

事 務 連 絡
平成 28 年 7 月 14 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

蚊媒介感染症の診療ガイドラインについて

平成 28 年 3 月 11 日付け事務連絡において、「蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第 2 版）」を配布したところですが、今般、ジカウイルス感染症に関する新たな知見を踏まえて、国立感染症研究所において、別添のとおり改訂しましたので、配布します。

つきましては、関係者への周知をお願いします。

蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第3版）改訂のポイント

平成 28 年 7 月 14 日

国立感染症研究所

2016 年 3 月 11 日に蚊媒介感染症の診療ガイドライン（第2版）の発刊後、ジカウイルス感染症に関する知見が多数集積されている。このため、本診療ガイドライン（第3版）は、ジカウイルス感染症に関する知見のアップデートと診断基準の改訂を主たる目的として作成された。

主な改訂ポイントは、以下のとおりである。

- 1) ジカウイルス感染症に関する新たな知見として、ジカウイルス病の臨床像のほか、ジカウイルスと小頭症等の先天異常との因果関係等に関する情報が追加された。
- 2) ジカウイルス病の診断基準、ジカウイルス感染症の検査対象となりうる妊婦の要件に、性行為歴が新たに追加された。
- 3) ジカウイルス感染症の検査対象となる妊婦については、ジカウイルス感染症協力医療機関などの専門医療機関に紹介し、母子感染症を専門とし、適切なマネジメントが可能な医療機関における評価を経て、必要なジカウイルス検査を国立感染症研究所で実施することとした。
- 4) デング熱診断のための検査キットとして、新たに「デングウイルス抗原及び抗体 同時測定定性〈デングウイルス IgM 抗体・NS1 抗原〉」（イムノクロマト法）が保険収載された。

以上

蚊媒介感染症の診療ガイドライン

(第3版)

2015年5月22日第1版*作成

2016年3月11日第2版作成

2016年7月14日第3版作成

国立感染症研究所

* デング熱及びチクングニア熱の診療ガイドライン

目次

目次.....	2
はじめに	3
蚊媒介感染症とは.....	4
1 各疾患の概要	5
1.1 デング熱.....	5
病原体.....	5
疫学.....	5
病態および分類	5
1.2 チクングニア熱.....	6
病原体.....	6
疫学.....	6
病態.....	6
1.3 ジカウイルス感染症.....	7
病原体.....	7
疫学.....	7
病態および分類	7
2 各疾患の診断およびマネジメント	9
2.1 デング熱.....	9
① 症状及び検査所見	9
② 診断.....	12
③ 届出.....	13
④ マネジメント	14
2.2 チクングニア熱.....	17
① 症状及び検査所見	17
② 診断.....	17
③ 届出.....	18
④ マネジメント	18
2.3 ジカウイルス感染症.....	20
2.3.1 ジカウイルス病.....	20
① 症状及び検査所見	20
② 診断.....	21
③ 届出.....	24
④ 一般的なマネジメント	24
⑤ 特定の患者に関するマネジメント	24
2.3.2 先天性ジカウイルス感染症.....	27
① 症状及び検査所見	27
② 診断.....	27
③ 届出.....	31
④ マネジメント	31
3 予防	33
防蚊対策	33
性感染対策.....	34
輸血由来感染対策	35
おわりに	36
文献.....	37

はじめに

本ガイドラインは、蚊媒介感染症に関する特定感染症予防指針（平成 27 年厚生労働省告示第二百六十号）に基づき、医師がデング熱、チクングニア熱及びジカウイルス感染症などの蚊媒介感染症を診断し、確定した症例について直ちに届出を行うことができるよう、疫学、病態、診断から届出、治療、予防に至る一連の手順などを示したものである。本ガイドライン第 3 版は、2016 年 3 月 11 日発行の第 2 版以降、新たに加わった科学的知見をもとに記載を更新し、国内発生時の対応を含め、診療対応の考え方、手順の整理を行った。なお、ジカウイルス感染症に関しては、現在、南太平洋地域、南北アメリカ大陸、カリブ地域等で急速に拡大しており、その関連が強く疑われる小頭症を含む先天異常、ギラン・バレー症候群を含む神経疾患の集団発生について、2016 年 2 月 1 日に世界保健機関は「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態 (PHEIC: Public Health Emergency of International Concern)」として宣言した。なお、ジカウイルスと小頭症を含む先天異常との因果関係は、本ガイドライン第 3 版発行時点で、科学的合意が得られたものと捉えられている。本版では、現時点において最新の知見に基づく情報に更新したが、ジカウイルス感染症に関する知見は日々蓄積されつつあり、診療対応に変更を要する新たな知見が集積した場合、本ガイドラインは更新される可能性がある。また、診療現場で遭遇しうる場面を想定したジカウイルス感染症診療 Q&A（仮題）を別途、ジカウイルス感染症協力医療機関に配布予定である。

なお、感染症法に規定されるその他の蚊媒介感染症（日本脳炎、ウエストナイル熱、黄熱、リフトバレー熱、西部ウマ脳炎、東部ウマ脳炎、ベネズエラウマ脳炎、マラリア、野兔病）についてはここでは記載しない。

蚊媒介感染症とは

主な蚊媒介感染症であるデング熱、チクングニア熱及びジカウイルス感染症は、ともに、発熱と全身の発疹を特徴とし、同じ種類の蚊（ヤブ蚊属：*Aedes* spp.）によって媒介される感染症である。いずれもアフリカを起源とするが、近年では、アジア、中南米を中心に流行している。我が国においては主に海外からの輸入感染症としてみられたが、デング熱に関しては 2014 年に国内感染例が報告された。これらの蚊媒介感染症に関しては、国内においては有効なワクチンが存在せず、予防には蚊に刺されないようにする防蚊対策が重要である。

媒介蚊について

海外でデング熱、チクングニア熱及びジカウイルス感染症を媒介する蚊は、主にネッタイシマカ (*Aedes aegypti*) とヒトスジシマカ (*Aedes albopictus*) などのヤブ蚊属 (*Aedes* spp.) であるが、日本にはネッタイシマカは常在しておらず、媒介蚊はヒトスジシマカである。日本においてヒトスジシマカは 5 月中旬～10 月下旬に活動し（南西諸島の活動期間はこれよりも長い）、冬季に成虫は存在しない。ヒトスジシマカは 2015 年時点で、本州（秋田県及び岩手県以南）から四国、九州、沖縄、小笠原諸島まで広く分布している。

1 各疾患の概要

1.1 デング熱

① 病原体

デング熱はフラビウイルス科フラビウイルス属のデングウイルスによって起こる発熱性疾患で、ウイルスには4つの血清型がある¹。感染源となる蚊（ネッタイシマカ及びヒトスジシマカ）はデングウイルスを保有している者の血液を吸血することでウイルスを保有し、この蚊が非感染者を吸血する際に感染が生じる。

② 疫学

デング熱はアジア、中東、アフリカ、中南米、オセアニア地域で流行しており、年間1億人近くの患者が発生していると推定される²。とくに近年では東南アジアや中南米で患者数の増加が顕著となっている。こうした流行地域で、日本からの渡航者がデングウイルスに感染するケースもある^{3,4}。

2014年には、日本国内における感染例が確認されたが、この年に感染症法に基づく発生動向調査へ報告されたデング熱症例は計341例、うち国内感染例162例、国外感染例179例であった⁵。国内感染例の大部分は都立代々木公園周辺への訪問歴があり、同公園周辺の蚊に刺咬されたことが原因と推定された。一方で、2015年には12月末現在で292例の報告があり、いずれも海外からの輸入例であった。このように、2015年には国内感染例はみられなかったが、今後も国内発生のリスクはあるため、監視を継続している。

③ 病態および分類

デングウイルスに感染した者のうち、20～50%が3～7日(最大2～14日)の潜伏期間を経て発熱・皮疹などの症状を呈するとされている^{1,6}。通常は1週間前後の経過で回復する。

一部の症例において、重度な出血傾向、血漿漏出傾向、臓器不全傾向を示す場合があり、こうしたケースを「**重症型デング**」と呼ぶ。このうち、顕著な血小板減少及び血管透過性亢進（血漿漏出）を伴うものを「**デング出血熱**」と呼び^{7,8}、特にショック症状を伴うものを「**デングショック症候群**」と呼ぶ。重症型デングを放置すれば致命率は10～20%に達するが、適切な治療を行うことで致命率を1%未満に減少させることができる²。なお、感染症発生動向調査によれば、1999年から現在までに日本国内で発症したデング熱患者で、死亡者は報告されていない。

1.2 チクングニア熱

① 病原体

チクングニア熱はトガウイルス科アルファウイルス属のチクングニアウイルスによって起こる熱性疾患である¹。デングウイルスとは異なり単一血清型のウイルスである。感染源となる蚊および感染様式もデング熱と同様である。

② 疫学

チクングニア熱は、近年、中南米、アジア太平洋地域を中心に世界的に流行が拡大している。チクングニア熱は 1952 年にタンザニアでデング熱様疾患として初めて確認された。以来、アフリカ、アジアを中心に流行が散発してきたが、2004 年から急速にその流行域が拡大している再興感染症である。2007 年に、イタリア北部における国内流行が報告され、2010 年にはフランス南東部および中国南部で国内流行が確認された。さらに 2013 年末にはカリブ海の島嶼国で流行が発生し、その流行は約 1 年間で米国、メキシコ、ブラジルを含むアメリカ大陸に拡大し、太平洋島嶼国でも流行が確認されている^{9,10}。日本では流行地域からの輸入症例が 2006 年末から確認されており¹¹⁻¹³、2011 年 1 月に感染症法における 4 類感染症に指定され、届出が義務付けられた。2011 年以降、年間 10~14 例前後の報告があるが、いずれも海外での感染事例であり、国内感染例は報告されていない。

③ 病態

チクングニアウイルスが感染した場合、20~25%の患者¹⁴で、2~12 日(多くは 3-7 日)の潜伏期間を経て症状を呈する。発熱と関節痛はほぼ必発であり、8 割で皮疹がみられる。デング熱、ジカウイルス感染症と比較し、四肢を中心とした関節痛症状が強く、関節炎や腫脹を伴い、急性期を過ぎた後も数週~数ヶ月にわたり疼痛を残す場合もある¹⁰。原則として重症化することは少ないが、2005 年~2007 年のアフリカ南部仏領レユニオン島でのアウトブレイクでは、致死性の脳炎や重症心筋炎、多臓器不全を来した例が報告されている¹⁰。

1.3 ジカウイルス感染症

① 病原体

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って起こる疾患で、チクングニア熱同様、単一の血清型である。感染源となる蚊および感染様式もデング熱及びチクングニア熱と同様である。

② 疫学

ジカウイルスは、1947年にウガンダの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の患者はアフリカとアジアで散発していたが、近年、南太平洋地域及び中南米を中心に急速に流行が拡大している。アフリカ、アジアのこれまでのジカウイルス感染症流行地以外では、2007年にはミクロネシア連邦のヤップ島での流行、2013年にはフランス領ポリネシアで約1万人の感染者が報告された。2014年にはチリのイースター島、2015年には中央および南アメリカ大陸、カリブ海地域、南太平洋地域等でも流行し、急速に流行地が拡大している。一方、本邦においては、2013年、2014年に仏領ポリネシア及びタイで感染して、日本に入国後発症した輸入症例が3例確認された¹⁵。2016年2月に感染症法上の4類感染症に指定され、以後2016年7月11日までに7例の輸入症例が報告されている。また、経胎盤及び経産道感染による事例¹⁶、輸血¹⁷や性行為¹⁸⁻²⁴を介した感染事例が他国において報告されている。ジカウイルス感染による小頭症については、流行国・地域で発生が報告されている他、流行地に渡航した妊婦から生まれた児での小頭症症例が、米国、スロベニア、スペインなど、非流行地においても報告されている。

③ 病態および分類

健康な成人および小児がジカウイルスに感染した場合、約20%の感染者が、2～12日の潜伏期間を経て症状を呈する²⁵。ジカウイルスに感染したヒトが症状を呈した場合を、「**ジカウイルス病**」と分類する。多くの症例で皮疹が認められるが、発熱は38.5度以下である場合や、認められない場合が多く、患者の多くは後遺症なく治癒する²⁶。2013年の仏領ポリネシアや、2015年以降の中南米の流行時には、ギラン・バレー症候群の症例数の増加が報告されており²⁷、疫学研究によりジカウイルス感染症との関連性が強く示唆されている²⁸。

母体から胎児への経胎盤感染により小頭症などの先天異常をきたした場合を「**先天性ジカウイルス感染症**」とする。2015年のブラジルでの流行にあわせて、小頭症児の出生数が急増したこと等を踏まえ、2016年2月1日にWHOにより「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態(PHEIC)」として宣言された²⁹。

ジカウイルスと小頭症を含む先天異常との関連性については、小頭症による死亡胎児・新生児の脳脊髄液・脳組織等からジカウイルスRNAや抗原が検出されているほか、動物モデルにおいてもジカウイルス感染が小頭症を含む先天異常を来すことにより確認されてい

る^{30,31}。また疫学研究においても極めて強い関連性が示唆されたことから³²⁻³⁴、現時点では、両者の因果関係は科学的な合意が得られている³²⁻³⁴。さらに、2013年～2014年の仏領ポリネシアでの流行時の後ろ向き研究において、特に妊娠初期（第1三半期）の母体ジカウイルス感染は胎児の小頭症の発症リスクであることが示唆されているが、妊娠中期、後期の母体ジカウイルス感染による胎児の小頭症の発症リスクについては、妊娠初期に比べると低いと考えられているが、現時点では科学的知見が限られている³⁵。なお、ブラジル、バイアでの疫学調査においても妊娠初期のジカウイルス感染が小頭症発生リスクと強い相関があることが報告されている³⁶。

2 各疾患の診断およびマネジメント

2.1 デング熱

① 症状及び検査所見

2014年に日本国内で診断されたデング熱患者の症状や検査所見の出現頻度を表1に示す⁵⁾。3～7日（最大2～14日）の潜伏期間の後に、急激な発熱で発症し、発熱、発疹、頭痛、骨関節痛、嘔気・嘔吐などの症状がおこる。ただし、発熱以外の症状を認めないこともある。発症時には発疹はみられないことが多いが、皮膚の紅潮がみられる場合がある。通常、発病後2～7日で解熱する。発疹は解熱時期にでることが多く、点状出血（図1）、島状に白く抜ける紅斑（図2）など多彩である。検査所見では血小板減少、白血球減少が高頻度に認められる。またCRPは陽性となってもマラリアと比較すると高値ではないとの報告もある³⁷⁾。表2にはデング熱を疑う目安となる症状・所見を示す⁷⁾。

血管透過性亢進を特徴とするデング出血熱は典型的には発病後4～5日に発症する。この病態は解熱する時期に1～2日続き、この時期を乗り切ると2～4日の回復期を経て治癒する。しかしながら、病態が悪化しデングショック症候群となった場合、患者は不安・興奮状態となり、発汗や四肢の冷感、血圧低下がみられ、しばしば出血傾向（鼻出血、消化管出血など）を伴う。デング出血熱を疑う場合の重症化サインを表3に、デングショック症候群を含む重症型デングの診断基準を表4に示した⁷⁾。また、重症化のリスク因子としては、妊婦、乳幼児、高齢者、糖尿病、腎不全などが指摘されている⁷⁾。

小児のデング熱患者の多くは軽症で、症状がより非特異的であるため他の感染症との鑑別が難しい。成人と比して嘔吐、発疹及び熱性けいれんなどの出現頻度が高いとされている³⁸⁾。その一方で、乳児は重症化のリスクが高く、デング出血熱やデングショック症候群を発症する可能性があることに注意する必要がある。

表1. 国内デング熱患者(n=162)にみられた症状や検査所見（文献5より改変）

症状・検査所見	発生頻度 (%)
発熱	99
血小板減少	78
白血球減少	78
頭痛	72
発疹	48
全身の筋肉痛	22
骨関節痛	18

表 2. デング熱を疑う目安（文献 7 の記載を参考に作成）

海外のデング熱流行地域から帰国後、あるいは海外渡航歴がなくてもヒトスジシマカの活動時期の国内在住者において、下記の所見を認める場合にデング熱を疑う。

- ・ 発熱 かつ
- ・ 以下の所見の 2 つ以上を認める場合
 1. 発疹
 2. 悪心・嘔吐
 3. 頭痛・関節痛・筋肉痛
 4. 血小板減少
 5. 白血球減少
 6. ターニケットテスト陽性※
 7. 重症化サイン

※ ターニケット(駆血帯)テスト：上腕に駆血帯を巻き、収縮期血圧と拡張期血圧の中間の圧で 5 分間圧迫を続け、圧迫終了後に 2.5cm x 2.5cm あたり 10 以上の点状出血が見られた場合に陽性と判定する (文献 39)

表 3. 重症化サイン（文献 7）

デング熱患者で以下の症状や検査所見を 1 つでも認めた場合は、重症化のサイン有りと診断する。

1. 腹痛・腹部圧痛
2. 持続的な嘔吐
3. 腹水・胸水
4. 粘膜出血
5. 無気力・不穏
6. 肝腫大（2 cm 以上）
7. ヘマトクリット値の増加（20%以上、同時に急速な血小板減少を伴う）

表 4. 重症型デングの診断基準（文献 7）

デング熱患者で以下の病態を 1 つでも認めた場合、重症型デングと診断する。

1. 重症の血漿漏出症状（ショック、呼吸不全など）
2. 重症の出血症状（消化管出血、性器出血など）
3. 重症の臓器障害（肝臓、中枢神経系、心臓など）

図 1. デング熱患者の発疹：解熱時期にみられた点状出血



(国立感染症研究所感染症疫学センター)

図 2. デング熱患者の発疹：解熱時期にみられた島状に白く抜ける紅斑



(国立感染症研究所感染症疫学センター)

② 診断

医師が患者にデング熱を疑う目安⁷ (表2)に該当する症状及び所見を認めた場合は、必要に応じて、診断に加えて適切な治療が可能な医療機関に相談又は患者を紹介する。

1) 診断手順

デング熱を疑う症例における診断を健康保険の給付対象検査を用いて実施する場合は次の手順を参考にする。

患者の集中治療に対応できる特定の保険医療機関^{*}において、入院を要すると考えられる病態である場合：

1. 血液（全血）・血清・血しょうを採取する。
2. 血清を検体として、「デングウイルス抗原定性（デングウイルス非構造タンパク(NS1)抗原）」(ELISA法)又は、全血又は血清を検体として「デングウイルス抗原及び抗体 同時測定定性（デングウイルス IgM 抗体・NS1 抗原）」(免疫クロマト法)を用いて検査を行う。
3. 陽性の場合：最寄りの保健所にデング熱発生届を提出する。
陰性あるいは判定不能の場合：最寄りの保健所に相談の上、血液・血清を地方衛生研究所又は国立感染症研究所に送付し、検査を依頼することができる。

※ 患者の集中治療に対応できる特定の保険医療機関とは、以下のいずれかに係る届出を行っている医療機関を指す。

区分番号「A300」	救命救急入院料「1」から「4」までのいずれか
区分番号「A301」	特定集中治療室管理料「1」から「4」までのいずれか
区分番号「A301-2」	ハイケアユニット入院医療管理料「1」又は「2」のいずれか
区分番号「A301-4」	小児特定集中治療室管理料

上記に該当しない場合：

最寄りの保健所に相談の上、血液・血清・血しょうを地方衛生研究所又は国立感染症研究所に送付し、検査を依頼することができる。

地方衛生研究所、国立感染症研究所では、次の検査が実施可能である。

- ✓ 地方衛生研究所及び国立感染症研究所で実施可能なもの
 - ・ デングウイルス RT-PCR <血液・血清・血しょう>
 - ・ デングウイルス 特異的IgM抗体 <血清>
 - ・ デングウイルス 非構造タンパク(NS1)抗原 <血清>
- ✓ 国立感染症研究所で実施可能なもの
 - ・ デングウイルス 中和抗体 <血清>
 - ・ デングウイルス ウイルス分離 <血液・血清・血しょう>

2) 確定診断

上記の検査により、下記のいずれかを満たすとき、デング熱と確定診断する。

・ウイルス分離	<血液・血清・血しょう・尿>
・RT-PCR 法によるウイルス遺伝子の検出	<血液・血清・血しょう・尿>
・ウイルス非構造タンパク(NS1)抗原の検出	<血清>
・特異的 IgM 抗体の検出*	<血清>
・中和抗体の検出**	<血清>

※単血清での抗体価の有意な上昇、ペア血清での抗体陽転化・抗体価の有意な上昇
 ※※ペア血清での抗体陽転化・抗体価の有意な上昇

なお、デング熱は輸液療法などの適切な治療によって重症化を予防できることから、デング熱を疑う患者において、血管透過性亢進に対する輸液療法などが必要な患者など、入院治療が推奨される病態の患者では、いずれかの検査による確定診断が必要である。

また、これらの検査法は、発病からの日数によって陽性となる時期が異なる⁴⁰ため、デングウイルス抗原定性が陰性であった場合には、適切な診断法について、必要に応じて最寄りの保健所に相談する。

3) 鑑別診断

デング熱の鑑別疾患としては、チクングニア熱、ジカウイルス感染症のほか、麻疹、風疹、インフルエンザ、レプトスピラ症、伝染性紅斑（成人例）、伝染性単核球症、急性 HIV 感染症、リケッチア症などがあげられる。地域によっては、他の蚊媒介感染症も考慮が必要であり、検査及び診断が困難である場合には、専門家への相談を検討する。

なお、国立国際医療研究センターでは、国際医療研究開発事業「医療機関等における感染症集団発生時の緊急対応方法の確立及び対応手法の普及・啓発に関する研究」（主任研究者 大曲貴夫）において、国内外の感染症の予防・迅速対応・適切な医療の提供・評価・共有を行うために、下記の窓口で相談を受け付けている。

国立国際医療研究センター 国際感染症センター 支援デスク 電話 03-3202-7181 (代) 内線 4483 (平日 午前 8 時 30 分～午後 5 時) メール idsupport@hosp.ncgm.go.jp (支援デスク)

③ 届出

デング熱は感染症法では 4 類感染症の全数把握疾患に分類されるため、診断した医師は直ちに最寄りの保健所に届け出る必要がある。届出の詳細は、厚生労働省ウェブサイト「[感](#)

[染症法に基づく医師の届出のお願い](#)にて最新の情報を参照する。参考として、2016年7月11日時点におけるデング熱の届出様式を別添に示す。

④ マネジメント

デングウイルスに対する有効な抗ウイルス薬はない。治療の基本は、デング出血熱の血管透過性亢進による重症化の予防を目的とした輸液療法である。高熱に対する対症療法としては、解熱鎮痛薬（アセトアミノフェンなど）を投与する。アスピリンは出血傾向やアシドーシスを助長するため使用すべきでない。また、イブプロフェンなどの非ステロイド性抗炎症薬も胃炎あるいは出血を助長するため使用すべきではない⁷。

1) 外来治療

■ 成人の軽症例

経口水分補給が可能で、尿量が確保されており、[重症化サイン \(表 3\)](#) が認められない場合は外来治療も可能である⁷。ただし外来で治療する場合も、解熱時期の前には重症化サインの出現の有無を慎重に経過観察することが必要である^{7,8}。経口水分補給ができない場合は、生食や乳酸リンゲル液などの等張液輸液を開始する。数時間の輸液により、経口水分補給が可能になったら、輸液量を減じる。

■ 小児の軽症例

小児の場合は、脱水になりやすいため十分な観察が必要であり、特に乳児は入院加療が推奨される。経口水分補給には経口補水液(ORS)など電解質を含む溶液を推奨し、4～6時間ごとの排尿があることを確認する⁷。重症化のリスクがないことが確認されるまでは、連日外来で熱型、水分バランス、尿量、重症化徴候の有無、血液検査による白血球数、ヘマトクリット (Hct) や血小板数の評価を行う⁷。

2) 入院治療

[重症化サイン \(表 3\)](#) が認められる場合、あるいは、重症化サインは認めないが、重症化リスクが高い例は入院が必要である¹¹。なお、下記の輸液療法の詳細はWHOガイドライン¹²の推奨に基づく。同ガイドラインは東南アジアにおける小児患者からの経験を中心に作成されたものである。

■ 重症化サインを認める場合

・代償性ショックを認めない場合：

生食や乳酸リンゲル液などの等張液輸液を5～7 ml/kg/時で開始し、臨床症状の改善に応じて、過剰輸液を避けるために時間あたりの輸液量を減じる。さらに、臨床所見とHct値を再検し、Hct値が同程度あるいは軽度の増加であれば同じ速度の輸液を継続する。もし、

臨床所見が悪化し、Hct 値が増加すれば時間あたりの輸液量を増加させ、その後に再評価を行う。

回復期には輸液過剰による肺水腫、腹水、低ナトリウム血症などの危険があることから、厳重な輸液管理を行うことが重要である。Hct 値以外にも、患者の熱型、輸液量、尿量、白血球数及び血小板数などの検査所見の監視が必要である。また、解熱後の病態安定を確認するための観察期間は2～3日を目安とする。

・代償性ショックを認める場合：

生食や乳酸リンゲル液などの等張液輸液を5～10ml/kg/時（小児の場合は10～20ml/kg/時）で開始し、状況に応じて輸液を調整する。バイタルサインの改善を図るとともに、血管透過性亢進の指標となるベースラインのHct 値からの上昇率（%Hct）を監視することが重要である。重症化サインを認める患者に対する輸液療法について表5に示す。

表 5. 重症化サインを認める患者に対する輸液療法（詳細は文献 7 を参照）

重症化サインが認められるが、ショックではない場合

生食や乳酸リンゲル液などの等張液を5～7 ml/kg/時（1～2時間）から開始する。

- 臨床症状の改善に応じて、時間あたりの輸液量を3～5 ml/kg/時（2～4時間）さらに2～3 ml/kg/時（2～4時間）と減じる。
- 臨床所見とHct 値を再検し、Hct 値が同程度あるいは軽度の増加であれば2～3 ml/kg/時（2～4時間）の輸液を継続する。
- 臨床所見の悪化に伴ってHct 値が増加すれば5～10ml/kg/時に時間あたりの輸液量を増加し、1～2時間後に再評価をする。

代償性ショックの場合

- 生食や乳酸リンゲル液などの等張液の5～10 ml/kg（小児の場合は10～20ml/kg）を1時間かけて静注する。患者の状態が回復すれば、原則ショックではない場合の対応にうつる。

低血圧性ショックの場合

- 生食や乳酸リンゲル液などの等張液の20 ml/kgを15分かけて静注する。患者の状態が回復すれば、時間あたりの輸液量を10 ml/kg/時として1時間継続し、その後も輸液速度を減じる。

・重症型デングの場合：

重症型デング（重症の血漿漏出症状、出血症状、臓器障害）と診断された患者（[表 4](#) 参照）に対しては集中治療が必要である⁷。**低血圧性ショックの患者**には、生食や乳酸リンゲル液などの等張液を投与することで、ショック状態からの脱出を試みる（[表 5](#) 参照）。患者の状態が回復すれば、時間あたりの輸液量を減じる。患者の状態が改善しない場合は、さらなる等張液の投与が必要となる。粘膜出血はしばしば解熱期頃に見られるが、通常は問題なく改善する。もし、消化管などからの大量出血が認められた時には、濃厚赤血球液の輸血を考慮する。血小板減少に対して、血小板輸血は必ずしも必要ではない。

■ 重症化サインを認めないが、重症化リスクが高い例

重症化サインを認めない場合でも、重症化リスクの高い下記の患者については入院を推奨する⁷。

重症化リスクが高い患者の例

- | | |
|------|------------------------|
| ・乳幼児 | ・糖尿病患者 |
| ・高齢者 | ・腎不全患者 |
| ・妊婦 | ・血管透過性亢進に対する輸液療法を要する患者 |

生食や乳酸リンゲル液などによる等張液輸液を開始し、低張液の投与は避ける。経口水分補給の量に注意し、末梢循環や適切な尿量が保たれるよう維持輸液を行い、同時に過量投与を避けるために、頻回の輸液量の調整が必要である。多くの場合、輸液は 24～48 時間で十分である。患者の熱型、輸液量、尿量、Hct 値及び白血球数、血小板数などの検査所見の監視を行い重症化サインの出現に注意する。

2.2 チクングニア熱

① 症状及び検査所見

潜伏期間は2～12日で、多くは3～7日である。チクングニア熱を発症すると発熱及び関節痛がよくみられる。また、全身倦怠感、リンパ節腫脹、頭痛、筋肉痛、発疹、関節炎、悪心・嘔吐などを呈することもある^{9,10}。ほとんどの症状は3～10日で消失するが、関節炎は数週間から数ヶ月持続する場合がある。関節炎は特に四肢末梢の関節に多発し、激しい関節痛および多発性腱滑膜炎を伴う関節リウマチ様症状を呈するため、日常生活に困難を伴う。主な血液所見はリンパ球減少及び血小板減少であり、ALT、ASTの上昇も認められる。小児における関節症状は比較的軽度であることが報告される一方で、急性重症肝炎や中枢神経症状を呈する例、母児感染例も報告されている^{41,42}。

② 診断

チクングニア熱の臨床症状は、デング熱やジカウイルス感染症等との鑑別が難しい(表6)^{43,44}。分布域も重なりが多く、確定診断には地方衛生研究所や国立感染症研究所等の専門機関での検査が必須である。なお、国内に製造販売承認されたチクングニアウイルスの抗原検査試薬は存在しない。

チクングニア熱を疑う症状を認めた場合は、必要に応じて、診断や適切な治療が可能な医療機関に相談又は患者を紹介する(2.1 デング熱②診断「鑑別診断」を参照)。

表 6. チクングニア熱及びデング熱の臨床像と検査所見の比較 (文献 43, 44)

	チクングニア熱	デング熱
関節痛	+++	±
関節炎	+	—
頭痛	++	++
発疹	+	+
筋肉痛	+	++
出血	±	++
ショック	—	+
白血球減少	++	+++
血小板減少	+	+++
血液濃縮	—	++

頻度 +++:70～100%

++:40～69%

+:10～39%

±:<10%

1) 診断手順

チクングニア熱を疑う症例における診断は次の手順を参考にする：

1. 血液（全血）・血清・血しょうを採取する。
 - ① 鑑別診断として、デング熱を疑う場合は、血清を検体として、「デングウイルス抗原定性（デングウイルス非構造タンパク（NS1）抗原）」（ELISA 法）又は全血又は血清を検体として、「デングウイルス抗原及び抗体 同時測定定性（デングウイルス IgM 抗体・NS1 抗原）」（イムノクロマト法）を用いて検査する。（実施可能な場合に限る：[2.1 デング熱②診断参照](#)）
2. 上記の鑑別診断検査が実施できない、あるいは実施し陰性あるいは判定不能であった場合：最寄りの保健所に相談の上、血液・血清・血しょうを地方衛生研究所又は国立感染症研究所に送付し、チクングニア熱の検査を依頼することができる。

地方衛生研究所、国立感染症研究所では、次の検査が実施可能である。

- | | |
|-----------------------------|--------------|
| ✓ 地方衛生研究所及び国立感染症研究所で実施可能なもの | |
| ・ チクングニアウイルス RT-PCR | <血液・血清・血しょう> |
| ・ チクングニアウイルス 特異的 IgM 抗体 | <血清> |
| ✓ 国立感染症研究所で実施可能なもの | |
| ・ チクングニアウイルス 中和抗体 | <血清> |
| ・ チクングニアウイルス ウイルス分離 | <血液・血清・血しょう> |

2) 確定診断

上記の検査により、下記のいずれかを満たすとき、チクングニア熱と確定診断する。

・ ウイルス分離	<血液・血清・血しょう・尿>
・ RT-PCR 法によるウイルス遺伝子の検出	<血液・血清・血しょう・尿>
・ 特異的 IgM 抗体の検出 [※]	<血清>
・ 中和抗体の検出 ^{※※}	<血清>

- ※ 単血清での抗体価の有意な上昇、ペア血清での抗体陽転化・抗体価の有意な上昇
 ※※ ペア血清での抗体陽転化・抗体価の有意な上昇

③ 届出

チクングニア熱は感染症法で 4 類感染症全数把握疾患に分類されるため、診断した医師は直ちに最寄りの保健所に届け出る必要がある。届出の詳細は、厚生労働省ウェブサイト「[感染症法に基づく医師の届出のお願い](#)」にて最新の情報を参照されたい。参考として、2016 年 7 月 11 日時点におけるチクングニア熱の届出様式を別添に示す。

④ マネジメント

チクングニアウイルスに対してもデングウイルス同様に有効な抗ウイルス薬はなく、高熱による脱水予防のための輸液療法を行い、関節痛・関節炎の程度に応じて解熱鎮痛薬（ア

セトアミノフェンなど) を投与する。チクングニア熱では出血症状を呈することは稀であることから、チクングニア熱と確定診断された成人の症例では、ロキソプロフェンなどの非ステロイド性抗炎症薬の使用は許容される。また、チクングニア熱では関節炎が数ヶ月に渡って遷延することがあり、これらの慢性関節痛には適宜、対症療法を行う。

2.3 ジカウイルス感染症

2.3.1 ジカウイルス病

① 症状及び検査所見

潜伏期間は、2～12日（多くは2～7日）である。ジカウイルス病の臨床症状は多彩であるが、斑状丘疹様の発疹（[図3](#)）は90～100%に認められるのに対して、発熱の頻度は35～65%とされており^{25,45,46}、またこの発疹は掻痒感を伴うことが多いとされている。なお、大半の症例は入院を必要としなかった。[表7](#)に2015年のブラジル・リオデジャネイロにおけるジカウイルス病患者が発症後4日以内に認めた臨床症状を示す⁴⁵。

図3. ジカウイルス病の斑状丘疹様の発疹



(国立国際医療研究センター 忽那医師提供)

表 7. 2015 年上半期のリオデジャネイロにおけるジカウイルス病の臨床症状 (n=119) (文献 45)

症状・検査所見	発生頻度 (%)	症状・検査所見	発生頻度 (%)
斑状丘疹	97	粘膜疹・点状出血・出血	21
掻痒感	79	鼻閉	20
疲労感	73	発汗	19
頭痛	66	下痢	19
関節痛	63	腹痛	17
筋痛	61	咳嗽	16
結膜炎 (非化膿性)	56	鼻炎	15
下背部痛	51	失神	15
後眼窩部痛	45	嘔声	11
リンパ節腫脹	41	耳痛	9
悪寒	37	排尿障害	7
発熱	36	黄疸尿	6
食思不振	35	呼吸困難	6
羞明	34	嘔吐	4
口腔・咽頭痛	32	肝腫大	2
浮腫	29		
味覚変化	27		
嘔気	24		

註：本報告では、急性期に斑状丘疹を認めた症例をジカウイルス病疑いとして調査対象とされた。表中の数値は、このうち RT-PCR でジカウイルス RNA を検出できた症例が認めた症状を記載している。

② 診断

ジカウイルス病は、上記の通り発熱は必発ではなく、症状が多彩である。また、デング熱やチクングニア熱とも流行地域が重なっている。そのため、ジカウイルス病を鑑別診断として想起することが難しい場合があることから、その他の蚊媒介感染症を含め、総合的に鑑別診断に挙げる必要がある。現時点で、国内で製造販売承認された検査試薬はなく、確定診断には、地方衛生研究所、国立感染症研究所などの専門機関での検査が必須である。下記の条件を参考に「ジカウイルス病を疑う患者」のウイルス学的検査について最寄りの保健所に相談するとともに、必要に応じて、適切なマネジメントが可能な医療機関 ([日本感染症学会のジカウイルス感染症協力医療機関](#) ⁴⁷ など) の専門家に相談又は患者を紹介す

る。なお、検査の限界もあることから、現時点では症例が無症候の場合、行政検査の対象とはならない。

ジカウイルス病を疑う患者

次の 1. 及び 2. を満たすもの (※)

1. 症候：下記の症候 a) 及び b) を満たす

a) 発疹又は発熱（ほとんどの症例で、38.5 度以下）

b) 下記の (i)～(iii) の症状のうち少なくとも一つ

(i) 関節痛 (ii) 関節炎 (iii) 結膜炎（非滲出性、充血性（[図 4](#)））

2. 曝露歴：下記の a) 又は b) を満たす

a) 流行地域(i.)への渡航歴(ii.)がある

i. 流行地域

ジカウイルス感染症は、現在、中南米、カリブ地域、アジア太平洋を中心に世界的に拡大傾向にあることから、流行国・地域に関しては、[厚生労働省ウェブサイト「ジカウイルス感染症の流行地域について」](#)を参考とする。流行国・地域の周辺の国・地域においても、未確認ながら流行がみられる可能性もあることに留意する。

ii. 潜伏期間

潜伏期間を考慮し、上記の流行地域から出国後、概ね 12 日以内の発症であることを条件とする

b) 発症前概ね 2～12 日の間に 1. 及び 2a) を満たす男性との性交渉歴がある

※ ただし、蚊媒介による国内発生を疑う場合は、1. をおこしうる他の疾患を除外した上で、2. の条件は必須ではない ([2.1 デング熱②診断「鑑別診断」](#)を参照)。

図 4. ジカウイルス病の充血性結膜炎



(国立国際医療研究センター 忽那医師提供)

1) 診断手順

ジカウイルス病を疑う症例における診断は次の手順を参考にする：

1. 可能な限り急性期の血液（全血、血清、血しょうでも可）及び尿を採取する。
2. 鑑別診断として、デング熱を疑う場合は [2.1 デング熱②診断](#) の手順を参照する。
3. デング熱の鑑別診断検査が実施できない、あるいは実施し陰性または、判定不能である場合：最寄りの保健所にジカウイルス病の検査について相談を行うことができる。

地方衛生研究所、国立感染症研究所では、次の検査が実施可能である。

- ✓ 地方衛生研究所及び国立感染症研究所で実施可能なもの
 - ・ ジカウイルス RT-PCR <血液・血清・血しょう・尿>
- ✓ 国立感染症研究所で実施可能なもの
 - ・ ジカウイルス 特異的 IgM 抗体 <血清>
 - ・ ジカウイルス 中和抗体 <血清>
 - ・ ジカウイルス ウイルス分離 <血液・血清・血しょう・尿>

2) 確定診断

上記の検査により、下記のいずれかを満たすとき、ジカウイルス病と確定診断する。

- | | |
|-------------------------|----------------|
| ・ ウイルス分離 | <血液・血清・血しょう・尿> |
| ・ RT-PCR 法によるウイルス遺伝子の検出 | <血液・血清・血しょう・尿> |
| ・ 特異的 IgM 抗体の検出* | <血清> |
| ・ 中和抗体の検出** | <血清> |

*単血清での抗体価の有意な上昇、ペア血清での抗体陽転化・抗体価の有意な上昇

**ペア血清での抗体陽転化・抗体価の有意な上昇

ジカウイルス感染症ではデング熱やチクングニア熱と同様にウイルス血症が認められる。ウイルス血症の期間は、妊婦以外については、一般に 1 週間程度と考えられるが、最長で発症 11 日後に認めたとの報告がある⁴⁸。妊婦の場合については、発症 11 週後に陽性であった例も報告されており、陽性となる期間については定まった知見がない⁴⁹。尿中のウイルス RNA は、血中のウイルス RNA が陰性になった後も長く陽性が持続残存し、発症後 20 日で RT-PCR での検出例もある。米国 CDC は、症状出現後 14 日までは尿中 RT-PCR を検査法として推奨している^{50,51}。しかし、発症後 14 日以上経過した場合の RT-PCR の有用性についてはさらなる検証が必要である。日本における輸入症例では、血液の RT-PCR は陰性であったが、尿の RT-PCR で陽性を呈し、ジカウイルス病と診断された例もある⁵²。デングウイルス等の他のフラビウイルス属の感染あるいは約 6 ヶ月以内の感染既往がある患者の血清は、ジカウイルスに対する IgM 抗体検査で、交差反応により陽性を示すことがある。逆にジカウイルス感染症患者の血清も、デングウイルス等の他のフラビウイルス属に対する IgM 抗体検査で陽性を呈することがある。そのため、正確な診断には中和抗体法の

追加試験による総合的な評価を要する。黄熱ワクチンや日本脳炎ワクチンの接種によってもジカウイルスに交差反応を示す IgM 抗体が上昇することがあるため、必ず予防接種歴を確認する。

③ 届出

ジカウイルス病及び先天性ジカウイルス感染症を含むジカウイルス感染症は、感染症法上の 4 類感染症全数把握疾患として、診断した医師は直ちに最寄りの保健所に届け出る必要がある（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施行令の一部改正平成 28 年 2 月 5 日公布、平成 28 年 2 月 15 日より適用）。なお、届出の詳細は、最新の知見に基づいて更新されることがあるので、厚生労働省ウェブサイト「[感染症法に基づく医師の届出のお願い](#)」にて最新の情報を参照されたい。参考として、2016 年 7 月 11 日時点のジカウイルス感染症の届出様式を別添に示す。

④ 一般的なマネジメント

ジカウイルス感染症に対する有効な抗ウイルス薬はなく、飲水の励行および症状に応じた対症療法を適宜実施する。なお、急性期の解熱鎮痛薬投与が必要な場合には、デング熱が否定されるまでは、アセトアミノフェンを選択する（[2.1 デング熱 ④ マネジメント参照](#)）。また、感染対策については、「[3 予防](#)（33 頁）」の項を参照する。

⑤ 特定の患者に関するマネジメント

1) ギラン・バレー症候群発症患者への対応

ギラン・バレー症候群は両側性弛緩性運動麻痺で、腱反射消失と時に比較的軽い感覚障害がみられる急性発症の免疫介在性多発根神経炎である。多くの場合、発症前 4 週以内に上気道感染や消化器感染等の先行感染が認められるが、病原体が特定されることは少ない。

臨床経過は单相性で、4 週以内に症状の極期を迎え、その後軽快するが、軽症例から重症例まで様々であり、死亡する例もある。

2013 年のフランス領ポリネシアにおけるジカウイルス感染症の流行時に 42 例がギラン・バレー症候群と診断された⁵³。このうち 41 例（98%）のギラン・バレー症候群の症例においてウイルス学的診断により発症前のジカウイルス感染症が確認され、37 例（88%）においてはギラン・バレー症候群の発症前（中央値 6 日）にウイルス感染様の症状が認められた。この調査からジカウイルス感染症がギラン・バレー症候群の発症に関連することが示唆された。なお、急性弛緩性麻痺を示す疾患は、ギラン・バレー症候群の他にもあるため、鑑別診断が重要である。診断と治療については、日本神経学会「[ギラン・バレー症候群、フィッシャー症候群診療ガイドライン 2013](#)」を参照の上、神経内科専門医に紹介されたい⁵⁴。

2) 妊娠出産年齢の女性患者への対応

妊娠出産年齢の女性でジカウイルス病の罹患が確認された場合は、妊娠の可能性があれば、母子感染の可能性およびリスクについて十分に説明の上、本人の希望・同意に基づき、妊娠反応検査の実施を検討する。

3) 妊娠中の女性への対応

ジカウイルス感染が疑われる妊婦については、日本感染症学会が公表している[ジカウイルス感染症協力医療機関](#)⁴⁷などの専門医療機関に紹介し、母体のジカウイルス感染症の評価を実施することを検討する。「ジカウイルス感染症の検査の対象となり得る妊婦」と「母児に対する検査手順」を下記に示す。なお、検査の限界もあることから、下記の条件を満たさない妊婦は、現時点では検査の対象とならない。また、妊婦中の女性においても、ジカウイルス病を疑った場合は、[2.3.1 ジカウイルス病②診断「ジカウイルス病を疑う患者」](#)を併せて参照する。

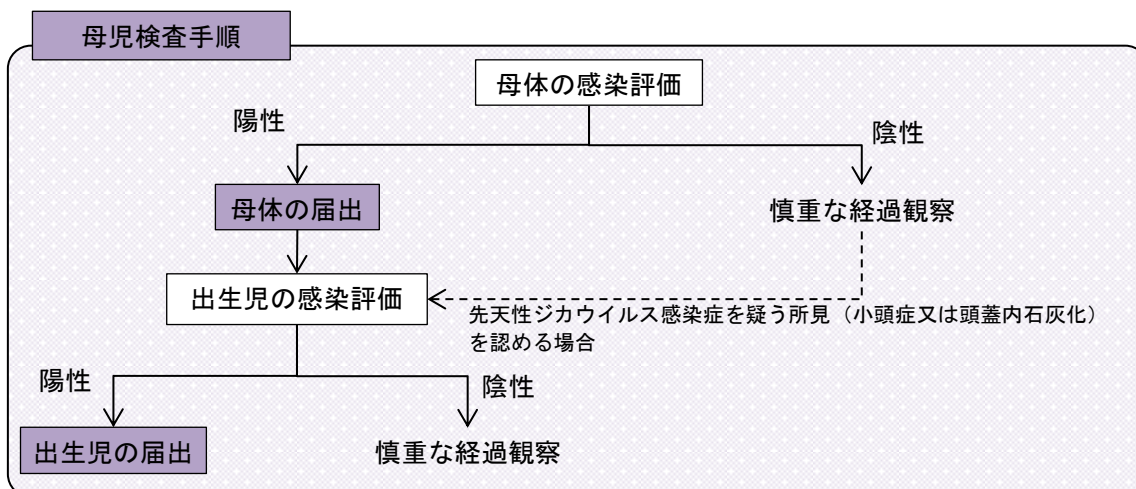
ジカウイルス感染症の検査の対象となり得る妊婦

次の①②をともに満たす場合

- ① 妊婦または胎児の症状：a.又はb.を満たす場合
 - a. 妊婦にジカウイルス病を疑う患者 ([2.3.1 ジカウイルス病②診断「ジカウイルス病を疑う患者」](#) (22 頁)を参照) の 1.の症候を認める
 - b. 胎児に先天性ジカウイルス感染症を疑う所見 (小頭症又は頭蓋内石灰化) を認める
- ② 渡航歴または性交渉歴：a.又はb.を満たす場合
 - a. 妊娠前 8 週以降又は妊娠期間中に流行地域 ([2.3.1 ジカウイルス病②診断「ジカウイルス病を疑う患者」](#) [2.a\)i.流行地域](#) (22 頁) を参照) への渡航歴^{*}がある
 - b. 妊娠前 8 週以降又は妊娠中に、流行地への渡航歴のある男性 (帰国後 8 週間以内。ジカウイルス病の診断の有無にかかわらず。) と、適切にコンドームを使用していない性交渉歴がある。

※ ただし、蚊媒介による国内発生を疑う場合は、渡航歴の条件は必須ではない。

母児に対する検査手順



母子感染症を専門とし、適切なマネジメントが可能な医療機関における評価を経て、必要なジカウイルス検査は国立感染症研究所で実施する。母体のジカウイルス検査が判定不能である場合、最寄りの保健所と相談の上、必要に応じて、母体のジカウイルス検査が陽性である場合に準じて対応する。

a. 母体のジカウイルス検査が陽性である場合

- ・ 感染症法に基づき、③届出の手順に従い、ジカウイルス病患者として届出を行う。なお、妊娠期間中に明らかなジカウイルス病様の症状が認められなかったが、検査が陽性となった場合は、「無症状病原体保有者」の類型で届出を行う。

b. 母体のジカウイルス検査が陰性である場合

- ・ 母体血液の IgM 抗体の陽性持続期間については明確な知見はないが、12 週間程度は持続する可能性がある⁵⁵⁻⁵⁷。そのため、これらの母体のジカウイルス検査が陰性であっても児の感染を否定するものではない。母体のジカウイルス感染の有無をより詳細に調べるには、中和抗体検査を併用することが望ましい。なお、中和抗体検査の実施に際しては、交差反応を示す黄熱ワクチン、日本脳炎ワクチン接種歴を必ず確認する。また、胎児の成長について慎重に経過観察する。
- ・ 胎児に特定の先天異常（小頭症や頭蓋内石灰化）を認める場合は、そうした先天異常を来しうるその他の疾患（表 8）の鑑別を行うとともに、母子感染症を専門とし、適切なマネジメントが可能な医療機関（ジカウイルス感染症診療 Q&A（仮題）を参照）に相談又は患者を紹介する。

表 8. 小頭症を来しうるその他の鑑別疾患

感染性疾患（原因となる病原体）
梅毒トレポネーマ、風疹ウイルス、トキソプラズマ、サイトメガロウイルス、単純ヘルペスウイルス、パルボウイルス B19、水痘帯状疱疹ウイルス、リンパ球性網脈絡膜炎ウイルス等
非感染性疾患
頭蓋骨縫合早期癒合症、染色体異常（ダウン症候群等）、先天性代謝異常（フェニルケトン尿症等）、化学物質（薬物・アルコール等）の影響等

2.3.2 先天性ジカウイルス感染症

下記については、ジカウイルス感染症を疑う出生児の症状、検査、診断、評価事項、届出、マネジメントについて記載する。

① 症状及び検査所見

先天性ジカウイルス感染症による臨床症状は、南太平洋・中南米におけるジカウイルス感染症の流行に引き続いて小頭症等の胎児異常の発生が急増したこと、死亡胎児・新生児の脳組織・脳脊髄液等からジカウイルス RNA や抗原が検出されたこと、ジカウイルス感染症以外に胎児異常の原因となる要因が明らかでないこと等から小頭症や頭蓋内石灰化等との関連性について科学的に合意が得られている³⁴。

2015年8月～10月にブラジルで認めた小頭症症例35例の臨床的特徴(表9)によると、小頭症の程度は、71%が頭囲 - 3 標準偏差(SD)以下の重症例であり、先天性内反足(14%)、先天性関節拘縮(11%)、網膜異常(18%)等を認めたほか、半数で神経学的検査異常(49%)、全例で神経画像検査異常を認めている³³。また、小頭症児において、眼病変を呈する報告がされていたが、最近小頭症を認めない先天性ジカウイルス感染症の児において、眼底所見の異常を認めた例が初めて報告された⁵⁸。

② 診断

ジカウイルス感染症流行地で生まれた小頭症や頭蓋内石灰化、その他の先天異常等を来している新生児において、ジカウイルス感染が確認されている。先天性ジカウイルス感染症が疑われる場合は、ウイルス学的検査について最寄りの保健所に相談するとともに、母子感染症を専門とし、適切なマネジメントが可能な医療機関(ジカウイルス感染症診療 Q&A (仮題)を参照)に相談又は患者を紹介する。また、ジカウイルス病と同様に、確定診断には、地方衛生研究所、国立感染症研究所などの専門機関での検査が必須である。

1) 母体の評価

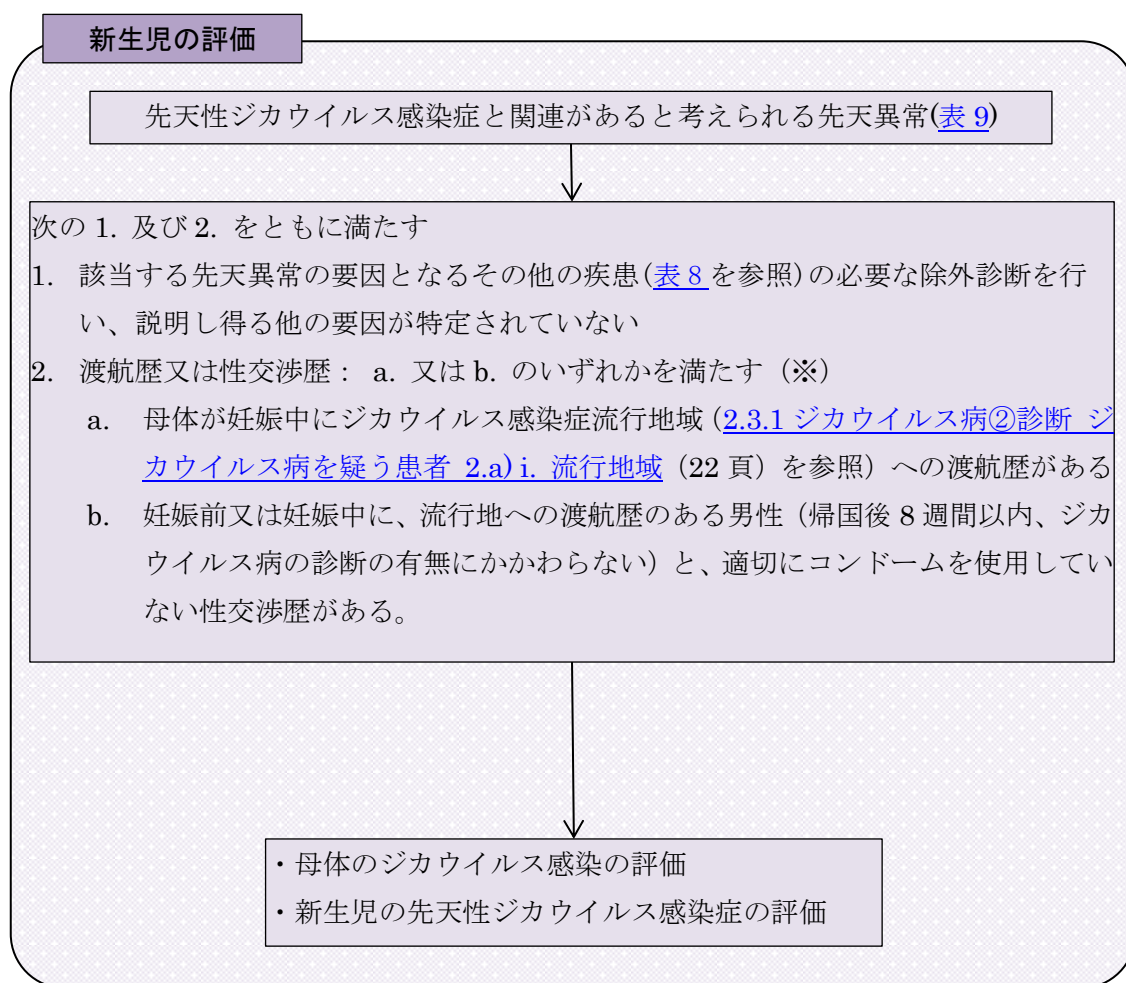
妊娠中の母体の感染評価については、「[2.3.1 ジカウイルス病⑤マネジメント](#) 3)妊娠中の女性及び胎児への対応」の手順に基づき実施する。

2) 新生児の評価

出生後の新生児において、[表 9](#) に示すような先天性ジカウイルス感染症と合致する先天異常を認めた場合、下記の通りの手順で評価を行う。評価にあたっては、必要に応じて、日本感染症学会が公表しているジカウイルス感染症協力医療機関 ⁴⁷ などの専門医療機関に紹介を行い、下記の条件を参考に新生児を評価し、必要な検査を実施する。

- ・ 下記(ア)及び(イ)の条件を満たす場合、母体及び新生児のジカウイルス感染の評価を実施する。
 - (ア) 該当する先天異常を来しうるその他の疾患([表 8](#) を参照)の鑑別のため、必要な除外診断を行い、説明し得る他の要因が特定されていない。
 - (イ) 下記(a)又は(b)のいずれかを満たす。
 - (a) 妊娠期間中にジカウイルス感染症流行地域 ([2.3.1 ジカウイルス病②診断 「ジカウイルス病を疑う患者」 2.a i. 流行地域](#) を参照) への渡航歴がある。
 - (b) 妊娠前又は妊娠中に、流行地への渡航歴のある男性 (帰国後 8 週間以内、ジカウイルス病の診断の有無にかかわらず) と、適切にコンドームを使用していない性交渉歴がある。

※ただし、蚊媒介による国内発生を疑う場合は、妊娠期間中に、上記の渡航歴はないが、母体がジカウイルス病を疑う患者の定義 ([2.3.1 ジカウイルス病②診断 「ジカウイルス病を疑う患者」](#)) に合致する場合、あるいはジカウイルス病と診断された場合にも母体及び新生児の評価を行う。



※ ただし、蚊媒介による国内発生を疑う場合は、該当する先天異常の要因となるその他の疾患の必要な除外した上で、2-a.の条件は必須ではない。

表 9. ジカウイルスとの関係が強く疑われる小頭症症例 35 例の臨床的特徴
(文献 33)

特徴	登録数 (%)	特徴	登録数 (%)
妊娠中の皮疹の報告	27/35 (74%)	神経学的検査異常	17/35 (49%)
妊娠初期	21/35 (57%)	筋緊張亢進/痙性	13/35 (37%)
妊娠中期	5/35 (14%)	腱反射亢進	7/35 (20%)
子の性別		易興奮性	7/35 (20%)
男性	14/35 (40%)	振戦	4/35 (11%)
女性	21/35 (60%)	けいれん	3/35 (9%)
分娩週数		神経画像検査異常	27/27 (100%)
正期産	31/34 (91%)	頭蓋内石灰化	20/27 (74%)
早期産	3/34 (9%)	脳室拡大	12/27 (44%)
体重		神経細胞移動障害 (滑脳症, 脳回肥厚症)	9/27 (33%)
胎児異常			
小頭症 (頭周囲長<-2SD)	35/35 (100%)		
重症例 (頭周囲長<-3SD)	25/35 (71%)		
過剰・余剰頭皮	11/35 (31%)		
先天性内反足	5/35 (14%)		
先天性関節拘縮	4/35 (11%)		
小眼球症	1/35 (3%)		
網膜異常	2/11 (18%)		

3) 新生児の先天性ジカウイルス感染症の診断手順

先天性ジカウイルス感染症を疑う新生児の検査は、次の通り実施する。

1. 臍帯血、血液又は尿 (可能な限り出生後 2 日以内) を採取し、最寄りの保健所に検査について相談する。なお、次の先天性ジカウイルス感染症の検査を実施する。
 - ・ ジカウイルス遺伝子検出 (RT-PCR 法) <血液・血清・血しょう・尿>
 - ・ ジカウイルス特異的 IgM 抗体* <血清>
2. 下記の項目については、必須ではないが、追加的に検査を実施できる。
 - (a) 髄液が利用可能である場合 (他の検査目的で髄液を採取した場合) :
 - ・ ジカウイルス遺伝子検出 (RT-PCR 法)
 - ・ ジカウイルス特異的 IgM 抗体
 - (b) 胎盤・臍帯組織が利用可能である場合 :

- ・ 病理組織学的評価
- ・ ジカウイルス遺伝子検出 (RT-PCR 法) (固定/凍結組織)

*必要に応じて、ジカウイルス中和抗体法で抗体価の有意な上昇 (ペア血清) を確認

なお、地方衛生研究所、国立感染症研究所では、次の検査が実施可能である。

- ✓ 地方衛生研究所及び国立感染症研究所で実施可能なもの
 - ・ ジカウイルス 遺伝子検出 (RT-PCR 法) <血液・尿>
- ✓ 国立感染症研究所で実施可能なもの
 - ・ ジカウイルス 遺伝子検出 (RT-PCR 法) <臍帯血・髄液・臍帯・胎盤>
 - ・ ジカウイルス 特異的 IgM 抗体 <臍帯血・髄液>

4) 確定診断

上記の検査において、1 つでも陽性の場合、先天性ジカウイルス感染症と診断する。

5) 新生児の小頭症の診断

なお、新生児の小頭症の診断に必要な頭囲は、左右の眉直上、後方は後頭部の一番突出しているところを通る周径 (前後径周囲長) である。出生時週数に応じた頭囲について、下記の日本小児遺伝学会の示す基準⁵⁹に基づき、3 パーセント以下であるものを小頭症と診断する。

出生時週数別の頭囲の基準は、日本小児科学会の[初産男児在胎期間別出生体重標準値](#)を参照のこと⁶⁰。

③ 届出

ジカウイルス病と同様に、「先天性ジカウイルス感染症」として届出が必要である。詳細は「[2.3.1 ジカウイルス病 ③届出](#)」を参照のこと。病型については「先天性ジカウイルス感染症」を選択する。参考として、2016 年 7 月 11 日時点のジカウイルス感染症の届出様式を別添に示す。

④ マネジメント

1) 臨床的評価

先天性ジカウイルス感染症を疑う、あるいは確定診断した新生児については、上記の診断的検査に加え、下記の臨床的評価の実施を検討する⁶¹。

先天性ジカウイルス感染症を疑う、あるいは確定診断した新生児の臨床評価

- ・ 包括的な身体検査：
 - 頭囲（前後径周囲長）、身長、体重、妊娠週数の評価
 - 神経学的異常、先天異常、脾腫大、肝腫大、皮疹、その他の皮膚病変
- ・ 頭蓋内超音波検査
 - 妊娠後期の超音波検査で頭蓋内に異常がないと判断されていない場合のみ実施（既に異常があると判断されている場合は、適切に治療・経過観察等を実施）
- ・ 聴力検査
 - 退院前あるいは出生 1 か月以内に自動聴性脳幹反応検査等で新生児聴覚スクリーニングを実施し、必要に応じて追加検査を実施
- ・ 眼科的評価
 - 退院前あるいは出生 1 か月以内に網膜検査を含む眼科的検査を実施
- ・ その他、新生児の臨床所見に特異的な検査

2) 先天異常を認める場合の臨床評価

先天性ジカウイルス感染症を疑う、あるいは確定診断した新生児について、[表 9](#) に示す先天異常等を認める場合は、必要に応じて、適切な専門家（臨床遺伝学、新生児科、小児神経科、小児感染症科、小児耳鼻咽喉科、小児眼科等）に相談を行う。

3 予防

防蚊対策

デング熱、チクングニア熱及びジカウイルス感染症には、現時点では、国内で利用可能なワクチンがない。予防のためには流行地域において蚊に刺されないような対策をとることが重要である。皮膚が露出しないように、長袖シャツ、長ズボンを着用し、裸足でサンダルを履かないようにする。薄手の繊維の場合には服の上から吸血されることもあること、足首、首筋、手の甲などの小さな露出面でも吸血されることがあることにも留意する。忌避剤の利用も効果的である。

忌避剤：防蚊対策として有効性が証明されている忌避剤の成分には、「ディート(DEET)」と「イカリジン(ピカリジン)」の二種類がある。ディートは、忌避剤の有効成分としてもっとも広く使われており、国内においてはディート含有率 12%までのエアゾール、ウェットシート、ローション又はゲルを塗るタイプの忌避剤が市販されている。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。小児(12歳未満)に使用する場合には、保護者等の指導監督の下で顔以外の部分に使用する。また、6か月未満の乳児には使用せず、生後6か月以上2歳未満は1日1回、2歳以上12歳未満は1日1～3回の回数を目安に使用する。なお、忌避剤の有効時間は、薬剤中のディート成分の含有率と比例するため、含有量等に応じて、有効性を担保するためには、年齢ごとに適切な頻度での塗布が必要である。海外においては、含有量の多い製品も販売されていることから、海外渡航時においては、こうした製品を必要に応じて用いることにより、塗布の頻度を減らすことができるが、2016年6月現在、ジカウイルス感染症流行地域では忌避剤の流通は不安定となっている場合があるので、注意を要する。2016年3月以降、本邦でイカリジン(ピカリジン) ([独立行政法人医薬品医療機器総合機構平成27年2月18日審査報告書](#))を主成分とする新たな忌避剤が発売されている。ディートは小児への使用に際して上記のような制限があるが、本剤の使用には特に年齢制限は設けられていない。現在発売されているイカリジン含有忌避剤の有効時間は6時間とされている。なお、ディート、イカリジンいずれの薬剤についても、発汗が著明な場合は、有効時間にとらわれずこまめに塗布することに心がける必要がある。

海外渡航中の対策：デング熱、チクングニア熱及びジカウイルス感染症等を媒介するネッタイシマカやヒトスジシマカは、都市やリゾート地にも生息しており、とくに雨季にはその数が増える。また、これらの蚊は特に早朝・昼間・夕方(特に日没前後)に活発に吸血する習性があり、蚊対策はその時間帯に重点的に行う必要がある。熱帯地域で多くみられ

るネッタイシマカは屋内侵入性が高く、屋外のみでなく屋内で吸血されることも多い。

国内における対策：国内ではネッタイシマカは生息していないが、媒介蚊の一つであるヒトスジシマカが生息している。朝方から夕方まで吸血する（特に、早朝・日中・夕方（日没前後）の活動性が高い）。ヒトスジシマカには屋内でも屋外でも吸血されるが、屋外で吸血されることがはるかに多い。

有症状者における対策：有症状者はウイルス血症を伴うため、蚊に刺されないように患者に指導することが重要である。

院内感染対策：デング熱、チクングニア熱及びジカウイルス感染症は針刺し事故などで患者の血液に曝露することで感染する可能性があるため十分に注意する。患者が出血を伴う場合には、医療従事者は不透過性のガウン及び手袋を着用し、また体液や血液による眼の汚染のリスクがある場合には、アイゴーグルやフェイスシールドなどで眼を保護する。患者血液で床などの環境が汚染された場合には、一度水拭きで血液を十分に除去し、0.1%次亜塩素酸ナトリウムで消毒する。院内感染予防のための患者の個室隔離は必要ない。

性感染対策

ジカウイルスに感染している男性との性行為により、パートナーがジカウイルスに感染した例が多数報告されている。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7月10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⁶²⁻⁶⁴。ブラジル渡航中にジカウイルス病を発症した男性から女性への性行為による感染事例では、発症24日後に男性の精液検体からウイルスが分離されたと報告されている²⁴。本事例では男性のウイルスRNA濃度は尿中では 4×10^3 コピー/mlであったのに対し、精液中では 2.9×10^8 コピー/mlと高値であった。さらに、本事例の男性と女性から得られたサンプルを用いた全遺伝子シーケンス解析結果から、男女間の性行為によるジカウイルス感染経路が明らかになった。

これまでに報告された性行為による感染事例の中では、ジカウイルスの感染性がジカウイルス病の発症後41日間は認められている⁶⁴。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が、これは必ずしも感染性があることを示すものではない¹⁹。さらに、流行地域から帰国した無症候の男性からパートナーへの性行為感染も報告されている⁶⁶。現時点ではジカウイルス病の女性から性行為によってパートナーへ感染した事例は報告されていない。ただし、2016年7月11日時点で、性行為による感染がどの程度の頻度で発生し、精液中にどの程度の期間残存するかについては、国際的な合意は得られていない。

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控えること、2) 流行地から入国（帰国を含む）した男女は、ジカウイルス病の症状の有無に関わらず、少なくとも入国後 8 週間（パートナーが妊婦の場合は妊娠期間中）はコンドームを使用するか、性行為を控えることが推奨される¹⁵。

輸血由来感染対策

ジカウイルスに感染した患者からの献血を介した感染のリスクが存在することから、流行地域への渡航者については、流行地域を離れてから 4 週間は献血できない。

おわりに

本ガイドラインは、以下の有識者の協力を得て国立感染症研究所により作成された。

敬称略・五十音順

岩渕 千太郎：都立墨東病院 感染症科医長

大曲 貴夫：国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター長

岡 明：東京大学医学部附属病院 小児医学講座教授

川名 敬：東京大学医学部附属病院 産科婦人科学講座准教授

楠 進：近畿大学医学部 神経内科教授

忽那 賢志：国立国際医療研究センター病院 国際感染症センター医師

高崎 智彦：神奈川県衛生研究所 所長

濱田 篤郎：東京医科大学病院 渡航者医療センター教授

平原 史樹：国立病院機構 横浜医療センター院長

藤井 知行：東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科／女性外科教授

宮入 烈：国立成育医療研究センター 感染症科医長

文献

- 1 Knipe DM, Howley PM. Filed Virology. 6th edition.
- 2 World Health Organization. Dengue and Severe Dengue. WHO Fact sheet No117 (Updated May 2015) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
- 3 Takasaki T. Imported dengue fever/dengue hemorrhagic fever cases in Japan. Trop Med Health. 2011; 39: 13-15.
- 4 国立感染症研究所. デング熱 2006～2010年 IDWR. 2011; 13: 13-21.
- 5 国立感染症研究所. <特集>デング熱・デング出血熱 2011～2014. IASR. 2015; 36: 33-34.
- 6 Tien NT, et al. A prospective cohort study of dengue infection school children in Long Xuyen, Vietnam. Trans R Soci Trop Med Hyg. 2010; 104: 592-600.
- 7 Dengue Guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Geneva. World Health Organization, 2009
- 8 U.S. CDC Dengue Homepage: Clinical & Laboratory Guidance. <http://www.cdc.gov/dengue/clinicalLab/>
- 9 Lim CK, et al. Re-emergence of chikungunya virus. “Animal Viruses” Transworld Research Network, Kerala, India, 2010, p1-22.
- 10 Sam IC, et al. Updates on chikungunya epidemiology, clinical diseases, and diagnostics. Vector Borne Zoonotic Dis. 2015; 15: 223-230.
- 11 水野泰孝, 他. 遷延する関節痛から確定診断に至ったチクングニア熱の本邦初発例. 感染症学雑誌. 2007; 81: 600-601.
- 12 国立感染症研究所. 感染症発生動向調査におけるチクングニア熱報告症例, 2011～2014. IASR. 2015; 36: 47-48.
- 13 忽那賢志, 他. 南米から帰国後にチクングニア熱と診断された3例. IASR. 2015; 36: 112-113.
- 14 Yoon IK, et al. High rate of subclinical chikungunya virus infection and association of neutralizing antibody with protection in a prospective cohort in the Philippines. PLoS Negl Trop Dis. 2015; 9: e0003764.
- 15 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. 2016年5月13日更新. <http://www.nih.go.jp/niid/ja/diseases/sa/zika.html>
- 16 ECDC. Rapid Risk Assessment: Zika Virus Epidemic: Potential Association with Microcephaly and Guillain Barré syndrome (first update). 21 January 2016.
- 17 Musso D, et al. Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February. Euro Surveill. 2014;19.
- 18 Foy BD et al., Probable non-vector-borne transmission of Zika virus, Colorado, USA. Emerg Infect Dis. 2011; 17: 880-882.
- 19 Atkinson B, et al. Detection of Zika Virus in Semen. Emerg Infect Dis. 2016;22:940
- 20 Mansuy JM et al. Zika virus: high infectious viral load in semen, a new sexually transmitted pathogen? Lancet Infect Dis. 2016;16:405.
- 21 Deckard DT, et al. Male-to-Male Sexual Transmission of Zika Virus — Texas, January 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:372-374.
- 22 Hills SL, et al. Transmission of Zika Virus Through Sexual Contact with Travelers to Areas of Ongoing Transmission — Continental United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:215-216.
- 23 McCarthy M. Zika virus was transmitted by sexual contact in Texas, health officials report. BMJ. 2016; 352: i720

- 24 D'ortenzio E, et al. Evidence of Sexual Transmission of Zika Virus. *N Engl J Med.* 2016;374:2195-2198.
- 25 Duffy MR, et al. Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia. *N Engl J Med.* 2009;360:2536-2543.
- 26 WPRO. Zika virus. January 2016.
http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_05182015_zika/en/
- 27 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
- 28 Van-Mai Cao-Lormeau et al. Guillain-Barre Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet.* 2016;387:1531-1539.
- 29 WHO. WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations. February 1, 2016.
<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>
- 30 Mlakar J, et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. *N Engl J Med.* 2016;374:951-958.
- 31 Cugola FR, et al. The Brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. *Nature.* 2016;534:267-271.
- 32 WHO. Situation Report Zika virus microcephaly Guillain Barre syndrome, 23 June 2016
- 33 Schuler-Faccini L, et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly – Brazil 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 65: 59-62.
- 34 Rasmussen SA, et al. Zika Virus and Birth Defects — Reviewing the Evidence for Causality. *N Engl J Med.* 2016;374:1981-1987.
- 35 Cauchemez S, et al. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013-15: a retrospective study. *Lancet* 2016; 387:2125-2132.
- 36 Johansson MA, et al. Zika and the Risk of Microcephaly. *N Engl J Med.* May 25 2016. DOI:10.1056/NEJMp1605367 [Epub ahead of print]
- 37 Kutsuna S, et al. The usefulness of serum C-reactive protein and total bilirubin level for distinguishing between dengue fever and malaria in returned travelers. *Am J Trop Med Hyg.* 2014; 90: 444-448.
- 38 Verhagen LM, et al. Dengue in children. *J Infect.* 2014; 69: S77-S86.
- 39 U.S. CDC Dengue Homepage. Clinical assessment. Tourniquet test.
<http://www.cdc.gov/dengue/training/cme/ccm/page73112.html>
- 40 U.S. CDC Dengue Homepage: Laboratory guidance and diagnostic testing.
<http://www.cdc.gov/dengue/clinicalLab/laboratory.html>
- 41 Ramful D, et al. Mother-to-child transmission of chikungunya virus infection. *Pediatr Infect Dis J.* 2007; 26:811-815.
- 42 Sebastian MR, et al. Chikungunya infection in children. *Indian J Pediatr.* 2009; 76: 185-189.
- 43 Pan American Health Organization (PHAO)/CDC. Preparedness and response for chikungunya virus. Introduction in the Americas
- 44 US CDC. Chikungunya virus.
http://www.cdc.gov/chikungunya/pdfs/CHIKV_DengueEndemic.pdf
- 45 Brasil P, et al. Zika Virus Outbreak in Rio de Janeiro, Brazil: Clinical Characterization, Epidemiological and Virological Aspects. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016;10:e0004636.
- 46 Hennessey MJ, et al. Zika Virus Disease in Travelers Returning to the United

- States, 2010-2014. *Am J Trop Med Hyg.* 2016. [Epub ahead of print]
- 47 日本感染症学会. ジカウイルス感染症協力医療機関
http://www.kansensho.or.jp/mosquito/zika_medical.html
- 48 Lanciotti RS, et al. Genetic and serologic properties of Zika virus associated with an epidemic, Yap State, Micronesia, 2007. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14: 1232-1239.
- 49 Driggers RW et al. Zika Virus Infection with Prolonged Maternal Viremia and Fetal Brain Abnormalities. *N Engl J Med.* 2016;374:2142-2151.
- 50 Interim Guidance for Zika Virus Testing of Urine — United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65.
- 51 Bingham AM, et al. Comparison of Test Results for Zika Virus RNA in Urine, Serum, and Saliva Specimens from Persons with Travel-Associated Zika Virus Disease — Florida, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65.
- 52 Kutsuna S, et al. Two cases of Zika fever imported from French Polynesia to Japan, December 2013 to January 2014. *Euro Surveill.* 2014; 19.
- 53 Cao-Lormeau VM, et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak associated with Zika virus infection in French Polynesia: a case-control study. *Lancet.* 2016;387:1531-1539
- 54 一般社団法人 日本神経学会「ギラン・バレー症候群、フィッシャー症候群診療ガイドライン 2013」
<https://www.neurology-jp.org/guidelinem/gbs.html>
- 55 Centers for Disease Control and Prevention: Zika MAC-ELISA instruction for use (Mar/9/2016) <https://www.cdc.gov/zika/pdfs/zika-mac-elisa-protocol-eua-english.pdf>
- 56 Centers for Disease Control and Prevention: Fact Sheet for Health Care Providers: Interpreting Zika MAC-ELISA Results (Feb/26/2016)
<http://www.cdc.gov/zika/pdfs/zika-mac-elisa-fact-sheet-for-hcp.pdf>
- 57 Centers for Disease Control and Prevention: Memorandum. Revised diagnostic testing for Zika, chikungunya, and dengue viruses in US Public Health Laboratories (Feb/07/2016) <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/38149>
- 58 Ventura CV et al. Zika: neurological and ocular findings in infant without microcephaly. *Lancet.* 2016. [Epub ahead of print]
- 59 日本小児遺伝学会. 国際基準に基づく小奇形アトラス 形態異常の記載法 – 写真と用語の解説 : 小頭症. <http://plaza.umin.ac.jp/p-genet/atlas/03-1.html#Microcephaly>
- 60 日本小児科学会. 初産男児在胎期間別出生体重標準値
https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_100924.pdf
- 61 Katherine E. Fleming-Dutra, et al. Update: Interim Guidelines for Health Care Providers Caring for Infants and Children with Possible Zika Virus Infection - United States, February 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 65:182-187.
- 62 Hills SL, et al; Transmission of Zika Virus Through Sexual Contact with Travelers to Areas of Ongoing Transmission - Continental United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 65: 215-216
- 63 Oster AM, et al; Update: Interim Guidance for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus - United States, 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 65: 323-325.
- 64 Deckard DT, et al; Male-to-Male Sexual Transmission of Zika Virus — Texas, January 2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 65: 372-374.
- 65 Turmel JM, Abgueguen P, Hubert B, et al; Late sexual transmission of Zika virus related to probable long persistence in the semen, *Lancet* 2016;387:2501.
- 66 Fréour T, et al; Sexual transmission of Zika virus in an entirely asymptomatic couple returning from a Zika epidemic area, France, April 2016. *Euro Surveill.* 2016;21

別添

別記様式 4-20

チクングニア熱発生届

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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
 （署名又は記名押印のこと）

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つては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の種類					
・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢(0歳は月齢)	6 当該者職業	
	男・女	年 月 日	歳 (月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)				
	電話 () -				

11 症 状	・発熱 ・関節の炎症、腫脹 ・筋肉痛 ・血小板減少 ・劇症肝炎 ・その他 () ・なし	・関節痛 ・全身倦怠感 ・リンパ節腫脹 ・白血球減少 ・神経症状	・発疹 ・頭痛	18 感染原因・感染経路・感染地域 ①感染原因・感染経路（ 確定・推定 ） 1 動物・蚊・昆虫等からの感染（動物・蚊・昆虫等の種類・状況： 2 その他 ()	この届出は診断後直ちに行ってください
	12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・その他 () ・血清IgM抗体の検出 ・ベア血清でのELISA法によるIgG抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での赤血球凝集阻止抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・ベア血清での中和抗体の検出 結果：抗体陽転 ・抗体価の有意上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	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 () 渡航時期 ()		
13 初診年月日	平成 年 月 日				
14 診断（検査(※)）年月日	平成 年 月 日				
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日				
16 発病年月日（*）	平成 年 月 日				
17 死亡年月日(※)	平成 年 月 日				
19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項					

(1, 3, 11, 12, 18欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。
 (※)欄は、死亡者を検査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。
 11, 12欄は、該当するものすべてを記載すること。)

別記様式 4-14

ジカウイルス感染症発生届

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 平成 年 月 日

医師の氏名 _____ 印 _____
(署名又は記名押印のこと)

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つては、その住所・電話番号を記載)

1 診断（検査）した者（死体）の種類 ・患者（確定例） ・無症状病原体保有者 ・感染症死亡者の死体 ・感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名	3 性別 男・女	4 生年月日 年 月 日	5 診断時の年齢(0歳は月齢・日齢) 歳 (月 日)	6 当該者職業	
7 当該者住所 電話 () -					
8 当該者所在地 電話 () -					
9 保護者氏名	10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)		電話 () -		

病 型		18 感染原因・感染経路・感染地域
1) ジカウイルス病、 2) 先天性ジカウイルス感染症		① 感染原因・感染経路（ 確定 ・ 推定 ）
11 症 候 ・ 合 併 症	1) ジカウイルス病の場合： ・発熱 ・発疹 ・頭痛 ・全身の筋肉痛 ・骨関節痛 ・結膜充血 ・血小板減少 ・白血球減少 ・筋力低下 ・弛緩性麻痺 ・反射消失を伴う運動麻痺 ・その他 () ・なし	1 動物・蚊・昆虫等からの感染 (動物・蚊・昆虫等の種類・状況：) 2 感染母体からの経胎盤感染 母親の妊娠中のジカウイルス感染症罹患歴 ア) 妊娠中に診断 (診断時の妊娠週数： 週) 羊水検査実施の有無： a) あり b) なし 羊水検査結果： a) 陽性 b) 陰性 c) 判定保留 イ) 出産後に診断 ウ) 判定保留 エ) 陰性 オ) その他 ()
	2) 先天性ジカウイルス感染症の場合： ・小頭症 ・頭蓋内石灰化 ・先天奇形 ・聴覚障害 ・視力障害 ・精神発達遅滞 ・脾腫大 ・肝腫大 ・その他 () ・なし	3 経産道感染 4 輸血 5 性的接触 ア) 異性間 イ) 同性間 ウ) 不明 6 その他 ()
12 診 断 方 法	・分離・同定による病原体の検出 検体：血液・尿・臍帯・臍帯血・胎盤・髄液・その他 () 方法：ウイルス分離・免疫組織化学染色・その他 () ・検体から直接のPCR法による病原体遺伝子の検出 検体：血液・尿・髄液・臍帯・臍帯血・胎盤・その他 () ・IgM抗体の検出 検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他 () 結果：陽転化・抗体価の有意な上昇 他のフラビウイルス属ウイルスのIgM抗体の確認の有無： あり(病原体：)・なし	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)
	・中和抗体の検出 検体：血清・髄液・臍帯血血清・その他 () 結果：陽転化・抗体価の有意な上昇 ・その他の方法 () 検体 () 結果 ()	19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項
13 初診年月日	平成 年 月 日	
14 診断（検査(※)）年月日	平成 年 月 日	
15 感染したと推定される年月日	平成 年 月 日	
16 発病年月日 (*)	平成 年 月 日	
17 死亡年月日 (※)	平成 年 月 日	

この届出は診断後直ちに行ってください

(1, 3, 11, 12, 18 欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13から17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。
11, 12 欄は、該当するものすべてを記載すること。)