

## ・桑名保健所における3つのS.E.事件

桑名保健所では、1993-94年の2年間に3つのS.E.事件を経験した。それぞれが印象に残る事件であり、本事業へ取り組むきっかけになったので、簡単に概略を述べる。

### 事件1

発生日時：平成5年5月12日

患者数：38人（喫食者数53人）

原因施設：飲食店

原因食品：自家製マヨネーズ（タルタル・ソース）推定

原因細菌：Salmonella enteritidis（phage type 34）

潜伏時間：平均31時間

本事件は、桑名保健所で初めてのS.E.事件であった。便検査からS.E.が確定されたが、検食や残存食品はなかった。4つの喫食グループがあり、発病率が高く症状の強い重症のグループと軽症のグループが混在していた。はじめ疫学調査からロブスターが疑われたが、最終的にロブスターにかかっていたタルタル・ソース（自家製マヨネーズ使用）が原因であると考えられた。喫食開始時間の早いグループが重症であり、遅いグループは発病率も低く比較的軽症であった。これは、食事提供日の途中で前日調製のつくりおきのタルタル・ソースがなくなり、追加の調製分を混合したためと考えられた。すなわち、後半のグループのタルタル・ソースは追加調製されたためS.E.菌が希釈され、そのため摂取菌量が少なかったためと推察された。また、ロブスターを2つ食べたにもかかわらず非発病の者もいたが、この人はタルタル・ソースが嫌いなためスプーンできれいに除いて食べたという聞き取り調査結果もあった。

なお、当初、患者が受診した医療機関のひとつからコレラの疑いの相談を受けた。医師は臨床的には違うとは思いますが、外注した民間の検査機関からの検査結果とのことであった。念のため保健所でこの培地を取り寄せ、行政検査にて否定した。後に、この検査機関でも再検査でコレラは否定された。しかし、この時一つの事件が頭をかすめた。それは、平成元年（1989）9月に名古屋市を中心に海外渡航歴のない患者のコレラの集団発生があったが、ほぼ同時期に滋賀県水口保健所で発生したコレラ合併のS.E.事件（9月15日発生、エルトール小川型 5/10）があったことが思い出され、細菌学的にコレラが正式に否定されるまでは慎重な対応を心がけた。桑名保健所管内は、名古屋市を中心とした中部経済圏に属し、また滋賀県にも隣接する保健所である。

鶏卵を使用した非加熱の食品である自家製マヨネーズは、サルモネラ食中毒に対しリスクの高い食品のひとつであると考えられた。この後、液卵製造会社と大手のマヨネーズ製造会社を見学したが、厳格な液卵の品質管理（自主的に米国の連邦法である液卵製造法に基づいたマニュアルを自主的に採用）や高度な技術のpH調整により微生物対策を行っていた。

## 事件2

発生日時：平成6年10月6日  
患者数：1,004人（喫食者数1,563人）、配送事業所数330  
原因施設：飲食店（仕出し）  
原因食品：卵うどん（検食から原因菌を分離）  
原因細菌：Salmonella enteritidis（phage type 4）  
潜伏時間：平均22時間18分

三重県において過去最大で、愛知県・岐阜県にもまたがる広域的な大規模事件となった。事業所むけの弁当であったため、サルモネラに対し感受性の高い乳幼児や高齢者に喫食者は少なく、患者は働き盛りの方が多かった。それでも、入院患者が100名を超え、中には敗血症を起こして生命の危険があった方や妊婦で解熱せず大学病院に転送された方などがおられた。その当時の『死亡者が出るかもしれない』という恐怖感は今でも忘れられない。

図II-1 事件の弁当



患者が1,000人を超える事件で、しかも事業所の昼の弁当ということで、しばらくの間休業を余儀なくされた中小企業も少なからず認められ、地域の社会・経済活動への影響も大きかった。また、保健所にとっては食品衛生上の問題だけでなく、救急医療体制における有床診療所も含めた入院病床の調整等も必要

となり、地元医師会の全面的な協力が得られたことも事件処理の大きな助けになった。

卵うどんとは、大鍋で加工品のパックうどんを加熱した後、火を止め余熱で液卵と混合する食品である。この全液卵は前日の夕方に殻付き卵800個を割卵して保管していたものであるが、その保管に問題があったためにS.E.菌が増殖し、さらに調理過程での加熱が不十分であったため菌が生残り、そのうえ配送までの保存が常温であったため再増殖したものと考えられた。検食の細菌学検査では、卵うどんから高濃度でS.E.が検出されたが、他の2～3の食品からも低濃度のS.E.が検出された。この原因としては、弁当の配膳の際に、ゴム手袋で食品の盛り付けを行っていたことが考えられた。食品毎に手袋を洗っていたが、流水での洗浄でなく容器に入れた溜め水を使用したため、水の汚染が起こり他の食品へ二次汚染したものと考えられた。

立ち入りの際に保管されていた鶏卵800個（原因食のロットとは別）からS.E.菌は検出されなかった。なお、鶏卵の生産地は県外と考えられた。

### 事件3

発生日時：平成6年10月6日  
患者数：92人（喫食者数129人）  
原因施設：飲食店  
原因食品：各種の定食類  
原因細菌：Salmonella enteritidis ( phage type 4 )  
潜伏時間：平均36時間36分

これは、事件2の調査中に保健所が覚知(10月12日)した事件である。調査を開始すると患者便からS.E.菌が検出され、使用された鶏卵の流通も事件2と同じルートと思われた。また、S.E.菌のphage typeも事件2と同じであった。原因食の断定はできなかったが、発病が1週間の喫食者に連続して発生しており、また、調理場環境の拭き取り検査(調理台と冷蔵庫内の拭き取り)からS.E.菌が検出されたことから調理器具を介しての二次汚染が疑われた。患者は各種の定食類の喫食者から発生していたが、これらのメニューではサラダが共通であったことから、サラダが調理過程で二次汚染を受けたことが原因と考えられた。なお、サラダには自家製マヨネーズなど鶏卵は使用されていない。

これら3つのS.E.事件を経験し、私たちはサルモネラ対策のさらなる強化が必要と考えた。しかし、S.E.食中毒の事件を単純にサルモネラ食中毒としてまとめて考えるのではなく、S.E.事件特有の背景があるような印象を持った。すなわち、世界的にもS.E.の急増の原因は鶏卵との関連が示唆されているが、この媒介物としての鶏卵の持つ特性や生産～流通～販売も含めた使用を考慮しなければ、S.E.食中毒の予防に繋がらないと考えた。

そこで、私たちは全国のS.E.関連の食中毒事件を収集・分析を開始するとともに、農林畜産部局と連携し生産から流通の実態を探るよう努めて来た。全国の事件については、『全国食中毒事件録』（食品衛生協会編：厚生省監修）と『病原微生物検出情報』（国立予防衛生研究所発行）をもとに個々の事件をコンピュータ入力により台帳を作成して分析を試みたが、保健所レベルで得られる情報には限りがあり、具体的な疫学調査等の情報はつかめず、今回全国の都道府県および保健所政令市に協力を求めるなど事業化を決定した。