介入することで患者に行動変容が起こったということが実感できたのではないかと考えています。

<意見・質疑応答>

○秋下会長

おくすり見える化シートについては、資料の1-3の後ろから3枚目を見ていただくと、別添2の上のスライドにあるとおり、血圧・心臓の薬が2種類で消化器用剤が3種類というような記載をきっかけに薬局で患者と対話していただくという仕組みが分かるかと思います。

それでは、まずは研修会のほうに関しての御意見、御質問はございますでしょうか。

1点、私からですけれども、これまでもこの研修会をやっているものの医師の参加が少ないということが課題であったかと思いますが、今回は77名のうち9%ということですから7名参加されたということで、週末でまだクリニック等をやっておられる方が多い時間帯にしては、比較的多く参加いただけたのかなと思っています。

また、医師会のほうからも御意見いただきましたオンデマンド配信も1か月間やっていただいて、かなりの視聴数があったということです。残念ながらYouTubeなので視聴者の職種が分からないということで、この中で医師がどのぐらいいるか、などが分かるとよいと思いますが、桑野委員のほうで、例えばYouTubeで見たよとか何かお聞きになっていることがございましたらお願いします。

○桑野委員

オンデマンドのほうはやはり人数がかなり増えているので、ぜひこの事業を続けていただければと思います。また、講師の先生もドクターが入ってくると、より医師の参加も増えてくるんじゃないかと思うので、ドクターで誰かポリファーマシー対策を積極的にやっている先生がおられたら、ぜひ講師に迎えていただいてやっていただきたいかと思っています。

○秋下会長

ちなみに、この研修会の第1部の一番長いパートは常に医師——以前、私もやりましたけれども、医師が担当していただいて、今回の茂木先生は医学系のほうの薬理学の専門なんですけれども老年科医で、阪大出身の医師です。

○桑野委員

臨床でやっている方ももしおられたら。

○秋下会長

そうですね。これまで登壇した医師は臨床の方のほうが多いかなと思います。またそれは事務局にて検討ください。医師の方が参加したくなるような登壇者や、事前の宣伝なども大事かもしれないですね。タイトルだけではなくてプロフィールがもう少し分かると、こういう方のお話だと聞いてみたいというモチベーションが上がるかもしれません。

ちなみに、今回の茂木先生は老年薬学会の理事で、老年科医で薬理学が専門の方ということで理事を務めていただいているんですが、ほかの篠永先生と丸岡先生のお二人も非常に貴重な役割をされています。

篠永先生は、香川県の三豊総合病院で地域連携薬剤師という全国でもほかに例のない、地域の中核病院の薬剤部がそういった役割の薬剤師を配置して——要するに、普通、病院の薬剤師は院内のことをやるんですが、そうではなくて地域の対応をするという役割なんですね。最初は篠永先生1名で始めて、今は何名かおられて、院内と退院後の地域でのポリファーマシー対策がうまくいくようにとか、地域の薬局等との連携役というか、そういうことを担っておられる、厚労省の検討会のほうでも何回も成果などを発表いただいている先生になります。

それから、丸岡先生は老健の担当の薬剤師で、老健には実は常勤の配置基準はなくて、常勤換算で入所者100人に対して0.3人とか、普通だと調剤ぐらいしかできない配置基準ですけれども、こちらのあおばの里には常勤の薬剤師がおられて、ポリファーマシー対策を積極的にやられています。あとは、「高齢者施設の服薬簡素化提言」を作成したときのワーキンググループの実質的な取りまとめを丸岡先生がされたので、そういう視点で今回お呼びいただいたのかなと。かなりいい先生方

を呼んでいただいています。また次年度以降も考えていただければと思います。

ほかはいかがでしょう。大戸委員、お願いします。

○大戸委員

とても興味深い研修会で、資料も興味深く拝見しました。

4ページですけれども、これは経年的にデータがあるんですが、参加されている方はリピーターですか、それとも異なるんですか。4年間でほぼデータが同じに見えるので、確認しました。

いろいろなところに普及しているんだったらよいと思うのですが。

それから、先ほどのY o u T u b e はとてもよくて、かなりの方が参加されていますね。そういった方々に4ページのようなアンケートを実施すると、このデータの頑健性というか、今後の方針がよく見えてくるのかなと思いました。

○秋下会長

Y o u T u b e 配信では、例えば何かアンケートに誘導するURLがどこかにあったりしないですか。

○事務局

今はアンケートのURLを掲載していないです。ですが、Y o u T u b e の概要欄などに掲載することは可能なので、検討したいと思います。

○秋下会長

そうすると、さっきの職種の問題も含めて、それからリピーターかどうかとか、そういうことも——現地でもそれは入れていただいたほうがいいと思いますが、Y o u T u b e 配信のアンケートというのも結構重要かと思えますので、今後御検討いただければと思います。貴重な御意見ありがとうございます。

大戸委員、どうぞ。

○大戸委員

せっかく貴重な研修会をされているので、できるだけ情報データを収集し、それを次年度以降に反映させるのはとても大切ななと思います。よろしくをお願いします。

○事務局

御意見ありがとうございます。御指摘の部分は抜けていたところですので、非常に参考になる御意見をいただきましたので、次回開催時に反映させて、多くの情報が取れるような実施方法で進めてまいりたいと思います。ありがとうございました。

○秋下会長

では、研修会は以上で、お薬適正使用促進事業のほうについての御意見等いただければと思いますが、いかがでしょう。

○兼重委員

協会けんぽの兼重です。私は前回からこの会に参画しているんですけれども、おくすり見える化シートを前回拝見して、非常にいいツールだなとすごく感動したところです。患者が御自身の状況を視覚的に判断できるのには本当にいいツールだなと思っていました。

今回、薬剤師の先生が直接サポートをされて、206名のうち45名が減薬希望を出されて、14名が実際に減薬に至ったという成果もある中で、アンケートの中にはないので今数字としてはお持ちではないかと思うんですけれども、肌感覚として、減薬に至った、その行動変容に至った理由、例えば、こんなに飲んでると自分の体に悪いなということが実際に分かれて減薬に至ったのか、はたまた自己負担の関係で、経済的な理由とかで減薬に至ったのか、今後の訴求ポイントを考える上で、何かそういうことをお聞きになられたら教えていただければと思うんですが、いかがでしょうか。

○秋下会長

竹野委員、お願いします。

○竹野委員

御質問ありがとうございます。多分言われたこと全てだと思うんですね。薬が多くて、こんなに

飲んで大丈夫だろうかと不安な方は常におられますし、もうちょっと安くならないかという相談をされる方も多いかと思えます。そういったものを含めまして、これは減薬してもいいだろうという薬剤師の判断の下、医師に相談する。医師も、自分の専門性の薬はなかなか減らしたくないという先生は結構おられるので、その辺が難しいところかと思えますが、そういったところをクリアしながら減薬につながったということだと思います。

これは私的な意見ですが、もしかしたら今まで薬剤師がちゃんと機能していなかったのかなと、ちょっと反省している部分もございます。

○秋下会長

私がある意味驚いたのが、例えば資料1-2の1枚目のスライドにあります。206名で減薬希望が45名で、実際の減薬は14名ということで、最初の減薬希望のところから4分の1、次の希望から減薬に至るところが3分の1なんですね。この比率が、たしか令和5年度の——私が講演で4分の1掛ける3分の1で、12分の1で8%ぐらいですという話をいつもするんですけども、それぞれの比率があまり変わっていない。

なので、例えば認知度などは上がってきているかもしれないけれども、新たな患者層という点では、この一、二年の間では大きく変わっていないので、効率をよくしていくという意味では、対象者が減薬までに至る症例のプロフィールを見ていただいて、最初の対象者ところでもう少し絞ってやっていただくと違うのかなという気もいたします。大分症例も集まってきているかと思えますので。

です。例えば104薬局で206名なので、平均すると1薬局当たり2名ということで、実際には、参加を声かけしていただけたけれどもなかなか対応していただけないというか、エントリーしていただけない。そうであれば、対象者を65歳以上と言わず75歳以上にするとか、6種類以上と言わず10種類以上にするとか、そうすると多分減薬に至る比率はちょっと上がってくるのではないかと思います。また今後続けられるのであれば、御検討いただいてもいいかなと思えました。

○竹野委員

今年度事業についての回答締切りは2月としておりましたが、実は事例を集めているサイトはその後もオープンのままになっていまして、それ以降も一般会員の方から、こういった事例がよかったよという報告は上がってきてはいます。

○秋下会長

対象の絞り込みと、あと、きっかけがこのおくすり見える化シートなのはいいと思いますが、そのプロセスで使う、例えば減薬希望の割合を上げるとしたら、もう一押しするようなツールについても御検討いただけるといいと思います。

これで有効だと思われるのが、国立長寿医療研究センターの溝神先生が開発された「おくすり問診票」というものです。老年症候群を聞き取っているのでも、先ほど副作用の不安というのがありましたけれども、おくすり問診票により老年症候群はもしかしたら飲んでる薬が関連しているかもしれないということが分かりそれにより減薬希望の割合が少し高くなる。逆にそこと関連づけることで、その次の医療機関も含めた減薬というプロセスにつながりやすくなるかなと思えました。途中で使われる資料について御検討いただくといいかなと今回の結果を見て少し思いましたので、また御検討ください。

あともう1点。ポリファーマシー認知の変化ということで、1回目と2回目というのは、今年度の事業の中で1回目に来局したときと2回目、要するに初めて来局したときと、その後ちょっと何か問題意識を持って家に帰って、もう1回来たとき、そういう意味でしょうか。

○竹野委員

おっしゃるとおりです。ただ、来局が初めてということではなくて、ずっと来られている患者ではありますが「患者アンケート」が初めての方ということなんです。

○秋下会長

やはりそういうポリファーマシーの情報を入れると、それを記憶して、意識が高くなるという意味でしょうか。

○竹野委員

よかった事例を挙げた薬局は、私も含めてですが、この人ならもしかしたら減薬希望があるかもしれないという希望を持って最初に接することが多かったです。ですので、この事業に参加した方は、そういった患者を選んでいるというところも、もしかしたらあるかもしれません。

○秋下会長

分かりました。大戸委員、お願いします。

○大戸委員

先ほど会長がおっしゃられた、対象が65歳以上、これは個人情報として年齢もあるんですか。データベースとして、70代とか。

○竹野委員

はい。ございます。

○大戸委員

時間があるときに層別解析してはいかがでしょうか。今回はこのデータでよいと思います。せっかく情報があるので、70代とか75歳以上とか層別すれば、恐らく会長が言われたようなデータも出てくるのではないかと思います。

やはり導入というのは、先ほど会長が御説明されたとおり、ノンレスポンドを上げていくという点ではとてもいいのかなど。薬の効き方と同じで、レスポンスする方は常にレスポンスされるでしょうけれども、ノンレスポンスをどう上げていくか。

今回提示された5ページ目の減薬や服薬改善につながった事例の具体的な表はとてもいいと思いました。こういった具体例から全体の集団をどう導いていくかということも分かりますし、一方で、7ページの一番上にある、減薬を希望したけれども至らなかった。これは医師、薬剤師のほうなんですけれども、先ほどの表と同様に、その理由についてデータがあれば取組ができるのではないかと感じました。

以上です。

○竹野委員

最後の御質問の医師が不可と判断した理由ですが、これはアンケート項目に入れておらず、調べていないです。

○大戸委員

ええ、もちろん、あればです。情報があれば、そもそも患者さんが何を希望したのか、そして、なぜ対応しなかったのかという二つの側面から。

○竹野委員

それは薬の種類も含めてですかね。

○大戸委員

種類も含めて。

まず出発点は、患者さんが希望されているわけですよ。そこには理由があって、その理由に対してなぜ対応できなかったのかということが分かると、先ほどの表と同様に次につながっていくかと思います。

○竹野委員

しっかり精査していきたいと思います。

○大戸委員

ぜひよろしくお願いします。

○秋下会長

そこはデータとしては取られていないんですかね、分類だけであって。

○竹野委員

そうですね。

○秋下会長

イメージとしては、薬剤師として検討不可というのは、患者さんはこれを切ってもらいたいと言

っているけれども、病名とかはある程度分かっていると思いますので、実際にはこの病状でそれをやめるのはおすすりできないということで、不可と書いてありますけれども、断定はなかなか難しいですが、まだこれを飲んでおいたほうがいいのではないかという話でそこで取りあえず止めたとか、医療機関に当然提案しなければいけませんので、この薬剤師はよう分かっておらんなど怒られてしまっても困りますし、ある程度常識で、ここで止められた。

ただ、次のステップは、医療機関にまず提案はされたけれども、このお薬は今の病状では切れないうんだよということで、医師のほうでそこは変更には応じられないという話だと。普通にあるステップかとは思いますが、もう少しこの応答率がよくなる工夫をまた今後の検討でやっていたらいいかと思ひます。

ただ、長期的にはこういう方も、やはり啓発する意味が僕はあると思うんですね。なので、どんどんたくさんやっていくのは、それはそれで意味はもちろんあると思ひます。

ほかよろしいでしょうか。大戸委員。

○大戸委員

今の点に関連して、先ほどの5ページの表は、とてもいいと思ひます。具体的な代表事例ということで示されていて、しかも、①から④まで分類されていて、こういったものが先ほど会長が言われた導入の部分とかで分かつと、薬剤師の先生方も理解した上で、積極的にノンレスポソダーを引きつけることができるかもしれません。

以上です。

○竹野委員

この報告書は、この事業に参加された方も含めて、会員薬局全て見られるようにホームページにアップしています。

○秋下会長

この事業を始めるときに薬局向けの説明などで今の話を入れていただくと、こういう患者をエントリーするといふんだというイメージがつかみやすいということだと思ひます。

桑野委員、お願いします。

○桑野委員

なかなか難しいことではあるけれども、薬を減らすというか、なぜ増えたのかということも分かれば、そちらのほうからもアプローチが可能になってくると思ひます。

これは全く私見ですけども、大きな病院に入院するたびに、どんどん薬が増えてくる人が多いんですね。そういう大病を患っているじゃないですけども、1回入院して、退院するときにがとと薬が増えていて。どっちかというとな大きな病院の先生方はあまり薬を減らすという意識がなくて、病状に合わせてどんどん薬を出していくようなことがあるのではないかと。これはあくまでも僕のイメージとしてですけども。

ですので、そういった先生方にも、こういったポリファーマシーのことをしっかり若いうちから教育というか、大学とかでも教育、カリキュラムとかでしっかりやっていくというのも一つの方法ではないかと、私見ですけども思ひます。

○竹野委員

お言葉を返すようですが、病院薬剤師の先生方は、入院した患者に対してはかなりシビアな目で、これは減らせるのではないかと見ているかと思ひます。

○神村副会長

そうだと思ひます。私はポリファーマシーについて医学部の授業でもやっています。

○竹野委員

なので、入院中に増えるというより、むしろ帰ってくると、あれ、この薬なくなったなというのが我々薬局の人間としては結構あるというイメージです。

○秋下会長

二つのパターンがあつて、桑野委員が言われたように、入院したとき——これは新しい何か病気とかイベントがあつて、例えば心筋梗塞を起こして入るとなると、心不全の予防薬か治療薬かそう

いうものも含めて、かなり薬が増えるパターンがあります。ただ、入院の前後で平均値を見ると、そんなに実は変わっていないんですね、実際には。

○竹野委員

増えて減らしてということですか。

○秋下会長

はい。ただ、大きく増える人がいるというのは事実で、多分そういうのを御覧になって、その印象が強いのかもかもしれません。統計的には、むしろ長期的に慢性疾患の経過の中でじわじわじわじわ増えていっている方のほうが多いと。国の検討会でもいつもそれが議論になりまして、そういう視点で調査などもしているんですが、どちらかという慢性期にじわじわと、開業医の先生、それも一人のドクターではなくて、複数診療科にかかっていくうちにちょっとずつ増えていくというパターンですね。だから、誰か一人が何とかということではなくて、地域全体として増やしているというのが実情としては多いことが分かっています。

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、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、私から説明したいと思います。資料2-1と2-2で説明をします。

まず2-1ですが、今年度、令和7年度の厚生労働省高齢者医薬品適正使用検討会の下部の医薬品適正化使用推進事業というものが行われて、まだ進捗途中ですので、どんなことをやっているのかということをお話しします。NTTデータ経営研究所が受託をして行っています。

めくりますと、設置要綱があり、調査検討会メンバーということで、関係する、いわゆるステークホルダーの先生方あるいは有識者が入っていて、私とその調査検討会の委員長を仰せつかっています。

スライドの6枚目です。

国の検討会では、もう10年ぐらいずっとやってきているんですが、福岡県より1年ぐらい早いですかね、国が立ち上げてすぐ福岡県が始められたと思います。令和7年度は、令和6年度に地域での普及啓発とそのデータ分析を行いまして、そこの延長で、普及啓発を行った地域で、その前に作成しました地域版のポリファーマシー対策の業務手順書を活用したポリファーマシー対策の効果を検証するということが一つ。それともう一つは、令和6年度事業で資料を作成したんですが、作成した仮資料をより精緻化して、地域で行う様々な研修会で使っていただくパワーポイントのセットをつくるという、これが普及啓発資料の作成の事業です。

めくりますと今説明したことが大きく出ておりまして、実施業務の概要です。上が病院と薬局で薬剤調整を支援する者が行うポリファーマシー対策についての調査ということで、国立長寿医療研究センターの溝神先生が中心になって進めていただいています。まだデータ分析の途中でございます。成果報告が出ていませんので、次回の検討会で出ましたら、こちらで報告したいと思います。特に病院の薬剤部と地域の薬局で、ポリファーマシー対策がどのように行い得るかということをやっています。

業務の2がポリファーマシー対策の普及啓発資料の作成です。普及啓発資料がもうすぐできますので、次年度、福岡県の中の地域でも使えるのではないかと考えています。

最後のページ、スライド11を見てください。普及啓発資料の構成ということで、4編のパワーポイントセットを作成しました。この高齢者医薬品適正使用検討会で作成しました高齢者の医薬品適正使用の指針、いわゆるガイドランスですけれども、その総論編と各論編（療養環境別）という2編、そして、病院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という病院版の業務手順書と地域版の業務手順書、合計4編をパワーポイント化しました。

作成方針と書いてありますが、分かりやすいパワーポイントを作りましたので、それぞれ30分ぐらいで研修できるようなものになっています。抜粋あるいは何か追加をいただいていた

るようなものということです。

前半のほうの報告はまた次回ということになりますが、お待ちください。

それから、次が資料の2-2で、令和8年度の事業についてです。スライド2のほうを御覧ください。

上の囲みの中の3ポツ目、白丸のところです。御存じの方も多いと思いますけれども、今年度、老年医学会による「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」が改訂されまして、2025年6月末に発表されました。10年ぶりの改訂ということですが、そのことを受けまして、下の囲みですけれども、先ほど啓発資料を作ったと言いました高齢者の医薬品適正使用の指針、総論編と各論編（医療環境別）という二つの指針について、ベースになっているのが老年医学会のガイドライン2015でしたので、2025年版の改訂を受けた両指針の改訂は必要だろうということで、それをやる予定としています。

それともう一つは、先ほど言いました国立長寿医療研究センターの溝神先生が今年度やっておられる調査も、令和7年度中には不十分な部分がありますから、その深掘り追跡調査を予定しています。

それから、現状のポリファーマシーに関する状況の調査ということで、まさに国民のポリファーマシーに対する認識や認知度、理解度を、これもサンプル調査にはなりますが、現時点ではインターネットを使ったウェブ調査をしようということです。高齢者に限らず、その前の段階の中年期ぐらいの方々から高齢期まで、どういう意識でおられるのかを調べて、今後また追跡はしていく必要があると思いますが、現時点でのデータを取りたいということで予定していますので、こちらもお楽しみにと思います。

<意見・質疑応答>

○事務局

先ほど最後に秋下会長に説明いただいたポリファーマシーに関する現状調査、状況調査、国民調査というのは、どれくらいのスケジュール感、いつぐらいに問い立てができて、どれぐらいで実際にやって流れていくかとか、何か御存じだったら教えていただきたいです。県としても、別の方法で似たような調査ができるのではないかなと感じたものですから。

県のほうも県民調査のような仕組みがあって、県民の方にこういう問いを作ったら、こういうふうにぱっと返ってくるという仕組みがあるので、その辺りは国のほうはどんな感じなのかなと思い、教えてください。

○秋下会長

例えば国ですと内閣府が、高齢者層というのは何歳ぐらいから高齢者だと思ふかとか、そんな調査はしているのですが、そういう仕組みの中に入れるものではなくて、今回はあくまで厚労省の薬局の事業の中でやるものになりますので、全く別のサンプルということになります。なので、必ずしも、例えば5年後に同じようなサンプルでやったらどうなるかという比較ができるかどうかも分からず、スケジュールについてもまだ決まってははいないんですけれども、年度末ぐらいまでデータは出てこないかとは思いますが。

ただ、検討会が年度の前半にあり、質問項目などについてはある程度分かってくるかと思しますので、そういうところは参考にさせていただければと思いますし、私のほうでも分かる範囲でお流しいたします。

○事務局

ありがとうございます。

議題3 今後のポリファーマシー対策事業について

○事務局

事務局でございます。それでは、右肩に資料3-1と書かれています今後の取組についての資料について御説明します。

令和8年度の事業としては、これまでの事業を基盤として、ポリファーマシー関連事業を継続的に実施していければと考えています。実施に当たり、これまで同様、関係団体の皆様に御協力をお願いできればと思いますので、よろしく願いいたします。

まず、ポリファーマシー研修会については、これまでの実施方法を踏襲しつつ、医師、病院、薬局、薬剤師の方に加えて様々な職種の方にも参考となるような内容の研修会等できればと考えています。また、各団体の研修単位付与についても継続したいと考えています。

また、昨年度から実施していますオンデマンド配信につきましても、一定数視聴いただけているということが今年も確認できましたし、問合せも開催後に幾つかいただいております。そういった方々への案内先としても適切であるということから、今後継続していきたいと考えています。先ほど大戸委員から、YouTube配信に関してもアンケートをできればよいと御意見いただきましたので、概要欄などにアンケートのURLを貼るといったような工夫をできたらよいかと考えています。

また、開催の時期に関しましては、来年度も秋から冬頃にかけての時期を想定していますけれども、特に参加しやすいシーズンなど御提案ありましたら検討いたします。

次に、おくすり見える化シートの事業に関してです。こちらでも今年度の実施結果を踏まえまして、引き続き利活用促進を実施できればと考えています。先ほど竹野委員のほうからも御説明いただいた資料1-3の報告書にも記載いただいておりますとおり、参加薬局から、表示の薬効分類の拡充等についてもコメントをいただいていたようでしたので、その辺りの検討もできればと考えています。詳細については、また来年度、県薬剤師会とも相談させていただければと思っておりますので、よろしく願いいたします。

また、今後の取組として、見える化シートに限らず、県内や県外の薬物療法の適正化につながるような優良な取組を収集し、横展開して、薬局等でのポリファーマシー対策の取組に役立てていただくような事業を考えられたらよいと考えています。

また、日本版抗コリン薬リスクスケール等を活用したレセプト分析事業につきましても検討を進めていきたいと考えています。こちらのレセプト分析事業につきましても、スライドの2枚目から、今年の第1回協議会にて秋下会長からも御紹介いただきました、厚労省の高齢者医薬品適正使用検討会のNTTデータの分析の基本情報と結果をスライド2、3、4、5に渡って参考にお示ししています。今年の第1回の協議会において、同様のレセプト分析を福岡県のデータで行い、療養環境ごとの処方状況を整理してみたいという内容で御議論いただいたと記憶しています。現在、福岡県の保健環境研究所において、福岡県のKDBなどのレセプトデータの分析を行う予定としています。こちらのデータ分析に関しまして、今回の協議会では方針のみを頭出し的に御紹介いたします。

資料3-1の途中ではありますけれども、資料3-2を御確認いただけますでしょうか。

こちらは高齢者医薬品適正使用推進策検討に資する薬剤処方状況分析の資料となっています。

まず、スライド2枚目の分析の概要です。KDB等のレセプトデータを用いて、福岡県内の二次医療圏別や、併存症、療養環境別の切り口で薬剤処方状況を明らかにすることを目的としています。また、入退院等による薬剤使用状況の変化を明らかにするということも目的としています。

スライド3枚目です。使用状況の変化を見る薬剤につきましても、日本版抗コリン薬リスクスケールに基づく抗コリン薬やPIMs、薬剤起因老年症候群の原因薬の三つの切り口を現在考えているところです。

また、スライド4枚目の分析データの基本情報としては、データソースは福岡県内の国保と後期高齢者医療制度加入者の2023年4月から2025年3月の医療・介護レセプトとしています。分析対象が65歳以上で、スライド4枚目の上の表の入院以外、すなわち外来、在宅、特養の療養環境別の区分に関しては、2023年度に病院や介護老人保健施設等への入院があった方、2023年度、2024年度に保険加入資格の取得喪失がある方を除いて、2024年度の1年間を薬物治療の評価期間とすることを考えています。また、下の表の入院前後の区分については、2024年の7月から12月までの半年間における初回の入院日を基準として、その前後の3か月の処方状況を見るということを考えています。

先ほど御説明した資料3-1のスライド2枚目と見比べていただくとお分かりになるかと思いますが、厚労省のデータでは、分析対象が75歳以上で、入院以外の療養環境別の薬物治療の評価機関が1か月から3か月であって、また、入院前後については、それぞれ11月と7月の1か月ずつにおける入院があった人を対象として拾っていることと比べますと、当県の分析は少し広めに分析対象を拾おうとしています。

資料3-2のスライド5枚目、マスタデータの整備につきましては、スライド5のような方針を考えているところです。しかしながら、こちらのマスタデータの一部にはコードの記載がないものがありまして、それらについて独自にコードを追加していく作業が発生するのですが、その定義づけを変化させていくと簡単に処方割合等の数字が動いてしまうおそれがあると、実際のデータ分析を担当している保健環境研究所の担当者から聞いています。今日は保健環境研究所担当者も出席していますので、アドバイスいただければと思っています。

また、スライド6の抗コリン薬リスクスコアの集計方法については、1年間の処方状況を単純に積み上げるのではなくて、2024年度中に服用日数が最も長い組合せ等に基づいて分類するような方針を考えています。

本日は以上のとおり分析の基本情報と方針をお示しするのみですけれども、本日、協議会にていただいた御意見も参考に、来年度、本格的に分析実施していければと考えています。

以上で資料3-2の説明とさせていただきます。最後に、資料3-1の最終スライドのみ御説明させていただきます。

資料3-1のスライド6枚目を御確認ください。こちら今後の取組についてということで、最後に今後の取組についてのおおむねの実施時期をお示ししています。

協議会につきましては、今年度と同様、夏と春の時期に1回ずつ開催を予定しています。また、見える化シートの事業につきましては、今年度の取組を参考に活用促進事業を継続できればと考えていますので、スケジュール感も含めて県薬剤師会と御相談させていただければと思います。ポリファーマシー研修会は、先ほどもお伝えしましたが、秋から冬頃の開催を1回検討しています。また、薬と健康の週間が秋にありますので、こちらでも引き続き県民への普及啓発も努めてまいりたいと思っています。

以上で3-1と3-2の説明とさせていただきます。

<意見・質疑応答>

○秋下会長

国の検討会に負けないぐらいしっかりと取組を継続的にしていただいているかと思います。おくり見える化シートもまたやっていただくということなので、ぜひまたよろしくをお願いします。

この医薬品の適正使用の分析ですが、資料3-2で方針を示していただいています。特にここに関していかがでしょうか。

先ほど御説明ありましたが、分析対象については、介護老人保健施設と介護医療院は、いわゆる医療レセプトが薬剤については発生しませんのでそこは外すとか、もちろんその間入院している方や保険がない方は除外というのは、そのほうがいいのかと思います。

それから、分析の視点で外来か在宅か特養というのは、資料3-1で説明いただいたように、国の検討会のほうで、八王子市のほうは後期高齢者のデータですけれども、やはり一般外来よりも在宅、それから特養と行きますと当然要介護度なども進んでいきますので、薬も多く、特に特養では向精神病薬などがかなり多くなります。

一方でちょっと不思議なのが、在宅では利尿薬が結構多いんですね。これは理由がよく分からないんですけれども、そういう特徴が福岡で出るのかどうか。それは資料の3-1のスライド5のPIMSに該当する薬剤の処方割合というところで、利尿薬のところを見ていただきますと外来が6.6に対して在宅が24.8、特養の17.9よりもかなり多いんですね。心不全などの方が特養などよりも在宅に多いのか、その辺の病名のことまで分かっていないんですけれども、ちょっと不思議な現象が

あります。在宅医療でもし不必要な利尿薬を出してしまうとすれば、これは医療現場の問題ということになりますので、ここはウオッチしていく必要があるかと思います。

そのほか何かありますかでしょうか。

では、私のほうからちょっと注意すべき点として、レセプト分析で難しいのが、医療機関を複数利用する、つまり、もともとは大きな病院とかで処方をもらっているけれども、何か必要があって——この薬が切れたとか、そういう理由があつたりして近所のかかりつけのクリニック等を受診すると。そうすると、一見、同効薬が一定の期間内に重複して出ている。それが本当に重複なのか、全く同じものが出ていれば分かりやすいんですけども、同効薬の場合、例えば睡眠薬でも違う種類のものが出ていたりすることは結構ありますので、その取扱いが結構実は難しいんですね。

なので、今回はその辺はどうされるんでしょうか。抗コリン薬リスクスコアのところででも一定の期間を考慮されるという話でしたが、何か考えておられることはありますか。なかなか難しく、私もこうしたらというのは申し上げられないんですけども。

○西オブザーバー

保健環境研究所の西です。

事務局の説明でもありましたとおり、どれが一番長い期間を飲んでいいのか、一番高いところかということ取ってくるしかないのかなというところですよ。

○秋下会長

じゃあ、長い期間のものはそれがずっと出ていて、一定の期間重複はあるけれども、短い期間のものはたまたま切れたか何かでもらわれて、それは厳密な意味での重複ではなくて、A薬とB薬があった場合にA薬の代わりのもので出たという考え方でいくということですね。

○西オブザーバー

そうですね。

○秋下会長

そのほうがいいのではないかと思います。例えば2週間ぐらいとか1か月ぐらいまでだったら、もうそれは。あまり何か月ももらうというのは、どうですかね、桑野委員。どこかの病院でもらわれているお薬がなくなっちゃったのもらいに来ましたみたいな方はおられると思うんですけども。

○桑野委員

大体2週間程度が多いです。長期に処方することはあまりないです。

○秋下会長

1か月はいかがですか。

○桑野委員

1か月はたまにあります、2週間以内が多いですね。

○秋下会長

そうですね。ただ、2か月、3か月という処方には多分ならないから、それも繰り返すということもあまりないと思いますので。そこは少し操作的に処理できるかと思います。非常に大事ではあるみたいですね。

あとは内服薬以外のもの、外用薬についてはどうされる予定でしょうか。湿布薬なんか結構実は、外用薬は本当にあつちでもらったりこちでもらったりということがいっぱいあるんですけども、足りなくなったからもらいに来ましたみたいな方が実際には多いと思うので、その処理があるんですけども、今回外用薬は対象にされていないのでしたっけ。吸入薬とか。内服薬に絞るならそれでいいと思います。シンプルにされたほうがいいかなとは思いますが。

ほか何か気になることはございますか。大戸委員、お願いします。

○大戸委員

資料の3-1の5枚目の図ですけども、これは神村副会長にお尋ねしたほうがよいのかもしれませんが。神村副会長はたしかPIMSなどの総説を書かれていますね。これはPIMSに該当する薬剤の有無についてと個人属性、左の関係というのはこれでよく分かるんですけども、具体的な

このPIMSの薬剤との関係というのは、この表からは分かりませんか？

○神村副会長

これからは分かりません。

○大戸委員

何かそういったものが分かるデータはあるのでしょうか。

○秋下会長

コードが入っているので、ある薬剤、例えばNSAIDsとあるけれども、NSAIDsの中の例えばロキソプロフェンが多いのかとか、そういうことは分かるデータにはなっていますので、多分、今回の福岡県の調査でもそこは分かるかと思います。

○大戸委員

どういったものが具体的にひもづくのかと。属性との関係はこの表ですごくよく分かったんですけども、ほかにもいろいろな要因が見いだせるのではないかとということで質問しました。

それと、その前のページの4枚目のグリーンとブルーは何を意味しているのでしょうか。表の中の色分けです。

○秋下会長

外来、在宅、特養という居住場所の分類と、先ほど少しお話ししましたが、入院の前後でどうかみたいなこともこのときに見ているんですが、そんなに実は変わってないというのがこの集計です。なので、あまり意味はなく、ただそれを分かりやすくしているだけです。

○大戸委員

5ページには、黄色のハイライトは10%以上差があるとか注釈があります。

○秋下会長

4ページの色は、特に意味はないです。

○大戸委員

分かりました。

いろいろな情報がここに集約されているので、これはとても役に立つのではないかと思います。ありがとうございます。

○秋下会長

こういった分析を各地域で行っていただくことで、それぞれの地域で特徴的な対策を立てられるのではないかとことでの提案なんですね。ですので、大戸委員がまさにおっしゃっているような分析は必要なのかもしれません。

実際に、私も東京辺りしかトレーニングしていませんけれども、何か違うんですね、地域によって。こういうときにこういう薬を使うみたいなのが、どうもローカルな何かがあって、例えば大阪と東京も多分違うし、福岡ももしかしたら違うんじゃないかなという気がしています。桑野委員、何かそういうのを御存じですか。

○桑野委員

いえ。

○秋下会長

そうですね。でも、地域差が一般的にはあると言われていきますので。我々なんかは今みたいにガイドラインに即した医療、EBMというのが出る前の時代なので、一定の年齢以上の方は、自分がトレーニング時に教えられた処方態度というのをどうしても取る、そういうものの特性がもしかしたら福岡県は福岡県であるかもしれません。ということで、結果を確認するのが大変楽しみです。

議題4 その他

○秋下会長

では、議題4、その他ということで、私から1点ございます。令和8年度の診療報酬改定が細かいところまで見えてきました。薬剤師が主に絡むところで、病棟での薬剤師業務に関しての点数も大分変わってきました。ポリファーマシー対策をしていないとなかなか取れない形になってきてい

て、ある意味でちょっと圧迫が来ているのかな、国の方向性がそっちに強くなっているように感じます。点数が上がったとかそういうことはないんですけども、病棟配置の薬剤師がポリファーマシーのことを考えてやらないと点数がかなり取りにくくなっているなというところも見えます。外来についても、始まる前に竹野委員ともお話ししたんですが、すごく狭いものにはなると思いますが、服用薬剤調整支援料は1,000点もの点数のものが薬局の薬剤師で取れるようになり、かなりポリファーマシー対策というのが入り込んできているなという印象を受けます。

内田委員、大学病院で考えられていることとか、そういうので何かございますか。

○内田委員

九州大学の内田でございます。

先ほど秋下会長がおっしゃっていたのは病棟薬剤業務実施加算のお話だと思うんですけども、現行120点から300点というふうに倍以上の増点になっており、どの病院も経営的に厳しいところで、取る意義をより後押ししていただいているかなと思っています。

退院時の取組とポリファーマシーに関する取組、この2点について条件があって、当院はポリファーマシーに関する取組、診療報酬の点数が低いということもありまして、まだ組織として取り組めていないところを体制として整えていきたいなと思っていますところです。ちょうどいいきっかけを診療報酬でいただいたなと思っていますところです。

○秋下会長

やはり九大病院のようなところでそういう取組をやっていただけると、地域に広がるきっかけになるのではないかと思いますので、どうかよろしく願いいたします。

一方で、病院薬剤師はどれも欠員が厳しくて、病棟に配置できる薬剤師もなかなかいない状況かなと。私どもの東京都健康長寿医療センターも、派遣会社をお願いして薬剤師2名、3名と、かなり高いお金で来ていただいている状況でございまして、なかなか追加の業務というのは難しい。ただ、逆にそうやらざるを得なくなっているのが次年度からの状況かなと思います。ありがとうございます。

－以上－