2026年8月22日（土）

令和8年度 奈良県医師会 院内感染対策カンファレンス

発熱、頭痛、関節痛、下痢と白血球および血小板減少を認めた70歳代男性の一例

奈良県立医科大学

感染症内科学講座

笠原　敬

発熱と全身皮疹で紹介受診した70歳代男性

救急受診までの経過と初診時所見

患者背景



- 70歳代男性
- 電気保安系の会社に勤務
- デスクワークと現場作業の両方があり、不規則な勤務
- 食事はフードコードで摂取することも頻繁である
- 海外渡航は2016年のイタリアが最後
- この1か月は旅行なし
- 野山へ行っていない
- 自宅周辺は住宅街
- 性交渉・風俗利用なし
- 妻、娘と同居（2人とも症状なし）

3月23日　当院受診時

- 意識レベル：JCS 1-0
- 血圧：137/80 mmHg
- 脈拍：95回/分
- 呼吸数：**40**回/分
- SpO_2：95%
- 体温：**39.5**℃

経過

3月16日
家族で外食

3月17日
発熱。下肢に皮疹が出現。1月に近医で処方されて余っていた鎮痛薬とアセトアミノフェンを内服

3月19日
発熱あり。ポルタレンを内服。近医眼科で予定されていた白内障手術を受けた

3月21日
近医を受診。コロナ・インフルエンザは陰性。レボフロキサシン処方

3月23日 朝
肩で息をするような呼吸



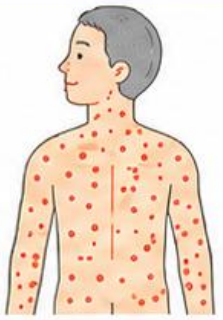
3月23日 昼
動けなくなり救急要請。前医を受診



3月23日
前医で全身皮疹を認め、当院へ紹介受診



身体所見・紹介理由



- 全身に皮疹を認めた
- 前医で全身に皮疹を認め、当院へ紹介
- 呼吸苦があり、救急搬送後に当院へ紹介

3月23日の血液検査

血算・炎症		
白血球	13,100	/μL
ヘモグロビン	12.6	g/dL
血小板	16.5万	/μL
好中球	96.2	%
CRP	29.98	mg/dL

凝固系		
D-ダイマー	2.6	μg/mL
FDP	9.3	μg/mL
フィブリノゲン	539	mg/dL

肝・筋逸脱酵素		
AST	456	U/L
ALT	59	U/L
LDH	700	U/L
CK	3,778	U/L
ALP	68	U/L
γ-GTP	33	U/L
総ビリルビン	1.8	mg/dL

腎機能・栄養・代謝		
BUN	54	mg/dL
クレアチニン	1.68	mg/dL
アルブミン	2.9	g/dL
グルコース	116	mg/dL

炎症反応高値、肝障害・筋逸脱酵素上昇、腎機能障害を認める

この時点でのポイント

- 発熱と全身皮疹を主訴に紹介受診
- 呼吸数増加を伴う全身状態の悪化
- 先行して複数の解熱鎮痛薬、抗菌薬の使用あり

Q. 診断は何か

1. 薬疹
2. 麻疹
3. 風疹
4. 水痘
5. 成人Still病

Q. 麻疹について正しいのはどれか？

1. 患者にはN95マスクを着用させる
2. 診断後7日以内に保健所へ届け出る
3. 麻疹IgG抗体陽性をもって麻疹と診断する
4. 麻疹感受性者では、接触後72時間以内の麻疹含有ワクチン接種により発症を予防できる可能性がある

医療機関のための「麻疹（はしか）」対応ガイド

医療機関における平時の備えと緊急時の具体的な対応フローを分かりやすく解説

平常時の備え（職員の免疫管理）

職員のワクチン歴・抗体価の把握



予防接種歴や罹患歴を記録し、
必要に応じて予防接種を実施します。

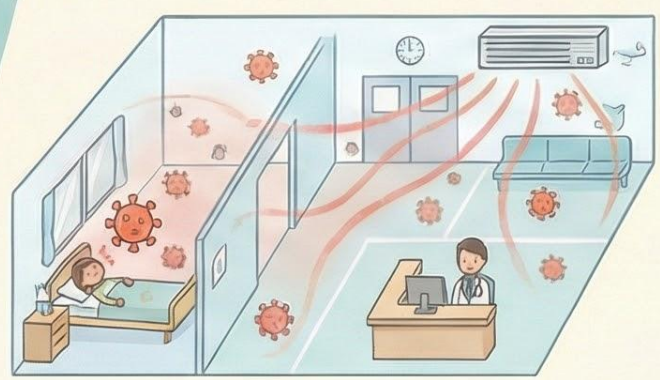


患者発生時の緊急対応フロー

迅速なトリアージとゾーニング



外来での誘導、問診を行い、他の患者と
空間を分けるゾーニングを徹底します。

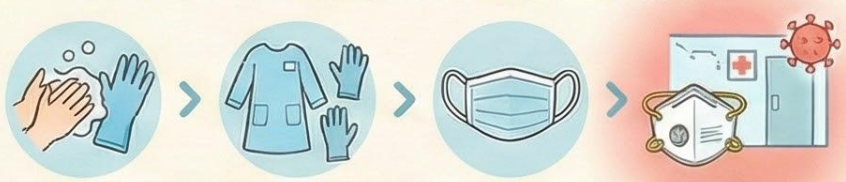


広範囲にわたる接触者の特定

2m以内だけでなく、空気中に2時間残る
ウイルスに備え、空間共有者も対象とします。

**疑ったらまずは
保健所へ相談！**

4種類の感染対策を同時実施



標準、接触、飛沫に加え、
麻疹特有の「空気感染」への対策が必要です。



感染可能期間

発症1日前から
解熱後3日を
経過するまで



ウイルスの生存期間

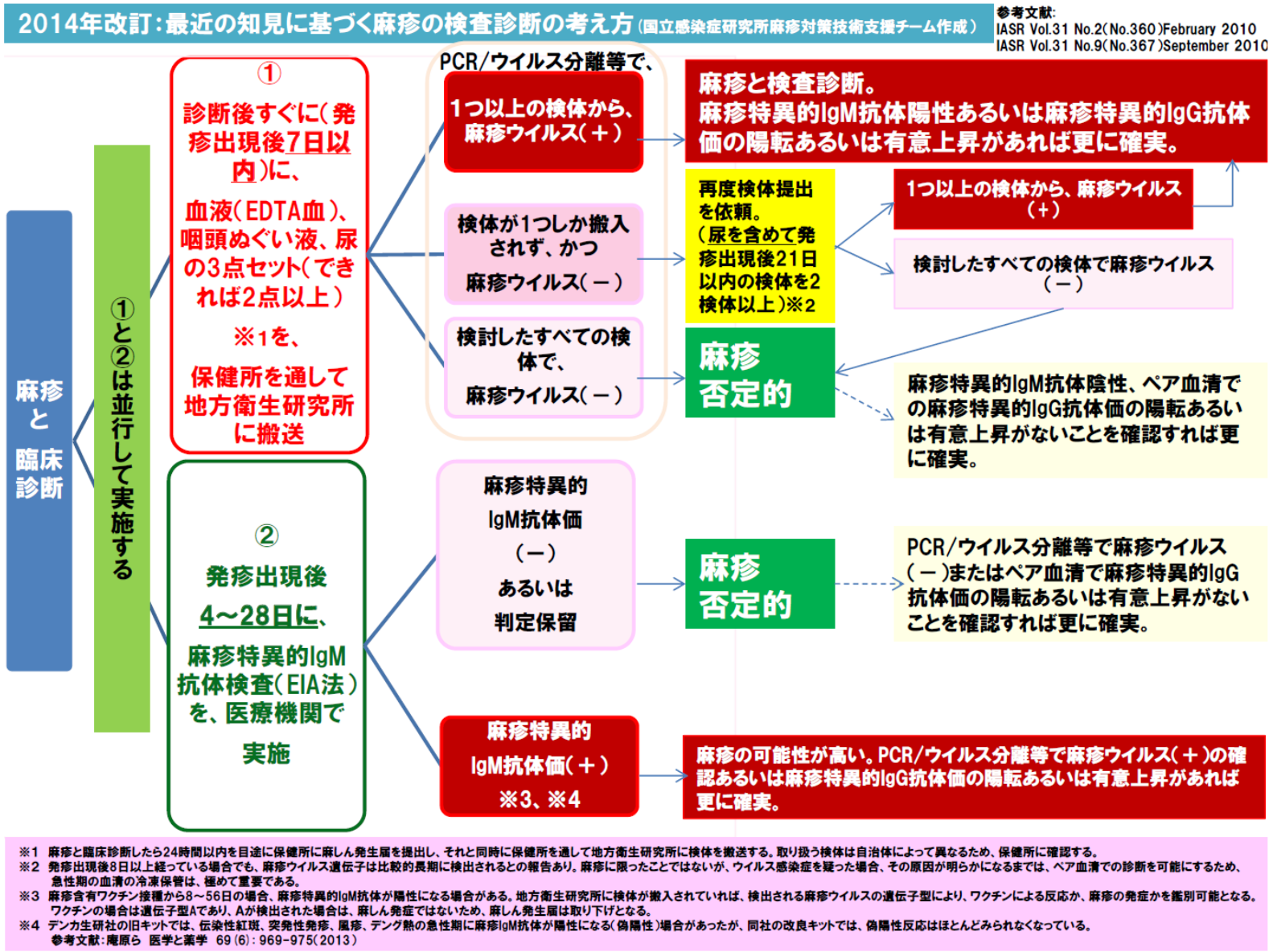
空気中で
2時間以下



接触者の特定

同一の時間に
病棟、階全体、または
空調を共有した者

医療機関での麻疹対応ガイドライン第七版 https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/guideline/medical_201805.pdf



医師による麻しん届出ガイドライン第五版
https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/guideline/guideline03_20230516.pdf

麻疹（はしか）接触者への医療機関の対応：発症予防策



発症予防策が不要な方





麻疹罹患歴が
検査診断により
確認されている者



麻疹含有ワクチンを
1歳以上で2回接種
記録あり



不要

対象外の接触者：
直ちに緊急予防接種を検討



72時間以内

緊急予防接種：
発症予防の可能性あり

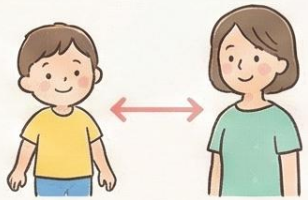


6日以内

人免疫グロブリン製剤注射：
発症予防の可能性あり



麻疹を発症する可能性がある
ため、麻疹感受性者とは接触
しないようにする





接触日
（0日）

5～21日間
（通常）

4週間まで
（免疫グロブリン投与時）

医療機関での麻疹対応ガイドライン第七版 https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/measles/guideline/medical_201805.pdf

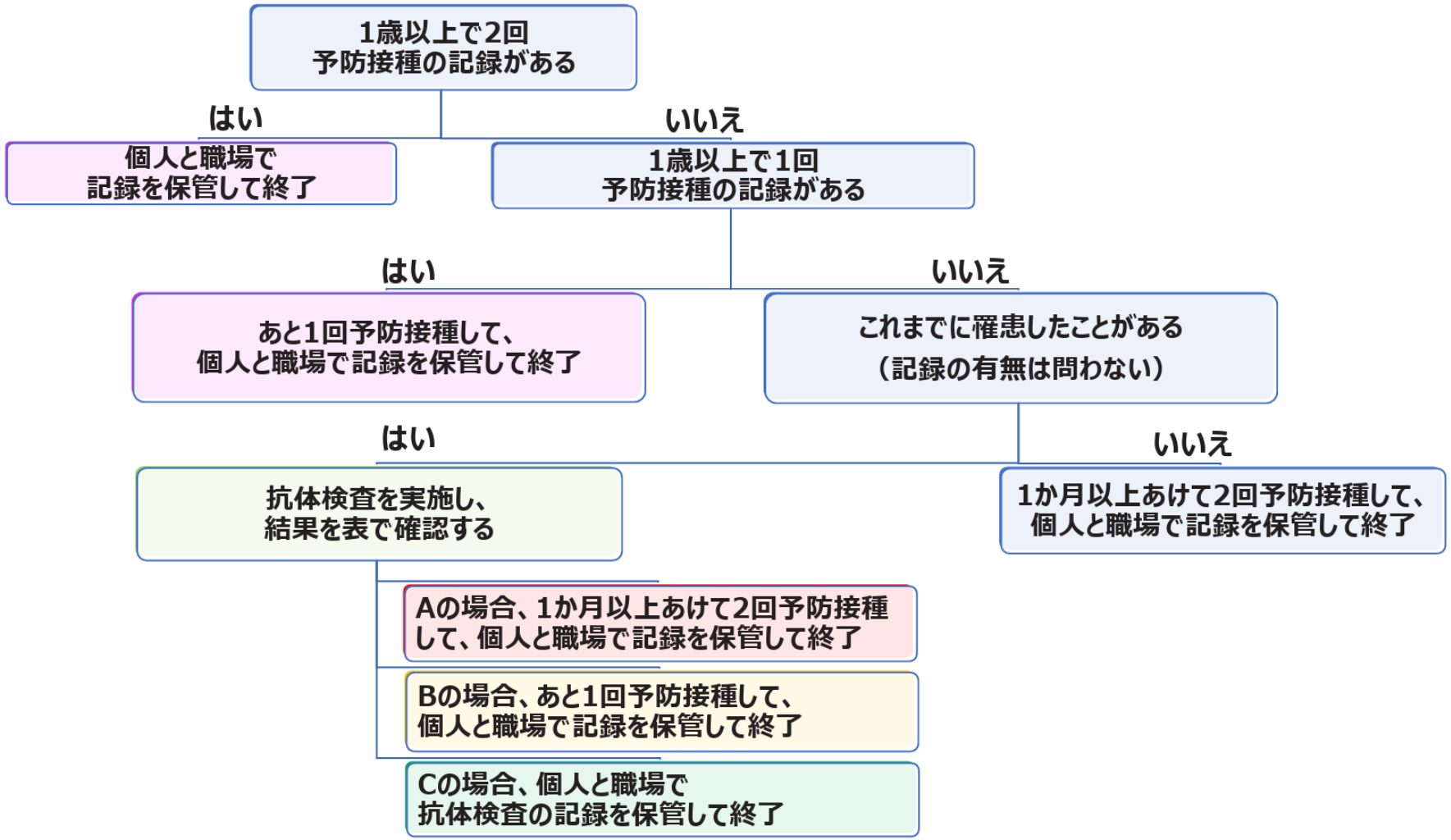


図１　医療関係者のためのワクチンガイドライン第５版 MMRV 対応フローチャート

一般社団法人 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版（2026年）https://www.kankyokansen.org/wp-content/uploads/vaccine-guideline_05.pdf

表１　MMRV 抗体価と必要予防接種回数（予防接種の記録がない場合）

	A：あと２回の予防接種が必要	B：あと１回の予防接種が必要	C：今すぐの予防接種は不要
麻疹*	EIA 法（IgG）2.0 未満 中和法 1：4 未満 FIA 法（F）抗体価 0.4AI 未満	EIA 法（IgG）2.0 以上 16.0 未満 中和法 1：4 FIA 法（F）抗体価 0.4AI 以上 1.5AI 未満	EIA 法（IgG）16.0 以上 中和法 1：8 以上 FIA 法（F）抗体価 1.5AI 以上
風疹**	HI 法 1：8 未満 EIA 法（IgG）（A）2.0 未満 EIA 法（IgG）（B）ΔA0.100 未満 LTI 法（C）10IU/mL 未満 CLEIA 法（D）10IU/mL 未満 CLEIA 法（E）抗体価 4 未満 FIA 法（F）抗体価 1.0AI 未満 FIA 法（G）10IU/mL 未満 CLIA 法（H）10IU/mL 未満 ELFA 法（I）10IU/mL 未満	HI 法 1：8、1：16 EIA 法（IgG）（A）2.0 以上 8.0 未満 EIA 法（IgG）（B）30IU/mL 未満 LTI 法（C）10 以上 30IU/mL 未満 CLEIA 法（D）10 以上 45IU/mL 未満 CLEIA 法（E）抗体価 4 以上 14 未満 FIA 法（F）抗体価 1.0 以上 3.0AI 未満 FIA 法（G）10 以上 30IU/mL 未満 CLIA 法（H）10 以上 25IU/mL 未満 ELFA 法（I）10 以上 45IU/mL 未満	HI 法 1：32 以上 EIA 法（IgG）（A）8.0 以上 EIA 法（IgG）（B）30IU/mL 以上 LTI 法（C）30IU/mL 以上 CLEIA 法（D）45IU/mL 以上 CLEIA 法（E）抗体価 14 以上 FIA 法（F）抗体価 3.0AI 以上 FIA 法（G）30IU/mL 以上 CLIA 法（H）25IU/mL 以上 ELFA 法（I）45IU/mL 以上
水痘	EIA 法（IgG）2.0 未満 IAHA 法 1：2 未満 中和法 1：2 未満 FIA 法（F）抗体価 0.3AI 未満	EIA 法（IgG）2.0 以上 4.0 未満 IAHA 法 1：2 中和法 1：2 FIA 法（F）抗体価 0.3AI 以上 0.5AI 未満	EIA 法（IgG）4.0 以上 IAHA 法 1：4 以上 中和法 1：4 以上 FIA 法（F）抗体価 0.5AI 以上
おたふくかぜ	EIA 法（IgG）2.0 未満 FIA 法（F）抗体価 0.7AI 未満	EIA 法（IgG）2.0 以上 4.0 未満 FIA 法（F）抗体価 0.7AI 以上 1.3AI 未満	EIA 法（IgG）4.0 以上 FIA 法（F）抗体価 1.3AI 以上

※：陰性

一般社団法人 日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン第5版（2026年）https://www.kankyokansen.org/wp-content/uploads/vaccine-guideline_05.pdf

症例提示：意識障害と発熱で受診した78歳女性

主訴：意識障害、発熱

患者背景



- 78歳 女性
- 普段は畑仕事ができる
- ADLは自立

経過（タイムライン）

6月15日

- 昼過ぎに1回転倒
- 夜にも2回転倒
- 床のものを上にあげるなど、普段と違う行動がみられた

6月16日

- ほぼ1日横になっていた
- 整体師が訪問
- 病院受診をすすめられた

6月17日

- 朝5時にも転倒
- 夜、長女が電話したところ、応答があいまいだった
- 21:30 長女が訪問
- 会話はできたが、体が熱く、体温38.5℃
- 22:20頃 前医を受診

来院時の状態

意識レベル	JCS 2
GCS	E4 / V4 / M6
血圧	115/87 mmHg
脈拍	101 / 分
体温	38.8℃
呼吸数	36 / 分
SpO_2	93%（室内気）

身体所見

- 口腔内に点状出血
- 右CVA tenderness 陽性



検査所見

血算・凝固

WBC	6500	/μL
Hb	13.9	g/dL
Plt	2.2万	/μL
PT	12.4	sec
INR	1.05	
APTT	37.0	sec
D-dimer	57.6	μg/mL

生化学

AST	69	U/L
ALT	56	U/L
LDH	498	U/L
T-bil	1.5	mg/dL
Amy	57	U/L
CPK	486	U/L
BUN	32.8	mg/dL
Cr	1.6	mg/dL
Na	124	mEq/L
K	3.5	mEq/L
Cl	90	mEq/L
CRP	15.8	mg/dL

この症例で気になるポイント

- 発熱と意識障害
- 転倒を繰り返し、数日で全身状態が悪化
- 著明な血小板減少
- D-dimer高値
- 低Na、腎機能障害、肝逸脱酵素上昇、炎症反応高値

Q. この患者への対応として誤っているのはどれか

1. 渡航歴を確認する
2. 血液培養を採取する
3. 末梢血塗抹標本のギムザ染色を行う
4. 抗菌薬と解熱薬を処方して経過観察とする

追加病歴：ケニア渡航歴と曝露歴

家族から追加で判明した情報

症例の背景整理

今回わかったこと

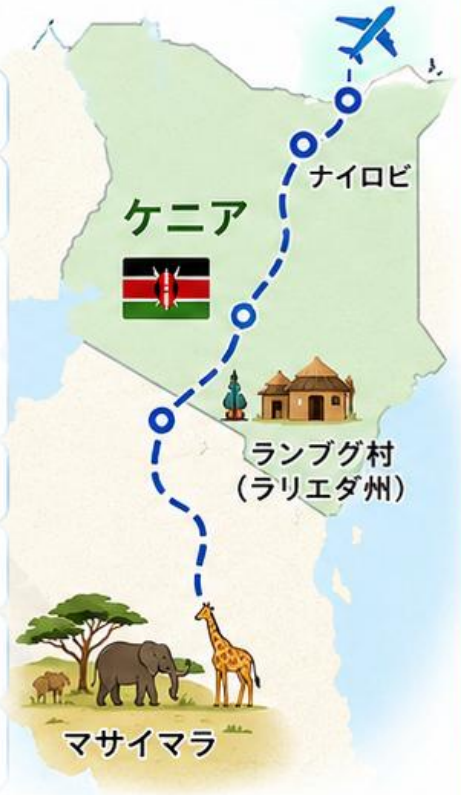
- 家族から、海外渡航歴の詳細が追加で確認された
- 今回の発症前に、ケニアへの渡航歴があった

過去の海外渡航歴

- **2002年：** 初めてケニアに布教活動で渡航
- **2009年：** 再びケニアに布教活動で渡航
- それ以外は、今回を除いて海外渡航歴なし

今回のケニア渡航（5月29日～6月10日）

- 目的：布教活動
- 5月29日～6月10日にケニアへ渡航
- 当初は農村部に滞在
- 滞在先：ラリエダ州南アセンボ地域 ボンド県ランブグ村のホテル
- 現地で民家や小学校を訪問
- その後、街へ移動
- 消防車の寄贈式などに出席
- さらにマサイマラのサファリへ行った
- ナイロビから帰国



同行者

- 同行者は8名
- 小学生2名を含む



食事・飲水



食事： 現地で調理されたものを食べていた



飲み物： ミネラルウォーター、または持参したボカリスエットなど

虫刺されなどの曝露



本人の話では、虫・蚊には刺されていない

本人申告による情報（絶対的な否定ではない）

この症例で重要な渡航・曝露情報

- ケニア 渡航あり
- 農村部 滞在あり
- 民家・小学校 訪問あり
- サファリ
- 現地調理の食事あり
- 虫刺されの自覚なし

渡航関連感染症を考えるうえで重要な情報

輸入感染症の極意は問診から！

- 主訴と随伴症状
- どこへ？（流行地域）
- いつから？（潜伏期間）
- どんなところで、どんなことをしていた？（曝露歴・感染経路）
  - 食事、飲水、昆虫、動物、淡水、海水、森林、性交渉
- ワクチン接種歴や予防内服の有無
- 周囲の流行状況

輸入感染症の極意は問診から！

- 主訴と随伴症状
- どこへ？（流行地域）
- いつから？（潜伏期間）
- どんなところで、どんなことをしていた？（曝露歴・感染経路）
  - 食事、飲水、昆虫、動物、淡水、海水、森林、性交渉
- ワクチン接種歴や予防内服の有無
- 周囲の流行状況

国・地域別情報

国名から探す

地域から探す

新着情報

お役立ち情報

Yellow Fever
黄熱について

動物と一緒の渡航について
動物の種類によって対象となる制度が異なります。事前にご確認を。

アジア地域

国・地域別に感染症の流行状況、予防方法、体調が悪くなった場合の対応などの情報を掲載しています。調べたい国・地域をクリックしてください。詳細情報がご覧いただけます。



このページのトップへ戻る

© Quarantine Information Office, Ministry of Health, Labour, and Welfare Japan. All rights reserved

アフリカ東部

スーダン・南スーダン・エリトリア・エチオピア・ジブチ・ソマリア・ケニア・ウガンダ・ルワンダ・ブルンジ・タンザニア・マラウイ・ザンビア・ジンバブエ・モザンビーク・マダガスカル

気候と気をつけたい病気

国や地域、標高差によって気候が大きく異なります。沿岸部では降水量が多く、高温多湿ですが、高地では、赤道直下にある国でもしのぎやすい気候です。エチオピアは3月～9月、ケニアやタンザニアは3月～5月と11月～12月、ザンビアやジンバブエは11月～4月が雨季となります。
上下水道や電気、交通などの基本的なインフラ整備が進んでいないところが多く、上水道が整っていても水質は悪く、飲用には適していません。不衛生な水の中には、メジナ虫（ギニア虫）がいることもあります。飲用には市販のミネラルウォーターか浄水器を通した水を煮沸しましょう。
細菌（サルモネラ感染症、腸チフス、コレラ、赤痢 等）、ウイルス（A型肝炎 等）、寄生虫（アメーバ赤痢、ジアルジア症（ランブル鞭毛虫症）等）などの様々な原因で腸炎が起こります。
電力供給が不安定なこともあり、生鮮食料品の保存に問題が生じることもあります。また、エチオピアでは生の肉や内臓を食べる習慣があり、条虫症（サナダ虫）や他の感染症にかかるリスクが高くなります。食べものは生で食べることは避け、信頼できる飲食店で十分加熱されたものを冷めないうちに食べるようにしましょう。
アフリカ東部（エチオピア・ソマリア・ケニア・タンザニアなど）、および対岸のイエメン周辺では、コレラが流行しています。コレラは半日で死に至ることがあります。手洗いをこまめにし、生水・氷・生の魚介類・カットフルーツの飲食は避けるようにするとともに、症状が出た場合には早めの病院受診が必要です。
いくつかの国では黄熱のリスクがあります。
サハラ砂漠・砂漠地帯や標高の高い地域、エリトリアのアスマラやエチオピアのアディスアベバ、ケニアのナイロビ、ジンバブエのブラワヨ、ハラレなど一部の都市を除くほぼ全域では、一年を通してマラリアに注意が必要です。主に熱帯性マラリアが流行していますが、三日熱マラリアもあります。また、デング熱、フィラリア症、チクングニア熱への注意も必要です。
吸血昆虫によってうつる病気もあります。ツェツェバエによってうつるトリパノソーマ症（アフリカ眠り病）や、サシチョウバエによってうつるリーシュマニア症、ブユによってうつるオンコセルカ症などがありますので、吸血昆虫に刺されないよう、虫よけ対策とともに長袖長ズボンの着用が重要です。
湖沼や河川には、皮膚から入る寄生虫（住血吸虫症など）やメジナ虫（ギニア虫）がいますので、入らないようにしましょう。

海外渡航者向け
お知らせ
海外渡航にあたって
感染症情報
どうやってうつる？（感染症についての情報）
黄熱について
マラリアについて
海外渡航のためのワクチン
国・地域別情報
動物と一緒の渡航について
新着情報
予防接種実施機関
リンク

輸入感染症の極意は問診から！

- 主訴と随伴症状
- どこへ？（流行地域）
- いつから？（潜伏期間）
- どんなところで、どんなことをしていた？（曝露歴・感染経路）
  - 食事、飲水、昆虫、動物、淡水、海水、森林、性交渉
- ワクチン接種歴や予防内服の有無
- 周囲の流行状況

潜伏期間と感染症

短い（＜10日）	中くらい（11～21日）	長い（＞30日）
デング熱 チクングニア熱 インフルエンザ 黄熱 日本脳炎（6～16日） ウイルス性出血熱 旅行者下痢症 レプトスピラ症	マラリア（特に熱帯熱） レプトスピラ症 腸チフス 麻疹 風疹 トリパノソーマ症 ブルセラ症 トキソプラズマ症 Q熱	マラリア（特に非熱帯熱） ウイルス性肝炎 メリオイドーシス 結核 住血吸虫症 フィラリア症 アメーバ性肝膿瘍 リーシュマニア症

Spira AM, et al. Lancet 2003;361:1459-69.

輸入感染症の極意は問診から！

- 主訴と随伴症状
- どこへ？（流行地域）
- いつから？（潜伏期間）
- どんなところで、どんなことをしていた？（曝露歴・感染経路）
  - 食事、飲水、昆虫、動物、淡水、海水、森林、性交渉
- ワクチン接種歴や予防内服の有無
- 周囲の流行状況

食事・飲水

微生物	疾患名、原因微生物など
細菌	サルモネラ属、カンピロバクター属、病原性大腸菌、赤痢菌、ビブリオ属（腸炎ビブリオ、コレラ）、エルシニア、リステリア、ブドウ球菌、バシラスなど
寄生虫	赤痢アメーバ、クリプトスポリジウム、サイクロスポーラ、ランブル鞭毛虫（汚染水）、裂頭条虫（マス）、無鉤条虫（ウシ）、有鉤条虫（ブタ）、旋毛虫（ブタ、クマ）、回虫、アニサキス（サケ、サバなど）、アスカリス、鉤虫、肝吸虫（淡水魚）、肺吸虫（サワガニ）など
ウイルス	A型肝炎、E型肝炎、ノロウイルス、ロタウイルスなど

蚊に刺されて感染する感染症（蚊媒介性感染症）

微生物	疾患名、原因微生物など
ウイルス	デングウイルス、チクングニアウイルス、ジカウイルス、ウェストナイルウイルス、日本脳炎ウイルス、黄熱ウイルスなど
原虫	マラリア（熱帯熱、三日熱、四日熱、サル）、バンクロフト糸状虫、マレー糸状虫（フィラリア症）

ダニに咬まれて感染する感染症（ダニ媒介性感染症）

微生物	疾患名、原因微生物など
細菌	つつが虫病（*Orientia tsutsugamushi*）、日本紅斑熱（*Rickettsia japonica*）、ライム病（*Borrelia*属）、回帰熱（*Borrelia*属）、Q熱（*Coxiella burnetii*）、野兎病（*Francisella tularensis*）、アナプラズマ症（*Anaplasma*属）、エーリキア症（*Ehrlichia*属）、アフリカダニ熱など
ウイルス	重症熱性血小板減少症候群（SFTS、フレボウイルス属）、クリミア・コンゴ出血熱（ナイロウイルス属）、ダニ媒介性脳炎、オムスク出血熱、キャサヌル森林病など
寄生虫	バベシア症（*Babesia microti/divergens*）

Spira AM, et al. Lancet 2003;361:1459-69.

その他の昆虫による感染症

微生物	疾患名、原因微生物など
寄生虫	アフリカ睡眠病：ツェツェバエによるトリパノソーマ属の感染 リーシュマニア症：サシチョウバエによるリーシュマニア属の感染 オンコセルカ症：ブユによるオンコセルカ属の感染 シラミ媒介性回帰熱 シャーバス病：サシガメによる*Trypanosoma cruzi*の感染
細菌	シラミ媒介性回帰熱 ペスト：吸血ノミによる *Yersinia pestis* の感染
その他	スナノミ症：吸血ノミによる寄生症 ハエ蛆症：ハエの幼虫による寄生症

Spira AM, et al. Lancet 2003;361:1459-69.

その他の曝露源と感染症

微生物	疾患名、原因微生物など
淡水	レプトスピラ症、住血吸虫症、ネグレリア・フォーレリ
土壌	鉤虫症、皮膚幼虫移行症、内臓幼虫移行症、レプトスピラ症
性交渉	HIV、HBV、HCV、梅毒、クラミジア、淋病、ヘルペス
ほ乳類	狂犬病（イヌ、ネコ、サル、コウモリなど） 鼠咬熱（ネズミ） ハンタウイルス感染症（げっ歯類） 野兎病（ウサギ） Q熱（ネコ、ウシ、ウサギなど）

Spira AM, et al. Lancet 2003;361:1459-69.

マラリア診断・治療アルゴリズム （第3.1版　2014.3.18）

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金医療技術実用化総合研究事業「わが国における熱帯病・寄生虫症の最適な診断治療体制の構築」
研究分担者：加藤康幸・忽那賢志　　研究代表者：丸山治彦

代表的な発熱疾患の潜伏期

<7日	7-21日	>21日
感染症下痢症、インフルエンザ、デング熱、リケッチア症	マラリア、腸チフス・パラチフス、レプトスピラ症、ウイルス性出血熱	マラリア、急性ウイルス性肝炎

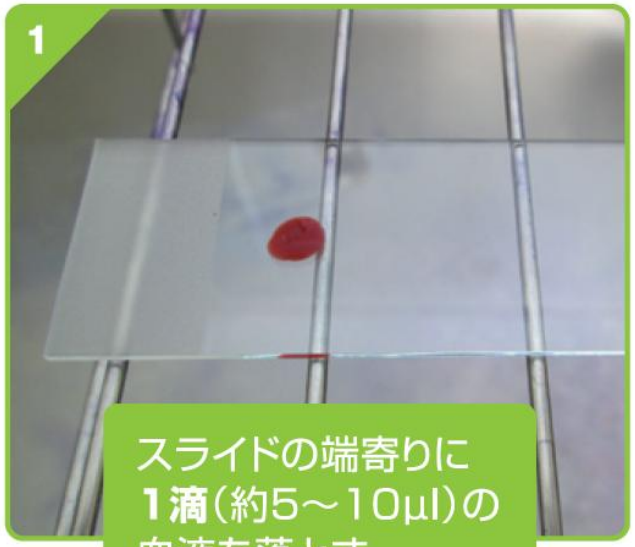
血算	血小板減少は感度が高い
生化学	腎機能、肝機能など
血液培養	腸チフス・パラチフスを鑑別
検尿	血尿・蛋白尿はレプトスピラ症で感度が高い
胸部X線	呼吸器症状がある場合、肺炎を鑑別
血液塗抹標本（ギムザ染色）	薄層塗抹標本で良い

→ **マラリアの診断がつかない** →

血液塗抹検査（ギムザ染色）を繰り返す

連日、計3回の検査で陰性の場合マラリアを否定

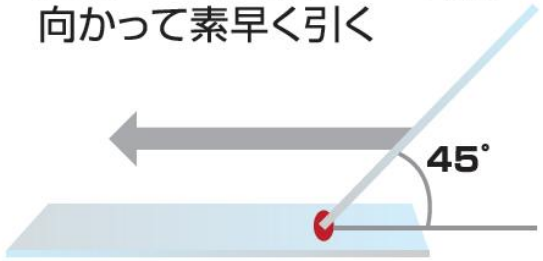
1



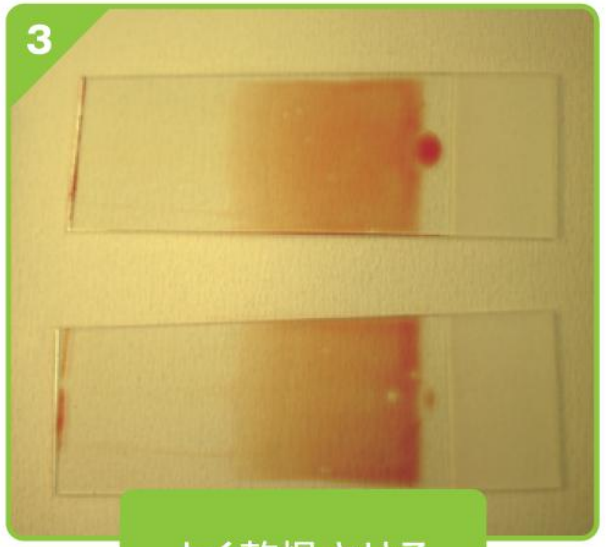
スライドの端寄りに
1滴（約5～10μl）の
血液を落とす

2

約45°の角度で引きガラスを
スライドグラスに当て、血液が
両端まで行き渡ったら対側に
向かって素早く引く



3



よく乾燥させる

4



アルコールで
2分間、固定する

5



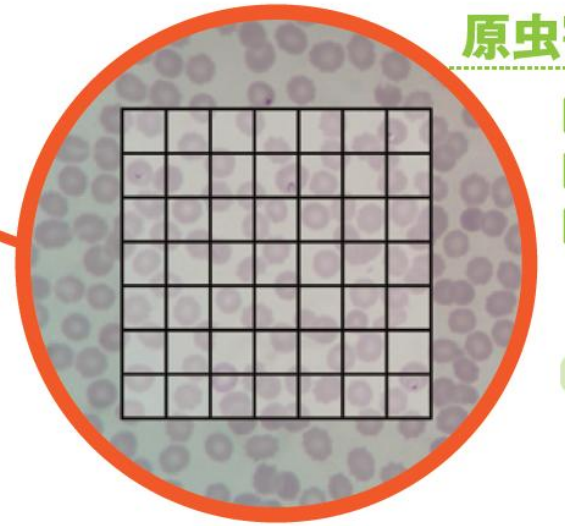
染色液でまんべんなく
10分間、染色する

ギムザ液**1** ： 緩衝液**9**
の比率で染色液を作成する
緩衝液はpH7.2のものを用いる

6



塗抹の薄いところが
観察に適している



顕微鏡像（倍率100×10）

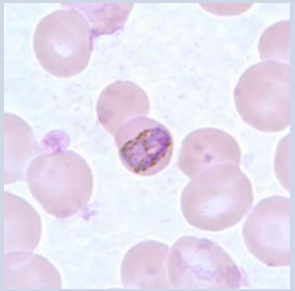
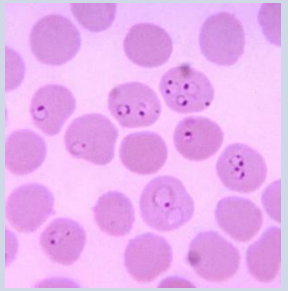
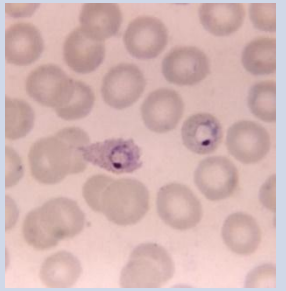
原虫寄生率の算出法

1. 赤血球が均一な視野を探す
2. グリッド内の赤血球数を数える
3. 2つのカウンターを使って、グリッド内の感染赤血球と視野数を数える

例 **1視野当たり300個の赤血球**
10視野で30個の感染赤血球

$$\frac{30}{300\times10}\times100=1\%$$

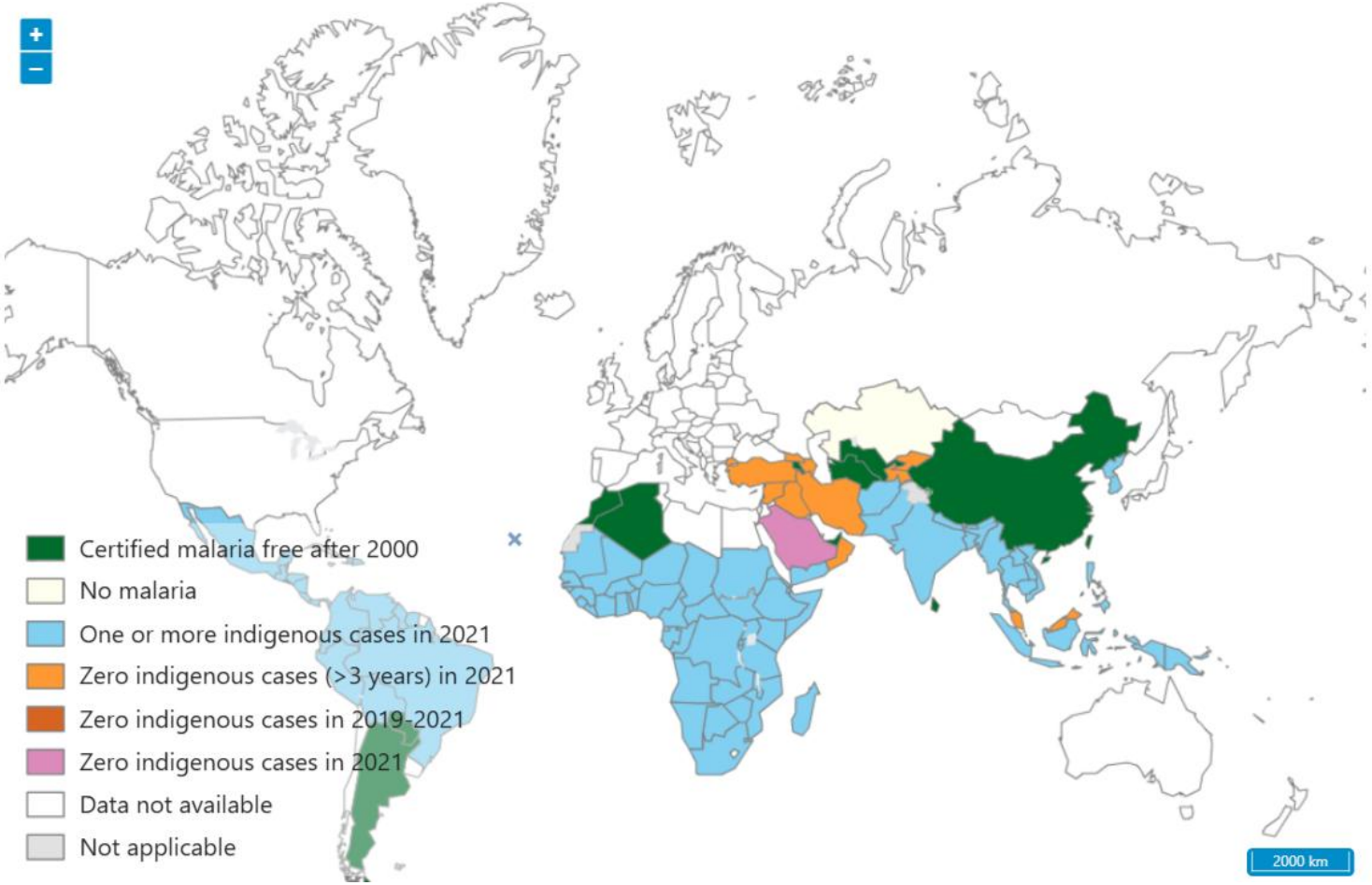
塗抹検査によるマラリアの鑑別

	三日熱 *P. vivax*	四日熱 *P. malariae*	熱帯熱 *P. falciparum*	卵形 *P. ovale*
原虫の種類	各ステージ*の原虫	各ステージ*の原虫，帯状体	輪状体と生殖母体のみ	各ステージ*の原虫
感染赤血球	大きくなる	大きくならない	大きくならない	大きくなる・いびつ
赤血球の斑点	Schuffner斑点	なし（稀にZiemann斑点）	Maurer斑点（赤褐色）	Schuffner斑点
赤血球内原虫数	通常1個	通常1個	2個以上あり	通常1個
	 Schuffner斑点	 帯状体	 複数の輪状体	 いびつな赤血球

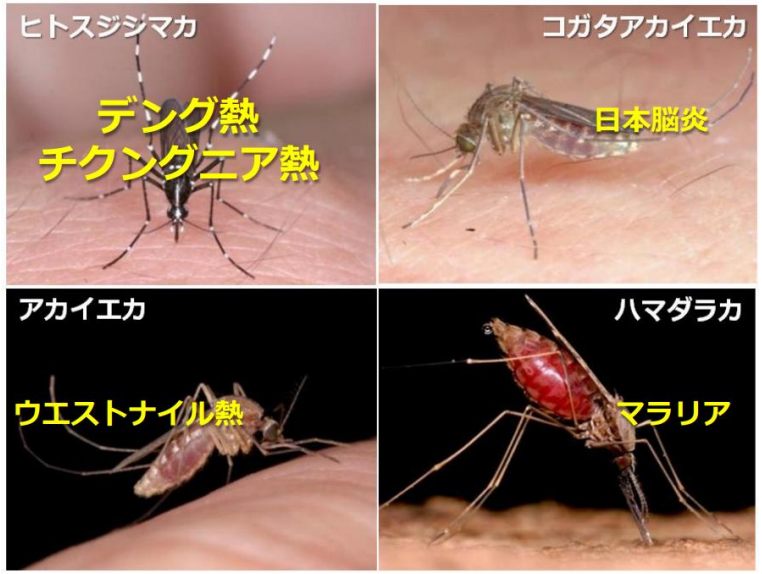
*各ステージ：輪状体，アメーバ体，分裂体，生殖母体



マラリア



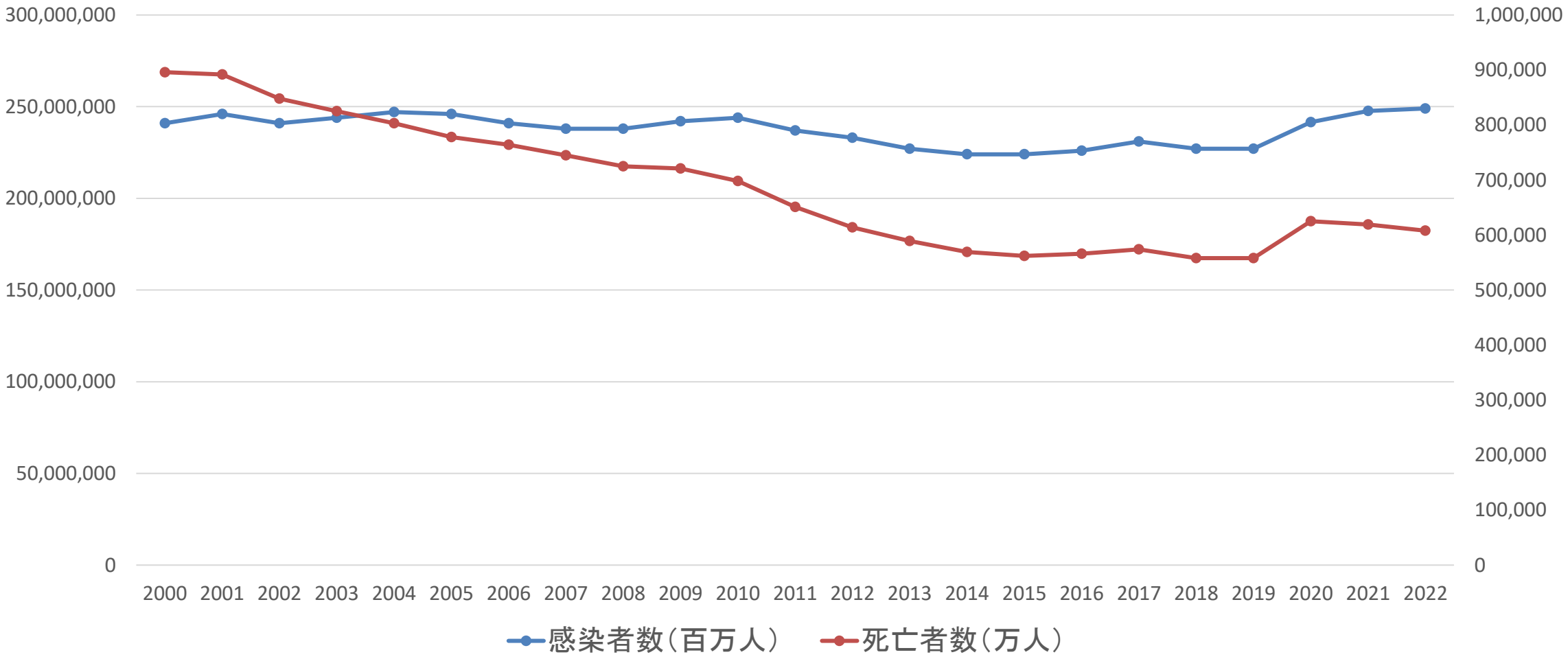
- 2022年のマラリア患者数は約2億4900万人で死亡者数は約61万人（致死率約0.24%）



https://www.niid.go.jp/niid/images/meeting/NIIDsympo/2015-03-1.pdf

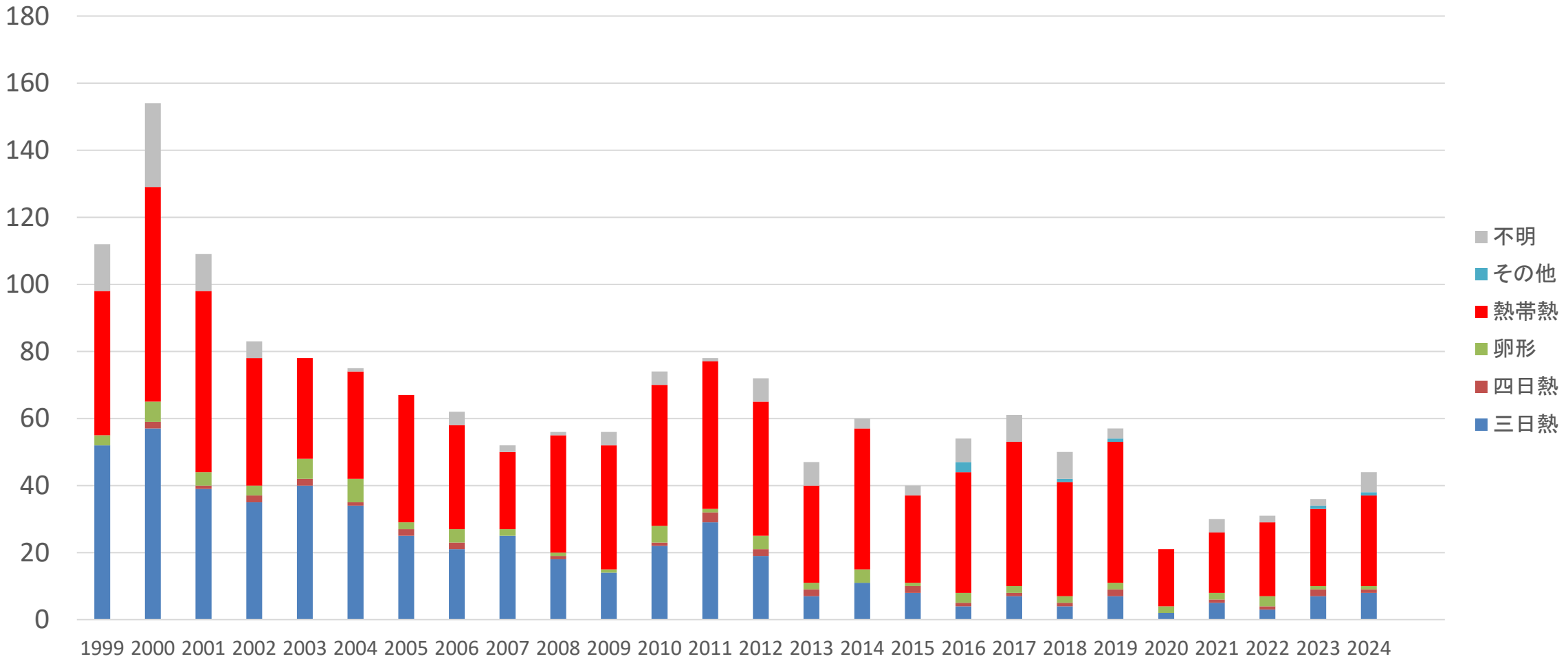
https://www.who.int/data/gho/data/themes/malaria

世界のマラリアの感染者数と死亡者数



Genspark

国内のマラリア届出患者数（4類感染症）



マラリアの重症度判定

臨床徴候

- 意識障害 or 昏睡
- 衰弱（歩けない, 手助けなしで起き上がれない）
- 食事がとれない
- けいれん（24時間以内に2回以上）
- 呼吸不全
- 循環不全・ショック
- （成人；sBP < 70 mmHg, 小児；sBP< 50 mmHg）
- 黄疸＋臓器不全の徴候
- ヘモグロビン尿
- 出血傾向
- 肺水腫（Cx-p）

検査所見

- 低血糖（<40 mg/dL）
- 代謝性アシドーシス（HCO_3 <15 mEq/L）
- 重症正球性貧血（Hb < 5g/dL）
- ヘモグロビン尿
- 高原虫血症（>2%; 非流行地、>5%; 流行地）
- 高乳酸血症（5 mmol/L）
- 腎不全（Cre > 3.0 mg/dL）

熱帯熱マラリアの2例―同一グループ内での複数発症事例

ポスト シェアする LINEで送る

IASR

熱帯熱マラリアの２例―同一グループ内での複数発症事例

(IASR Vol. 34 p. 235: 2013年8月号)

ケニアへ渡航した８名のグループ内で、２名が熱帯熱マラリアに罹患した。１人目が診断された時点で旅行形態を把握し、注意喚起を行ったことで２人目の早期診断に至った。また同グループは黄熱ワクチンを接種したのみで、ほかのトラベラーズワクチン接種やマラリア予防内服を行っておらず、渡航者への啓発が必要な事例と考えられたため報告する。

症例１：日常生活動作は自立し、普段は畑仕事が可能な78歳女性。2013年５月29日～６月10日までケニアへ渡航した。５月30日～６月６日までニャンザ州ボンド県西アセンボ郡ランブグ村に滞在し、８日までマサイマラ、その後、ナイバシャ湖を経てナイロビに入りケニアを出国した。帰国３日目から数回転倒し、徐々に会話がかみ合わなくなり、17日に38℃台の発熱に気づかれて総合病院を受診した。受診時の意識レベルはJCS II-10 、GCS E4V5M6、血圧115/87 mmHg、脈拍 101／分、呼吸数36／分、酸素飽和濃度93%（室内気）で口腔内に点状出血、右の肋骨脊椎角叩打痛を認めた。血液検査では血小板減少、肝・腎機能障害があり、血液塗抹標本で熱帯熱マラリア原虫（原虫寄生率 3.8%）が検出された。当院へ転送される直前に血圧と酸素飽和濃度が低下し、昇圧剤と酸素投与が開始された。意識障害、循環不全、高原虫血症から重症熱帯熱マラリアと診断し、キニーネ点滴とアーテスネート座薬で治療を開始した。

症例２：アフリカへの渡航歴が複数回あり、マラリアに２回罹患して現地での治療歴がある。症例１の患者と同旅程でケニアへ渡航し行動を共にした。６月19日に38℃台の発熱、ふらつき、脱力感が出現したため当院を受診した。意識清明、身体所見では脾腫を認めた。血液検査で白血球・血小板減少、肝酵素上昇があり、血液塗抹標本で熱帯熱マラリア原虫（原虫血症0.2%）を検出し、熱帯熱マラリアと診断した。合併症はなくアトバコン・プログアニルで治療を開始した。

本事例では同じ旅程でケニアへ渡航した８名（小学生２名を含む）のうち２名が熱帯熱マラリアに罹患した。１例目が当院に入院した際の問診で、付き添いの家族から同行者がいるとの情報を得ており、同行者に発熱などの症状が出たらすぐに当院を受診するよう伝え、症例２は重症化する前に診断できたと考える。また症例２が診断された翌日、保健所を通じて同行者の健康確認を行ったところ、６月19日にもう１名が発熱し、過去に海外で購入していた抗マラリア薬を内服したとのことであった。内服終了後に当院を受診し、血液塗抹標本検査・マラリア原虫の遺伝子検査を行ったが原虫は検出されず、マラリアには罹患していなかったと思われる。食中毒の事例では、医師は同一グループ内で類症者がいないかどうかに留意し問診することが多いが、マラリアであっても患者と行動を共にした者の症状の有無を確認し、発症した場合の対処について同行者へ説明・周知することが重要と考えられる。

グループのメンバーほとんどに複数回のケニア渡航歴があり、症例２のようにマラリアの既往歴がある者もいた。マラリアの流行地に滞在するという認識はあり、防蚊対策は取っていたようである。またマラリア予防内服について若干の知識は持っていたようだが、「予防内服をすると、マラリアに感染した時に診断が遅れる」という誤った理解をしているメンバーがいた。さらにトラベラーズワクチンの接種は全員が黄熱ワクチンのみであった。最近は旅行会社から渡航先で流行している感染症、予防法などの情報提供が行われるようになった。本グループはケニア在住の知人を通じて現地旅行会社にツアーの手配を依頼しており、日本人渡航者向けに十分な情報提供がなされていなかった可能性がある。

「日本人渡航者のほとんどはトラベラーズワクチンを接種しておらず、早急な改善が必要だ」[1]と批判されてから10数年、各地にトラベルクリニックが開設されトラベラーズワクチンの接種、マラリア予防薬処方や渡航先の感染症情報の提供を行っている。しかし本事例はトラベルクリニックの存在が渡航者に十分知られておらず、まだまだ活用されていない現状を物語っている。旅行医学に関わる医療者はこのような状況をふまえ、改めて一般医療機関・渡航者への啓発を行う必要があると考えられる。

参考文献

1) Basnyat B, *et al.*, J Travel Med 7: 37, 2000

奈良県立医科大学病原体・感染防御医学／奈良県立医科大学附属病院感染症センター
　中村（内山）ふくみ
奈良県立医科大学附属病院感染症センター
　小川　拓　米川真輔　福盛達也　宇野健司　笠原　敬　前田光一　浦手進吾　三笠桂一
奈良県立医科大学附属病院高度救命救急センター
　井上　剛　有川　翔

日本渡航医学会
JSTH Japanese Society of Travel and Health

国内トラベルクリニックリスト Domestic Travel Clinic List

このリストには、本学会の会員が診療を行っている 国内の医療機関(トラベルクリニック)が掲載されています。
海外の医療機関リストは こちら へ。
※症状やワクチン等の専門的なご相談については、近隣のトラベルクリニックに直接お問い合わせください。
日本渡航医学会事務局ではお答えしかねます。ご了承ください。

※下記一覧から都道府県をクリックしてください。【201施設掲載 (2026/8/19 現在)】

北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県
福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県
東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県
山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県
滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県
鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県
香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長崎県
熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県	

認定 は、日本渡航医学会認定の医療職がいるクリニックです。
リストへ掲載希望の医療機関の方は こちら へ
※掲載内容変更の場合は、変更届フォームにご記入いただき送信してください。
掲載内容変更届フォーム







日本渡航医学会

〒113-0033
東京都文京区本郷3-4-3 林ビル4階
編集室なるにあ内

tramedjsth@narunia.co.jp

FAX 03-3818-0554

CONTENTS

トップページ
新着情報
本会について
COI(利益相反)
入会案内
出版物・活動
学術集会、関連学会
学会誌／編集委員会
医療職認定制度／研修会
▼認定者リスト
▼指定研修会リスト
トラベルクリニック部会
▼国内トラベルクリニック
▼海外医療機関リスト
▼帰国後診療機関リスト
トラベラーズワクチン委員会
産業保健委員会
▼研修修了者リスト
インクルーシブ外国人医療委員
国際交流委員会
看護部会
薬剤師部会
歯科部会
検疫部会
広報委員会
旅行業委員会
マルコ・ポーロ医学賞
リンクリスト
お問い合わせ

https://jstah.umin.jp/02travelclinics/

海外旅行前に、これだけは確認

― この患者さんが渡航前に相談に来ていたら？ ―

① 渡航先・行程を具体的に確認



国だけでなく、
都市／農村、滞在期間、活動内容、乗り継ぎまで確認。

② ワクチンを確認



まず通常の予防接種歴を確認し、そのうえで渡航先・行程に応じて **A型肝炎、B型肝炎、黄熱、腸チフス、狂犬病**などを検討。

FORTHでは、できるだけ出発3か月以上前からトラベルクリニック等への相談を勧めている。黄熱は国によって感染リスクだけでなく接種証明書が必要な場合がある。

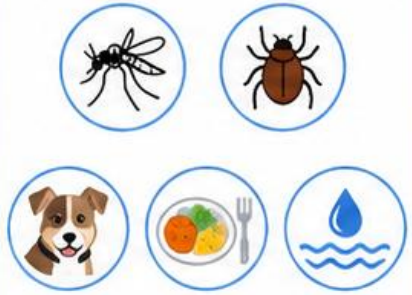
③ マラリア予防



流行地域なら、
予防内服＋防蚊対策。

日本で承認されている予防薬にはアトバコン・プログアニル、メフロキンがあり、渡航先・期間・活動・基礎疾患等で選択する。予防内服中でも感染はあり得るので、防蚊は必要。

④ 現地で何を避けるか



蚊・ダニ、動物、飲食物、淡水など、行程に応じた**曝露回避。**

⑤ 帰国後の発熱への一言

「帰国後に発熱したら、
必ず海外渡航歴を
医師に伝えてください」



ポイント 旅行前の相談で、**ワクチン・マラリア予防・曝露回避・帰国後対応**まで

一緒に確認する



症例経過：近医受診から当院紹介まで

60歳代男性／ADL自立／食欲不振・肩～背中のこり・嚥下しにくさ

患者背景

- もともとADLは自立
- 60歳代男性

時系列

4月30日頃
食欲不振、肩から背中のこり。
食事摂取はほとんどできなくなった。

5月4日
固形物が飲み込みにくい。食欲不振が続き、微熱も出現。
近医を受診。

- 胸腹部単純CTで「両側腎臓周囲の脂肪組織の混濁」を認める。
- 尿路感染が疑われ、入院。
- セフメタゾール開始。
- 同日、妻も新型コロナウイルス感染症で入院。

入院後
白血球・血小板が顕著に低下。肝機能障害も進行。

5月6日
セフメタゾールの影響も考慮し、レボフロキサシンへ変更。

5月7日
38.5℃の発熱。白血球900、血小板2.3万。意識変容あり。

5月8日
当院へ紹介受診。

5月4日の検査データ

項目	結果	基準値（参考）
白血球	1,900 /μL ↓!	3,300–8,600
ヘモグロビン	12.6 g/dL	13.5–17.6
血小板	66,000 /μL ↓!	15.8–34.8万
AST	90 U/L ↑	10–40
ALT	53 U/L ↑	5–45
ALP	55 U/L	115–359
γ-GTP	37 U/L	10–47
LDH	277 U/L	119–229
CPK	338 U/L ↑	59–248
BUN	17.9 mg/dL	8–20
クレアチニン	0.92 mg/dL	0.61–1.04
ナトリウム	137 mEq/L	135–147
カリウム	3.4 mEq/L ↓	3.5–5.0
CRP	2.6 mg/dL ↑	<0.30

入院後の変化・紹介理由

- 白血球と血小板がさらに低下
- 肝機能障害が進行
- 5月7日に38.5℃の発熱
- 白血球900、血小板2.3万
- 意識変容を認めた

以上より5月8日に当院へ紹介

要点

- 血球減少が進行
- 肝障害も進行
- 発熱と意識変容を伴い重症化が懸念

既往歴

- 重症睡眠時無呼吸症候群
- 高血圧
- 脂質異常症
- 高尿酸血症
- 耐糖能異常
- 胃食道逆流症（GERD）
- 頸椎症
- 不眠症

内服薬

- ビラノア
- オルメテック
- アトルバスタチン
- アムロジピン
- ベルソムラ
- カルボシステイン
- ファモチジン
- レバミピド
- アラミスト点鼻液

Q.この患者で追加して確認すべきことは？

1. 渡航歴
2. 同居家族等の健康状態
3. ダニの刺咬歴・刺し口の有無
4. ペットの飼育や動物との接触歴
5. 1～4の全て

症例経過：近医受診から当院紹介まで

60歳代男性／ADL自立／食欲不振・肩～背中のこり・嚥下しにくさ

患者背景

- もともとADLは自立
- 60歳代男性

追加情報

- 自宅で犬3頭を室内飼い
- 毎日、近所の空き地に散歩
- 空き地で犬を遊ばせていた



時系列

4月30日頃
食欲不振、肩から背中のこり。
食事摂取はほとんどできなくなった。

5月4日
固形物が飲み込みにくい。食欲不振が続き、微熱も出現。
近医を受診。
- 胸腹部単純CTで「両側胸膜周囲の脂肪組織の混濁」を認める。
- 尿路感染症疑われ、入院。
- セフメタゾール開始。
- 同日、某も新型コロナウイルス感染症で入院。

入院後
白血球・血小板が顕著に低下。肝機能障害も進行。

5月6日
セフメタゾールの影響も考慮し、レボフロキサシンへ変更。

5月7日
38.5℃の発熱、白血球900、血小板2.3万。意識変容あり。

5月8日
当院へ紹介受診。

5月4日の検査データ

項目	結果	基準値（参考）
白血球	1,900 /μL ↓!	3,300–8,600
ヘモグロビン	12.6 g/dL	13.5–17.6
血小板	66,000 /μL ↓!	15.8–34.8万
AST	90 U/L ↑	10–40
ALT	53 U/L ↑	5–45
ALP	55 U/L	115–359
γ-GTP	37 U/L	10–47
LDH	277 U/L	119–229
CPK	338 U/L ↑	59–248
BUN	17.9 mg/dL	8–20
クレアチニン	0.92 mg/dL	0.61–1.04
ナトリウム	137 mEq/L	135–147
カリウム	3.4 mEq/L ↓	3.5–5.0
CRP	2.6 mg/dL ↑	<0.30

入院後の変化・紹介理由

- 白血球と血小板がさらに低下
- 肝機能障害が進行
- 5月7日に38.5℃の発熱
- 白血球900、血小板2.3万
- 意識変容を認めた

以上より5月8日に当院へ紹介

要点
- 血球減少が進行
- 肝障害も進行
- 発熱と意識変容を伴い重症化が懸念

既往歴

- 重症睡眠時無呼吸症候群
- 高血圧
- 脂質異常症
- 高尿酸血症
- 耐糖能異常
- 胃食道逆流症（GERD）
- 頸椎症
- 不眠症

内服薬

- ピラノア
- オルメテック
- アトルバスタチン
- アムロジピン
- ベルソムラ
- カルボシステイン
- ファモチジン
- レバミピド
- アラミスト点鼻液

Q. この患者への対応として、誤っているのはどれか？

1. キノロン系薬を投与する
2. 保健所に相談し、検査について協議する
3. 家族やペットの体調、接触状況を確認する
4. 血液・体液の飛散が想定される処置では、職員の眼を防護する

THE SANKEI SHIMBUN

奈良県、マダニ媒介の「SFTS」　60代男性の感染確認　致死率6.3～30%

2026/5/13 17:50

ポスト　反応　記事を保存



奈良県は13日、マダニが媒介するウイルス感染症「重症熱性血小板減少症候群」（SFTS）に中和保健所管内の60代の男性が感染したと発表した。男性は意識障害を起こして入院中という。感染症法上では4類に位置付けられ、有効な治療法がないため、県はマダニにかまれた際は医療機関での受診を勧めている。

発熱や吐き気、腹痛などを発症するが、有効な薬剤やワクチンがなく、対症的な治療しかできない。致死率は6.3～30%という。

マダニは森林や草むらに生息し、イエダニより大型。人や動物に取り付き、皮膚に口器を突き刺して数日から10日にわたって吸血する。県は直接手でダニを取ったりつぶしたりせず、医療機関で処置を受けるよう勧めている。また草むらや藪に入る際には長袖、長ズボンを着用するなど、肌の露出を少なくするよう注意喚起している。

https://www.sankei.com/article/20260513-XK7UQUMEYVMNVMYUA4QSWBJWKM/

YAHOO! JAPAN ニュース

マダニ媒介の感染症「SFTS」今年の感染者72人　過去最多だった去年の同じ時期を上回る　厚生労働省

6/16(火) 12:52 配信

TBS NEWS DIG



TBS NEWS DIG Powered by JNN

マダニが媒介する感染症「SFTS」について、今年のこれまでの感染者数が72人にのぼり、過去最多だった去年を上回るペースとなっています。

「SFTS＝重症熱性血小板減少症候群」は、ウイルスを持つマダニにかまれて感染するもので、発熱やせき・おう吐などの症状が出て、重症化すると死亡するおそれがあります。

国立健康危機管理研究機構によりますと、全国の医療機関から報告された「SFTS」の感染者数は、今年に入ってから今月7日までに72人にのぼっています。

1年間の感染者が過去最多だった去年の同じ時期の68人を上回っています。

上野厚生労働大臣はきょうの会見で、「これまで西日本中心に患者の発生が報告されていたが、全国的な注意が必要になっている」などとしたうえで、草むらなどに入る場合、肌の露出を控えるよう呼びかけました。

https://news.yahoo.co.jp/articles/a9b3f466dc777f8628f08efe9e31cc9de96aa2a9

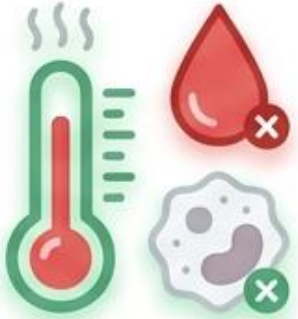
2009年に発見された「新しい」ダニ媒介性感染症



病原体

SFTSウイルス（Dabie bandavirus）

比較的新しい新興感染症であり、主に東アジアで発生。



3つの主徴

- ① 発熱
- ② 血小板減少
- ③ 白血球減少



致死率

日本国内で約20%（2013～2024年のデータ）

決して軽視できない、致死性の高い感染症。

Zhou Y, et al. iScience 2026 PMID 41858618.

いつ、どこで感染するのか？（疫学）

西日本に集中

主に西日本に土着。しかし分布域は拡大の可能性あり。



Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec

春から秋（4月～10月）

マダニの活動期および農作業のピークと完全に一致。



高齢の屋外作業者

患者の大半は65歳以上。農作業、山林作業、草刈りなどの曝露歴が鍵。

病原微生物検出情報 Vol.46 No.8 2025年8月 https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/iasr/pathogens/vol46/546/vol46-8-no546.pdf

発生状況：西日本中心から全国的なリスクへ

- 累計報告数: **1,185例**
  （2013年～2025年7月31日時点）
- 従来の流行域:
  西日本・中部地方以西
- 新規推定感染地域 (2025年報告):
  神奈川県、北海道、茨城県、岐阜県



関東以北の医師も、「発熱＋血小板減少」の鑑別に
SFTSを含める必要がある。

2025年9月18日（木）改訂 国内外における重症熱性血小板減少症候群（SFTS）の発生状況について https://id-info.jihs.go.jp/surveillance/iasr/12668-sfts-ra-0801.html

近畿地方におけるSFTSの具体的な地域情報

市町村・地域単位で公表された情報（2013–2026年8月）

2026年8月18日確認

推定感染地まで公表

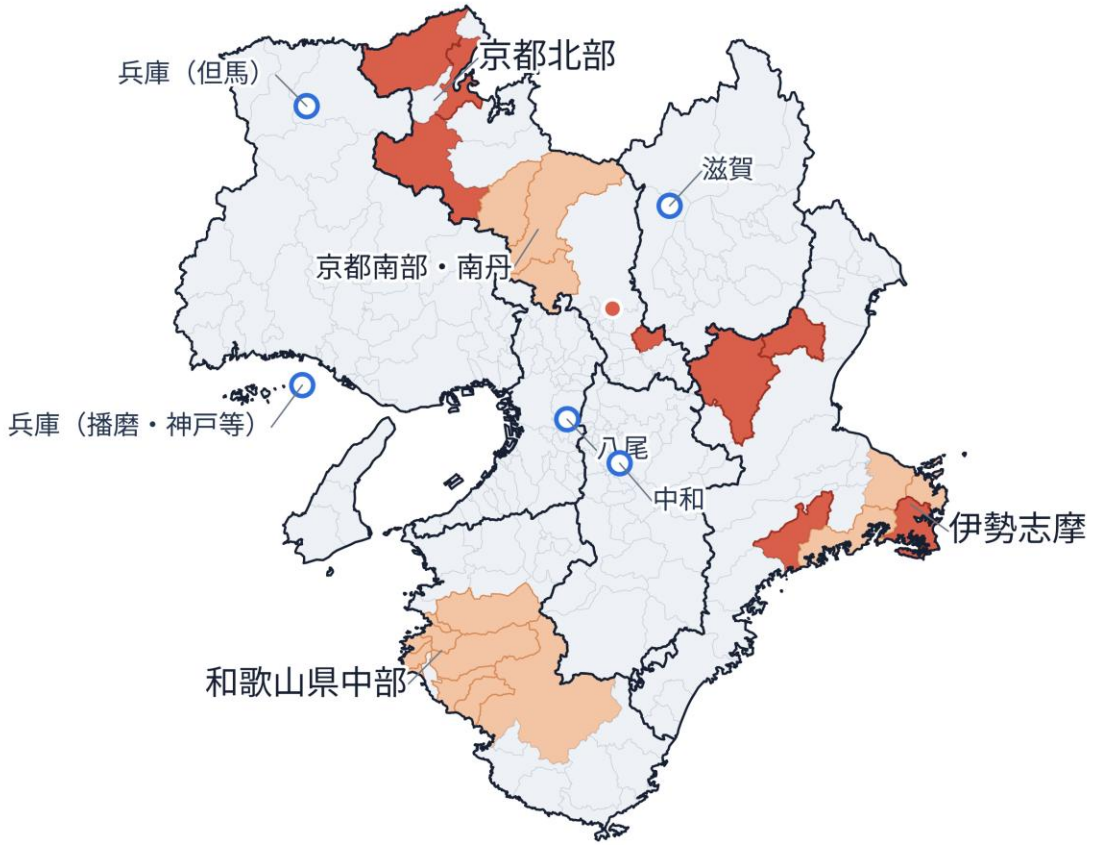
京都　宮津・京丹後・福知山
　　宇治田原・伏見・南丹

三重　伊勢志摩（志摩市が最多）
　　亀山・伊賀・大紀でも初報告

和歌山　有田郡・日高郡・田辺
　　※2017年までの歴史的集計

居住・届出地域のみ

兵庫　但馬、播磨・姫路、神戸など
滋賀　高島・大津
大阪　八尾　　奈良　中和保健所管内



濃赤＝市町村単位　　淡赤＝広域・歴史的集計　　青円＝居住・届出地域

重要：居住地・届出地は感染地と同義ではなく、未公表地域にリスクがないことを示すものでもない。

ダニだけじゃない！意外な感染ルートに注意

「マダニに刺された記憶がない」＝「SFTSではない」は危険な誤解です。



フタトゲチマダニ等からの直接刺咬（最も一般的なルート）。



ヒトからヒトへの感染

血液や体液を介した家族内感染や、針刺し事故による院内感染の報告あり。





体液を介した動物からの感染

発症したペット（犬・猫）の唾液、涙、尿などの体液に直接触れることで感染するリスク。

Zhou Y, et al. iScience 2026 PMID 41858618.

SFTSの臨床像：第2週が分岐点

軽症・無症状から、致死的な多臓器不全まで

無症状感染もある

感染・曝露



潜伏期
5〜14日
（平均9日）



第1週｜非特異的な前駆症状

発熱・強い倦怠感・筋肉痛・消化器症状



⚠ 発症5日目から重症化することも

第2週｜多臓器障害に注意



回復へ｜
生存例は
8〜11日頃から改善



重症化｜
死亡例は
発症8〜10日頃が多い



よくみる症状

発熱	94%
倦怠感	85%
筋肉痛	62%
嘔吐	38%
リンパ節腫脹	35%
下痢	34%

発疹はまれ。血小板減少が強いと点状出血

検査の手がかり

白血球減少	73%
血小板減少	73%
aPTT延長	
AST・LDH・CK・フェリチン ↑	

CRPは正常〜低値のことが多い

見逃せない合併症

- 腎障害
- 心筋炎・不整脈
- 意識障害・けいれん
- 出血・DIC

併存感染／二次感染にも注意

- つつが虫病
- 日本紅斑熱
- 菌血症
- 侵襲性肺アスペルギルス症

血球貪食性リンパ組織球症
Hemophagocytic lymphohistiocytosis

二次性HLH
約7%

発熱＋白血球減少＋血小板減少、しかもCRPが高くない → SFTSを疑う

※頻度は主に観察研究・入院例に基づく

出典：UpToDate
Severe fever with thrombocytopenia syndrome virus

予後不良のサイン（重症化しやすい患者とは？）

以下の要素を持つ患者は、急速に悪化するリスクが高いため厳重な警戒が必要です。

Risk Profile



- ⚠ 年齢：70歳以上
- ⚠ 血小板数：5万,000 /μL 未満（著明な減少）
- ⚠ ウイルス量：発症初期からの高ウイルス量
- ⚠ 症状：神経症状（意識障害など）や出血症状の出現

Zhou Y, et al. iScience 2026 PMID 41858618.

SFTS（重症熱性血小板減少症候群）治療におけるファビピラビルの有効性：多施設共同・傾向スコアマッチング解析の結果

研究背景：2022-2025年、中国4施設1,199名SFTS患者のレトロスペクティブ研究。傾向スコアマッチング（PSM）で背景調整し、リバビリン+ファビピラビル（FPV）併用群とリバビリン単独群の予後を比較。

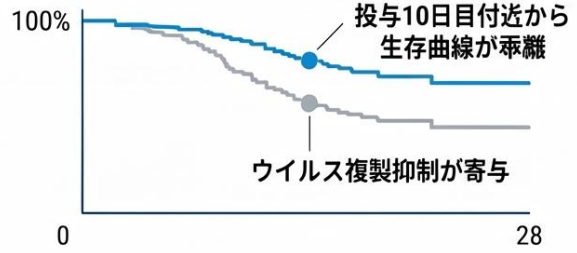
主要アウトカム：28日死亡率の比較

FPV併用群 (n=461)



14.1%

28日死亡率 (有意に改善)



28日死亡率が約10%有意に改善

死亡リスク（ハザード比）を46%減少
(HR 0.54, p<0.001)

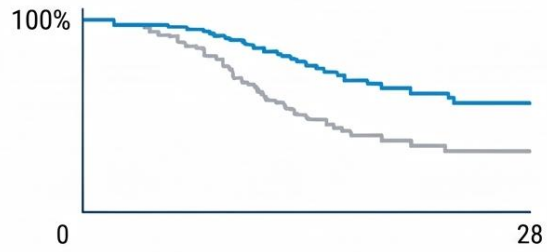
アウトカム (PSM後)	FPV併用群	非併用群	p値
28日死亡率	**14.1%**	24.5%	< 0.001
死亡ハザード比 (HR)	**0.54** (95%CI: 0.40-0.73)	参照群	< 0.001
平均入院日数	10日	10日	0.796

非併用群 (n=461)

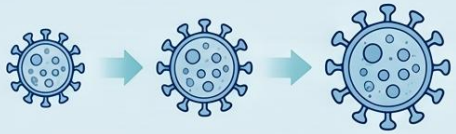


24.5%

28日死亡率



サブグループ解析と臨床的推奨



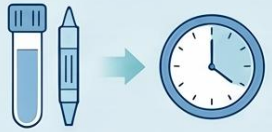
全てのウイルス量レベルで有効性を確認

低ウイルス量から高ウイルス量まで、一貫して死亡リスクの低下が認められました。



年齢・発症後期間を問わず幅広く寄与

70歳未満や、発症から入院まで5日以上経過した症例でも有意な効果が見られました。



検査結果を待たず、早期の投与開始を推奨

ウイルス量の結果を待たずにFPVを開始することが、臨床的な利益につながります。

Zhang J, et al. J Med Virol 2026 PMID 42389980.

重症熱性血小板減少症候群（SFTS）における ファビピラビル（FPV）処方と現状

1. 投与時の医療機関要件



- 重症感染症診療体制の整備
- 緊急時の十分な措置が可能
- 入院管理下での投与
- 本剤について十分な知識を持つ医師のもと



2. 処方医の登録制度

事前に研修を受け、
登録された医師のみ処方可能
（2025年6月現在）

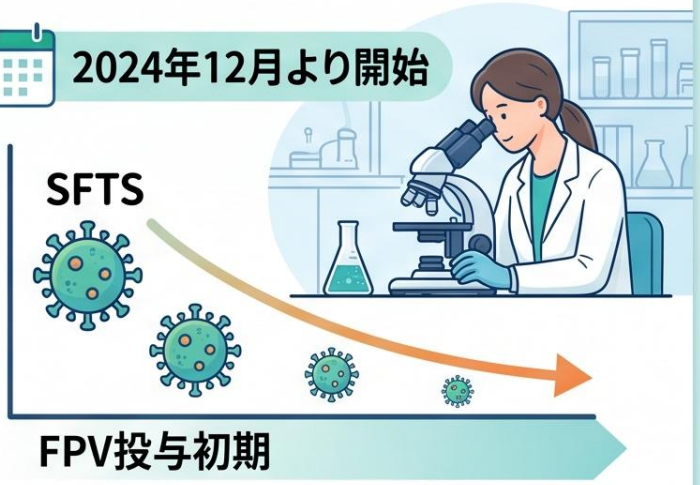


e-learningを受講（約5分） → 確認テストに合格 → 登録医として認定

*富士フイルム富山化学の医療従事者サイトで実施

3. 製造販売後臨床試験の状況

2024年12月より開始



- 抗ウイルス効果の検証目的
- SFTSウイルスゲノム量の推移を評価
- 非盲検・非対照・多施設共同試験

現在、結果を待機中

https://hc.fujifilm.com/fftc/ja/products/pharmaceuticals/low-molecular/avigan/sfts

日本初のSFTS院内ヒトーヒト伝播

研修医への感染事例から学ぶ

症例の流れ

- **0日** 90歳代男性が入院
- **1日** SFTS確定
- **3日** 嘔吐・血便を伴い死亡
- **死亡後ケア** CVC抜去・止血縫合
- **初回接触11日後** 研修医が発症
  - 発熱
  - 関節痛
  - 下痢
  - 頭痛
- 支持療法のみで回復

最も疑われる曝露

死亡後ケアで血液に曝露

ゴーグルなし

針刺しなし



伝播を裏付ける証拠

ウイルス配列100％一致

患者と研修医で同一株

他の医療従事者・家族・葬儀関係者に発症なし

現場への3つの教訓

1. 死亡後も血液曝露に注意
2. 飛散リスク時はゴーグル/フェイスシールド
3. 研修医を含め事前教育を徹底

出典：Kiyotoki S, et al. Int J Infect Dis. 2025;160:108057.

SFTS 家族内クラスター：何が感染を広げたか？

中国・安徽省、2023年｜発端例1人＋二次感染17人

発端例



- 56歳男性
- 農作業後に発症
- 11月2日 自宅で死亡



遺体処置・葬儀

二次感染17人



- 家族10人＋親族7人
- 曝露から発症まで 5~11日
  - 中央値 9日
- 二次例の死亡 3人

14人
血液・体液に直接接触

3人
血液接触なし
換気不良の室内に滞在

エアロゾル感染は“可能性”の段階

感染リスクはどれほど上がった？

血液への直接接触
56.0% vs 15.8% → RR 6.78

遺体の血液への曝露
51.6% vs 7.7% → RR 12.8

適切なPPEあり → 感染 0/10人
防護なし：17/34人

現場でのポイント

1. 血液・体液を最重要リスクとして扱う
2. 死亡後も感染性を想定し、安全な遺体処置を



3. 自宅退院・看取りの前に、家族へ具体的に説明する



※単一クラスターの観察研究。エアロゾル感染は推定で、確証ではない。

Chu N, et al. Virology Journal. 2025;22:70.

SFTSの院内ヒトーヒト感染

出血後の血液・血性気道分泌物への曝露が鍵



入院時：自然出血なし



挿管・1回目CPR

出血出現



透析カテーテル挿入／2回目CPR／遺体処置



出血前

接触した医療従事者 **10人**

感染 **0人（0%）**



出血後

接触した医療従事者 **15人**

感染 **5人（33.3%）** p=0.041

感染した**5人全員**：血液または血性気道分泌物に接触＋PPE不十分



透析カテーテル挿入

2/6



2回目CPR

2/6



遺体処置

1/3

発症まで8～11日／5人全員に発熱・筋肉痛・頭痛

PPE  手袋  ガウン  マスク  眼・顔面防護

出血徴候があるSFTS患者では、標準予防策＋フルPPEを徹底

後ろ向き・少数例／患者のウイルス量は未測定

Jung IY, et al. Clin Microbiol Infect. 2019;25:633.e1–633.e4.

SFTS院内集団感染：CPRと体液曝露が分岐点

韓国・大学病院で起きた医療従事者17人の感染

診断がつく前から、体液曝露を防ぐ

① 発端



- 86歳女性
- 髄膜脳炎として入院
- 入院5日目に心停止

② 診断前にCPR



- バッグバルブマスク
- 胸骨圧迫
- 血液・体液への曝露

③ 59人中 17人 医療従事者が感染

28.8%

3人は無症状／死亡0人

独立したリスク因子 体液曝露

調整OR **6.27**

95%CI 1.23－42.81

「着けたつもり」とのギャップ

CCTVで正しく装着できていた割合

- KF94 **40.0%**
- サージカルマスク **47.5%**

現場での3つの行動



① 発熱＋白血球・血小板減少でSFTSを想起



② CPRでは顔面を含む体液曝露を防ぐPPE





③ 装着を相互確認し、周辺環境も清拭・消毒

出典：Bae S, et al. Int J Infect Dis. 2022;119:95–101.

図 6-1　日本国内で初めて報告された SFTS のヒト - ヒト感染

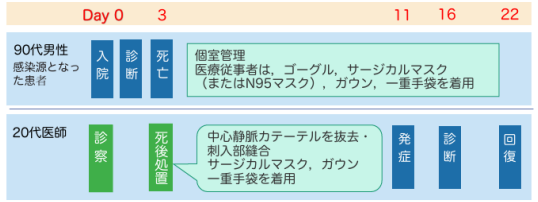
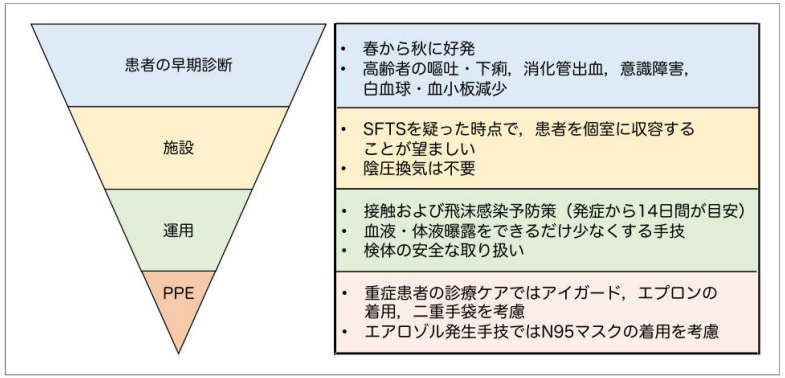


図 6-2　院内感染防止



1　個人防護具（PPE）

重症患者の診療ケアにおける個人防護具は，粘膜を保護するマスクやアイガード（ゴーグル，フェイスシールド）のほか，ガウン・手袋に加えて，血液・体液で汚染されやすい手指，体幹前面に対して，それぞれ二重手袋，エプロンの追加が重要と考えられる．中国，韓国，日本から報告された医療従事者の感染事例においてもアイガードの不使用が指摘されており，結膜からの感染が否定できない．また，心肺蘇生術や気管挿管などを行う場合にはエアロゾルによる感染も否定できない．エアロゾル発生手技を行う際には N95 マスクを着用することが望ましい．



・個人防護具の例



・血液・体液曝露リスクの低いケアにおける例



・エアロゾル発生手技における例

2　臨床検査の注意点

患者の病状を適切に評価するうえで血液・尿検査はきわめて重要である．一方，患者の血液・尿・便・呼吸器分泌物には SFTS ウイルスが含まれていることから，慎重な取り扱いを要する．

表 6-2　臨床検査のポイント

- 臨床検体の前処理（遠心分離など）はエアロゾル発生のリスクがあるため，個人防護具を着用した検査技師により安全キャビネット内で実施することが望ましい
- 閉鎖式の血球計数装置は通常通り使用できる
- 放射線検査および生理検査は病室内で実施されることが望ましいが，出血，嘔吐，下痢などの症状がなく，検査室の環境を汚染するリスクが低い場合はこの限りではない
- 臨床検体および検査に使用した器具は適切に廃棄または消毒を行う

3　死後のケア

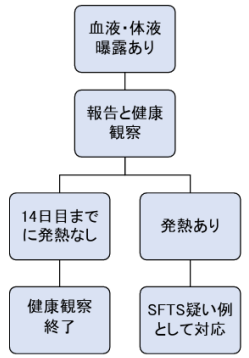
死亡直後の遺体は，感染性のある SFTS ウイルスを高濃度に含む可能性があるため，慎重な取り扱いを要する．

- 遺体の体腔から血液・体液が漏出しないよう綿などで処理する
- 血液・体液の漏出が高度の場合には，非透過性納体袋の中に遺体を入れる
- 遺族および葬儀業者には血液・体液に感染性があることを伝える
- 病理解剖は適切な感染防止策を実践しながら行われる必要がある（必要に応じて国立感染症研究所感染病理部に相談する）*
- エンバーミングは実施しない

＊平木翼，米澤傑：SFTS virus 感染に伴う重症熱性血小板減少症候群患者の病理解剖を施行して．日本病理学会 http://pathology.or.jp/news/pdf/SFTS_virus-130711.pdf

4　血液・体液曝露時の対応

図 6-3　患者血液・体液曝露時の対応



- 露出部位（皮膚傷や粘膜）は流水と石けんで十分に洗浄する
- ただちに院内の感染対策担当者（感染制御部門等）へ報告する
- 患者の血液・体液に曝露した医療従事者・家族等の濃厚接触者は，曝露から 14 日間，毎日体調と体温の観察を行う．14 日目までに症状（発熱など）がなければ，健康観察を終了する
- 観察期間中に発熱などの症状が現れた場合，SFTS の発症を疑い，ただちに最寄りの保健所へ報告し，病原体検査（PCR など）を速やかに実施する
- SFTS の発症が確認または強く疑われる場合は，抗ウイルス薬（ファビピラビル）の投与を検討する

宮崎県におけるSFTS（重症熱性血小板減少症候群）の現状：診療に活かす疫学データ

宮崎県住民の抗体保有状況とリスク因子



住民の抗体保有率は

約0.9%

調査した6,013人のうち54人が陽性でしたが、全員が過去に診断のない無症状（不顕性感染）でした。



農業従事者は感染リスクが

2.35倍

職業別では農家が最もリスクが高く、草刈りや野良仕事でのマダニ接触が主な要因と考えられます。



河川沿いや沿岸部も「要注意エリア」

山間部だけでなく、標高の低い河川周辺や海岸近くの市町村でも高い抗体保有率が確認されました。

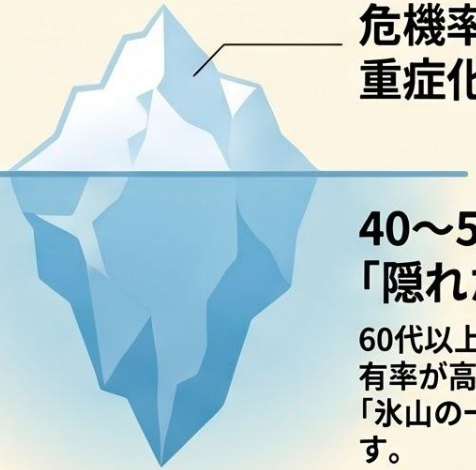
医師が意識すべき「感染ルート」と「世代」の差



60代以上



40〜50代



危機率が重症化しやすい

40〜50代は「隠れた感染」が多い

60代以上に比べ、40〜50代は抗体保有率が高い一方で重症化しにくい「氷山の一角」の底辺を構成しています。

マダニだけでなく「動物」からも感染



感染した猫や犬との接触による感染も報告されており、問診ではペットの状況確認も重要です。

SFTS抗体保有性率 (95% CI)

職業：農業従事者
2.35 (1.03–5.46)



年齢層：60–75歳
0.45 (0.22–0.95)



性別：男性
0.95 (0.46–1.92)

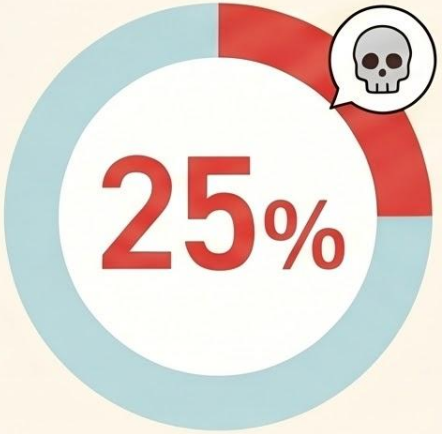
Hidaka K, et al. J Infect Chemother 2024 PMID 38042299.

知っておきたい！宮崎県におけるSFTS（重症熱性血小板減少症候群）の現状

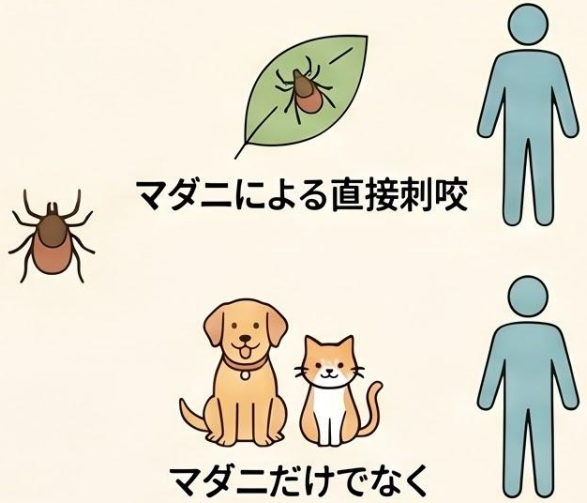


宮崎県はSFTS患者数が多い地域です。マダニだけでなく
動物（イヌ・ネコ）からの感染リスクに着目した調査結果です。

宮崎県で注意すべき「SFTS」の脅威



極めて高い致死率
（宮崎県：70名発症中20名死亡）



マダニによる直接刺咬

マダニだけでなく
「ペット」からも感染

主な症状は
発熱と消化器症状
感染後6日〜2週間で発症



発熱　嘔気・嘔吐　下痢・腹痛

調査で判明した「職業的な感染リスク」



一般県民の
狩猟関係者
（0.8%）

調査対象	検体数	抗体陽性率
一般県民	1,000名	0.0%（血）
動物病院スタッフ	101名	3.0%（獣）
狩猟関係者	101名	0.8%（獣）

調査対象	検体数	抗体陽性率
一般県民	1,000名	0.0%（血）
動物病院スタッフ	101名	3.0%（獣）



診療時の防護対策の徹底を
特にイヌ・ネコを扱う医療・動物愛護関係者は、状況に応じた感染防護対策が必要です。

Narita T, et al. Parasit Vectors 2026 PMID 42380936.6. Hidaka K, et al. J Infect Chemother 2024 PMID 38042299.

小児SFTS（重症熱性血小板減少症候群）の臨床像と管理

成人と比較した特徴のまとめ



流行地域・マダニ曝露歴がある場合、鑑別へ！

主な症状と成人との違い



- 発熱
- 全身倦怠感
- 消化器症状（悪心，嘔吐，下痢など）



成人で多い強い筋痛、出血傾向、
意識障害・神経症状は目立たないことが多い



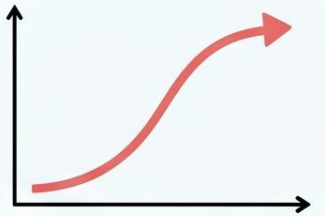
検査所見の特徴と注意点

- 白血球減少は初期から頻度が高い
- 【重要！】初期は血小板減少が目立たないことがある
- LDH, AST/ALTの上昇あり、腎障害は乏しい

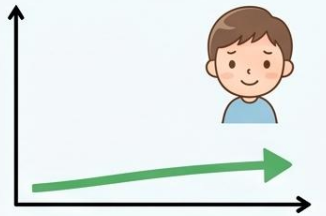


「血小板減少なし」＝「SFTS除外」としない！

経過と予後、管理のポイント



成人重症化リスク
蓑痰 5-30%



小児重症化リスク
稀、全例回復例が多い

小児は一般に軽症で、後遺症なく回復

- 高齢が不良予後因子



臨床における管理

- 発熱＋白血球減少＋消化器症状で疑う
- 重症化リスクは少ないが、AST/ALT, 血小板、凝固、神経症状の慎重なモニタリングが必要

※ データの限界：現在の理解は少数例に依存

Toyota Y, et al. Acta Med Okayama 2024 PMID 39467658.

奈良県におけるダニ媒介感染症の報告歴

つつが虫病・日本紅斑熱・SFTS ｜ 1990–2026

2006–2026年8月9日：計29例

- つつが虫病 10例
- 日本紅斑熱 17例
- SFTS 2例

歴史的症例

- 1990.8 ｜ つつが虫病 ｜ 東吉野村
  58歳男性・林業／農作業
  東吉野村で感染推定
  奈良県初の医学的報告

公式届出10例には含めない

2006–2018

- 2010.5 ｜ つつが虫病 ｜ 詳細不明
- 2010.7–8 ｜ つつが虫病 ｜ 桜井関連
  山中での刺咬疑い／Gilliam・Kawasaki抗体上昇
- 2012.1 ｜ つつが虫病 ｜ 桜井
- 2014.2 ｜ 日本紅斑熱 ｜ 郡山
  60歳代男性／推定感染地：高知県
  奈良県内感染例ではない
- 2017.5 ｜ つつが虫病 ｜ 郡山

2019–2022

- 2019.4 ｜ 日本紅斑熱 ｜ 中和 ｜ 県外感染推定
- 2019.11発病・12診断 ｜ つつが虫病 ｜ 吉野
  30歳代／Kawasaki型／県中部推定
- 2020.6・9 ｜ 日本紅斑熱 ｜ 郡山 ｜ 県北部推定
- 2020.11 ｜ 日本紅斑熱 ｜ 中和 ｜ 県中部推定
- 2021.4 ｜ 日本紅斑熱 ｜ 中和
  60歳代男性／県内感染推定
- 2022.6・8 ｜ 日本紅斑熱 ｜ 奈良市 ｜ 2例
  DIC・肝腎障害など重症例
- 2022.12 ｜ つつが虫病 ｜ 郡山
  80歳代男性／肺炎／県内感染推定

2023–2026

- 2023.7 ｜ つつが虫病 ：郡山
- 2023.7 ｜ 日本紅斑熱 ：奈良市・郡山
- 2023.8 ｜ 日本紅斑熱 ：中和
- 2023.12 ｜ つつが虫病 ：吉野
- **2024.6 ｜ SFTS：吉野 ｜ 県初届出**
  80歳代女性／感染経路不明
- 2024.11 ｜ 日本紅斑熱 ：中和
- 2024.12 ｜ つつが虫病 ：吉野
- 2025.1 ｜ つつが虫病 ：郡山
- 2025.8 ｜ 日本紅斑熱 ：奈良市
- **2026.5 ｜ SFTS：中和 ｜ 県2例目**
  60歳代男性／刺咬場所不明
- 2026.5 ｜ 日本紅斑熱 ：奈良市・郡山
- 2026.6 ｜ 日本紅斑熱 ：郡山・吉野

注意事項

※ 保健所は届出先であり、感染場所とは限りません。
※ 2026年は8月9日現在。2012年は確定年次表の1例を採用。
※ 2022年の2例は40歳代女性・70歳代男性。各月との対応は公表資料から確定できません。

出典

奈良県感染症情報センター年次表・週報、
奈良県保健研究センター年報、
奈良県立医科大学症例報告

SFTS・日本紅斑熱・つつが虫病 どう見分ける？

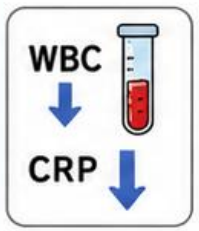
初診で役立つ鑑別のポイント

1 まず知っておきたい共通点

- 発熱を起こす
- 血小板減少や肝機能異常を伴うことがある
- 野外活動・草むら・農作業などの曝露が手がかり
- 高齢者では重症化しやすい
- いずれも早めの鑑別が重要

2 ① まずは SFTS か？

WBC↓ ＋ CRP低値 ＋ 消化器症状
→ SFTSを強く疑う





- 皮疹は乏しいことが多い
- 白血球減少・血小板減少
- CRPは低値～正常のことが多い
- 下痢、嘔吐、食欲不振が目立つ
- 意識障害、AST/LDH/CK/フェリチン高値、HLH様病態も手がかり
- 感染対策が重要（標準予防策＋接触予防策）

② リケッチア症ならどちら寄り？

日本紅斑熱



- 細かい皮疹が多い
- 四肢末端まで広がりやすい
- 手掌・足底の皮疹が特徴的
- 紫斑を伴うことがある
- 刺し口は小さめで目立たないことがある
- CRPは高いことが多い

粉雪のような細かい皮疹

つつが虫病



- 体幹優位の皮疹
- 比較的大きな黒色痂皮（eschar）
- リンパ節腫脹を伴いやすい
- 手掌・足底の皮疹は少ない
- CRPは高いことが多い

大きな刺し口とリンパ節

3 季節・曝露のヒント





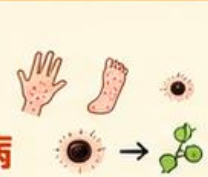
	SFTS	日本紅斑熱	つつが虫病
媒介	マダニ	マダニ	ツツガムシ幼虫
季節	主に春～秋	主に4～11月	春～初夏＋秋～初冬
曝露の特徴	野外活動＋動物接触にも注意	野外活動	野外活動

4 初診での実践ポイント

1. 発熱＋血小板減少＋AST上昇を見たら3疾患を思い出す
2. まず WBC と CRP を確認する
3. 皮疹、刺し口、手掌足底、リンパ節を全身で診る
4. 検体は血液＋刺し口痂皮（あれば）を確保する
5. リケッチア症ならテトラサイクリンを遅らせない／ SFTSなら検査と感染対策を急ぐ

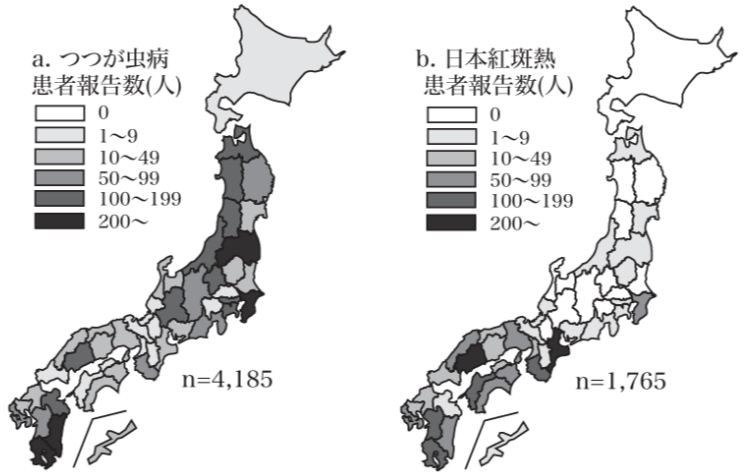
最重要メッセージ

- WBC↓＋CRP↓ なら、まず SFTS を考える
- 手掌・足底＋細かい皮疹＋小さな刺し口 → 日本紅斑熱
- 大きな黒色痂皮＋体幹皮疹＋リンパ節腫脹 → つつが虫病



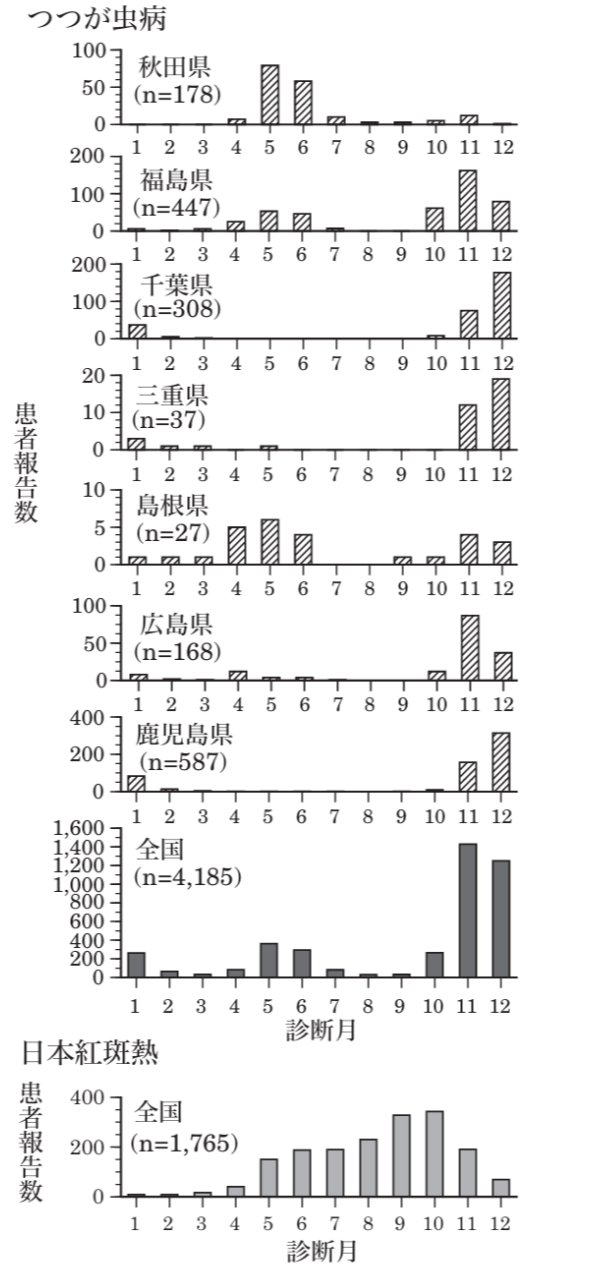
※ 日本紅斑熱とつつが虫病は臨床だけで完全に分けきれないことがあります。
疑ったら検体を確保し、早期治療につなげます。

図2．つつが虫病と日本紅斑熱の都道府県別患者報告状況，2007～2016年



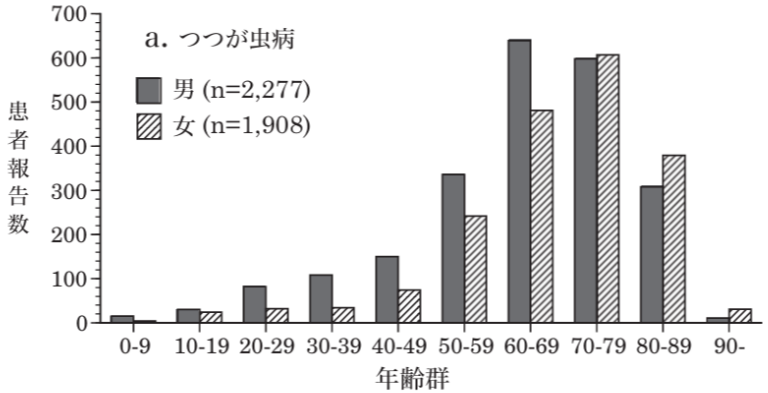
（感染症発生動向調査：2017年4月27日現在報告数）

図3．つつが虫病と日本紅斑熱の診断月別患者報告数，2007～2016年



(感染症発生動向調査：2017年4月27日現在報告数)

図4．つつが虫病と日本紅斑熱の性別年齢別患者報告数，2007～2016年



(感染症発生動向調査：2017年4月27日現在報告数)

日本紅斑熱とツツガムシ病の治療

医師向け研修会用｜まずは“疑ったら早く治療開始”が大切

共通ポイント

- 疑った時点で治療開始（確定検査を待たない）
- 第一選択はドキシサイクリンが基本
- 重症例では全身管理・支持療法も重要

日本紅斑熱

第一選択	ドキシサイクリン 100 mg を 1日2回（内服/静注）
治療期間	通常 5〜7日
代替薬	• 軽症ではアジスロマイシンも選択肢 • 重症で 代替が必要な場合は クロラムフェニコールを検討
妊娠中	原則としてドキシサイクリンを優先

ポイント：日本紅斑熱では“早期治療”が特に重要

ツツガムシ病

第一選択	ドキシサイクリン 100 mg を1日2回
治療期間	• 通常 7日 • アジスロマイシンなら 5〜7日が目安
代替薬	アジスロマイシンは有効な選択肢
重症例	• まずドキシサイクリン • 必要に応じて併用を個別に検討
妊娠中	アジスロマイシンを優先

ポイント：短すぎる治療は再燃に注意

覚えておきたい違い

- **日本紅斑熱：** 妊娠中もドキシサイクリンが基本
- **ツツガムシ病：** 妊娠中はアジスロマイシンが使いやすい
- どちらも“早く始める”ことが最重要

出典：提供資料（Spotted Fever / Scrub Typhus の治療記載）をもとに作成

感染対策の第一歩は「誰を守るための行動か」を意識することです。



【職員を守る】
自分自身への感染を防ぐ



【患者さんを守る】
目の前の患者さんや、待合室にいる
他の患者さんへの感染を防ぐ



院内のみんなで、この共通認識を持つことが
一番大切です！

Gemini Notebook

職員を守るための最重要ポイントは「顔まわりのガード」です。

なぜ顔が重要？

病原体の吸入や、
目の粘膜への直接
付着は感染リスクが
非常に高いため。



顔を触らない

汚染された手で
目・鼻・口を
触らないことが
大原則！

だからこそ、マスクと目の防護が
自分を守る最強の盾になります。

Gemini Notebook

リスクに合わせて、より防護力の高いアイテムを選びましょう。

目の防護



眼鏡



ゴーグル



フェイスシールド

保護面積が広いほどリスク低下

マスクの選択



一般的な飛沫に

サージカルマスク



高い吸入リスクに

N95マスク

N95マスクは、
フィルター性能だけでなく
『顔にしっかり密着しているか』が
とても重要です！

Gemini Notebook

手袋やエプロンは「自分を守るため」だけではありません。



【手袋】

皮膚に傷がなければ、手から直接微生物は侵入しせん。一番の目的は「きれいな手で触れ、患者さんに微生物をうつさない」ことです。



【エプロン・ガウン】

衣服から体内への侵入リスクは低めです。しかし、密着度が高い処置の際は、衣服の汚染を防ぐために「長袖ガウン」が安心です。

基本はこまめな手洗い！手袋をしていても手洗いは必須です。

Gemini Notebook

手指衛生の最大の目的は「目の前の患者さんを守ること」です。



無菌部位（もともと菌がいない場所）

採血や点滴で最も大切なのは
「無菌部位に微生物を押し込まない」こと。

1 手をきれいにする



2 患者さんの皮膚を消毒する



3 使用する物品を消毒・滅菌しておく



Gemini Notebook

標準予防策の合言葉は「湿っているものには微生物がいる」です。

血液

体液



分泌物

排泄物

【血液から】



B型肝炎、C型肝炎、
HIVなど



【飛沫から】



インフルエンザ、
新型コロナウイルスなど



【接触・経口から】



ノロウイルスなど





**患者さんの状態に関わらず、すべての『湿性生体物質』には
注意して対応するのが基本ルールです！**

Gemini Notebook

環境対策は、職員と「他の患者さん」を守るためのバリアです。



【付着したもの】

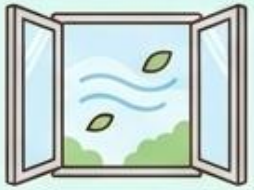
手すり、ドアノブ、机など

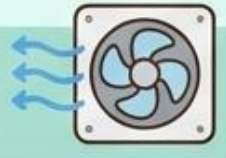


洗浄・消毒でしっかり取り除く！

【漂っているもの】

飛沫、エアロゾルなど空中のもの





換気を行う

人の体から外に出てしまった微生物の量を、物理的に減らしましょう。

Gemini Notebook

職員自身を内側から守る強力な防具、それが「ワクチン」です。



特に重要！

B型肝炎のワクチン（必ず打って守りを固めましょう）

その他の重要なワクチン

インフルエンザ、麻疹、風疹、ムンプス、水痘、帯状疱疹など。

職員を守る福利厚生として、ワクチン接種歴や抗体があるかを把握しておくことが大切です。

詳しくは、日本環境感染学会の『医療関係者のためのワクチンガイドライン』をチェックしてみてくださいね。

Gemini Notebook

Take-home messages

診断がつく前に、できることがある

麻疹

広げない



- 疑った時点で他患者から分離



- 医療従事者はN95



- 保健所へ速やかに相談・届出



- 接触者対応も忘れない

マラリア

聞き逃さない



- 帰国後発熱では必ず渡航歴



- 「どこへ・いつ・何をしたか」まで聞く



- 疑えば血液塗抹検査を急ぐ



- 重症なら確定を待たず高次医療へ

SFTS

見逃さない・曝露しない



- 刺咬歴がなくても否定しない



- 野外活動・ペット・家族の状況も聞く



- 発熱＋WBC/Plt↓＋CRP低値なら疑う



- 血液・体液曝露を徹底して防ぐ

疑った時点で『守る・調べる・つなぐ』



確定診断を待ってから動くのではなく、問診で曝露を拾い、
感染対策・検査・保健所 ／高次医療機関との連携を始める。



標準予防策が基本

✓ 全ての症例で標準予防策が重要

検査を一つ追加する前に、病歴を一つ追加して聞く。それだけで診断が変わる感染症があります。

ご清聴いただきありがとうございました