

事 務 連 絡

平成 28 年 5 月 13 日

各

都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区

 衛生主管部（局） 御中

厚生労働省健康局結核感染症課

ジカウイルス感染症に関する情報提供について

標記については、平成 28 年 4 月 5 日付け事務連絡で情報提供等を行ったところです。

今般、ジカウイルス感染症に関して、別紙 1 のとおり、国立感染症研究所「ジカウイルス感染症のリスクアセスメント」を、別紙 2 のとおり、厚生労働省ホームページ「ジカウイルス感染症に関する Q & A」を更新しましたのでお知らせします。

別紙 1：国立感染症研究所「ジカウイルス感染症のリスクアセスメント」

別紙 2：厚生労働省「ジカウイルス感染症に関する Q & A」

ジカウイルス感染症のリスクアセスメント

2016年5月13日更新

国立感染症研究所

● 概要

- ◆ 2007年のミクロネシア連邦ヤップ島での流行以降、2016年5月12日時点で、ジカウイルス病は、中南米やカリブ海領域で流行が持続し、アジアや南太平洋地域への地理的拡大も見せている。日本でも8例のジカウイルス病の症例が確認されており、いずれも流行地への渡航歴がある輸入症例である。
- ◆ 流行地における研究のレビューにより、妊婦のジカウイルス感染が母子感染による小頭症等の先天異常の原因になると結論付けられた。また、疫学研究によりジカウイルス感染とギラン・バレー症候群との関連も明らかにされた。
- ◆ 日本では、ジカウイルス感染症は、感染症法上の4類感染症と検疫感染症に追加されている。また、「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」(第2版)が公表され、診療体制の整備が進められている。
- ◆ 妊婦及び妊娠の可能性のある人の流行地への渡航は控えるとともに、流行地への渡航者に対しては、ジカウイルス感染症の情報提供及び防蚊対策の徹底を、より一層周知することが重要である。

性行為感染及び母子感染のリスクを考慮し、1) 流行地に滞在中は、症状の有無に関わらず、性行為の際にコンドームを使用するか性行為を自粛すること、2) 流行地から帰国した男性は、ジカウイルス病の発症の有無に関わらず、最低4週間(パートナーが妊婦の場合は妊娠期間中)は性行為を行う場合にはコンドームを使用するか性行為を自粛すること、3) 流行地から帰国した女性は、最低4週間は妊娠を控えること、が推奨される。

● 背景

ジカウイルス感染症は、フラビウイルス科フラビウイルス属のジカウイルスによる感染症で、流行地で蚊に刺されることによって感染する。ジカウイルスは、1947年にウガンダの Zika forest (ジカ森林) のアカゲザルから初めて分離された。ジカウイルス感染症は、2月5日に感染症法上の4類感染症に指定され、ジカウイルス病と先天性ジカウイルス感染症に病型分類されている。

ジカウイルス病は、1950年代からアフリカと一部の東南アジア地域でヒトにおける流行が確認されていた[1]。2007年にはそれまで流行が確認されたことのなかったミクロネシア連邦のヤップ島で流行し、2013年には仏領ポリネシアで約1万人の感染が報告された。2014年にはチリのイースター島、2015年にはブラジル及びコロンビアを含む南アメリカ大陸で流行が確認され、流行地が急速に拡大している。一方、本邦においては、現在までのところ、2013年12月に仏領ポリネシア、ボラボラ島での滞在歴のある男性(27

歳)、女性(33歳)の2症例[2]、2014年7月にタイのサムイ島での滞在歴のある男性(41歳)の1症例[3]、2016年2~4月に中南米及びオセアニア太平洋諸島での渡航歴のある5症例、計8例が確認されている。

2016年8、9月にはブラジルのリオデジャネイロでオリンピックとパラリンピックが開催され、多くの邦人が渡航することが予測される。また、妊婦のジカウイルス感染が小頭症等の先天異常の原因となることもあり、流行地への渡航等に関するリスクを評価した。

● 疫学的所見

米国CDC、欧州CDC(ECDC)によると、2015年以降2016年5月9日までに、中央及び南アメリカ大陸、カリブ海地域では36の国や地域(アルバ、バルバドス、ベリーズ、ボリビア、ボネール、ブラジル、コロンビア、プエルトリコ、コスタリカ、キューバ、キュラソー島、ドミニカ国、ドミニカ共和国、エクアドル、エルサルバドル、仏領ギアナ、グアドループ、グアテマラ、ガイアナ、ハイチ、ホンジュラス、ジャマイカ、マルティニーク、メキシコ、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、ペルー、仏領サン・マルテル島、セントルシア、セント・マーティン島(仏領サン・マルタン及び蘭領セント・マルテン)、セントビンセント及びグレナディーン諸島、スリナム、トリニダード・トバゴ、米領バージン諸島、ベネズエラ)、アジア・西太平洋地域では12の国や地域(米領サモア、フィジー、ミクロネシア連邦コスラエ州、マーシャル諸島、ニューカレドニア、パプアニューギニア、フィリピン、サモア、ソロモン諸島、タイ、トンガ、バヌアツ、ベトナム)、インド洋地域ではモルジブ、アフリカではカーボベルデから症例が報告されている。

仏領ポリネシアでのジカウイルス病の流行時、ギラン・バレー症候群の症例数の増加が報告された[4]。2015年7月にはブラジル、12月にはエルサルバドル、2016年以降にはコロンビア、スリナム、ベネズエラ、ホンジュラス、ドミニカ共和国でも同様にギラン・バレー症候群の症例数の増加が報告されている[5]。仏領ポリネシアにおけるジカウイルス病とギラン・バレー症候群の症例対照研究では、ギラン・バレー症候群を発症した42例中41例(98%)が血清学的に発症前にジカウイルスに感染していたことが確認され、ジカウイルス感染とギラン・バレー症候群との関連性が明らかにされた[6]。また、カリブ海のグアドループからは急性脊髄炎、フランスからは髄膜脳炎を合併したジカウイルス病の症例(いずれも脳脊髄液からジカウイルスRNAが検出されている)が報告された[7,8]。

胎児が小頭症と確認された妊婦の羊水からジカウイルスRNAが検出され、出産後まもなく死亡した小頭症を呈していた出生児の血液及び脳組織からジカウイルスRNAが検出された[9]。ブラジル保健省(Ministério da Saúde)はジカウイルス感染と小頭症の流行に関連があると発表し、また同時にジカウイルス病に関連した死亡例が報告されたこ

とも発表した[10,11]。2015年10月から2016年4月30日までの間に7,343人の小頭症が疑われる胎児又は出生児が報告されている。しかしながら、現時点ではジカウイルス感染との関連性がある確定例は1,271例であり[12]、症例の発生地は北東部に集中している[13]。ハワイとスロベニアにおいて、妊娠中にブラジルに居住歴があり、発熱、発疹等ジカウイルス病に矛盾しない症状の既往がある母親から、小頭症の出生児と胎児が報告された[14,15]。米国本土でも同様の報告がある[16]。ブラジルにおけるコホート研究[17]では、発熱、発疹を呈した妊婦88人中、72人(82%)からジカウイルスRNAが検出された。これらの妊婦72人のうち42人が胎児超音波検査によって経過観察され、12人(29%)に小頭症を含む胎児異常が認められた。一方、ウイルスが検出されなかった16人では胎児超音波検査による経過観察が行われたが、胎児異常は認めなかった。2013-2014年の仏領ポリネシアでのジカウイルス病の流行時には8例の小頭症児を認めており、第1三半期に妊婦がジカウイルスに感染すると小頭症児発生のリスクが高くなる可能性が指摘されている[18]。こうした疫学的な研究や、妊娠期間中の感染との関連性、次項に示す臨床的特徴、ウイルス学的に神経親和性があり[19]、小頭症児の脳組織からジカウイルス存在の証拠が得られたこと等から、米国CDCは、妊婦のジカウイルス感染が小頭症等の先天異常の原因になると結論付けた[20,21]。2016年3月31日以降、WHOもジカウイルスがギラン・バレー症候群と小頭症の原因とする科学的コンセンサスが得られたとしている[22]。

● 臨床所見

ジカウイルス病の潜伏期は2~12日(多くは2~7日)とされている[1,23,24]。発症者は主として軽度の発熱($<38.5^{\circ}\text{C}$)、頭痛、関節痛、筋肉痛、斑丘疹、結膜炎、疲労感、倦怠感などを呈し、血小板減少などが認められることもあるが、一般的に他の蚊媒介感染症であるデング熱、チクングニア熱より軽症といわれている。また、不顕性感染が感染者の約8割を占めるとされている[23,25,26]。米国CDCが流行地からの入国者に対して行ったジカウイルスの不顕性感染に関する検査結果によると、無症候で検査を受けた2,557人中ジカウイルス病と確定されたのは7人(0.3%)であった[27]。

仏領ポリネシア等では、上述のようにジカウイルス病流行時にギラン・バレー症候群の症例数が増加したことが報告されている。また、ギラン・バレー症候群だけでなく、急性脊髄炎や髄膜脳炎を合併した症例も報告されている[28,29]。

2015年8~10月にブラジルで認めた小頭症症例35例の臨床的特徴によると、25例(71%)は頭囲が性別・出生時週数に応じた頭囲の平均値の3SD(標準偏差)未満の重症例であった。同時に、5例(14%)で先天性内反足、4例(11%)で先天性関節拘縮、2例(18%)で網膜異常等を認め、検査においては、17例(49%)に神経学的検査異常(筋緊張や腱反射の亢進など)、全例に何らかの神経画像検査異常(頭蓋石灰化や脳室拡大など)を認めた[30]。また、ジカウイルス感染に関連する小頭症児における眼所見に異

常所見が認められることも報告されている[31]。2013～2014年の仏領ポリネシアでの流行に関連した先天性ジカウイルス感染症の症例が19例報告された[32]。小頭症の症例だけではなく、小頭症は認めないが脳に器質的異常が認められた症例や、脳幹機能に異常が認められた症例が報告されている。

● 感染経路

主たる感染経路は蚊に刺されることによって感染する蚊媒介性経路であり、ヤブカ (*Aedes*) 属の *Ae. aegypti* (ネッタイシマカ)、*Ae. hensilli*、*Ae. polynesiensis*、*Ae. albopictus* (ヒトスジシマカ) などが媒介蚊として確認されている。ヤップ島での流行では *Ae. hensilli* が、仏領ポリネシアでの流行では *Ae. polynesiensis* とネッタイシマカがそれぞれ媒介蚊と考えられている[33]。また、シンガポール及びガボンにおける研究報告によると、ヒトスジシマカがジカウイルスの媒介蚊としての役割を果たす可能性が推定されており[34,35]、メキシコの媒介蚊のサーベイランスにおいても、ヒトスジシマカからジカウイルス遺伝子が検出された[36]。日本国内に広く分布するヒトスジシマカはデングウイルスと同様にジカウイルスにも感受性がある。

その他の感染経路として、母子感染（胎内感染）、輸血、性行為による感染経路等がある[1]。性行為による感染が疑われる事例においては、流行地から帰国した男性から、発症前に渡航歴のないパートナーへ性行為を行うことにより感染した事例が報告されている[37]。イタリアではタイから帰国した男性との性行為によってジカウイルスに感染した女性の事例が1例報告されている[38]。米国ではアフリカ、中南米、カリブ海地域から帰国した男性から感染した事例が10例（2016年5月4日現在）報告され、うち1例は男性から男性に感染した事例である[39-41]。ほかに、フランス、ニュージーランド、アルゼンチン、チリ、ペルー、カナダからも同様の報告がある[5]。発症2週後の患者の精液検体からウイルスが分離されたとの報告があり、このことは少なくとも2週間は、感染性のあるウイルスが精液中に残存している可能性があることを示唆している[42]。また、発症62日後にPCR法によりウイルスRNAが検出されたとの報告がある[43]。ただし、この結果は必ずしも発症62日後に精液を通じた感染のリスクがあることを示すものではない。

また、ジカウイルス病のウイルス血症の持続期間に関して、妊婦以外では、最長で発症11日後に血液からPCR法でジカウイルスRNAが検出された報告が見られる[44]。一方、妊婦がジカウイルス病を発症した場合のウイルス血症の持続時間の知見は少ない。最近の報告では、胎児がジカウイルスに感染した妊婦において、感染後10週経過後も血中からジカウイルスRNAがPCR法で検出されている[45]。

なお、唾液と尿から発症29日後にジカウイルス遺伝子が検出され、ウイルス分離も可能であったとの報告がある[46]。母乳から出産8日後にジカウイルスRNAが検出されたという報告があるが、ウイルスは分離されなかった[47]。現時点では唾液、尿、母乳を介

して感染した事例の報告は見られず、WHO は母乳栄養を推奨している[48]。

- **診断方法**

特異的な臨床症状・検査所見に乏しいことから、実験室内診断が重要となる。ジカウイルス病の主要な検査方法は遺伝子検査法によるウイルス RNA の検出（血液、尿）である。ジカウイルス特異的 IgM/IgG の ELISA による検出法も報告されているが、デングウイルス IgM との交差反応が認められる症例もあるため、結果の解釈には注意が必要である。また、中和抗体価を測定すればデングウイルス感染とジカウイルス感染は血清学的に鑑別できる。また、急性期と回復期のペア血清での測定が重要である。

- **WHO 及び諸外国の対応**

2016 年 5 月 9 日現在、米国 CDC は、より詳細な調査結果が得られるまでは現在流行している 45 の国や地域（アルバ、バルバドス、ベリーズ、ボリビア、ボネール、ブラジル、コロンビア、コスタリカ、キューバ、キュラソー島、ドミニカ国、ドミニカ共和国、エクアドル、エルサルバドル、仏領ギアナ、グアドループ、グアテマラ、ガイアナ、ハイチ、ホンジュラス、ジャマイカ、マルティニーク、メキシコ、ニカラグア、パナマ、パラグアイ、プエルトリコ、仏領サン・バルテルミー島、セントルシア、セント・マーティン島（仏領サン・マルタン及び蘭領シント・マールテン）、セントビンセント及びグレナディーン諸島、スリナム、トリニダード・トバゴ、米領バージン諸島、ベネズエラ、米領サモア、フィジー、ペルー、ミクロネシア連邦コスラエ州、マーシャル諸島、ニューカレドニア、パプアニューギニア、サモア、トンガ、カーボベルデ）の標高 2000m 以下の地域への妊婦の渡航を控えるように勧告している[49,50]。妊娠予定の女性に対しては、男性パートナーを含め、渡航する場合には防蚊対策を厳重に行うことが推奨されている。

また、ECDC は妊婦及び妊娠予定の女性に対してジカウイルス病の流行地への渡航を控えることを推奨している。過去 2 か月以内に感染事例が報告された国や地域として、2016 年 4 月 29 日現在、米国 CDC が挙げているものに加え、フィリピン、タイ、ベトナムを挙げている[51]。また、免疫不全や重度の慢性疾患を有する渡航者は、渡航前に主治医に相談し、防蚊対策のアドバイスを受けるべきであるとしている[52]。

WHO は、ジカウイルス感染症を理由とする流行地への渡航や貿易を制限することは推奨していない。しかし、妊婦は流行地へ渡航すべきではないと発表した（2016 年 3 月 8 日）[53]。同時に流行地への全ての渡航者に防蚊対策を徹底すべきであるとしている。

また、現時点で WHO はジカウイルス病に感染した人がそのパートナー（特に妊娠中の女性）と性行為を行う場合には、コンドームを使用するなどして感染リスクを低減させることを推奨している。また、流行地からの帰国した男女は、最低 4 週間（パートナーが妊婦している場合には妊娠期間中）、性行為を行う場合にはコンドームを使用する、

もしくは性行為を自粛することを推奨している[54]。

米国 CDC も、流行地に渡航歴のある男性について、パートナーが妊娠している場合、妊娠期間中は性行為を控えるかコンドームを使用することを勧めている[41]。パートナーが妊娠していない場合でも、ジカウイルス病を発症した男性は少なくとも 6 か月、発症しない場合でも男性は帰国後少なくとも 8 週間は性交渉を控えるかコンドームを使用することを推奨している。また、流行地に渡航歴のある挙児希望のある女性は、症状の有無に関わらず流行地を離れてから 8 週間の避妊、ジカウイルス病と診断された女性は診断後 8 週間の避妊を推奨している[50]。また、知見が限られていることから、現時点では、性行為感染のリスク評価のために男性の血清や精液の検査を行うことを推奨していない。

イギリス公衆衛生庁(PHE)は、流行地に渡航歴のある男性は、パートナーが妊娠している場合は妊娠期間中、妊娠の可能性がある場合は、ジカウイルス病の症状がない場合でも流行地から帰国後 28 日間、ジカウイルス病の症状を認めたか確定診断された場合には 6 か月間のコンドームを使用することを勧めている[55]。また、流行地から帰国した女性は帰国後 28 日間（症状がみられた場合は回復後更に 28 日間）妊娠を控えることを推奨している。

また、WHO はギラン・バレー症候群を含む神経症状に対して注意喚起を行い、ジカウイルス感染症患者における神経症状のモニタリングを推奨している[9]。このような事態を鑑み、WHO は、2016 年 2 月 1 日に緊急委員会を開催し、小頭症及びその他の神経障害の集団発生に関して「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態（PHEIC）」を宣言している。3 月 8 日には第 2 回緊急委員会を開催し、PHEIC は継続されることとなった。

● 日本の対応

日本では、2016 年 2 月 15 日にジカウイルス感染症（ジカウイルス病又は先天性ジカウイルス感染症）が感染症法上の 4 類感染症に追加され、全数報告によるサーベイランスを開始し、検査体制が整備された。同時に検疫感染症にも追加され、検疫における監視体制が開始された。2016 年 3 月 11 日には「蚊媒介感染症の診療ガイドライン」の第 2 版が発出され、また、診療体制の整備も進められ、日本感染症学会からもジカウイルス感染症専門医療機関のリストが公表されている。2016 年 3 月 30 日に、媒介蚊の対策として、「蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針」が改訂された。

● リスクアセスメント

中央及び南アメリカ、カリブ海地域では今後もジカウイルス病の発生が続く。また地理的に流行地が拡大することも懸念される。日本では、感染症法上の 4 類感染症追加後、5 例のジカウイルス病が報告された。中南米やオセアニア太平洋諸島から帰国後の渡航者であるが、今後も、東南アジア・アフリカを含む流行地からの入国者（帰国者を含む）が国内でジカウイルス病と診断される場合があると考えられる。

ジカウイルス病は予後良好の熱性疾患であるが、妊婦がジカウイルスに感染すると胎内感染により出生児や胎児に小頭症等の先天異常を引き起こすことがある。そのため、可能な限り妊婦及び妊娠の可能性のある人の流行地への渡航は控えた方が良いと考える。

国内に生息するヒトスジシマカがジカウイルスの媒介蚊となり、2014年のデング熱の国内流行のように、蚊の活動期には輸入例を発端としたジカウイルス病の国内流行が発生する可能性は否定できない。ただし、2015年4月に告示された「蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針」に則り、平常時から媒介蚊の対策が進められておりジカウイルスの伝播防止にも効果が期待される。国内の蚊の活動期においては、ジカウイルス病流行地からの入国者（帰国者を含む）は症状の有無に関わらず、潜伏期を考慮して少なくとも帰国日から2週間程度は特に注意を払って忌避剤の使用など蚊に刺されないための対策を行うことが推奨される。なお、不顕性感染の患者が感染源となりうるかどうかや、不顕性感染者の血中ウイルス量及びウイルス血症期間等について、今後の知見が待たれる。

性行為による男性からパートナーへの感染の事例が報告されているが、精液に関して、現時点ではジカウイルスの存在期間や感染性等の知見は限定的である。感染者の8割は不顕性感染であること、最長2週間程度の潜伏期間があること、少なくとも発症から2週間は精液中に感染性ウイルスが存在している可能性があることを考慮し、1) 流行地に滞在中は、症状の有無に関わらず、性行為の際にコンドームを使用するか性行為を自粛すること、2) 流行地から帰国した男性は、ジカウイルス病の発症の有無に関わらず、最低4週間（パートナーが妊婦の場合は妊娠期間中）は性行為を行う場合にはコンドームを使用するか性行為を自粛すること、3) 流行地から帰国した女性は、最低4週間は妊娠を控えること、が推奨される。

なお、現時点では性行為感染のリスク評価を目的とした精液中のジカウイルスの遺伝子検査は推奨しない。

今後の対応として、まずは、流行地への渡航者にジカウイルス感染症の情報提供及び防蚊対策の徹底をより一層周知することが重要である。具体的な防蚊対策は、蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第2版）に記載があるが、皮膚が露出しないように、長袖シャツ、長ズボンを着用し、裸足でのサンダル履きを避ける、必要医薬品又は医薬部外品として承認された忌避剤を、年齢に応じた用法・用量や使用上の注意を守って適正に使用する等である。

また、諸外国と連携し、ジカウイルス感染症の臨床症状・検査所見、小頭症等の先天異常やギラン・バレー症候群等の神経合併症に関する新たな知見を収集していく必要がある。また、妊婦がジカウイルス病を疑われた場合は、蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第2版）に基づいて適切に対応する。なお、輸血による感染伝播を予防するため、海外からの帰国日から4週間以内の献血自粛を遵守する。

以上のリスクアセスメントは、現時点で得られている情報に基づいている。事態の展

開と得られる新たな知見に基づき、リスクアセスメントを更新していく予定である。

参考文献

1. Musso D, Gubler DJ. Zika Virus. Clin Microbiol Rev. 2016;29:487-524.
2. IASR (2014年2月号). フランス領ポリネシア・ボラボラ島帰国後に Zika fever と診断された日本人旅行者の2例.
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/iasr-vol35/1774-infectious-diseases/source/vector/idsc/iasr-in/4401-pr4083.html>
Kutsuna S, Kato Y, Takasaki T, et al; Two cases of Zika fever imported from French Polynesia to Japan, December 2013 to January 2014. Euro Surveill. 2014;19(4):pii=20683.
3. IASR (2014年10月号). タイ・サムイ島から帰国後にジカ熱と診断された日本人旅行者の1例.
<http://www.nih.go.jp/niid/ja/route/transport/1715-idsc/iasr-in/5033-kj4161.html>
Shinohara K, Kutsuna S, Takasaki T et al; Zika fever imported from Thailand to Japan, and diagnosed by PCR in the urines. J Travel Med. 2016;23(1). pii: tav011.
4. Oehler E, Watrin L, Larre P, et al; Zika virus infection complicated by Guillain-Barre syndrome--case report, French Polynesia, December 2013. Euro Surveill. 2014;19(9): pii=20720.
5. WHO. Zika Situation Report – Zika virus, Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome. 5 May 2016.
6. Cao-Lormeau VM, Blake A, Mons S, et al; Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. Lancet. 2016 Feb 29. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00562-6.
7. Mécharles S, Herrmann C, Poullain P, et al; Acute myelitis due to Zika virus infection. Lancet. 2016 Mar 3. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00644-9
8. Carteaux G, Maquart M, Bedet A, et al; Zika Virus Associated with Meningoencephalitis. N Engl J Med. 2016 Mar 9. doi: 10.1056/NEJMc1602964
9. PAHO/WHO. Epidemiological Alert-Neurological syndrome, congenital anomalies, and Zika virus infection. 1 December 2015.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32405&lang=en
10. ブラジル保健省 (Ministério da Saúde) 2015年11月19日.
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/noticias-svs/20807-saude-divulga-dados-sobre-microcefalia>

11. ブラジル保健省 (Ministério da Saúde) 2015 年 12 月 1 日.
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21014-ministerio-da-saude-confirma-relacao-entre-virus-zika-e-microcefalia>
12. ブラジル保健省 (Ministério da Saúde) 2016 年第 17 週.
http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/informe_microcefalia_epi_demiologico24.pdf
13. Kleber de Oliveira W, Cortez-Escalante J, De Oliveira WT, et al; Increase in Reported Prevalence of Microcephaly in Infants Born to Women Living in Areas with Confirmed Zika Virus Transmission During the First Trimester of Pregnancy - Brazil, 2015. *MMWR*. 2016; 65(9): 242-7.
14. Department of Health (Hawaii, US). MEDICAL ADVISORY: CONGENITAL ZIKA VIRUS INFECTION CONFIRMED IN NEONATE WITH MICROCEPHALY. 15 Jan 2016 [Internet].
http://health.hawaii.gov/docd/files/2016/01/MedAdvisory_Zika_15Jan2016.pdf
15. Mlakar J, Korva M, Tul N, et al; Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med*. 2016; 374(10): 951-8.
16. Meaney-Delman D, Hills SL, Williams C, et al; Zika Virus Infection Among U.S. Pregnant Travelers - August 2015-February 2016. *MMWR*. 2016; 65(8): 211-4.
17. Brasil P, Pereira JP Jr, Raja Gabaglia C, et al; Zika Virus Infection in Pregnant Women in Rio de Janeiro - Preliminary Report. *N Engl J Med*. 2016 Mar 4.
doi: 10.1056/NEJMoa1602412
18. Cauchemez S, Besnard M, Bompard P, et al; Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013–15: a retrospective study. *Lancet*. 2016 Mar 15. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00651-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00651-6)
19. Bell TM, Field EJ, Narang HK; Zika virus infection of the central nervous system of mice. *Arch Gesamte Virusforsch* 1971; 35: 183-93.
20. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Honein MA, et al; Zika virus and Birth Defects – Reviewing the Evidence for Causality. *N Engl J Med*. 2016 Apr 13. [Epub ahead of print] DOI: 10.1056/NEJMSr1604338
21. CDC. CDC Concludes Zika Causes Microcephaly and Other Birth Defects. 13 April 2016 [Internet].
<http://www.cdc.gov/media/releases/2016/s0413-zika-microcephaly.html>
22. WHO. Zika Situation Report – Zika virus, Microcephaly and Guillain-Barré Syndrome. 31 March 2016.
<http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/31-march-2016/en/>
23. 米国 CDC. Zika virus Disease Q & A.

<http://www.cdc.gov/zika/disease-qa.html>

24. Ios S, Mallet HP, Leparc Goffart I, et al; Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Med Mal Infect.* 2014;44(7):302-7.
25. Musso D, Nhan T, Robin E, et al; Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014. *Euro Surveill.* 2014;19(14): pii=20761.
26. Duffy MR, Chen TH, Hancock WT, et al; Zika virus outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med.* 2009;360(24):2536-43.
27. Dasgupta S, Reagan-Steiner S, Goodenough D, et al; Patterns in Zika Virus Testing and Infection, by Report of Symptoms and Pregnancy Status — United States, January 3–March 5, 2016. *MMWR.* April 15, 2016 [Epub ahead of print].
http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6515e1.htm?s_cid=mm6515e1_w
28. Mécharles S, Herrmann C, Poullain P, et al; Acute myelitis due to Zika virus infection. *Lancet.* 2016 Mar 3. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00644-9
29. Carreaux G, Maquart M, Bedet A, et al; Zika Virus Associated with Meningoencephalitis. *N Engl J Med.* 2016 Mar 9. doi: 10.1056/NEJMc1602964
30. Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al; Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR.* 2016; 65(3): 59-62.
31. de Paula Freitas B, de Oliveira Dias JR, Prazeres J, et al; Ocular Findings in Infants With Microcephaly Associated With Presumed Zika Virus Congenital Infection in Salvador, Brazil. *JAMA Ophthalmol.* 2016 Feb 9.
doi: 10.1001/jamaophthalmol.2016.0267.25.
32. Besnard M, Eyrolle-Guignot D, Guillemette-Artur P, et al; Congenital cerebral malformations and dysfunction in fetuses and newborns following the 2013 to 2014 Zika virus epidemic in French Polynesia. *Euro Surveill.* 2016 Mar 31; 21(13).
doi: 10.2807/1560-7917.ES.2016.21.13.30181.
33. ECDC. Rapid Risk Assessment-Zika virus infection outbreak, Brazil and the Pacific region. 25 May 2015.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/rapid-risk-assessment-Zika%20virus-south-america-Brazil-2015.pdf>
34. Wong PS, Li MZ, Chong CS, et al; *Aedes* (*Stegomyia*) *albopictus* (Skuse): a potential vector of Zika virus in Singapore. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013;7(8):e2348.
35. Grard G, Caron M, Mombo I, et al; Zika virus in Gabon (central Africa) – 2007: a new threat from *Aedes albopictus*? *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(2):e2681.
36. PAHO/WHO. Zika-Epidemiological Update. 21 April 2016.
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=27

[0&gid=34243&lang=en](#)

37. Foy BD, Kobylinski KC, Chilson Foy JL, et al; Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. *Emerg Infect Dis.* 2011;17(5):880-2.
38. Venturi G, Zammarchi L, Fortuna C et al; An autochthonous case of Zika due to possible sexual transmission, Florence, Italy, 2014. *Euro Surveill.* 2016 Feb 25; 21(8). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2016.21.8.30148.
39. Hills SL, Russell K, Hennessey M, et al; Transmission of Zika Virus Through Sexual Contact with Travelers to Areas of Ongoing Transmission - Continental United States, 2016. *MMWR.* 2016; 65(8): 215-6.
40. Oster AM, Russell K, Stryker JE, et al; Update: Interim Guidance for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus - United States, 2016. *MMWR.* 2016; 65(12); 323-5.
41. Deckard DT, Chung WM, Brooks JT, et al; Male-to-Male Sexual Transmission of Zika Virus — Texas, January 2016. *MMWR.* 2016; 65(14): 372-4.
42. Mansuy JM, Dutertre M, Mengelle C, et al; Zika virus: high infectious viral load in semen, a new sexually transmitted pathogen? *Lancet Infect Dis* 2016. Epub 3 Mar. doi: 10.1016/S1473-3099(16)00138-9.
43. Atkinson B, Hearn P, Afrough B, et al; Detection of Zika virus in semen [letter]. *Emerg Infect Dis.* 2016; 22(5) [ahead of print]. doi: 0.3201/eid2205.160107.
44. Lanciotti RS, Kosoy OL, Laven JJ, et al; Genetic and serologic properties of Zika virus associated with an epidemic, Yap State, Micronesia, 2007. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14(8): 1232-9.
45. Driggers RW, Ho CY, Korhonen EM, et al. Zika Virus Infection with Prolonged Maternal Viremia and Fetal Brain Abnormalities. *N Eng J Med* 2016; Mar 30 [Epub ahead of print]. doi: 10.1056/NEJMoa1601824
46. Barzon L, Pacenti M, Berto A et al; Isolation of infectious Zika virus from saliva and prolonged viral RNA shedding in a traveller returning from the Dominican Republic to Italy, January 2016. *Euro Surveill.* 2016 Mar 10; 21(10). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2016.21.10.30159
47. Besnard M, Lastere S, Teissier A, et al; Evidence of perinatal transmission of Zika virus, French Polynesia, December 2013 and February 2014. *Euro Surveill.* 2014 Apr 3; 19(13). doi: 10.2807/1560-7917.ES2014.19.13.20751
48. WHO. Breastfeeding in the context of Zika virus. Interim guidance. 25 Feb 2016. <http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/breastfeeding/en/>
49. CDC. Zika travel information. <http://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-information>

50. Petersen EE, Polen KN, Meaney-Delman D, et al; Update: Interim Guidance for Health Care Providers Caring for Women of Reproductive Age Possible Zika Virus Exposure – United States, 2016. MMWR. March 25, 2016.
http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6512e2er.htm?s_cid=mm6512e2er_w
51. ECDC. Communicable Disease Threats Report (CDTR) Week 17, 24-30 April 2016.
http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1478
52. ECDC. Rapid Risk Assessment-Zika virus disease epidemic: potential association with microcephaly and Guillain-Barré syndrome (fifth update). 11 April 2016.
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/zika-virus-rapid-risk-assessment-11-april-2016.docx.pdf>
53. WHO. Information for travelers visiting Zika affected countries. 8 March 2016.
<http://www.who.int/csr/disease/zika/information-for-travelers/en/>
54. WHO. Prevention of potential sexual transmission of Zika virus. 18 February 2016.
<http://www.who.int/csr/resources/publications/zika/sexual-transmission-prevention/en/>
55. Public Health England (PHE). Zika virus: updated travel advice for pregnant woman. 1 March 2016 [Internet].
<https://www.gov.uk/government/news/zika-virus-updated-travel-advice-for-pregnant-women>

ジカウイルス感染症に関する Q & A

作成 2016 年 1 月 21 日

最終更新 2016 年 5 月 13 日

(問 1、2、8、9、10、17、30 修正)

【一般の方向け】

問 1 ジカウイルス感染症とは、どのような病気ですか？

答 ジカウイルス感染症は、ジカウイルス病と先天性ジカウイルス感染症をいいます。ジカウイルス病は、後天的に、ジカウイルスが感染することにより起こる感染症で、軽度の発熱、発疹、結膜炎、関節痛、筋肉痛、倦怠感、頭痛などが主な症状です。ジカウイルスは母体から胎児への感染を起こすことがあります(先天性ジカウイルス感染症)、小頭症などの先天性障害を起こす可能性があります。

問 2 どのようにして感染するのですか？

答 ジカウイルスを持った蚊がヒトを吸血することで感染します(蚊媒介性)。基本的に、感染したヒトから他のヒトに直接感染するような病気ではありませんが、輸血や性行為によって感染する場合があります。また、感染しても全員が発症するわけではなく、症状がないか、症状が軽いため気付かないこともあります。妊娠中の女性が感染すると胎児に感染する可能性があります。

問 3 世界のどの地域が流行地域ですか？

答 アフリカ、中南米、アジア太平洋地域で発生があります。特に、近年は中南米等で流行しています。

詳しくはジカウイルス感染症の流行地域を確認してください。

問 4 日本国内での発生はありますか？

答 日本国内で感染した症例はありません。海外の流行地域で感染し、発症した症例が、2013 年以降、8例(うち、今回の中南米の流行後は5例)国内で見つかっています。

[IASR\(2014 年 2 月号\)フランス領ポリネシア・ボラボラ島帰国後に Zika fever と診断された日本人旅行者の 2 例](#)

[IASR\(2014 年 10 月号\)タイ・サムイ島から帰国後にジカ熱と診断された日本人旅行者の 1 例](#)

問 5 感染を媒介する蚊は日本にもいますか？

答 ヤブカ属のネツタイシマカやヒトスジシマカが、ウイルスを媒介することが確認されています。ネツタイシマカは、日本には常在していませんが、ヒトスジシマカは、日本のほとんどの地域(秋田県および岩手県以南)で見られます。

問6 治療薬はありますか？

答 ジカウイルスに対する特有の薬は見つかっておりません。対症療法となります。

問7 罹ると重い病気ですか？

答 ジカウイルス病は、感染しても症状がないか、症状が軽いため気付にくいこともあります。症状は軽く、2～7日続いた後に治り、予後は比較的良好な感染症です。

問8 妊婦や胎児にジカウイルス感染症はどのように影響しますか？

答 ブラジル保健省は、妊娠中のジカウイルス感染と胎児の小頭症に関連がみられるとの発表をしており、2016年1月15日には、米国CDCが、妊娠中のジカウイルス感染と小頭症との関連についてより詳細な調査結果が得られるまでは、流行国地域(問3参照)への妊婦の方の渡航を控えるよう警告し、妊娠予定の女性に対しても主治医と相談の上で、厳密な防蚊対策を推奨しました。1月21日には、ECDC(欧州疾病対策センター)は、流行地域への妊婦及び妊娠予定の方の渡航を控えることを推奨しました。世界保健機関(WHO)は、2月1日に、緊急委員会を開催し、小頭症及びその他の神経障害の集団発生に関する「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態(PHEIC)」を宣言しました。また、3月8日に、第2回目の緊急委員会を開催し、以下の渡航措置についての勧告等を発表しました。

・ジカウイルスの伝播がある地域等への(からの)渡航や貿易についての一般的な制限はない。

・妊婦はジカウイルス感染症が発生している地域への渡航をしないよう勧告される。ジカウイルス感染症が発生している地域に住んでいる又は渡航するパートナーのいる妊婦は、妊娠期間中は、安全な性行為を確保するか性行為を控える。

・ジカウイルス感染症が発生している地域へ渡航する人は、可能性のあるリスクや蚊による刺咬の可能性を低くするための適切な措置についての最新の勧告を入手し、帰国後は、伝播のリスクを下げるため、安全な性行為を含めた適切な対策をとる。

・WHOは、ジカウイルス感染に関するリスクの性質や期間についての情報とともに渡航についてのガイダンスを定期的に更新する。

WHOは3月31日、米国CDCは4月13日、これまでの研究結果から、ジカウイルス感染が小頭症等の原因となるとの科学的同意が得られたと結論づけました。

なお、現在、小頭症や他の神経障害とジカウイルスとの関連についての更なる調査が行われています。

問9 流行地域へ渡航をする場合は、どのように予防すればよいですか？

答 海外の流行地域にでかける際は、蚊に刺されないように注意しましょう。長袖、長ズボンの着用が推奨されます。また蚊の忌避剤なども現地では利用されています。

妊娠中にジカウイルスに感染すると、胎児に小頭症等の先天性障害を来すことがあることから、妊婦及び妊娠の可能性のある方については、流行地域への渡航を控えた方がよいとされています。やむを得ず渡航する場合は、主治医と相談の上で、厳密に蚊に刺されないようにする対策を講じる必要があります。また、性行為感染のリスクを考慮し、流行地域に滞在中は、症状の有無にかかわらず、性行為の際にコンドームを使用するか性行為を控えることを推奨します。

問10 性行為による感染はどのように予防すればよいですか？

答 性行為により男性から女性パートナーへの感染伝播が疑われている事例が報告されています。現在、性行為による感染についての十分な知見は得られていませんが、性行為感染のリスクを考慮し、流行地域に滞在中は症状の有無にかかわらず、性行為の際にコンドームを使用するか性行為を控えること、流行地域から帰国した男性は、症状の有無にかかわらず、最低4週間、パートナーが妊婦の場合は妊娠期間中、性行為の際に、コンドームを使用するか性行為を控えることを推奨します。

また、母体から胎児への感染のリスクを考慮し、流行地域から帰国した女性は、帰国後最低4週間は、妊娠を控えることを推奨します。

WHOは、2月18日に、性行為による感染予防について、暫定ガイダンスを出しました。その概要は、次のとおりです。

1. 患者及びそのパートナー(特に妊婦)は、性行為感染のリスクについての情報を受ける、等。
2. 流行地域に住んでいるまたは流行地域から帰国後の、妊娠中のパートナーがいる男性は、パートナーの妊娠期間中は、より安全な性行動をとるか、性行為を自粛する。
3. 多くのジカウイルス感染が不顕性感染であることから、流行地域に住む人は、より安全な性行動をとるか性行為を自粛することを検討する。また、流行地域から帰国した人は、帰国後少なくとも28日間、より安全な性行動をとるか、性行為の自粛を検討する。
4. ジカウイルスに関する検討に関わりなく、WHOは、他の性行為感染症を予防し、望まない妊娠を避けるために、より安全な性行動(正しいコンドーム使用を含む)を推奨する。

WHOは、ジカウイルスを確認するための定期的な精液の検査を推奨しない。

なお、詳細については、以下のHPを確認してください。

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204421/1/WHO_ZIKV_MOC_16.1_eng.pdf?ua=1

問 11 日本で購入した忌避剤は、中南米においても効果がありますか？

答 国内では、「ディート」や「イカリジン」を成分とした忌避剤が市販されています。中南米の蚊にも効果があります。製品の用法・用量や使用上の注意を守って使用します。製品の忌避効果は、蒸発、雨、発汗などにより持続性が低下するので、一定の効果を得るためには、定期的に再塗布する必要があります。

問 12 予防接種はありますか？

答 ジカウイルス感染症に有効なワクチンはありません。

問 13 海外旅行中に流行地域で蚊に刺された場合はどこに相談すればよいですか？

答 すべての蚊がジカウイルスを保有している訳ではないので、蚊に刺されたことだけで過分に心配する必要はありません。

心配な場合は、帰国された際に、空港等の検疫所でご相談ください。また、帰国後に心配なことがある場合は、最寄りの保健所等にご相談ください。なお、発熱などの症状がある場合には、医療機関を受診してください。

問 14 日本国内でジカウイルスに感染する可能性はあるのでしょうか？

答 日本にはジカウイルスの媒介蚊であるヒトスジシマカが秋田県および岩手県以南のほとんどの地域に生息しています。このことから、仮に流行地域でウイルスに感染した発症期の人（日本人帰国者ないしは外国人旅行者）が国内で蚊にさされ、その蚊がたまたま他者を吸血した場合に、感染する可能性は低いながらもあり得ます。ただし、仮にそのようなことが起きたとしても、成虫は冬を越えて生息できず、限定された場所での一過性の感染と考えられます。（ヒトスジシマカは卵で越冬しますが、ウイルスがその卵の中で越冬するという報告はありません。）

なお、ヒトスジシマカは、日中、野外での活動性が高く、活動範囲は 50～100 メートル程度です。国内の活動時期は概ね 5 月中旬～10 月下旬頃までです。

【医療機関・検査機関の方向け】

問 15 ジカウイルス病の病原体は何ですか？

答 フラビウイルス科フラビウイルス属に属するジカウイルスです。

問 16 潜伏期間はどのくらいですか？

答 2～12 日（多くは 2～7 日）と言われています。

問 17 どのような症状が出ますか？

答 主として軽度の発熱、斑丘疹、結膜炎、関節痛、筋肉痛、疲労感、倦怠感、頭痛などを呈します。これらの症状は軽く、2～7日続いて治まります。血小板減少などが認められることもあります。他の蚊媒介感染症であるデング熱やチクングニア熱より軽症と言われていいます。これまでの研究結果から、WHO や米国 CDC は、ジカウイルス感染が小頭症の原因となること、また、WHO はジカウイルス感染がギラン・バレー症候群の原因となることについて科学的同意が得られたと結論づけました。

問 18 検査はどのように行うのですか？

答 特異的な臨床症状・検査所見が乏しいことから、診断のための検査は、血液または尿からのウイルス分離または PCR 法による病原体遺伝子の検出により行います。血清学的検査による診断は、IgM 抗体または中和試験による抗体の検出により行います。なお、IgM抗体を用いて診断を行う場合は、患者が感染したと考えられる地域で流行中のその他のフラビウイルス属ウイルス(デング熱、黄熱、ウエストナイル熱、日本脳炎等)による先行感染又は共感染がないこと、半年以内の黄熱ワクチンの接種歴がないことを確認してください。その他のフラビウイルス属ウイルスによる先行感染又は共感染を認める場合は、ペア血清によるIgM抗体以外の方法による確認試験を実施してください。

問 19 鑑別を要する疾患は何ですか？

答 同じ蚊媒介感染症であるデング熱及びチクングニア熱との鑑別が必要です。その他、チフス、マラリア、レプトスピラ症などとの鑑別も必要です。

問 20 治療法はありますか？

答 対症療法となります。通常は比較的症状が軽く、特別な治療を必要としません。

問 21 患者の経過と予後はどうでしょうか？

答 ジカウイルス病の予後は比較的良好です。症状が悪化した場合は医療機関を受診してください。死亡はまれです。

問 22 感染症法上の取り扱いはどうなっていますか？

答 平成 28 年 2 月 5 日に感染症法の四類感染症、検疫法の検疫感染症に追加され、同年 2 月 15 日に施行されました。これにより医師による保健所への届出が義務となり、検疫所での診察・検査、汚染場所の消毒等措置が可能となりました。

問 23 ヒトスジシマカについて教えてください。

答 ヒトスジシマカは、日本のほとんどの地域(秋田県および岩手県以南)に分布しています。その活動時期は 5 月中旬～ 10 月下旬です(南西諸島や温暖な地域ではこれよりも活動期間は長い)。ヒトスジシマカの幼虫は、例えば、ベランダにある植木鉢の受け皿や空き缶・ペットボトルに溜まった水、放置されたブルーシートや 古タイヤに溜まった水などによく発生します。人がよく刺されるのは、墓地、竹林の周辺、茂みのある公園や庭の木陰などとされています。

(参考)

[国立感染症研究所昆虫医科学部ホームページ](#)

[ヒトスジシマカの写真](#)

問 24 ヒトスジシマカの体内でジカウイルスは増えますか？

答 ヒトスジシマカの体内でウイルスが増えることが確認されています。そのため、ヒトスジシマカの刺咬によりジカウイルスが伝播される可能性があると言えます。

問 25 ヒトスジシマカは越冬しますか？

答 ヒトスジシマカの成虫は、秋になって気温が下がると死んでしまい、卵の状態ですべて越冬します(卵越冬)。

問 26 ネットアイシマカについて教えてください。

答 現在、ネットアイシマカは国内には生息していません。かつては国内でも沖縄や小笠原諸島に生息し、熊本県牛深町には 1944 ～ 1947 年に一時的に生息していたことが記録されていますが、1955 年以降は国内から消滅したとされています。ただ今日では、航空機によって国内に運ばれる例も確認されており、定着の可能性は皆無ではありません。

(参考)

[国立感染症研究所昆虫医科学部ホームページ](#)

[ネットアイシマカの写真](#)

問 27 ネットアイシマカは国内に定着できますか？

答 ネットアイシマカの分布の北限は台湾の高雄市周辺とされています。従って、国内では沖縄県の南方(石垣島・西表島など)以北の野外では定着できないと考えられます。しかし、空港ターミナルなど、一定の温度が維持されているような特別な場所では定着できるかもしれません。

問 28 蚊に刺されないようにするにはどうしたらよいでしょうか？

答 ヒトスジシマカは、早朝・日中・夕方(特に日没前後)に活動し、ヤブや木陰などでよく刺されます。その時間帯に屋外で活動する場合は、長袖・長ズボンの着用に留意し、忌避剤の使

用も推奨します。ネッタイシマカは屋内で活動しますから、屋内での服装や対策に留意しなければなりません。

問 29 日本でジカウイルスに感染する可能性はありますか？

答 現在日本での流行はありません。しかし、仮に流行地域でウイルスに感染した発症期の人（日本人帰国者ないしは外国人旅行者）が国内で蚊にさされ、その蚊がたまたま他者を吸血した場合に、感染する可能性は低いながらもあり得ます。

問 30 不顕性感染の患者から感染の可能性はありますか？

答 国立感染症研究所のリスクアセスメントによると、不顕性感染の患者が感染源となりうるかどうか（刺咬した蚊がウイルスを伝播しうるほどウイルスが増えるか、どのくらいの期間ウイルスが持続されるかなど）については、わかっていません。したがって、国内の蚊の活動期においては、ジカウイルス感染症流行地域からの帰国者は症状の有無にかかわらず忌避剤の使用など蚊に刺されないための対策を少なくとも 2週間程度は特に注意を払って行うことが推奨されます。また、問10にもあるとおり、流行地域に滞在中は症状の有無にかかわらず性行為の際にコンドームを使用するか性行為を控えること、流行地域から帰国した男性は症状の有無にかかわらず最低4週間、パートナーが妊婦の場合は妊娠期間中、性行為の際に、コンドームを使用するか性行為を控えること、流行地域から帰国した女性は帰国後最低4週間は妊娠を控えることを推奨します。

リスクアセスメント改訂を踏まえた Q&A の主な修正点

1. 「WHO 及び米国 CDC が、これまでの研究結果から、ジカウイルス感染が小頭症等の原因となるとの科学的同意が得られたと結論づけた。」ことを踏まえた修正（問 1, 2, 8, 9, 17）
2. WHO のガイダンスを踏まえ、流行地から帰国後の女性について、帰国後 4 週間の避妊を行うことを推奨。また、流行地での滞在中は、性行為の際にコンドームを使用するか性行為を控えることを推奨。（問 9, 10, 30）
3. 流行地については、これまで「米国 CDC が流行地とする地域及びタイ」としてきたが、「タイ、ベトナム、フィリピン及び米国 CDC が流行地とする地域（標高 2000m 以下）、」とする。（問 3）