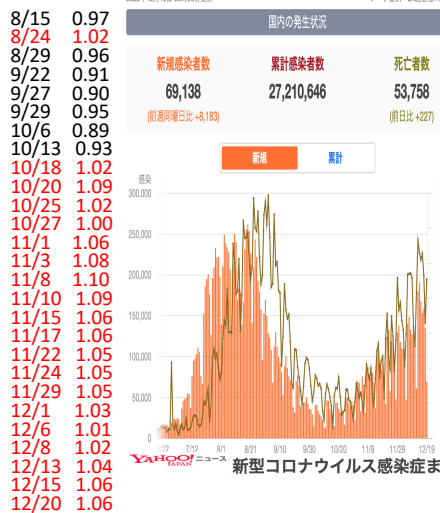


実効再生産数 全国

実効再生産数 宮崎

実効再生産数 福岡

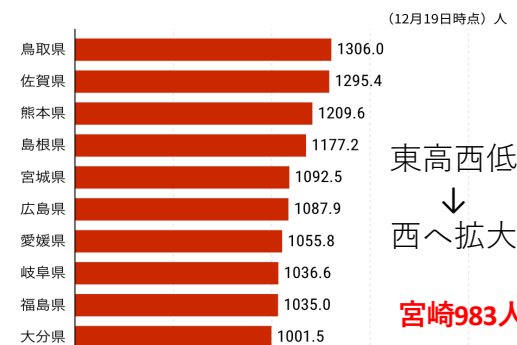
大分



実効再生産数

11/1	1.01
11/3	1.04
11/8	1.07
11/10	1.06
11/15	1.08
11/17	1.09
11/22	1.07
11/24	1.06
11/29	1.06
12/1	1.06
12/6	1.00
12/8	1.01
12/13	1.12
12/15	1.16
12/20	1.11

直近1週間の人口10万人あたりの感染者数



東高西低
↓
西へ拡大

宮崎983人

宮崎県DATA (12/20)

医療機関入院中171名(延18)
宿泊療養施設入所中92名(延24)
入院ベット専有率(宮崎県45.2%)
(延28.1% (実働60.0%))

宮崎・児湯/都城地域で増加傾向

県延 13/13, 医師会 5/13, 共立 0/0(3), 平田東0(4)/2, 吉田0/2

1回目	104,491,862人	81.4%
2回目	103,068,794人	80.4%
3回目	84,911,922人	67.4%
4回目	52,911,168人	42.0%

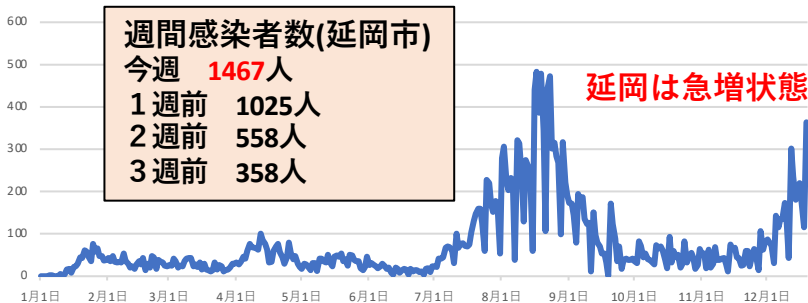
※オミクロン株対応ワクチン接種完了者：37,582,513人
～12月19日時点～

九州の感染者が急増、佐賀、熊本、大分が、ベスト10入り、亜種 (XBB, BQ.1, BQ.1.1, BF.1.) の感染者が国内で増加、これが、第8波の原因になる可能性高い。

延岡市の感染人数

by 佐藤圭創

8/19
478

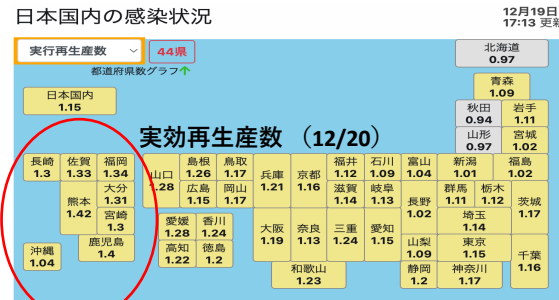


9/6 178
9/14 150
9/17 54
9/24 71
10/3 83
10/10 28
10/17 93
10/24 83
10/31 65
11/7 69
11/14 75
11/21 59
11/28 107
12/5 143
12/12 301
12/19 363

延岡市の実効再生産数



日本国内の感染状況



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199412人

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）

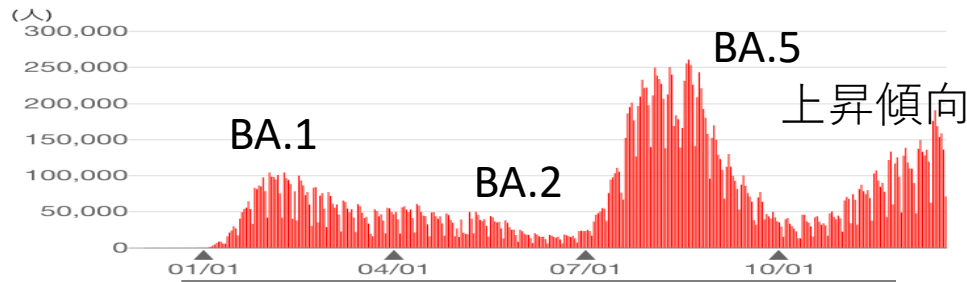
情報更新日：2022年12月19日

新規陽性者数 **70,921** 人
 前日比 **↓ 65,316** 人

1週間平均 **150,600** 人

前週平均 **123,579** 人

グラフ表示期間 1週間 1か月 3か月 **1年**



入院治療等を要する者等推移

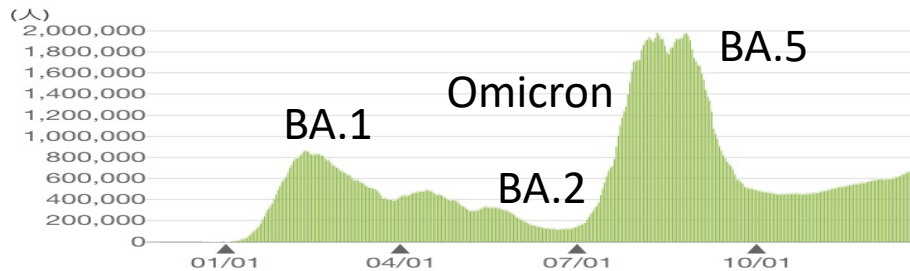
情報更新日：2022年12月19日

入院治療等を要する者 **674,181** 人 **↑ 3,870** 人

退院又は療養解除者数 **20,933,870** 人 **↑ 11,975** 人

確認中 **5,525,844** 人 **↑ 54,896** 人

グラフ表示期間 1週間 1か月 3か月 **1年**



上昇傾向

オミクロン株、特にBA.5の方が死亡者数多い

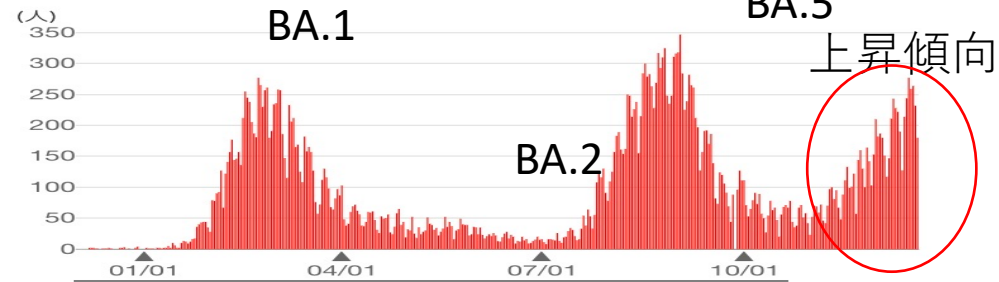
過去最高→9/2：347人
 12/8：243

死亡者数の推移

情報更新日：2022年12月19日

死亡者数 **180** 人
 前日比 **↓ 52** 人

グラフ表示期間 1週間 1か月 3か月 **1年**

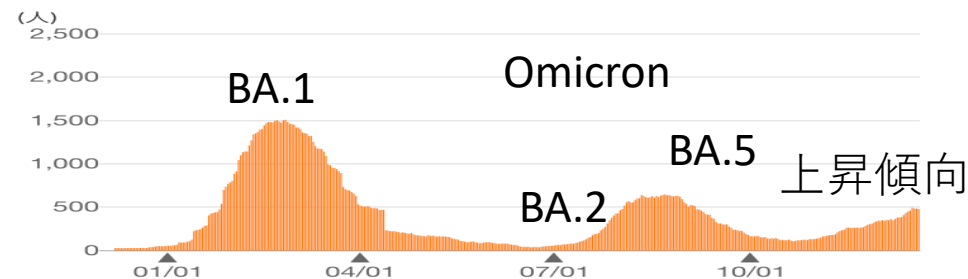


重症者数の推移

情報更新日：2022年12月19日

重症者数 **476** 人
 前日比 **↓ 6** 人

グラフ表示期間 1週間 1か月 3か月 **1年**

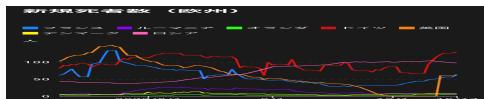


データからわかるー新型コロナウイルス感染症情報ー

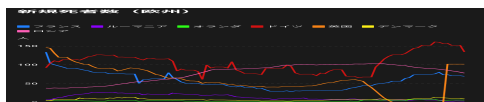
世界の流れ

—欧州で感染者数・死者数増加傾向—

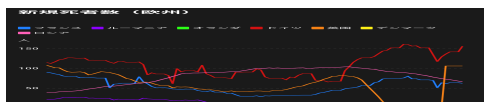
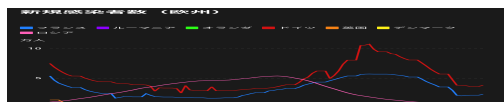
10/25



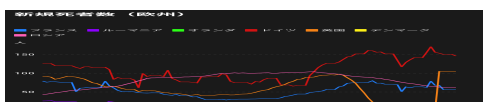
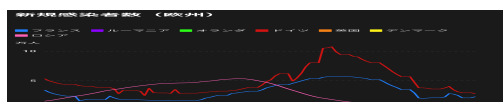
11/1



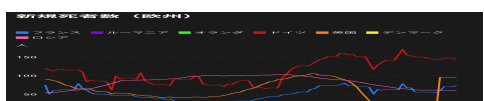
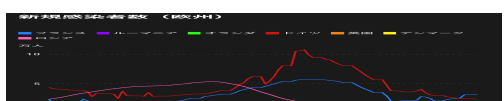
11/8



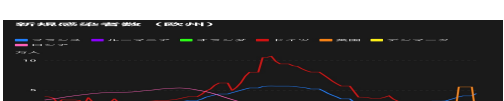
11/15



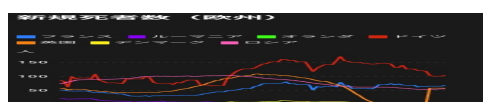
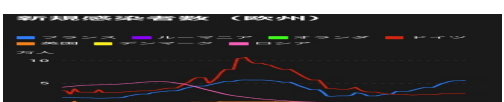
11/22



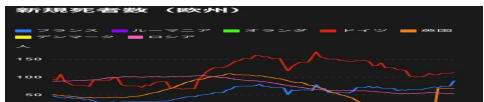
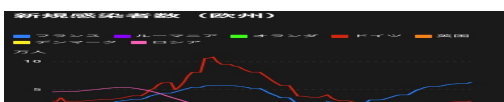
11/29



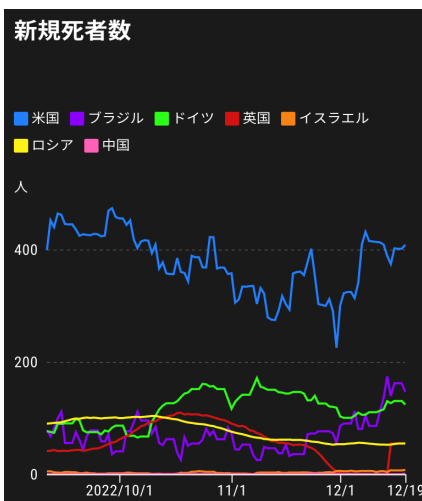
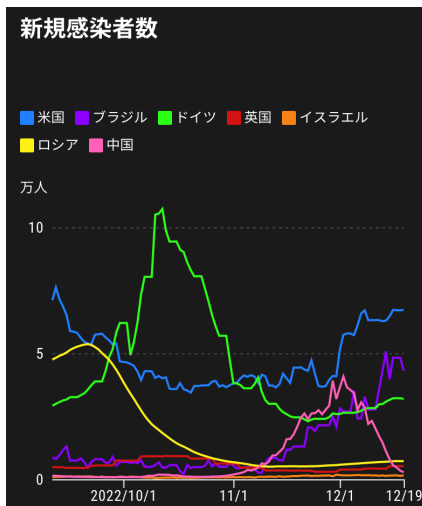
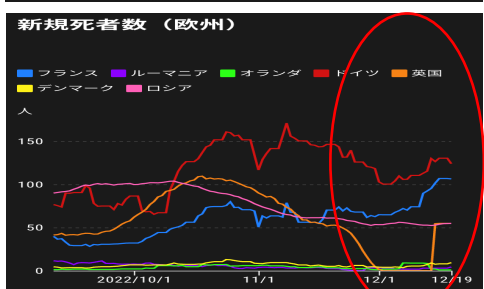
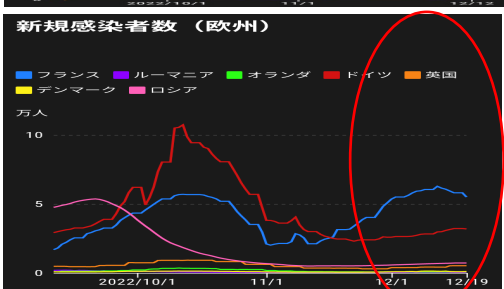
12/6



12/13

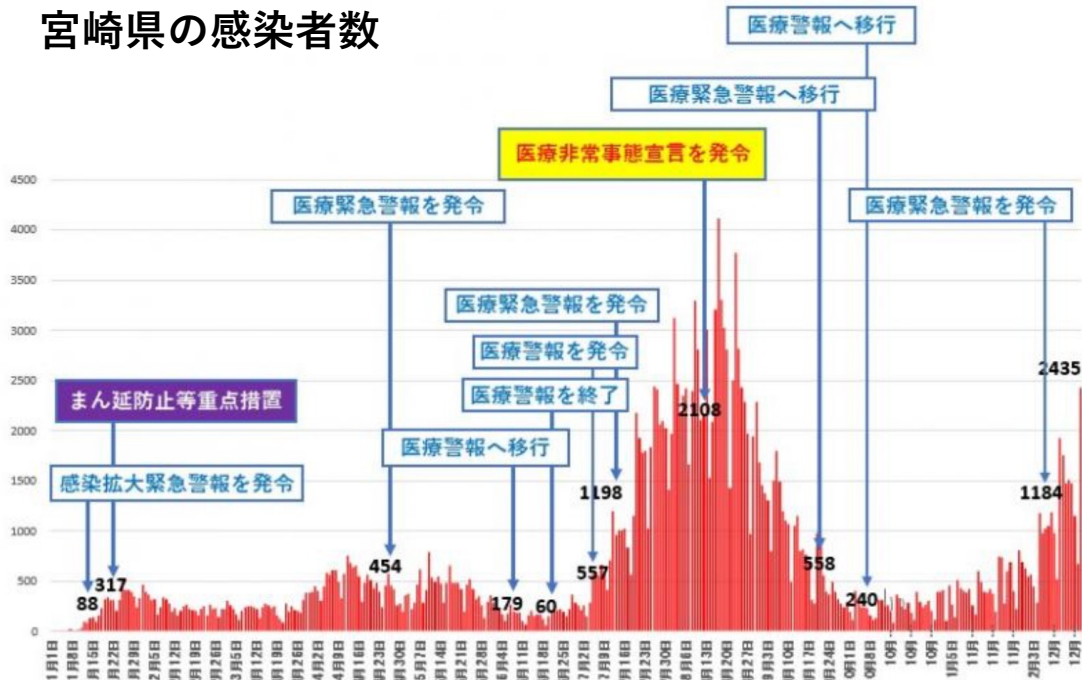


12/20

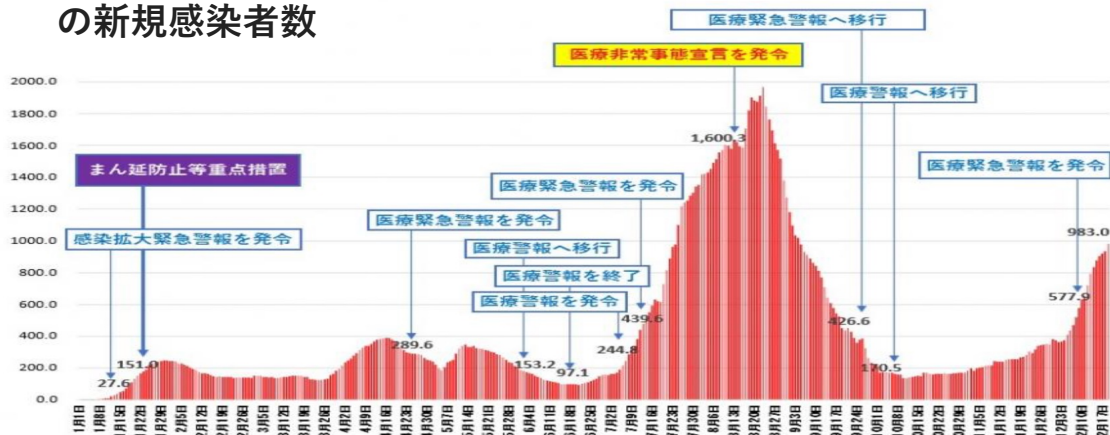


米国、ブラジル、フランス、ドイツで感染者数・死者数増加

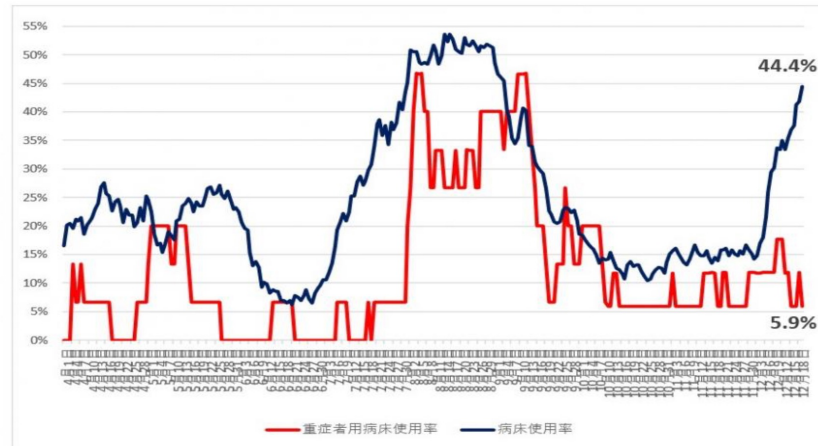
宮崎県の感染者数



宮崎県の直近1週間の人口10万人あたりの新規感染者数



宮崎県の病床使用率



指標		現状値	備考
医療提供体制制等の負荷	病床のひっ迫具合 (現時点での確保病床数の占有率等)	44.4%	・12月19日時点 ・現時点での確保病床数 378床
	うち重症者用病床	5.9%	・12月19日時点 ・現時点での確保病床数 17床
感染の状況	新規報告数 (直近1週間の人口10万人当たりの新規感染者数)	983.0人	・12月13日から12月19日まで

※病床使用率、重症者用病床使用率の算定にあたっては、新型コロナウイルスの確保病床における入院患者をベースに算定しています。

【参考】警報の区分

区分	発令目安
医療非常事態宣言	・病床使用率、重症病床使用率のいずれかが50%を超える又はそのおそれがある場合 (感染状況や関係指標を総合的に判断)
医療緊急警報	・病床使用率、重症病床使用率のいずれかが25%を超える又はそのおそれがある場合 (感染状況や関係指標を総合的に判断)
医療警報	・病床使用率、重症病床使用率のいずれかが15%を超える場合

これからの流行予測

インフルエンザが12月に流行

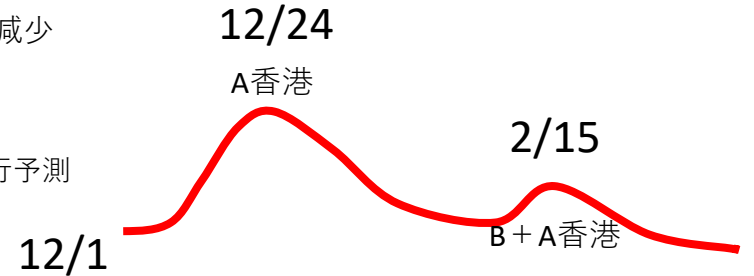
それにかぶさる形で新型コロナ流行

12~1月はツインでパンデミックの可能性 (医療崩壊危機)

インフルワクチン効果、2W効果発現開始、1Mでピーク、3~5ヶ月で抗体減少

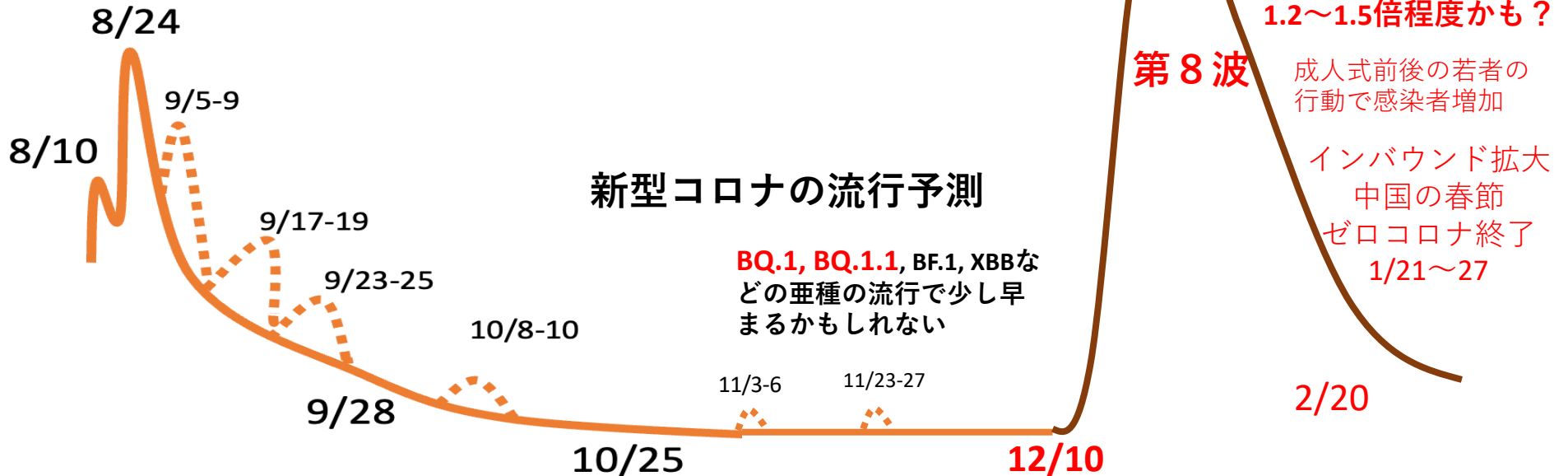
新型コロナワクチン効果、1W効果発現開始、1Mでピーク、3~4ヶ月で抗体減少

インフルエンザの流行予測



寒冷、乾燥、寒気低下、
人流、マスク外し、インバウンド
オミクロン亜種の広がり

新型コロナの流行予測



季節性インフルエンザウイルス

感染経路： 飛沫感染 > 接触感染

基本再生産数： 1.4～4

潜伏期： 1～4日（平均2日）

他者への感染のピーク： 発症後

ウイルスが多い場所： 鼻腔、咽頭粘膜

致死率（%）60歳未満： 0.01

致死率（%）60歳以上： 0.55

病態： ウイルス性炎症 >> 過剰免疫

症状持続時間： 3～7日

症状： 強い風邪症状

後遺症： 少ない（0.1%以下）

治療薬： 抗ウイルス薬

感染者の年齢： 10未満が多い

検査： 抗原検査、抗体検査

ワクチン： あり（スプリットワクチン）

新型コロナウイルス（オミクロン株）

感染経路： 飛沫感染 >> 接触感染

基本再生産数： 5.5～24

潜伏期： 2～14日（平均2.5日）

他者への感染のピーク： 発症前1～2日

ウイルスが多い場所： 舌、唾液

致死率（%）60歳未満： 0.01

致死率（%）60歳以上： 1.99

病態： ウイルス性炎症 << 過剰免疫

症状持続時間： 2～3W

症状： 強い風邪症状 + 重症肺炎

後遺症： 多い（20～30%）

治療薬： 抗ウイルス薬、ステロイドなど

感染者の年齢： 全年齢

検査： PCR検査、抗原検査、抗体検査

ワクチン： 遺伝子ワクチン、タンパク抗原ワクチン、不活化ワクチン

季節性インフルエンザとは別物です！！！！

受容体と感染病態の違い

- 新型コロナ → アンギオテンシンII受容体
 - 粘膜、**血管**、筋肉、**神経**（感覚器含む（舌））
 - 肺から全身に広がり重症化しやすい
（ウイルス肺炎、血栓、梗塞、臓器障害で重症化）
 - **後遺障害**残りやすい
- 新型インフルエンザ → シアリルオリゴ糖（ $\alpha 2,3$ & $\alpha 2,6$ ）
 - 上気道（鼻、のど）&下気道（気管、肺）
 - **下気道**まで広がると重症化しやすい
（インフルエンザウイルス肺炎で重症化）
- 季節性インフルエンザ → シアリルオリゴ糖（ $\alpha 2,6$ ）
 - 上気道（鼻、のど）のみ
 - **重症化しにくい**
（重い基礎疾患のある人が重症化→超過死亡）

新型コロナ \geq **新型インフルエンザ** $>>$ 季節性インフルエンザ

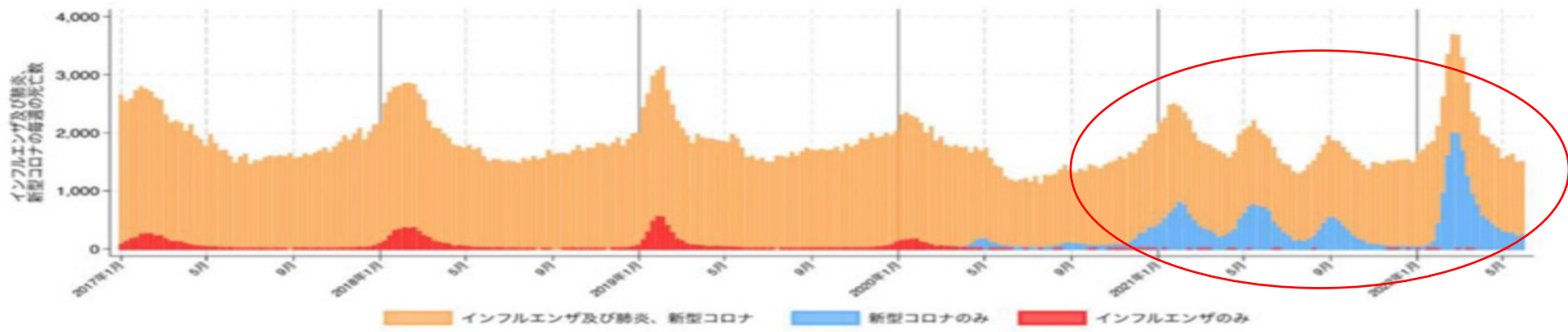
ウイルス毒性： **デルタ株** $>$ **アルファ株** $>$ **オミクロン株** $>$ **従来株**

	重症化率 (注1)		(参考) 致死率 (注1)	
	60歳未満	60歳以上	60歳未満	60歳以上
新型コロナ・オミクロン株流行期 (注3、4)	0.03%	2.49%	0.01%	1.99%
新型コロナ・デルタ株流行期 (注3)	0.56%	5.0%	0.08% (注2)	2.5% (注2)
季節性インフルエンザ (注3)	0.03%	0.79%	0.01%	0.55%

※季節性インフルエンザはNDBにおける2017年9月から2020年8月までに診断または抗インフルエンザ薬を処方された患者のうち、28日以内に死または重症化（死亡）した割合である。新型コロナウイルスは協力の得られた3自治体のデータを使用し、デルタ株流行期の場合は2021年7月から10月、オミクロン株流行期の場合は2022年1月から2月までに診断された陽性者のうち、死亡または重症化（死亡）した割合であり、感染者が療養解除した時点、入院期間が終了した時点、デルタ株流行期の場合は届出から2ヶ月以上経過した時点又はオミクロン株流行期の場合は令和4年3月31日時点でのステータスに基づき算出している。年齢階級別の重症化率においても概ね同様の傾向が見られるが、比較する際にはデータソースの違いや背景因子が調整されていない点等に留意が必要。

- (注1) 重症者や死亡者の定義については以下を参照。新型コロナと季節性インフルエンザの重症化の定義は厳密には異なっている点に留意。
 新型コロナ： <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000929082.pdf>
 季節性インフルエンザ： <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906106.pdf>
- (注2) オミクロン株流行期については3月31日時点の報告に基づき算出しており、特に致死率について過小である可能性がある。
- (注3) 季節性インフルエンザ・新型コロナともに分母に未受診者が含まれないため、重症化（致死）率が過大である可能性がある。
- (注4) オミクロン株の亜系統であるBA.2やBA.5の流行期データではない点に留意が必要である。

<出典>
 第80回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 事務局提出資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000929082.pdf>)
 第70回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 事務局提出資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000892299.pdf>)
 第74回厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策アドバイザリーボード 野田先生提出資料 (<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000906106.pdf>) を再集計



インフルエンザと肺炎、新型コロナによる死者数のグラフ

橙色は3感染症の死者総数、赤はインフルエンザ、ブルーは新型コロナの死者数
 (厚生労働省提供)

- 全国的に感染者数が急増傾向。
- 実効再生算数では、先週北海道と東北の数県がピーク超えたが、再増加。西日本、特に九州で急速な広がりを見せている。
- 西日本では実効再生産数は、1ヶ月以上継続的に1以上で増加傾向で、今後も間違いなく増加傾向は継続する。
- 感染の実態は、東高西低で、気温が低下し冬が到来した北海道・東北を中心から関東から西日本へと感染拡大が顕著である。
- 延岡市の実効再生産数は、**4週連続で1.28, 1.33, 1.54, 1.24と1.2以上の高値**、1週間あたりの感染者は1400人を超えており、今後も寒冷気候の進行と共に増加傾向となる。
- 加えて、県内の病床使用率は、**44.4%**と急増し、**医療非常事態宣言発令条件**の50%に迫っている。
- 県内では、宮崎市内・都城市の感染者の増加が顕著であったが、延岡、日向、高千穂でも感染者が急増している。
- 若者から、高齢者への感染が増加し、入院患者数、重症患者数、死者数が急増し、医療緊急警報発令された。
- 感染のピークは、東日本は12月中旬から年末、**西日本は12月中旬～年始、その中で九州は、成人の日の数日後がピーク**となる可能性高い。
- 宮崎県の感染は、現時点で感染増加期にあり、小中学高校生～大学生の若年世代から高齢者感染へと変化してきており、入院必要者・重症者は徐々に上昇している
- 延岡は、年末と年始～成人式後までのダブルピーク、ピークは第7波の1.2～1.5倍を推定。。
- 延岡市内の入院患者もこの1週間10～20を推移しており、明らかに増加傾向である。高齢者施設でのクラスターが多発している。
- 以上より、全国的には感染者増加傾向にあり、延岡市内に関しては小康状態から急激な増加傾向へ転換した。
- 国内では、BA.5が感染の90%以上を占める状態が継続しており、ワクチン未接種者の感染が増えている。今後、**BQ.1, BQ.1.1, BF.7**などのBA.5の亜種やXBBなどのBA.2の亜種に、徐々に置き換わっていくと考えられる。
- 最新の流行株は、主流はまだ、BA.5だが**BQ.1系統への置き換わり**が進み始めている。すでに、症状変化してきている（著明な咽頭痛、著明な咳嗽）
- ワクチン接種者は、4回目・5回目の接種者は徐々に増加しているが、ワクチンを一度も打っていない人～2回まで接種をやめている人の接種率は上がらない、特に若者の接種率が上昇しないのが、今後の感染拡大と後遺症患者の増加を考えると心配である。
- 感染した**在宅高齢者の搬送**が問題になっている。救急車頼み・・・。
- 病院の院内感染が急増している。
- コロナ関連患者の救急要請件数も急増、点滴必要患者も増加傾向。12/16から延岡コロナ点滴センター開設（佐藤）
- 在宅酸素の機械も5台増え、延岡管内で20台となった。
- 年末年始～成人の日の当番医のバックアップ必要。ウェブ診断・受診・処方システムの稼働必要。内科小児科以外でのコロナ診療。
- 現在、すでに日中の診療でも発熱患者多く、通常の検査・診療・健診の業務できず、発熱患者を断る病院出てきた。
- **常備薬、常備食**の準備が必須。薬局で厚労省認定の抗原検査キット購入しておく。
- インフルエンザは、**A香港株**が、散見されるようになった。流行は、大阪などで始まった。

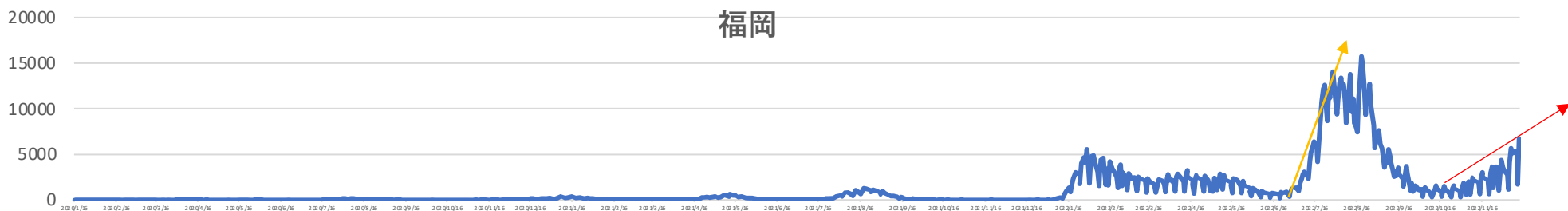
前回データー

感染者数の推移（～2022.12.13）

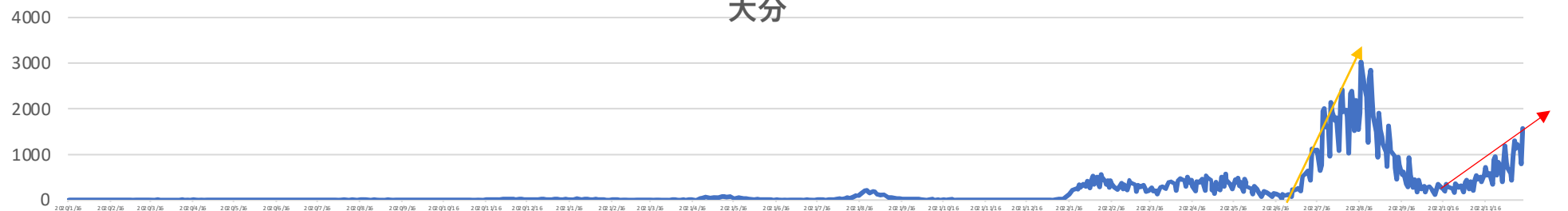
全国



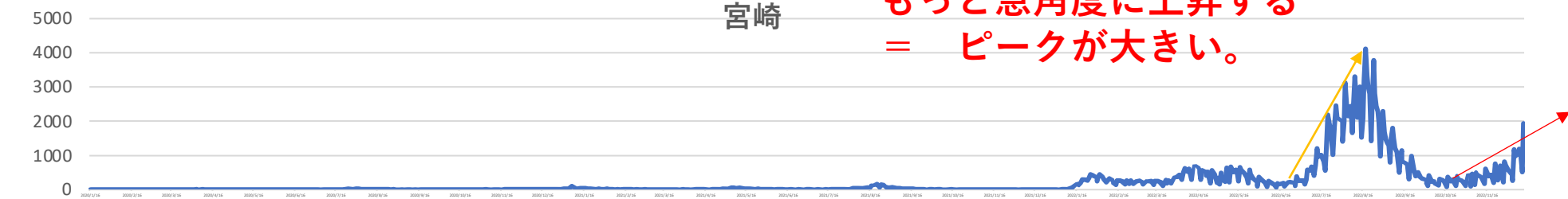
福岡



大分



宮崎



まだ第8波の山の裾野
もっと急角度に上昇する
＝ ピークが大きい。

医療崩壊

ウイルス学的要因

病原性の変化

感染力増加、重症化増加、
入院率増加、過剰免疫誘導性、
後遺障害誘導性
など

気候要因

気温低下、湿度低下、

医療環境要因

コロナ感染専門病院や入所施設の数不足
医師不足、看護師不足、薬剤師不足、

感染者側要因

感染者急増、コンビニ受診、
医療機関へのクレーム、
不必要な救急要請
易感染性（免疫抑制剤、抗がん剤）

医療者側要因

医療者感染、医療者の家族感染、
疲弊、モチベーション低下

環境要因

人的要因

- 医療崩壊には、ウイルス学的要因、人的要因、環境要因によるものがある。
- 12月～1月に急激な患者数増加、病院受診者増加、入院患者数増加、重症者増加が起こり、医療崩壊が起こる可能性が高い。
- 医療を受ける側の意識の低下により、待ち時間が伸び、電話連絡なしの受診が増え、待たせながら、急を要する患者が増えることが医療崩壊を引き起こす。
- 医療を施す側の、感染者増加、家族の感染、誹謗中傷やストレスによるモチベーション低下などで、医療崩壊を引き起こされる。
- 冬季特有の乾燥と気温低下が感染急増を誘発し、医療資源が枯渇して、医療崩壊を引き起こされる。

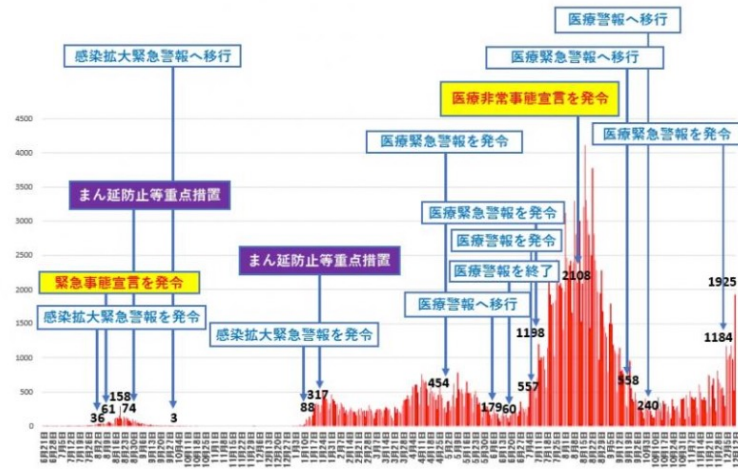
1. 病院受診には必ず連絡して、受診する（車での受診が望ましい）。
2. 夜間、休日の受診を控える。
3. 不必要な救急要請をしない。
4. 常備薬、常備食を準備する。
5. 適正な抗原キット使用（研究用X）する。
6. 繁忙時の病院への書類請求を避ける。
7. 感染しないための行動（三密回避、ワクチン、マスク、換気、手洗い）
8. 人にうつさない行動、人混みを避ける
9. コロナを軽視しない（死者数増加、後遺症増加）。

11月初めまで小康状態で下げ止まりであったが、人流の増加と寒気と共に徐々に感染者数が増加傾向に転じつつある。
 国内では、北海道・東北で感染者数が急増しており、これから九州も寒くなるとともに感染者が急増すると考えられる。
 また、インバウンドにより、オミクロンの亜種（XBB, BQ.1, BQ.1.1, BF.1,）の感染者が国内で散見されるようになり、これが、第8波の原因になる可能性高い。
 延岡市は、政府の補助金の終了で、共立病院のコロナ病棟がなくなり、入院病床の確保が急務である。

英国、ドイツ、フランス、英国で感染者・死亡者が増加傾向
オミクロン亜系統（XBB, BQ.1, BQ.1.1, BF.1など）の増加が懸念される

宮崎県の感染者数

令和4年12月12日時点



8/24

2学期開始効果

9/5-9

8/10

台風効果

連休効果1

9/17-19

連休効果2

9/23-25

10/8-10

連休効果3

感染者増加→重症者・死者増加
 (医療逼迫)

9/28

11/3-6

11/23-27

11月後半まで小康~微増状態、12月から緩やかに増加傾向？

現在ここ

宮崎県の病床使用率

令和4年12月12日時点

