

11－1. 疥癬

目次

I. 疾患の概要.....	3
II. 感染対策（含患者隔離）.....	4
III. 患者に接する医療従事者.....	5
IV. 感受性者に対する2次感染予防.....	5
V. 疥癬に罹患した職員の就業.....	5
VI. その他.....	5

改訂履歴

発行日	作成者および 改訂者	内容
2026年3月1日	宮内 俊成	第8版発行

I. 疾患の概要

1. 病原体名：ヒトヒゼンダニ（ヒト疥癬虫）/*Sarcoptes scabiei* var. *Hominis*
2. 伝播経路：人の肌から肌への接触感染が多いが、寝具などを介する感染も起こる。
3. 潜伏期間：1-2か月
4. 消毒薬等の効果：ヒトヒゼンダニは熱に弱く、通常は50℃以上10分間で死滅する。
疥癬虫に対して消毒薬が有効との報告はないため、患者ケア後の手指衛生は速乾性手指消毒薬ではなく、石けんと流水によって行う。
5. 病型分類：
 - 1) 通常疥癬：手指間や手掌に好発する線状皮疹（疥癬トンネルと呼ばれ、疥癬に唯一特異的な皮疹である）、腋窩や陰部の赤褐色結節、体幹や四肢に散在する紅色丘疹・小水疱・膿疱・痂皮が見られ、掻破痕を伴う。痒みは特に夜間に強い。
 - 2) 角化型疥癬（ノルウェー疥癬）：免疫能の低下した患者に生じる重症な病型で、ヒトヒゼンダニの寄生数が通常疥癬と比べて圧倒的に多いために、感染力が強い。灰白色から黄白色の汚く分厚い角質増殖が耳介、肘頭、膝蓋、手指など関節背部や圧迫、摩擦を受けやすい部位を中心に見られ、通常疥癬では侵されない頭頸部にも皮疹を生じる。掻痒の強さは一定しない。
 - 3) 爪疥癬：ヒトヒゼンダニが爪甲下・爪甲内・爪甲上に感染することで爪に厚い角質増殖を生じる。ときに爪白癬と類似した臨床像を呈する。
6. 診断：
 - 1) 虫体または虫卵を顕微鏡で検出することで確定診断される。検体は主に疥癬トンネルから採取する。ダーモスコープによりヒゼンダニを確認した場合にも疥癬と診断できる。
 - 2) 鑑別診断として慢性湿疹、白癬、皮脂欠乏性湿疹、老人性皮膚そう痒症、接触皮膚炎、糖尿病や腎不全、肝不全による掻痒が挙げられる。
 - 3) 疥癬患者との接触歴や院内での疥癬発症状況も、疥癬を疑う際の参考になる。
7. 治療：
 - 1) イベルメクチン（ストロメクトール®錠 3mg）内服（200 μ g/kgを1回、空腹時、水で服用）とする。目安として、体重15-24kgで1錠、25-35kgで2錠、36-50kgで3錠、51-65kgで4錠、66-79kgで5錠、80kg以上は200 μ g/kgを内服する。イベルメクチンは虫体には有効だが虫卵には無効であるため、1週間隔で2回投与が必要である（ヒトヒゼンダニの卵は3～5日間で孵化するので、1週間隔で投与すれば1回目の投与時に卵があったとしても2回目の投与時には幼虫か若虫になっており駆除が可能である）。肝機能障害の報告があるので、2回目の投与前に確認することが望ましい。日本皮膚科学会疥癬診療ガイドライン第3版での推奨度はA（行うよう強く勧められる）。
 - 2) フェノトリン（スミスリンローション® 5%、当院採用外）1本（30g）を頸部以下の皮膚に皮疹のない部分も含めて塗布し、塗布後約12時間以上経過してから入浴、シャワーなどで洗浄除去する。1週間隔で、少なくとも2回の塗布を行う。日本皮膚科学会疥癬診療ガイドライン第3版での推奨度はA（行うよう強く勧められる）。
 - 3) 通常疥癬ではイベルメクチン内服またはフェノトリン外用を行い、角化型疥癬では両者の併用も考慮する。
 - 4) クロタミトン（オイラックス®クリーム10%）は大量または長期間にわたる広範囲の使用を避ける必要があり、接触皮膚炎のリスクもあること、フェノトリンが保険承認されたことから使用が減っている。日本皮膚科学会疥癬診療ガイドライン第3版での推奨度はC1（行うことを考慮しても良いが、十分な根拠がない）。
 - 5) 安息香酸ベンジルローションは使用方法に一定の見解がなく、他に治療選択肢が

ない場合に用いる。院内製剤であり、薬剤部に依頼すれば製剤可能である。日本皮膚科学会疥癬診療ガイドライン第3版での推奨度はC1（行うことを考慮しても良いが、十分な根拠がない）。

- 6) 痒みの強い際には抗ヒスタミン剤、抗アレルギー剤で対処する。古典的抗ヒスタミン薬は抗コリン作用があるため、特に高齢者への投与は注意が必要である。
- 7) イベルメクチンは爪疥癬には無効であるので、フェノトリンローション単独あるいはサリチル酸ワセリンとの併用を行う。
- 8) ステロイドの外用、内服は原則として行わない。

II. 感染対策（含患者隔離）

1. 通常疥癬：

- 1) 個室隔離は原則不要であり、入浴・清掃・身体介護・洗濯などは、非疥癬患者と同様で良い。
- 2) 交換したリネンはビニール袋に入れ、疥癬と明示し洗濯室に下ろす。

2. 角化型疥癬（ノルウエー疥癬）：

- 1) 集団感染の原因となるため、個室隔離する。隔離期間は原則として治療開始後1～2週間である。隔離期間について悩む場合は感染制御部または皮膚科に相談する。隔離解除時に1回だけ、部屋にピレスロイド系殺虫剤を散布する。使用したベッドマットは、マット用ビニール袋（洗濯室（内線5666）に保管）に収納し疥癬と明記してマット消毒（当院では75℃、80分）に出す。
- 2) 隔離期間は、身体介護に際してガウン・手袋を着用する。
- 3) 室内の清掃は、モップや粘着テープで落屑を回収後に掃除機をかける。
- 4) 患者や患者の衣服、リネン類に密接に接触するときには、ガウン・手袋を着用する。毎日着替え・リネン交換を行う（自家感染予防）。交換時は静かに埃が立たないようにする。交換したものはビニール袋に入れ、疥癬と明示し洗濯室に下ろす。個人の衣服やリネン類は50℃以上の湯に10分間浸漬した後に洗濯するか、通常のやり方で洗濯したのちに乾燥機にかける。
- 5) 入浴・シャワー浴は最後とし、脱衣は浴室で行う。患者使用後の浴室・浴槽・シャワー室は水で流す。脱衣所に掃除機をかける。
- 6) 車椅子・ストレッチャー・血圧計などは、患者専用とする。
- 7) 治療終了後、1週間隔で2回連続してヒゼンダニを検出できず、疥癬トンネルなど疥癬に特徴的な皮疹の新生がない場合に治癒とする。治癒するまで個室隔離する必要はなく、前述の隔離目安期間を参考に隔離を解除する。隔離は人権の制限であることを念頭に置き、不要な隔離を避けるようにする。

III. 患者に接する医療従事者

1. 通常疥癬の患者や患者の衣服、リネン類に接触するときに、ガウン・手袋を着用する必要はない。
2. 角化型疥癬の患者の病室に入室する際には、ガウン・手袋を着用する。
3. 処置毎に手洗いを励行する。

IV. 感受性者に対する2次感染予防

1. 角化型疥癬患者と濃厚に接触した患者に対する予防治療

角化型疥癬患者と濃厚に接触し、現在は無症状でも潜伏期にあると考えられる患者にイベルメクチン内服による予防治療を行う選択もある。予防治療を行うことで、潜伏期にある人も発症せずに「治癒」することが期待できる。

発生状況を疫学的に検討しても、感染源や感染経路が不明で、誰が濃厚接触者か特定できない場合も多く、そのような場合は予防治療を行わずに経過を観察し、発

症者を順次治療する。

V. 疥癬に罹患した職員の就業

1. 通常疥癬

職員が通常疥癬と診断された場合には、適切な治療（外用薬または内服）が開始されていれば就業制限は不要とする。ただし診断後から初回治療が行われるまでの間は患者接触業務に従事しないこととし、就業にあたっては感染制御部門に報告のうえ指示を受けることとする。

2. 角化型疥癬

角化型疥癬は感染力が極めて高く集団感染の原因となり得るため、職員が罹患した場合には治療開始後1～2週間は就業を禁止する。就業再開の可否については、治療経過を確認のうえ感染制御部門および皮膚科の判断に基づき決定する。

VI. その他