

I. 薬局・医療機関関連

I. タスク・シフティングは医師の下に
厚労省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」において日本医師会は、**医師によるメディカルコントロールの下で行うことが原則**との考えを示した。今後の医療介護体制において医師による統括を重要な要素であると主張、看護師による特定業務は、業務範囲拡大より研修修了者拡大を目指し、他の業務も新たな職種を増やすのではなく、現状の多職種を医師が上手くコントロールしていくことが望ましいとの意見を述べた。

II. 高齢者医薬品適正使用 GL

厚労省は「高齢者の医薬品適正使用の指針・各論編」を都道府県に通知した。各論編では療養環境別の留意点が明記されている。外来の場合は、複数の医療機関の受診を想定して、お薬手帳などで薬剤の一元管理の重要性を指摘、在宅の場合は他職種から情報を得て一般薬などを含めた管理などを求めている。また、処方薬を見直す場合、治療効果だけでなく、**患者の価値観に基づく意思決定を支援**するよう求めている。

III. オンライン診療 GL 案、パブコメ募集

オンライン診療ガイドラインの見直し案に関し、厚労省はパブリックコメントの募集を始めた。見直し案

は緊急避妊薬の処方や情報セキュリティに関する研修受講義務化などが盛り込まれている。緊急避妊薬に関しては、女性健康支援センターなどが、対面診療が難しいと判断した時にオンライン診療を受けられ、薬剤は薬局で受け取りその場で服用する条件が付けられている。また、へき地医療においては、医師が急病などで診療をできない場合に、それまで当該医療機関で対面受診してきた患者に限り可能にするなど、**オンライン診療の条件はかなり厳しく制限される**。

IV. オンライン診療、患者ニーズ少ない

厚労省は中医協において2018年度診療報酬改定の検証調査結果を発表した。それによるとオンライン診療届け出医療機関のうち**4割は患者ニーズが少ない**と考えており、**6割が手間やコストがメリットに見合わない**と感じている。利用可能な条件が限られており、利用者が少ないためオンライン診療ベンダーが育ちにくく、価格やサービス内容が洗練されにくい。

V. 転院搬送が過去最高に

総務省消防庁は2018年の救急搬送出動件数に関し、**転院搬送が過去最大**となり、全体の8.2%を占めたと発表、タクシー代わりの安易な利用を避けるよう呼びかけた。

II. 行政・技術関連情報

I. すい臓がん治療でクラウドファンディング

関西医科大学の研究チームは、すい臓がんで腹膜転移がある患者 180 名を対象に、**医師主導治験を行う予定で、その資金をクラウドファンディングで募集**する。「パクリタキセル」と「S-1」の併用と従来の治療薬で効果を比較する。2011 年から 15 年にかけて 33 名の患者に対し、同治療を行ったところ生存期間が延び、8 名の患者は腹膜の転移がなくなり手術できるようになった。

II. ネズミ体内でヒトのすい臓作成

すい臓を作れないように遺伝子改変したラットの受精卵にヒトの iPS 細胞を入れて動物性集合胚を作成、母ラットの子宮に移植することで、ラットの本来的すい臓が出来る部分で人間のすい臓が出来るかを確認する試験を行う。今回はラットが生まれるまでは育てず、途中の段階で取り出しすい臓ができていないかなどを確認する。

III. 潜在扶養率、日本が最低

65 歳以上の人たちを 25 歳～64 歳までの現役世代何人で支えているのかを示す潜在扶養率を国連経済社会局が発表した。それによると、**日本は世界最低の 1.8**であった。高齢化と少子化により、生産年齢層の負担が大きくなっていることが明らかになった。現

在、世界的に見ても高齢化は進んでおり 2019 年時点で 65 歳以上の人口は 9%であるが 2050 年までに 16%に増加すると見込まれている。

IV. 認知症対策、共生と予防の両輪で

政府は認知症に対する施策を推進するための大綱をまとめた。当初予定していた認知症患者削減に向けた数値目標は打ち出さなかったが、70 代での認知症発症を 10 年間で 1 歳遅らせるという予防と認知症になっても暮らしやすいよう、見守りや自家用車に変わる交通手段の確保など、共生の両輪で対策を進めていく方針である。従来の施策は認知症との共生に軸足が置かれていたが、**新たに予防に関する取り組みも強化**していくことになる。

V. 財政制度等審議会、創薬コスト減要求

財務省の財政制度等審議会は、「令和時代の財政のあり方に関する建議」を財務相に提出した。2040 年に向けて人口構造の変化に合わせ社会保障費抑制を続けなければならないとして、製薬産業に対しては**創薬コストの低減、費用構造の見直しや業界再編に取り組むべき**との厳しい意見を投げかけた。また、製薬産業以外では、薬剤師に関し対物業務から対人業務にシフトさせる事、保険給付では給付範囲の見直しなども盛り込んだ。

Ⅲ. 企業関連情報

I. 中外「ロズリートレク」承認取得

中外製薬は NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形がんを効能効果として ROS1/TRK 阻害剤「ロズリートレク」の製造販売承認を厚労省より取得したと発表した。同剤は先駆け審査指定制度対象品目であり希少疾病用医薬品指定も受けている。今年3月に ROS1 融合遺伝子陽性の局所進行又は転移性非小細胞肺癌を対象とした承認申請を行っている。

II. リリー「ポートラーザ」承認取得

日本イーライリリーは抗悪性腫瘍剤「ポートラーザ」に関して、切除不能な進行・再発の扁平上皮非小細胞肺癌の効能・効果で製造販売承認を厚労省より取得したと発表した。同剤は 2015 年に欧州で発売されているヒト型 EGFR モノクローナル抗体である。同剤に関しては日本化薬と国内における製造・輸入・販売等の独占的権利に関する契約があり、**製造販売承認を速やかに日本化薬に承継し**、薬価収載申請は日本化薬が行う。

III. 第一三共「ヴァンプリタ」承認取得

第一三共は、抗悪性腫瘍剤/FLT3 阻害剤「ヴァンプリタ」に関して、再発又は難治性の FLT3-ITD 変異陽性の急性骨髄性白血病を効能効果として国内での製造販売承認を取得した。同社は今回の承認取得

を第一弾として 2025 年までにがん領域で 7 つの革新的新薬の上市を目指している。

IV. 日本新薬「デファイテリオ」承認取得

日本新薬は肝類洞閉塞症候群治療薬「デファイテリオ」に関して製造販売承認を取得したと発表した。肝類洞閉塞症候群は、血液がんなどの治療で実施される造血幹細胞移植時の合併症や化学療法後、放射線照射後の合併症として知られているが、**今回の適応症を持つ治療薬はなかった**。今回の承認により、血液がんの合併症に対する新たな治療選択肢がもたらされることになる。

V. アレクシオン「ユルトミス」承認取得

アレクシオンファーマは発作性夜間ヘモグロビン尿症治療薬「ユルトミス」の製造販売承認を厚労省より取得したと発表した。同剤は 8 週間隔で投与される国内唯一の長時間作用型抗補体抗体である。発作性夜間ヘモグロビン尿症は赤血球破壊が特徴的な疾患で全身の血管に生じる血栓症で重要臓器が損傷され早期死亡に至ることもある疾患である。平均発症年齢は 30 代前半だが、診断が 1 年～5 年遅れることもあり、診断された患者の 3 割ほどが 5 年～10 年で死に至る極めて稀な血液疾患である。

IV. 展望

I. 根拠はあっても意味はない

老後資金は2000万円ほど不足するとした金融庁の報告書が大きな問題に発展しており、金融庁の局長が謝罪した。「高齢者のライフスタイルは様々であり、意味のない数字を掲げミスリードしたと反省している」と述べたらしい。賃金統計の問題、消費税増税など選挙前に有権者を刺激する話題がいろいろと重なっていただけに、ダメ押しとなるこの報告書だ。タイミングが悪すぎたのだろう。

今回の報告書、高齢者夫婦は平均すると月26万円ほど支出があり、一方で年金などの収入は21万円ほど、差額の5万円が30年積み重なると2000万円になるというような話である。総務省の家計調査を元に試算された平均的な高齢夫婦を描いて自助努力を促す内容だ。筆者が引っかけたのは2000万円という金額でも年金制度に関してでもない。“意味のない数字”という一言だ

今回“ライフスタイルは様々で、意味のない数字”と切り捨てられたのは、統計によって算出された平均である。エビデンスのある数字なのだ。それを意味がないと言い切った。根拠ある数字を否定したのだ。それも、計算方法が違うとか、エビデンスを作り出すプロセスを否定したのではなく、エビデンス自体が正しいことを前提に、それでも意味がないと切り捨てたのだ。

ただ、あながち間違っていないから引っかけたのだ。統計によって描かれる平均というのは、あくまで平均であり、個々の世帯の実態とは異なる。同じような高齢者の世帯でも生活の仕方によって支出は変わる。全員が2000万円の預貯金が必要なわけではなく、また2000万円では足りない場合も出てくるだろう。ある世帯は今の生活を見直すことで、預貯金を増やさなくてもやりくりできるかもしれない。平均というのは、特定の誰かではなく、集団の真ん中の数字でしかない。それなのに、平均と言われると、それだけで説得力が生まれる。まるで自分たちの事を示しているように感じてしまうのだ。

身長の平均、体重の平均など単純な平均ならまだしも、高齢者世帯の生涯必要になる資金となると要素が多すぎる。平均値で語る意味がないという話にも一理ある。統計的に平均値をとってエビデンスとしても、個々にとっては意味がない。それどころかそのエビデンスは集団をミスリードする危険性すらある。今回の一件はミスリードによる騒動なのか、正しい反応としての騒動なのかは意見が分かれるだろうが、平均値というのは、それ自体、目の前の個々人を示す数字ではない、その意味で大した意味はないのに、不安を掻き立てたり、一方で不用意に安心を与えたり、やっかいなものなのだ、痛感した。(武田)

V. 市場動向レポート

I. クラウドファンディング

救急病院がクラウドファンディングによる資金調達を進めている。6月12日時点で目標額の2000万円に到達したらしい。実施したのは大阪にある大阪府三島救命救急センターだ。経営が苦しい医療機関は少なくないが、この手法は今後浸透するのだろうか。

結論としては、非常に難しい。今回のケースは、センター自体が数年後に移転する予定であるため、**数年間を乗り切る資金**が必要であった。また、資金は医療従事者を増やすために使われる予定であるが、このセンターは医療従事者が少なく、それにより受け入れ可能な患者数が減少、収益が減るという負のスパイラルとなっており、この流れを断ち切りたかったのだ。

資金需要としては人件費に使うため、運転資金ではあり、短期的なつなぎ資金であるが、この資金があれば収益の改善が予想されるという性質のものであった。つまりこの医療機関は**2000万円があれば当面の間、追加の資金は必要ない**のだ。また、この2000万円を使えば収益が増える、つまり2000万円は増えていくのだ。

お金というのは一見するとどれも同じに見えるが、実は種類があるのだ。簡単に言うと、**すぐに消えるお金と、長くとどまるお金**だ。すぐに消えるお金というのは、運転資金として様々な支払いに

使われるお金である。人件費や地代家賃、様々な仕入れや水道光熱費等いろいろだ。長くとどまるお金は建物を買ったり、機器を買ったり、投資に使われる。

運転資金は、常に一定量必要であるが、**投資は1回行えばしばらくは必要なくなる**。今回のクラウドファンディングは人件費に使うため運転資金的な要素であった。運転資金は常に必要とされる性質であり、外部から何とか調達できても、それは一時をしのいだに過ぎない。収益構造が大きく変わらなければ、再び資金難に陥る。一方で投資目的であれば1度で済む。クラウドファンディングはそう何度も行われるものではないので、**運転資金に充てるのは単なる延命にしかならない**。ただ、今回のケースは数年間持続できれば良いので、延命措置でよかったのだ。

診療報酬や政府、自治体からの財政支援だけでは医療機関の経営は心細い状況だが、今回のようなクラウドファンディングが他の医療機関でも応用できるかということ、難しいだろう。地域のためドクターカーを購入するとか、遠隔医療用の設備を導入するとか、一回限りの投資であれば、地域住民を対象に資金を集めるのは、必要性を問う意味も含めて良いかもしれない。しかし、**慢性的な経営難だからという理由であれば、中長期的に見て意味を持たない**。(武田)

VI. 数字で見る医療提供体制（病院患者動向 19年2月）

1. 1日平均患者数

各月間

	1日平均患者数（人）			対前月増減（人）	
	平成31年2月	平成31年1月	平成30年12月	平成31年2月	平成31年1月
病院					
在院患者数					
総数	1 269 125	1 243 316	1 226 039	25 809	17 277
精神病床	282 356	281 338	281 967	1 018	△ 629
結核病床	1 490	1 516	1 570	△ 26	△ 54
療養病床	277 201	275 814	275 923	1 387	△ 109
一般病床	707 999	684 558	666 511	23 441	18 047
(再掲)介護療養病床	34 248	34 976	35 335	△ 728	△ 359
外来患者数	1 349 412	1 285 409	1 307 197	64 003	△ 21 788
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 400	4 402	4 473	△ 2	△ 71
(再掲)介護療養病床	1 637	1 669	1 709	△ 32	△ 40

注：1）病院の総数には感染症病床を含む。

2）介護療養病床は療養病床の再掲である。

2. 月末病床利用率

各月末

	月末病床利用率（%）			対前月増減	
	平成31年2月	平成31年1月	平成30年12月	平成31年2月	平成31年1月
病院					
総数	81.7	82.3	71.9	△ 0.6	10.4
精神病床	85.5	85.4	85.4	0.1	△ 0.0
結核病床	32.1	31.8	32.6	0.3	△ 0.8
療養病床	87.8	87.3	86.7	0.5	0.6
一般病床	78.5	79.8	62.0	△ 1.3	17.8
介護療養病床	90.4	90.3	90.5	0.1	△ 0.2
診療所					
療養病床	53.8	54.3	52.8	△ 0.5	1.5
介護療養病床	70.7	71.3	71.0	△ 0.6	0.3

注：病院の総数には感染症病床を含む。

3. 平均在院日数

各月間

	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	平成31年2月	平成31年1月	平成30年12月	平成31年2月	平成31年1月
病院					
総数	27.6	29.0	27.4	△ 1.4	1.6
精神病床	266.0	287.4	272.1	△ 21.4	15.3
結核病床	63.8	64.9	62.2	△ 1.1	2.7
療養病床	131.5	143.4	138.0	△ 11.9	5.4
一般病床	16.4	17.0	15.9	△ 0.6	1.1
介護療養病床	283.3	336.8	318.9	△ 53.5	17.9
診療所					
療養病床	92.8	100.7	99.3	△ 7.9	1.4
介護療養病床	127.9	129.3	141.1	△ 1.4	△ 11.8