

2015年秋に国内で多発したAFP症例について、臨床症状・疫学情報の解析に加えて、二次調査により得られた画像所見、神経学的所見についても詳細に解析し、日本小児科学会、日本小児神経学会等とともに、次の流行に備えた対策について検討する予定である。

現時点の集計では、AFP症状を認めたヘテロな集団を見ている可能性が考えられるため、画像所見、神経学的所見を解析して、米国等で注目されている急性弛緩性脊髄炎症例についてその特徴を明らかにし、次の流行に備えられるような解析を予定している。

E. 結論

2015年秋に国内でAFP症例が多発した。感染症法に基づく積極的疫学調査（一次調査）の結果を2016年3月22日現在で集計すると（暫定値）、全国31都府県から100例のAFP症例が報告された。2015年9月に麻痺発症のピークがあり、年齢中央値は5歳（0歳1か月～71歳）で、男女比はほぼ同等であった。単麻痺が37件と最も多く、対麻痺（31件）、四肢麻痺症例（23件）も多く認められた。顔面（神経）麻痺（6件）や膀胱直腸障害（4件）を認めた症例も散見された。一次調査では麻痺発症後に髄液細胞数増加、脊髄のMRIで異常所見を認めた症例がそれぞれ44%、54%存在したが、今後は二次調査結果を用いて、検査の時期等も勘案した経時的な解析が必要である。また麻痺発症前に発熱や呼吸器症状を認めた者がそれぞれ66%、45%存在したがこれについても今後は二次調査の結果を詳細に解析する必要がある。病原体検索は、感染症法に基づく積極的疫学調査の枠組みで現在進行中であり、今後は病原体との関連につ

いての解析も必要である。

中南米でのジカウイルス感染症の流行（AFP症状を認めるギラン・バレー症候群との関連が示唆されている）、海外にはまだポリオが流行している国があることから、ポリオウイルスやジカウイルスの国内侵入の監視、EVD68感染症の次の流行に備えて、早期診断（病原体検索を含む）に繋げるためには、感染症法に基づくAFPサーベイランスの導入について検討する必要があると考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

多屋馨子：緊急フォーラム「エンテロウイルスD68感染症：多発する急性弛緩性麻痺と重症呼吸障害の原因か？」原因不明の重症疾患多発時の急性期検体確保の重要性～急性弛緩性麻痺例の経験から～. 第47回日本小児感染症学会総会・学術集会. 2015年10月. 福島県福島市.

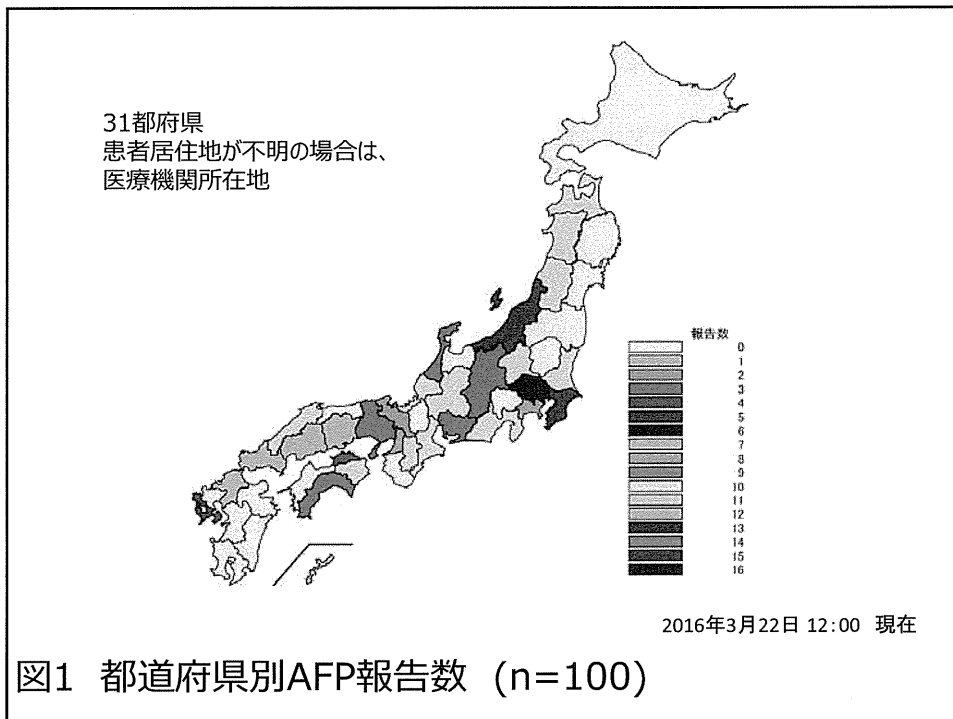
多屋馨子：ワクチン関連トピックス2015～ワクチンの有効性と安全性～. 第19回日本ワクチン学会学術集会. 2015年11月. 愛知県犬山市

多屋馨子：新型ウイルス感染症（エンテロウイルスD68, ノロウイルス, ジカウイルスなど. 第101回東京小児科医会学術講演会. 2016年3月. 東京都新宿区

G. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

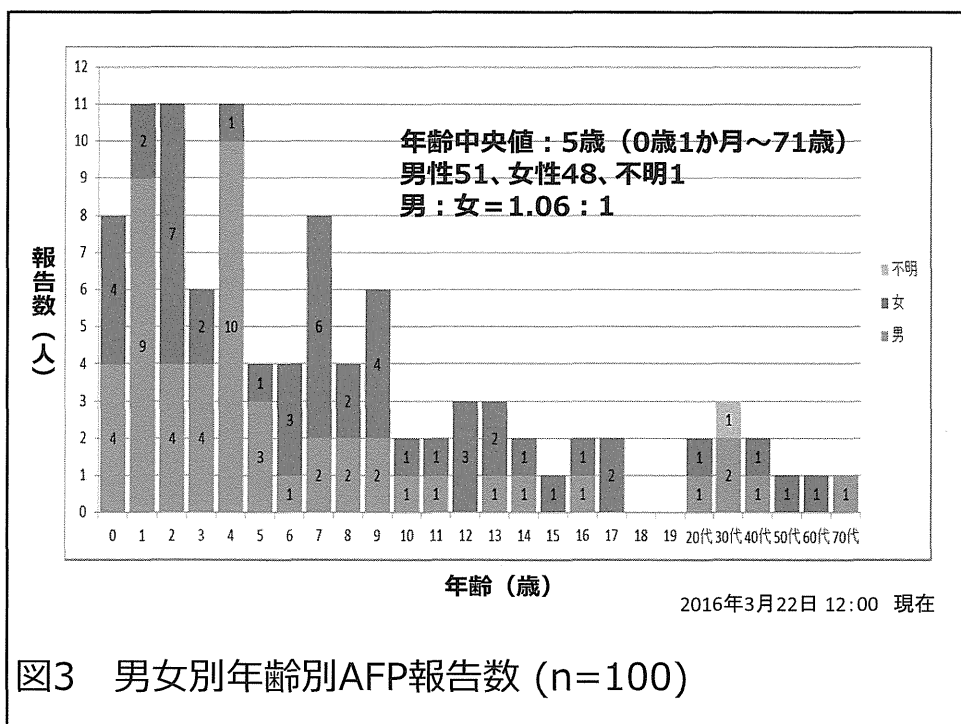
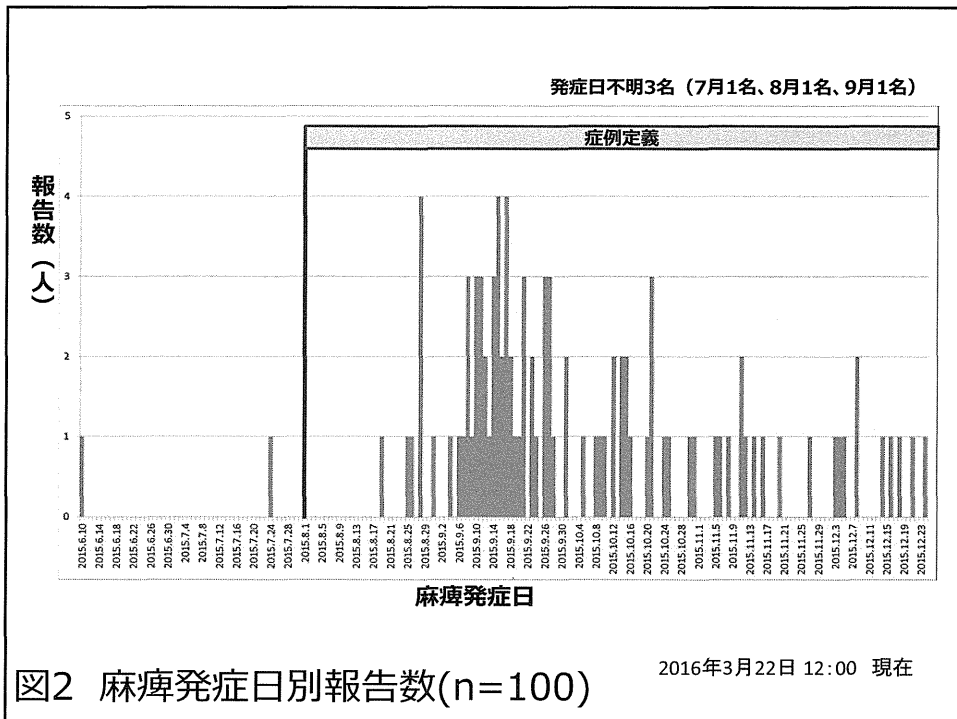
特になし



| 都道府県 | 報告数 | 都道府県 | 報告数 |
|------|-----|------|-----|
| 青森県 | 1 | 三重県 | 1 |
| 秋田県 | 1 | 京都府 | 2 |
| 山形県 | 1 | 大阪府 | 8 |
| 茨城県 | 1 | 兵庫県 | 3 |
| 群馬県 | 1 | 奈良県 | 1 |
| 埼玉県 | 6 | 島根県 | 1 |
| 東京都 | 16 | 岡山県 | 2 |
| 千葉県 | 5 | 広島県 | 2 |
| 神奈川県 | 8 | 山口県 | 2 |
| 新潟県 | 5 | 香川県 | 4 |
| 長野県 | 3 | 徳島県 | 1 |
| 岐阜県 | 1 | 高知県 | 3 |
| 静岡県 | 1 | 福岡県 | 7 |
| 愛知県 | 3 | 長崎県 | 4 |
| 石川県 | 3 | 沖縄県 | 2 |
| 福井県 | 1 | 合計 | 100 |

2016年3月22日 12:00 現在

表1 都道府県別AFP報告数 (n=100)

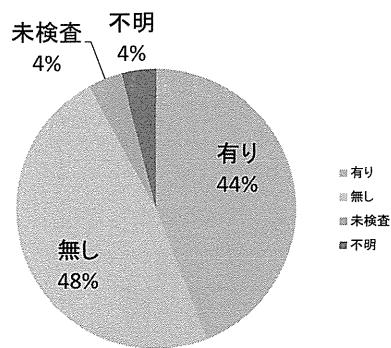


| 麻痺の部位 (ピーク時) | 症例数 |
|--|-----|
| 単麻痺 (上肢) | 13 |
| 単麻痺 (右上肢) | 6 |
| 単麻痺 (左上肢) | 3 |
| 単麻痺 (下肢) | 7 |
| 単麻痺 (左下肢) | 4 |
| 単麻痺 (右下肢) | 3 |
| 単麻痺 | 1 |
| 片麻痺 | 3 |
| 片麻痺 (右) + 末梢性右顔面神経麻痺 + 立位保持困難 | 1 |
| 対麻痺 | 25 |
| 対麻痺 + 右上肢麻痺 + 体幹頸部保持不可 | 1 |
| 対麻痺 + 両側顔面麻痺 | 1 |
| 対麻痺 + 体動困難 + 膀胱直腸障害 | 1 |
| 対麻痺 + 膀胱直腸障害 | 1 |
| 対麻痺 + 感覚障害 + 膀胱直腸障害 (尿閉) | 1 |
| 対麻痺 + 単麻痺 (右上肢) + 三肢不全麻痺 | 1 |
| 四肢麻痺 | 20 |
| 四肢麻痺 + 両側顔面麻痺 + 瞳孔散大 | 1 |
| 四肢麻痺 + 呼吸停止 | 1 |
| 四肢麻痺 + 顔面麻痺 | 1 |
| 膀胱直腸障害 | 1 |
| 顔面神経麻痺 (両側)、第5, 7, 8, 9, 10, 11, 12脳神経麻痺 | 1 |
| 顔面神経麻痺、上肢弛緩性麻痺 | 1 |
| 両側握力低下、下肢筋力低下 | 1 |
| 鎮静中につき評価不能 | 1 |
| 合計 | 100 |

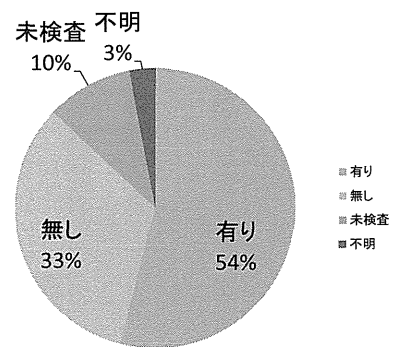
表2 症状ピーク時の麻痺の部位(n=100)

2016年3月22日 12:00 現在

髄液細胞数増加(n=100)



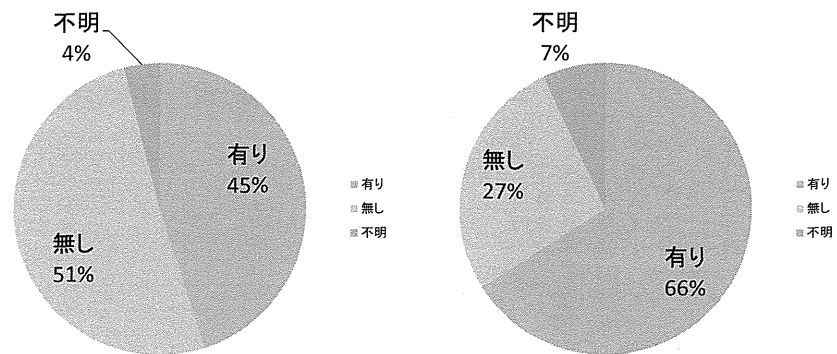
脊髄MRI異常所見(n=100)



2016年3月22日 12:00 現在

図4 髄液検査、脊髄MRI検査結果

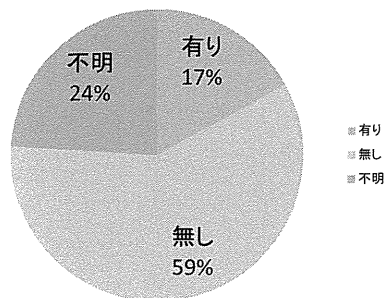
呼吸器症状の有無(n=100) 発熱の有無(n=100)



2016年3月22日 12:00 現在

図5 麻痺発症前の呼吸器症状、発熱の有無

筋萎縮の有無(n=100)



2016年3月22日 12:00 現在

図6 麻痺発症後の筋萎縮の有無

| 検出病原体 |
|-------------------------|
| EV-D68(咽頭ぬぐい液：PCR) |
| EV-D68(咽頭ぬぐい液：PCR) |
| EV-D68(咽頭ぬぐい液：分離) |
| EV-D68(咽頭ぬぐい液：PCR) |
| EV-D68(後鼻腔ぬぐい液：PCR) |
| エンテロウイルス（髄液：PCR) |
| エンテロウイルス（便） |
| エンテロ/ライノウイルス（髄液、血清：PCR) |
| ライノウイルス（咽頭ぬぐい液） |
| ライノウイルス（便：PCR) |
| エコーウイルス3（便） |
| エコーウイルス16 |
| エコーウイルス18（咽頭ぬぐい液、便） |
| エコーウイルス25 |
| CoxA9（便：PCR) |
| CoxB3(髄液：PCR) |
| ボツリヌス毒素（便） |
| 肺炎球菌（咽頭ぬぐい液：NGS) |
| マイコプラズマ（迅速検査） |

※上記以外は、現在検討中、あるいは急性期の検体が保管されていない。

2016年3月22日 12:00 現在

表3 二次調査の時点で既に検出されていた病原体

事務連絡

平成 27 年 10 月 21 日

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 衛生主管部（局）
感染症対策担当課 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

急性弛緩性麻痺（AFP）を認める症例の実態把握について（協力依頼）

標記について、今年 8 月以降、小児を中心にポリオ様麻痺に類似した原因不明の急性弛緩性麻痺（AFP: Acute Flaccid Paralysis）の症例が相次いで国立感染症研究所（以下「感染研」という）に報告されており、その一部にエンテロウイルス D68（EV-D68）が咽頭スワブから検出される例が含まれていました。

また、EV-D68 については、昨年米国において、EV-D68 感染に伴う小児の重症呼吸不全症例が 1,000 例を超えて報告され、その一部に、急性弛緩性麻痺症状が見られたとの報告がありました。

日本においては、平成 17 年以降、主に呼吸器症状を呈する患者の検体から、EV-D68 が検出された症例が 200 例以上報告されていますが、急性弛緩性麻痺を呈する症例はほとんど報告されていませんでした。

感染研及び日本小児科学会等の専門家の見解では、標記症例については、届出疾患であるポリオとの鑑別が必要であること、また、米国の事例を踏まえれば、ポリオウイルス以外の感染症の可能性も示唆されること等から、本件に関する原因究明のための実態調査が重要とされております。

以上の状況を踏まえ、当分の間、本件に係る調査を積極的疫学調査の一環として感染研にて行うこととしましたので、貴課におかれましては、以下の対応につき御協力いただくとともに、関係機関に周知いただきますよう、よろしく申し上げます。

記

1. 本年 8 月 1 日以降、症例定義（別紙 1）に該当する急性弛緩性麻痺を認める症例について医療機関から報告があった場合には、別添様式への記入依頼とともに、可能な限

り、地方衛生研究所等において、ポリオウイルスを含む病原体を検出するための検査を実施されたい。なお、地方衛生研究所における当該検査費用については、感染症発生動向調査事業負担金の対象となることを申し添える。

2. 上記1の検査を実施し、病原体が確認された場合には、その検査結果等について、別添様式により、感染研に報告されたい。また、必要に応じて感染研の助言に基づき検体を送付し、感染研において原因究明に係る詳細な解析を行うこと。
3. 上記1の検査を実施し、病原体が確認されない場合又は地方衛生研究所等での検査が困難と判断された場合等については、感染研において詳細な解析を行うことができるので、以下の連絡先に連絡されたい。
4. 本依頼により報告された症例については、後日、厚生労働省又は感染研から都道府県及び医療機関等に対し、検体の送付を依頼し、原因究明のための追加調査等を行う場合があるので、可能な限り、別紙2の方法による検体の保存にご協力いただきたい。

感染研連絡先

- (1) 別添様式の送付先及び症例定義（症状）に関する問い合わせ先

多屋馨子（たやけいこ）

研究機関：国立感染症研究所 感染症疫学センター

連絡先：TEL 03-5285-1111（代） FAX 03-5285-1129

Email: ktaya@niid.go.jp

- (2) 検体送付に関する問い合わせ先

藤本嗣人（ふじもとつぐと）

研究機関：国立感染症研究所 感染症疫学センター

連絡先：TEL 03-5285-1111（代） FAX 03-5285-1129

Email: fujimo-t@niid.go.jp

- (3) 検査方法に関する問い合わせ先

清水博之（しみずひろゆき）

研究機関：国立感染症研究所 ウイルス第二部

連絡先：TEL042-561-0771（代） FAX042-561-4729

Email: hshimizu@niid.go.jp

参考資料

別紙 1 : 症例定義について

別紙 2 : 病原体検査のために必要な検体採取、保存方法について

別添様式 : 医療機関記入様式

● IASR 2015 年 10 月

エンテロウイルス D68 型が検出された、急性弛緩性脊髄炎を含む 8 症例—さいたま市

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/entero/entero-iasrs/6004-pr4286.html>

● IASR 2015 年 10 月

エンテロウイルス D68 型が検出された小児 4 症例—東京都

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/entero/entero-iasrs/5966-pr4281.html>

● IASR Vol. 35 p. 250: 2014 年 10 月号

エンテロウイルス D68 に関連した重症呼吸器疾患、2014 年—米国ミズーリ州とイリノイ州

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/id/980-disease-based/a/entero/idsc/iasr-out/5031-fr4161.html>

● IASR Vol. 35 p. 295- 296: 2014 年 12 月号

エンテロウイルス D-68 型が検出された小児・乳児の 4 症例—広島県

<http://www.nih.go.jp/niid/ja/id/981-disease-based/a/entero/idsc/iasr-in/5219-kj4184.html>

● IASR Vol. 30 p. 12-13:2009 年 1 月号

CODEHOP PCR によるエンテロウイルス同定

<http://idsc.nih.go.jp/iasr/30/347/dj3478.html>

別紙1 症例定義について

症例定義：

平成27年8月1日以降、同年12月31日までに、急性弛緩性麻痺を認めて、24時間以上入院した者

ただし、血管障害、腫瘍、外傷などの確定診断がなされ、明らかに感染性とは異なる症例は除外する。

補足説明：

- 1) 症例定義の「急性弛緩性麻痺」には、急性弛緩性麻痺（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、単麻痺、Hopkins 症候群等と診断されている症例を含む。
- 2) 年齢を問わないが、小児での報告例が多いと考えられている。

別紙2 病原体検査のために必要な検体採取、保存方法について

検査のために必要な検体

1. 麻痺初発日の5点セット（麻痺初発日が望ましい。遅くとも発症後数日以内）
 - 1) 急性期の血液（EDTA 加血）
 - 2) 髄液検体
 - 3) 呼吸器由来検体（後鼻腔ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、後鼻腔吸引液、下気道由来検体など：可能であれば複数）
 - *人工呼吸管理中の場合は、気管内吸引液等
 - 4) 便
 - 5) 尿
2. 急性期と回復期のペア血清（ γ グロブリン製剤を投与する場合は、投与前、投与後1, 3, 6か月）

検体採取時の留意点

1. 髄液・呼吸器由来検体・便・尿は、採取後できる限りベッドサイドですぐに氷上に置いて保冷し、EDTA 加血は、採取後固まらないように室温で混和する。
2. 検体採取容器については、各医療機関の採取容器（滅菌）を使用。
 - 1) 血液（EDTA 加血）・・・各医療機関の採取容器を使用。1mL 程度採取する。
 - 2) 髄液検体・・・各医療機関の採取容器（滅菌スピッツ）を使用。1mL 程度採取する。
 - 3) 呼吸器由来検体・・・滅菌綿棒で咽頭あるいは後鼻腔を十分にぬぐい、1mL の生理食塩水（あるいは PBS、VTM：ウイルス搬送用培地）を滅菌スピッツに入れてその中でよく攪拌する。スワブの綿球部分が乾燥しない様に棒部分を折って短くし、入れたままにする。スピッツ管を立てて凍結する。鼻腔吸引液、人工呼吸管理中は気管支吸引液を滅菌容器に吸引する。採取後可能な限り速やかに氷上に置く。
 - (ア)複数検体の採取が望ましい。
 - (イ)滅菌綿棒は、もしあればフロックドスワブが望ましい。
 - (ウ)生理食塩水（もしあれば PBS）追加は乾燥防止目的。希釈されるため必要最小限（1 mL 未満）が望ましい。
 - (エ)抗菌薬や、BSA（ウシ血清）等のキャリア蛋白が入った VTM（ウイルス搬送用培地）はウイルス分離、PCR には適しているが、次世代シーケンサーによる解析は困難となる。

(オ)後鼻腔/咽頭をぬぐった綿棒は、細菌培養用の寒天培地には入れない。

- 4) 便・・・各医療機関の採取容器（採便用容器）を使用。十分量採取する。
- 5) 尿・・・各医療機関の採取容器を使用（滅菌スピッツ）。5mL程度採取する。
- 6) 血清・・・各医療機関の採取容器（血清分離剤入りの容器）に1～2mL程度採血し、遠心分離したのち上清（血清成分）を採取する。

検体保管・送付時の留意点

1. 保管容器：血清保管チューブ（スクリューキャップチューブ）等を用い、検体採取日、検体の種類（検体採取部位）、各医療機関で照合可能な識別番号を記載。
2. 各検体ともに小分けで（できれば3個以上） -70°C 以下に凍結保管する。 -70°C 以下の冷凍庫がない場合は、 -20°C 以下に保管する。家庭用冷蔵庫の冷凍室は霜取り装置がついており保管には不適。
 - 必要量（全血：各0.2mL以上、髄液：各0.2mL以上、尿：各0.2mL以上、便：各0.5g程度、乳剤にしても可。）
3. すぐに検査部・検査（研究）機関に搬送可能な場合は、凍結せずに、冷蔵のまま速やかに搬送する場合もあるが、長期間の冷蔵保存、室温保存は不可。
4. 凍結融解が繰り返された検体、長期間冷蔵保管あるいは室温保管された検体は、ウイルス（遺伝子）の分離（検出）が困難となる。

※ 可能な限り上記での送付が望ましいが、難しい場合は感染研にお問い合わせ下さい。

医療機関記入様式

- 一つの医療機関で複数の患者さんがいらっしゃる場合は、患者さんお一人につき一枚ご回答ください
(なお、13. の項目については、医療機関で代表してお一人の患者さんの様式にご記入ください。)

1. 発症日：((1) と (2) の両方について御記入ください)

(1) 症状初発日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (初発症状の種類： _____)

(2) 麻痺症状発現日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

2. 年齢 (0 歳の場合は月齢)： _____ 歳 (0 歳の場合は、 _____ か月)

3. 性別： _____

4. 患者さんの居住都道府県名： _____ 都・道・府・県

5. 臨床診断名： _____

6. 麻痺の部位： ①発症時： 単麻痺 (上肢・下肢)、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺

②症状ピーク時：単麻痺 (上肢・下肢)、四肢麻痺、対麻痺、片麻痺

7. 筋委縮の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の _____ 前 ・ _____ 後)

8. 髄液細胞数の増加の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の _____ 前 ・ _____ 後)

9. 脊髄 MRI の異常所見の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の _____ 前 ・ _____ 後)

10. 発熱の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の _____ 前 ・ _____ 後)

11. 喘息様症状の有無： _____ 有り ・ _____ 無し (有りの場合麻痺の _____ 前 ・ _____ 後)

12. ポリオワクチン接種歴の有無： IPV _____ 回 DPT-IPV _____ 回 OPV _____ 回

13. 2013年1年間、2014年1年間、2015年1-7月に同じ病院に急性弛緩性麻痺で入院された患者さんの数

(ア) 2013年1年間： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

(イ) 2014年1年間： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

(ウ) 2015年1-7月： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

(エ) 2015年8月以降： _____ 例 (脊髄性 _____ 例、ギラン・バレー症候群 _____ 例)

14. 主治医の先生のお名前、貴病院名、診療科名、連絡先

お名前： _____

貴病院名： _____ 診療科名： _____

メールアドレス： _____

以上です。ご協力どうもありがとうございました。

急性弛緩性麻痺に関する臨床調査質問票

記載日時： 年 月 日

基礎情報

- 退院時臨床診断名（いずれかに○を付け、その他の場合は診断名をご記入ください）：急性弛緩性脊髄炎、急性横断性脊髄炎、ギラン・バレー症候群（急性炎症性脱髄性ポリニューロパチー、急性運動性軸索型ニューロパチー）、Hopkins 症候群、画像上脳幹病変を有する急性脳神経障害、その他（診断名_____）
- 年齢（麻痺発症時）：_____歳_____月
- 性別：_____
- 居住都道府県（麻痺発症時）：_____都・道・府・県_____
- 神経・筋疾患既往：無し・不明・有り：病名_____）
- 基礎疾患
 免疫不全状態（無し・不明・有り：病名_____）
 ステロイド以外の免疫抑制剤使用（半年以内）（無し・不明・有り：年 月 日～年 月 日）
 全身投与ステロイド使用（半年以内）（無し・不明・有り：年 月 日～年 月 日）
 気管支喘息（無し・不明・有り）
 喘鳴の既往（無し・不明・有り）…喘鳴の確定診断はないが、喘鳴を繰り返した既往の有無
 その他（無し・不明・有り：病名_____）
- その他：（家族歴などで特記すべきことがありましたら記載してください）
 家族歴：両親いずれかの喘息（無し・不明・有り）
 その他特記すべきこと（_____）

ポリオワクチン接種歴

- 生ワクチン（経口接種）：無し・不明・有り（回数：_____）
- 不活化ワクチン：無し・不明・有り（IPV：_____回；DPT-IPV：_____回）
- 神経症状発症 1 か月前の他のワクチン接種歴：無し・不明・有り（種類：_____）

発症状況（麻痺症状が出現するまでの 3 週間以内のものとしてご記入ください）

- 前駆症状：無し 有りは以下に記載
 呼吸器症状（無し・有り：咽頭痛・鼻汁・咳嗽・喘鳴）
 消化器症状（無し・有り：嘔吐・下痢・腹痛）
 筋肉痛（無し・有り）
 その他（無し・有り：_____）

2. 周囲に流行性疾患：無し・有り：_____)
3. 前駆症状初発日：西暦 2015 年 _____ 月 _____ 日
4. 麻痺症状発現日：西暦 2015 年 _____ 月 _____ 日
5. 発熱：無し・有り (_____ 月 _____ 日から _____ 日間、最高体温 _____ °C)
6. 前駆症状に対する全身性ステロイド投与：無し・有り

神経症状

1. 麻痺の部位：（回復時は、最も回復した時もしくは最後に確認した時を記載してください）
- ①発症日(2015年 月 日) 麻痺部位：右上肢・左上肢・右下肢・左下肢、その他 _____
- ②ピーク時(2015年 月 日) 麻痺部位：右上肢・左上肢・右下肢・左下肢、その他 _____
- ③回復時(_____ 年 月 日) 麻痺部位：右上肢・左上肢・右下肢・左下肢、その他 _____
- 麻痺症状の発症様式：急性（時間単位、24hr 以内、48hr 以内）・亜急性（72hr 以上）・慢性（1週間～）・不明
経過中に症状の動揺性：無し・有り
- 麻痺の内容： _____
2. 筋力（徒手筋力テスト（MMT）により0～5の6段階でお答え下さい）（MMT:manual muscle testing※）
- ①ピーク時(2015年 月 日) MMT _____ (部位：)； _____ ()； _____ ()； _____ ()
- ②回復時(_____ 年 月 日) MMT _____ (部位：)； _____ ()； _____ ()； _____ ()

| ※徒手筋力テスト（MMT） | |
|---------------|--|
| 5（5/5）正常 | 強い抵抗を加えても、完全に運動できる。 上肢・下肢：拳上可能 |
| 4（4/5） | 重力以上の抵抗を加えても肘関節あるいは膝関節の運動を起こすことができる。 上肢：拳上できるが弱い 下肢：膝立て可能・下腿を拳上できる |
| 3（3/5） | 重力に拮抗して肘関節あるいは膝関節の運動を起せる。 上肢：ようやく拳上可能、保持は困難 下肢：膝立て可能、下腿の拳上は困難 |
| 2（2/5） | 重力を除外すれば、可動域で運動できる。 上肢・下肢：拳上できない（ベッド上で水平運動のみ） |
| 1（1/5） | 筋収縮は見られるが、肘関節あるいは膝関節の動きが見られない。 上下肢：筋収縮のみ |
| 0（0/5） | 筋収縮も見られない。 （完全麻痺） |

3. 急性脳炎・脳症症状の有無（意識障害やけいれんなど）：無し・有り（症状：_____）
 （症状出現日：2015年 月 日～）
4. 筋萎縮の有無： 無し・有り（部位：_____）、（症状出現日：2015年 月 日～）
5. 感覚障害： 無し・有り（しびれ・違和感・その他_____）、部位_____（症状出現日：2015年 月 日～）
6. 疼痛： 無し・有り（部位：_____）（症状出現日：2015年 月 日～）
7. 項部硬直： 無し・有り
8. 頭痛： 無し・有り
- 9 深部腱反射：
 （初診時）：消失(部位：_____)・減弱(部位：_____)・亢進(部位：_____)・正常・不明
 （ピーク時）：消失(部位：_____)・減弱(部位：_____)・亢進(部位：_____)・正常・不明
10. 脳神経症状： 無し・有り（複視・顔面麻痺・球麻痺・その他_____）
11. 小脳症状： 無し・有り（具体的に_____）
12. 不随意運動： 無し・有り（具体的に_____）
13. 膀胱直腸障害：無し・有り（尿閉・便失禁・肛門括約筋反射陰性・その他_____）
14. 視神経障害： 無し・有り（具体的に_____）

病原体関連

1. 検体採取日(検体採取部位)：((1)は、麻痺発症後2週間以内としてご記入ください)
- (1) 急性期5点セット採取日(検体採取部位)：2015年 月 日(_____)、2015年 月 日(_____)
 2015年 月 日(_____)、2015年 月 日(_____)、2015年 月 日(_____)
- (2) 急性期以降の検体採取日(検体採取部位)：____年 月 日(_____)、____年 月 日(_____)
- (3) 急性期と回復期のペア血清保存日：γグロブリン投与前 2015年 月 日、投与後1か月 ____年 月 日、
 投与後3か月 ____年 月 日、投与後6か月 ____年 月 日
2. これまでに検出された病原体（細菌・ウイルスを問わず）：無し・有り・未実施
- 検査結果：（検査日：2015年 月 日）：有り（病原体名：_____）（検出部位：_____）検出方法（_____）
- 検査結果：（検査日：2015年 月 日）：有り（病原体名：_____）（検出部位：_____）検出方法（_____）
- 検査結果：（検査日：2015年 月 日）：有り（病原体名：_____）（検出部位：_____）検出方法（_____）
- 検査結果：（検査日：2015年 月 日）：有り（病原体名：_____）（検出部位：_____）検出方法（_____）
- 検査結果：（検査日：2015年 月 日）：有り（病原体名：_____）（検出部位：_____）検出方法（_____）
3. 髄液単純ヘルペスウイルス PCR： 未検査・検査実施（結果：陽性・陰性・検査中）（検査日：2015年 月 日）
4. その他行われた検査と結果：_____

血液検査（複数回検査が実施されていればそれぞれ記載してください）

1. 抗核抗体： 無し・有り _____（検査日：____年 月 日）・未検査
2. 抗 AQP4 抗体：無し・有り _____ U/mL（検査日：____年 月 日）・未検査
3. 抗 MOG 抗体：無し・有り _____ 倍（検査日：____年 月 日）・未検査

4. 抗糖脂質抗体：無し・有り (検査日： 年 月 日)・未検査
 5. その他の自己抗体：無し・有り (検査日： 年 月 日)・未検査
 6. 免疫グロブリン(IVIG 投与前)： IgG _____mg/dL、IgA _____mg/dL、IgM _____mg/dL、
 IgE _____IU/mL(IVIG 投与後でも可)・RAST 陽性()・未検査

7. 神経症状出現後初回の血液検査 (匿名化した上で検査報告書の添付でも構いません)

WBC _____/μL (Neu _____%, Lym _____%, Eos _____%)、RBC _____×10⁴/μL、Hb _____g/dL、
 Ht _____%、Plt _____×10⁴/μL、TP _____g/dL、Alb _____g/dL、AST _____IU/L、ALT _____IU/L、
 LDH _____IU/L、CK _____IU/L、BUN _____mg/dL、Cr _____mg/dL、Na _____mEq/L、K _____mEq/L、
 Cl _____mEq/L、CRP _____mg/dL

初回髄液検査(検査日：2015年 月 日)

1. 細胞数： _____/μL (多核球 _____%、単核球 _____%)
 2. 蛋白： _____mg/dL
 3. 糖： _____mg/dL
 4. ミエリン塩基性蛋白： _____pg/mL・未検査
 5. オリゴクロナールバンド：陽性・陰性・未検査
 6. IgG index： _____・未検査
 7. 乳酸： _____mg/dL、ピルビン酸： _____mg/dL・未検査
 8. 再検時の結果 (2015年 月 日)：細胞数 _____/μL (多核球 _____%、単核球 _____%)、蛋白 _____mg/dL・未検査

初回画像検査(検査日：2015年 月 日) (匿名化した上で CD-ROM で情報の提供をお願いします)

1. 大脳病変：無し・有り： _____
 2. 小脳病変：無し・有り： _____
 3. 脳幹病変：無し・有り： _____
 4. 脊髄病変：無し・有り： _____
 5. 脊髄の縦走病変：無し・有り(部位) _____ 椎体 _____個分
 6. 脊髄の病変局在：灰白質(前角、後角、中心部)・白質・灰白質白質両方・不明
 7. Gd 造影効果：無し・有り(後根、円錐、馬尾神経、その他 _____)。
 8. 再検時の結果：(検査日 年 月 日) _____
 (検査日 年 月 日) _____

初回神経生理(検査日：2015年 月 日) (匿名化した上で検査報告書の添付をお願いします)

1. 神経伝導速度： (実施・未実施)
 運動神経：部位 _____、所見 _____

感覚神経：部位 _____、所見 _____

F波：部位 _____、所見 _____

その他の所見： _____

2. 筋電図：（実施・未実施）

部位 _____、所見 _____

3. その他の検査： _____、所見 _____

4. 再検時の結果：（検査日 年 月 日） _____

治療方法（必要に応じて下の臨床経過図を使用して記載してください）1. γ グロブリン製剤投与：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 月 日・投与量 _____ mg/kg/日 × 日
効果：無し・有り・不明）2. mPSLパルス療法：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 月 日・投与量 _____ mg/kg/日 × クール
1クール 日、効果：無し・有り・不明）

3. 血漿交換療法：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 月 日・種類 _____ 効果：無し・有り・不明）

4. 抗ウイルス剤投与：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 月 日・種類 _____、投与量 _____
効果：無し・有り・不明）

5. 人工呼吸管理：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 年 月 日）；集中管理期間 _____ 日間

6. リハビリ：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 年 月 日・効果：無し・有り・不明）

7. 入院期間：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 年 月 日、計 _____ 日間）

8. その他の治療：無し・有り（開始日：2015年 月 日～ 年 月 日・種類（ _____ ）
効果：無し・有り・不明**臨床経過図**（必要に応じてご利用ください）**転帰**（再来なしあるいは転院の場合は、電話確認等でも構いません）

1. 全経過を通じた回復傾向：無し・有り（軽度・中等度・著明； 年 月 日 から、具体的に _____）

2. 麻痺の残存：無し・有り（ 年 月 日時点：部位 _____）

3. 麻痺以外の症状残存：無し・有り（ 年 月 日時点：症状 _____）

4. ADL：（各評価項目に最も近い内容に○を付けてください）

| 評価項目 | 点数 | 内容 | ピーク時 | 回復時 |
|------------------|----|---------------------------|------|-----|
| 食事 | 10 | 自立、自具などの装着可、標準的時間内に食べ終える | | |
| | 5 | 部分介助（例えば、おかずを切って細かくしてもらう） | | |
| | 0 | 全介助 | | |
| 車椅子から ベッドへの移動 | 15 | 自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む | | |
| | 10 | 軽度の部分介助または監視を要する | | |
| | 5 | 座ることは可能であるがほぼ全介助 | | |
| | 0 | 全介助または不可能 | | |
| 整容 | 5 | 自立（洗面、整髪、歯磨き、髭剃り） | | |
| | 0 | 部分介助または不可能 | | |
| トイレ動作 | 10 | 自立（衣服の操作、後始末を含む） | | |
| | 5 | 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する | | |
| | 0 | 全介助または不可能 | | |
| 入浴 | 5 | 自立 | | |
| | 0 | 部分介助または不可能 | | |
| 歩行 | 15 | 45M以上の歩行、補装具の使用の有無は問わず | | |
| | 10 | 45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む | | |
| | 5 | 歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能 | | |
| | 0 | 上記以外 | | |
| 階段昇降 | 10 | 自立、手すりなどの使用の有無は問わない | | |
| | 5 | 介助または監視を要する | | |
| | 0 | 不能 | | |
| 着替え | 10 | 自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む | | |
| | 5 | 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える | | |
| | 0 | 上記以外 | | |
| 排便コントロール | 10 | 失禁なし、浣腸、座薬の取り扱いも可能 | | |
| | 5 | ときに失禁あり、浣腸、座薬の取り扱いに介助を要する | | |
| | 0 | 上記以外 | | |
| 排尿コントロール | 10 | 失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 | | |
| | 5 | ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する | | |
| | 0 | 上記以外 | | |

気管支喘息がある患者（麻痺が出現した時点の状況を記載してください）

1. 最終発作： _____年 _____月頃
2. 長期管理薬使用： 無し・有り（吸入ステロイド・ロイコトリエン拮抗剤・テオフィリン製剤・長時間作用性β2 刺激薬・抗 IgE 抗体・その他 _____）
3. 普段の発作コントロール（本人や家族に尋ねてください）：

入院前 1 か月間の喘息症状について、次の質問にお答えください

 - (1) この 1 か月間に、ゼーゼー・ヒューヒューした日はどれくらいありましたか
 ①まったくなし ②月 1 回以上、週 1 回未満 ③週 1 回以上、毎日ではない ④毎日持続
 - (2) この 1 か月間に、呼吸困難（息苦しい）のある発作がどのくらいありましたか
 ①まったくなし ②時に出現、持続しない ③たびたびあり、持続する ④ほぼ毎日持続
 - (3) この 1 か月間に、喘息症状で夜中に目を覚ましたことがどれくらいありましたか
 ①まったくなし ②時にあるが、週 1 回未満 ③週 1 回以上、毎日ではない ④毎日ある
 - (4) 運動したり、はしゃいだ時にせきがでたりゼーゼーして、困ることがありますか
 ①まったくなし ②軽くなるが、困らない ③たびたびあり困る ④いつも有り困っている
 - (5) この 1 か月間に、発作止めの吸入薬や飲み薬、はり薬をどれくらいつかいましたか
 （予防のために毎日使用する薬でなく、せきやゼーゼーなどの発作時に使う薬です）
 ①まったくなし ②1 週間に 1 回以下 ③1 週間に数回、毎日ではない ④毎日、使用

自由記載欄

これまでの患者数との比較（すでに報告済みの場合は省略可）

2013年1年間、2014年1年間、2015年1-7月に同じ病院に急性弛緩性麻痺で入院された患者さんの数

- (ア) 2013年1年間： _____例（脊髄性 _____例、ギラン・バレー症候群 _____例）
 (イ) 2014年1年間： _____例（脊髄性 _____例、ギラン・バレー症候群 _____例）
 (ウ) 2015年 1-7月： _____例（脊髄性 _____例、ギラン・バレー症候群 _____例）
 (エ) 2015年8月以降： _____例（脊髄性 _____例、ギラン・バレー症候群 _____例）

以上です。ご協力どうもありがとうございました。