

【保健環境研究センター10月だより ～今さら細菌性赤痢?～】

細菌性赤痢というと、遠い過去の感染症、または衛生管理の行き届いていない発展途上国の感染症と思われがちですが、そういうわけでもありません。国内で届けられる報告数は年間 200～500 例あり、奈良県においても、過去 5 年間に於いて 2008 年を除くと 2～3 例の報告がありました（図）。感染地域は、国外感染が国内感染よりも多く、奈良県での報告例も感染国がインドネシア、インド、シンガポールなどでした。しかし今年も国内での発生も多く、3 月には、福岡県の幼稚園で集団感染があり、また、9 月には東北地方 4 県にて同系列ファミリーレストランを原因施設とする集団食中毒事件がありましたので、既に 217 例の報告があります（2011 年 9 月 28 日現在）。

細菌性赤痢は、感染症法では 3 類感染症に指定されていますし、食品衛生法では食中毒事件の病因物質に追加されていますので、医師は速やかに保健所に報告する義務があります。

感染は、原因菌である赤痢菌に汚染された水・氷・食品などを摂取することにより起こります。1～3 日の潜伏期を経て、全身倦怠、急激な発熱の後、水溶性下痢や血便を伴う下痢などの症状が出現します。赤痢菌は、A 群（志賀）、B 群（フレキシネル）、C 群（ボイド）、D 群（ソッネ）と 4 種類に分けられ、国内では D 群による感染例が多く、7～8 割を占めています。D 群は軽度の下痢、または無症状で経過することもあり、上記のファミリーレストランでの食中毒で分離された菌もこの種類でした。治療には対症療法による全身状態の改善と、抗菌薬による除菌を図ります。

国内では、衛生状態の向上によって発症例は減っておりますが、衛生状態の悪い国への旅行の際は、生水、氷、生ものは避けることが、重要な予防方法となります。少ない菌量でも発症する危険がありますので、食中毒予防の 3 原則、「つけない、増やさない、やっつける」を心がけることも大切です。

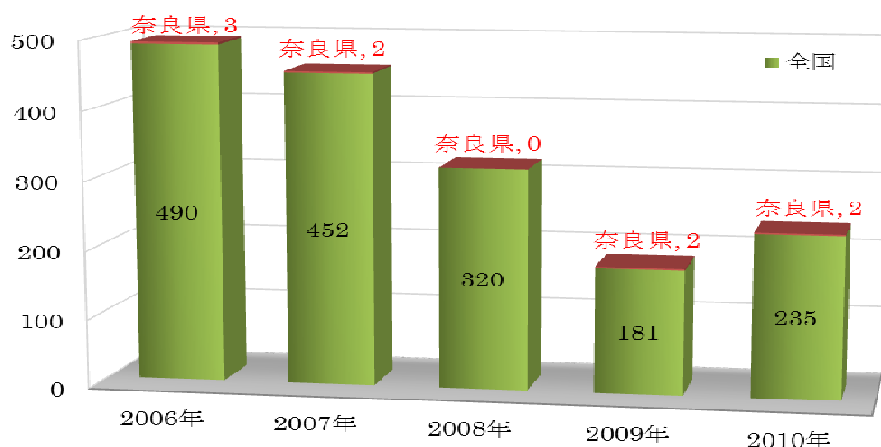


図. 細菌性赤痢の発生状況推移(2006年～2010年)IDWR 資料抜粋

(細菌チーム 橋田 記)