

令和 3 年 9 月 30 日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

（ 公 印 省 略 ）

「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第 12 条第 1 項
及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」の一部改正について

平素より、感染症対策の推進につきまして、御理解と御協力を賜り誠にありがとうございます。

急性弛緩性麻痺（AFP）の原因病原体については、ポリオウイルス、エンテロウイルス
D68・A71 等の可能性があることを踏まえて、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医
療に関する法律第 12 条第 1 項及び第 14 条第 2 項に基づく届出の基準等について」（平成
18 年 3 月 8 日付け健感発第 0308001 号厚生労働省健康局結核感染症課長通知）の別紙「医
師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」の一部を別添のとおり改正
し、本日から適用することといたしました。

当該改正の概要等については下記のとおりですので、御了知いただくとともに、貴管内
市町村、関係機関等へ周知いただき、その実施に遺漏なきようお願いいたします。

記

1 改正概要

急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）（「第 6 五類感染症」 4）

○ 様式 5－4（発生届）について、

「血液」、「髄液」、「呼吸器由来検体」、「便検査 1 回目」、「便検査 2 回目」及びその他
を記載項目として追加する。

2 適用日

本日より適用する。

(別添)

新旧対照表

「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第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」

改正後	現行
(別紙) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準 第1～5 (略) 第6 五類感染症 1～3 (略) 4 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。) (1)～(4) (略) 5～49 (略) 第7・第8 (略) 別記様式1～5－3 (略)	(別紙) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準 第1～5 (略) 第6 五類感染症 1～3 (略) 4 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。) (1)～(4) (略) 5～49 (略) 第7・第8 (略) 別記様式1～5－3 (略)

別添様式5－4

1. 急性灰白髄炎との鑑別のため、診断後速やかに病原体検査のための検体を採取し、検査結果を待つことなく、出来るだけ速やかに管轄の保健所へ急性弛緩性麻痺の届出をしていただきますようお願いいたします。
2. 届出後、病原体検査により急性灰白髄炎と診断された場合については、届出の取り下げ等にご協力いただきますようお願いいたします。
3. 届出後、病原体検査によりポリオウイルス以外の病原体が検出された場合は、追加での記載にご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式5－4

急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第5項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名	
従事する病院・診療所の名称	
上記病院・診療所の所在地（※）	
電話番号（※）	
（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）	
1 診断（検案）した者（死体）の類型	
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	
2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（ 月）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域等
1) 病原体（ ）		①感染地域（確定・推定）
2) 病原体不明		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
4 ①弛緩性麻痺		② 国外（ 国
症状・所見		詳細地域（ ）
・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・呼吸筋・顔面・他（ ）		③ポリオ含有ワクチン接種歴
・深部腱反射低下 ・膀胱直腸障害 ・瞳孔散大		1 回目有（ 月） ・無 ・不明
・筋萎縮、筋肉痛・頭痛、髄液蛋白質増加		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
・髄液細胞数増加・発熱、嘔吐、咳・鼻汁		接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）
・下痢、嘔吐、便秘、腹痛・意識障害・感覚障害		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
・小脳症状・不随意運動・腎臓の画像異常所見		④ 2 回目有（ 月） ・無 ・不明
・その他（ ）		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
5 ①次の①～④の全ての要件を満たすことを確認		接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）
②急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が24時間以上消失しなかった者		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
③明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙攣性麻痺でないこと		⑤ 3 回目有（ 月） ・無 ・不明
6 初診年月日 令和 年 月 日		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
7 診断（検案（※））年月日令和 年 月 日		接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）
8 感染したと推定される年月日令和 年 月 日		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
9 発病年月日（※） 令和 年 月 日		その他：海外でポリオ含有ワクチンの接種歴がある場合（生・IPV含有ワクチン・不明）
10 死亡年月日（※） 令和 年 月 日		接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明）
		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
11 感染原因・感染経路・感染地域等		⑥検査の実施
①感染原因・感染経路（確定・推定）		・血液（採取： 月 日）結果：（ ）
1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：（ ））		・髄液（採取： 月 日）結果：（ ）
2 接触感染（接触した人・物の種類・状況：（ ））		・呼吸器由来検体（内容：（ ））
3 経口感染（飲食物の種類・状況：（ ））		（採取： 月 日）結果：（ ）
4 その他（ ）		・便検査 1 回目（採取： 月 日）結果：（ ）
		・尿検査 2 回目（採取： 月 日）結果：（ ）
		・その他（詳細）（ ）
		（採取： 月 日）結果：（ ）

（1,2,4,11 欄は該当する番号等を○で囲み、3,6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4, 11 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

別添様式5－5～24（略）

別記様式6（略）

別添様式5－4

1. 急性灰白髄炎との鑑別のため、診断後速やかに病原体検査のための検体を採取し、検査結果を待つことなく、出来るだけ速やかに管轄の保健所へ急性弛緩性麻痺の届出をしていただきますようお願いいたします。
2. 届出後、病原体検査により急性灰白髄炎と診断された場合については、届出の取り下げ等にご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式5－4

急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名	
従事する病院・診療所の名称	
上記病院・診療所の所在地（※）	
電話番号（※）	
（※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）	
1 診断（検案）した者（死体）の類型	
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体	
2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（ 月）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域
1) 病原体（ ）		①感染原因・感染経路（確定・推定）
2) 病原体不明		1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況：（ ））
4 ①弛緩性麻痺		2 接触感染（接触した人・物の種類・状況：（ ））
症状・所見		3 経口感染（飲食物の種類・状況：（ ））
・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・呼吸筋・顔面・他（ ）		4 その他（ ）
・深部腱反射低下 ・膀胱直腸障害 ・瞳孔散大		②感染地域（確定・推定）
・筋萎縮、筋肉痛・頭痛、髄液蛋白質増加		1 日本国内（ 都道府県 市区町村）
・髄液細胞数増加・発熱、嘔吐、咳・鼻汁		2 国外（ 国
・下痢、嘔吐、便秘、腹痛・意識障害・感覚障害		詳細地域（ ）
・小脳症状・不随意運動・腎臓の画像異常所見		③ポリオウイルス検査の実施（有・無）
・その他（ ）		④ポリオ含有ワクチン接種歴
5 ①次の①～④の全ての要件を満たすことを確認		1 回目有（ 月） ・無 ・不明
②急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が24時間以上消失しなかった者		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
③明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙攣性麻痺でないこと		接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）
6 初診年月日 令和 年 月 日		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
7 診断（検案（※））年月日 令和 年 月 日		⑤ 2 回目有（ 月） ・無 ・不明
8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
9 発病年月日（*） 令和 年 月 日		接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）
10 死亡年月日（※） 令和 年 月 日		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
		⑥ 3 回目有（ 月） ・無 ・不明
		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
		接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明）
		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
		⑦ 4 回目有（ 歳） ・無 ・不明
		ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明）
		接種年月日（S・H・R 年 月 日 ・不明）
		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）
		その他：海外でポリオ含有ワクチンの接種歴がある場合（生・IPV含有ワクチン・不明）
		接種年月日（H・R 年 月 日 ・不明）
		製造会社/Lot 番号（ / ・不明）

（1,2,4,11 欄は該当する番号等を○で囲み、3,6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4, 11 欄は、該当するものすべてを記載すること。）

別添様式5－5～24（略）

別記様式6（略）

4 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）

（１）定義

ウイルスなどの種々の病原体の感染により弛緩性の運動麻痺症状を呈する感染症である。

（２）臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、手足や呼吸筋などに筋緊張の低下、筋力低下、深部腱反射の減弱ないし消失、筋萎縮などの急性の弛緩性の運動麻痺症状を呈する。発症機序が同一ではないが、同様の症状を呈するポリオ様麻痺、急性弛緩性脊髄炎、急性脳脊髄炎、急性脊髄炎、ギラン・バレー症候群、急性横断性脊髄炎、Hopkins 症候群等もここには含まれる。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、（４）届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を７日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者の死体を検案した結果、症状や所見から、急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、（４）の届出のために必要な要件を満たすと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を７日以内に行わなければならない。

（４）届出に必要な要件（３つすべてを満たすもの）

ア	１５歳未満
イ	急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が２４時間以上消失しなかった者
ウ	明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙性麻痺でないこと

1. 急性灰白髄炎との鑑別のため、診断後速やかに病原体検査のための検体を採取し、検査結果を待つことなく、出来るだけ速やかに管轄の保健所へ急性弛緩性麻痺の届出をしていただきますようお願いいたします。
 2. 届出後、病原体検査により急性灰白髄炎と診断された場合については、届出の取り下げ等にご協力いただきますようお願いいたします。
 3. 届出後、病原体検査によりポリオウイルス以外の病原体が検出された場合は、追加での記載にご協力いただきますようお願いいたします。

別記様式 5-4

急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）発生届

都道府県知事（保健所設置市長・特別区長） 殿

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第12条第1項（同条第6項において準用する場合を含む。）の規定により、以下のとおり届け出る。

報告年月日 令和 年 月 日

医師の氏名 _____
 従事する病院・診療所の名称 _____
 上記病院・診療所の所在地（※） _____
 電話番号（※）（ ） - _____
 （※病院・診療所に従事していない医師にあっては、その住所・電話番号を記載）

1 診断（検案）した者（死体）の類型
・患者（確定例） ・感染症死亡者の死体

2 性別	3 診断時の年齢（0歳は月齢）
男・女	歳（ か月）

病 型		11 感染原因・感染経路・感染地域等	
1) 病原体（ ） 2) 病原体不明		②感染地域（ 確定・推定 ） 1 日本国内（ 都道府県 市区町村） 2 国外（ 国 詳細地域 ）	
4 症状・所見	・弛緩性麻痺 左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・呼吸筋・顔面・他（ ） ・深部腱反射低下 ・膀胱直腸障害 ・瞳孔散大 ・筋萎縮・筋肉痛・頭痛・髄液蛋白質増加 ・髄液細胞数増加・発熱・喘鳴・咳・鼻汁 ・下痢・嘔吐・便秘・腹痛・意識障害・感覚障害 ・小脳症状・不随意運動・脊髄の画像異常所見 ・その他（ ）	③ポリオ含有ワクチン接種歴 1 回目有（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明） 2 回目有（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明） 3 回目有（ か月）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明） 4 回目有（ 歳）・無・不明 ワクチンの種類（生・IPV・DPT-IPV・不明） 接種年月日（S・H・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明） その他：海外でポリオ含有ワクチンの接種歴がある場合（生・IPV 含有ワクチン・不明） 接種年月日（H・R 年 月 日・不明） 製造会社/Lot 番号（ / ・不明）	
	5 診断方法	④検査の実施 ・血液（採取： 月 日）結果： ・髄液（採取： 月 日）結果： ・呼吸器由来検体（内容： ） （採取： 月 日）結果： ・便検査1回目（採取： 月 日）結果： ・便検査2回目（採取： 月 日）結果： ・その他（詳細 ） （採取： 月 日）結果：	
6 初診年月日 令和 年 月 日 7 診断（検案（※））年月日 令和 年 月 日 8 感染したと推定される年月日 令和 年 月 日 9 発病年月日（*） 令和 年 月 日 10 死亡年月日（※） 令和 年 月 日			
11 感染原因・感染経路・感染地域等			
①感染原因・感染経路（確定・推定） 1 飛沫・飛沫核感染（感染源の種類・状況： ） 2 接触感染（接触した人・物の種類・状況： ） 3 経口感染（飲食物の種類・状況： ） 4 その他（ ）			

（1, 2, 4, 11 欄は該当する番号等を○で囲み、3, 6 から 10 欄は年齢、年月日を記入すること。

（※）欄は、死亡者を検案した場合のみ記入すること。

（*）欄は、患者（確定例）を診断した場合のみ記入すること。

4, 11 欄は、該当するものすべてを記載すること。）