

I. 薬局・医療機関関連

I. 20年度社会保障費5300億円増

政府は2020年度予算の概算要求基準を了承した。社会保障費は高齢化による増加分のみで**5300億円増加**とした。2019年度は概算要求の段階では6000億円増を見込んでいたが年末の予算案の段階では、4774億円に圧縮されている。今回はスタート時点で、前年比で700億円圧縮しているが、予算案の段階でさらにどうなるのか、圧縮のための財源をどこから調達するのか、今後の議論が注目される。また、経済財政諮問会議の民間委員からは医療機関のダウンサイジングや大胆な病床転換を促す取り組みを求める声も上がっている。

II. 医療機関の医師適合率上昇

2016年度の病院の**医師標準数**に対する適合率は**96.4%**で前年度より**0.5ポイント**改善された。10年前の2006年度と比べると11.4ポイント改善となっている。病院数や病床数の減少が続いており、その結果適合率が上昇しているものと考えられる。また、看護師・准看護師の適合率は99.4%で前年度よりも0.1ポイント改善している。

III. NPの活躍エビデンス

日本看護協会は、医師の指示がなくても一定の医療行為を行えるナースプラクティショナーの日本版導入を見据え、NP教育課程修了者の

活動成果に関する試行事業の報告書を公表した。それによると、NP修了者の活動によるアウトカムとして長崎医療センターでは、脳卒中患者の平均在院日数が比較対象の43.6日に対し30.1日、退院割合は23.3%に対し50.6%という結果が出るなど、**NP修了者の関与が在院日数短縮や退院率の上昇につながっている**としている。そのほか、訪問看護では、予定外入院の減少、救急外来の受診の削減にも貢献していることが明らかにされた。

IV. 医師業務タスク・シフティング、年内検討

厚労省は医師の働き方改革を進めるためにタスク・シフティングに関するヒアリングを関連団体に実施した。ヒアリングの内容を踏まえ、早ければ年内にも他業種への業務移管の方法などの検討に入る。日本看護師協会は、すべての看護師が判断できる範囲の拡大などを提言、ナースプラクティショナー制度創設の必要性も訴えた。

V. 糖尿病各種検査実施状況ばらつき

国立国際医療研究センター糖尿病情報センターの研究グループはレセプト情報やNDBなどを用いて糖尿病治療ガイドラインで推奨されている**各種検査の実施状況に都道府県や施設間でばらつきがある**ことを突き止めた。

II. 行政・技術関連情報

I. PTSDを薬物治療

東京大学の研究チームは、大型のマウスに何度も威嚇させて恐怖を植え付けた小型のマウスに「メマンチン」を投与すると、恐怖を忘れ不安症状が改善されることを発見した。威嚇され続けたマウスは大型のマウスから隠れる行動をとるが、「メマンチン」を投与されたマウスは、大型のマウスに再び近づくようになった。メマンチンによる海馬神経新生促進によって記憶の忘却が促進される。現在、医師との対話などによる治療が主となっている PTSD に関し、治療選択肢が広がる可能性が出てきた。

II. 近畿大、難治療肝がん、延命

近畿大学の研究チームは、腫瘍がたくさんあったり、大きかったり、治療が難しい肝がんに関し、「レンバチニブ」による抗がん剤治療を行い、がんを小さくした後にがん細胞につながる血管をふさぐ治療で生存期間を伸ばす効果を確認した。従来、治療が難しくなった場合はカテーテルを使い抗がん剤と血管をふさぐ物質を入れてがん細胞に対する栄養を断つ方法があったが、これだと正常な細胞も影響を受け肝機能が低下するほか、再発も多かった。先にがんを小さくしたのち、血管をふさぐ治療を行う方法では従来に

比べ生存期間が長くなった。

III. 平均寿命過去最高に

2018年の日本人の平均寿命は女性が87.32歳、男性が81.25歳で、女性は6年連続、男性は7年連続で過去最高を更新した。女性は0.05歳、男性は0.16歳延びた。がん、脳卒中、心筋梗塞の3大疾病での死者が減少しており、今後も寿命は延びる見通しである。3大疾病でなくなる人の割合は、男性50%、女性45%であった。

IV. 介護職平均年齢46.2歳

日本介護クラフトユニオンの調査によると、介護現場で働く人の平均年齢は46.2歳、月給制で働く人は43.6歳、時給制で働く人は51.4歳であった。月給制で働く人でも35.8%が50代以上と高齢化が目立つ。同調査は2003年から行っており、2003年と比べると29.4ポイント増えている。

V. 受精卵へのゲノム編集法制化検討

受精卵にゲノム編集を行い生まれてくる子供の遺伝情報を変えることについて法律で禁止すべきかを検討を始める。遺伝子編集が比較的容易に行えるようになっており、難病の克服などが期待される一方で外見や能力の操作ができるなどの倫理面の課題や安全面での課題もありルール作りが必要である。

Ⅲ. 企業関連情報

I. 武田薬品、コプロ終了

武田薬品工業は、同社の不眠症治療薬「ロゼレム」に関して **Meiji Seika** ファルマと行ってきたコ・プロモーション契約を 2019 年 9 月 30 日で終了する。10 月からは武田薬品単独でプロモーションすることになる。同剤のコ・プロモーションは 2014 年 1 月より行ってきた。また、武田薬品工業はファイザーと行ってきた抗リウマチ薬「エンブレル」のコ・プロモーション契約に関し 2019 年 11 月 30 日をもって終了し、その後はファイザー単独でプロモーションすることになる。

II. ノーベル、鼓膜穿孔治療薬承認了承

ノーベルファーマの鼓膜穿孔治療薬「リティンパ耳科用」が薬食審第一部会にて承認を了承された。初めての鼓膜穿孔治療薬で、溶剤を浸透させたゼラチンスポンジを耳に詰めることで患部を修復する。主成分は褥瘡治療薬「フィブラストスプレー」などと同じ「トラフェルミン」である。

III. ファイザー、後発医薬品事業を統合

ファイザーは後発医薬品事業を展開するアップジョン事業部門をマイランと統合し、新会社を設立すると発表した。統合は 2020 年後半に完了する見通しで、統合後の新会社はテバ・ファーマシュー

ティカル・インダストリーと並ぶ最大手となる。ファイザーはアップジョン事業部門を切り離すことで革新的医薬品に集中することになる。

IV. 「ルラシドン」国内申請

大日本住友製薬は統合失調症および双極性障害におけるうつ症状の改善を適応症として、「ルラシドン」の国内での製造販売承認申請を行った。同剤は 2010 年に米国での承認取得を皮切りにカナダ、スイスや欧州、中国などで統合失調症治療薬として承認されている。また、米国他で「双極Ⅰ型障害うつ」の適応も取得している。

V. バイエル、「アイリーア」を緑内障で申請

バイエル薬品は加齢黄斑変性症治療薬「アイリーア」に関して、血管新生緑内障 (NVG) の適応での製造販売承認事項一部変更承認の申請を行った。NVG は増殖糖尿病網膜症や網膜中心静脈閉塞症など網膜虚血をきたす疾患において新生血管が虹彩および前房隅角に形成され房水の流出が阻害されることで眼圧が上昇する続発性の緑内障であり、病状が悪化すると失明の可能性もあるアンメット・メディカルニーズの領域である。同剤は希少疾病用医薬品の指定を受けている。

IV. 展望

I. 選択の連続

有名な話らしいが、「安全第一」には続きがあるのだそうだ。筆者は最近知った。

「**安全第一、品質第二、生産第三**」だそうだ。日本では安全第一だけが切り取られて工事現場や工場など危険が伴う場所に掲げられている。単に安全第一というのと、第二、第三と続くのでは受ける印象にかなりの違いがないだろうか。

安全第一と書かれると、文字通り安全の大切さのみ強調されるが、安全第一、品質第二、生産第三と書かれると、意思決定の際の優先順位が分かる。例えば住宅リフォームの現場で納期遅れが発生した場合、このままだと納期が遅れてしまい家主家族が1日ほど住むところがなくなってしまふ可能性が出てきたとしよう。安全第一というスローガンだけであれば、休憩時間を少し削るなど、無理をしてしまうこともある。その際「少しの間、無理をさせるが、安全第一で頑張ろう！」といった形で、**心構え**としてこのフレーズが使用される状況が目につく。

一方で、安全第一、品質第二、生産第三と書かれていると、休憩時間を削るという安全にかかわる事項と納期という生産にかかわる事項、どちらを重視すべきか一目瞭然となり、安全より生産が優先となる。「休憩時間を削る」という方法はとることができないという結論に達することができるだろう。

最近〇〇ファーストという言葉をよく見かける。これだって同じだ。単に〇〇ファーストというと、ちょっとした心がけのようなものにしかならない。しかし、「都民ファースト、横浜市民セカンド、千葉埼玉は・・・」とするとどうだろう。どこかの映画の世界のようだが、なんだか**少しだけ具体性を帯びて見える**。

人も組織も何か大切なものはあるだろう。そしてその価値観に沿って様々な選択、意思決定をする。しかし、選択とは何かを選ぶ作業のように見えるが、**何を選ばないのかを決めていく作業**でもある。そして、選択肢が多ければ多いほど、選ばないものを決める作業も多くなる。そのような時、何が1番で何が2番、3番なのか優先順位を明確にすると、各段に捨てやすくなる。自分の選択と優先順位の矛盾に気が付くからだろう。

安全第一とだけ掲げている場合、工期（生産）を優先して多少労働者に無理をさせても、安全に配慮しながら、などという**言葉にごまかされて、意思決定の矛盾に気付きにくい**。そして、意思決定をした本人含め、だれも間違いに気が付かないことすらある。しかし、安全第一、品質第二、生産第三としていれば、誰かが安全より工期（生産）を重視していると気づくだろう。優先順位を明確に示すと、何を選んではいけないか、わかりやすくなるのだ。（武田）

V. 市場動向レポート

I. 医療財政の問題

外来医療計画が策定される。病床規制を伴った医療計画の外来版といったら分かりやすいだろう。ただし、医療計画は病床余剰地域で新しい病床を作ること規制しているが、外来医療計画は、そこまでの強制力を持たせるつもりはないらしい。

都道府県が2次医療圏ごとの外来医療の偏在や不足を見える形にして、新規開業を考える医師に対し、合理的判断を促すことと、外来医師多数地域を定め、その地域であえて開業する場合は在宅医療や夜間・休日の初期救急などを担うように促す。せっきやく開業するなら繁盛させたいだろうし、競争状況を見て勝てる立地で戦いたいだろう。その意味で外来医療計画はよい資料になるのだろう。ひょっとしたら銀行が開業資金を融資する際のリスク管理にも使われるかもしれない。

ただし、この計画には不足している情報がある。それは患者の満足度だ。2次医療圏ごとの外来医療機関の提供体制とニーズが数量ベースで分かるようになってきているが、質や患者満足度の面どうだろう。大病院で循環器の専門医として優秀だった医師が整形外科クリニックを開業したり、外科医が開業する際、内科や小児科を標ぼうしたりする。

筆者の自宅近くにもクリニックはあるが、思うところがあり、余裕があれば

ちょっと遠いクリニックにかかるようにしてしまう。付近に内科・小児科、耳鼻科、整形外科、眼科など揃ってはいるが、できればもう1軒良い内科が開業してくれた方がありがたい。

しかし、今後外来医療計画が策定されれば、我が家付近のような医療機関が密集している地域はレッドオーシャンとして新規開業をためらわれてしまうかもしれない。そうすると、医療機関同士の健全な競争が阻害されるかもしれない。医師が不足し、医療財政がひっ迫している現在において、健全な競争を期待するのは贅沢であることは承知している。

また、今後高齢化が進む中で、住民の行動範囲は狭くなっていくだろう。そうなった場合に地域医療もきめ細かく提供できるようになることが望ましい。その意味で医療過疎の地域などを分かりやすく示して新規開業を促すことは良いことだろう。しかしこの行為は競争による自浄作用を失わせることになりかねない。

開業医は病院と異なり、地域の実情に合わせて自身の専門と全く異なる診療科を標ぼうすることは珍しくないし、一度掲げたものは、中々変えられない。これが質の面での不満につながる。しかし、それは医師がいるだけましであり、贅沢な悩みだということなのだろう。(武田)

VI. 数字で見る医療提供体制（施設別病床数数 19年4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4月	平成31年3月	平成31年2月	平成31年4月	平成31年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 236 059	1 248 746	1 269 125	△ 12 687	△ 20 379
精神病床	280 864	281 647	282 356	△ 783	△ 709
結核病床	1 476	1 503	1 490	△ 27	13
療養病床	272 973	276 169	277 201	△ 3 196	△ 1 032
一般病床	680 680	689 358	707 999	△ 8 678	△ 18 641
(再掲)介護療養病床	31 050	33 604	34 248	△ 2 554	△ 644
外来患者数	1 347 327	1 314 613	1 349 412	32 714	△ 34 799
診療所					
在院患者数					
療養病床	4 257	4 323	4 400	△ 66	△ 77
(再掲)介護療養病床	1 578	1 619	1 637	△ 41	△ 18

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4月	平成31年3月	平成31年2月	平成31年4月	平成31年3月
病院					
総数	76.3	77.4	81.7	△ 1.1	△ 4.3
精神病床	85.5	85.1	85.5	0.4	△ 0.4
結核病床	33.1	31.1	32.1	2.0	△ 1.0
療養病床	87.2	86.9	87.8	0.3	△ 0.9
一般病床	69.5	71.7	78.5	△ 2.2	△ 6.8
介護療養病床	90.2	89.5	90.4	0.7	△ 0.9
診療所					
療養病床	53.5	52.9	53.8	0.6	△ 0.9
介護療養病床	69.7	70.2	70.7	△ 0.5	△ 0.5

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4月	平成31年3月	平成31年2月	平成31年4月	平成31年3月
病院					
総数	26.9	27.9	27.6	△ 1.0	0.3
精神病床	259.1	263.5	266.0	△ 4.4	△ 2.5
結核病床	60.4	64.7	63.8	△ 4.3	0.9
療養病床	131.9	137.3	131.5	△ 5.4	5.8
一般病床	15.8	16.4	16.4	△ 0.6	0.0
介護療養病床	285.3	271.4	283.3	13.9	△ 11.9
診療所					
療養病床	101.8	96.7	92.8	5.1	3.9
介護療養病床	152.7	141.4	127.9	11.3	13.5

注：病院の総数には感染症病床を含む。