

介護老人保健施設

ユニケア岡部

疥癬対応マニュアル

Ver.1.0

令和 8 年 5 月 30 日作成

① 疥癬(かいせん)とは

ヒゼンダニ(皮膚穿孔ダニ)という、成虫の体長がわずか 0.3～0.4mm(肉眼ではほぼ見えない、半透明の扁平なダニ)が、人の皮膚の最外層である「角質層」内に寄生・繁殖することによって起こる感染性の皮膚疾患である。

ダニは皮膚の表面を這うだけでなく、角質層にトンネル(疥癬トンネル)を掘って進み、その中に排泄物(糞)や卵を落としていく。このダニの体成分、死骸、糞などに対するアレルギー反応(遅延型アレルギー)が引き金となり、凄まじい痒みや発疹が引き起こされる。

疥癬は、寄生するダニの数と臨床症状、そして何より「感染力の強さ」の違いから、以下の 2 種類に大別される。現場ではこの 2 つの病型を完全に区別して認識する必要がある。

1. 通常型(つうじょうがた)疥癬

寄生ダニ数: 1 人の患者に対して数十匹以下(多くは 10～20 匹程度)と極めて少数。

感染力: 「弱い」。日常生活の中で、すれ違う、短時間の会話、服の上から軽く触れるといった程度では感染しない。同居家族や、夜間の就寝を共にするような「長時間(おおむね 15 分以上)の直接的な肌の接触」があつて初めて感染が成立する。

対象者の特徴: 免疫機能が正常なあらゆる年齢層に発生する。

2. 角化型(かくかがた)疥癬(※旧称: ノルウェー疥癬)

寄生ダニ数: 1 人の患者に対して数百万～数千万匹、時に億単位のダニが爆発的に増殖している。

感染力: 「極めて強い(最強レベルの接触感染症)」。

わずかな数秒間の直接接触はもちろん、患者の皮膚から剥がれ落ちた角質(皮膚の粉や垢の塊)の中に無数のダニが生きたまま潜んでいるため、それを介して環境、衣服、椅子、空間全体から容易に間接感染する。

対象者の特徴: 高齢、悪性腫瘍、重度の認知症、寝たきり状態、またはステロイドや免疫抑制剤の長期投与などにより、細胞性免疫(ダニの増殖を抑える免疫システム)が著しく低下している人に発症する。

★通常の人角化型疥癬の方と接触した場合

健康な人が角化型疥癬の患者からうつった場合、発症するのは「通常疥癬」が一般的。

② ヒゼンダニの生存期間

通常型疥癬

人の皮膚: 治療を行わない限り、数ヶ月から数年以上、寿命を迎えては繁殖することを繰り返す。

物品(離脱後): ヒゼンダニは乾燥と飢餓に非常に弱いため、人の体から離れると、通常の室温環境では 2～3 日(長くても 1 週間以内)で自然に死滅する。

角化型(過角化型)疥癬:

人の皮膚: 爆発的に増殖し続け、治療抵抗性(治りにくさ)を示すこともある。

物品(離脱後): 剥がれ落ちた厚い角質(垢の塊)の中にダニが潜んでいるため、乾燥から守られ、人の体から離れても 1~2 週間(最長で約 2 週間)生き続けることがある。

アプローチ: この生存期間の差は、環境管理の期間に直結する。角化型の利用者が使用した部屋や車椅子は、ダニが完全に死滅する安全圏を考慮し、最後の接触から「2 週間」は徹底した清掃・警戒を続ける必要があるという医学的根拠になる。

③ 疥癬の診断方法

疥癬は「痒がっているから」「湿疹があるから」という理由だけで介護職が判断することはできない。皮膚科専門医による以下の医学的アプローチを経て確定診断が下される。

1. 徹底的な問診と臨床症状の確認

医師は、ただ発疹を見るだけでなく、以下の「疥癬を強く疑う背景」を組み合わせ推測する。

痒みのパターン: 昼間は比較的落ち着いているのに、「夜間、布団に入って体が温まると眠れないほど激しくなる」という特有の痒みがあるか。

好発部位(ダニが好む場所)の観察:

指の間、手首の屈側(内側): ここは皮膚が薄く、ダニが好んで「疥癬トンネル」を掘る場所である。

腋窩、下腹部、臀部: 赤い小さなぶつぶつ(丘疹)が出やすい場所である。

男性の陰囊・陰茎: 非常に特徴的な、硬くて強い痒みを伴う「結節(しこり)」が形成されやすく、これが確認されると疥癬の確率が極めて高くなる。

周囲の環境: 同居家族、または通っているデイサービスの他の利用者・スタッフに、最近同じような皮膚症状(原因不明の痒み)を訴える人がいないかを確認する。

2. 顕微鏡検査(確定診断のための直接鏡検)

ダニの姿、または卵を直接確認するための最も確実な「証拠集め」の検査である。

採取方法: ダーモスコピーでダニの居場所(疥癬トンネルの先端など)を特定した後、メス(針の先)やピンセット、または透明な粘着テープ等を用いて、皮膚の表面(角質層)を薄くこすり取る。角化型疥癬の場合は、ポロポロと剥がれ落ちる垢(痂皮)を少量採取する。

観察方法: 採取した皮膚片をスライドガラスに乗せ、角質を溶かす液体を滴下してなじませた後、顕微鏡で観察する。

診断の基準: 顕微鏡下に、ヒゼンダニの成虫、幼虫、あるいは楕円形の「卵(または卵の殻)」が 1 つでも確認できれば、その時点で「疥癬」と確定診断される。

⚠️「偽陰性」について

通常型疥癬の場合、全身でたった数十匹しかダニがいないため、「皮膚科医がどれだけ探しても、その日の擦過(こすり取り)検査のスポットにたまたまダニが入っておらず、顕微鏡で見つからない」というケースが頻発する(見落としではなく、物理的な確率の問題)。

そのため、1 回目の検査で「ダニはいませんでした」と言われても、症状や夜間の痒みが続く場合は、決して疥癬を否定(安心)せず、「潜伏期間やダニの移動を考慮し、1～2 週間後に必ず再受診・再検査を行う」というのが、感染拡大を防ぐための鉄則となる。医師も疑わしい場合は、顕微鏡で出なくても臨床症状だけで先んじて治療薬を処方することがある。

結論から言うと、「通常型」と診断されたものが、実は「角化型」の初期段階であったり、見落としによって角化型へと移行(偽陰性・誤診)したりするリスクは医学的に十分に存在する。

現場の安全を守る上で非常に鋭く、重要な視点。

「通常型」と「角化型」は、ダニの種類が違うわけではなく、寄生されている「ダニの数(増殖の度合い)」の違いである。そのため、診断のタイミングや検査の状況によっては、通常型と見分けるのが非常に難しいケースが存在する。

通常型と診断されても「角化型」を疑う理由

1、免疫低下状態にある方の「初期段階」だったケース

角化型疥癬も、最初は 1 匹のダニが体につくことから始まる。施設に入所・通所されている高齢者や、ステロイド薬を内服しているなど免疫力が低下している方の場合、最初はダニの数が少ないため、皮膚科医が診ても「通常型」に見える。しかし、体質的にダニの増殖を抑えられないため、通常型の診断からわずか数週間でダニが数百万匹に爆発的に増殖し、「角化型」へと変貌を遂げることがある。

2、「ステロイド外用薬」の使用による症状の隠蔽(修飾疥癬)

これが臨床で最も見落とされやすいパターンである。もともと「ただの湿疹」や「乾燥肌」と誤診され、強力なステロイドの塗り薬を長期間塗られていた場合、ステロイドの局所免疫抑制作用によって皮膚の抵抗力が落ち、ダニが爆発的に増えているにもかかわらず、疥癬特有の「激しい痒み」や「赤いぶつぶつ」といったアレルギー症状が抑え込まれてしまうことがある。一見すると少しカサカサしている(通常型に見える、あるいは疥癬に見えない)のに、実は皮膚の奥でダニが猛烈に増えており、検査してみたら角化型だったというケースがある。

3、顕微鏡検査の「採取場所」によるエラー

角化型疥癬は全身の皮膚が分厚くなるが、すべての部位に均等にダニがいるわけではない。医師がたまたま分厚い皮膚の「ダニの密度が低い部分」だけを削り取って検査した場合、顕微鏡で確認できたダニの数が少なく、症状の見た目もまだ初期であれば「通常型」と過小評価(偽陰性のような状態)されてしまうことがある。

★現場で「本当に通常型か？」を見極めるための観察ルール

医師から「通常型」と診断された利用者であっても、以下のサインが見られた場合は「実は角化型ではないか」と疑い、速やかに再受診を促す(または防護レベルを上げる)必要がある。

●皮膚の「過角化(分厚化)」が進行している:

ただの赤いぶつぶつではなく、手足、肘、膝、手のひら、あるいは頭皮の皮膚が、まるでカキの殻や、消しゴムのカスが固まったように灰白色・黄褐色に分厚くボロボロと剥がれ落ちる状態になってきた場合。

●適切な治療をしているのに、皮膚のガサガサや発疹が急速に悪化している

通常型であれば、適切な治療を開始するとダニの増殖はすぐに止まる。治療しているにもかかわらず、皮膚の「垢のような塊」が広がっていく場合は、ダニの数が多すぎて薬が追いついていない(角化型の)可能性がある。

●その利用者の介助に入ったスタッフや、周囲の利用者が「短期間(1～2 週間以内)」で次々と激しい痒みを訴え始めた:

通常型であれば、よほど密着して長時間一緒にいない限り、短期間で周囲に次々と移ることはない。もし「送迎車で隣だった人」「ちょっと車椅子を押したスタッフ」などが 1～2 週間で発症した場合、その利用者は通常型ではなく、周囲にダニを撒き散らす「角化型」の感染力を持っていると判断。

ユニケアとしての対応

「皮膚科の先生が通常型って言ったから 100%安心(ガウンなしで通常介助)」と過信せず、特に対象者が「免疫力の低い高齢者」である場合は、治療開始から少なくとも 2 週間は、皮膚が分厚くなってこないか、周囲に不自然なスピードで痒みが広がっていないかを看護・介護職の目で厳重にモニタリングすることが、偽陰性リスクをすり抜けるための最大の防衛策である。

④ 疥癬の症状

通常型疥癬: ダニの排泄物や死骸に対するアレルギー反応として、夜間に激しくなる劇的な痒みが特徴である。手首や手のひら、指の間に「疥癬トンネル」と呼ばれる線状の隆起が見られるほか、腹部や生殖器周辺に赤い丘疹(ぶつぶつ)が発生する。

角化型疥癬: 皮膚の角質層が非常に分厚くなり、灰白色～黄褐色の「垢」や「牡蠣の殻」のような塊が全身(特に手足、肘、膝、頭部)に付着する。認知症や麻痺がある利用者の場合、痒みを訴えない(または感じない)ことがあるため、痒みの有無だけで判断してはならない。

アプローチ：高齢者の皮膚は乾燥や老人性皮膚掻痒症による痒みが多く、疥癬との見分けがつきにくいのが特徴である。職員は「特定の部位(指の間や腹部)に新しく出た発疹」や「夜間に増悪する痒み」「皮膚の一部分だけが異常に分厚っている」といった変化を見逃さないよう、日中・入浴時の皮膚観察を徹底する。

⑤ 疥癬の治療法

通常型疥癬：抗ダニ薬である薬の内服と、外用薬を首から下の全身に塗り残しなく塗布する。痒みに対しては抗ヒスタミン薬が処方される。

角化型(過角化型)疥癬：内服薬を複数回反復投与すると同時に、外用薬を頭部や顔面を含む全身に毎日塗布する。また、薬を浸透させるために、分厚くなった角質を軟らかくする外用薬を併用する。

アプローチ：治療開始後、ダニが死滅してもアレルギー反応(痒みや発疹)は数週間～1 ヶ月以上残ることがある。「痒がっているからまだ移る」と誤解して過剰な隔離を続けないよう、医師の「殺虫完了(陰性化)」の判断を基準に動く。また、外用薬の塗布時は、指の間、爪の周り、お尻の割れ目など、ダニが隠れやすい場所への塗り残しがないよう、看護職員と連携して確実に実施する。

⑥ 疥癬の発症までの潜伏期間

通常型疥癬：約 1 ヶ月～2 ヶ月である。ダニが皮膚に寄生してから、アレルギー反応が生じて痒みが出るまでに長い時間がかかる。

角化型疥癬：約 1～2 週間(早くて 3～4。遅くて数週間後)である。ダニの増殖スピードが圧倒的に早いため、非常に短い潜伏期間で全身に症状が広がる。

アプローチ：通常型の潜伏期間(1～2 ヶ月)を考慮すると、「目の前の利用者が発症した時点で、すでに 1～2 ヶ月前に他の利用者やスタッフに接触していた可能性がある」という時間差を意識しなければならない。そのため、1 名の発症が確認されたら、過去 2 ヶ月間にその利用者と濃厚な接触があったスタッフや、送迎車で隣同士だった利用者の皮膚状態を、遡って警戒・観察する必要がある。

⑦ 感染経路

・通常型疥癬

感染者の皮膚との「直接的な接触」が主である。

発症条件：手を繋ぐ、長時間の移乗介助、添い寝など、肌と肌が 15 分以上直接接触し合うような条件で発症する。

物品から：通常型の場合、衣類やタオル等の物品を介して移る可能性は極めて低い。

水から：湯船やシャワー等の水自体から感染することはない。ヒゼンダニは水中に浮遊して他人に移る能力はない。

・角化型(過角化型)疥癬：

感染者の皮膚だけでなく、環境中に落ちた「角質(皮膚の粉・垢)」から感染する。

発症条件：ほんの数秒間の軽い接触、または感染者が座った椅子、使用したリネン類に触れるだけで、容易にダニが移行して発症する。

物品から：タオル、衣類、車椅子のシート、リハビリ器具、ベッドなどを介して容易に間接感染する。

水から：湯水からは移らないが、感染者が使用した脱衣所の床、バスマット、脱衣カゴに落ちた角質に触れることで確実に感染する。

アプローチ：ヒゼンダニは熱(50℃以上で 10 分)と乾燥に非常に弱いという医学的特性がある。どちらの型であっても「お風呂の湯水そのものでダニが泳いで移る」ということはないが、角化型の場合は「脱衣所の足拭きマット」や「共有の椅子」が最大の感染源になる。通常型であれば過剰な物品消毒は不要だが、角化型の場合は「動く感染源」として環境全体のコントロールが必要である。

★疥癬(かいせん)が「人を介さずに、物から物へと移動して感染を広げる」ということはありえない。疥癬の原因である「ヒゼンダニ」は、人の皮膚の中でしか生きられない寄生虫のため、人の体から離れると弱る。また、自力での長距離移動はできないため、畳や衣服の上を自力で這いまわって、別の物へと次々に移動していくような能力はない。

そのため、感染者が触れていないクリーンな物同士の間で、ダニが勝手に移る可能性はひくい。

⑧ 感染者への対応

通常型疥癬：治療開始後は個室への隔離や、サービスの利用自粛を求める必要はない。他の利用者と同様にフロアで過ごして問題ないが、直接肌が触れ合う介助の際のみ、スタッフ側が適切な対応(手袋等)をとる。

→上記の環境が難しい時は隔離も検討。また、治療開始前や皮膚の状況で今後「角化型疥癬」への発展可能性時は個別や利用中止の可能性も検討。

角化型疥癬：自宅療養・個別対応が原則となり、通所サービスの利用は一時的に停止(受け入れ不可)とする。万が一、利用中に発覚した場合は、ただちに個室フロアや別室へ隔離し、他の利用者との接触を完全に遮断する。

対応を誤ると、通常型に対して過剰な隔離を行い、利用者の尊厳を傷つけるリスクが生じる。医学的な根拠(通常型はすれ違う程度では移らない)をスタッフ全員が正しく理解し、型に応じたメリハリのある対応を行うことが、尊厳保持と感染リスク管理の双方において重要。

⑨ 感染者への介護職員の防護具

通常型疥癬：使い捨て手袋、長袖ガウン(※直接肌に触れる介助を行う際のみ)

角化型疥癬：使い捨て手袋(できれば 2 重)、使い捨てガウン、マスク、キャップ(帽子)、シューカバー(靴カバー)(※頭部や環境から角質が舞い散るため、隙間のないフル装備が必要)

アプローチ：防護具は「着るとき」よりも「脱ぐとき」に最も感染リスクが高まる。防護具の表面にはダニや角質が付着している可能性があるため、ガウンや手袋を脱ぐ際は、表面を内側に巻き込むようにして静かに丸め、感染性廃棄物として破棄する。脱いだ後は、ただちに前腕まで含む丁寧な流水手洗いとアルコール手指消毒を行う。

⑩ 防護具の着用基準

通常型疥癬：「利用者の皮膚に直接触れるケア」を行うときのみ着用する。お茶出し、会話、バイタル測定(衣類の上から)など、直接の皮膚接触がない場面では防護具の着用は不要。

角化型疥癬：対象の利用者がいる空間(送迎車内、隔離部屋)に入るとき、またはその利用者が触れた物品を扱うときは、ケアの内容に関わらず常に全員フル着用する。

アプローチ：着用基準を「なんとなく不安だから」という理由で現場の裁量に変えさせてはならない。通常型で全員が防護服を着て対応すると、他の利用者や家族に不要な恐怖心を与え、風評被害に繋がる。一貫した医学的基準をリーダーが示し、徹底させる。

⑪ 防護具の着用場面

通常型疥癬：入浴介助、排泄介助、衣服の着脱介助、オムツ交換、リハビリ専門職による直接的な徒手療法(肌に触れるマッサージや可動域訓練)の場面。

角化型疥癬：送迎時の乗降介助、部屋への立ち入り、リネン交換、環境清掃、使用後の物品回収など、対象者やその環境に接近するすべての場面。

アプローチ：特に見落としがちなのが「リハビリ場面」や「送迎時」である。通常型であってもリハビリ職が素手で直接触れると感染リスクになる。また、角化型の場合は、送迎車のシートに座らせるだけで車内全体が汚染されるため、サービス利用自体をストップするまでの間は、車内でもシートをビニールで覆うなどの対策をとる。

⑫ 感染者への感染予防提案

感染者及び感染予防疑いの利用者に関しては手袋や長袖(長ズボン、靴下など)を着用してもらい、皮膚の露出を少なくし、施設内での集団感染を防ぐ対策をとる。

1. 最大の感染源である「落屑(らくせつ:皮膚の粉や垢)」の飛散を物理的に封じ込める
角化型疥癬の最大の脅威は、数百万～数千万匹のダニが潜む分厚い角質(垢の塊)が、ポロポロと環境中に剥がれ落ちることである。本人が動いたり、衣類を着脱したり、車椅子に移乗したりするたびに、目に見えないレベルの皮膚の粉が周囲に舞い散る。本人に手袋や目の詰まった長袖・長ズボン、靴下を着用してもらうことで、剥がれ落ちた角質を衣類の内側に高確率でトラップ(封じ込め)し、環境汚染を最小限に抑えることができる。
2. 本人の「掻きむしり」によるダニの飛散と自己感染の悪化を防ぐ
角化型疥癬の利用者は、重度の認知症や麻痺がない限り、あるいはステロイドで修飾されていない限り、猛烈な痒みを伴う。本人が素手で全身を掻きむしると、爪の中に無数のダニが入り込み(爪疥癬の悪化)、その手で触れた手すりや車椅子、スタッフの服にダニをなすりつけることになる。また、掻くことでさらに角質が細かく砕けて周囲に飛び散る。手袋(綿手袋など)を着用してもらうことで、爪による皮膚の破壊と、手を介した直接的な接触感染のリスクを激減させることができる。
3. スタッフの介助時における「不意の直接接触」を防ぐ
どれだけスタッフが防護具(手袋・ガウン)を徹底していても、移乗介助や体位変換の際、本人の衣類の隙間から露出した皮膚(手首や足首など)に、スタッフの腕や首元が不意に触れてしまうリスクがある。角化型は「わずか数秒の接触」でも感染が成立するため、本人側の皮膚の露出をあらかじめ極限まで減らしておく。
4. ヒゼンダニの「移動・脱出」を遮断する
ヒゼンダニは、人の体から離れると乾燥や飢餓で弱る(室温で 1～2 週間で死滅する)が、人の体の上にいる間は非常に活動的である。本人の四肢をしっかりと衣服や手袋で覆うことで、ダニが皮膚の表面を這って外部の物品や他人に直接移動するルートを物理的に遮断できる。

現場で実践する際の「具体的な運用ルール」と注意点

本人に防護(被覆)をしてもらう際は、以下の点に配慮しなければ現場で逆効果になったり、利用者の尊厳を傷つけたりするため注意が必要。

手袋は汚れがひどくなった時、もしくは 2 時間に 1 回交換

衣類は毎日(または汚れたらその都度)熱処理洗濯を行う

→内側に角質やダニが溜まるため、脱がせる際は粉が舞わないよう静かに丸めてビニール袋に密閉する。その後、速やかに 50℃以上の熱湯に 10 分以上浸すか、ユニケア 1 階の乾燥機にかけてダニを完全死滅させてから洗濯する。怠ると、衣類そのものが濃厚な

感染源になる。もしくは衣類が大量にある時はダニが自然に死滅するまで 3 日以上ビニール袋に入れて放置をする。

手袋・衣類は「綿製」などの通気性がよく肌に優しい素材を選ぶ ビニール製やナイロン製の手袋・衣類を長時間着用させると、内部が蒸れて皮膚の痒みがさらに増悪し、浸出液(浸出液を伴う二次感染)の原因になる。

本人の皮膚トラブルを悪化させないように、通気性の良い綿手袋などを選択する。

→手袋はユニケアとしては軍手等を利用とする

⑬ 感染者の接触後の物品等の清掃や消毒対応

★物品

通常型疥癬：特別な消毒薬(殺虫剤など)の使用は不要。通常的环境清掃(水拭き、日常的な洗濯・洗浄)で十分である。

物品：車内・テーブル・椅子・リハビリ器具・車椅子等は通常のアアルコールや洗剤を用いた拭き掃除。

タオル・シーツ：通常洗濯。他者の衣類やタオルと混ぜて(一緒に)洗濯しても問題ない。ヒゼンダニは水中に浮遊して他人に移る能力はないため、洗濯液の中で死滅・洗い流される。

食器・コップ：通常厨房洗浄(食器洗浄機で可)。

歯ブラシ：通常通り流水で洗浄し、乾燥させる。

角化型(過角化型)疥癬：環境中にダニを含む角質が大量に落ちるため、徹底的な「除去」と「熱処理」が必要。

物品：車内・テーブル・椅子・リハビリ器具・車椅子等は毎日掃除機で剥がれ落ちた角質を丁寧に吸い取った後、ピレスロイド系殺虫剤(スミスリンなど)を噴霧・塗布するか、エタノールで拭き上げる。

食器・コップ：通常洗濯でもダニは洗い流されるが、食器洗浄機を行う。

歯ブラシ：接触リスクを排除するため、使い捨てにするか、個別に密閉保管して他者のものと絶対に接触させないようにする。

角化型への対応の基本は、利用者が使うもの接触するものに関しては、なるべく使い捨ての物を理想とする。車に乗る際はペットシートやビニールで覆う。その他、熱処理ができないところに関しては、使い捨ての物を工夫しながら考えて使用する

●タオル・リネン類

リネン類を外す際は、角質が舞い散らないよう静かに内側に巻き込み、その場で速やかにビニール袋に入れて密閉する。その後はユニケアの乾燥機を使用する。熱風乾燥機（乾燥機の熱でダニは即死する）を使用する。他者のリネンとは完全に分けて処理する対応に関しては以下の1・2いずれかを行う

- 1、熱湯浸漬：50℃以上の熱湯に、10 分間以上完全に浸す。
 - 2、乾燥機処理：洗濯後（または洗濯前）、乾燥機を用いて 60℃～70℃以上の熱で 10 分～15 分以上乾燥させる。乾燥機の熱によりダニは即死する。
- 区別：角化型の衣類やリネンは、洗濯・乾燥が完全に終わるまでは、他者完全に分ける

●浴室・脱衣所の対策

バスマットや脱衣カゴは角化型における最大の感染ルートになりやすい。

足拭きマットは共有せず使い捨て（ペーパータオル等）にするか、使用ごとに熱湯もしくは乾燥機処理を行う。脱衣カゴや床は、使用後にすぐ掃除機吸引と拭き取りを行う。

●清掃・環境管理を行う「期間」の目安

通常型：本人が治療（初回投与）を開始した時点で環境への配慮は終了してよい。

角化型：ヒゼンダニは人の体から離れても、稀に厚い角質に守られて 1 週間程度生き長らえる場合がある。そのため、本人の利用が停止（または隔離）された後も、最後の接触から「最低1週間」は、上記の徹底的な掃除機がけと環境チェックを継続する必要がある。

★清掃について

疥癬発生時における施設（個室、通所フロア、送迎車など）の清掃方法は、「通常型」か「角化型」かによって異なる。

ヒゼンダニには「一般的な消毒薬（アルコールや次亜塩素酸ナトリウム）が効かない（即死しない）」という医学的特性がある。そのため、型に応じた正しいアプローチ（物理的除去、または熱処理）を徹底する必要がある。

1、「通常型」疥癬が発生した場合の清掃方法

通常型の場合、環境（床、壁、家具）を介して他人に感染するリスクは極めて低いため、日常の清掃・洗濯を通常通り行うだけで十分であり、特別な消毒作業は不要である。

床・家具・器具：通常の掃除機がけと、水拭き、または日常的に使用しているドクトールやアルコールを用いた拭き掃除で十分である。

2、「角化型(過角化型)」疥癬が発生した場合の清掃方法

角化型は、剥がれ落ちた大量の角質(皮膚の粉や垢の塊)の中に生きたダニが無数に潜んでいる。これが最大の感染源となるため、徹底的な「物理的除去(吸引)」と「熱処理(50℃以上)」による特殊清掃が必要となる。

I. 防護具の着用

清掃を行うスタッフは、角質(皮膚の粉)の吸入や付着を防ぐため、使い捨て手袋、長袖ガウン、サージカルマスク、使い捨てキャップ(帽子)、シューカバー(靴カバー)を完全に着用して作業に臨む。

II. 床・環境の清掃(「吸引」が最重要)

掃除機がけ:汚染エリア(本人が過ごした部屋、脱衣所、送迎車内など)の床や畳、カーペットは、掃除機もしくはクイックルワイパー、剥れ落ちた角質を隅々まで丁寧に吸い取る。

注意: ほうき等で掃くと角質が空気中に舞い散り、感染を広げるため厳禁である。

処理: 掃除機内のゴミや紙パックは、回収後すぐにビニール袋に密閉して破棄する。

III. 状況に応じて殺虫剤の併用:

掃除機をかけた後、本人が触れたベッド、椅子、車椅子、手すり、送迎車のシート等に、ピレスロイド系殺虫剤(フェントリン/商品名:スミスリンパウダーやスプレーなど)を噴霧・塗布、またはエタノールで丁寧に拭き上げる。

注意: 殺虫剤を使用する際は、職員の吸入防止のために必ず十分な換気を行う。

⑭、感染者への配慮

通常型疥癬: 憶測や職員の不安により過剰なゾーニング(隔離)は控える。フロア内での席を一人だけ離す、レクリエーションに参加させないといった行為は、利用者の尊厳を著しく傷つける。

角化型疥癬: 入所は個室対応。通所はサービスの利用を一時的に停止していただく必要があるため、本人やご家族に対して「排除」ではなく「周囲への感染を広げないため、そしてご本人の治療に専念するための一時的な措置」であることを、丁寧に、誠意を持って説明する。

アプローチ: 特に通所事業所(デイサービス)では、噂が他の利用者や家族に広がりやすく、不当な偏見を生むリスクがある。スタッフ自身が正しい知識を持ち、冷静に対応する姿を見せることが、事業所全体の安心感と利用者の尊厳保持に繋がる。

⑮、拡大防止のルール

通常型疥癬

ケア毎の手洗いの徹底：介助前後の流水と石けんによる手洗い。

早期発見の仕組み化：入浴介助時の皮膚観察を徹底し「原因不明の赤みや痒み」を看護職員へ即座に報告する体制。

早期受診：疑わしい場合は、躊躇せず速やかに看護師や施設長へ伝える。

角化型疥癬：

一斉スクリーニングの実施：角化型の発症が 1 名でも確認された場合、ただちに全利用者および全職員の皮膚状態(痒み・発疹の有無)を一斉にチェックする。

予防的投与の検討：濃厚接触があった利用者や介護職員に対して、予防的に内服薬を処方するか施設長に確認をする

リネン・ゴミの完全密閉：剥がれた皮膚の粉が舞わないよう、汚染ゴミはすべて密閉して廃棄する。

アプローチ：疥癬の拡大防止で最も重要なのは「早期発見・早期治療」。

通常型の段階で発見できれば、施設内でのクラスター化は防げる。皮膚の異変（特に高齢者特有の乾燥肌とは違う、指の間などの局所的な発疹）を見つけた際に、スタッフが「単なる湿疹だろう」と放置しない。

⑯、感染した職員の出勤について

職員が疥癬を発症した場合、または発症が疑われる場合の出勤基準は、「通常型」か「角化型」かによって医学的な対応が 180 度異なる。

適切な治療を開始すれば、多くの場合は速やかに業務復帰が可能であるが、型ごとの基準を誤ると施設内クラスターの原因となる。

1、通常型疥癬を発症した職員の出勤基準

通常型疥癬の場合、原則として「適切な治療(内服・外用)を開始した翌日」から出勤可能。

出勤停止の必要性：基本的に不要。

復帰の条件：皮膚科を受診し、抗ダニ薬の治療を受けていること

出勤時の注意点：通常型は、初回治療を行えばダニの活動性や感染力は速やかに低下する。ただし、ダニが完全に死滅してもアレルギー反応による「痒みや発疹」は1ヶ月程度残るため、「痒がっているから」という理由だけで勤務を制限の必要はない。

予防：完全に陰性化したと医師が判断するまでは、当該職員は利用者の直接介助（特に肌が触れる入浴・排泄介助、リハビリ等）の際、必ず使い捨て手袋とガウンを着用し、ケア毎の手洗いを徹底する。

2、角化型(過角化型)疥癬を発症した職員の出勤基準

角化型疥癬は感染力が最強レベルであるため、出勤停止を検討する、完全に感染力がなくなるまで直接・間接を問わず一切の業務に就かせてはならない。

出勤停止の必要性：出勤停止。

復帰の条件：治療が完了し、皮膚科医によるダニの死滅が確認されること。

復帰までの期間の目安：治療開始から、通常数週間～1ヶ月程度の期間を要する。

基本は出勤停止だが、職員が人員不測の際は防具を徹底して出勤とする

3、発症はしていないが「濃厚接触」がある職員の扱い

「角化型の利用者を素手で介助してしまった」「同居家族が疥癬になった」など、発症はしていないが濃厚接触がある職員への対応。

出勤の可否：原則として出勤可能

対応ルール：潜伏期間(通常型なら1～2ヶ月、角化型なら1～2週間)を考慮し、無症状であっても定期的な皮膚観察を行う。

万が一、わずかでも痒みや発疹の兆候が出た場合は、その時点で即座に業務を離脱させ、皮膚科を受診。

⑰ 通所の利用停止期間(再開にあたり条件)

通常型疥癬

利用停止の必要性：原則として治療開始後の利用中止は求めない

条件：皮膚科を受診し、抗ダニ薬(内服または外用)の初回治療が適切に開始されていることが通所の条件となる。治療が始まっていれば、周囲へ感染させるリスクは速やかに低下する。

ただ、今後角化型への意向や広がりの可能性も踏まえ、初回治療(内服または外用)を終えてから家族に相談し、最初の1～2週間は利用を控えてもらうように協力を仰ぎ、皮膚の状態に変化がないか(新たな発疹や激しい痒みの悪化、角化の兆候がないか)を確認してから再開する。1～2週間の休止は、現場の安心感や他の利用者様への配慮としては理解できる選択肢です

通常型疥癬と診断されても角化型疥癬の可能性や治療開始前は、この例に当てはめず状況見ながら利用停止も検討をする

角化型疥癬:

利用停止の必要性: 原則、即座に利用停止(出勤・通所停止)となる。

再開条件: 治療(内服・外用)が完了し、皮膚科医による顕微鏡検査等で「ダニの死滅(陰性化)」および「感染力がなくなったこと」が診断等で確認されることが絶対条件である。目安としては、治療開始から数週間～1ヶ月程度かかる。

アプローチ: 再開の判断は必ず皮膚科の専門医による判断が基準とする。

⑱ その他

通常型疥癬: 「痒みが治まった＝治った」ではない。ダニが死滅しかけていても、途中で治療(外用薬の塗布など)をやめてしまうと、生き残ったダニが再繁殖する。必ず医師から治療終了の指示が出るまで管理を行う。

角化型疥癬:

殺虫剤使用時の換気: 環境清掃でピレスロイド系殺虫剤を使用する際は、職員の健康(吸入防止)に配慮し、十分な換気を行う。

長期の経過観察(2ヶ月): 角化型の利用者が利用を再開した後、または施設内で発生があった後は、潜伏期間(最長2ヶ月)を考慮し、最低2ヶ月間は新たな発症者がでないか、全利用者の皮膚経過観察を継続する。

アプローチ: 疥癬対策の盲点は「爪」である。爪の中にダニが入り込む「爪疥癬」の状態になっていると、通常の塗り薬が届かず、そこから再発・感染源となることがある。利用者の爪が異常に分厚くなっていないか、爪のケアが適切になされているかも、医学的な観察ポイントとして非常に重要である。

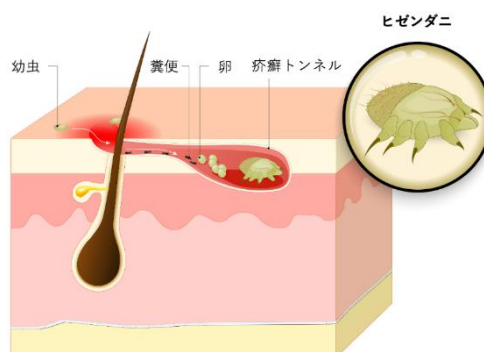
表 身体から離れた場合のヒゼンダニの活動能力と温度・湿度の関係

温度	湿度	体表面での生態
16℃以下		生きているが、活動は停止
20℃以下		生きているが、不活発
25℃	30%	2日間生存
25℃	90%	3日間生存
50℃		10分で死滅

人体から離脱後のヒゼンダニの生存日数

12℃ (多湿条件下)	14日
25℃ (湿度90%)	3日
25℃ (湿度30%)	2日
50℃ (多湿条件下)	10分

基本的には
72時間以上放置で
感染性はなくなる!



通常疥癬の主な症状

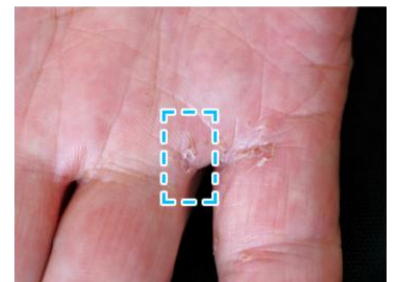
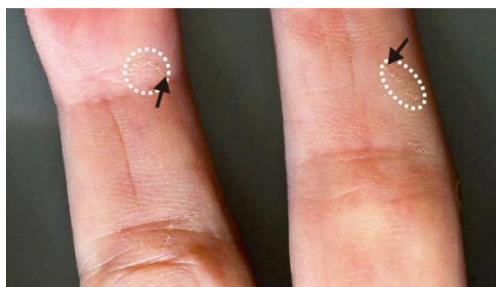
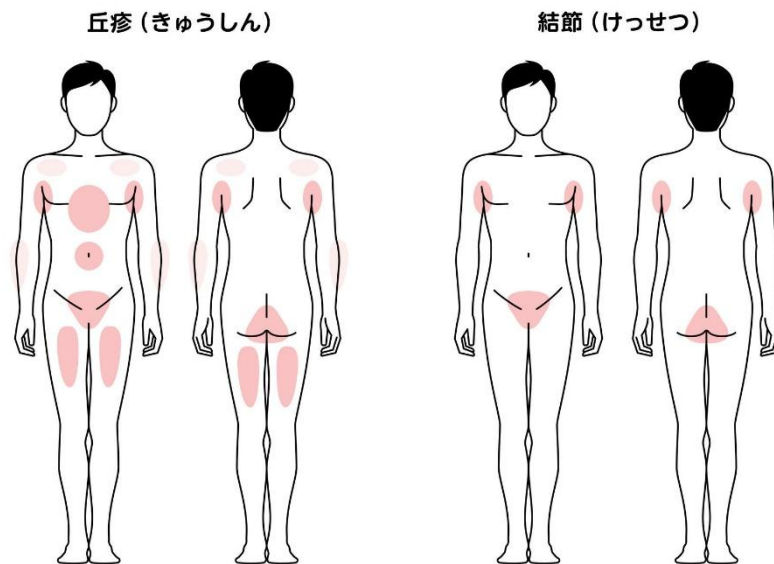
・疥癬トンネル(卵を産む場所)→一番の確認ポイント

疥癬特有な線状の皮疹(ひしん)です。手首や手のひら、指の間、指の側面、アキレス腱などに多くみられます。

・赤いブツブツ

ヒゼンダニの抜け殻や糞(ふん)に対するアレルギー反応です。

胸やお腹、腕、太ももなどに赤い小さな丘疹(きゅうしん)がみられ、激しいかゆみを伴います。男性は外陰部に結節(けっせつ)と呼ばれる数 mm のしこりがみられることもあります。



角化型疥癬

主に手、足の裏、肘、膝、指の間、爪などに、カキの殻のように厚く重積した角質増殖(フケやアカのようなもの)が生じ、最終的には頭部や顔を含めた全身に広がる



参考資料



東京都保健局
疥癬マニュアル



老健協会
疥癬マニュアル



日本皮膚学会
疥癬診療ガイドライン