



には7都道府県で緊急事態宣言を発令し、26日から全国に拡大した。

その後、4月18日時点で感染者数が米国で70万人、日本で1・1万人を超え、世界全体で225万人。30日には日本で1・1万人、世界全体で322万人(米国の死亡者6万人超)に達した。5月7日、厚生労働省はレムデシビル(抗ウイルス薬)を承認、感染者数は1・6万人に増え、世界全体では384万人となった。日本でレムデシビルが承認される前に、実は2月の段階で、神奈川県でステロイドホルモンを前提とした喘息薬が、ECMOを使わない中症患者に有効であることが報告されている。その後、アビガンも有効といった情報が流れる中で、レムデシビルがまず承認されている。

アビガンは現在効果の確認中で、現実に放つておいても治る人たちが多く治療効果が確認しにくいいため、承認がなかなか下りないと報じられている。5月13日には抗原検査が承認されたが、この抗原検査は非特異反応が多いようで、信頼性が乏しいといわれている。6月12日現在、世界で736万人、米国で204万人、ブラジルで77万人、ロシアで49万人、

インドで27万人、イタリアで23万人、日本では1・8万人といった感染状況になっている。

ここに来て、外出自粛が解除され、外食店舗が再開するなど新型コロナウイルスに対する感度は良い意味、悪い意味を含めてかなり緩んできた印象がある。4月段階で医療崩壊の問題が大変危惧され、行動を自粛するようにとの要請が出された。80%の行動を自粛すれば感染拡大が抑えられるとして、いろいろなことが推奨され、日本人の特性なのか、外出自粛を自主的に守る中で第1波の感染はピークアウトした。

私は、医療崩壊の原因は指定感染症にしたことにあると考えている。指定感染症にすると、ウイルスが出ただけで隔離診療をしなければならなくなる。軽症であれウイルスが出ている状況で、特定の病院に隔離して診療しなければならぬとなると、当然医療はひっ迫し、崩壊へと向かう。現在わかっている80%以上の軽症、無症状の人たちを含めて指定感染症の対象としたことが、医療の全体システムに対して適正だったのかどうか、私は当初から疑問に思っていた。摘発・隔離を徹底する

ことで完全浄化を目指したのは、先ほど触れたSARS、MERSの成功体験に基づいたものだと考える。

### PPQCCが策定、実践する 新型コロナウイルス対策マニュアル

指定感染症にしなければどうなったか。結果的には集団免疫の方向を辿ったと思う。では、集団免疫が正しかったのかどうか。これは時間が歴史が決めることだとは思いますが、現実問題として集団免疫への道を辿らなければ、この病気を完全に社会全体でクリアするのは難しいのではないかと。指定感染症にしたのは完全浄化を目指したからで、SARS、MERSの成功体験からゼロにもつていけると考えたのだろう。これは病気がだけではない、成功体験に依存する人間の本性にも通じるもので、そこに人間の感覚も縛られるとすれば非常に怖いと感じる。

集団免疫の方向にいけば当然、英国、米国ほどではないにせよ、発症者が多く発現するだろう。だからこそ重要なのはトリアージ(選別)の問題で、私が1月19日時点で中国の人たちと話した時には、すでに武漢では重傷者と軽症者が出ていたこと

がわかっていった。症状分類をして、重症者に対するケアと軽症者に対するケアを変えなければいけないと話していた。これは浄化とはまったく正反対の考え方で、なかなか日本の方向性、世界の方向性としては認められなかったのかもしれない。

この集団免疫については後で述べるが、ニワトリの場合、新しく生まれてきたIBウイルスに、ワクチンがない段階でどう馴らすかという、いわゆる馴化と類似の方法であると考えている。もし緊急事態宣言がなければ経済的な棄損も発生しない。これはスウェーデンで実際に行われている。スウェーデンでは最近、死亡率が増えてきたため、集団免疫は正しかったのかという国際的な議論が起きていることも承知している。

当初、専門家会議から出されていた対応策は、限定した検査で限定した感染者をピックアップし、それを閉じ込めることによって医療崩壊を防ぎ、この病気を抑え込むという方向性だった。白鷗大学の岡田先生などはPCR検査の対象を広げるべきだと何度も言われたが、現実に検査対象が広がるのに2カ月もかかった。このような状況がなぜ起こるの

か、未だに不思議でならない。この非常時を乗り切るために80%の人が外出を控え、70%の職場は休業すべきということが度々強調された。現在はピークアウトしているが、最近発表された感染率を抗体価で見ると、東京で0・1%、北海道で0・03%だった。残った人はこれくらいくからでも感染するわけだから、理論上はこれから同様の自粛を何十回と繰り返さなければならぬ。そこに私は疑問符を付けて見ている。

当社はこの事態を踏まえて、我々はどうすべきかの方向性をマニュアルとして決めた。スタッフがそれぞれ自身で体調管理を完璧にし、個人の責任において密集・密閉・密接の3条件を意識し、そうしたところへの出入りを自粛する。3条件が揃わなくても感染する事例があることから、密が一つでもあれば危険であることを慎重に考える。ただ、3密という言葉がメディアなどで当たり前のように使われることで、誤解される方も多いのではないかと。私は3密という言葉は好きではない。体温が37℃以上、だるさや異常な疲労感、咳など呼吸器症状、下痢、味覚異常など自覚症状がある人はす

ぐに会社に電話して休むようにしている。もちろん、時間給のスタッフが休む場合には70%の給与補償をしている。出社時と昼休みの1日2回、各自が体温を測定し、チェックシートに記載する。実際4月に1人、午前中は36℃、午後には37・5℃のスタッフがいて帰宅させた。また、日常は可及的にマスクを着用する。特に巡回、誰かと面談する際には必ずマスクを付ける。マスクの信頼性よりも、マスクを付けているという心理的な安心感も併せて考えるべきだと指示している。

農場の状況については電話で確認し、巡回は原則1人で行うが、連絡は極力電話で済ませる。相手先の要望があれば一緒に動くこと自体は問題ないが、極力一人で動くようにする。報告もできるだけ電話もしくはメールで行うこととする。また、要望されないミーティングは原則行わない。ミーティングは業務上重要なファクターだが、社会規範としてミーティングを避けようとしている中で、あえて行うことの心理的なマイナス面も考慮した。万が一、コロナウイルス性肺炎の患者が出た時は、ラボの建物を明確に区分し、そ

### いずれ集団免疫、馴化へと 移行していかざるを得ない

ここで何ができるかを検討する。我々のマニュアルを皆様に周知することも大事である。さらに、このようなシステム構築を行うと同時に、皆様のお役に立てるようなアドバイスができるならば、それも積極的にやっていきたい。我々はコロナウイルスに対するPCR検査を自社で実施している。サンプリングはスタッフが各自で行い、毎週全員が検査する。マイナスの結果を持って現場を巡回するように決めていく。これが当社の基本態勢である。

PCR検査の対象・頻度を拡大することが非常に重要である。現実にはコロナウイルスがどの程度拡がっているか、実際の被害、危険レベルがどれだけのものなのかを社会が情報として共有しなければ、この問題を前提とした社会構築ができないと考える。PCR検査そのものは大した作業ではない。やる気がどれだけあるかが一番大きな問題で、なぜもつと対象を広げ、頻度を上げて、社会におけるこのウイルスの浸潤が真にどのような姿をとっているの

か、致命的である人たちへのケアがどのような形でなされるべきなのかを、臨床の医師たちが疫学を踏まえて情報共有し、トリアージの観点から、どこまで治せるのかも明示すべきではないかと考えている。

どこまで治せるかの話だが、この疾病の死亡率は、80歳以上が6〜7割、70歳代が2〜3割、60歳代が1〜1・5割、60歳未満は5〜7%程度で、高齢者が重篤になりやすいのは事実である。私自身、親しい方々に申し上げているのは、これは非常に極端な話なのだが、あなたがガンに罹った時、医師はこう言う。できるだけのことはします。救命率、延命率はこのくらいです。リスクはこうで、それでも手術をしますか。手術を希望するならば、任せるといって下さい。手術をしたけれども、残念ながら完治できませんでした。そんな例はいくらでもある。患者と医師が納得した上で治療を行って行くことが、今回のコロナに関しては欠落しているように思う。

コロナに罹った人を全部治療しなければならぬと、医師は必死になつて頑張る。これは大変な努力であるし、大変なリスクを伴っている。

罹った人も治って当たり前のよう  
意識で厳しい要求をしている。とこ  
ろが、ゼロリスクはあり得ないし、  
特にこの病気の場合、高齢者が重篤  
になりやすい。患者に対して何をど  
うすればどれくらい効果があるの  
か、駄目なのかという情報もある。  
そうした情報を一般の人たちと医師  
が共有し、一丸となって対応する必  
要があるのではないかと考える。

ちなみに、集団免疫に関する情報  
はスウェーデンにしかない。イン  
ターネット情報やテレビ報道など  
によれば、スウェーデン社会はま  
た動いていない。100万人当たり  
の死亡者が314人、完全封鎖  
した英国が475人、イタリアは  
502人である。現在、スウェー  
デンでは死亡者が増えているといわ  
れるが、完全封鎖の経済的ダメージ  
による貧困者の命の危機と、集団免  
疫で防ごうとしたスウェーデンの  
場合とを比べてみると、国のダメージ  
はどちらが大きかったのかは、これ  
から歴史が明らかになるのではない  
か。ちなみに、東京での感染率0.1%  
、北海道の0.03%が現実にウイズ  
、コロナで順次広がっていった場合  
、経済的な補てんを行政が続けら  
れる

かと思われている。医学領域で一般コ  
ロナの抗体スクリーニングがなされ  
れば、ある意味での安心材料につな  
がるのではないかと考えている。  
質問 今後来るであろう第2波、第  
3波に備え、できる対策から今のう  
ちをやっていききたい。養鶏場でのク  
ラスタ発生を予防するために絶対に  
やっておくべきことは。  
加藤 これから第2波、第3波がど  
のような形で来るのか、それに対し  
て個々がどう対策を講じていくべき  
かは、非常に難しい課題だと思  
う。集団免疫を積極的に取り入れて  
いくという国としての方針が示され  
ない中、国はたぶん感染が再び拡大  
した時に今までの対策を前提に抑え  
込もうとするだろう。ただし、それ  
に対する経済的な保障はできないとい  
う矛盾が悩みながら進んでいくこと  
になると思う。その中で、養鶏生産  
者の方々が自分の組織の中でクラ  
スタ感染を起こさないために何をす  
べきか。集団免疫を個々の経営に取  
り入れることはできないので、感  
染をできるだけ避けて、運悪く罹  
った人たちは母集団を感染させない  
よう自発的に休む。その仕組みが充  
実されなければいけないと思う。

わけがないし、いずれ集団免疫へ  
移行していかざるを得ない。

千葉エリアでかつて変異型IB  
が出た。これはワクチンが出るま  
で10年近くかかった。ワクチンが  
できる前は、現実に馴化できるケ  
ースとできないケースがあるけれ  
ども、馴化できる場合は採卵期以  
前にかけない段階で感染させるこ  
とによって被害が避けられること  
は業界の皆さんならご存じだと思  
う。ただ問題は、人間の馴化を意  
識的に取り入れると、100万人に  
一人、1億人では100人が犠牲に  
なるかもしれない。社会的に批判  
されるのが大きなリアーとなる。  
とはいえ今回は、やるだけやっ  
たけれども最後は馴化しかないう  
流れになるのが、今の道筋では  
ないかと個人的には考えている。

最近、人間だからこそ問題とな  
っている重大な症状の解析が進ん  
でいる。一つが免疫暴走である。こ  
れはアナフィラキシーのようなも  
ので、サイトカインストームが問  
題となっている。サイトカイン  
ストームは免疫暴走の一種だが、  
免疫を引き起こすための引き金に  
なるリンパ球が異

当社のパートナーさんが発熱で休  
む時には、会社都合で休ませるの  
で給与の7割を保証する。今後、  
そのような形で収入保証をしない  
経営は労働力の確保が一層難しく  
なるのではないかと。まずは各自  
が体調不良の場合には自覚症状を  
前提として、いかに自律的に休  
むか、会社はそれをフォローする  
のかだと思ふ。あとは会社がPCR  
検査をどのように行うか、拡大  
防止していくかの問題にも絡む  
が、休んだ人は積極的に自身の感  
染の有無を公的に認めてもらうよ  
うに努力すべきである。第2波、  
第3波が話題となる時には、おそ  
らく検査機関、医療機関の対応も  
変わっているだろうが、生産現場  
の方々は先ほど紹介した当社の  
対応などを参考にしたい。母集  
団の感染を遅らせることが、今  
できるベストの対応ではないか  
かと思っている。

常活動を免疫が異常に進む。さ  
らに血管に病変ができ、血栓症を  
起こして死亡する事例が急増する  
という。臨床の写真などを見ると  
大変なことが起きていると思う。も  
う一つはADE（抗体依存性感染増  
強）の問題で、これは半端にある  
抗体を使って感染が増強される  
現象である。これがSARSでも、  
今回の新型コロナウイルスの場合も  
考えられることか、ヒトのワクチ  
ン開発は難しいとされている。我  
々畜産関係者にとっても、改めて  
難しい課題として実感させられ  
る情報といえる。

今回のパンデミック、新型コロナ  
の問題では腑に落ちないこと、わ  
からないことがとにかく多い。そ  
れでも何とか私たちはこの問題を  
クリアし、人間社会としてこの疾  
病、ウイルスとうまく折り合いを  
つけてながら生きていける状態を  
、できるだけ早く達成したいと思  
っている。

### ニワトリのIBウイルスがヒト感染するという知見はない

質問 新型コロナウイルスはニワ  
トリに感染するのか。ヒトとニワ  
トリで交差免疫はあるのか。  
加藤 先ほど紹介したように、ニ

ワトリのコロナウイルスはγ属に  
含まれる。γ属は鳥類、特にニワ  
トリとその他の鳥にだけ感染する  
ものであって、他の動物には基本  
的に感染しない。ちなみに、ヒ  
トのコロナウイルスはα属、β  
属で、この中にはネコ、イヌ、  
ウマ、ウシ、コウモリが入って  
いる。今回の新型コロナウイルス  
でベットのネコが感染したとい  
う報告が香港などで数件ある。  
イヌがPCR検査陽性だったとい  
う報告も香港であるが、これは  
感染したヒトからペットがもら  
ったケースではないかと思う。し  
かし、ヒトがニワトリにうつすこ  
とは、この交差性から考えてまず  
あり得ないと思ふ。ニワトリの  
IBウイルスがヒトに罹るとい  
う知見もない。

ただ、最近明らかにされつつあ  
るが、ヒトのいわゆる普通風邪  
のコロナウイルス感染症の抗体  
が交差性を持って新型コロナウイルス  
を抑えているのではないかと、  
というような情報が出始めている。  
私はアジア諸国が欧州に比べて  
極端に感染被害が少ないのは、  
この普通コロナの感染が中国、  
韓国、日本を始めとするアジア  
諸国にすでに昨年、一昨年の間  
にかなり広がっていた事実があ  
るのではない

現場がみるみる良くなる!!

## 食品衛生7S実践事例集 第7巻

「食品衛生7S」とは、食品安全ネットワーク（角野久史会長）が提唱する衛生管理手法で、工業5S（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）に食品分野で特に必要な「洗浄と殺菌」を加えて「7S」とし、食品製造環境における微生物レベルの清潔を目的としている。

本書は2014年2月13日、大阪市内で行われた食品安全ネットワーク主催「第7回食品衛生7S実践事例発表会」の記録で、食品衛生7Sの詳細解説とともに、様々な現場において食品衛生7Sがいかに活用され成果を上げていくかが掲載されている。効果的な衛生管理のヒントが満載された本書は、まさに食品現場の必携の書といえる。

### 第1部 解説編

- 第1章 食品衛生7Sとは（執筆：食品安全ネットワーク事務局長 富島邦雄）
- 第2章 フードディフェンスで最も大切な「コンプライアンス文化の醸成」（執筆：ベリージョンソンホールディングス株式会社 新谷雅敏）

### 第2部 事例編

- 事例1 信州八木株式会社（執筆：コンプライアンス部 遠山知里）
- 事例2 JA あいち経済連・炊飯加工センター（執筆：食品衛生7Sチームリーダー 長坂孝弘）
- 事例3 株式会社あわしま堂（執筆：品質保証室 花野章二）
- 事例4 備後漬物有限公司（執筆：品質管理部 土屋克章）
- 事例5 株式会社白洋舎（執筆：ユニフォームレンタル西部事業所 須藤隆夫）
- 事例6 大山乳業農業協同組合（執筆：酪農指導部指導課 倉本みゆき）

編集：角野久史、米虫節夫 版型：A5判 133ページ  
発行：株式会社鶏卵肉情報センター 定価：2,500円（税別+送料別途）

ご注文の際は鶏卵肉情報センターまでFAX・お電話にてご連絡ください。  
発行・販売：(株)鶏卵肉情報センター FAX052-883-3572 TEL052-883-3570

