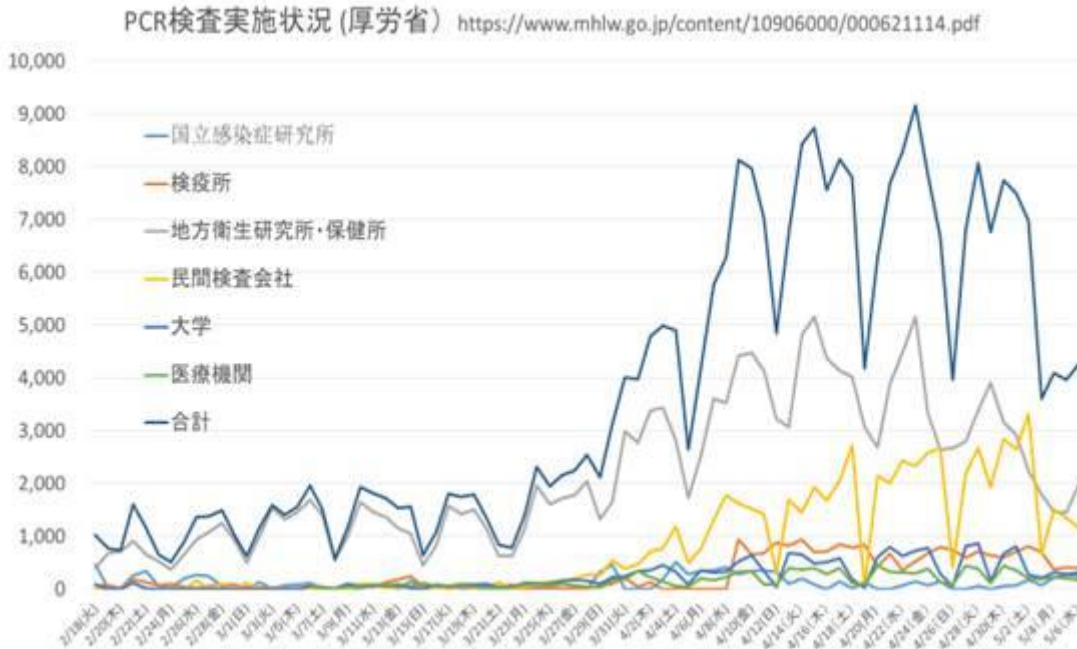


PCR 検査に関する時宜を得た解説をいただきありがとうございました。

蛇足になりますが、いくつか気づいたことを補足します。

安部首相が「PCR 検査を 1 日 2 万件を目標に拡大する」といってからも件数は一向に増えていません。無責任の極みです。グラフは厚労省の web に発表されている検査件数を自分でグラフ化したものです。このデータは数日遅れで更新され、検索ではわかりにくい場所に置かれています（図に書いてある URL は古いものにです）。責任官庁のデータがわかりにくい状態で「公開」されているという日本の劣悪な状態は今に始まったことではありません。



検査件数については白川さんは 117 人とされていますが 117 件としたほうが良いと思います。PCR は一人の感染者に少なくとも 2 回（診断時と退院時）しますから実際に検査を受けた人数は 117 人よりはるかにかなり少ないはずで

す。検査件数を抑制しているのは初期は感染者数を少なく見せかけて五輪を開催しようという動機が主だったと思います（感染者数を少なくすれば疾患死亡率は上がります。実際 2~3 月中の日本の疾患死亡率は韓国の 4 倍くらいでしたが今は 1.6 倍です。）が、五輪開催の目論見が外れた後では、もっぱら医療費抑制が目的だと思います。検査料は 3 月 6 日に健康保険適用になったときに 18,000 円と決められました（保健所が必要と認めた検査は無料ですが、保険診療として行われる検査は 3 割負担となります）。

話は変わりますが、厚労省は昨年 9 月、全国の 1455 の公的病院の経営分析をして、そのうち 424 の経営不振病院を名指しで発表し、1 年以内に整理統合計画を出すように勧告しました。2025 年までに全国の病床数を 5 万床削減する「地域医療構想」がすでに始動しており、今回のコロナ対策の「専門家会議」副座長の尾身茂はその中心にいる人です。5 万床削減といっても、世界でもダントツに多い精神病院の数には全く手を付けないので、一般病床の削減は世界でもトップクラスになるのかもしれませんが。

PCR 検査は遺伝子研究の基本的方法の一つであり、医学だけでなくありとあらゆる分野で、大学、企業の研究

室で使われています。機器は日本中では数十万台？あり、多数の人が日夜それを使って仕事をしていると思います。その何十分の1かをコロナ検査に振り向ければ1日10万件のPCR検査など容易にできるに違いありません。ただ、それを誰がどのように組織するのが問題です。検査のに必要な人をどのように集め、だれが、どこで検体採取し、それをどこにどのようにして運ぶのか、検体採取や検査施設の安全性や精度管理を誰が基準化し、監督するのかなど、新たにシステムを構築しなければなりません。日本にはそのようなことができる司令部はありません。韓国をはじめ、各国には医療危機を安全保障の問題としてとらえ、軍が絡む非常時の指揮命令系統があり、Chief Medical Officer (英)、Surgeon General (米) などというポストが平時から存在します。1年後には日本でも改憲と抱き合わせてこういった問題を出してくるかもしれません。

白川さんが(6)に書かれている問題について少し追加します。

医師会が検査所を作って検体採取を始めた時、マスコミは美談のように報じました。とんでもない話です。すべてかどうかはわかりませんが、ある地域の医師会は検査を予約制にして短時間(30分くらい?)で終わらせること、出張医師1人5万円の報酬と感染時の高額保険加入を条件にして参入しました。検体採取は歯科医や看護師のほうが上手なのに、自分たちだけで独占し、歯科医の参加を認めたのは4月末、看護師には補助的な仕事しかさせていません。

今日の新聞によると、日本東京の感染症専門病床はすでに9割が埋まっており、「医療崩壊」が起きかねない状態だそうです。日本の感染者数は人口10万対12でドイツの1/18、韓国の6割にも達していませんが、これくらいの負荷で崩壊しかねないほど日本の医療は脆弱だということを一般の方はよく考えてみる必要があります。問題は山積しています。

ほんの一例を挙げれば、通常の腰痛でも日本では受診すれば100%X線検査されますが、外国では放射線防御の立場から神経症状のない腰痛へのX線検査は禁止されています。After pillは世界でも日本だけがOTC(over the counter)で買うことができない薬です。この体制を支えているのは産婦人科医だけでなく文科省の性教育も共犯者です。要するに医療劣化の淵源は天皇制国家にまで遡らなければならないのではないかと思うところです。