

資料の要点：2022年9月7日時点

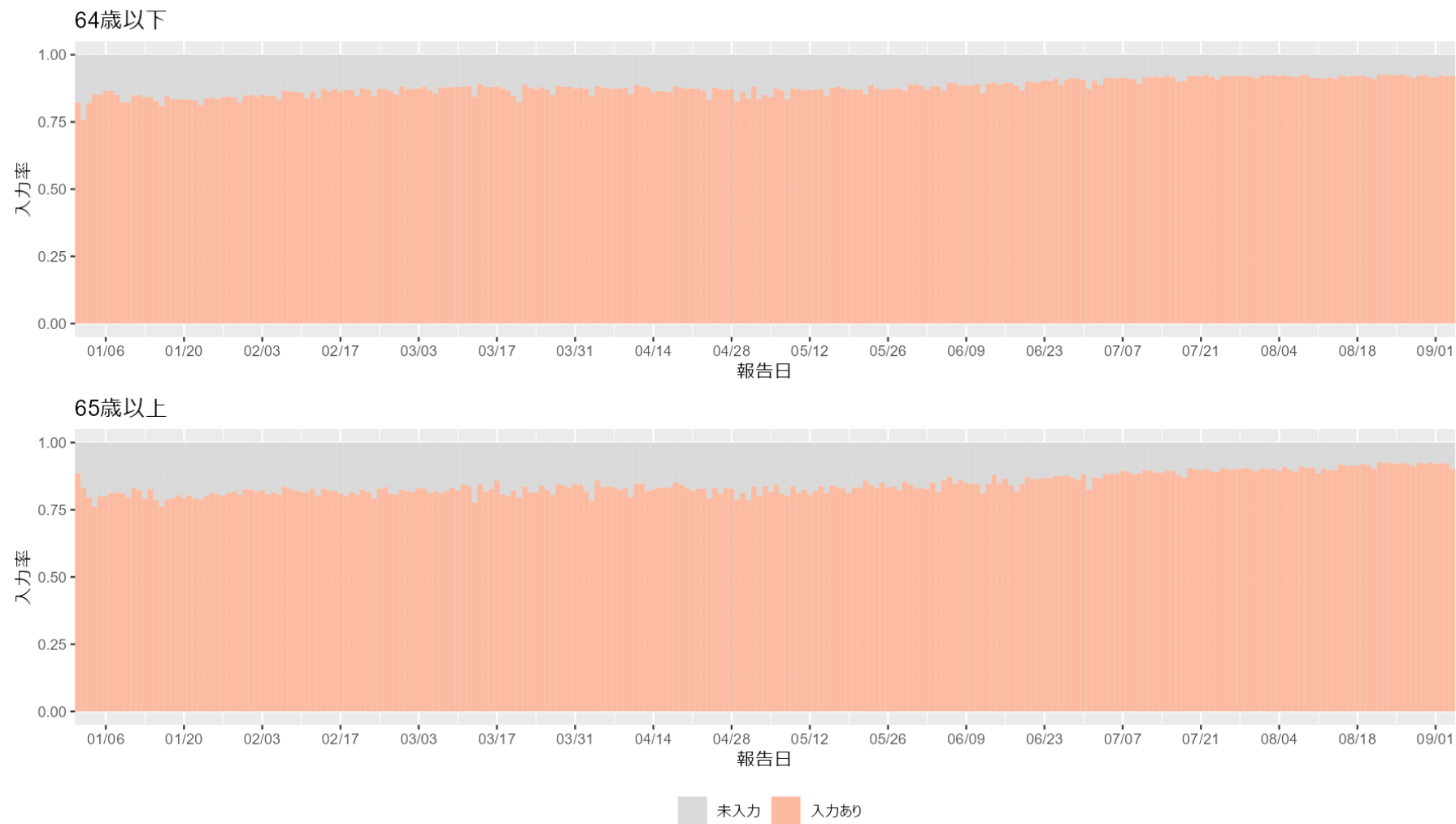
第98回（令和4年9月7日）
新型コロナウイルス感染症対策
アドバイザリーボード
鈴木先生提出資料

資料3-2-①



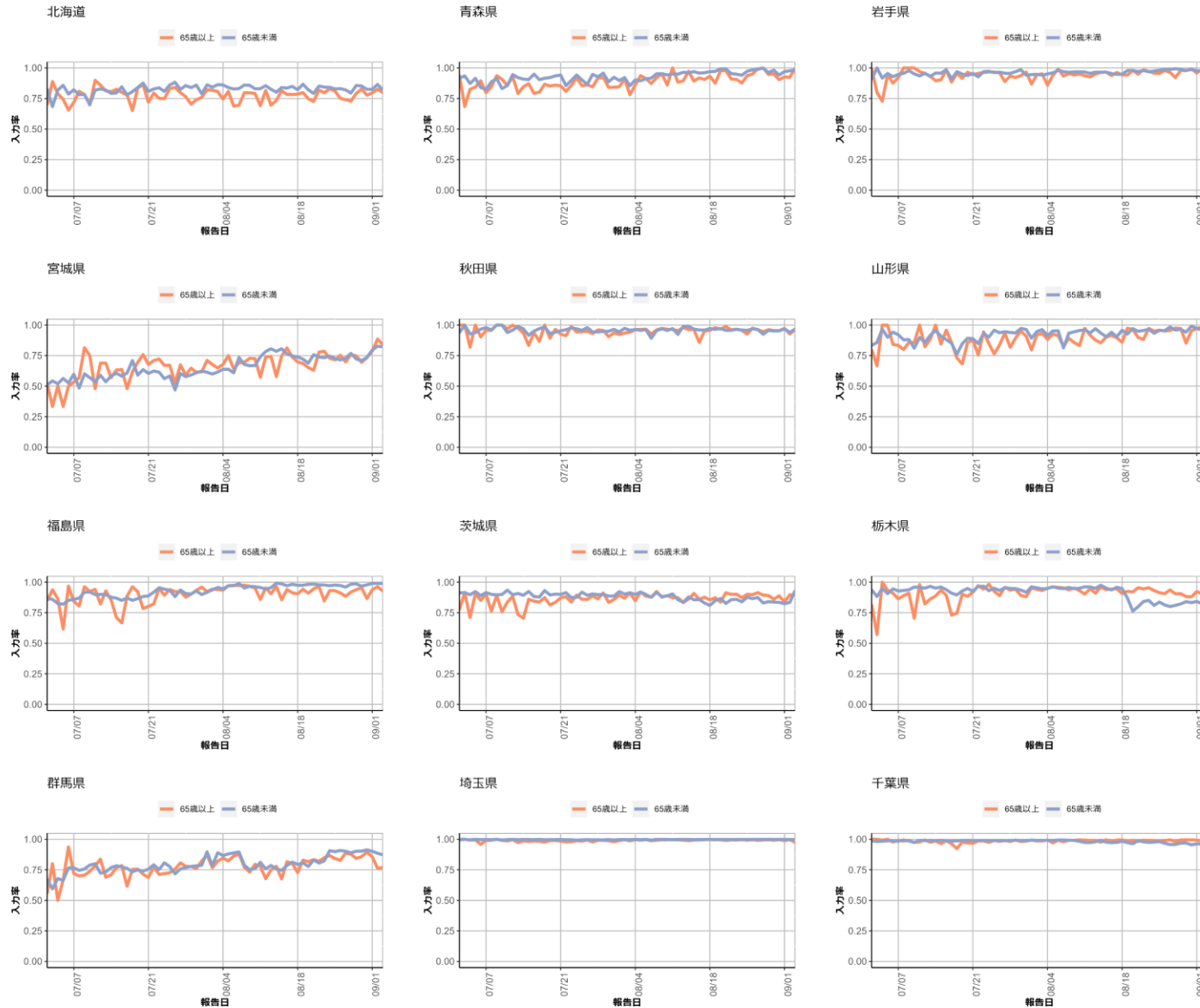
- 9月7日までのHER-SYSにおける発症日の入力率を都道府県別に図示した（P2-6）。全国レベルでは直近で発症日の入力率に大きな変化は認めないが、一部の自治体では変化がみられる。
- 全国の実効再生産数は横ばいであり、概ね値が確定した8月21日時点で0.93（参考値）であった。症例数の増加に伴い、全国的に検査の遅れや入力が遅れが発生しており、また一部地域で発生届の対象が限定されたことから、値の解釈には注意を要する（P7-11）。
- 今後の発症日データの入力率の低下を想定して、報告日ごとの症例数に基づく実行再生産数の簡易推定を行った（P12-17）。
- 年代別の新規症例数の推移（P18-26）、地域別の流行状況を図示した（P27-55）。
- 東京都、大阪府、北海道、沖縄県の流行状況をまとめた（P56-67）。新規症例数のリアルタイム予測を行った（P68-71）。
- 小児における流行状況をまとめた（P72-74）。
- HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数を図示した（P75-77）。
- 確保病床の登録医療機関別のHER-SYSにおける流行曲線を図示した（P78-89）。
- 学校保健会が運用する学校等欠席者・感染症情報システムのデータを更新した（P90-98）。
- 民間検査機関の検体を用いたゲノムサーベイランスのデータを用いて、BA.5検出割合の推定を更新した。また、検出割合を基に各株・系統の患者数を推定した（P99-105）。
- 新型コロナウイルスゲノムサーベイランスのデータを用いて、BA.5検出割合の推定を行った（P106-107）。
- 超過死亡の分析を2022年6月までのデータを使って更新した（P108-117）。14県において、2022年6月中の全ての死因を含む超過死亡数が例年の同時期より多かった。
- 国内のインフルエンザの動向を示す。レベルは低いが複数の指標で微増傾向となっている（P118-135）。また、世界の流行状況についてまとめた。

発生届での診断類型が確定例のものにおける発症日の入力割合 2022年9月5日



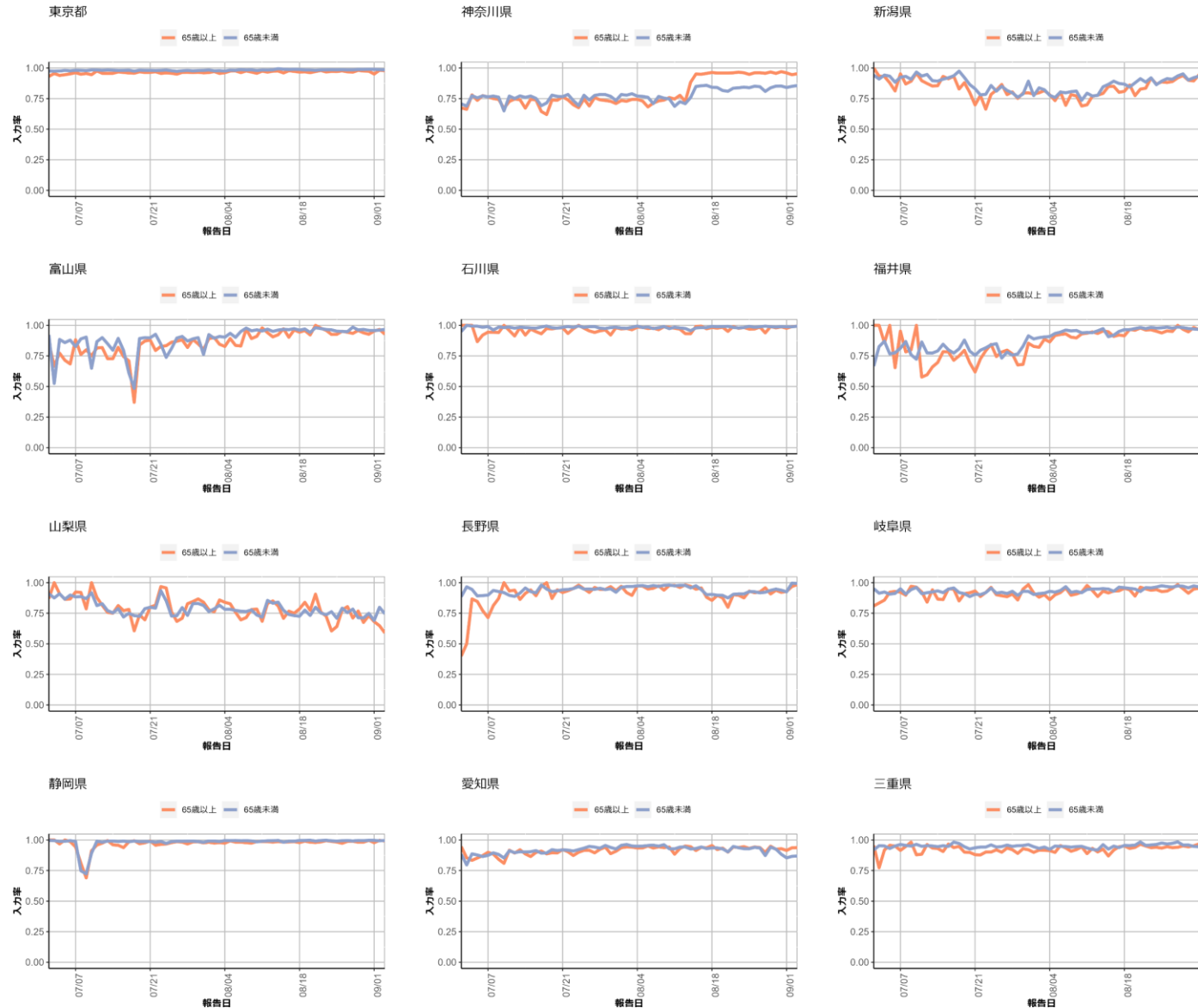
発生届の診断類型が確定例における発症日の入力割合

2022年9月5日



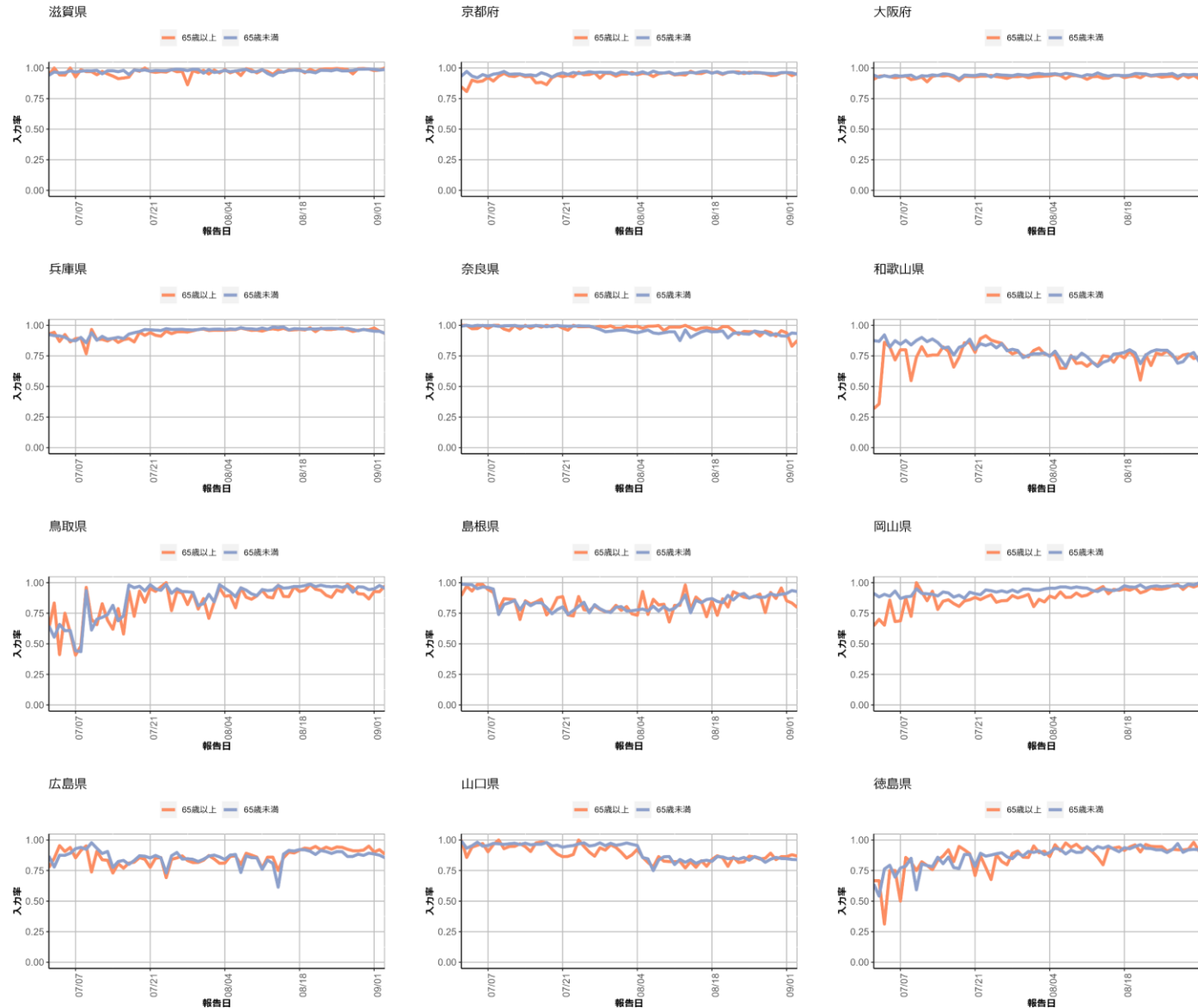
発生届の診断類型が確定例における発症日の入力割合

2022年9月5日



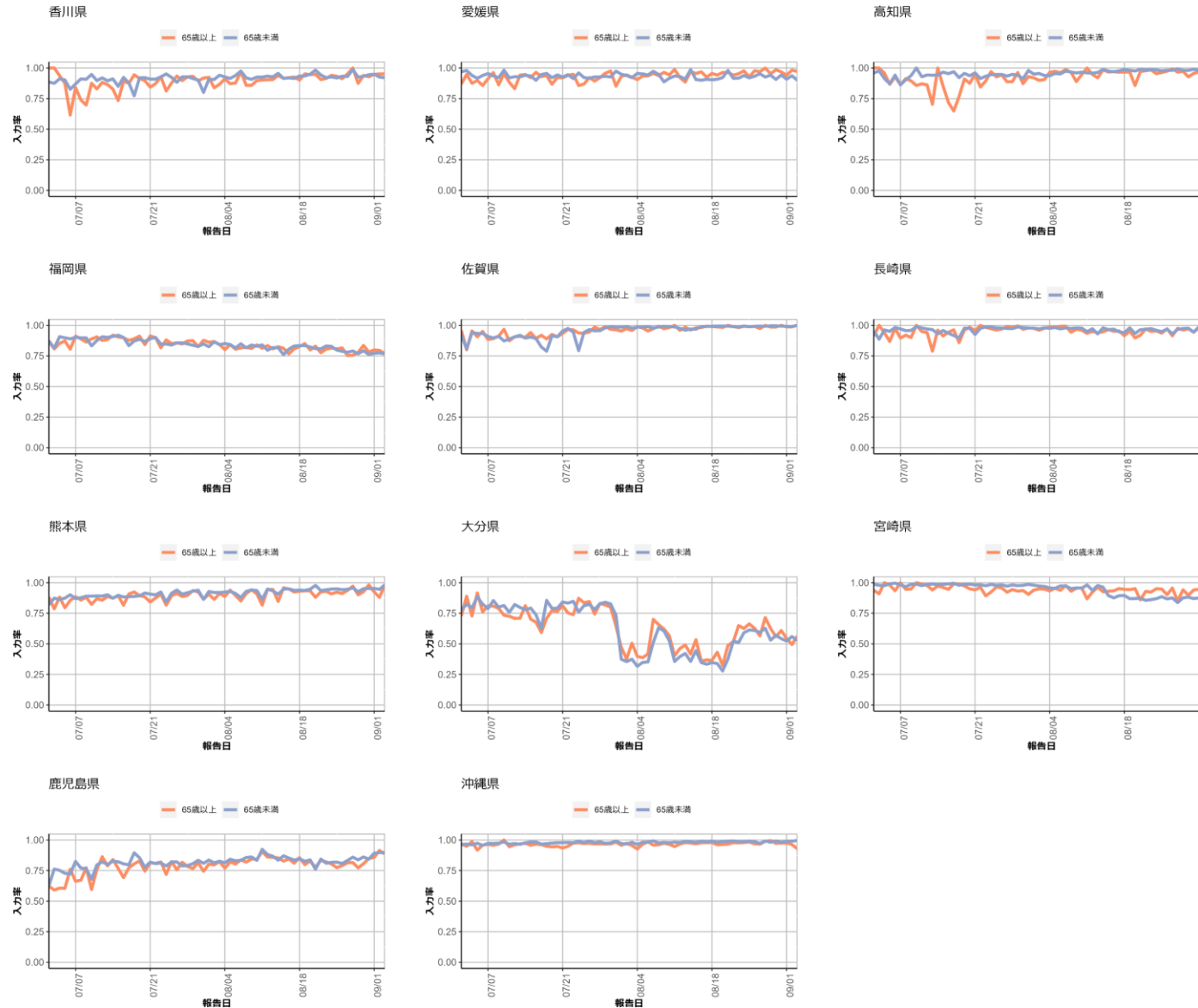
発生届の診断類型が確定例における発症日の入力割合

2022年9月5日



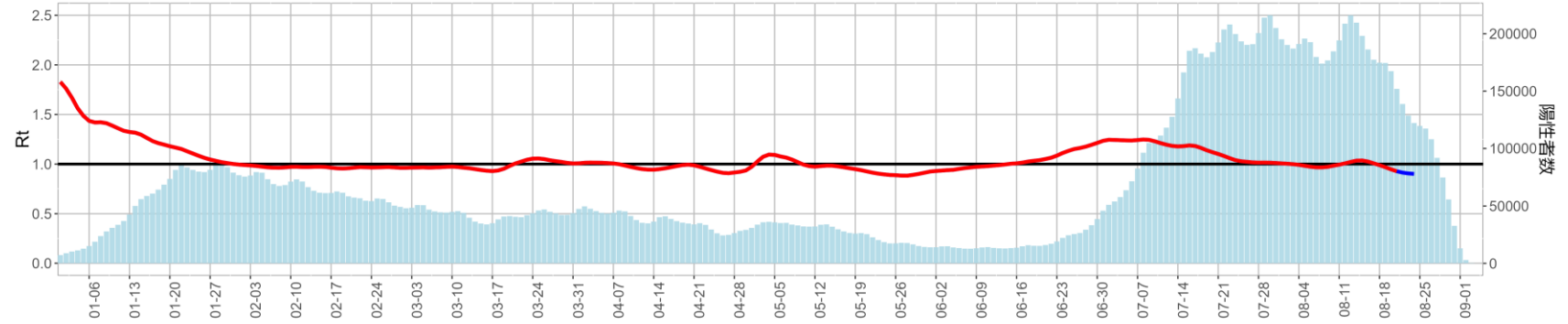
発生届の診断類型が確定例における発症日の入力割合

2022年9月5日

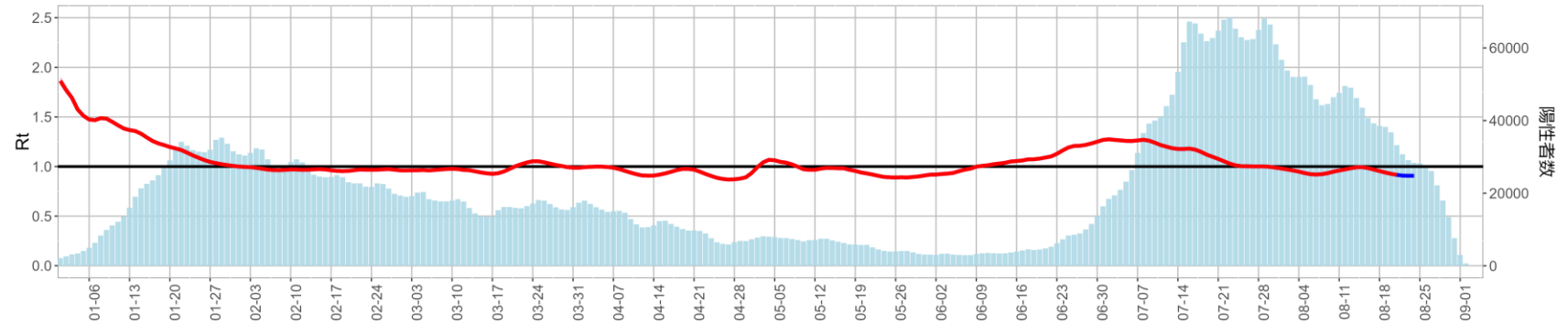


全国の実効再生産数（推定感染日毎）：9月5日作成

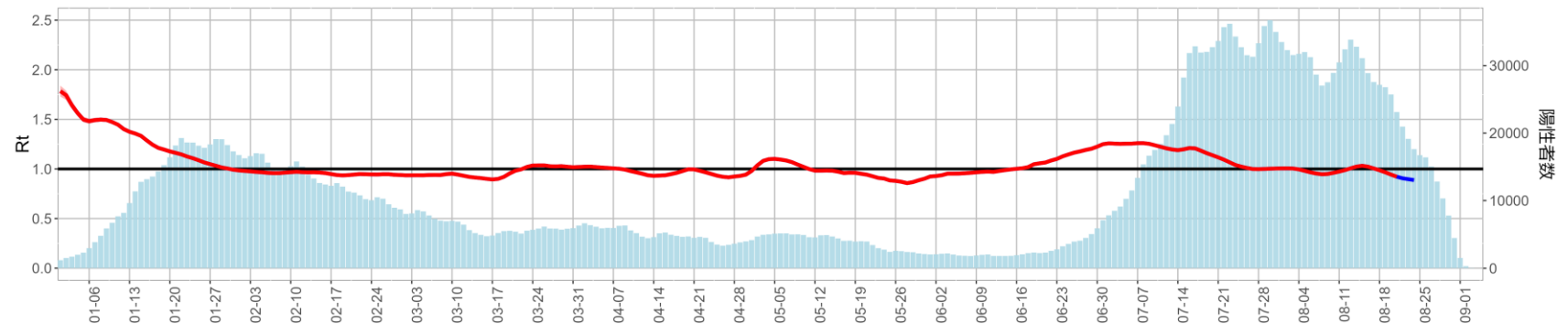
全国
8月21日時点Rt=0.93 (0.93-0.93)



首都圏：東京、神奈川、千葉、埼玉
8月21日時点Rt=0.92 (0.91-0.92)



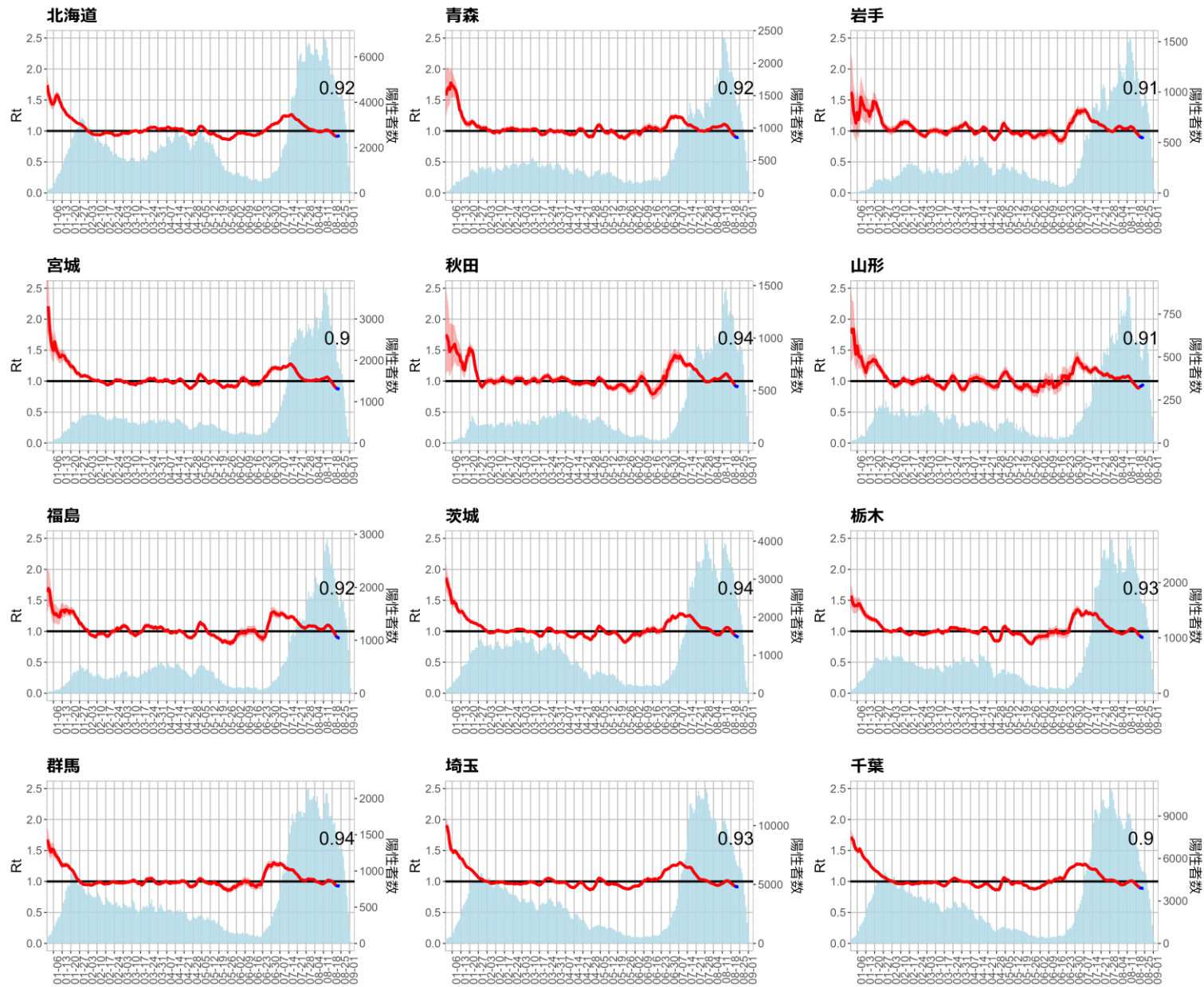
関西圏：大阪、京都、兵庫
8月21日時点Rt= 0.92 (0.92-0.93)



世代時間は英国から報告されたオミクロン株の世代時間¹を使用（平均2.118日）。16日前までの推定値を赤線、報告の遅れのために過小推定となっている可能性が高い13日から15日前までの推定値を青線で表し、それよりも直近の値は表示していない。

なお、発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

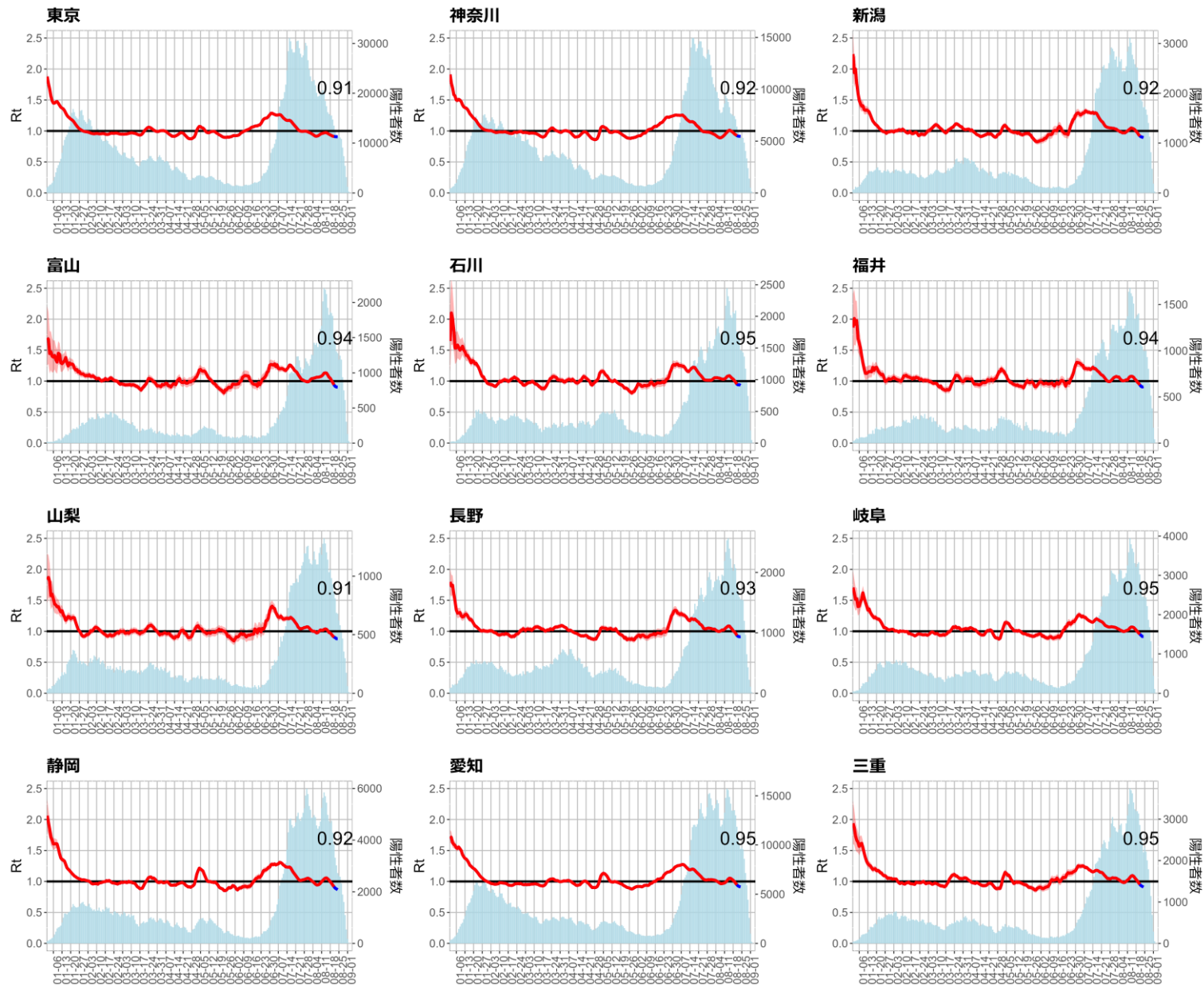
¹ http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron



世代時間は英国から報告されたオミクロン株の世代時間¹を使用（平均2.118日）。16日前までの推定値を赤線、報告の遅れのために過小推定となっている可能性が高い13日から15日前までの推定値を青線で表し、それよりも直近の値は表示していない。

なお、発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

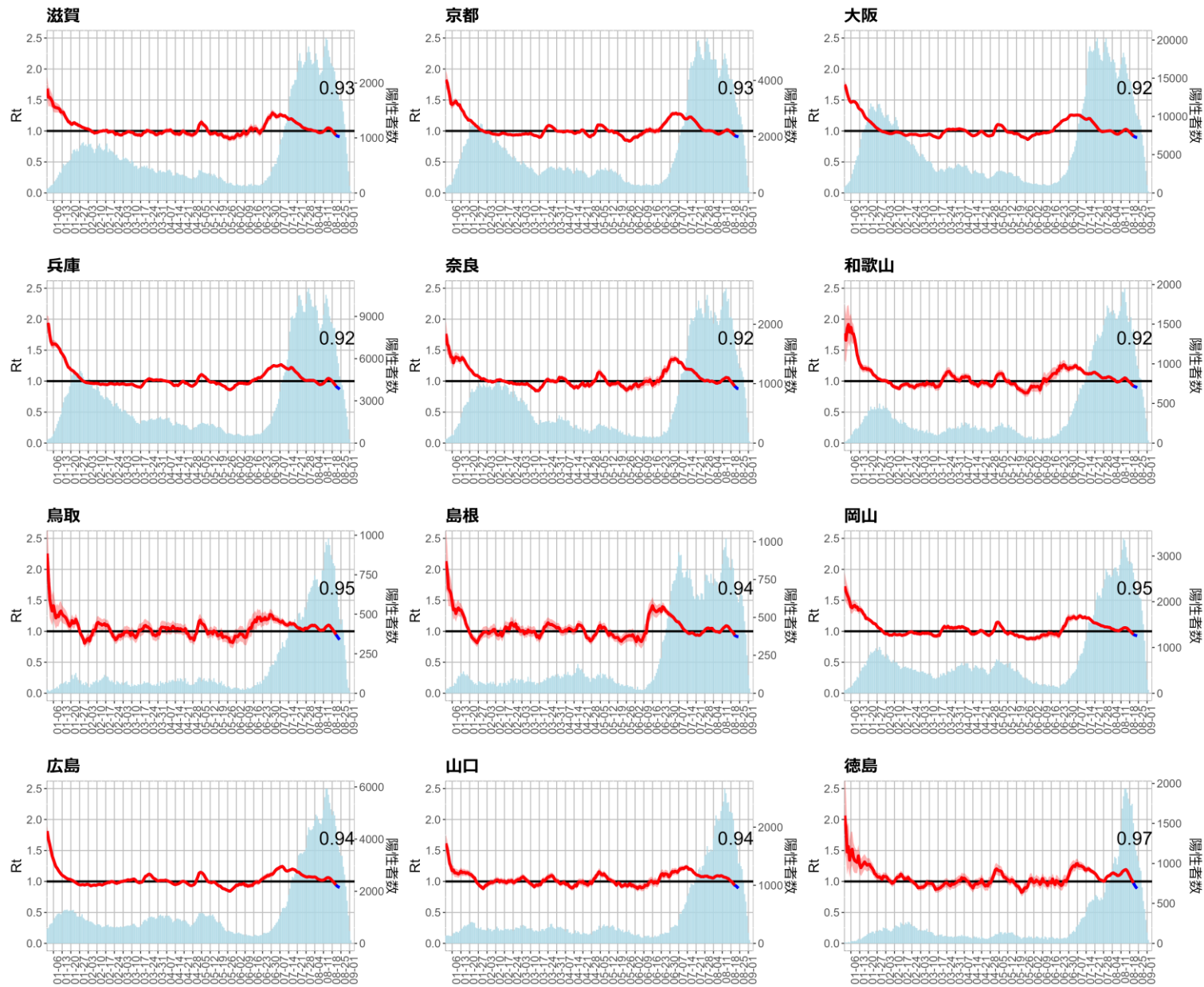
¹ http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron



世代時間は英国から報告されたオミクロン株の世代時間¹を使用（平均2.118日）。16日前までの推定値を赤線、報告の遅れのために過小推定となっている可能性が高い13日から15日前までの推定値を青線で表し、それよりも直近の値は表示していない。

なお、発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

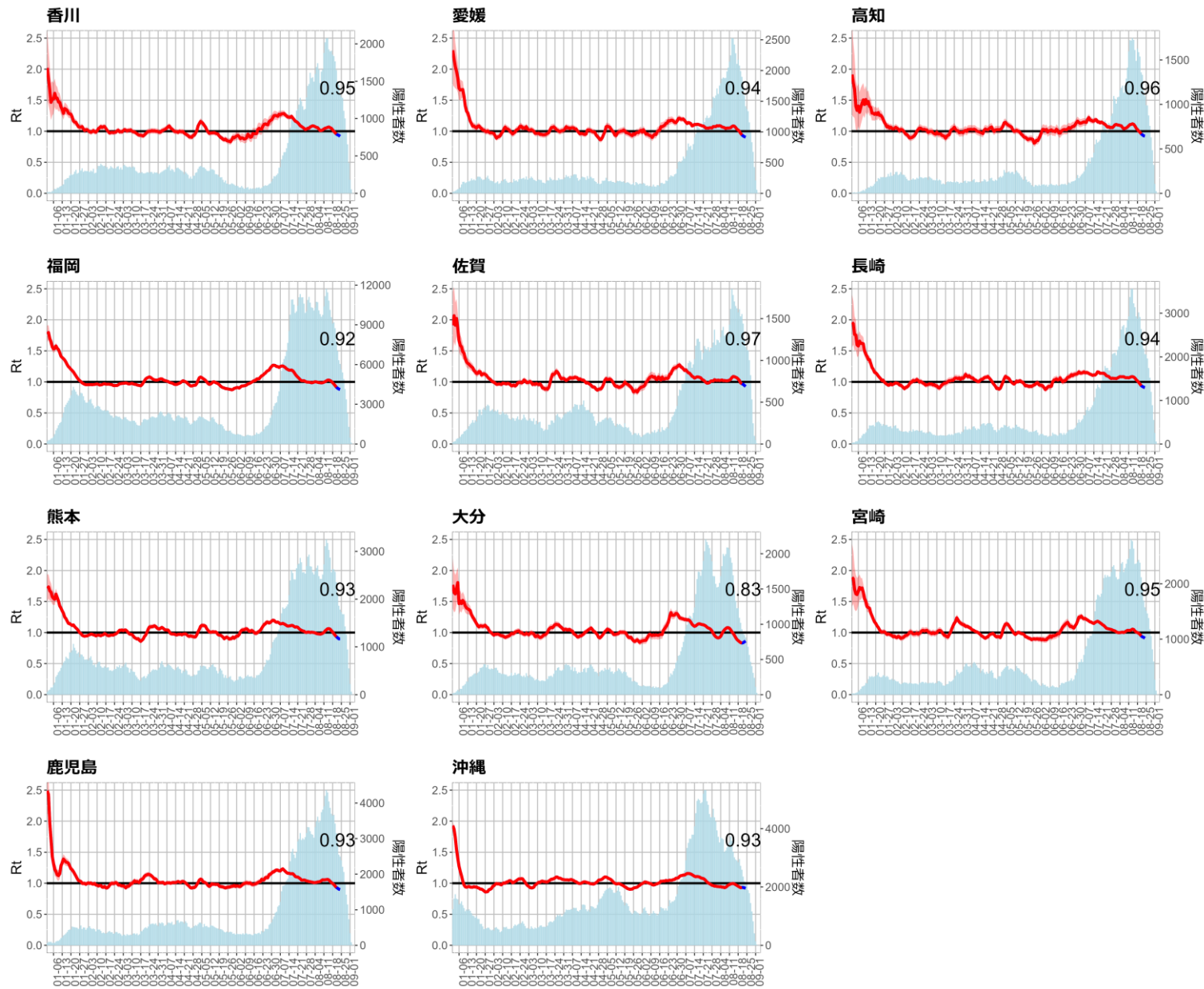
¹ http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron



世代時間は英国から報告されたオミクロン株の世代時間¹を使用（平均2.118日）。16日前までの推定値を赤線、報告の遅れのために過小推定となっている可能性が高い13日から15日前までの推定値を青線で表し、それよりも直近の値は表示していない。

なお、発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

¹ http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron



世代時間は英国から報告されたオミクロン株の世代時間¹を使用（平均2.118日）。16日前までの推定値を赤線、報告の遅れのために過小推定となっている可能性が高い13日から15日前までの推定値を青線で表し、それよりも直近の値は表示していない。

なお、発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

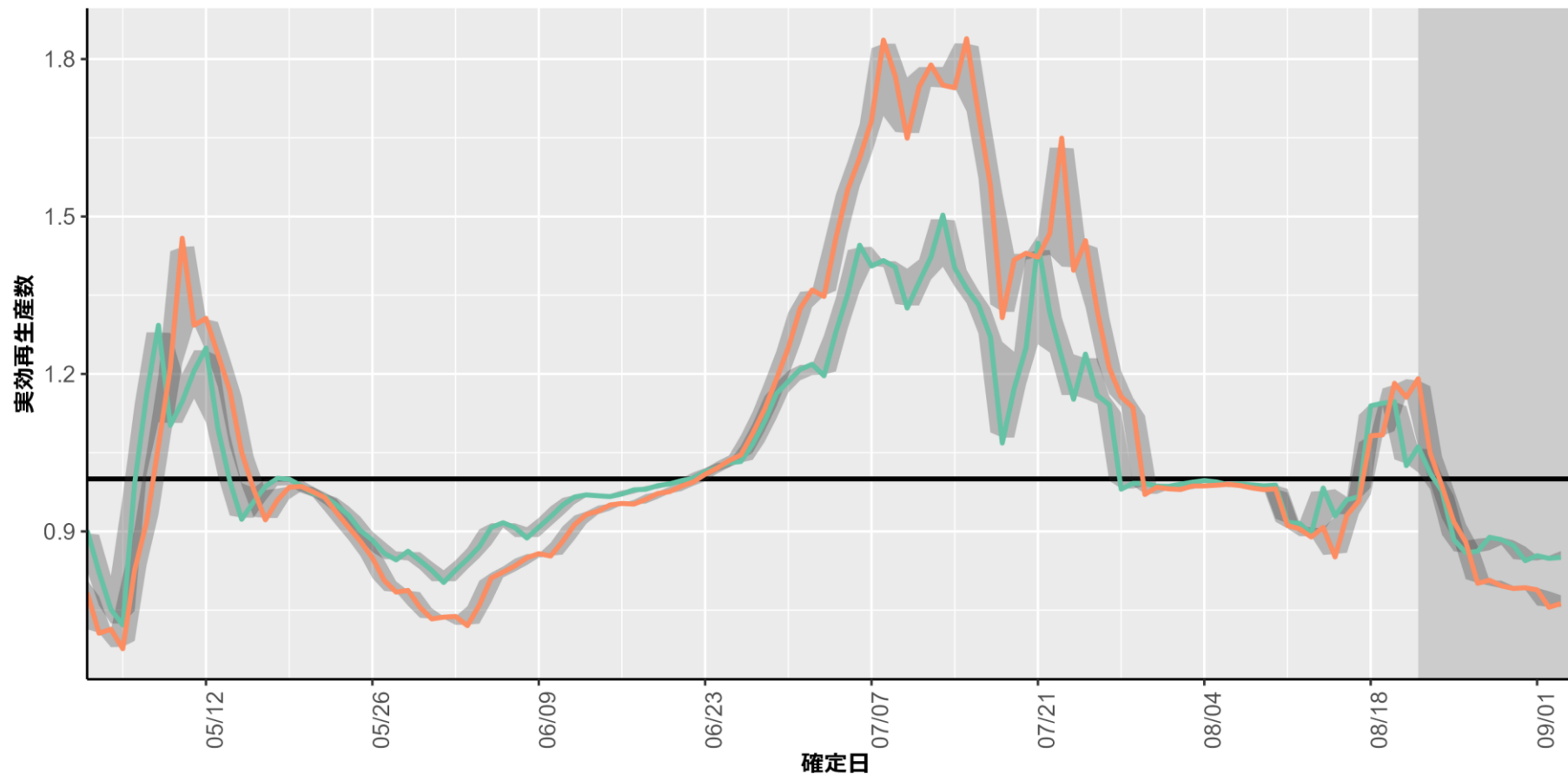
¹ http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新型コロナウイルス感染症報告者数に基づく実効再生産数の推定

- HER-SYSの報告項目の簡素化をうけて65歳以下の陽性者の発症日が入力されなくなるために従来の実効再生産数の推定が困難になることが予想される
- 週あたりの報告者数を用いて簡易的に推定する方法をこれまで報告してきた (IASR Vol. 42 p128-129)
- 世代時間は5日およびオミクロン株の発症間隔の短縮をうけて3日とした (SARS-CoV-2の変異株B.1.1.529系統 (オミクロン株) の発症間隔の推定：暫定報告)
- HER-SYSデータを用いて、確定日ごとの報告数の7日間移動平均を用いて推定した。世代時間5日を用いた推定を赤、3日を用いたものを緑でグラフ表示した。推定された値のパーセンタイル(5%, 95%) をグラフに表示した。
- HER-SYSへの登録遅れによる影響が考えられるため直近のデータでは解釈に注意を要する

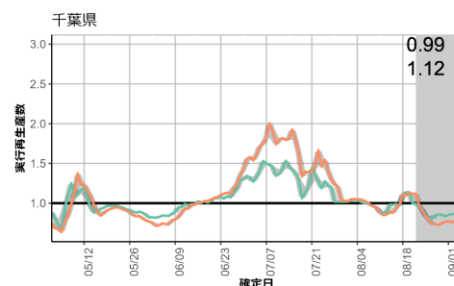
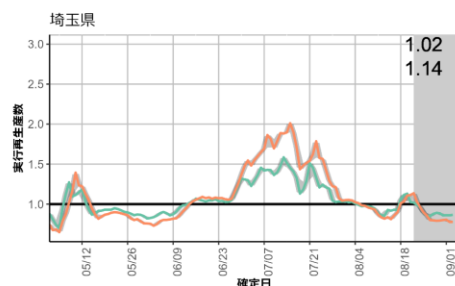
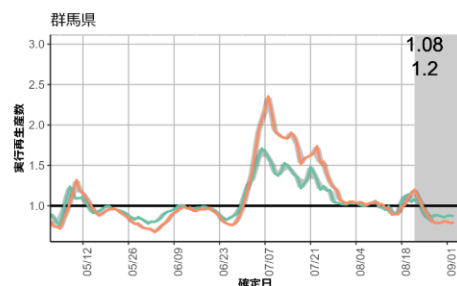
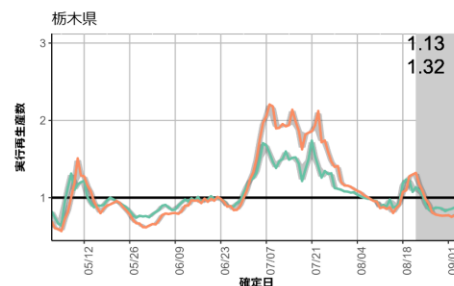
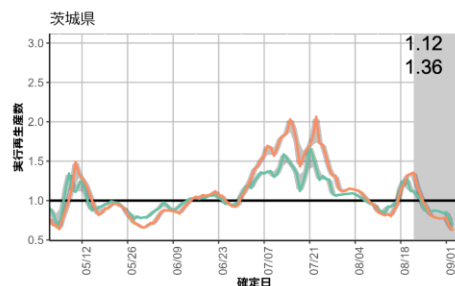
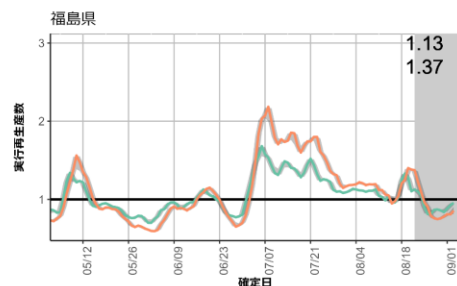
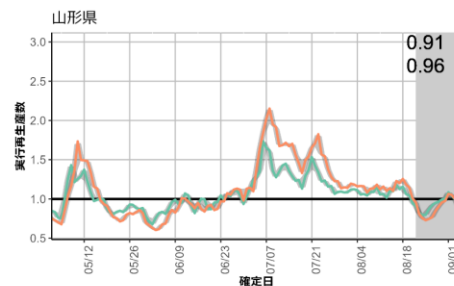
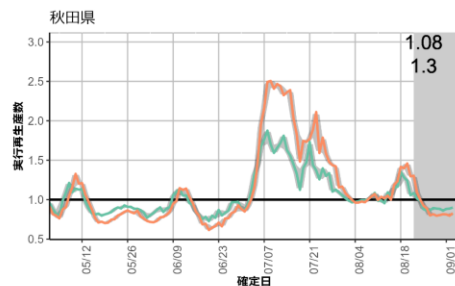
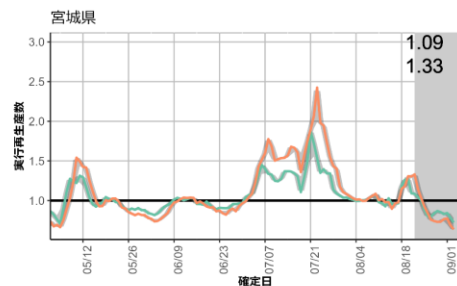
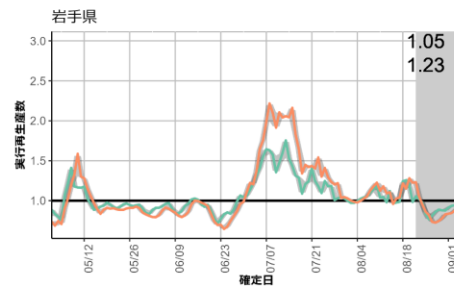
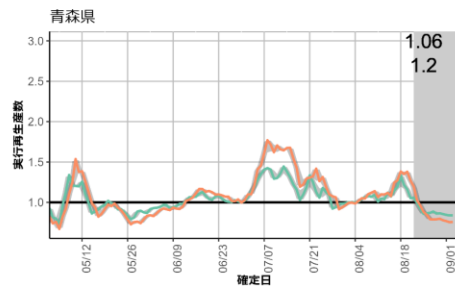
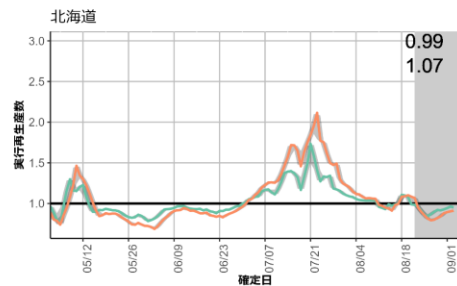
確定日による全国の実効再生産数の推定：9月5日

8月22日時点
 $R_t=1.06$ (世代時間3日)
 $R_t=1.19$ (世代時間5日)



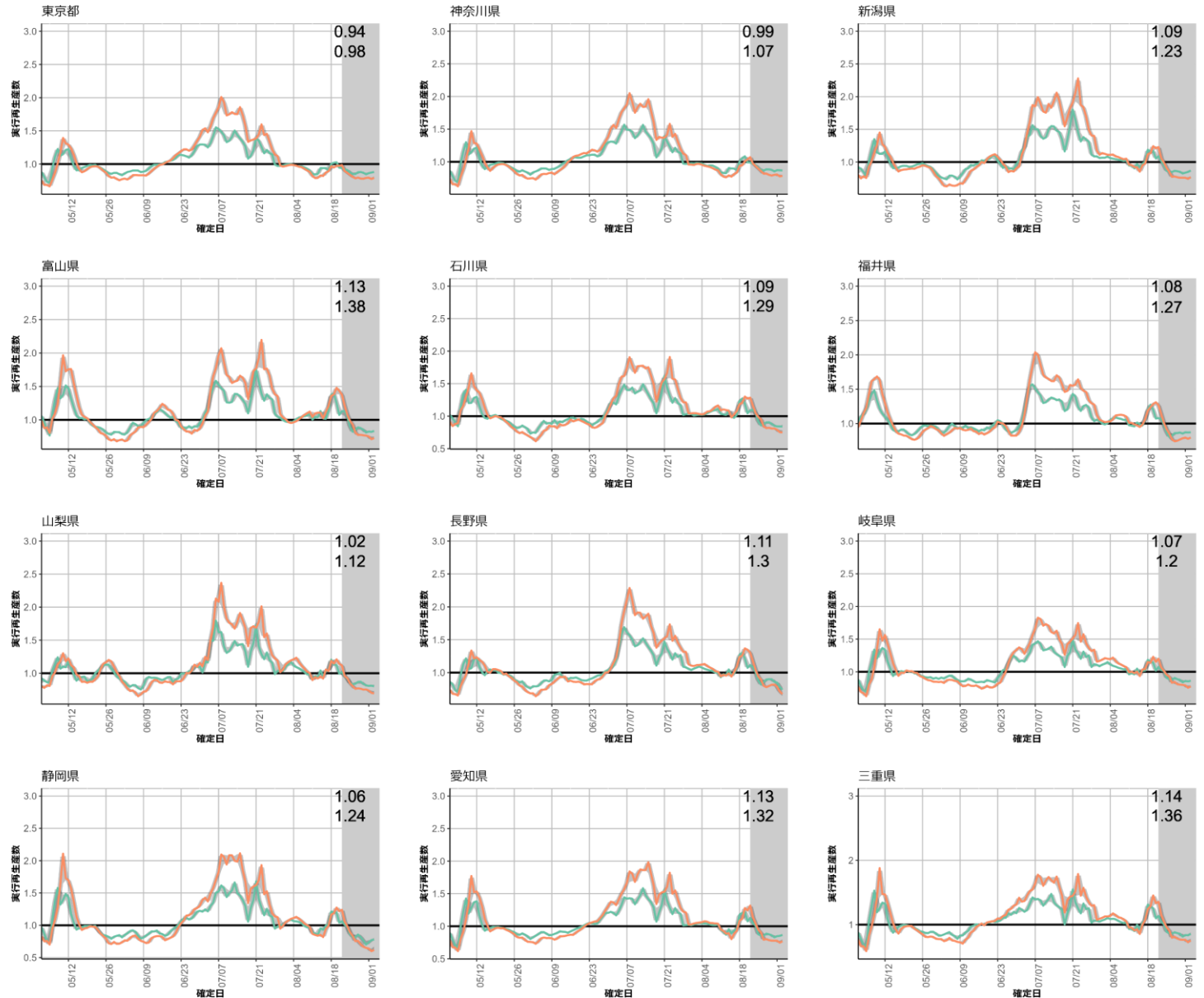
世代時間は3日と5日を使用し、表示される数字はそれぞれの世代時間における直近の実効再生産数を示す。過小推定の可能性が高い14日前までの推定には網掛けをつけており、解釈に注意を要する。

発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



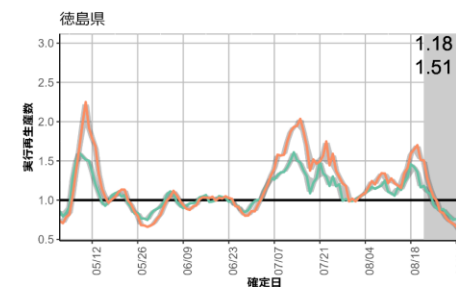
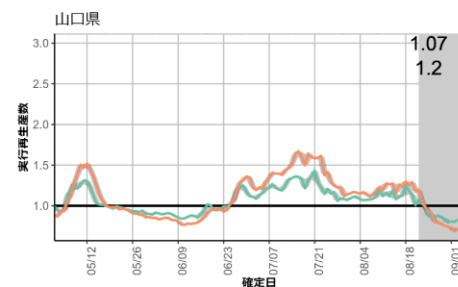
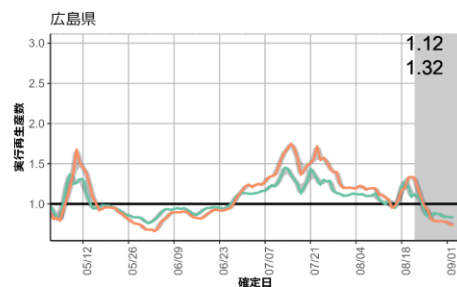
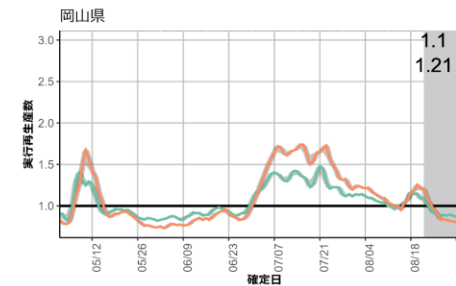
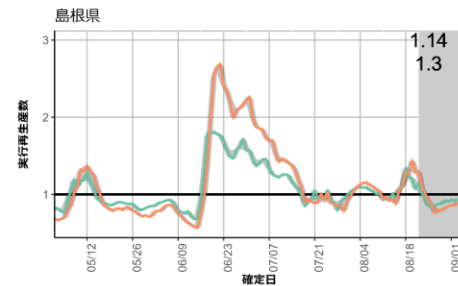
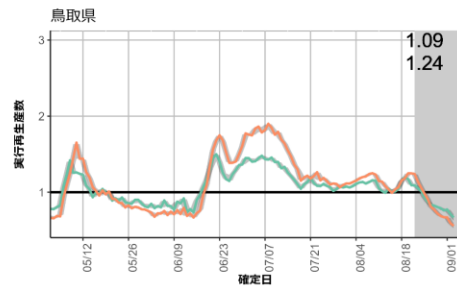
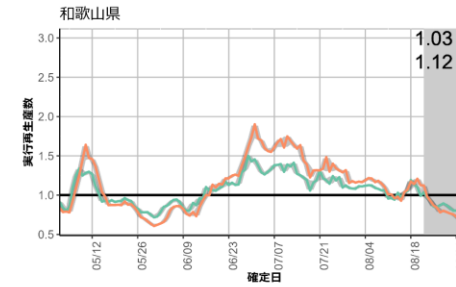
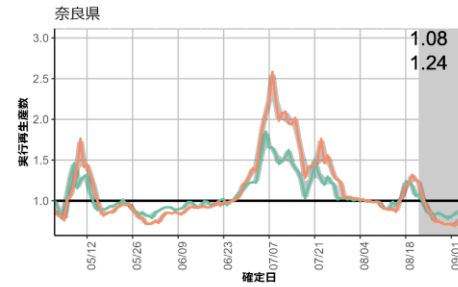
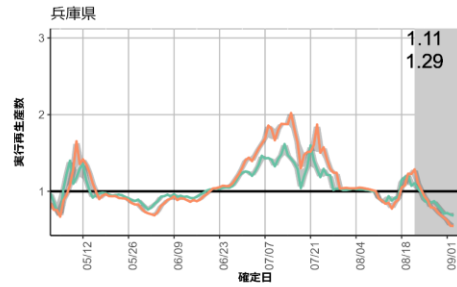
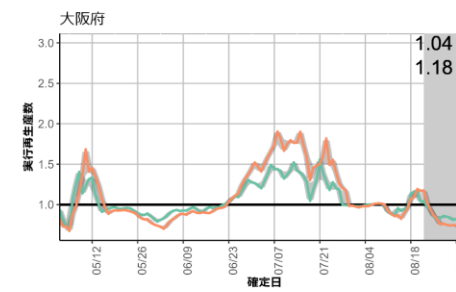
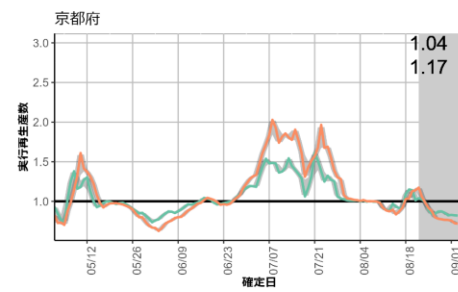
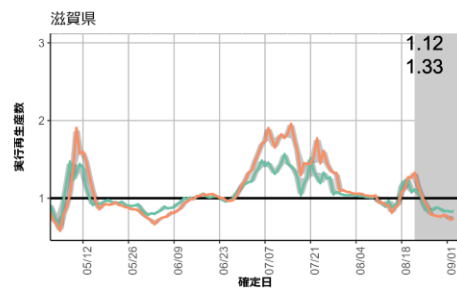
世代時間は3日と5日を使用し、表示される数字はそれぞれの世代時間における直近(8月22日)の実効再生産数を示す。過小推定の可能性が高い14日前までの推定には網掛けをつけており、解釈に注意を要する。

発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



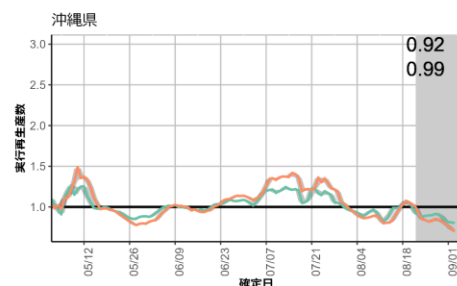
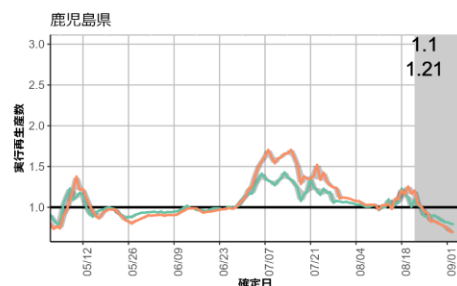
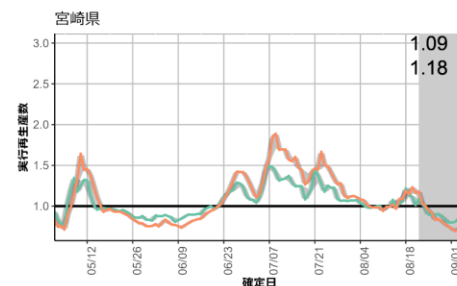
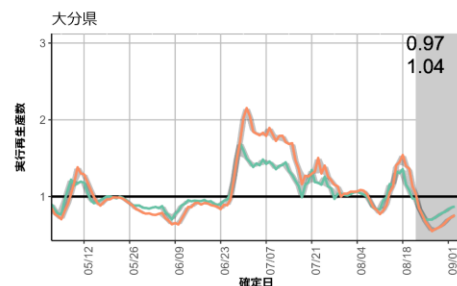
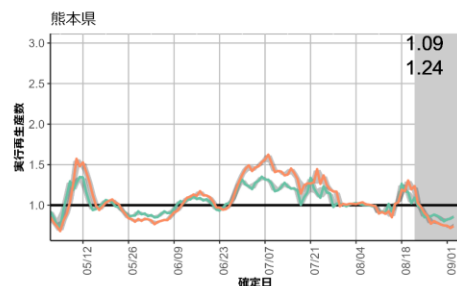
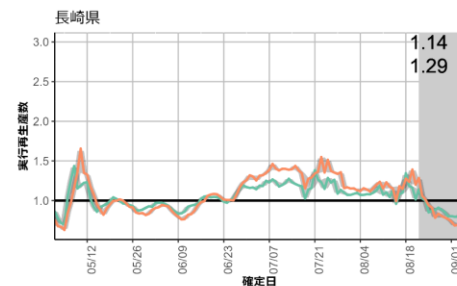
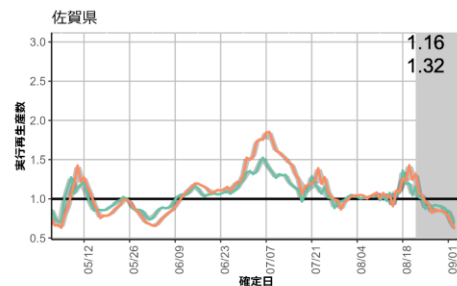
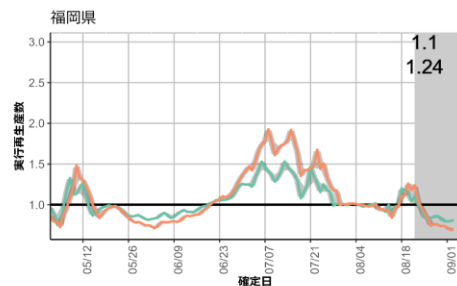
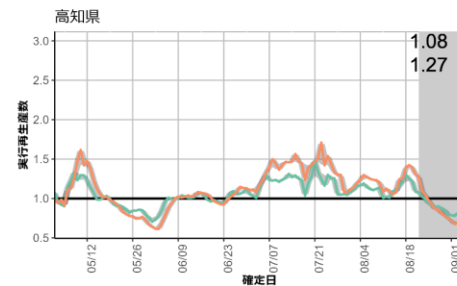
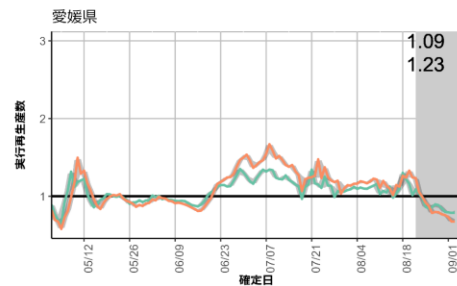
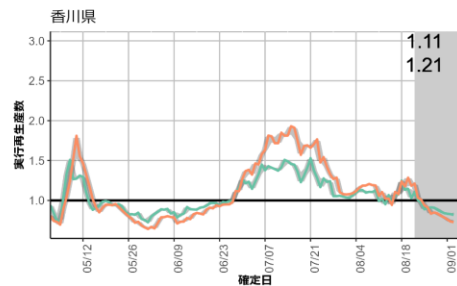
世代時間は3日と5日を使用し、表示される数字はそれぞれの世代時間における直近(8月22日)の実効再生産数を示す。過小推定の可能性が高い14日前までの推定には網掛けをつけており、解釈に注意を要する。

発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



世代時間は3日と5日を使用し、表示される数字はそれぞれの世代時間における直近(8月22日)の実効再生産数を示す。過小推定の可能性が高い14日前までの推定には網掛けをつけており、解釈に注意を要する。

発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



世代時間は3日と5日を使用し、表示される数字はそれぞれの世代時間における直近(8月22日)の実効再生産数を示す。過小推定の可能性が高い14日前までの推定には網掛けをつけており、解釈に注意を要する。

発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（9月5日時点）

まとめ

北海道：0-19歳代で横ばい、その他の年代で減少傾向となっている。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

宮城県：全ての年代で減少傾向となっている。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

首都圏：東京都*、埼玉県、神奈川県*、千葉県*とともに全ての年代で減少傾向である。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

東海圏：愛知県と岐阜県とともに全ての年代で減少傾向である。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

関西圏：京都府、奈良県*、兵庫県*、大阪府とともに全ての年代で減少傾向である。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

中国圏：岡山県と広島県とともに全ての年代で減少傾向である。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

福岡県*：全ての年代で減少傾向となっている。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

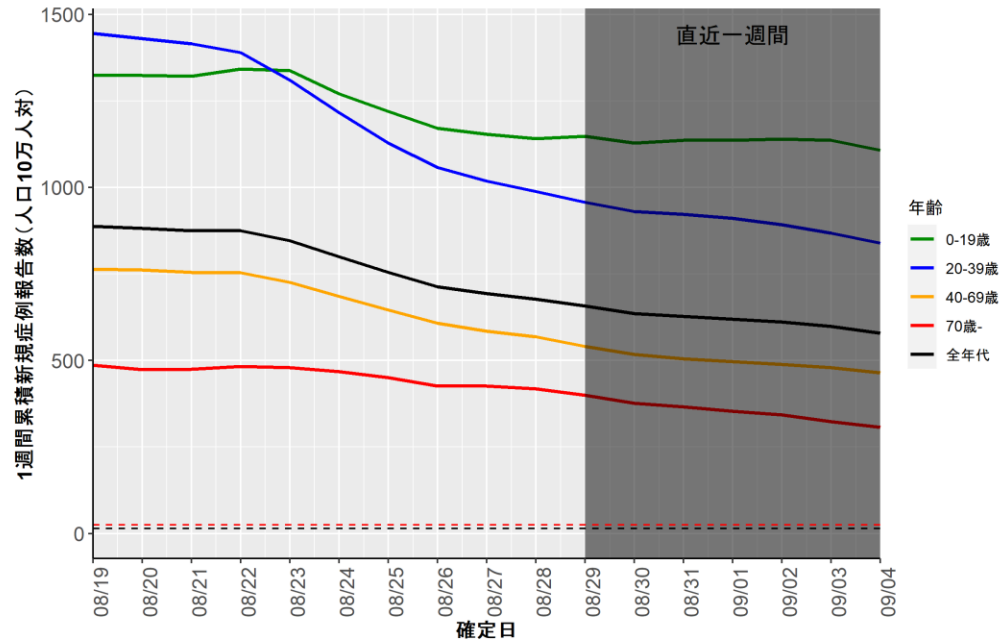
沖縄県*：全ての年代で減少傾向となっている。全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

（*はHER-SYSまたは自治体公開情報のどちらかのみでのレベルを示す。）

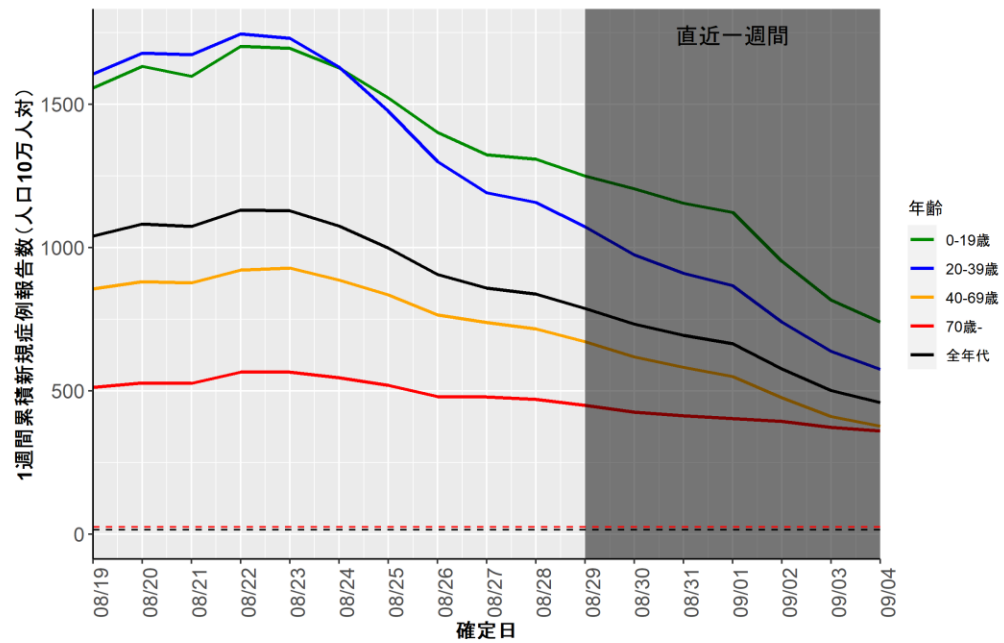
解釈時の注意点

- HER-SYSに基づく値は、特に直近1週間については報告遅れのために過小評価となっている可能性があり、その程度は自治体によって差がある（図の灰色部分）
- **自治体公開情報データに基づく年代別の値は、集計値で発表している場合は一部反映されていない**
- 自治体公開情報では、一部の自治体で公表されている自主療養者数は集計に含まれていない可能性がある
- どちらのデータも完全ではないため、両者を用いた評価が必要である

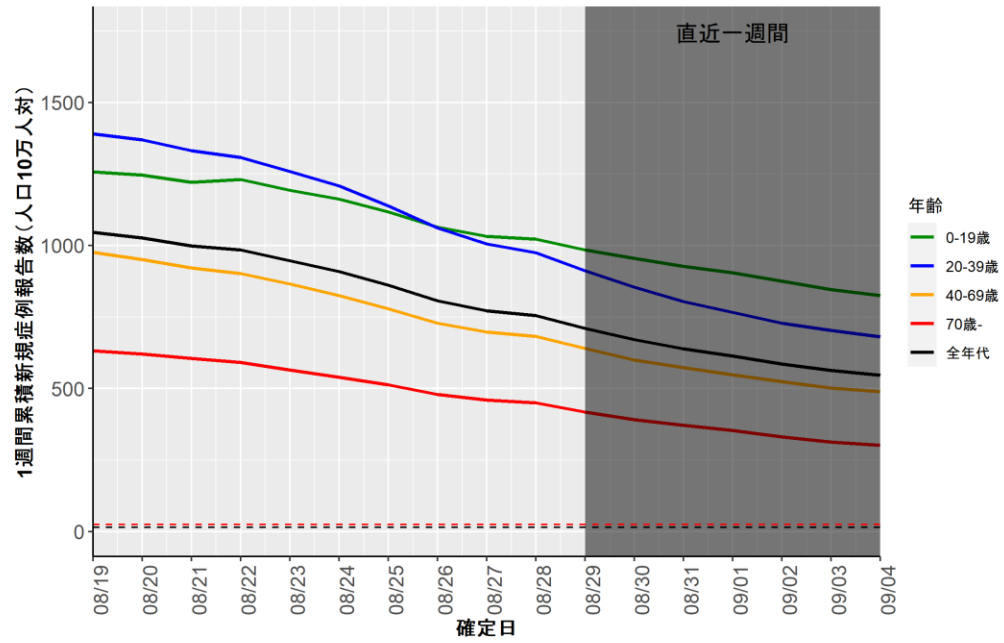
北海道(HER-SYS)



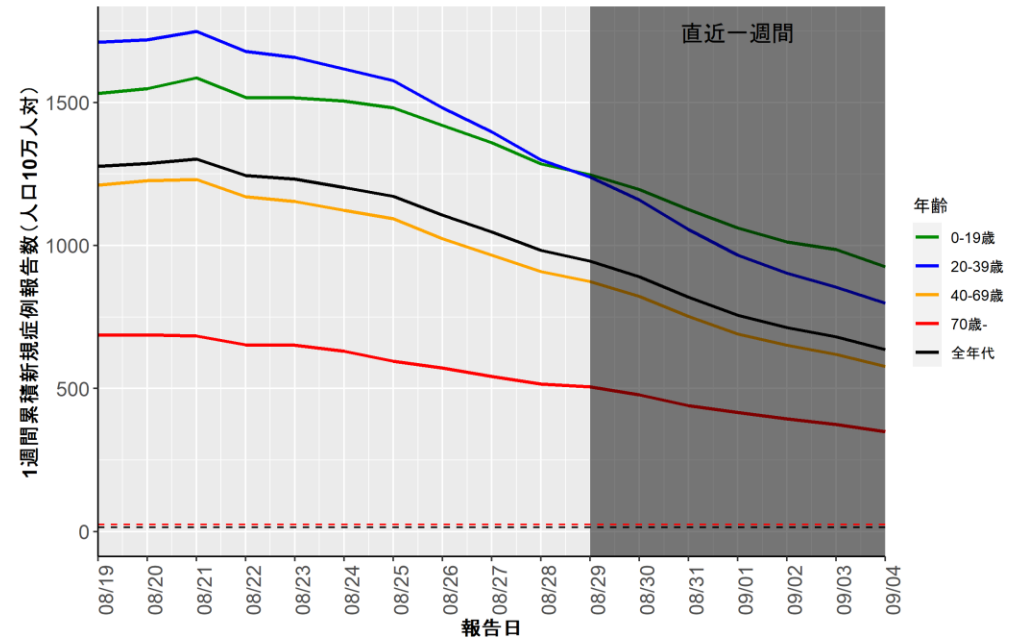
宮城(HER-SYS)



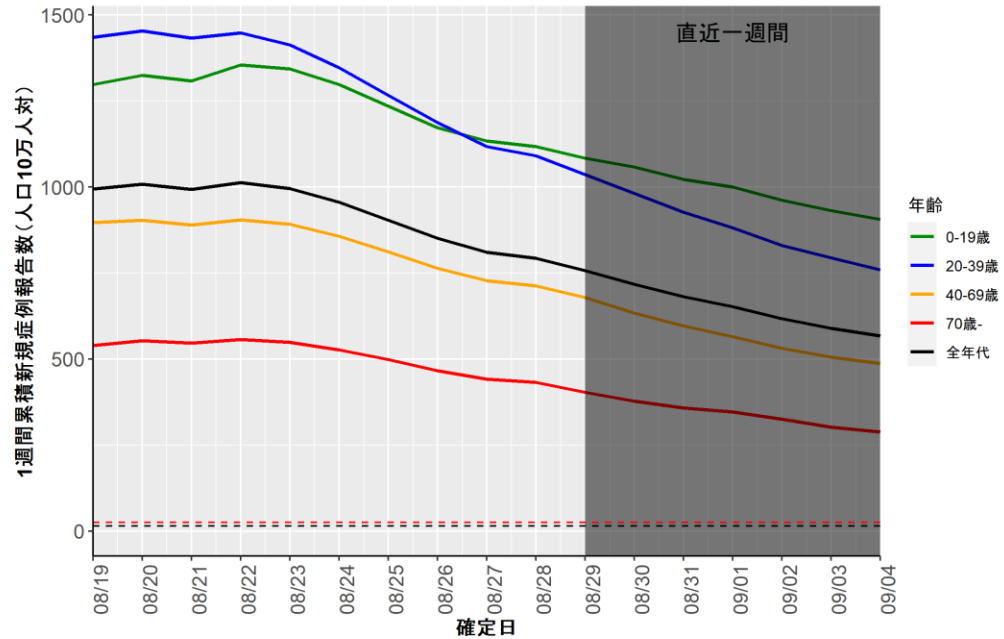
東京 (HER-SYS)



東京(自治体公開情報)

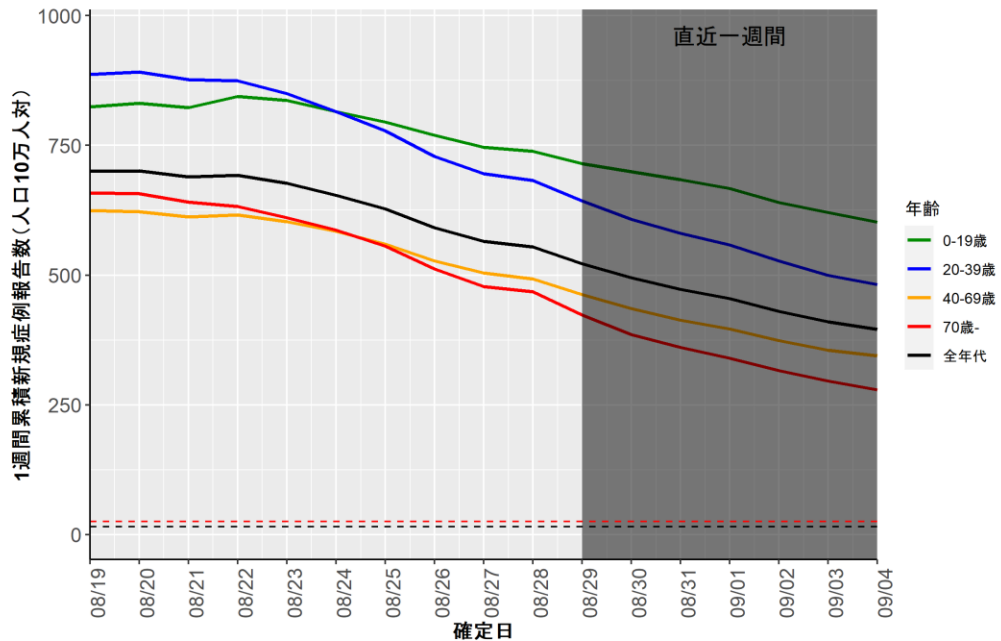


埼玉 (HER-SYS)

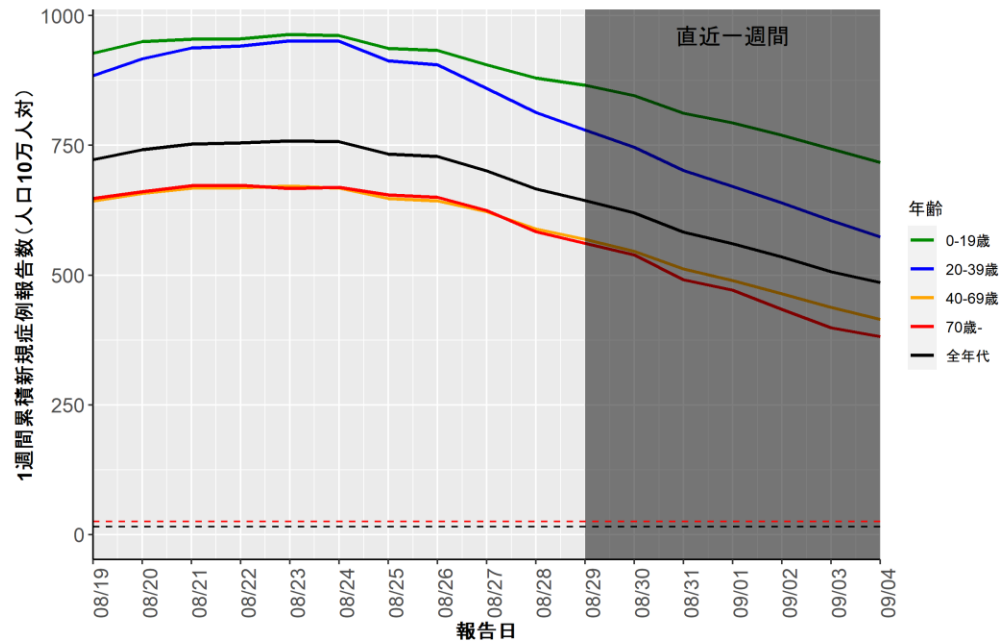


※自治体公開情報データに基づく年代別の値は、集計値で発表している場合は一部反映されていない(全年代に含まれる)

神奈川(HER-SYS)

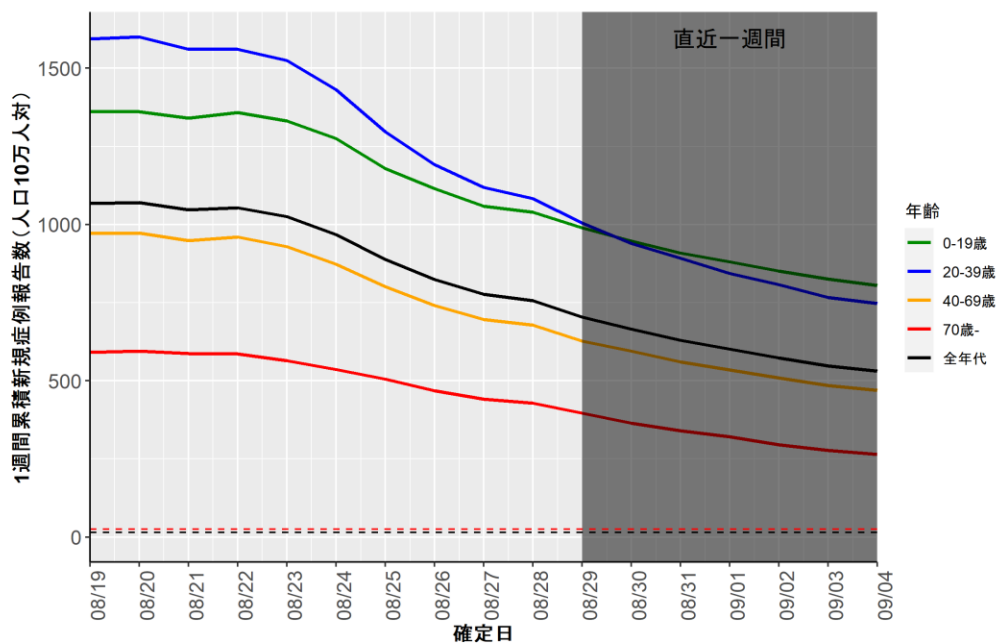


神奈川(自治体公開情報)

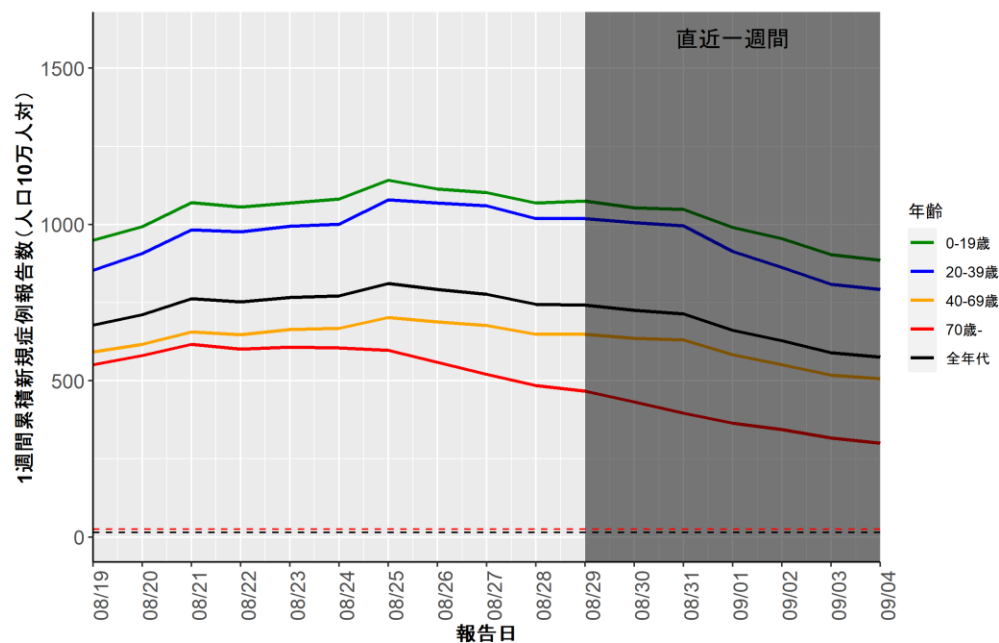


※自治体公開情報データに基づく年代別の値は、集計値で発表している場合は一部反映されていない(全年代に含まれる)

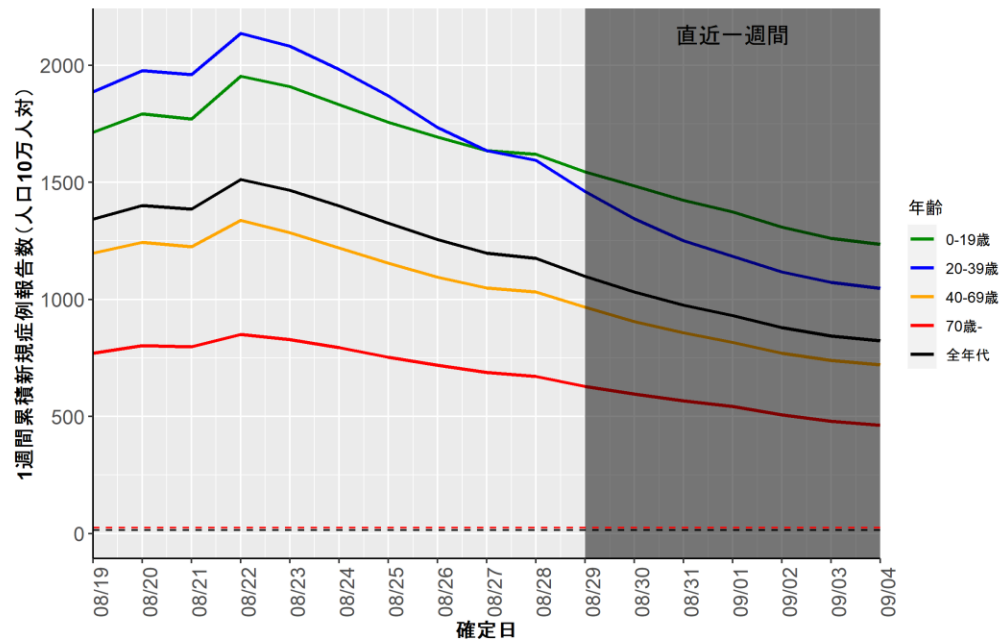
千葉(HER-SYS)



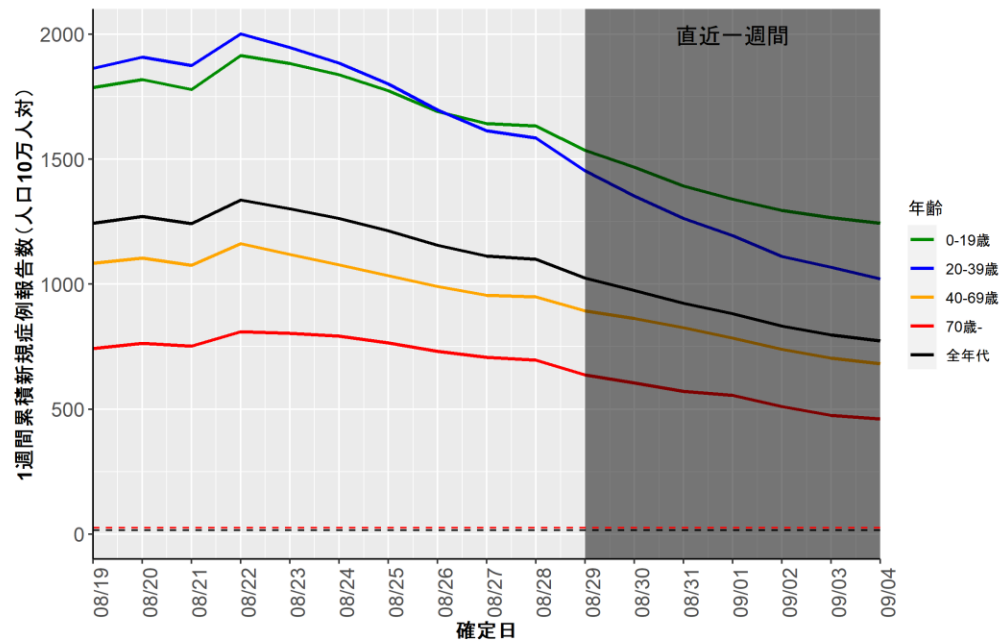
千葉(自治体公開情報)



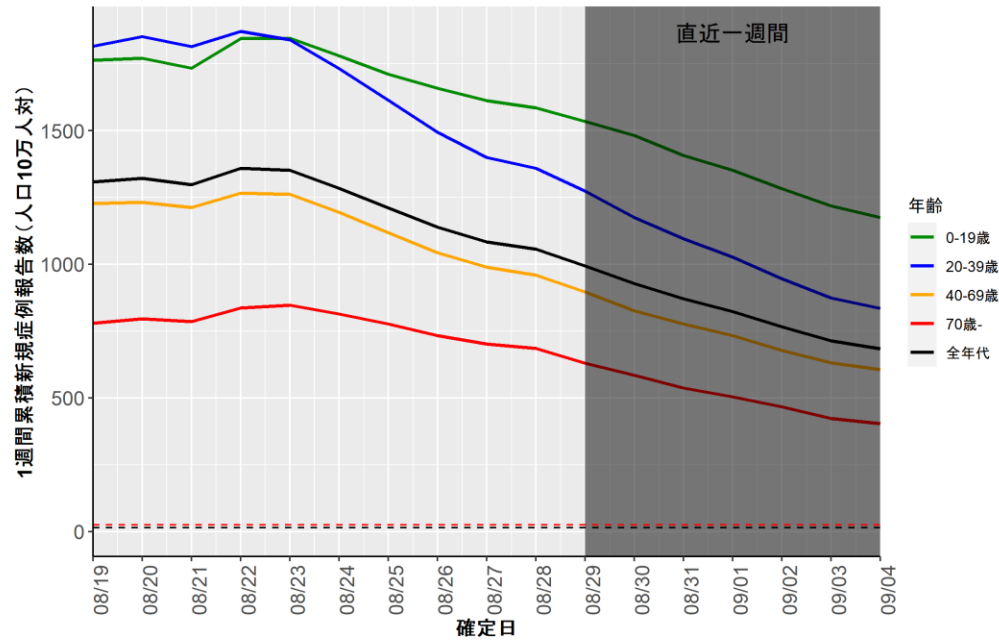
愛知 (HER-SYS)



岐阜 (HER-SYS)

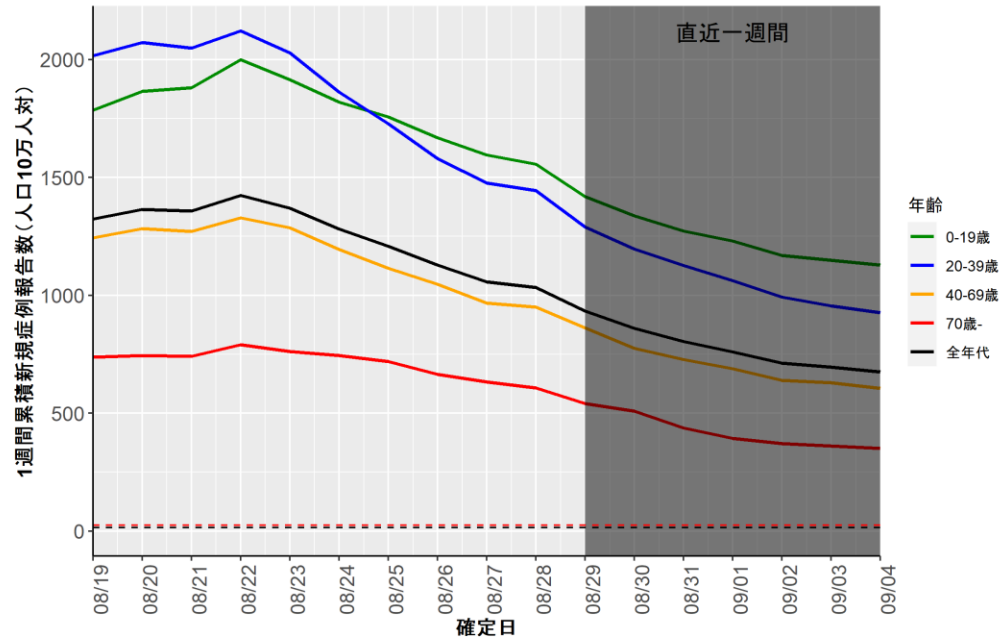


京都 (HER-SYS)

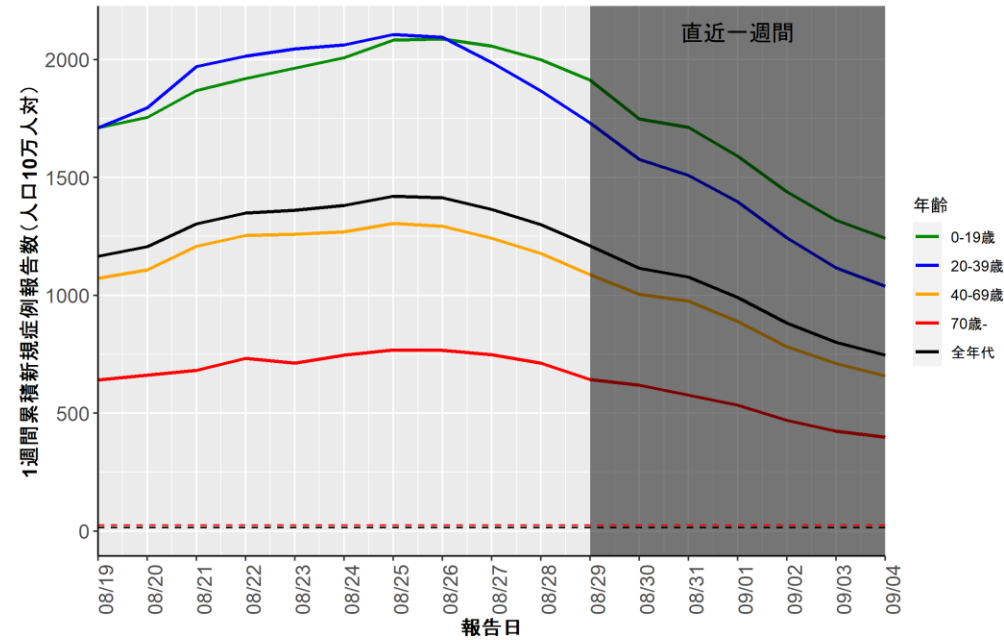


※自治体公開情報データに基づく年代別の値は、集計値で発表している場合は一部反映されていない(全年代に含まれる)

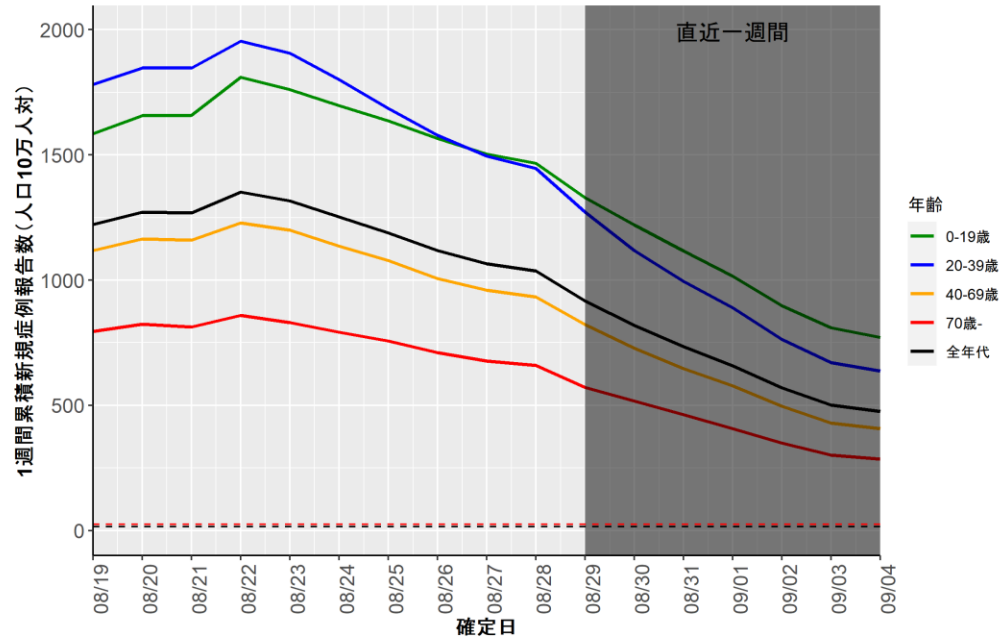
奈良 (HER-SYS)



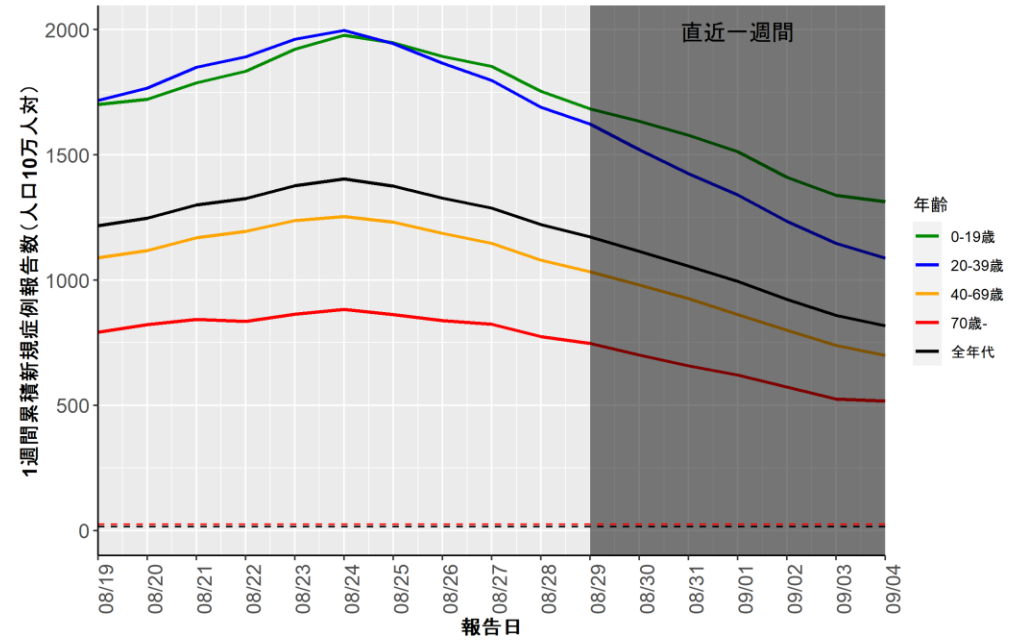
奈良 (自治体公開情報)



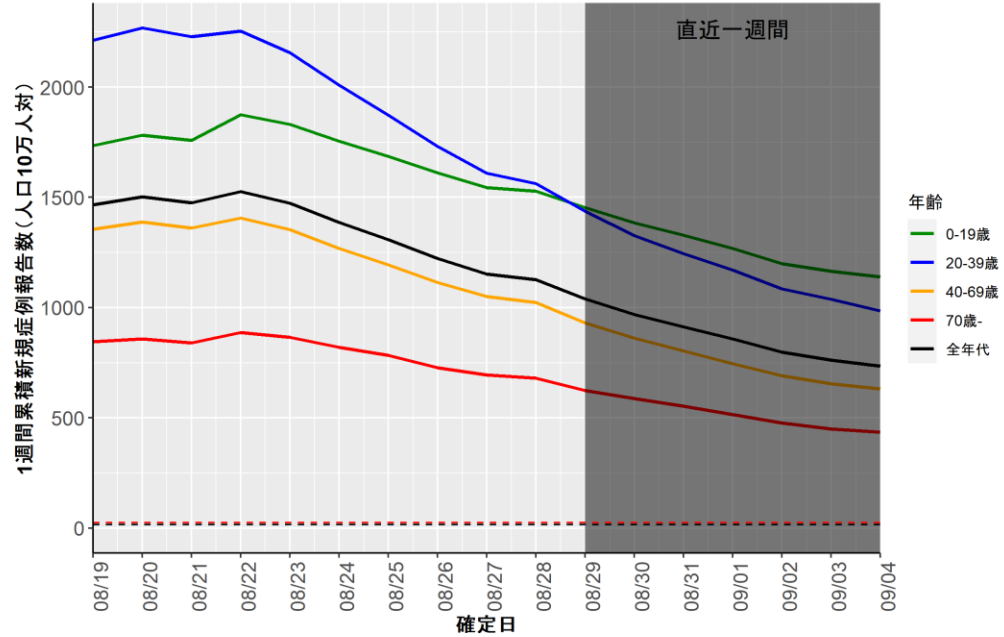
兵庫 (HER-SYS)



兵庫 (自治体公開情報)

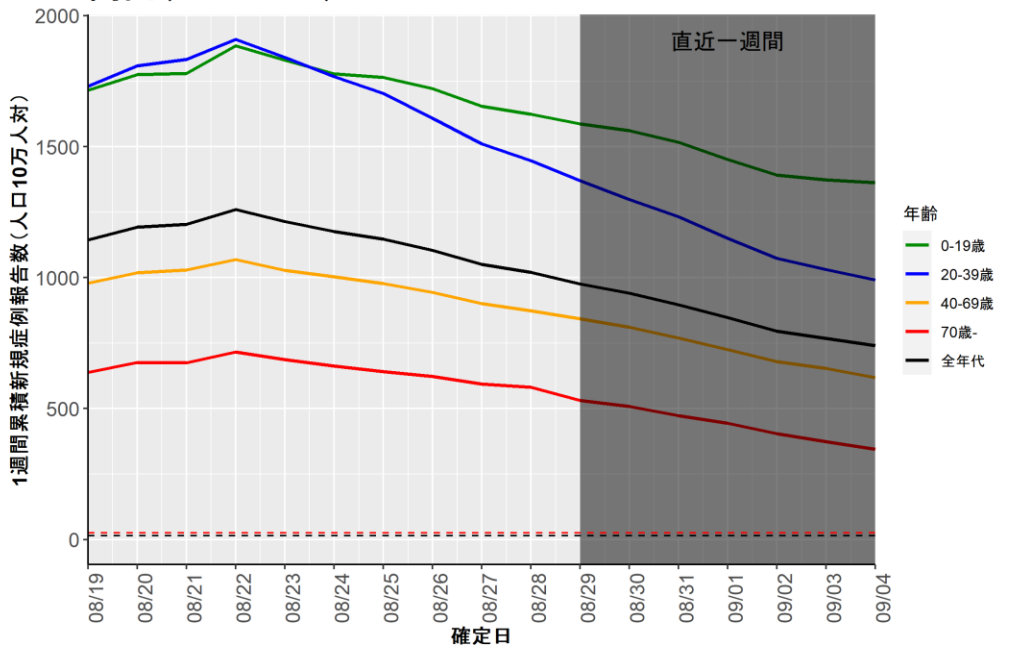


大阪 (HER-SYS)

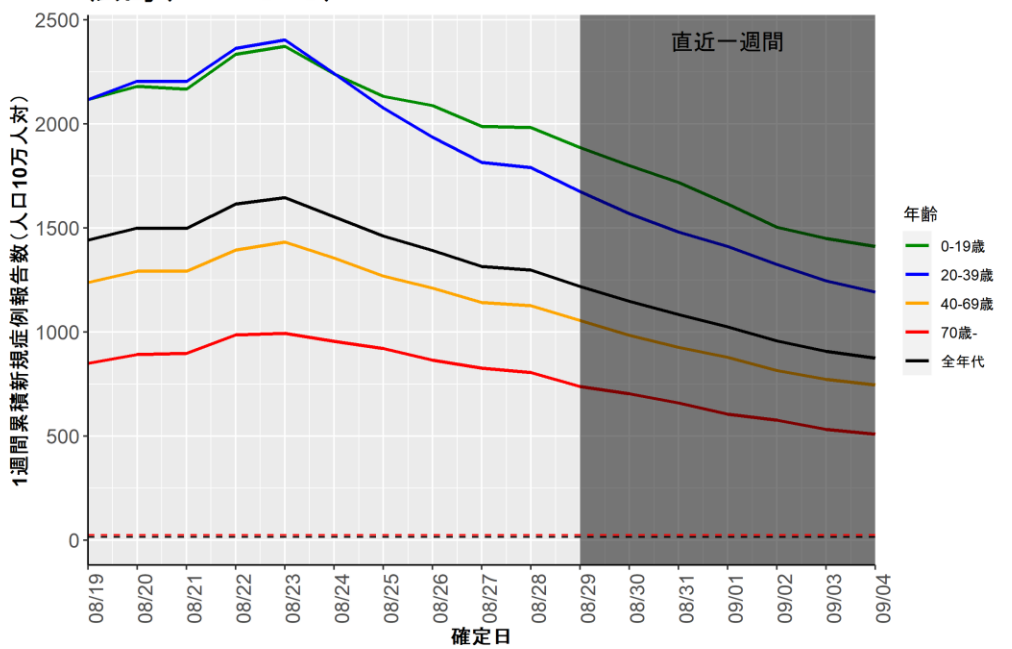


※自治体公開情報データに基づく年代別の値は、集計値で発表している場合は一部反映されていない(全年代に含まれる)

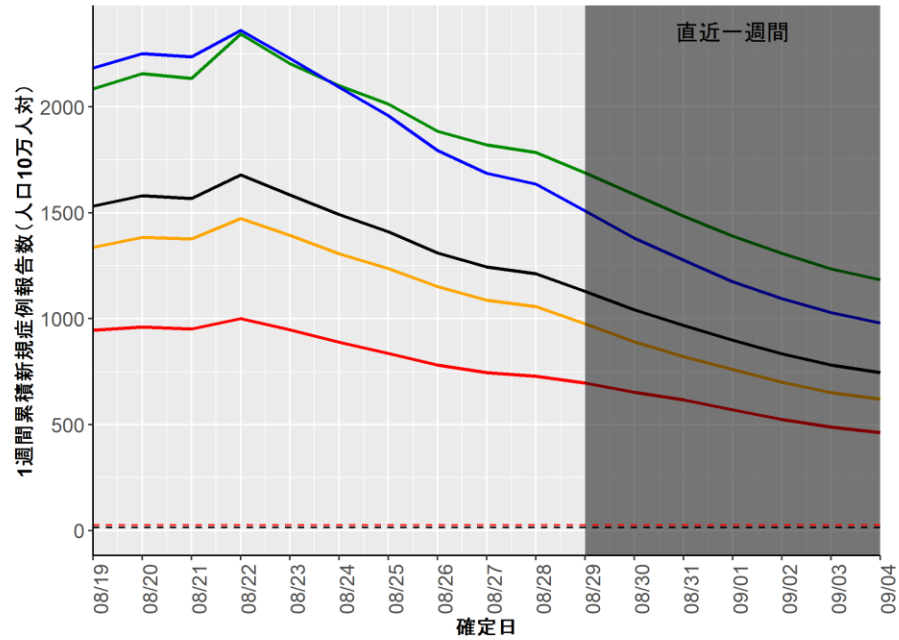
岡山 (HER-SYS)



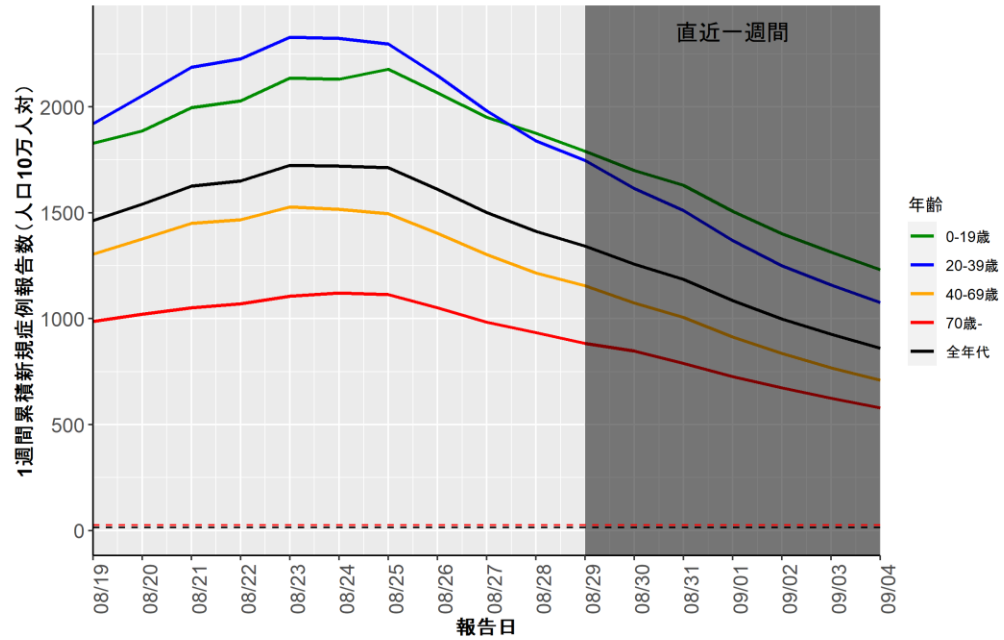
広島 (HER-SYS)



福岡 (HER-SYS)

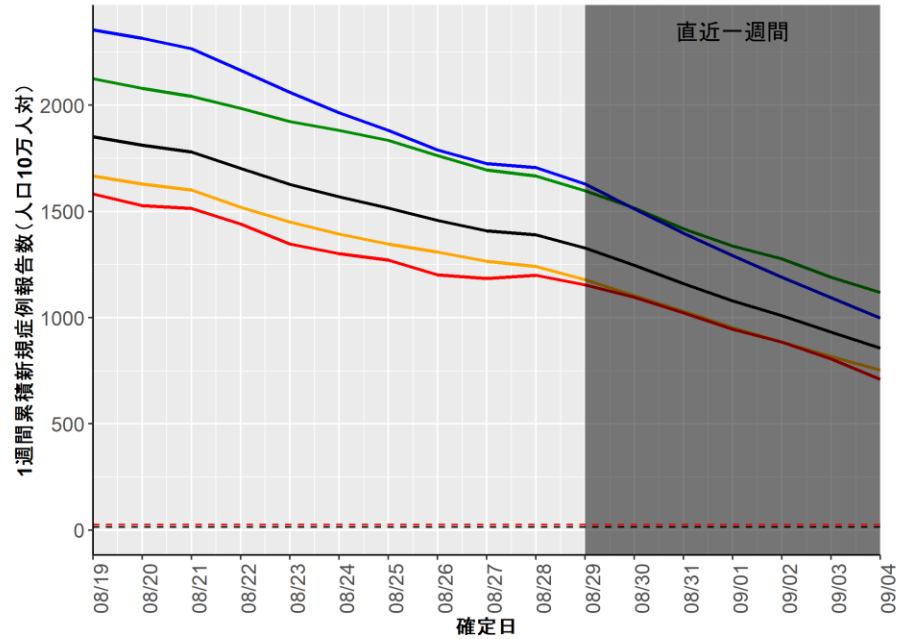


福岡 (自治体公開情報)

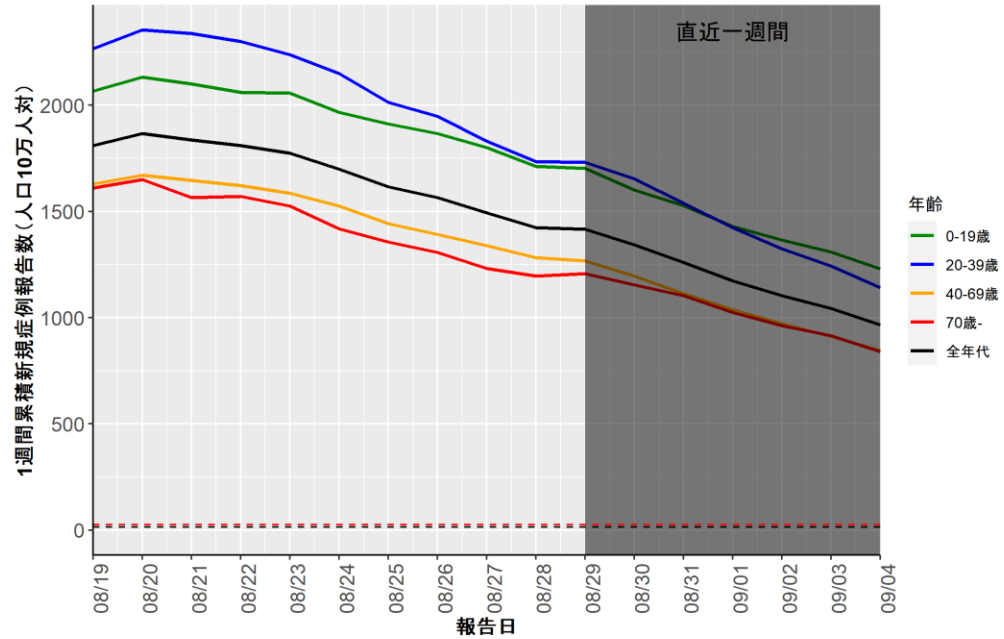


※自治体公開情報データに基づく年代別の値は、集計値で発表している場合は一部反映されていない（全年代に含まれる）

沖縄 (HER-SYS)



沖縄 (自治体公開情報)



人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ

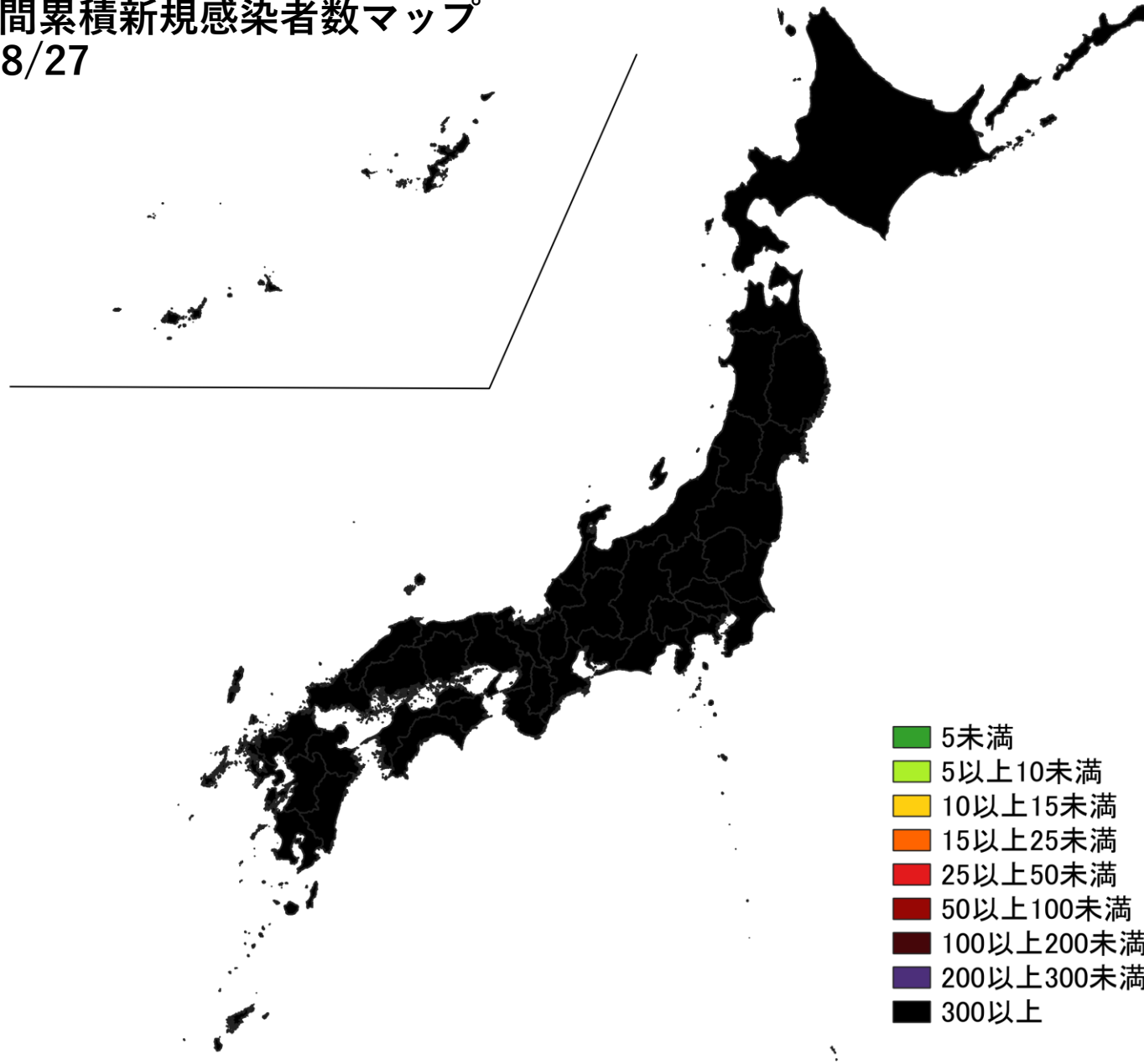
使用データ

- 2022年9月5日時点（9月4日公表分まで）の自治体公開情報を用いて、直近1週間（8/28～9/3）、1週間前（8/21～8/27）の人口10万人あたり7日間累積新規症例報告数（報告日）を都道府県別に図示した。
- 同様に、2022年9月5日時点のHER-SYSデータを用いて保健所管区別の分析（診断日）を行った。
- 集計は日曜日から土曜日であり、疫学週（月曜日から日曜日）とは異なる。
- **データ入力や公表の遅れを考慮し、直近1週間は参考資料とする。**
- **自治体公開情報では、一部の自治体で公表されている自主療養者数は集計に含まれていない可能性がある。**

まとめ

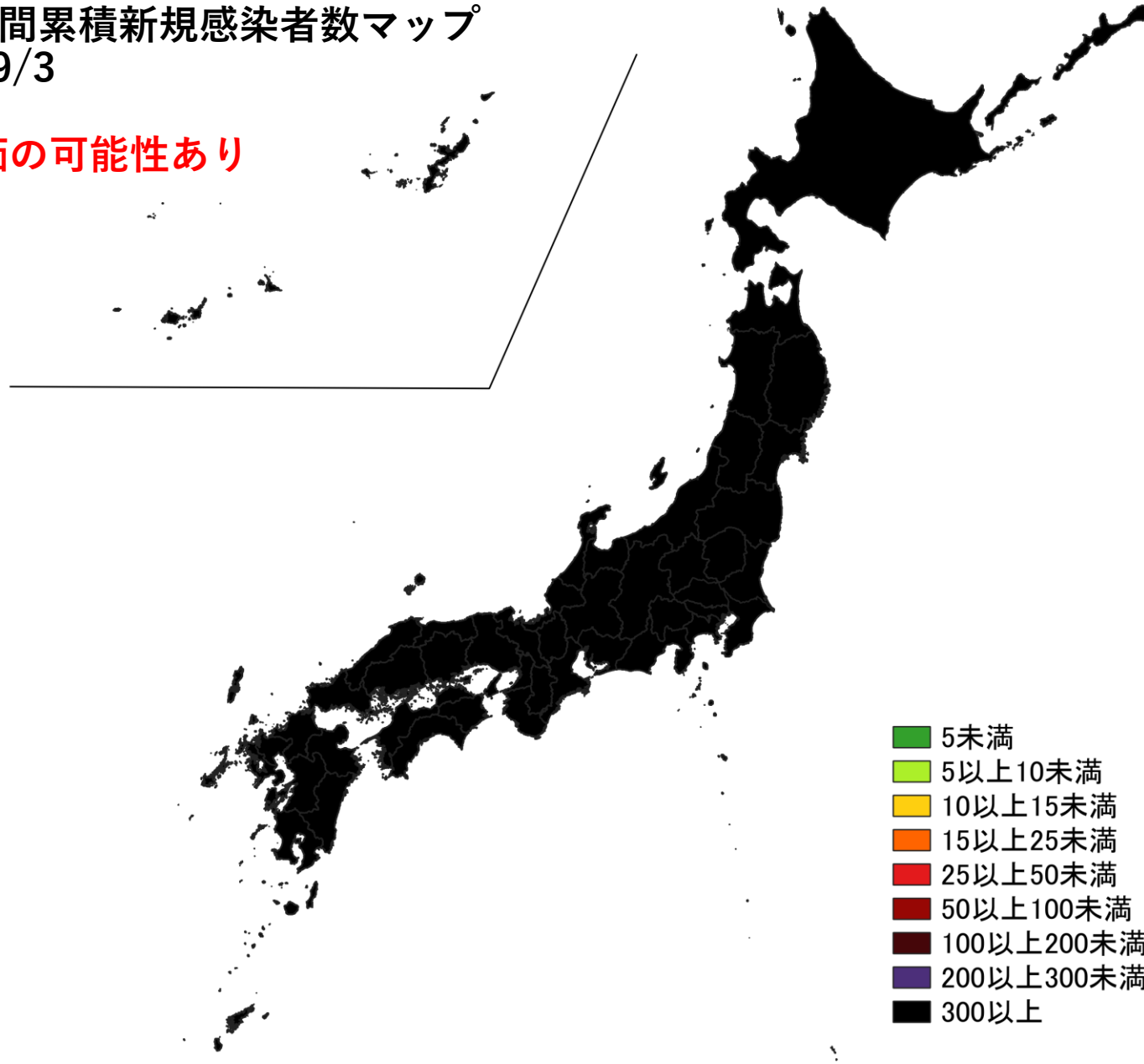
- 全国的に非常に高いレベルが継続している。
- 直近では、広島県、高知県、徳島県、長崎県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県では人口10万人あたり1000以上、すべての都道府県で人口10万人あたり500を上回っている。
- 保健所管轄単位では、人口10万人あたり300を下回る地域が増加（入力遅れの可能性あり）。

人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ
都道府県単位 8/21～8/27
(自治体公開情報)



人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ
都道府県単位 8/28～9/3
(自治体公開情報)

公表遅れによる過小評価の可能性あり



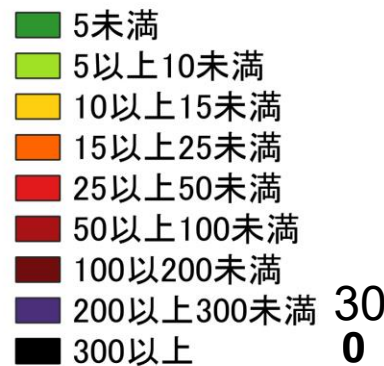
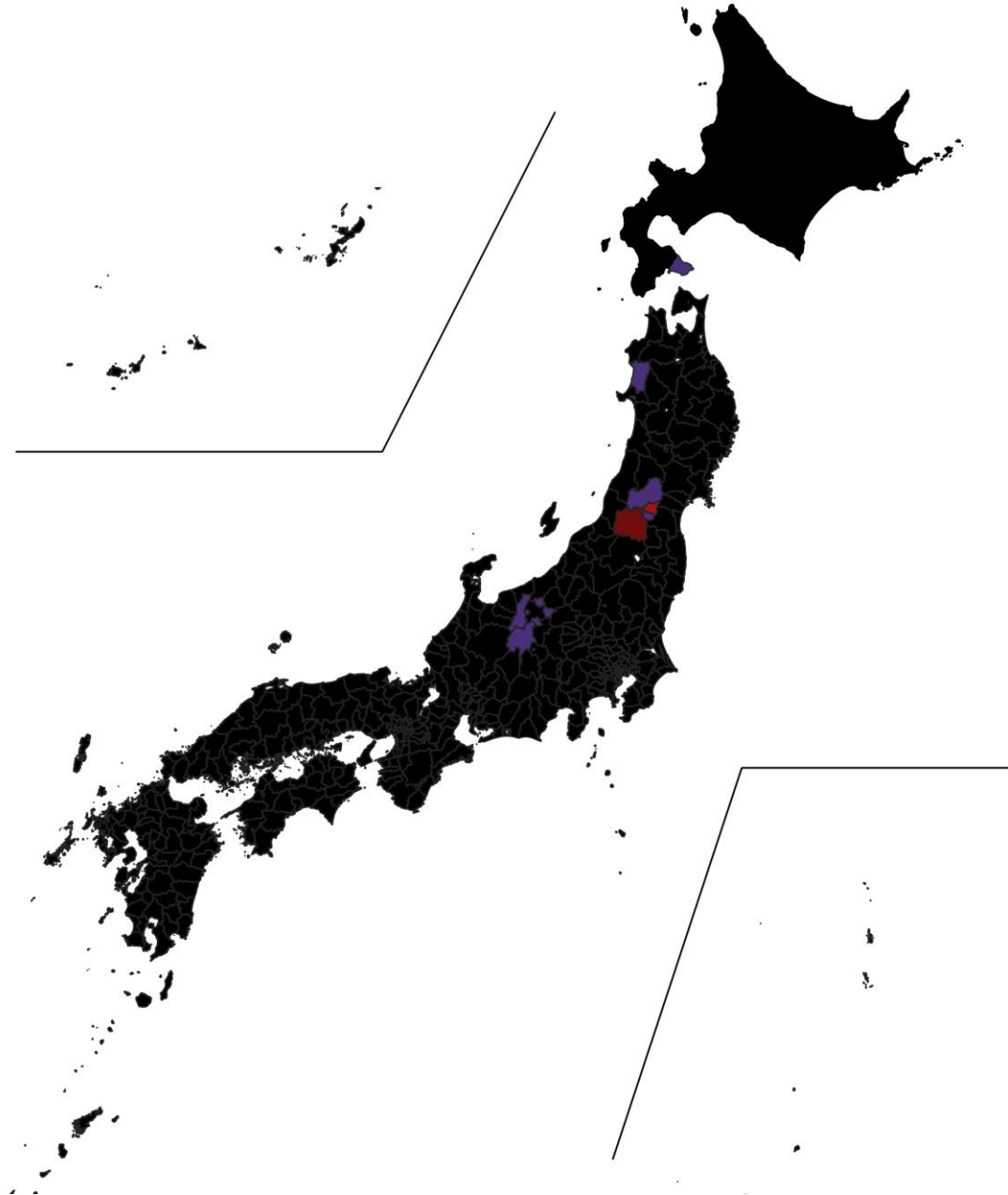
人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ

保健所単位 8/21～8/27

(HER-SYS情報)

人口10万人あたり**1500以上**の保健所管区

- ・ 愛知県清須保健所
- ・ 徳島県徳島保健所
- ・ 香川県中讃保健所
- ・ 高知県高知市保健所
- ・ 福岡県久留米市保健所
- ・ 福岡県田川保健福祉事務所
- ・ 福岡県京築保健福祉環境事務所
- ・ 福岡県糸島保健福祉事務所
- ・ 佐賀県唐津保健福祉事務所
- ・ 長崎県長崎市保健所
- ・ 長崎県対馬保健所
- ・ 長崎県西彼保健所
- ・ 宮崎県都城保健所
- ・ 宮崎県延岡保健所
- ・ 宮崎県日向保健所
- ・ 鹿児島県西之表保健所
- ・ 鹿児島県川薩保健所
- ・ 鹿児島県伊集院保健所
- ・ 鹿児島県始良保健所
- ・ 鹿児島県名瀬保健所
- ・ 鹿児島県屋久島保健所
- ・ 鹿児島県徳之島保健所
- ・ 沖縄県南部保健所
- ・ 沖縄県北部保健所



人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ

保健所単位 8/28～9/3

(HER-SYS情報)

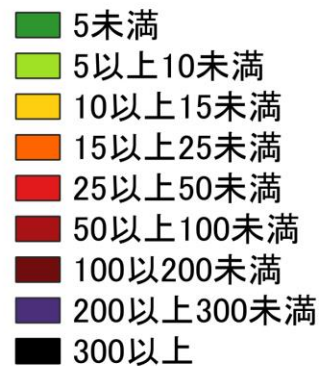
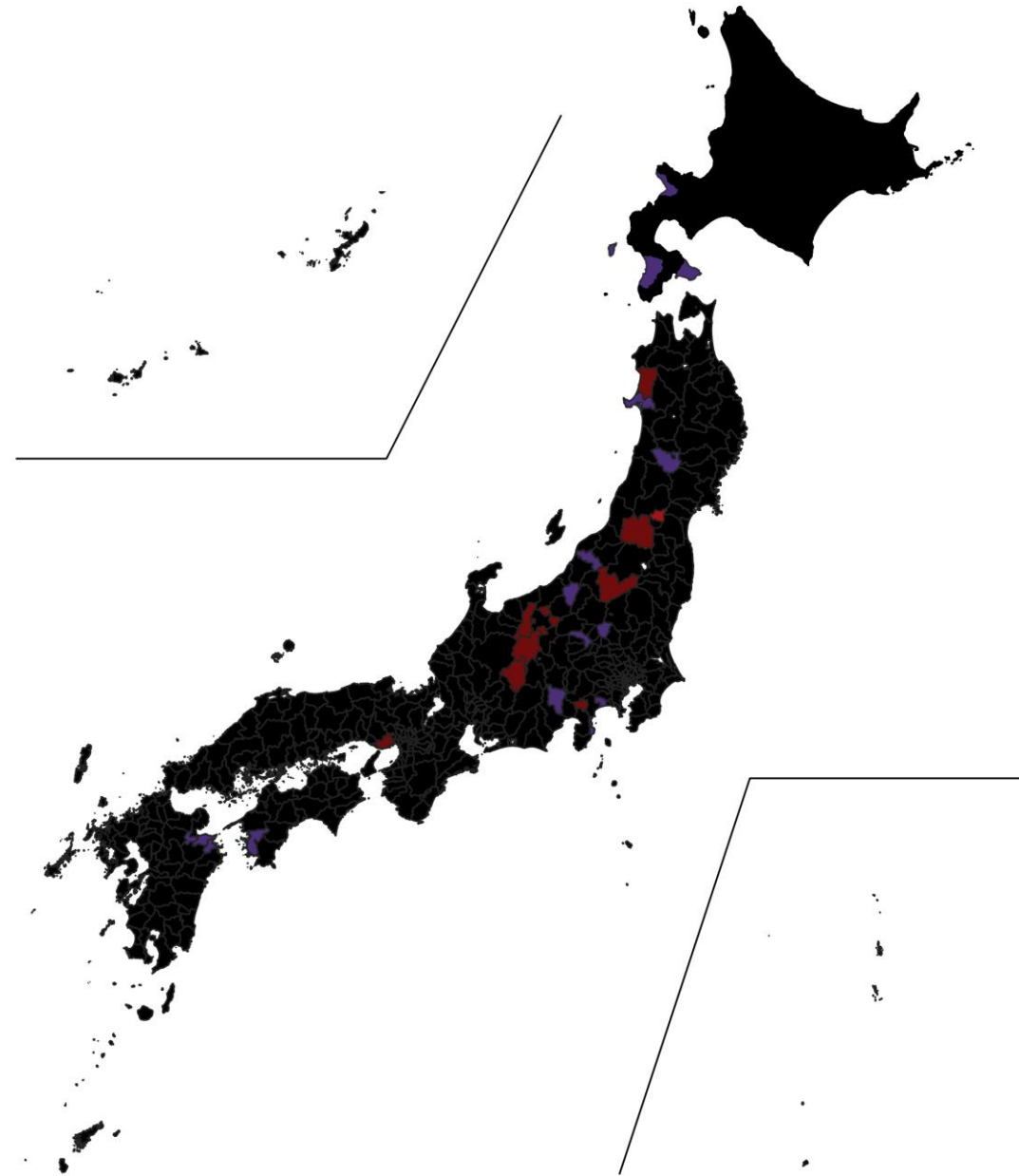
公表遅れによる過小評価の可能性あり

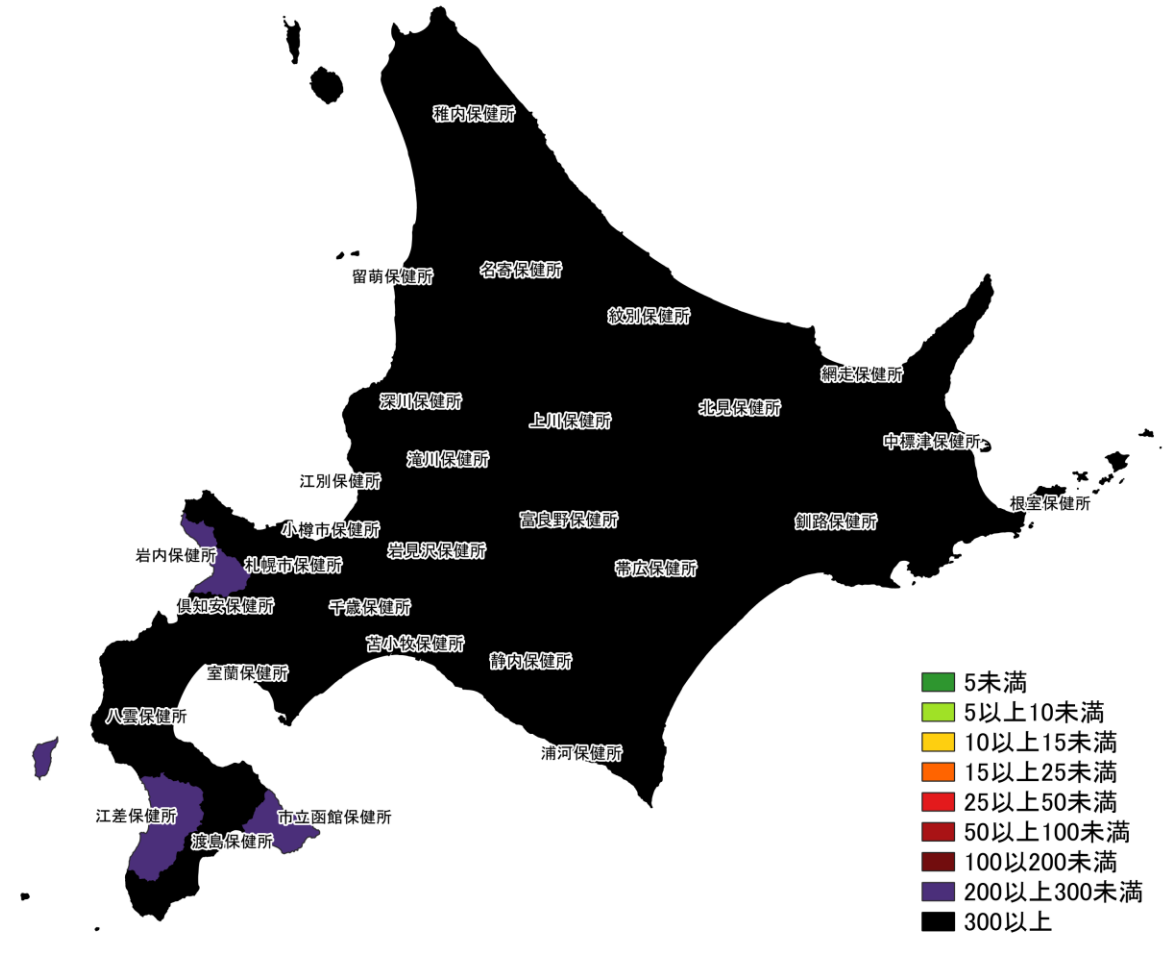
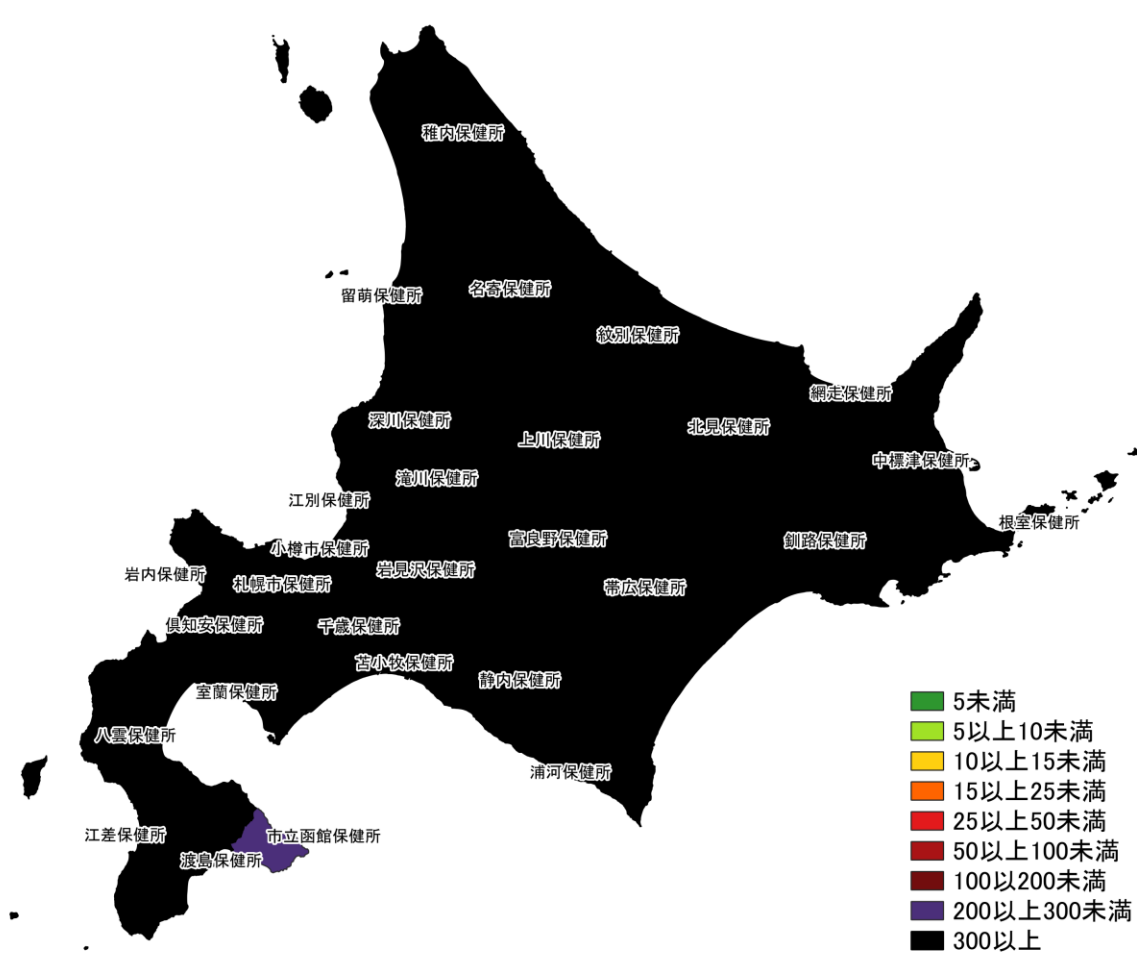
人口10万人あたり**1500以上**の保健所管区

- ・ 愛知県清須保健所

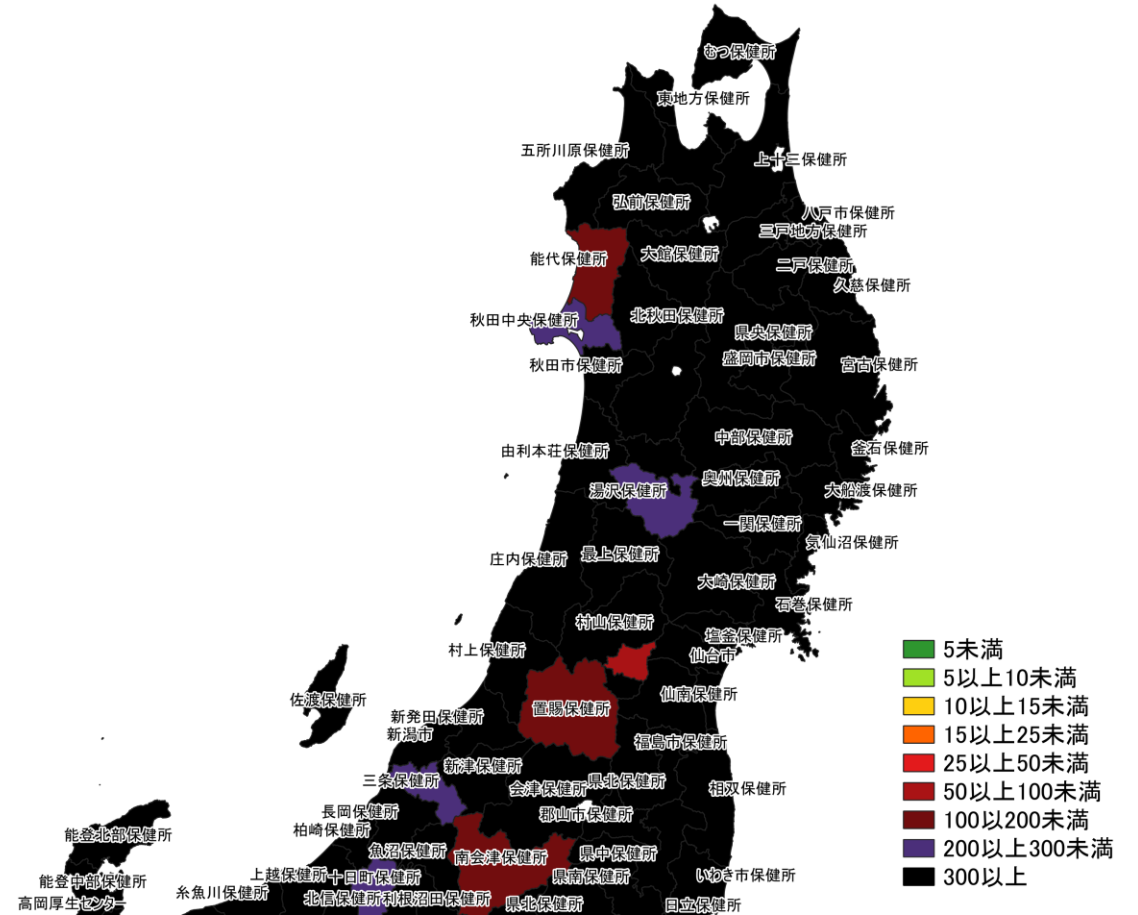
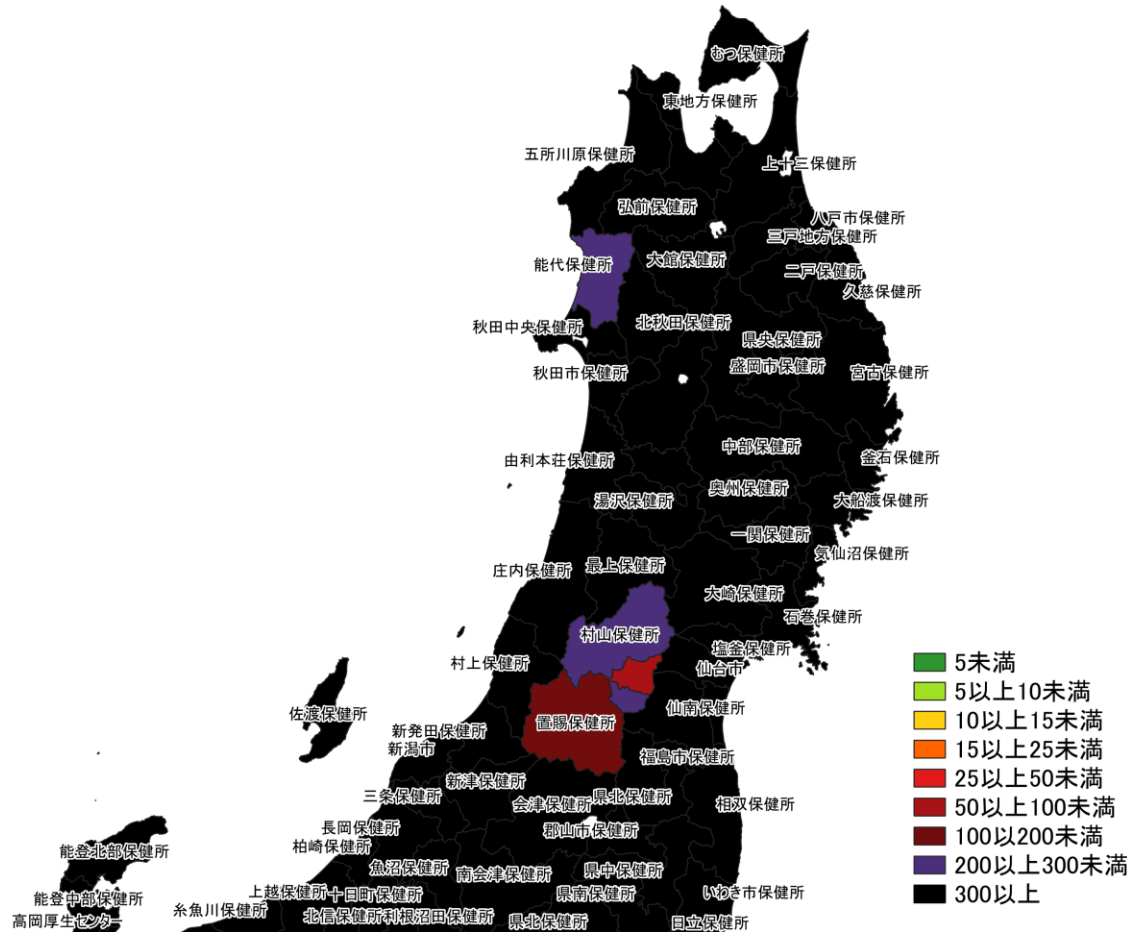
人口10万人あたり**1000以上**の保健所管区

- ・ 新潟県佐渡保健所
- ・ 石川県南加賀保健所
- ・ 福井県丹南保健所
- ・ 京都府中丹東保健所
- ・ 香川県中讃保健所
- ・ 高知県高知市保健所
- ・ 福岡県久留米市保健所
- ・ 福岡県京築保健福祉環境事務所
- ・ 長崎県長崎市保健所
- ・ 長崎県対馬保健所
- ・ 宮崎県日向保健所
- ・ 宮崎県高鍋保健所
- ・ 宮崎県高千穂保健所
- ・ 鹿児島県鹿児島市保健所
- ・ 鹿児島県川薩保健所
- ・ 鹿児島県伊集院保健所
- ・ 鹿児島県始良保健所
- ・ 鹿児島県名瀬保健所
- ・ 鹿児島県徳之島保健所
- ・ 沖縄県南部保健所
- ・ 沖縄県北部保健所

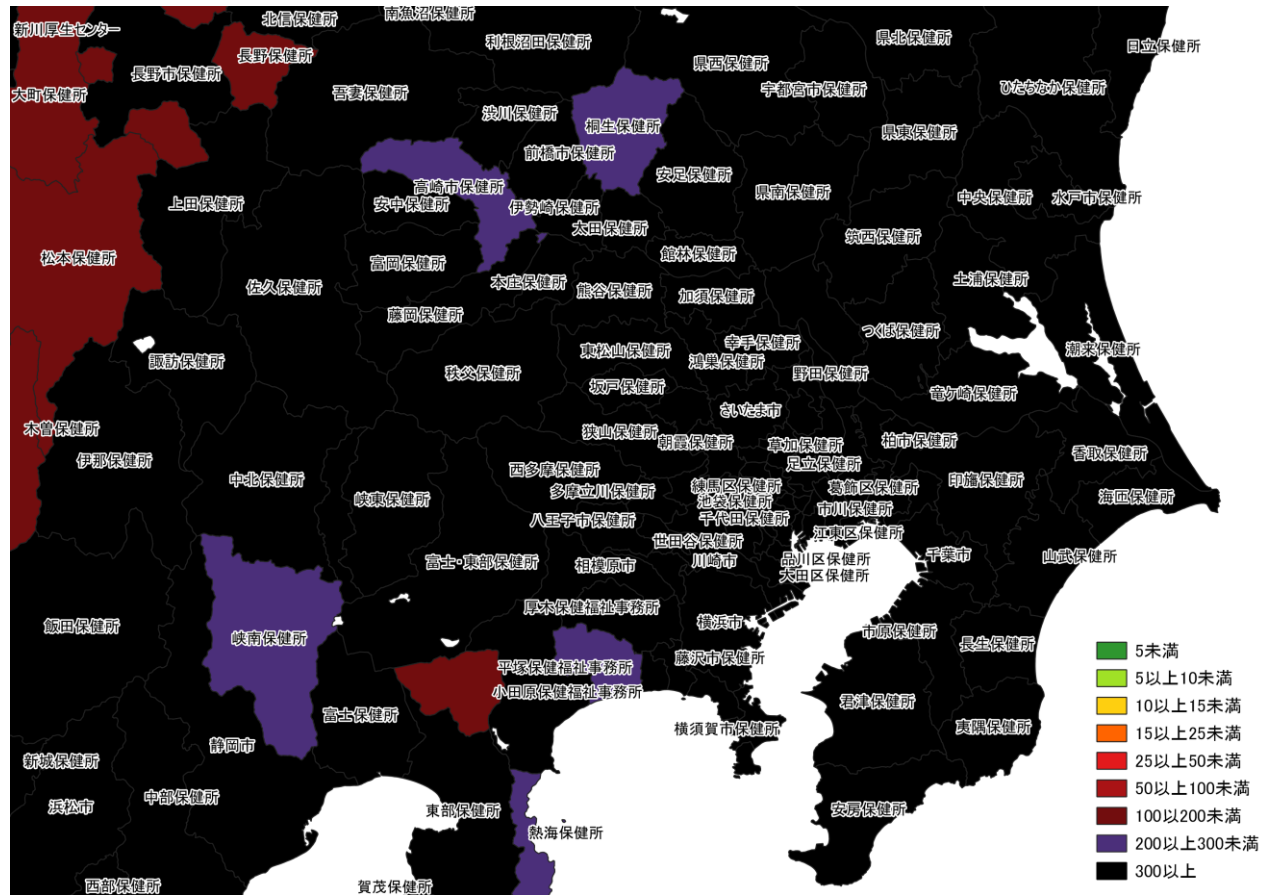
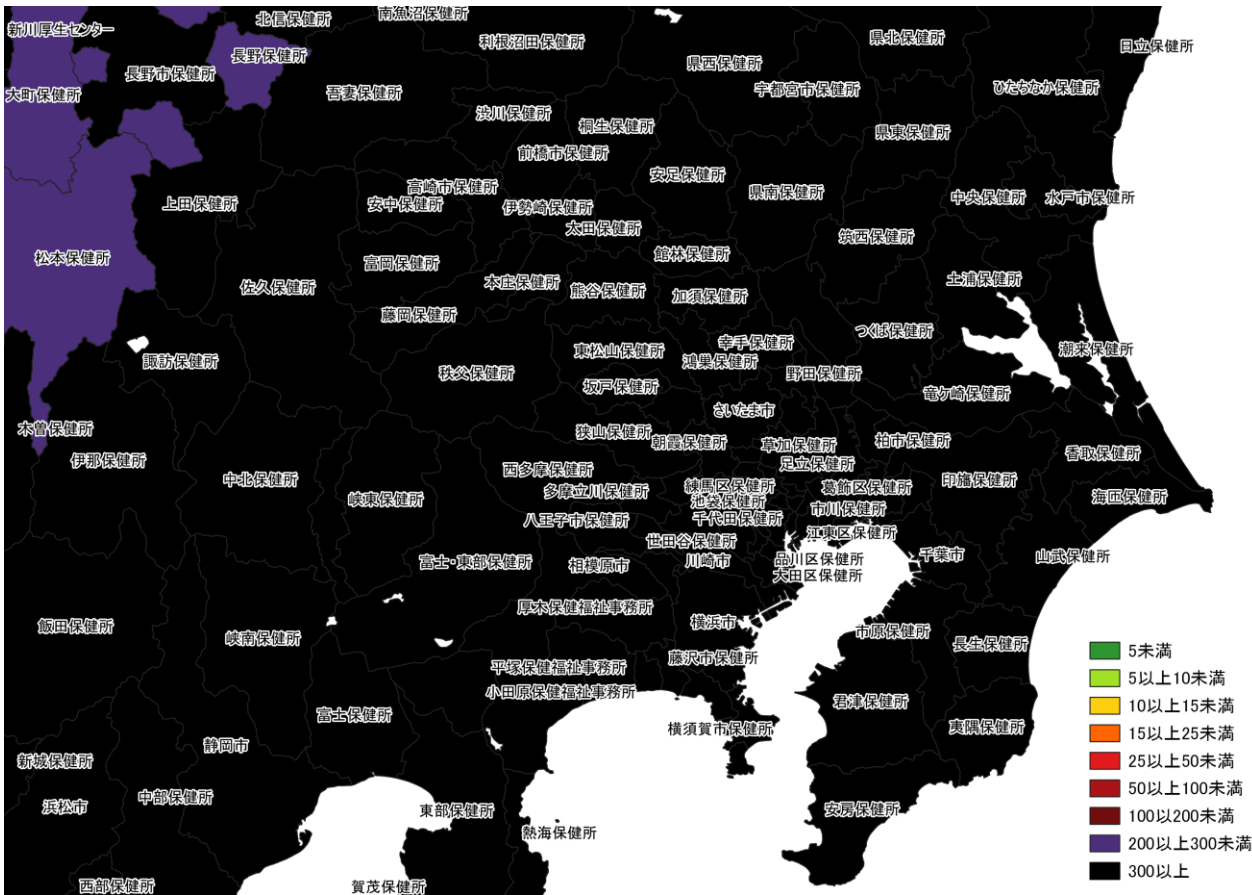




人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
北海道 (HER-SYS情報)



人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
東北地域 (HER-SYS情報)



8/21~ 8/27

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
首都圏（HER-SYS情報）

8/28~ 9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり



8/21～ 8/27

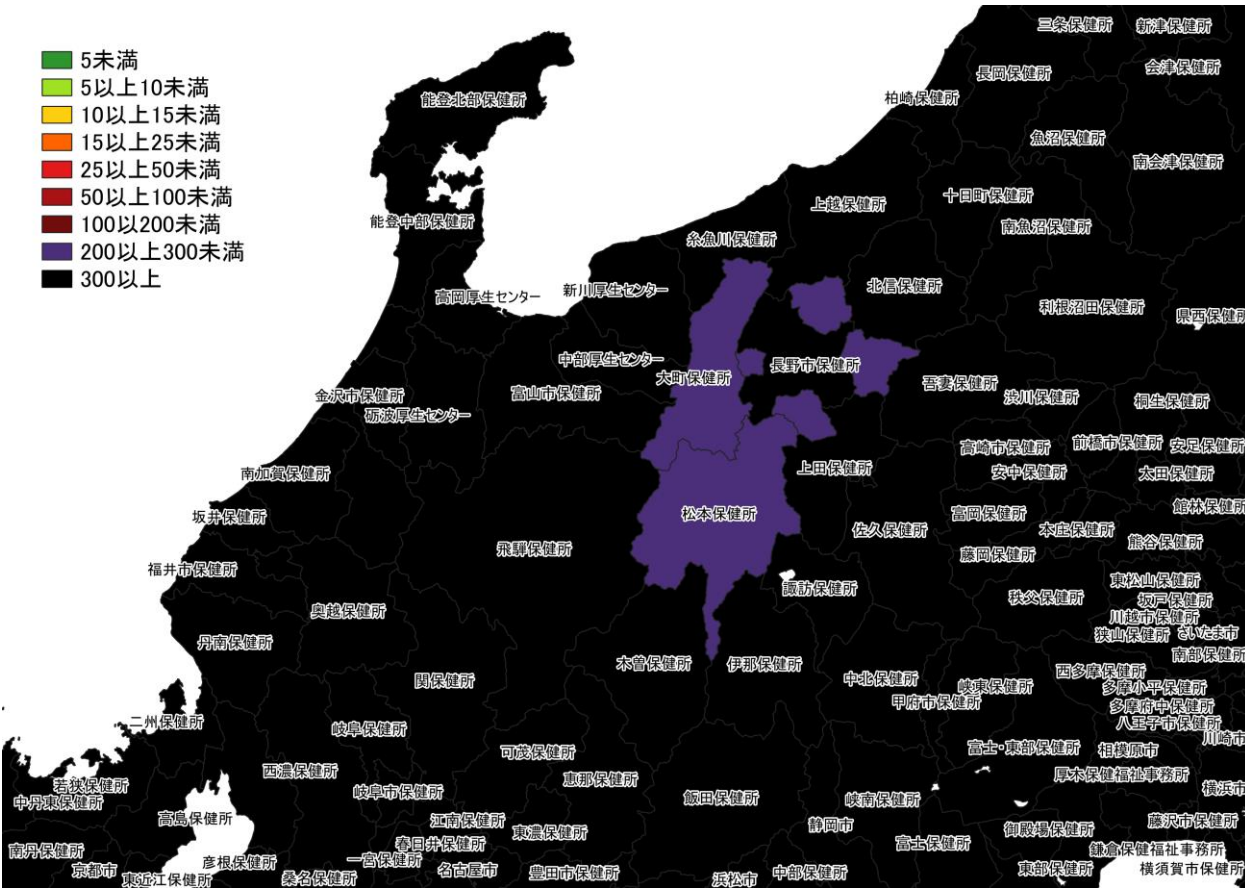
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
東京周辺（HER-SYS情報）



8/28～ 9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり

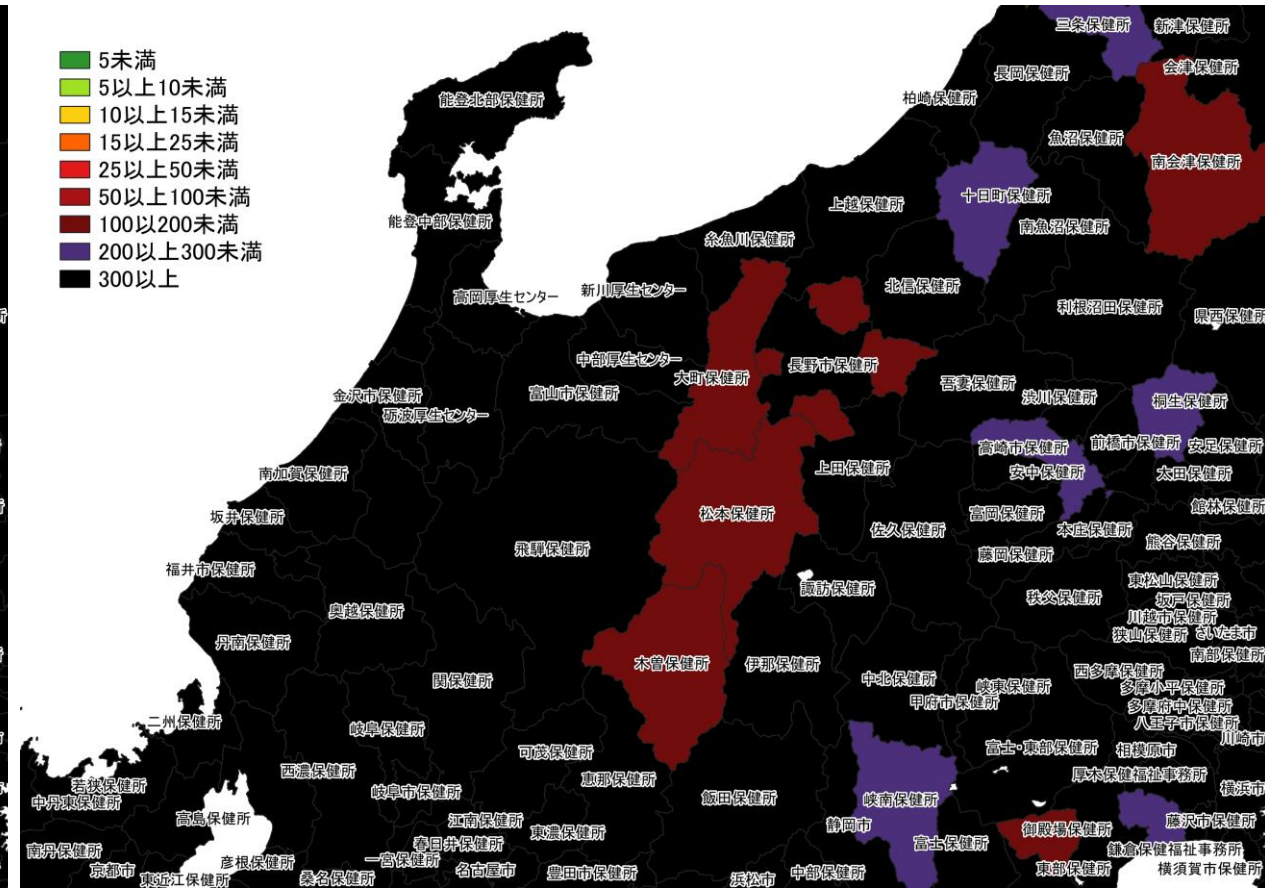
- 5未満
- 5以上10未満
- 10以上15未満
- 15以上25未満
- 25以上50未満
- 50以上100未満
- 100以上200未満
- 200以上300未満
- 300以上



8/21～8/27

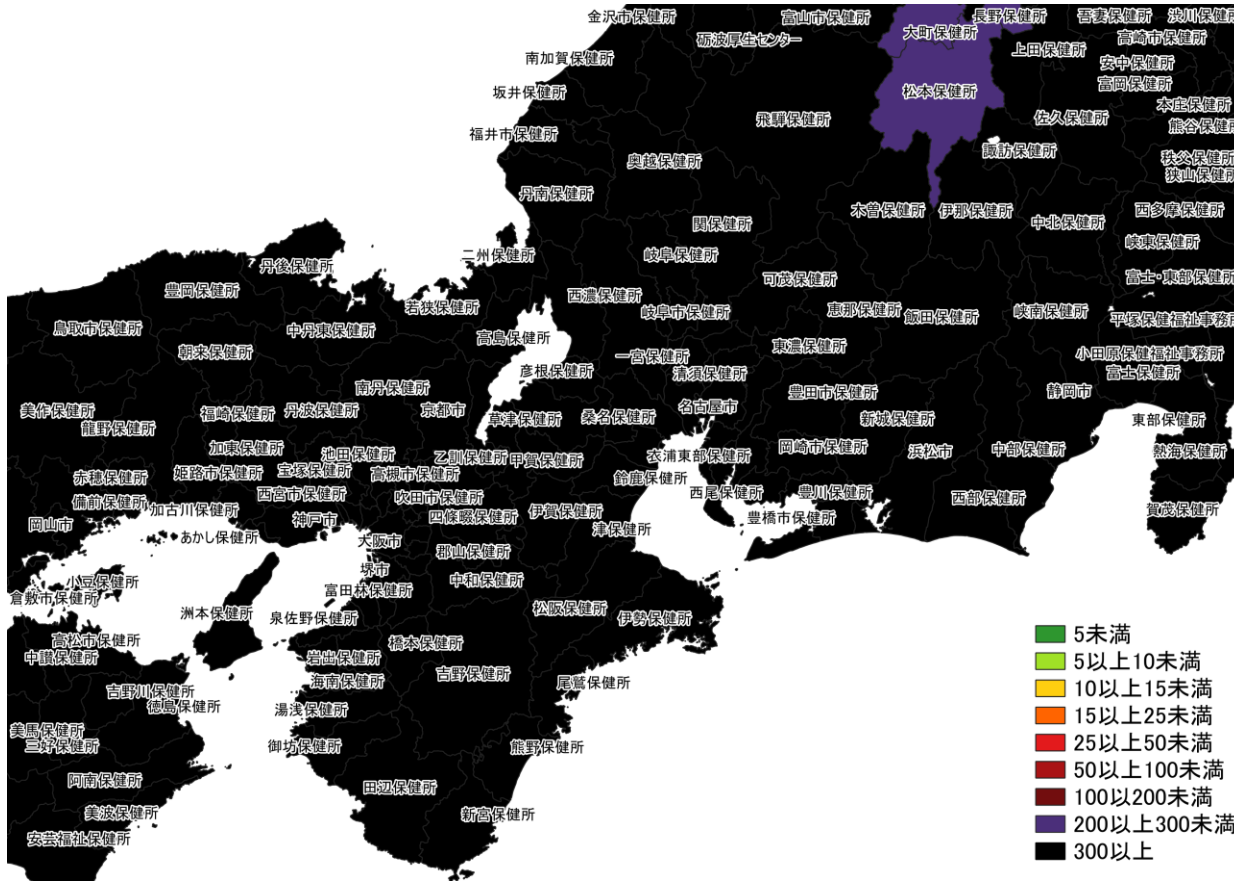
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
北陸・中部地域（HER-SYS情報）

- 5未満
- 5以上10未満
- 10以上15未満
- 15以上25未満
- 25以上50未満
- 50以上100未満
- 100以上200未満
- 200以上300未満
- 300以上

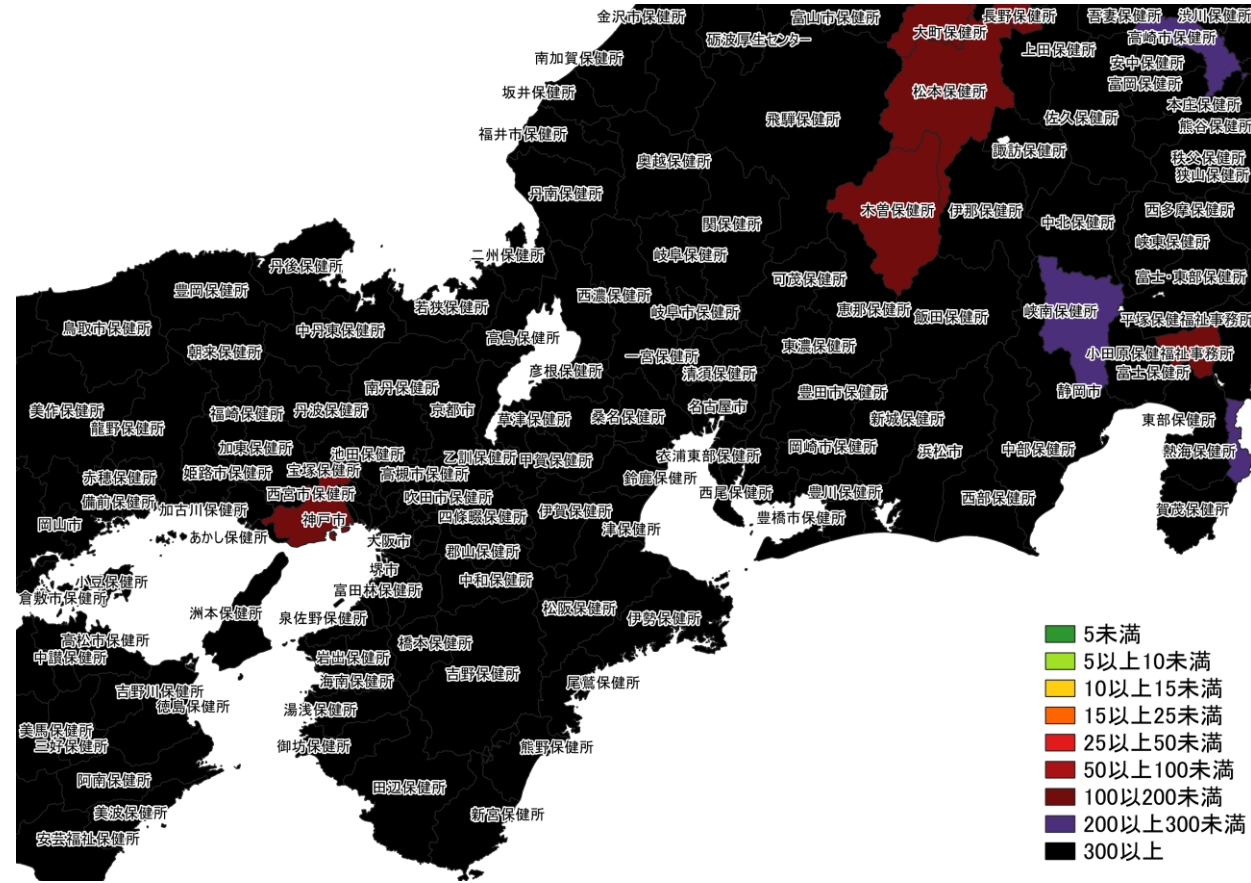


8/28～9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり



8/21~ 8/27



8/28~ 9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
関西・中京圏 (HER-SYS情報)



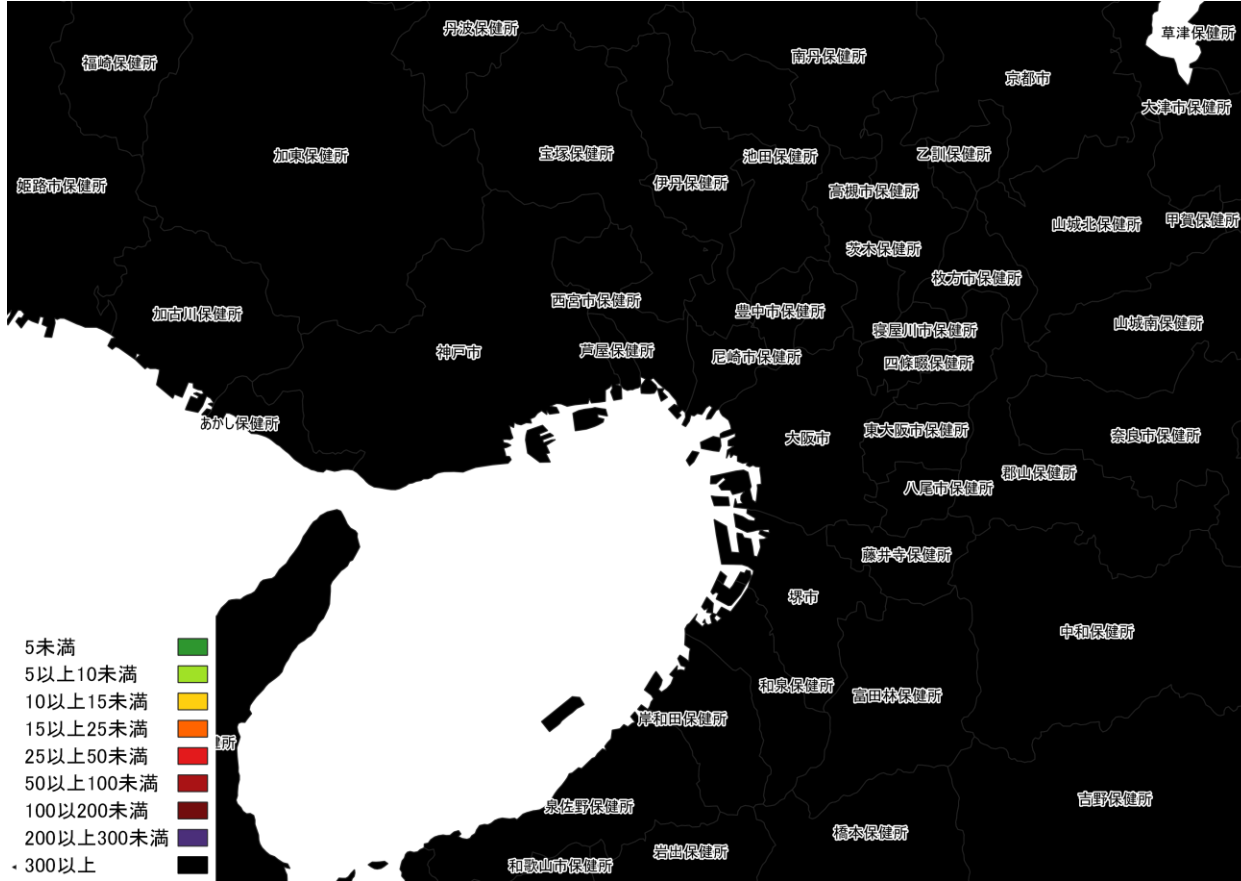
8/21～ 8/27

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
名古屋周辺（HER-SYS情報）

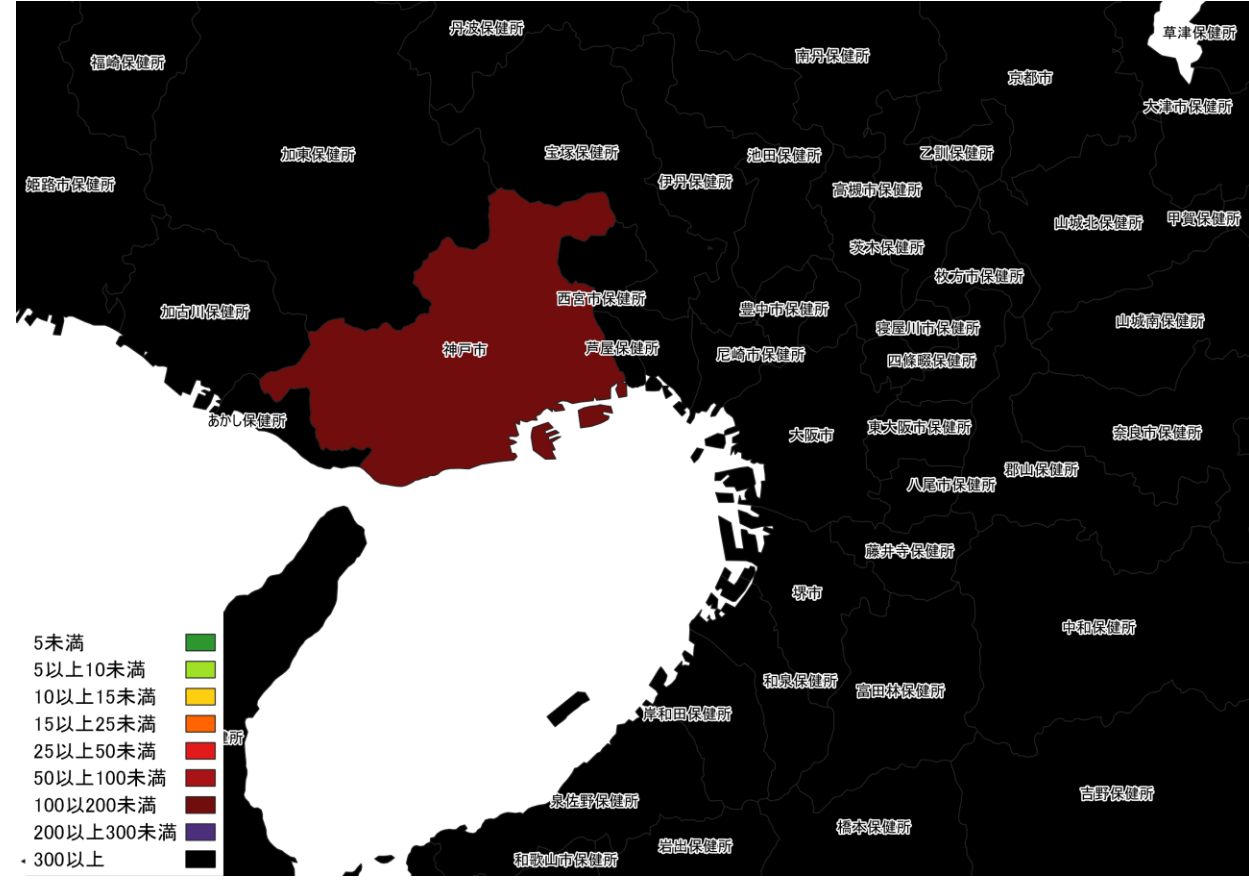


8/28～ 9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり



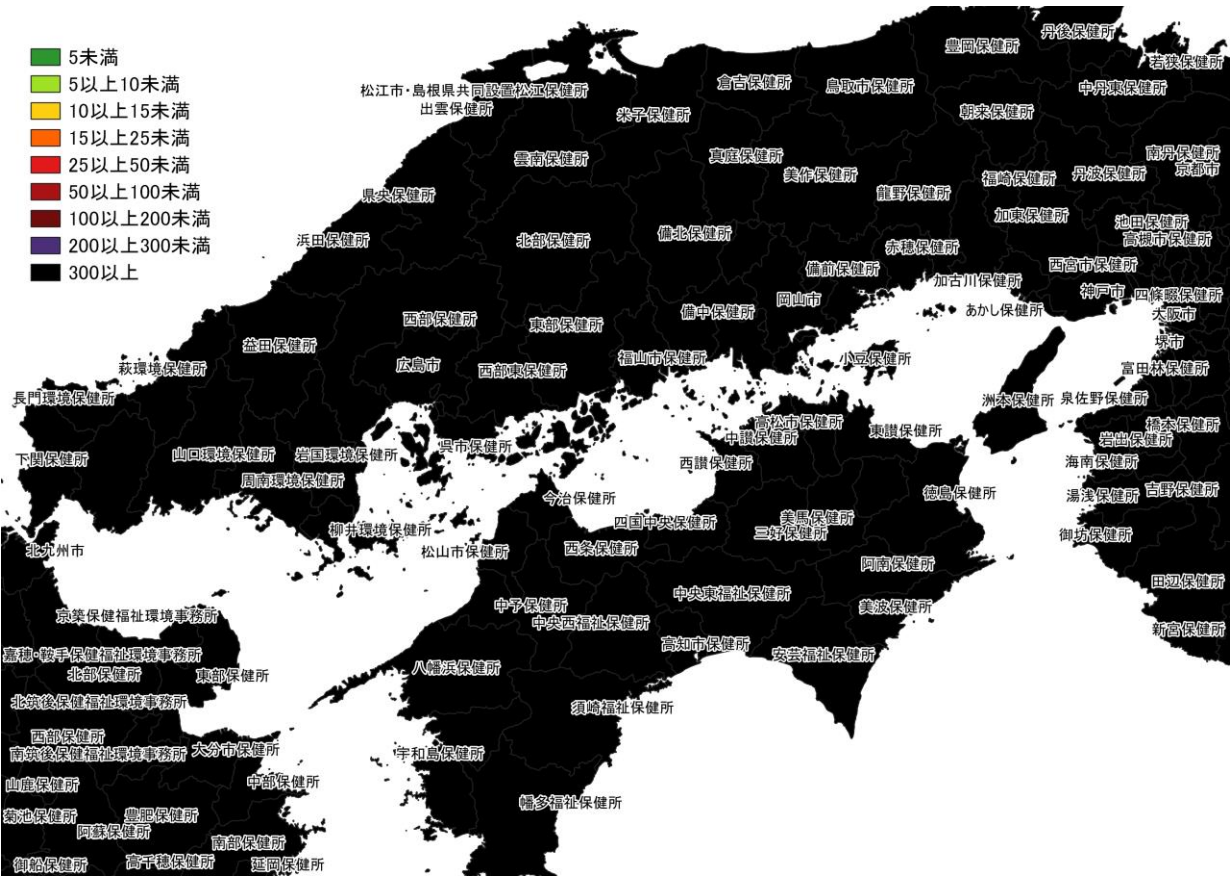
8/21～ 8/27



8/28～ 9/3

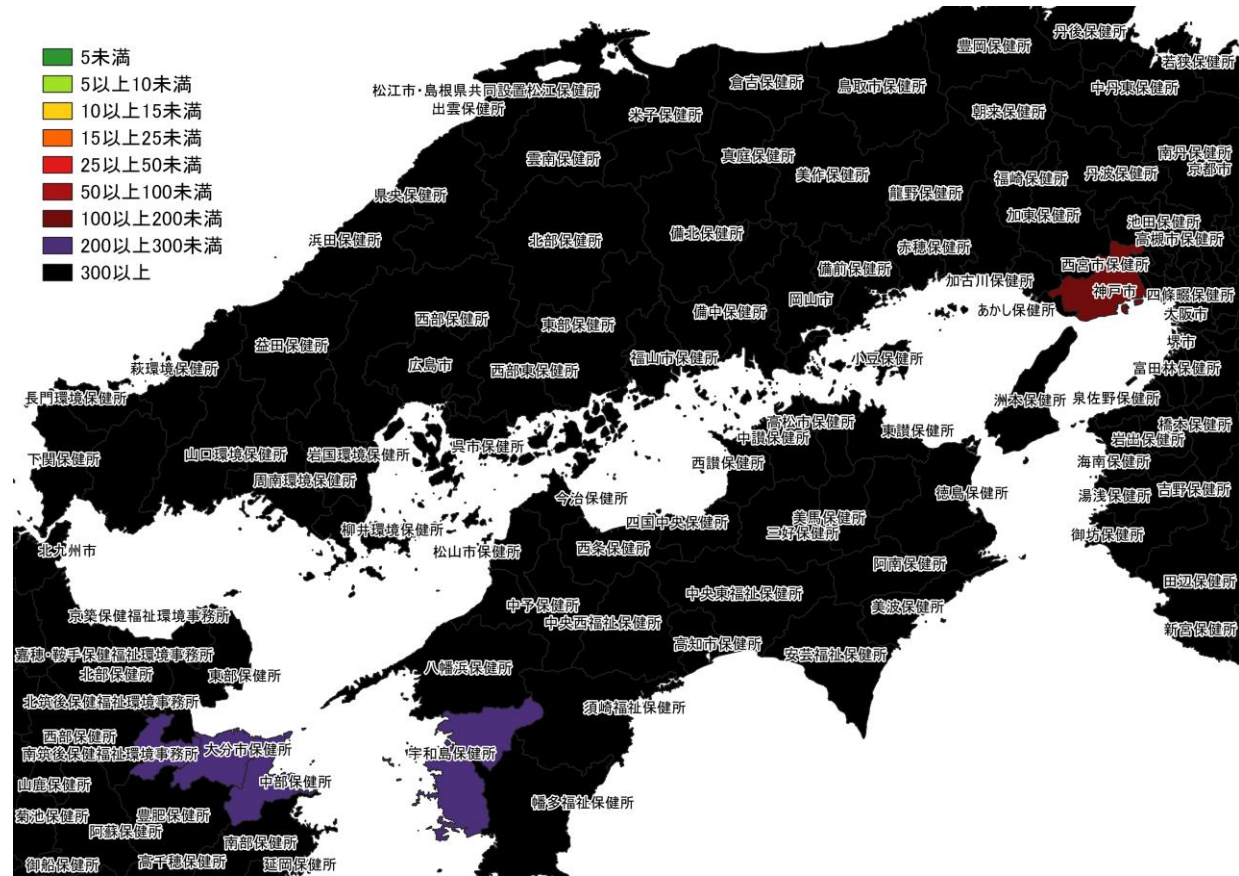
入力遅れによる過小評価の可能性あり

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
大阪周辺（HER-SYS情報）



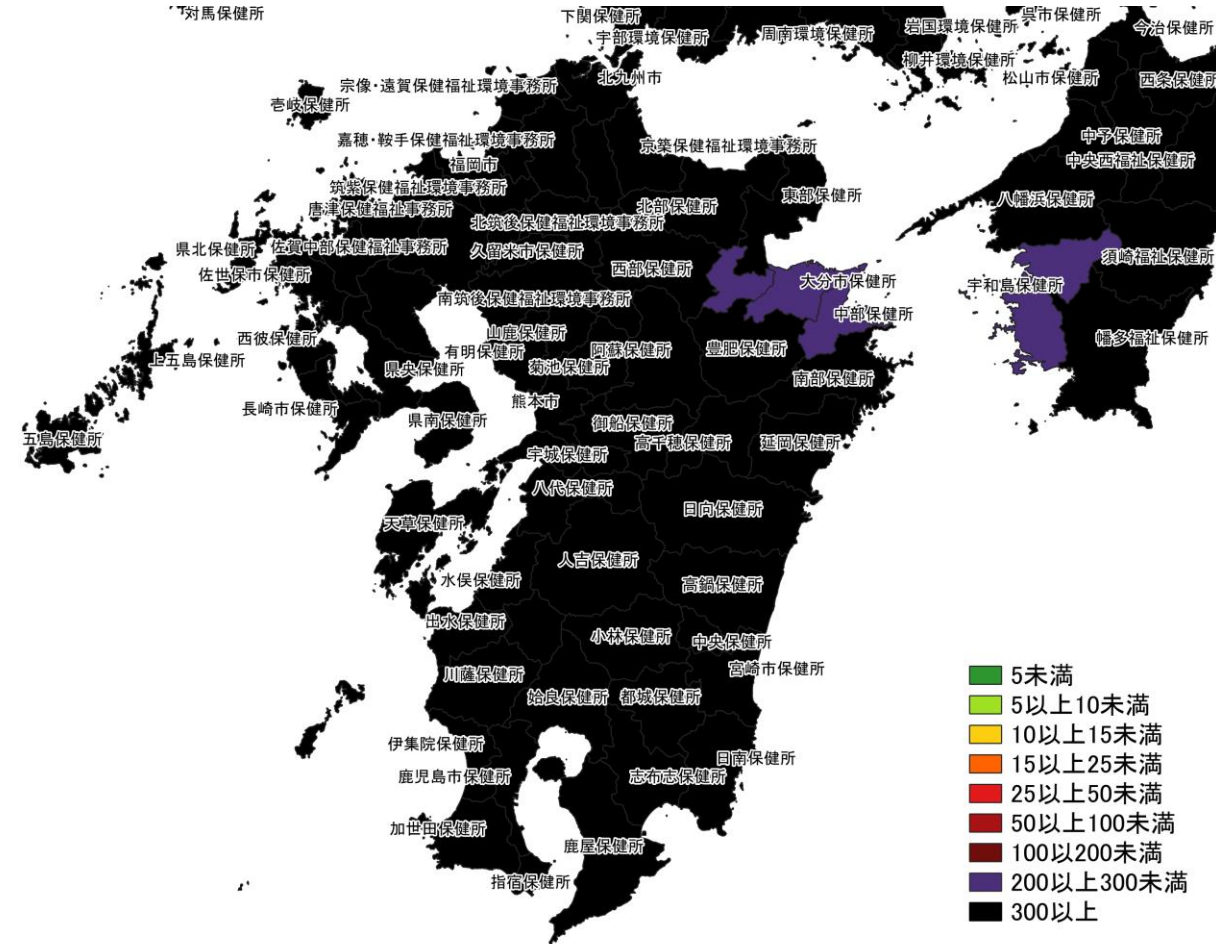
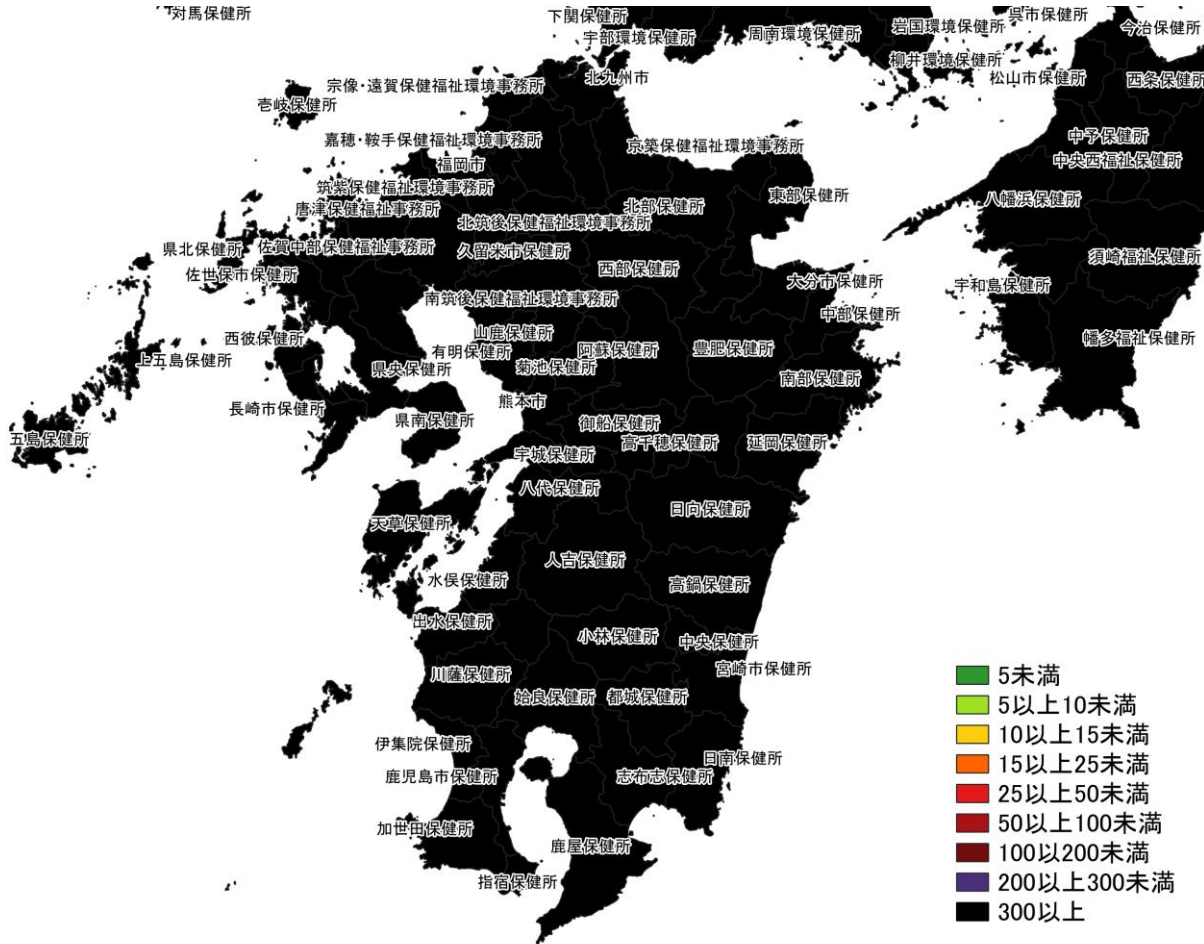
8/21~8/27

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
中国・四国地域 (HER-SYS情報)



8/28~9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり



人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
九州地域（HER-SYS情報）



人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
沖縄周辺（HER-SYS情報）

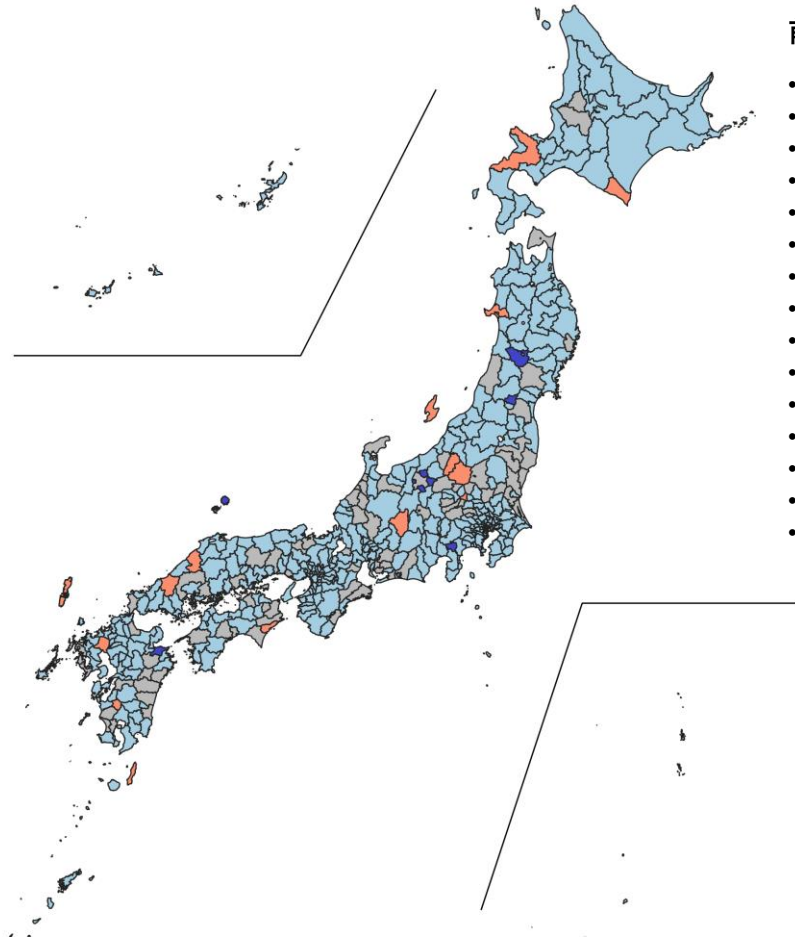
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

使用データ

- 2022年9月5日時点のHER-SYSデータを用いて、保健所管区別の7日間累積新規症例報告数（診断日）の、前週との比を
図示する。
- 前週比マップでは、前週の症例数が0の場合、データを得られなかった場合は比を算出できないためNAとした。
- 集計は日曜日から土曜日であり、疫学週（月曜日から日曜日）とは異なる。
- **データ入力や公表の遅れを考慮し、直近1週間は参考資料とする。**

まとめ

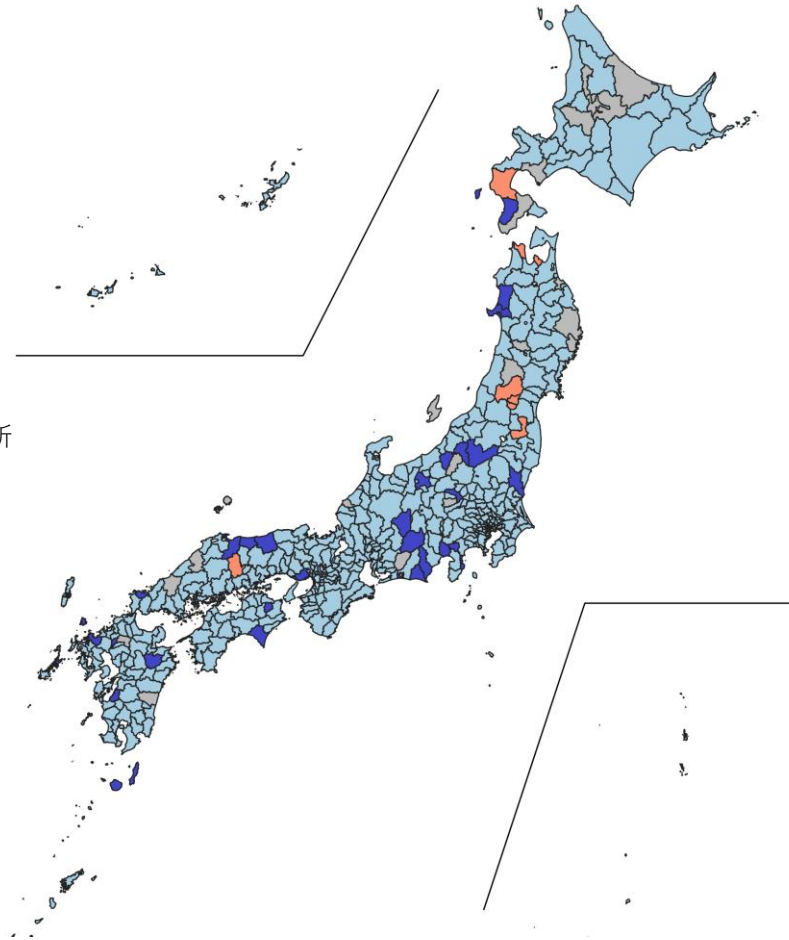
- 全国的に2週連続で前週比0.9を下回っている（入力遅れの可能性あり）。
- 前週比0.5を下回る保健所管区が増加（入力遅れの可能性あり）。
- 前週比2を上回る保健所管区はなかった（入力遅れの可能性あり）。



前週比1.1以上の保健所管区

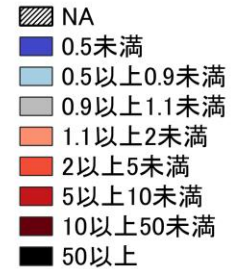
- 北海道浦河保健所
- 北海道倶知安保健所
- 秋田県秋田中央保健所
- 群馬県伊勢崎保健所
- 群馬県利根沼田保健所
- 新潟県佐渡保健所
- 新潟県南魚沼保健所
- 長野県木曾保健所
- 島根県益田保健所
- 島根県県央保健所
- 徳島県美波保健所
- 佐賀県佐賀中部保健福祉事務所
- 長崎県対馬保健所
- 鹿児島県西之表保健所
- 鹿児島県大口保健所

8/14~8/20
8/21~8/27



前週比1.1以上の保健所管区

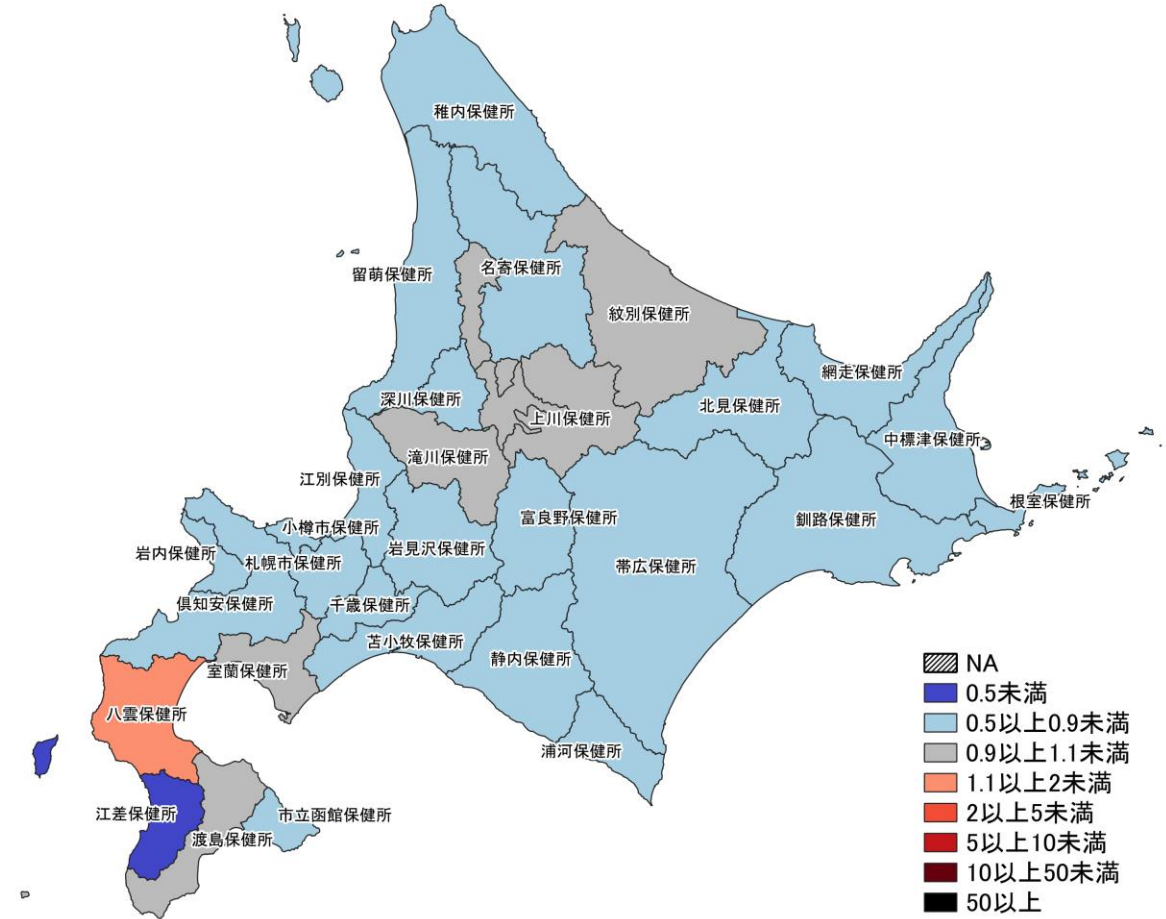
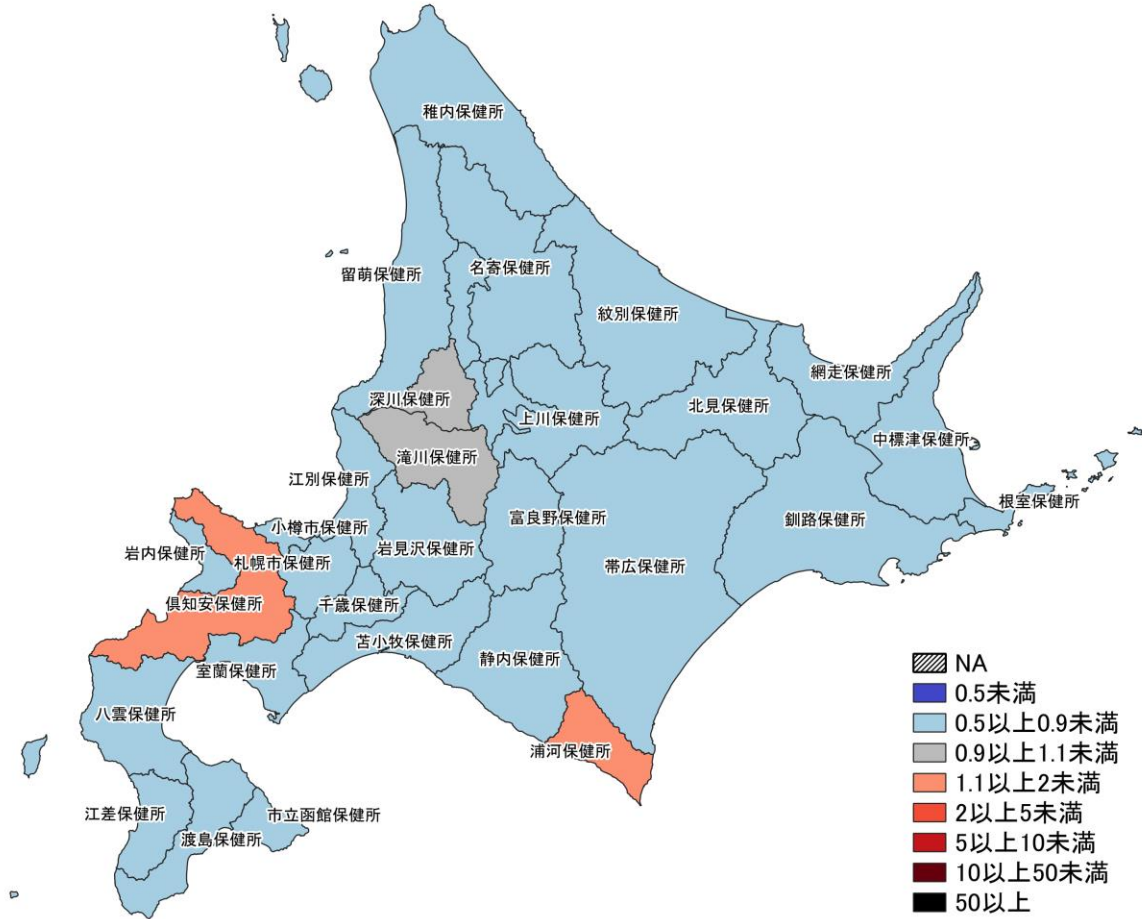
- 北海道八雲保健所
- 青森県東地方保健所
- 山形県山形市保健所
- 山形県村山保健所
- 福島県県北保健所
- 岡山県備北保健所



8/21~8/27
8/28~9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり

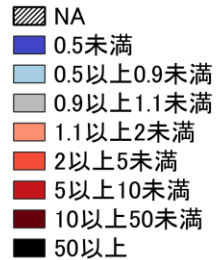
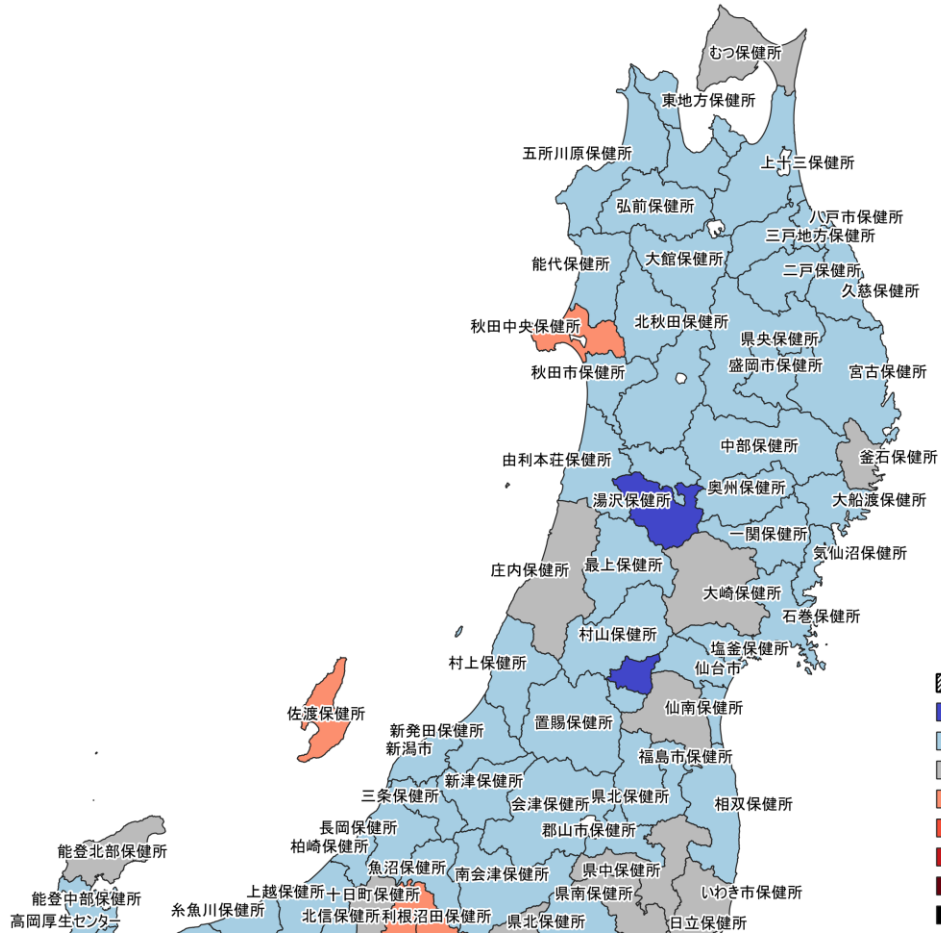
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
保健所単位 (HER-SYS情報)



8/21~8/27

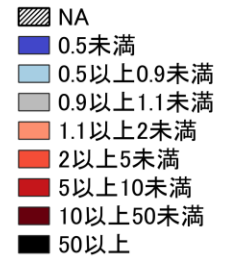
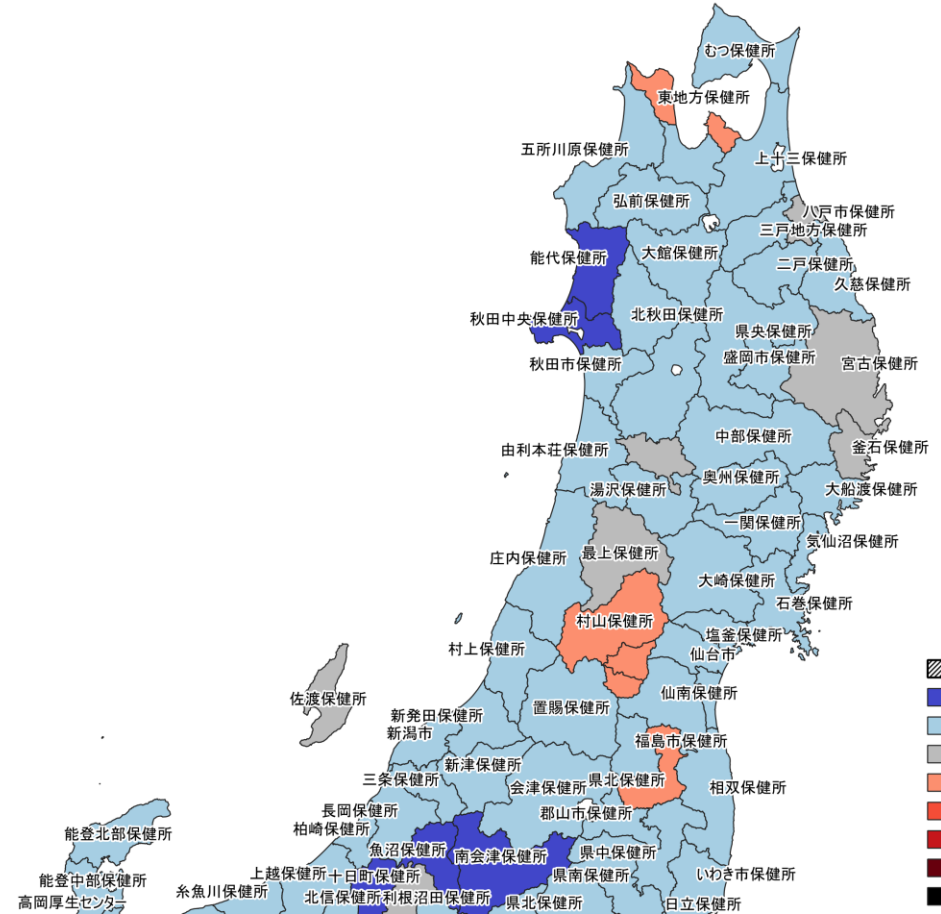
8/28~9/3 入力遅れによる過小評価の可能性あり

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
北海道 (HER-SYS情報)



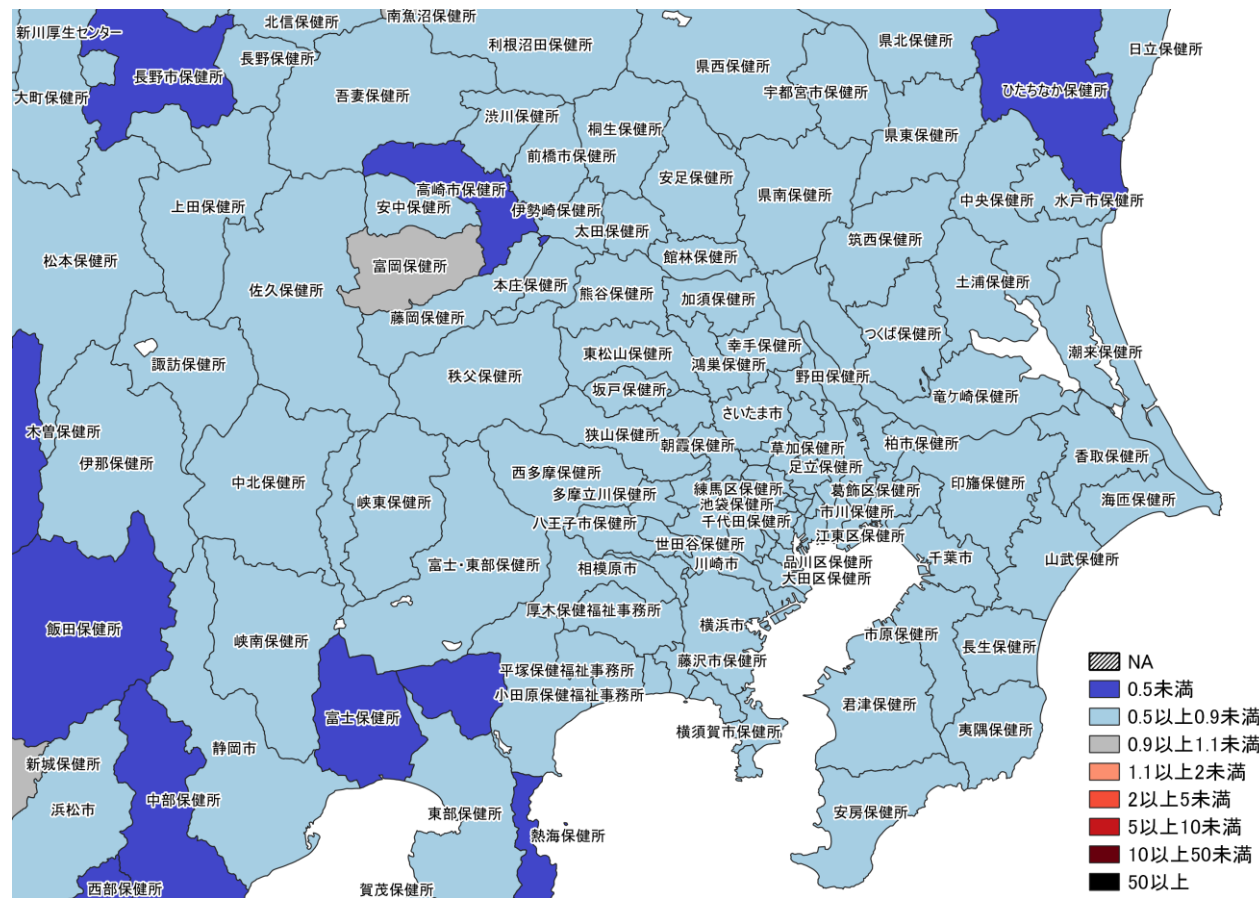
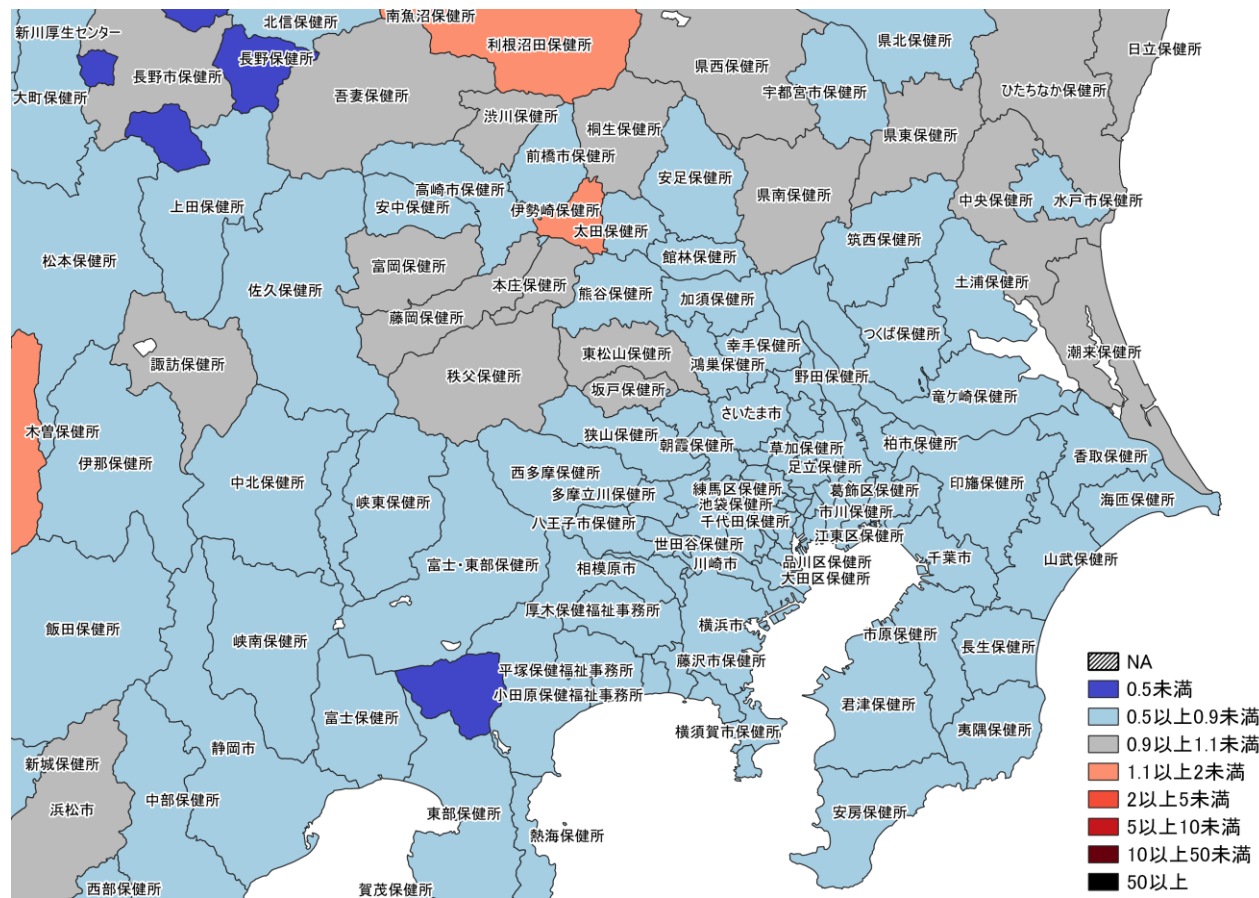
8/14~8/20
8/21~8/27

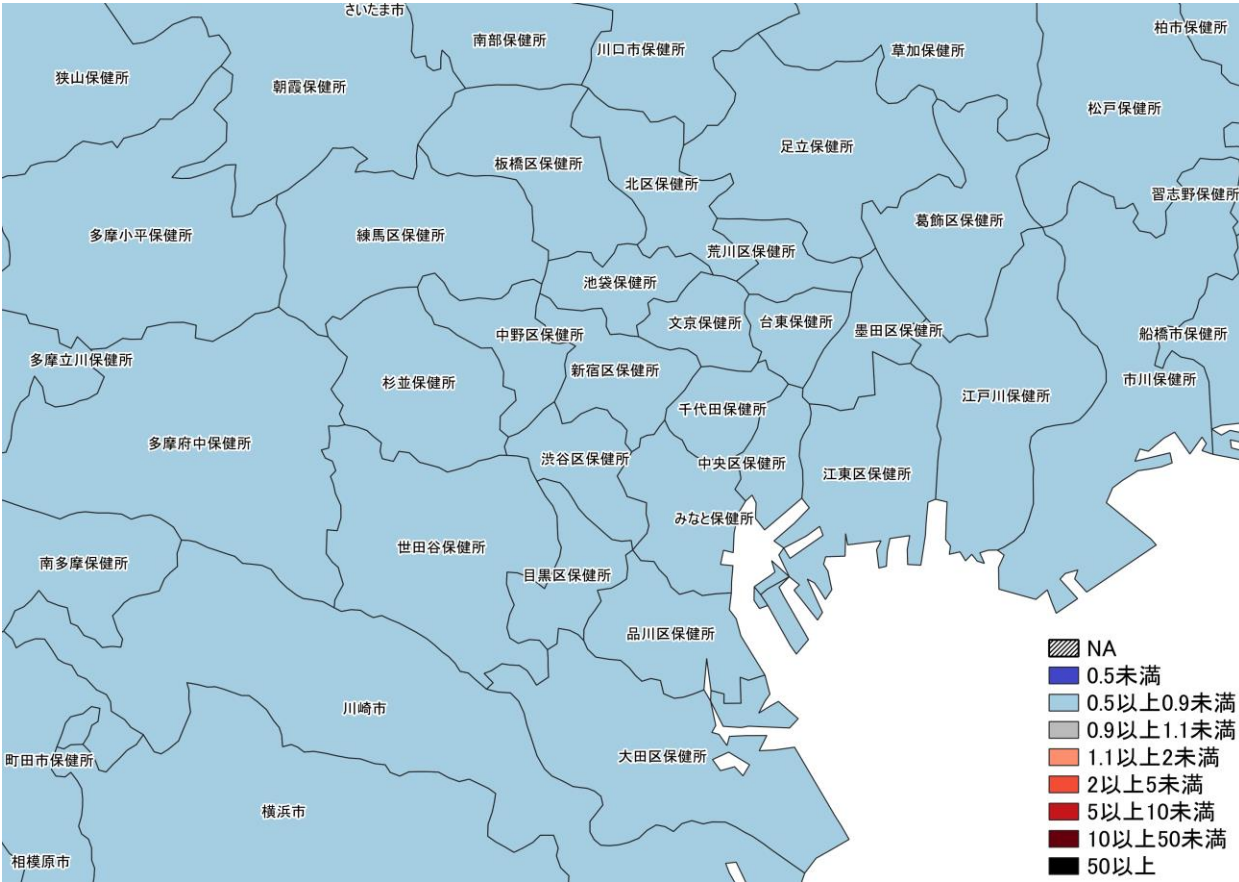
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
東北地域 (HER-SYS情報)



8/21~8/27
8/28~9/3

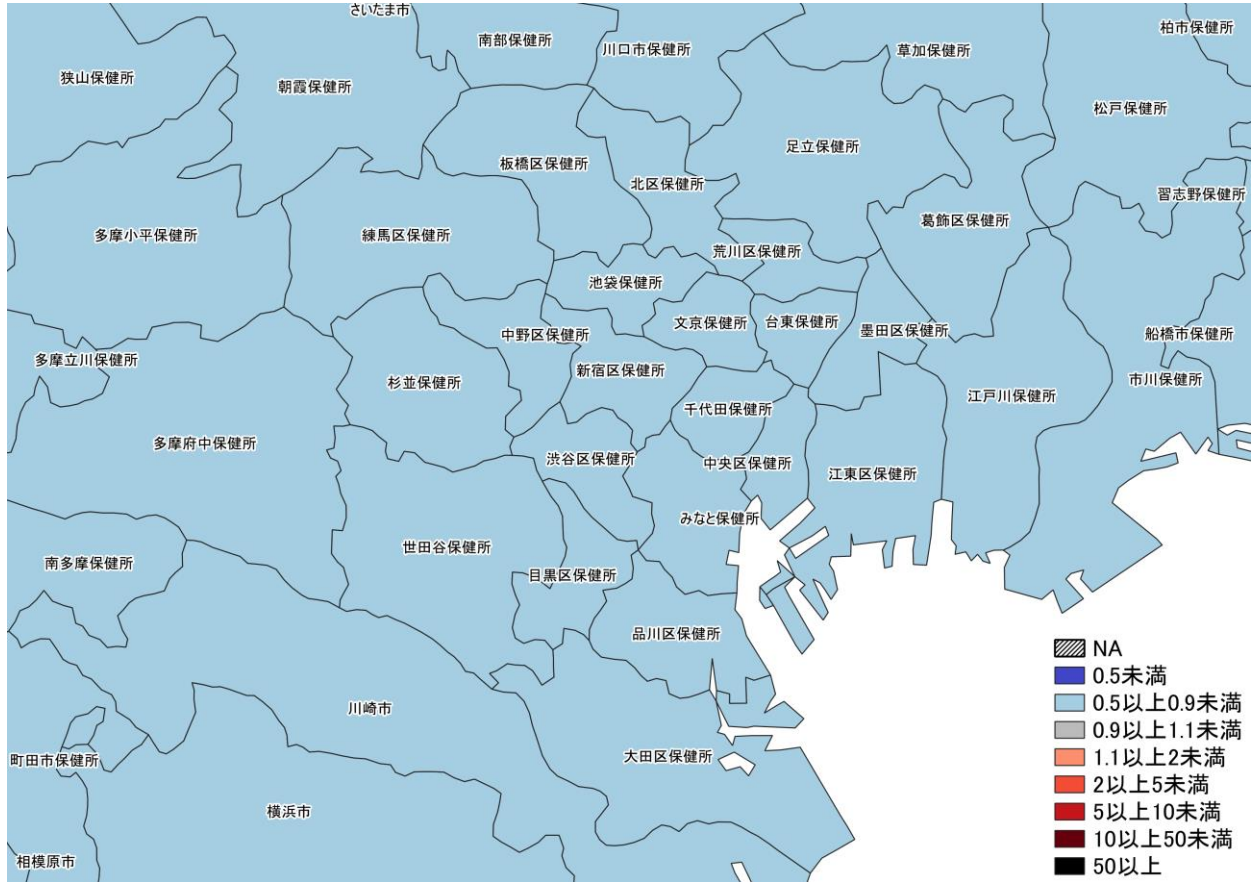
入力遅れによる過小評価の可能性あり





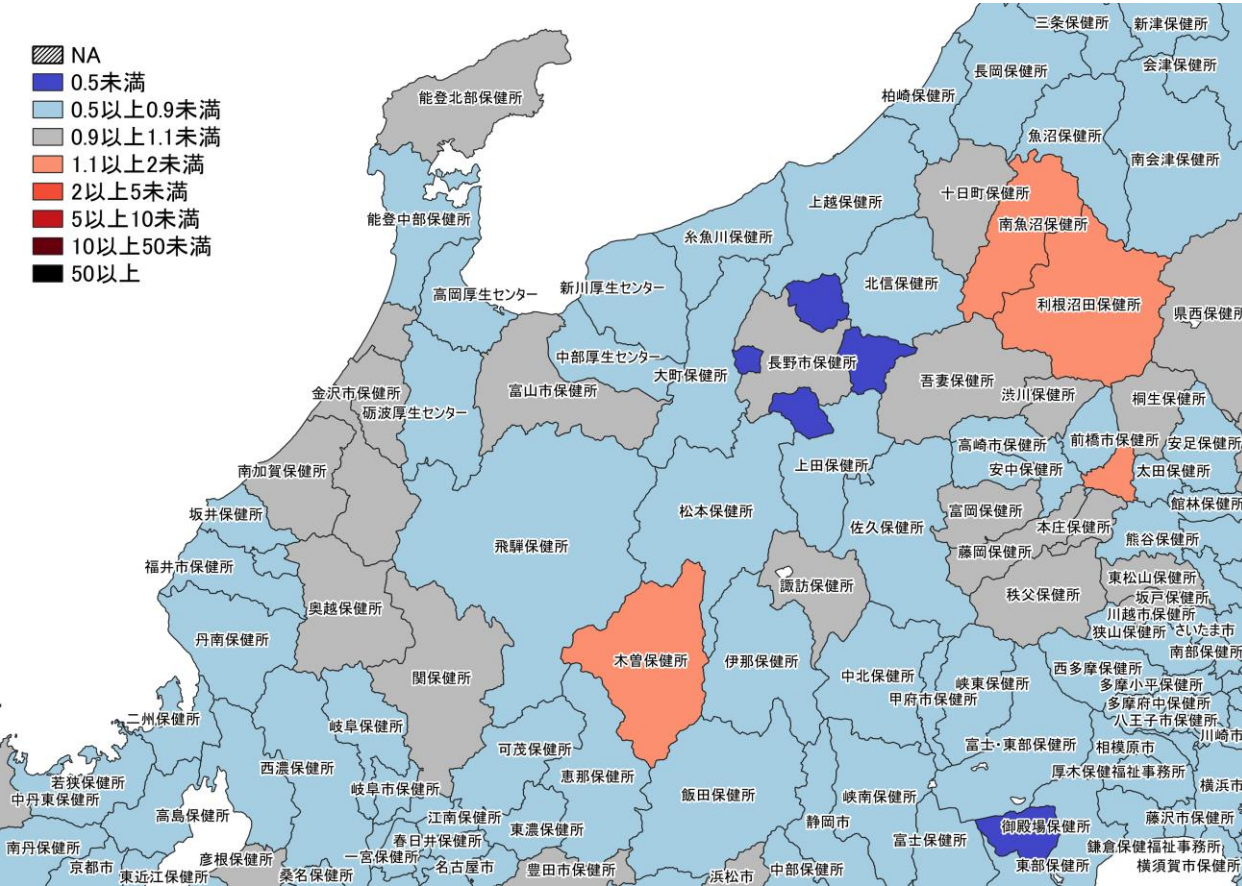
8/14~8/20
8/21~8/27

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
東京周辺 (HER-SYS情報)



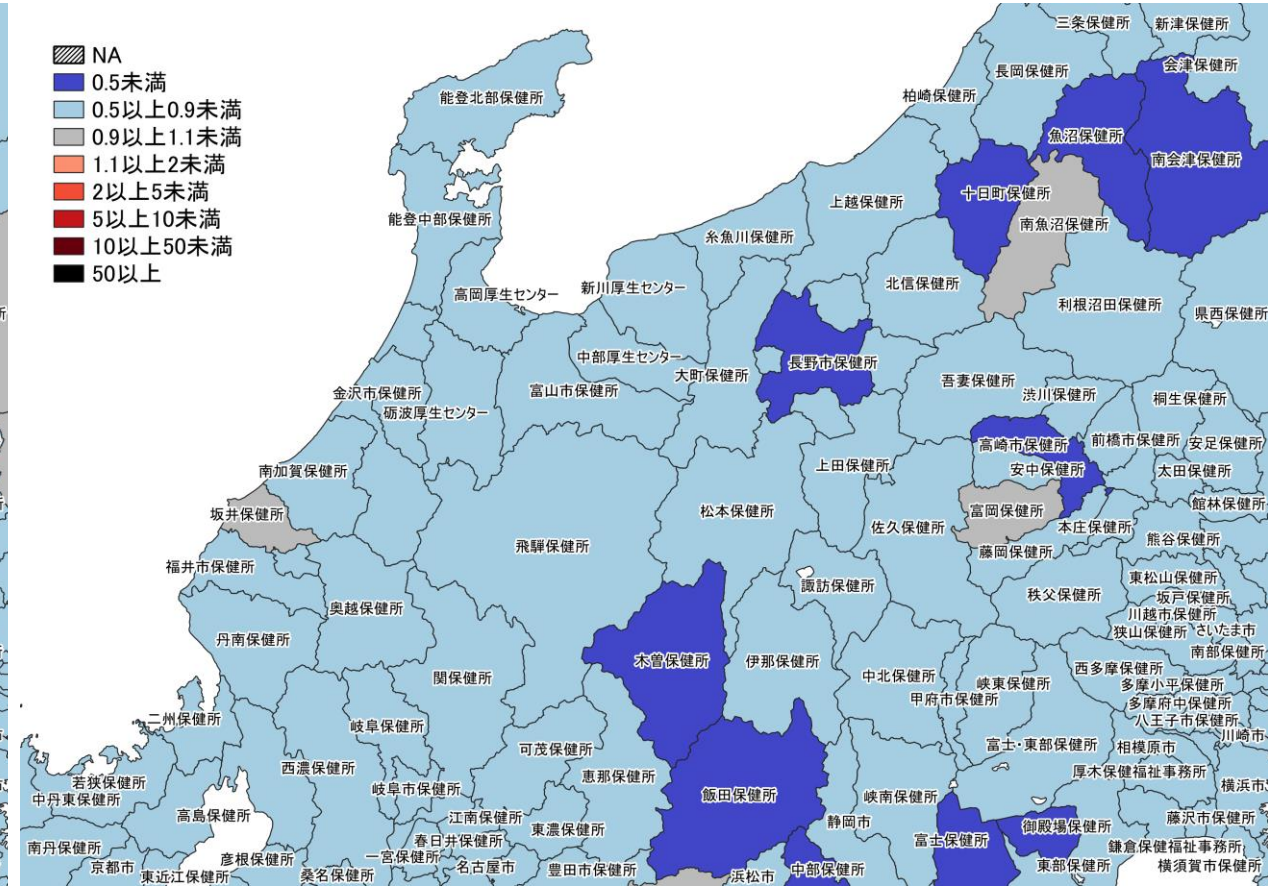
8/21~8/27
8/28~9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり

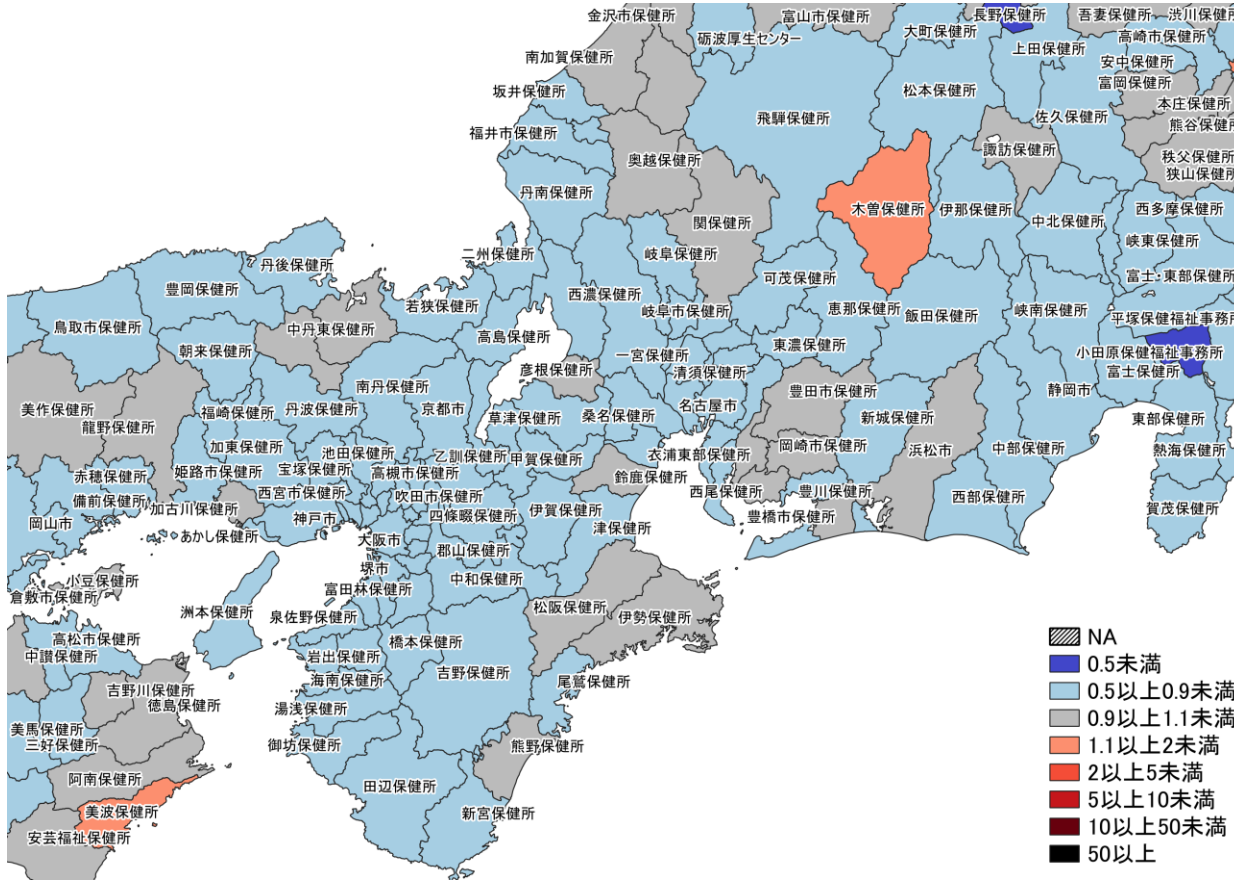


8/14~8/20
8/21~8/27

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
北陸・中部地域 (HER-SYS情報)

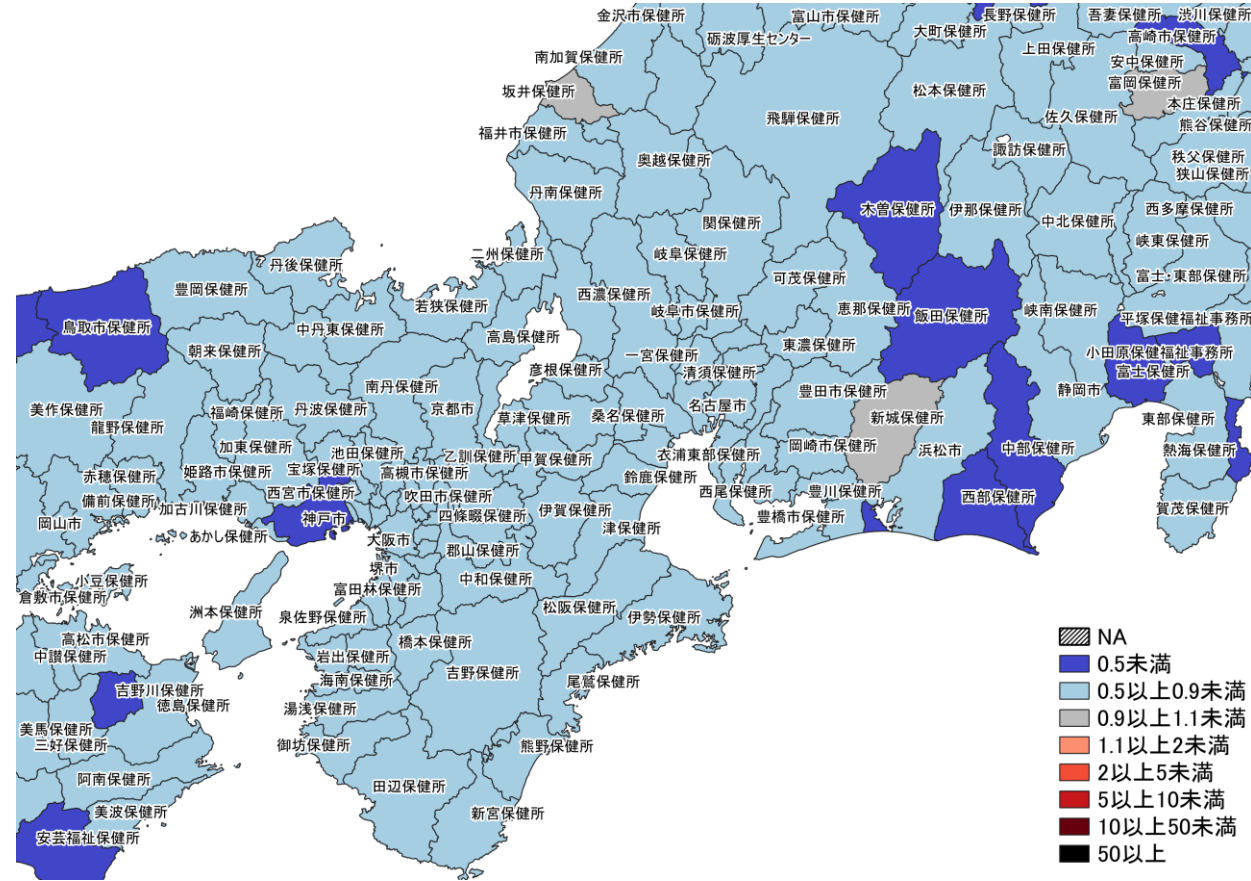


8/21~8/27
8/28~9/3 入力遅れによる過小評価の可能性あり



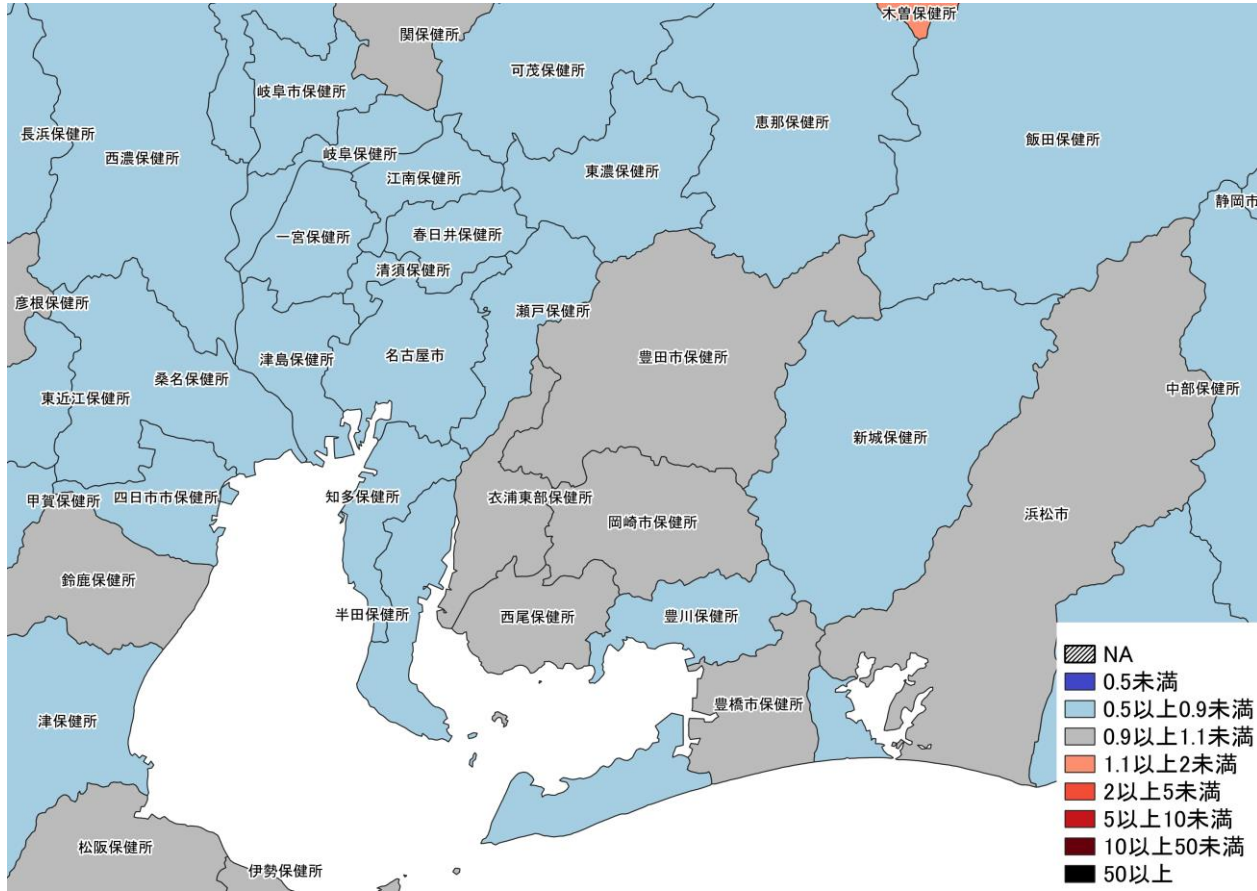
8/14~8/20
8/21~8/27

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
関西・中京圏 (HER-SYS情報)



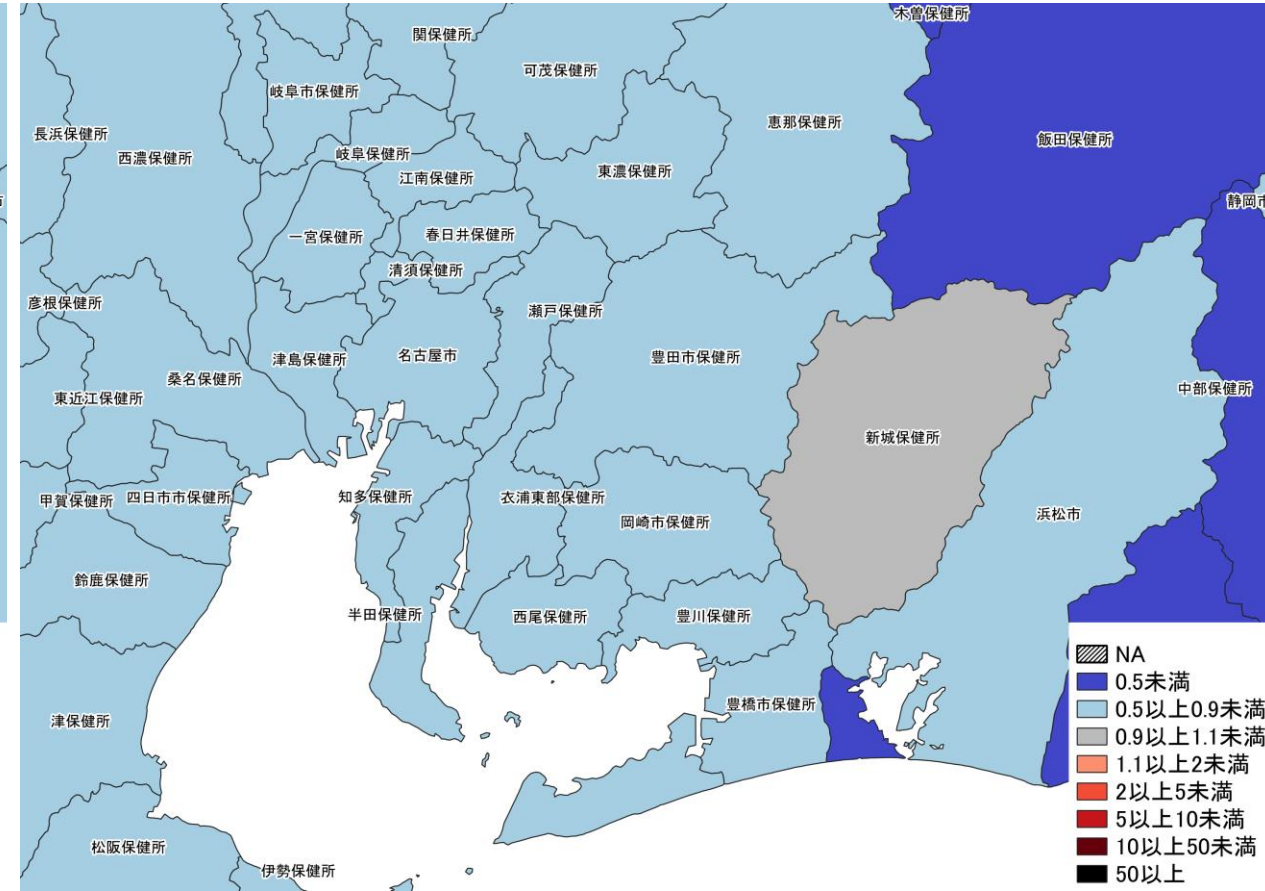
8/21~8/27
8/28~9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり



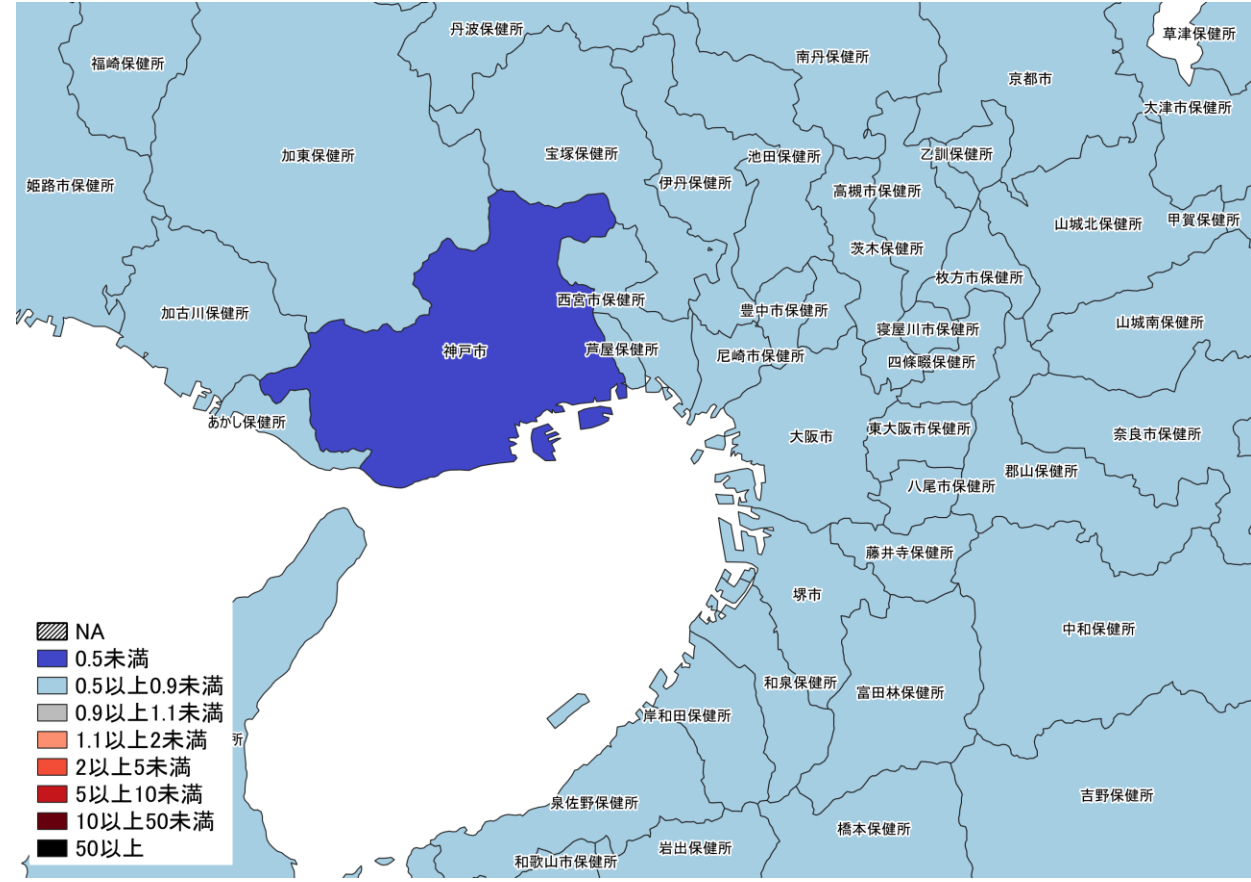
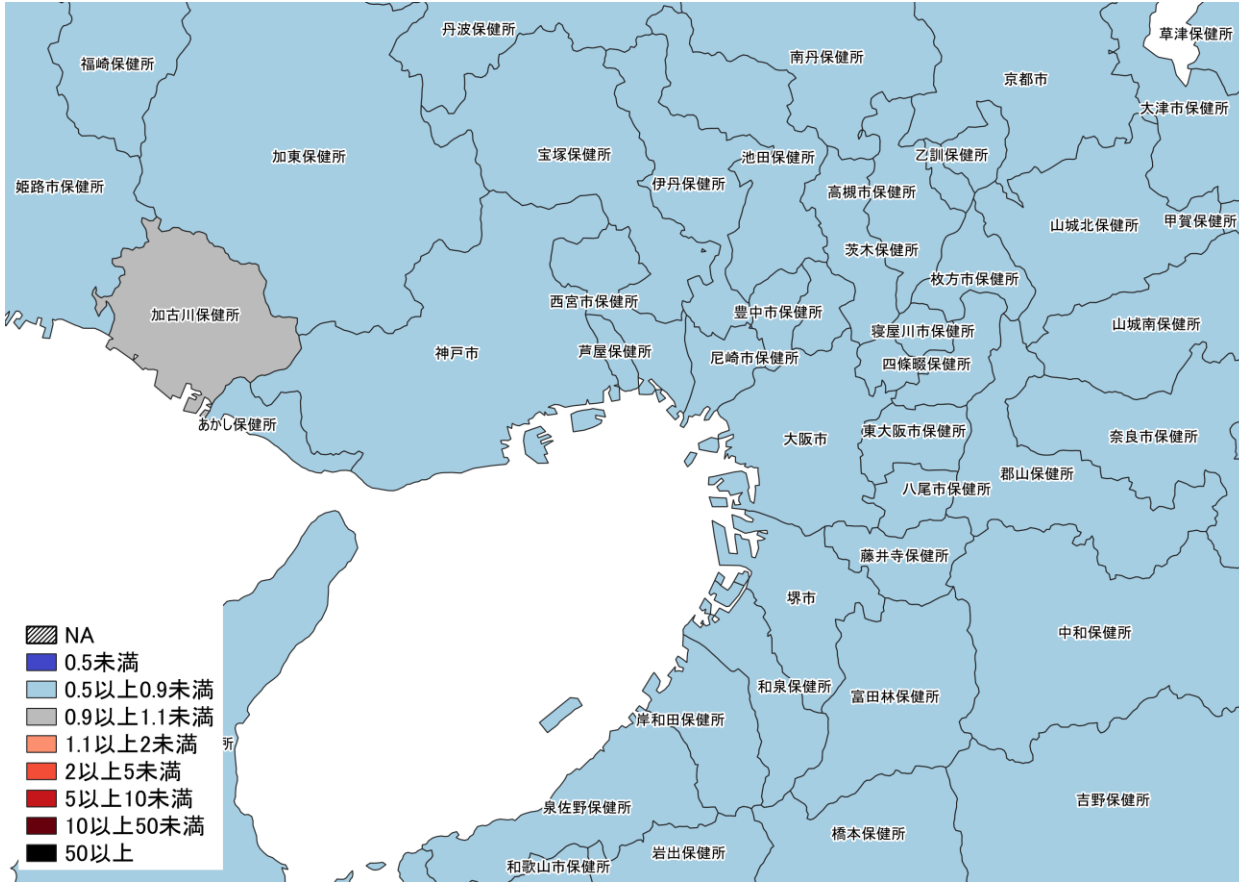
8/14~8/20
8/21~8/27

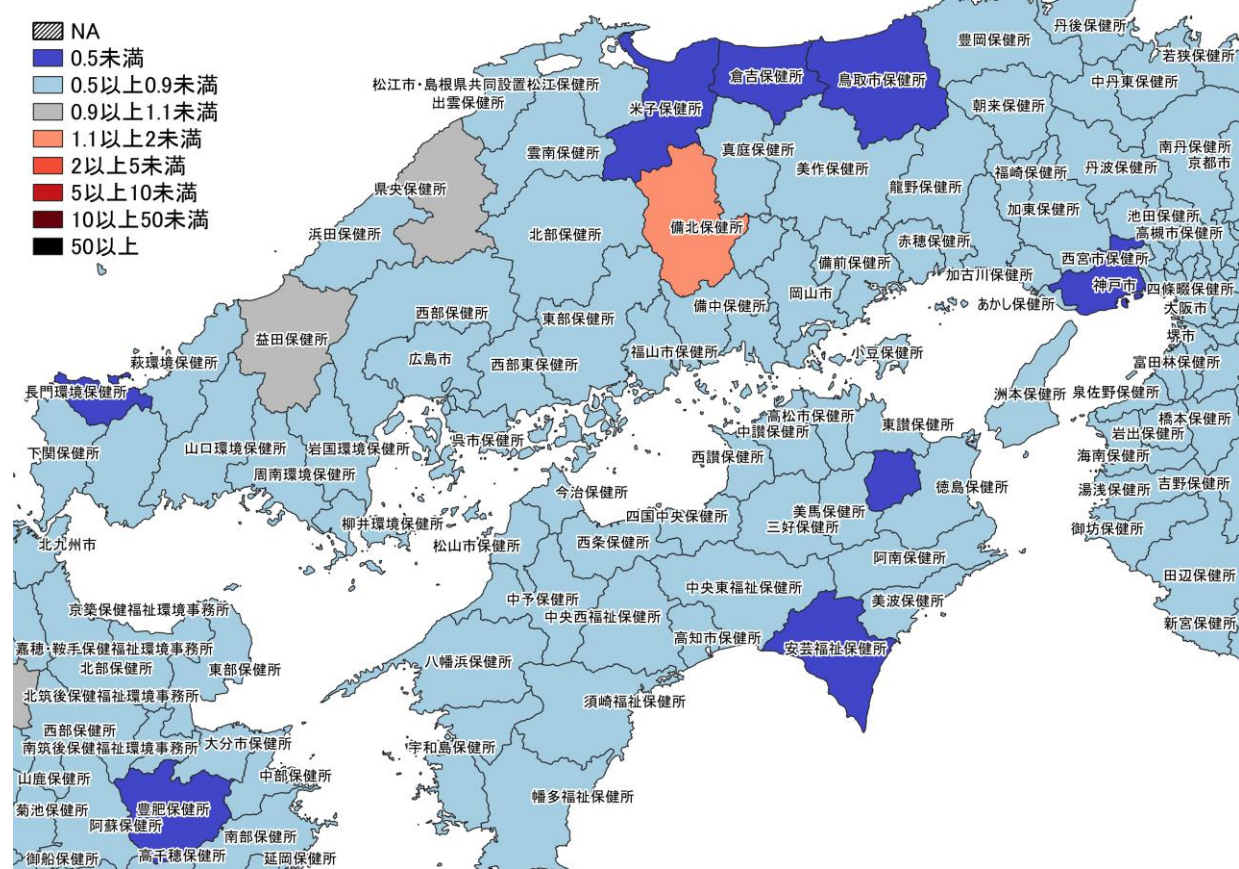
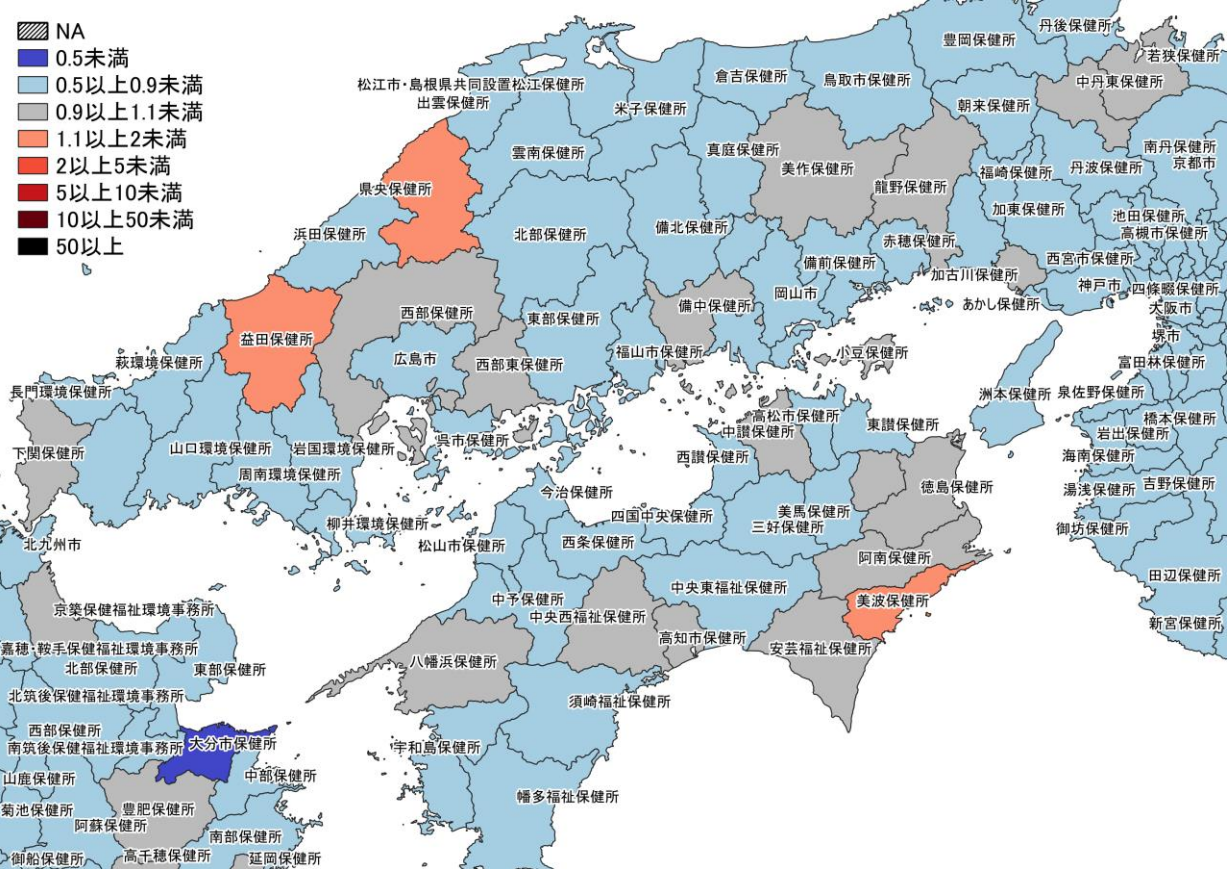
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
名古屋周辺 (HER-SYS情報)



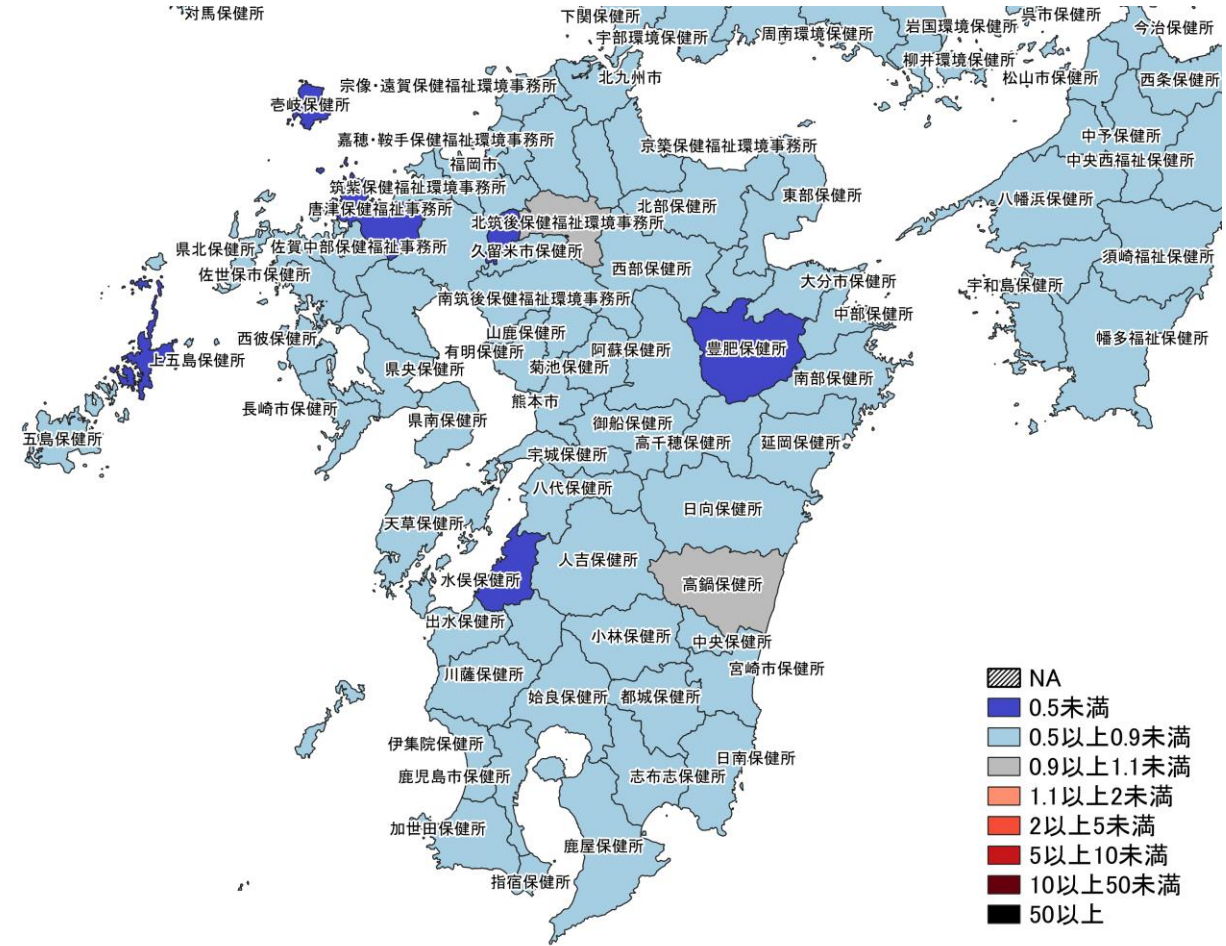
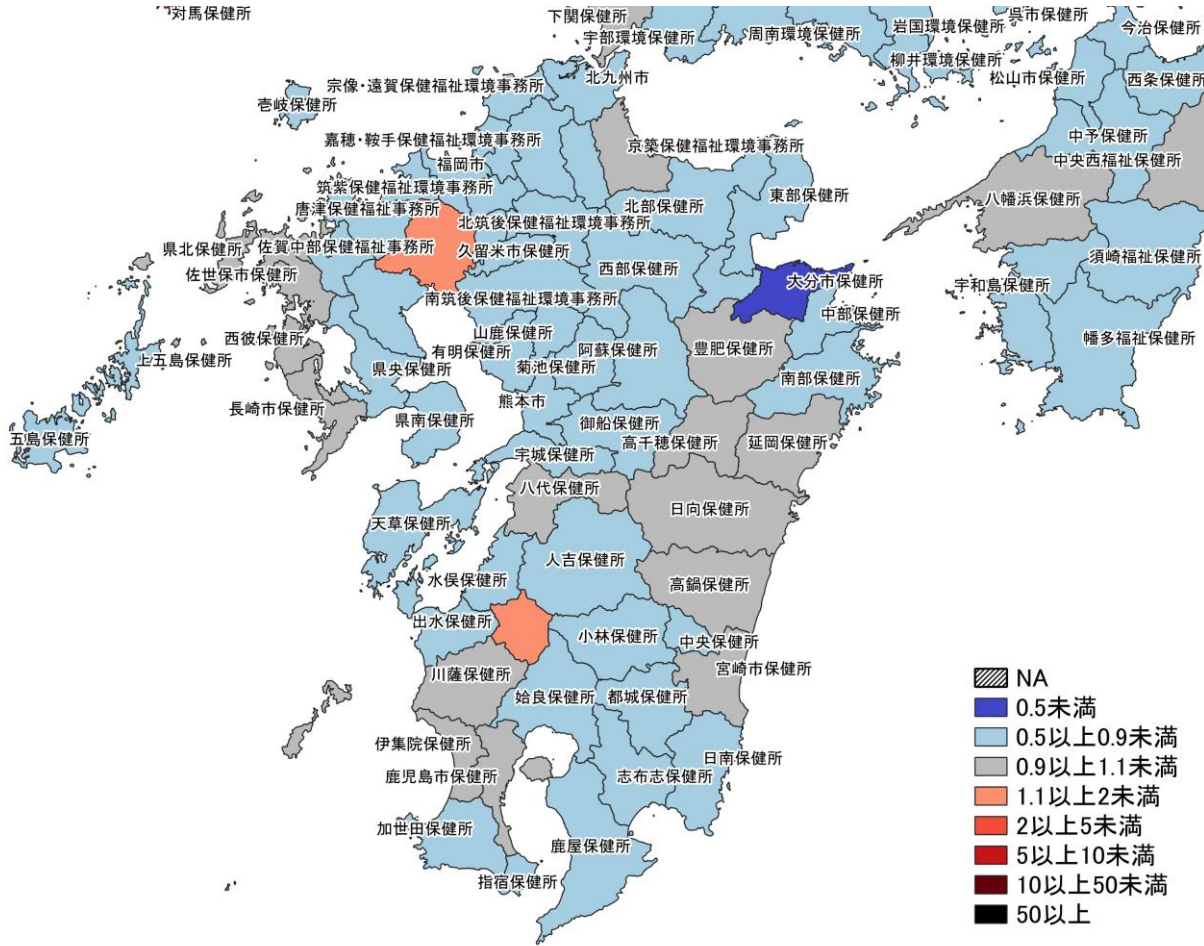
8/21~8/27
8/28~9/3

入力遅れによる過小評価の可能性あり

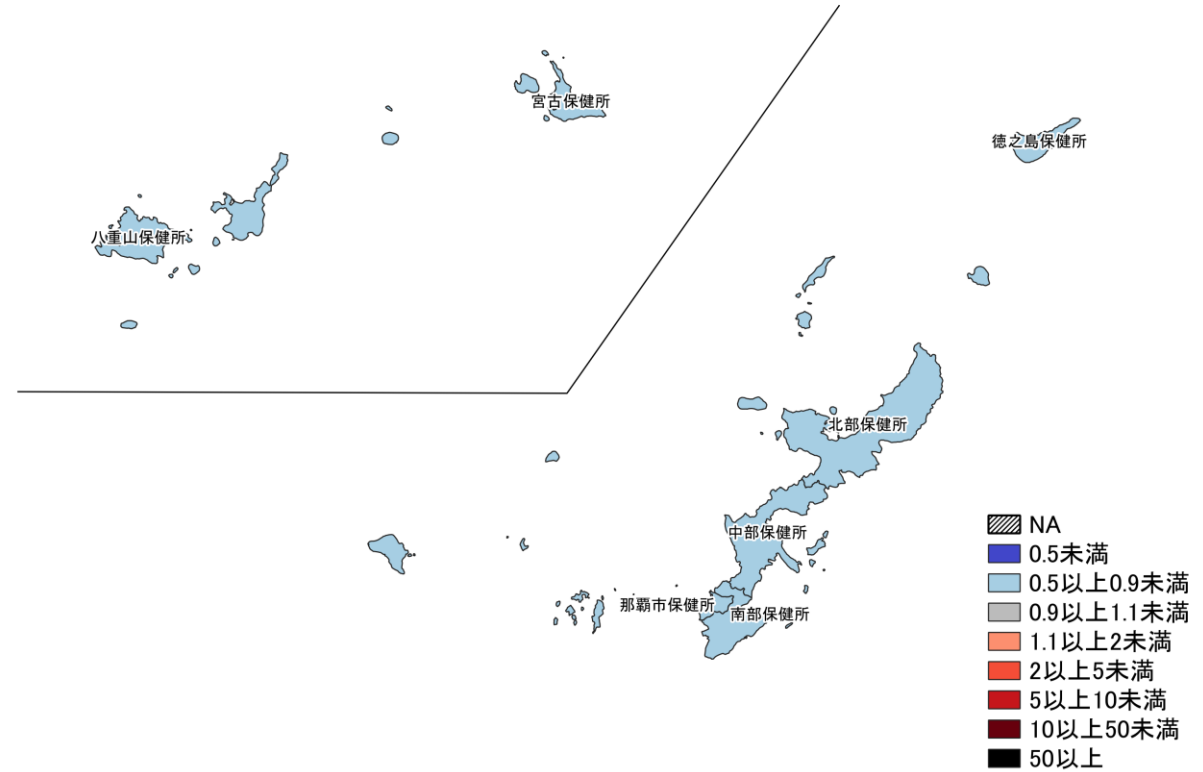
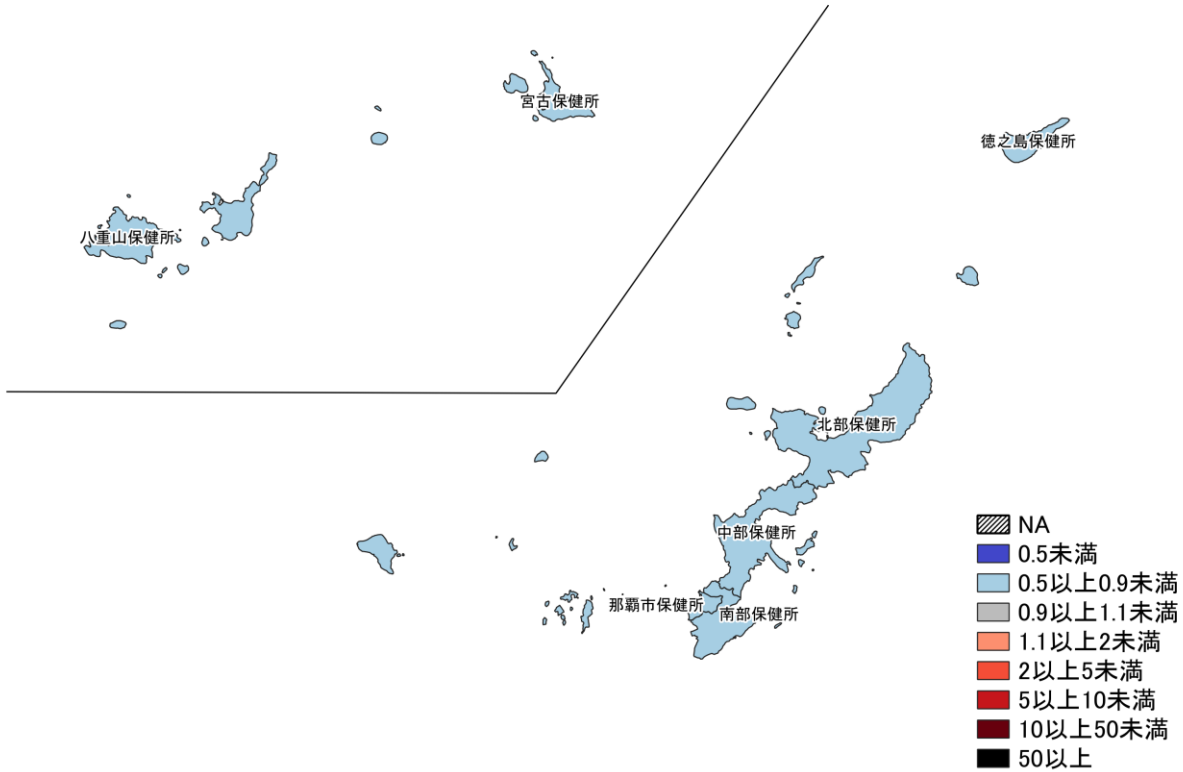




7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
中国・四国地域 (HER-SYS情報)



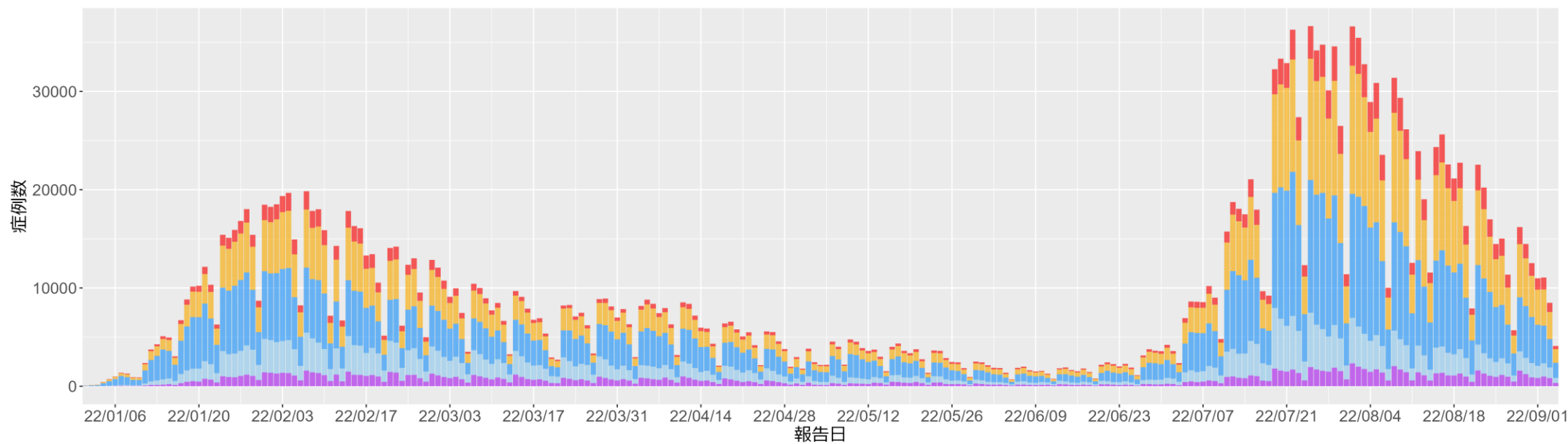
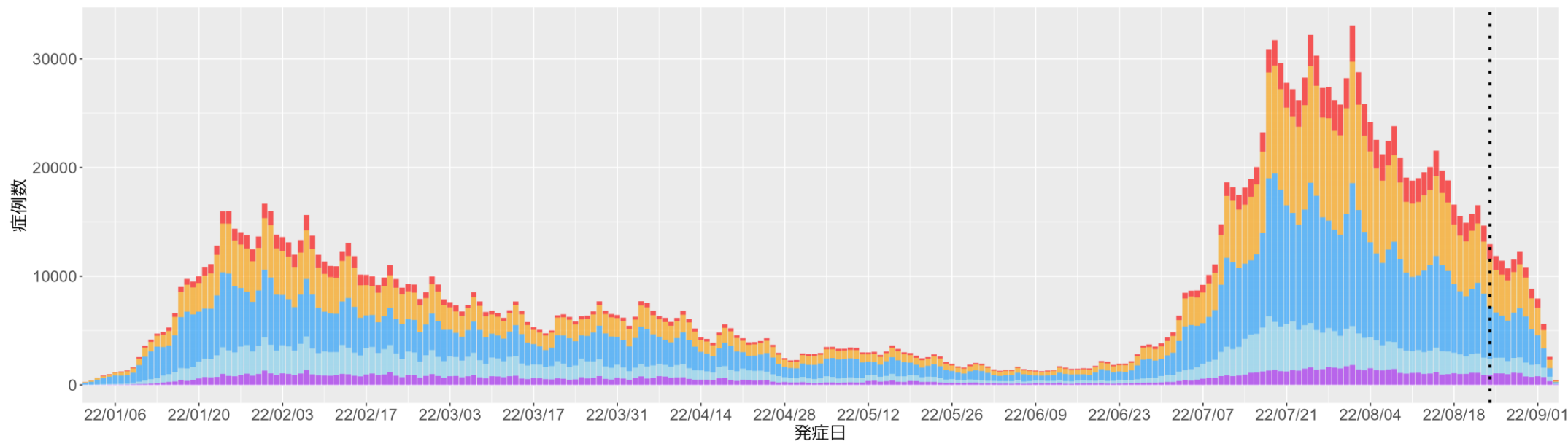
入力遅れによる過小評価の可能性あり



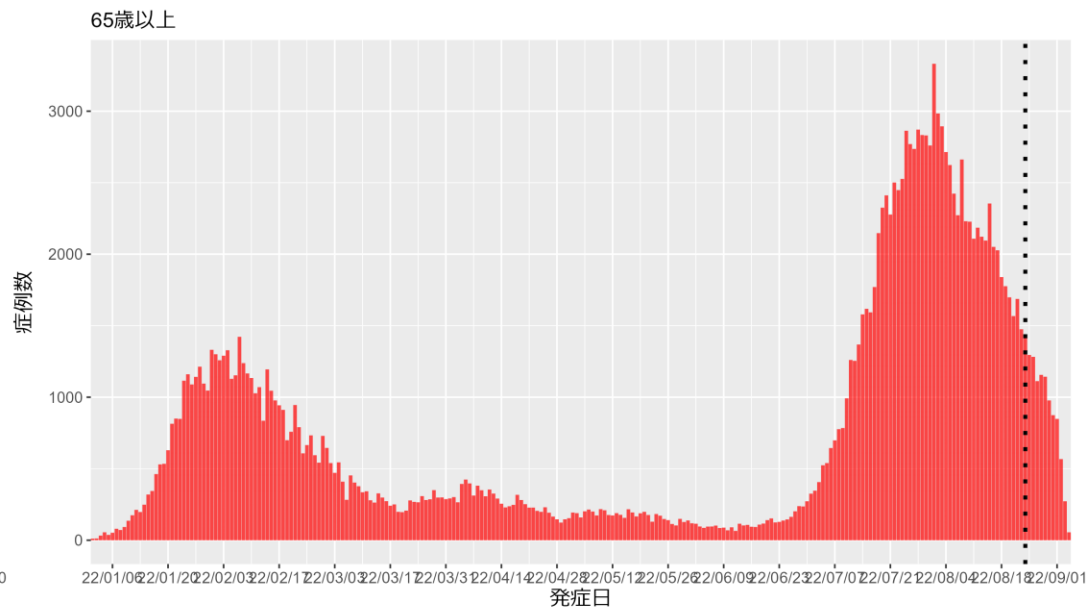
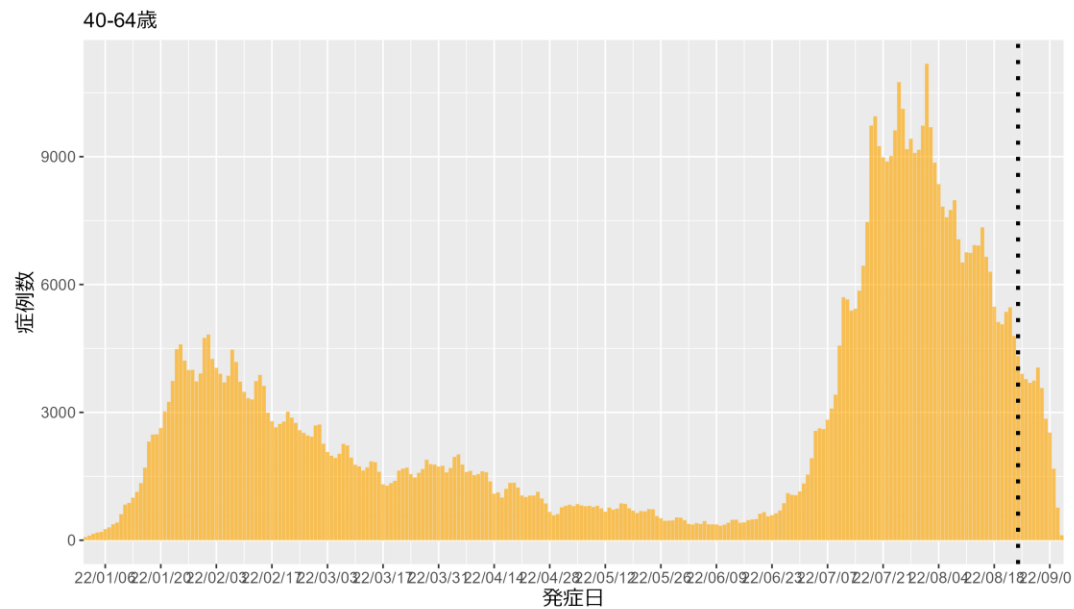
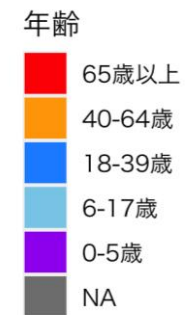
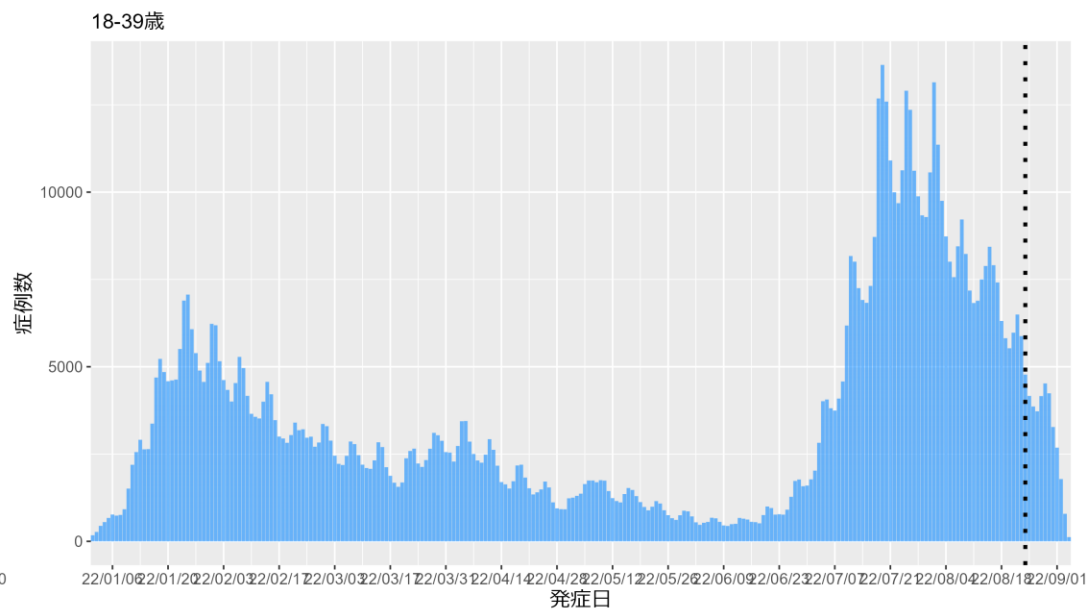
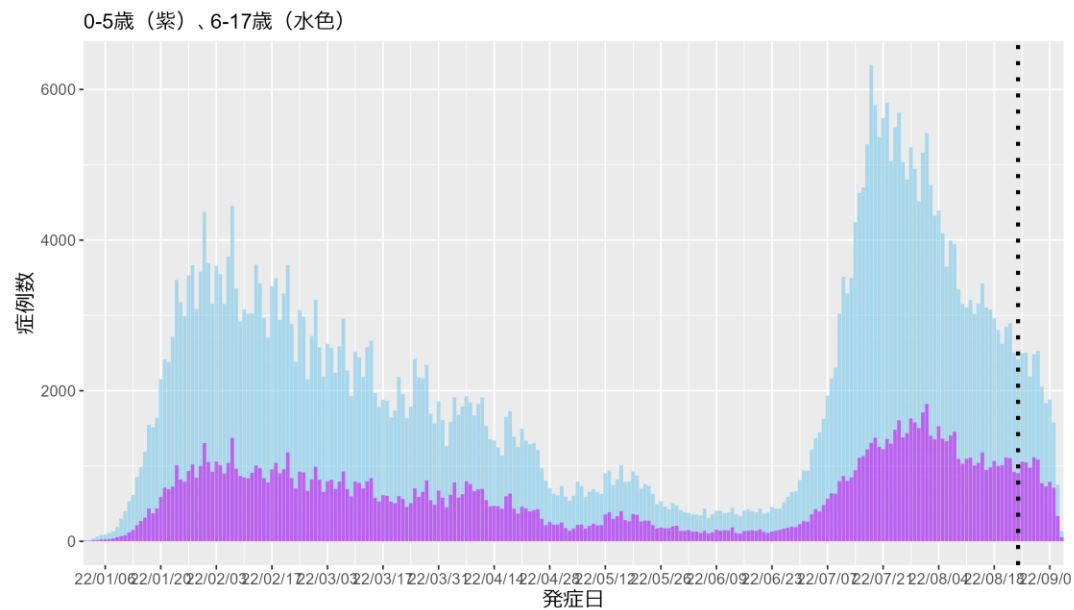
入力遅れによる過小評価の可能性あり

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
沖縄 (HER-SYS情報)

東京都の発症日及び報告日別流行曲線：9月5日作成

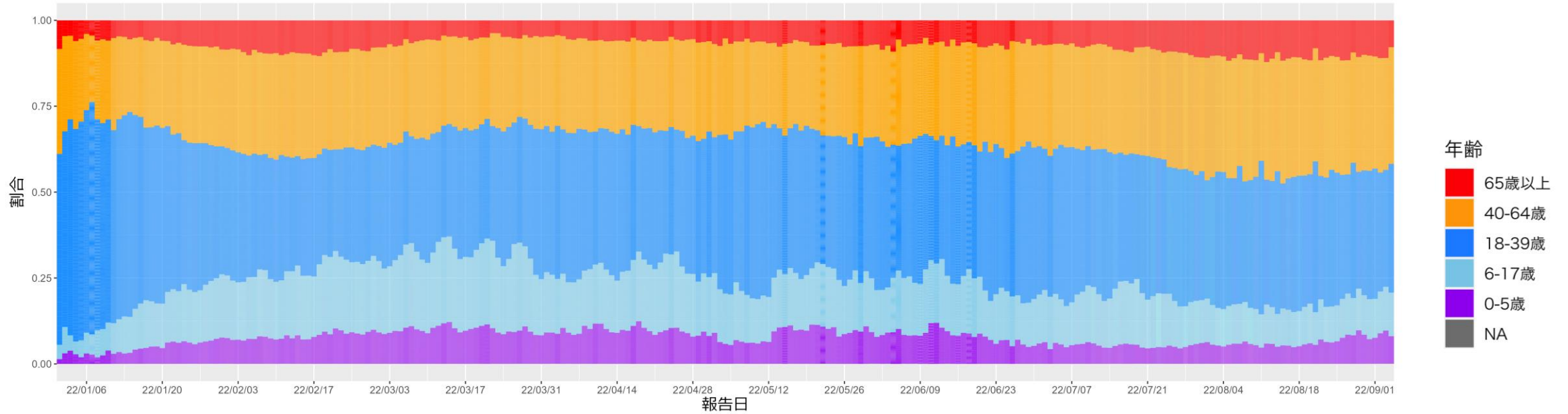


東京都の発症日別流行曲線：年代別、9月5日作成

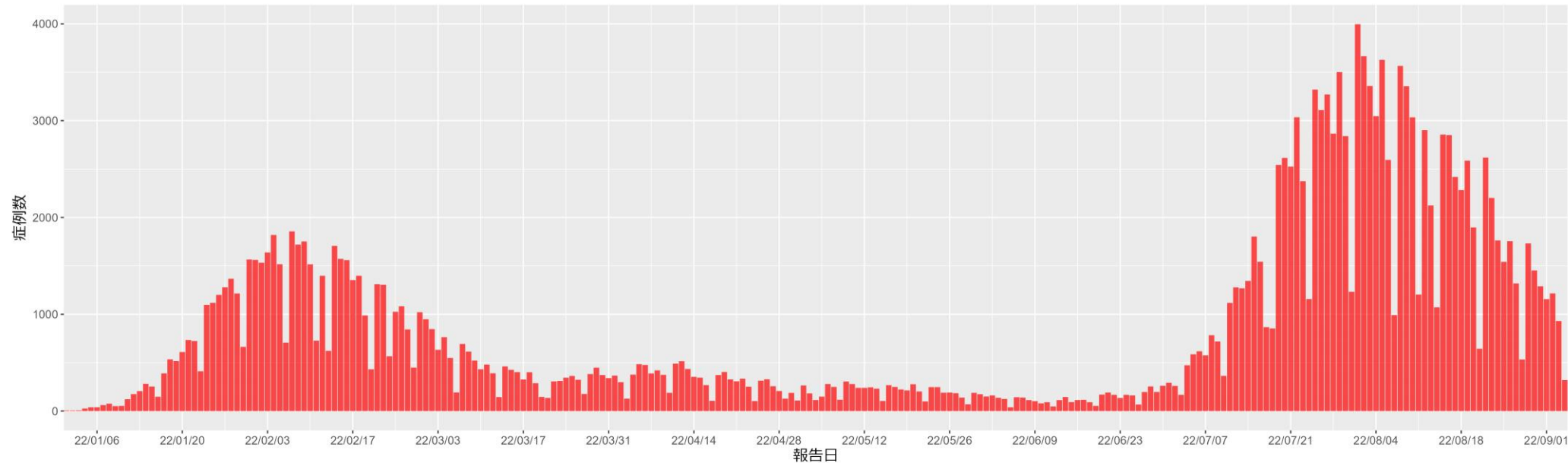


東京都の症例の年代分布：報告日別、9月5日作成

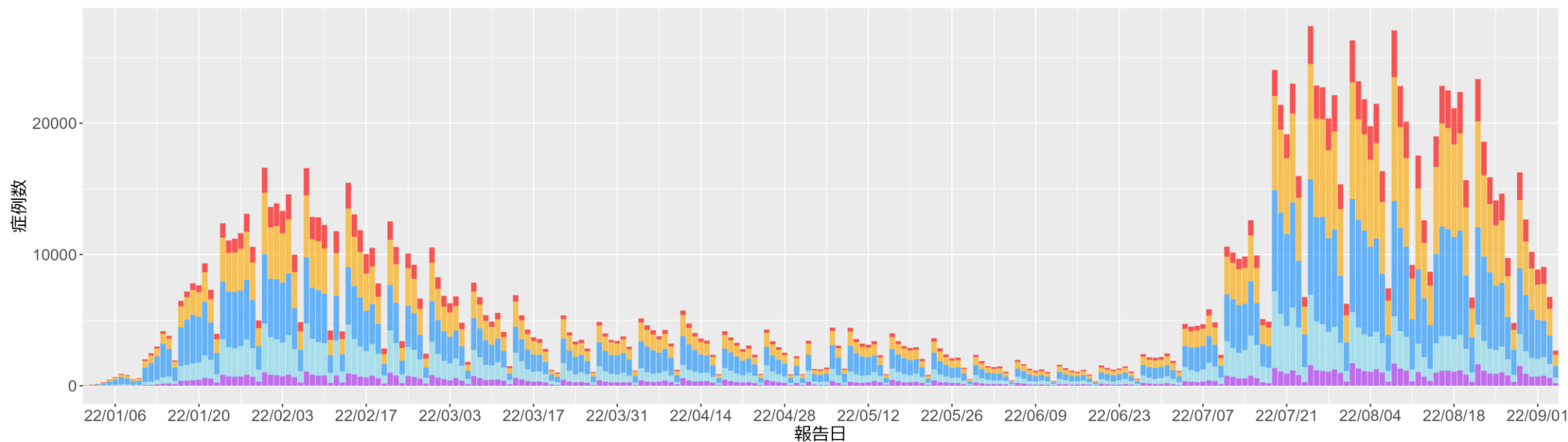
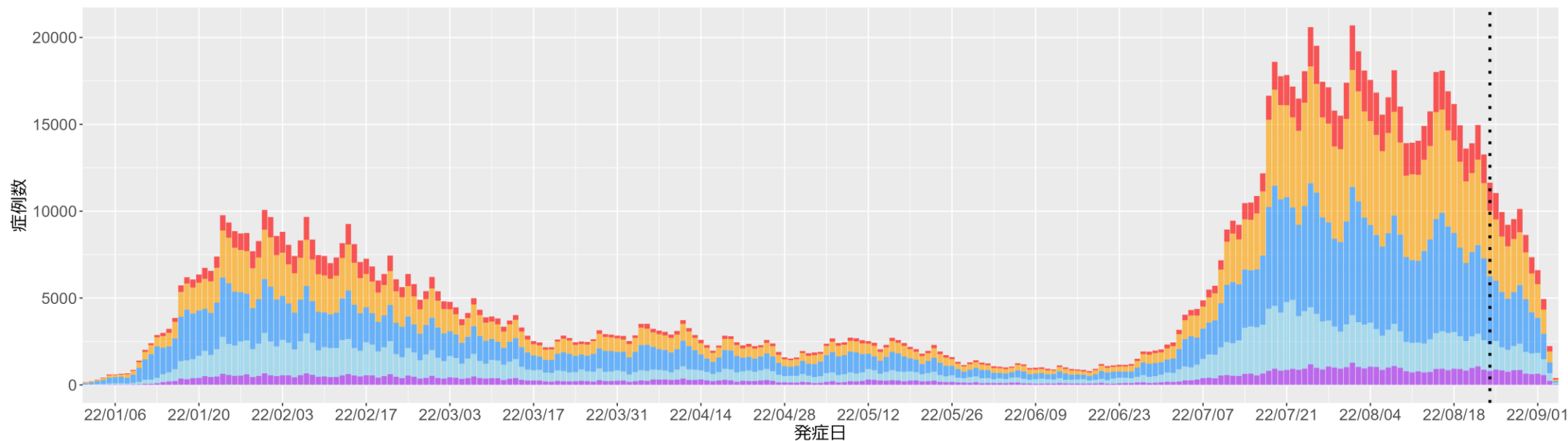
年代分布



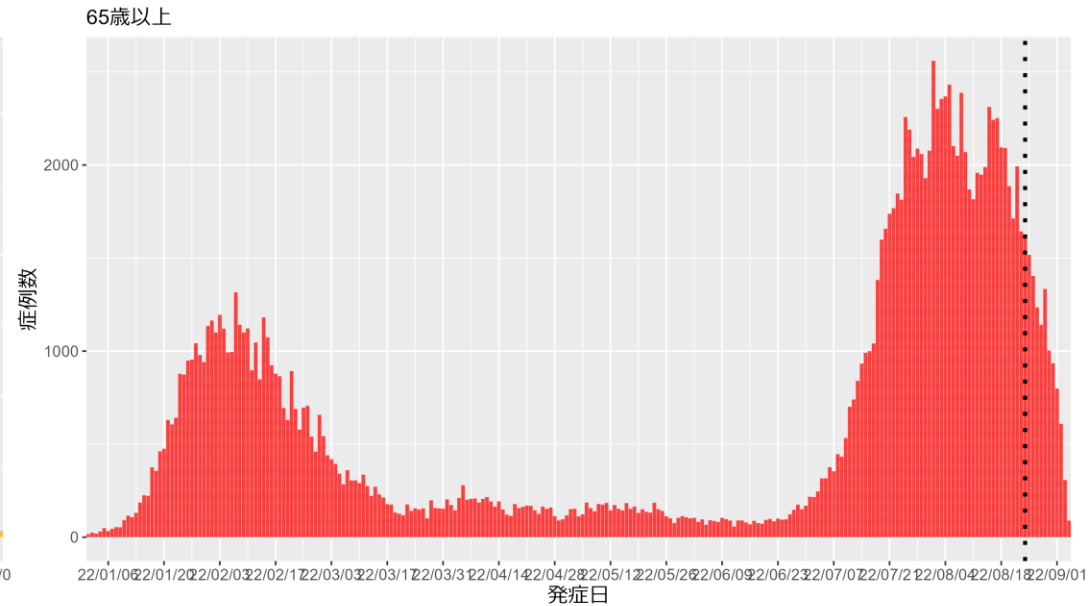
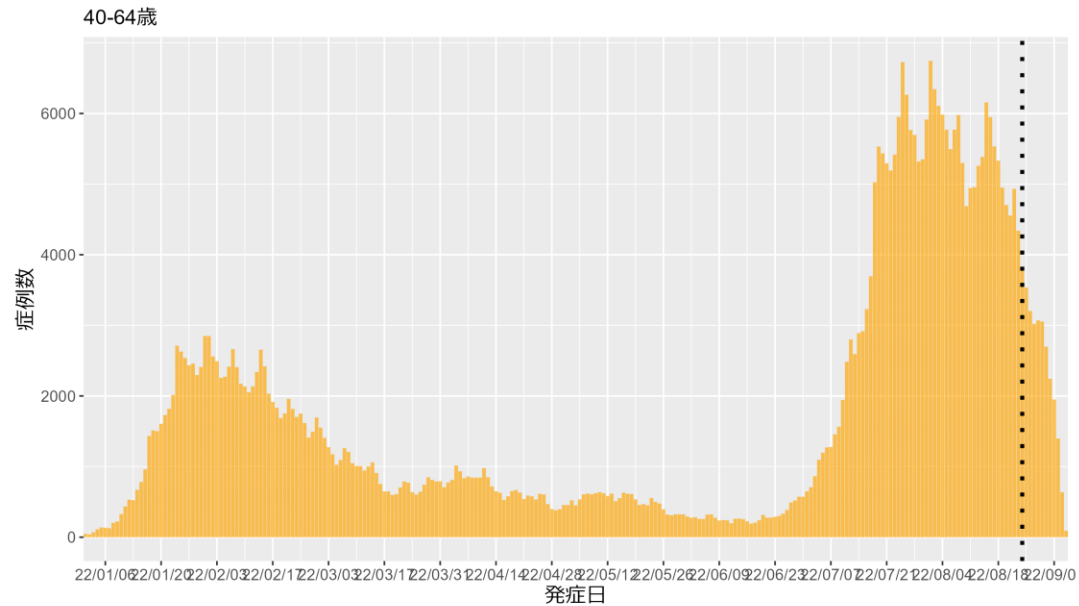
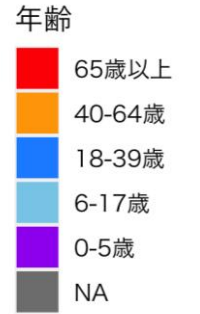
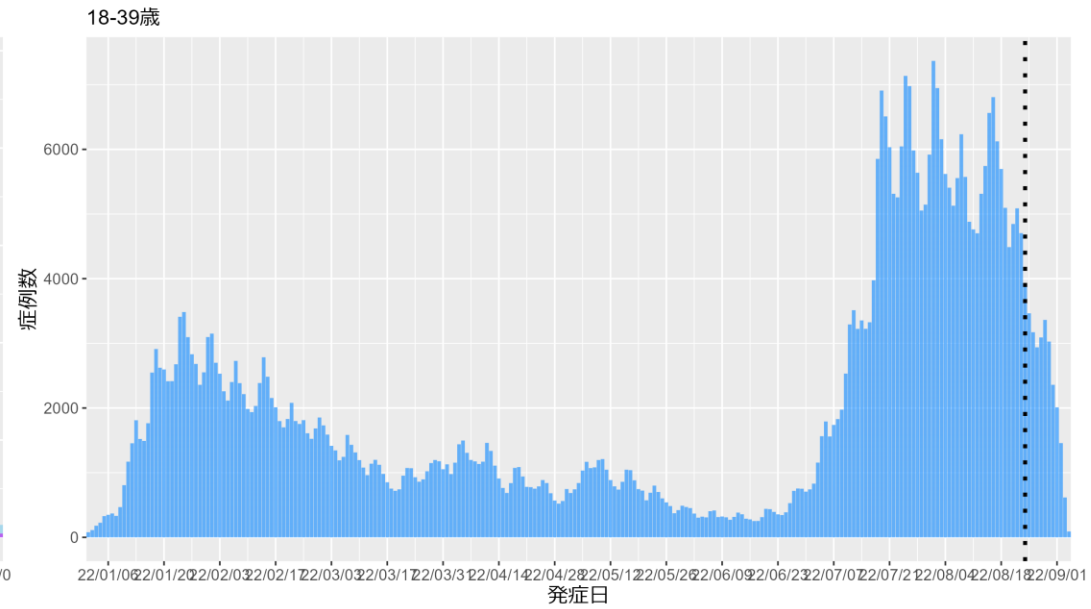
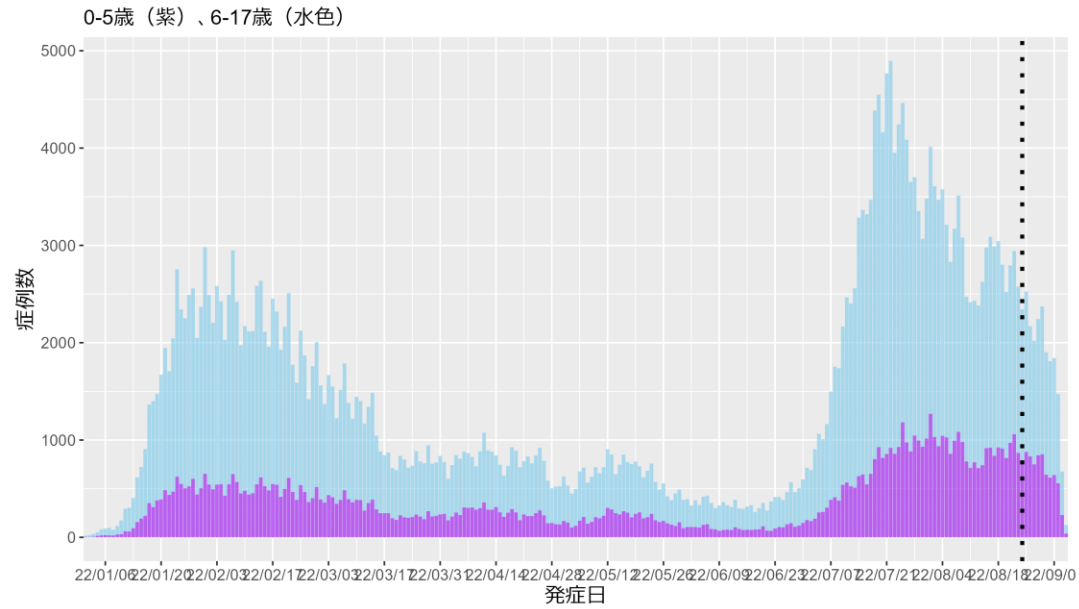
65歳以上の症例数



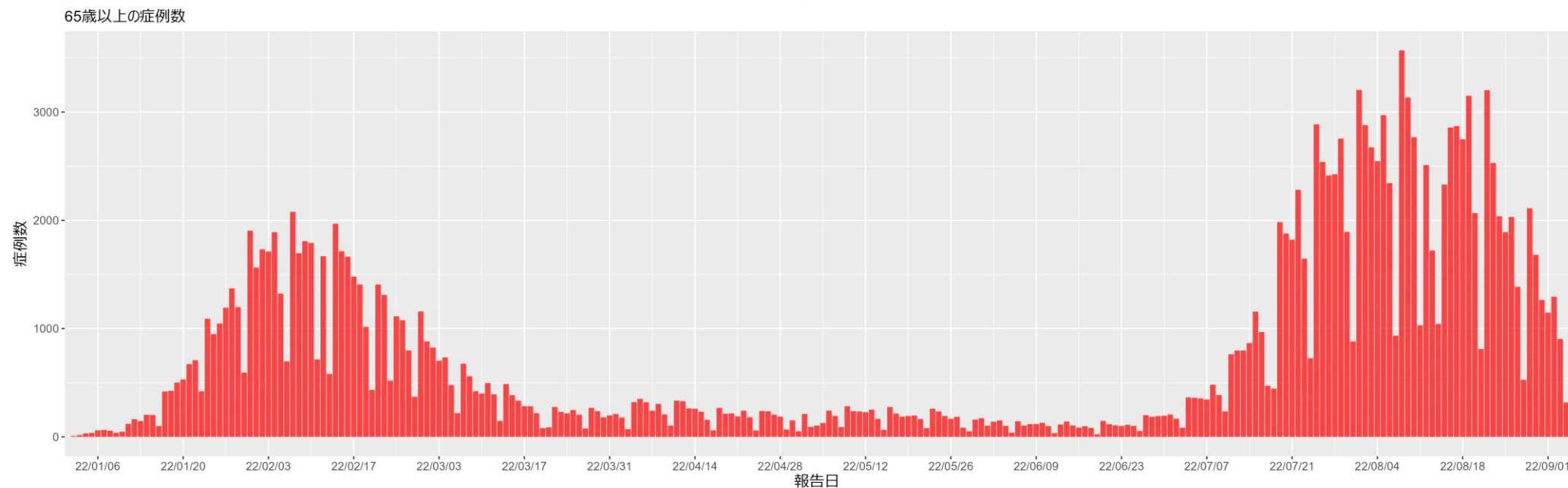
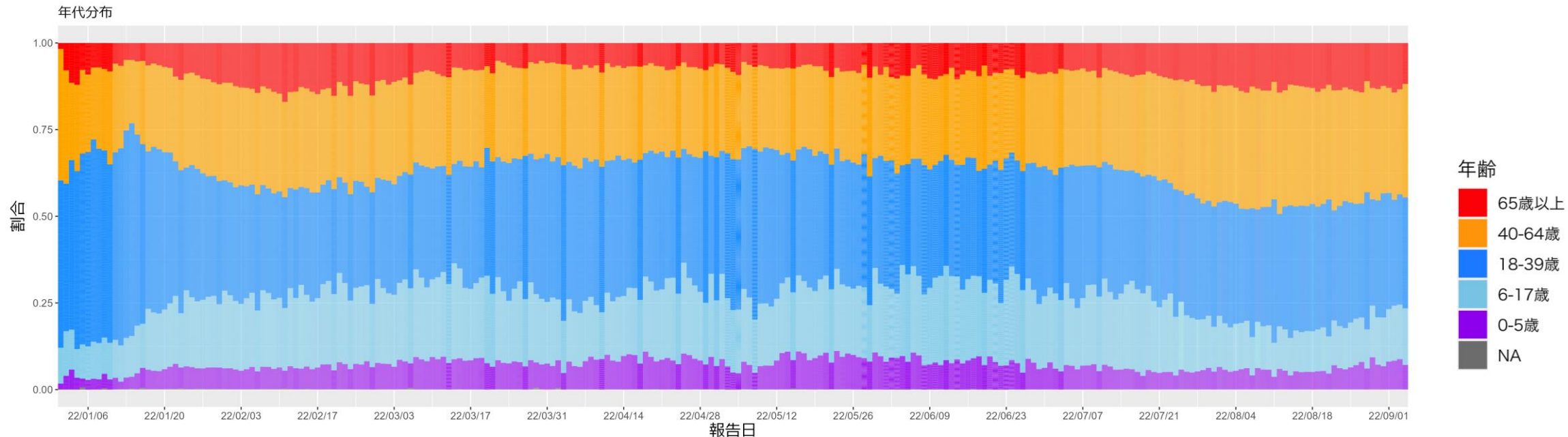
大阪府の発症日及び報告日別流行曲線：9月5日作成



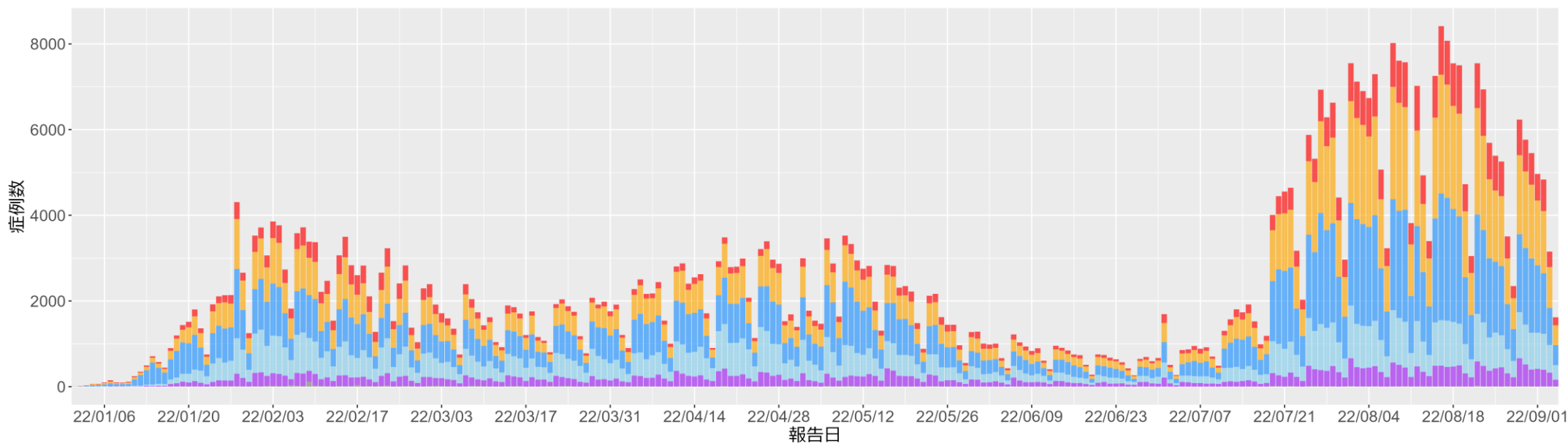
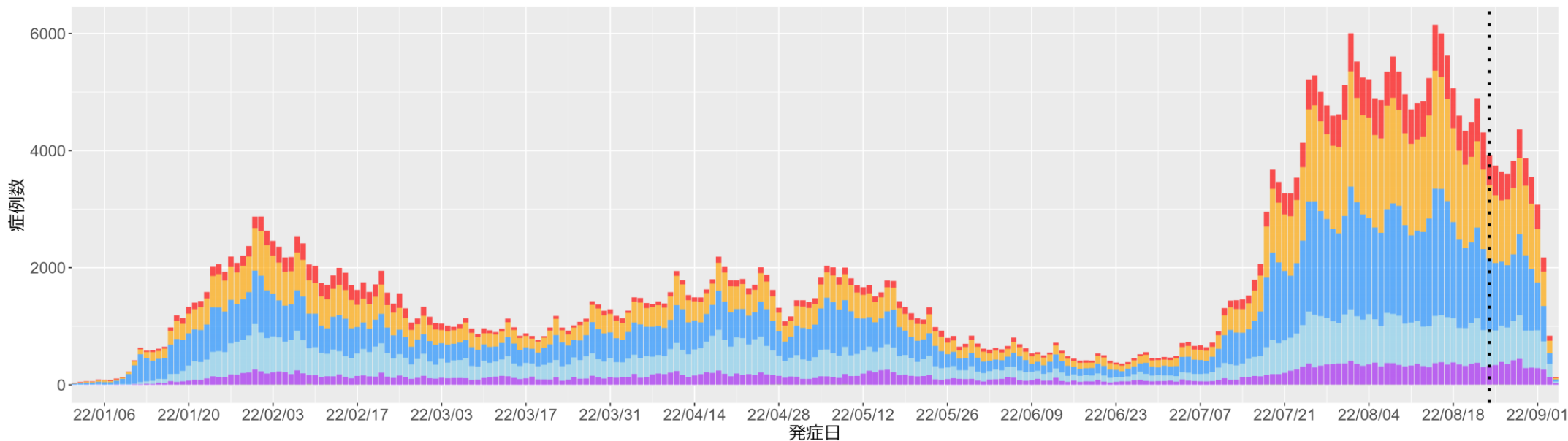
大阪府の発症日別流行曲線：年代別、9月5日作成



大阪府の症例の年代分布：報告日別、9月5日作成

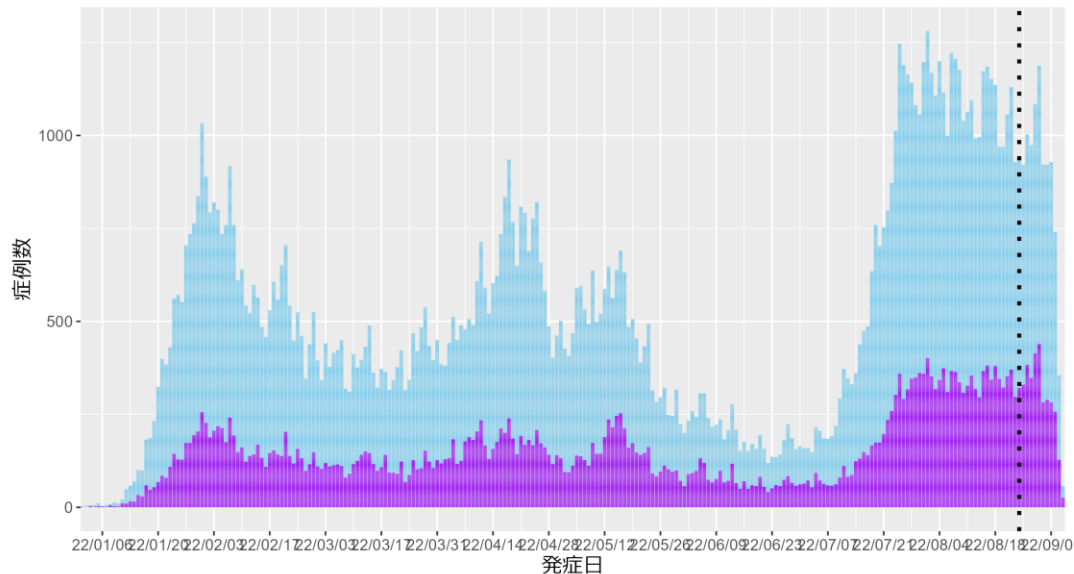


北海道の発症日及び報告日別流行曲線：9月5日作成

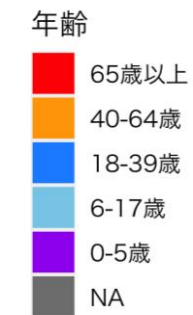
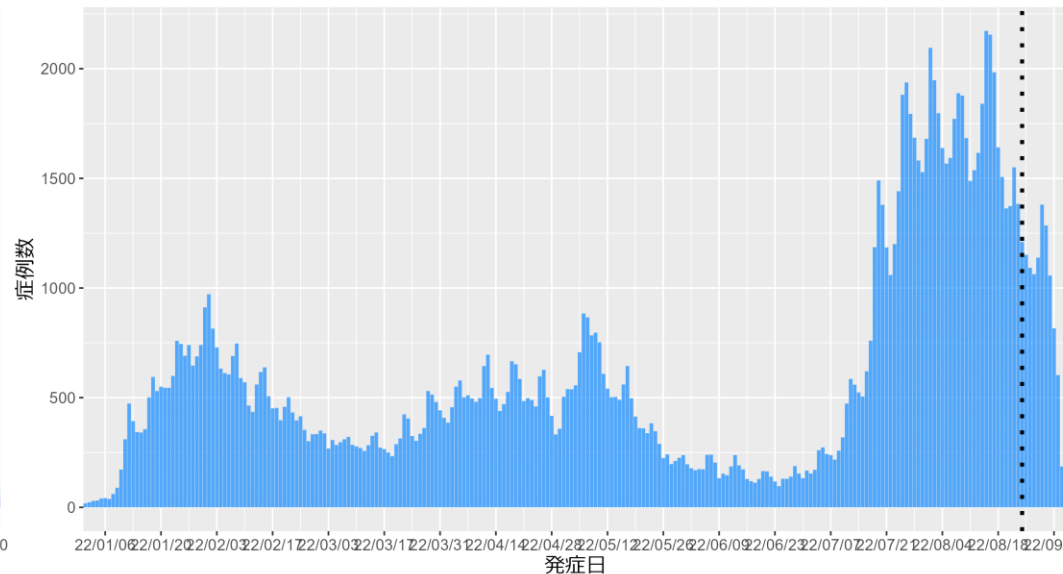


北海道の発症日別流行曲線：年代別、9月5日作成

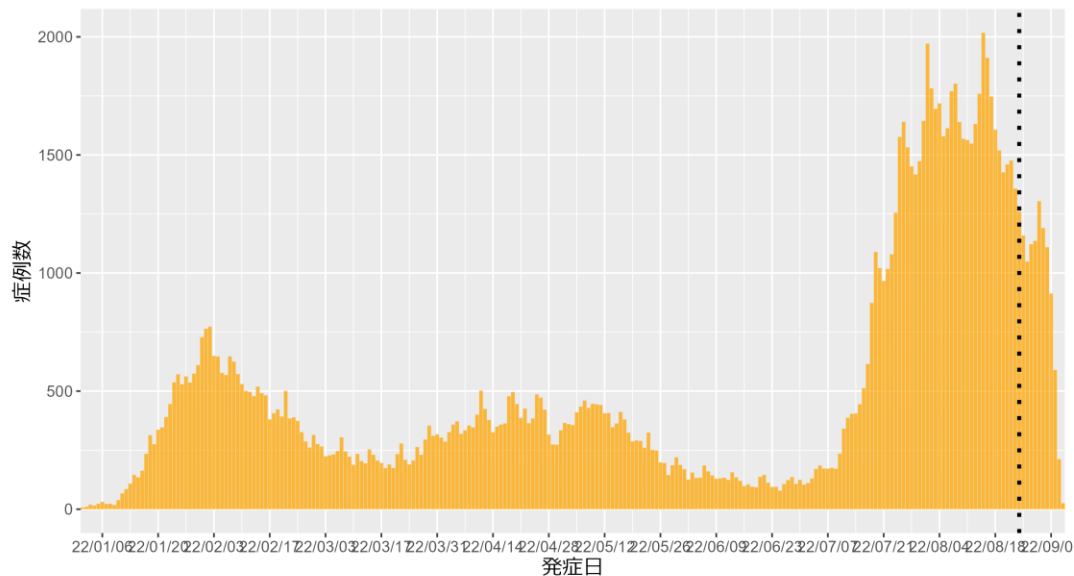
0-5歳（紫）、6-17歳（水色）



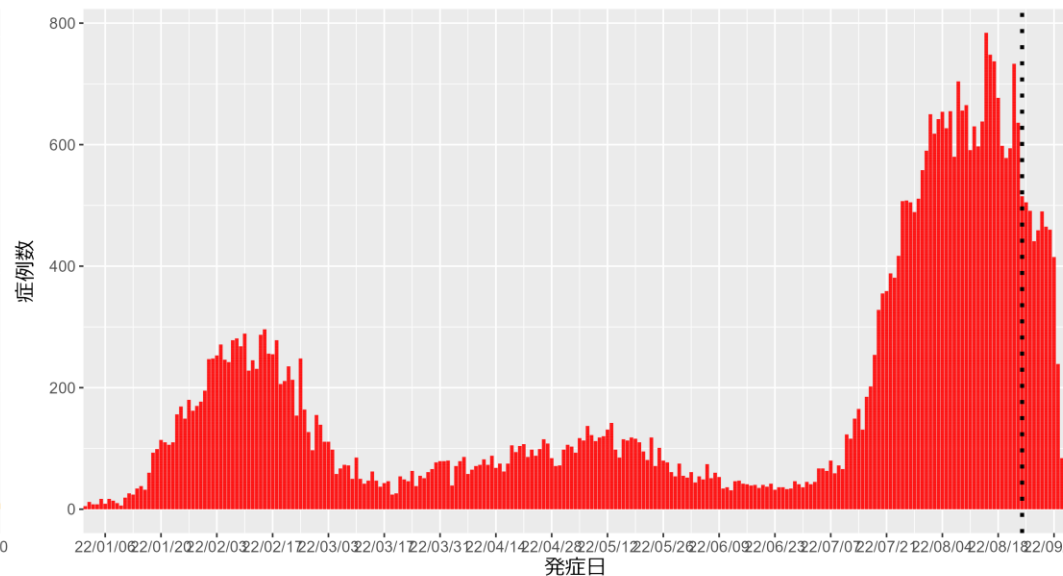
18-39歳



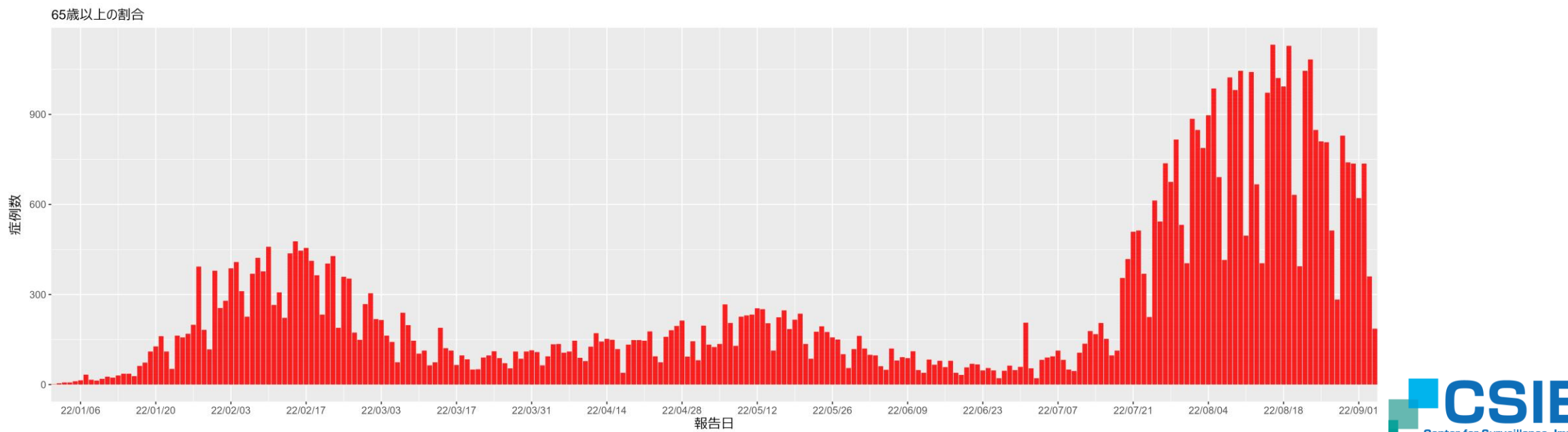
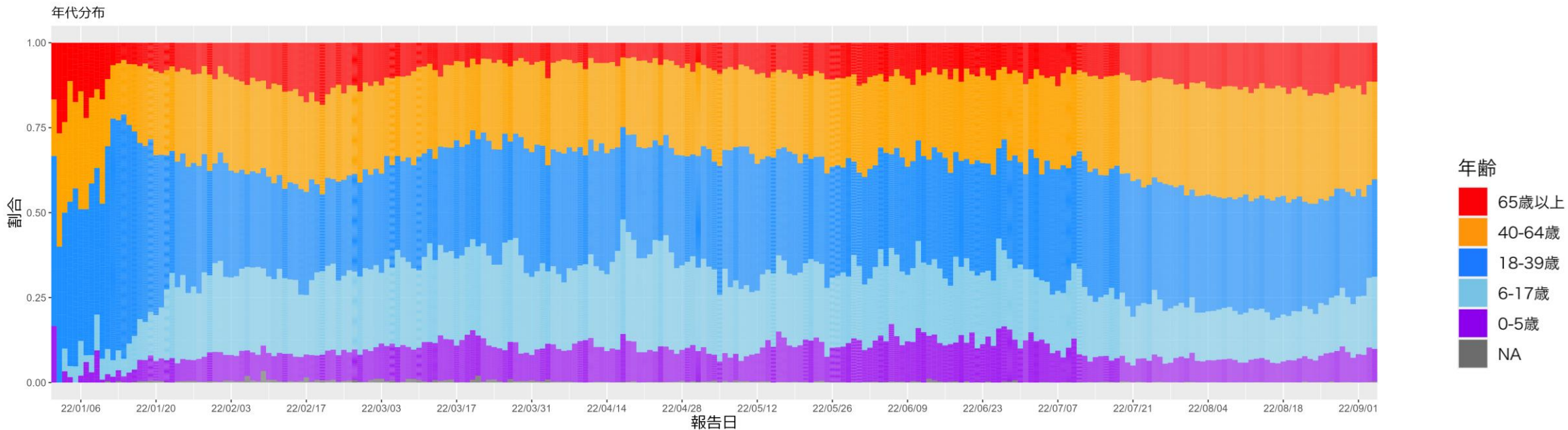
40-64歳



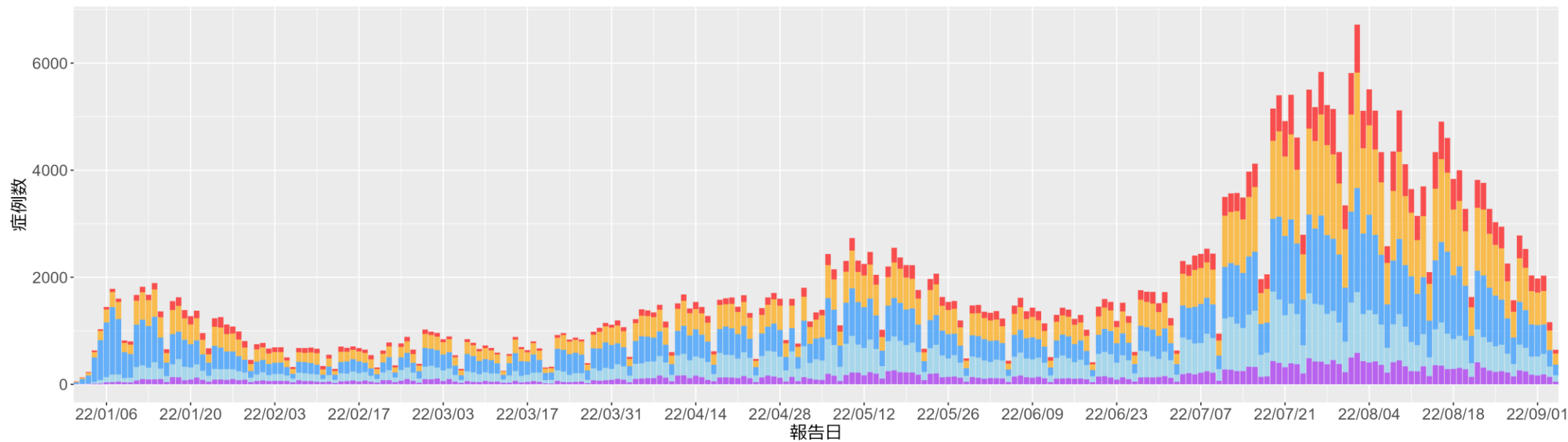
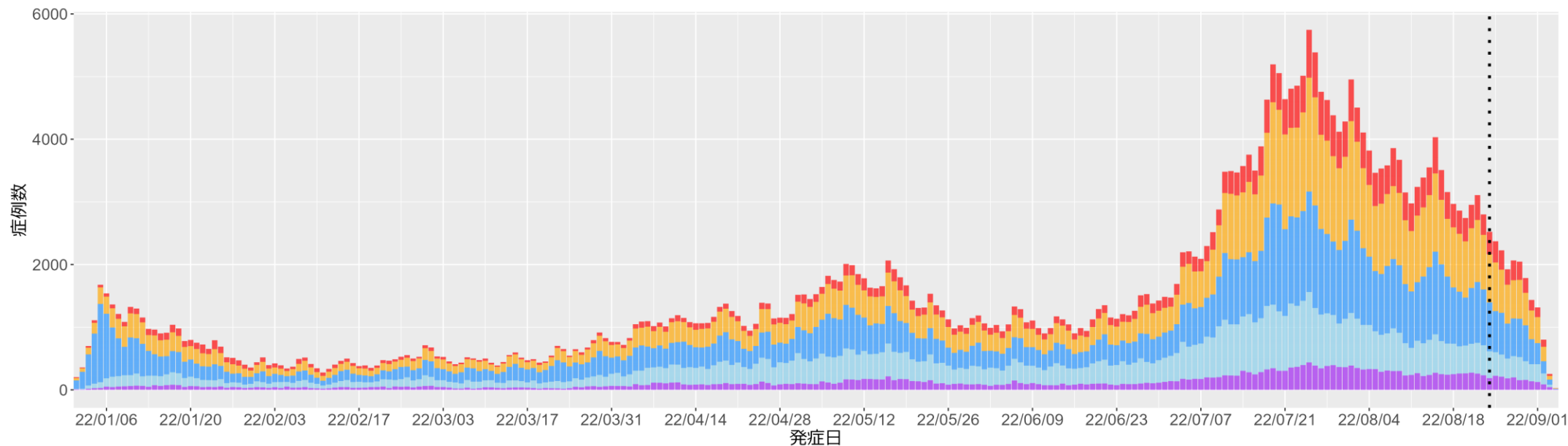
65歳以上



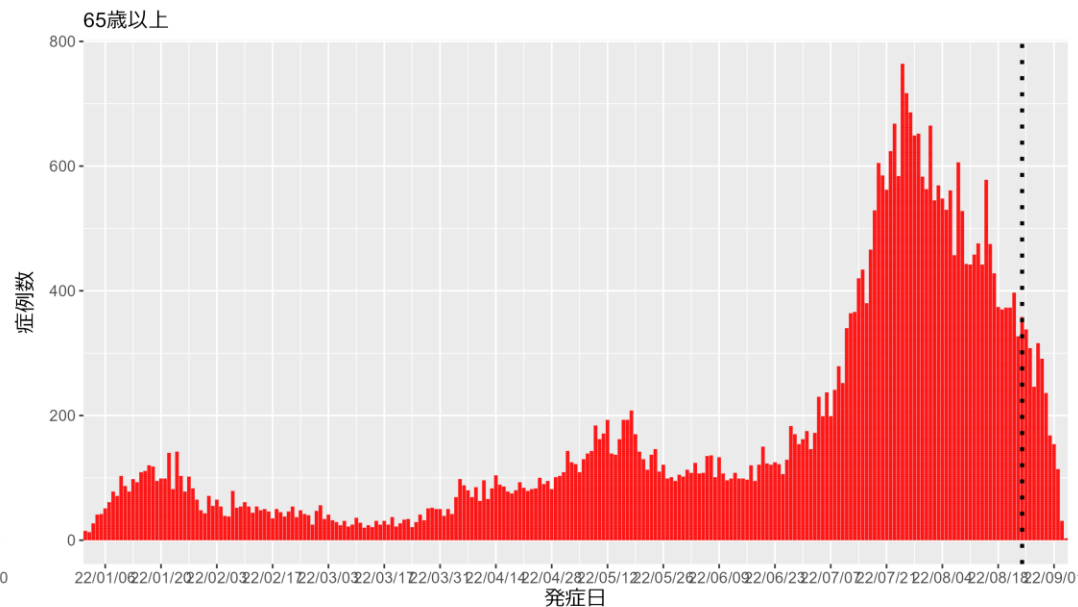
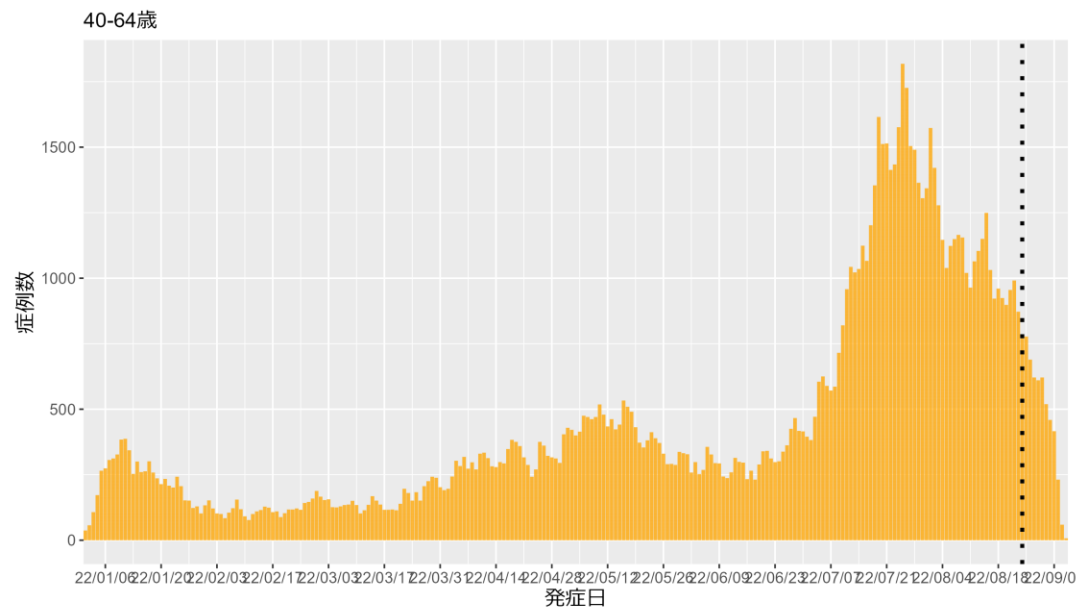
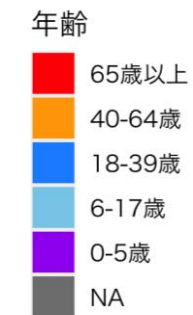
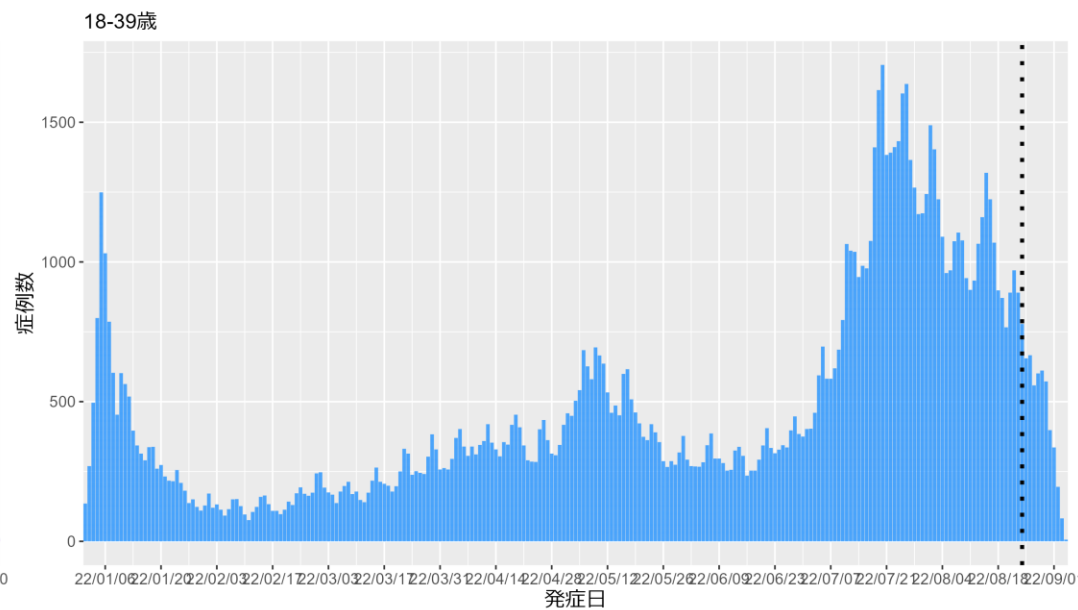
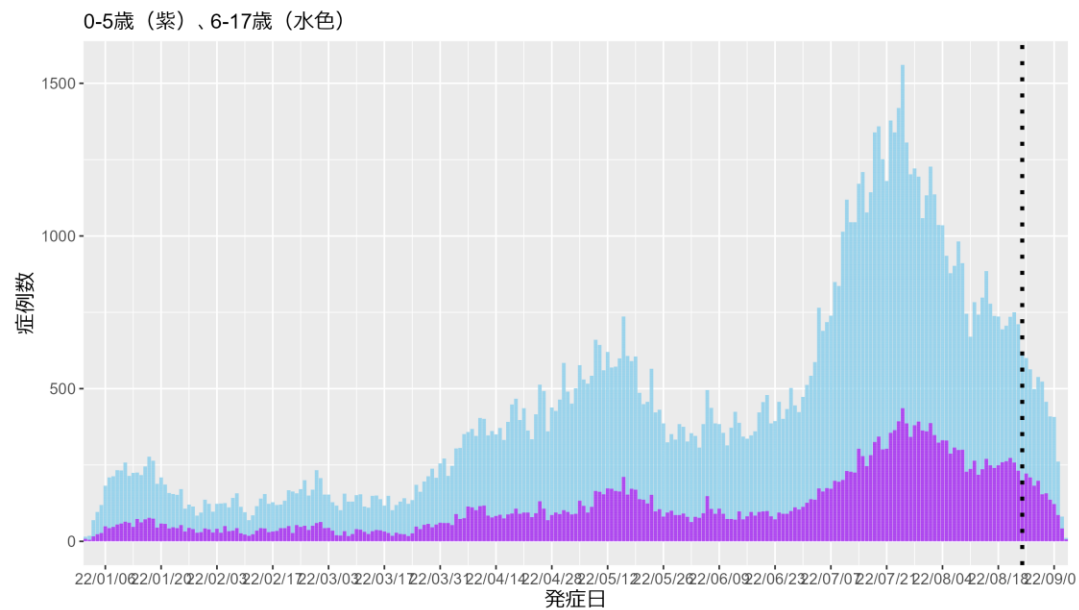
北海道の症例の年代分布：報告日別、9月5日作成



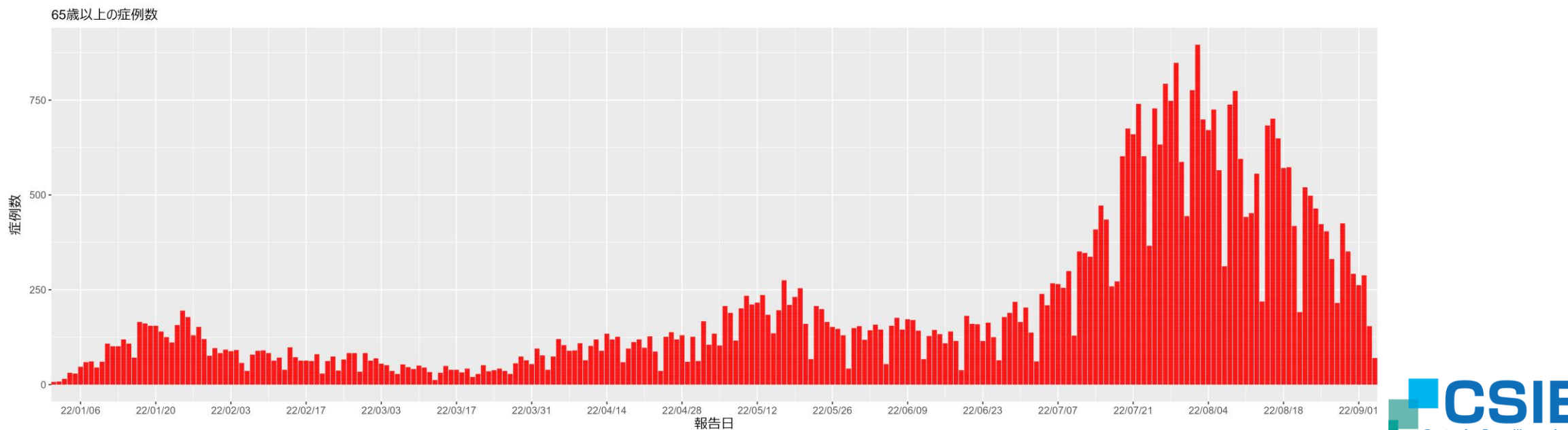
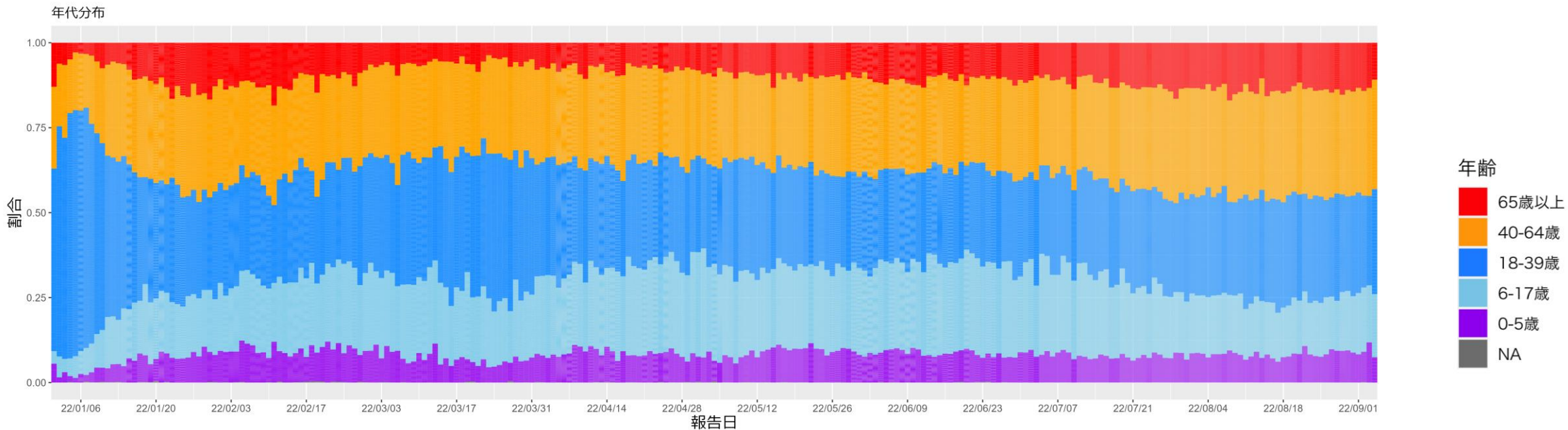
沖縄県の発症日及び報告日別流行曲線：9月5日作成



沖縄県の発症日別流行曲線：年代別、9月5日作成

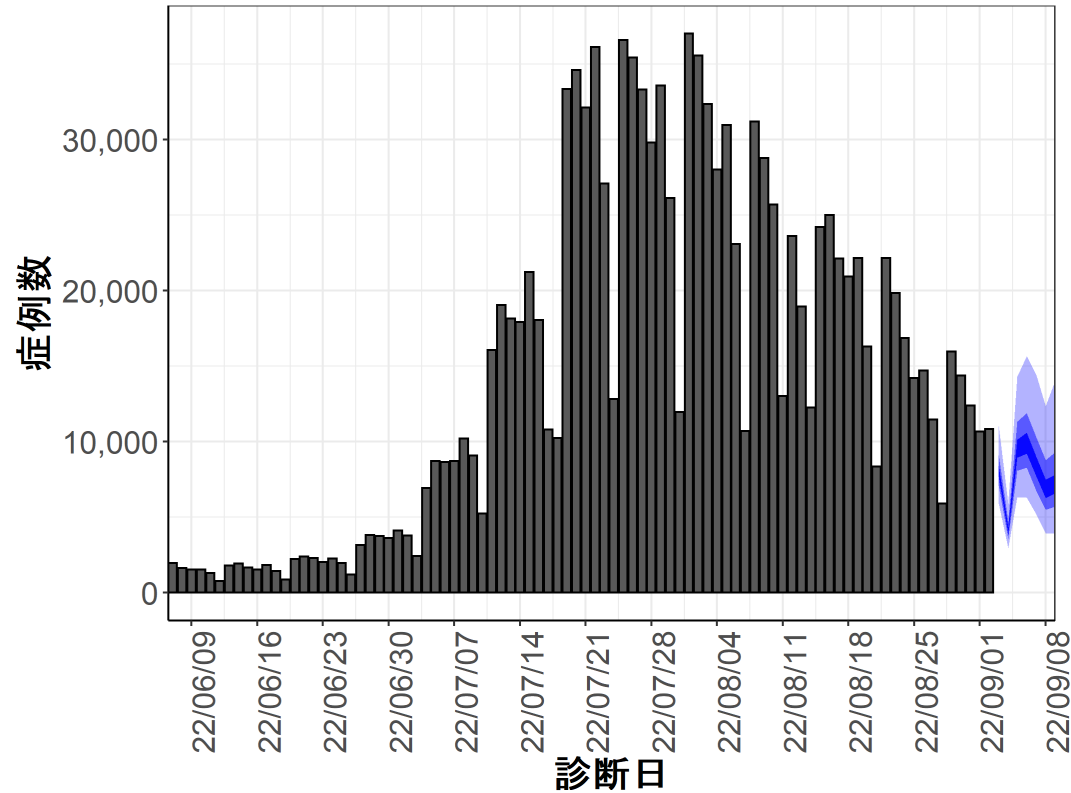


沖縄県の症例の年代分布：報告日別、9月5日作成



新規症例数の予測値：東京都

東京都



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-09-03	8035.5
2022-09-04	4078.5
2022-09-05	9537.5
2022-09-06	9877
2022-09-07	8296
2022-09-08	6861
2022-09-09	7145.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

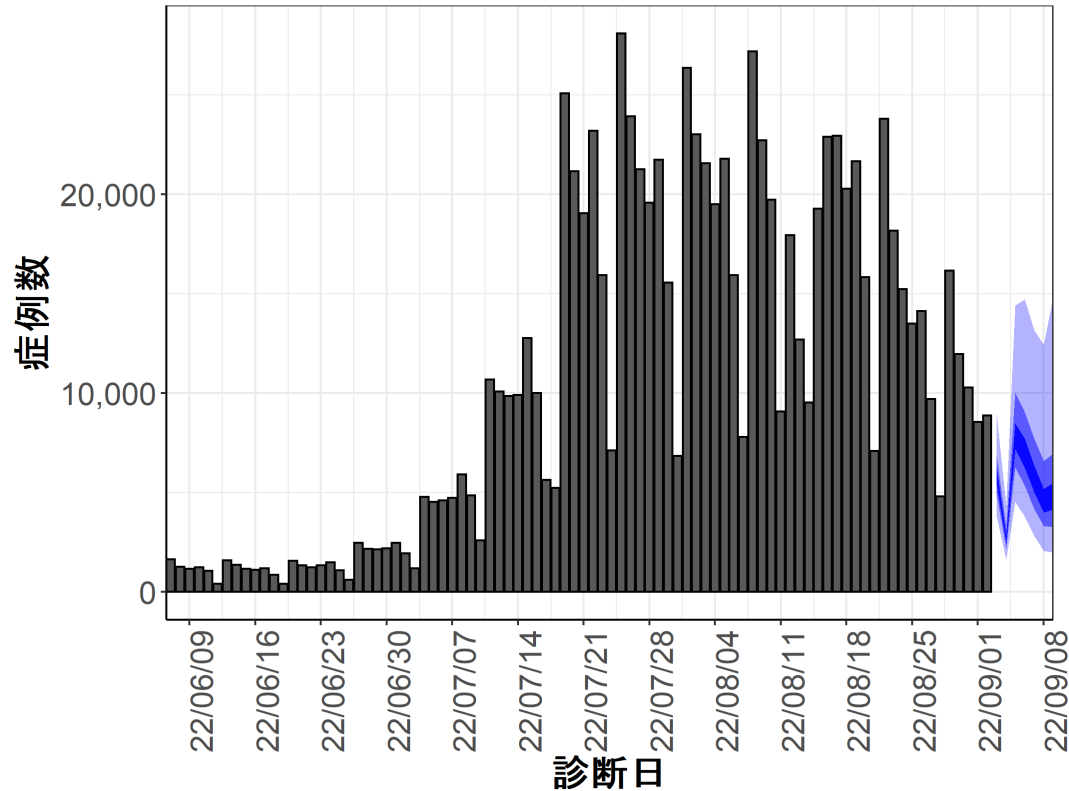
新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。
 （英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）
 図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の一助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：大阪府

大阪府



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-09-03	5784
2022-09-04	2630
2022-09-05	7798.5
2022-09-06	6897.5
2022-09-07	5625
2022-09-08	4555
2022-09-09	4730.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

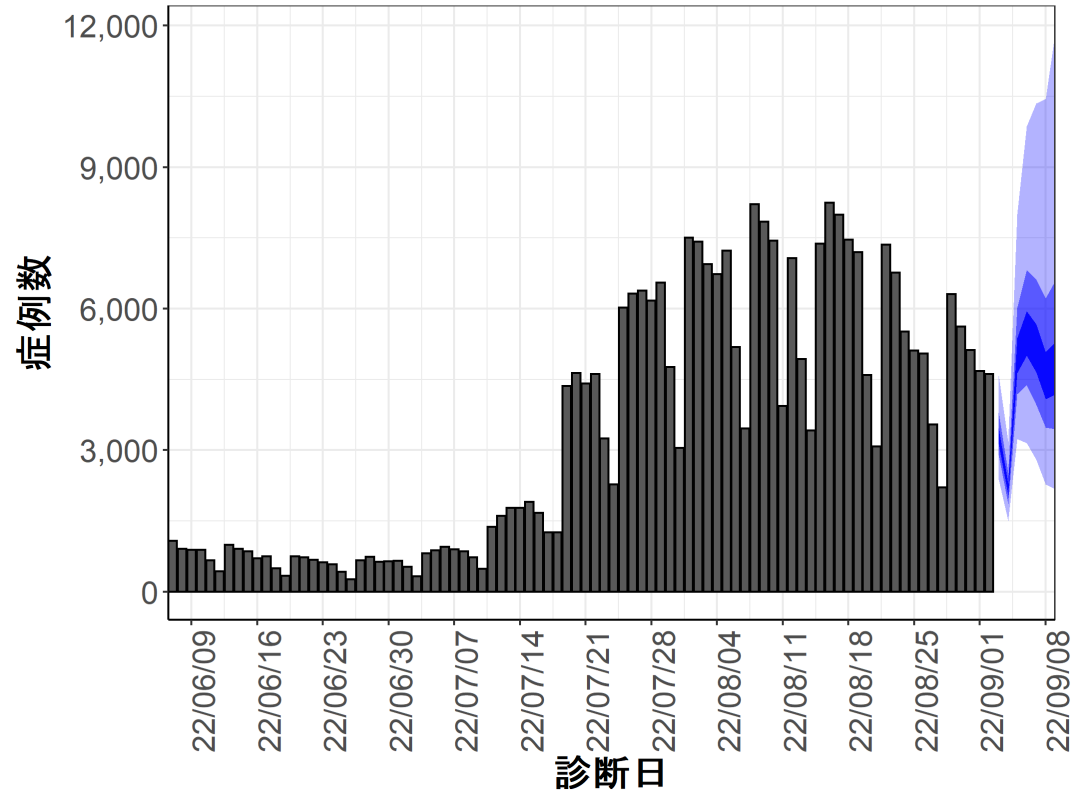
新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。
 （英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）
 図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の一助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：北海道

北海道



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-09-03	3300.5
2022-09-04	2181.5
2022-09-05	4984
2022-09-06	5460.5
2022-09-07	5082.5
2022-09-08	4530
2022-09-09	4719

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

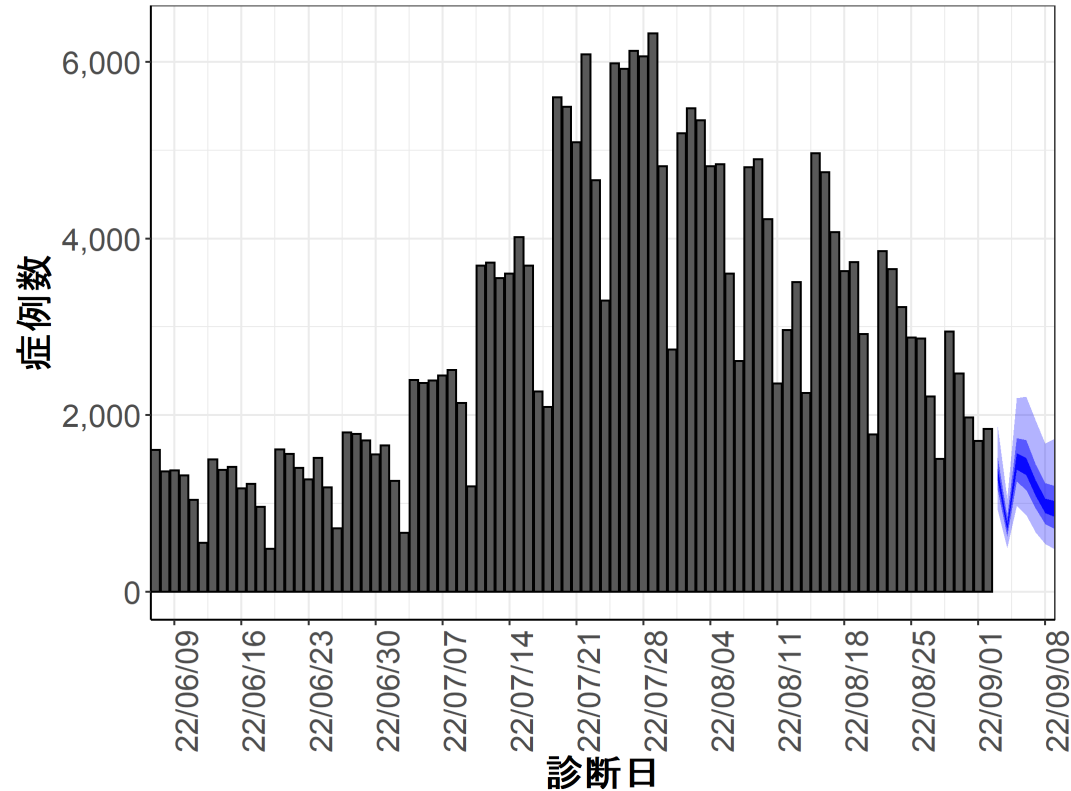
新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。
 （英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）
 図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の一助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：沖縄県

沖縄県



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-09-03	1324.5
2022-09-04	732
2022-09-05	1475
2022-09-06	1417
2022-09-07	1176
2022-09-08	977
2022-09-09	939.5

新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。
 （英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）
 図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の一助として活用されることを想定している。

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

使用データ

HER-SYS（9月5日時点）

まとめ

2021年第14週から2022年第35週までの全国データを用いて、24歳以下における週別の年齢群別報告数と割合を記述的に検討した。

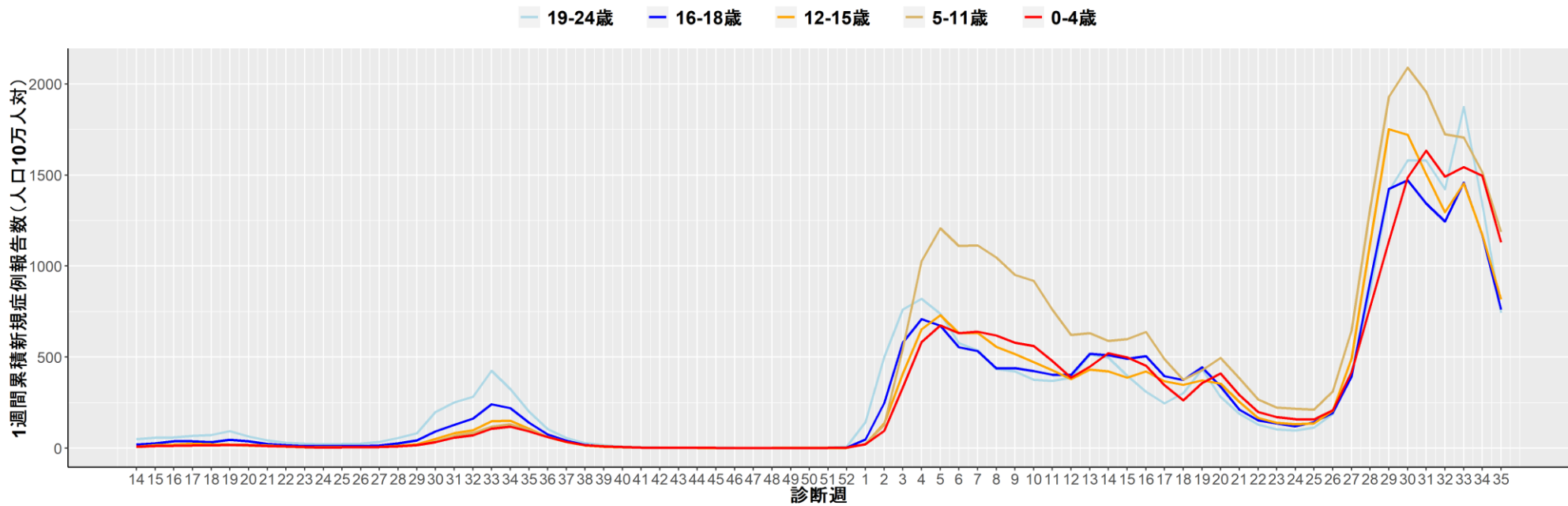
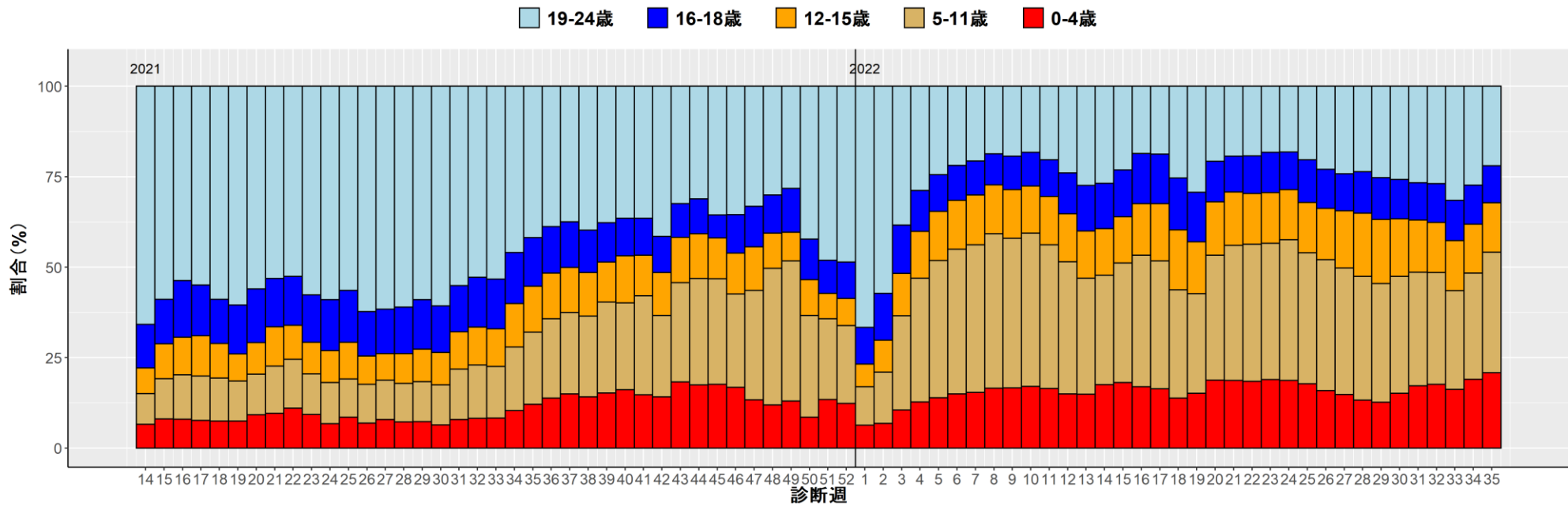
24歳以下における18歳以下の小児の占める割合は2021年第31週まではほぼ横ばいであり、その後第32～49週にかけて特に0～4歳代、5～11歳代で増加した。第50週以降は19～24歳代の割合が増加傾向にあり、2022年第1週から第10週まで減少傾向に転じたが、直近は5～11歳代の割合が増加し、19～24歳代の割合が減少傾向にある。

新規症例報告数は、2022年第4週以降、5～11歳代がそれ以外の年齢群を上回っている。2022年第33週の症例報告数は5～11歳代、0～4歳代、12～15歳代、16～18歳代、19～24歳代の順となっている。第25週から第29週まで全ての年代で増加傾向がみられたが、直近は全ての年代で減少傾向がみられる。人口10万人対7日間累積新規症例報告数は全ての年代で750を超え、高いレベルとなっている。直近では報告遅れの影響を受けている可能性があり解釈に注意を要する。

解釈時の注意点

- HER-SYSに基づく値は、特に直近1週間については報告遅れのために過小評価となっている可能性があるため注意が必要

小児流行状況モニタリング

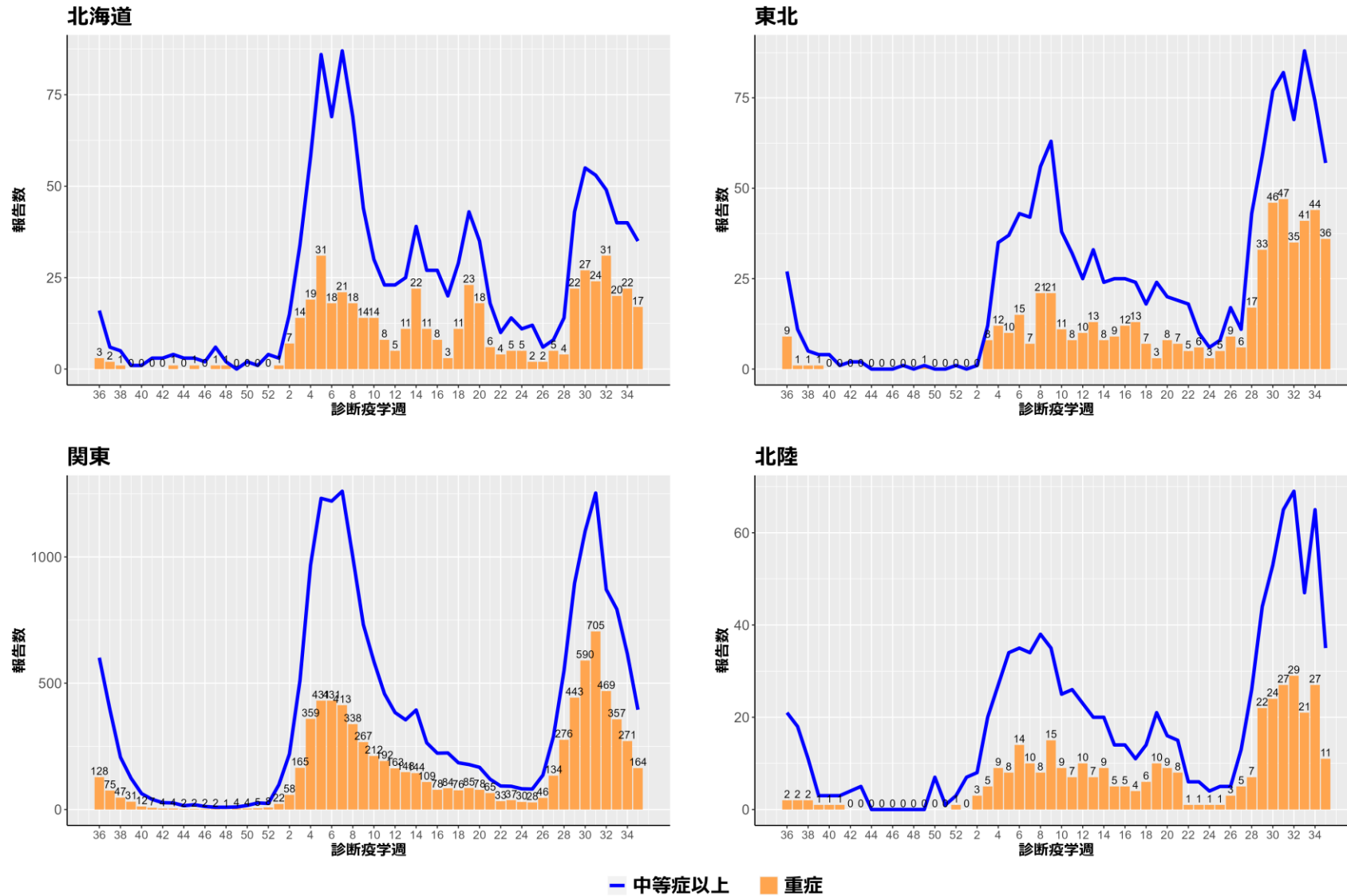


表：2022年第34週の、遅れ報告によるバイアスを考慮した、同時点での年齢群別の前週比
（同時点とは、8月30日現在の第34週の値と8月23日現在の第33週の値との比較）

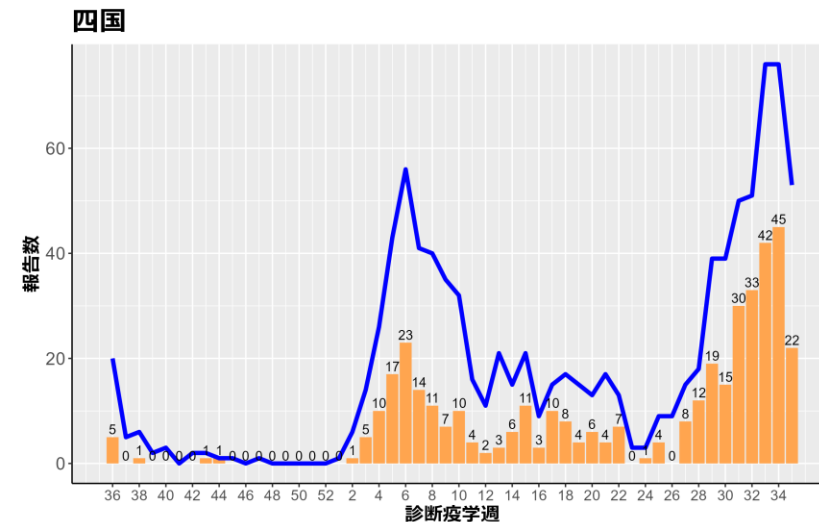
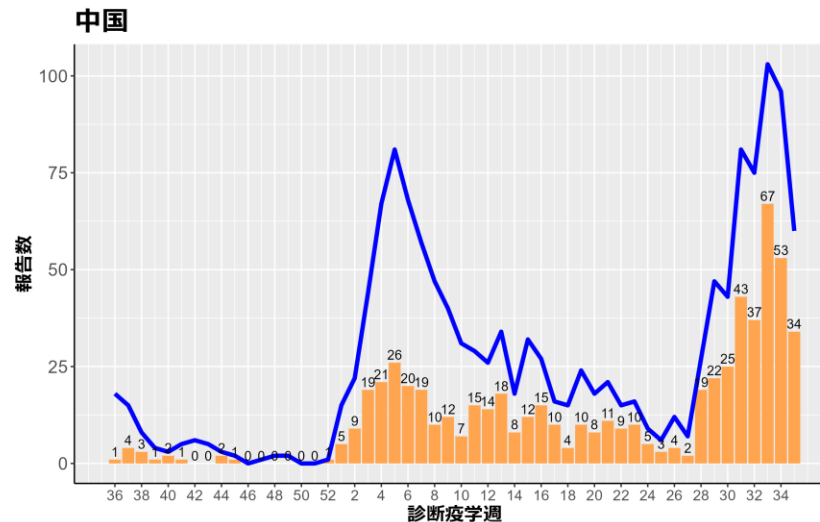
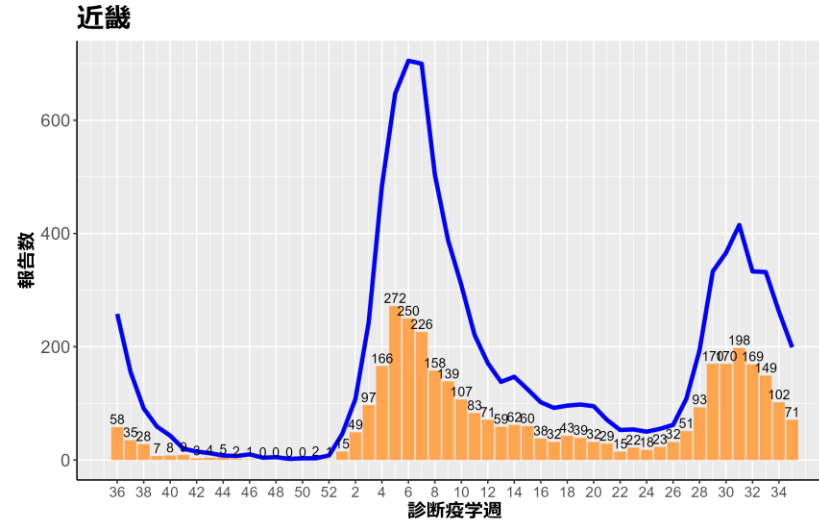
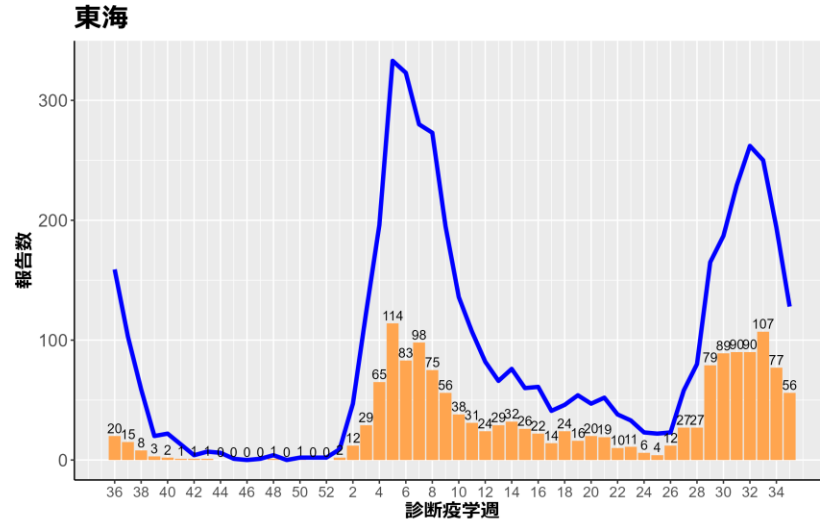
年齢群	当該週新規症例報告数(人)	前週新規症例報告数(人)	前週比
0-4 歳	67,119	66,893	1.00
5-9 歳	76,264	80,468	0.95
10-14 歳	63,400	76,089	0.83
15-19 歳	66,892	82,875	0.81
20 代	164,302	223,620	0.73
30 代	167,437	206,625	0.81
40 代	175,749	215,811	0.81
50 代	138,925	169,466	0.82
60 代	85,689	103,263	0.83
70 代	62,858	73,784	0.85
80 代以上	56,076	65,078	0.86
計	1,124,711	1,363,972	0.82

出典：https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/PDF/COVID-19_2022w34.pdf

HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数 2022年9月5日

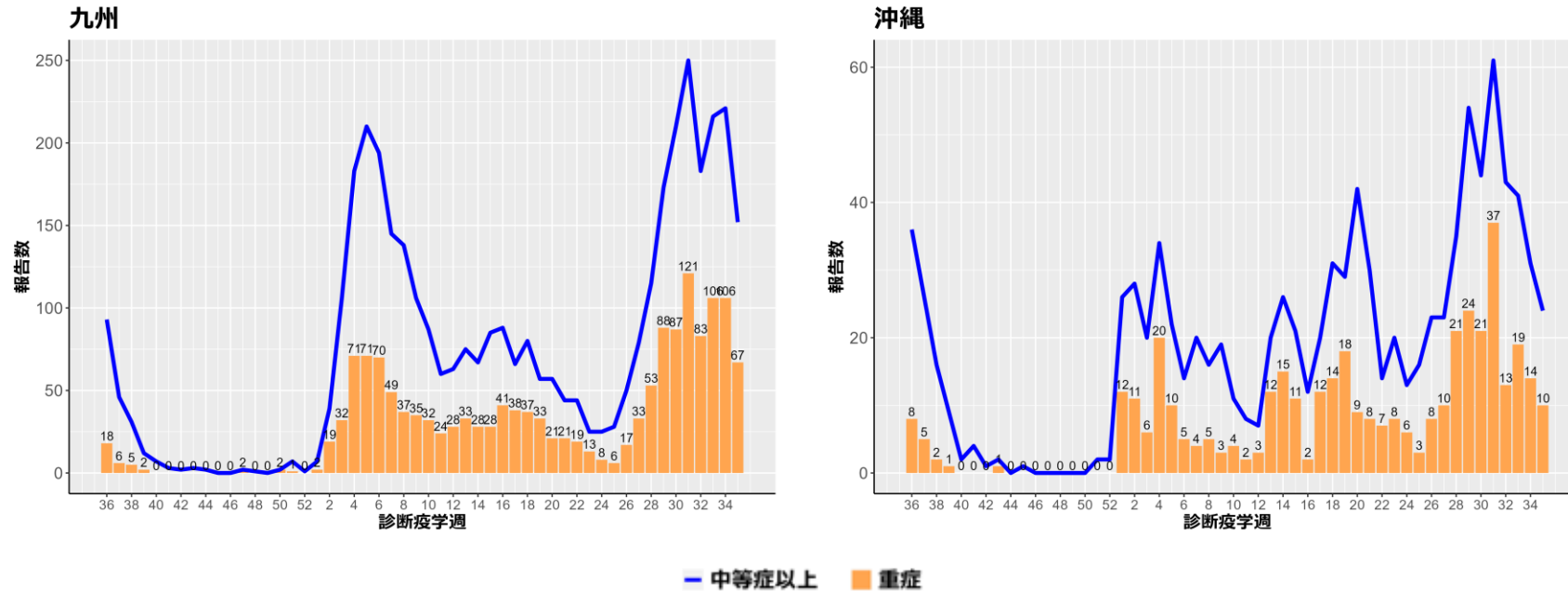


HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数 2022年9月5日



— 中等症以上 ■ 重症

HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数 2022年9月5日

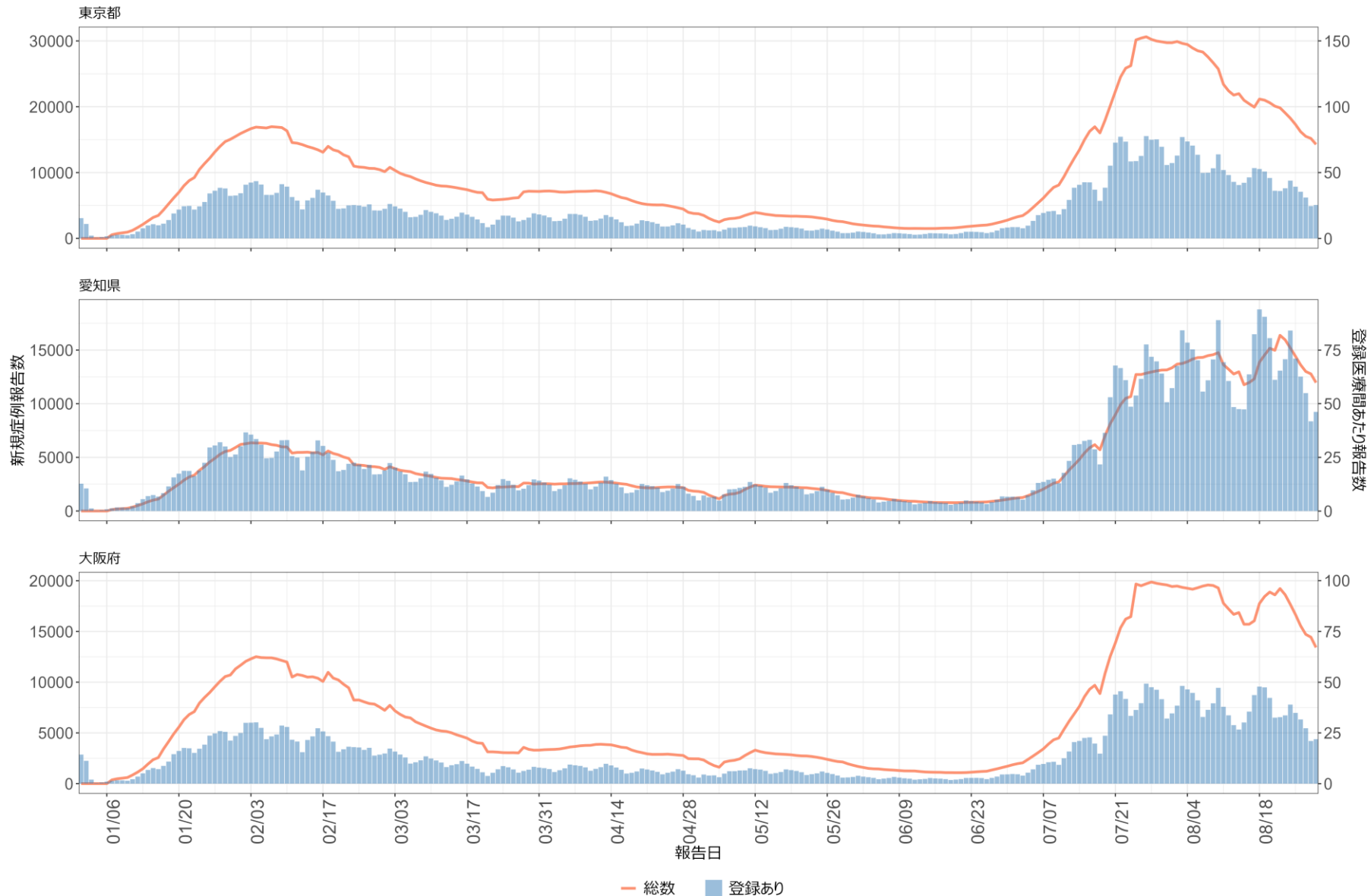


注) 中等症以上の定義は発生届で診断時に、「肺炎像」「重篤な肺炎」「多臓器不全」「ARDS」のいずれかにチェックされているかどうか、または死亡例である（「肺炎像」ありのみも含むため、臨床的に軽症である症例も含まれる可能性がある）。重症の定義は発生届で診断時に、「重篤な肺炎」「多臓器不全」「ARDS」のいずれかにチェックされているかどうか、または死亡例である。

HER-SYSにおける確保病床登録医療機関からのデータを用いた疫学像

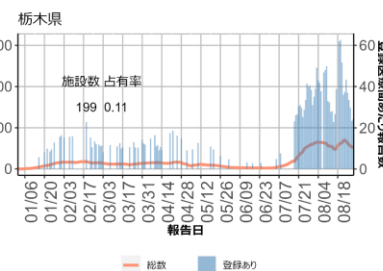
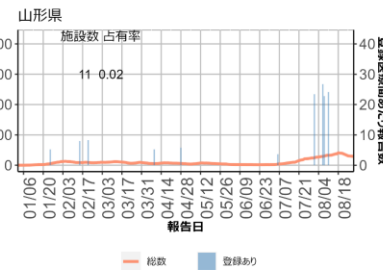
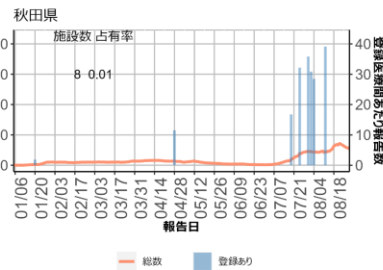
- 新型コロナウイルス感染症サーベイランスの全数から定点報告への切替えに関する議論を踏まえて、確保病床の登録医療機関および新型コロナウイルス感染症の入院例がいる医療機関を抽出して疫学像の検討を行った
 - 2つのデータベースを医療機関コードを参照して統合した
 - HER-SYSデータ(2022年9月1日抽出)
 - 厚生労働省ウェブサイト.各医療機関内の病床の確保状況および使用率等の報告 (2022年8月19日実績データ参照)
 - 2022年1月1日からHER-SYSに登録された医療機関数のうち確保病床医療機関の割合を占有率とした
 - 都道府県ごとの確保病床医療機関登録数をもとに医療機関あたりの報告数を算出した(総数に対して1/200になるようにスケール(右軸)を調整)
 - 3都府県での検討に加えて、都道府県ごとに報告日ごとの医療機関あたり報告数をプロットした
 - 中等症以上の定義は発生届で診断時に、「肺炎像」「重篤な肺炎」「多臓器不全」「ARDS」のいずれかにチェックされているかどうか、または死亡例である(「肺炎像」ありのみも含むため、臨床的に軽症である症例も含まれる可能性がある)。重症の定義は発生届で診断時に、「重篤な肺炎」「多臓器不全」「ARDS」のいずれかにチェックされているかどうか、または死亡例である。

確保病床登録医療機関別のHER-SYSにおける報告日ごとの報告数、2022年1-8月



人口が多い3都府県でのHER-SYS報告数と確保病床が登録された医療機関あたりの報告数を検討した。報告数に対して1/200となるように右側のスケールを調整

確保病床登録医療機関別のHER-SYSにおける報告日ごとの報告数(全国)、2022年1-8月



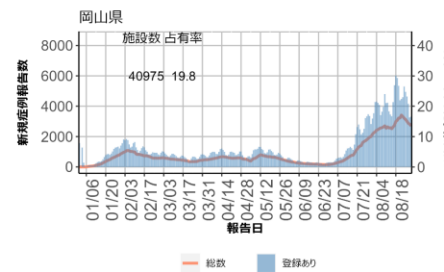
都道府県別で検討すると、1) 確保病床登録医療機関からの報告がほとんどされていない自治体が散見される

確保病床登録医療機関別のHER-SYSにおける報告日ごとの報告数(全国)、2022年1-8月



都道府県別で検討すると、
2) 人口が多い都道府県
(東京、神奈川、愛知など)では、医療機関あたりの報告数が全数の1/200と同じか少ない傾向がある

確保病床登録医療機関別のHER-SYSにおける報告日ごとの報告数(全国)、2022年1-8月

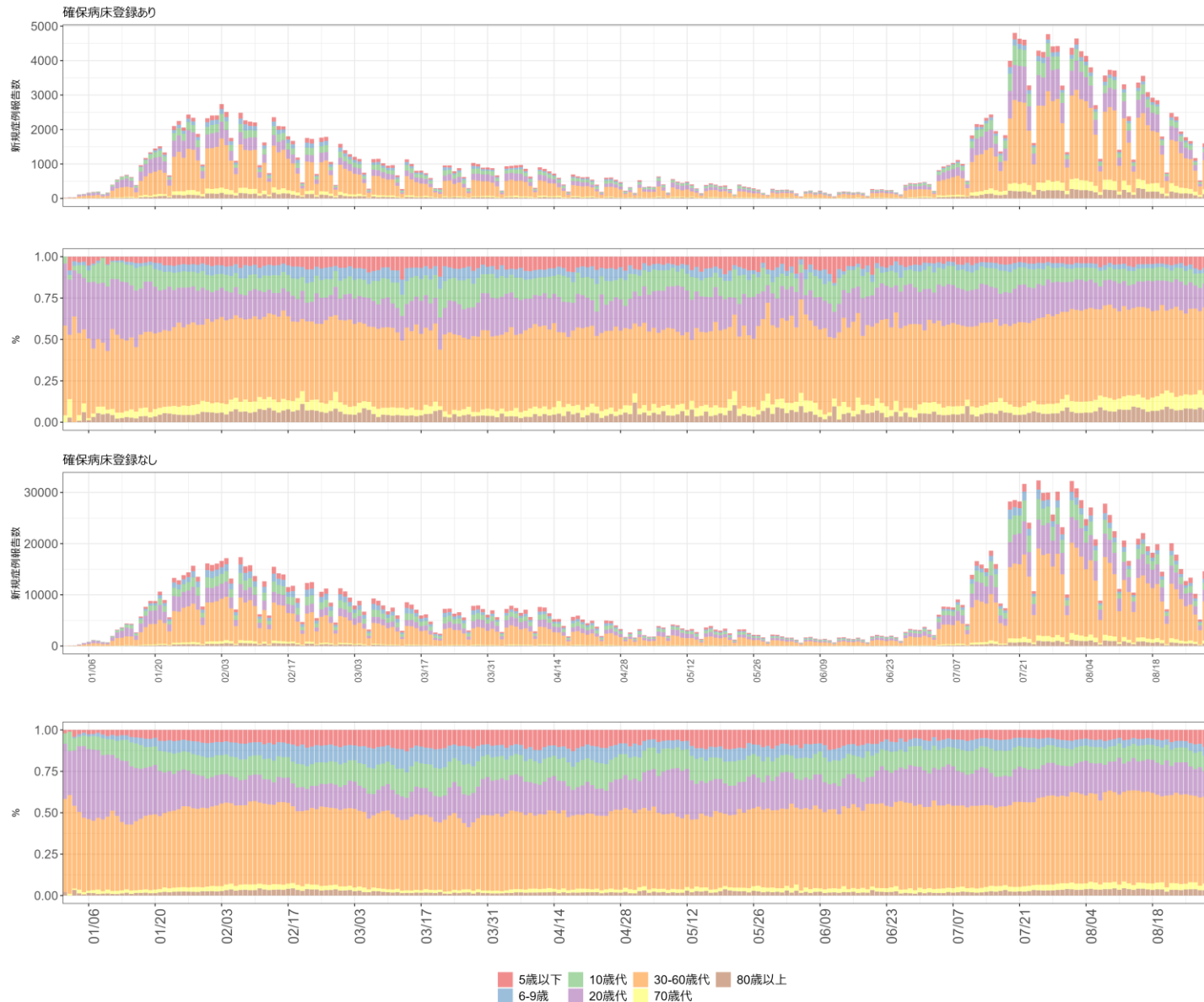


都道府県別で検討すると、
3) 医療機関あたりの報告数が全数の1/200を超えて報告される自治体が特に地方では観察される

確保病床登録医療機関別のHER-SYSにおける報告日ごとの報告数(全国)、2022年1-8月

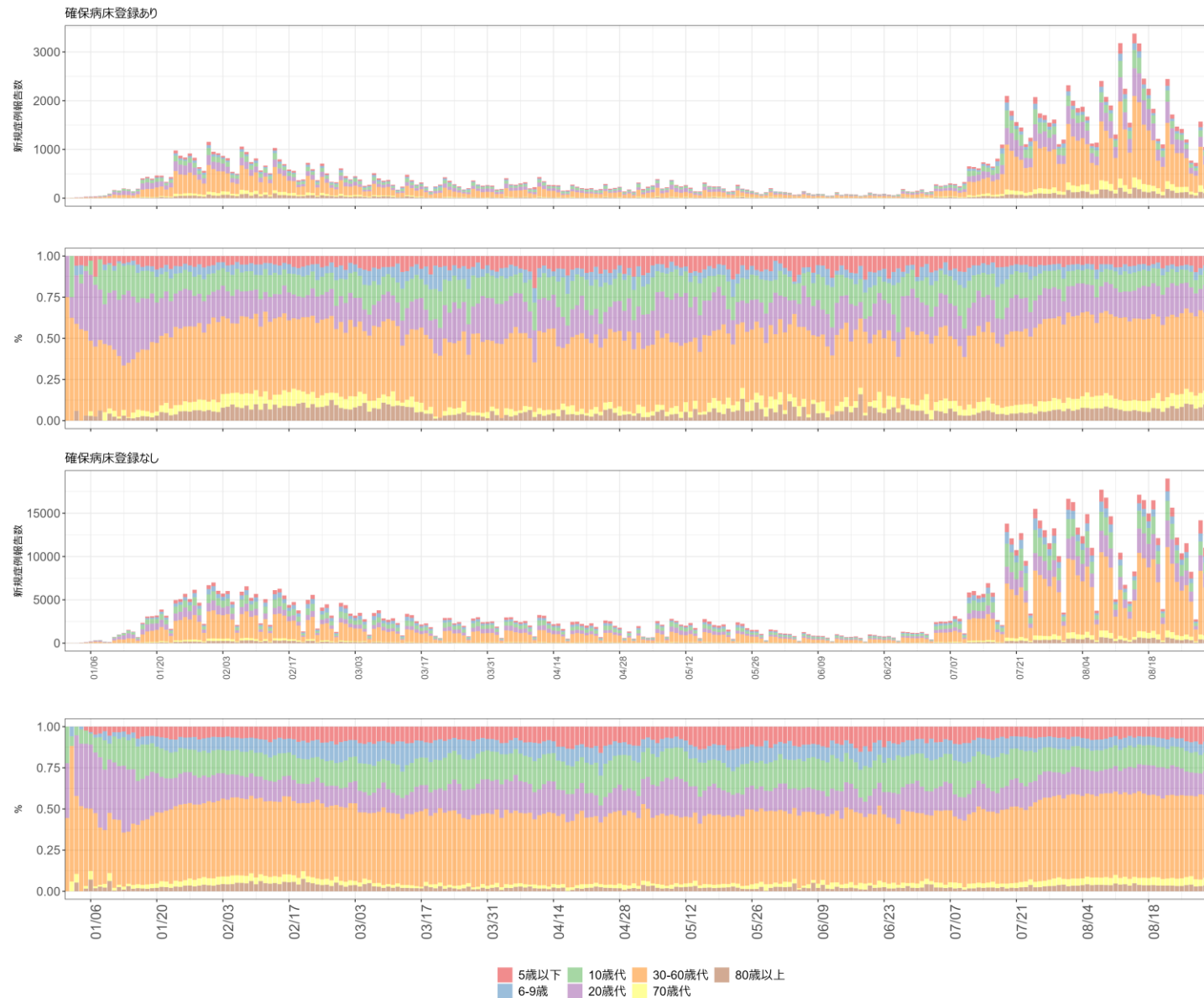


確保病床の登録別でみた報告日ごとの年齢別報告数および割合(%)、東京都

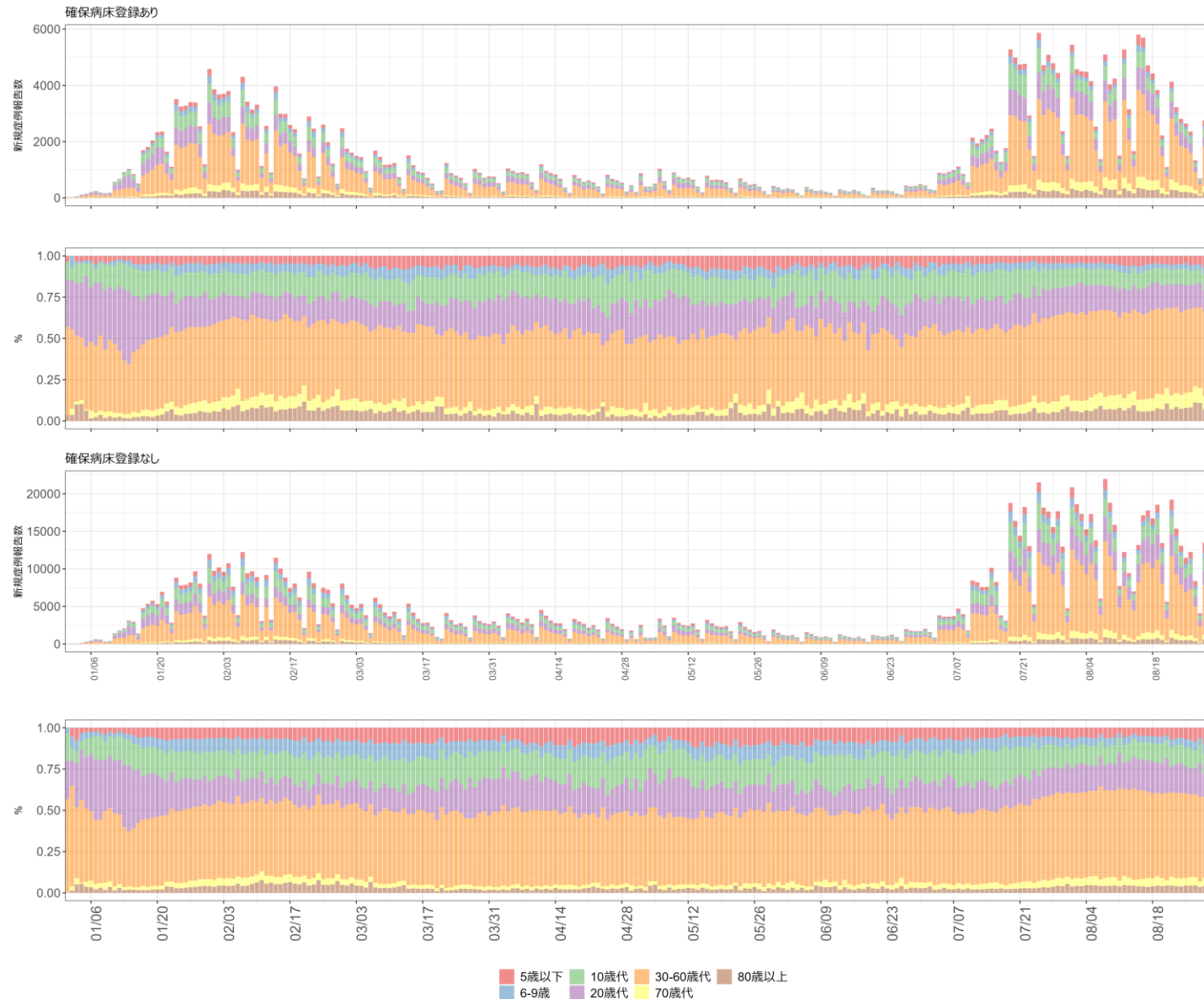


年齢別の報告数とその割合をみると確保病床のある医療機関では70歳以上の高齢者の占める割合が確保病床がない医療機関よりも多く報告される

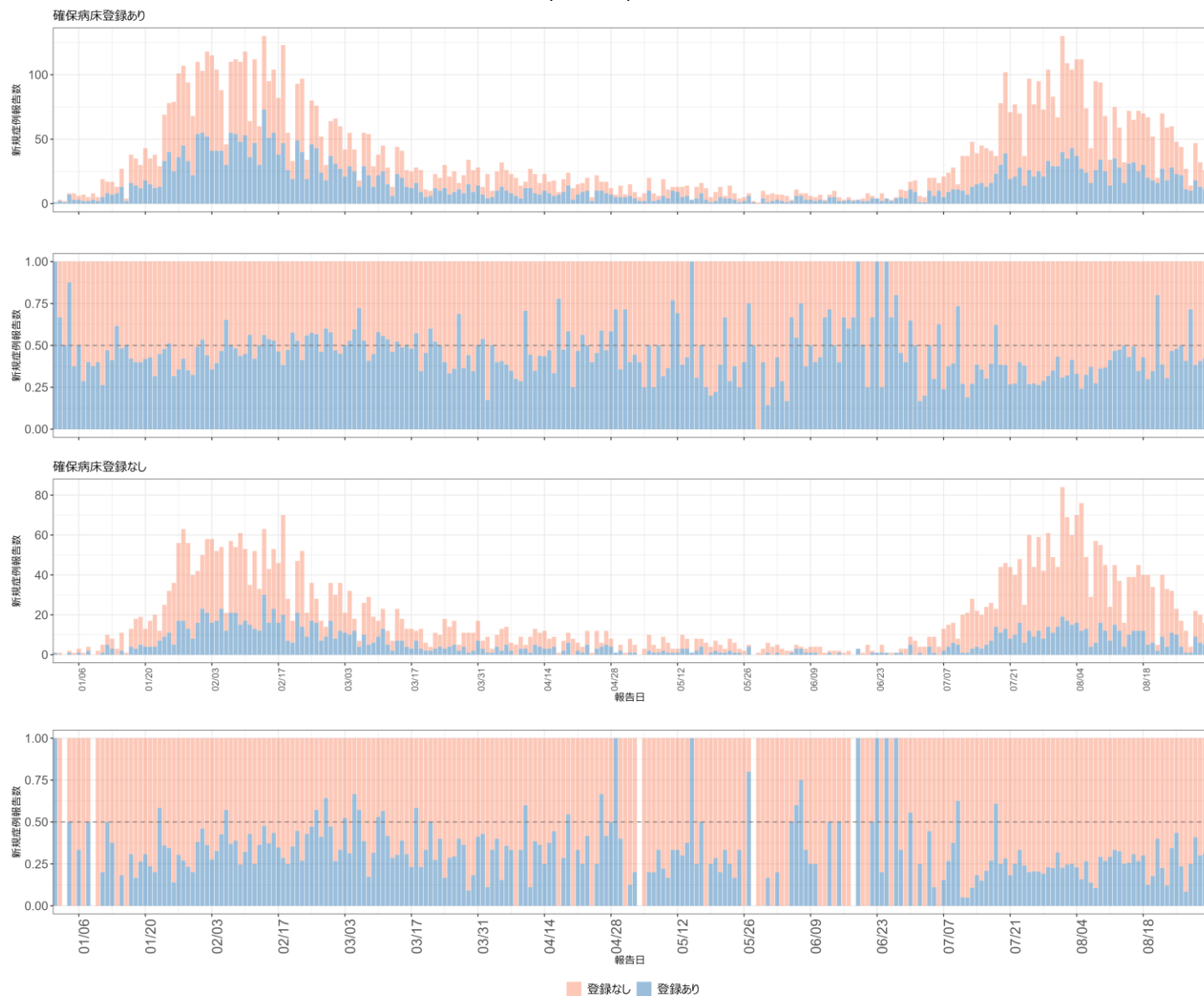
確保病床の登録別でみた報告日ごとの年齢別報告数および割合(%)、愛知県



確保病床の登録別でみた報告日ごとの年齢別報告数および割合(%)、大阪府

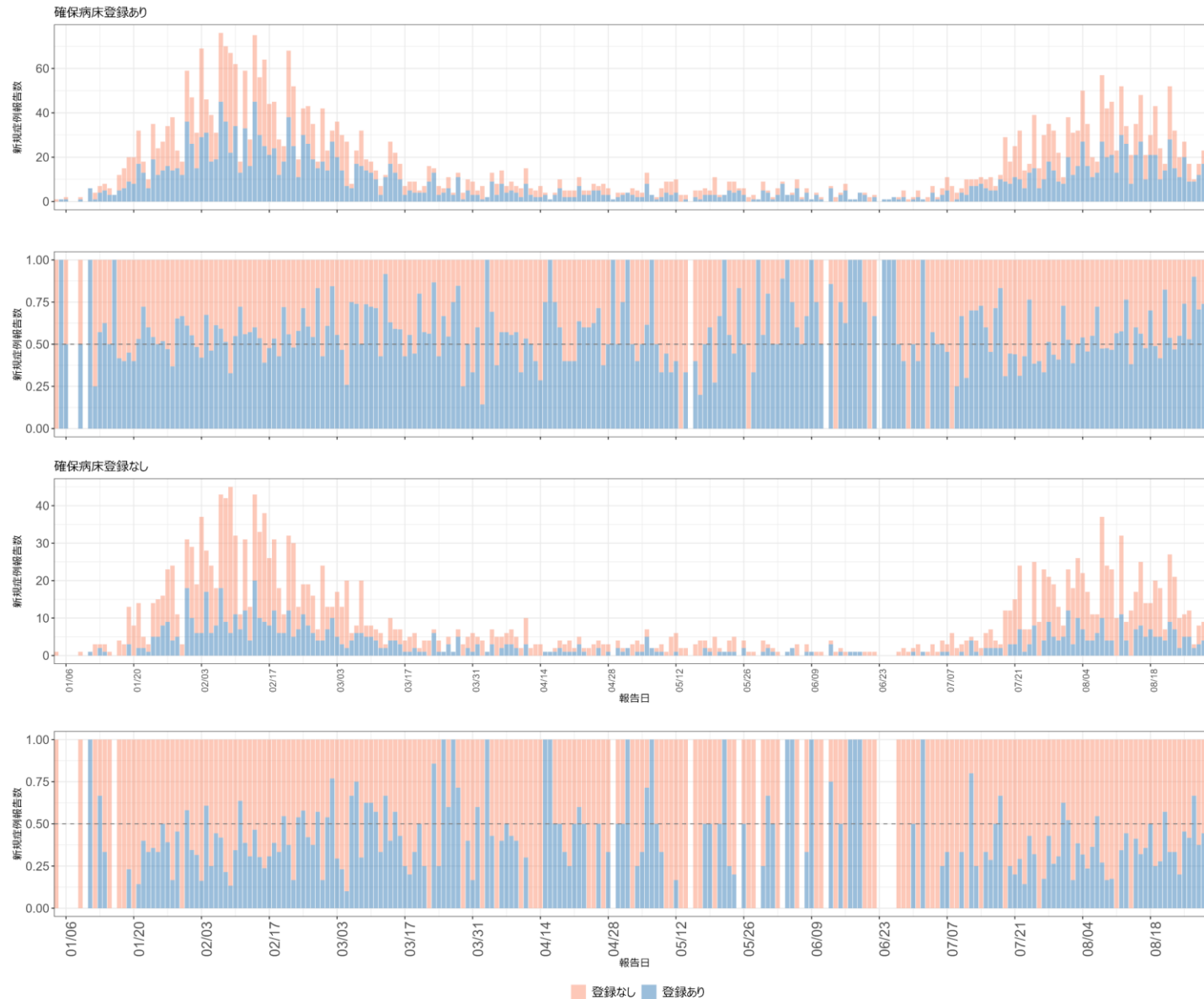


確保病床の登録別でみた中等症以上および重症例の日ごとの報告数および割合(%)、東京都

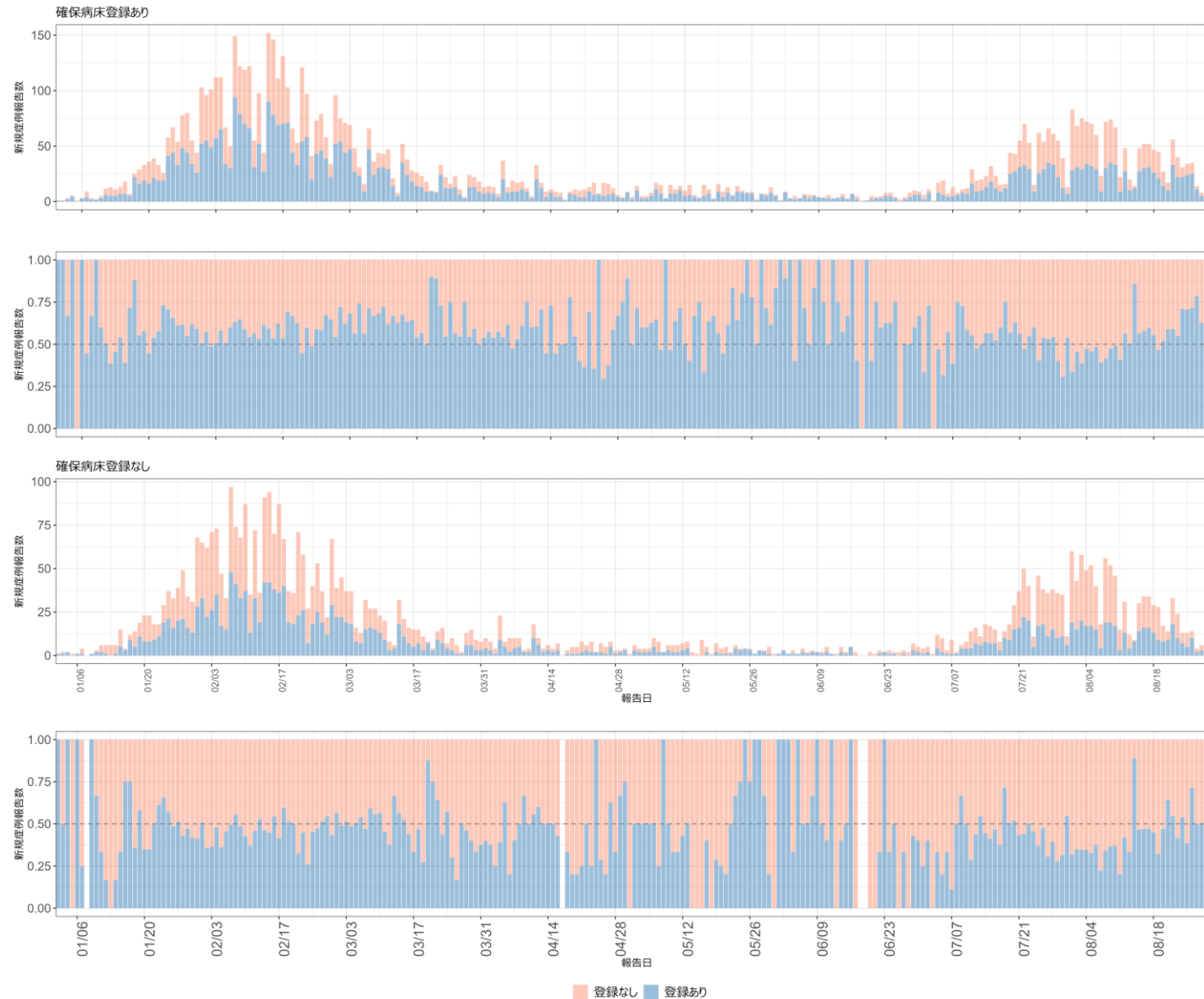


中等症以上の報告数とその割合をみると確保病床のある医療機関では半数以上が観察期間を通じて探知されている。ただし実数は非常に少なく（データ未提供）、フォローアップのシステムが重要であると考えられる

確保病床の登録別でみた中等症以上および重症例の日ごとの報告数および割合(%)、愛知県



確保病床の登録別でみた中等症以上および重症例の日ごとの報告数および割合(%)、大阪府



学校等欠席者・感染症情報システムについて

学校等欠席者・感染症情報システム（以下本システム）とは、出雲市で当時の国立感染症研究所（以下感染研）の研究者によって開発され、2013年から公益財団法人日本学校保健会が運営を引き継いだ学校欠席者情報収集システムと保育園サーベイランスを、2017年に統合したものである。

保育所や学校の欠席情報を職員が入力することによって、日々の欠席等の情報を保育所、学校、教育委員会、保健所、学校医、県の衛生部局等で同時に共有でき、感染症の早期のアウトブレイクの把握、リアルタイムな感染症の流行状況把握が行えるというものである。

今般、COVID-19の流行により、学校現場及び保育所等のサーベイランスを行うための方策として注目された。しかしながら全国規模のサーベイランス体制としていく必要があること、学校教職員に本システムの入力率を向上していく必要があること、そのためにも、本システムの利活用のための人材育成が必要であることなど様々な課題があり、現在、厚生労働省研究班「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」の分担研究課題としてシステムの改修、普及、利活用の促進に取り組んでいる。

2022年3月末の時点で、本システムに加入しているのは、全国の保育園22,704中11,702（51.5%）、こども園8,585中2,836（33.0%）、幼稚園9,204中3,153（34.1%）、小学校19,336中12,007（62.1%）、中学校10,076中6022（59.8%）、高等学校4,856中3,438（70.8%）、特別支援学校1,160中994（85.7%）だった。

学校欠席者の状況について：9月5日時点

方法：学校等欠席者・感染症情報システムから加入施設のデータを抽出し、登録児童数ごとの欠席者を日毎にグラフ化した。

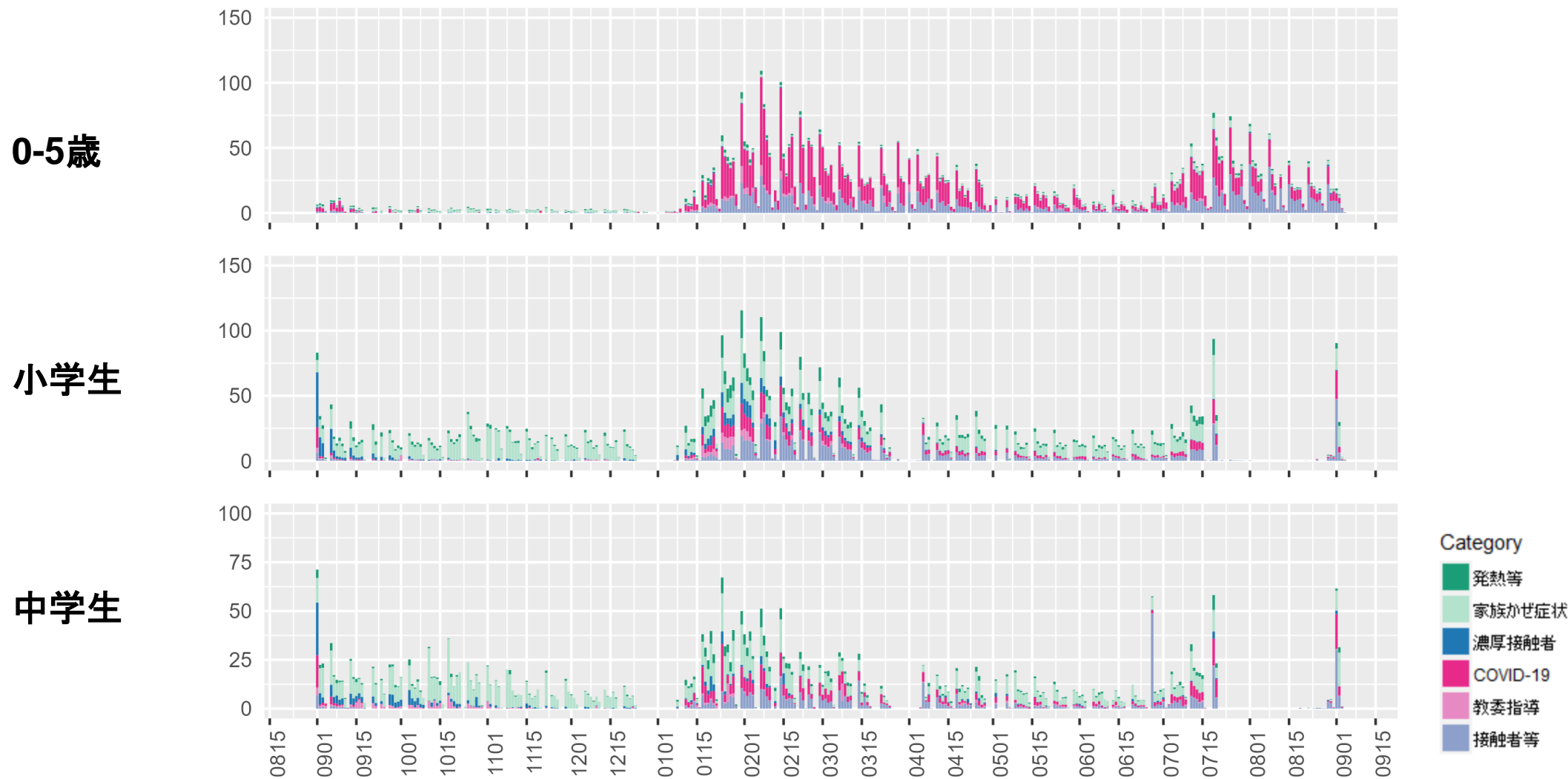
SARS-CoV2感染症の関連欠席として、①発熱等による欠席、②家族等のかぜ症状による欠席、③濃厚接触者、④新型コロナウイルス感染症、⑤教育委員会などによる指示、⑥陽性者との接触があり新型コロナウイルス感染症が疑われるの6つが収集されている。これらの欠席はいずれも「出席停止扱い」である。東京都、愛知県、大阪府の2021年7月1日から2022年9月5日までの登録児童あたりの欠席率を施設ごとにプロットした。また施設ごとの④新型コロナウイルス感染症での欠席率を週ごと都道府県ごとにプロットした。

評価：

- 東京都以外は夏季休業が終わったことから小学校以上で夏期休業前と変わらないレベルの欠席者が報告された。0-5歳でも直近1週間に新型コロナウイルス感染症およびその関連事由による欠席者が報告され、東京都、愛知県、大阪府ではいずれも横ばいのトレンドが観察されている。
- 接触者等の集計は、流行に対する不安による欠席などを含んでいるために過大評価されている可能性がある。
- 夏季休業が終わったことをうけて、多くの都道府県で新型コロナウイルス感染症による欠席率が小学校以上の施設で報告された。そのレベルは0-5歳児と同様に夏期休業前と変わらない高い欠席率が観察されている。
- 流行のトレンドにはシステム加入校数の大小や報告遅れが影響している可能性に留意する必要がある。

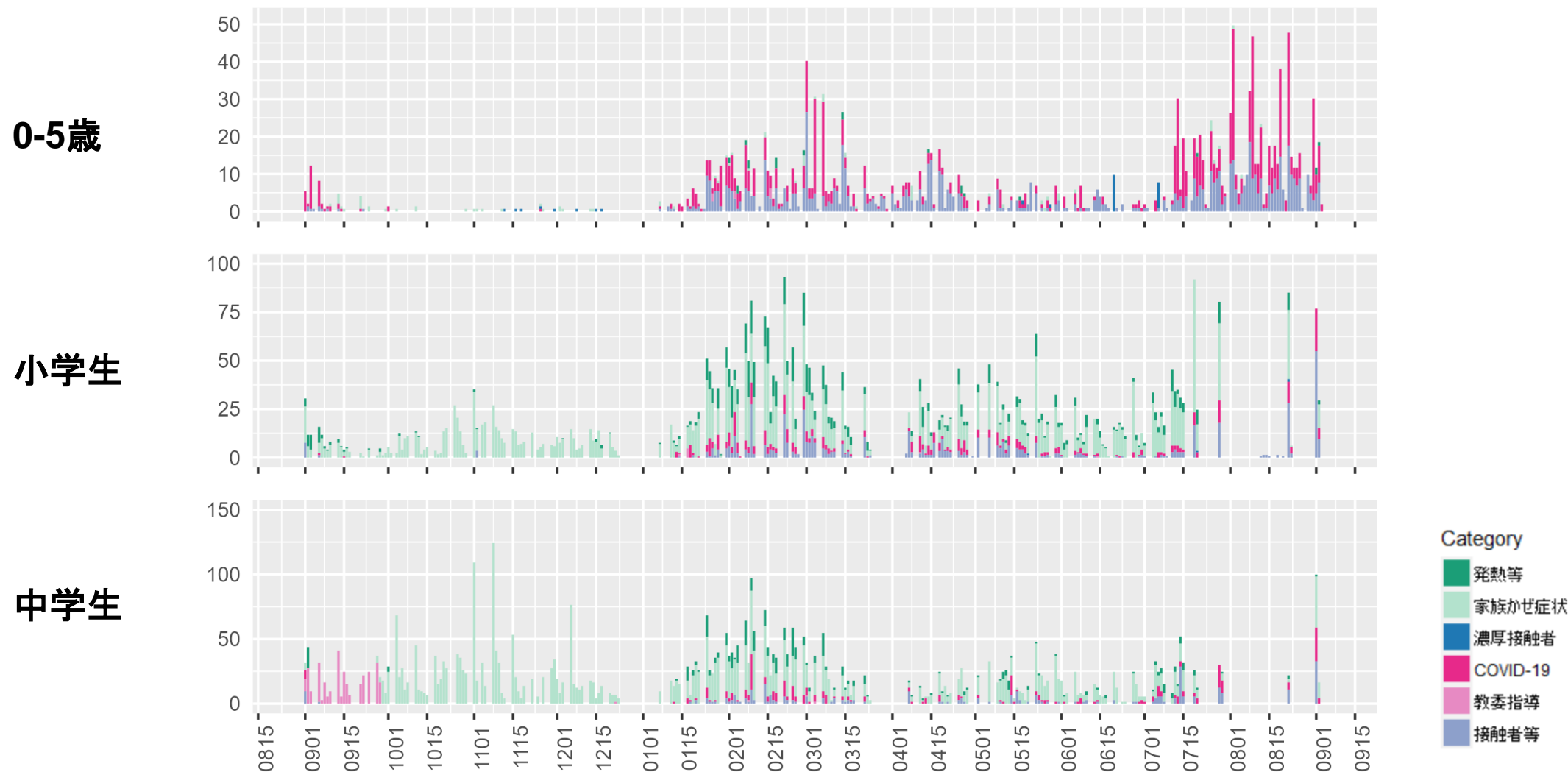
学校等欠席者・感染症情報システム：9月05日時点

東京都における新型コロナウイルス感染症関連欠席者(登録児童1万人あたり欠席率)



学校等欠席者・感染症情報システム：9月05日時点

愛知県における新型コロナウイルス感染症関連欠席者(登録児童1万人あたり欠席率)

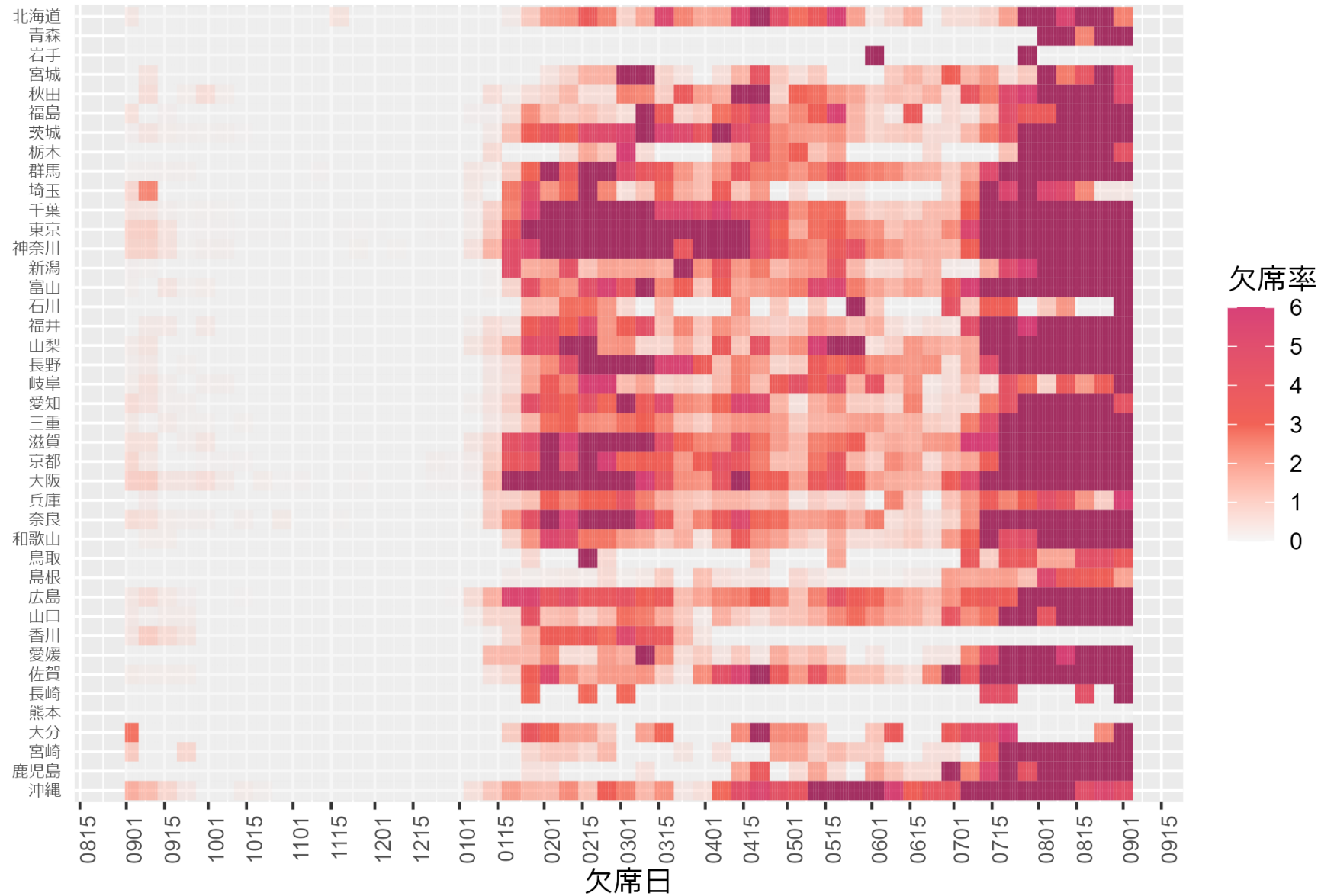


学校等欠席者・感染症情報システム：9月05日時点

大阪府における新型コロナウイルス感染症関連欠席者(登録児童1万人あたり欠席率)



0-5歳児における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録児童1万人あたり、都道府県別）



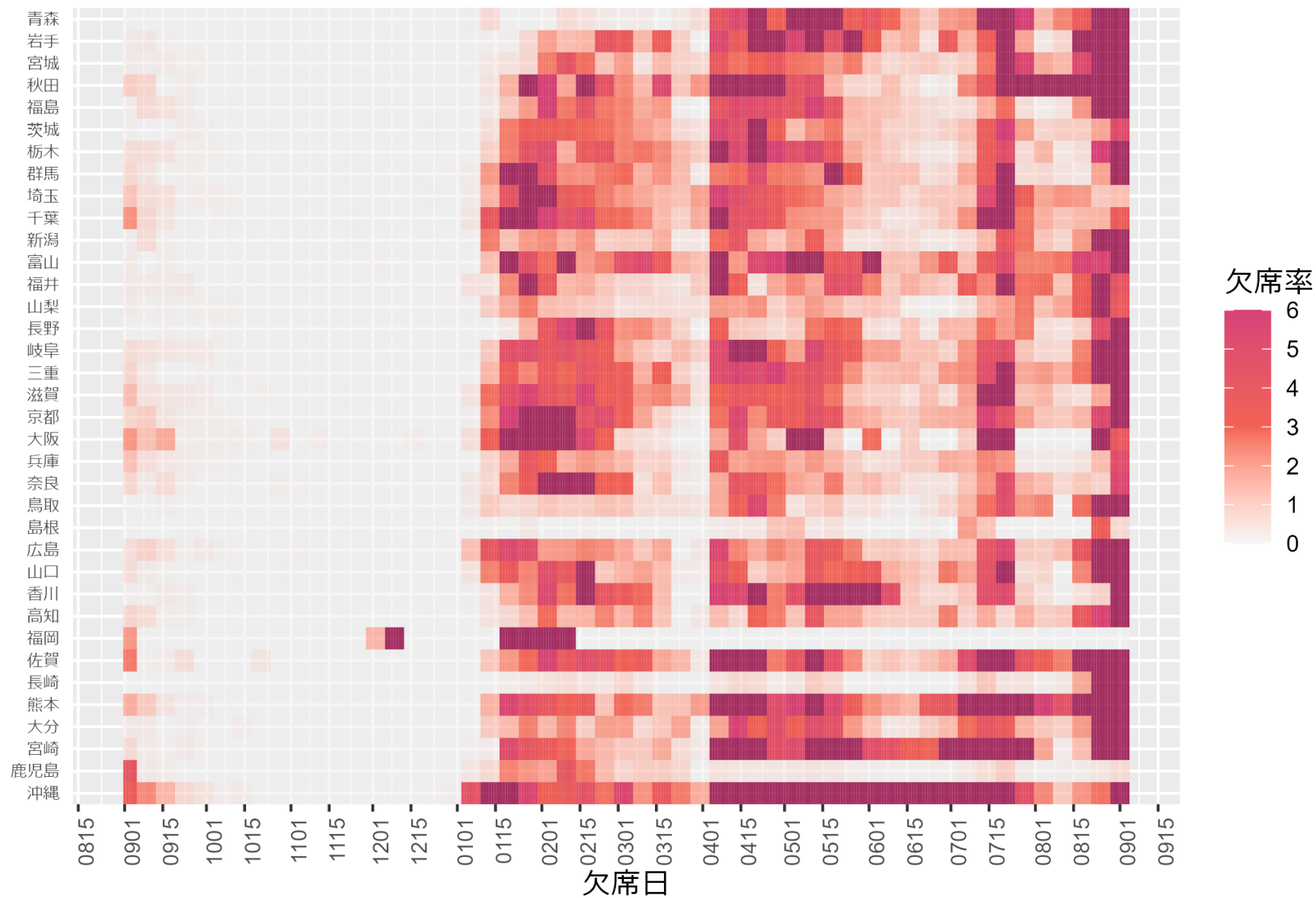
小学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録児童1万人あたり、都道府県別）



中学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録児童1万人あたり、都道府県別）



高校生における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録児童1万人あたり、都道府県別）



民間検査機関の検体に基づくゲノムサーベイランスによるBA.5検出の推定

背景

全国の変異株の発生動向を監視するためのゲノムサーベイランスの確立を目指し、今般、民間検査機関から得られた全国800検体を用いた変異株検出率の推定を感染研で実施している。

対象

- 国内の民間検査機関2社に集められた検体
- 全国で合計800検体/週を目途に検査（A社400検体/週、B社検体400/週）
- 毎日、検査機関側でA社では57（火曜日～土曜日）～115（月曜日）検体、B社では65～70（平日）、～40（土曜日）検体を抽出した後、ゲノム解析検査を実施し、感染研病原体ゲノム解析研究センターのCOG-JPを用いたデータ解析後に、週ごとに感染研病原体ゲノム解析研究センターに報告（同時に感染研病原体ゲノム解析研究センターでもCOG-JPで共有されたデータを解析）

BA.5検出率解析方法

- ゲノム解析データを基に、PANGO lineageを決定（病原体ゲノム解析研究センターで実施）。
- 全てのウイルスがオミクロン株BA.5に置き換わることを前提に、Lineageが判明した検体数（解析不能分を除く）に占めるBA.5検出検体の割合をロジスティック成長モデルにフィットさせ、週ごとの推定を行った。日別のデータを基に解析したロジスティック成長モデルを基にGrowth Advantage（感染性・伝播性の増加）を算出した。また、各系統・株の検出割合を多項ロジスティック回帰モデルにフィットさせ、週ごとの推定を行った。多項ロジスティックモデルを基に、各株による患者数を推定した。

特徴

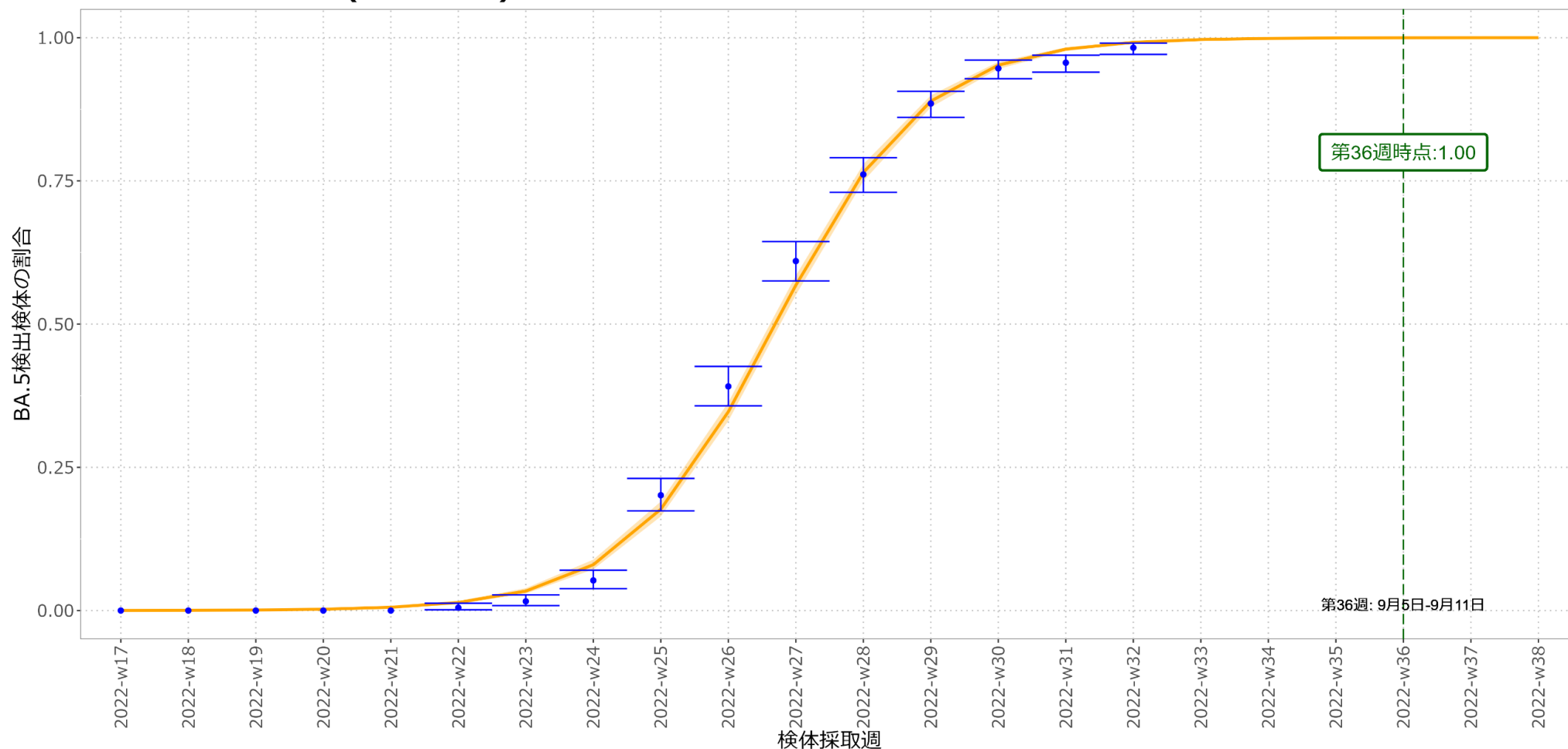
- 都道府県別のランダムな対象の抽出に厳密な基準を設定していないこと、及び各地域の対象数を考慮すると、地域（都道府県別）の偏りについては検査時点では考慮不可（後に判明）であり、地域ごとの代表性の確保はできない（原則、全国と限られた地域での分析のみ考慮）。
- 本サーベイランスの対象は、民間検査機関に集められた検体で、個別に医療機関を受診した症例の検査検体が中心であり、集団発生の影響が比較的少なく、実際の地域の感染状況を反映しやすいと考えられる。
- GISAIDのデータより、1～2週間早く解析できる。

補足

- 検査会社により検体の抽出方法は異なるが、全国一律の検体プールからランダムに抽出するA社に限定した場合でも全国的な傾向は同様であった。
- COG-JPに自治体から登録されたデータを使用したBA.5検出の推定と比較し、全国的な傾向は同様であった。

BA.5検出割合の推移（8月30日時点データ）

BA.5検出割合の推移(検体採取週)



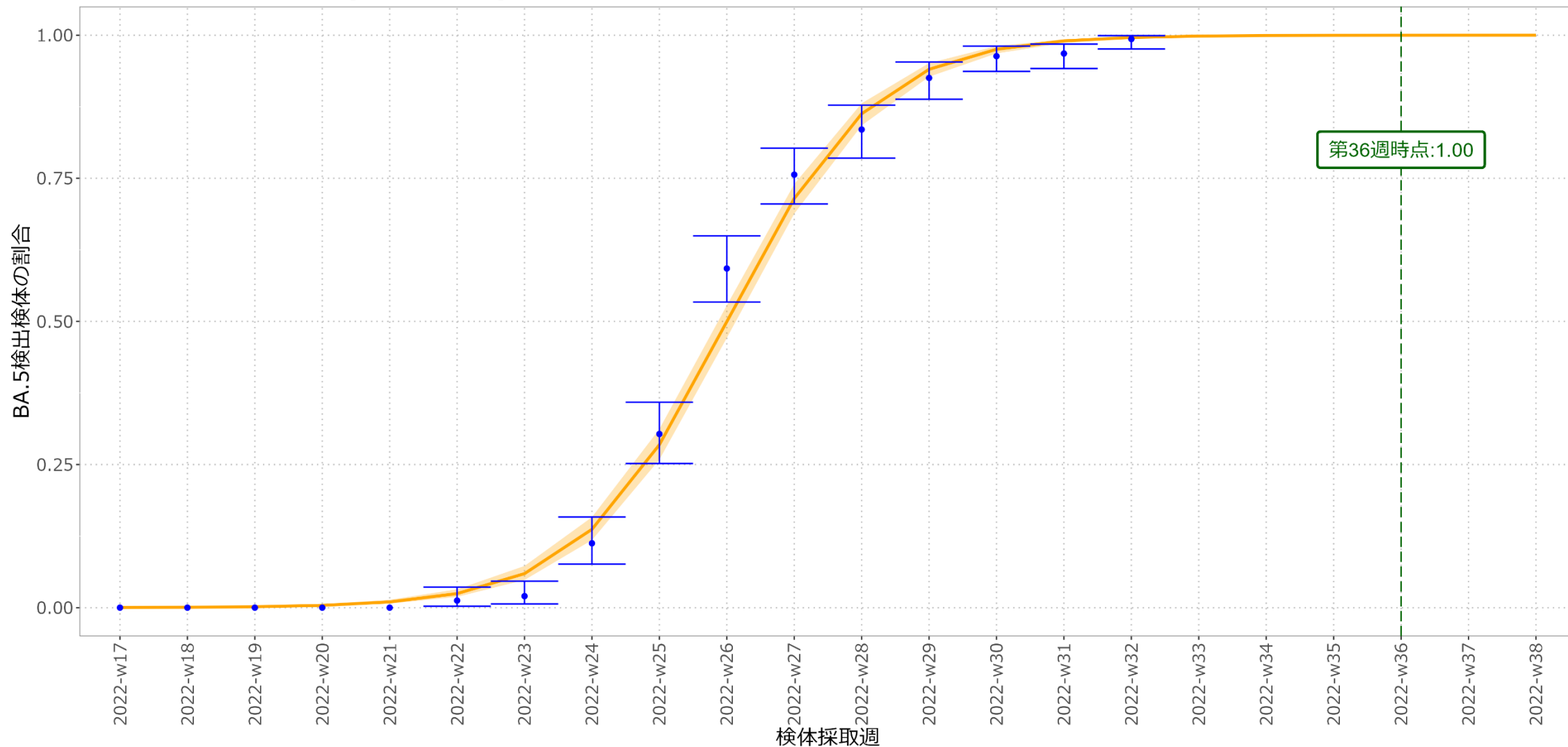
BA.5検出数	0	0	0	0	0	4	13	42	161	313	488	609	708	757	765	783	NA	NA	NA	NA	NA	NA
総検査数	843	764	1053	800	800	791	807	799	800	800	800	800	800	800	800	797	NA	NA	NA	NA	NA	NA

青点は検体採取週ごとのBA.5(下位系統含む)検出割合、青バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。最終的にすべてのウイルスがBA.5に置き換わることを前提とし、置き換わりの推定を橙ライン、95%信頼区間を淡橙帯で示す。

民間検査機関2社から得られた全国の毎週約800の検体を基に実施したゲノムサーベイランスによると、オミクロン株BA.5系統（下位系統含む）の検出割合は、2022年第32週（8月8日～14日）で98%（実数値）、また、第36週（9月5日～11日）で100%（推計値）であった

地域別：BA.5検出割合の推移（8月30日時点データ）

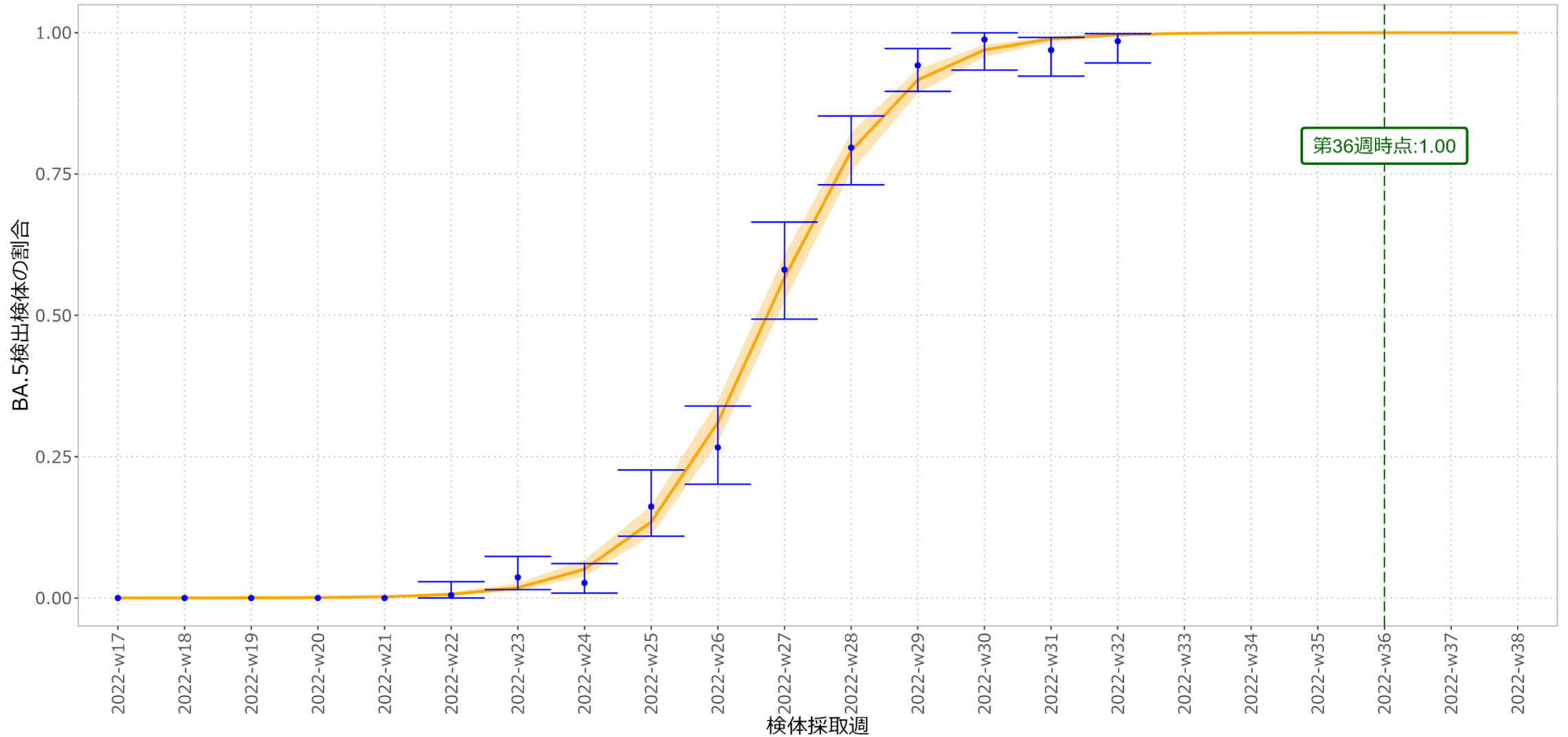
BA.5検出割合の推移(検体採取週)：関東（1都3県）



BA.5検出数	0	0	0	0	0	3	5	28	91	173	239	223	260	315	302	295	NA	NA	NA	NA	NA	NA
総検査数	232	203	308	247	219	242	249	249	300	292	316	267	281	327	312	297	NA	NA	NA	NA	NA	NA

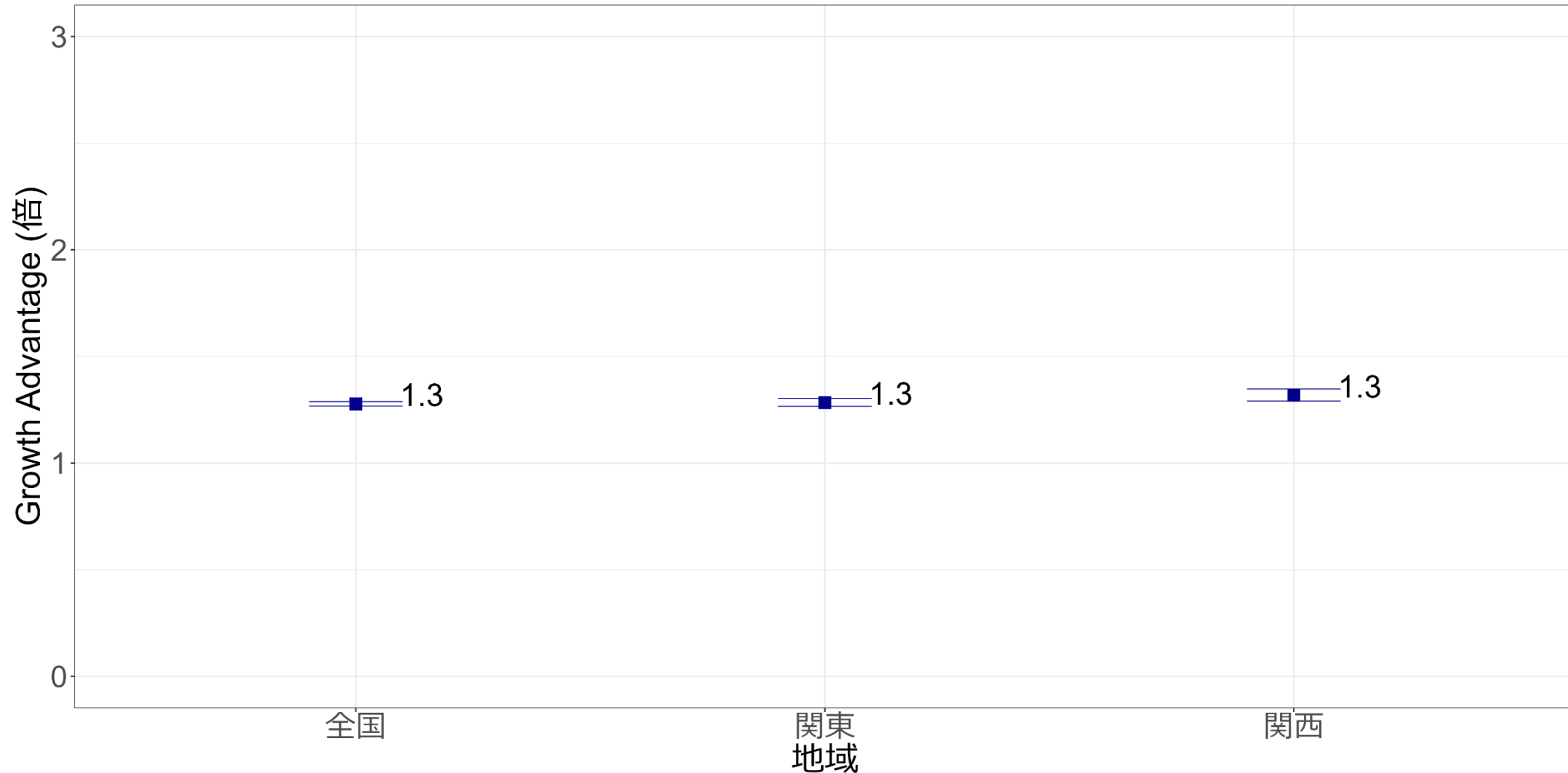
地域別：BA.5検出割合の推移（8月30日時点データ）

BA.5検出割合の推移(検体採取週)：関西（2府1県）



BA.5検出数	0	0	0	0	0	1	7	5	27	45	79	145	163	81	126	130	NA	NA	NA	NA	NA	NA
総検査数	227	173	310	187	192	191	192	188	167	169	136	182	173	82	130	132	NA	NA	NA	NA	NA	NA

BA.5のGrowth Advantage (8月30日時点推定値)



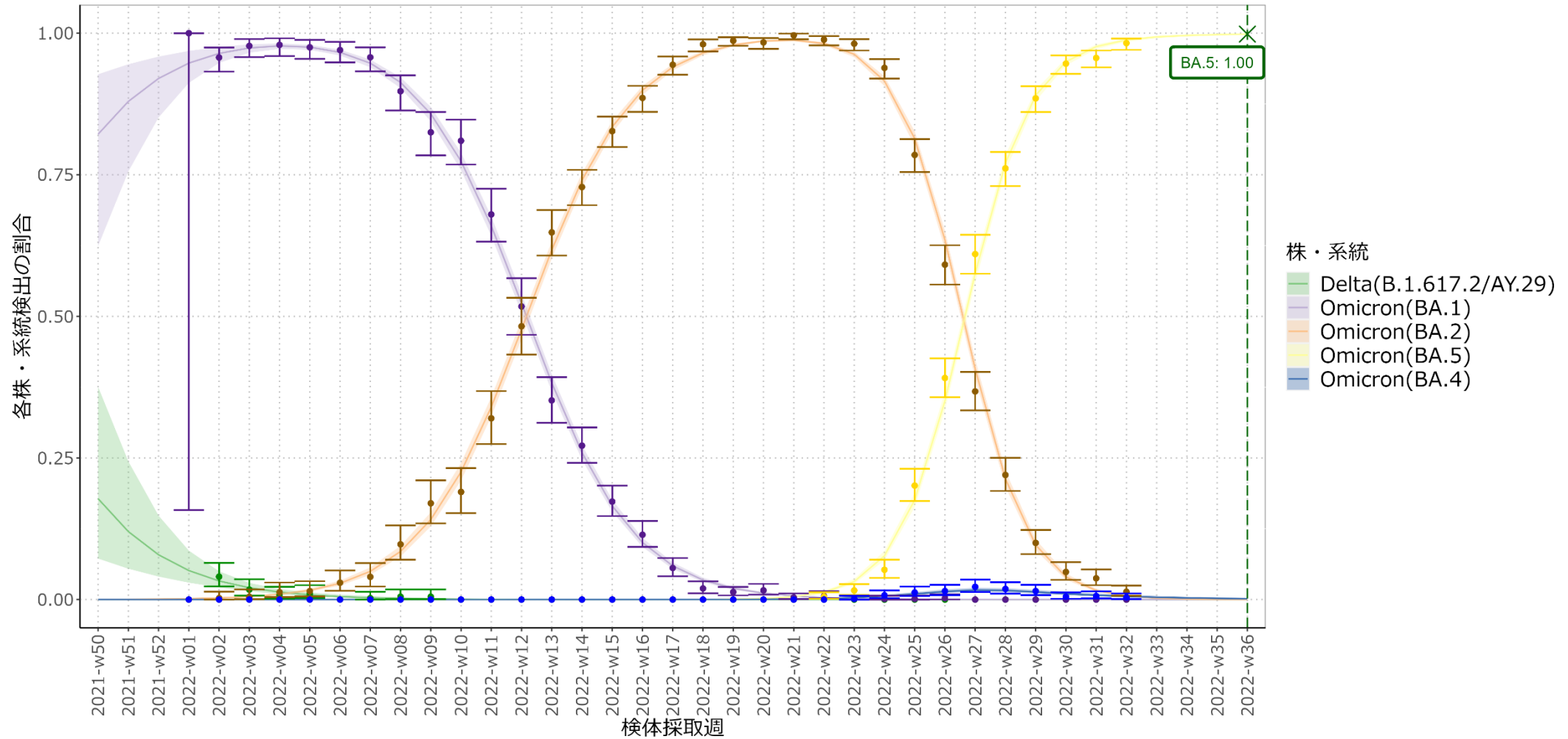
図中の値はBA.5の感染・伝播性が従来流行していたウイルス（BA.2等）の感染・伝播性に比べて何倍になったか（Growth Advantage）を表し、観察期間中のBA.2の実効再生産数が1であるという想定の下に算出した推定値である。推定値には不確実性があり（図には95%信頼区間を示す）、今後、件数が増えることで値が変化する可能性がある。推定に用いた方法および世代時間は以下を参照のこと

<https://ispmbern.github.io/covid-19/variants/>

http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

各株・系統検出割合の推移（8月30日時点データ）-多項ロジスティック回帰モデルの曲線にフィット-

検出割合の推定(検体採取週)

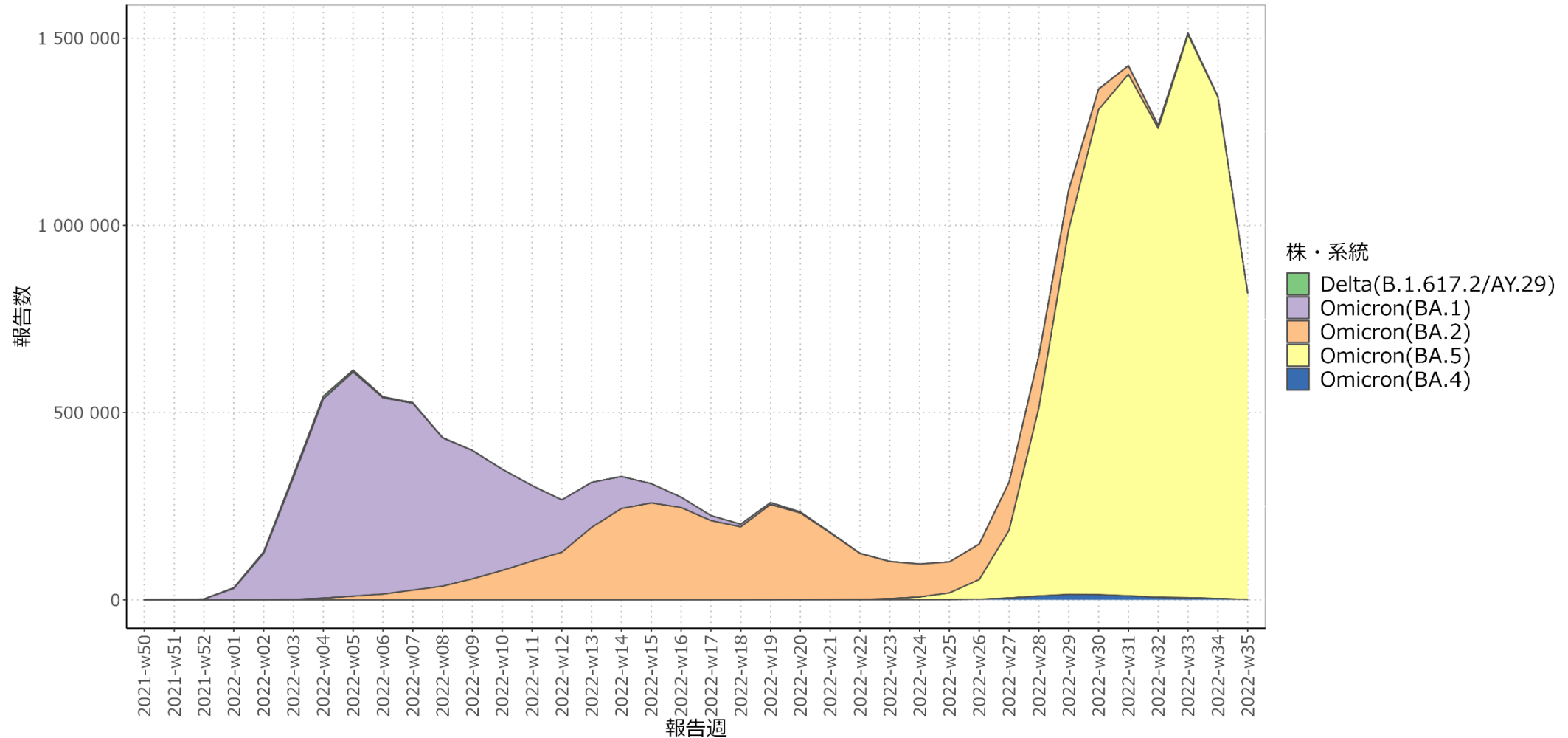


点は検体採取週ごとの各株・系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。各株・系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

Omicron(BA.2)はBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBA.5およびその下位系統を含む

各株・系統の患者報告数の推定（報告数は9月5日時点データを使用）

週別報告数（全国）



民間検査機関の検体に基づくゲノムサーベイランスにより検出された各株・系統について、多項ロジスティック回帰モデルにフィットし、推定した各株・系統の割合を厚生労働省発表のCOVID-19新規陽性者数（<https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>）に乗じることでそれぞれの週ごとの患者数を推定した。

Omicron(BA.2)はBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBA.5およびその下位系統を含む

新型コロナウイルスゲノムサーベイランスにおけるBA.5検出の推定

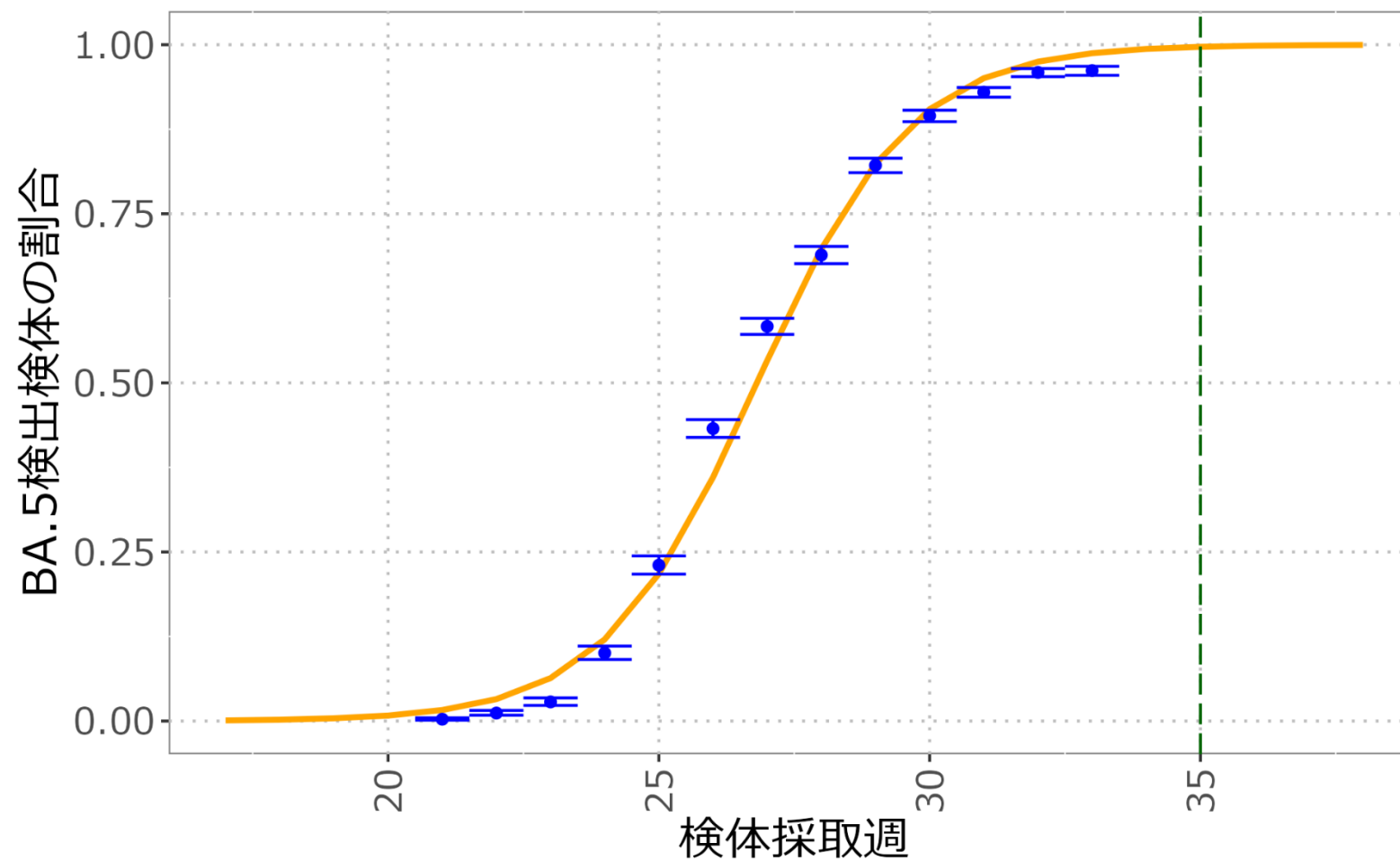
BA.5検出率および推定検出率の解析

- ゲノム解析データを基に、PANGO lineageを決定（病原体ゲノム解析研究センターで実施）して集計。
- 第20疫学週から第34疫学週までのBA.5系統(以下、BA.5という) 検出数および総ゲノム解析数（解析不能分を除く）をもとに解析し、直近1週前の週までを検出割合として図示
- BA.5系統にPANGO lineage上の亜系統であるBEおよびBFの両系統を加えて解析を行った。
- 全てのウイルスがオミクロン株BA.5に置き換わることを前提に、Lineageが判明した検体数に占めるBA.5の割合をロジスティック成長モデルにフィットさせ、週ごとの推定を行った。また、各系統・株の検出割合を多項ロジスティック回帰モデルにフィットさせ、週ごとの検出割合の推定を行った。

解釈に当たってのコメント

- 全国の自治体から報告され、国立感染症研究所で集計されたデータには、孤発例やクラスター事例など様々な検体が混在していると考えられるが、BA.5系統の置き換わりの動向が把握できると考えられる。
- 実際のBA.5検出の推移と本解析との検証が必要であると考えられる。

BA.5 検出割合の推移(検体採取週)



我が国の全ての死因を含む超過死亡数（2017-2022年の6月比較）【暫定値】

○ 超過死亡数:何らかの原因により、総死亡数がどの程度増加したかを示す指標*。

* (算出方法) 超過死亡数 = 実際の死亡数 - 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の上限値

○ 右表のハイライトの都道府県は、2022年6月の超過死亡数*が、過去5年間の同月よりも多い場合を示す。

* 観測死亡数が95%片側予測区間(上限値)を超えた数。

- 詳細および最新情報については「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」を参照のこと
<https://exdeaths-japan.org/>
- 「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」(厚生労働科学研究令和3年度)分担研究「COVID-19等の影響による超過死亡の評価」

都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017	都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017
1 北海道	0-154	203-435	0-14	0-40	0-82	0-21	25 滋賀県	0-47	4-69	0-0	0-7	0-4	0-24
2 青森県	0-41	4-38	0-7	0-0	0-18	0-15	26 京都府	0-39	37-137	0-32	0-32	0-14	0-20
3 岩手県	0-88	0-29	0-0	0-5	0-30	0-40	27 大阪府	0-27	75-228	0-0	0-27	0-44	0-136
4 宮城県	0-78	0-64	0-0	0-8	0-5	0-68	28 兵庫県	0-28	5-102	0-59	0-96	0-0	0-54
5 秋田県	34-111	0-8	0-0	0-5	0-22	0-27	29 奈良県	23-68	0-41	0-0	0-31	0-0	0-13
6 山形県	0-69	0-24	0-0	5-55	0-39	0-9	30 和歌山県	0-38	13-39	0-0	0-0	0-7	0-15
7 福島県	37-144	0-33	0-8	0-20	5-46	0-57	31 鳥取県	0-12	18-55	0-3	0-10	0-3	0-8
8 茨城県	60-158	0-14	0-0	0-0	0-55	0-34	32 島根県	0-47	0-25	0-0	0-13	0-5	0-13
9 栃木県	32-148	0-42	0-2	0-17	0-33	11-57	33 岡山県	0-36	0-63	0-0	0-3	18-55	0-9
10 群馬県	0-83	2-98	0-3	0-11	0-0	6-59	34 広島県	13-154	0-86	0-0	0-38	0-25	0-42
11 埼玉県	0-169	0-124	0-33	0-0	0-19	0-7	35 山口県	0-15	0-34	0-0	0-10	0-4	0-0
12 千葉県	46-242	0-63	0-0	0-29	0-0	0-49	36 徳島県	0-34	10-57	0-20	0-16	0-11	0-29
13 東京都	0-284	16-227	0-0	0-0	0-77	17-226	37 香川県	0-53	0-17	0-0	0-6	0-11	0-13
14 神奈川県	50-302	0-161	0-0	0-82	0-15	0-45	38 愛媛県	0-30	23-94	0-0	0-53	0-13	12-68
15 新潟県	0-65	0-77	0-0	0-0	4-74	0-61	39 高知県	0-6	0-2	0-0	0-0	0-3	0-35
16 富山県	26-70	0-3	0-0	5-66	0-1	7-63	40 福岡県	0-34	16-200	0-0	0-7	0-14	0-116
17 石川県	0-45	0-34	0-0	0-0	15-64	0-21	41 佐賀県	4-63	0-41	0-18	0-16	2-25	0-35
18 福井県	0-8	0-11	0-0	0-16	0-6	0-21	42 長崎県	13-66	0-47	0-1	0-5	0-0	0-42
19 山梨県	0-20	2-27	0-0	0-0	0-0	3-55	43 熊本県	0-23	0-35	0-0	0-3	0-10	0-14
20 長野県	27-96	11-107	0-6	0-11	0-0	1-72	44 大分県	0-13	9-42	0-22	0-9	4-31	0-18
21 岐阜県	14-96	15-87	0-19	8-47	0-0	4-67	45 宮崎県	0-52	0-9	0-0	0-18	0-4	0-14
22 静岡県	0-89	0-105	0-0	0-97	0-25	0-21	46 鹿児島県	6-101	0-47	0-0	0-5	0-3	0-16
23 愛知県	0-67	92-365	0-0	0-19	0-0	0-74	47 沖縄県	10-86	8-60	0-7	0-12	0-35	0-0
24 三重県	0-46	14-113	0-0	12-49	0-0	0-13	48 日本	0-3304	717-3382	0-0	0-0	0-41	0-1266
							** 日本	395-3745	577-3819	0-254	30-994	48-932	61-1916

* 疫学週に基づき、各年6月の第3週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

** 従来の方法(全国の超過死亡数を、都道府県ごとの超過死亡数の積算として算出)。

我が国の全ての死因を含む超過死亡数（2017-2022年の1-6月累積比較）【暫定値】

○ 超過死亡数:何らかの原因により、総死亡数がどの程度増加したかを示す指標*。

* (算出方法) 超過死亡数 = 実際の死亡数 - 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の上限値

○ 右表のハイライトの都道府県は、2022年1-6月の累積の超過死亡数*が、過去5年間の同期間よりも多い場合を示す。

* 観測死亡数が95%片側予測区間(上限値)を超えた数。

- 詳細および最新情報については「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」を参照のこと
<https://exdeaths-japan.org/>
- 「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」(厚生労働科学研究令和3年度)分担研究「COVID-19等の影響による超過死亡の評価」

都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017	都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017
1 北海道	78-1349	650-1802	0-113	255-911	102-868	0-537	25 滋賀県	107-548	25-393	0-56	6-119	59-280	53-336
2 青森県	14-411	4-198	0-40	58-404	34-283	72-381	26 京都府	609-1596	53-545	0-103	8-317	46-382	69-537
3 岩手県	80-567	0-141	0-75	12-205	11-263	16-276	27 大阪府	2464-4309	1550-2913	8-268	1-455	363-1763	270-1786
4 宮城県	74-678	40-380	0-45	5-245	32-302	0-330	28 兵庫県	1023-2192	934-2193	0-100	21-530	96-756	30-963
5 秋田県	46-368	50-376	0-66	16-147	21-204	18-337	29 奈良県	241-736	16-282	16-98	7-161	39-265	8-351
6 山形県	21-308	13-271	0-43	7-190	53-329	45-285	30 和歌山県	158-642	19-155	0-58	0-70	56-292	36-307
7 福島県	83-808	39-443	0-28	0-216	22-322	14-362	31 鳥取県	88-344	24-196	0-45	2-86	13-93	20-173
8 茨城県	284-1218	0-273	0-83	7-461	73-549	88-577	32 島根県	50-355	10-196	0-64	0-80	8-202	32-205
9 栃木県	189-914	54-467	13-131	0-182	2-180	117-648	33 岡山県	259-883	46-446	0-69	0-150	39-422	21-373
10 群馬県	87-751	71-585	32-138	47-393	0-256	74-539	34 広島県	266-1423	37-615	0-39	6-315	130-605	104-586
11 埼玉県	650-2139	219-1464	19-380	113-810	201-1058	78-1047	35 山口県	167-772	47-442	0-44	0-171	63-447	92-389
12 千葉県	1090-2605	43-907	48-243	180-845	73-526	132-1237	36 徳島県	25-318	66-264	4-87	0-163	9-156	25-322
13 東京都	2198-4982	589-3055	29-317	226-1393	435-1927	249-2231	37 香川県	40-390	0-90	9-131	0-58	36-320	9-115
14 神奈川県	1472-3435	177-1819	0-97	93-822	153-1036	254-1703	38 愛媛県	104-525	59-510	0-43	0-181	81-298	20-333
15 新潟県	34-391	29-375	0-0	50-363	106-683	1-494	39 高知県	65-371	0-191	0-48	9-160	74-318	9-161
16 富山県	120-557	26-394	17-110	20-197	21-160	19-279	40 福岡県	740-1905	232-1099	0-66	0-272	98-803	245-1140
17 石川県	72-451	33-256	0-32	13-156	15-189	57-273	41 佐賀県	52-379	23-207	0-63	0-105	66-278	30-290
18 福井県	5-281	18-210	0-36	8-174	22-206	30-301	42 長崎県	62-467	105-449	0-80	0-113	45-442	44-385
19 山梨県	49-449	4-176	0-53	28-212	41-261	23-242	43 熊本県	243-889	48-492	0-39	24-142	0-186	36-414
20 長野県	101-753	11-280	0-48	23-356	42-212	55-542	44 大分県	84-368	95-403	0-71	3-123	39-315	2-250
21 岐阜県	136-937	65-546	0-48	21-299	17-229	15-419	45 宮崎県	122-582	27-291	0-114	0-58	23-260	0-156
22 静岡県	277-1151	1-427	0-85	5-300	94-811	165-1078	46 鹿児島県	277-918	13-310	0-43	0-65	93-481	84-514
23 愛知県	1162-2909	277-1478	14-221	0-515	122-996	120-1135	47 沖縄県	32-390	61-416	0-45	0-106	32-282	5-176
24 三重県	109-609	45-437	0-57	12-157	86-408	35-303	48 日本	17767-46588	6437-23436	0-1478	249-7143	3906-15885	2954-21612
							** 日本	15709-50323	5948-29858	209-4263	1286-13953	3286-21904	2921-25818

* 疫学週に基づき、各年6月の25週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

** 従来の方法(全国の超過死亡数を、都道府県ごとの超過死亡数の積算として算出)。

我が国の全ての死因を含む過少死亡数（2017-2022年の6月比較）【暫定値】

○ 過少死亡数:何らかの原因により、総死亡数がどの程度減少したかを示す指標*。

* (算出方法) 過少死亡数 = 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の下限値 - 実際の死亡数

○ 右表のハイライトの都道府県は、2022年6月の過少死亡数*が、過去5年間の同月よりも多い場合を示す。

* 観測死亡数が95%片側予測区間(下限値)を下回った数。

- 詳細および最新情報については「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」を参照のこと
<https://exdeaths-japan.org/>
- 「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」(厚生労働科学研究令和3年度)分担研究「COVID-19等の影響による超過死亡の評価」

都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017	都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017
1 北海道	0-0	0-0	4-126	0-2	0-31	0-15	25 滋賀県	0-0	0-0	22-73	0-16	0-22	0-0
2 青森県	0-0	0-3	0-0	0-11	0-2	0-9	26 京都府	0-20	0-0	0-0	0-7	0-19	0-32
3 岩手県	0-0	0-33	18-87	0-18	8-39	0-2	27 大阪府	0-10	0-0	136-394	0-83	0-26	0-0
4 宮城県	0-0	0-0	0-91	9-51	0-9	0-25	28 兵庫県	0-51	0-11	0-41	0-0	0-116	0-0
5 秋田県	0-0	0-45	0-22	0-12	0-13	0-0	29 奈良県	0-2	0-16	3-51	0-0	0-37	0-4
6 山形県	0-0	7-35	3-42	0-0	7-35	0-16	30 和歌山県	0-10	0-15	0-37	0-33	0-22	0-16
7 福島県	0-0	0-1	0-13	0-10	41-117	0-18	31 鳥取県	0-24	0-0	21-58	0-2	0-10	0-13
8 茨城県	0-0	0-56	0-46	0-23	0-0	0-54	32 島根県	0-0	0-20	0-42	0-10	0-11	0-25
9 栃木県	0-0	0-3	0-36	0-12	0-5	0-19	33 岡山県	0-15	0-0	11-69	0-37	0-13	0-24
10 群馬県	0-0	0-0	0-44	0-11	0-67	0-0	34 広島県	0-0	0-0	22-118	14-67	0-24	0-16
11 埼玉県	0-29	0-0	15-130	0-61	0-5	0-107	35 山口県	0-37	0-8	9-88	0-12	0-18	0-11
12 千葉県	0-0	0-16	2-176	0-15	0-72	0-4	36 徳島県	0-22	0-0	10-59	0-20	1-39	0-1
13 東京都	0-0	0-33	5-270	0-188	0-59	0-0	37 香川県	0-0	0-29	0-20	0-13	1-40	0-21
14 神奈川県	0-0	0-0	0-157	0-0	0-132	0-72	38 愛媛県	0-0	0-0	5-54	0-27	0-28	0-10
15 新潟県	0-0	0-0	0-58	0-34	0-18	0-0	39 高知県	0-5	0-16	0-30	0-29	4-50	0-2
16 富山県	0-0	0-25	9-74	0-0	0-38	0-0	40 福岡県	0-13	0-0	0-104	0-31	0-20	0-0
17 石川県	0-0	0-0	0-34	2-42	0-16	0-0	41 佐賀県	0-0	0-0	2-29	0-15	0-0	0-10
18 福井県	0-2	0-1	0-36	0-4	12-55	0-0	42 長崎県	0-3	0-4	12-65	0-33	4-59	0-0
19 山梨県	0-0	0-1	11-39	0-35	0-9	0-0	43 熊本県	0-19	0-0	4-84	13-73	15-64	0-23
20 長野県	0-0	0-0	0-45	0-10	0-48	0-0	44 大分県	0-3	0-6	30-84	0-13	5-35	0-10
21 岐阜県	0-0	0-9	25-103	0-27	20-103	0-0	45 宮崎県	0-0	0-16	7-47	0-13	0-25	0-16
22 静岡県	0-0	0-25	0-98	0-22	0-57	0-14	46 鹿児島県	0-0	0-0	5-78	0-41	0-33	0-2
23 愛知県	0-0	0-0	0-209	0-40	0-69	0-0	47 沖縄県	0-0	0-0	3-36	6-37	0-0	12-63
24 三重県	0-0	0-0	2-83	8-60	0-48	0-19	48 日本	0-0	0-0	639-3374	0-313	0-865	0-0
							** 日本	0-265	7-427	396-3680	52-1300	118-1758	12-673

* 疫学週に基づき、各年6月の第3週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

** 従来の方法(全国の過少死亡数を、都道府県ごとの過少死亡数の積算として算出)。

我が国の全ての死因を含む過少死亡数（2017-2022年の1-6月累積比較）【暫定値】

○ 過少死亡数:何らかの原因により、総死亡数がどの程度減少したかを示す指標*。

* (算出方法) 過少死亡数 = 予測死亡数の点推定値、もしくは予測死亡数の予測区間の下限値 - 実際の死亡数

○ 右表のハイライトの都道府県は、2022年1-6月の累積の過少死亡数*が、過去5年間の同期間よりも多い場合を示す。

* 観測死亡数が95%片側予測区間(下限値)を下回った数。

- 詳細および最新情報については「日本の超過および過少死亡数ダッシュボード」を参照のこと
<https://exdeaths-japan.org/>
- 「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」(厚生労働科学研究令和3年度)分担研究「COVID-19等の影響による超過死亡の評価」

都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017	都道府県	2022	2021	2020	2019	2018	2017
1 北海道	0-21	0-176	177-1149	0-371	5-245	0-248	25 滋賀県	0-16	0-97	161-599	0-199	0-122	1-104
2 青森県	0-86	0-94	76-470	6-122	0-76	0-69	26 京都府	0-37	0-182	33-572	2-269	0-141	0-84
3 岩手県	0-45	0-286	72-596	29-274	10-265	0-71	27 大阪府	0-195	0-235	447-2221	56-1014	0-125	0-72
4 宮城県	0-95	10-156	53-645	14-197	0-146	0-156	28 兵庫県	4-229	0-104	78-1051	32-520	0-443	0-197
5 秋田県	0-142	0-76	47-384	0-152	22-229	0-45	29 奈良県	0-15	0-58	10-384	0-217	0-187	10-75
6 山形県	0-63	15-187	57-416	4-113	7-112	2-130	30 和歌山県	0-37	13-251	99-420	1-239	0-94	0-73
7 福島県	0-34	0-80	40-648	85-413	41-337	0-119	31 鳥取県	0-51	2-99	54-321	0-140	59-256	0-69
8 茨城県	0-51	13-535	233-1002	45-281	0-117	11-251	32 島根県	2-87	8-168	23-256	15-196	1-106	1-93
9 栃木県	0-4	18-181	189-732	55-321	0-219	0-92	33 岡山県	0-59	0-142	109-559	51-407	0-109	0-184
10 群馬県	0-27	11-135	39-545	13-265	7-214	0-18	34 広島県	0-0	3-225	169-1143	17-381	0-134	4-101
11 埼玉県	0-62	0-64	284-1325	0-323	4-298	0-266	35 山口県	0-61	0-142	42-559	42-288	0-78	18-147
12 千葉県	0-25	0-122	197-1275	7-298	0-599	0-44	36 徳島県	0-91	16-126	38-352	14-203	1-168	7-82
13 東京都	0-18	0-124	582-2835	44-476	0-315	0-39	37 香川県	0-70	0-157	19-277	2-207	4-134	0-132
14 神奈川県	0-30	0-28	289-2101	0-500	0-420	0-152	38 愛媛県	47-146	10-106	29-460	13-272	0-197	0-67
15 新潟県	0-265	0-93	348-1070	17-206	0-93	9-130	39 高知県	1-92	26-133	33-370	13-177	35-202	0-91
16 富山県	0-17	7-93	74-402	4-200	4-168	0-66	40 福岡県	0-96	0-181	173-1353	15-512	0-247	0-48
17 石川県	0-15	0-100	1-276	30-272	3-145	0-88	41 佐賀県	0-32	7-190	4-269	22-192	4-92	0-43
18 福井県	0-54	0-58	64-305	11-206	12-154	0-70	42 長崎県	0-89	1-182	39-449	6-289	4-78	0-59
19 山梨県	0-0	0-119	44-301	5-169	0-66	18-154	43 熊本県	0-49	0-74	25-489	48-450	38-342	0-120
20 長野県	0-19	0-248	71-625	0-218	0-302	0-99	44 大分県	10-85	5-114	51-422	0-206	18-148	0-80
21 岐阜県	0-0	0-112	168-857	0-258	43-332	0-40	45 宮崎県	0-49	1-66	10-283	12-328	0-110	0-153
22 静岡県	0-35	107-584	182-1094	20-527	0-153	0-73	46 鹿児島県	0-83	5-196	97-697	44-457	0-141	0-136
23 愛知県	0-40	16-421	170-1785	10-498	0-288	28-213	47 沖縄県	0-67	0-103	11-268	58-344	0-74	26-207
24 三重県	0-46	9-195	94-558	18-295	0-199	7-222	48 日本	0-0	0-770	8397-32321	349-6863	0-2922	0-132
							** 日本	64-2930	303-7598	5305-35170	880-14462	322-9220	142-5272

* 疫学週に基づき、各年6月の25週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

** 従来の方法(全国の過少死亡数を、都道府県ごとの過少死亡数の積算として算出)。

【2022年6月(6月6日～6月26日)の分析結果】

- 神奈川県等14県において、2022年6月中の全ての死因を含む超過死亡数が例年の同時期より多かった。
- 2022年1月から6月までの期間の全ての死因を含む全国の超過死亡数は、過去(2017～2021年)の同期間と比べて、最も大きい規模となっている。
- 2022年6月中の全ての死因を含む過少死亡数が例年の同時期より多い都道府県はなかった。
- 2022年1月から6月までの期間の全ての死因を含む過少死亡数は、過去(2017～2021年)の同期間と比べて、愛媛県を除き同程度であった。

全ての死因を含む全国の超過および過少死亡数(1-6月)

	2022年*	2021年	2020年	2019年	2018年	2017年
超過死亡数(新方式)	17767-46588	6437-23436	0-1478	249-7143	3906-15885	2954-21612
超過死亡数(旧方式)	15709-50323	5948-29858	209-4263	1286-13953	3286-21904	2921-25818
過少死亡数(新方式)	0-0	0-770	8397-32321	349-6863	0-2922	0-132
過少死亡数(旧方式)	64-2930	303-7598	5305-35170	880-14462	322-9220	142-5272

超過死亡数「XX-YY」の解釈

- XX=予測死亡数の予測区間上限値と観測死亡数の差分
- YY=予測死亡数の点推定値と観測死亡数の差分
- この範囲内に実際の超過死亡数はあり得る。

過少死亡数「AA-BB」の解釈

- AA=予測死亡数の予測閾値下限と観測死亡数の差分
- BB=予測死亡数の点推定値と観測死亡数の差分
- この範囲内に実際の過少死亡数はあり得る。

* 2022/1/3-6/26の新型コロナウイルス死者数: 12,823

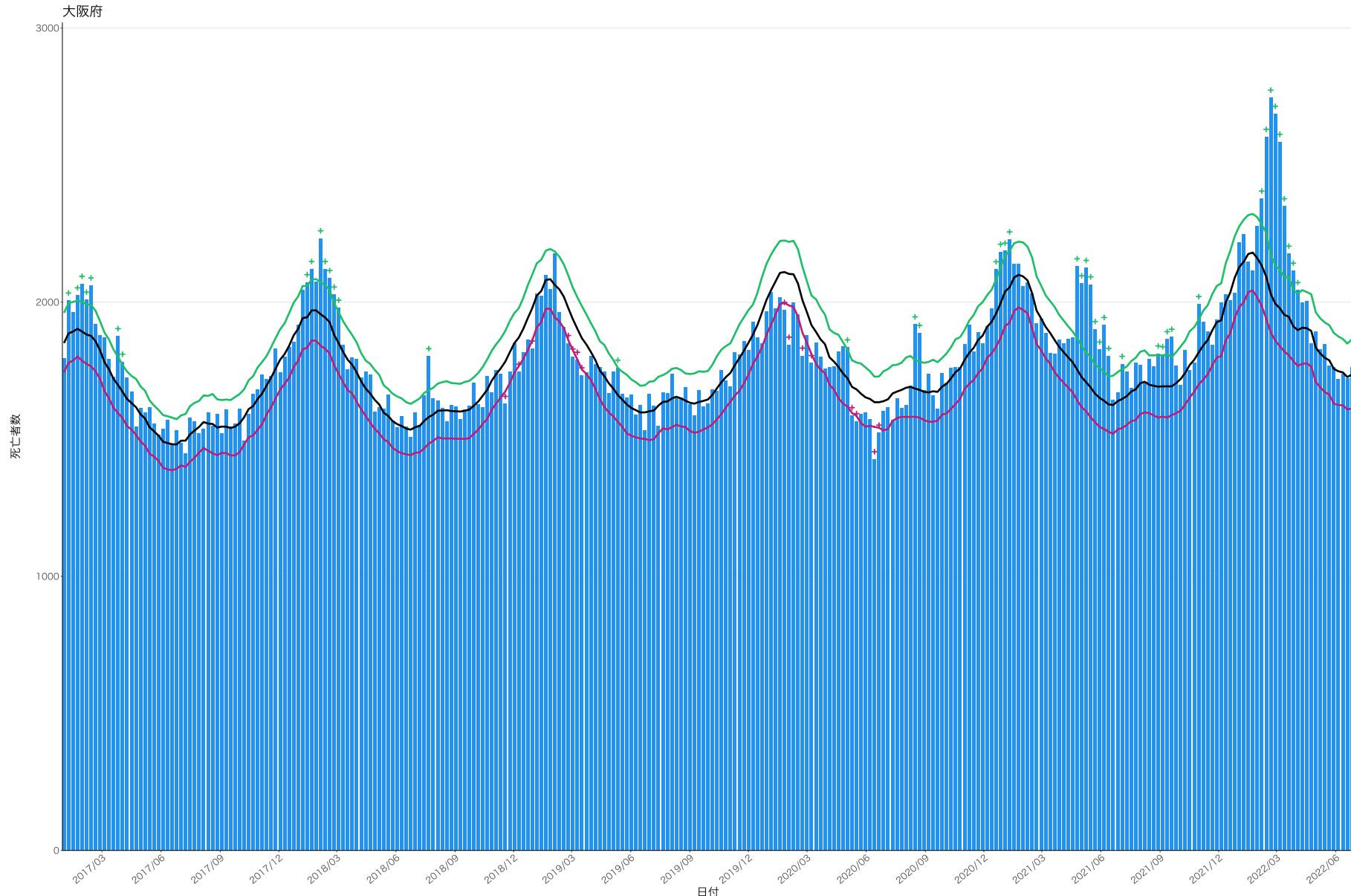
注)

- 2021年12月分の全死亡報告より、全国の超過および過少死亡数を、全国の毎週の死者数から直接算出した(新方式)。従来の方法(旧方式)では、全国の超過および過少死亡数を、都道府県ごとの超過および過少死亡数の積算として算出していた。
- 新・旧方式の違いは、旧方式は例えばある週でA県で超過、またB県で過少が認められた場合に、それぞれを超過と過少を分けて捉えることができる。一方で新方式は、それぞれのプラス(A県の超過)とマイナス(B県の過少)が打ち消し合い、日本全体では、その週では超過も過少もなかったと判断されうる(見えなくなる)。
- 日本全体における超過や過少の文脈では、新方式の方がより直接的に全国の超過と過少を評価できる。また、その他の先行研究でも日本を評価する際はこちらの方式が採用されており、比較可能性も高い。
- これまでの旧方式での報告(2020年は過少が多く、2021年から超過が認められる)と、整合性の点で違いはない。

大阪府

— 予測閾値上限
— 予測死亡数
— 予測閾値下限

2021年以降超過死亡数



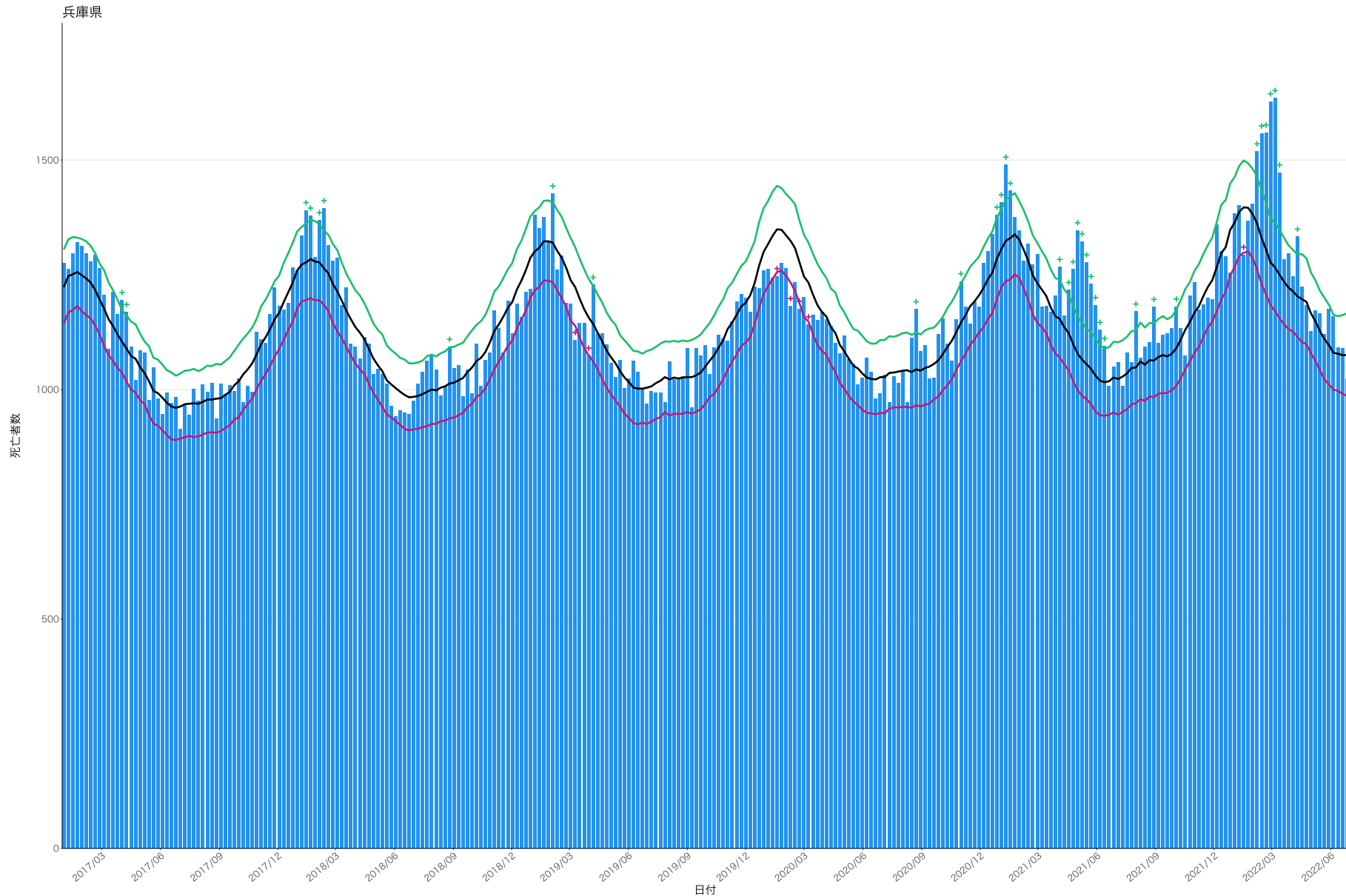
4/5 - 4/11	0-68
4/12 - 4/18	0-90
4/19 - 4/25	262-377
4/26 - 5/2	228-342
5/3 - 5/9	309-417
5/10 - 5/16	265-376
5/17 - 5/23	130-236
5/24 - 5/30	68-176
5/31 - 6/6	171-277
6/7 - 6/13	75-177
6/14 - 6/20	0-19
6/21 - 6/27	0-32
6/28 - 7/4	19-128
7/5 - 7/11	0-90
7/12 - 7/18	0-14
7/19 - 7/25	0-98
7/26 - 8/1	0-66
8/2 - 8/8	0-0
8/9 - 8/15	0-94
8/16 - 8/22	0-72
8/23 - 8/29	6-121
8/30 - 9/5	4-117
9/6 - 9/12	55-172
9/13 - 9/19	74-181
9/20 - 9/26	0-64
9/27 - 10/3	0-0
10/4 - 10/10	0-82
10/11 - 10/17	0-0
10/18 - 10/24	0-0
10/25 - 10/31	57-176
11/1 - 11/7	0-86
11/8 - 11/14	0-30
11/15 - 11/21	0-0
11/22 - 11/28	0-9
11/29 - 12/5	0-65
12/6 - 12/12	0-29
12/13 - 12/19	0-0
12/20 - 12/26	0-0
12/27 - 1/2	0-91
1/3 - 1/9	0-100
1/10 - 1/16	0-0
1/17 - 1/23	0-0
1/24 - 1/30	0-118
1/31 - 2/6	95-245
2/7 - 2/13	350-510
2/14 - 2/20	571-716
2/21 - 2/27	553-692
2/28 - 3/6	466-607
3/7 - 3/13	259-396
3/14 - 3/20	85-230
3/21 - 3/27	71-203
3/28 - 4/3	13-146
4/4 - 4/10	0-92
4/11 - 4/17	0-99
4/18 - 4/24	0-0
4/25 - 5/1	0-58
5/2 - 5/8	0-15
5/9 - 5/15	0-50
5/16 - 5/22	0-0
5/23 - 5/29	0-5
5/30 - 6/5	0-0
6/6 - 6/12	0-0
6/13 - 6/19	0-0
6/20 - 6/26	0-27

兵庫県

— 予測閾値上限
— 予測死亡数
— 予測閾値下限

2021年以降超過死亡数

4/5 - 4/11	0-25
4/12 - 4/18	11-94
4/19 - 4/25	80-163
4/26 - 5/2	188-269
5/3 - 5/9	177-258
5/10 - 5/16	145-222
5/17 - 5/23	105-185
5/24 - 5/30	73-154
5/31 - 6/6	34-111
6/7 - 6/13	5-79
6/14 - 6/20	0-0
6/21 - 6/27	0-23
6/28 - 7/4	0-36
7/5 - 7/11	0-0
7/12 - 7/18	0-45
7/19 - 7/25	0-13
7/26 - 8/1	41-122
8/2 - 8/8	0-8
8/9 - 8/15	0-39
8/16 - 8/22	0-39
8/23 - 8/29	36-117
8/30 - 9/5	0-30
9/6 - 9/12	0-44
9/13 - 9/19	0-50
9/20 - 9/26	0-55
9/27 - 10/3	7-91
10/4 - 10/10	0-25
10/11 - 10/17	0-0
10/18 - 10/24	0-57
10/25 - 10/31	0-66
11/1 - 11/7	0-0
11/8 - 11/14	0-0
11/15 - 11/21	0-0
11/22 - 11/28	0-0
11/29 - 12/5	0-94
12/6 - 12/12	0-4
12/13 - 12/19	0-0
12/20 - 12/26	0-0
12/27 - 1/2	0-20
1/3 - 1/9	0-15
1/10 - 1/16	0-0
1/17 - 1/23	0-0
1/24 - 1/30	0-22
1/31 - 2/6	55-157
2/7 - 2/13	124-228
2/14 - 2/20	154-255
2/21 - 2/27	255-351
2/28 - 3/6	271-369
3/7 - 3/13	125-223
3/14 - 3/20	0-48
3/21 - 3/27	0-74
3/28 - 4/3	0-32
4/4 - 4/10	39-130
4/11 - 4/17	0-27
4/18 - 4/24	0-0
4/25 - 5/1	0-0
5/2 - 5/8	0-24
5/9 - 5/15	0-39
5/16 - 5/22	0-11
5/23 - 5/29	0-79
5/30 - 6/5	0-80
6/6 - 6/12	0-13
6/13 - 6/19	0-15
6/20 - 6/26	0-0

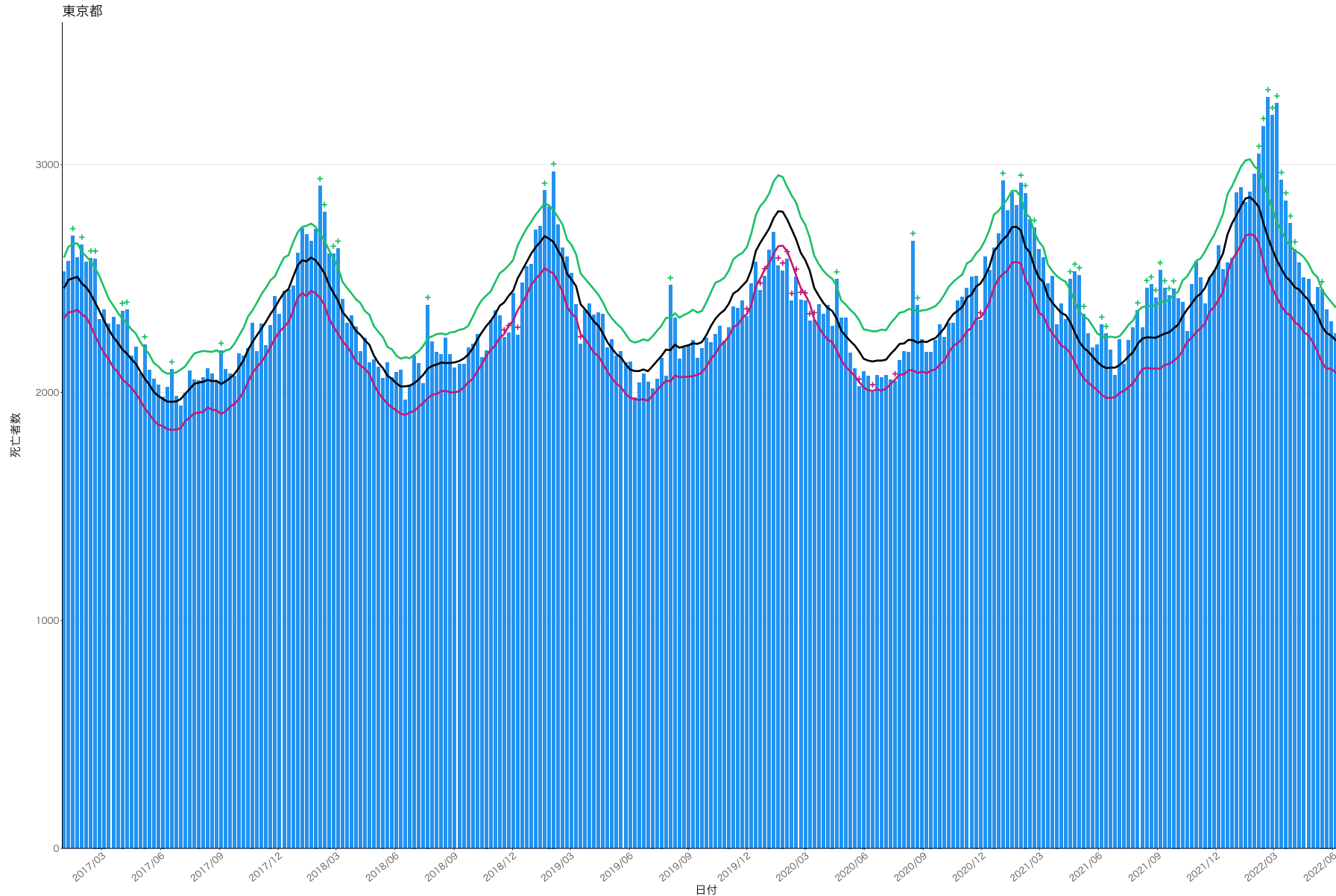


東京都

予測閾値上限
予測死亡数
予測閾値下限

2021年以降超過死亡数

4/5 - 4/11	0-0
4/12 - 4/18	50-189
4/19 - 4/25	132-266
4/26 - 5/2	158-291
5/3 - 5/9	11-149
5/10 - 5/16	0-78
5/17 - 5/23	0-39
5/24 - 5/30	0-75
5/31 - 6/6	51-181
6/7 - 6/13	16-150
6/14 - 6/20	0-77
6/21 - 6/27	0-0
6/28 - 7/4	0-110
7/5 - 7/11	0-0
7/12 - 7/18	0-69
7/19 - 7/25	0-108
7/26 - 8/1	3-147
8/2 - 8/8	0-49
8/9 - 8/15	79-216
8/16 - 8/22	93-233
8/23 - 8/29	36-176
8/30 - 9/5	138-287
9/6 - 9/12	60-199
9/13 - 9/19	18-160
9/20 - 9/26	28-175
9/27 - 10/3	0-117
10/4 - 10/10	0-62
10/11 - 10/17	0-0
10/18 - 10/24	0-85
10/25 - 10/31	0-155
11/1 - 11/7	0-71
11/8 - 11/14	0-0
11/15 - 11/21	0-1
11/22 - 11/28	0-2
11/29 - 12/5	0-76
12/6 - 12/12	0-0
12/13 - 12/19	0-0
12/20 - 12/26	0-0
12/27 - 1/2	0-98
1/3 - 1/9	0-83
1/10 - 1/16	0-0
1/17 - 1/23	0-23
1/24 - 1/30	0-119
1/31 - 2/6	71-234
2/7 - 2/13	251-427
2/14 - 2/20	436-615
2/21 - 2/27	413-589
2/28 - 3/5	522-689
3/7 - 3/13	223-390
3/14 - 3/20	174-335
3/21 - 3/27	99-253
3/28 - 4/3	7-167
4/4 - 4/10	0-117
4/11 - 4/17	0-77
4/18 - 4/24	0-91
4/25 - 5/1	0-16
5/2 - 5/8	0-119
5/9 - 5/15	2-163
5/16 - 5/22	0-103
5/23 - 5/29	0-62
5/30 - 6/5	0-26
6/6 - 6/12	0-83
6/13 - 6/19	0-130
6/20 - 6/26	0-71

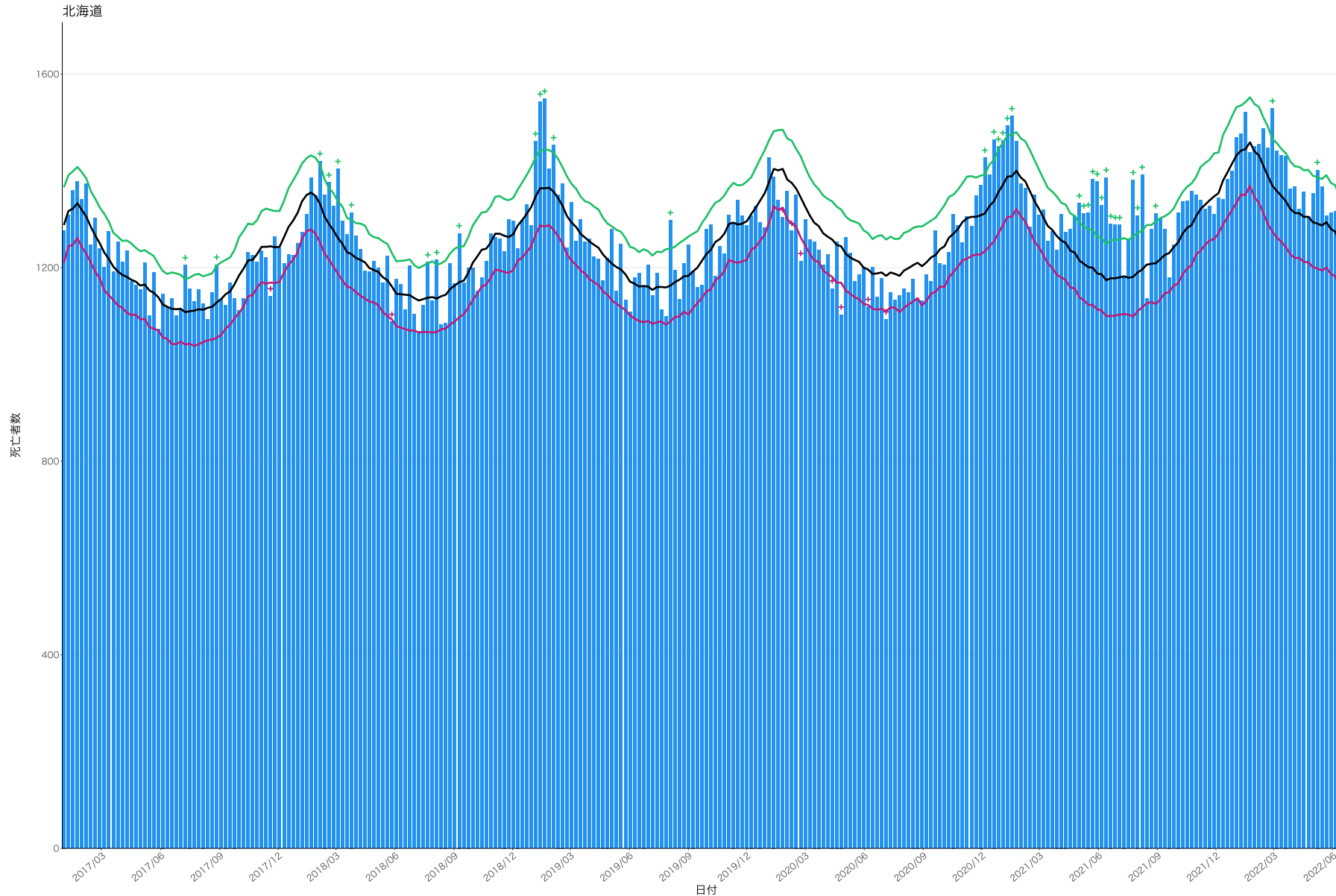


北海道

— 予測閾値上限
— 予測死亡数
— 予測閾値下限

2021年以降超過死亡数

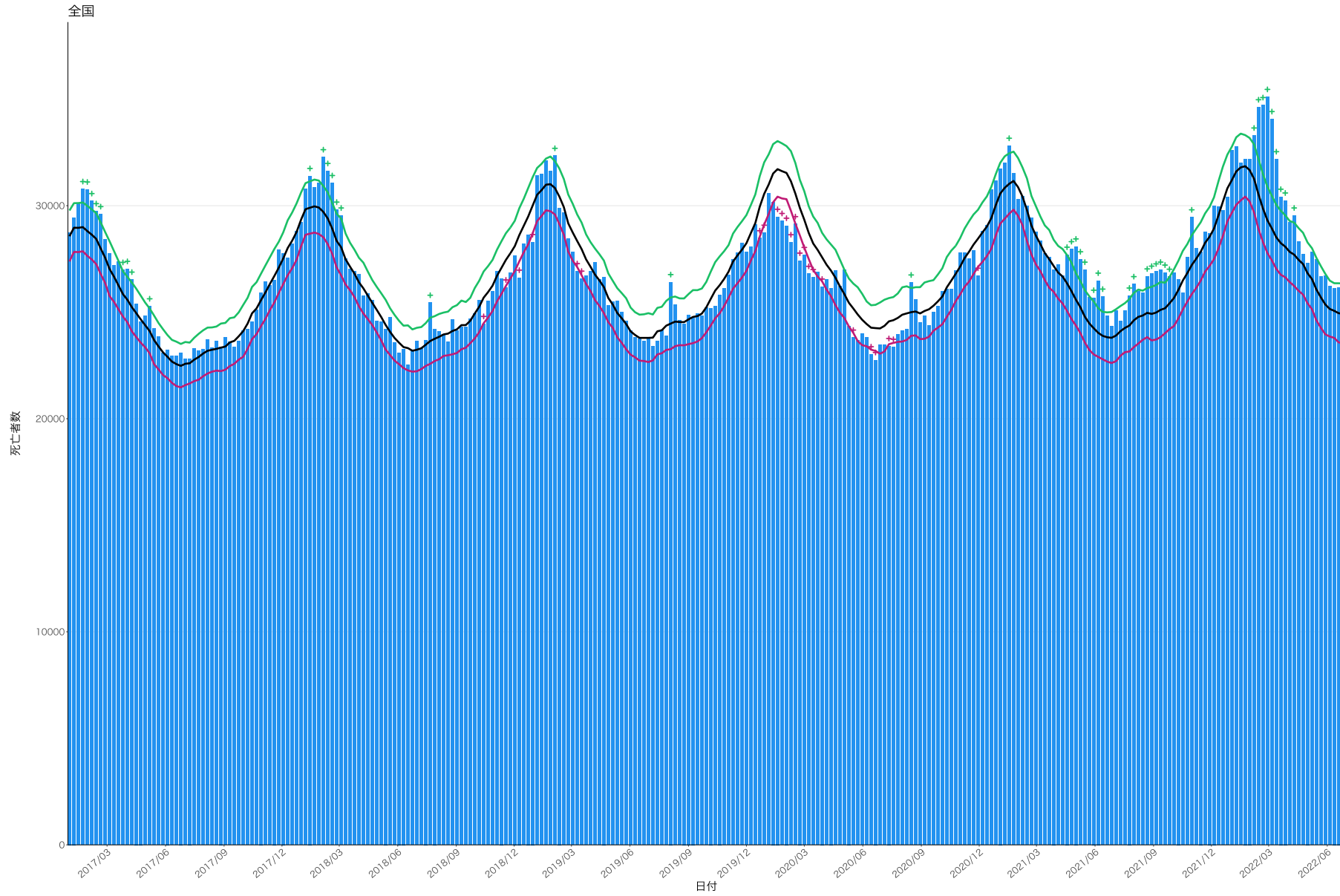
4/5 - 4/11	0-23
4/12 - 4/18	0-45
4/19 - 4/25	0-75
4/26 - 5/2	40-118
5/3 - 5/9	27-104
5/10 - 5/16	34-113
5/17 - 5/23	105-183
5/24 - 5/30	115-190
5/31 - 6/6	67-143
6/7 - 6/13	138-212
6/14 - 6/20	34-113
6/21 - 6/27	31-110
6/28 - 7/4	30-108
7/5 - 7/11	0-1
7/12 - 7/18	0-77
7/19 - 7/25	116-200
7/26 - 8/1	36-118
8/2 - 8/8	116-196
8/9 - 8/15	0-0
8/16 - 8/22	0-71
8/23 - 8/29	17-103
8/30 - 9/5	0-84
9/6 - 9/12	0-53
9/13 - 9/19	0-0
9/20 - 9/26	0-5
9/27 - 10/3	0-62
10/4 - 10/10	0-66
10/11 - 10/17	0-56
10/18 - 10/24	0-70
10/25 - 10/31	0-44
11/1 - 11/7	0-18
11/8 - 11/14	0-0
11/15 - 11/21	0-0
11/22 - 11/28	0-0
11/29 - 12/5	0-0
12/6 - 12/12	0-0
12/13 - 12/19	0-0
12/20 - 12/26	0-0
12/27 - 1/2	0-37
1/3 - 1/9	0-34
1/10 - 1/16	0-75
1/17 - 1/23	0-0
1/24 - 1/30	0-10
1/31 - 2/6	0-23
2/7 - 2/13	0-77
2/14 - 2/20	0-58
2/21 - 2/27	63-160
2/28 - 3/6	0-84
3/7 - 3/13	0-84
3/14 - 3/20	0-94
3/21 - 3/27	0-42
3/28 - 4/3	0-54
4/4 - 4/10	0-9
4/11 - 4/17	0-51
4/18 - 4/24	0-0
4/25 - 5/1	0-59
5/2 - 5/8	15-111
5/9 - 5/15	0-60
5/16 - 5/22	0-13
5/23 - 5/29	0-33
5/30 - 6/5	0-43
6/6 - 6/12	0-70
6/13 - 6/19	0-81
6/20 - 6/26	0-3



全国

— 予測閾値上限
— 予測死亡数
— 予測閾値下限

2021年以降超過死亡数



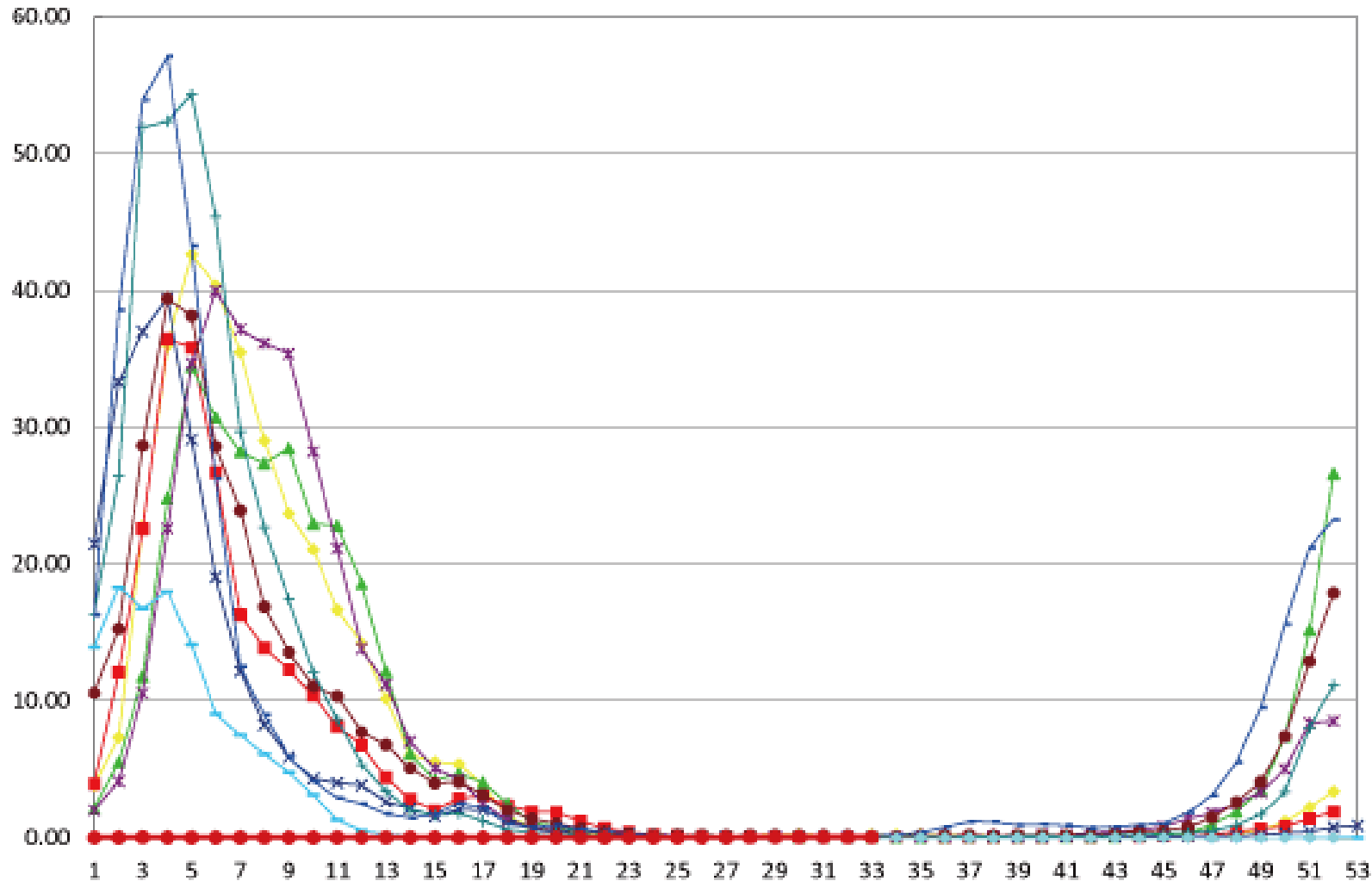
4/5 - 4/11	0-32
4/12 - 4/18	16-1343
4/19 - 4/25	628-1971
4/26 - 5/2	1265-2505
5/3 - 5/9	1017-2254
5/10 - 5/16	968-2208
5/17 - 5/23	0-1216
5/24 - 5/30	178-1434
5/31 - 6/6	1293-2449
6/7 - 6/13	717-1841
6/14 - 6/20	0-990
6/21 - 6/27	0-551
6/28 - 7/4	0-1164
7/5 - 7/11	0-475
7/12 - 7/18	0-804
7/19 - 7/25	167-1412
7/26 - 8/1	412-1700
8/2 - 8/8	0-1208
8/9 - 8/15	0-1057
8/16 - 8/22	545-1710
8/23 - 8/29	618-1889
8/30 - 9/5	641-1936
9/6 - 9/12	581-1892
9/13 - 9/19	481-1677
9/20 - 9/26	20-1254
9/27 - 10/3	0-1194
10/4 - 10/10	0-505
10/11 - 10/17	0-0
10/18 - 10/24	0-745
10/25 - 10/31	844-2243
11/1 - 11/7	0-500
11/8 - 11/14	0-15
11/15 - 11/21	0-521
11/22 - 11/28	0-174
11/29 - 12/5	0-1076
12/6 - 12/12	0-393
12/13 - 12/19	0-0
12/20 - 12/26	0-0
12/27 - 1/2	0-1411
1/3 - 1/9	0-1174
1/10 - 1/16	0-209
1/17 - 1/23	0-346
1/24 - 1/30	0-523
1/31 - 2/6	418-2034
2/7 - 2/13	2430-4096
2/14 - 2/20	3248-4860
2/21 - 2/27	4221-5794
2/28 - 3/6	3608-5139
3/7 - 3/13	2149-3669
3/14 - 3/20	656-2179
3/21 - 3/27	700-2170
3/28 - 4/3	0-1388
4/4 - 4/10	337-1840
4/11 - 4/17	0-856
4/18 - 4/24	0-456
4/25 - 5/1	0-488
5/2 - 5/8	0-1263
5/9 - 5/15	0-1408
5/16 - 5/22	0-976
5/23 - 5/29	0-1338
5/30 - 6/5	0-1078
6/6 - 6/12	0-1073
6/13 - 6/19	0-1217
6/20 - 6/26	0-1014

直近（2022年第33週：8/15-21）のインフルエンザ動向

サーベイランス指標（情報源）	レベル	トレンド	コメント
定点当たりのインフルエンザ受診患者報告数 （NESID、約5000定点）	低 （0.03）	微増	24週0.00、25週0.00、26週0.00、27週0.01、 28週0.03、29週0.04、30週0.03、31週0.03、 32週0.02、33週0.03（昨年同週0.00）
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数 （NESID、推計）	-	-	-
急性脳炎サーベイランスにおけるインフルエンザ脳 症報告数（NESID、全数）	低	横ばい	8週にB型1例報告以降、33週まで報告なし
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数 （NESID、約500定点）	低	微減	24週0例、25週0例、26週0例、27週3例、 28週2例、29週3例、30週1例、31週5例、 32週2例、33週1例（昨年同週2例）
病原体定点からのインフルエンザウイルス分離・検 出報告数（NESID、約500の病原体定点）	低	微増	9月6日現在、25週以降20例（データは毎日自動 更新）
国立病院機構におけるインフルエンザ全国感染動向 （全国140の国立病院機構各病院による隔週インフ ルエンザ迅速抗原検査件数、陽性数） （検査は、診察医師の判断による）	低 （8/1~8/15:検査数 1276、陽性数7（A6例 /B1例）、陽性率0.5%）	微増	6/1~6/15：検査数367、陽性数1（A1例、0.3%） 6/16~6/30：検査数556、陽性数1（A1例、0.2%） 7/1~7/15：検査数887、陽性数4（A4例、0.5%） 7/16~7/31：検査数1107、陽性数0（0%）
MLインフルエンザ流行前線情報データベース （主に小児科の有志医師による自主的な インフルエンザ患者報告数〔迅速診断検査〕）	低 （新規：2例）	微増	9月6日現在、8/22にA型1例、8/31にA型1例、 9/2にA型1例（データは毎日自動更新）

サーベイランス指標（情報源）	URL
定点当たりのインフルエンザ受診患者報告数（ NESID 、約5000定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数（ NESID 、推計）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数（ NESID 、約500定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
急性脳炎サーベイランスにおけるインフルエンザ脳症報告数（ NESID 、全数）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
病原体定点からのインフルエンザウイルス分離・検出報告数（ NESID 、約500の病原体定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html
国立病院機構におけるインフルエンザ全国感染動向（全国140の国立病院機構各病院による隔週インフルエンザ迅速抗原検査件数、陽性数）	https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000202204.html
MLインフルエンザ流行前線情報データベース（主に小児科の有志医師による自主的なインフルエンザ患者報告数〔迅速診断検査〕）	https://ml-flu.children.jp/

インフルエンザ：定点当たり報告数（9/2更新）

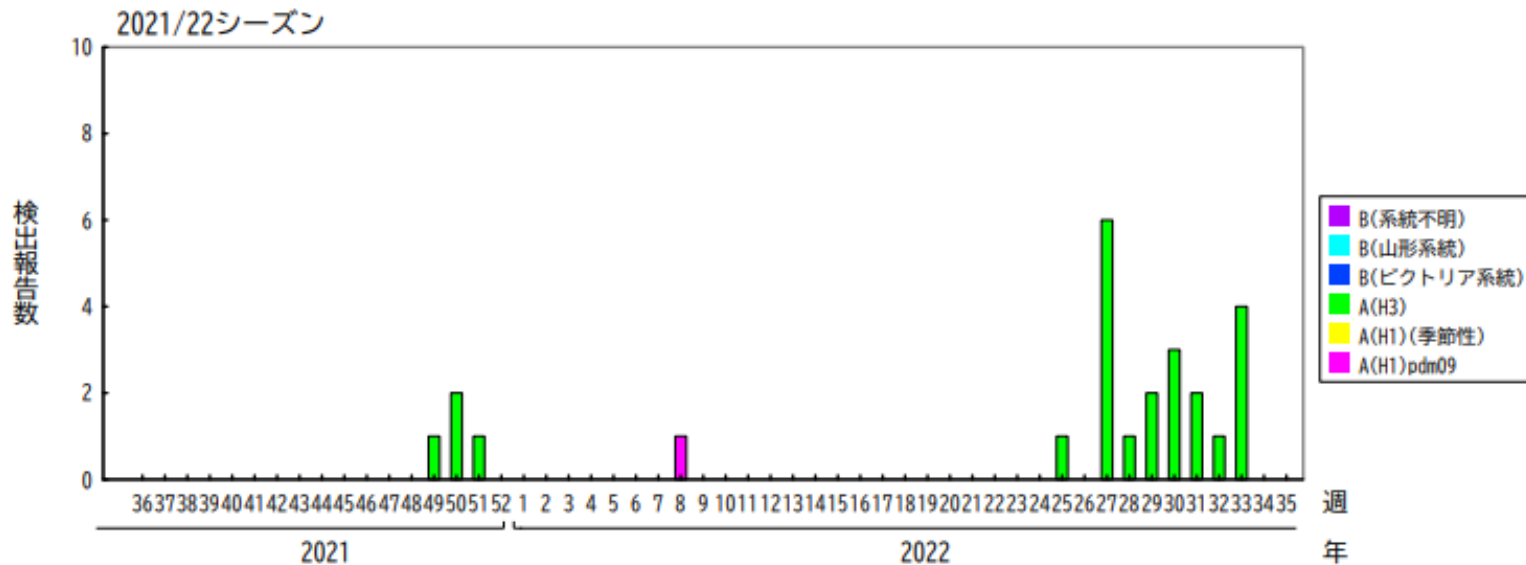
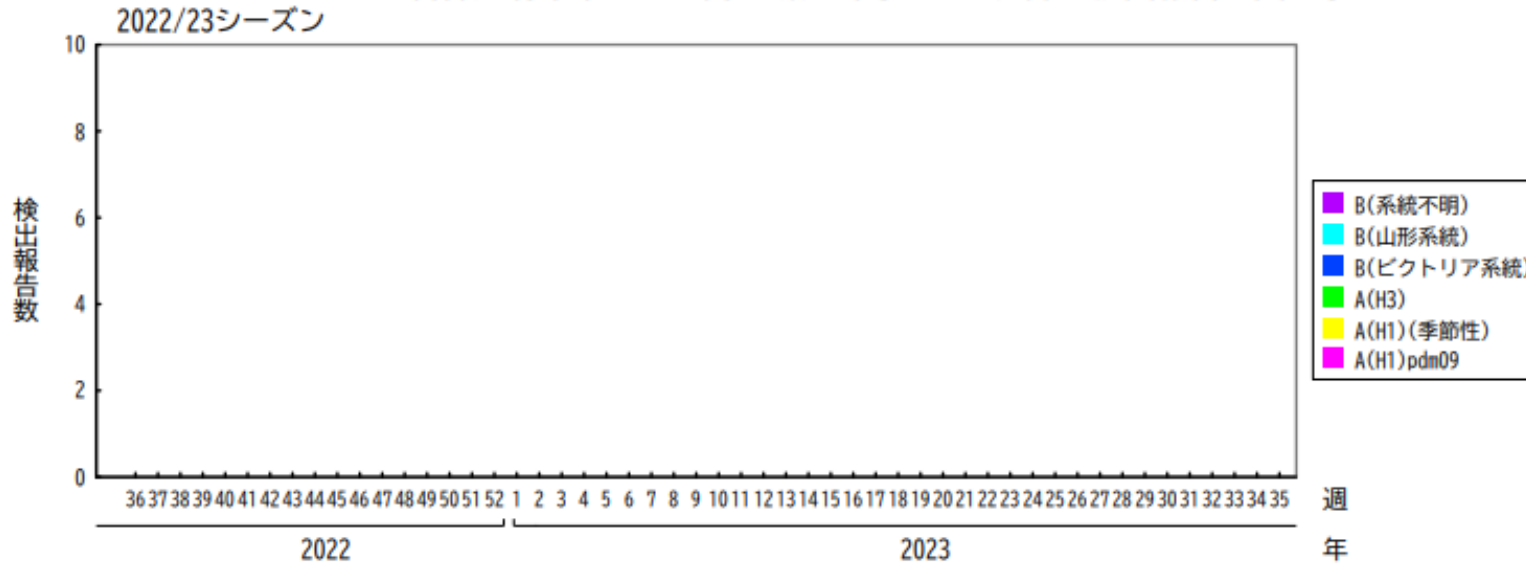


<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/813-idsc/map/130-flu-10year.html>

インフルエンザ分離・検出報告数

2022年9月6日作成

各都道府県市の地方衛生研究所等からの分離/検出報告を図に示した

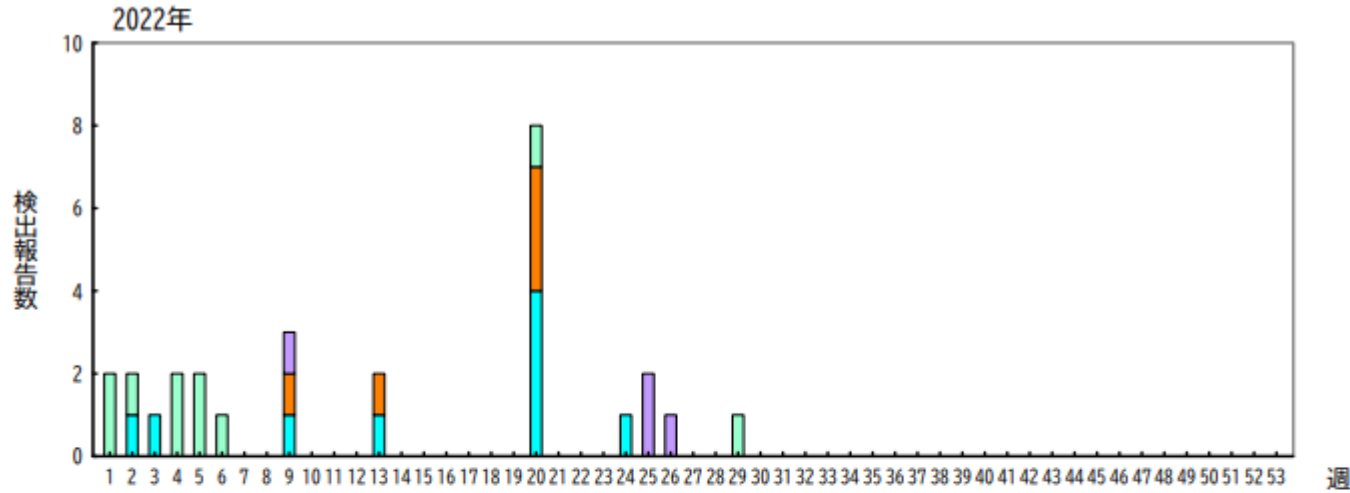


<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html>

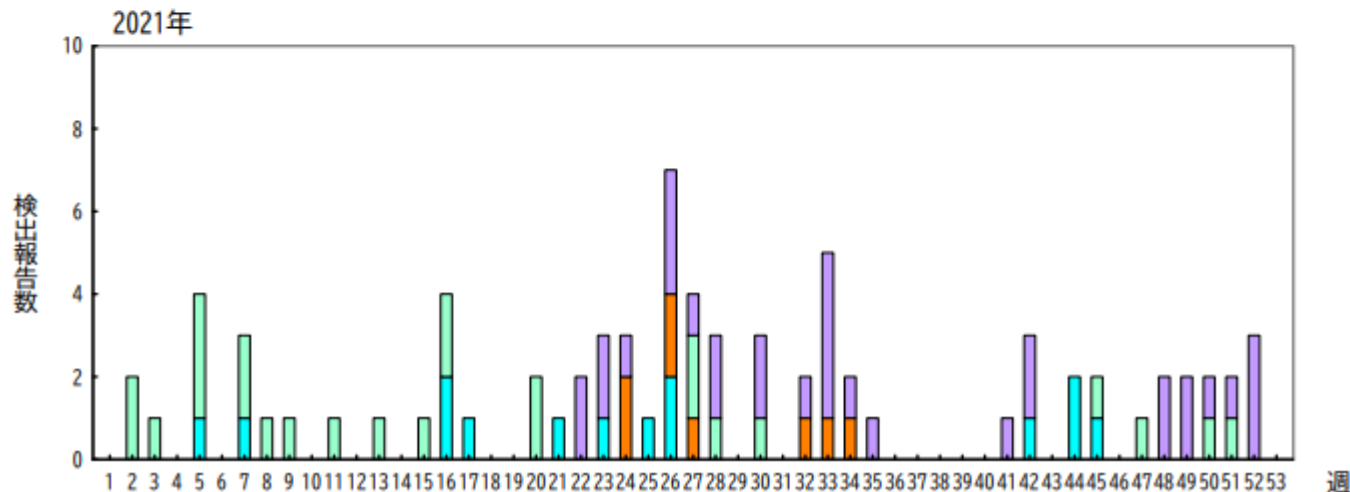
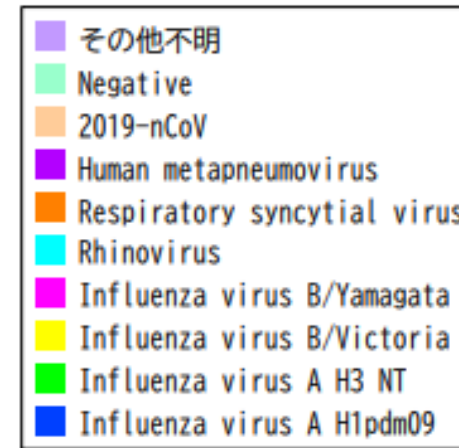
診断名: インフルエンザ様疾患由来ウイルス

2022年9月6日作成

*各都道府県市の地方衛生研究所等からの分離/検出報告を図に示した



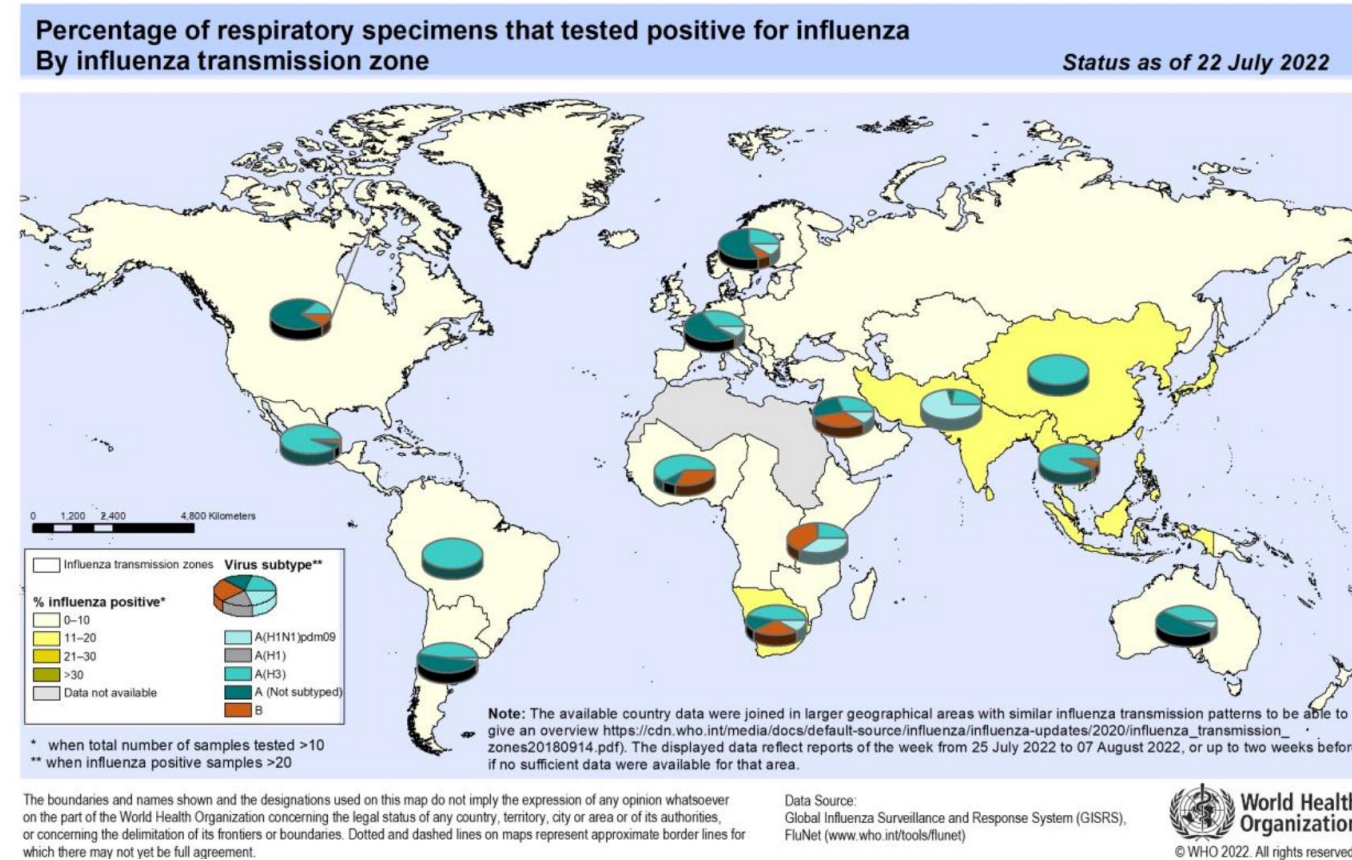
週



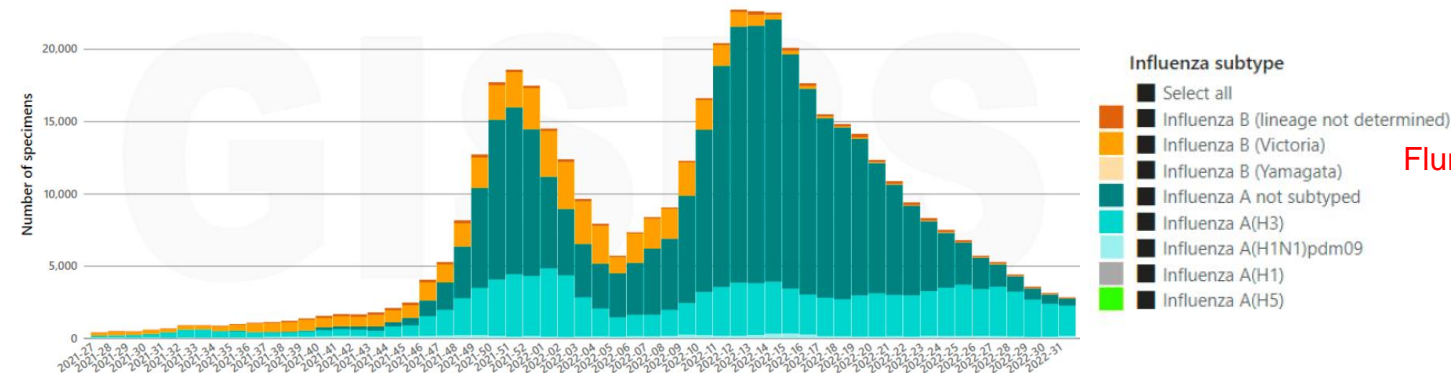
週

*急性呼吸器感染症/ILIにおいては、インフルエンザ以外のウイルスでは、例年ライノウイルスが多いことが国内外のサーベイランス・研究から報告されている (<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html>; IASR 2011 Vol. 32 p. 202-203; https://surv.esr.cri.nz/virology/influenza_surveillance_summary.php; DOI: [10.1186/1743-422X-10-305](https://doi.org/10.1186/1743-422X-10-305) ; DOI: [10.1093/infdis/jit806](https://doi.org/10.1093/infdis/jit806))

世界のインフルエンザ動向：WHO HQ (2022年30-31週)



- Global influenza activity has steadily decreased from a peak in March 2022, except in Southeast Asia where influenza activity increased.
- Flunet (Jul 25 to Aug 7, 2022 (as at Aug 22, 2022)).
 - 263,527 specimens
 - 6,193 were positive for influenza viruses (2.4%)
 - Influenza A 5,960 (96.2%)
 - Influenza B 233 (3.8%)
 - A(H1N1)pdm09 292 (6.2%)
 - A(H3N2) 4,423 (93.8%)
 - B-Yamagata 0 (0.0%)
 - B-Victoria 48 (100.0%)



Flunet (Jul 11 to 24, 2022 (as at Aug 5, 2022)).

- 145,086 specimens
- 6,449 were positive for influenza viruses (4.4%)
- Influenza A 6,301 (97.7%)
- Influenza B 2.3 (2.3%)
- A(H1N1)pdm09 157 (2.7%)
- A(H3N2) 5,640 (97.3%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 44 (100%)

オーストラリアのインフルエンザ動向

<https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm#current>

Figure 4. Notifications of laboratory-confirmed influenza, Australia, 01 January 2017 to 28 August 2022, by month and week of diagnosis*

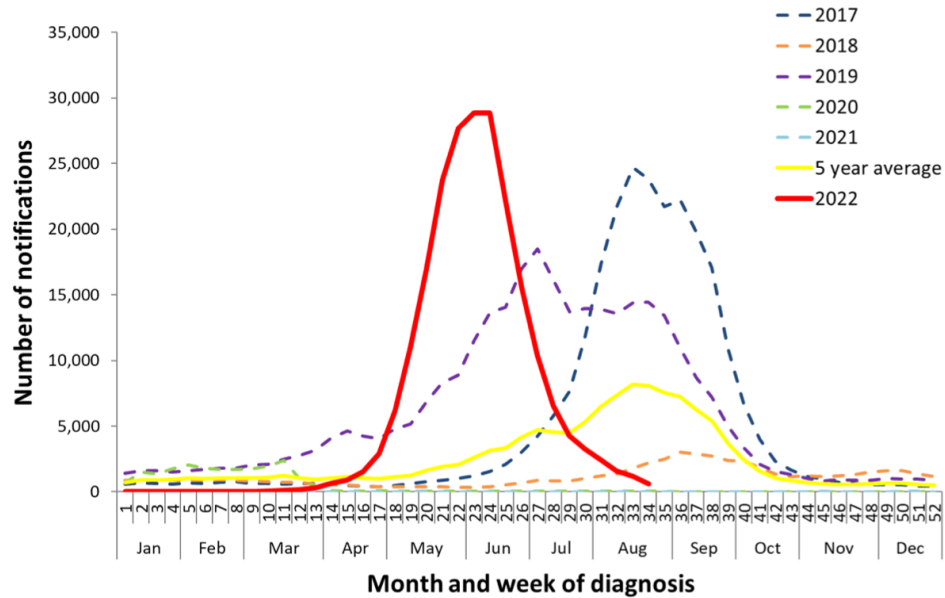
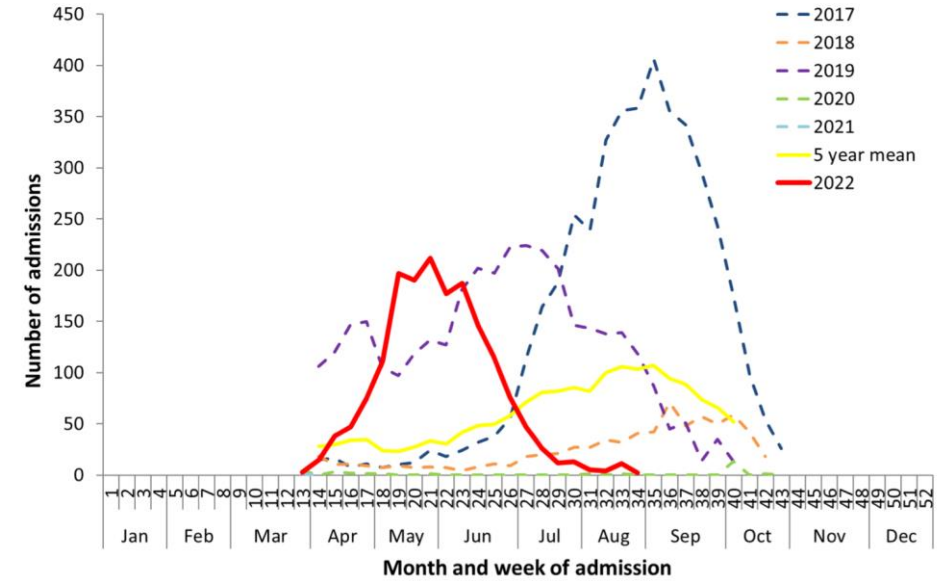


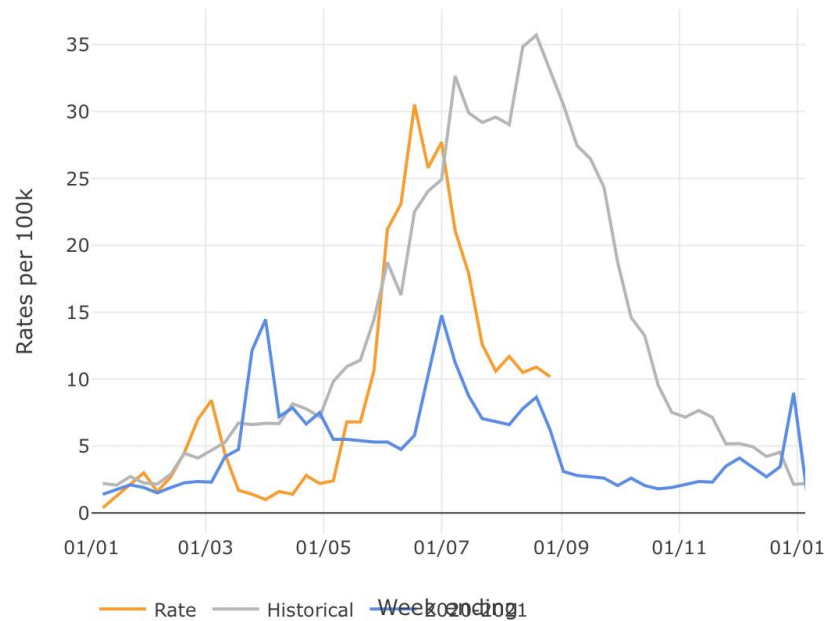
Figure 7. Number of influenza hospitalisations at sentinel hospitals, from April to October, 2017 to 2022 by month and week of diagnosis*



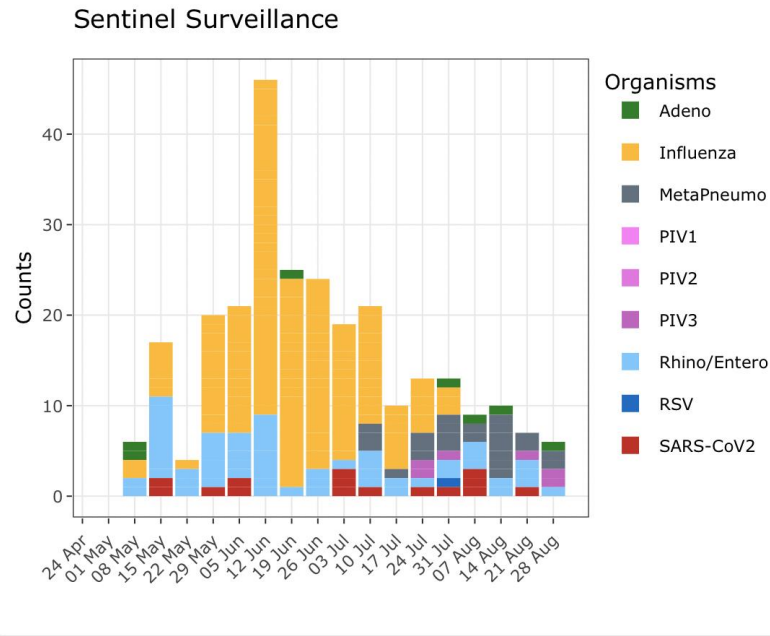
- A decrease in influenza-like-illness (ILI) activity in the community has been noted since July 2022. The weekly number of notifications of laboratory-confirmed influenza in 2022 has decreased to below the weekly 5-year average since mid-July.
- Of the 217,898 notifications of laboratory-confirmed influenza, 288 influenza-associated deaths have been notified.
- Since commencement of seasonal surveillance in April 2022, there have been 1,708 hospital admissions due to influenza reported across sentinel hospitals sites, of which 6.5% were admitted directly to ICU.
- 82.1% of notifications of laboratory-confirmed influenza reported to the NNDSS were influenza A, of which 94.5% were influenza A(unsubtyped), 0.8% were influenza A(H1N1), and 4.7% were influenza A(H3N2). Influenza B accounted for 0.1% of notifications, less than 0.1% were A&B co-infections, and 17.7% were untyped.
- Of the 2,185 samples referred to the WHOCC to date, 97.4% of influenza A(H1N1), 93.9% of influenza A(H3N2), and the 4 influenza B/Victoria samples, were characterised as antigenically similar to the corresponding vaccine components.

ニュージーランドのインフルエンザ動向

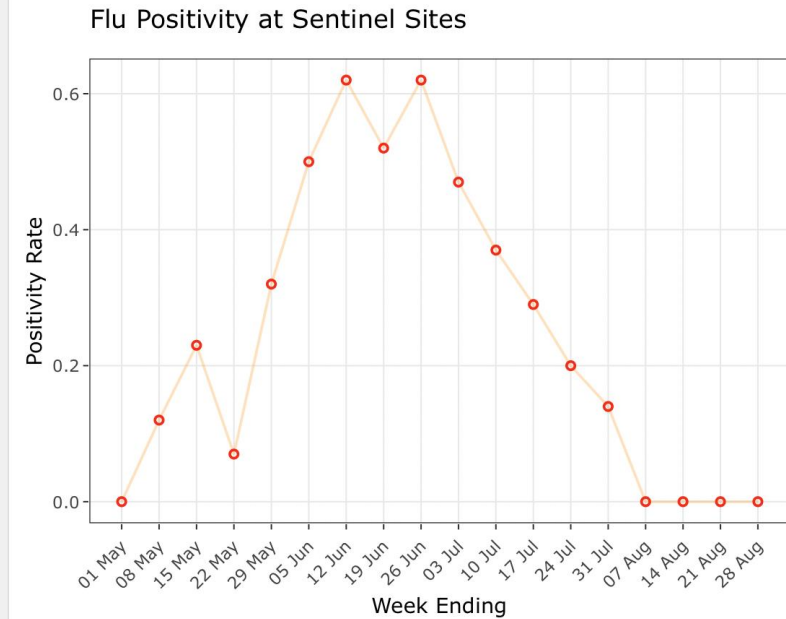
HealthStat National ILI rate (per 100,000)



Sentinel Surveillance Virology

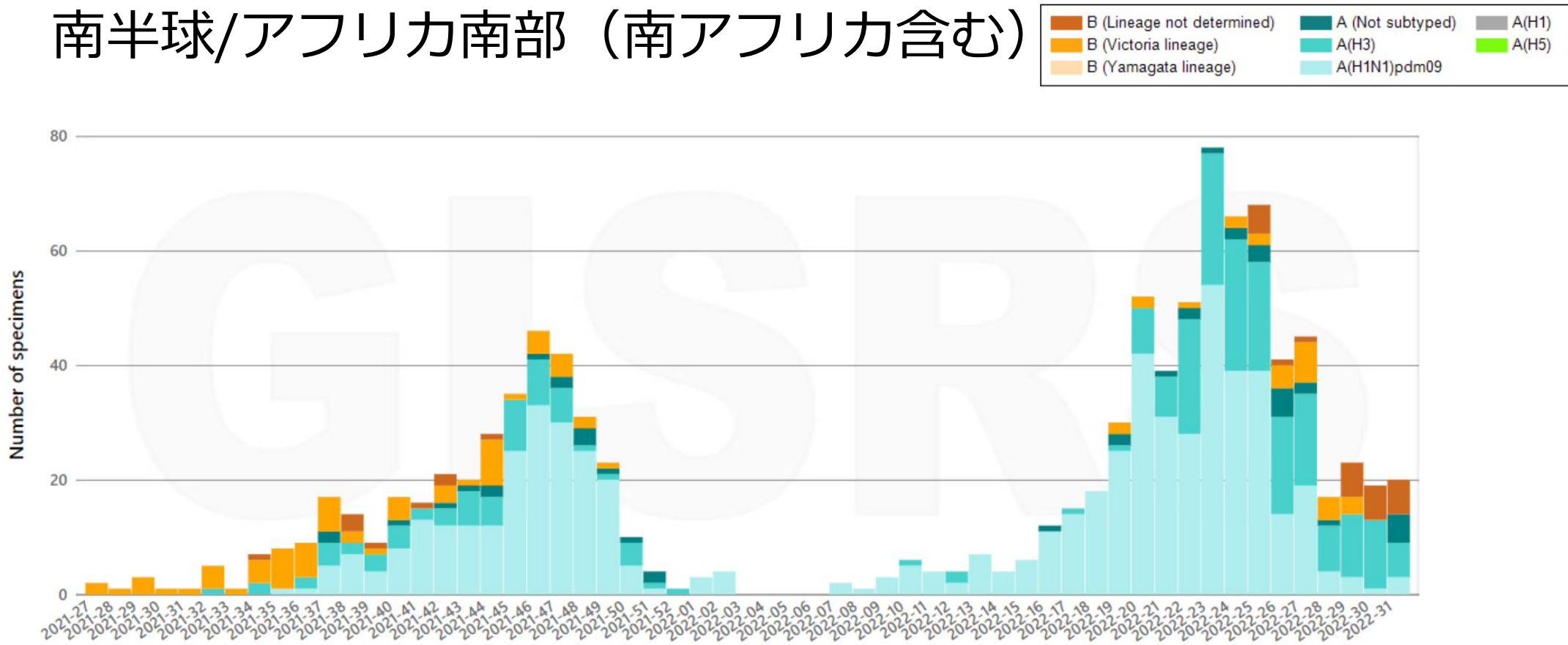


Sentinel Surveillance Flu Positivity



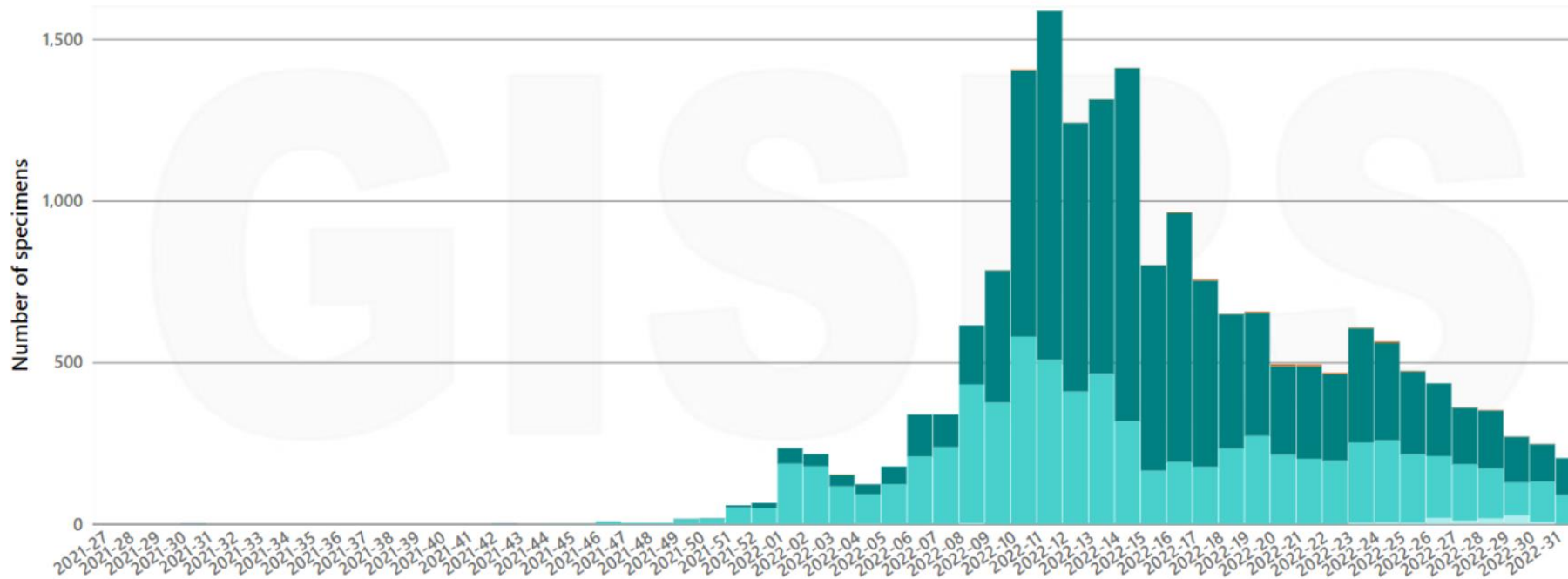
- Community ILI activity was similar to the previous week. ILI consultations at HealthStat practices have plateaued, remaining well below the peak observed in mid-June and below the historical rate for this time of year.
- ILI: Two cases each of parainfluenza virus 3 and metapneumovirus were identified at sentinel practices among 15 patients tested. One case each of adenovirus and rhinovirus/enterovirus were detected. No influenza virus has been detected at sentinel practices since the week ending 31 July.
- SARI: Rhinovirus was the most commonly detected virus through SARI surveillance (15/39; 38%), followed closely by Metapneumovirus (12/23; 52%). Enterovirus was identified in 7/11 (64%), SARS-CoV-2 was identified in 6/64 (9%), parainfluenza virus 3 in 6/39 (15%), RSV in 2/55 (4%) and adenovirus in 2/39 (5%). Influenza A or B was not detected in any of the 64 patients tested.
- There have been 88 positive Influenza A H3N2 isolates that have had antigenic typing performed on them using the southern hemisphere antisera, results indicate a match between the vaccine strain and circulating virus. There have also been 2 positive Influenza A H1N1 isolates that have had antigenic typing performed on them using southern hemisphere antisera, results indicate a match between vaccine strain and the viruses circulating. There have not been any influenza B isolates to perform antigenic typing on thus far.

南半球/アフリカ南部（南アフリカ含む）



- In South Africa, the number of influenza influenza A(H1N1)pdm09, influenza A (H3N2) and influenza B detections remained stable.
- The influenza detection rate in pneumonia surveillance and in ILI surveillance in primary health care clinics decreased and remained below the epidemic thresholds.
- There were few SARS-CoV-2 detections and the detection rate for SARS-CoV-2 decreased a little.
- RSV detections decreased, with the detection rate in children under five years of age remaining below the epidemic threshold.

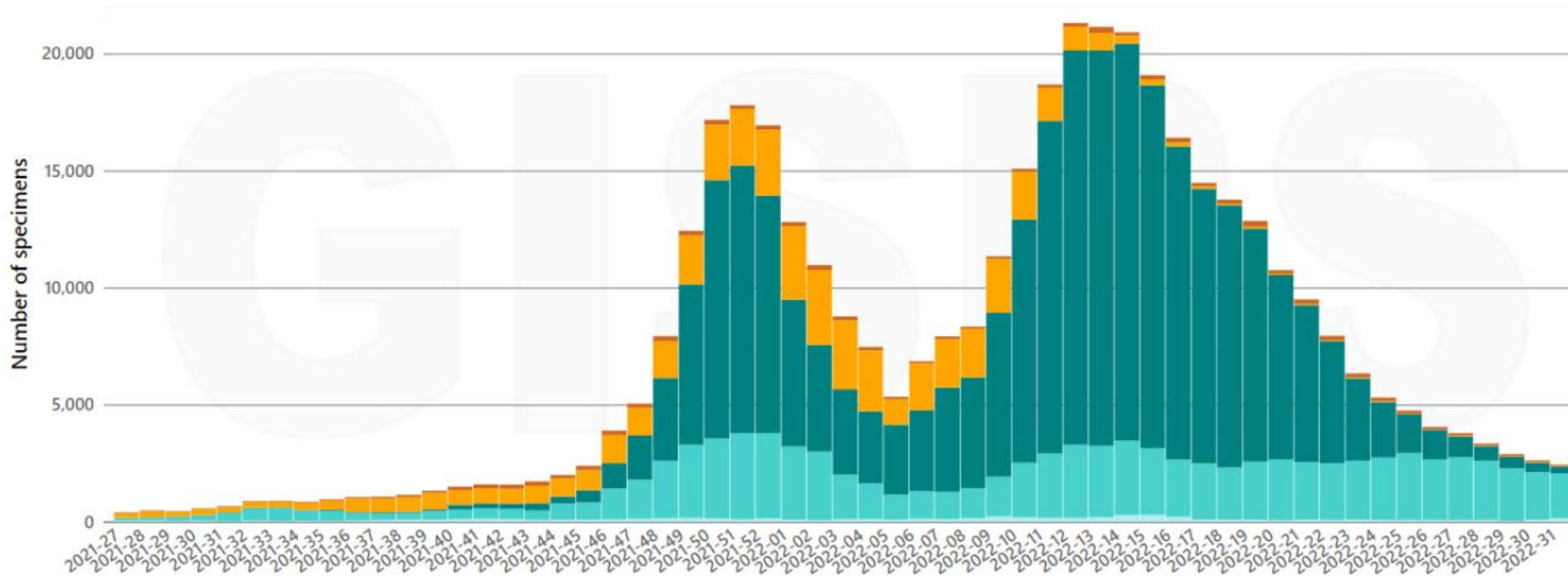
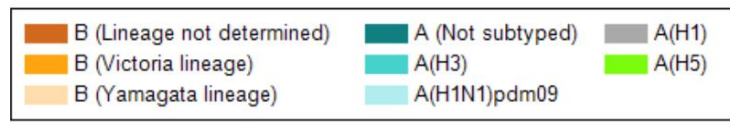
南半球/南米 (温暖地域)



- In temperate South America, influenza activity continued to decrease and predominantly influenza A virus detections were reported with the majority A(H3N2) among those subtyped.
- SARI activity, which was driven by RSV and SARS-CoV-2 and other non-influenza respiratory viruses, decreased in Chile, Paraguay and Uruguay though remained between low and moderate levels.
- Percent positivity for influenza was below the seasonal threshold, except in Chile where it remained at low levels. SARS-CoV-2 percent positivity continued to increase in Argentina and Chile.

北半球/温暖地域

直近の過小評価に注意



- In the countries of North America, influenza activity continued to decrease to levels typically observed at this time of year. Activity was predominantly due to influenza A viruses, with A(H3N2) predominant among the subtyped viruses.
- In Canada and the USA, ILI and influenza activity remained below the seasonal threshold. Influenza hospitalizations were low this period. The percentage of deaths attributed to pneumonia, influenza or COVID-19 in the USA remained above the epidemic threshold established from historical data, with the majority of recent mortality attributed to COVID-19. RSV activity remained low in Canada and the USA.
- In Europe, overall influenza activity remained at inter-seasonal levels. Pooled all-cause mortality estimates from the EuroMOMO network showed increases in excess mortality especially among the elderly, though not related to influenza circulation.

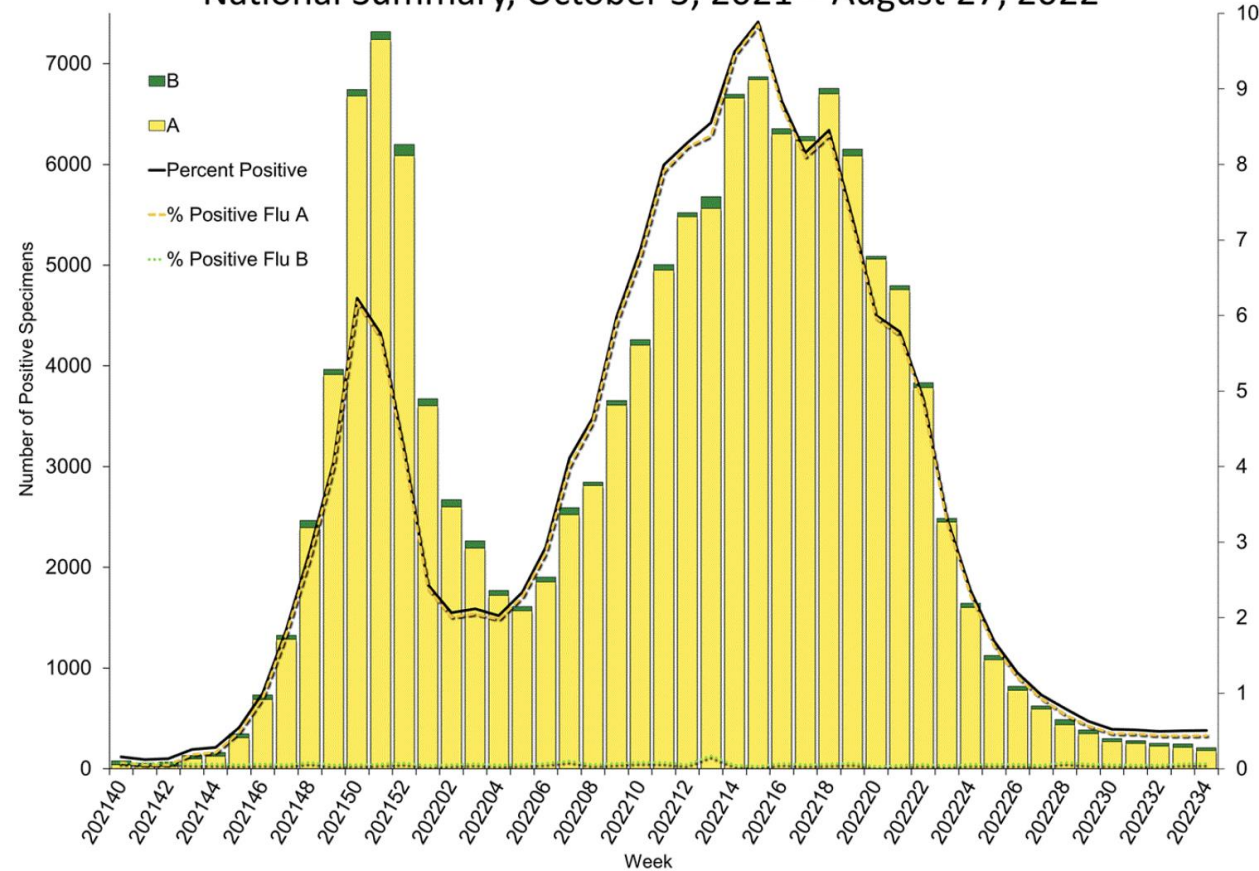
米国：インフルエンザ動向

直近の過小評価に注意

Clinical Laboratories

The results of tests performed by clinical laboratories nationwide are summarized below. Data from clinical laboratories (the percentage of specimens tested that are positive for influenza) are used to monitor whether influenza activity is increasing or decreasing.

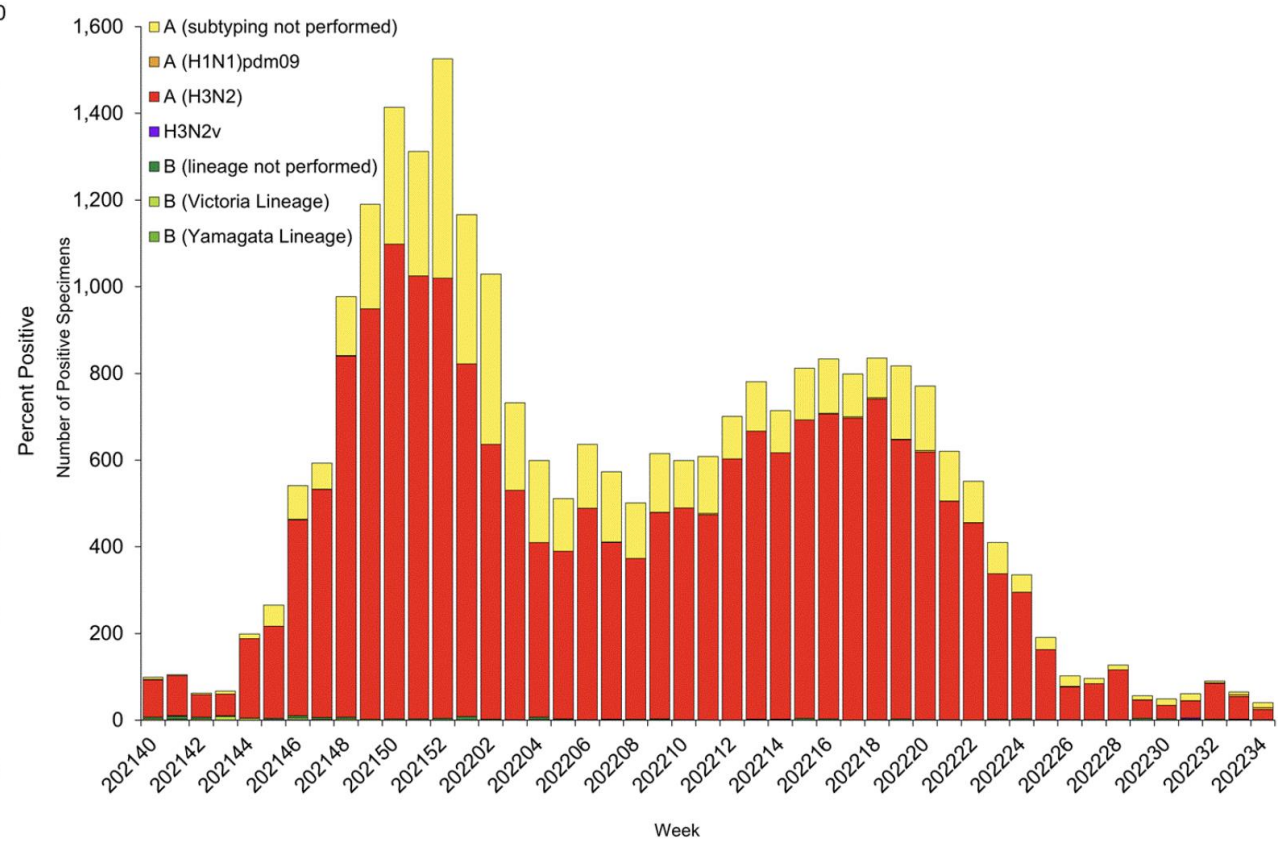
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Clinical Laboratories, National Summary, October 3, 2021 – August 27, 2022



Public Health Laboratories

The results of tests performed by public health laboratories nationwide are summarized below. Data from public health laboratories are used to monitor the proportion of circulating viruses that belong to each influenza subtype/lineage.

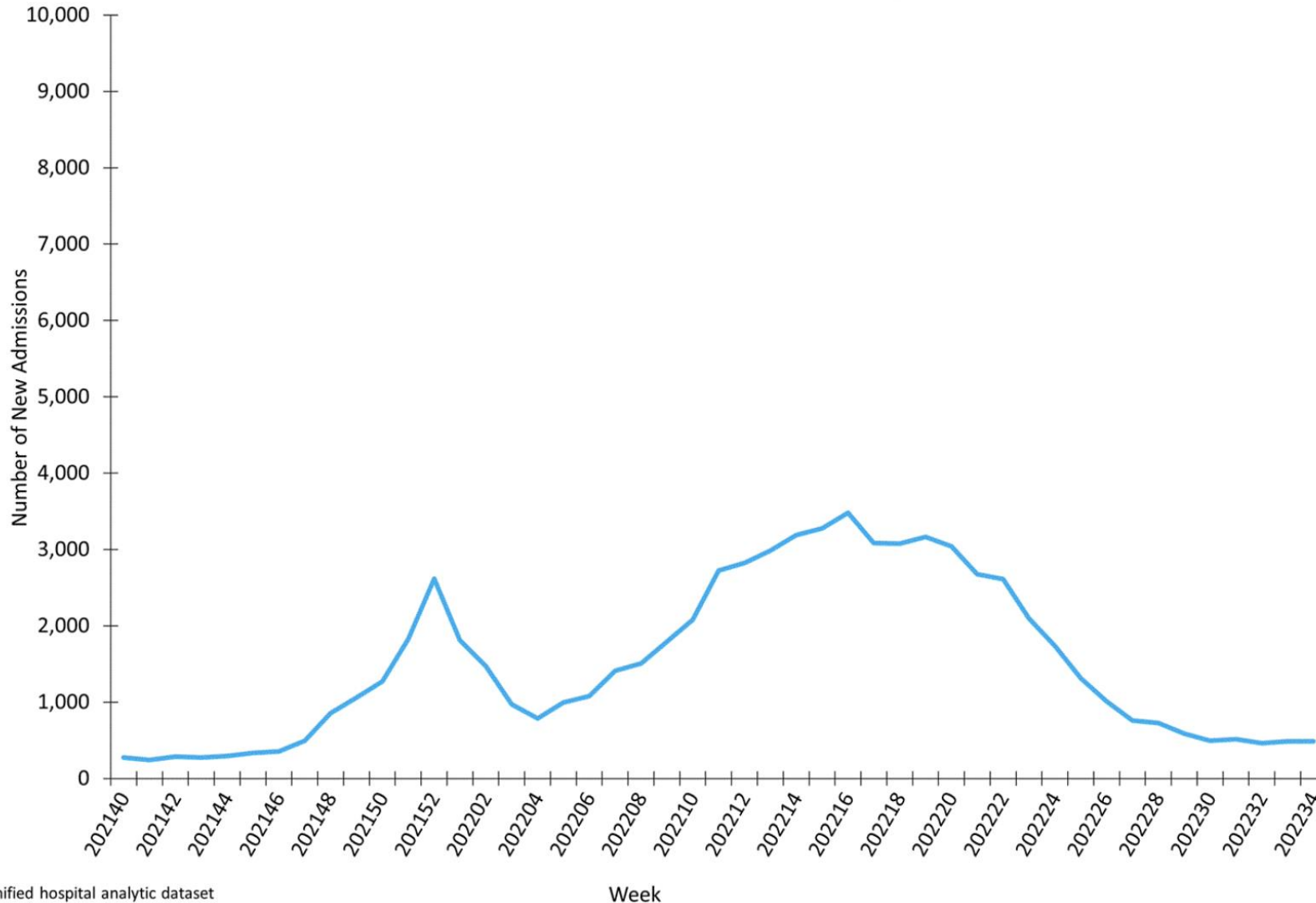
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Public Health Laboratories, National Summary, October 3, 2021 – August 27, 2022



米国：新規入院者数

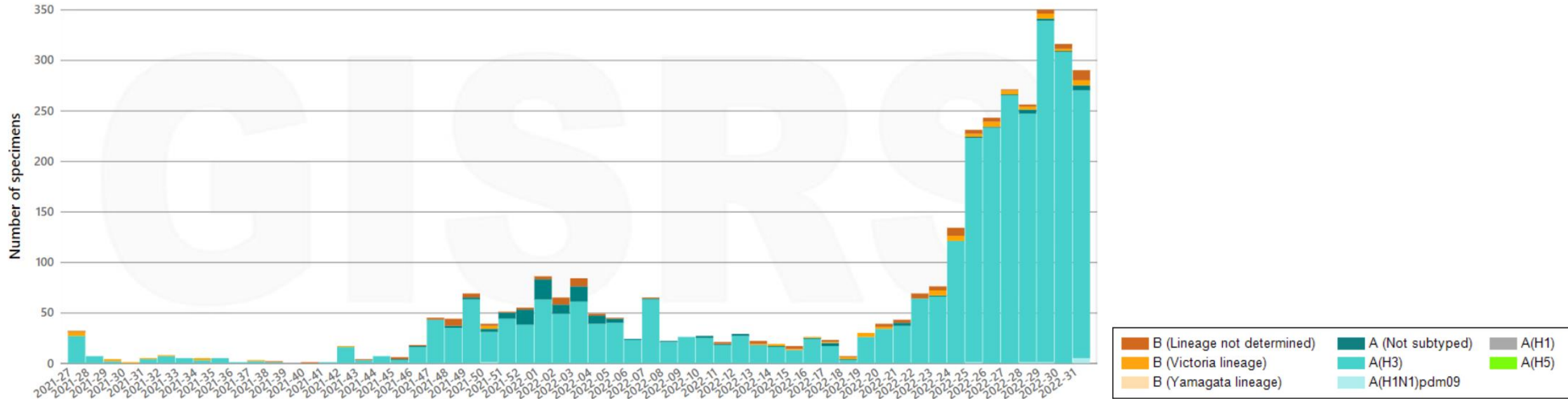
直近の過小評価に注意

New Influenza Hospital Admissions Reported to HHS Protect, National Summary, October 3, 2021 – August 27, 2022



- Effective February 2, 2022 (week 5), hospitals are required to report laboratory-confirmed influenza hospitalizations to HHS Protect daily. Prior to this update, reporting influenza hospitalizations was optional.
- Hospitals report to HHS Protect the number of patients admitted with laboratory-confirmed influenza. During week 34, 486 patients with laboratory-confirmed influenza were admitted to the hospital.

<https://www.cdc.gov/flu/weekly/index.htm>



- In South-East Asia, influenza activity of predominantly influenza A(H3N2) increased overall. Increasing trends were reported in Cambodia, Malaysia, Singapore, and Thailand. A few detections of influenza B viruses (Victoria where lineage was determined) were reported in Indonesia, Lao People’s Democratic Republic and Timor Leste. Low detections of influenza A(H3N2) and A(H1N1)pdm09 viruses were reported in the Philippines.
- In Southern Asia, influenza activity continued to be reported across the country in the subregion, with influenza A(H1N1)pdm09 viruses becoming predominant in the recent weeks. Influenza A(H3N2) detections decreased in Bangladesh while influenza A(H1N1)pdm09 increased in India. Few detections of influenza A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) viruses were reported in Nepal and influenza A (not subtyped) in the Maldives.

WHO西太平洋地域（2022年33週まで）

直近の過小評価に注意

今回

Table 1: Cumulative data reported to FluNet from Western Pacific Region, week 1, 2022 to week 33, 2022

Country (most recent week of report)	Total number of specimens processed	Total number of influenza positive specimens
Australia (32 of 2022)	186,220	11,061
Cambodia (32 of 2022)	3,763	14
China (32 of 2022)	329,952	48,520
Fiji (32 of 2022)	1,282	210
Japan (31 of 2022)	-	9
Lao People's Democratic Republic (32 of 2022)	2402	33
Malaysia (30 of 2022)	19,992	2,721
Mongolia (31 of 2022)	3,454	272
New Caledonia	-	-
New Zealand	-	-
Papua New Guinea	-	-
Philippines (31 of 2022)	1,363	46
Republic of Korea (32 of 2022)	4,007	30
Singapore (32 of 2022)	3,668	199
Viet Nam (32 of 2022)	94	0

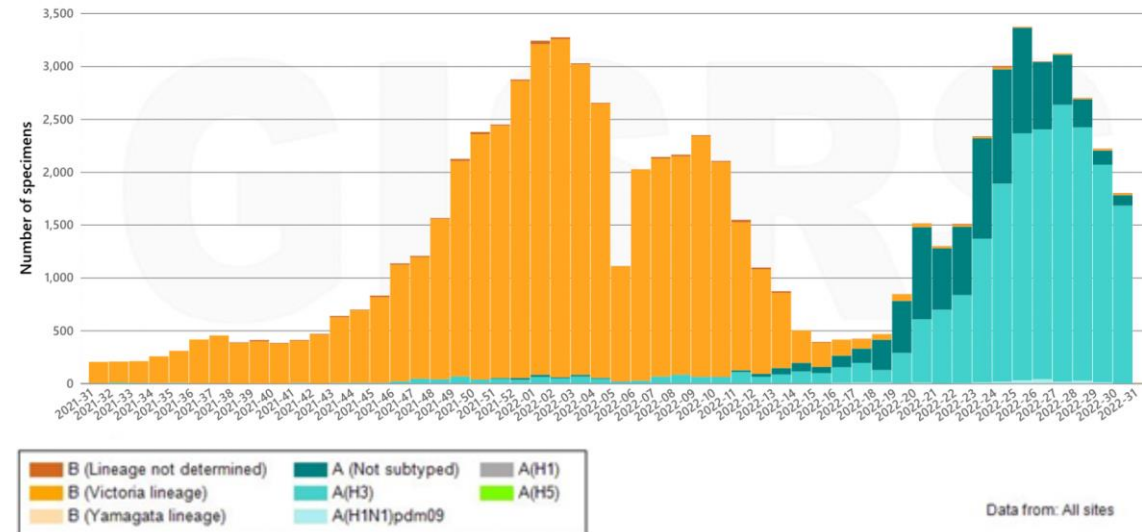


Figure 1: Number of specimens positive for influenza by subtype, Western Pacific Region, week 31, 2021 to week 31, 2022 (Source: WHO FLUNET)

前回

Table 1: Cumulative data reported to FluNet from Western Pacific Region, week 1, 2022 to week 31, 2022

Country (most recent week of report)	Total number of specimens processed	Total number of influenza positive specimens
Australia (30 of 2022)	166,523	10,714
Cambodia (26 of 2022)	3,217	4
China (30 of 2022)	301,292	42,986
Fiji (29 of 2022)	1,238	210
Japan (29 of 2022)	-	9
Lao People's Democratic Republic (30 of 2022)	2238	21
Malaysia (30 of 2022)	17,838	2,166
Mongolia (25 of 2022)	3,438	272
New Caledonia	-	-
New Zealand	-	-
Papua New Guinea	-	-
Philippines (31 of 2022)	1,265	35
Republic of Korea (30 of 2022)	3,434	18
Singapore (30 of 2022)	3,248	123
Viet Nam (29 of 2022)	21	0

- Influenza A and B are co-circulating, however, the majority of cases reported from week 1 to week 31 2022 have been Influenza A.
- Caution should be taken when interpreting these data as there are reporting delays.

中国（北部）

China (North)

During week 34, ILI% at national sentinel hospitals in northern provinces was 2.5%, the same as the last week (2.5%), higher than the same week of 2019-2021 (2.0%, 1.7% and 1.7%).

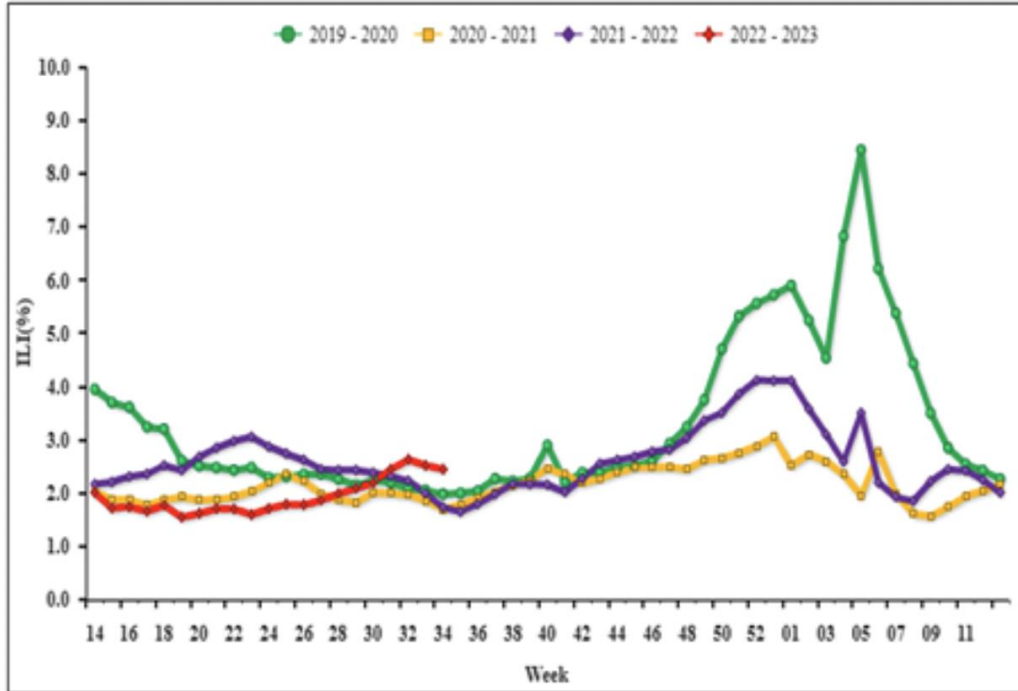


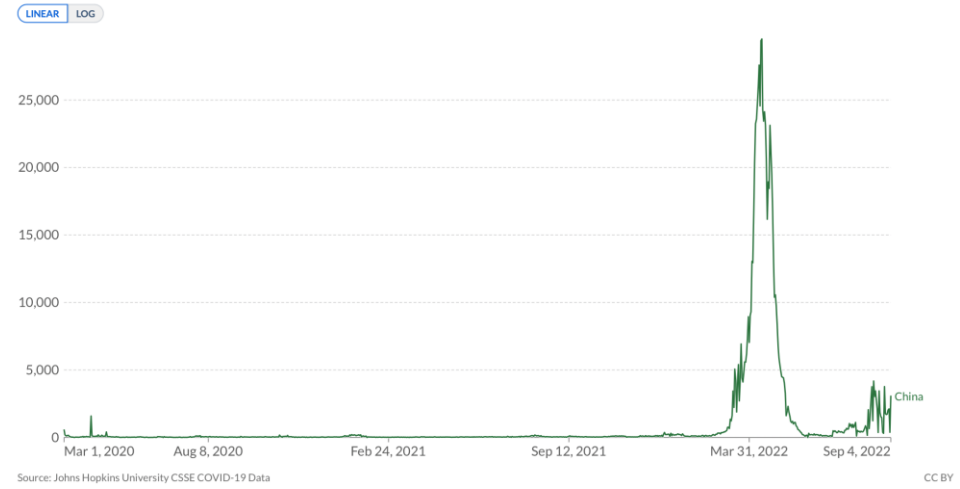
Figure 2. Percentage of Visits for ILI at Sentinel Hospitals in Northern Provinces

Chinese Influenza Weekly Report (week 34)

<https://ivdc.chinacdc.cn/cnic/en/Surveillance/WeeklyReport/>

より直近の情報が得られることから、WPRO Bi-weekly Situation Updateの引用元であると考えられるChinese Influenza Weekly Reportより直接引用・抜粋

Daily new confirmed COVID-19 cases
Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

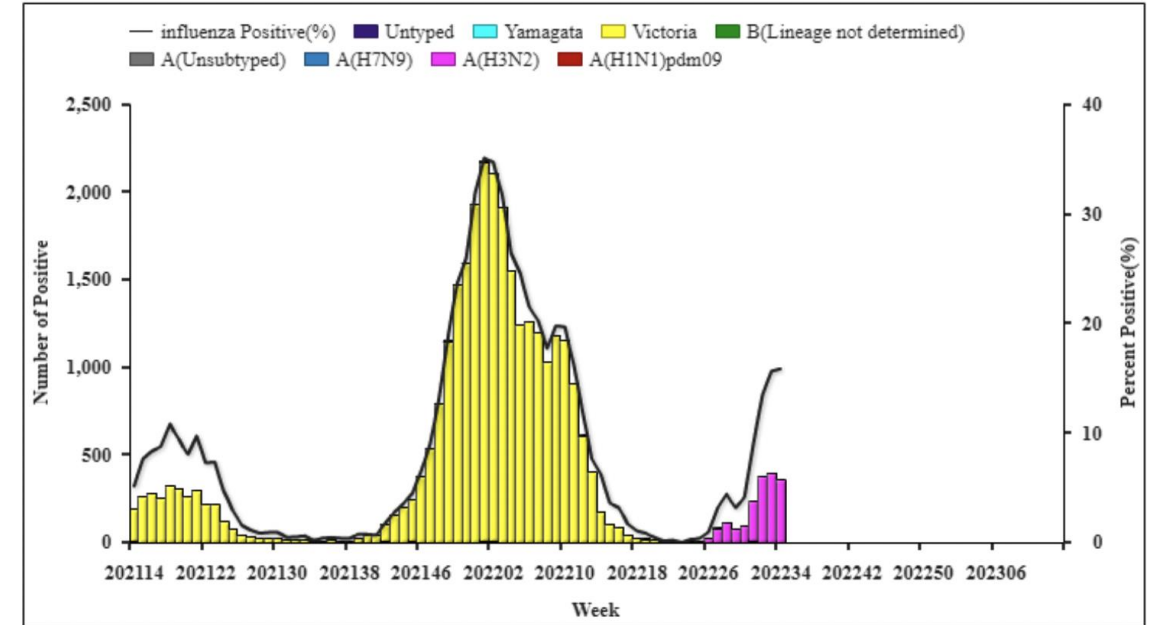
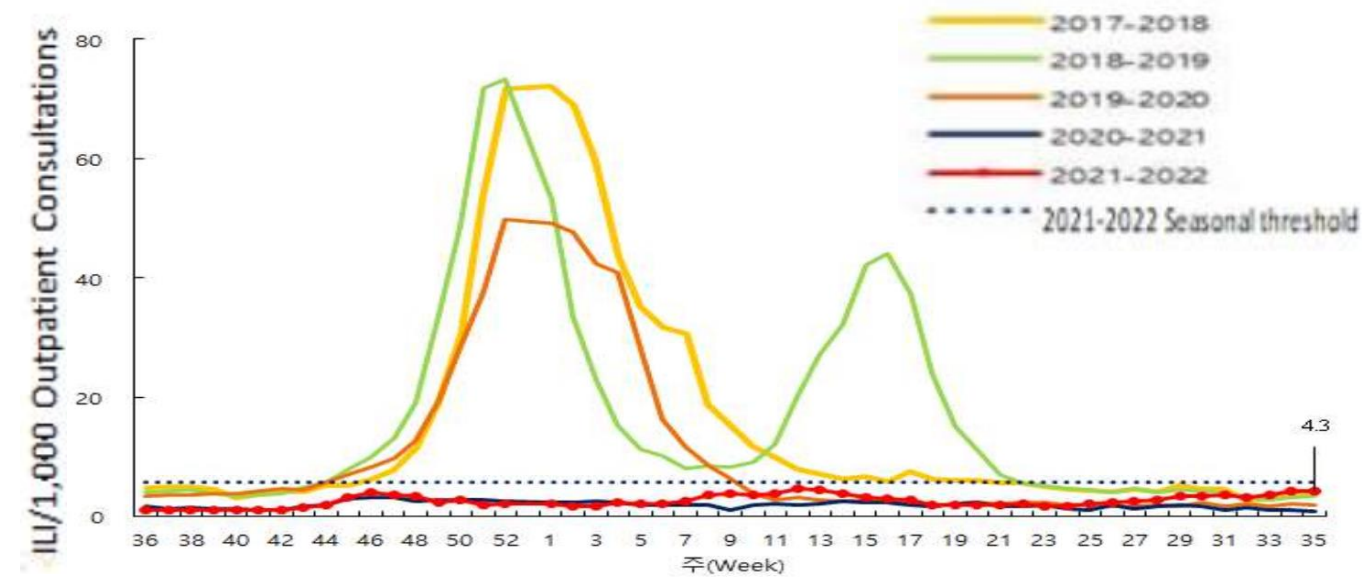


Figure 4. Influenza Positive Tests Reported by Northern Network Laboratories (Week 14, 2021–Week 13, 2023)

韓国

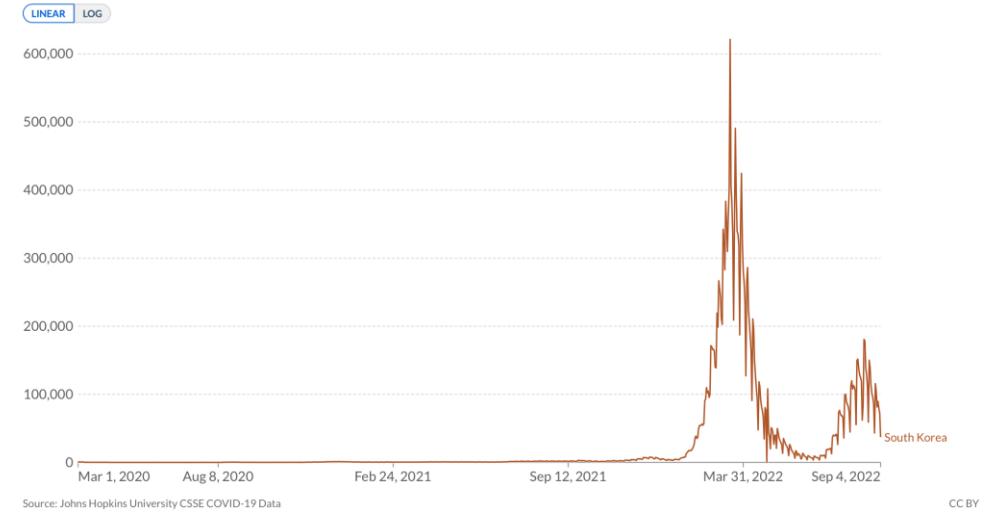
Republic of Korea

In week 35 of 2022, the overall weekly ILI rate was 4.3 ILI cases per 1,000 outpatient visits, which was slightly higher than previous week (4.2).

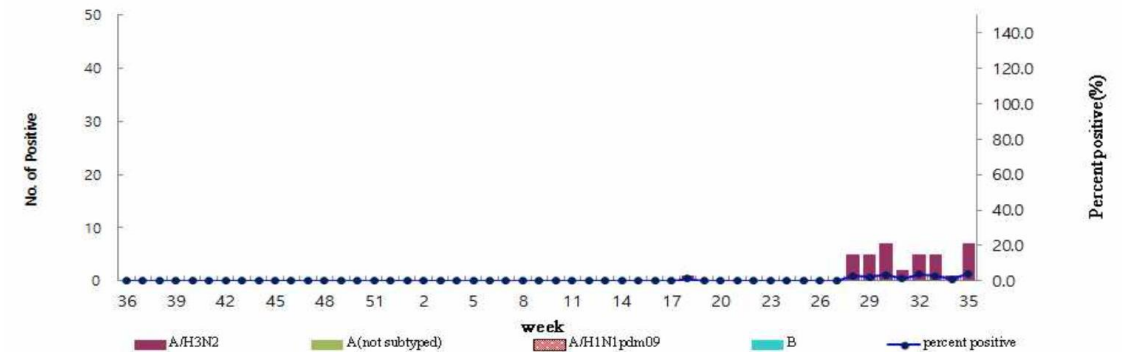


Daily new confirmed COVID-19 cases
Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World in Data



In week 35 2022, out of the 167 respiratory specimens, 7 sample (4.2%) was positive for influenza virus (7 for A/H3N2)



より直近の情報が得られることから、WPRO Bi-weekly Situation Updateの引用元であると
考えられるKDCAより直接引用・抜粋

Korea Influenza Weekly Report

<https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a30504000000&bid=0033>

世界のインフルエンザレベル：2022年9月6日時点

要点：

- 2022年30-31週：世界的にインフルエンザのレベルは、東南アジアを除いて低レベルであり12週のピークを境に継続して減少傾向であった。
 - 南半球のオセアニア・アフリカ南部では、パンデミック前やそれに近い水準の流行を認めたが、20-25週をピークに通常のシーズン外の水準まで減少している。南米でもパンデミック前やそれに近い水準の流行を認めたが、10-15週をピークに通常のシーズン外の水準まで減少している。
 - ヨーロッパでは、2021-2022シーズンにおいて10-15週（3-4月）前後に2度目のピークを認めたが、その後ピークアウトして通常のシーズン外の水準まで減少している。
 - 米国では、2021-2022シーズンにおいて15週（4月）前後に2度目のピークを認めたが、その後ピークアウトして、ILI・陽性数・陽性率・入院数の指標は全て低いレベルで横ばいである。検出されているウイルスではA(H3N2)が優位である。
 - 東南アジアでは、カンボジア、マレーシア、シンガポール、タイ等で、A(H3N2) 優位に増加している。インドネシア、ラオス、東ティモールではBも検出されている。南アジアでは、継続的にインフルエンザウイルスが検出され、インド等で A(H1N1) pdm09の検出が増加している。
 - 東アジアでは、中国南部のA(H3N2) の流行はピークアウトしているが、直近34-35週では中国北部・韓国において、低レベルではあるが、A(H3N2) によるインフルエンザ陽性数・陽性率の増加を認めている。
- SARS-CoV-2の流行がサーベイランスに影響していることが考えられることから、データの解釈には注意を要する。