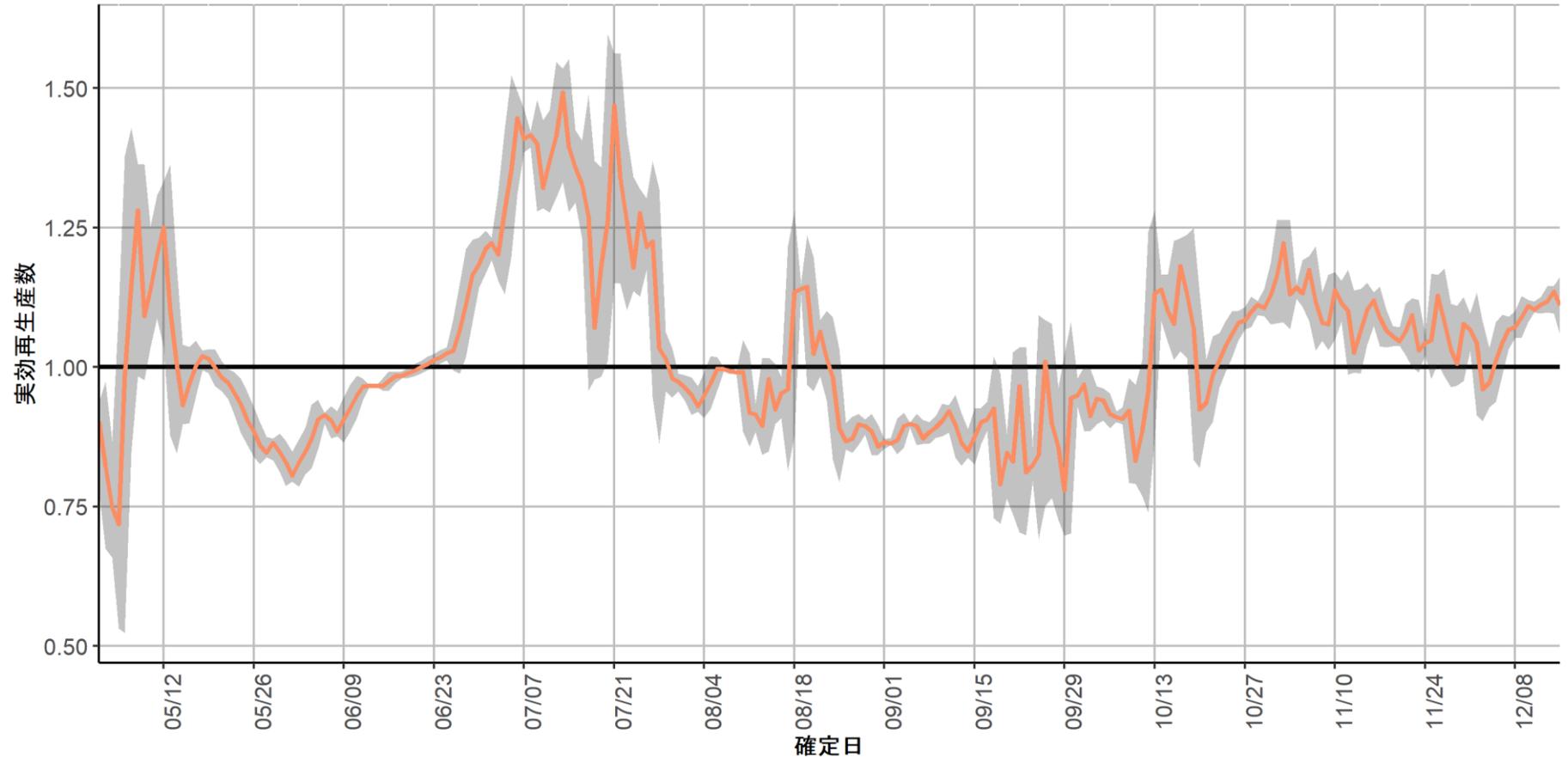


## 資料の要点：2022年12月12日時点

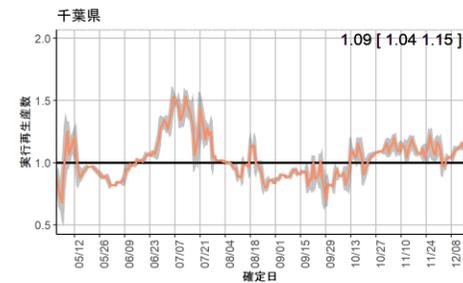
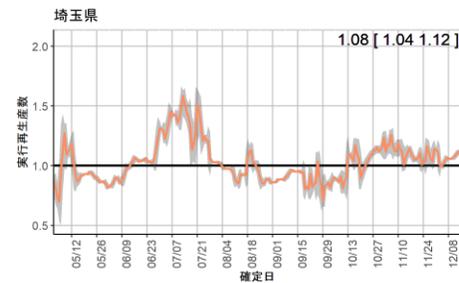
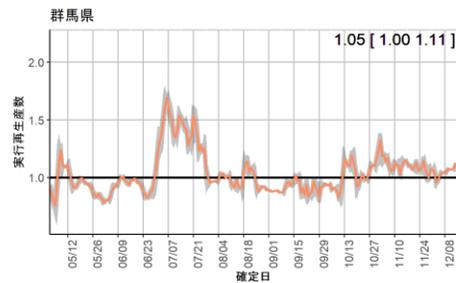
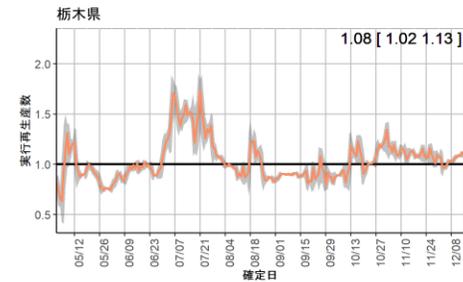
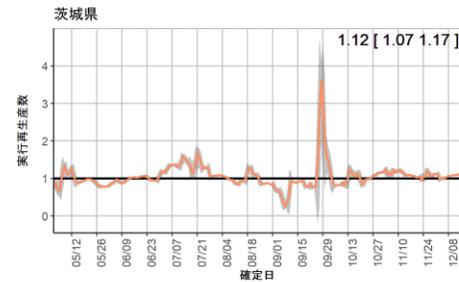
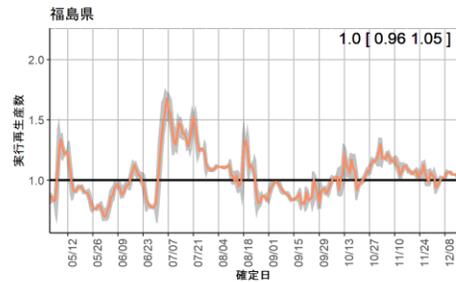
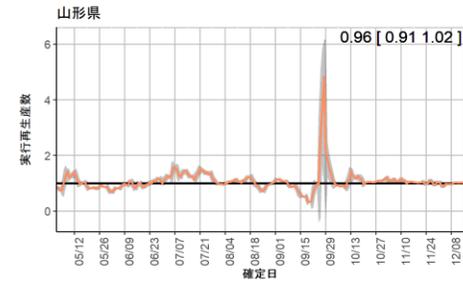
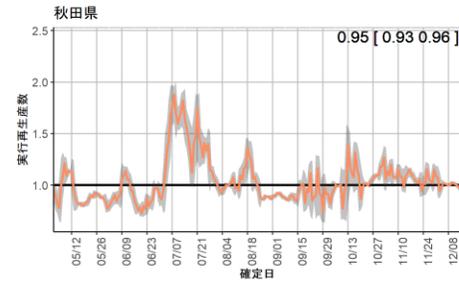
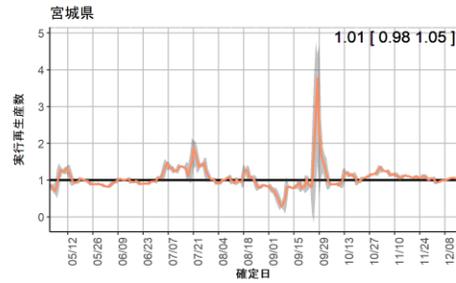
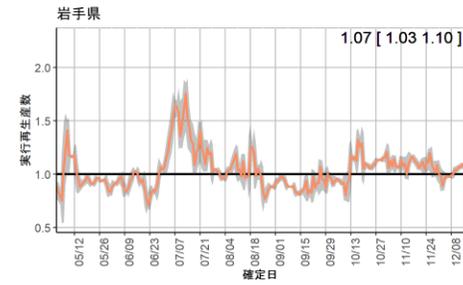
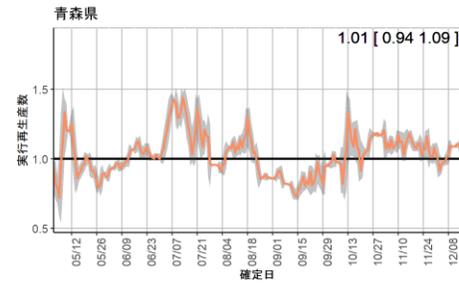
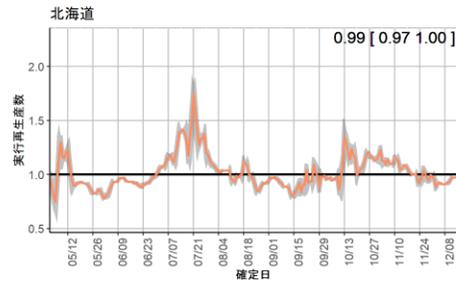
- 全国の報告数による実効再生産数は12月16日時点で1.08（参考値）であった。全数把握は継続されているが、把握されている陽性者数は受療行動、検査体制、データ入力体制の影響を受けることから、値の解釈には注意を要する（P2-6）。
- 年代別の新規症例数の推移（P7-18）、および都道府県別の流行状況を図示した（P19-48）。
- 全国および一部の都道府県で新規症例数のリアルタイム予測を行った（P49-54）。
- HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数を図示した（P55-57）。
- 学校保健会が運用する学校等欠席者・感染症情報システムのデータを更新した（P58-69）。
- 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、各株・亜系統検出割合の推定を実施した（P70-73）。
- 超過死亡の分析を2022年9月までのデータを使って更新した（P74-92）。42都道府県において、2022年9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。また2022年6-7月の死因別の超過死亡及び過小死亡について分析を行った。
- HER-SYSに報告された再陽性症例の分析により、初回陽性から再陽性までの間隔は初回陽性時の流行変異株によって異なることが分かった。（P93-96）
- 国内のインフルエンザの動向を示す。低レベルであるが複数の指標で微増となっている（P97-102）。また、世界の流行状況についてまとめた（P103-116）。

# 報告日による全国の実効再生産数の推定：12月19日

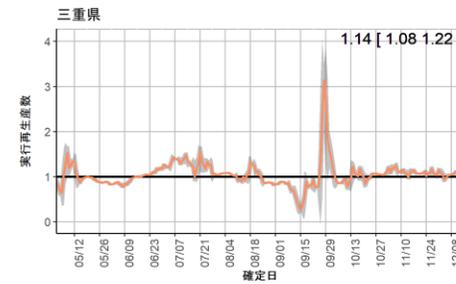
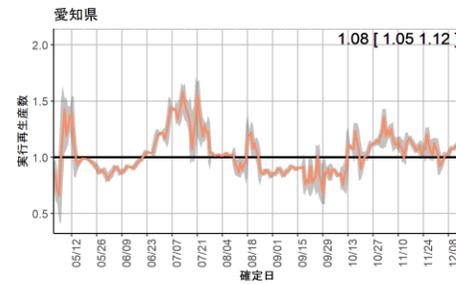
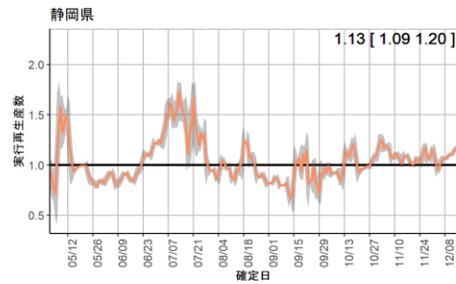
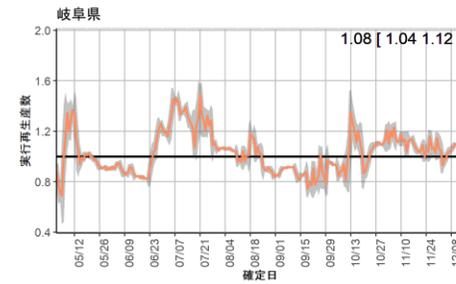
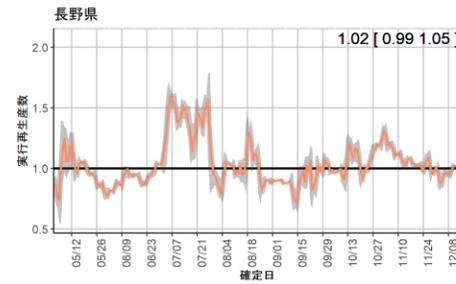
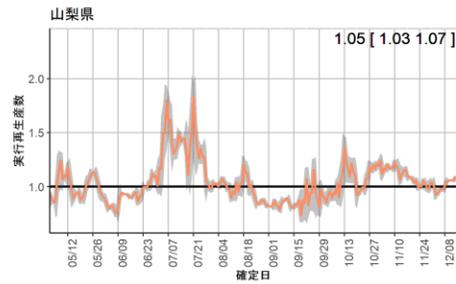
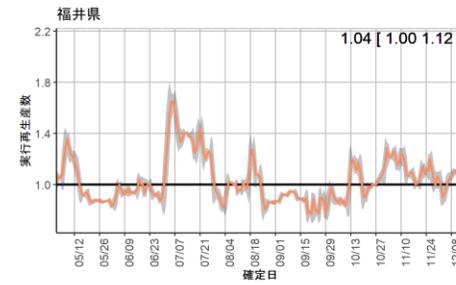
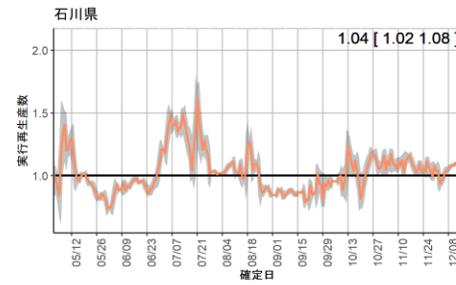
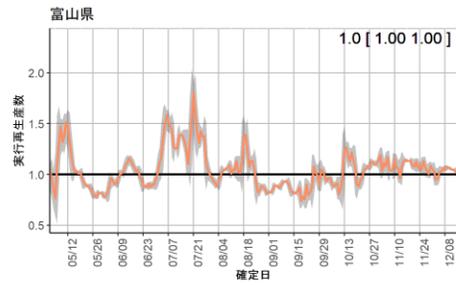
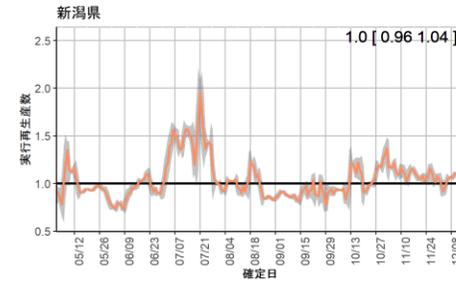
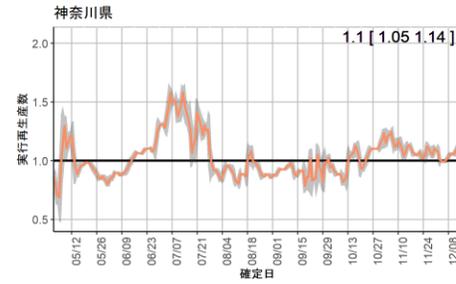
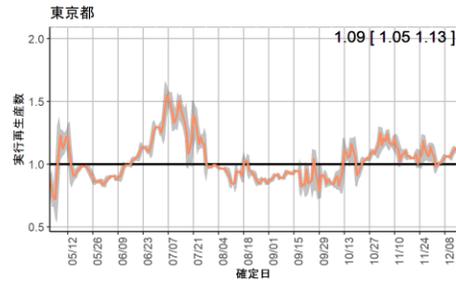
12月16日時点  
 $R_t$  [95%CI]=  
 1.08 [1.04,1.13]  
 (世代時間3日)



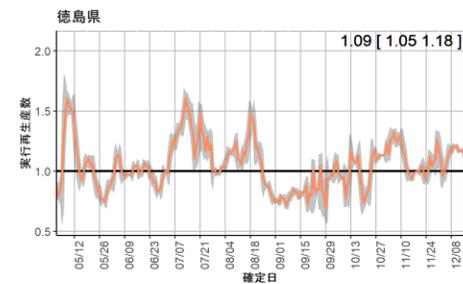
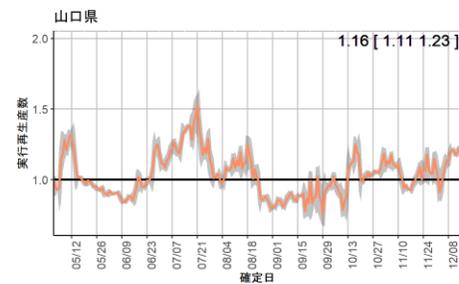
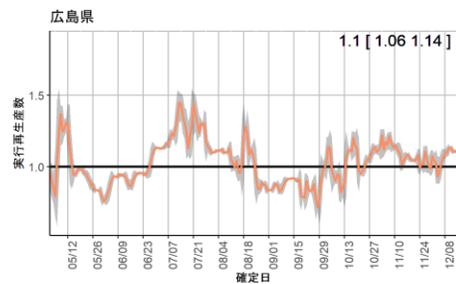
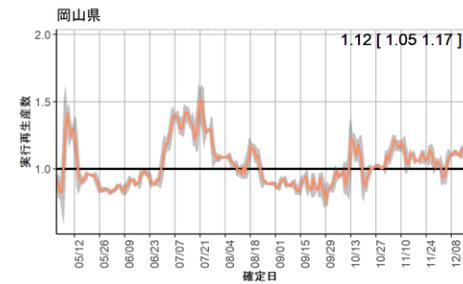
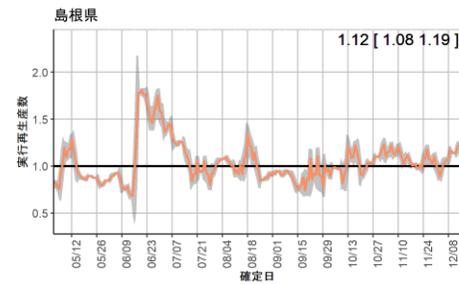
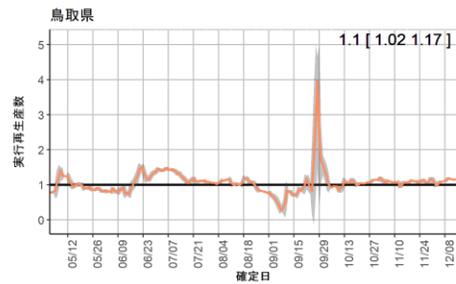
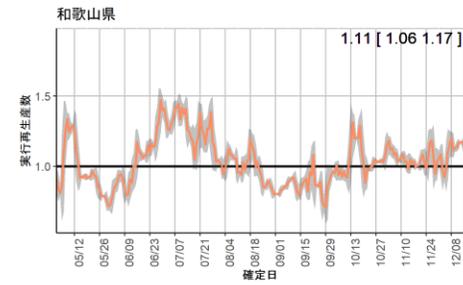
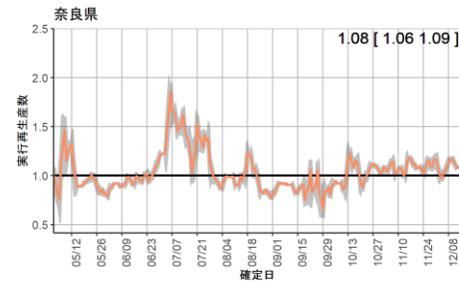
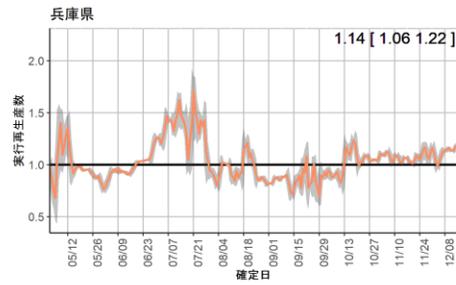
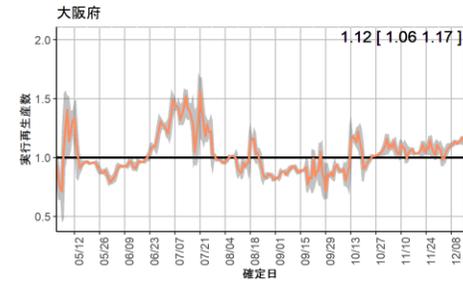
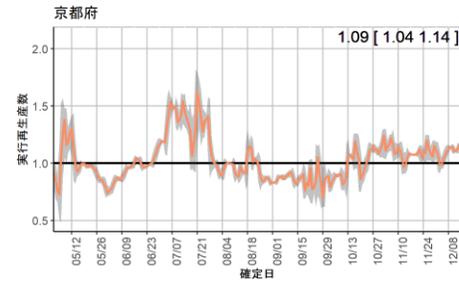
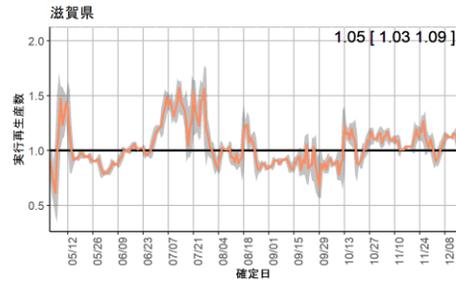
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。  
 発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



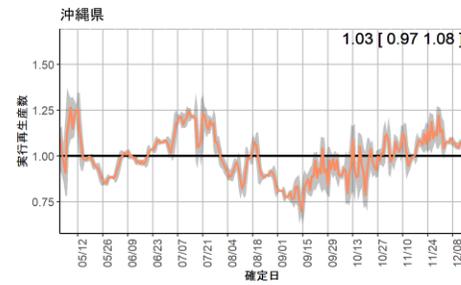
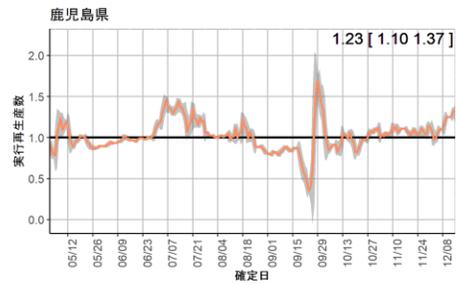
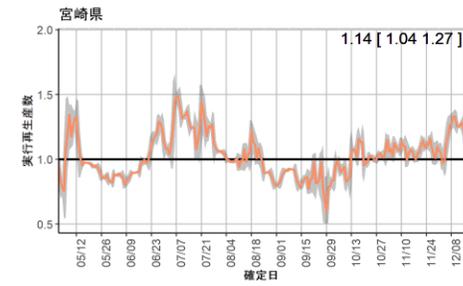
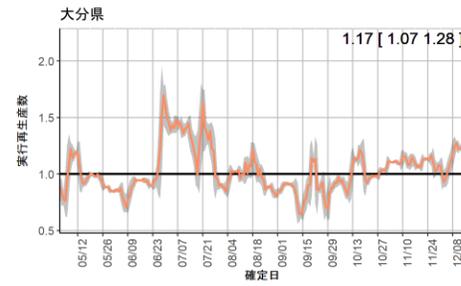
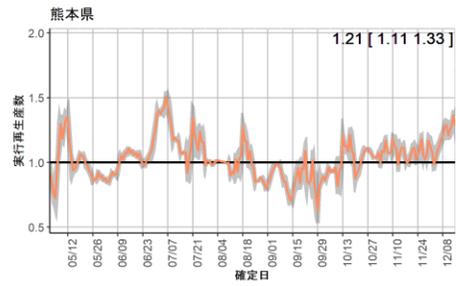
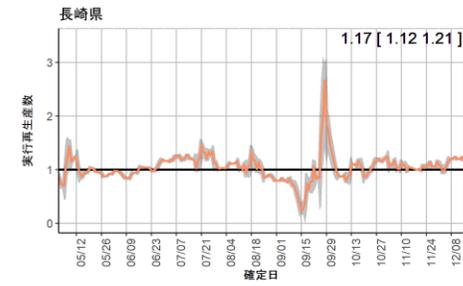
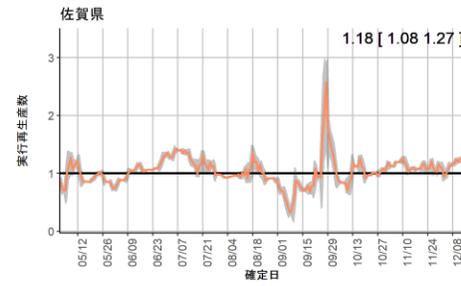
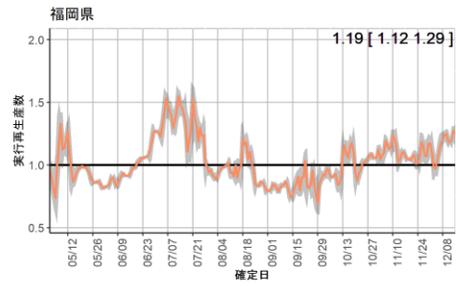
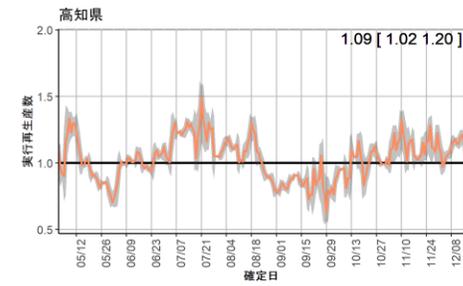
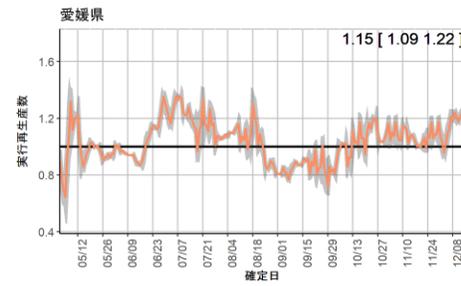
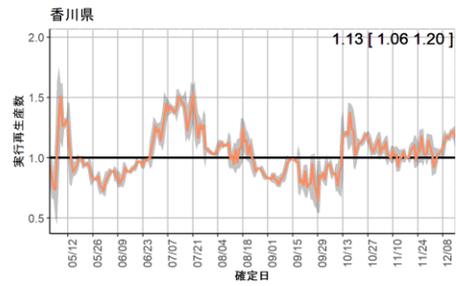
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。  
発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。  
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。



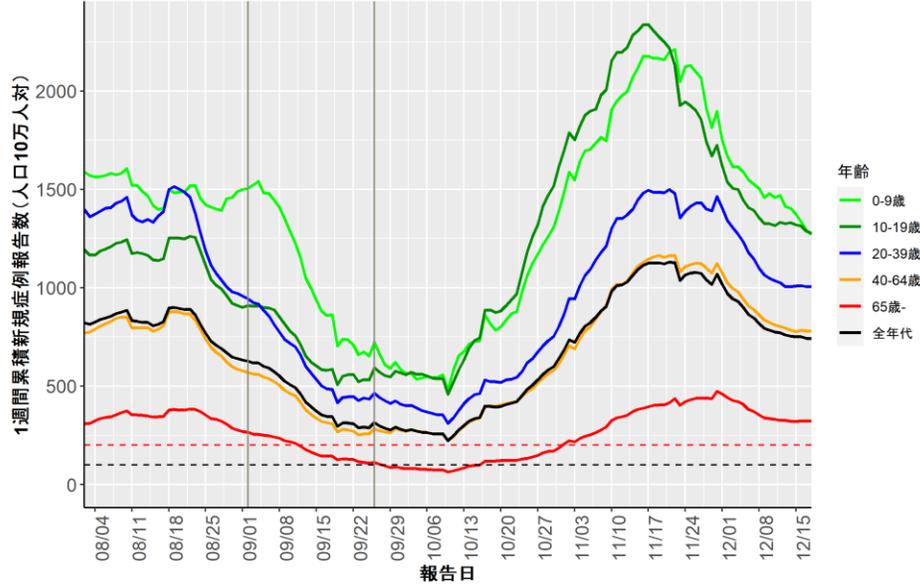
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。  
発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。



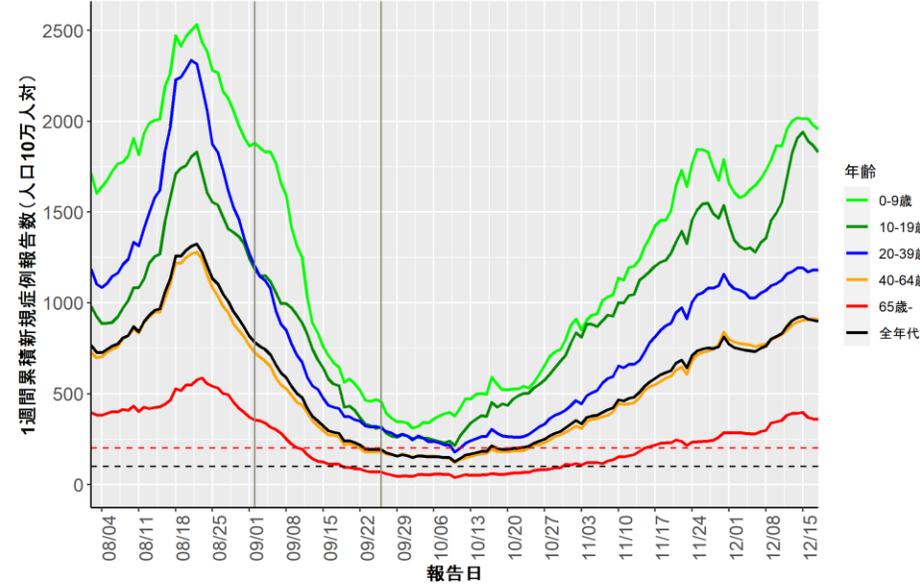
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。  
発症日の入力率、公表率は自治体によりばらつきが大きく、また事後的に修正される可能性があるため、値は暫定値である。

# 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（12月19日時点）

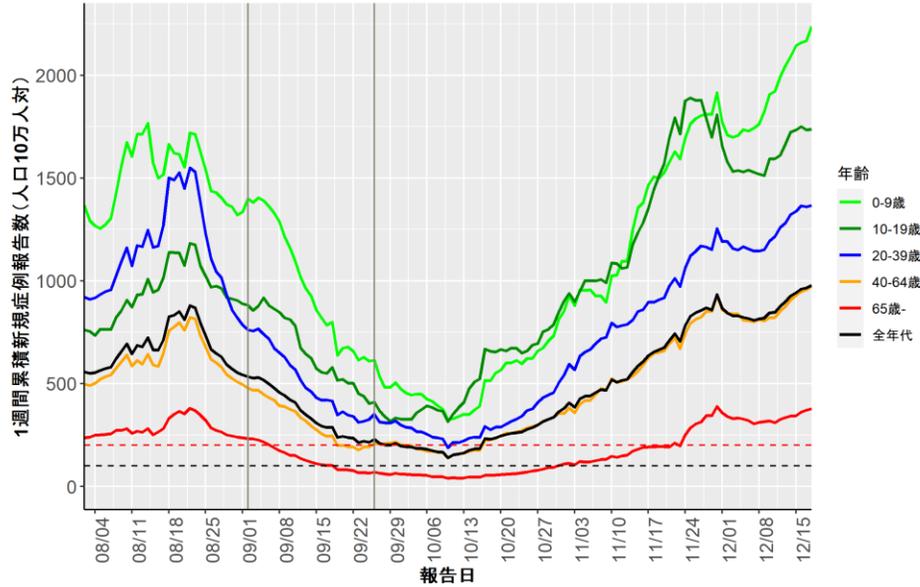
## 北海道 (HER-SYS)



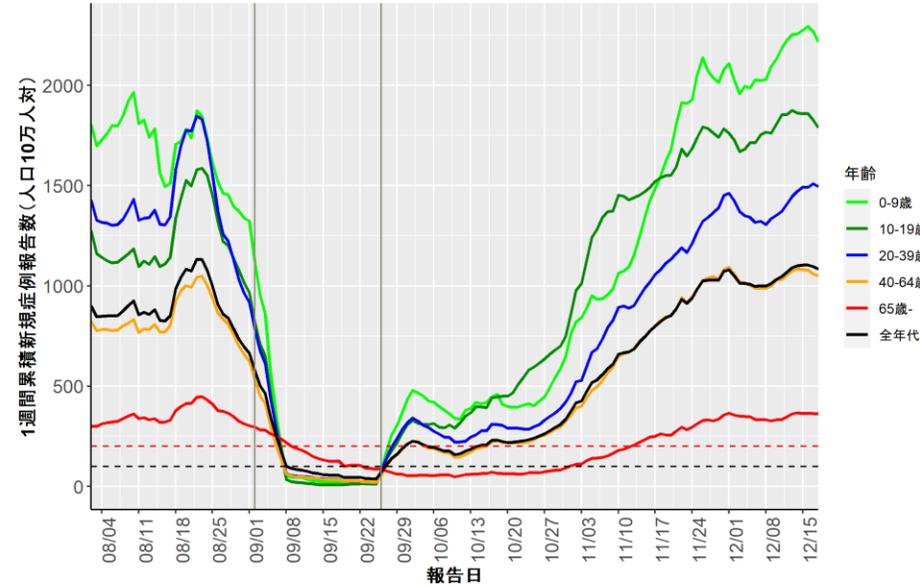
## 青森 (HER-SYS)



## 岩手 (HER-SYS)

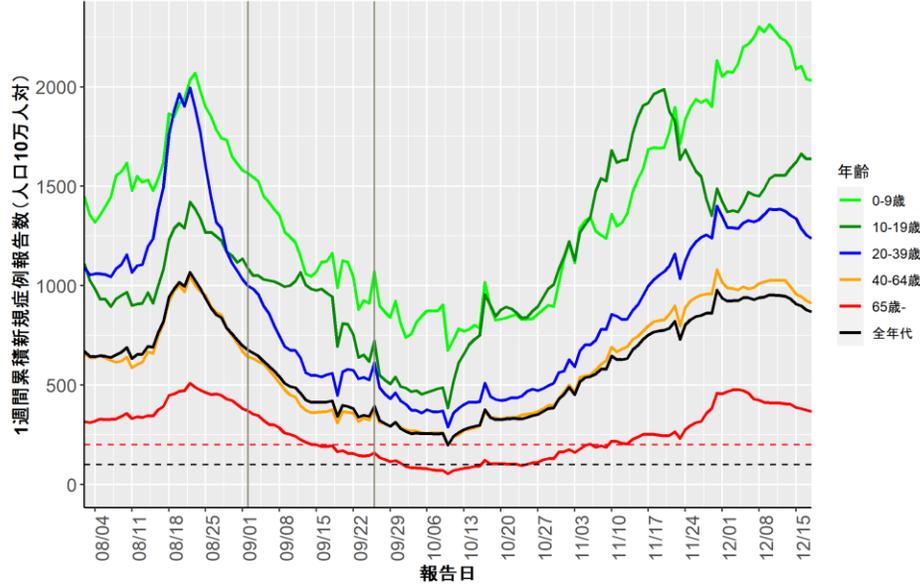


## 宮城 (HER-SYS)

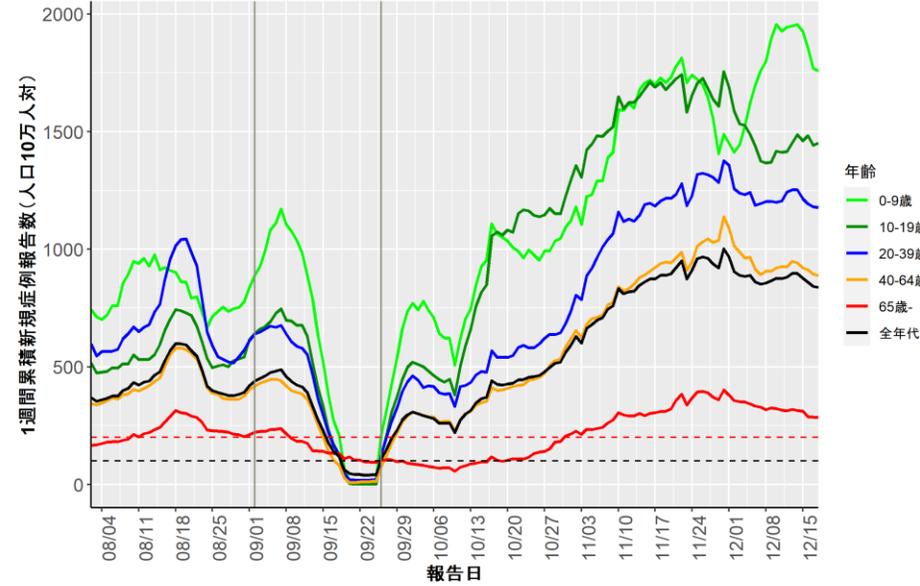


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

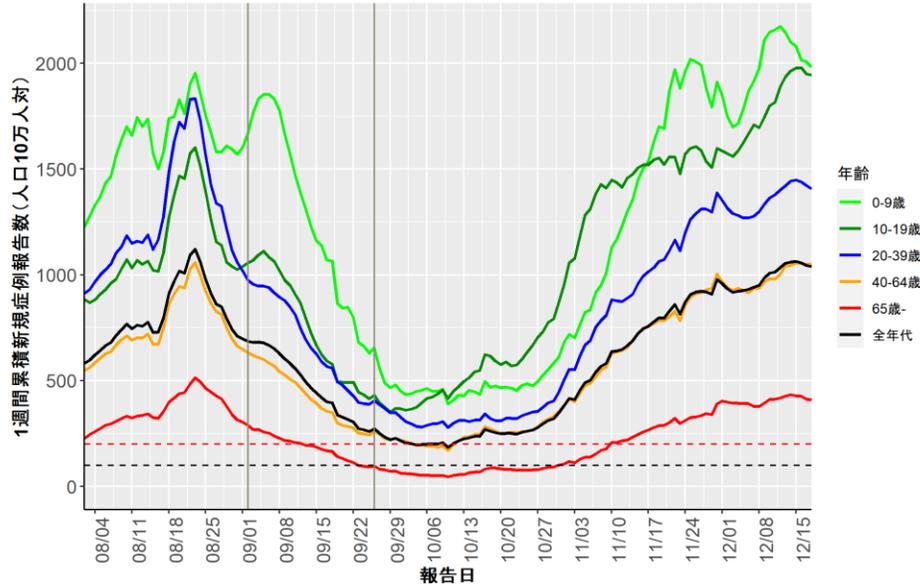
秋田 (HER-SYS)



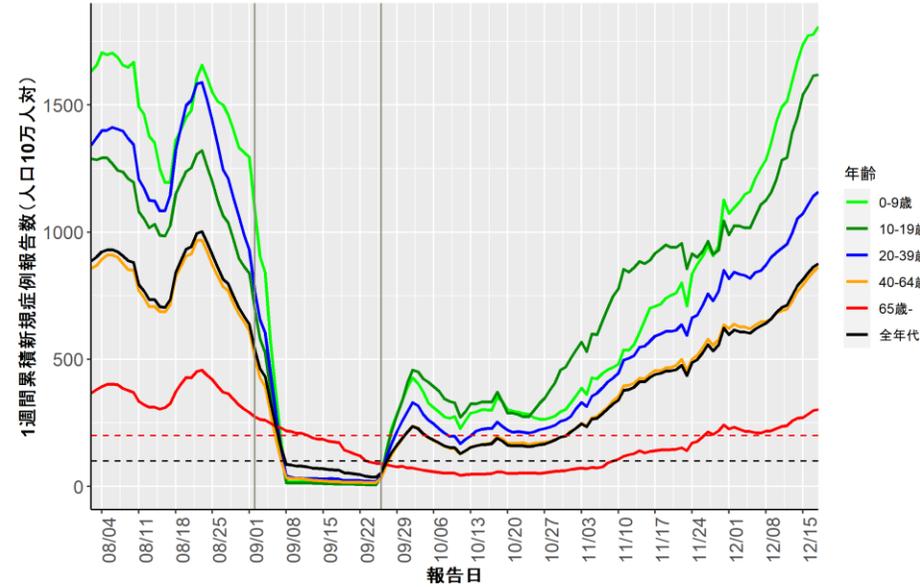
山形 (HER-SYS)



福島 (HER-SYS)

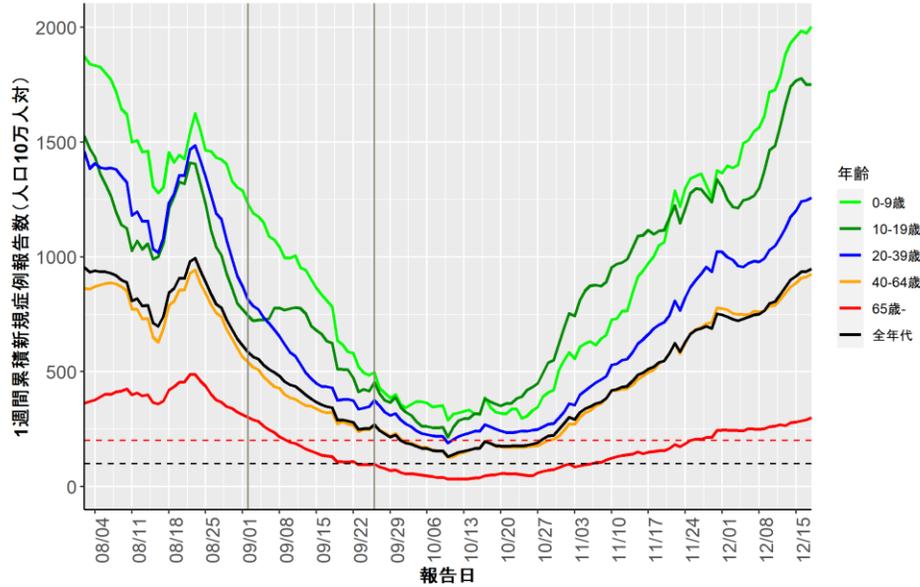


茨城 (HER-SYS)

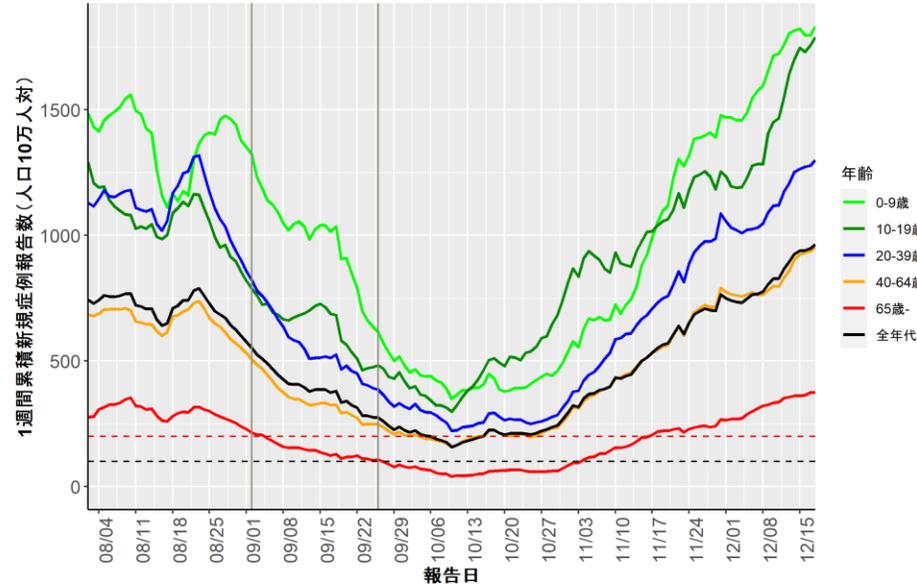


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

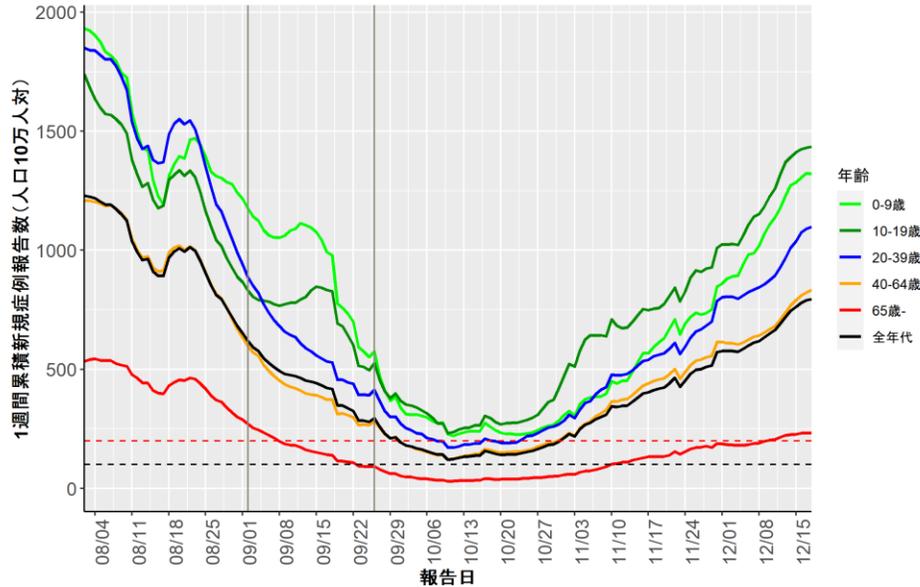
栃木 (HER-SYS)



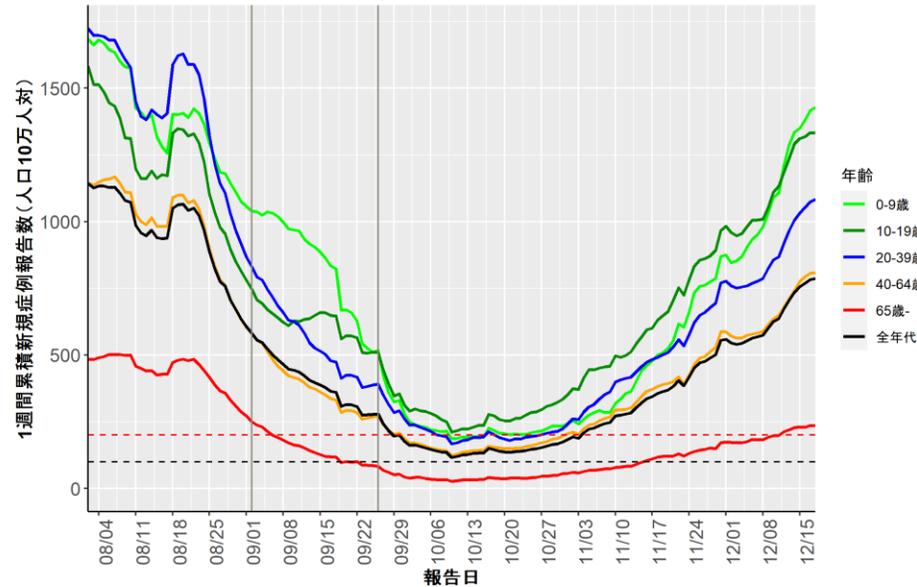
群馬 (HER-SYS)



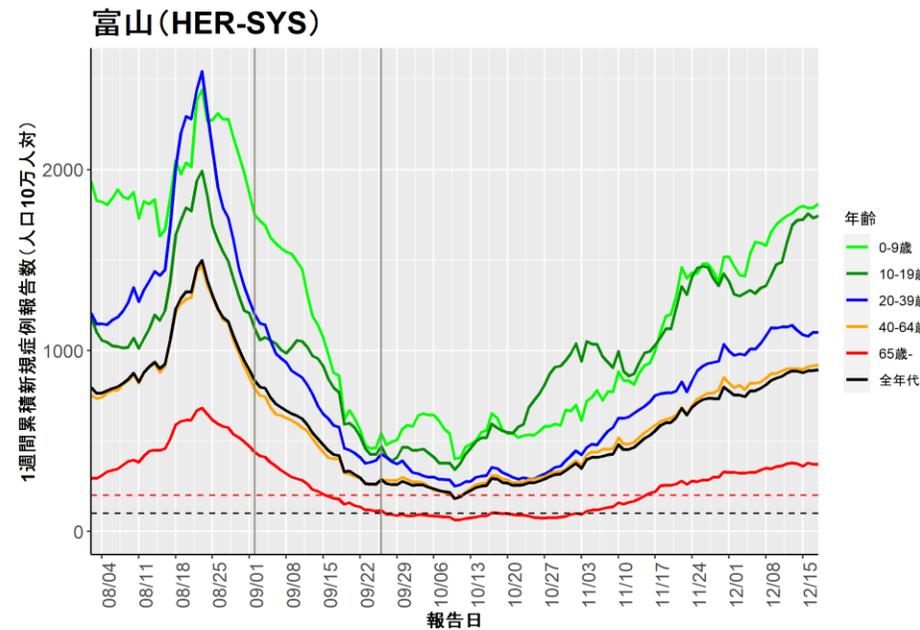
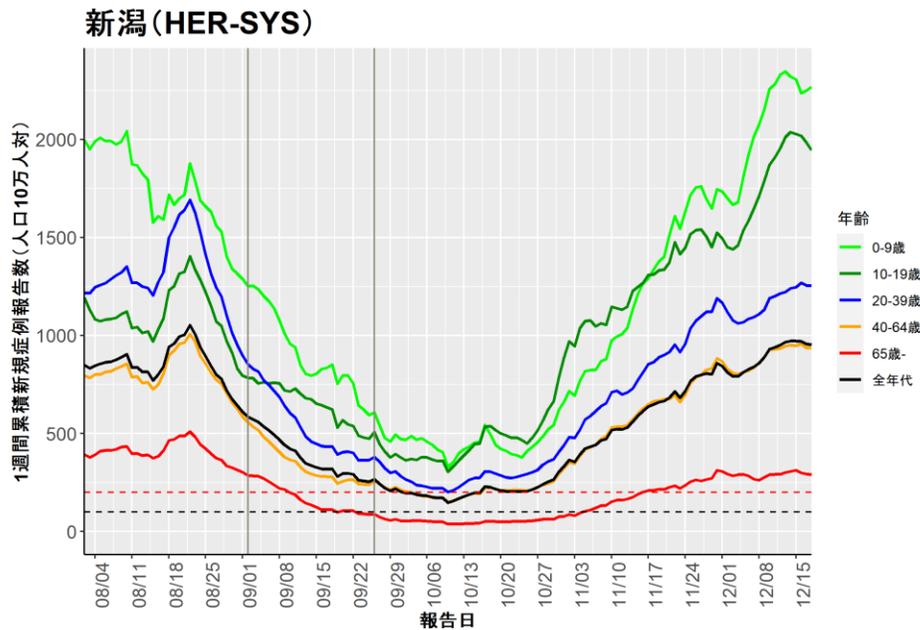
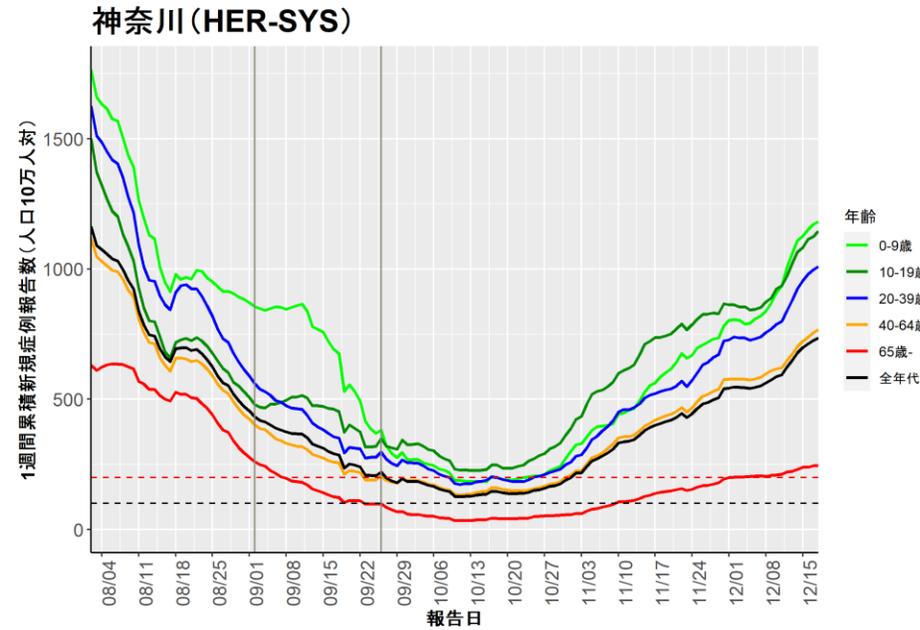
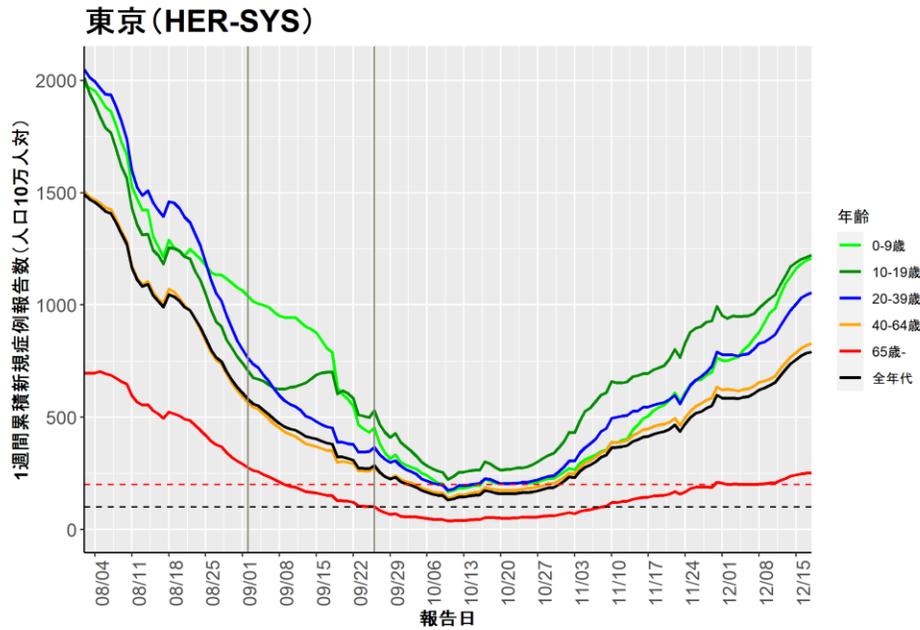
埼玉 (HER-SYS)



千葉 (HER-SYS)

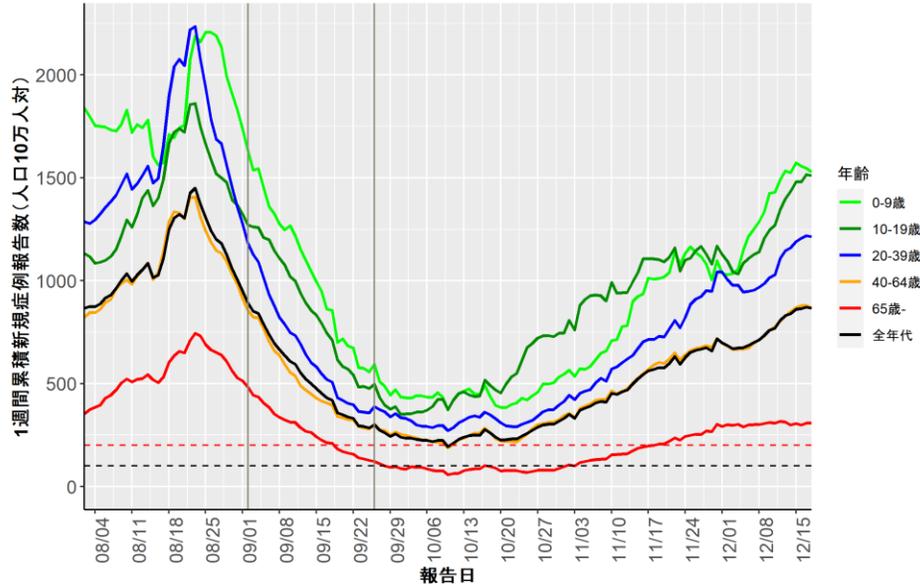


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

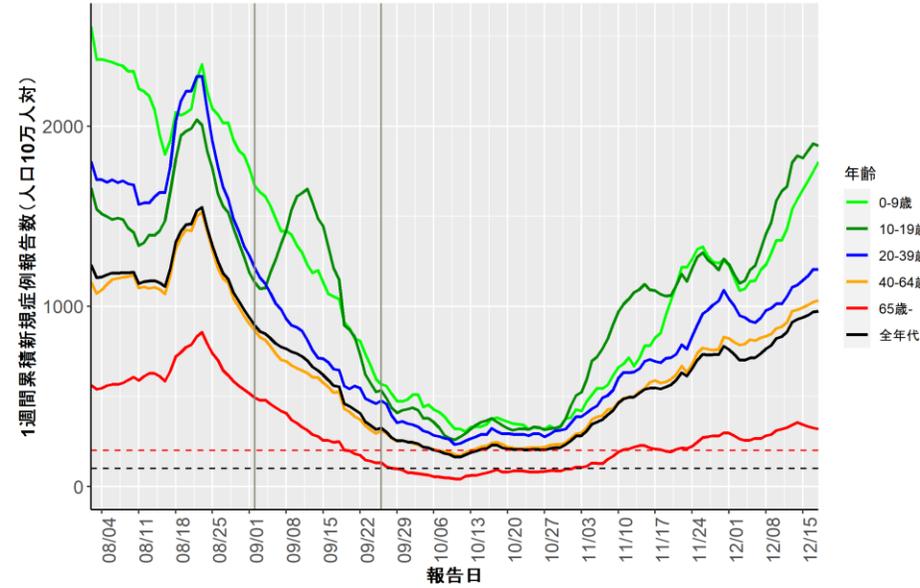


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

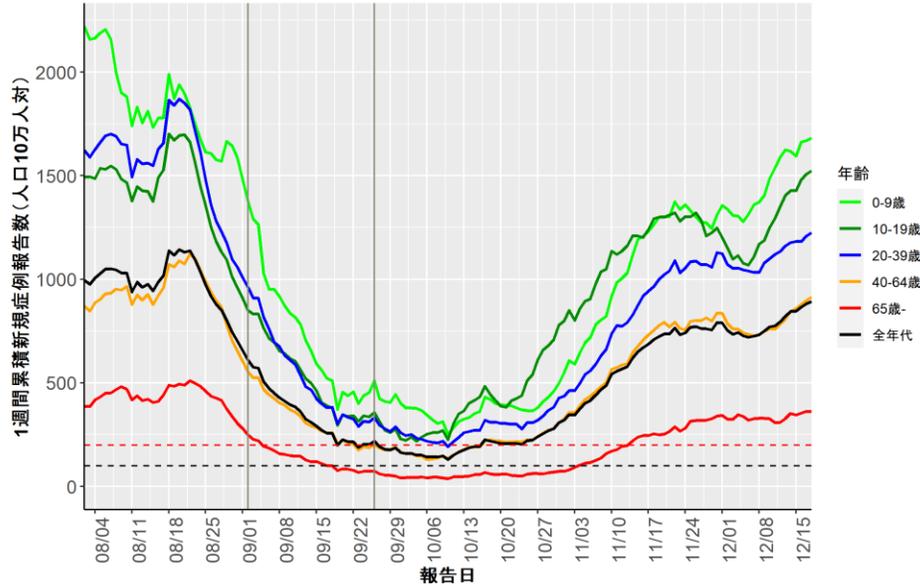
石川(HER-SYS)



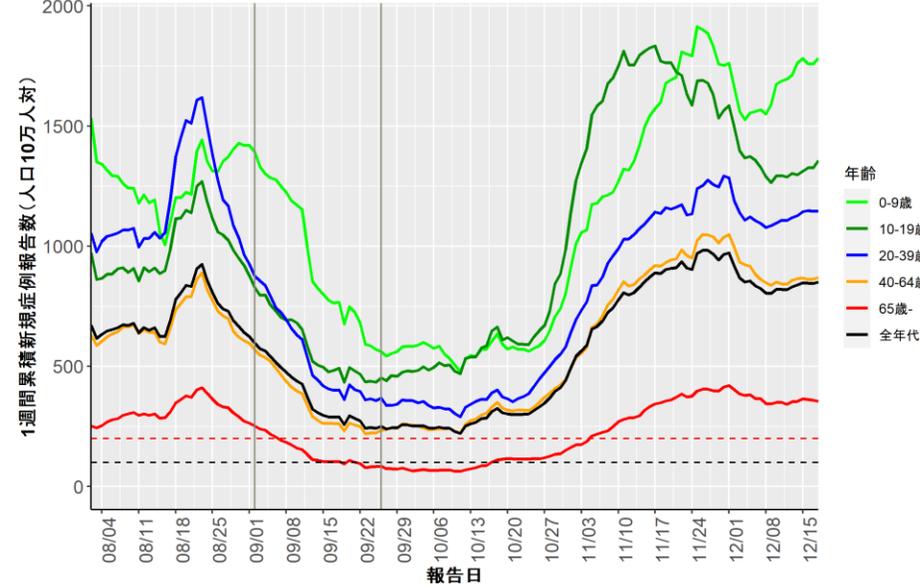
福井(HER-SYS)



山梨(HER-SYS)

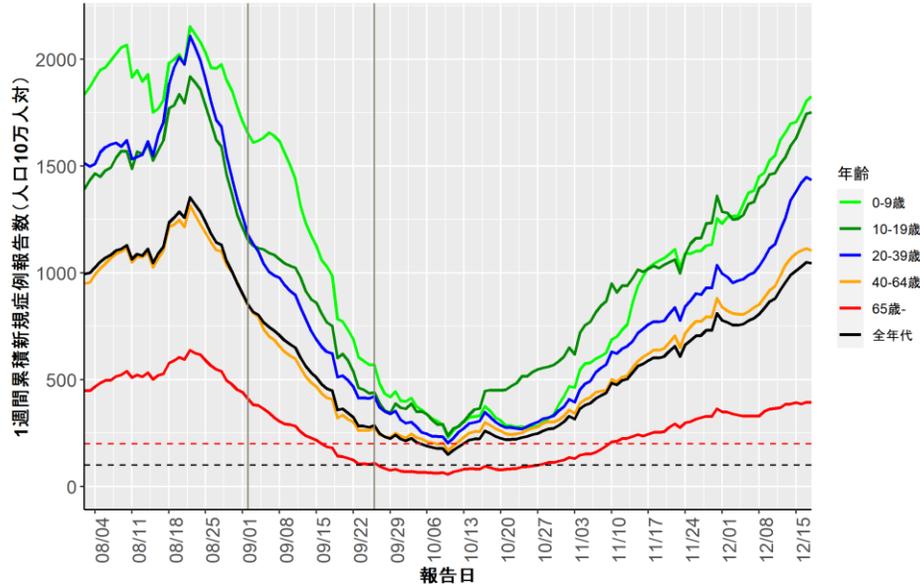


長野(HER-SYS)

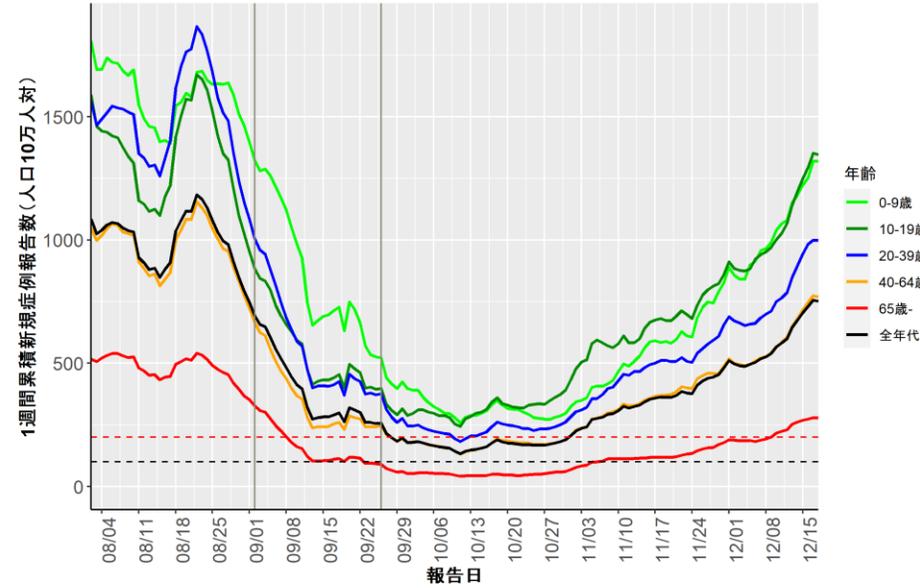


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

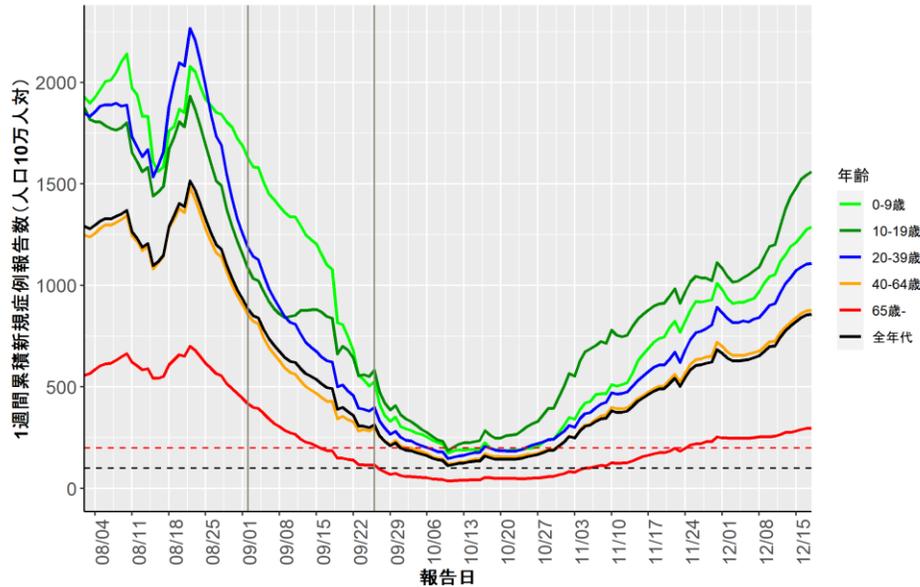
## 岐阜 (HER-SYS)



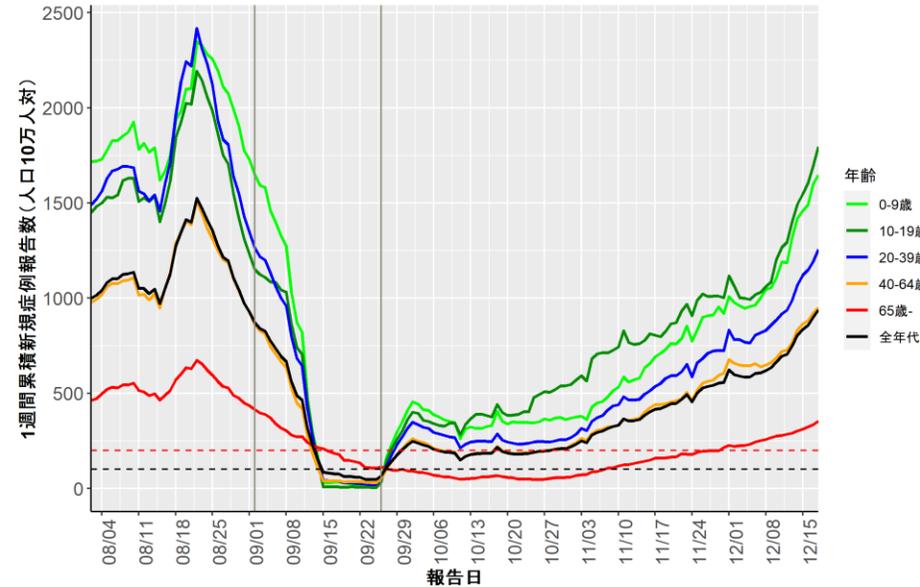
## 静岡 (HER-SYS)



## 愛知 (HER-SYS)

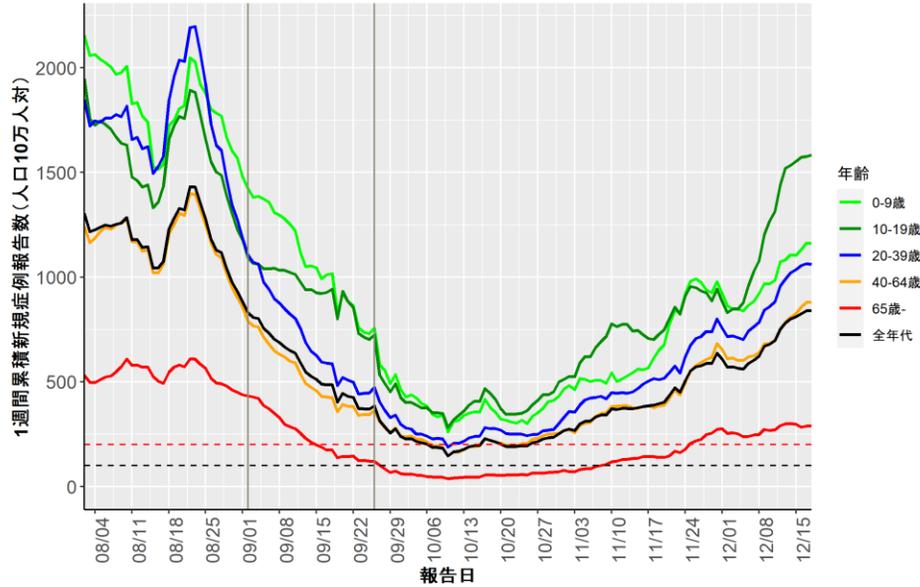


## 三重 (HER-SYS)

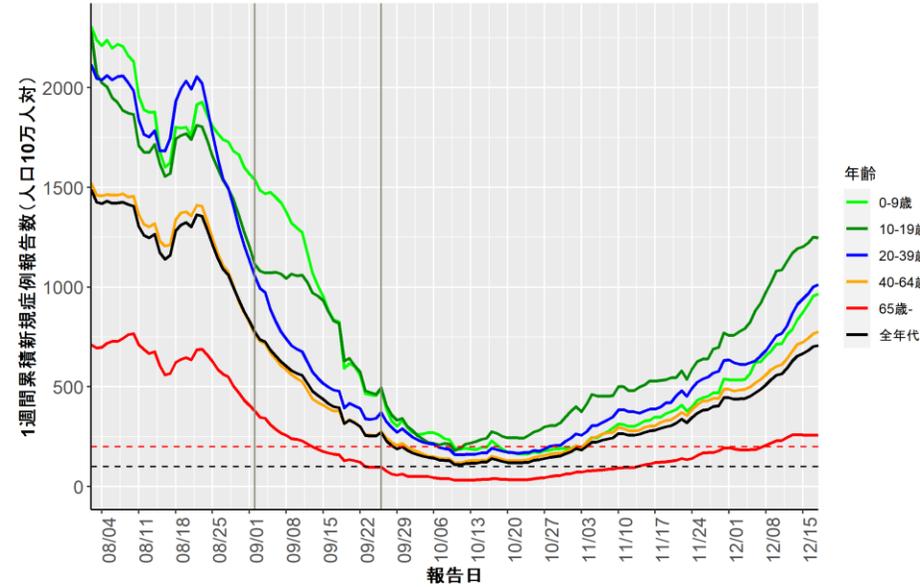


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

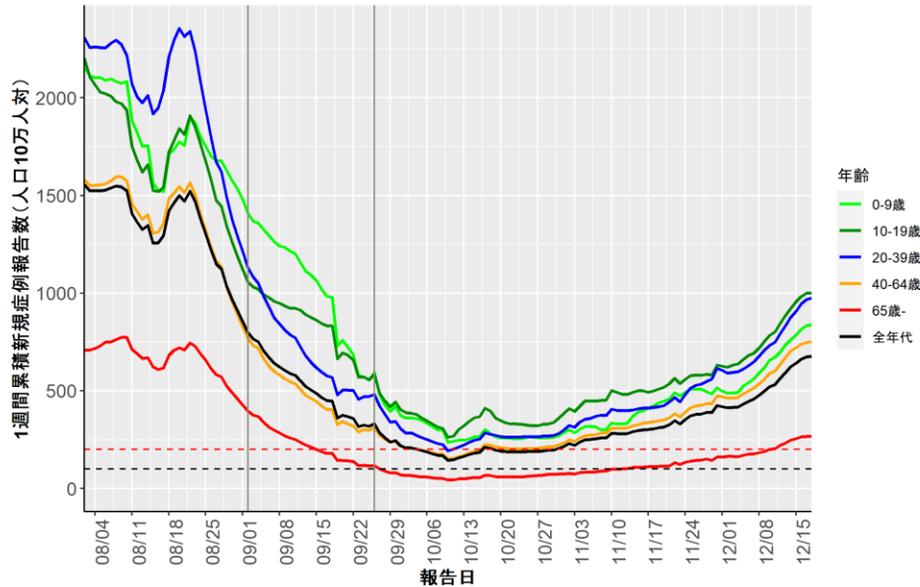
## 滋賀 (HER-SYS)



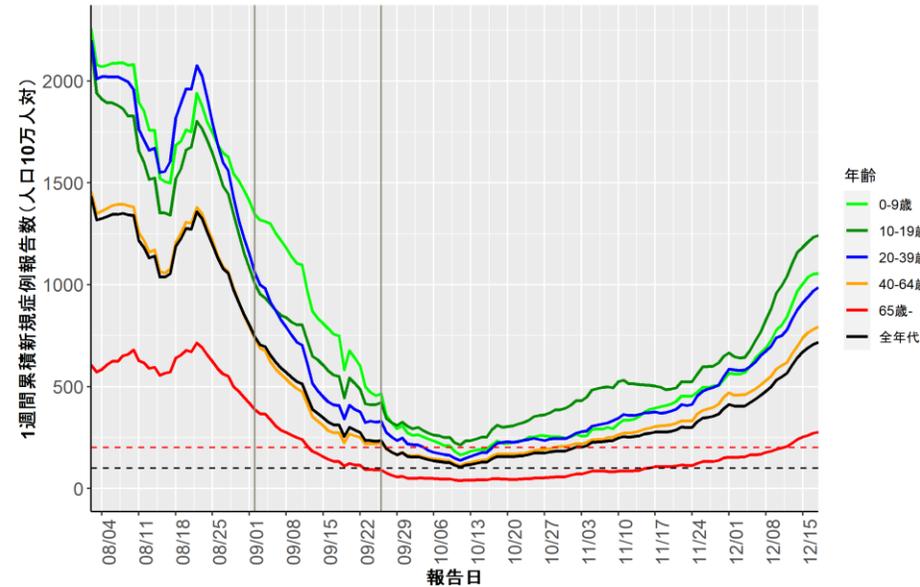
## 京都 (HER-SYS)



## 大阪 (HER-SYS)

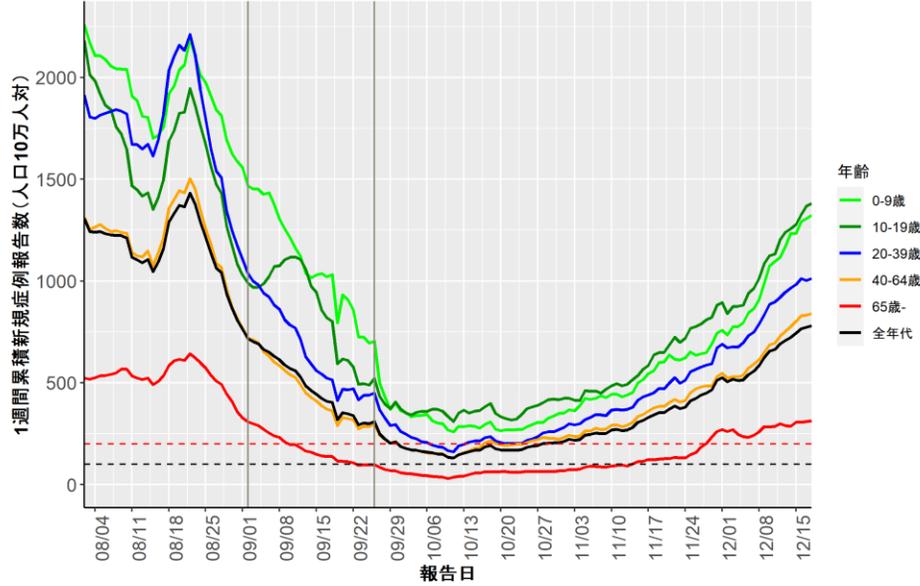


## 兵庫 (HER-SYS)

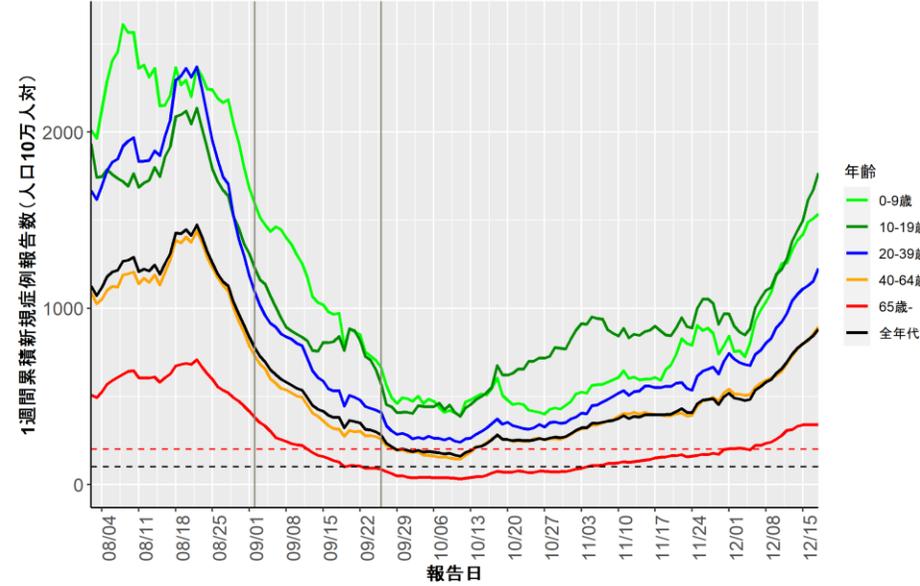


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

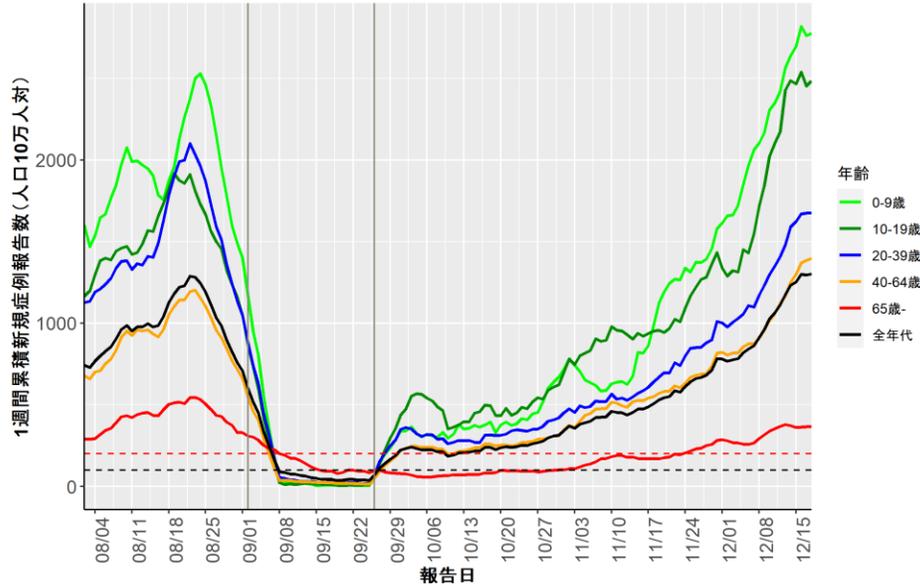
## 奈良 (HER-SYS)



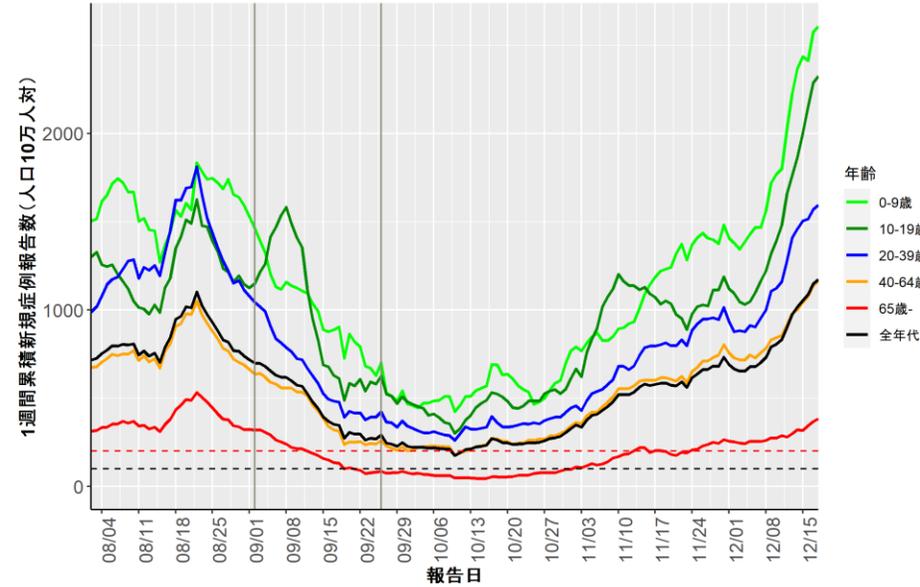
## 和歌山 (HER-SYS)



## 鳥取 (HER-SYS)

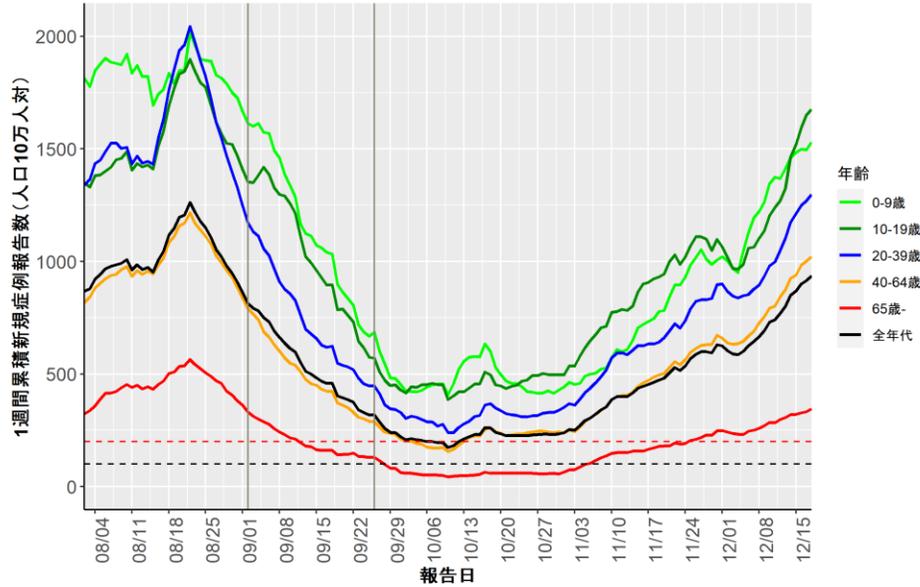


## 島根 (HER-SYS)

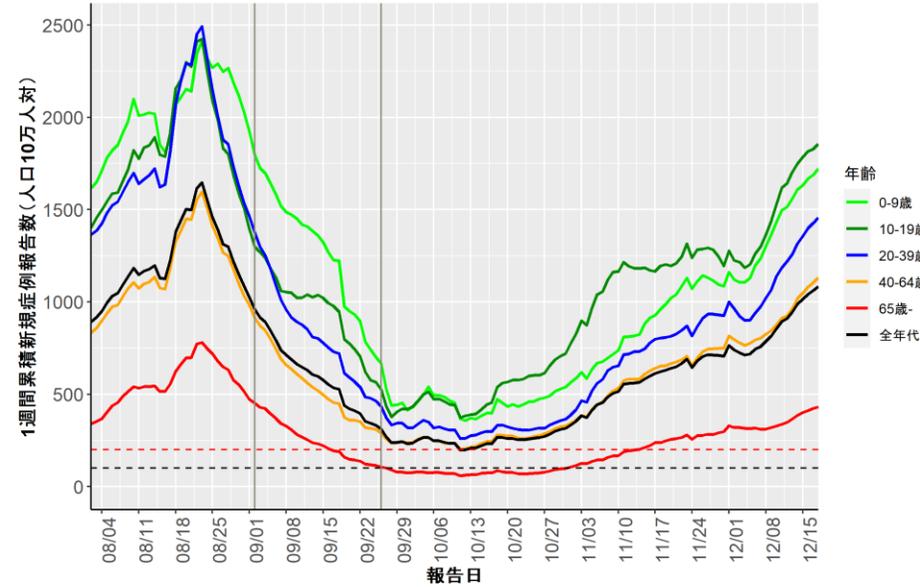


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

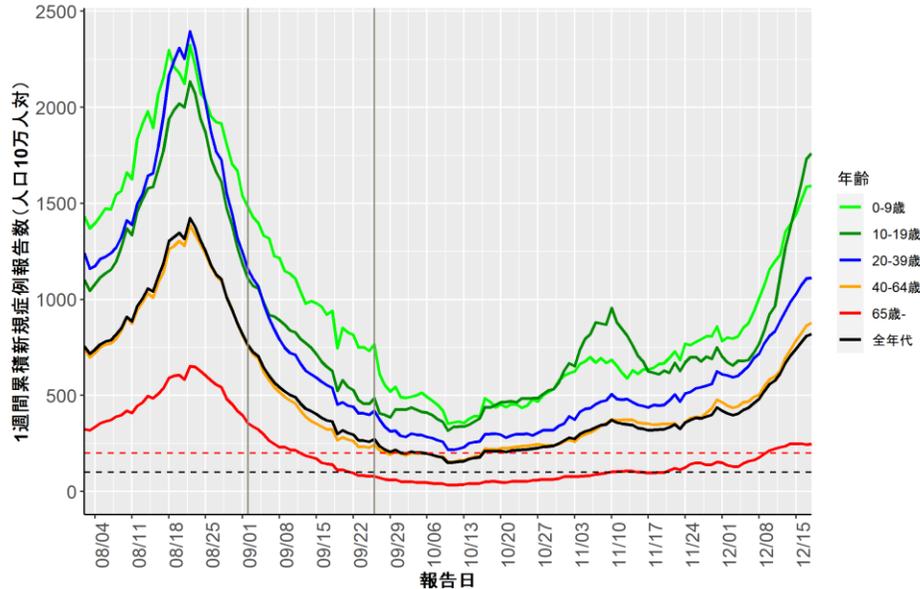
岡山(HER-SYS)



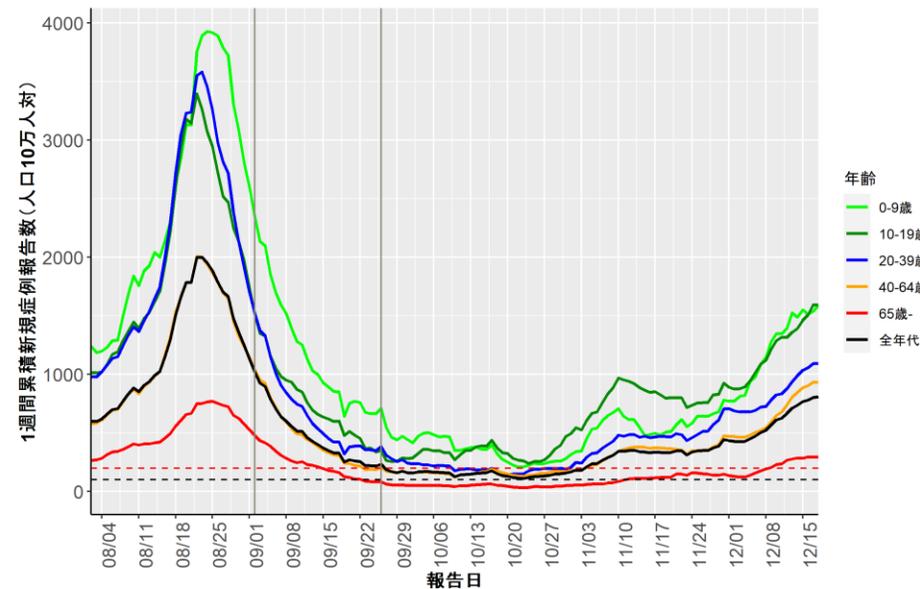
広島(HER-SYS)



山口(HER-SYS)

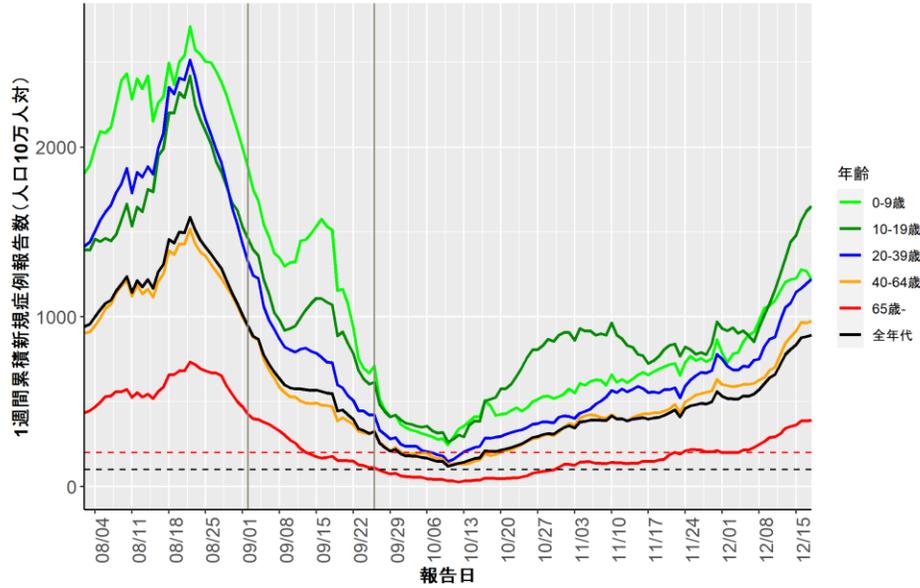


徳島(HER-SYS)

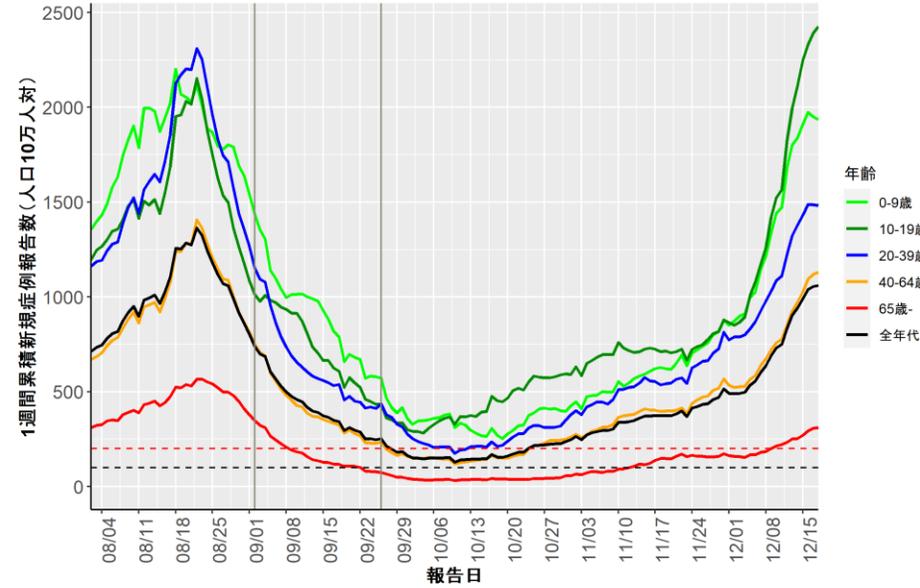


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

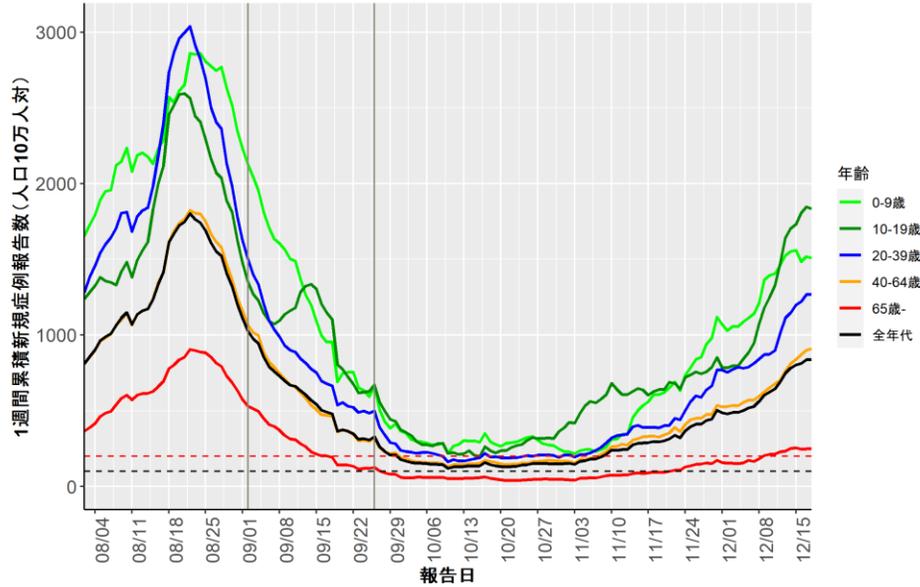
香川(HER-SYS)



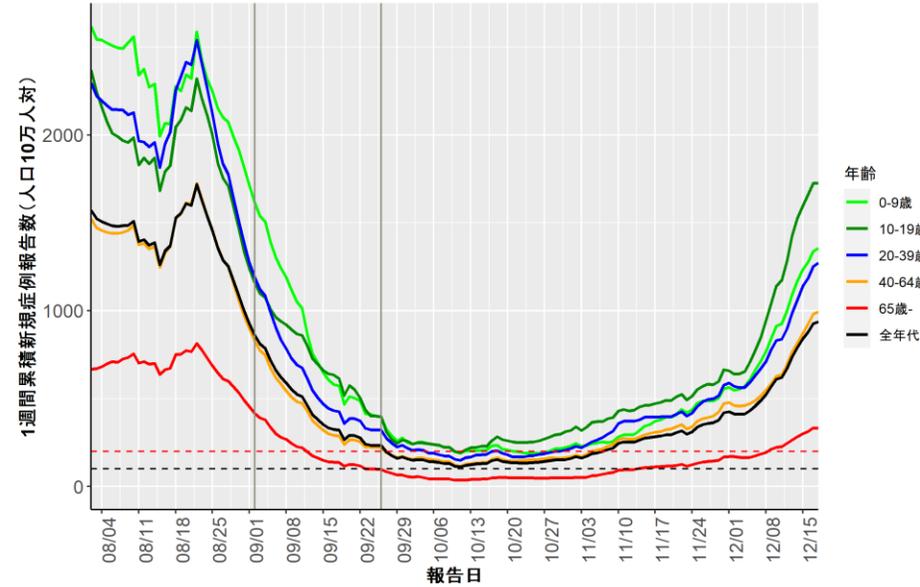
愛媛(HER-SYS)



高知(HER-SYS)

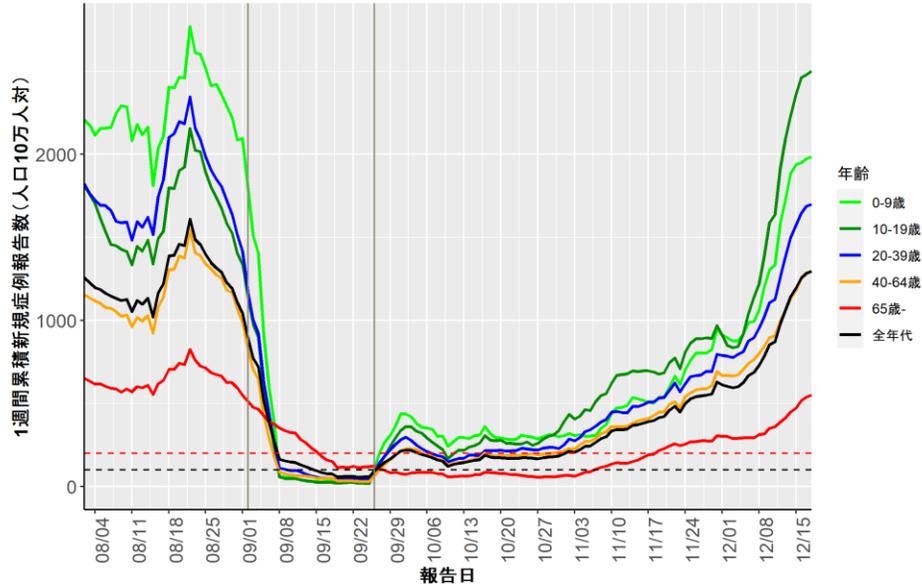


福岡(HER-SYS)

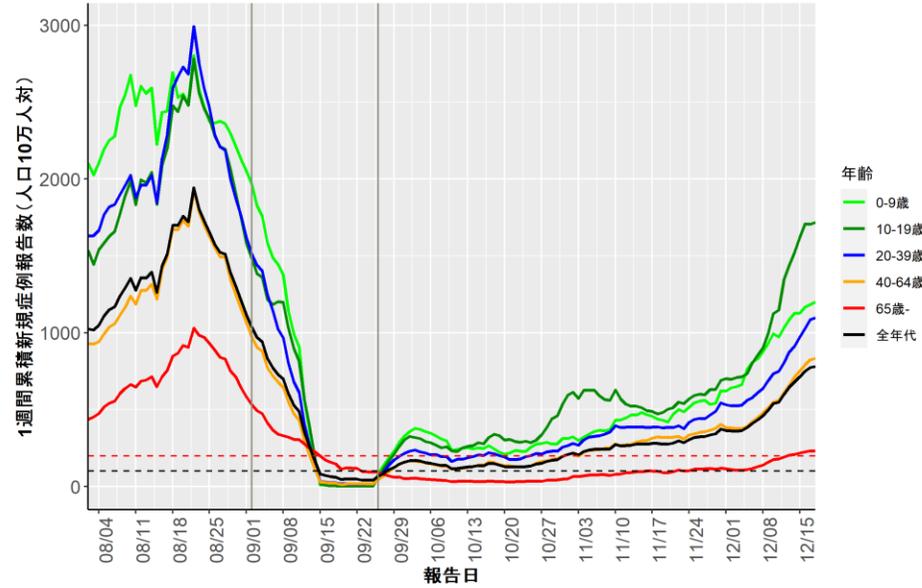


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

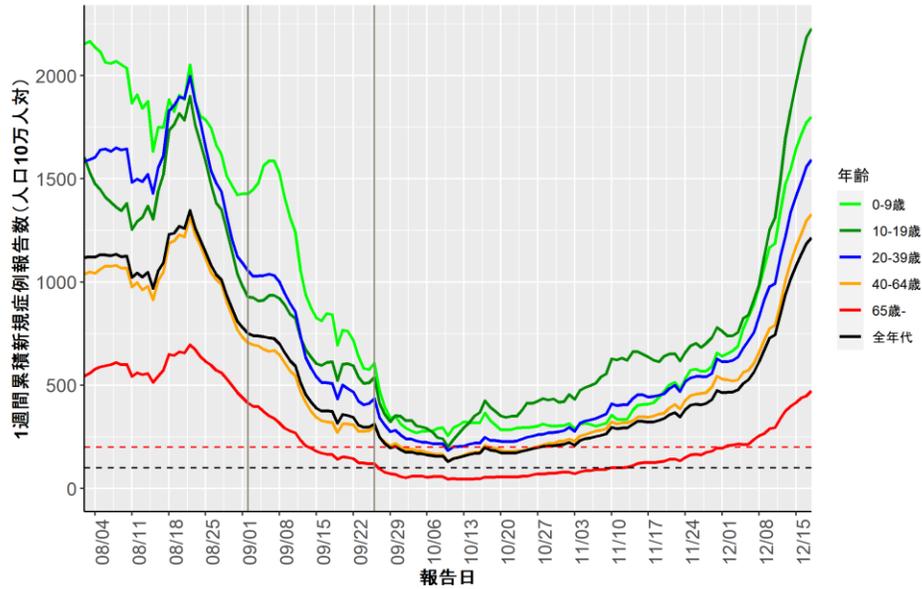
佐賀 (HER-SYS)



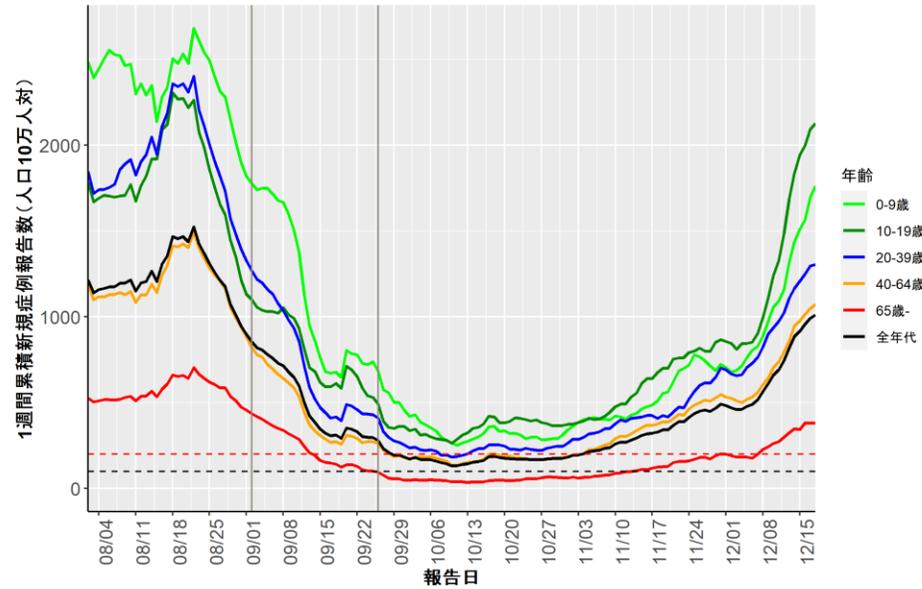
長崎 (HER-SYS)



熊本 (HER-SYS)

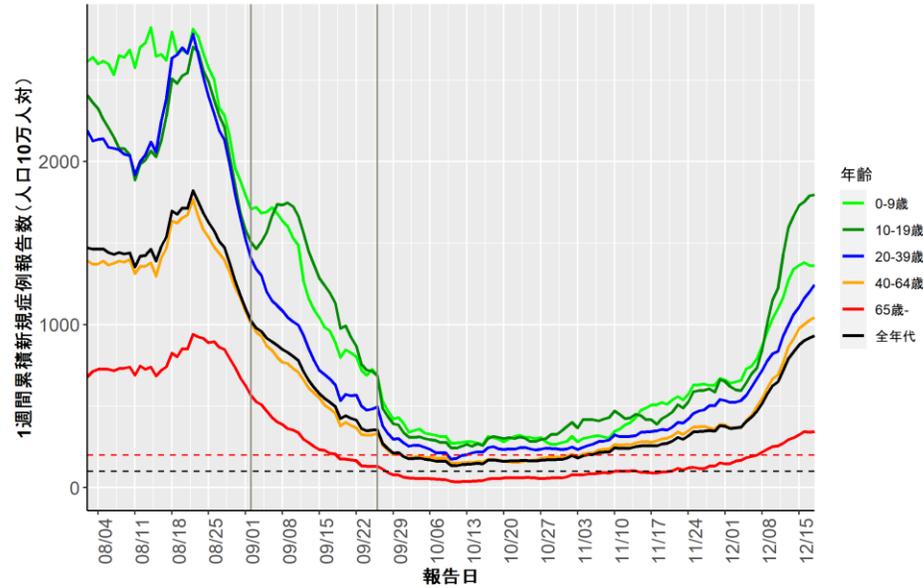


大分 (HER-SYS)

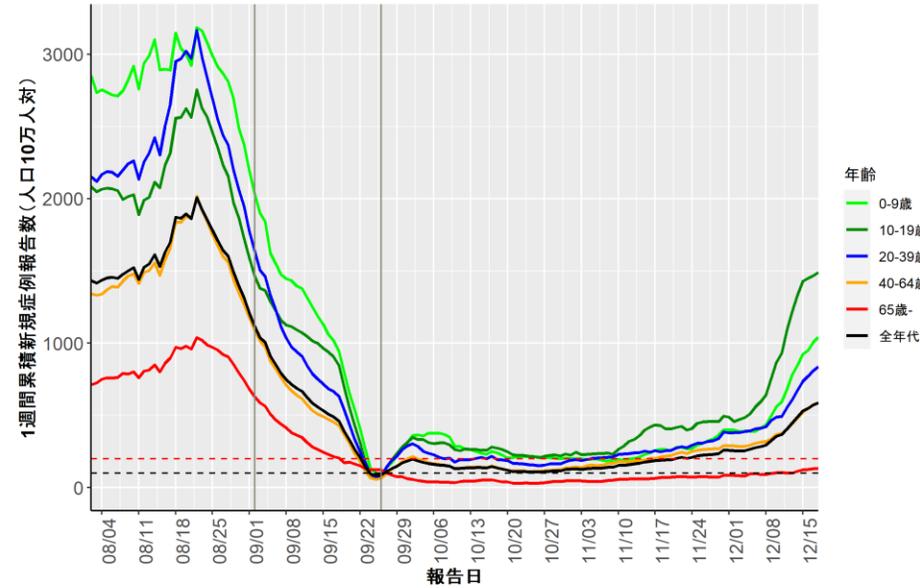


# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（12月19日時点）

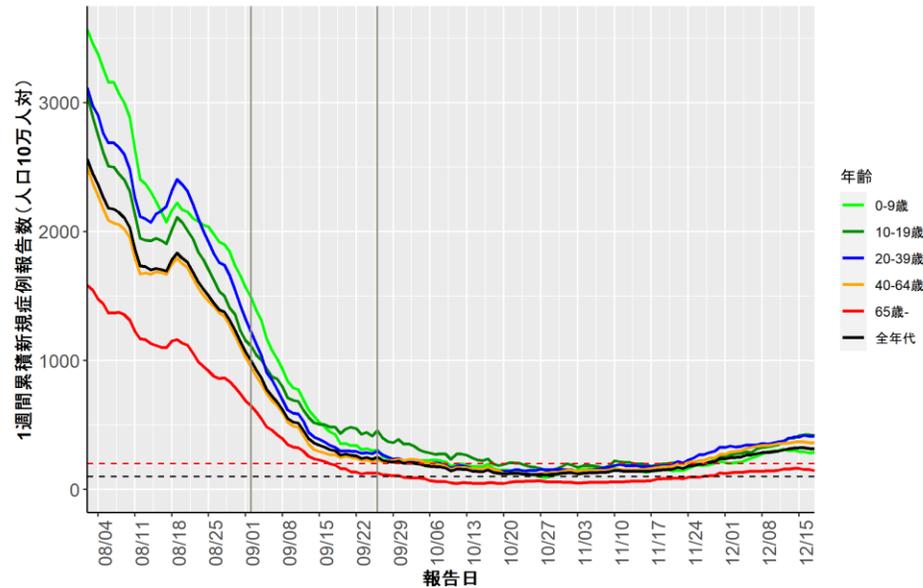
宮崎(HER-SYS)



鹿児島(HER-SYS)



沖縄(HER-SYS)



# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ

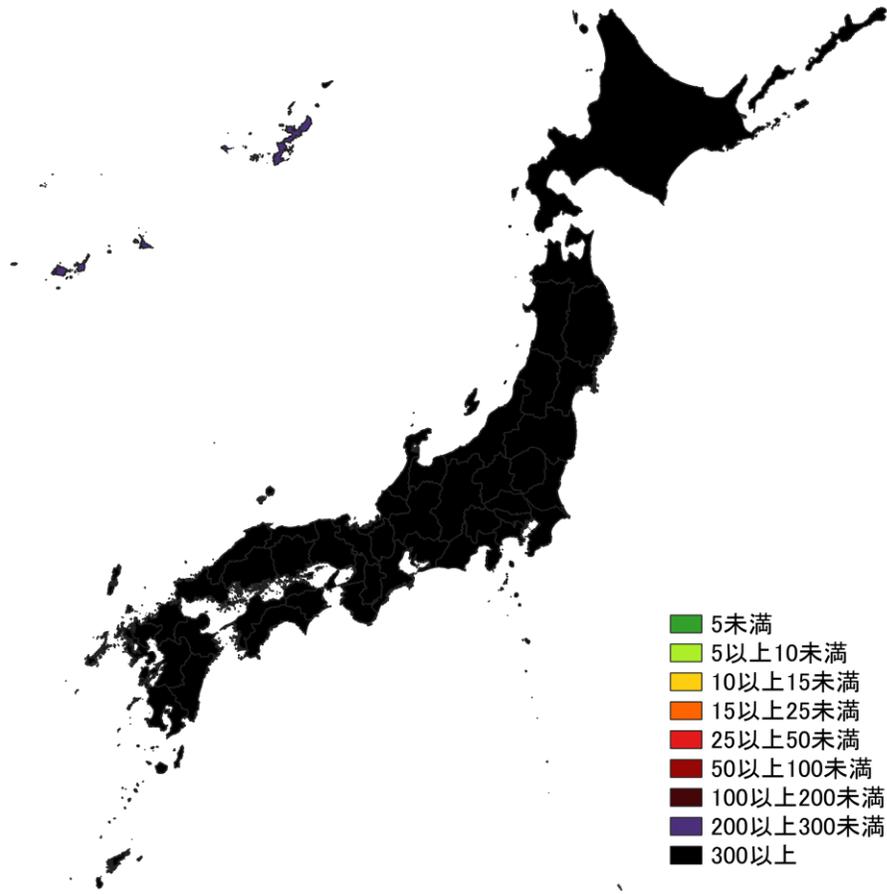
## 使用データ

- 2022年12月19日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて、直近1週間（12/12～12/18）、1週間前（12/05～12/11）の人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数を都道府県別に図示した。同様に、2022年12月19日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて保健所管区別の分析を行った。
- **保健所管区別の報告数には、陽性者登録センターの報告数は含まれないことに注意が必要。**
- **陽性者報告体制の変化がある場合、保健所管区別では過小・過大評価になる可能性がある。**
- 集計値修正により、今後変動する可能性がある。

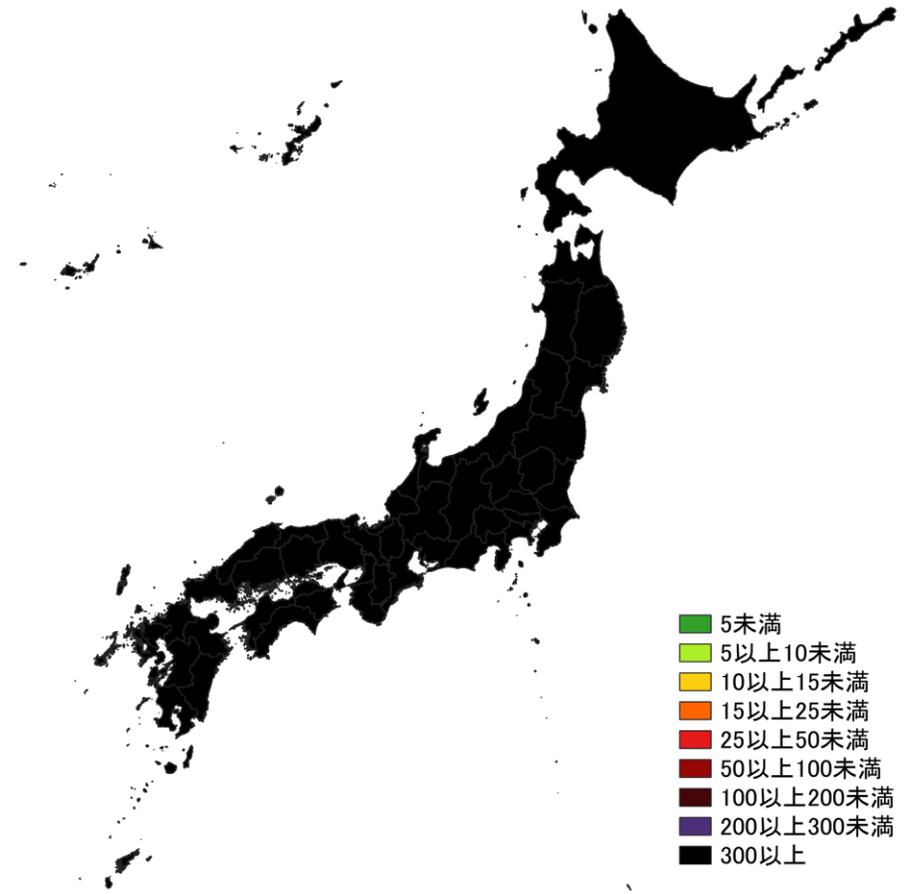
## まとめ

- 全国的に人口10万人あたり300以上を超えている。
- 鳥取県と佐賀県では人口10万人あたり1200以上、島根県と熊本県では人口10万人あたり1100以上、宮城県、福島県、岐阜県、広島県と愛媛県では人口10万人あたり1000以上、他すべての都道府県で人口10万人あたり300を上回っている。
- 保健所管轄単位でも、ほとんどの地域で、人口10万人あたり300以上となった。

# 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（陽性者登録センターの報告数を含む）

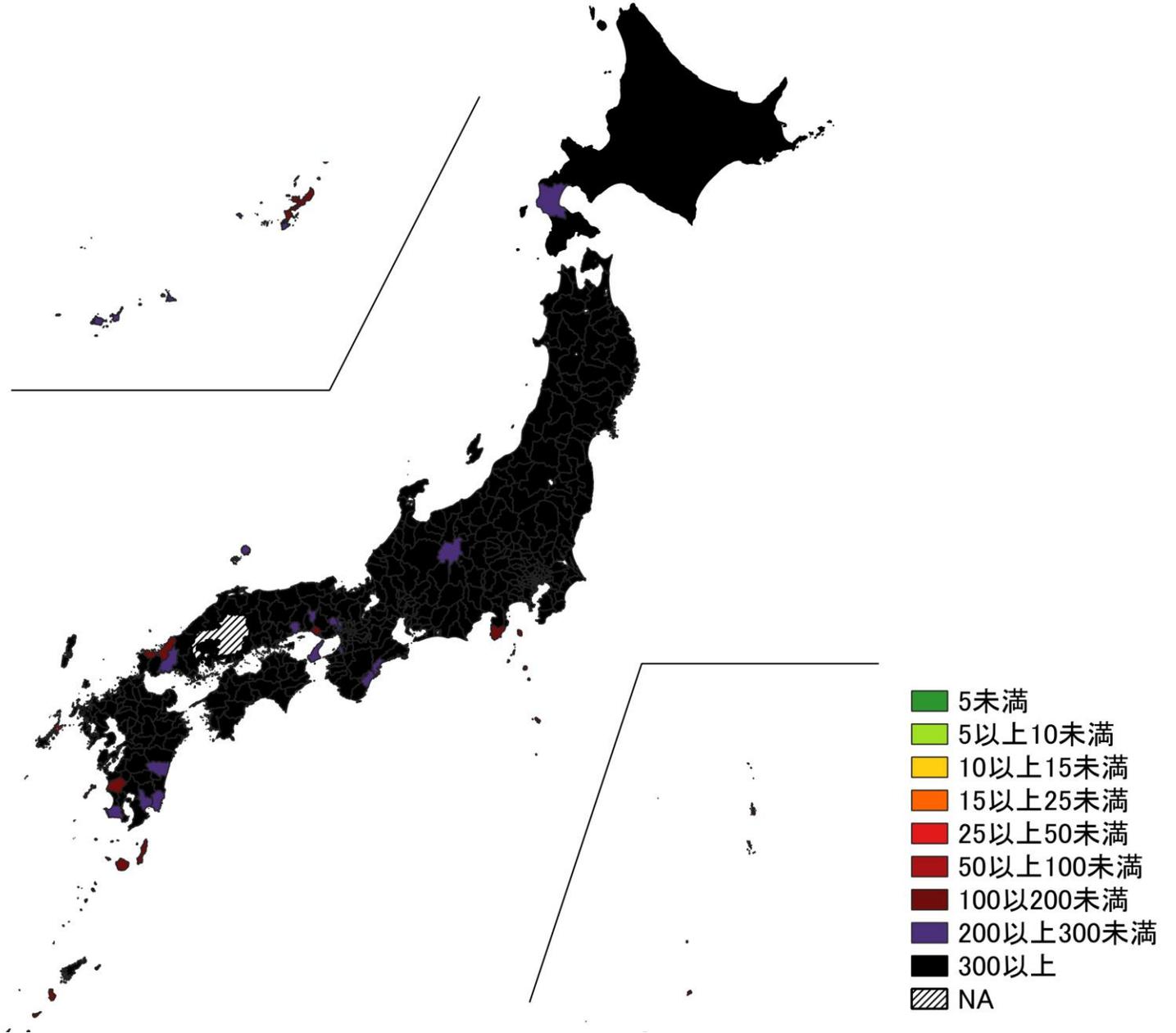


12/05～ 12/11



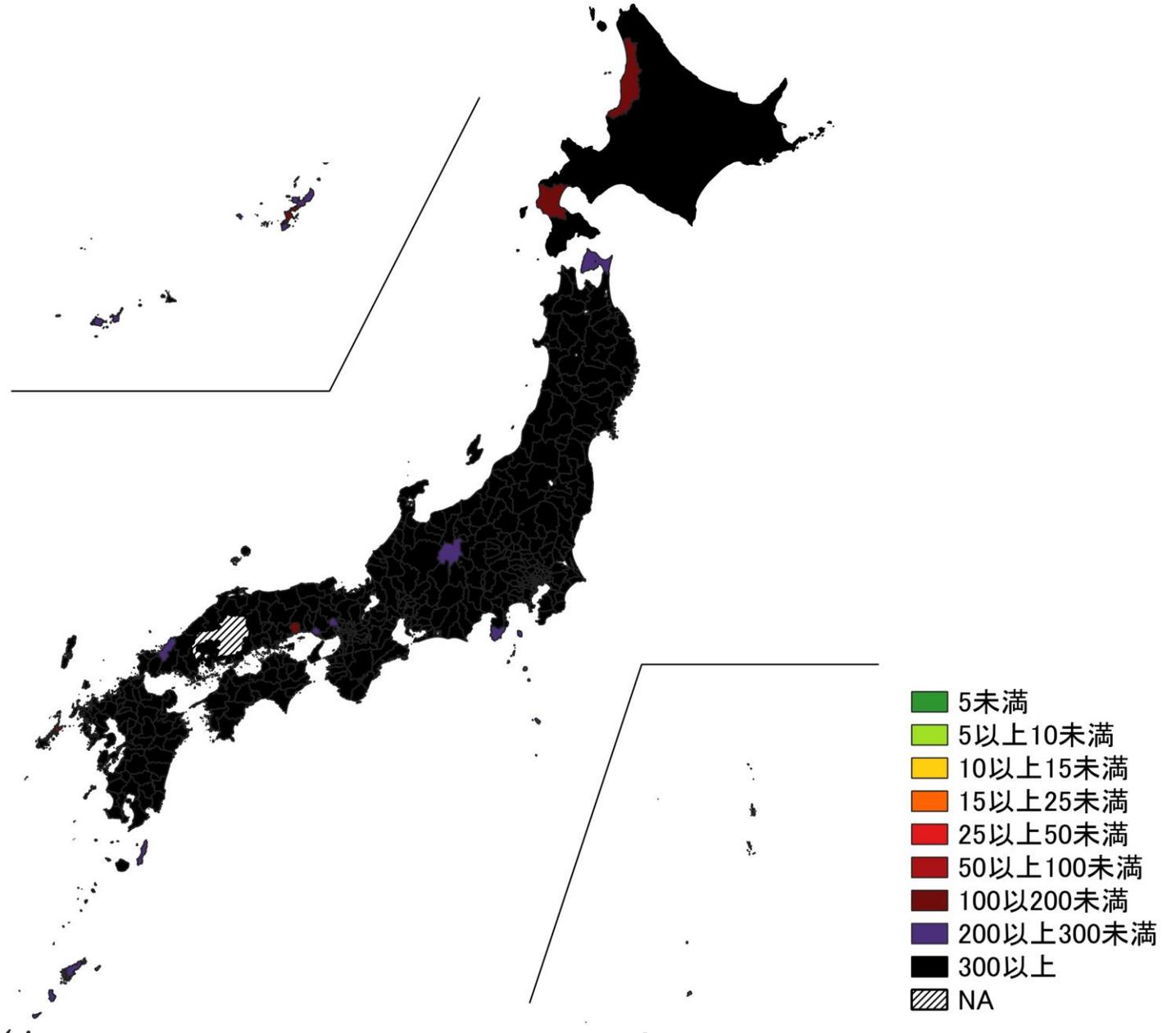
12/12～ 12/18

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 12/05～12/11  
 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

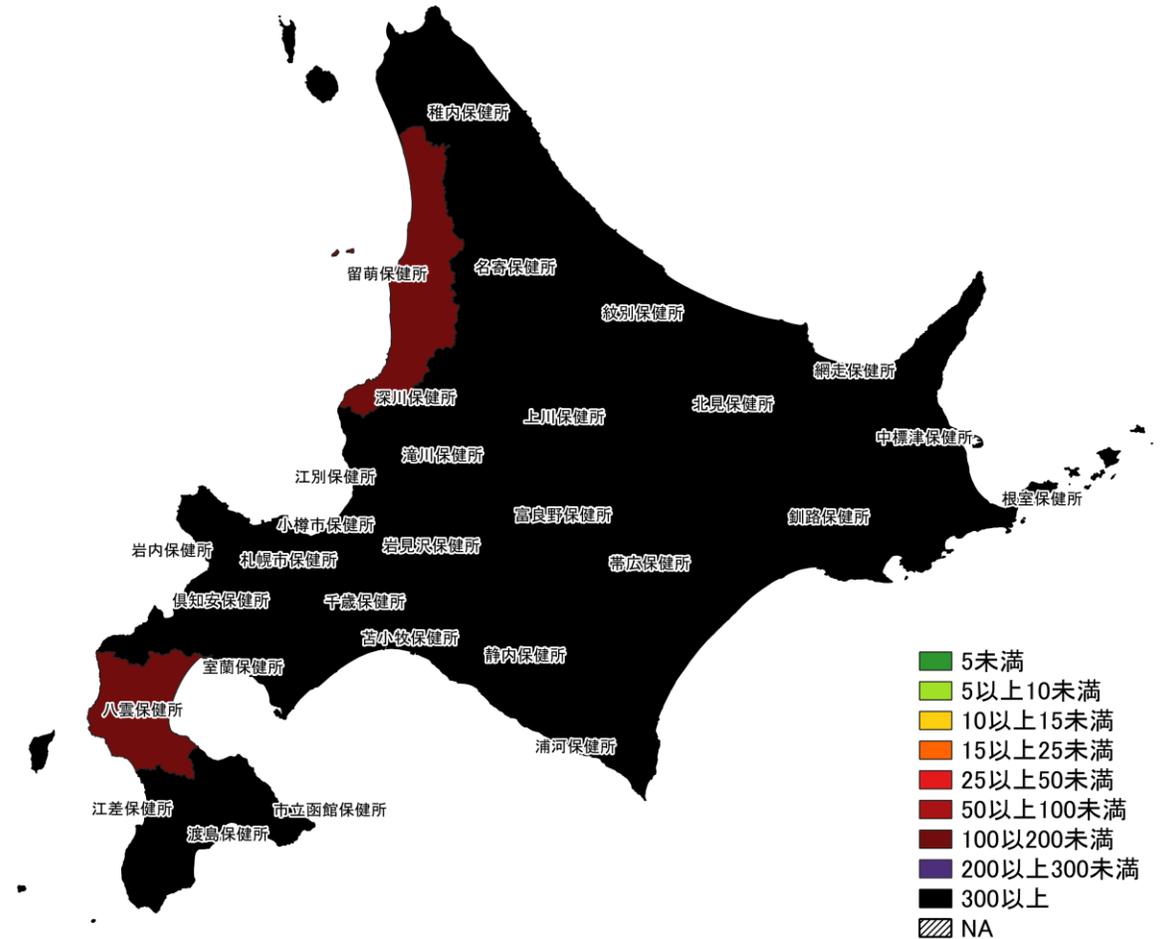
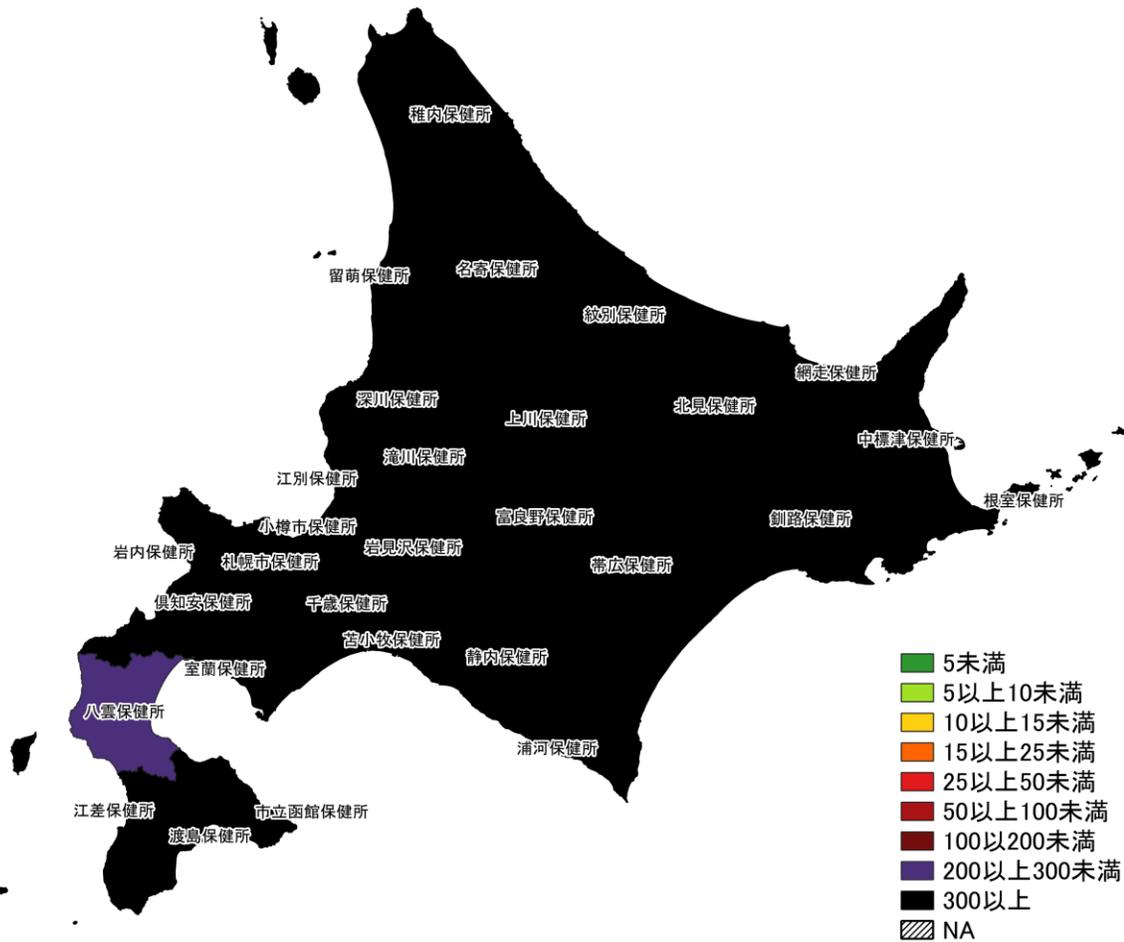


※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

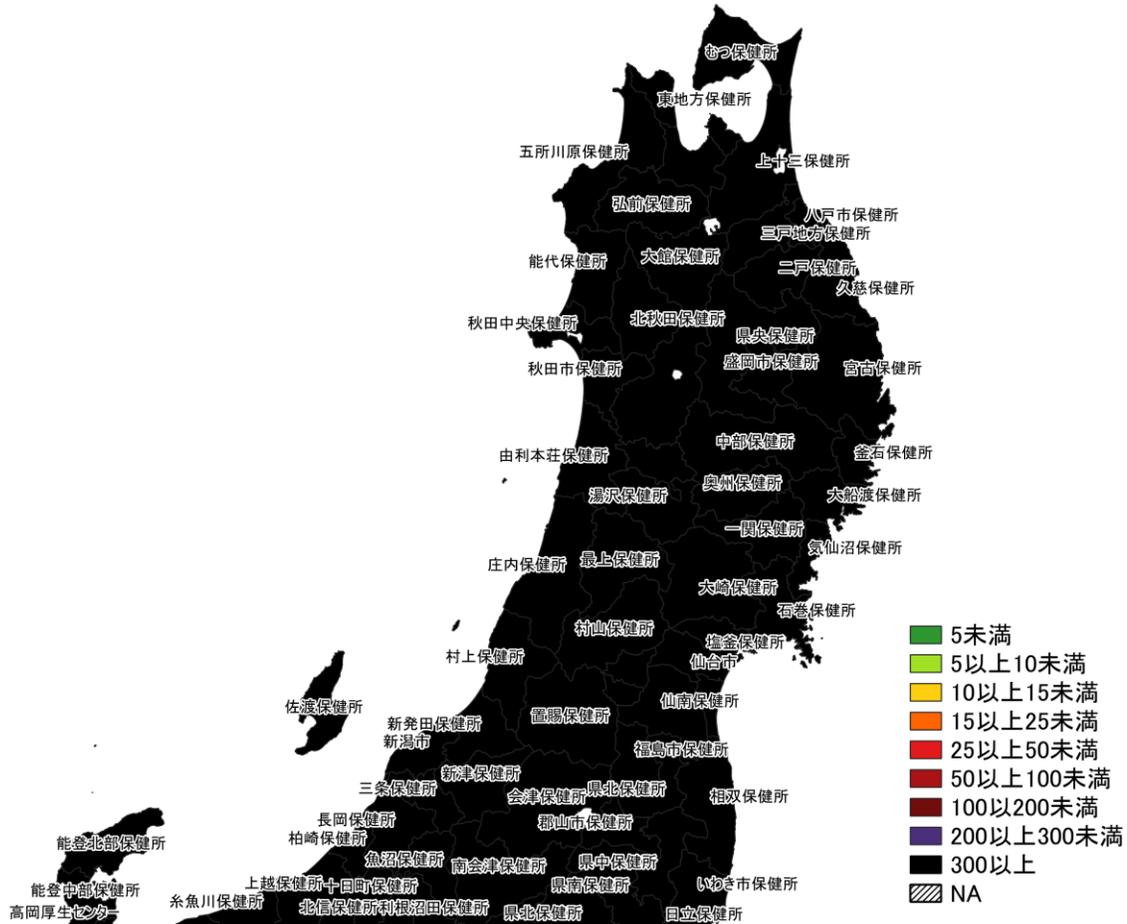
人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ  
 保健所単位 12/12～12/18  
 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



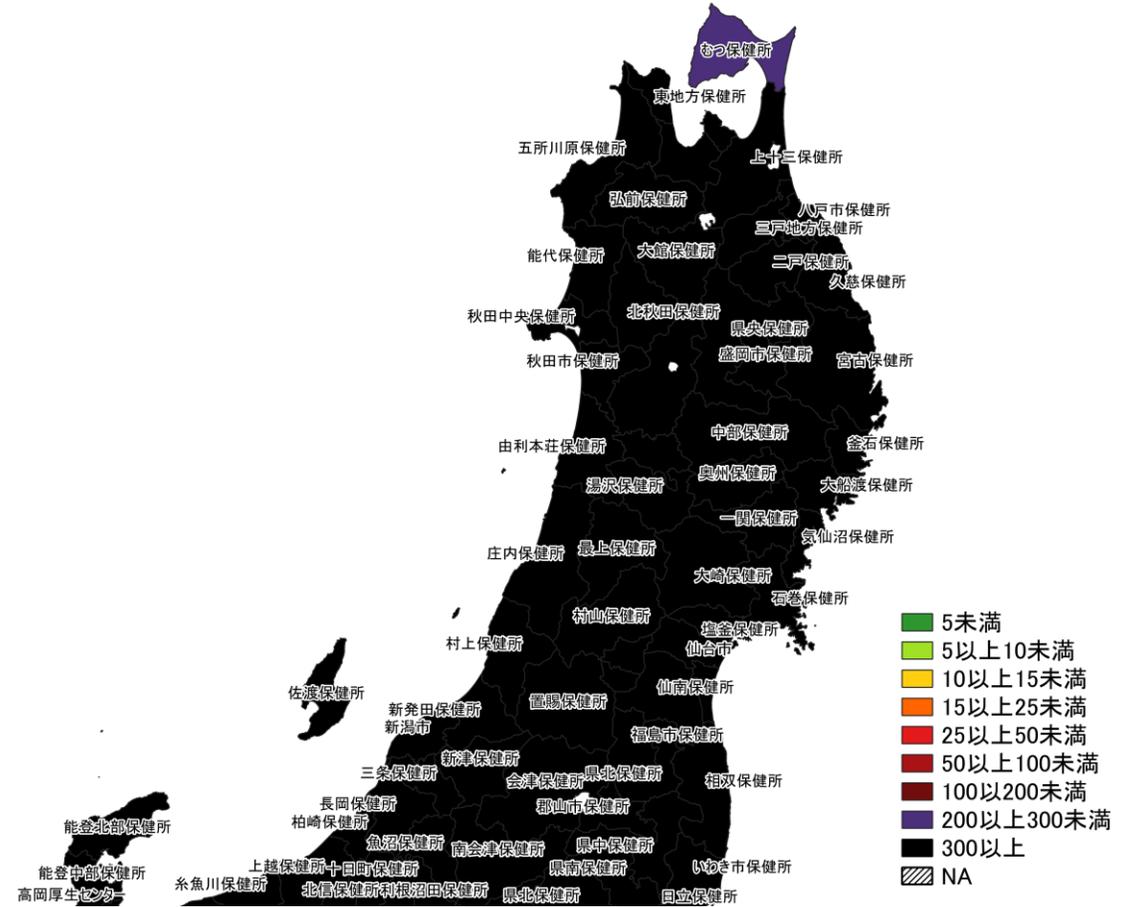
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



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（陽性者登録センターの報告数を含まない）



12/05~ 12/11



12/12~ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）



12/05~ 12/11



12/12~ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）

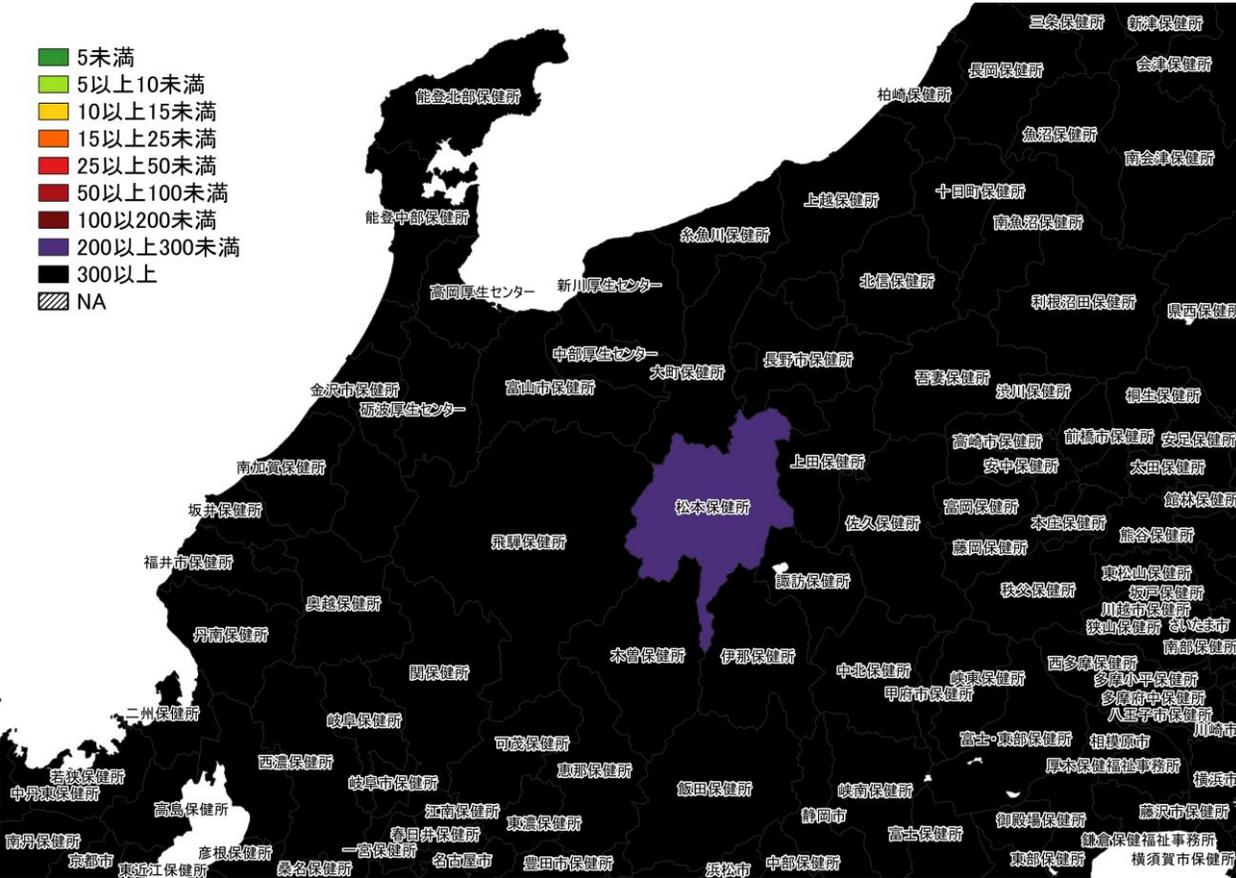


12/05 ~ 12/11

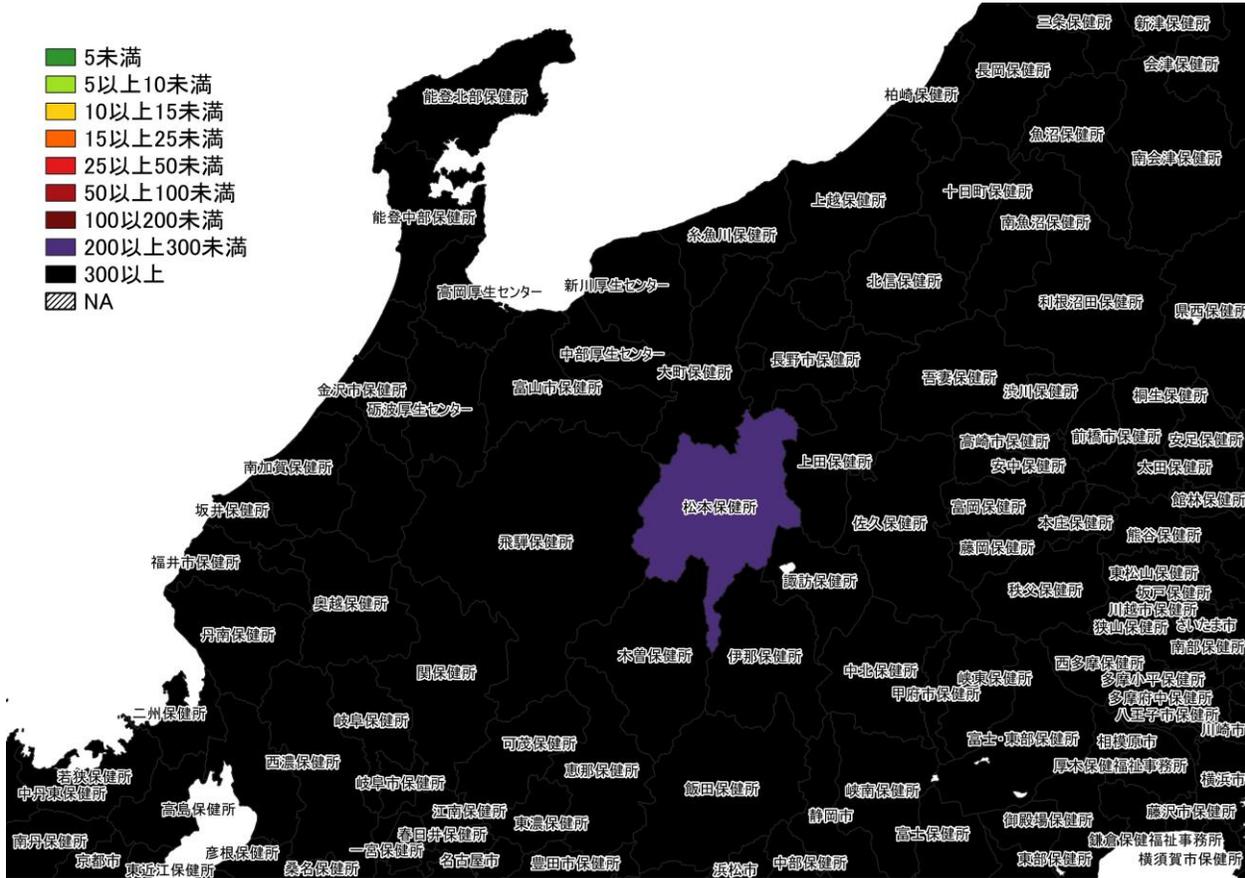
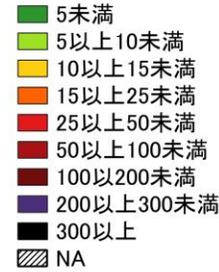


12/12 ~ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）

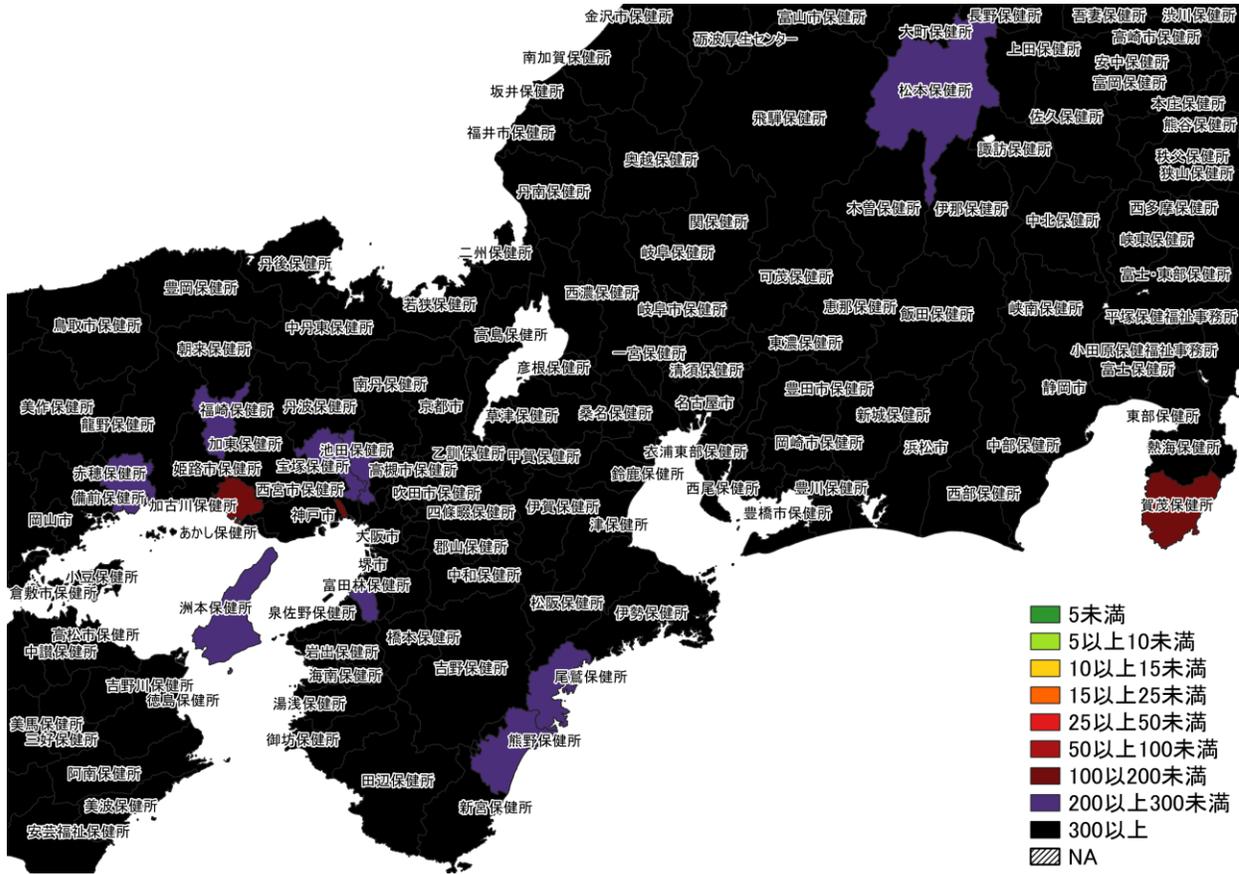


12/05～ 12/11

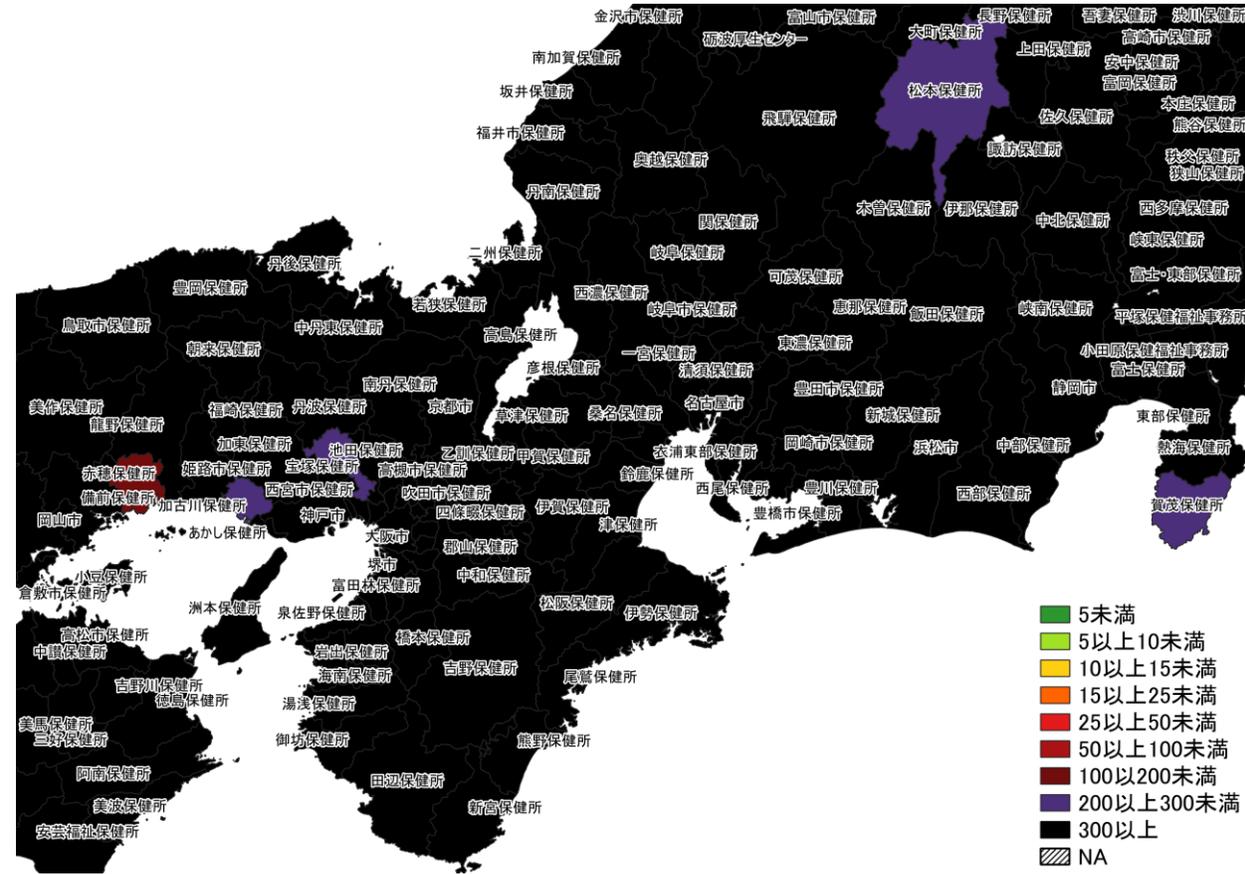


12/12～ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）



12/05 ~ 12/11



12/12 ~ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）

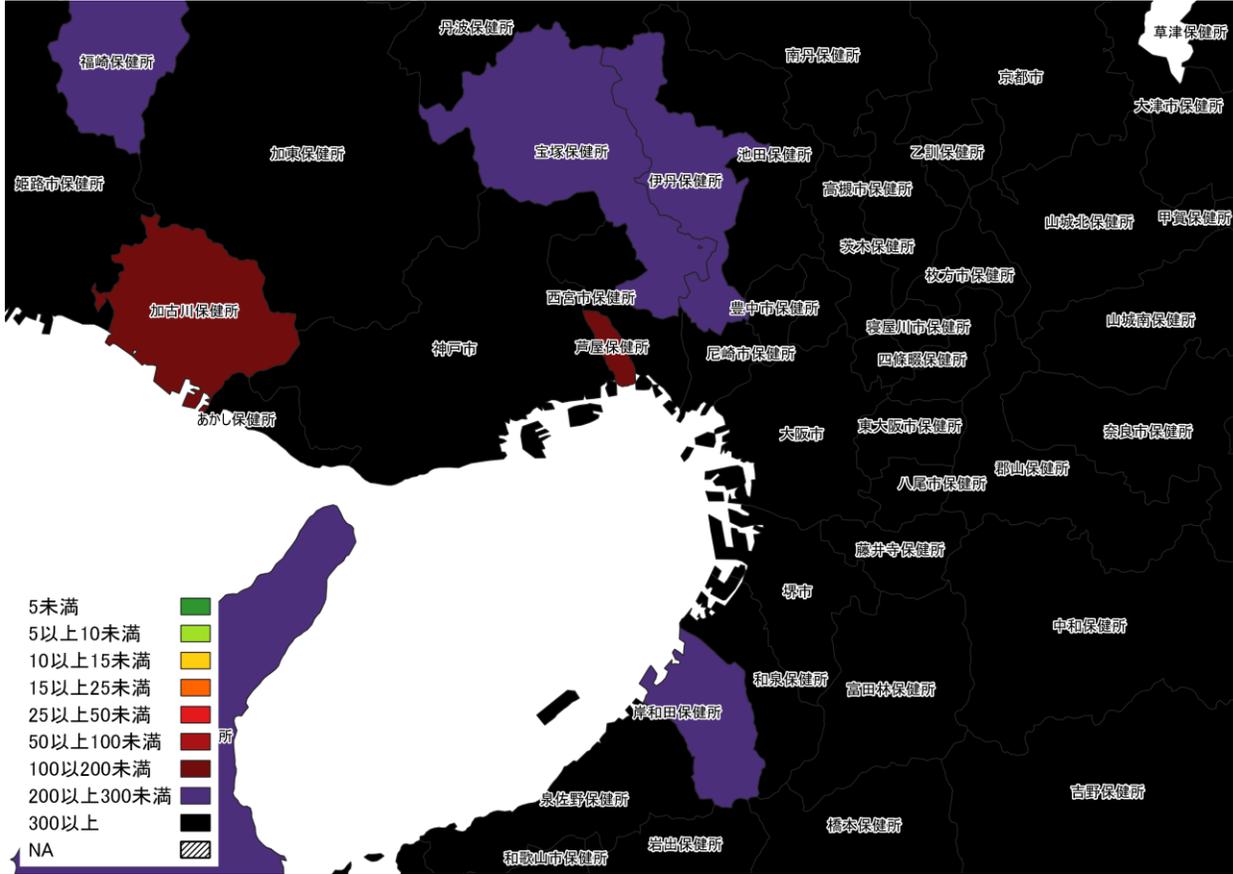


12/05 ~ 12/11

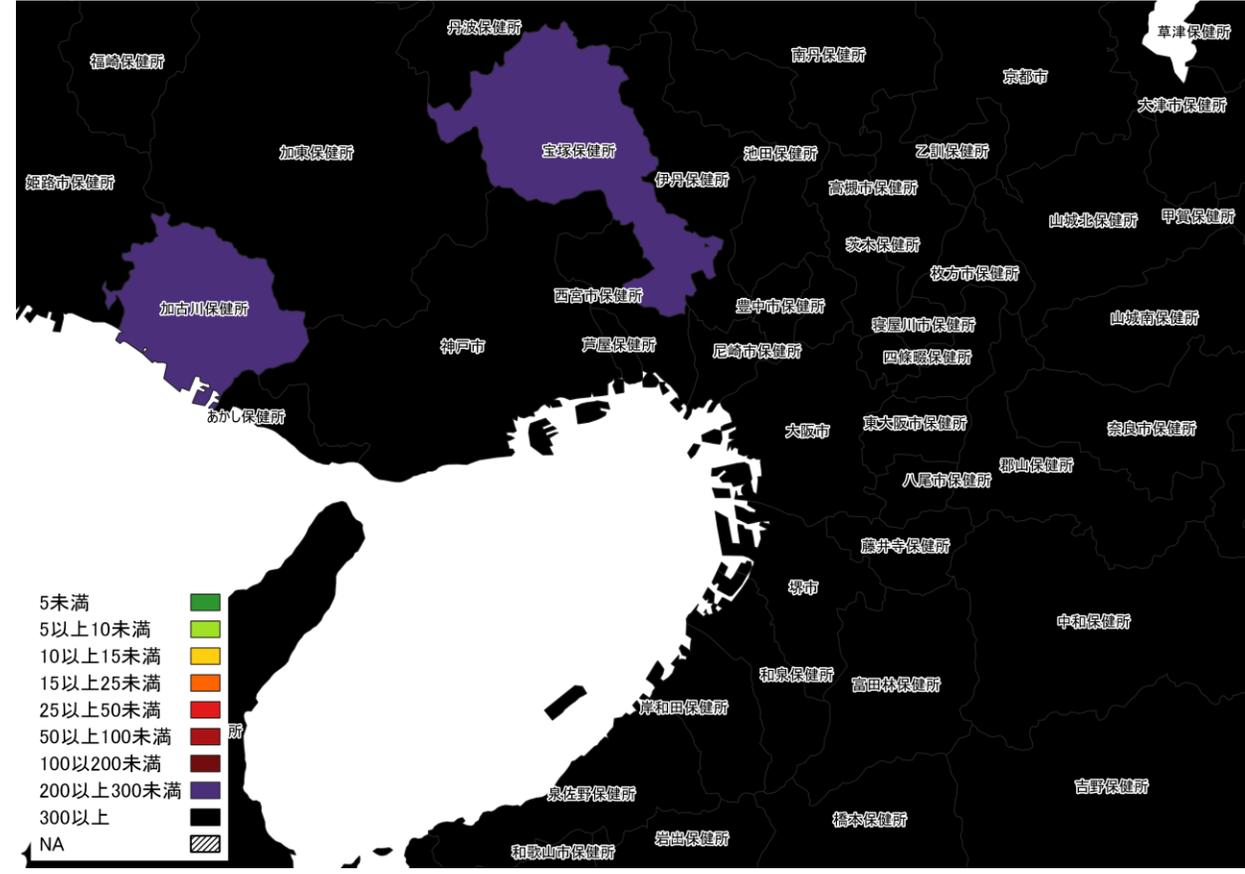


12/12 ~ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）

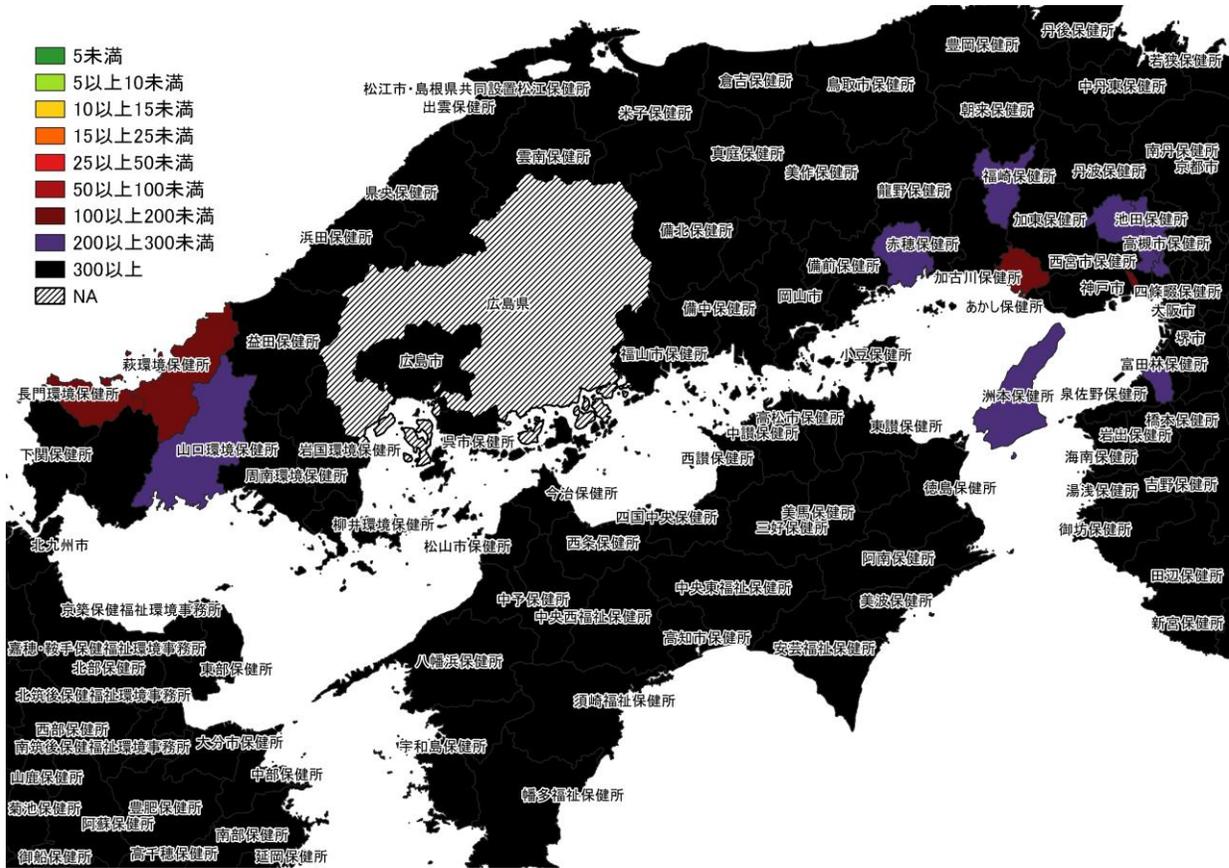


12/05～ 12/11

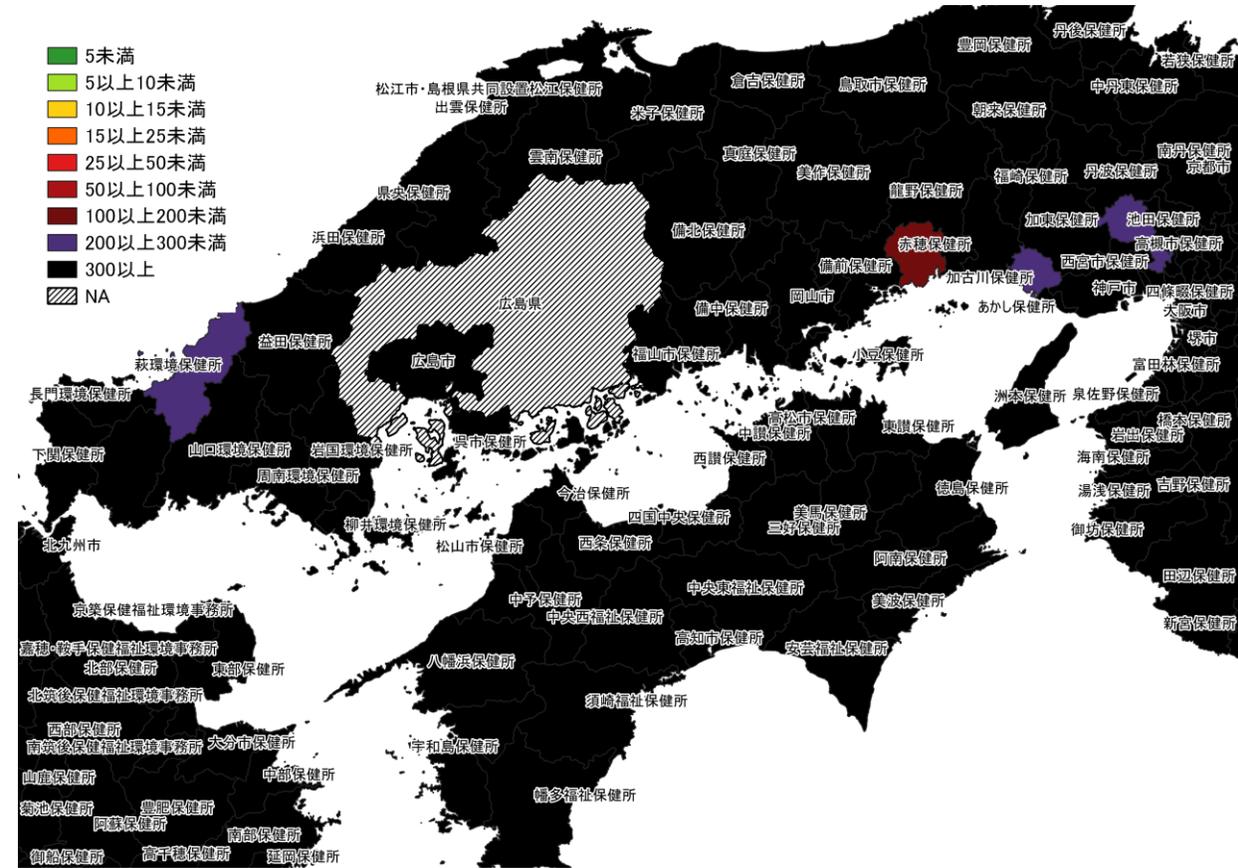


12/12～ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）



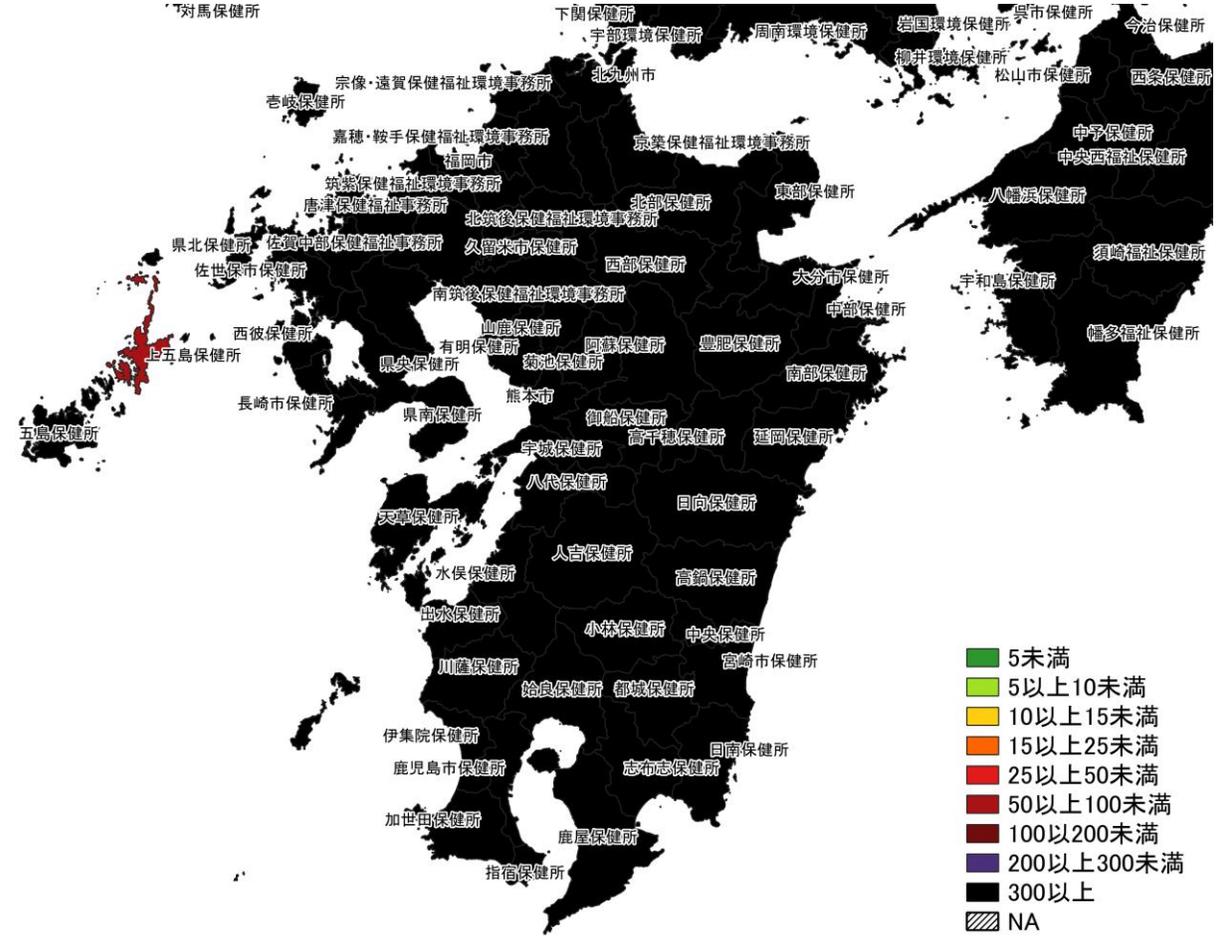
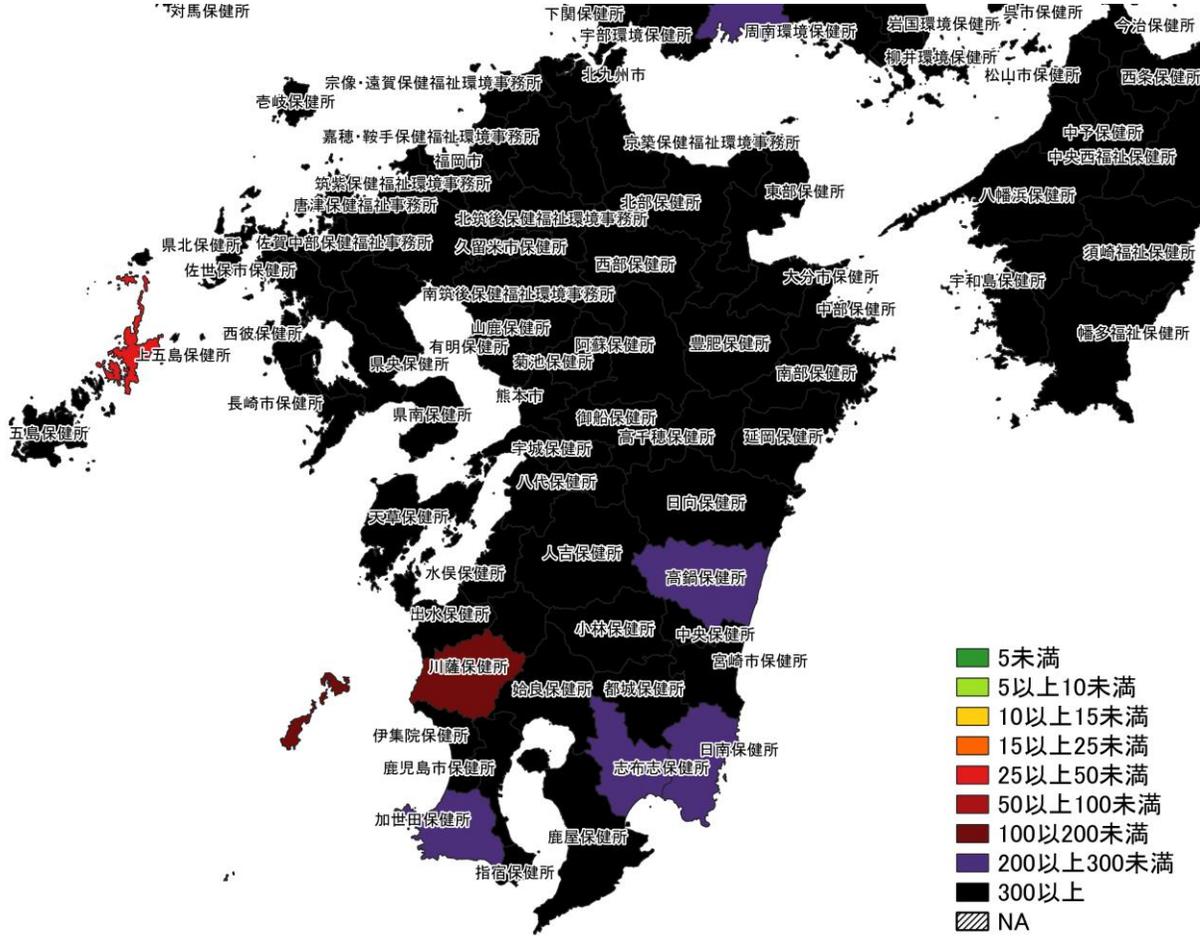
12/05～ 12/11



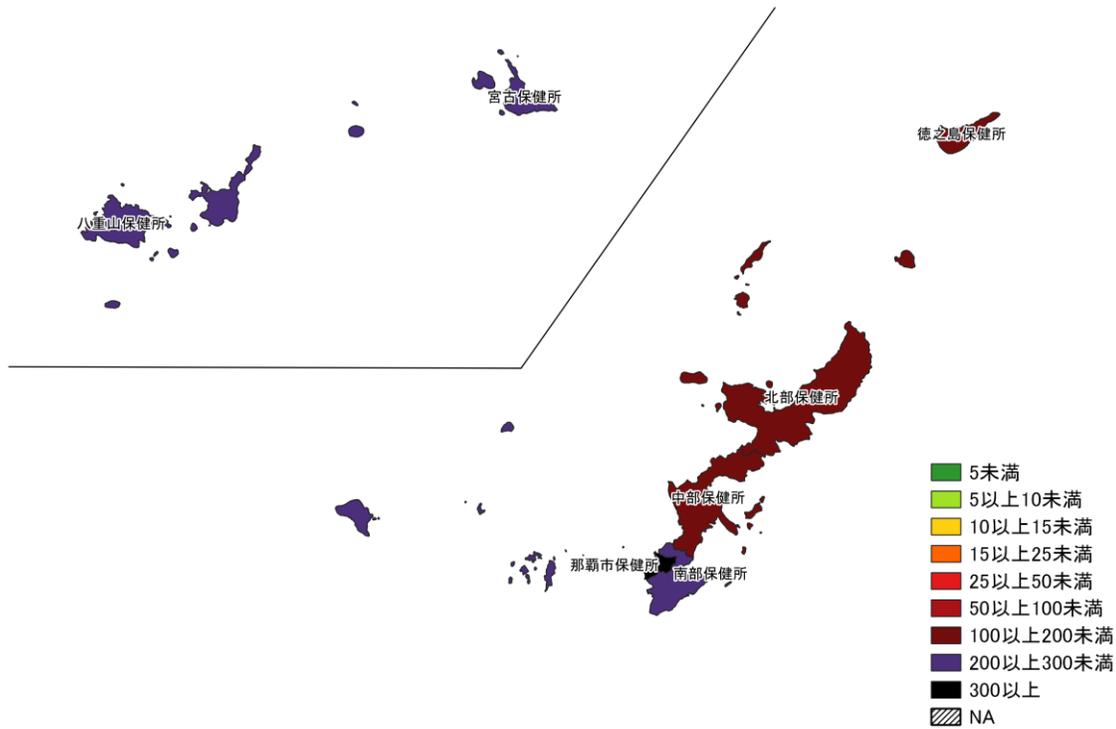
12/12～ 12/18

## 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 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

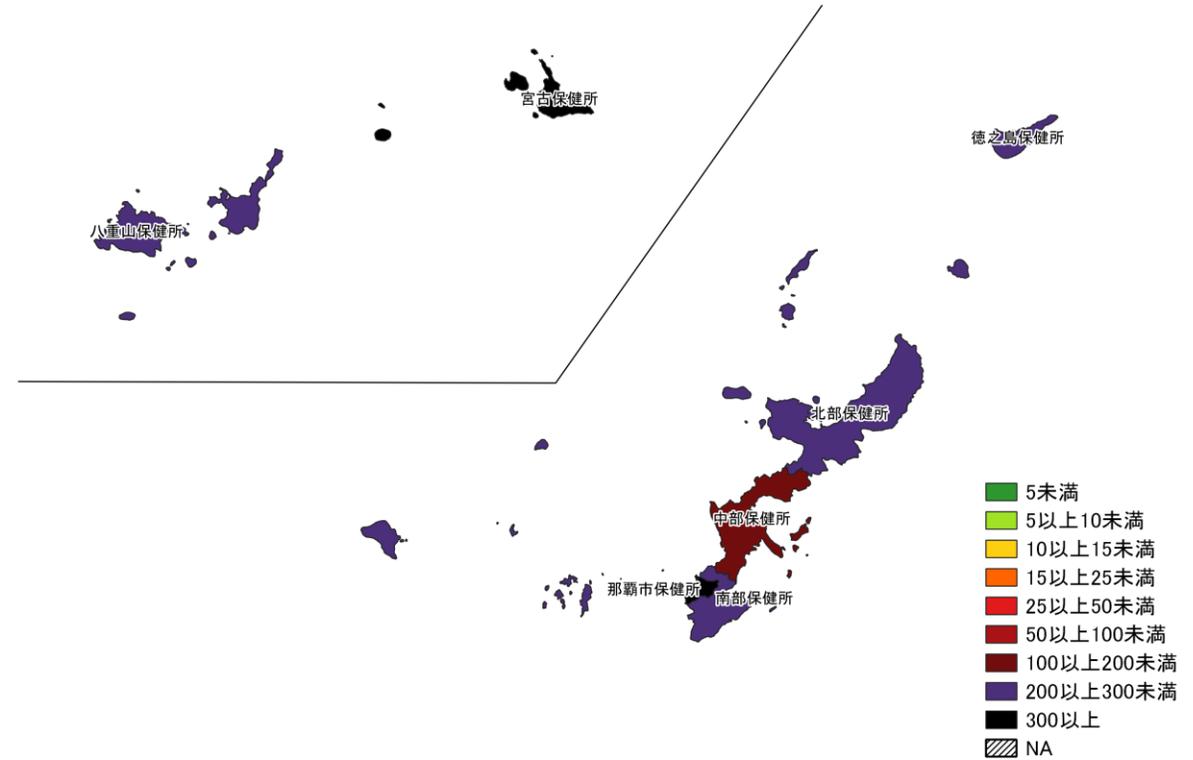
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



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（陽性者登録センターの報告数を含まない）



12/05~ 12/11



12/12~ 12/18

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（陽性者登録センターの報告数を含まない）

## 7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

### 使用データ

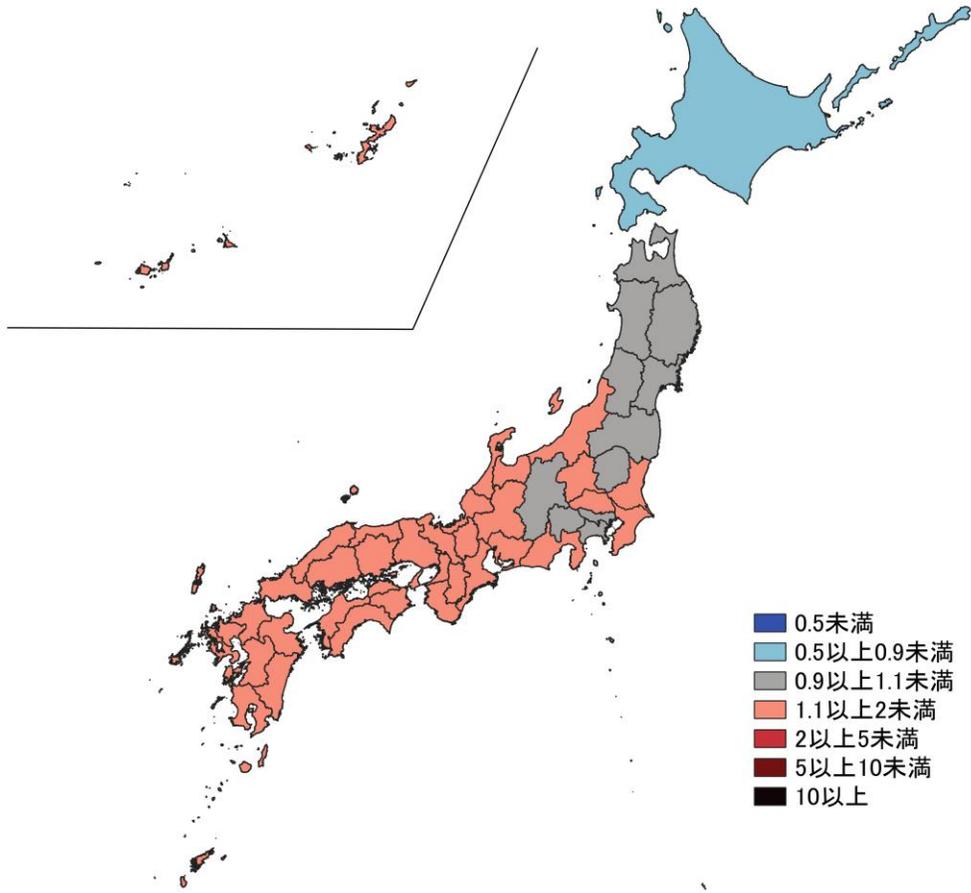
- 2022年12月19日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて、都道府県別7日間累積新規症例報告数の、前週との比を図示する。
- 前週比マップでは、前週の症例数が0の場合、データを得られなかった場合は比を算出できないためNAとした。
- **保健所管区別の報告数には、陽性者登録センターの報告数は含まれないことに注意が必要。**
- **陽性者報告体制の変化がある場合、保健所管区別では過小・過大評価になる可能性がある。**
- 集計値修正により、今後変動する可能性がある。

### まとめ

- 全国的に増加傾向の地域が増えてきている。
- 保健所単位でも、西日本を中心に前週比1.1以上が継続している。

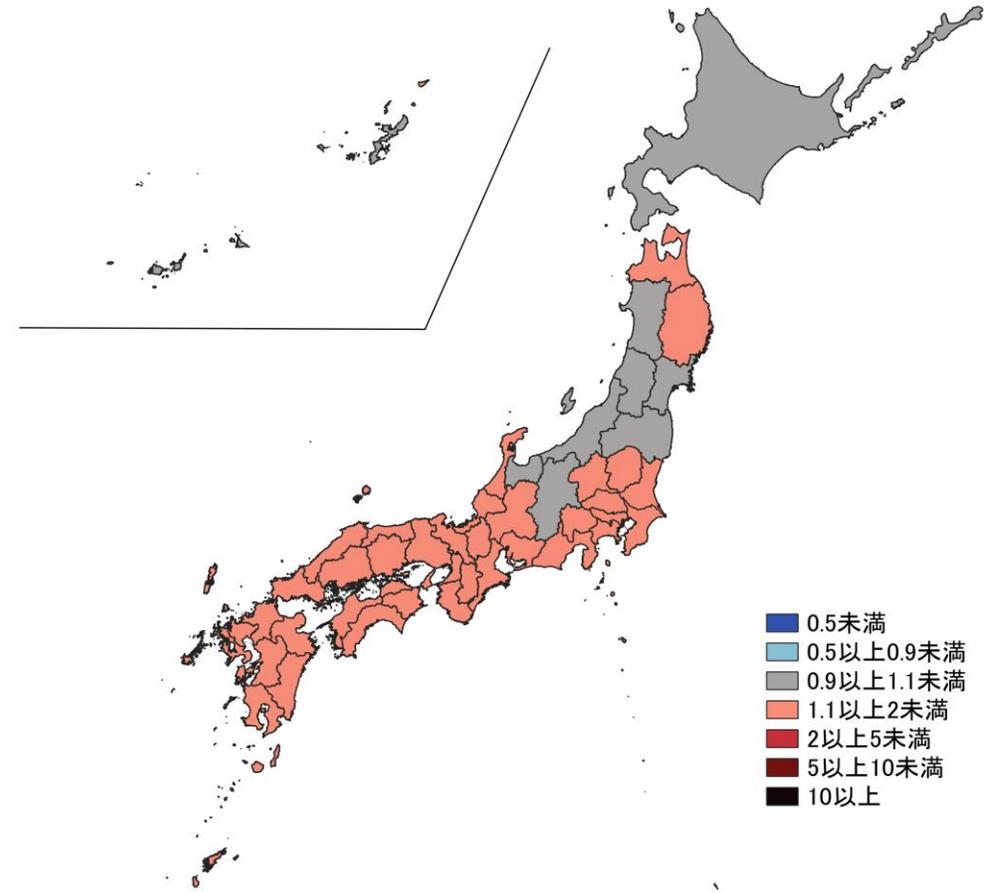
# 7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

都道府県単位 (陽性者登録センターの報告数を含む)



- 0.5未満
- 0.5以上0.9未満
- 0.9以上1.1未満
- 1.1以上2未満
- 2以上5未満
- 5以上10未満
- 10以上

11/28 ~ 12/04  
 12/05 ~ 12/11



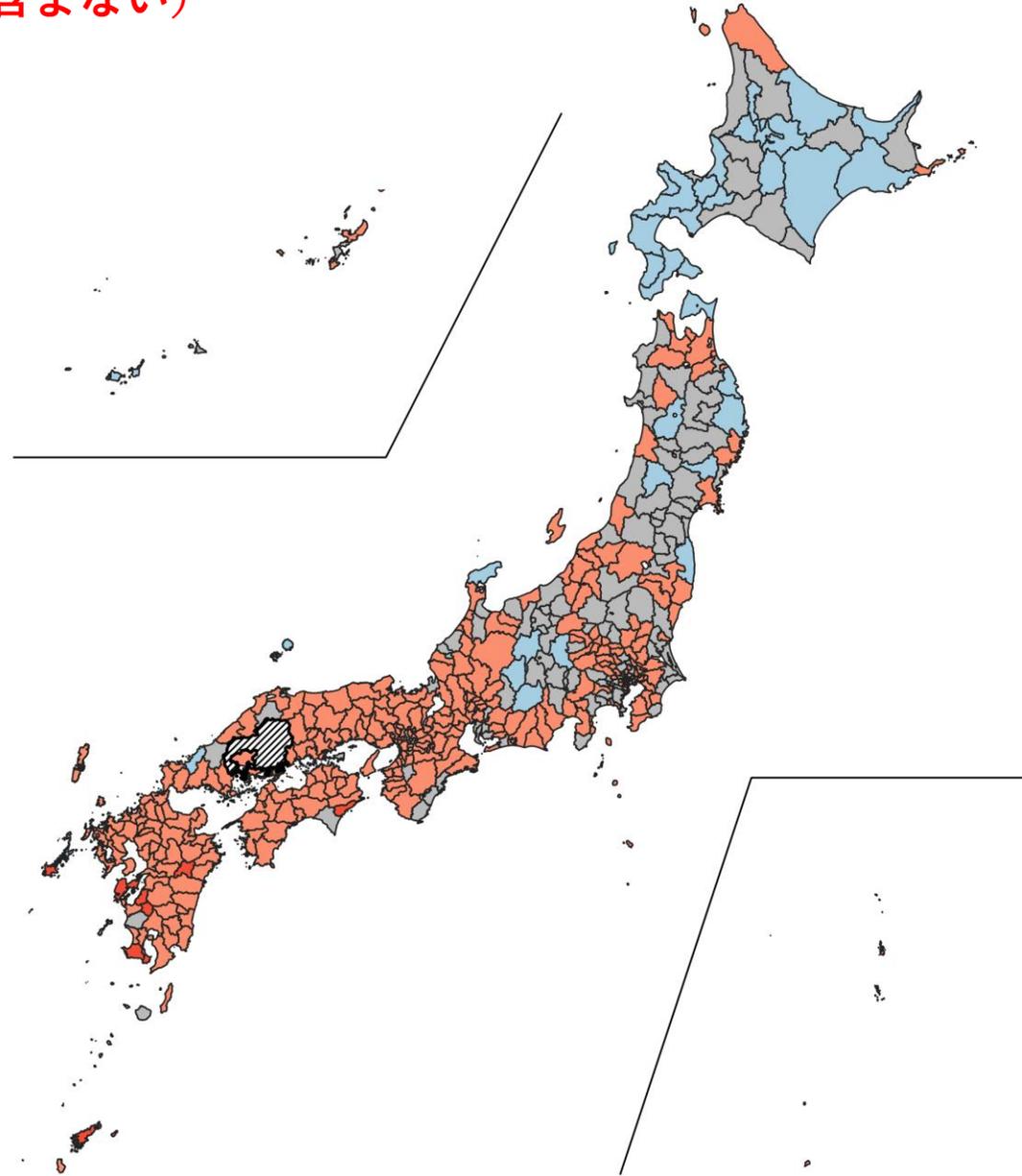
- 0.5未満
- 0.5以上0.9未満
- 0.9以上1.1未満
- 1.1以上2未満
- 2以上5未満
- 5以上10未満
- 10以上

12/05 ~ 12/11  
 12/12 ~ 12/18

# 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 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

11/28～12/04  
12/05～12/11

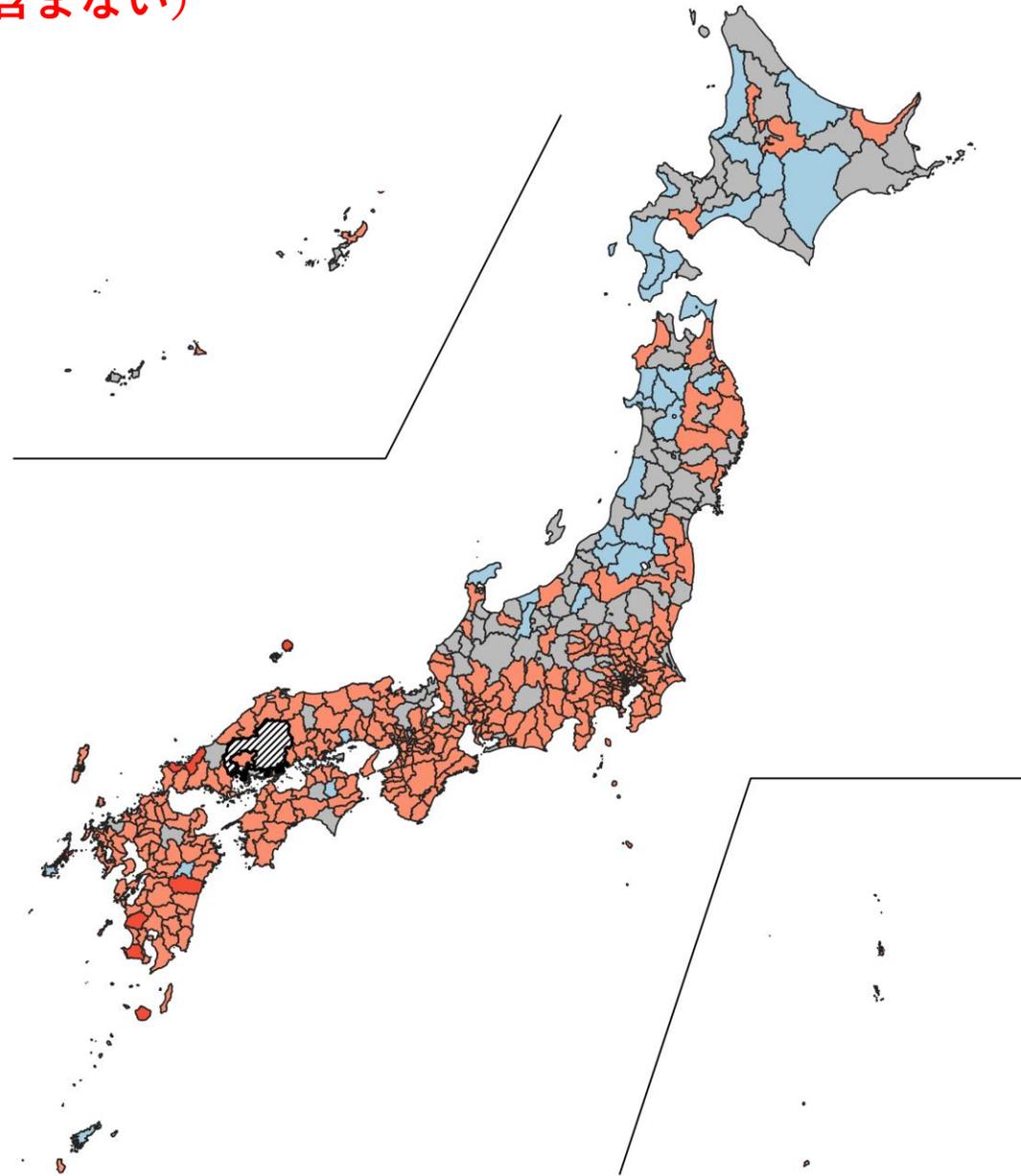


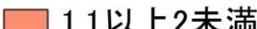
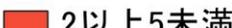
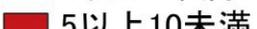
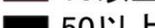
-  NA
-  0.5未満
-  0.5以上0.9未満
-  0.9以上1.1未満
-  1.1以上2未満
-  2以上5未満
-  5以上10未満
-  10以上50未満
-  50以上

※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

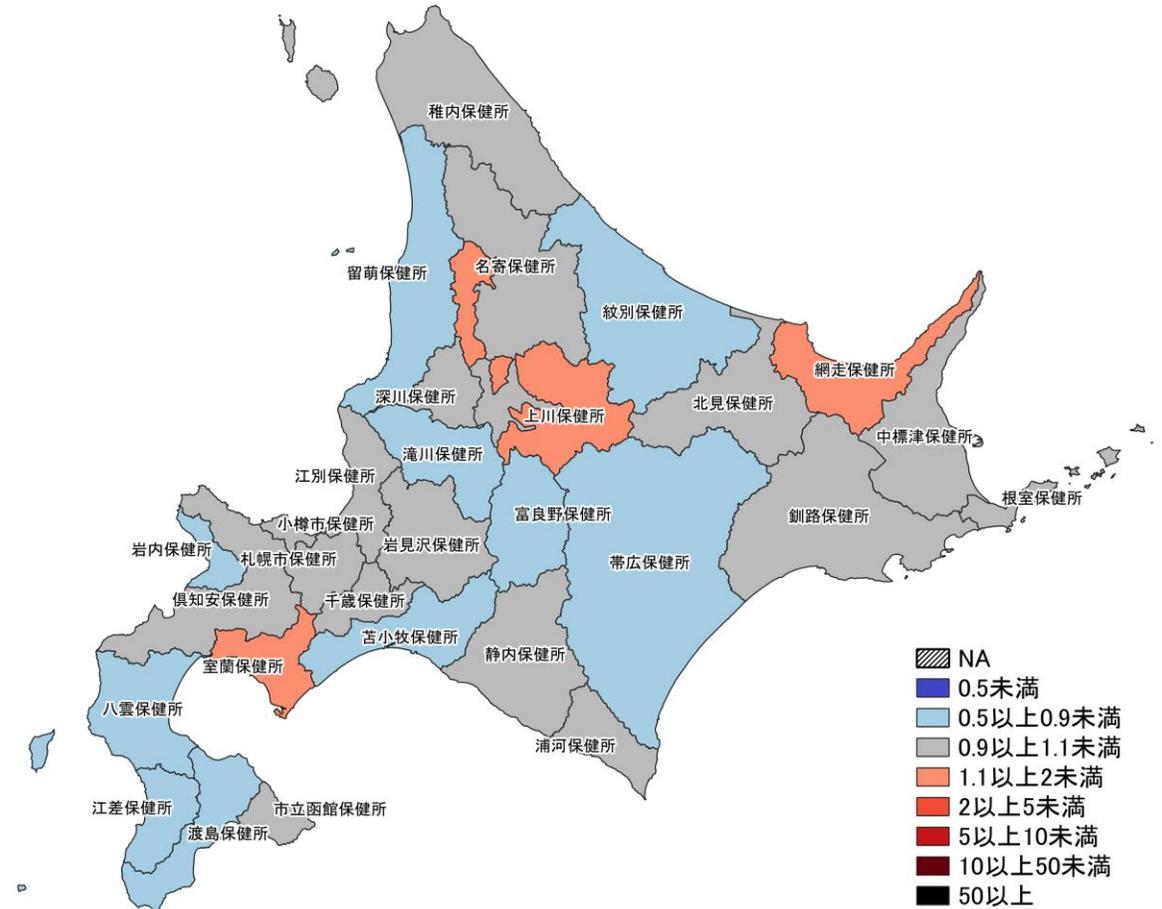
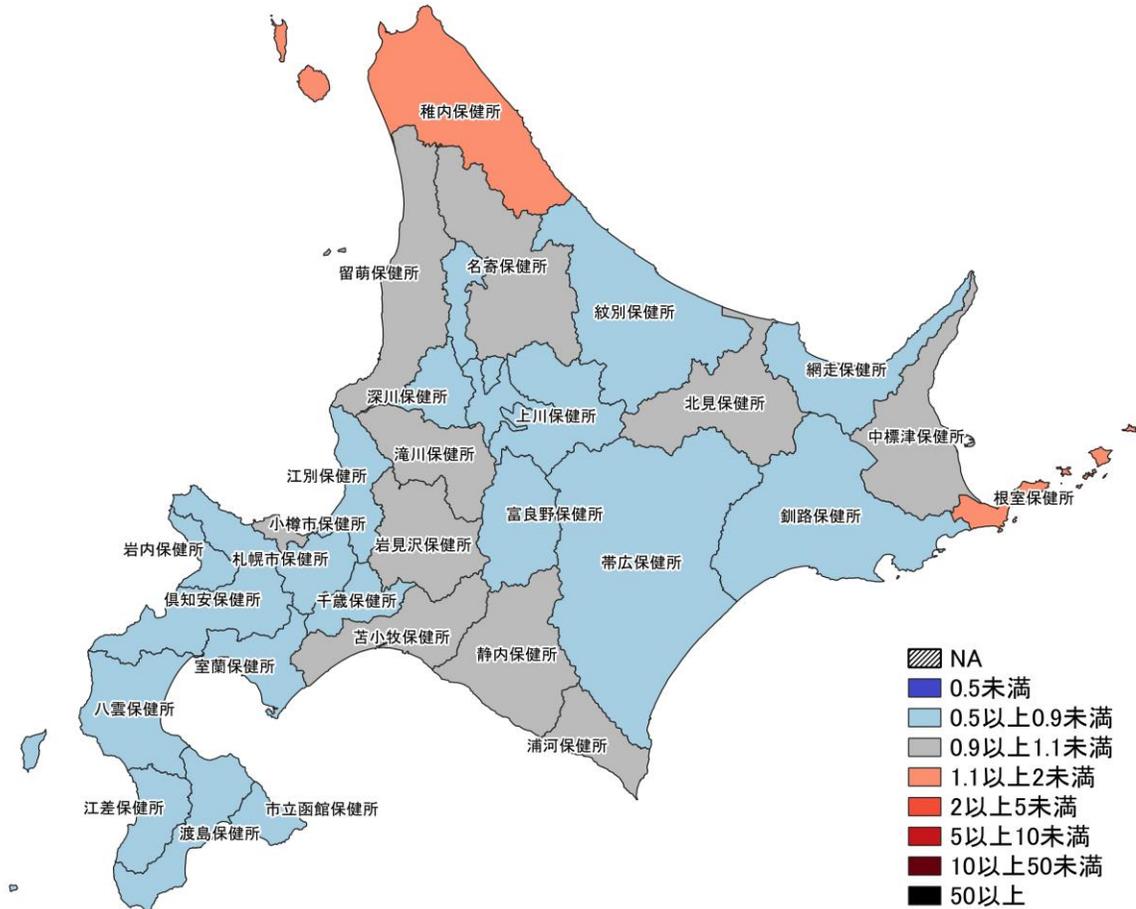
# 人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ 保健所単位 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

12/05～12/11  
12/12～12/18

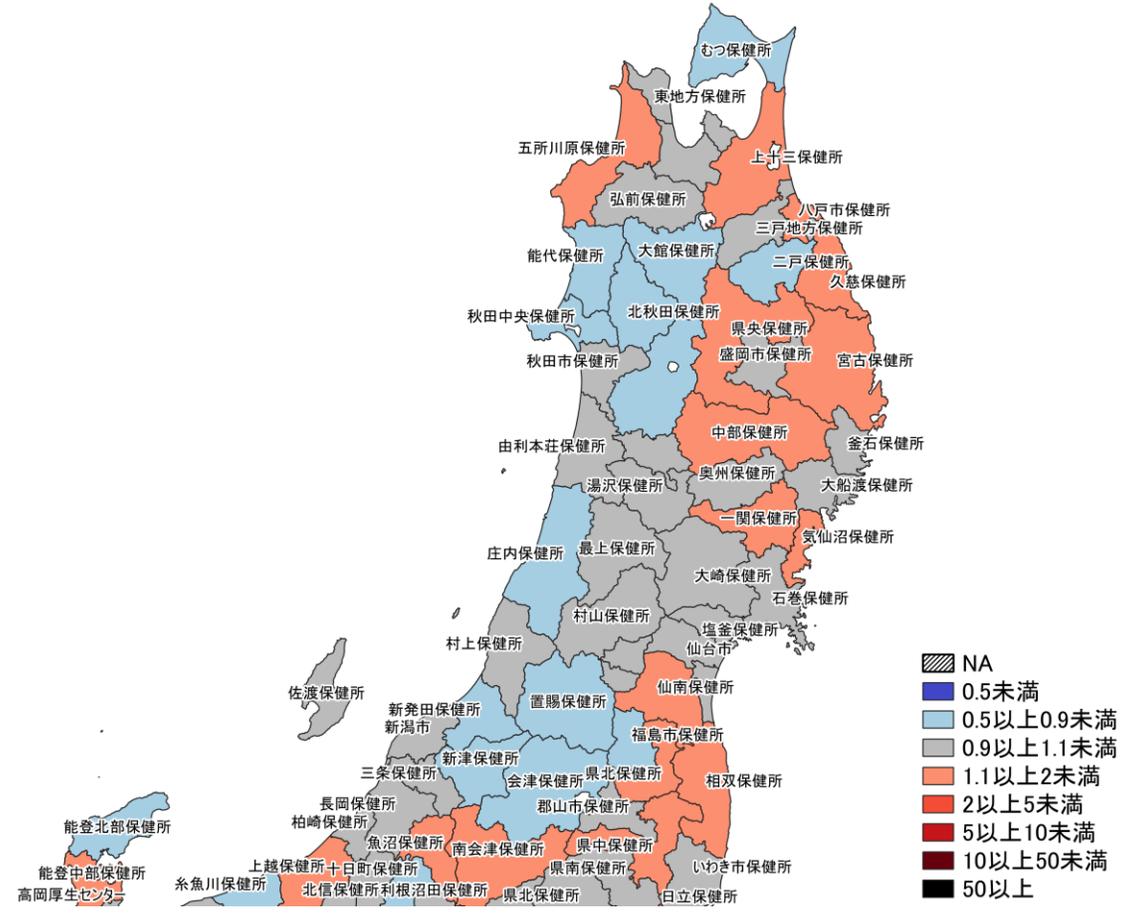
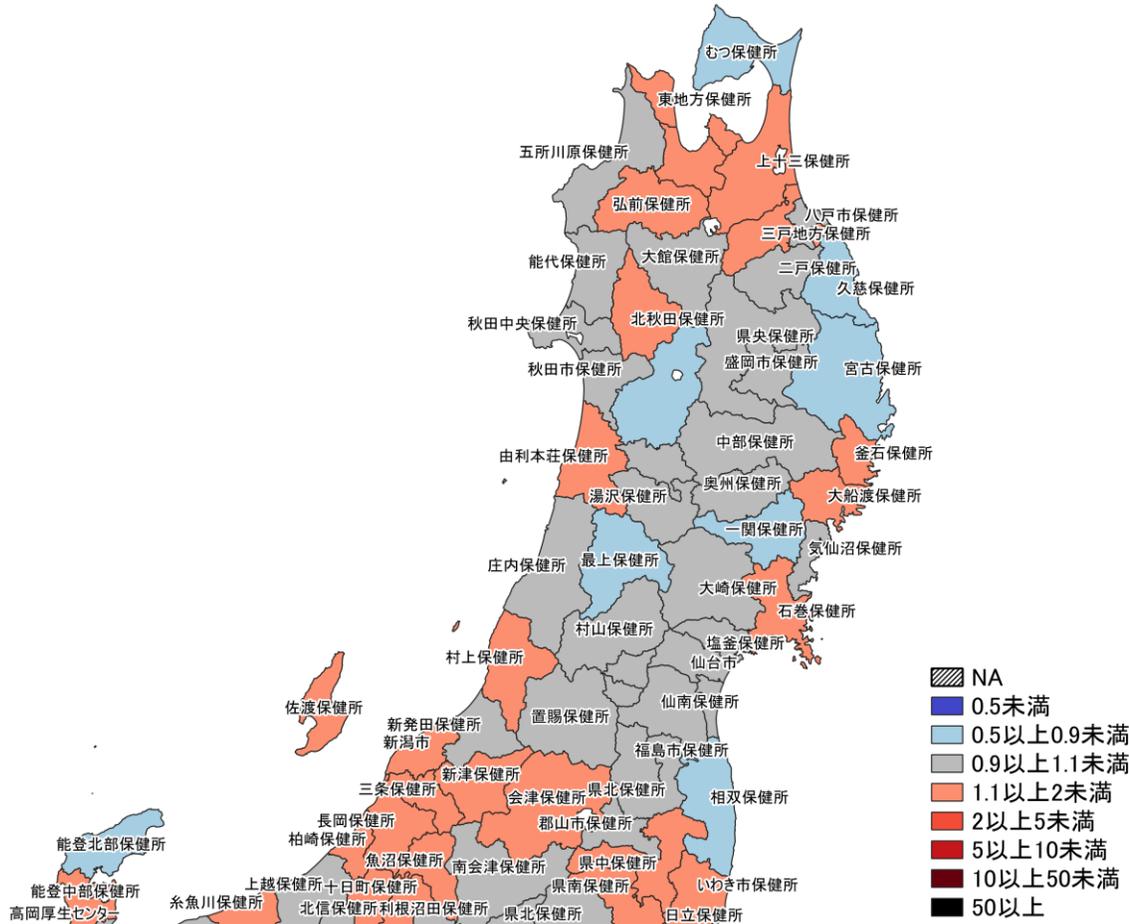


-  NA
-  0.5未満
-  0.5以上0.9未満
-  0.9以上1.1未満
-  1.1以上2未満
-  2以上5未満
-  5以上10未満
-  10以上50未満
-  50以上

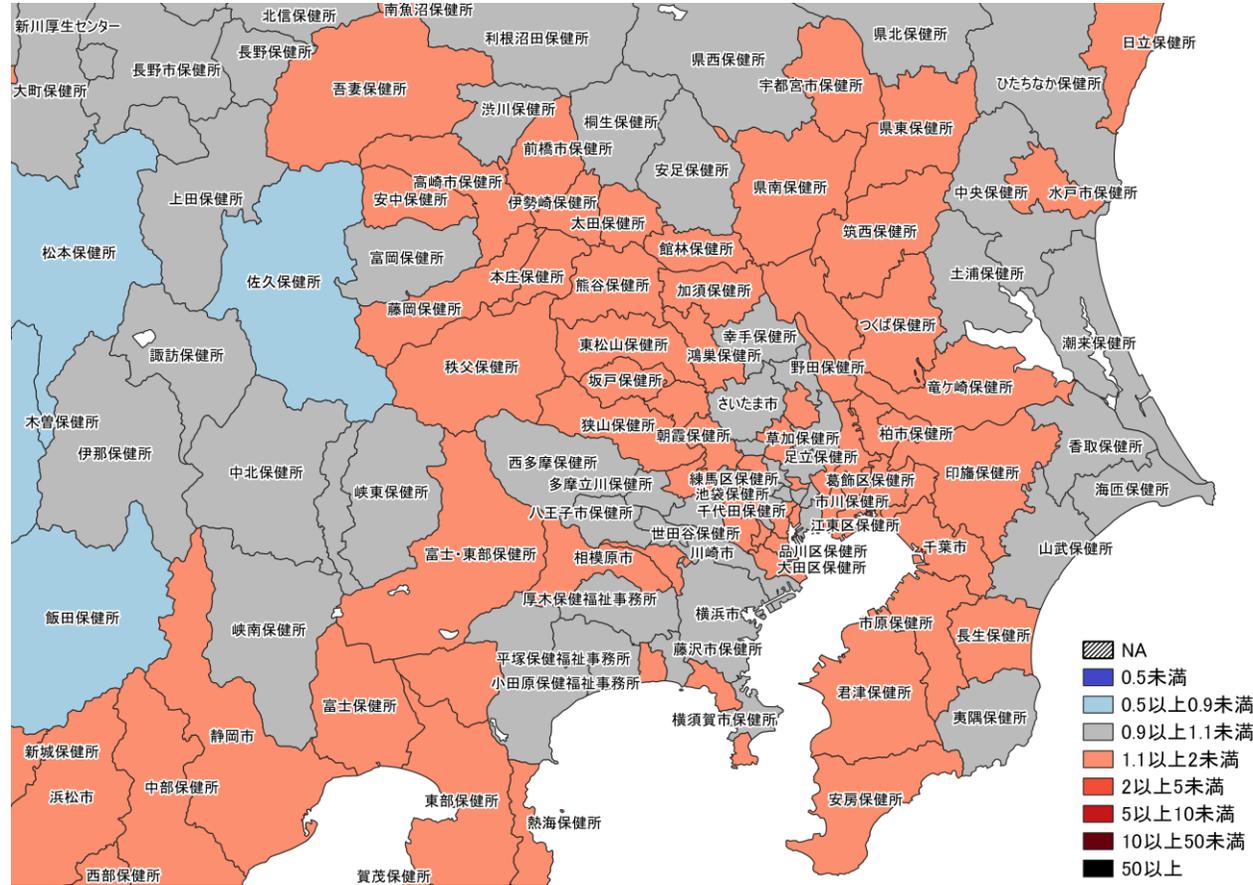
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



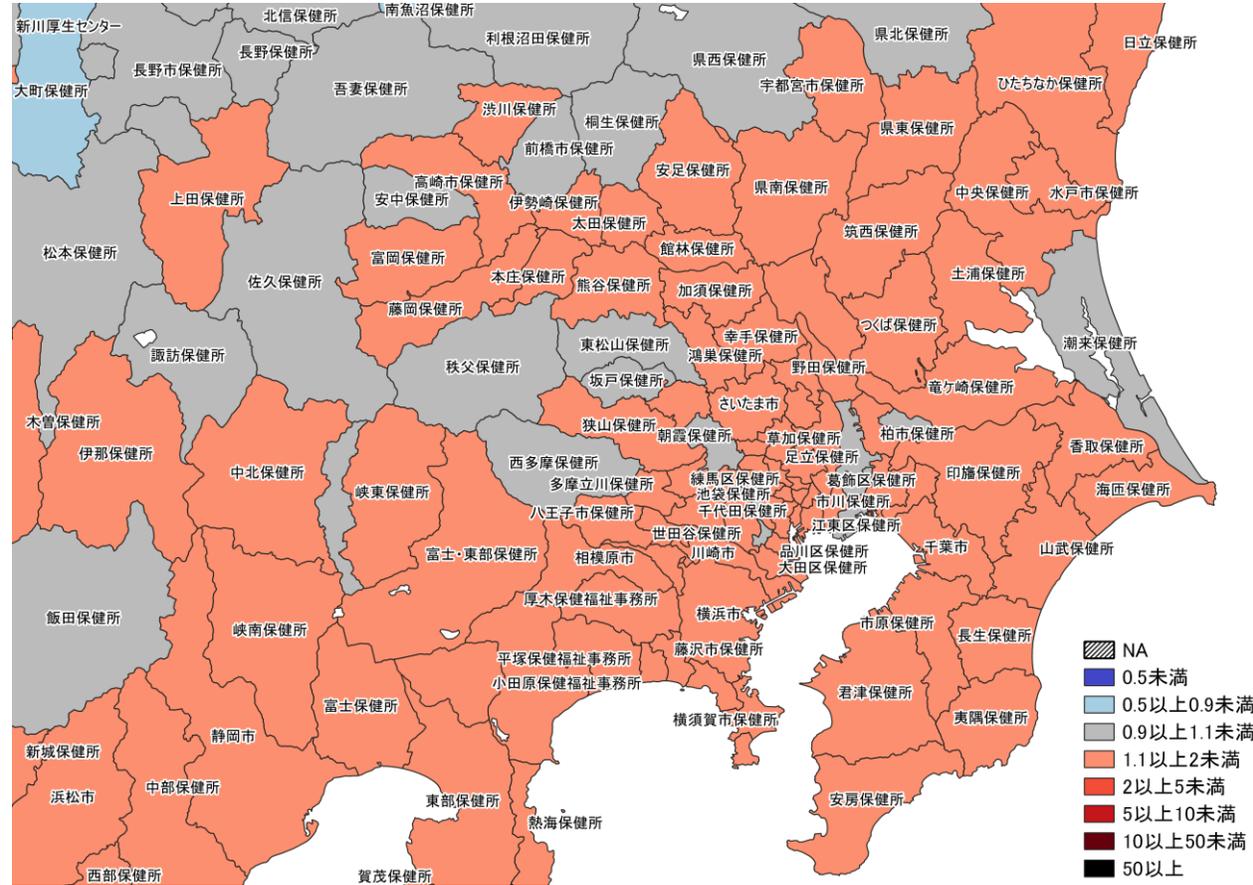
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
北海道 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
東北地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

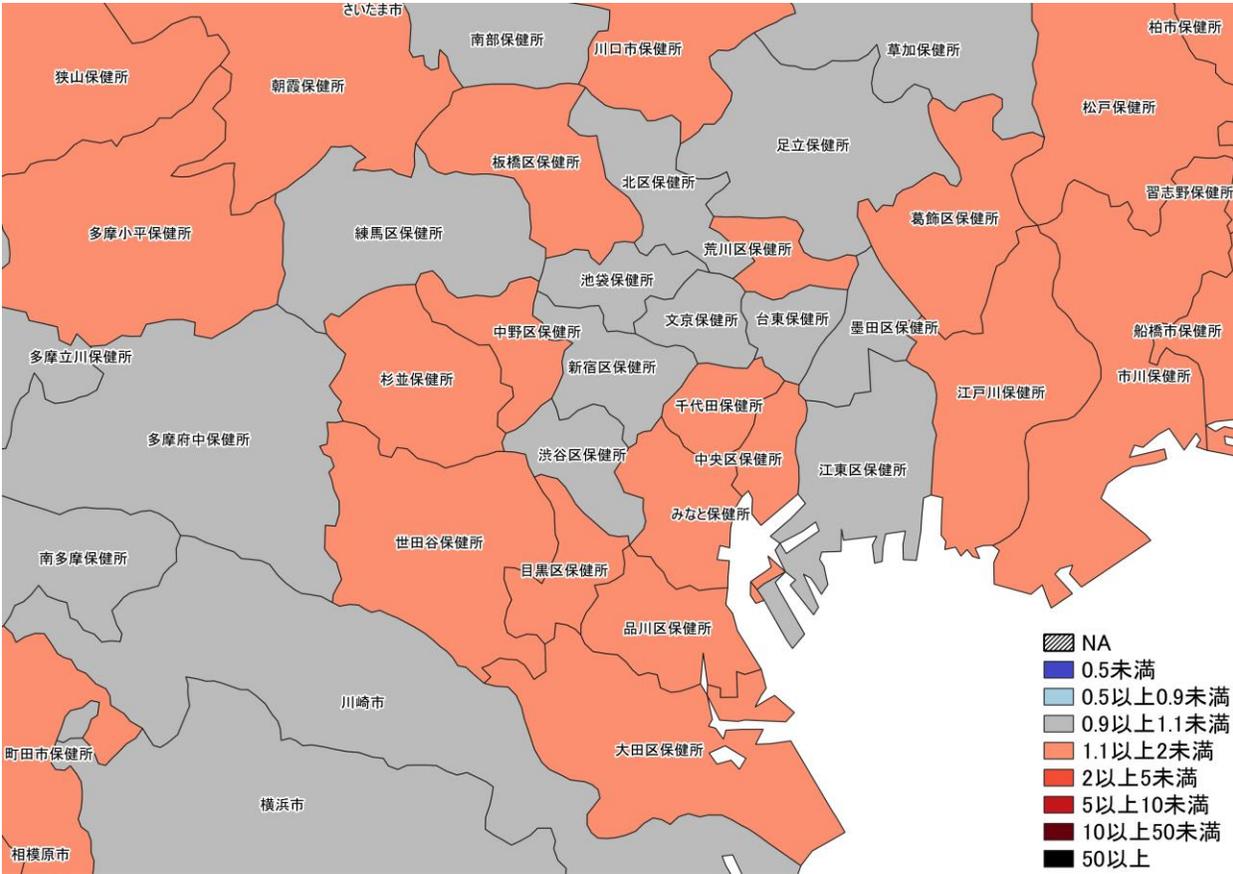


11/28 ~ 12/04  
12/05 ~ 12/11

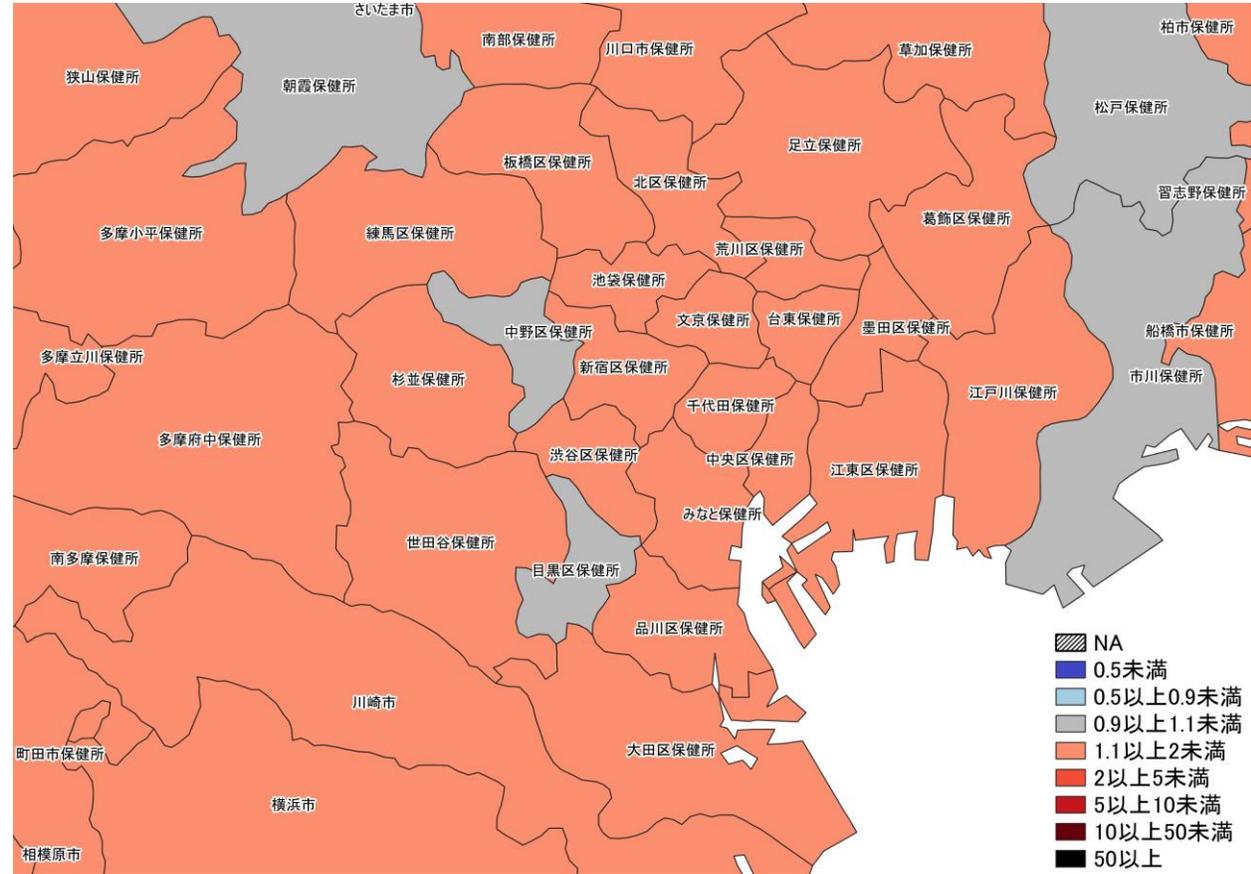


12/05 ~ 12/11  
12/12 ~ 12/18

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
首都圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

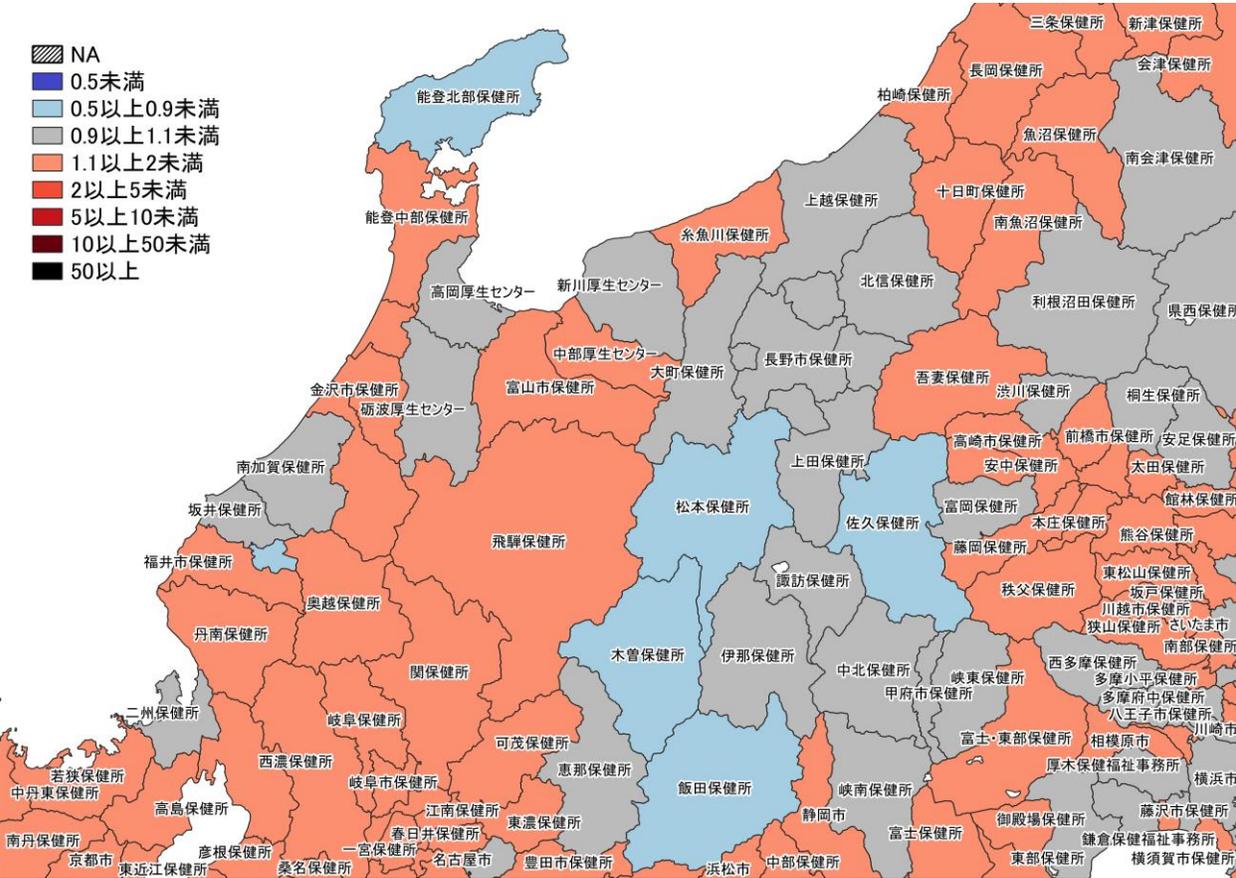


11/28~ 12/04  
12/05~ 12/11

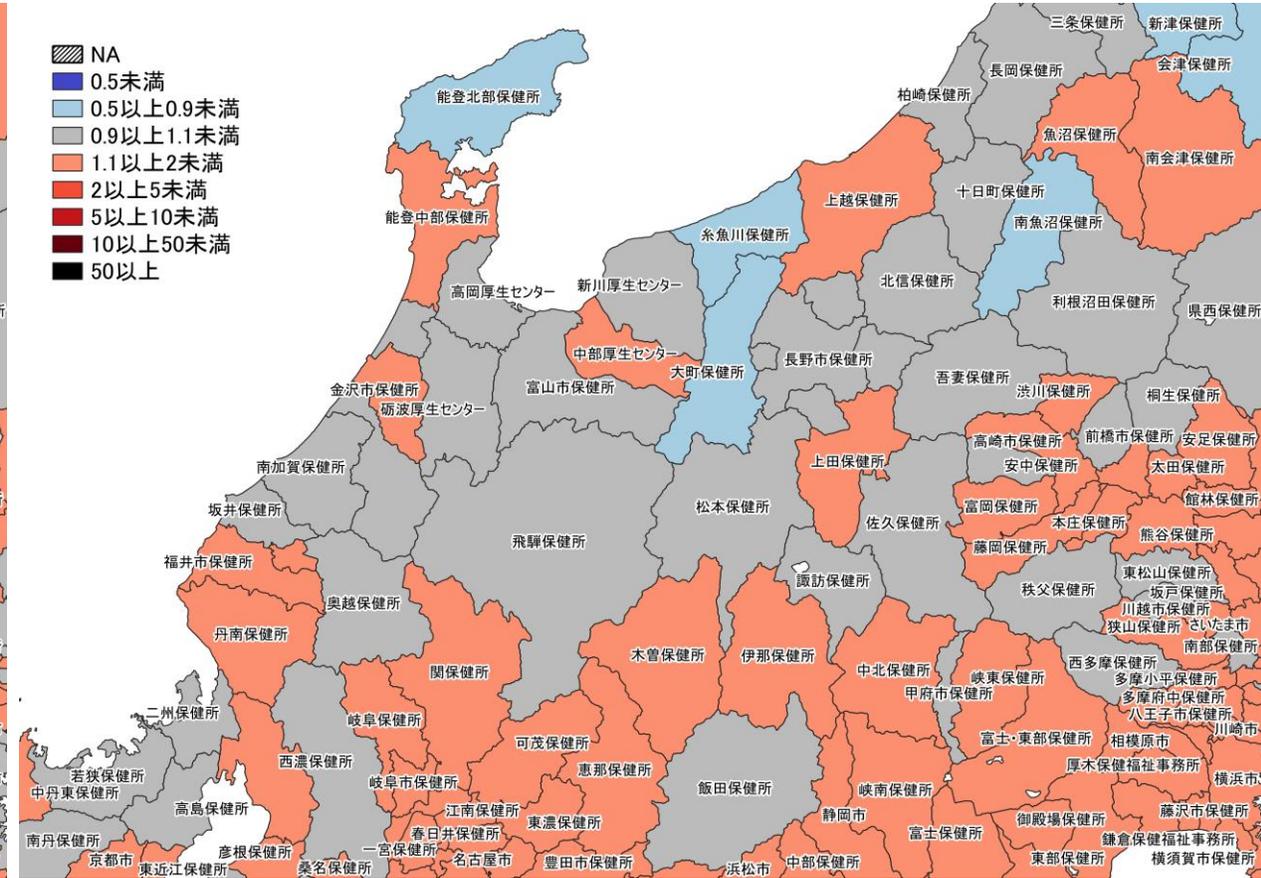


12/05~ 12/11  
12/12~ 12/18

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
東京周辺 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

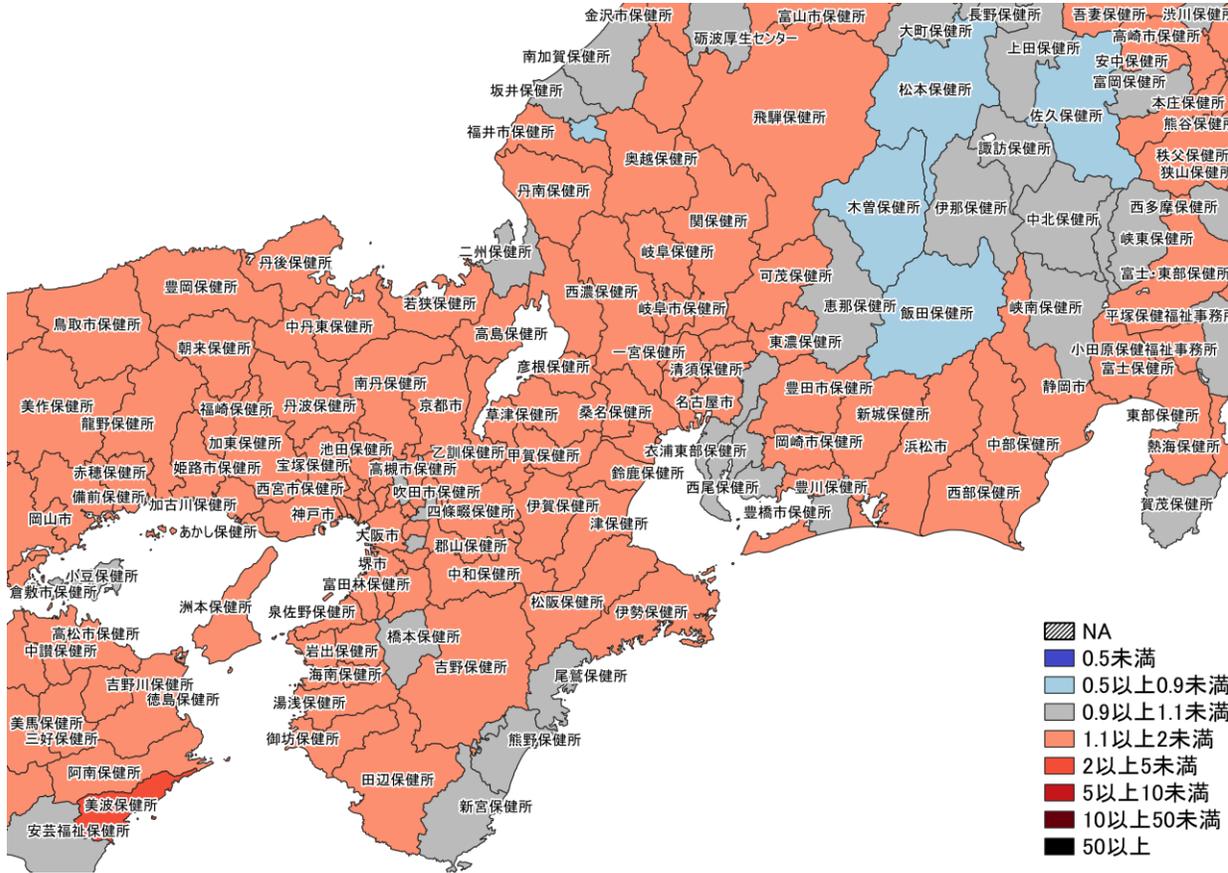


11/28~ 12/04  
12/05~ 12/11

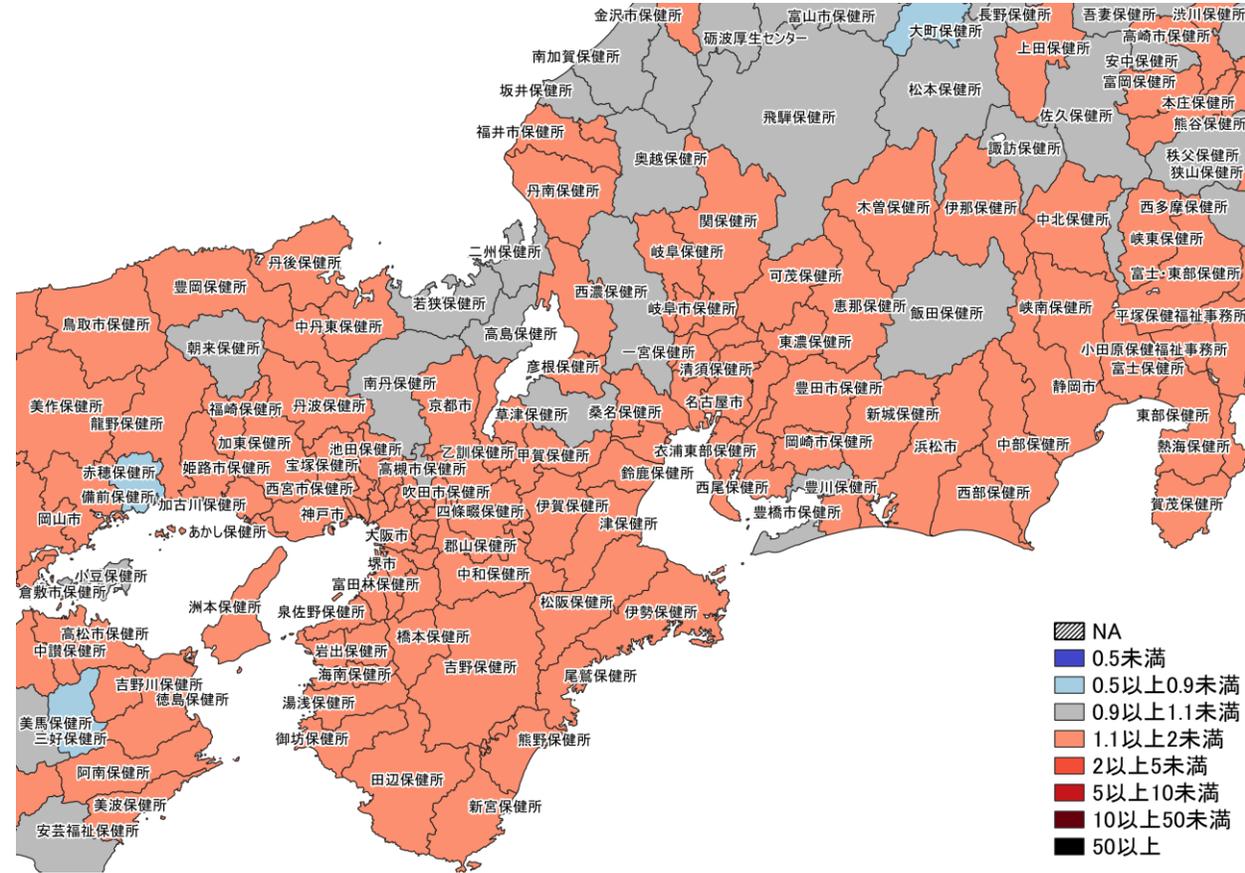


12/05~ 12/11  
12/12~ 12/18

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
北陸・中部地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

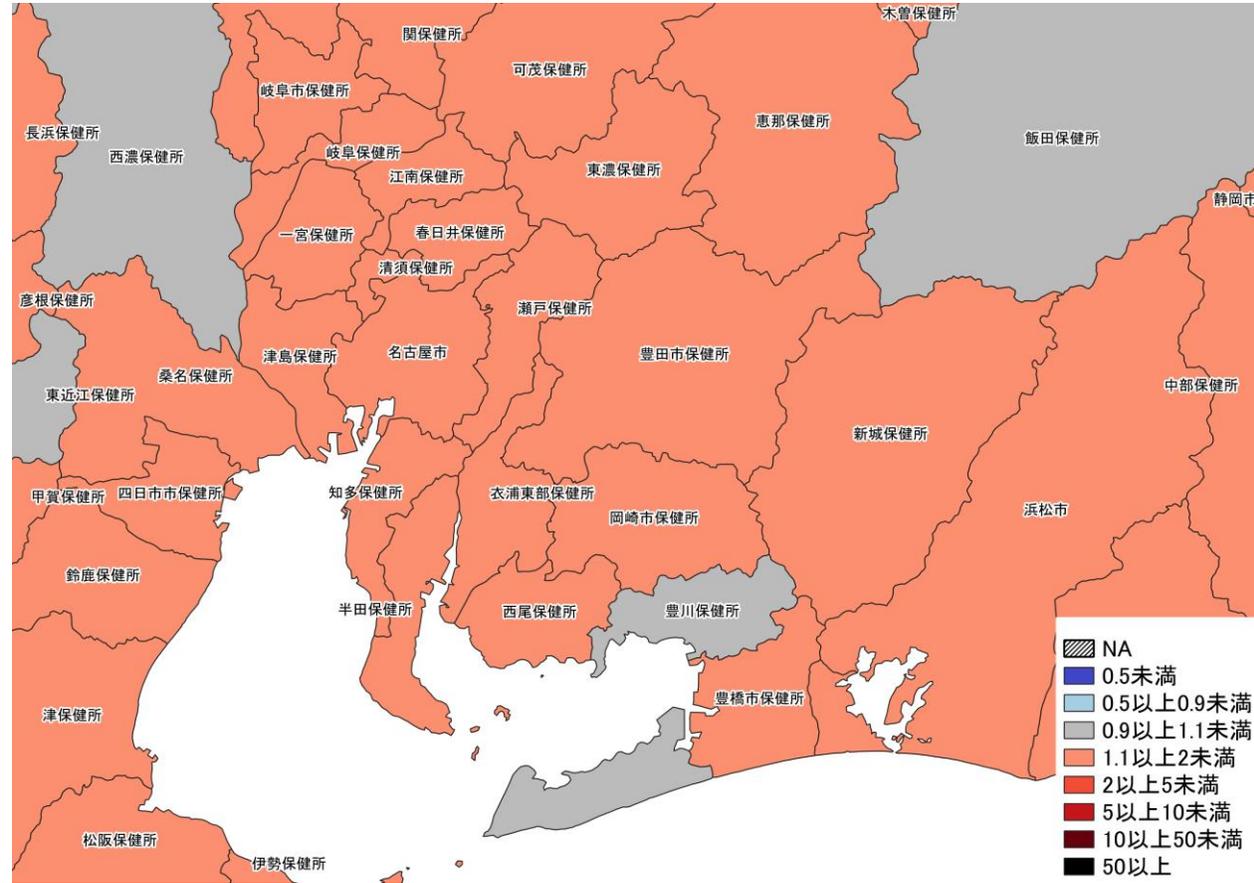
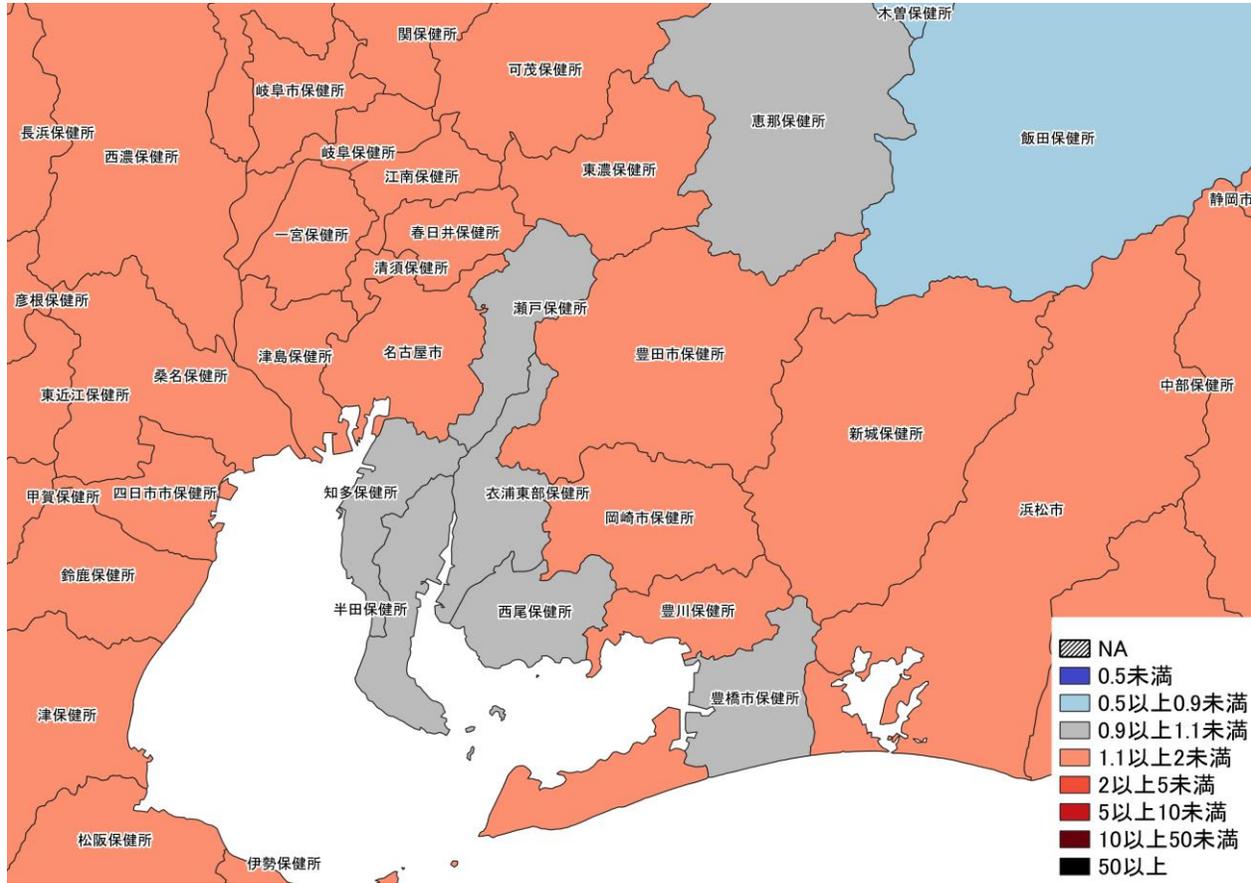


11/28~ 12/04  
12/05~ 12/11

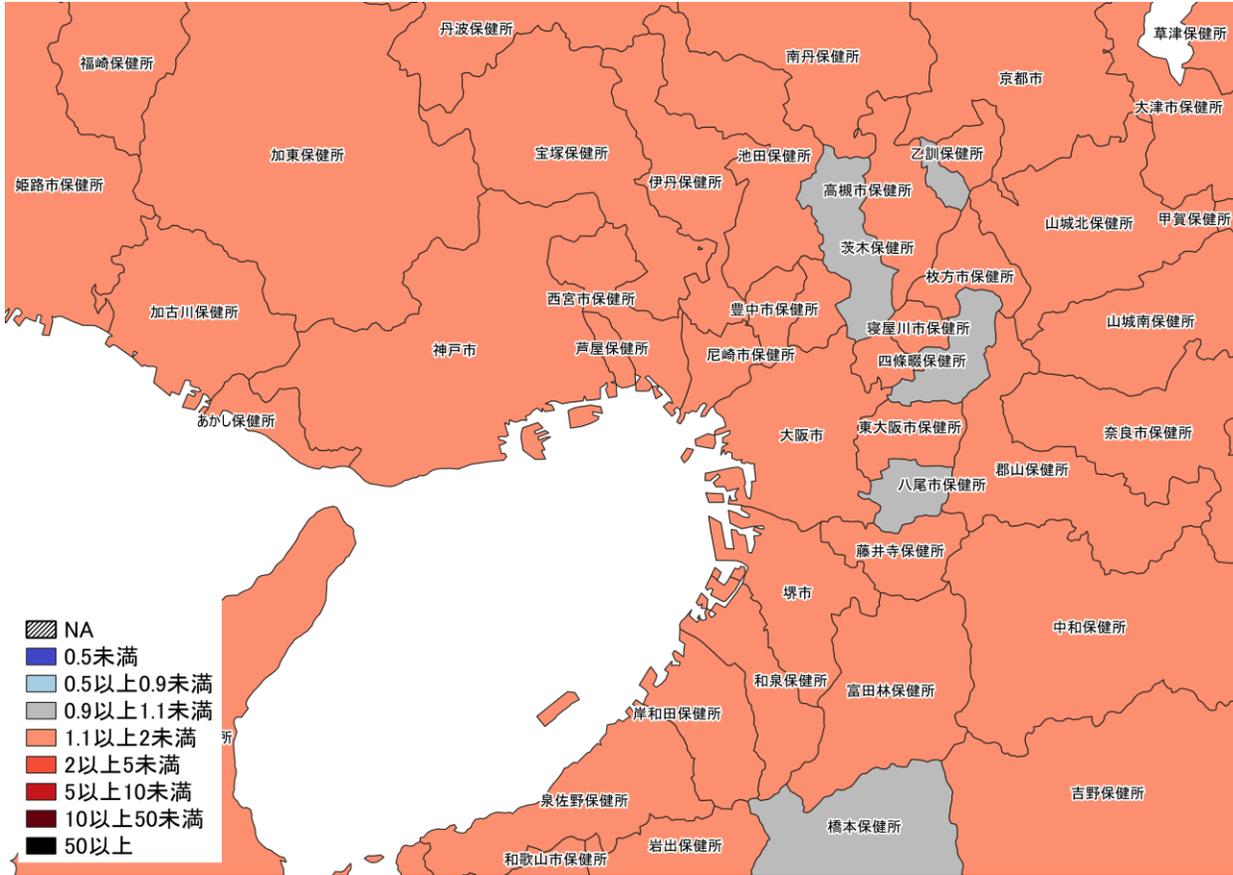


12/05~ 12/11  
12/12~ 12/18

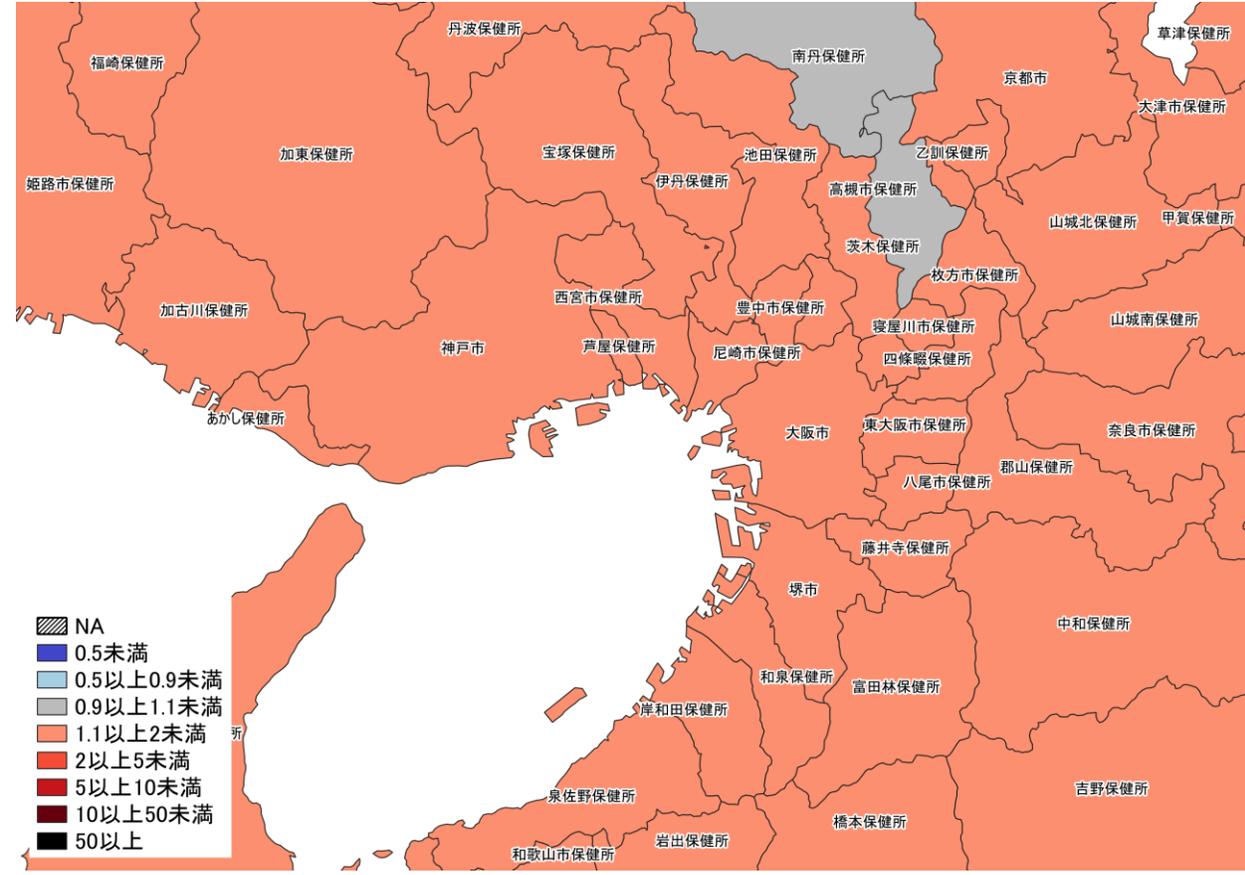
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
関西・中京圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
名古屋周辺 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

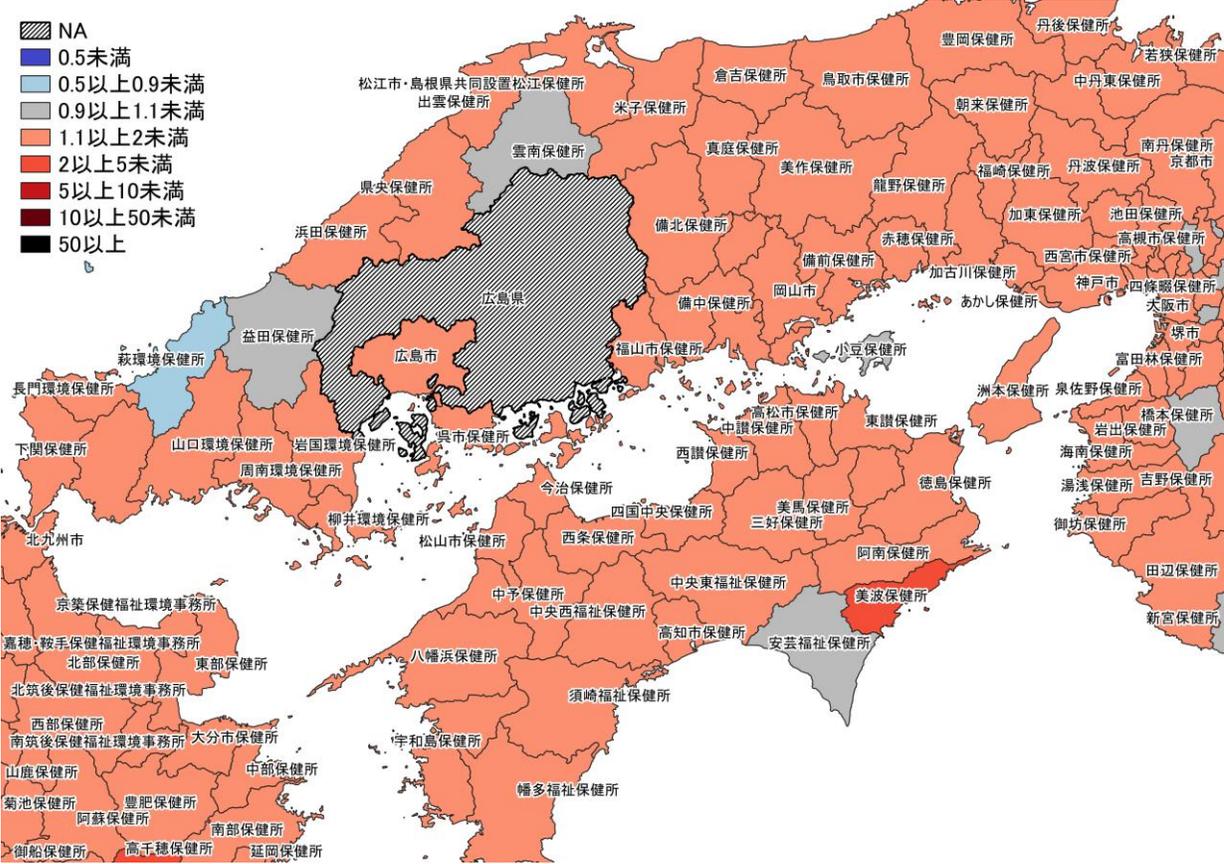


11/28~ 12/04  
12/05~ 12/11

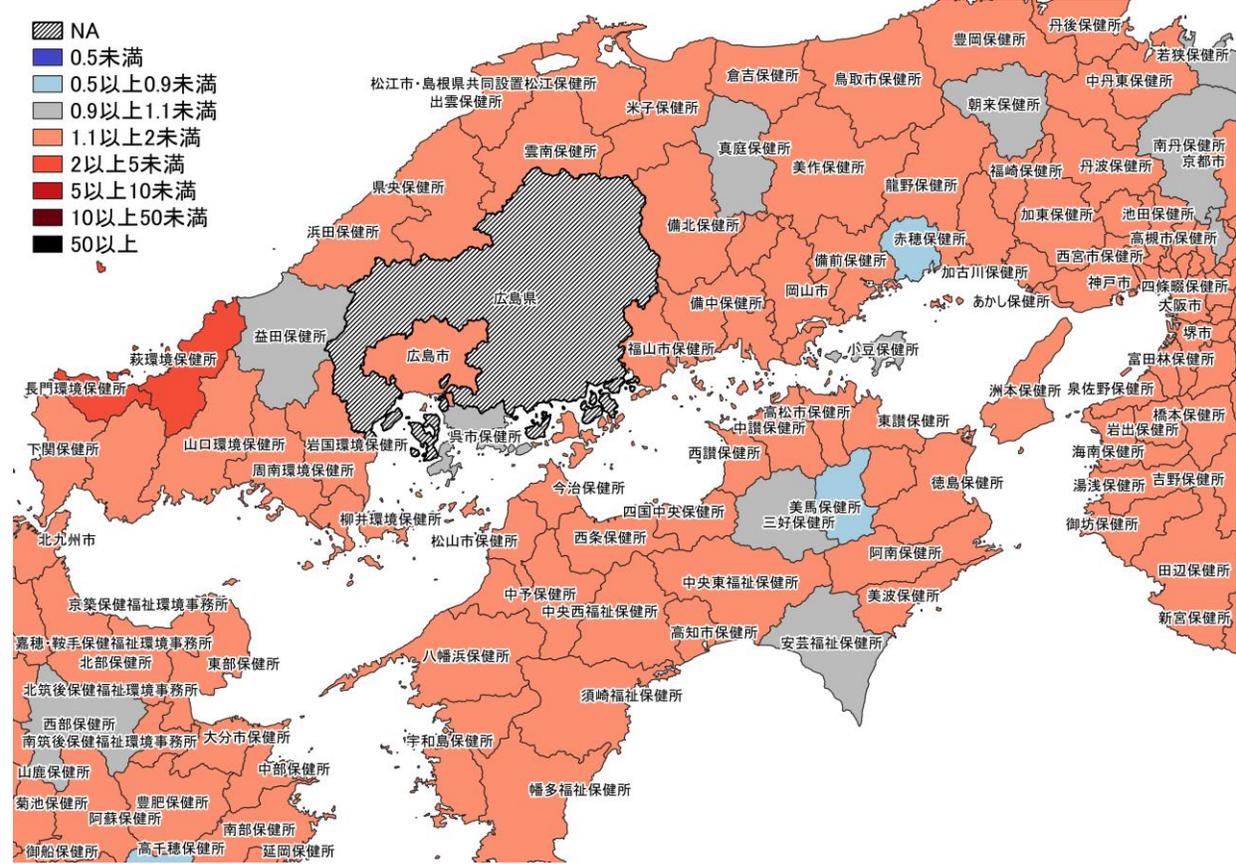


12/05~ 12/11  
12/12~ 12/18

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
大阪周辺 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



11/28～ 12/04  
12/05～ 12/11

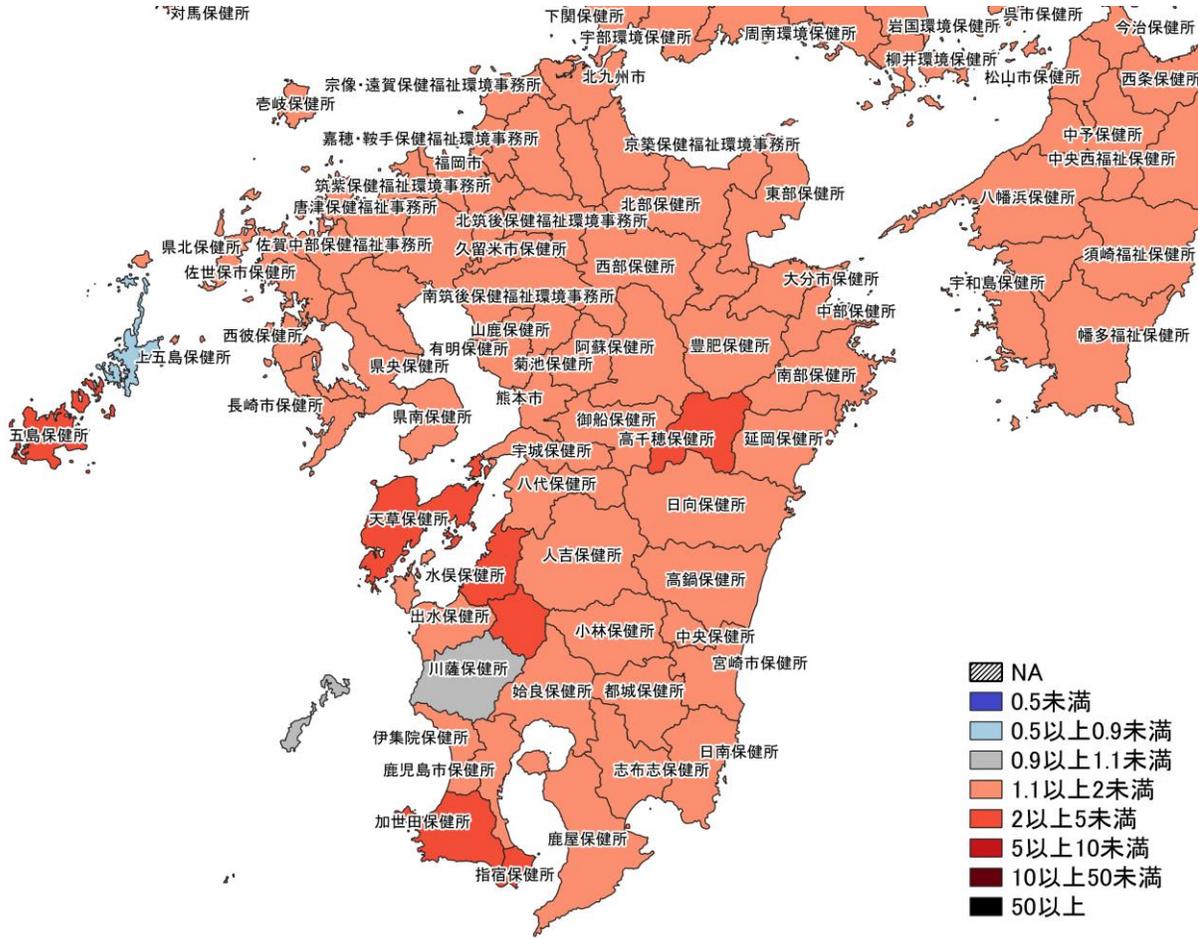


12/05～ 12/11  
12/12～ 12/18

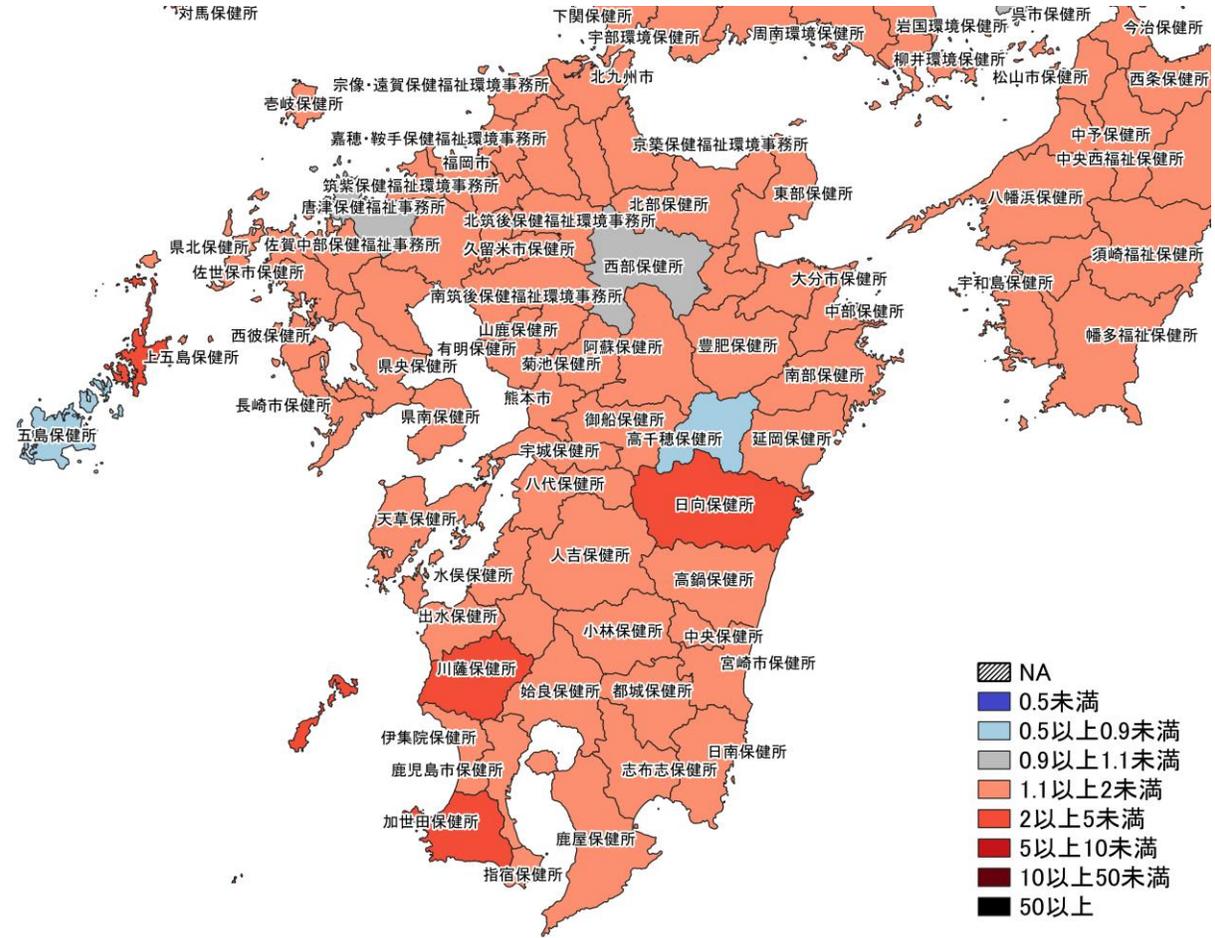
## 7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

### 中国・四国地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

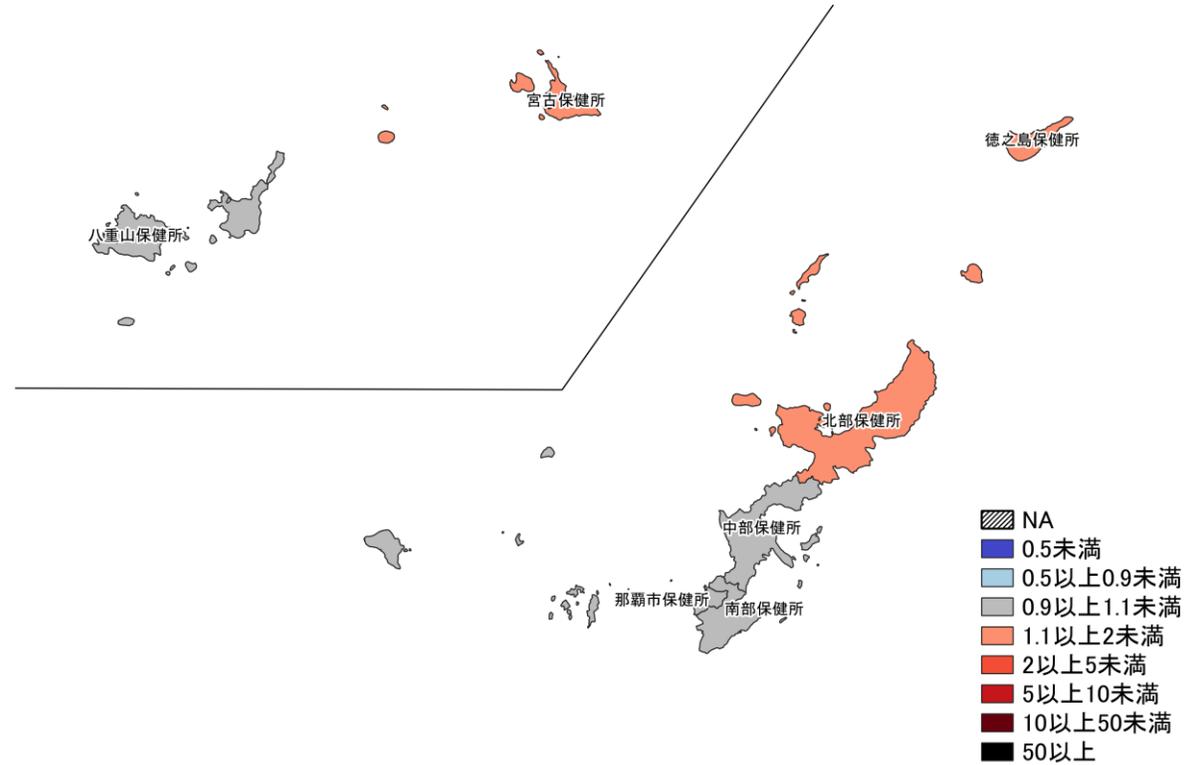
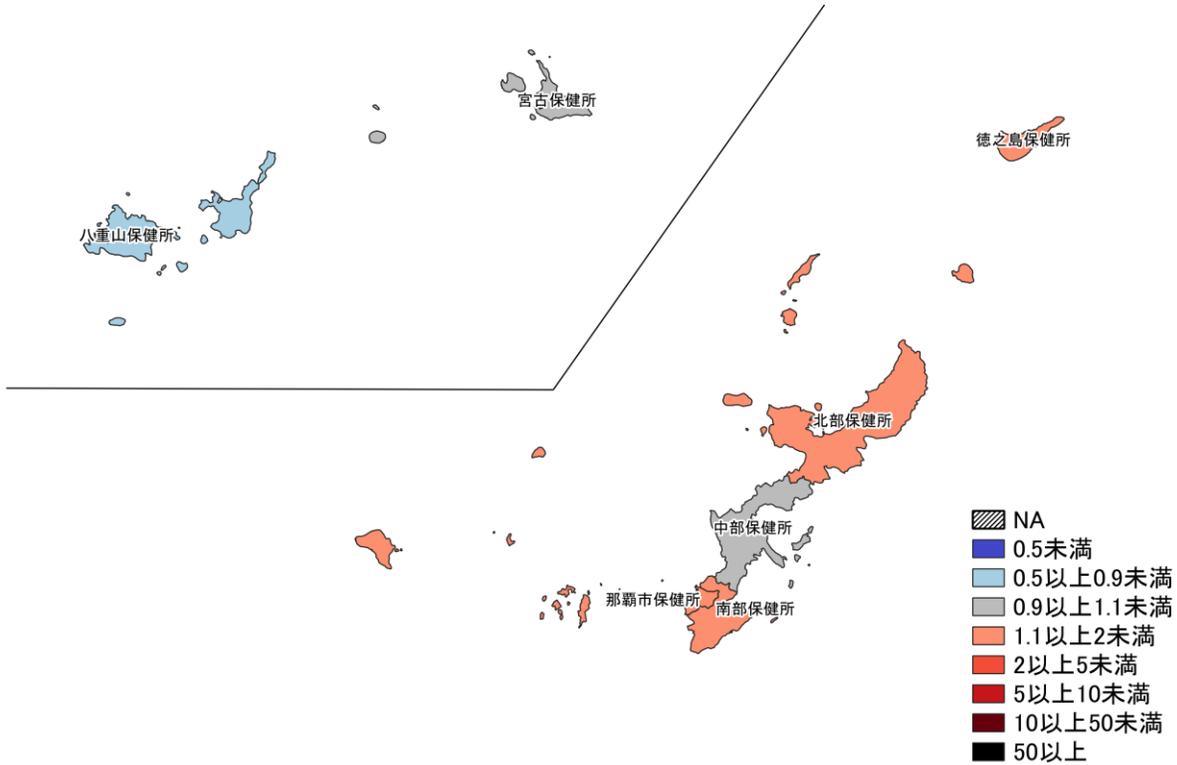


11/28~ 12/04  
12/05~ 12/11



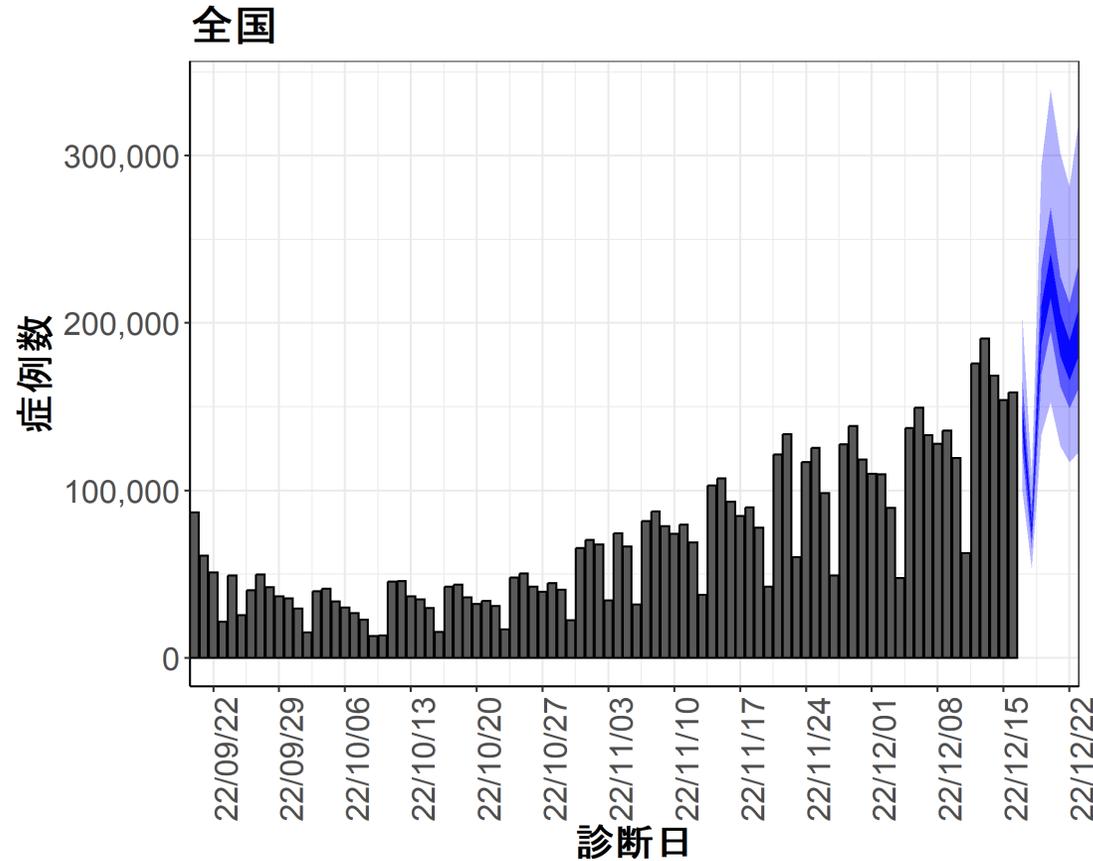
12/05~ 12/11  
12/12~ 12/18

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
九州地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
 沖縄（陽性者登録センターの報告数を含まない）

# 新規症例数の予測値：全国



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-12-17	141808.0
2022-12-18	75884.0
2022-12-19	199377.0
2022-12-20	228926.5
2022-12-21	193064.5
2022-12-22	176991.0
2022-12-23	194399.0

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<sup>1</sup>。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間<sup>2</sup>、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）

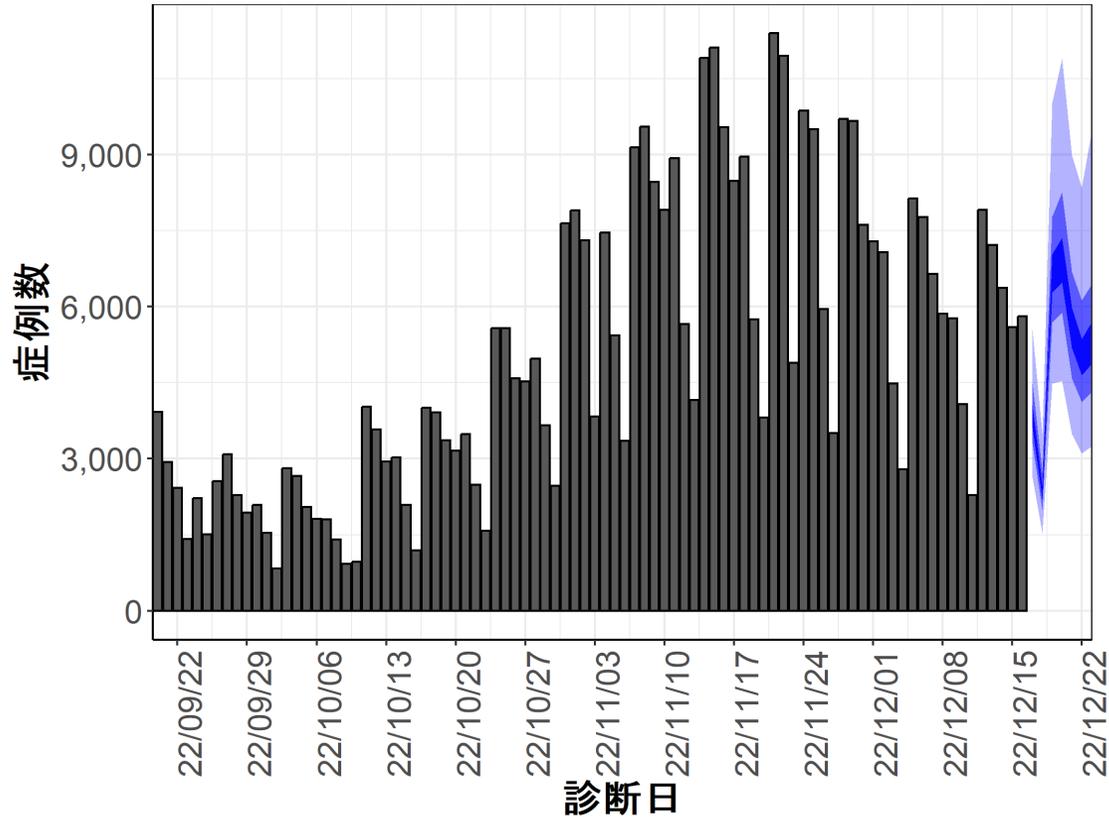
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

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

<sup>2</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](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
2022-12-17	3820.5
2022-12-18	2336.0
2022-12-19	6645.5
2022-12-20	6911.5
2022-12-21	5550.0
2022-12-22	4998.0
2022-12-23	5254.5

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<sup>1</sup>。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間<sup>2</sup>、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）

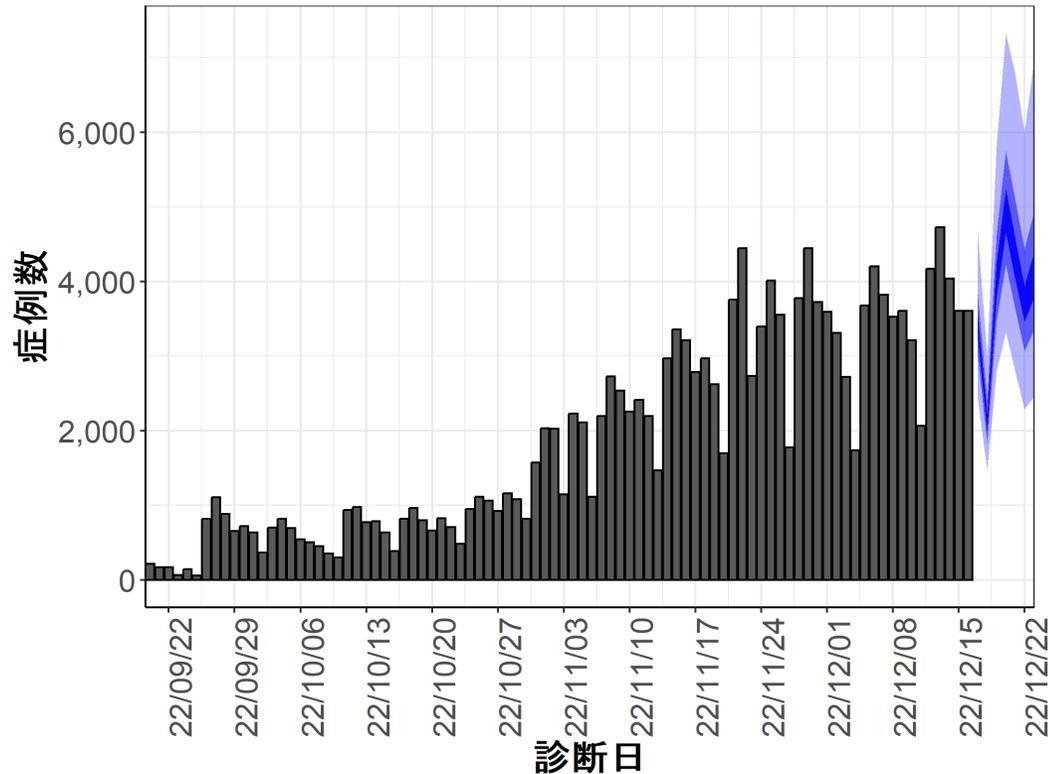
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

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

<sup>2</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)

# 新規症例数の予測値：宮城県

## 宮城県



### 7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-12-17	3389.0
2022-12-18	2111.0
2022-12-19	3993.5
2022-12-20	4952.0
2022-12-21	4310.0
2022-12-22	3705.0
2022-12-23	4091.5

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<sup>1</sup>。

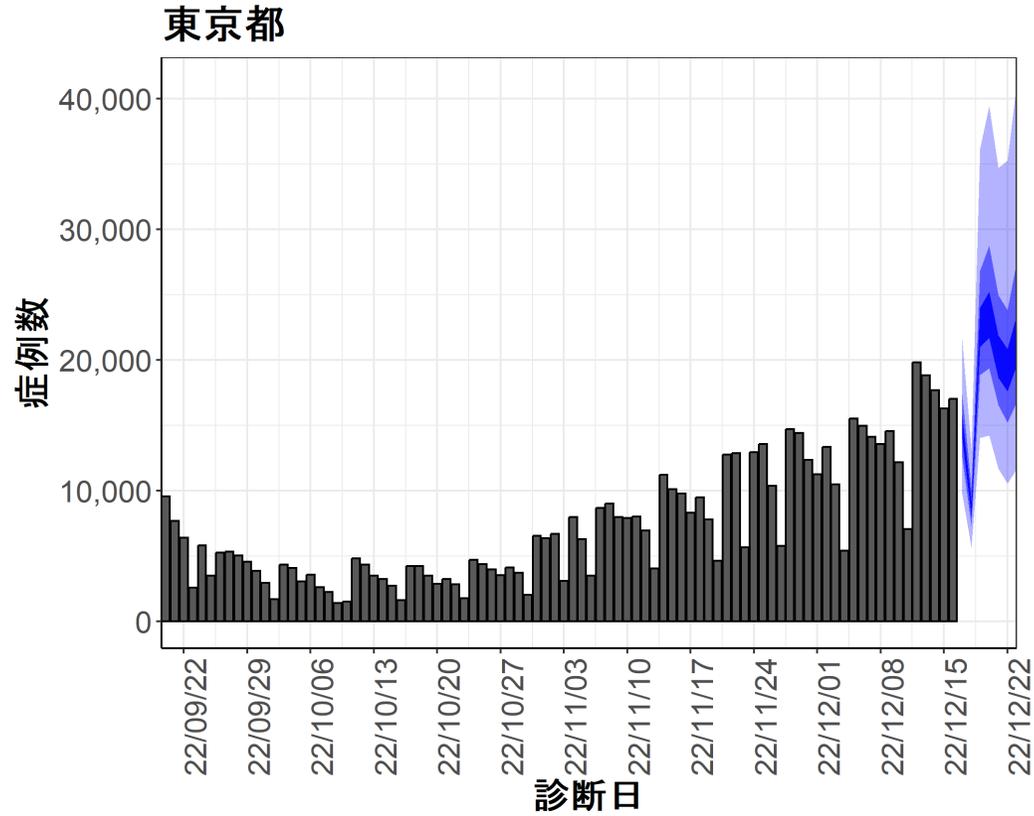
（英国から報告されたオミクロン株の世代時間<sup>2</sup>、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

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。

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

<sup>2</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)

# 新規症例数の予測値：東京都



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-12-17	14829.5
2022-12-18	8653.5
2022-12-19	22503.5
2022-12-20	23314.0
2022-12-21	19986.0
2022-12-22	19166.0
2022-12-23	21461.0

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<sup>1</sup>。

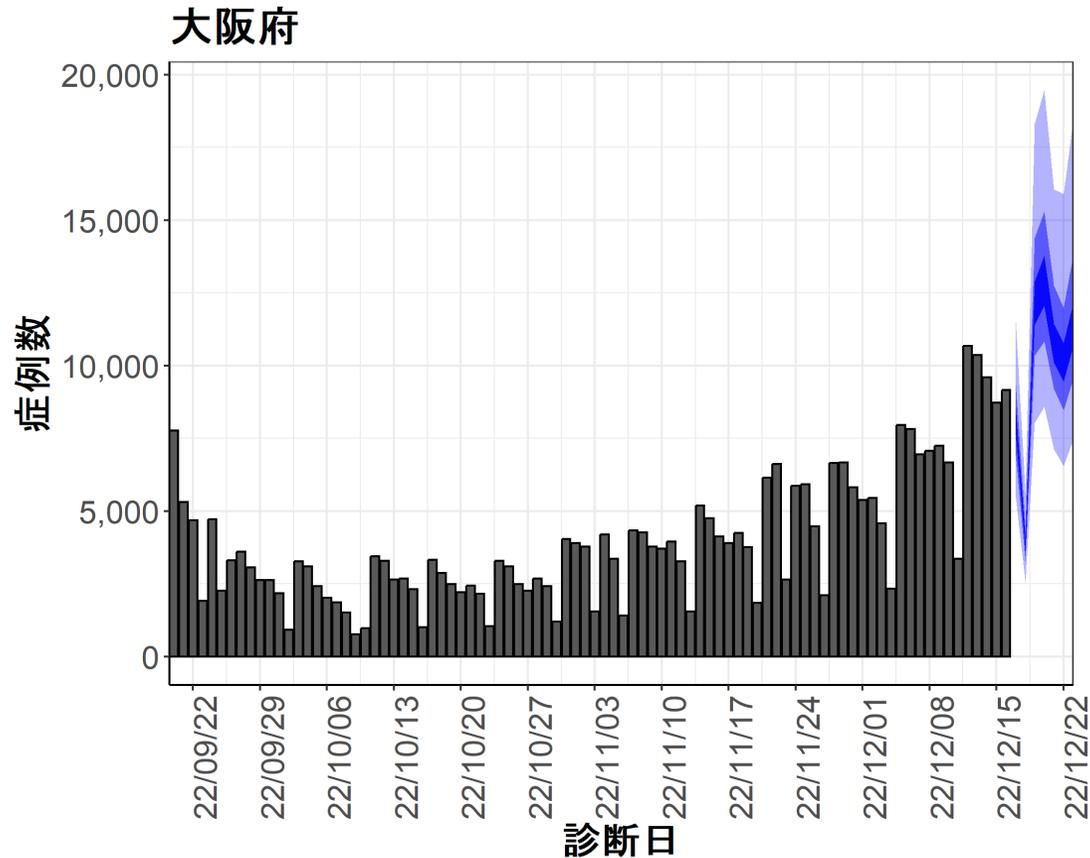
（英国から報告されたオミクロン株の世代時間<sup>2</sup>、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

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補助として活用されることを想定している。

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

<sup>2</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)

# 新規症例数の予測値：大阪府



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-12-17	8061.0
2022-12-18	3831.0
2022-12-19	12142.0
2022-12-20	12892.5
2022-12-21	10689.0
2022-12-22	10103.5
2022-12-23	11403.0

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<sup>1</sup>。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間<sup>2</sup>、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）

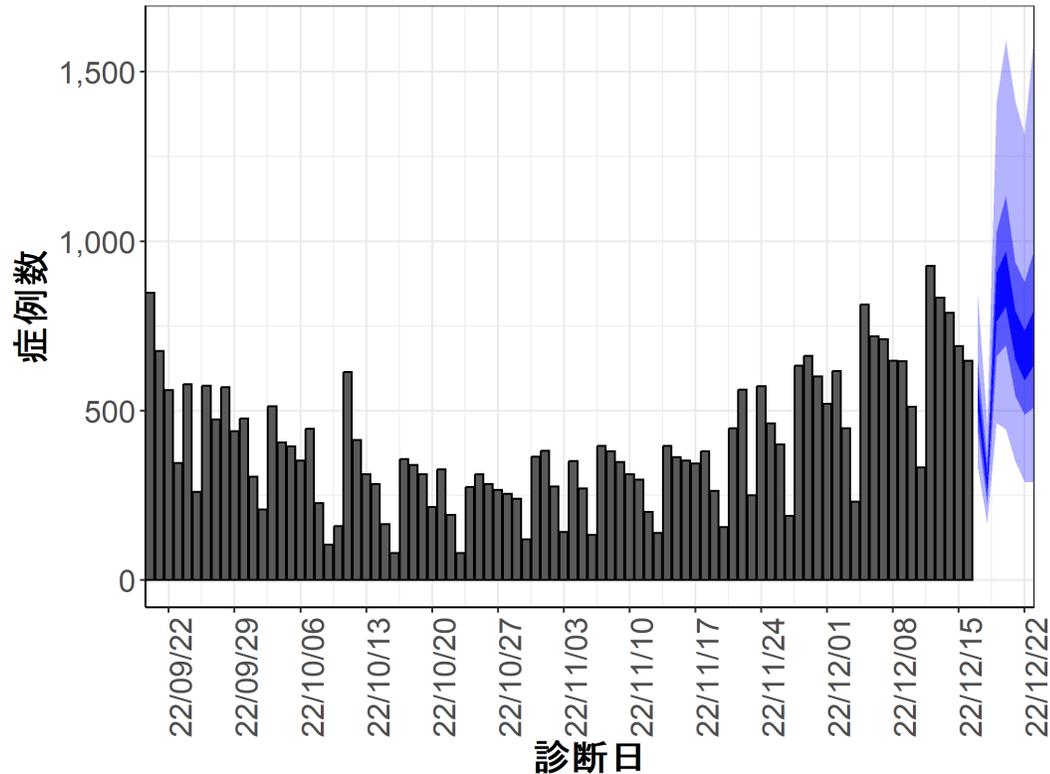
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

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

<sup>2</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](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
2022-12-17	537.0
2022-12-18	282.0
2022-12-19	834.0
2022-12-20	885.5
2022-12-21	724.0
2022-12-22	658.0
2022-12-23	714.0

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<sup>1</sup>。

（英国から報告されたオミクロン株の世代時間<sup>2</sup>、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補助として活用されることを想定している。

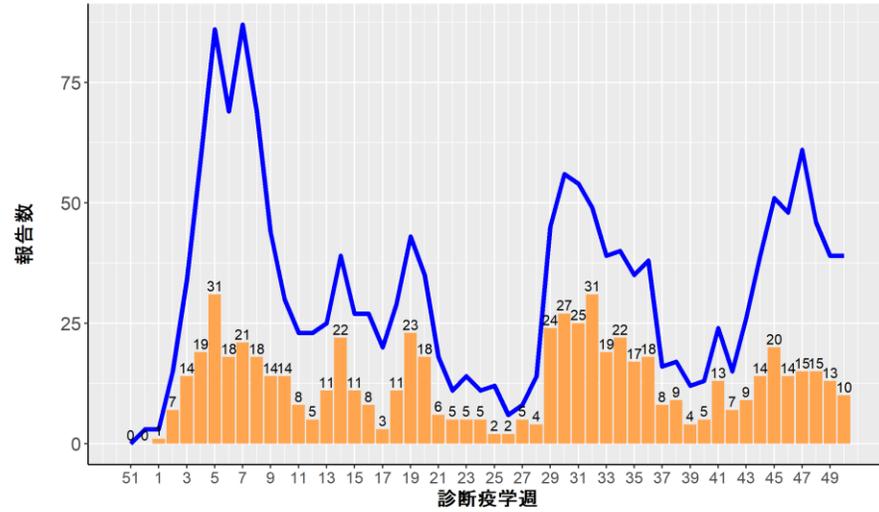
<sup>1</sup> <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>

<sup>2</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)

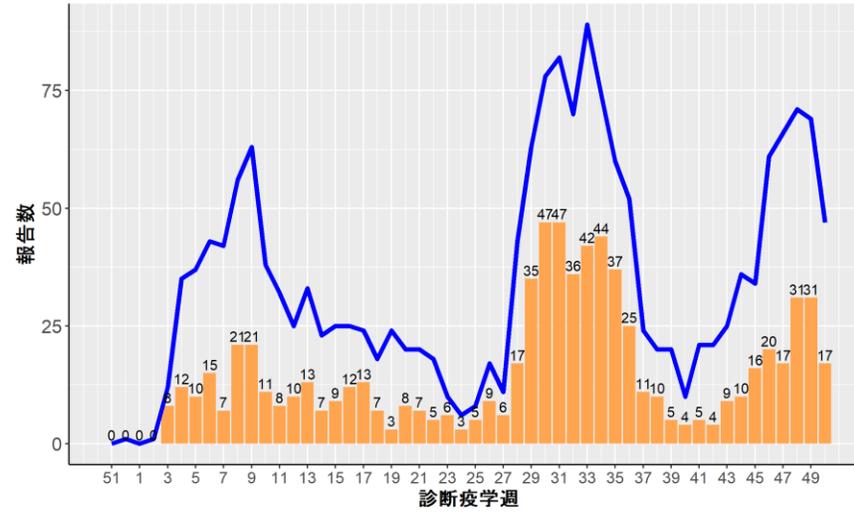
# HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

## 2022年12月19日

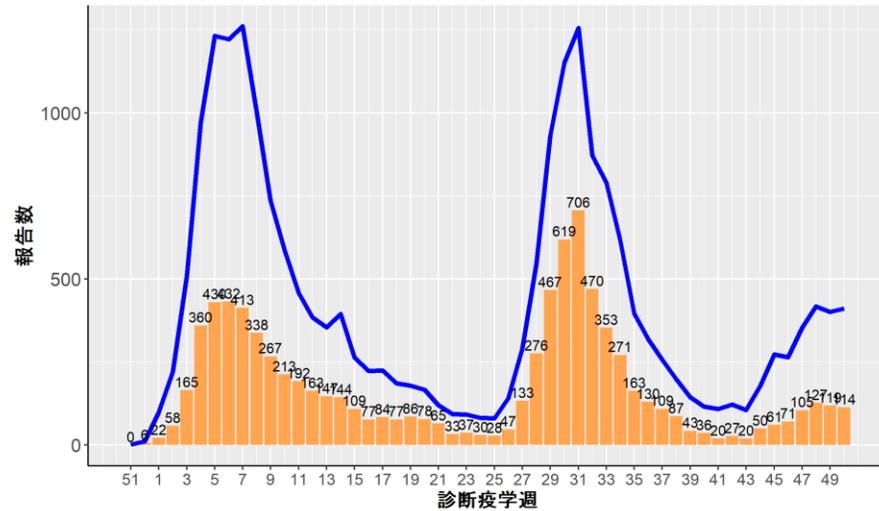
北海道



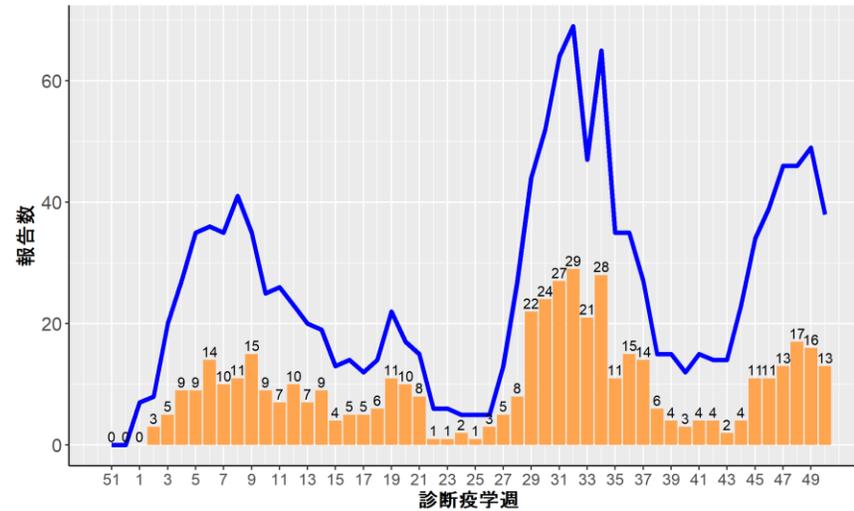
東北



関東



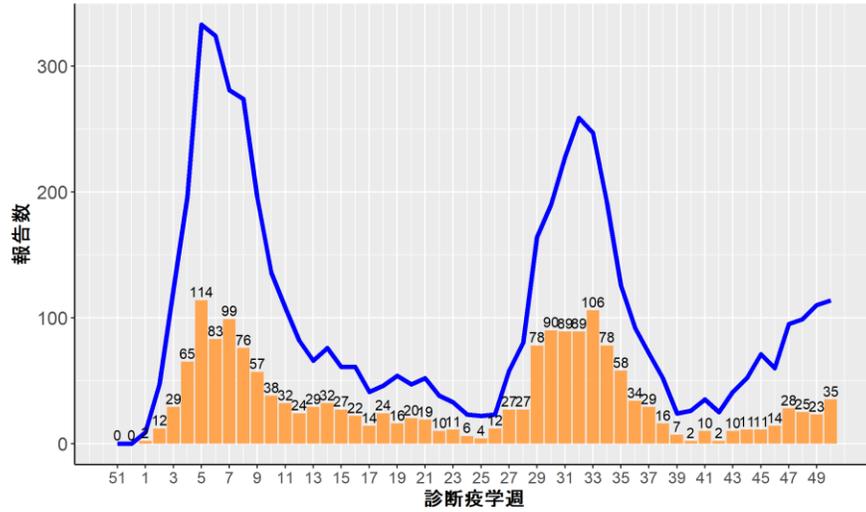
北陸



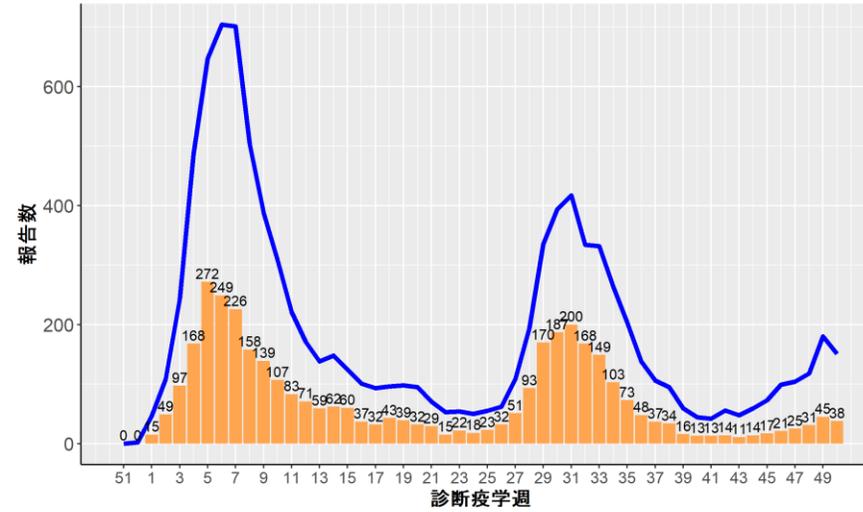
— 中等症以上    ■ 重症

# HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数 2022年12月19日

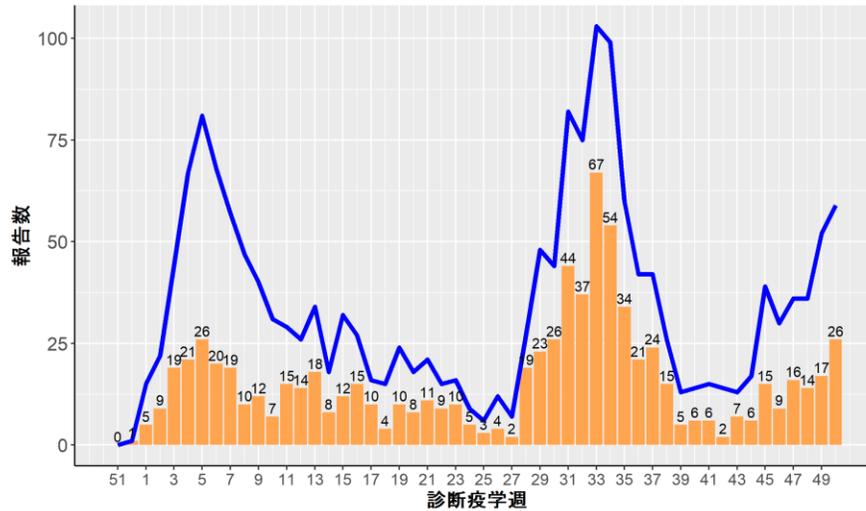
東海



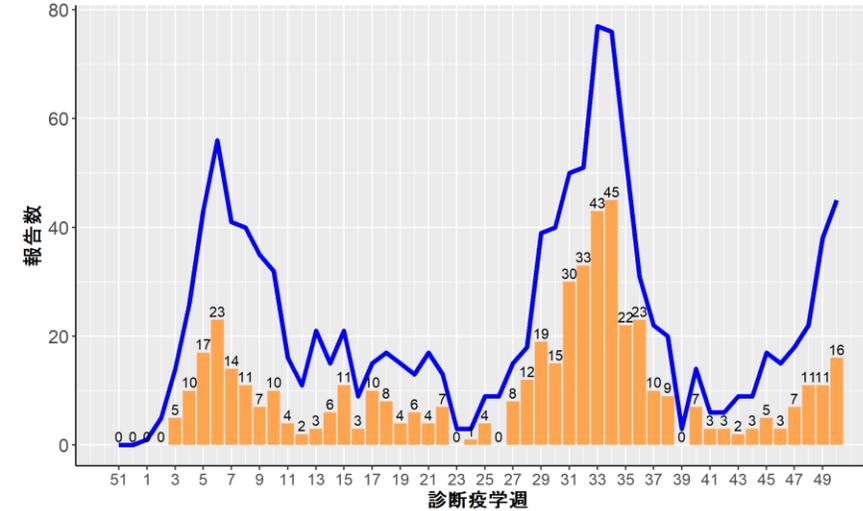
近畿



中国



四国

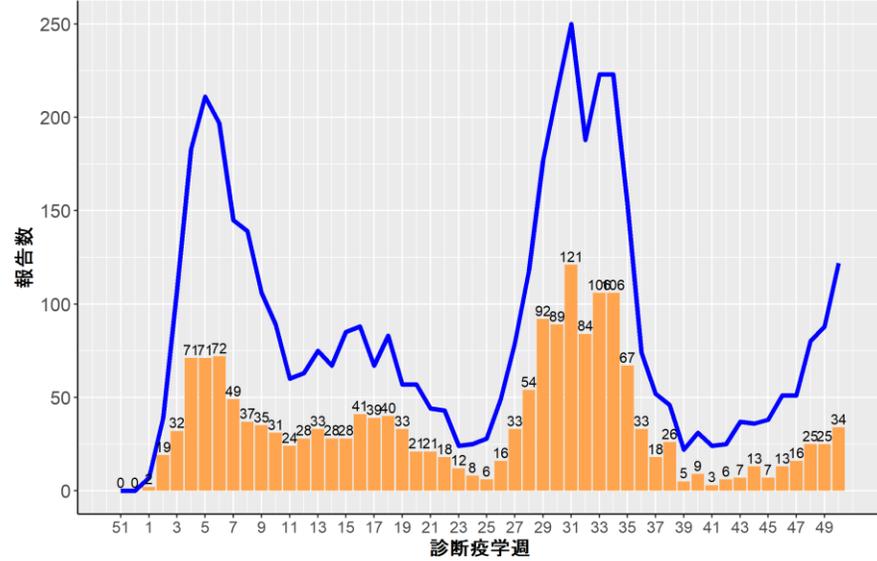


— 中等症以上    ■ 重症

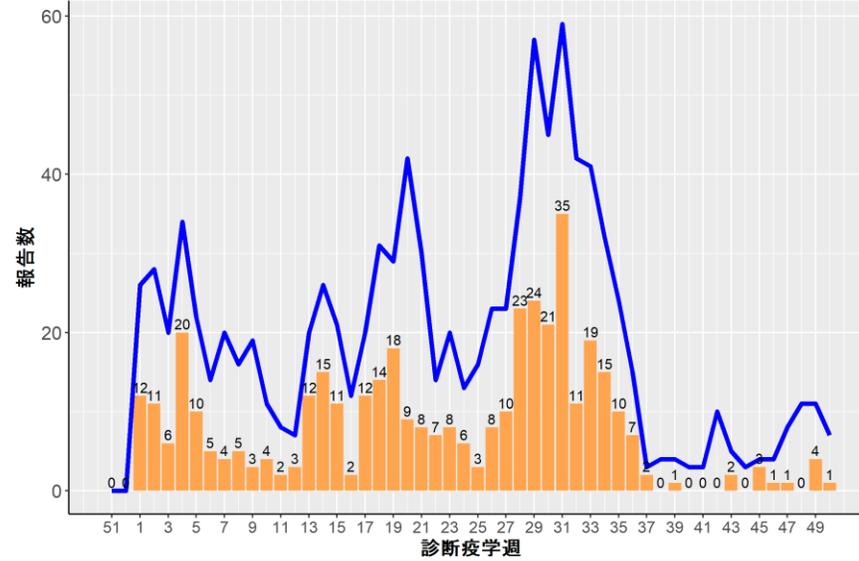
# HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

## 2022年12月19日

九州



沖縄



— 中等症以上    ■ 重症

## 学校欠席者の状況について：12月19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。

新型コロナウイルス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9月15日から2022年12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。インフルエンザ関連欠席の参加児童1万人あたりの報告数を2022年4月1日から都道府県別にプロットした

### 評価：

- 直近1週間で東京都、愛知県、大阪府では新型コロナウイルス感染症の関連欠席者が報告されており、横ばいから増加傾向にあると考えられる。
- 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。
- ほぼ全国的に新型コロナウイルス感染症による欠席率が全ての施設群で高止まりしており、強いシグナルが出ている状況にある。
- 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。
- インフルエンザ関連欠席率は、小学校から高校では報告する自治体が増加してきている。特に大阪府や京都府で比較的高いレベルとなっている。

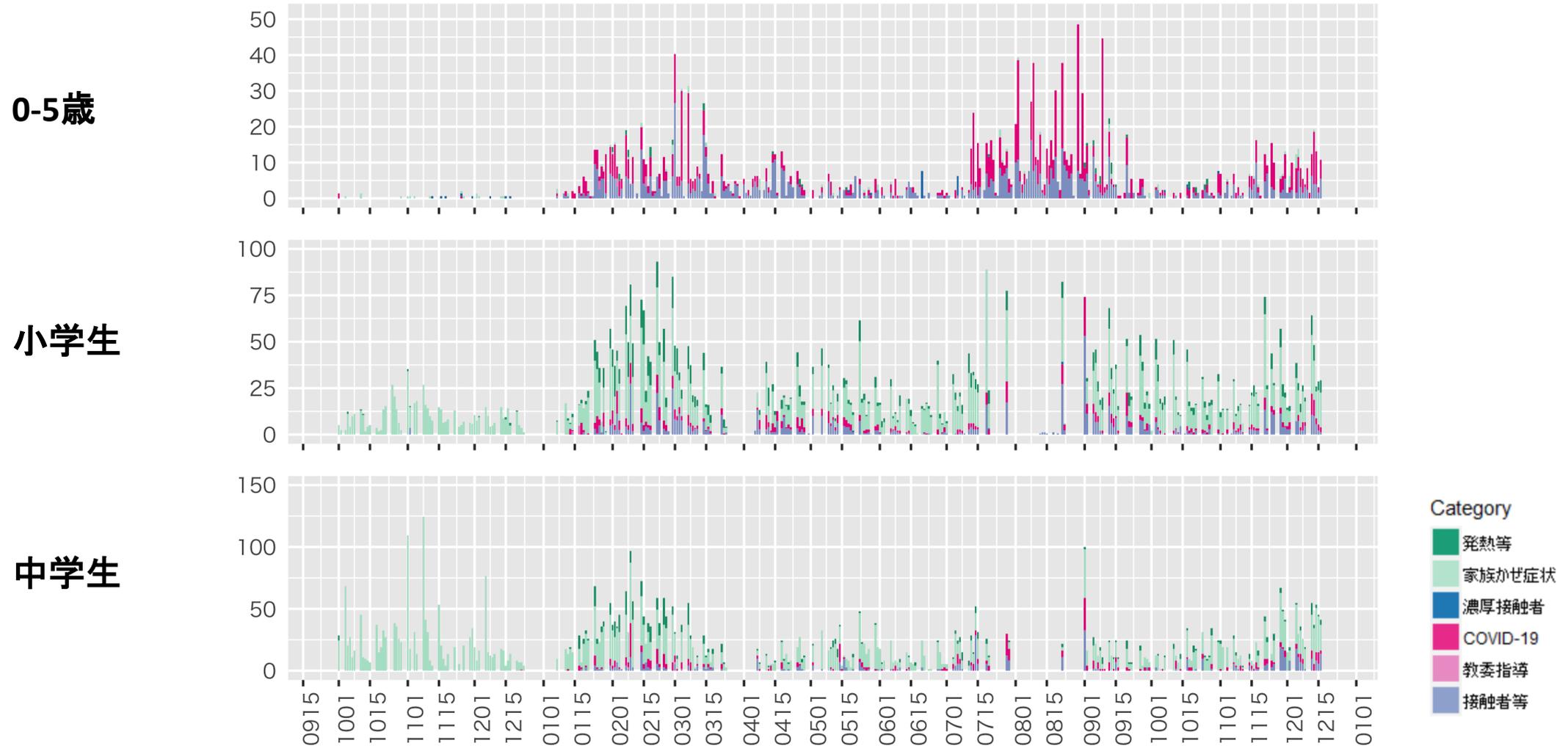
学校等欠席者・感染症情報システム：12月19日時点

**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：12月19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）

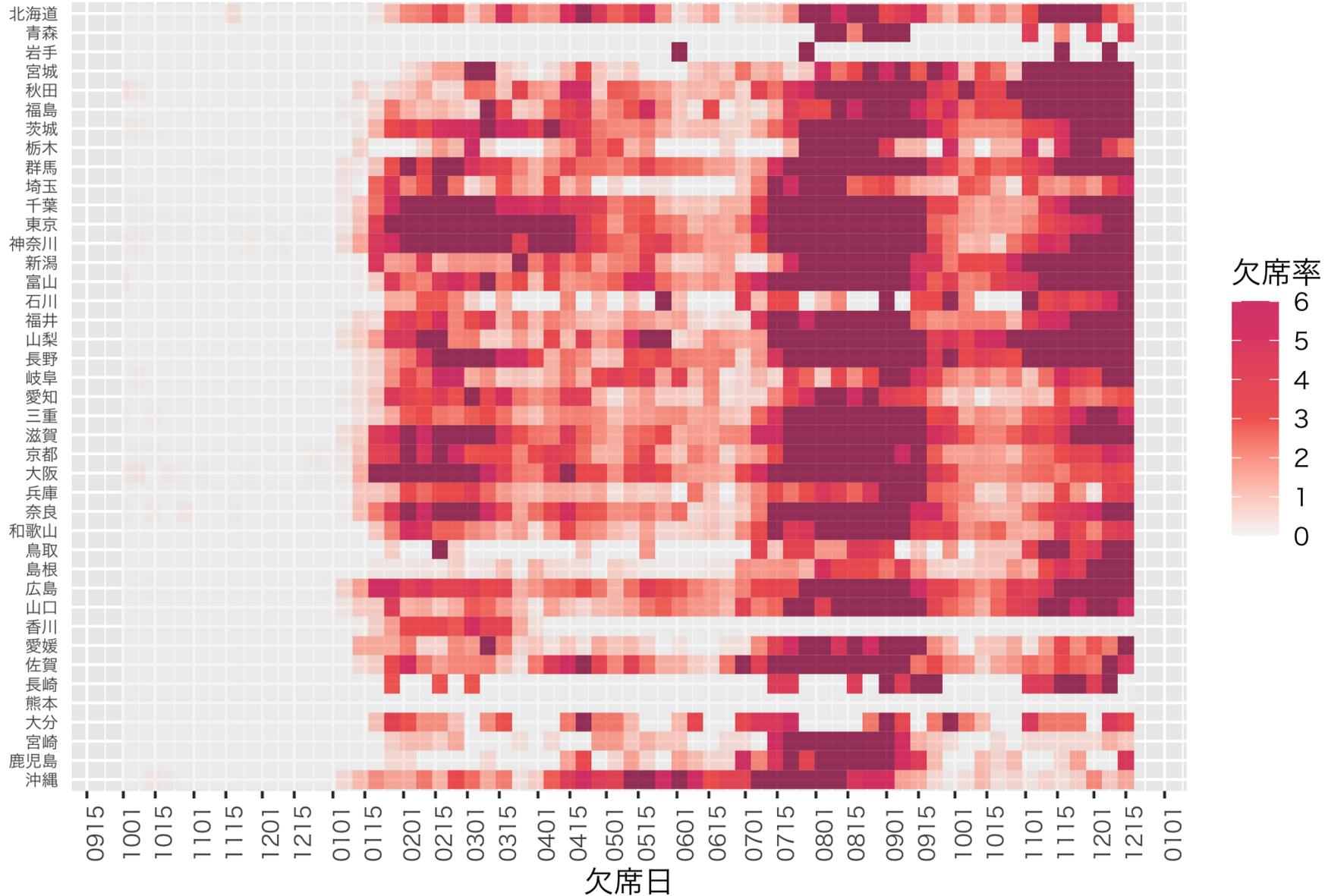


# 学校等欠席者・感染症情報システム：12月19日時点

## 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）

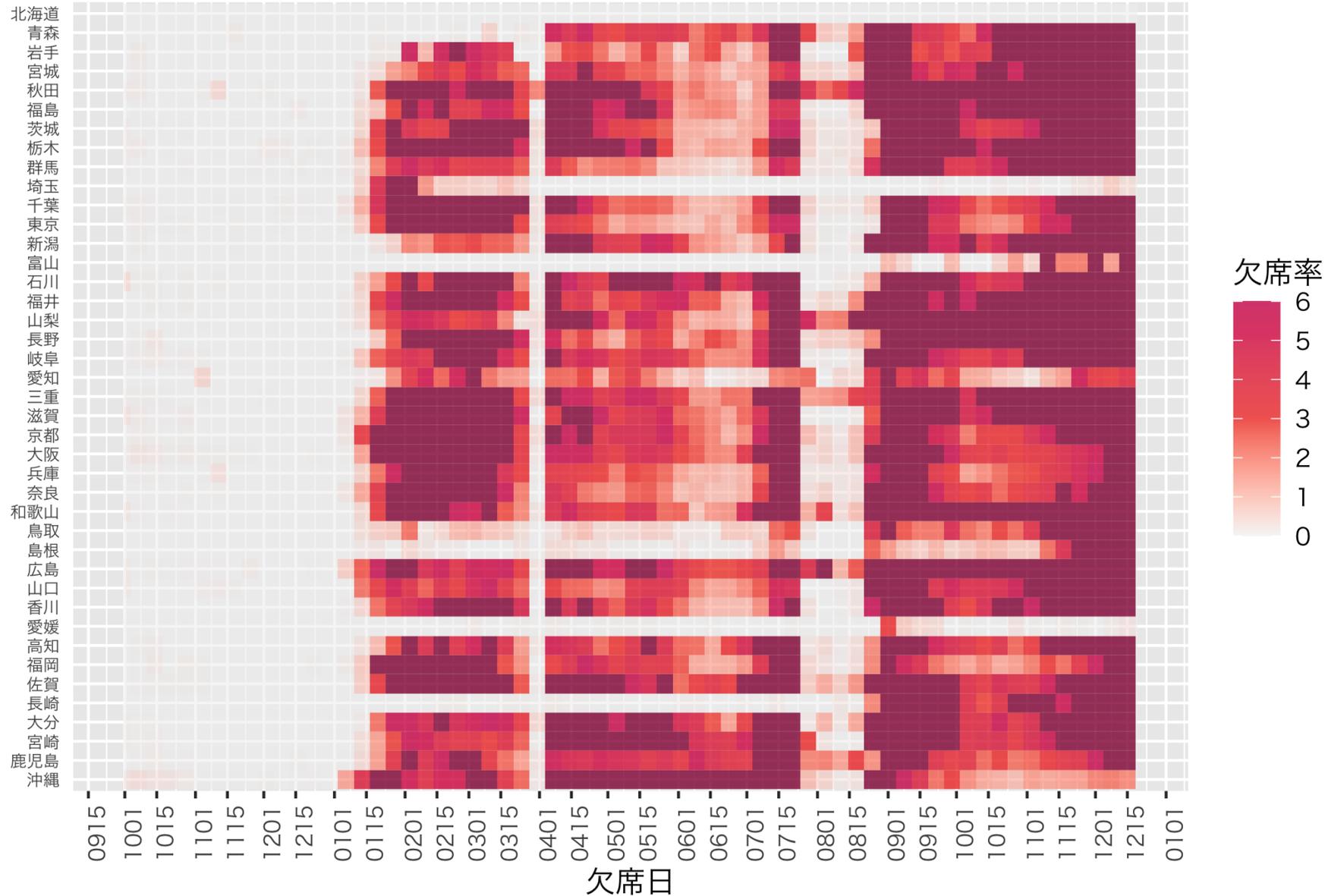


# 0-5歳児における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児NIID 童1万人あたり、都道府県別)

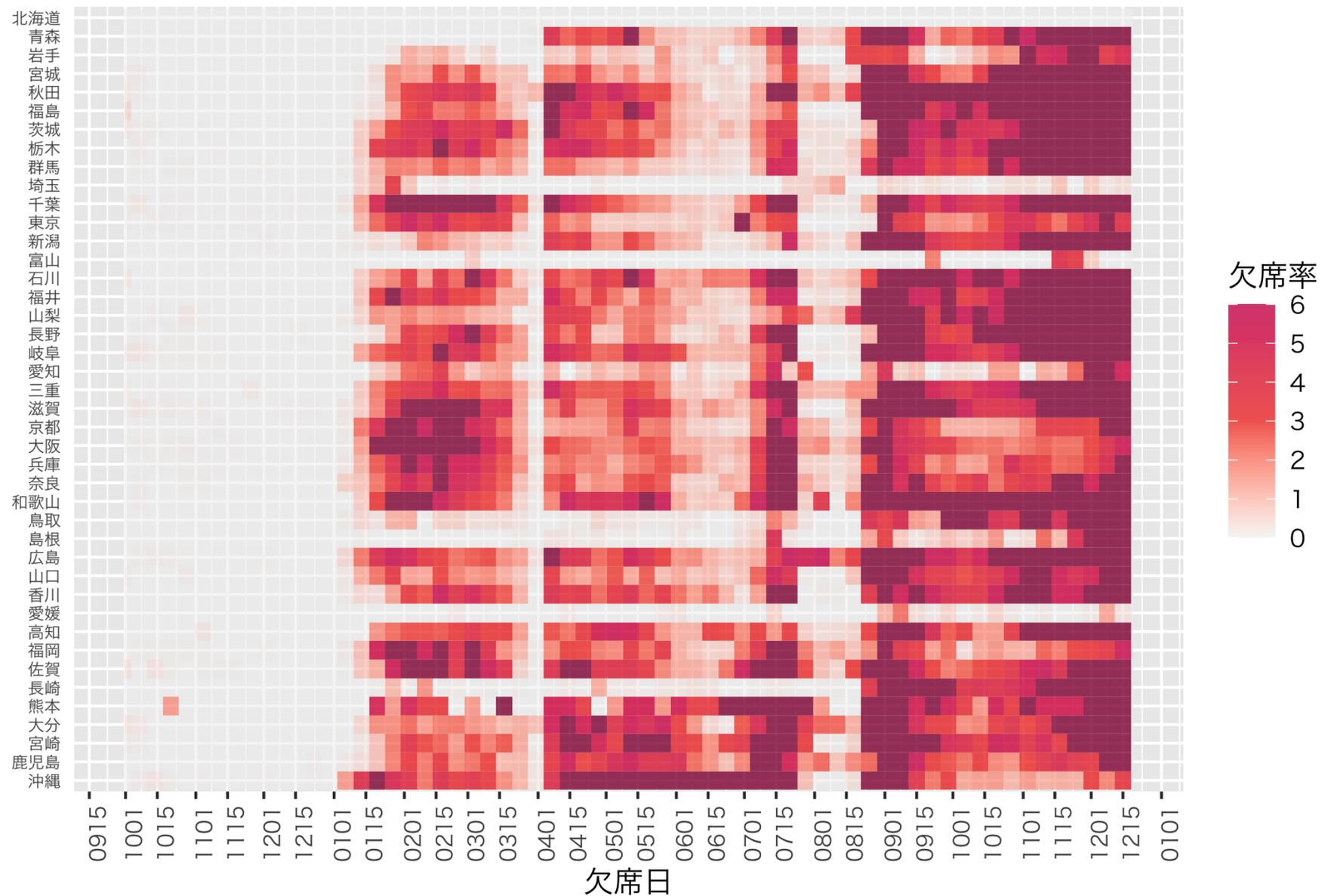


# 小学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録見)

## 童1万人あたり、都道府県別)



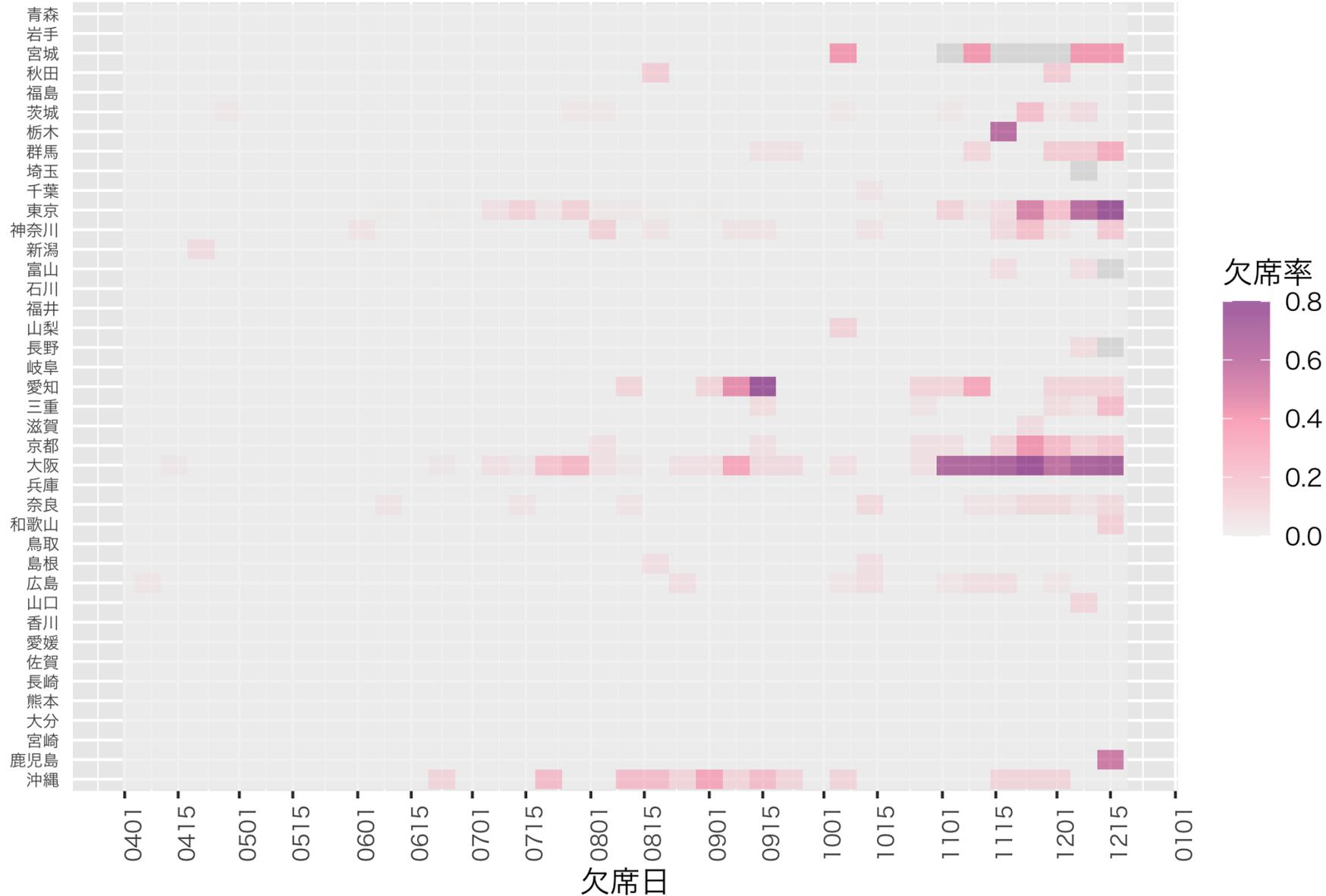
# 中学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児童1万人あたり、都道府県別)



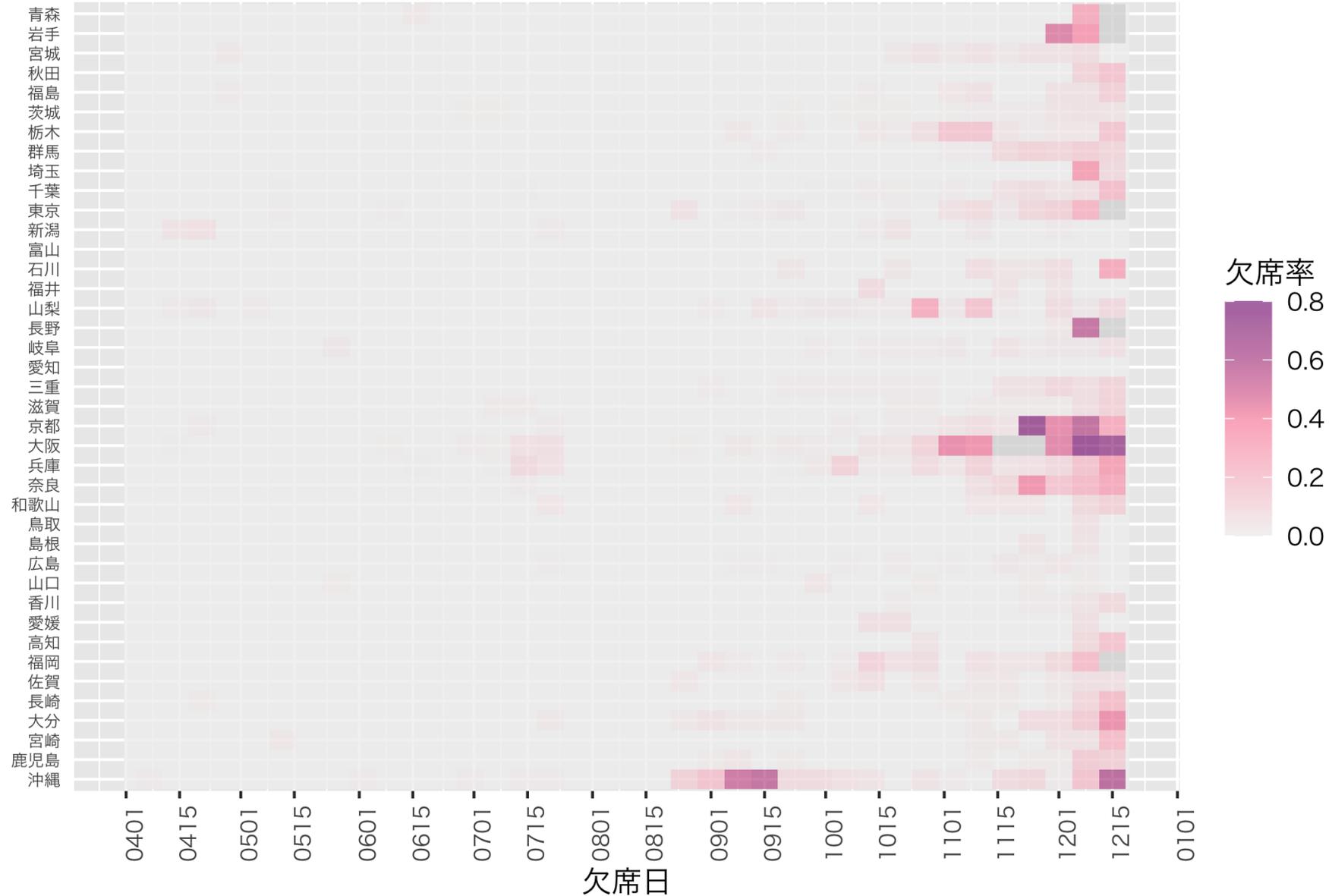
# 高校生における新型コロナウイルス感染症による欠席率 (登録児童1万人あたり、都道府県別)



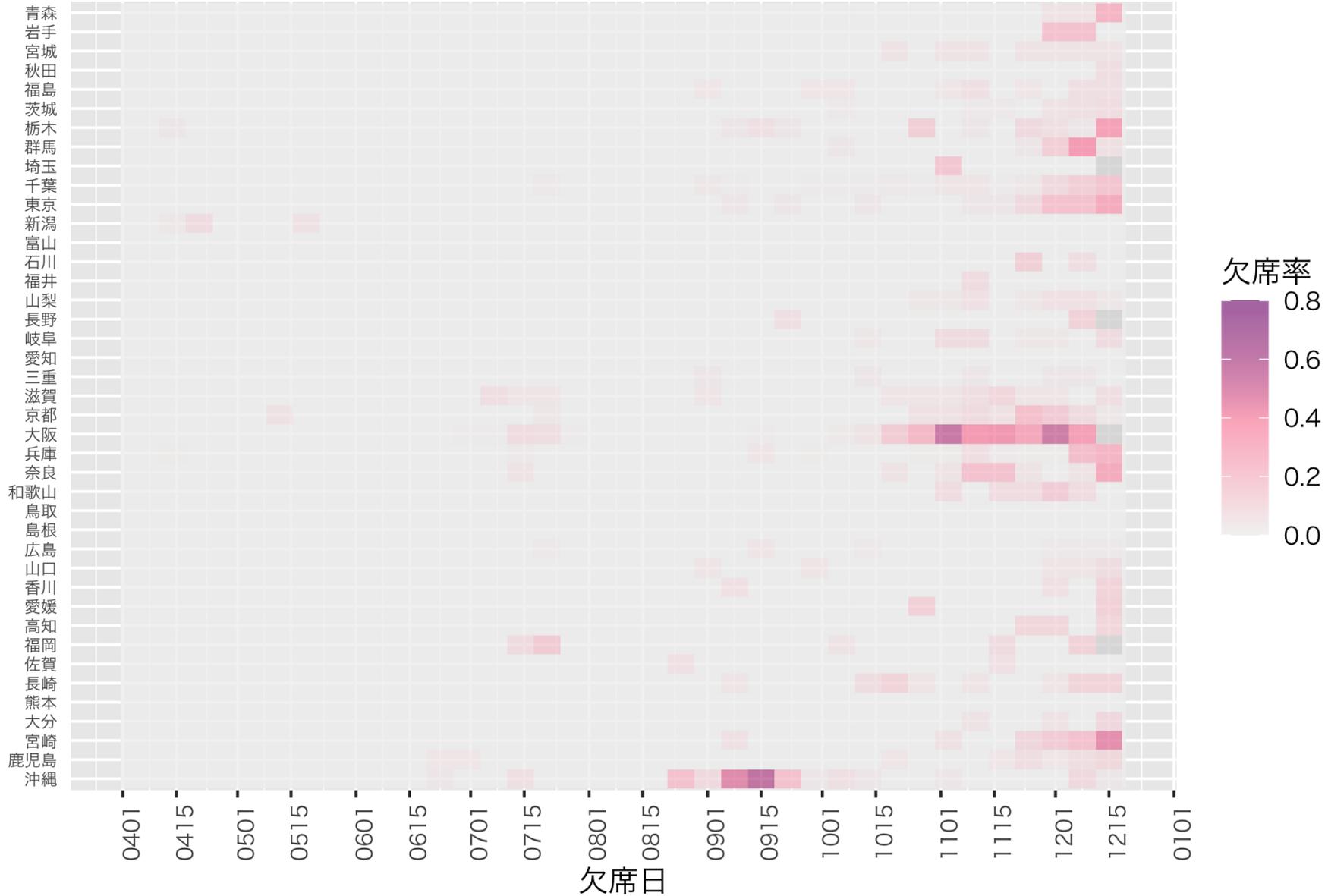
# 0-5歳児におけるインフルエンザによる欠席率 (登録児童1万人 り、都道府県別)



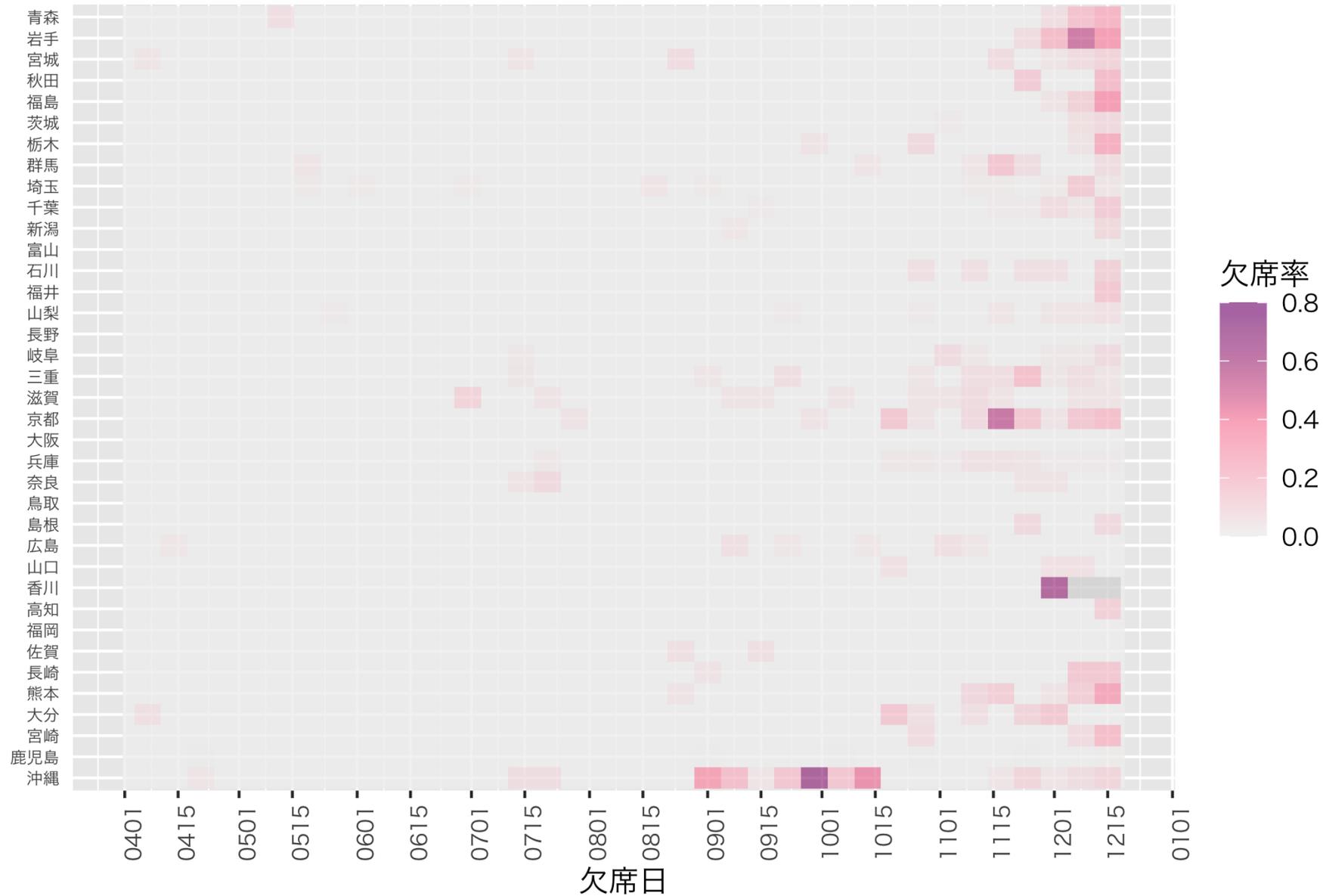
# 小学生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



# 中学生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



# 高校生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人あり、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亜系統検出の推定

## 背景

全国の変異株（亜系統）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検体を用いた亜系統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）

## 亜系統検出率解析方法

- 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）。
- 各亜系統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。

## 特徴

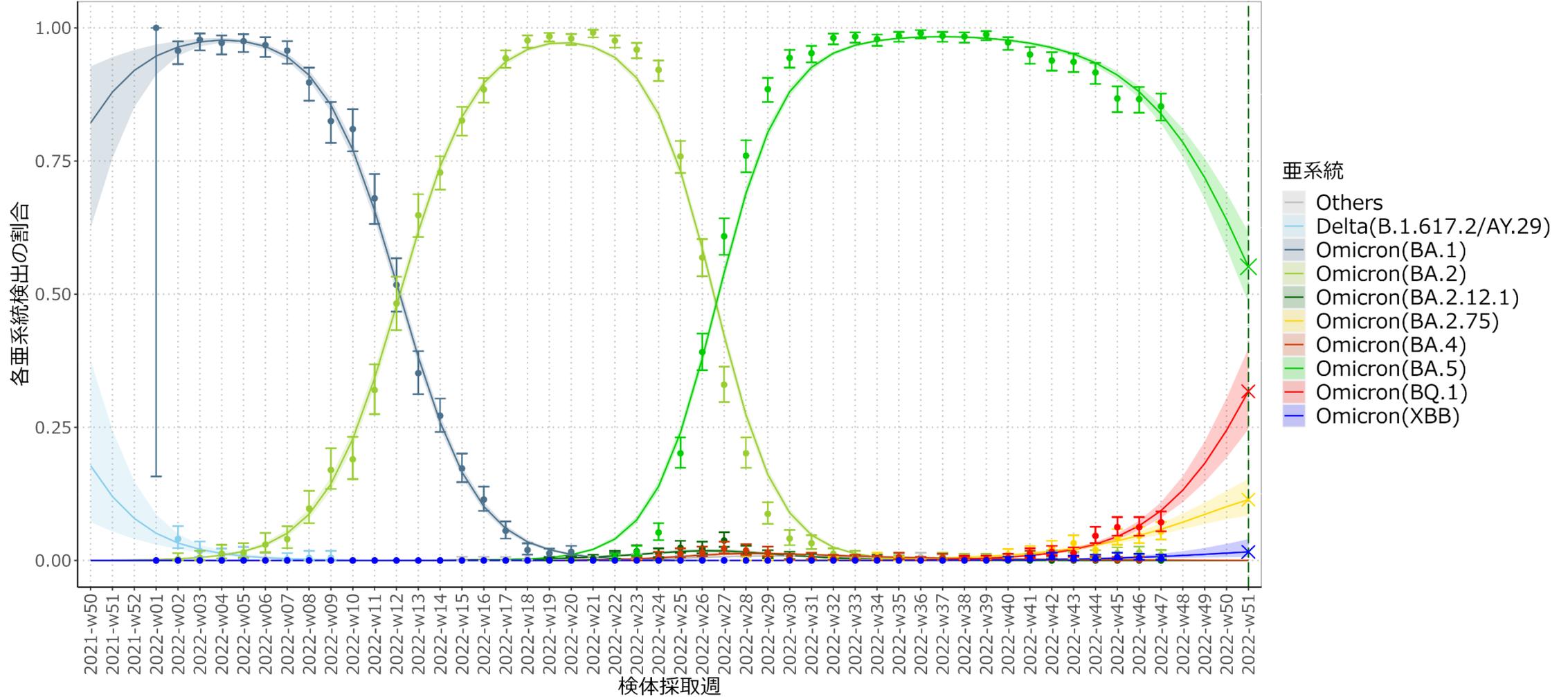
- 都道府県別のランダムな対象の抽出に厳密な基準を設定していないこと、及び各地域の対象数を考慮すると、地域（都道府県別）の偏りについては検査時点では考慮不可（後に判明）であり、地域ごとの代表性の確保はできない（原則、全国の分析のみ考慮）。
- 本サーベイランスの対象は、民間検査機関に集められた検体で、個別に医療機関を受診した症例の検査検体が中心であり、集団発生の影響が比較的少なく、実際の地域の感染状況を反映しやすいと考えられる。

## 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検出の推定と比較したところ、全国的な傾向は同様であった。

# 亜系統検出割合の推定（12月15日時点）-多項ロジスティック回帰モデル

## 検出割合の推定(検体採取週)



2022-w51=2022年第51週:  
2022年12月19日-2022年12月25日

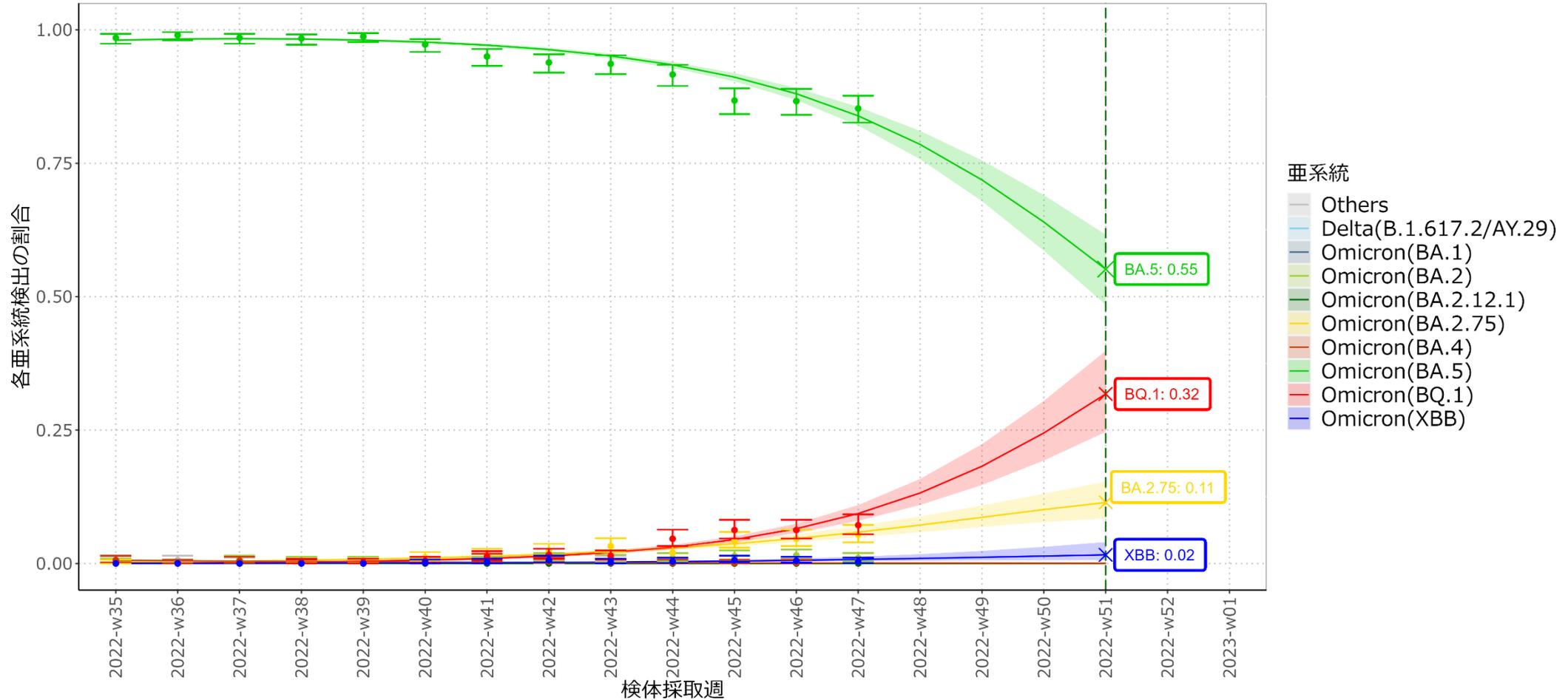
点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

Omicron(BA.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1\*、BA.2.75\*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1\*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。

Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。(\*下位系統を含む)

# 【拡大】亜系統検出割合の推定（12月15日時点）-多項ロジスティック回帰モデル

検出割合の推定(検体採取週)



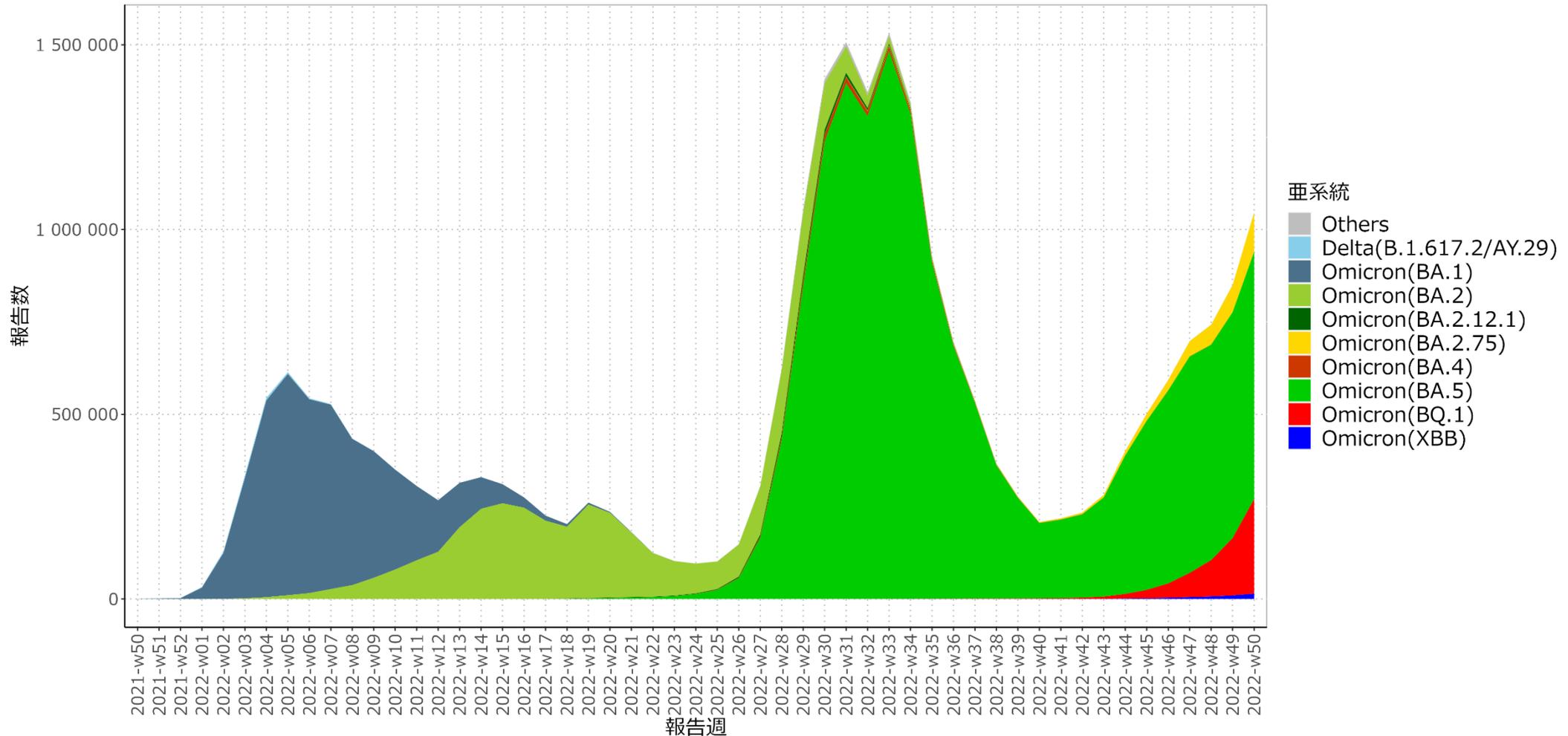
2022-w51=2022年第51週:  
2022年12月19日-2022年12月25日

点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜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.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1\*、BA.2.75\*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1\*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。(\*下位系統を含む)

第51週においてはOmicron(BA.5)が55%、Omicron(BQ.1)が32%、Omicron(BA.2.75)が11%、Omicron(XBB)が2%を占めると推定される。

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亜系統について、多項ロジスティック回帰モデルにフィットし、推定した各亜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.1)はBA.1およびその下位系統を含む。Omicron(BA.2)はBA.2.12.1\*、BA.2.75\*を除くBA.2およびその下位系統を含む。Omicron(BA.4)はBA.4およびその下位系統を含む。Omicron(BA.5)はBQ.1\*を除くBA.5およびその下位系統を含む。Omicron(BQ.1)はBQ.1およびその下位系統を含む。Omicron(XBB)はXBBおよびその下位系統を含む。（\*下位系統を含む）

## 我が国の全ての死因を含む超過死亡数（2017-2022年の9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9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	86-374	0-58	0-51	0-2	27-112	0-17	25 滋賀県	0-51	11-71	0-19	0-20	0-33	0-7
2 青森県	15-106	7-73	0-0	0-0	0-41	0-17	26 京都府	37-192	93-229	0-9	0-34	0-16	0-11
3 岩手県	0-70	0-50	0-2	0-14	0-41	0-0	27 大阪府	351-803	129-417	0-49	0-42	0-17	0-78
4 宮城県	77-175	16-81	0-0	10-51	0-18	0-0	28 兵庫県	187-488	0-149	0-57	0-96	0-39	0-16
5 秋田県	89-182	1-41	0-0	0-0	0-2	0-8	29 奈良県	104-200	8-57	0-3	0-21	0-25	0-36
6 山形県	15-96	0-50	0-0	1-57	0-6	0-1	30 和歌山県	23-95	0-48	4-30	0-25	0-33	0-0
7 福島県	87-219	20-82	0-0	0-0	0-3	0-52	31 鳥取県	7-48	11-59	0-0	0-0	0-0	0-10
8 茨城県	118-262	0-83	0-23	0-46	14-67	0-20	32 島根県	0-37	0-10	0-31	0-26	0-24	0-0
9 栃木県	97-223	0-83	0-28	0-21	0-9	0-12	33 岡山県	16-119	0-114	0-8	0-10	0-5	0-0
10 群馬県	17-137	0-60	0-12	0-0	0-41	0-30	34 広島県	178-359	3-85	0-0	0-24	0-21	0-66
11 埼玉県	198-523	35-271	0-18	0-19	0-71	0-7	35 山口県	59-138	0-45	0-9	0-6	0-0	0-6
12 千葉県	119-382	0-111	0-0	40-119	0-5	0-25	36 徳島県	19-91	14-45	0-0	0-12	0-4	0-26
13 東京都	177-639	106-533	0-39	0-13	0-29	0-73	37 香川県	42-124	5-65	0-20	9-57	0-0	0-22
14 神奈川県	194-550	169-473	0-0	0-18	0-42	0-24	38 愛媛県	64-162	0-16	0-0	0-8	0-52	0-1
15 新潟県	81-231	24-84	0-0	0-30	0-55	19-59	39 高知県	56-140	22-49	0-11	0-5	0-0	0-16
16 富山県	49-112	0-44	0-14	0-8	0-45	2-31	40 福岡県	297-551	77-227	0-28	0-41	0-39	0-38
17 石川県	40-96	0-18	0-0	15-50	0-4	0-14	41 佐賀県	57-131	15-83	0-0	0-6	0-19	0-14
18 福井県	38-97	8-57	0-0	0-24	0-0	0-12	42 長崎県	141-245	0-33	0-23	0-2	0-9	0-20
19 山梨県	11-36	0-33	0-13	0-29	0-11	0-0	43 熊本県	146-267	5-80	0-31	0-42	0-0	0-0
20 長野県	124-229	0-32	0-0	0-40	0-0	0-0	44 大分県	39-134	24-84	0-21	0-6	0-0	0-14
21 岐阜県	76-189	2-91	0-4	0-21	0-29	0-60	45 宮崎県	133-221	17-54	12-65	0-1	0-5	0-20
22 静岡県	262-468	23-149	0-0	0-72	0-42	0-21	46 鹿児島県	185-310	4-114	0-0	0-44	0-14	0-0
23 愛知県	323-664	0-208	0-98	0-26	34-116	0-0	47 沖縄県	47-120	0-32	0-16	7-78	0-3	0-33
24 三重県	80-205	37-135	19-67	0-12	0-2	0-19	48 日本	6582-11397	1085-4825	0-0	0-105	0-92	0-14

\* 疫学週に基づき、各年9月の第3週までを比較。  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

# 我が国の全ての死因を含む超過死亡数（2017-2022年の1-9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1-9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	196-2134	963-2819	0-164	314-1237	141-1189	31-878	25 滋賀県	149-799	42-583	19-167	6-167	84-399	59-466
2 青森県	71-675	48-476	8-79	59-509	34-393	87-526	26 京都府	1006-2560	166-987	0-229	30-544	137-615	88-685
3 岩手県	114-839	16-392	0-89	13-370	11-362	16-328	27 大阪府	3713-6769	1709-4130	243-786	1-784	487-2294	270-2046
4 宮城県	205-1089	119-729	0-52	93-594	32-362	0-424	28 兵庫県	1673-3739	1011-2790	51-404	21-731	97-1169	30-1139
5 秋田県	157-666	51-526	17-151	30-288	21-282	22-424	29 奈良県	452-1217	65-520	16-177	10-232	54-409	8-472
6 山形県	80-631	51-525	4-95	13-368	53-394	45-360	30 和歌山県	234-997	19-246	0-106	0-157	56-428	36-359
7 福島県	201-1296	97-838	0-44	18-392	43-458	25-635	31 鳥取県	103-480	44-347	0-51	21-184	13-117	21-215
8 茨城県	548-1985	0-630	0-89	51-636	87-660	93-794	32 島根県	70-517	21-334	0-142	8-156	11-300	38-288
9 栃木県	455-1644	78-813	13-213	27-304	24-273	135-760	33 岡山県	371-1382	74-792	9-159	0-231	114-680	21-439
10 群馬県	159-1186	86-888	39-253	61-540	45-525	74-636	34 広島県	662-2353	68-1034	0-88	6-449	226-951	104-735
11 埼玉県	1380-4010	493-2604	92-610	204-1086	277-1556	111-1506	35 山口県	313-1243	50-678	5-89	0-207	63-494	92-441
12 千葉県	1746-4210	161-1699	99-455	227-1192	73-686	132-1413	36 徳島県	70-558	93-462	4-103	0-222	12-227	30-428
13 東京都	4025-8466	1042-4991	358-927	369-1810	581-2768	261-2666	37 香川県	143-751	19-261	15-179	9-175	41-416	9-211
14 神奈川県	2419-5604	698-3368	97-338	93-972	153-1355	254-2097	38 愛媛県	255-951	59-685	0-96	14-320	110-484	20-404
15 新潟県	190-965	89-732	0-0	50-491	145-863	36-728	39 高知県	282-865	55-409	0-69	9-228	74-377	19-255
16 富山県	241-964	26-593	17-143	20-243	21-235	21-361	40 福岡県	1795-3854	387-1807	0-83	41-506	98-943	265-1523
17 石川県	149-677	66-421	0-53	39-313	15-247	69-370	41 佐賀県	150-727	38-349	5-92	14-179	66-374	30-340
18 福井県	69-526	27-358	0-98	19-285	23-238	30-328	42 長崎県	319-1053	118-590	0-172	0-169	45-548	44-471
19 山梨県	130-661	4-273	7-116	28-284	41-314	23-285	43 熊本県	698-1800	86-841	0-69	24-290	0-241	36-503
20 長野県	255-1264	30-564	0-96	51-533	42-282	62-674	44 大分県	304-909	149-673	0-94	3-162	39-356	2-314
21 岐阜県	335-1511	84-902	0-118	27-381	24-363	15-598	45 宮崎県	429-1158	57-500	15-260	0-123	23-274	0-222
22 静岡県	902-2445	30-879	48-263	15-676	98-1096	165-1226	46 鹿児島県	702-1752	38-655	0-86	0-175	93-547	84-567
23 愛知県	2131-5052	279-2189	111-651	24-719	352-1662	120-1190	47 沖縄県	465-1181	90-710	0-79	21-318	37-333	24-355
24 三重県	327-1227	123-793	29-214	54-347	93-524	35-413	48 日本	38003-82684	9911-41639	268-3449	971-10318	4611-19657	2954-24557

\* 疫学週に基づき、各年9月の38週までを比較。  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

## 我が国の全ての死因を含む過少死亡数（2017-2022年の9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9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	0-49	0-80	0-91	0-5	0-51	25 滋賀県	0-0	0-0	0-13	0-3	0-4	0-30
2 青森県	0-0	0-0	8-39	6-52	0-0	0-38	26 京都府	0-0	0-0	0-6	0-0	0-12	0-76
3 岩手県	0-0	0-0	0-33	0-14	3-35	0-9	27 大阪府	0-0	0-0	0-76	0-63	0-27	0-0
4 宮城県	0-0	0-13	0-74	0-35	0-16	0-100	28 兵庫県	0-0	0-0	0-56	0-66	0-40	0-13
5 秋田県	0-0	0-0	7-64	0-17	0-11	0-25	29 奈良県	0-0	0-3	0-26	6-52	0-13	0-18
6 山形県	0-0	0-0	7-68	0-0	0-22	0-29	30 和歌山県	0-0	0-2	7-38	0-17	0-9	0-33
7 福島県	0-0	0-0	0-38	0-57	0-2	0-19	31 鳥取県	0-0	0-0	1-27	0-5	13-62	0-0
8 茨城県	0-0	0-0	0-56	0-14	0-61	0-24	32 島根県	0-1	0-10	0-2	0-1	0-7	0-40
9 栃木県	0-0	0-0	0-39	0-37	0-36	0-26	33 岡山県	0-0	0-0	0-0	0-8	0-48	4-92
10 群馬県	0-0	0-5	0-29	0-48	0-5	0-22	34 広島県	0-0	0-0	0-75	0-29	0-55	7-52
11 埼玉県	0-0	0-0	0-83	0-15	0-0	0-21	35 山口県	0-0	0-1	0-25	0-19	0-39	0-46
12 千葉県	0-0	0-0	0-124	0-66	0-61	0-49	36 徳島県	0-0	0-1	0-41	0-21	0-0	0-7
13 東京都	0-0	0-0	0-63	0-92	0-39	0-10	37 香川県	0-0	0-0	2-48	0-0	0-14	0-9
14 神奈川県	0-0	0-0	9-214	0-80	0-94	0-24	38 愛媛県	0-0	0-7	0-58	0-29	0-6	0-20
15 新潟県	0-0	0-10	0-59	0-12	0-8	0-34	39 高知県	0-0	0-14	0-0	3-34	0-55	0-10
16 富山県	0-0	0-0	0-8	2-36	0-0	0-10	40 福岡県	0-0	0-0	0-23	0-28	14-80	0-12
17 石川県	0-0	0-9	1-61	0-16	0-11	0-22	41 佐賀県	0-0	0-0	0-27	0-29	0-38	1-23
18 福井県	0-0	0-0	0-19	0-11	4-46	0-19	42 長崎県	0-0	0-7	0-28	0-6	0-16	0-7
19 山梨県	0-13	0-15	11-34	0-8	0-15	0-26	43 熊本県	0-0	0-0	0-3	0-23	0-65	2-69
20 長野県	0-0	0-16	24-128	0-29	0-74	10-84	44 大分県	0-0	0-0	0-28	0-1	0-44	0-21
21 岐阜県	0-0	0-0	0-24	0-37	0-38	0-0	45 宮崎県	0-0	0-25	0-17	0-19	0-24	0-17
22 静岡県	0-0	0-0	0-65	0-7	0-0	0-13	46 鹿児島県	0-0	0-0	0-28	0-0	0-6	0-32
23 愛知県	0-0	0-0	0-0	0-78	0-32	0-83	47 沖縄県	0-0	0-0	0-24	0-0	0-14	0-0
24 三重県	0-0	0-0	0-12	0-3	0-12	0-22	48 日本	0-0	0-0	0-1278	0-136	0-160	0-505

\* 疫学週に基づき、各年9月の第3週までを比較。

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

## 我が国の全ての死因を含む過少死亡数（2017-2022年の1-9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1-9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	0-87	0-295	194-1725	0-622	5-483	0-324	25 滋賀県	0-23	0-121	178-732	16-305	0-142	1-147
2 青森県	0-142	0-98	125-742	14-255	0-119	0-144	26 京都府	0-68	0-190	40-743	6-416	29-323	18-281
3 岩手県	0-51	0-299	117-861	29-328	13-339	0-107	27 大阪府	0-320	0-241	448-2609	56-1165	0-192	0-205
4 宮城県	0-113	10-184	65-902	14-254	2-281	0-275	28 兵庫県	4-235	0-123	78-1308	32-736	0-508	0-327
5 秋田県	0-191	0-93	54-516	0-179	32-352	0-125	29 奈良県	0-36	0-62	14-479	6-324	0-260	10-146
6 山形県	0-90	15-196	57-580	4-145	15-238	2-188	30 和歌山県	0-53	13-270	125-612	1-302	0-115	0-149
7 福島県	0-42	0-80	55-961	85-518	66-472	0-165	31 鳥取県	0-61	2-118	54-440	0-172	72-380	0-112
8 茨城県	0-60	13-536	286-1352	45-392	0-248	22-354	32 島根県	2-122	8-194	22-311	15-248	1-156	1-187
9 栃木県	0-4	18-181	208-914	55-458	0-315	0-224	33 岡山県	0-69	0-152	119-748	51-442	0-183	17-388
10 群馬県	0-48	11-152	70-805	29-432	7-245	0-126	34 広島県	0-4	3-233	188-1466	28-524	0-231	11-223
11 埼玉県	0-71	0-122	302-1637	11-616	4-380	0-291	35 山口県	0-64	0-168	56-792	42-355	0-232	18-240
12 千葉県	0-55	0-122	197-1574	7-500	0-773	0-210	36 徳島県	0-126	16-127	38-473	14-250	25-295	7-124
13 東京都	0-14	0-137	589-3502	44-966	0-417	0-81	37 香川県	0-92	0-196	21-396	2-244	4-224	0-164
14 神奈川県	0-33	0-104	298-2469	12-880	0-598	0-198	38 愛媛県	49-171	10-123	55-646	25-360	0-255	0-136
15 新潟県	0-317	0-136	381-1502	17-251	0-249	9-203	39 高知県	1-106	26-148	40-479	16-244	36-330	0-133
16 富山県	0-17	7-99	84-592	6-284	6-231	0-108	40 福岡県	0-127	0-230	207-1893	15-665	34-554	21-158
17 石川県	0-42	1-143	13-395	32-334	3-245	0-152	41 佐賀県	0-37	7-206	9-389	22-272	5-207	1-74
18 福井県	0-70	0-60	65-379	11-255	30-319	0-178	42 長崎県	0-109	1-245	39-560	13-397	4-131	6-131
19 山梨県	0-43	0-180	55-399	5-200	0-104	18-251	43 熊本県	0-52	0-78	52-704	48-523	38-478	2-250
20 長野県	0-44	0-268	95-830	15-377	0-474	10-196	44 大分県	10-89	5-114	63-587	0-263	20-287	0-152
21 岐阜県	0-7	0-121	183-1141	16-437	93-549	0-102	45 宮崎県	0-58	8-139	10-349	12-414	5-228	0-221
22 静岡県	0-85	108-584	182-1415	36-657	0-220	0-172	46 鹿児島県	0-93	5-255	112-969	44-513	0-210	0-288
23 愛知県	0-45	15-422	170-2061	10-672	0-379	28-440	47 沖縄県	0-69	0-103	39-498	58-381	0-175	26-248
24 三重県	0-73	9-218	107-672	18-374	0-289	8-350	48 日本	0-0	0-770	8655-40357	349-8406	0-3540	0-637

\* 疫学週に基づき、各年9月の38週までを比較。  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

## 【2022年9月(9月5日～9月25日)の分析結果】

- 東京都等42都道府県において、2022年9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9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9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9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(1-9月)

	2022年*	2021年	2020年	2019年	2018年	2017年
超過死亡数	38003-82684	9911-41639	268-3449	971-10318	4611-19657	2954-24557
過少死亡数	0-0	0-770	8655-40357	349-8406	0-3540	0-637

#### 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

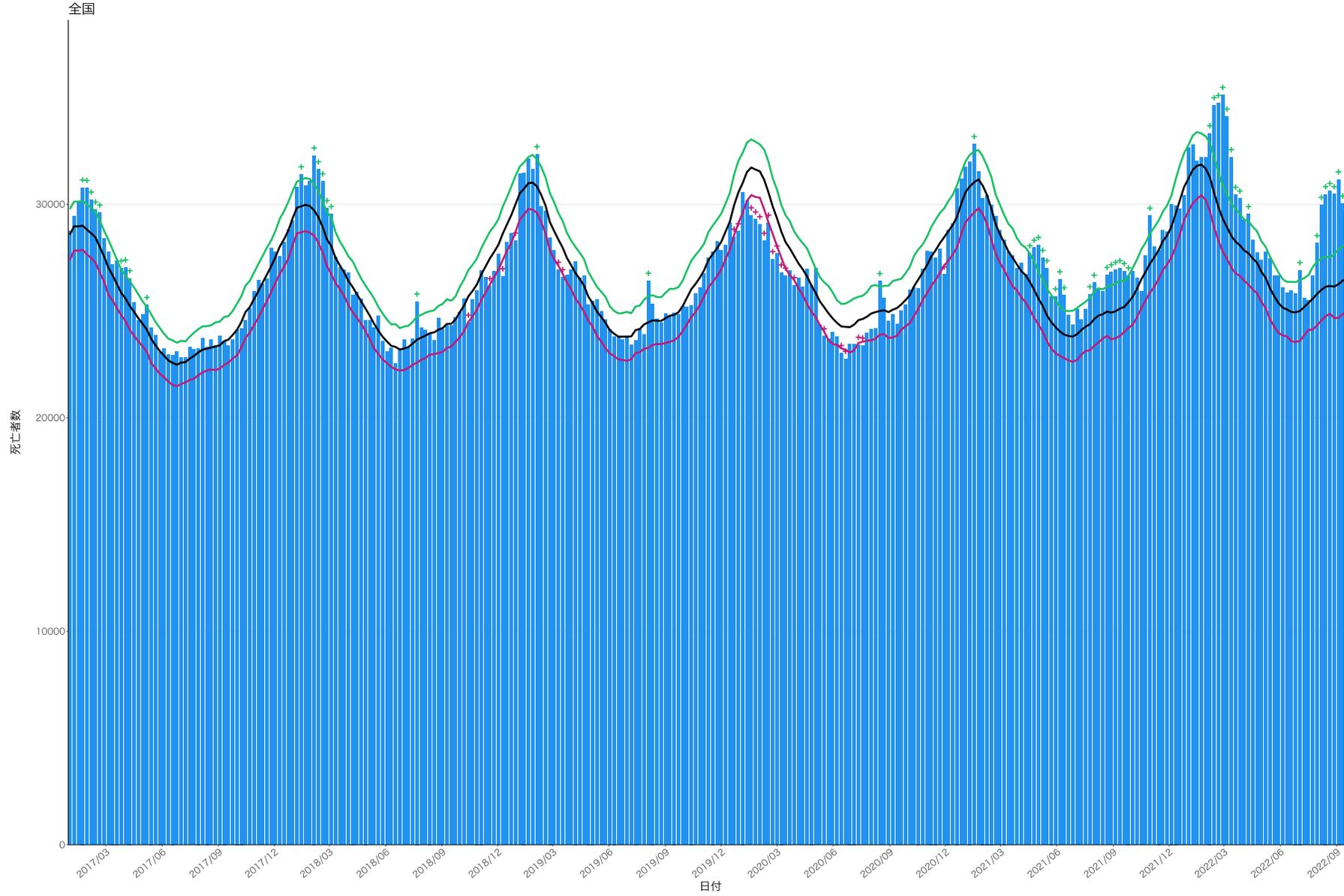
- AA=予測死亡数の予測閾値下限と観測死亡数の差分
- BB=予測死亡数の点推定値と観測死亡数の差分
- この範囲内に実際の過少死亡数はあり得る。

\* 2022/1/3-9/25の新型コロナウイルス死者数:25,896

全国

— 予測閾値上限  
— 予測死亡数  
— 予測閾値下限

2022年以降超過死亡数



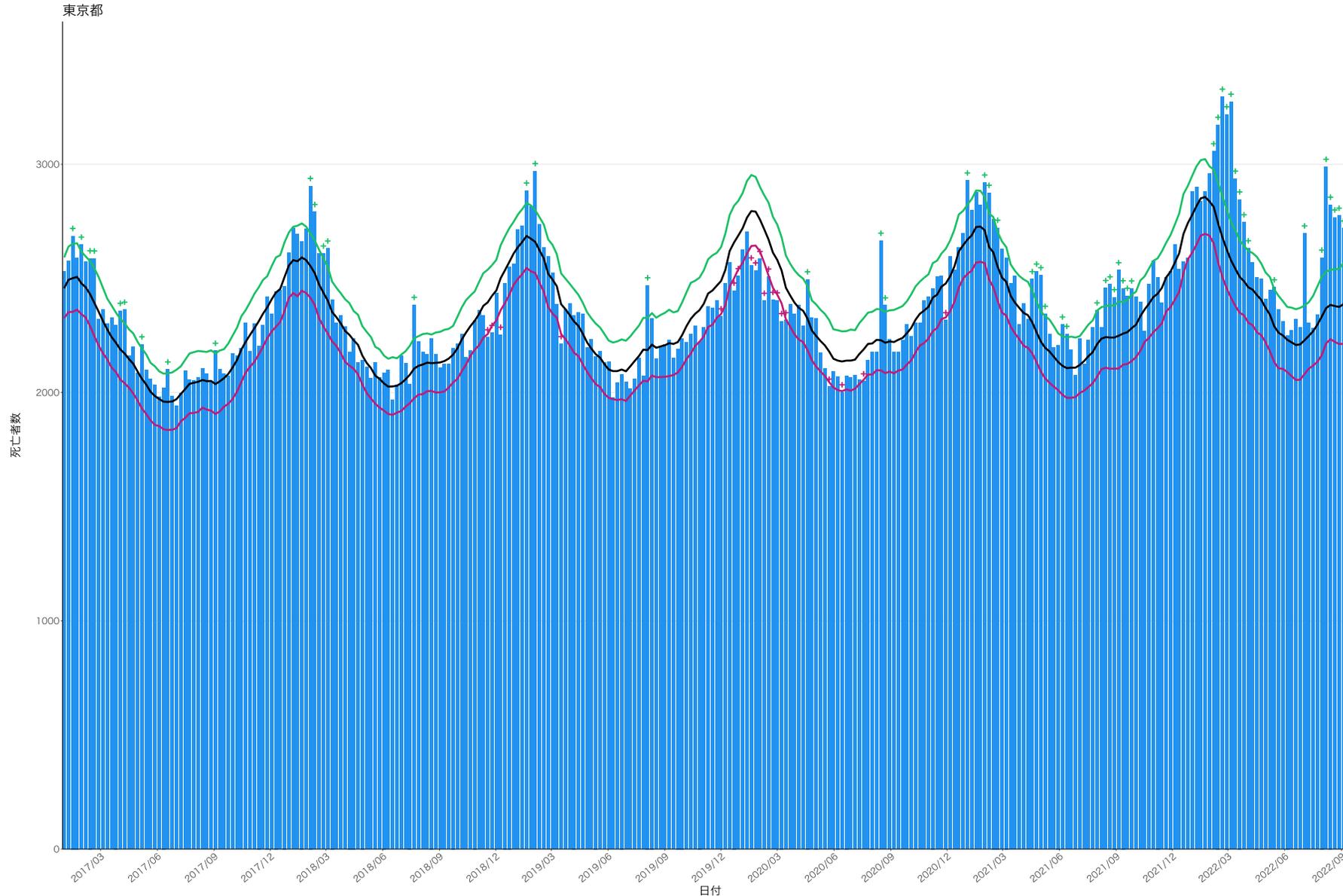
1/3 - 1/9	0-1179
1/10 - 1/16	0-223
1/17 - 1/23	0-351
1/24 - 1/30	0-527
1/31 - 2/6	446-2062
2/7 - 2/13	2441-4107
2/14 - 2/20	3262-4874
2/21 - 2/27	4231-5804
2/28 - 3/6	3644-5176
3/7 - 3/13	2165-3684
3/14 - 3/20	673-2195
3/21 - 3/27	720-2190
3/28 - 4/3	0-1427
4/4 - 4/10	330-1833
4/11 - 4/17	0-861
4/18 - 4/24	0-465
4/25 - 5/1	0-544
5/2 - 5/8	0-1196
5/9 - 5/15	0-1384
5/16 - 5/22	0-947
5/23 - 5/29	0-1290
5/30 - 6/5	0-931
6/6 - 6/12	0-771
6/13 - 6/19	0-984
6/20 - 6/26	0-899
6/27 - 7/3	464-1905
7/4 - 7/10	0-427
7/11 - 7/17	0-122
7/18 - 7/24	0-1084
7/25 - 7/31	866-2378
8/1 - 8/7	2501-3977
8/8 - 8/14	2918-4332
8/15 - 8/21	3115-4449
8/22 - 8/28	2813-4326
8/29 - 9/4	3282-4906
9/5 - 9/11	1989-3601
9/12 - 9/18	1311-2890
9/19 - 9/25	832-2383

# 東京都

— 予測閾値上限  
— 予測死亡数  
— 予測閾値下限

## 2022年以降超過死亡数

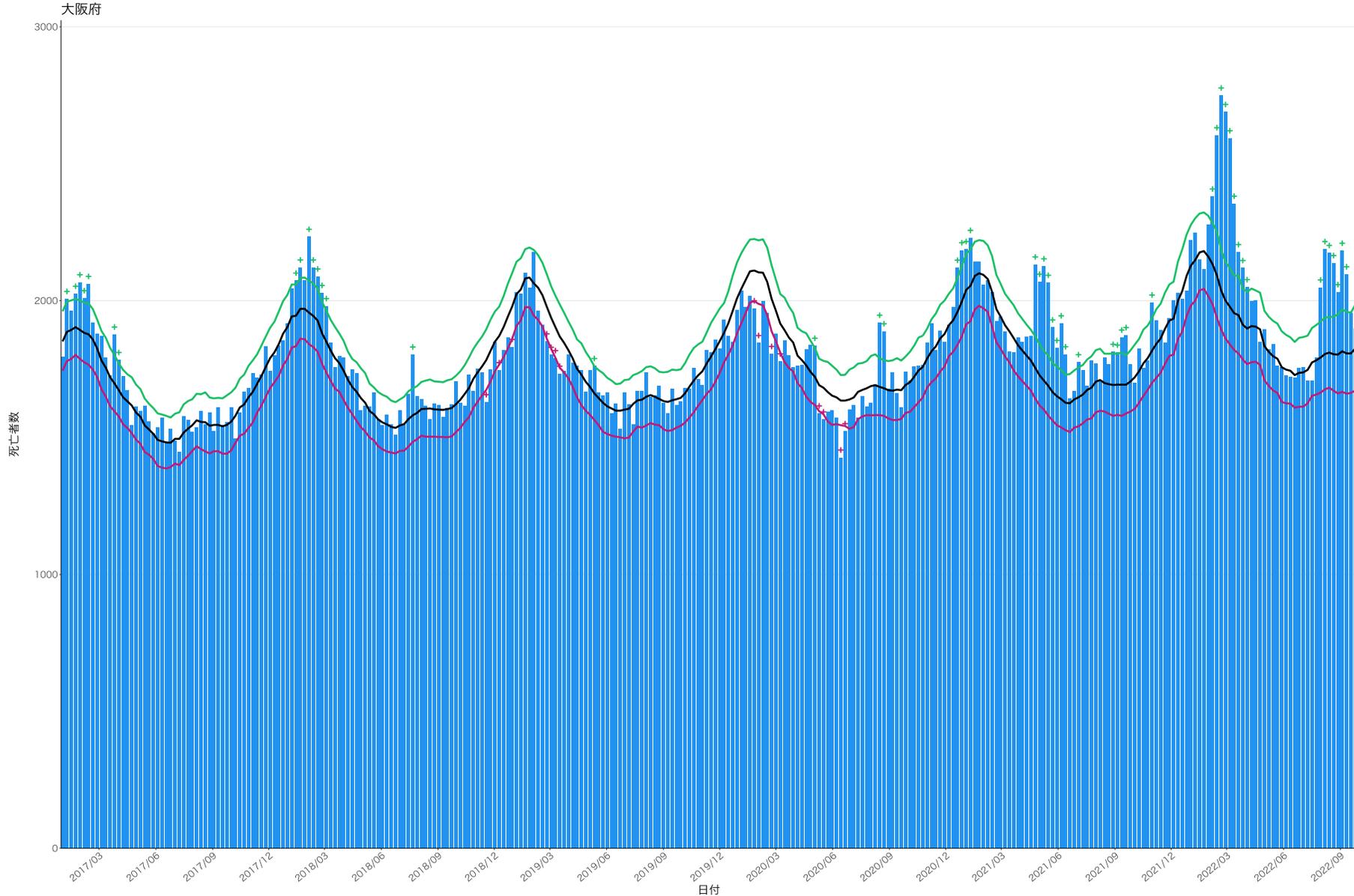
1/3 - 1/9	0-84
1/10 - 1/16	0-0
1/17 - 1/23	0-24
1/24 - 1/30	0-121
1/31 - 2/6	80-244
2/7 - 2/13	255-431
2/14 - 2/20	436-616
2/21 - 2/27	416-592
2/28 - 3/6	527-695
3/7 - 3/13	227-395
3/14 - 3/20	178-339
3/21 - 3/27	103-258
3/28 - 4/3	11-171
4/4 - 4/10	0-118
4/11 - 4/17	0-79
4/18 - 4/24	0-93
4/25 - 5/1	0-39
5/2 - 5/8	0-109
5/9 - 5/15	9-171
5/16 - 5/22	0-101
5/23 - 5/29	0-60
5/30 - 6/5	0-20
6/6 - 6/12	0-53
6/13 - 6/19	0-112
6/20 - 6/26	0-75
6/27 - 7/3	316-468
7/4 - 7/10	0-58
7/11 - 7/17	0-12
7/18 - 7/24	0-42
7/25 - 7/31	84-258
8/1 - 8/7	460-619
8/8 - 8/14	285-439
8/15 - 8/21	227-388
8/22 - 8/28	234-400
8/29 - 9/4	152-332
9/5 - 9/11	25-198
9/12 - 9/18	0-109
9/19 - 9/25	0-143



# 大阪府

— 予測閾値上限  
— 予測死亡数  
— 予測閾値下限

## 2022年以降超過死亡数



1/3 - 1/9	0-101
1/10 - 1/16	0-0
1/17 - 1/23	0-0
1/24 - 1/30	0-118
1/31 - 2/6	97-247
2/7 - 2/13	351-511
2/14 - 2/20	564-712
2/21 - 2/27	548-689
2/28 - 3/6	474-615
3/7 - 3/13	263-400
3/14 - 3/20	86-230
3/21 - 3/27	75-207
3/28 - 4/3	18-151
4/4 - 4/10	0-90
4/11 - 4/17	0-97
4/18 - 4/24	0-0
4/25 - 5/1	0-62
5/2 - 5/8	0-9
5/9 - 5/15	0-44
5/16 - 5/22	0-0
5/23 - 5/29	0-1
5/30 - 6/5	0-0
6/6 - 6/12	0-0
6/13 - 6/19	0-0
6/20 - 6/26	0-17
6/27 - 7/3	0-18
7/4 - 7/10	0-0
7/11 - 7/17	0-0
7/18 - 7/24	0-9
7/25 - 7/31	125-256
8/1 - 8/7	250-383
8/8 - 8/14	234-364
8/15 - 8/21	196-333
8/22 - 8/28	81-228
8/29 - 9/4	214-367
9/5 - 9/11	137-289
9/12 - 9/18	0-147
9/19 - 9/25	0-74

# 我が国における死因別の超過死亡及び過少死亡(2022年6-7月)(結果)

## 死因別の分析

- 全ての死因から新型コロナウイルス感染症による死亡を除いた死亡数、および特定の死因の死亡数を過去と比較することにより、新型コロナウイルス感染症の間接的な死亡影響の全体像と個別死因への影響の把握が可能

超過死亡数: ある感染症が流行したことによって、総死亡がどの程度増加したかを示す算出値。負の社会的インパクトの指標。

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

過少死亡数: ある感染症の流行中、総死亡がどの程度減少したかを示す推定値。感染症対策等による正の社会的インパクトの指標。

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

### <使用した死因>

#### ① 全ての死因のうち、新型コロナウイルス感染症による死亡を除いた死亡

- ・ 米国CDCでも同様の分析を行っている。新型コロナウイルス感染症以外の死因による死亡数の超過(誤分類や新型コロナウイルスに間接的に関与)を知ることができる。

<日本の一昨年(2019年)における死亡数を死因順位別にみたときの上位5疾患(悪性新生物、心疾患、老衰、脳血管、肺炎)を含む死因分類>;および先行研究で超過が示唆されている自殺

② 呼吸器系の疾患による死亡 ③ 循環器系の疾患による死亡 ④ 悪性新生物(がん)による死亡 ⑤ 老衰による死亡 ⑥ 自殺

## 2022年6-7月の結果

### 【超過死亡】

- 2022年の6-7月の超過死亡については、過去の6-7月と比較して①・③において東京や神奈川等複数の県で、例年以上の超過死亡が認められた。そのほかの死因については、県により超過死亡が認められた週はあったが、その規模および期間中の積算値は例年と同程度だった。

### 【過少死亡】

- 2022年および過去の6-7月を比較すると、①~⑥それぞれにおいて過少死亡が認められた週はほとんどなかった。

## 超過死亡

死因	2022	2021	2020	2019	2018	2017
①新型コロナウイルス感染症以外の全て	665-7985	879-7652	0-0	0-52	704-2927	0-2734
②呼吸器系の疾患	147-2169	62-1810	0-0	0-967	0-0	0-0
③循環器系の疾患	191-2354	30-2483	0-0	0-65	165-1357	0-1934
④悪性新生物(がん)	59-731	13-504	20-277	0-259	0-3	0-149
⑤老衰	16-487	419-1334	26-419	66-713	0-152	0-168
⑥自殺	2-242	0-182	167-313	0-206	0-105	13-188

\* 疫学週に基づき、各年7月第4週までを比較。

<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>



過去の6-7月を比較すると、2022年は①～⑥においてに超過死亡が認められた週は都道府県によってあったものの、その規模および期間中の積算値は全国で例年と同程度。

## 我が国における死因別の超過死亡及び過少死亡(2022年6-7月)(結果)

## 超過死亡

都道府県	① 新型コロナ除く	② 呼吸器系	③ 循環器系	④ 悪性新生物	⑤ 老衰	⑥ 自殺	都道府県	① 新型コロナ除く	② 呼吸器系	③ 循環器系	④ 悪性新生物	⑤ 老衰	⑥ 自殺
北海道	13-336	4-63	15-117	13-127	1-38	0-14	滋賀県	0-81	3-23	2-43	4-42	0-12	6-18
青森県	6-103	0-36	0-29	0-14	0-23	0-9	京都府	28-229	0-49	29-92	5-65	0-30	0-3
岩手県	0-121	13-66	0-39	0-36	6-24	2-16	大阪府	3-237	11-126	20-199	0-23	0-19	3-32
宮城県	1-106	2-47	0-37	0-6	10-54	0-9	兵庫県	0-186	2-47	0-52	0-54	0-29	10-29
秋田県	31-111	0-28	18-49	6-50	2-22	0-5	奈良県	20-103	1-26	0-37	0-38	1-34	3-14
山形県	7-141	3-40	2-39	8-46	0-33	0-3	和歌山県	7-114	4-33	0-41	3-35	0-21	0-2
福島県	17-197	12-59	0-53	0-49	5-45	0-8	鳥取県	0-48	1-16	0-18	2-18	0-4	1-3
茨城県	77-326	0-55	13-131	6-67	5-41	0-14	島根県	11-103	0-12	4-34	0-29	0-30	3-5
栃木県	68-307	0-21	24-86	11-72	16-82	1-13	岡山県	24-142	9-47	6-39	1-46	0-19	0-1
群馬県	27-199	0-42	11-79	3-67	0-19	0-18	広島県	5-202	0-45	14-71	0-37	2-51	1-11
埼玉県	162-539	6-117	53-172	0-25	6-83	13-59	山口県	0-88	0-40	0-8	14-71	5-20	0-0
千葉県	40-436	0-120	37-160	0-41	1-55	0-14	徳島県	0-66	0-27	6-48	0-14	0-5	2-4
東京都	308-940	11-232	84-268	10-122	0-72	0-23	香川県	3-118	0-18	0-39	13-76	0-7	1-7
神奈川県	171-664	21-152	88-369	0-77	0-21	1-31	愛媛県	0-71	3-35	0-28	0-45	1-25	1-8
新潟県	8-183	2-51	7-66	5-39	0-5	0-5	高知県	24-87	2-25	0-21	0-3	0-13	0-3
富山県	24-159	7-32	0-23	14-70	4-27	0-4	福岡県	48-347	26-139	3-82	0-36	0-26	5-19
石川県	21-114	0-19	2-58	0-18	0-32	0-13	佐賀県	7-120	2-19	0-26	20-74	0-5	0-5
福井県	8-47	0-2	0-14	0-14	0-22	0-4	長崎県	36-157	11-60	14-85	11-46	0-15	2-12
山梨県	0-35	1-16	2-25	0-6	1-12	3-14	熊本県	21-173	0-25	0-25	8-73	4-36	3-13
長野県	21-183	4-36	27-74	0-20	1-37	6-21	大分県	0-67	8-43	0-23	0-18	0-1	1-6
岐阜県	52-240	6-71	34-91	0-22	1-39	0-9	宮崎県	0-91	3-41	3-29	4-33	0-12	0-14
静岡県	53-271	0-43	25-131	11-78	1-40	0-5	鹿児島県	17-182	10-59	5-84	0-33	4-34	0-6
愛知県	0-356	57-193	0-62	0-39	4-51	1-13	沖縄県	64-273	6-48	29-86	5-45	8-57	1-15
三重県	4-139	2-19	13-104	0-41	6-30	0-11	日本	665-7985	147-2169	191-2354	59-731	16-487	2-242

2022年の6-7月の超過死亡については、過去の6-7月と比較して①・③において東京や神奈川等複数の県で、例年以上の超過死亡が認められた。そのほかの死因については、県により超過死亡が認められた週はあったが、その規模および期間中の積算値は例年と同程度だった。

## 過少死亡

死因	2022	2021	2020	2019	2018	2017
①新型コロナウイルス感染症以外の全て	0-0	0-0	924-8093	0-1645	0-882	0-0
②呼吸器系の疾患	0-0	0-0	344-2337	0-0	0-1047	931-2952
③循環器系の疾患	0-0	0-0	0-2339	0-995	0-97	0-0
④悪性新生物(がん)	69-282	0-341	0-198	33-367	18-666	40-430
⑤老衰	0-131	0-0	41-200	0-0	75-370	0-160
⑥自殺	0-28	0-34	0-163	0-32	0-27	0-36



\* 疫学週に基づき、各年7月第4週までを比較。  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

過去の6-7月を比較すると、①～⑥それぞれにおいて過少死亡が認められた週はほとんどなかった。

# 我が国における死因別の超過死亡及び過少死亡(2022年6-7月)(結果)

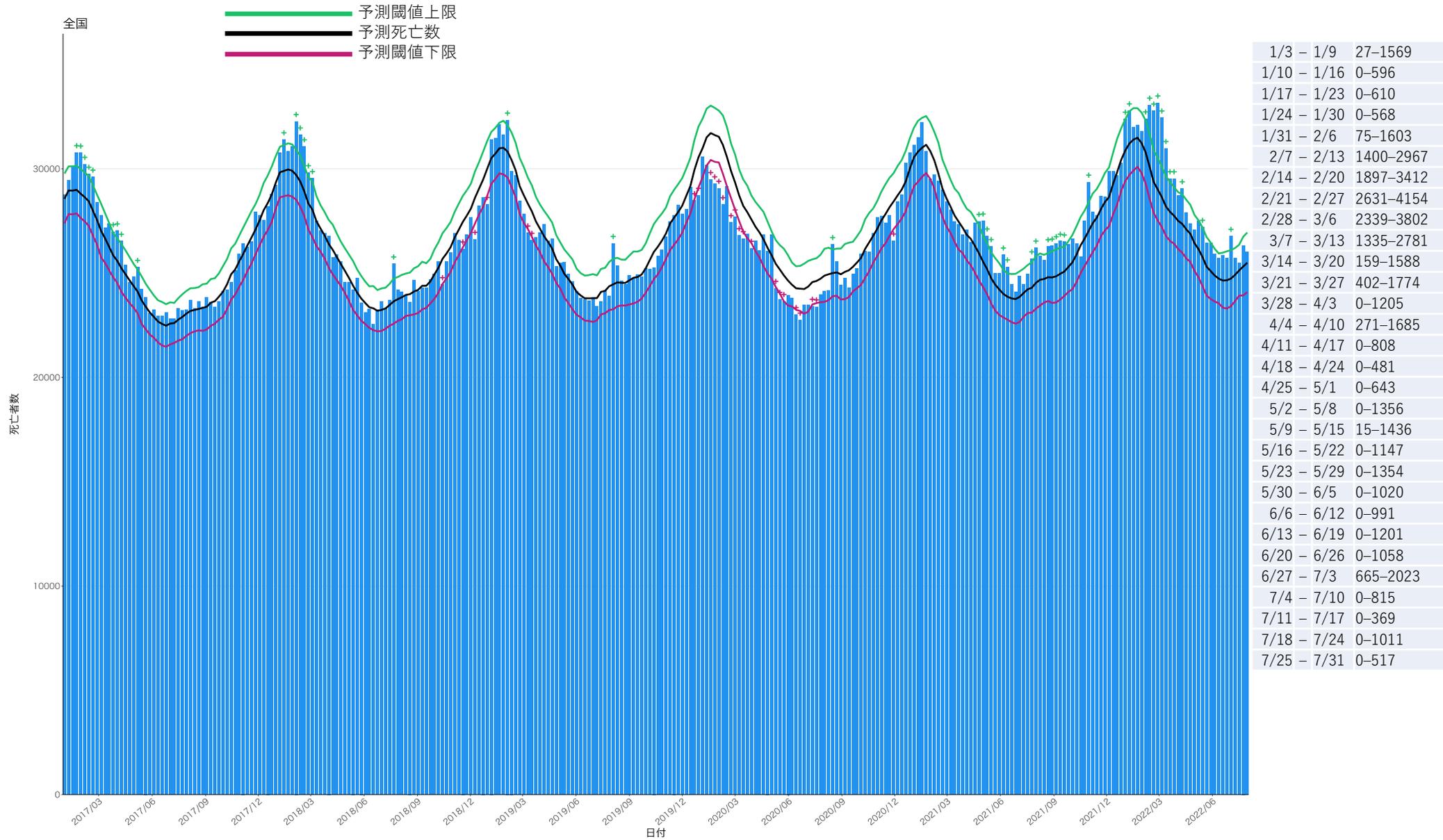
## 過少死亡

都道府県	① 新型コロナ除く	② 呼吸器系	③ 循環器系	④ 悪性新生物	⑤ 老衰	⑥ 自殺	都道府県	① 新型コロナ除く	② 呼吸器系	③ 循環器系	④ 悪性新生物	⑤ 老衰	⑥ 自殺
北海道	0-66	0-25	0-62	15-75	0-40	0-14	滋賀県	0-21	0-4	5-31	0-12	0-13	0-5
青森県	1-47	0-17	0-17	1-42	0-18	0-7	京都府	0-44	0-5	0-26	7-26	0-40	0-15
岩手県	0-4	0-0	0-29	0-32	2-22	0-5	大阪府	0-43	0-8	0-52	0-86	0-56	0-24
宮城県	0-20	0-5	0-20	0-58	0-36	0-11	兵庫県	0-40	0-11	0-36	11-77	0-7	0-7
秋田県	0-56	0-6	0-39	0-27	2-22	1-6	奈良県	0-9	0-16	0-4	4-43	0-12	0-5
山形県	0-23	0-3	1-19	0-17	0-8	1-6	和歌山県	0-23	0-7	0-5	1-22	2-19	0-5
福島県	12-55	0-12	2-44	0-26	0-20	0-9	鳥取県	0-32	0-13	0-7	0-11	2-31	0-7
茨城県	0-12	0-5	0-0	0-27	0-18	0-5	島根県	0-23	0-3	0-12	0-15	1-9	0-5
栃木県	0-0	0-12	0-1	0-10	0-0	0-3	岡山県	0-17	0-21	0-18	0-16	2-33	0-11
群馬県	0-7	0-0	1-45	0-15	6-52	0-3	広島県	0-17	0-10	0-27	0-21	0-15	0-16
埼玉県	0-0	0-6	0-28	0-88	0-11	0-4	山口県	0-47	0-4	0-32	0-19	0-27	1-9
千葉県	0-57	0-5	0-34	0-57	0-39	0-12	徳島県	0-50	0-9	3-14	2-53	2-27	0-13
東京都	0-37	0-0	0-4	24-87	4-61	0-16	香川県	0-25	1-14	0-5	0-8	6-31	0-6
神奈川県	0-0	0-11	0-0	0-63	0-77	0-20	愛媛県	0-16	0-3	5-42	0-6	0-8	0-4
新潟県	0-44	0-18	3-32	0-42	0-39	0-12	高知県	0-16	0-9	0-14	6-40	1-18	0-7
富山県	0-0	0-2	0-8	0-5	1-23	1-11	福岡県	0-22	0-7	0-3	17-81	0-17	1-9
石川県	0-22	0-10	0-8	6-33	0-0	0-1	佐賀県	0-8	0-17	0-14	0-2	0-14	0-9
福井県	0-14	0-14	3-34	0-5	0-6	0-4	長崎県	0-14	0-0	0-11	4-40	0-17	0-1
山梨県	0-23	0-9	0-10	1-28	0-11	0-2	熊本県	0-29	0-14	0-27	2-19	0-4	2-7
長野県	0-14	0-5	0-9	0-56	0-9	0-2	大分県	0-5	0-0	0-9	0-23	0-32	1-10
岐阜県	0-0	0-1	0-10	0-29	0-16	0-5	宮崎県	0-18	0-9	0-37	0-7	0-15	0-2
静岡県	35-121	0-11	4-32	6-60	0-51	0-11	鹿児島県	0-10	0-6	0-4	13-44	0-1	0-4
愛知県	0-0	0-7	0-44	12-78	2-49	0-16	沖縄県	0-0	0-5	0-10	0-13	0-9	0-3
三重県	0-15	0-4	0-0	0-5	0-26	0-5	日本	0-0	0-0	0-0	69-282	0-131	0-28

過去の6-7月を比較すると、①～⑥それぞれにおいて過少死亡が認められた週はほとんどなかった。

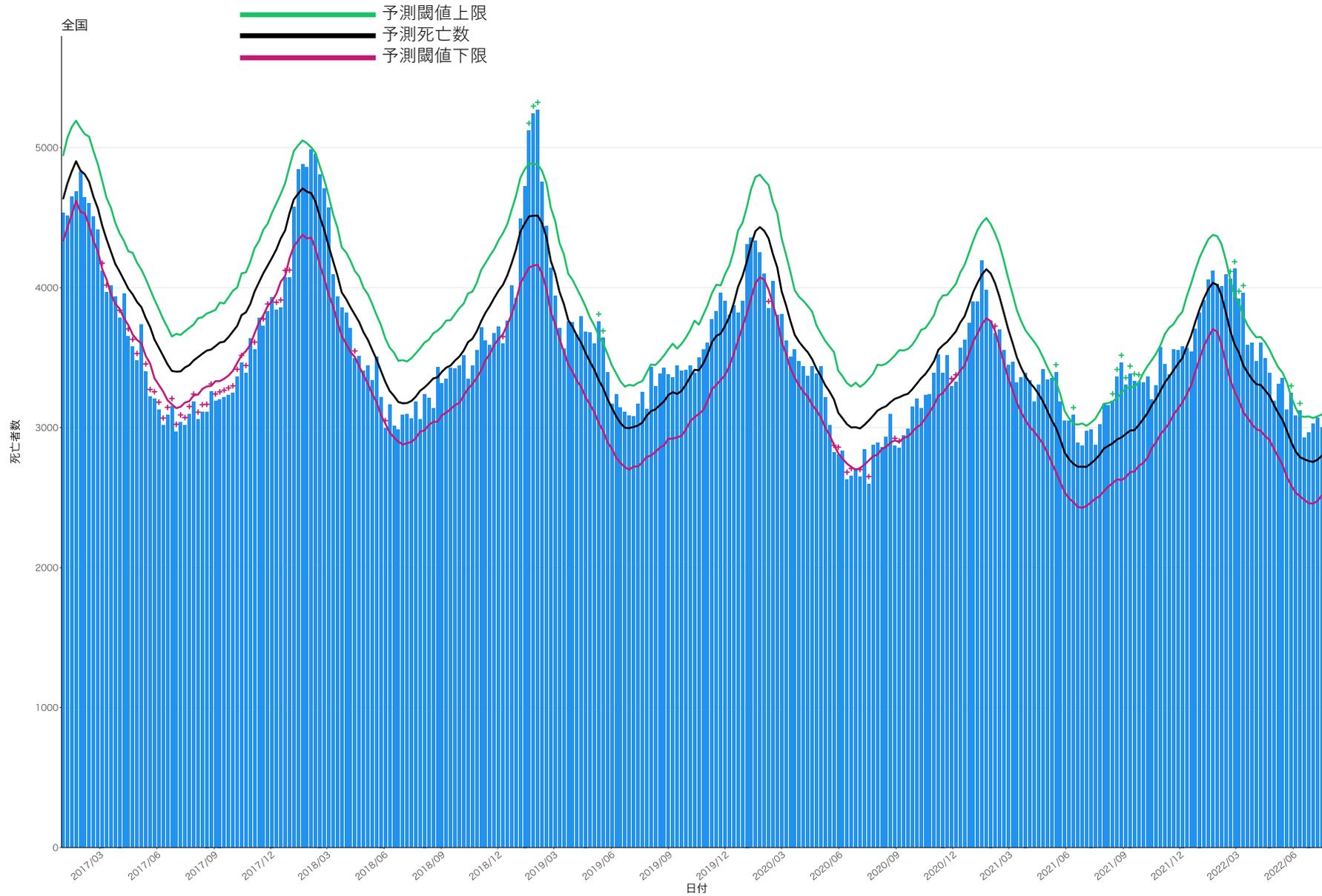
# 全国 / ①新型コロナウイルス感染症以外の全て

2022年以降超過死亡数



# 全国 / ②呼吸器系の疾患

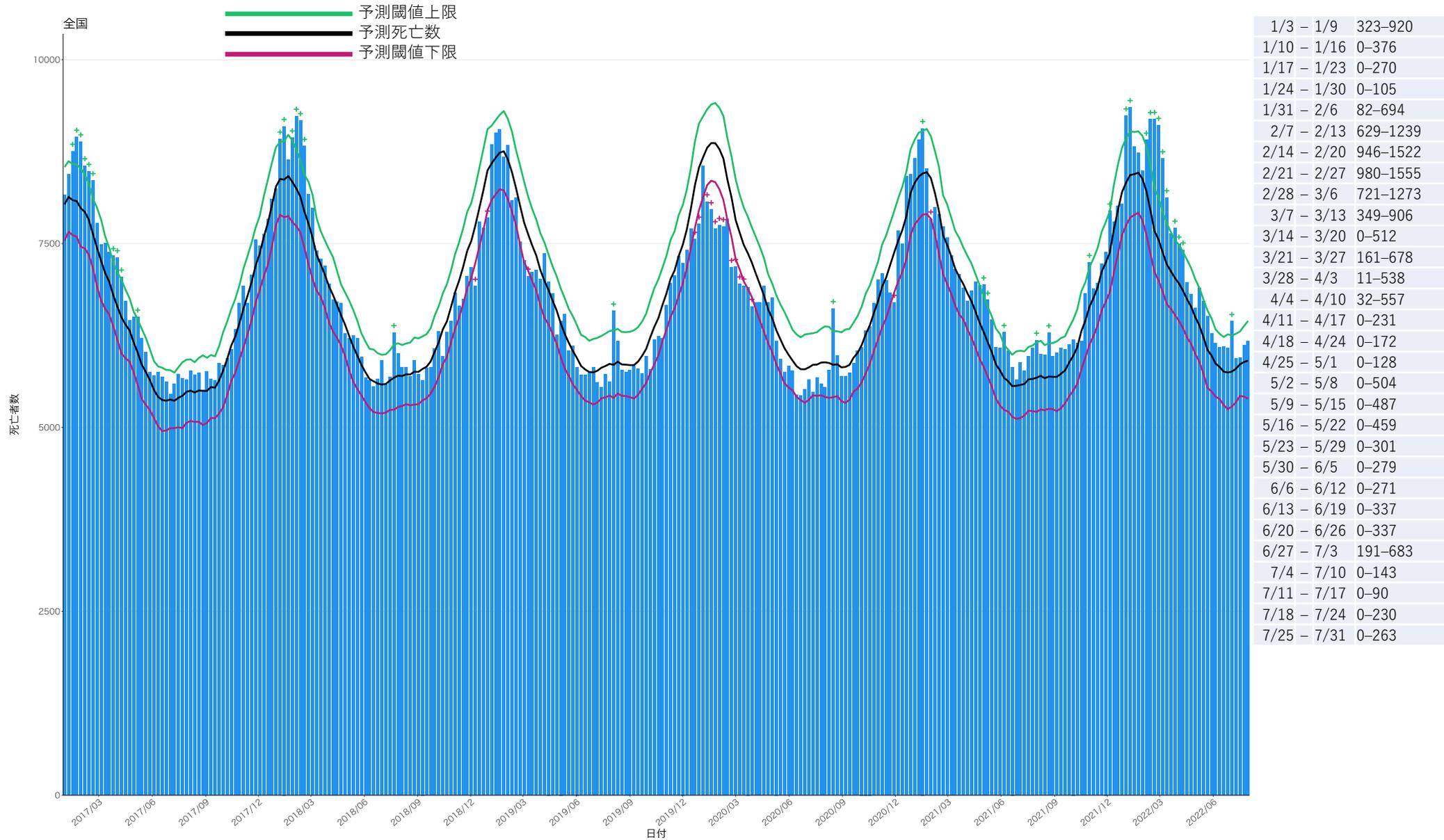
2022年以降超過死亡数



1/3 - 1/9	0-0
1/10 - 1/16	0-65
1/17 - 1/23	0-83
1/24 - 1/30	0-4
1/31 - 2/6	0-63
2/7 - 2/13	0-269
2/14 - 2/20	2-370
2/21 - 2/27	187-538
2/28 - 3/6	28-386
3/7 - 3/13	166-517
3/14 - 3/20	0-196
3/21 - 3/27	0-261
3/28 - 4/3	0-162
4/4 - 4/10	0-301
4/11 - 4/17	0-227
4/18 - 4/24	0-164
4/25 - 5/1	0-26
5/2 - 5/8	0-204
5/9 - 5/15	0-299
5/16 - 5/22	0-150
5/23 - 5/29	26-350
5/30 - 6/5	0-253
6/6 - 6/12	40-332
6/13 - 6/19	0-155
6/20 - 6/26	0-205
6/27 - 7/3	0-270
7/4 - 7/10	0-299
7/11 - 7/17	0-201
7/18 - 7/24	107-416
7/25 - 7/31	0-291

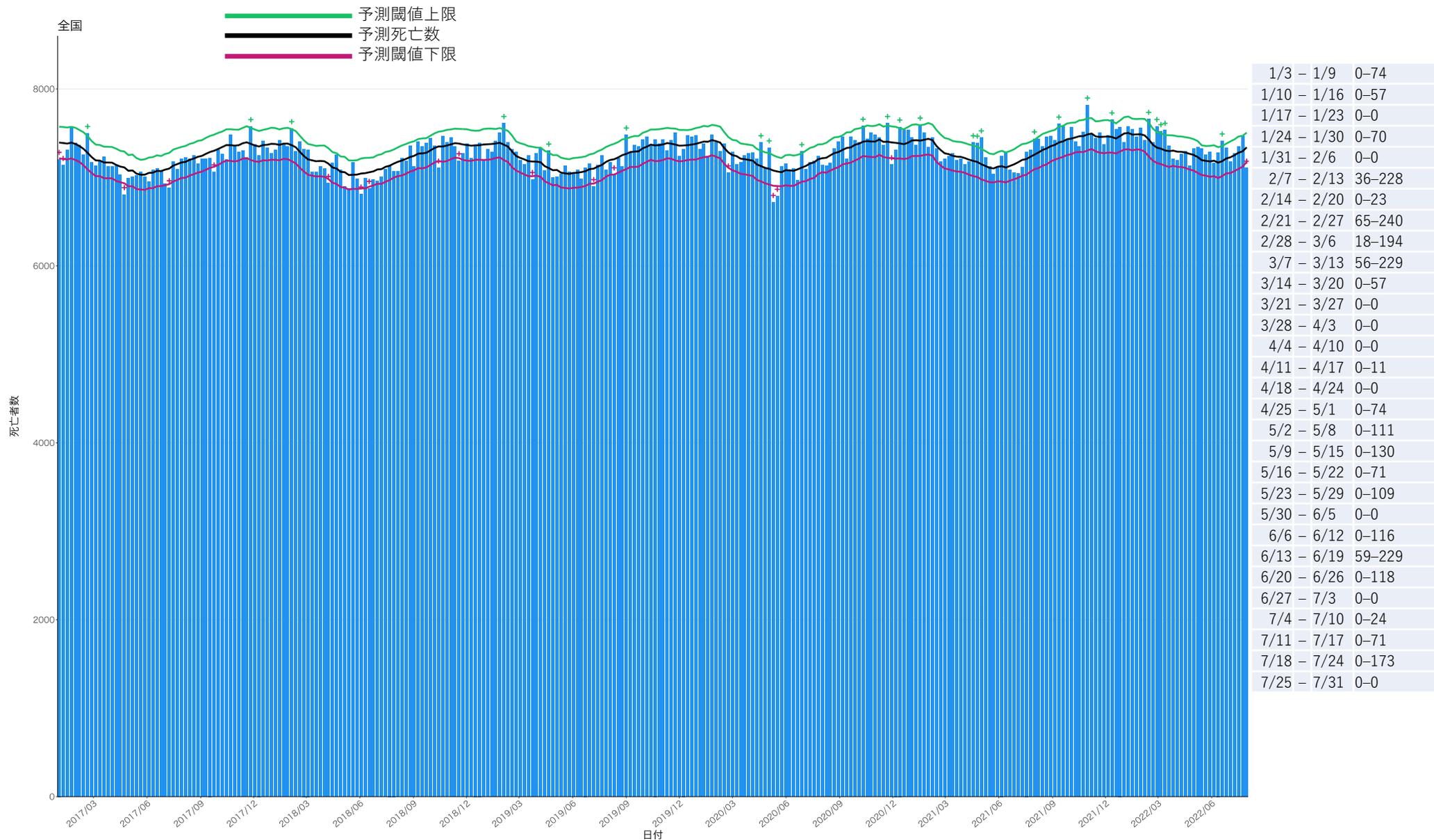
# 全国 / ③循環器系の疾患

2022年以降超過死亡数



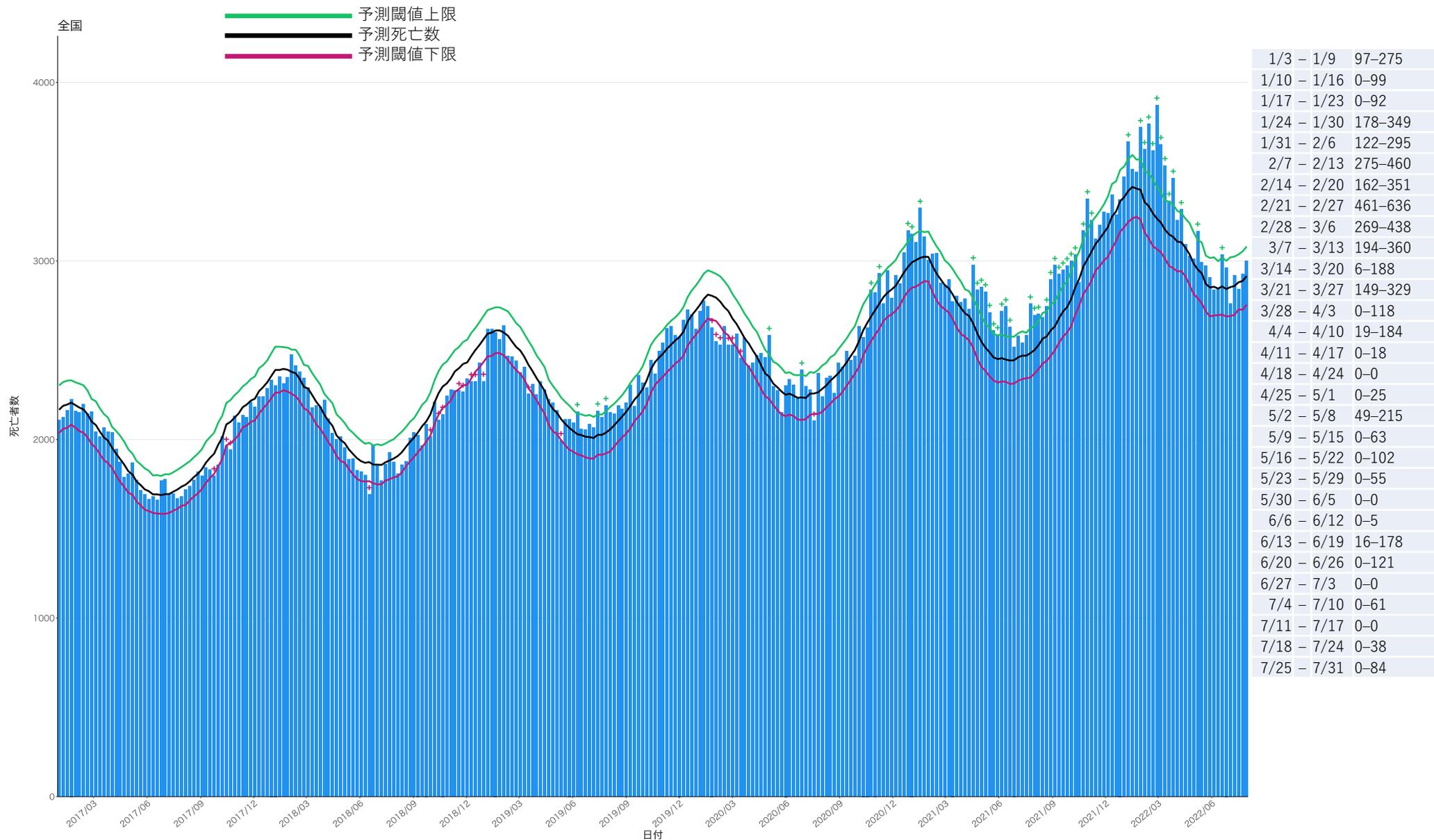
# 全国 / ④悪性新生物(がん)

2022年以降超過死亡数



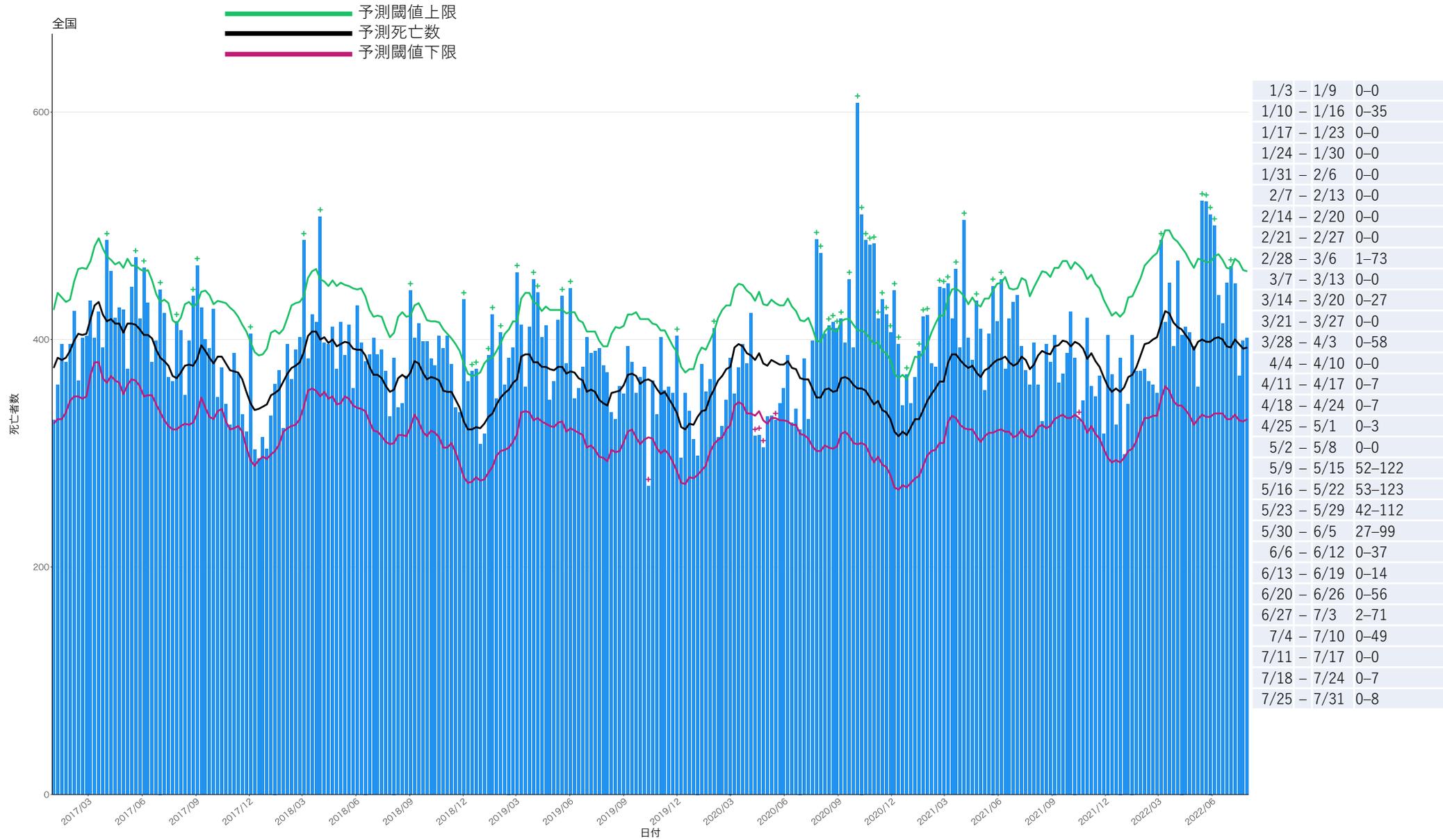
# 全国 / ⑤老衰

2022年以降超過死亡数



# 全国 / ⑥自殺

2022年以降超過死亡数



# 再陽性リスクに関する分析

## 使用データ

- HER-SYS（2022年8月31日まで時点）

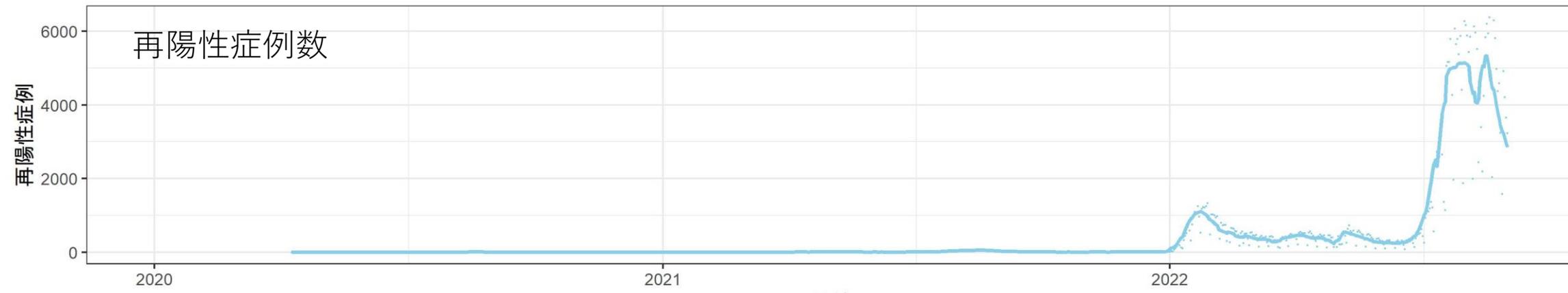
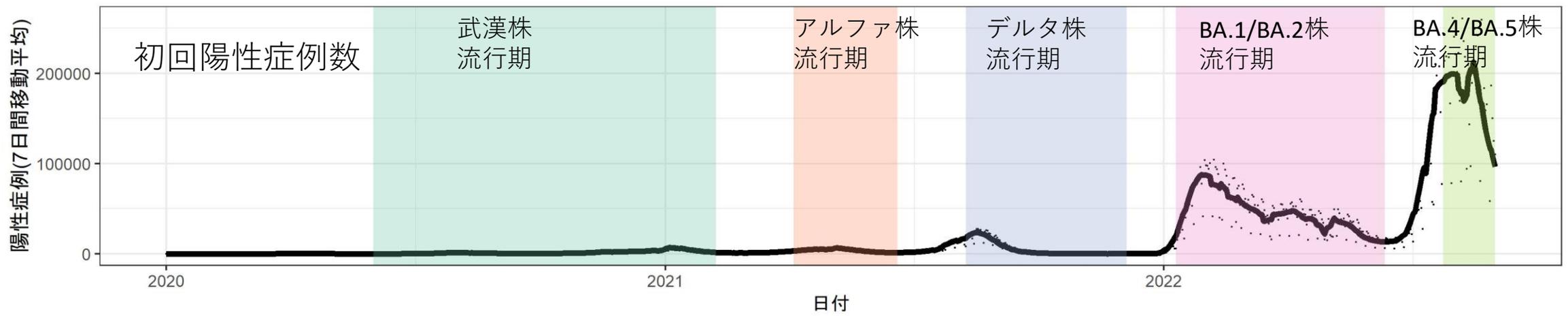
## 定義

- 初回陽性症例：HER-SYS上に登録された陽性症例者のうちの初回登録症例
- 再陽性症例：2回以上HER-SYSにIDが割り振られている陽性症例のうち、1回前の陽性診断日から90日以上経過して再度陽性となった症例。
- 再陽性リスク人口：診断されてから90日以上経過した初回陽性症例の累積数
- 変異株流行期：各変異株の流行期のうちその変異株が全検査数の90%以上で検出された期間。各流行期間に陽性と診断された症例はすべて同変異株による感染と仮定する。どの変異株も90%に満たない期間は移行期間とする。

## まとめ

- 2022年8月31日から90日以上前に診断された累積陽性者 8,583,548人のうち再陽性例は3.7%の 318,252 人（3回感染：2,956人 4回感染：41人）であった。
- 第6波、7波（オミクロン株流行期）の感染者急増に合わせて再陽性例も増加した。（図1）
- 初回陽性から再陽性までの間隔は初回陽性時点で流行していた変異株によって異なるが、これは各変異株によって引き起こされた波の規模と間隔が反映されており、異なる変異株への初回感染によってもたらされる免疫原性によらない可能性がある。（図2）

図 1



\*症例数は後方7日間の移動平均 (点は日別症例数)

図 2 A

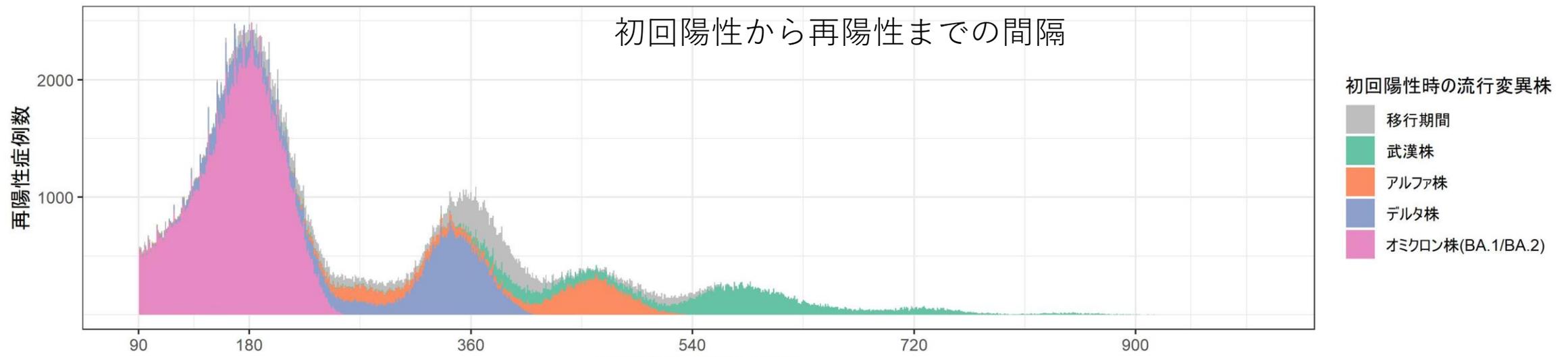
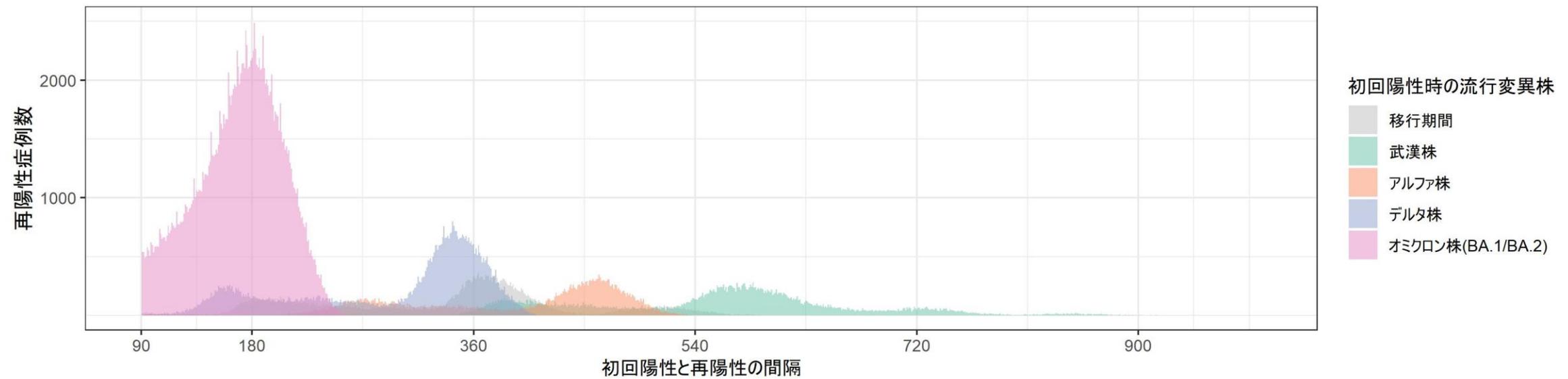


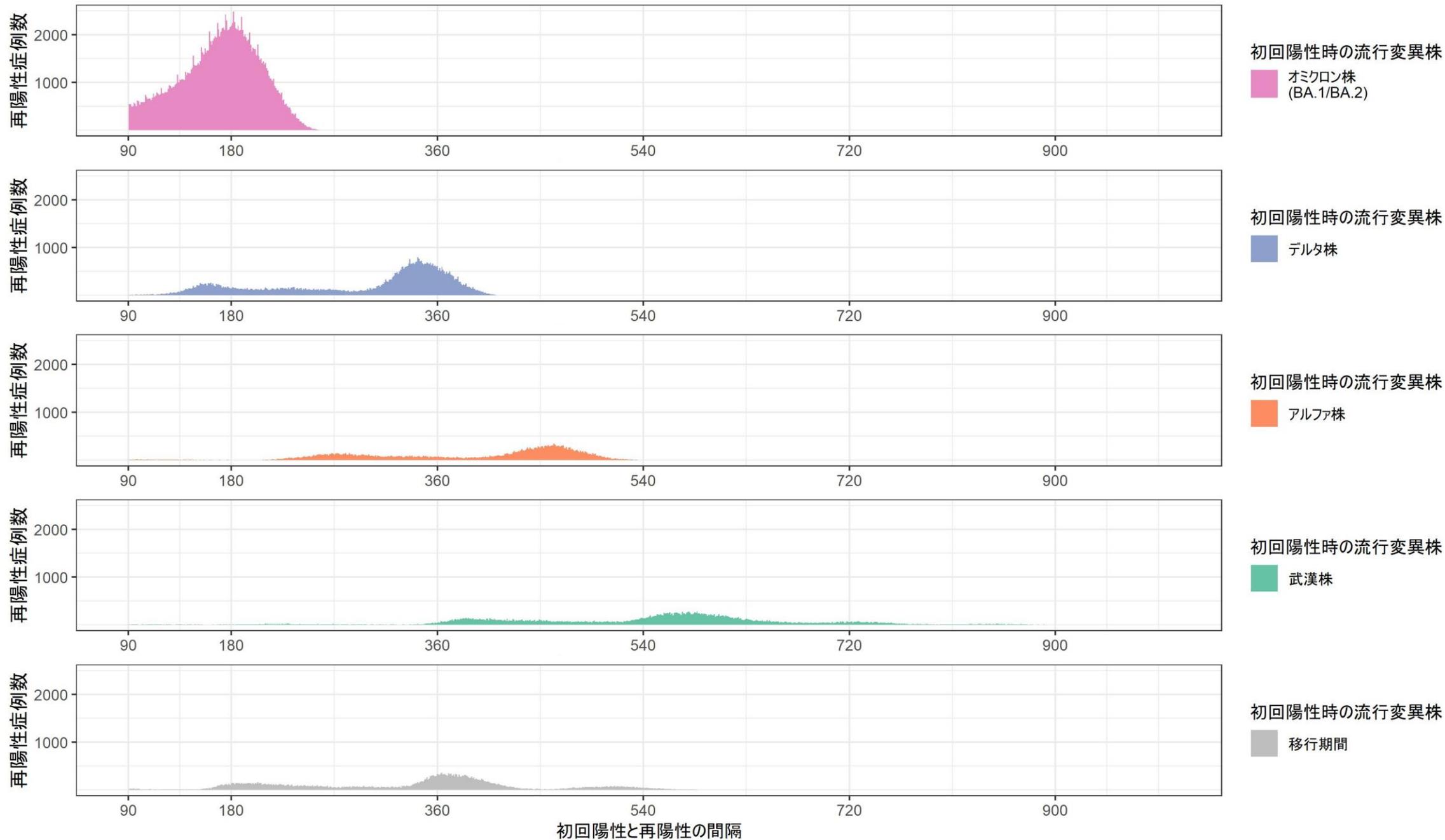
図 2 B



変異株毎の初回陽性から再陽性までの間隔（日）

アルファ, デルタの初回陽性後の再陽性は二峰性のピークを認める。それぞれオミクロンBA.1/2（第6波）およびBA.4/5（第7波）の感染ピークに相当。

\* 移行期間：各変異株流行期の移行期でどの変異株も全シーケンス検体の90%を占めない期間の陽性診断者



# 直近（2022年第49週：12/5-12/11）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 (0.25)	増加	40週0.01、41週0.02、42週0.02、43週0.03、44週0.06、45週0.08、46週0.11、47週0.11、48週0.13、 <b>49週0.25（昨年同週0.01）</b>
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数（NESID*、推計）	低	増加	<b>約0.8万人</b> （95%信頼区間：0.7～1.0万人） （前週約0.6万人、36週以降の累積約3.5万人）
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、 <b>48週まで報告なし</b>
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	増加	40週0例、41週6例、42週3例、43週2例、44週6例、45週2例、46週2例、47週2例、48週5例、 <b>49週12例（昨年同週3例）</b>
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	微減	<b>12月19日現在</b> 、25週以降A(H3)複数、A(H1)1例 （データは毎日自動更新）
インフルエンザ様疾患発生報告数（全国の保育所・幼稚園、小学校、中学校、高等学校におけるインフルエンザ様症状の患者による学校欠席者数）	低 （休校0、学年閉鎖4、学級閉鎖21）	増加	集計開始した36週以降、休校 <b>0</b> 、学年閉鎖は <b>9</b> 、学級閉鎖 <b>68</b>
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 （11/16-30:検査数2933、陽性数A7例/B0例、陽性率0.2%）	検査数増加、陽性数増加、陽性率微減（解釈困難）： <b>前回から更新なし</b>	9/16-30：検査数1005、陽性数0(0.0%) 10/1-15：検査数1066、陽性数0(0.0%) 10/16-31:検査数1485、陽性数4(A3/B1例, 0.3%) 11/1-15：検査数1949、陽性数6(A6例, 0.3%)
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 （ <b>新規：28例（A27/B1例）</b> ）	微増	<b>12月19日現在</b> 、8月以降、A型複数、B型5例 （データは毎日自動更新）

NESID：感染症発生動向調査

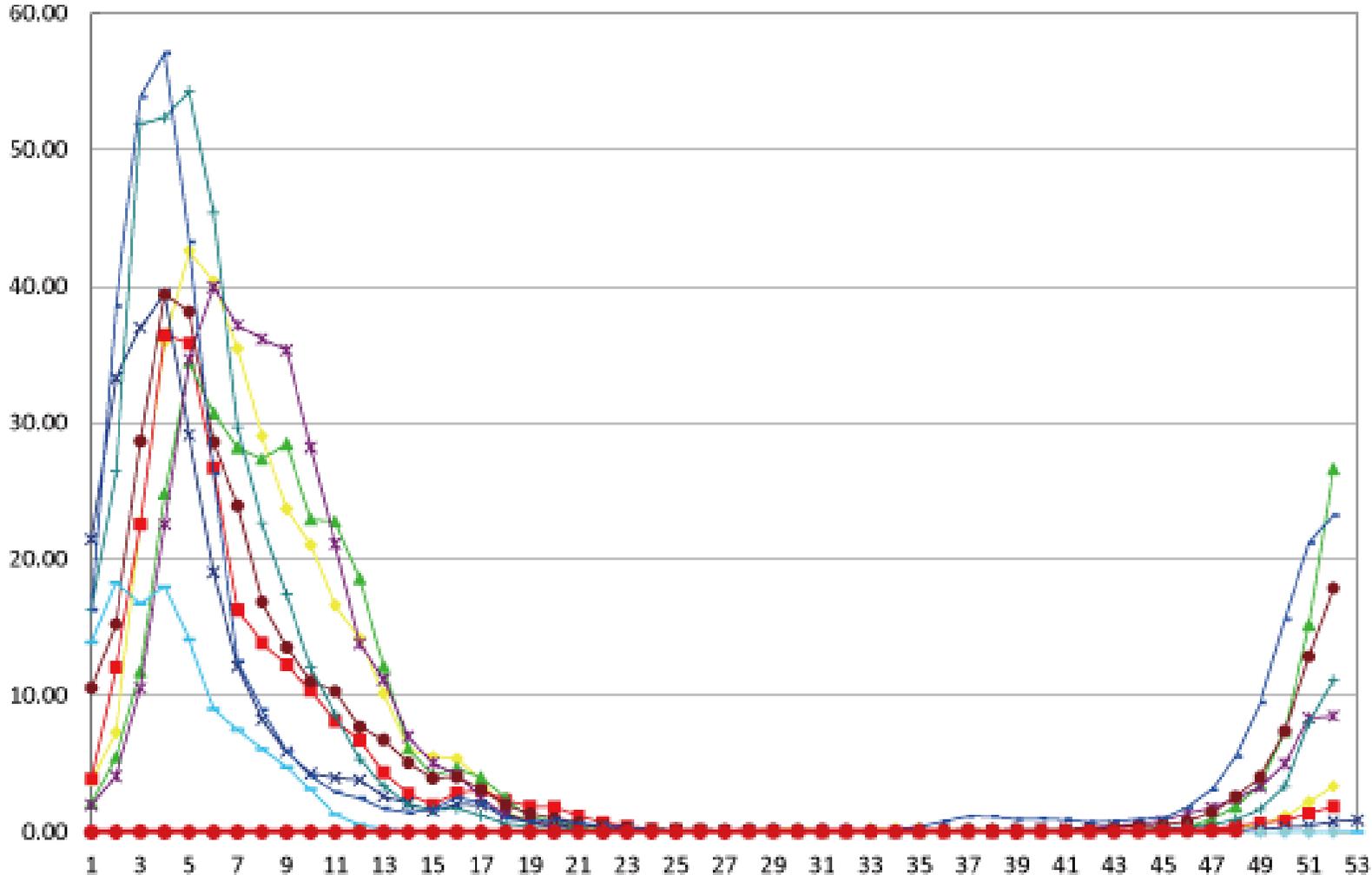
\*「トレンド（傾向）＝「増加しているのか、減少しているのか、横ばいなのか」、レベル（水準）＝「多いのか、少ないのか」

†前週までの値についても一部更新されている

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 （ <b>NESID</b> 、約5000定点）	<a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html</a>
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数 （ <b>NESID</b> 、推計）	<a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html</a>
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数 （ <b>NESID</b> 、約500定点）	<a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html</a>
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（ <b>NESID</b> 、全数）	<a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html</a>
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（ <b>NESID</b> 、約500の病原体定点）	<a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html</a>
インフルエンザ様疾患発生報告数（全国の保育所・幼稚園、小学校、中学校、高等学校におけるインフルエンザ様症状の患者による学校欠席者数）	<a href="https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-flulike.html">https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-flulike.html</a>  <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou01/houdou_00009.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekaku-kansenshou01/houdou_00009.html</a>
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）*	<a href="https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000202204.html">https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000202204.html</a>
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〕）	<a href="https://ml-flu.children.jp/">https://ml-flu.children.jp/</a>

\*参照：定点サーベイランスにおける重層的な指標の有用性検討：季節性インフルエンザにおける**NESID**での定点当たり報告数と国立病院機構での検査数・陽性数・陽性率を含めたトレンド（傾向）とレベル（水準）  
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/flu-iasrs/11585-513p01.html>

# インフルエンザ：定点当たり報告数（12/16更新；48週まで）



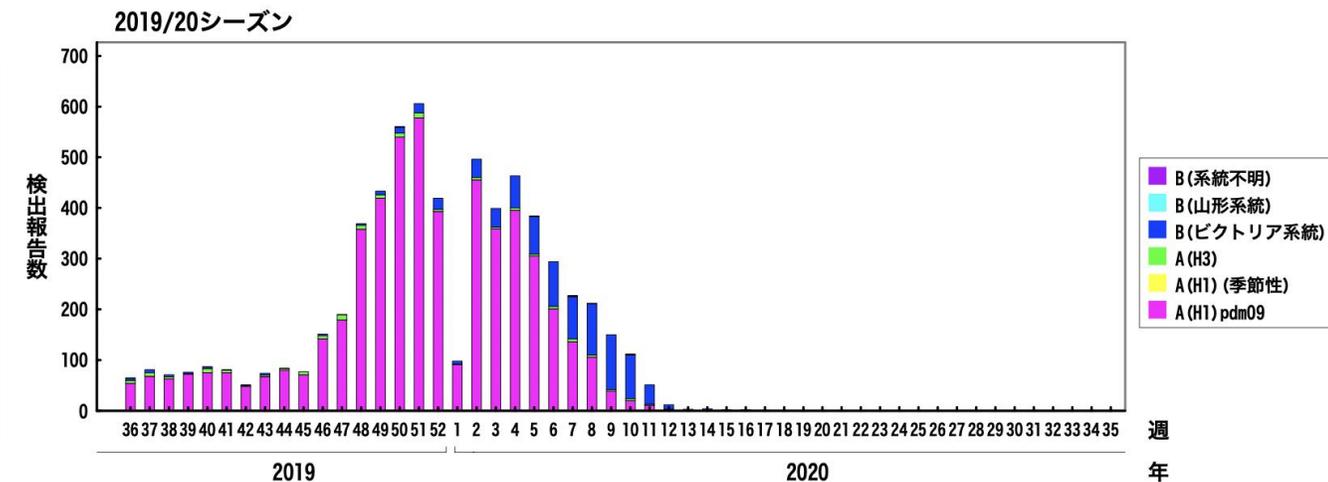
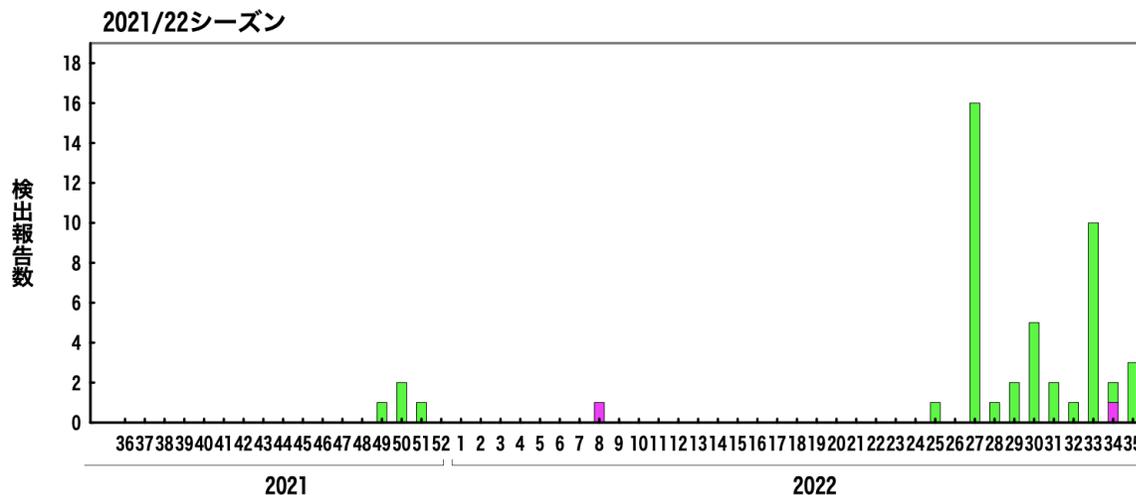
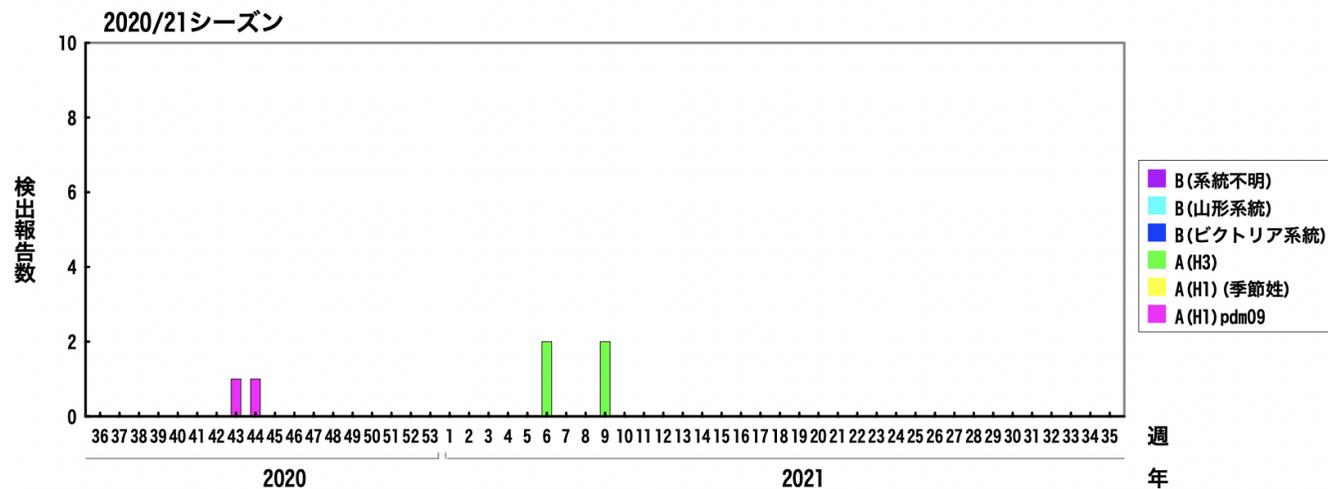
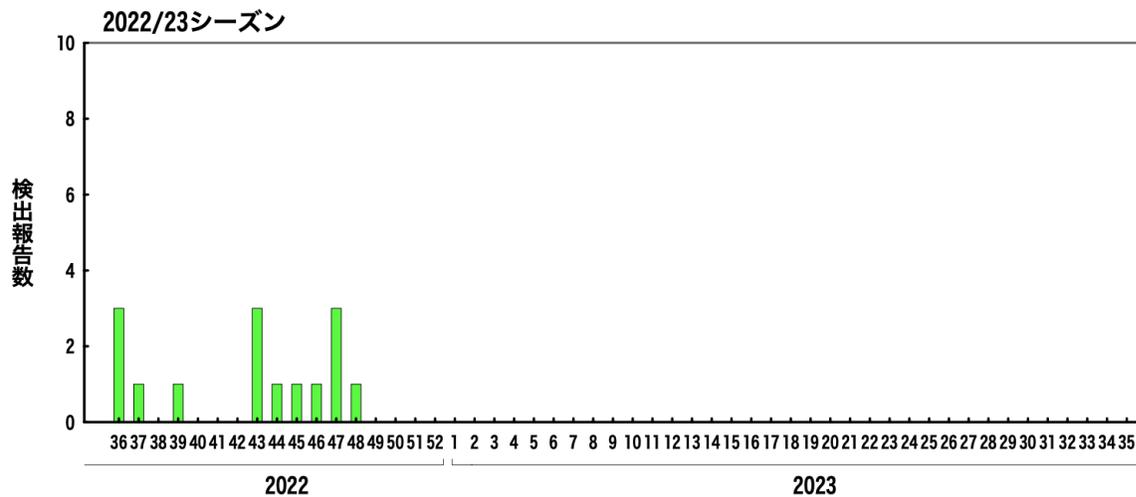
全国的にレベルとしては低い  
が、複数の指標で急な増加  
傾向がみられ、今まで以  
上に注視を要する。

<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12月19日作成

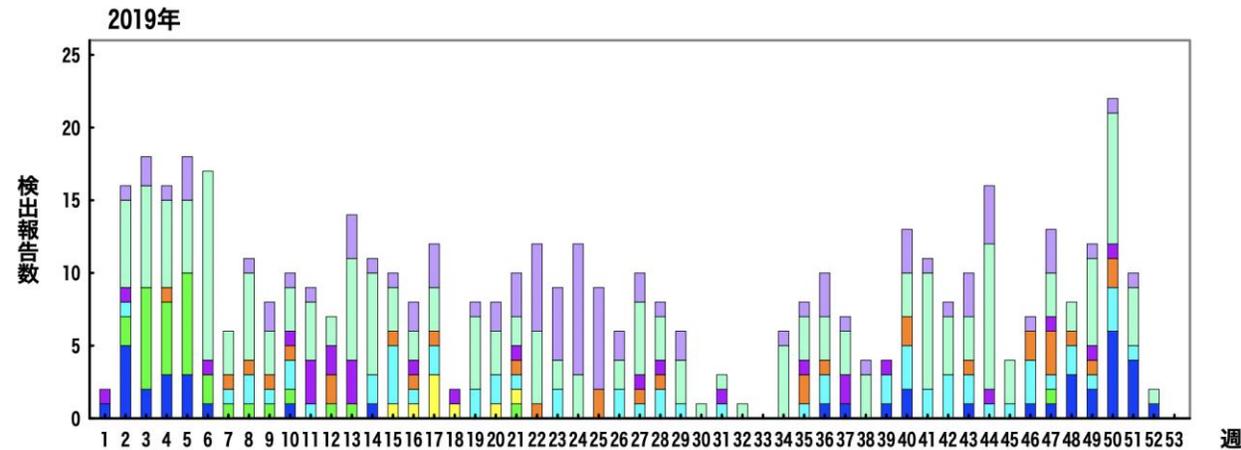
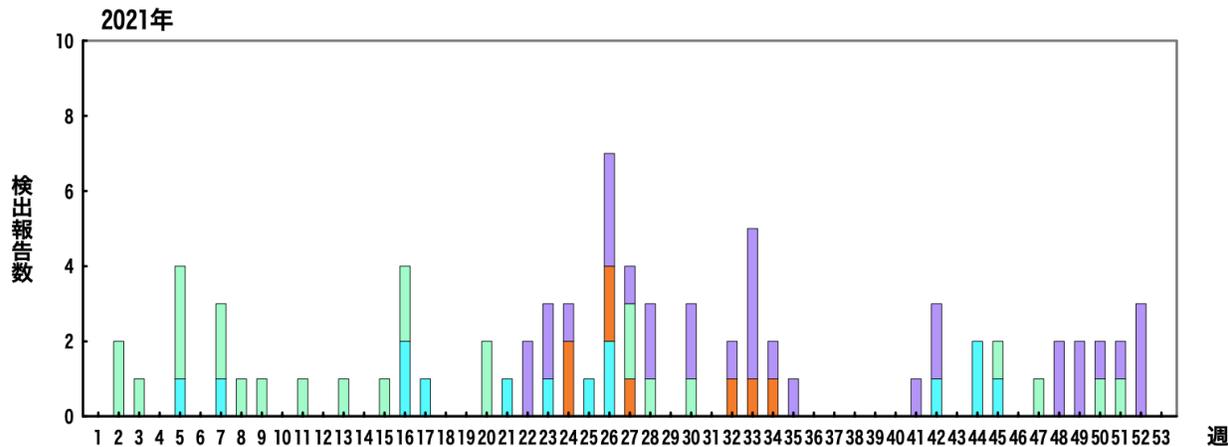
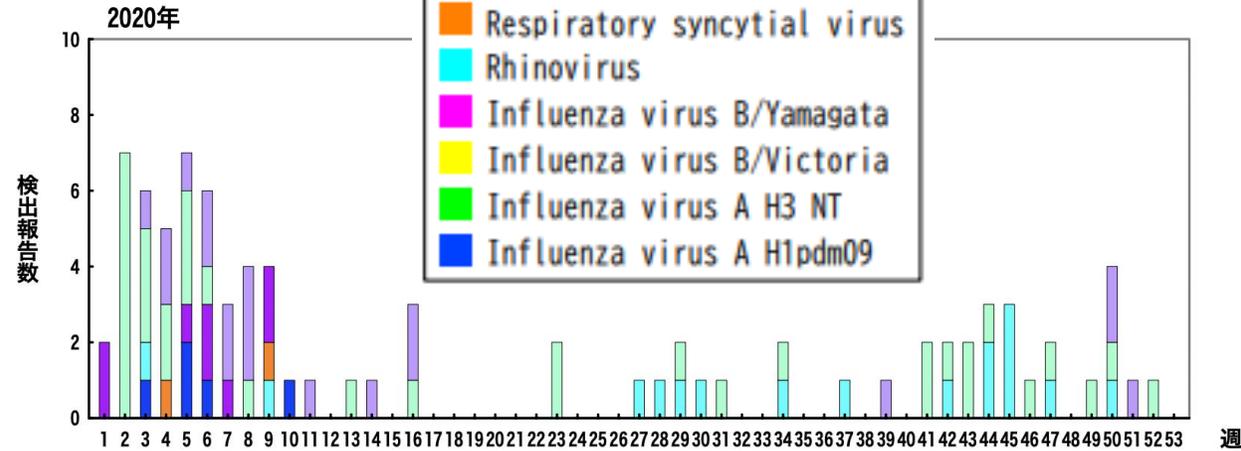
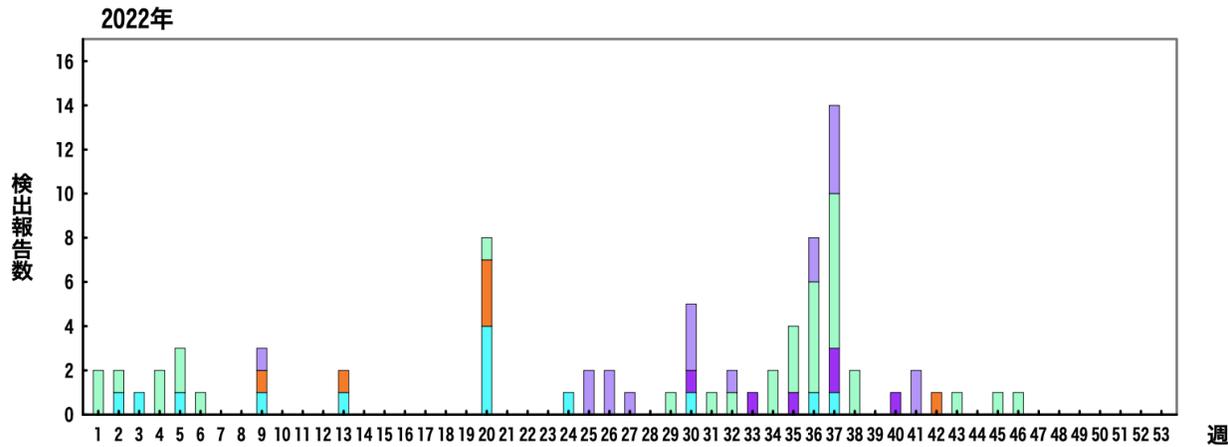
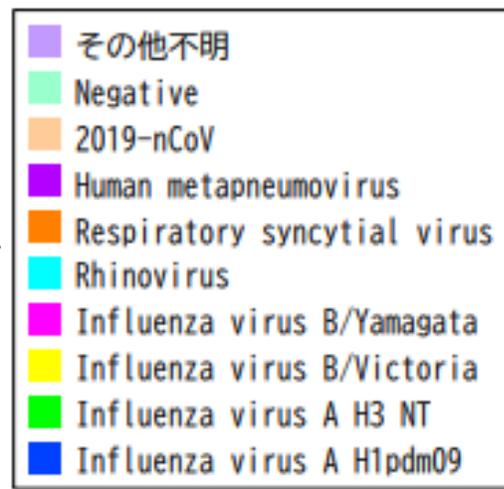
各都道府県市の地方衛生研究所等からの分離/検出報告を図に示した



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

# インフルエンザ様疾患由来ウイルス 2022年12月19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



\*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](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) )

# インフルエンザ流行レベルマップ

## インフルエンザ流行レベルマップ

お知らせ 次回の更新は12/23（金）の予定です。

2022年 第49週（12月5日～12月11日） 2022年12月14日現在

### コメント▶

2022年第49週の定点当たり報告数は0.25（患者報告数1,238）となり、前週の定点当たり報告数0.13（患者報告数636）よりも増加した。都道府県別では岩手県（1.57）、大阪府（0.65）、富山県（0.58）、東京都（0.50）、熊本県（0.50）、神奈川県（0.45）、岡山県（0.45）、京都府（0.41）、静岡県（0.26）、福岡県（0.25）の順となっている。37都道府県で前週の定点当たり報告数よりも増加がみられた。7都道府県で前週の定点当たり報告数よりも減少がみられた。

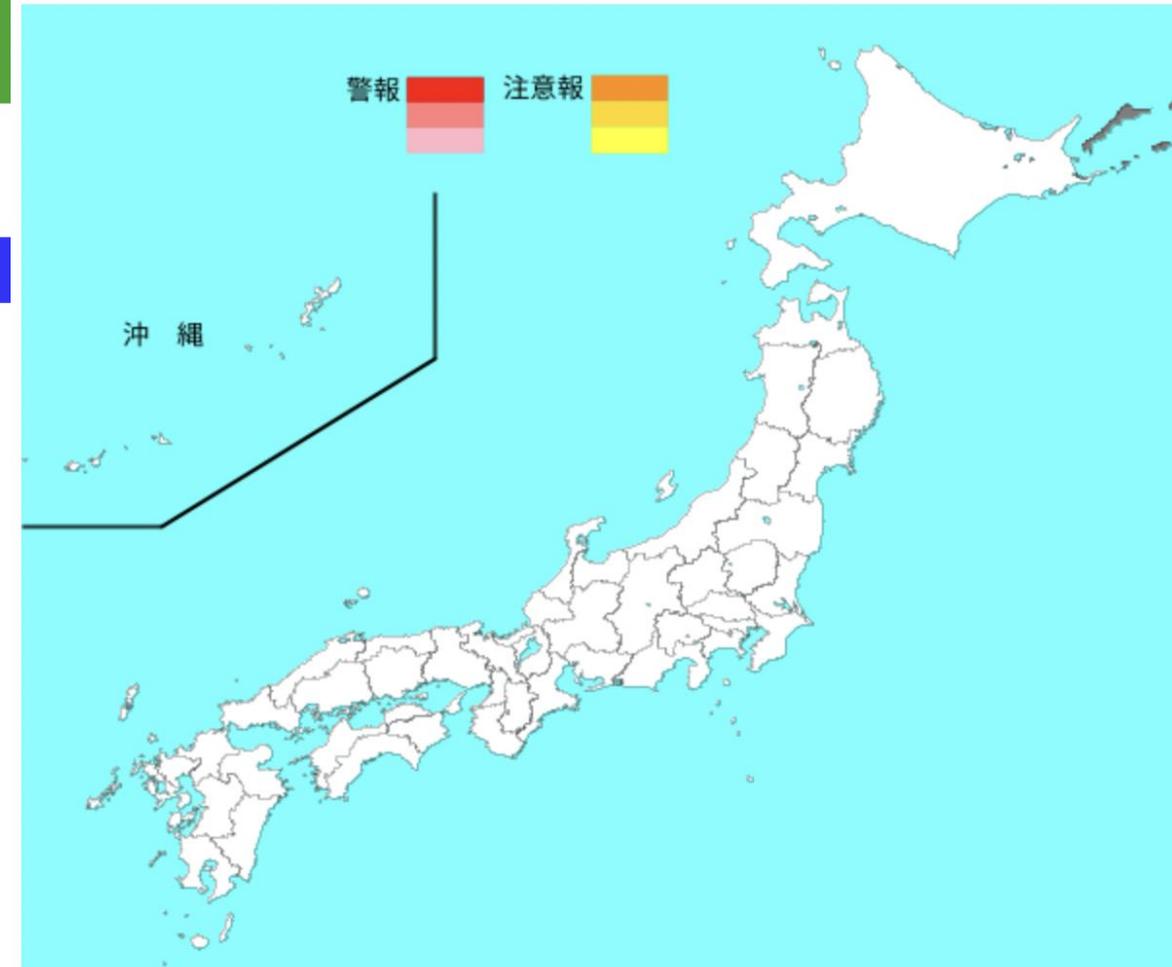
定点医療機関からの報告をもとに、定点以外を含む全国の医療機関をこの1週間に受診した患者数を推計すると約0.8万人（95%信頼区間：0.7～1万人）となり、前週の推計値（約0.6万人）よりも増加した。年齢別では、0～4歳が約0.1万人、5～9歳が約0.2万人、10～14歳が約0.1万人、15～19歳が約0.1万人、20代が約0.2万人、30代が約0.1万人となっている。また、2022年第36週以降これまでの累積の推計受診者数は約3.5万人となった。

全国の保健所地域で、警報レベル、注意報レベルを超えている地域はなかった。

基幹定点からのインフルエンザ患者の入院報告数は12例であり、前週（5例）から増加した。9都道府県から報告があり、年齢別では1歳未満（3例）、5～9歳（2例）、10～14歳（1例）、15～19歳（1例）、20代（1例）、50代（1例）、60代（1例）、80歳以上（2例）であった。

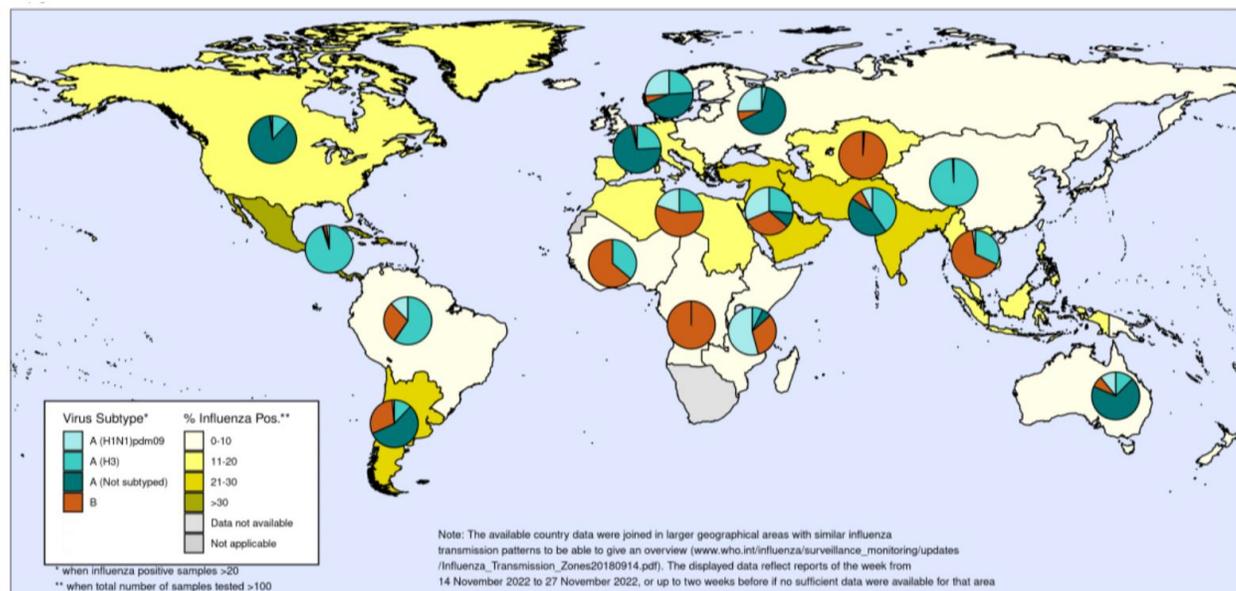
国内のインフルエンザウイルスの検出状況を見ると、直近の5週間（2022年第45週～2022年第49週）では、AH3亜型が6件あった。

詳細は国立感染症研究所ホームページ（<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-map.html>）を参照されたい。



# 世界のインフルエンザ動向：WHO HQ (2022年46-47週)

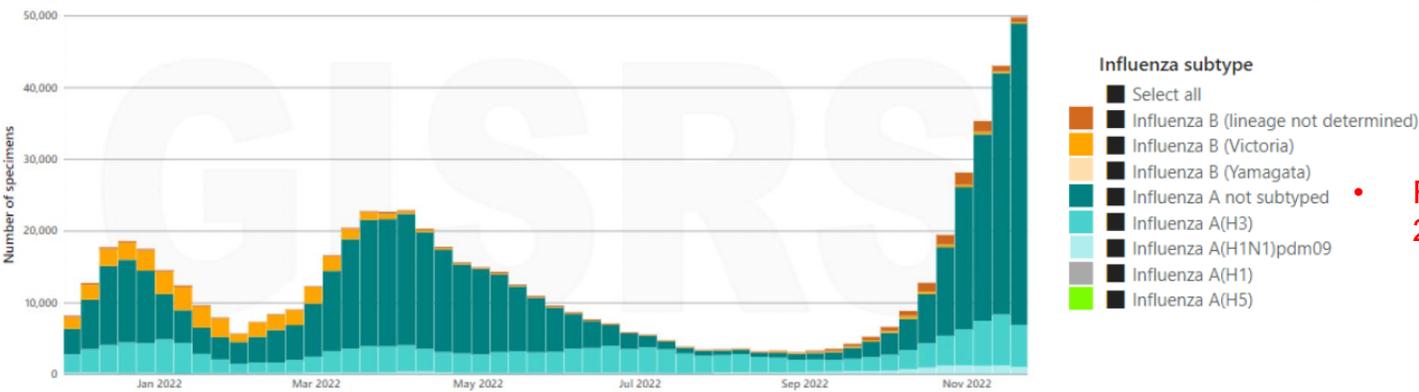
Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza, by influenza transmission zone<sup>1</sup>. Map generated on 09 December 2022.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



Data source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net)  
Copyright WHO 2022. All rights reserved.



- Globally, influenza activity increased and where subtyped, influenza A(H3N2) viruses predominated.

- Flunet (Nov 14 to 27, 2022 (as at Dec 9, 2022))

- 560,422 specimens
- 93,082 were positive for influenza viruses (16.6%)

- Influenza A 91,170 (97.9%)
- Influenza B 1,912 (2.1%)

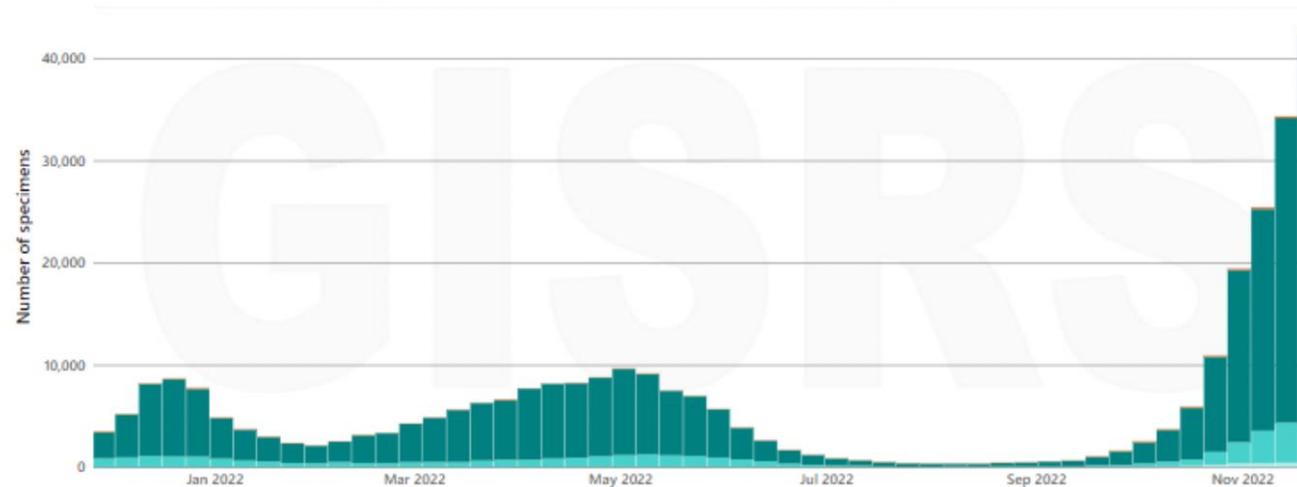
- A(H1N1)pdm09 2,203 (14.4%)
- A(H3N2) 13,091 (85.6%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 400 (100.0%)

- Flunet (Oct 31 to Nov 13, 2022 (as at Nov 29, 2022))

- 465,365 specimens
- 56,551 were positive for influenza viruses (12.2%)
- Influenza A 53,829 (95.2%)
- Influenza B 2,722 (4.8%)
- A(H1N1)pdm09 2,024 (16.3%)
- A(H3N2) 10,356 (83.7%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 550 (100.0%)



Number of specimens positive for influenza by subtype in North America



- In the countries of North America, influenza positivity and ILI activity continued to increase steeply in recent weeks. In Canada, ILI activity continued to increase well above the pre-pandemic seasonal average for this time of year. Influenza percent positivity has been above the seasonal threshold for five consecutive weeks and was also well above the pre-pandemic seasonal average for this time of year. Cumulative influenza-associated hospitalizations were highest in children under five years of age and adults 65 years and older, and paediatric hospitalizations continued to increase and were at levels above the typical peak of epidemic activity. In the U.S., ILI continued to increase well above levels observed for this time of the year during the past five seasons, with increases observed in all age-groups and across the country. To date, cumulative influenza hospitalizations were greater compared to the same date for past seasons since 2010-11. The percentage of deaths attributed to pneumonia, influenza or COVID-19 remained above the epidemic threshold established from historical data, with the majority of recent mortality attributed to COVID-19 but with an increased number due to influenza in recent weeks. In both countries, several respiratory viruses were co-circulating. Influenza A viruses predominated and A(H3N2) viruses accounted for the majority of subtyped influenza A viruses. Influenza A(H1N1)pdm09 accounted for approximately 5% of subtyped influenza A detections in Canada and 16% in the USA in the most recent week. RSV activity remained elevated in both countries and above average levels for this time of year in Canada but seemed to have peaked in both countries.

- In Europe, overall influenza activity continued to increase, with influenza positivity from sentinel sites remaining above the epidemic threshold. Influenza A(H3N2) predominated among the subtyped influenza A viruses from sentinel sites, with some detections of A(H1N1)pdm09 and B viruses. Nine countries reported widespread activity and/or at least medium intensity and 11 reported influenza positivity greater than 10% in primary care sentinel surveillance systems. In Eastern Europe, influenza detections increased mostly due to A(H1N1pdm09) virus detections from non-sentinel sites in the Russian Federation but with increased influenza detections reported also in other countries. Increased ILI activity was reported in some of these countries and influenza-associated hospitalizations increased sharply in the Russian Federation. In Northern Europe, influenza detections were predominantly influenza A followed by B viruses, with A(H3N2) predominant among the subtyped A viruses except detections in non-sentinel surveillance from a few countries where A(H1N1)pdm09 predominated (Iceland, Ireland, Northern Ireland in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland (UK), and Norway). Influenza detections increased slightly in a few countries (Ireland, Lithuania, Norway, Sweden and the UK). ILI increased to moderate levels in Denmark and slight increases were reported in other countries, but ILI generally remained low. Influenza hospitalizations and admissions to intensive care unit were at moderate levels in the UK. RSV activity (% positivity and number of notified hospitalizations for RSV) decreased but remained elevated in Ireland and RSV-associated hospitalizations increased in the UK following trends of pre-COVID-19-pandemic years. In Southwest Europe, influenza detections of predominantly A(H3N2) also continued to increase in some countries, especially in France, Germany, Italy, Portugal and Switzerland while a decrease in detections was reported in Spain in recent weeks. ILI also increased in some countries (Austria, France, Germany, Greece and Italy), especially in children and earlier compared to previous seasons in some countries. ILI activity was reported as low in France and moderate in Italy. Severe acute respiratory infection (SARI) activity also increased in a few countries (Germany and Spain). Rising cases of RSV infections were reported in France. Pooled all-cause mortality estimates from the EuroMomo network showed elevated but decreasing excess mortality across some age-groups.

# 米国：インフルエンザ動向

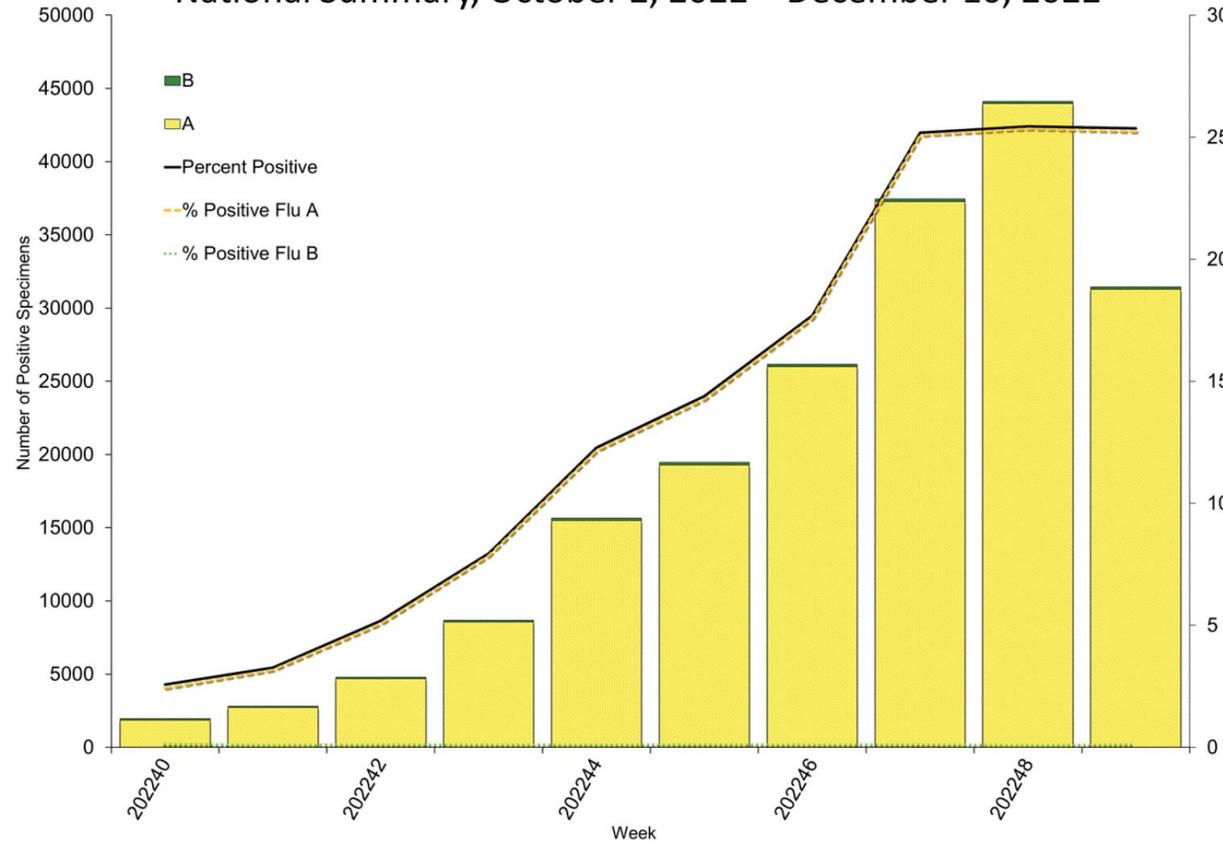
直近の過小評価に注意



## 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.

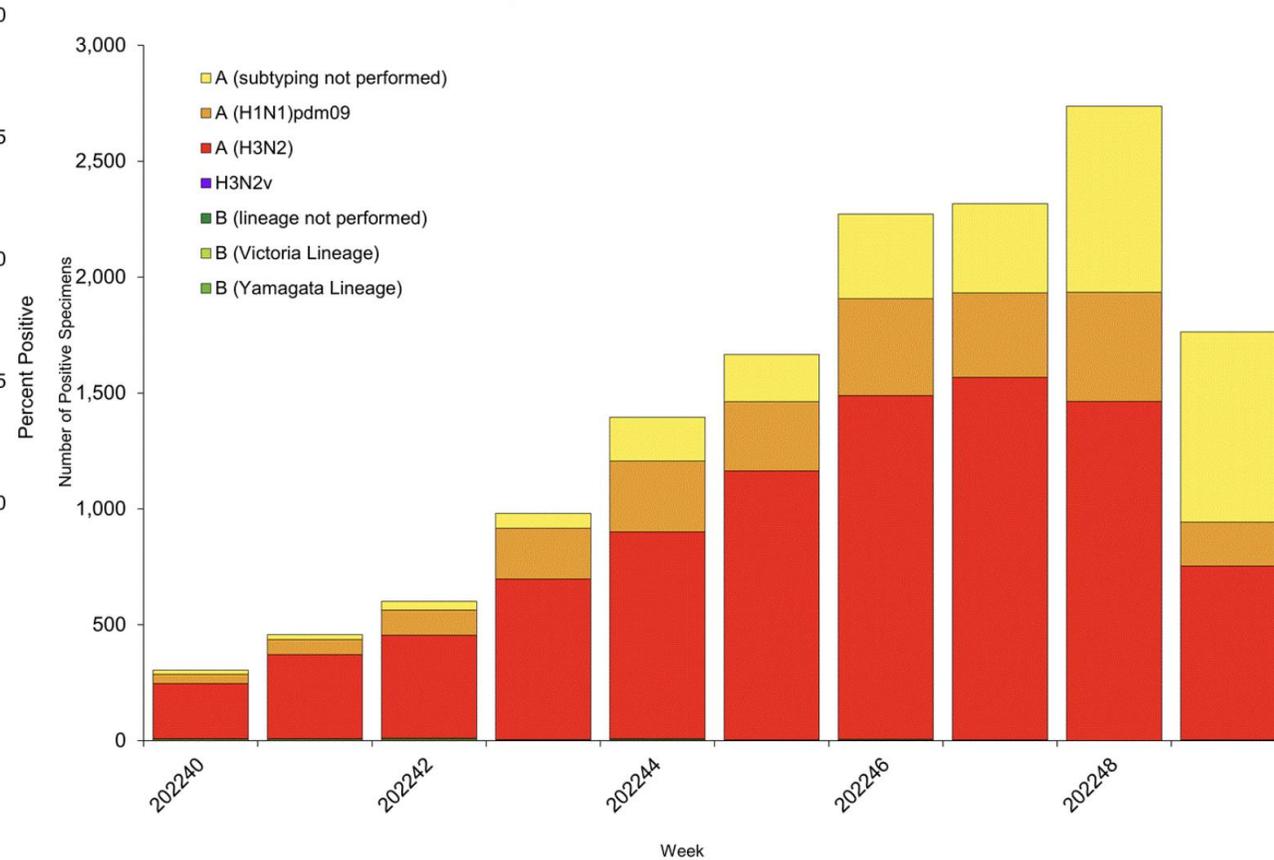
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Clinical Laboratories, National Summary, October 2, 2022 – December 10, 2022



## 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.

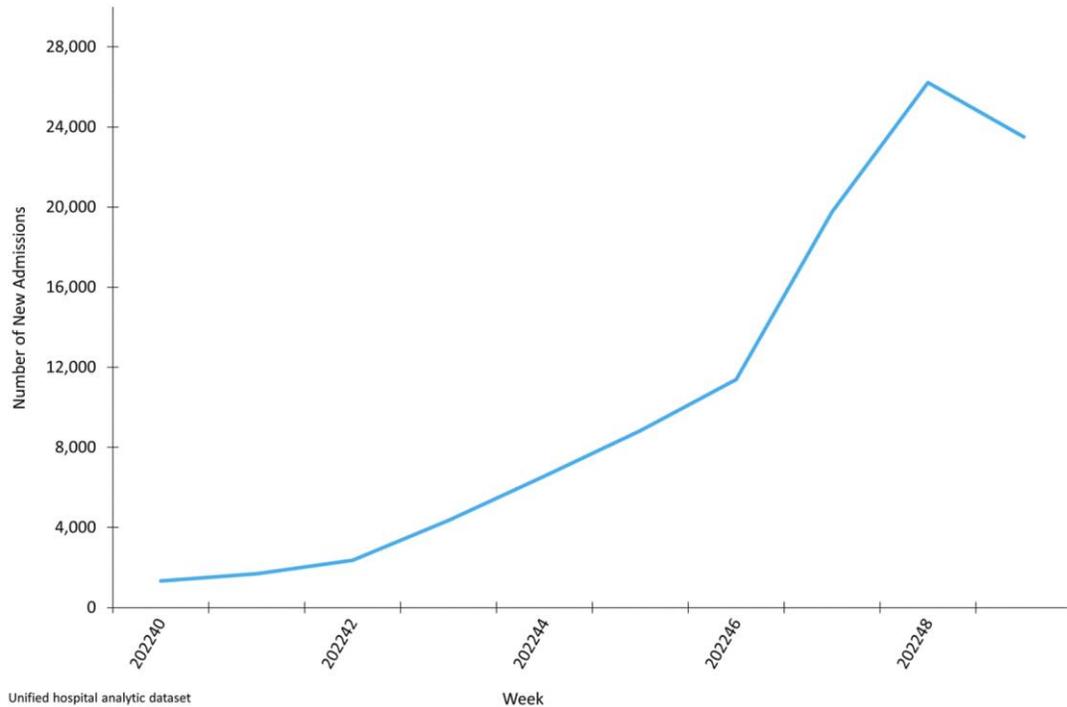
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Public Health Laboratories, National Summary, October 2, 2022 – December 10, 2022



# 米国：新規入院者数（インフルエンザ）

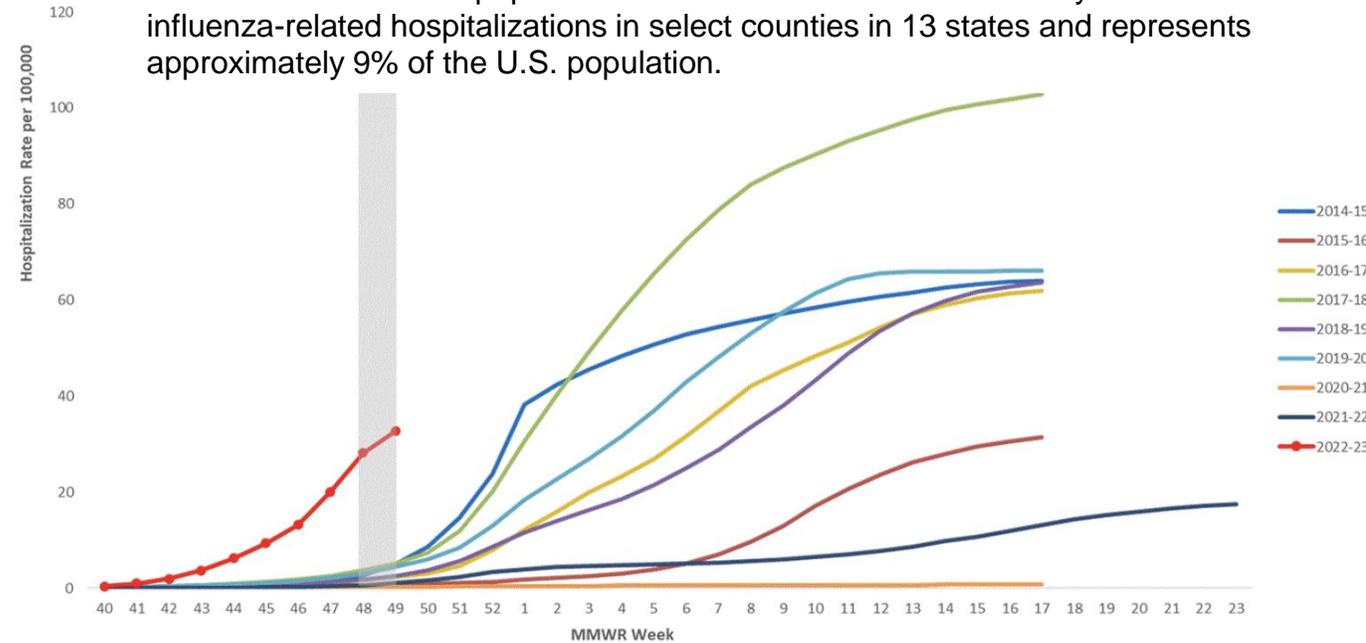
直近の過小評価に注意

New Influenza Hospital Admissions Reported to HHS Protect, National Summary, October 2, 2022 – December 10, 2022



Cumulative Rate of Laboratory-Confirmed Influenza Hospitalizations among cases of all ages, 2014-15 to 2022-23, MMWR Week 49

FluSurv-NET conducts population-based surveillance for laboratory-confirmed influenza-related hospitalizations in select counties in 13 states and represents approximately 9% of the U.S. population.



\*\*In this figure, weekly rates for all seasons prior to the 2022-23 season reflect end-of-season rates. For the 2022-23 season, rates for recent hospital admissions are subject to reporting delays, as shown in the shaded area. As hospitalization data are received each week, prior case counts and rates are updated accordingly.

- Hospitals report to HHS Protect the number of patients admitted with laboratory-confirmed influenza. During week 49, 23,503 patients with laboratory-confirmed influenza were admitted to a hospital.

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

The overall cumulative hospitalization rate was 32.7 per 100,000 population. This cumulative hospitalization rate is 7.6 times higher than the highest cumulative in-season hospitalization rate observed in week 49 during previous seasons going back to 2010-2011 (prior season rates ranged from 0.2 per 100,000 to 4.3 per 100,000). The highest rate of hospitalization per 100,000 population was among adults aged 65 and older (88.4). Among persons aged <65 years, hospitalization rates per 100,000 population were highest among children aged 0-4 years (49.6).

# 米国：新規入院者数（COVID-19）

直近の過小評価に注意



United States | All Ages

**5,646,983**

Total Admissions

Aug 01, 2020 - Dec 14, 2022

**5,041**

Current 7-Day Average

Dec 08, 2022 - Dec 14, 2022

**4,914**

Prior 7-Day Average

Dec 01, 2022 - Dec 07, 2022

**21,525**

Peak 7-Day Average

Jan 09, 2022 - Jan 15, 2022

**+2.6%**

Percent change from prior 7-day avg. of Dec 01, 2022 - Dec 07, 2022

**-76.6%**

Percent change from peak 7-day avg. of Jan 09, 2022 - Jan 15, 2022

## New Admissions of Patients with Confirmed COVID-19, United States

Aug 01, 2020 - Dec 14, 2022

By Jurisdiction and Age Group

By Jurisdiction

Select a Jurisdiction

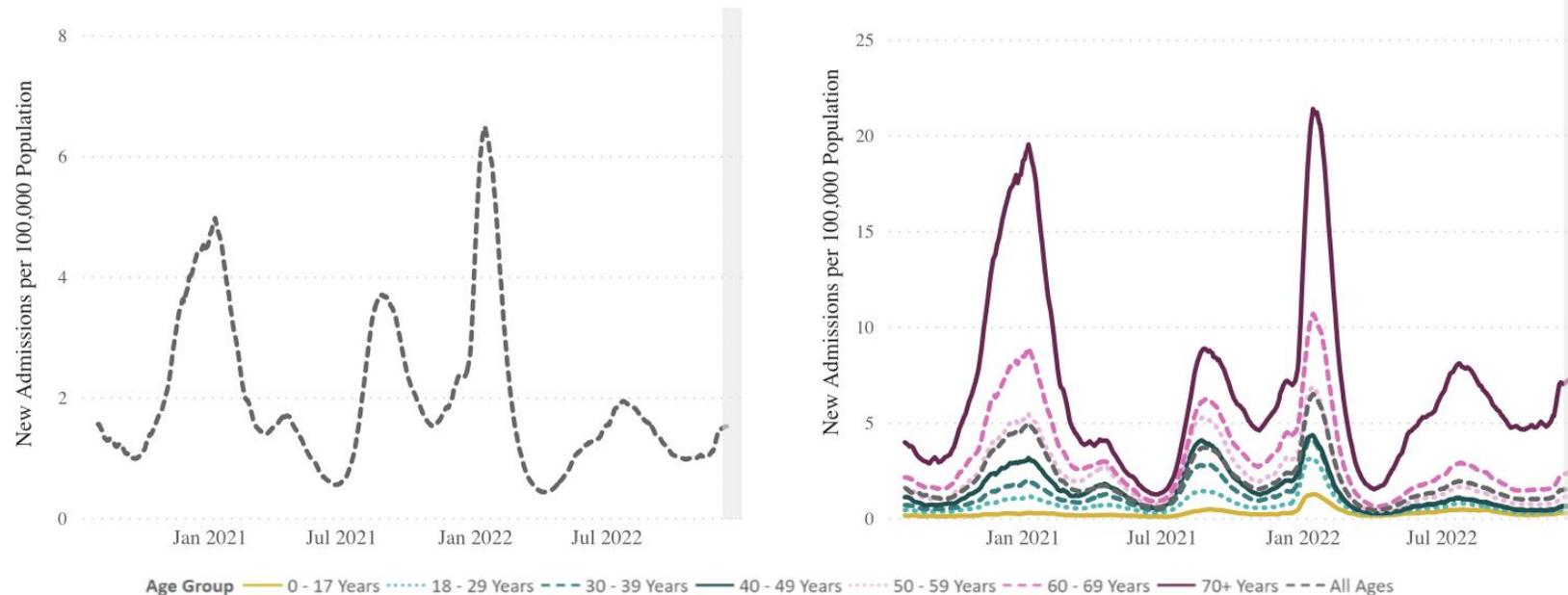
Select an Age Group

United States

All Ages



United States | All Ages



Based on reporting from all hospitals (N=5,317). Due to potential reporting delays, data reported in the most recent 7 days (as represented by the shaded bar) should be interpreted with caution. Small shifts in historic data may occur due to changes in the CMS Provider of Services file, which is used to identify the cohort of included hospitals. Data since December 1, 2020 have had error correction methodology applied. Data prior to this date may have anomalies that are still being resolved. Note that the above graphs are often shown on different scales. Data prior to August 1, 2020 are unavailable.  
Last Updated: Dec 17, 2022

Unified Hospital Dataset, White House COVID-19 Team, Data Strategy and Execution

# 英国：インフルエンザ・COVID-19

Figure 10: Respiratory DataMart samples positive for influenza and weekly positivity (%) for influenza, England

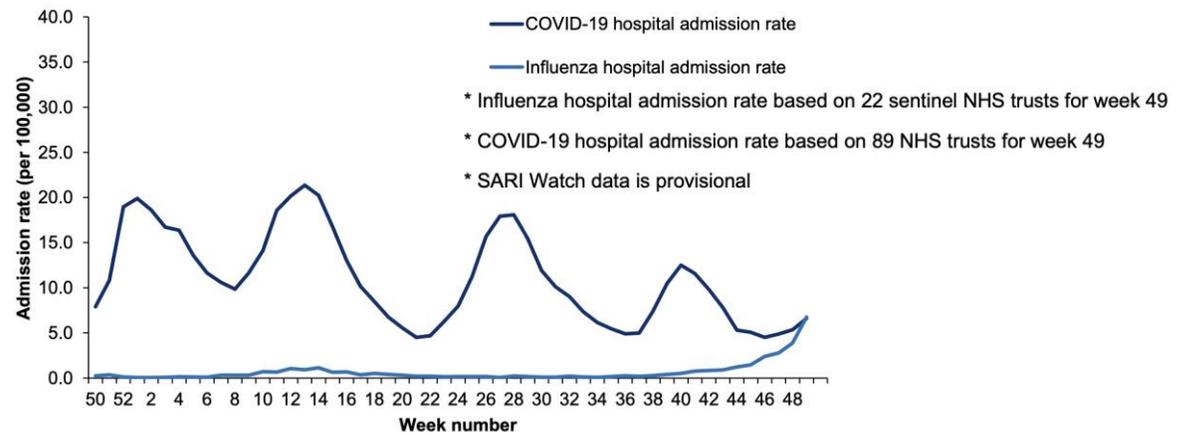
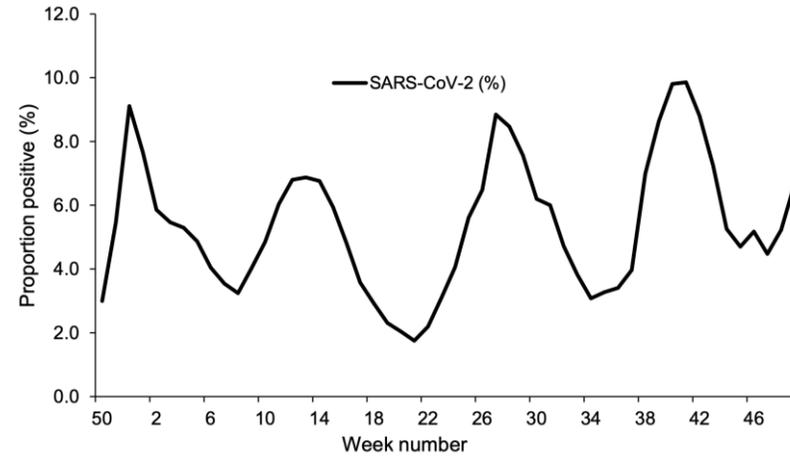
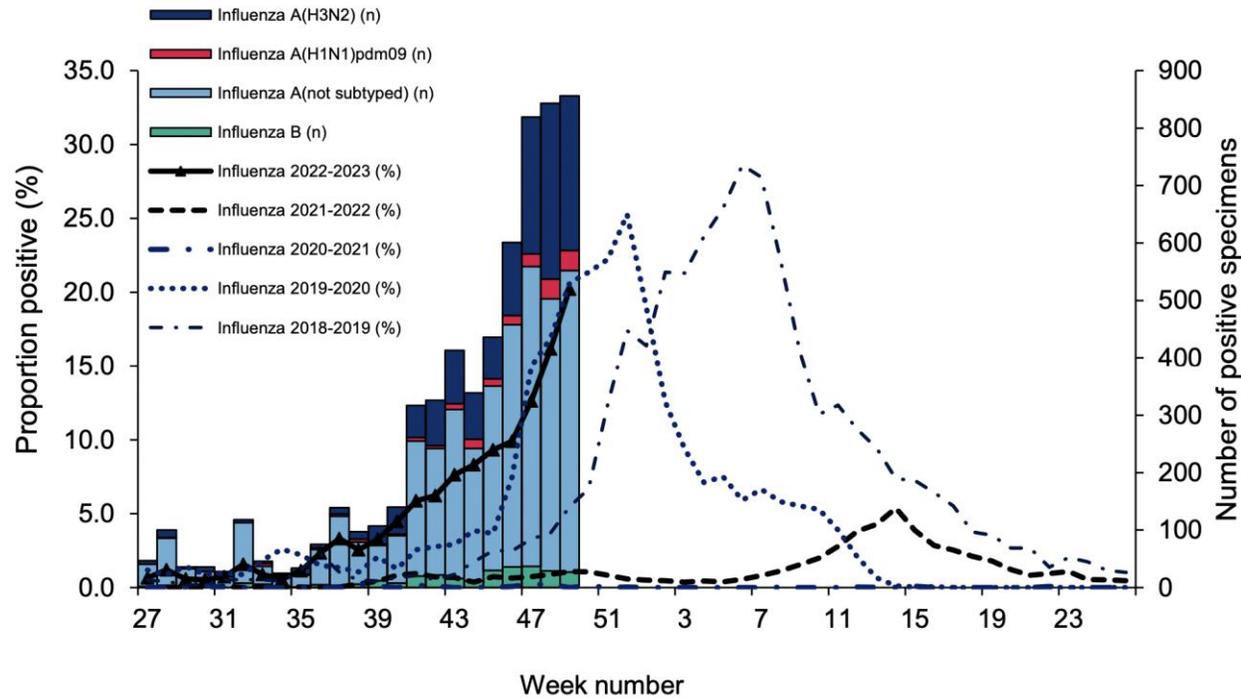
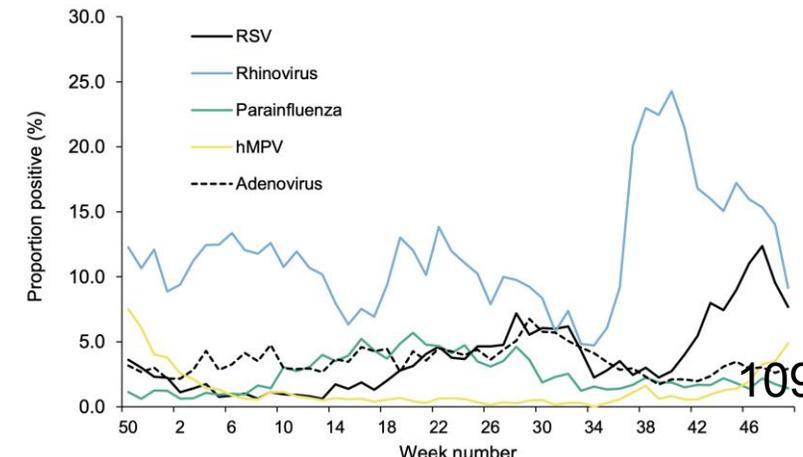
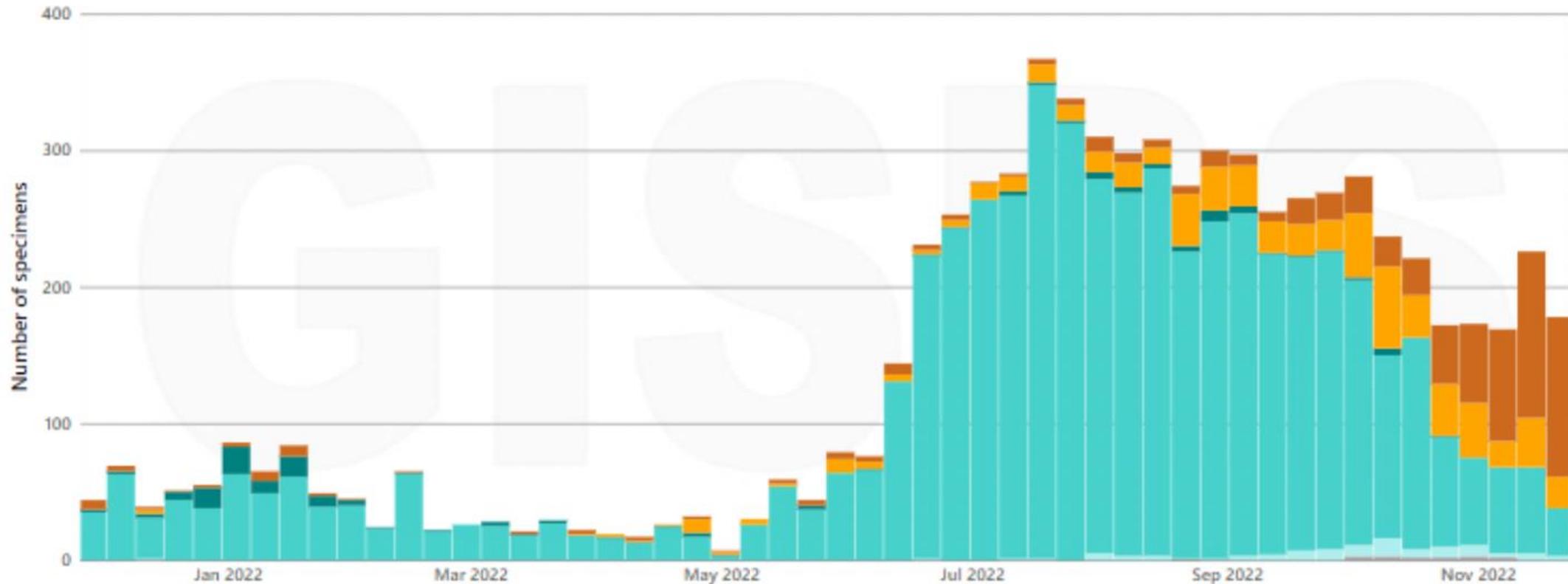


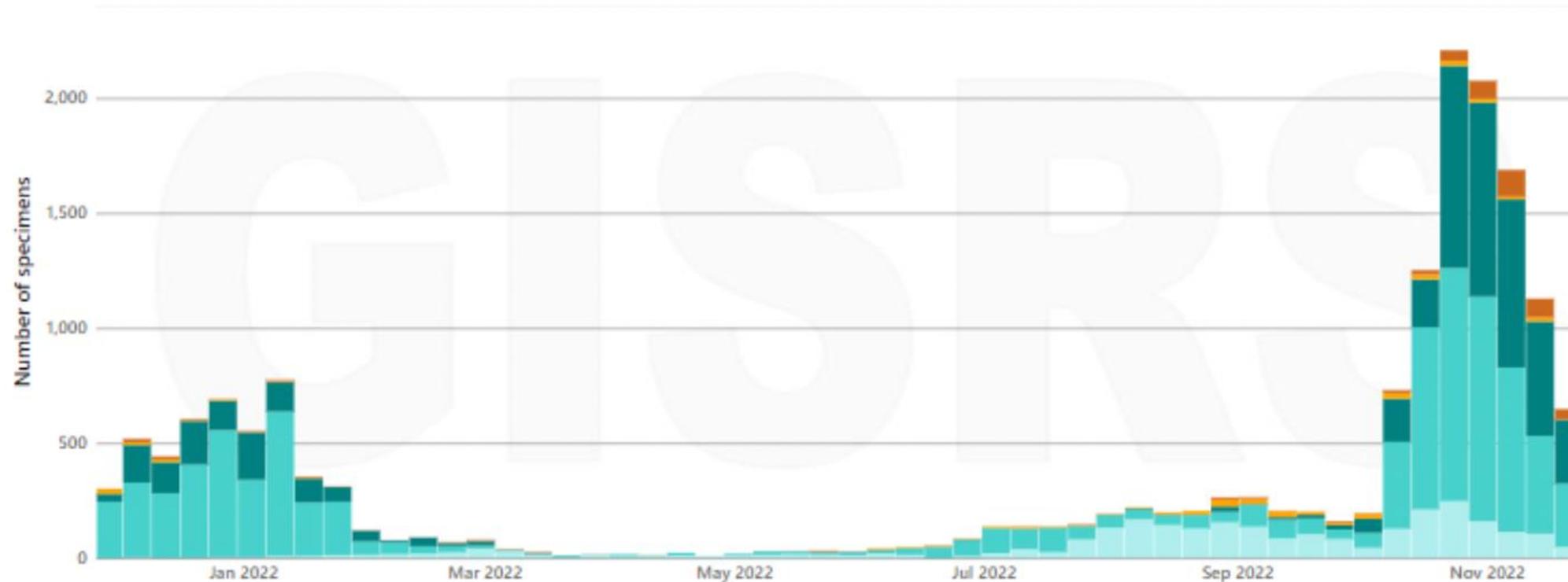
Figure 12: Respiratory DataMart weekly positivity (%) for other respiratory viruses, England



- The Respiratory Datamart system is used as a sentinel laboratory surveillance tool, monitoring all major respiratory viruses.
- In week 49 of 2022, out of the 11,776 respiratory specimens reported through the Respiratory DataMart System (12 out of 16 laboratories), 786 samples were positive for SARS-CoV-2 with an overall positivity of 6.7% which increased from 5.2% the previous week. The highest positivity was seen in the 65 year olds and over at 8.6%.
- Influenza positivity increased from 16.2% in week 48 to 20.2% in week 49, with highest positivity seen in those aged 5 to 14 years at 32.9%. 856 samples tested positive for influenza (269 flu A(H3), 35 flu A(H1N1)pdm09, 525 flu A(not subtyped) and 27 flu B).



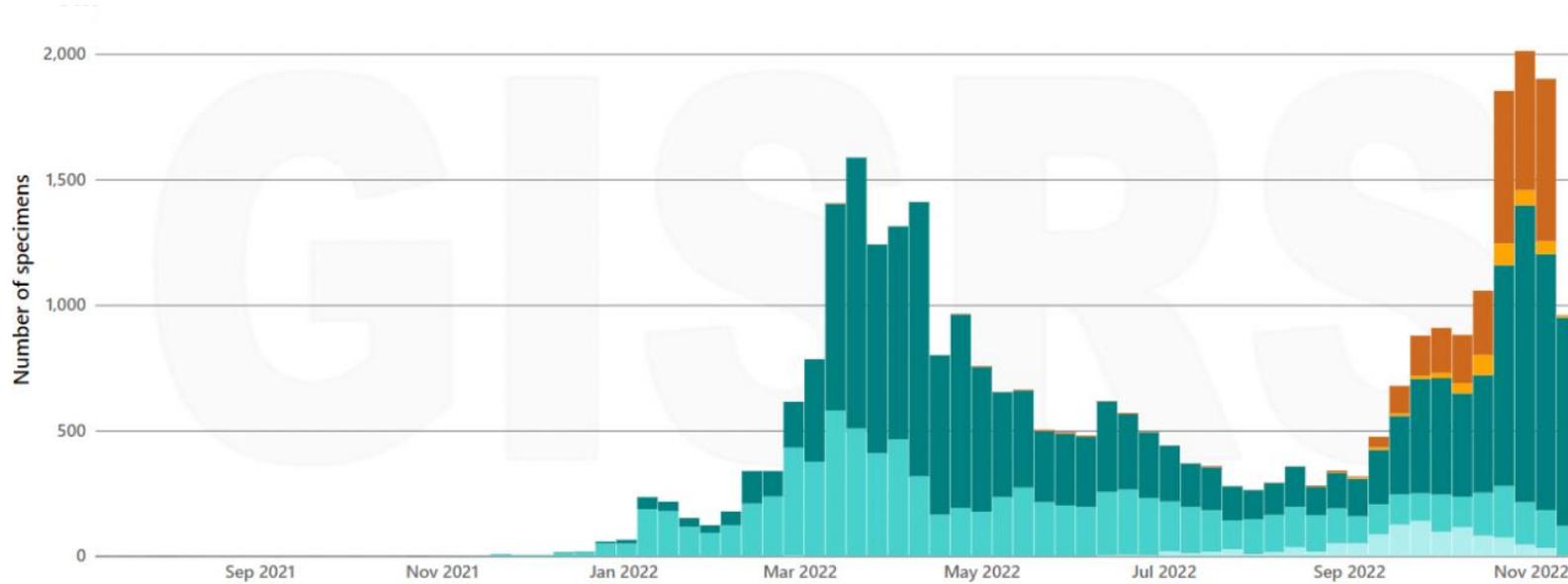
- In South-East Asia, influenza activity decreased in most countries reporting this period except in Cambodia, Malaysia and Thailand where detections of influenza A(H3N2) and B viruses continued to be reported and low numbers of all seasonal subtypes were reported in the Philippines.



- In Southern Asia, influenza activity decreased this period mainly due to decreased detections in Iran (Islamic Republic of), where predominantly influenza A(H3N2) and few influenza B detections were reported. Influenza detections decreased in Sri Lanka, with all seasonal subtypes co-circulating. In Pakistan, influenza detections of mainly A(H1N1)pdm09 and B/Victoria lineage viruses continued to be reported at a moderate level. In other reporting countries, influenza detections remained low.



Number of specimens positive for influenza by subtype in Temperate South America



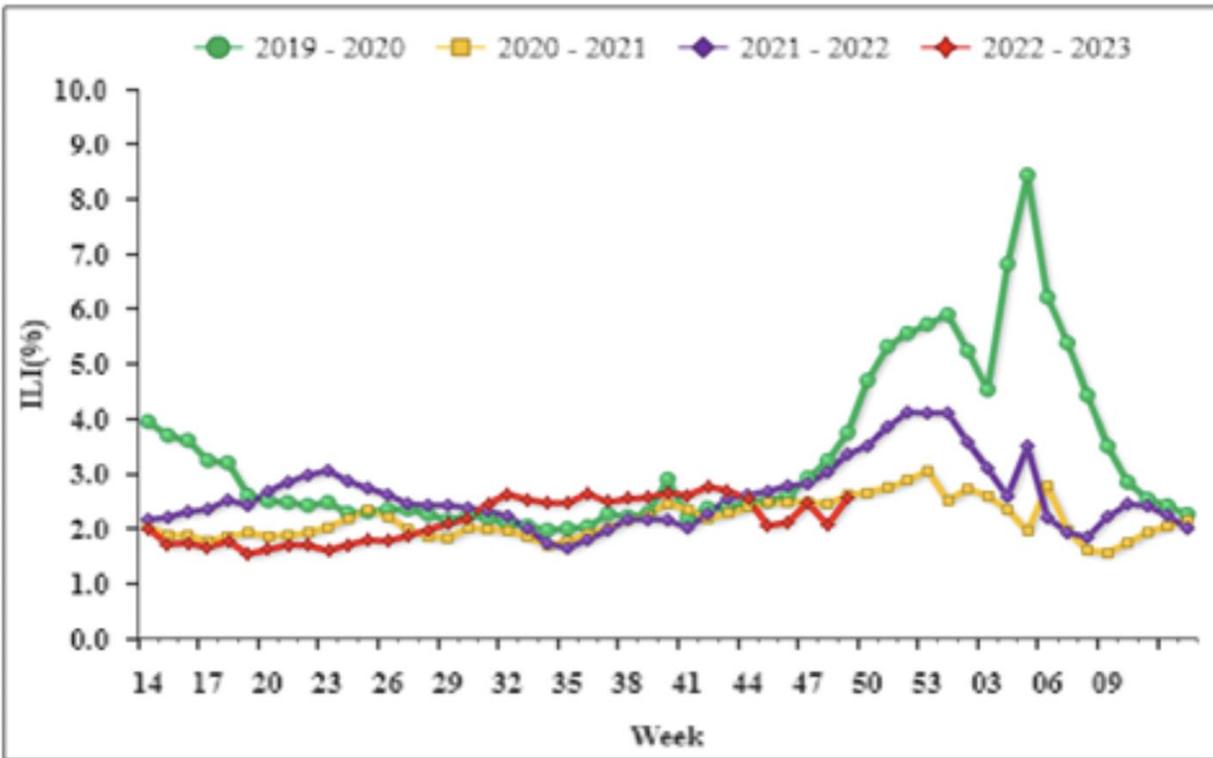
- In temperate South America, influenza detections remained elevated in Argentina and Chile and low in Paraguay and Uruguay. In Argentina, influenza B was predominant followed by influenza A(H1N1)pdm09 and positivity remained at a high level unusual for this time of year though ILI remained low and SARI was below the baseline. In Chile, influenza A(H3N2) predominated and percent positivity and ILI rates decreased slightly but remained unusually elevated for this time of year with positivity at a high level and ILI remaining at an extraordinary level. The SARI rate remained low. RSV activity remained low in the subregion.

- In Oceania, influenza activity remained low overall with a few detections of influenza A viruses reported in Australia. Influenza activity remained low in New Zealand and the hospitalization rate for SARI was low overall but increased in children under five years due to rhinovirus and RSV activity and decreased in adults over 80 years of age. In the Pacific Islands, ILI activity overall was low or decreased except in Samoa and the Marshall Islands.
- In South Africa, detections of influenza A(H3N2) decreased and influenza detection rates in ILI and pneumonia surveillance remained at inter-seasonal levels. There were few SARS-CoV-2 or RSV detections and the detection rate for RSV in children under five years of age remained below the epidemic threshold.

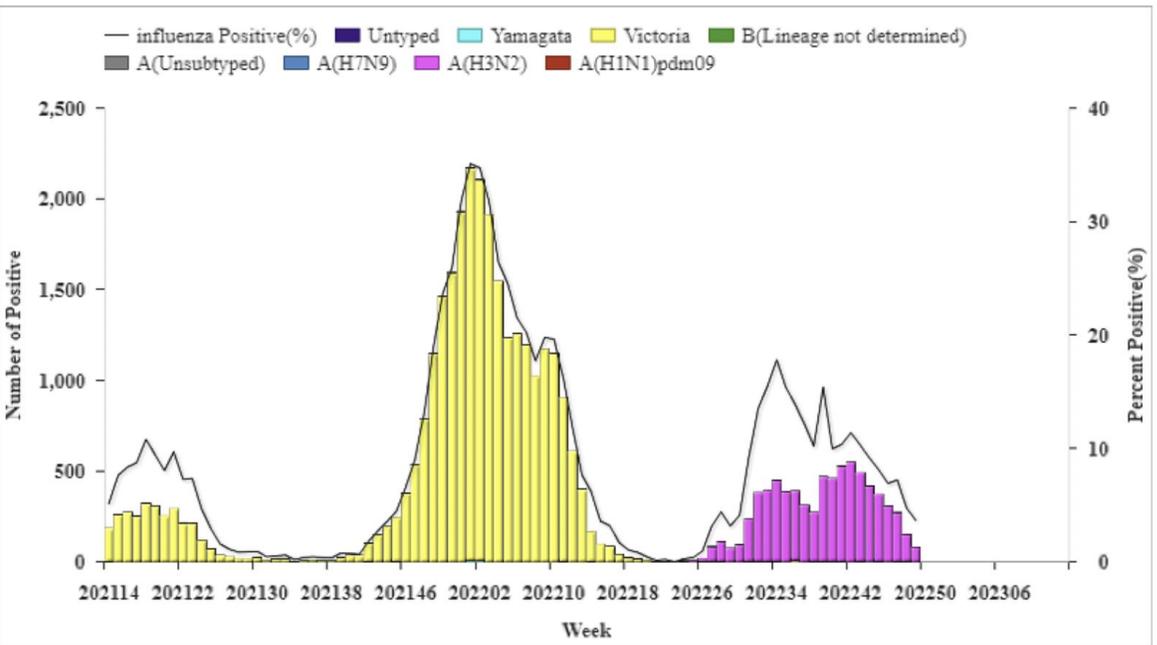
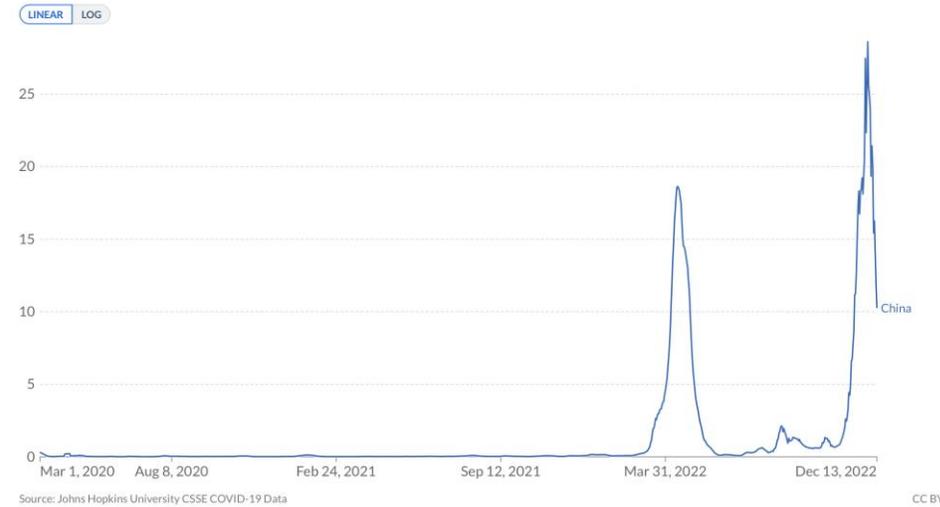
# 中国 (北部)

## China (North)

During week 49, ILI% at national sentinel hospitals in northern provinces was 2.6%, higher than the last week (2.1%), lower than the same week of 2019 and 2021 (3.8% and 3.4%), the same as the same week of 2020 (2.6%).



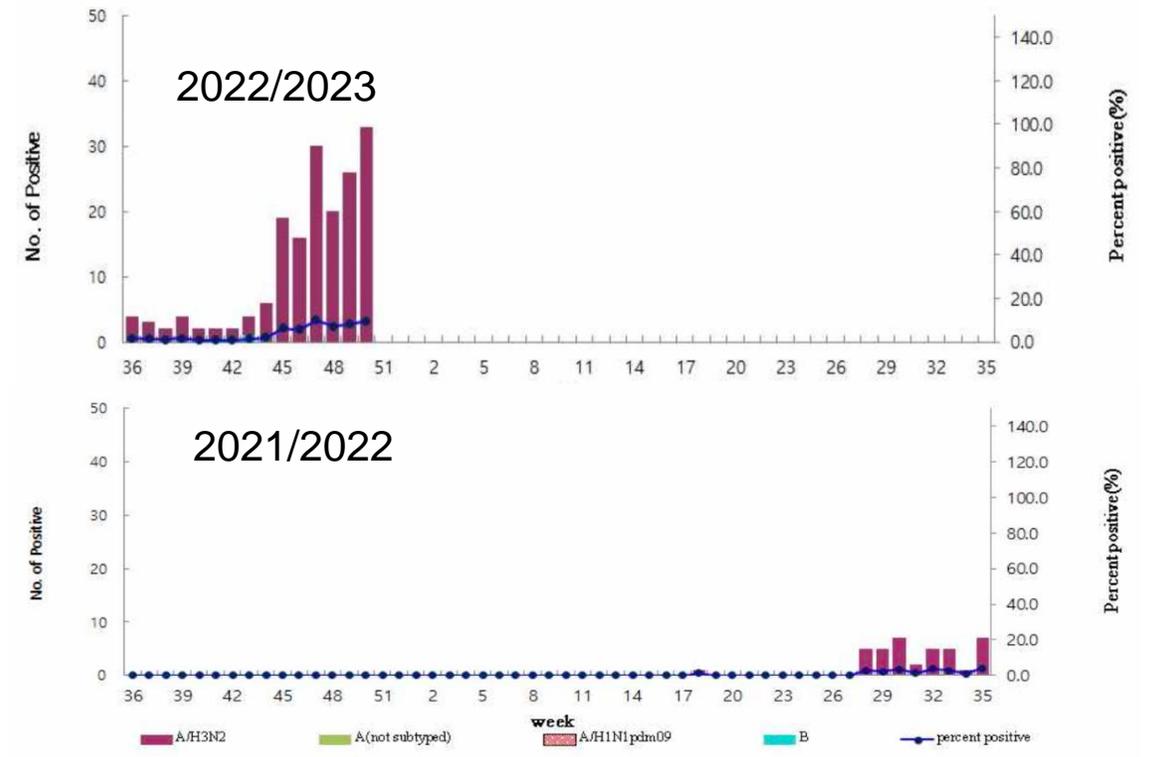
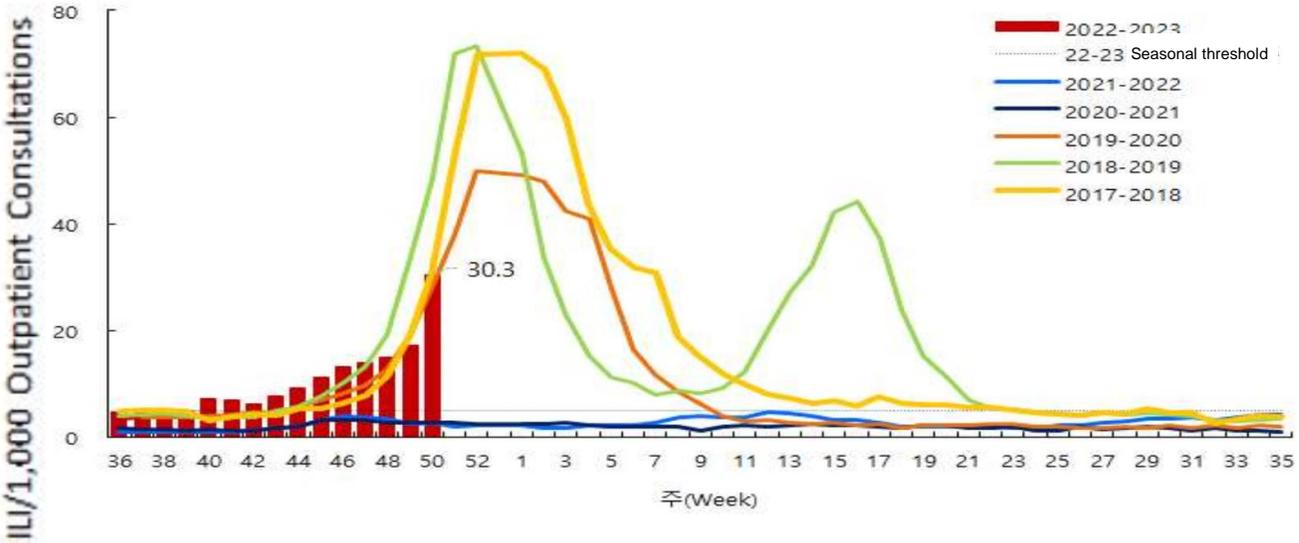
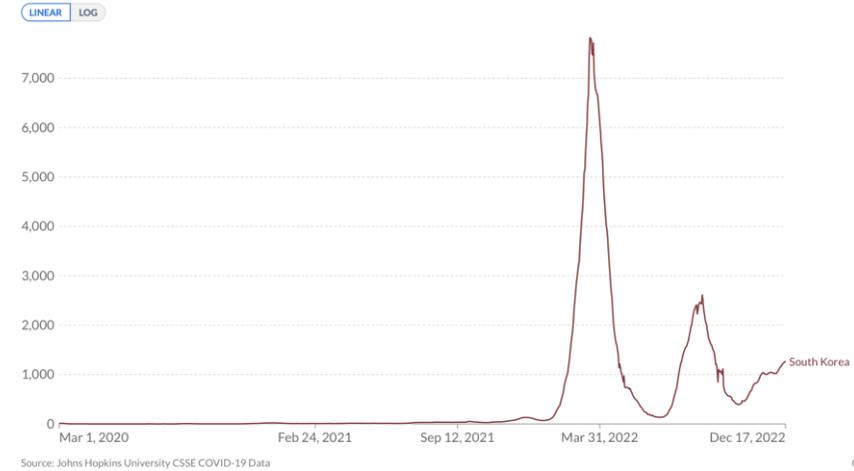
Daily new confirmed COVID-19 cases per million people  
 7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



## Republic of Korea

In week 50 of 2022, the overall weekly ILI rate was 30.3 ILI cases per 1,000 outpatient visits, which was higher than the previous week (17.3).  
 Out of the 336 respiratory specimens, 33 samples (9.8%) were positive for influenza virus (33 A/H3N2).

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people  
 7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.



Republic of Korea

**2. Respiratory viruses, weeks ending December 10, 2022 (50th week)**

- Detection rate: 64.9% (cumulative mean proportion during preceding three weeks plus current week: 66.0% out of 1,217 specimens)
- Variation (%p): decrease from 69.9% in 49<sup>th</sup> week of 2022
- Sentinel reporting sites: 18 city/provincial health and environmental institutes and 77 hospitals/clinics

2022 (week)	Weekly total		Detection rate (%)							
	No. of samples	Detection rate (%)	HAdV	HPIV	HRSV	IFV	HCoV	HRV	HBoV	HMPV
47	298	66.8	3.7	11.7	6.4	10.1	4.4	16.4	3.0	11.1
48	271	62.0	5.2	19.6	2.6	7.4	2.2	15.5	3.3	6.3
49	312	69.9	5.1	23.7	3.5	8.3	5.1	13.1	6.1	4.8
50	336	64.9	4.8	23.2	3.3	9.8	6.5	12.2	2.1	3.0
Cum.*	1,217	66.0	4.7	19.7	3.9	9.0	4.7	14.2	3.6	6.2
2021 Cum.∇	4,619	65.1	6.8	12.9	1.9	0.0	0.3	34.1	9.2	0.0

- HAdV : human Adenovirus, HPIV : human Parainfluenza virus, HRSV : human Respiratory syncytial virus, IFV : Influenza virus, HCoV : human Coronavirus, HRV : human Rhinovirus, HBoV : human Bocavirus, HMPV : human Metapneumovirus  
 ※ Cum. : the rate of detected cases between November 13, 2022 – December 10, 2022 (Average No. of detected cases is 304 last 4 weeks)  
 ∇ 2021 Cum. : the rate of detected cases between December 27, 2020 – December 25, 2021

# 世界のインフルエンザの状況：要点

- 2022年46-47週：インフルエンザは世界的に増加した（A(H3N2)優位）。
  - ヨーロッパでは、継続して増加傾向であり、11つの国で陽性率が10%を超えており、9つの国で中～高レベルである。A(H3N2)優位だが、A(H1N1)pdm09やB型も認めている。
  - 米国では、ILI・陽性数・入院数の指標が減少、陽性率はほぼ横ばいであった（ただし、直近の過小評価の可能性もあり解釈に注意が必要）。A(H3N2)が優位だが、A(H1N1)pdm09も認めている。
  - 東南アジアでは、カンボジア・マレーシア・タイ以外の国で減少傾向であった。A(H3N2)やB型を認めている。
  - 南アジアでは減少傾向である（主にイランでの減少を反映）。パキスタンでは中程度のレベルで検出された（A(H1N1)pdm09やB型による）。全体としてはA(H3N2)が優位であるが、A(H1N1)pdm09やB型も認めている。
  - 東アジアでは、韓国ではILI・陽性数・陽性率が増加した。中国北部では陽性数・陽性率ともに減少した(SARS-CoV-2流行や対策の変化による影響の可能性もあり解釈に注意が必要)。A(H3N2)が優位である。
  - 南米では、アルゼンチン（ILIは低いレベルだが陽性率が高い）、チリ（トレンドは微減）で継続して高いレベルである（アルゼンチンではB型、チリではA(H3N2)が優位）。その他南半球ではシーズン外の低いレベルとなっている。
- 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。