

青 保 号 外
令和6年8月28日

各郡市医師会長
公益社団法人全国自治体病院協議会青森県支部長
公益社団法人全日本病院協会青森支部長

】 殿

青森県健康医療福祉部保健衛生課長
(公 印 省 略)

急性弛緩性麻痺の情報提供について（依頼）

本県の感染症対策の推進につきましては、日頃から御協力を賜り感謝申し上げます。
さて、標記について、令和6年8月22日付け感感発0822第20号により厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課長から別添のとおり通知がありましたのでお知らせします。

つきましては、貴会会員に対する周知についてよろしくお願いいたします。

担当：感染症対策グループ 齋藤
電話：017-734-9141

感感発0822第20号
令和6年8月22日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局
感染症対策部感染症対策課長
(公 印 省 略)

急性弛緩性麻痺の情報提供について(依頼)

急性灰白髄炎(以下「ポリオ」という。)については、世界保健機関(以下「WHO」という。)の「ポリオ根絶戦略2022-2026」において、ポリオの根絶を目指す観点から、各国で急性弛緩性麻痺(以下「AFP」という。)を発症した患者を把握し、当該患者に対してポリオに罹患しているか否かの検査を実施のうえ、ポリオが発生していないことを確認するよう求められているところです。また、ポリオを除くAFPについては、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号。以下「法」という。)上、AFPを診断した医師は法第12条第1項に基づき届出を行うことが義務づけられています。

今般、WHOの基準に基づき、ポリオウイルスによる急性弛緩性麻痺が否定できない症例については、国立感染症研究所において個別に評価を行い、ポリオの疑いがあるか否かの分類を行う体制が整備されました。

つきましては、貴職におかれましては、法第12条第1項に基づき届出のあったAFPの症例について、国立感染症研究所から求めがあった場合は、積極的疫学調査で収集した情報を別紙「急性弛緩性麻痺症例60日後追跡報告書」を用いて、法第15条第13項に基づき、当該研究所へ提供していただくようお願いいたします。

なお、本通知については、公益社団法人日本医師会にも共有しておりますことを申し添えます。

(参考)

- 「急性弛緩性麻痺を認める疾患のサーベイランス・診断・検査・治療に関する手引き」(第2版)

<https://www.niid.go.jp/niid/images/idsc/disease/AFP/AFP-guide.pdf>

- 厚生労働省ホームページ 感染症法に基づく医師・獣医師の届出基準
急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。)

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou11/01-05-180413.html>

急性弛緩性麻痺症例60日後追跡報告書

基本情報

1	担当保健所		担当課	
	連絡日時	年 月 日 時	連絡方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	回答者	<input type="checkbox"/> 医療機関(担当医・主治医など) <input type="checkbox"/> 家族・保護者(本人との関係:)		
3	感染症発生動向調査システム報告 ID	4	患者居住地保健所名	
5	国内におけるポリオワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回			
	海外におけるポリオワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン <input type="checkbox"/> 生ワクチン、接種日: 年 月 日、接種国()			
	発症前約3か月における同居家族等の生ワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄()、接種日: 年 月 日、接種国()			

診断及び検査等(発症日から起算し、60日から90日後の診断や検査の所見)

6	最終診断名:
7	MRI 検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(撮影部位: 脊髄(<input type="checkbox"/> 造影あり、 <input type="checkbox"/> 造影なし)、 <input type="checkbox"/> 頭部 画像所見
8	電気生理学的検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 運動神経伝導検査所見: 感覚神経伝導検査所見: F波所見:
9	髄液検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(細胞数増多: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、その他所見()
10	微生物学的検査 ウイルス検査の実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:) 細菌検査の実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
11	自己抗体等のその他の検査結果

追跡時情報(発症日から起算し、60日から90日後)

12	医療機関名:	担当医:	診察日: 年 月 日	電話番号:	
	追跡時の経過	<input type="checkbox"/> 残存麻痺あり(上肢(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) 下肢(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)) <input type="checkbox"/> 残存麻痺なし <input type="checkbox"/> 既に死亡			
		運動麻痺の経過: <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 増悪傾向 <input type="checkbox"/> 不変			
		異常感覚の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		感覚障害の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
追跡時に認めた麻痺以外の症状や身体所見					
その他の専門検討会における病型決定(ポリオとの鑑別)に資すると考えられる症例の情報					

急性弛緩性麻痺症例60日後追跡報告書

基本情報

1	担当保健所		担当課	
	連絡日時	年 月 日 時	連絡方法	<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他()
2	回答者	<input type="checkbox"/> 医療機関(担当医・主治医など) <input type="checkbox"/> 家族・保護者(本人との関係:)		
3	感染症発生動向調査システム報告 ID		4	患者居住地保健所名
5	国内におけるポリオワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回			
	海外におけるポリオワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 不活化ワクチン <input type="checkbox"/> 生ワクチン、接種日: 年 月 日、接種国()			
	発症前約3か月における同居家族等の生ワクチン接種歴: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 続柄()、接種日: 年 月 日、接種国()			

診断及び検査等(発症日から起算し、60日から90日後の診断や検査の所見)

6	最終診断名:
7	MRI 検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(撮影部位: 脊髄(<input type="checkbox"/> 造影あり、 <input type="checkbox"/> 造影なし)、 <input type="checkbox"/> 頭部)
	画像所見
8	電気生理学的検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	運動神経伝導検査所見:
	感覚神経伝導検査所見:
	F波所見:
9	髄液検査の実施: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(細胞数増多: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有、その他所見())
10	微生物学的検査
	ウイルス検査の実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
	細菌検査の実施 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(結果: 、検査実施機関: 、検査方法: 、検体:)	
11	自己抗体等のその他の検査結果

追跡時情報(発症日から起算し、60日から90日後)

12	医療機関名:	担当医:	診察日: 年 月 日	電話番号:	
	追跡時の経過	<input type="checkbox"/> 残存麻痺あり(上肢(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左) 下肢(<input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左)) <input type="checkbox"/> 残存麻痺なし <input type="checkbox"/> 既に死亡			
		運動麻痺の経過: <input type="checkbox"/> 改善傾向 <input type="checkbox"/> 増悪傾向 <input type="checkbox"/> 不変			
		異常感覚の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
		感覚障害の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
追跡時に認めた麻痺以外の症状や身体所見					
その他の専門検討会における病型決定(ポリオとの鑑別)に資すると考えられる症例の情報					