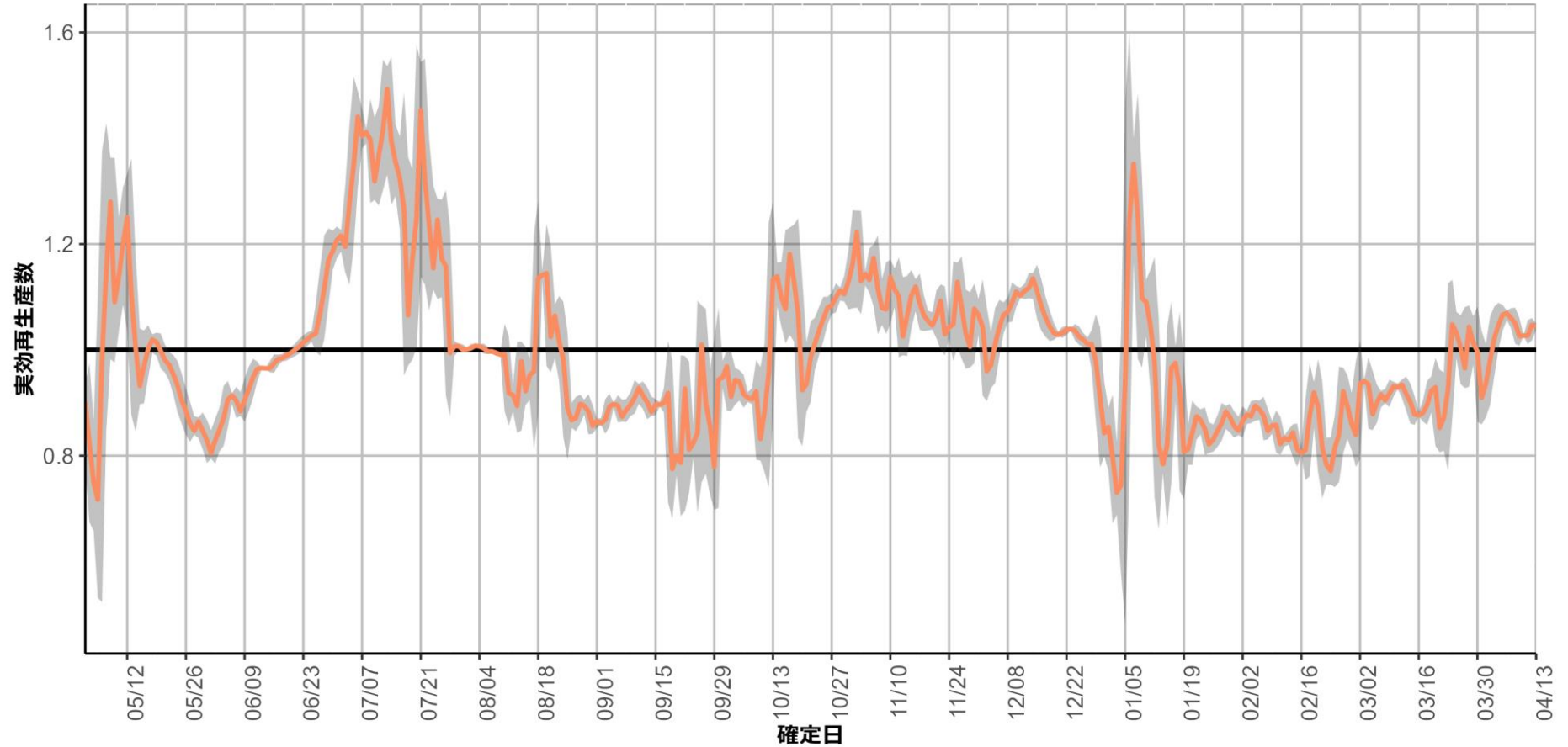


資料の要点：2023年4月17日時点

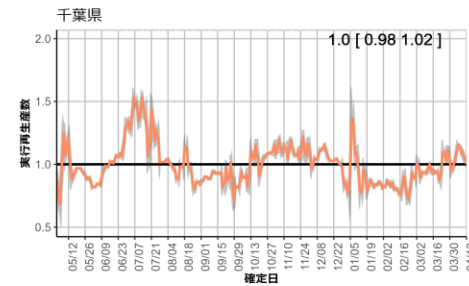
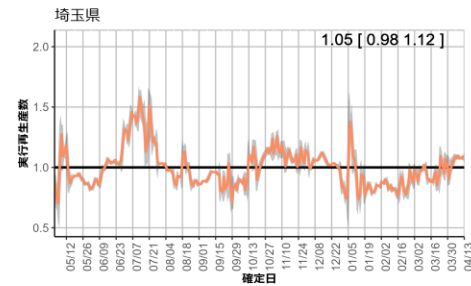
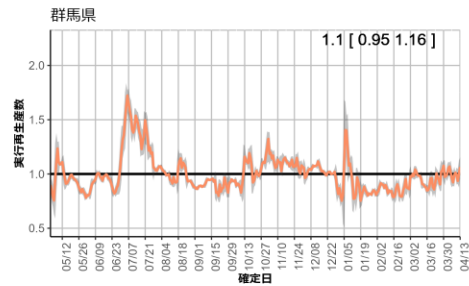
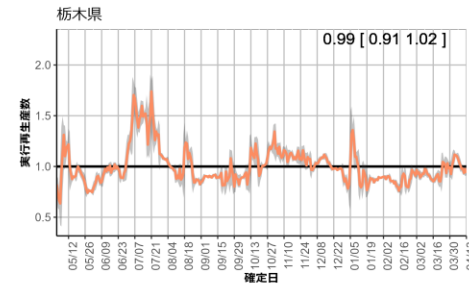
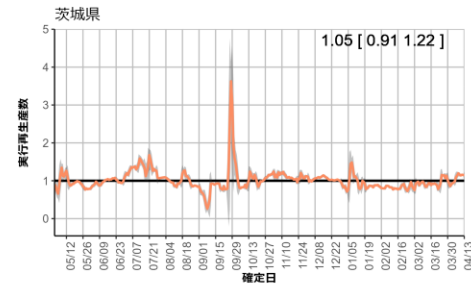
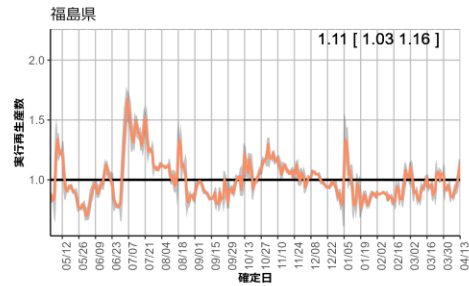
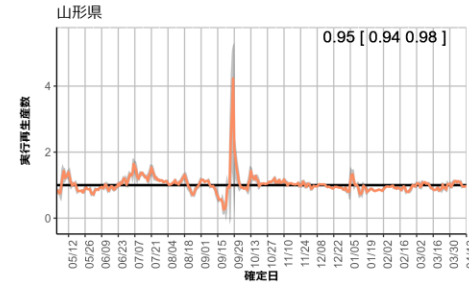
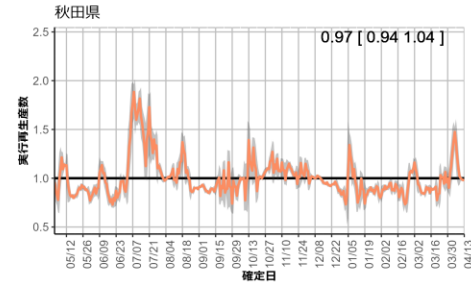
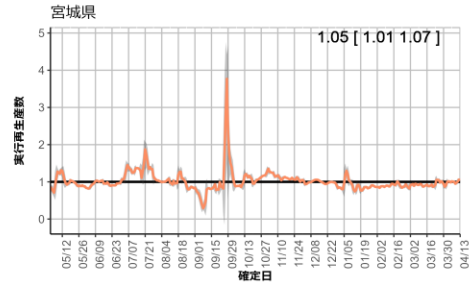
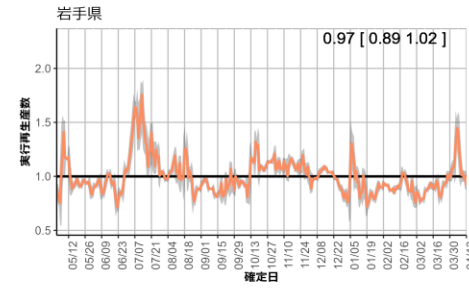
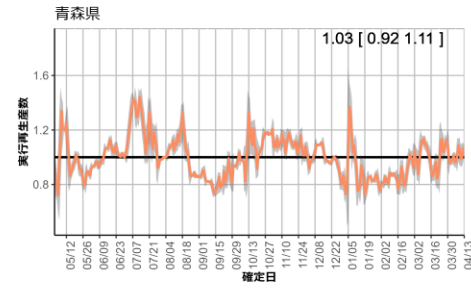
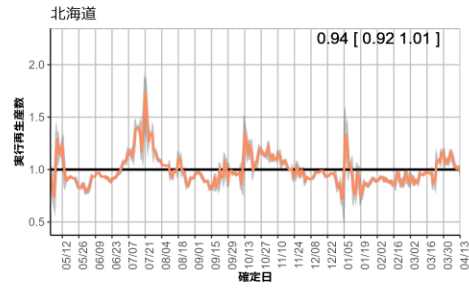
- 全国の報告数による実効再生産数は4月14日時点で1.04（参考値）であった。全数把握は継続されているが、把握されている陽性者数は受療行動、検査体制、データ入力体制の影響を受けることから、値の解釈には注意を要する（P2-6）。
- 年代別の新規症例数の推移（P7-18）、および都道府県別の流行状況を図示した（P19-48）。
- 全国および一部の都道府県で新規症例数のリアルタイム予測を行った（P49-53）。
- HER-SYSに報告された各地域別の中等症以上、重症例の報告数を図示した（P54-56）。
- 発生届出に基づく、新型コロナウイルス感染症新規入院者数および入院割合の推移を図示した（P57-63）。
- 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（P64-75）。
- 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（P76-79）。
- 3月末の意識行動調査では、全般的な不安度は横ばいであり、不要不急の外出や人が集まる場所への外出を控えた者はさらに減少した（P80）。
- 超過死亡の分析を2023年1月までのデータを使って更新した（P81-97）。44都府県において、2023年1月中の全ての死因を含む超過死亡数が過去6年の同月より多かった。
- 国内のインフルエンザの動向を示す。複数の指標で継続して減少傾向である（P98-103）。また、世界の流行状況についてまとめた（P104-114）。

報告日による全国の実効再生産数の推定：4月17日

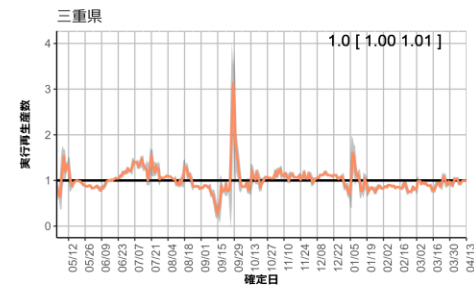
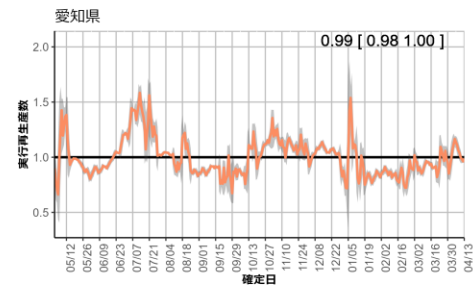
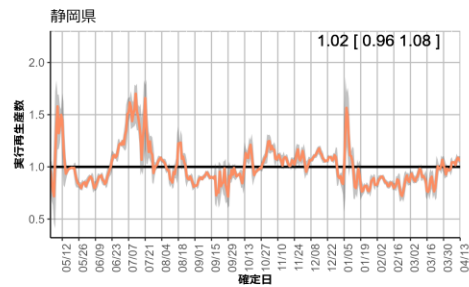
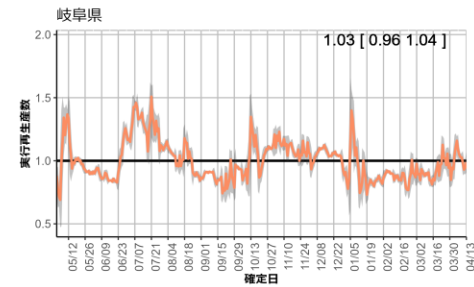
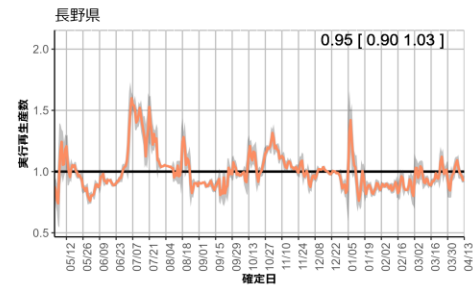
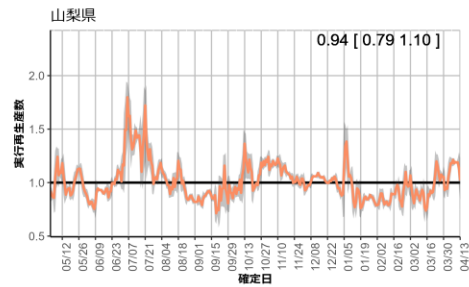
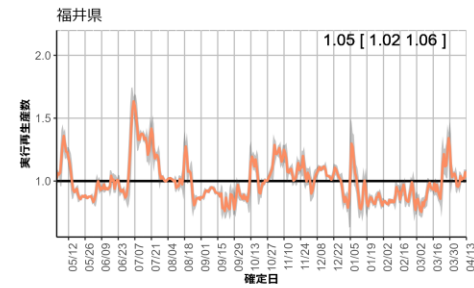
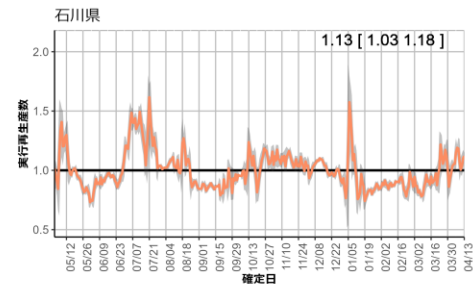
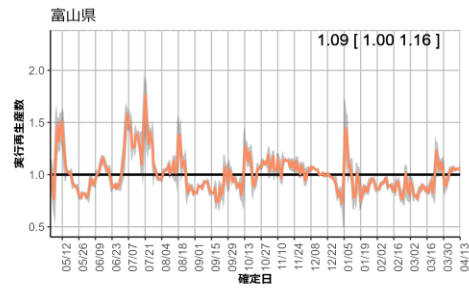
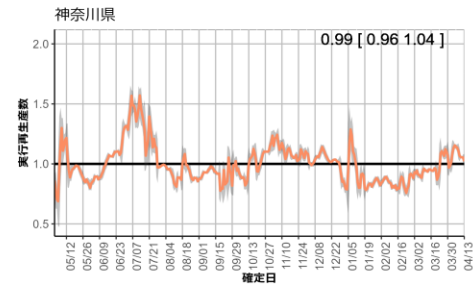
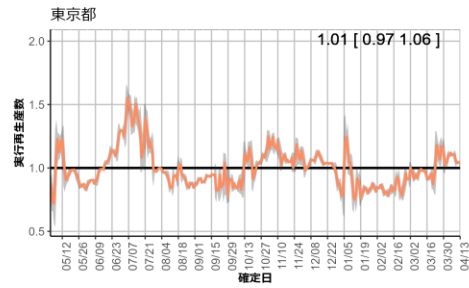
4月14日時点
 R_t [95%CI]=
 1.04 [1.02,1.05]
 (世代時間3日)



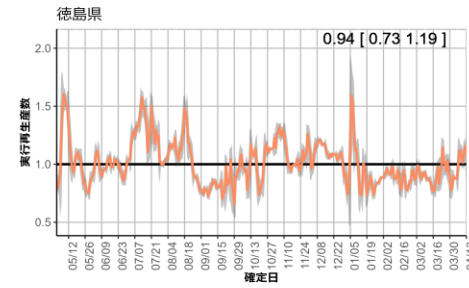
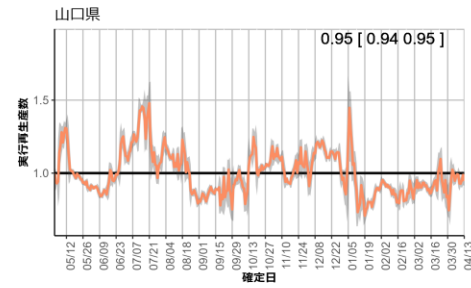
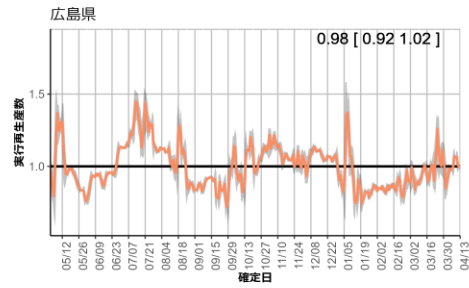
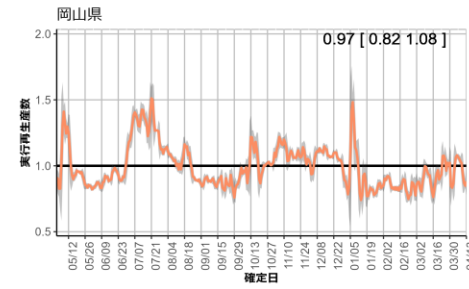
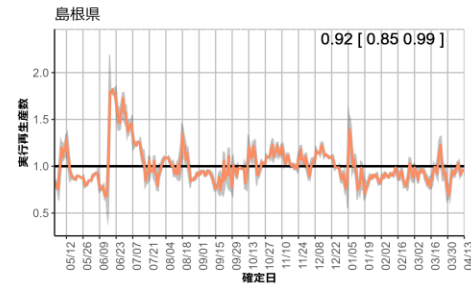
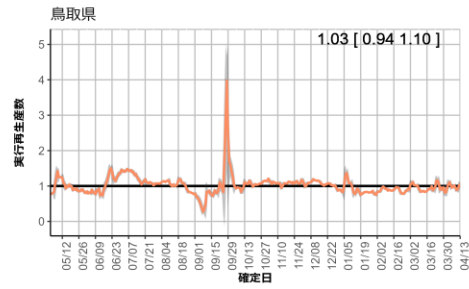
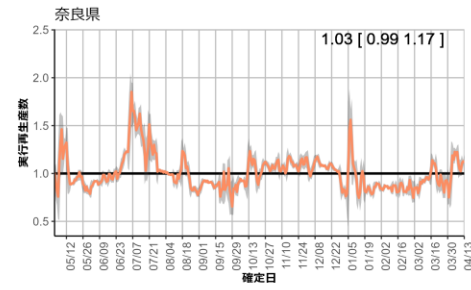
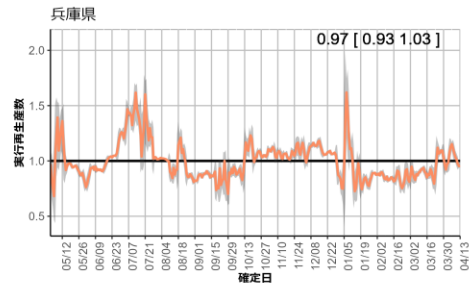
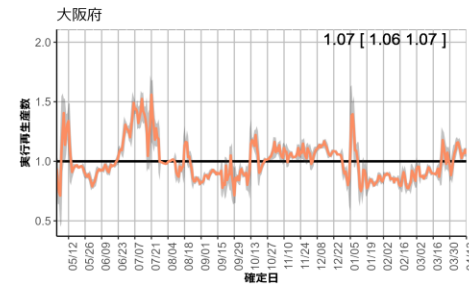
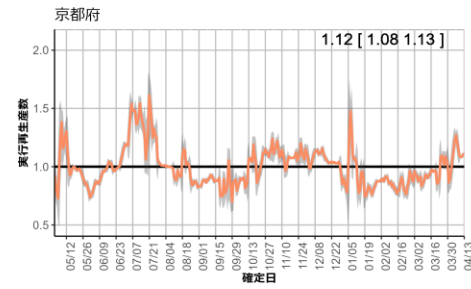
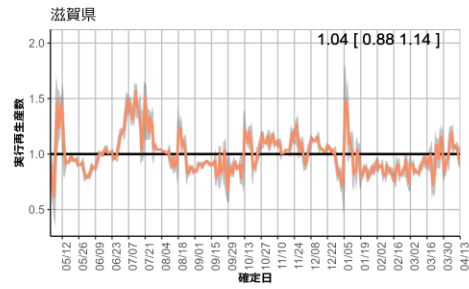
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
 報告数は事後的に修正される可能性があるため、直近での値は暫定値である。



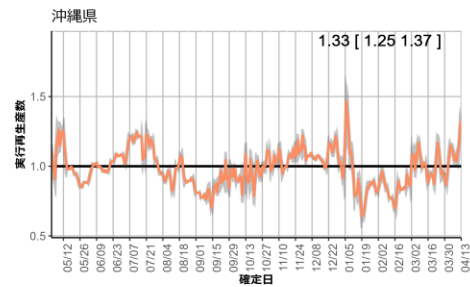
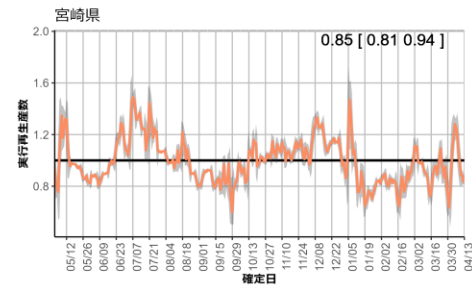
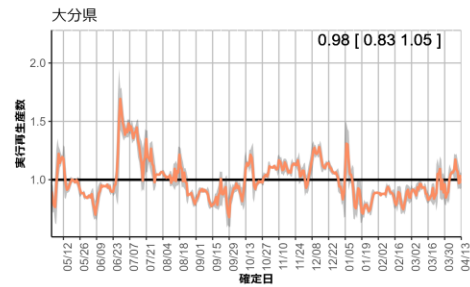
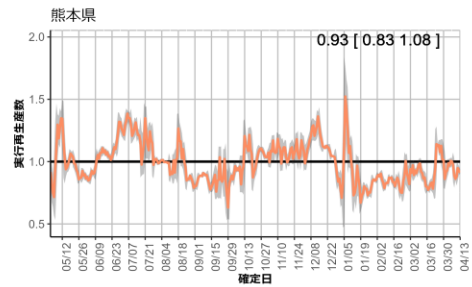
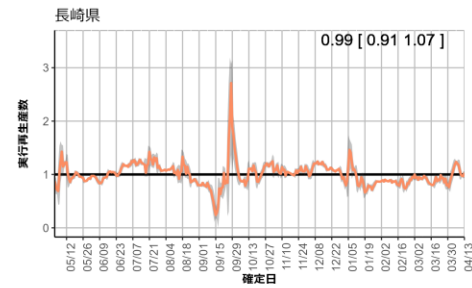
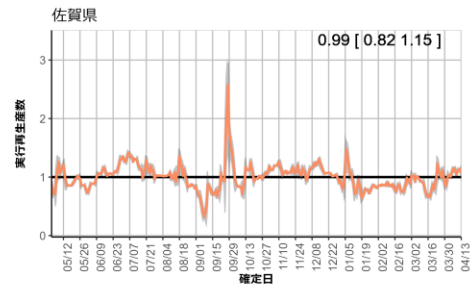
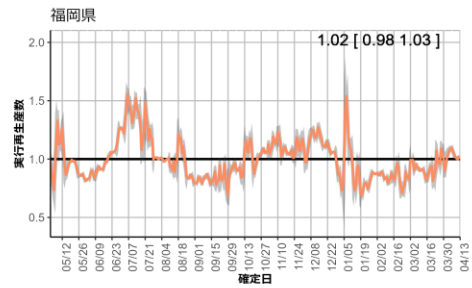
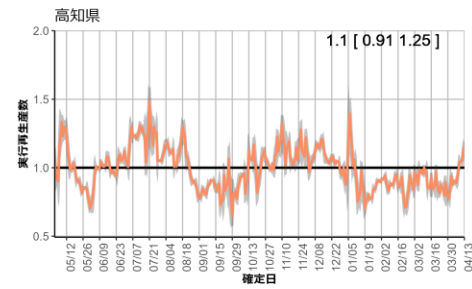
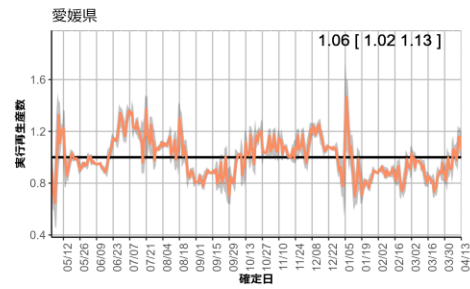
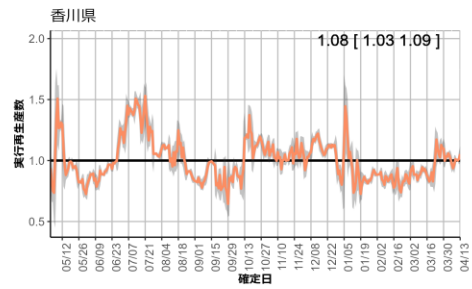
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
報告数は事後的に修正される可能性があるため、直近での値は暫定値である。



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。
報告数は事後的に修正される可能性があるため、直近での値は暫定値である。



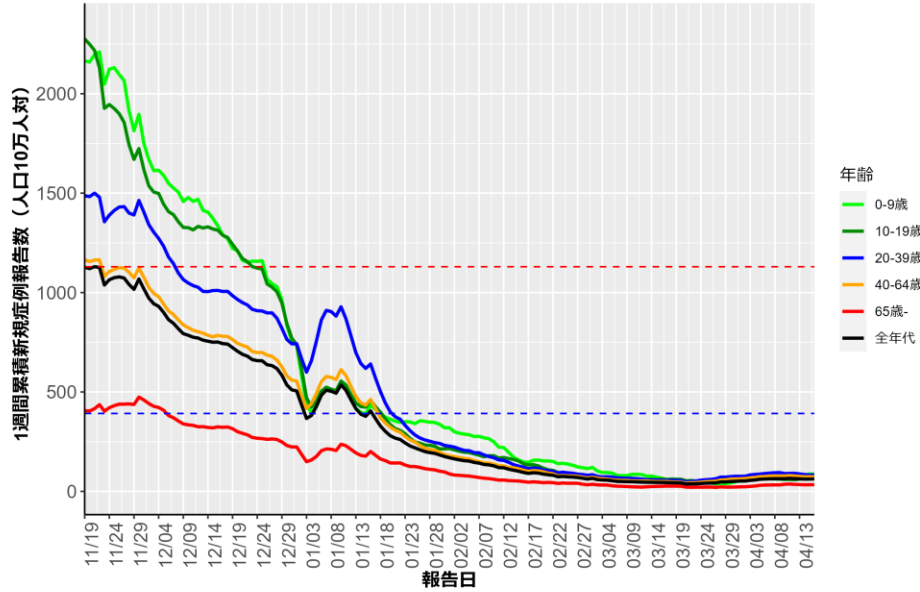
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
報告数は事後的に修正される可能性があるため、直近での値は暫定値である。



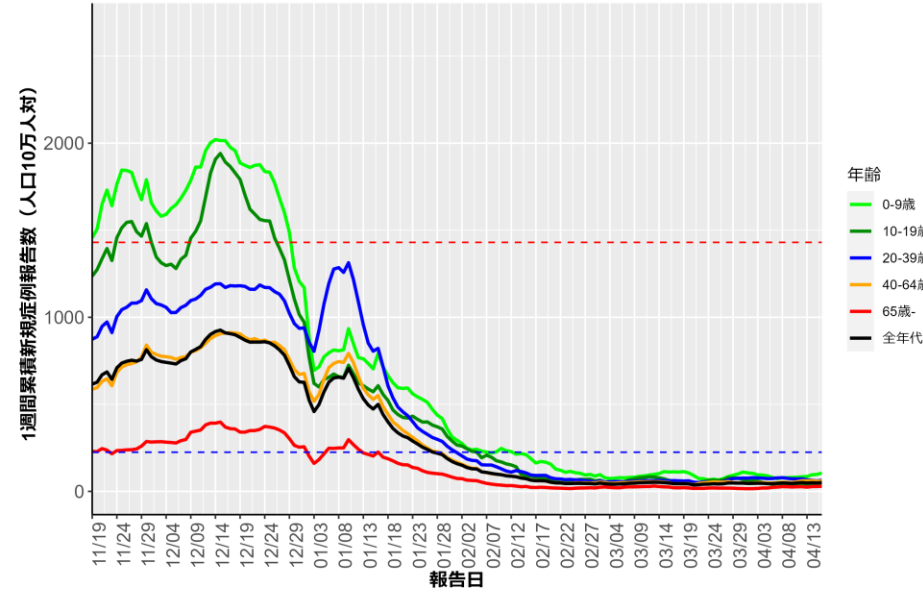
世代時間は3日を使用し、表示される数字は直近3日前の実効再生産数を示す。
報告数は事後的に修正される可能性があるため、直近での値は暫定値である。

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（4月17日時点）

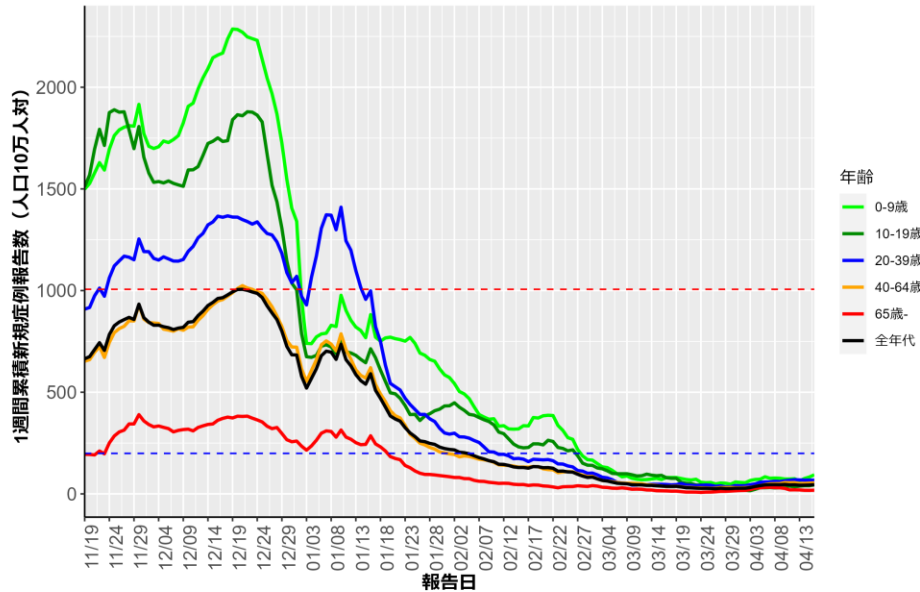
北海道 (HER-SYS)



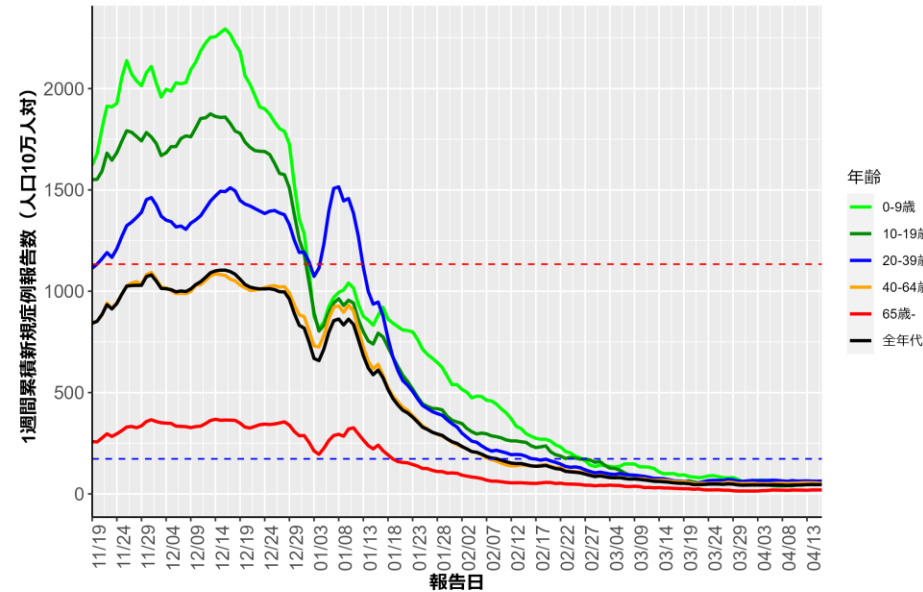
青森 (HER-SYS)



岩手 (HER-SYS)



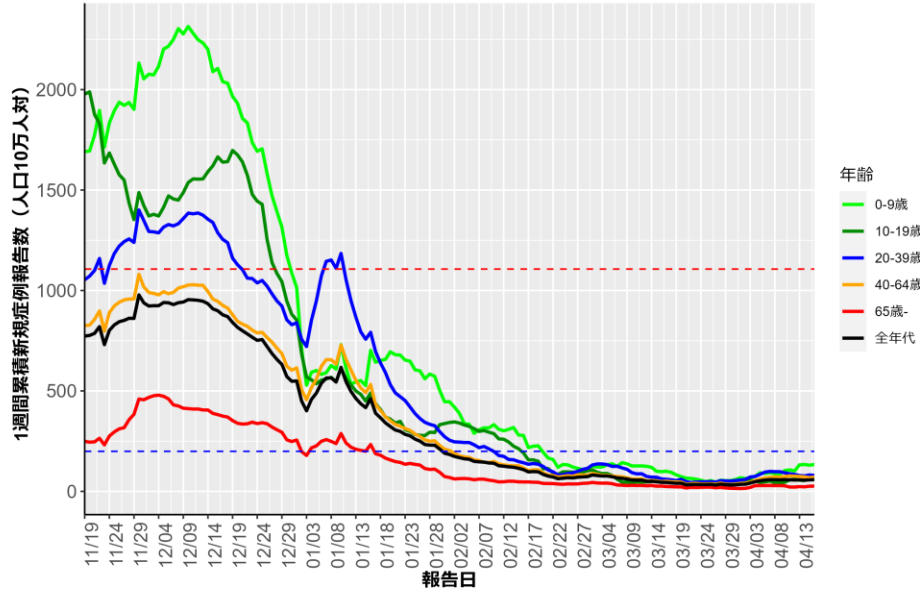
宮城 (HER-SYS)



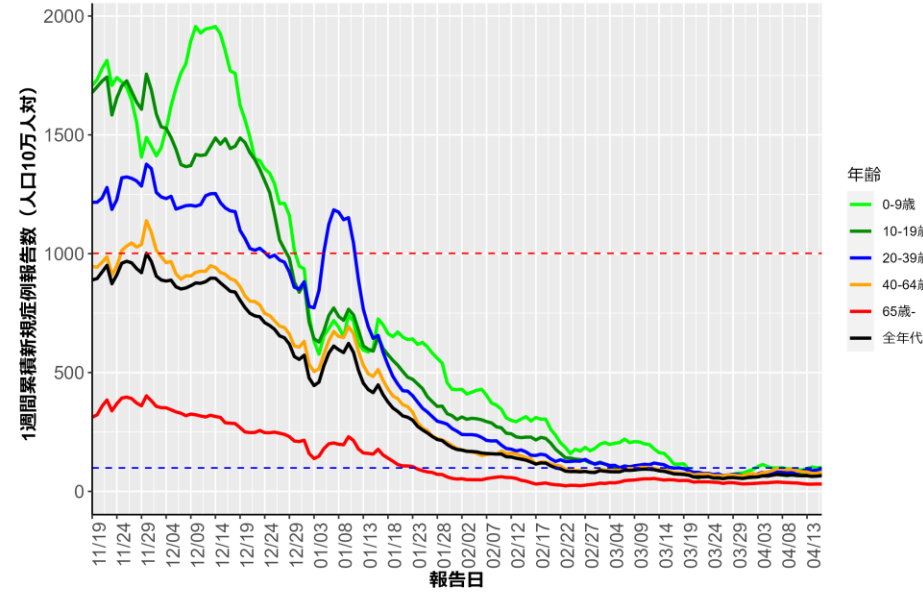
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

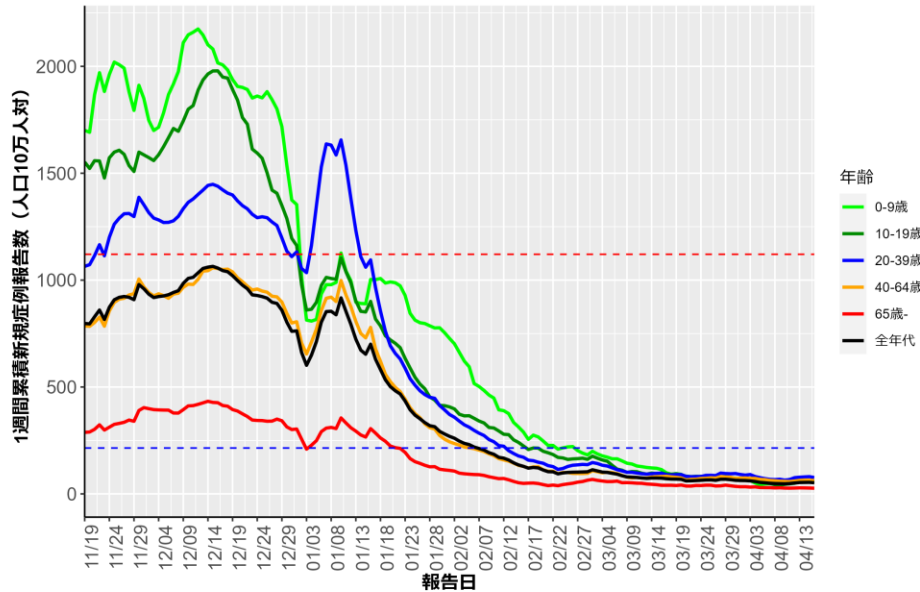
秋田（HER-SYS）



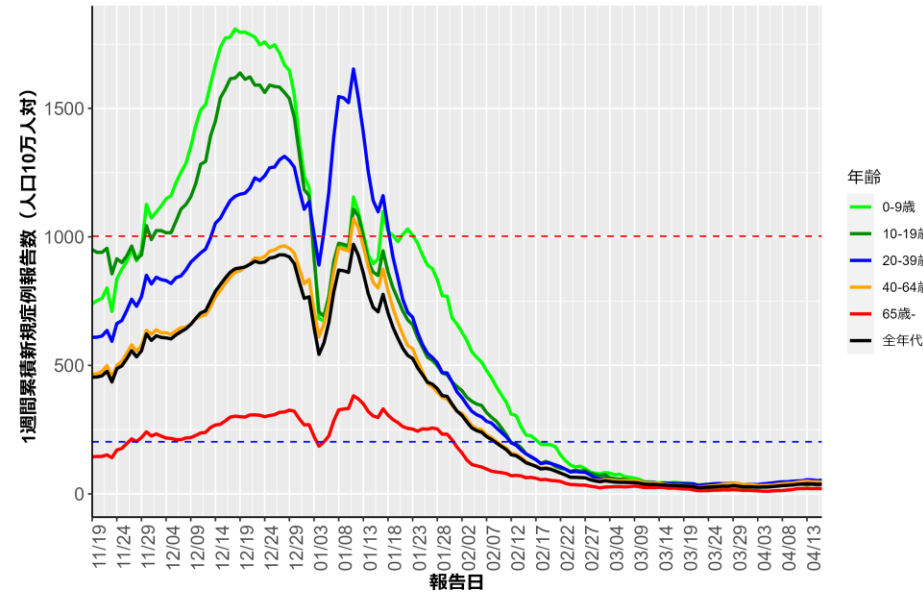
山形（HER-SYS）



福島（HER-SYS）

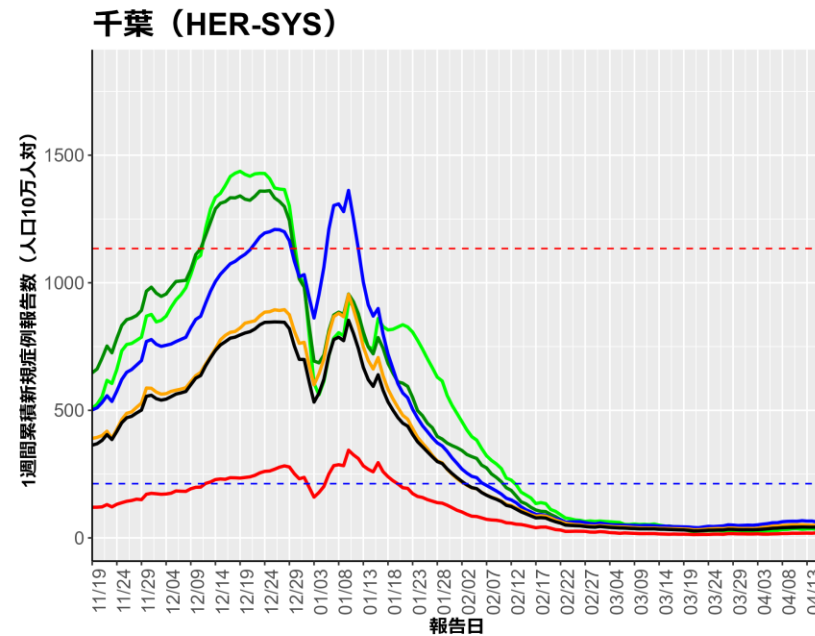
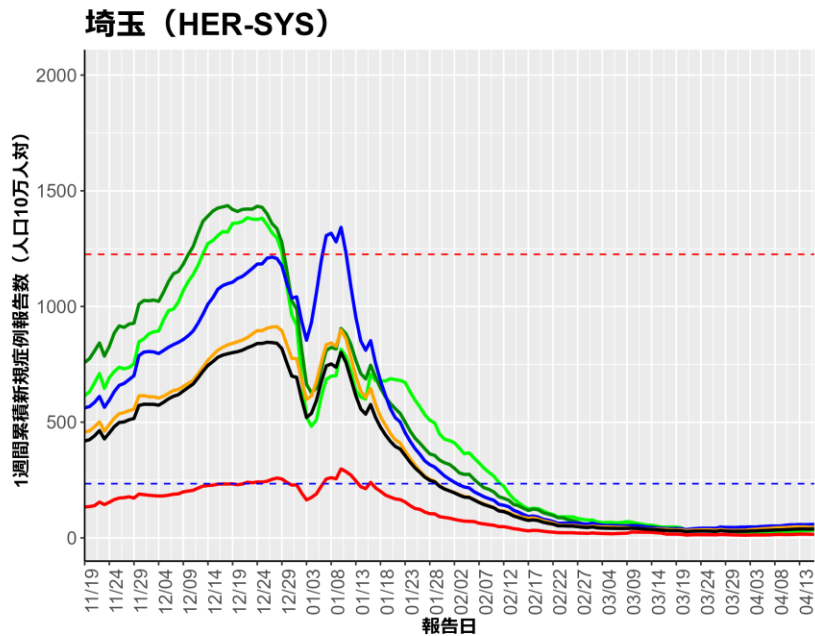
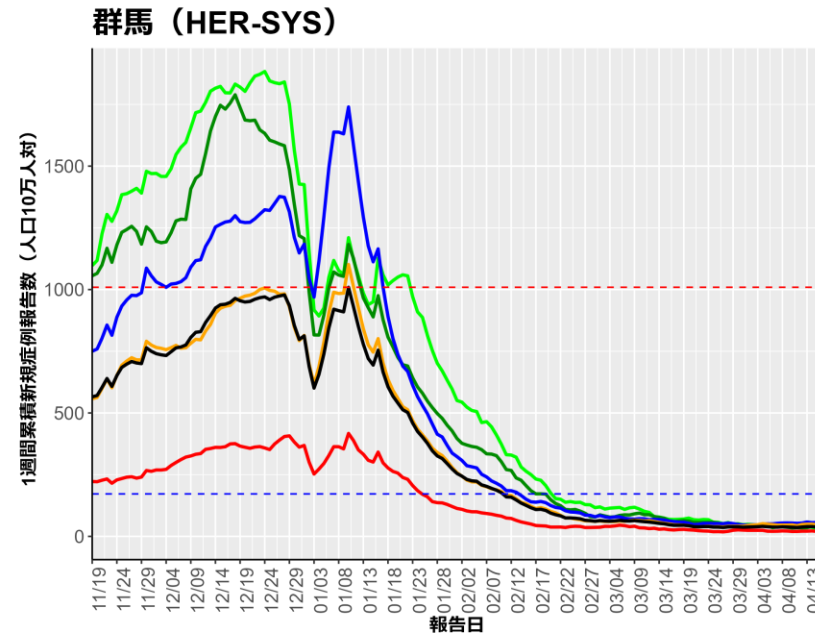
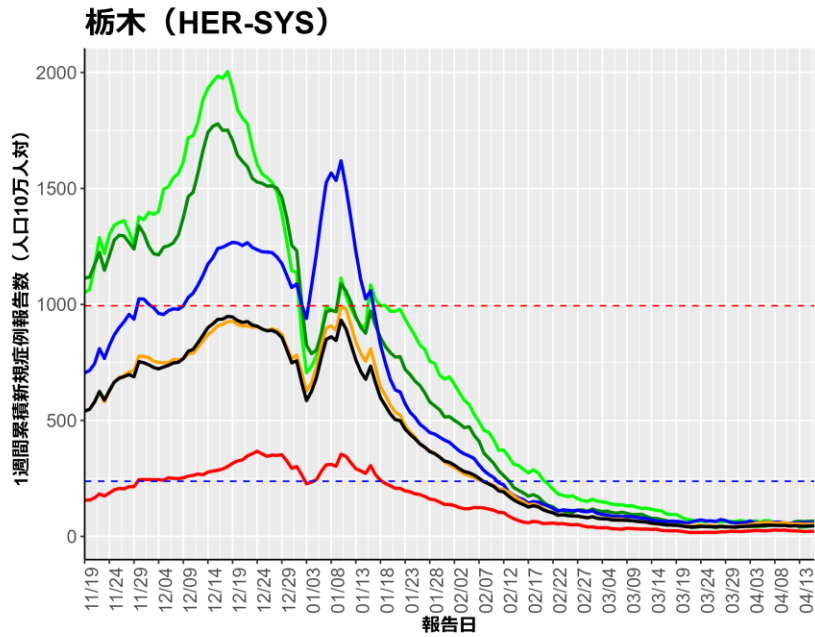


茨城（HER-SYS）



赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

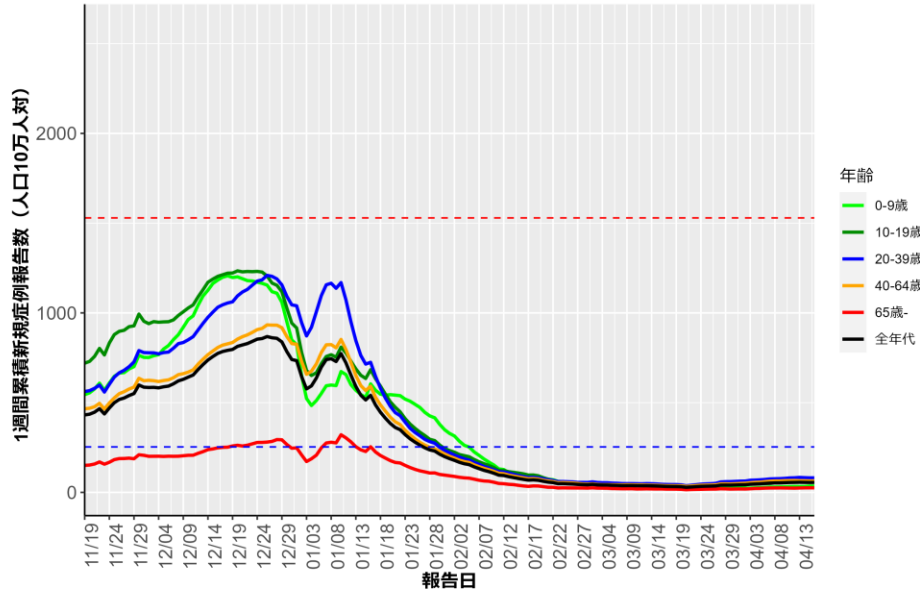
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（4月17日時点）



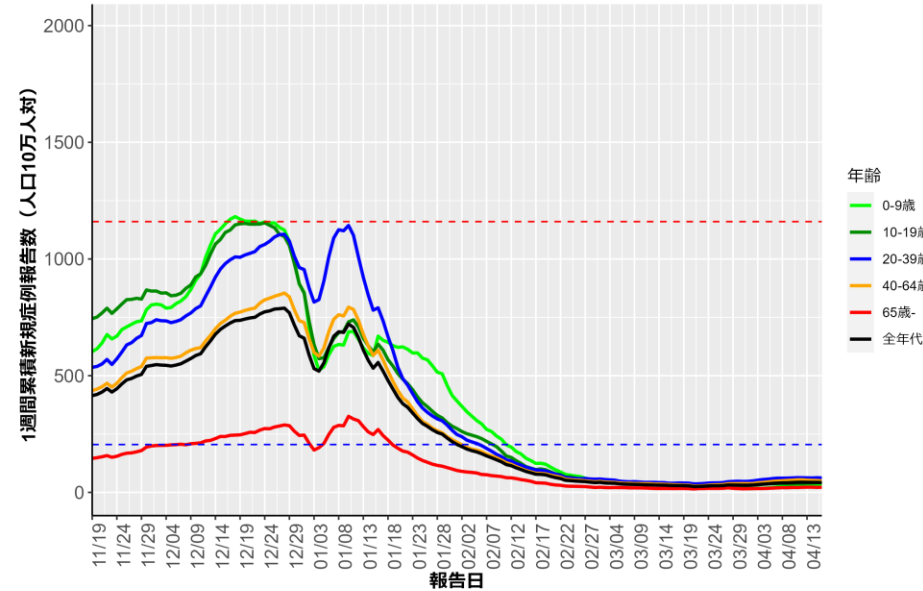
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

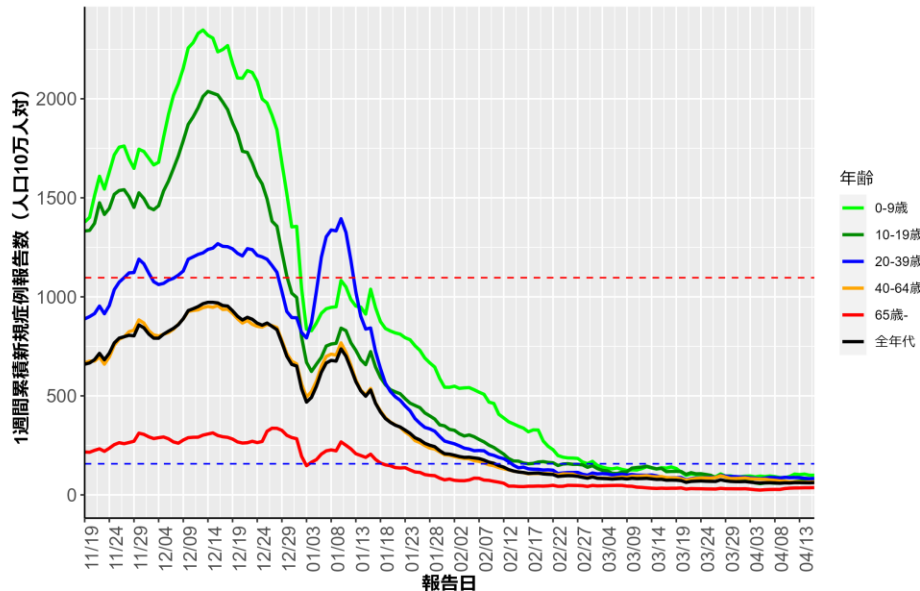
東京 (HER-SYS)



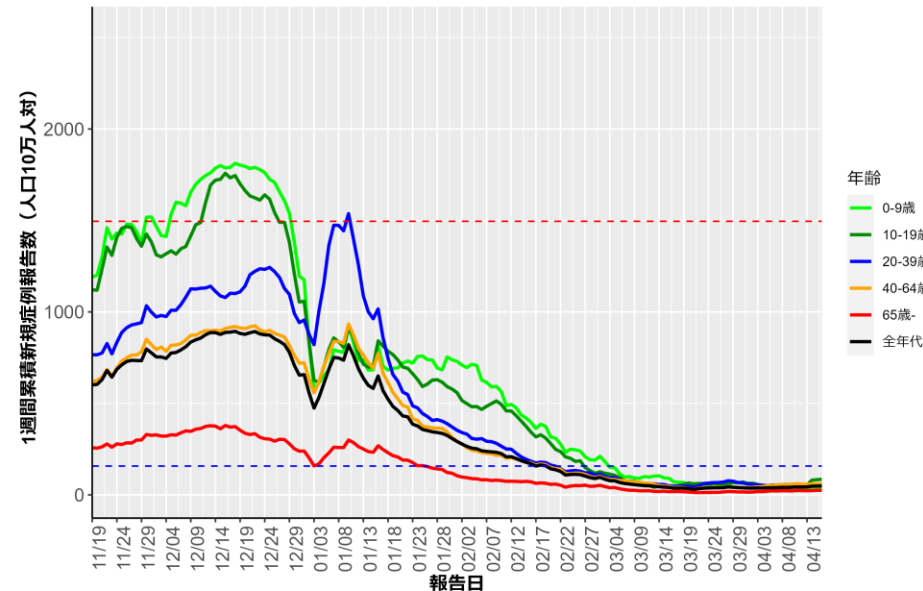
神奈川 (HER-SYS)



新潟 (HER-SYS)



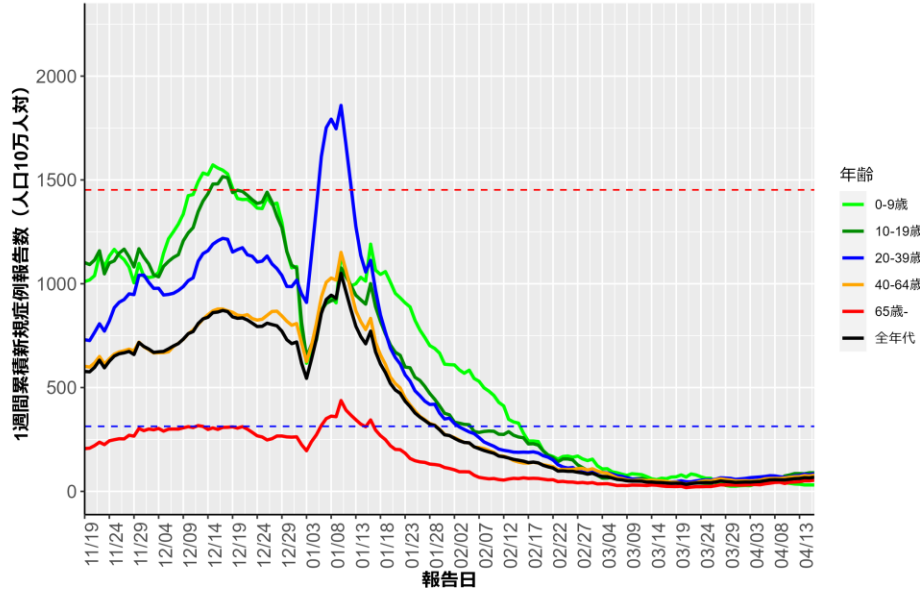
富山 (HER-SYS)



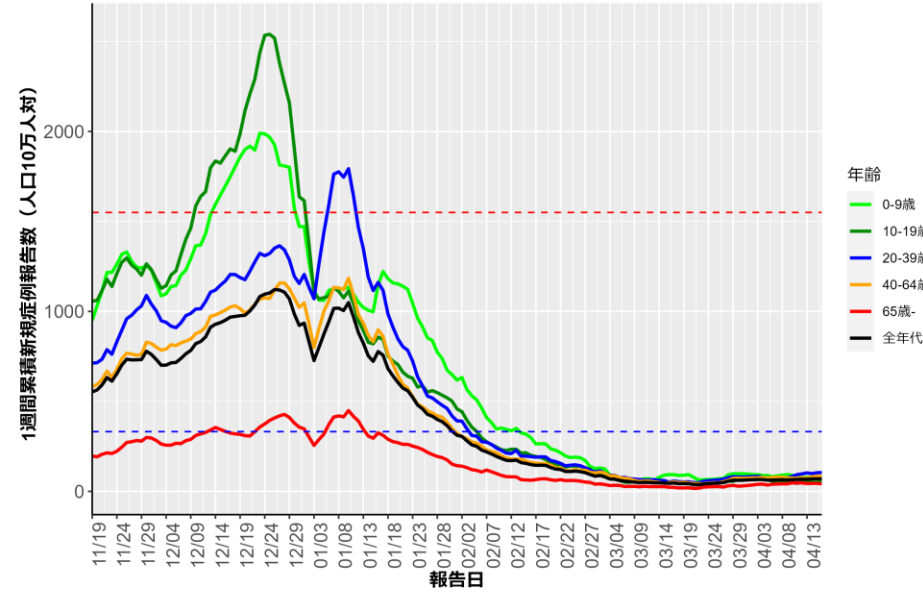
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

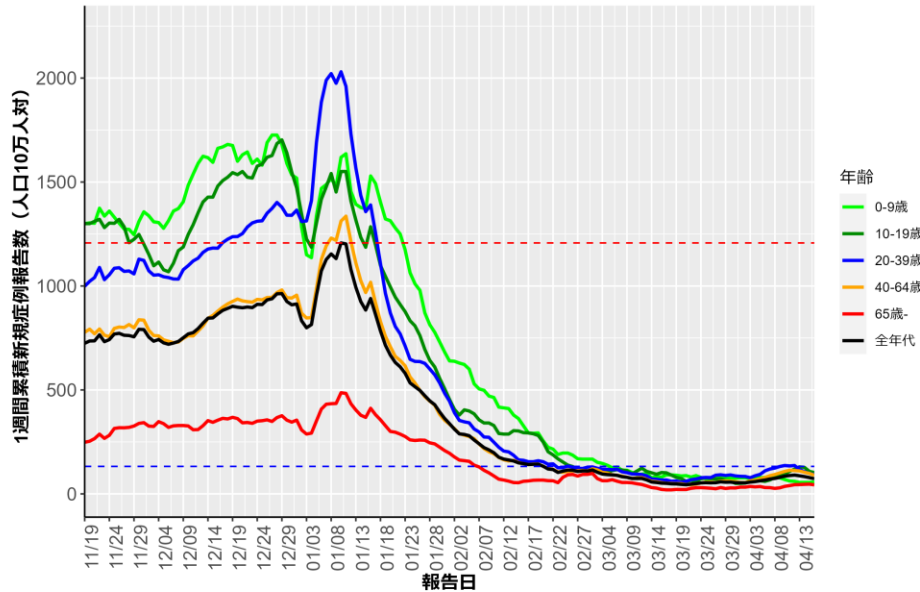
石川 (HER-SYS)



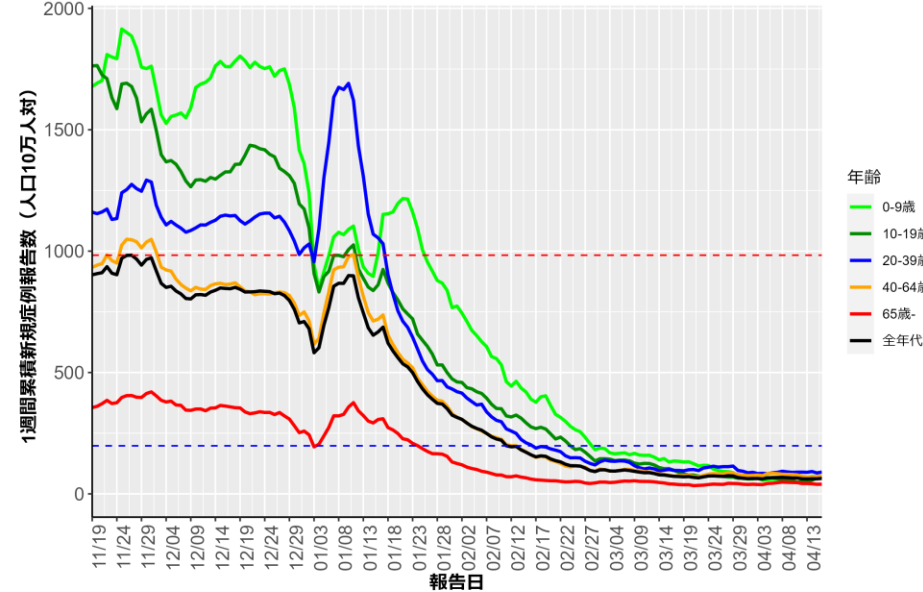
福井 (HER-SYS)



山梨 (HER-SYS)



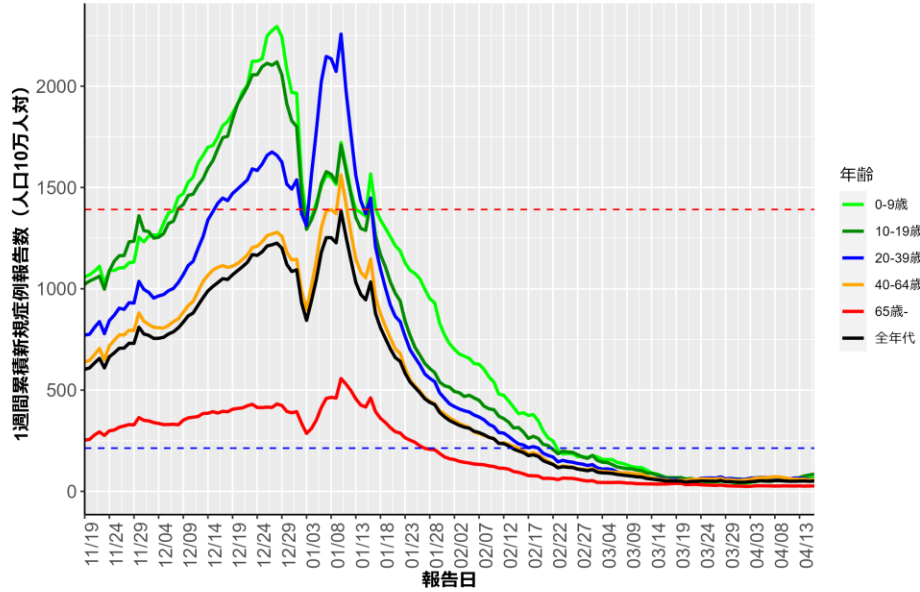
長野 (HER-SYS)



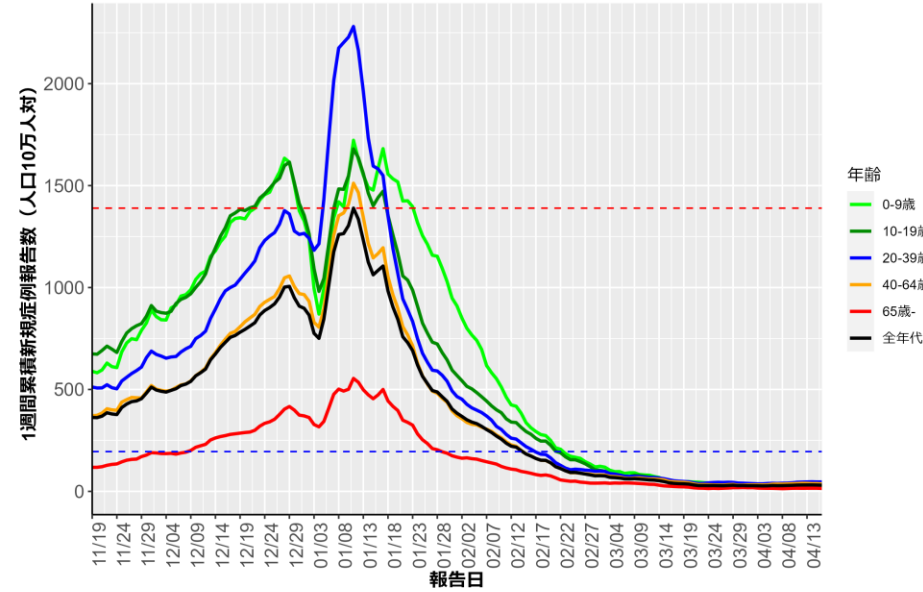
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

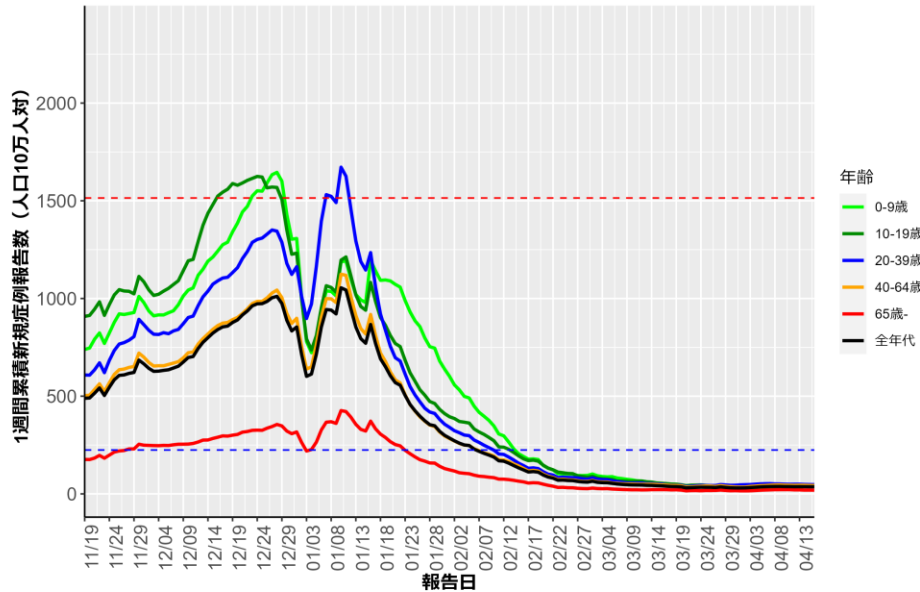
岐阜 (HER-SYS)



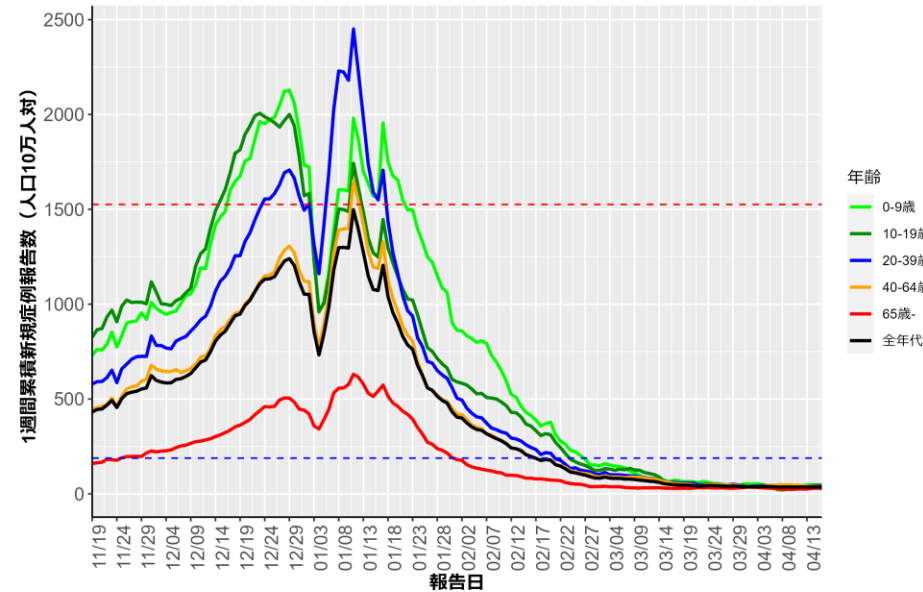
静岡 (HER-SYS)



愛知 (HER-SYS)



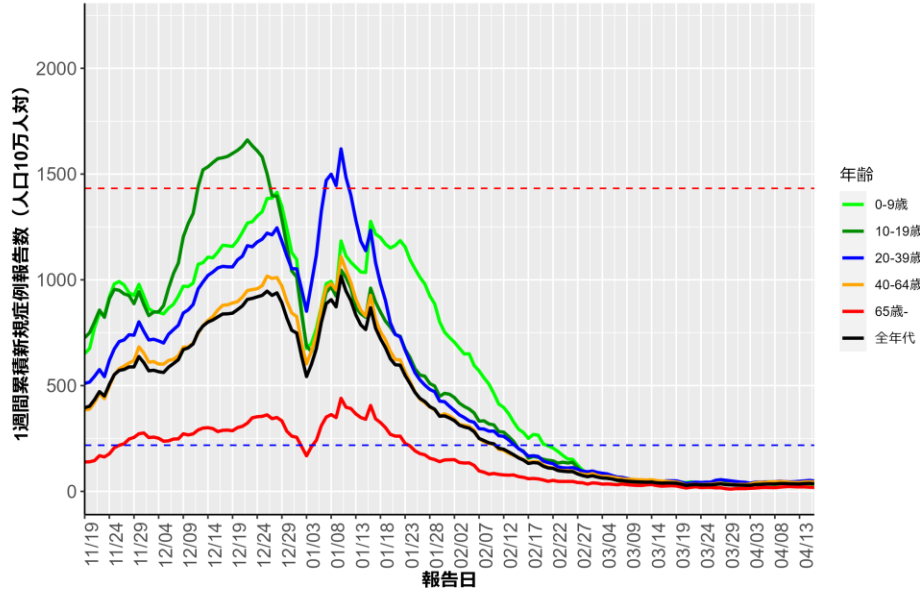
三重 (HER-SYS)



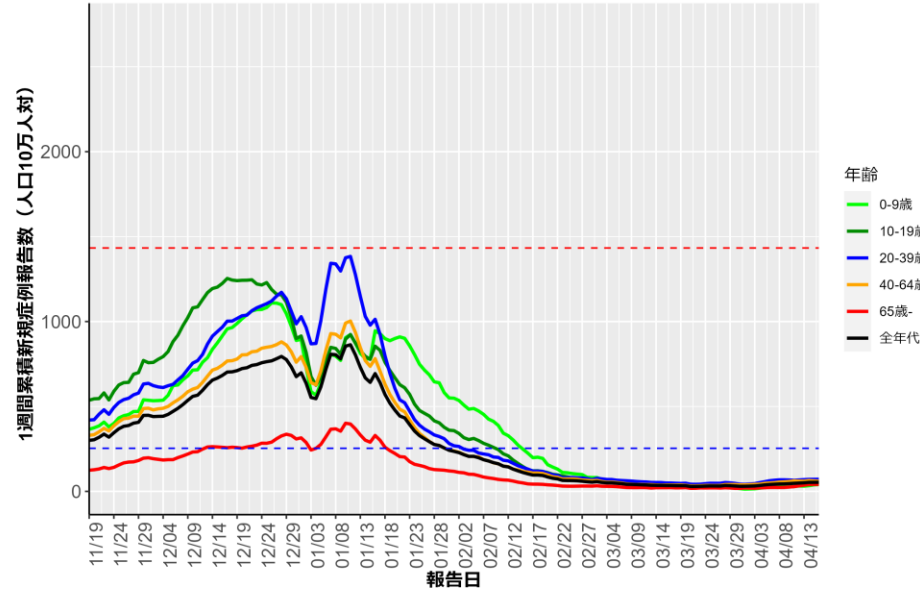
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

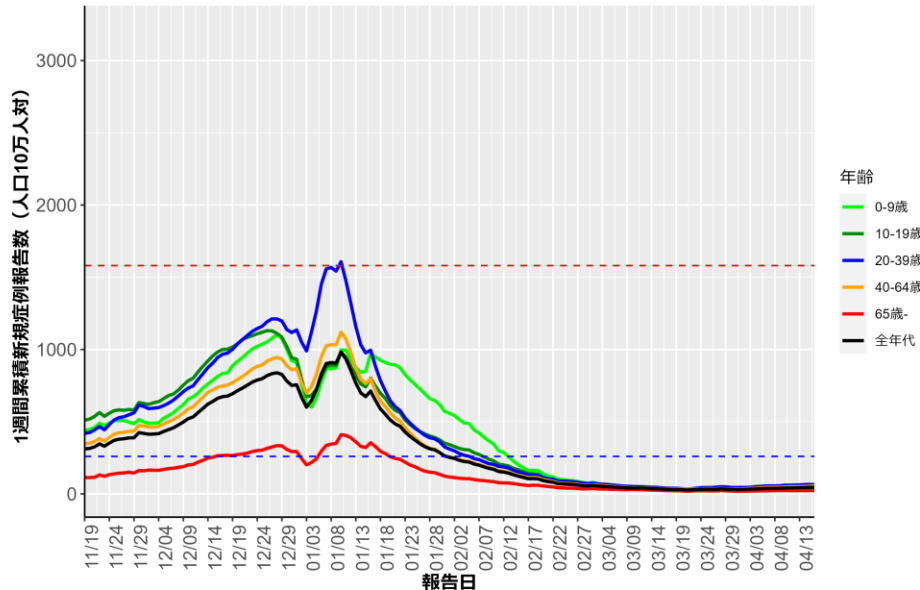
滋賀（HER-SYS）



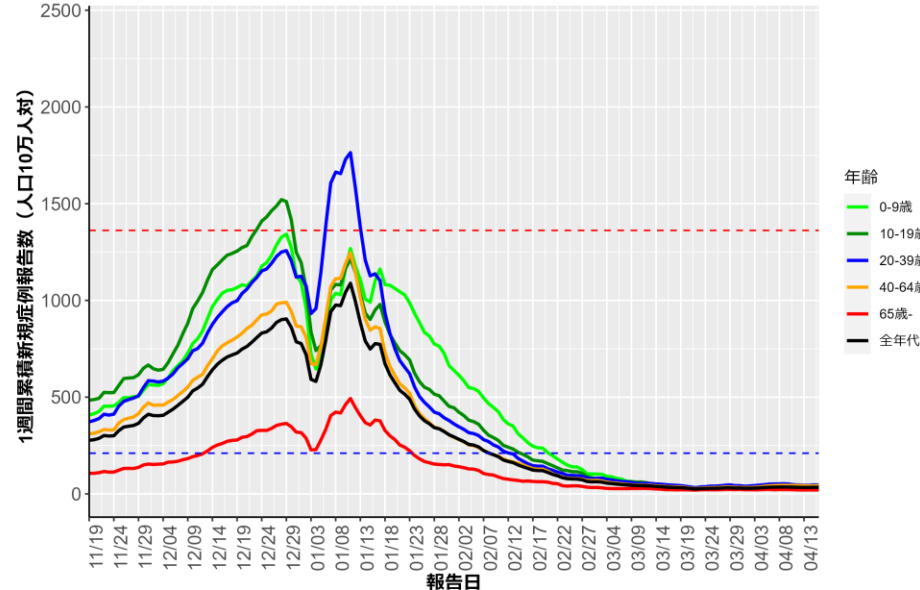
京都（HER-SYS）



大阪（HER-SYS）



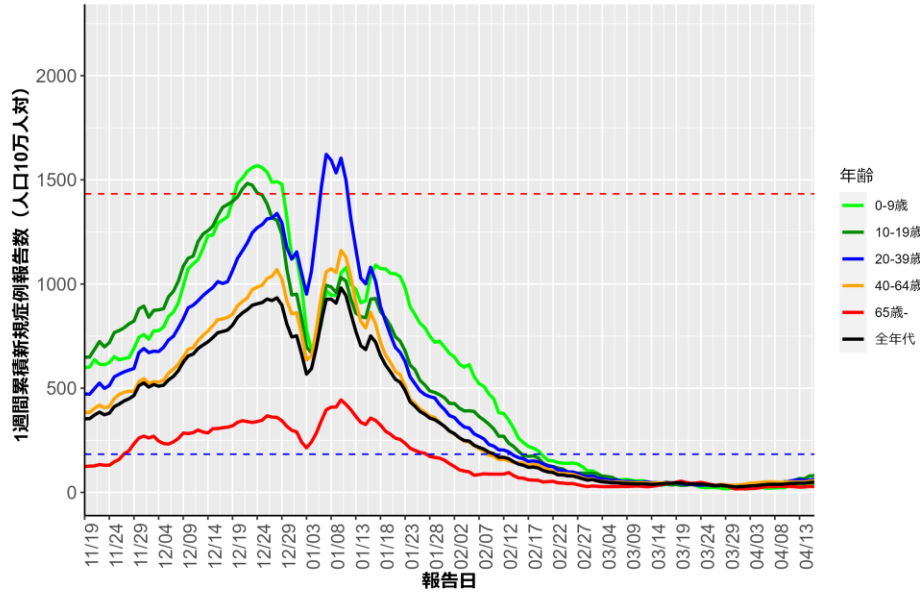
兵庫（HER-SYS）



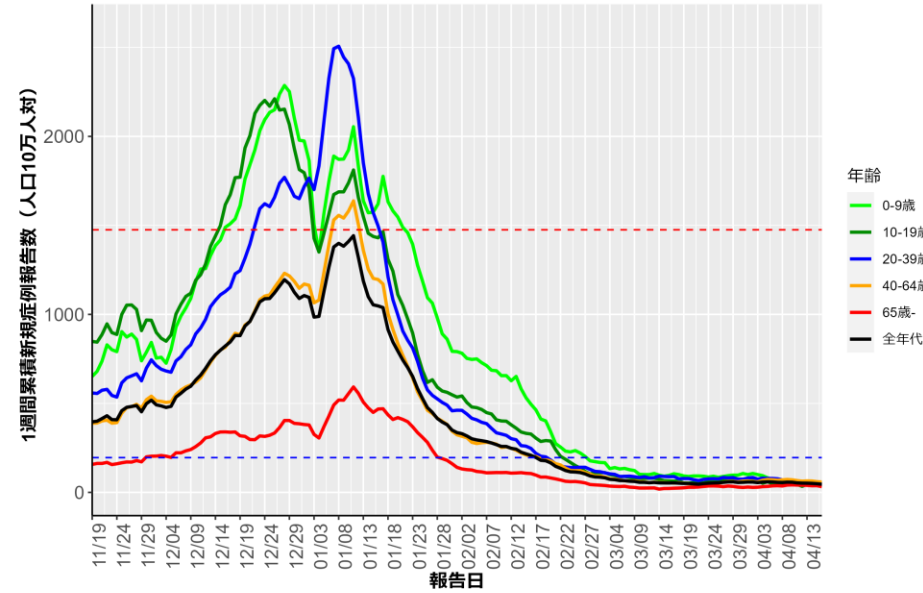
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

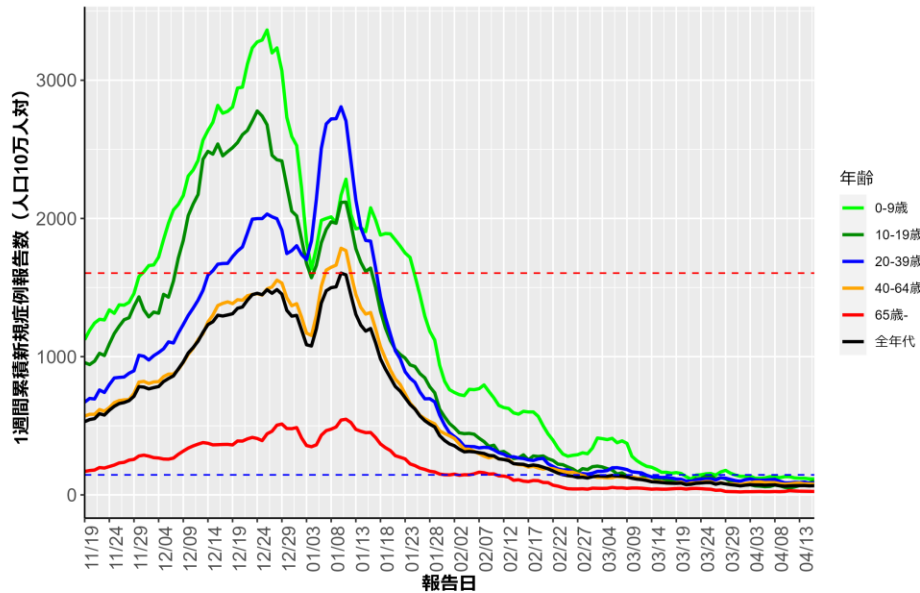
奈良（HER-SYS）



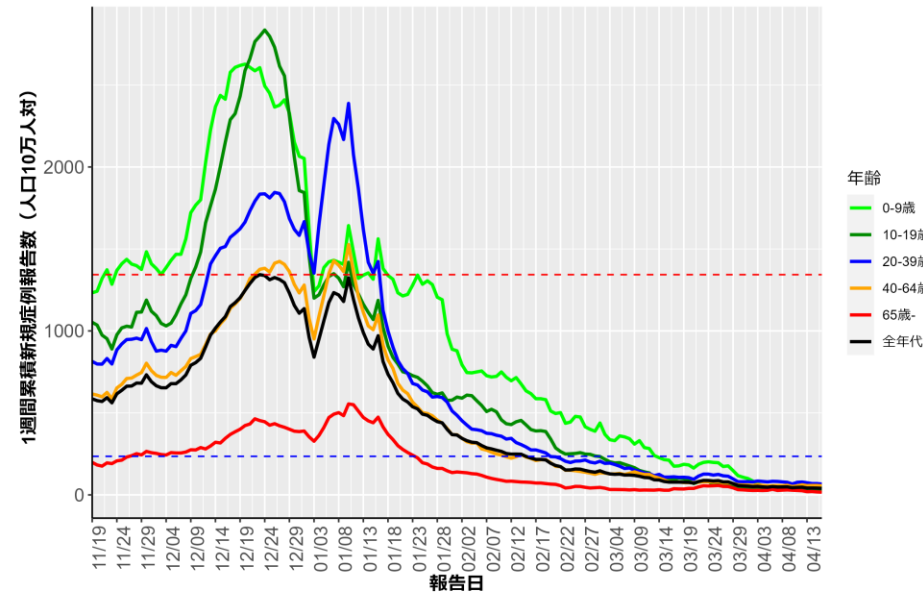
和歌山（HER-SYS）



鳥取（HER-SYS）

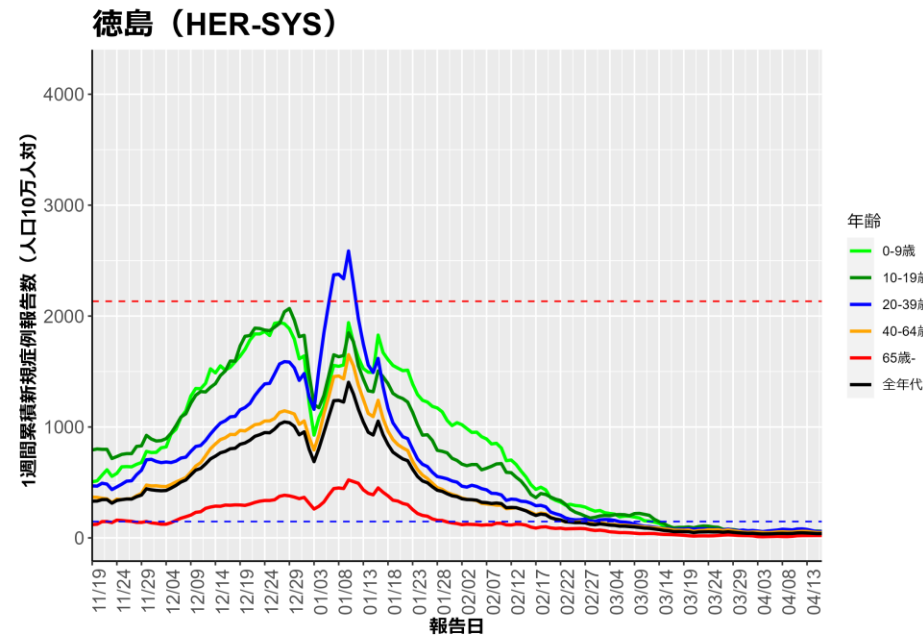
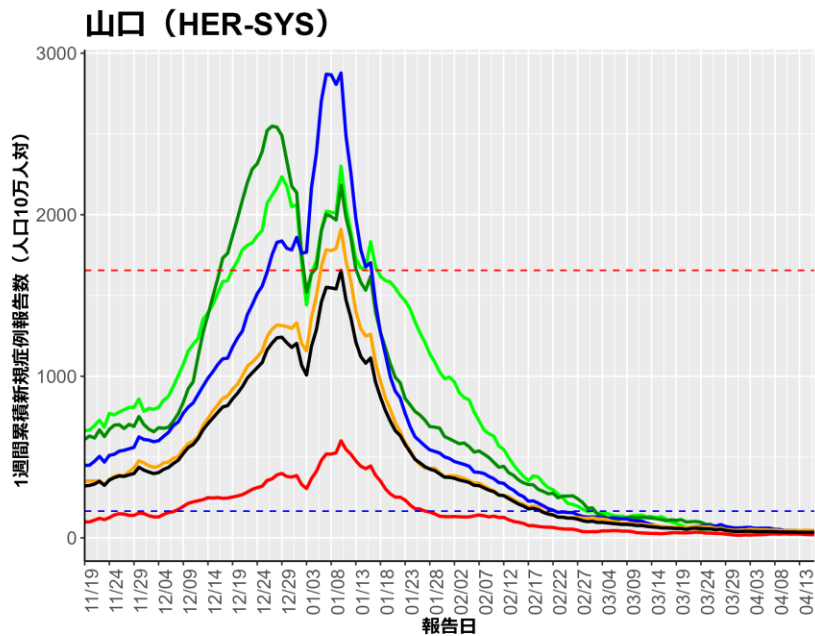
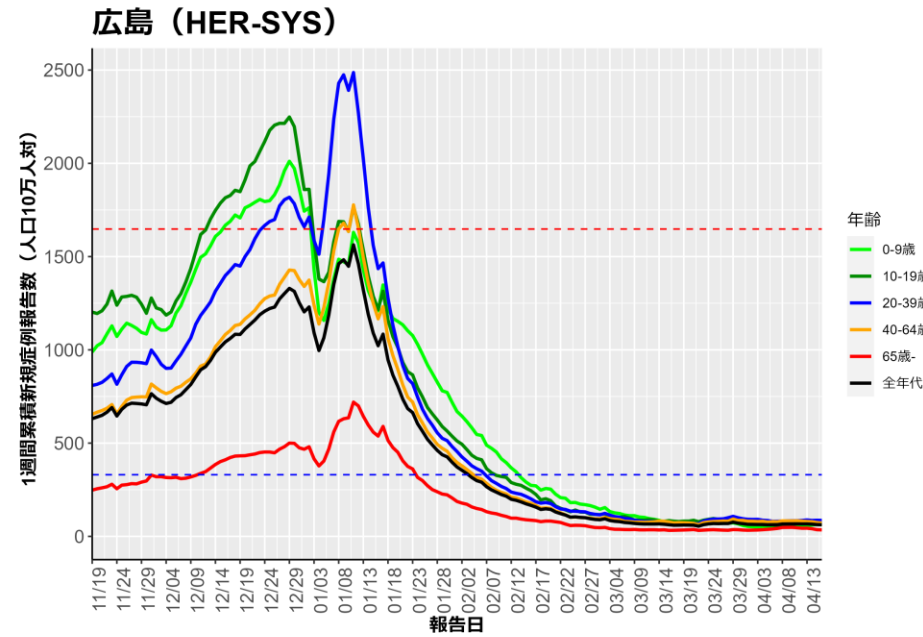
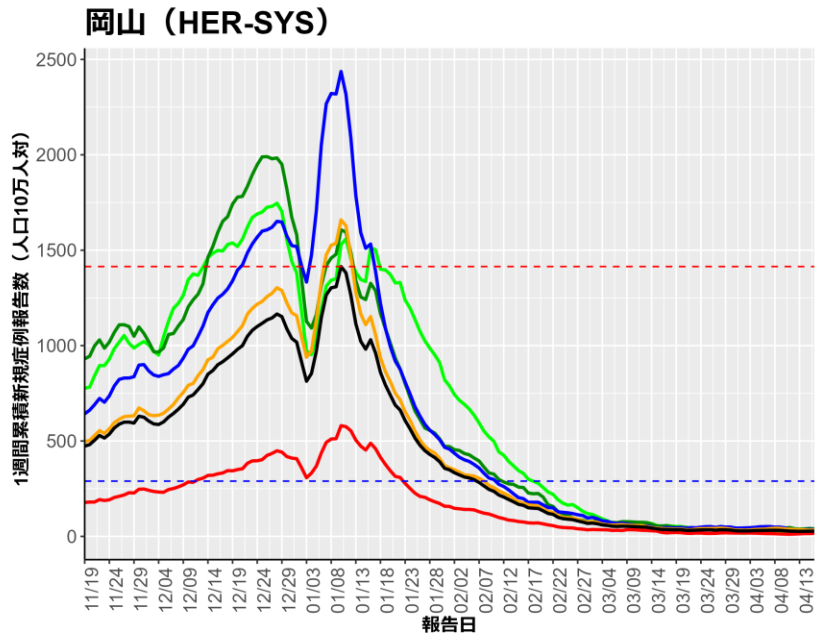


島根（HER-SYS）



赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

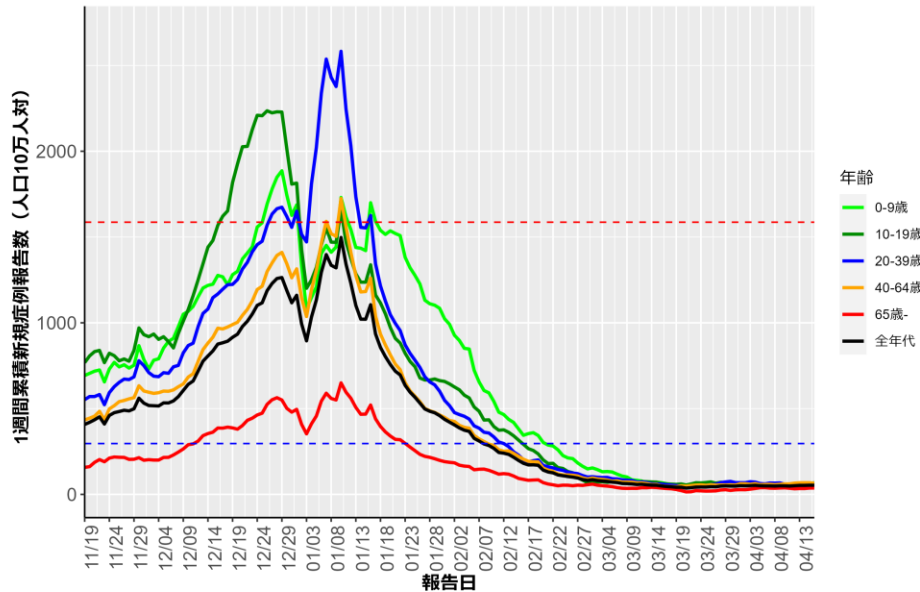
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数の推移：年齢群別（4月17日時点）



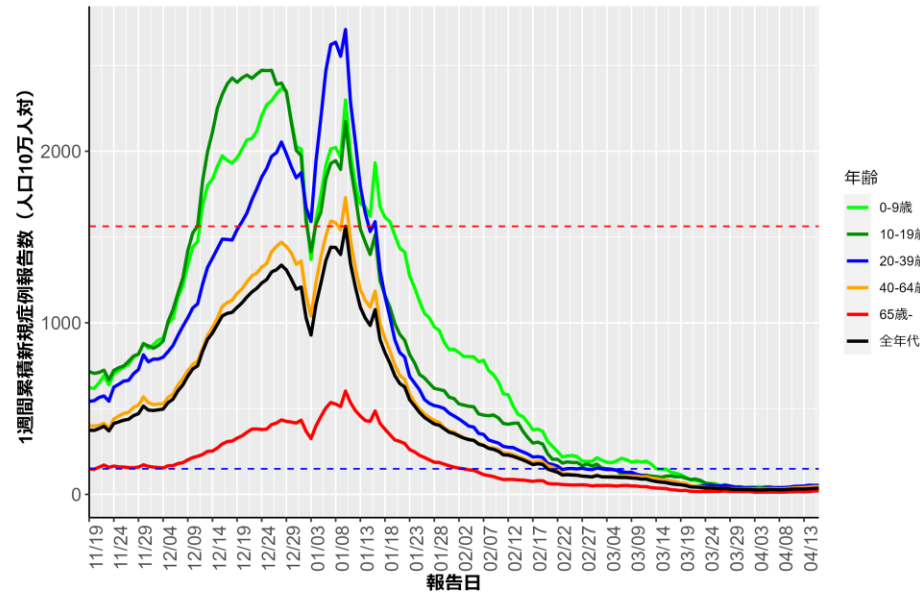
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

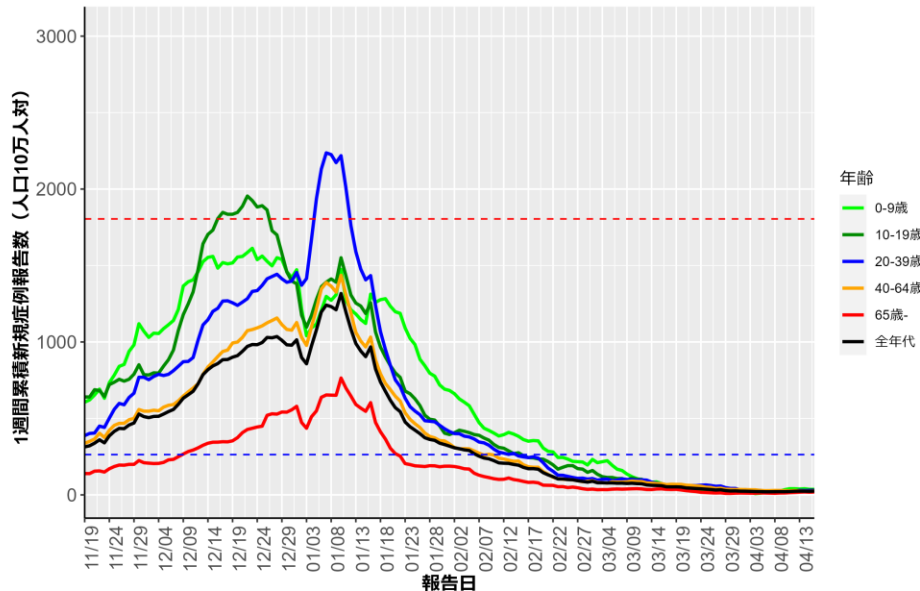
香川（HER-SYS）



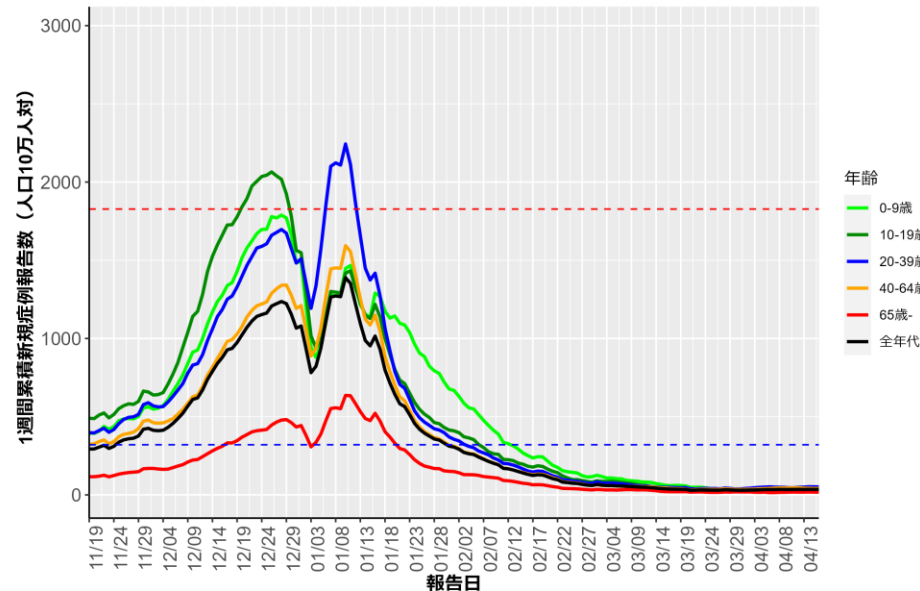
愛媛（HER-SYS）



高知（HER-SYS）



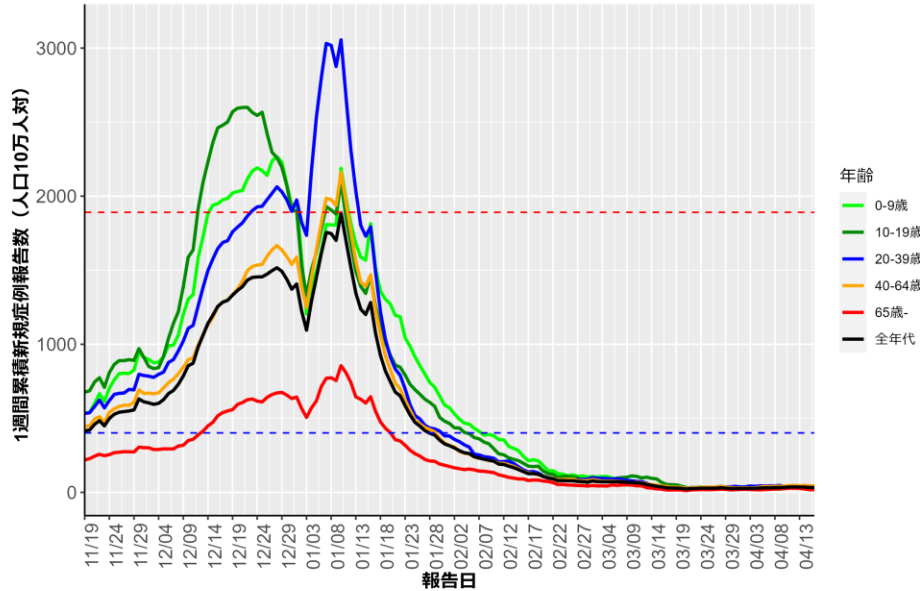
福岡（HER-SYS）



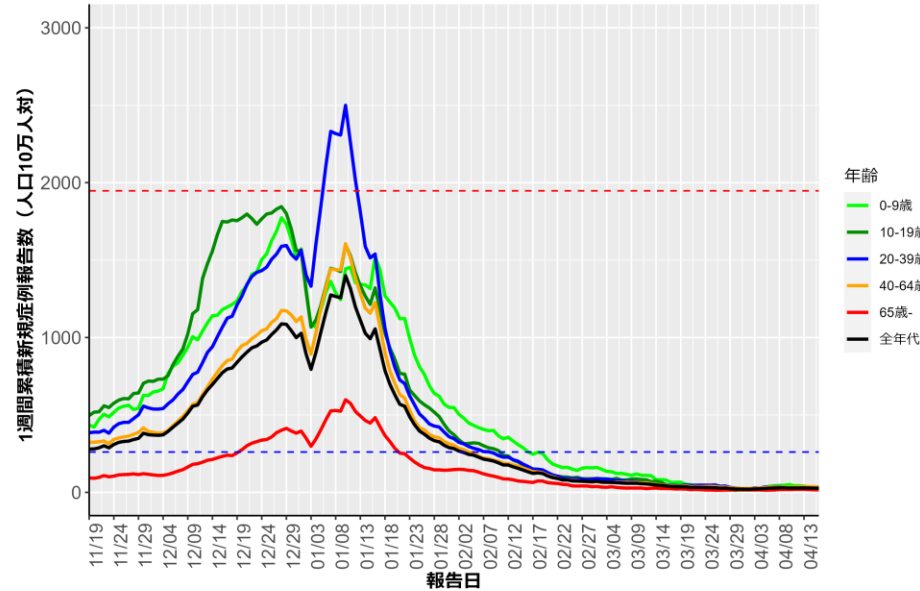
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

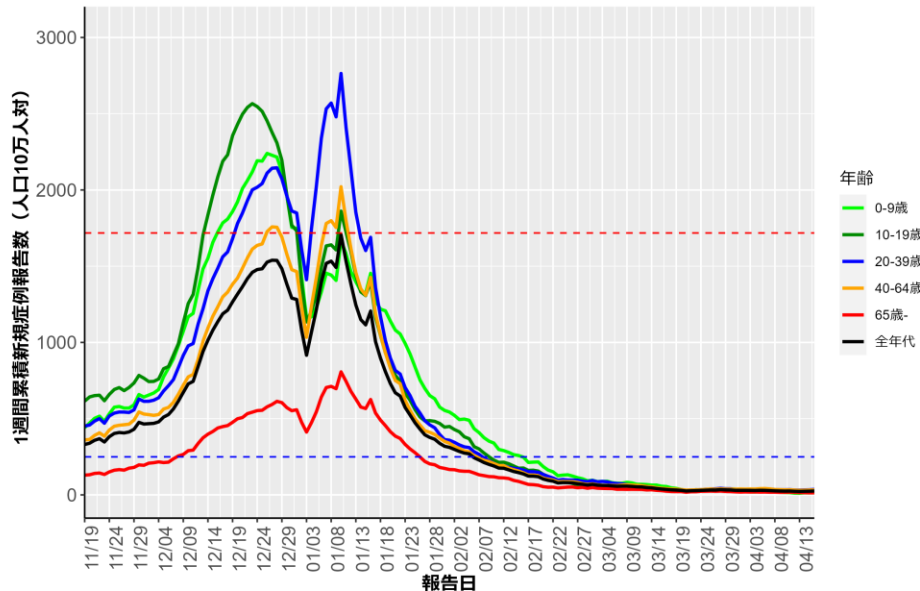
佐賀 (HER-SYS)



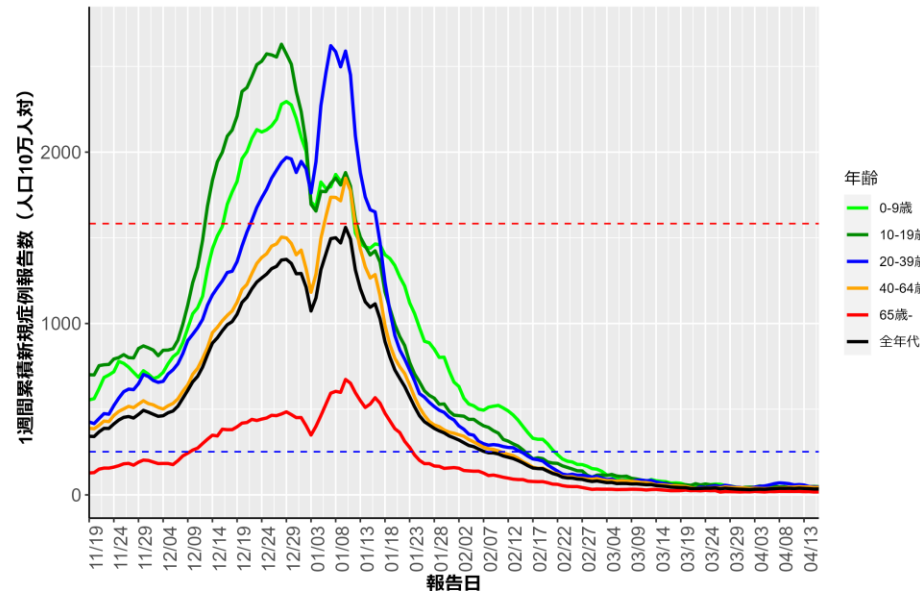
長崎 (HER-SYS)



熊本 (HER-SYS)



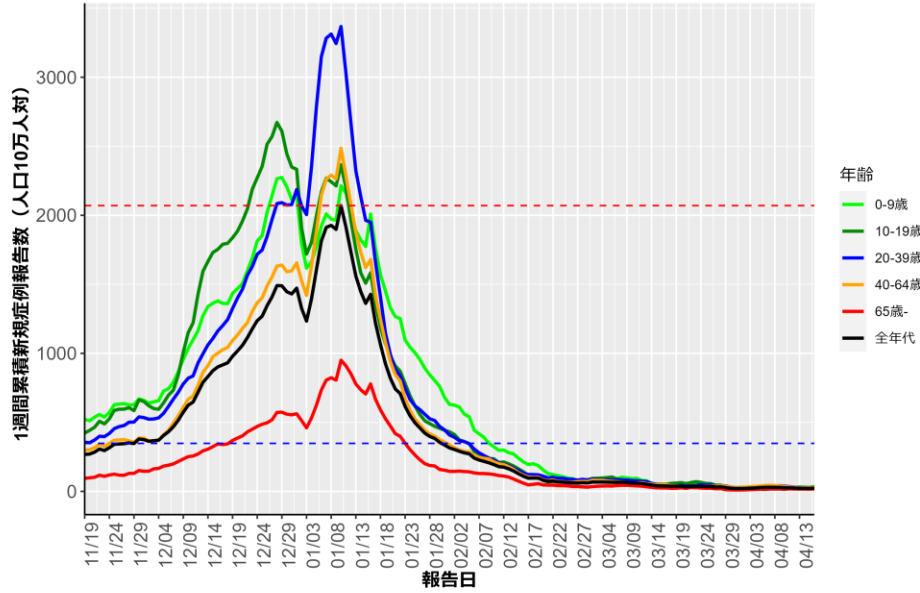
大分 (HER-SYS)



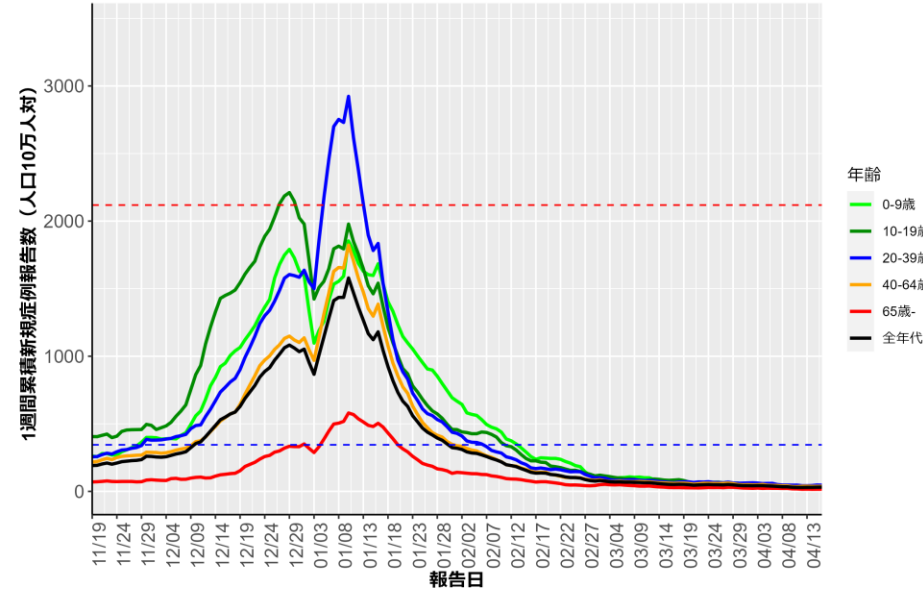
赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

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（4月17日時点）

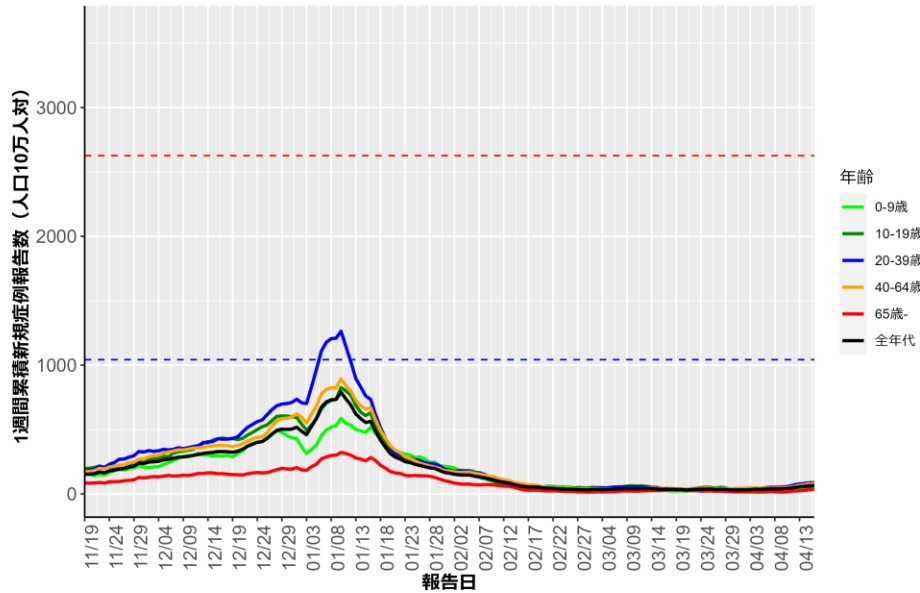
宮崎（HER-SYS）



鹿児島（HER-SYS）



沖縄（HER-SYS）



赤点線：
7波の全年齢層のピーク値
青点線：
6波の全年齢層のピーク値

人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ

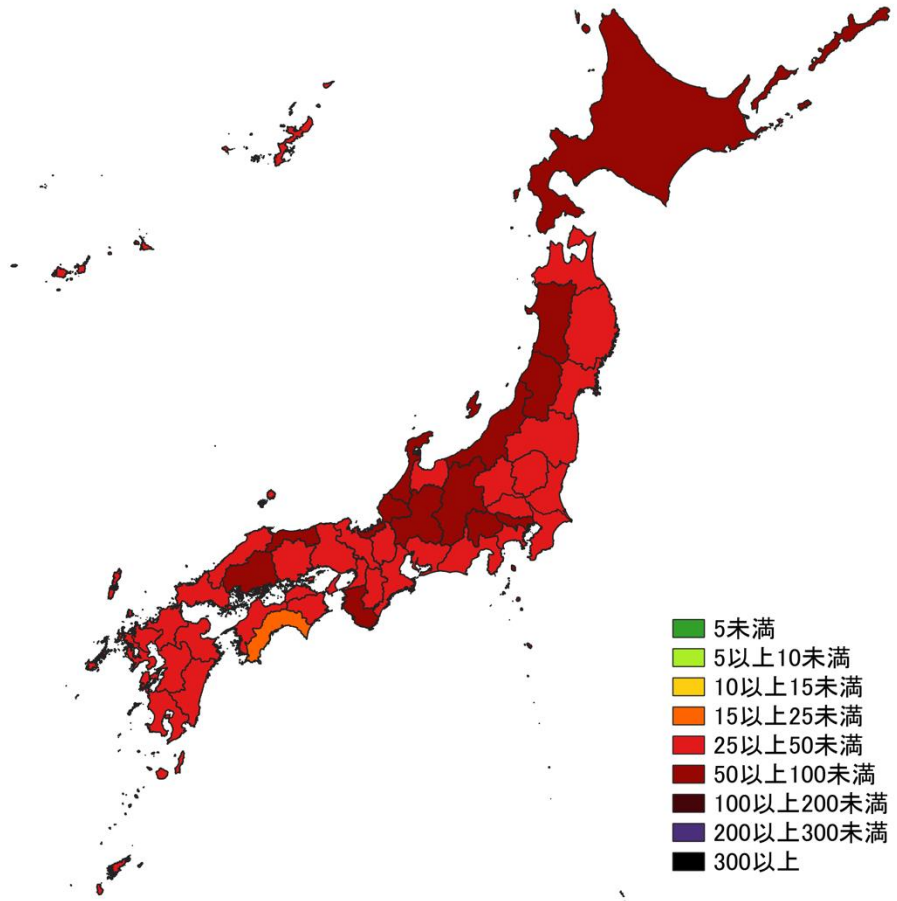
使用データ

- 2023年4月17日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて、直近1週間（4/10～4/16）、1週間前（4/3～4/9）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、2023年4月3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。

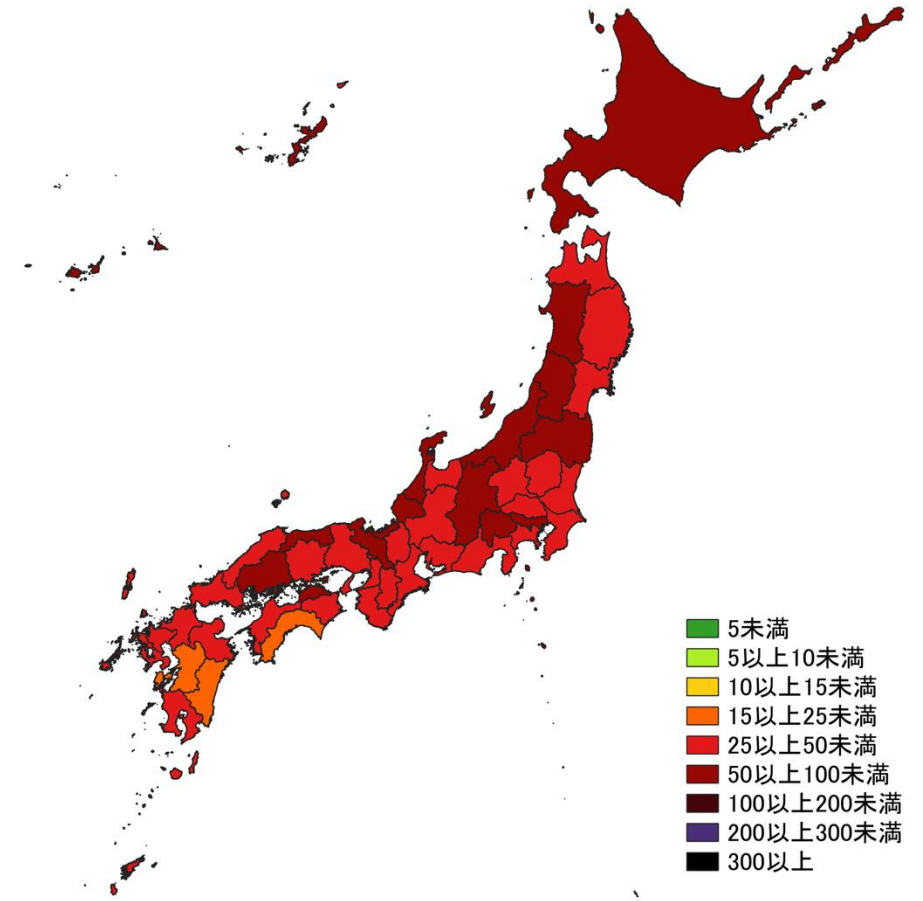
まとめ

- 全ての都道府県で、直近では人口10万人あたり80を下回っている。
- 保健所管轄単位では、全国的に人口10万人あたり100未満の地域が多くを占めている。
- 保健所管轄単位では、直近では低いところでは10未満、高いところでは100以上の地域が混在している。

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）

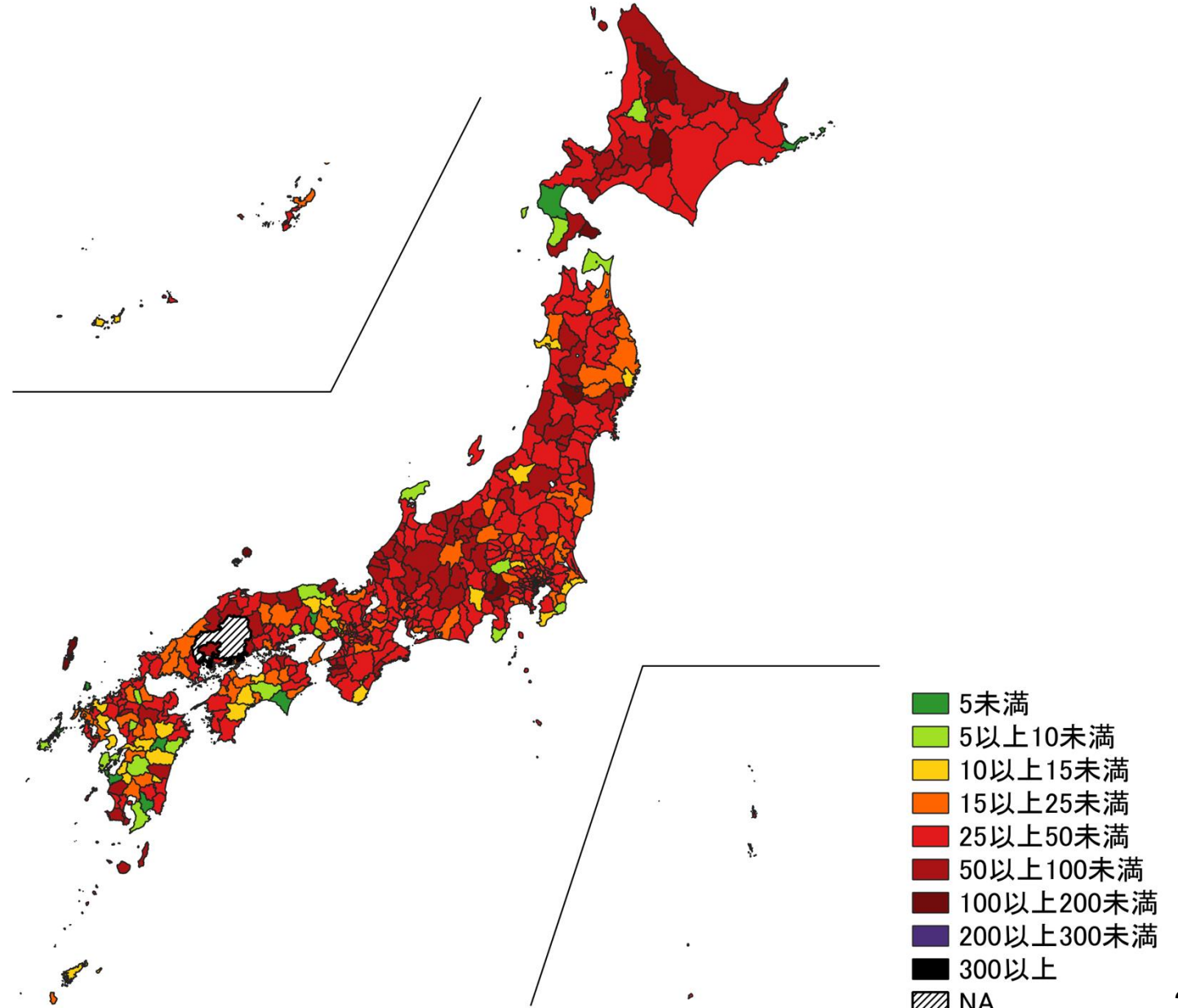


4/3～ 4/9



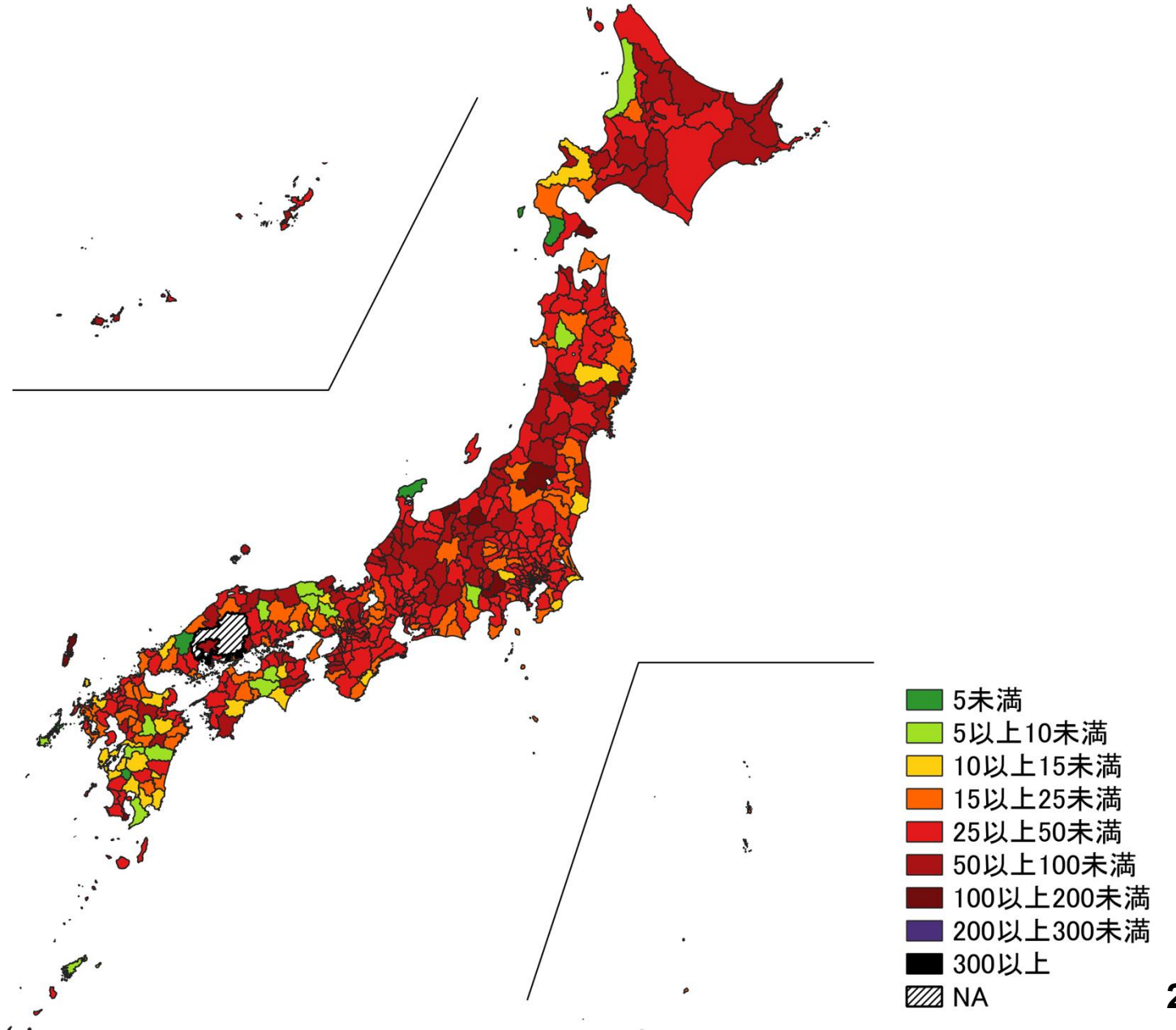
4/10～ 4/16

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 4/3～4/9
 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

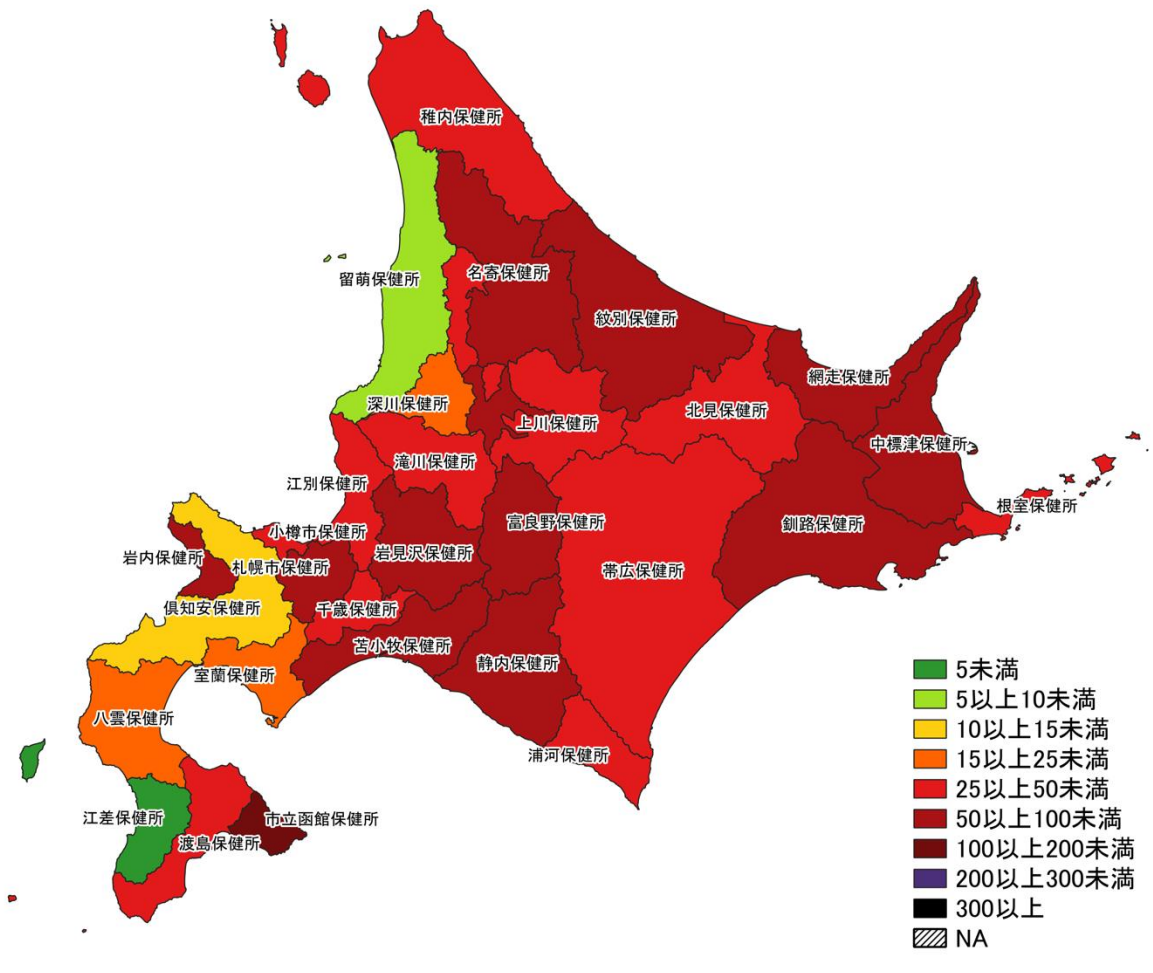
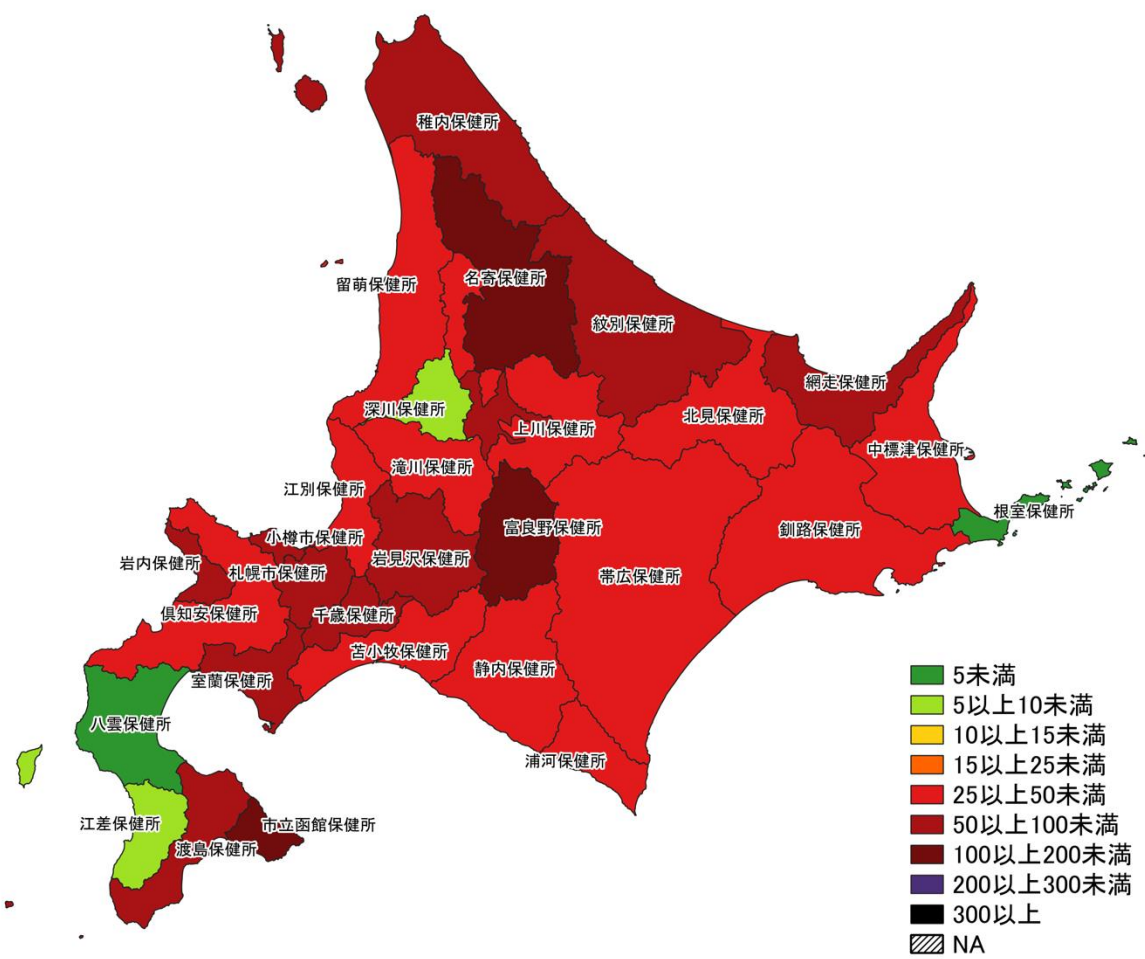


※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

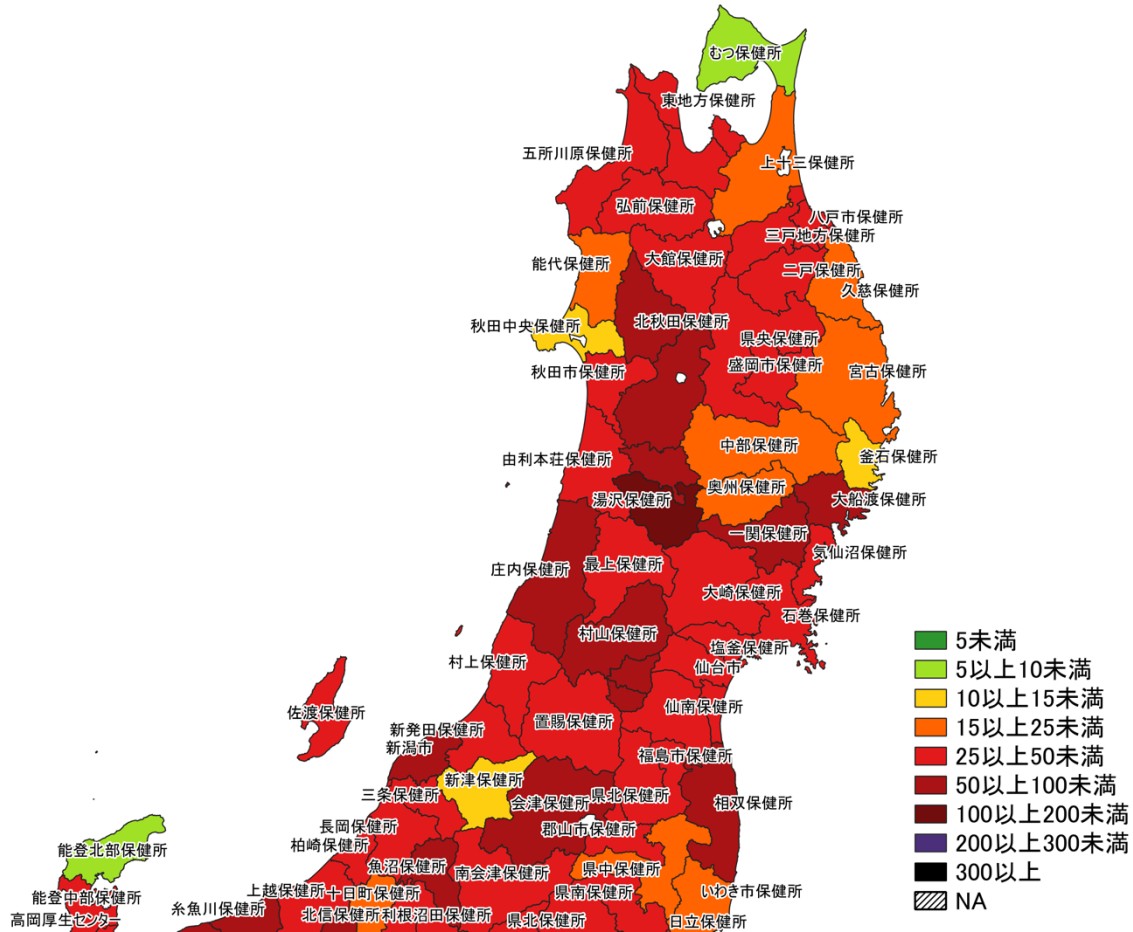
人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ
 保健所単位 4/10～4/16
 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



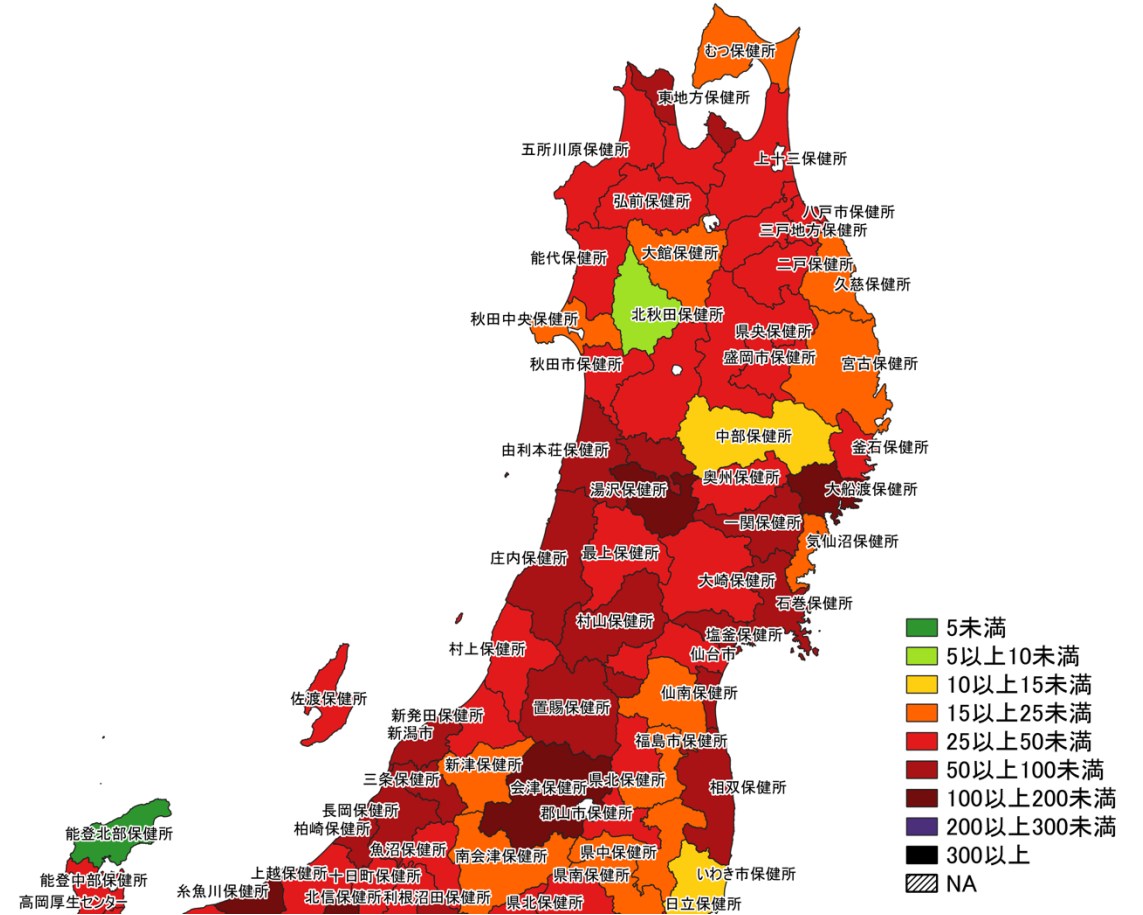
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



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）

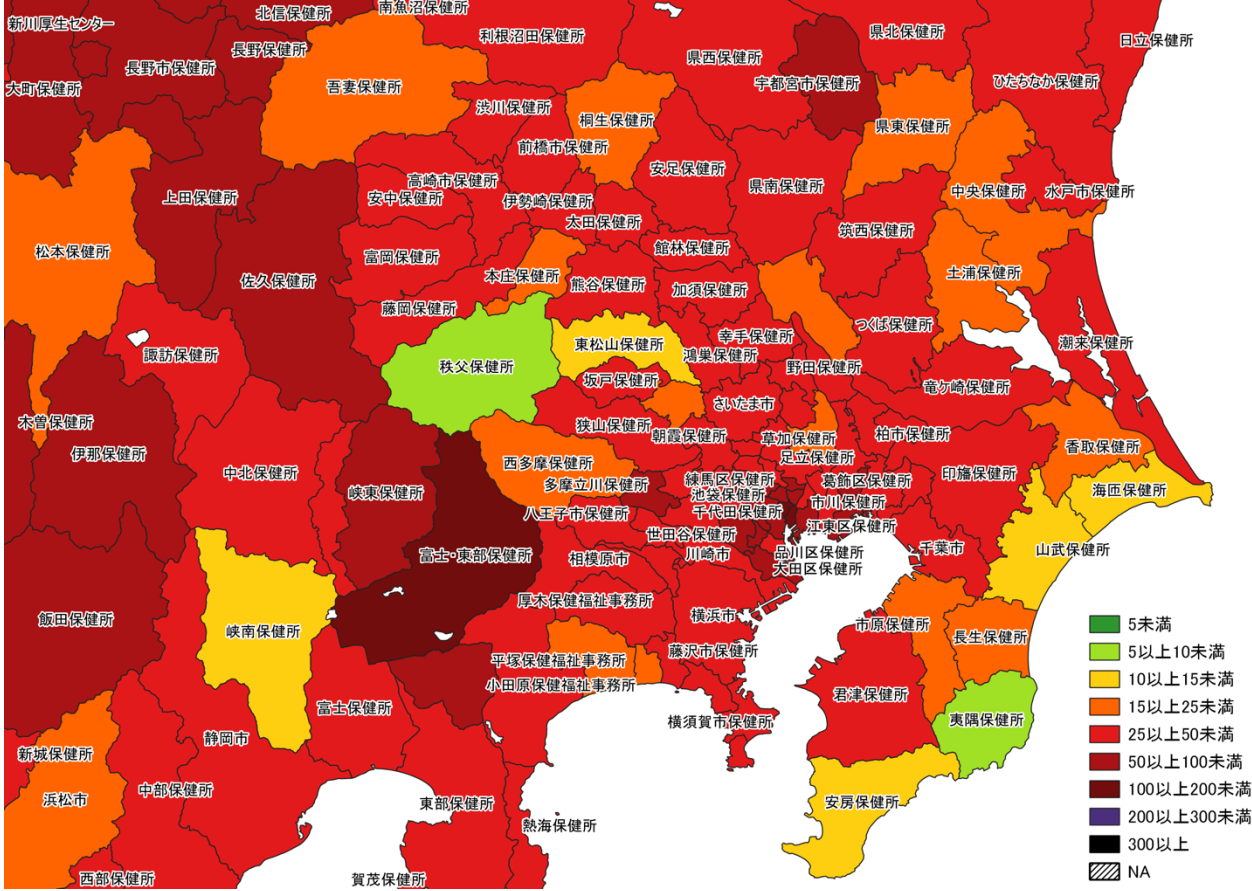


4/3~ 4/9

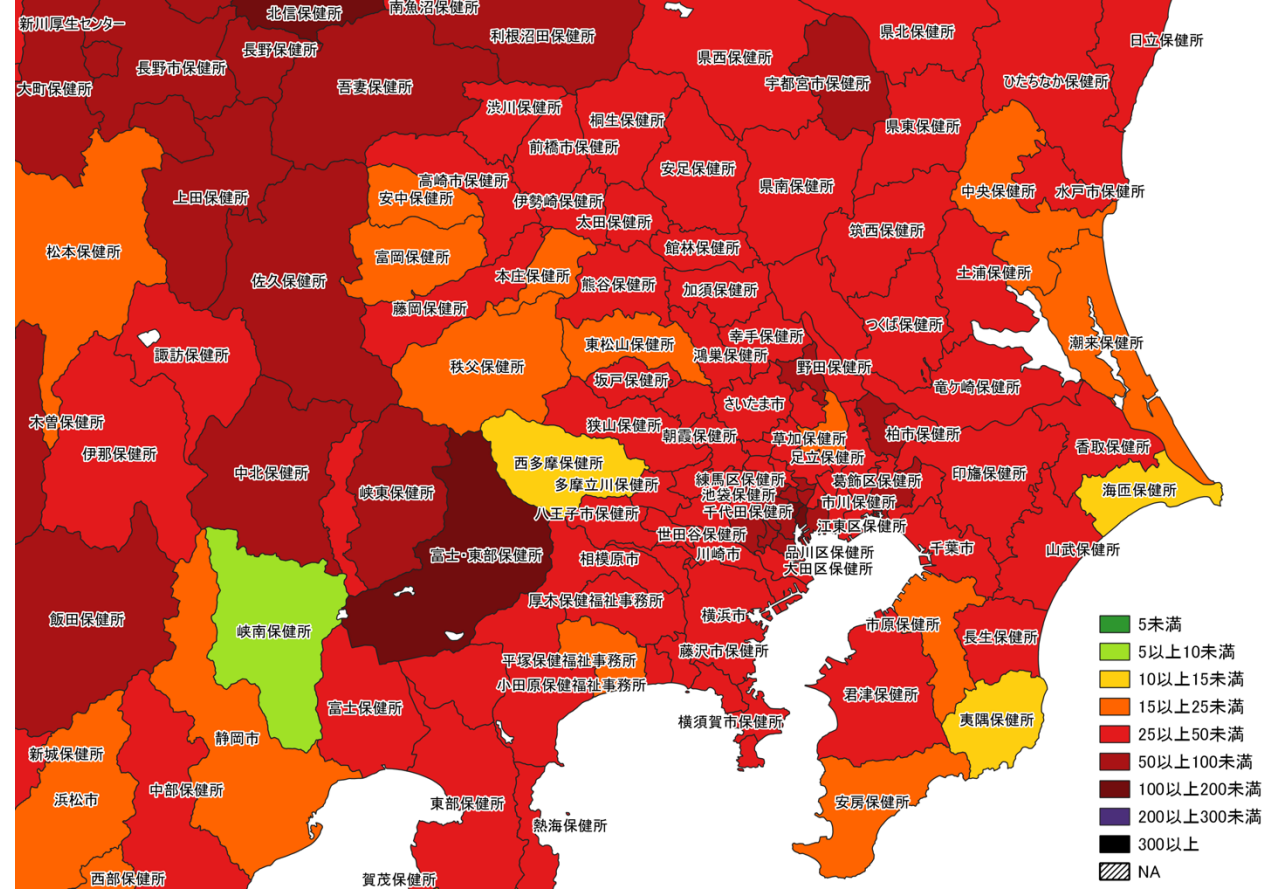


4/10~ 4/16

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）

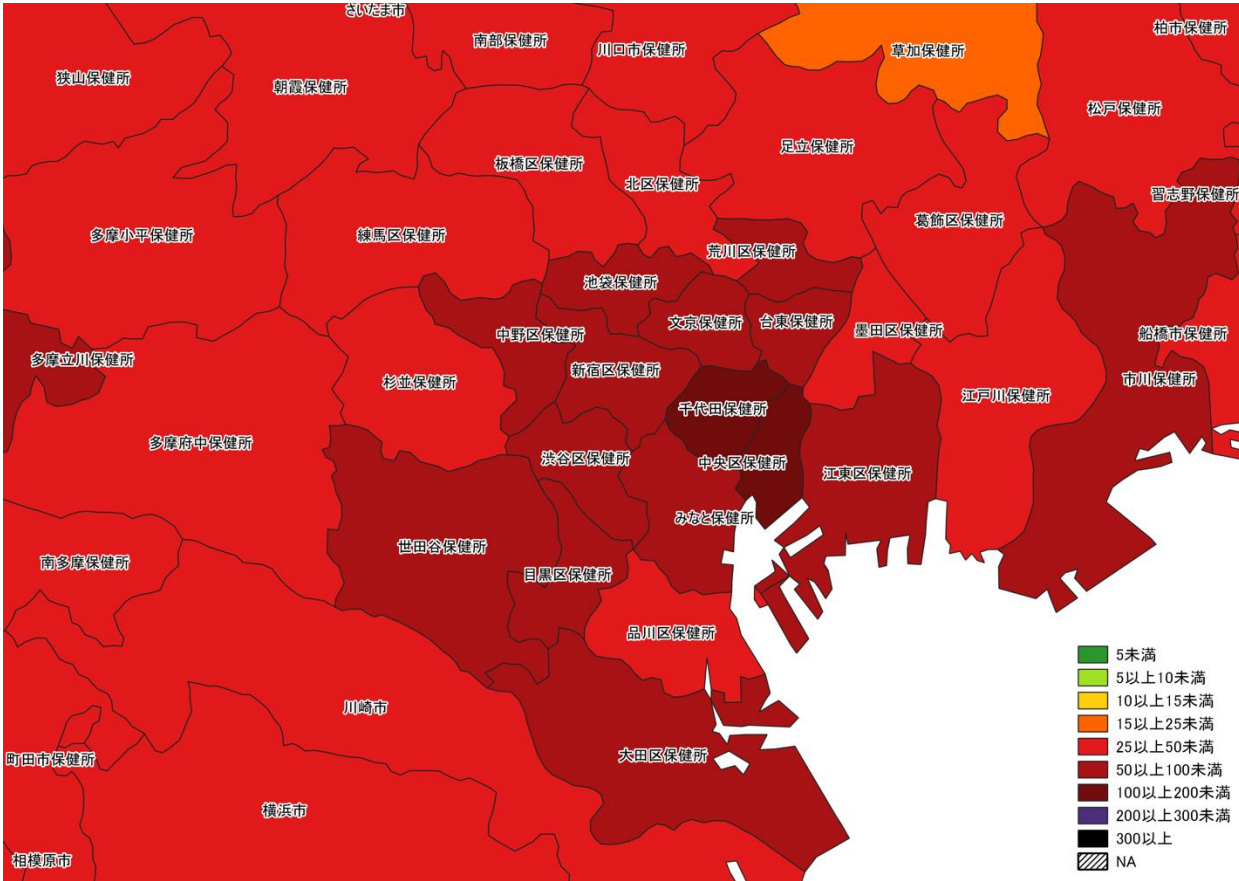


4/3~4/9

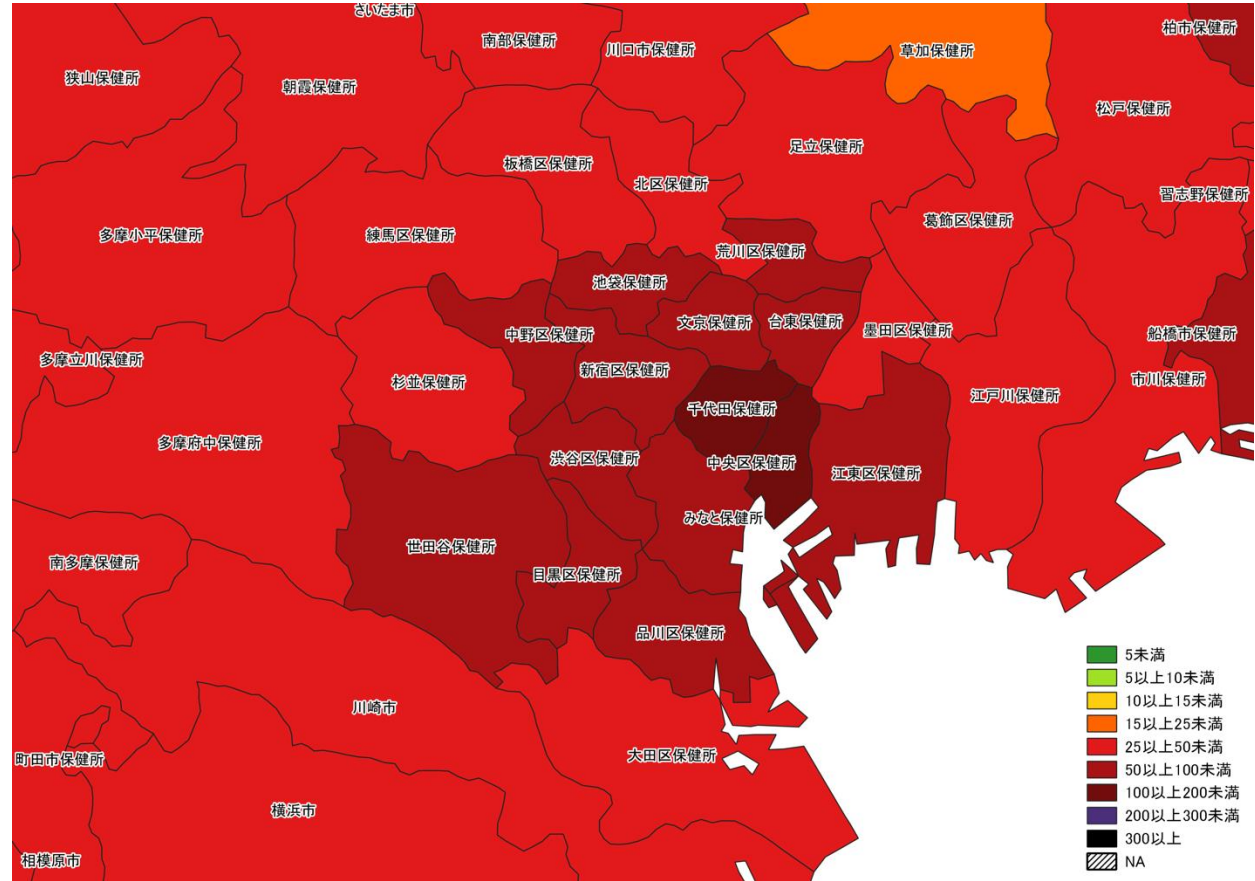


4/10~4/16

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）

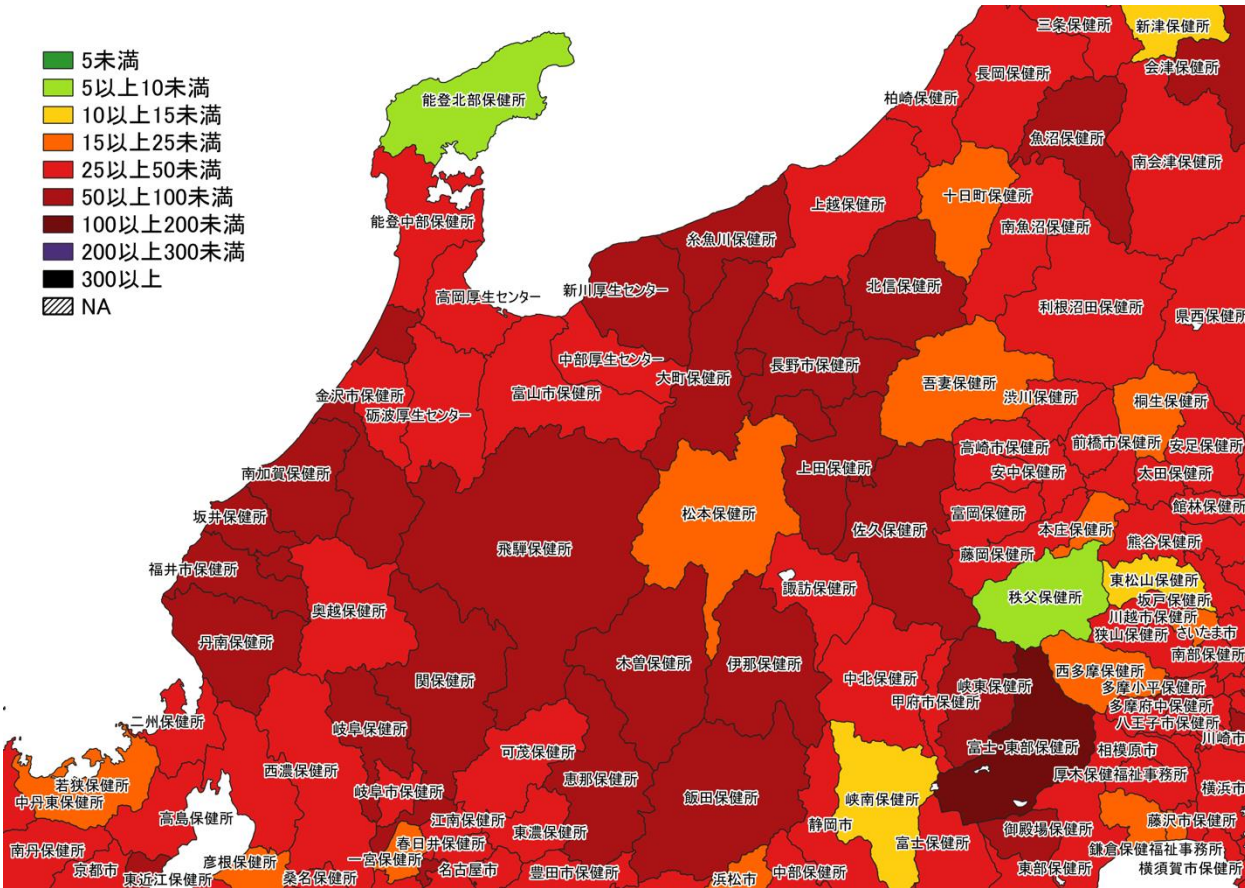


4/3~ 4/9

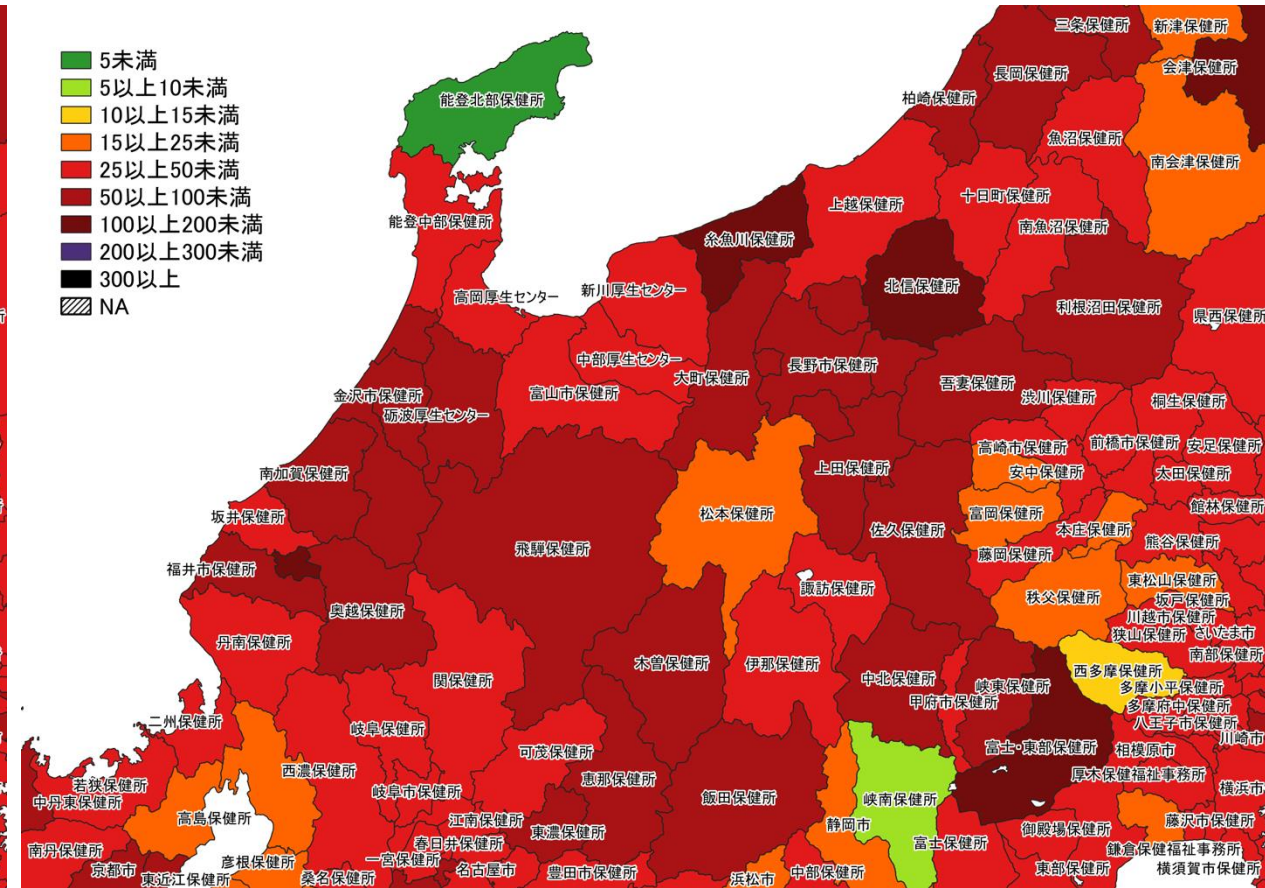


4/10~ 4/16

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）

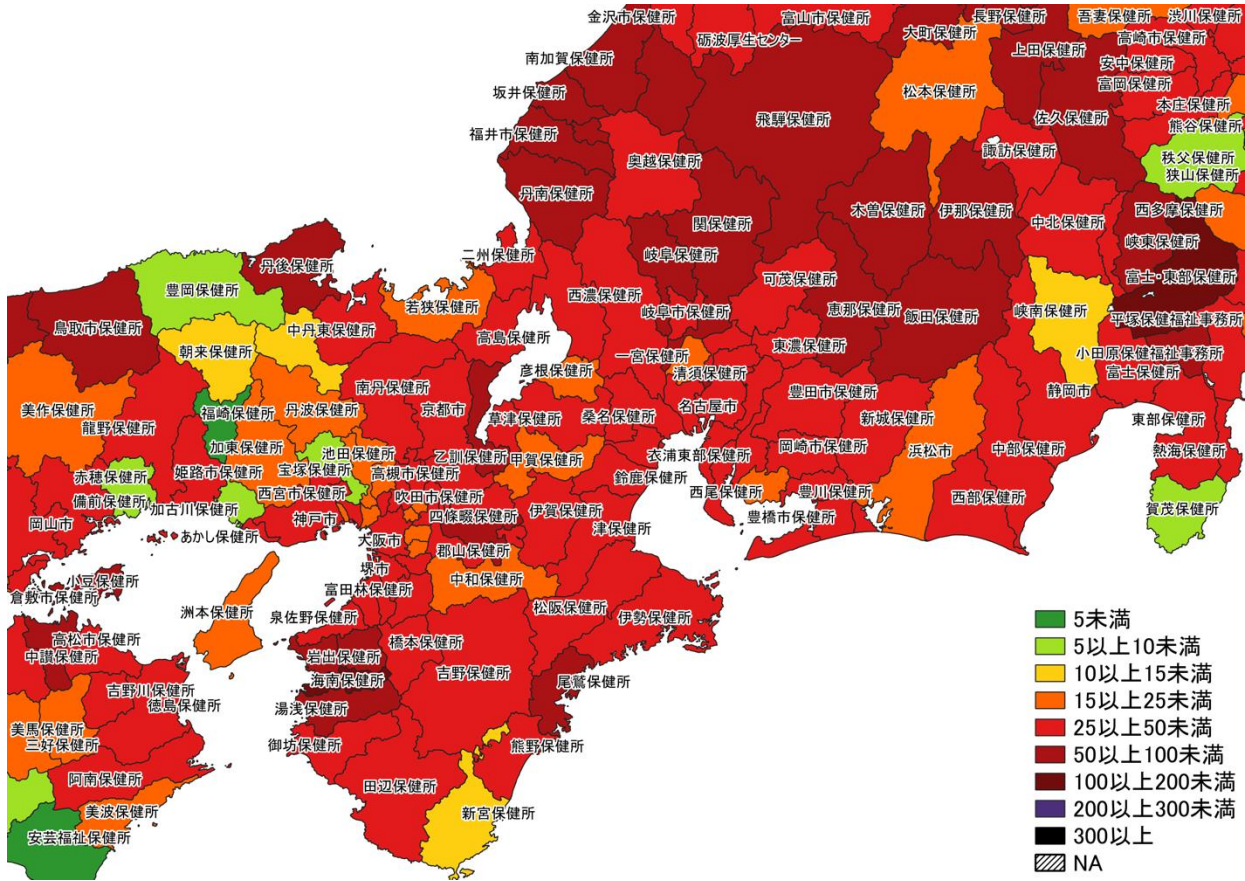


4/3～ 4/9

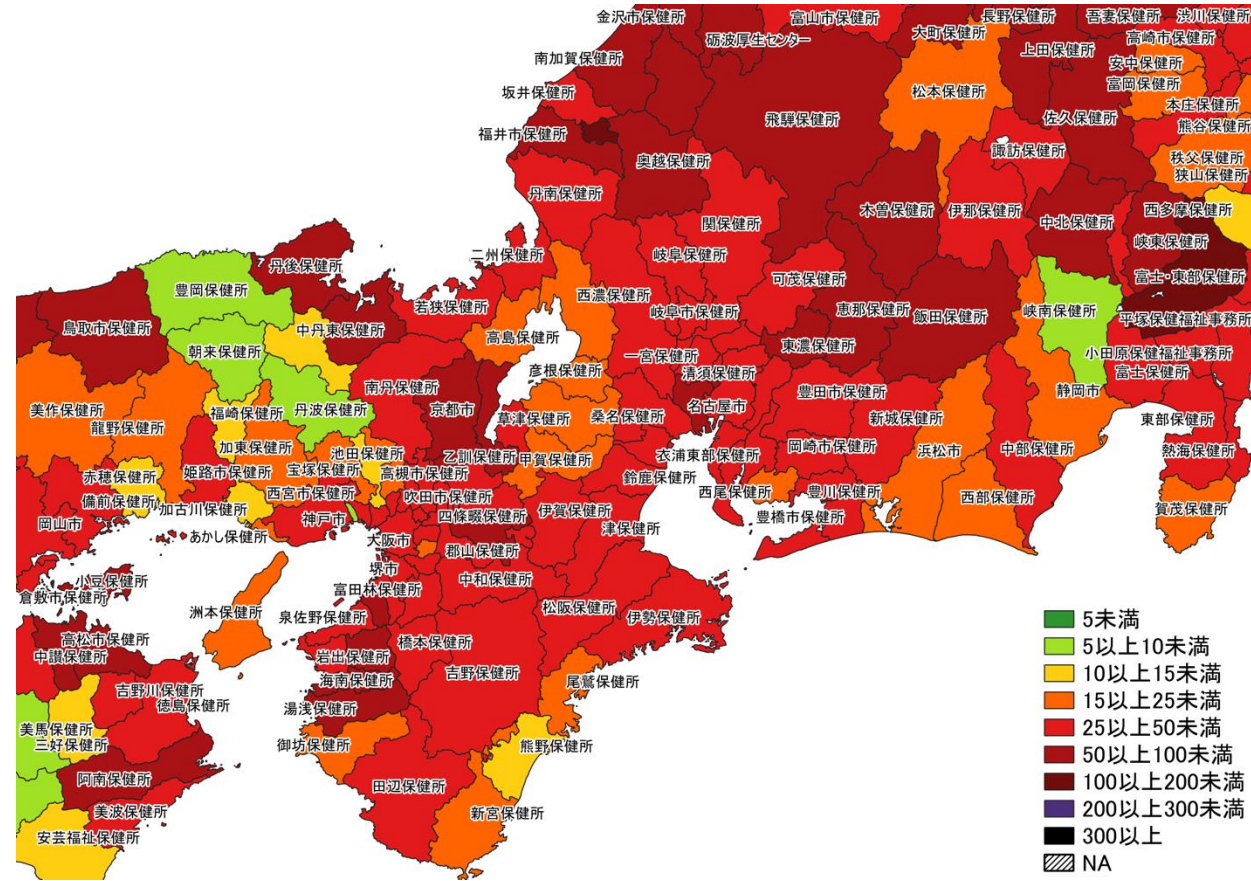


4/10～ 4/16

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）

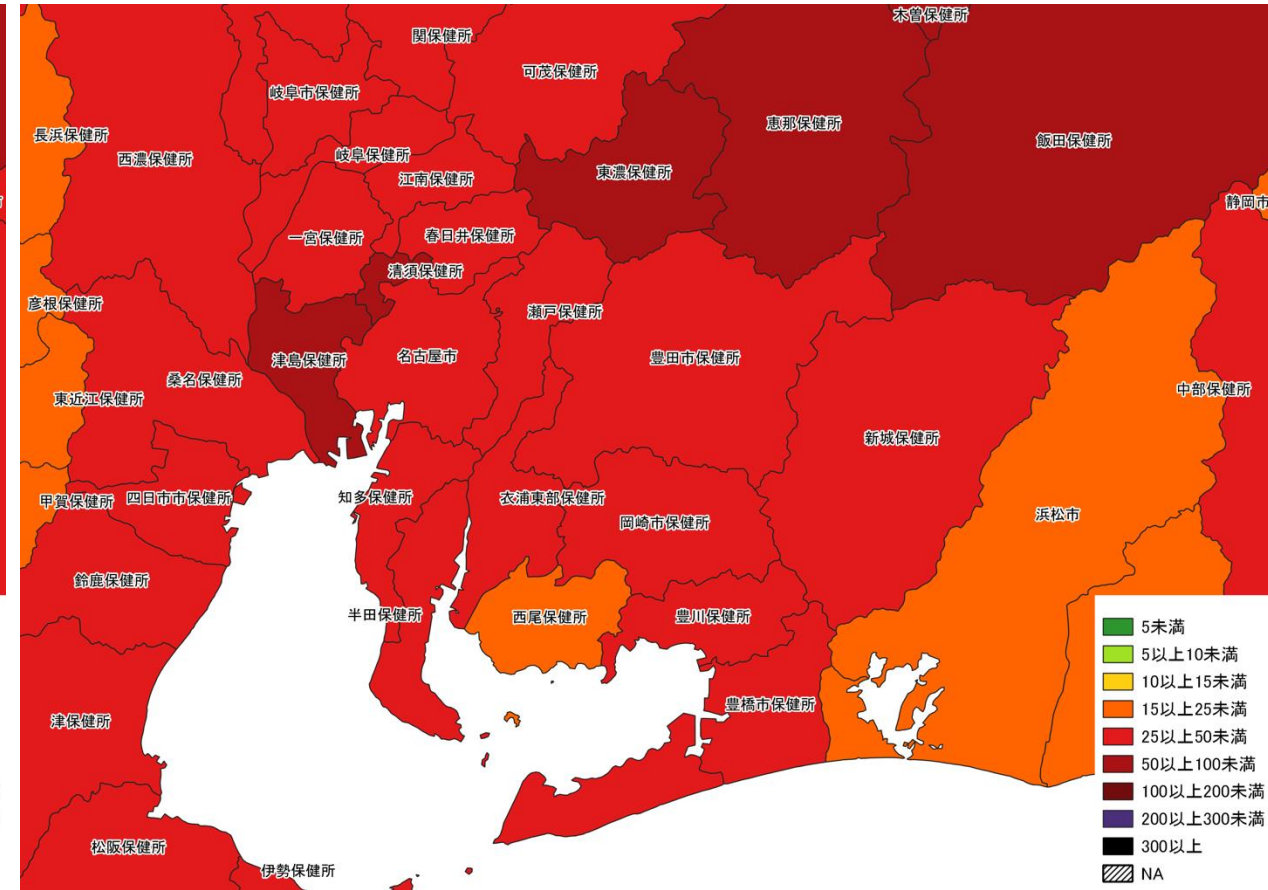
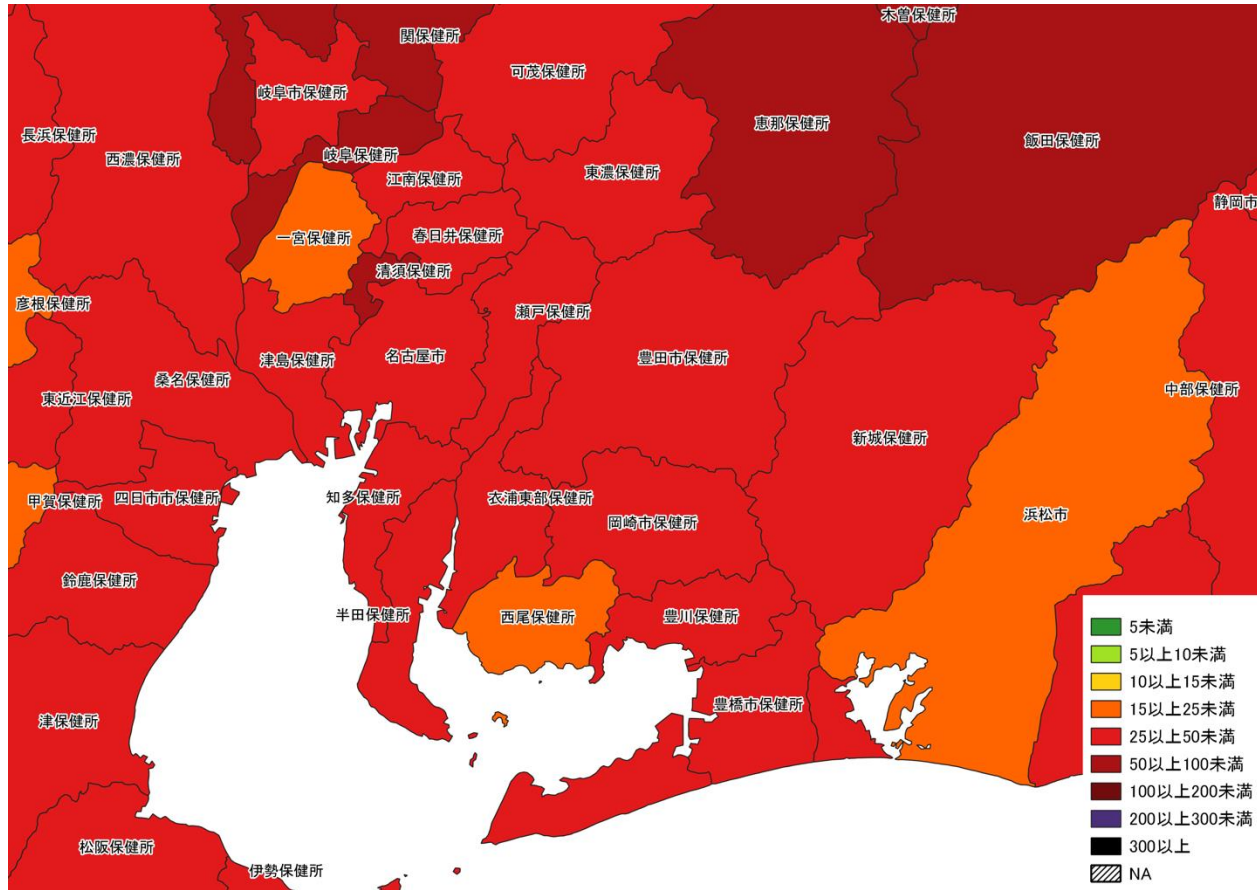


4/3~ 4/9

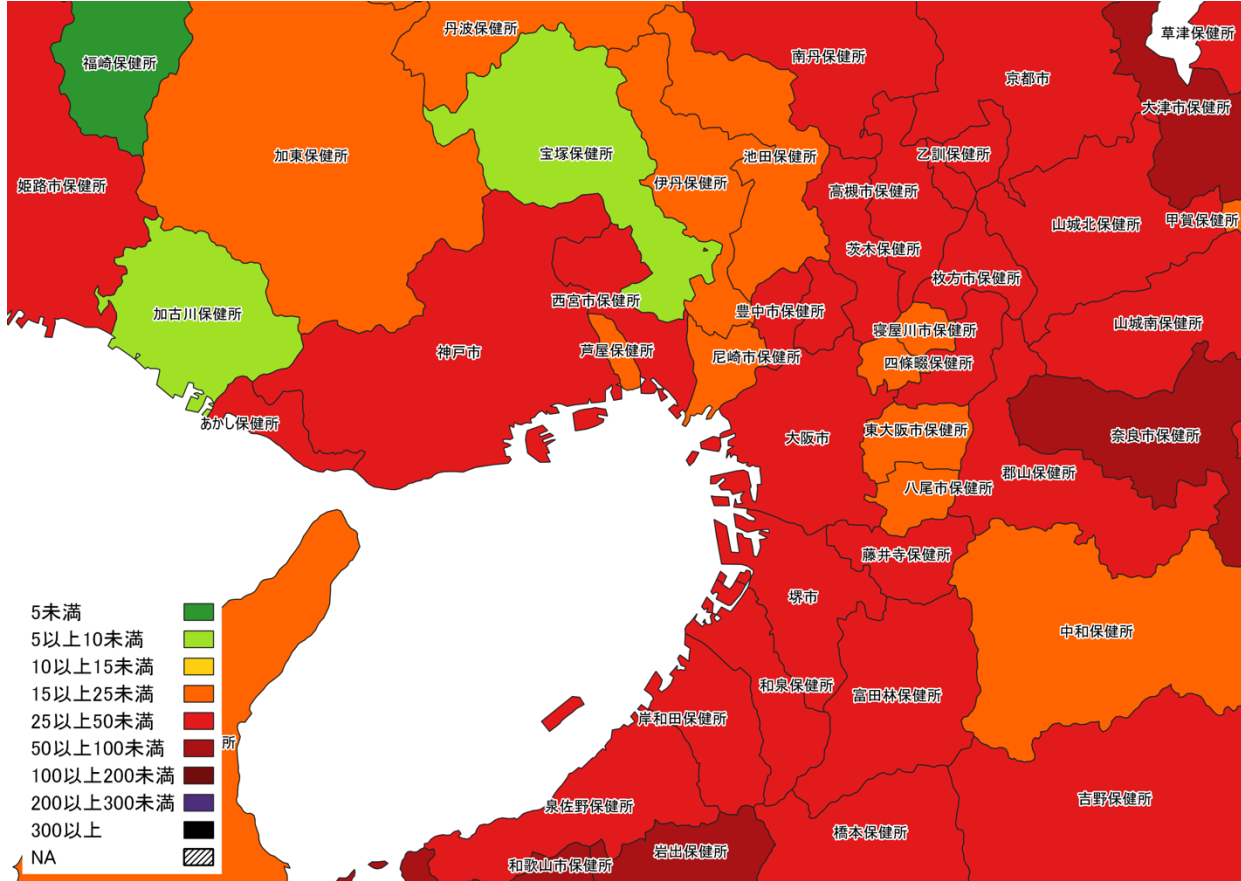


4/10~ 4/16

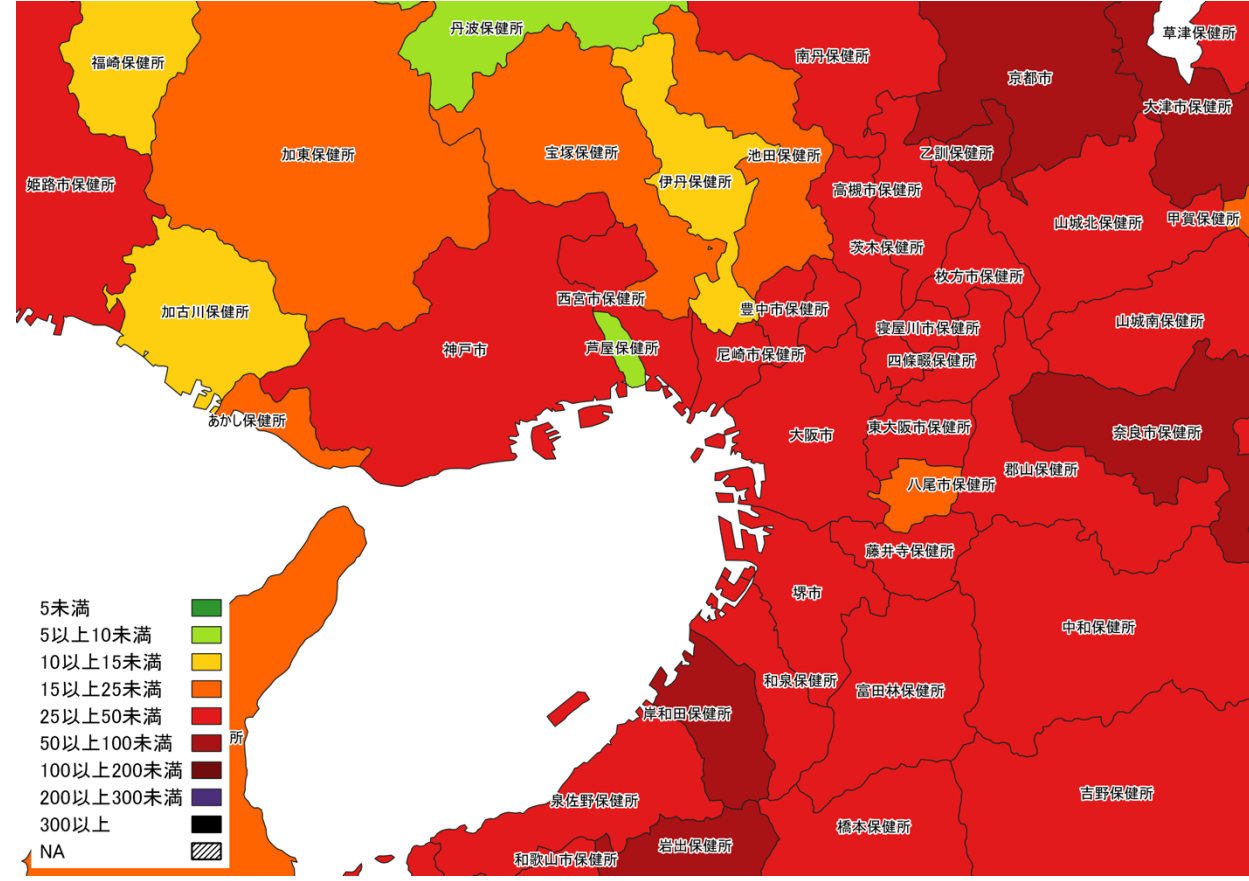
人口10万人あたりの7日間累積新規症例報告数マップ
 関西・中京圏（陽性者登録センターの報告数を含まない）



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）

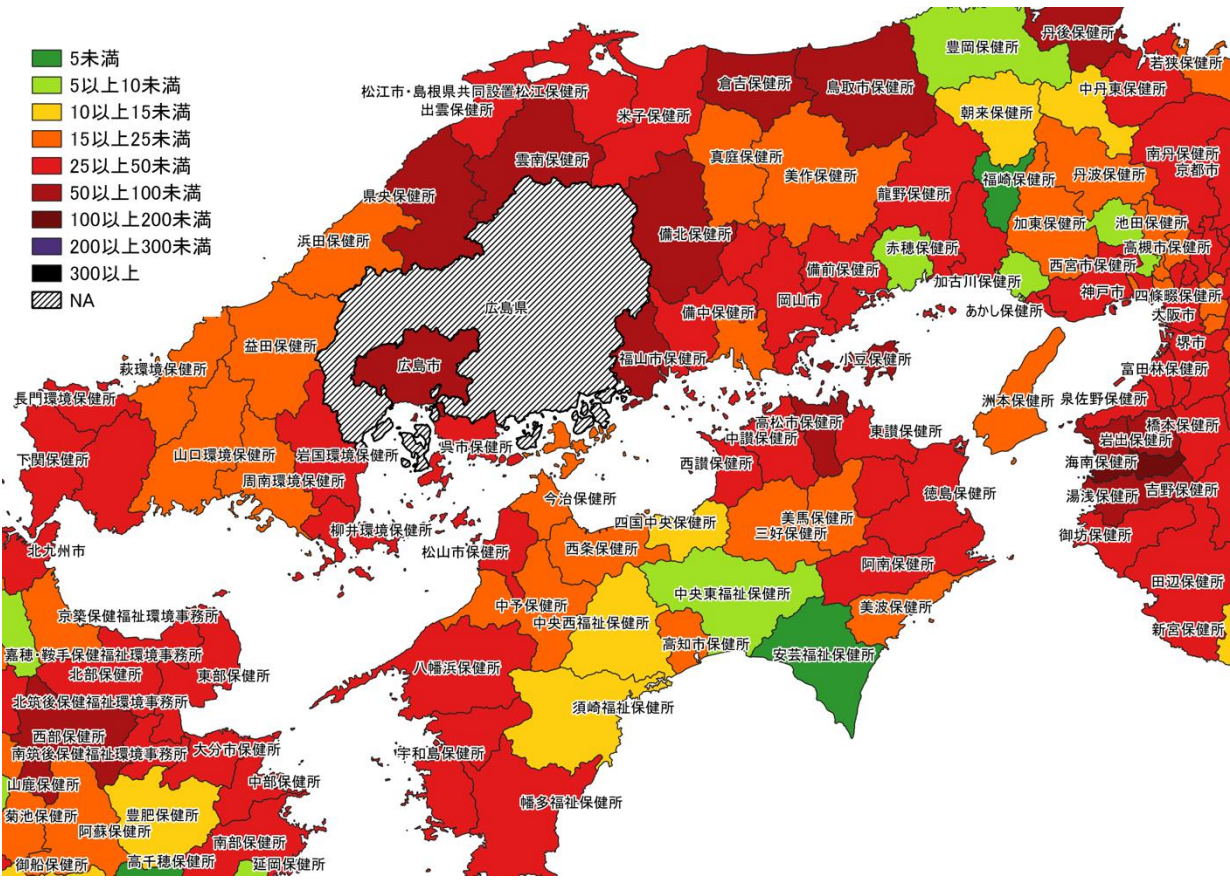


4/3～ 4/9

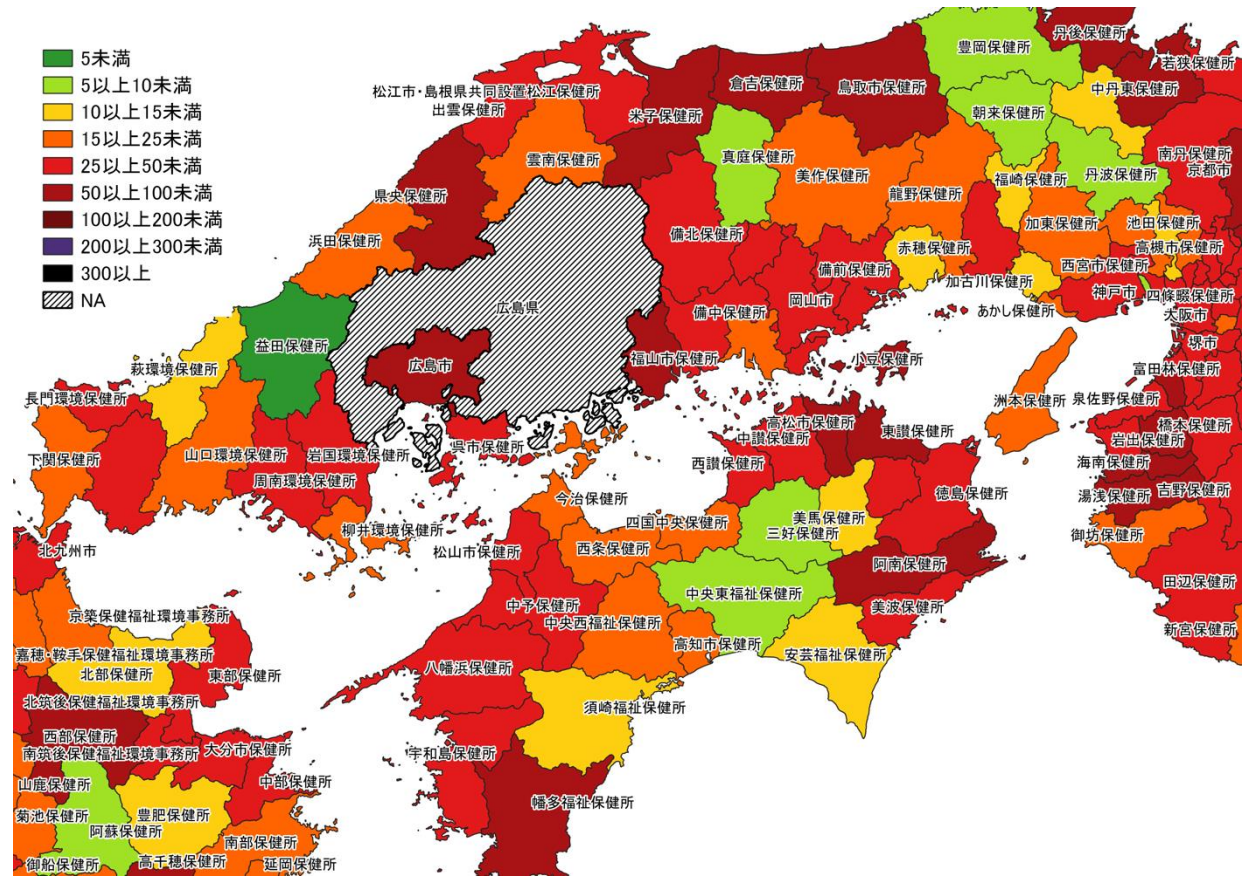


4/10～ 4/16

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）



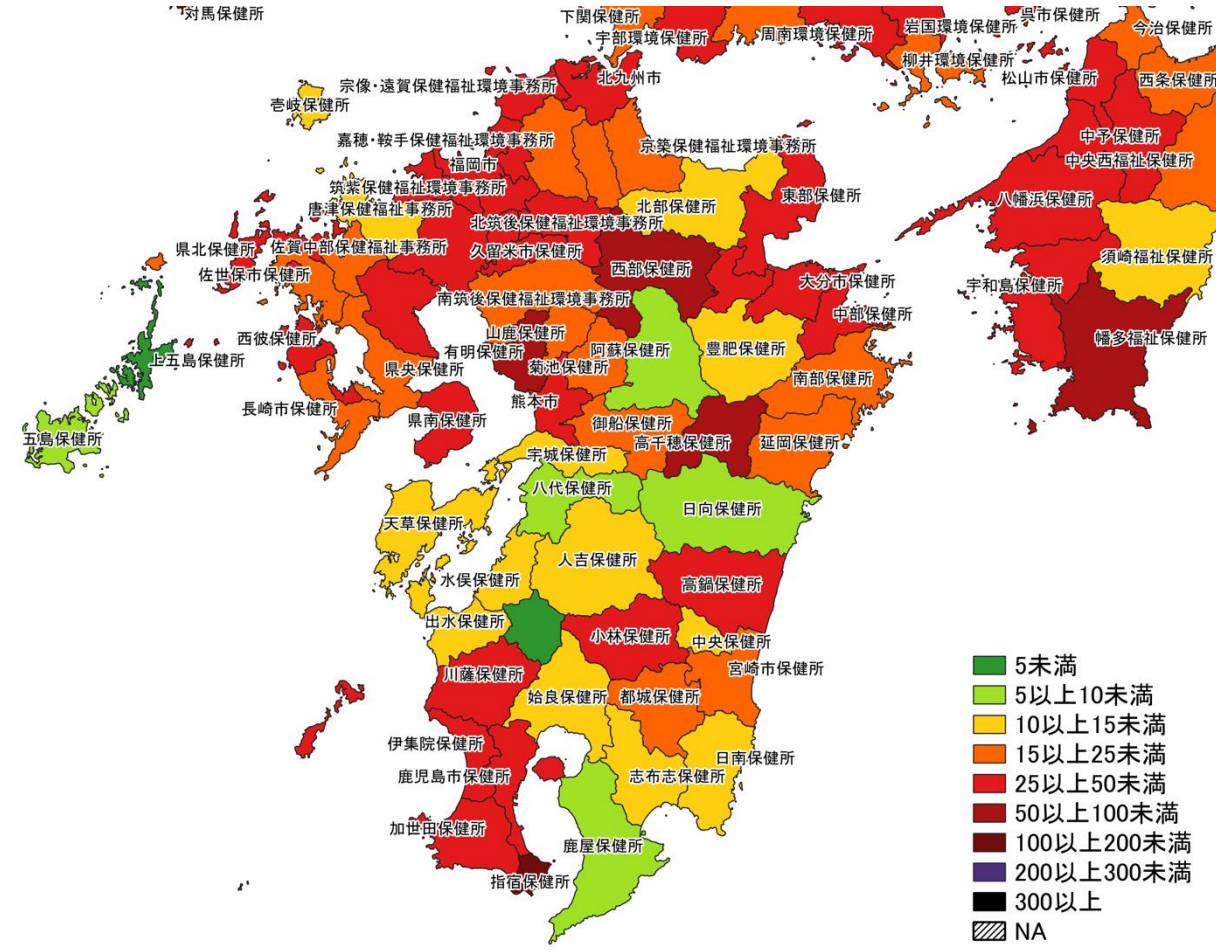
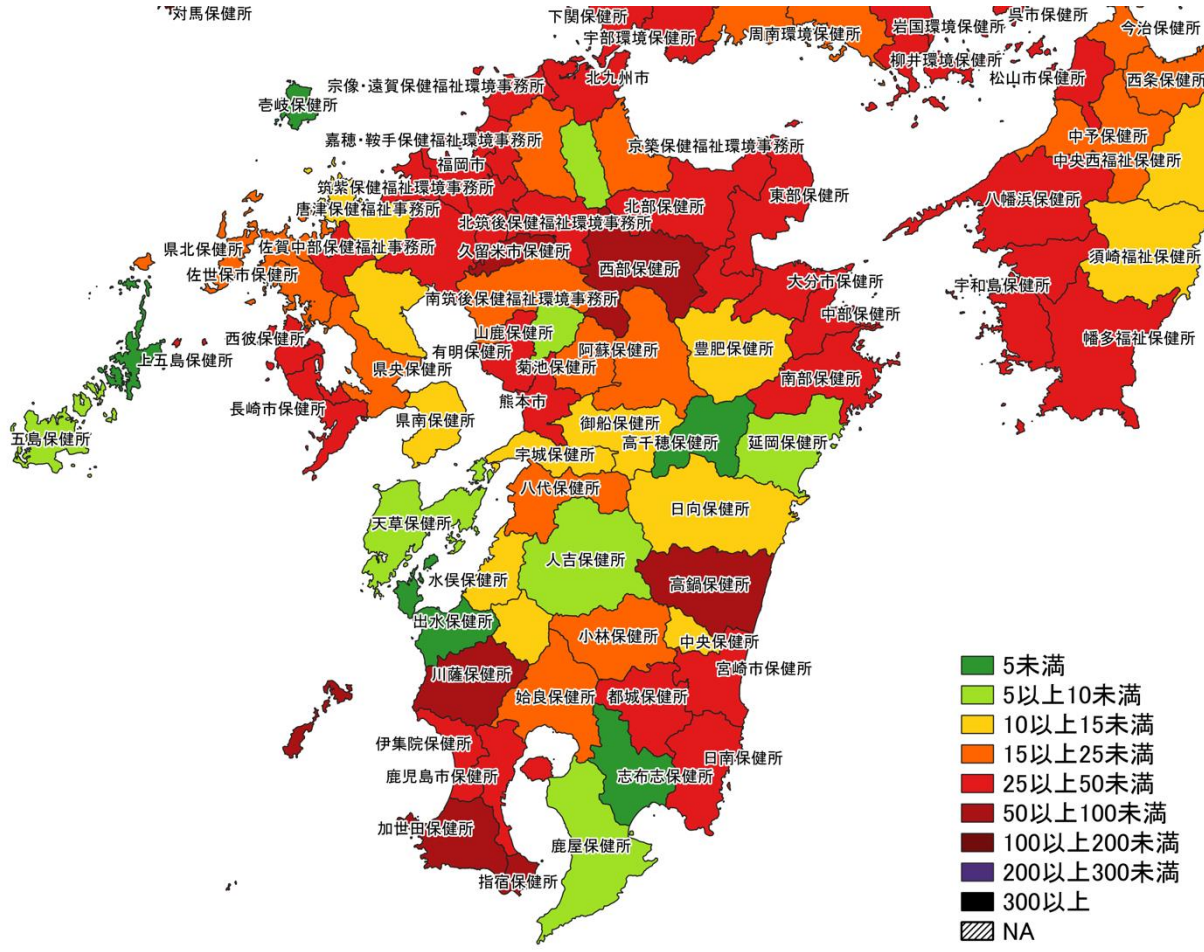
4/3 ~ 4/9



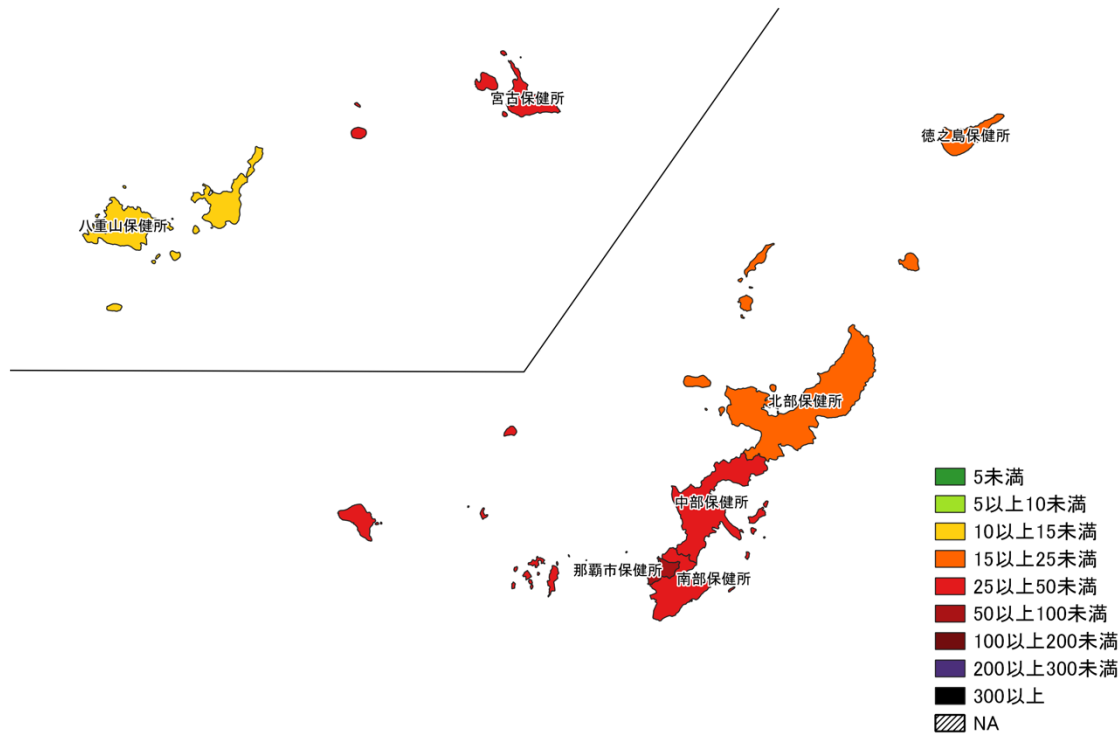
4/10 ~ 4/16

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)

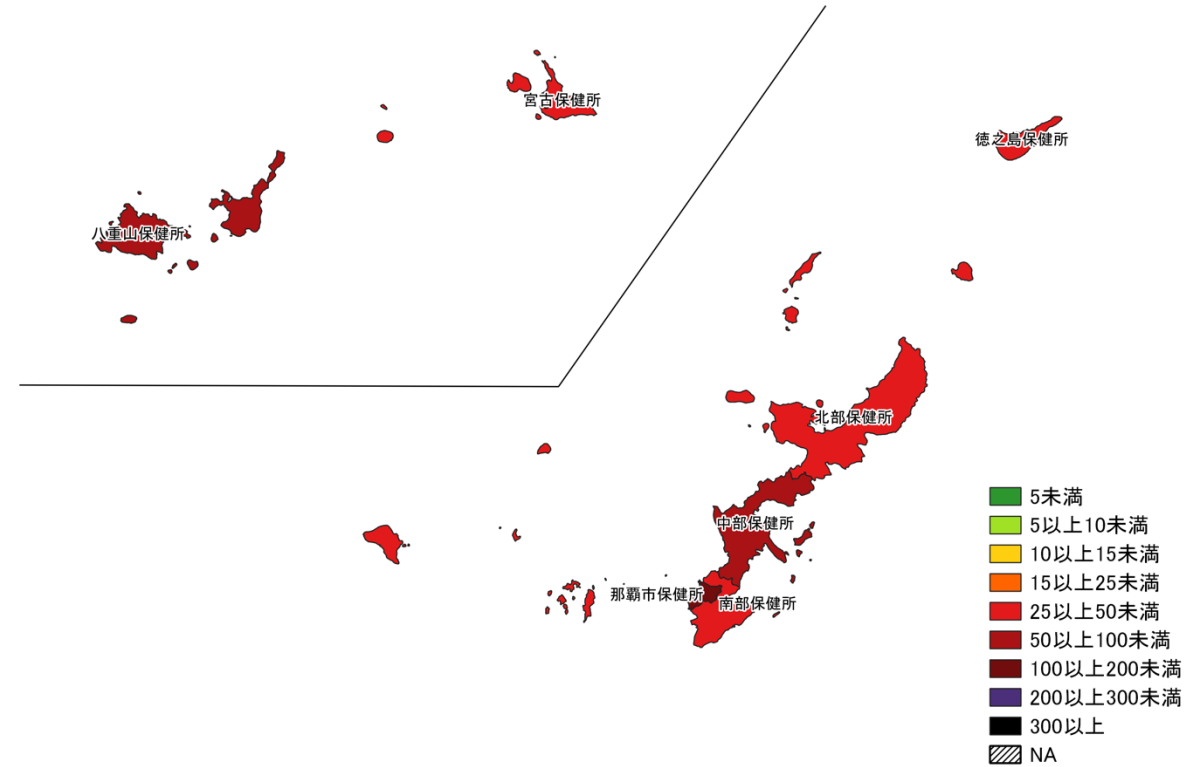
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



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）



4/3~ 4/9



4/10~ 4/16

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

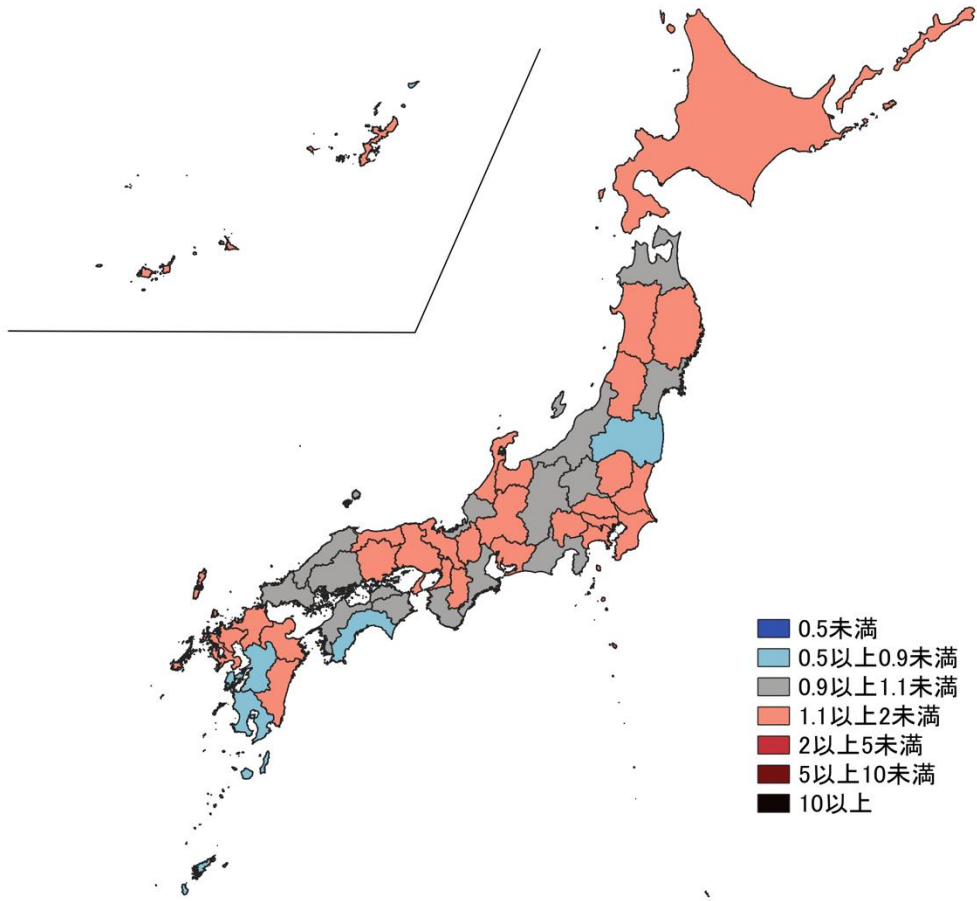
- 2023年4月17日時点のHER-SYSの日時報告数を用いて、都道府県別7日間累積新規症例報告数の、前週との比を図示する。
- 前週比マップでは、前週の症例数が0の場合、データを得られなかった場合は比を算出できないためNAとした。
- **保健所管区別の報告数には、陽性者登録センターの報告数は含まれないことに注意が必要。**
- **陽性者報告体制の変化がある場合、保健所管区別では過小・過大評価になる可能性がある。**
- 集計値修正により、今後変動する可能性がある。

まとめ

- 直近では、都道府県単位で見ると、多くの地域で横ばいであるが、一部の地域では増加あるいは減少がみられる。
- 保健所単位では、全国的に前週比0.5未満から2.0以上の地域が混在している。

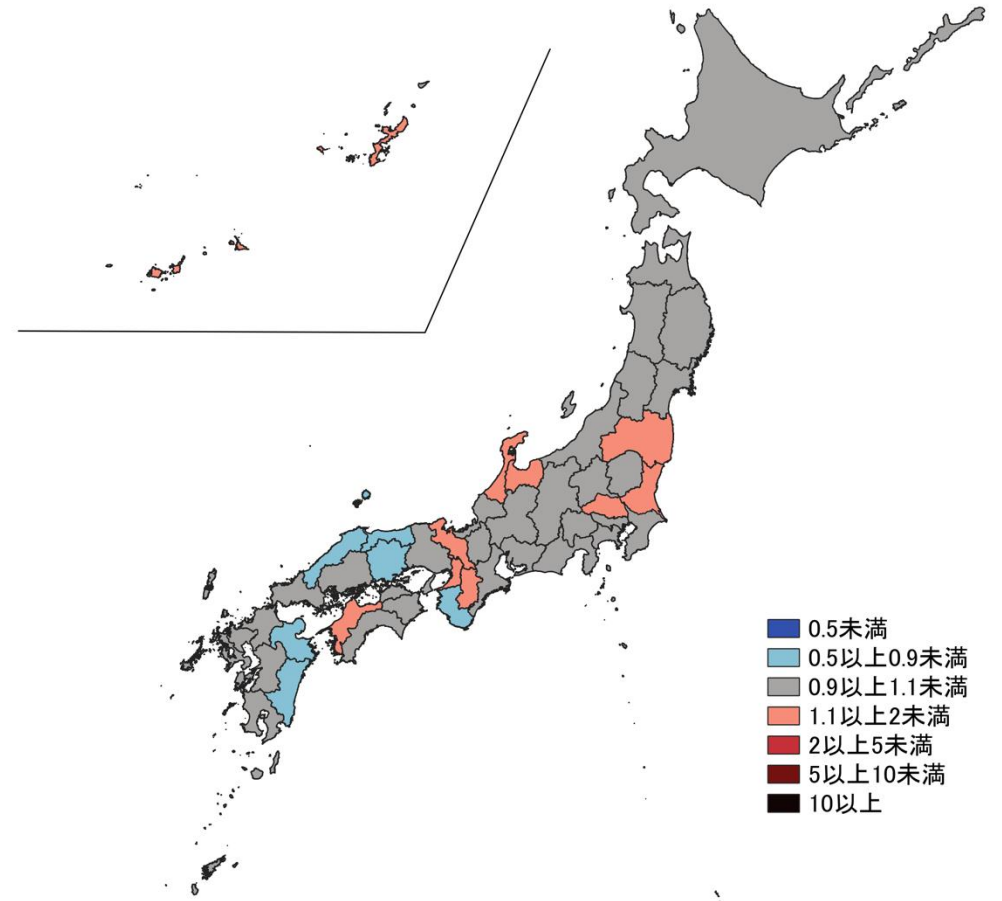
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ

都道府県単位（陽性者登録センターの報告数を含む）



3/27~ 4/2
4/3~ 4/9

- 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

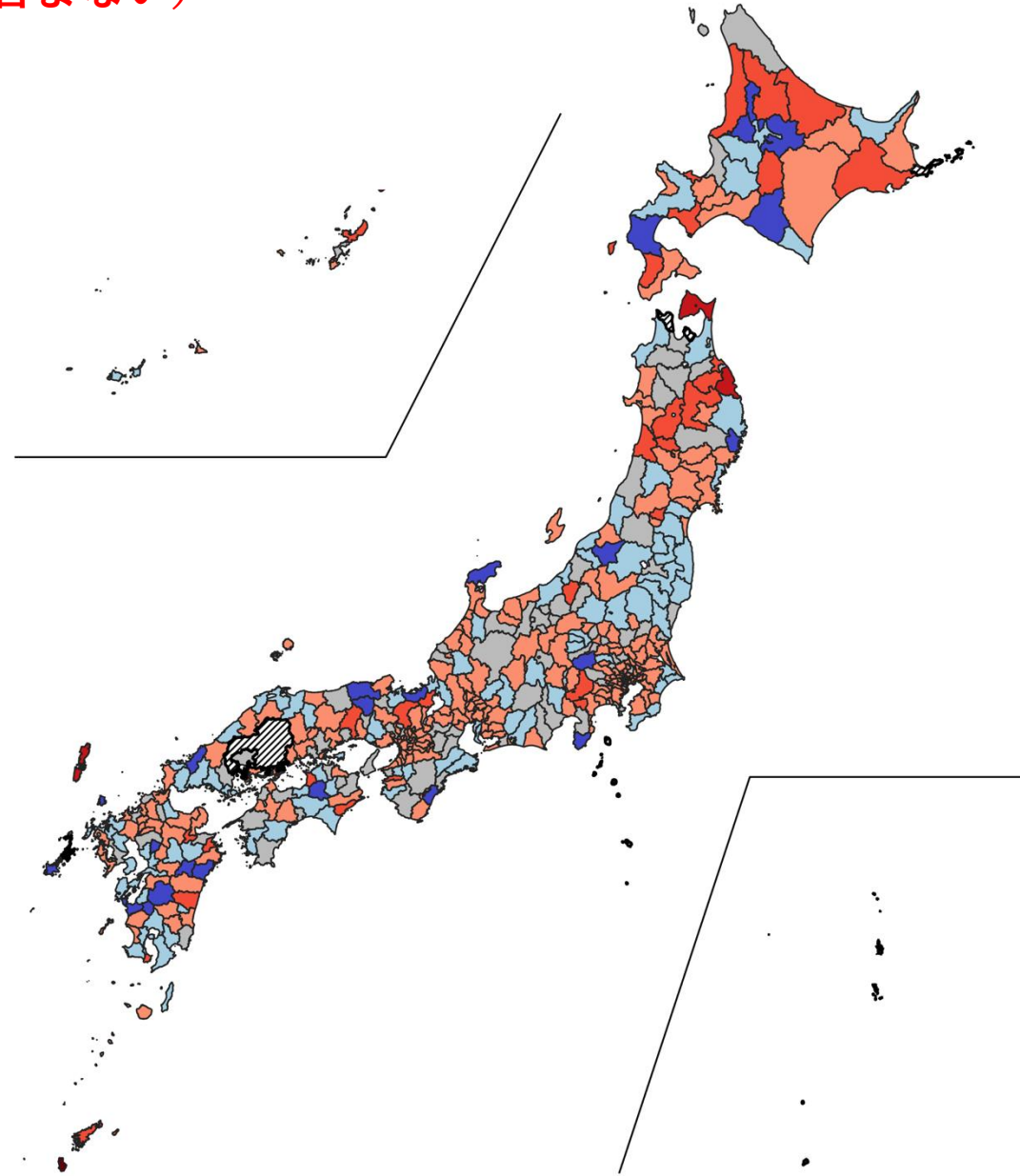





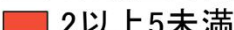
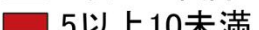

4/3~ 4/9
4/10~ 4/16

- 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

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)

3/27~ 4/2
 4/3~ 4/9

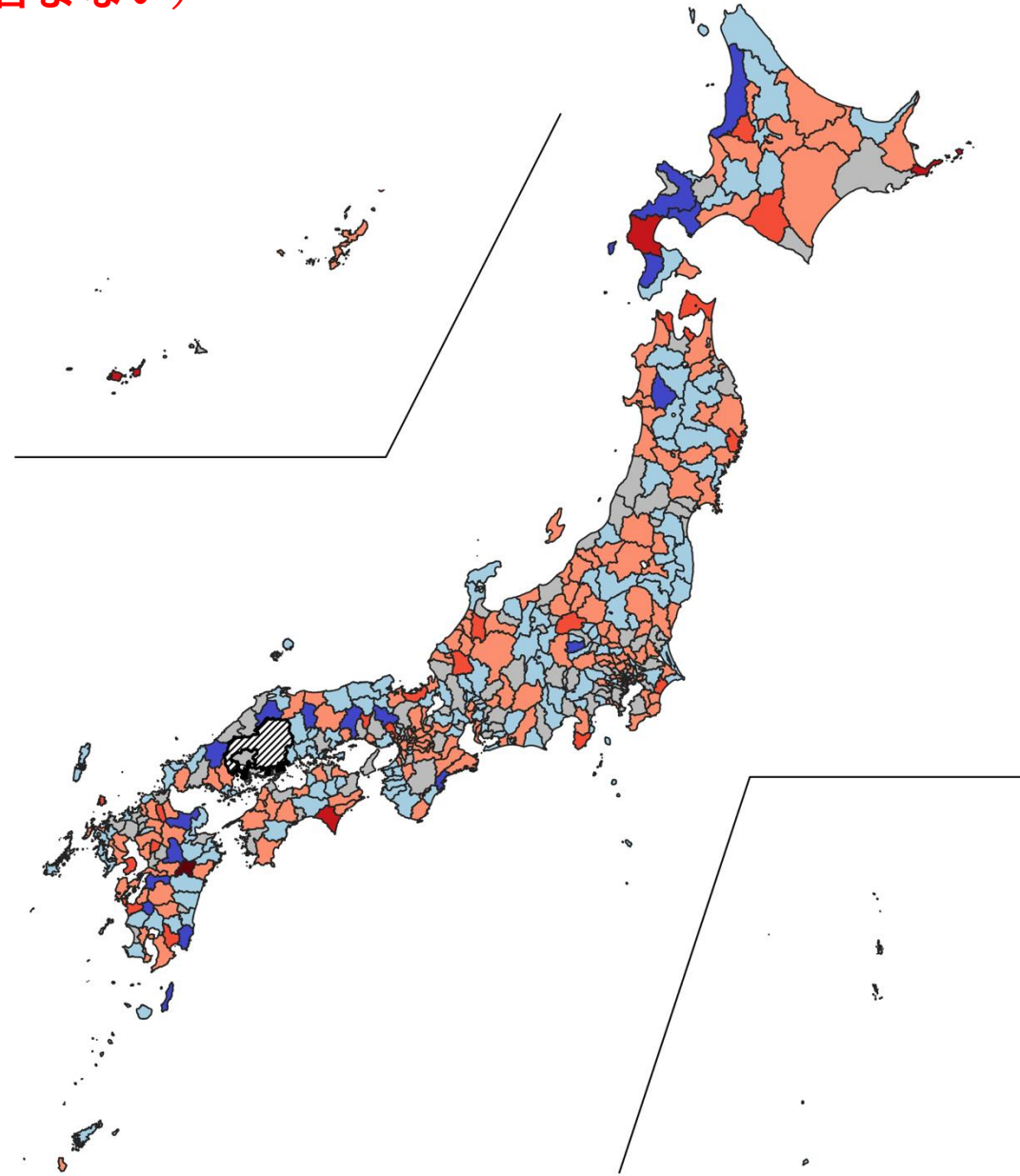





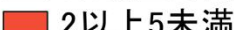
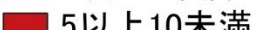

-  NA
-  0.5未満
-  0.5以上0.9未満
-  0.9以上1.1未満
-  1.1以上2未満
-  2以上5未満
-  5以上10未満
-  10以上50未満
-  50以上

※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要

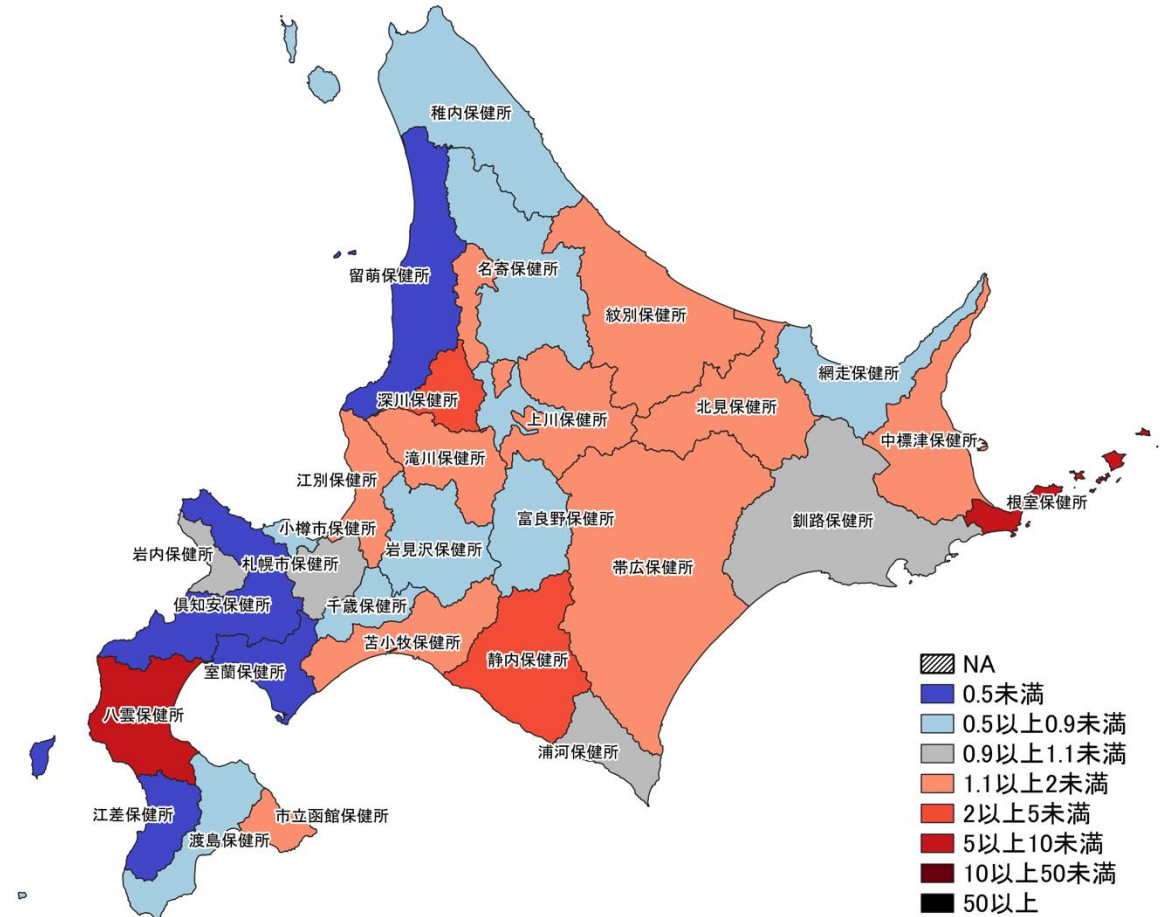
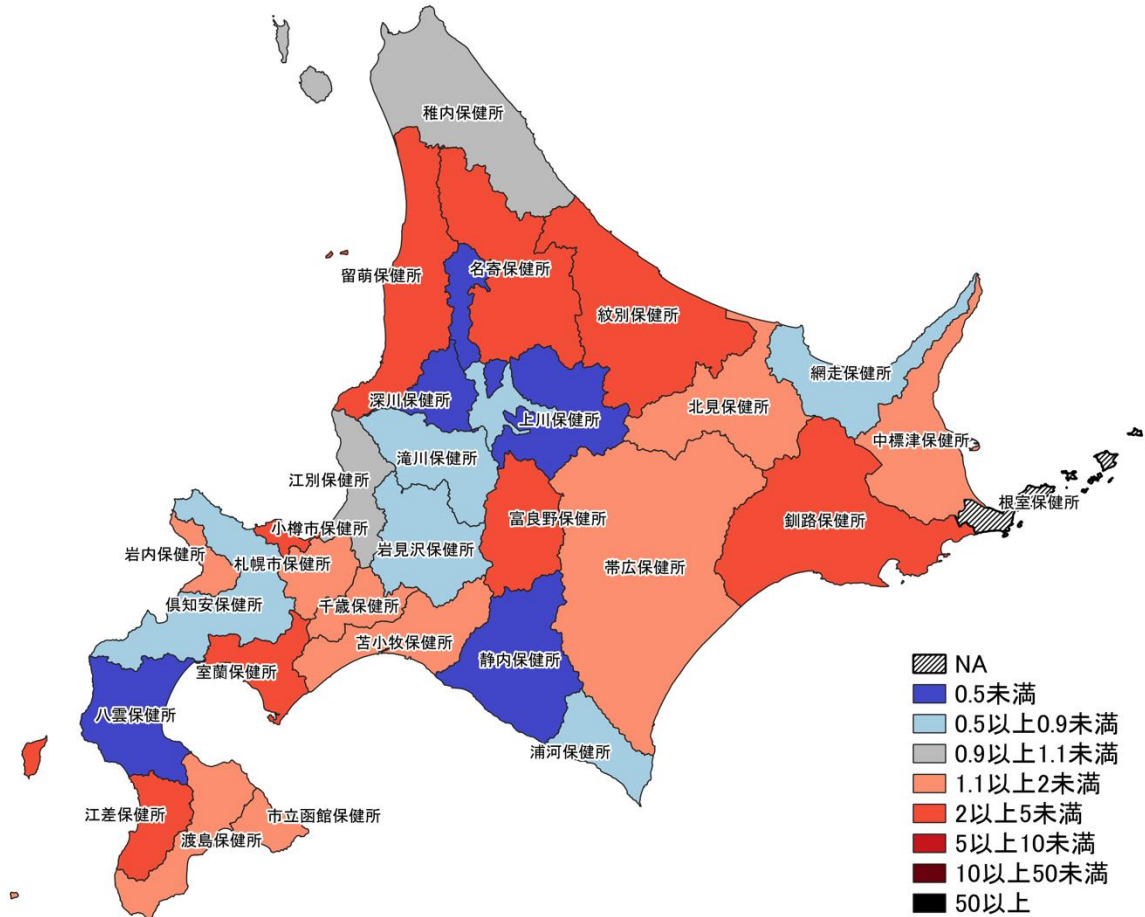
人口10万人あたりの7日間累積新規感染者数マップ 保健所単位 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

4/3～ 4/9
4/10～ 4/16

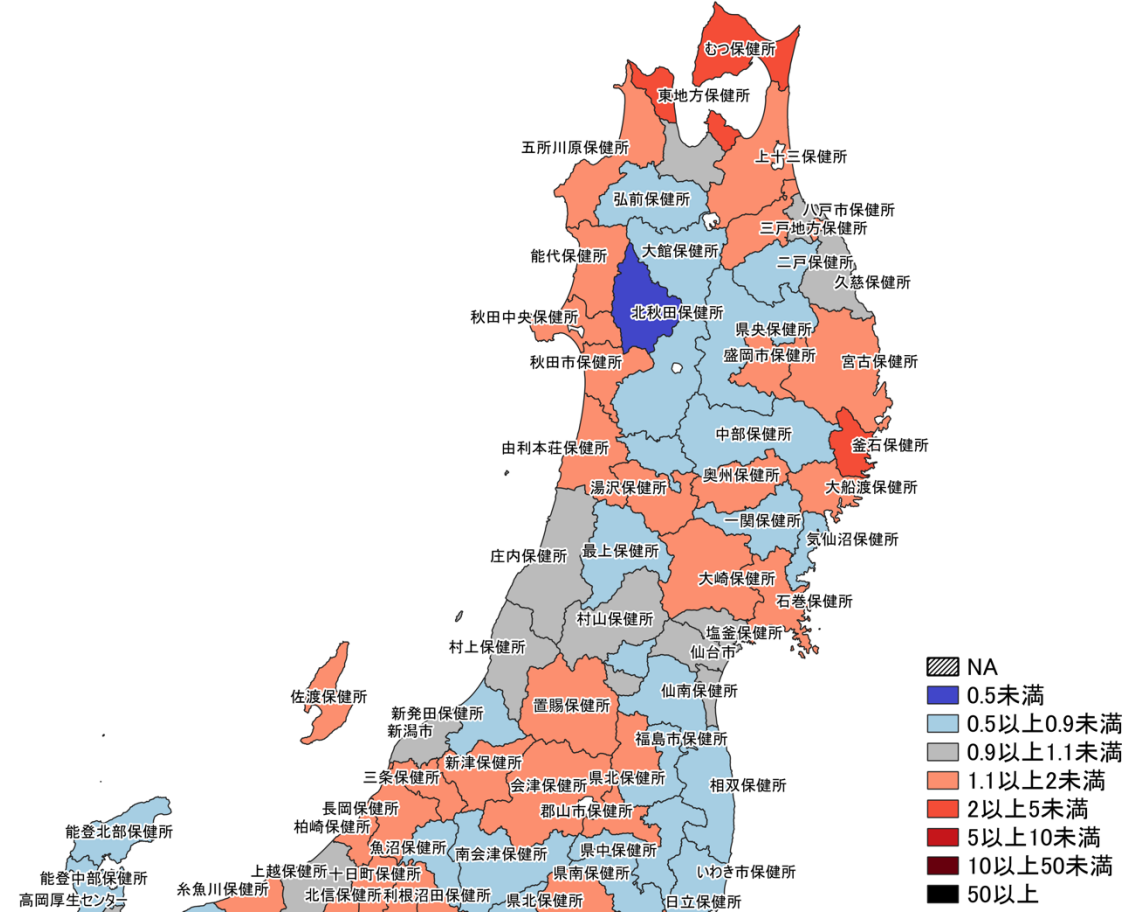
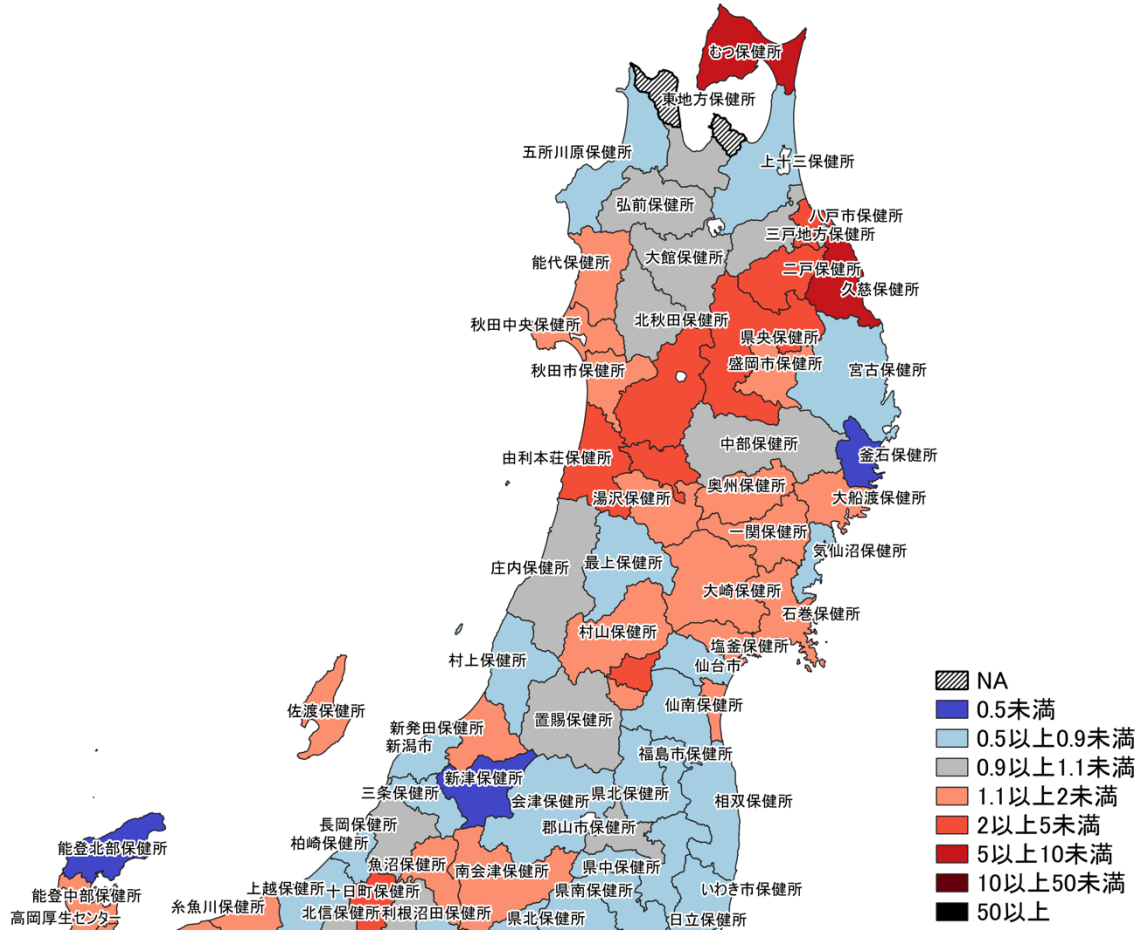


-  NA
-  0.5未満
-  0.5以上0.9未満
-  0.9以上1.1未満
-  1.1以上2未満
-  2以上5未満
-  5以上10未満
-  10以上50未満
-  50以上

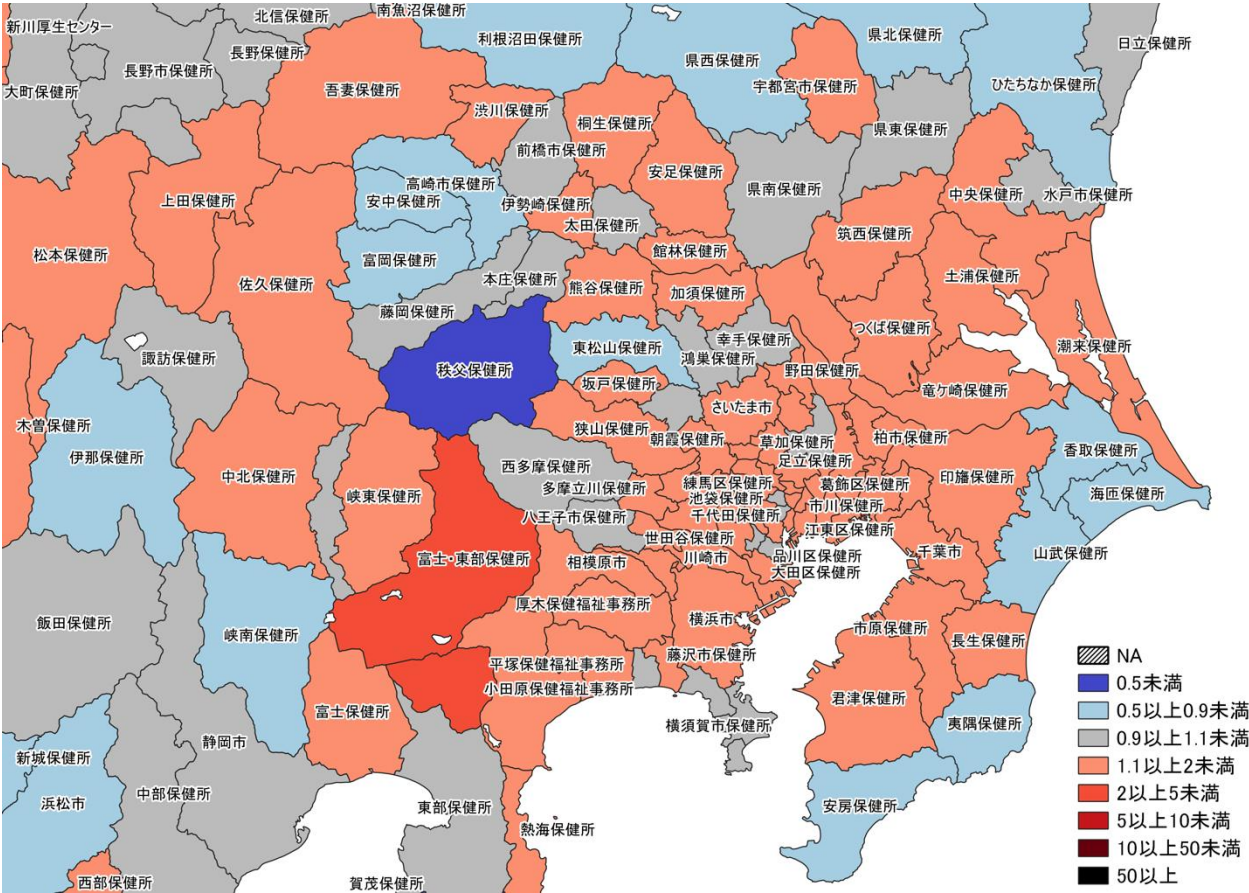
※広島県は独自のHERSYS集計をしているために注意が必要



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）

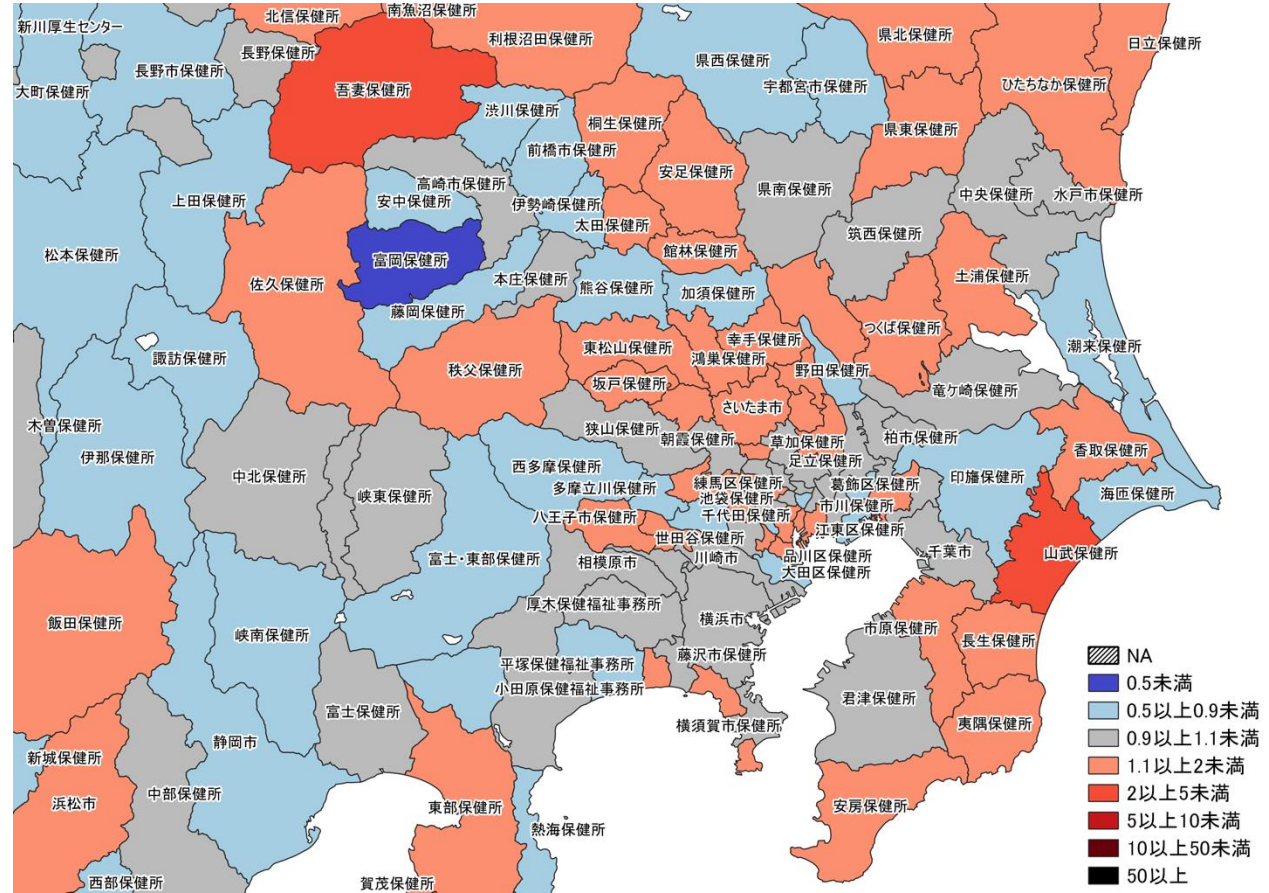


7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
東北地域（陽性者登録センターの報告数を含まない）

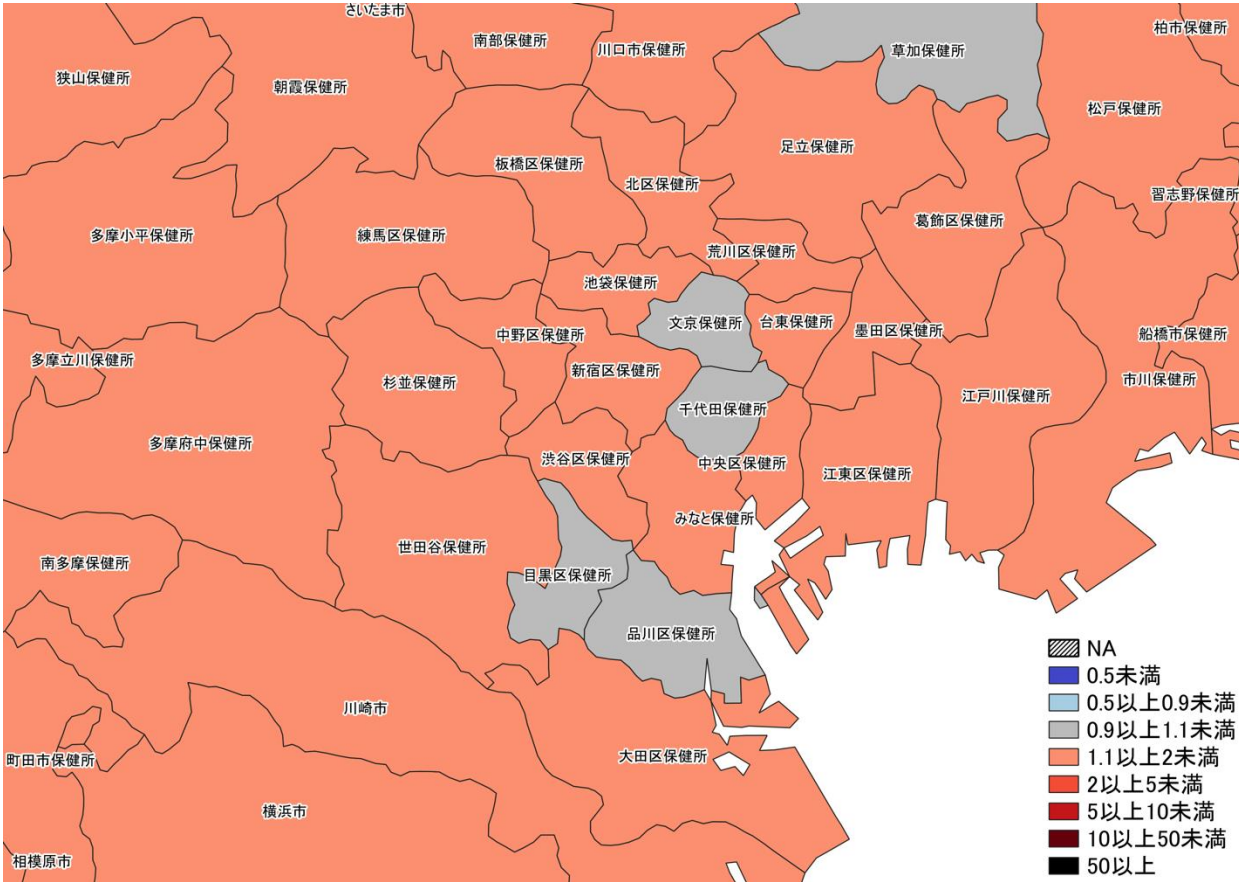


3/27~ 4/2
4/3~ 4/9

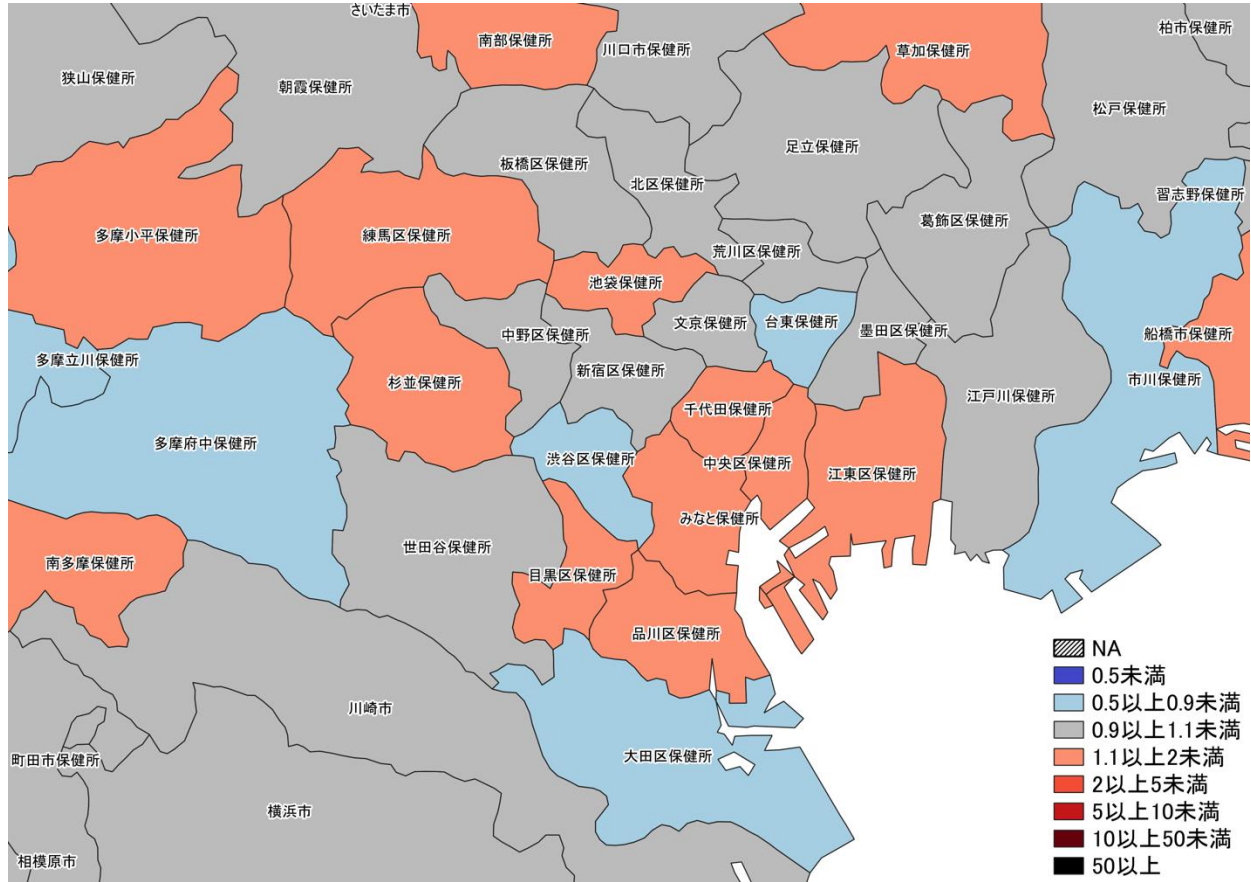
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
首都圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



4/3~ 4/9
4/10~ 4/16

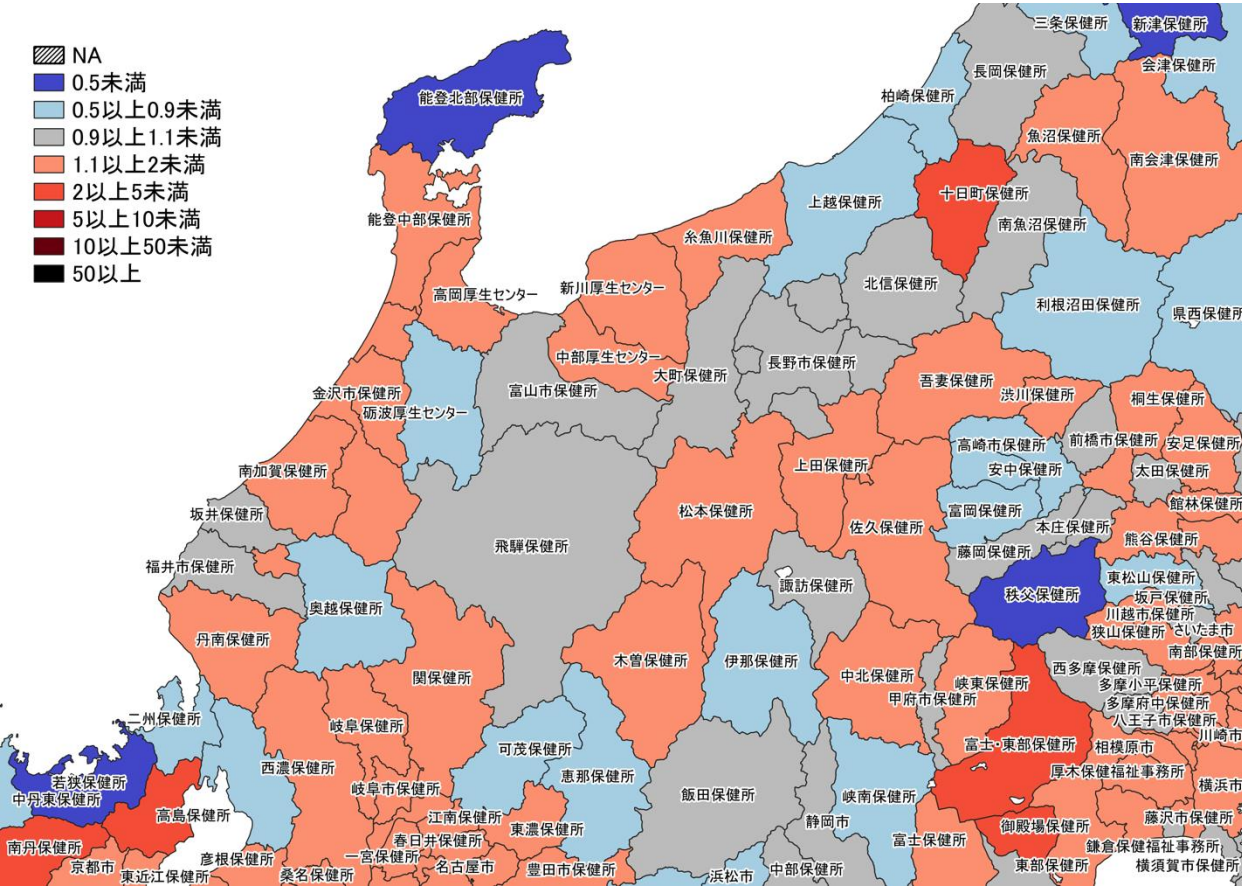


3/27～ 4/2
4/3～ 4/9



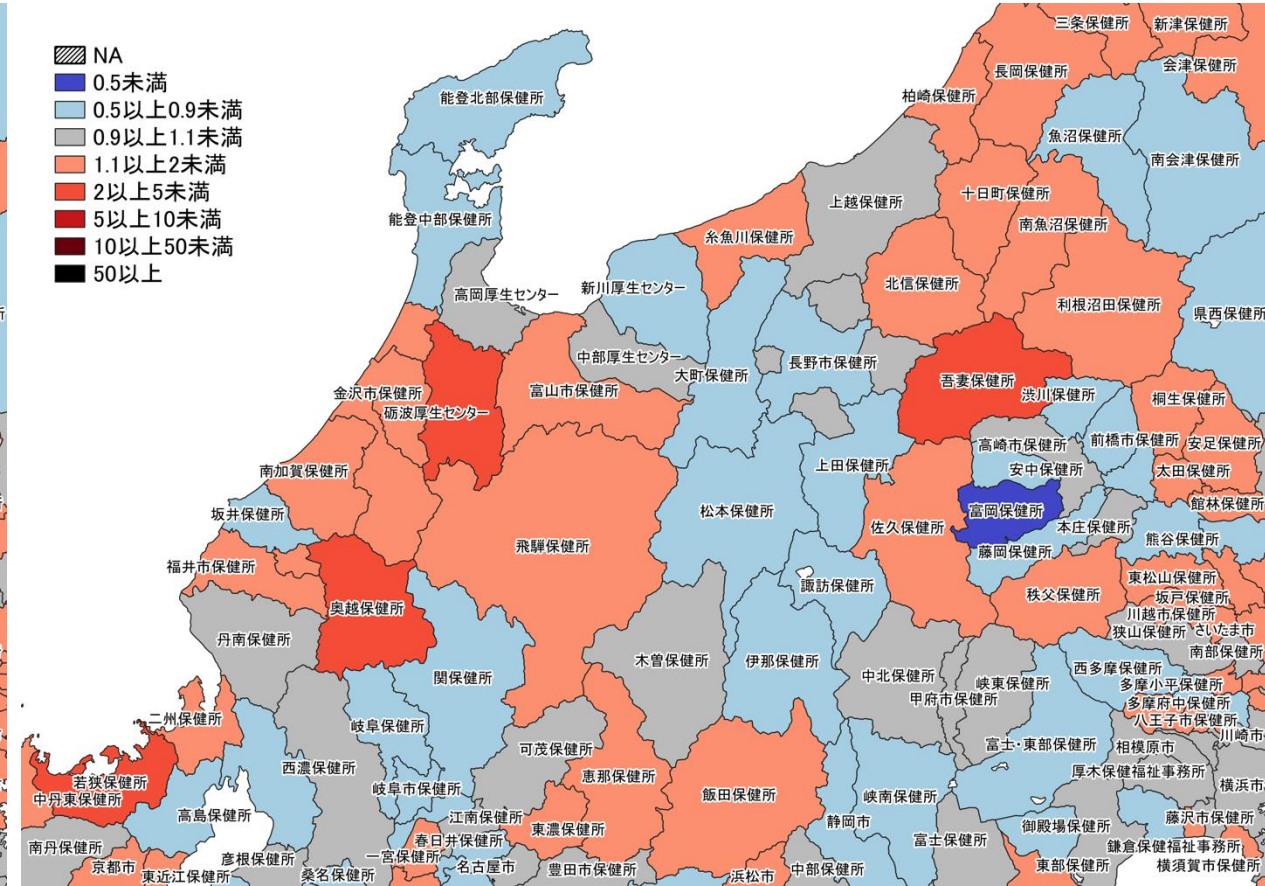
4/3～ 4/9
4/10～ 4/16

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)

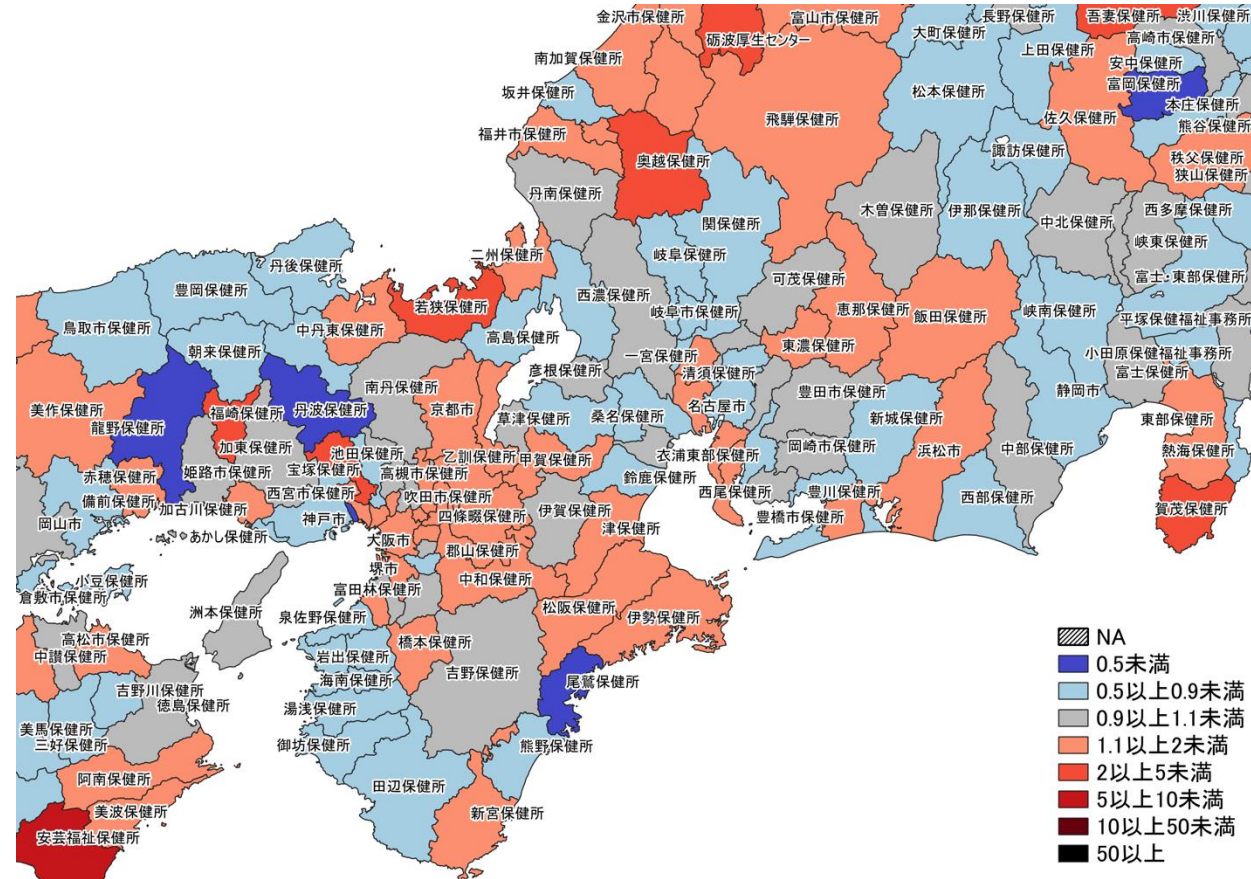
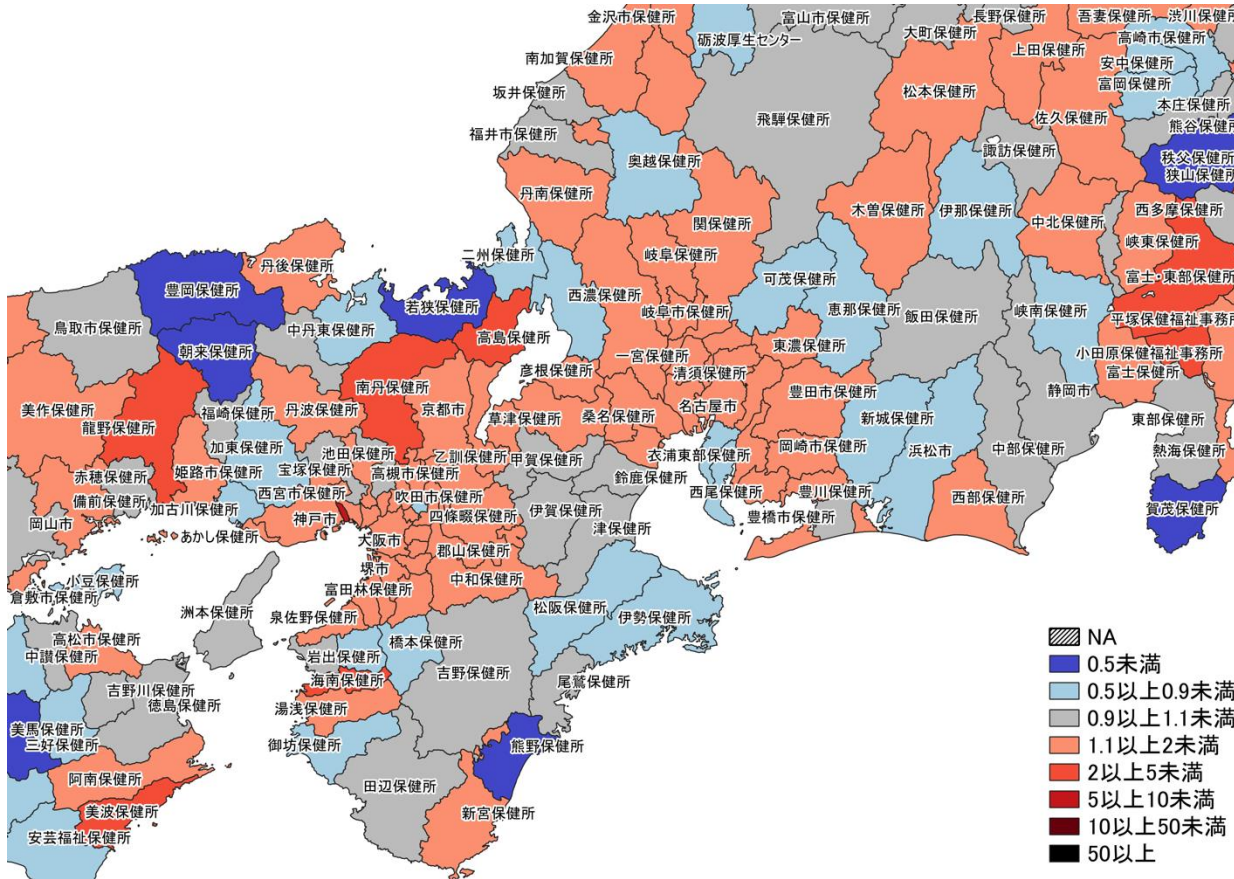


3/27~ 4/2
4/3~ 4/9

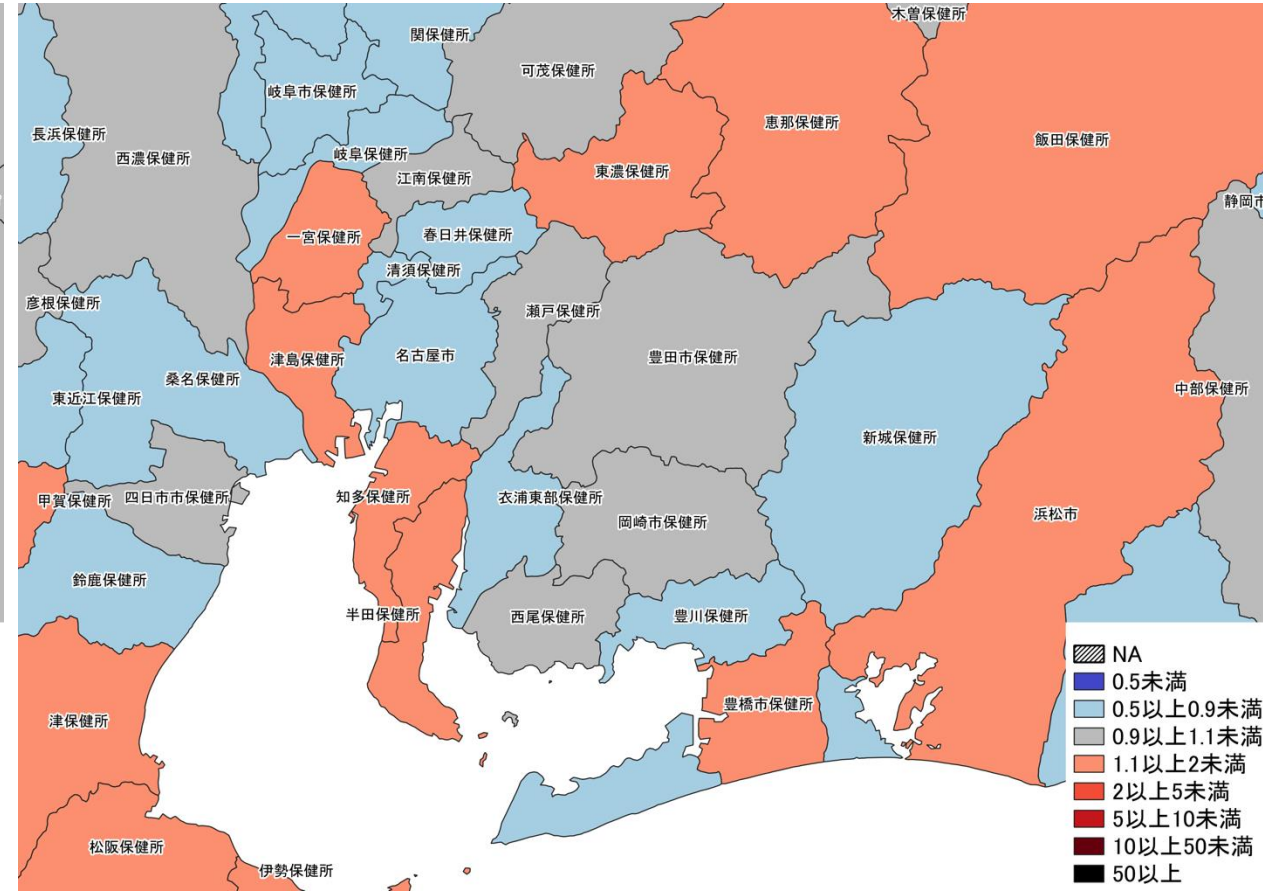
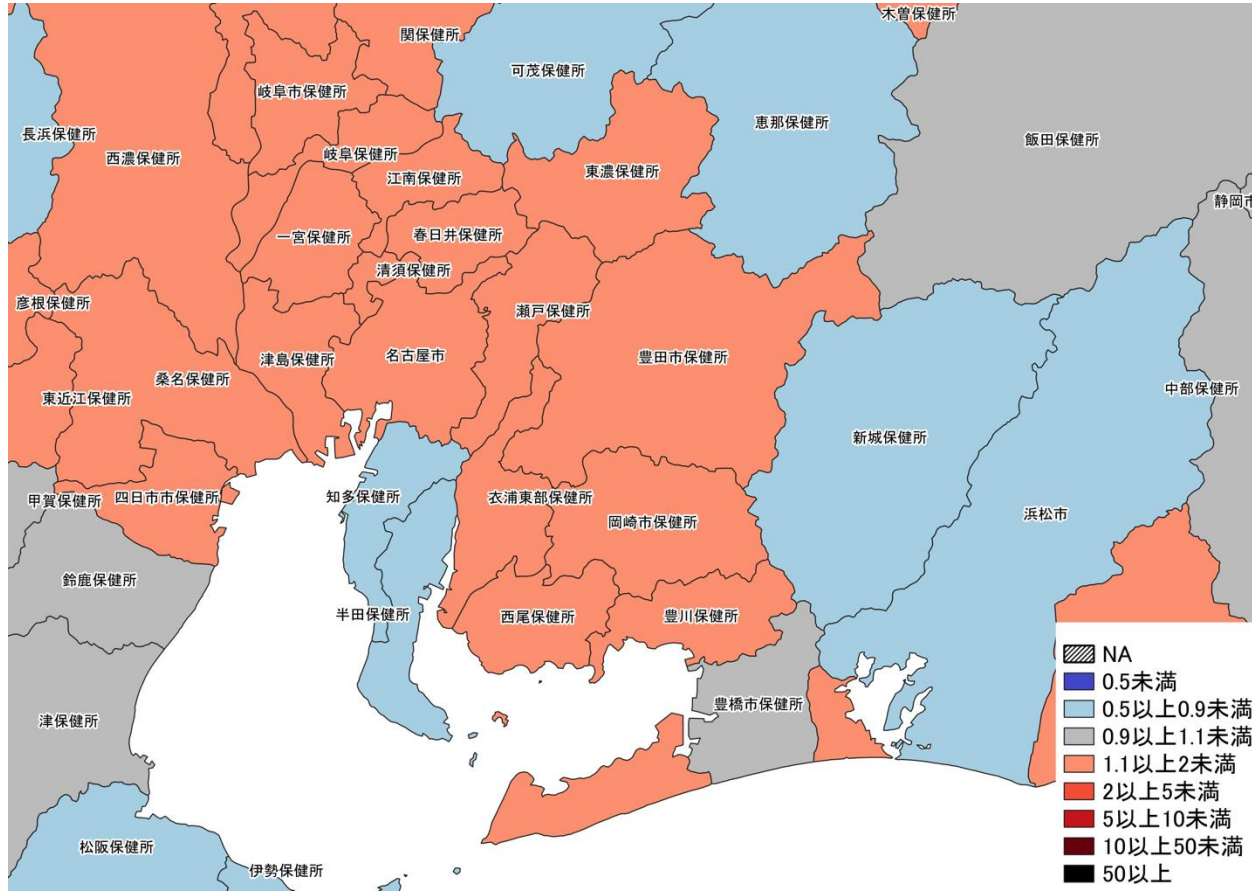
7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
北陸・中部地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

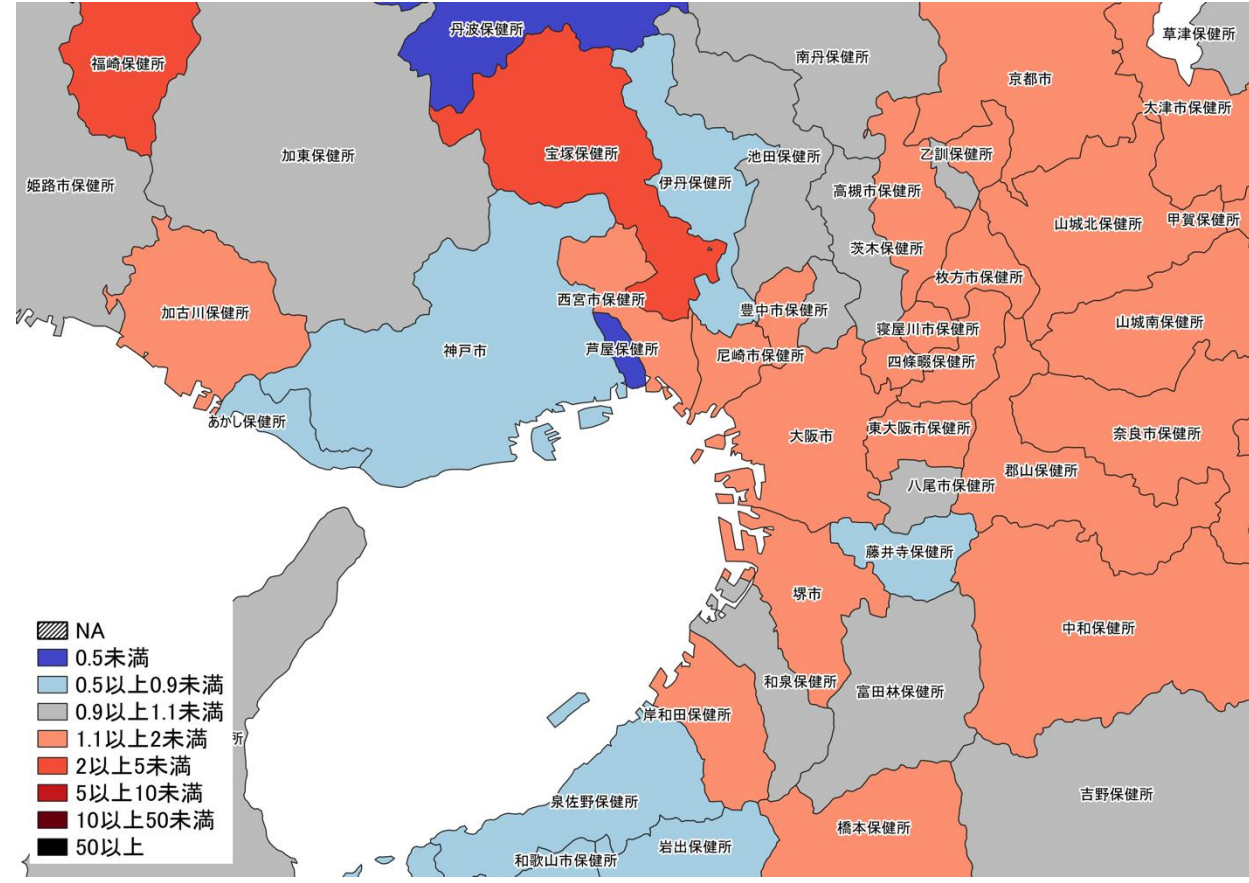
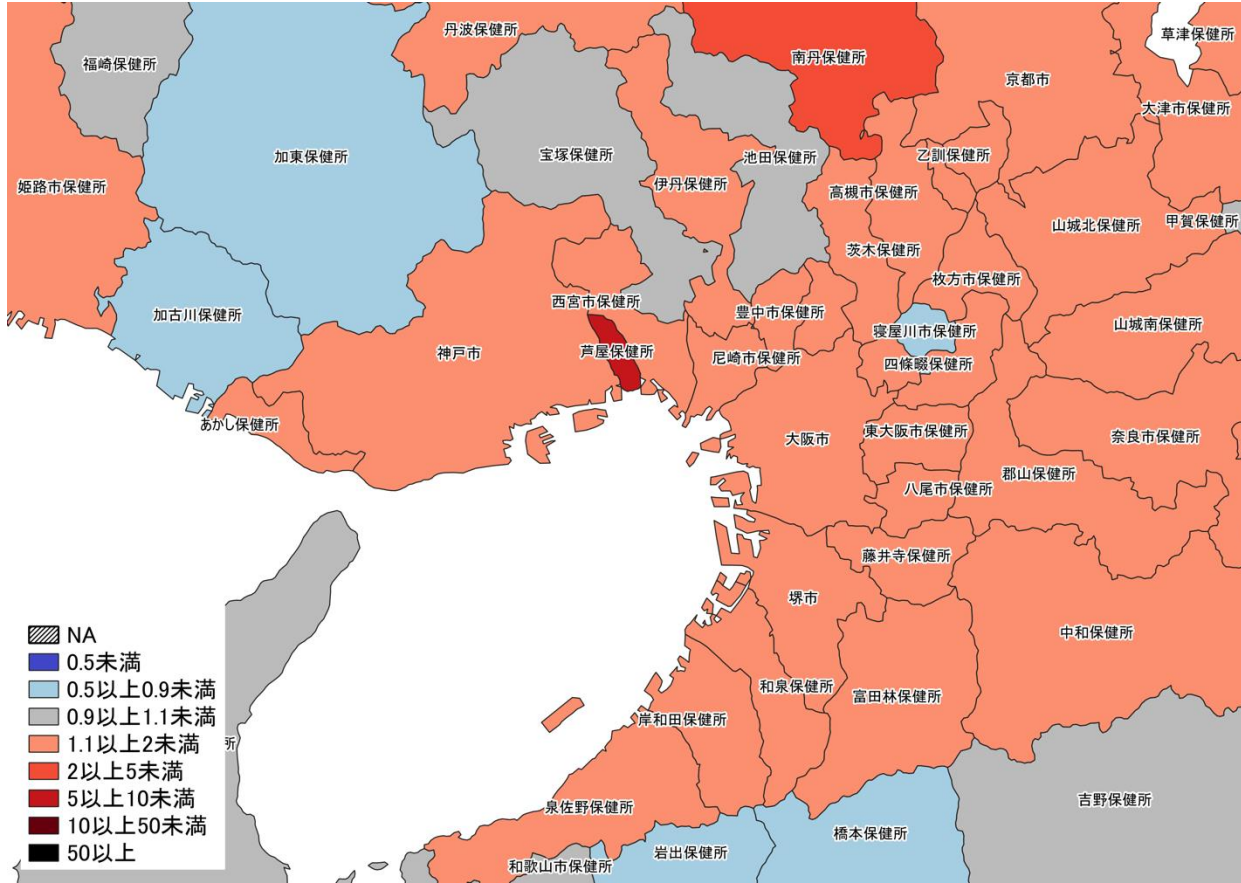


4/3~ 4/9
4/10~ 4/16

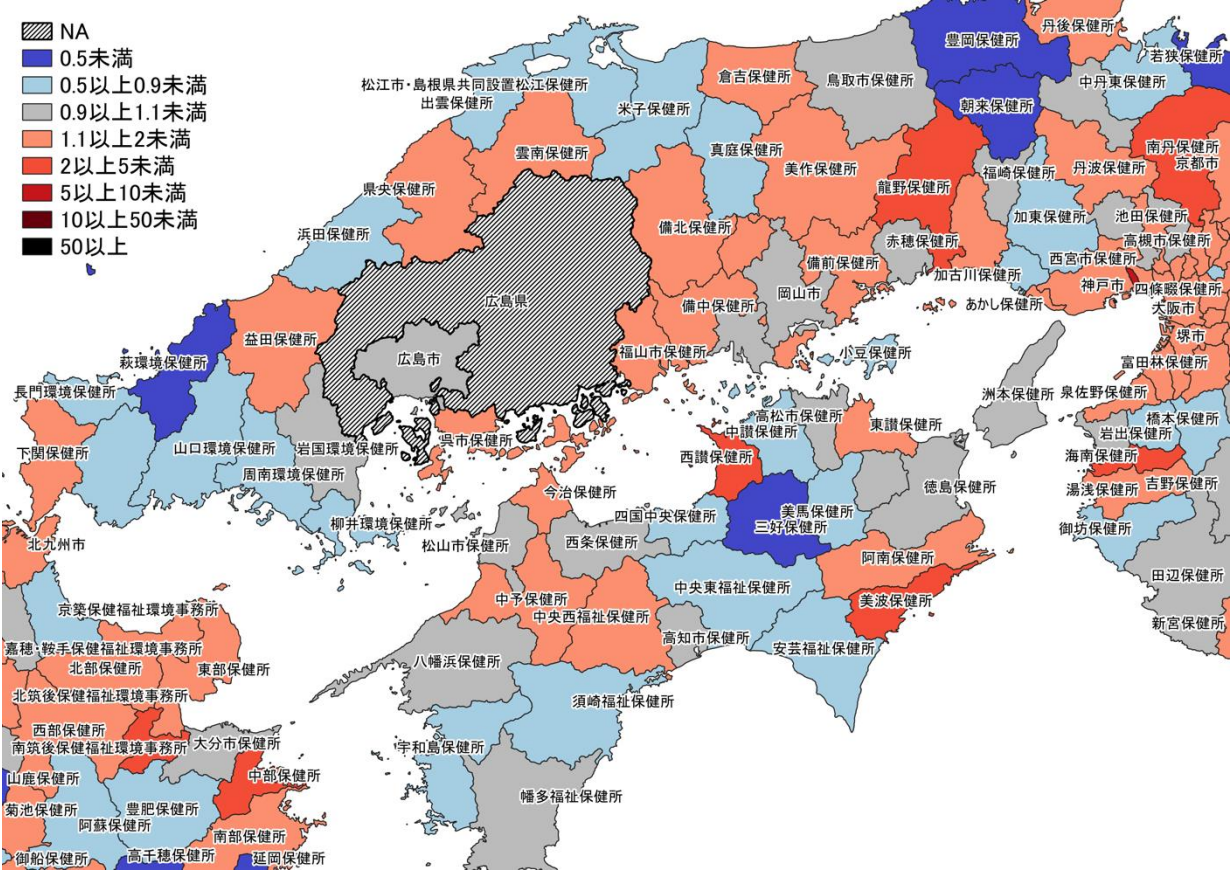


7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
 関西・中京圏 (陽性者登録センターの報告数を含まない)

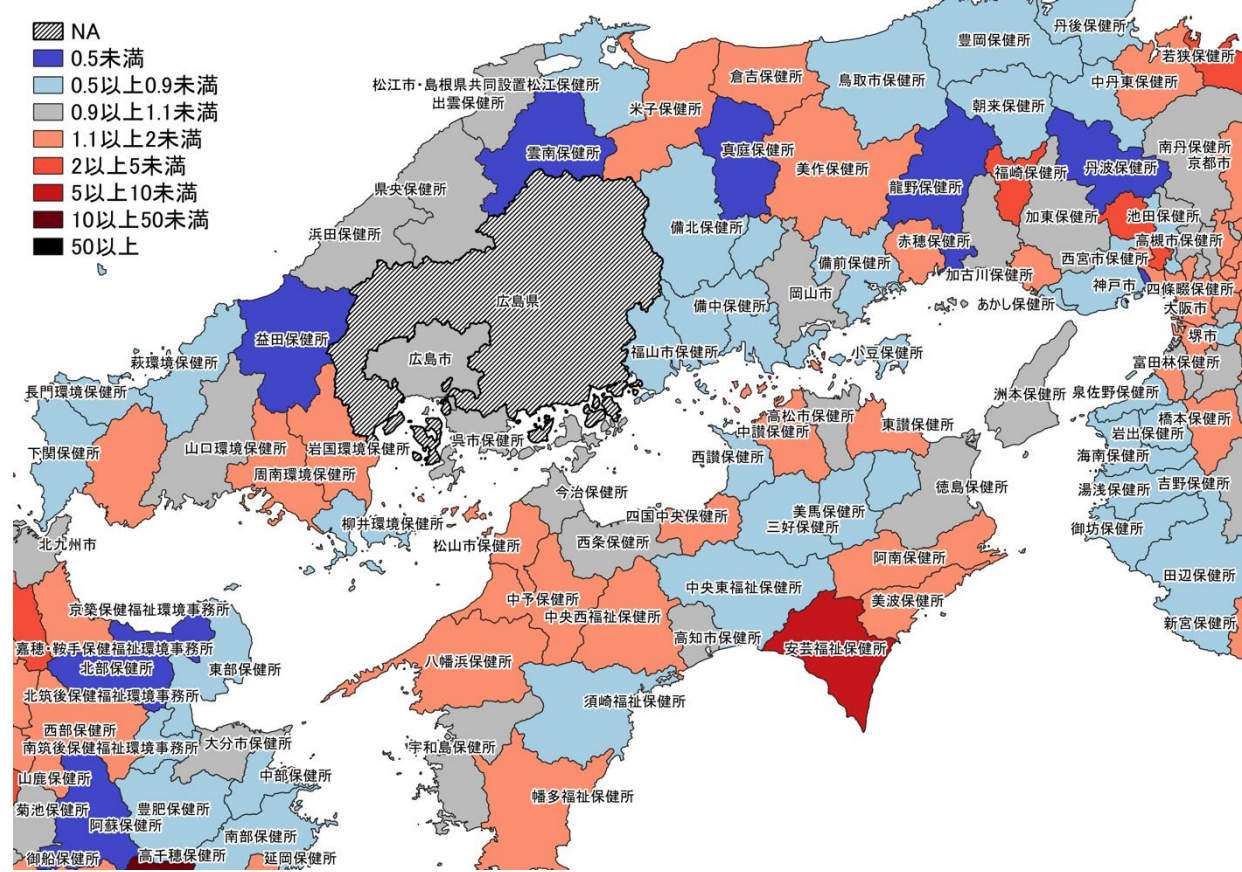




7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
大阪周辺（陽性者登録センターの報告数を含まない）



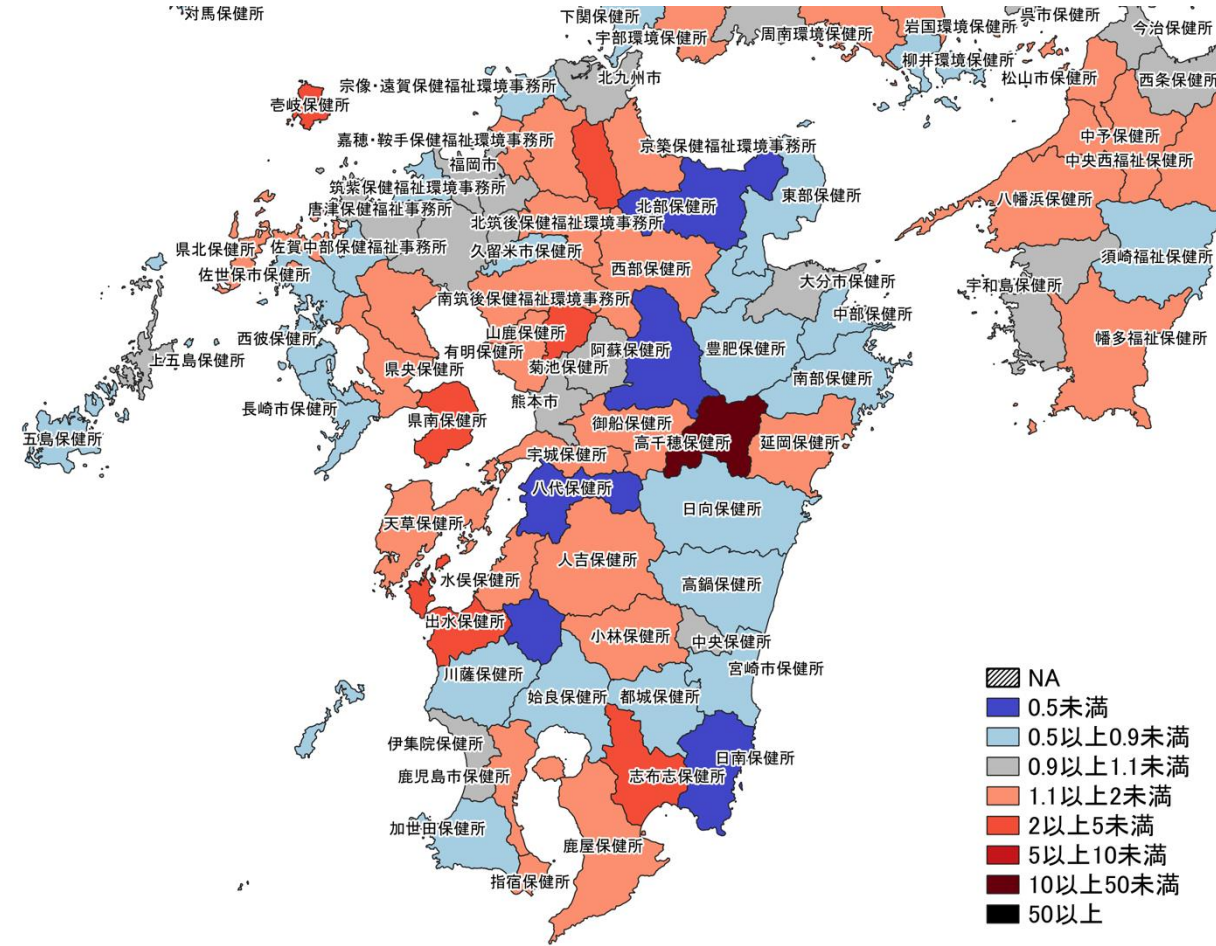
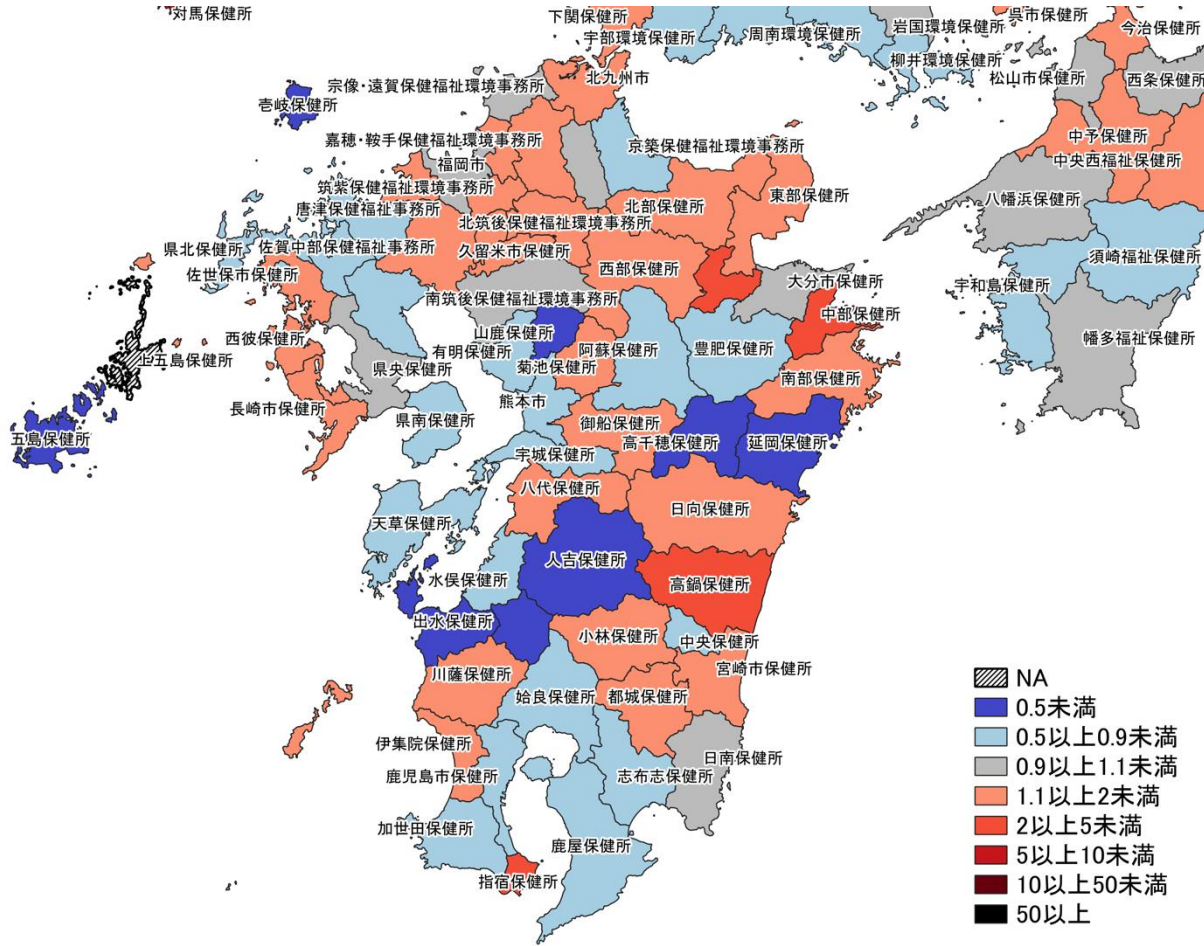
3/27~ 4/2
4/3~ 4/9



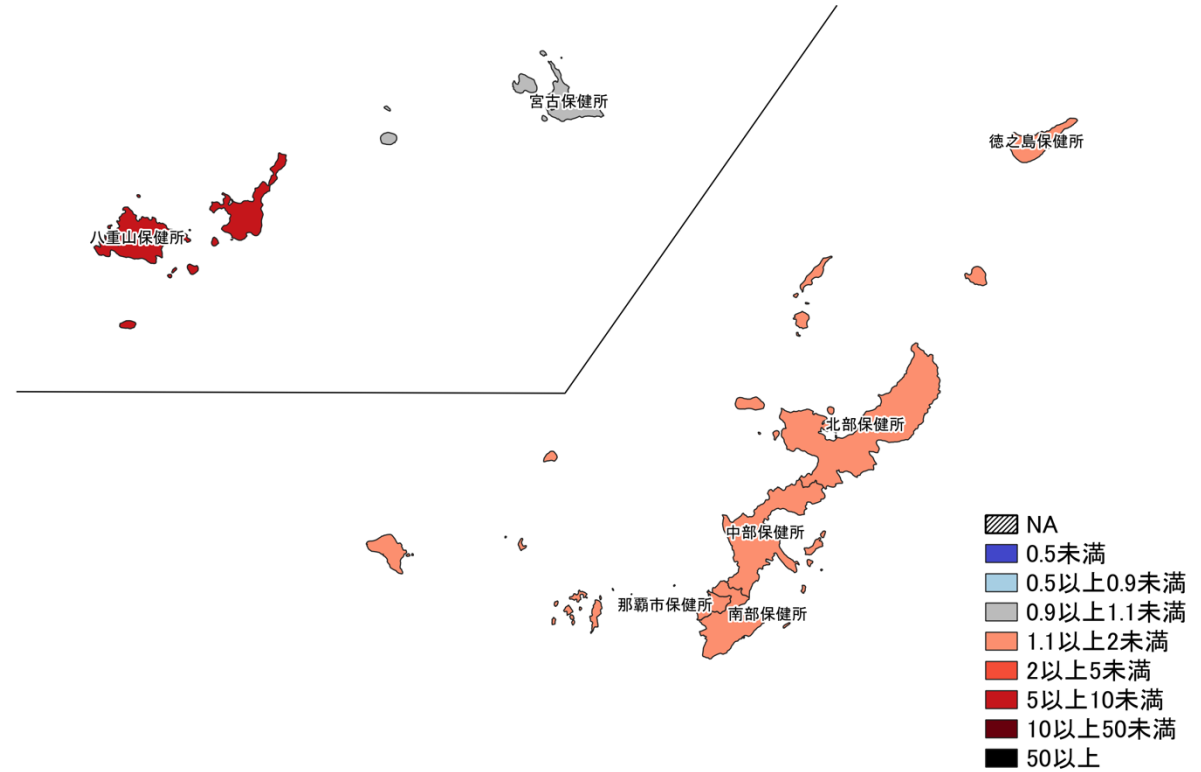
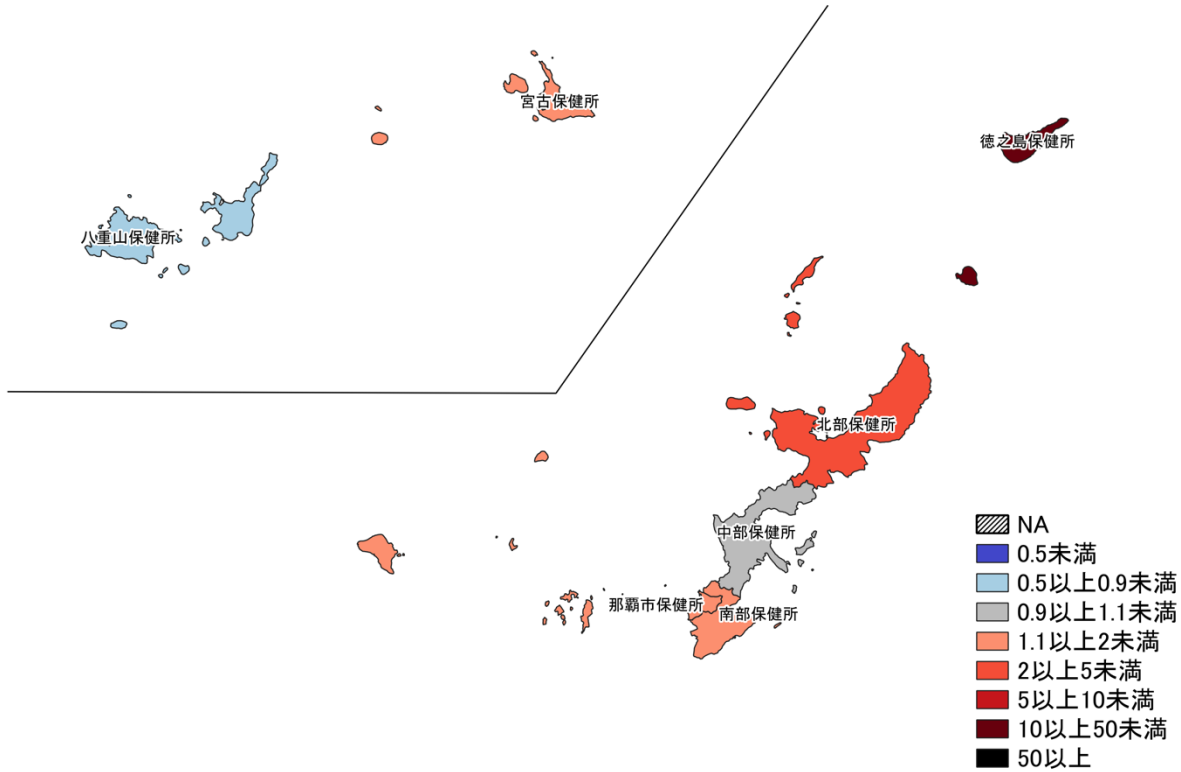
4/3~ 4/9
4/10~ 4/16

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

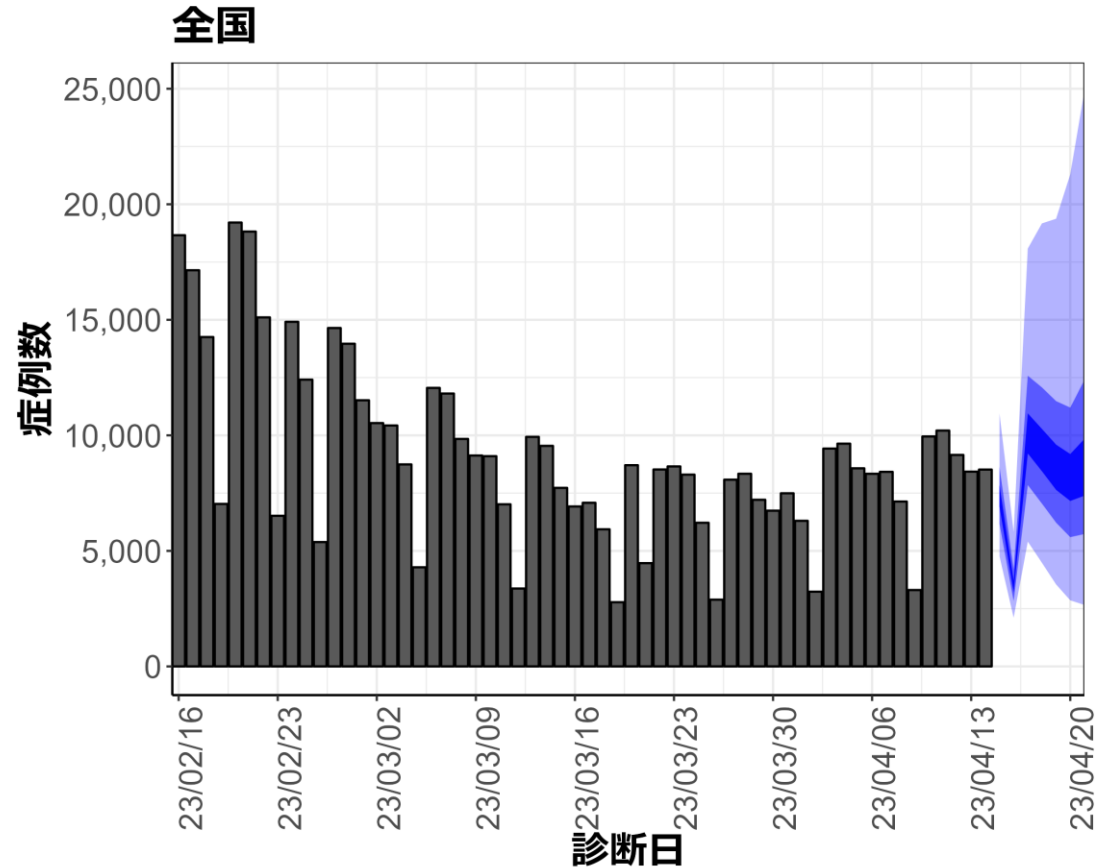


7日間累積新規症例報告数 前週比マップ
九州地域 (陽性者登録センターの報告数を含まない)



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
2023-04-15	7328.0
2023-04-16	3469.0
2023-04-17	9996.5
2023-04-18	9329.5
2023-04-19	8582.0
2023-04-20	8178.5
2023-04-21	8631.5

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

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

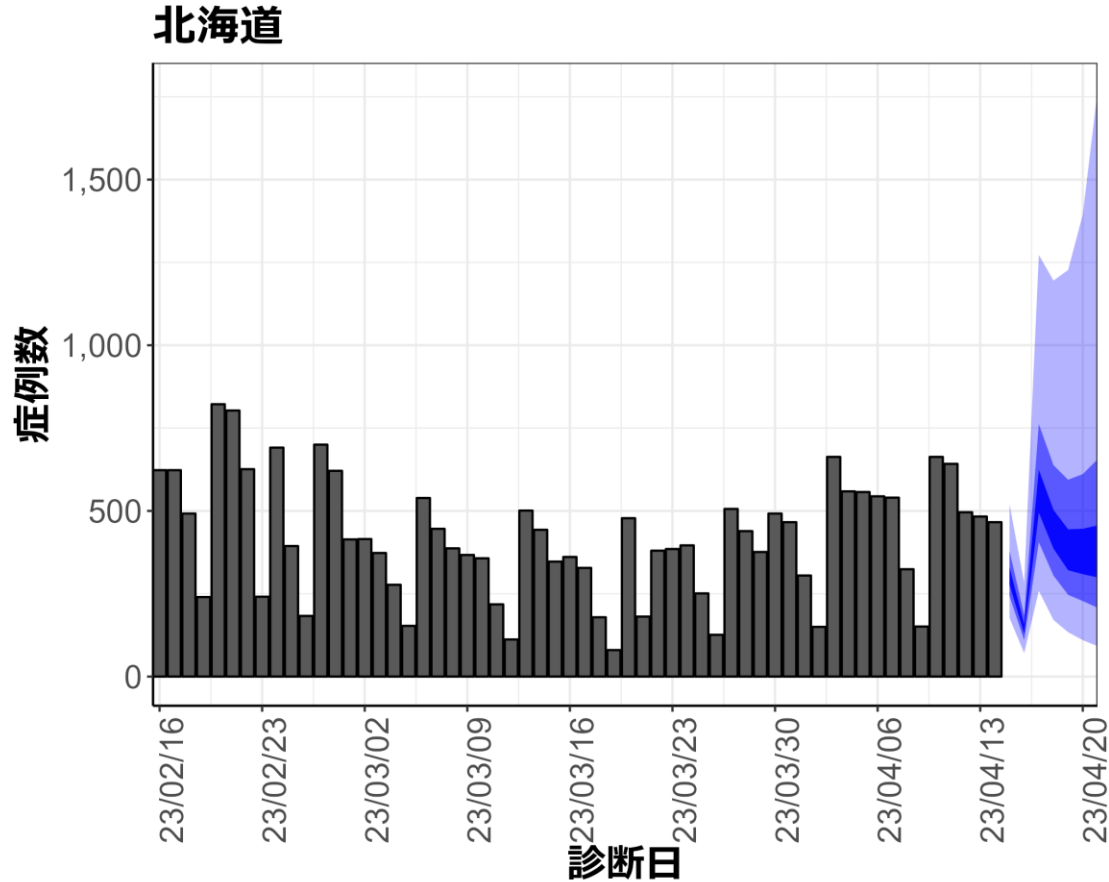
（英国から報告されたオミクロン株の世代時間²、国内の積極的疫学調査により得られたオミクロン株に推定された潜伏期間、HER-SYSから推定された発症から診断までにかかる日数をパラメータとして設定）

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

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

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

新規症例数の予測値：北海道



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-04-15	304.0
2023-04-16	144.0
2023-04-17	555.0
2023-04-18	437.5
2023-04-19	380.0
2023-04-20	367.5
2023-04-21	368.0

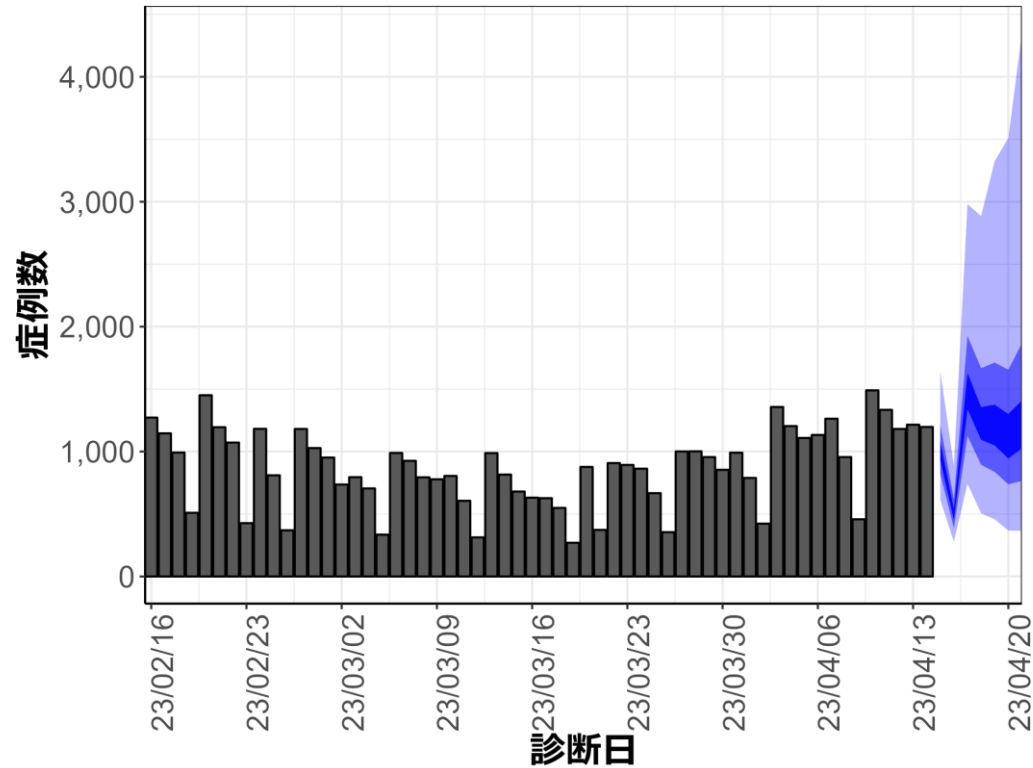
新規症例数は、一定の確率（90%、50%、20%）で青い帯の幅の範囲内に収まることが期待される。推定中央値は、あくまでも参考である。

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

¹ <https://github.com/epiforecasts/EpiNow2>
² http://sonorouschocolate.com/covid19/index.php?title=Estimating_Generation_Time_Of_Omicron

新規症例数の予測値：東京都

東京都



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-04-15	1003.0
2023-04-16	493.5
2023-04-17	1489.5
2023-04-18	1218.5
2023-04-19	1190.5
2023-04-20	1113.0
2023-04-21	1211.0

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¹。

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

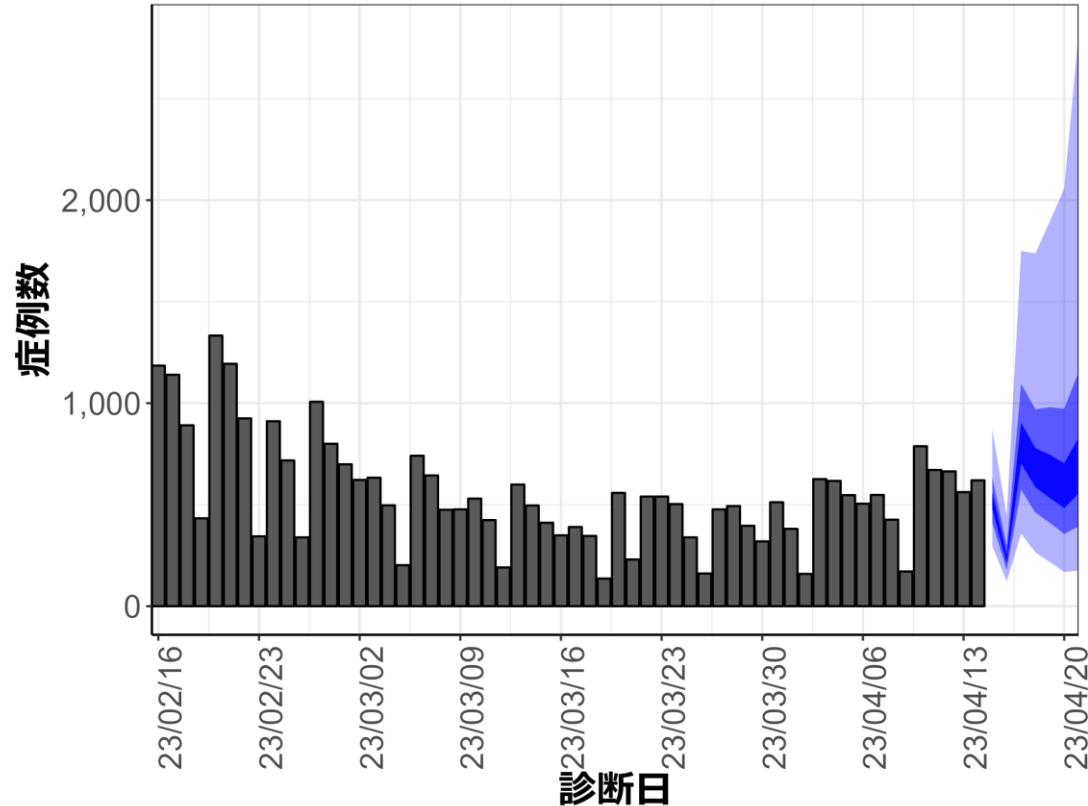
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

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

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

新規症例数の予測値：大阪府

大阪府



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-04-15	515.0
2023-04-16	232.0
2023-04-17	804.0
2023-04-18	677.0
2023-04-19	629.5
2023-04-20	584.5
2023-04-21	696.5

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

新規症例数予測：新規症例数（診断日別）はHER-SYSに入力された値を用い、RパッケージEpiNow2を用いて予測値を推定した¹。

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

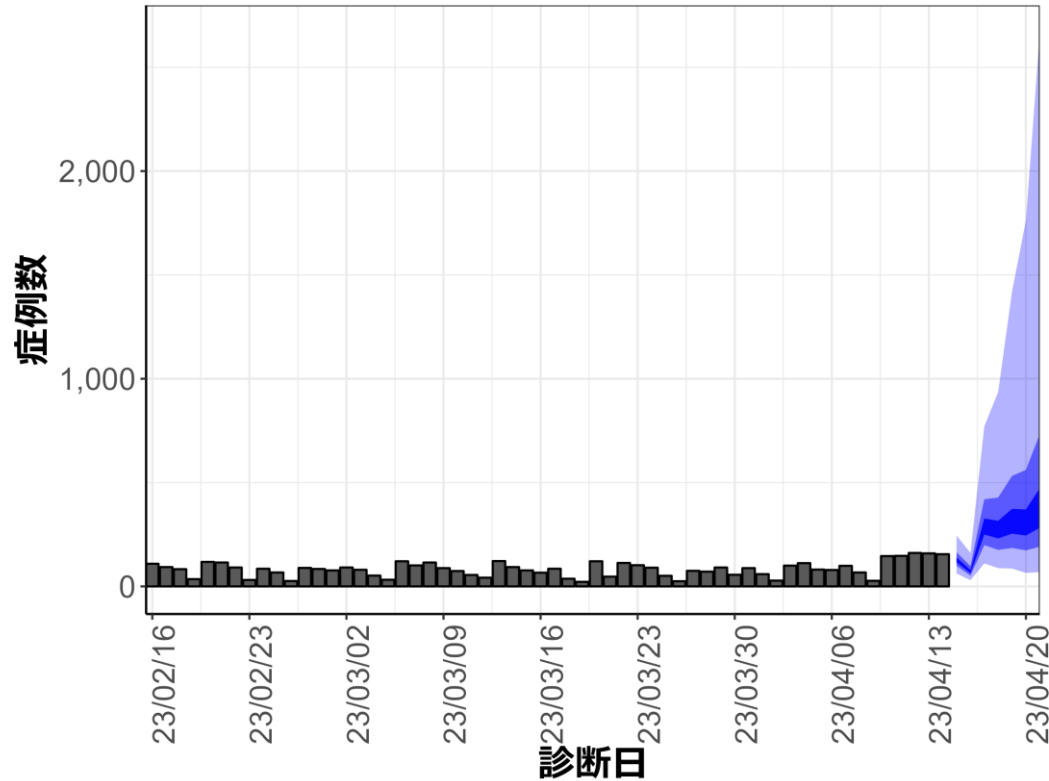
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

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

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

新規症例数の予測値：沖縄県

沖縄県



7日間の新規症例数予測値

日付	推定中央値
2023-04-15	127.0
2023-04-16	70.0
2023-04-17	287.0
2023-04-18	270.0
2023-04-19	310.0
2023-04-20	299.0
2023-04-21	365.0

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¹。

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

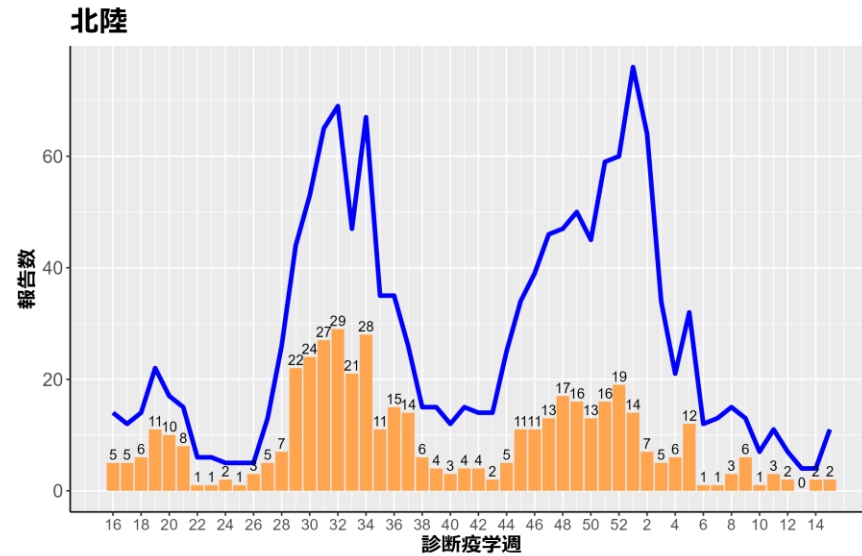
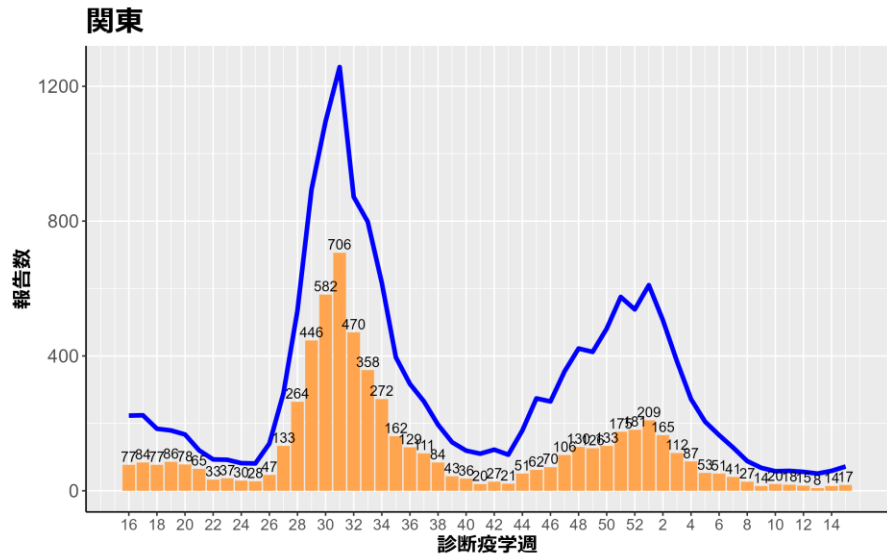
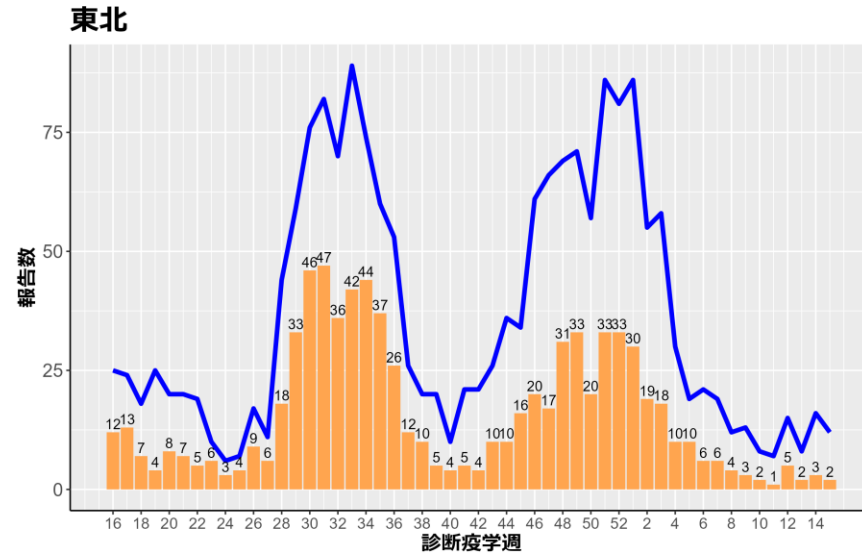
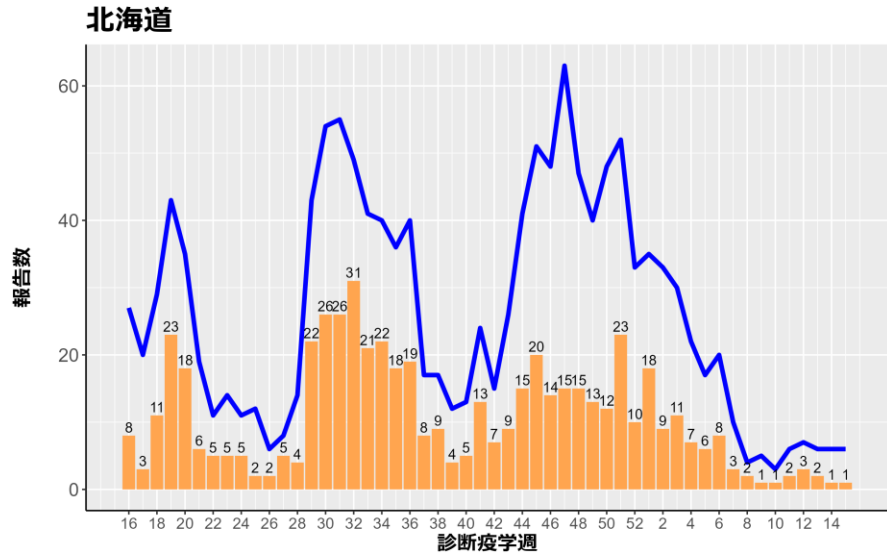
図の青帯は外側から90%、50%、20%信用区間を示す。オミクロン株の感染伝播性と免疫逃避、感染対策、行動変容による影響等については明示的に考慮されておらず、あくまで一定のアルゴリズムから推定された値であり、今後の対策を検討する際の補助として活用されることを想定している。

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

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

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

2023年4月17日

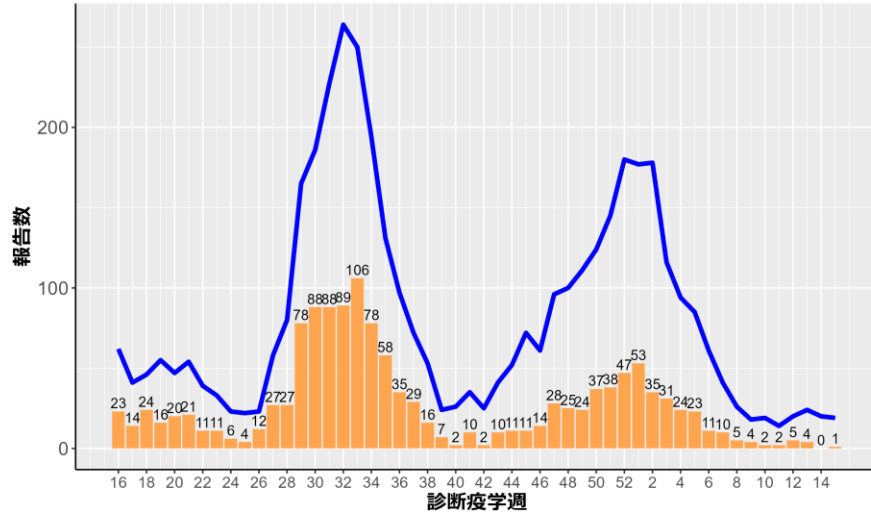


— 中等症以上 ■ 重症

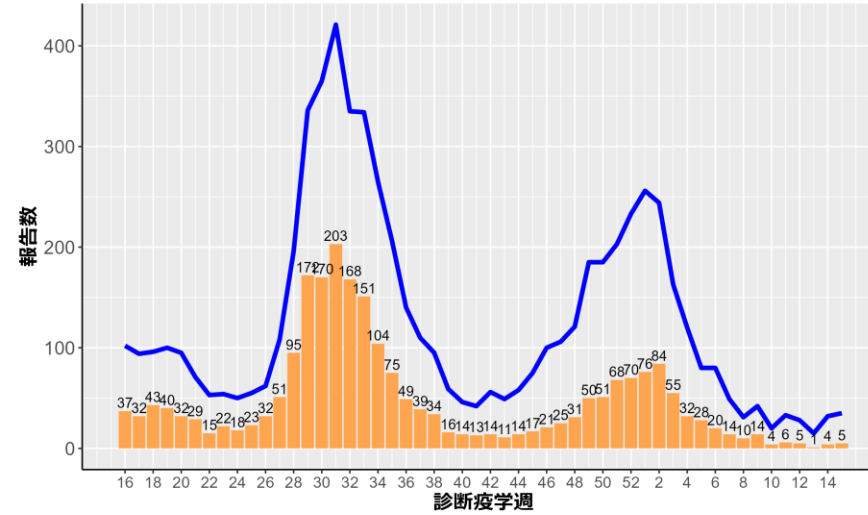
HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

2023年4月17日

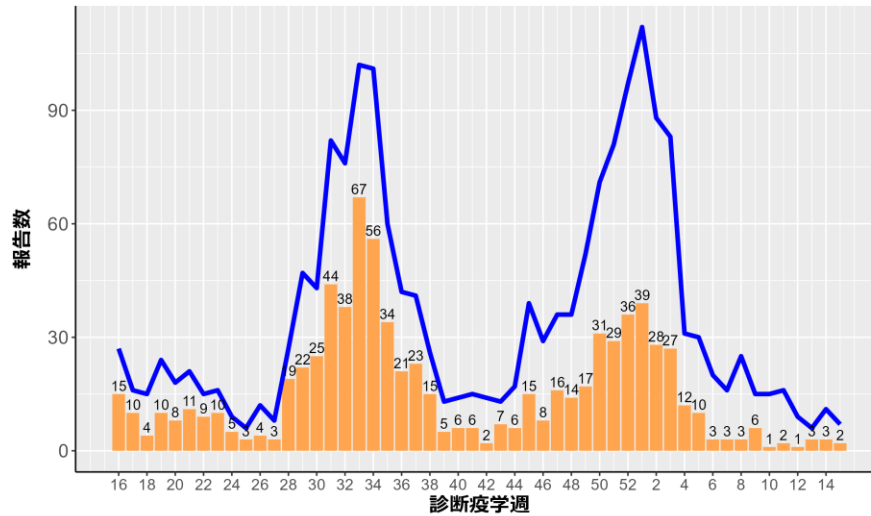
東海



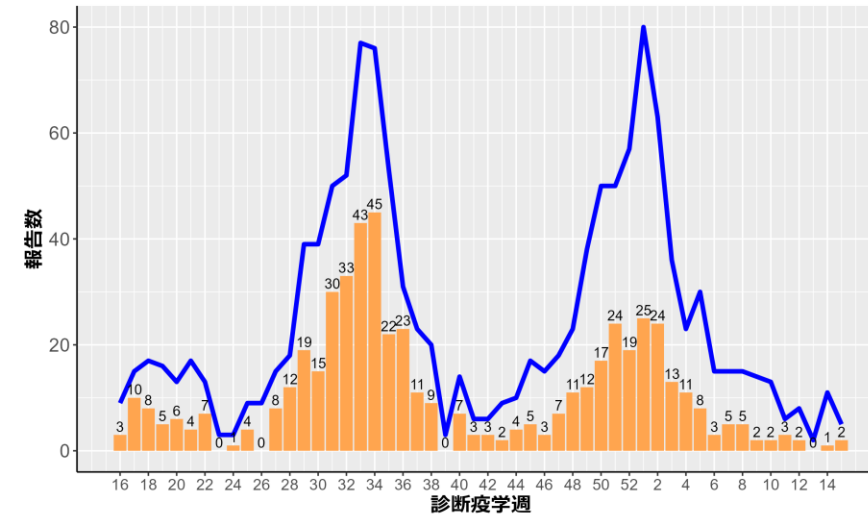
近畿



中国



四国

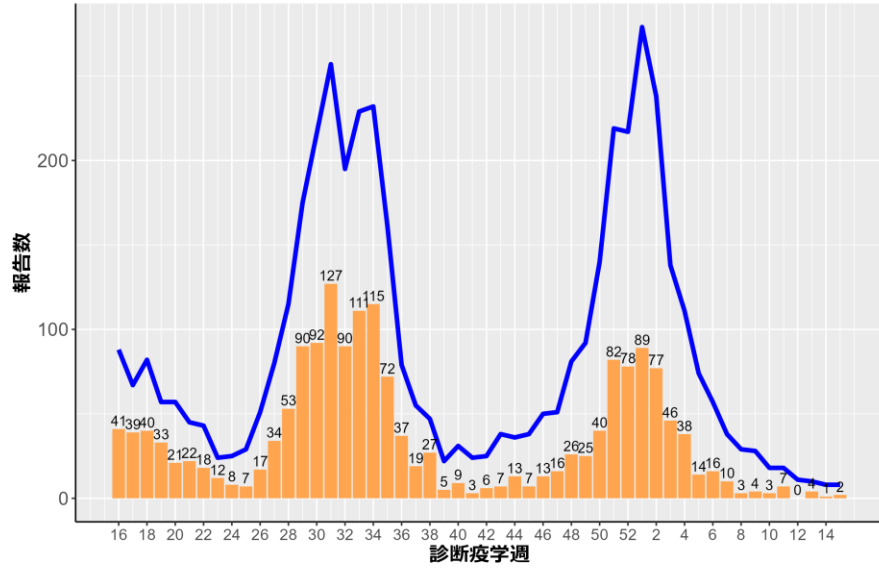


— 中等症以上 ■ 重症

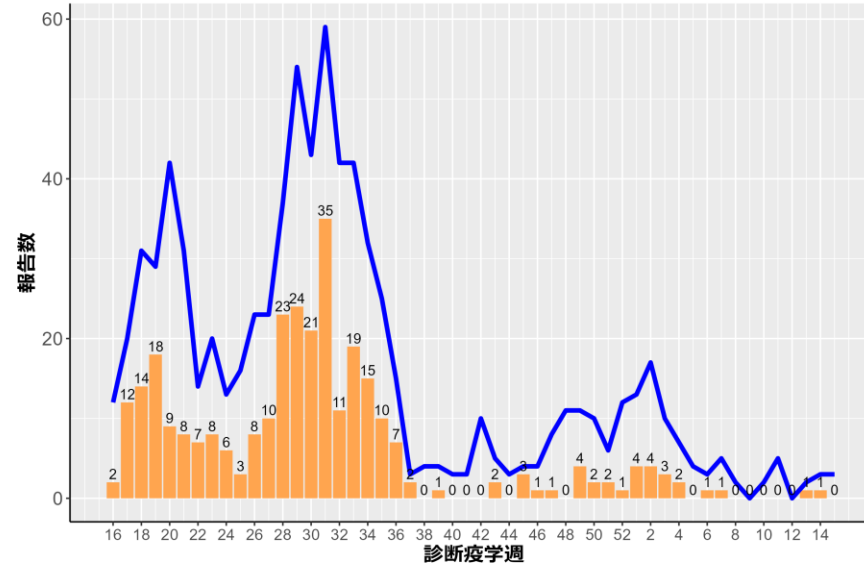
HER-SYSに報告された各地域別の新規中等症以上、重症例の報告数

2023年4月17日

九州



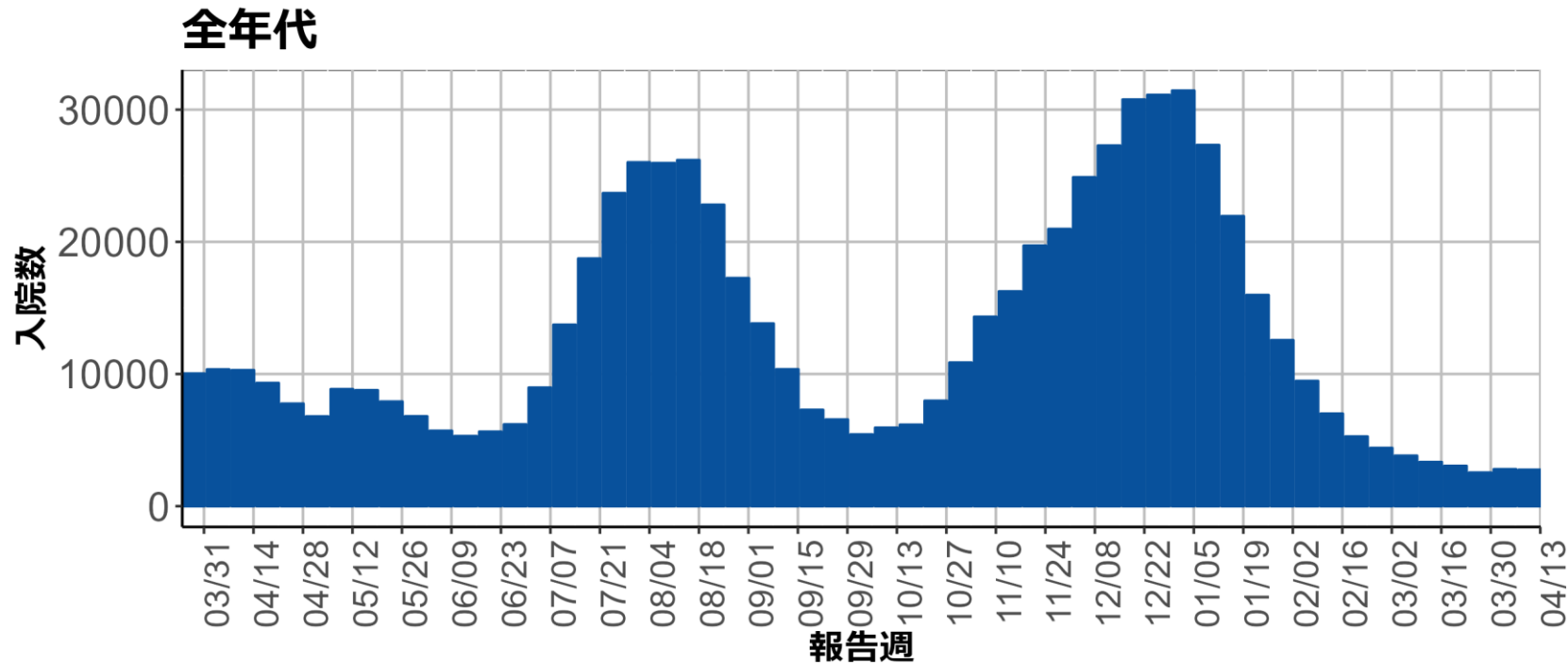
沖縄



— 中等症以上 ■ 重症

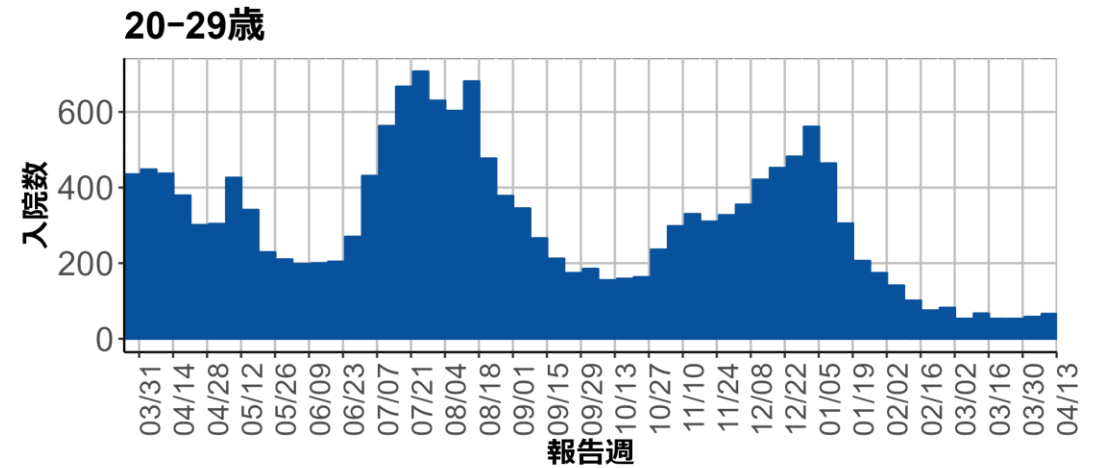
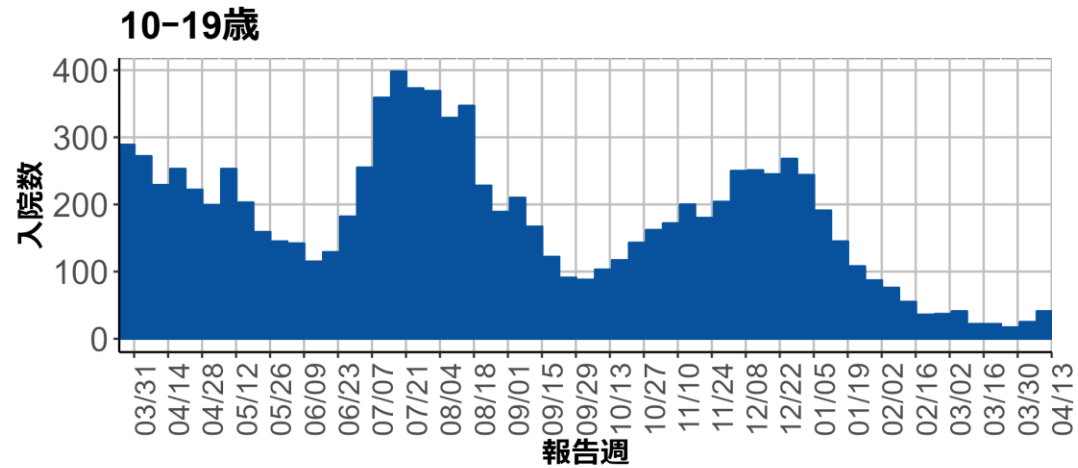
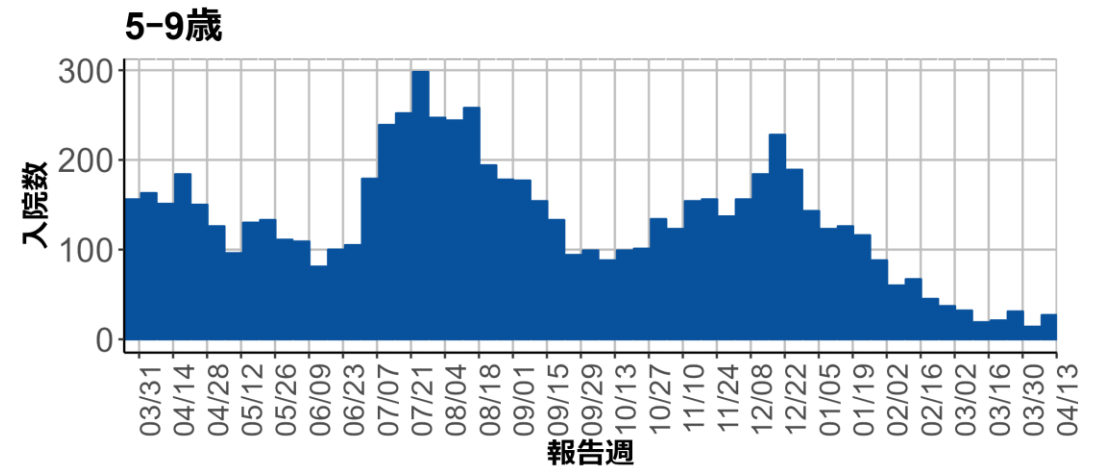
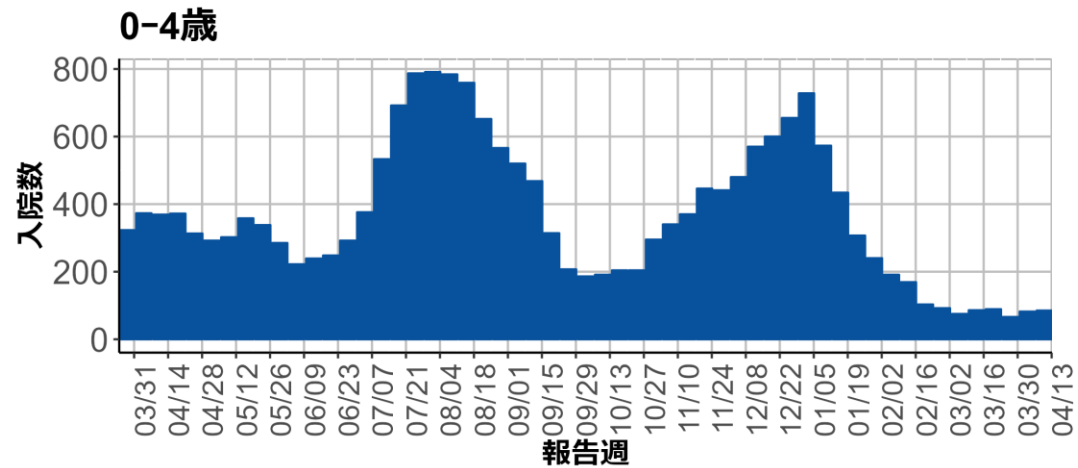
全数報告における年齢群ごとの新規入院数

- 第2週より減少傾向となっているが、第13週より横ばいで推移している
- 年齢群別にみても、ほぼ同じ傾向にある



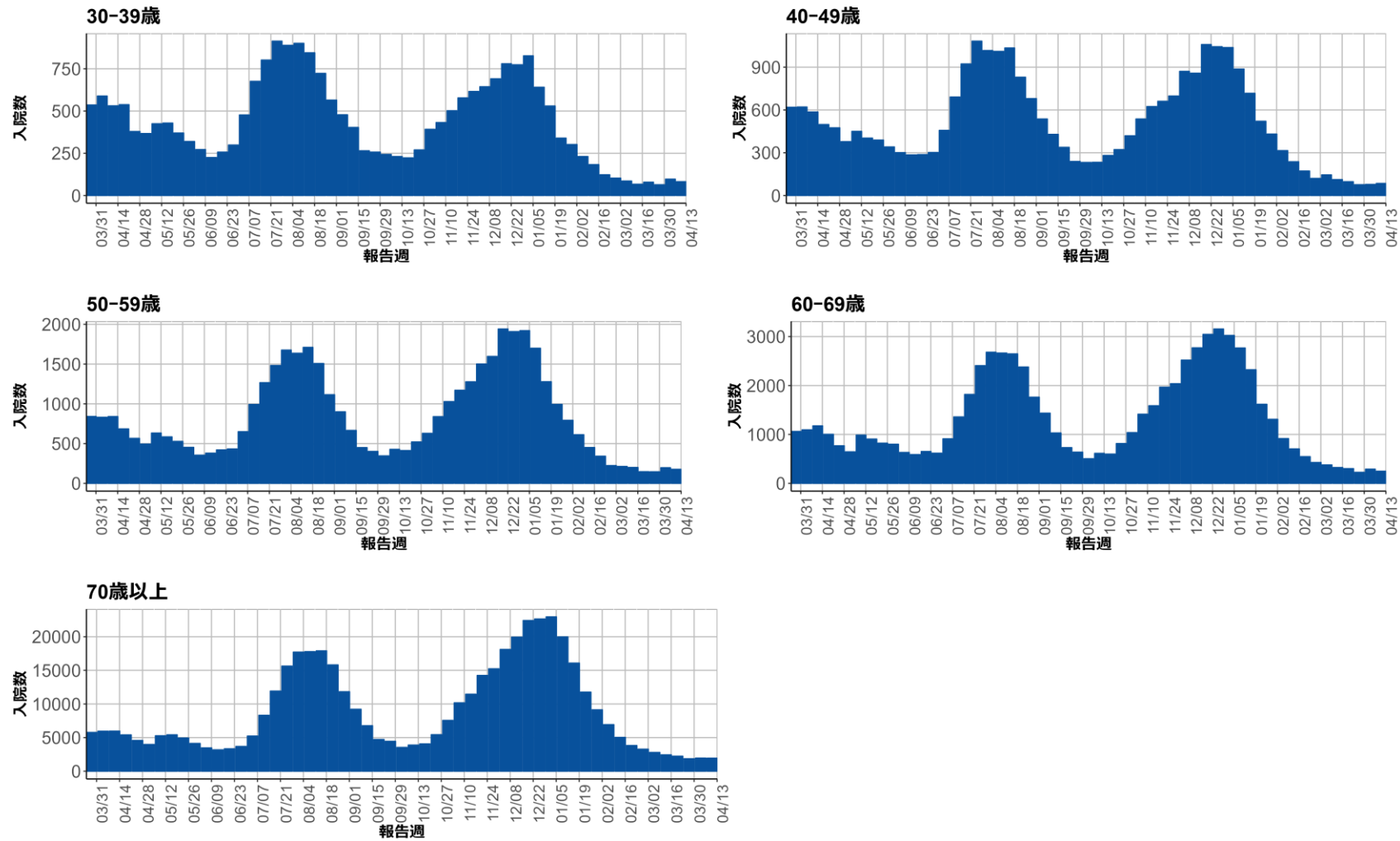
全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）
直近は報告遅れなどがあるために過小評価されている可能性があることに留意

全数報告における年齢群ごとの新規入院数



全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）
直近は報告遅れなどがあるために過小評価されている可能性があることに留意

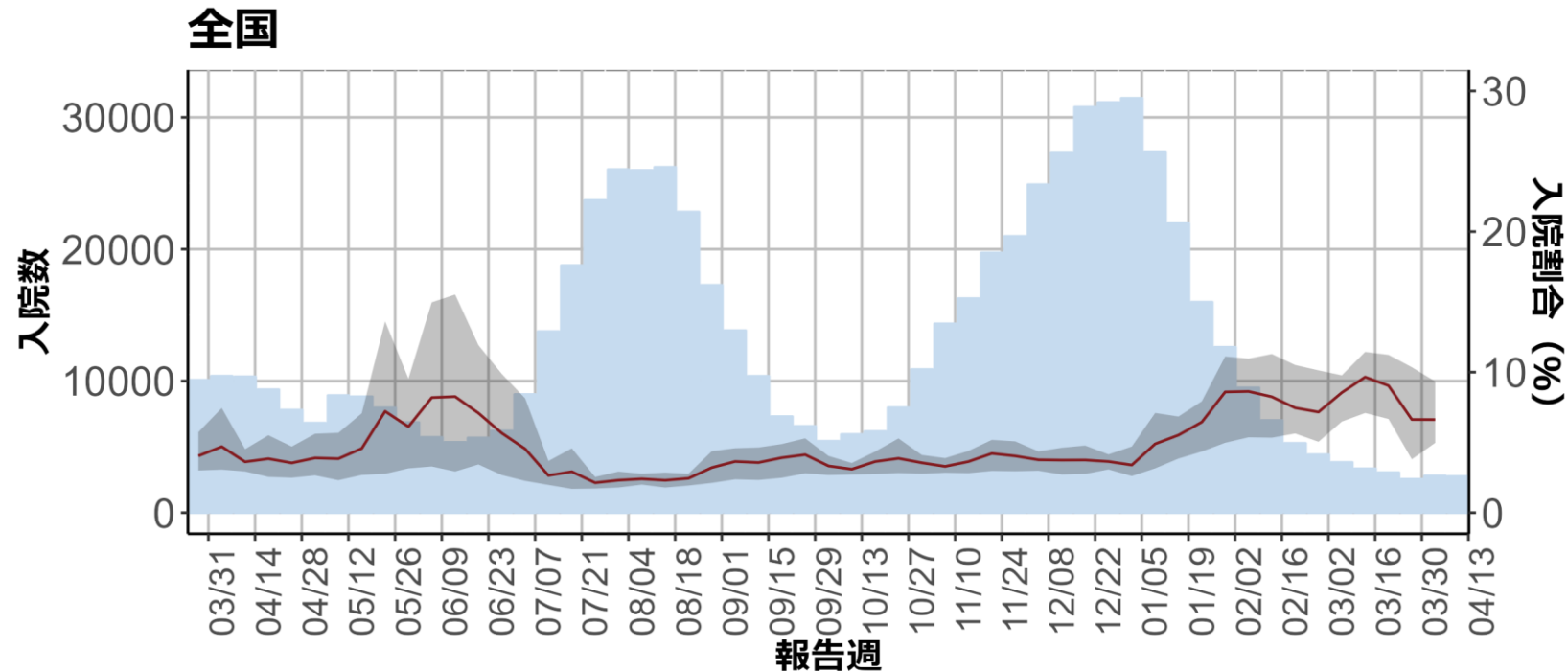
全数報告における年齢群ごとの新規入院数



全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）
直近は報告遅れなどがあるために過小評価されている可能性があることに留意

地域ブロックごとの週あたり新規入院数および入院割合

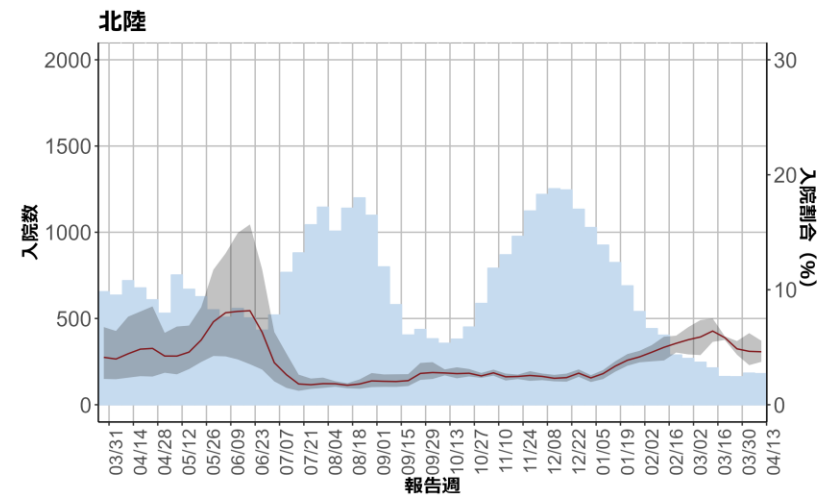
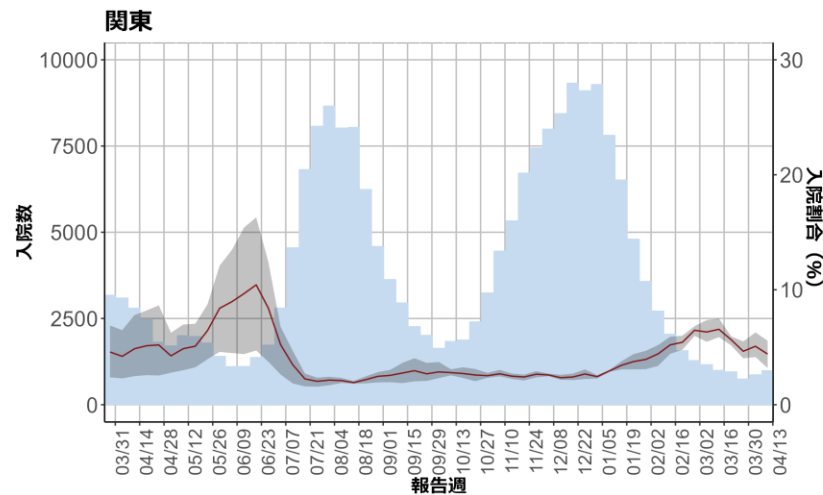
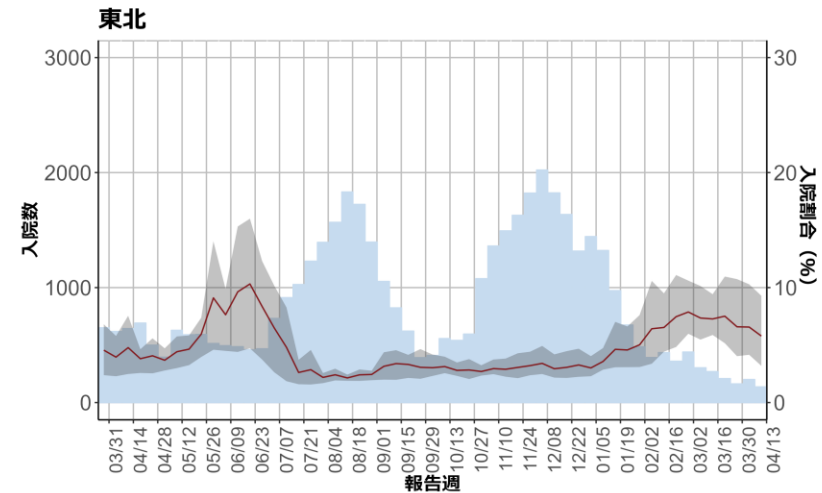
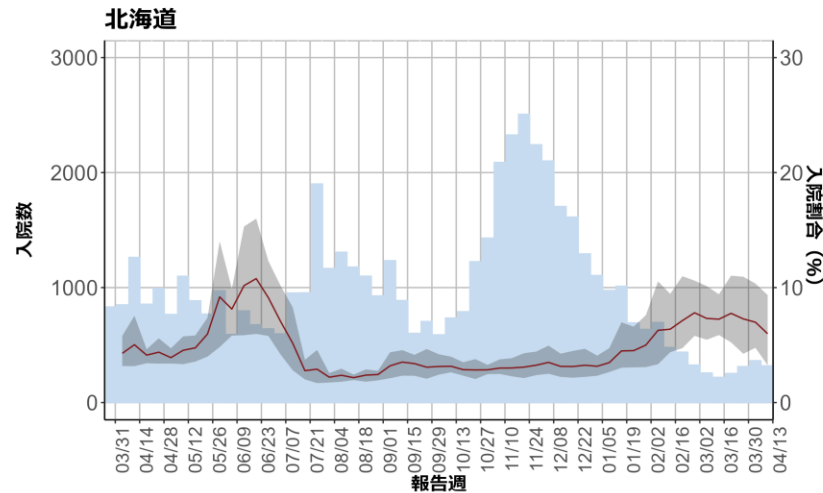
- 新規入院数は全ての地域ブロックで直近は減少している
- 入院割合は多くのブロックで流行の収束後に増加したが直近では減少した。報告数のを反映していると考えられる。



全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）

入院割合は疫学週ごとのHER-SYS報告数で除したものを3週の移動平均として算出。網掛けは95%信頼区間を示す。直近は報告遅れなどがあるために過小（あるいは過大）評価されている可能性があることに留意

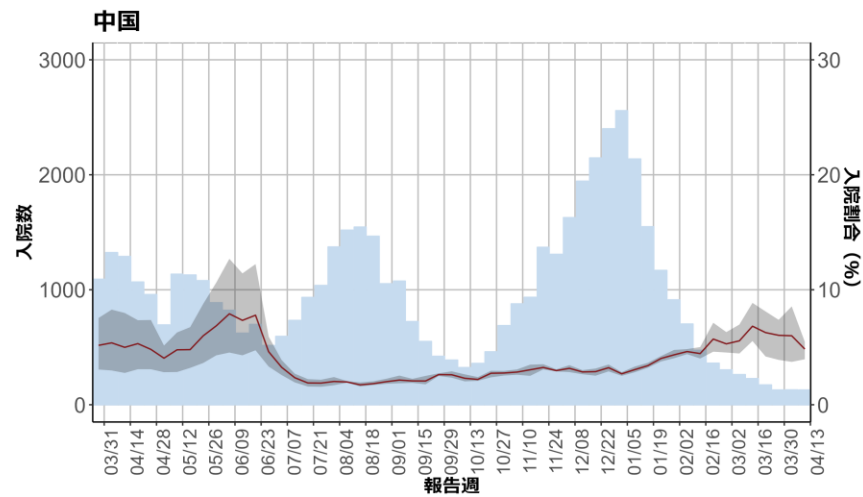
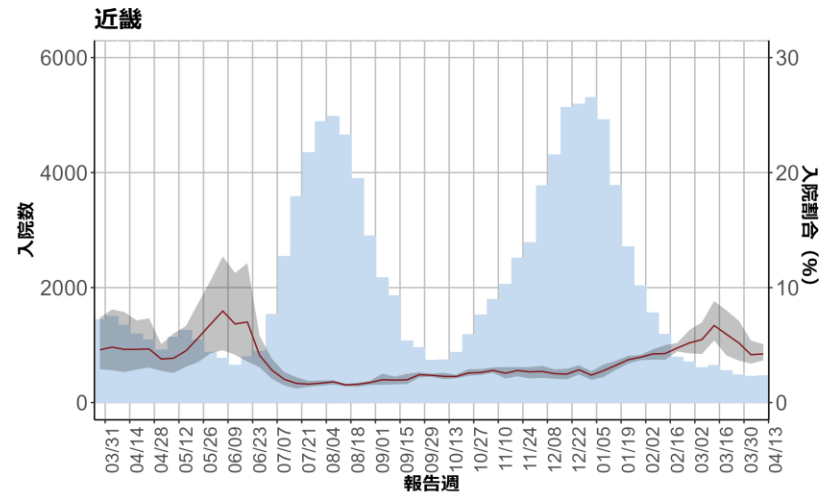
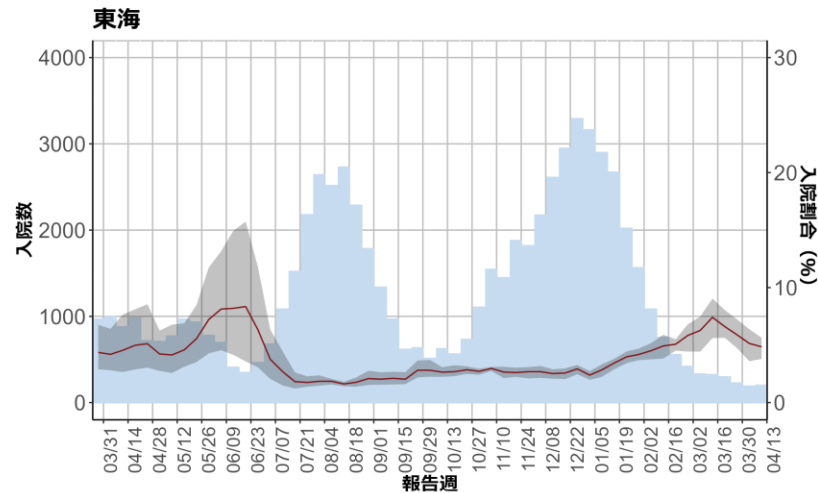
地域ブロックごとの週あたり新規入院数および入院割合



全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）

入院割合は疫学週ごとのHER-SYS報告数で除したものを3週の移動平均として算出。網掛けは95%信頼区間を示す。直近は報告遅れなどがあるために過小（あるいは過大）評価されている可能性があることに留意

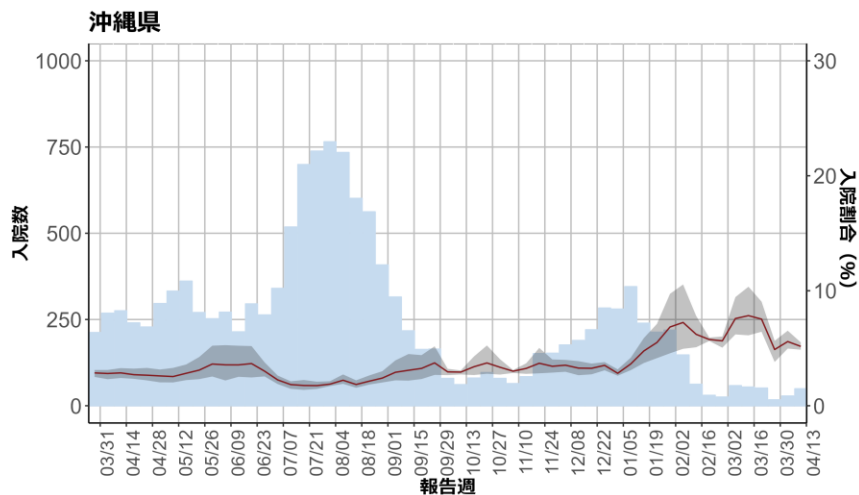
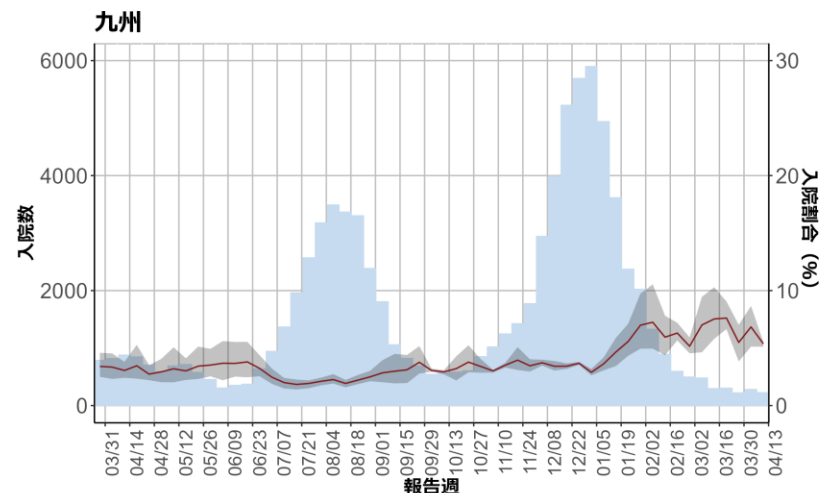
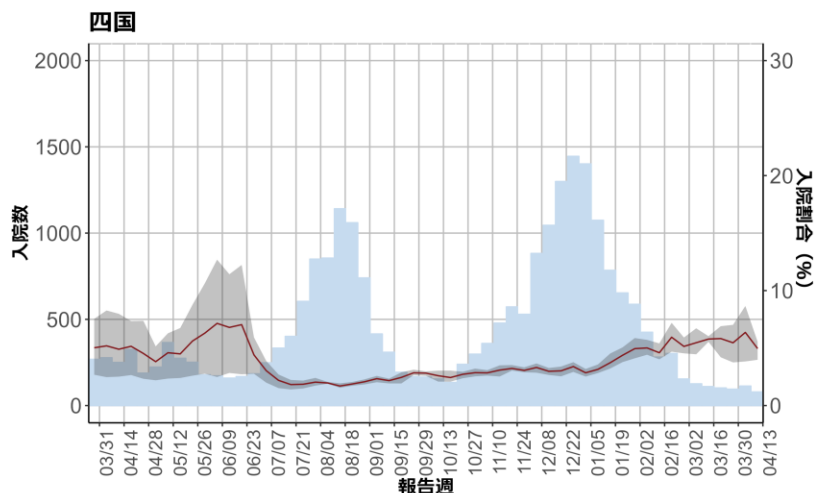
地域ブロックごとの週あたり新規入院数および入院割合



全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）

入院割合は疫学週ごとのHER-SYS報告数で除したものを3週の移動平均として算出。網掛けは95%信頼区間を示す。直近は報告遅れなどがあるために過小（あるいは過大）評価されている可能性があることに留意

地域ブロックごとの週あたり新規入院数および入院割合



全数報告された症例のうち入院例を集計（入院日の登録がある症例）

入院割合は疫学週ごとのHER-SYS報告数で除したものを3週の移動平均として算出。網掛けは95%信頼区間を示す。直近は報告遅れなどがあるために過小（あるいは過大）評価されている可能性があることに留意

学校欠席者の状況について：4月17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2023年4月17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：

- 新型コロナウイルス感染症による欠席率については全国的に横ばいもしくは微増傾向が観察されている。ただし、数週間前の3月下旬では学年末休業により報告がされていない、あるいは非常に報告数が低いことに留意する必要がある。
- 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。
- 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。
- インフルエンザによる欠席率についても全国的に横ばいもしくは微増傾向が観察されている。ただし、数週間前の3月下旬では、学年末休業により報告がされていない、あるいは非常に報告数が低いことに留意する必要がある。

学校等欠席者・感染症情報システム：4月17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）

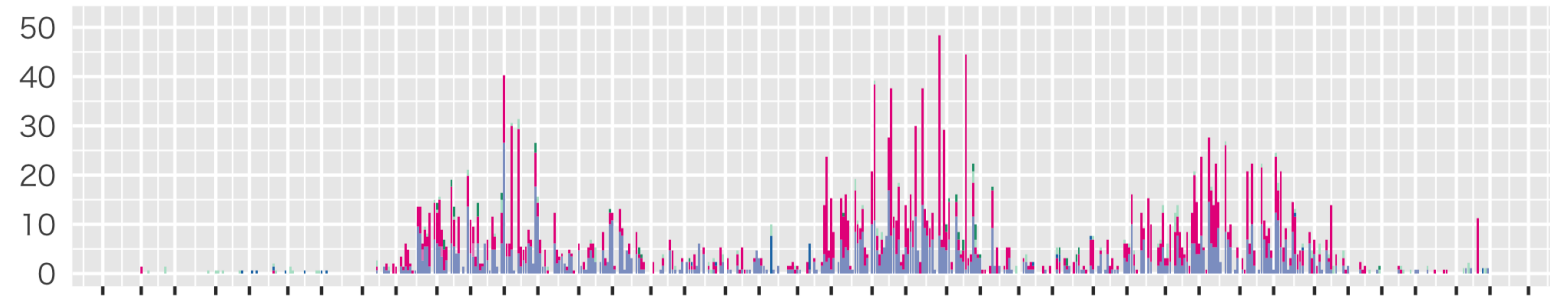


厚労科研「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」分担課題
日本学校保健会、国立感染症研究所

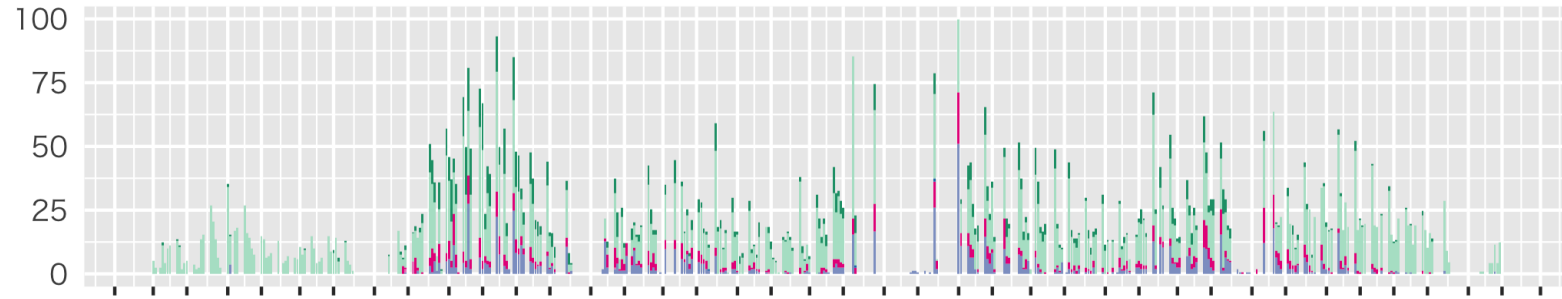
学校等欠席者・感染症情報システム：4月17日時点

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）

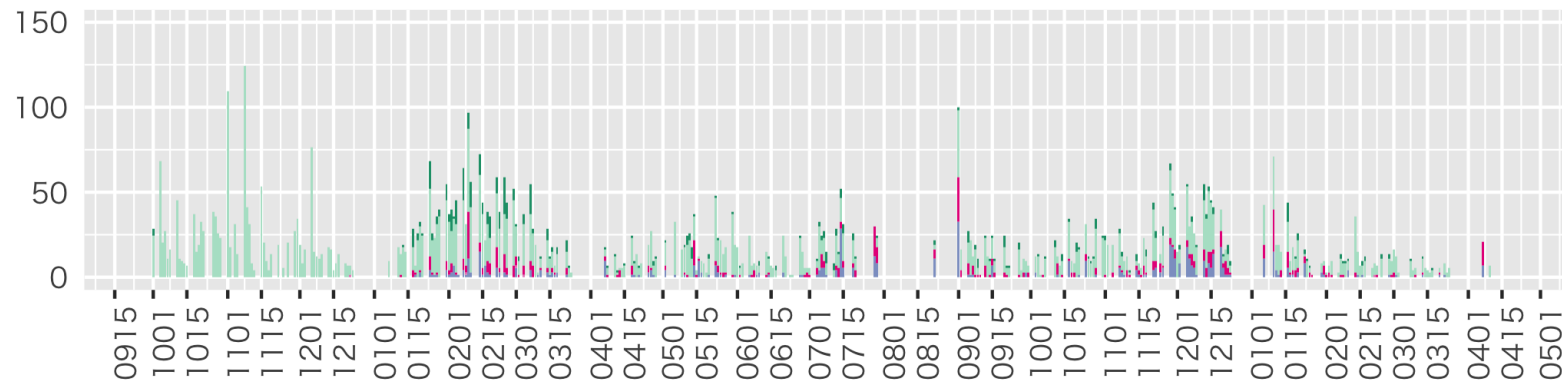
0-5歳



小学生



中学生



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

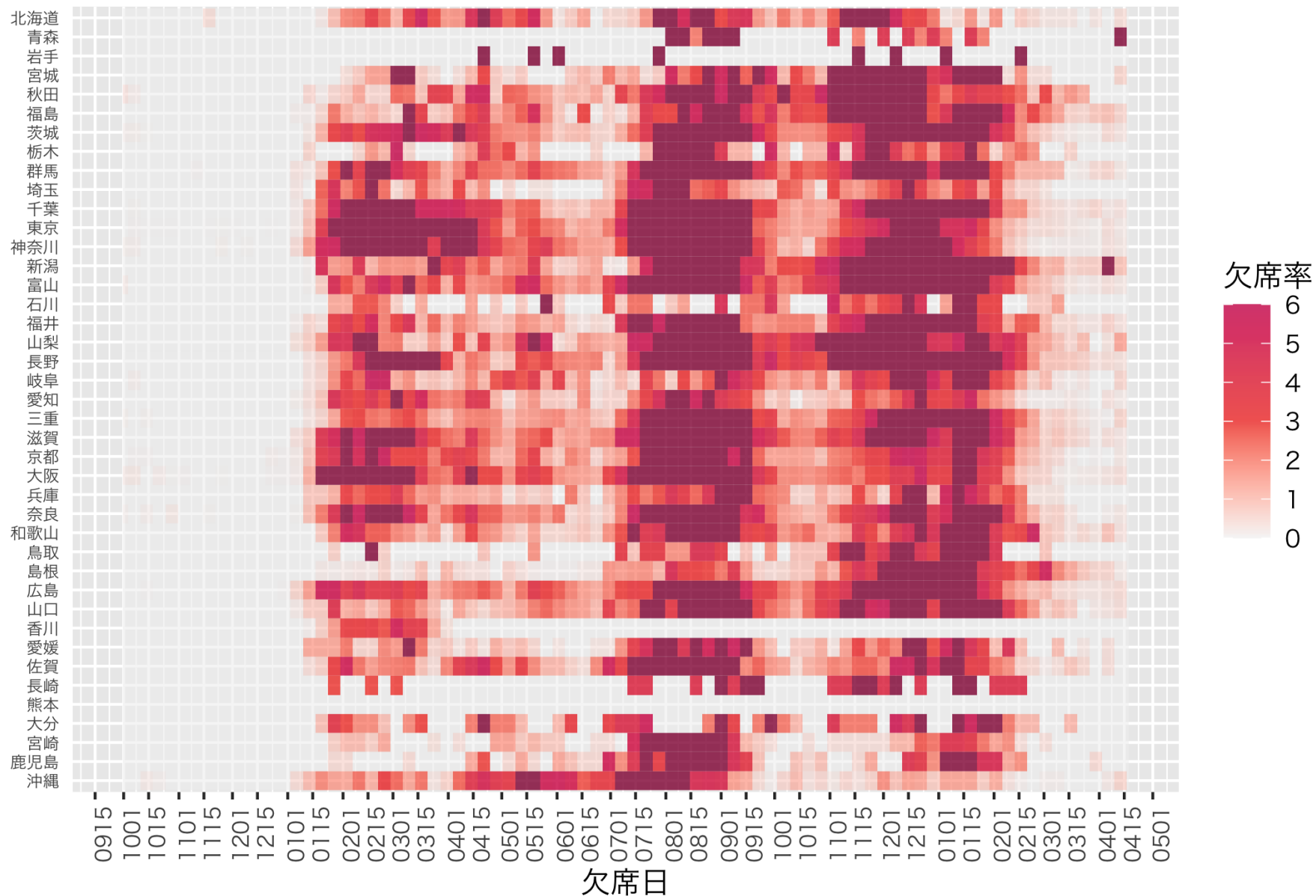
学校等欠席者・感染症情報システム：4月17日時点

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）

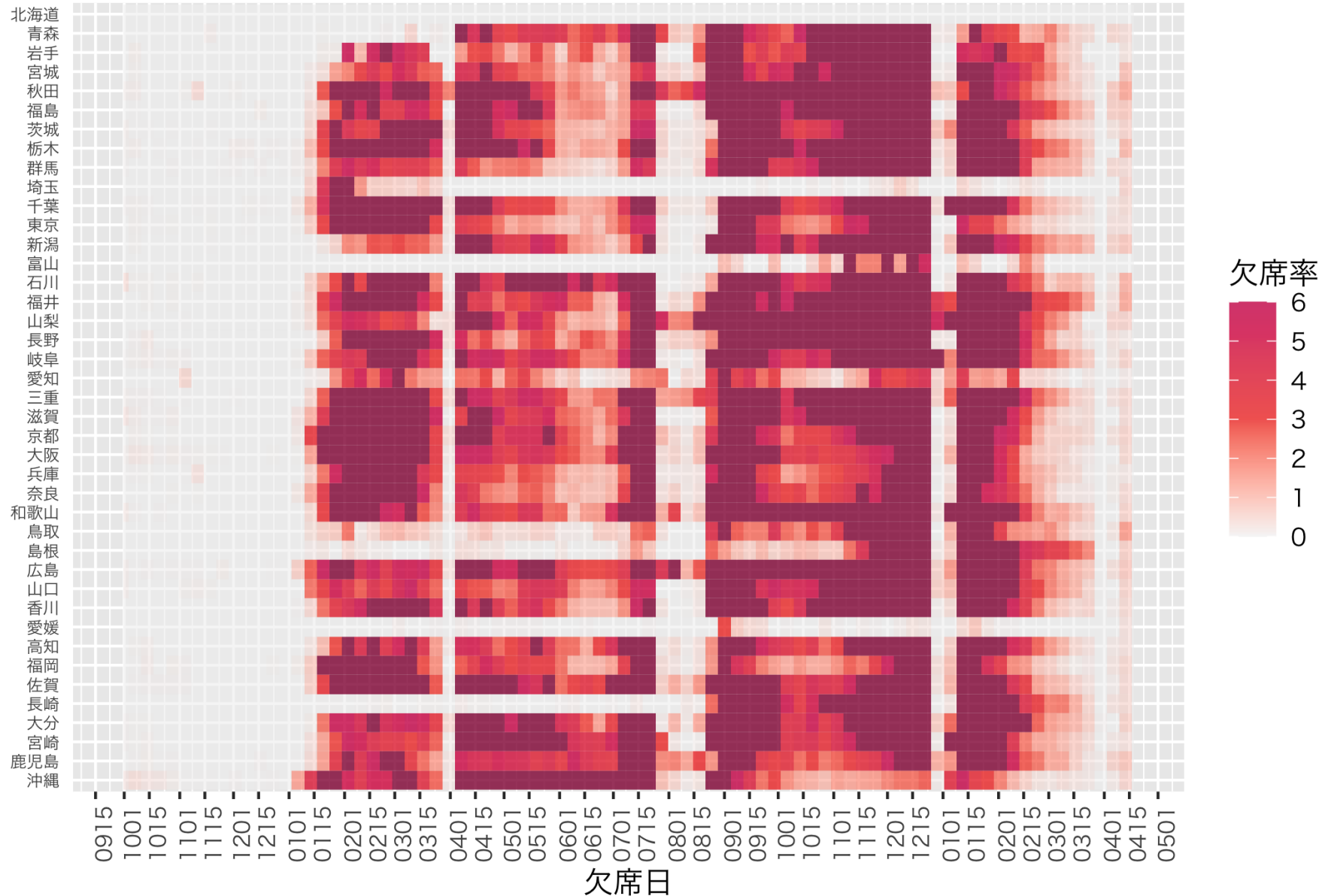


厚労科研「新型コロナウイルス感染症等の感染症サーベイランス体制の抜本的拡充に向けた人材育成と感染症疫学的手法の開発研究」分担課題
日本学校保健会、国立感染症研究所

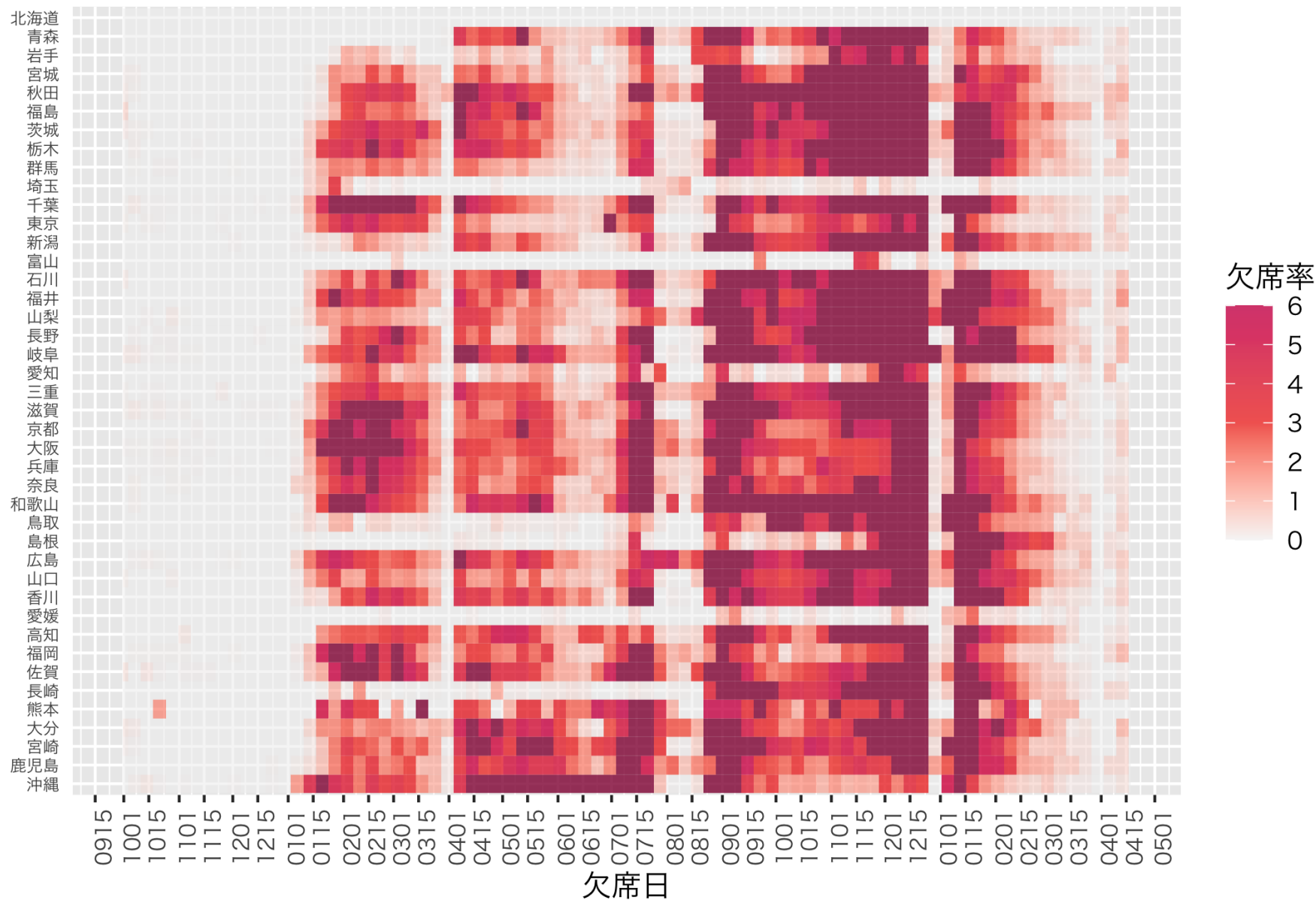
0-5歳児における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録児NIID 童1万人あたり、都道府県別）



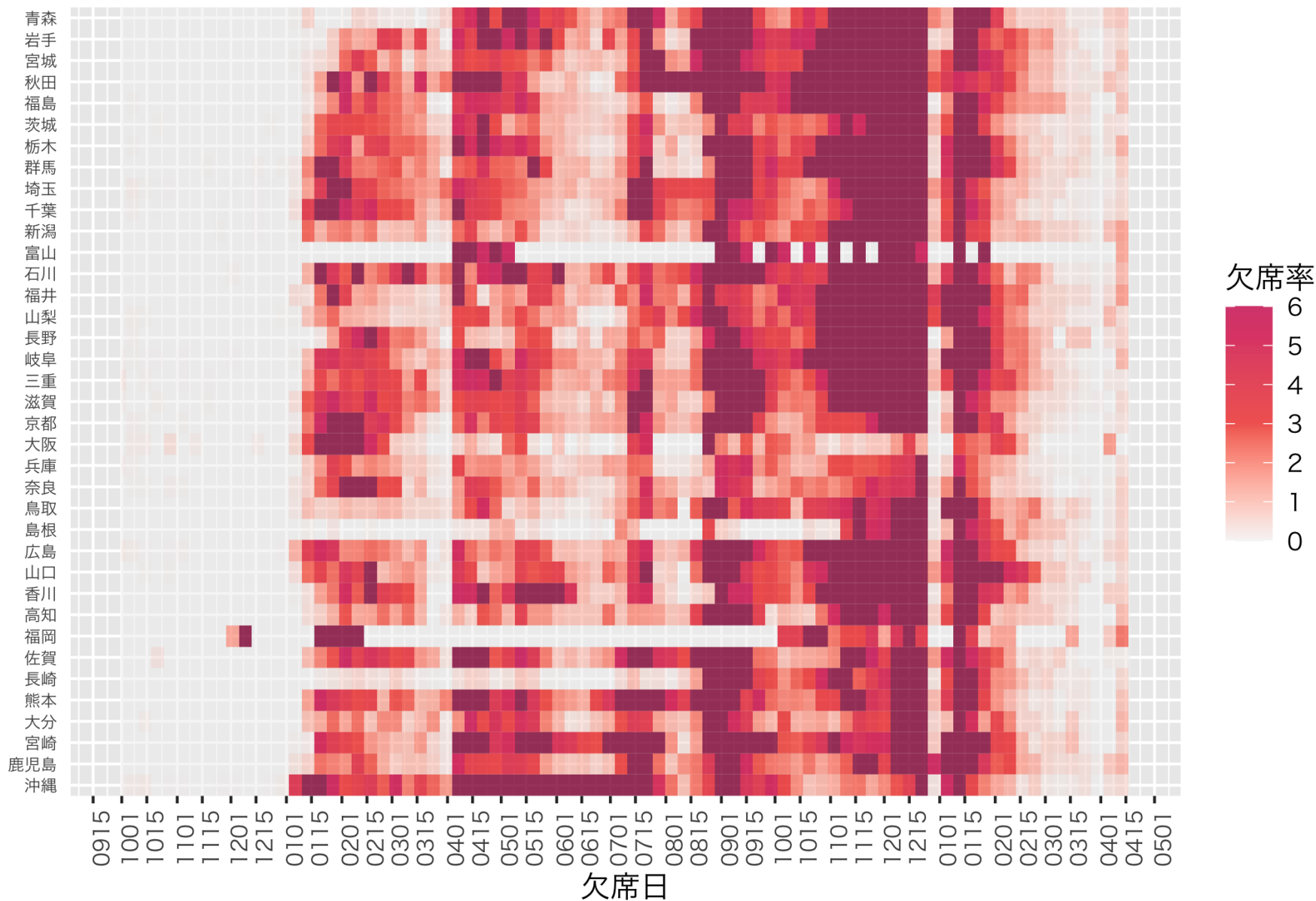
小学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録見聞 NIID 童1万人あたり、都道府県別）



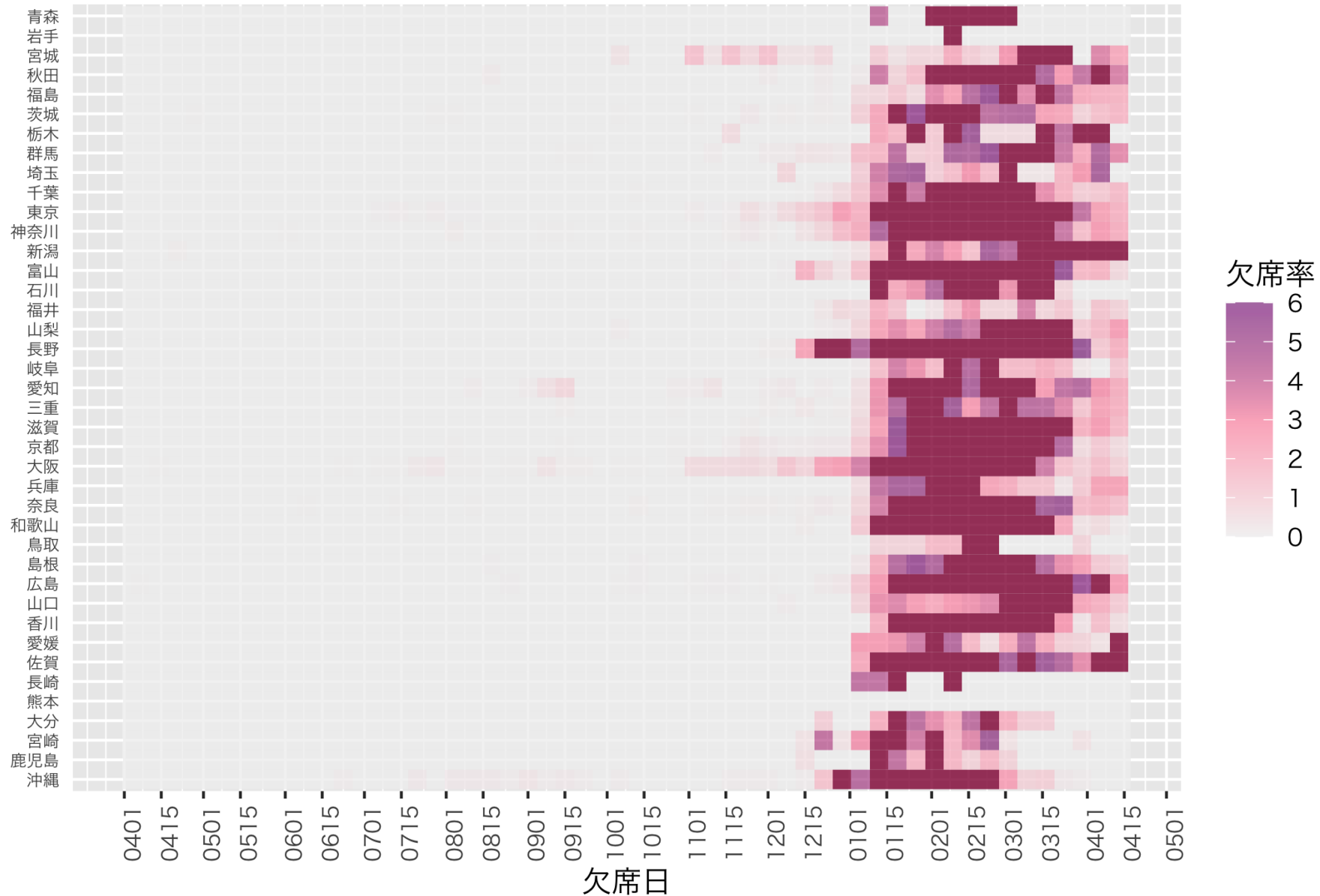
中学生における新型コロナウイルス感染症による欠席率（登録児童1万人あたり、都道府県別）



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 (登録見 NIID 童1万人あたり、都道府県別)



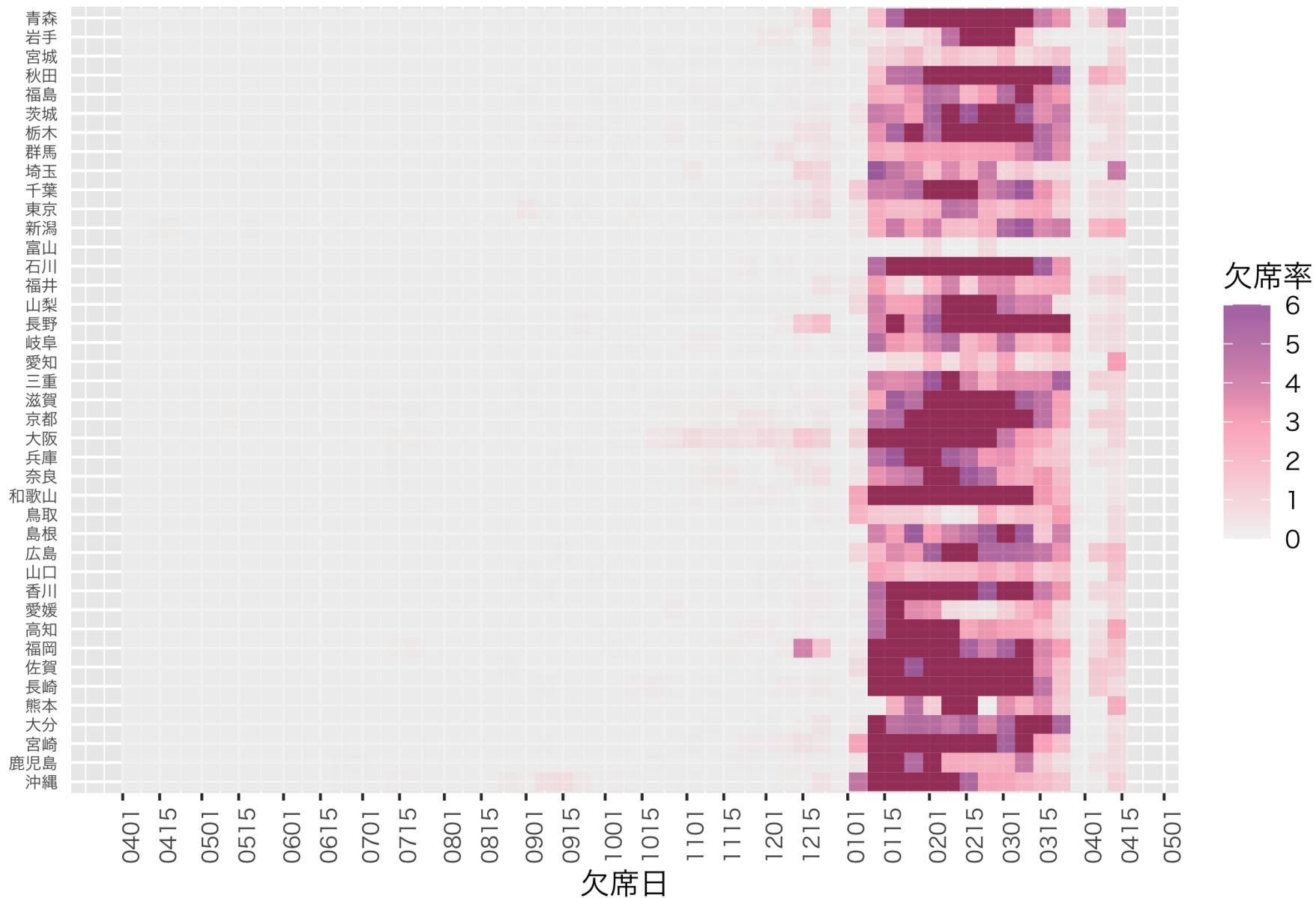
0-5歳児におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



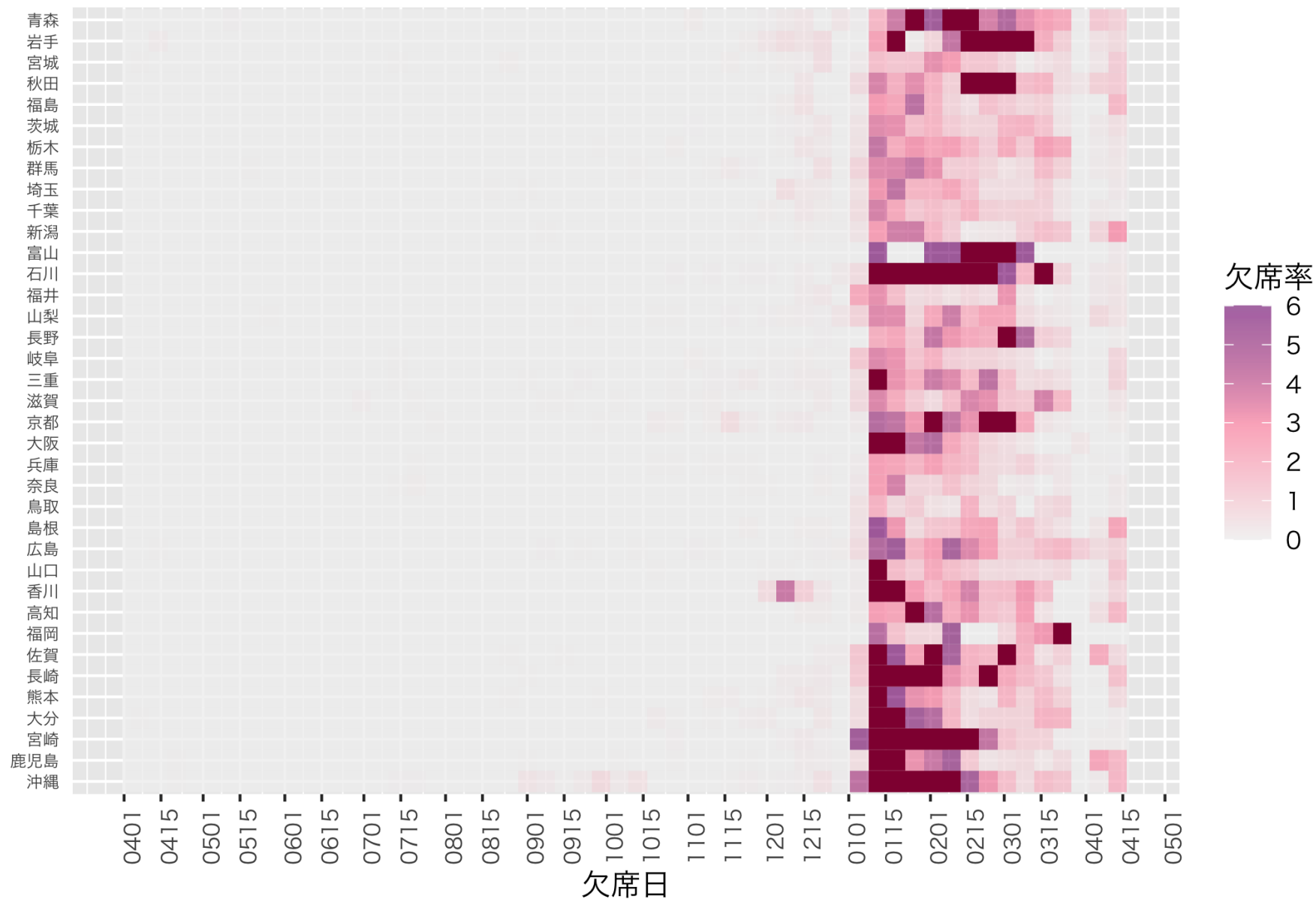
小学生におけるインフルエンザによる欠席率（登録児童1万人 り、都道府県別）



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 り、都道府県別）



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。

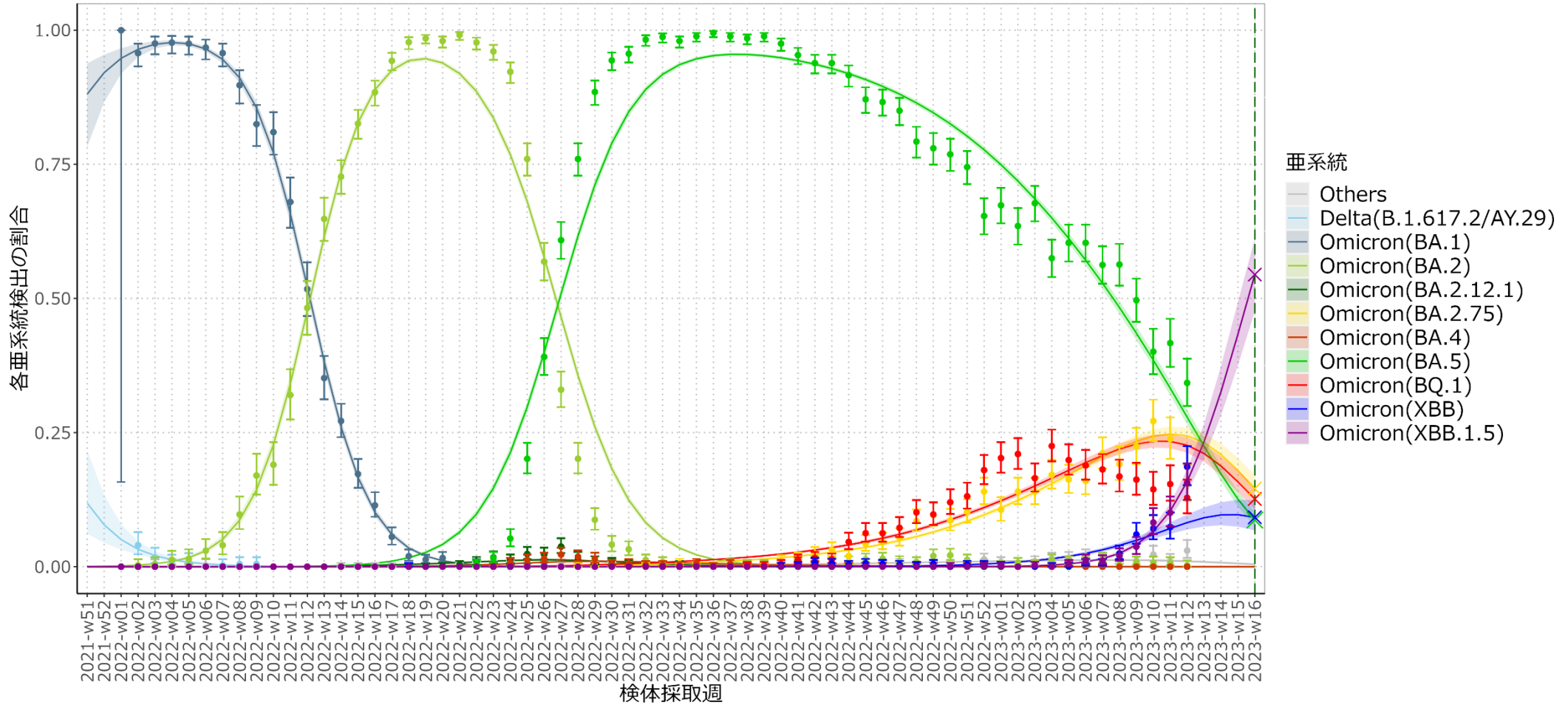
補足

- 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。

*なお、2023年第8、9、10、11、12週は受託件数の減少に伴い、それぞれ、648、616、534、487、467検体となっている。

亜系統検出割合の推定（4月10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)

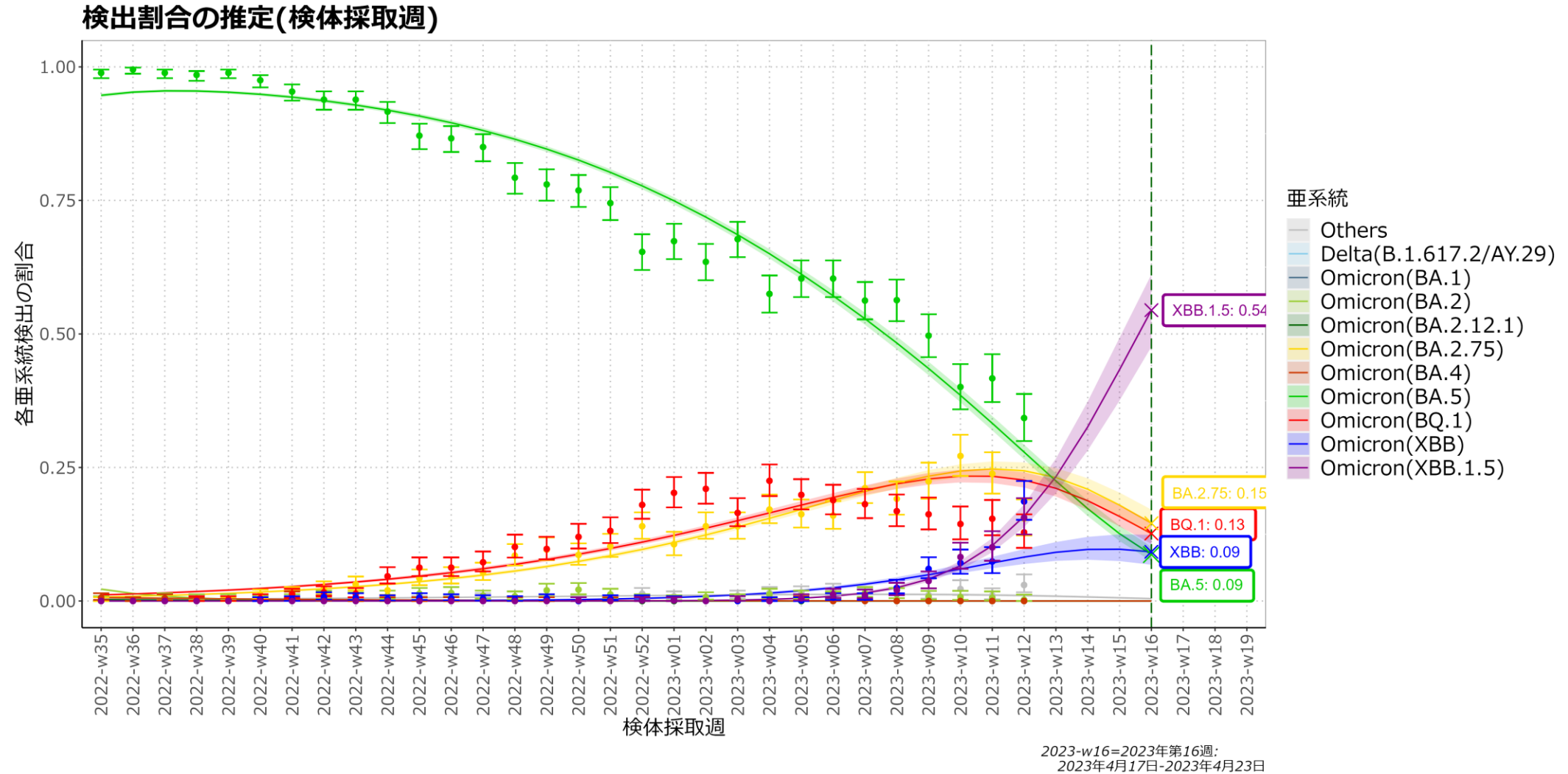


2023-w16=2023年第16週:
2023年4月17日-2023年4月23日

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.1.5を除くXBBおよびその下位系統を含む。

【拡大】亜系統検出割合の推定（4月10日時点）-多項ロジスティック回帰モデル



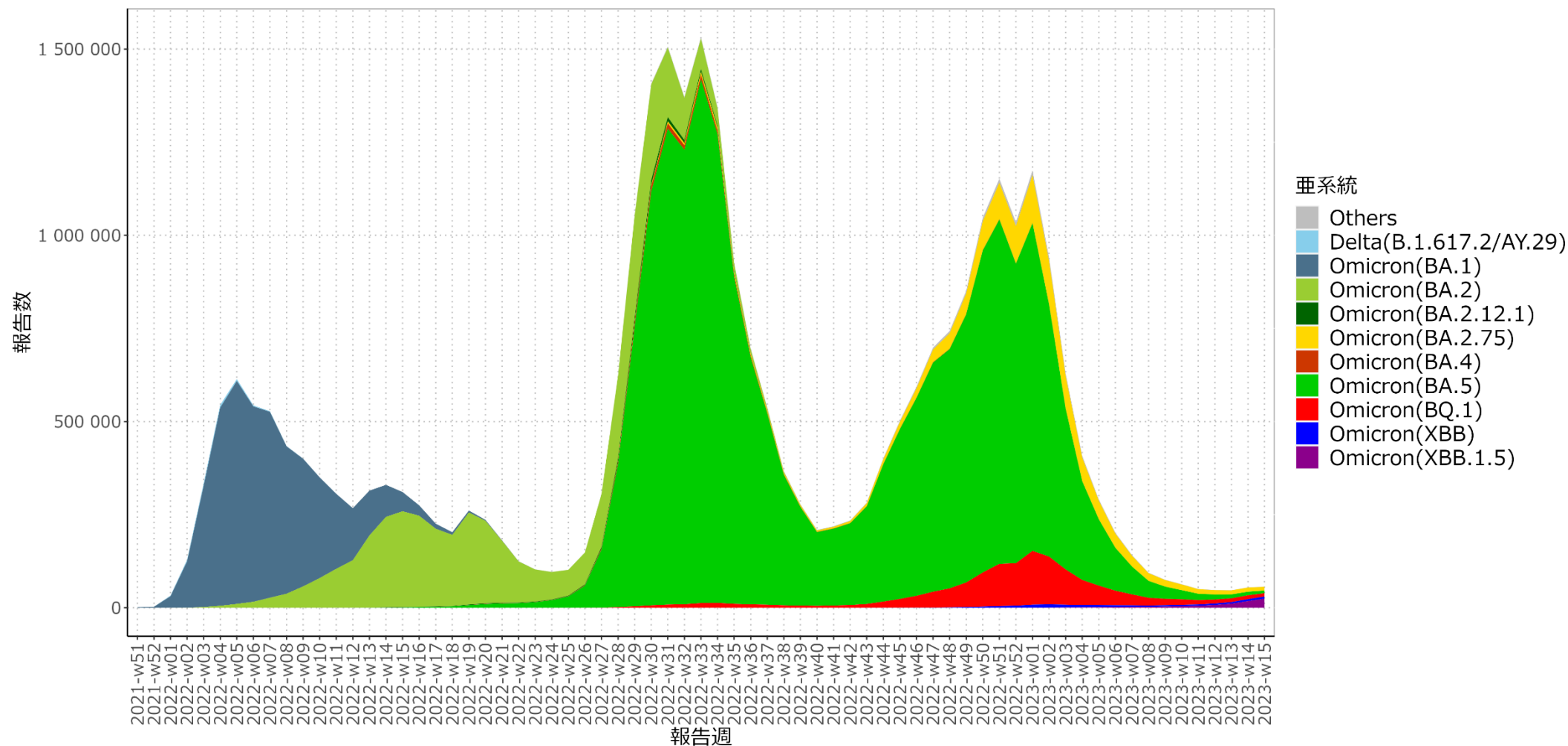
点は検体採取週ごとの亜系統の検出割合、バーは95%信頼区間の上限と下限を表す。亜系統が占める割合の推定を各色ライン、95%信頼区間を淡色帯で示す。

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.1.5を除くXBBおよびその下位系統を含む。

第16週ではOmicron(BA.5)が9%、Omicron(BQ.1)が13%、Omicron(BA.2.75)が15%、Omicron(XBB.1.5)が54%を占めると推定される。

亜系統別患者報告数推定（報告数は4月16日時点データを使用）

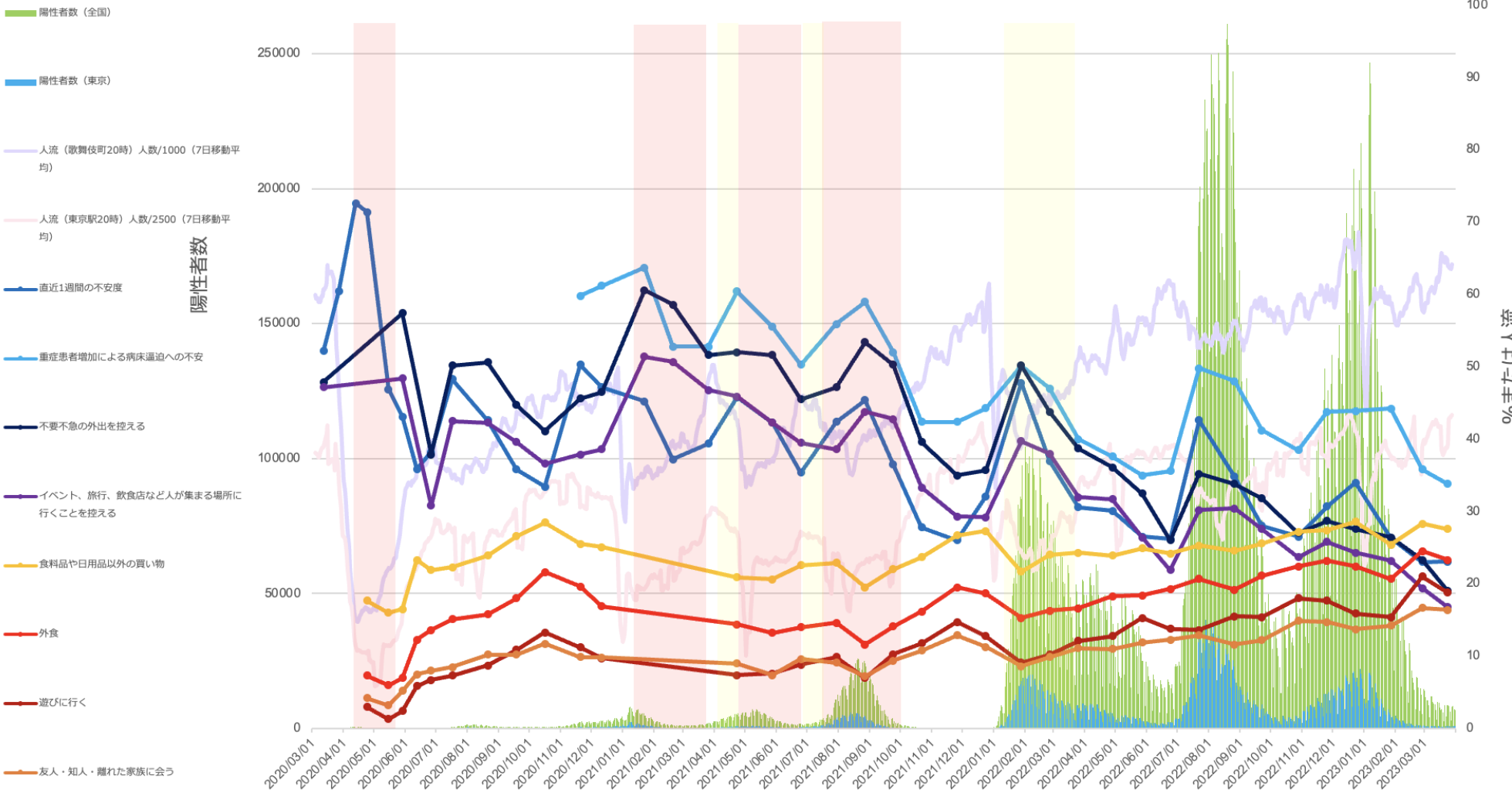
週別報告数（全国）



民間検査機関の検体に基づくゲノムサーベイランスにより検出された各亜系統について、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。

一般市民を対象とした新型コロナウイルスによる生活への影響度についてのアンケート調査

陽性者数：厚生労働省オープンデータ
 人流：株式会社Agoop
 アンケート調査：マーケティング・リサーチ会社にて、2500名（20代-60代各年代男女250名ずつ）を対象に毎月実施（質問項目は聴取されていない月もあるためデータポイントを丸で表示）



緊急事態宣言（東京都）
 まん延防止等重点措置（東京都）

目的：折れ線グラフで示すアンケート調査（直近2023/3/24-26）により、人々の新型コロナウイルス流行についての意識や流行下での行動についての経時的变化を検討

- 「新型コロナウイルスについての直近1週間の不安度」「重症患者増加による病床逼迫への不安」→ 新型コロナウイルスの流行への不安度を表す
- 直近1週間に実施したこととして「不要不急の外出を控える」「イベント等人が集まる場所に行くことを控える」、直近1週間の外出目的として「食料品や日用品以外の買い物」「外食」「遊びに行く」「友人・知人・離れた家族に会う」→ 新型コロナウイルス流行下での行動を表す
- 2023年3月末の調査では、重症患者増加による病床逼迫への不安は微減したが、全般的な不安度は横ばいであった。直近1週間で食料品や日用品以外の買い物や外食、遊びに行った、友人・知人・離れた家族に会ったと答えた者は微減したが、不要不急の外出や人が集まる場所への外出を控えたと答えた者は減少した。年度末で解釈に注意が必要である。

我が国の全ての死因を含む超過死亡数（2017-2023年の1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、該当月の超過死亡数*が、過去6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	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	都道府県	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017
1 北海道	51-366	0-122	61-294	0-44	239-517	0-32	0-104	25 滋賀県	88-229	0-27	0-28	0-10	0-32	0-23	22-90
2 青森県	32-176	0-53	0-7	0-18	3-64	0-33	22-102	26 京都府	59-244	10-134	5-90	0-26	0-62	0-25	5-127
3 岩手県	136-303	16-74	0-24	0-49	0-54	0-0	16-77	27 大阪府	276-781	0-222	42-273	0-0	0-25	52-485	96-487
4 宮城県	108-305	0-54	9-102	0-12	0-78	0-38	0-31	28 兵庫県	301-717	0-37	89-328	0-0	0-173	38-282	0-190
5 秋田県	13-127	0-36	17-97	0-21	0-9	0-16	12-126	29 奈良県	41-142	0-46	0-69	0-0	7-68	27-89	5-39
6 山形県	8-88	1-35	0-31	0-12	0-36	0-21	1-63	30 和歌山県	93-231	1-67	0-11	0-7	0-34	12-53	0-20
7 福島県	71-220	24-162	0-67	0-0	0-51	0-48	13-94	31 鳥取県	43-120	0-26	0-43	0-0	2-29	0-20	16-41
8 茨城県	248-497	0-11	0-27	0-0	0-129	0-111	49-191	32 島根県	22-92	0-9	0-24	0-1	0-28	8-99	0-27
9 栃木県	141-314	30-129	29-104	13-55	0-52	0-0	49-165	33 岡山県	262-466	11-119	7-91	0-0	0-0	0-115	13-144
10 群馬県	249-460	0-39	0-91	0-15	21-132	0-88	0-95	34 広島県	308-580	0-136	10-106	0-0	0-75	21-156	5-141
11 埼玉県	265-686	0-51	38-261	0-87	0-209	34-310	0-111	35 山口県	80-251	0-88	0-24	0-27	0-17	0-65	50-124
12 千葉県	326-665	0-157	0-101	0-5	127-362	7-131	0-242	36 徳島県	85-194	0-58	0-0	0-0	0-37	0-49	15-73
13 東京都	387-992	0-228	63-574	0-0	55-487	0-468	65-521	37 香川県	158-280	8-53	0-18	0-0	0-3	9-89	0-13
14 神奈川県	142-498	34-321	5-313	0-0	93-309	12-265	0-195	38 愛媛県	176-345	0-43	0-49	0-20	0-17	20-105	0-68
15 新潟県	187-375	7-79	0-54	0-0	0-68	36-154	0-60	39 高知県	51-155	0-0	0-33	0-9	0-41	21-109	2-30
16 富山県	100-203	2-71	24-144	0-2	0-20	0-31	12-53	40 福岡県	603-987	0-31	0-62	0-13	0-87	8-222	50-235
17 石川県	78-193	3-66	0-21	0-8	13-65	0-44	26-100	41 佐賀県	54-150	0-34	8-34	0-14	0-6	9-38	8-58
18 福井県	23-102	0-27	0-37	0-6	0-46	0-64	7-45	42 長崎県	135-251	4-80	41-140	0-0	0-36	23-149	11-57
19 山梨県	59-159	0-61	0-26	0-9	23-104	39-113	0-29	43 熊本県	165-346	30-138	29-110	0-0	24-83	0-34	0-108
20 長野県	101-302	34-186	0-29	0-0	17-140	0-34	0-131	44 大分県	221-364	0-3	0-53	0-10	0-33	13-111	2-76
21 岐阜県	60-237	10-136	13-105	0-2	13-159	17-98	0-52	45 宮崎県	239-375	4-52	10-89	0-0	0-0	0-69	0-33
22 静岡県	373-692	0-111	0-55	0-33	0-0	67-284	82-279	46 鹿児島県	212-403	0-3	3-67	0-0	0-8	23-160	31-136
23 愛知県	67-471	0-145	12-258	0-0	0-218	31-289	105-385	47 沖縄県	0-34	0-18	12-70	0-7	0-0	3-70	0-0
24 三重県	250-440	0-2	0-22	0-0	0-49	38-153	2-82	48 日本	9364-16697	0-2327	388-3383	0-0	0-3397	256-4495	1400-5377

* 疫学週に基づき、各年1月の第4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（2017-2023年の1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、該当月の過少死亡数*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	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017	都道府県	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017
1 北海道	0-0	0-14	0-10	25-192	0-0	0-104	0-8	25 滋賀県	0-0	0-14	0-35	35-116	0-19	0-35	0-4
2 青森県	0-0	0-41	0-38	22-82	0-15	0-40	0-0	26 京都府	0-0	0-11	0-11	0-76	0-0	0-26	0-1
3 岩手県	0-0	0-19	0-25	0-34	13-48	2-118	0-0	27 大阪府	0-62	0-84	0-35	26-335	0-54	0-0	0-0
4 宮城県	0-0	0-33	10-54	17-102	0-0	0-46	0-0	28 兵庫県	0-0	3-128	0-0	8-317	0-2	0-0	0-0
5 秋田県	0-0	0-36	0-0	0-38	0-14	0-36	0-0	29 奈良県	0-29	0-3	0-0	0-82	0-19	0-10	10-48
6 山形県	0-0	0-39	0-25	0-66	0-36	0-20	0-21	30 和歌山県	0-0	0-25	3-47	25-63	0-8	0-3	0-32
7 福島県	0-0	0-20	0-10	8-132	0-28	0-48	0-38	31 鳥取県	0-0	0-17	0-3	0-39	0-19	19-40	0-5
8 茨城県	0-0	0-52	7-147	100-260	0-2	0-9	0-0	32 島根県	0-0	0-50	1-50	0-48	0-6	0-0	0-5
9 栃木県	0-0	0-0	19-64	50-174	0-22	0-67	0-0	33 岡山県	0-0	0-0	0-50	40-148	0-89	0-0	0-0
10 群馬県	0-0	0-4	0-0	0-78	0-6	0-15	0-3	34 広島県	0-0	0-0	0-77	49-259	0-72	0-19	0-0
11 埼玉県	0-0	0-18	0-4	98-353	0-0	0-0	0-12	35 山口県	0-0	0-14	0-57	0-58	0-47	0-13	0-21
12 千葉県	0-0	0-0	0-14	27-195	0-0	0-58	0-0	36 徳島県	0-0	0-7	0-45	4-54	0-29	0-9	0-19
13 東京都	0-0	0-8	0-0	191-642	0-0	0-0	0-0	37 香川県	0-0	0-24	0-34	10-112	0-42	0-0	0-27
14 神奈川県	0-0	0-0	0-0	62-449	0-0	0-0	0-80	38 愛媛県	0-0	0-19	7-44	0-29	0-22	0-10	0-7
15 新潟県	0-0	0-15	0-35	109-293	0-11	0-21	9-68	39 高知県	0-0	0-60	26-60	0-42	0-0	0-0	0-21
16 富山県	0-9	0-6	0-0	2-55	0-55	0-4	0-2	40 福岡県	0-0	0-84	0-65	8-210	0-32	0-0	0-0
17 石川県	0-0	0-0	0-4	1-47	0-16	0-12	0-0	41 佐賀県	0-0	0-20	7-81	0-39	0-16	0-20	0-17
18 福井県	0-0	0-27	0-8	17-70	0-0	0-12	0-15	42 長崎県	0-1	0-11	0-22	1-119	0-13	0-0	0-24
19 山梨県	0-0	0-0	0-24	9-64	0-0	0-0	9-50	43 熊本県	0-0	0-29	0-22	0-47	0-22	0-45	0-15
20 長野県	0-0	0-0	0-54	23-179	0-3	0-42	0-0	44 大分県	0-0	11-58	5-44	0-35	0-33	0-0	0-10
21 岐阜県	0-0	0-0	0-23	35-128	0-0	0-7	0-0	45 宮崎県	0-0	0-16	0-4	0-37	0-68	0-15	0-10
22 静岡県	0-0	0-0	32-123	47-146	0-59	0-0	0-0	46 鹿児島県	0-0	0-70	5-48	0-121	0-68	0-0	0-36
23 愛知県	0-0	0-0	13-113	42-352	0-0	0-29	0-0	47 沖縄県	0-12	0-31	0-26	0-40	3-56	0-1	0-49
24 三重県	0-0	0-7	0-60	3-78	0-9	0-18	0-34	48 日本	0-0	0-0	0-557	1975-6266	0-0	0-0	0-0

* 疫学週に基づき、各年1月の第4週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>

【2023年1月(1月2日～29日)の分析結果】

- 44都府県において、2023年1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。
- 2023年1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。

全ての死因を含む全国の超過および過少死亡数(1月)

	2023年*	2022年	2021年	2020年	2019年	2018年	2017年
超過死亡数	9364-16697	0-2327	388-3383	0-0	0-3397	256-4495	1400-5377
過少死亡数	0-0	0-0	0-557	1975-6266	0-0	0-0	0-0

超過死亡数「XX-YY」の解釈

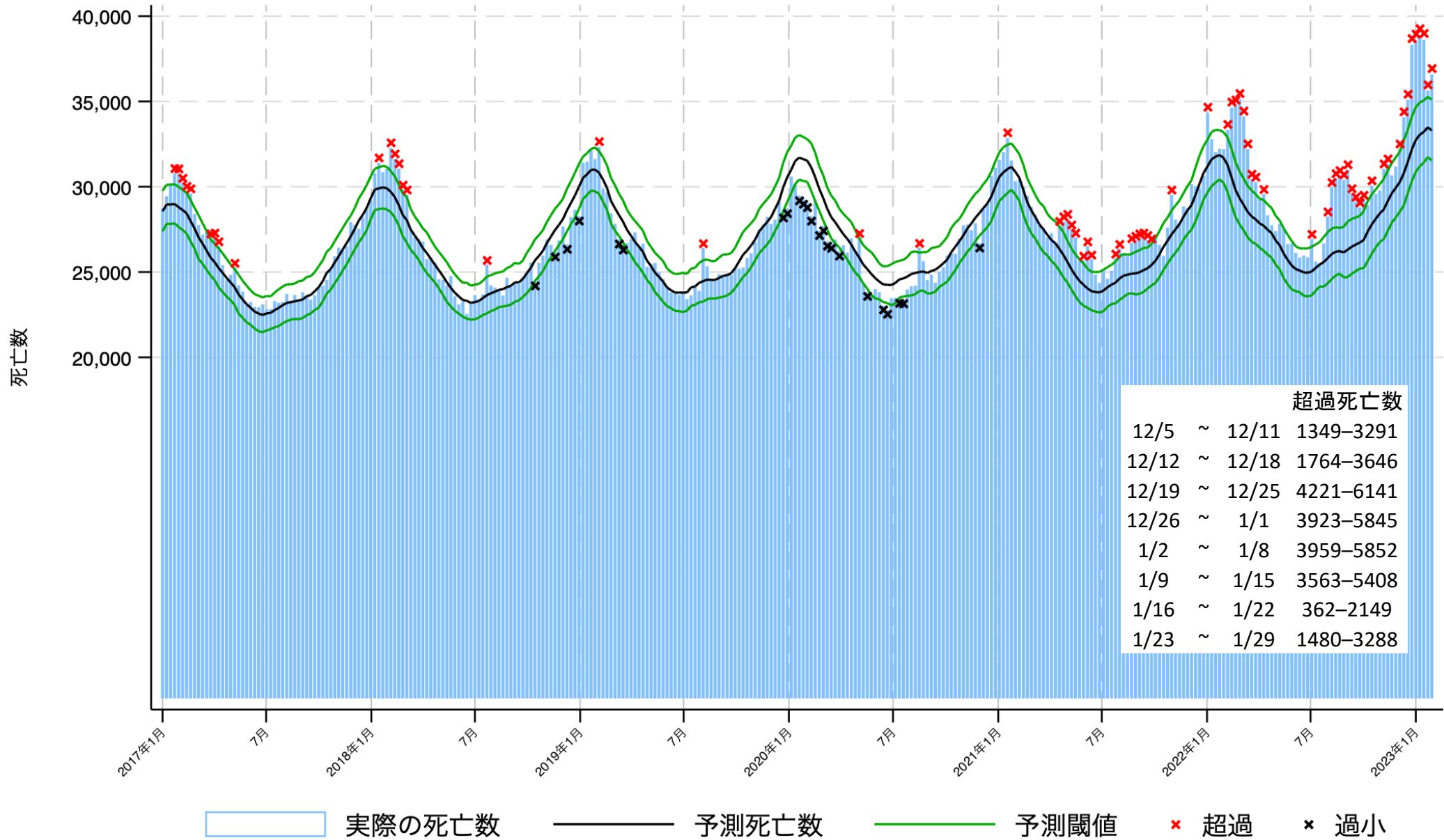
- XX=予測死亡数の予測区間上限値と観測死亡数の差分
- YY=予測死亡数の点推定値と観測死亡数の差分
- この範囲内に実際の超過死亡数はあり得る。

過少死亡数「AA-BB」の解釈

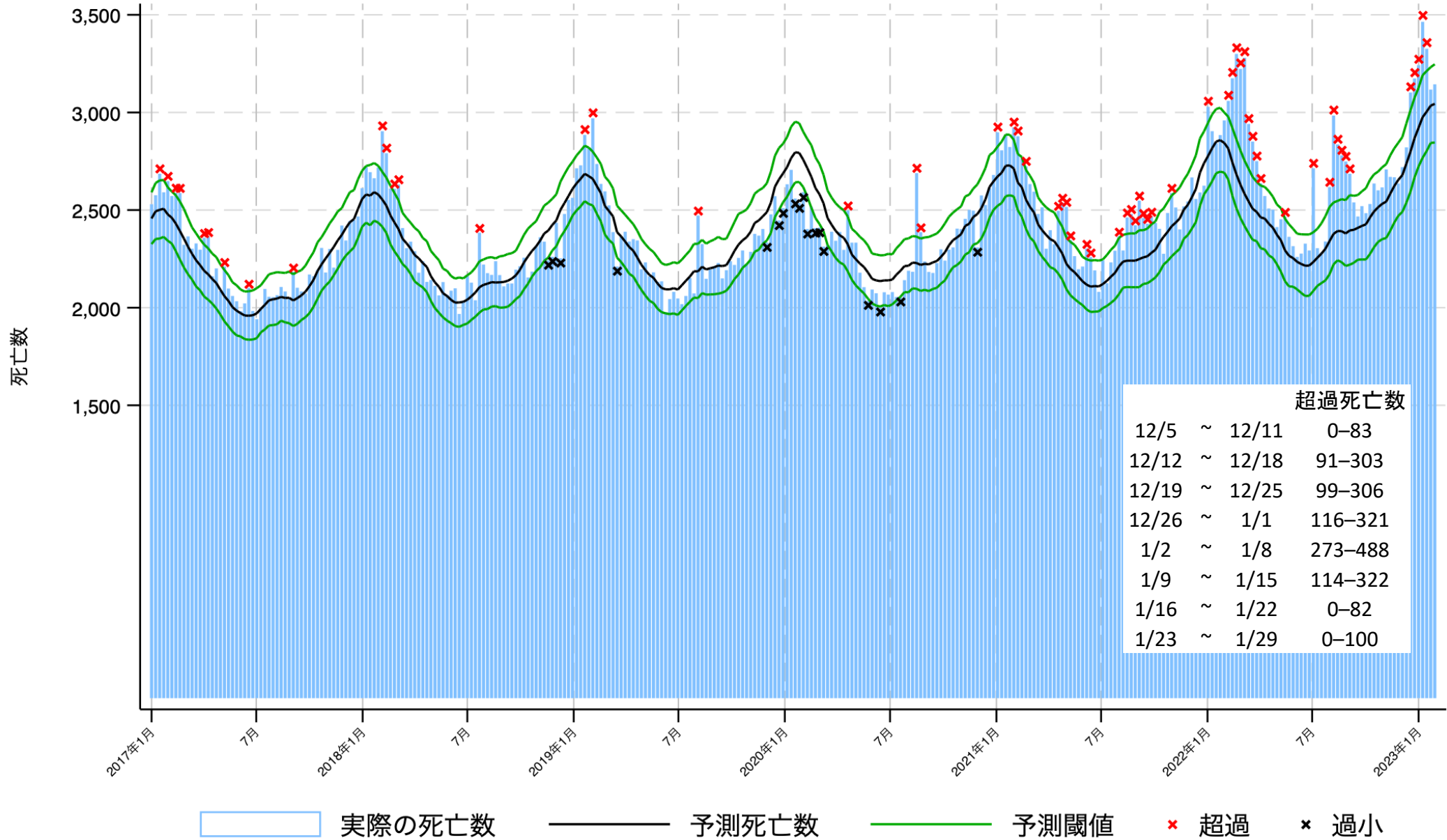
- AA=予測死亡数の予測閾値下限と観測死亡数の差分
- BB=予測死亡数の点推定値と観測死亡数の差分
- この範囲内に実際の過少死亡数はあり得る。

* 2023/1/2-1/29の新型コロナウイルス死者数: 10,120

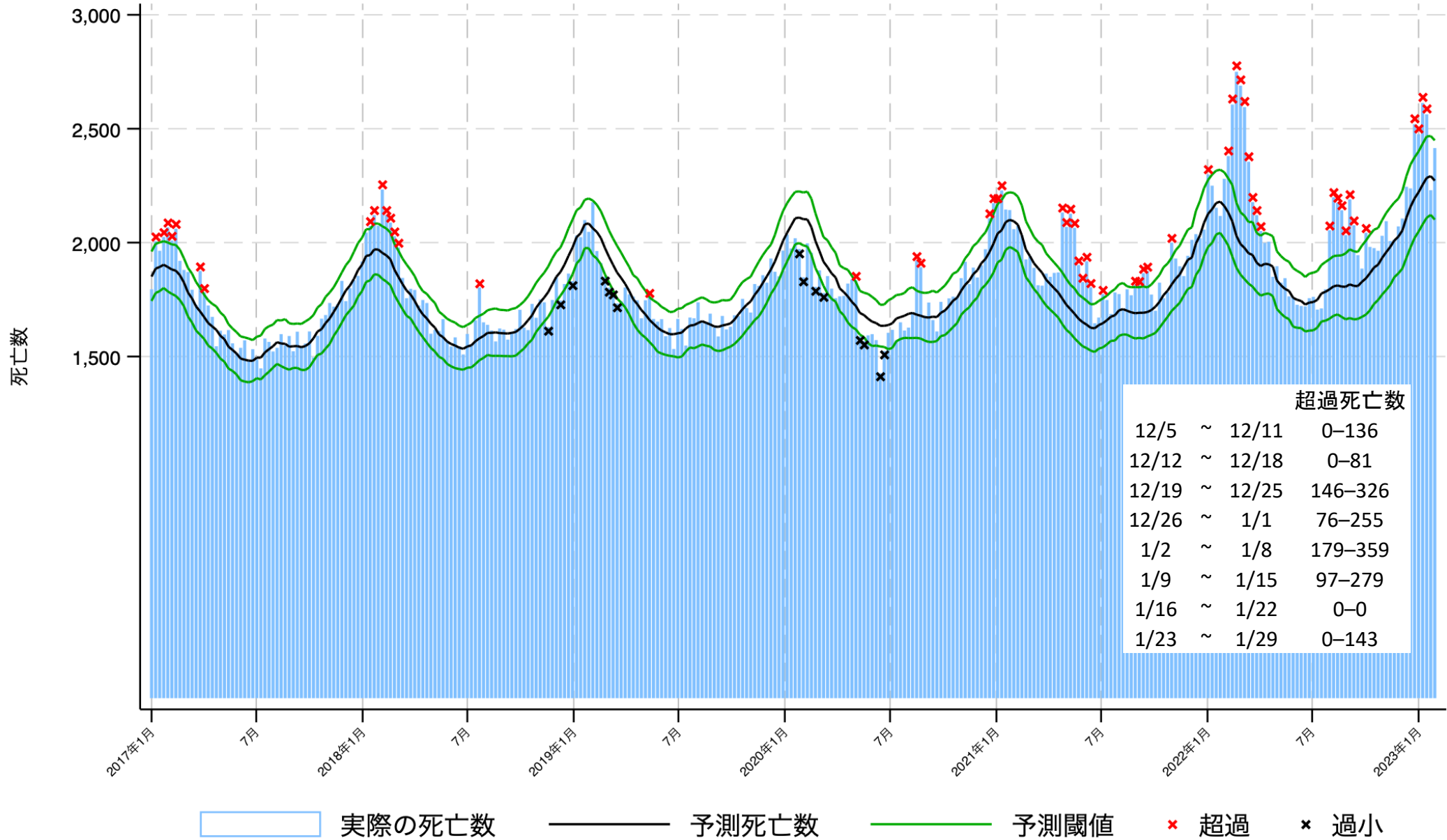
全国



東京



大阪



我が国における死因別の超過死亡及び過少死亡(2022年11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11月の結果

【超過死亡】

- 2022年の11月の超過死亡については、過去の10月と比較して①、②、④、⑤において複数の県で、例年以上の超過死亡が認められた。その他の死因については、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11月を比較すると、①~⑥それぞれにおいて、全国および各都道府県で過少死亡が認められた週はほとんどなかった。

超過死亡(全国)

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	672-3911	0-1518	0-195	0-527	0-0	0-1082
②呼吸器系の疾患	275-1328	0-390	0-0	0-802	0-0	0-0
③循環器系の疾患	0-386	0-448	0-185	0-0	0-0	0-547
④悪性新生物(がん)	60-234	0-43	25-230	0-166	0-17	14-206
⑤老衰	138-560	11-399	24-291	0-250	0-0	0-0
⑥自殺	0-53	0-0	123-330	14-90	56-131	7-61

* 疫学週に基づき、各年11月第4週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>



過去の11月を比較すると、2022年は①、②、④、⑤において例年以上の超過死亡が認められた。その他の死因については、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。

我が国における死因別の超過死亡及び過少死亡(2022年11月)(結果)

超過死亡(都道府県別)

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	127-394	42-105	5-121	0-34	4-45	0-8	滋賀県	0-53	2-23	0-7	1-36	0-0	0-2
青森県	0-47	5-24	0-6	0-5	0-11	1-5	京都府	3-86	0-19	0-10	0-26	0-14	0-6
岩手県	7-113	21-53	0-33	0-4	0-16	0-5	大阪府	0-179	7-95	0-22	0-38	0-42	1-13
宮城県	0-56	0-14	0-5	0-9	0-0	0-6	兵庫県	0-77	17-83	0-0	0-5	0-14	0-6
秋田県	2-53	6-20	0-0	14-40	2-17	4-10	奈良県	19-113	10-34	9-41	0-24	0-17	0-0
山形県	41-107	9-32	0-15	0-13	1-25	0-1	和歌山県	0-63	0-13	0-0	0-8	2-22	3-6
福島県	54-179	0-10	9-57	5-26	0-24	0-6	鳥取県	0-20	0-5	0-15	0-8	0-5	2-2
茨城県	56-202	22-65	0-3	12-47	4-27	0-2	島根県	3-40	1-9	0-15	0-13	0-8	0-2
栃木県	0-30	0-9	0-18	0-7	2-27	1-5	岡山県	0-45	0-5	0-19	0-13	0-10	0-1
群馬県	4-81	0-34	0-32	0-4	6-25	0-0	広島県	22-140	14-41	14-37	0-33	0-10	0-6
埼玉県	22-161	28-57	0-27	0-1	0-10	0-5	山口県	0-22	0-17	0-16	0-0	0-8	0-1
千葉県	0-65	10-91	0-5	0-16	1-22	2-10	徳島県	0-17	0-1	0-4	0-12	0-0	0-2
東京都	0-254	0-66	0-29	0-38	0-23	0-7	香川県	1-31	2-12	0-14	0-18	0-0	0-1
神奈川県	0-217	5-67	0-15	9-46	0-25	0-10	愛媛県	0-21	4-19	0-13	0-18	0-0	2-8
新潟県	0-38	0-12	0-21	0-13	0-2	0-4	高知県	0-35	0-16	0-12	0-15	0-12	0-2
富山県	0-55	12-40	0-6	0-7	0-10	0-3	福岡県	0-132	13-59	0-12	0-12	19-50	0-3
石川県	3-73	0-9	0-15	0-8	5-27	0-1	佐賀県	0-59	3-23	2-33	6-22	0-4	0-1
福井県	0-45	0-5	0-3	0-9	12-25	0-3	長崎県	0-65	0-8	3-20	2-23	3-30	1-6
山梨県	0-38	0-4	0-1	5-27	0-13	0-0	熊本県	0-38	1-22	0-0	0-1	0-16	0-1
長野県	76-211	22-51	11-64	0-13	0-15	0-2	大分県	0-27	0-0	0-15	0-9	0-7	0-0
岐阜県	0-91	0-20	0-0	0-6	8-36	0-3	宮崎県	0-34	0-19	0-8	0-15	0-6	1-8
静岡県	16-206	0-24	0-19	2-50	1-31	1-7	鹿児島県	1-44	8-31	0-13	0-7	2-14	0-4
愛知県	0-107	0-46	0-6	0-20	0-30	0-0	沖縄県	19-75	0-14	0-22	1-17	4-29	0-0
三重県	48-135	8-24	5-40	0-0	1-32	0-7	日本	672-3911	275-1328	0-386	60-234	138-560	0-53

2022年の11月の超過死亡については、過去の11月と比較して①、②、④、⑤において複数の県で、例年以上の超過死亡が認められた。その他の死因については、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(全国)

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	568-2730	0-412	68-3137	0-254
②呼吸器系の疾患	0-0	0-0	28-679	0-0	0-995	116-1240
③循環器系の疾患	0-141	0-0	136-1096	0-370	0-1488	0-98
④悪性新生物(がん)	0-97	0-99	71-284	0-203	30-331	0-257
⑤老衰	0-15	0-0	0-84	0-0	46-480	0-168
⑥自殺	0-0	0-120	0-0	0-0	0-11	0-67

* 疫学週に基づき、各年11月第4週までを比較。
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/calendar.html>



過去の10月を比較すると、①～⑥それぞれにおいて、全国で過少死亡が認められた週はほとんどなかった。

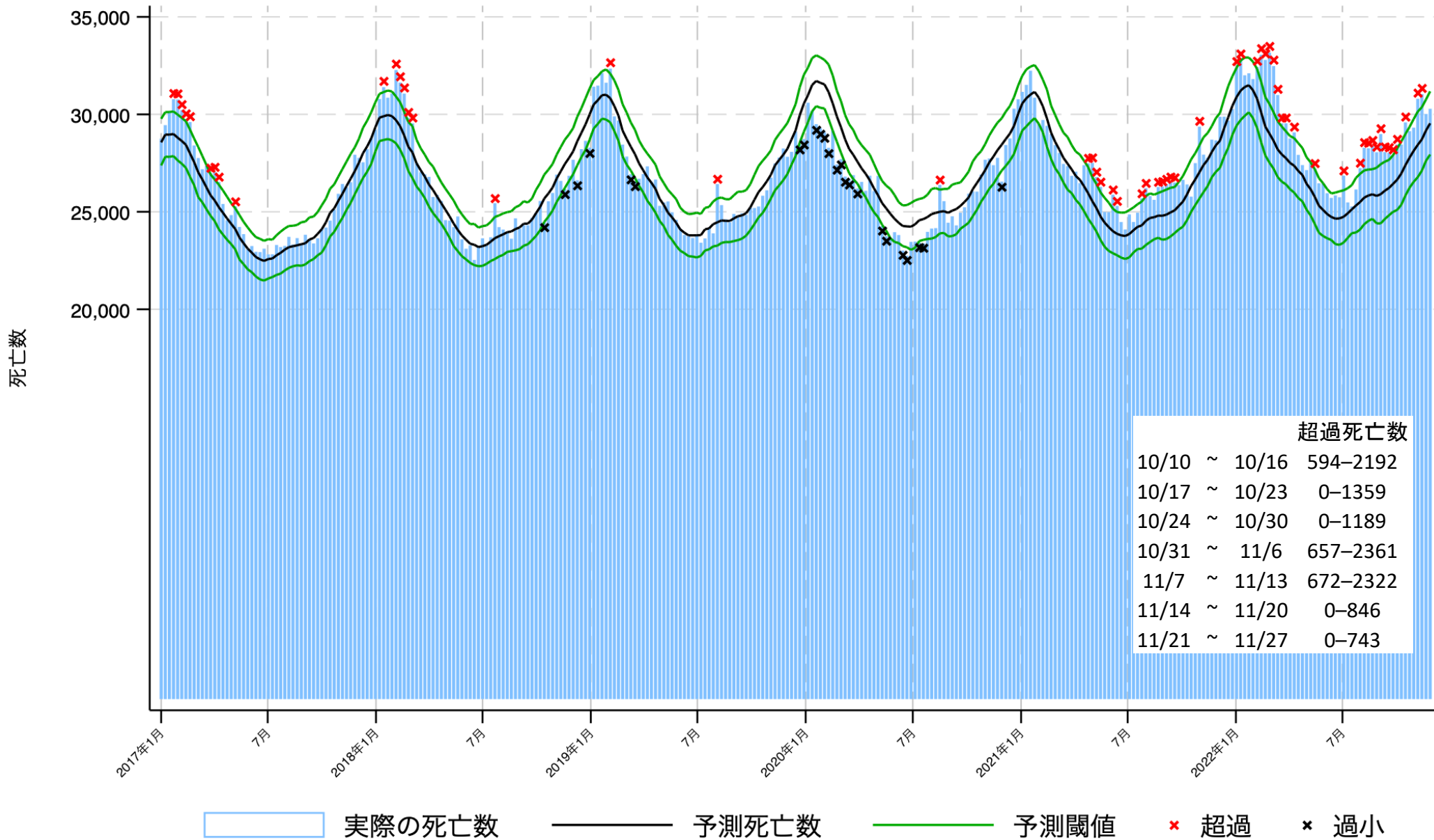
我が国における死因別の超過死亡及び過少死亡(2022年11月)(結果)

過少死亡(都道府県別)

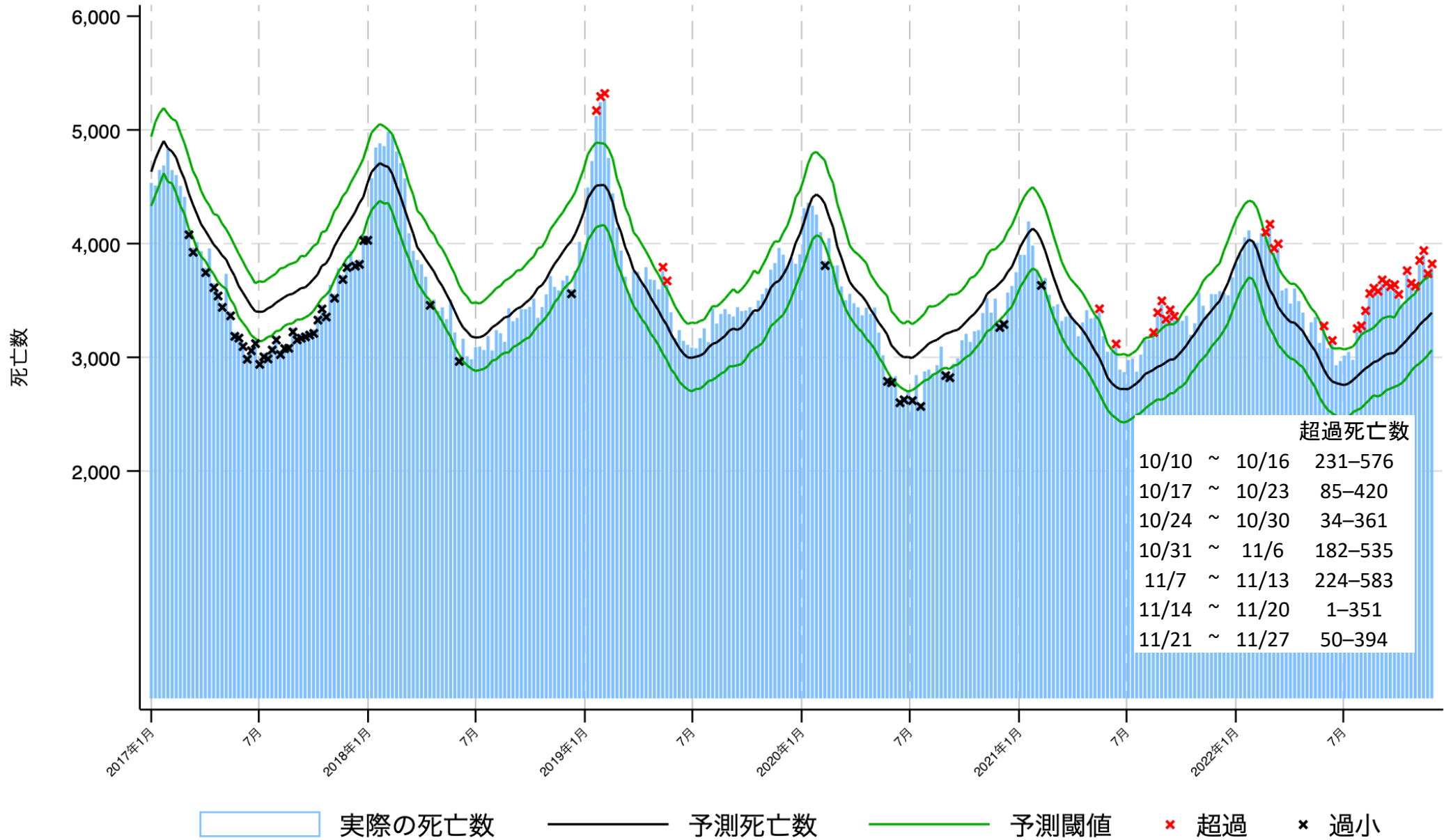
都道府県	① 新型コロナ除く	② 呼吸器系	③ 循環器系	④ 悪性新生物	⑤ 老衰	⑥ 自殺	都道府県	① 新型コロナ除く	② 呼吸器系	③ 循環器系	④ 悪性新生物	⑤ 老衰	⑥ 自殺
北海道	0-0	0-0	0-0	0-18	0-3	0-1	滋賀県	0-0	0-0	0-10	0-0	0-18	0-0
青森県	0-0	0-2	0-1	0-11	0-0	0-0	京都府	0-44	0-6	0-14	0-7	0-16	0-0
岩手県	0-0	0-0	0-7	6-29	0-3	0-0	大阪府	0-0	0-0	0-53	0-29	0-11	0-7
宮城県	0-0	0-10	0-10	0-0	0-9	0-1	兵庫県	0-32	0-0	0-20	29-79	0-13	0-0
秋田県	0-0	0-2	0-20	0-1	0-3	0-1	奈良県	0-0	0-0	0-0	0-0	0-6	2-6
山形県	0-12	0-0	3-18	0-2	0-0	0-3	和歌山県	0-0	0-0	0-16	0-12	0-0	0-1
福島県	0-0	0-13	0-0	0-6	0-6	0-0	鳥取県	0-21	0-3	0-0	2-12	1-11	0-2
茨城県	0-0	0-0	0-23	0-0	0-0	0-3	島根県	0-7	0-6	0-6	0-0	1-9	0-0
栃木県	0-42	0-0	1-26	0-10	0-5	0-2	岡山県	0-8	0-7	0-0	0-6	2-24	0-2
群馬県	0-4	0-0	0-16	0-15	0-1	0-3	広島県	0-0	0-0	0-14	0-0	0-3	0-2
埼玉県	0-0	0-8	0-20	0-32	0-4	0-0	山口県	0-9	0-0	0-10	0-26	0-7	0-4
千葉県	0-85	0-0	0-62	0-59	0-22	0-6	徳島県	0-14	0-4	0-9	0-12	0-12	0-1
東京都	0-0	0-0	0-8	0-22	0-3	0-3	香川県	0-30	0-7	0-7	0-7	0-7	0-1
神奈川県	0-35	0-0	0-30	0-16	0-21	0-14	愛媛県	0-10	0-3	0-9	0-5	0-25	0-0
新潟県	0-18	0-4	0-6	0-19	6-22	0-4	高知県	0-0	0-3	0-1	0-7	0-0	0-3
富山県	0-11	0-0	0-9	1-15	0-10	0-1	福岡県	0-52	0-0	0-23	2-31	0-0	0-2
石川県	0-0	0-6	0-0	0-1	0-0	0-4	佐賀県	0-0	0-0	0-0	0-5	0-4	0-4
福井県	0-1	0-1	0-7	0-9	0-0	0-0	長崎県	0-26	0-1	0-13	0-7	0-0	0-2
山梨県	0-0	0-5	0-8	0-0	0-1	0-5	熊本県	0-11	0-0	4-27	0-9	0-5	0-3
長野県	0-0	0-0	0-0	0-10	0-5	0-0	大分県	0-20	0-10	0-5	0-2	0-10	0-9
岐阜県	0-0	0-0	0-12	0-14	0-0	0-2	宮崎県	0-19	0-0	17-33	0-0	0-4	0-0
静岡県	0-0	0-0	0-19	0-4	0-7	0-1	鹿児島県	7-52	0-0	0-20	6-31	0-8	0-0
愛知県	0-13	0-0	0-17	8-57	0-2	0-8	沖縄県	0-0	0-0	0-0	0-9	0-0	1-10
三重県	0-26	0-0	0-15	0-16	0-11	0-0	日本	0-0	0-0	0-141	0-97	0-15	0-0

過去の11月を比較すると、①～⑥それぞれにおいて、すべての都道府県で、過少死亡が認められた週はほとんどなかった。

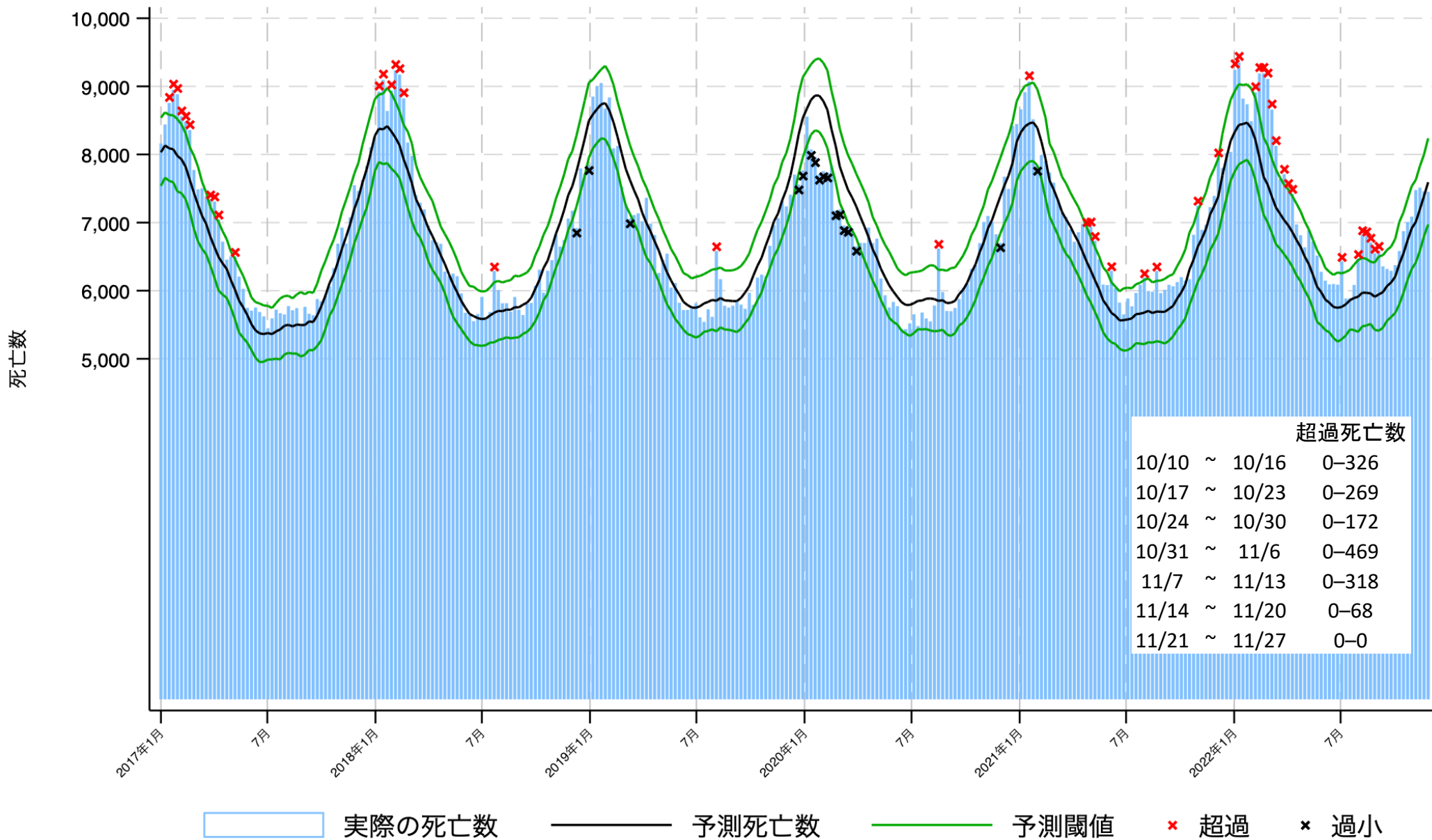
全国_新型コロナウイルス感染症以外の全て



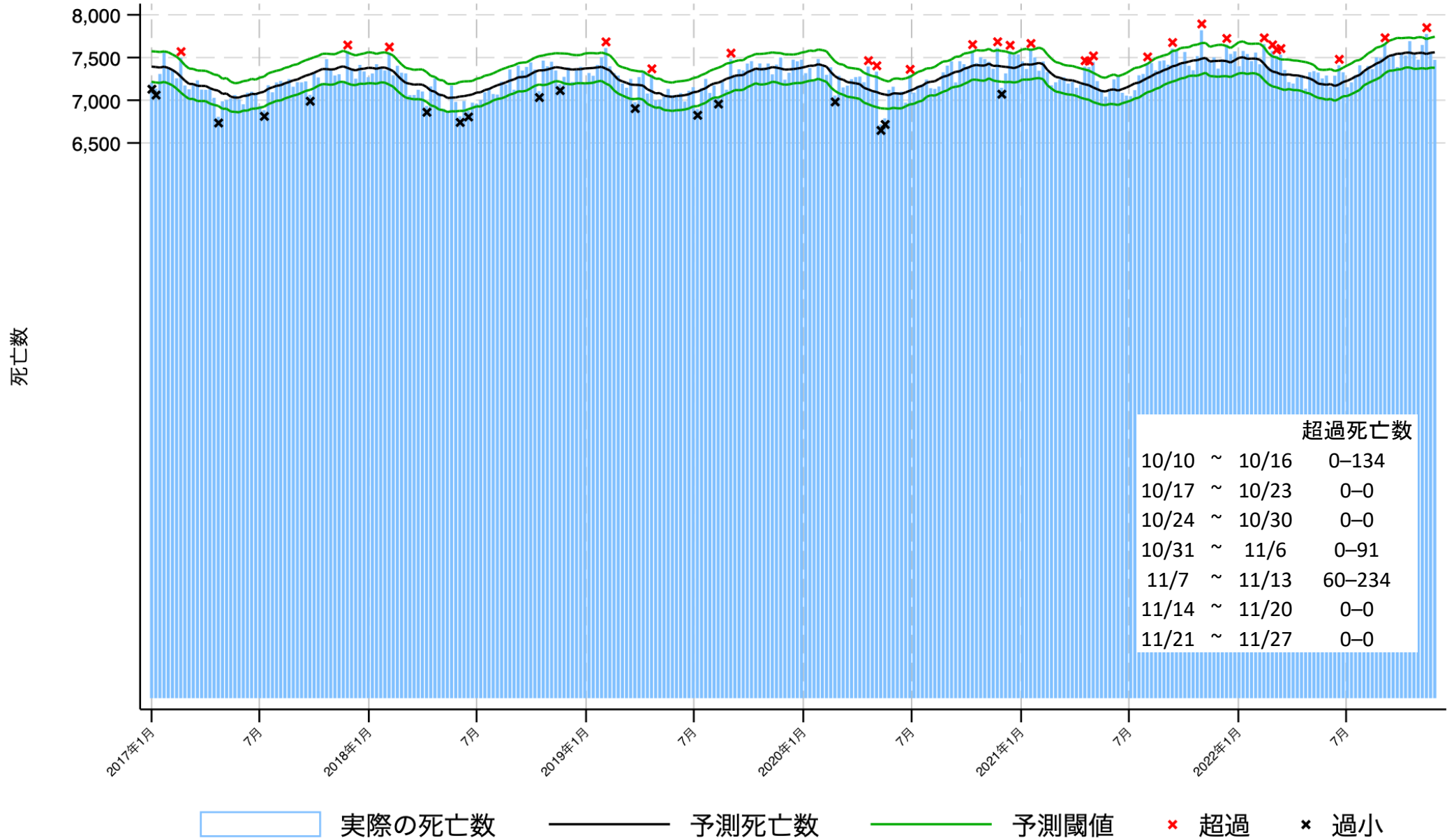
全国_呼吸器系の疾患



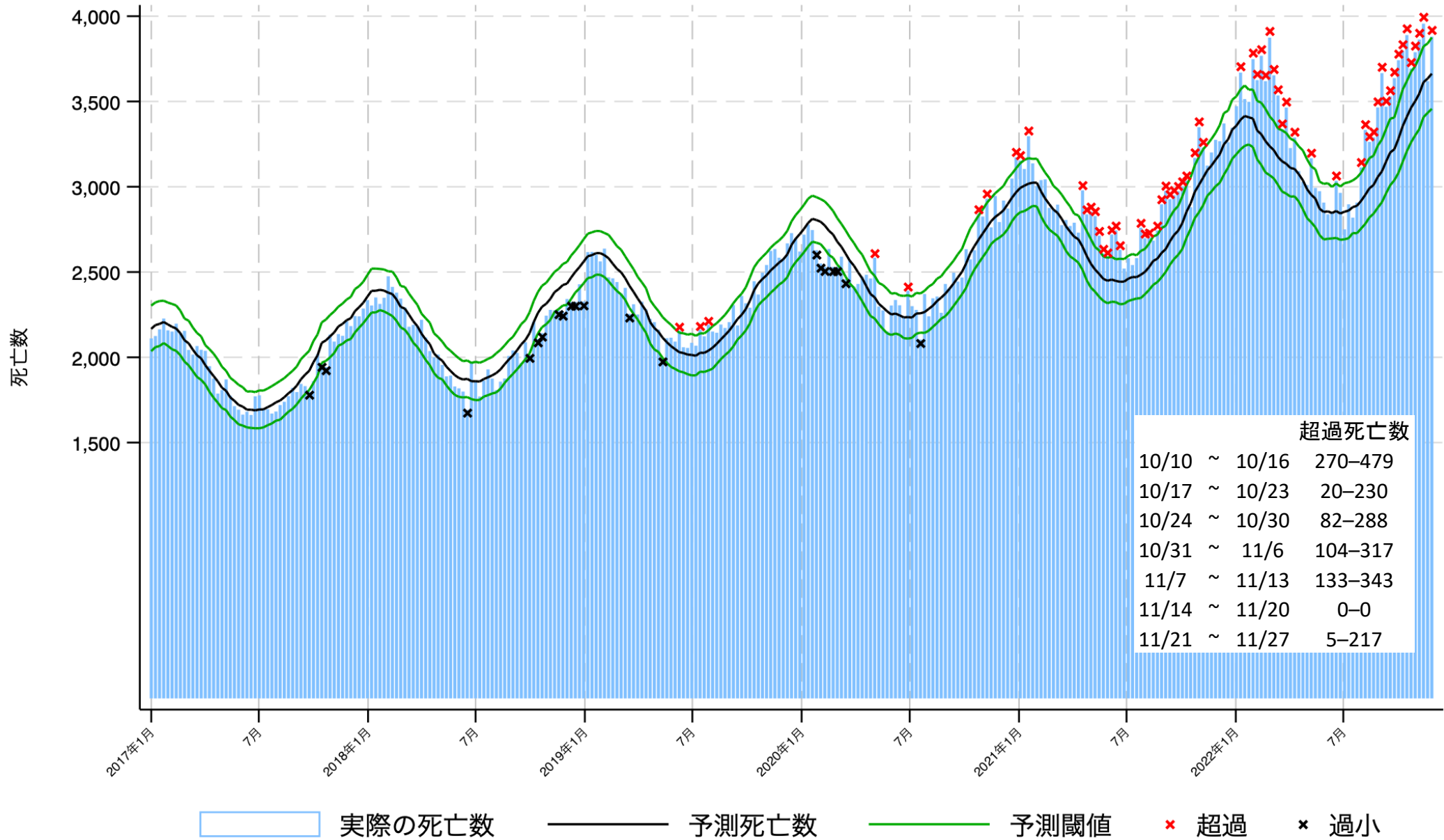
全国_循環器系の疾患



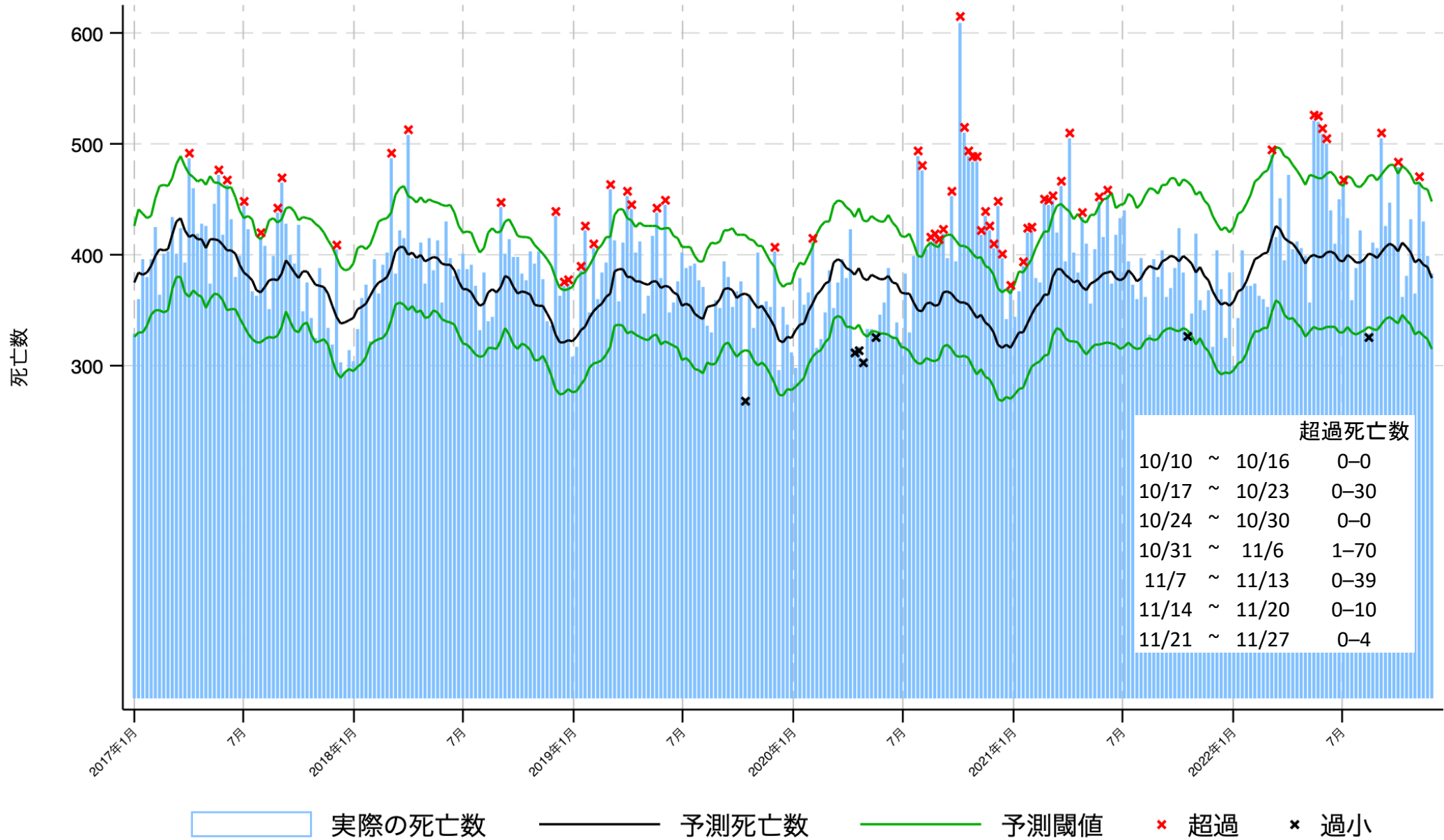
全国_悪性新生物 (がん)



全国_老衰



全国_自殺



直近（2023年第14週:2023/4/3-4/9）のインフルエンザ動向

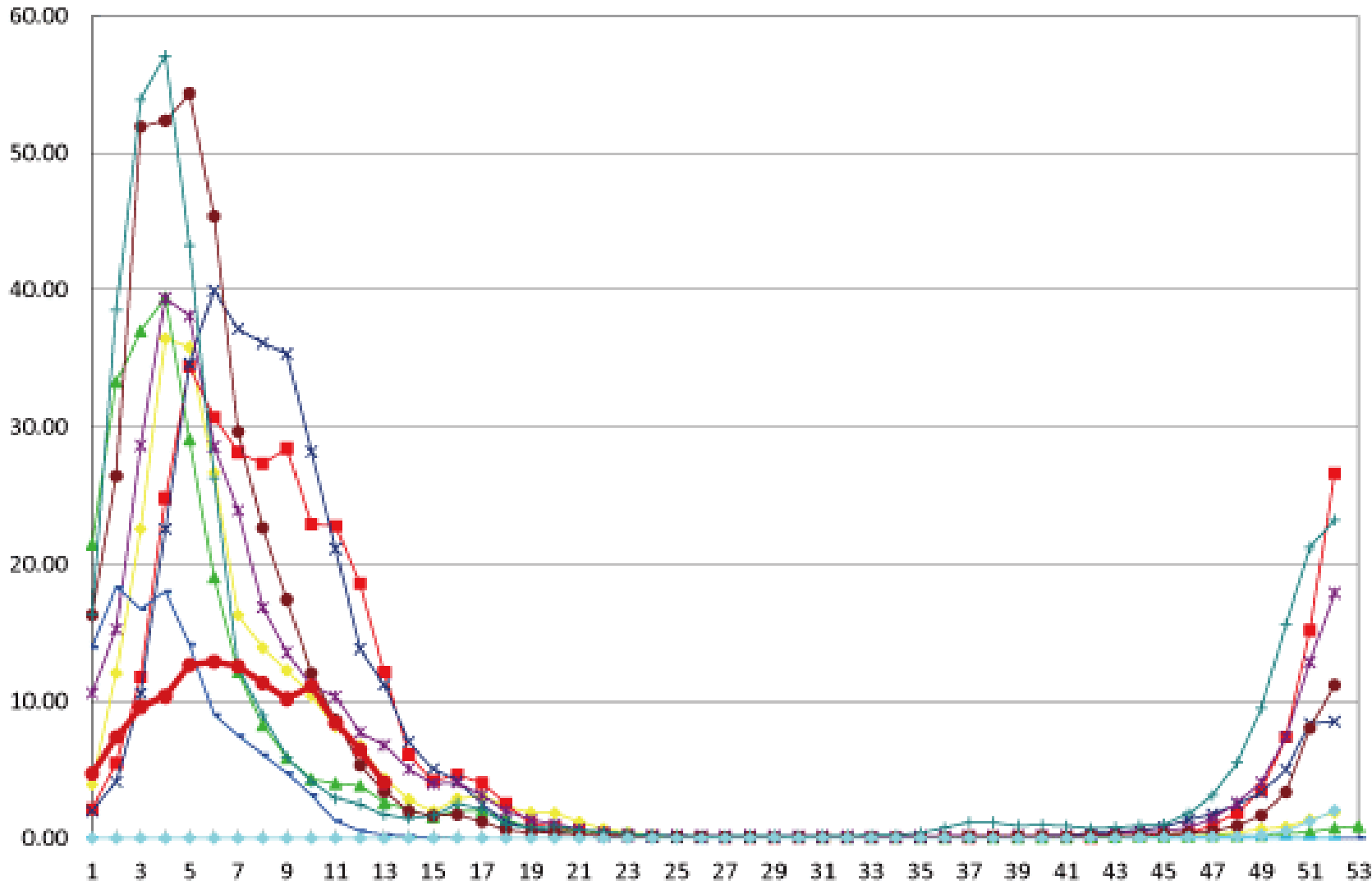
サーベイランス指標（情報源）	レベル*	トレンド*	コメント†
定点当たりのインフルエンザ受診患者報告数 （感染症発生動向調査、約5000定点）	2.77 （参考：2014/15～2018/19 のピーク値39.41～57.09）	減少	5週12.66、6週12.91、7週12.56、8週11.32、 9週10.17、10週11.10、11週8.42、12週6.44、 13週4.06、 14週2.77（昨年同週0.00）
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数 （感染症発生動向調査、推計）	低	減少	約 8.4万人 （95%信頼区間：7.4～9.3万人） （前週約12.4万人、36週以降の累積約385万人）
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（感染症発生動向調査、全数）	低 （13週：1例）	微増	11週：0例 12週：0例
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数 （感染症発生動向調査、約500定点）	低	減少	5週190例、6週219例、7週251例、8週218例、 9週208例、10週228例、11週216例、12週166例、 13週133例、 14週93例（昨年同週0例）
病原体サーベイランスにおけるインフルエンザウイルス 分離・検出報告数 （感染症発生動向調査、病原体検出情報）	低 2023年10週-14週： A(H3)191、A(H1)4、B9	増加 （直近5週）	2023年8週-12週：A(H3)166、A(H1)0、B5 2023年9週-13週：A(H3)160、A(H1)1、B6 （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 3 、学年閉鎖 6 、 学級閉鎖 1 ）	微増 （春期休暇後 で解釈注意）	集計開始した36週以降、休校 229 、学年閉鎖は 2603 、 学級閉鎖 12690
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 （3/16-31:検査数7455、 陽性数A450例/B8例、 陽性率6.1%）	減少 （更新なし）	1/16-31:検査数10223、陽性数607(A602/B5例, 5.9%) 2/1-15:検査数9171、陽性数679(A673/B6例, 7.4%) 2/16-28:検査数7226、陽性数631(A619/B12例, 8.7%) 3/1-15:検査数7854、陽性数6071(A600/B7例, 7.7%)
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 （4/9-4/15: 132例 （A 126 /B 6 /不明 0 ））	減少	3/26-4/1:264例（A259/B4/不明1） 4/2-4/8:163例（A161/B2/不明0） （データは毎日自動更新）

*「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項目がある（インフルエンザ脳症報告
数等、遅れ報告は含まない項目もある；遅れ報告を含む情報については、<https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html>を参照）

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 （感染症発生動向調査、約5000定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
全国の医療機関を1週間に受診した推計患者数 （感染症発生動向調査、推計）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
基幹定点からのインフルエンザ入院患者報告数 （感染症発生動向調査、約500定点）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
急性脳炎サーベイランスにおけるインフルエンザ脳症 報告数（感染症発生動向調査、全数）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/idwr.html
病原体サーベイランスにおけるインフルエンザウイルス分 離・検出報告数（感染症発生動向調査、病原体検出情報）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/iasr-inf.html
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）	https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-flulike.html https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou01/houdou_00009.html
国立病院機構におけるインフルエンザ全国感染動向 （全国140の国立病院機構各病院による隔週インフル エンザ迅速抗原検査件数、陽性数）*	https://nho.hosp.go.jp/cnt1-1_0000202204.html
MLインフルエンザ流行前線情報データベース（主に小 児科の有志医師による自主的なインフルエンザ患者報 告数〔迅速診断検査〕）	https://ml-flu.children.jp/

*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（4/14更新；第13週まで）



第14週：複数の指標で継続して減少傾向であるが、引き続き状況を注視していく必要がある

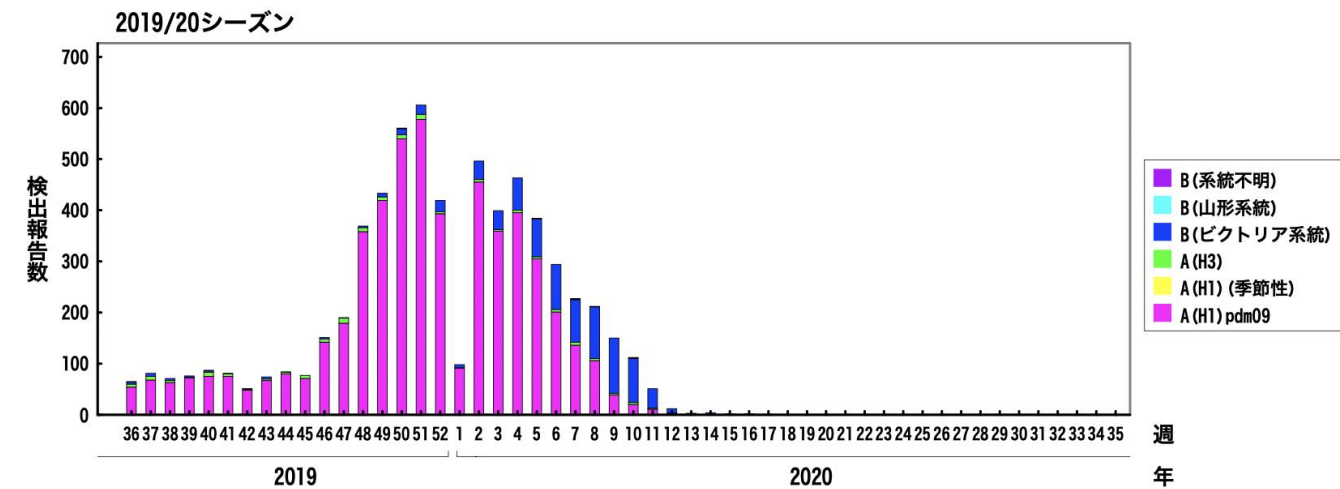
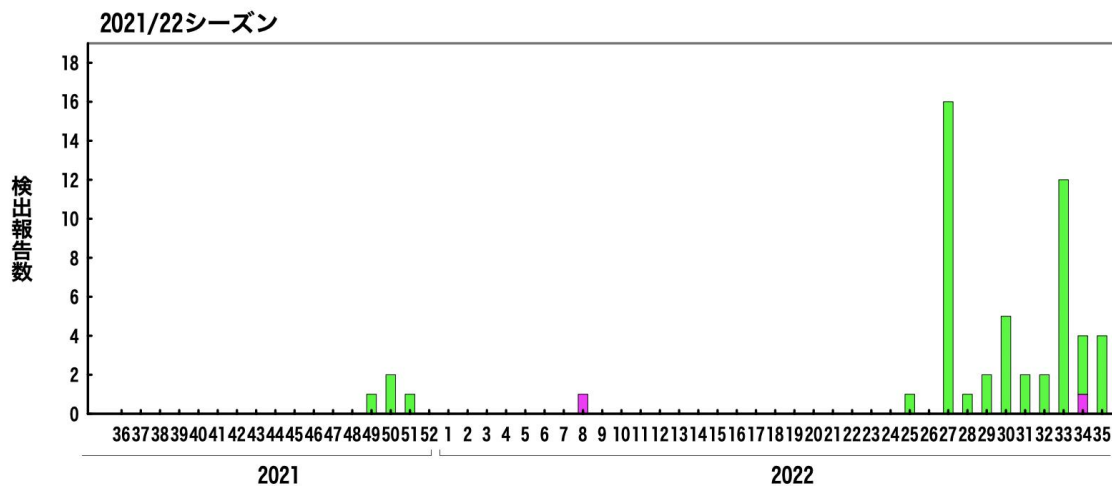
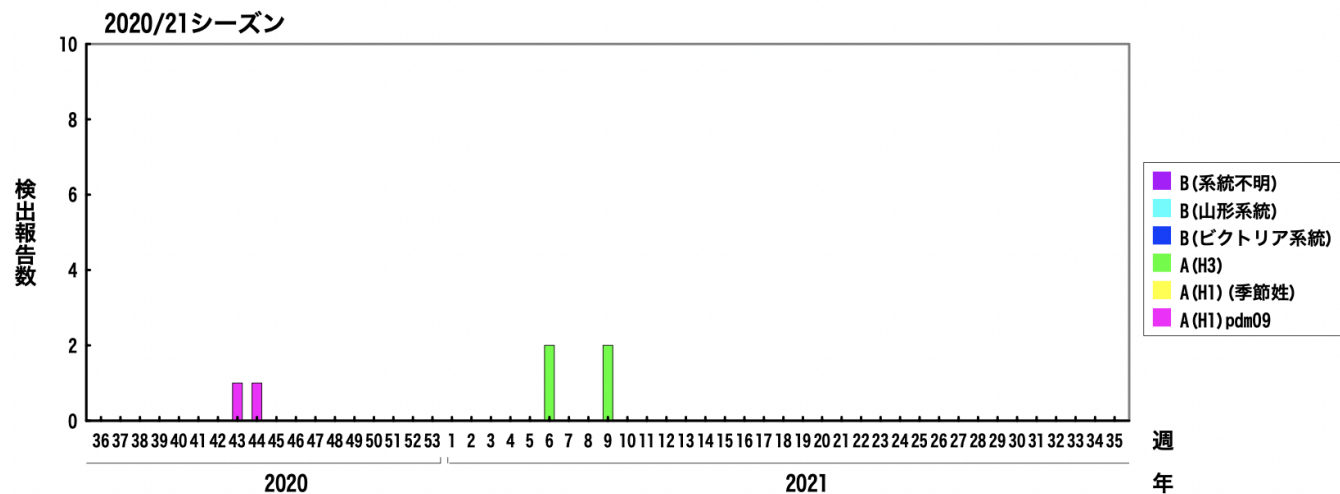
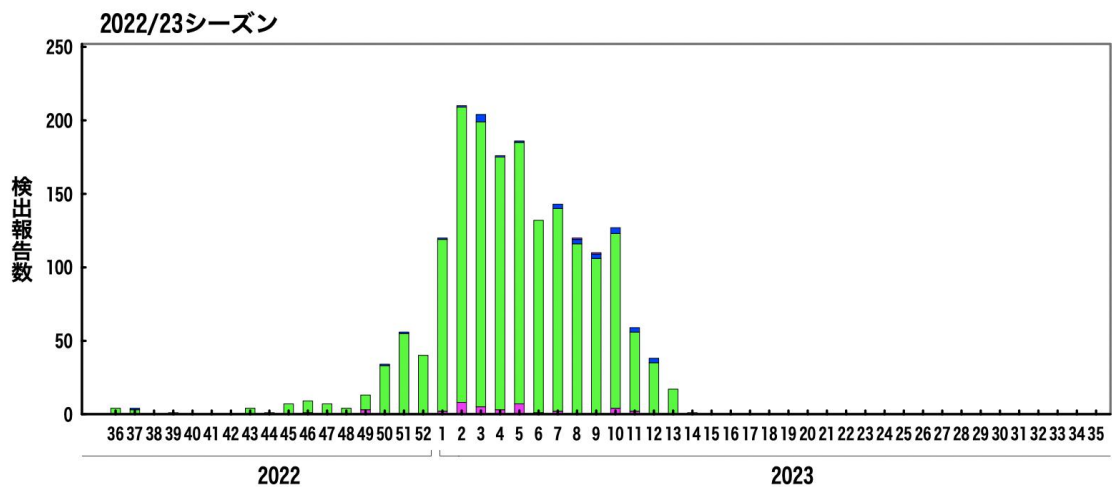
<https://www.niid.go.jp/niid/ja/flu-m/813-idsc/map/130-flu-10year.html>

インフルエンザ分離・検出報告数

2023年4月17日作成



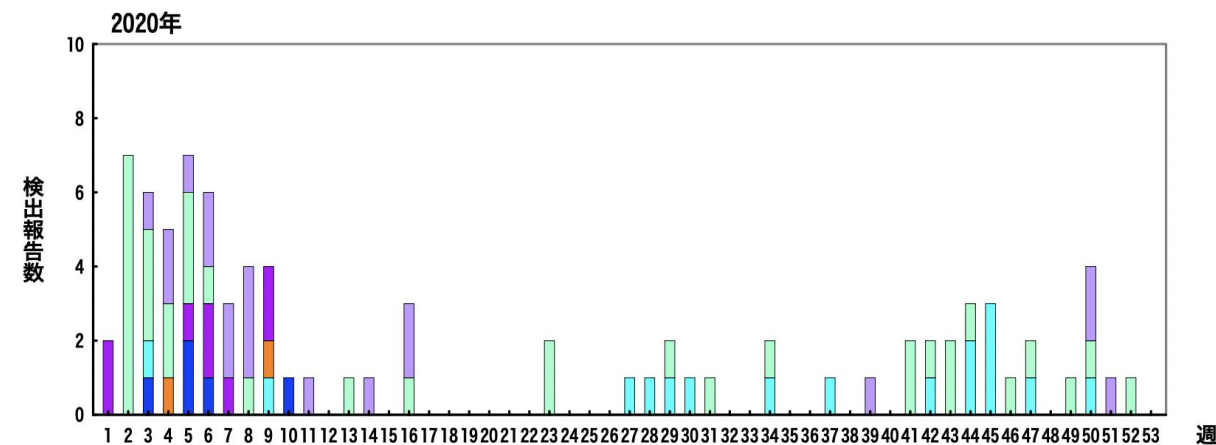
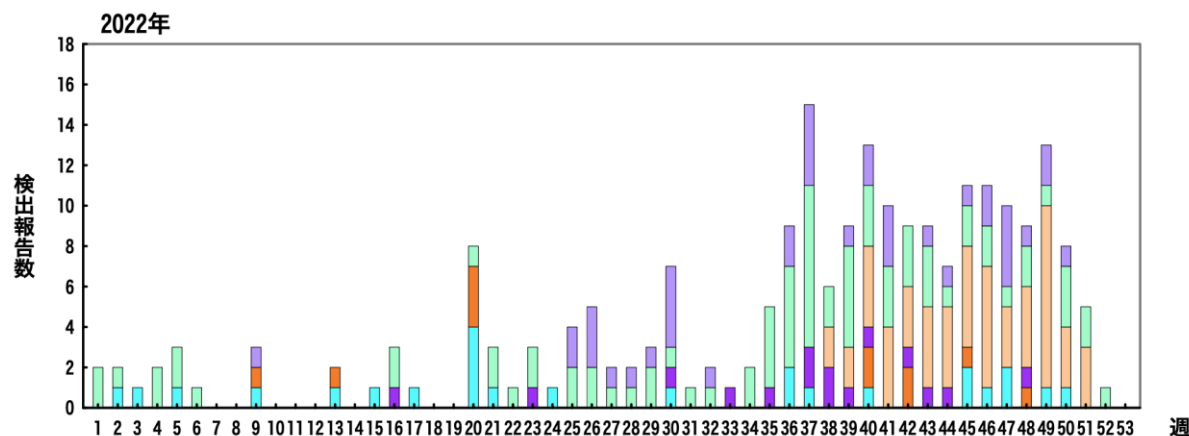
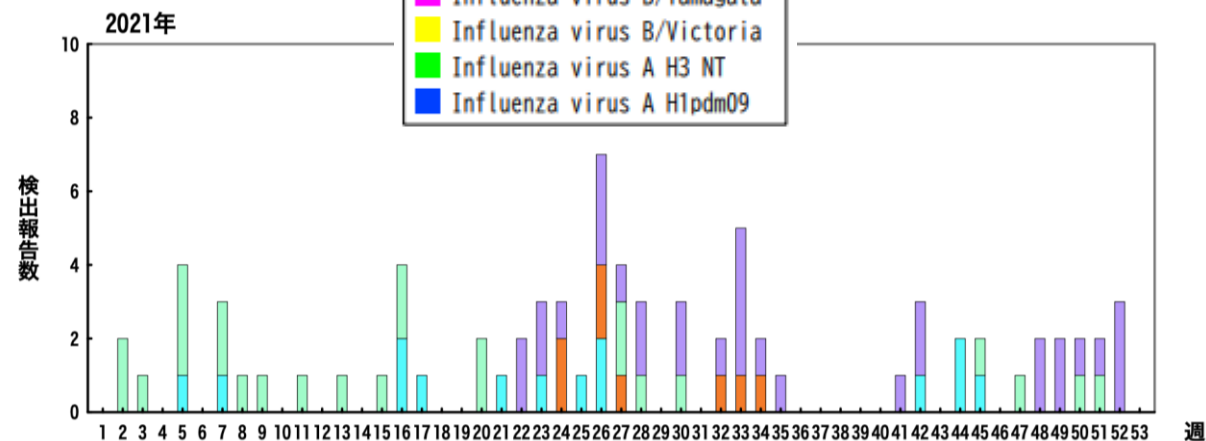
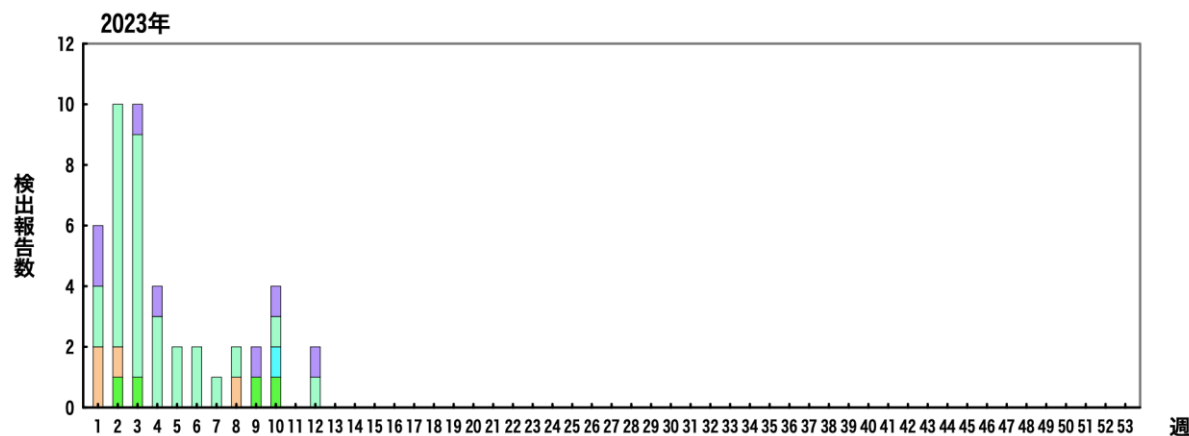
各都道府県市の地方衛生研究所等からの分離/検出報告を図に示した



<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 2023年4月17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



- その他不明
- Negative
- 2019-nCoV
- Human metapneumovirus
- Respiratory syncytial virus
- Rhinovirus
- Influenza virus B/Yamagata
- Influenza virus B/Victoria
- Influenza virus A H3 NT
- Influenza virus A H1pdm09

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

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4/21（金）の予定です。

2023年 第14週（4月3日～4月9日） 2023年4月12日現在

コメント▶ 2023年第14週の定点当たり報告数は2.77（患者報告数13,580）となり、前週の定点当たり報告数4.06（患者報告数20,013）よりも減少した。都道府県別では新潟県（14.06）、山形県（11.14）、青森県（7.03）、秋田県（5.52）、広島県（5.49）、富山県（4.73）、宮城県（4.67）、愛知県（4.14）、三重県（3.83）、石川県（3.63）の順となった。1都道府県では前週の報告数よりも増加し、46都道府県では前週の報告数よりも減少した。

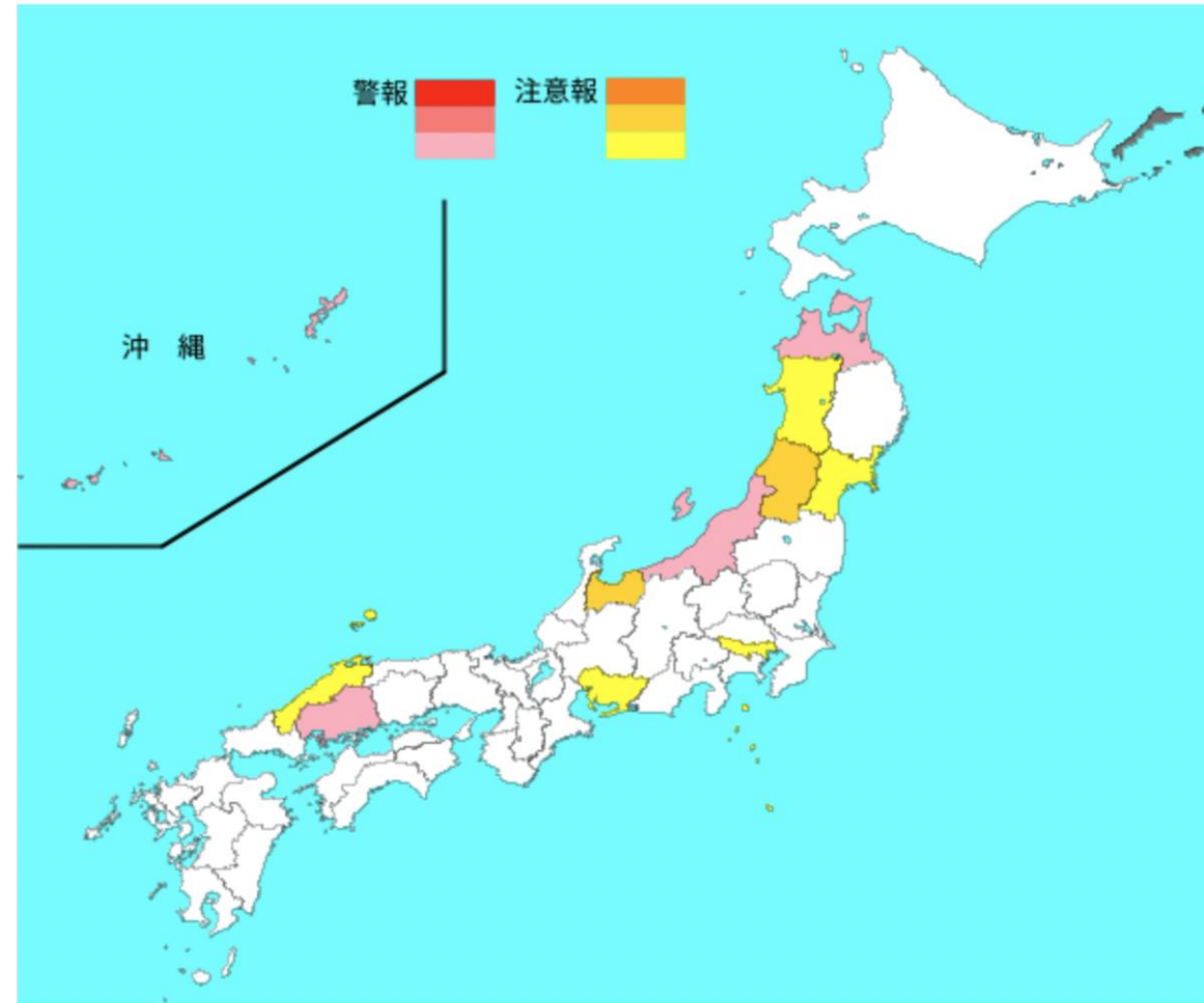
定点医療機関からの報告をもとに、この1週間に、定点医療機関以外の医療機関を含む全国の医療機関を受診した患者数を推計すると、約8.4万人（95%信頼区間：7.4～9.3万人）となり、前週の推計値（約12.4万人）よりも減少した。年齢別では、0～4歳が約1.8万人、5～9歳が約2.1万人、10～14歳が約0.9万人、15～19歳が約0.5万人、20代が約0.7万人、30代が約0.9万人、40代が約0.6万人、50代が約0.4万人、60代が約0.2万人、70歳以上が約0.3万人となった。また、2022年第36週以降これまでの累積の推計受診者数は約385万人となった。

全国の保健所管轄区域で、警報レベルを超えている区域は4か所で、注意報レベルを超えている区域は18か所であった。

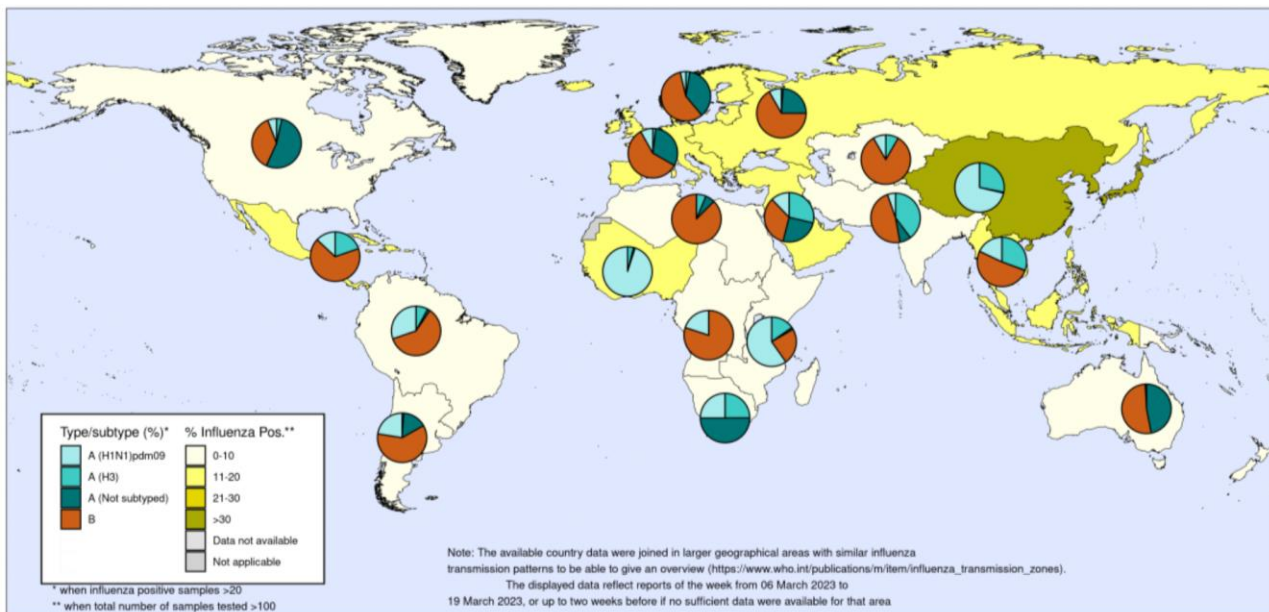
基幹定点から報告された、インフルエンザによる入院患者数は93例であり、前週（133例）から減少した。33都道府県から入院患者の報告があり、年齢別では1歳未満（3例）、1～4歳（21例）、5～9歳（13例）、10代（9例）、20代（1例）、30代（4例）、40代（3例）、50代（1例）、60代（5例）、70代（13例）、80歳以上（20例）であった。

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5週間（2023年第10週～2023年第14週）ではAH3亜型が191件（94%）、B型が9件（4%）、AH1pdm09が4件（2%）の順であった。

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。



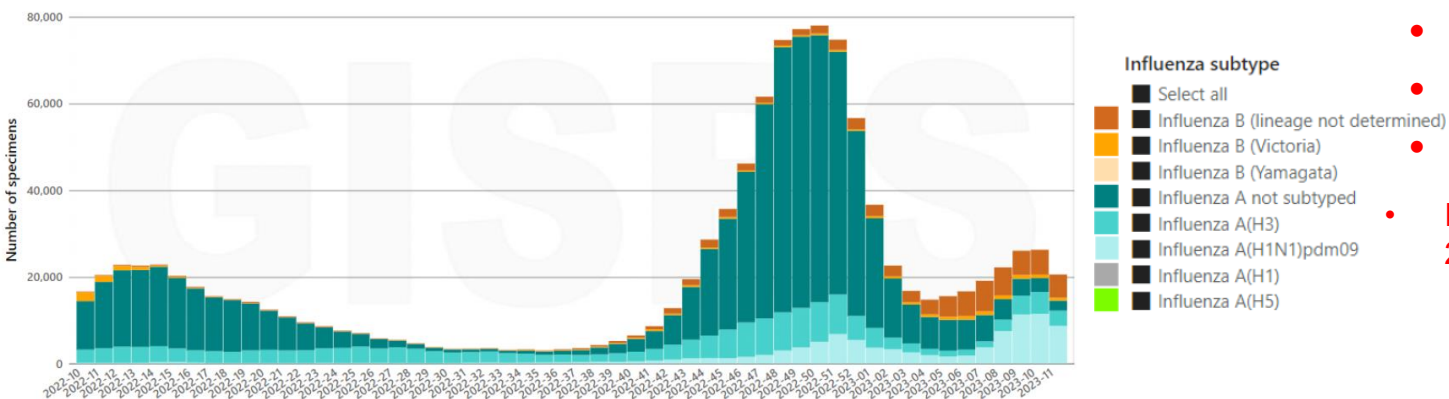
世界のインフルエンザ動向：WHO HQ (2023年10週-11週)



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 (<https://www.who.int/initiatives/global-influenza-surveillance-and-response-system>)
Copyright WHO 2023. All rights reserved.



- Globally, influenza detections decreased steeply in January after a peak in late 2022. Detections in 2022 were predominantly influenza A(H3N2). Since the end of January 2023, activity increased again with an increased proportion of influenza A(H1N1)pdm09 and B virus detections, and detections appear to have decreased in the most recent week.

Flunet (Mar 6 to 19, 2023 (as at Mar 31, 2023))

- 349,552 specimens
- 46,911 were positive for influenza viruses (13.4%)
- Influenza A 34,346 (73.2%)
- Influenza B 12,565 (26.8%)
- A(H1N1)pdm09 20,264 (70.3%)
- A(H3N2) 8,560 (29.7%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 1,479 (100.0%)

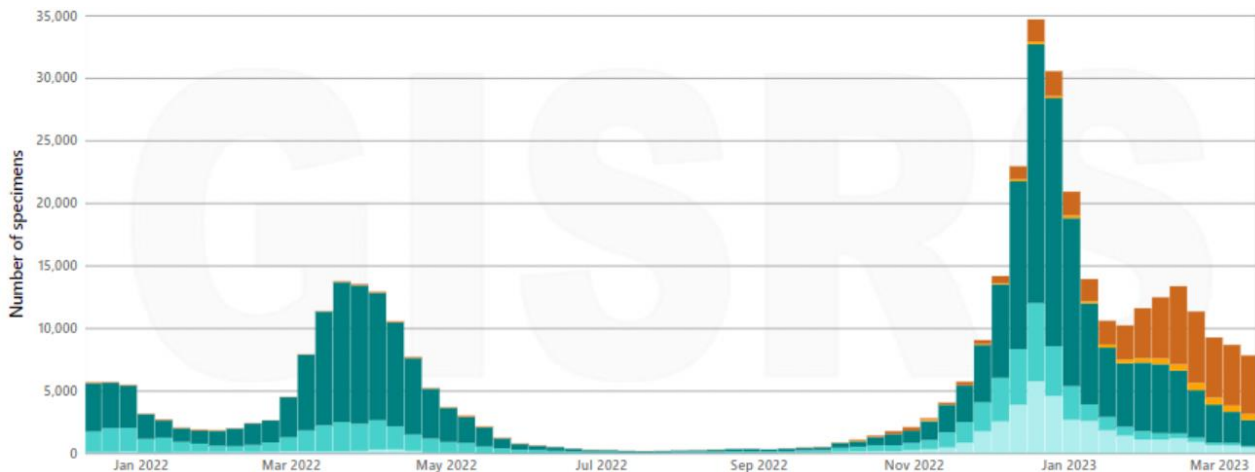
Flunet (Feb 20 to Mar 5, 2023 (as at Mar 17, 2023))

- 354,698 specimens
- 42,459 were positive for influenza viruses (12.0%)
- Influenza A 29,522 (69.5%)
- Influenza B 12,937 (30.5%)
- A(H1N1)pdm09 16,188 (74.5%)
- A(H3N2) 5,549 (25.5%)
- B-Yamagata 0 (0.0%)
- B-Victoria 1,411 (100.0%)

北半球/温暖地域 (ヨーロッパ)



直近の過小
評価に注意



In Europe, overall influenza detections decreased and influenza positivity from sentinel sites was stable and remained above the epidemic threshold at the regional level. Out of 37 countries, 16 reported medium intensity, with the remainder reporting low or below baseline intensity. Eighteen of 36 countries reported widespread activity. Overall, influenza B viruses predominated in both sentinel and non-sentinel surveillance as all subregions experienced a wave of influenza B activity after an initial influenza A wave.

Influenza detections decreased or were stable in most countries except in Denmark, Iceland, Lithuania, Luxembourg and Germany where slight increases were reported. Pooled all-cause mortality estimates from the EuroMomo network showed an elevated but decreasing excess mortality in all age groups. The proportion of sentinel specimens testing positive for influenza remained greater than the proportion testing positive for SARS-CoV-2. In Eastern Europe, widespread or regional activity was reported in most countries, except Belarus and Slovakia where activity was localized and Bulgaria where activity was sporadic. Influenza positivity among sentinel samples was above 10% in most countries and above 30% in Hungary and Poland. Across the subregion, influenza B detections were reported in a higher proportion. Influenza B was predominant in most reporting countries, except in Hungary and Romania where influenza A viruses predominated and Kosovo where A and B viruses cocirculated. In Northern Europe, widespread activity was reported in most countries, except Lithuania where activity was regional and parts of the United Kingdom (England, Northern Ireland and Scotland) where activity was localized or sporadic. Influenza positivity among sentinel samples was above 10% in several countries and above 30% in Denmark and Norway. Influenza A and B viruses were detected in roughly equal proportions in the subregion. In South West Europe, regional or widespread activity was reported in most countries, except in Belgium and North Macedonia where activity was sporadic. Influenza positivity among sentinel samples was above 10% in several countries and above 30% in France, Luxembourg, Netherlands (Kingdom of the), Serbia, Slovenia and Spain. Influenza B viruses were predominant among sentinel samples in most countries, except in the Netherlands (Kingdom of the) where influenza A(H1N1)pdm09 was predominant.

米国：インフルエンザ動向

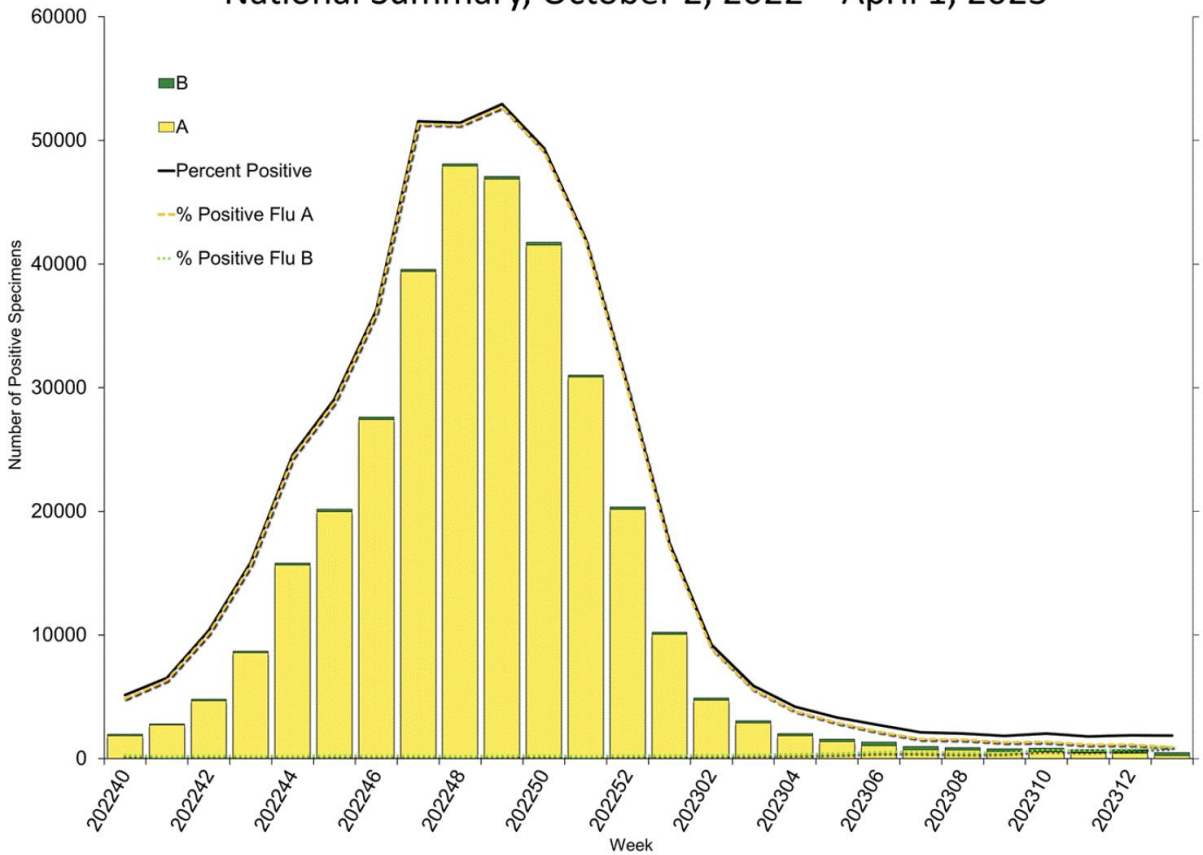
直近の過小評価に注意



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.

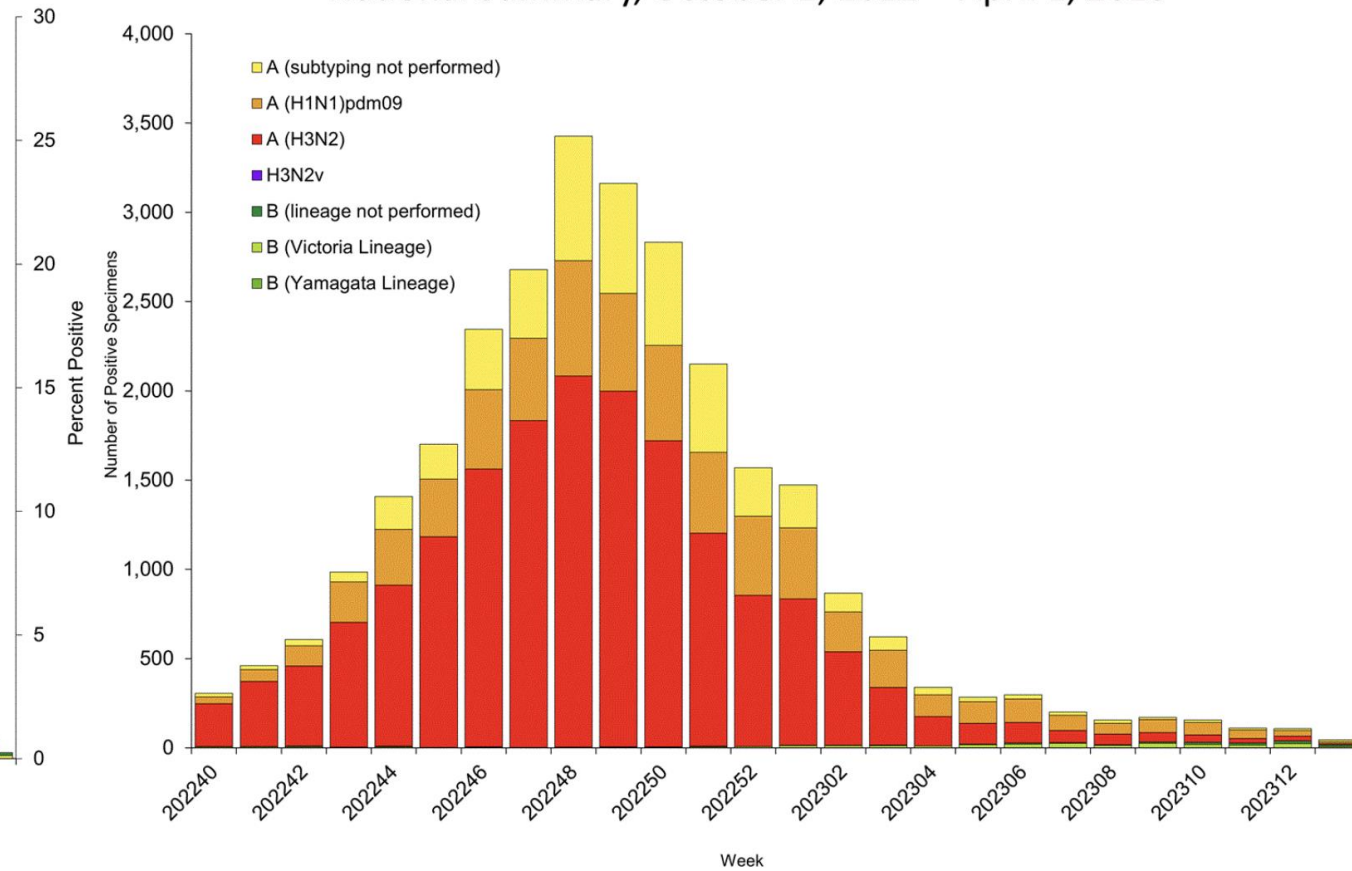
Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. Clinical Laboratories, National Summary, October 2, 2022 – April 1, 2023



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 – April 1, 2023

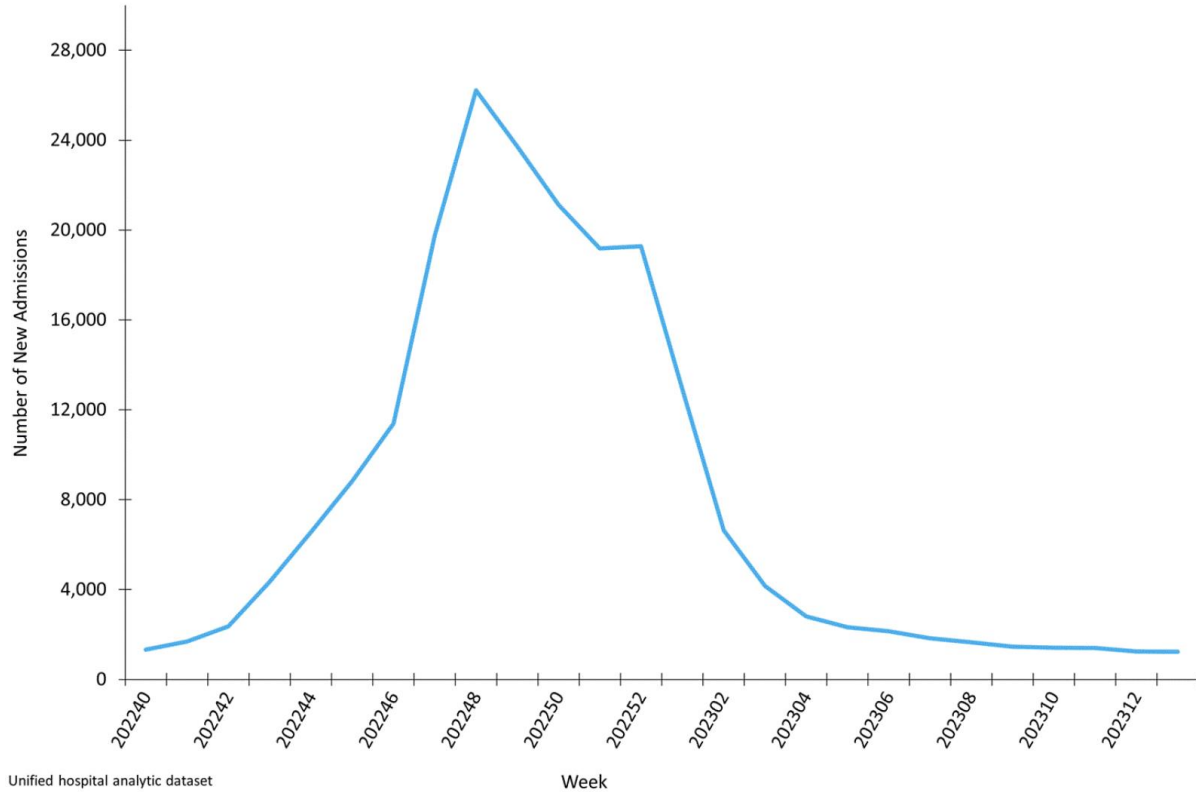


米国：新規入院者数（インフルエンザ）

直近の過小評価に注意



New Influenza Hospital Admissions Reported to HHS Protect, National Summary, October 2, 2022 – April 1, 2023

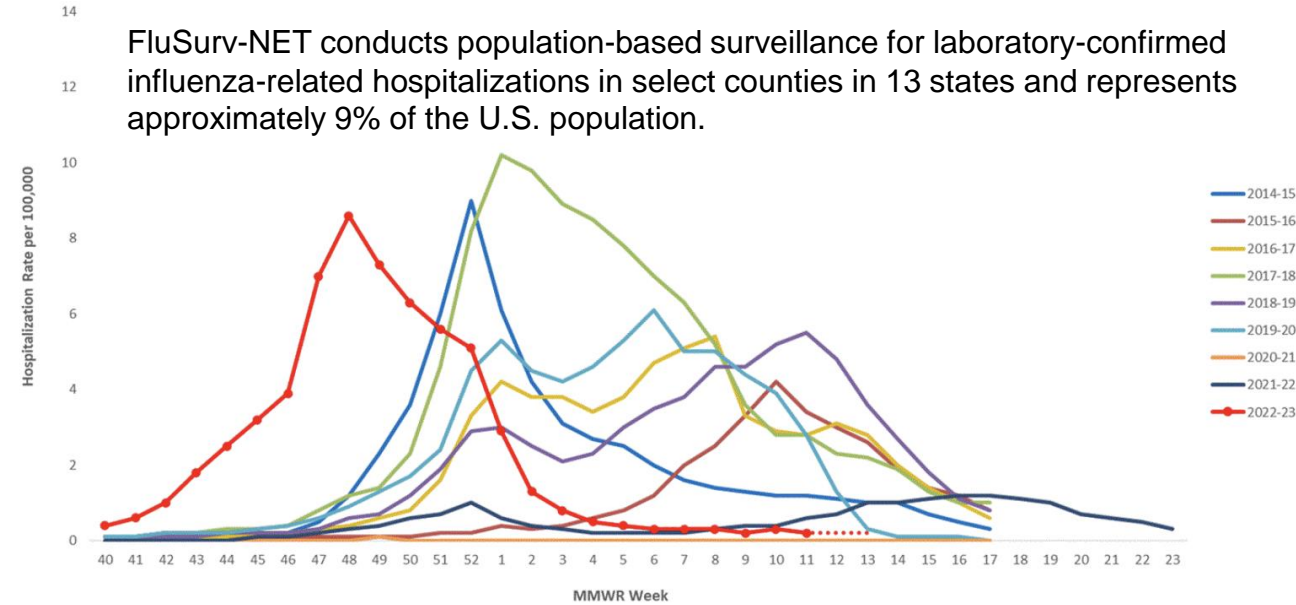


Unified hospital analytic dataset

Hospitals report to HHS Protect the number of patients admitted with laboratory-confirmed influenza. During week 13, 1,230 patients with laboratory-confirmed influenza were admitted to a hospital. The number of patients admitted to a hospital with laboratory-confirmed influenza remained stable compared to week 12.

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

Weekly Rate of Laboratory-Confirmed Influenza Hospitalizations among cases of all ages, 2014-15 to 2022-23, MMWR Week 13



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 and are shown as a dashed line for the current season. As hospitalization data are received each week, prior case counts and rates are updated accordingly.

The weekly hospitalization rate observed in week 13 was 0.2 per 100,000 population. When examining rates by age, the highest rate of hospitalization per 100,000 population was among adults aged 65 and older (181.6). Among persons aged <65 years, hospitalization rates per 100,000 population were highest among children aged 0-4 years (79.7) followed by adults aged 50-64 years (66).

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

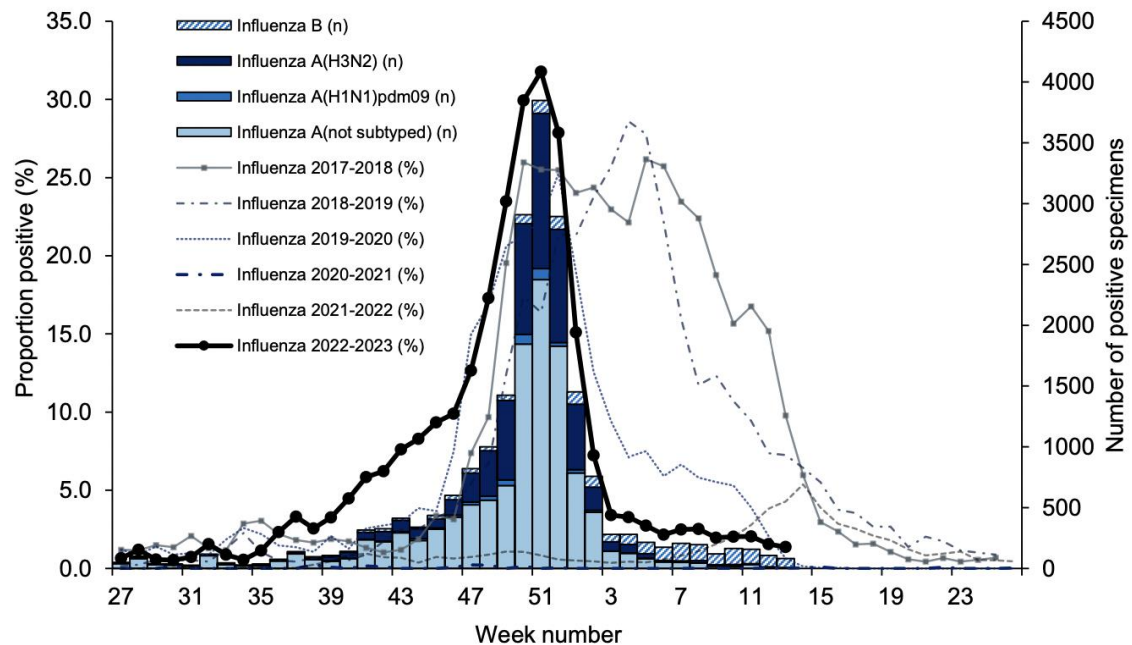


Figure 11: Respiratory DataMart weekly positivity (%) for SARS-CoV-2, England

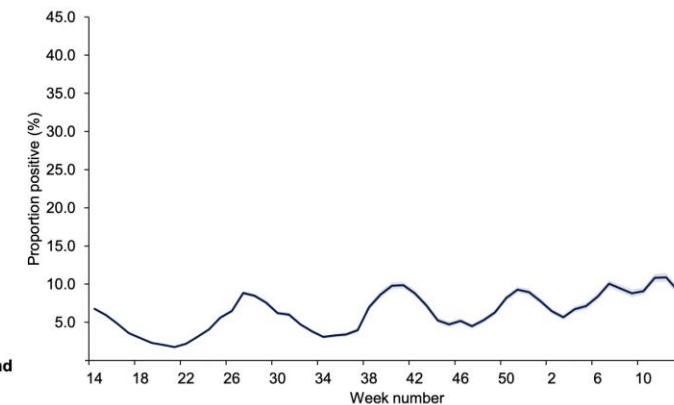
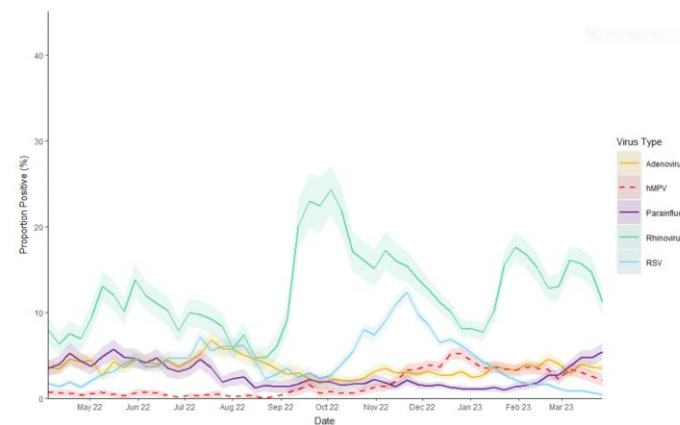


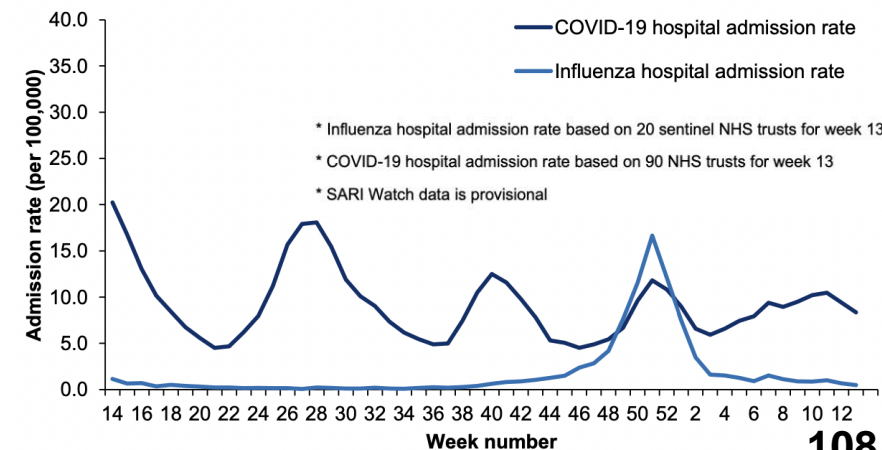
Figure 14: Respiratory DataMart weekly positivity (%) for other viruses, England



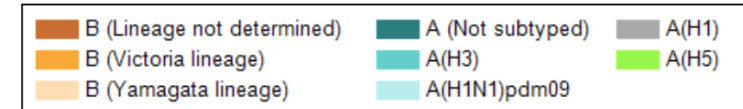
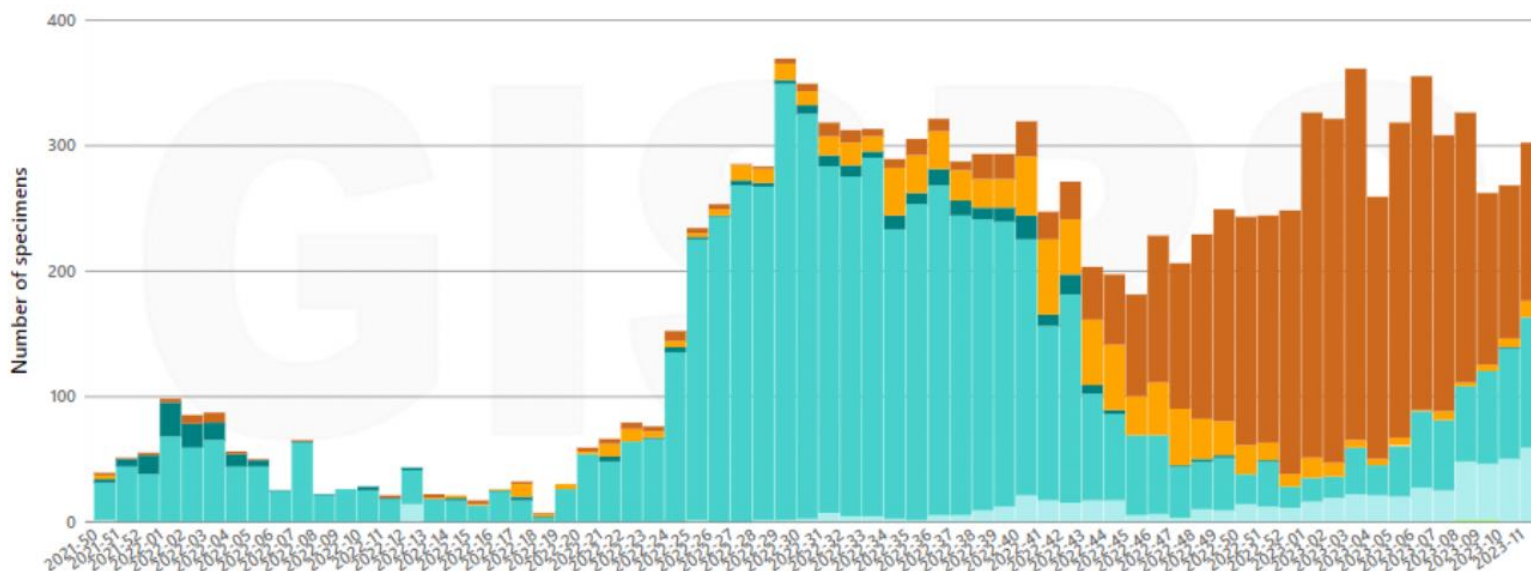
直近の過小
評価に注意

- The Respiratory Datamart system is used as a sentinel laboratory surveillance tool, monitoring all major respiratory viruses.
- In week 13, 11,155 respiratory specimens reported through the Respiratory DataMart System were tested for SARS-CoV-2. 1,024 samples were positive for SARS-CoV-2 with an overall positivity of 9.2%, which decreased compared to 10.9% the previous week. In week 13, 5,985 respiratory specimens reported through the Respiratory DataMart System were tested for influenza. 82 samples tested positive for influenza; one influenza A(H3), seven influenza A(not subtyped) and 74 influenza B (Figure 12). Overall, influenza positivity remained low and stable at 1.4% in week 13 compared to 1.6% the previous week.

Figure 40: Weekly overall hospital admission rates of new COVID-19 and influenza positive cases per 100,000 population reported through SARI Watch, England



Number of specimens positive for influenza by subtype in South-East Asia



*Surveillance site type:

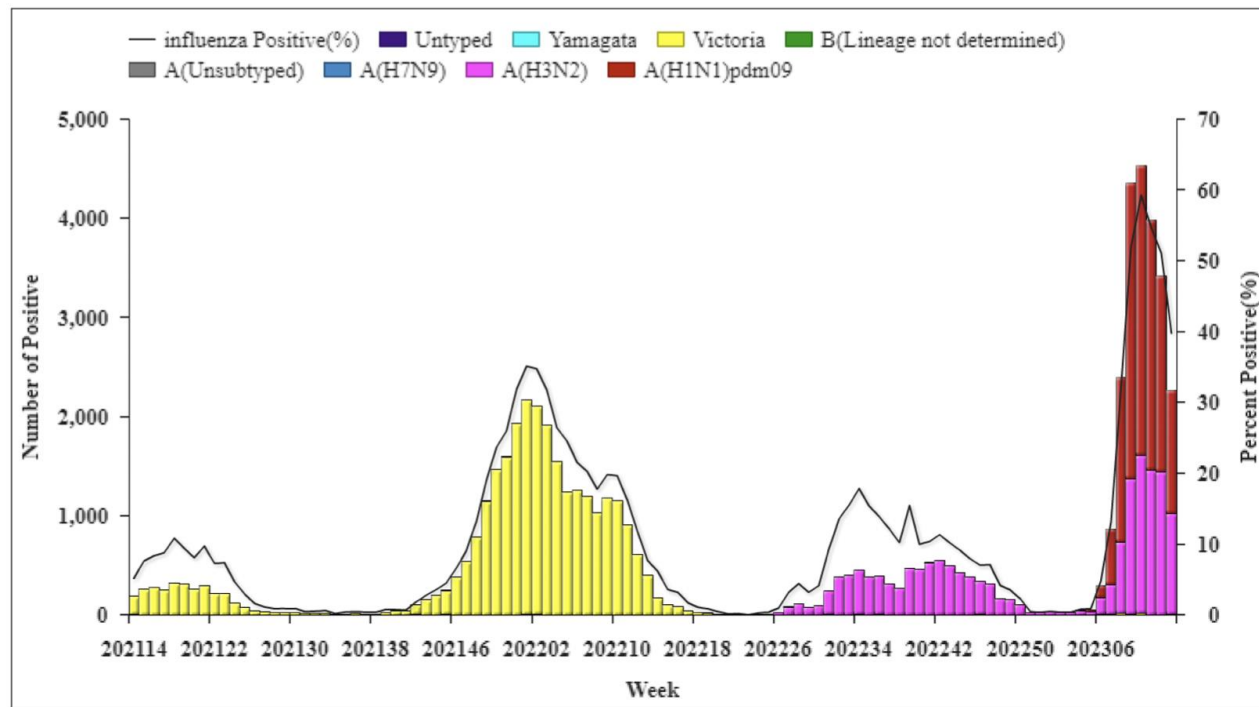
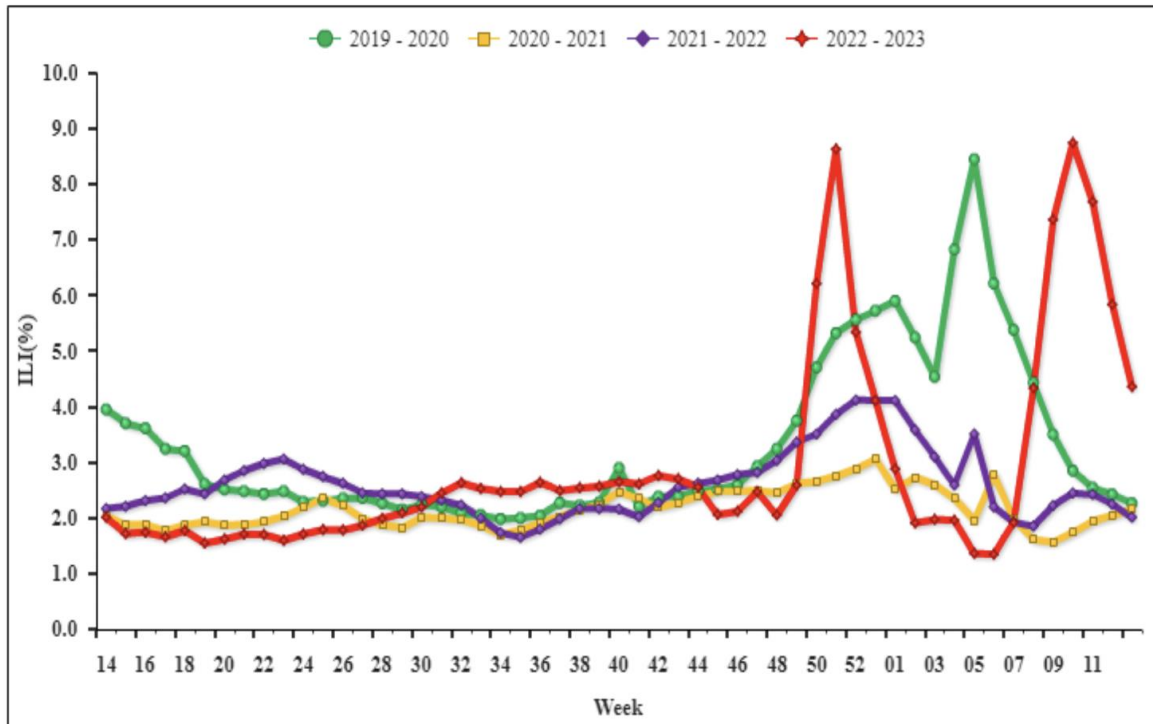
- In South-East Asia, influenza detections remained elevated due to continued detections in Malaysia and increased detections in Singapore and Thailand. Malaysia, Singapore and Thailand reported detections of all seasonal influenza subtypes, with influenza B predominating in Malaysia and A(H3N2) predominating in Singapore and Thailand. Few detections of all seasonal subtypes were reported in Lao People’s Democratic Republic, A(H1N1)pdm09 in Myanmar and influenza A(H1N1)pdm09 and influenza B/Victoria lineage viruses in the Philippines. Influenza detections remained low in other reporting countries.
- In Southern Asia, influenza detections of all seasonal influenza subtypes remained low across reporting countries, with the exception of India and Nepal where detections of mainly influenza A(H3N2) followed by B/Victoria lineage viruses increased in recent weeks. ILI rates remained elevated in Bangladesh and Nepal and SARI rates increased or remained elevated in Bangladesh and Bhutan.



- In Oceania, influenza detections and activity remained at inter-seasonal levels overall, with both influenza A and B viruses reported. In Australia, influenza activity was low overall but detections of both influenza A and B viruses increased slightly. In New Zealand, the SARI hospitalization rate for influenza increased in recent weeks and reached the seasonal baseline; detections of RSV among hospitalized SARI patients also increased. In the Pacific Islands, an increased trend in ILI rates was reported in the Federated States of Micronesia, Fiji, Tokelau and Wallis and Futuna, while ILI remained elevated in French Polynesia and Samoa. Influenza activity of both A and B viruses continued to be reported in French Polynesia and decreased in Tonga. Influenza detections of B and A(H1N1)pdm09 viruses increased in Fiji and Wallis and Futuna, respectively.
- In South Africa, influenza activity remained at an inter-seasonal level. The RSV detection rate among children aged <5 years in pneumonia surveillance continued to increase and was at a moderate level compared to previous years.
- In temperate South America, detections of influenza, RSV and SARS-CoV-2 and respiratory illness indicators were low. A slight increase in influenza activity was reported in Chile with influenza A(H1N1)pdm09 and B/Victoria lineage viruses detected but activity remained below the epidemic threshold.

中国 (北部)

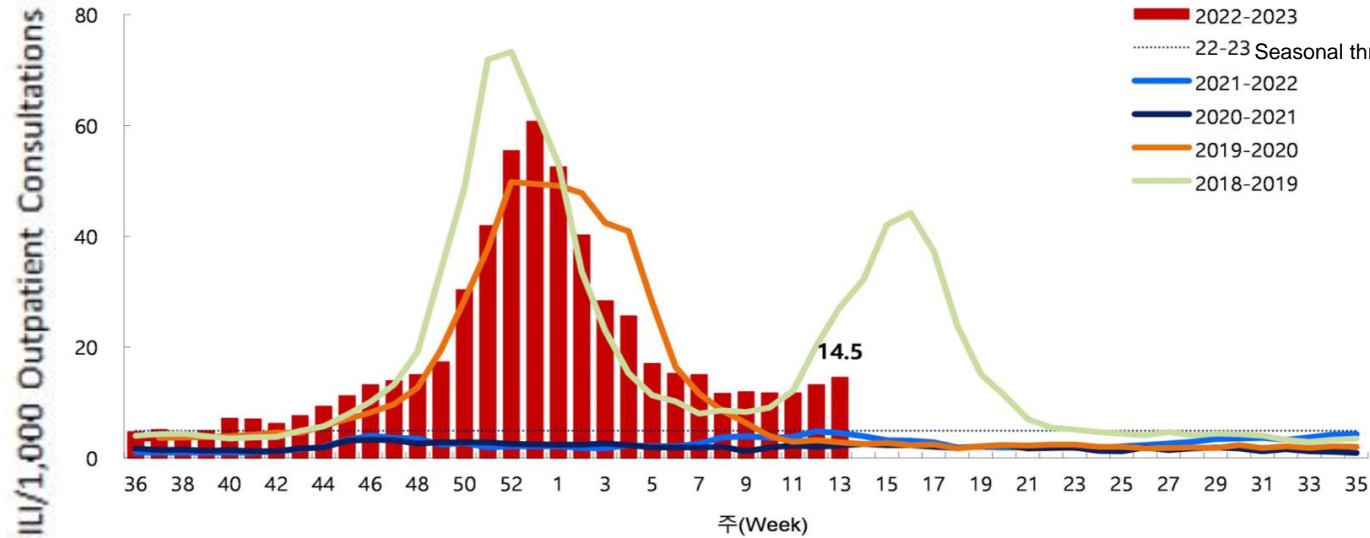
During week 13, ILI% at national sentinel hospitals in northern provinces was 4.4%, lower than the last week (5.8%), and higher than the same week of 2020-2022 (2.3%, 2.2%, and 2.0%).



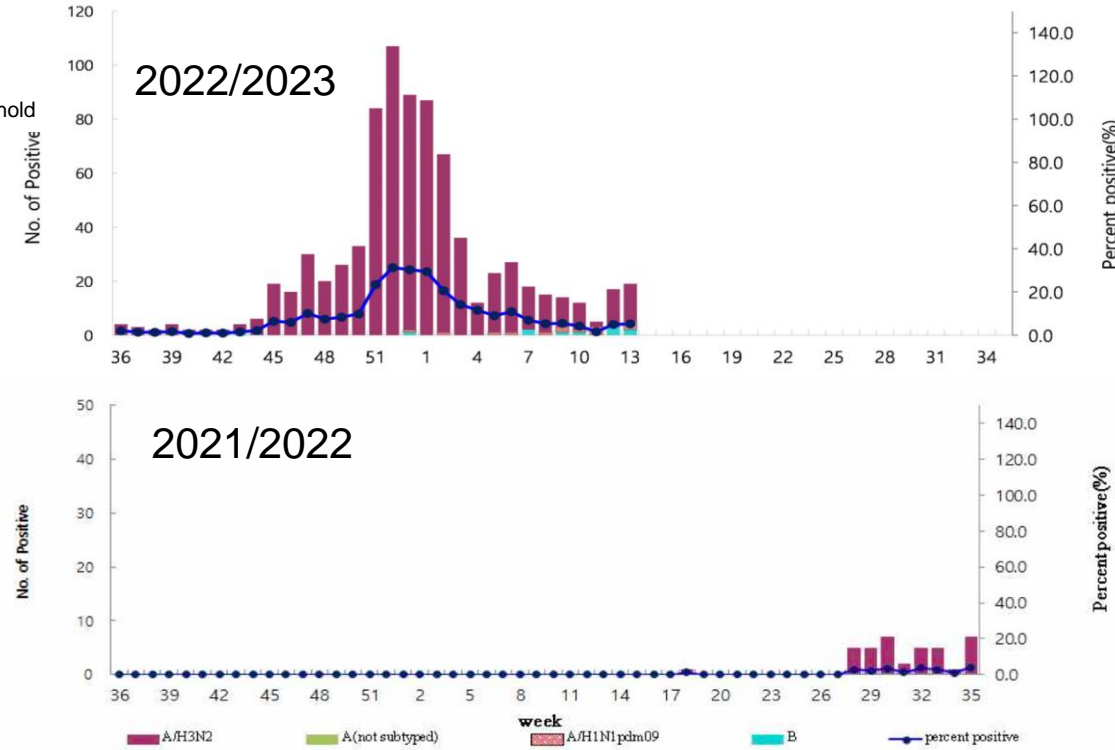
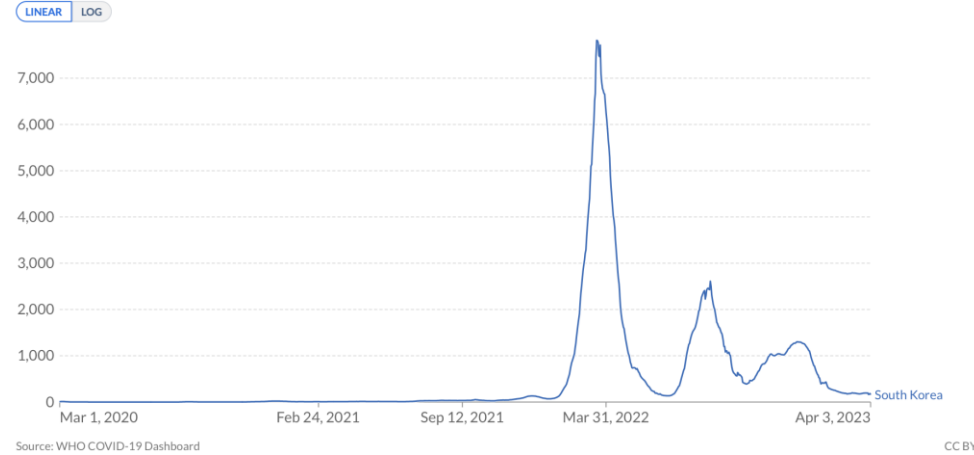
Republic of Korea

In week 13 of 2023, the overall weekly ILI rate was 14.5 ILI cases per 1,000 outpatient visits, which was slightly higher than the previous week (13.2).

Out of the 365 respiratory specimens, 19 samples (5.2%) were positive for influenza virus (14 A/H3N2, 3 A(H1N1)pdm09, 2 influenza B).



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.



Influenza-like-illness surveillance among sentinel general out-patient clinics and sentinel private medical practitioner clinics, 2019-23

In week 13, the average consultation rate for influenza-like illness (ILI) among sentinel general outpatient clinics (GOPC) was 1.7 ILI cases per 1,000 consultations, which was higher than 1.5 recorded in the previous week (Figure 2.1, left). The average consultation rate for ILI among sentinel private medical practitioner (PMP) clinics was 42.0 ILI cases per 1,000 consultations, which was higher than 28.5 recorded in the previous week (Figure 2.1, right).

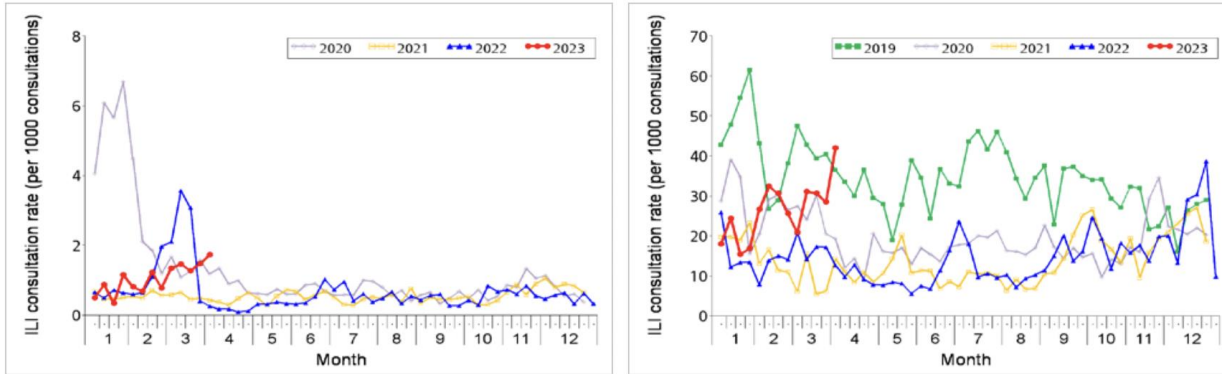


Figure 2.1 ILI consultation rates at sentinel GOPC (2020-23) (left) and PMP clinics (2019-23) (right)
 Note: The CHP has started to use electronic data on diagnosis coding of patients of the Hospital Authority's GOPC for sentinel surveillance since January 2020, replacing manual data collection in the past.

Positive detection rate of specimens tested positive for SARS-CoV-2 virus at community testing centres and community testing stations

In week 13, the positive rate of specimens (7-day moving average) collected from community testing centres (CTC) and community testing stations tested for SARS-CoV-2 virus was 1.38% (compared to 0.95% in the preceding week), with daily number of tested specimens ranged from around 1,200 to around 1,400 during the week. (Figure 1.2)

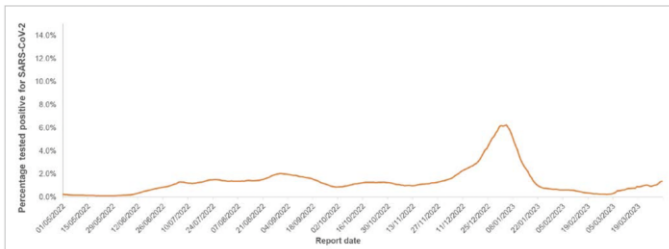


Figure 1.2 Percentage of specimens tested positive for SARS-CoV-2 virus at CTC and community testing stations since May 1, 2022

Surveillance of severe and fatal COVID-19 cases

(Note: The data reported are provisional figures and subject to further revision.)

In week 13, the weekly number of severe COVID-19 cases including deaths with cause of death preliminarily assessed to be related to COVID-19 was 20 as compared to 18 in the preceding week. (Figure 1.6)

In the first 4 days of week 14 (Apr 2 – Apr 5), 17 severe COVID-19 cases including deaths with cause of death preliminarily assessed to be related to COVID-19.

Since Jan 30, 2023, the cumulative number of fatal cases with cause of death preliminarily assessed to be related to COVID-19 was 149 (as of Apr 5, 2023).



Figure 1.6 Weekly number of severe COVID-19 cases including deaths

Laboratory surveillance, 2019-23

Among the 6,126 respiratory specimens* received in week 13, 606 (9.89%) were tested positive for seasonal influenza A or B viruses. These positive detections include 467 (77%) influenza A(H1N1), 129 (21%) influenza A(H3N2) and 10 (2%) influenza B viruses. The positive percentage (9.89%) was above the baseline threshold of 9.21% but was higher than 6.14% recorded in the previous week (Figure 2.2).

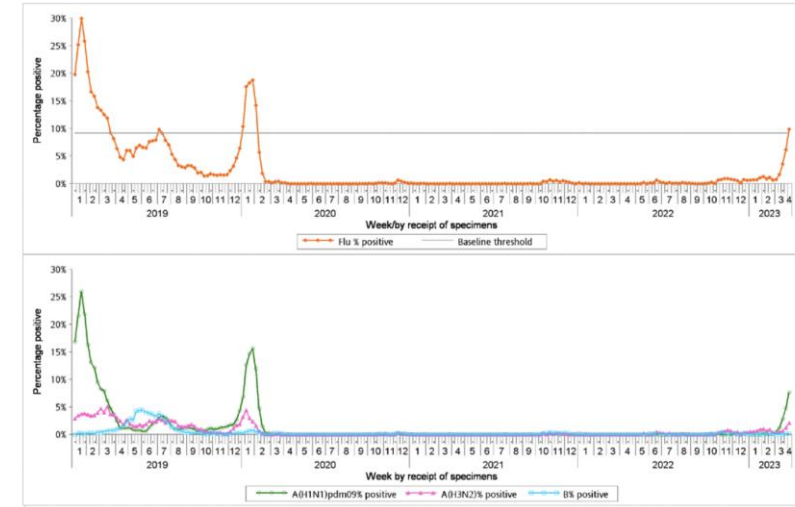


Figure 2.2 Percentage of respiratory specimens tested positive for influenza viruses, 2019-23 (upper: overall positive percentage, lower: positive percentage by subtypes)
 [Note: The baseline threshold is 1.96 standard deviation above the average weekly positive percentage during non-season periods from 2014 week 49 - 2019 week 48.]

Remarks: Some specimens may contain vaccine strains from people with recent history of receiving live-attenuated influenza vaccine

Sewage surveillance of SARS-CoV-2 virus

In week 13, the 7-day geometric mean per capita viral load of SARS-CoV-2 virus from sewage surveillance was around 126,000 copy/L as compared to around 79,000 copy/L in the preceding week. (Figure 1.7)



Figure 1.7 7-day geometric mean per capita viral load of SARS-CoV-2 virus from sewage surveillance since May 1, 2022

COVID-19 & Flu Express (3/26-4/1)

<https://www.chp.gov.hk/en/resources/29/100148.html>

世界のインフルエンザの状況：要点

- 2023年10週-11週：インフルエンザは微増傾向である（A(H1N1)pdm09が若干優位だが、B型の割合が増加）。
 - ヨーロッパ：報告数は減少、陽性率は横ばいであり、引き続き流行の指標である10%を超えていた。B型が優位となっている。
 - 米国：ILIは横ばい、検査数・陽性数は減少、陽性率・新規入院者数は微減傾向である。A型が優位である（亜型ではA(H1N1)pdm09が若干優位）が、B型も認めている。
 - 東南アジア：引き続き主にマレーシアからB型優位に報告を認めており、シンガポール、タイで増加傾向となっている（A(H3N2)優位）。
 - 南アジア：全体として低レベルだが、インド・ネパールでここ数週間、報告数が増加している（A(H3N2)優位でB/Victoriaも認めている）。
 - 東アジア：韓国では、ILI・検査数・陽性数・陽性率は全て微増傾向である。中国では、ILI・陽性数・陽性率が南部では横ばい、北部では減少に転じている（A(H1N1)pdm09優位だが、A(H3N2)も認める）。
 - 南半球：オーストラリアでは、引き続き低いレベルだが、オーストラリア北部でA型、B型ともに増加傾向である。ニュージーランドでは、重症呼吸器症候群におけるインフルエンザの割合が増加し、シーズンの閾値を超えた。
- 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。