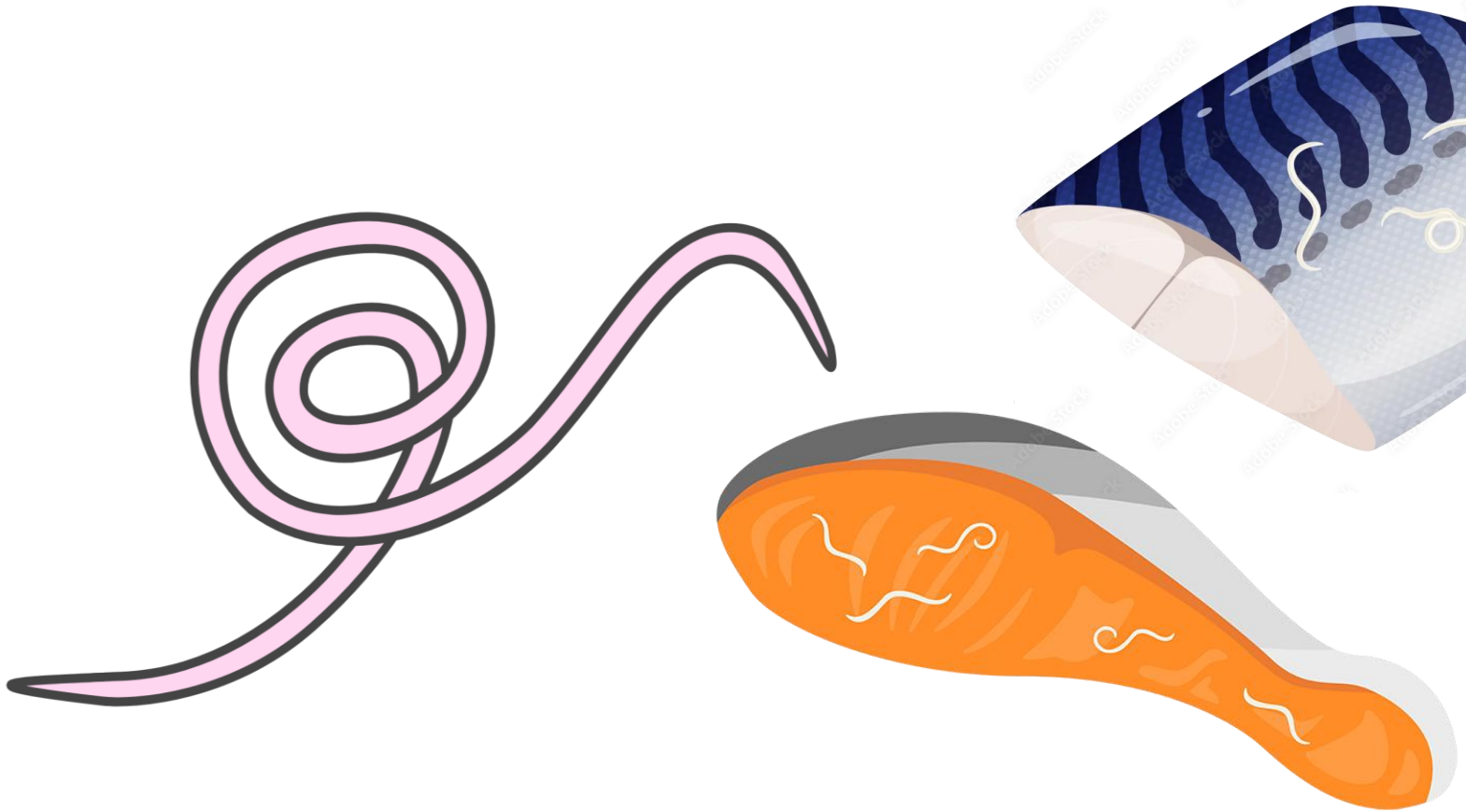
寄生虫(寄生動物)



令和8年(2026年)11月17日

在カンボジア日本大使館

松野 成伸

なぜ今さら寄生虫？

寄生虫疾患

日本ではほとんど撲滅(年間患者数が一番多いアニサキス症でも300人前後/年)

でも東南アジア(もちろんカンボジアも)ではいろいろな寄生虫疾患が依然多い

- 環境(高温多湿)
- 衛生教育、衛生状態
- インフラ
- 産業構造(農業従事者が多い)　など

当地在留邦人が寄生虫に感染するリスクは、**日本にいる時よりも当然高い**

寄生虫感染しても無症状/症状軽度の場合も結構あるが、中には**恐ろしい寄生虫疾患**もある

寄生とは(広辞苑)

- 「他人の労力・財産・地位などに頼って、自分はほとんど働かずに生活すること」

- 「生物が他の生物（**宿主**）の体表や体内に住みつき、そこから栄養をとって生活すること」

↓

- 自立せず、他に依存して利益を得る
- 他人におじゃまして生活するふとどき者

批判的なニュアンス

寄生虫：実はただの悪者ではないかも？

回虫、サナダムシなど多くの腸管内寄生虫は、ほとんど症状を起こすこともなく、私達の免疫系が排除することもなく、長期間私達の内部で寄生

↓

寄生虫を排除しないのは、私達にもなんらかのメリットがあり、寄生虫がいなくなることで不具合が生じる可能性

↓

この50年で寄生虫を排除した先進国では、アレルギーや自己免疫疾患などの炎症性疾患が増加の一途を辿っている

↓

実は腸管内寄生虫が私達に不利益な免疫応答を制御していた可能性あり

生物間相互作用
(生き物が互いに影響を及ぼし合うこと)

被食―捕食

競争

共生関係

寄生 (一方だけに利益あり)

(利益がない側に害有り)



相利共生(互いに利益がある)

片利共生 (一方だけに利益あり)

(利益がない側に害無し)

寄生
(一方だけに利益あり、利益がない側に害有り)

Question:

ウィルス、細菌、真菌(カビなど)は寄生虫なのか？

Answer:

ウィルス、細菌、真菌(カビなど)は寄生虫ではない

日本において寄生虫は過去の病気?

戦直後の日本：多くの人が寄生虫に感染していた(寄生虫天国)

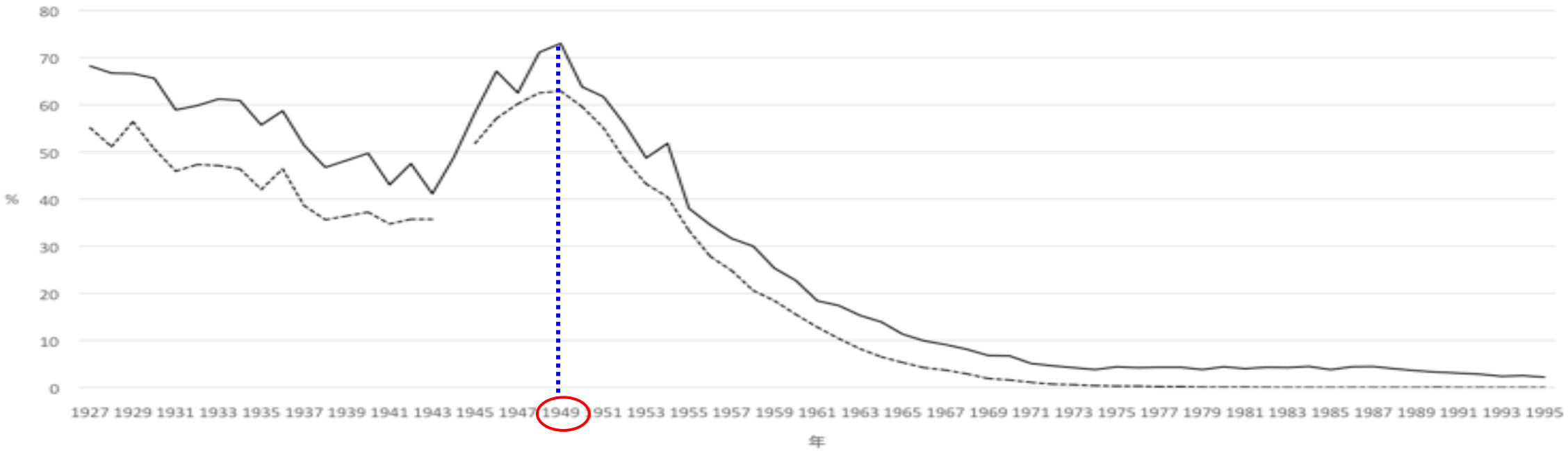


- 農業での化学肥料の導入
- 衛生状態改善(下水道の整備や水洗便所の普及など)
- 検査の活用、駆虫薬の導入

これらの対策で寄生虫感染者は非常に少なくなった

日本の寄生虫卵保有率と回虫卵保有率の推移

(日本寄生虫予防会より)



年	寄生虫卵保有率	回虫卵保有率
1927(昭和2)年	68.2	55.1
1949(昭和24)年	73	62.9
1995(平成7)年	2.2	0.02

日本において寄生虫は過去の病気?

戦直後の日本：多くの人が寄生虫に感染していた(寄生虫天国)

↓

・農業での化学肥料の導入
・衛生状態改善(下水道の整備や水洗便所の普及など)
・検査や駆虫薬などの対策

寄生虫感染者は大幅に減少

↓

・グルメブーム(生の食品摂取や海外からの輸入食品の増加)
・ペットブーム
・海外旅行の増加

近年、むしろ寄生虫症が増えてきている

主な感染症の世界の推定患者数(WHO)

3大感染症(2024年の1年間)

感染症名 (赤字は寄生虫病)	感染者数/年	死亡者数/年
HIV感染症	120万人(推定)	57万人(推定)
結核	約1070万人	123万人
マラリア	2億8200万人	61万人

2023年または2024年のある時点

感染症名 (赤字は寄生虫病)	感染者数 (または予防投与が必要だった人数)
土壌媒介蠕虫症 (回虫・鉤虫・鞭虫など)	約15億人
回虫症	約12億人
鉤虫症	約7億4,000万人
鞭虫症	約7億9,500万人
糞線虫症	約3億～6億人
(リンパ系)フィラリア症 (バンクロフト糸状虫症、マレー糸状虫	約6億5,700万人
住血吸虫症	約2億5,370万人

カンボジア：

・熱帯モンスーン気候(年中暑い)

・良好でない衛生事情

・病原体(ウィルス、細菌、寄生虫など)に好都合、活発化(増殖)しやすい

・多種多様(日本では撲滅した/生息していない) な病原体

日本と比べてカンボジアは病原体感染が高リスク

ヒトにつく寄生虫

記録されたもので

世界では 約200種類
日本では 約100種類



寄生虫の分類

内部寄生(体内に寄生)

- 原虫(単細胞)
  - 赤痢アメーバ
  - ランブル鞭毛虫
  - マラリア
  - トキソプラズマ
  - クリプトスポリジウム
- ぜんちゅう 蠕虫(多細胞)
  - 線虫(回虫、鉤虫、鞭虫、アニサキス)
  - 吸虫(メコン住血吸虫、日本住血吸虫)
  - 条虫(サナダムシ)

外部寄生(体表面に寄生)

- ノミ、シラミなどの昆虫





- ダニ(昆虫ではなくクモの仲間)



寄生虫クイズ

Question1: 寄生虫に雄(♂)と雌(♀)の区別はある

Answer: Yes and No

吸虫類(住血吸虫を除く)は雌雄同体(1個体で精巣と卵巣をもつ)

Question2: イヌ回虫はイヌだけでなくヒトにも感染する

Answer: Yes.　幼虫はいろいろな宿主(=中間宿主)に寄生できる

成虫は寄生する宿主(=終宿主)が決まっている(ヒト回虫はヒト、イヌ回虫はイヌ)

Question3: 幼虫は中間宿主体内をあちこち移動(中間宿主内では永遠に成虫になれない)

成虫は終宿主の特定の臓器に落ち着く(終宿主内でのみ成虫になれる)

Answer: Yes

Question4: 寄生虫感染症は、成虫のほうが幼虫よりも重篤

Answer: No　∵幼虫はあちこち移動→多臓器に侵襲が加わる(幼虫移行症)

カンボジアでよくみられる蠕虫類

線虫(特に回虫、鉤虫、鞭虫)　(2026年1月保健省報告書)

750万人のヒトが感染リスク(in Cambodia)

特に感染リスクの高い群
- ・生後12-59ヵ月の乳幼児
- ・6-14歳の学童、生徒
- ・15-49歳の女性

99人/1712人(感染率5.8%)　(2025年　Kratie州とStung Treng州の20村)

吸虫(特にメコン住血吸虫)　(2026年1月保健省報告書)

10万人に感染リスク（Kratie州とStung Treng州のメコン川とその支流沿いの114村）

(Kratie州の定期的にモニターしている4村）感染率72%（1995年）→1%以下(2025年)

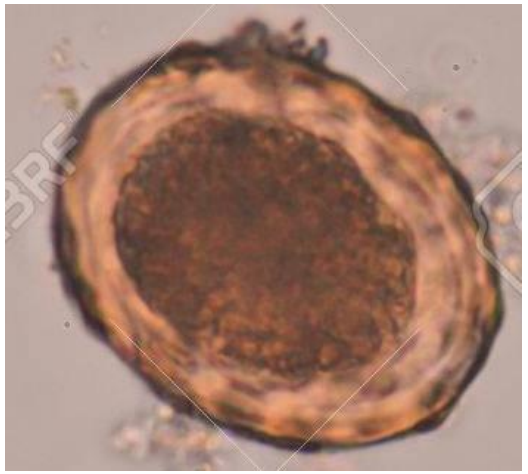
回虫←体内をあちこち歩き回る

- カンボジア含めて全世界で約10億人が感染(日本では激減)
- オス：15～30cm＜メス：20～35cm
- 多くの哺乳類の、主として小腸に寄生(成虫は小腸で産卵)
- 成熟したメス：10万個から25万個/日も産卵
- **虫卵の付着した野菜等を経口摂取することで感染**
- **症状：大半は無症状**
  - 幼虫の数が多い→肺に侵入→好酸球性肺炎
  - 成虫の数が多い→腹痛、悪心嘔吐、便秘、食欲不振
  - 小腸以外の臓器に迷入→胆道感染症、胆石、虫垂炎等
- 検査：検便(による虫卵の検出)、内視鏡で直視できる場合も
- 治療：パモ酸ピランテル(コンバントリン錠)の服用

1回で優れた駆虫効果



回虫成虫(メス)



回虫の虫卵

カンボジアでよくみられる蠕虫類

線虫(特に回虫、鉤虫、鞭虫)　(2026年1月保健省報告書)

750万人のヒトが感染リスク(in Cambodia)

特に感染リスクの高い群
- ・生後12-59ヵ月の乳幼児
- ・6-14歳の学童、生徒
- ・15-49歳の女性

99人/1712人(感染率5.8%)　(2025年　Kratie州とStung Treng州の20村)

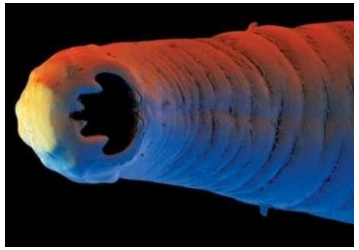
吸虫(特にメコン住血吸虫)　(2026年1月保健省報告書)

10万人に感染リスク（Kratie州とStung Treng州のメコン川とその支流沿いの114村）

(Kratie州の定期的にモニターしている4村）感染率72%（1995年）→1%以下(2025年)



鉤虫（hookworm）



・口に歯牙や歯板
・成虫の体長：オス：5～10mm＜メス：9～13mm
・熱帯・亜熱帯～温帯(北緯36度～南緯30度)に生息(Siem Reap北緯13度21分)(都庁北緯35度40分)
・成虫は小腸に寄生、産卵→虫卵は糞便とともに排泄→外界(土壌)で孵化し幼虫になる
・全世界での推定感染者数：約5億7600万～7億4000万人(米国疾病予防管理センター)

ズビニ鉤虫(温帯に多い)

・経口感染(幼虫の付着した野菜摂取)
(経皮感染することもある)
・激しい悪心/嘔吐(腸粘膜を貫く際)
・好酸球性肺炎(肺通過時)
・無症状(←少量の成虫寄生)
・鉄欠乏性貧血(←30匹以上の成虫寄生・吸血)
・検査・診断：検便(による虫卵の検出)
・治療：パモ酸ピランテル(コンバントリン錠)服用

アメリカ鉤虫(熱帯・亜熱帯に多い)

・経皮感染(幼虫のいる土壌を素足で歩く)
・幼虫侵入部位に強い痒み「肥えかぶれ」
・好酸球性肺炎(肺通過時)
・無症状(←少量の成虫寄生)
・鉄欠乏性貧血(←30匹以上の成虫寄生・吸血)
・検査・診断：検便(による虫卵の検出)
・治療：パモ酸ピランテル(コンバントリン錠)服用

カンボジアでよくみられる蠕虫類

線虫(特に回虫、鉤虫、鞭虫)　(2026年1月保健省報告書)

750万人のヒトが感染リスク(in Cambodia)

特に感染リスクの高い群
- ・生後12-59ヵ月の乳幼児
- ・6-14歳の学童、生徒
- ・15-49歳の女性

99人/1712人(感染率5.8%)　(2025年　Kratie州とStung Treng州の20村)

吸虫(特にメコン住血吸虫)　(2026年1月保健省報告書)

10万人に感染リスク（Kratie州とStung Treng州のメコン川とその支流沿いの114村）

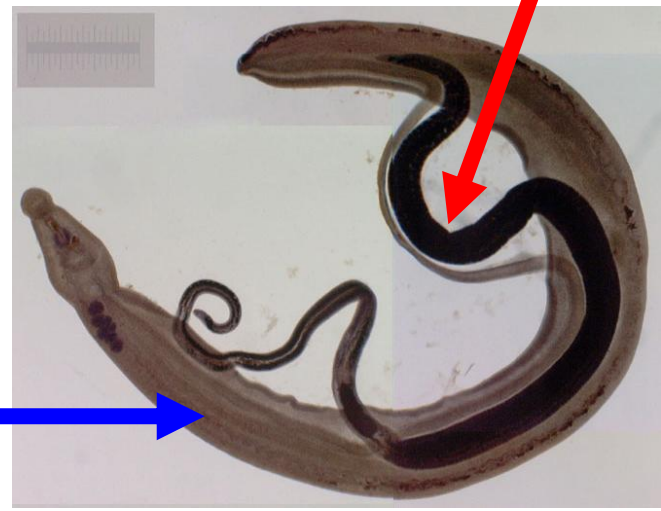
(Kratie州の定期的にモニターしている4村）感染率72%（1995年）→1%以下(2025年)

住血吸虫

- 数種類あり(日本住血吸虫、**メコン住血吸虫**、マンソン住血吸虫、ビルハルツ住血吸虫など)
- 吸盤をもって吸い付き、血管内に寄生
- 世界77か国で2億人以上が感染、年間100万人の死亡報告(WHO)
- **長期にわたり内臓を痛める慢性疾患**

- 中間宿主：巻貝、　最終宿主：哺乳類(ヒト、イヌ、ネコ、ウシ、ネズミなど)
- 哺乳類糞虫に排泄された虫卵が水中で孵化→巻貝に寄生→発育した幼虫が水中で哺乳類に経皮感染→**肝臓に行く血管(門脈、腸間膜静脈)内で成熟、寄生**
  (ただしビルハルツ住血吸虫は膀胱周囲尿路系の静脈内に寄生)

- 日本住血吸虫：**夫婦仲が良い、常に血管内で雌雄一体となって生活**
- 成虫の体長：オス9～18 mm＜メス15～25 mm



メコン住血吸虫

・メコン川下流域(カンボジアStung Treng州とKratie州、ラオス南部Champasak州)に分布
・日本住血吸虫と形が類似しているが、別種

・寄生部位：肝臓に行く血管(門脈、腸間膜静脈)←日本住血吸虫と同じ部位
・症状：腸に虚血性の潰瘍→粘血便の混ざった下痢
　　慢性化すると肝硬変→腹水、貧血、栄養状態不良
・日本住血吸虫よりは、軽症で経過

・治療：プラジカンテル(ビルトリシド錠)の服用
・対策：中間宿主(巻貝)の撲滅←日本では成功
　　川や湖など水との接触を避ける(要すればゴム手袋やゴム長靴の着用)
・ 1995年より実施されている保健省やWHO等による集団駆虫により、8万人はいたとされる推定感染者数は激減

メジャーな寄生虫たち

アニサキス

蟯虫(ぎょうちゅう)

サナダムシ

アニサキス



胃の粘膜に潜入するアニサキス幼虫



・海中で虫卵が孵化した幼虫➡オキアミ類➡魚介類
(エビの親戚)

魚介類
- イワシ
- アジ
- イカ
- サバ➡刺身を食べてヒトに感染
- タラ　(胃壁や腸壁に刺入)
- サケ
- マグロ

魚介類➡終宿主(クジラ、イルカ)

・アニサキス幼虫：長さ2～3cm、幅は0.5～1mm
・症状：(アレルギー反応→)悪心嘔吐、胃けいれん、上腹部痛、下腹部痛
・治療：内視鏡による摘出(幼虫は約1週間で死滅するので、本症が確実なら様子見も可)
・予防法(死滅させる方法)：冷凍(－20℃で24時間以上)
加熱(70℃以上なら瞬時　または　60℃なら1分)

アニサキス



自然光



ブラックライト

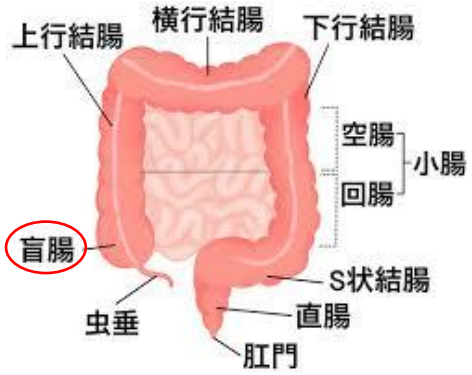


ブラックライト(波長365nmくらいの紫外線)　　価格¥1000前後
可視光線の波長(およそ380nm～780nm)

蟯虫(pinworm)

- ヒト蟯虫、チンパンジー蟯虫、ウマ蟯虫、ウサギ蟯虫、ネズミ蟯虫など
- オス：2mm～5mm＜メス:8mm～13mm
- 強い感染力：経口感染(肛門周囲や寝具・シャツに付着した虫卵→虫卵が手に付着→口から感染)
  家庭内、学校空間など人が密集している場所：感染リスクが高くなる(都市型の寄生虫)
- 小学生の寄生虫卵保有率(文部科学省)：終戦直後は60%越、平成25年度は0.2%

- ヒト蟯虫の住処：ヒト(終宿主)の盲腸





- 産卵場所：(普通は住処で産卵)夜間メスが肛門の外まで這い出て、肛門周囲皮膚に産卵(約100万個)
- 症状：肛門周囲の痒み→睡眠障害、落ち着きの無さ(神経症に陥ることも)
- 検査：粘着テープやスコッチテープを肛門周囲に貼り付けて検鏡

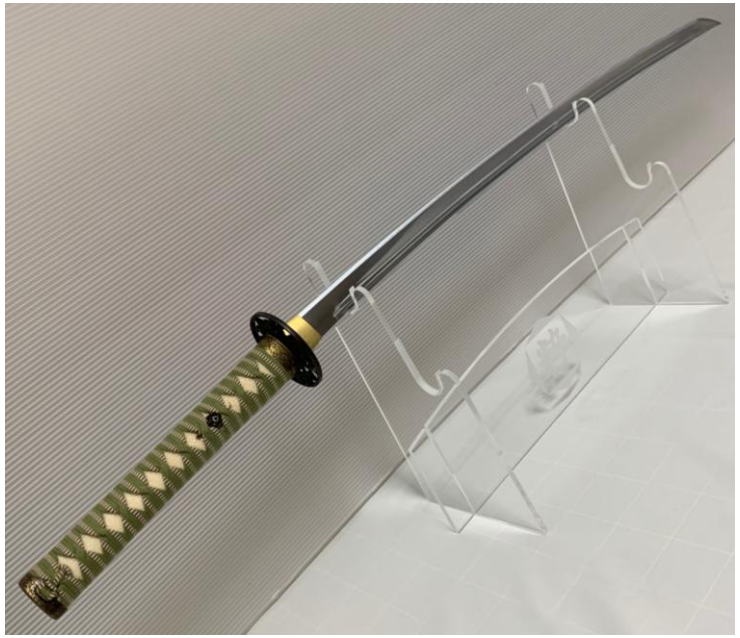


- 学校保健法での蟯虫検査：対象は小学3年生以下の児童
  昭和33年(1958年)開始、衛生環境改善し平成27年度（2015年度）に廃止(九州の一部地域を除く)
- 治療：パモ酸ピランテル(コンバントリン錠)などの服用

条虫類(サナダムシ、tapeworm)

サナダムシの由来：戦国武将「真田昌幸」の刀の柄を巻くのに用いた紐（真田紐）に似ている。

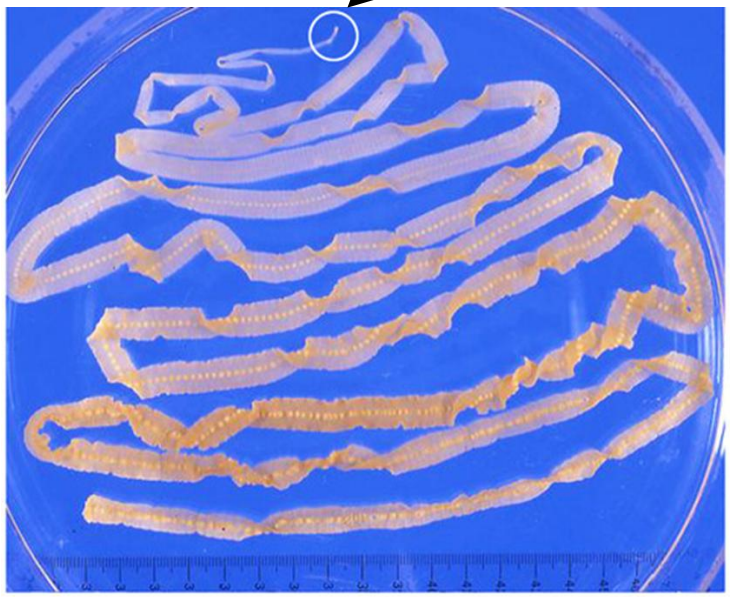
(実はこの紐の発祥はもっと古い時代)





真田紐は丈夫

頭部



サナダムシ

主な条虫類(サナダムシ)

- 日本海裂頭条虫・・・一番大きな寄生虫(成虫で最長10mになることも)
- 広節裂頭条虫・・・一番大きな寄生虫(成虫で最長10mになることも)
- 鯨複殖門条虫・・・カタクチイワシや生シラスを食べてヒトに感染
- 無鉤条虫・・・ウシの肉を生食(レアステーキやタタキでも)することでヒトに感染
- 有鉤条虫・・・生、不完全調理のブタの肉を食べるすることでヒトに感染
- エキノコッカス(包虫)・・・小ぶりで1cmにも満たないが、症状は強烈

日本海裂頭条虫、広節裂頭条虫



・一番大きな寄生虫：成虫で**10m程**(幅は1cm)

・サケやマス類の筋肉・内臓に幼虫が寄生←生・不完全調理で摂食しヒトに感染

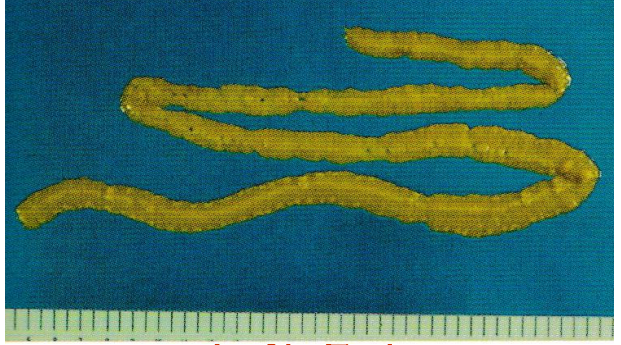
・ヒトの小腸で成虫となり、寿命は約20年

・症状：腹痛・下痢などの消化器症状はほとんどない(腸の中でおとなしくしている)
　寄生虫が多いと体重減少や倦怠感
　広節裂頭条虫はビタミンB_{12}を横取り→(巨赤芽球性)貧血

・サケやマス類を食べて2～3週間後、おしりから長い虫が出てきたら病院へ直行

・治療：プラジカンテル(ビルトリシド錠)の服用

無鉤条虫



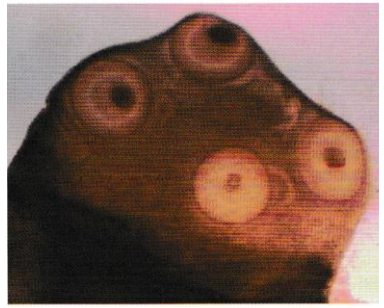
無鉤条虫

・成虫の体長：2～6m

・虫卵を含む片節(体部)末端が1個ずつちぎれて排泄

↓

片節から飛び出た虫卵の付着した草を牛(中間宿主)が食べる



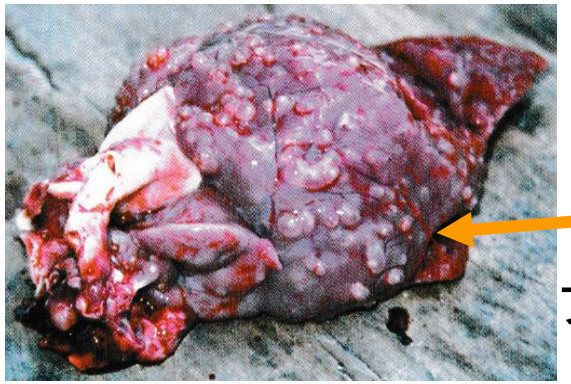
頭部(4個の吸盤)

↓

牛の体内で虫卵→幼虫→無鉤嚢虫

↓

生/加熱不十分な嚢虫含む牛肉をヒト(終宿主)が摂食



多数の白く丸くプツプツした嚢虫

↓

嚢から飛び出た嚢虫→成虫(その後小腸で20年弱寄生)

・症状：まれに軽度の消化器症状(腹痛・下痢など)、無症状の場合も
・牛肉摂食2～3週間後、おしりから片節(体部)の一部(2～3cm)が出てきたら病院へ直行
・治療：プラジカンテル(ビルトリシド錠)の服用

有鉤条虫(危険)



・成虫体長:2～3m

虫卵を含む片節末端がちぎれて排泄 ➡ 片節から飛び出た虫卵をヒト(中間宿主)が摂取(虫卵が生野菜やキムチに付着していることも) ➡ ヒト腸内で虫卵→幼虫→有鉤嚢虫(成虫にならない)

↓

片節から飛び出た虫卵をブタ(中間宿主)が摂取

↓

ブタの体内で虫卵→幼虫→有鉤嚢虫

↓

生/加熱不十分な嚢虫含む豚肉をヒト(終宿主)が摂食

↓

嚢から飛び出た嚢虫→成虫(その後小腸で数年間寄生←ほとんど症状なし)

眼←失明
脳/脊髄←頭痛、けいれん、意識障害
心臓←不整脈
皮膚、筋肉←多発/単発腫瘤

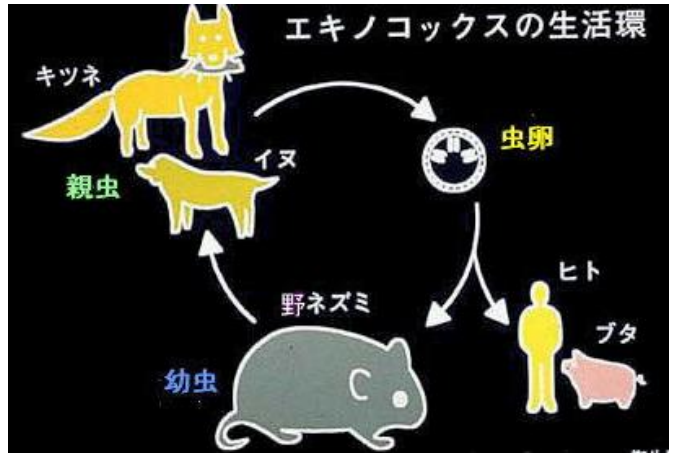
↑

虫卵含む片節末端切れ端が排泄されず ➡ ヒト(中間宿主)腸内で虫卵→幼虫→有鉤嚢虫(成虫にならない)

・治療:(腸内に寄生している場合)　経口駆虫薬(プラジカンテル)は禁忌(∵虫体破壊で虫卵が腸内に散布されてしまう)
ガストログラフィン(X線撮影で用いられるヨード造影剤)による排泄
(腸内に寄生していない場合) プラジカンテル(ビルトリシド錠)服用、可能なら外科的に嚢虫を摘出



エキノコッカス(包虫)



多包条虫(1.2～4.5mm)、単包条虫(2～7mm)
- 寒い地域(シベリア、アラスカ、北海道全域など)

- 感染動物の毛皮への接触、虫卵の付着した野菜の摂取等で感染
- イヌ、キツネが終宿主(←寄生するのは成虫)
- 野ネズミ、ヒト、ブタなどが中間宿主(←寄生するのは幼虫)

- 幼虫が移動しヒトの体内のいたる所に嚢胞形成、増殖
- 特に肝臓→肝腫大、黄疸、腹水 ┐ 成人 10年、小児 5年以上かかる
- 肺→結核様症状(咳、痰、喀血) ┘
- 脳、骨、心臓などに嚢胞が形成されることも



野ネズミ肝臓に形成された嚢胞

- 治療：嚢胞の外科的摘出がベストだが、症状出現時は取り切れないことがほとんど
  アルベンダゾール(エスカゾール錠)服用←嚢胞縮小するが、完全駆除は難しい

寄生虫に対しどうすればいい？(take home-message)

1）口から入って感染(ほとんどの寄生虫)
　対策：食べ物に気を付ける
　　・生物は避ける(十分加熱/冷凍処理する)
　　・手洗い励行

2）皮膚から浸入して感染(アメリカ鉤虫、住血吸虫など)
　対策：素手や素足で土壌に触れない
　　河川、湖、池で泳がない

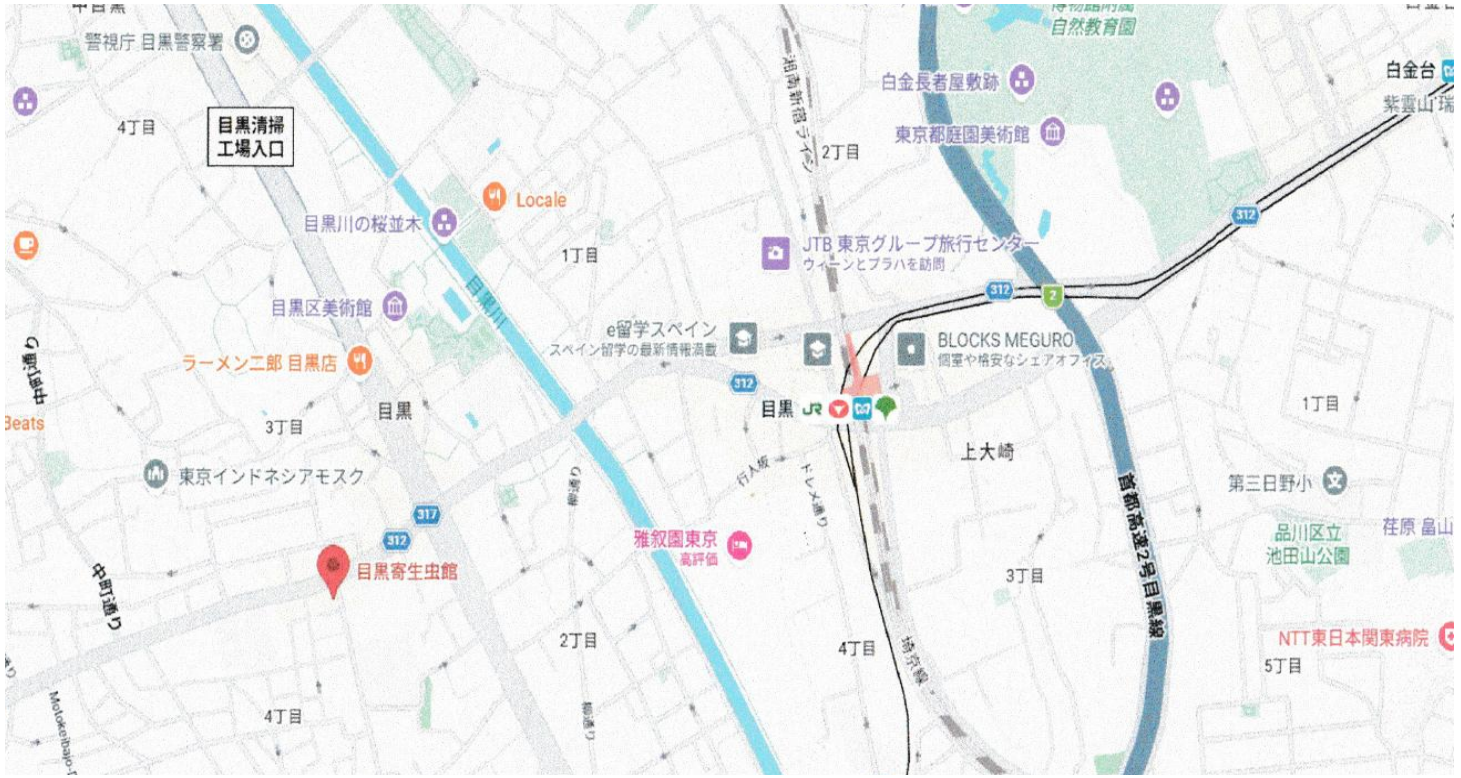
3）蚊を介して感染(フィラリア、マラリアなど)
　対策：肌の露出を少なくする
　　防蚊剤の使用

公益財団法人 目黒寄生虫館

(寄生虫を専門に扱う研究博物館)

住所：東京都目黒区下目黒4-1-1

https://www.kiseichu.org



開館時間 午前10時～午後5時

休館日　　毎週月曜日・火曜日／年末年始

入館料　　無料