

令和6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7年2月4日（火）14時00分～15時30分

場 所：福岡県庁 行政特別西（特1）会議室

出席者：○委員8名（秋下会長、神村副会長、大戸委員、桑野委員、竹野委員、田中委員、廣田委員、福田委員）

○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（0名）

○傍聴者（0名）

欠席者：片平委員、濱田委員

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）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に基づき、今年度の福岡県におけるポリファーマシー研修会事業についてご説明いたします。令和元年度から毎年1回、医師、薬剤師、看護師等の多職種を対象とした研修会を開催しています。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いで開催いたしました。令和6年度は、先月1月18日土曜日の午後3時から天神の会場で実施しています。

左下に広報チラシの一部を抜粋していますが、今年は講師を日本老年薬学会でも御活躍の先生方をお願いしたところです。大阪大学大学院から竹屋先生、国立長寿医療研究センターから溝神先生、そして株式会社アガペの前地先生をお招きしました。85名の参加者の職種内訳は右下のようになっています。医師、病院・薬局薬剤師に加えて、看護師、保健師、管理栄養士等、少数ではあるものの多職種の方に御参加いただいています。

次に、下のスライドを御覧ください。参加者向けアンケートについては、去年はウェブアンケート（二次元コード回答方式）のみとしておりましたが、回答率が芳しくなかったこともあり、今年は再度、書面・二次元コード選択式でのアンケートを実施しています。その結果、58名から回答いただき、回答率は68%でした。結果につきましては下の円グラフのとおりですが、いずれの講演についても、「参考になった」との回答が約9割を占めています。

次のスライドでは、職場におけるポリファーマシー対策に関する取組の内容を尋ねています。その結果、お薬手帳の活用の必要性や残薬の確認など、多くの取組を実施されていることがうかがえました。左の表をグラフにしたものが右の棒グラフです。

その下のスライドに移ります。県内ポリファーマシー対策に関する取組の促進のため、特に必要だと思われることを三つ選択していただきました。多職種連携、医療従事者向け啓発、お薬手帳等を活用した薬の一元管理が特に多く選択されていますが、満遍なく回答が得られています。

次のスライドです。今年度は、研修会のオンデマンド配信をYouTubeにて2月末まで実施しています。再生数や年齢層等に関しては期間終了後に分析して、今後の取組の参考にしようと考えています。

次のスライドです。今年度のもう一つの取組事業である「おくすり見える化シート」の検証事業

ですが、このスライド自体は第1回の協議会でもお示ししたものですけれども、再掲させていただいています。今年度、福岡県薬剤師会に委託し実施しているこの検証事業は、県内を4地域に分け、各地域20薬局程度、患者数は1薬局当たり10人程度、合計800人を目標症例数として計画いただいています。前回、県薬剤師会の竹野委員から御説明いただいたとおり、当初想定したより多くの薬局に御協力いただき、114薬局が参加されているとのこと。昨年度との相違点として、今年度は「おくすり見える化シート」の効果がより確認しやすいように対照群を設定しています。そのため、ランダムに割りつけられた半数の57薬局は「見える化シート」を使いません。

薬局では1月末までこの事業を実施しており、今後、県薬剤師会のほうに報告が順次上がってきて、それを分析して、今後御報告いただく予定になっています。現時点ではまだ御報告できる紙としてのデータがございませんので、今回はこの資料のみでの御報告とさせていただきます。良好な結果を期待していますけれども、次年度以降のことについては、また資料3-2で御説明させていただきます。

<意見・質疑応答>

○秋下会長

まず研修会事業のほうで、特に医師の参加が少ないことがこれまでの課題だったと思います。どうやったら医師の方に参加していただけるかということでオンデマンドなども取り入れたと思いますが、オンデマンドはYouTube配信なので、閲覧数は分かっても、実際にどういう方が参加されたかは把握できません。つまり、このYouTube配信を医師が視聴されたのかは分からないままであるということでしょうか。

○事務局

秋下会長ご指摘のとおりで、年齢層や性別等のYouTubeの利用に関する情報は分かりますが、職種までは追えませんし、また、例えば、医師の自宅居間で閲覧された場合、YouTubeのアカウントが医師御本人でなく御家族の方のものである可能性があって、それだと正確な情報を追えませんので、そこは課題だと考えています。

○秋下会長

分かりました。次に、アンケート結果ですが、ポリファーマシー対策の取組として実施しているもののうち、「お薬手帳の活用」が82%、「残薬確認」が65%ということで、ネガティブに評価すると、この2つ以外はあまりやられていないように取れますが、この辺は過去の調査と比較していかがでしょうか。

○事務局

例年、同様の項目を確認しており、このツートップ（お薬手帳、残薬確認）は変わっておらず、回答者の7、8割が実施されているという感じです。ほかの項目に関しても、年によってばらつきはありますが、次点の項目としては概ね回答者の2、3割が実施、それ以下は10%未満が実施という感じです。昨年度と比較しますと、例えばトレーシングレポートなどは5ポイント程度伸びている印象ですが、昨年度はウェブ回答のみということもあり、回答者層が今年と同じような層なのかは比較が難しいと考えます。ただ、ポリファーマシー対策のうちトレーシングレポートなどは、少しずつ伸びていると感じます。

○秋下会長

分かりました。その辺の回答はn数も少ないですし、本当に伸びているのか、判断が難しいと思いますが、この「お薬手帳」、「残薬確認」以外の項目は今後増えてくると思います。「お薬手帳」、「残薬確認」は、聞けば「今までもこれぐらいはやっていました」という感じで答える可能性があるのも、それ以外の項目が伸びていくことがこの研修事業をやることの一つの効果だと思います。そのトレンド分析も大事だと思いますので、次年度以降もよろしくお願いします。

○事務局

分析を進めてまいりたいと思います。

○秋下会長

桑野委員、研修会事業への特に医師の参加について、今回こういう方式で行っていただきましたけど、お耳にされた評判とか、御意見がありましたらお聞かせください。

○桑野委員

オンデマンド配信の導入により、周知方法を考えていく必要があると考えておりますし、できるだけ期間を長くしていただければと思います。今回は2月末までということですが、できれば3か月程度ある方がいいと感じています。医師の参加が少ないので、機会があれば各地区の医師会に周知していきたいと考えております。

○秋下会長

心強いお言葉をありがとうございます。再度ですが配信期間はいつまででしょうか。

○事務局

今回は委託業者との契約の関係上、視聴は2月末までとさせていただきます。

○秋下会長

分かりました。予算、契約の都合もあると思いますが、講師については少なくとも3名のうち2名の老年薬学会の先生方は、「延ばしたい」と相談すれば、「どうぞ」というタイプの先生方だと思うので、その点はクリアできると思います。

○事務局

ありがとうございます。今後、検討させていただきたいと思います。

○秋下会長

それから、「おくすり見える化シート」は非常にいいと私は思っています。後でまた御紹介いたしますが、国の検討会や下部の委員会等で令和7年度の国の事業でこういう方式の効果をどう見ていくかという話が出ています。ただ、臨床研究は単年度の事業ではなかなかできないことが多く、倫理委員会を通ったらほとんどその年度が終わりそうになるというぐらい、今の臨床研究は開始のハードルが高いものがあります。「こういう簡単なものを使って取っていただく方式はどうか」と常々話をしており、次年度、福岡県へのお声がけ、福岡県のこの方式についてお尋ねなどが来るかもしれませんので、よろしくお願いします。その時点で今年度の調査に関して、概要説明をしていただけると一段とよろしいかと思います。

○竹野委員

県薬剤師会、竹野です。今年度は事業を10月から開始したのですが、先ほど秋下会長が仰ったように、倫理審査委員会を通すのに時間を要し、実際には予定していたよりも開始日が遅れてしまったという経緯があります。そこがなかなか大変だったというのが1点です。

それから、当初は114薬局が手を挙げてくれたのですが、後になり「患者情報を出せない」ということで、事業開始前に手を下ろしたチェーンの薬局がいらっしゃいました。どのような経緯で手を下ろされたのか分かりませんが、そのようなこともあり、最終的には薬局の件数は100前後ぐらいになると思います。また実際に2月1日からデータを県薬剤師会に報告するようにお話しさせていただいていますが、諸事情でデータが取れなかったと一報あった薬局が何店舗もありましたので、数的には、前年度と同じぐらいか、それより少し多いぐらいではないかという感触です。

今、途中経過で報告されている分についてですが、介入した「おくすり見える化シート」を使った群と、非介入の「おくすり見える化シート」を使わなかった群は大体50・50ぐらいになると予想していますが、現在、介入群が21薬局、症例としては153例で、非介入群が16薬局・84例、データが上がってきています。

男女比はそれほど変わらないようですが、実際に減薬できた件数が、介入した群では153名のうち54名の方が希望したという結果で、そのうち実際に減薬できた件数は7件です。非介入群では80名の方を対象にした結果、希望した方が29名、実際に減薬できた方が8名ということで、今のところ介入した群と介入していない群とでそれほど差が出ていませんが、今後ほかのデータが上がってくるとまた違ってくるかと考えております。

今回、減薬できた医薬品群は、消化器用剤が減薬しやすかった、逆に医師がストップをかけたのも消化器用剤が多かったとも聞いており、また詳しい結果が出てきましたら報告したいと思ってお

ります。

○秋下会長

途中経過の御報告、ありがとうございます。

昨年度、令和5年度の「おくすり見える化シート」の事業では、希望者に対する提案が薬の変更につながった割合が高かった印象がありますが、今回、途中経過とはいえ介入群で54のうち7例と、少ない印象があります。

○竹野委員

実際に減薬できたのは大体それぐらいの割合で、希望した方はたしか3割ぐらいおられましたが、そのうち減薬につながったのが26%ぐらいだったので、大体、昨年度と同じぐらいの数になりそうで、それほど大きな差にはならないと思います。

○秋下会長

分かりました。集計した結果を次回の協議会あたりで報告いただけるということで、大変楽しみにしております。

では、本件につきましては皆様に御承知いただいたということで、次に進みたいと思います。

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、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、私から説明させていただきます。少し厚い資料ですけど、資料2-1、2-2、2-3の3点を見ていただきたいと思います。

まず、資料2-1を御覧ください。こちらは高齢者の医薬品適正使用推進事業に係るアウトカム創出調査一式となっており、今年度、令和6年度の検討会に関する厚生労働省からの委託事業の進捗報告で、NTTデータ経営研究所が実施・運営企業となっており、その報告書です。

めくっていただき、それぞれのスライドのページでお伝えします。左のページの下の2枚目、調査検討会と、その次のページの上にワーキングというのがあって、実際にはこの中で二つのことが動いているので、この検討会委員の名簿とワーキングの委員の名簿がありますが実は多くの方が重複していて、どちらも私が代表を務めています。

さらにめくっていただいて、2枚目の裏の下、事業の論理的枠組み、色がついているポンチ絵をご覧ください。実施する業務、アウトプット、アウトカム、ゴールという形に並んでいますが、上が先ほどの調査検討会でやっているもの、下のデータ分析はワーキンググループのほうで実施しています。

調査検討会では上のポリファーマシー対策の普及啓発を行っていきまして、「調査対象地域（2地域）において、指針や業務手順書を用いてポリファーマシー対策を普及啓発する」と囲みの中に書いてあるとおりです。実際には、後で御説明しますが、埼玉県と広島県という手挙げをした二つの県で、指針と特に地域版の業務手順書が出ましたので、そちらを使って地域でのポリファーマシー対策を進めていただく、そのモデル事業とお考えください。こちらについては普及啓発用資材ということで、NTTデータに我々委員が協力する形でパワーポイントを作っていて、それを各地域等で使っていただきながらブラッシュアップしています。

その下は普及啓発に資する情報で、実際に指針や業務手順書を使って、ポリファーマシー対策の普及啓発を地域で進めていただいています。うまくいくこと、いかないことがありますし、業務手順書については、特にこういうところは改善したほうがいいという意見が出てくるだろうということで、その意見を上げていただき、今後、地域で横展開をしていただく場合の課題抽出、対応策を調査検討会で考えていくという仕組みになっています。これについてはまだ進捗中ですので、結果については次回以降、検討会のほうに出てきましたら報告したいと思います。

アウトカム以降のところはこういうことを目指しているということで、今御説明したとおりです。

下につきましては、医療介護関係のビッグデータを解析するというので、今後、地域でポリファーマシー対策を進めていった際に、何らかの分析をされるであろうと。福岡県についても、先ほどありましたようないろいろな調査、検討事業等を行っているわけですが、最終的に地域としてど

うという結果が得られたのかを見ていくことになると考えられます。そういうことを踏まえて、パイロット的にこれを国としてやってみています。この中身については後で説明いたします。

スケジュールのスライドは割愛します。

地域における普及啓発の中間報告ということで、まためくっていただいて、下の絵が調査対象地域の選定、スライド12は埼玉県における実施体制、次が広島県です。埼玉県にどういう施設がどのくらいあるかという県の規模でございまして、「地域の協力体制」というところを見ていただくと、応募時点で賛同が得られている関係者として一般社団法人埼玉県薬剤師会、その下、今後賛同が見込まれる関係者が埼玉県医師会、各地域におけるケアマネジャーや訪問看護師ということで、ここは団体ではなく人が挙がっておりますけれども、要するに、埼玉県薬剤師会が中心になって動かししています。

一方、広島県の実施体制は、まず広島県医師会、次に県薬剤師会、そして市域薬剤師会、それから病院薬剤師会などが挙がっています。これは後でまた出てきますけど、もっと多くの関係者が入っておりますし、賛同が見込まれるというところには様々な職能団体が挙がっているということで、多職種協働の形がよく見える仕組みになっています。

次のスライドは普及啓発用資材ということですけど、先ほど言いましたように、まず畑を耕すために開催されるであろうポリファーマシー対策についての研修会を想定して、そのパワーポイントの資料を作っています。めくっていただいて、こういう事業をしながらアンケート調査をしているということですが、予定として見てください。

次のページの下です。「埼玉県地域調査概要」という見出しがあるところを見ていただくと埼玉県の事業がイメージしやすいと思います。まず、県で受けておりますので県の会議体がそれぞれ存在するわけですが、埼玉県薬剤師会の社会保険委員会を県全体の会議体に当てていて、そこに委員Aから委員Eまでの5名がいます。後で地域の手順書のお話をいたしますが、その5名の方が会議体をコントロールするポリファーマシーコーディネーターとなります。A委員の担当地域、D委員の担当地域などと担当地域が分かれていて、それぞれの地域の会議体も存在するわけで、それを管理されるのがこのポリファーマシーコーディネーターです。

下に地域の会議体というのがありまして、これは県の中での1地域ということになります。A地域の薬剤師会役員会というのは、委員Aという方が担当されている薬剤師会で、そこに地域の役員の方々がおられ、「会議体へ参加」というのが左側にありますけど、医師、看護師、ケアマネジャー等の様々な職種の方々がこの会議体に参加されていて、地域レベルで多職種協働を行っています。県のレベルでは目立った参加はないですが、そういう形になっています。

そして右の矢印のほうを見ていただくと、A地域というところに患者がいて、薬剤調整支援者というのがキーパーソンです。この職種は薬剤師に限りませんが、現実的に埼玉県では地域薬局の薬剤師の方がそれぞれの担当患者に関わって、ポリファーマシーに関する介入あるいは指導をしていきます。ここでも多職種との連携がありますので、現場レベルでの連携、それから先ほどの地域レベルでの連携を埼玉県ではイメージされています。それがどうなったかは後ほど御説明します。

次のページの下の方、広島県の実施事項と今後の予定ということで、右側に参加機関一覧があって、ここに挙げたように、地域を含めた医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協会等、非常に多くの職能団体が入っておりますし、それから学識経験者なども入っております。もともと埼玉県も広島県も全国の都道府県の中ではポリファーマシー対策が進んでいる県であり、下地はあったということだと思います。それでこういう体制を組まれたと。

ここまでが前半で、大きな3という数字のところはデータ分析に係る説明資料です。参考になると思いますので、少し詳しく説明させていただきます。

次のページの「データ分析の基本的な考え方」を御覧ください。レセプトデータということで個人の属性である、年齢、性別、療養環境、それから疾患、要介護度などが入手できる環境です。そして処方されている薬剤もあって、それらに対しては、薬剤起因性老年症候群の原因になるような薬物や抗コリン薬に該当するもの、PIMSと言われる老年医学会が特に慎重な投与を要としている薬物、こういうものが抽出できるということで、それらを集計しています。

ここの一番下に赤字で書いてありますが、結局この分析をすることで最終的に何を抽出するのかというと、どういう指標を使ったらポリファーマシー状況の改善が見やすいかということです。今回は実は横断的な解析なので改善状況は見えていませんが、例えば先ほどの薬剤数を見るのか、老年症候群の原因薬を見るのか、抗コリン薬を見るのか、PIMSを見るのかなどで分析して例示していくことになります。

次のページを御覧ください。データ分析についてはどこを使うかという議論がありましたが、担当された医療経済研究機構の薬剤師の浜田将太先生の利用できる、2019年度八王子市医療・介護連結データを使うことになりました。コロナ禍以前のコロナの影響がないデータになります。

その次のスライドですけど、分析対象薬剤は先ほど言いましたように、まず抗コリン薬です。これについては、日本老年薬学会が昨年、日本版抗コリン薬リスクスケールを公にされているので、抗コリン薬の該当薬と、あとはその合計点、スコアがあります。それから、厚労省の検討会のほうで示された指針の中にある薬剤起因性老年症候群の原因薬です。原因となり得る薬剤は、必ずしも老年症候群が出ているかどうかを確認しているわけではありません。また、老年医学会のPIMS、こういうものを参照しています。また、個人の属性等は要介護度などで見ています。後で結果から御覧ください。

次をめくっていただきますと、ここからは結果です。最初に基本属性で、全体、男性、女性、年齢別と横に並んで、縦のほうも同じような形になっています。分布を見ていただきますと、75～79歳が一番多くて、75歳以上しかありませんが、そこから80、85、90と年齢が上がるに従って、全体でも年齢層別でも減っていく。それから要介護度については認定のない方がかなり多いですが、要介護3～5までこのように分布しています。それから認知症の有無で、これは認知症の診断があるかどうかだけを見ています。それから、要介護認定の中には障害高齢者の自立度と認知症高齢者の自立度がありますので、それも分析しています。自立している方のほうが圧倒的に多いです。それから、背景疾患としての診断も見ています。この背景は福岡県で見てもそれほど大きくは変わらないと思います。

次の基本属性ではありますが、見ていただきたいのは、外来、在宅、特養のどこにいるのかです。在宅というのは在宅療養中ということで、訪問診療を受けている方々です。それから、特養を特に注目すべき集団として抽出しています。その隣に、入院前、入院後というのがあります。こういう項目を見たのは、検討会の委員の中で、入院中に急性期の医療でポリファーマシーがつくられるのではないかという意見もあり、そこに関して分析をしようと、入院前後を見ています。

次のスライドを見てください。これは薬剤数とその属性との関係を見たものですけど、薬が多いところはより年齢が高い。それから、要介護認定のない方に比べると、要介護度の高いグループ、特に要支援1、2や要介護1、2のところが多いことが御覧いただけたと思います。それから療養場所については、外来よりも特に6種類以上のところで見ると、在宅が多いということ。それから、基本的に入院前後で薬剤数は変わらないということで、急性期の入院治療で必ずしもポリファーマシーがつくられることはないようです。

それから次に、受診医療機関が複数であることが薬が多くなる原因だろうという考え方がありますので、それを見ています。当たり前といえば当たり前ですが、受診機関が1に対して2以上であると6種類以上の割合が多いことが確認できます。そして療養場所については、外来や特養に対して在宅が少し多くて、今後は在宅医療の在り方についても議論されるべきかもしれません。

次のスライドを御覧ください。こちらがいわゆるハイリスク薬と呼ばれるようなもので、最初は抗コリン薬です。もちろん抗コリン作用にも強弱がありますが、一応、老年薬学会が出したスケールに載っているものを何種類使っているかということだけを見ています。

それから強弱がある部分を点数化したのが、その隣の総抗コリン薬負荷で、多くの方は実はゼロですが、1、2、そして3以上という方もおられます。種類数で言いますと、ゼロの方が3分の2ぐらいで、残りの方は1種類以上、負荷に関してはゼロの方が3分の2ぐらいで、残りの方が1、2、3とどんどん減っていきます。スコア3以上については、性別や年齢で大きな変化はありませんが、少し年齢が上がると増えてくる傾向が認められます。

そして要介護のところを見ていただきますと、要介護3～5が実は多いということで、要介護3～5の方々で抗コリン薬というのは本来気をつけなければいけませんけど、使われている薬剤の性質上、そこが多くなっている結果が見えます。赤囲みのところですね。そして、認知症の有無というのはそれほど大きな影響はないようですが、一方で、外来に対して在宅、特養で少し多いようです。これらはいずれも統計解析はしていないので、傾向として読み取っていただければと思います。

次が薬剤起因性老年症候群のもので、これはあまり明快な結果ではありませんでした。それぞれ認知機能低下、めまい、転倒などでグループ分けをしております。

次は、それぞれのグループに対応してこういう薬が該当するというものを当てはめた表です。

その下のスライドを御覧ください。丸をつけた表になっていて分かりやすいと思いますが、例えば抗鬱薬は全部に関わる、抗精神病薬もほとんどに関わるなど、実は多くのものが重複してしまうので、少なくともこの分類での分析は難しそうです。「おくすり見える化シート」などではいいのかもしれませんが、ここでは少し使いにくいかもしれません。

次をめくっていただき、その下のスライドから御覧ください。上のスライドは見方を説明しているだけです。薬剤起因性老年症候群の原因薬を、先ほどのグループではなくて、実際にお薬の系統を入れて解析した結果です。

便秘薬もかなり多くの老年症候群に関わっていますが、便秘薬の使用は年齢が高くなるほど増える、要介護度が上がるほど増える、認知症がある方のほうが多い、そして外来に比べて在宅・特養で増えます。

睡眠薬・抗不安薬、これは問題になる薬ですが、年齢によってやや増えますが、明確な差はない。要介護認定で言うと要支援のところが多い。それ以下、認知症、それから療養場所については明確な差がない。

NSAIDsについては、要介護認定で言うと要支援のところやや多い。それから、療養場所については外来の方のほうが多いということで、これは、動けることと直接関わっていると思います。

その隣の隣に行きまして、ビスホスホネートは骨粗鬆症の薬ですので、男性より女性に多いのは当然かと思います。利尿薬のところ年齢で多い、要介護度が高いほど多いという中で、在宅のところ外来に比べて多いですが、特養に比べても多いので、要介護度だけではなく、療養場所の問題の影響があるかもしれません。

それからその二つ隣、コリンエステラーゼ阻害薬です。これは基本的には認知症のお薬と理解いただければと思いますけれども、要介護の進んだ方が多く、そしてもちろん認知症の方がほとんどであることと、在宅と特養がここは多いということ。あとは抗精神病薬も要介護度、それから認知症、在宅、特養で多い、これは当然かと思います。

次ですが先ほどのグループ別で、これは少し特徴が見にくいのでスキップさせてください。その下もスキップさせてください。

最後のページで、まとめです。処方薬剤数に着目する考え方もあるという視点ですが、一方で抗コリン薬や薬剤起因性老年症候群の原因薬に着目すると、少しその背景などの特性も出やすいので、こういうことを使っていったらどうかという提案でございます。これについてはいろいろ議論がありましたので、今後どのような出し方をしていくのかというのは変わってくるかと思います。

今後さらに分析を加えて、既に下の委員会ではそういうものも出てきていますけれども、次年度の初めの検討会では最終版が出てくると思いますので、こちらで御確認ください。以上が資料2-1です。

資料2-2は令和7年度の事業をどうするかです。最初のその下のスライドはこれまでの背景です。めくっていただいて、スライド3が令和6年度からのイメージということで、少しずつ発展していくようなイメージになっています。

スライド4、5は飛ばします。

スライド6、皆さん御存じのように、認知症基本法が成立して施行されて、認知症施策推進基本計画がそれに基づいて昨年の12月に作成されました。この中に「5. 保健医療サービス及び福祉サービスの提供体制の整備等」の中に、赤字の部分で「ポリファーマシー対策を推進するため、かかり

つけ薬剤師としての役割を発揮できる薬剤師の配置を促進する」という一文があります。これは非常に大きなことだと思っています。この厚労省の薬剤の検討会とは別に認知症施策推進として出てきたということで、認知症の視点からもこの問題が大きいことを国として言っていることになるかと思います。

スライド3を再度御覧ください。この令和5年度から始まる事業イメージのところを御覧ください。令和7年度は令和6年度で検討した指標の検証ということで、先ほど出てきたようなデータ分析をしておりますので、それについてどうかということを検討会として議論する。それから、ポリファーマシー対策を行わない場合・行った場合の変化についての調査ということで、これが一つ大きな柱になると思います。

この辺で「おくすり見える化シート」みたいなものを使ったらという話が出てきていて、広島県、埼玉県は先ほど言いましたように令和6年度に事業参加しているので、そちらで取っているデータがありますし、あるいはさらにデータを取っていただいて変化を見たいということでございます。こういうところで福岡県が絡む可能性もありますので、もしかしたら国のほうに連絡していただいても面白いかと思います。これが資料2-2です。

資料2-3も簡単に御説明します。これまでに病院版の業務手順書というのが出ていまして、「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」、スタートマニュアル、プラス今までやっている業務手順書の地域版ということになります。この地域版の発表と併せて病院版のブラッシュアップも行われて、今年度の前半に発表されました。

めくっていただきまして、「用語集」というところを御覧ください。ここには定番の「薬物有害事象」「ポリファーマシー」のほかに、「薬剤調整を支援する者（薬剤調整支援者）」という言葉があります。それからもう一つ、「地域ポリファーマシーコーディネーター」という言葉があります。いろいろ議論はありましたが、一応この形で手順書が出ました。

最初の「薬剤調整支援者」は、先ほど一言で御説明したように、実際に多くの高齢者に接して、現場で高齢者一人一人に対して寄り添う、そして介入をしていく、そういう立場の人です。ですので、薬剤師で言うとかかりつけ薬剤師、医師で言うとかかりつけ医の方が対応すると思いますが、これは職種を規定しておりませんので、ケアマネさんがやってもいいし、訪問看護をされている看護師さんがやられるケースもあるだろうと認識しています。

一方で、「地域ポリファーマシーコーディネーター」というのは、先ほど埼玉県とか広島県のところで御説明いたしましたように、地域でポリファーマシー対策を展開する際の中核になる方ですね。会議体の議長をしたりする立場ということになるので、そういう意味では、福岡県で言うと私になるという感じですね。もっとも、こんな大きな単位よりも、もう少し小さい単位の地域での取りまとめ役という意味合いだと思います。

手順書の目次を見ると、大体の内容は分かるかと思います。ポリファーマシー対策の始め方と、途中からは進め方になっていて、初めてやるところは始め方、これまである程度やっているところは進め方ということになります。対策の始め方のところでは、始める前に、まず関係構築や資材を準備するところから始めたらどうですかとか、病院版でもほぼ同じようなものがありましたけれども、身近なところから始める際には小規模から、既にあるものを使う、あるいはキーマンを決めましょう、これが薬剤調整支援者あるいはポリファーマシーコーディネーターに該当すると思います。それから始める際の課題と対応策ということで、幾つかバリアになるものがあるので、そういうものについてQ&A方式で載せています。

それから、第2章は進め方で、ある程度やっているところは体制づくりをもう一段進めていただきたいということで、自治体、地域包括ケアシステムのステークホルダーとの連携体制の構築、次のページの先頭にはデジタル技術の活用が盛り込まれています。それから具体的な実施方法については、様々な視点での対策が、そのとおりできるわけではありませんけど、一応の回答されているし、場面ごとの実施例も挙げられています。最後には様式事例集があります。

めくっていただき、始め方のところには、国が作った啓発資材が紹介されています。福岡県でも作られていますので、そういうものを御活用いただきたいと思います。身近なところから始める、

既にある仕組みやツールを活用する、これはよろしいですね。表3等も参考にいただければと思います。表4で既存ツールを紹介しています。次の(3)がキーマンの話でありまして、真ん中辺りに「薬剤調整を支援する者(薬剤調整支援者)」という言葉が出てきています。それから次が職種連携などについてQ&Aが並んでいますので、ここは後ほど御覧ください。

先に行きたいと思いますが、11ページ、第2章、ポリファーマシー対策の進め方ということで、ここは先ほどの始め方に対して一段進んだものとなっています。

隣の12ページに、(4)ポリファーマシー対策を推進する担当者を決めるとございまして、ここに初めて「地域ポリファーマシーコーディネーター」が出てきます。ポリファーマシー対策を地域で推進するのがこの方の役割で、これを決めて進めていきたいと思います。下のほうには「薬剤調整を支援する者」の役割について、両者の関係が分かりにくいので、ここに改めて書かれています。それと、(5)に「自治体や保険者がポリファーマシー対策に関わる」という言葉も出てきていますので、こういう協議体ではこの辺を参照しておくことが重要かと思います。

15ページ、デジタル技術を活用してポリファーマシー対策を進めるということで、この後の議題と関わりますが、電子カルテ、電子版お薬手帳、情報通信端末等のツールの活用という、電子処方箋と関わるような話が入っています。マイナンバーカードの利用などが書かれています。

20ページまで行ってください。ポリファーマシー対策の場面ごとの実施例ということで、まず、それぞれの現場の委員の先生方には、ここを御覧いただくといいと思います。外来・在宅医療を受けている患者に対応するというので、どういうステークホルダーが関わってどういう進め方があるのか、少しイメージ図で示しています。

22ページですが、自治体や保険者と協力して対応する場合となります。ここには自治体、保険者がどういうアクションをするのかを、イメージだけでも具体的に作っているので、この辺が参照できると思います。

あとは、多職種で協力して対応するという似たような絵ですけど、ちょっとずつ変えています。

最後の様式事例集はリストになっていますが、別冊でそれぞれの事例集がありますので、そういうものを適宜御利用いただくことになっています。

<意見・質疑応答>

○事務局

国の検討会資料の令和7年度事業の5ページに関連して、本県でも国の検討会の動きを秋下会長からの情報提供いただき、また資料を確認しながら、次年度の計画などを検討しておりますが、ポリファーマシー関連の施策に当たっては、いつもアウトカムの設定に非常に悩まされています。例えば、アウトプットに関しては、研修会の回数、新しい資料の配付数など、考えられるものが幾つかありますが、アウトカムに関しては非常に難しいと思っていて、今回の国の検討会資料でも一律に設定は困難というお話があります。今後、私どもも色々な指標を拝見しながら、有効なものがあればそういったものを算出するなどしたいと思いますが、今の段階で何か新しい、有効そうなものや、トレンドなどはありますか。

○秋下会長

アウトカム指標は、本来的にはその地域の高齢者の健康状態が改善することだと思います。そこにポリファーマシーや薬物有害事象が、もちろんいい面はあるけど悪い面もあって、その悪さをしている部分を何とか取り除いて健康状態を改善する、それは国としてももちろんそのように考えているわけです。それを見るには劇的なポリファーマシー対策の推進がないと難しいので、その前の段階としてポリファーマシーそのものが改善しなければいけません。

先ほど今年度の指標の開発の中で、「薬剤数」や「抗コリン薬」「老年症候群の原因薬」「PIMs」という言葉があったので、プロセス指標としては取りあえずそういうものがあって、改善というのは薬剤数であれば減っているということですが、これはいろいろ議論もあるので、できたら抗コリン薬や老年症候群の原因薬などの使用が減っている——福岡県でももちろんそうしていると思いますので、そういうものを見ることで、取りあえずの短期的なゴールを達成したかどうかが見

られる、それは短期的なアウトカムにはなり得るということで、国としては今動いています。

○事務局

ありがとうございます。その点で私どもも、抗コリン薬リスクスケールについて秋下会長に第1回協議会で、また研修会の際には国検討会の溝神委員にも御講義いただき、検討を行っています。その点も検討が進みましたら御相談させていただければと思います。

○秋下会長

ありがとうございます。少し国も悩みながらやっているところがあって、例えば埼玉県や広島県で今年度やりましたが、ポリファーマシー状況が全県的に改善するのかということ、それは無理でしょうということで、実際に個別に薬剤調整支援者として入って改善していないと話にならないわけですから、次年度はその小さいところを見ていこうかということになっていまして、そこで「おくすり見える化シート」事業と似ているよね、という話が出ています。ですから、最終的には地域全体でそういう成果が出てくれればいいと思いますけれども、委員全体としても、なかなかそこまでは見えないでしょうし、見えずに結果が出なかったら「駄目じゃない」となるので、効果が見えるようなやり方をするということになっています。

○事務局

資料2-1の事業の件は、株式会社NTTデータに国が委託して実施されている事業だと思いますが、それぞれ広島県と埼玉県はどういう形で関わっているのでしょうか。

○秋下会長

NTTデータはあくまでも支援をされているだけで、例えば啓発資材を作って提供するとか、連絡を取るということですけど、実際には広島県と埼玉県がそれぞれ独自にされています。NTTデータがそこからもらった数値などの文書の基になるものを取りまとめて報告書を作っています。

○事務局

どんな形で協議していくか、どんな方向性でいくかについては、もちろん先生たちの御意見も伺いながら、それぞれの県である程度決めているのですね。

○秋下会長

そういうことです。

○大戸委員

NTTのデータが非常に興味深くて、秋下会長も当然だとは言われましたけど、施設間でそれが異なるというのはとても重要な話だと思いました。

先ほどから少し議論されているポリファーマシーの状況のプロセスについて、時系列の変化でなぜポリファーマシーが起こるのか、さらに、それがより悪化していくのかという、その原因について極論を言いますと、先ほど対策の始め方と進め方については今日秋下会長が御紹介されたとおりだと思いました。先ほど秋下会長が回答でコメントされましたように、地域の方の健康を維持する、未病とか予防という視点が大切であると思いました。実際にポリファーマシーが起こってしまってから薬を減量していくのは、リスクなどの問題があって難しい。そうであれば、ポリファーマシーにしないための対策といえますか、そういったものがこのプロセスの中に含まれるのではないかと思いますので、お考えをお聞かせください。

○秋下会長

貴重な御指摘ありがとうございます。これは全体として「今ポリファーマシーになってしまっているから、それを何とか改善しよう」というアクションですけど、おっしゃるように、そもそもそうなる前からの取組が、当たり前ですけど必要です。ただ、そのことはあまり声高には言われていなくて、そこは私も、今大戸委員に言われてはたと思いました。

○大戸委員

単純に考えて、例えばどこかの臓器に障害が起こり、臓器連関で他の臓器にも障害が起こってくる。1剤から始まりますが、その薬で副作用が出て、その対策のために薬が増えていくという一般的なプロセスが想定できたものですから、そのような質問をさせていただきました。

○秋下会長

ありがとうございます。先ほど、入院をきっかけに一気に増えているわけではないということでしたが、これも一つ分かりやすいメッセージで、そうではなくて慢性的な不調で受診をして、それに対してお薬が出る、そういうことを積み重ねてポリファーマシー状態が出来上がってくる、これは厚労省の指針の総論編にイメージとして書かれているとおりですけど、その過程がかなり長時間で、1年、2年ではなく、10年、20年という経過で出てきている、医学研究の結果などからそう見込まれています。

そうすると、例えば75歳になってからそれが抜き出されるというよりも、そこからも増えますけれども、その前にある程度まで積み重なっている部分があって、そこが大切なところです。今は例えばフレイルとかサルコペニアについて、筋力が落ち始める50代からアクションしていきましょと盛んに言われるようになっていきますけど、同じような視点が必要だと考えられます。中年期に生活習慣病の積み重ねで薬が増えていく状況がまずあって、その延長になってしまっているということなので、そこは高齢者の問題だけではなくて、ライフコースで考えないといけない視点で、これは医師会もそうですけど、医学界全体で考えていかないといけない問題だろうと思います。

○大戸委員

よく分かりました。先ほどのデータの中で、75～79歳とか90歳以上とか、かなり細かく年齢で層別解析されていて、若い方は母集団2万例で、最終的に90歳以上は5,000名で母数が減少していきます。まさに今秋下会長がおっしゃられたように、同一個人における長期間にわたる時系列の変化を捉えるのはなかなか難しいと思いますけれども、これだけのデータがあるので、将来的にそういったものにつながっていくととても意義があると思います。このデータに関しては問題なくて、すばらしいデータだと思います。ありがとうございます。

○秋下会長

レセプトの分析がこの数年、本格的にやられるようになってきましたけど、最近のデータしかなくて、古いデータが含まれてない。ですが、今後は積み重ねていけるといいますので、その中で、今大戸委員がおっしゃったようなことも明らかにできるのではないかと思います。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（福岡県電子処方箋導入促進補助金事業）

○事務局

資料3-1、電子処方箋導入促進事業としまして、令和6年度に電子処方箋の導入に係る経費の補助事業を実施しておりますけれども、令和7年度も継続して実施することを検討しておりますので、その概要について説明させていただきます。

スライド資料の2ページ目を御覧ください。この電子処方箋の補助金事業につきましては、本来であれば令和6年度限りの単年度事業となる予定でしたけれども、国の令和6年度の補正予算におきまして都道府県が活用できる新たな補助メニューが示されましたので、これを財源として、令和7年度の事業継続を検討しています。

スライド資料の3ページ目を御覧ください。こちらには令和6年度に実施した補助金事業の概要を示しております。まず補助の対象者として、国（具体的には社会保険診療報酬支払基金）の電子処方箋管理サービスに関連する補助金の交付決定を受けた、県内の保険医療機関、保険薬局を対象として実施しております。

矢印で描いた図のスキームで説明しますと、最初に電子処方箋の管理サービスを導入していただく。次にシステムベンダーへの支払い、領収書を頂いた後、最初に国に電子処方箋に係る補助金の申請をしていただきます。その後、国の補助金の交付決定が出た後、県の補助金に申請するという流れとなります。

続いて、申請区分、補助率、補助上限額は、下のオレンジの表で示していますが、大規模病院と病院は補助率6分の1、診療所と薬局は補助率4分の1です。申請区分に応じた補助上限額が設定されています。

なお、下の※印で記載しておりますとおり、国と県の補助金を併せて受け取った場合、導入費用

に対する財政支援全体の割合は、最大で病院は2分の1、診療所と大型チェーンを除く薬局では4分の3、大型チェーン薬局は2分の1です。

スライド資料の4ページ目を御覧ください。こちらに令和6年度のスケジュールを示しておりますが、今年度は5月の中旬から1月末まで申請の受付を行っております。現時点における県の補助金の申請データ、こちらは最新の1月22日時点の結果となりますが、大規模病院が18施設13%、病院が25施設8%、診療所が503施設7.1%、そして薬局が1,651施設の56.4%です。

参考までに、下のほうに国の補助金の申請データも掲載しておりますけれども、こちらは国の補助金の交付決定がまだ出ていない施設も含まれている関係で、国と県の申請件数に差があるのではないかと考えております。

スライド資料の5ページ目を御覧ください。こちらに令和7年度の事業案を掲載しておりますが、補助対象、申請区分、補助率、補助上限額は、令和6年度事業と同様の内容で検討しております。

ここで1点、留意事項がありまして、国の補助金の申請条件として赤字で示してあるように、令和7年3月31日までにシステムの導入が完了した施設が対象となっております。そのため、今年度中にシステムを導入しないと国の補助金を申請することができず、国に申請できなければ県の補助金も対象となりませんので、御留意いただく必要がある部分としてその点を御紹介させていただいております。

続いて、来年度のスケジュールの予定案ですが、令和6年度と同様に、令和7年度につきましても5月頃から1月頃までを計画しております。こちらは事業の詳細が固まり次第、県のホームページに掲載する予定です。補助金の概要につきましては以上です。

ここからは参考資料ということで、電子処方箋全般の概要について御説明させていただきたいと思います。なお、こちらの資料は、1月22日に国で開催されました「医療DX令和ビジョン2030」で説明された資料より一部抜粋しております。

スライド資料の7ページ目を御覧ください。こちらに簡単に電子処方箋を導入するメリットを記載しております。電子処方箋については、現在紙で行われている処方箋の運用を電子に切り替えるだけではなくて、患者さんが直近で処方された内容の閲覧や、システム上での重複投薬のチェックが可能となります。

資料の8ページ目を御覧ください。左の図で示しておりますとおり、オンライン資格確認にはレセプトデータを活用しておりますので1か月前までのデータを参照しますが、電子処方箋に対応することで直近の情報まで確認することが可能となっております。

次に、右下の図で示しておりますが、今回、薬局のほうでかなり導入が進んでいるということで、薬局のみが電子処方箋管理システムに対応している場合、紙の処方箋を受け付けた際にも調剤結果の登録が行われますので、今後、患者さんが訪れた電子処方箋の対応施設ではリアルタイムでの薬剤情報の活用が可能です。

スライドの9ページ目を御覧ください。こちらは現時点での全国での普及状況を示したグラフです。薬局は緑線の部分で63.2%、その他の医療機関は10%弱という結果です。

こちらは全国状況ですが、福岡県の状況につきましてはスライド資料の10ページ目にグラフを載せております。左下のグラフは、左側にあります濃い青色のグラフが全国平均値、薄い青色のグラフが福岡県の平均値です。福岡県の導入率は、病院が8%、内科診療所が13%、歯科診療所が4%、薬局が71%と、いずれも全国平均を上回っています。

次に、スライド資料の11ページ目を御覧ください。こちらは薬局における電子処方箋の利用状況を示したグラフです。直近の情報ですと、赤い線の部分が薬局の導入割合となりまして62.7%、また、青色の点線部分は調剤結果のシステムへの登録割合の推計値で、直近が54.8%と、現状、半分以上の処方箋が電子処方箋システムに登録されていることが確認できる資料です。

続きまして、スライド資料の12ページ目を御覧ください。こちらは12月下旬に問題となりました、電子処方箋システムの一斉点検の概要を示しております。内容としましては、一部の医療機関、あと薬局における設定の不備で、医師の処方と異なる医薬品名が表示される事例が発生したことを受けて、12月20日から26日までの7日間、電子処方箋の発行を停止しました。対応としましては、国

において医療機関の状況を確認した後、再開されています。

続きまして、スライド資料の13ページ目を御覧ください。こちらは医療機関で電子処方箋の導入がためられる要因と、それに対する国の対策をまとめた一覧です。

まず、一番大きな要因として考えられますのは、②の「複数のシステム改修が断続的に必要となることによる負担が大きい」ということが挙げられると思います。それに対する国の対応としましては、「必要な改修を除き、医療機関側に係る機能追加を当面見送る。電子カルテ情報共有サービスの導入とともに導入を促すことで、システムベンダー及び医療機関の負担軽減を図る」と示されています。

また⑤「周囲の医療機関が導入していない」という要因に対しましては、国は「公的病院等のフォローアップを行う」と示しておりまして、次のスライド資料の14ページ目に、令和6年度に電子処方箋の導入を予定している公立病院の一覧を掲載しています。こちらのリストは国が公表しているもので、中身を確認しますと比較的大きな病院等が含まれておりますので、これらの医療機関で導入が進むことで電子処方箋の普及が進むのではないかと考えております。

続いて、スライド資料の15ページ目を御覧ください。こちらに国におけます電子処方箋の目標達成状況と今後の課題が示されておりますが、薬局におきましては今年度中に約8割弱、来年度夏頃にはおおむね全ての薬局で導入される見込みということで、薬局のほうで調剤結果がシステムに登録されることによりまして、電子処方箋の利点が達成されるとまとめられております。ただし、残された課題としましては、医療機関の普及率がまだ1割弱にとどまっているということで、さらなる導入促進が求められています。

これに対する今後の対応につきまして、最後のスライド、16ページ目を御覧ください。国としましては、電子処方箋の意義を発揮しつつ、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と環境を整えて、医療機関への導入に取り組むこととされております。ページの一番下の矢印部分にございますように、電子処方箋の新たな目標については、令和7年の夏をめどに見直しを行うこととされておりますので、県としましても国の動向を注視していきたいと考えております。

次に資料3-2 今後のポリファーマシー対策事業です。令和7年度事業における今後の取組について簡単に項目で記載されていますけれども、今年度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たいと考えております。実施に当たっては、これまで同様に関係団体の皆様にも御協力をお願いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

まず、ポリファーマシー研修会ですけれども、これまでの実施方法を踏まえつつ、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研修会になればと思っております。各団体の研修単位付与についても継続したいと考えております。今年度実施しましたオンデマンド配信等の活用につきましても、結果を分析しまして効果的と捉えられた場合には継続したいと考えております。また、開催の時期等につきましては秋から冬頃を考えておりますけれども、学会等の関係もあると思いますので、参加しやすいシーズンなど御提案ありましたら、また別に検討したいと思います。

次に、「おくすり見える化シート」の事業です。今年度の実施結果の分析、また報告につきましては、次年度の協議会で御説明となりますが、学術的な場での公表も含めまして検討したいと思っております。検証事業に関しまして、今後、実施の規模を拡大したり、表示する薬効群の検討を行ったり、あるいは良好な結果が得られた場合には頒布版の作成などを検討したいと思っております。

また、電子処方箋の導入促進補助金事業につきましては、先ほど資料3-1で説明したとおりです。

また、下の日本版抗コリン薬リスクスケールを活用した事業の展開に関しましても、本県の地方衛生研究所であります福岡県保健環境研究所を含めまして、これからですけれども、また検討したいと思っております。

スケジュールに関して下のほうに記載しておりますけれども、一部を見直させていただく可能性がございます。資料3-2に関しては以上です。

<意見・質疑応答>
なし

議題4 その他
特になし

－以上－