

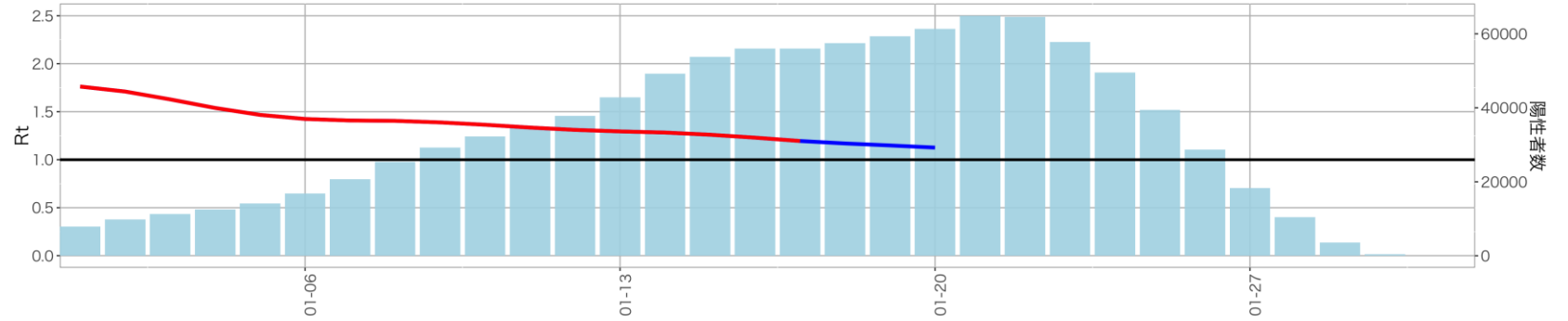
## 資料の要点：2022年2月2日時点

- 全国の実効再生産数は緩やかに低下傾向にあり、概ね値が確定した1月17日時点で**1.19**であった。急速な流行拡大に伴い、地域によっては検査の遅れや入力が遅れが発生していることから、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 (P7-15)、地域別の流行状況を図示した (P16-44)。
- 東京都、大阪府、沖縄県の倍加時間の推定、新規症例数のリアルタイム予測を行った (P57-59)。
- 小児における流行状況をまとめた (P60-62)。流行拡大に伴って15歳未満の症例数の急増がみられ、他世代と比較しても増加率が高い。
- 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 (P63-70)。急激なk
- 陽性、重症、死亡例における年代別ワクチン接種状況を更新した (P71-72)。
- 今シーズンのインフルエンザの動向を示す。国内の流行レベルは低いが増加トレンドが継続してみられる (P75-88)。また、世界の流行状況についてまとめた。

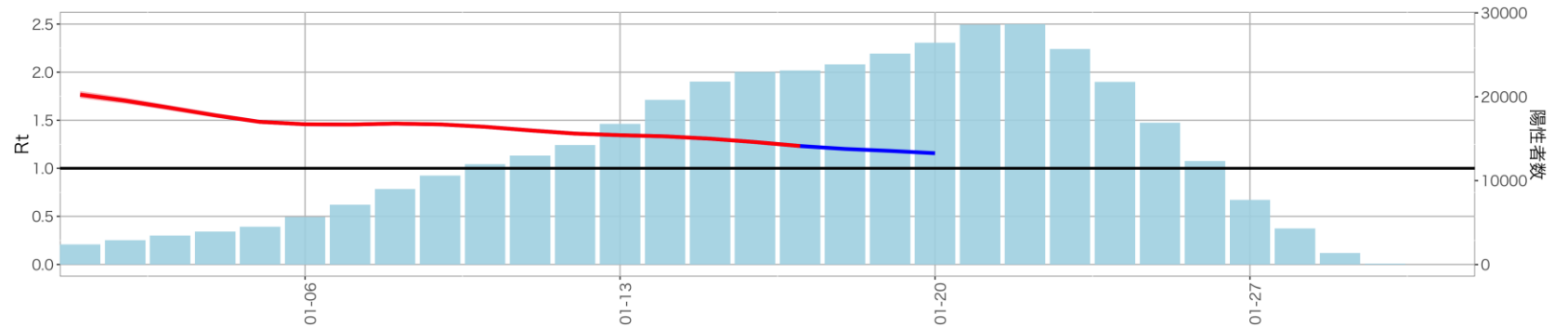
国立感染症研究所  
感染症疫学センター サーベイランスグループ  
協力：新潟大学 菖蒲川由郷 (GIS)、日本学校保健会

# 全国の実効再生産数（推定感染日毎）：2月1日作成

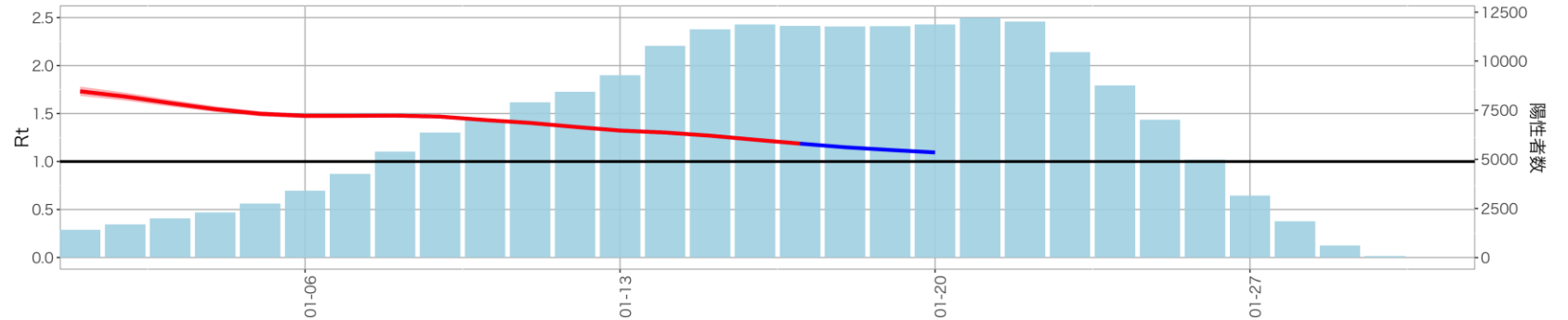
**全国**  
1月17日時点Rt=1.19 (1.19-1.20)



**首都圏：東京、神奈川、千葉、埼玉**  
1月17日時点Rt=1.23 (1.23-1.24)



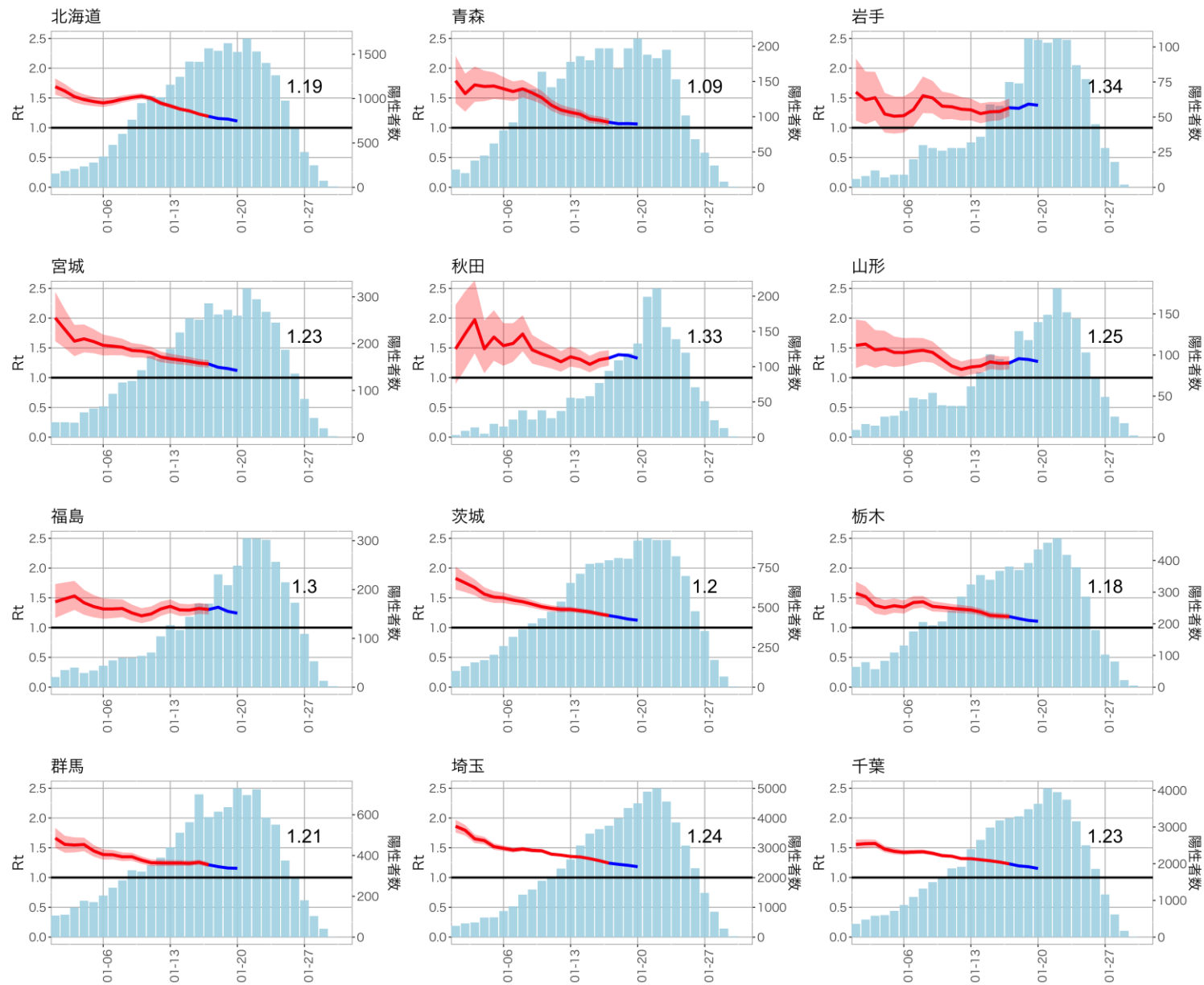
**関西圏：大阪、京都、兵庫**  
1月17日時点Rt=1.19 (1.18-1.20)



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

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

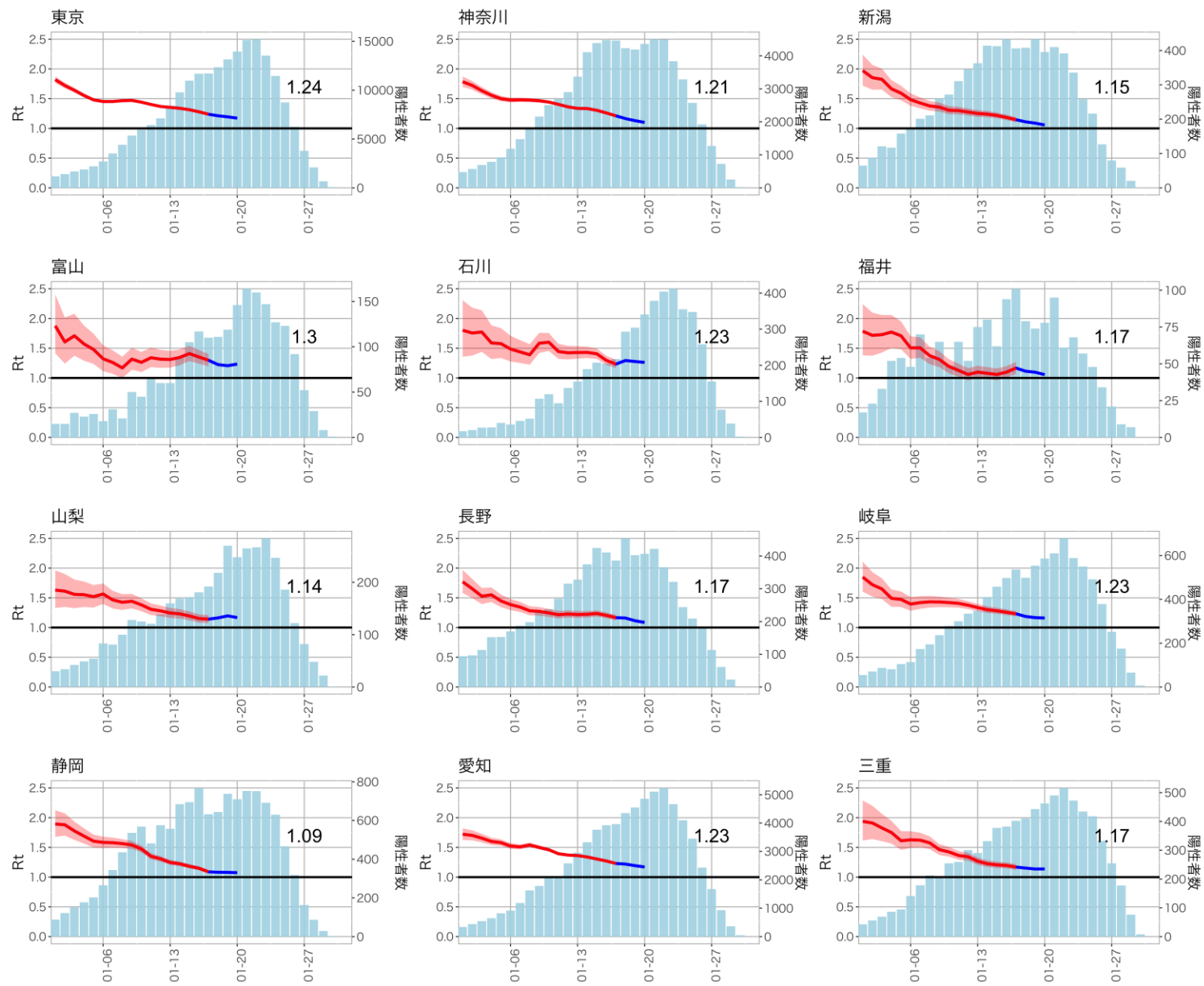
<sup>1</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)



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

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

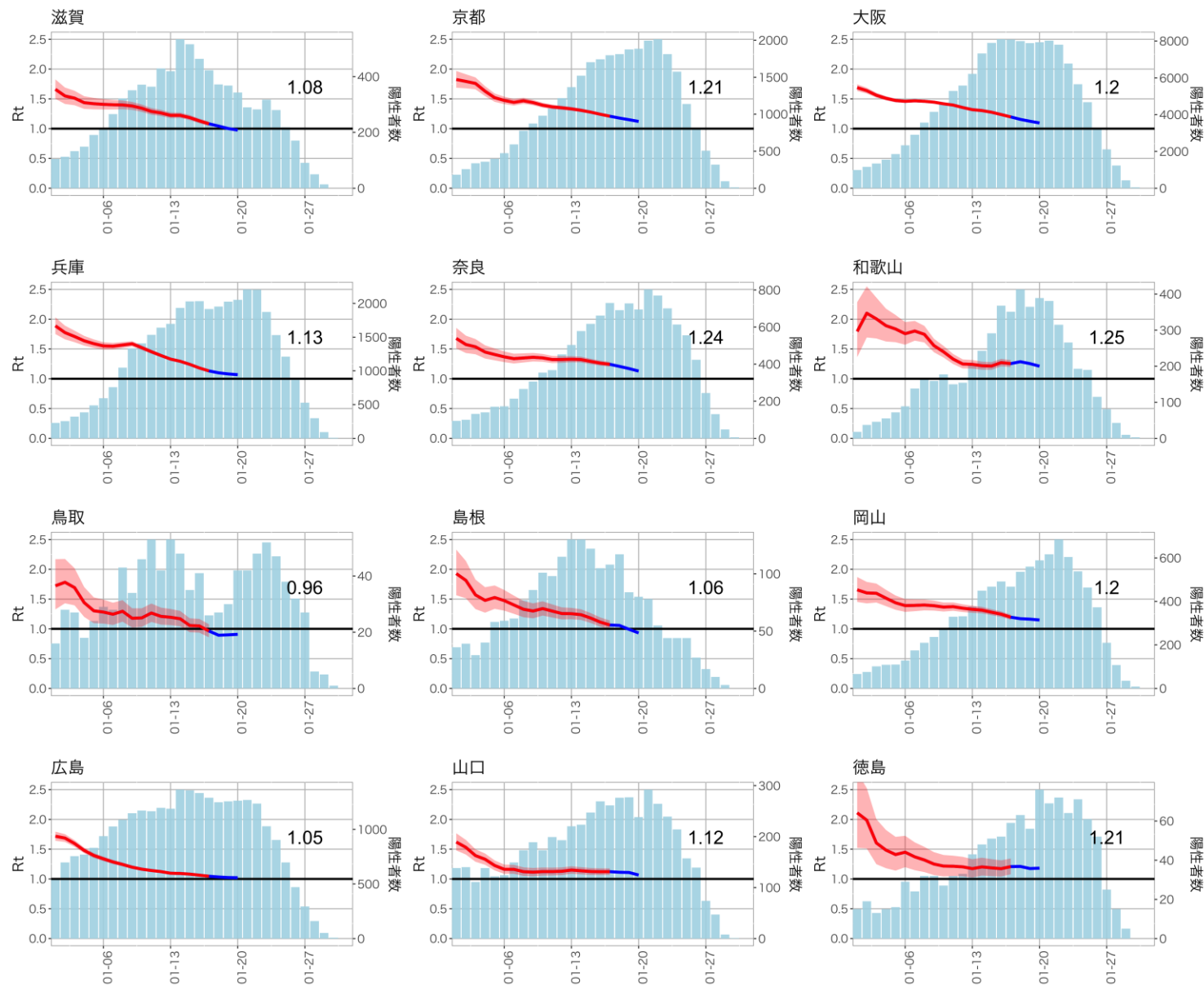
<sup>1</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)



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

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

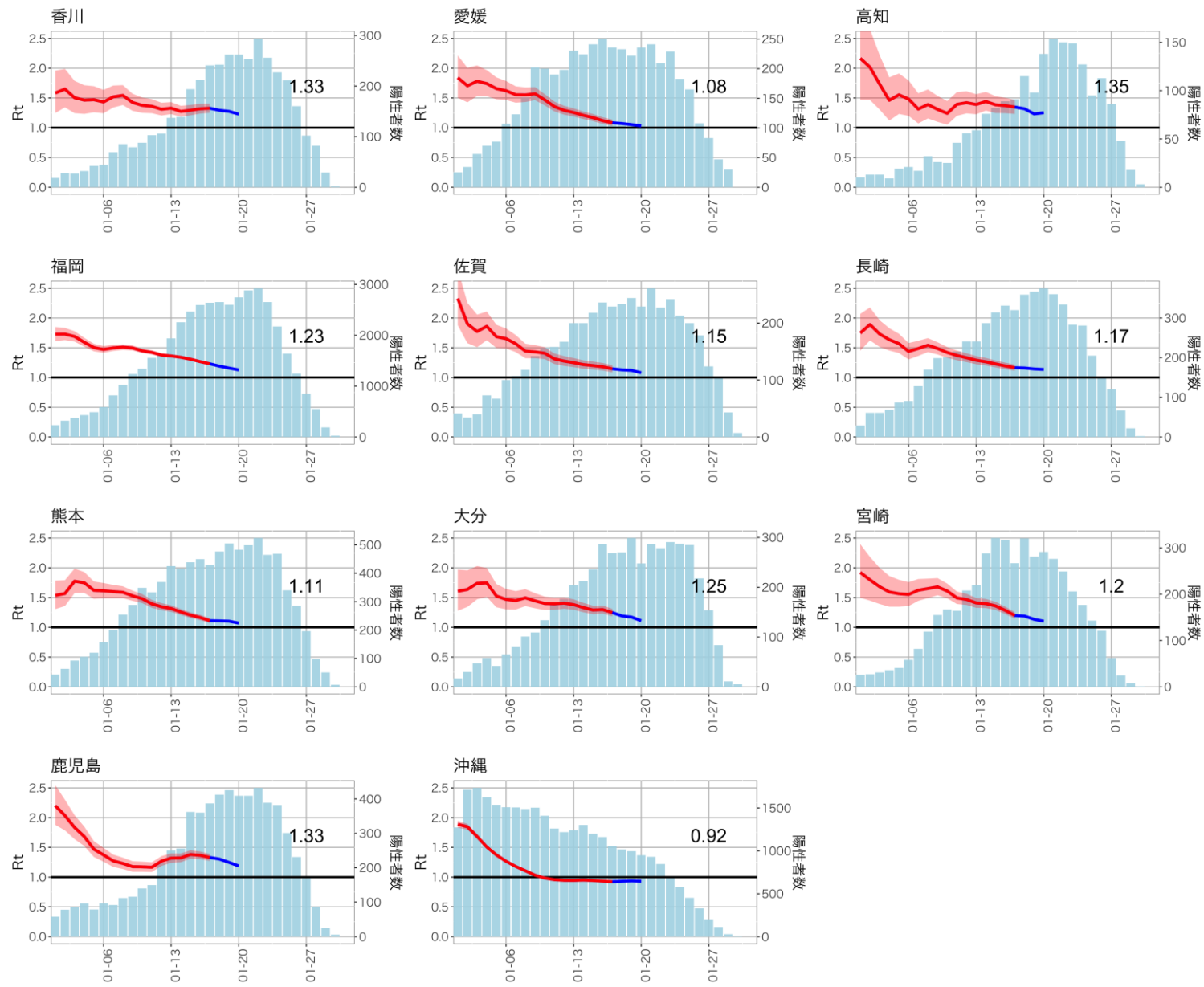
<sup>1</sup> [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)



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

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

<sup>1</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)



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

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

<sup>1</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)

## まとめ

北海道：全年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

宮城県：全年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

首都圏：全年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

東海圏：全年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは愛知県では0-19歳代、岐阜県では20-30歳代である。

関西圏：全ての年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

中国圏：全年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは岡山県では20-39歳代、広島県では0-19歳代である。

福岡県：全年代で増加傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは20-39歳代である。

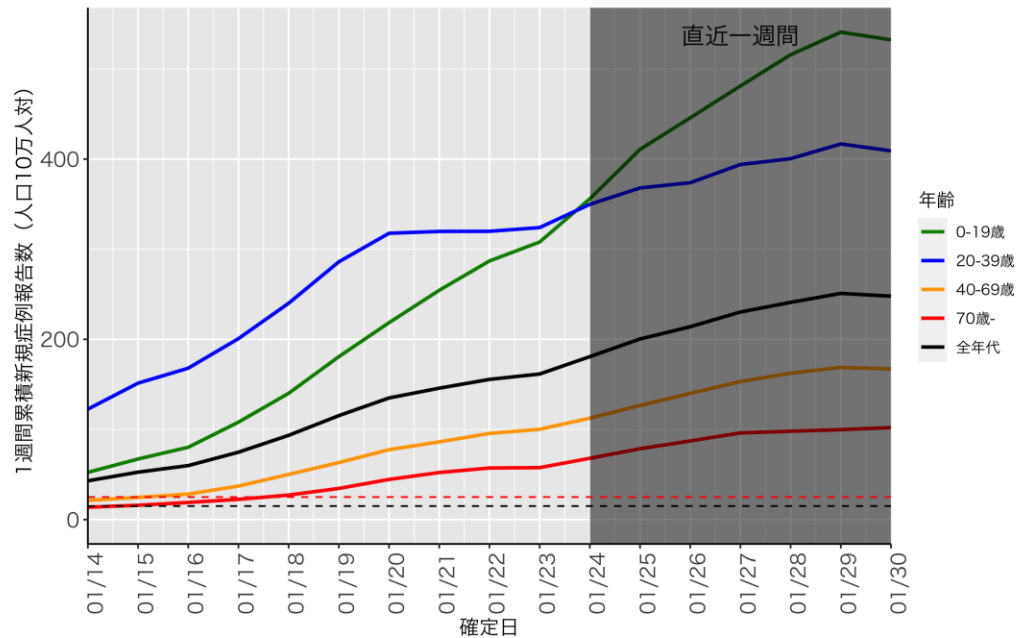
沖縄県：高齢者で増加傾向\*、その他の年代で減少傾向、全年代で高いレベルとなっており、人口当たりの新規症例報告数が最も多いのは0-19歳代である。

（\*はHER-SYSまたは自治体公開情報のどちらかのみでのレベルを示す。）

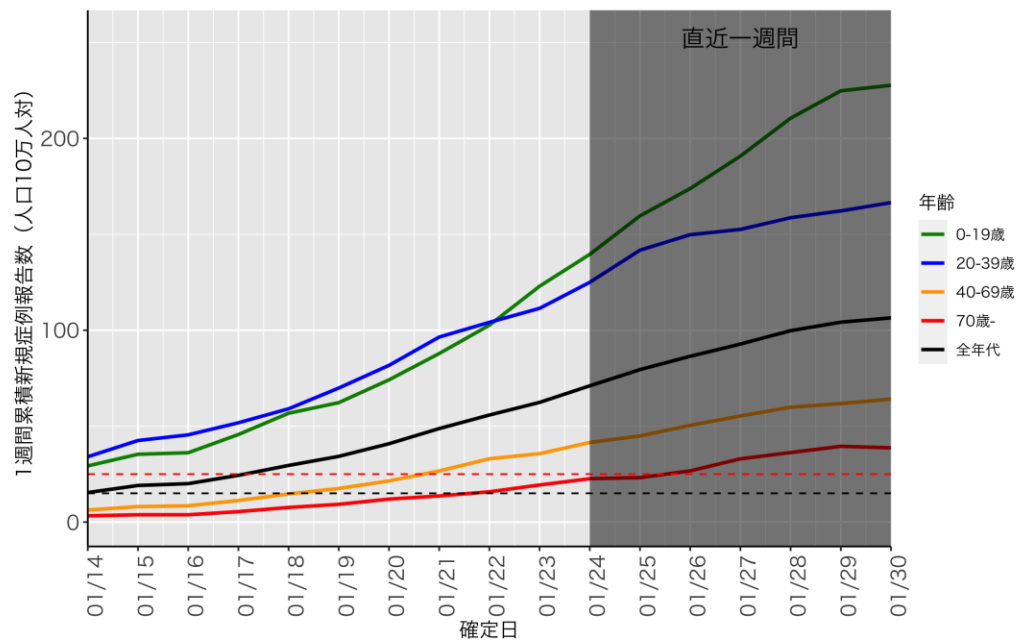
## 解釈時の注意点

- HER-SYSに基づく値は、特に直近1週間については報告遅れのために過小評価となっている可能性があり、その程度は自治体によって差がある（図の灰色部分）
- 自治体公開情報データに基づく年代別の値は、年代を非公表としている症例が多い自治体については過小評価となる
- どちらのデータも完全ではないため、両者を用いた評価が必要である

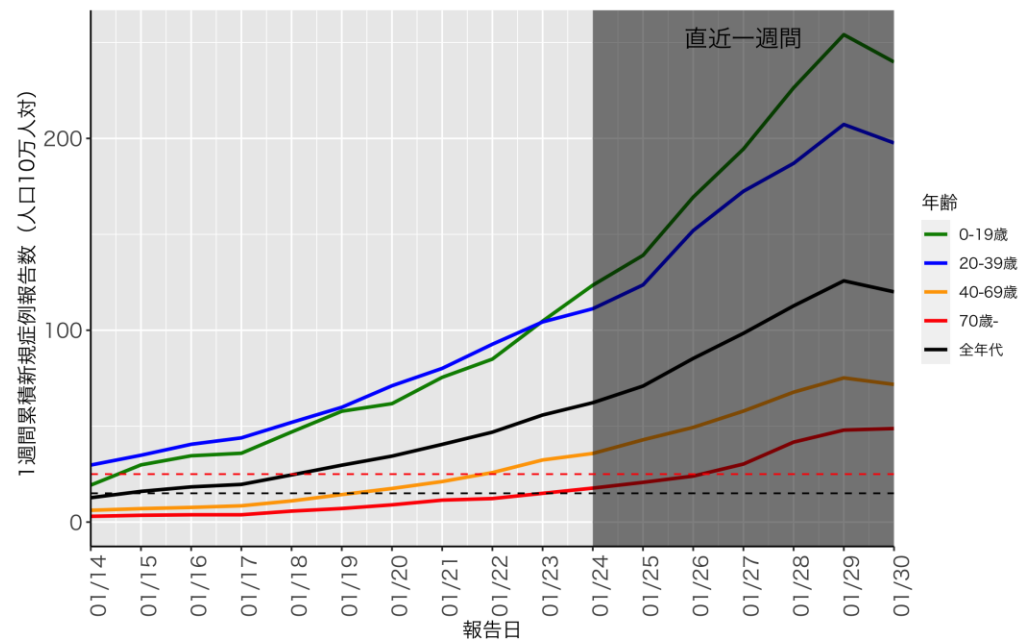
### 北海道 (HER-SYS)



### 宮城 (HER-SYS)

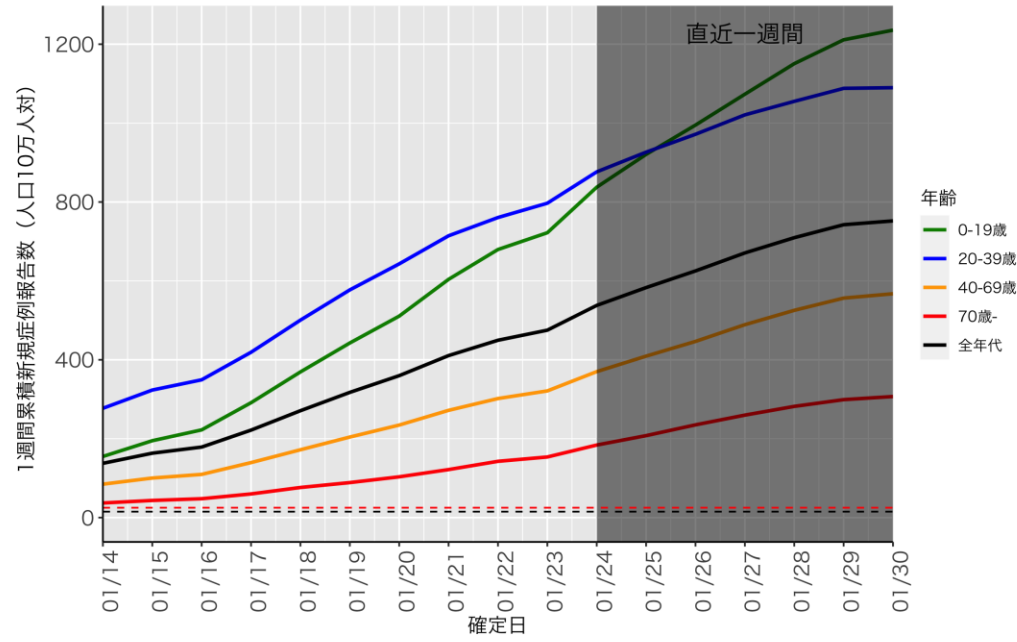


### 宮城 (自治体公開情報)

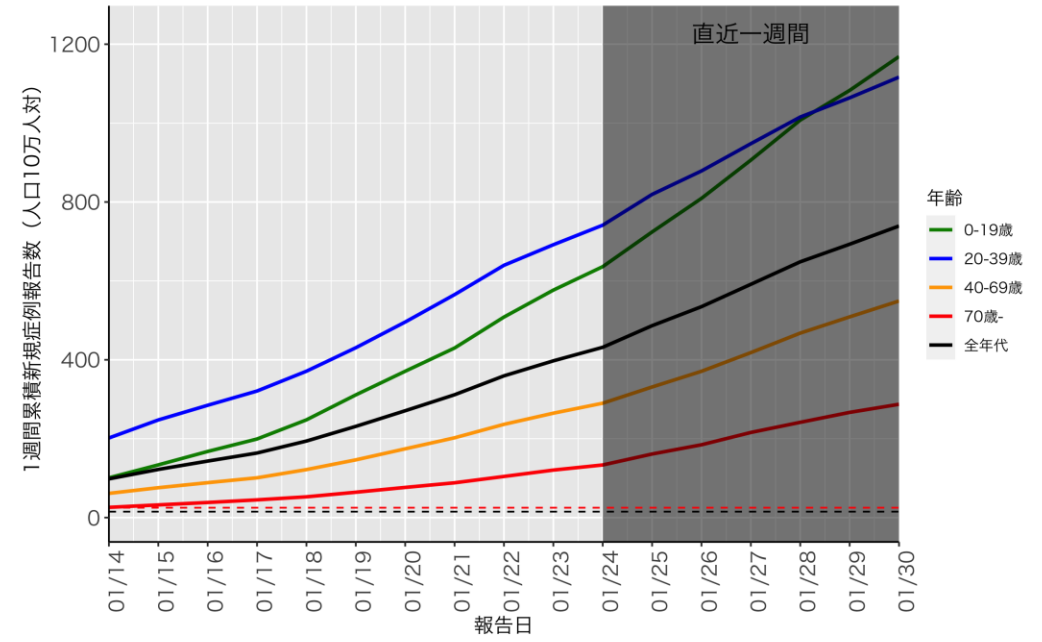




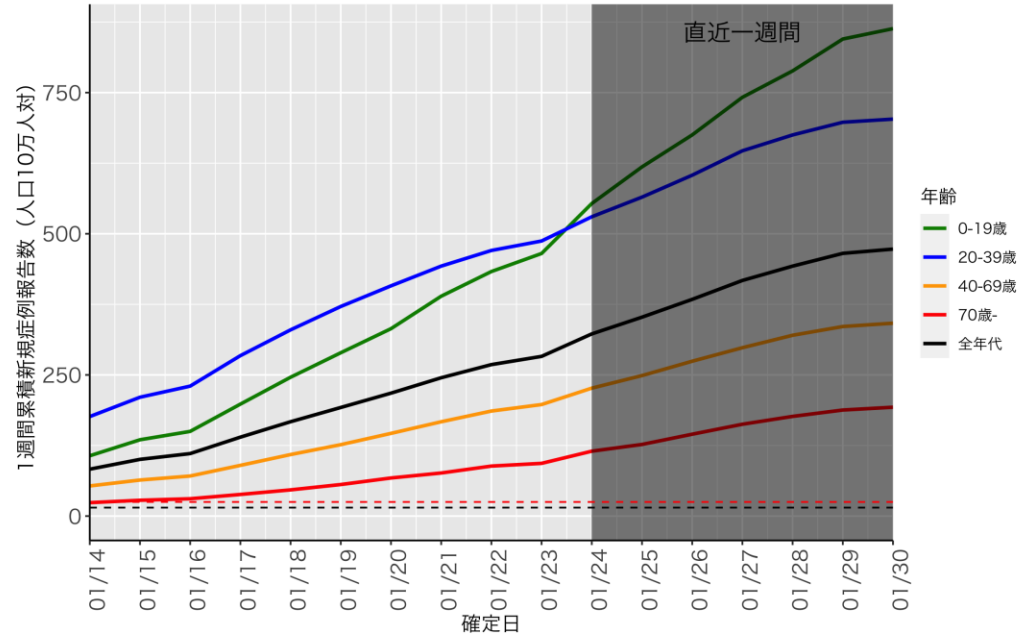
### 東京 (HER-SYS)



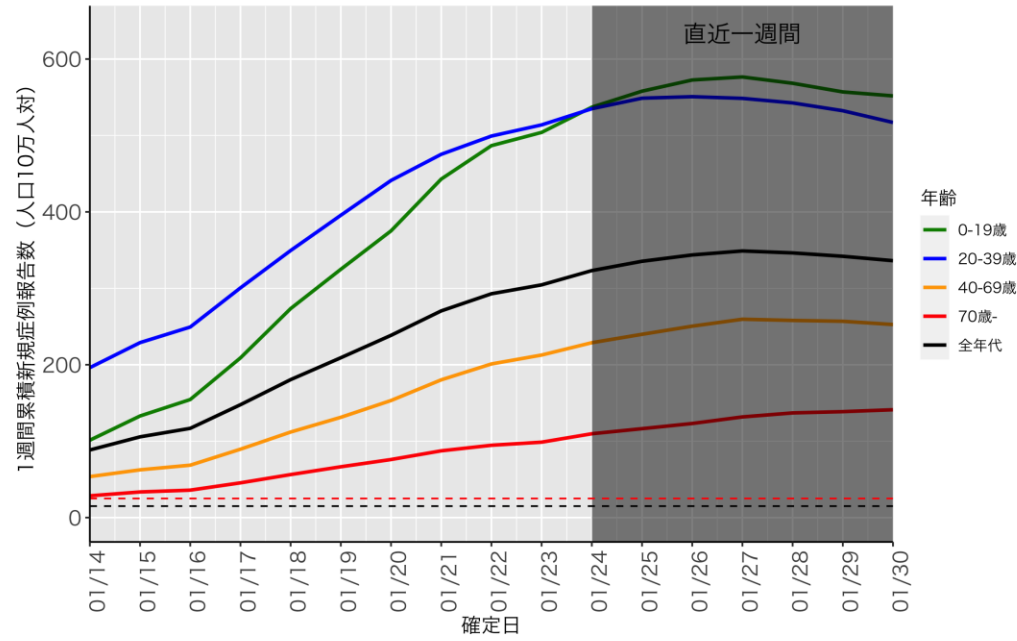
### 東京 (自治体公開情報)



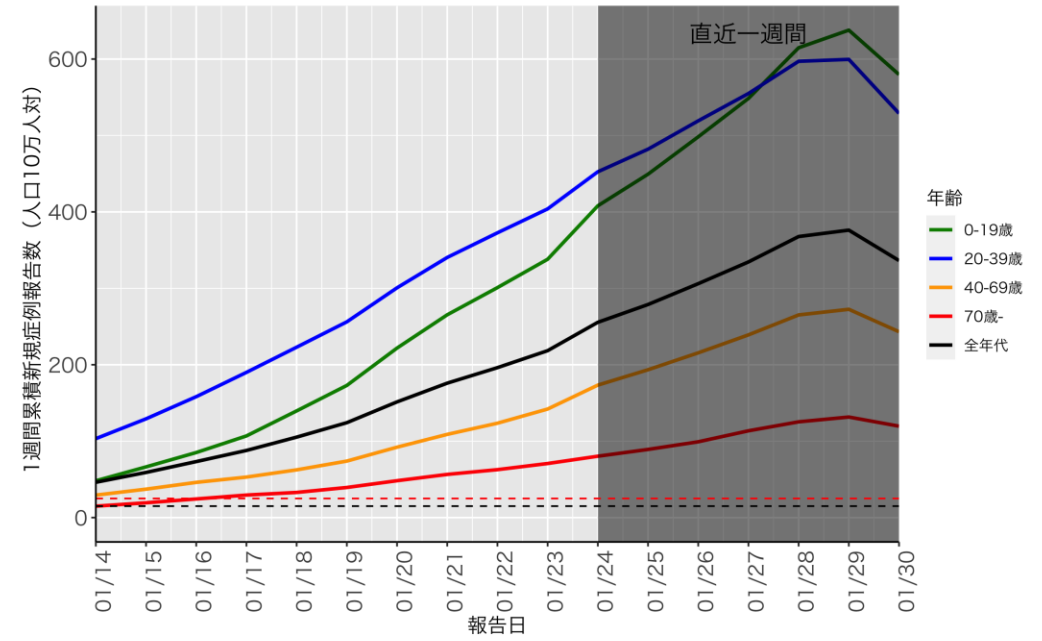
### 埼玉 (HER-SYS)



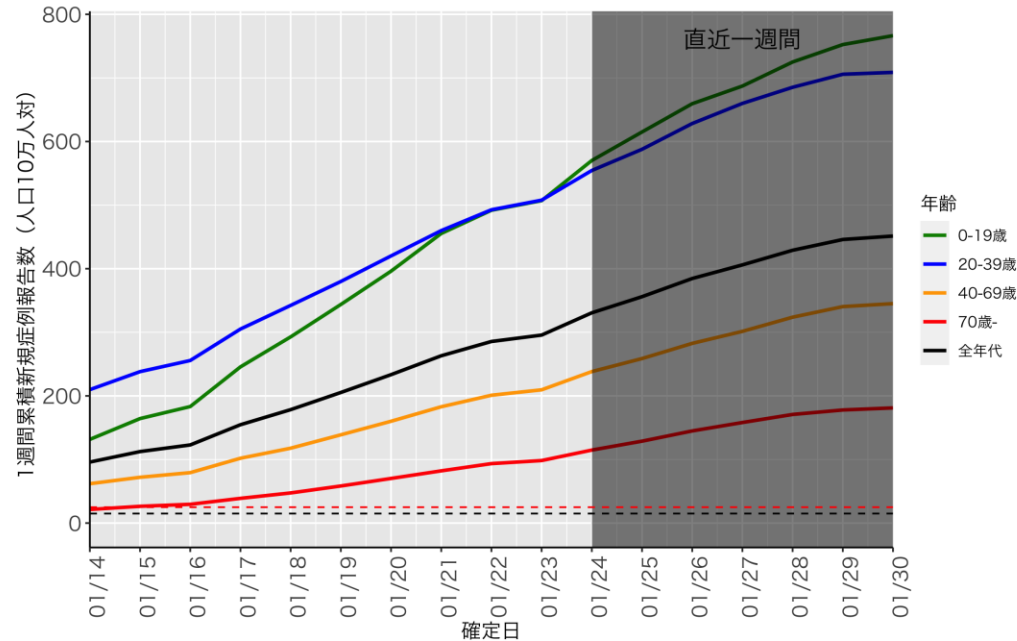
### 神奈川 (HER-SYS)



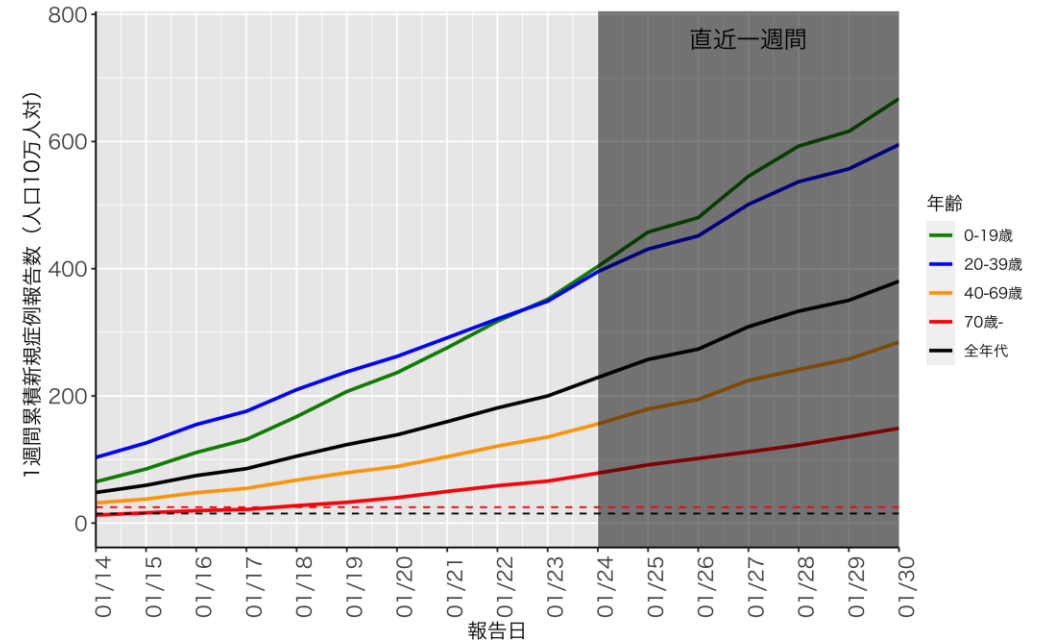
### 神奈川 (自治体公開情報)



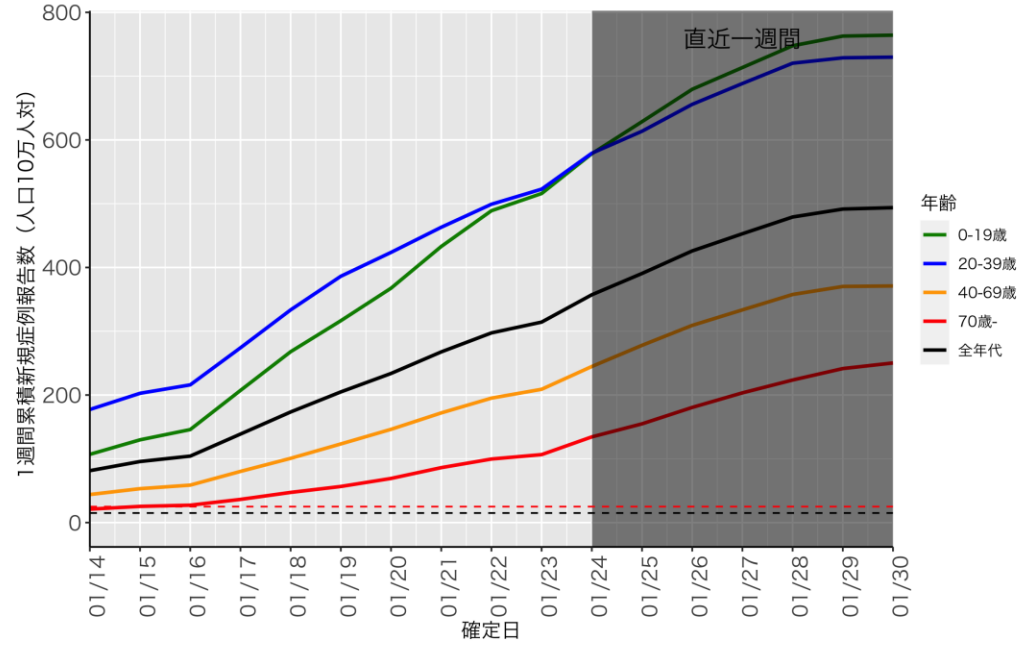
### 千葉 (HER-SYS)



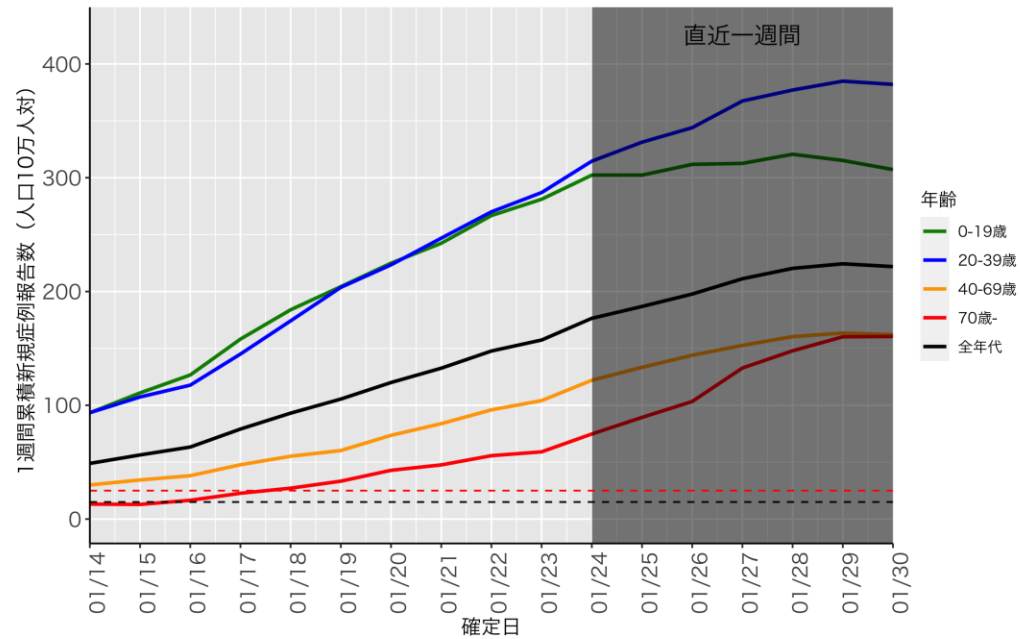
### 千葉 (自治体公開情報)



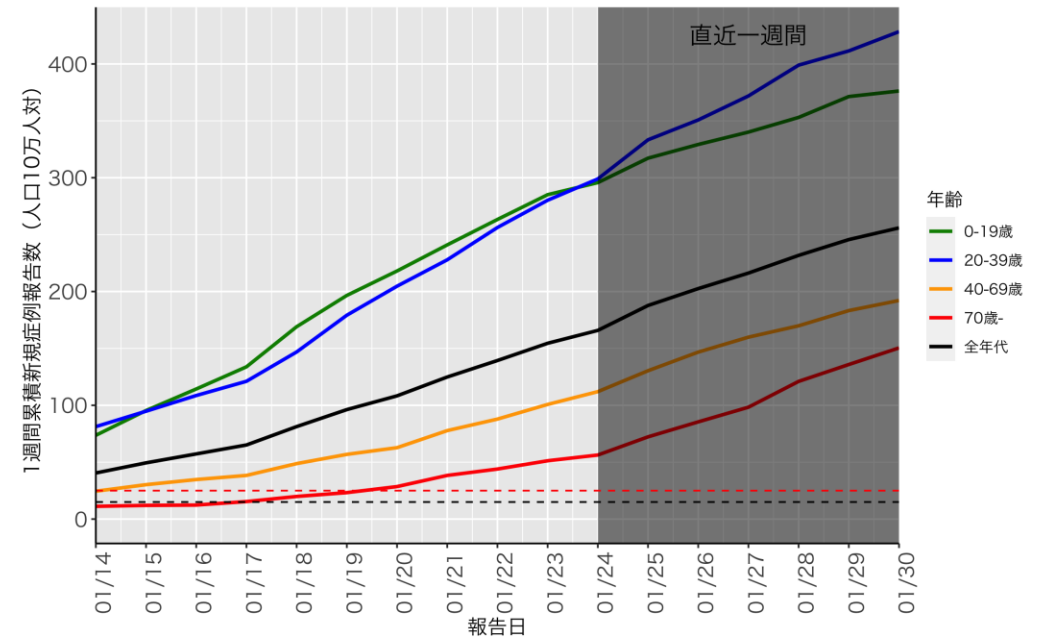
### 愛知 (HER-SYS)



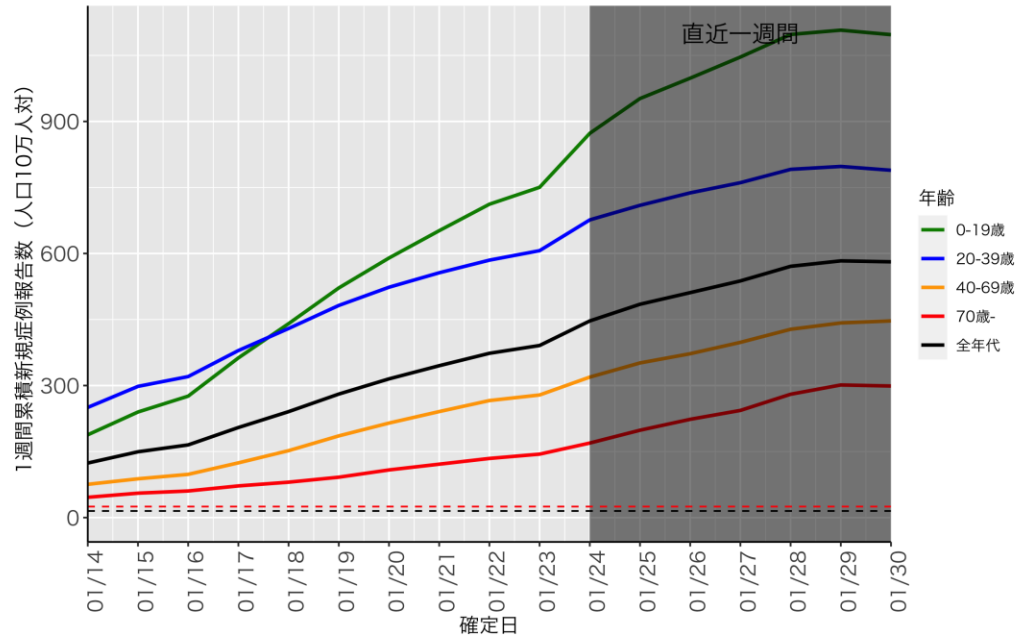
### 岐阜 (HER-SYS)



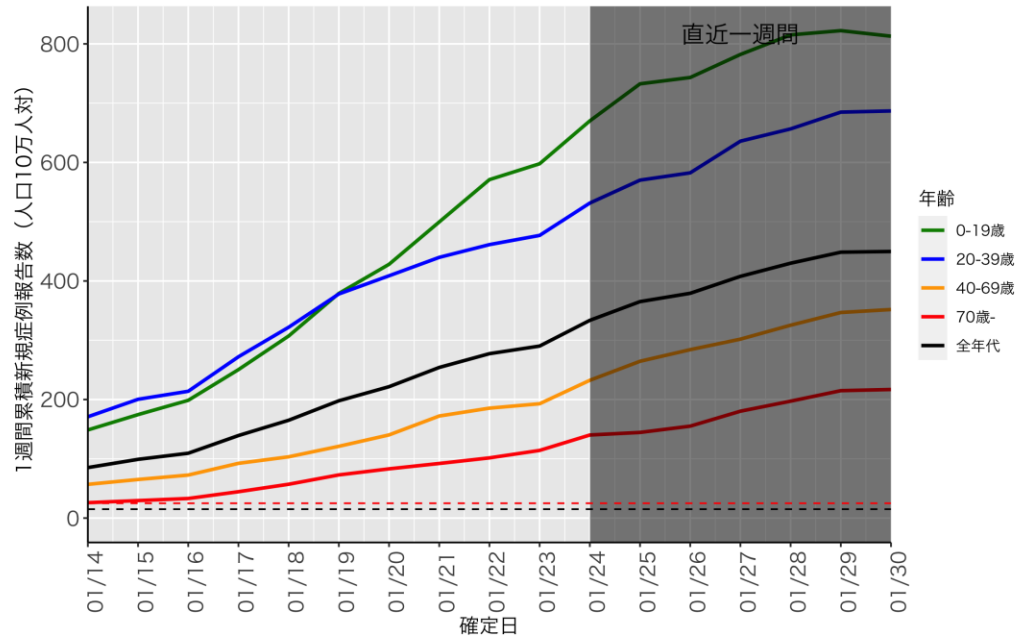
### 岐阜 (自治体公開情報)



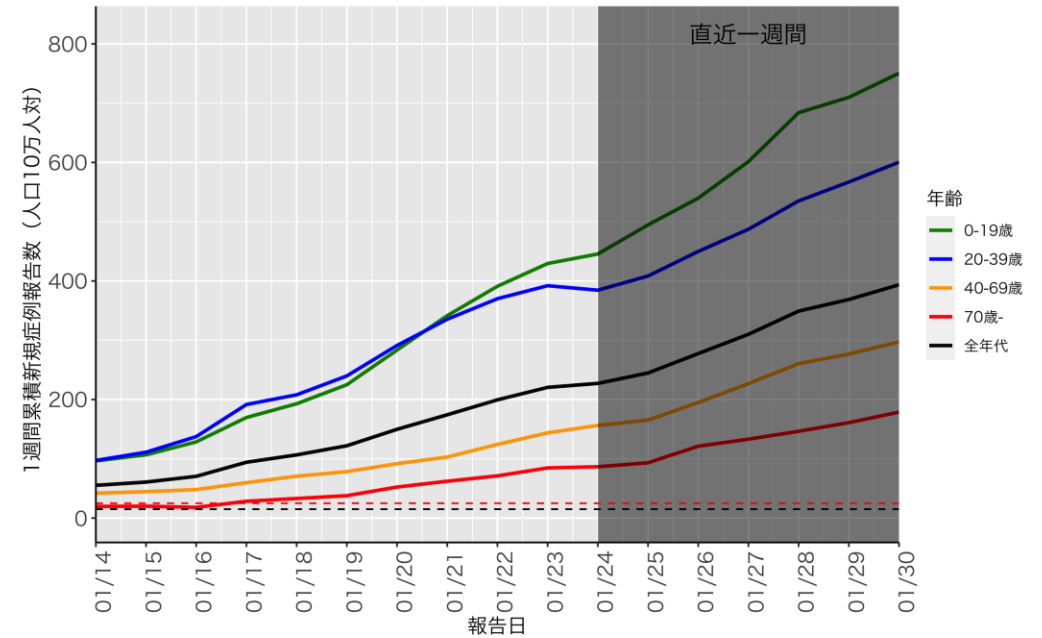
### 京都 (HER-SYS)



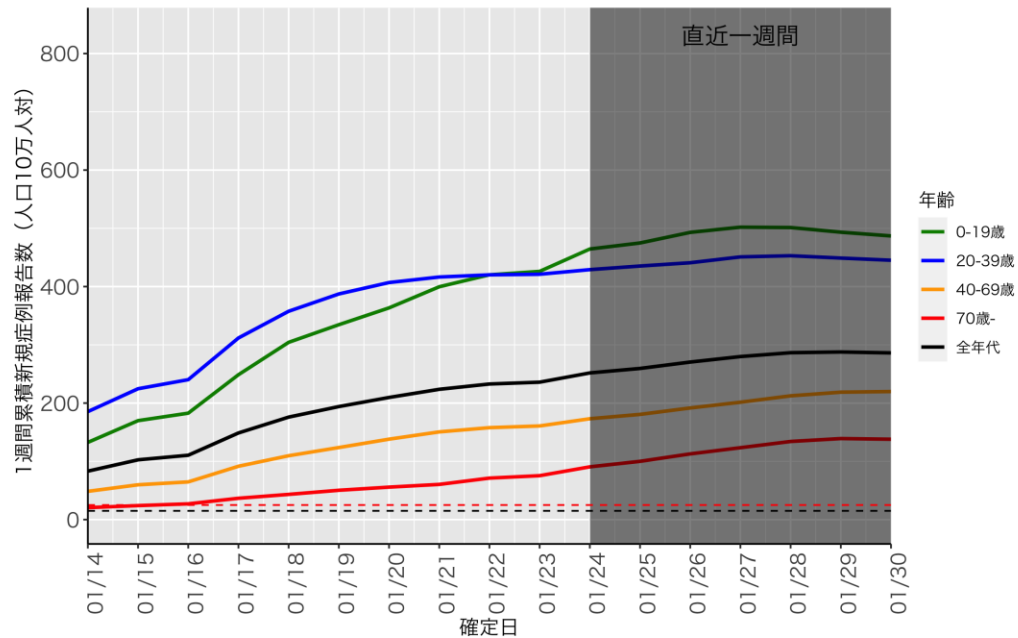
### 奈良 (HER-SYS)



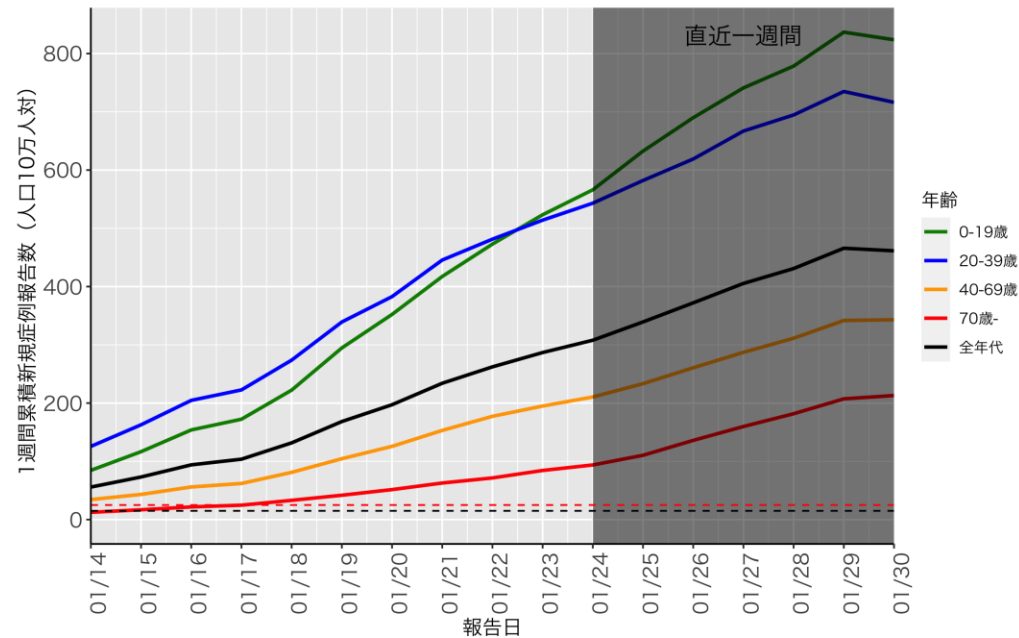
### 奈良 (自治体公開情報)



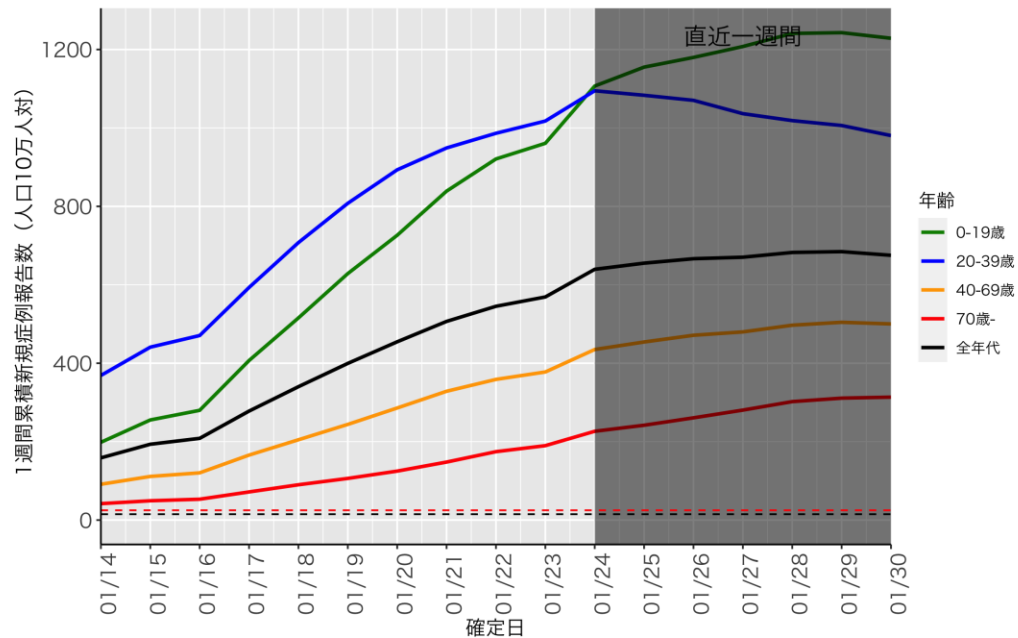
### 兵庫 (HER-SYS)



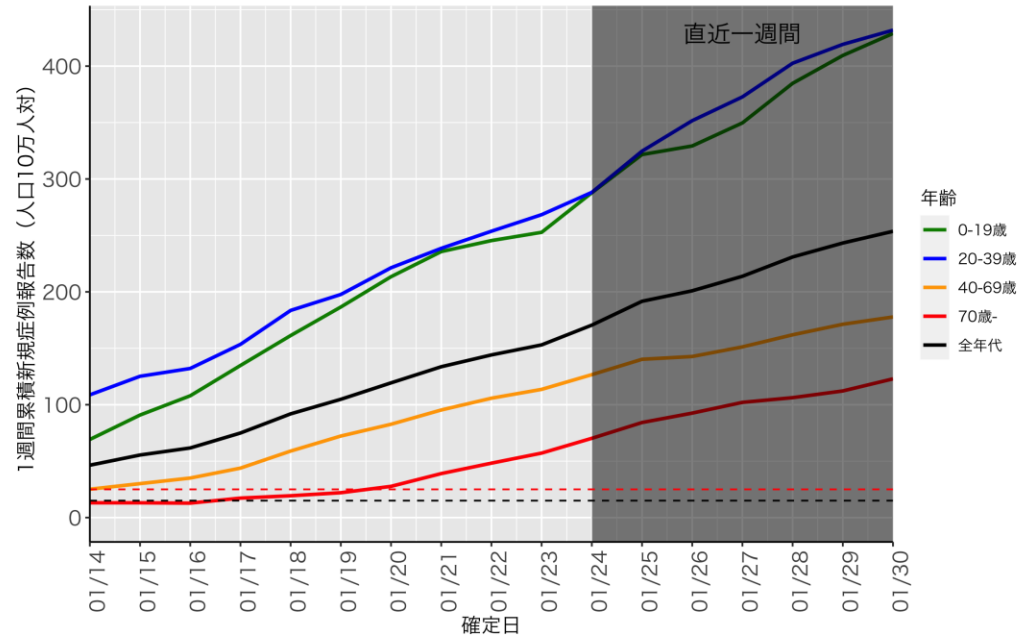
### 兵庫 (自治体公開情報)



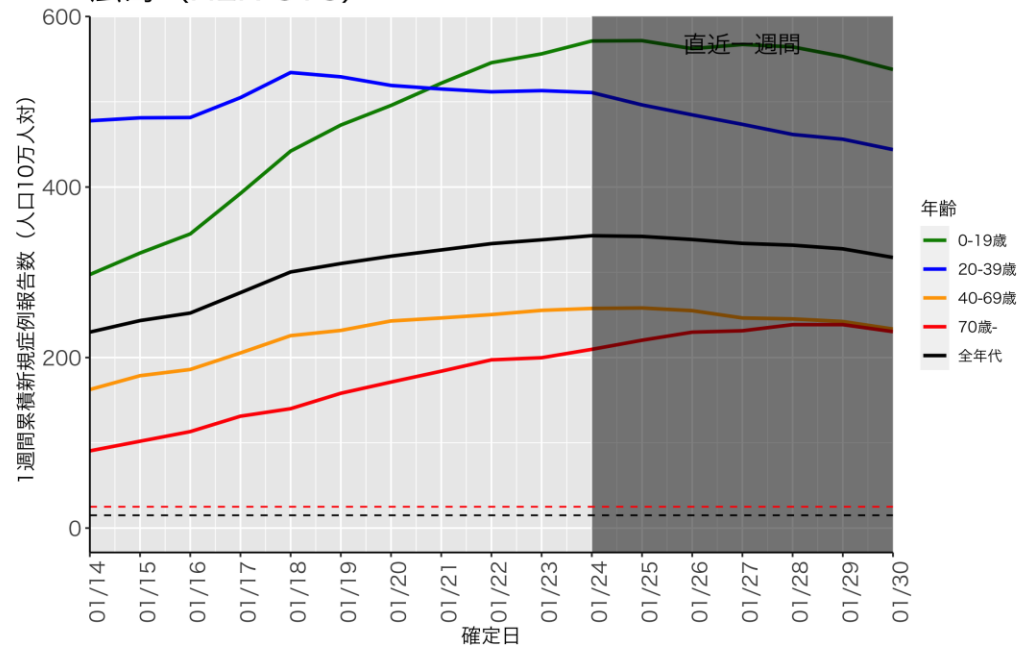
### 大阪 (HER-SYS)



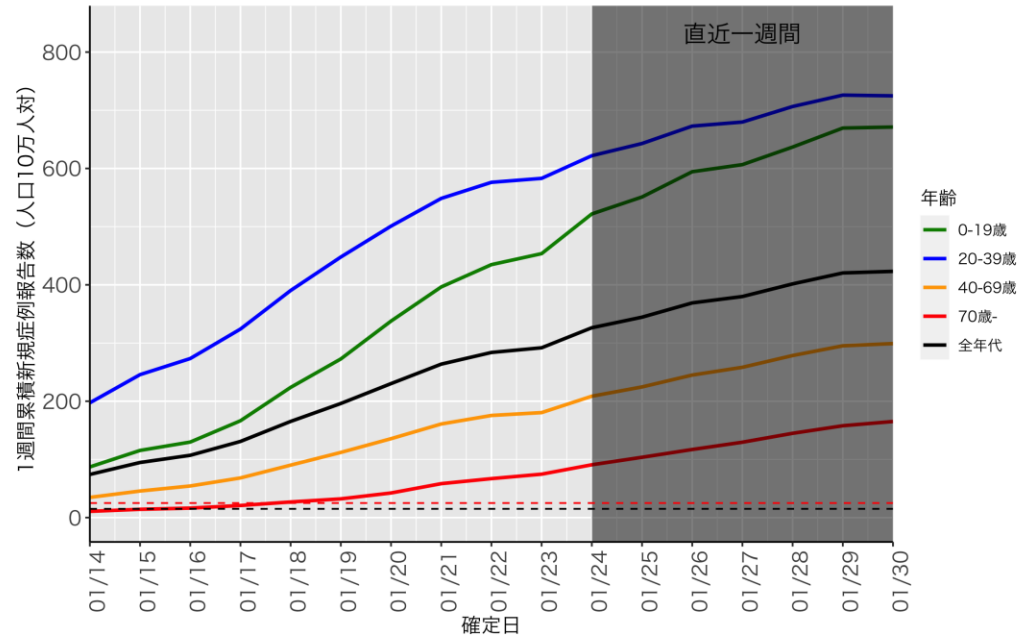
### 岡山 (HER-SYS)



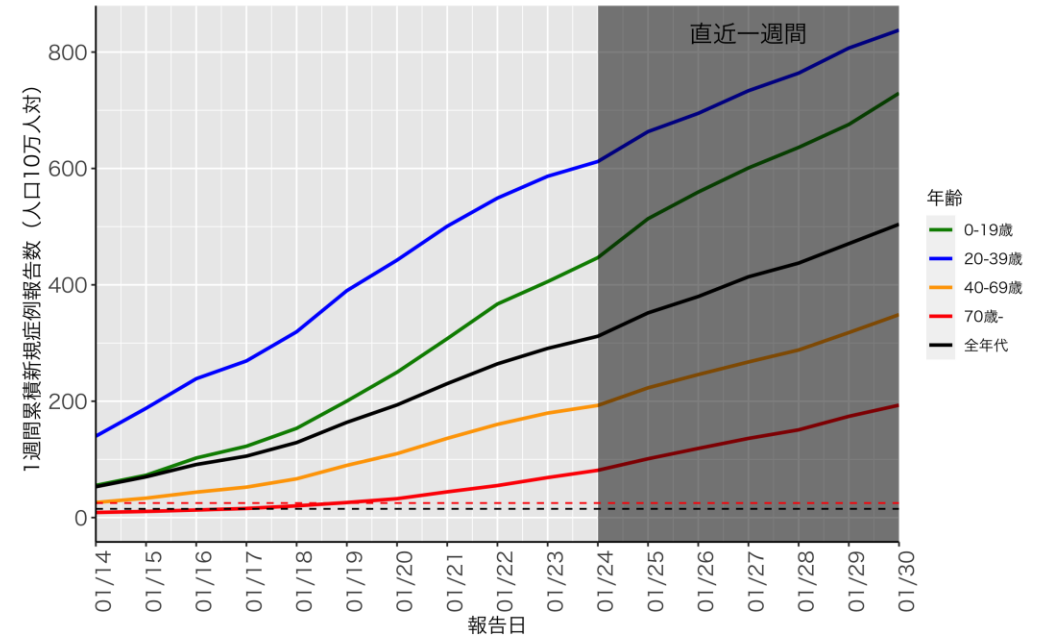
### 広島 (HER-SYS)



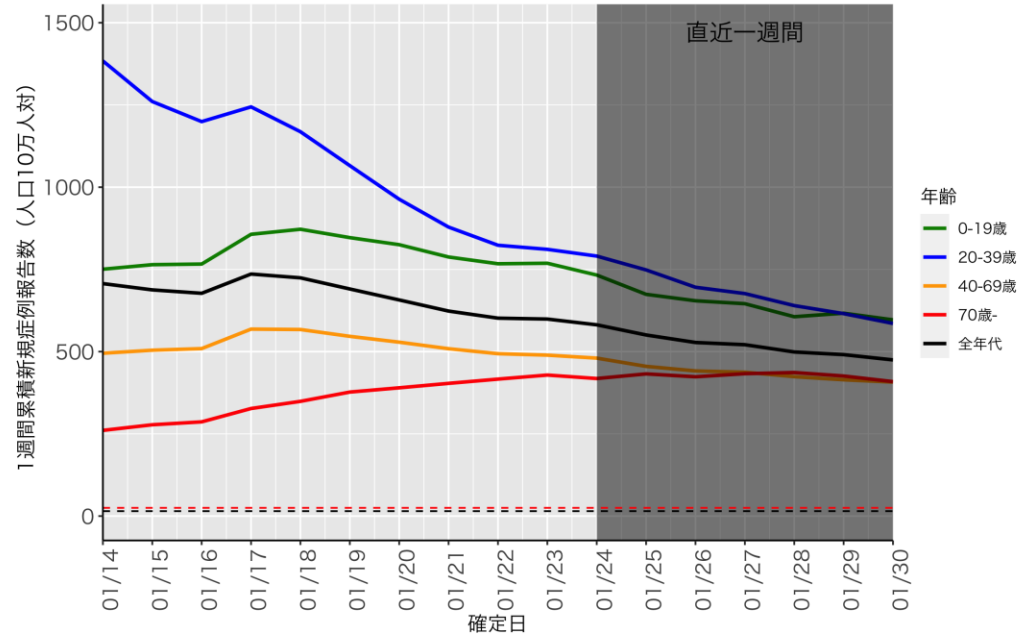
### 福岡 (HER-SYS)



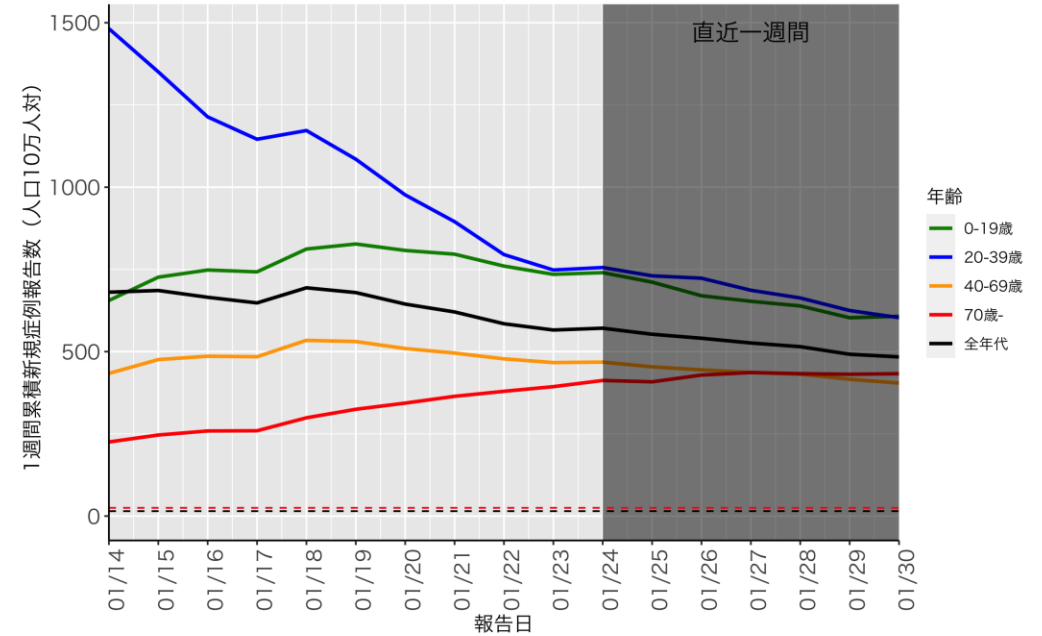
### 福岡 (自治体公開情報)



### 沖縄 (HER-SYS)



### 沖縄 (自治体公開情報)



# 人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ

## 使用データ

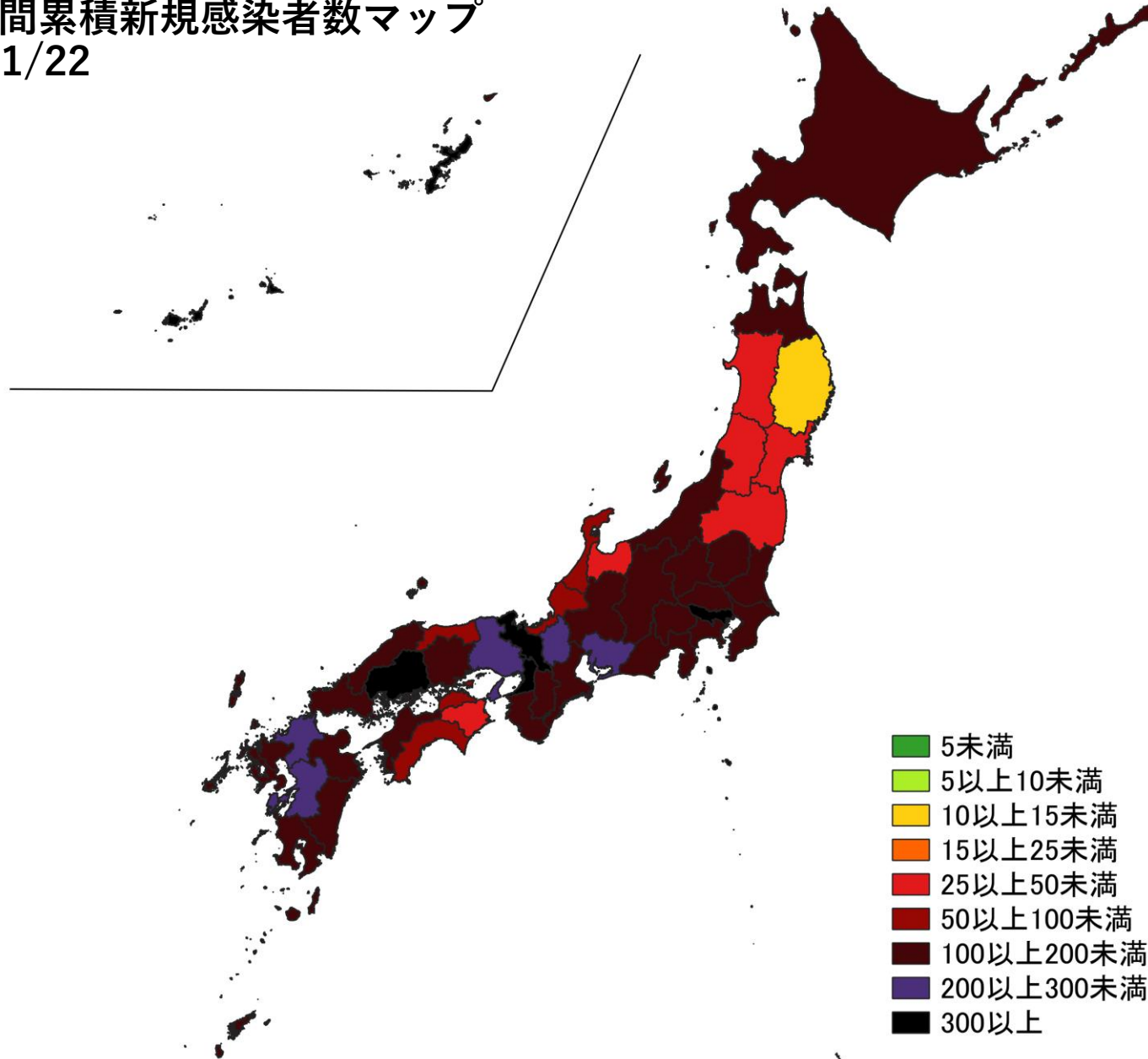
- 2022年1月31日時点（1月30日公表分まで）の自治体公開情報を用いて、直近1週間（1/23～1/29）、1週間前（1/16～1/22）の人口10万人あたり7日間累積新規症例報告数（報告日）を都道府県別に図示した。
- 同様に、2022年1月31日時点のHER-SYSデータを用いて保健所管区別の分析（診断日）を行った。
- 集計は日曜日から土曜日であり、疫学週（月曜日から日曜日）とは異なる。
- **前回までの資料と、色分けのカテゴリーを変更しているため注意。**
- **データ入力や公表の遅れを考慮し、直近1週間は参考資料とする。**

## まとめ

- 全国的にレベルの上昇がみられる。
- 直近では、45都道府県で人口10万人あたり100を超えており、東京都と大阪府は人口10万人あたり500以上、愛知県、京都府、兵庫県、福岡県、沖縄県は人口10万人あたり400以上。
- 保健所管轄単位では、人口10万人あたり500を超える地域が増加し、都市部を中心に面的に広がっている（一部ではクラスターの発生報告あり）。

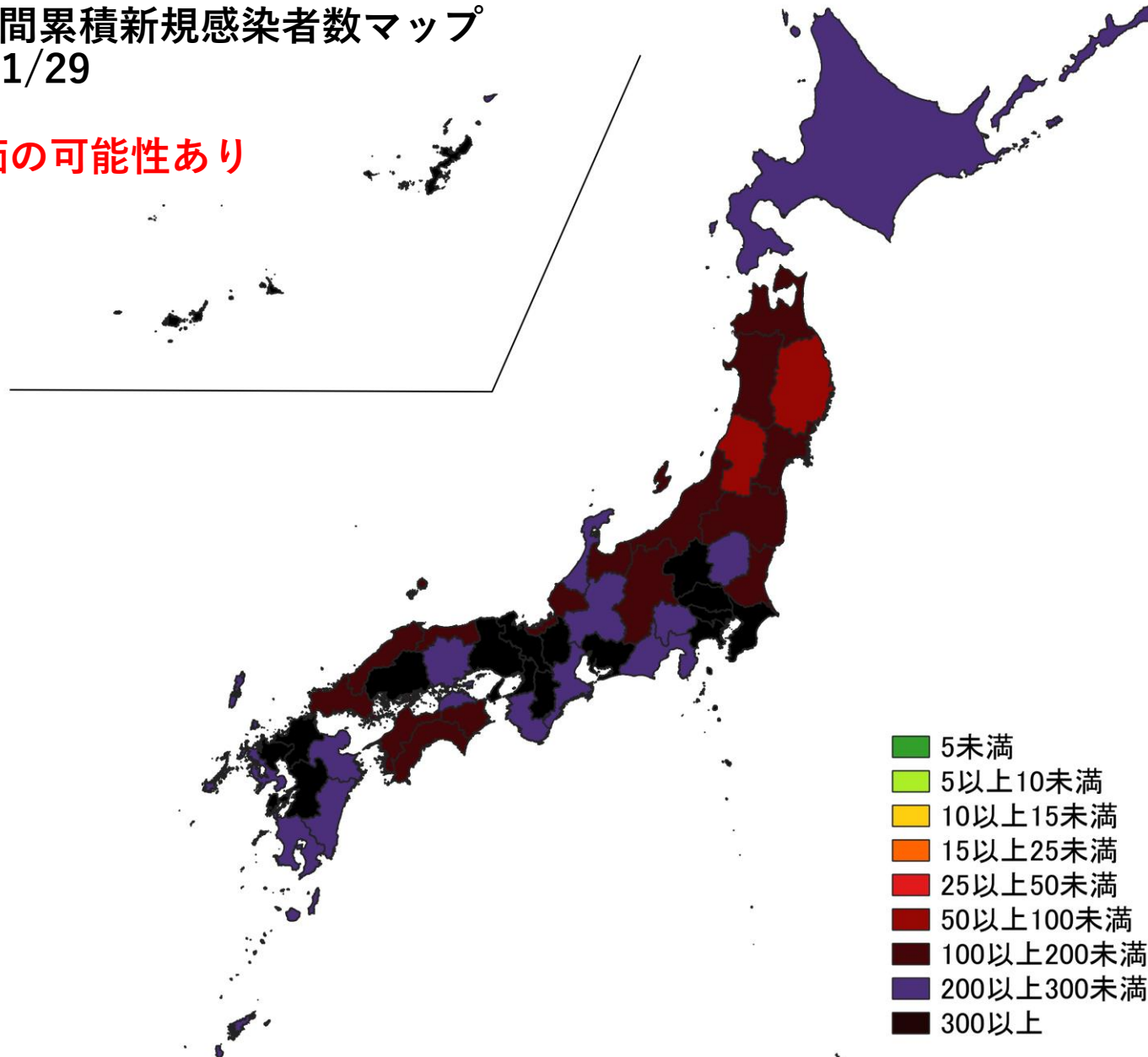


人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ  
 都道府県単位 1/16～1/22  
 (自治体公開情報)



人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ  
都道府県単位 1/23～1/29  
(自治体公開情報)

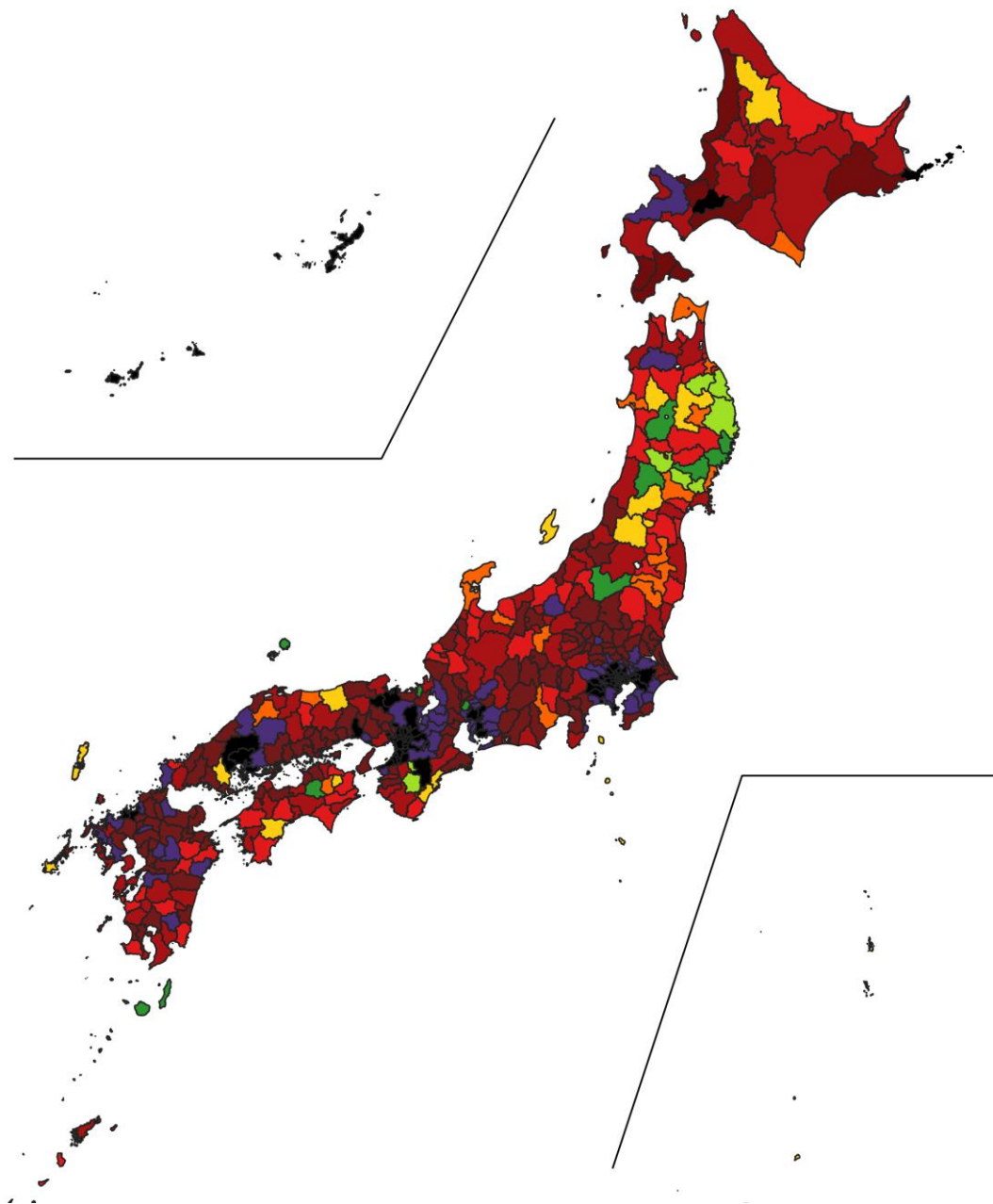
公表遅れによる過小評価の可能性あり



# 人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ 保健所単位 1/16～1/22 (HER-SYS情報)

## 人口10万人あたり500以上の保健所管区

- 東京都千代田保健所
- 東京都中央区保健所
- 東京都みなと保健所
- 東京都新宿区保健所
- 東京都文京保健所
- 東京都台東保健所
- 東京都品川区保健所
- 東京都目黒区保健所
- 東京都世田谷保健所
- 東京都渋谷区保健所
- 東京都中野区保健所
- 東京都池袋保健所
- 東京都荒川区保健所
- 東京都板橋区保健所
- 大阪府大阪市
- 大阪府四條畷保健所
- 大阪府東大阪市保健所
- 兵庫県尼崎市保健所
- 沖縄\_那覇市保健所
- 沖縄県中部保健所
- 沖縄県南部保健所
- 沖縄県北部保健所



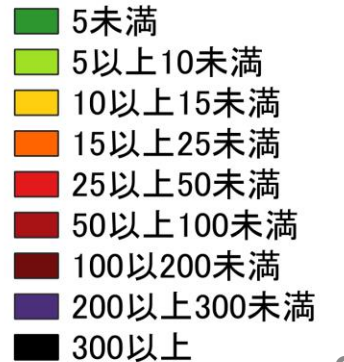
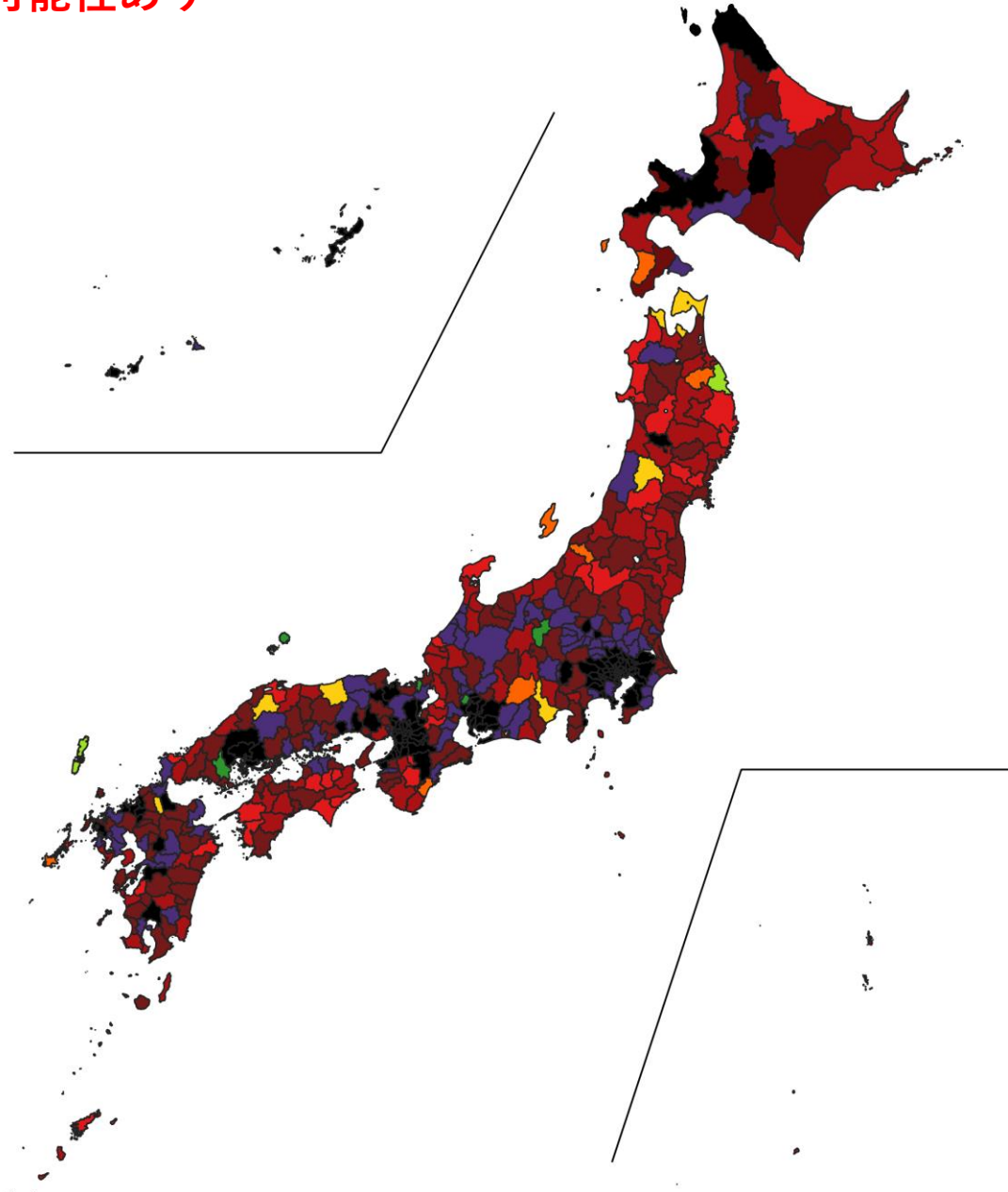
# 人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ

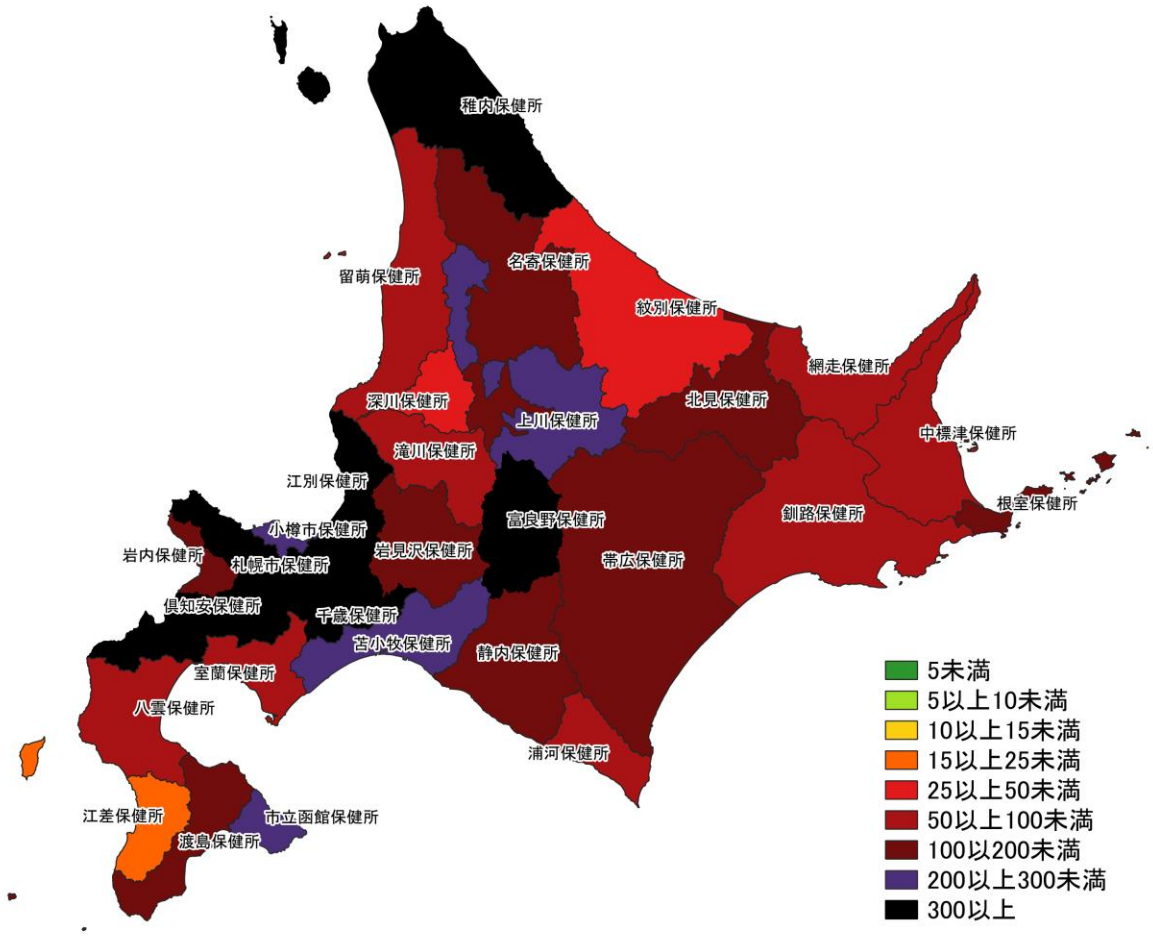
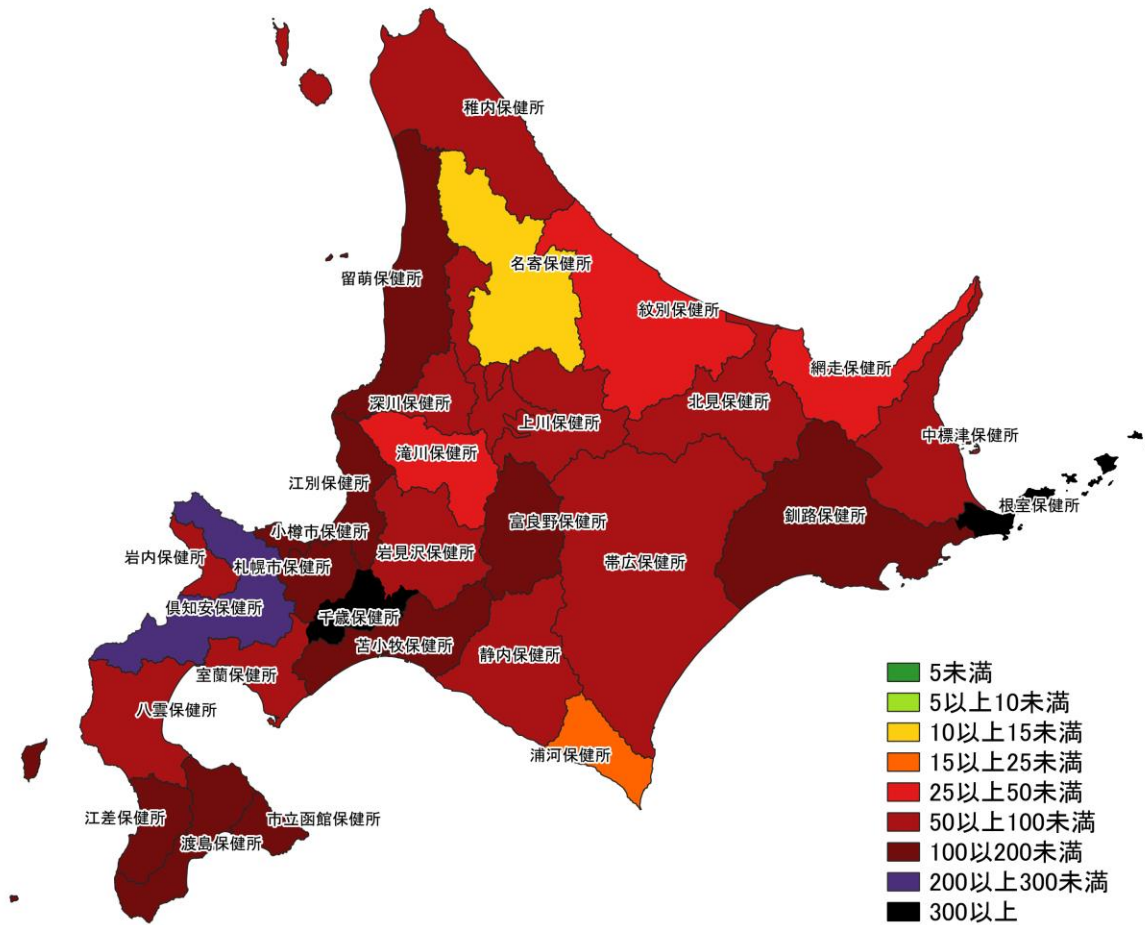
保健所単位 1/23～1/29

(HER-SYS情報) 公表遅れによる過小評価の可能性あり

## 人口10万人あたり500以上の保健所管区

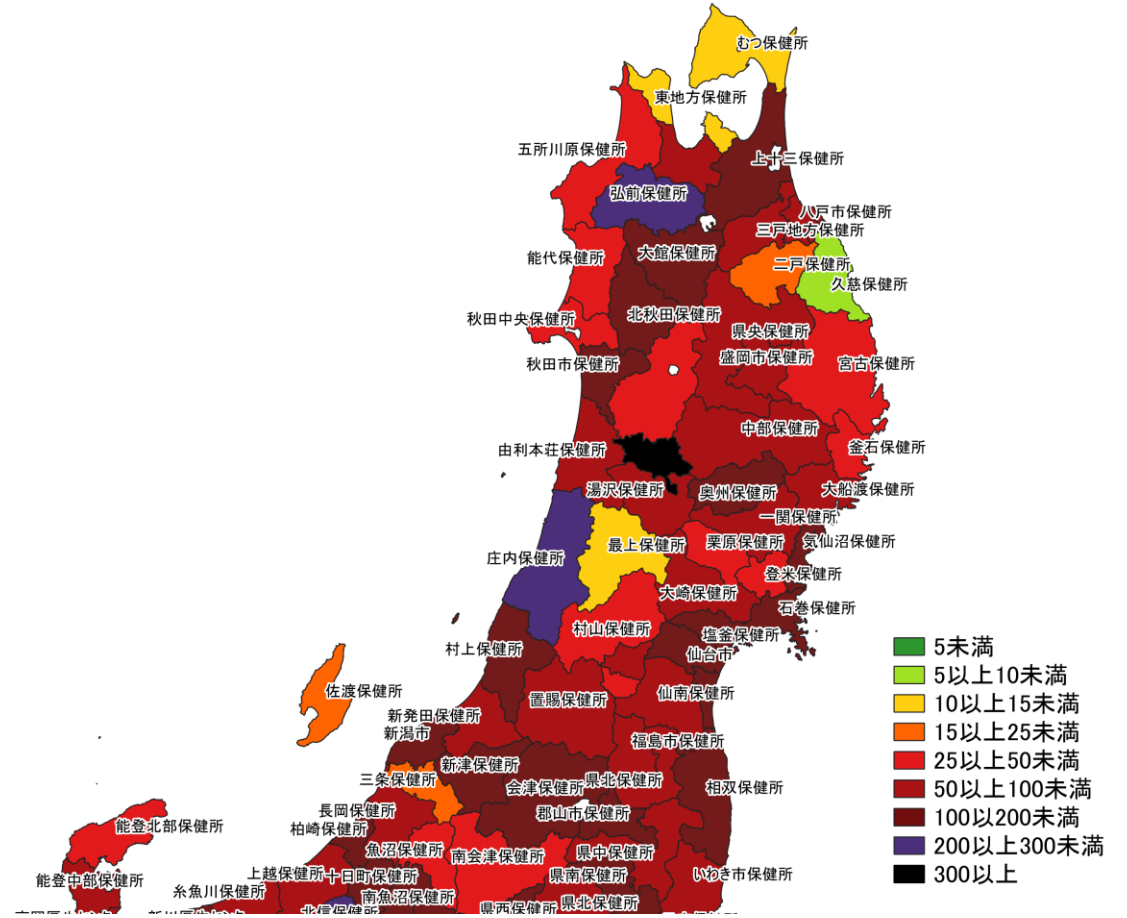
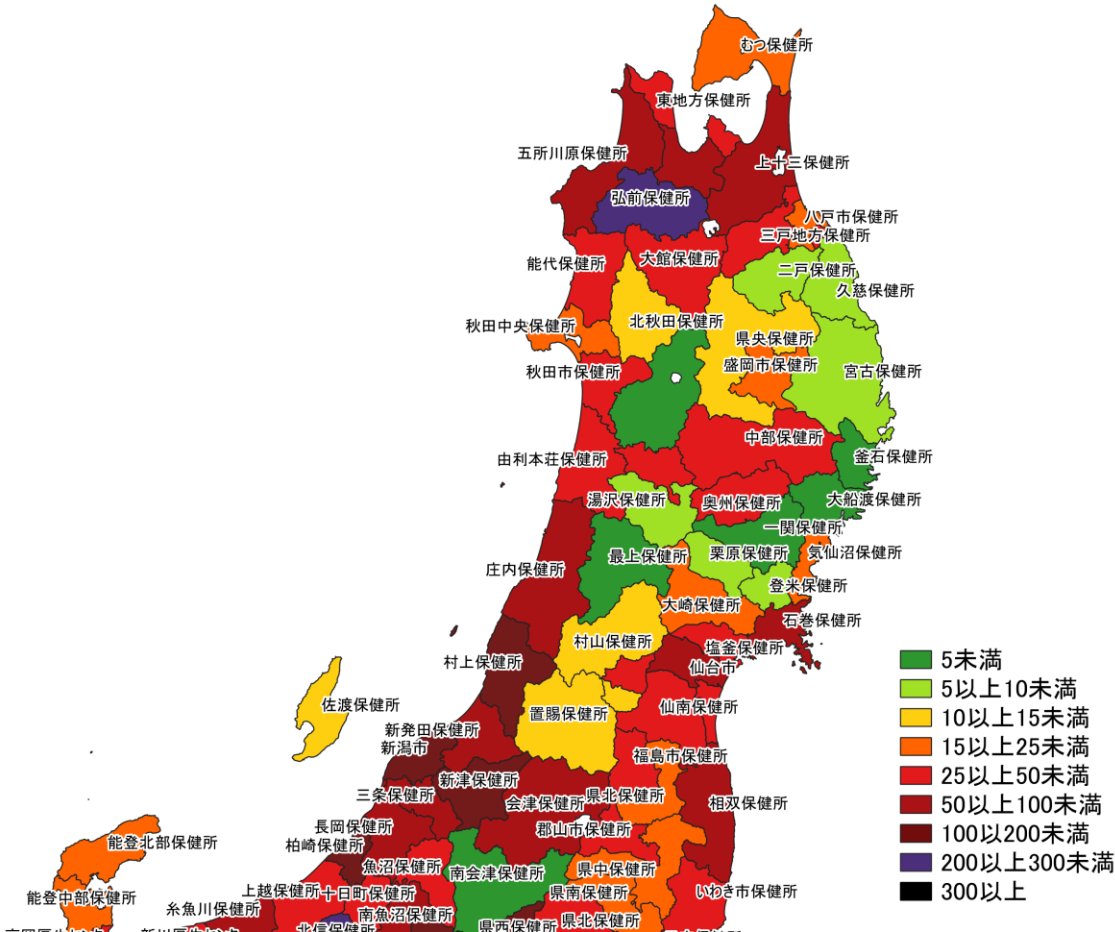
- 北海道千歳保健所
- 秋田県横手保健所
- 埼玉県さいたま市
- 埼玉県川口市保健所
- 埼玉県草加保健所
- 埼玉県南部保健所
- 埼玉県朝霞保健所
- 千葉県市川保健所
- 千葉県船橋市保健所
- 千葉県習志野保健所
- 東京都千代田保健所
- 東京都中央区保健所
- 東京都みなと保健所
- 東京都新宿区保健所
- 東京都文京保健所
- 東京都台東保健所
- 東京都墨田区保健所
- 東京都江東区保健所
- 東京都品川区保健所
- 東京都目黒区保健所
- 東京都大田区保健所
- 東京都世田谷保健所
- 東京都渋谷区保健所
- 東京都中野区保健所
- 東京都杉並保健所
- 東京都池袋保健所
- 東京都北区保健所
- 東京都荒川区保健所
- 東京都板橋区保健所
- 東京都練馬区保健所
- 東京都足立保健所
- 東京都葛飾区保健所
- 東京都江戸川保健所
- 東京都多摩府中保健所
- 東京都町田市保健所
- 東京都多摩小平保健所
- 愛知県名古屋市
- 愛知県衣浦東部保健所
- 愛知県西尾保健所
- 愛知県清須保健所
- 京都府京都市
- 京都府山城北保健所
- 京都府乙訓保健所
- 京都府山城南保健所
- 大阪府大阪市
- 大阪府堺市
- 大阪府岸和田保健所
- 大阪府豊中市保健所
- 大阪府池田保健所
- 大阪府吹田市保健所
- 大阪府和泉保健所
- 大阪府高槻市保健所
- 大阪府守口保健所
- 大阪府枚方市保健所
- 大阪府茨木保健所
- 大阪府八尾市保健所
- 大阪府泉佐野保健所
- 大阪府富田林保健所
- 大阪府寝屋川市保健所
- 大阪府藤井寺保健所
- 大阪府四條畷保健所
- 大阪府東大阪市保健所
- 兵庫県姫路市保健所
- 兵庫県尼崎市保健所
- 兵庫県芦屋保健所
- 奈良県郡山保健所
- 和歌山県和歌山市保健所
- 福岡県福岡市
- 福岡県糸島保健福祉事務所
- 沖縄県中部保健所
- 沖縄県八重山保健所



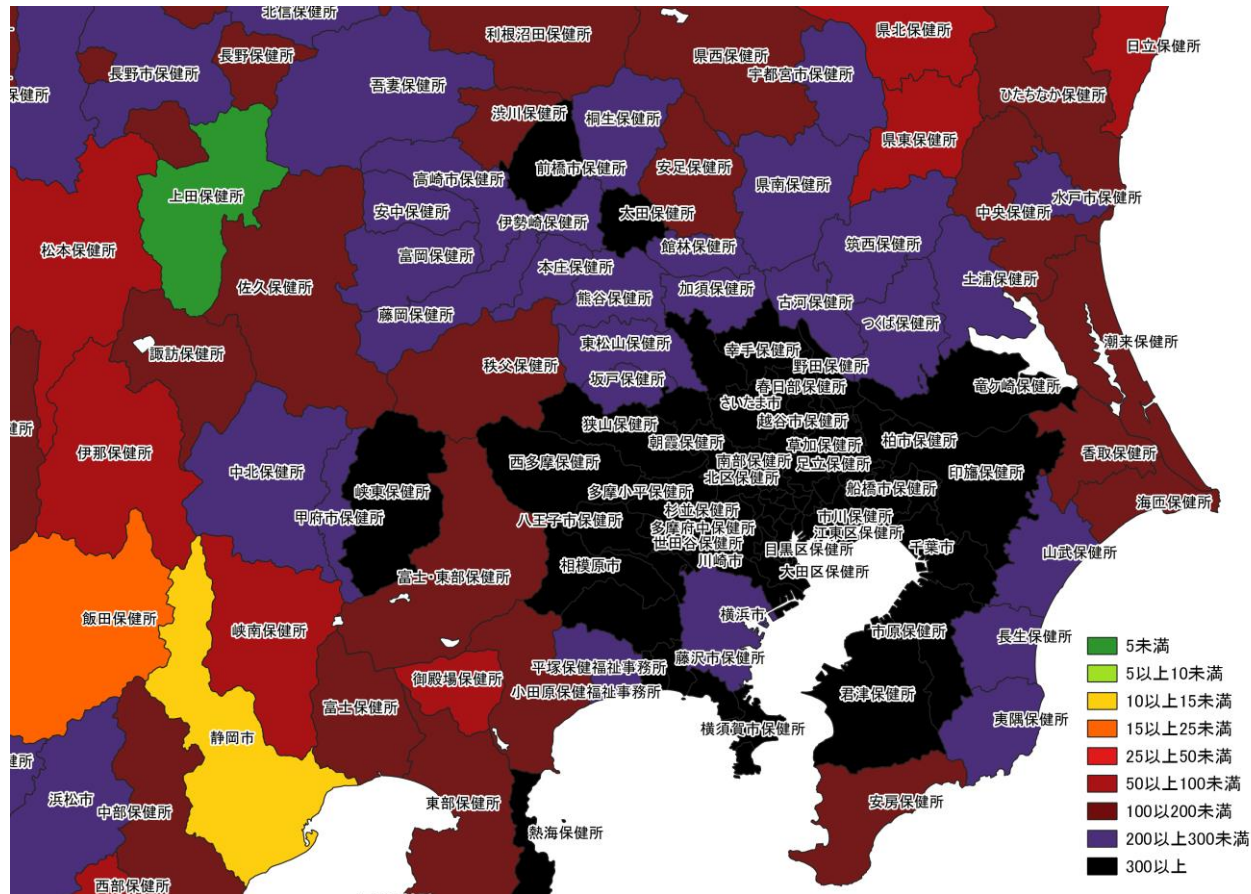
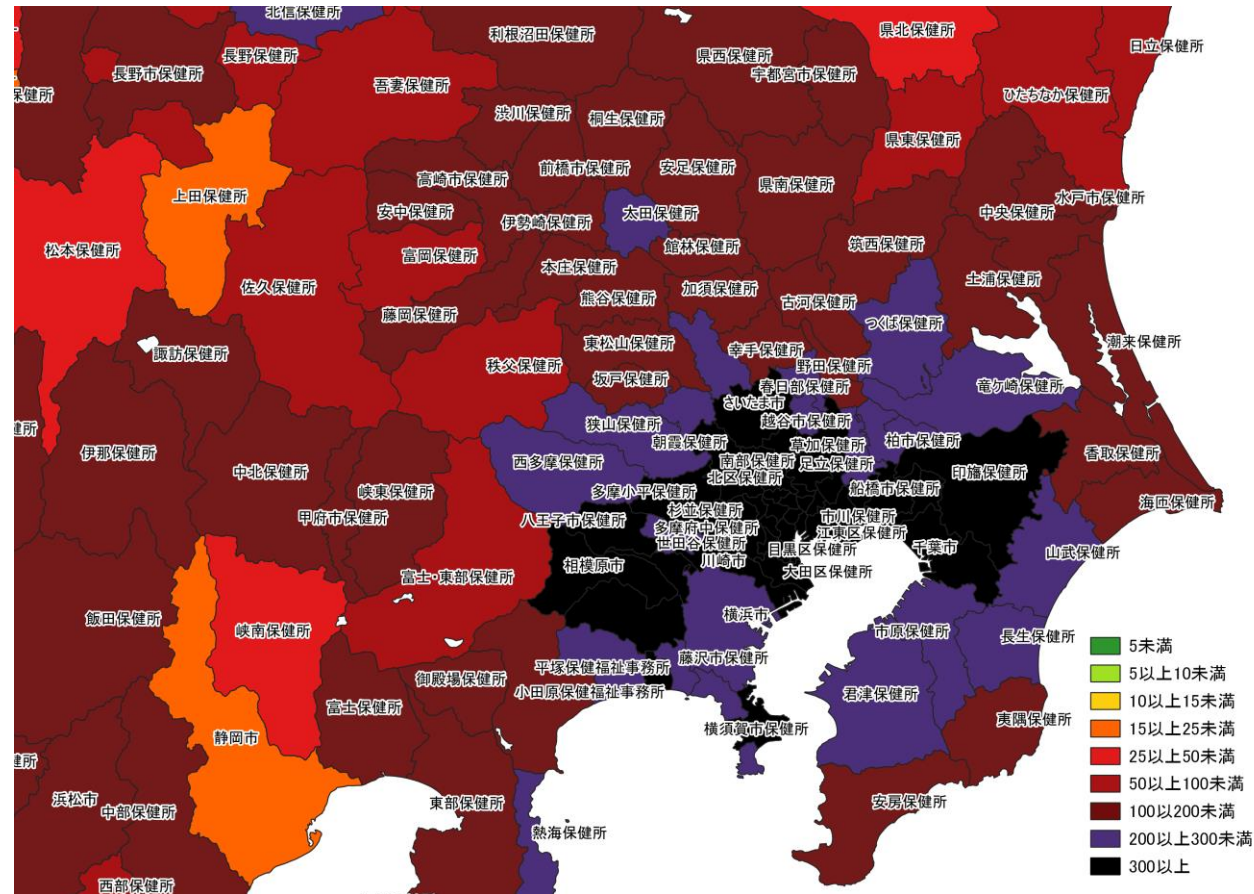


入力遅れによる過小評価の可能性あり

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



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

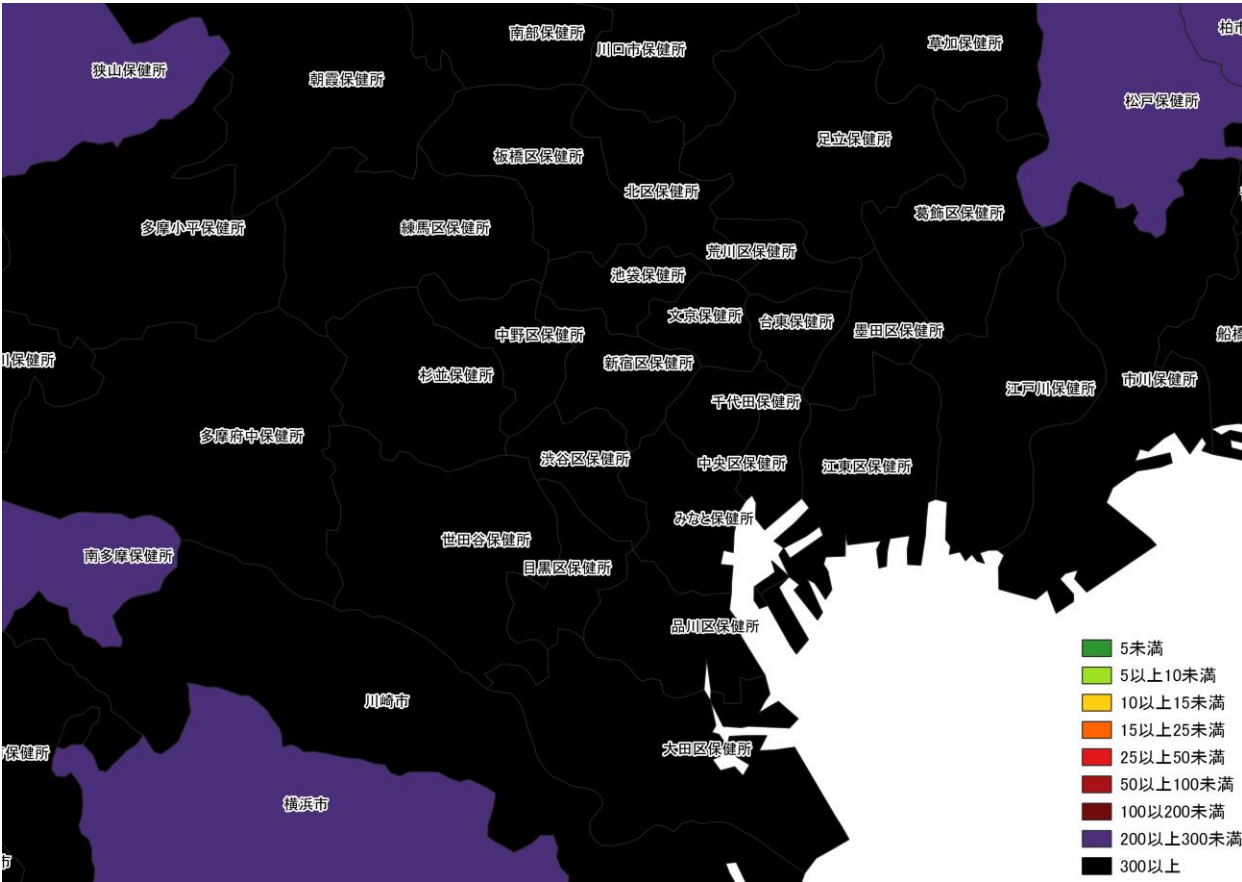


1/16～ 1/22

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

1/23～ 1/29

入力遅れによる過小評価の可能性あり



1/16～ 1/22

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

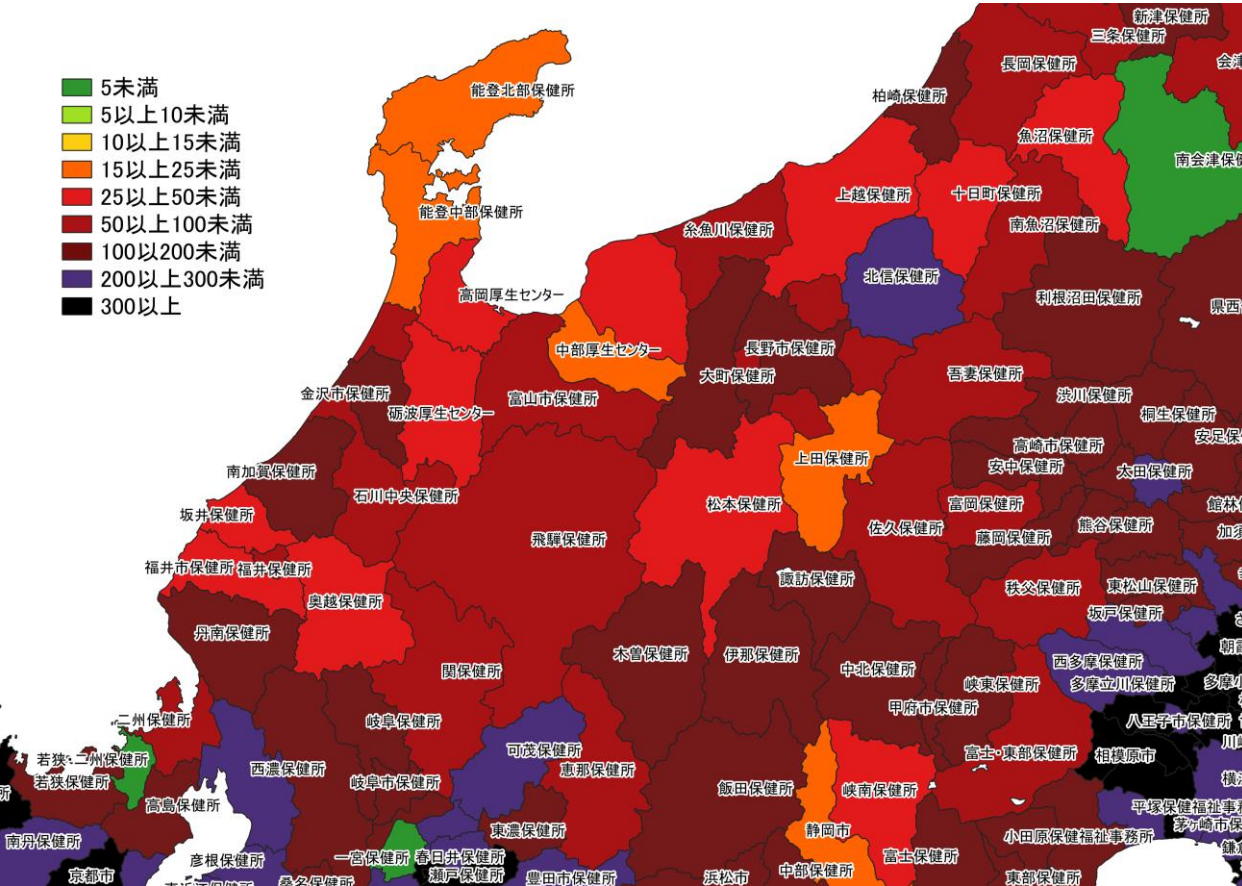


1/23～ 1/29

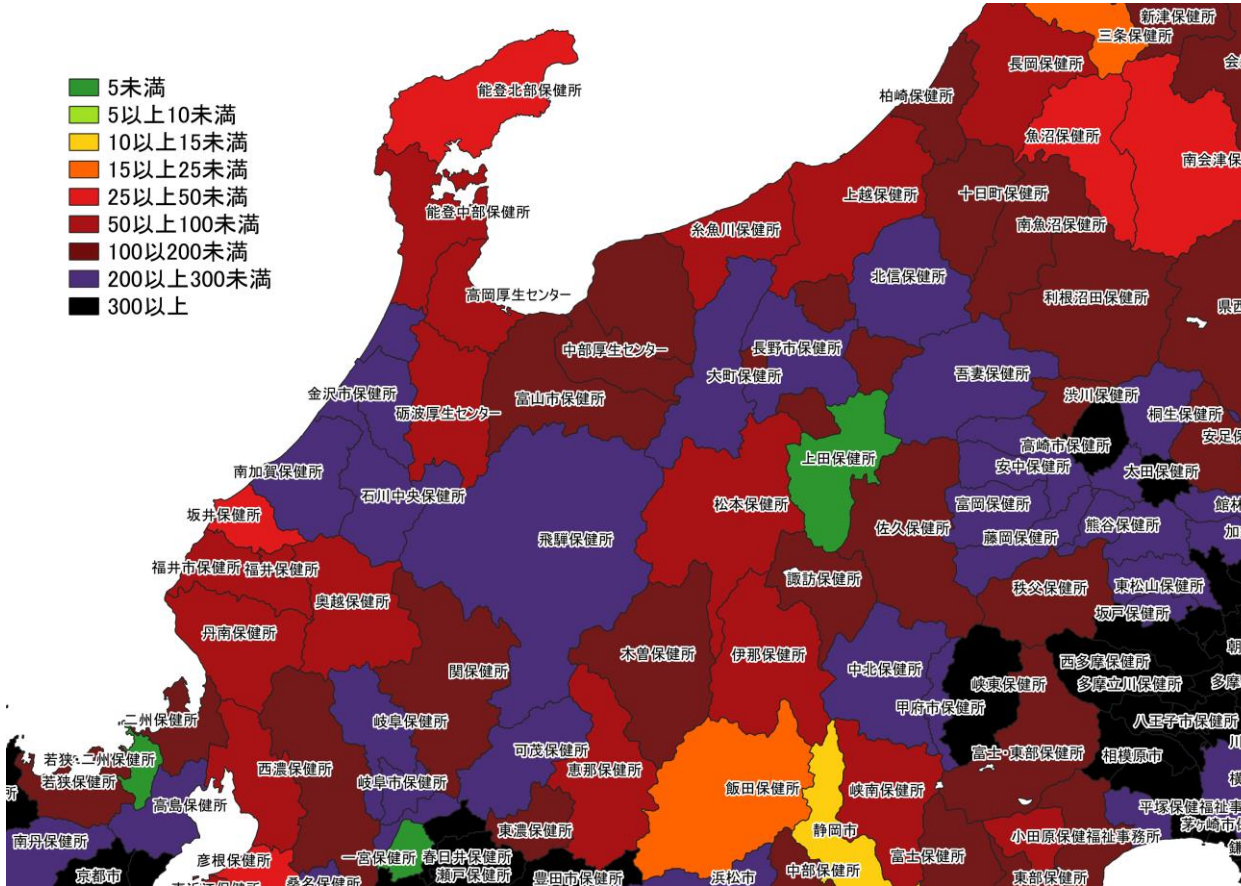
入力遅れによる過小評価の可能性あり



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



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

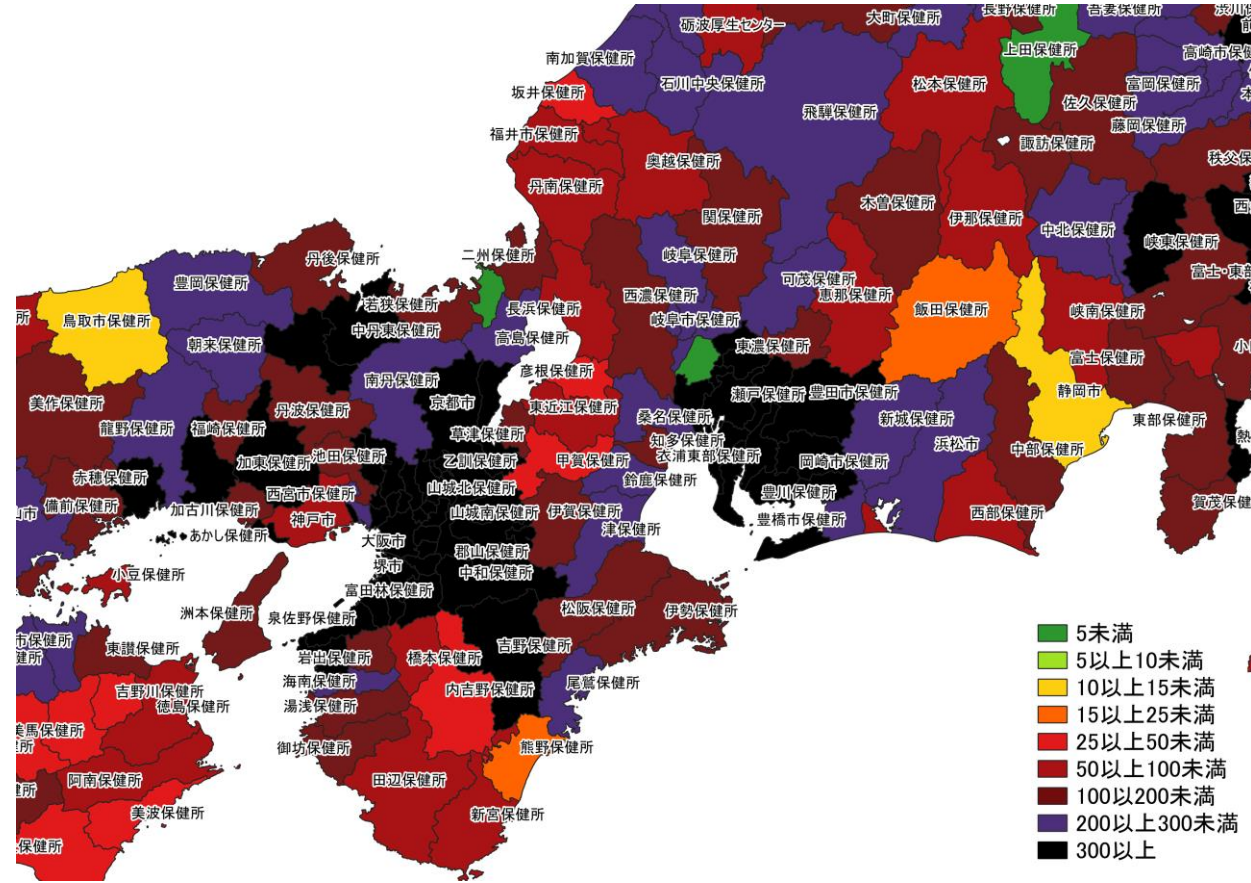
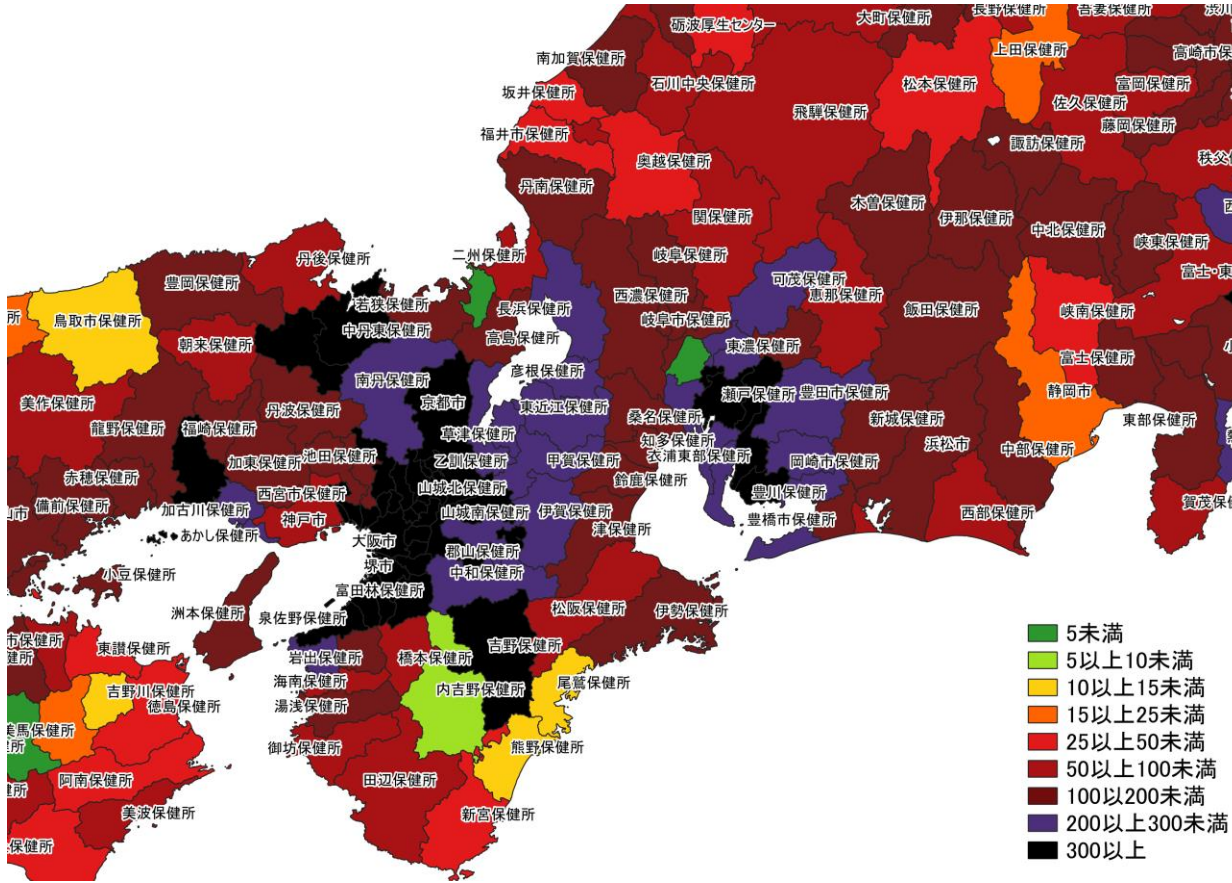


1/16～ 1/22

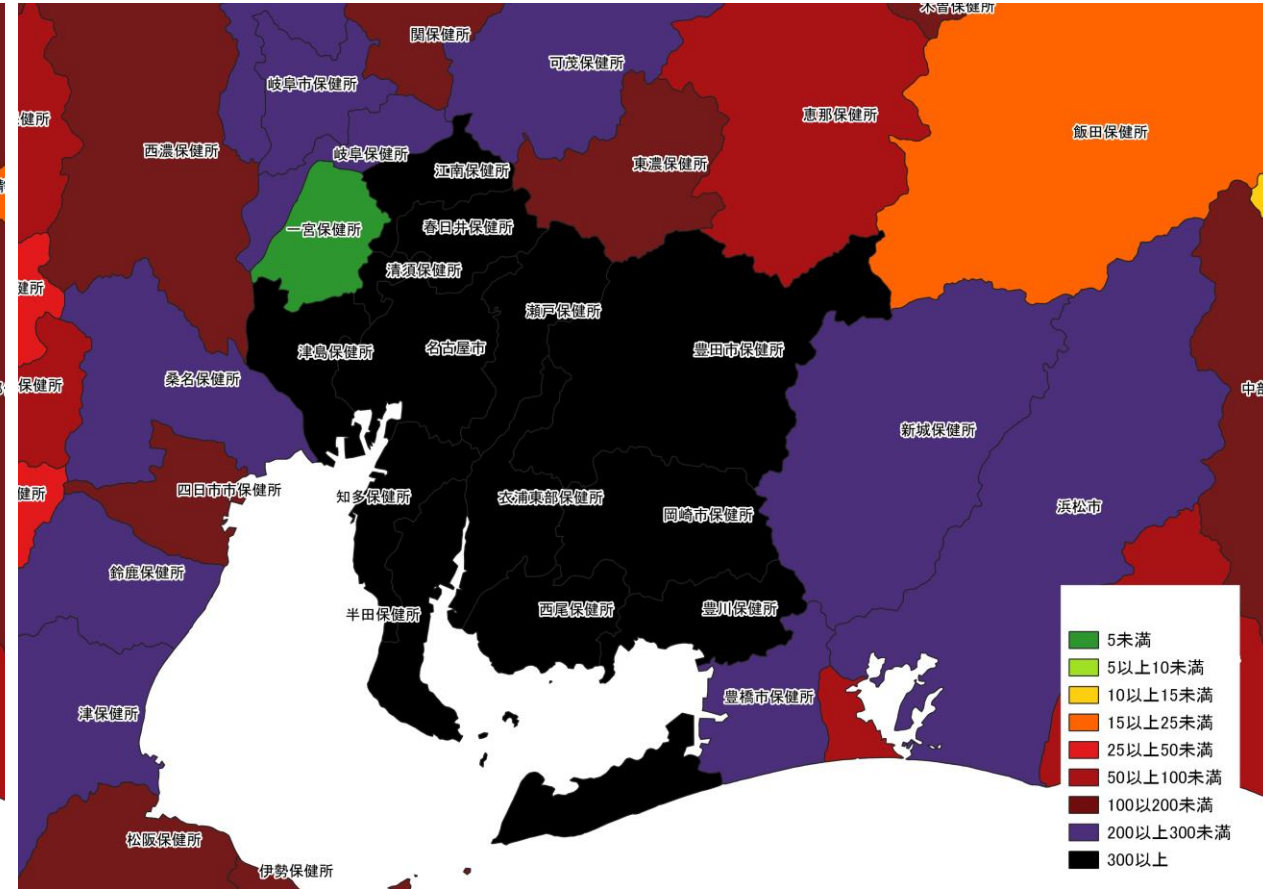
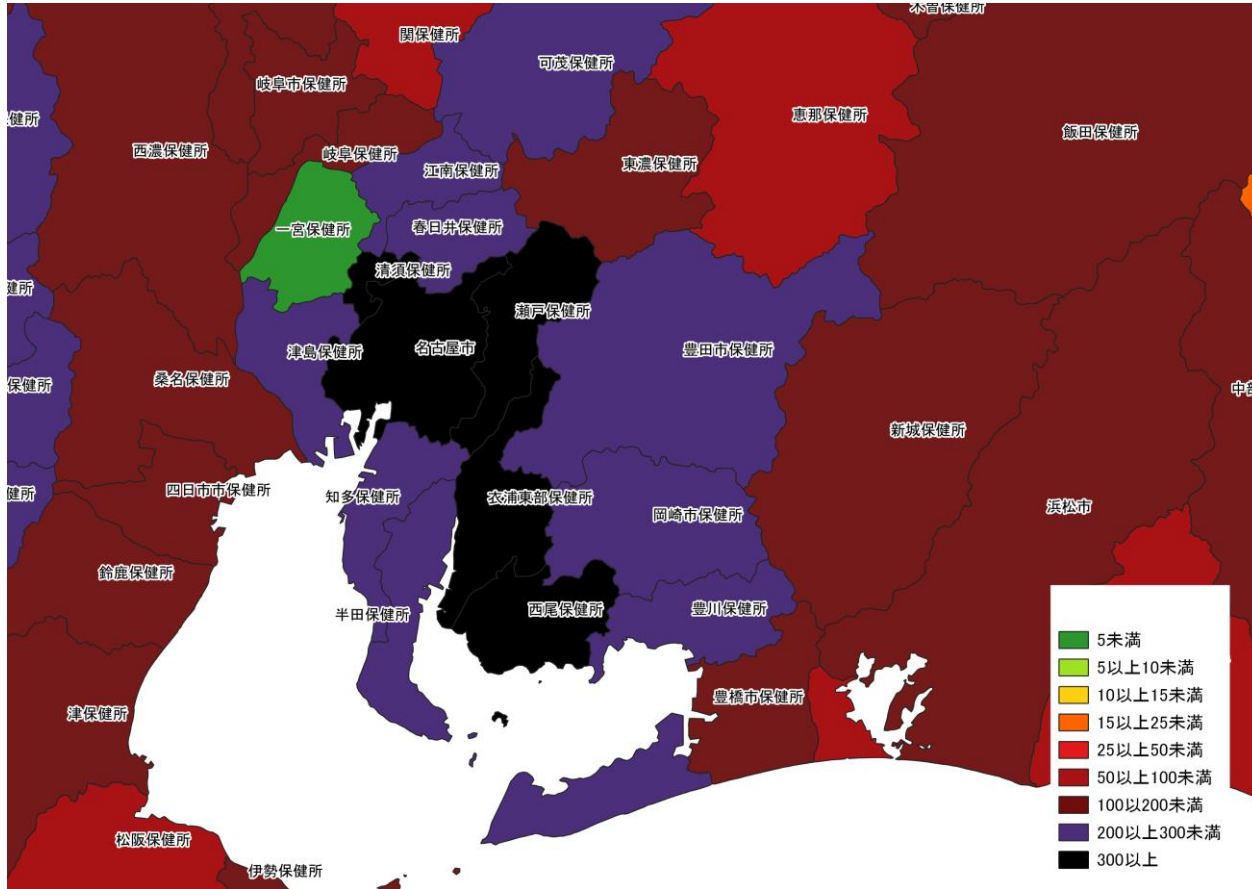
1/23～ 1/29

入力遅れによる過小評価の可能性あり

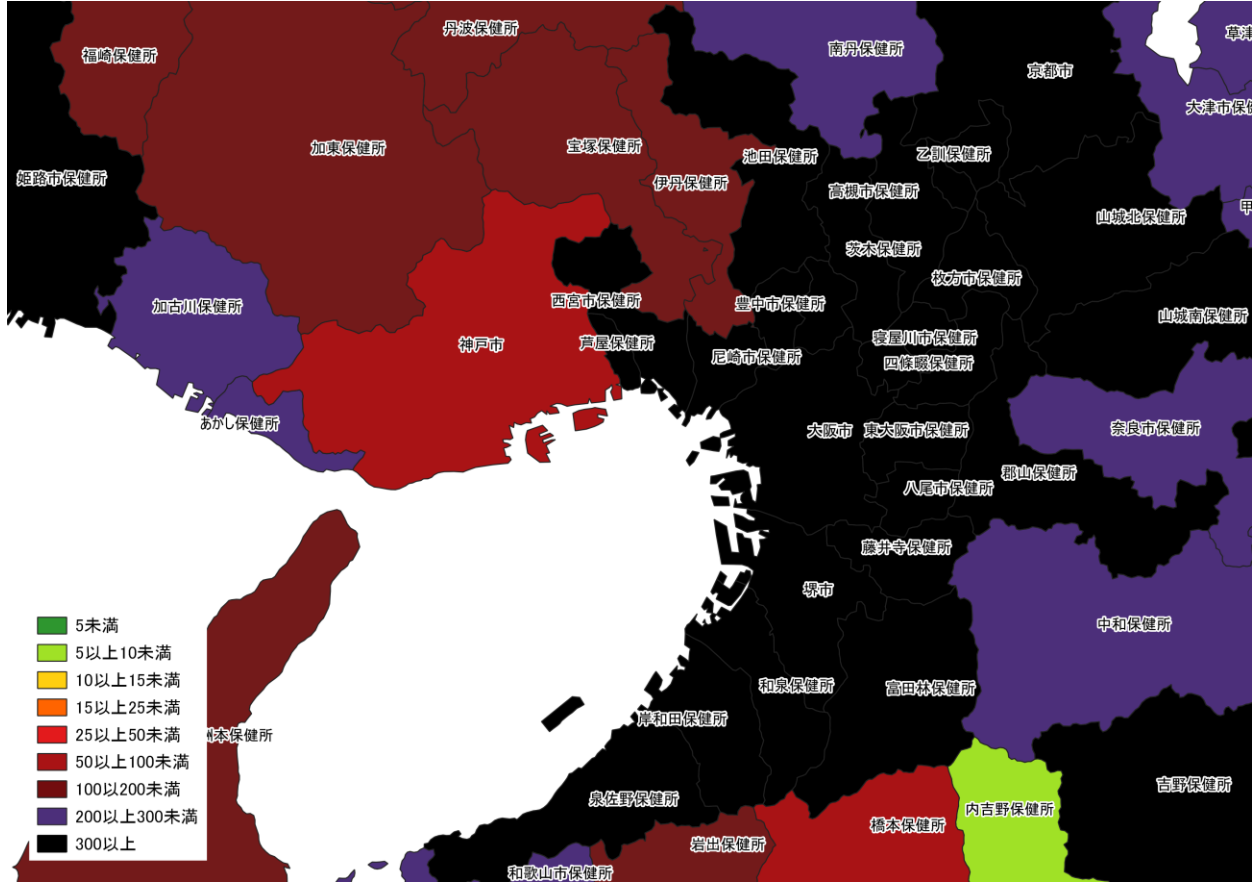
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ  
北陸・中部地域（HER-SYS情報）



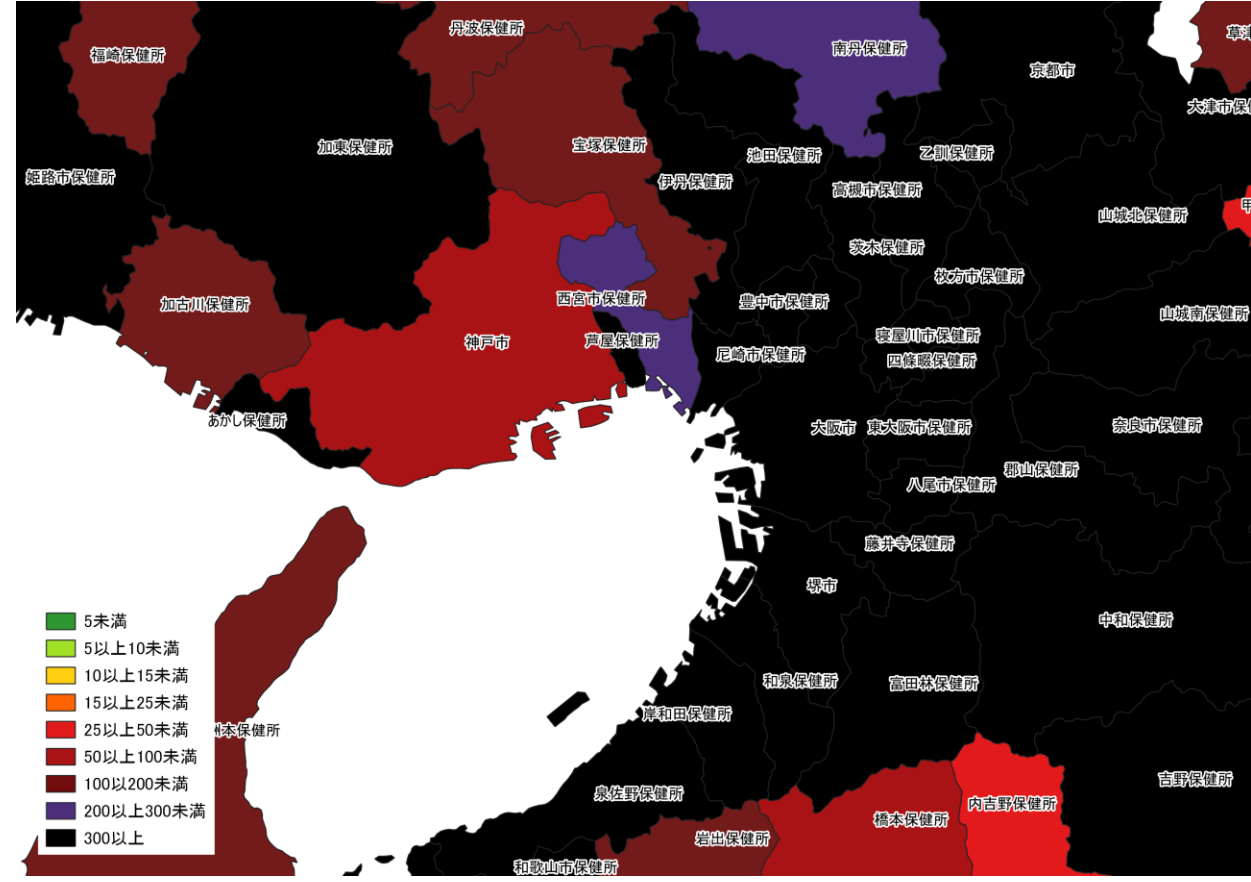
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ  
関西・中京圏（HER-SYS情報）



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



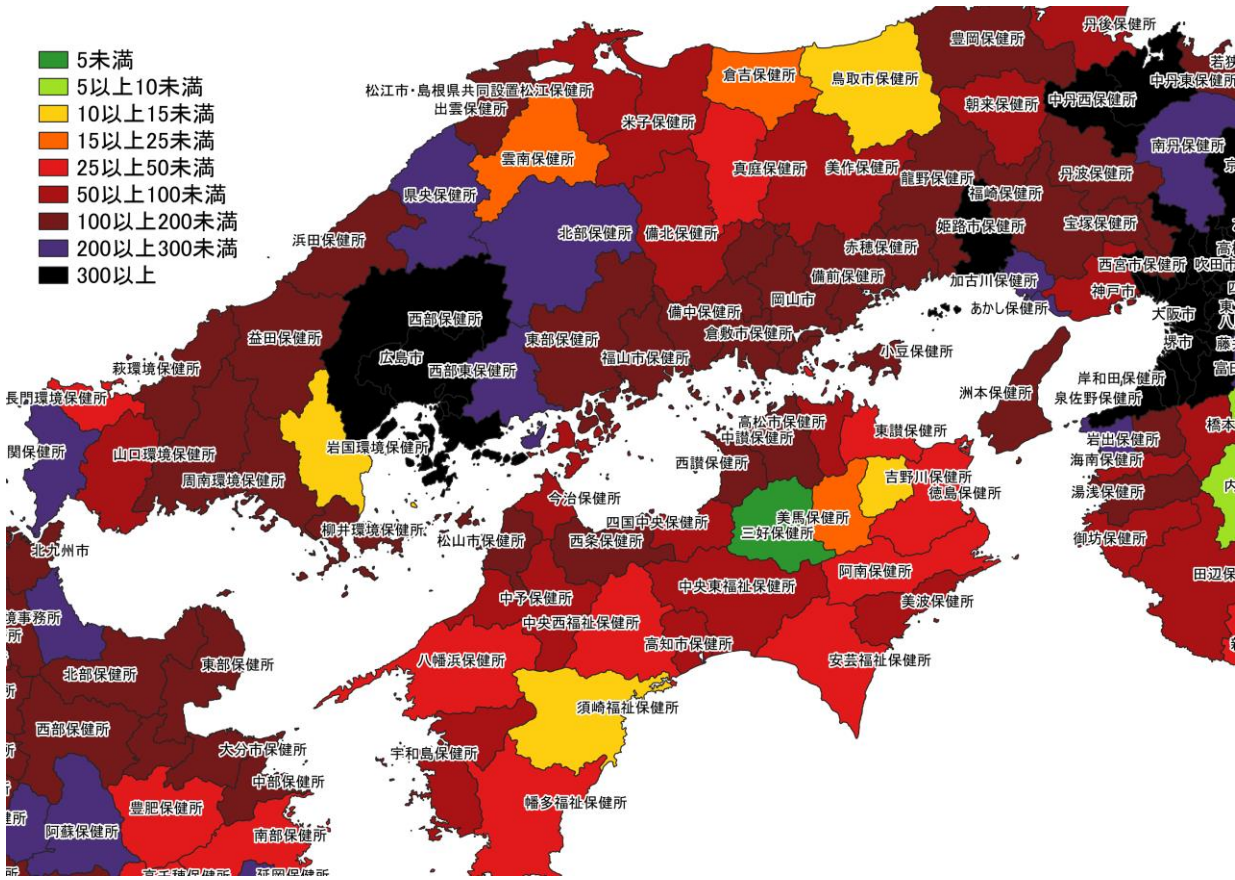
1/16 ~ 1/22



1/23 ~ 1/29

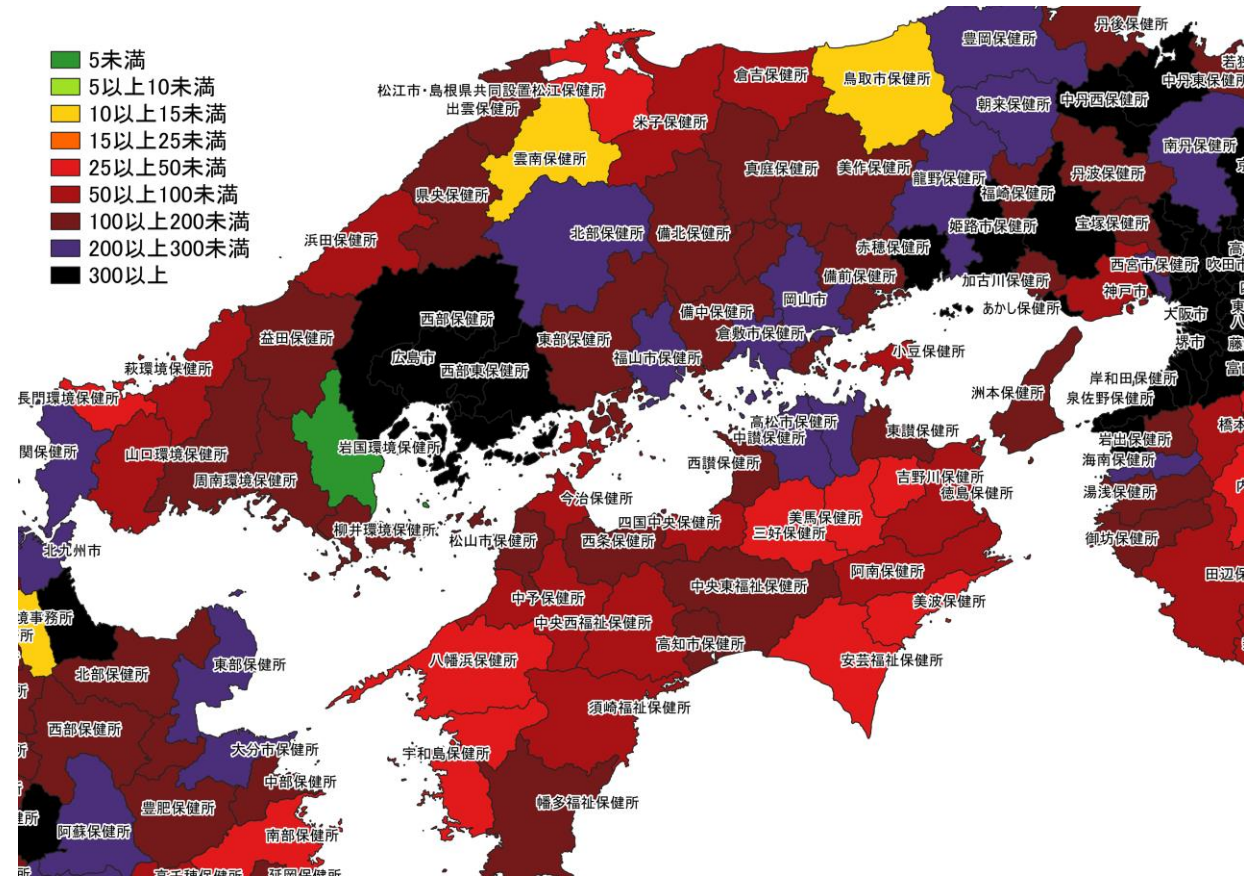
入力遅れによる過小評価の可能性あり

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



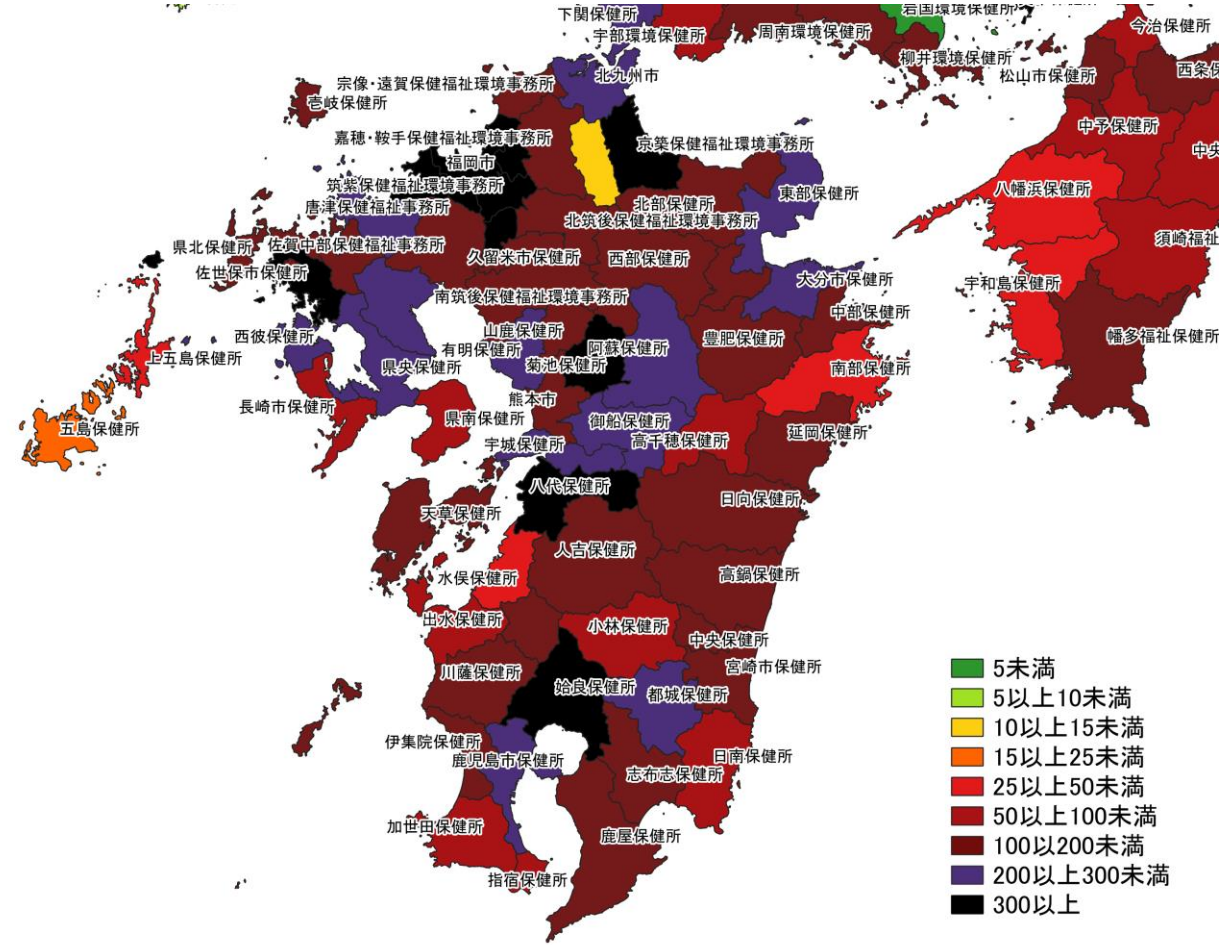
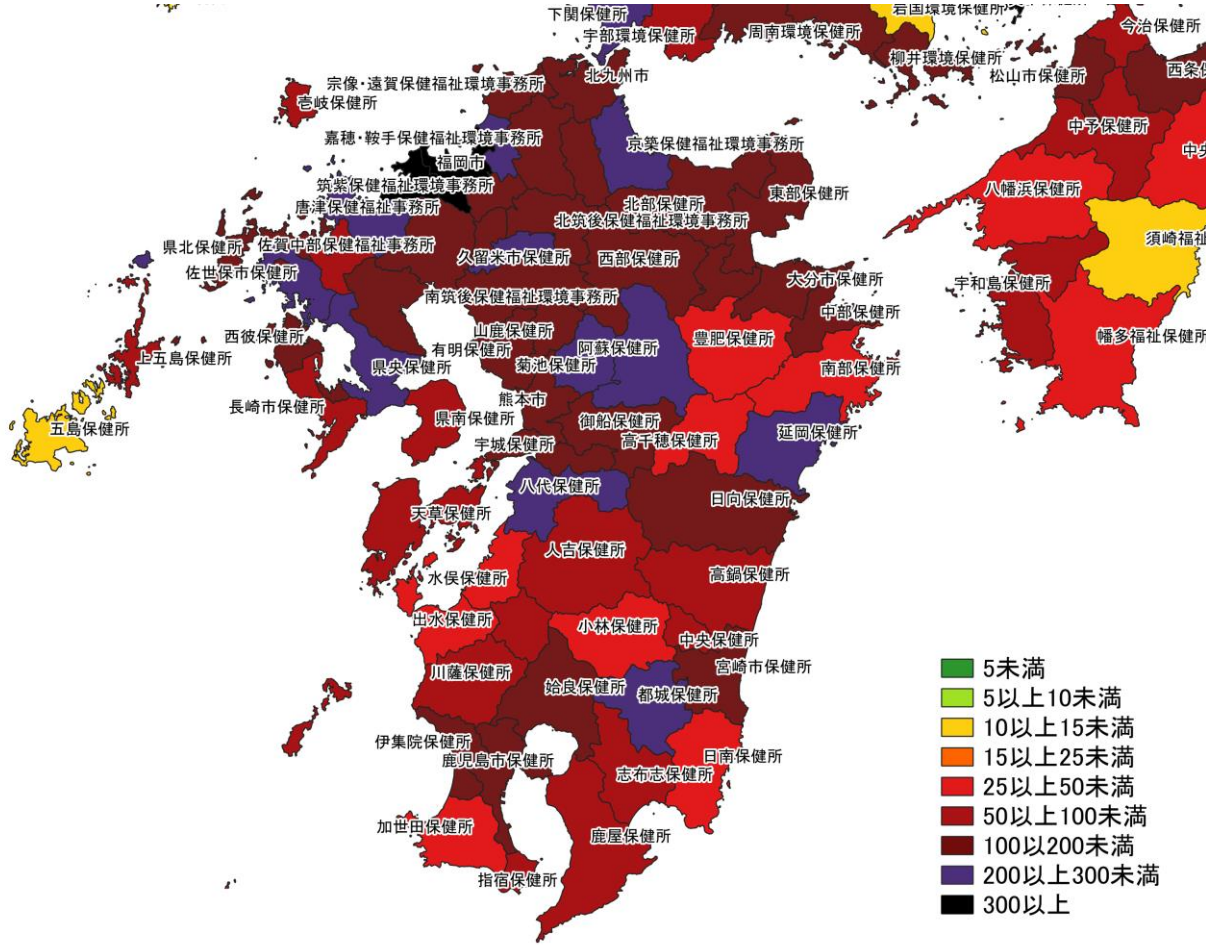
1/16~ 1/22

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



1/23~ 1/29

入力遅れによる過小評価の可能性あり

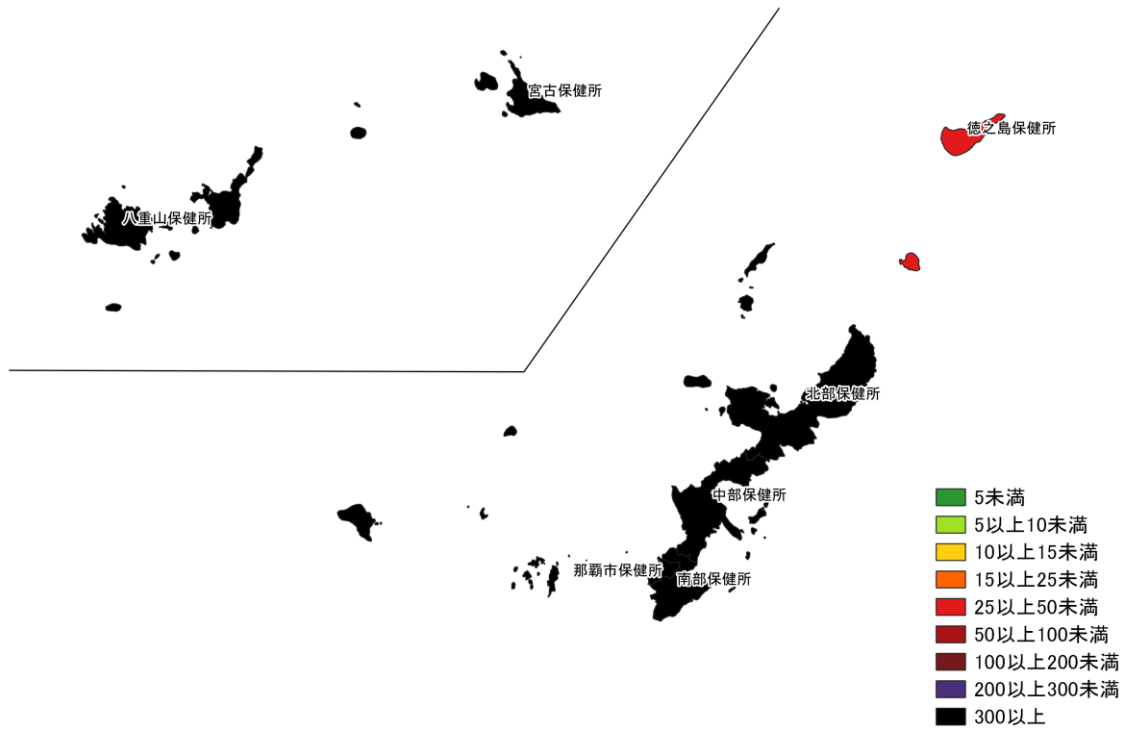


1/16 ~ 1/22

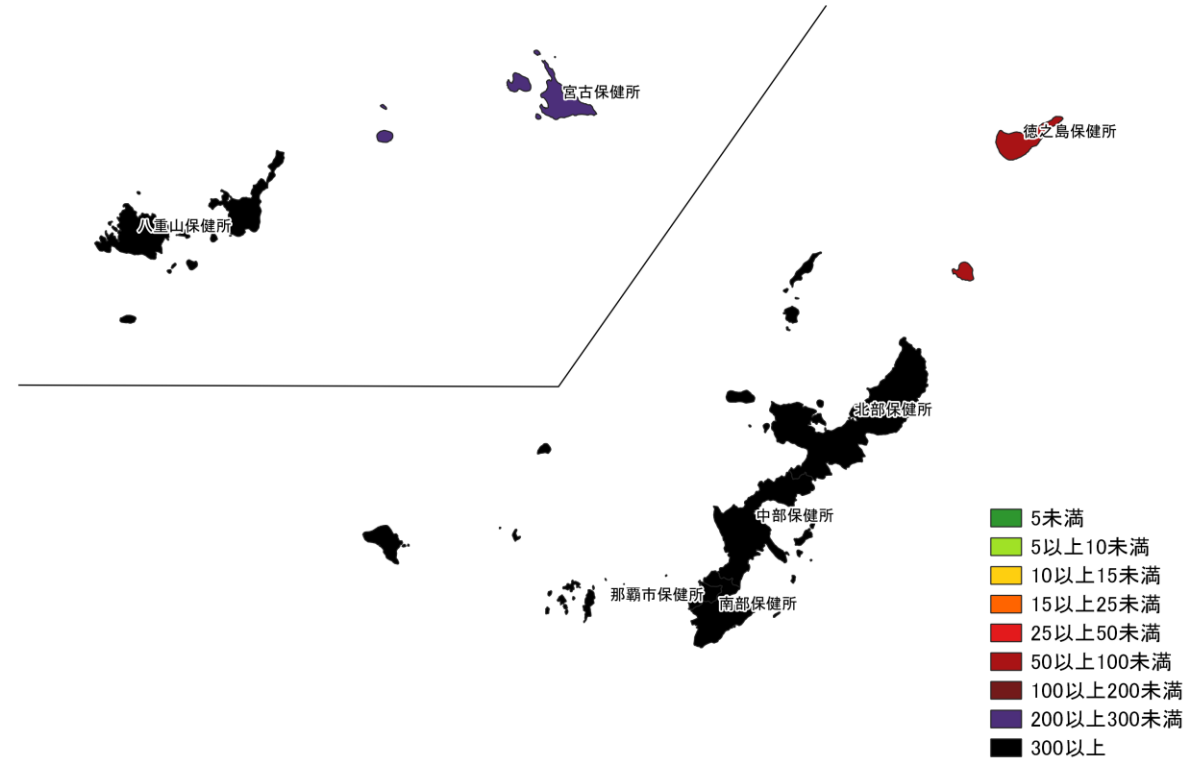
1/23 ~ 1/29

入力遅れによる過小評価の可能性あり

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



1/16~ 1/22



1/23~ 1/29

入力遅れによる過小評価の可能性あり

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

## 7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

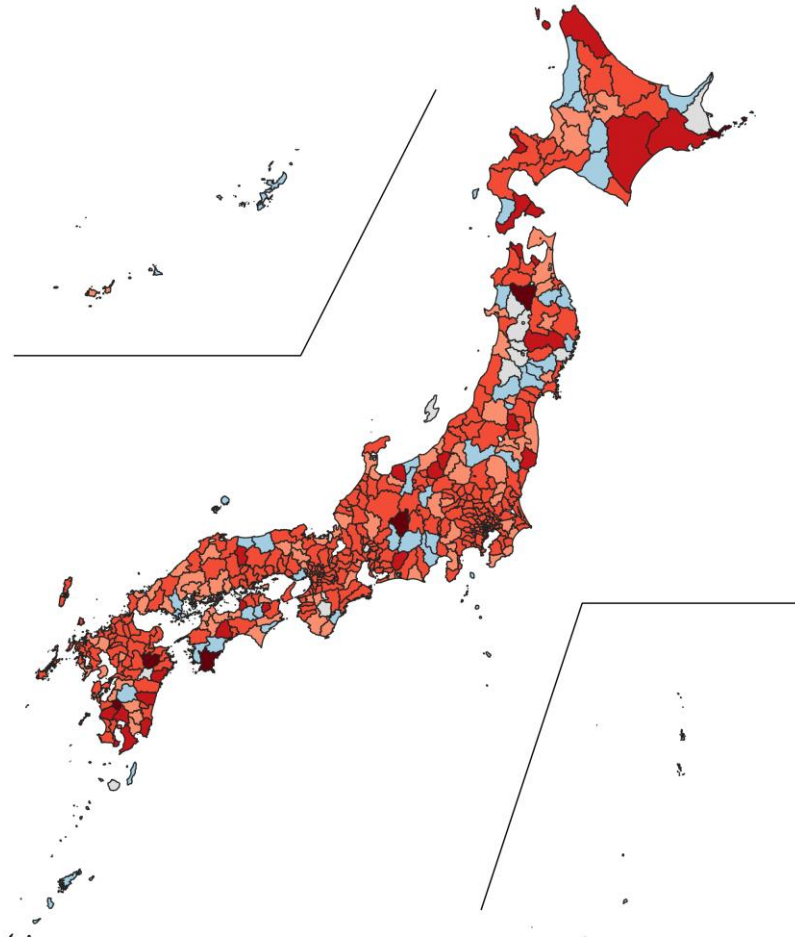
### 使用データ

- 2022年1月31日時点のHER-SYSデータを用いて、保健所管区別の7日間累積新規症例報告数（診断日）の、前週との比を図示する。
- 前週比マップでは、前週の症例数が0の場合は比を算出できないためNAとした。
- 集計は日曜日から土曜日であり、疫学週（月曜日から日曜日）とは異なる。
- **データ入力や公表の遅れを考慮し、直近1週間は参考資料とする。**

### まとめ

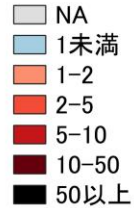
- 全国的に前週比1以上の地域が多くを占めている。
- 直近（1/16~1/22の週から1/23~1/29の週）では、東北地方を除き、1/9~1/15の週から1/16~1/22の週と比べて前週比が低下した地域が多い。
- 症例数増加の時期が早かった沖縄県、中国地方では前週比が1を下回る地域が増加（入力遅れの可能性あり）。



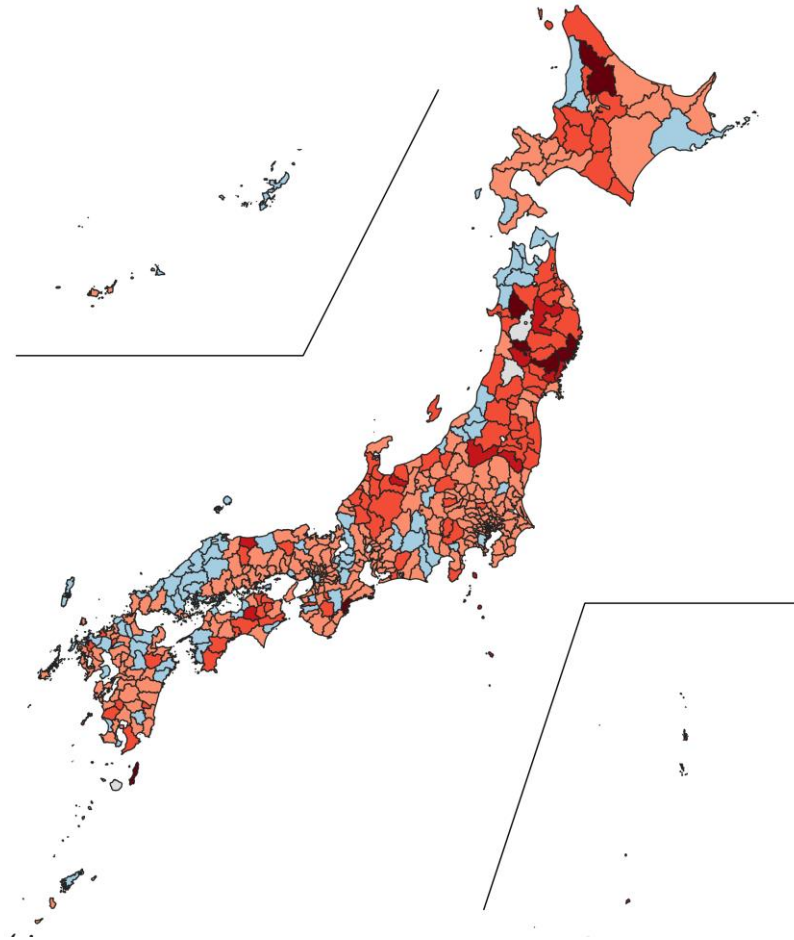


前週比10以上の保健所管区

- 北海道名寄保健所
- 岩手県大船渡保健所
- 岩手県一関保健所
- 岩手県釜石保健所
- 秋田県横手保健所
- 秋田県北秋田保健所
- 三重県尾鷲保健所
- 鹿児島県西之表保健所

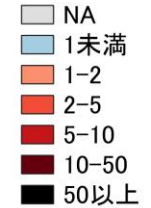


1/9~1/15  
1/16~1/22



前週比10以上の保健所管区

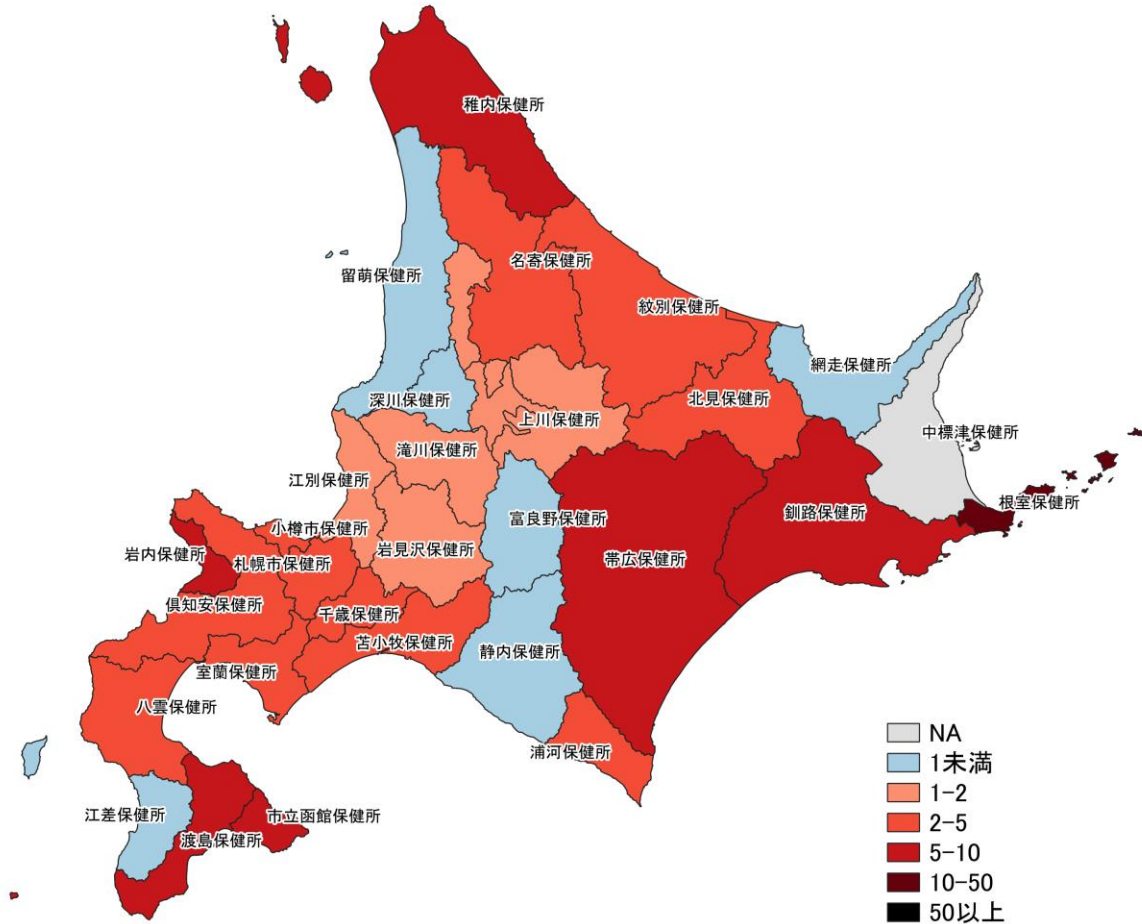
- 北海道根室保健所
- 青森県東地方保健所
- 秋田県大館保健所
- 長野県木曾保健所
- 徳島県吉野川保健所
- 高知県幡多福祉保健所
- 大分県豊肥保健所
- 鹿児島県大口保健所



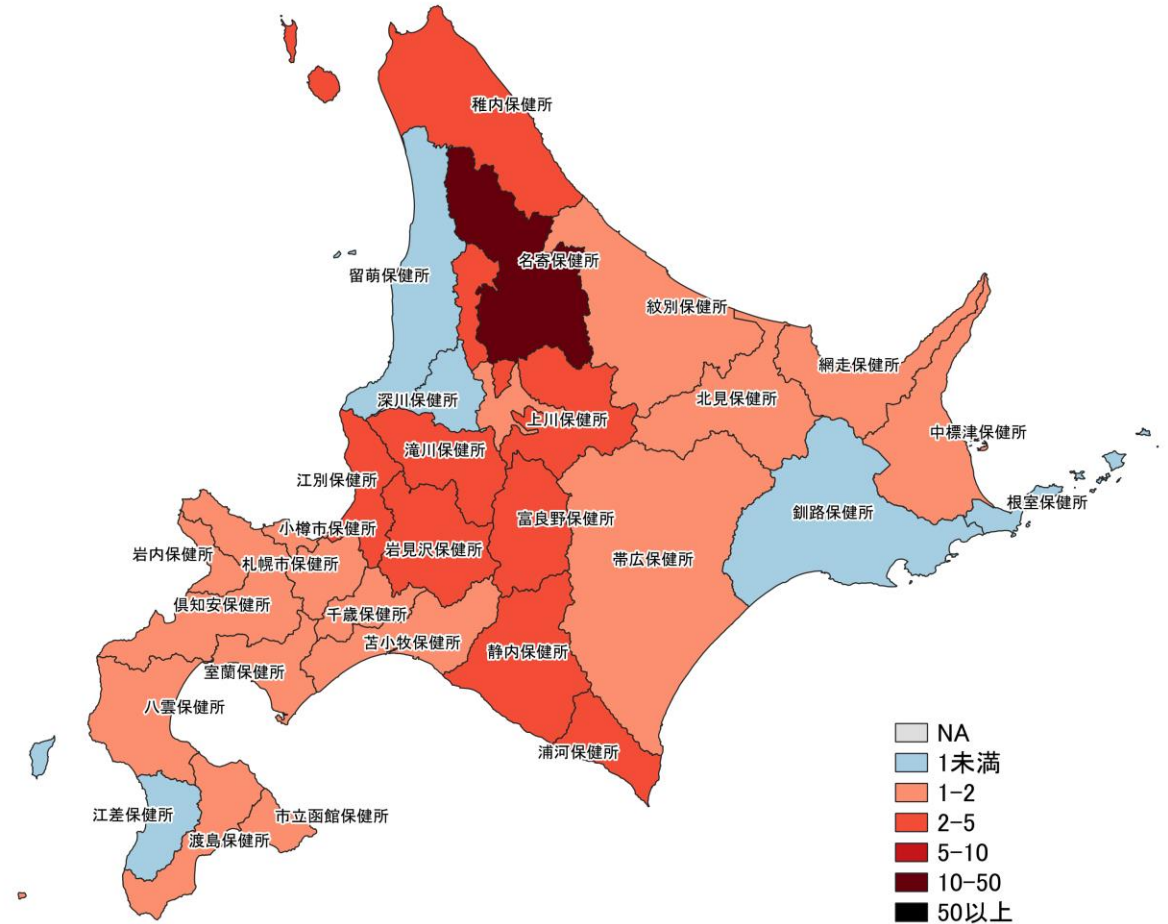
1/16~1/22  
1/23~1/29

入力遅れによる過小評価の可能性あり

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

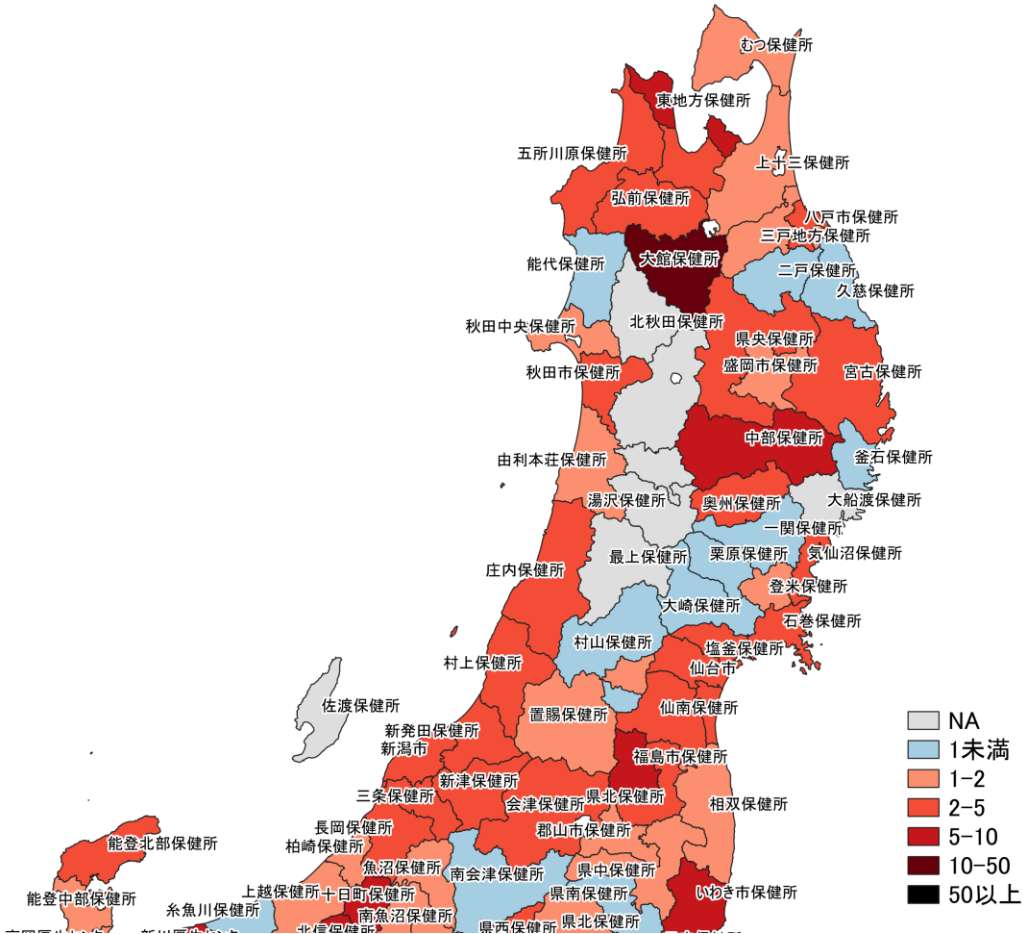


1/9~1/15  
1/16~1/22

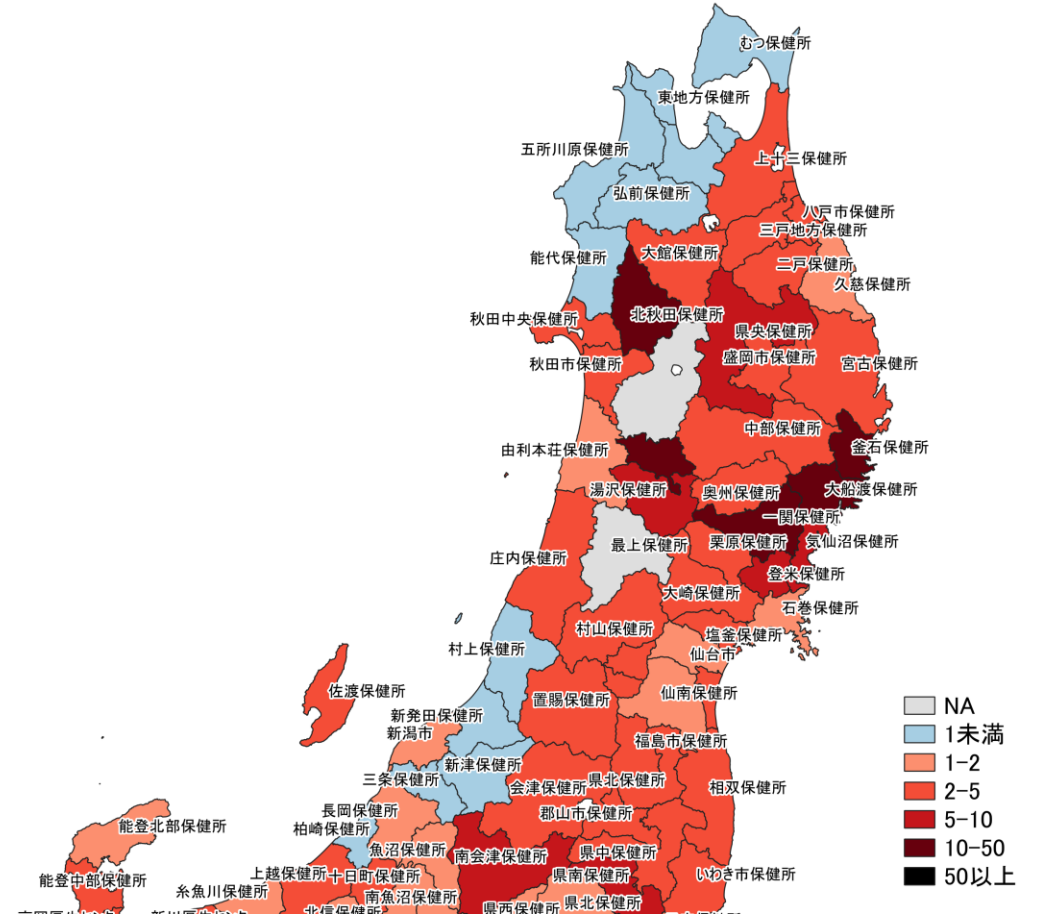


1/16~1/22  
1/23~1/29 **入力遅れによる過小評価の可能性あり**

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
北海道 (HER-SYS情報)

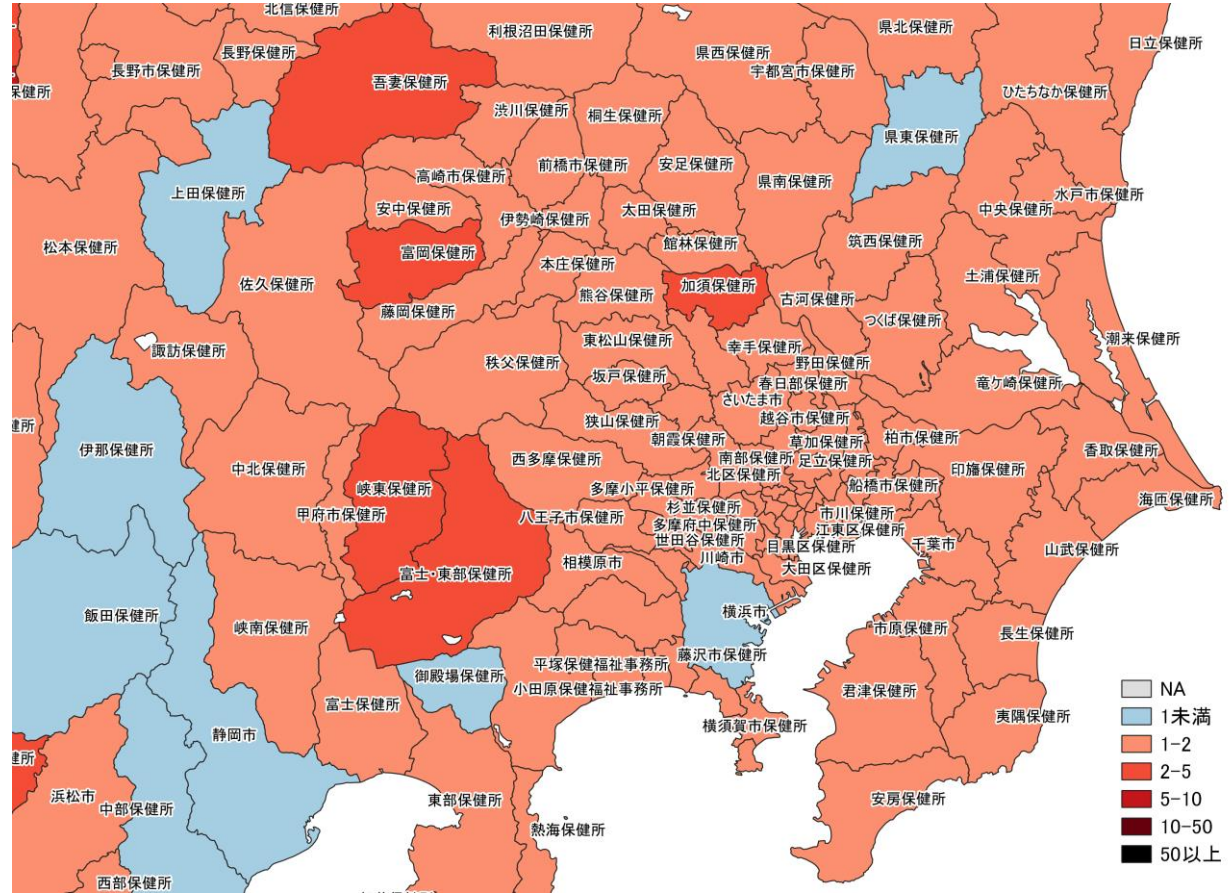
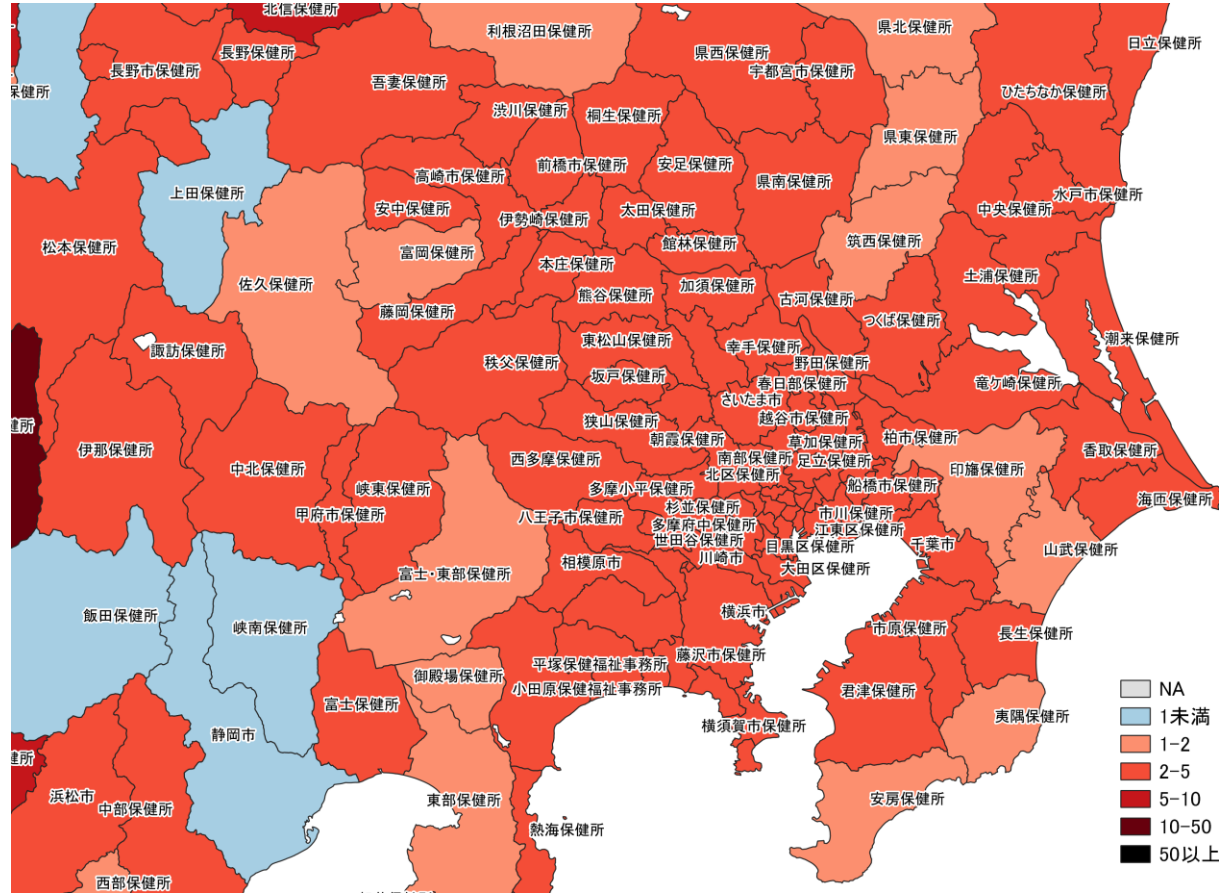


1/9~1/15  
1/16~1/22



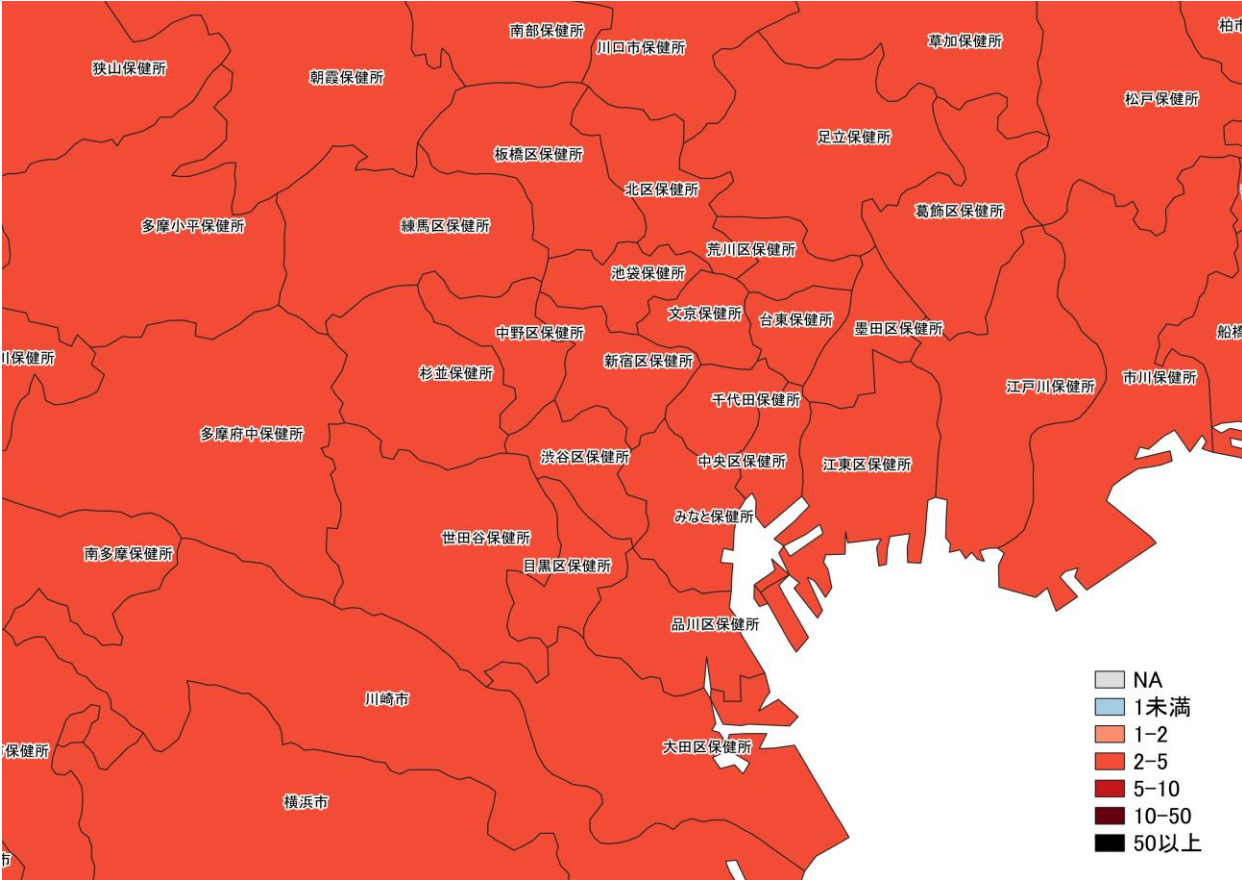
1/16~1/22  
1/23~1/29 **入力遅れによる過小評価の可能性あり**

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
東北地域 (HER-SYS情報)



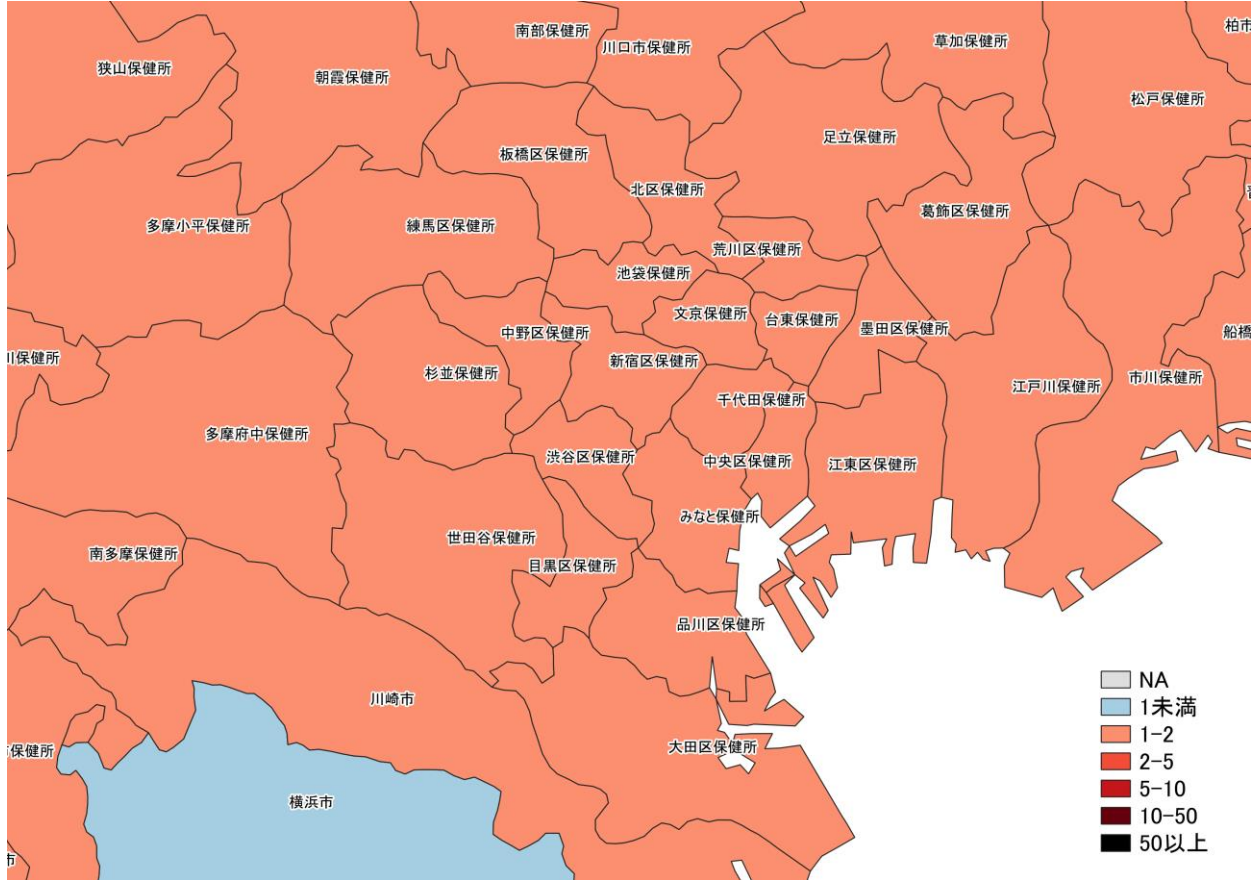
入力遅れによる過小評価の可能性あり

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
首都圏 (HER-SYS情報)

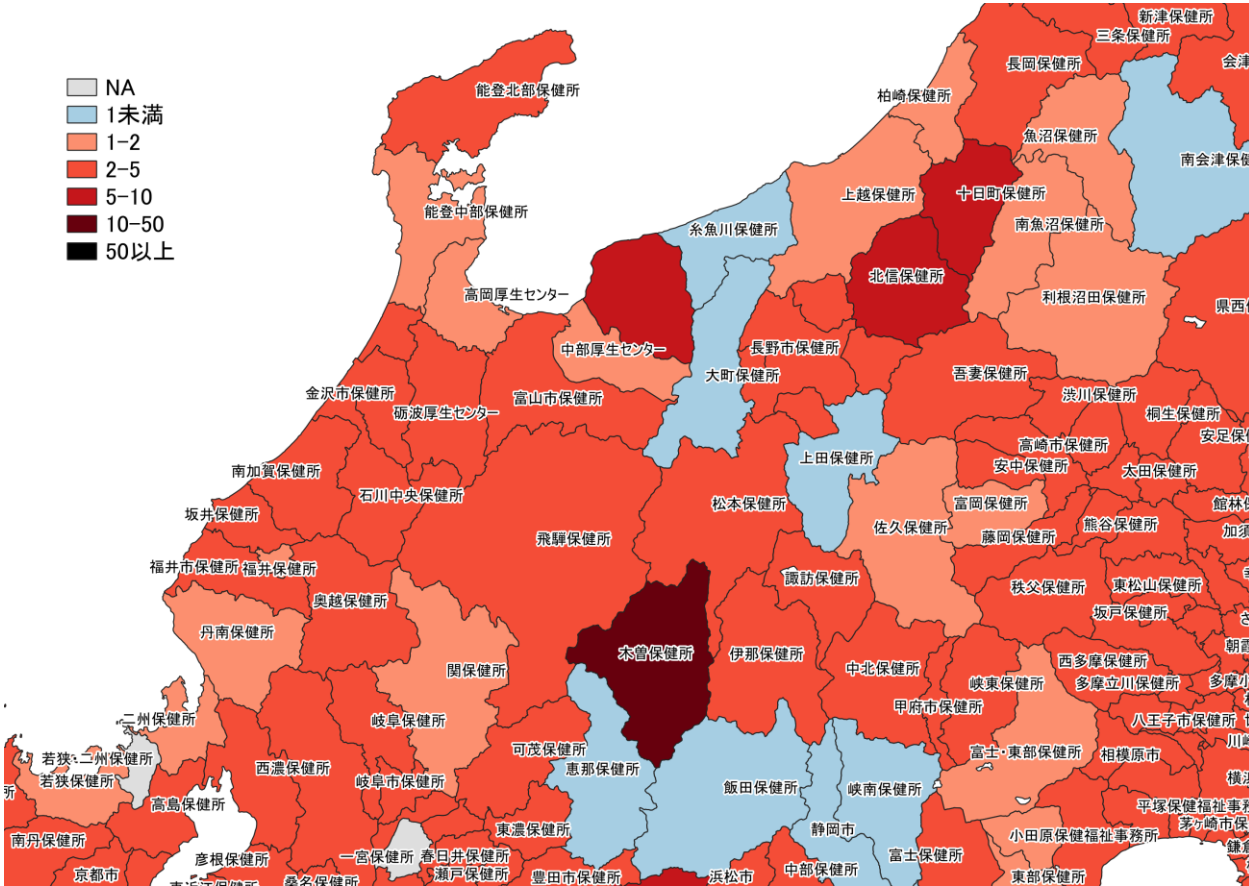
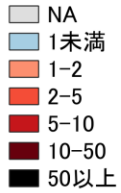


1/9~1/15  
1/16~1/22

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

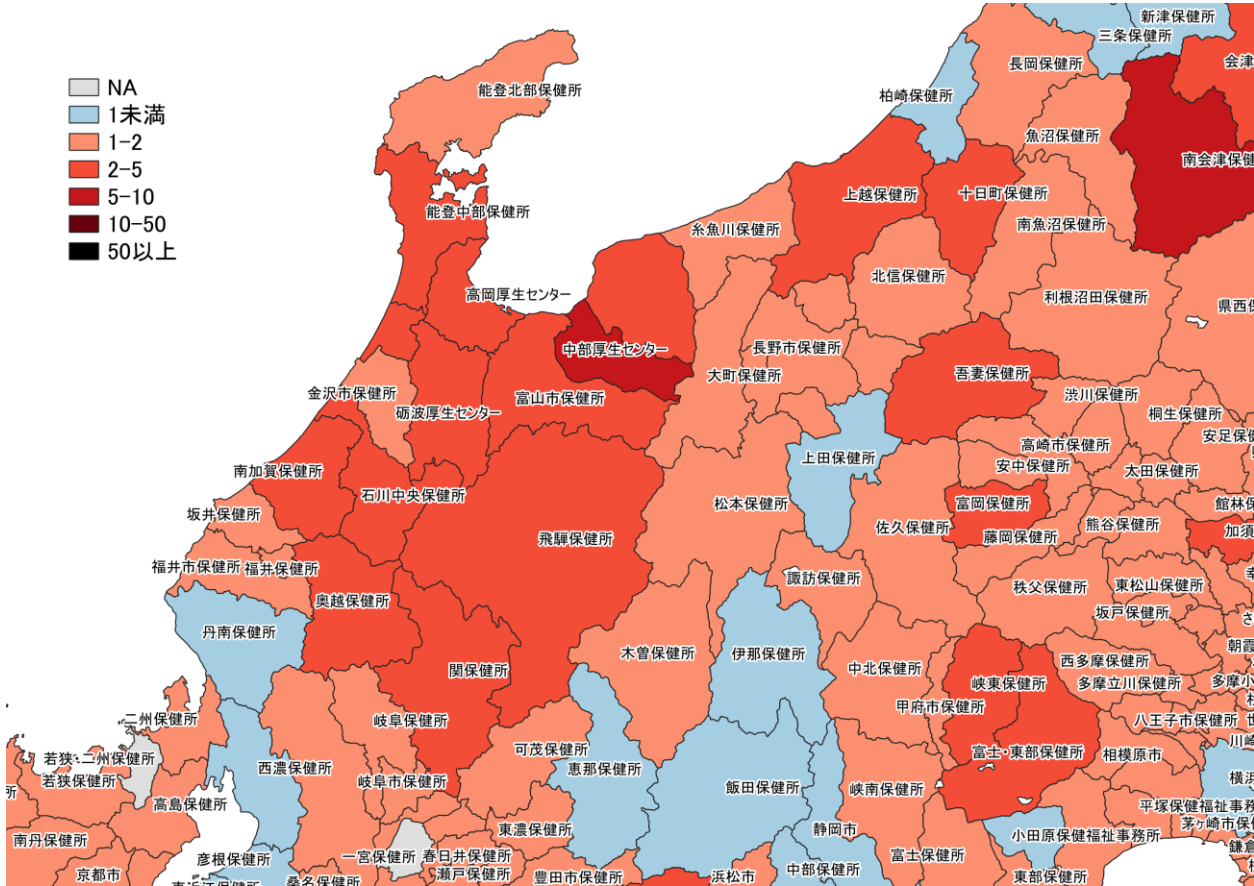
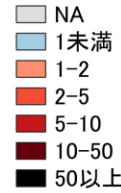


1/16~1/22  
1/23~1/29 入力遅れによる過小評価の可能性あり

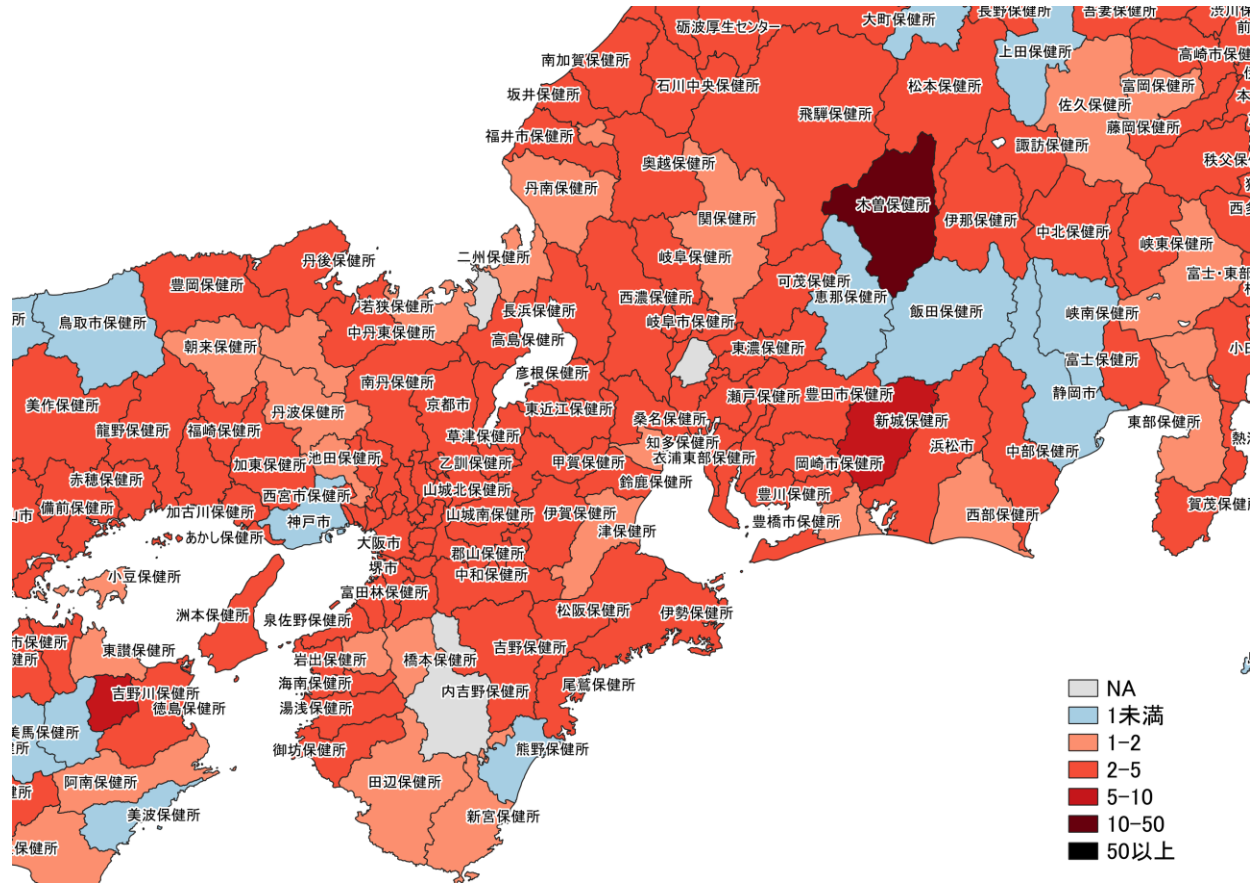


1/9~1/15  
1/16~1/22

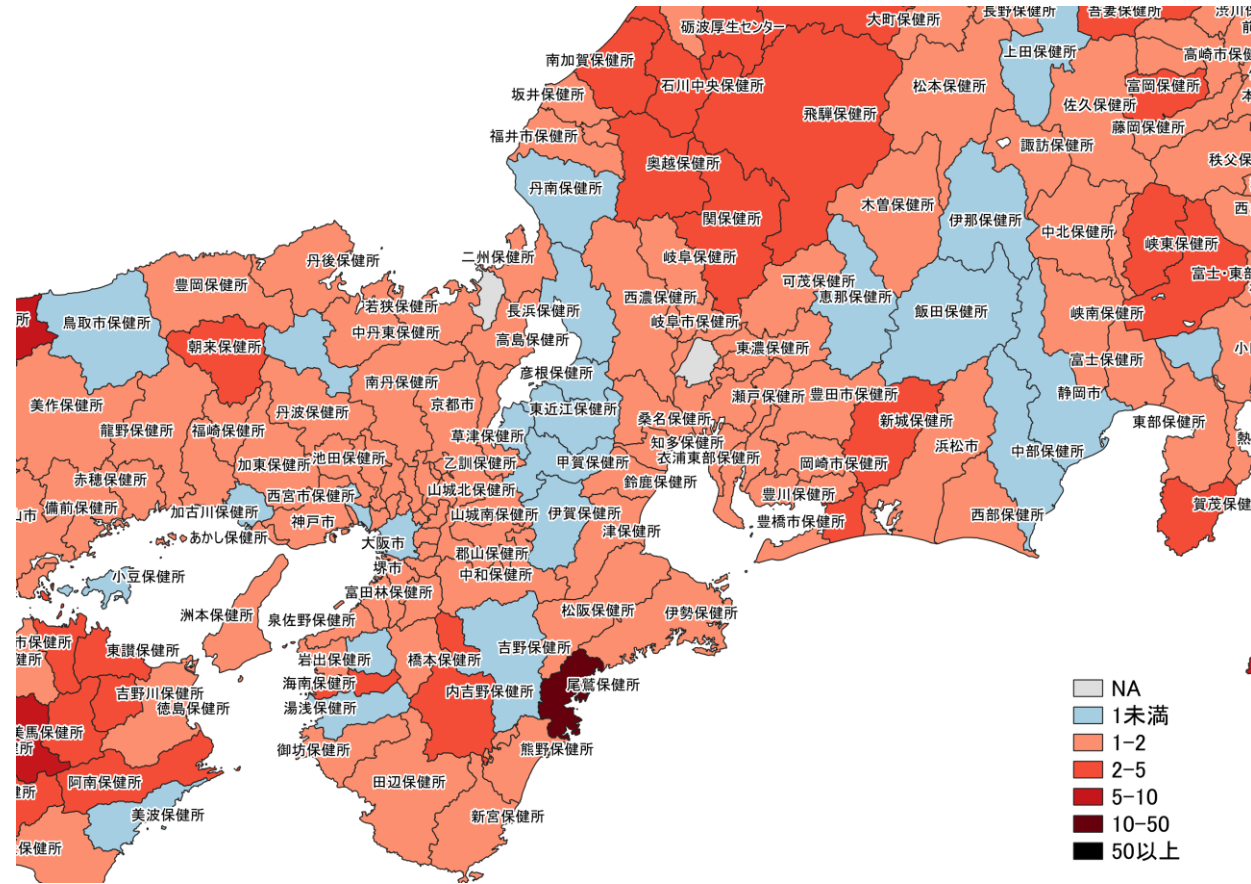
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
北陸・中部地域 (HER-SYS情報)



1/16~1/22  
1/23~1/29 入力遅れによる過小評価の可能性あり

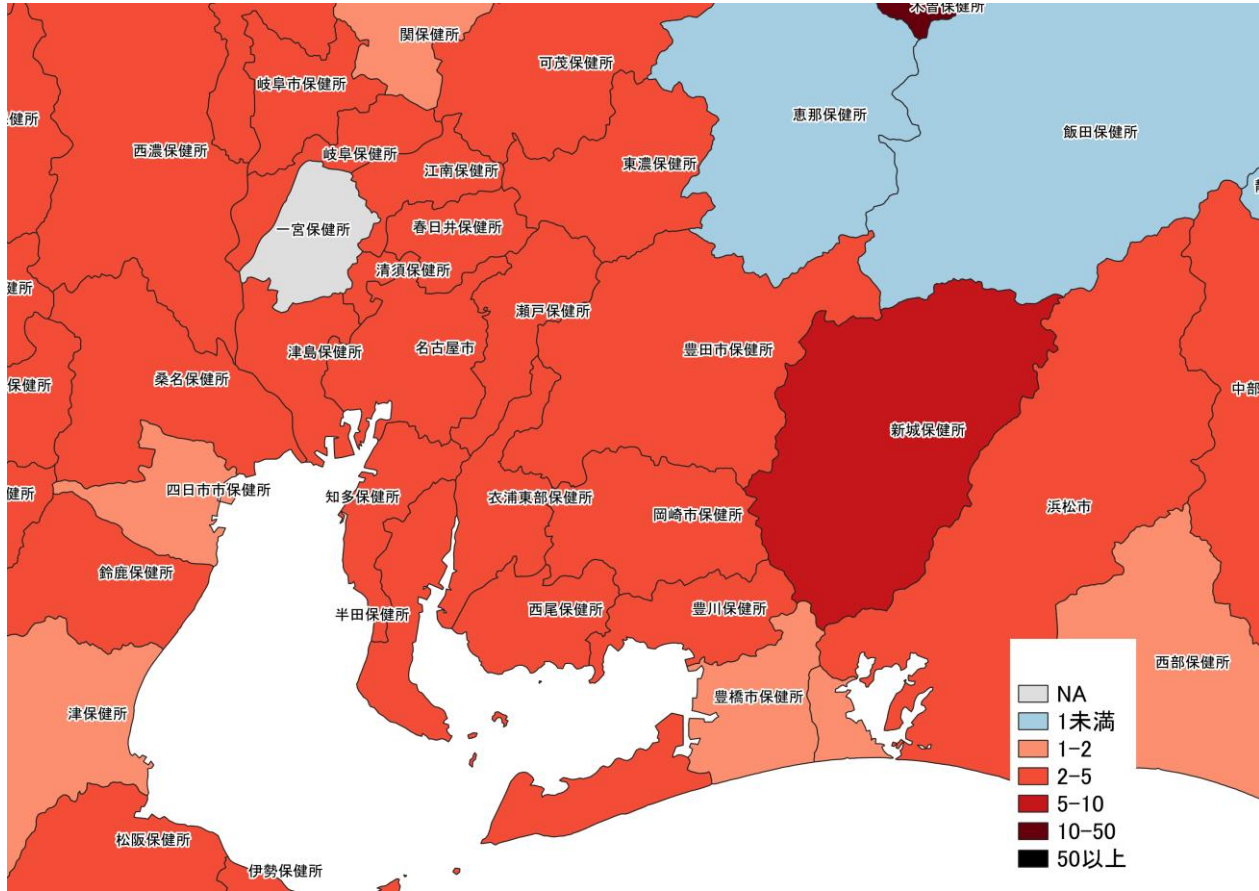


1/9~1/15  
1/16~1/22



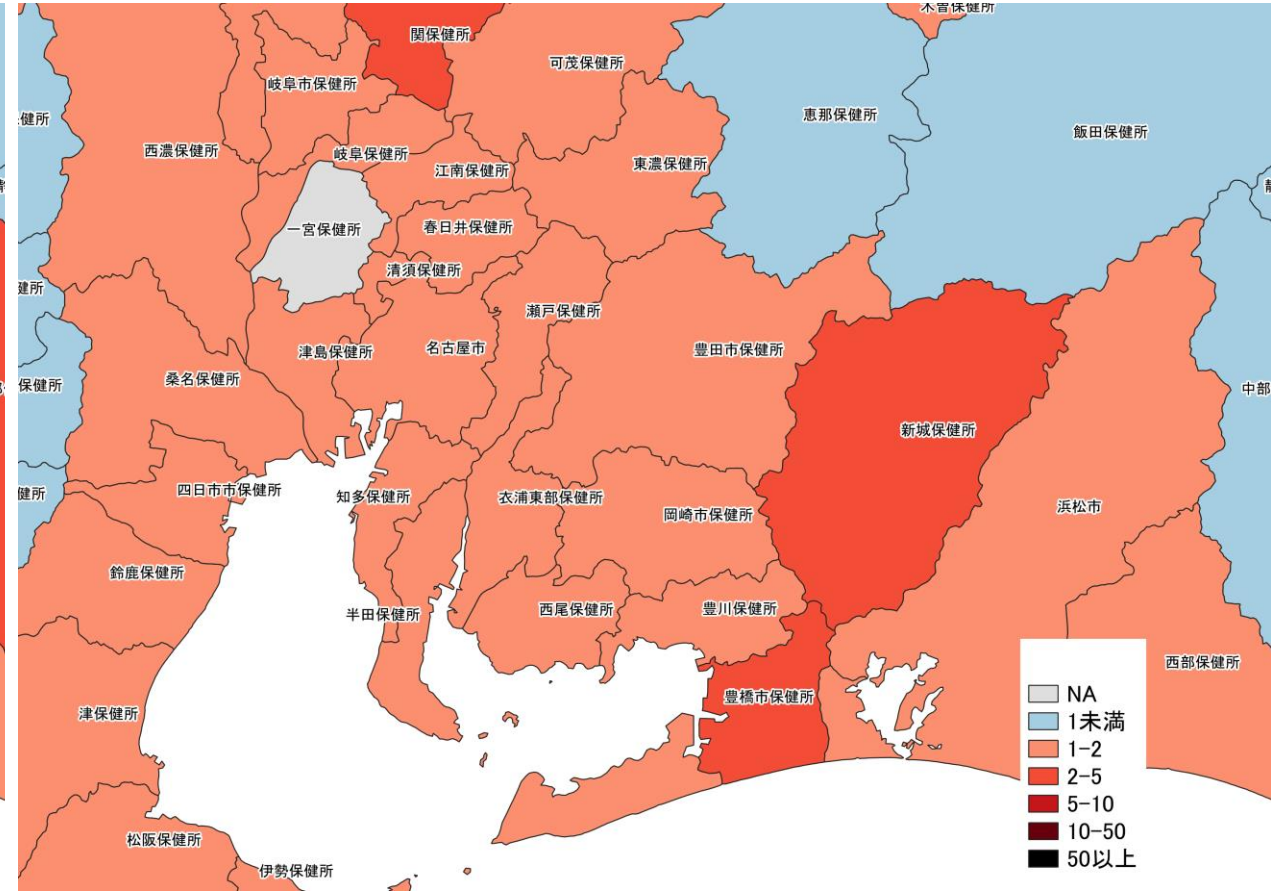
1/16~1/22  
1/23~1/29 **入力遅れによる過小評価の可能性あり**

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



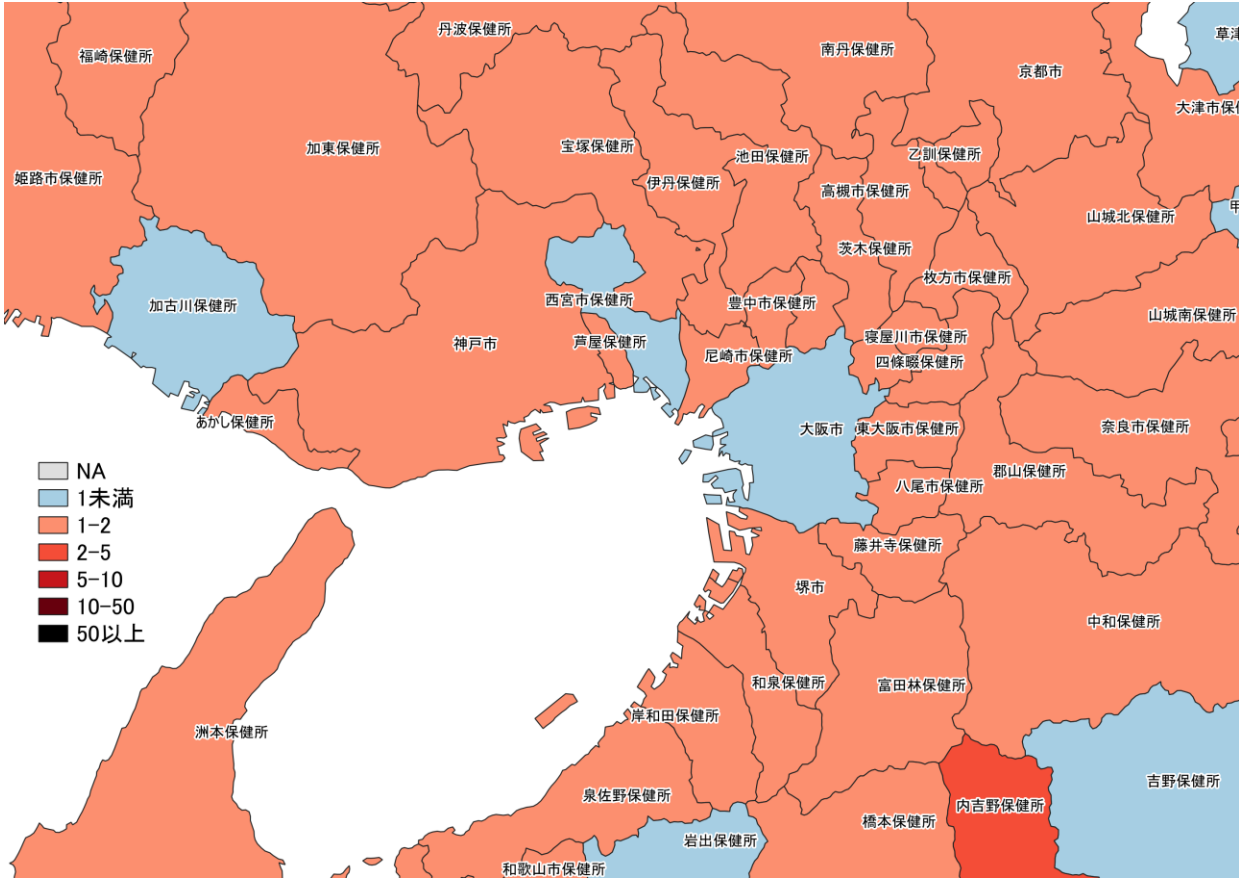
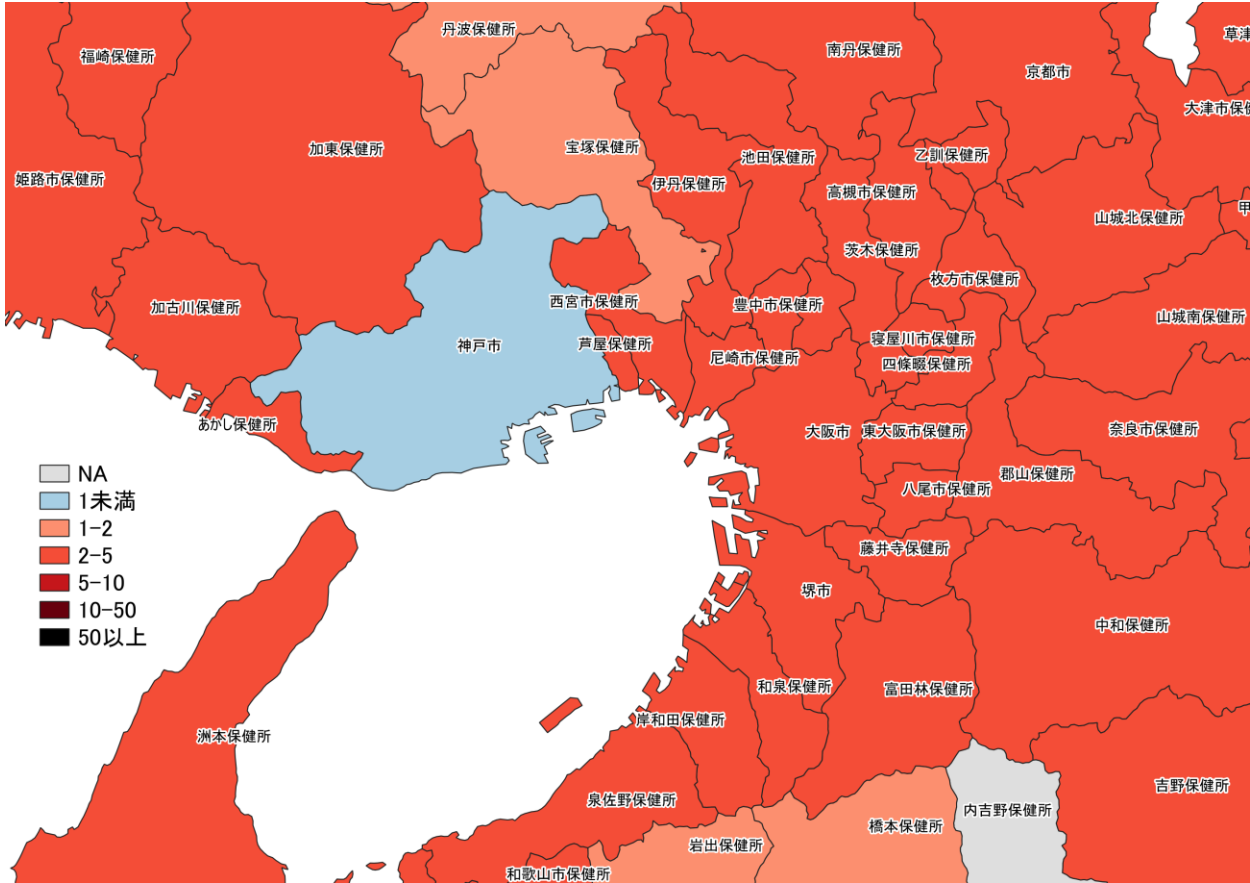
1/9~1/15  
1/16~1/22

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



1/16~1/22  
1/23~1/29 **入力遅れによる過小評価の可能性あり**

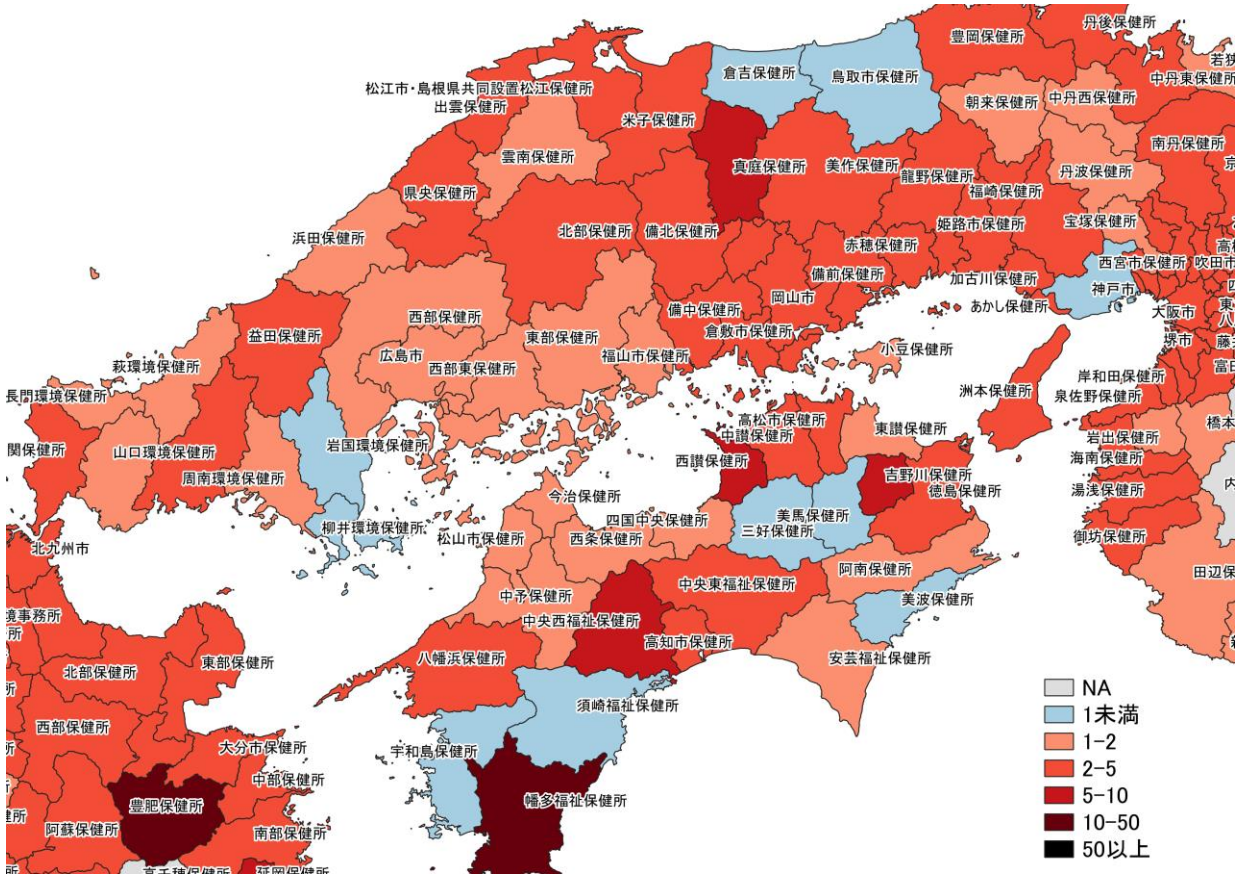




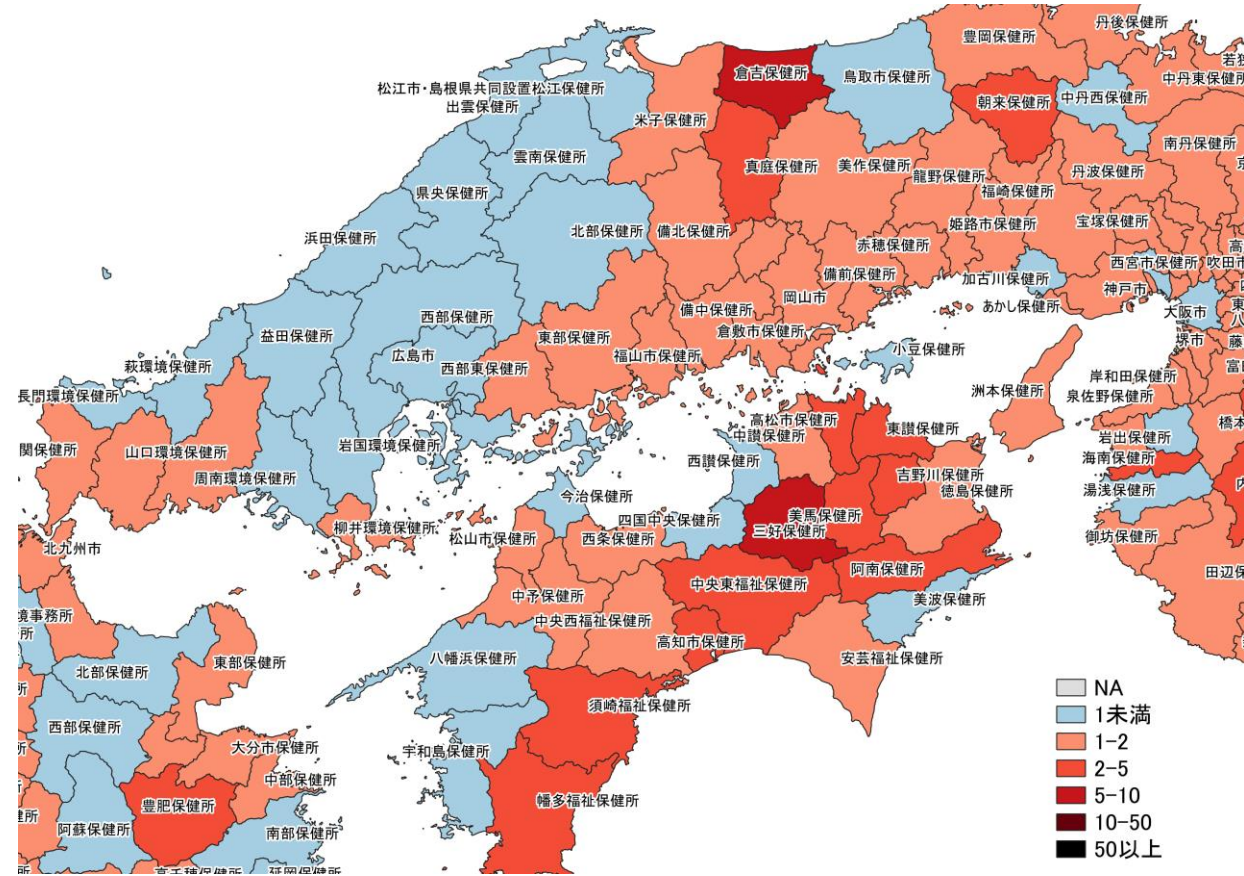
1/9~1/15  
1/16~1/22

1/16~1/22  
1/23~1/29 **入力遅れによる過小評価の可能性あり**

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

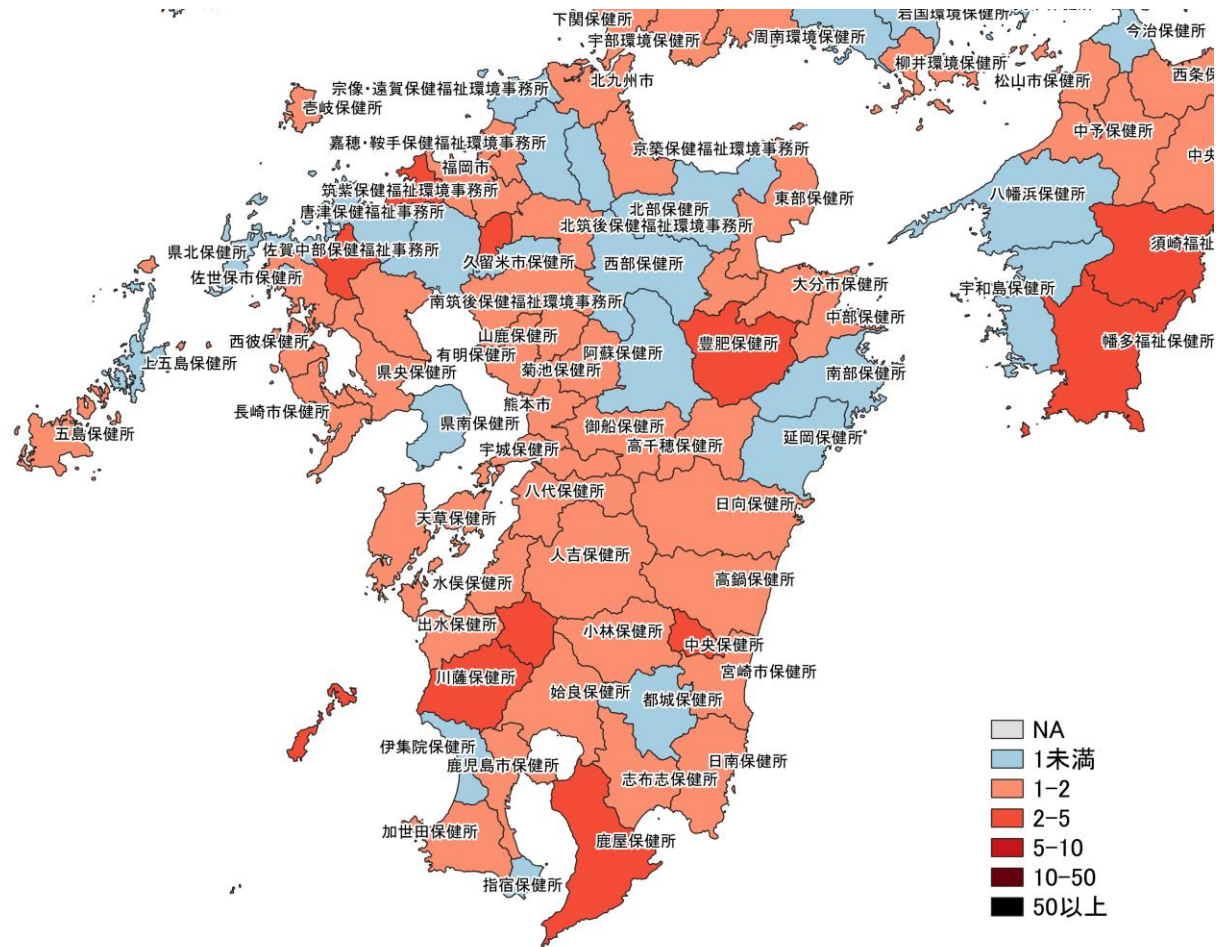
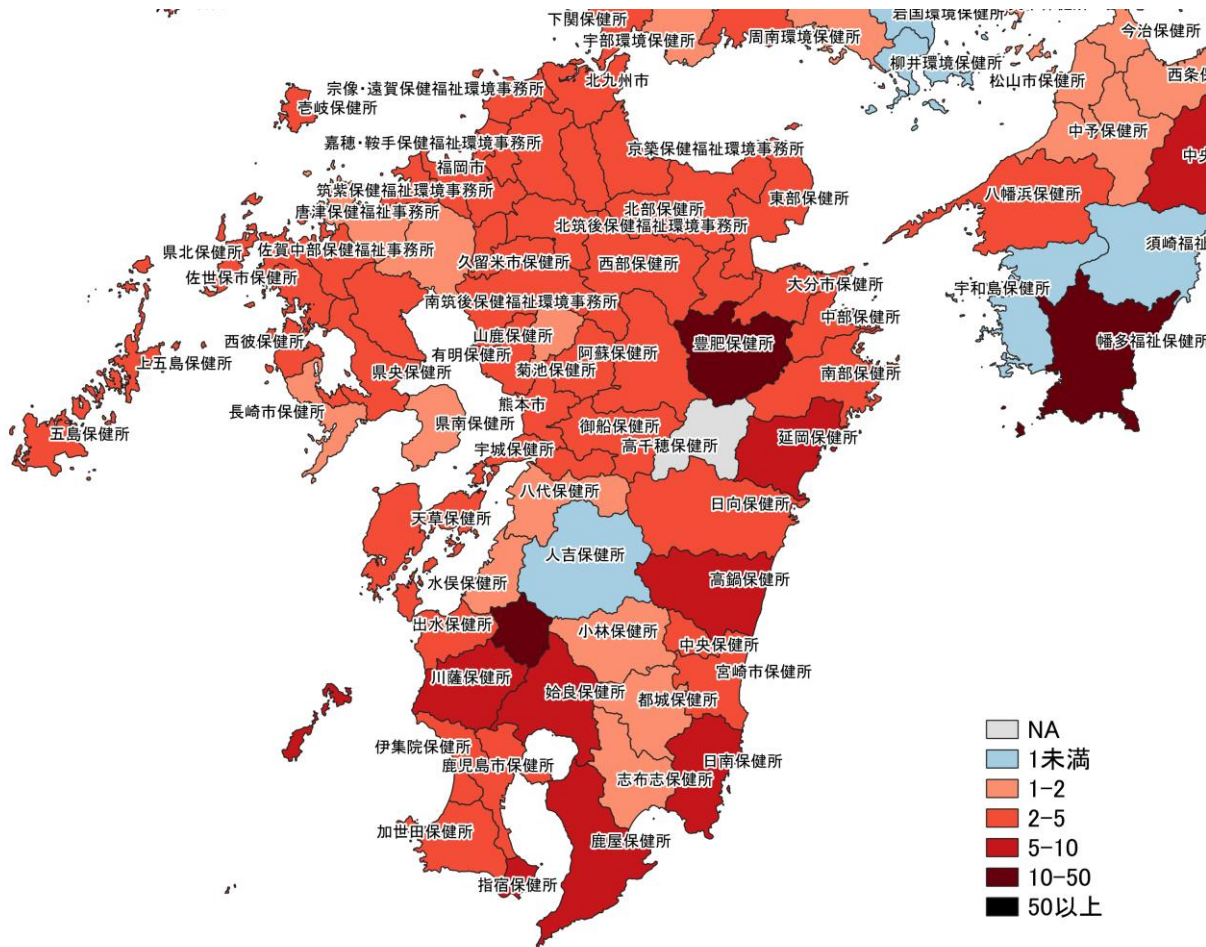


1/9~1/15  
1/16~1/22

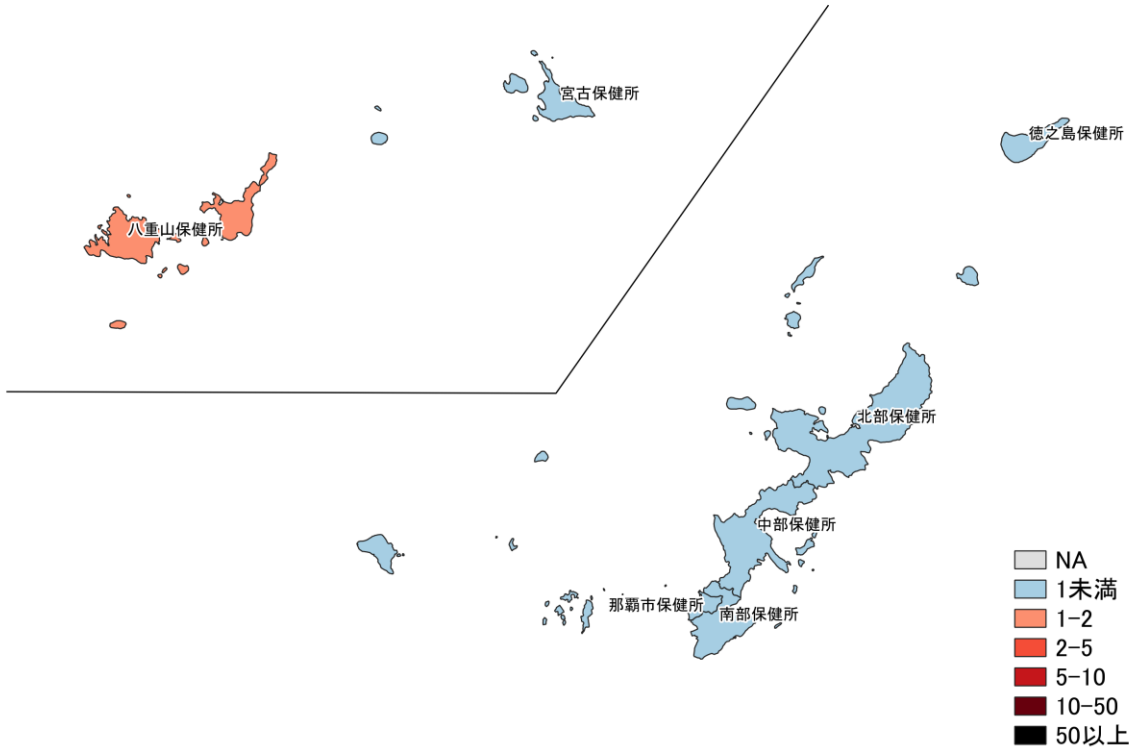


1/16~1/22  
1/23~1/29 入力遅れによる過小評価の可能性あり

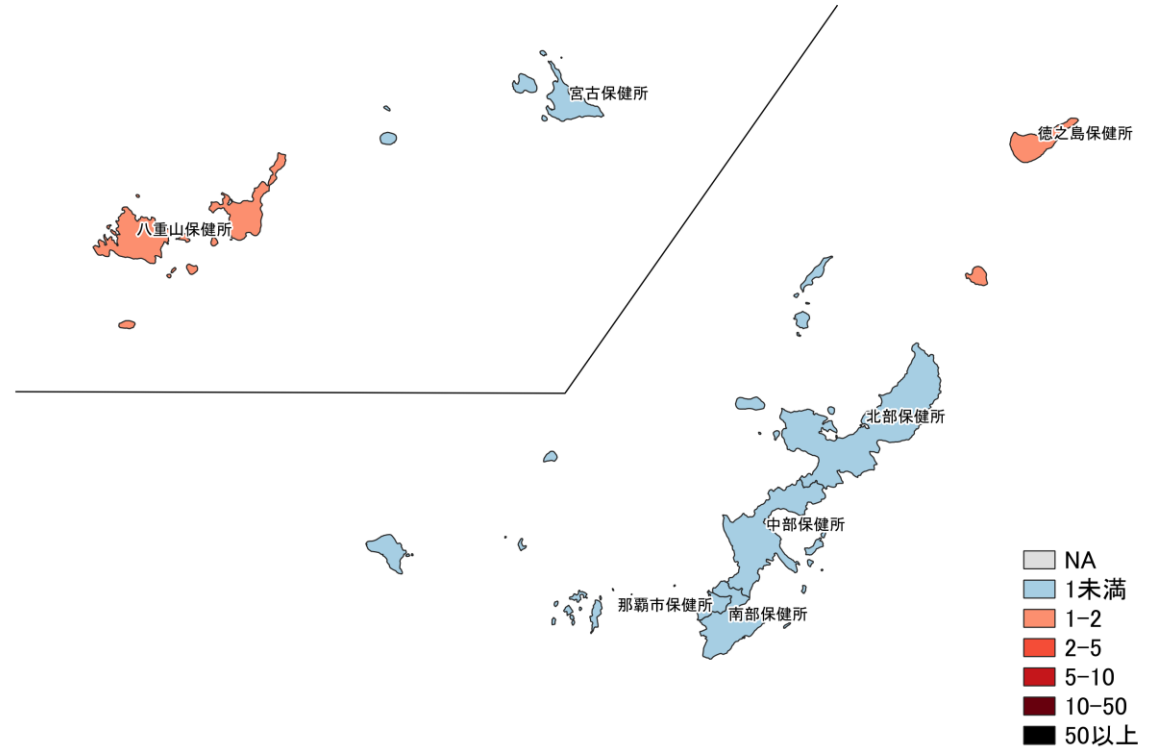
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
中国・四国地域 (HER-SYS情報)



7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
九州地域 (HER-SYS情報)



1/9~1/15  
1/16~1/22

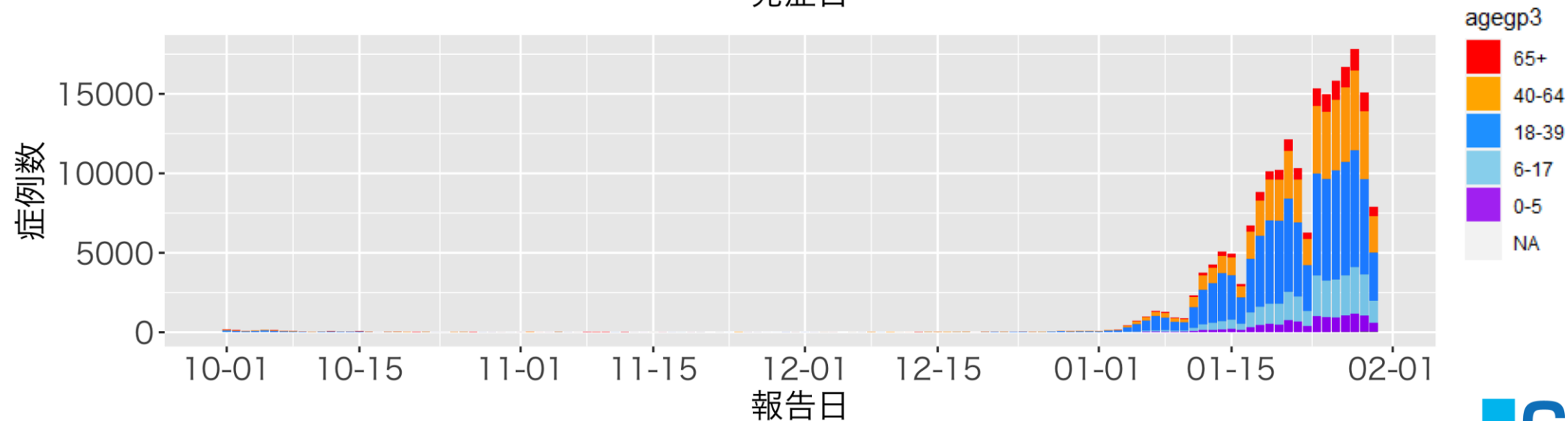
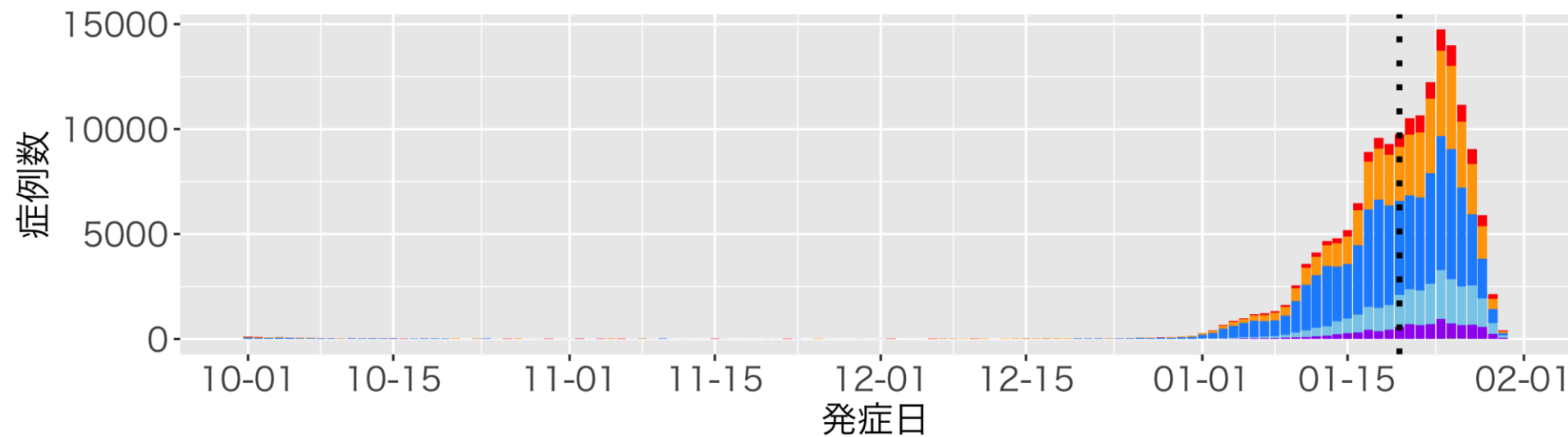


1/16~1/22  
1/23~1/29

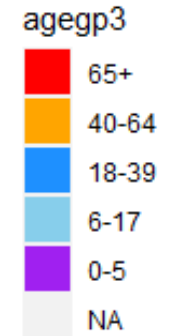
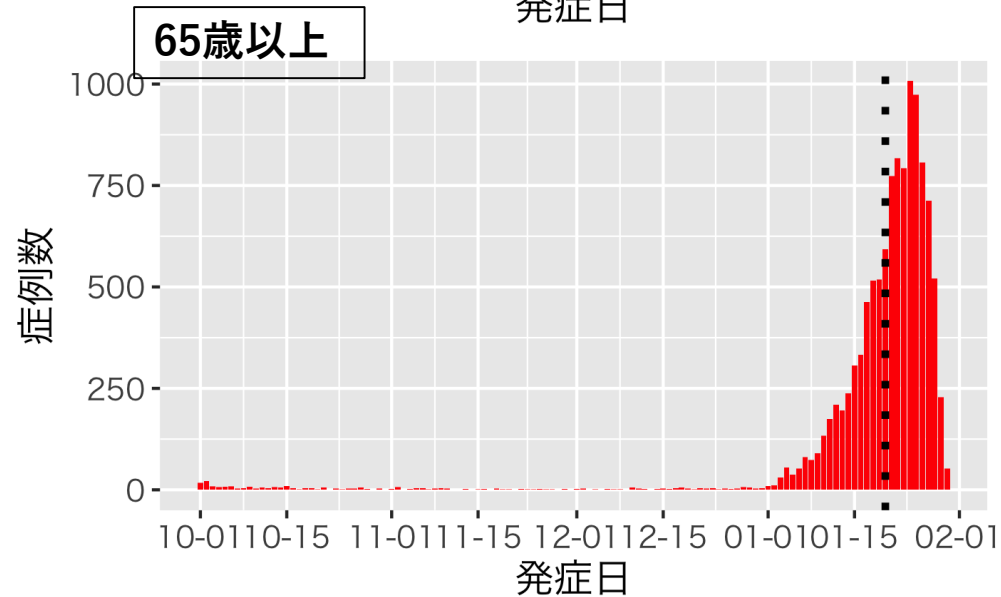
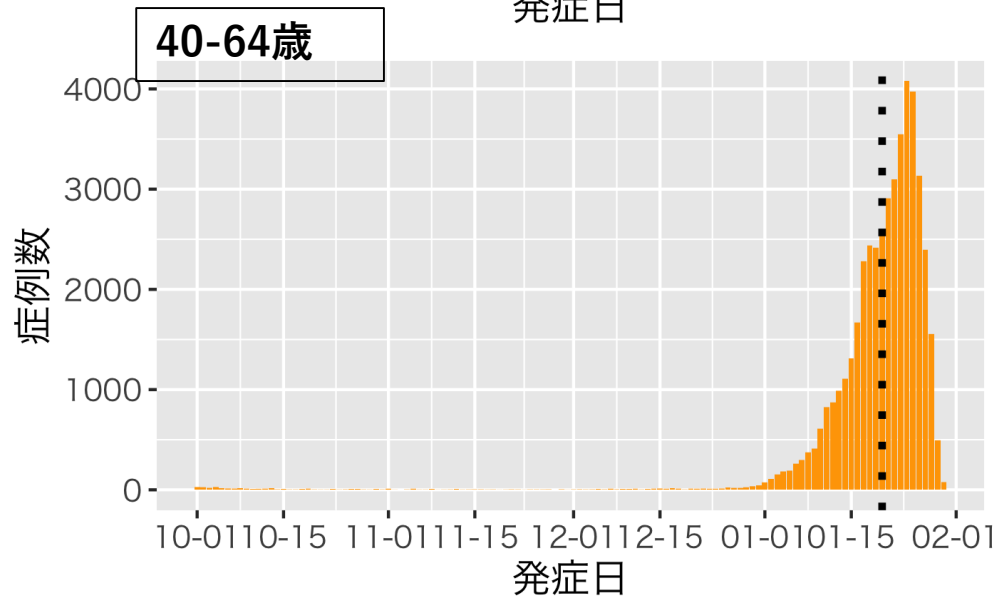
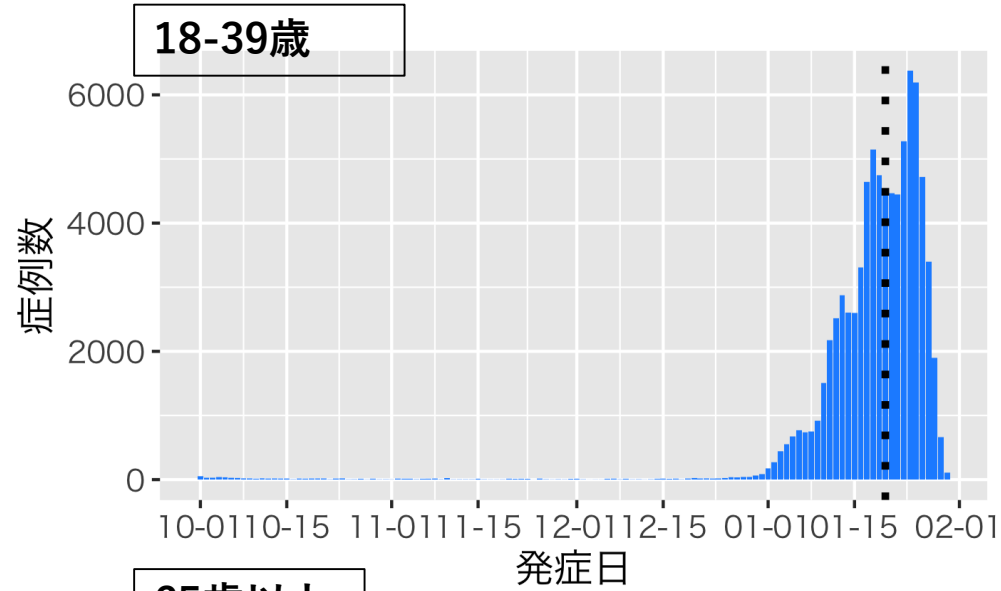
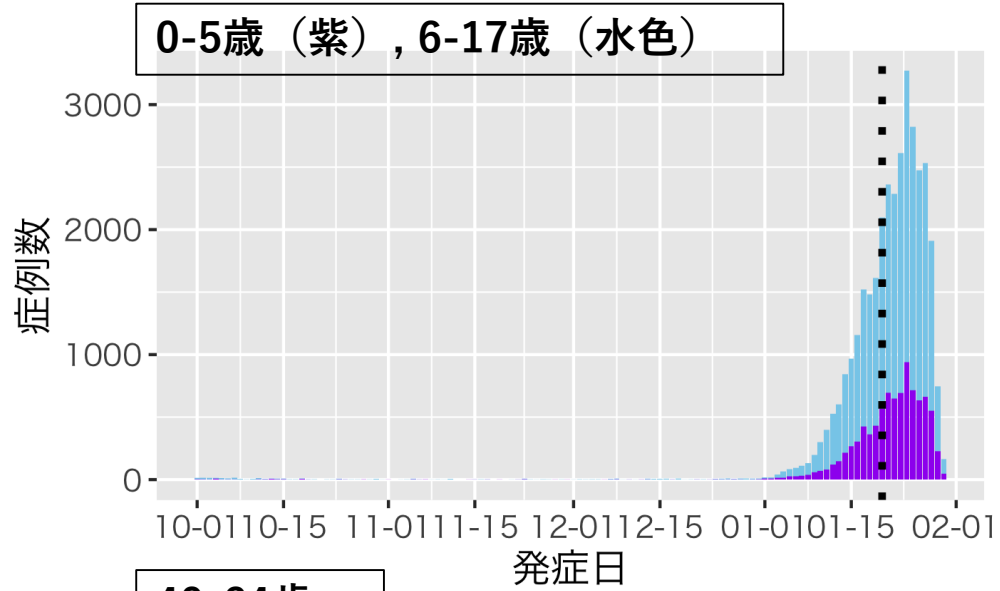
入力遅れによる過小評価の可能性あり

7日間累積新規症例報告数 前週比マップ  
沖縄 (HER-SYS情報)

# 東京都の発症日及び報告日別流行曲線：1月31日作成

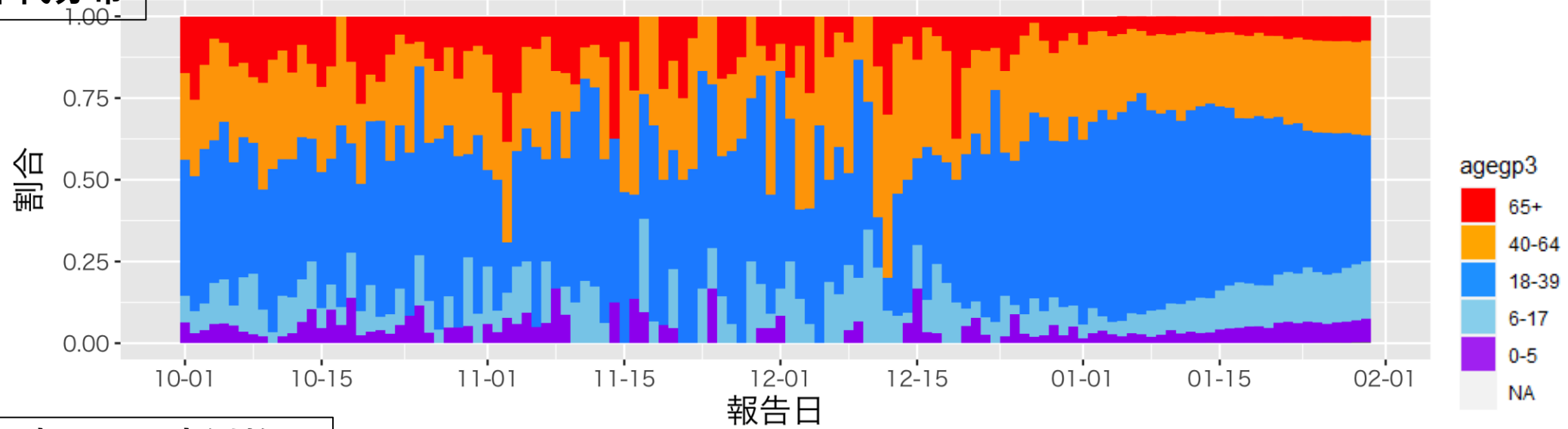


# 東京都の発症日別流行曲線：年代別、1月31日作成

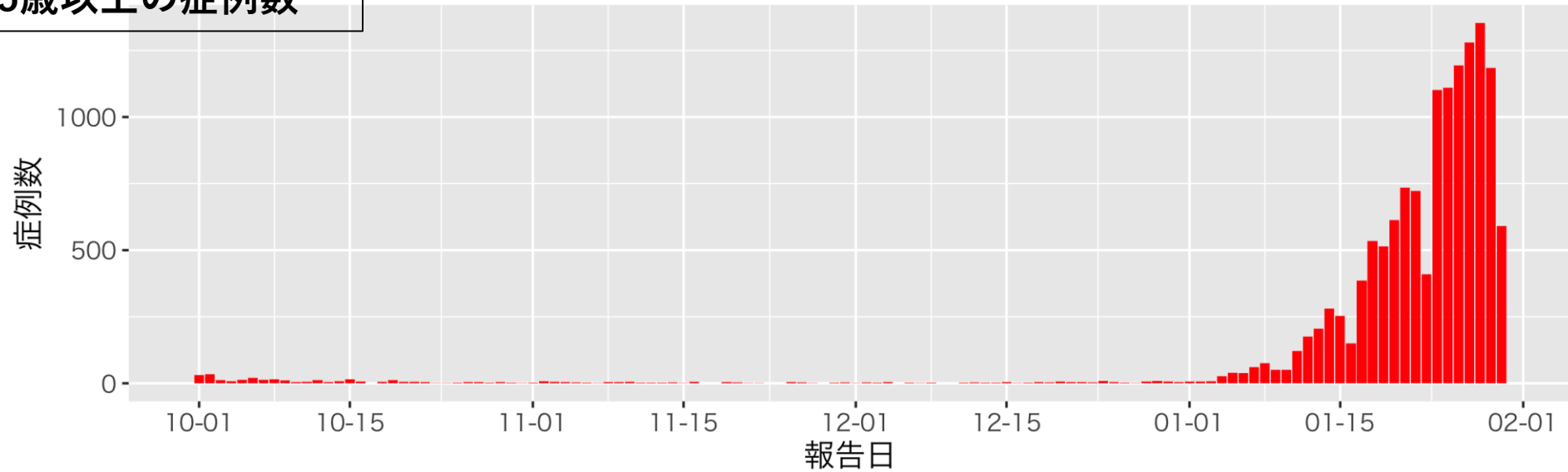


# 東京都の症例の年代分布：報告日別、1月31日作成

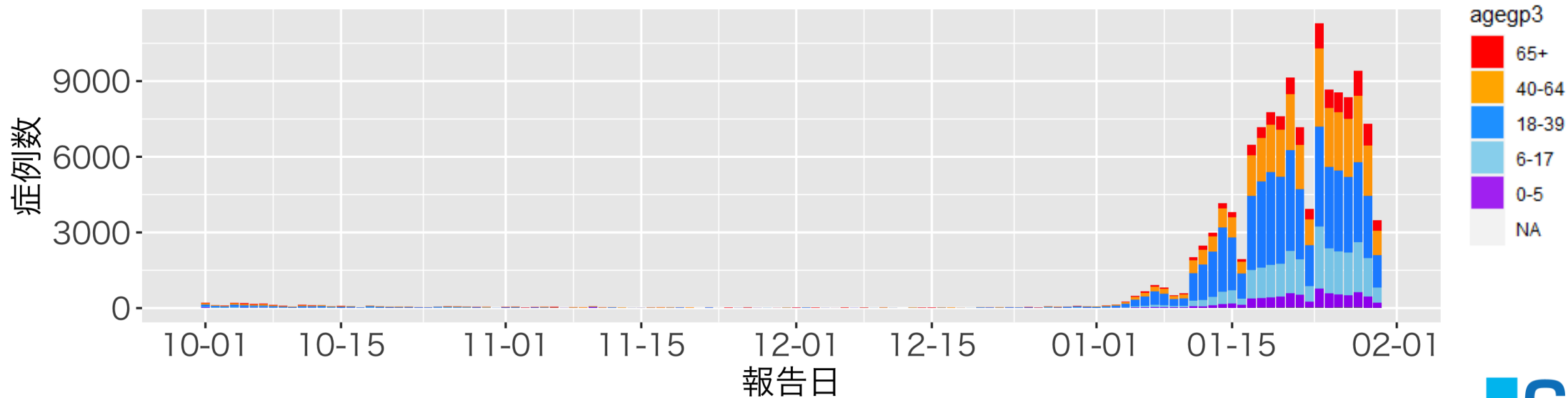
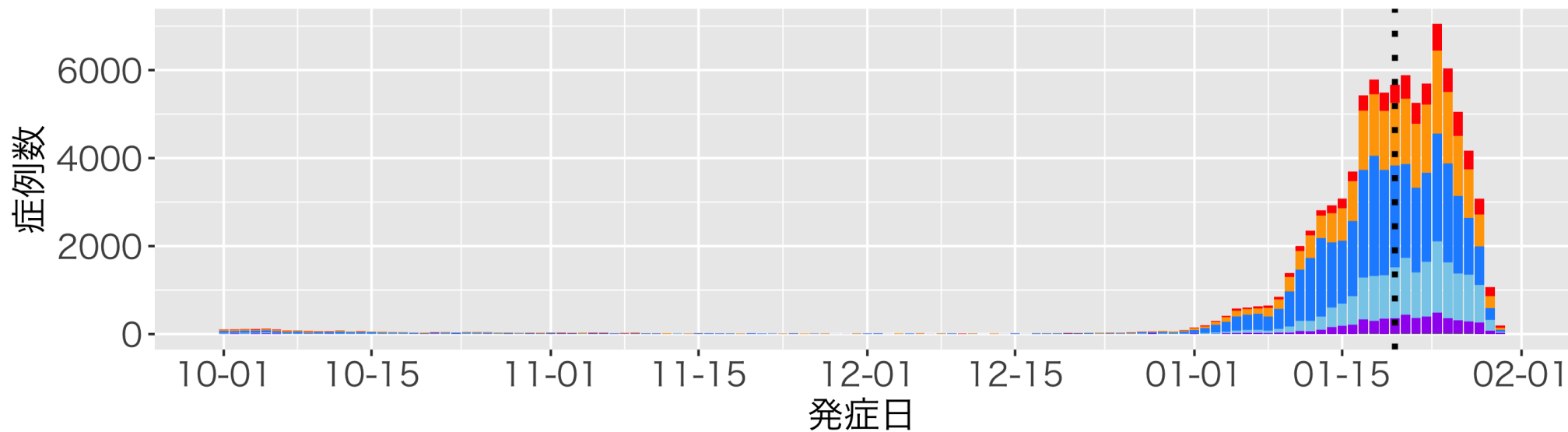
年代分布



65歳以上の症例数

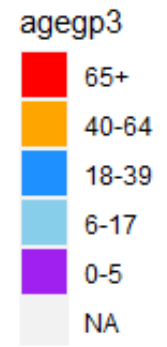
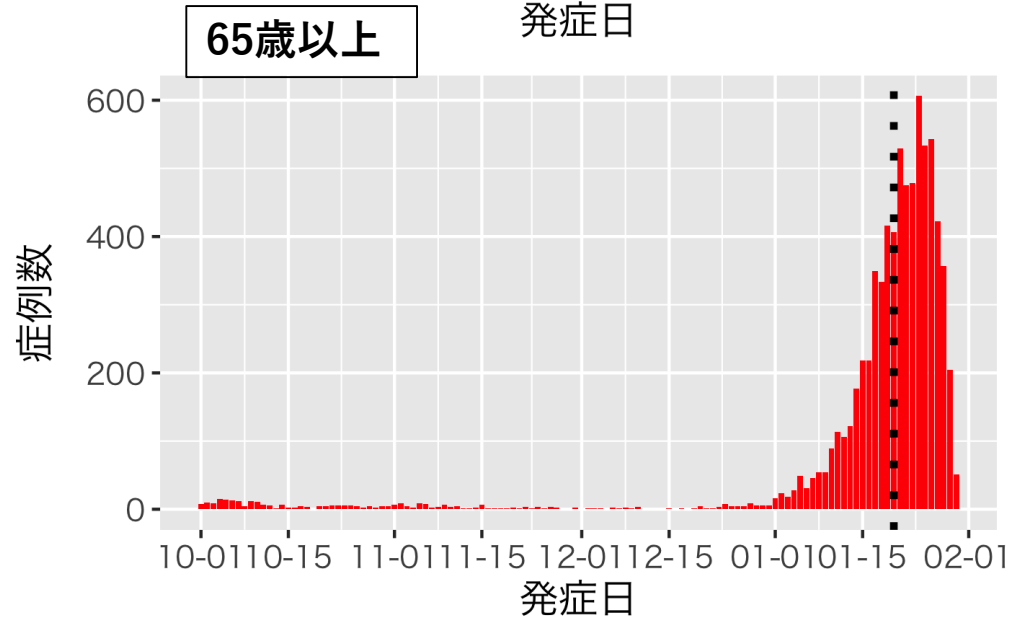
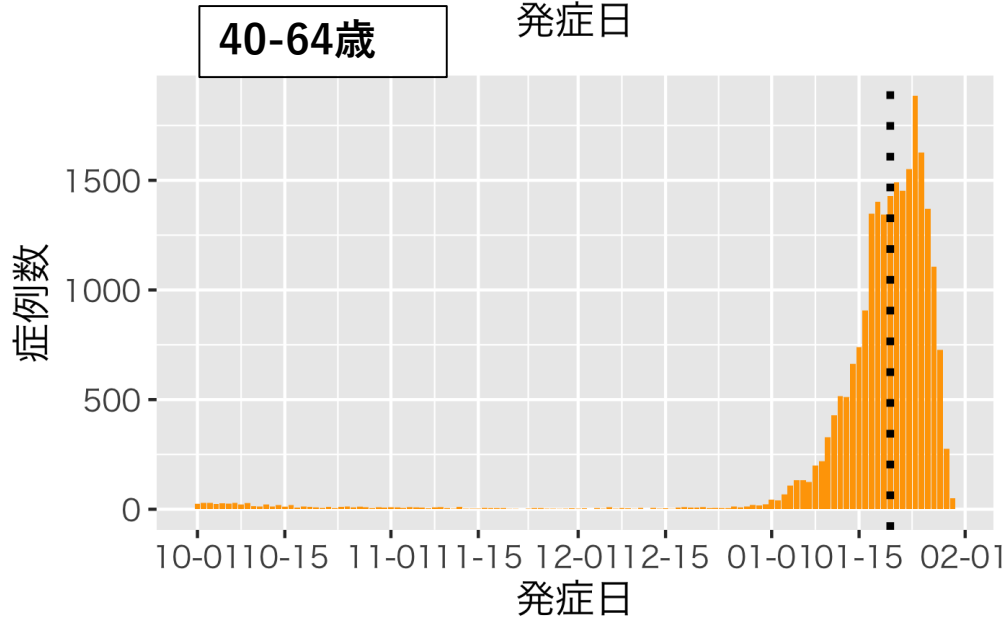
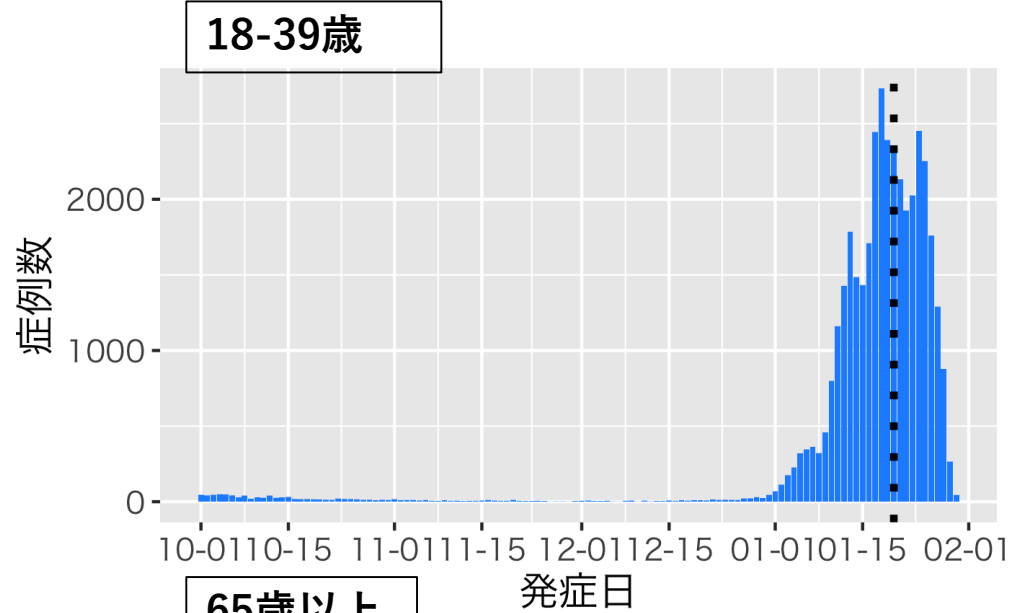
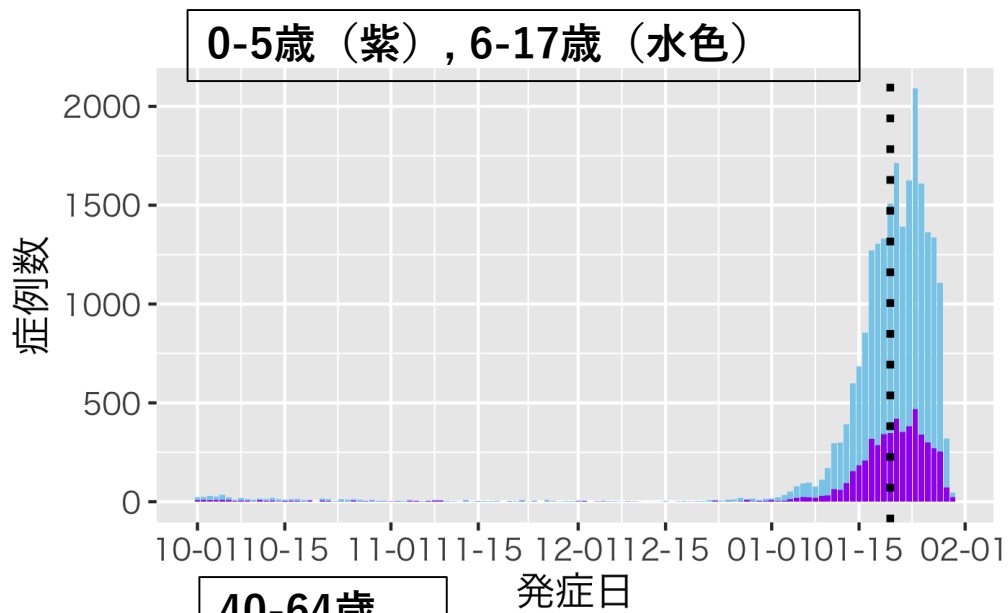


# 大阪府の発症日及び報告日別流行曲線：1月31日作成



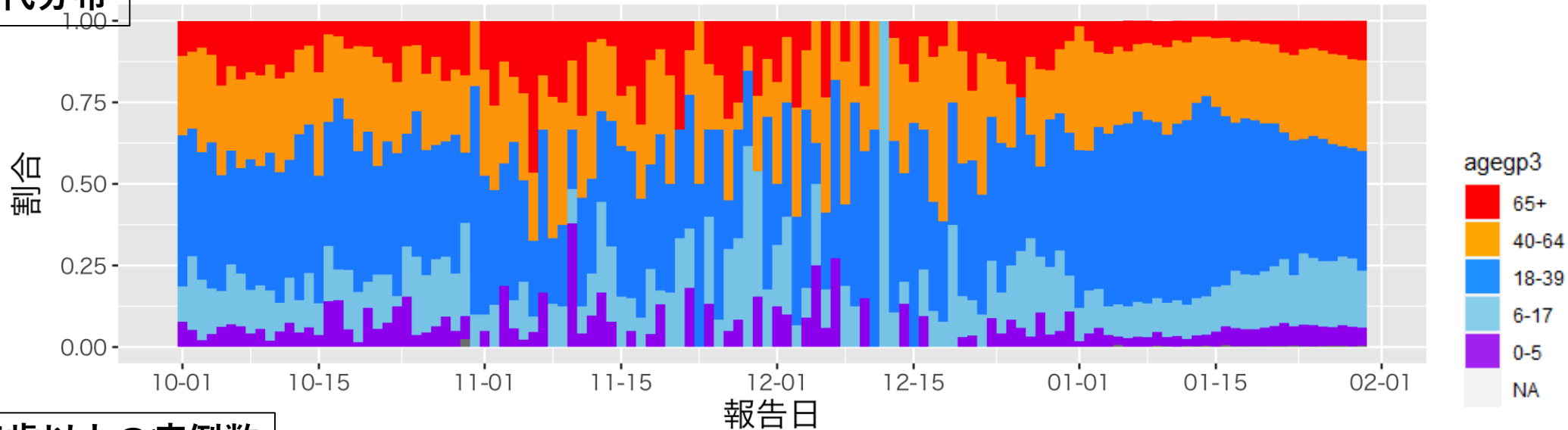


# 大阪府の発症日別流行曲線：年代別、1月31日作成

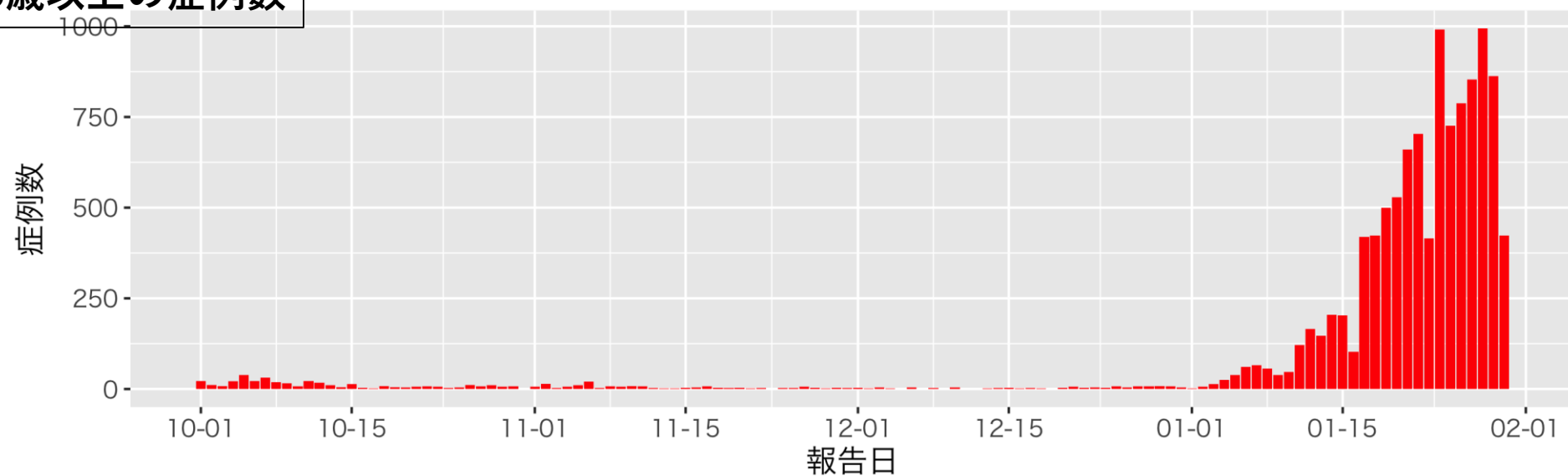


# 大阪府の症例の年代分布：報告日別、1月31日作成

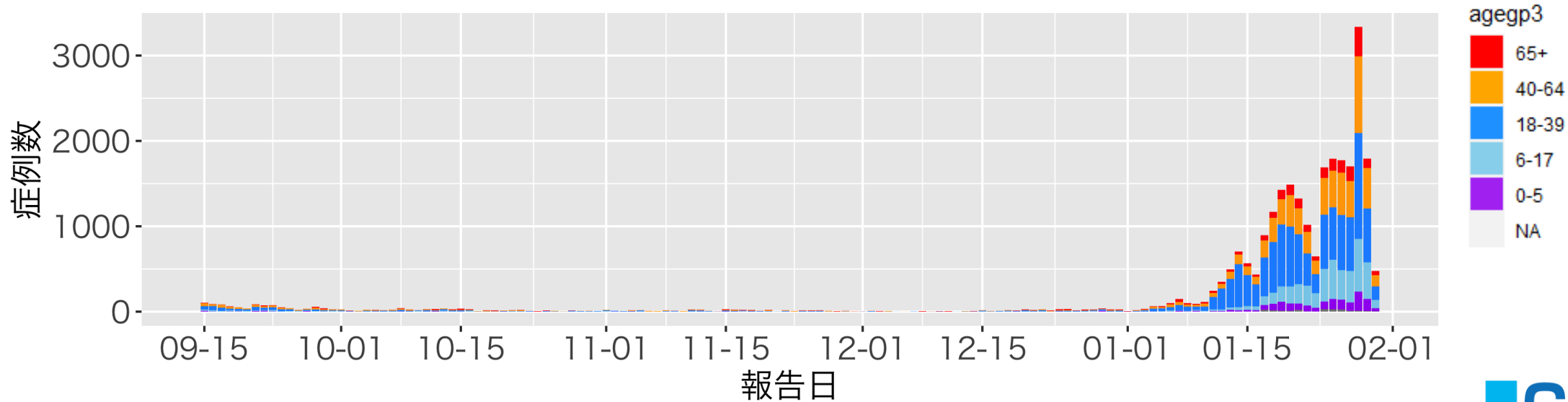
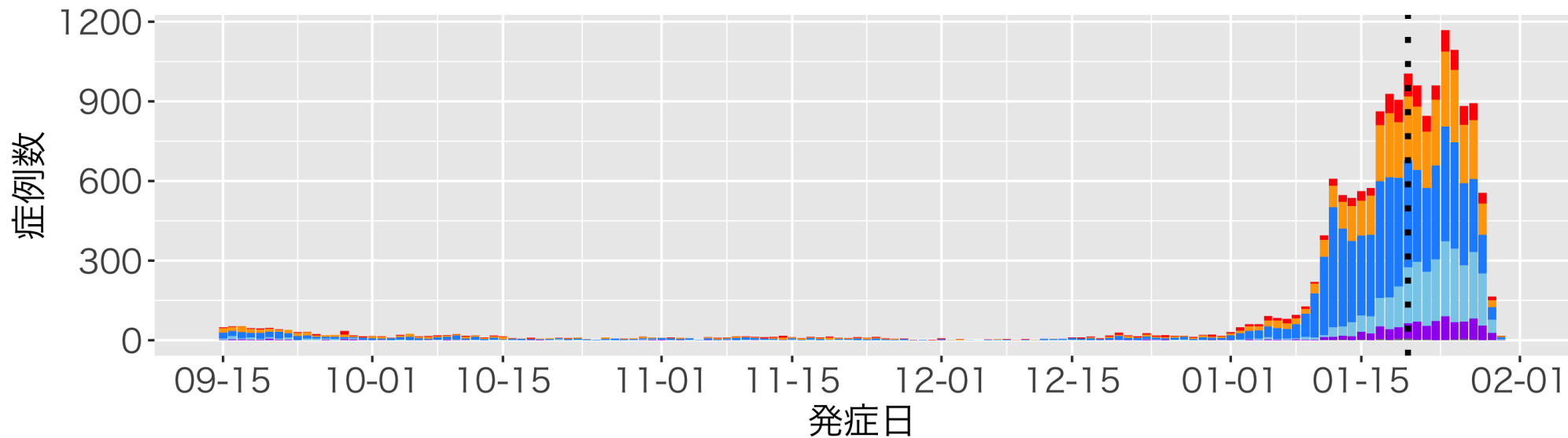
## 年代分布



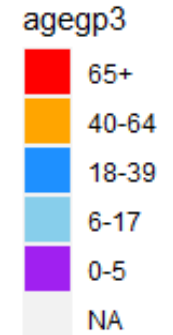
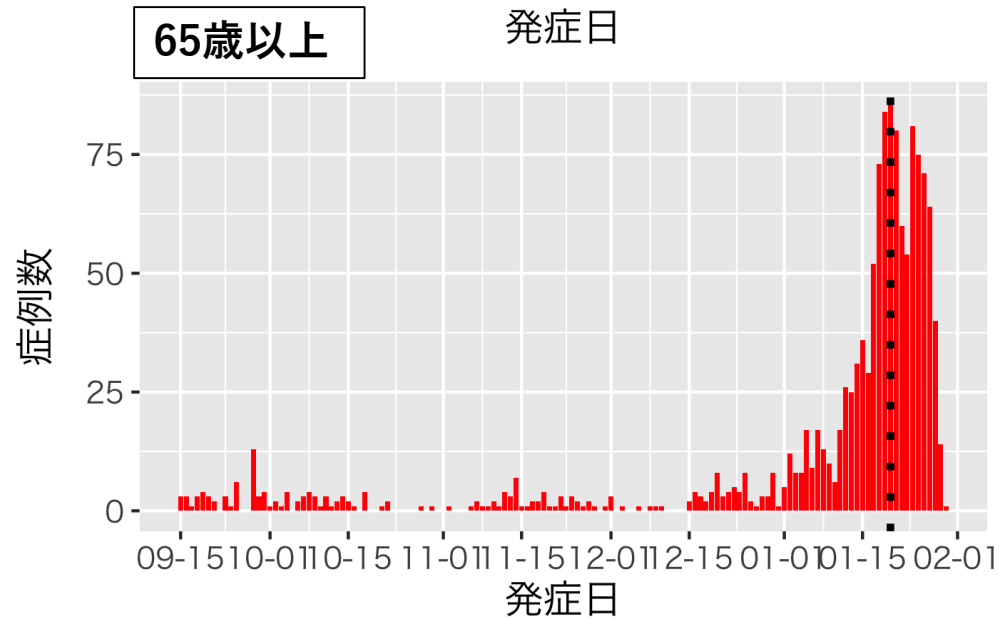
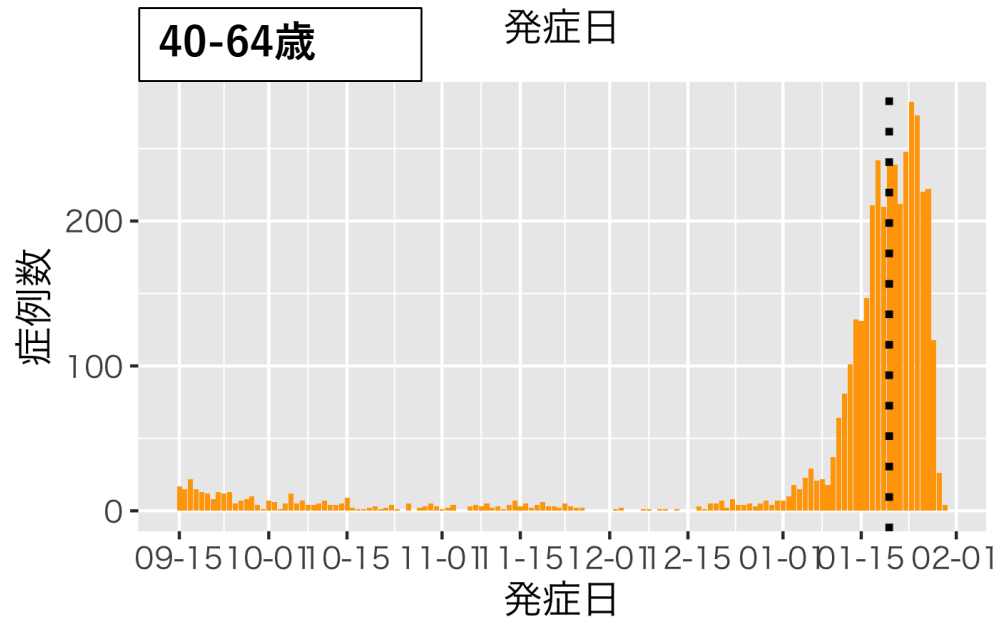
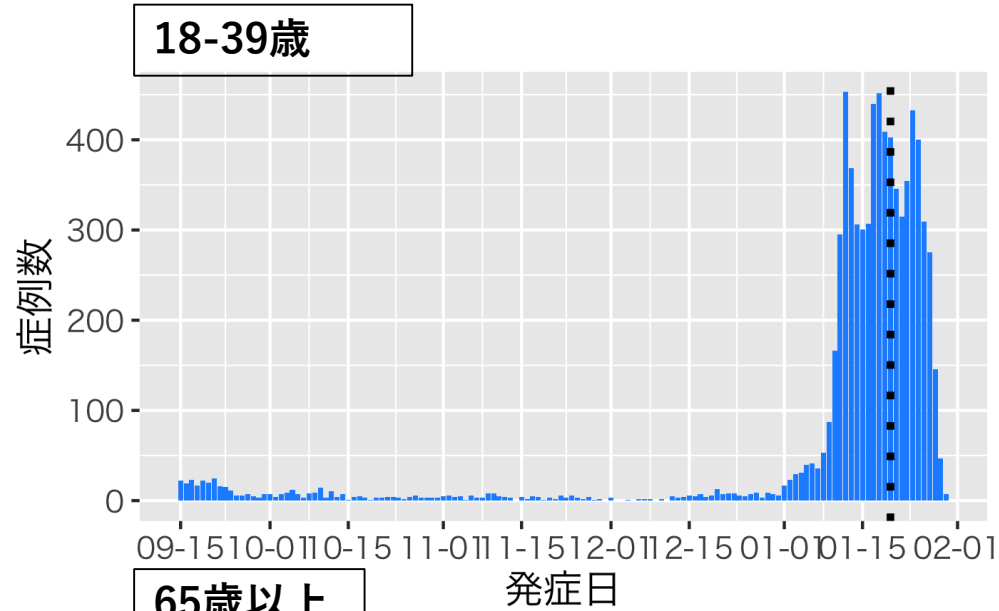
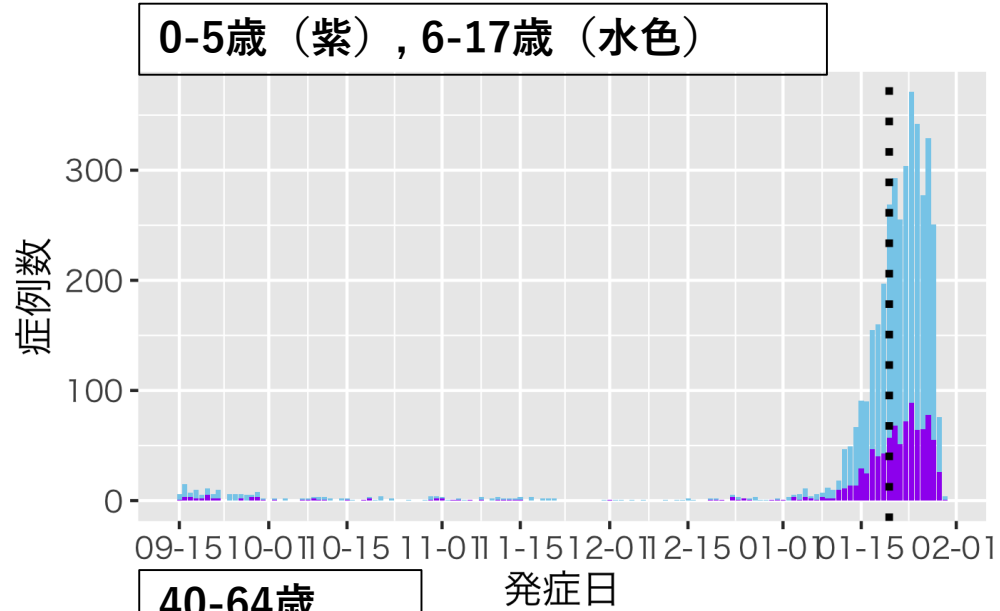
## 65歳以上の症例数



# 北海道の発症日及び報告日別流行曲線：1月31日作成

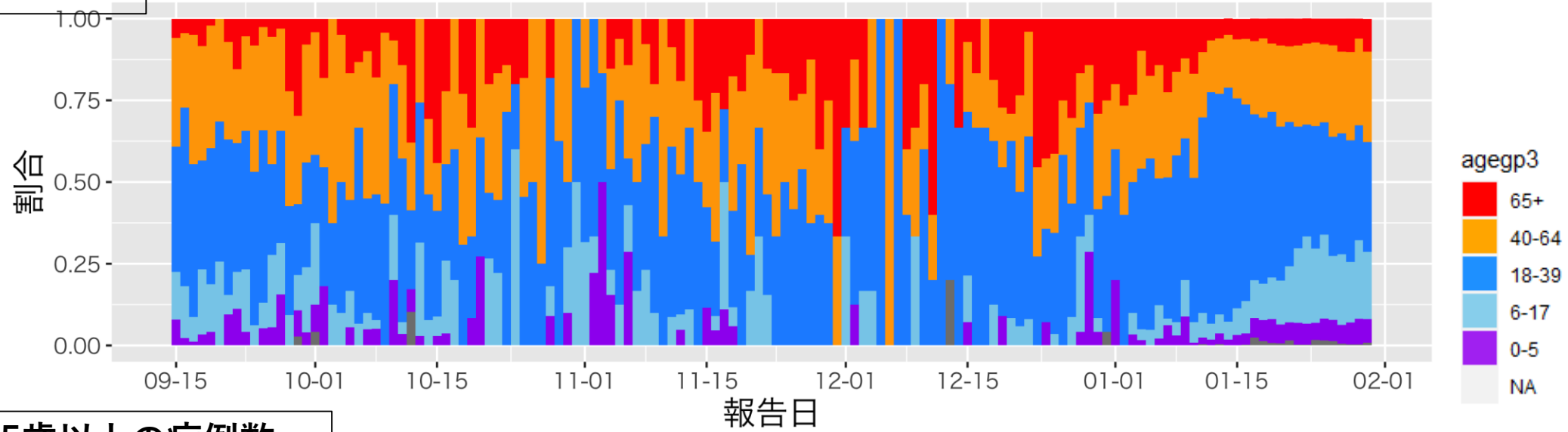


# 北海道の発症日別流行曲線：年代別、1月31日作成

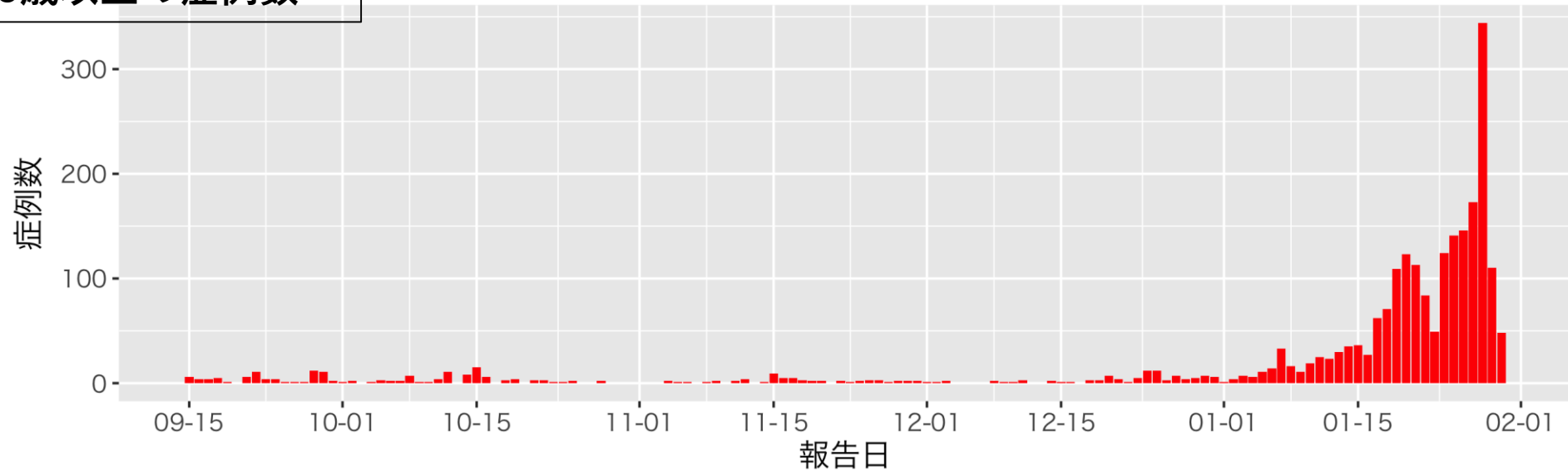


# 北海道の症例の年代分布：報告日別、1月31日作成

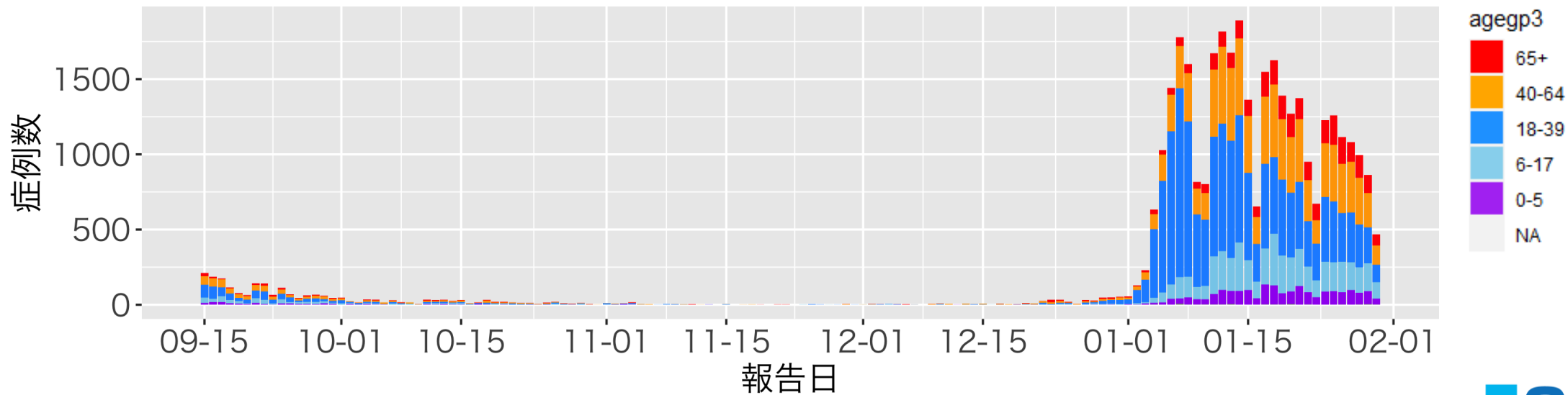
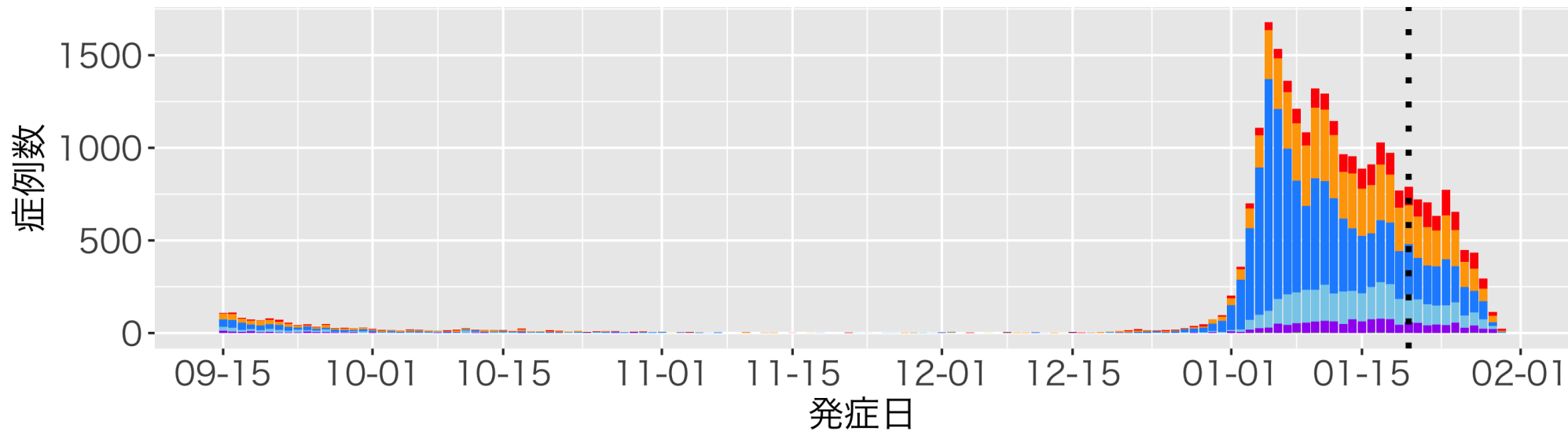
年代分布



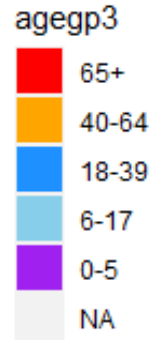
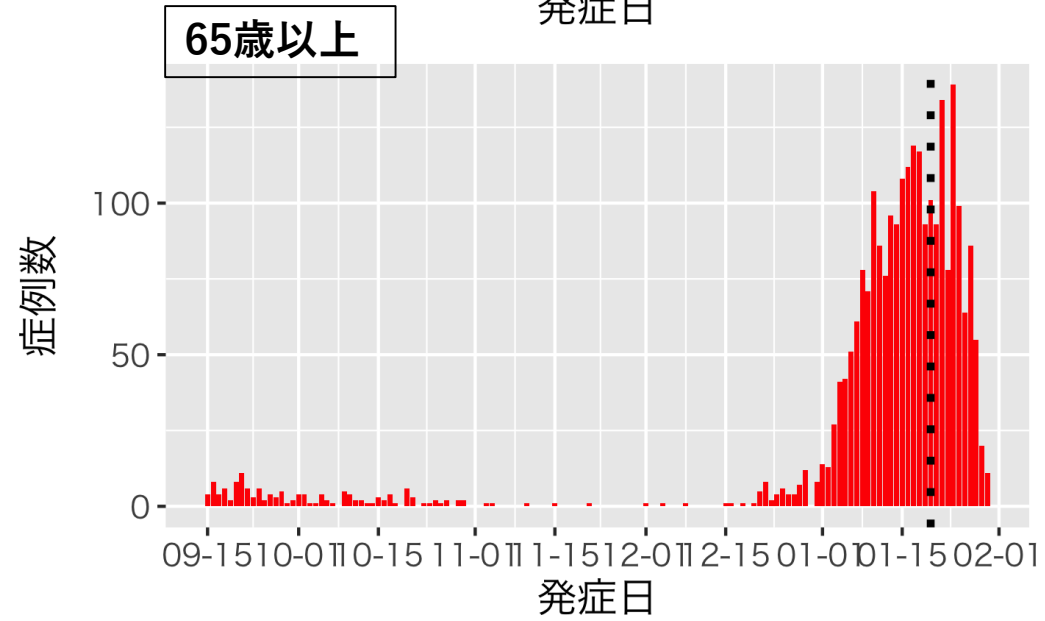
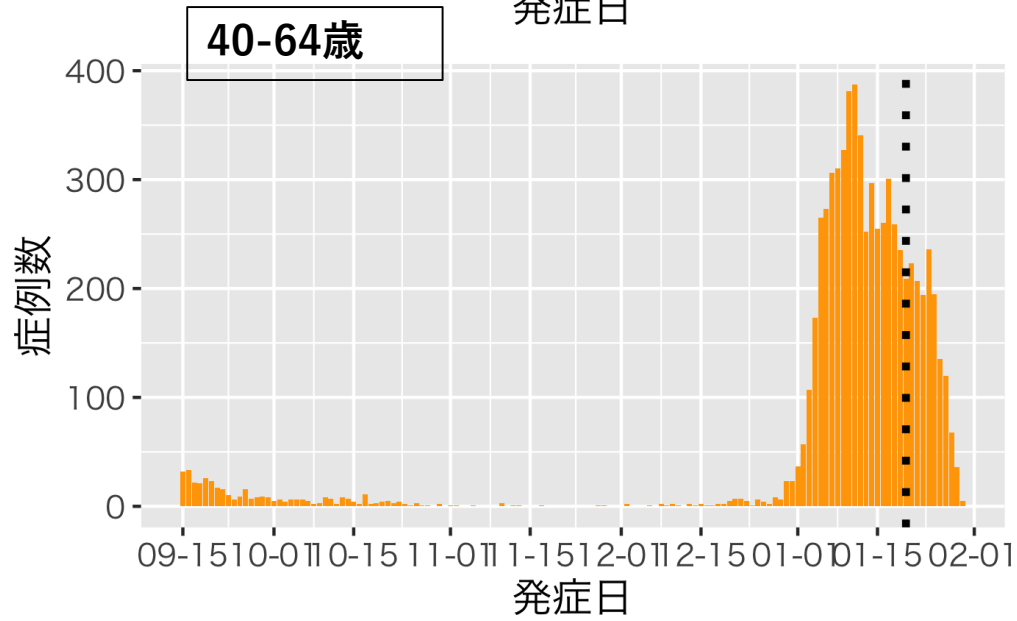
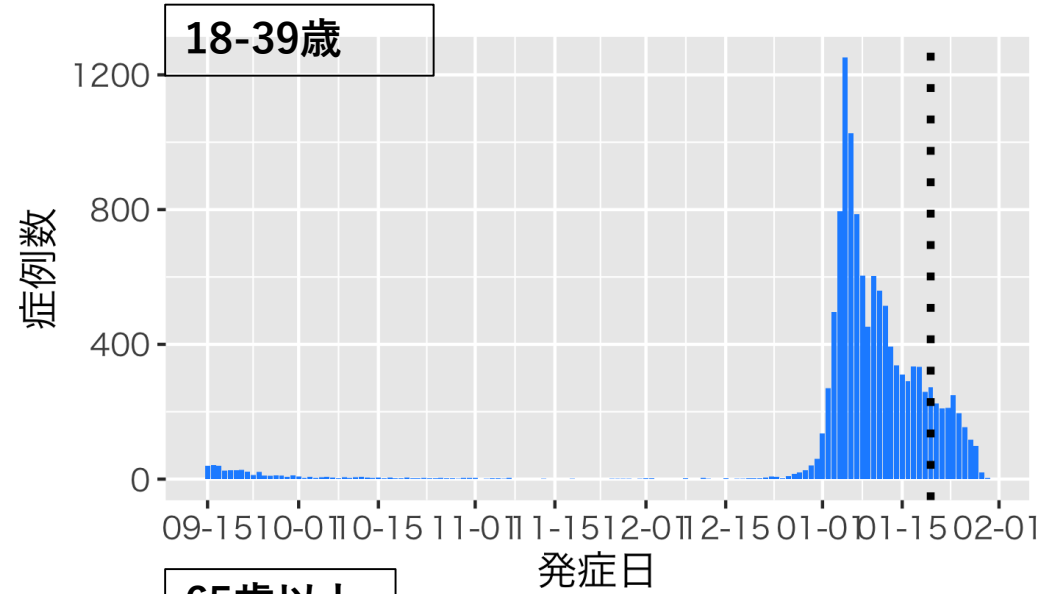
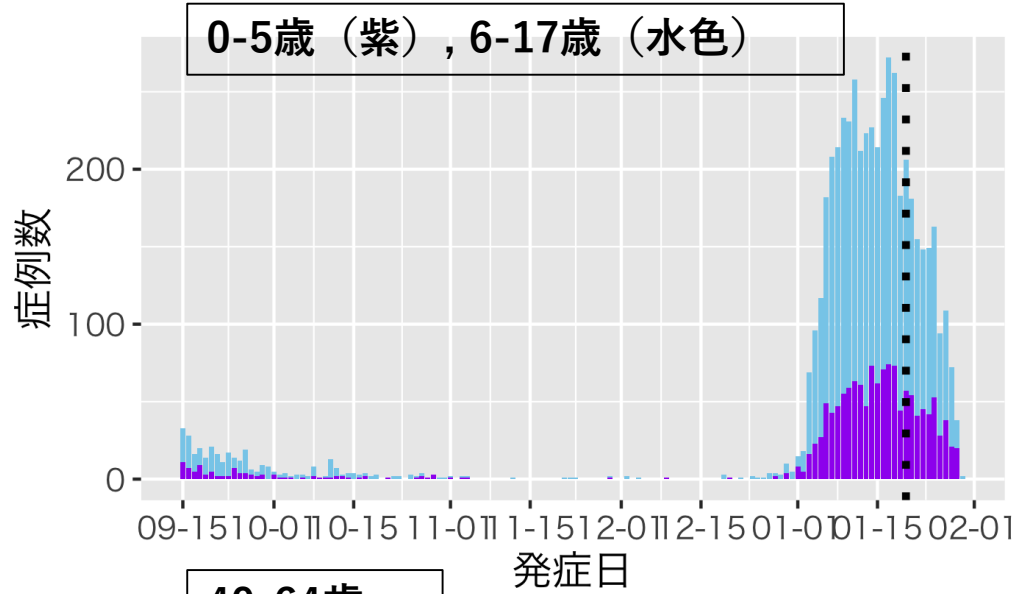
65歳以上の症例数



# 沖縄県の発症日及び報告日別流行曲線：1月31日作成

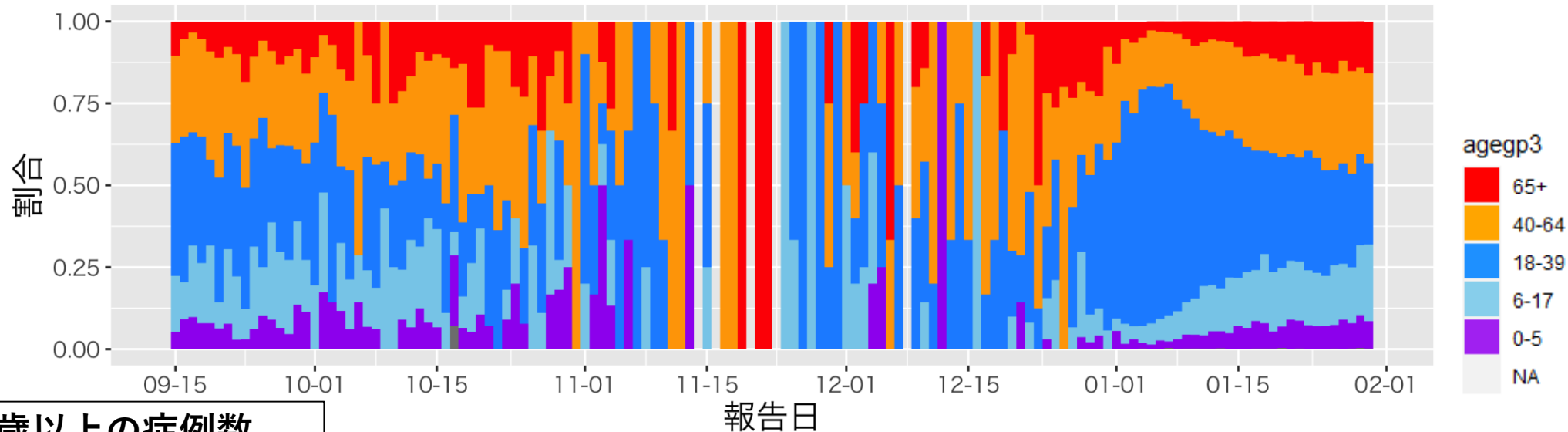


# 沖縄県の発症日別流行曲線：年代別、1月31日作成

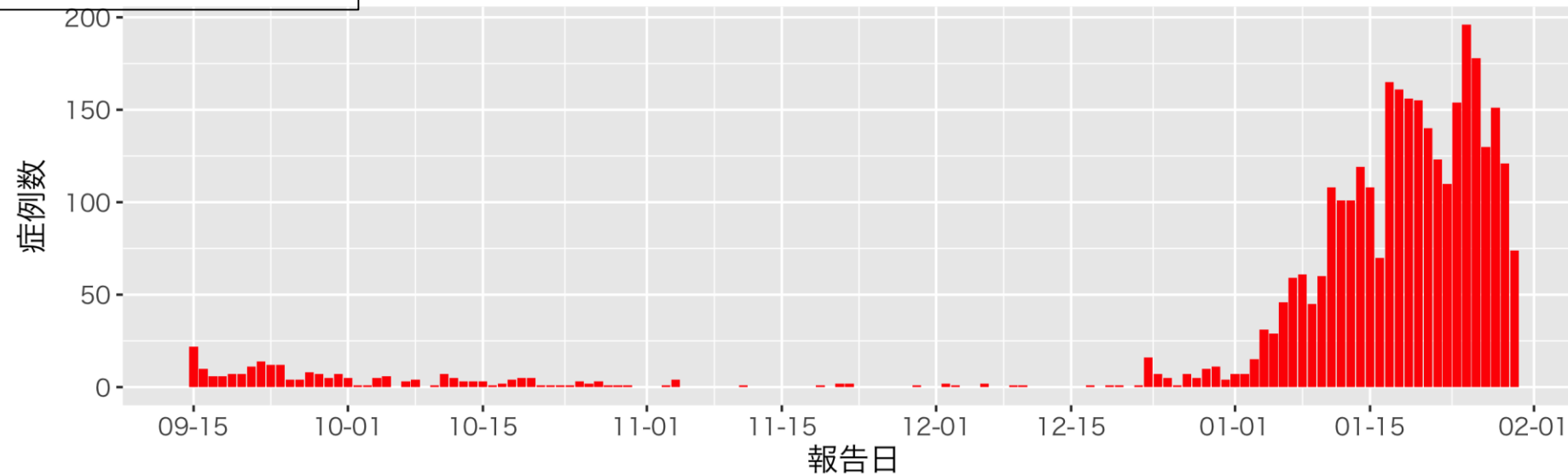


# 沖縄県の症例の年代分布：報告日別、1月24日作成

## 年代分布

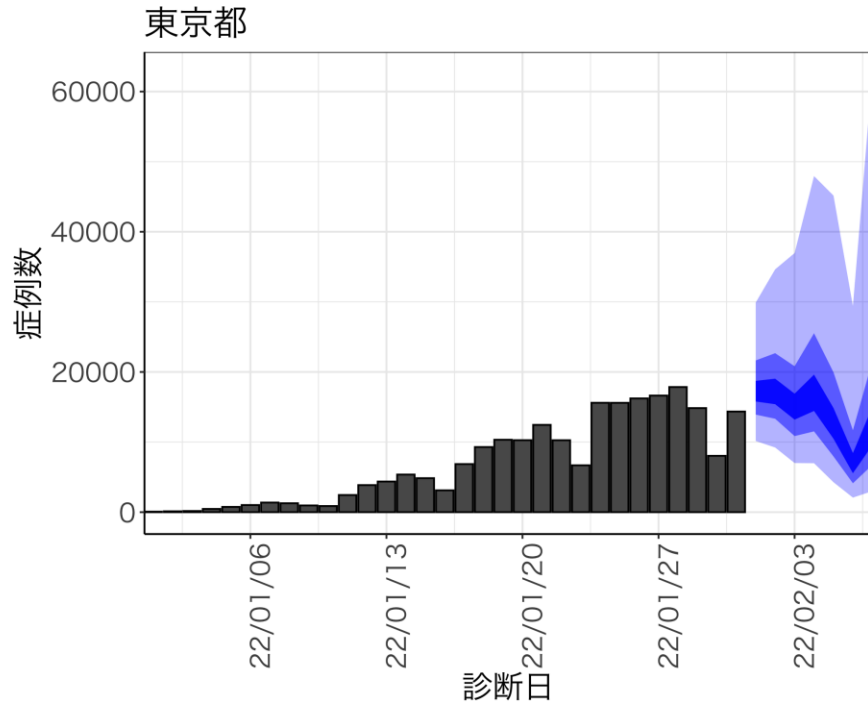


## 65歳以上の症例数





# 新規症例数の予測値と実効倍加時間の推定：東京都



## 7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-02-01	17160.5
2022-02-02	17040
2022-02-03	14824
2022-02-04	16679
2022-02-05	12355.5
2022-02-06	6826.5
2022-02-07	11730

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。

## 倍加時間

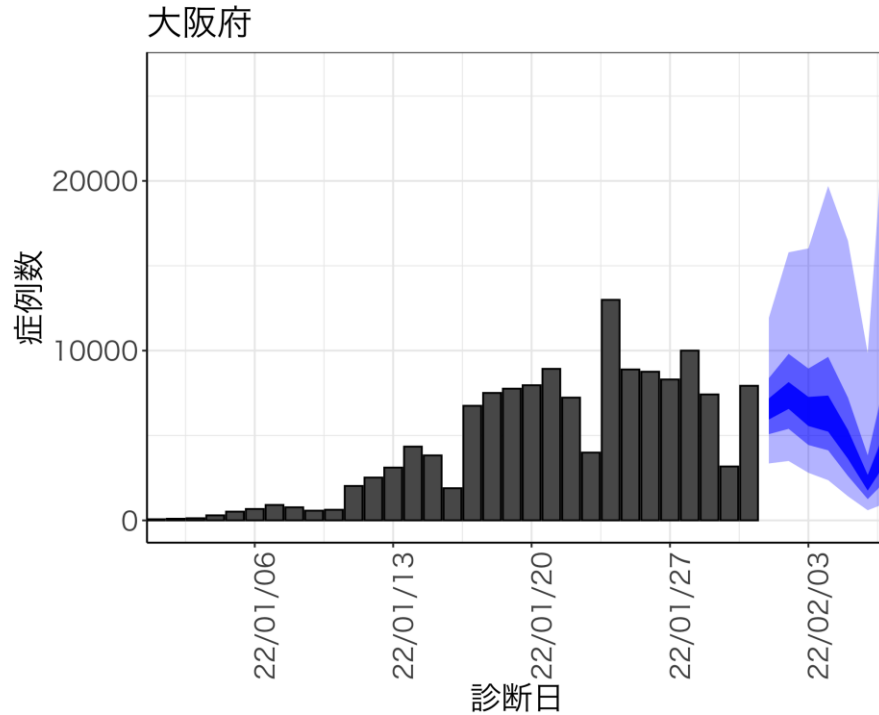
全期間	直近7日間	直近14日間
3.00日	2.11日	2.61日

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。

倍加時間：診断日別の累積症例数が平均  $c_0 \times e^{\lambda t}$  のポアソン分布に従って得られると仮定し最尤推定により得た増加率（ $\lambda$ ）を用いて、倍加時間を  $\log 2 / \lambda$  により算出（ $c_0$ ：0日目症例数）。全期間はオミクロン流行拡大が始まったと考えられる2021年12月22日を0日目として集計、直近7日間または14日間の値は実効倍加時間として過去の累積症例数を加味しない直近の値のみを使用。

<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と実効倍加時間の推定：大阪府



## 7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-02-01	6575
2022-02-02	7297.5
2022-02-03	6398.5
2022-02-04	6175.5
2022-02-05	4335
2022-02-06	2181.5
2022-02-07	4438

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。

## 倍加時間

全期間	直近7日間	直近14日間
3.12日	2.61日	2.96日

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）

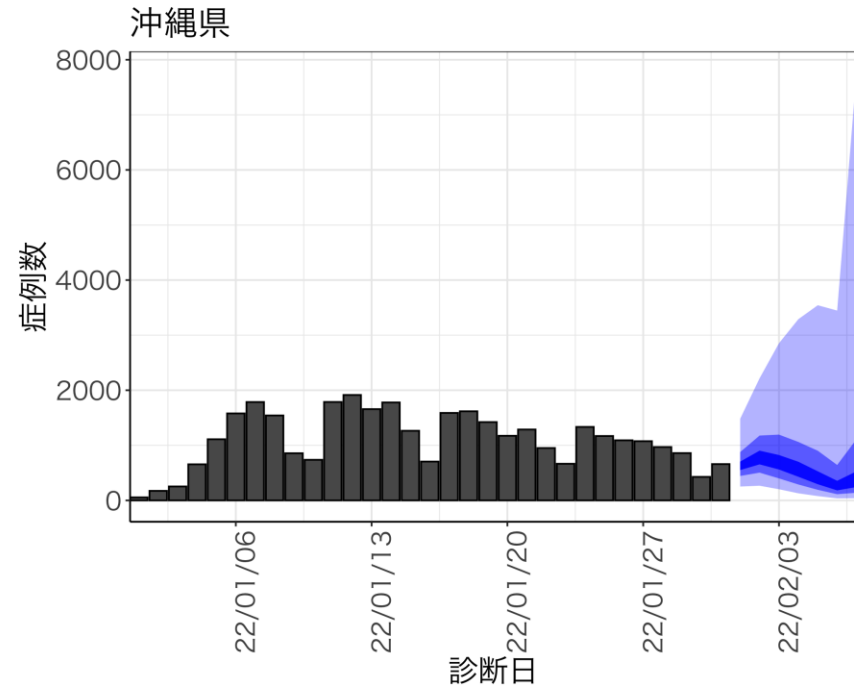
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の一助として活用されることを想定している。

倍加時間：診断日別の累積症例数が平均  $c_0 \times e^{\lambda t}$  のポアソン分布に従って得られると仮定し最尤推定により得た増加率（ $\lambda$ ）を用いて、倍加時間を  $\log 2 / \lambda$  により算出（ $c_0$ ：0日目症例数）。全期間はオミクロン流行拡大が始まったと考えられる2021年12月22日を0日目として集計、直近7日間または14日間の値は実効倍加時間として過去の累積症例数を加味しない直近の値のみを使用。

<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と実効倍加時間の推定：沖縄県



## 7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2022-02-01	626
2022-02-02	778
2022-02-03	686
2022-02-04	525
2022-02-05	392
2022-02-06	248.5
2022-02-07	340

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。

## 倍加時間

全期間	直近7日間	直近14日間
3.61日	2.43日	3.56日

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。

倍加時間：診断日別の累積症例数が平均  $c_0 \times e^{\lambda t}$  のポアソン分布に従って得られると仮定し最尤推定により得た増加率（ $\lambda$ ）を用いて、倍加時間を  $\log 2 / \lambda$  により算出（ $c_0$ ：0日目症例数）。全期間はオミクロン流行拡大が始まったと考えられる2021年12月22日を0日目として集計、直近7日間または14日間の値は実効倍加時間として過去の累積症例数を加味しない直近の値のみを使用。

<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)

## 使用データ

HER-SYS（1月31日時点）

## まとめ

2021年第14週から2022年第4週までの全国データを用いて、24歳以下における週別の年齢群別報告数と割合を記述的に検討した。

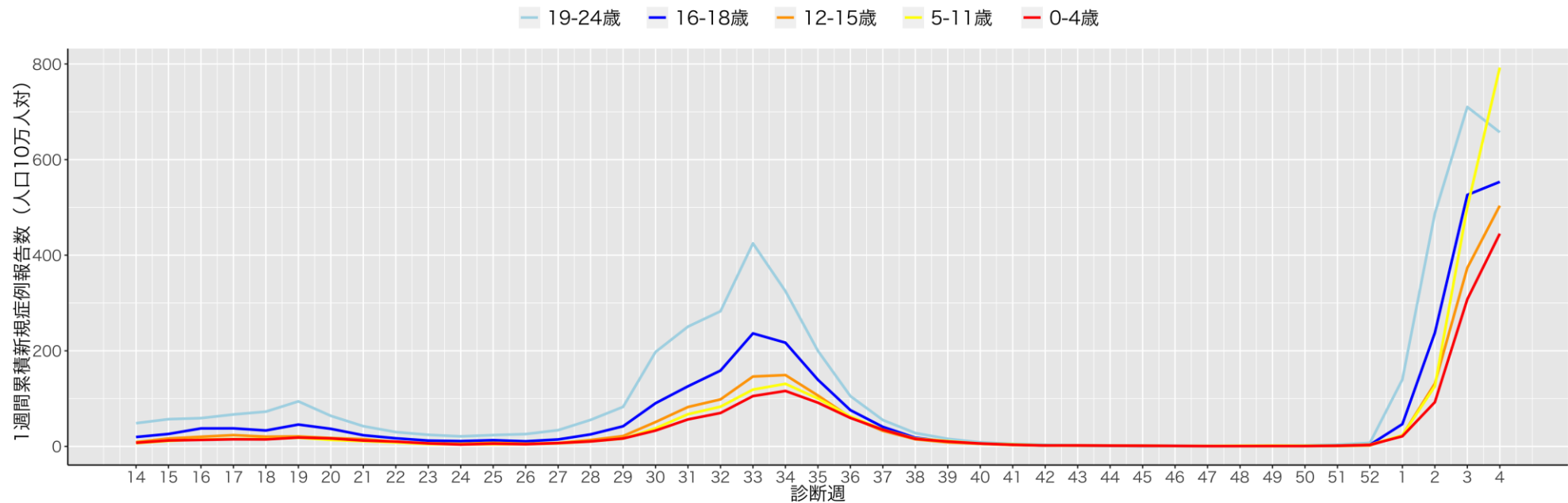
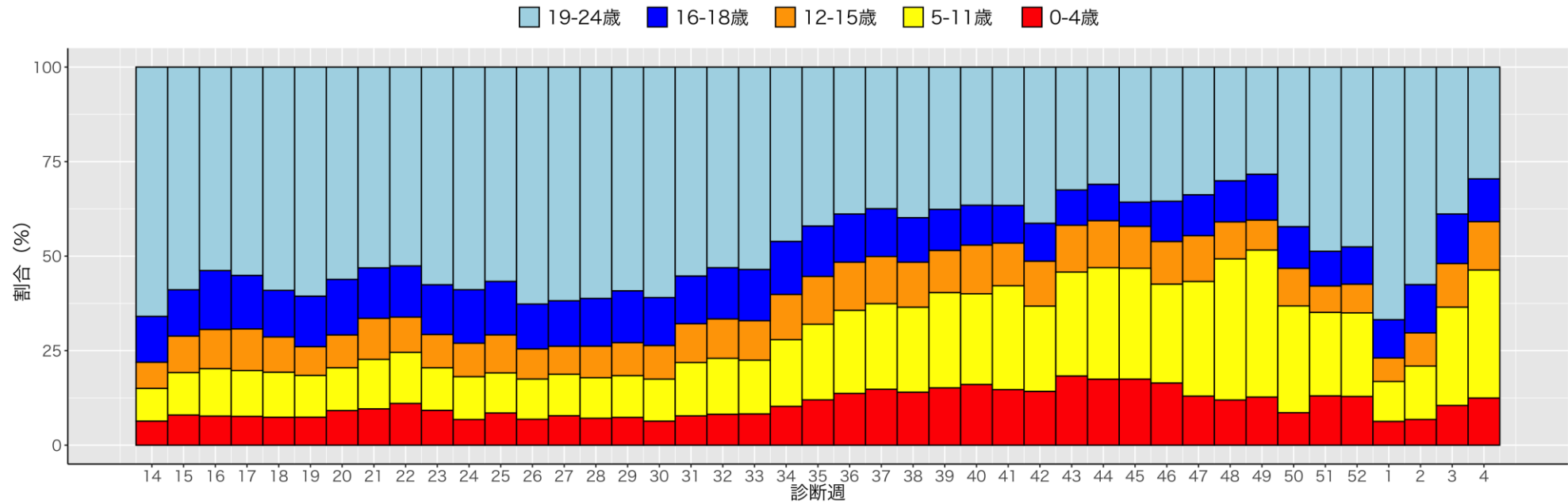
24歳以下における18歳以下の小児の占める割合は2021年第31週まではほぼ横ばいであり、その後第32～49週にかけて特に0～4歳代、5～11歳代で増加した。第50週以降は19～24歳代の割合が増加傾向にあったが2022年第1週以降占める割合としては減少傾向にあり、0～15歳の占める割合が増加傾向にある。

新規症例報告数は、第5波のピークまでは19～24歳、16～18歳代がそれ以下の年齢群を大きく上回っていたが、第40～47週では全年代でほぼ同レベルで推移した。2022年第3週の症例報告数は5～11歳、19～24歳、16～18歳、12～15歳、0～4歳の順となっている。人口10万人対7日間累積新規症例報告数は全ての年代で400を超え、高いレベルとなっている。

## 解釈時の注意点

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

# 小児流行状況モニタリング



2022年第3週の年齢群別の新規症例報告数、人口10万対新規症例報告数、前週の新規症例報告数と前週比

年齢群	新規症例報告数 (人)	割合 (%)	人口10万対 新規症例報告数	前週症例報告数 (人)	前週比
0-4 歳	13,377	4.3	281.3	4,311	3.10
5-9 歳	23,369	7.6	458.4	6,089	3.84
10-14 歳	21,345	6.9	398.7	7,051	3.03
15-19 歳	28,169	9.1	484.0	15,488	1.82
20 代	72,995	23.6	578.0	46,364	1.57
30 代	47,163	15.3	329.9	19,516	2.42
40 代	42,957	13.9	231.9	16,941	2.54
50 代	28,158	9.1	173.0	11,887	2.37
60 代	14,016	4.5	86.4	5,603	2.50
70 代	9,364	3.0	58.8	3,520	2.66
80 代以上	8,231	2.7	73.2	2,936	2.80
計	<b>309,144</b>	<b>100.0</b>		<b>139,706</b>	<b>2.21</b>

出典：[https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/PDF/COVID-19\\_2022w3.pdf](https://www.niid.go.jp/niid/images/epi/PDF/COVID-19_2022w3.pdf)

## 学校等欠席者・感染症情報システムについて

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

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

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

2021年3月末の時点で、本システムに加入しているのは、全国の保育園22,711中11,311（49.8%）、こども園8,016中2,582（32.2%）、幼稚園9,608中3,036（31.3%）、小学校19,525中11,615（59.5%）、小中一貫校430中118（27.4%）、中学校10,142中5,839（57.6%）、高等学校4,874中3,018（61.9%）、中高一貫校495中86（17.4%）、特別支援学校1,149中857（74.6%）だった。

厚生労働省研究班「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」分担課題  
日本学校保健会、国立感染症研究所

## 学校欠席者の状況について：01月31日時点

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

SARS-CoV2感染症の関連欠席として、①発熱等による欠席、②家族等のかぜ症状による欠席、③濃厚接触者、④新型コロナウイルス感染症、⑤教育委員会などによる指示、⑥陽性者との接触があり新型コロナウイルス感染症が疑われるの6つが収集されている。これらの欠席はいずれも「出席停止扱い」である。東京都、大阪府の2021年6月1日から2022年1月31日までの欠席率を施設ごとにプロットした。また施設ごとの④新型コロナウイルス感染症での欠席率を週ごと都道府県ごとにプロットした。

評価：

- 東京都、大阪府のいずれにおいてもすべての施設で新型コロナウイルス感染症による欠席者が報告された。関連欠席を含めたレベルは大阪府の高校生を除いて第5波(8月後半)より高い水準となった。
- 東京都および大阪府の0-5歳(いわゆる未就学)では発熱等・家族等のかぜ症状による欠席が他施設と比べて少ない
- オミクロン株と考えられる流行により全国的にすべての施設群で新型コロナウイルス感染症による欠席が報告されている。小学校以上の施設では第5波(8月後半)より高い水準となった。
- 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。



# 学校等欠席者・感染症情報システム：1月31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）

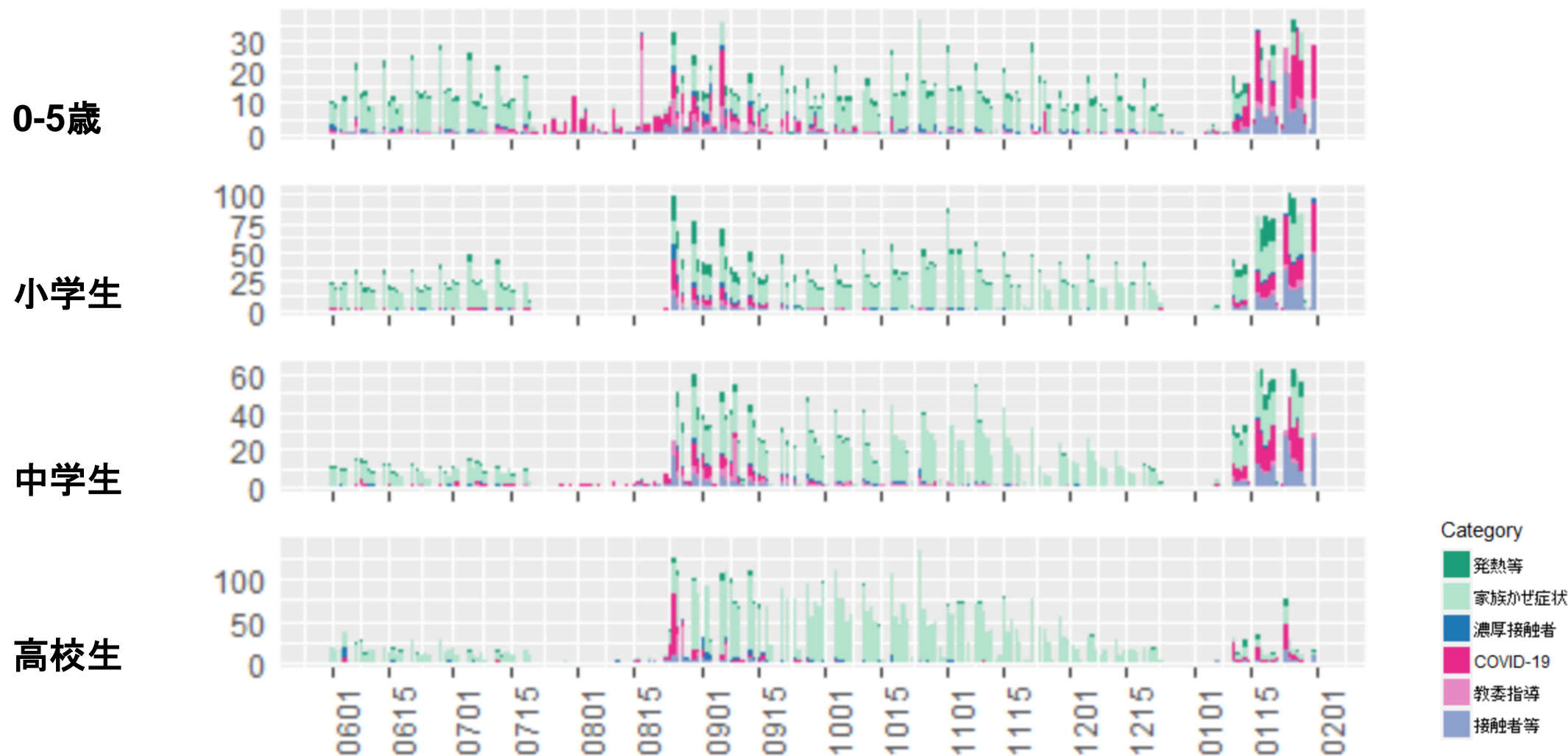


厚労科研「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」分担課題

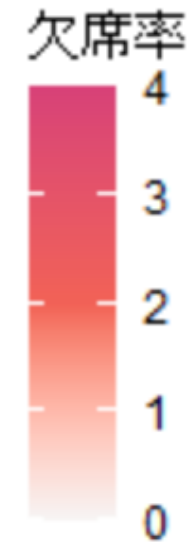
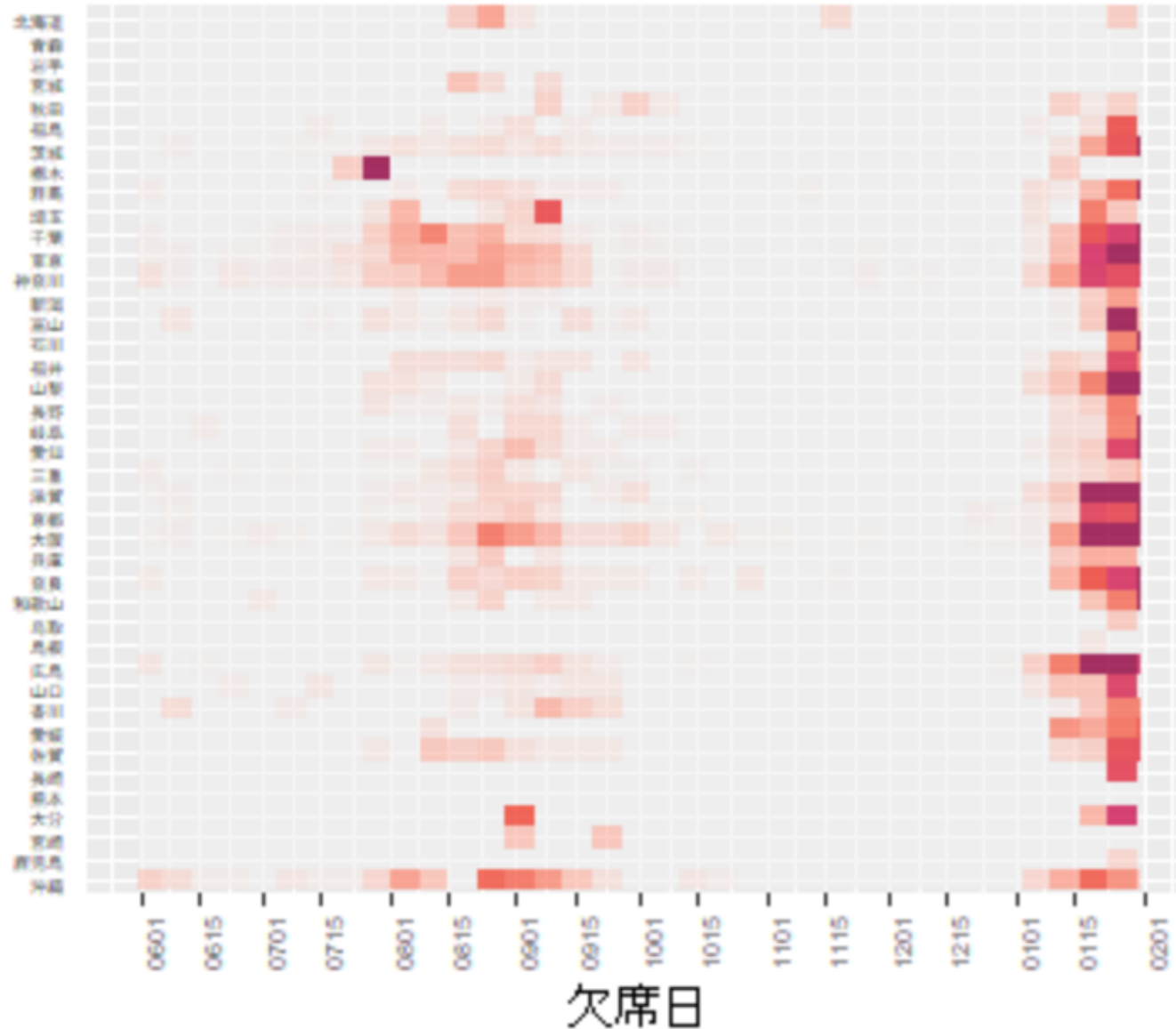
日本学校保健会、国立感染症研究所

# 学校等欠席者・感染症情報システム：1月31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）

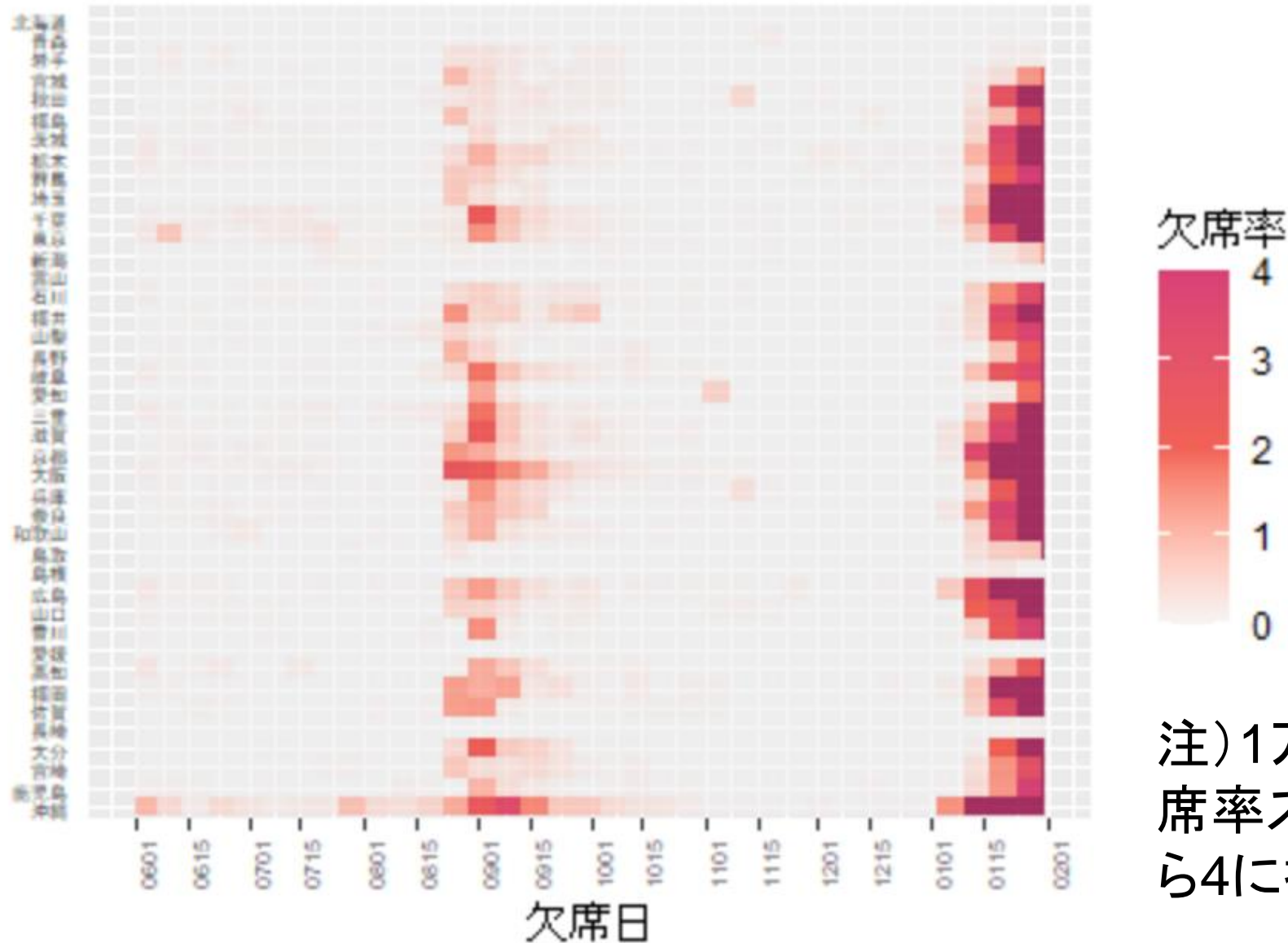


# 0-5歳児における新型コロナウイルス感染症による欠席率（人口1万人あたり、都道府県別）



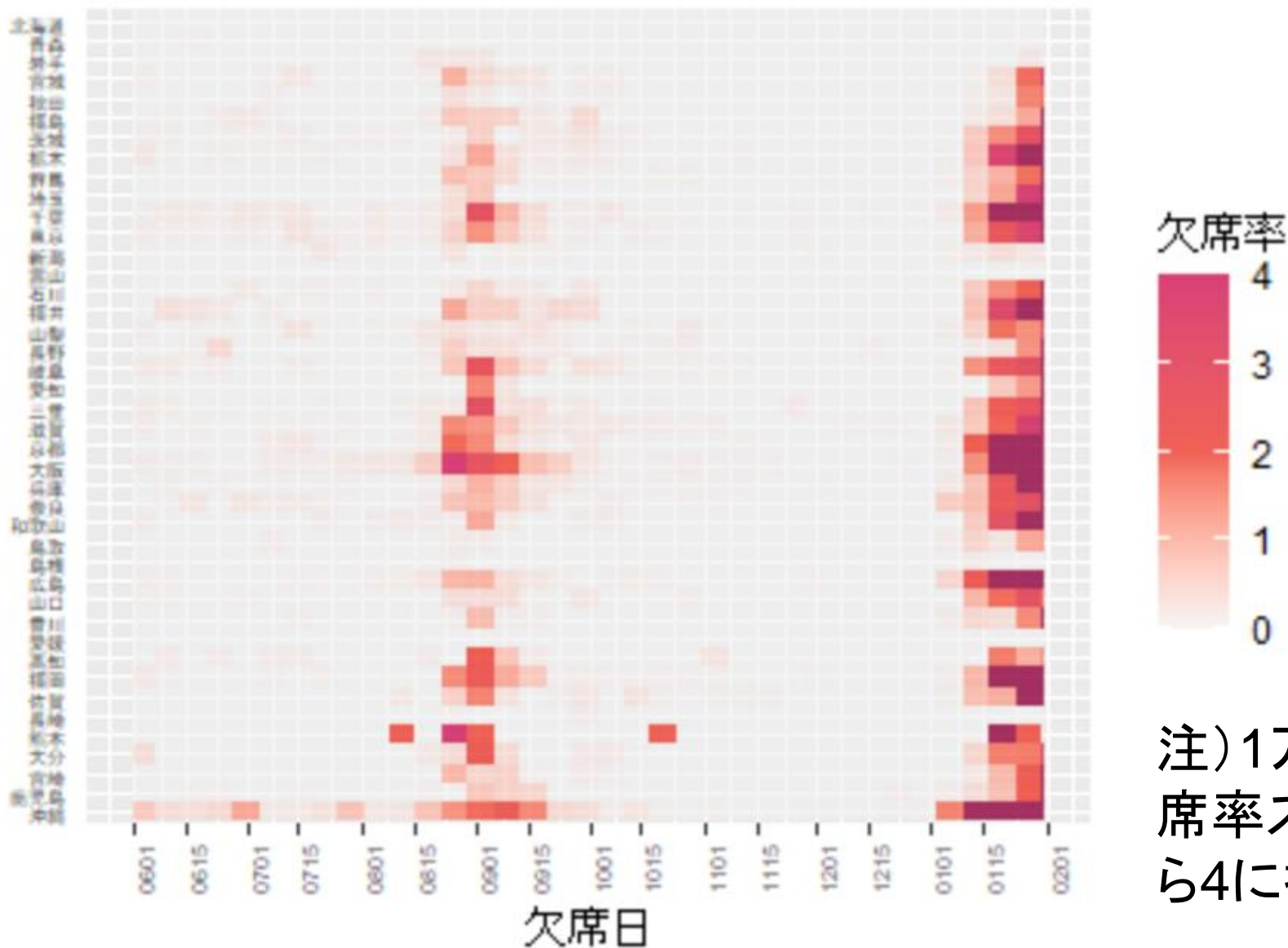
注) 1万人あたりの欠席率スケールを2から4に拡大

# 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（人口1万人あたり、都道府県別）



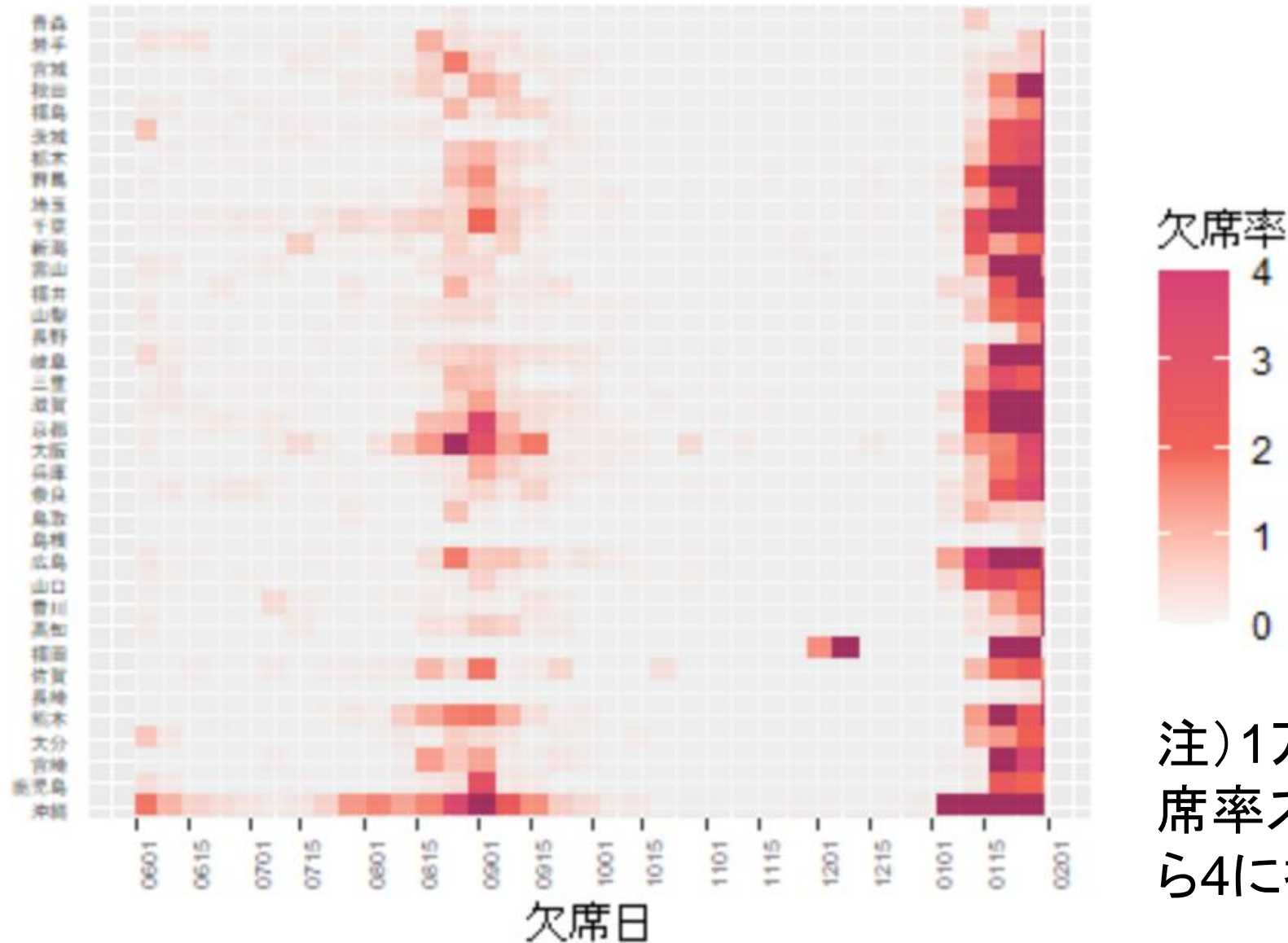
注) 1万人あたりの欠席率スケールを2から4に拡大

# 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（人口1万人あたり、都道府県別）



注) 1万人あたりの欠席率スケールを2から4に拡大

# 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（人口1万人あたり、都道府県別）



注) 1万人あたりの欠席率スケールを2から4に拡大

# 陽性、重症、死亡例における年代別ワクチン接種状況

## データ

➤ 症例報告数：2022年1月31日時点HER-SYS

## 注釈

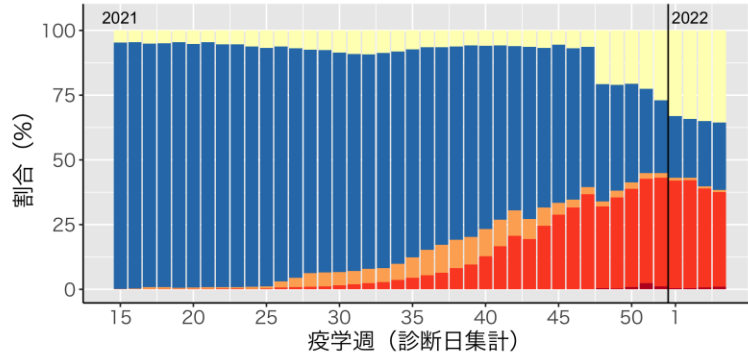
- HER-SYSにおける重症例は発生届時の重症度に基づいており、全重症例において入力となされてはいない
- HER-SYSにおける死亡の入力は全死亡例においてなされてはいない、また入力が遅れてなされることもあり数値は変更し得る
- HER-SYSにおける死亡例はCOVID-19診断日から死亡日までの日数が60日以内に限定した
- HER-SYSにおけるワクチン接種歴は、第47週までは未入力の場合に「ワクチン接種なし」としてカウントされていたが**2021年第48週からは未入力の場合に「接種歴不明」とカウントされるようになった**
- ワクチン接種歴はワクチン接種日を考慮していないため、接種日から感染日までの日数が短く、十分にワクチンによる防御効果が得られていない症例もワクチン接種歴ありに含まれていることに注意が必要
- 特に重症例、死亡例は直近の数が非常に少なくワクチン接種別の割合の変動が大きいため、割合だけではなく絶対数も合わせて解釈する必要がある

	疫学週	開始日	65歳未満、N (%)					65歳以上、N (%)				
			ワクチン3回接種あり	ワクチン2回接種あり	ワクチン1回接種あり	接種なし	接種歴不明	ワクチン3回接種あり	ワクチン2回接種あり	ワクチン1回接種あり	接種なし	接種歴不明
陽性例	2	2022/1/10	581 (0.4)	55467 (41.7)	1302 (1.0)	30219 (22.7)	45511 (34.2)	53 (0.6)	5031 (56.9)	51 (0.6)	424 (4.8)	3285 (37.1)
	3	2022/1/17	2052 (0.7)	118330 (38.3)	2588 (0.8)	77890 (25.2)	107921 (35.0)	250 (1.0)	14052 (55.2)	150 (0.6)	1214 (4.8)	9770 (38.4)
	4	2022/1/24	4016 (1.0)	146933 (36.6)	3071 (0.8)	104740 (26.1)	142562 (35.5)	727 (1.8)	22329 (54.0)	252 (0.6)	1799 (4.3)	16267 (39.3)
重症例	2	2022/1/10	0 (0.0)	7 (58.3)	0 (0.0)	2 (16.7)	3 (25.0)	0 (0.0)	14 (60.9)	0 (0.0)	6 (26.1)	3 (13.0)
	3	2022/1/17	0 (0.0)	14 (43.8)	2 (6.2)	6 (18.8)	10 (31.2)	0 (0.0)	29 (51.8)	0 (0.0)	3 (5.4)	24 (42.9)
	4	2022/1/24	0 (0.0)	13 (29.5)	1 (2.3)	20 (45.5)	10 (22.7)	1 (0.9)	58 (51.3)	0 (0.0)	7 (6.2)	47 (41.6)
死亡例	2	2022/1/10	0 (0.0)	21 (45.7)	0 (0.0)	6 (13.0)	19 (41.3)	1 (2.6)	17 (43.6)	0 (0.0)	3 (7.7)	18 (46.2)
	3	2022/1/17	0 (0.0)	34 (30.6)	0 (0.0)	28 (25.2)	49 (44.1)	0 (0.0)	57 (52.8)	0 (0.0)	7 (6.5)	44 (40.7)
	4	2022/1/24	0 (0.0)	56 (38.1)	0 (0.0)	45 (30.6)	46 (31.3)	3 (3.1)	45 (45.9)	0 (0.0)	2 (2.0)	48 (49.0)

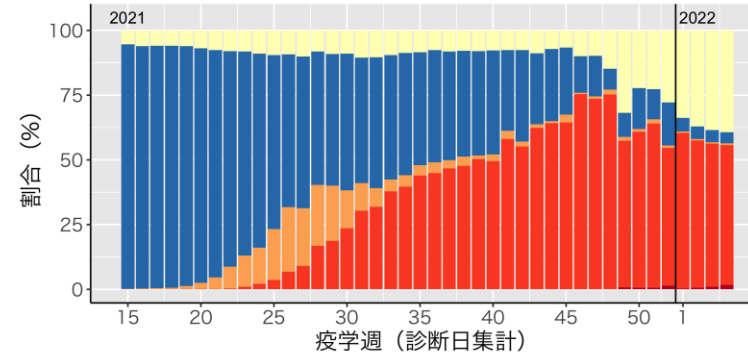
# 陽性、重症、死亡例における年代別ワクチン接種状況

■ ワクチン接種不明 ■ ワクチン接種なし ■ ワクチン1回接種 ■ ワクチン2回接種 ■ ワクチン3回接種

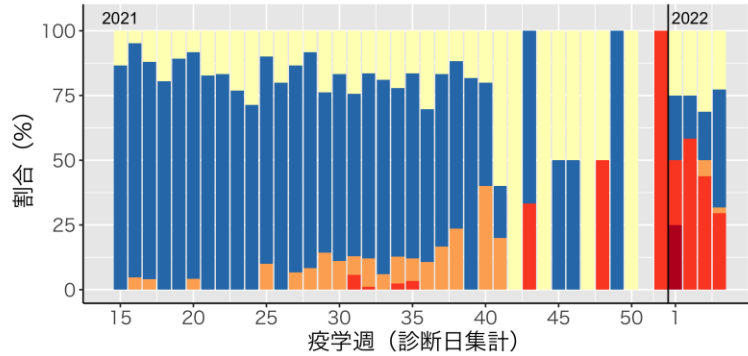
65歳未満、陽性例



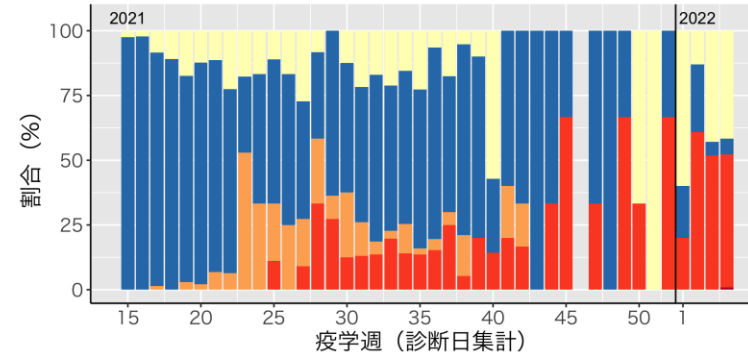
65歳以上、陽性例



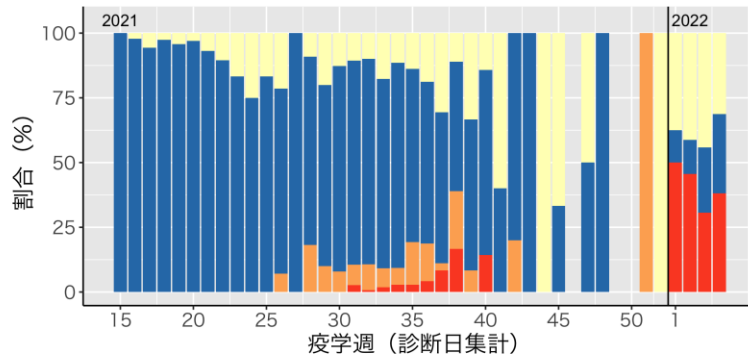
65歳未満、重症例



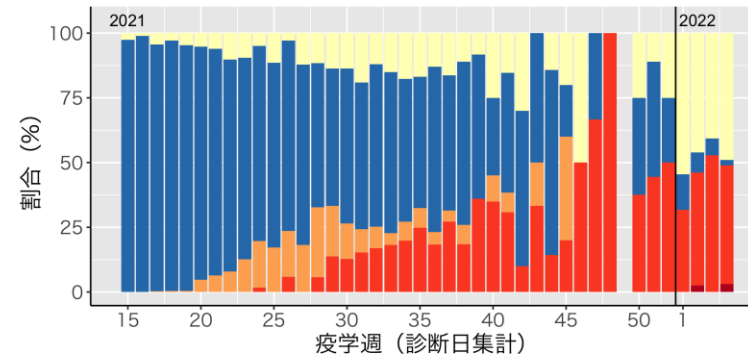
65歳以上、重症例



65歳未満、死亡例



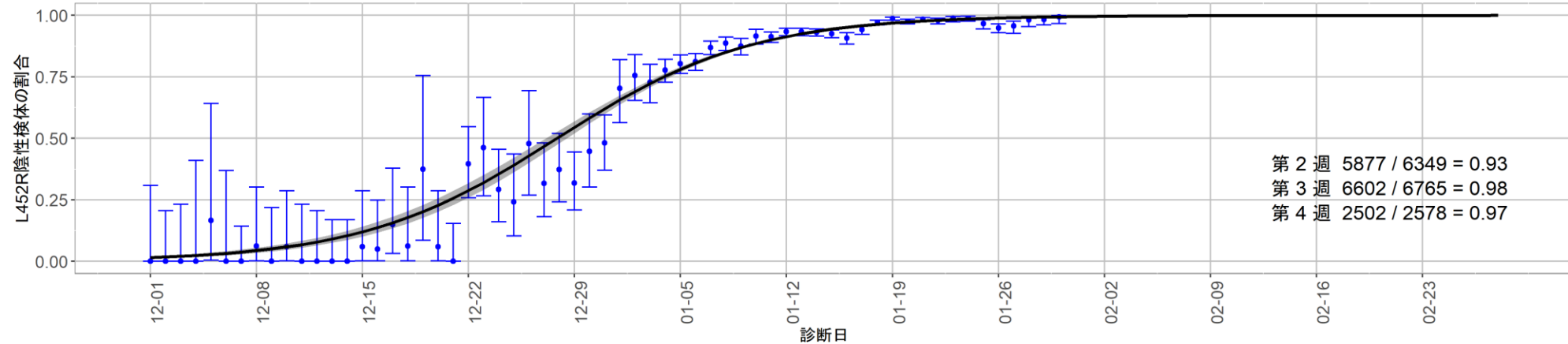
65歳以上、死亡例



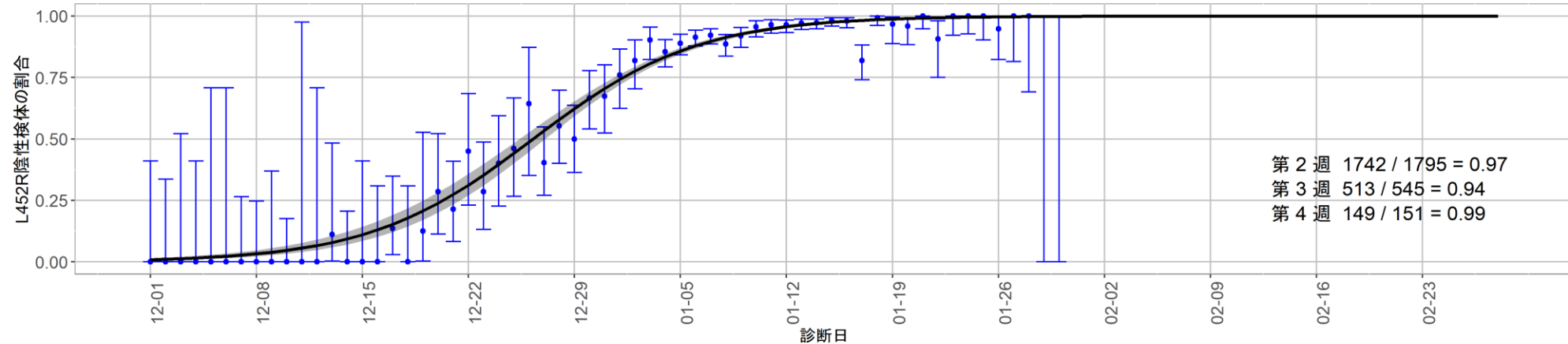


HER-SYS入力データに基づくため、サンプルの偏り、入力率、入力遅れを考慮する必要がある

埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県

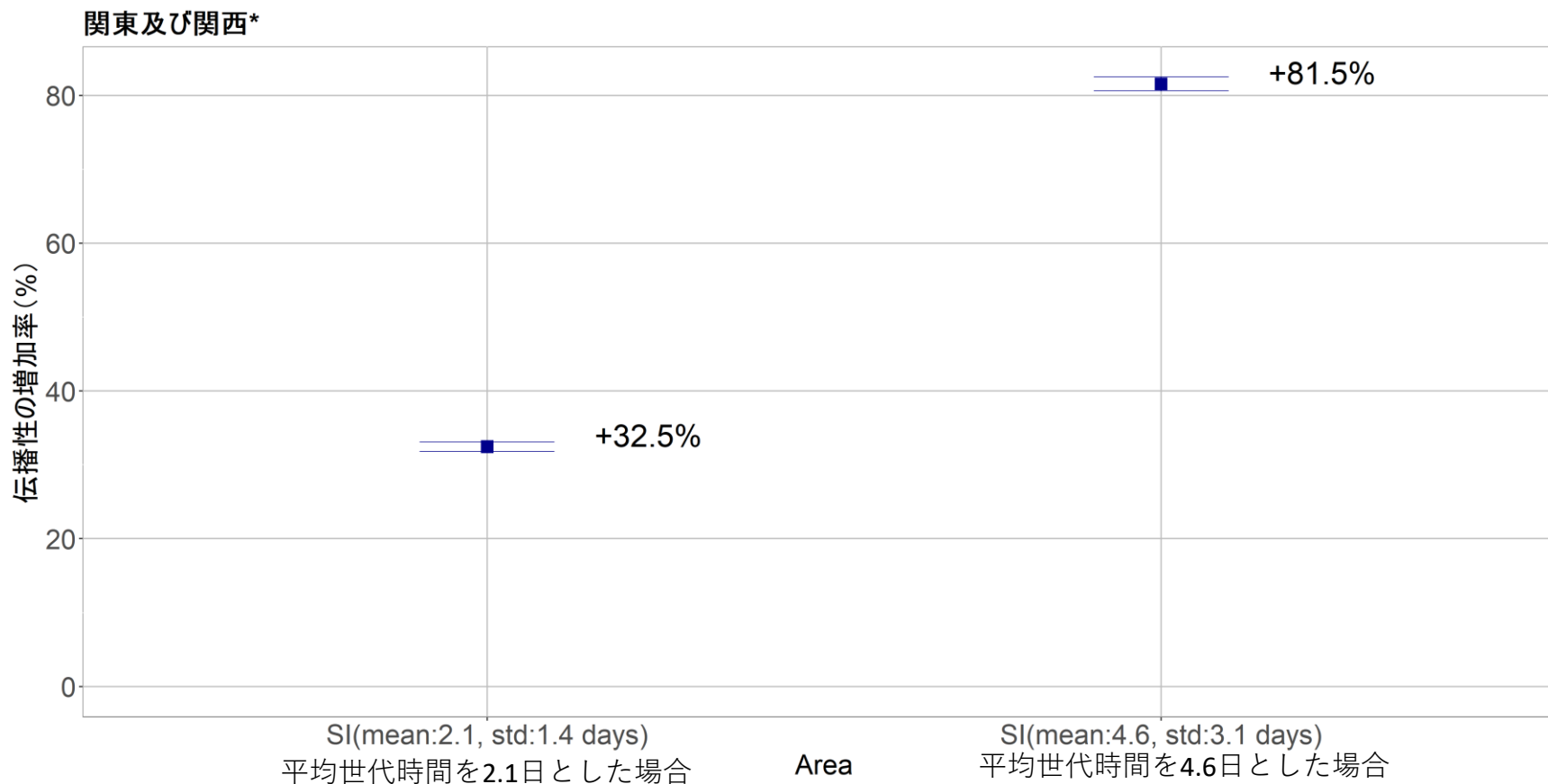


京都府・大阪府・兵庫県



HER-SYSに入力されたデータのうち、L452R検査陰性例数の割合（分母はL452R陽性例とL452R検査陰性例数の和）を最終的にすべてのウイルスがL452R陰性株に置き換わることを前提とし、ロジスティック成長曲線にフィットさせ推定（黒ライン）。推定には不確実性があり（図中では推定ラインの95%信頼区間をグレーで示している）。図中の点は診断日ごとのL452R陰性検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。今後報告数が増えることで値が変化する可能性がある。

HER-SYS入力データに基づくため、サンプルの偏り、入力率、入力遅れを考慮する必要がある



\*埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県、京都府・大阪府・兵庫県をあわせた数値

図中の値は従来流行していたデルタ株に対するL452R陰性株の伝播性の増加率の推定値。推定値には不確実性がある（図には95%信頼区間を示す）。推定に用いた方法は以下文献を参照のこと。Bhatia S.ら <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.26.21266899v1>

今回、世代時間は以下の文献等を参考とし、①平均2.1日、標準偏差1.4日、②平均4.6日、標準偏差3.1日のいずれの場合について推定を行った。

① [http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating\\_Generation\\_Time\\_Of\\_Omicron](http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron)

② Hart, W.ら medRxiv. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.21.21265216v1>

なお、推定値は世代時間により大きく変わるため、今後正確な情報が得られ次第更新していく予定である。

# 直近（2022年第3週：1/17-1/23）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 （0.01 [患者報告数69例]）	微増	46週19例、47週27例、48週30例、49週35例、 50週37例、51週49例、52週45例、1週50例、 2週54例、3週69例（昨年同週64例）
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	横ばい	約0.1万人（95%信頼区間：0～0.1万人） （前週約0.1万人、36週以降の累積約0.2万人）
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	横ばい	46週1例、47週4例、48週3例、49週3例、 50週0週、51週3例、52週3例、1週4例、 2週2例、3週2例
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	1月19日現在、2021年36週以降2022年2週まで の集計で報告なし
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	横ばい	2月1日現在、51週に1例（A(H3)) 報告認めるの み（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0、 学級閉鎖0）	横ばい	集計開始した36週以降、休校・学年閉鎖は0、学 級閉鎖1（46週、兵庫県）
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 （1/1～1/15: 検査数1797、陽性数3例、 陽性率0.2%）	微増	2月1日現在、累計9例（A型4例、B型5例） （前回からアップデートなし）
MLインフルエンザ流行前線情報データベース （主に小児科の有志医師による自主的な インフルエンザ患者報告数〔迅速診断検査〕）	低 （新規：1/26にB型1例）	微増	2月1日現在、2021/10/15にA型1例、10/25にB 型1例、2022/1/26にB型1例 （データは毎日自動更新）

サーベイランス指標（情報源）	URL
定点当たりのインフルエンザ受診患者報告数 （ <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_0000202104.html">https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000202104.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>

# インフルエンザ分離・検出報告数

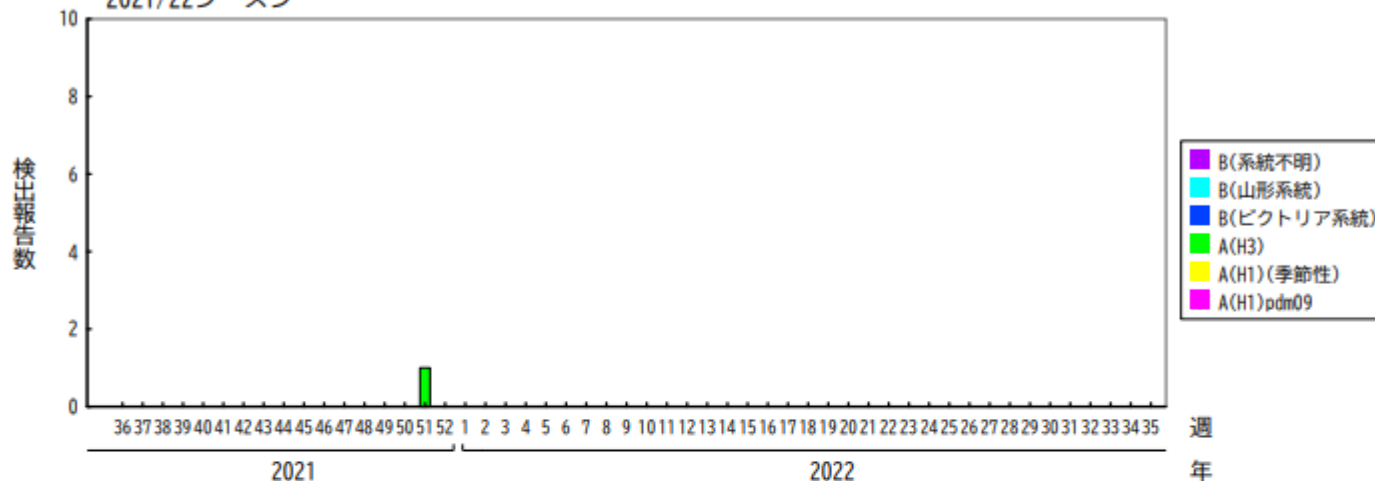
2月1日作成

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

IASR

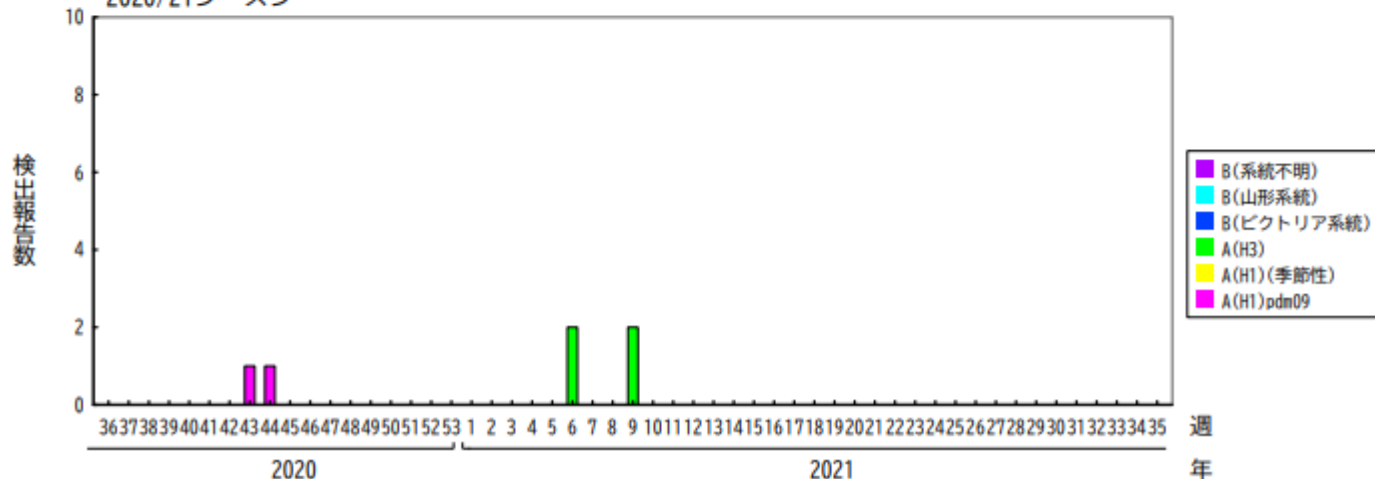
Infectious Agents Surveillance Report

2021/22シーズン



- 今シーズンの分離/検出状況
  - 2021年51週にA(H3) 1例

2020/21シーズン

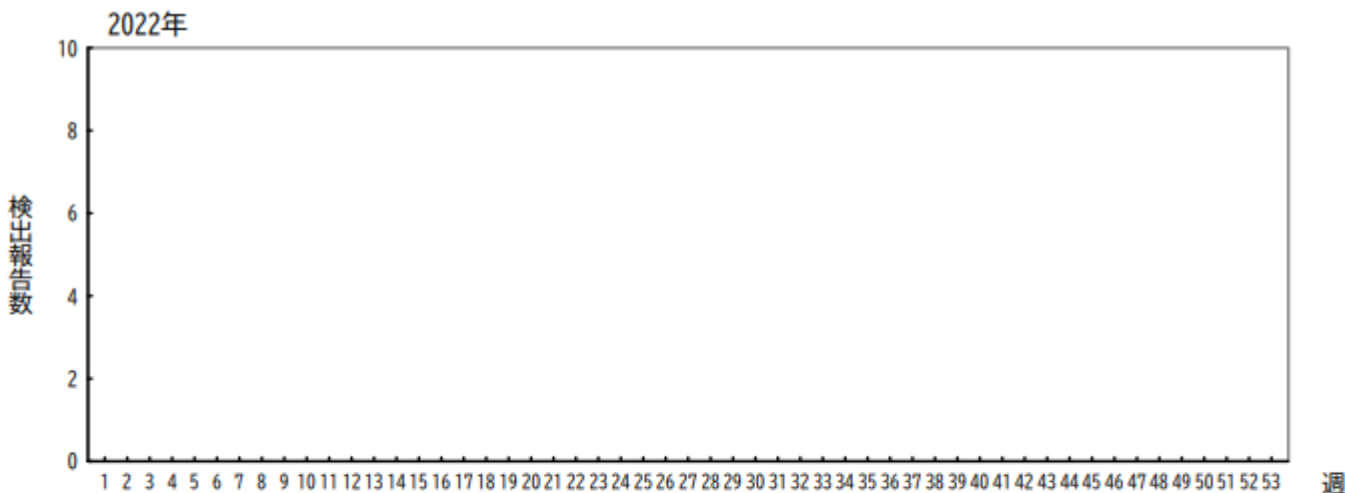


- 昨シーズンの分離/検出状況
  - 2020年43週にA(H1)pdm09 1例
  - 2020年44週にA(H1)pdm09 1例
  - 2021年6週にA(H3) 2例
  - 2021年9週にA(H3) 2例

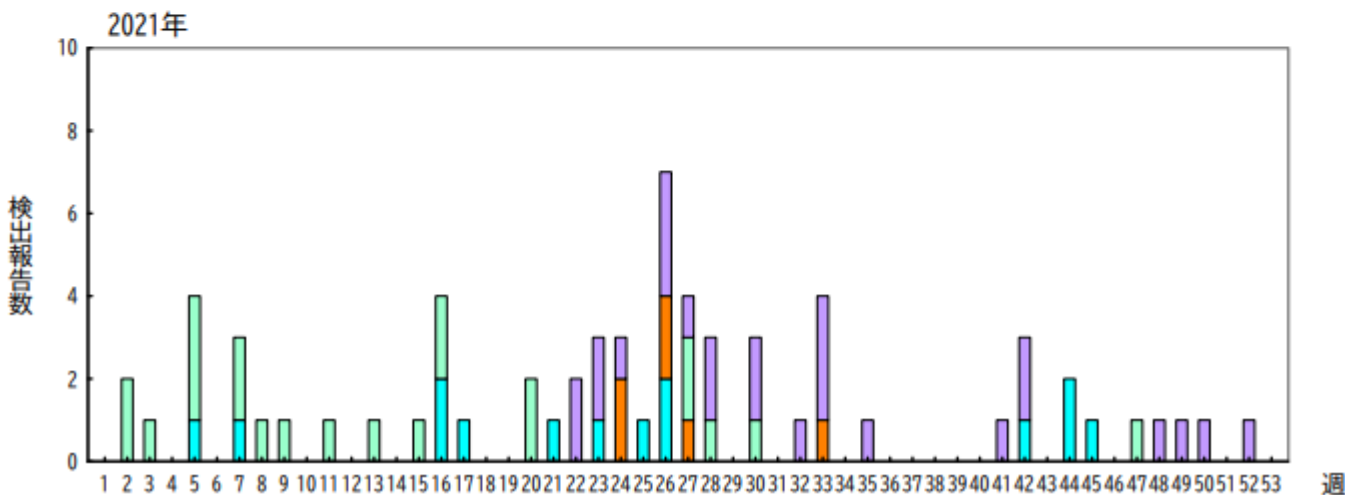
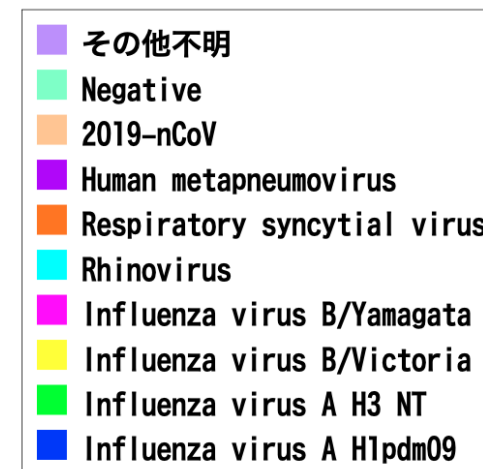
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html>

# 診断名:インフルエンザ様疾患由来ウイルス

2月1日作成



- 今シーズンの分離/検出状況
- ライノウイルス4例



\*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2/4の予定です。

2022年 第03週 (1月17日～1月23日) 2022年1月26日現在

**コメント**▶ 2022年第3週の定点当たり報告数は0.01（患者報告数69）となり、前週の定点当たり報告数0.01（患者報告数54）と同程度であった。都道府県別では岡山県（0.05）、静岡県（0.04）、高知県（0.04）、長崎県（0.04）、鹿児島県（0.04）、岐阜県（0.03）、滋賀県（0.03）、広島県（0.03）、大分県（0.03）、宮崎県（0.03）の順となっている。18都道府県\*で前週の報告数よりも増加がみられた。8都道府県で前週の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0.1万人（95%信頼区間：0～0.1万人）となり、前週の推計値（約0.1万人）と同程度であった。千人単位での推計となることから、年齢別での推計値については記載を省略する。また、2021年第36週以降これまでの累積の推計受診者数は約0.2万人となった。

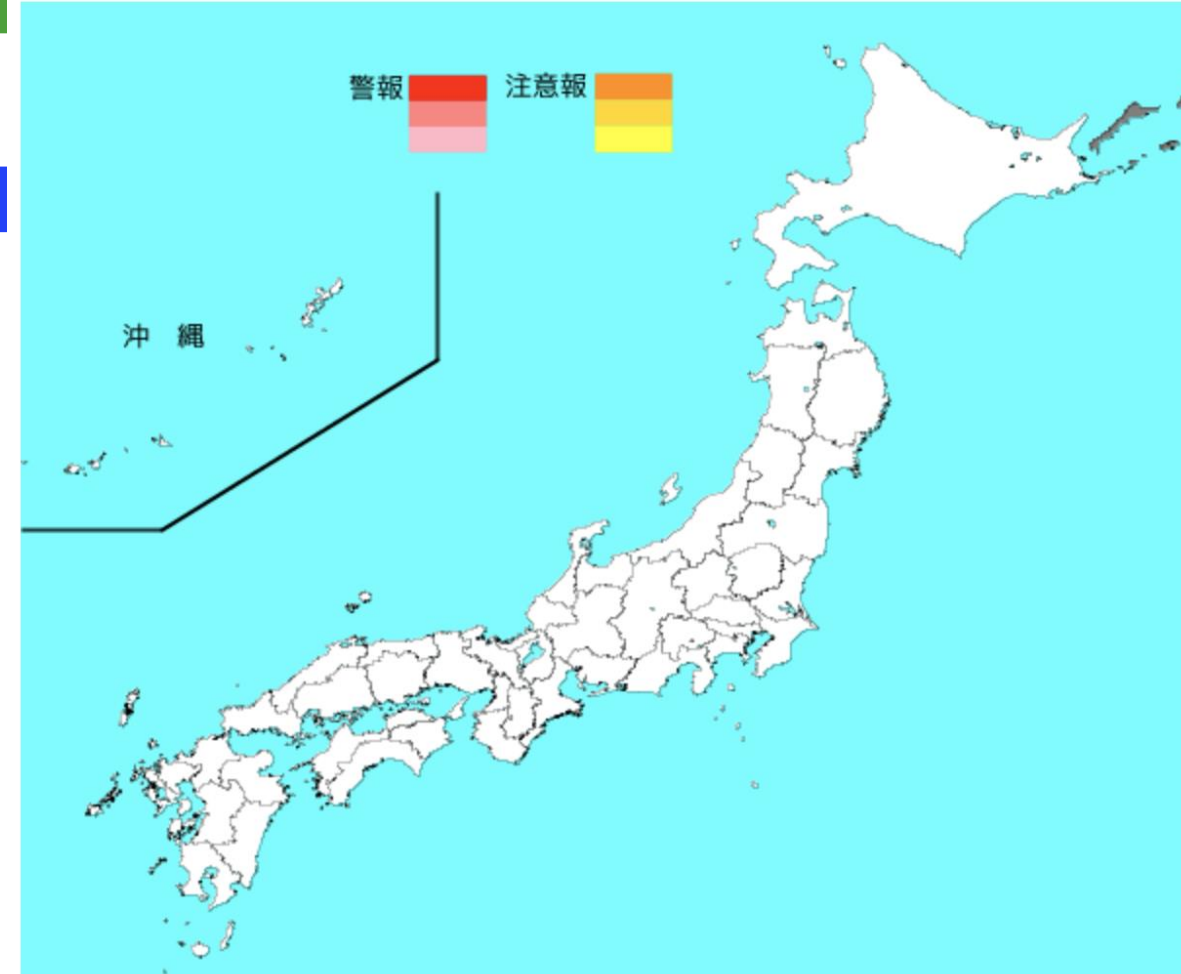
全国の保健所地域で、警報レベル、注意報レベルを超えている地域はなかった。

基幹定点からのインフルエンザ患者の入院報告数は2例であり、前週（2例）と同数であった。2県から報告があり、年齢別では1歳未満（1例）、40代（1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みると、直近の5週間（2021年第51週～2022年第3週）では、第51週の報告としてAH3亜型が1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。

\*1都1道2府43県を含む47の行政区画を、総称として「都道府県」と表記する



# 世界のインフルエンザレベル：2022年2月1日時点

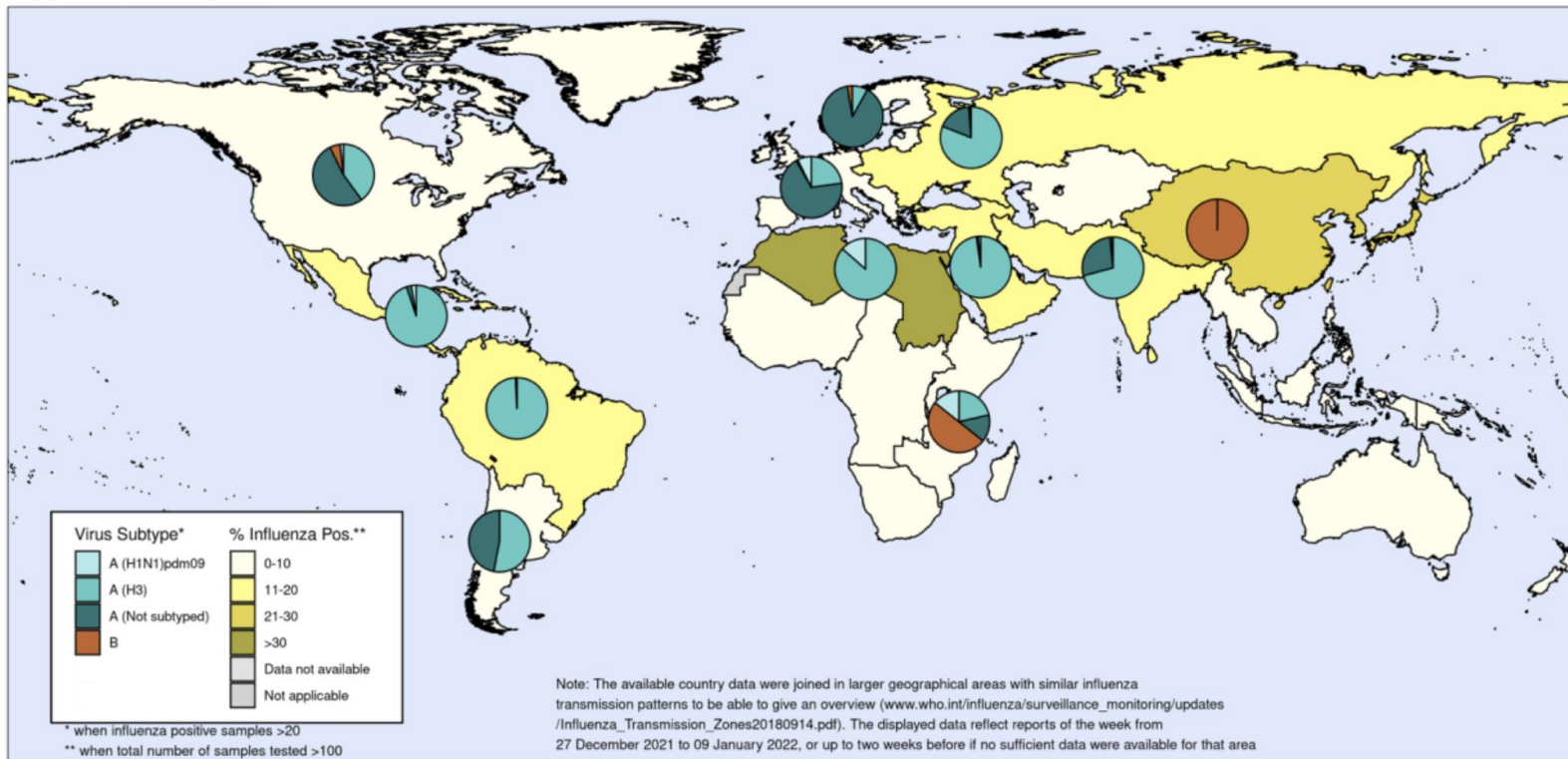
## 要点：

- 2021年52週-2022年1週：世界的にインフルエンザのレベルは、低調であり減少傾向に見えるが、年末年始やCOVID-19の急増の影響もあり、過小評価となっている国や地域も多いと考えられ、解釈に注意が必要である。さらに、国によってはパンデミック前の水準となっている。
  - ヨーロッパでは流行が低レベルで継続している。2021年50-52週をピークに減少しているように見えるが、年末年始の影響があるかもしれない。また、ヨーロッパ全体としては、プライマリケア定点での陽性率は5%まで低下したが、フランス等10%を超える国も複数ある。A(H3N2)の検出が優位である。
  - 米国では、陽性例・陽性率ともに2021年50-51週をピークに減少している。A(H3N2)の検出が優位である。外来受診者に占めるインフルエンザ様症状（ILI）の割合もピークアウトしているが、SARS-CoV-2の流行状況の影響もあると考えられる。
  - 南アジアでは、インド、モルディブ、ネパールで減少～横ばいであるが、ブータン、イラン、パキスタンで増加傾向がみられる（A(H3N2)の検出が優位）。
  - 西太平洋地域では、持続的な増加がみられB/Victoriaの検出が大半を占めているが、多くは中国での検出である（2022年2週まで）。中国においてはここ数週間ILIの割合が減少しており、直近1週間は陽性数・陽性率も減少している（ただし、直近の報告遅れや年末年始の影響の可能性があり、注視が必要）。
  - 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。



# 世界のインフルエンザ動向：WHO HQ（2021年52週-2022年1週）

Percentage of respiratory specimens that tested positive for influenza  
By influenza transmission zone  
Map generated on 21 January 2022



- Globally, influenza activity remained low and appeared to decrease. In some countries influenza activity reached the levels seen this time of year in pre-COVID-19 period.

- Flunet (Dec 27, 2021 to Jan 9, 2022 (as at Jan 24, 2022)).

- 317,198 specimens
- 16,862 were positive for influenza viruses (5.3%)

- Influenza A 10,744 (63.7%)
- Influenza B 6,118 (36.3%)

- A(H1N1)pdm09 224 (4.3%)
- A(H3N2) 4930 (95.7%)
- B-Yamagata 0 (0%)
- B-Victoria 5959 (100%)

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/flunet)  
Copyright WHO 2022. All rights reserved.

- Flunet (Dec 6 to Dec 26, 2021 (as at Jan 7, 2022)).

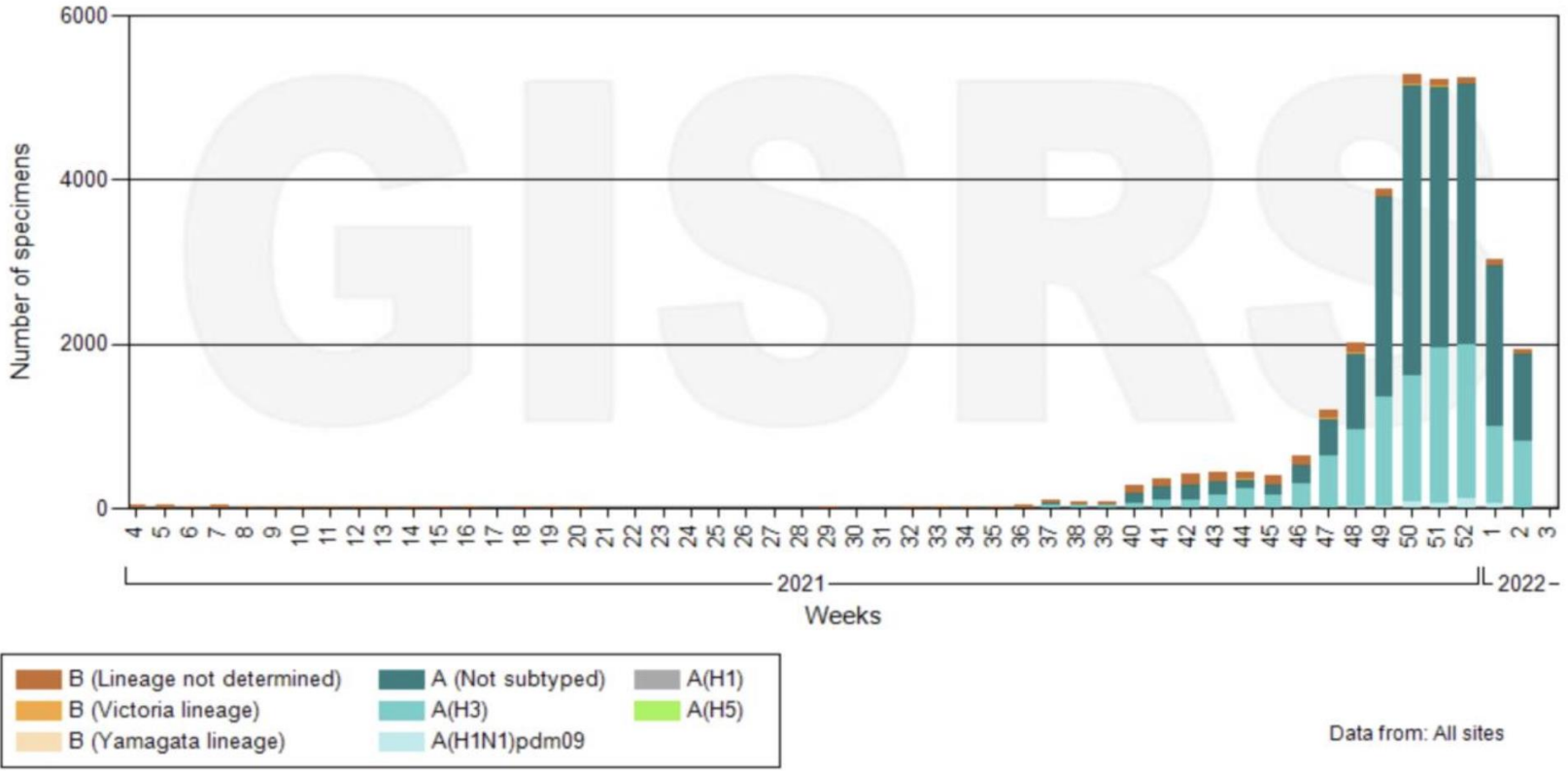
- 522,595 specimens
- 27153 were positive for influenza viruses (5.2%)
- Influenza A 19980 (73.6%)
- Influenza B 7173 (26.4%)
- A(H1N1)pdm09 352 (4.4%)
- A(H3N2) 7625 (95.6%)
- B-Yamagata 3 (~0.0%)
- B-Victoria 6819 (~100%)

# 温暖地域/ヨーロッパ

直近の過小評価に注意



Number of specimens positive for influenza by subtype in the European Region of WHO



- In Europe, influenza transmission is continuing with most countries reporting baseline or low intensity. The influenza positivity from sentinel primary care specimen decreased to 5% overall. However, Armenia, Belarus, Estonia, France, Georgia and Serbia reported positivity above 10%. The number of ILI and SARI cases increased in Georgia in recent weeks. Influenza A(H3N2) predominated overall, although influenza A(H1N1)pdm09 was also detected in France.
- RSV activity declined in most European countries.
- Pooled all-cause mortality estimates from the EuroMOMO network remained increased, particularly among the elderly.

# 米国：インフルエンザ動向

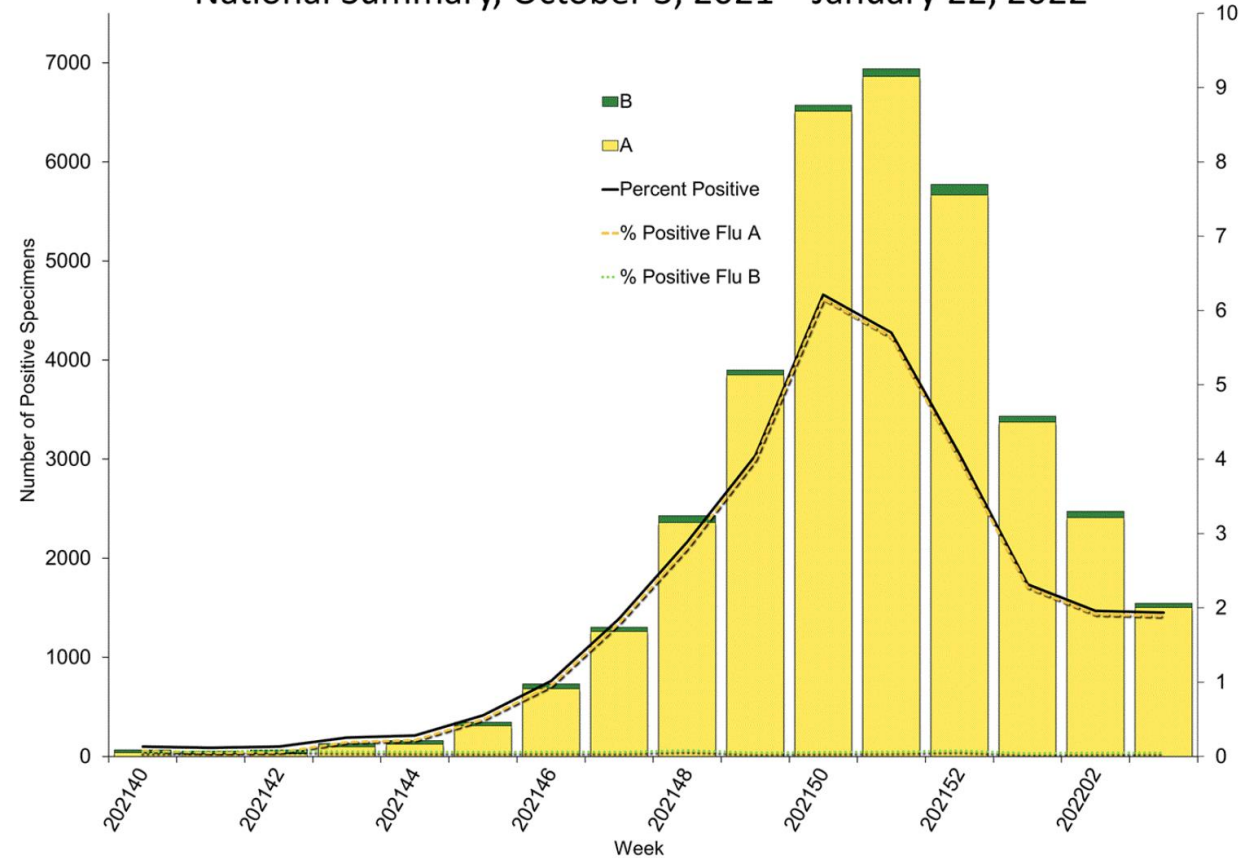
直近の過小評価に注意



## Clinical Laboratories

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

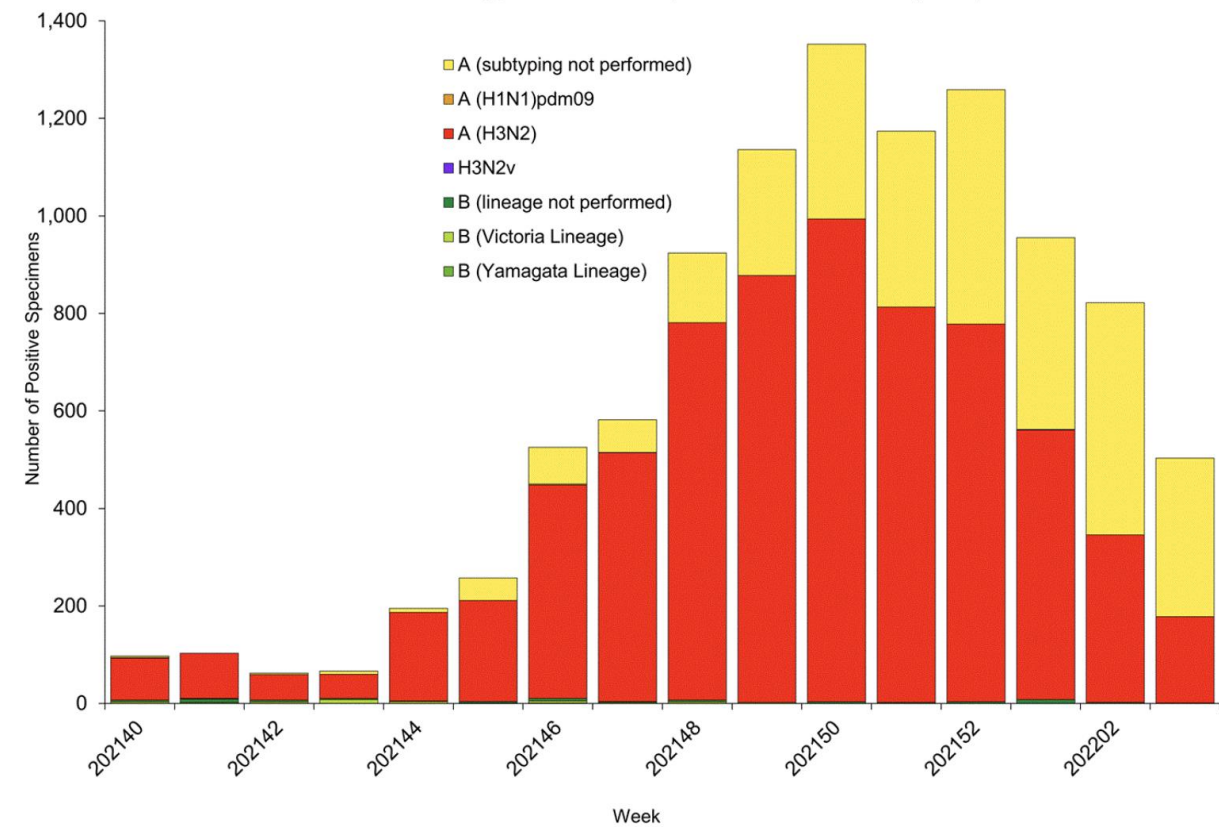
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Clinical Laboratories, National Summary, October 3, 2021 – January 22, 2022



## Public Health Laboratories

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

Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Public Health Laboratories, National Summary, October 3, 2021 – January 22, 2022

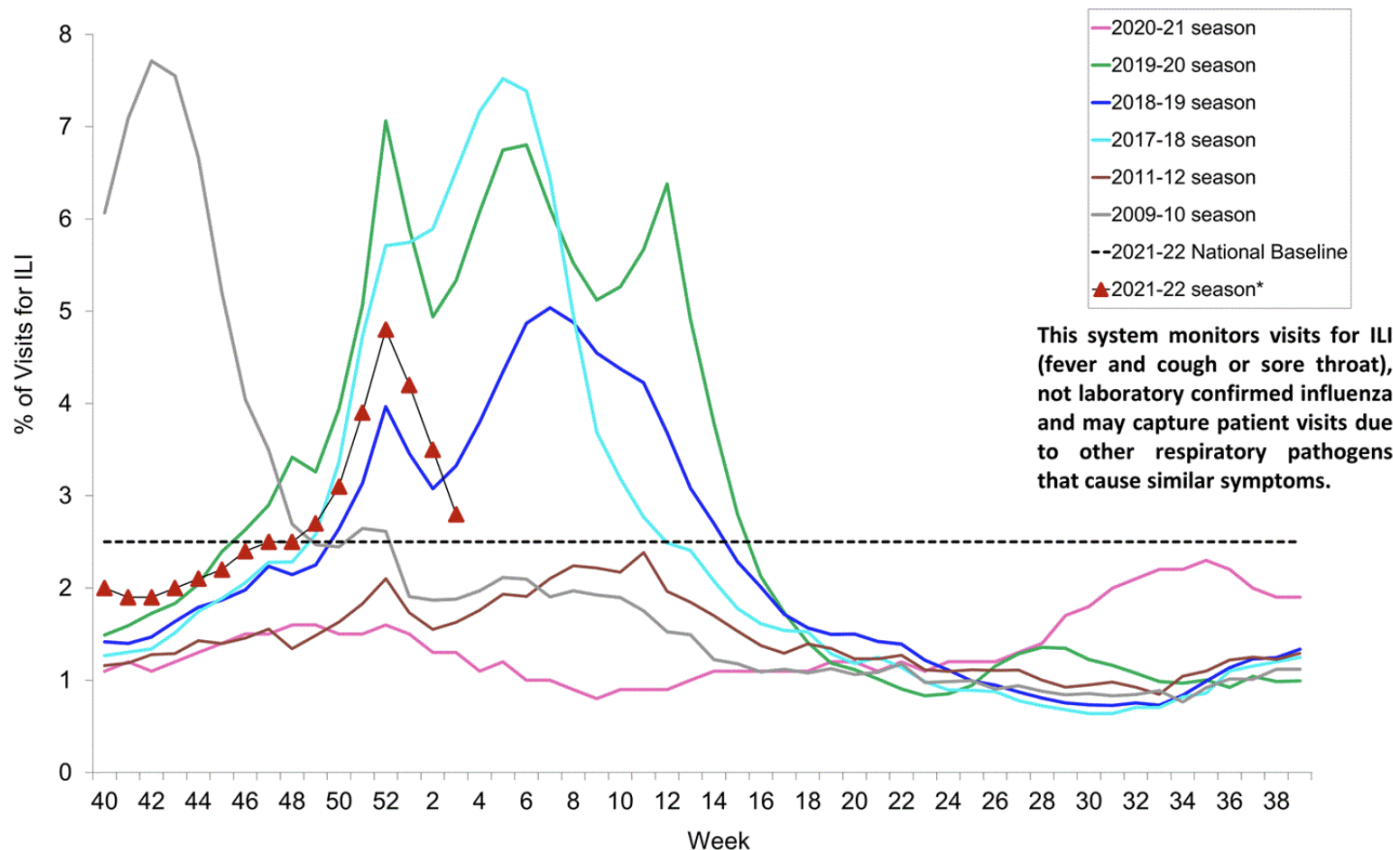


# 米国：外来受診者中のILI患者の割合

直近の過小評価に注意



Percentage of Outpatient Visits for Respiratory Illness Reported By The U.S. Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network (ILINet), Weekly National Summary, 2021-2022\* and Selected Previous Seasons



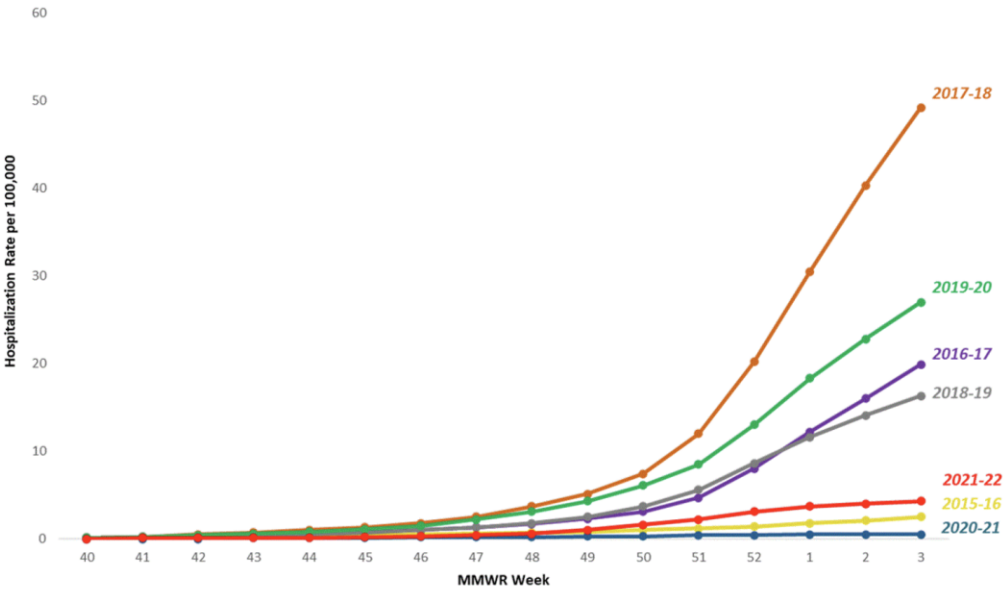
Information on outpatient visits to health care providers for influenza-like illness (ILI) is collected through the U.S. Outpatient Influenza-like Illness Surveillance Network (ILINet). ILINet consists of outpatient healthcare providers in all 50 states, Puerto Rico, the District of Columbia and the U.S. Virgin Islands. Approximately 85 million patient visits were reported during the 2020-21 season. Each week, approximately 3,000 outpatient healthcare providers around the country report to CDC the number of patient visits for ILI by age group (0-4 years, 5-24 years, 25-49 years, 50-64 years, and ≥65 years) and the total number of visits for any reason. A subset of providers also reports total visits by age group. For this system, ILI is defined as fever (temperature of 100°F [37.8°C] or greater) and a cough and/or a sore throat. The case definition no longer includes “without a known cause other than influenza”. Sites with electronic health records use an equivalent definition as determined by public health authorities. Since ILINet monitors visits for ILI and not laboratory-confirmed influenza, it will capture visits due to any respiratory pathogen that presents with ILI symptoms. These data should be evaluated in the context of other surveillance data to obtain a complete and accurate picture of influenza virus activity.

Nationwide, during week 3, 2.8% of patient visits reported through ILINet were due to respiratory illness that included fever plus a cough or sore throat, also referred to as ILI. This percentage is above the national baseline. Five of the 10 HHS regions are above their region-specific baselines (Regions 3,4,6,7, and 10), and the remaining regions are below their baselines. Multiple respiratory viruses are co-circulating, and the relative contribution of influenza virus infection to ILI varies by location.

# 米国：10万人あたりの累積入院率

直近の過小評価に注意

Cumulative Rate of Laboratory-Confirmed Influenza Hospitalizations among cases of all ages, 2015-16 to 2021-22, MMWR Week 03



\*\*In this figure, cumulative rates for all seasons prior to the 2021-22 season reflect end-of-season rates. For the 2021-22 season, rates for recent hospital admissions are subject to reporting delays. As hospitalization data are received each week, prior case counts and rates are updated accordingly.

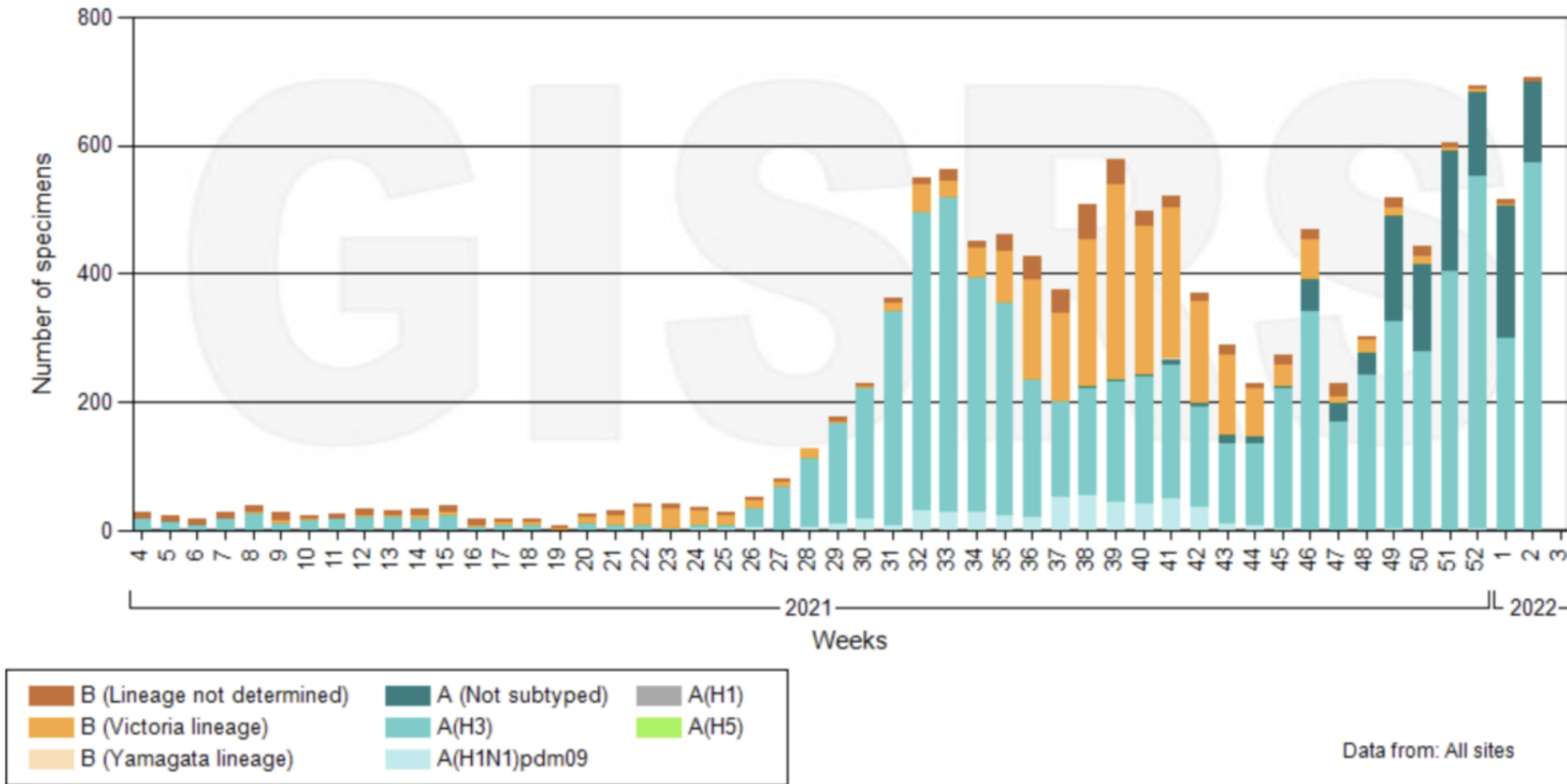
- A total of 1,250 laboratory-confirmed influenza-associated hospitalizations were reported by FluSurv-NET sites between October 1, 2021, and January 22, 2022. The overall cumulative hospitalization rate is 4.3 per 100,000 population. This cumulative hospitalization rate is higher than the cumulative in-season hospitalization rate observed for week 3 during the 2020-2021 season (0.5 per 100,000), but lower than the in-season rates observed for week 3 during the 4 seasons preceding the COVID-19 pandemic.
- When examining rates by age, the highest rate of hospitalization per 100,000 population was among adults aged  $\geq 65$  years (11.3); within this group, rates were highest among adults aged  $\geq 85$  years (24.0). Among persons aged  $< 65$  years, hospitalization rates per 100,000 population were highest among children aged 0-4 years (6.2) followed by adults aged 50-64 years (4.0).
- Among 1,250 hospitalizations, 1,178 (94.2%) were associated with influenza A virus, 62 (5.0%) with influenza B virus, 5 (0.4%) with influenza A virus and influenza B virus co-infection, and 5 (0.4%) with influenza virus for which the type was not determined. Among 295 hospitalizations with influenza A subtype information, 292 (99.0%) were A(H3N2) and 3 (1.0%) were A(H1N1)pdm09. Based on preliminary data, of the 1,250 laboratory-confirmed influenza-associated hospitalizations, 1.9% also tested positive for SARS-CoV-2.
- Among 444 hospitalized adults with information on underlying medical conditions, 89.6% had at least one reported underlying medical condition. Among 52 hospitalized children with information on underlying medical conditions, 55.8% had at least one reported underlying medical condition; the most commonly reported was asthma.

- The Influenza Hospitalization Surveillance Network (FluSurv-NET) conducts population-based surveillance for laboratory-confirmed influenza-related hospitalizations in select counties in 14 states and represents approximately 9% of the U.S. population. FluSurv-NET hospitalization data are preliminary. Case counts and rates for recent hospital admissions are subject to reporting delays; these delays are likely to be more pronounced around holidays. As hospitalization data are received each week, prior case counts and rates are updated accordingly. As such, end-of-season rates for any given week may vary substantially from in-season reported rates.

# 熱帯地域/アジア (WPR地域除く)

## Number of specimens positive for influenza by subtype in Southern Asia

Number of specimens positive for influenza by subtype



- In Southern Asia, influenza detections continued to be elevated with predominantly influenza A(H3N2) detections. While activity increased in Bhutan, Iran (Islamic Republic of) and Pakistan, it decreased or remained stable in India, the Maldives and Nepal.
- In South East Asia, the Philippines reported a few detections of influenza A.

Data source: FluNet ([www.who.int/toolkits/flunet](http://www.who.int/toolkits/flunet)). Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

Data generated on 24/01/2022

# WHO西太平洋地域（2022年3週まで）

直近の過小評価に注意



前回

今回

Table 1: Cumulative data reported to FluNet from Western Pacific Region, week 2, 2021 to week 1, 2022

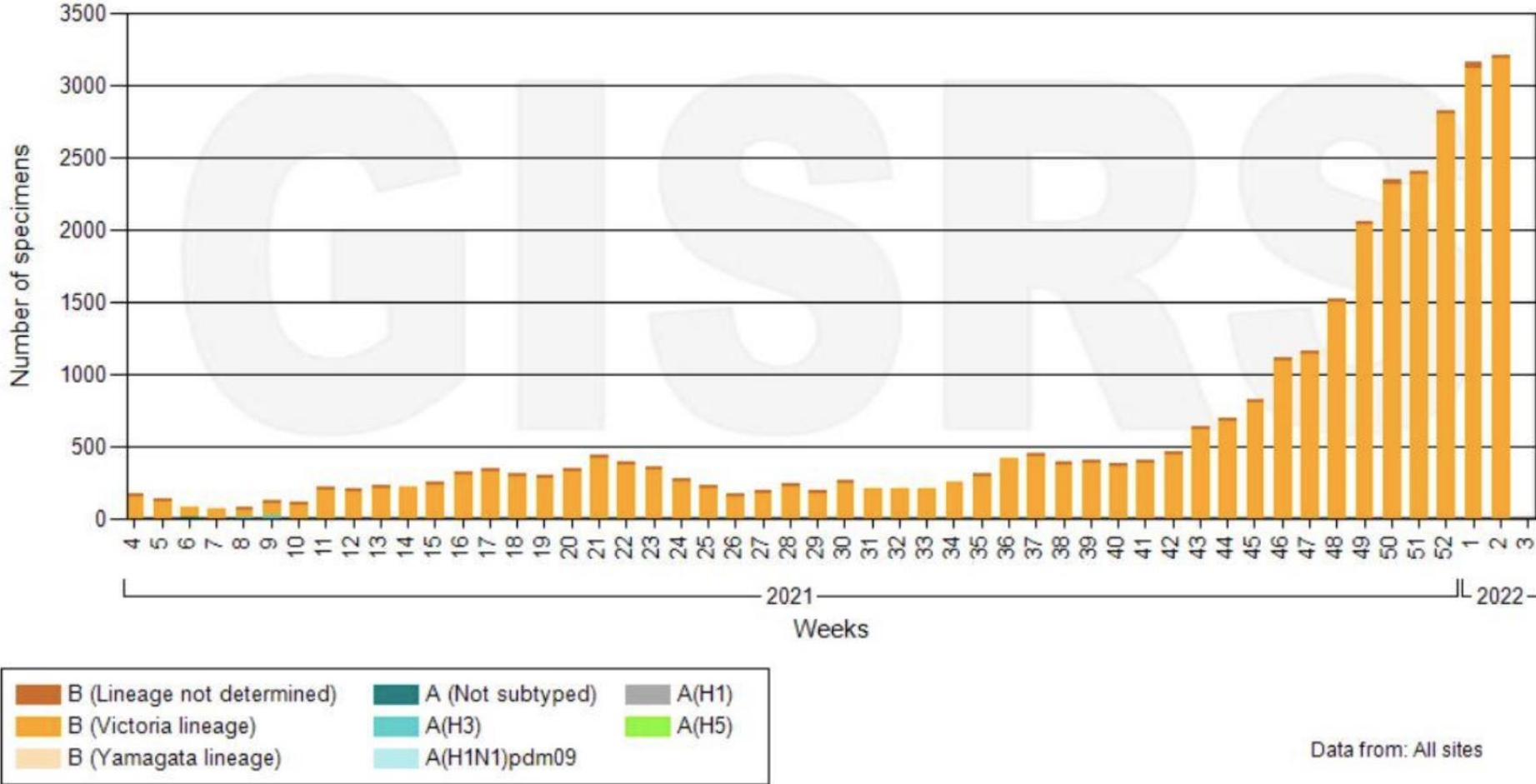
Country (most recent week of report)	Total number of specimens processed	Total number of influenza positive specimens
Australia (1 of 2022)	113 091	8
Cambodia (42)	4 979	0
China (52)	634 627	26 184
Fiji (47)	734	-
Japan (51)	-	5
Lao People's Democratic Republic (52)	2 650	146
Malaysia (45)	2 782	6
Mongolia (52)	897	2
New Caledonia	-	-
New Zealand	-	-
Papua New Guinea	-	-
Philippines (52)	790	99
Republic of Korea (1 of 2022)	4 765	0
Singapore (52)	2 500	1
Viet Nam (50)	711	39

2022?

Table 1: Cumulative data reported to FluNet from Western Pacific Region, week 1, 2021 to week 3, 2022

Country (most recent week of report)	Total number of specimens processed	Total number of influenza positive specimens
Australia (3 of 2022)	6,085	2
Cambodia	-	-
China (22 of 2022)	25,415	6,368
Fiji	-	-
Japan (1of2022)	-	-0
Lao People's Democratic Republic (2 of 2022)	20	0
Malaysia	-	-
Mongolia (2 of2022)	234	2
New Caledonia	-	-
New Zealand	-	-
Papua New Guinea	-	-
Philippines (2 od 2022)	49	2
Republic of Korea (1 of 2022)	1,46	0
Singapore ( 2of2022)	74	0
Viet Nam	-	-

- Influenza A and B are co-circulating, however, the majority of cases reported from week 1, to week 2, 2022 have been Influenza B.
- Caution should be taken when interpreting these data as there are reporting delays.



- Influenza A and B are co-circulating, however, the majority of cases reported from week 1, to week 2, 2022 have been Influenza B.
- Caution should be taken when interpreting these data as there are reporting delays.

**Figure 1: Number of specimens positive for influenza by subtype, Western Pacific Region, week 2 2021 to week 2, 2022 (Source: [WHO FLUNET](https://www.who.int/data/stories/flunet))**



第70回(令和4年2月2日) 新型コロナウイルス感染症対策 アドバイザリーボード	資料3-2②
鈴木先生提出資料	

2022年1月24日までに報告があった重症例及び死亡例

報告数：n=81（重症例：39例、死亡：39例、重症/死亡ステータス未入力：3例）

集計方法：2022年1月24日0時時点でのHER-SYSと、自治体から報告があった症例（令和4年1月14日付事務連絡）のHER-SYS IDを突合し、HER-SYS項目及び報告があった内容を用いて集計\*（突合不可症例：10例）

\*オミクロン株確定例のみに限らない

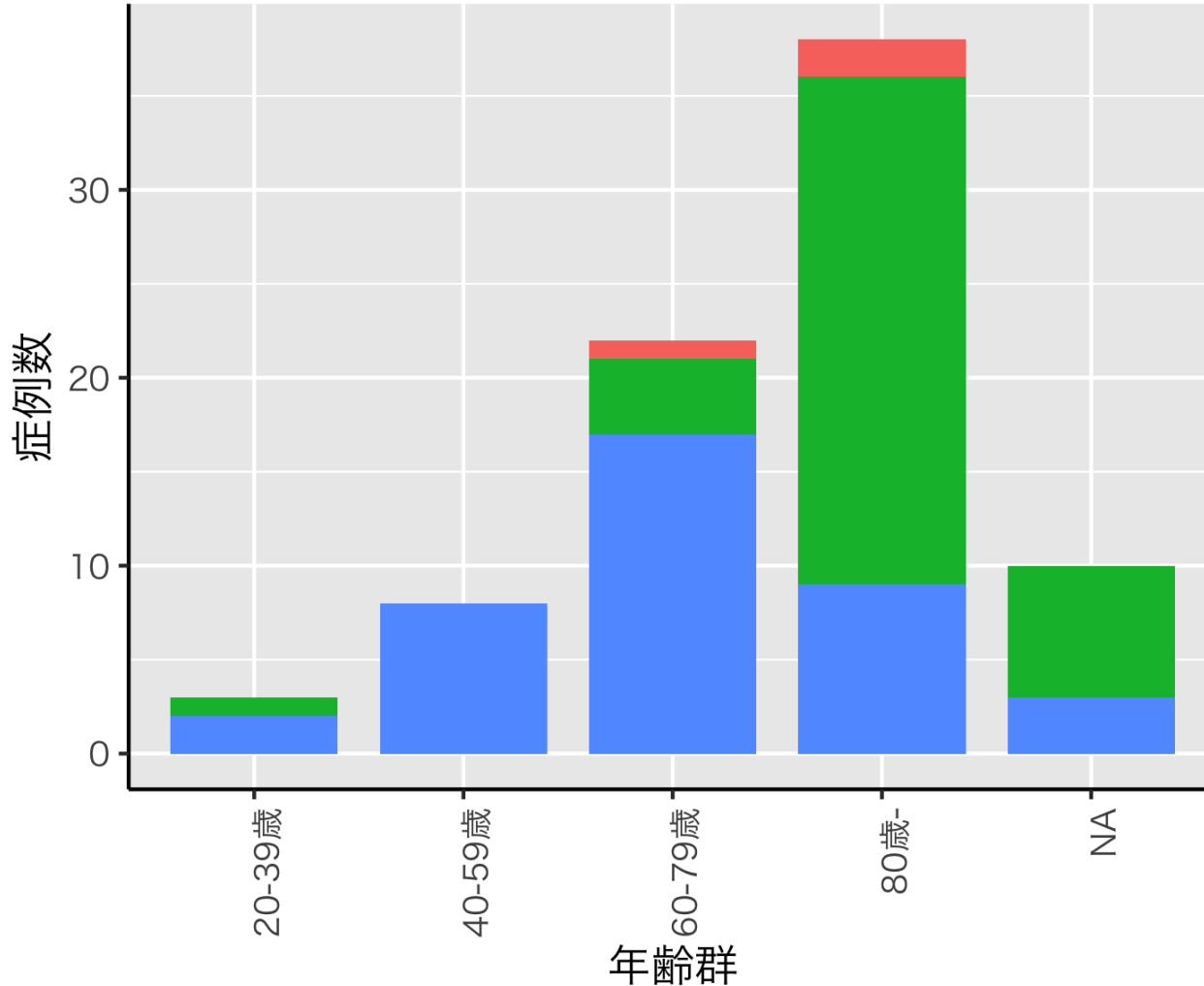
重症例の定義：陽性者のうち診療の手引第6.1版の重症度分類に基づく重症例

死亡例の定義：陽性者のうち死亡した例

## 年齢分布

- 重症例では中央値72歳、死亡例では中央値87.5歳であり死亡例の方が高齢傾向であった。

■ 重症 ■ 死亡 ■ 未入力



全症例 (n=81)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
30.0	71.5	81.0	76.68	88.5	100

重症例 (n=39)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
30.0	56.75	72.0	68.17	79.25	94.0

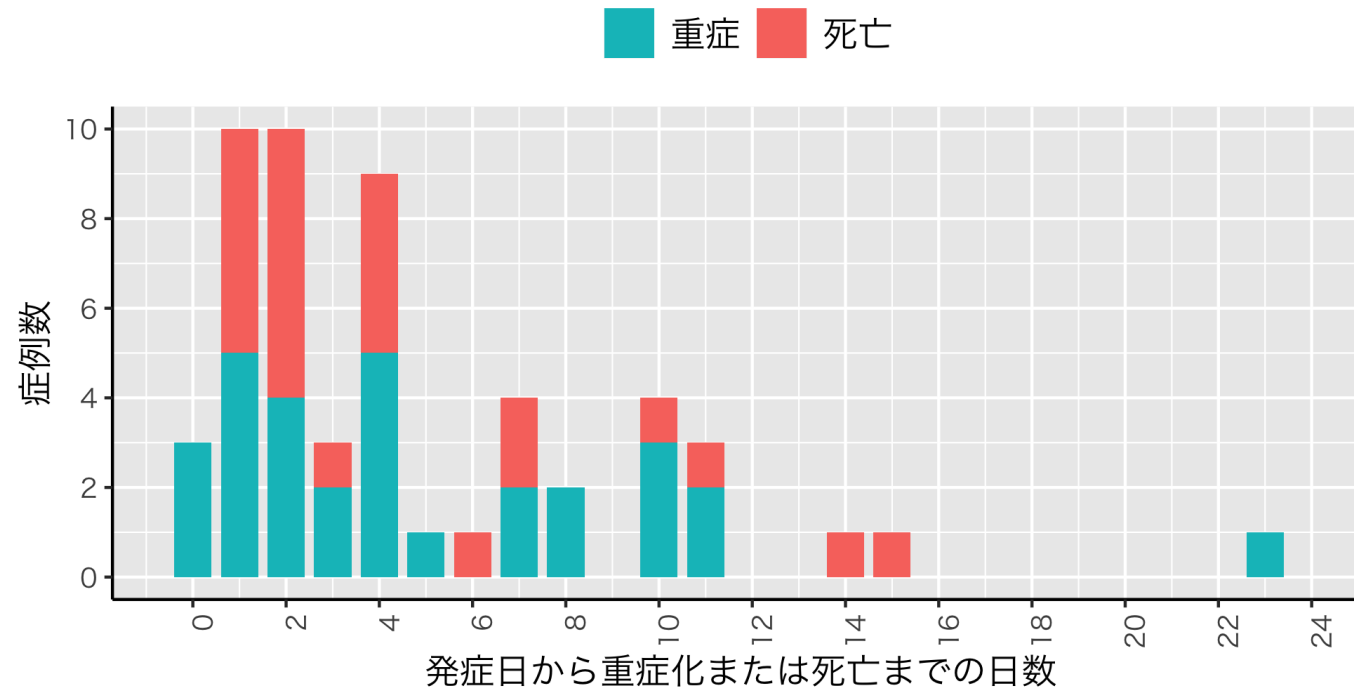
死亡例 (n=39)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
39.0	83.0	87.5	85.06	92.0	100

## 発症日から重症化または死亡までの日数

重症例は重症化までの日数、死亡例は死亡日までの日数を算出

- ・重症例では中央値4日、死亡例では3日であり、範囲は重症例では0~23日、死亡例は1~15日であった。



### 全症例 (n=53)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
0.0	2.0	4.0	4.811	7.0	23.0

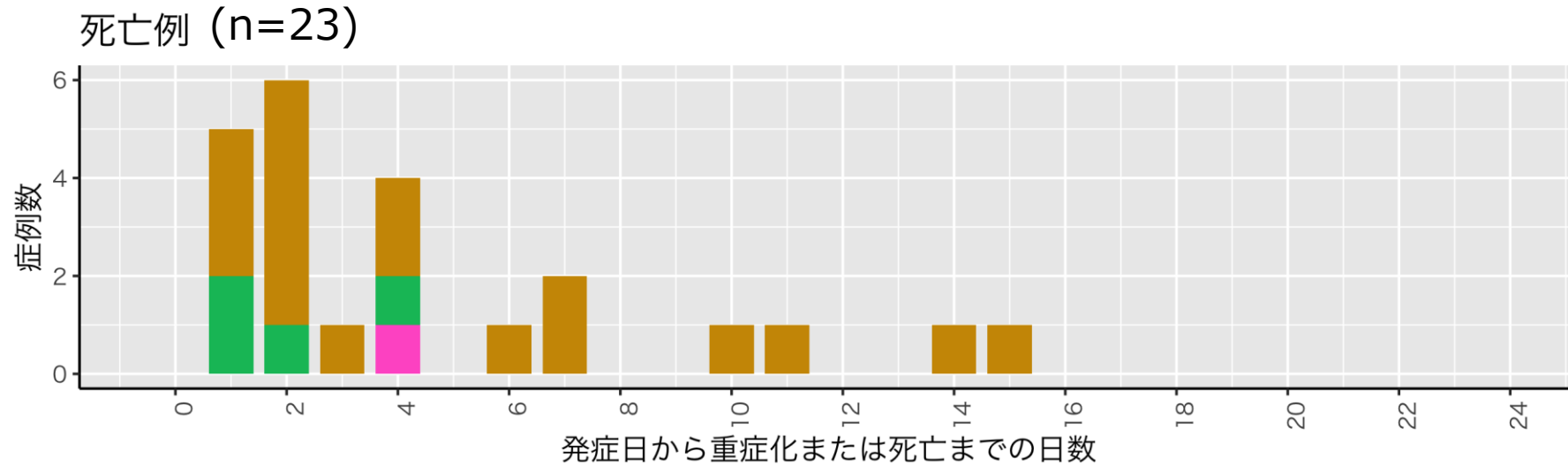
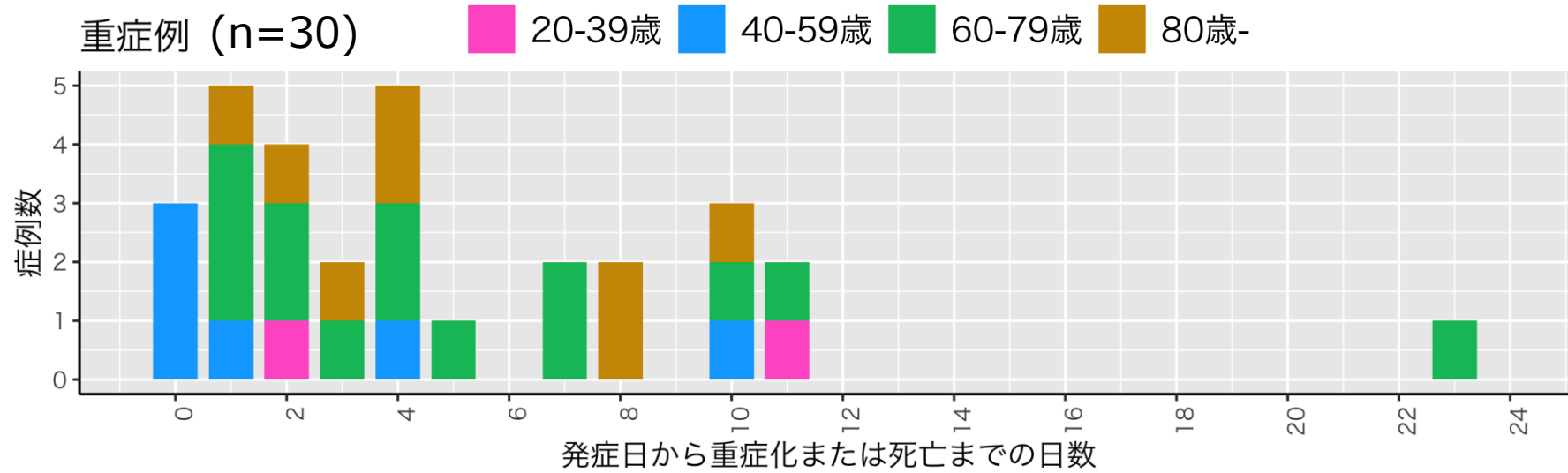
### 重症例 (n=30)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
0.0	1.25	4.0	4.967	7.75	23.0

### 死亡例 (n=23)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
1.0	2.0	3.0	4.609	6.5	15

発症日から重症化または死亡までの日数（年齢群別）  
重症例は重症化までの日数、死亡例は死亡日までの日数を算出



発症日から重症化または死亡までの日数（年齢群別）

重症例は重症化までの日数、死亡例は死亡日までの日数を算出

・重症例での各中央値は、20-39歳で6.5日、40-59歳で0.5日、60-79歳で4日、80歳以上で4日であり、死亡例での中央値は、20-39歳で4日（n=1）、60-79歳で1.5日、80歳で3.5日であった\*。

\*各年代の症例数が十分でないため解釈には注意が必要である

### 重症例 (n=30)

	n	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
20-39歳	2	2.0	4.25	6.5	6.5	8.75	11.0
40-59歳	6	0	0	0.5	2.5	3.25	10.0
60-79歳	14	1.0	2.0	4.0	5.786	7.0	23.0
80歳-	8	1.0	2.75	4.0	5.0	8.0	10.0

### 死亡例 (n=23)

	n	Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
20-39歳	1	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0	4.0
40-59歳	0	-	-	-	-	-	-
60-79歳	4	1.0	1.0	1.5	2.0	2.5	4.0
80歳-	18	1.0	2.0	3.5	5.222	7.0	15.0

# 発生届での症状

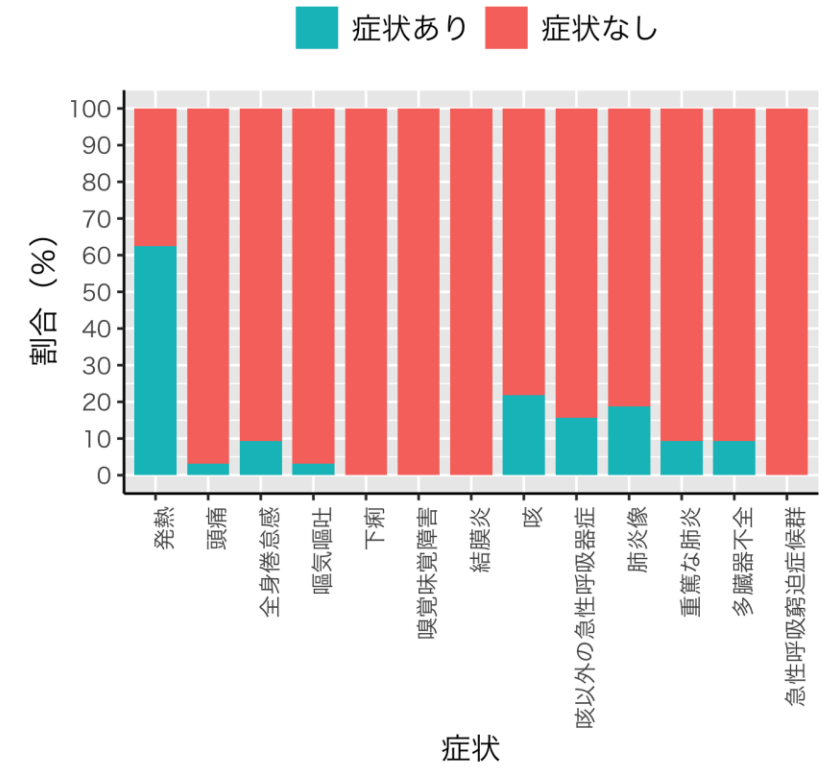
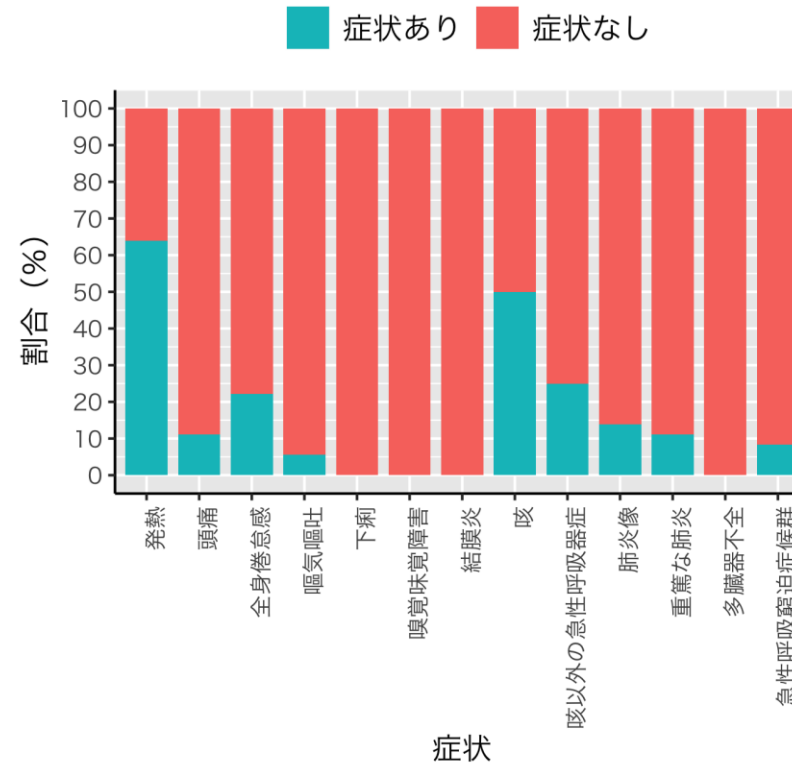
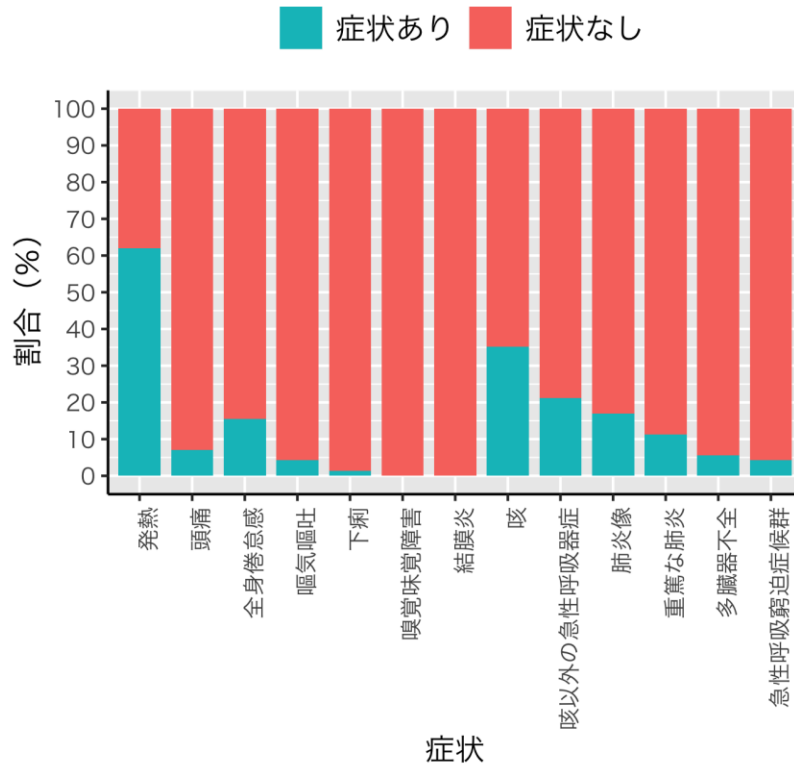
(重症/死亡ステータス未記入例3例あり)

- ・発生届時の症状としては、発熱、咳、急性呼吸器症状、肺炎像等が多く見られた。

全症例 (n=71)

重症例 (n=36)

死亡例 (n=32)

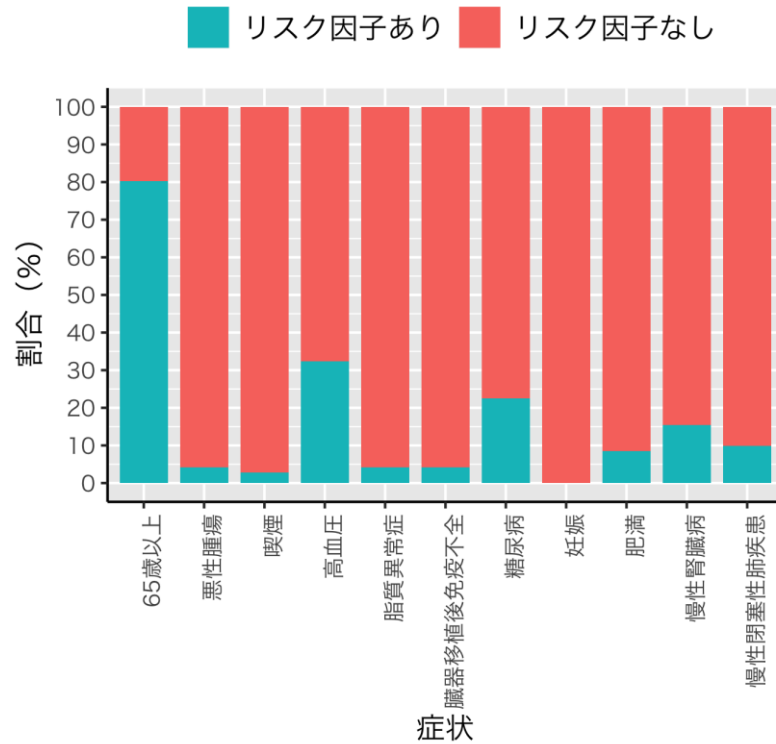


## 重症化リスク因子の有無

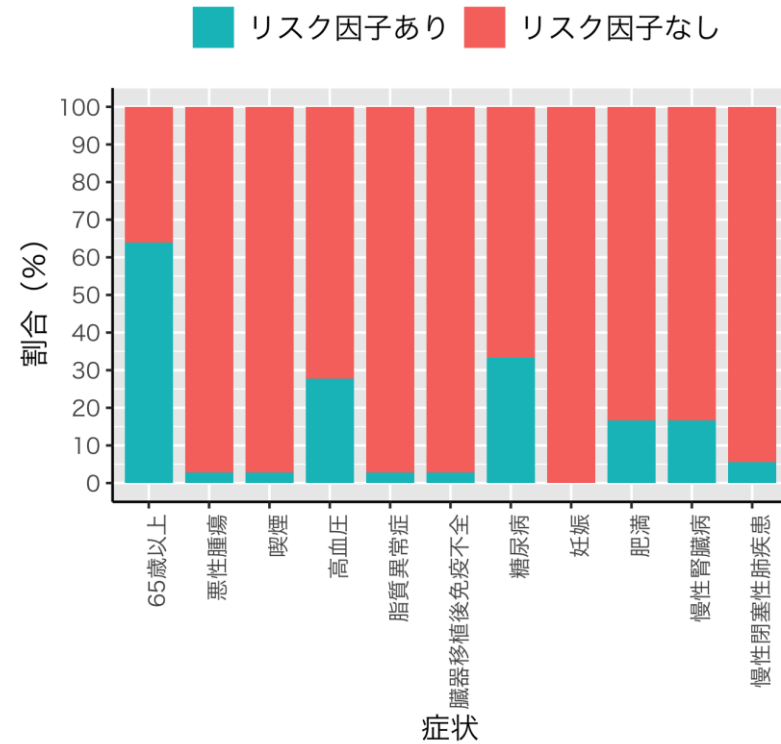
(重症/死亡ステータス未記入例3例あり)

・重症例、死亡例ともに65歳以上の症例が半数以上を締めている。他の重症化リスク因子としては高血圧、糖尿病、慢性腎臓病等を持つ症例が多く見られた。

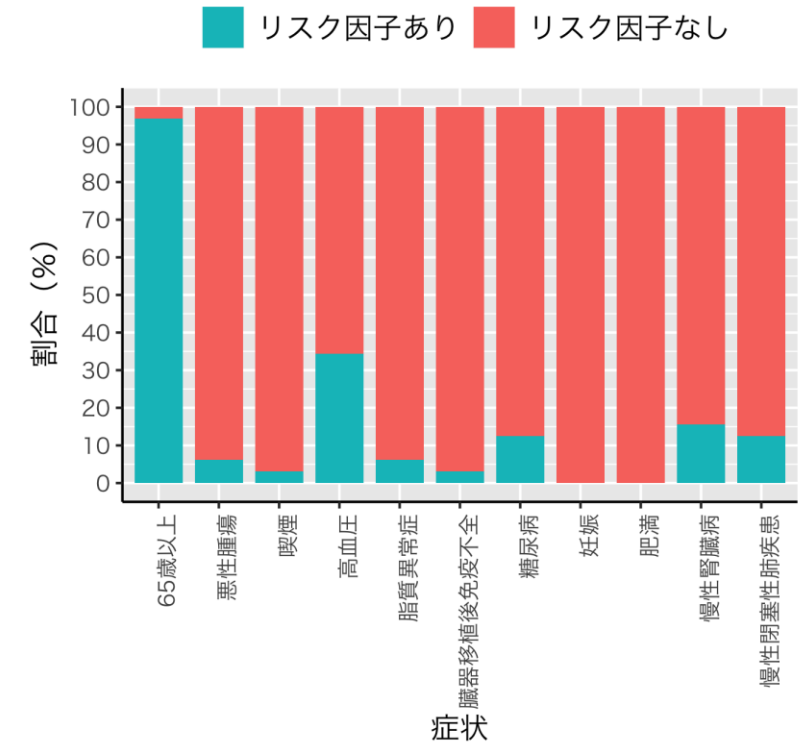
### 全症例 (n=71)



### 重症例 (n=36)

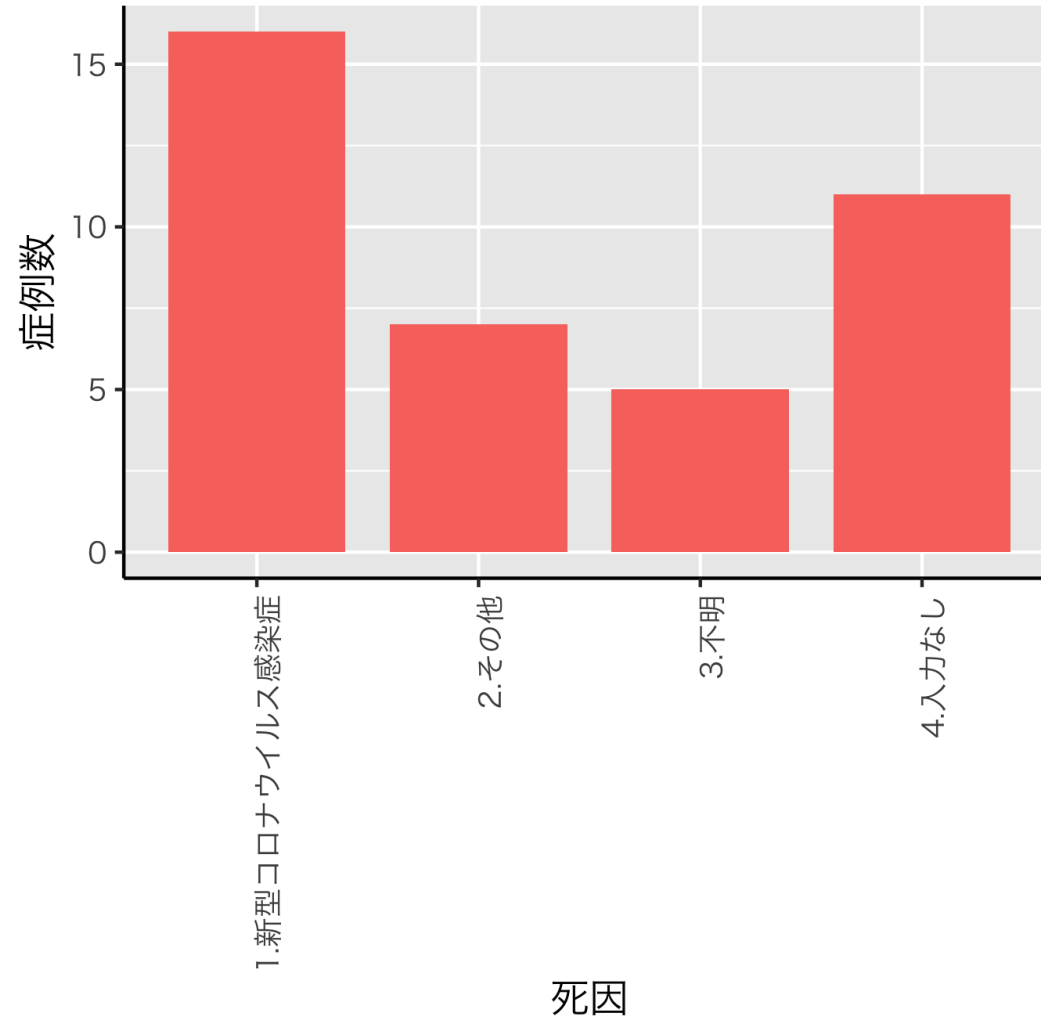


### 死亡例 (n=32)



## 死因 (n=39)

・ 入力があった28例のうち57%に当たる16例が新型コロナウイルス感染症が死因であった。  
 また、その他の死因として、うっ血性心不全、敗血症、誤嚥性肺炎が挙げられていた。



記載があったその他の死因

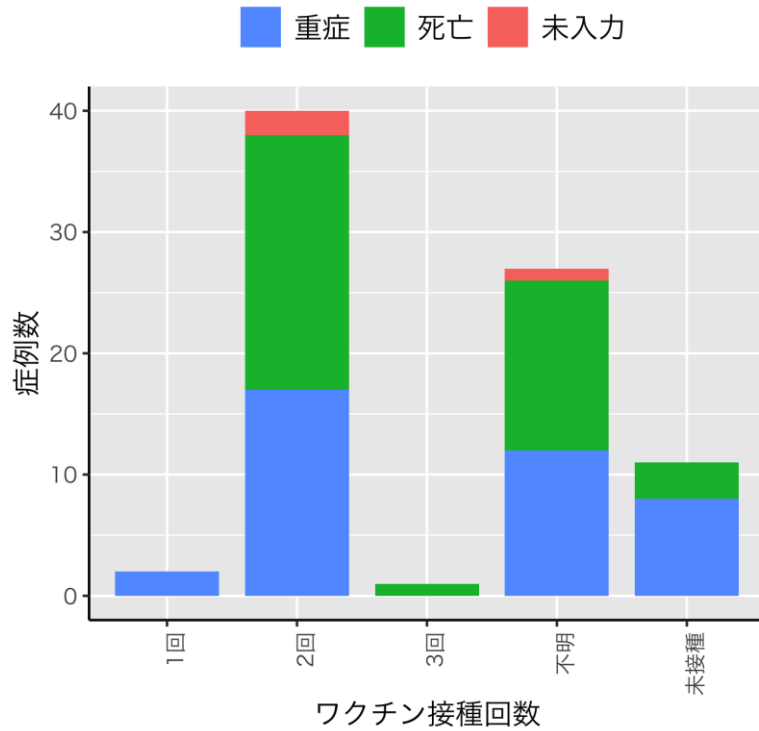
- ・ うっ血性心不全 (1例)
- ・ 敗血症 (肺炎像なし) (1例)
- ・ 誤嚥性肺炎 (1例)



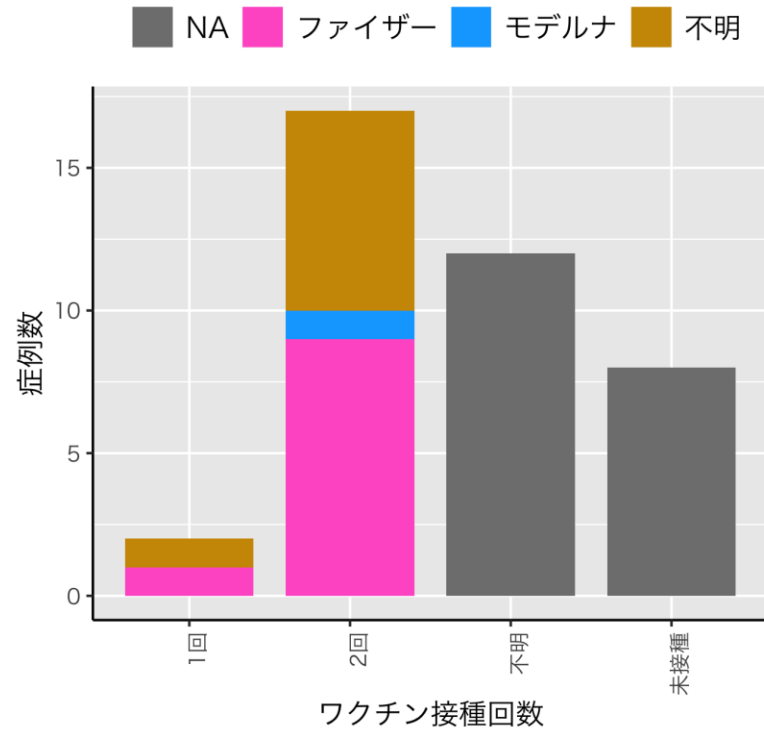
## ワクチン接種回数と接種ワクチン社名

・重症例、死亡例ともにワクチン接種者では2回接種を終えている症例が殆どであり、全症例81例中11例（13.6%）がワクチン未接種であった。ワクチン接種者のうち63%がファイザー社のワクチンを接種している。

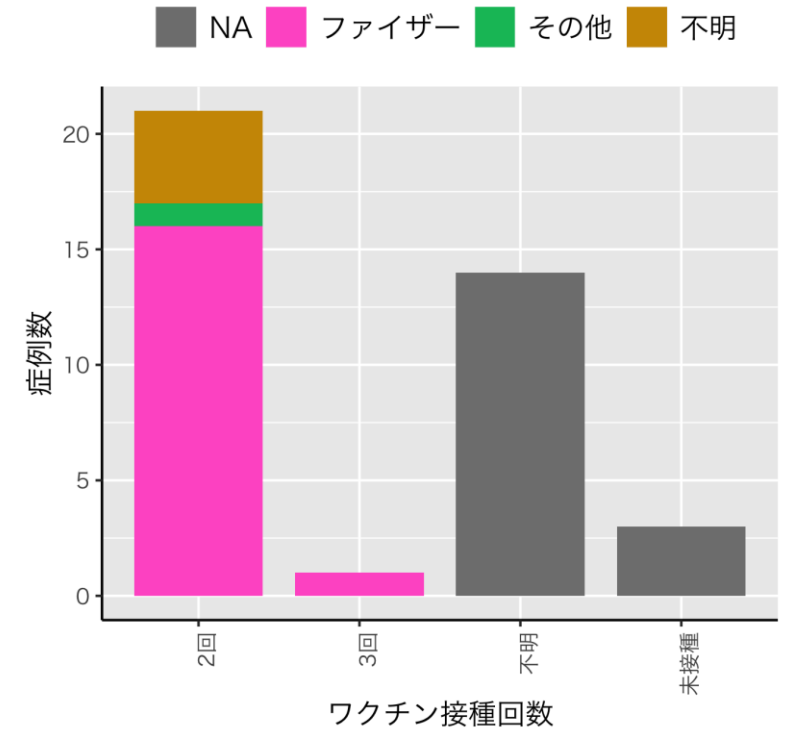
全症例 (n=81)



重症例 (n=39)

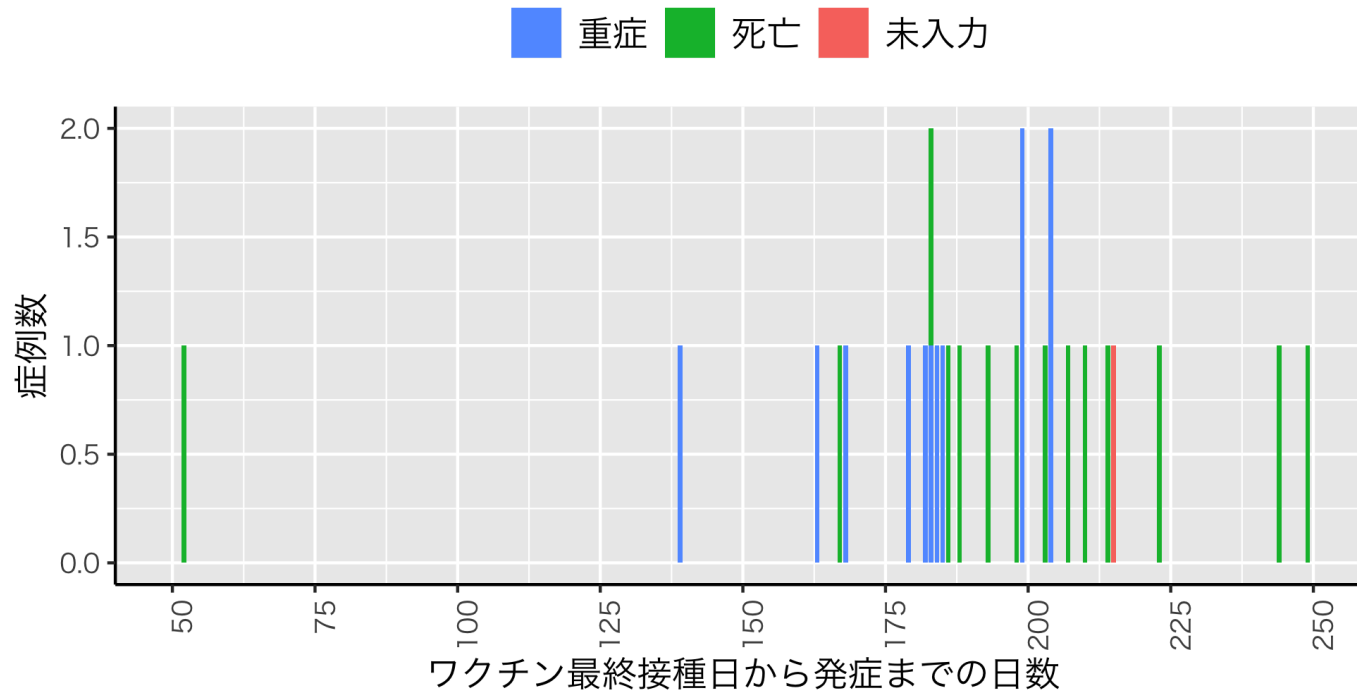


死亡例 (n=39)



## ワクチン最終接種日から発症までの日数

- ・重症例での中央値は184日、死亡例での中央値は200.5日であった。



### 全症例 (n=28)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
52.0	182.8	195.5	191.8	207.8	250.0

### 重症例 (n=13)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
139.0	179.0	184.0	187.6	199.0	250.0

### 死亡例 (n=14)

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3 <sup>rd</sup> Qu.	Max.
52.0	186.5	200.5	194.1	213.0	249.0