

# 千葉市感染症発生動向調査情報

2024年 第42週 (10/14-10/20) の発生は？

## 1 定点報告対象疾患(五類感染症)

報告のあった定点数	定点	42週	41週	40週	39週	
上段: 患者数 下段: 定点当たりの報告数 「定点当たりの報告数」とは 報告数/報告定点数	小児科	18	18	18	18	*正式名称は インフルエンザ/COVID-19定点
	眼科	5	5	5	5	
	*インフル/COVID	28	28	28	28	
	基幹	1	1	1	1	

定点	感染症名	注意報	千葉市				千葉県
			10/14-10/20 42週	10/7-10/13 41週	9/30-10/6 40週	9/23-9/29 39週	10/7-10/13 41週
小児科	RSウイルス感染症		0	3	1	0	18
	咽頭結膜熱		0	0	1	4	18
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	↓↓	14	19	23	24	336
	感染性胃腸炎	↓↓	33	68	80	60	392
	水痘		1	1	0	4	16
	手足口病	★★★↓↓	263	368	326	230	1963
	伝染性紅斑		10	5	6	1	75
	突発性発しん		9	7	9	6	25
	ヘルパンギーナ	↓↓	6	21	15	7	72
	流行性耳下腺炎		1	0	1	1	5
*インフル/COVID	インフルエンザ (高病原性鳥インフルエンザを除く)		12	21	15	3	182
	新型コロナウイルス感染症	↓↓	28	48	52	70	741
眼科	急性出血性結膜炎		0	0	0	0	0
	流行性角結膜炎	↓↓	2	5	1	1	15
基幹	クラミジア肺炎 (オウム病を除く)		0	0	0	0	0
	細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌性髄膜炎を除く)		0	0	0	0	3
	マイコプラズマ肺炎	→	2	2	1	0	9
	無菌性髄膜炎		0	0	0	0	0
	感染性胃腸炎 (ロタウイルスに限る)		0	0	0	0	0

★★: 流行中 ★: やや流行中 ◎: 増加 ○: やや増加 →: 変化なし ↓: やや減少 ↓↓: 減少

「流行中」 流行発生警報開始基準値以上

「やや流行中」 流行発生注意報基準値以上、又は流行発生警報開始基準値を下回った後に流行発生警報終息基準値以上

## 2 全数報告対象疾患: 10 例

病名	性	年齢層	診断(検査)方法	病名	性	年齢層	診断(検査)方法
E型肝炎	男性	30歳代	病原体遺伝子の検出	カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	男性	60歳代	細菌の分離・同定、 薬剤耐性の確認
日本紅斑熱	男性	60歳代	病原体遺伝子の検出		女性	70歳代	
アメーバ赤痢	男性	60歳代	病原体の検出		男性	70歳代	
急性脳炎	女児	10歳未満	高熱、中枢神経症状		女性	70歳代	細菌の分離・同定、 薬剤耐性の確認、 及び起因菌の判定
梅毒	女性	10歳代	血清抗体の検出		男性	80歳代	

・第42週は、E型肝炎1例(12)、日本紅斑熱1例(3)、アメーバ赤痢1例(4)、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症5例(23)、急性脳炎1例(13)、梅毒1例(59)の発生届があった。

※ ( )内は2024年の累積件数。但し、累積件数は速報値であり、データが随時訂正されるため変化します。

## 定点当たり報告数 第42週のコメント

### < 感染性胃腸炎 >

前週より減少し1.83となった。過去10年の同時期と比べると少なく、年齢階級別の報告数は1歳が最多。区別では、若葉区(4.50)からの報告が最多で1歳の報告が最も多かった。

### < 手足口病 >

前週より減少し14.61となった。流行発生警報開始基準値(5.0)を上回ったままで過去10年の同時期と比べると最多のまま。年齢階級別の報告数は3歳が最多。区別では全区が流行発生警報開始基準値を上回り、若葉区(20.50)が最多で1歳の報告が最も多かった。

### < 新型コロナウイルス感染症 >

前週より減少し1.00となった。年齢階級別の報告数は40歳代及び80歳以上が最多。区別では、美浜区(2.17)からの報告が最多で80歳以上の報告が多かった。

■ 「過去10年との比較グラフ」及び「区別の発生グラフ」はWebSiteでご覧いただけます。

・ 過去10年との比較グラフ

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/iryoeisei/khoken/kkagaku/idsc/documents/graph2024.pdf>

・ 区別の発生グラフ

[https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/iryoeisei/khoken/kkagaku/idsc/documents/graph\\_ward2024.pdf](https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/iryoeisei/khoken/kkagaku/idsc/documents/graph_ward2024.pdf)

## ■ トピック ■

### < 手足口病 >

2024年は第28週(27.17)にピークを迎えた後、第33週(1.33)に流行発生警報終息基準値(2.0)を下回りましたがその後増加に転じ、第35週(6.17)に再び流行発生警報開始基準値(5.0)を上回った後も増加していましたが、第42週は前週より減少しました。年齢階級別では、3歳及び4歳が多くなっています。今後の発生動向を注視する必要があります。

一般的な感染対策は、接触感染を予防するために手洗いをしっかりとすることと、排泄物を適切に処理することです。手洗いは流水と石けんで十分に行い、タオルの共用は避けましょう。

手足口病は、治った後も比較的長い期間便の中にウイルスが排泄され、また、感染しても発病しないままウイルスを排泄している場合もあると考えられることから、日頃からのしっかりと手洗いが大切です。

### < マイコプラズマ肺炎 >

2024年第41週時点の全国レベルは前週からほぼ横ばいで1.95となり、現行の調査手法となった1999年以降最も多い状況となっています。都道府県別では福井県が最も多く、次いで愛知県、京都府の順となっています。千葉県は1.00で全国レベルと比べると少なくなっています。千葉市の第42週は基幹定点医療機関から前週に引き続き2例(2.00)の報告がありました。2024年の累積報告数は11例となり、過去5年の同時期と比べると最多となりました(図1)。

感染経路は、感染した人の咳のしぶき(飛沫)を吸い込んだり(飛沫感染)、感染者と接触したりすること(接触感染)により感染すると言われています。

予防には以下の点に注意してください。

・ 普段から流水と石けんでこまめに手を洗いましょう。

・ 感染した場合は、家族間でもタオルの共用は避けましょう。

・ 咳の症状がある場合には、マスクを着用するなど「咳エチケット」を守ることを心がけましょう。

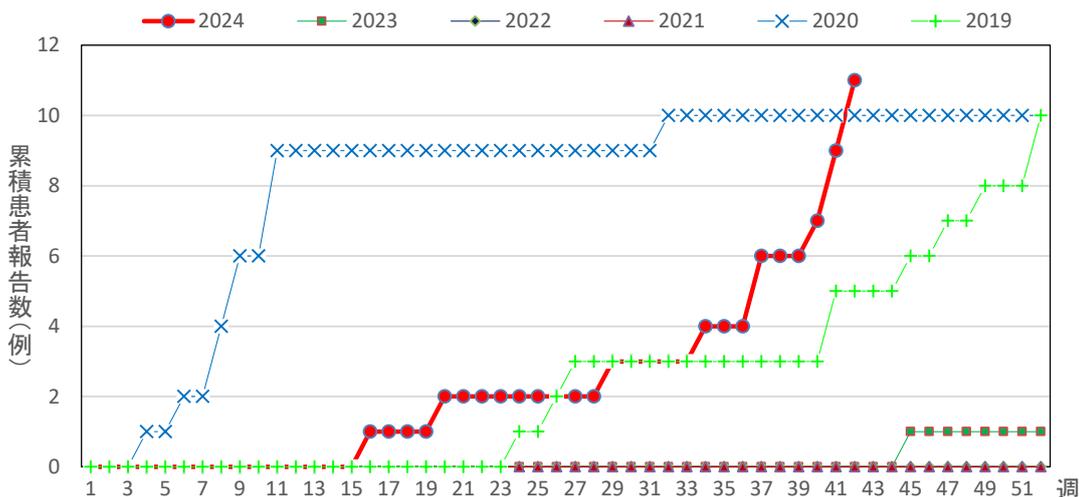


図1 年別・累積患者報告数(2019年第1週-2024年第42週)

※2021年及び2022年は0例

## 〈つつが虫病・日本紅斑熱〉

つつが虫病の第41週現在の全国レベルの届出累積数は114例で、過去10年の同時期と比べると平均(108.1)よりも多めとなっています。都道府県別では鹿児島県(20例)が最も多く、次いで千葉県(18例)、宮崎県(11例)となっています。

日本紅斑熱の第41週現在の全国レベルの届出累積数は361例で、過去10年の同時期と比べると2023年(396例)、2021年(374例)、2022年(371例)に次いで多くなっています。都道府県別では広島県(59例)が最も多く、次いで三重県(47例)、千葉県(26例)となっています。

千葉市では第3週につつが虫病の届出が1例あり、第42週に日本紅斑熱の届出が1例ありました。日本紅斑熱の届出は、2021年第28週以来となります。60歳代男性で推定される原因は不明であり、症状は発熱、発しん、肝機能異常のほか、ダニによる刺し口があり、血液及び痂痂からPCR法による病原体遺伝子の検出により判明したものです。

つつが虫病と日本紅斑熱はわが国に常在する代表的なリケッチア症です。つつが虫病とは、つつが虫病リケッチア(*Orientia tsutsugamushi*)による感染症で、つつが虫病リケッチアを保有するツツガムシ(ダニの一種)に刺されることによって感染します。日本紅斑熱とは、日本紅斑熱リケッチア(*Rickettsia japonica*)による感染症で、日本紅斑熱リケッチアを保有するマダニ(キチマダニ、フタトゲチマダニなど)に刺されることで感染します。

本市では、2014年第1週から2024年第42週までに、つつが虫病9例、日本紅斑熱3例の届出がありました。2018年まではつつが虫病のみでしたが、2020年以降日本紅斑熱の届出が見受けられるようになりました(図2)。

性別では、つつが虫病は男性6例、女性3例、日本紅斑熱は男性2例、女性1例であり、年代別では、つつが虫病は60歳未満が4例、60歳以上が5例、日本紅斑熱は全員60歳以上となっています。月別では、季節性が見られ、6月と7月に日本紅斑熱の届出が各1例あり、他の10例は10月から1月に集中しています(図3)。

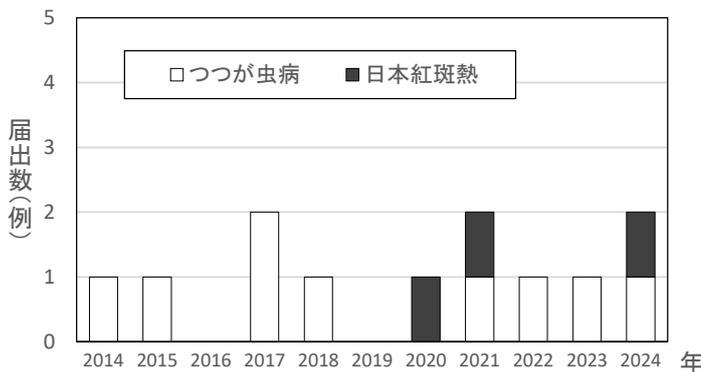


図2 年別・つつが虫病と日本紅斑熱  
(2014年第1週-2024年第42週 n=12)

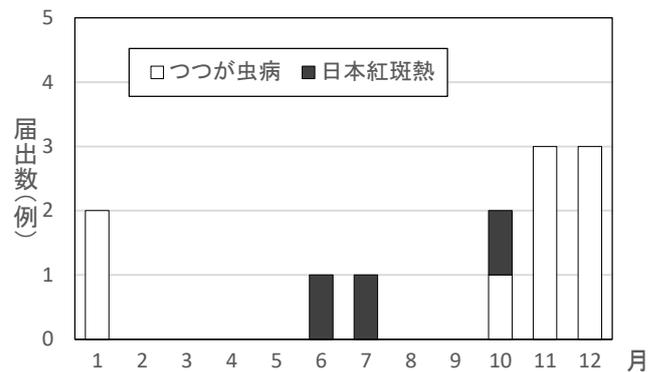


図3 月別・つつが虫病と日本紅斑熱  
(2014年第1週-2024年第42週 n=12)

つつが虫病は、関東地方では秋から初冬に多くの発生が見られます。潜伏期間は3~15日であり、典型的な例では高熱を伴って発症し、発しんは主に体幹部に見られ、特徴的なツツガムシの刺し口(黒色痂痂)が見られるなどの特徴があります。重症になると肺炎や脳炎症状を来します。

日本紅斑熱は、地域差はありますが、春から秋の長い期間に渡ります。潜伏期間が2~8日であり、頭痛、発熱、倦怠感を伴って発症し、発しんは四肢末端部に比較的強く出現し、刺し口の中心の痂皮部分が小さいなどの特徴があります。

両疾患とも、治療が遅れると播種性血管内凝固を起こすことがあり、多臓器不全や死に至る場合もあります。

つつが虫病と日本紅斑熱の臨床的特徴は、「①発熱、②皮疹、③刺し口」のいわゆる3徴が共通していますが、これらは医師が診断例で認識した頻度であり、患者が必ずしも受診時に発熱を認めるとは限らず、患者が皮疹や刺し口の内容を自覚したり、自ら医師に伝える頻度は低いいため、医師が積極的にリケッチア症を疑って身体診察を行う必要があると報告されています。両疾患の臨床的な鑑別は難しく、実験室診断が必要とされます。

両疾患とも、現在も多くの報告がなされ、有効な抗菌剤がありながら、なおも死亡例が報告されています。両疾患を予防するワクチンはありません。例年秋に両疾患の報告数も増える傾向がある中、野外活動をする時には、ダニに対する曝露・感染予防対策が極めて重要となります。

予防としては、発生時期および発生地を知り、発生地域に立ち入らないこと、農作業や森林作業でやむを得ず立ち入る際には、(1)皮膚の露出を少なくしダニの付着を防ぐ、(2)ダニ忌避剤を使用する、(3)作業後入浴し、洗い流す、などに注意することが必要です。もしダニに噛まれたら、無理に引き抜こうとせず、医療機関で処置(ダニの除去、洗浄等)をしてもらいましょう。

また、両疾患に対する治療は早期に本症を疑い、適切な抗菌薬(第一選択薬はテトラサイクリン系)を直ちに投与することが極めて重要です。ダニに噛まれた後、数週間程度は体調の変化に注意をし、発熱等の症状が認められた場合は医療機関で診察を受けてください。