

埼玉県の腸管出血性大腸菌検出状況(2023年)

埼玉県で 2023 年に分離され、衛生研究所で確認した腸管出血性大腸菌は 148 株でした。分離された 148 株の血清型・毒素型別を表に示しました。血清型では 24 血清型が検出され、最も多く検出された血清型は O157:H7 で 94 株 (63.5%) でした。次いで O26:H11 が 11 株 (7.4%)、O111:H- 及び O103:H2 が 7 株 (4.7%) と続きました。

毒素型については、O157:H7 は VT1&2 産生株が 52 株、VT2 単独産生株が 42 株、O26:H11 については VT1 単独産生株が 9 株でした。なお、2022 年に続き、O26:H11 では発生が稀な VT2 単独産生株が 2 株みられました。

分離された 148 株の内訳は、患者由来が 93 株 (62.8%)、無症状病原体保有者由来が 55 株 (37.2%) でした。無症状病原体保有者から検出されたものはいずれも患者発生に伴う家族検便や給食従事者等に対する定期検便によるものでした。無症状病原体保有者からの検出率を血清型別にみると、最も多く検出された O157:H7 は 29.8% (28 株/94 株) でした。また、O26:H11 は 36.4% (4 株/11 株) でした。

表 腸管出血性大腸菌の血清型・毒素型別検出数 (2023年)

血清型	毒素型			計
	VT1	VT2	VT1&2	
O157:H7	—	42	52	94
O157:H-	—	1	5	6
O26:H11	9	2	—	11
O26:H-	1	—	—	1
O111:H-	5	—	2	7
O43:H2	—	2	—	2
O91:H-	1	—	1	2
O103:H2	6	—	1	7
O121:H19	—	2	—	2
O128:H2	1	—	1	2
その他	4	10	—	14
	27	59	62	148

2023 年は県内で起きた飲食店による O157 : H7、VT1 & 2 の食中毒事例に関連し、感染者が 7 名発生しました。当該飲食店は半生状態のひき肉料理を客が自ら焼成して喫食する形態で、中心部まで十分な加熱が行われなかったことが原因と考えられました。食肉のようなハイリスク食品は、特に十分な加熱を行って喫食することを改めて注意喚起していかなくてはなりません。また、集団感染事例になりやすい傾向のある幼児施設や老人福祉施設による事例はありませんでしたが、引き続き感染防止策の徹底が必要です。

腸管出血性大腸菌感染症の多発する時期を控え、情報収集や解析を行い、感染拡大防止へ向けてタイムリーな情報提供に努めて参ります。



2023/2024 シーズンのインフルエンザ

2023/2024 シーズンは定点当たり報告数が 1.00 を上回った状況で始まりました（図 1 中折れ線グラフ）。シーズン開始時の 2023 年第 36 週（9 月 4 日～10 日）には既に定点当たり報告数は 5.94 であり、翌第 37 週には注意報レベルの 10.00 を、第 43 週には警報レベルの 30.00 を上回り、その翌週（第 44 週）に今シーズン最も大きな定点当たり報告数（34.84）となりました。その後定点当たり報告数は一旦は減少したものの、第 49 週に 2 度目のピーク、更に年明けの 2024 年第 6 週に 3 度目のピークを迎えた後、徐々に減少し、2024 年第 17 週（4 月 22 日～28 日）に 1.00 を下回り流行期が終了しました。

今シーズン病原体定点で採取された検体から検出されたインフルエンザウイルスのうち A 型は AH3 が 460 件、AH1pdm09 が 231 件、A 亜型不明が 2 件、B 型は B ビクトリア系統が 210 件で、B 山形系統は検出されていません（2024 年 5 月 31 日現在）。シーズン開始時から 2023 年内にかけては AH3 と AH1pdm09 が混在していましたが、2024 年になると B ビクトリア系統が増加しはじめ、第 4 週以降は B ビクトリア系統が半数以上を占めるようになりました（図 1 中棒グラフ）。3 度目のピークは B ビクトリア系統の流行によるものと考えられました。

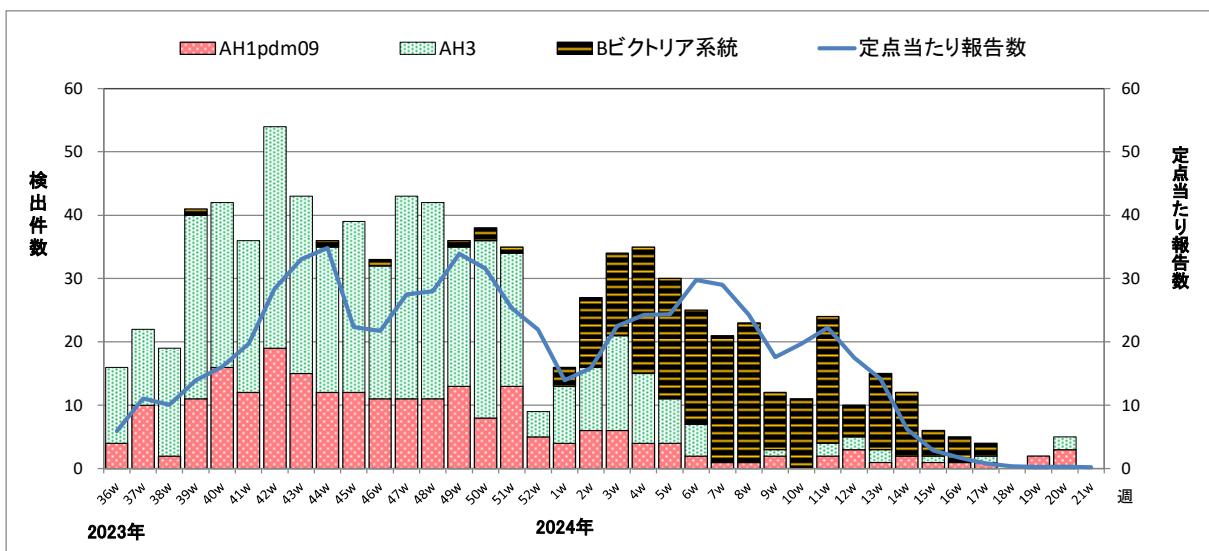


図 1 インフルエンザの定点当たり報告数とウイルス検出状況（2023/2024 シーズン）

今シーズンは3つの亜型が混在しており、この検出状況は2018/2019シーズン（図2）に類似していましたが、定点当たり報告数の動向は、明瞭な一峰性でなかった点、また流行の後期においても定点当たり報告数が多い状況が継続していた点で、過去に類を見ない推移となりました。

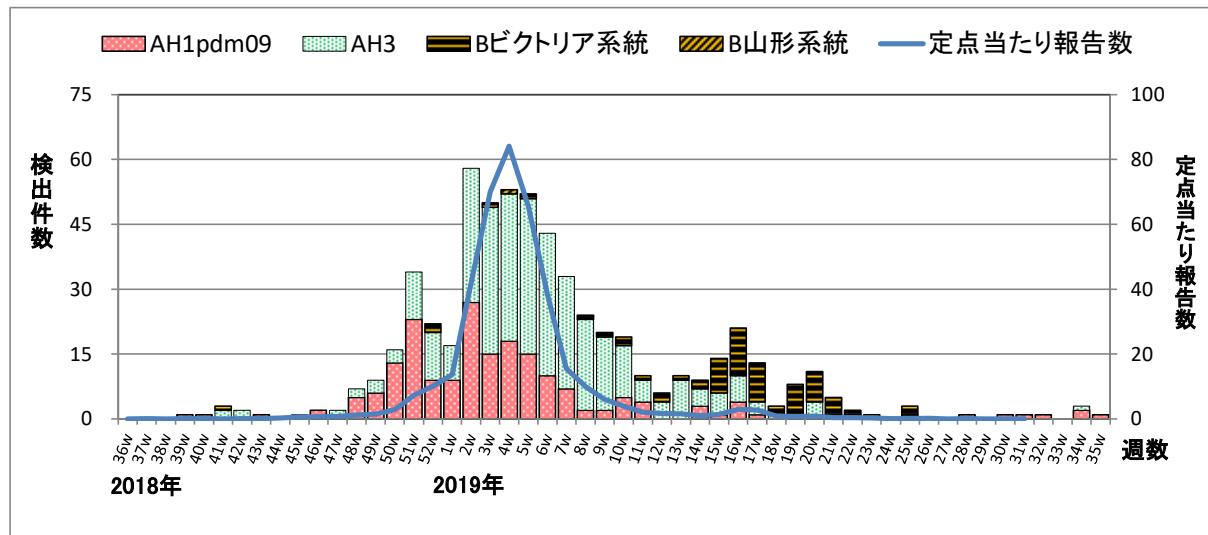


図2 インフルエンザの定点当たり報告数とウイルス検出状況（2018/2019シーズン）

週別、患者年齢階級別のインフルエンザウイルス型別検出数等の詳細は、県感染症情報センターのホームページ（<https://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/srv-flu.html>）に最新情報を掲載しています。

病原体定点医療機関の先生方には引き続き検体採取へのご協力をお願いします。



劇症型溶血性レンサ球菌感染症

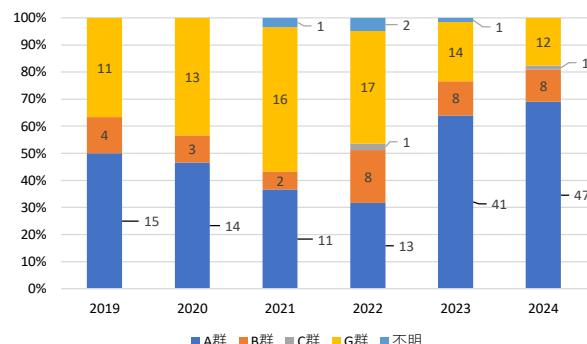
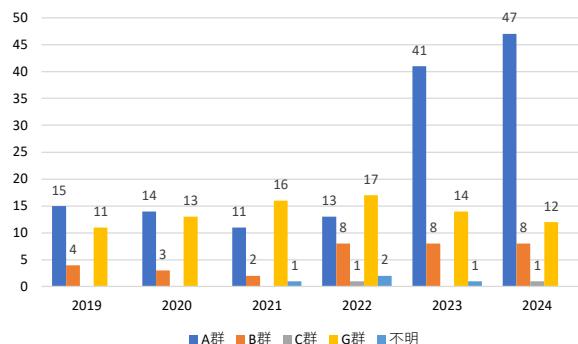
劇症型溶血性レンサ球菌感染症(streptococcal toxic shock syndrome : STSS)は、感染症法で定められている五類感染症全数把握の対象疾患です。1987 年に米国で最初に報告され、日本では 1992 年に初めての症例が報告されています。症状は四肢の疼痛から始まり数十時間内に急性腎不全、手足の壊死、それに伴うショック、多臓器不全などを併発します。

埼玉県における STSS の報告数は、2021 年 30 人、2022 年 41 人、2023 年 64 人と増加傾向にあり、2024 年はすでに 68 人（2024 年 23 週まで）となっています。2019 年から 2024 年の年齢階級別の患者数と届出時の死亡者数は表のとおりです。届出時死亡率は 13% から 40% と年によってばらつきがありました（表）。

表 STSS の年齢階級別患者数と届出時死者数

	2019	うち死亡	2020	うち死亡	2021	うち死亡	2022	うち死亡	2023	うち死亡	2024	うち死亡
0-9				1					4	1		
10-19												
20-29	1								3			
30-39			1		1	1			8	3	4	
40-49	2	2	2		3		4		6	1	6	1
50-59	6	1	5	1	4		2		7		11	2
60-69	5	2	8	2	4	2	12		12	2	15	3
70-79	7	1	5		10		10	2	11	2	14	4
>80	9	6	8	1	8	1	13	4	13	4	18	3
計	30	12	30	4	30	4	41	6	64	13	68	13
死亡率		40%		13%		13%		15%		20%		19%

2023 年 11 月以降、A 群溶レン菌による STSS の届出数の増加が認められており、2023 年は患者 64 人中 41 人 (64.1%)、2024 年(23 週まで)は患者 68 人中 47 人 (69.1%) が A 群による STSS と診断されています（図 1~3）。



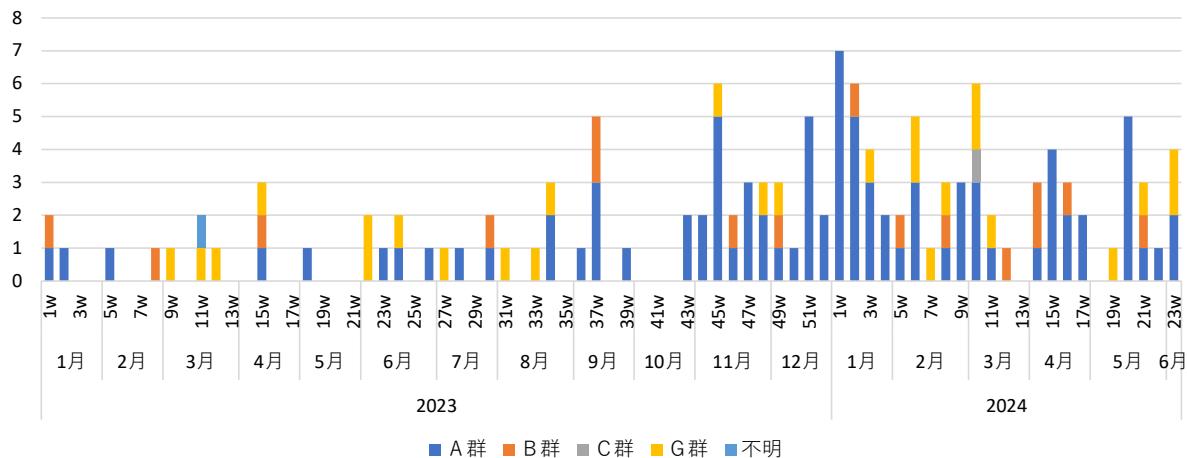


図3 劇症型溶血性レンサ球菌感染症届出数（診断週別 2023年1週～2024年23週）

A群溶レン菌の一種に発赤毒素の産生量が多いとされる M1_{UK} 株があり、分離頻度が増加しているとの報告があります。当所では、医療機関から分与された STSS 患者由来の菌株の遺伝子型別を行っており、2023 年以降、A 群溶レン菌を原因とする STSS 患者から 17 株が分離されています。2019 年から 2022 年までは症例数が少なく分与株数も少ないため比較は困難ですが、M1_{UK} 株は分離されていませんでした。図 4 は当所で STSS 患者由来の菌株の遺伝子型別を行った結果を診断月別に示したもの（2024 年 5 月 31 日現在）。患者発生が増加した 11 月以降、M1_{UK} 株が 15 株、M1_{UK} 以外の株が 17 株という結果でした。

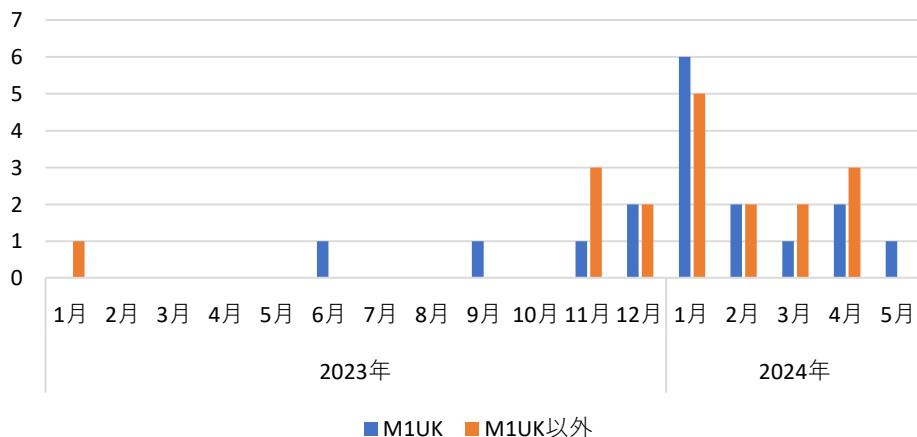


図4 埼玉県衛生研究所における A 群溶レン菌の遺伝子型別検出状況（n = 35）
(2024 年 5 月 31 日現在)

溶レン菌は常在菌で、無症状で咽頭に保菌している場合もあり、感染から STSS 発症の過程がはっきりしておらず、患者数増加の原因は明らかではありません。小児科定点把握疾患である A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎の流行と STSS 患者の増加は、同じような動向を示しています。咽頭炎患者の増加が STSS 増加の原因の可能性もありますが、因果関係ははっきりしておらず、今後もその動向に注意が必要です。

STSS と診断した場合には、速やかに発生届を提出し、患者情報の収集にご協力いただきますようお願いいたします。



手足口病

手足口病は子供を中心に夏に多くみられる病気で、病名のとおり、手（手のひら）や足（足の裏）や口（口の粘膜）に水疱ができます。過去 10 年を振り返ると、2015 年、2017 年、2019 年、2022 年には警報開始基準値である定点当たり報告数 5.0 を超える流行がありました。2024 年は第 25 週に定点当たり報告数が 7.04 となり、5.0 を超えました。流行期は初夏から初秋にかけてですが、2024 年は 5 月下旬から流行の兆しがあり、例年よりも早い流行期入りとなっています。

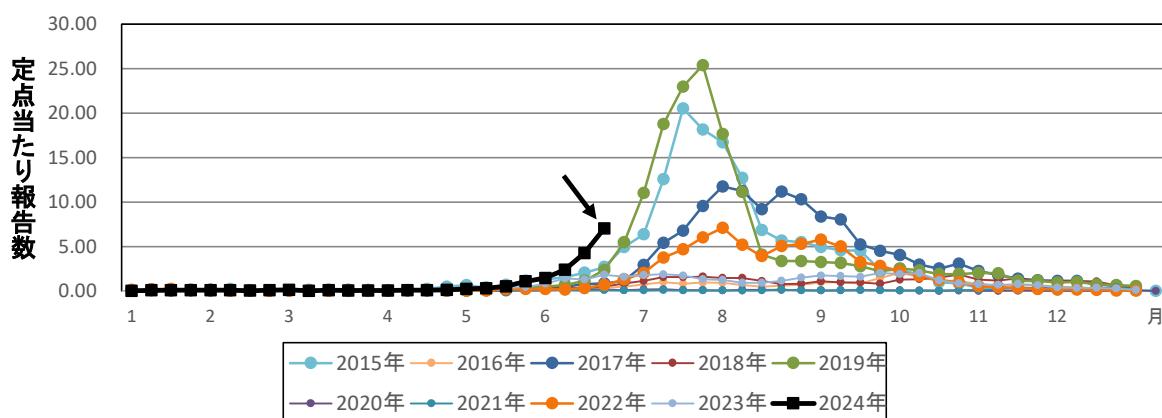


図 1 過去 10 年の手足口病定点当たり報告数（埼玉県）

手足口病の原因となるウイルスは主にコクサッキーウィルス A6 型、A16 型、エンテロウイルス A71 型などで、流行の中心となるウイルスは年によって変化します。2024 年は 5 月に採取された検体から 9 件のコクサッキーウィルス A6 型が検出されました。コクサッキーウィルス A6 型は、流行の大きかった 2015 年、2017 年、2019 年、2022 年にも多く検出されている型になります。

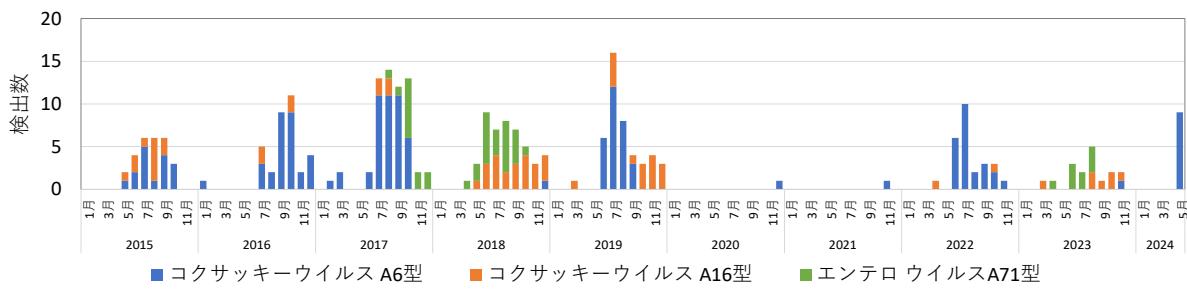


図 2 手足口病からの主なウイルス検出状況（埼玉県）

手足口病の原因ウイルスの感染経路は飛沫感染、接触感染及び糞口感染であり、予防には手洗いの励行や排泄物の適切な処理が重要です。

病原体定点医療機関の先生方には引き続き検体採取へのご協力をお願いします。



マイコプラズマ肺炎

マイコプラズマ肺炎は、*Mycoplasma pneumoniae* に感染することによって起こります。感染すると、発熱や全身の倦怠感（だるさ）、頭痛などの症状がみられ、それに遅れて咳が始まります。咳は熱が下がった後も長く（3～4週間）続くのが特徴です。感染した人の多くは気管支炎で済み、軽い症状が続いますが、一部の人は肺炎を起こし、重症化することもあります。

マイコプラズマ肺炎は感染症法で 5 類感染症に位置づけられ、県内 12 か所の基幹定点医療機関（小児科及び内科医療を提供する 300 床以上の病院）から報告を受ける定点把握対象疾患の一つです。図 1 に、マイコプラズマ肺炎の 2008 年以降の定点当たり報告数の推移を示しました。新型コロナウイルスがまん延した 2020 年第 18 週以降、定点当たり報告数は 0.00 から 0.25（報告数 0～3 人）で推移していましたが、2024 年第 23 週（6/3-6/9）以降、増加傾向にあります。第 37 週（9/9-9/15）には定点当たり報告数 3.83（46 人）となり、過去 10 年（2014-2023）と比較すると最も大きな流行規模となっています。統計のある 1999 年以降での定点当たり報告数の最大値は 2010 年の 5.22 で、2024 年は第 37 週時点すでに過去 4 番目の定点当たり報告数となっています。



図 1 マイコプラズマ肺炎定点当たり報告数の推移（2008 年第 1 週～2024 年第 38 週）

2024 年第 21 週以降の埼玉県内の報告患者の年齢階級別推移は、図 2 のとおりです。週によって多少のばらつきはありますが、6～8 歳、9～11 歳の報告が多く、他の文献報告に見られるマイコプラズマ肺炎の好発年齢とも一致しています。感染経路は感染者の鼻腔や咽頭からの分泌物による飛沫・接触感染ですが、多くは家庭内や学校などにおける濃厚接觸によると考えられています。肺炎と診断された場合に基幹定点医療機関から報告される制度となっており、マイコプラズマに感染しただけでは届出の対象とならず報告はされません。このため、実際にマイコプラズマに感染した人の数は肺炎として届出されている報告数よりも多いことが予想されます。年間を通じて報告が見られる疾患ですが、秋冬に増加する傾向があり、今後の発生動向には注意が必要です。

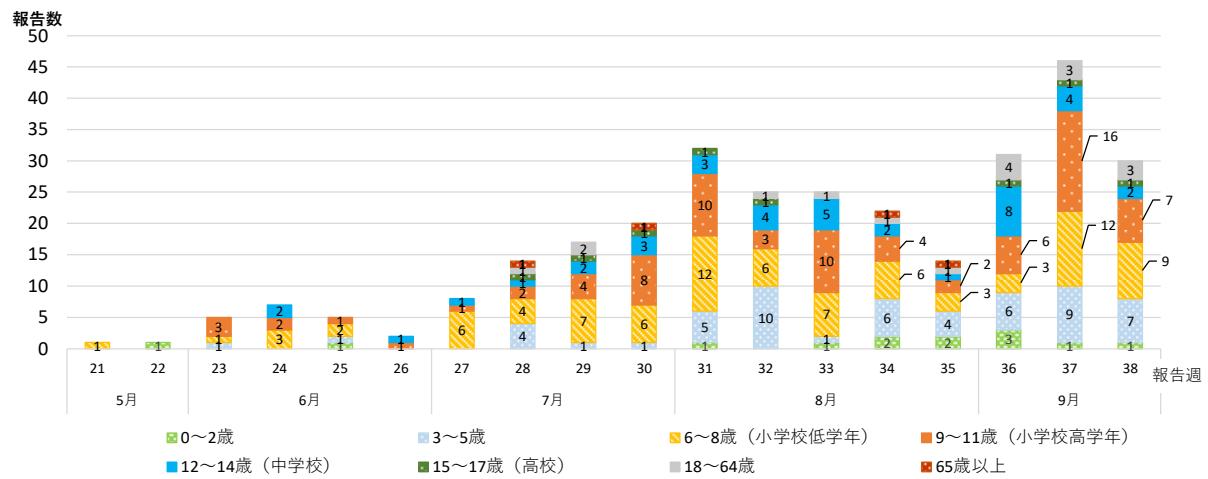


図2 マイコプラズマ肺炎の報告数の推移（年齢3歳階級別・埼玉県・2024年）

なお、マイコプラズマ肺炎の全国の情報は国立感染症研究所の以下のページに掲載されています。

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/mycoplasma-pneumonia-m/mycoplasma-pneumonia-idwrc/12871-idwrc-2435.html>

麻しんの発生状況とウイルス検出状況

10月に入り、埼玉県内において麻しん7例が届出^{※1}されています。2015年3月に日本が麻しん排除状態にあるとWHOより認定を受けたのも、2019年までは埼玉県でも年間2-35例の届出がありましたが、2020年以降の4年間はCOVID-19の世界的な流行に伴う往来制限等の影響により年間0-1例と大きく減少していました（表）。

全国では、2020~2022年は10例以下でしたが、2023年には28例、2024年も10月23日時点で30例を超えていました^{※2}。この麻しんの届出増加を受け、厚生労働省は令和5年5月12日付事務連絡（令和6年2月26日一部改正）で注意喚起を行っています^{※3}。

2024年の全国の届出例では、20~29歳が最も多く、15~19歳、30~39歳と合わせると15~39歳が約7割となっています。またこの年齢群の届出例のワクチン接種歴を見ると、2回接種未完了者が多くを占めています。2回の麻しん含有ワクチンの定期接種機会があった世代でも、2回接種未完了者で麻しんが発生する可能性があることが示されています。

表 麻しん届出数

西暦	埼玉県	全国*
2015	2	35
2016	8	165
2017	5	186
2018	16	279
2019	35	744
2020	0	10
2021	1	6
2022	0	6
2023	0	28
2024	7	34

2024年は、埼玉県は43週、全国は42週までの暫定値

* 出典：感染症発生動向調査事業年報（厚労省・感染研）

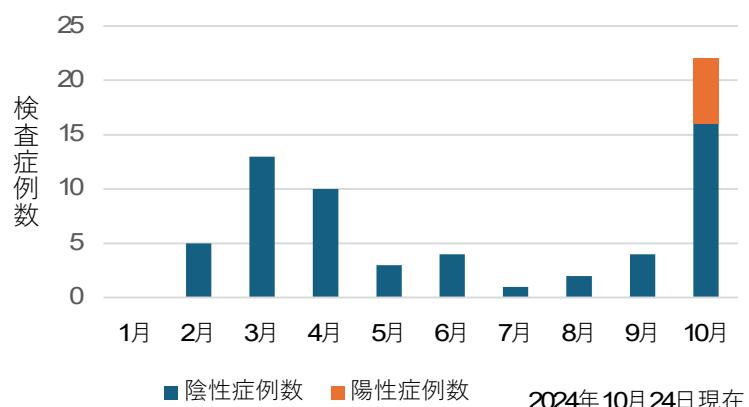


図 埼玉県内における麻しんウイルス検査実施状況(2024年)^{※4}

図は埼玉県内における麻しんウイルス遺伝子検査の実施状況です。10月には22例中6例において、麻しんウイルス遺伝子が検出されました（10月の検査症例数には、陽性者の接触者であり症状のあった方の検査を含みます。）。

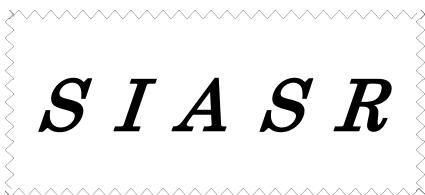
麻しんウイルス遺伝子検査については、「麻しんに関する特定感染症予防指針」により原則として全例に実施することが求められています。遺伝子検査用の検体の採取は発症から1週間以内が望ましいとされていますが、それ以上経過していても遺伝子が検出された症例もあります。医療機関におかれましては、臨床診断をした時点で保健所に届出を行い、保健所の求めに応じ遺伝子検査用検体（咽頭ぬぐい液、血液、尿）の採取にご協力くださいますようお願ひいたします。

※1 <https://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/masinn.html>

※2 <https://www.niid.go.jp/niid//images/idsc/disease/measles/2024pdf/meas24-42.pdf>

※3 <https://www.mhlw.go.jp/content/001222287.pdf>

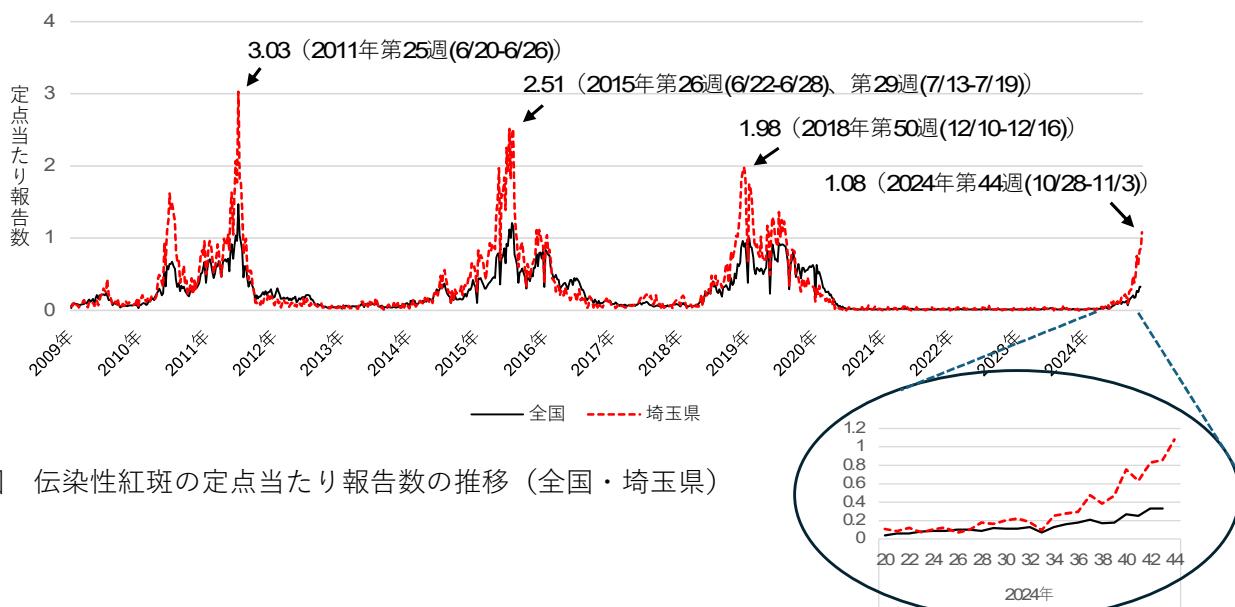
※4 埼玉県衛生研究所、さいたま市健康科学研究センター、川越市・越谷市・川口市保健所での検査による



伝染性紅斑について

伝染性紅斑はヒトパルボウイルス B19 (PVB19) による流行性の発疹性疾患で、小児にみられる両頬の蝶形紅斑から、リンゴ病とも呼ばれています。感染症法では小児科定点報告疾患として五類感染症に指定されています。

2019 年までは、およそ 4~5 年ごとに 2 年にわたる流行期と 2~3 年の非流行期の繰り返しが多くみられました。新型コロナウイルス感染症の流行が始まった 2020 年以降、伝染性紅斑の定点当たり報告数は、それ以前の非流行期の定点当たり報告数に比べ、非常に低い水準で推移してきました。ところが、2024 年第 20 週 (5/13-5/19) に定点当たり報告数が 4 年ぶりに 0.1 を超え、その後は増減を繰り返しながら第 44 週 (10/28-11/3) には 1.0 を超えるに至っています。



伝染性紅斑の特徴的な症状は、10~20 日の潜伏期の後に出現する紅斑です。典型的には顔面の蝶型紅斑と、四肢に両側対称的に遠心性に網目状・レース様の発疹で、体幹にも出現することがあります。

小児に多い疾患ですが、成人も罹患します。成人の場合は症状が多彩で、関節痛や頭痛などを訴えることがあります。頬に発疹が出現する 7~10 日くらい前に微熱や感冒様症状などの前駆症状が見られることが多く、この時期にウイルス血症を起こしており、ウイルスの体外への排泄量が最も多くなるため、まわりに感染しやすくなります。発疹の出現前から周囲への感染の広がりに注意が必要となります。

発疹の出現前に軽度の発熱を認める場合もあるため、発熱後に発疹が出現する他の感染症との鑑別にも注意が必要です。

警報開始基準値は 2.0 となっています。すでに 1.0 を超えて例年と比べて多い値となっているため、今後の患者の流行状況に注意が必要です。

急性呼吸器感染症(病原体)サーベイランスにおける

エンテロウイルス検出状況

埼玉県では、新型コロナウイルス感染症が五類感染症に位置付けられた令和5年5月8日から、小児科・内科病原体定点医療機関に対し急性呼吸器感染症検体の採取をお願いし、インフルエンザやコロナウイルスを含め様々な呼吸器感染症起因ウイルスの検出を行っています。

このうちエンテロウイルスについては、令和5年5月～令和6年8月の月別の検出率が0%～3.0%だったのに対し、令和6年9月は8.7%、10月は9.8%と、明らかな検出率の増加が見られました。そこで、エンテロウイルスVP1部分領域のシークエンスにより遺伝子型別を行い、どの遺伝子型がどのくらい検出されているか改めて検査しました。

令和6年8～11月に埼玉県衛生研究所でエンテロウイルスが検出された27検体中24検体について遺伝子型別することができました。24検体のうち、最も多かったのはエンテロウイルスD68で20件(83.3%)検出されました。その他、エコーウィルス11、コクサッキーウィルスB2、コクサッキーウィルスB3、エンテロウイルスA71が各1件(4.2%)検出されました。

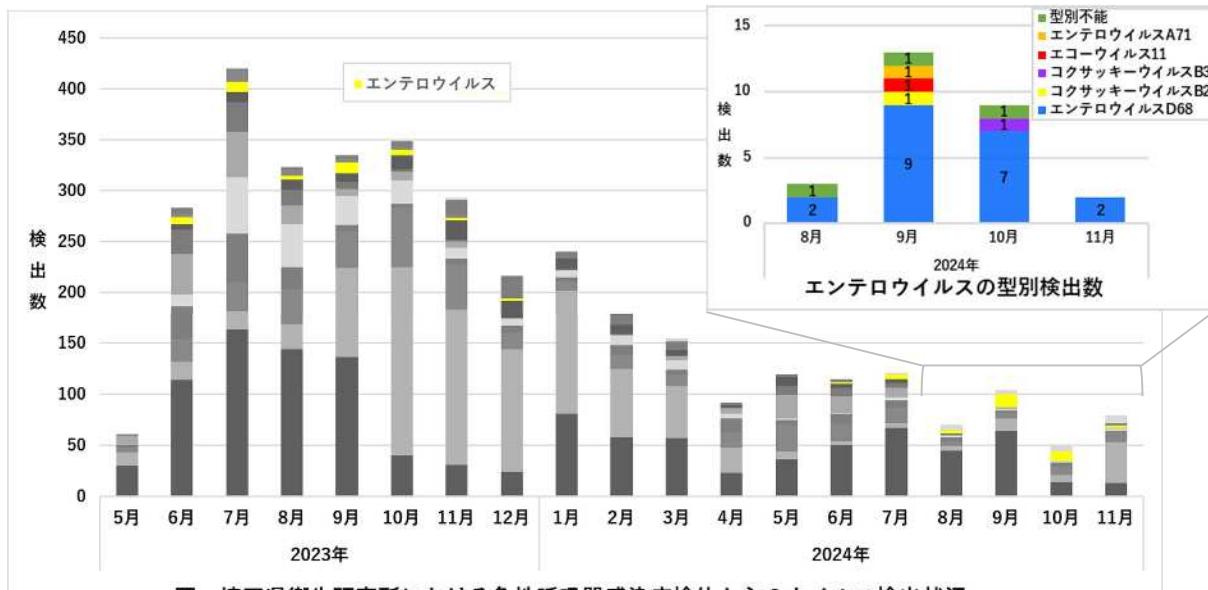


図 埼玉県衛生研究所における急性呼吸器感染症検体からのウイルス検出状況

エンテロウイルスD68が検出された検体は、0歳～70歳の検体で、幅広い年代から検出されました。症状は発熱が最も多く、次いで咽頭痛、肺炎・気管支炎でした。

エンテロウイルスD68は五類感染症全数把握疾患である急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）との関連性が指摘されています。また、風邪などの呼吸器感染症の原因ウイルスの一つとしてあげられていますが、現在は手足口病やヘルパンギーナのように感染症発生動向調査でその流行状況が把握できる体制にはなっていません。急性呼吸器感染症（病原体）サーベイランスでは様々な起因ウイルスの検索を行っていることから、これらのウイルスの動向についても報告できることを目指しています。

病原体定点医療機関においては、検体採取についてご理解ご協力をいただきますようお願いいたします。



埼玉県における2024/2025シーズンのインフルエンザ

埼玉県における2024/2025シーズンのインフルエンザは、第46週（11月11～17日）に定点当たり報告数が1を超え流行期に入りました。その後患者数が急増し、定点当たり報告数は第50週（12月9～15日）に19.61と注意報レベル基準値の10.0を超えた後、翌第51週（12月16～22日）には51.06となり、短期間で警報レベル開始基準値の30.0を大きく超えました。

2024/2025シーズンの始まった9月2日以降、12月24日までに県市衛研又は市保健所で検出したインフルエンザウイルス128件の亜型の内訳は、AH1pdm09が121件、AH3が3件、Bビクトリア系統が4件となっており、今シーズンはAH1pdm09が大部分を占めています（図1）。

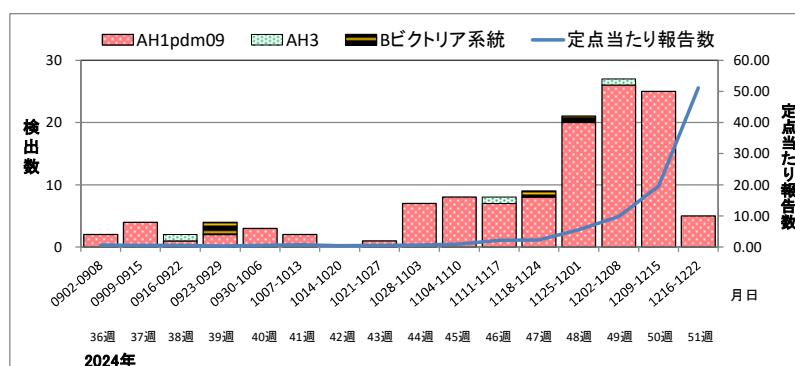


図1 インフルエンザの定点当たり報告数とウイルス検出状況（2024/2025シーズン）

今シーズンと同様にAH1pdm09が優位に検出されていたシーズンは、最近では2019/2020のシーズンで、インフルエンザの大きな流行がなかったコロナ禍の3シーズンも含めると5シーズンぶりとなっています（図2）。

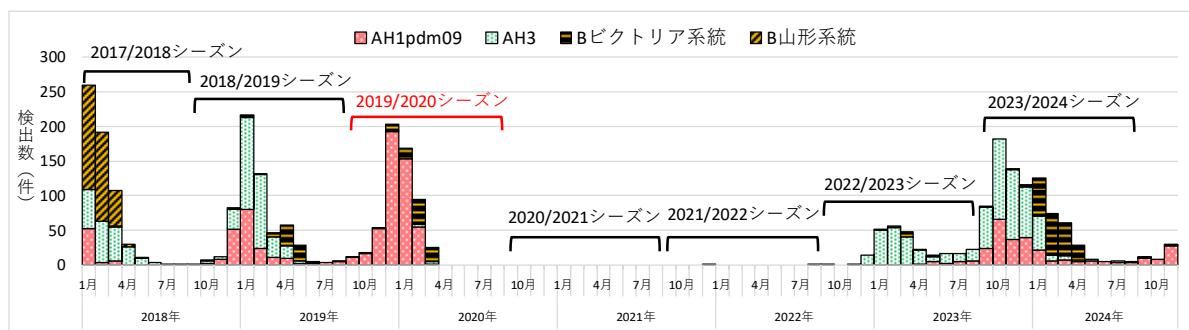


図2 インフルエンザウイルス検出状況（2017/2018シーズン～2023/2024シーズン）

なお、週別、患者年齢階級別のインフルエンザウイルス型別検出数等の詳細は、県感染症情報センターのホームページ（<https://www.pref.saitama.lg.jp/b0714/surveillance/srv-flu.html>）に最新情報を掲載していますのでご覧ください。