

記入例：異常行動・異常言動調査票

Q1 異常行動や異常言動の様々な例を以下にあげました。お子様の今回のインフルエンザの経過の中で、よく似たものがありましたか。「有」の場合には、よく似たもの全てについて、□に✓を記入してください。

裏のQ3にお進みください。

異常行動・異常言動の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
--------------	--

A. 事故につながったり、他人に危害を与えたりする可能性がある異常な行動

- A1 事故につながる可能性がある異常な行動。例：自分が知らないうちに、靴をはいて外にでていた。外に飛び出し、小川に飛び込もうとした。高いところから、飛び降りようとした。
- A2 他人に危害を与える可能性がある異常な行動。例：夜間に母親を包丁をもって襲おうとした。
- A3 上記以外で事故につながったり、他人に危害を与えたりする可能性がある異常行動

B. 幻視・幻覚・感覚の混乱

- B1 存在しないものが見えている様子。例：ついていないテレビを見て「猫が来る」、「お花畑がみえる」
- B2 居るはずがない家族や親戚、友人、知人などがいると言う。
- B3 目の前にあるものが見えない様子。例：そばにいるのに「ママ近くに来て。」と話す。
- B4 よく知っている人を間違える。例：父親を「お姉ちゃん」という。
- B5 身体の感覚が正しく認識できない。例：突然「回る回るよ」と叫ぶ。
- B6 自分のいる状況が把握できない。例：病院に行く準備をしているときに公園に行くと言う。
- B7 上記以外で幻視・幻覚・感覚の混乱と思われるもの

C. うわごと・歌を唄う・無意味な動き

- C1 状況に全くそぐわない言葉を言う。例：知っている単語を意味なく繰り返す。
- C2 普段と違う不自然な話し方をする。例：大人の敬語を使い「～でございます」という。
- C3 話す内容がばらばらで、筋道が通った話や会話ができない。
- C4 話そうとするが言葉が出ない。例：お母さんと言えず「あーうー」と奇声を上げる。
- C5 大声で叫ぶ、奇声をあげる。
- C6 突然歌を唄う。おかしな歌の唄い方をする。
- C7 無意味な動きをする。例：舌を何度も出す、おかしなしぐさを繰り返す。
- C8 上記以外でうわごと・歌を唄う・無意味な動きと思われるもの

D. おびえ・恐怖・怒る・泣き出す・笑う・無表情・無反応

- D1 理由も無くおびえる。例：「かわいい」と叫ぶ。
- D2 何でも無いものにおびえる。例：窓ガラスに映るものやささいなものに怯える。
- D3 異常に怖がる。例：医師や看護師、知らない人をこわがる。ひきこもり、怖そうにがたがた震える。
- D4 理由もなく泣く、泣き叫ぶ、泣きわめく。
- D5 理由もなく怒る、暴れる。例：押さえ切れないほどの力で暴れる。
- D6 理由もなく笑う、ニヤリと笑う、高笑い。例：甲高い声でわめきだす。
- D7 無表情、無反応。例：喜怒哀楽の表情がない。反応が鈍い。視点が定まらない。
- D8 上記以外でおびえ、怒る、無表情などと思われるもの

E. 何でも口に入れてしまう

- E1 何でも口に入れてしまう。例：自分の指を、「ハムだ」と言いかじる。点滴の添え木をしゃぶる。
- E2 上記以外で何でも口に入れてしまうような異常行動

裏についても、記入してください。

Q2 異常行動や異常言動につきまして、具体的に詳しくお書きください。前ページの様々な例に当てはまらない異常行動・異常言動が見られました場合にも、具体的に記入してください。

発現日時	<input type="checkbox"/> 午前 2月 3日 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 7時頃 ~ 4日 <input type="checkbox"/> 午前 7時頃 <input type="checkbox"/> 午後
------	---

<異常行動・異常言動について、状況、継続時間などがわかるように、できるだけ詳しくご記入下さい>

2月3日 19時すぎに 38.7℃の発熱に気づき手持ちの解熱薬の坐薬を入れた。その直後から母親にずっとしがみついて離れなくなった。解熱薬を入れたのに体温は下がらずに 40.3℃になった。20時ころ「ママがわかる？」と聞くと目の前にいるのに遠くを探すような目で、しばらくしてから「ママ」と言うようになった。目の焦点が合わず、恐くて怯えるように、あるいは何かを探すように繰り返していた。このような様子は翌朝には手をにぎったり開いたりする動作に変わった。深夜は「じーた（祖父のこと）、パーシー（トーマスのキャラクター）」など知っている言葉を次々繰り返していた。このような様子は翌朝にはなくなった。

Q3 異常行動や異常言動は、発熱した時にこれまでもありましたか？

無 有 → izzoo、どのようなものでしたか：下に具体的にご記入ください。

4歳の秋、夜中に 40℃の熱が出た際に、うなされるように奇声をあげたことがある。

医師用

18歳未満のインフルエンザ患者において、意識障害、けいれん、異常行動・異常言動などの重篤な神経症状が発現した場合にご報告ください。（経過観察調査の対象者を除く。）

事例調査票

（重篤な神経症状を発現した事例）

施設名		科名	
医師名			
転送先の病院名（転送された場合）			

患者の 基本 情報	カルテ番号 (患者番号)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	
	初診日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	今シーズンの ワクチン接種	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1回	<input type="checkbox"/> 2回	
	迅速診断キットによる診断	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		インフルエンザの診断	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> 型不明					
	既往歴 (複数可)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 意識障害* <input type="checkbox"/> 無熱性けいれん** <input type="checkbox"/> 熱性けいれん** <input type="checkbox"/> 異常行動・異常言動*** <input type="checkbox"/> その他 ()]								
	最初の発熱	度	測定日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分		
	治療薬剤使用前の体温	度	測定日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分		
	重篤な精神神経症状 発現時の体温	度	測定日時	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分		

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

重篤な 精神 神経 症状	「有」の場合（最初の発現日時～その消失日時）												
	意識障害*	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分)
	無熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分)
	熱性けいれん**	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分)
	異常行動・異常言動***	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(	月	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分	～	日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分)

<注> * ** *** については、参考資料をご参照ください。

裏に続く

平成 19 年 1 月

インフルエンザにかかったお子さんをお持ちのご家族の皆様へ

インフルエンザは、毎年 1 月下旬から 2 月にかけて流行するウイルス感染症です。高熱が続き、喉の痛み、激しい咳を繰り返し、全身痛や関節痛を訴えることもあり、多くのお子さんが消耗する病気です。従来から、全国で毎年 100 名前後の乳幼児が、インフルエンザの症状がみられてから数時間から翌日までの間に、意識障害や異常言動を伴う脳症を発病しており、1990 年代中ごろからその原因調査・研究と対策について検討が行われてきました。また、インフルエンザにかかった後の異常行動等による小児の死亡例が報道されておりまして、特に 10 歳代の小児などにつきましては行動範囲が広く結果として事故に結びつきやすいことから、インフルエンザにかかった後の重篤な異常行動等の発現要因の解明が社会的に強く要請されています。

近年では、インフルエンザの迅速な診断技術が普及し、新しい治療薬が開発されて使用されるようになりました。こうした中で、意識障害、けいれん、異常行動などの症状が、いつごろから、どのくらいの頻度で起こっているのか、さらには、新しいインフルエンザの治療薬の使用によって症状の発現や経過がどのようになっているのかを明らかにすることが、今後のより良い治療のために非常に重要です。

私たちは、厚生労働省の研究事業の一環として、インフルエンザにかかったお子さんに行えるだけ早期の段階で適切な対処を行なうことができるように、調査研究に取り組んでいます。今回、担当医の先生のご協力を得て、意識障害、けいれん、異常行動などの発現の疑いのある 18 歳未満のお子さんのご家族に、調査のご協力をお願いしています。

この調査へのご協力につきましては、病気のお子さんをご家族の自由意思によりお決めください。調査にご協力いただけない場合でも、なんら不利益を被ることはございません。しかしながら、この調査の趣旨や重要性をご理解いただきまして、ぜひともご協力賜りたくお願い申し上げます。

なお、お答えいただきました内容はすべて統計資料としてまとめられますので、皆様方にご迷惑をおかけすることは決してございません。また、調査以外の目的には使用いたしません。

調査にご協力いただけます場合には、別紙の調査協力同意書に署名をお願いいたします。署名いただきました同意書は、担当医の先生が大切に保管いたします。

皆様のご協力を、重ねてよろしくお願い申し上げます。

厚生労働省厚生労働科学研究費（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）
「インフルエンザに伴う随伴症状の発現状況に関する調査研究」

班長 横田俊平（横浜市立大学小児科）

班員 森島恒雄（岡山大学小児科）

藤田利治（統計数理研究所）

根津敦夫（横浜市立大学小児科）

奥村彰久（順天堂大学小児科）

細矢光亮（福島県立大学小児科）

鈴木 宏（新潟大学国際感染症学）

森 雅亮（横浜市立大学小児科）

ご協力をお願いしています「インフルエンザに伴う随伴症状の発現状況に関する調査研究」について、説明いたします。

- 1) この調査は、小児科医と内科医に参加協力をお願いして、厚生労働省の研究班が実施しています
- 2) インフルエンザにかかった後に、重篤な精神神経症状（意識障害、けいれん、異常行動など）の発生が疑われる 18 歳未満の方に調査協力をお願いしています
- 3) 性別、年齢、既往歴、発熱などの特性や、インフルエンザ発症後の症状の経過と治療薬剤の使用状況を調べて、治療薬剤使用と臨床症状発現との関連を検討することが、この調査の目的です
- 4) インフルエンザ発症後の経過についてお尋ねした情報などに基づいて、担当医の先生が調査票への記入を行ないます
- 5) 調査票には、個人を特定できる情報は含まれません
- 6) 記入後の調査票は、厚生労働省の研究班に送付されて保管されます
- 7) 厚生労働省の研究班では匿名化された情報のみを扱い、統計解析を行ないます
- 8) 調査協力同意書は担当医の先生が保管します
- 9) 厚生労働省の研究班では、さらに詳細な経過についての情報が必要と判断される場合に、担当医の先生を通して追加の詳細調査への協力を依頼することがあります
- 10) プライバシーは必ず守ります

調査協力同意書

医院・病院 御中

私は、「インフルエンザに伴う随伴症状の発現状況に関する調査研究」への調査協力に同意いたします。

平成 年 月 日

ご住所 _____

保護者のご署名 _____

お子さんのお名前 _____