

2220907 死亡者数過去最多347人/日更新 (9/2)

実効再生産数

1/10	5.68
1/20	2.58
1/23	1.93
1/31	1.46
2/1	1.28
2/7	1.15
3/14	0.93
3/21	0.98
3/28	0.95
4/4	1.05
4/11	1.01
4/18	0.98
4/25	0.97
5/10	0.97
5/16	1.07
5/21	0.97
5/21	0.97
5/29	0.93
6/6	0.90
6/13	0.95
6/20	0.98
6/25	1.01
7/4	1.11
7/11	1.24
7/18	1.23
7/25	1.16
8/1	1.07
8/8	1.02
8/15	0.97
8/29	0.96
9/6	0.90



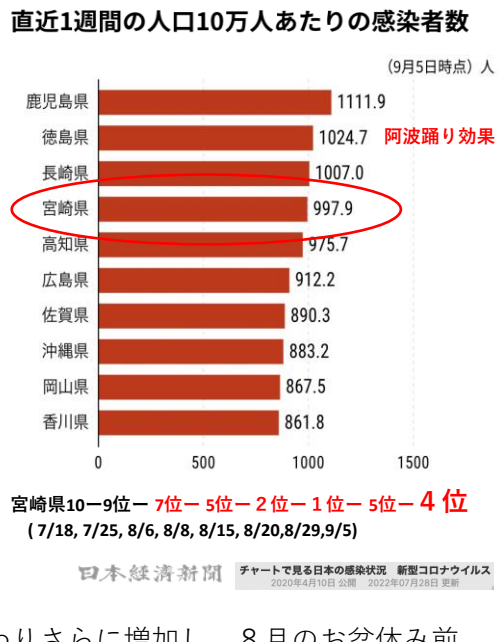
実効再生産数

1/10	7.46
1/20	3.68
1/23	2.29
1/31	1.50
2/1	1.31
2/7	1.15
3/14	0.97
3/21	1.01
3/28	0.96
4/4	1.19
4/11	1.10
4/18	1.04
4/25	0.92
5/10	1.00
5/16	1.09
5/21	0.97
5/29	0.93
6/6	0.91
6/13	0.90
6/20	0.96
6/25	1.04
7/4	1.11
7/11	1.23
7/18	1.19
7/25	1.15
8/1	1.09
8/8	1.04
8/15	1.02
8/24	1.14
8/29	0.95
9/6	0.88



実効再生産数

1/10	24.3
1/20	4.69
1/23	2.38
1/31	1.30
2/1	1.05
2/7	0.93
3/14	1.00
3/21	1.02
3/28	0.96
4/4	1.06
4/11	1.03
4/18	0.99
4/25	0.99
5/10	0.97
5/16	1.04
5/21	0.96
5/29	0.93
6/6	0.89
6/13	0.92
6/20	0.96
6/25	1.03
7/4	1.80
7/11	1.26
7/18	1.23
7/25	1.18
8/1	1.06
8/8	0.99
8/15	0.97
8/24	1.17
8/29	0.94
9/6	0.90



宮崎県DATA (9/6)

先週 8/22 8/24 8/29

医療機関入院中 **167名**(延25→51→49→27→23)

宿泊療養施設入所中 **167名**(延13)

自宅等療養者 **13287名**

入院ベット専有率(宮崎県**45%**)
(延**35%**(実働**53%**))

県延 8/16、医師会 5/13、共立 8/16、平田東0/2、吉田2/1

1回目	104,130,112人	81.5%
2回目	102,741,591人	80.4%
3回目	81,654,115人	64.8%

※4回目の接種人数：28,454,158人

4回目 20.0%→20.2%

現在お盆明けのピークを超えて、2学期が始まり下げ止まり感染者は減少傾向、重症者・死亡者はまだ増加傾向

延岡市の感染人数

by 佐藤圭創

週間感染者数(延岡市)
今週 **1133人**
先週 **2057人**
先々週 **2534人**

9/6 178

最大数 デルタ27人、BA.1: 70人、BA.2: 99人、**BA.5: 478人**

宮崎県：第1～5波感染者6142人、第6～7波感染者138938人

延岡市の実効再生産数

5/16	1.26
5/23	1.09
5/30	0.74
6/3	0.76
6/7	0.92
6/14	0.68
6/21	0.95
6/25	0.92
7/5	2.18
7/12	1.54
7/19	1.71
7/26	1.72
8/2	1.17
8/7	1.25
8/9	1.09
8/15	1.11
8/24	1.57
8/29	0.96
9/6	0/73

日本国内の感染状況

8月24日 01:12 更新

実行再生産数：4.5

実効再生産数 (8/24)

北海道	1.06
青森	1.18
秋田	1.14
岩手	1.24
山形	1.23
宮城	1.31
福島	1.2
群馬	1.23
栃木	1.22
茨城	1.23
長野	1.09
山梨	1.21
長野	1.3
新潟	1.3
富山	1.38
石川	1.2
福井	1.2
岐阜	1.2
愛知	1.03
京都	1.09
大阪	1.21
兵庫	1.3
奈良	1.3
和歌山	1.34
三重	1.23
滋賀	1.15
山梨	1.15
神奈川	1.19
千葉	0.96
東京都	1.04
和歌山	1.14

日本国内の感染状況

9月7日 01:12 更新

実行再生産数：0.8

実効再生産数 (9/7)

北海道	0.91
青森	0.8
秋田	0.83
岩手	0.85
山形	0.91
宮城	0.77
福島	0.87
群馬	0.76
栃木	0.79
茨城	0.76
長野	0.78
山梨	0.78
長野	0.81
新潟	0.84
富山	0.84
石川	0.8
福井	0.79
岐阜	0.78
愛知	0.78
京都	0.72
大阪	0.74
兵庫	0.78
奈良	0.78
和歌山	0.72
三重	0.74
滋賀	0.74
山梨	0.74
神奈川	0.79
千葉	0.81
東京都	0.81
和歌山	0.72

感染症は割合（％）ではなく、総数が問題

新規陽性者数の推移（日別）

情報更新日：2022年09月05日

新規陽性者数	1週間平均	前週平均
68,019 人	128,533 人	185,582 人
前日比 ↓		
39,762 人		



入院治療等を要する者等推移

情報更新日：2022年09月05日

入院治療等を要する者	1,449,492 人	↓	93,866 人
退院又は療養解除者数	17,919,415 人	↑	161,329 人
確認中	121,398 人	↑	12,055 人



入院治療必要患者高止まり

オミクロン株、特にBA.5の方が死亡者数多い

過去最高 9/2：347人

死亡者数の推移

情報更新日：2022年09月05日

死亡者数	前日比	死亡者数急増 今後さらに増える！
239 人	↑ 14 人	



重症者数の推移

情報更新日：2022年09月05日

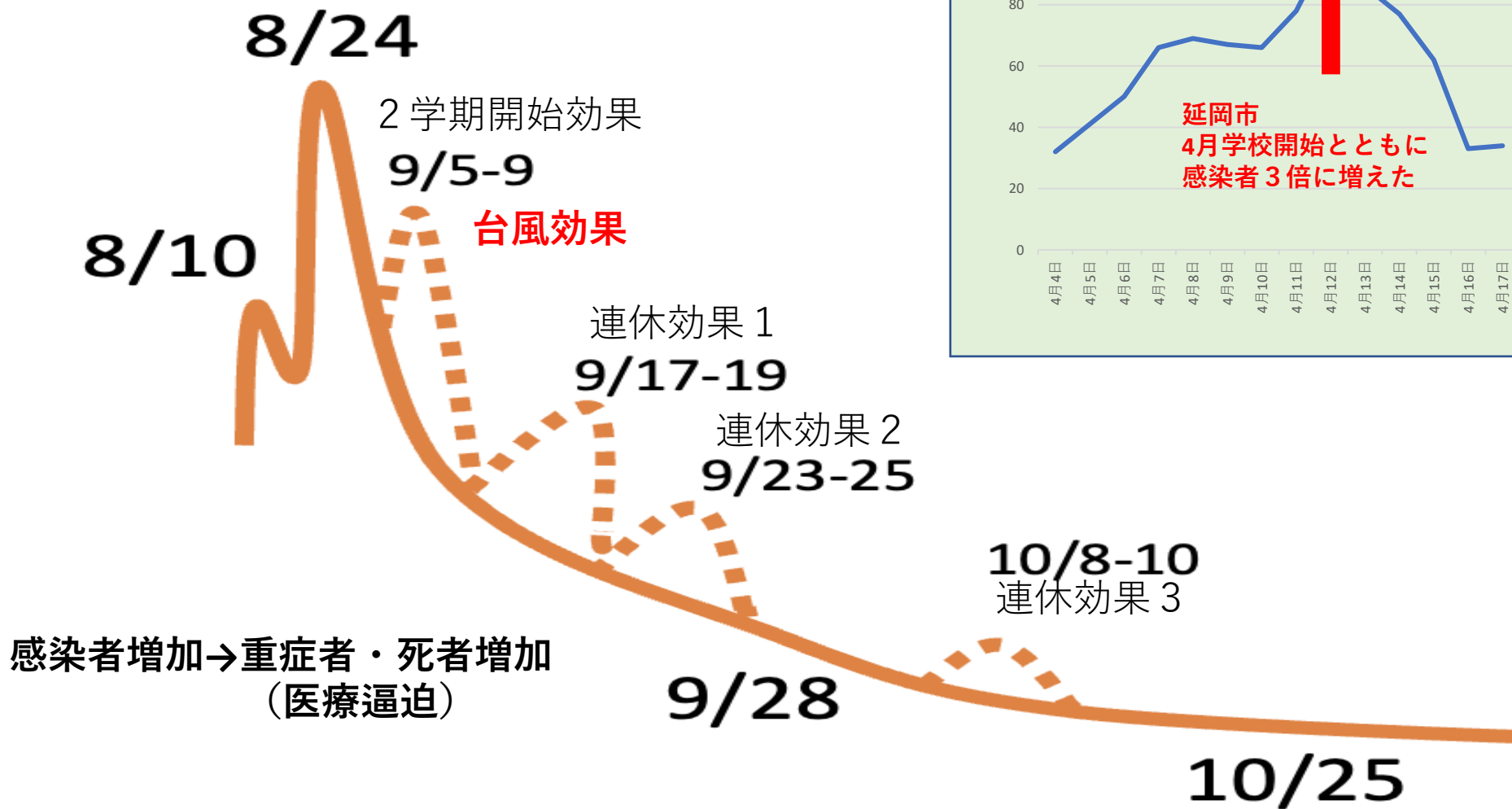
重症者数	前日比
512 人	↓ 7 人



施設で亡くなった人は重症者にカウントされない

まつりのべおかの開催は、

- 1 人流の増加を伴い
- 2 感染者数が増加し、その結果として重症者増加・死亡者増加をきたす可能性高い
- 3 9/10前後は、基礎の感染者数、医療逼迫状態の最中であり、医療崩壊・介護崩壊をきたす危険性高い

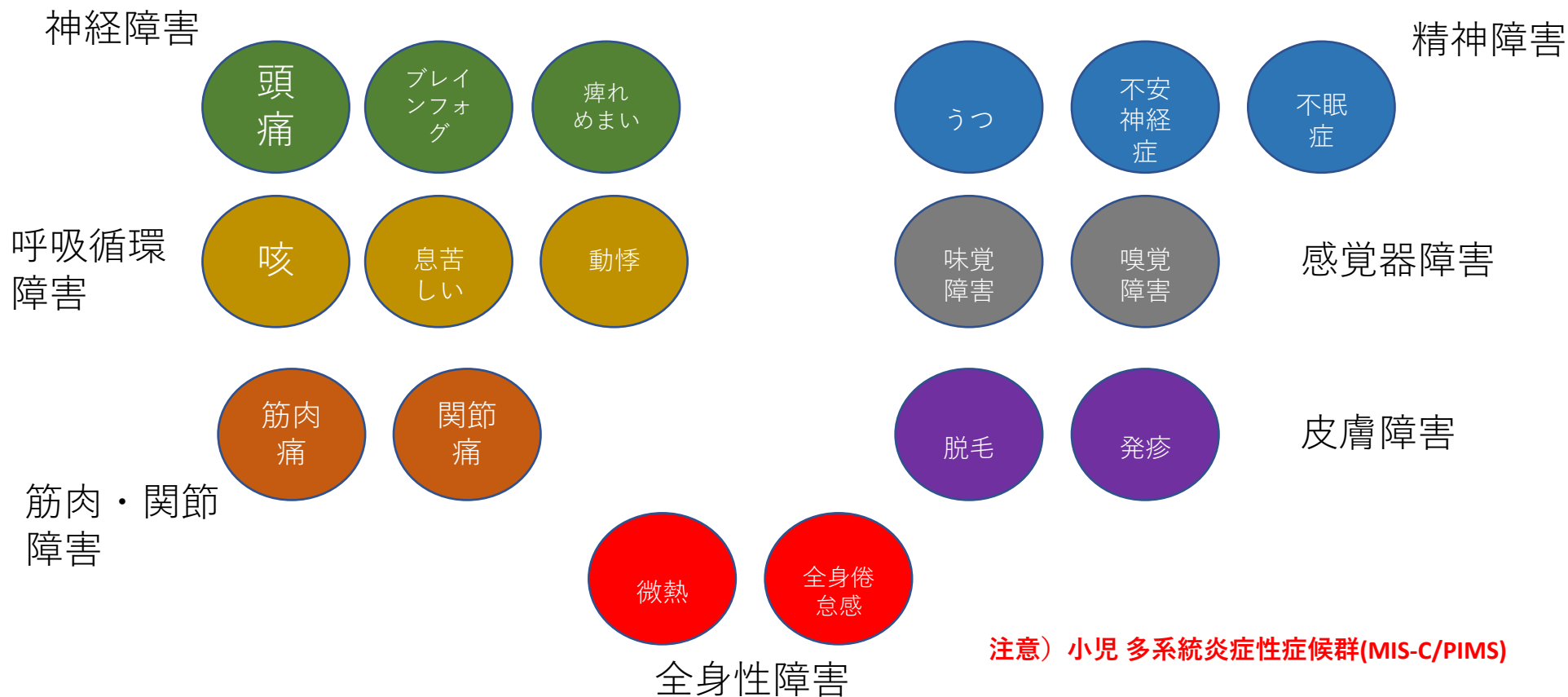


後遺障害

- 7～8月のコロナ感染者数増加の影響で、後遺症の患者が急増している。
- 米国のデータでは、オミクロン株の後遺症発現率は、23%。
- 後遺症の症状として最も多かったのは頭痛（22%）で、鼻水や鼻詰まり（19%）、腹部不快感（18%）、倦怠感（17%）、下痢（13%）がそれに続いた。
- 佐藤の後遺症外来でも、受診者数が3倍に増加、咳や息苦しさなどの呼吸器症状、動悸などの循環器症状、頭痛・手足の痺れ・めまい・ブレインフォグなどの神経症状、うつ状態・不安神経症などの精神症状、味覚嗅覚障害などの感覚器症状、脱毛・発疹などの皮膚症状、強い全身倦怠感・微熱持続などの全身症状、その他には、関節痛・筋肉痛・胸部痛・胸焼け・下痢・急な発汗など症状は多彩である。
- この中で、隔離解除の後、1～2週間して、急に肺病変が出現し呼吸困難になる例や、身の回りのことが出来ず、終日横になっていなければならないような強い倦怠感、筋肉痛・関節痛などで動けない、頭痛がひどくて学校に行けない、記憶力や集中力が低下して仕事ができない、などの社会生活ができないような症例が増加している。
- 後遺症の、早期発見、早期治療が重要。治療開始が遅れると、罹病期間も長くなる傾向がある。
- 感染時、無症状や軽症の人でも後遺障害が出現することがある。
- 肥満の人は、後遺症発現リスクが5倍に上昇。
- 罹患中に、脱毛・強い頭痛・強い喉の痛みがある場合、下痢などの消化器症状ある場合、後遺症の発現リスク上昇する。
- ワクチン接種は、後遺障害の発現頻度も減少させる。（後遺症抑制効果）
- 適切に対応することで、多くの場合は徐々に改善する。
- 延岡市医師会では、後遺症の治療及び対応マニュアルを作成しており、後遺症が疑われる場合は、まず、かかりつけ医に相談し、必要に応じて後遺症外来（延岡市医師会病院、木谷医院など）への受診を薦めている。
- 学校や職場で、後遺症について理解が得られず、トラブルが多く発生している。
- 体の症状のみならず、精神面や社会面でのアプローチが必要で社会全体でサポートしていくことが大切である。

新型コロナウイルス後遺症

- オミクロン株罹患者の23%が後遺症発症
- 学校・職場での対応を含め、社会的なケア必要
- 早期・発見



注意) 小児 多系統炎症性症候群(MIS-C/PIMS)

新型コロナウイルスの後遺症「LONG COVID」

1) 肺、心臓への恒久的障害

軽症例や入院を要しなかった症例でも報告

2) 集中治療後症候群 (post intensive care syndrome : PICS)

集中治療室 (ICU) 在室中あるいはICU 退室後、さらには退院後に生じる身体障害・認知機能障害・精神の障害

3) ウイルス後疲労症候群 (post-viral fatigue syndrome)

記憶障害、睡眠障害、集中力低下 Brain Fog
約2割で脱毛 (発症30~120日によくみられる)
皮疹 (蕁麻疹様、点状皮疹)、皮膚の表皮剥離、霜焼け用変化
めまい、両手足のしびれ
著明な全身倦怠感、微熱、関節痛、筋肉痛
間質性肺炎再発
下痢、嘔気嘔吐などの消化器症状

4) 持続するCOVID-19の症状

発症から60日経った後にも、味覚障害、嗅覚障害、呼吸苦、だるさ、咳などの継続

オミクロン株 (BA.5) の特徴： 味覚・嗅覚障害。咳や息苦しさ、肺炎再発などの呼吸器症状、記憶障害、集中力低下、不眠などの神経精神症状、皮疹、霜焼けなどの皮膚症状、めまいや痺れなどの末梢神経障害の症状、下痢、嘔気嘔吐などの消化器症状、微熱の持続や著明な全身倦怠感などの全身症状が増加

後遺障害の治療 1

必要時専門医療機関に相談

病態に応じて治療する

ステロイドは漸減し4～8WでOFF

- 慢性咳嗽
 - 胸部レントゲンで、間質性肺炎ある場合→下記の間質性肺炎の治療
 - 胸部レントゲンで、浸潤影+炎症反応上昇あり細菌性肺炎の合併ある場合は、抗菌薬投与
 - 胸部レントゲン異常なしで、炎症反応上昇あるものの、最近の二次感染がない場合は、デカドロン2mg/日を1週間使用し反応をみる
 - 胸部レントゲン異常なし、炎症反応なしの慢性咳嗽は、鎮咳剤のみで治療 アストミン3T 3x (ひどい場合は、リンコデ酸(1%) 6.0g 3x)
- 間質性肺炎の再燃
 - 肺病変がある患者でステロイド減量中に再燃：デカドロン4mg/日再開し4～8Wかけてゆっくり漸減する
- 著明な全身倦怠感* (二次感染なし)
 - 炎症反応陽性の場合 軽度陽性(1.0未満)：PSL20mg/D+補中益気湯7.5g 3x 2W使用し反応みる
中等度陽性(1.0以上)：デカドロン2mg/日+補中益気湯7.5g 3x 2W使用し反応みる
 - 炎症反応陰性の場合 補中益気湯7.5g 3x もしくは 十全大補湯7.5g 3x 2～4W使用し反応みる、効果があれば症状消失まで継続
- 微熱の持続
 - 二次感染のR/O→二次感染の治療(抗菌薬)。 二次感染なければ精査
 - 臓器傷害の検討(採血検査、機能検査)
 - 自己免疫疾患の精査(SLE, SjS, RA, 成人スチル病、抗リン脂質抗体症候群などが合併しやすい)→専門医療機関へ
 - 原因不明で軽度の炎症反応、もしくは軽度の低補体血症の場合→デカドロン(0.5)2T 2x 14日間で反応みる
- 筋肉痛、関節痛の持続
 - 軽度の炎症反応、もしくは軽度の低補体血症の場合→デカドロン(0.5)2T 2x 14日間で反応みる
- Brain Fog (免疫学的な異常の関係が示唆)
 - 軽度の炎症反応、もしくは軽度の低補体血症の場合→デカドロン(0.5)2T 2x 14日間で反応みる
 - 長期的には、補中益気湯7.5g 3x もしくは 十全大補湯7.5g 3x 4W使用

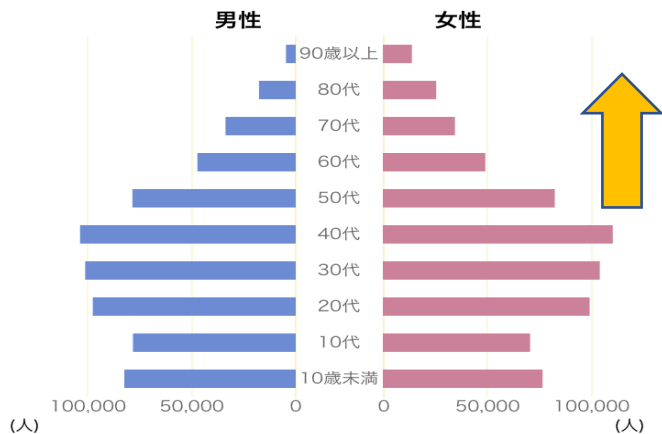
後遺障害の治療 2

- 嘔気嘔吐・下痢などの消化器症状
 - 炎症反応陽性 デカドロン (0.5) 2～4 T 2x 14日間で反応みる
 - 反応なし ビオフェルミン等の整腸剤にて経過観察
 - 嘔気嘔吐には、プリンペランもしくはナウゼリン
 - 注意 感染後期から継続する消化器症状は、免疫異常の合併が多いので要注意→肺病変再発、膠原病の顕在化に注意
- 嗅覚障害
 - 鼻閉がある場合は、ステロイドの点鼻 ベタメサゾン点鼻液 (5m l) 1本 1回2滴/各鼻を一日2回朝夕
 - 当帰芍薬散 7.5g 3 x
 - 経過観察
- 味覚障害・舌痛
 - メコバラミン (メチコバル®) とポラプレジンク (プロマック®) 投与 例 メチコバル (500) 3T 3x+ プロマック (7.5) 3T 3 x
 - 当帰芍薬散 7.5g 3 x
 - 経過観察
- 頑固なめまい
 - デカドロン (0.5) 2～4 T 2x 14日間で反応みる
- 手足の痺れ
 - デカドロン (0.5) 2～4 T 2x 14日間で反応みる
- 手足の血行障害
 - デカドロン (0.5) 2～4 T 2x 14日間で反応みる
- 深部静脈血栓
 - デカドロン (0.5) 2～4 T 2x 14日間で反応みる + リクシアナOD (30) 1錠 1x
- 霜焼け
 - デカドロン (0.5) 2～4 T 2x 14日間で反応みる + ユベラ軟膏 5.6g
- 頭皮脱毛
 - デカドロン (0.5) 2T 2x 14日間で反応みる + リドメックスローション 10g

- 後遺障害の治療法は確立しておりません。
- 私及び他県の後遺障害外来で、行われている現時点での治療内容です。
- 早期発見・早期治療が重要です。

性別・年代別新規陽性者数（週別）

情報更新日(週次)：2022年08月09日



上記グラフに以下の人数は含まれない。
性別・年代不明・非公表等 12,141 人

現在家庭内感染期
これから
高齢者・福祉施設
の感染が増加する

現在50歳以下が感染者の主流→高齢者に以降→**死亡者数増加**
↓
乳幼児の感染者増加→**医療機関職員感染&濃厚増加**→**機能不全**

1. 数的医療崩壊（数による圧迫）
2. 質的医療崩壊（重症による圧迫）
3. 医療機関機能不全による医療崩壊

対策

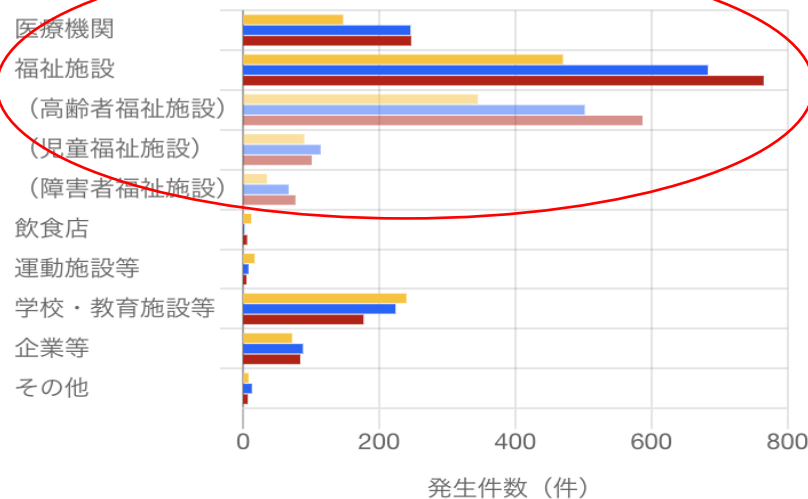
行動制限
ワクチン接種
早期治療

3つの医療崩壊
パターン

集団感染等発生状況

情報更新日(週次)：2022年08月11日

1週間前 (1週間合計)	2週間前 (1週間合計)	3週間前 (1週間合計)
1291 件	1264 件	966 件

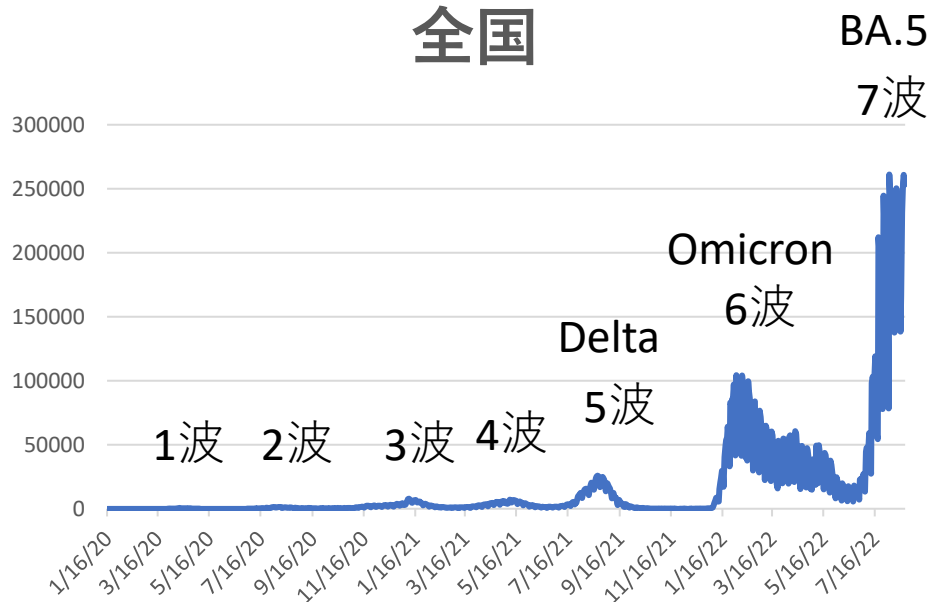


医療・福祉施設のクラスター増加



死亡者数増加

全国



増加要因

8月下旬
お盆の人流の影響
各種イベント開催

9月
学校：2学期再開
連休：9/17-19, 9/23-25

4回目ワクチン接種伸び悩み

海外からの人流増加

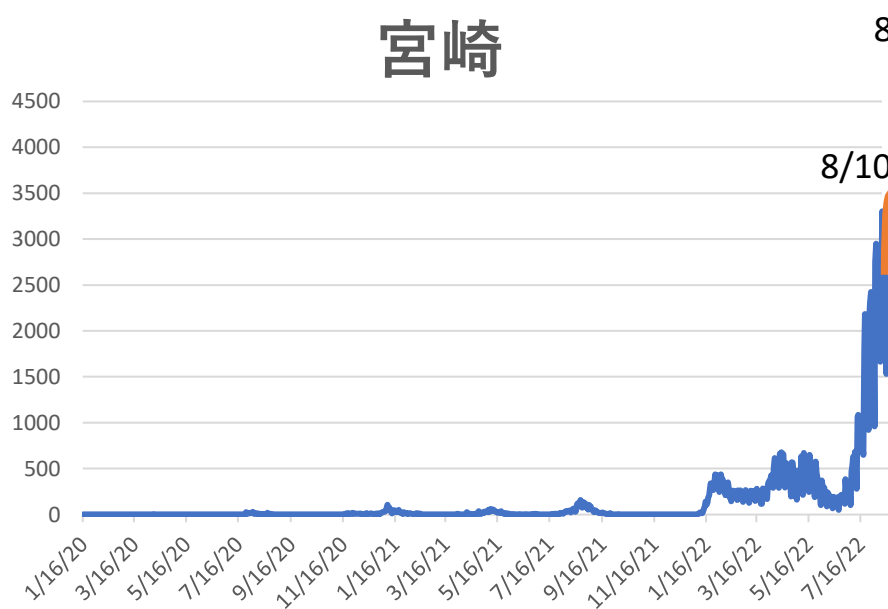
減少要因

8月下旬
人流少し減少傾向
感染防御動向の変化

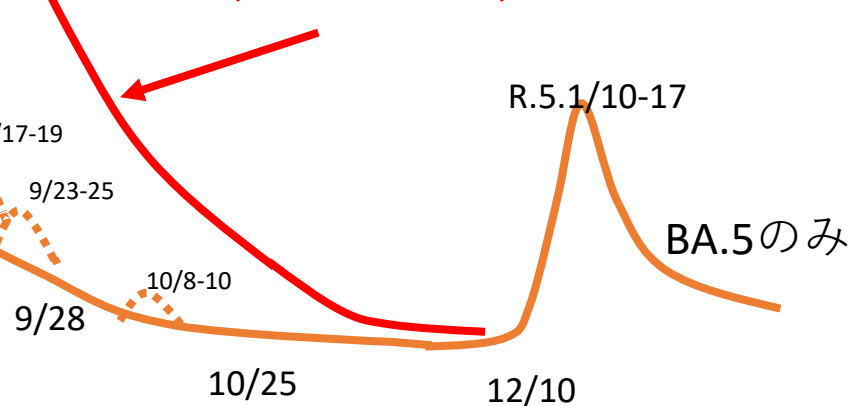
9月
換気しやすくなる（気温低下）
小児ワクチンの努力義務化
ノバックスワクチン供給増加

10月後半には、オミクロン対応2価ワクチン開始ああああ

宮崎



BA.2.75(ケンタウロス)に置き換わった場合



— BA.5のみ

— BA.2.75(ケンタウロス)

BA.2.75 インドからの帰国・旅行者からの分離例増加
東京都内、和歌山県などで市中感染疑い例あり

小児 COVID-19 関連多系統炎症性症候群(MIS-C/PIMS)

最近、小児の感染増加に伴い、慢性疲労症候群やブレインフォグなどの後遺障害が注目され始めた。その中で、この小児 COVID-19 関連多系統炎症性症候群(MIS-C/PIMS)の国内発生例が増加してきており、周知が必要である。

- 小児多系統炎症性症候群(multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)/pediatric inflammatory multisystem syndrome (PIMS))を続発する症例が散見されている。
- 新しい疾患概念であり、診断が難しく治療法が確立していない。
- COVID-19 は小児で重症化することは極めてまれであるが、2-6 週後に COVID-19 に続いて毒素性ショック症候群または川崎病を疑わせるような多臓器系にわたる強い炎症を起こす病態(MIS-C/PIMS)が海外では多数報告されている。
- 2020 年 4 月から報告が相次いでいる。
- サイトカインストームと血管内皮障害が病態に深く関わっていると考えられている。
- SARS-CoV-2 感染の 2~6 週後に発症し、発症時にはすでに PCR 陰性であることが多い。
- 発症年齢の中央値は 8.4 歳と年長児に多い。
- 発熱はほぼ必発で、胃腸症状(85.6%)や心血管系症状(79.3%)が多く認められる。
- 過半数(56.3%)でショックを伴っていた。
- 重症化して死亡するケースも報告されている。
- 一部に、発疹や眼球結膜充血など部分的に川崎病様の症状が認められ、川崎病の診断基準を満たす例が存在した。
- 治療は、免疫グロブリンを中心に選択する。重症度・全身状態に応じてプレドニゾロン（またはメチルプレドニゾロン）の併用治療を考慮する。さらに低用量アスピリンも開始する。
- MIS-C/PIMS は急激な症状悪化を来す場合もあり、小児の厳密なモニタリング・集中治療 ができる施設で管理する。
- ワクチン接種することで、MIS-C/PIMS発症抑制は可能である。

MIS-C（ミスシー）小児多系統炎症性症候群

発症時期：新型コロナウイルス感染後2～6週

+

症状：
消化器症状（腹痛、下痢、おう吐）
発熱（高熱）
発疹
結膜炎（目が赤くなる）
手足の腫れ

体のいろいろな部位で**炎症**が起こる
心臓機能が低下することもある
海外では死者も報告（死亡率1.4%）
国内でも、20例以上発症確認
ワクチン効果あり



子供の感染防止対策
ワクチン
早期発見早期治療が大事

もしかして？と思ったら
かかりつけ医に相談を

CASE REPORT article
Front. Pediatr., 16 April 2021
Sec. Pediatric Immunology
<https://doi.org/10.3389/fped.2021.65069>
7

より引用