

令和6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6年9月10日（火）14時00分～15時50分

場 所：福岡県庁 行政特別西（特1）会議室

出席者：○委員10名（秋下会長^{*1}、神村副会長^{*2}、大戸委員、片平委員、桑野委員、竹野委員、田中委員、濱田委員、廣田委員、福田委員）

^{*1}委員の互選により会長に選出、^{*2}委員の互選により副会長に選出

○事務局4名（牧草薬務課長、久良木課長技術補佐、林監視係長、西村主任技師）

○オブザーバー（3名）

○傍聴者（0名）

欠席者：なし

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

資料の1ページ目、協議会の位置づけについて、説明します。

左側、現状・課題の項目のとおり、高齢者の服用薬剤の種類は多く、75歳以上でより多くなる傾向があります。その服用薬剤の種類が多くなることに伴いまして、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っております。その対応としまして、本県では医薬品の適正使用を促進して、高齢者の薬物療法に関する安全対策を図るために、平成30年度にこの福岡県医薬品適正使用促進連絡協議会を設置しまして、医薬品の適正使用に係る取組等の協議を行っております。

資料の2ページ目、研修会事業ですが、医師、薬剤師等の多職種を対象としたポリファーマシー研修会で、令和元年度から年1回のペースで開催しているものとなっております。

昨年度の開催の概要についてですが、1月27日土曜日の午後に博多駅近くのリファレンス駅東ビルにて実施をしており、県医師会、県薬剤師会、県病院薬剤師会の研修単位を取得できるようにした形で、医師の立場から名古屋大学大学院の梅垣先生に御講演いただいたほか、病院薬剤師の立場から飯塚病院の皆元先生、薬局薬剤師の立場としてスマイル薬局の濱先生から、それぞれの視点に基づいて御講演をいただいているところです。

参加者は、91名の方に参加いただき、内訳は右側に円グラフを示しておりますが、大体半分近くを病院薬剤師の方、また4割近くを薬局薬剤師の方が占めており、医師の参加は7%にとどまっているという状況です。

また、今年度も、「多職種が参加できる」「具体例を多く取り上げる」「様々な立場からみたポリファーマシーに対する考え方の共有」の要素を満たすことができる研修会を開催予定としております。今年度の研修会事業につきましては、後ほど資料3-2のところでお説明させていただきます。

続きまして、資料の3ページ目、病院・薬局実態調査事業ですが、こちらは令和4年度から5年度にかけて実施した医療機関等におけるポリファーマシーの取組等に係る実態調査の概要となっております。

令和4年度の取組は、資料の緑枠で囲った部分に結果の概要を記載しております。課題としては、

資料には掲載していませんが、ポリファーマシー対策の重要性を理解している医療関係者であったとしても、ノウハウが分からないため始め方が分からない、また、処方見直しを行うための多職種カンファレンスを実施できていない施設が多いなどの課題が明らかになったところです。

令和5年度の取組は、資料の赤枠で囲った部分に結果概要を記載しておりますが、課題としては、ポリファーマシーに関する患者の理解がなかなか十分でないこと、また、入院患者に対する処方適正化により減薬を行っても、退院後の薬局との情報連携が不十分であったことにより、処方が元の状態に戻る事例が見受けられるなど、医療機関と薬局の連携が十分に図れていないなどの課題が明らかになったところです。

対応策の検討として、患者への啓発については、患者の処方薬への関心を高めてもらうなど、継続的にポリファーマシー対策を実施していくことが重要であること、また、医師、薬剤師等への啓発や連携強化については、研修会事業を活用し、スクリーニングツールの活用法や、ポリファーマシー対策の実施施設におけるノウハウを共有し、ポリファーマシー対策の効率化と質向上を図ることが重要であると考えております。

なお、今年度の取組につきましては、後ほど議題（3）で御説明します。

<意見・質疑応答>

○桑野委員

医師の参加が非常に研修会少ないということで、今回、理事会でも報告します。

研修会のほうは、オンライン開催とのハイブリッドで行ったりはされないですか。

○事務局

ハイブリッド開催に関しては、実は昨年度の協議会でもご意見をいただき、事務局で検討いたしました。その際に、ハイブリッド開催となると、問題となるのが会場回線の問題と、あとは認定単位の取得の関係で、視聴の記録の関係がありますが、その記録との紐づけで、各関係団体に確認を何度かしないといけないということもあり、昨年度の体制的に余力がなく実施困難で、ハイブリッド開催を見送ったという経緯があります。

今年度も、ハイブリッドを含め、オンラインをどういった形で取り込んでいくかというところは引き続き検討していきたいところです。

○秋下会長

今の、回線の問題は会場の選定次第かなと思いますが、もう一つの研修単位の問題は、医師の参加を促すという意味では、視聴して単位付与を可能にするという話ではなくて、興味をもって参加していただくという観点であるならば、あえて視聴歴を確認するシステムも必要ないと思います。桑野委員、そういうことでよいでしょうか。

○桑野委員

こういうのはやはり私たち医師も興味あるところなので、もしネットで見れるようであれば、実際そこに行けなくても見れますし、県医師会でもハイブリッドですと結構受講する人が多いものですから。よろしくお願いします。

○秋下会長

事務局には御検討のほうお願いしたいと思います。ウェブ視聴の場合には単位はつけない、こういうところをはっきりさせておけばよろしいのではないかなと思います。

○事務局

御意見ありがとうございます。県医師会、県薬剤師会、県病院薬剤師会、それぞれの単位が付与されるようになっていきますので、オンライン視聴では単位が付与されないけれども、一定期間は視聴可能にすることを検討したいと思います。

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、これについては、この検討会の委員であります私のほうから説明をしたいと思います。

まず、資料2-1を御覧ください。

令和5年度事業（業務手順書等の見直し）について。スライド2枚目にあるように2点です。ポリファーマシー対策状況のアンケート調査ということで、地域のポリファーマシーの取組がどうなっているかの事例の抽出のアンケートを行っています。次が「病院における高齢者のポリファーマシー対策の始め方の進め方」という、いわゆる業務手順書が令和2年度に作成されていたのですが、この見直しが必要かもしれないこと、それから地域版をつくる必要があるのではないかとということで、ここには病院版の見直しのことだけ書いていますが、病院版の見直しと地域版の作成の二つが実際には併せて行われました。この資料にそこが十分に間に合わなかったということで、地域版のことが明確には書かれておりません。

スライドの3枚目です。これは令和5年度の事業に至った論点ということで、業務手順書については、地域で展開するには今の病院版の手順書等ではまだ不十分というお話とか、広報啓発活動をやはりもっとやっていたらいけないのではないかとというような意見もあり、このような事業に至っています。

次のスライド4が令和5年度の事業。実際には委託事業としてNTTデータに委託し、ここに私が委員長をしている、このような検討会のメンバー等による委員が構成され、作業を行いました。

一番下にあるのが流れで、令和5年度のところでは、ポリファーマシー対策の取組状況の調査、これは病院と地域と併せて行ったということです。それから、指針・業務手順書の見直しで、実際には業務手順書の病院版の見直しと、地域版の作成を行いました。この地域版の業務手順書と見直し、修正をした病院版の手順書については、非常に長い資料なので今日は資料には添付していませんが、地域でポリファーマシー対策を実施していただく際に設計図のような役割を果たすものになっているのかなと思います。

最後のほうには、例えば外来、在宅においてや、多職種協働でどうするか、自治体がどうするか、そういういろんなポイントから地域の中で関わりがある方々がいるのですが、そういったことを盛り込むようになっており、地域ごとに実施する主体であったり関与する団体とか職種等、異なる場合もあると思いますけれども、その辺がどんな形でできるような工夫はされているということになります。

資料2-2、今年度令和6年度の取組です。

令和5年度につくりました地域版の業務手順書を使うということを前提に、スライド1枚目のピンク色のところ、令和6年度の取組と書いてありますけれども、見直しを行った指針及び業務手順書の地域における運用調査ということで、実際には「地域におけるポリファーマシー対策の始め方と進め方」を地域でどのように実装していくのかということを手挙げしていただき、行うという形になってます。

その後、広島県と埼玉県が手挙げをして、県が受託者という形になりまして、その事業が行われるということになっております。もちろん自治体だけでは動きませんので、それぞれの県医師会、県薬剤師会、県病院薬剤師会、こういったところとそれ以外の多職種の団体等も絡む形で進めるようになっていきます。

県では規模が大きいのではないかと意見もありました。実際に、全県下でやるというのは難しいのかなと思っていますので、県が窓口となって県の中の一部の地域等を使って行うのが現実的であろうという話になっておりますので、そのような形で進むのではないかと期待しております。

もう一つが、医療機関での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です。これだけだと何をするのか分からないかもしれませんが、これも都道府県単位で見たときに地域の医療データ、いわゆるレセプトデータ、これを少し解析できるだろうということから、国のデータとしてのNDB（ナショナルデータベース）を使ってポリファーマシーの実態とか背景にあるものを、いわゆる研究的な取組ですが、医療経済研究機構の浜田将太先生に委託をしまして分析をしていた

できます。

浜田先生は、私も長らく共同研究をしている先生でして、薬剤師でかつ医療経済に詳しく、こういう分析や論文執筆に長けている先生なので安心感があるのですが、ポリファーマシーに関する研究業績もかなりある方なので、何らかのデータが出てくるだろうと期待しております。これもあまり時間がないものですから、いろいろなところからデータを入手したりして分析できればよかったです。浜田先生が手持ちのNDBのデータだけを使って解析をする予定になっています。

その後のスライドは、その全体の流れでございます。

資料2-3と2-4は、具体的な新しくできたツールとして御紹介しておきたいものです。これも国の検討会に資料として報告をして、国の施策の中でも取り込めればという話になっています。

どちらも私が代表理事を務めております日本老年薬学会でワーキンググループをつくって、作成、発表されたものです。神村副会長が日本老年薬学会の理事でいらっしやって、昨年福岡県で学術大会が開催されましたけど、そちらの学会からのものです。

一つ目が、日本版抗コリン薬リスクスケールというもので、皆さんが高齢者の処方見直しをされる際に見るポイントというのが幾つかあって、要するに数だけではないというのはこの協議会でも何回もお話に出ている点でございます、よく認識はされていると思います。加えて種類を見ていくというのが一つございまして、その中ではやはりベンゾジアゼピン系の睡眠薬、抗不安薬と、ここに挙げてある抗コリン薬というのがポイントになるかと思えます。抗コリン薬というのは非常に幅広い領域で使われますので、結局ポリファーマシーもいろんな領域の診療科であるとか医療機関がそれぞれ2種類、3種類出して、それがあつという間に10種類と、こういうコンセプトでございますので、この抗コリン薬についても個々の処方、個人の高齢者の処方全体を見るという形で見なければいけないだろうと。それを見るツールとしての抗コリン薬の重み、総量を見るというスケールです。

この資料は、日本老年薬学会で抗コリン薬リスクスケールを発表いたしましたときに記者発表をいたしまして、そのときに国立長寿医療研究センターの溝神先生が使われた資料をそのまま掲載したものです。

次のスライドですが、3番目が「抗コリン薬とは？」。これ、なかなか一般の方への説明が難しいところではあるのですが、アセチルコリンの作用をブロックするものであり、アセチルコリンとは何かというと、神経伝達物質で主に副交感神経の働きを司っている場合が多いので、そういうことで副交感神経のブロッカーのようなものが抗コリン薬であるということです。

4番のスライドですが、こういったものは国際的にも注目されておりまして、海外では幾つもの抗コリン薬のリスクスケールが開発されており、10以上ございます。ただ、日本では市場に出ているお薬が海外とは違いますので、日本版が必要であろうということは分かっていたんですが、臨床的な視点からつくられたものがまだなかったということで、スライド5ですが、このような老年薬学会の中でも比較的若手のメンバーにお集まりいただきまして作業をしたということになります。目的は今お話ししたようなことでございます。

スライド7、対象ですが、必ずしも高齢者でもないだろうということで、明確な年齢の対象は設けていません。

それで、スライド8、使い方ですが、いろいろな現場で使えるようにということで二つ挙げています。スコア1からスコア3まで、スコア3の方が抗コリン作用が強い薬物ということになります。ただ、スコア2がスコア1の2倍なのか、スコア3が必ずスコア1の3倍なのかというと、そこは明確な根拠はないのですが、海外のスコアを調べますとこのような形になっているものがほとんどでしたので、それに倣う形でスコア1、2、3というグレーディングをしているということになります。

1番の個々の薬物のリスク評価というのは、スコア3のものを使っている場合には、そういうものだけをまず目に留めて、スコア3のものはスコア1とかできたらそこに載っていない、スコアゼロということになるのでしょうか、そういうものに切り替えていくというのが一つの使い方です。スコアの高いものを見るということです。

2番目が総合的なリスク評価ということで、本来こちらを実は目指していたわけですけど、総抗コリン薬負荷ということで、スコア1のもの、抗コリン作用はそれほど強くないものでもたくさん使えば有害事象のリスクは高いだろうということから、そういうものを計算するツールとして使っていたきたいということになります。

スライド9も同じようなことです。

スライド10は、どういう手法でつくったかということなので、海外の諸文献をまずよく見て、どのようにつくるかを議論した上で、同じようなスケール（スコア1、2、3）のつけ方をいたしました。最初はスコア5についてもあるでしょうという話をしていたのですが、5というスコアをつけるだけの十分なエビデンスがないということから、海外文献等にならった形になります。日本で入手可能な薬物を対象にしています。薬物も全身作用を發揮するものということで、内服薬と貼付剤です。経皮的な投与の薬物がありますが、その中で湿布などは局所の作用、全身に貼ればもちろん全身の影響は出るかもしれませんが、そういうふうにするのはあまりないということです。それから、これも議論はあったのですが吸入薬ですね。これももしかしたら多少の全身作用はあるかもしれないという懸念はあったのですが、一応そういうものはどれぐらいの強さなのかやはり判定が難しいということから今回は除外し、内服薬と全身作用目的の貼付剤だけを対象にいたしました。

すると185薬物が評価対象になりまして、スコアをつけたところ、スライド11は細かいプロセスなので飛ばしまして、スライド12ですけど、実は185薬物のうち158薬物、かなりの割合であるということがお分かりいただけるかと思います。それがスコア1以上になったということで、スコア3、作用の強いものが37、スコア2が27、スコア1が94でした。なお、括弧内に一般用医薬品、いわゆるOTCですが、これもかなり該当するものが多いということで注意が喚起されるべきだろうという話になりました。

スライド13からが個々の薬物で、ベンゾジアゼピン系のものが並んでいます。ベンゾジアゼピン系は中枢抑制という問題があるのですが、実は抗コリン作用もある、ということです。

スライド14がパーキンソン病の治療薬で、特に抗コリン作用の強いものもあるということです。

スライド15は抗精神病薬です。こちらやはり強い中枢抑制があるわけですが、こちらはベンゾジアゼピン系よりも強い抗コリン作用があるということが知られておりますけど、スコア2とか3のものがあると。

スライド16は抗うつ薬でございまして、これは特に三環系、四環系は抗コリン作用が強いと従来言われているものですが、このようなスコアになっています。

スライド17が筋弛緩薬等で、やはり中枢作用のあるものというのは結構抗コリン作用が強いということになります。

スライド18が、狭心症治療薬、抗不整脈薬、降圧薬ということで、これは生活習慣病等がある高齢者に非常に多く使われているものですが、こういうものはあまり問題がないと考えられがちなのですが、実はスコア1ぐらいはつくということでして、先ほど非常に多くの薬を使うという話をしましたが、こういうところもやはり目に留めていく必要があるのかなと思います。

スライド19が主には消化器系のお薬ですね。H2ブロッカーに抗コリン作用があるということは知られておりますが、それ以外に腹痛に対して使うような薬や、吐き気止めに結構抗コリン作用があります。また、右側に二重丸がついているのがOTCで売られているものになりますが、この消化器系の薬は非常に多くが該当します。

スライド20がステロイド、過活動膀胱の治療薬になります。御存じのように過活動膀胱の治療薬の中でムスカリン受容体拮抗薬がちょっと前まではプライマリーに使われておりましたが、これは抗コリン作用が強くスコアも大体3がついています。

スライド21が免疫抑制剤等になり、スライド22が抗アレルギー薬です。これも市販されているものが非常に多くありますが、スコアは2から3ということです。そして、スライド23もその続きですね。

スライド24抗菌薬等、こういうものにもあるということです。

スライド25がOTC薬をまとめたものです。

スライド27、いろいろな有害事象別のシステマティックレビューに準じたスコーピングレビューという文献検索方式があり、それを行っています。そして、認知機能低下、記憶障害とか、そのほかの中樞神経作用、運動障害、消化器症状・便秘等、口腔機能低下、特に口腔乾燥は抗コリン作用で特徴的ですそれから感覚障害、排尿障害、循環器症状、こういったもので該当する論文を見つけ、それぞれについて章立てをした解説も入れさせていただきました。

この辺をこの検討会で御報告させていただきました。

なお、先ほどリストでお示した薬ですが、これを頭に入れておくというのはナンセンスなことなので、1個1個見ていただくということですが、今処方電子的に入れるとスコアがばっと出てくるような、そういうサイトの開発をしております、近いうちに御利用いただけるようになるかなと、アプリにするかもしれませんけど、今つくっております。

そしてもう一つ、資料2-4を御覧ください。

これはかなり分かりやすいものですが、高齢者施設の服薬簡素化提言というものです。1. 高齢者施設の服薬簡素化提言の囲みですが、二つの提言から成っております、一つ目が服薬回数を減らすことには多くのメリットがあるということです。これは皆さん異論がないところだと思います。服薬回数を減らすと誤薬リスクの低下と、そういうことを介した医療安全の向上ですね。私も今は病院の管理者ですけど、やはり医療安全の点から最も多いのが本人あるいは医療者による誤薬が多いのですが、そういったことでまず双方にとってメリットがあると。かつ、これは「高齢者施設の」とうたっていますので、入所者や入居者にとってはということになります。高齢者にとってはということですけど、服薬負担の軽減や服薬アドヒアランスの向上。一方、施設側にとっても、職員にとっては与薬負担の軽減、勤務の平準化、これはシフト勤務等の関係でかなり無理がいつているところがありますが、そういうところも期待できるのではないかとということです。そして、服薬回数を単に減らすだけではなく昼に集約することで、朝早く出勤したり、夜勤の職員が朝の配薬をしていくことが実はかなりの負担になっているということが分かっておりまして、高齢者施設では薬の8割が大体朝に集中しているようです。そういったことがあるので、それを少し昼にずらすことで、今挙げたようなメリットがより期待できるのではないかとということでもあります。

2. 服薬簡素化とはということで、多剤服用、あるいはポリファーマシーでは減薬の話になります。数を減らすことが常々取りざたされているのですが、減薬だけでは服用回数は1日3回のケースも結構多いということで、数を減らすだけではなくて、数を減らすというのはもちろん回数の減少には寄与しますが、まとめられるものはこうやってまとめていくと飲みやすく、飲ませやすくなりますよねということを示したものです。

実際にこれを行う場合には、様々なチェックポイントがありますので、4ポツのところにあるような服薬簡素化フローチャートとって、具体的なステップとそれぞれに関しての注意点などを、ここには載せていませんけれども表1から表3をつけまして、見ていただきたいことをかなり細かく載せていて、このフローチャートに沿ってやっていただければいいのではないかとというようなことをまとめています。

最後のページでございますけど、この中に事例が3例紹介されていまして、事例2の特別養護老人ホームの症例ですけれども、ちょっとお薬見ていただきたいと思うのですが、介入前のところを御覧いただくと5種類であると。介入後も5種類ですが、薬は減っていないけれども1日2回、朝晩ないしは毎食後となっている薬の中身をよく見ていきますと、例えばクエン酸第一鉄が1日2回、酸化マグネシウムも2回ですが、この用量ですと1回にまとめてもいいだろうということで、介入後は1日1回、同じ用量で2錠を1回という形にしていますし、3番目のアムブロキソールがありますけれども、こちらはそのまま1日3回飲まない効果が発揮されないのですが、徐放錠がありますので徐放錠をうまく使うことで1日1回にできる。それから、ニフェジピンL錠というのも1日2回のお薬ですけど、CR錠にすると1回になる。それから、一硝酸イソソルビドも錠剤をテープに変えると1日1回になるということで、それを1日1回にして昼1回にされた症例ということで、これも実在する症例ですけど、こんなにうまくいくことがあるのかというような症例でございます。そういうこともできますよという実例でございます。

「高齢者施設の」とうたったのは、少なくとも高齢者施設だったらこの話をしても皆さん異論出ないでしょう、それは当てはまりますよね、ということですが、ただ考えてみると、例えば病院に入院している方も介護施設に退院する方、あるいは在宅医療に移行する方、今そういう方が多いですけど、そういう方だったらこれに当てはまると思うんです。それから自宅の方でも独居の方とか、デイサービス等の介護サービス、あるいはヘルパーさんに来てもらうような方ですと、やはり昼が中心になるかなと思いますので、通常勤め人ですとまず省く、昼を中心に据えるという逆転の発想でこういうことが成り立つということかなと思っています。より広く使えるというコンセプトですが、今回はまずは高齢者施設のことと、世の中の理解を得たと思っています。また、抗コリン薬リスクスケールについて、よくいただく質問としては、量によって変わるんじゃないですかという話になります。それはもちろんそのとおりでして、今回は常用量を使った場合でスコアを出しています。ですので、半分の量を使う場合には半分ぐらいになるかもしれないということはあるのですが、これもデータがないものですから、あくまでもそういう考え方もできます、ということにしています。高齢者の場合、薬物動態も若い人と違いますので、半量だったら血中濃度半分というわけでもないの、その辺は現場の判断でそのように取っていただいても構いませんという解釈になるかと思います。

<意見・質疑応答>

○事務局

総抗コリン薬負荷の件ですが、前後を比較すると減らしたほうがいいたるところは理解できるのですが、トータルのスコアで何か線引きできたり、あるいはここを超えるると危険とか、そういう指標的な数値はあるでしょうか。

○秋下会長

そこは、特に集団を見た場合に、ハイリスクアプローチみたいなものをかける場合には、例えば多剤服用でしたら6種類以上とかというのが一つの考えとしてエビデンスがあるので使えると思いますが、同じように何点以上だったらハイリスクというのが分かると、そういう人を抽出してそこを見直していきましょうということがやりやすくなるのかなと考えています。

○大戸委員

興味深いデータをありがとうございました。資料2-1で、秋下会長が長きにわたって、国の検討会でも高齢者の医薬品適正使用を推進されているということですので素晴らしい取組と思いました。資料2-2で広島県、埼玉県の例を挙げられていたのですがけれども福岡県はここに入っていないのでしょうか。

○秋下会長

ありがとうございます。福岡県の話は国の検討会でも出ます。福岡県はこうやって県独自でもととずっとやっておられるので、そこに国として何か手を差し伸べるまでもないだろうということとか、私が国の委員としても入っているので私からは福岡県どうですかとあまり持っていけないというのがあります。

実は、福岡県のこの協議会は国の検討会に1年遅れ、逆に言うと1年しか遅れずに、国の検討会が今8年目ですかね、ここは7年目ということで、立ち上がってすぐ動いているのですね。そういう意味では素晴らしい事例と私は認識しています。

○大戸委員

理解できました。福岡県はかなり活発に先生御指導の下、実施されているのですが、どういった関係にあるのかと思いました。また、東京の方を中心に国レベルで進められているのですが、病院とか地域というキーワードがあるものですから、今後それをどう発展、普及されるのか、もしコメントがありましたらよろしくお願いします。

○秋下会長

私はこれまでアカデミアを中心にやってきたなと思っています。そうすると、やっぱり学会とか団体、今日も医師会、薬剤師会、病院薬剤師会などなど、そういうところでそれに関わる先生方に

いろいろ御協力いただいて各地でやっていただく形で進めてきているのですが、まだまだそれでは不十分であるという認識で、このポリファーマシー問題というのは、国でも、各自治体でもやっぱり大きな問題ですし、やればポリファーマシーが解消に向かう、ゼロにはならないと思いますが、改善に向かうと医療費の負担が随分減るということは分かりますので、それに有害事象も減ればもっといいわけですけど。そういうことではやりたくてうずうずしているところがやっぱり多い。そして、やらなければいけないと思っている都道府県が特に今増えていますね。それに、保険のベンダーもそこに加わって、我々が分析して何か出してあげますよみたいな動きもあり、そういう意味では官民一体となって動きつつあるなというところで、地域での動きというのは、これまで動こうにも動いていなかったんですけど、そういうベンダーとか地域のステークホルダーの皆さんが加わるようになってこられましたので、どんどん進むような流れができてきたとは認識しています。

○大戸委員

非常に興味があったのもう一つ質問させてください。

この日本版抗コリン薬リスクスケール、この中には抗コリン作用を示す薬物がベンゾジアゼピン、抗うつ薬など、多岐にわたってあったのですが、これ以外に海外で、例えば副交感神経ではなくて交感神経をブロックするとか、今後これについては別な視点から展開する計画などあれば。

○秋下会長

今回諸外国のもので、10年ぐらいい論文が出ている時期は異なるのですが、実はこの抗コリン薬に関しては新しい薬と古い薬に大きなギャップがあるわけではないなと思いました。ですので、プラス15文献ほど見ていくと、大体こういうところはみんな共通しているということで、穏当なところに我々は落としたというふうにはなります。

それと、静岡県立大学の山田静雄先生が薬理的に抗コリン作用を随分研究されていて、日本の薬剤についてはその山田先生のデータがあったのですよね。それなので、臨床的なものは分かっているけど海外の文献にも載っていないけど山田先生の薬理作用に基づいて、添付文書を眺めつつ、これは入れたほうがいいかどうかみたいな議論をさせていただきました。山田先生もグループに入っておられますので、意見も聞きながら、最終的には判断をさせていただいたということなので、そういう意味では臨床及び基礎、あるいは文献、いろんな側面から今回選ばせていただいたというふうになります。ただ、もっと薬理的な研究が進めば、もうちょっと違う視点から、抗コリンだけではなくて、今大戸委員が仰ったようにほかの色々な有害事象のリスク薬というのは出てくるかなと思います。

○大戸委員

先ほどの服薬簡素化の昼間だけ、朝昼夕の3回ではなくて、というところにもこの情報はつながってくるのかなと思いました。ありがとうございます。

○秋下会長

ありがとうございます。そのとおりかと思います。

○事務局

資料の2-2の関係で、先ほど大戸委員から質問ありました国事業に関する福岡県での参画の話ですけれども、こちら広島と埼玉に決まる話は聞いてはいました。そして秋下会長から説明いただいたように、福岡県では国の動きに追随するような形で非常に早期に県としてこのポリファーマシー対策の取組を始めていたというところもあり、今回事業参加は見送っておりますが、この事業についてお尋ねです。今回資料2-2のところで国の高齢者医薬品安全使用推進事業に関しては、地域ポリファーマシーコーディネーターを設けたりすると伺っています。

こちらは、例えば薬剤師会に所属する薬剤師が担われるという話も伺っておりますが、具体的にはどういう役割・動きをされるのかというところは、理解が追いついてないところがあるのですが、秋下会長からご紹介いただけないでしょうか。

○秋下会長

そのキーワードですが、ポリファーマシーコーディネーターと、薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）という、2種類の新しい聞き慣れない用語があって、後者は個々の高齢者に対してアプ

ローチして、その方の処方見直しを主として関わる方。ですから、それは主治医であってもいいですし、かかりつけの薬局の薬剤師であってもいいですし、それが例えばケアマネジャーであってもいいかなと思いますけど、そういう方々が担われるということで、だから職種は逆に指定はしてないですが、多くは薬剤師が担われるのかなと思っています。前者のポリファーマシーコーディネーターというのは、これが少し分かりにくいのですが、これは地域に一人、その地域を束ねる方ということになっているので、自治体の担当者とか、主として関わる団体の地域の取りまとめ、例えば地区の薬剤師会のポリファーマシー取組の責任者、これは必ずしも会長というわけではなくて、そういう方々がされると思います。

都道府県で実施するといっても、大きいですねという話をしました。だから、県でやる場合には、県での全体を取りまとめるところにポリファーマシーコーディネーターという方がまず一人いて、合議体をコントロールしていくような役割になりますので、こういう協議会の会長、だから福岡県だったら私になるかもしれませんが、薬務課の方になるかもしれませんが、その下でまた小さい単位の地区がありますので、そこにもまたポリファーマシーコーディネーターがそれぞれいるというイメージです。

だから、ポリファーマシーコーディネーターには段階、レベルがあって、大きな地域の単位のポリファーマシーコーディネーターと小さい地域の単位のポリファーマシーコーディネーターがいるということになるかなと思います。

○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（おくすり見える化シートの検証事業）

○事務局

資料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作成事業について、昨年度の事業概要と結果及び今年度の計画についてまとめて御説明いたします。

資料3-1ですが、令和5年度、福岡県薬剤師会に委託し、患者説明用の啓発資材（おくすり見える化シート）を作成し、実際に服薬指導に活用しました。上のスライドの左下の絵に示す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の提供となるため、患者目線ではその都度のお薬情報を把握することはできますが、例えば複数医療機関に通院していると全体の薬情報を把握することは容易ではないことがあります。そこで、患者の服薬情報について、薬効ごとに何種類あるかというのを可視化する、見える化シートを作成し、薬局で薬剤師が色塗りをして、服薬指導に活用するということを目的としています。

対象となる患者背景としては、定期的に来客する65歳+以上、定期内服薬が6剤以上服用しており、事業実施期間中に複数回来局予定のある患者です。

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薬局です。各薬局では、10名の患者をそれぞれ報告していただきました。

次に、方法です。次のページでフロー図示していますが、まず県薬剤師会にてシール状になっている見える化シートを作成・印刷してもらい、これを事業に参加いただいている薬局に配布します。各薬局では、このフローに従い見える化シートを作成します。

まず①ですが、お薬手帳の表紙等に見える化シートを貼付して患者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。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、患者希望がなければこの時点で終了となります。③減薬に関して、薬剤師が可能であると判断できれば追加のヒアリング等を行い、医師に情報提供・提案を行います。薬剤師の判断で減薬ができない場合は、医師に情報提供を行うのみで終了となります。④、一次的に薬剤師が減薬可能と判断したものに関しては、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ことになります。

下のスライドが、結果です。各薬局から報告された患者としては、男性が40%、女性が60%、全体のうち75歳以上の後期高齢者の方が約75%、平均的に服用している薬剤数は9.17剤でした。

左側の円グラフですが、697例の有効データのうち228例、32.7%の患者が減薬を希望し、その結果は右の円グラフで示しているとおりで。多数を占めたのが青い部分として、薬剤師が検討したが減薬が困難と判断された患者、赤い部分として、61例、26.8%は薬剤師が減薬検討可能と判断し、医師が減薬困難とした患者。残りの緑の部分が53例、23.2%、薬剤師が可能と判断して実際に減薬につながったという患者です。結果として、全回答者の7.6%の患者の減薬につながり、また平均して1.26剤を減薬できたこととなります。

まとめとしては、実施期間が短期間であったものの、ヒアリングの結果から患者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す。これが患者発信を端緒とするポリファーマシー解消に実効的に効果が期待できると考えられたものです。

裏のスライドですが、今年度は本協議会に諮った見える化シートを活用し、薬局での実質的な実施期間が長期になるように事業を実施しようと考えております。対象と規模は令和5年度と同規模になります。こちらは県内4地域で、各地域20薬局、合計80薬局です。患者数に関しては、1薬局当たり10名程度、こちらと同じで合計800名程度を想定しております。

フローについて、再度下の図を御覧ください。左の点線囲みですが、患者背景、65歳以上は内服6剤以上、定期的来局の患者とし、そこで見える化シートを作成し、お薬手帳に貼付。ヒアリングを実施、ポリファーマシー資材を配布して説明します。そのうち①の見える化シートを実際には使用しない患者を今年は加えて、見える化シートの使用の有無によって対象群を分けることを考えております。そして、今年度の調査に関してはこちらを実施して、各薬局10名程度を報告いただき、合計800名程度を最終的には分析をしたいと考えております。

昨年度、本協議会の場でも多くの委員の皆様からポジティブな結果が得られそうなので、学会発表やその発展的展開などの御意見をいただきまして、学術的な場での公表も検討したいと思っておりますが、その準備として臨床・疫学研究の倫理審査などもあり得るかと考えております。その下のスライドは、検証事業のスケジュールですけれども、この協議会でいただいた御意見を可能な限り反映しつつ、協議会終了後速やかに事業を開始できるように準備を整えているところです。おおよそ冬までの期間を事業実施期間とし、その後取りまとめの期間となります。結果については、第2回、または次年度の本協議会にて報告をしたいと考えております。

今年度に関しても福岡県薬剤師会様の御協力を賜りたいと考えておりますので、どうぞよろしくお願ひします。

○竹野委員

県薬剤師会より追加で補足を少しさせていただきます。

昨年、この事業を受託しまして、我々も思った以上にいい結果が得られました。全体の33%、約3割以上の方が減薬を希望されたということ、それから実際に全体の7.6%の方が減薬につながったということで、非常にいい結果を得られたと考えております。

今年度は少し期間を長くさせていただき、来月10月1日から終わりは1月31日とさせていただいておりますので、終了は一緒ですが、一月多めに事業をする期間を考えております。

現在、募集薬局、ここでは80程度とお答えしていたのですが、いろんな方にお声かけした結果、現在115薬局の協力薬局を得ることができました。今年度は見える化シートを使う群と使わない群とに分けようと思っております。

また、前回見える化シートの中では、表の1ページ目、薬効群の2番目に「便秘、下痢」と書いてあるんですけども、便秘と下痢に注目しなくても「消化器用剤」としてもうちょっと広げていくと、減薬に繋がる可能性が出てくるのではないかと考えまして、2番目を「消化器用剤」ということでまとめさせていただきました。そこが1点変わったところです。

それから、ヒアリングシートですが、フローを見ると、まずは患者希望があったとしても、薬剤師がこの方は減薬不可と判断した場合、患者が飲んでたものの何が減薬が不可能と判断したかというところが1点目変更したところでございます。

それから、薬剤師が減薬可と判断しても、次に医師が減薬は難しいと判断されたところがありますが、では医師がどういったもので減薬が厳しいと判断したかというところを、チェックしようと思っています。

最後に、減薬につながるわけですが、そこでどういったものが実際に減薬できたかというのも少し調査していきたいと考えています。

また、昨年度は倫理審査を通しておりませんでしたので発表する場が限定されておりました。現在県薬剤師会で倫理審査中でして、審査が通れば早速事業に取り組みたいと考えております。

<意見・質疑応答>

○大戸委員

非常に興味深いお話ありがとうございます。対象群というのは、この見える化シートについて患者は分からないと理解したらいいですか。ブラインドがどこにかかっているのか確認です。薬剤師は情報としては分かっていると思います。

○竹野委員

こちらで最初に見える化シートを使う薬局と使わない薬局に分類して事業を開始しようと思っています。実際に見える化シートが役に立ったかどうかを検証しようかと考えていまして、使う群と使わない群でどのように違いが出るか、患者の行動変容に違いが出るかどうかを検証させていただく事業と考えています。

○大戸委員

コントロールとしては、非常に適切で正しいと理解したのですが、ところが患者と薬剤師は、その内容を理解、分かっているのかどうかということが質問です。このシートにかかわらず。

○竹野委員

シートを使う群と使わない群で違いというのは、本当にシート使うか使わないかだけであって、患者に対してポリファーマシーに対する啓発活動というのは変わりません。ポリファーマシーというのはこういうものです、という説明は、同じ行動をさせていただこうと。ただ、そのときに渡す資材として見える化シート、あなたが飲んでる薬は何種類あるのですよと視覚的に見えるシートを渡す群と渡さない群とに分かれるわけです。

○大戸委員

そのシートを使ったかどうかという比較はすぐわかります。その上で、事前情報として患者も自らの薬を飲んでいればどういった薬をどれぐらい飲んでいるかという知識はありますよね、これはシートにかかわらず。その部分と、それから薬剤師も処方箋からこの患者はこういった薬を重複して飲んでますよとかという情報がわかります。そこの部分をどう理解したらいいのかということです。シートの話は非常にクリアで理解できます。

○廣田委員

今のに少し関係するかと思うのですが、倫理委員会を通されるという話だったと思うので、それぞれ対象群も、シートを使う方も、どちらにも同じようにこういう研究計画で動いていて、つまりシートを使う人と使わない人がいて、こういう全体の計画の説明があった上で、薬局も患者も全体の研究計画の対象、非対象を理解した上でやられるという理解ですよね。

○竹野委員

はい、そうです。

○大戸委員

いや、それはそのとおりです。ただ、その前の事前情報として、薬剤師もこの患者はどれだけ薬を処方されているかというのは理解しているわけですよね。だから、その情報というのは当然ここにも影響してきますよね、というのが私の質問です。

○秋下会長

事前の情報提供をどこまでするのかというのは、ちょっと難しい問題が。倫理的な部分と研究的

な2群間の差をきれいに出したいというところで、どこまでが違うのかというのを、本当に見える化シートだけの問題なのか、見える化シートを使った介入というもう少し大きなもので考えるのかによって、その差分というのが結構変わってくるかなと思います。

ですので、本当はその対象群は普段と同じというか、そういう中で薬の部分だけを見ていく、それが普通なので本当の意味のコントロールかと思います。こっちはすごくいろいろ介入が入っているかもしれないので結果が出やすいとも思いますし、うまくいかせたいという研究者の思いで言うと、そう思うのですが、そこら辺はちょっと倫理的な側面もあって、それは多分ここで議論する話ではないので、倫理委員会で議論していただければいいのではないかなと思います。

これ、クラスターRCT、要するにクラスターで無作為に参加希望という薬局を、おたくは申し訳ないけど標準、コントロール群としていただいて、そしたらもう全貌を分かった上でその薬局の薬剤師さんについて分かった上で、分かりました、じゃあうちはコントロールでやりますよということになると思うのですが、参加される高齢者にまで同意を取ってやるのかどうかというのはちょっと難しい側面があるのかなとは思いますがね。

○竹野委員

患者同意書というのは作成して同意を取るようにはしています。

○秋下会長

コントロール群に対して同意を取る、同意を取るとしたら全体像をお知らせしないといけない。あなたはコントロール群ですよということも知らせるか、あるいはどちらかは分かりませんよというのがあるかもしれませんが、この場合必ずどちらか分かりますよね。全体像が分かっているならば、プラセボじゃないので。ですから、今もう倫理委員会かけているということですが、デザイン的には私はそれぞれの薬局で介入をする時期と介入をしない時期とかいうふうに、前後と前半後半をまた入れ替えたりするような、いわゆるクロスオーバー試験みたいにするのが一つの考え方かなとは思いますがね。そういうことも含めてちょっと御検討いただければと思います。

○竹野委員

クロスにしたほうがいいですか。

○秋下会長

参加する薬局がうちはずっと対象群だというよりは、介入する時期には介入していただく。この目的が研究だけではなくて、やっぱり事業としての側面もあるならば、じゃあ介入したときにどういう感触、要するにやってみたらこんな感じかというのを理解いただくことも事業の目的の一つかと。そういう意味では、各薬局で介入していただく時期というのがあってもよいかと。それを解析に使わず、前半だけを使って、その後後半にやるというのもあると思いますけど。そういうのとか、両方とも使うクロスオーバーのRCTもあると思いますけど。どちらの考え方もあるかなと思います。

あともう一つ大事なのは、多分プライマリーエンドポイントを何にするかとか、セカンダリーエンドポイント、プライマリーエンドポイントは1個にしないといけないので、薬剤数とか分かりやすいものを一つ選んでいただいてと思います。減薬のところにするのか、さっきの人数にするのかみたいな、ちょっとよく考えていただかないかと思えますけど。

○竹野委員

ありがとうございます。検討させていただきます。

○大戸委員

患者と薬剤師の多剤併用、ポリファーマシーに関する認識ということですね、それぞれの処方についての。その背景がデータに影響してくる可能性があると思うのです。このケースにおいては、それをランダムにやるので、このシートを使うかどうかの比較試験はしっかりと出てくるだろうと思います。ベースの部分にどうしてもプラセボ効果にあるような基本的な患者とか対象の背景というのが存在しているので、それに上乗せする形でデータが出てくるだろうなと感じました。

○秋下会長

皆さん興味があって深い議論になってしまいました。

見える化シートは、非常にうまくいくのではないかなとは思いますが、ですので、有意差が出たとか出ないとかということも研究としては大事ですけど、それでもみんなでやったというのが本当は啓発的には大事なのかなと思っています。ぜひお願いします。先ほどお話にありました消化器薬全般を入れていただくというのは、結構いいかなと思っています。というのが、私は処方見直しで一番減薬しやすいお薬が脂質低下薬とか降圧薬、あと胃薬ですよね。多分便秘と下痢だけだと消化性潰瘍の治療薬、予防薬なのか治療薬なのか分からないですけど、使われ方としてはその辺が実は複数入っているものをPPIとH2ブロッカーと胃粘膜保護薬が入っていて、PPIだけにするとかよくやられるんですけど、それやりやすいですよ。

そのほかいかがでしょうか。

○桑野委員

処方元が二つ、例えば内科と整形外科のドクターが出していると、ドクターに頼もうとしても非常に調整が難しいと思うのですが、そういった例は省くんですか。

○竹野委員

複数の診療科にまたがったとしても、薬剤が6剤以上服用していれば本事業に関わるということで、それぞれのドクターに患者が減薬希望している旨を情報提供しようと考えております。それからのスタートになります。

○桑野委員

医師同士が話し合えないと減薬しにくいとか、向こうの先生はどう考えているだろうとか、そういうのが分からないとこっちだけでは判断しにくいというようなケースが出てくる可能性があるので非常に面倒で、3人、4人で話し合わなきゃいけない可能性はないでしょうかということですが。

○竹野委員

その中でも、先ほど少しお話があったように、胃薬、消化用剤を出されている先生に、1剤だけでも減らしていただくことは可能でしょうかということをも分薬剤師から提案していくのではないかなと思います。

○桑野委員

分かりました。大変かとは思いますが。

○秋下会長

そこは大事なポイントなので、実際には処方提案みたいな形で、例えばNSAIDsとかも複数箇所出ている場合に、この人の場合は例えば整形外科の部分は残してほかのところをやめようかとなったら、そっち側に提案するみたいな、そういう少し方向づけたアクションというのが恐らくあるので、全部に対して先生方見直してくださいねと言って投げると、多分その調整がうまくいかない。そういうデザインにはなってるということですね。皆さんそういう意識でされるということだと思いますので、ぜひ期待しております。

○竹野委員

我々、服用薬剤調整支援料という点数はあるのですが、医師に情報提供するだけで医師から返ってくるのを待っている状態というよりも、患者が今、現に減薬を希望しているという声を聞いてやるのはちょっと行動パターンが変わってくるのではないかなと思っています。

○秋下会長

ありがとうございます。それでは、また、成果報告していただければと思います。

議題3 今後のポリファーマシー対策事業について（ポリファーマシー研修会事業、福岡県電子処方箋導入促進補助金事業について）

○事務局

資料3-2、先ほど昨年度事業でも幾つか質疑いただいたところですけれども、昨年度同様の規模、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。加えて、先ほど

御助言いただいたようなインターネットの活用を考えていきたいと思っております。また、今回は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等の新たな資料の発出などもありましたので、そういったものが活用できるような研修会を考えております。開催の時期としては、昨年同様秋から冬の間の土曜の午後、または日曜日を候補として開催予定で、医師、薬剤師、それぞれの講師に依頼する予定です。講師に関しては、老年医学会、老年薬学会の活動等も参考にしながら候補としますが、委員の皆様からの御紹介、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いたします。昨年度は博多駅付近としたのですけれども、実際昨年度も他県からの受講者もいらっしゃいました。

事業スケジュールとしては、以下のとおりです。

続いて医薬品の適正使用に係る今年度事業としまして、福岡県電子処方箋導入促進補助金事業について説明します。

資料の3ページ目ですが、電子処方箋を導入することにより、これまで紙でやり取りしていた処方箋の運用が電子でのやり取りに切り替わるだけでなく、システムを導入することにより、直近の処方内容を参照した重複投薬チェックの結果が表示される、そのことにより重複投薬の防止や、従来把握できなかった薬剤の把握といった観点で、医療関係者の皆様に効果を感じていただけるものと考えております。

今回の事業については、電子処方箋の導入に向けた県内の保険医療機関、保険薬局のシステム整備に係る費用の負担に対して補助金を交付するものとなっております。具体的な申請区分、補助率、補助上限額については、資料の下の部分にオレンジ色で示す一覧表のとおりです。

続いて、資料の4ページ目、事業のスケジュールですが、今回の事業については、受付期間を5月13日から1月31日まで申請を受け付ける予定としております。

現時点における補助金の申請件数ですが、病院が3施設、診療所が41施設、薬局が329施設から申請をいただいているところですが、まだまだ申請が少ない状況となっておりますので、関係団体宛てには当該事業の再周知について案内したいと考えているところです。

<意見・質疑応答>

○秋下会長

研修会は11月から1月って、11月だともう厳しいですよ。

○事務局

講師の先生の兼ね合いもあるかと思っておりますので、幅広に設けております。

○秋下会長

分かりました。会場等含めましてなかなか大変かなと思いますが、少し幅広に取っていただいて、と思います。

電子処方箋の導入促進は、今薬局の方が電子処方箋のシステムの導入は進んでいるかなと思いますが、薬局及び医療機関双方にこの補助金事業はされるということですよ。

○事務局

はい、医療機関、薬局ともに対象にしております。

○秋下会長

医療機関が、どちらかというと導入があまり進んでいない状況のようですね。そこら辺からもう少し手挙げがあるといいかなと思います。ぜひ医師会でも周知いただきまして、手挙げをたくさんしていただけるようお願いいたします。

大きな病院も遅れているんですよ。

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の田中と申します。

資料4の高齢者の適正服薬推進事業についてと御説明申し上げます。

昨年度事業開始に当たりまして、この協議会で御助言いただきまして誠にありがとうございました。

当事業についてですが、後期高齢者のレセプトを分析し、重複・多剤服用や併用服薬において医療者が意図と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、薬局や医療機関への相談を促し、服薬状況の改善を図るという事業となっております。

事業スキームを御覧ください。当事業は業者委託で実施しております。委託業者に広域連合からレセプト情報を提供し、委託業者はレセプト情報を分析し、重複・多剤服薬等の可能性がある高齢者を抽出して通知書を送付します。令和5年度は、10月末に約1,000名を対象として通知書を送付しました。令和6年度については約2,000人を対象として9月末に通知書を送付する予定となっております。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、当広域連合が市町村へ委託して実施している一体的実施事業の中で市町村の保健師等が訪問、電話などで対象者の薬局や医療機関への相談を促すということを考えております。薬局や医療機関の皆様へは、薬剤師会、医師会の御協力をいただいております。

事業効果の評価について、下の2枚目のスライドでございまして、通知後のレセプトの追跡調査を行って対象者別の薬剤の切替え率、薬剤切替えの効果額、重複・多剤等の対象者数の変化、対象者の医薬品に係る医療費の変化について行っております。

令和5年度適正服薬事業の結果については、効果検証のための分析を行う対象者は、通知した1,031人のうち、通知後3か月継続して被保険者であった1,014人を対象としております。これは通知発送月から3か月間のレセプトを効果検証の対象ということにしているからです。

通知対象者は、令和5年6月のレセプトから抽出し、長期処方のみ令和5年の1月から6月のレセプトを確認の上、抽出を行っております。そして、令和5年の10月から12月の3月のレセプトと比較して効果検証を行いました。

効果分析については、重複服薬等の改善率、医療費適正効果について行っております。

評価の方法ですが、多剤については効果検証期間3月の月ごとの剤数を算出し、その中で剤数が一番多い月と令和5年6月の剤数を比較し、1剤以上減少した場合を改善としております。

有害事象の評価方法は、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を確認しており、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しております。

3枚目のスライドを御覧ください。

効果ですが、多剤が改善されたものについては529人で全体の52.2%が改善。有害事象発生リスクが改善されたものは596人、1,823件で全体のそれぞれ58.8%、29.2%が改善されております。

重複処方該当者は全体で1,007人のうち507人、50.3%が改善されており、多剤または重複処方該当者は改善されたのが692人で全体の68.2%が改善されたという結果になっています。

次に、4番目のスライド、有害事象の個別事象別の人数での改善状況をグラフにしています。同一成分、同種同効の分がまとめて重複処方ということで一番右側のグラフに書かれていますが、一番改善率が高くて全体の50.3%が改善という形になっています。それと、傷病禁忌についてが26.9%の改善、長期処方についてが25.6%の改善となっています。

5番目のスライド、こちらは有害事象の個別事象別での件数の改善状況をグラフにしております。

この6,134件の状況が以下のグラフに示されており、先ほどの人数の場合と同様、重複処方となる同一成分、同種同効の改善率が高いという結果になっておりまして、次いで傷病禁忌でその次長期処方改善というような改善率の順番という形になっております。

6番目のスライド、有害事象の全体としての効果を記載しております。人数としては、通知後58.8%の人が改善しており、件数としては29.2%が改善しているという形になっております。その薬剤を1年間使ったと想定した場合の削減の効果額については1,674万円となっております。

7番目のスライド、それぞれの種別ごとの削減費用について記載をしております。

一番最後の8番目のスライド、本年度の適正服薬推進事業の事業の内容について記載しております。対象者の抽出につきましては、令和6年の5月のレセプトから抽出、長期処方のみは令和5年の12月から6年度5月のレセプトを確認の上、抽出を行っております。本年の9月末頃を予定して通知文書を送付するというようにしております。抽出の対象ですけれども、11剤以上を服用し、多剤服用の疑いのある方で重複服薬の疑いのある方、その他併用服薬に注意が必要な可能性がある方が6,000人おまして、その中から同一の医療機関で医師の方のコントロールがなされていると思われる方、6年9月時点での資格の喪失をされている方などを除いたおおむね2,000人に通知を行う予定としております。

通知の効果検証も本年度行う予定としておまして、抽出した6,000人の中で通知されていない方を比較対象群として改善率や削減率を比較検証する予定としております。

<意見・質疑応答>

○片平委員

幾つかお伺いしたいのですけれども、まず5年度は1か月のみのレセプトを抽出対象としたということですよ。6年度については対象月が複数月にわたっているということですか。

○田中委員

いいえ、6年度も同じで、長期処方なので長期にわたって漫然投与されているような方は長期間のレセプトを確認しないと分からないので、その方たちだけ半年間のレセプトを確認して、それ以外は一月だけということですよ。

○片平委員

そうすると、今御説明を受けた観点では、5年度のレセプトについては見てはらっしゃらないということですよ。

○田中委員

はい、そうです。

○片平委員

改善率が非常にいい結果がスライド3ページに、見えているようですけれども、この結果としての率は御説明いただいたのですけれども、通知を送ったことがよかったのか、その後何をきっかけにこういったいい改善率に結びついたのかというのがもし分かればいただきたいなと思ったのですけれども。言葉は変ですけれども、非常に目覚ましい改善率かなとお見受けしたものですから。

○田中委員

おっしゃる動きは福岡県後期高齢者医療広域連合でも検証したいところではあるのですが、なかなか到達の確認とかその辺りが難しく、県薬剤師会に御協力いただいて対象者に発送した通知を持ってこられた方がおられたらこちらに御連絡くださいというようなアンケート調査をウェブ上でできるような形にはしたのですけれども、実際にそういうことで来ましたというのが5、6件ぐらいしかなくて、実際にどういった形でされているのかというのを検証がなかなかできていないところではあります。そのため今年度、もう一度、薬剤師会にはアンケートのお願いをしているところではありますが、ただ実際に通知後どうなったかというのを後追い調査するのがなかなか難しい状況ではあるのです。比較対象群をきちんと、前回は14剤の方を同じような形で検証したところ、何も通知をしなかった群についても、ある程度お医者さんのコントロールが利いて下がってきているという状況は見受けられるので、今年度は同じように同じ剤数の同条件というところで比較対象群をつくって、どれぐらいの効果があるのかというのを検証しようかと考えているところです。

○片平委員

分かりました。

○秋下会長

確認ですが、令和5年度は15剤以上をターゲットにされたということですが、令和6年度については11剤でされるということですよ。より対象を広げる形にはなるのですが、裾野を広げるというか、その意図というのは。

○田中委員

なるだけ基本、本来であれば6剤以上というところが望ましいとは思うのですが、ちょっと予算的な制限もございましたので、当面2,000通お送りするというところでもって比較対象群にしたところですね。

○秋下会長

対象を少し広げ、1,000例の昨年度よりは今年度は少し広げる分、少ないほうに少し伸ばしてという、そういうことですね。

○田中委員

そのとおりです。

○秋下会長

分かりました。多い方ほどより効果が出やすいかなとは思いますが、ストラテジーとしては理解します。

もう一点は、人数と件数のところですけど、人数に対して件数だと改善率が低いというのは、要するに1人が複数の件数を持っておられることがあって、例えば2件該当があってどちらかでもそれが改善していれば、その人にとっては改善ありと、こういう判定になるからということでしょうか。

○田中委員

そのとおりです。

○秋下会長

分かりました。大変結構かなと思います。

それから、有害事象のリスクは先ほどの幾つかのポイントでされているということですよ、傷病禁忌から長期処方。それがこちらに該当していると、そうですね。

○田中委員

そうですね、この傷病禁忌、併用禁忌、同一成分、同種同効、長期処方と。

○秋下会長

分かりました。じゃあ、薬の種類に着目されたわけではないということ。私の興味としては、実際の減薬がどういう薬で行われたのかということですね。減薬介入は脂質低下薬とか胃薬とか、要するにあってもなくてもその人の症状にあんまり影響しないようなものから手をつけられる傾向があって、本当は手をつけてほしい先ほどの抗コリン薬とか、ベンゾジアゼピン系とかですね、そういうものがあんまり手をつけられないということがありまして、これでもそうなっているのかなというのはちょっと興味あるのですが、いかがでしょうか。

○田中委員

詳細の報告で事業者からいただいたものには、傷病名禁忌で改善されたものについては、レンドルミン錠、プレドニゾロン錠、センノシド錠などがあつたかと。

○秋下会長

レンドルミンが減ったというのはすごくいいことかなと。センノシド錠もいいですね。

○田中委員

そういったところが減ったと。併用禁忌の場合は、セララ錠50mgとタンニン酸アルブミン「ファイザー」原末、アメニジウムメチル硫酸塩錠10mg、そういったところが入っているところで、同一成分と同種同効とかは、本日データを持ち合わせておりません。

○秋下会長

ありがとうございます。また、ベンダーが専門家だと思いますのでそういう分析ももう少し追加していただいて、こういう成果を論文とか、ぜひ学会とかで発表していただくと、この協議会も学識者の方おられますので、少し相談してそういう形を取られるといいかなと。すばらしいデータなので。

○大戸委員

すばらしい成果だと思います。やはり先ほどの点と関連するのですが、秋下会長からもご指

摘がありましたけど、バックグラウンド、患者の背景の情報があると、層別解析もできますし、どこかで層別すれば有意な差も出てくるので、これはやるべきかなと思いました。

すみません、竹野委員の先ほどのに戻るんですけど、資料の3-1の左下のまとめの上の図、減薬希望割合が32.7%とありますね。これは見える化シートを使わないケース、一般のケースではどれぐらいなのでしょうかとというのが質問です20%とか10%とか？

○竹野委員

いや、そういうデータはないです。

○大戸委員

ないですか。文献値とかそういったものもあれば、事前に比較しておけば、今回の数値の持つ意味というのが理解できるので、私が先ほど言った患者の背景とかバックグラウンドといったものが恐らく消えてくると思うので、しっかりとこのデザインで比較すれば差が出るのではないかなと感じました。

○秋下会長

貴重な御指摘かなと思います。多分3割以上の減薬希望というのは、高いと思いますよね。やっぱり見える化シートを使ったことの効果があるのだらうと思います。そのコントロールのデータがないんですけど、印象としては。

今の広域連合のものに関しては、背景としては多分レセプトデータがありますので、使っている医療機関の数とかそういったものもあると、薬の数はもちろんあるんですけど、要するに15剤以上ということなので、多分多くの医療機関を使われている方が結構交じっているかなと思いますね。その辺を、もちろん年齢もですけど、性別ですとか。

○田中委員

そういったところはこちらで把握できることにはなるかと思いますが、そういったところを踏まえてまた分析等できたらというところは考えております。

○秋下会長

ありがとうございました。

議題5 その他

大戸委員から令和7年3月27日から29まで開催される日本薬学会（会場は福岡国際会議場、マリメッセ）について、九州大学が担当する旨等のアナウンスがあった。

－以上－