

千葉市感染症発生動向調査情報

2024年 第47週 (11/18-11/24) 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 | 47週 | 46週 | 45週 | 44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 | |
| | 眼科 | 5 | 5 | 5 | 5 | |
| | *インフル/COVID | 28 | 28 | 28 | 28 | *正式名称は インフルエンザ/COVID-19定点 |
| | 基幹 | 1 | 1 | 1 | 1 | |

| 定点 | 感染症名 | 注意報 | 千葉市 | | | | 千葉県 |
|-------------|------------------------------|-------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| | | | 11/18-11/24 47週 | 11/11-11/17 46週 | 11/4-11/10 45週 | 10/28-11/3 44週 | 11/11-11/17 46週 |
| 小児科 | RSウイルス感染症 | | 0 0.00 | 1 0.06 | 2 0.11 | 3 0.17 | 9 0.07 |
| | 咽頭結膜熱 | | 0 0.00 | 0 0.00 | 1 0.06 | 0 0.00 | 15 0.12 |
| | A群溶血性レンサ球菌咽頭炎 | ↓↓ | 26 1.44 | 33 1.83 | 32 1.78 | 32 1.78 | 398 3.16 |
| | 感染性胃腸炎 | ↓ | 58 3.22 | 62 3.44 | 39 2.17 | 77 4.28 | 409 3.25 |
| | 水痘 | | 3 0.17 | 2 0.11 | 0 0.00 | 2 0.11 | 31 0.25 |
| | 手足口病 | ★★★↓↓ | 113 6.28 | 177 9.83 | 225 12.50 | 248 13.78 | 874 6.94 |
| | 伝染性紅斑 | | 16 0.89 | 12 0.67 | 6 0.33 | 2 0.11 | 163 1.29 |
| | 突発性発しん | | 3 0.17 | 3 0.17 | 5 0.28 | 3 0.17 | 20 0.16 |
| | ヘルパンギーナ | | 2 0.11 | 5 0.28 | 1 0.06 | 10 0.56 | 16 0.13 |
| | 流行性耳下腺炎 | | 1 0.06 | 1 0.06 | 1 0.06 | 1 0.06 | 3 0.02 |
| *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) | ◎ | 29 1.04 | 24 0.86 | 28 1.00 | 18 0.64 | 629 3.10 |
| | 新型コロナウイルス感染症 | | 16 0.57 | 27 0.96 | 23 0.82 | 34 1.21 | 449 2.21 |
| 眼科 | 急性出血性結膜炎 | | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 |
| | 流行性角結膜炎 | | 1 0.20 | 1 0.20 | 4 0.80 | 0 0.00 | 18 0.51 |
| 基幹 | クラミジア肺炎 (オウム病を除く) | | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 |
| | 細菌性髄膜炎 (髄膜炎菌性髄膜炎を除く) | | 0 0.00 | 1 1.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 1 0.11 |
| | マイコプラズマ肺炎 | ↓↓ | 1 1.00 | 4 4.00 | 5 5.00 | 3 3.00 | 23 2.56 |
| | 無菌性髄膜炎 | | 1 1.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 |
| | 感染性胃腸炎 (ロタウイルスに限る) | | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 | 0 0.00 |

★★: 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: 6 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 |
|-------------|----|------|------------------------|--------------------|----|------|-----------------------------------|
| 結核 | 女性 | 50歳代 | IGRA検査 | カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症 | 男性 | 60歳代 | 病原体の分離・同定、 薬剤耐性の確認 及び起因菌の判定 |
| 腸管出血性大腸菌感染症 | 女性 | 40歳代 | 病原体の分離・同定 及びベロ毒素の確認 | | 女性 | 20歳代 | |
| レジオネラ症 | 男性 | 60歳代 | 病原体抗原の検出 | 梅毒 | 女性 | 20歳代 | 血清抗体の検出 |
| | | | | 梅毒 | 男性 | 20歳代 | |

・第47週は、結核1例(138)、腸管出血性大腸菌感染症1例(23)、レジオネラ症1例(9)、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症1例(27)、梅毒2例(66)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47週のコメント

<A群溶血性レンサ球菌咽頭炎>

前週より減少し1.44となった。過去10年の同時期と比べると少なめで、年齢階級別の報告数は3歳及び9歳が多かった。区別では、稲毛区及び緑区(2.33)からの報告が最多であり、稲毛区では10-14歳(0.67)が最多で10歳未満では9歳(0.66)の報告が多く、緑区では3歳の報告が多かった。

<感染性胃腸炎>

前週よりやや減少し3.22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歳及び2歳が最多。区別では、緑区(8.67)からの報告が最多で2歳、3歳及び4歳の報告が多かった。

<手足口病>

前週より減少し6.28となったが、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4歳が最多。区別では美浜区以外が流行発生警報開始基準値を上回り、稲毛区(9.67)が最多で6歳の報告が最も多かった。美浜区(3.25)でも流行発生警報終息基準値(2.0)を上回った

<インフルエンザ>

前週より増加し1.04となった。過去10年の同時期と比べると少なめで、年齢階級別の報告数は10-14歳が最多で、10歳未満では9歳が多かった。区別では、花見川区及び緑区(2.00)からの報告が最多で両方の区で10-14歳が最も多く、10歳未満は花見川区では7歳及び9歳、緑区では5歳及び8歳の報告があった。

<マイコプラズマ肺炎>

前週より減少し1.00となった。第40週から連続して報告がある。

<伝染性紅斑>

第45週から連続して増加し、0.86となった。区別では、花見川区(2.00)が流行発生警報開始基準(2.0)と並んで最多で6歳の報告が多い。

■ 「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

■ トピック ■

<カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症>

世界保健機関(WHO)では、毎年11月18日から24日を世界薬剤耐性(AMR)啓発週間として定めています。薬剤耐性(AMR)とは、本来であれば効果があるはずの抗菌薬が、感染症の原因となる細菌に、効きにくくなる、または、効かなくなることです。こうした耐性を持った細菌やウイルスが増えると、従来の薬が効かなくなることから、これまでは感染、発症しても軽症で回復できた感染症の治療が困難になり重症化・死亡に至る可能性が高まります。そのため、薬剤耐性(AMR)の発生をできる限り抑制し、薬剤耐性微生物による感染症のまん延を防止することが重要です。

日本においては、毎年11月を「薬剤耐性(AMR)対策推進月間」に設定し、薬剤耐性に関する全国的な普及啓発活動を推進しています。

全国レベルの第46週現在の発生届出累積数は1,971例で、過去10年の同時期と比べると2019年(1,991例)に次いで多くなっています。都道府県別では、東京都(171例)が最も多く、次いで神奈川県(158例)、大阪府(152例)の順となっています。千葉県は112例であり、全国で6番目の多さとなっています。

千葉市では、第42週に5例の届出があり累積届出数が23例となり、過去10年と比べて最多となった後、第44週以降各週において連続して届出があり、第47週は累積届出数が27例となり最多の累積届出数を更新し続けています(図1)。

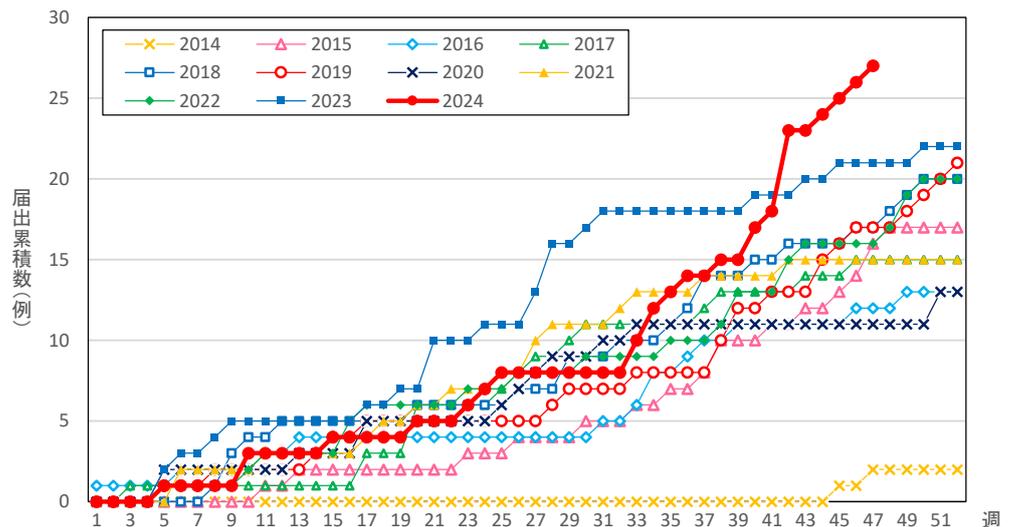


図1 年別届出累積数(2014年第38週-2024年第47週 n=185)

感染症に基づく5類感染症として保健所への届出が義務付けられた2014年第38週から2024年第47週までに届出されたカルバペナム耐性腸内細菌目細菌感染症(CRE感染症)は185例であり、年齢群別では70-79歳(66例、35.7%)が最も多く、次いで80-89歳(37例、20.0%)、60-69歳(29例、15.7%)の順となっています。

各年の届出数に占める年齢群別の割合は、50歳以上の届出が2020年以降90%以上を占めており、90歳以上の届出は2019年に初めて見られ、2021年以降は連続しています(図2)。

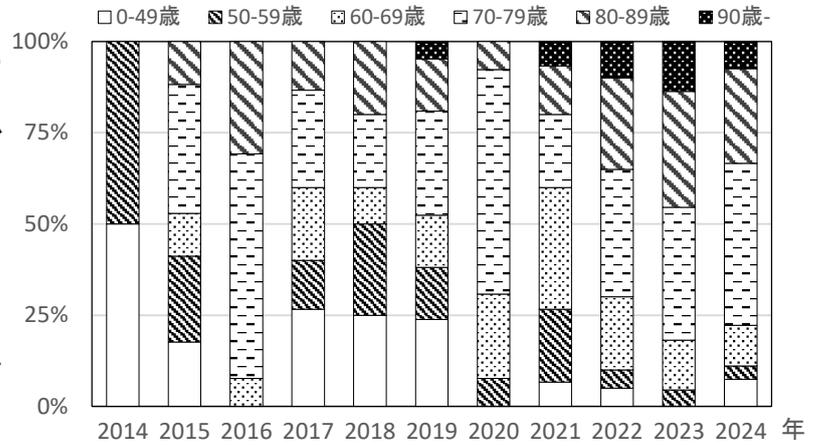


図2 年別・年齢群別報告数が占める割合
2014年第1週-2024年第47週 n=185

検出菌種は*Klebsiella aerogenes* (87株、47.0%)が最も多く、次いで*Enterobacter cloacae* (64株、34.6%)、*K. pneumoniae* (9株、4.9%)の順であり、*K. aerogenes*と*E. cloacae* (151株、81.6%)で全体の8割以上を占めています。各年の届出数に占めるこれらの菌種の割合は2015年から2022年までは80%以上でしたが、2023年以降は他の菌種がおよそ30%以上を占めるようになっていきます(図3)

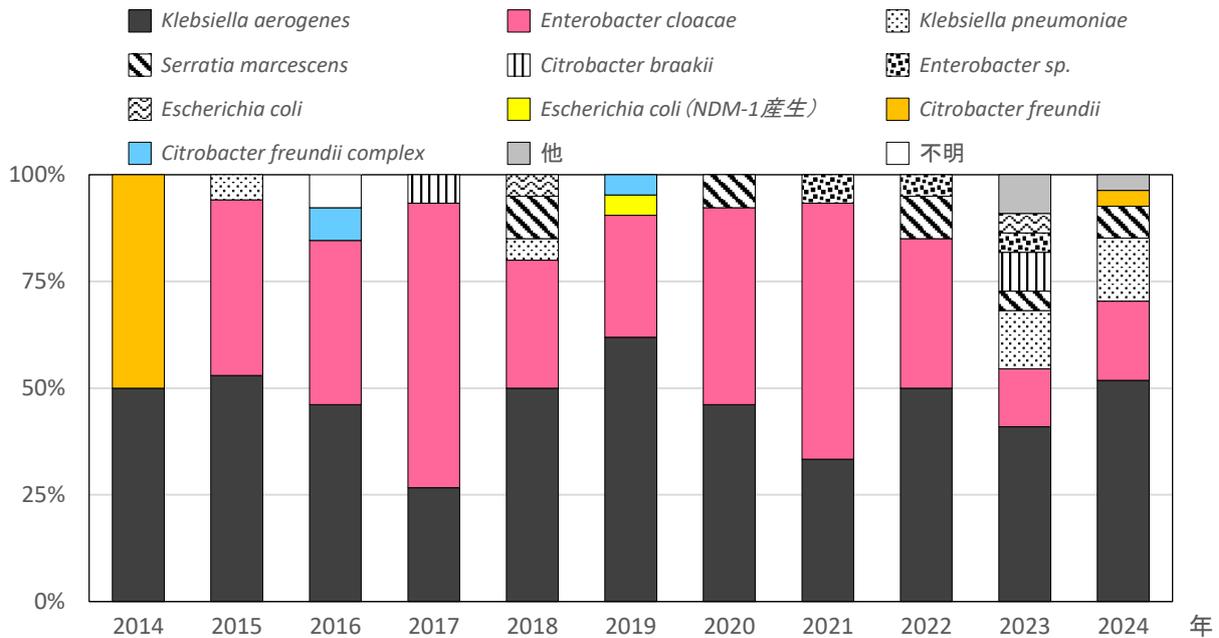


図3 年別・検出菌の割合 (2014年第38週-2024年第47週 n=185)

2017年第14週から2023年第52週までに環境保健研究所で菌種及びカルバペナーゼ遺伝子(耐性遺伝子)について121検体を検査した結果、最も多い菌種は*K. aerogenes* (54例、44.6%)であり、次いで*E. cloacae* (43例、35.5%)、*Serratia marcescens* 6例(5.0%)の順でした。カルバペナーゼ遺伝子が検出されたのは27例(22.3%)であり、IMP型が26例(21.5%)、NDM型が1例(0.8%)でした。最も多くIMP型のカルバペナーゼ遺伝子が検出された菌種は*E. cloacae* (24例、19.8%)で、NDM型が検出されたのは*Escherichia coli*でした(表)。

表 2017年第14週から2023年第52週までに検出されたCRE薬剤耐性遺伝子

| 菌種 | 検査検体数 | IMP型 | | NDM型 | |
|-------------------------------------|-------|------|--------|------|-------|
| | | 検出数 | 検出率 | 検出数 | 検出率 |
| <i>Klebsiella aerogenes</i> | 54 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Enterobacter cloacae</i> | 43 | 24 | 55.8% | 0 | 0 |
| <i>Serratia marcescens</i> | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Klebsiella pneumoniae</i> | 4 | 1 | 25.0% | 0 | 0 |
| <i>Escherichia coli</i> | 4 | 0 | 0 | 1 | 25.0% |
| <i>Enterobacter sp.</i> | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Citrobacter braakii</i> | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Citrobacter freundii</i> complex | 1 | 1 | 100.0% | 0 | 0 |
| 他 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | 121 | 26 | 21.5% | 1 | 0.8% |

CRE感染症は、カルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す腸内細菌科細菌による感染症です。主に感染防御機能の低下した患者や外科手術後の患者、抗菌薬を長期にわたって使用している患者などに、呼吸器感染症や尿路感染症その他多様な感染症を起こします。カルバペネマーゼ(カルバペネム分解酵素)を産生する腸内細菌科細菌(Carbapenemase-producing Enterobacteriaceae: CPE)は多くの場合、カルバペネマーゼ遺伝子をプラスミド等の可動性遺伝子上に保有するため、薬剤耐性の性質を菌種を越えて伝播させることが知られており、早期発見と拡散防止が公衆衛生上重要となっています。

平成26年(2014年)12月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「医療機関における院内感染対策について」に基づき、標準予防策(全ての患者に対して感染予防策のために行う予防策のことを指し、手洗い、手袋・マスクの着用等が含まれる。)を実施するとともに、必要に応じて院内部門、対象患者、対象病原微生物等の特性に対応した感染経路別予防策(空気予防策、飛沫予防策及び接触予防策)を徹底することが重要です。

平成29年(2017年)3月28日付けの厚生労働省健康局結核感染症課長通知に基づき、地域における流行状況を把握するために、CRE感染症の届出があった際には医療機関等に対し当該患者の検体又は当該患者から分離された病原体の提出を求め、地方衛生研究所においてカルバペネマーゼ遺伝子(薬剤耐性遺伝子)等の試験検査を実施することとなっています。

千葉市環境保健研究所では、CRE感染症が届出対象となった2014年から薬剤耐性遺伝子の検索を開始しており、2017年4月からは厚生労働省からの通知に基づいた検索を実施し、その結果を毎年公表しています。

2023年の結果については、当センターのWebSite(下記URL)をご参照ください。

<https://www.city.chiba.jp/hokenfukushi/iryoeisei/khoken/kkagaku/idsc/documents/cre2023.pdf>