

早いもので、前回の総評を書いたからすでに半年が経ちました。あの頃は新型コロナウイルスパンデミックが起こった比較的早い段階で、ウイルスの遺伝子を調べる PCR 検査を患者のいる現場で行う移動式医療検査について書いたと思います。残念ながら、新型コロナウイルス感染は直ぐには終息せず、未だに第二波も長引いていますが、我が国は比較的抑えているように思います。当時、すでに抗原検査が市販され始めた頃でしたので、定性抗原検査であればその場で検査し 15~30 分以内に結果が出せ、人々の行動を決め社会生活を継続させていくことができるこの方法を推進すべきであると思っていました。抗原検査はウイルスのカプシッド (殻) やエンベロープ (膜) に存在するそのウイルスに特異的なタンパク質をそれに対する抗体を使って調べる検査です。感染したヒトの身体の中で作られた特異的抗体の存在を調べる抗体検査はウイルスの構造物質を直接調べる訳ではなく、感染の有無やその時期を知るといった点で PCR や抗原検査とはその性格が異なります。抗原定量検査の検査自体は遅くとも 30 分程度で終わりますが、検査室への搬送がありますので、搬送時間が加わるために報告までの時間が長くなります。PCR 検査は、検査所要時間は数時間ですが一般に検査室で行うため搬送を要しますので、早くとも翌日に検査結果を得るようになります。これら検査は、科学的に目的をもって効率的に行う必要があります。一方、定性抗原検査にかかる費用と PCR 検査にかかる費用では互いに千と万の単位で一桁違い、当時の市販価格では 10 倍から 25 倍の差がありました。その後 PCR 検査も保険適用になれば安くなるのでそれ程負担にはならないとの論理が出たりしましたが、使用試薬の数、値段を考えれば、実際にかかる検査費用には相当に大きな差が出ます。国庫に大きな負担を負わせることになります。そして、その利用効果は実に限定的なものにしかみえませんでした。やがてある地域で住民全員に何度でも公費で PCR 検査を行うといった自治体も出ましたが、そのうちトーンダウンしやがて聞かなくなりました。このコロナ禍では、医療と経済、検査と経済、そして人の生活を支える経済や社会、ひいては人類とは何か、人類の存続や継承への意義などということに嫌という程考えさせられました。医療従事者も、日常診療のみを遂行していれば良いという時代ではないということでしょうか。

2002 年のランセットに、米国・欧州の内科 4 学会が共同で作成した「新ミレニアムにおける医療プロフェッショナル: 医師憲章」が掲載され、一世を風靡しました。医師には守るべき 3 つの基本原則と 10 の責務があるとしています。その責務の 7 番目に「医療資源の適正配置についての責務」というものがあり、『医師には、限られた医療資源を“コスト・エフェクティブネス”に配慮して、適正配置する義務がある。過剰診療は医療資源の無駄遣いとなるだけでなく、患者を無用な危険にさらすことになる』とされています。

同じように過剰診療抑制、アウトカムの最適化、それを求める手段に関しては5番目と8番目にも言及されています。医療従事者はここまで考える必要がある。そんな時代に踏み込んでしまったということだと思います。

翻って、我々病理検査に携わる者にとっても医療全体の効率を考えそれを求めていくことが大切です。以前に書いたことがあるかも知れませんが、その効率の中には、検査効率、診断効率、医療効率があります。病理医もこれら全体の効率を考えて、患者のため、社会のために他（多）部署と協働して働かねばなりません。話は少し変わりますが、この度デジタル庁が創設され、医療では遠隔医療を推進していくことが明言されました。これに先立って、我々は昨年「衛生検査所を介した医療機関連携による遠隔病理診断モデルの実証調査」を総務省の「医師対医師の遠隔医療の普及促進にかかる調査研究」の中で行わせて頂きました。その中で今までの問題点と解決策、これからの方針について検討させて頂きました。その結果は

https://www.soumu.go.jp/menu_seisaku/ictseisaku/ictriyou/iryoku_kaigo_kenkou.html

（ページ中段の「遠隔病理診断報告書」PDFファイル）または、<https://www.palana.or.jp/>でご覧頂ければと思いますが、この分野でも“コスト・エフェクティブネス”が求められています。

皆さん、どうぞ3密の環境、うがい、手洗い、マスク着用に注意し、SARS-COV2に感染しないように、お元気でお過ごしください。COVID-19の後遺症も大変なようです。

（JPIPA 2020 総評のエッセーから引用）