日皮会誌：118（3），325―342，2008（平20）

日本皮膚科学会ガイドライン

日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン

日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎診療ガイドライン作成委員会
古江　増隆[1]　佐伯　秀久[2]　古川　福実[3]　秀　　道広[4]　大槻マミ太郎[5]
中村　敏明[6]　佐々木りか子[7]　須藤　　一[8]　竹原　和彦[9]

I. はじめに

アトピー性皮膚炎は日常診療上頻繁に遭遇する疾患であると同時に，患者への十分な説明や治療へのコンプライアンス・アドヒアランスを考慮すべき疾患として，近年世界的に治療ガイドラインが整備されている．本症の治療ガイドラインはすべて近似した疾患概念，治療体系の上に構築されている．すなわち，アトピー性皮膚炎の病態を，皮膚の生理学的機能異常を伴い，複数の非特異的刺激あるいは特異的アレルゲンの関与により炎症を生じ慢性の経過をとる湿疹としてとらえ，その炎症に対してはステロイド外用薬やタクロリムス軟膏による外用療法を主とし，生理学的機能異常に対しては保湿・保護剤外用などを含むスキンケアを行い，瘙痒に対しては抗ヒスタミン薬，抗アレルギー薬の内服を補助療法として併用し，悪化因子を可能な限り除去することを治療の基本とするコンセンサスが確立されている．日本皮膚科学会によるアトピー性皮膚炎の診断基準は1994年に[1]，重症度分類は1998年の中間報告を経て[2]，2001年に策定された[3]．日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドラインは2000年に初めて策定され，その後2003年，2004年に改訂されている[4)~6)]．このガイドラインはホームページ上（http://www.dermatol.or.jp/medical/guideline/pdf/114020135j.pdf）でも公開されている．さらに，暮しの手帖社より，一般患者向けのガイドライン解説書『専門医がやさしく語るアトピー性皮膚炎』も出版され，本症に対する正しい理解の普及がなされてきた．今回，アトピー性皮膚炎の診断基準，重症度分類，治療ガイドラインを統合したものとして，アトピー性皮膚炎診療ガイドラインを策定した．また，アトピー性皮膚炎治療における evidence-based medicine（EBM）については，「アトピー性皮膚炎―よりよい治療のためのEBMデータ集―」（http://www.kyudai-derm.org/atopy_ebm/index.html）が公開されている．

なお，本ガイドラインは，アトピー性皮膚炎の診療において，プライマリーケアの段階から高度の専門性が要求される段階までの患者を診療する，皮膚科診療を専門とする医師を対象としたものである．

II. 病　　態

アトピー性皮膚炎は表皮，なかでも角層の異常に起因する皮膚の乾燥とバリアー機能異常という皮膚の生理学的異常を伴い，多彩な非特異的刺激反応および特異的アレルギー反応が関与して生じる，慢性に経過する炎症と瘙痒をその病態とする湿疹・皮膚炎群の一疾患であり，患者の多くはアトピー素因を持つ．アトピー素因とは，①家族歴・既往歴（気管支喘息，アレルギー性鼻炎・結膜炎，アトピー性皮膚炎のうちいずれか，あるいは複数の疾患）があること，または②IgE抗体を産生しやすい素因をさす．

また，一般に慢性に経過するも適切な治療により症状がコントロールされた状態に維持されると，自然寛解も期待される疾患である．

III. 診断基準

1. 診断基準

1994年に策定された日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」（今回改訂している）に基づき，

[1]九州大学大学院医学研究院皮膚科学（委員長）
[2]東京大学大学院医学系研究科皮膚科学（副委員長）
[3]和歌山県立医科大学皮膚科学
[4]広島大学大学院医歯薬学総合研究科皮膚科学
[5]自治医科大学皮膚科学
[6]大阪大学大学院医学系研究科皮膚科学
[7]国立成育医療センター皮膚科
[8]順天堂大学医学部皮膚科学
[9]金沢大学大学院医学系研究科皮膚科学
別刷請求先：（〒812-8582）福岡県福岡市東区馬出3―1―1　九州大学大学院医学研究院皮膚科学
古江　増隆

表 1　アトピー性皮膚炎の定義・診断基準（日本皮膚科学会）

アトピー性皮膚炎の定義（概念）

アトピー性皮膚炎は，増悪・寛解を繰り返す，瘙痒のある湿疹を主病変とする疾患であり，患者の多くはアトピー素因を持つ．

アトピー素因：①家族歴・既往歴（気管支喘息，アレルギー性鼻炎・結膜炎，アトピー性皮膚炎のうちいずれか，あるいは複数の疾患），または② IgE 抗体を産生し易い素因．

アトピー性皮膚炎の診断基準

1. 瘙痒
2. 特徴的皮疹と分布
   ①皮疹は湿疹病変
   - 急性病変：紅斑，湿潤性紅斑，丘疹，漿液性丘疹，鱗屑，痂皮
   - 慢性病変：浸潤性紅斑・苔癬化病変，痒疹，鱗屑，痂皮

   ②分布
   - 左右対側性

     好発部位：前額，眼囲，口囲・口唇，耳介周囲，頸部，四肢関節部，体幹
   - 参考となる年齢による特徴

     乳児期：頭，顔にはじまりしばしば体幹，四肢に下降．

     幼小児期：頸部，四肢関節部の病変．

     思春期・成人期：上半身（頭，頸，胸，背）に皮疹が強い傾向．
3. 慢性・反復性経過（しばしば新旧の皮疹が混在する）

   ：乳児では 2 カ月以上，その他では 6 カ月以上を慢性とする．

上記 1，2，および 3 の項目を満たすものを，症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する．そのほかは急性あるいは慢性の湿疹とし，年齢や経過を参考にして診断する．

除外すべき診断

- 接触皮膚炎
- 脂漏性皮膚炎
- 単純性痒疹
- 疥癬
- 汗疹
- 魚鱗癬
- 皮脂欠乏性湿疹
- 手湿疹（アトピー性皮膚炎以外の手湿疹を除外するため）
- 皮膚リンパ腫
- 乾癬
- 免疫不全による疾患
- 膠原病（SLE，皮膚筋炎）
- ネザートン症候群

診断の参考項目

- 家族歴（気管支喘息，アレルギー性鼻炎・結膜炎，アトピー性皮膚炎）
- 合併症（気管支喘息，アレルギー性鼻炎・結膜炎）
- 毛孔一致性の丘疹による鳥肌様皮膚
- 血清 IgE 値の上昇

臨床型（幼小児期以降）

- 四肢屈側型
- 四肢伸側型
- 小児乾燥型
- 頭・頸・上胸・背型
- 痒疹型
- 全身型
- これらが混在する症例も多い

重要な合併症

- 眼症状（白内障，網膜剥離など）：とくに顔面の重症例
- カポジ水痘様発疹症
- 伝染性軟属腫
- 伝染性膿痂疹

（文献 1 より引用，改変）

1）瘙痒，2）特徴的皮疹と分布，3）慢性・反復性経過の 3 基本項目を満たすものを，症状の軽重を問わずアトピー性皮膚炎と診断する．疑診例では急性あるいは慢性の湿疹とし，年齢や経過を参考にして診断する（http://www.dermatol.or.jp/medical/guideline/pdf/114020135j.pdf）[1]．この診断基準の英訳は 1995 年に公表されている[7]．なお，今回の改訂で除外すべき診断として新たに，皮膚リンパ腫，乾癬，免疫不全による疾患，膠原病（SLE，皮膚筋炎），ネザートン症候群が付け加えられた（表 1）．除外すべき診断としてあげられ

た疾患を十分に鑑別でき，重要な合併症としてあげられた疾患について熟知していることが必要である．

＜参考＞世界的には1980年に作成されたHanifin&Rajkaの診断基準が頻用されている（参考表1）[8]．日本皮膚科学会による診断基準がHanifin&Rajkaの診断基準と異なる点は，アトピー疾患の既往歴・家族歴を基本項目から参考項目にした点であるが，アトピー性皮膚炎の定義（概念）としてアトピー素因が明記されている．Hanifin&Rajkaの診断基準における23の小項目症状はいずれも本症でしばしば観察される特徴的な症状であるが，その発現頻度はさまざまで，抽象的表現を用いた項目もあり，日本皮膚科学会による診断基準では省いてある．その後，“簡易版 Hanifin & Rajkaの診断基準”ともいうべきものが2003年に公表されている（参考表2）[9]．

2. 検診における診断基準

日本皮膚科学会「アトピー性皮膚炎の定義・診断基準」を使用する．その際，自覚症状や経過の問診の信頼性が期待できない幼小児の検診では，「特徴的皮疹と分布」によって診断することが可能であるが，その旨を明記して公表する．

＜参考＞問診・調査表による全国調査

1994年にU. K. Working Partyによってアトピー性皮膚炎診断のための質問表が作成され[10]，世界的に使われている．日本でも邦訳版が作成され，その有用性が示された[11]．6〜10歳児用の邦訳版を参考表3に示す．また，The International Study of Asthma and Allergies in Childhood（ISAAC）によって作成された質問表に基づいて，アトピー性皮膚炎を含む湿疹のグローバルな疫学調査が定期的に実施されている（http://isaac.auckland.ac.nz/Index.html）[12]．現在使用されている6〜7歳児用の邦訳版を参考表4に示す[13) 14)]．

IV. 重症度分類

1. 臨床試験に有用な重症度分類

日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎重症度分類検討委員会によるアトピー性皮膚炎重症度分類は統計学的信頼性と妥当性が検証されており，臨床試験に用いることが可能である（図1）（最高点数60点）[3]．本委員会の検討による簡便法として，全身を頭頸部，前体幹，後体幹，上肢，下肢の5部位に分け，各部位のグローバル評価の総和を求める方法も提示されている（図2）（最高点数20点）[2]．

＜参考＞さらに簡便な方法として，厚生労働科学研究班により重症度のめやすも提案されている（http://www. mhlw. go. jp / new-info / kobetu / kenkou / ryumachi/index.html）（参考表5）．世界的にはEuropean Task Force on Atopic DermatitisによるSeverity Scoring of Atopic Dermatitis（SCORAD）（参考図1）（最高点数103点）あるいは米国のEczema Area and Severity Index（EASI）（参考表6）（最高点数72点）が頻用されている[15) 16)]．

＜参考＞皮疹の経過を加味した重症度分類

皮疹の経過を加味した重症度分類としてRajka & Langelandによる重症度分類が頻用されている（参考図2）[17]．また上記のISAACの調査表（参考表4）では，「最近12カ月のあいだに，平均してどのくらいの頻度で，あなたのお子さま（あなた）は，このかゆみを伴った皮疹（ひしん）のために，夜間起きていることがありましたか？」という質問を用いて「1週間に1晩かそれ以上」で眠れないことがある場合は重症と判断している[12)〜14)]．

＜参考＞痒みの評価

痒みの評価にはVisual analogue scale（VAS）が有用である[18]．VASは痒みの程度に応じて10cmの線分上の1点に印を付け，左端の「痒みなし」を0，右端の「最もひどい痒み」を100として，左端から印を付けた部位までの距離（mm）を痒みの尺度値として評価する方法である．SCORADでも記載されているように（SCORADでは0〜10で評価）VASは睡眠障害に対しても用いうる（参考図1）．文章表現による痒みの評価で，エビデンスレベル2以上の臨床試験に用いられたものを参考表7に示す[19) 20)]．

＜参考＞Quality of Life（QOL）による評価

Skindex-16（参考表8）ならびにDermatology Life Quality Index（DLQI）（参考表9）が統計学的に詳細に解析され，その邦訳が出版されている[21)〜27)]．

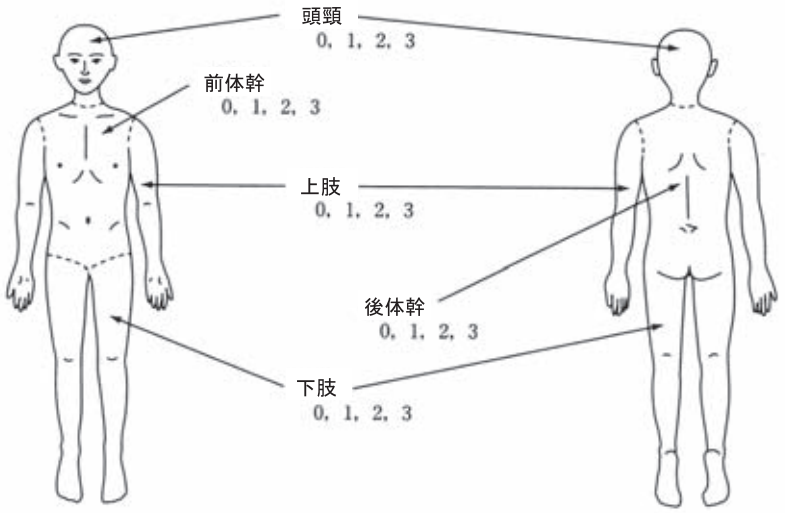
2. 個々の皮疹の重症度

治療の主体である外用療法の選択は「個々の皮疹の重症度」（表2）により決定される．すなわち，範囲は狭くとも高度な皮疹には十分に強力な外用療法が選択されるが，範囲は広くとも軽度の皮疹には強力な外用療法は必要としない．よって，外用療法の選択のためには「個々の皮疹の重症度」が最も重要であり，重症度判定はその判断を下し，さらには治療効果を予測しう

本重症度分類はアトピー性皮膚炎の診断が確実なものについてのみ適応される。
3つの皮疹の要素を5つの身体部位の最も重症な部分で評価(計15回)
別に皮疹の面積も5部位で評価(計5回)。両者を合計(総計20回)。
部位ごとの皮疹の重症度は，皮疹の要素ごとにそれぞれが最も重症と思われるところを選んで行う。
皮疹の面積だけは皮疹の3要素全部をまとめて身体の全部位について行う。

	頭頸	前体幹	後体幹	上肢	下肢	計
紅斑・急性期の丘疹						
湿潤・痂皮						
慢性期の丘疹・結節・苔癬化						
皮疹の面積						

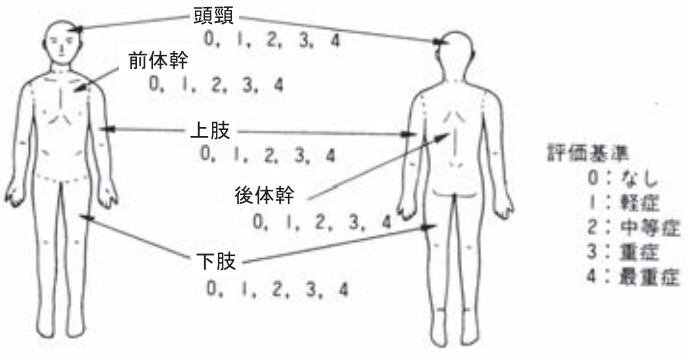
総計＿＿＿＿＿＿



評価法
I 皮疹の要素の評価基準
0:なし　1:軽症　2:中等症　3:重症
※皮疹の説明
紅斑:すべての発赤、潮紅、浮腫を含む。
急性期の丘疹:掻破の影響を受けていない丘疹。
湿潤・痂皮:掻破による糜爛を含む。
慢性期の丘疹:掻破の影響を受けている丘疹。
結節・苔癬化:慢性期の丘疹が更に進展したもの。
II 皮疹の面積の評価基準
0:なし　1: ～1/3　2:1/3～2/3　3:2/3～

図 1　日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎重症度分類
(文献 3 より引用，改変)

部位別重症度（発疹の程度と範囲を総合して判定する）
（発疹と範囲を加味、ただし、範囲は紅斑、丘疹、糜爛、痂皮、掻破痕、苔癬化、痒疹、脱毛の8つの要素を考慮）



全身を図示した5カ所に区分し，各部位について重症度をグローバルに評価し（0：なし，1：軽症，2：中等症、3：重症，4：最重症）、その総和を算出する。最高得点は20点である。

図２　日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎重症度分類（簡便法）
（文献２より引用，改変）

表２　皮疹の重症度とステロイド外用薬の選択

	皮疹の重症度	外用薬の選択
重症	高度の腫脹/浮腫/浸潤ないし苔癬化を伴う紅斑，丘疹の多発，高度の鱗屑，痂皮の付着，小水疱，びらん，多数の掻破痕，痒疹結節などを主体とする	必要かつ十分な効果を有するベリーストロングないしストロングクラスのステロイド外用薬を第一選択とする．痒疹結節でベリーストロングクラスでも十分な効果が得られない場合は，その部位に限定してストロンゲストクラスを選択して使用することもある
中等症	中等度までの紅斑，鱗屑，少数の丘疹，掻破痕などを主体とする	ストロングないしミディアムクラスのステロイド外用薬を第一選択とする
軽症	乾燥および軽度の紅斑，鱗屑などを主体とする	ミディアムクラス以下のステロイド外用薬を第一選択とする
軽微	炎症症状に乏しく乾燥症状主体	ステロイドを含まない外用薬を選択する

（文献４より引用，改変）

るだけの皮膚科診療技能を有する医師によってなされなければならない（表2）.

V. 治　　療

1. 治療の目標

治療の目標は患者を次のような状態に到達させることにある.

（1）症状はない，あるいはあっても軽微であり，日常生活に支障がなく，薬物療法もあまり必要としない.

（2）軽微ないし軽度の症状は持続するも，急性に悪化することはまれで悪化しても遷延することはない.

2. 薬物療法

アトピー性皮膚炎は遺伝的素因も含んだ多病因性の疾患であり，疾患そのものを完治させうる薬物療法はない．よって対症療法を行うことが原則となる.

（1）炎症に対する外用療法

現時点において，アトピー性皮膚炎の炎症を十分に鎮静しうる薬剤で，その有効性と安全性が科学的に立証されている薬剤は，ステロイド外用薬とタクロリムス軟膏（Topical calcineurin inhibitor；カルシニューリン阻害外用薬）である．その他の外用薬では，非ステロイド系消炎外用薬（NSAID 外用薬）があるが，抗炎症作用は極めて弱く，接触皮膚炎を生じることがまれではなく，その適応範囲は狭い.

タクロリムスはカルシニューリンを抑制する薬剤であり，ステロイドホルモンとは異なった作用機序で炎症を抑制する．タクロリムス軟膏には0.1% 成人用と0.03% 小児用がある．タクロリムス軟膏は特に顔面・頸部の皮疹に対して高い適応のある薬剤として位置づけられている．しかし糜爛，潰瘍面には使用できない，薬効の強さには限界があるなど，ステロイド軟膏にはない使用上の制約がある．その使用は，別途公表されている「アトピー性皮膚炎におけるタクロリムス軟膏の使用ガイダンス」[28]に忠実に従うことが必要であり，実際にはその内容，すなわち対象患者・年齢・禁忌・原則禁忌・慎重投与などの項目が十分に理解できる，高度の専門性を有する医師によりなされることを前提とする．

アトピー性皮膚炎の炎症を速やかに，かつ確実に鎮静させる薬剤として十分に評価されているステロイド外用薬とタクロリムス軟膏を，いかに選択し組み合わせて使用するかが治療の基本である．

なお，ステロイド外用薬の左右塗り分け法やステロイド外用薬以外の外用薬との左右塗り分け法が，個々の症例に有用な外用薬を見いだすのに有効な場合がある．

1）ステロイド外用薬

・ステロイド外用薬のランク（表3）：武田の分類に追加して改変した．ステロイド外用薬の効果の高さと局所性の副作用の起こりやすさは一般的には平行することから，必要以上に強いステロイド外用薬を選択することなく,「個々の皮疹の重症度」に見合ったランクの薬剤を適切に選択することが重要である（表2）．

・ステロイド外用薬の剤型：軟膏，クリーム，ローション，テープ剤などの剤型の選択は，病変の性状，部位などを考慮して選択する．

・ステロイド外用薬の外用回数：急性増悪の場合には1日2回(朝，夕：入浴後)を原則とする．ただし，ステロイド外用薬のランクを下げる，あるいはステロイドを含まない外用薬に切り替える際には，1日1回あるいは隔日投与などの間欠投与を行いながら，再燃のないことを確認する必要がある．ストロングクラス以上のステロイド外用薬では，1日2回外用と1回外用の間に，3週間後以降の治療効果については有意差がない（エビデンスのレベルは2（1つ以上のランダム化比較試験による））[29) 30)]．外用回数が少なければ副作用は少ないことを考慮すると，急性増悪した皮疹には1日2回外用させて早く軽快させ，軽快したら1日1回外用させるようにするのがよい（推奨度はA（行うよう強く勧められる））．ただし，マイルドクラスの場合には，1日2回外用の方が1日1回外用よりも有効である（エビデンスのレベルは2（1つ以上のランダム化比較試験による））[31)]．

・ステロイド外用薬の外用量：第2指の先端から第1関節部までチューブから押し出した量（約0.5g）が，成人の手で2枚分すなわち成人の体表面積のおよそ2% に対する適量である（finger tip unit）[32) 33)]．

ベリーストロングクラスのステロイド外用薬の長期使用試験結果より，皮疹の面積にも左右されるが通常の成人患者では十分量である1日5gないし10g程度の初期外用量で開始し，症状に合わせて漸減する使用

表3　ステロイド外用薬のランク

ストロンゲスト	
0.05%	クロベタゾールプロピオン酸エステル（デルモベート®）
0.05%	酢酸ジフロラゾン（ジフラール®, ダイアコート®）
ベリーストロング	
0.1%	モメタゾンフランカルボン酸エステル(フルメタ®)
0.05%	酪酸プロピオン酸ベタメタゾン（アンテベート®）
0.05%	フルオシノニド（トプシム®）
0.064%	ベタメタゾンジプロピオン酸エステル（リンデロン DP ®）
0.05%	ジフルプレドナート（マイザー®）
0.1%	アムシノニド（ビスダーム®）
0.1%	吉草酸ジフルコルトロン（テクスメテン®，ネリゾナ®）
0.1%	酪酸プロピオン酸ヒドロコルチゾン（パンデル®）
ストロング	
0.3%	プロピオン酸デプロドン（エクラー®）
0.1%	プロピオン酸デキサメタゾン（メサデルム®）
0.12%	デキサメタゾン吉草酸エステル（ボアラ®, ザルックス®）
0.1%	ハルシノニド（アドコルチン®）
0.12%	ベタメタゾン吉草酸エステル（ベトネベート®, リンデロン V ®）
0.025%	プロピオン酸ベクロメタゾン（プロパデルム®）
0.025%	フルオシノロンアセトニド（フルコート®）
ミディアム	
0.3%	吉草酸酢酸プレドニゾロン（リドメックス®）
0.1%	トリアムシノロンアセトニド（レダコート®, ケナコルト A ®）
0.1%	アルクロメタゾンプロピオン酸エステル(アルメタ®)
0.05%	クロベタゾン酪酸エステル（キンダベート®）
0.1%	ヒドロコルチゾン酪酸エステル（ロコイド®）
0.1%	デキサメタゾン（グリメサゾン®，オイラゾン®）
ウィーク	
0.5%	プレドニゾロン（プレドニゾロン®）

（2008年1月現在）　（文献4より引用，改変）

法であれば，3カ月間までの使用では一過性で可逆性の副腎機能抑制は生じうるものの，不可逆性の全身的副作用は生じない．3カ月以上にわたって1日5gないし10g程度のステロイド外用薬を連日継続して使用することは極めて例外的であるが，そのような例では定期的に全身的影響に対する検査を行う必要があり，ステロイド外用薬の減量を可能ならしめるよう個々の患者に応じて適切な対応が検討されるべきである．乳幼児，小児においてはその体重にもとづき，成人での使用量から換算した量を初期外用量の目安とする．

・外用中止：炎症症状の鎮静後にステロイド外用薬を中止する際には，急激に中止することなく，症状をみながら漸減あるいは間欠投与を行い徐々に中止する．ただし，ステロイド外用薬による副作用が明らかな場合はこの限りではない．

・乳幼児，小児：原則として，皮疹の重症度が重症あるいは中等症では表2に示したよりも1ランク低いステロイド外用薬を使用する．ただし，効果が得られない場合は十分な管理下で高いランクのステロイド外用薬を使用する．

・顔面：高い薬剤吸収率を考慮して，原則としてミディアムクラス以下のステロイド外用薬を使用する．その場合でも1日2回の外用は1週間程度にとどめ，間欠投与に移行し，休薬期間を設けながら使用する．近年しばしばみられる成人患者の顔面の紅斑性病変の多くは，掻破などを含むステロイド外用薬以外の要因に起因するものではあるが，局所の副作用の発生には注意が必要な部位であり，処方に当たっては十分な診察を行う．

なお，顔面はタクロリムス軟膏の高い適応がある部位であり，そのガイダンスに従って使用することも積極的に考慮する．

・コンプライアンス：ステロイド外用薬に対する誤解（ステロイド内服薬の副作用との混同，およびアトピー性皮膚炎そのものの悪化とステロイド外用薬の副作用との混同が多い）から，ステロイド外用薬への恐怖感，忌避が生じ，コンプライアンスの低下がしばしばみられる．その誤解を解くためには十分な診察時間をかけて説明し指導することが必要であり，それが治療効果を左右する．

・ステロイド外用薬の副作用：密封外用療法では0.12% ベタメタゾン吉草酸エステル軟膏（ストロングクラス）の10gの外用，単純塗布ではその20gの外用が，副腎機能抑制を生じうる1日外用量であると報告されている[34) 35)]．しかしながらこのような多量の外用を日常診療で継続して行うことは極めて例外的である．ステロイド外用薬を適切に使用すれば，日常診療における使用量では，副腎不全，糖尿病，満月様顔貌などの内服薬でみられる全身的副作用は起こり得ない．局所的副作用のうち，ステロイドざ瘡，ステロイド潮紅，皮膚萎縮，多毛，細菌・真菌・ウイルス性皮膚感染症などは時に生じうるが，中止あるいは適切な処置により回復する．ステロイド外用薬の使用後に色素沈着がみられることがあるが，皮膚炎の鎮静後の色素沈着であり，ステロイド外用薬によるものではない．まれにステロイド外用薬によるアレルギー性接触皮膚炎が生じうるが，その際，基剤や添加物による接触皮膚炎にも注意する．

2）タクロリムス軟膏

タクロリムスは副腎皮質ステロイドとは全く異なる機序でTリンパ球の機能を抑制する．タクロリムス軟膏はステロイド外用薬では治療が困難であったアトピー性皮膚炎に対しても高い有効性を期待し得る．しかし本剤の薬効は薬剤の吸収度に依存しており，塗布部位およびそのバリア機能の状態に大きく影響をうける．2歳未満の小児には安全性が確立していないため使用できない．また妊婦や授乳中の婦人にも使用しない．

・タクロリムス軟膏の外用量：タクロリムス軟膏を用いる場合，一回塗布量が0.1% 成人用では成人で1回5g，0.03% 小児用では，2〜5歳（20kg未満）では1g，6〜12歳（20kg以上50kg未満）では2〜4g，13歳以上（50kg以上）では5gを超えないようにする．更に1日の使用回数は，2回までとする．1回1gの外用量で成人の手4枚分の面積に外用できる．広範囲に用いる場合，皮疹の程度に合わせて他のステロイド外用薬を併用する（ただしステロイド外用薬とタクロリムス軟膏の混合や重層は避ける）など使用方法を工夫する．

・タクロリムス軟膏の外用方法：本剤はしばしば塗布部位に一過性の灼熱感，ほてり感などの刺激症状が現れることがあるが，皮疹の改善に伴い消失することが多いので，予めそのことを患者に説明しておく．経皮吸収のよい顔面や頸部にはきわめて有効である．ステロイド外用薬による局所性副作用が認められる部位など，ステロイド外用薬等の既存療法では効果が不十分，または副作用によりこれらの投与が躊躇される場合には高い適応を有する．なお，体幹，四肢を対象と

した本剤（成人用0.1％）の有効性はストロングクラスのステロイド外用薬とほぼ同等である（エビデンスのレベルは2（1つ以上のランダム化比較試験による））[36]．強力な薬効を必要とする重症の皮疹を生じた部位に使用する場合には，原則としてまずベリーストロングクラス以上のステロイド外用薬により皮疹の改善を図ったのちにタクロリムス軟膏に移行するとよい（推奨度はA（行うよう強く勧められる））．本剤との使い分けによってステロイド外用薬の使用量を減量しうる場合も少なくない．本剤により皮疹の改善が得られれば，適宜1回塗布量を減少ないし塗布間隔を延長する．

本剤の血中への移行が高まり，また刺激性が強まる可能性が考えられる部位や皮疹，すなわち粘膜および外陰部，糜爛・潰瘍面には使用しない．密封法および重層法は本剤の血中への移行が高まる可能性があるので行わない．一般に糜爛・潰瘍面が顕著な場合には，予め他の外用薬などにより皮疹を改善させた後に使用を開始する．また魚鱗癬様紅皮症を呈する疾患（Netherton症候群等）の患者では，経皮吸収が高く本剤の血中濃度が高くなり，腎障害等の副作用が発現する可能性があるので使用できない．

・注意すべき事項：まず本剤の副作用として特徴的にみられる皮膚刺激感について注意する必要がある．またその免疫抑制作用のために皮膚感染症を誘発，増悪させる可能性がある．紫外線療法は禁忌であり，過度の日光や不必要な紫外線を浴びることも避けることが望ましい．その他，ざ瘡・ざ瘡様皮疹，酒さ様皮膚炎などにも十分注意する．

・その他：警告として，以下のことが義務づけられているが，その説明の際には，日本皮膚科学会よりの見解[37]を参考にする．

「マウス塗布がん原性試験において，高い血中濃度の持続に基づくリンパ腫の増加が認められている．また，本剤との関連性は明らかではないが，外国においてリンパ腫，皮膚がんの発現が報告されている．本剤の使用にあたっては，これらの情報を患者又は代諾者に対して説明し，理解したことを確認した上で使用すること．」

なお，最近アトピー性皮膚炎患者に対してタクロリムス軟膏外用を行っても，リンパ腫や皮膚がんの発生率は自然発生率を超えるものではないとの報告がある[38) 39)]．

（2）皮膚生理学的異常に対する外用療法・スキンケア

乾燥およびバリアー機能の低下を補完し，炎症の再燃を予防する目的で，ステロイドあるいはタクロリムスを含まない外用薬（保湿剤・保護剤など）でスキンケアを行う必要がある．すなわち軽微な皮膚症状に対しても外用療法を継続する必要があり，これを怠ると炎症が容易に再燃し，ステロイド外用薬やタクロリムス軟膏使用の意義の低下につながる．1日2回の外用を原則とするが，再燃を生じないことが確認されれば漸減ないし間欠投与に移行する．副作用としての接触皮膚炎の発生には注意が必要であり，アトピー性皮膚炎の再燃との鑑別は重要である．スキンケアでの維持療法中にアトピー性皮膚炎の再燃がみられた部位には，炎症の程度に応じてステロイド外用療法あるいはタクロリムス外用療法に戻り，炎症の早期の鎮静化および維持療法へと回帰することを目指す．

（3）全身療法

アトピー性皮膚炎は自覚症状として瘙痒を伴うことが特徴であり，その苦痛の軽減と痒みによる掻破のための悪化を予防する目的で，抗ヒスタミン作用を有する薬剤（いわゆる抗ヒスタミン薬（第一世代抗ヒスタミン薬）または抗ヒスタミン作用を持つ抗アレルギー薬（第二世代抗ヒスタミン薬））を使用する（表4）．抗ヒスタミン薬内服の併用は，アトピー性皮膚炎の痒みを有意に抑制すること（エビデンスのレベルは2（1つ以上のランダム化比較試験による））[19]，さらに12週間の維持療法試験において連続投与法が間欠投与法よりも瘙痒抑制効果が高いことが大規模調査により明らかとなっている[40]．眠気・倦怠感などの副作用の発生率を考慮すると，蕁麻疹の治療ガイドラインに準じ，第二世代抗ヒスタミン薬を第一選択薬とし，副作用および瘙痒抑制効果などをみながら第一世代抗ヒスタミン薬の追加投与を検討するべきである（表4）[41) 42)]．第二世代抗ヒスタミン薬を含む抗アレルギー薬の有するケミカルメディエーター遊離抑制などの作用は，外用療法の補助療法としての効果を期待するものであり（表4），単独でアトピー性皮膚炎の炎症を抑制しうるものではない．

3. 悪化因子の検索

患者と医師の間での信頼関係が構築され，上記の薬物療法が十分に行われれば，治療の目標を達成しうる場合が多い．しかしながら，社会生活・日常生活の中

表４　アトピー性皮膚炎に用いられる抗ヒスタミン薬・抗アレルギー薬

(1) 第一世代抗ヒスタミン薬
塩酸ジフェニルピラリン（ハイスタミン®）
ジフェンヒドラミン塩酸塩（ベナ®，レスタミン®）
シプロヘプタジン塩酸塩水和物（ペリアクチン®）
塩酸トリプロリジン（ベネン®）
塩酸ヒドロキシジン（アタラックス®）
ヒベンズ酸プロメタジン（ヒベルナ®）
プロメタジン塩酸塩（ピレチア®）
ホモクロルシクリジン塩酸塩（ホモクロミン®）
アリメマジン酒石酸塩（アリメジン®）
タンニン酸ジフェンヒドラミン（レスタミンＡ®）
クロルフェニラミンマレイン酸塩（アレルギン®，クロール・トリメトン®，マレインクロルフェニラミン®，ネオレスタミン®）
d-クロルフェニラミンマレイン酸塩（ポララミン®，ネオラレルミン TR®）
テオクル酸ジフェニルピラリン（プロコン®）
パモ酸ヒドロキシジン（アタラックスＰ®）
クレマスチンフマル酸塩（タベジール®）
(2) 第二世代抗ヒスタミン薬
エバスチン（エバステル®）
塩酸アゼラスチン（アゼプチン®）
エピナスチン塩酸塩（アレジオン®）
オロパタジン塩酸塩（アレロック®）
セチリジン塩酸塩（ジルテック®）
塩酸フェキソフェナジン（アレグラ®）
オキサトミド（セルテクト®）
フマル酸エメダスチン（ダレン®，レミカット®）
ケトチフェンフマル酸塩（ザジテン®）
ベシル酸ベポタスチン（タリオン®）
メキタジン（ニポラジン®，ゼスラン®）
ロラタジン（クラリチン®）
(3) 抗ヒスタミン作用のないもの
クロモグリク酸ナトリウム（インタール®）
トラニラスト（リザベン®）
トシル酸スプラタスト（アイピーディー®）

（2008 年 1 月現在）　（文献 41 より引用，改変）

で個々の患者に特有の悪化因子が存在することも多く，このような悪化因子の検索ならびに対策はきわめて重要である．乳児では，食物アレルゲンの関与が認められることがある．食物アレルギーについては「食物アレルギー診療の手引き」(http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/kenkou/ryumachi/index.html) を参照する．乳児期以降では環境アレルゲン（ダニ，ハウスダストなど）の関与が疑われ，その他，すべての年齢層で外用薬を含めた接触因子，ストレスなどが悪化因子となりうる．

アレルゲンの関連性については，病歴，皮膚テスト，血液検査などを参考に，可能なものであれば除去ないし負荷試験を行ってから判断すべきであり，例えば，臨床症状のみ，あるいは血液検査のみで判断されてはならない．また，アレルゲンを明らかにしえた場合でも本疾患は多因子性であり，アレルゲン除去は薬物療法の補助療法であり，これのみで完治が期待されるものではないことを認識すべきである．

4. 心身医学的側面

アトピー性皮膚炎の特に成人の重症例においては，人間関係，多忙，進路葛藤，自立不安などの，アトピー性皮膚炎以外の心理社会的ストレスが関与し，嗜癖的あるいは依存症とも呼ぶべき掻破行動が生じ，自ら皮疹の悪化をもたらしている例もまれではない[43]．また小児例においても，愛情の欲求が満たされない不満から同様の掻破行動がみられることがある．このような場合には，心身両面からの治療が必要であり，精神科医を含めたチーム医療が必要となることもある．

5. 生活指導・合併症

一般的にアトピー性皮膚炎では下記の生活指導が有用である．

＊入浴，シャワーにより皮膚を清潔に保つ．
＊室内を清潔に保ち，適温・適湿の環境を作る．
＊規則正しい生活をおくり，暴飲・暴食は避ける．
＊刺激の少ない衣服を着用する．
＊爪は短く切り，掻破による皮膚障害を避ける．
＊顔面の症状が高度な例では眼科医の診察を定期的に受ける．ステロイド外用薬の使用が原因ではなく，眼囲の皮疹を掻破，叩打することによって眼病変（白内障，網膜裂孔，網膜剝離）を生じうることに留意する．
＊細菌・真菌・ウイルス性皮膚感染症を生じやすいので，皮膚をよい状態に保つよう留意する．

＜参考＞アトピー性皮膚炎と白内障

白内障，網膜剝離などの眼合併症には細心の注意を要する．主に掻破に伴って眼球が機械的に圧迫されることに起因し，顔面皮疹の重症例で発生しやすい．アトピー性皮膚炎と白内障の合併が初めて報告されたのは 1921 年で，1936 年には Brunsting によって，アトピー性皮膚炎のおよそ 10% に若年性の白内障が併発することが明らかにされた[44]．10～20 歳代の患者に発生しやすく，急速に失明に至り手術を要することも多い．白内障の合併は，ステロイド外用薬の副作用と

表５　エビデンスのレベルと推奨度の決定基準（皮膚悪性腫瘍グループ）

A. エビデンスのレベル分類	
Ⅰ	システマティック・レビュー/メタアナリシス
Ⅱ	1つ以上のランダム化比較試験による
Ⅲ	非ランダム化比較試験による
Ⅳ	分析疫学的研究（コホート研究や症例対照研究による）
Ⅴ	記述研究（症例報告や症例集積研究による）
Ⅵ	専門委員会や専門家個人の意見+
B. 推奨度の分類#	
A	行うよう強く勧められる （少なくとも1つの有効性を示すレベルⅠもしくは良質のレベルⅡのエビデンスがあること）
B	行うよう勧められる （少なくとも1つ以上の有効性を示す質の劣るレベルⅡか良質のレベルⅢあるいは非常に良質のⅣのエビデンスがあること）
C1	行うことを考慮してもよいが，十分な根拠*がない （質の劣るⅢ-Ⅳ，良質な複数のⅤ，あるいは委員会が認めるⅥ）
C2	根拠*がないので勧められない （有効のエビデンスがない，あるいは無効であるエビデンスがある）
D	行わないよう勧められる （無効あるいは有害であることを示す良質のエビデンスがある）

+基礎実験によるデータ及びそれから導かれる理論はこのレベルとする．
*根拠とは臨床試験や疫学研究による知見を指す．
#本文中の推奨度が必ずしも上表に一致しないものがある．国際的にも皮膚悪性腫瘍診療に関するエビデンスが不足している状況，また海外のエビデンスがそのまま我が国に適用できない実情を考慮し，さらに実用性を勘案し，（エビデンス・レベルを示した上で）委員会のコンセンサスに基づき推奨度のグレードを決定した箇所があるからである．

（文献 49 より引用）

安易に診断されることがあるが，ステロイド外用薬がはじめて臨床応用されたのは 1952 年であり，ステロイド外用薬登場後もアトピー性皮膚炎における白内障合併率に大きな変化がないことから，アトピー性白内障は確固とした独立疾患として対処せねばならない．アトピー性白内障は顔面の皮疹の重症度と関連しているため，顔面の皮疹をできるだけ早く軽快させる必要性が指摘されている[45) 46)]．しかし眼瞼へのステロイド外用による緑内障の発症には注意する必要がある．

6. その他の治療法

その他の特殊な治療法については，一部の施設でその有効性が強調されているのみであり，科学的に有効性が証明されていないものが多く，基本的治療法を示す本ガイドラインには取り上げない．むしろ，その健康被害の面に留意すべきである[47)]．特殊療法のなかでは，PUVA 療法，UVB 療法，ナローバンド UVB 療法，UVA1 療法などが有効であるが，紫外線療法の副作用とその対処法を十分に熟知した皮膚科医によって慎重に行われるべきである[48)]．

＜エビデンスのレベルと推奨度について＞

本ガイドラインのなかで記載されたエビデンスのレベルと推奨度は，皮膚悪性腫瘍グループが作成した「エビデンスのレベルと推奨度の決定基準」（表 5）に基づいて決定した[49)]．

謝辞：本ガイドラインの作成にあたり，貴重な御意見ならびに御校閲をたまわりました東京女子医科大学　川島眞先生，国立病院機構相模原病院　海老澤元宏先生に感謝申し上げます．

参考表 1　アトピー性皮膚炎診断基準（Hanifin & Rajka）

A：以下の基本項目を 3 つ以上有すること
1. 瘙痒
2. 典型的な皮疹の形態と分布
   成人では屈側部の苔癬化
   幼小児では顔面および伸側の皮疹
3. 慢性あるいは慢性再発性皮膚炎
4. アトピー（喘息，アレルギー性鼻炎，アトピー性皮膚炎）の既往または家族歴

B：さらに以下の小項目を 3 つ以上有すること
1. 乾皮症
2. 魚鱗癬，手掌の多紋理，毛孔性角化
3. 即時型皮膚試験反応陽性
4. 高 IgE 血症
5. 年少時発症
6. 皮膚感染症を発症する傾向（黄色ブドウ球菌や単純性疱疹）/細胞性免疫低下
7. 非特異的手または足の皮膚炎を発症する傾向
8. 乳頭湿疹
9. 口唇炎
10. 再発性結膜炎
11. Dennie-Morgan 下眼瞼皺襞
12. 円錐角膜
13. 前嚢下白内障
14. 眼瞼色素沈着
15. 顔面蒼白，顔面紅斑
16. 白色粃糠疹
17. 前頸部皺襞
18. 発汗時瘙痒
19. 羊毛および油脂溶媒に対する不耐性
20. 毛嚢周囲顕著化
21. 食物不耐性
22. 環境，感情因子により影響されやすい経過
23. 白色皮膚描記症，遅発蒼白反応

（文献 8 より引用，改変）

参考表 2　“簡易版 Hanifin & Rajka の診断基準”

A. 必須項目（診断に必須な項目）
1. 瘙痒
2. 湿疹（急性，亜急性，慢性）
   a. 典型的な皮疹の形態と年齢による特徴*
   b. 慢性・再発性経過

B. 重要項目（多くの場合に認められ，診断を支持する項目）
1. 年少時発症
2. アトピー
   a. 既往または家族歴
   b. 高 IgE 血症

C. 関連項目（診断の参考になるが，非特異的であり研究や疫学調査時の診断には適さない項目）
1. 非典型的な血管反応（顔面蒼白，白色皮膚描記症，遅発蒼白反応など）
2. 毛孔性角化，手掌の多紋理，魚鱗癬
3. 眼や眼周囲の変化
4. 他部位の所見（口囲の変化，耳介周囲の病変）
5. 毛嚢周囲顕著化，苔癬化，痒疹

除外すべき診断：疥癬，脂漏性皮膚炎，アレルギー性接触皮膚炎，魚鱗癬，皮膚リンパ腫，乾癬，免疫不全による疾患

*年齢による特徴：（1）幼小児では顔面，頚部および伸側の皮疹，（2）全ての年齢層で，屈側部皮疹の存在または既往，（3）鼠径部や腋窩に皮疹がないこと

（文献 9 より引用，改変）

参考表３　皮膚に関する質問（U.K. Working Party による質問表の邦訳版）

1　あなたのお子さんはこの１年間に「皮膚のかゆい状態」がありましたか（1 年以上前から引き続きかゆい場合も「はい」とお答え下さい）．ここで「かゆい」というのはしきりに皮膚を引っかいたり，こすったりしていることです．

1）はい　　2）いいえ

1’あなたのお子さんはこの１週間に「皮膚のかゆい状態」がありましたか（1 週以上前から引き続きかゆい場合も「はい」とお答え下さい）．ここで「かゆい」というのはしきりに皮膚を引っかいたり，こすったりしていることです．

1）はい　　2）いいえ

以下，質問１か 1’のいずれかで「はい」と答えた方は質問２～６に，質問１と 1’の両方で「いいえ」と答えた方は質問５～６にお答え下さい．

2　この「皮膚のかゆい状態」が始まったのは，あなたのお子さんが何歳の時ですか．

1）２歳未満　　2）２歳以上５歳未満　　3）５歳以上

3　いままでに，あなたのお子さんの「皮膚のかゆい状態」は，肘（ひじ）のくぼみ，膝（ひざ）のくぼみ，足首のまわり，首のまわり，目のまわり，頬（ほほ）のどこかに現れましたか．

1）はい　　2）いいえ

4（a）　あなたのお子さんは喘息（ぜんそく）にかかったことがありますか．ここで「喘息（ぜんそく）」といいうのは「ゼーゼー」「ヒューヒュー」という息苦しい発作（ほっさ）がひとしきり続くことをさします．

1）はい　　2）いいえ

4（b）　あなたのお子さんはアレルギー性鼻炎（びえん）・結膜炎（けつまくえん）にかかったことがありますか．ここで「アレルギー性鼻炎（びえん）・結膜炎（けつまくえん）」というのは鼻水（はなみず）を伴うくしゃみまたは目のかゆみが続くことです．

1）はい　　2）いいえ

5　この１年間，あなたのお子さんの皮膚は全体的に乾燥肌（かんそうはだ：カサカサ）でしたか．

1）はい　　2）いいえ

6　あなたのお子さんは今日現在，肘（ひじ）のくぼみ，膝（ひざ）のくぼみ，足首のまわり，首のまわり，目のまわり，耳のまわりのどこかの皮膚に湿疹（皮膚が赤くなり，表面にふけ，かさぶた，みずぶくれ，かき傷などがみられたりすること）ができていますか．

1）はい　　2）いいえ

1 あるいは 1’を満たし，２～６の３つ以上 1）がある場合，アトピー性皮膚炎と診断する（前者を過去１年間での，後者を現時点での有病率の算定に用いる）．但し，4（a）と 4（b）はいずれかひとつが 1）であれば 1）と判断する．なお原文では，質問６の内容は看護師などの検診参加者によって判断されることになっている．

（文献 10 より引用，改変）

参考表４　皮膚（ひふ）に関する質問（ISAAC による質問表の邦訳版）

皮疹（ひしん）とは，麻疹（はしか）やじんましんなどの病気も含んだいろいろな皮膚の病気による変化のことです．

湿疹（しっしん）とは，皮疹の中で特にアトピー性皮膚炎や乳児湿疹などのときにみられる皮膚の病気による変化のことです．

(1) あなたのお子さまは，今までに６ヶ月間以上，出たり消えたりするかゆみを伴った皮疹（ひしん）がありましたか．

1. はい　2. いいえ

もし，「2. いいえ」と答えた場合は，質問（7）にお進みください．

(2) このかゆみを伴った皮疹（ひしん）は最近 12 ヶ月のあいだのいずれかの時期にありましたか．　1. はい　2. いいえ

もし，「2. いいえ」と答えた場合は，質問（7）にお進みください．

(3) このかゆみを伴った皮疹（ひしん）は下記のいずれかの場所にみられましたか．

肘（ひじ）の内側　膝（ひざ）の裏側　足首の前面おしりの下　首や耳や眼のまわり　1. はい　2. いいえ

(4) この皮疹（ひしん）は最近 12 ヶ月のあいだのいずれかの時期に，完全に治ったことがありますか．　1. はい　2. いいえ

(5) このかゆみを伴った皮疹（ひしん）は何歳のときに初めてできましたか．　1. ２歳になる前　2. ２～４歳　3. ５歳以降

(6) 最近 12 ヶ月のあいだに，平均してどのくらいの頻度で，あなたのお子さまは，このかゆみを伴った皮疹（ひしん）のために，夜間起きていることがありましたか．

1. 最近 12 ヶ月間は全くない　2. １週間に１晩より少ない　3. １週間に１晩かそれ以上

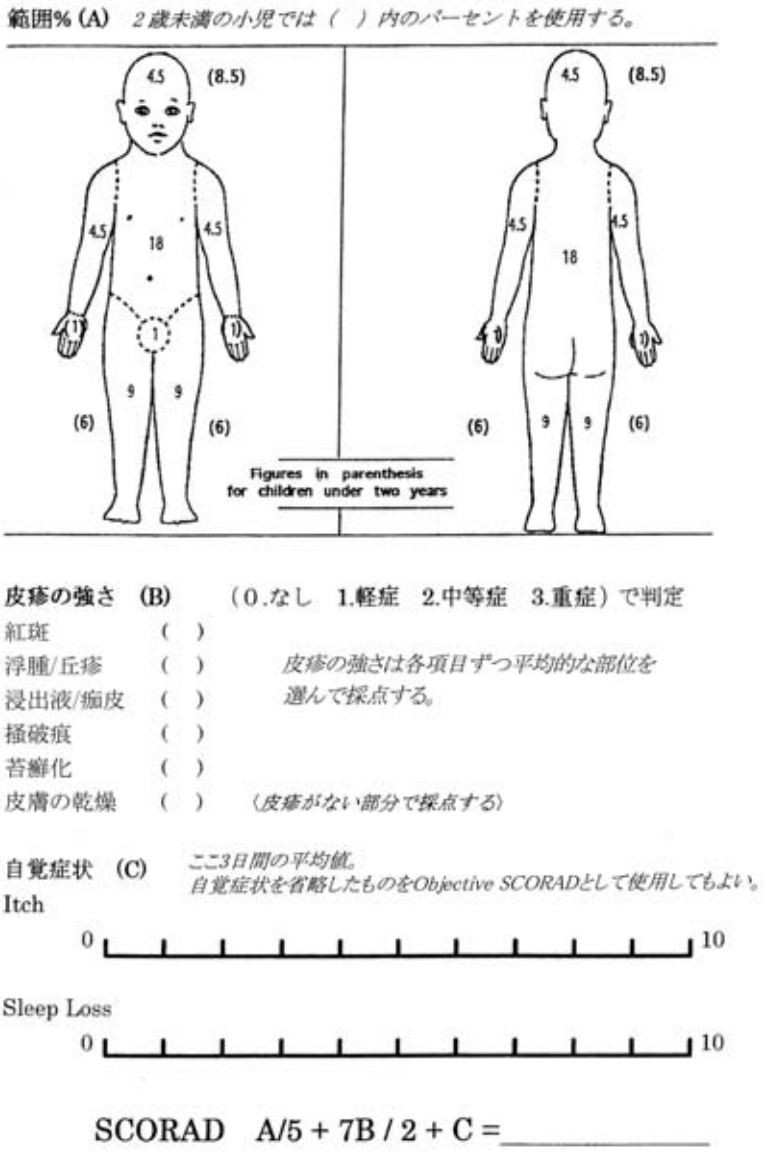
(7) あなたのお子さまは，今までに湿疹（しっしん）ができたことがありますか．　1. はい　2. いいえ

（文献 13 より引用，改変）

参考表５　重症度のめやす（厚生労働科学研究班）

軽　症：面積に関わらず，軽度の皮疹のみみられる．
中等症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の 10% 未満にみられる．
重　症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の 10% 以上，30% 未満にみられる．
最重症：強い炎症を伴う皮疹が体表面積の 30% 以上にみられる．

＊軽度の皮疹：軽度の紅斑，乾燥，落屑主体の病変
＊＊強い炎症を伴う皮疹：紅斑，丘疹，びらん，浸潤，苔癬化などを伴う病変
（厚生労働科学研究班アトピー性皮膚炎治療ガイドライン 2005 より引用）



参考図１　SCORAD による重症度分類
（文献 15 より引用，改変）

参考表 6　EASI による重症度分類（8 歳以上*）

頭頸部	
紅斑	
浸潤/丘疹	
掻破痕	
苔癬化	
小計	①
面積	②
合計①×②×0.1	③

スコア
0 ＝なし
1 ＝軽症
2 ＝中等症
3 ＝重症

面積
0 ＝ 0%
1 ＝ 1−9%
2 ＝ 10−29%
3 ＝ 30−49%
4 ＝ 50−69%
5 ＝ 70−89%
6 ＝ 90−100%

上肢	
紅斑	
浸潤/丘疹	
掻破痕	
苔癬化	
小計	④
面積	⑤
合計④×⑤×0.2	⑥

体幹	
紅斑	
浸潤/丘疹	
掻破痕	
苔癬化	
小計	⑦
面積	⑧
合計⑦×⑧×0.3	⑨

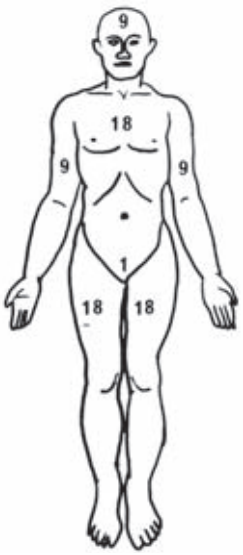
下肢	
紅斑	
浸潤/丘疹	
掻破痕	
苔癬化	
小計	⑩
面積	⑪
合計⑩×⑪×0.4	⑫

総計 ＝	③＋⑥＋⑨＋⑫

＊7 歳以下の場合，頭頸部の合計は①×②×0.2，下肢の合計は⑩×⑪×0.3 とする
（文献 16 より引用，改変）

I. 皮疹の範囲	スコア*
(a) 小児期・成人期	
体表面積の9%未満	1
スコア1とスコア3の間	2
体表面積の36%以上	3
(b) 幼児期	
体表面積の18%未満	1
スコア1とスコア3の間	2
体表面積の54%以上	3
II. 皮疹の経過	
1年のうち3ヶ月以上症状なし**	1
1年のうち3ヶ月未満症状なし**	2
過去1年間症状継続	3
III. 痒みの強さ	
軽度の痒み、まれに睡眠を妨げられる	1
スコア1とスコア3の間	2
高度の痒み、いつも睡眠を妨げられる	3
スコアの合計(I+II+III)	
3〜4＝軽症	
4.5〜7.5＝中等症	
8〜9＝重症	

*はっきりしない場合、スコア1.5や2.5を用いてもよい。
**幼児や発症1年に満たない患者に適応させてもよい。



参考図 2　Rajka & Langeland による重症度分類
（文献 17 より引用，改変）

参考表 7　瘙痒の程度の判定基準

スコア	日中の症状	夜間の症状
4 点	いてもたってもいられないかゆみ	かゆくてほとんど眠れない
3 点	かなりかゆくて，人前でもかく	かゆくて目が覚める
2 点	時に手がゆき，軽くかく	かけば眠れる
1 点	時にむずむずするが，かく程ではない	かかなくても眠れる
0 点	ほとんど，痒みを感じない	ほとんどかゆみを感じない

（文献 20 より引用）

参考表 8　Skindex-16　日本語版

過去 1 週間に次のようなことによって悩まされることが，どのくらいひんぱんにありましたか？

1. 皮膚にかゆみがある
2. 皮膚に灼熱感（ヒリヒリする感じ）や，刺すような（チクチクする）感じがある
3. 皮膚に痛みがある
4. 皮膚に刺激感がある
5. 皮膚の症状が長引いたり，繰り返し悪くなったりすることがある
6. 皮膚の症状がもっと悪くなるのではないか，もっと広がったり，あとが残るのではないか，予測がつかない，などの心配がある
7. 皮膚の症状の見た目が気になる
8. 皮膚の症状に対していらだちや挫折感を感じる
9. 皮膚の症状を恥ずかしく思う
10. 皮膚の症状がうっとうしい
11. 皮膚の症状のために憂うつな気分になる
12. 皮膚の症状のため人づきあいが変わった（例：家族，友人，親しい人など）
13. 皮膚の症状のために人の輪には入りづらい
14. 皮膚の症状のために愛情や好意をおもてに出すのがむずかしい
15. 皮膚の症状のため日常生活に支障がある
16. 皮膚の症状のために仕事や，余暇を楽しむことがむずかしい

各項目につき，0（全く悩まされなかった）から 6（いつも悩まされた）の 7 段階から選択する

日本語著作権者：Yuko Higaki，問合せ先：MPR 株式会社

（文献 22 より引用）

参考表 9　DLQI　日本語版

ここ 1 週間で，皮膚の状態があなたの生活にどのくらい影響をあたえましたか

1. ここ 1 週間，皮膚のかゆみや痛み（ひりひり，ぴりぴり，ずきずきするような）を感じましたか
2. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，恥ずかしく思ったり，まわりの人の目が気になったりすることがありましたか
3. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，買い物や家事，家の仕事をするのに支障がありましたか
4. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，服装に影響がありましたか
5. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，人付き合いや自由時間の過ごし方に影響がありましたか
6. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，スポーツをするのに支障がありましたか
7. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，仕事や勉強がまったくできないことがありましたか

   ↓

   “いいえ”と答えた方のみにお伺いいたします．ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，仕事や勉強の効率が落ちるようなことがありましたか
8. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，夫（あるいは妻），恋人，親しい友人，身内や親戚の人たちとの関係がうまくいかないことがありましたか
9. ここ 1 週間，皮膚の状態のせいで，性生活に支障がありましたか
10. ここ 1 週間，皮膚の治療や手入れのために，たとえば家が散らかったり，治療や手入れに時間がかかりすぎるなどの問題がありましたか

質問 1, 2 では，1（非常に），2（かなり），3（少し），4（全くない）より選択する．
質問 3 ～ 6，8 ～ 10 では，1（非常に），2（かなり），3（少し），4（全くない），0（この質問は私にあてはまらない）より選択する．質問 7 の前半では，1（はい），2（いいえ），0（この質問は私にあてはまらない）より，後半では，1（かなり），2（少し），3（全くない）より選択する．

© AY Finlay，問合せ先：NPO 法人 健康医療評価研究機構（www.i-hope.jp）

（文献 27 より引用，改変）

文　献

1）日本皮膚科学会：アトピー性皮膚炎の定義・診断基準，日皮会誌，**104**：1210, 1994.
2）吉田彦太郎：アトピー性皮膚炎重症度分類検討委員会からの中間報告，日皮会誌，**108**：1491–1496, 1998.
3）青木敏之：アトピー性皮膚炎重症度分類検討委員会第2次報告書，日皮会誌，**111**：2023–2033, 2001.
4）川島　眞, 瀧川雅浩, 中川秀己ほか：日本皮膚科学会編「アトピー性皮膚炎治療ガイドライン」，日皮会誌，**110**：1099–1104, 2000.
5）古江増隆，古川福実，秀　道広，竹原和彦：日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2003改訂版，日皮会誌，**113**：451–457, 2003.
6）古江増隆，古川福実，秀　道広，竹原和彦：日本皮膚科学会アトピー性皮膚炎治療ガイドライン2004改訂版，日皮会誌，**114**：135–142, 2004.
7）Tagami H：Japanese Dermatological Association Criteria for the diagnosis of atopic dermatitis, *J Dermatol*, **22**：966–967, 1995.
8）Hanifin JM, Rajka G：Diagnostic features of atopic eczema, *Acta Dermatol Venereol*（*Stockh.*）, **92**：44–47, 1980.
9）Eichenfield LF, Hanifin JM, Luger TA, Stevens SR, Pride HB：Consensus conference on pediatric atopic dermatitis, *J Am Acad Dermatol*, **49**：1088–1095, 2003.
10）Williams HC, Burney PGJ, Pembroke AC, Hay RJ：The UK Working Party's Diagnostic criteria for atopic dermatitis. III. Independent hospital validation, *Br J Dermatol*, **131**：406–416, 1994.
11）Saeki H, Iizuka H, Mori Y, et al：Community validation of the U.K. diagnostic criteria for atopic dermatitis in Japanese elementary schoolchildren, *J Dermatol Sci*, **47**：227–231, 2007.
12）Williams H, Robertson C, Stewart A, et al：Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the international study of asthma and allergies in childhood, *J Allergy Clin Immunol*, **103**：125–138, 1999.
13）西間三馨，小田嶋博：ISAAC（International Study of Asthma and Allergies in Childhood）第1相試験における小児アレルギー疾患の有症率，日小ア誌，**16**：207–220, 2002.
14）西日本小児アレルギー研究会・有症率調査研究班：西日本小学児童におけるアレルギー疾患有症率調査―1992年と2002年の比較―，日小ア誌，**17**：255–268, 2003.
15）European Task Force on Atopic Dermatitis：Severity scoring of atopic dermatitis：the SCORAD index, *Dermatology*, **186**：23–31, 1993.
16）Hanifin JM, Thurston M, Omoto M, et al：The eczema area and severity index（EASI）：assessment of reliability in atopic dermatitis, *Exp Dermatol*, **10**：11–18, 2001.
17）Rajka G, Langeland T：Grading of the severity of atopic dermatitis, *Acta Derm Venereol Suppl*（*Stockh*）, **144**：13–14, 1989.
18）山田秀和，野田剛弘，松倉正治，杉原和子，弓立達夫，手塚　正：VAS法（Visual Analog Scale）を用いた痒みの評価法について，皮膚，38（増18）：71–77, 1996.
19）Kawashima M, Tango T, Noguchi T, Inagi M, Nakagawa H, Harada S：Addition of fexofenadine to a topical corticosteroid reduces the pruritus associated with atopic dermatitis in a 1-week randomized, multicentre, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study, *Br J Dermatol*, **148**：1212–1221, 2003.
20）川島　眞, 原田昭太郎, 丹後俊郎：瘙痒の程度の新しい判定基準を用いた患者日誌の使用経験，臨皮，**56**：692–697, 2002.
21）Chren MM, Lasek RJ, Sahay AP, Sands LP：Measurement properties of Skindex-16：a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases, *J Cutan Med Surg*, **5**：105–110, 2001.
22）Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Horikawa N, Kawashima M, Chren MM：The Japanese version of Skindex-16：a brief quality-of-life measure for patients with skin diseases, *J Dermatol*, **29**：693–698, 2002.
23）Higaki Y, Kawamoto K, Kamo T, Ueda S, Arikawa J, Kawashima M：Measurement of the impact of atopic dermatitis on patients' quality of life：a cross-sectional and longitudinal questionnaire study using the Japanese version of Skindex-16, *J Dermatol*, **31**：977–982, 2004.
24）Finlay AY, Khan GK：Dermatology Life Quality Index（DLQI）―a simple practical measure for routine clinical use, *Clin Exp Dermatol*, **19**：210–216, 1994.
25）Holm EA, Wulf HC, Stegmann H, Jemec GB：Life quality assessment among patients with atopic eczema, *Br J Dermatol*, **154**：719–725, 2006.
26）Takahashi N, Suzukamo Y, Nakamura M, et al：Japanese version of the Dermatology Life Quality Index：validity and reliability in patients with acne. *Health Qual Life Outcomes*, **4**：46, 2006.
27）福原俊一　編：皮膚疾患のQOL評価　DLQI,

Skindex 29　日本語版マニュアル, 照林社, 東京, 2004.
28）FK506 軟膏研究会：アトピー性皮膚炎におけるタクロリムス軟膏 0.1% および 0.03% の使用ガイダンス，臨皮，**57**：1217–1234, 2003.
29）Sudilovsky A, Muir JG, Bocobo FC : A comparison of single and multiple applications of halcinonide cream, *Int J Dermatol*, **20**：609–613, 1981.
30）Bleehen SS, Chu AC, Hamann I, Holden C, Hunter JA, Marks R : Fluticasone propionate 0.05% cream in the treatment of atopic eczema : a multicentre study comparing once-daily treatment and once-daily vehicle cream application versus twice-daily treatment, *Br J Dermatol*, **133**：592–597, 1995.
31）Koopmans B, Lasthein Andersen B, Mork NJ, Austad J, Suhonen RE : Multicentre randomized double-blind study of locoid lipocream fatty cream twice daily versus locoid lipocream once daily and loco-base once daily, *J Dermatol Treat*, **6**：103–106, 1995.
32）Long CC, Finlay AY : The finger-tip unit—a new practical measure, *Clin Exp Dermatol*, **16**：444–447, 1991.
33）Long CC, Finlay AY, Averill RW : The rule of hand : 4 hand areas = 2 FTU = 1 g, *Arch Dermatol*, **128**：1129–1130, 1992.
34）島尾周平：皮膚科領域におけるステロイド療法とその問題点—特にその副作用を中心として—，西日皮膚，**40**：5–24, 1978.
35）武田克之，原田種雄，安里哲時，石本彰宏，野本正志，倉本昌明：副腎皮質ホルモン外用剤の全身に及ぼす影響—特に副腎機能抑制を中心に，医学のあゆみ，**101**：817–829, 1977.
36）FK506 軟膏研究会：FK506 軟膏第 III 相比較試験—アトピー性皮膚炎（躯幹・四肢）に対する吉草酸ベタメタゾン軟膏との群間比較試験，西日皮膚，**59**：870–879, 1997.
37）日本皮膚科学会：タクロリムス軟膏（プロトピック軟膏）使用中およびこれから使用される患者さんへ，日皮会誌，**113**：2080–2083, 2003.
38）Arellano FM, Wentworth CE, Arena A, Fernandez C, Paul CF : Risk of lymphoma following exposure to calcineurin inhibitors and topical steroids in patients with atopic dermatitis. *J Invest Dermatol*, **127**：808–816, 2007.
39）Margolis DJ, Hoffstad O, Bilker W : Lack of association between exposure to topical calcineurin inhibitors and skin cancer in adults. *Dermatology*, **214**：289–295, 2007.
40）川島　眞，原田昭太郎：抗アレルギー薬を併用した標準的薬物療法がアトピー性皮膚炎患者の痒みと Quality of Life（QOL）に及ぼす影響に関する調査，臨皮，**60**：661–667, 2006.
41）秀　道広，古江増隆，池澤善郎ほか：蕁麻疹・血管性浮腫の治療ガイドライン，日皮会誌，**115**：703–715, 2005.
42）Zuberbier T, Bindslev-Jensen C, Canonica W, et al : EAACI／GA^{2}LEN／EDF guideline : management of urticaria. *Allergy*, **61**：321–331, 2006.
43）小林美咲：アトピー性皮膚炎患者の掻破行動の検討，日皮会誌，**110**：275–282, 2000.
44）Brunsting LA : Atopic dermatitis（disseminated neurodermatitis）of young adults, *Arch Derm Syph*, **34**：935–957, 1936.
45）Nagai Y, Hayasaka S, Kadoi C : Cataract progression in patients with atopic dermatitis, *J Cataract Refract Surg*, **25**：96–99, 1999.
46）Taniguchi H, Ohki O, Yokozeki H, et al : Cataract and retinal detachment in patients with severe atopic dermatitis who were withdrawn from the use of topical corticosteroid, *J Dermatol*, **26**：658–665, 1999.
47）竹原和彦，飯塚　一，伊藤雅章ほか：アトピー性皮膚炎における不適切治療による健康被害の実態調査，日皮会誌，**110**：1095–1098, 2000.
48）森田明理：アトピー性皮膚炎の新しい紫外線療法，アレルギー・免疫，**11**：1097–1103, 2004.
49）斎田俊明，真鍋　求，竹之内辰也ほか：皮膚悪性腫瘍ガイドライン，日皮会誌，**117**：1855–1925, 2007.

Guideline for Management of Atopic Dermatitis

Masutaka Furue[1)], Hidehisa Saeki[2)], Fukumi Furukawa[3)], Michihiro Hide[4)], Mamitaro Ohtsuki[5)], Toshiaki Nakamura[6)], Rikako Sasaki[7)], Hajime Suto[8)] and Kazuhiko Takehara[9)]
Committee for Guidelines for Management of Atopic Dermatitis of Japanese Dermatological Association
[1)]Department of Dermatology, Fuculty of Medical Sciences, Kyushu University
[2)]Department of Dermatology, Graduate School of Medicine, University of Tokyo
[3)]Department of Dermatology, Wakayama Medical University
[4)]Department of Dermatology, Hiroshima University Graduate School of Biomedical Sciences
[5)]Department of Dermatology, Jichi Medical University
[6)]Department of Dermatology, Osaka University, Graduate School of Medicine
[7)]Department of Dermatology, National Center for Child Health and Development
[8)]Department of Dermatology, Juntendo University, School of Medicine
[9)]Department of Dermatology, Angiogenesis and Connective Tissue Metabolism, Kanazawa University Graduate School of Medicine

Standard guideline for management（diagnosis, severity scoring and therapy）of atopic dermatitis（AD）is established. In this guideline, the necessity of dermatological training is emphasized in order to assure the diagnostic skill and to evaluate the severity of AD. The present standard therapies for AD consist of the use of topical steroids and tacrolimus ointment for inflammation as well as emollients for dry and barrier-disrupted skin as the first-line topical applications, systemic anti-histamines and anti-allergic drugs for pruritus, avoidance of apparent exacerbating factors, psychological counseling, and advice about daily life. Tacrolimus ointment（0.1％）and its low density ointment（0.03％）are available for adult patients and 2-15 years old patients, respectively. The importance of suitable selection of topical steroids according to the severity of the lesion is also emphasized.

（Jpn J Dermatol 118 : 325～342, 2008）
Key words : atopic dermatitis, guideline, topical steroid, topical tacrolimus