

AMDD Vol.3

NEWSLETTER

AMDDニュースレター

CONTENTS

- 各病院に普及させたい「診療前検査」01
 ポーター教授の「医療戦略の本質」をめぐって 02
 Patient's Voice
 素早い搬送体制が不可欠な脳卒中 03
 Medical Journalist Viewpoint
 身体にやさしい医療は患者の願い 03
 第15回メディアレクチャー開催 04
 Value of IVD
 適切な検査を、適切な時期/場所で 04
 AMDDの第1回総会開催 04

各病院に普及させたい「診療前検査」

「診療前検査」は医療経済面でも有効といわれます。そこで長く臨床検査にかかわってこられた帝京大学医学部附属病院の宮澤幸久副院長（臨床病理学教授）に検査体制の整備などについてお話しいただきました。

先進医療技術を用いた病院の検査体制のおかげで、疾患の早期発見や的確で効率的な治療が行えるようになりました。中でも最近注目されている「診療前検査」には、結果を知るための後日の再診が不要になり、診療側にとっても患者さんにとっても大きなメリットがあります。これは、外来患者が医師の診察前に血液検査などを受け、医師は検査結果を見ながら診察する方式です。

そのためには医師は診療時に、次の診察に備えて検査部へ、患者ごとの検査予約をしておかねばなりません。患者さんの待ち時間、在院時間がかかり短縮されます。もちろん初診の場合は、初回の診察後に医師のオーダーに基づく検査を受け、その結果を踏まえて再診察を受けることになります。ともかく現時点の身体状況に合わせたタイムリーな治療ができるので、非常に治療効率も高まります。

私どもの病院は東京都板橋にある特定機能病院です。去る5月に新築病院としてスタートし、現在、1日平均1,700人の外来患者を受け入れています。診療前検査は血液や尿のほか心電図、脳波、超音波検査に及び、1日の検体検査数が病院全体で約3,000件に達します。これだけの検査をわずか30人ほどの検査技師でこなさねばならず、一部の技師は早朝出勤もしています。

検査部の厳しい運営環境の中で診療前検査を続けているのは、医療の質の向上や早期治療による経済効果が期待できるからです。予測によると、診療前検査を導入することで患者3人に1人が再診を1回減らし、不要になる検査1件分の1,700円が節約になるのです。また貧血やがんの転移、肝機能、腎機能などのパニック値（臨床的に重大な異常値）に即時対応することで重症化が防げ、1件約100万円の医療費が削減できる計算になります。

私たちはこれまで検査システムを整備するのに20年かかっています。1991年に主要外来（内科、外科、小児科）に検査結果参照用の端末が1台設置されたのが始まりで、しだいに迅速検査を活用する医師の数が増え、1995年から迅速検査を診療前検査としてオーダー可能となり、すべての病棟・外来で端末から検査結果が参照できるようになりました。

その経費が外来迅速検査として保険収載され、5項目を限度に1項目1点ずつ加算されたのが2006年のことでした。しかし、時間のかかる検査や外注している検査があると、その5点すらまったく算定できない規定になっていったのです。2008年の改定では、1項目5点が増加されることになり、対象は腫瘍マーカー、甲状腺の検査、糖尿病の検査、コレステロールの検査も含まれ、ようやく最大25点まで認められましたが、一般診療でオーダーされる頻度の高い慢性期疾患に対応した40項目に限定されています。加算対象外でも診療に必要な検査項目には手を抜けません。

診療前検査には全自動化測定用機器を新規導入する必要があるため、病院にとって大きな負担となります。データの迅速報告にはIT構築も不可欠です。測定用機器を立ち上げるための技師の早朝勤務のほか、採血に当たる職員も朝早くから配置する必要があります。これらに数千万円以上の費用がかかるのです。

近年では、医師が疲弊してやる気をなくして病院から逃げ出し、医師不足の悪循環に陥り、救急医療などからの医療崩壊が心配されています。検査収入のダウンも懸念され、微生物検査や遺伝子検査はやればやるほど赤字が増える状況では、望ましい医療は進みません。政権交代で社会保障費削減の方針が撤廃される見通しですが、検査が犠牲にならないように要望したいものです。

※宮澤氏のお話を編集部でまとめたものです。

帝京大学医学部 臨床病理学 教授

宮澤 幸久 氏

1971年東京大学医学部医学科を卒業後、東京厚生年金病院の外科医員。76年同外科医長、翌年東京大学医学部第1外科学教室に入局。81年東京大学医学博士。82年に帝京大学医学部に移り、第2外科講座講師、助教授を経て95年臨床病理学教授、中央検査部長を兼任。96年から附属病院副院長を併任。



ポーター教授の「医療戦略の本質」をめぐって

——日本医療・病院管理学会総会のランチョンセミナーで山本雄士氏が講演

「国家財政と医療～あるべき医療の姿を求めて」を大会テーマに2009年10月17日、東京女子医科大学弥生記念講堂で開催された日本医療・病院管理学会学術総会で、いま日本の医療関係者の間で話題になっている新刊『医療戦略の本質～価値を向上させる競争』（マイケル・ポーター著、日経BP社発行）が取り上げられ、その翻訳に当たった山本雄士さん（科学技術振興機構 研究開発戦略センターフェロー）が50分間のランチョンセミナー（AMDD協賛）で講演を行いました。

定刻の正午前から会場の臨床講堂に聴講者が詰めかけ、関心の高さが伺えます。分厚くて重たい日本語版を小脇に抱えた人も目立つ中、東京大学大学院の福田敬教授（公共健康医学）の司会により「マイケル・ポーター教授の『医療戦略の本質』をめぐって」と題する山本さんの講演が始まりました。

山本さんは、2007年まで2年間学んだハーバード大学ビジネススクールのポーター教授の人柄などに触れながら、「米国の医療システムのコストの高さは悪名が高い」で始まる序章から順に、「医療の問題点／根本的な原因は何か／改革はなぜ失敗したのか」など、この本の内容を紹介されました。目玉ともいえる第4章「医療の価値を向上させる原則」については、診療実績／ケアサイクル／地域や国全体での競争の必要性を訴えました。ここで「質の高い医療は低コストである」というコンセプトが浮き彫りにされています。

山本さんは日本の現状についても解説したあと、「ポーター教授も国民皆保険制度の良さを認めているが、医療ニーズが多様化した今日、日本もマネジメントの視点から医療の方向を戦略的に再検討する必要がある」と強調されました。



翻訳者の山本雄士さんにこの本の翻訳・出版にいたる経緯などを、個人的な思いを交えて語っていただきました。

医療従事者のマインドも進化しなくては

「医療従事者は誰も目の前の患者さんを何とかしたいと診療に当たっているのに、人手不足のため忙しく、ゆっくり患者さんに対応することもできない。どうすれば医療環境が改善できるのだろうか」——医学部卒業後の病院研修期間中から、山本さんはこんな疑問を持ち続けていたそうです。

そのため、所属する医局を急いで決めず、多くの専門科目を体験することにしたといいます。最初の半年は東大病院内科に籍を置きましたが、次の半年は東大医科学研究所病院へ。その後都内の病院に勤務したあと、東京都立病院のレジデントになって麻酔科や救命センターで研修を続け、さらに八丈島はるか南方の住民約200人という青ヶ島での診療も経験しました。

その後、都立広尾病院の循環器科を経て、再び東大病院へ。ここではこれまでの不整脈治療の実績を生かして、植え込み型除細動器（ICD）やペースメーカーの手術などをこなしました。仕事にはやりがいを感じてたそうですが、医療の効

率の悪さに対する戸惑いもあったのです。「仕組みを変えないと患者さんのための医療が崩壊してしまう」。

2003年暮れ、東大病院長だった循環器内科教授の永井良三先生に、現在の日本の医療に対する危機感を伝えたところ、「では、ビジネススクールなどでマネジメントの勉強をしてみれば」といわれ、改めてマネジメント学の大切さを気づかされます。

2004年初め、永井先生から「経営に興味があるなら、東大病院の経営会議に出てみないか」と勧められ、一介の大学院生ながら毎週、参加することになりました。そこで病院の経営の大変さを見せつけられ、しだいに渡米への決意が固まっていたのです。しばらくして先生に「ビジネススクールに留学することにしました」と報告したら、先生は「やはり本気だったのか」と驚かれ、同時に励ましてくれたそうです。

永井先生は今回の日本語版『医療戦略の本質』にも推薦文を寄せてくれ、「彼我の医療事情を思うとき、ポーター教授の提言はわが国でこそ有効に活用されると考える」と述べています。

修士2年目はポーター教授と共同研究

ハーバード大学のビジネススクールは、約2,000人近い修士課程の学生のほか教授陣や研究者、事務員らを含めて約5,000人が構内にひしめいています。中でもマイケル・ポーター教授は30歳代で教授になった人であり、ビジネススクールでも経営学の大御所として尊敬されていたのです。

ポーター教授は1990年代から研究対象として医療業界を取り上げ、山本さんが入学した翌年の2006年6月に『医療戦略の本質』の原著を出版しました。医療技術は日進月歩で発展していますが、それを提供する診療側の組織構造は前近代的である、という主張が基本でした。山本さん自身も「医療にもマネジメントが必要なのではないか」と強く感じていました。

山本さんは原著を手にして間もなく、自分の担当教授のツテをたどってポーター教授に会い、「私は日本の医師ですが、日本の医療環境の改善に貢献したいと考えてビジネススクールに来ました。ぜひ、一緒に研究をしたい」と訴え、これが縁となって修士課程の2年目はポーター教授との共同研究に力を注ぐことになりました。その共同研究が終わった段階で、「先生の著書を日本語に翻訳したいのですが…」とお伺いを立て、「もちろんだ。日本でも読んでもらいたい」と賛同してもらいました。

2007年に帰国後、出版社との交渉などに飛び回りましたが、発行元が決まるまで約1年。やっと日経BP社から刊行されたのが2009年6月でした。発刊後たちまち3刷に達し、「何とかしないと医療が立ち行かなくなる」と心配している日本の医療関係者がいかに多いかが分かります。山本さんは「この本から日本の医療改革のヒントをつかんでいただきたい」と熱く語っています。



研究開発戦略センター 山本雄士氏

米国医療機器・IVD工業会（AMDD）は、マイケル・ポーター著『医療戦略の本質～価値を向上させる競争』（日経BP社）の出版に協力しました。ポーター教授の医療についての考え方については、ぜひ本書をお読みください。この本を先着10名様に贈呈いたします。ご希望の方は事務局までご連絡下さい。

社団法人 日本脳卒中協会 理事長
山口 武典 氏



素早い搬送体制が 不可欠な脳卒中

欧米では、脳卒中のことを「ストローク(神の一撃)」と呼び、「人の力ではどうしようもない運命」とあきらめていました。それが、X線CTやMRIなどの診断技術の進歩、血栓溶解療法(t-PA療法)などの新しい治療法、あるいは脳卒中専門病棟(ストローク・ユニット)の登場によって「治せる」病気に変貌し、「治る」イメージの強い「ブレイン・アタック」と呼ばれることが多くなりました。しかし残念ながら日本では、これらの新技術の恩恵をいつでもどこでも受けられる状況にはありません。

脳卒中には、血管が詰まる脳梗塞、脳内の細い血管が破れて出血する脳出血、脳動脈瘤が破れて脳表面に出血するクモ膜下出血があります。これら脳卒中のうち約7割を占める脳梗塞には、これまで根本的な治療法がありませんでした。でも2005年10月から、脳梗塞急性期に効果的なt-PA点滴静注療法が保険診療で使えるようになり、このおかげで障害を残さずに済む患者さんが5割も増えました。

ただしこの治療は、発症3時間以内に開始しなければ効果が期待できないのです。病院に到着してから治療開始までの準備に1時間近くかかるので、発症後2時間以内には治療を実施できる医療機関に到達していなければなりません。それより時間のかかるところでは、IT技術による遠隔医療が必要です。

残念ながら、わが国でt-PA治療を実際に受けた方は、脳梗塞を発症した人の2%にすぎません。これは一般市民の知識不

足と救急搬送や受け入れ体制に問題があり、多くの患者が発症2時間以内に適切な医療機関に到達していないためです。

t-PA治療を全国に普及させ、脳梗塞患者の生活の質を改善するには、①脳卒中の症状と発症時の対応に関する市民教育、②救急搬送体制の整備、③受け入れ病院への専門医の配置と各種の画像診断装置や監視装置などの医療機器の整備、④急性期から維持期までの切れ目のない診療体制(リハビリテーションを含む)の整備が必要です。

なお、t-PA向けの救急搬送・治療体制の整備は、脳出血やくも膜下出血の患者さんにとってもメリットがあります。ストローク・ユニットへ素早く搬送することにより、死亡率や後遺症が軽減されるからです。加えて、再生医療などの現在開発中の治療法を普及させる上でも、このシステムは不可欠です。

日本脳卒中協会は、脳卒中の予防と患者・家族の支援をめざして1997年3月に設立され、2005年3月に社団法人として認可されました。現在、46都道府県に48の支部を設置し、一般市民・患者とその家族・医療関係者への情報提供や調査研究活動などを行っています。

われわれは脳卒中診療における新技術を普及し、脳卒中对策を一層充実させるには、脳卒中对策の法制化、すなわち「脳卒中对策基本法」(仮称)の制定が必要と考え、既にその原案を提案して運動を展開しています。ぜひ皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます(<http://www.jsa-web.org/law/hou9a.html>)。

Medical Journalist Viewpoint

ジャーナリストの視点から

身体にやさしい医療は患者の願い

医学ジャーナリスト
中央大学客員講師

松井 宏夫 氏



The greater incision, the greater surgeon.—これは欧米の格言で、「偉大な外科医ほど大きな切開の手術を行う」という意味です。視野を十分に得て確実な手術をするには、大きく切開する必要があるのです。「あつた」と過去形にしたのは、時代は手術の常識を根底から覆してしまったからです。腹腔鏡の登場によって。

日本での腹腔鏡による消化器の手術は1990年5月、帝京大学溝口病院外科の山川達郎教授(当時)グループが胆のう摘出で実施しました。慶應義塾大学病院一般消化器外科の大上正裕助手(故人)は2か月遅れで続き、同助手はさらに1992年3月、世界初の腹腔鏡による胃がん手術に成功したのです。当時、大上助手を常に取材していた私に、彼はこんなことを口にしました。「胃がんの腹腔鏡手術を受けた患者さんが、同室の患者さんたちに遠慮されるのです」

腹腔鏡手術を受けた患者は痛みがない、翌日から食事もできる、動き回ることもできます。そして術後5日で退院。一方、開腹手術の患者は、約1週間食事はできない、入院期間は約3週

間。身体にやさしい医療の素晴らしいところです。

ただ、新術式が導入される変革期には、必ず旧手術と新手術の境界ができます。その前後の患者さんが同室になると、「遠慮」ということが起きます。逆に、境界前の患者は、「あの患者さんは私より後に手術をしたのに、もう食事をしているし、もうすぐ退院だというのですが、どうしてですか?」と大上助手に聞いたそうです。腹腔鏡手術自体では困ることはなかったが、その質問に答えるのが辛かった、と。

腹腔鏡手術誕生以降、「傷跡が小さく、傷跡が早く消える術式こそ、より腕の良い外科医」に変わってしまいました。もちろん、その身体にやさしい医療を支持しているのは患者たちなのです。今、それは「ダ・ヴィンチ」を使うロボット手術の時代。心臓手術をこの装置で行う金沢大学病院の渡邊剛教授は「患者さんを思うから身体にやさしい医療を行うのです」と。ところが、日本には3台しかありません。米国ではダ・ヴィンチの手術が一般的なので、「日本の医療が大きく遅れてしまうのでは」と心配になっています。

「患者ベネフィットの向上と診療前検査」をテーマに 第15回メディアレクチャーを開催

米国医療機器・IVD工業会 (AMDD) は「先進医療技術の役割」啓発キャンペーン第15回メディアレクチャーを、2009年11月9日、帝国ホテル鶴の間に報道関係者を招いて開催しました。この度のテーマは「患者ベネフィットの向上と診療前検査～日本の医療現場への普及のための課題を考える～」でした。

まずAMDD・IVD委員会の池田勲夫委員長より、「患者さんの視点に立った安心、かつ質の高い医療こそわれわれの願いである。最近、診察前に血液検査などを行い、その結果に基づいて診断を行う『診療前検査』が注目を集めている。これをいち早く導入した臨床現場のお二人から、成果や問題点などについてお話を伺うことにした」と開会の辞を述べました。

最初は帝京大学医学部附属病院の宮澤幸久副院長(臨床病理学教授)が



「診療前検査と医療制度」と題し、去る5月に新築オープンした新病院棟を中心に進めている診療前検査の先進例や、日本臨床検査医学会理事長の立場から各病院検査部の窮状や厚生労働省への要望などを語られました。

続いて、診療前検査を先駆的に導入して成果を上げている伊藤病院(甲状腺専門病院)の伊藤公一院長が「広がる診療前検査～臨床へのアシスト、患者へのサービス～」という講題で、1日平均950人という外来患者に診療前検査を実施し、1人1回あたりの在院時間1時間以内をめざして患者サービスに成果を上げている様子が語られました。

※1面に帝京大学医学部・宮澤幸久教授に伺ったお話を掲載しました。



Value of In-vitro Diagnostics (IVD)

適切な検査を、適切な時期/場所で

血液や尿を検体とする検体検査はおよそ700項目が現在保険適用されており、診療報酬上の評価は5点から6,000点まで幅広く分布しています。検査がどのような機会に行われるかを調べた海外の調査によれば、初診の患者さんの約7割が血液検査を受けており、診療科では内科からのオーダーが最も多いということです。

わが国でもほぼ同じ傾向と思われる。主訴や臨床所見から必要とされる検査(例えば肝機能や腎機能など)を依頼し、臨床所見と併せて診断を下しますが、さらに診断を確定するため、あるいは治療法を決めるためにより高度な精密検査が行われる場合もあります。また、治療開始後、治療効果を判定するためにも検査が利用されます。

このように診断から治療まで、検査なしに医療が進行することは少なく、検査結果が頼りとされています。しかし、多くの検査があったとしても適切に行われなければ医療に生かされません。

最近、必要な時期や必要な検査を怠ったために不幸にして患者さんが亡くなり、医療事故として多額な損害賠償金の支払いが求められるケースが報道されています。一方で、「重複検査」や「検査のやりすぎ」という言葉が医療費の議論で取り上げられています。

「適切な検査」を「適切な時期」に「適切な場所」で行うことが医療ニーズを満たし、また効率化にも寄与することができます。

(文責:ロシュ・ダイアグノスティクス株式会社 田中敬子)

AMDDの第1回総会を開催

米国医療機器・IVD工業会 (AMDD) は第1回総会を2009年9月16日、日比谷の帝国ホテル孔雀の間で開催しました。政権交代で新しい民主党内閣が発足するという特別な日となりましたが、AMDDのケイミン・ワング会長は開会の辞で「新しい政権の登場で日本の医療行政や医療業界にも変化をもたらされるに違いない」と期待を述べました。

次に日本経済新聞社の編集委員兼説説委員・大林尚氏による特別講演「人口減少下の医療制度改革～制度と発想をどう変えるべきか」があり、大林氏は「これまで国には、医療を成長産業と位置づける発想がなかった。厚生労働省よりむしろ経済産業省に任せるくらいの思い切った転換がなければ、医療改革はできないだろう」と結びました。

それから再びワング会長が壇上に立ち、去る4月1日に発足したAMDDの事業活動について総括し、*先進医療技術を活用して日本の患者さんのQOL向上への貢献、*先進医療技術の価値を実現する医療制度の確立、などAMDDの使命を吐露しました。引き続き、AMDDの小委員会より7人の委員長がそれぞれ来年度の事業計画を発表しました。



米国医療機器・IVD工業会

American Medical Devices and Diagnostics Manufacturers' Association

〒160-0023 東京都新宿区西新宿1-14-11

お問い合わせ: 「先進医療技術の役割」啓発キャンペーン 広報事務局

〒106-0041 東京都港区麻布台1-8-10 (株式会社コスモビーアール内) Tel: 03-5561-2915

Website: <http://www.amdd.jp>

AMDD NEWSLETTER Vol.3

AMDDニュースレター

人口減少下の医療制度改革 ～制度と発想をどう変えるべきか

日本経済新聞社
編集委員兼論説委員
大林 尚 氏



AMDD第1回総会(2009年9月16日開催)で行われた特別講演の要旨は、次の通りです。

きょう9月16日は新しい民主党内閣が発足し、日本の政治史に刻まれる日となった。日本の政治がいま直面している長期的な政策課題の1つは「気候変動」であり、政府は野心的にも「二酸化炭素25%削減」の方針を打ち出した。日本の環境技術にも期待がかかるが、アメリカや中国、インドなどとグローバルな交渉を進める必要がある。

もう1つは、少子化／長寿化／高齢化という国内問題である。これが経済政策の手足をしばり、経済成長を損ない、財政や税制が制約を受ける恐れもある。年金／医療／介護の制度改革は避けられない。人口の22%を占める65歳以上のシルバー重視ばかりでなく、若い世代に対する政策も重要となろう。

団塊の世代や団塊ジュニア世代が“後期高齢者”になる25年後、50年後に人口の高齢化がピークに達し、子供が1割弱、お年寄りが4割を超え、現役で働く人は全人口の半分に減るはずだ。こういう人口構成では医療や年金が苦しくなるのは当然だ。日本は移民政策をとってはいないが、今から将来の方針を立てる必要がある。いま赤ちゃんが年間110万人ほど生まれているが、2030年には

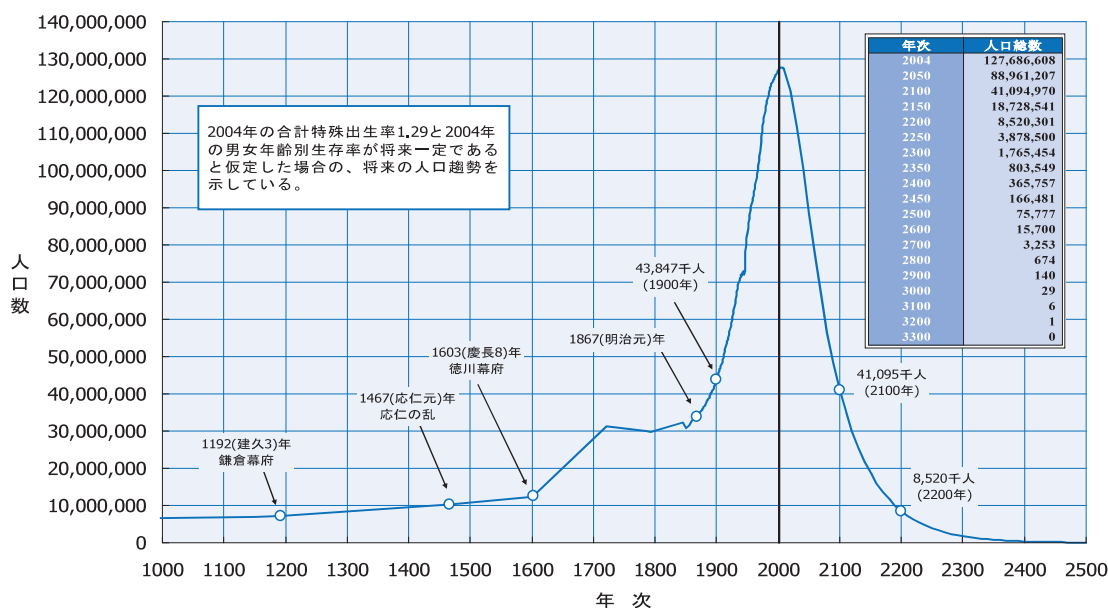
70万人、2050年には50万人を切るのが政府の人口推計の前提だ。

日本の合計特殊出生率は1.37までやや回復したが、アメリカは2.05、フランスは2.0まで伸びている。近代化をゆっくり熟成させてきた国は、いま出生率が回復中である。イタリアやドイツを含む第2次大戦敗戦国は出生率が低いが、いずれも短期間で近代化をなし遂げた国々である。

日本の人口は明治維新のあと急速に増え、2000年を過ぎたところでピークを迎えている。出生率1.3程度が続くと、増えてきたのと同じスピードで人口が減っていく(図1)。今のままで推移すると、いま6,000万人のイギリスと日本の人口は60年後に逆転するはずだ。イギリスは出生率が高い上に、移民政策をとっている。

アンケート調査などでは、若い人は子どもを2〜3人ほしいと思っているのに、現実には出生率が1.3〜1.4あたりをうろろろしている。このギャップを埋め、若い人の希望をかなえることが政府の仕事であろう。人口は国力であり、国にとって最も重要な構成要素なのだから、会社や経営者も何ができるかを真剣に考えてほしい。

図1 日本の総人口の超長期趨勢



資料：近代統計以前は、鬼頭宏『人口から読む日本の歴史』講談社、2000年、および森田健三『人口増加の分析』日本評論社、1944年。
2005年以降の試算値は、国立社会保険・人口問題研究所「全国人口の再生産に関する主要指標：2004年」『人口問題研究』第61巻3号、2005年9月(予定)。



Value of Medical Technology

先進医療技術の限りない可能性と日本の医療制度
改革への貢献について、より多くの皆様のご理解を
頂くことを使命としています。

ニュースレターに掲載されている意見はすべて著者個人の意見であり、AMDDの意見や活動を代表するものではありません。

◆医療にも効率化は不可欠

日本の医療費は、主に高齢化と技術革新のために増えている。年を取ると直面しがちな生活習慣病は毎日歩くなど自分の心がけしだい、ある程度は防げるものだ。「運動もしない人の医療費を払わされるのは不公平」と言った政治家もいたが、この考え方が今の日本人に必要なのではないか。病院で亡くなる人の数は80%を超えている。英米の場合は半数強だ。特に米国ではナーシングホームなど施設で亡くなる人が多い。日本人が「畳の上で死にたい」と思うのは、病院で死ぬことの不本意さを表す言葉だと思う。これを改めるだけでも医療費はある程度、下げられるかもしれない。

病院で亡くなる人が多いのは、入院日数が長いことと関係がある(表1)。平均在院日数36日は日本が突出している。フランスは2週間、ドイツは10日、英米は1週間ほど。日本は医師の数が人口1,000人あたり2人で。入院日数が突出して長いから、1ベッドあたりの医師の数が極端に少なくなる。米国などは100ベッドあたり医師が76人もいる。非常に密度の高い医療ができるわけだ。

表1 医療提供体制の各国比較(2005年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	人口千人当たり看護職員数	総医療費の対GDP比(%)
日本	35.7	14.1	14.3 (2004)	2.0 (2004)	9.0 (2004)	8.0 (2004)
ドイツ	10.2	8.5	40.3	3.4	9.7	10.6 (2004)
フランス	13.4	7.5	45.6	3.4	7.7	11.0 (2004)
イギリス	7.0	3.9	61.6	2.4	9.1	8.1 (2004)
アメリカ	6.5	3.2	75.9	2.4	7.9 (2002)	15.2 (2004)

この背景には、日本では心身の機能の下がった患者が長く入院しているという現状がある。欧米では自宅療養のほか、ナーシングホームや介護施設にいる。ベッド数が多い日本では、ベッドに誰かに寝てもらわないと採算が合わず、ベッドが患者という需要を作り出している面がある。米国などは手術が終わったら患者にすぐ退院してもらうという短期型医療を続けている。

日本の医療のもう1つのひずみは、勤務医の労働時間が長すぎることだ。外国では週ほぼ50時間だが、日本ではどの年齢層でも50~60時間で、20歳代などは80時間を超えている。収入を比較すると、世界で日本だけが開業医の収入が突出して高い。診療報酬の配分が問題視されてきたが、なかなか正されない。利益団体としての日本医師会の存在もあるだろう。民主党政権の今後の施策を点検していく必要がある。

医療にも効率化や重点化が求められる。日本には「効率化」という言葉にナーバスに反応する医療関係者が多いが、使わなくてす

表2 効率化・重点化の3点セット

- ジェネリックの普及促進
 - 使用量(数量ベース)を現在の17%
→40%にすれば医療費を毎年2,900億円圧縮可能
- 診療報酬明細書の電子化を早急に完成
 - 審査手数料(医科・歯科で1枚114円)の抑制
 - 年18億枚を審査する支払基金のリストラと厚労省の天下り是正につながる
- 重複検査などの是正
 - 最大で年間1,400億円を圧縮

む経費は、必要なところに回せばよい。日本の医療の効率化には、3つのポイントがある(表2)。例えば、ジェネリックの使用量を17%から40%に高めれば、医療費を毎年3,000億円も圧縮できる。欧米の平均は40~50%だ。レセプトの電子化も、開業医には評判がよくないが、これは医療の標準化にもつながる。せっかくのIT技術を宝の持ち腐れにしてはならない。また医療へのフリーアクセスを一定のルールのもとに患者の利益を損なわない範囲で制限すれば、コストは下がるだろう。

「医療立国」を国の発展、経済成長の要素として国家戦略として位置づけることが重要である(表3)。無駄は徹底的に排除する。人材の育成も欠かせないが、間に合わなければ海外から人材を入れたい。もちろん患者も海外からきてもらえばよい。また税金や保険料がごちゃまぜに使われているので、再構築が必要となろう。厚生労働省だけでなく、経済産業省などの知恵も生かしつつ医療改革を押し進める。それが医療立国をめざす前提になるのではないか。

表3 医療立国・健康大国づくりを成長戦略の要に

- 無駄を徹底して排除する
- 有為の人材を育てる
- 海外からどんどん来てもらう
- 患者も海外から来てもらう
- 技術革新を促す
- 税金投入と保険料投入の再構築
- 公費医療と私費で受ける医療の再構築



米国医療機器・IVD工業会

American Medical Devices and Diagnostics Manufacturers' Association

〒160-0023 東京都新宿区西新宿1-14-11

お問い合わせ: 「先進医療技術の役割」啓発キャンペーン 広報事務局

〒106-0041 東京都港区麻布台1-8-10 (株式会社コスモビーアール内) Tel: 03-5561-2915

Website: <http://www.amdd.jp>