

日医発第 1668 号（健Ⅱ）
令和 8 年 1 月 16 日

都道府県医師会
感染症危機管理担当理事 殿

日本医師会感染症危機管理対策室長
笹 本 洋 一

急性弛緩性麻痺（AFP）の情報提供について（周知）

今般、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より各都道府県等衛生主管部（局）長宛に標記の通知が発出されるとともに、本会宛に情報提供がございました。

本通知は、令和 7 年 11 月に開催された第 31 回 WHO 西太平洋地域ポリオ根絶認定委員会において、AFP サーベイランスの重要性が改めて指摘され、また、令和 7 年 4 月より国立感染症研究所は国立健康危機管理研究機構に改組されたことを踏まえ、同機構から求めがあった場合は、都道府県等は別紙の「急性弛緩性麻痺症例 60 日後追跡報告書」を用いて同機構へ提供することをお願いするものです。

なお、ポリオを除く AFP（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）について診断した医師は、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事へ届出を行うことが義務づけられています。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会管下の郡市区医師会並びに関係医療機関等へのご周知方につきご高配を賜りますようお願い申し上げます。

感感発0115第13号
令和8年1月15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（AFP）の情報提供について（周知）

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。）第12条第1項の規定により、AFPを診断した医師が届出を行うよう義務づけられています。

同項の規定に基づき届出のあったAFPの症例について、国立感染症研究所への情報提供依頼を感感発0822第20号においてお示ししているところですが、令和7年4月より新たに国立健康危機管理研究機構に改組されたことも踏まえ、改めて国立健康危機管理研究機構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「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項の規定に基づき、当該機構へ提供していただくようお願いいたします。

また、令和7年11月に開催された第31回WHO西太平洋地域ポリオ根絶認定委員会において、AFPサーベイランスの重要性が改めて指摘されたところであります。AFPの届出に関しては、ポリオ様麻痺に加え、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症候群等が急性弛緩性麻痺（AFP）の届出基準の対象となることについて改めて周知いたします。

貴職におかれましては、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。

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1）「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」（抜粋）

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

(参考2)

- 「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3版）

<https://www.mhlw.go.jp/content/001446930.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>

- 感染症対策部フォトレポート

（第31回 WHO 西太平洋地域ポリオ根絶認定委員会（RCC））

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kekkaku-kansenshou/photo_report_06index.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						