

食品安全情報（微生物） No.21 / 2026（2026.10.14）

国立医薬品食品衛生研究所 安全情報部

(<https://www.nihs.go.jp/dsi/food-info/foodinfonews/index.html>)

目次

【[世界保健機関（WHO）](#)】

1. 2024 年の世界のコレラ発生状況

【[米国疾病予防管理センター（US CDC）](#)】

1. アルファルファスプラウトに関連して複数州にわたり発生している大腸菌（O26:H11、O103:H25 および O168:H8）およびサルモネラ（*Salmonella* Agona）感染アウトブレイク（2026 年 10 月 1 日付更新情報）
2. カメに関連して複数州にわたり発生しているサルモネラ（*Salmonella* Paratyphi B variant L(+) tartrate(+)) 感染アウトブレイク（2026 年 9 月 18 日付更新情報）

【[欧州委員会健康・食品安全総局（EC DG-SANTE）](#)】

1. 食品および飼料に関する早期警告システム（RASFF : Rapid Alert System for Food and Feed）

【[英国保健安全保障局（UK HSA）](#)】

1. 英国で発生しているサルモネラ（*Salmonella* Enteritidis）感染アウトブレイク（2026 年 9 月 17 日付更新情報）

【[アイルランド保健サーベイランスセンター（HPSC Ireland）](#)】

1. アイルランドの感染症アウトブレイクデータハブがアップグレード

【国際機関】

● 世界保健機関（WHO: World Health Organization）

<https://www.who.int/en/>

2024 年の世界のコレラ発生状況

Cholera, 2024

Weekly Epidemiological Record, 2025, Vol. 100, No. 36, pp. 347-364

5 SEPTEMBER 2025

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6df56b18-44f1-4aa1-a952-93c15808a583/content>（報告書 PDF）

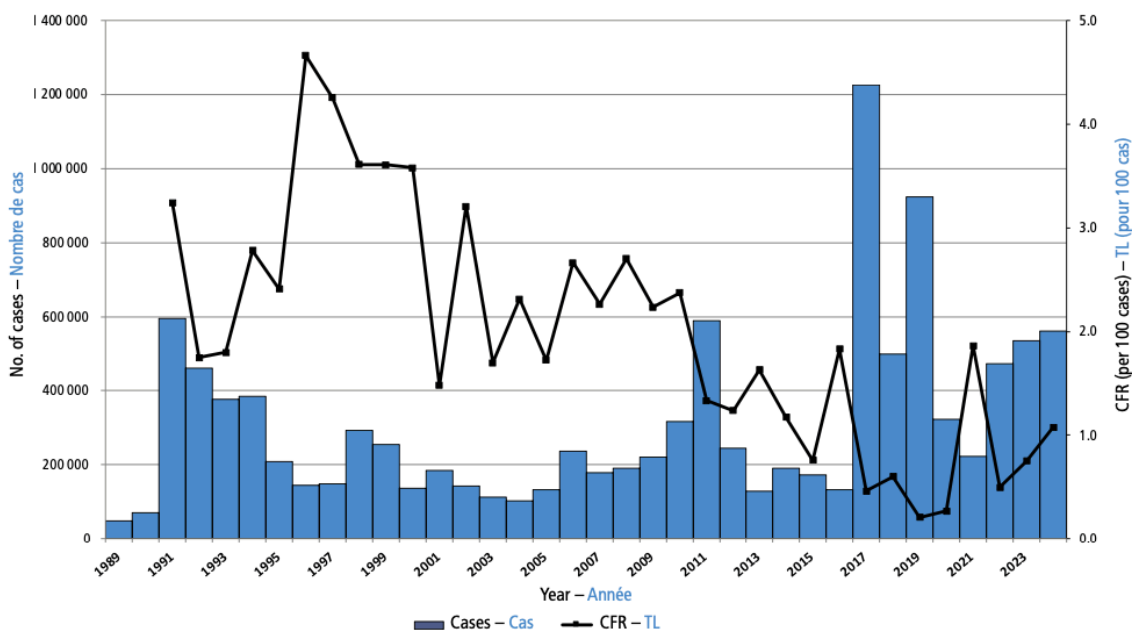
<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer10036-347-364>

2024 年は、1961 年から続いているコレラの第 7 次世界流行が拡大を続けた。60 の国・領土・地域（以下「カ国」と表記）から患者計 560,823 人および死亡者計 6,028 人が報告され、2023 年の 45 カ国から増加した（図 1、地図 1、表 1）。報告患者数は 5%増加し、死亡者数は 50%増加した。患者全体における致死率（CFR）は 1.1%であった。

図 1：年別のコレラの年間報告患者数および致死率（CFR）（1989～2024 年）

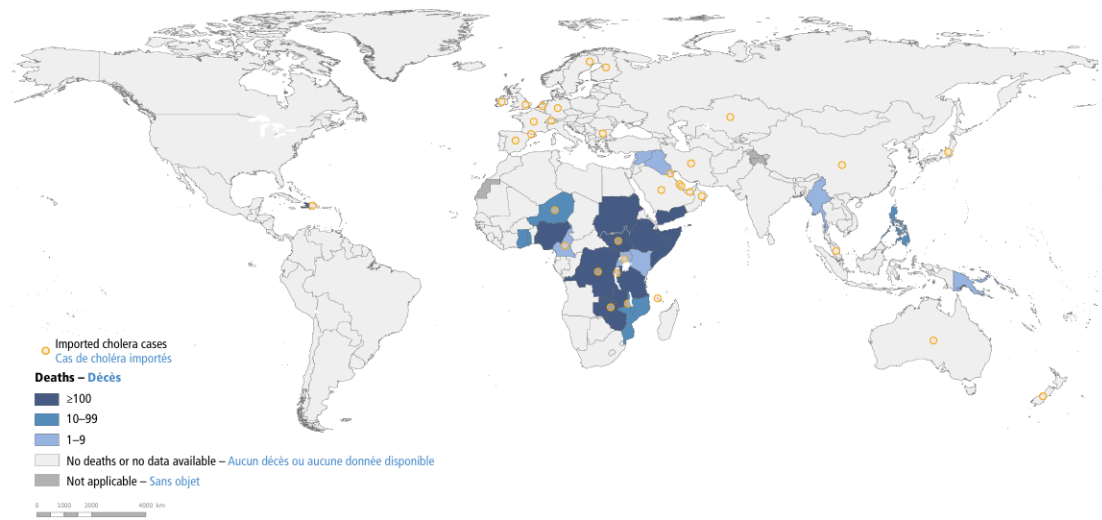
Figure 1 Annual cholera cases and case fatality rate (CFR) reported by year, 1989–2024

Figure 1 Cas de choléra et taux de létalité (TL) par année, 1989-2024



地図 1：コレラによる死亡者および国外感染患者を報告した国（2024 年）

Map 1 **Countries reporting cholera deaths and imported cases in 2024**
Carte 1 **Pays ayant déclaré des décès dus au choléra et des cas importés en 2024**



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Data source: World Health Organization/Department of Epidemic and Pandemic Threat Management. Map production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI. – Source de données: Organisation mondiale de la santé/Département de gestion des menaces pandémiques et épidémies. Carte produite par: Centre SIG de l'OMS pour la Santé, DNA/DDI.

© WHO 2025. All rights reserved. – © OMS 2025. Tous droits réservés.

表 1 : WHO に報告されたコレラ患者数および死亡者数 (2024 年)

Table 1 Number of cholera cases and deaths reported to WHO in 2024					
Tableau 1 Nombre de cas de choléra et de décès signalés à l'OMS en 2024					
Region – Région	Country – Pays	Total no. of cases, including imported cases/deaths – Nombre total de cas (incluant cas importés et décès)	Imported cases – Cas importés	Deaths – Décès	Case fatality rate (%) ^a – Taux de létalité (%) ^a
Africa – Afrique	Burundi	905	85	3	0.3
	Cameroon – Cameroun	199	85	2	1.0
	Comoros – Comores	10 692	11	152	1.4
	Democratic Republic of the Congo – République Démocratique du Congo	31 857	26	426	1.3
	Ethiopia – Éthiopie	27 152	0	271	1.0
	Ghana	423	0	20	4.7
	Kenya	302	0	3	1.0
	Liberia – Libéria	340	0	0	0.0
	Malawi	554	119	14	2.5
	Mayotte ^b	221	22	7	3.2
	Mozambique	8 174	NR	47	0.6
	Niger	1 066	7	23	2.2
	Nigeria – Nigéria	24 841	0	734	3.0
	Somalia – Somalie	21 945	0	138	0.6
	South Africa – Afrique du Sud	13	0	0	0.0
	South Sudan – Soudan du Sud	20 132	1	360	1.8
	Sudan – Soudan	53 001	0	1 456	2.7
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	12 197	0	145	1.2
	Togo	281	0	17	6.0
	Uganda – Ouganda	135	13	5	3.7
	Zambia – Zambie	23 380	60	740	3.2
	Zimbabwe	20 632	0	413	2.0
	Total	258 442	429	4 976	1.9
Americas – Amériques	Dominican Republic – République dominicaine	15	3	0	0.0
	Haiti – Haïti	9 942	0	131	1.3
	Total	9 957	3	131	1.3
Asia – Asie	Bahrain – Bahreïn	4	4	0	0.0
	Bangladesh	24 758	NR	NR	–
	Cambodia – Cambodge	15	0	0	0.0
	China – Chine	10	2	0	0.0
	India – Inde	1 851 c	NR	NR	–
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	14	13	0	0.0
	Iraq	596	0	2	0.3
	Japan – Japon	2	2	0	0.0
	Kazakhstan	3	3	0	0.0

Region – Région	Country – Pays	Total no. of cases, including imported cases/deaths – Nombre total de cas (incluant cas importés et décès)	Imported cases – Cas importés	Deaths – Décès	Case fatality rate (%) ^a – Taux de létalité (%) ^a
	Kuwait – Koweït	7	7	0	0.0
	Lebanon – Liban	1	0	0	0.0
	Malaysia – Malaisie	70	2	0	0.0
	Myanmar	2 139	0	8	0.4
	Nepal – Népal	95	0	0	0.0
	Oman	2	2	0	0.0
	Pakistan	198	0	0	0.0
	Philippines	2 019	0	24	1.2
	Qatar	5	5	0	0.0
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	110	110	0	0.0
	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	169	0	7	4.1
	Thailand – Thaïlande	11	NR	0	0.0
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	33	33	0	0.0
	Yemen – Yémen	260 274	0	879	0.3
	Total	292 386	183	920	0.3
Europe	Andorra – Andorre	2	2	0	0.0
	Bulgaria – Bulgarie	1	1	0	0.0
	Finland – Finlande	1	1	0	0.0
	France	5	5	0	0.0
	Germany – Allemagne	4	4	0	0.0
	Ireland – Irlande	1	1	0	0.0
	Netherlands (Kingdom of the) – Pays-Bas (Royaume des)	1	1	0	0.0
	Spain – Espagne	2	2	0	0.0
	Sweden – Suède	1	1	0	0.0
	Switzerland – Suisse	2	2	0	0.0
	United Kingdom – Royaume-Uni	9	9	0	0.0
	Total	29	29	0	0.0
Oceania – Océanie	Australia – Australie	4	4	0	0.0
	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	1	0	0.0
	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	4	NR	1	25.0
	Total	9	5	1	11.1
Grand total		560 823	649	6 028	1.1

NR: not reported – NR: non renseigné

^a As multiple countries report only total data on deaths, reported CFR is calculated throughout based on the total number of deaths reported. GTFCC recommends that CFR be calculated using only facility deaths with the number of community deaths reported separately (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf>). – Comme de nombreux pays n'indiquent que le nombre total de décès, le taux de létalité a été calculé à partir du nombre total de décès signalés. Le Groupe de travail mondial pour la lutte contre le choléra (GTFCC) recommande que le taux de létalité soit calculé uniquement à partir des décès survenus dans un établissement de santé, le nombre de décès dans la communauté étant communiqué séparément (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf>).

^b Mayotte is an overseas department of France, as this table is based on geographic regions, reported cases and deaths from Mayotte are listed in the Africa section. – Mayotte est un département français d'Outre-mer. Ce tableau étant basé sur des régions géographiques, les cas de choléra et de décès signalés par Mayotte apparaissent donc sous la section Afrique.

^c The increase in cholera cases reported from India in 2024 is largely due to improvements in the national surveillance system, expanded coverage, and near-real-time digital reporting, reflecting enhanced detection rather than increased transmission. – L'augmentation du nombre de cas de choléra provenant d'Inde depuis 2024 est due en grande partie aux améliorations apportées au système de surveillance national, à une couverture plus large ainsi qu'à un signalement digital des cas en temps quasi réel, ce qui permet de refléter une meilleure détection plutôt qu'une augmentation de la transmission.

患者はアフリカ、中東およびアジアに集中しており、これらを合わせると報告患者全体の98%を占めた。2024 年は、2 つの大陸から 12 カ国（バングラデシュ、コモロ連合、コンゴ

民主共和国（DRC）、エチオピア、ナイジェリア、ソマリア、南スーダン、スーダン、タンザニア連合共和国、イエメン、ザンビアおよびジンバブエ）それぞれが 10,000 人を超える患者（疑いおよび確定）を報告した。これは 2023 年と比較して 3 カ国の増加、また 2022 年と比較して 5 カ国の増加となっており、コレラ伝播の拡大を反映している。特に 7 カ国（コモロ連合、ナイジェリア、南スーダン、スーダン、タンザニア連合共和国、イエメンおよびザンビア）では前年にこれほどの大規模なアウトブレイクは報告されていなかった。コモロ連合ではアウトブレイクは 15 年以上ぶりに報告された。2023 年の報告患者数は 10,000 人を超え、2024 年の報告患者数が 10,000 人以下であった 3 カ国（ハイチ、マラウイおよびモザンビーク）のうち、マラウイのみが顕著な減少（1,000 人未満）を示した。これは 2022 年に始まった壊滅的なアウトブレイクの勢いが、ようやく弱まってきたことを示している。

コレラが予防・治療可能であることを考慮すると、特にコミュニティ（医療施設以外）で発生した死亡者数は、救命医療利用における深刻な格差を反映し、多くの医療システムの脆弱性や基本的医療サービスへのアクセスの不平等さが持続していることを示しており、深刻な懸念事項である。

コレラのアウトブレイク急増には、紛争、気候変動、人口移動、長期的開発における重大な欠陥（特に「水・衛生設備・清潔な環境」（WASH））など、多くの要因が関わっていると考えられる。WASH は、国連の 2030 年までの「持続可能な開発目標（SDGs）」の主要な目標となっている。

経口コレラワクチン（OCV）の需要が依然として高いことから、OCV の緊急時用備蓄を管理する国際調整グループ（ICG : International Coordinating Group）が 2022 年 10 月に採用した「ワクチンの 2 回投与から単回投与への一時的な変更」は、2024～2025 年にかけても引き続き実施されていた。この方針は「予防接種に関する戦略的諮問委員会（Strategic Advisory Group of Experts on Immunization）」により承認された「コレラワクチンに関する WHO のポジションペーパー（2017 年 8 月）」（以下 Web ページ参照）と一致している。単回投与は予防効果の持続期間は短いものの、アウトブレイクへの対応において有効であることが証明されている。ICG は引き続き世界の疫学的動向および OCV の備蓄状況を監視し、定期的の方針を見直していく。

<https://www.who.int/publications/i/item/cholera-vaccines-who-position-paper-august-2017>

2024 年初めに新しい OCV である Euvichol-S[®] が WHO の事前認証を取得し、2024 年末にワクチンが全世界向けの備蓄に追加された。これにより 2025 年前半の 6 カ月間、緊急用に最低限必要とされる「500 万回分」の閾値を超える平均備蓄量の維持が可能となった。

グローバルサーベイランスのデータおよび解析

2024 年には、118 カ国がコレラ患者に関するデータを WHO に報告した。このうち 60 カ国が患者計 560,823 人および死亡者計 6,028 人を報告した。残り 58 カ国の報告患者数が 0

人であったことは称賛に値する（表 2）。患者を報告した 60 カ国のうち、39 カ国はアウトブレイクまたはエンデミックなコレラ伝播を報告し、残り 21 カ国は国外感染患者のみを報告した。

表 2：2024 年に患者・死亡者を 0 人と報告した国（公衆衛生サーベイランスサービスの「報告数ゼロ」の要件を満たした国）

Table 2 **Countries reported 0 cases and deaths in 2024, fulfilling the public health surveillance service of “zero reporting”^a**
 Tableau 2 **PPays ayant signalé 0 cas et décès en 2024, se conformant à la prescription de notification de «zéro cas» essentielle pour la surveillance en santé publique^a**

Region – Région	Africa (32) – Afrique (32)	Asia (12) – Asie (12)	Oceania (14) – Océanie (14)
Countries – Pays	Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypt, Equatorial Guinea, Eswatini, Gabon, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Libya, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius, Morocco, Namibia, Republic of Congo, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Tunisia – Algérie, Angola, Bénin, Bostwana, Burkina-Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Eswatini, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Libye, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Maurice, Niger, République centrafricaine, République du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Tunisie	Bhutan, Brunei Darussalam, Democratic People's Republic of Korea, Jordan, Lao People's Democratic Republic, Maldives, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Occupied Palestinian Territory, Including East Jerusalem, Republic of Korea, Sri Lanka, Viet Nam – Bhoutan, Brunéi Darussalam, Jordanie, Maldives, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, République démocratique populaire lao, République de Corée, Sri Lanka, Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, Viet Nam	Cook Islands, Fiji, Guam, Kiribati, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Samoa, Solomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu – Fidji, Guam, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Nauru, Nioué, Palau, Samoa, Tokélaou, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

^a The following countries considered by the Global Task Force on Cholera Control to be at risk for cholera did not report cholera data to WHO for 2024: Afghanistan and Eritrea. Uganda and Yemen. – Les pays suivants, considérés par le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra comme étant à risque, n'ont remis aucunes données sur le choléra pour 2024 à l'OMS: Afghanistan et Érythrée.

⁶ WHO prequalifies new oral simplified vaccine for cholera (<https://www.who.int/news/item/18-04-2024-who-prequalifies-new-oral-simplified-vaccine-for-cholera>).

⁶ L'OMS préqualifie un nouveau vaccin oral simplifié contre le choléra (<https://www.who.int/fr/news/item/18-04-2024-who-prequalifies-new-oral-simplified-vaccine-for-cholera>).

2021 年以前の報告書にはコミュニティにおける死亡者のデータは含まれていなかった。これらのデータは依然として不完全ではあるが、コミュニティでの死亡者数が増加した要因としてこの点を考慮すべきである。2024 年には、21 カ国が報告した死亡者全体のおよそ 4 分の 1 がコミュニティにおける死亡者である。コミュニティにおける死亡者を 10 人以上報告した 16 カ国のうち、6 カ国はこれらが国内死亡者全体の 50%以上を占めていたと指摘した。死亡者数をコミュニティと医療施設で別個に報告した国では、医療施設における CFR は 0.8%で、目標値の 1%を下回った。各国当局、関連機関、および患者が発生しているコミュニティと直接協力して働く人が様々な取り組みを行っているにも関わらずコミュニティにおける死亡者数が高い値を示していることは、多くの人が医療施設にたどり着く前にコレラにより死亡していることを示唆している。コミュニティの人々が治療を受けやすくし、早期に治療を受ける重要性について意識啓発を行うことが、WHO の目標である「Ending cholera: a global road map to 2030（コレラ終息へ：2030 年に向けた世界的なロードマップ）」の達成のために重要である。このロードマップでは、コレラによる死亡者の 90%減少を目標としている。

コレラ疑い患者の確定検査数の増加は、新たに感染が発生した地域で疑い患者の病因を確認し、伝播を監視するために引き続き優先すべき事項である。患者を報告した 60 カ国のうち、44 カ国（73%）が検査機関によるデータを提供した。44 カ国すべてが培養検査または PCR 法の使用を報告し、このうち 28 カ国（64%）は迅速診断検査（RDT）も使用していた。RDT を使用する国は 2022 年の 18 カ国から 2023 年には 23 カ国へと増加しており（表 3）、RDT の使用が増加していることを示している。計 100,138 検体に対し培養検査または PCR 法が実施された。

表 3：検査機関によるコレラの検査結果を WHO に報告した国（44 カ国、2024 年）

Table 3 Countries reported cholera laboratory tests and results to WHO in 2024

Tableau 3 Pays ayant signalé à l'OMS en 2024 les cas de choléra testés en laboratoire ainsi que les résultats de ces examens

Region – Région	Country – Pays	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)			Culture/PCR – En culture/PCR			Percentage of cases confirmed by culture/ PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR
		Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	
Africa – Afrique								
	Burundi	913	905	99.1	299	299	100.0	33.0
	Cameroon – Cameroun	92	86	93.5	55	5	9.1	2.5
	Comoros – Comores	NR	NR	–	92	74	80.4	0.7
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	11 668	7 084	60.7	12 960	4 630	35.7	14.5
	Ethiopia – Éthiopie	2 289	2 234	97.6	696	613	88.1	2.3
	Ghana	31	12	38.7	1 437	419	29.2	99.1
	Kenya	267	265	99.3	24	15	62.5	5.0
	Liberia – Libéria	0	0	–	105	103	98.1	30.3
	Malawi	642	639	99.5	529	327	61.8	59.0
	Mozambique	609	299	49.1	1 356	688	50.7	8.4
	Niger	289	137	47.4	288	112	38.9	10.5
	Nigeria – Nigéria	3 665	1 986	54.2	1 052	151	14.4	0.6
	Somalia – Somalie	9 057	2 831	31.3	1 574	699	44.4	3.2
	South Africa – Afrique du Sud	0	0	–	30	13	43.3	100.0
	South Sudan – Soudan du Sud	6 748	6 085	90.2	231	84	36.4	0.4
	Sudan – Soudan	4 592	3 311	72.1	45	43	95.6	0.1
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	7 914	6 420	81.1	4 050	3 181	78.5	26.1
	Togo	254	92	36.2	249	87	34.9	31.0
	Uganda – Ouganda	31	21	67.7	156	26	16.7	19.3
	Zambia – Zambie	1 159	430	37.1	1 163	536	46.1	2.3
	Zimbabwe	4 639	1 856	40.0	6 474	2 524	39.0	12.2
	Total	54 859	34 693	63.2	32 865	14 629	44.5	5.7

Region – Région	Country – Pays	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)			Culture/PCR – En culture/PCR			Percentage of cases confirmed by culture/ PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR
		Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	
Americas–Amériques								
	Dominican Republic – République dominicaine	6	3	50.0	101	13	12.9	86.7
	Haiti – Haïti	60	0	0.0	2 476	201	8.1	2.0
	Total	66	3	4.5	2 577	214	8.3	2.1
Asia – Asie								
	Bahrain – Bahreïn	0	0	–	12	4	33.3	100.0
	Bangladesh	20 670	2 036	9.9	8 267	608	7.4	2.5
	China – Chine	NR	NR	–	10	10	100.0	100.0
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	6	5	83.3	14	14	100.0	100.0
	Iraq	0	0	–	33 104	596	1.8	100.0
	Japan – Japon	NR	NR	–	2	2	100.0	100.0
	Kuwait – Koweït	0	0	–	12	7	58.3	100.0
	Lebanon – Liban	1	1	100.0	1	1	100.0	100.0
	Malaysia – Malaisie	0	0	–	1 111	70	6.3	100.0
	Myanmar	NR	NR	–	3 692	2 139	57.9	100.0
	Nepal – Népal	13 555	467	3.4	839	95	11.3	100.0
	Oman	5	2	40.0	2	2	100.0	100.0
	Pakistan	0	0	–	527	198	37.6	100.0
	Philippines	0	0	–	899	15	1.7	0.7
	Qatar	0	0	–	90	5	5.6	100.0
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	141	110	78.0	74	46	62.2	41.8
	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	1 873	556	29.7	964	169	17.5	100.0
	Thailand – Thaïlande	0	0	–	11	11	100.0	100.0

Table 3 (continued) – Tableau 3 (suite)

Region – Région	Country – Pays	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)			Culture/PCR – En culture/PCR			Percentage of cases confirmed by culture/ PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR
		Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	Cases tested – Cas testés	No. of cases tested positive – Nbre de cas testés positifs	Positivity rate (%) – Taux de positivité (%)	
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	0	0	–	33	33	100.0	100.0
	Yemen – Yémen	30 843	25 246	81.9	15 028	7 718	51.4	3.0
	Total	67 094	28 423	42.4	64 692	11 743	18.2	4.0
Oceania – Océanie								
	Australia – Australie	0	0	–	4	4	100.0	100.0
	Total	0	0	–	4	4	100.0	100.0
Grand total		122 019	63 119	51.7	100 138	26 590	26.6	4.8

NR: not reported; PCR: polymerase chain reaction; "–": in the absence of complete information on testing strategy, available data do not support full interpretation of this indicator. – NR: non renseigné; PCR: réaction en chaîne par polymérase; "–": en l'absence d'information complète sur la stratégie de mise à l'essai, les données disponibles ne permettent pas d'interpréter pleinement cet indicateur.

各国のコレラ確定患者の割合（0.7～100%）および陽性率（1.7～100%）の差異は、ほぼ系統的な検査から定点サーベイランスまたはアウトブレイクの確認のみを目的としたものまで検査戦略が多様であることを部分的に反映している。したがって、データの解釈には注意が必要である。

人口統計学的データは、対応の対象を絞り込むために使用される。性別および年齢に関する情報は 50 カ国から提供され、全患者の 99%を占めた（性別：555,952 人分、年齢：556,045 人分）（表 4）。患者全体で、男女比は 0.94 であった。国により男性患者の比率が多い国と、女性患者の比率が多い国とがあった。

全患者の 20% (114,447 人) を 5 歳未満の小児が占めたが、この年齢層の割合は国によって大きく異なっていた (範囲: 0~67%)。コレラの一般的な確定診断を行わない状況下では、5 歳未満の小児患者の多くがコレラ以外の原因による下痢である可能性が考えられるため、原因を精査する必要がある。地域に合った対応を実施するためには、リアルタイムの人口統計学的分析およびリスク調査が必要である。

表 4：各国から WHO に報告された性別・年齢別のコレラ患者数（2024 年）

Table 4 **Countries reported cholera cases by gender and age group to WHO, 2024**
Tableau 4 **Pays ayant signalé à l'OMS les cas de choléra par genre et tranche d'âge, 2024**

Region – Région	Country – Pays	Gender – Sexe			Age group – Groupe d'âge	
		Number of male cases – Nombre de cas masculins	Number of female cases – Nombre de cas féminins	Sex ratio (M:F) – Sexe ratio (M:F)	Number of cases ≤5 years (%) – Nombre de cas âgés de ≤5 ans (%)	Number of cases >5 years (%) – Nombre de cas âgés de >5 ans (%)
Africa – Afrique						
	Benin – Bénin	504	401	1.26	74 (8)	831 (92)
	Cameroon – Cameroun	81	109	0.74	21 (11)	169 (89)
	Comoros – Comores	5 025	5 667	0.89	953 (9)	9 739 (91)
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	13 980	13 433	1.04	9 108 (33)	18 470 (67)
	Ethiopia – Éthiopie	14 413	12 739	1.13	2 850 (10)	24 302 (90)
	Ghana	166	136	1.22	14 (3)	408 (97)
	Kenya	166	136	1.22	69 (23)	226 (77)
	Liberia – Libéria	141	199	0.71	12 (4)	328 (96)
	Malawi	265	289	0.92	79 (14)	475 (86)
	Mozambique	4 250	3 924	1.08	1 352 (17)	6 738 (83)
	Niger	490	568	0.86	138 (13)	920 (87)
	Nigeria – Nigéria	12 366	12 431	0.99	5 111 (21)	19 730 (79)
	Somalia – Somalie	10 574	11 371	0.93	12 025 (55)	9 920 (45)
	South Africa – Afrique du Sud	10	3	3.33	0 (0)	13 (100)
	South Sudan – Soudan du Sud	8 571	11 561	0.74	5 453 (27)	14 670 (73)
	Sudan – Soudan	25 890	27 111	0.95	6 951 (13)	45 920 (87)
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	5 596	6 601	0.85	2 911 (24)	9 286 (76)
	Togo	166	115	1.44	40 (14)	241 (86)
	Uganda – Ouganda	83	52	1.60	11 (8)	124 (92)
	Zambia – Zambie	12 790	10 590	1.21	3 500 (15)	19 880 (85)
	Zimbabwe	10 523	10 109	1.04	2 888 (14)	17 744 (86)
	Total	126 050	127 545	0.99	53 560 (21)	200 134 (79)
Americas – Amériques						
	Dominican Republic – République dominicaine	10	5	2.00	1 (7)	14 (93)
	Haiti – Haïti	5 027	4 915	1.02	2 819 (28)	7 123 (72)
	Total	5 037	4 920	1.02	2 820 (28)	7 137 (72)
Asia – Asie						
	Bahrain – Bahreïn	3	1	3.00	1 (25)	3 (75)
	Bangladesh	13 300	11 458	1.16	13 791 (56)	10 967 (44)
	Cambodia – Cambodge	4	11	0.36	4 (27)	11 (73)
	China – Chine	6	4	1.50	NR	10 (100)

Table 4 (continued) – Tableau 4 (suite)

Region – Région	Country – Pays	Gender – Sexe			Age group – Groupe d'âge	
		Number of male cases – Nombre de cas masculins	Number of female cases – Nombre de cas féminins	Sex ratio (M:F) – Sexe ratio (M:F)	Number of cases ≤5 years (%) – Nombre de cas âgés de ≤5 ans (%)	Number of cases >5 years (%) – Nombre de cas âgés de >5 ans (%)
	India – Inde	996	855	1.16	300 (16)	1 551 (84)
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	9	5	1.80	0 (0)	14 (100)
	Iraq	290	306	0.95	18 (3)	578 (97)
	Japan – Japon	2	0	–	0 (0)	2 (100)
	Kuwait – Koweït	5	2	2.50	0 (0)	7 (100)
	Lebanon – Liban	0	1	0.00	0 (0)	1 (100)
	Malaysia – Malaisie	33	37	0.89	47 (67)	23 (33)
	Myanmar	1 009	1 130	0.89	187 (9)	1 952 (91)
	Nepal – Népal	50	45	1.11	5 (5)	90 (95)
	Oman	1	1	1.00	0 (0)	2 (100)
	Pakistan	90	106	0.85	77 (39)	121 (61)
	Philippines	973	1 046	0.93	261 (13)	1 751 (87)
	Qatar	4	1	4.00	0 (0)	5 (100)
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	92	18	5.11	2 (2)	108 (98)
	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	77	92	0.84	37 (22)	132 (78)
	Thailand – Thaïlande	3	8	0.38	0 (0)	11 (100)
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	19	14	1.36	5 (15)	28 (85)
	Yemen – Yémen	122 003	138 271	0.88	43 329 (17)	216 944 (83)
	Total	138 969	153 412	0.91	58 064 (20)	234 311 (80)
Europe						
	Bulgaria – Bulgarie	1	NR	–	NR	1 (100)
	United Kingdom – Royaume-Uni	5	4	1.25	1 (11)	8 (89)
	Total	6	4	1.50	1 (10)	9 (90)
Oceania – Océanie						
	Australia – Australie	0	4	0.00	0 (0)	4 (100)
	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	0	–	0 (0)	1 (100)
	Papua New Guinea – Papouasie- Nouvelle-Guinée	2	2	1.00	2 (50)	2 (50)
	Total	3	6	0.50	2 (22)	7 (78)
Grand total		270 065	285 887	0.94	114 447 (21)	441 598 (79)

NR: not reported – NR: non renseigné.

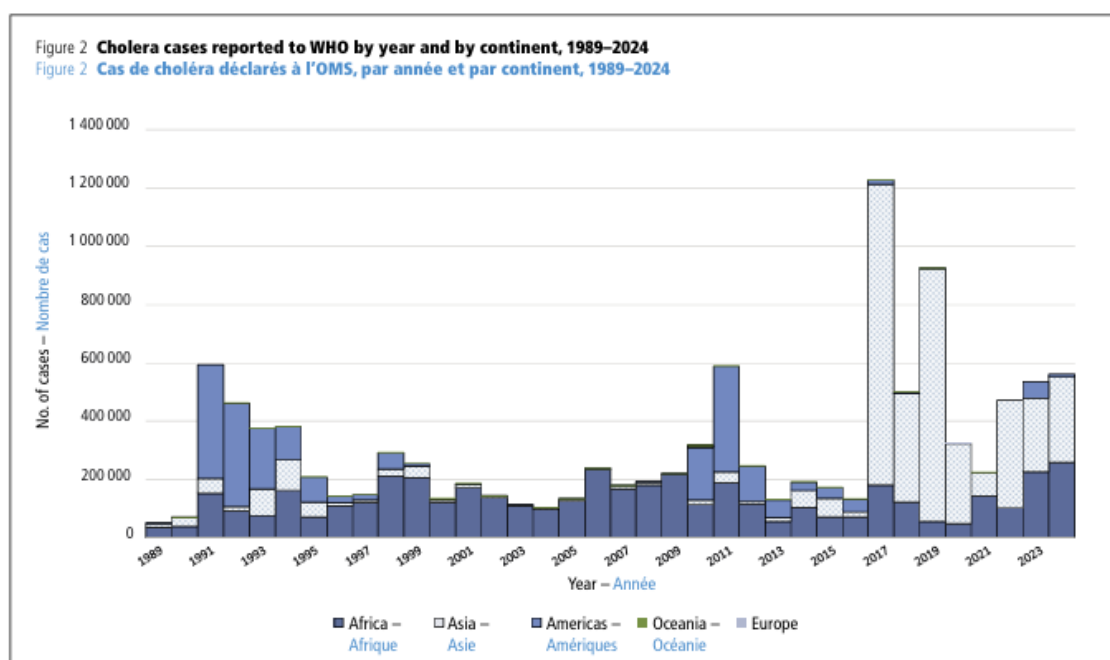
各地域におけるアウトブレイクの特徴

○ アフリカ

アフリカでは、22 カ国からコレラの患者計 258,442 人および死亡者 4,976 人が報告された (CFR = 1.9%)。このうち 429 人は国外感染患者であった。その他 32 カ国は患者数を 0

人と報告した（表 2）。これは 2023 年と比較して、14%の患者数増加および 57%の死亡者増加となる（図 2）。アフリカ全体の CFR は、2023 年が 1.4%であったのに対し 2024 年は 1.9%へと増加し、憂慮すべき動向となっている。

図 2：WHO に報告された年別および大陸別のコレラ患者数（1989～2024 年）



アフリカの 21 カ国は 51 人以上の感染患者を報告したが、そのうち 14 カ国では CFR が「>1%」であり、うち 10 カ国では CFR が「>2%」であった。この差異はコミュニティでの死亡者を含むかどうかなど、各国の報告形式の違いによるものである。21 カ国のうち 10 カ国は、全死亡者の少なくとも半数がコミュニティにおける死亡者であると報告した。

WHO の「コレラ対策のための国際委員会（GTFCC：Global Task Force for Cholera Control）」による公衆衛生サーベイランスに関する推奨事項では、医療施設とコミュニティにおける死亡者とを分けることによりデータの計算および解釈が有意義になるとして、その重要性を強調している。これらの推奨事項を実行することで、CFR データの解釈が容易になり、治療が受けやすくなり、死亡防止に向けた対策をより適切に導くことが可能となる。

非常に大規模（患者数 10,000 人超え）なアウトブレイクを報告した世界全体の 12 カ国のうち、10 カ国はアフリカ大陸の国であった。そのうち 4 カ国（DRC、エチオピア、ソマリアおよびジンバブエ）は 2023 年以降アウトブレイクが継続しており、残りの 6 カ国（コモロ連合、ナイジェリア、南スーダン、スーダン、タンザニア連合共和国およびザンビア）は新規に発生したアウトブレイクであった。15 年以上患者の報告がなかったコモロ諸島でコレラが再流行していることから、本疾患が引き続き世界規模で伝播する危険性を有して

おり、持続可能な開発およびアウトブレイク対策に対する継続的な投資が必要であることは明白である。紛争、インフラの破壊および大規模な避難民が DRC、ソマリア、南スーダンおよびスーダンにおける患者数の急増を引き起こした可能性があり、これらの国の患者数は合わせて 150,000 人を超えた。特に、南スーダン (20,132 人) およびスーダン (53,001 人) は両国にとってそれぞれ今世紀で最多の患者数を記録した。

アフリカ南部では、2022 年に始まった患者の急増が 2024 年も継続し、患者報告数はモザンビーク (8,174 人)、マラウイ (554) および南アフリカ (13) では減少が見られたものの、ザンビア (23,380) およびジンバブエ (20,632) では過去 10 年以上で最多となった。

この準地域的なアウトブレイクは、紛争よりもむしろ近年の異常気象が感染拡大の動態に大きく影響する状況下で発生したものであり、気候関連の様々なハザードが、人口増加や都市化と並び、依然としてコレラ流行の重要な要因となっていることを改めて認識させるものである。コレラおよびその他の下痢性疾患から人々を守るためには、気候変動耐性を有する WASH インフラへの長期的な投資が不可欠である。

○ 米州

南北アメリカ大陸では、2 カ国から患者計 9,957 人および死亡者 131 人 (CFR = 1.3%) が報告され、これらの 99% 超をハイチが占めた。ドミニカ共和国からは患者計 15 人 (うち 3 人は国外感染患者) が報告され、死亡者は報告されなかった。ハイチから報告された患者数は 2023 年の 54,767 人から大幅に減少しているが、社会不安の継続によりサーベイランスシステムが極めて弱体化しており医療へのアクセスも制限されているため、慎重に解釈すべきである。

○ 中東およびアジア

中東およびアジアでは、2024 年に 23 カ国からコレラ患者計 292,386 人および死亡者 920 人 (CFR = 0.3%) が報告された。患者のうち 183 人が国外感染患者で、バーレーン、日本、カザフスタン、クウェート、オマーン、カタール、サウジアラビアおよびアラブ首長国連邦では国外感染患者のみが報告された。また、12 カ国は患者数を 0 人と報告した (表 2)。この地域では、イエメンが単独で報告患者の 89% および死亡者の 96% を占めた。イエメンは 2022 年、2023 年のいずれも WHO に患者数を報告しなかった。ミャンマーは患者計 2,139 人および死亡者 8 人を報告しており、過去 20 年で最多の患者数となった。報告された患者はすべて検査機関によって感染が確定されたものである。検査施設へのアクセスを含む多くの課題を考慮すると、この患者数は実際よりも少ない可能性がある。バングラデシュが報告した患者数は、2023 年は 23,369 人、2024 年は 24,758 人と大きな変動はなく、2022～2023 年にみられた患者数の増加はサーベイランスの強化により報告数が増加したことが原因である可能性がある。中国およびマレーシアでは報告患者 (国外感染患者および国内感染患者) は少数であったが、これらの準地域では依然としてコレラ伝播リスクが存在し、地域

におけるアウトブレイクの発生を予防するためには強固なサーベイランスおよび対応力が重要であることが示された。

○ 欧州

欧州地域では、11 カ国から国外感染患者計 29 人および死亡者 0 人が報告され、2023 年の 3 カ国から増加を示した。このことは海外旅行を通じてコレラが大陸を越えて拡散していることを示している。有効な WASH システムおよび強固な公衆衛生サーベイランスにより、地域内での感染拡大は効果的に防がれていた。

○ オセアニア

オセアニアでは、3 カ国から患者計 9 人（うち 5 人は国外感染患者）および死亡者 1 人が報告された。その他 14 カ国が報告した患者数は 0 人であった。欧州同様、オセアニアの国外感染患者は海外旅行を原因とする国際的な感染拡大リスクが依然として存在していることを示している。

サーベイランス

コレラ患者の報告は、国際保健規則（IHR 2005）ではもはや義務ではなくなっている。しかし、コレラに関連する公衆衛生事例については、公式な届け出の要否を判断するため、IHR の基準に照らして評価する必要がある。包括的な対策実施のために高リスク地域の被害を受けやすい人々を特定できるように、早期の検出、モニタリング、診断およびデータの収集・整理・解析のための各地域のサーベイランス強化能力を向上させなければならない。

コレラの伝播およびアウトブレイクが国境を越えて広がる中、年 1 回以上コレラの指標を報告するなど積極的な管理を実施することは、すべての国にとって有益である。予防と排除の両方を協調的に実施することで、成果を得る可能性が大幅に向上すると考えられる。

海外旅行および貿易

経験上、検疫および人や物の移動に関する禁止措置は、コレラ拡散を抑制する上で効果がなく、したがって不要である。適正製造基準（GMP）に従って生産された食品の輸入については、単にその生産国でコレラが発生しているという理由だけで制限することは、正当化できない。

コレラ流行地域に隣接する国は、国内の疾患サーベイランスおよび対策を強化することが推奨される。これにより、コレラが国境を越えて侵入してきた場合に、迅速な探知および対応が可能となる。旅行者およびコミュニティに対し、コレラの潜在的リスク、症状、予防法、患者の報告時期と場所、および必要時の医療機関に関する情報提供を行う必要がある。

WHO はコレラ流行地域からの旅行者へのルーチン検査、ワクチン接種または隔離を推奨していない。また WHO はコレラ流行国からの旅行者や同国に向かう旅行者に対する抗生

物質の予防的投与および投与証明書を求めることも推奨していない。

編集部注

○ 国際連携

WHO およびその協力機関は、コレラの影響を受けている国に対し、即時的かつ長期的な対策の実施に向けた支援を継続している。この対策には、サーベイランス、アウトブレイク対応、患者管理、WASH 介入、ワクチン接種、リスクコミュニケーション、コミュニティへの関与などが含まれる。

WHO はまた、世界的なコレラ関連の活動を調整するパートナーシップである GTFCC の事務局も務めている。GTFCC は、多部門からなる「National Cholera Plans (NCP)」の策定と実施を通じて長期的なコレラ対策を提唱している。NCP 策定の第一歩は、多部門による介入の優先分野 (PAMI : priority area for multisectoral interventions) の特定である。完了した PAMI マッピングおよび NCP に関する情報は、一般に公開されている Web ページ上で定期的に更新される。

「Ending cholera: a global road map to 2030」戦略が開始された 2017 年以降、GTFCC の協力機関は、各国が計画を策定・実行するのを支援する体制の構築に向けて連携してきた。支援内容には、国際赤十字・赤新月社連盟 (IFRC : International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) が運営する国家支援プラットフォームが含まれ、このプラットフォームは NCP の策定・資金調達・実施・監視を行うためのアドボカシー、調整および政策に関する運営・技術面での支援を提供している。

○ 技術的ガイダンス

技術的ガイダンスは、複数の GTFCC ワーキンググループによって提供されており、各ワーキンググループには WHO の担当窓口が指定されている。過去 2 年間、これらのワーキンググループは実施を支援するためのガイダンスを発行し、オンライン研修用の教材を開発してきた。これには PAMI を特定するための新たなオンライン研修、保健当局や医療従事者を対象としたコレラサーベイランスに関する研修、医療従事者を対象とした検体採取および RDT の使用に関する研修、患者の臨床管理に関する研修などが含まれる。

地域間の協力および国境を越えた伝播に関する理解を深めるため、PAMI を特定するための各国による取り組みが、オンラインで公開されている。GTFCC アプリケーションは、サーベイランスや検査に関して最近更新された推奨事項など、対応のあらゆる柱に関する統合的なガイダンスを提供しており、各国にとって依然として貴重なツールである本報告書からの国別年次データにもとづく WHO ダッシュボードが利用可能であり、世界、地域、および国別の傾向の確認が可能である。

GTFCC および WHO による RDT 使用に関する国内研修は、世界的なコレラ RDT 調達プログラムの実施を推進している。当該プログラムは「ワクチンと予防接種のための世界同

盟（GAVI：Global Alliance for Vaccine and Immunisation）」の支援を受けており、GAVI は 2024 年に 16 カ国へ 120 万個の RDT キットの配布を承認した。

患者管理ワーキンググループは、経口補水療法の利用を既存の地域社会向けプログラムに組み込むための実例を盛り込んだガイダンスを発行した。このガイダンスはコレラによる死亡者を減少させるための 2 つの優先事項（リスクのあるコミュニティにおける意識啓発、被害を受けている地域における治療へのアクセスを強化）を直接的に支援している。

○ ワクチン接種および備蓄管理

2024 年には、世界向け備蓄に対し 6,100 万回分の OCV の要請があった。16 カ国（バングラデシュ、コモロ連合、エチオピア、ガーナ、ケニヤ、マラウイ、モザンビーク、ミャンマー、ニジェール、ナイジェリア、ソマリア、南スーダン、スーダン、イエメン、ザンビアおよびジンバブエ）に対し、4,000 万回分という記録的な量のワクチンの緊急使用が、感染拡大への対応として実施される単回投与キャンペーンとして承認された。

2023 年以降、GAVI はバングラデシュ、DRC およびモザンビークからの予防接種の要請を承認し、接種回数は複数年にわたる予防接種計画の初年度で計 4,800 万回分に達した。

OCV の生産量増加に向けて更なる投資が行われているが、当該ワクチンの供給の制約は 2025 年まで継続する見込みである。

（食品安全情報（微生物）No.26 / 2020（2020.12.23）、No.6 / 2020（2020.03.18）、No.23 / 2016（2016.11.09）、No.22 / 2015（2015.10.28）、No.17 / 2014（2014.08.20）、No.18 / 2013（2013.09.04）、No.18 / 2012（2012.09.05）、No.17 / 2011（2011.08.24）、No.19 / 2010（2010.09.08）、No.17 / 2007（2007.08.15）WHO 記事参照）

【各国政府機関】

● 米国疾病予防管理センター（US CDC: Centers for Disease Control and Prevention）
<https://www.cdc.gov/>

1. アルファルファスプラウトに関連して複数州にわたり発生している大腸菌（O26:H11、O103:H25 および O168:H8）およびサルモネラ（*Salmonella Agona*）感染アウトブレイク（2026 年 10 月 1 日付更新情報）

E. coli and *Salmonella* Outbreak Linked to Alfalfa Sprouts

Oct. 1, 2026

<https://www.cdc.gov/ecoli/outbreaks/alfalfa-sprouts-08-26/index.html>

<https://www.cdc.gov/ecoli/outbreaks/alfalfa-sprouts-08-26/investigation.html>

(Investigation Update)

<https://www.cdc.gov/ecoli/outbreaks/alfalfa-sprouts-08-26/locations.html> (Locations)

<https://www.cdc.gov/ecoli/outbreaks/alfalfa-sprouts-08-26/timeline.html> (Timeline)

米国疾病予防管理センター（US CDC）、複数州の公衆衛生・食品規制当局および米国食品医薬品局（US FDA）は、複数州にわたり発生している大腸菌（O26:H11、O103:H25 および O168:H8）およびサルモネラ（*Salmonella Agona*）感染アウトブレイクを調査するため様々なデータを収集している。

疫学・追跡調査によるデータは、回収対象のアルファルファスプラウト（ロット番号 SAL2-24JB）が複数の病原体に汚染され、本アウトブレイクの感染源となっている可能性があることを示している。

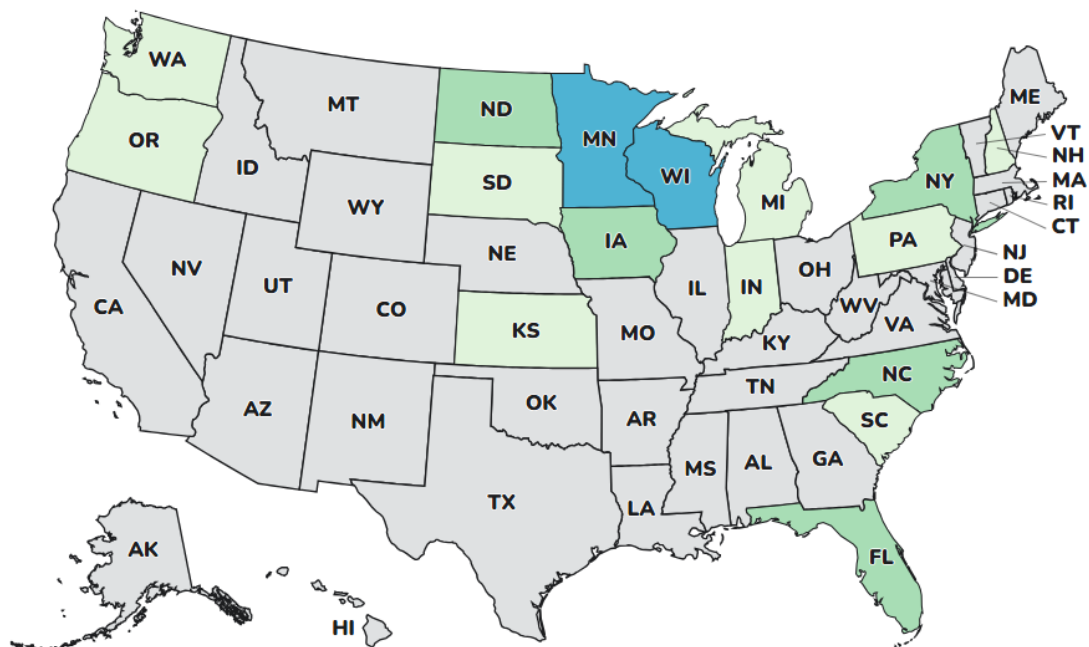
○ 疫学データ

● 報告患者

2026 年 10 月 1 日時点で、大腸菌（O26:H11、O103:H25 および O168:H8）および *S. Agona* アウトブレイク株感染患者が 16 州から計 76 人報告されている（図 1）。患者の発症日は 2026 年 5 月 31 日～9 月 7 日である（図 2）。情報が得られた患者 68 人のうち 6 人（9%）が入院した。死亡者は報告されていない。

注記：一部の患者は複数のアウトブレイク株に感染していた。患者のうち 64 人が大腸菌に感染しており、9 人がサルモネラ、および 3 人がサルモネラと大腸菌の両方に感染していた。

図 1:大腸菌(O26:H11、O103:H25 および O168:H8)およびサルモネラ (*Salmonella Agona*)
感染アウトブレイクの居住州別患者数 (2026 年 10 月 1 日時点の計 76 人)



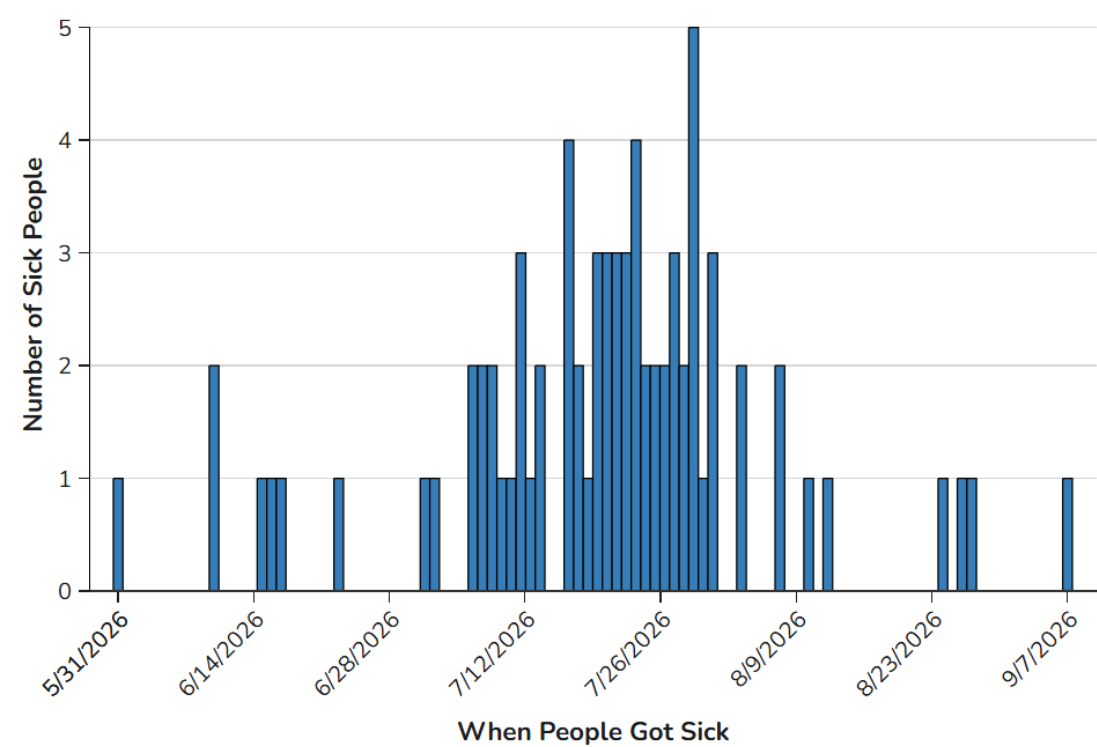
Number of Sick People

● 1

● 2 to 3

● 27 to 28

図 2:大腸菌 (O26:H11、O103:H25 および O168:H8) およびサルモネラ (*Salmonella Agona*) 感染アウトブレイクの発症日別患者数 (2026 年 10 月 1 日時点の計 76 人)



● 人口統計学的データ

公衆衛生当局は、患者の年齢・人種・民族・その他の人口統計学的特徴、および患者が発症前 1 週間に喫食した食品など、患者に関する様々な情報を多数収集している。これらの情報は、アウトブレイク調査で感染源を特定するための手掛かりとなる。

本アウトブレイクの患者について現時点で得られている人口統計学的情報は以下の通りである（n は当該情報が得られた患者の数）。

年齢（n=74）	年齢範囲：12～94 歳 年齢中央値：37 歳
性別（n=76）	76%：女性 24%：男性
人種（n=69）	97%：白人 1%：黒人またはアフリカ系アメリカ人 1%：ハワイ先住民またはその他の太平洋諸島の住民
民族（n=70）	99%：非ヒスパニック系 1%：ヒスパニック系

● 食品への曝露

各州・地域の公衆衛生当局は、患者が発症前 1 週間に喫食した食品に関する聞き取り調査を行っている。聞き取りが実施された患者 50 人のうち 40 人 (80%) がスプラウトの喫食を報告し、このうち 35 人が具体的にアルファルファスプラウトの喫食を報告した。

この割合は、過去に実施された FoodNet の住民調査 (以下 Web ページ参照) において、回答者の 8.7% が調査実施日前 1 週間に何らかのスプラウト (アルファルファ、豆、クローバーなど) を喫食したと報告した結果と比較して有意に高い。この喫食率の差は、本アウトブレイクの患者がアルファルファスプラウトの喫食によって感染したことを示唆している。

<https://www.cdc.gov/foodnet/surveys/population.html>

一部の患者は患者クラスターとして特定された。患者クラスターは、発症前 1 週間に同じレストラン店舗での食事、同じ行事への参加、または同じ食料品店舗での買い物を報告し、かつ同居していない 2 人以上の患者と定義される。患者クラスターの調査により、アウトブレイクの感染源に関して極めて重要な手がかりが得られることがある。相互に関連のない数人の患者が数日間に同じレストラン店舗での食事または同じ小売店舗での買い物をしていた場合、当該レストランまたは小売店舗で汚染食品が提供・販売されていたことが示唆される。

ミネソタ州およびウィスコンシン州で、7 つの患者クラスターが特定された。最も多く報告された食品はアルファルファスプラウトであった。

○ 検査機関での検査および追跡調査によるデータ

本アウトブレイクの公衆衛生調査では、アウトブレイク患者を特定するために PulseNet (食品由来疾患サーベイランスのための分子生物学的サブタイピングネットワーク) のシステムを利用している。CDC の PulseNet 部門は、食品由来疾患の原因菌の DNA フィンガープリントの国内データベースを管理している。原因菌の分離株には全ゲノムシーケンシング (WGS) 法により DNA フィンガープリンティングが行われる。WGS 解析により、本アウトブレイクの患者由来検体から分離された複数の大腸菌株およびサルモネラ株が、それぞれ遺伝学的に近縁であることが示された。この結果は、本アウトブレイクの患者が同じ食品により感染したことを示唆している。

WGS 解析の結果、患者由来 12 検体から分離されたサルモネラ株について、アジスロマイシン、ホスホマイシン、ストレプトマイシン、スルフイソキサゾールおよびテトラサイクリンのうちの 3 種類以上の抗生物質への耐性が予測された。サルモネラ症患者のほとんどは抗生物質を使用せずに回復する。しかし、抗生物質が必要になった場合、本アウトブレイクの患者については当該薬剤耐性のため、一般的に推奨される抗生物質による治療が困難になる可能性があり、別の抗生物質の選択が必要になることがある。

WGS 解析の結果、患者由来 64 検体から分離された志賀毒素産生性大腸菌 (STEC) 株については抗生物質耐性の存在が予測されなかった。抗生物質耐性に関する詳細情報は、以下

の CDC の全米抗菌剤耐性モニタリングシステム（NARMS）の Web ページから入手可能である。STEC 感染患者の治療に抗生物質の使用は推奨されないことから、以上の結果が治療方針に影響を及ぼすことはない。

<https://www.cdc.gov/narms/index.html>

ミネソタ州およびウィスコンシン州のレストランにおける追跡調査から、Everything Sprouts 社が出荷したアルファルファスプラウトが本アウトブレイクの感染源として特定された。FDA は追跡調査の結果、共通する単一の種子供給業者のアルファルファ種子 1 ロットを感染源として特定した。

○ 公衆衛生上の措置

CDC は、一般市民および業者に対し、当該アルファルファスプラウトまたはその種子を喫食・販売・提供しないよう注意喚起している。

（食品安全情報（微生物）No.18 / 2026（2026.09.02）US CDC 記事参照）

2. カメに関連して複数州にわたり発生しているサルモネラ（*Salmonella* Paratyphi B variant L(+) tartrate(+)) 感染アウトブレイク（2026 年 9 月 18 日付更新情報）

Salmonella Outbreak Linked to Turtles

Sept. 18, 2026

<https://www.cdc.gov/salmonella/outbreaks/turtles-08-26/index.html>

<https://www.cdc.gov/salmonella/outbreaks/turtles-08-26/investigation.html>

(Investigation Update)

<https://www.cdc.gov/salmonella/outbreaks/turtles-08-26/locations.html> (Locations)

<https://www.cdc.gov/salmonella/outbreaks/turtles-08-26/timeline.html> (Timeline)

米国疾病予防管理センター（US CDC）および複数州の公衆衛生当局は、複数州にわたり発生しているサルモネラ（*Salmonella* Paratyphi B variant L(+) tartrate(+)) 感染アウトブレイクを調査するため、様々なデータを収集している。患者の半数が 5 歳未満の小児である。

疫学データは、ペットのカメとの接触が本アウトブレイクの感染源であることを示している。

○ 疫学データ

● 報告患者

2026 年 9 月 18 日時点で、*S. Paratyphi* B var. L(+) tartrate(+)アウトブレイク株感染患者が 12 州から計 20 人報告されており（図 1）、患者の大多数は小児である。患者の発症日

は 2026 年 6 月 6 日～8 月 22 日である(図 2)。情報が得られた患者 14 人のうち 5 人(36%)
が入院した。死亡者は報告されていない。

図 1：サルモネラ（*Salmonella Paratyphi B variant L(+)* tartrate(+)）感染アウトブレイク
の居住州別患者数（2026 年 9 月 18 日時点の計 20 人）

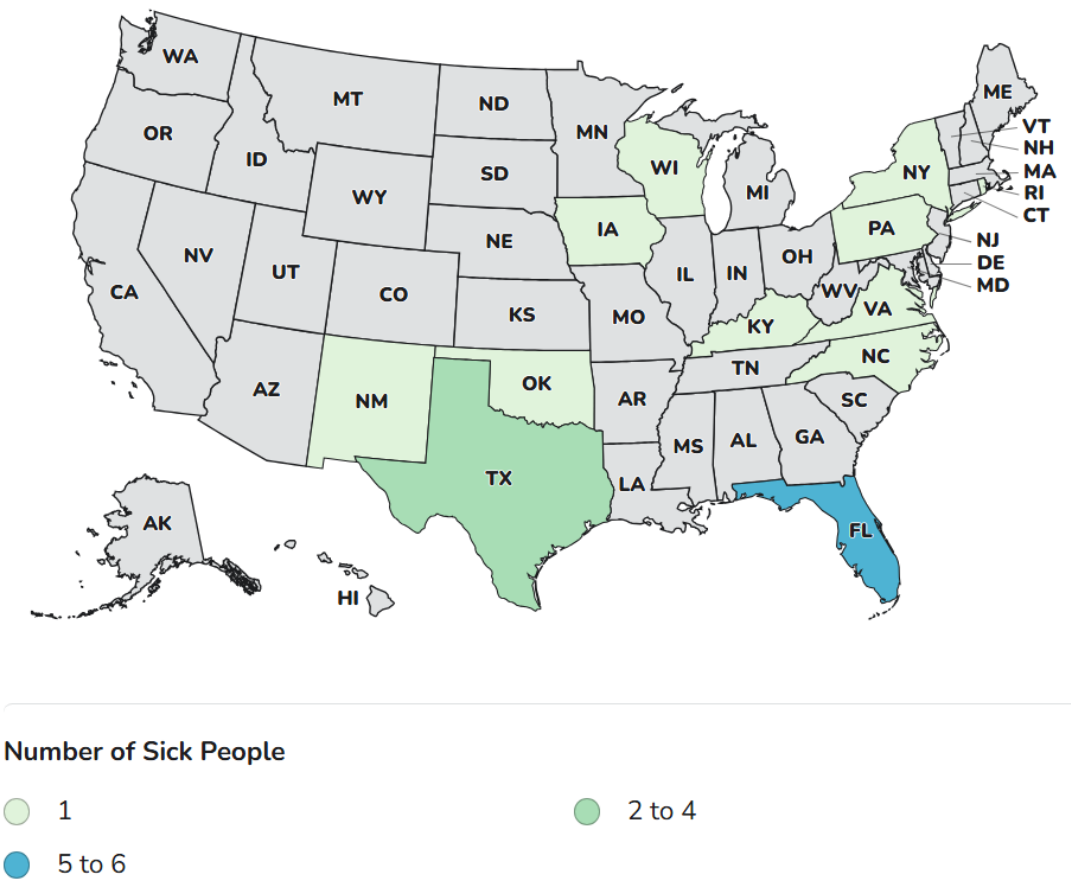
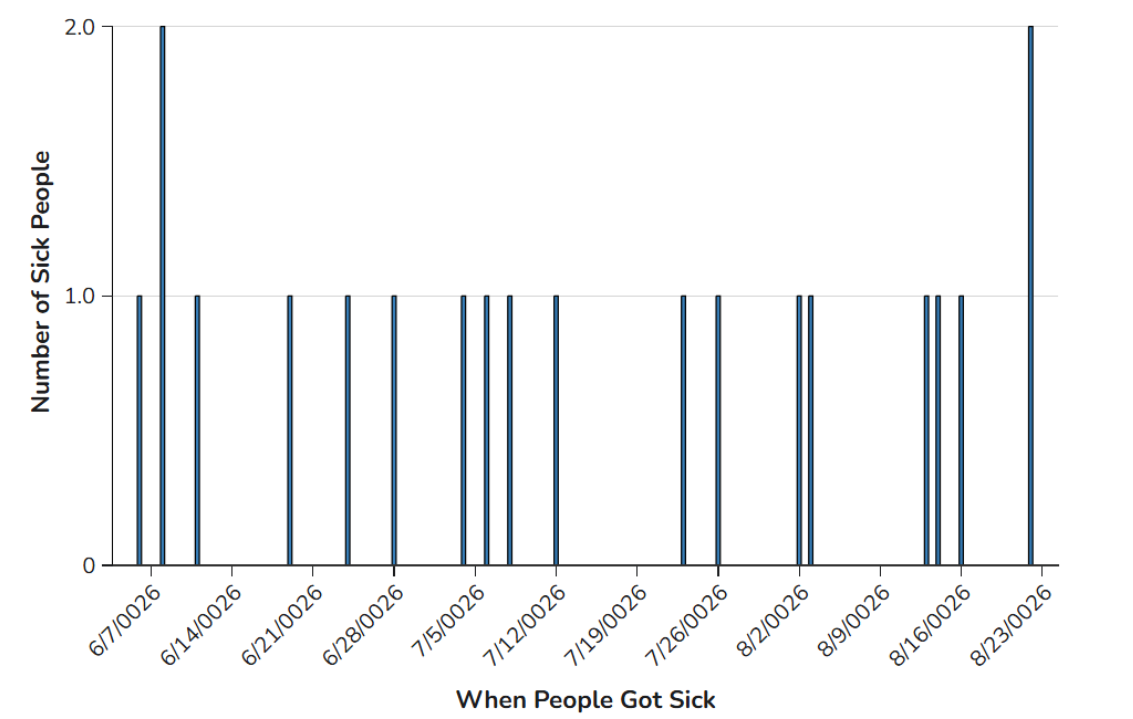


図 2：サルモネラ（*Salmonella Paratyphi B variant L(+)* tartrate(+)) 感染アウトブレイクの発症日別患者数（2026 年 9 月 18 日時点の計 20 人）



● 人口統計学的データ

公衆衛生当局は、患者の年齢・人種・民族・その他の人口統計学的特徴、および患者が発症前 1 週間に接触した動物など、患者に関する様々な情報を多数収集している。これらの情報は、アウトブレイク調査で感染源を特定するための手掛かりとなる。

本アウトブレイクの患者について現時点で得られている人口統計学的情報は以下の通りである（n は当該情報が得られた患者の数）。

年齢（n=20）	年齢範囲：1 歳未満～36 歳 年齢中央値：5 歳 5 歳未満：50% 1 歳以下：20%
性別（n=20）	60%：女性 40%：男性
人種（n=15）	53%：白人 33%：アフリカ系アメリカ人または黒人 7%：アメリカ先住民またはアラスカ先住民 7%：複数の人種
民族（n=15）	53%：非ヒスパニック系 47%：ヒスパニック系

各州・地域の公衆衛生当局は、患者または患者の保護者に対し、発症前 1 週間に接触した動物に関する聞き取り調査を行っている。情報が得られた患者 14 人のうち 11 人（79%）がペットのカメと接触していた。接触したペットのカメのサイズを報告した患者または患者の保護者 7 人のうち 6 人（86%）が、甲羅の長さが 4 インチ（約 10 センチ）未満であったと報告した。

○ 検査機関での検査および追跡調査によるデータ

本アウトブレイクの公衆衛生調査では、アウトブレイク患者を特定するために PulseNet（食品由来疾患サーベイランスのための分子生物学的サブタイピングネットワーク）のシステムを利用している。CDC の PulseNet 部門は、胃腸疾患の原因菌の DNA フィンガープリントの国内データベースを管理している。原因菌の分離株には全ゲノムシーケンシング（WGS）法により DNA フィンガープリンティングが行われる。

WGS 解析により、本アウトブレイクの患者由来検体から分離されたサルモネラ株が遺伝学的に相互に近縁であることが示された。この結果は、本アウトブレイクの患者が同じ種類の動物から感染した可能性が高いことを意味している。

WGS 解析の結果、患者由来 20 検体から分離されたサルモネラ株についてはいかなる抗生物質に対しても耐性が予測されなかった。抗生物質耐性に関する詳細情報は、以下の CDC の全米抗菌剤耐性モニタリングシステム（NARMS）の Web ページから入手可能である。

<https://www.cdc.gov/narms/about/index.html>

カメはペット店、フリーマーケット、爬虫類博覧会など様々な場所で購入されていた。患者または患者の保護者計 3 人は贈り物としてカメを受け取ったと報告した。共通する単一の供給元は特定されていない。

○ 公衆衛生上の措置

CDC は、ペットのカメの所有者に対し、自分自身の健康を保つためペットの取り扱い時の衛生手順（以下 Web ページ参照）を常に遵守し、手洗い、安全な遊び方、飼育環境や用具・餌の保管場所を清潔に保つことなどを励行するよう助言している。本アウトブレイクに関連する一部のカメは甲羅の長さが 4 インチ以上であったが、中には 4 インチ未満の個体も存在した。

<https://www.cdc.gov/healthy-pets/about/reptiles-and-amphibians.html>

甲羅の長さが 4 インチ未満のカメは購入してはならない。これらのカメは、連邦法（以下 Web ページ参照）によりペットとしての販売および流通が禁止されている。

<https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-I/subchapter-F/part-71/subpart-F/section-71.52>

- 欧州委員会健康・食品安全総局 (EC DG-SANTE: Directorate-General for Health and Food Safety)

https://commission.europa.eu/about/departments-and-executive-agencies/health-and-food-safety_en

食品および飼料に関する早期警告システム (RASFF : Rapid Alert System for Food and Feed)

https://food.ec.europa.eu/food-safety/rasff_en

RASFF Portal Database

<https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/search>

Notifications list

<https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/list>

2026 年 9 月 16 日～10 月 6 日の主な通知内容

警報通知 (Alert Notification)

米国産アーモンドのサルモネラ属菌、ポーランド産鶏肉製品のサルモネラ、フランス産家禽肉ソーセージのサルモネラ、ルーマニア産鶏むね肉のサルモネラ (*S. Enteritidis*、*S. Infantis*)、イタリア産冷凍豚肉のサルモネラ (単相性 *S. Typhimurium*)、ポーランド産ケバブ肉 (鶏・七面鳥) のサルモネラ (*S. Enteritidis*、*S. Infantis*)、エジプト産 (イタリア経由) のタヒニ (ゴマペースト製品) のサルモネラ、フランス産の生乳カマンベールチーズのリステリア (*L. monocytogenes*)、オランダ産家禽肉のサルモネラ (*S. Enteritidis*)、フランス産チーズの志賀毒素産生性大腸菌、ポーランド産ケバブ肉 (鶏・七面鳥) のサルモネラ (*S. Infantis*)、ルーマニア産冷凍鶏もも肉のサルモネラ (*S. Enteritidis*、*S. Infantis*)、ポーランド産鶏ササミ肉 (塩漬け) のサルモネラ (*S. Infantis*)、イタリア産の生乳チーズの志賀毒素産生性大腸菌、レバノン産ゴマペーストのサルモネラ、ポーランド産冷凍鶏肉ケバブのサルモネラ属菌、英国産冷凍鶏肉ソーセージのサルモネラ、ブルガリア産ケバブチュエ (棒状の肉料理) のサルモネラ属菌、トルコ産ヘーゼルナッツペーストのサルモネラ、リトアニア産冷燻カラフトシシャモのリステリア (*L. monocytogenes*、25g 検体 2/5 陽性)、フ

フランス産鶏首皮肉のサルモネラ（単相性 *S. Typhimurium*）、オランダ産サーモンのリステリア（*L. monocytogenes*）、イタリア産の生ハム（豚肉）のリステリア（*L. monocytogenes*）、クロアチア産ペットフードのサルモネラ属菌と腸内細菌科菌群など。

注意喚起情報（Information Notification for Attention）

イタリア産冷蔵七面鳥カツレツのサルモネラ（*S. Hadar*）、フランス産鶏ドラムスティック肉（マリネ液漬け）のサルモネラ、オランダ産調理済み機肉食（ベジタリアン、鶏肉、サーモン）のリステリア（*L. monocytogenes*）、ポーランド産七面鳥生肉のサルモネラ（単相性 *S. Typhimurium*）、アイルランド産食肉の志賀毒素産生性大腸菌、アイルランド産加熱済みカニ肉のリステリア（*L. monocytogenes*）、ドイツ産ひき肉（牛肉 100%）の志賀毒素産生性大腸菌、ポーランド産の生鮮七面鳥もも肉（骨なし）のサルモネラ属菌、ブルガリア産の生鮮鶏むね肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、アイスランド産菜種ミールのサルモネラ（*S. Tennessee*）、ロシア産粉末コリアンダーのサルモネラ（*S. Hadar*、3/5 検体陽性）、リトアニア産豚肉の志賀毒素産生性大腸菌（*stx2*）、エストニア産鶏肉（マリネ液漬け）のサルモネラ（*S. Infantis*（3/5 検体陽性）、*S. Newport*（1/5 検体陽性））、ウクライナ産冷蔵鶏むね肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、ラトビア産冷燻サバのリステリア（*L. monocytogenes*）、ウクライナ産冷蔵鶏むね肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、ドイツ産の生鮮七面鳥肉のサルモネラ（*S. Enteritidis*）、リトアニア産の生鮮鶏肉ソーセージ（ハーブ入り）のサルモネラ（*S. Agona*）、フランス産乾燥牛肉のリステリア（*L. monocytogenes*）、ポーランド産豚肉製品のサルモネラ（*S. Typhimurium*、3/5 検体陽性）、ルーマニア産冷蔵鶏むね肉のサルモネラ（*S. Enteritidis*、*S. Infantis*）、ポーランド産鶏もも肉（骨・皮なし）のサルモネラ（*S. Infantis*、1/5 検体陽性）、モロッコ産魚粉のサルモネラ、ポーランド産の生鮮家禽肉（ハラル）のサルモネラ（*S. Infantis*）、モーリタニア産魚粉のサルモネラ属菌、イタリア産サラミ（トリュフ入り）のリステリア（*L. monocytogenes*）、ルーマニア産鶏もも肉・ドラムスティック肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、中国産・アイルランド産鶏肉製品のリステリア（*L. monocytogenes*）、ポーランド産の生鮮七面鳥もも肉（骨なし）のサルモネラ属菌、ルーマニア産の生鮮鶏肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、デンマーク産パン粉付きモンツキダラ（haddock）製品のリステリア（*L. monocytogenes*）、ポーランド産冷蔵七面鳥とたい（皮付き）のサルモネラ（*S. Typhimurium*、5/5 検体陽性）、フランス産サンドイッチのリステリア、ウクライナ産冷蔵鶏むね肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、ウクライナ産冷蔵鶏肉のサルモネラ（*S. Infantis*）、リトアニア産冷蔵豚ひき肉のサルモネラ（*S. Infantis*、1/5 検体陽性）、リトアニア産鶏もも肉（マリネ液漬け）のサルモネラ（*S. Enteritidis*、1/5 検体陽性）など。

フォローアップ喚起情報（Information Notification for follow-up）

ポーランド産シロインゲンマメのカビ（*Aspergillus flavus*）、スペイン産家禽血粉のサルモ

ネラ (*S. Mbandaka*)、スペイン産ハチミツのボツリヌス菌、ウクライナ産冷凍鶏もも肉のサルモネラ属菌、原産国不明の甘草（根部分）粉末のサルモネラ (*S. Hvittingfoss*)、リトアニア産加工動物タンパク質（フェザーミール・血粉）のサルモネラ (*S. Isangi*)、オランダ産ライ麦のサルモネラ属菌、エストニア産冷凍ブロイラーむね肉のサルモネラ (*S. Hadar*、1/5 検体陽性)、スペイン産魚粉のサルモネラ属菌、オランダ産の生ペットフードのサルモネラ、ポーランド産冷蔵鶏むね肉ステーキのサルモネラ (*S. Infantis*)、ルーマニア産冷蔵鶏砂囊・心臓肉のサルモネラ属菌など。

通関拒否通知 (Border Rejection Notification)

英国産加工動物タンパク質（家禽ミール）のサルモネラ、ドイツ産七面鳥ミール（加工動物タンパク質）のサルモネラ (*S. Indiana*)、ブラジル産冷凍塩漬け鶏むね肉（半身）のサルモネラ属菌、ブラジル産家禽肉製品のサルモネラ属菌、オランダ産ペットフード缶詰の腸内細菌科菌群、ブラジル産冷凍鶏肉のサルモネラ (*S. Typhimurium*)、ブラジル産冷凍家禽肉のサルモネラ (*S. Drogana* など)、ブラジル産冷凍鶏肉製品のサルモネラ属菌、エチオピア産乾燥モリンガ粉末のサルモネラ (*S. Aberdeen*)、インド産 betel leaf（キンマの葉）のサルモネラ、英国産加工動物タンパク質（家禽ミール）のサルモネラ、インド産黒ゴマ種子のサルモネラ属菌、ブラジル産冷凍家禽肉のサルモネラ (*S. Drogana*) など。

● 英国保健安全保障局 (UK HSA: UK Health Security Agency)

<https://www.gov.uk/government/organisations/uk-health-security-agency>

英国で発生しているサルモネラ (*Salmonella* Enteritidis) 感染アウトブレイク (2026 年 9 月 17 日付更新情報)

Salmonella outbreak update

17 September 2026

<https://www.gov.uk/government/news/salmonella-outbreak-update>

英国保健安全保障局 (UK HSA) は、英国食品基準庁 (UK FSA) およびその他の公衆衛生機関と協力して、英国で発生している *Salmonella* Enteritidis の 3 つのクラスター (t5.9411、t5.9765 および t0.24068) の調査を継続しており、エビデンスからこれらのクラスターは輸入卵との関連の可能性が示唆されている。

英国におけるこれら 3 つのアウトブレイクに関する最新情報は、毎週発表されている（以下 Web ページ参照）。

https://www.gov.uk/government/publications/salmonella-statistical-releases?utm_medium=email&utm_campaign=govuk-notifications-topic&utm_source=9bb67224-e117-4951-a77f-c336e6bbc02e&utm_content=immediately

2026 年 9 月 15 日時点における概要は以下の通りである。

- ・ イングランドにおいて t5.9411 クラスターの確定患者計 355 人および死亡者 1 人が確認されている。検体採取日は 2025 年 8 月 11 日～2026 年 9 月 7 日である。
- ・ イングランドにおいて t0.24068 クラスターの確定患者計 189 人が確認されており、死亡者は報告されていない。検体採取日は 2025 年 5 月 27 日～2026 年 9 月 2 日である。
- ・ イングランドにおいて t5.9765 クラスターの確定患者計 42 人および死亡者 1 人が確認されている。検体採取日は 2026 年 1 月 27 日～8 月 24 日である。

直近の数週間では報告される患者数が減少している。患者は依然として小規模のカフェ、レストラン、持ち帰り料理店などの様々な店舗での喫食に関連している。

一般市民に対するサルモネラのリスクは依然として低い。

(食品安全情報(微生物) No.20/2026 (2026.09.30)、No.19/2026 (2026.09.16) UK HSA 記事参照)

● アイルランド保健サーベイランスセンター (HPSC Ireland: Health Protection Surveillance Centre, Ireland)

<https://www.hpsc.ie>

アイルランドの感染症アウトブレイクデータハブがアップグレード
Outbreak Hub upgraded

Vol 27 Issue 2 | March 2026

<https://ndsc.newsweaver.ie/4otaa688p3/dl0q7gk8bvs8vswyws5958>

2025 年 10 月に導入された「National Outbreaks Notification Hub for Ireland (アイルランドの感染症アウトブレイクデータハブ)」(<https://outbreaks.hpsc.ie>) は、より迅速な情報提供体制へと移行し、2026 年 3 月現在では、前週の土曜日の夜までに報告されたアウトブレイクのデータが閲覧可能である。本アウトブレイクデータハブは現在、「National

Notifiable Disease Hub（アイルランドの届出義務疾患データハブ）」（<https://notifiabledisease.hpsc.ie>）および「Respiratory Virus Notification Data Hub（呼吸器ウイルスデータハブ）」（<https://respiratoryvirus.hpsc.ie>）で使用されている報告タイムラインと同期している。

アウトブレイクの発生が、政策決定者、地域の公衆衛生当局、学術的協力機関および国民に共通の影響を与えることを踏まえ、アイルランド保健サーベイランスセンター（HPSC）のデータ視覚化チームは、過去 5 年間にアイルランドで報告されたすべての感染症アウトブレイクについて、適時に疫学的分析結果を提供可能な、双方向的ユーザー指向データハブを開発した。

本アウトブレイクハブは以下の機能を備えている：

- ・ 報告されたアウトブレイクの詳細な概要を週ごとに示し、アウトブレイクの分布を疾患別・管轄保健地域（RHA：Regional Health Area）別・発生施設別にグラフで表示。
- ・ アウトブレイク発生件数および患者数などについて、2017～2019 年の過去データとの比較を含め、直近 5 年間の傾向を示す複数の時系列グラフで表示。発生施設別、管轄地域別、感染経路別の傾向も表示可能。
- ・ 複数の病原体を同時に選択し、様々な疾患の複合的な影響を表示することが可能。
- ・ 過去 5 年間に報告された全アウトブレイクをラインリスト（1 アウトブレイクあたり 1 行にまとめたもの）の表として表示。
- ・ 全項目でデータ分析の設定をユーザーが選択可能。
- ・ すべての選択データはダウンロード可能。

このハブは毎週水曜日に更新され、ページの上部には FAQ へのリンクがある。このリンクから、ハブを最大限に活用するための詳細が示されたユーザーガイドが閲覧可能である。

（食品安全情報（微生物）No.26 / 2025（2025.12.24）HPSC Ireland 記事参照）

食品微生物情報

連絡先：安全情報部第二室