

モダンメディア



発刊50年記念座談会

臨床検査の現状と課題

— 開発し、供給する側から —



語り手

朝山 均 (社団法人 日本臨床衛生検査技師会 副会長・市立岸和田市民病院 医療技術局 中央検査部)

家次 恒 (シスメックス株式会社 代表取締役社長)

近藤 俊之 (株式会社 エスアールエル 取締役議長)

寺岡 国一 (オーソ・クリニカル・ダイアグノスティックス株式会社 代表取締役社長)

坂野 弘太郎 (デイド ベーリング株式会社 代表取締役社長)

(五十音順)

黒住 忠夫 (栄研化学株式会社 代表取締役社長)



聞き手

渡辺 清明 (慶應義塾大学医学部 中央臨床検査部 教授)



ごあいさつ

黒住 座談会を主催する立場から、はじめに一言お礼を兼ねてごあいさつさせていただきます。

本日はご多用にもかかわらず、弊社発行の『モダンメディア』発行50周年記念の座談会にご出席を賜りまして誠にありがとうございます。心から御礼を申し上げます。

弊社の学術情報誌『モダンメディア』は1955年8月に創刊をいたしました。歴代編集委員の先生方のご尽力と優れた執筆陣のご協力、そして医療と公衆衛生にかかわる多くの読者の方々のご支援により、おかげ様にて本年8月で発刊から50年目を迎えることになりました。

創刊された昭和30年当時は今のようないんフラが普及しておらず、医療や公衆衛生の現場で働く人々が必要な情報を入手することも容易ではない時代であったと聞き及んでおります。『モダンメディア』もわずか10ページ程度の小冊子でございましたが、細菌検査と培地の専門誌として先生方に最新の情報を提供すべく、発行を行ってまいりました。その後、医療並びに公衆衛生における検査法等の発展に伴い、細菌検査のみならず生化学、免疫、ウイルス、血液、遺伝子など、臨床検査全般を解説する学術誌に変遷し、現在に至っております。その発行部数は現在9,000部を発行しております。日本国内だけではなく、中国、韓国等にも愛読者がいらっしゃいます。

この半世紀を振り返りますと、敗戦、占領下の混乱から抜け出て、高度経済成長、そしてそれに裏打ちされた医療、社会保障制度の整備により、世界に冠たる長寿国として存在するようになりました。そして現在経済的発展のスピードの鈍化と人口構成の急速な高齢化により、これらを支えてきた種々の社会制度の見直しを余儀なくされております。聖域と言われてきた医療の領域にも経済的な効率や質の改善を求める声が高くなりつつあります。

ご承知のようにわが国の医療制度は大きな変換期を迎えておりますが、臨床検査につきましてもさまざまな問題を抱えております。記念すべき発刊50周年記念号の企画として、臨床検査の試薬・機器を提供する側から、臨床検査薬協会参加企業の経営者

の方々と、それらをお使いになられるユーザーとしての臨床検査技師会と臨床検査センターからお集まりをいただきまして、「臨床検査の現状と課題」についての座談会を開催して、その内容を掲載させていただこうと企画いたしました。

たいへんご多忙な方々にご無理を申し上げて恐縮ではございましたが、皆様からご出席の快諾を賜り、本日開催の運びとなりました。また、臨床検査医学会長の渡辺先生には司会をお願いしてご快諾をいただきまして、まことにありがとうございます。本日の座談会が臨床検査の将来につながることでなればたいへんありがたいことだと存じております。それでは先生、よろしくお願いいたします。

はじめに

渡辺 ただいまご紹介いただきましたように、私はこの『モダンメディア』の編集委員を拝命しておりますので、本日司会をさせていただくことになりました。先ほど黒住社長からお話いただきましたように、本日の座談会のテーマは「臨床検査の現状と課題」ということでございます。これは非常に大きなタイトルであります。黒住社長のほうからいまお話がありましたように、現在の臨床検査を取り巻く状況が、どちらかというと厳しい状態になっておりますので、そのなかからわれわれは今後何をすべきか、そして将来をどういうふうと考えていくべきかということをご議論いただければと思っております。

最近には特に保険点数の削減が非常に顕著でございまして、皆さんご承知のように、15年で約40～50%の削減がなっております。このような臨床検査に行政のストラテジーが業界全体に影響を及ぼしております。もしかしたら今日の臨床検査の停滞の原因の一つになっているのかもしれませんが。特に臨薬協や日衛協などの企業にとっては、こういう経済的なネガティブなファクターは非常に影響が強いし、また院内検査をやっているわれわれに関しましても、われわれ日本臨床検査学会を中心とした学問的な立場からいっても、これは多少の影響がございまして、ですから、当然ながらここからわれわれは何か打開策を導き出しまして脱出しなければいけない。ただ言葉で言っているとなかなか難しいので、

具体的なかたちでこれを考えていかないと難しいのではないかと考えています。

本日は、先ほどご紹介がありましたように、臨薬協関連の特に社長さんにおいでいただいておりますので、特に試薬メーカーにとって今後具体的に何をすべきかということ、現状を踏まえながらお話しいただきたいと思います。また、黒住社長のお話にありましたように、メーカーさん以外から臨床検査技師の代表といたしまして、朝山日臨技副会長においでいただいておりますし、また、日衛協のほうからはエスアールエル前社長の近藤先生をお願いして来ていただいておりますので、試薬を使う側の意見、私ももちろん使う側ですが、合わせて3人で、使う側からの意見をお話いただければと思っています。

私は個人的には、現在臨床検査というのは争っている段階ではなくて、一致協力して臨床検査を盛り上げていくという一つのテーマについて何とかしようという姿勢を持っていくことが非常に重要なことだと思います。そういう観点からもご意見をいただければ幸いに思っておりますので、ぜひよろしくお願いいたします。

それではきょうは現状と課題ということですので、まず初めに現状、その後に課題についてお話しいただきたいと思います。

いま言ったのは、どちらかというとも必ずしも明るくない状況が全体にはありますので、いったいなぜこのような状況になってしまったのかということが一番考えられるわけです。ですからその原因を調べて、それを除いていかなければいけないということになるからには、どうしてこういうことになったのか。いま現状はこうあるということも踏まえて、皆さん方にまず現状とそれがもしネガティブなほうに働いているとすれば、いったい何が原因でそうなったかということをお話しいただきたいと思います。

まず初めにメーカーさんのほうからお話しいただいて、そのあと朝山先生、近藤先生からお話しいただきたいと思います。年の順からいうと寺岡さんですか、分からないですけど。(笑)

I. 日本の医療保険制度と臨床検査

寺岡 何が原因かというところですが、その前に



寺岡 国一 社長

日本の医療保険制度の特徴を理解しておく必要があると思います。例えば、アメリカの場合の医療というのは産業でありビジネスです。したがってその制度の運営についてはできるだけ民間が運営していくという制度ですが、日本の場合、特に厚労省とここ1年ばかり保険についていろいろな話し合いをするケースが多いのですが、つくづく医療というのは国民への福利厚生、サービスの一環として国が管理していくということが大前提としてあるところに、非常に大きなギャップを感じています。

基本的に、原則的に正しいことを行政にお話ししたり、あるいは検査実施料の改定について説明を求めても、まず門前払いで、そういうことを説明する義務はありませんということで大半が片づけられ、そこからなかなか進まないというのが現状です。

検査というのは保険制度のなかで検査実施料と判断料というかたちで検査に関連する保険償還が構成されているのですが、薬や医療用具と異なって、検査薬というのは検査薬自体に保険がついているのではなく検査実施料に包含されています。このように臨床検査薬というのは医療制度のなかで極めて中途半端な位置づけであるため、今まで医療保険制度のなかで臨床検査の位置付けが真剣に取り上げられなかったというのが一番大きな原因ではないかと思っています。

もう一つは、検査自体が医療のなかで、薬や医療用具の場合は診断が下ってから使われるものですから、使い方が比較的明確なわけです。ところが検査は恐らく確定診断で使う検査の部分よりも除外診断として使う部分が多いわけです。それが一般的にや



家次 恒 社長

やもすると検査漬けと受け取られる。このような場合、検査は結果としてむだな部分ですが、それはその検査を終えて確定診断につながっていくという要素があるので、そのあいまいさも少しあるのかなと思います。

渡辺 どちらかというと国の制度そのものに本質的な問題があって、それから派生する事項のなかではっきりしないというか、臨床検査はその部分をもう少しクリアにしていかなければいけないということだと思います。

それではお一人ずつ、個人的な見解でよろしいと思いますが、家次社長に、今からどうしていこうということはまた次に議論しますから、こういう現状になった大きな原因は何にあるかということでお考えがあらばうかがいたいと思います。

家次 いまお話がありました医療制度の問題につきまして、国民皆保険ができたのが昭和30年代の中ごろで、いわゆる高度成長のときですが、そのころはまだ日本は貧しくて、国民の健康をどのようにして守るかというのが大きな課題でした。このボトムの医療レベルの向上を図ったという意味で皆保険制度は非常にいい制度であったと思います。特にフリーアクセスということで、全国どこでも治療を受けることができました。

時代は高度成長期でしたから、国民医療費全体が少々膨れてもあるところは大丈夫だという時代でした。その過程で新しい検査が出てきたわけで、我々のビジネスもいい時期があったわけです。ずっと悪いということではなかった。ではなぜ悪くなってきたかという、まさにこれは高齢化社会の影響と、

もう一つは医療財政の逼迫であり、予防も含めて医療費をどう抑え込もうかという動きが出てきています。

検査の伸び率のよかった時代はビジネスとしてもよかったし、新たなものにもいろいろチャレンジする機運があり、インセンティブがありました。ところがここに来てそういう状況でなくなってきました。なおかつ問題は、通常ですと物の値段は需給やそのものの価値で決まるのが、医療の場合は規制産業ということもあって、国民医療費のなかでということで、値段があるところで一方的に決められるというところがあります。

要はどこが一番抑えやすいかというと、企業でも同じですが、人件費を抑えるのはなかなか難しく、対して物品購入費はわりあい抑えやすいものです。そういう観点で値段が決まっていって、決して検査の価値という話で決まっていらないというのが一番悩ましい問題です。

Ⅱ. 臨床検査の価値は評価されているか？

家次 一方では、検査が普及することによっていろいろなことが分かってきて、トータルとしては医療費の削減に貢献しているのですが、どう貢献しているかが明確になっていない。検査がないと医療はできないということはよく分かっていても、ではどれくらいの価値があるのか。このあたりのところは非常に難しい話なのかもしれません。

いずれにしても日本の医療制度では、非常にいい医療を受けることができてきました。その査証は、平均寿命が伸びていることなどがあります。しかし、これからはどうかという、世の中の環境が変わり、国民のニーズが変わってきているのに、以前と同じ制度のままでいいのかということです。

先ほど寺岡さんがちょっと言われましたが、従来のものをずっと守っていただいたいということではなくて、あらゆる意味で状況、ニーズが変わってきているという認識が必要です。最近はグローバル化の中で、必ずしも日本人は日本だけで医療を受けているわけではありませんし、また海外の人たちが日本で医療を受けるという時代です。

特に高齢化社会という話のなかで考えると、制度そのものの考え方を変えていく必要があるのではないかと思います。そのなかで検査の価値をどう高め

ていくか。特に今まで我々が手がけてきた臨床検査の他に、新しい検査、特に遺伝子を中心とした検査が出てきていますが、これも今の30兆円の医療費のなかに含めていけるのかというと、これはかなり難しい話です。そうすると、どこにしわ寄せを持ってくるかという話になってきます。

ですから今のままでいくと、将来的には国民にとって本当の意味での医療の質が維持できないのではないかと感じます。環境が変わり、時代が変わったのだから、それに即した形で制度やいろいろなものを変えていく必要があります。国民が健やかに長生きできること、健康であるという目的に向かっての道筋のなかで、保険ですべてまかなう、国が面倒をみるということは成り立たなくなってきました。国によって制度も違いますが、それぞれのよさをうまく取り入れながらやっていくことが非常に大事だと思います。

また、検査のコストダウンという議論がありますが、おかしいのは値段が下がる一方だということです。普通に考えれば、疾患も増えて医療ニーズが高まってくると、こういう検査をしてもらいたいという話が出てきて、需給で考えると値段が上がるはず。これが一方的に下がっているというのは制度上のものであって、この歪みは必ずどこかで解消していかなければいけないという感じがいたします。

いずれにしても検査のあり方や価値をコストで議論していると、本来の目的である医療に資するということが、いい医療、質の高い医療とは少し乖離してくるのではないかと気がいたします。

渡辺 いまお話しのように、どちらかというと臨床検査の価値というか、それがあまり正当に認められていない可能性もあるということで、国をはじめとしてそういうものが制度上きちんとしていただかないということが原因かもしれないというお話だと思います。

坂野さん、最後で申し訳ないのですが、個人的なご意見でけっこうですから、もう皆さんに言われてしまったかもしれませんが、お願いいたします。

Ⅲ. 臨床検査の顔が見えない…

坂野 あまり言うことはないのですが、(笑) 臨床検査ということに限定したかたちでもう少し深め



坂野 弘太郎 社長

たときに、いま言ったことのすべての要因があるなかで、どうしてこういう現状のような厳しい状態に追い込まれてしまったのかということを考えたときに、一つは臨床検査の顔が見えないということが非常に大きいと思います。これはべつにだれかが努力していなかったどうのこうのという結果ではなくて、むしろ逆に臨床検査に携わる方々がプロフェッショナルとしての非常にいい仕事をされていた。結果として、臨床検査に関してはある程度任せても大丈夫という状態が続いていたこと、また専門性の高さということの結果として、逆にその部分についてはあまり触れなくてもいいという……。

結果として見るとわれわれの会社もそうですけれども、調子のいいときはものが見えなくても安心ですし、あまり言われませんが、調子が悪くなったときに限って、急に疑心暗鬼で見られると説明責任が非常に高まって大変になる。そういう状況と同じように、臨床検査に関しても、ではいまだなんだということになったときに、これまで積み重ねてきたものをきちっと説明するような情報や手段に積み重ねがないがゆえに、せっかくあるものをきちっと見せることができない。

結果として、先ほども家次さんが言われたのですが、では臨床検査の価値は何なのか、貢献は何なのかというのはきちっとあるんですけれども、それをだれにも分かるように見えるようなかたちで、数字もあるかたちであるのかというと、ない。そういう資料がなければ存在しないと同じだというような状況に今はなってきていますので、結果としてそれがきちっと証明できないことが、逆に非常に厳しい状



朝山 均 先生

態に追い込まれてしまったということだと思います。

ですから過去のプロフェッショナルとしてのいい仕事をやったことが、逆に今は追い込まれる状況の遠因になってしまったというのが、私の個人的な感想です。

渡辺 どうもわれわれのほうが分が悪かったですね。(笑) 試薬を提供している人よりも、臨床検査の値を提供している人があまりにも、うまくやったとおっしゃっていますが……。

朝山 プロ化しすぎました。

渡辺 プロ化しすぎて、臨床検査そのものはあまりアピールしなくても、ただやっていればいい時代が続いてきたために、こういう非常に厳しい時代になったときに、それを自分たちがアピールする能力がなくて、国をはじめいろいろなところで見えない形にあると思います。たぶん制度上の問題もそのへんから来て、国民にも分かりにくいものになっている原因ではないかというお話だと思います。

朝山先生、実際に検査部で検査業務をなさっていく立場から見て、今のご意見はいかがですか。ぼくなんかも同じ立場ですけれども、そちらのほうの責任もあるようでございますけれども。

Ⅳ. 自動化と外注化の浸透によって

朝山 そうですね。われわれ試薬を使う側から言わせてもらいますと、私がこの道に入って35年ぐらになるのですが、先ほどメーカーの皆様方がおっしゃられたように、検査をすれば収益が上がる時代がありました。実際に検査の価値というのは絶

対あるのです。ところが検査の価値の位置づけが、先ほど坂野社長がおっしゃったように、どちらかというとわれわれは専門家という意識が強すぎて、なおかつ臨床検査が発展途上だったときには、教育そのものが検査をすればいいという技術向上のための教育が主であって、検査をして、データを出すだけでよかったという時代は確かにあったわけです。

そこへ、1960年代の後半から、検査が価値あるものだということが分かっているがためにどんどん検査が増えてきました。そして自動化というものが普及してきました。自動化が普及する前から、たくさんの検査が入ってきたわけです。そのときにわれわれユーザー側の責任もありますが、当時はほとんど手法による検査ですから、当然人もいる、道具もいる。検査部現場は、人の要求、物の要求ばかりか時間制限を設けて検査受付を制限した、それだったら経営者の立場にある人は、そんなにできないのだったら外へ出しなさいということで、近藤先生がおみえですけれども、外注産業が手を出してきたわけです。

当時は検査をすれば儲かる時代だったわけですから、それでも成り立ったわけです。当時、あえて名前を出させて頂きますが、エスアールエルがまさしくSRLだったのです。“Special Reference Laboratory”それでよかったのです。ところがそこへ自動分析機器が台頭してきてデータの大量生産になってしまった、それにわれわれは埋没されてしまった。そうすると、根本的には医療制度問題になりますが、結局検査は物という考えしか出てこなかったわけです。物であれば、当然市場原理が働きますからコスト問題が出てきます。言い方は良くないですが、いまお互いこの業界は、首の締め合いをやっているのです。力が強いところは勝つけど、弱いところは倒れざるを得ない。今正にその時期が来ているんじゃないかという気がします。

自動化が普及したことによる大量項目、大量検査データの生産が、結局コストダウンにつながるようなことになったことも、一つの要因があったのではないかと思います。ですから現在この時点で試薬供給者側、それからわれわれ使用者側もこれらの問題に真剣に取り組まないと、「臨床検査の顔が見えない」、見えないというのはそういうことなのだと。

患者さんは実際に検査を受けるということは理解

していच्छるし、受けたいと願っているわけです。ところがその検査のデータの中身、いわゆる検査説明あるいは検査相談、そういうものが見えない、要するに顔が見えない。臨床検査部・臨床検査技師は、昔は縁の下で力持ち的業務と美徳のように言われましたけれども、それは単なる与えられた仕事を忠実に正しく行なえばよかった時代であったからです。私自身がそういう時代を経て現在に至っています。私はいつもお話をさせて頂く時、これからの2、3年がわれわれの業界の正念場ではないかと……。ここで何とかしないと、それこそ明日はあるか、ないかの瀬戸際だという感じがしています。ですから現況を考える時、われわれユーザー側の責任も大いにあると私は個人的には思っています。

渡辺 日衛協の検査センターのほうで、これは先ほど朝山先生が言われたように、大量生産、非常に効率的な臨床検査の、要するに業務を施行するということでは、日衛協をはじめ検査センターのところが一番やっていて、確かにそのためにコストダウンというか、保険点数は下がってきていることも事実かもしれません。そういう立場から近藤先生のほうから、検査センター側から見た、なぜ臨床検査が現状このようになってしまっているかというところをお話したいかと思います。

V. 検査は低迷しているか？

近藤 今の皆さんのお話とは逆なんです、検査は低迷とおっしゃっていましたが、いまこんなに検査が使われている時代はないと思います。医師も患者さんも検査を非常に頼っています。検査をしてもらって安心だし、検査結果をもとに診断を下している。ただ、それが実際にどんなふう検査されているのかということは知らないわけです。

たとえば私どものような検査センターという仕事は、あまり知られていません。笑い話に近いのですが、100人に検査センターという事業があることを知ってますか、と聞きました。1人知ってました。業界の人でした。そのぐらいだとぼくは今でも思っています。現実には検査は病院でやられていると思っています。そういう意味で検査センターというのは一般社会ではほとんど認知されていません。

しかし検査薬メーカーと言われると、あ、検査の



近藤 俊之 先生

薬を作っているんですかということで、これは感覚的にすぐ分かります。検査センターはその仕組みを言わないと理解できない。しかし今の患者さんにとっては、これほど検査が使われていることはない。検査は過去一時的に、老人の長期入院の方に対する検査の頻度が減ったという事実はあると思いますけれども、一般的に言えば検査の回数は現在でも増えていると思います。減っているという話を私はまだ聞いたことがありません。

この点を踏まえたと、検査が低迷していると言う時には、何がいま問題なのかを明らかにしないと議論がかみ合わないと思います。

たとえば検査の公定価格（保険点数）が下げられているという問題なのか、新しい検査が医療保険に入らないという問題なのか、すなわち医療保険という枠組みの中での問題なのか。それとも、新しい検査が出てきていないという問題なのかです。画期的な検査はここ10年出ていないという現実があります。私の認識では、HCVやHIVといったウイルス抗原検査以降、画期的な検査は出ていない。これら以外に本当によく使われている検査は出ていない。80年代はすごい勢いで新しい検査が出てきたわけです。新しい検査が出ていないという面から見ると低迷なんです。

その意味で検査が成熟化して、伸びているけれども、80年代、90年代の前半に比べると伸び率は小さくなってきています。でも絶対量は減っていません。

検査センターの経営者の立場としては、この検査受託事業は確かに低迷している。売り上げが伸びない、利益も出ない。資本市場からみれば業界全体が



渡辺 清明 先生

低迷していると見ています。これはこれで原因ははっきりしているわけです。したがって臨床検査というものが低迷していると言った場合には、どこに焦点を当てるかによって解決策が違ってくるのではないかと思います。

渡辺 近藤先生はちょっと違った角度から見られて、メーカーさんとしても企業ですから経済的なものを中心になると思いますので、相対的には臨床検査の経済効果は少なくなっていると思います。

私のほうもそういうものが影響されて、確かに臨床検査医学も一時よりは進歩が止まっています。ですからサチュレートされたというかたちになっていて、何か一つのブレークスルーがないと、いま近藤先生がおっしゃったようになかなか難しいと思います。

画像で言えば、MRIとかCTスキャンとか、ああいうブレークスルーがないと、今までのレントゲンだけでずっとやっているようなもので発展しない。ただわれわれはそういうところを打破するのが難しいということは確かです。

いま医療のなかでは治療の研究のほうが非常に盛んです。なぜかという、それをサポートする会社がパイも大きいし、研究費も余剰がある。しかしリサーチの件に関しては臨床検査はパイが非常に少ない。お金がないからできないのか、能力がないからできないのかというと、何とんでも研究費が少なくと非常に難しい。ですから経済的なものが臨床検査医学にも及ぼしている影響はあると思います。ですからわれわれの業界にとっても臨床検査そのものの経済状態は必ずしもよくないことが、新しい検査の開発、あるいはそういうものに影響しているので

はないかと思います。それだけではなくて、ファクターとしてはそれだけの人材、研究者の養成もあると思いますけれども、一つは経済的なバックグラウンドがあるように思います。

いろいろな原因がいまあると思いますが、共通するのは、臨床検査というのは一時日が当たっていたものが少し陰りが見えてきて満杯になってきたようなもので、あれはもうこれでいいんじゃないの？みたいな格好になってきて、それで大量生産というのでコストダウンが始まって、結局は患者からよく見えないものだから、下げてもだれも文句を言わない。したがって、確かに検査はたくさんあるのですが、一つひとつの検査の経済的価値は間違いなく落ちていきます。

いま寺岡さんがおっしゃったけど、除外診断のための検査は非常に価値観が少ないとされて、検査そのものの価値がなかなか難しいというふうになっています。スペシフィシティが高い検査が少ないために、検査で命が助かったとか、検査のおかげで診断できたというのが非常に少ない。むしろ総合的に診断し、判断する医者の方に検査の価値が集中して、検査そのものの価値が、むしろドクターのほうに来てしまっているという感じがなきにしも非ずです。手術する医者に感謝しても、手術するメスの性能がよいと評価されない、そっちの方向に行っているような感じがします。

VI. 打破するためのアピールは

渡辺 今までの皆様のご意見を聞くと、やはり検査の顔が見えないというのが共通したご意見のように思います。ですから検査の価値を今後どのようにわれわれが考えていくかということが重要だと思います。いかに検査されて、その間にどのくらいの努力があつて、どのような患者への具体的な有用性があるのか、それが国民全体に分かるような妥当な評価を受けることは大切ではないかと思います。

近藤先生の意見と違うものもあるかもしれませんが、このようなものを打破するための臨床検査のアピールみたいになってしまっていますが、何か方策はございますか。

朝山 近藤先生がおっしゃったように、確かに低迷というのをどういうふうに見るかということでは

けれども、現状は悪循環だと思うのです。日本の医療は診療報酬点数のなかで論じられている。たとえば一つ新しい臨床検査項目・方法が開発され出てきても、結局、従来あるものとすぐ比べるようなかたちになるわけです。たとえば臨床化学検査とか免疫学的検査でも、一つ出てきたときに、従来と同じようなものがあつたら、点数化はそれに準じた形になります。ですから真に顔の見える臨床検査にしようと思ったら、われわれ供給者側も使用者側もそういうところで取舍選択を思い切っているのも、一つ大事な事柄ではないかと思います。

メーカーも、新しいものを開発し出したから以前のこれはもういらない、われわれも使わない。そうすることによって正当な評価ができるでしょうが、結局、ただ出しました、使ってくださいだけでは実際に使っている現場として、同じようなものがあつたなら、わざわざ新しいものを使わなくても従来のもので行えるのではないかということです。

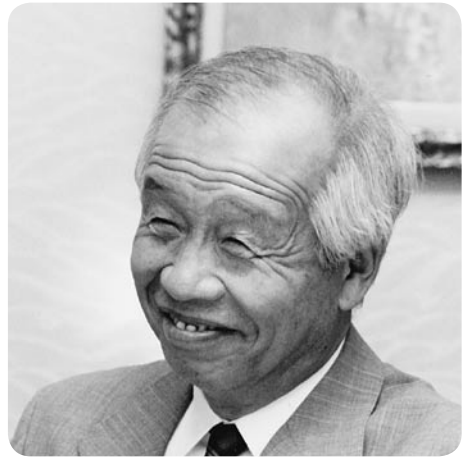
体外診断薬と寺岡社長はおっしゃったけど、今の臨床検査は診断・治療の指標のための検査です。どちらかというと医師の診療裏付けになるようなかたちで来ている。ですから検査漬けと言われても仕方がないのです。悪い言葉で言えば、「数打ち当たる」の口で、そういう検査を行なっていたから検査漬けということになってどんどん増えてきたわけです。

ですからこれからは予防医学検査、未病検査のほうに目を向けることも大切ではないでしょうか。一方では患者さんに検査説明、相談を責任を持って行ない臨床検査を知らしめていくことが大事ではないかと思います。私は市民生涯教育講座で話をする機会があつたのですが、80名ほどの方々を前にして、臨床検査技師って知っていますか？と聞いたら2〜3名の方だけです。残念ながら……。笑)

そういうかたちで国民に、患者さんに対し、いま受けられている検査はこういうものですよということをアピールしていく。それを各々の現場で実践していくようにしないと、診療報酬点数の枠組みのなかで考えられてしまうと、なかなか難しいかなという気がします。

VII. 量の拡大は限界

寺岡 近藤先生がおっしゃった部分で、一つには



黒住 忠夫 社長

臨薬協調査では臨床検査薬市場はここ数年マイナスです。それから検査実施料の保険の支払い部分もほぼ横ばいです。1980年代の終わりに判断料が導入されたと思いますけれども、そのとき、検査実施料に約1兆2,000億円の保険が払われていますが、実は昨年もほぼ一緒の金額です。しかし判断料は約7,000億と約2倍になっています。結局、実質的に検査が今まで成熟してきたというのは現行の保険の仕組みのなかで材料費は下がっているのですが、量がこなされている。パイが増えずに量がどんどん増えて、われわれメーカーも量で売り上げを維持してきたというような現状です。だけどこれはすでに限界にきています。

臨床検査が業界、学会とも健全に発展し、医療に貢献しつづけるためにはこの現行の検査に関連する医療保険の仕組みを、学会も含めて業界と行政とが一緒になって真剣に考えていく時期にきていると思います。それからもう一つ、検査が見えないというのは、実は検査というのは患者さんにもドクターにも見えるのは検査データだけです。病院のなかで現実的に医療に従事している人が患者さんに接触しないのは検査部門ぐらいです。看護婦さんも薬剤の方も、患者さんに直に接するわけです。したがって臨床の先生方も検査データだけでしか検査が認識されていないということもあります。これは大きな問題なので、疾患別の標準検査を学会と一緒にやって啓蒙していく活動も検査薬業界としてはしっかりやっていく必要があると思います。最近はインターネットが普及していますので患者さんや一般の方々は手軽にそのような疾患別の標準検査にアクセスできるよ

うな工夫もできると思います。

また、患者さんや臨床医が希望する新しい検査はスピーディに使われることも必要です。それは必ずしも保険でカバーしなくてもいい仕組み作りが必要だと思います。

VIII. 臨床検査の役割

家次 方向的に言うと、いわゆる「evidenced based medicine」と言われていますけれども、医療過誤の問題も含めて、患者さんがセンシティブになっていて、インフォームドコンセントも含めてお医者さんに説明責任を求めるということが出てきています。このエビデンスを作っている一つの大きな部分が実は検査なんです。検査データが根拠となって誤診の判断や治療方法の是非等が問われることになるわけで、それだけ価値が高い。

さらにその診断だけではなくて、治療後においても副作用はどうなっているか、病態はよくなっているのか、効果があるのか等、これも検査の大事なところなんです。

このように、今後IT化も含めて evidenced based medicineが進んでくると、検査の重要性が高まってくることは明らかです。ですから、今のようないやり方で続けていていいのか、ということです。我々の装置の場合は精度管理がきちんとして行われているのかということが、場合によっては法廷で問われる可能性だってあるわけです。

今のように単にコストだけに注目して、機能や性能が同じなら安いものを買いたいという話のレベルになっていくと、非常に大きなリスクを負う可能性があるわけです。これは医療側だけではなく、厚生労働省の問題にもなってくると思います。

では実際に機器や試薬の性能は一緒かというところ決してそんなことはなく、感度のいいもの、高品質なものなどいろいろあります。そのために我々は研究開発に投資をしているわけです。ところがマーケットがどんどんシュリンクしていくという状況があります。従って、今後は検査の重要性の認識をさらに高めることが、まず大事なことでありと思います。

それから、もう一方で検査漬けの話がありました。が、むだな検査をすることのないよう、この検査の価値はいったい何なのかを明確にすることだと思

います。もっと言うと、例えばこの検査をしたから入院期間が短くなったということがある程度実証できれば、非常に価値があるし、逆にそういう検査を怠ったために悪化したというような比較はいくらでもできることだと思います。

先ほど朝山先生がおっしゃいましたが、標準的な検査や疾患によって必要な検査等いろいろありますが、これらが包括化されると、何がどうなってよくなったのか、あるいは悪くなったのか分からない。本当はもっと早く治っていたのにずいぶん手こずった、などが分からなくなって、これは問題があるのではないかと思います。

そういう意味ではわれわれ自身も検査の価値を認識することが必要です。また、アカデミアの先生方を中心として、検査の価値をきちっと言えるような状況にしていくことが大事だと思います。そして、さらに新しい検査を生み出したり、検査薬の質の向上を図るなどして、今まで分からなかったものが分かるようになれば、検査の価値も非常に高くなります。その結果、医療費の削減や、患者さんのダメージの軽減、入院期間の短縮などにつながるのではないかと思います。

ここまでコスト中心で来たら、ある意味行き過ぎているところがあると思います。いまこそそういう実証的スタディを、アカデミアの先生方とともに我々がやっていくことで検査の価値を高めることができ、これは非常に大事なことだと思います。

いずれにしても evidenced based medicine という話になってくると、絶対的に検査は重要だということは明確になってきます。今まではカルテに書かれているだけで、第三者にはよく分からなかったデータですが、これらが全部IT化になると、これはどうだったのかということが後で全部トレースできるようになります。

いま検査室にISOを導入する話もありますが、トレーサビリティが求められているということは、本当に質が高いかどうか問われるわけですから、いつまでもコスト優先というわけには行かなくなってきました。三菱自動車の例をあげるまでもなく、欠陥のある検査をすると大変なことになります。そういう問題がそろそろ起こるのではないかという気がします。そういう意味で、改めて検査のあり方、価値というものを考え直して、レベルの高いものに

ていく必要があると思います。

Ⅸ. 情報サービスとしての側面

坂野 今の流れをおうかがいしていると、まだ検査をものを前提として話されている部分とそうでない部分が少しずつ変わってきているところがあると思います。たとえば先ほど言いました、技術革新があまりないと言われた近藤先生のお話も、私は技術革新はあると思っています。なぜならば、項目とといったものの技術革新はないかもしれませんが、その項目の精度、あるいはそこから出てくるような情報量、あるいはメーカーの立場ではないですけれども、実際に検査をする検査室のなか、あるいは検査センターのなかでの精度管理、診療前検査など迅速性の部分、検査の単なる数字の結果だけでなく付加情報やコメントの発信など、要するに検査をものではなくてサービスとして見たときに、同じ検査項目を検査するに当たっても出てくるものはサービスとしては違う。

それがいま家次さんが言われた精度の安心さ、あるいは診察前に出るのか出ないのか。30分が出るのか、10分が出るのか。あるいはその結果の数字だけが出るのか、あるいは前回値も含めた何らかのコメントの情報も含めて出てくるのか。そういう部分でのオペレーション上のイノベーションの部分は実際にいま厳しいなかで、個々のなかでいま努力されている部分があると思います。ただ、いかにそれが制度としてきちっと反映される、あるいは評価されるような体制がないがゆえに、結果として、ある意味でやったらやっただけコストは高くなるけれども、収入は増えないという部分があると思います。

それは外注と院内検査の観点だけではなくて、同じ外注検査のなかでもいろいろなレベルがあると思いますが、それがいい、悪いではなくて、ちゃんとその違いが分かったうえで使い分けているかというところが、必ずしも情報が開示されていない、あるいはその違いの重要性が認識されていない結果として、一番見やすいコストの部分だけが判断基準になっている。それが結果としてすべての問題になっていると思いますので、まさに皆さんが言われているように、その部分をなるべく見えるようなかたちにする。

先ほど法廷の話もあり得るというのですが、たぶん日本の社会で一番手っとり早いのは、早く法廷の問題で1個、2個大きいものが出たほうが……。 (笑) その問題自体は非常によくはないと思いますが、ただ長い目で見ると変革を促すという意味では、一番手っとり早い方法かもしれないというぐらい、その動き方が、朝山先生が言われたように、ここ1,2年でどう変わっていけるのかということが、長い目で見ても非常に大切な時期に来ているのかなと考えます。

Ⅹ. 見えにくい有用性をどう表現するか

渡辺 私の印象ですが、臨床検査の価値を評価するものがなかなか難しく、臨床検査がよく理解されていないためにそれなりの評価を受けていないかもしれない。それはお金の面でも評価を受けていないし、またほかの面でも受けていないということがありますので、できるだけ有用性を認識させるようにしたほうがいいということだと思います。

それについて具体的にいろいろご意見もございましたが、私は医者なものですから、検査というのは患者さんにいかに有用かというのが一番ポイントだと思います。なぜかという、患者さんが病院に来るのは治りたいから来るのであって、患者の病気を治す、あるいはそのものに対して検査は何かということを理解して頂くのが重要です。例えば、患者さんが腹が痛いということで来て、治るまでに検査は何をやったか患者が分かる、つまりどこに検査の有用性があったのかというのが一番ポイントだと思います。検査がどうやって測っているのか、だれがやっているのか、それはいくらするのかとういことさえ分からないという状況ではないかと思います。

だから学会などで臨床的な検査の有用性をもう少しきちんと数値化するなりして何か明確に打ち出さないことには、検査の価値が見えないと思います。学問的には医学上の有用性をアピールしていかなければいけない。それが無いものだから、患者さんは採血されて来て、カルテをのぞいて、おう、こんなにたくさん検査をやっていたのかと気付いても、初めに説明がなくて自分はいくつ検査したのかさえ分からない。ただ血液を10cc抜かれますというので抜かれるだけなわけです。やはり検査の有用性をわ

れわれは何とかしないとだめです。

極端なことを言うと、検査の有用性があまりにもお金になっていない。うまいラーメンを食べたら、おいしいものにお金を出すのと同じように、患者さんは病気が早く治ればお金をたくさん出すということであれば、臨床的有用性の高いものは患者にそれだけペイバックしていますから、それはリーズナブルだと思います。

先ほど寺岡さんがおっしゃった、医療制度上の問題からもあると思います。そういうかたちになっていません。臨床的有用性で保険点数が決まっているとか、そういうのはないです。だからメーカーさんが言っている原価とか機械のお金だけで点数が決まっていますので、まったく臨床有用が評価されないというのは、われわれ医者としては残念だし、あんなに使われているのにみんなに顔が見えないという一つの原因ではないかと思います。

XI. 臨床検査のガイドライン

寺岡 渡辺先生に質問ですが、渡辺先生を中心に厚労省のDRGの研究会のなかで、疾患別基本検査ガイドラインを作られましたが、われわれ臨薬協とかACCJの活動としてもあの部分を今度はガイドラインとして、臨床医、患者さん、患者さんの家族、そして一般の人たちがいつでも目に触れることができる、調べようと思ったらいつでも調べられる。その調べる内容と同じものが、少なくとも臨床医の手元にあるというものを作っていこうと皆さんと今議論しているところですが、渡辺先生が作られたDRGを基にした診断のガイドラインは実際に利用する側の臨床医が今の医療制度のなかでそのガイドラインにかなり左右されるものなのでしょうか。

渡辺 なかなか難しい問題だと思います。今は臨床医は専門家の言うことを聞くんです。だからたとえば糖尿病の検査の使い方は糖尿病学会、血液疾患の使い方は血液学会、微生物感染症の使い方は微生物学会、リウマチだったらリウマチ学会が作っているガイドラインを参考にしがちです。だからそういうのではなくて、例えば発熱患者だったら血液疾患もあるしリウマチもあるかもしれない。そういういろいろな症候で来た場合にはどうするかとか、要するに縦割りではなくて横割りのものを作らなければい

けないと私は思っています。

しかも臨床検査の臨床的有用性を高める意味でも、疾患、あるいは症状によってどのような臨床検査が有用なのか、まず医者に分からせなければいけないので臨床検査学会からのガイドラインを作ったほうがいいと思ったのです。しかし、実際問題、ああいう横割りのものはまだ使われていません。だから今後使われていくようにならなければいけないと思います。しかし今からはそういうものを使っていたかないと、臨床検査がむだに使われる可能性もあるし、ここで使わなければいけないというものが使われないということで、法廷に出て行くかもしれないというものもあります。

測定することも大切ですが、この検査をしなければいけない、そしてこの検査結果を正しく評価して患者に伝えなければいけないという部分も臨床検査そのものがやっていかなければいけない時代になっています。その部分をもう少し強化しようと思って、いまわれわれやっているところですが、もう少し時間をいただかないと現状ではまだ難しいのではないかと思います。近藤先生はそのへんはご理解があるかなと思いますけれども、いかがですか。最低必要な検査とか、そういうもののガイドラインをある程度作っていかなければいけないと思いますけれども。

XII. 除外診断とコスト

近藤 検査のガイドラインの重要性についても寺岡さんのご指摘の検査の多くが除外診断に使われているということにも同感です。そこで、私なりに日ごろ考えている検査の価値ということについて話をさせていただきたいと思います。検査は先ず、診断のためのデータを出すことです。第2が治療の効果判定をするためです。第3が疾病の予後を予測するためです。診断は治療法を選択するためともいえますし、治療効果の判定も治療の選択に関係します。予後判定はそれによって医師も患者も何らかの選択をするために役立てます。つまり、検査はそれ独立で意味があるのではなく、何らかの行動を選択させるためであるといえます。何らかの行動を選択させるということは、間違った選択（リスク）を出来るだけ減らす必要があるということでもあります。こ

の観点にたつと検査が除外診断に使われていると立場が理解できます。最も効率が良くて、確定診断が出来る組み合わせは何かということになるわけですが、それが検査のガイドラインということになります。

検査の一つ一つを評価する方法に、感度と特異度とがあります。理論的には、感度と特異度の両方を上げることは可能ですが、実際にはトレードオフの関係にあります。ガイドラインにおいても同様のことが言えると思います。効率的、すなわち低いコスト、であることと、正確な診断ができることを同時に満足させることは難しいといえます。検査漬けという批判は、コストを無視して正確性を高める、違った言い方をすれば除外診断リスクをできるだけ下げようとしていることへの批判だと思います。しかし、私は薬漬けと検査漬けは根本的に違うと思っています。薬漬けというのはあるところを超えたら害になるんです。検査はすればするほど診断が正確になるはずだと思います。

ただ情報学というか判断学の知見からは似たような感度や特異度の検査をくみ合わせても意味がないという論もあるようなので、この辺はまさに検査医学の出番ではないかと思っています。だから検査漬けは基本的には悪ではない。ただ経済的に見たときに、どこまで安全性を追求するためにコストを掛けられるかという話です。

20年以上前に検査漬けの例として聞いた話です。水虫の患者に頭のCTまで撮影したということです。支払い基金の審査員が医師を呼んで聞いたところ、頭にだっかびの可能性があると考えたということです。これは、極端な例ですが除外診断とコストの問題を提示している話です。

検査医学会が出したガイドラインはある疾患を疑った場合の検査手順を示していますが、これはこれで意味があると思います。ただ、症状やある検査が異常値を示した場合の検査手順も必要ではないかと思っています。それをつくるに際しては、この組み合わせではどのくらい正確度、逆にいうと誤診断がありうるということも示しておかねばならないと思います。もし1万人同じような症状の患者が来た場合、どこまでやったらどうですというデータがない限りは本当はできないはずです。

それは渡辺先生がいみじくもおっしゃったのですが、現在のガイドラインは evidenced based testing

とか diagnosis ではない。consensus based diagnosis だ、consensus based testing だということでしたが、日本においては、たまたましかしたら外国においても、どれだけの検査をしたらどれだけ診断精度が上がるか。そこがないところがたぶん一番弱いところではないかと思います。

渡辺 実際 evidenced based diagnosis というのは非常に難しくて、私もいろいろやったのですが、臨床検査のエビデンスを得るのは非常に難しいです。だから例えば寺岡さんが来て、熱があつてちょっとだるいと言う。診たら肝臓が腫れていたというときに、じゃ、何の検査を一番先にやればいいのか何のエビデンスもないわけです。それでそれに詳しい先生が10人集まって、これだというコンセンサスで決めているんです。それしかないんです。それがふつうの今の検査の使い方のガイドラインになっています。だからそれはエビデンスがないと言って、ここを10年やったからできるかという、できない。非常に難しい。だからといってそれを放置しておく、医者によって検査の使い方がばらばらになってしまう。

確かにある道筋に入るわけです。その道筋のなかに入っていればいいのかというのがコンセンサスだと私は思っていますので、いちおうそれしかやり方がないかなというのが現状です。

そのガイドラインがさっきのご質問であつた、現在それがすぐ使われるかという難しい。やはり今後はそれをもう少しアピールして、寺岡さんたちの力や近藤先生の力も借りて、そういうものをもっと医者、あるいは国民一般に知らせていくことが必要だと思います。それがひいては国の行政とかいろいろなものに反映されて、その価値の評価が高くなると思います。われわれ医療の現場にいる医者としてはそういうかたちがもう一つかなと思っています。

XII. モノとプロセスのイノベーション

近藤 先ほどの坂野さんの話に関して言えばイノベーションにはいくつかのタイプがあつて、新しい物を作るという意味でやや停滞しているとは思いますが、ですけど、システムというか、組み合わせのイノベーションということでは、検査現場ではかなり

されてきているんです。ただ、それが経済的に評価されてきたとは言い難いといえます。たとえば診療前検査を導入しても評価は変わっていないんです。私ども報告速度を速めても受託価格にはほとんど影響しない。

ですが患者さんにとってというか、病院にとってみると、患者さんを引きつけるという意味では武器になっているわけです。一応はその病院の収入というか、病院の評価を高めてはいると思います。糖尿病外来で診療前にヘモグロビン A1C 検査をしないで外来診察をするような病院には患者さんは集まらなくなっています。そういう時代が変わったと思います。

一昨年から使われだしたインフルエンザの迅速検査は方法論的には画期的なものではないと個人的には思っています。メーカーさんに言わせると怒られちゃいますけど。その後、インフルエンザの抗ウイルス剤が使われすぎたという問題は別にしても、この検査によってインフルエンザかそうでないかがすぐに分かることになり、患者さんに大きな安心をもたらしました。

この例は物とプロセスをあわせたイノベーションの話だと思います。そういう意味では検査現場において決してイノベーションがないわけではないけれども、やはり物のほうが大事です。私どもはイノベーションで言えば、朝山先生のところと同じくサービスイノベーションを目指しています。

朝山 そうそう、サービスですよ。

近藤 サービス提供者はイノベーションをしない限り生きていけない。ですけど物作りは物のイノベーションがない限り、やはりいけないのではないかと思います。

朝山 結局、物のイノベーションが出来たときに、使う側として先ほど私が申し上げたように、取捨選択をして、極端に言えば、ほとんど使われていないようなものは思い切って捨てる。そういう覚悟で入れ換えていくことをしないと、上積み、上積みでしょう。実際に現在検査項目が何もかも入れると千余りありますけど、一つひとつに点数が付いている。付いていて、なおかつ包括化されているわけでしょう。これも制度上の問題でおかしいと思われませんが、やはり思い切った改革をしていかないとけない。

近藤先生がおっしゃるように、検査センターにしても医療・臨床検査はサービスです。私は現場でいつも言うのですが、確かに臨床検査そのものは進歩しサービスも受けてきた。しかし、患者さんに対してのサービスはどうか？検査部でこのところをきちっと行なうことが出来ていたら、間接的に病院（医療施設）が潤うわけでしょう。そうすると臨床検査部は、私は「生き残る」という言葉は好きじゃないけど、「勝ち残れる」わけです。ですからこのところで臨床検査関連業界はどうするのかということとを真剣に考え実行しないと共倒れになってしまう可能性があるということです。

XV. 検査のブレイクスルー

渡辺 だからさっきぼくが言った、MRI とか、ああいうブレイクスルーがないと大きくは行かないです。確かにそういうサービスでは坂野さんがおっしゃっているけど、本当の臨床検査がボトムアップしてぐっと行くには新しい……。

朝山 新しい大きな動きですね。

渡辺 大きな新しい画期的な検査ができて、一つひとつの疾患がそれで分かっていくようなものができれば、例えばレントゲンなんか撮らなくても分かってしまうわけです。これは脳梗塞だと分かる物質が出るとか、そうなればスクリーニングで MRI は撮らなくてもいい。そのぐらいのものが出ないとボトムアップに持っていく価値はないということです。本当のファンダメンタルな部分が一番大切です。それはメーカーさんだけでなく、恐らく臨床検査医学をやる人間がアイデアとか、知的なものを出し合っていかなければいけないと思います。

ですからわれわれも大いに反省はしているのですが、だからといってノーベル賞ものはなかなか難しい。(笑) CT スキャンだって MRI だってノーベル賞ものです。皆さん方もわれわれがそれをできるようにサポートしていただきたいと思います。

アメリカというのはお金も企業とかいろいろなところから入ってきて、ベンチャービジネスができてきます。そういうインフラが非常に整っているの、われわれから見るとうらやましいというところがあります。お互いに、お前が悪いというのではなくて、(笑)皆さんでやっていただければと思います。

近藤 ものでも CT, MRI というのはまったく新しいものですが、前からあった、レントゲンにしても超音波にしてもかなりデジタル化されて使い方が一新されています。デジタル化すると現場ですぐ見られるので再撮影が必要かどうかすぐ分かるし、保存も格段に楽になります。デジタルという新しい技術が古くからある放射線撮影に新たな付加価値をつけた例です。超音波による画像診断も 30 年くらい前からありますが、今の超音波は精度が非常にいいわけです。画期的な技術でなくても部分部分はかなり変わってきています。

詳しいことは分かりませんがシスメックスさんが作った最初の血球検査や血液像検査と比べれば、現在の機器はずっとよくなってきているのではないのでしょうか。また、栄研さんの LAMP 法はノーベル賞ほどではないでしょうが、全く新たな利用方法が考えられる遺伝子増幅法だと思います。このような技術をどのように製品化するか。そして現場で使ってもらえるようにするかということであれば、まだまだイノベーションの種はあると思います。

渡辺 ぼくはちょっと違った意見になるかもしれませんが。なぜかという、ぼくは検査データを使う側だから。つまりその機械がいくらよくてもあまり価値が……。たとえば私が 20 年前、シスメックスのカウントで出たものと今出たものとどう違うかという、あまり変わらない。なぜかという、赤血球数がいくつ、ヘモグロビンがいくつ、白血球の好中球がいくつと出てくるだけなわけです。そうじゃなくて、患者の診断にもっと新しい角度からの検査があって、それによって、今までは分からなかったようなスペシフィックなものが出るというふうなもののほうが、医者も患者さんもハッピーになる。それによって、こんな検査ができたのかというものがあるほうが、イノベーションという意味ではいいのかな。司会者がこんなことを言っではいけないかもしれませんが。(笑)

近藤 血液像で言えば以前は最終的に人間が確認しなければならない割合が、2 割 5 分とか 3 割あった。それが今は、仮に 5% になったとすると 5 分の 1 位に省力化されたことになる。また、95% はすぐに診断に使えるということから患者のために意味があるのではないと思うんです。

渡辺 5% ぐらいがスペシフィックな変化なんで

す。白血病とか、あとは類白血病反応とか、そのへんはファジーな臨床診断であって、それが分かっても分からなくても、CRP とかほかのもので分かっちゃうわけです。だから結局、ぼくは血液の専門だけど、シスメックスがいい、悪いと言ったら、シスメックスはすばらしい機械を作ってますよ。(笑) そういうことではなくて、私の言っていることは、もっとファンダメンタルなものの事です。

確かにいま近藤先生がおっしゃったことは、時代と云ったら、服だってネクタイだって時代とともにどんどんよくなることは確かであって、そのぐらいの上がり方ではないかと私は思っているわけです。自動車だってよくなる。前のぼくらが交差点で動かなくなって手で押していた自動車より今はいいだろう。それはそうなんですけど、それよりも電気自動車とか、空飛ぶ自動車みたいなものが欲しいわけ。それを言っているわけです。

家次 それはやはりライフサイエンスではないのでしょうか。圧倒的に方向が違う。まさに確定診断ができるという話です。ただ、20 年前と今を比べると、メーカーの立場からすると、明らかに違うだろうと思うのですが(笑)。そうでないとこれだけの開発投資の意味がないということになるのです。

いずれにしても今まで分からなかったこと、できなかったことができるようになるということは非常に大事なことであり、メーカーとして大事にしていることです。それはすぐにお金になるからという話ではなくて、将来的に何かに有効活用できるかもしれないという思いでやっています。

一つは経済的な問題が大きいのですが、要は今のままでは開発費が出せないという状況になってきています。それよりコストダウンすることにフォーカスし、いかに安くできるかということが重要になってきているのです。だから価値を生むような話ではなくて、あそこよりこのほうが安いから変えるという話になっていくと、ばかばかしくして研究開発などやっつけられないということになります。

XV. 日本は特別か？

家次 それともう一つ、今日はお二方、外資系の方ですから申しますが、外資系はそういう意味でグローバルに展開されていますから、ここでちょっと

我慢しても、他のマーケットでビジネスができるわけでは。ところが日本企業が日本市場だけでやっていると、根絶やしにされそうなのがあるわけです。

寺岡 必ずしもそうではないです。坂野さんの言い分もありますけど、たとえばわれわれのケースを見ますと、製薬部門とかメディカル部門とかいろいろな部門がありますが、残念ながら診断薬の利益率はもっとも悪い部類に入ります。したがってグループ企業のなかでの投資効率からいくと、診断薬は厳しいです。投資をこれから続けていくことに関してはもっと違うところに投資を向けたほうがもっと投資効率がいいと判断されます。

朝山 それはあるでしょうね。

坂野 あともう一つ、これはどの外資系でも共通した認識だと思いますけれども、家次さんも海外事業を持っていられちゃいますのでご存じだと思いますけれども、日本の診断薬の利益性は海外と比べて明らかに低いわけです。確かに外資系は体力はあるかもしれませんが、責任を取るのは私たちが首になるぐらいで終わると思いますけれども、(笑) 逆に……。ここはカットですね。(笑) それこそ投資効率を国別にランキングしますと、日本がアルゼンチンより悪いのがずっと続いていてなかなか超えられないのですが、それを見ているとやっぱり力が抜けます。

そうすると、ある意味では日本の医療は欧米の収益性で投資をした製品をもらって、その他大勢の1か国としてその技術を運用しているという、とても悲しい……。外資系がどうのこうのではなくて、日本人としてこういうお金の使い方を……。内需だとか財政危機とかありますけれども、財政危機だからこそ内需を拡大するのであれば、道路を造るより私は医療費が3倍になっても、看護婦さんが、たとえば2倍いるだけで世の中は喜んで税金を払うと私は思うんです。私は少なくともそういったもっと抜本的なお金の使い方。日本の国でどうやってお金を使っていけばいいのかというときに、今のまま予算を増やすと、なんとなくむだなところに行きそうだという、国民全体の信頼を医療として勝ち得ていないというところが、もっと基本的な遠因としてあるような気がします。

朝山 それがこれでしょう、最初に貰ったレジュメの中の医療費30兆円なのに、高々診断薬は3,000

億しかないのです。100分の1ですよ。臨床検査というのはものすごく価値があって、重要で、必要だと皆が理解しているのに、これだけの金額しかないということは、まさに何をか言わんやということです。

XI. 国民に顔の見える臨床検査にするために

渡辺 だから非常にアピールが足りていないというか、正当な評価を受けてないんですよ。ぼくはいつも思うんだけど、臨床検査を過大評価して頂く必要はないと思っていて、ごくふつうに患者さんにどのくらい役立っているかを測っていただければよろしいと思います。そういうところがやっぱり少し足りないのではないかと思います。

では実際にそういうことをやっていくうえで具体的にはどういうことをすればいいかということをお話いただけますか。いまいろいろ暗い話ばかりだったのですが、(笑) 今度はこれを打破する将来のことをお話ししたいのですが、どういふうにこれを具体的にやっていけばいいのか。

家次 技術とか性能という話がありましたが、今の医療制度のまま30兆円で何とか抑えたいということですが、本当にそれはみんなが望んでいることでしょうか？ 昭和30年代中頃から40年代にかけては非常に有用だったシステムでしたが、どちらかというと下を支えるシステムで、よく言われるセーフティネットのようなものです。それが実は上を抑えてしまっていて、もっとこんなことをしてほしい、もっとこうしたいということを全部させないようにしているところがあるわけです。全体の満足を志向しているとでも言いますか。世界第2位の経済大国で、豊かな国で、海外から見るとお金持ちが多いと思われる日本ですが、医療制度はみんな我慢なさいというレベルになっています。それでどこにしわ寄せが来ているかというと、我々をはじめ医療関係者にもものすごいしわ寄せが来ているのです。お医者さんも含めて、そういう方々の犠牲のもとにいろいろなことがなされての30兆円と言っているわけです。これはおかしい話で、それであればもっとお金をを出していただきたいという話です。

全体的には満足じゃないかといわれますが、今はそうじゃない。今はみんなそれぞれ満足度が違うわけです。状況もそれぞれ違う。もっと言うと、いま

年金問題で老後はどうなるのかと議論されていますが、医療はもっと深刻です。本当に今の形のまま続けていけるのか、続けられなければどうなるのかという話です。今は残念ながらお金を出すすべがないというところが一つあります。

ですから制度的に変わると、検査の意味合いも少し変わってきて、もっといい検査をしてほしいという話が出てくるということがあるでしょう。

また、制度面から言うと、糖尿病検査は年率14%程度伸びているでしょうか。今やメーカーにとっては生化学と同じくらいになっているわけです。グルコース1項目と生化学全体が同じくらいのマーケットになっている。こんなばかな話があるのかということです。

医学的には圧倒的に生化学が有用だと思うのですが、個人に直結しているということで、経済的にはこういうことになっています。ですからこれも制度の問題ということです。

我々はメーカーとして何をしなければならないかという、機器の開発にあたっては患者さんにできるだけダメージを与えないもの、例えば血液を採らなくても検査ができるようにしていきたいとします。それからできるだけ分かりやすくしていきたい。多くの検査項目があって何のことだかさっぱり分からないというのではなく、自分にとってこれとこれが大事だということを、患者さん自身がよく理解していただけるようにしていく、そういうことも大事なことだと思います。いずれにしてもこの検査を受けておいてよかった、これで自分はよくなったと認識できるようにすることが大事だと思います。

今、ダイエット市場が非常に大きなマーケットになっています。猛烈なお金を使って、これだけやせたということが確認できる。ところが自分の健康ということになると、これだけやったからこれだけデータがよくなったということが実感できないわけです。そういうことがこれからのホームヘルスケアも含めてのターゲットだと思います。

ただ、注意しないといけないのは、ダイエットと違って、お医者さんにきちんと指導してもらわないといけないということです。ダイエットは、やせたかやせてないか明白になりますが、健康は悪化しているのか、よくなっているのか分からないところがありますので、我々としてはもう少し幅を広げて

やっていきたいと思っています。

それからもう一つは、先ほどもちょっと出ましたが、患者さん、国民にもっと知ってもらおう努力をするということです。

いま健康雑誌がよく売れています。知り合いの医師もそうですが、データにセンシティブです。私の今のデータはこうだ、と意識しているわりには、検査の顔が見えていない。ですから、もう少し国民に対し、我々はこんなかたちで、こういうことをやっているということを、分かりやすくアピールすることが非常に大事ではないかと思っています。

XII. 患者さんへどうアピールするか？

渡辺 国民にアピールするということでは坂野さん、いかがですか。具体的にどういう方法があればいいか。

坂野 一つの例ですけれども、私が実際に病院に行ったときに、あ、そうかと思ったことがありました。病院薬剤師会の方々がとても厳しい状態にあるというのは時々うかがうことがあって、実際に病院で薬剤師がこういうことをやっていますということを患者さんにアピールする文書を作っている病院がありました。待合室ですと、どっちみち時間を待たないといけないし、しかも実際に自分が病人として、あるいは家族が病気で来ているわけですから、そういう情報には一番センシティブになっていると思います。

そういう意味では国民といってもいろいろな職業の方、いろいろなステージの方の合計が国民だと思いますので、一つは、実際に今の患者さんの方々に対してどうきちんと説明なり情報発信していくのが一番身近な部分ではないかと思っています。

渡辺 朝山さん、実際に検査をしていて患者さんの目に見えるところでの臨床検査を、一生懸命アピールしているつもりなのが、アピールが足りないということですが、これ以上何か……。

朝山 臨床検査が患者さんに見えるというか、国民に見えるということでは個々の人達はけっこう努力しているわけですが、それはあくまで個々の努力だけで自己満足的になっていることが多い状況です。やはりこの業界全体としてどうするのか。たとえばいま家次社長がおっしゃったように、患者さん

はいま情報過多の時代ですから、コンピューターに触れる人はいくらでもいるわけですし、医学に関連した物の情報も得ることが出来ます。

私の施設では実際に検査相談室を作って情報提供しているのですが、患者さんは、先ほども申し上げたように、検査を受けることは分かっている。ただどういう検査なのか、その中身が分からない。そのときにきちっとそれが解かるように説明をしてあげることによって納得されるわけです。そうすればその患者さんはリピーターになるわけです。そのことで間接的に病院が潤うことになる、あるいは検査技師の存在が分かるわけです。そういう一つの第一歩。

もう一つは、先ほどから話が出ていますように、薬漬けは確かに害になりますが、検査漬けとか、いくら採血しても害にはなりません。当然ですが、採りすぎはダメですが（笑）、薬のように直接ではないですが、間接的にこの検査をしたからこういうことが分かりましたということです。たとえば健康診断も十分普及はしているけれども、それに対しての説明は不十分なことが多いから、国民は理解しがたいわけです。そのあたりのところからも攻め口はあると思います。

あと一つは、いま特に POCT が盛んに論じられていますけれども、今の自動分析機というのは機器が大型化し、マスで対応している。搬送ラインがそうです。しかしこれは一部の大規模施設では可能なことでしょうが、これからは POCT を考える時期だと思います。POCT も単一ではなくて、フレキシブルにしておく。そして病棟ごと、あるいは患者ごとの検査できるようにする。

たとえば病棟の場合、消化器疾患の患者さんがいる病棟と外科疾患がいる患者さんの病棟では当然個々に違うわけです。ところが今までは同じような検査をしていました。どこの病棟からも肝機能検査が出てくるけれども、本当に Point of Care というのは、個々の患者に対しての検査。言い換えれば、いま論じられているオーダーメイド医療あるいはテーラーメイド医療かも知れません。ただオーダーメイドとかテーラーメイドというのは遺伝子医療というものに直結したようなかたちになっているのでもう少し広範囲で見る必要がある。私は、POCT を実践していくうえでメーカー各社にそういう機械を開発しませんか、あるいは試薬を開発しま

せんかという提案をさせてもらっているのです。そして臨床検査技師の立場から患者さんに接する機会として POCT を実行していくことで「顔の見える臨床検査」になるのではと……。

渡辺 この件に関してお二方はほかに何かご意見ございますか。

寺岡 基本的にはわれわれ臨薬協や ACCJ の活動として、基本的な疾患別のガイドライン作りはやりたいと考えています。資格試験をとって活動している体外診断薬の営業マンは約 3,500 人います。この人たちが全国のお医者さんにそういうガイドブック、小冊子を 2～3 年に 1 度ぐらい改訂版を定期的に配布していく。それをまた患者さん、患者さんの家族がアクセスできるようなホームページがあって、それが先ほど言われたいろいろリスクの問題、裁判の問題の認識が高まってくれば、当然一般の人の認知は高まってくると思います。

もう一つ、典型的な例が、昭和天皇の前立腺癌で、そのあと PSA がものすごく出た。私も年 1 回、会社からの健康診断に行くのですが、PSA を追加でしませんかとポスターが張ってありましたので、もちろん私も PSA を追加でやりました。うちの社員に聞くと同じような年齢の人は自分で追加のお金を出してほとんどの人が検査をします。

高齢化社会になってきたので、マスメディアを通じたピンポイントのアプローチも必要でしょう。

渡辺 近藤先生、特にございませんか。

近藤 天皇陛下の話は私どももボリュームが増えました。PSA は誰かが意図的に宣伝したわけではなく、結果として関係するメーカーやセンターに好影響を与えたわけです。そういう意味ではどういうやり方が良いのか分かりませんが、一般的にマスコミ、中でも新聞を利用できるとよいと思います。

製薬メーカーの例ですが、老人が多い内科診療所にいきますと肺炎球菌のワクチンを勧めるポスターが貼ってあります。整形外科へ行くと、骨そしょう症と検査の説明パンフが置かれています。肺炎ワクチンは自費になりますが、骨粗鬆症だと場合によっては保険扱いになるかもしれません。臨床検査についても関係団体が協力して何かをアピールすることが可能ではないかと思いますが。

もう一つは、診療報酬という経済的なアピールをどうするかです。既存保険項目はすでに実勢価格と

いうか、外注コストで決まるので業界で何とかすることは出来ません。そうすると新しい検査の保険点数については戦略的に考えないといけないと思います。

現実に私どもは新しい検査を過去数年ずっと見ていると、検査原価の材料費比率は新しい検査ほど高いんです。メーカーさんとしては、どのように保険点数の交渉をしてきたのかと疑問に思うことさえあります。薬価の場合は類似薬効方式というのがあります。類似薬効方式では採算が合わないようであれば、オーファンドラッグの指定を願い出ることもあるようです。あまり安くつけられるのであれば、保険適用は結構ですといったら行政も少しは高くせざるを得なかったという話を聞いたことがあります。臨床開発の段階からどのように保険点数をつけてもらうかという視点が欠かせないのではないかと思います。

基本的に国民は検査の重要性は知っていると思います。顔が見えなくてもそのことを知っています。その顔を見せたいというのはメーカーなのでしょうか、それとも検査技師会さんなのか。はたまた検査センターなのか、または検査医なのかによってアピールの仕方が変わってくると思います。みんなアピールしたいと言ってもそれぞれの立場が違いますから、簡単には成り立たない話だと思います。

XⅧ. 臨床検査振興協議会の設立へ

渡辺 ではもっとどうするかというのは具体的には6団協とかいろいろありますけれども、(笑)この間臨薬協のほうでそういうお話が出て、私もいろいろお話しさせていただいたのですが、寺岡さん、現在どうでしょうか。団体でこういう臨床検査のアピールとか振興をやっていくことが具体的にできるかどうかということです。そのへんは臨薬協の立場のほうで、ちょっとお話しいただければと思います。黒住さんのほうからもそのへんのお話もしていただきたいということですから。(笑)

黒住 過去の経験を引きずっているものですか。(笑)

寺岡 もともとスタートはACCJの活動として、特に、坂野さんと一緒に昨年の初めぐらいから頻繁に診療報酬の今年の改訂に向けていろいろなアピールを厚労省にできまして、やっと話を聞いてくれ

るという状況です。ただ、厚労省を説得するのもいろいろ難しい話で、例えば、渡辺先生のところの慶應大学では、制度として診察前検査を実施することで入院期間が非常に短くなったというデータがあるわけです。

その話を厚労省にすると、検査でそうなったのではなくて、みんなが努力したんじゃないかと。そう言われると、どこまでエビデンスを出せばいいのかというところにまでなるわけです。だけど粘り強くやっていかなければいけないということで、今回、ACCJと臨薬協が協力して、検査医学会、特に会長の渡辺先生にお願いして、いわゆる臨薬協のなかで臨床検査振興会という一つの協議会を作り、それを窓口としてやっと厚労省と定期的な勉強会が始まりました。またもう一つの活動としては、ガイドブックも含めて一般への認知。臨床医、患者、一般の人への臨床検査のアピール、そして、行政に向けての制度的な話し合いを今後の活動の2本柱にしたいと思っています。

そのなかで、スタートは臨床検査振興会という形で、ACCJ、臨薬協、検査医学会で始めましたが、今後は関連団体とも共同で活動したと思います。ただ一部、微妙に利害が違ったり、興味のあるテーマが多少ずれてきたりする部分もありますので、そこはそれぞれの団体で興味のあるテーマは自身でやっていくということだと思います。

そのようななかで厚労省との第1回の勉強会が4月23日に開催されました。来年の3月まであと6回やろうということで、これは臨床検査薬業界にとっては初めてのことです。厚労省のほうも2006年の大改正に向けて、臨床検査の部分は今まであまりにもほったらかしにしてきという認識があり、やっと一緒に臨床検査について勉強しようという機運が高まってきたところです。

この勉強会を通じて臨床検査の実態に共通認識をもち、日本の医療の制度、福利厚生サービスの一環として国が管理するという原則論の枠のなかで医療制度における臨床検査の位置付け、しいては保険償還のあり方について深い議論ができればと希望しています。2年に1回どうなるか分からないというか、また下がるのが予定されているような制度にならないように、臨床検査というものが産業としても成り立っていけるようなかたちで、その制度をどうし

ていくかということと一緒に考えていきたいと思っております。

Ⅷ. 今後の課題

渡辺 それは臨薬協を中心に学会、あるいは場合によっては近藤先生は日衛協だけではないとおっしゃっていますが、日衛協や日臨技の人たちも一緒になって、6団協というのはあまり機能しなかったもので、その反省も踏まえてやっていただければと思います。確かに行政に対するアピールとか、臨床検査そのものの国民へのアピールだというのは、各団体共通しているものがあると思いますので、それはやっていかなければいけない部分があると思うので、皆さんがやっていければよろしいかもしれません。それが臨床検査の現状から将来へ飛躍するうえで少しでも役立てばいいのではないかと思います。

2時間で終わりたいと思いますのであと15分ぐらいでまとめるのは難しいのですが、皆さん方のご意見を聞きますと、現状は経済的には少し低迷しているであろう。ただ近藤先生がおっしゃいましたけれども、臨床検査そのものは数が減っていることなく十分使われている。私もわが国においてはアメリカよりも1人の患者について臨床検査をやる頻度は高いと思います。だけどどっちがお金を払っているのかというと、アメリカの患者のほうが少ない臨床検査に対して高いお金を払っている。それは有用性を意味して払っているということですから、要するに物ではなくて、診断の付加価値に対して払っていると思いますので、そういうこともやっていかなければいけないと思います。

臨床検査に関しては実際の評価をきちんとしなければいけないということが今の皆さんのお話を聞いて分かりました。それに対してどうすればいいかというのは、国民へのアピールに関しては、きょう皆さんがおっしゃいましたように、あらゆる手段を通じて分かりやすい、特に患者さんを通じていろいろな情報を提供すべきです。病院では個々にいろいろやっていますが、それをある程度具体化するためにはもう少し幅広いかたちのものが必要かもしれません。

あとは行政へのアピールですが、これはなかなか難しいです。いま寺岡さんがおっしゃったようなか

たちで、臨床検査業界全体を合わせて行政へのアピールのための組織作りをしてやることも一つではないかと思います。

学問的には臨床検査のガイドラインですが、これはどういう場合でも、どういう疾患でもガイドラインを作って、広く普及させなければいけないと思います。学会を中心にして、皆さんの協力を得てやっていかなければいけないと思います。

新しい検査については、これは近藤先生とちょっと違ったかもしれませんが、新しいブレイクスルーとなるリサーチを行うのは、臨床検査医学の発展に非常に重要だと思います。メーカーさんのテクノロジーの発展も非常に重要だと思いますので、そういうことを通じて今後やっていかなければいけないと思います。

また、家次さんがおっしゃった、トレーサビリティとかグローバリゼーションも大切です。われわれの臨床検査は例えば測定方法や測定値などにひもがついていませんから、国際的にもきちんとしなければいけません。ISO、あるいはトレーサビリティも含めて国際的なかたちにひも付けするリライアブルな臨床検査をやっていかなければいけないと思います。

いろいろありますけれども、いま言われたようなことをぜひ皆さんで具体的に行動していただいて、あまりけんかしないで仲良く、ぜひ協力しあって、本物のかたちにさせていただくことを私は強く希望したいと思います。

最後にお一方ずつ、今まで言っていないこと言いたいことをぜひ言っていただいて終わりにしたいと思います。では寺岡さんからよろしくお願いいたします。

寺岡 すでに言い尽くしましたが、これのまとめになるのですが、やはり二つです。ここ1、2年で自分のところの会社の仕事を一生懸命やりながら、せっかくこの業界でお世話になってきたわけですから、診断のガイドライン、疾患別ガイドラインを業界挙げてきっちりとしたものを、全国どこでもそれが行き渡っているというものを、われわれ業界の3,500人の営業を通じて配布していきたい。特に栄研さんで非常に印象に残っているのですが、私が実際に営業に回ったときに、栄研さんの検査の小冊子がありました。栄研さんが作っておられた「検査

データの読み方」。私はあれで一生懸命勉強しました。あれは全国に本当に行き渡っていて、あれと同じようなもので一つそういうものを作りたいということと、それと行政です。

行政のほうも臨床検査の団体と話をしようというのは初めてで、今までまったく門前払いだったわけです。それから今回3月に日米のモス協議があって、その報告を私は昨日見たのですが、いろいろな項目が入っています。そのなかの一つの項目に、アメリカ政府が日本政府に言って、日本政府がそれを議事録としてとどめていることの一つに、体外診断薬と画像診断薬については正式に厚労省との定期協議のなかに業界団体を含めると明確にうたわれています。外圧も含めいろいろなかたちで業界から声をどんどん挙げていくべきだということで、がんばりたいと思います。

渡辺 どうもありがとうございます。では家次社長、お願いいたします。

家次 今の話からいくと、外圧でないといけないというのは非常に具合が悪いということです（笑）。それから我々企業のレベルから言いますが、若干批判になってしまいますが、厚労省のやり方は少々乱暴なところがあります。たとえば検査薬を決めるにしても、一番競合している価格を標準の値段と認識されていますが、これはおかしい話です。その意図は何かというと、単に値段を下げたいということです。だから検査の価値や、どう大事かという観点ではなくて、どれだけそこでコストを下げられるか、30兆円をどう守れるかというレベルのところで見ている。国民の関心が非常に高い医療に対して、もっと配慮があってもしかるべきと感じます。

もう一つの観点は、ISOの導入問題等が出てきますが、こういうコストをどこで吸収するのかという話があります。実際問題として、ITも含めて新しいものは保険点数のなかに何も入っていないわけです。ずっと今の保険点数制度でやってきたので、新しいものはなかなか認められにくい状況です。ところが一方ではグローバルスタンダードだけではなく、トレーサビリティで問題があったときに、一番ダメージを被るのは実は病院であり、患者さんです。

そういう医療の一番大事なところに対して新たなものが使えないというシステムはおかしいわけで、そういうものが許容できるようなものにしてもら

ことが大事だと思います。独立行政法人化で少し期待していたのですが、なかなかそういう状況になっていかないようです。将来の検査とか医療を見据えて考えていかないと、現状はこうだというレベルで議論をしたらいけないという気がします。

渡辺 どうもありがとうございます。坂野社長、お願いいたします。

坂野 1点だけですが、いろいろな行政の制度の部分がいちいち部分の制約になっていることは確かだと思います。それを変えていくことの一番の基本は国民の知識、認識だと思います。確かに検査は重要だということは理解は進んでいるかもしれませんが、とても残念なのは、たとえば院内感染の問題が出たという事故の話が社会面のこちらに書いてあって、その隣に、微生物検査十数パーセントダウンと書いてあっても、それをつなげて読むような記事なり意見は何も書いていないわけです。

渡辺先生が言われたように、べつに業界のため、あるいは一メーカー、あるいは臨床検査の特別な利益のためにというよりは、正に理解していただいたときに、いま私たちがどのくらいの医療の危機に直面しているのかというのをきちっと理解していただくだけで、私は今のいろいろな環境面の半分ぐらいは解決できる部分が出てくるのではないかと思います。逆に言えば臨薬協も日臨技も、医学会のほうは分からないのですが、それぞれの段階が過去10年間、いい時代があったんでしょうか。私はいい時代をあまり経験していないのですが、（笑）その時代にためたいろいろな資産を、逆に言えばこの1、2年間に全部使っても……。広報などで理解を深めるような活動にいまお金を使わなかったら、もう使うときにはないような時代になってしまうのかなというぐらいの、ここ1、2年で活動を強化していくことが必要かと思います。

渡辺 臨薬協の社長さんのテーマで主にやってまいりましたけれども、きょうのお話を聞くと、われわれ検査部の人も検査センターの代表ではないかもしれませんが、近藤先生個人もたぶんみんな同じような考えだと思いますので……。

朝山 一緒だと思いますよ。

渡辺 ですから最後に言いたいことを言って終わりたいと思います。よろしくお願いいたします。

朝山 寺岡社長さん達の振興会なのですが、先ほ

ど近藤先生がおっしゃられた6団体は有名無実なところがありました、今でもそう思えるのですが。ですから振興会には本当に時代を動かすというか、変革するときに日本というところは考え方が平等になっている。国民皆保険がまさにそれだけ。医療の本質を考えたときに差別ではなくて、区別をしなければいけないのではないかと思います。ですから厚労省が入ってそういう振興会を作ったときに、当然臨薬協の各メンバーが入っています。やはり弱いところ、強いところがある。そこを平等にするのではなくて、区別をするということで対応していただきたいですね。厚労省から見たときに「一派からげて……」ということにならないようにと思います。臨床検査業界の臨薬協、臨薬卸協、臨床検査医学会、技師会も個々でなく一つになっていかないと、会を作りました、議論をしましただけではいけないと思います。

それとやはり実践だと思います。個々の施設なり団体が実践をし、見せるということをしないと。私は、いつももう議論の時代ではなくて実践の時代だと。検査技師の皆さんにも言うのです。とにかく一歩踏み出していろいろ行動してくださいと。正にそれではないですか。

学会も、私は個人的には一つにしようと渡辺先生に申し上げているのです。一つになれば、相手もそういう目で見てくれますから。個々の団体で行なっても難しいでしょう。だからここ2、3年が勝負だというのは、そこだと思います。

次の世代が活躍できる道筋を作っておいてやらないと、若い人達というと語弊がありますけれども、次代に続く人は必ず先輩たちのことを、良く思うことは少なく愚痴の出ることのほうが多い。そういうことが少しでも緩和されるように私はやりたいと思っています。

渡辺 どうもありがとうございました。では最後に近藤先生、よろしくお願いいたします。

近藤 私どもは物を作っているわけではなくて、サービスをしているという意味では朝山先生と同じ立場です。そのなかで行政が保険点数を改定する際には実勢価格を基準としていますので、この点は非常に責任は感じているわけです。これは1社だけでできる部分とできない部分とありますが、それなりの努力はしていくつもりです。検査機器・検査薬を使う立場で言いますと、繰り返しになりますけれども、メーカーにはブレイクスルーを期待しています。このような製品でないと、日本では売りません、海外で売りますとは言えないでしょう。寺岡さんではありませんけれども、海外から逆輸入させるくらいの気概を持たないといけないでしょう。日本のマーケットだけを対象にするメーカーでは今後存続が難しいかもしれません。

私どもセンターは保有資源を最大に活用して患者さんにアピールしていきたいと考えています。そのことで、国民に臨床検査が医療においてさらに必要であるということを広めていきたいと思います。

渡辺 どうもありがとうございました。いろいろご意見が出ましたが、ちょうど2時間になりましたので、これできょうは終わりたいと思います。先生方、社長さん方どうもありがとうございました。これを糧に今後臨床検査も協力してがんばっていききたいと思います。どうもありがとうございました。

黒住 どうもありがとうございました。

事務局 本日は長時間にわたりまして本当にお疲れさまでございました。私も端のほうで聞かせていただきまして、非常に興味ある話題を聞かせていただきました。本当にありがとうございました。

(2004年6月16日収録)