

児玉教授の提言(「おままごと」の緊急事態宣言ではなく)

東京大学の児玉龍彦教授が引き続き、緊急にして重要な提言をしています。

動画もぜひご覧いただきたいと思いますが、約40分のもので2回にもわたりますので、要約したものを以下に紹介します。

特に恐ろしいと感じたのは「自粛で東京が救えるか ～ウイルスは変異した!～」(第3回)です。

時間のない方は、ぜひそちらだけでもご視聴(またはご一読)ください。

「東京はニューヨークになるか」(第2回)

Q PCR検査は増やせるのか?

A 1 簡単 検体採取 自分で採って渡す。これで大きくリスクを軽減できる。

A 2 検査は2015年から看護師でも検査技師でもできるようになっている。



A 3 日本中の大学や研究所がPCR検査の機器を持っている。

検査のシステムを創れば検査はやれる。しかし、検査のシステムを変えなければならぬので、リーダーがいなければ大学の設備は活用されない

検体の採取は病院ではなく、センターを創って「ドライブスルー方式」でもやればよい。

韓国、ドイツ、米国・・・大学や研究所を使って一挙に検査数を拡大した。

検査液に入れた瞬間、遺伝子が分解・抽出されてウイルスは死んでしまうので、検体採取時以外に危険はない。ところが、日本では文部科学省が大学の研究機関を閉鎖して「オンライン化」しようとしている。（一般の民間企業と同列に）これでは、実験を含む重要な研究が不可能になる！

Q 現状の検査・結果公表の問題点は？

情報科学という観点からは、「何人検査して何人陽性か」が重要。トレース（追跡）も重要。

膨大検査、徹底隔離、個人の追跡、感染集中地域を特定してそこに医療人材を投入する。このような具体的対応をしないままの緊急事態宣言などは「おままごと」でしかない。

のちを守れ！新型コロナと闘うその先の未来へ200408

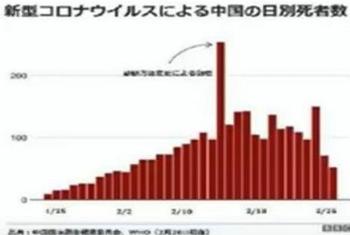
**(4) 損害はかり大きく効果ない「おままごと非常事態」宣言
徹底隔離、医療人材投入、膨大検査、個人の追跡、のいずれもない**

武漢では1000床の隔離病棟が10日間で作られ、人民解放軍にわたされた。武漢には周辺の非集積地区から5万4千人の医療従事者が投入された。同時にそれ以外の地域では徹底して個人追跡。



77日ぶり部分解除。
居住区ごとの移動制限

新型コロナウイルスによる中国の日別死者数



韓国は閉鎖より個人追跡

韓国は、膨大な検査を行い、スマートフォンアプリでは、感染者のGPS情報からどこを經由し、どこに集積に可能性があるか見、封じ込めをすすめる。

救急医療が崩壊に瀕している。

民間が率先して検査を拡大しようとしているのに、政府がうまく対応していない。

日本全体で感染者が増え続ける

院内感染 スポーツ界 どんどんコロナが広がる → **医療崩壊の心配**

永寿総合病院

→ 20人死亡 160人感染

3000人以上の人を追跡調査しなければならない。

東大病院もかなり大変に（永寿総合病院に近い）

医療崩壊を食い止めるには

外来の患者も医療従事者も感染しているかもしれない

防護体制を作り直さなければならない・・・東京は助けられるか

中国のリーダー 鍾南山 一日で変えた

医療従事者13人の感染が発覚した2月22日の時点、武漢では1月中旬以降、検査が行われていなかった。

鍾南山は武漢を隔離（封鎖）し、病院の収容能力を急速に拡大する必要があると勧告

1000人の病床を増やすということを提案

これは現在（より初期における）東京の状態

「医療従事者が感染し、濃厚接触者の追跡はできなくなり、検査が非常に少ない状態」

そこへ専門家が入って、その現状を一日で変えた

翌日（23日）には武漢の封鎖（ロックダウン）と千床の病室を持つ二つの病院の建設が始まって、2月3日には完成、人民解放軍の医師や看護師など5万4千人が投入されるという驚くべきことが始まった。（東京もまさに今転換しなければ…）

Q WHOの示した方針とは？

A 膨大な検査、膨大な追跡をして感染集積地に医療資源を集中的に投入

感染が集積していないところは、個別の追跡に切り替える（精密医療に切り替える）

→ そのことによって感染集積地を救済する

世界の多くの国ではこの方針を受け止められなかった。

Q このWHO報告に従っている国は？

A 韓国・台湾・香港・シンガポール・マレーシアというアジアの国々。一定の抑え込みを示して、すでに中国・韓国はピークアウトを迎えている。

日本政府の示している方針は「人との接触を避けよ」だけ。これで東京が助けられるかという無理だということはわかっている。方針転換が必要。

児玉教授の提言

1) 膨大検査で（基幹）病院を守る

Q 検査は何のために増やすか？

A 基幹病院を守る（ここが崩れたら医療崩壊）

検査を外来患者は受信の前日、入院患者・医療従事者全員に実施する。

結果、何人検査、何人陽性→地域の状況の「深刻さ」（程度）がよくわかる。

Q 大学病院は検査装置を持っているのになぜしないのか？

A 文部科学省が、大学の「オンライン化」を進めているため

オンラインでできない事柄（実験棟）に重要な内容が含まれている

感染症に向き合わなければならないのは「基礎医学」

しかし、その機能を閉鎖してしまっている

Q 緊急事態だからこそあらゆる資源の総動員を、という方向になぜいかないのか？

A 「専門家会議」には検査数を限定することで失敗した人ばかりが集まっている

責任から逃れようとして「方針」をなかなか軌道修正しようとししない

2) ドライブスルー検査から「海の科学館」型病床へ

軽症患者の殺到による医療崩壊を防ぐ

このような案が民間（日本医療財団）から出てきている

アビガンも試みの投与が必要 リーダーシップが求められる

検査拡大の方向が社会的要求となってきたもののだが・・・

いま日本では精密追跡およびビッグデータの活用がうまくできていない

①武漢の食品市場から始まって、食事係を通して消化器系からの感染もあった

②インフルエンザ型の飛沫・エアロゾル感染もある

このたびは①、②の両方が起こっている

「コロナGPS追跡」の必要

膨大検査で陽性者を追跡し、感染集積地を同定し開示

マレーシアでは 活動制限令

陽性者には、パンデミック番号、お店、学校、会社などは、匿名化番号
集積地を同定して、開示する

必要なのは、匿名化、個人認証、カルテを預かる医師の責任リーダー

意識の変容必要 伝統的なプライバシー論から新しい情報人権論へ
:安倍総理でも枝野党首でも陽性なら追跡、匿名化

3) GPS検査の匿名化と個別追跡

感染した人の動向を確認することこそが必要

陽性者にはパンデミック番号を付ける

店・学校・会社などは匿名化番号

感染集積地域を明らかにして追跡・確認・開示する

(個人を特定しない形で匿名化・個人認証して)

責任者(カルテを預かるリーダー)を明確にしていく必要がある

意識の変容が必要・・・伝統的なプライバシー論から新しい情報人権論へ

4) 社会インフラ(含、ライフライン)を支える人の全面支援

病院、介護、看護、老人施設、障害者施設、交通機関、食品・生活必需品

がず、水道、電気、警察、消防、物流、、、抗体検査

抗体検査 血液検査 血液にはウイルスはほとんど含まれていないので検査は容易

日本製品を中国で規格化

※ 研究機関を閉鎖してはならない！

Q 中国の鍾南山による恐るべき報告とは？

A ウイルスの変異の速度が速くなっている（悪い方向へ）

様々な薬が投与される → 突然変異の可能性を高める

ヨーロッパ、アメリカ型の新たなウイルスが発生

変異が進むとPCR（簡易）検査だけでは足りなくて、シーケンスという一つひとつの遺伝子配列を読んでいくことが必要になってくる。

PCR・シーケンス・情報科学の専門家が存在する研究機関を閉鎖？！

（研究機関・大学を閉鎖すれば、本当に日本が死んでしまう）

国を挙げた体制を創る 鍾南山のようなリーダーを選んで急速に対応を進めていくことが、早急に求められる。

PCR検査・「免疫パスポート」研究を 直ちに支援せよ

◎PCR検査：大学・研究機関で検査のキャパは十分にある

◎抗体検査の膨大化を急げ：免疫の有無を検査

血液検査 抗体ができていないかを検査する

IgM（早期に出現し消失）PCRとあわせると98%診断

IgG（遅れて出現し持続する）高値「免疫パスポート」の可能性

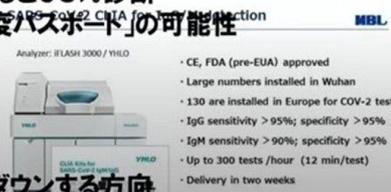
● 武漢・ヨーロッパで抗体検査機器130台

使用するビーズは日本製JSR

◎日本でなぜ進まないのか

文科省は肝心の大学・研究機関をシャットダウンする方向

こんなときこそ、研究を



なお、「かつちの言い分」というブログで、[韓国の成功例（迅速な対応）が紹介してありますので、こちらもぜひご一読ください。](#)