

国立ハンセン病療養所医療従事者 フィリピン視察

報告書 2016



国立ハンセン病療養所医療従事者 フィリピン視察 報告書 2016

目次

3年目のフィリピン視察	3
巻頭写真 ハンセン病の臨床症状	4
略語集	6
フィリピン ハンセン病の概歴	7
クリオン... 隔離から融合への歴史	8
フィリピン共和国 (Republic of the Philippines) の概要	12
国立ハンセン病療養所医療従事者フィリピン視察の目的	13
日程	14
面談者・訪問先 (地図)	15
訪問記録	
1. クリオン療養所・総合病院	16
2. ホセ・レイエス記念メディカルセンター ハンセンズ・クラブ	22
3. WHO WPRO (世界保健機関西太平洋地域事務所)	26
4. エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院	31
5. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック	36
6. フィリピン保健省第7地域事務所・マンダウエ市保健事務所	41
参加者一覧	48
参加者アンケートまとめ	49
編集後記	54
資料	55

3年目のフィリピン視察

フィリピンへの視察旅行も3回目となりました。

この国のハンセン病患者新患数は、2013、14、15年は、それぞれ1,729、1,655、1,617名で、やや横ばいながら、スクリーニングや診断体制はとてよく整備されています。そして、今や北パラワン州地域中核病院となったクリオン（ハンセン病）療養所の所長兼総合病院院長のアルトゥール・クナナン医師が、毎年、コーディネーター的に関与して下さることもあって、ハンセン病診療の現場見学は、実質4日ながら、そこから得る成果は大きなものになっていると信じています。

3回のフィリピン視察で、国立ハンセン病療養所の計54名のスタッフの方々が、発症間もない、また、治療中ながら、症状の生々しい、あるいはリアクションの強い方々に実際に触れ、話し、また、診察に立ち会われたこととなります。

わが国の年間新患数は数名以下、ハンセン病は制圧された状態と申せます。それが故に、実際の病者を見ることは皆無に近く、例え療養所にご勤務であっても、新患を診療する事態は、ほぼないという事態です。それはそれで疾病対策の成果としては、喜ばしいことではあります。世界の疾病事情を考え、また、わが国がグローバルに果たし得る役割を考えると、ハンセン病を知っている専門家の数は、今しばらく一定数以上であって頂きたいと思います。

アメリカでは、なお、らい菌自然宿主のアルマジロからの感染が続いている上に、ハンセン病の存在する国々からの移民を含め、年間100名以上の発症者が報じられています。高齢化著しいわが国も、近い将来、世界各国からのケアの人材の流入が増えるかと予測されますが、きわめて緩やかに進行するこの疾患を持ち込む人々が皆無という保証は困難でしょう。

近隣諸国にハンセン病が残っている間に、その診断と治療の実地をご経験頂き、また、わが国の保健医療分野の専門家が、この疾患だけでなく広く、各国の疾病対策にご貢献される、そのホンの入口として、短いながら充実した（と自負しています）視察旅行をご活用頂ければありがたく存じます。

毎年のことながら、実際にフィリピンを訪れる間のみならず、前後数カ月・・・ほぼ通年、この事業のための何かが動いています。

その間、根気よくご指導下さる厚生労働省のご関係各位と各療養所の皆様に厚くお礼申し上げますとともに、不備もある中、道中のご協力を頂いた参加者各位にも感謝します。そして最後に、本来業務に加えて、相当の仕事量となってきた本事業に、喜々として（と思っています）関与している弊財団スタッフにもありがとうと申します。また、来年。

喜多悦子

公益財団法人笹川記念保健協力財団
理事長

ハンセン病の臨床症状

(2016.12.2 於:セブ・スキンクリニック)



PB型/TT型
境界明瞭な低色素斑



PB型/BT型
辺縁明瞭な紅斑。ナイロン・フィラメントの太さで知覚脱出の程度を測る



MB型/BL型
多発する紅斑と環状紅斑



MB型/LL型
小結節が多発。耳介に高度の浸潤がある



I型らい反応
顔面から頸部の紅斑の腫脹



I型らい反応
ドーナツ状に打ち抜かれた環状紅斑



II型らい反応
結節性紅斑。治癒しつつある潰瘍か。入所者が"熱こぶ"と呼ぶ皮疹



II型らい反応
結節の中央が軽度隆起。圧痛がある事が多い。

略語集

BB

Mid-Borderline Type (BB型)

Ridley & Jopling分類法によるハンセン病の病型分類のひとつ。B群 (境界群) の中でもLL型 (らい腫型) とTT型 (類結核型) の中間に位置するタイプ。

Ridley & Jopling分類法ではTT (類結核型)、BT (境界型)、BB (境界型)、BL (境界型)、LL (らい腫型) に分類される。

BL

Borderline Lepromatous Type (BL型)

Ridley & Jopling分類法によるハンセン病の病型分類のひとつ。B群 (境界群) の中でもLL型 (らい腫型) に近いタイプ。

Ridley & Jopling分類法ではTT (類結核型)、BT (境界型)、BB (境界型)、BL (境界型)、LL (らい腫型) に分類される。

BT

Borderline Tuberculoid Type (BT型)

Ridley & Jopling分類法によるハンセン病の病型分類のひとつ。B群 (境界群) の中でもTT型 (類結核型) に近いタイプ。

Ridley & Jopling分類法ではTT (類結核型)、BT (境界型)、BB (境界型)、BL (境界型)、LL (らい腫型) に分類される。

CLAP

Coalition of Leprosy Advocates in the Philippines

ハンセン病回復者・支援者ネットワーク

LEARNS

Leprosy Alert Response Network & Surveillance System

LL

Lepromatous Type (LL型)

Ridley & Jopling分類法によるハンセン病の病型分類のひとつ。らい腫型。

Ridley & Jopling分類法ではTT (類結核型)、BT (境界型)、BB (境界型)、BL (境界型)、LL (らい腫型) に分類される。

MB

Multibacillary (MB型)

WHO提案のハンセン病の病型分類のひとつ。多菌型。WHOの分類ではMB (多菌型) とPB (少菌型) に分類される。

MDT

Multidrug Therapy (多剤併用療法)

NLCP

National Leprosy Control Program (ハンセン病制圧プログラム)

PB

Paucibacillary (PB型)

WHO提案のハンセン病の病型分類のひとつ。少菌型。WHOの分類ではMB (多菌型) とPB (少菌型) に分類される。

SMW

Social Medical Worker (医療ソーシャルワーカー)

SSS

Slit Skin Smear (test) (皮膚スミア (検査))

TT

Tuberculoid Type (TT型)

Ridley & Jopling分類法によるハンセン病の病型分類のひとつ。類結核型。

Ridley & Jopling分類法ではTT (類結核型)、BT (境界型)、BB (境界型)、BL (境界型)、LL (らい腫型) に分類される。

WHO

World Health Organization (世界保健機関)

WPRO

WHO Regional Office for the Western Pacific (WHO西太平洋地域事務局)

フィリピン ハンセン病の概歴

1603	フランシスコ会 マニラ郊外にハンセン病療養所建設
1768	フランシスコ会 マニラにハンセン病隔離収容施設建設
1784	ハンセン病隔離収容施設(現サン・ラザロ病院)マニラマイアリゲに移転
1830	国王令によりマニラ、セブ、ヌエバ・カセレス(現ナガ)にハンセン病コロニー設置
1898	米西戦争の結果、フィリピンのアメリカ植民地化開始
1900	アメリカ軍政府、ハンセン病を国家公衆衛生問題と認識
1906	クリオン療養所設立、最初の患者輸送 就労可能な患者による患者作業開始(1カ月2日、1日2時間)
1907	保健省長官に隔離政策全権付与「隔離法」制定 「仮釈放」システム(軽快者の退所)開始、5人退所 サン・ラザロ病院運営がマニラ大司教からアメリカ政府へ委譲
1910	療養所入所者間の結婚許可
1913	療養所通貨発行
1914	患者作業増加(1カ月4日) クリオンに、治癒した入所者と患者の隔離のための治癒者居住ハウス建設
1916	クリオンに、入所者の出生児隔離のための保育所建設
1921	フィリピン対ハンセン病協会設立
1922	「仮釈放」システム強化
1925	マニラにウェルフェアビル施設設立、クリオンから未感染児81人入所
1929	各地域ハンセン病療養所と連携する各地域治療所設立決定
1930	クリオンにレオナルド・ウッド記念研究所設立 セブにエバースレイ・チャイルズ療養所設立
1932	クリオン療養所での出生乳児・子ども対象の研究開始
1933	国際ハンセン病ジャーナル(International Journal of Leprosy)がクリオンから発刊
1935	クリオン療養所入所者数 最大6,928人を記録
1936	マニラ郊外にタラ療養所(現ホセ・N・ロドリゲス病院)設立
1942	クリオンに日本軍上陸。ハンセン病対策事業 事実上停止 入所者に「休暇」許可発出、1,256人離島 クリオン療養所通貨発行
1944	クリオンへの物流の途切れによる餓死、栄養失調による死者多数
1947	ハンセン病対策活動再開。プロミン治療 限定的に開始
1948	プロミン増量され、約半数の患者 プロミン治療を受ける
1949	サン・ラザロ病院ハンセン病部門閉鎖。患者はタラ療養所移送
1952	「隔離法」改定、条件付き自宅隔離・治療許可
1955	患者発見・治療活動強化
1964	「解放令」発令。ハンセン病 初期段階の隔離禁止
1965	レオナルド・ウッド記念研究所 クリオンからセブへ移転
1979	笹川記念保健協力財団 フィリピン・韓国・タイとダブソンに代わる化学療法の共同 研究プロジェクト開始
1981	イロコス・ノルテならびにセブで、MDTパイロットプロジェクト開始
1987	クリオン療養所にMDT導入
1992	クリオン島を一般の地方自治体として認定する法令が採択
1995	クリオン島で初の市長選挙
1998	WHO制圧目標(1/10,000人未満の発症)達成
2005	8ハンセン病国立療養所に対し療養所機能に加え、地域医療向上機能追加の法令 発令
2006	クリオン療養所開所100周年の記念式典、ならびに、新資料館開館(日本財団/笹 川記念保健協力財団も支援)
2012	フィリピン回復者団体CLAP(Coalition of Leprosy Advocates of the Philippines)誕生
2015	2月、第1回国立ハンセン病療養所医療従事者視察実施
2015	11月、第2回国立ハンセン病療養所医療従事者視察実施

フィリピンと笹川記念保健協力財団

1974年の設立からの約30年、当財団ではフィリピンでのハンセン病対策活動は、主に医療面での活動を実施しました。特に支援開始から1986年度まではアジアにおけるハンセン病対策や、ハンセン病の化学療法についてのトレーニング、ワークショップ、会議の開催を、1987年度から2004年度まではハンセン病予防ワクチン研究プロジェクトや多剤併用療法(MDT)の開発と効果を判定するための研究を支援し、アジア諸国や世界ハンセン病専門家のネットワークを築くとともに、アジア諸国でのMDT実施や、その有効性の実証の貢献に大きな役割を果たしました。これらハンセン病担当官や技術者の研修、薬品機材の供与、啓発教材の制作などの支援と同時に、1979年度から1987年度までは、ハンセン病患者や回復者の歯科診療のために日本の歯科医師・技師を派遣するなどの活動を続けてきました。

2003年度からは、回復者の自立支援を柱とした社会的な活動に重点が置かれるようになり、ハンセン病隔離施設としては世界最大級であったクリオン島の回復者とその家族の経済的・社会的自立を目指した活動の支援、2004年度からは、その歴史保存活動に協力。隔離政策と根強い偏見差別のために一般社会から隔離されてきたクリオン島が、特異な歴史を残しつつも、一地方自治体としての着実な歩みを進めるために必要な協力を行っています。

2013年11月、超大型台風ハイエンがフィリピンを襲った際には、クリオンへの緊急支援(食料、医薬品、燃料、家屋の応急的修繕)と復興支援(家屋、学校、療養所施設資料館の修繕、経済自立支援)を行いました。

クリオン... 隔離から融合への歴史

~CULION..... ISOLATION TO INTEGRATION

クリオン療養所・総合病院 所長／院長 **Arturo C. Cunanan, Jr.** 医学博士
Arturo C. Cunanan, Jr. MD, MPH, PhD Medical Center Chief I Culion Sanitarium and General Hospital

At the start of the American colonization of the Philippines at the turn of the 20th century, Leprosy was identified as serious public health problem, marked by the pitiful conditions of the patients who were seen mingling with the “normal” population, since the former Spanish colonizers had looked leprosy as a charity and missionary work.

In the pursuit to control and eradicate leprosy in the Philippines, a disease with no known cure then, transmission must be stopped, by isolating and segregating the sick from the healthy as practiced in other countries like Norway, which has reported curtailment of spread of the disease.

In the first Leprosy Conference held in Berlin in 1897, it concluded that in view of the virtual incurability of leprosy, the detrimental effects that it could cause to the community, and the reported good effects from the measures adopted in Norway, isolation was the best means of preventing the spread of the disease. Leprosy was considered as a highly communicable disease caused by a bacteria with no available remedy or cure with a strong recommendation to follow the Norwegian model of legislation measures towards isolation and segregation in controlling spread of leprosy. The role of children in leprosy transmission and perpetuation and the need for isolation and separation from parents was recommended, thus leading to control of marriage, pregnancy-abortion, adoption and separation of children from their parents through nurseries and institutionalization. Similar recommendations were made in the succeeding International Leprosy Congresses: Berlin (1897), Bergen (1909), Strasbourg (1923) and Cairo (1938). All these resulted in the birth of self- sustaining colonies, like Culion.

Leprosy is an “imported” disease in Culion Island, where the initial settlements was already established during Spanish regime. When Culion was selected as the segregation leprosy Colony for people with leprosy in 1901, these settlers were transferred to other neighboring islands.

In May 27, 1906, two coastguards cutter brought to the shores of Culion the first contingent of 370 leprosy patients, marking the beginning of the history of Culion Leper Colony as the “Island of the Living dead,” “a paradise lost”

In 1907– Leprosy Segregation Law was enacted which provided a lawful compulsory segregations and isolation of individual with leprosy in the whole Philippine Islands.

It was thought to be the best means to protect the healthy and to provide care for the sick and that it will eventually lead to the extermination /control of leprosy in the Philippines. This law which gave police powers to sanitary inspectors had effected thousands of rounding up of “lepers” in the whole country and brought a systematic “leper collection trips” to Culion with an average of 200 patients per trip at 2 to 3 months interval until World War II.

Culion Leper Colony became a place of “no return.” Some 800 patients were segregated in 1906, one-third of them died before end of year. In 1910 there were around 5,303 patients in Culion and by 1930; it became the largest well organized leprosarium in the world with about 7,000 living patients at one time.

The establishment of Culion Leper Colony in 1906 was a milestone in the history of leprosy control in the Philippines, moving from unorganized “leper colonies or settlements” run by Jesuits, Franciscans and Dominican missionaries in Manila, Cebu and Bicol during the Spanish period to an organized institution , a leprosy colony.

The compulsory segregation law on leprosy and eventual isolation to Culion has made Culion a “melting pot” of various people from north to south of the country bringing to Culion their culture, language, religion, food and others including their biases and idiosyncrasies. Likewise Culion Leper Colony has accepted for isolation and segregation, leprosy patients of various nationalities like Chinese, American, Japanese, Spanish and Chamorro from Guam.

Within Culion, there was also a segregation, a separation of areas demarcated by the Upper and Lower Colony gate separating the residences/community of medical , nurses and other hospital administrators and staff as the clean area (Balala –Sano) and the colony area where the dormitories and the houses and hospital wards of leprosy patients. Entry on each side requires permit and identifications and those working inside the colony to the clean area (Balala) would need stepping on creolin disinfection and hand washing and removal of hospital gowns.

In most instances, patients who were sent to Culion were mostly in advanced stage of the disease with complications and disabilities. The rigors of the travel from Manila to Culion on a background of such ill health, took too much physical

exhaustion, but it's the painful experience to be separated from their loved ones, the compulsory separation from their families, friends and communities and the horror, fear and uncertainties of what is awaiting them in Culion was the main worries for many. Children, young men and women and old ones had much apprehensions and longings and the big question of when will they go back to their home provinces, if ever or Culion will be their second home and for many their final destinations, their resting place.

The separation of sexes, assignment of dormitories, wards and beds and provision of numbers on registrations following quarantine were initial activities of arriving patients categorized as "inmates" a terminology used in prisons. The lives of patients were centered on medical and laboratory examinations on schedule, daily medical treatment and dressing of wounds and the food rationing.

One of the most gratifying advantage of being in Culion is not to experience stigma, since they are living "of the same kind" inside the colony, however fear and stigma came from the other side of Culion population, the Balala/Sano area.

It was only in 1910 that marriage was allowed and the patients had developed a sense of "normalcy" by having a family of his/her own, to procreate, to be a father or mother, a social being although outcast but now with a family to identify and belong to. With this social development, patients developed a purpose, to be engaged and be productive to earn a living for although having children is not fully medically recommended, it was not restricted neither prevented. The medical opinion was that NO children should be born from "leprous" parentage, since there was a speculation that leprosy is hereditary and children are more susceptible. The concern of the administration that resources were limited to care for children and pregnancy and rearing children is strenuous to parents. From the above arguments there was a strong goal of preventing Culion-born children to develop leprosy. The initial policy was for parents to voluntarily surrender their newborn as self-sacrifice, for adoption to the patients' relatives outside Culion or to other interested people in Manila and even in foreign countries.

Following increasing incidence of leprosy among young children of leprosy parentage as young as less than 2 years old, a policy was made to separate these children from their parents and put them in Balala Nursery where they will grow under the care of religious sisters (SPC) and nurse-maids acting as surrogate mothers, thus creating a phenomenon of "segregation and isolation within a segregated island" this time children with no leprosy are the target population – person affected by leprosy, with their parents as persons with or having leprosy. The initial separation started at

2 years old for the child to have a good breast feeding from the mother, since early separation would increase infant mortality and malnutrition. However the risk of these children developing leprosy was also high, so the age was lowered to 1.5 years then 1 year and by 1930 it was decided that the baby will be separated right after birth.

The children will stay in the Balala Nursery up to 6 or 7 years old before they will be transferred to Welfareville Institution (Unit B) in Mandaluyong, where they have to live till adolescent when they can decide if they want to go back to their parents in Culion or live outside of Culion. It was believe that by this age the risk to acquire leprosy was lower compared to younger age group and in Welfareville they have no contacts with leprosy patients since those developing leprosy were either sent back to Culion or to Tala Sanitarium where they were admitted and treated as a case of leprosy.

Other children in Balala Nursery, upon regular examination by assigned physician (Dr. Casimiro Lara, a world renowned expert on leprosy in children) will be returned to their parents when leprosy is diagnosed before 6 years old or if they had suspicious lesions. They will stay with their parents in Culion and will undergo regular and thorough examinations and will be treated as a leprosy case once the disease is confirmed. The Balala Nursery became a laboratory for the epidemiological study for the development of leprosy in children. Other researches on chemotherapy (small doses of Avlosulfone) and role of BCG and Lepromin were also done.

The parents of the children admitted in the nursery were allowed to visit and see their sibling/s in front of a glass window every Saturday only. There was a policy of "no touching" and the nurse-maid will bring the children near the glass window for the parents to touch and kiss them on the glass. Food and fruits were brought by the parents but they have to be washed properly by the nursery staff before they are fed to the children.

Once the child is return to the leprous parentage for some reasons, there were reports that theses children experienced neglect and abuse from their parents, it took time for them to renew or start the loss bonding and intimacy, and many cannot cope on this reunion after years of separation where some children were reported to be battered and not allowed to go to school. This social consequences of poor family bonding and relationship are all brought by the policy of which the children have nothing to do with. About 2000 children passed the Balala Nursery and few had developed leprosy after they were sent back to the family and lived in Culion

Culion Leper Colony became the lead institution with San Lazaro Hospital in the quest for cure, various drugs and medicines and other modalities were researched using the admitted patients at various times. However it was the Ethyl Ester of Chaulmoogra Oil with 2 percent iodine (Mercado mixture) became widely used due to its promising efficacy. The oil was imported from India and was processed at the Culion chemical plant where it supplies the San Lazaro and other leprosy institutions or clinic and sanitarium. There were reported cure but the incidence of relapse was very high. The Leonard Wood Administration during the American regime was the golden period of leprosy research in Culion as it was fully supported by the government in terms of funding and human resources. When the Governor Leonard Wood died in 1927, the Leonard Wood Memorial Fund for the Eradication of Leprosy was incorporated in 1928 as a non-profit organization in support of leprosy research on Culion.

In 1928 an Evaluation Committee composed of experts from Philippine Health Service came to evaluate the achievements of Culion Leper Colony. The findings showed that despite significant provision of budget to improve living conditions in Culion and active campaign efforts to persuade leprosy patients to report voluntarily, few patients would self report for admission to Culion and significant number of far advance cases were still seen thus making transmission of leprosy unabated and perpetuating. That it was with difficulty to isolate and segregate them to Culion since families / relatives will hide the patients from examiners. One of the main reasons for low compliance and coverage of segregation of leprosy affected people is the geographical distance of Culion hindering or making visitation of relatives difficult considering the clannish nature of Filipinos. With this findings, in 1930 the commission recommended the regionalization of leprosy sanitarium (8 Sanitarium) thereby establishing: the Eversely Childs Sanitarium in the Visayas (Cebu), Central Luzon Sanitarium in Luzon, Bicol sanitarium in Camarines Sur-Bicol, The Santa Barbara Sanitarium in Iloilo, the Central Mindanao sanitarium in Zamboanga Peninsula, Cotabato Sanitarium and Sulu Sanitarium in Mindanao.

Sulfones became available after the World War II, after the successful implementation in Carville Leprosarium in Louisiana USA. It was considered "the wonder drug" of leprosy. By 1945 it was available in the Philippines for national implementation in all sanitariums, clinics and hospitals. There were significant cure in all sanitariums, such that by 1964 there was the passage of Leprosy Liberalization Law-allowing treatment of leprosy using Sulfone in OPD as home treatment of leprosy, thereby repealing the Leprosy Segregation Law. Patients in all sanitariums were allowed to leave after being declared "negative" and return to their provinces and origin and have the follow-up at the clinic

which is nearest to their residence.

However in Culion, despite the Leprosy Liberalization Law, very few of the patients who were declared "negative" would like to leave Culion. The following reasons were given on why a significant number of "cured" didn't leave and chose to stay in Culion: a) existing severe physical disabilities and limitations b) no more families to go home to because many were abandoned and had lost contacts and communications when they were sent to Culion c) no economic and livelihood opportunities for them in their home provinces especially if with disabilities and if its known that they came from Culion d) fear of stigma and discrimination from families, friends and communities because of leprosy and they came from Culion e) many were apprehensive and didn't know anymore how to live outside a leper colony /sanitarium. Living inside the leper colony became a way of life for many who found comfort, safety and peace among the "same kind" f) Incidence of relapse was high after being declared cure with dapson monootherapy and those relapsing had to be re-admitted to the sanitarium.

Although the patients are uprooted from their homes, families and friends and communities and sent to Culion to start their new life as "inmates", of living in a seemingly different environment, a hospital set-up in an island setting. The isolation was reinforced by the island, preventing to escape, where a currency or coins that can only be used inside Culion Leper Colony. The initial months to years will be a very important adjustment years both medically and socially. Loneliness and sadness consumed the patient, the whole day of counting the hours to days the days to weeks, the weeks to months and months to years, for having leprosy with no known cure and being sent to Culion is just a waiting game and for many it was their final home.

Christian religious missionaries (Catholic and Protestant) had turned those waiting and sad days to something socially productive, attending to the "human face" of leprosy. The Christian faith which is very strong among Filipinos and more so to the leprosy patients with no available cure for them would cling and hope to the Divine Almighty for miracle of cure and for a good life in Culion. The Jesuit fathers and the SPC sisters and the UCCP pastors brought hope, peace and serenity to the lives of the patients. The prayer devotions, the church activities and the Sunday mass were all occasions to make the patients feel they are normal and free.

The patients despite the sadness, misery, despair and hopelessness struggled to live a normal life amidst the abnormal environment. They worked hard as farmers and fishermen; they built their nipa houses for their families. Those with skills and talents in music joined the string or

brass band (The Culion Leper Colony Band). The Red Cross organizations and Scouting was very active.

Education formed a very special goal for the missionary priest and sisters who established elementary and high school within the colony to provide education to children of leprosy parentage. In the early days, the teachers were also the segregated patients who were teachers in their provinces before they were sent to Culion.

To handle the peace and order in the colony, local police force composed of “constables” who too are patients and were trained by a constabulary patient once active in the military before he was sent to Culion.

The patients continue to live and build a community of man, maintaining their dignity and humanity, amidst isolation and sufferings

The Pacific War was the most destructive and worse years of Culion. The Japanese occupiers are very afraid of leprosy patients. They have also leprosy patients in Japan and the Leprosy Prevention Law in Japan was implemented strictly, where patients should not go out of the sanitarium and mingled with “normal” populations. With the Japanese naval blockade of the Mindoro Strait, boat coming from Manila carrying food, medicines and supplies to Culion was stopped. From 1941 to 1945, there was a severe shortage of food and medicines and supplies forcing the administration to allow the patients to go out of the hospital to plant and fish and look for their own food for their survival. Many patients who were strong enough to paddle a banca went to different islands to barter food with whatever materials or possessions they have, others went farming. Since the Japanese had previously ordered them to be strictly in the hospital, there were reported incidents where Japanese soldiers shot leprosy patients seen looking for food in the neighboring island. Many patients died in Culion during the war, not by bullets but by starvation and had to be buried in a nearby lot close to the hospital in a mass grave for there are no people to bury them in the cemetery and with the many deaths everyday it becomes laborious to bury them one by one on separate grave. Just before the war in 1935 there were 6,928 patients in the colony, however after the war in 1945 what remains in the colony was only 1,791.

In 1982, The World Health Organization (WHO) recommended the use of Multiple Drug Therapy (MDT) as the standard drug for treatment of leprosy. It was a truly effective treatment that cures leprosy and the relapse rate is very low. It is safe, effective and free of charge. Culion was among the first to implement the treatment on a wider coverage of patients. The MDT treatment brought down the number of patients and reduces the transmission. A

total population sero-epidemiological assessment was done in 1992 following the significant decline in the leprosy prevalence and leprosy incidence in the island. In 1995, a chemoprophylaxis of the population using the results of the serologic assessment was done and in 1998, WHO has declared elimination of leprosy as a public health problem in Culion. Since 2002 up to the present there are no new leprosy cases detected from the populations of Culion. From a hyper endemic island for leprosy to an island free of leprosy, a “paradise regained”

In 1995, with leprosy on the decline, Republic Act 7193 was promulgated, making Culion Island a regular municipality, a regular local government unit in Palawan, ending its status as a sanitarium or a leprosy colony, where its people can now exercise their rights to vote for their local officials that were not exercised during the colony status of Culion. With the new Republic Act, the people now can participate and shape the destiny of Culion and its people by crafting local ordinances and manage the local resources far different when Culion was solely under the Philippine Health Service / Bureau of Health / Department of Health.

In 2009, Republic Act 9032 was enacted which expanded and transformed Culion Sanitarium into Culion Sanitarium and General Hospital which caters and serve the general health needs not only of Culion but the neighboring 4 island municipalities not just for leprosy but for emergency and other health needs .

The transformation of Culion Leper Colony into a regular municipality as with other localities in the Philippines and the expansion and transformation of the Culion Sanitarium into a General Hospital catering not only for leprosy services for leprosy patients but for the general health needs of the island municipalities, truly reflects the metamorphosis of Culion, its transformation from the isolation into integration. The descendants of the early settlers, the patients segregated and isolated here in Culion are now the doctors, administrators, nurse and other health staff of the hospital, from the descendants of patients who were recipient of care to now care givers. The Culion municipality as well, is run by both the descendant of the patients segregated and those of the pioneer health worker, a community built by leprosy.

Here then is Culion –an island and its people segregated and isolated by a government policy from the rest of the world because of a less understood disease, but it survive, a resilient and now a vibrant regular municipality.

Culion... an integrated normal community making its past history works for its brighter future, a meaningful journey from isolation to integration.

フィリピン共和国 (Republic of the Philippines) の概要

東南アジアの島国フィリピンは7,109の島々から成り立ち、熱帯モンスーン気候帯に属し、乾期（12月から2月）、暑期（3月から5月）、雨期（6月から11月）に季節分けされている。近年、経済成長が著しいが、都市部と地方の格差が大きく、貧困層対策には課題が多い。医療サービスの面においても、マニラ首都圏では近代的な設備を整えた私立総合病院で最先端の医療が提供されている一方で、地方都市では老朽化がすすみ、劣悪な衛生状態の医療施設も多く、安心して医療を受けられる水準には達していない。

フィリピンの基礎情報

- 面積：299,404平方キロメートル（日本の約8割）
- 人口：約1億98万人（2015年フィリピン国勢調査）
- 首都：マニラ（首都圏人口約1,288万人）
（2015年フィリピン国勢調査）
- 民族：マレー系が主体。ほかに中国系、スペイン系及びこれらとの混血並びに少数民族がいる。
- 言語：国語はフィリピノ語、公用語はフィリピノ語及び英語。80前後の言語がある。
- 宗教：ASEAN唯一のキリスト教国。国民の83%がカトリック、その他のキリスト教が10%。イスラム教は5%（ミンダナオではイスラム教徒が人口の2割以上）。
- 識字率：95.6%（2008年調査フィリピン国家統計局）

フィリピンの経済指標

- 主要産業（出典：フィリピン国家統計局）
農林水産業（全就業人口の約27%が従事）（2016年1月）
近年、コールセンター事業等のビジネス・プロセス・アウトソーシング（BPO）産業を含めたサービス業が大きく成長（全就業人口の約56%が従事）（2016年1月）
- GDP：2,920億米ドル（2015年・世界38位）（出典：IMF）
- 一人当たりGDP：2,858米ドル
（2015年・世界126位）（出典：IMF）
- 経済成長率：5.8%（2015年）（出典：フィリピン国家統計局）
- 物価上昇率：1.4%（2015年）（出典：フィリピン国家統計局）
- 失業率：6.3%（2015年）（出典：フィリピン国家統計局）
- 貧困率：21.6%（2015年）（出典：フィリピン国家統計局）

フィリピンの政治体制

- 政体：立憲共和制
- 元首：ロドリゴ・ドゥテルテ大統領
- 議会：上・下二院制
上院24議席（任期6年、連続三選禁止）
下院297議席（任期3年、連続四選禁止）
- 行政府：正副大統領はそれぞれ直接投票により選出
大統領：任期6年、再選禁止
副大統領：任期6年、閣僚任命権者は大統領
副大統領：レニ・ロブレド
外務大臣：ペルフェクト・ヤサイ
- 内政：2016年5月9日の大統領選挙で南部ミンダナオ島ダバオ市のドゥテルテ市長（当時）が当選。2016年6月30日にドゥテルテ政権が発足した。ドゥテルテ大統領は、違法薬物・犯罪・汚職対策・ミンダナオ和平を重要課題に掲げている。また、連邦制導入のための憲法改正を目指している。

フィリピンと日本の保健指標の比較

	平均寿命	妊産婦死亡率 (十万出生対)	乳児死亡率 (千出生対)	五歳未満児死亡率 (千出生対)
フィリピン	男 65.3	114	12.6	28.0
	女 72.0			
日本	男 80.5	5	0.9	2.7
	女 86.8			

出典：World Health Statistics 2016

国立ハンセン病療養所医療従事者フィリピン視察の目的

わが国の国立ハンセン病療養所の専門家（医師、歯科医師、看護師、リハビリテーション専門家他保健関連分野専門家）がフィリピンを訪問し、現地関係施設を視察する。

わが国の専門家が、現地の診察、検査など実地の手技を見学し、専門的知見を深め、また、関連する現地専門家と意見交換を行う。

上記交流を通じ、両国の専門家が双方のハンセン病にかかわる知識および情報を交換するとともに、本疾患制圧に対する取り組みを深化する。

わが国の専門家が、現地の患者、回復者および家族らとの面談を通じ、フィリピンにおけるこの疾患をめぐる差別、偏見などの現状を把握し、人道的取り組みの必要性への認識を深める。

わが国の専門家が、わが国の高齢化についての知見を現地専門家に伝達し、フィリピンでも進捗しつつある回復者らの高齢問題に対する示唆を提供する。

わが国の専門家が、世界保健機関（World Health Organization、以下WHO）西太平洋地域事務所（Western Pacific Regional Office、以下WPRO）を訪問し、同事務所の機能活動とわが国のグローバル・パブリック・ヘルスへの貢献状況を理解する。

世界のハンセン病をめぐる動きは、以下をご高覧下さい。

公益財団法人笹川記念保健協力財団HP

http://www.smhf.or.jp/hansen/about_hansen/

公益財団法人日本財団HP

<http://www.nippon-foundation.or.jp/what/projects/leprosy/about/>

WHO Global Leprosy Programme (GLP) のHP

http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/en/

日程

2016 (平成28) 年11月26日 (土) ~12月3日 (土)

日付	時間	活動内容		
11/26(土)	12:50	羽田空港集合		
	13:30	出発前ブリーフィング		
	15:05	フィリピン航空421便にて空路、マニラへ	Hotel Jen Manila泊	
	18:40	マニラ空港着		
11/27(日)	6:00	ホテルチェックアウト	Hotel Maya/Tabing Dagat Lodge泊	
	6:30	ホテル発		
	8:30	フィリピン航空2031便にて空路、プスアンガ島へ		
	9:25	プスアンガ空港着、陸路コロソ港へ		
	10:40	コロソ港より海路クリオン島へ		
	12:00	クリオン島到着、着後ホテルチェックイン		
	14:00~18:00	クリオン療養所・総合病院訪問 ・クリオンミュージアム見学 ・講義:クリオンの歴史とフィリピンのハンセン病対策プログラム概要 ・島内見学		
11/28(月)	8:45~12:00	クリオン療養所・総合病院訪問 ・島内見学 ・病院内見学	Coron Westown Hotel泊	
	13:30~15:00	笹川記念保健協力財団ブリーフィング		
	15:30	ホテルチェックアウト		
	16:40	海路コロソ港へ		
	16:40	コロソ港よりホテルへ		
11/29(火)	6:15	ホテル発	Hotel Jen Manila泊	
	8:25	フィリピン航空2032便にて空路、マニラへ		
	9:20	マニラ着		
	11:00~15:30	ホセ・レイエス記念メディカルセンター ハンセンズ・クラブ訪問 ・講義:ハンセンズ・クラブ概要と活動紹介 ・講義:ハンセン病回復者活動事例紹介 ・ハンセンズ・クラブの方々との交流		
	17:00~18:00	参加者意見交換会		
11/30(水)	9:15	ホテル発	Hotel Jen Manila泊	
	10:00~14:00	WHO西太平洋事務所訪問 ・講話:WHO太平洋地域事務局について ・講義:WHO 西太平洋地域におけるハンセン病 ・質疑応答		
	14:30~17:00	マニラ市内見学		
12/1(木)	6:45	ホテルチェックアウト	Radisson Blu Cebu泊	
	7:00	ホテル発		
	9:15	フィリピン航空2849便にて空路、セブ島へ		
	10:25	セブ空港着		
	12:00~17:00	エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院訪問 歓迎昼食会 ・講義:エバースレイ・チャイルズ療養所紹介とハンセン病概要 ・講義:エバースレイ・チャイルズ療養所の動向と今後の方向性 ・講義:エバースレイ・チャイルズ療養所のハンセン病管理 ・療養所内見学		
	7:00	ホテル発		Radisson Blu Cebu泊
	8:00~9:00	フィリピン保健省第7地域事務所表敬訪問		
9:30~13:30	レオナルド・ウッド記念セブ・スキングリニック訪問 ・講義:フィリピンおよび世界のハンセン病 ・講義:ハンセン病疫学 ・診断、検査手技見学			
14:00~15:00	マンダウエ市保健事務所訪問			
12/3(土)	5:00	ホテルチェックアウト		
	5:30	ホテル発		
	8:00	フィリピン航空434便にて空路、成田へ		
	13:40	成田空港着 解散		

面談者・訪問先(地図)

クリオン療養所・総合病院／資料館

–Culion Sanitarium and General Hospital/Museum

Dr. Arturo Cunanan Jr. (Chief)
 Ms. Aquino (Chief, Nursing Dept)
 Maria Luz M. Gante (Executive Assistant)
 Donna Gacasan (Physical Therapist)
 Pastor Villanueva (Tour Guide)
 入院患者、ボランティアの方々

WHO/WPRO

–The World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

結核ハンセン対策課長 錦織信幸博士

ホセ・レイエス記念メディカルセンター ハンセンズ・クラブ

–Jose R. Reyes Memorial Medical Center, Hansen's Club

Dr. Ma Luisa A. Venida (Advisor/Consultant)
 Dr. Abeila A. Venida (Consultant)
 Dr. Elaine Marie Gutierrez (Resident)
 Dr. Ma. Christina Gulfan (Resident)
 Dr. Katherine Joy Sayo-Aguiling (Resident)
 Mr. Jose Quitasol (President, Hansen's Club)
 Mr. Alan Ceniza (Advisor, Hansen's Club)
 ハンセンズ・クラブの方々約100名

エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院

–Eversley Childs Sanitarium and General Hospital

Dr. Lope Ma. P. Carabana (Chief)
 Dr. Carol Lourdes H. Carabana (Head, Public Health Unit)
 Ms. Nancy Roma-Sabuero (Social Welfare Officer)
 療養所職員、入院患者の方々

レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック

–Leonard Wood Memorial, Cebu Skin Clinic

Dr. Marivic Balagon (Executive Director)
 Dr. Armi Maghanoy (Acting Chief)
 Mr. Junie Fernandez Abellana (Medical Technologist)
 Ms. Florenda Orcullo (Medical Technologist)

フィリピン保健省第7地域事務所

–Department of Health RO7

Dr. Sophia Mancao (Assistant Regional Director)

マンダウエ市保健事務所

–Mandaue City Health Office

Dr. Edna R. Seno (Department Head)



訪問記録 1. クリオン療養所・総合病院

Culion Sanitarium and General Hospital



アギーラの丘からの眺め

住所 Culion, Palawan 5315, Philippines

電話番号 (+63) (02) 928 281 2276

ホームページ <http://culionsanitariumandgeneralhospital.com/>

米国統治下、米国での隔離政策にならい、1906年、クリオン島にクリオン療養所が完成した。1920年ごろには、入所者数5,000人を超える世界最大規模のハンセン病療養所となり、1935年には最大入所者数6,928人を記録した。1964年の解放法令採択に伴い、クリオン島は一般社会に開放され、患者・回復者の家族や親族も移住してくるようになり、1992年には一地方自治体と位置付けられた。2006年5月には、日本財団／笹川記念保健協力財団の支援を受けてクリオン島の歴史を保存するべく、クリオン資料館が開館した。2009年にはクリオン療養所は保健省所管の総合病院となり、50床の一般病棟が設けられた。

1-1. クリオン訪問

国立療養所長島愛生園 義肢装具士 入江 弘

フィリピン研修出発に先立ち、喜多悦子理事長（笹川記念保健協力財団）より、「あなた方は日本の代表として行くのですから、無事故で責任ある行動をお願いします。日本は、戦争（太平洋戦争）で、フィリピンの国民に多大な犠牲とご迷惑をお掛けしたことも、心に留めておいてほしい。」との、お話があり羽田空港を出発し、夜マニラに到着しました。

2016年1月には、天皇后陛下がフィリピンに慰霊の訪問をされた年でもあり、何か歴史的な思いを感じる訪問となりました。

研修2日目は、クリオンで昼食の時、クリオン総合病院院長クナナン先生にお会い出来、長島愛生園の石田さん（自治会役員）と田村さん（歴史館学芸員）のことを伝えると、クナナン先生は、4年前に愛生園を、ご訪問されたこともあり、よく覚えてますと応えてくださいました。私もその時、病棟の廊下ですれ違った記憶があり、親しみを感しました。午後から、クナナン先生の講義があり、クリオンの歴史や時代背景、ハンセン病治療などの研修を受けました。その後、歴史ツアーでミュージアム（歴史館）を見学し、患者会の代表や語り部の方から、クリオン療養所の歴史について説明がありました。昔、日本の療養所でも治療に使用されていた、大風子油、大風子の実、療養所内でしか使えないお金、医療機器などが多数展示されていました。

研修3日目の朝、クリオンの夜明けです。愛生園の日の出と同じように、島と島間の水平線から、大きな太陽が力強く登って来て、私は思わずカメラのシャッターを切りました。クリオンに来て、素晴らしい日の出を見ることが出来ました。朝食後クリオン総合病院を見学しました。クナナン先生をはじめ、医療スタッフの方が丁寧に案内していただき、各科を回り病棟を見学するころには、昼食の時間になりました。私は、看護師長さんに「手のご不自由な方はいませんか、愛生園で使用しているスプーンとフォークの自助具を、お持ちしました。よろしければ装着してあげてもよろしいですか。」と、お

聞きしました。看護師長さんは、数名の患者さんを紹介していただき、上手に自助具を使って食べていただきました。皆さんの笑顔で喜んでくださる姿を見て、クリオンに来て少しでも、お役に立てることができて本当に良かったなと思いました。

1935年、長島愛生園、初代光田健輔園長は、フィリピンの世界最大のハンセン病療養所であるクリオン島を訪れ、この療養所をモデルに日本初の国立療養所として、長島愛生園を開園しました。現在ですら、東京からマニラまで飛行機で約5時間かかります。さらに、クリオン島までは飛行機や車や船を乗り継いで行かなくてはなりません。1935年当時の時代背景を考える時、気象観測や交通の便が悪く、まさに命がけの渡航であった事は言うまでもありません。光田先生は、クリオンを視察して、日本のハンセン病患者を何処に、どの様に收容したら良いか、国からの支援があるのか、職員の確保ができるのか、住宅のこと、水や食料の供給についても最善の地を選び、国立療養所として長島愛生園を開園しました。また、本土から長島に水道を引き、災害なども考慮して島で自給自足できるように比較的元気な患者さんは、牛や豚の飼育、畑や果樹園をつくり、野菜や果物の栽培や不自由な患者さんの身の回りのお世話をしていました。国の予算も厳しい状況で、職員の数も少なく、入室患者の付き添い、給食調理、洗濯、大工、左官、清掃などの他に、亡くなった方の火葬までも園内



手製の自助具（スプーン・フォーク）をプレゼント

で行い協力し、助けあって療養生活を送っていました。

クリオンには、現在、2万人の二世、三世、四世、の方々が生
活されていて、島の中で小さなお店や漁業、農業、乗合タク
シー等々、クナナン先生のように医療人として、クリオンの医
療を支えている人、学校に通っている子供たちもいます。わず
か、24時間の滞在でしたが、同じ、地球^{ほし}に住む人間として、
国や言葉は違っても、クリオンの方々の家族の絆と心の大切
さを学ばせていただくことができました。近い将来、クリオ
ンは世界一のハンセン病の島から、世界一の夢と希望の楽
園の島へと変わって行くことでしょう。

親愛なるフィリピンの皆様、クリオンの皆様のご健康と更な
るご発展をお祈り申し上げまして、クリオン訪問のご報告とさ
せていただきます。

この度の、フィリピン研修を企画してくださった笹川記念保
健協力財団 喜多理事長、星野さま、三賀さま、小笠原さま、
厚生労働省、フィリピン政府、WHO、愛生園、その他の関係
者の皆さま、クナナン先生をはじめ訪問先の皆様々に心から
感謝申し上げます。ありがとうございました。

帰国後、岡山大学医学部 大塚愛二医学部長（大学院医歯
薬学総合研究科）教授に、ハンセン病療養所医療従事者
フィリピン研修の報告をしました。WHO世界保健機関西太
平洋地域事務局の錦織信幸先生から、ハンセン病は日本で
は年間数名しか発症してないが、世界では年間21万人以上
発症している。これからの医学生は、ハンセン病の診断方法
について学んでいただきたいと言われていました。WHOには

広島大学の医学生が2名研修に来ていましたとお伝えしま
した。大塚先生は、ハンセン病の診断は重要です。日本では研
修の機会がないので、岡山大学では、ミャンマーやタイでハ
ンセン病の研修を受けているとの事でした。

追伸

私は、今回のフィリピン研修で、フィリピンのハンセン病施設
には義肢装具士がいないと聞きました。日本の国立ハンセン
病療養所は、私の記憶では、1950年頃、愛生園に前任の西
岡哲生（当時、義肢工）氏が着任し、入所者の義肢装具、自
助具の製作をしていました。1952年頃、呂久光明園に西田
富雄（当時、義肢工）氏が着任し、西田氏は、当時の厚生省
と他の12の園にハンセン病療養所には義肢装具を製作する
技術者が必要である事を説明し、その後、各園に義肢工作
室が誕生したと聞いています。1988年に、義肢装具士法が施
行され、国立ハンセン病療養所に1名～2名の義肢装具士が
配置されています。

フィリピンのハンセン病療養所に義肢装具室を設置してフィ
リピンの若い人に技術を習得していただきたいと思います。今
のままでは後遺症で苦しんでいる人の状態は変わらないと思
います。今の生活環境に慣れている人も確かにあると思いま
すが、少しでも環境や状態を変えてあげることでその人の生活
が大きく変わることもあります。愛生園でも履物を少し改良す
る事で楽に歩けるようになりましたと、喜んでくれています。

日本のハンセン病療養所は終息に向かっていきます。これから
は技術支援のことも考えてはいかがでしょうか。



愛生園日の出



クリオン日の出

1-2. 「絶望の島」から「希望の島」へ変貌した クリオン島視察

国立療養所大島青松園 看護師 谷川 貴浩

身近に感じたクリオン島

気温30℃湿度80%の猛暑日の中、マニラのホテルから車でニノイ・アキノ国際空港に向かった。マニラの交通事情は信号機が殆どなく常に渋滞といった環境であることと、マニラ郊外を抜けると町中見回す限りスラム街を想像するような街並みが多く広がり、異次元に来たような感覚であった。飛行機で1時間、車で1時間、船で1時間、合計約4時間を經由してクリオン島に向かった。船から見る景色は綺麗な海が一面に広がり、多数の島が浮かぶ景色が広がっている。あれっ？この景色どこかで見覚えがあるなと感じた。私の勤務している大島青松園は瀬戸内海に浮かぶ小さな離島にある療養所であり、通勤船にて20分かけて通勤している。通勤船から見る景色は綺麗な海が一面に広がり、多数の島が浮かぶ景色、瀬戸内海によく似た景色であり、上陸前からクリオン島に親近感を覚えてきたと同時に、大島青松園の入所者と同様に船で、強制収容された当時の心情を考えると心が痛んだ。クリオン島に上陸すると車の荷台に4、5人が乗りこみ、風を切りながら移動した。港から山手に移動すると直ぐに「WELCOME BARANGAY LIBIS」という文字の入った白い門が目に入る。その門は、かつて患者区域と医療従事者の居住区域を分けた門ということを知られ、上陸直後にクリオン島の歴史に触れることが出来た。かつて世界最大のハンセン病の施設で「廃者の島」「絶望の島」などと呼ばれ、日

本初の国立療養所長島愛生園（岡山県）の構想にも大きな影響を与えたといわれているクリオン島の視察には今回の研修プログラムの中で大変興味があった。

クリオン島の歴史

到着後、医師のDr. Arturo Cunanan Jr.（以下「Dr. Cunanan」という。）がクリオン島の歴史について説明された。Dr. Cunananはクリオン療養所・総合病院院長であり、ハンセン病患者を祖父母としてクリオン島で生まれた第3世代であり「自分がこの島で生まれ育ったので、何かこの島に恩返しをしたい」との思いでハンセン病の啓発活動も精力的に行っており、最初のフィリピン視察研修の計画にあたりDr. Cunananが厚労省に一生懸命働きかけた功績があったため、このフィリピン視察研修が実現できたと笹川記念保健協力財団担当の方から聞いた。

クリオン島は、1906年アメリカの統治下のもとハンセン病患者の隔離と療養を目的として最大時約7,000人もの人が収容され、世界で最大規模の療養所となった。フィリピンは多民族国家であり、クリオン島ではフィリピンのすべての文化、食べ物、衣装が集結してミニフィリピンが完成したらしい。結婚は可能であったが、当時は遺伝性であり子供は産まないほうがよいという考えであった。しかし宗教の強い国のため、中絶は禁止であり子供を施設（「バララ保育園」隔離島の中での



海で泳ぐ子供たち



区域を分けていたゲート

隔離) や、クリオン外の親類や養子を条件に出産する事ができた。日本では患者が子孫を残さないように「断種」や「墮胎」「人工中絶」が行われてきた歴史があり、親子が引き離されたクリオン、産むことが許されなかった日本、両者とも当時の人間を無視した間違った政策のもとでハンセン病の歴史の汚点であると思う。

1952年には隔離法廃止、1964年には外来治療を定める法令が制定。1974年には離れていた家族とも住めるようになった。背景には、フィリピンは家族主義が強いため発病しても家の中で隠して生活していたため、家族への感染率が高かった。日本では1996年にらい予防法が廃止となり、先進国である日本が治療で治る病気であるにも関わらず隔離政策が続けられ、らい予防法の廃止が遅れたことは世界的に見てもとても悲しい事である。

クリオン島歴史ツアーにて島内を案内してくれた時に感じた事は、若者が多いことであった。学生とすれ違った際に写真撮影をお願いしたところ、恥じらいながら笑顔で承諾してくれた事、すれ違う島民すべての人が笑顔で挨拶してくれた事など、とても印象深い光景であった。クリオン島の雰囲気を一言で表すとしたら「生き生きしている」ということである。島民の平均年齢は18歳だと聞いて驚いた。

リーダーの出現

クリオン島の歴史を見ると1990年に入って自分達の未来は自分達の手で築いていくべきであるという考えが生まれ、保健省からお金を与えてもらうのではなく、自分達の市民としての権利を行使するために地方自治体になりたいということで、大きな働きかけにより、1995年保健省直轄のハンセン病療



恥じらう学生

養所から地方自治体となり現在はクリオン市となっている。一番最初の市長は、長い間クリオン島で教育に力を入れていた第1世代のヒラリオン・ギア氏であり、「自分がこのクリオンを変える」と大きな島を隈なく歩いて一人ひとりに話を聞いて「自分がこのクリオンを変えるからは是非ともこの市長にして欲しい」と立候補して一番最初の市長となった。大きなリーダーが出てきてクリオンの進路が変わり、今は普通の市となり観光化も進められ「絶望の島」から「希望の島」と変貌した。これも当時の島民が、いつまでもハンセン病の島でいたくないというコミットメント(責任をもって関わること)があったからだと思う。

おわりに

現在の日本では超高齢化という問題が最優先課題となっており、日本の療養所は平均年齢84.8歳(平成28年11月末現在)である。かつて「隔離政策」「断種」「墮胎」「人工中絶」など、日本の国の政策の過ちにより家族と強制的に離れ離れにされ、子孫を得ることも許されなかった日本の厳しい現実の心情を理解し、「隔離政策」により社会復帰が遅れ、後遺症を持ったまま高齢となった。現状では、エンドオブライフをはじめとする高齢者ケアを家族同様にに関わり、どのように行うかが今後の私達職員の責務であり、今後フィリピンや世界のハンセン病においても非常に重要な問題になると思う。フィリピンや世界のハンセン病の将来に備えたエンドオブライフをはじめとする高齢者ケアの明文化など、全国療養所13施設とのネットワークの構築、情報交換が急務となると思う。笹川記念保健協力財団の理事長の喜多悦子先生は「見た人の責任、見た事により、ある種の責任がある」と話をされていた。今回のフィリピン視察研修に参加して見たこと自分が体験したことを今後ハンセン病に関わるすべての人に伝達し、今後のハンセン病に携わる人材育成の重要性を学んだ。

謝辞

今回のフィリピン視察研修の機会を与えてくださった厚生労働省各位、笹川記念保健協力財団の理事長の喜多悦子先生、星野奈央様、三賀知恵美様、小笠原薫様、Dr. Arturo Cunanan Jr.、ツアーガイドのPastor, Donnaに深く感謝いたします。

1-3. マニラの南西320Km、 パラワン州の北部に位置する島

国立療養所 宮古南静園 看護師 今里 憲太郎

クリオン島は当時人々の居住地から離れ孤立していること、また人が行きづらい場所であるとともに、患者が逃亡しづらい場所であることが条件であった隔離施設に選ばれ、1906年、この地にハンセン病療養所がつくられた。マニラから飛行機で1時間でブスアンガ島へ到着。陸路でコロンという港町まで小1時間かけて移動し、小型船に乗り換え1時間。当時は移動するのにもっと時間がかかったであろう。クリオンまで移送される間、患者はどのような思いを抱きながらこの島へ来たのだろうか、穏やかな海を進む船の上で思いを馳せた。日本においても、「ハンセン病の根絶」が国策として掲げられ、患者は社会から強制的に隔離させられた。就学前から、親や兄弟のもとを離れ、人里離れた見知らぬところでの生活を強いられた。どれほどの不安、寂しさを感じ、絶望感に襲われたであろう。そんなことを考えた。

島に着き一番に感じたのは、島に住む人々の「活気」だった。広いとは言えない島のメインストリートを手やバイクで駆け抜けていく若者や、空き地で遊ぶ子供たち。笑顔で手を振ってくれ、親しげに話しかけてきてくれる素朴さがとても印象的だった。かつては「生ける死者の島」「廃者の花園」と呼ばれていた島とは想像し難い。フィリピン人口の多くを占めるカトリック教徒の反発もあり、断種や中絶は撤回されたため、クリオンでは多くの子供が誕生したが、家庭内感染を防ぐため、生後間もない乳児たちは親元から引き離され育てられた。1940年代にプロミンの出現により多くの患者は「陰性、もしくは治癒」の診断を受け、1964年には隔離法は廃止された。1974年には離れて暮らしていた家族もこの島で生活できるようになった。現在クリオン島では回復者や医療従事者の3世、4世が生活しており、平均年齢は18歳といわれている。一方日本では、ハンセン病を根絶するため患者が子孫を残さないよう断種や中絶を強要されてきた。そのため、日本のほとんどの回復者には子供がいない。親兄弟とも引き離され、子や孫を持つこともなく、社会と断絶された生活を余儀なくされてきた。長年の社会からの隔離が、回復者の心に大きな傷を残し、回復者自らが社会との距離を置いてしまっている部分もある。病気としての世界制圧が近づいているハンセン病だが、差別と偏見はいまだに根強く残っている。自分がハンセン病療養所に勤務が決まった時に、「うつらないのか?」と聞かれたことがあった。医療従事者である我々は、ハンセン病は感染力も弱く、治癒する疾患であると理解しているが、はたして一般の市民がどれだけハンセン病のことを理解できているのだろうかと思う。クリオン島からマニラに戻った後、ホセ・レイエス記念メディカルセンターのハンセンズ・クラブプログラムに参

加させていただいたときに、ある少年の話を聞くことができた。彼は肌の色は浅黒く、鞍鼻などの症状もみられた。学校でいじめにあたりしていないか、とても心配になったが、「ハンセン病のことはみんなに話しているし、うつりにくいこととか、治療で治ることなどの話をしたから、みんな理解してくれている」とのことであった。彼は、参加しているハンセンズ・クラブで自分の病気について学ぶことができ、周囲の人々に自信をもって、自ら話をすることができたのだ。ハンセン病に対する理解を深め、偏見や差別について考える機会を、地域に根差したレベルで、多くつくっていくことが必要であると思った。ハンセン病療養所に勤務する我々は、差別を受けたハンセン病回復者の肉声を聞くことができる最後の世代であると思う。ハンセン病にまつわる悲劇の記憶や歴史を風化させず、どのように歴史を保存し、語り継いでいき、あらゆる差別や偏見のない社会の実現に生かしていけるかということが、私たちに求められているものではないかと思う。日本のハンセン療養所入所者は、高齢化が進み、平均年齢はおおよそ85歳ともいわれている。いわれなき偏見や差別をうけ生きてきたい、残された時間をいかに「生きがい」を感じ生きていくか、偏見や差別の中でかなわなかった願いを叶えることができるか、「生きてきて良かった」と思うことができるような関わりをもっていきたい。フィリピンでの研修を通して、各施設において、ハンセン病の診断を受けたり、実際に治療中である患者さんや従事している医療者の方々と関わることができ、日本では経験できない貴重な体験をさせていただいた。この研修を通して感じたことを大切に、回復者の生活を支えるとともに、ハンセン病の啓発と、今なおハンセン病で苦しんでいる人々のために貢献していきたい。

最後に、この研修を企画・催行していただいた、喜多理事長はじめ笹川記念保健協力財団の皆様、クリオン療養所・総合病院の院長Dr. Cunananそして各施設の関係者の皆様、患者の皆様へ深く感謝申し上げます。



荷台での移動も楽しい体験

訪問記録 2. ホセ・レイエス記念メディカルセンター ハンセンズ・クラブ

Jose R. Reyes Memorial Medical Center, Hansen's Club



住所 Rizal Avenue, Sta. Cruz, Manila 1003, Philippines

電話番号 (+63) (02) 7436920

ホームページ <http://www.jrmmc.gov.ph/>

ホセ・レイエス記念メディカルセンターは1948年にサン・ラザロ病院の皮膚・腫瘍センターから独立しハンセン病療養所として開設された。現在は総合病院としての機能を兼ね備えているマニラ中心部の病院である。2013年に皮膚科ホセ・レイエス記念メディカルセンターのハンセン病患者への取り組みとして「ハンセンズ・クラブ」が創設された。ハンセンズ・クラブの使命は、ハンセン病患者、回復者の自立支援、公衆衛生問題としてのハンセン病の制圧、社会の正しい認識の醸成などである。ハンセン病患者、回復者、医師、看護師やハンセン病のアフターケアにかかわる医療スタッフが、ハンセン病患者・回復者グループの会合やリハビリテーションを兼ねた手芸等の活動を実施している。

2-1. ホセ・レイエス記念メディカルセンターの ハンセンズ・クラブ

国立療養所多磨全生園 看護師 松本 江里子

ホセ・レイエス記念メディカルセンターへ到着しバスを降りると多くの人が病院を訪れており、前の人に着いて行かないとはぐれてしまいそうな程であった。建物の中に入ると、スタッフの方が案内してくれた。そこには、多くの会員の方が集まり拍手で私たちを歓迎して下さいました。緊張した様子の方も居れば、笑顔で話しかけて下さる方もおり、様々であった。

はじめに挨拶や講義があり、その途中にはクリスマス会が行われ抽選で景品をもらったり、クリスマスの歌を歌ったりと楽しそうな会員の方々の様子を見ることが出来た。

講義が終わると、4つのグループに分かれ会員の方の話が聞けることが出来た。まずは、私たちの自己紹介から始まった。1人が英語で自己紹介をし、それにつられて私も英語で簡単な自己紹介をしたが、通じるのか不安だった。しかし皆さん真剣に聞いてくださって、頷いてくれた。それから、私たちからの質問にも快く答えてくれた。その中でとても驚き印象に残った事があった。家族6人で参加しており、父親、子供3人がハンセン病と分かり治療をしているという事だった。父親が最初にハンセン病だと分かり、家族も検査をしてみると子供3人もハンセン病である事が分かった。

ハンセン病になり嫌な思いをしたことはあるかという質問で、その家族の父親は、私が想像もしない事を話してくれた。ある時、街を歩いていると通りかかった女性に嫌な目で見られたことがある。しかし、自分の妻の方がもっと美人だからそんなのは気にしない。また、フィリピンの電車はいつも混んでいるのだが、どうしても前に進まなければならない。そんな時、帽子を取り、「俺はハンセン病だぞ」と言うと皆が道を開けた。嫌なことをされて

も、自分はハンセン病になったのだから仕方がないし、薬を飲めば治ることを知っているのだから、そんなのは関係ないと明るくポジティブな発言をしていた。

私はハンセン病療養所で働いてきた中で、入所者の過去や辛かった出来事などを聴くことがあったが、どれもこんなことがあって本当に辛かった、嫌な思いをした等で前向きな発言はほとんど無かった。国民性もあるかと思うが、フィリピンのハンセン病患者さんの話を聞き、前向きに考えている事が多く驚いた。ハンセン病である事を利用しての様に思えた。勿論、明るくポジティブなだけでなく、父親は娘が内服により身体が黒くなってしまった事で学校に行けなくなったと言っていた。また、ある女性は病院に行きハンセン病だと分かると医者が気持ち悪がって何もしてもらえず、辛い思いをしたと言っていた。世界では、ハンセン病についての啓発活動などがされているが、まだ十分に行きわたっておらず正しい理解がされていないのだと改めて感じた。今回の研修を通し、日本ではほとんど見る事の出来ない治療中の患者を実際に見て、話しを聞くことが出来た。資料などでは患者の写真を見ることがあったが、実際に治療中の患者の姿を見て衝撃を受けた。また、差別を受け辛い思いをしながらも明るく前向きに生きている姿を見て、その人の事を知り理解し寄り添う事ができたと感じた。そして今回の学びを、まずは当園の職員にしっかりと伝え、今後自分に何が出来るか模索しながら啓発活動を行っていきたい。

また、私は今回初めて海外へ行かせて頂いたのだが、研修期間中に現地の方が話しかけてくれても、簡単な単語しか返せなかったり、分からないと笑って誤魔化してしまったりすることもあった。言語が分かっていたら、もっと理解を深めることが出来たのではないかと、相手の事をもっと知る事も出来たのではないかと感じた。他にも、日本で生活していて当たり前の事がフィリピンではそうでない等、文化や生活に触れて驚くことも多くあった。今まで、海外に行く事は無いのではないかと考えていたが、今回の研修を通して日本だけでなく世界を観て学びたいと思った。今後、様々な国の言語や歴史など学んでいけたらと思う。

最後に、今回の医療従事者フィリピン研修を企画して頂いた厚生労働省関係者各位、笹川記念保健財団 喜多悦子理事長、星野奈央様、三賀知恵美様、クリオン療養所総合病院Dr. Cunananならびに多磨全生園スタッフの方々に深く感謝いたします。



ハンセンズ・クラブの会員の方と一緒に

2-2. ホセ・レイエス記念メディカルセンターと ハンセンズ・クラブ

国立療養所長島愛生園 放射線科 診療放射線技師長 小畑 慶己

研修4日目(平成28年11月29日) 早朝からコロンの街を出発して、フィリピンの首都であるマニラに移動しました。そこで訪れたのが、市内にあるホセ・レイエス記念メディカルセンターです。首都マニラの中心部、保健省のすぐ隣に位置する。1948年開院時の院長名をもつこの病院はフィリピンで最も古い歴史を持つハンセン病療養所として開設された。現在ではその他のハンセン病療養所と同様に総合病院としての機能を兼ね備えている。今回訪問した4つの療養所のうち、最も多くの診療科を持ち、たくさんの患者が受診していた。

マニラの中心部の総合病院ということもあり、診察を待つ患者が廊下に溢れている中、皮膚科医師に誘導され皮膚科外来に至ると、さらに奥に、ハンセン病疑い患者など、ハンセン病専用待合室と診察室があった。

同センターの研修室に案内され、Dr. Cunanan(クリオン療養所・総合病院の所長・院長)とDr. Joy(皮膚科医師)より、フィリピンにおけるハンセン病の現状と取り組み、ホセ・レイエス記念メディカルセンターの取り組みとハンセンズ・クラブ(ハンセン病患者のアフターケア)の活動について、講義を受けた。

また、ハンセンズ・クラブ会長より、自身のハンセン病発症から治療・リハビリ状況・回復者としてハンセン病に対する啓発活動についての体験談の講義・説明を受けた。

講義の後には、ハンセンズ・クラブの方々や昼食を取りながら実際に交流する機会を設けていただきました。フィリピンのハンセン病患者の方々への生の声を聴くことができ、大変貴重な経験をさせていただきました。ハンセンズ・クラブの方々のお話から、偏見や差別はまだ根強くあり、ハンセン病と診断された方々は、現在もお辛い思いをしていると伺いました。ハンセン病と診断され、仕事を辞めることになった方、就職する前に行う健康診断でハンセン病と診断され就職出来なくなった方、近所の方から非難を受ける方、学校に通えなくなった方等、様々な話を伺う事が出来ました。また皮疹を隠すために、長袖の服を着ている方も多くいました。

ハンセン病は、手足・顔等の目につく部位の変形、皮疹や、らい反応による熱こぶ等、外見上で判断されてしまい、どの国でも忌み嫌われる病気であると、改めて思い知らされました。偏見や差別をなくすためには、病気に対する正しい知識と理解が必要となります。多くの人に理解してもらえるような啓発活動が必要で、一人の人間として基本的人権を尊重できるようにしていかなければいけないと強く感じました。

日本でのハンセン病は新患者数が年間数名以下といわれ、その

大半が外国からの渡航者であるがゆえに、新たな患者の診断や治療の機会は皆無に近い状態であり、狭義でのハンセン病制圧は実現しました。しかしながら、家族とのつながりや世代のコミュニティがない日本の回復者は、障害を抱えての高齢化という問題に直面しています。またその一方のフィリピンでは、患者・家族・世代とともに回復者は共存していますが、将来的には彼らも日本と同様の経過を辿ると考えられるために、これら相互を補完すべく世界レベルでの人事交流(日本での高齢化対応・フィリピンでの治療対応を提供する機会)が実現すれば、より有意義な情報交換や共有ができるのではないかと考えられます。

今回の研修を通じて、家族そして他者への教育、情報伝達をどのように行えばよいのか、また、地域におけるハンセン病に対する啓発活動を継続することの重要性を認識した。偏見や差別という、病人以外に発する心の動きを、できるだけ生じさせない、最小限にするためには、どうすればよいのか。日本では終焉したように思われているハンセン病だが、偏見や差別の面は根強く残っているし、世界では、まだまだ、病気そのものも進行形である。ハンセン病は、早期発見と早期治療により完治する病気だと、社会に向かって広報し続けること、すべての人々が、この病気を正しく認識するための啓発活動はまだまだ必要なのだと改めて認識した。

日本は、新規の患者がほとんどいない状況で、ハンセン病を知らない人が増えている状況となっていると感じます。自分が出来ることは、この研修での学びを大勢の人に知ってもらうこと、そのため自施設での伝達から始めて行こうと思っています。

謝辞

研修全般でお世話になりましたクリオン療養所・総合病院の所長・院長 Dr. Cunananはじめ、笹川記念保健協力財団理事長 喜多悦子先生、同ディレクター 星野奈央さん、同チーフオフィサー 三賀知恵美さん、同プログラムオフィサー 小笠原薫さん、厚生労働省の関係者各位、現地の研修受け入れ施設の皆様方に深く感謝申し上げます。



医師の解説を得て、治療中の方々の生の声を聞く

2-3. 海外研修に参加して

国立療養所宮古南静園 看護助手 花城 正信

初日マニラに到着して驚いたのは、人の多さ、若者が街にあふれている事、活気にあふれている様に見えた。しかしゴミが街に散乱し、排水の悪臭をすぐに感じた。自分勝手な様にみえる交通渋滞、激しいクラクションの音がなりやむことなくあちこちから聞こえる。よく事故らないと感心した。

ホテル入口には、麻薬犬らしき犬、金属探知機のセキュリティー日本とはちがう雰囲気に初の海外を感じた。

ホセ・レイエス記念メディカルセンターでは、ハンセン病患者の治療、ハンセン病の制圧、公衆衛生問題、偏見問題、社会のハンセン病に対する認識、社会復帰の問題、教育機関との連携、患者同士の交流を図りストレスの軽減など、さまざまなサポートが行われており、私達はクリスマス交流会に参加をした。最初会場に入った時にさまざまな年齢層の参加者がいるのにびっくりした。交流会では、皆さん明るい表情で交流会を楽しんでいる様子だったり、ハンセンズ・クラブの話し合いを通してハンセンズ・クラブを頼りにしたり、心のよりどころになっている様子うかがえた。日本でも13園の交流は盛んに行われているが、日本で見られる交流の風景とはまた違って見えた。また、現在も感染があることも、ある家族の例で報告された。私のハンセン病に対する認識は感染力が弱い病気、ハンセン病はそろそろ撲滅をむかえるという認識しかなかった。私には驚愕の事実であった。

ある家族の感染例が報告された。まず父親の感染が判明し、その時父は、私は悪魔に呪われていると信じていたとの報告があった。その後検査を行い家族も感染が認められた。娘二人、息子一人、家族四人、父親からの感染と思われ、治療中であるとの紹介があった。家族四人とも薬の反応で全身黒ずんでいる。私は治療中の方の生の姿を見たことがなかったのでさらに驚いた。何も知らない普通の人が見れば怖がられてもしょうがないかも知れないと感じた。またある例では、自宅からの通院で治療が行われている方がらい反応にびっくりし、医者を疑い薬を捨ててしまう、などの報告もあり、病気の認知や教育の必要性を改めて感じ、ハンセン病の撲滅や偏見、差別の問題が一筋縄ではいかない事も実感した。また、私の頭からはストリートチルドレンや、街中の散乱した塵、川の汚れなどの光景が離れず、公共衛生、病気、薬物問題、教育、貧困と国全体で取り組むべき問題が山ほどあると思った。

ハンセン病クラブはハンセン病を克服された方（回復者と呼んでいる）も活躍をされていた。フィリピンは

7,000もの島々からなっているため、病気だと分かっても交通の不便さや、貧困などの理由で治療が受けられない患者も多いという。そこでハンセン病クラブでは、医者や回復者などが地方に出向いて病気の診断を行い、治療を行うようにすすめるなど回復者ならではの視点で患者と接し回復者が患者をサポートをしたり、また回復者が社会貢献できる場を作りだし、社会復帰がスムーズに行えるよう職業訓練等を行っている。日本でも元入所者が啓発活動などを行ってはいるが、ハンセン病クラブの活動が、患者のストレス解消や治療に貢献しているのは素晴らしいと思う。しかしその半面ハンセン病の克服は、さらなる研究や啓発活動など、時間が必要だと感じた。

交流会には、若い人も何人かいたので、将来不安はないですかと質問したところ、「今の職場に病気の事を秘密にしている。職場に分かってしまいとどうなるか怖い。将来、彼氏が出来て子供が出来た時にどうなるのか不安だ。」などの返事があった。

ハンセン病と人の闘いは110年前のフィリピン、クリオン島の隔離政策から始まったといってもいいと思う、隔離政策は良いこととは言えないがハンセン病の治療環境としてみれば利点もあったのではないかと考える。110年の間ハンセン病と闘いながら現在も感染に苦しむ人々が数多くいる。ある程度の治療が行っている現在、さまざま事にも取り組んでいるが、マンネリ化している部分もあり、もう一度考え直す時期にあると私は思う。今回フィリピン研修に参加させてもらって世界のハンセン病に少しでも触れる事が出来、大変勉強になった。私達に何が出来るのかはわからないけれども、少しでも多くの人がハンセン病を肌で感じる事ができることで、ハンセン病へ対応する糸口になればと思う。



ハンセンズ・クラブの活動に関わる医師、患者・回復者とその家族の集い

訪問記録 3. WHO WPRO (世界保健機関西太平洋地域事務所) The World Health Organization Regional Office for the Western Pacific



住所 P.O. Box 2932, Manila1000, Philippines

電話番号 (+63) (02) 528 8001

ホームページ <http://www.wpro.who.int/en/>

世界保健機関（WHO）がもつ6つの地域事務局のうち日本・中国などのアジア太平洋地域を管轄する西太平洋事務局（Western Pacific Regional Office：以下WPRO）が、フィリピンのマニラにあり、37の国・地域の事務所を管轄している。目的は、WHOのミッションである世界のすべての人々の肉体的、精神的及び社会的な健康を得るために、西太平洋地域における公衆衛生問題の対応を行うことである。主な活動は、拡大予防接種計画、感染症対策、新興・再興感染症対策、新型インフルエンザ流行に備えての緊急対策等である。また、小児保健、リプロダクティブヘルス、非感染症疾患対策、緊急人道援助、保健システム強化のためのキャパシティビルディングにも力を入れている。

3-1. 和と南西の光と影

—失われた人権と乗り越えた人権—

国立療養所栗生楽泉園 研究検査科 臨床検査技師長 清水 紀臣

北里柴三郎の門下生として臨床検査技師の職に就いて間もなく、機会あって大先輩の寄生虫学教授に随行してインドネシアの結核とマラリアの現状を視察した。この旅を通じて私は感染症に深い興味を覚え、その後30年以上にわたって結核を中心とする微生物と感染症医療に従事することとなった。

今回の研修地であるフィリピンは30年ほど前、セブ島観光で訪れたことがある。当時は今ほど開発が進んでおらず、観光で脚光を浴びている側面にしか目が向かなかった。今回の研修では、それと対極にあるハンセン病の歴史と感染症医療の最前線を、臨床検査技師という立場で体験し、この国の光と影の両面を見ることができ、感謝の気持ちでいっぱいである。

クリオンからWHO WPROへ

フィリピンの首都マニラには世界保健機関（WHO）の西太平洋地域事務局があり、この地域一帯の保健活動を支援している。おもに結核とハンセン病の制圧に尽力しておられる錦織先生に地域の現状についてお聞きした。この地域には多くの島々が点在するが、交通網は不便きわまりなく船や車を使い継いで何時間もかけて往来をしなければならない。平均寿命は日本に比べて遙かに短く、60歳台なのだそう。それでも、治療薬の普及と地道な保健活動が実を結び、ハンセン病患者は年々減少を続けている。その一方で、治療中の

患者さんが亡くなると、「自分は何のために治療をしているのか？」と虚しい気持ちになってしまうという。

ビジネスや観光で世界に開かれた首都マニラやセブ島中央部は高層ビルの建設ラッシュで、まるで戦後めざましい経済発展を遂げた一時期の日本の姿を見ているかのようであった。まだ長い年月がかかるのかもしれないが、この地域でも経済が成長しGDPやGNPが上昇するにつれてインフラ整備が進み、衛生状態も改善するのだろう。そんなフィリピンでは、時期を計るかのように大統領が代わり、国の方向性も一変し、銃、麻薬、ドラッグなどの規制が強化された。この国からハンセン病が消える日もそう遠くなさそうである。経済成長には外国の援助は不可欠であるが、資金援助には限りがあり、「人材育成による支援は更なる支援を生む」という考え方こそが、後世に引き継がれる最良な形の援助だと私は確信した。錦織先生は「100マイルの道のりは99マイルを持って半ばとする」と話され、残りの1マイルがいかに重要かつ大変であるかを教えて下さった。感染症が蔓延するフィリピンにおいて、いち早くハンセン病患者の削減に成功した錦織先生ではあるが、「この地域こそがハンセン病の次の課題への道を切り開く責務がある。世界がハンセン病による苦しみから完全に解放されるその日まで！」と、新しい課題に挑戦し続ける姿勢を崩さない。感染症と人間との戦いは、まさに「終わりなき戦い」なのか？



WHO錦織先生の講義を聞き入る

ハンセン病は細菌感染症の一種であるが、人々の健康を害するだけでなく、人権をも侵害したという点で、他の感染症とは大きく異なる。今回の研修ではフィリピンのクリオン島に収容されたハンセン病患者の歴史について学んだ。この島の先人達は、「国の支援を受けている間は人権を勝ち取れない」との考えから、自ら支援を拒否し、患者自身の力で島全体のハンセン病を征圧したのだそう。この島のハンセン病患者のプライドと強靱な精神力に敬服した。私が勤務する栗生

楽泉園の入所者さん達の笑顔も素敵だが、クリオン島の人々の明るい笑顔と親切な人柄に触れていると、この島には偏見、差別が存在しないかのような錯覚に陥ってしまう。実際に島民に聞いてみると、「一見しただけではわからないが、偏見と差別は確かに存在するよ」と笑顔で答えてくれた。かつて、大家族が主流であった日本では核家族化が進み、今も大家族制を維持し家族一人一人を大切にすフィリピンとは社会事情が異なる。患者を家族から引き離して病気を封じ込めてきた日本と、家族の絆を基盤として病気を乗り越えてきたフィリピンとは、ハンセン病施設の将来構想においても考え方が大きく違うようだ。フィリピンのハンセン病施設はその役割を変え、一般医療施設として再利用されている。かたや、日本のハンセン病療養所は病気の制圧と共に消滅し、歴史の一部となってしまう運命にある。日本のハンセン病療養所の多くは離島や山間部などの僻地に所在するが、これらの療養所が役割を変えて、地域医療を担う必要はないのか。国が違えば国民性も異なり、長い歴史の中で培われてきた考え方も違うのは当然であるが、日本がフィリピンから学ぶべき事は決して少なくないと思う。

様々な国のハンセン病の現状と歴史を見てこられた喜多理事長から「みた（見た、観た、診た、あるいは見た）人の責任」と諭され、私の心の畑にも教えの種をまかれた思いがした。「この病気が我々人類に何を教えようとしていたのかが解ら

ない」と喜多理事長は語っておられたが、「偏見・差別のない世界」「忘れてはならない家族の絆」などがその答えになるのかもしれない。人間としての価値は、その人が何を得ることが出来たかではなく、何を与える事が出来たかで決まる。ハンセン病は感染から発症までの期間が長い病であり、人類が忘れかけた頃に現れては難題を突き付けてくる。いわば「教訓としての疾病」と呼べるのではないか。

今回の研修で感染症医療の最前線を目の当たりにし、「人が最後を迎えるとき、そこには必ず感染症が存在する。」と教えてくれた先輩の言葉を思い出した。太古の昔から、人類は微生物と共存してきた。人類の傍らには必ず感染症が存在した。ハンセン病という感染症を乗り越え、教訓として、笑顔で歩んで来たフィリピンの国民性に敬意を表したい。

最後に、研修の全行程に同行し詳細な解説をして下さったクリオン島のDr. Arturo Cunanan先生、WHOの錦織信行先生、親切丁寧な対応をしてくださった各施設の皆様、熱い思いの詰まったプログラムを企画して下さいました笹川記念保健協力財団の喜多理事長とスタッフの皆さん、そして、厚生労働省の皆様に心から感謝を申し上げる。

フィリピンの人々の明るさと、逞しさが強く印象に残った実り多き研修であった。



南西の光と影

3-2. WHO西太平洋地域事務局を訪問して

国立療養所多磨全生園 看護師 看護師長 坂井 輝男

今回の研修を通して、フィリピンの自然の美しさ、異国の人々を笑顔で受け入れる温かい国民性など、フィリピンの素晴らしさは他の方々のレポートでも紹介されると思うので、あえてここでは紹介するのは控えさせてもらい、ただ一言“私は個人的にもう一度フィリピンに行く!”この言葉でフィリピンの素晴らしさを理解してもらえれば幸いです。

そこで今回の研修で私が一番印象に残った、WHO西太平洋地域事務局の訪問を簡単に紹介させていただきます。皆さんもご存じだと思いますが、WHOは、1946年ニューヨークで開かれた世界保健会議が採択した世界保健憲章(1948年4月7日発効)によって設立され、本部はジュネーブにあり、現在の加盟国は193カ国・地域、準加盟国は2地域です。日本は1951年に加盟しています。

そのWHOは6つの地域事務局に分けられ、今回は、日本などのアジア太平洋地域を管轄する西太平洋事務局を訪問することができました。そこで、結核ハンセン病課長錦織信幸先生のお話を聞くことが出来ました。肩書きだけを聞くと堅物の50過ぎのおじさんかと思いきや、40歳前後の笑顔が似合うさわやか系の好青年。その上に語り口もソフトで、ゆっくり問いかける口調の講義に、私はいつの間にか引き込まれていました。



WHO屋上にて

その内容の一部を紹介させていただくと、西太平洋におけるハンセン病新規患者は、過去20年間にわたって一貫して減少している。また、1990年頃1万5千人近くいた新規患者が2013年には5千人以下となっている。しかし、これからの大きな課題は、99%のハンセン病コントロールは出来ても、残る1%のコントロールが必要であり、今までと同様の方法では難しい。その一つの理由として、西太平洋地域では37の国と沢山の島々がある地域のため、移動の大変さや限りある資金面などがあげられる。そのため、病気を治療するのか、インフラなどの環境を整えるのか、長いスパンで見えていく必要があるそうです。

そこで、WHO西太平洋事務局における重点テーマは下記の5つが上げられていました。

- ①ハンセン病医療提供体制と医療従事者の能力強化
- ②疫学情報管理
- ③患者、回復者、地域の参加
- ④障害の評価、予防、ケア
- ⑤革新的診断、治療、ケア技術の開発と試行

この事を心に留め、私は能力強化を行うために人材育成に力を入れ、その他に自分自身ができる事として日本のハンセン病患者の平均年齢約84歳はフィリピンの平均年齢約67歳と比較しても日本の方が高く、今後フィリピンが迎えるであろうハンセン病患者の高齢化に向け、現在の入居者のニーズ把握を行い、安全性の高い知識と技術の提供を行いながら、そこで得られた情報を蓄積し記録に残していく事の大切さを実感しました。

謝辞

このたびの研修に際し、国立ハンセン病療養所医療従事者フィリピン研修を企画していただいた厚生労働省関係者各位、笹川記念保健協力財団理事長喜多悦子先生、同ディレクター星野奈央様、同チーフオフィサー三賀知恵美様、同プログラムオフィサー小笠原薫様、またフィリピンにて研修を受け入れていただいたクリオン療養所総合病院Dr. Cunanan、並びに関係施設各位及びスタッフ、入所者の皆様、そして多磨全生園スタッフの方々に深く感謝致します。

3-3. 世界保健機関西太平洋地域事務所を訪問

—「WHO西太平洋地域におけるハンセン病」講義を受けて—

国立療養所邑久光明園 看護師 大田 佐和子

フィリピン視察5日目に、マニラにある世界保健機関西太平洋事務局を訪問した。入口で、「中に入ってからカメラを出してもいいが、外ではカメラを出さないように」と注意があった。カメラを出すと、それを取って行く人がいるということらしい。私はその言葉を聞いただけで、日本とは違う治安の悪さを感じた。

銀色の重々しい大きな門の横の扉を、ひとりひとり許可証バッジをつけて入り、館内の部屋へと案内された。看護師としてWHOの建物に入って、身の引き締まる思いだった。

講師の結核ハンセン病課課長 錦織信幸先生が最初に、私たちがWHOを訪問して、何を知りたいか、ひとりひとり聞いてくださった。

私は、日本のハンセン病は終息し、新規の患者もほとんどいない。しかし、世界のあちこちでは未だにハンセン病の新規患者がいて、制圧できていないところがある、それは日本と何が違うためなのか、どのような国が制圧できずにいるのか知りたいことを伝えた。

講義ではWHOの働きかけとして、ハンセン病患者のいる国の人口1万人当たりの患者数が1人未満になることを目標とし、ブラジルを除いてすべての国で達成できている。年々患者が減少しているものの、残りの1%がなかなか減少しない。フィリピンでは2014年の新患者数が1,655人。西太平洋地域の中でもミクロネシア連邦、キリバス、マーシャル諸島は世界最高レベルに人口当たりの罹患率が高く、特別な対応が必要とされている。この3国に関しては、基本的な保健サービスが行き渡っておらず、社会システムの整備が必要である。しかし、島国であることで、システムや人的、経済、国内情勢の影響を受けて、医療体制が隔々まで行き渡らない現状がある。

フィリピン含め、世界のハンセン病患者の差別問題は、患者の就職先がないということ。働いていても、ハンセン病を患っていることがわかると辞めざるを得ない状況になり、生活も苦しくなるということを学んだ。

私は、前日でのホセ・レイエス記念メディカルセンターのハンセンズ・クラブにて、患者さんと並んで座り、話を聞いたことと、錦織先生の講義で、世界のハンセン病患者の推移を学んだことで、世界ではまだまだ新規患者がいること、ほぼ制圧できているとは

いえども、日本のように新規患者が0に等しいという風にはなかなかならないこと、そして日本と同じように差別に苦しんでいる人たちがいるということが、現実として感じる事ができた。

現在勤める療養所では、新規患者を見ることはなく、再発者もない。入所者も回復者であって、ハンセン病後遺症による障がいはあるが、現在では、高齢化による介護、看護が必要となる部分のほうが大きい状態である。日本のハンセン病は終息し、後は回復者の差別問題だけが残ると勝手に思い、世界の問題としては捉えていなかった。ハンセン病療養所に勤めていながら、あまりにもハンセン病のことを知らないことを実感し、また入所者に対しても申し訳ないと思った。自分の国が良ければそれで良しではなく、世界に目を向ける必要があると感じた。

私にできることは何があるのか考えた。日本の回復者が高齢化となっても、終の棲家も、亡くなって骨になっても、故郷に帰ることができない人が大半である。らい予防法が廃止されてからも、いまだ実名に戻すことができない人もいる。そんな日本の回復者が、実名を名乗り、自分の故郷へ帰り、骨をうずめることができるようになれば、少しはハンセン病に対する偏見や差別がなくなったといえるようになるのではないか。そのためには、世界の発展途上国ではまだまだハンセン病で苦しんでいる患者がいることをスタッフに伝え、一緒にハンセン病問題を考え、正しく理解していき、偏見や差別をなくしていくための啓発活動を共にやっていくことではないかと思う。

最後に、笹川記念保健協力財団はじめ、見学に協力して頂いた各施設、患者の皆様に感謝申し上げます。



多くの質問に1つ1つ丁寧に答えくださる錦織先生

訪問記録 4. エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院 Eversley Childs Sanitarium and General Hospital



エバースレイ・チャイルズ医療スタッフ、入所者の方と

住所 C. Ouano, Mandaue City, Cebu, Philippines

電話番号 (+63) (032) 3462468, (+63) (032) 3451114

Eメール eversleychildsanitarium_2011@yahoo.com

エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院はフィリピンに8つあるハンセン病療養所のひとつで、1930年に設立された。500病床を有し、ハンセン病の治療、理学療法やリハビリを行っており、現在の入所者は124名である。新規患者数の減少とともに、療養所を総合病院に移行する計画があがり、2002年に保健省所管の総合病院となった。予算・人事を含め様々な問題があるものの、現在は救急医療・一般診療・入院サービスの提供が行われている。

4-1. 変わりゆくエバースレイ・チャイルズ療養所の役割

国立療養所星塚敬愛園 医師 研究検査科長 北島 信一

フィリピンでは、ハンセン病の新患の減少に対応して、保健省の主導でハンセン病療養所をハンセン病専門施設から地域住民を対象とした一般病院としても開放する機能転換が行われている。エバースレイ・チャイルズ療養所での診療や施設の様子、昼食のレチョン（豚の丸焼き）については、これまでの研修に参加された方々が報告書に詳しく書かれているので、今回はハンセン病療養所から一般病院としての役割を担うために変わりつつある様子について報告する。

フィリピンのハンセン病の歴史と

エバースレイ・チャイルズ療養所の設立

セブでは、1830年に国王令によりハンセン病コロニーが設置された。アメリカの植民地時代の1906年にクリオン島のハンセン病患者コロニーができ、1907年には隔離法が制定されて強制隔離が行われるようになった。エバースレイ・チャイルズ療養所は、フィリピン総督のレオナルド・ウッドと彼の友人で篤志家のエバースレイ・チャイルズの尽力により、1930年にセブ市の北東マダウエに設立された。ハンセン病患者の治療、介護、リハビリテーションを目的としていたが、大風子油以外に有効な治療法がなかった当時は、隔離施設でもあった。1940年代後半からプロミンが導入されて、ある程度の治療効果が得られるようになり、1964年に解放令が制定され、ハンセン病による強制隔離は行われなくなった。1988年に保健省の国家ハンセン病コントロールプログラム (NLCP) が導入され、ハンセン病対策と一般健康サービス提供プログラム (General Health Service Delivery Program) が統合され、多剤併用療法 (MDT) がハンセン病の治療戦略として全国で行われるようになった。1998年には、WHOのハンセン病制圧目標を達成し、人口10万人あたりの発症率は0.8人となった。

ハンセン病制圧後のハンセン病療養所の役割転換 - 一般診療の開始

MDTが普及してハンセン病患者数が減少するなか、1994年に保健省が8か所の国立ハンセン病療養所において、地域の一般住民に対しても救急外来および入院サービスを提供する新方針を打ち出した。それにより、エバースレイ・チャイルズ療養所は、ハンセ

ン病治療施設として中央ビサヤと東ビサヤの762万人に対応し、一般診療としてはセブの50万人の住民に対応する事になった。当初はハンセン病医療と一般医療の二つの役割をハンセン病療養所が担うことになり、資金や人員の不足や一般診療業務について保健省内での所轄の混乱もあった。そこで、1999年に保健省全体の業務改変計画の一環として療養所転換計画が策定され、一般診療については「一般病院 General Hospital」として医療提供を行う改革が行われた。2002年に、エバースレイ・チャイルズ療養所は一般病院として50床での運用が認可された。2005年にはハンセン病医療と一般診療の役割拡大が行われ、一般病院として救急医療対応を向上させる事と、5つの診療科（内科、外科、産婦人科、小児科、家庭医療 Family Medicine）に対応する事になった。当初は一般診療の予算や人員がなく、ハンセン病療養の人員と費用で賄う必要があったが、2006年には病院の収入を一般病院としての経費や施設更新に充てることが可能になった。2011年には、ハンセン病医療や病院運営についての5か年発展計画が策定され、院内各種委員会の活性化や新設、病院手順マニュアル、治療実施ガイドラインの制定が行われた。2012年に外来診療棟、2014年には2階建ての薬局・検査棟が新設された。

経費を抑えた医療機器更新

エバースレイ・チャイルズ療養所では、ハンセン病療養所としての機能も年々強化されているが、一般診療の充実にかなり注力している。公的機関と私企業のパートナーシップ・プログラム (Public-Private Partnership Program) を活用して、X線のデジタル撮影装置や超音波診断装置が初期投資費用を抑えて導入されている。検査室でも、検査機器の更新が試薬リース（検査試薬を購入することで、機器のリース費用に充てる）で行われた。一般診療に充てる予算が限られている中で、できるだけ費用を抑えて新しい医療機器を導入する工夫が随所でなされている。薬局の新築に合わせて、医薬品の65%を委託販売に切り替えている。

ISO 9001認定取得による病院機能の強化

2014年に、ビサヤ・ミンダナオ地区の国立病院として初めてISO

9001の認定を受けている(写真1)。ISO 9001とは品質管理に関する国際規格で、組織が製品やサービスの品質管理システムを確立維持し顧客満足の向上を目的としている。日本では病院機能評価機構の認定が主流であるが、ISO 9001も医療の質を担保するために活用している施設もある。ISOの認定を受けるためには、業務フローの文書化や情報の共有、業務改善のPDCAサイクルを継続して行うなど様々な要求があり、かなりの労力を要する。ISO 9001の認定受けるということは、医療の質の保証と共に患者サービスの向上にも重点を置いていると言える。

ハンセン病療養所としての現在の役割

フィリピンでもWHOハンセン病制圧目標は達成しているが、WHO西太平洋事務所の管轄地域ではハンセン病患者数はいまだに最大である。ハンセン病療養所が一般診療を行なう改革が行われるのと平行して、療養所でのハンセン病医療についても方針の変更が何度か行われた。1994年には、療養所への入退院の基準が厳格化され、同時に国家ハンセン病コントロールプログラムをリードする機関として、患者の早期発見と制圧に重点を置くことになった。2000年には、ハンセン病療養所以外の一般病院でもハンセン病治療サービスを提供する方針になった。2005年の保健省省令では、ハンセン病療養所は、医療従事者への教育やトレーニング、ハンセン病合併症の管理や家族へのカウンセリング、地域教育を行い、ハンセン病患者の紹介機関となる役割が決められた。これまでハンセン病療養所が担ってきた、らい反応や合併症、再発した患者の入院治療施設としての役割、偏見や差別からのシェルターとしての役割、障害のある人や高齢者の介護も従来通り果たしている。

エバースレイ・チャイルズ療養所の療養生活者

MDTの普及により新患者や高度の身体的障害が残る患者数は減少し、また障害の程度も軽度になってきている。しかし、高度の後遺症や社会的偏見により、社会復帰できずに療養所にとどまっている入所者も存在している。エバースレイ・チャイルズ療養所においても、療養所で生活する入所者(Custodial cases)は124名で、83名(67%)は高度の障害(障害度指数2)の入所者であるが、41名は障害が比較的軽度ないしは障害のない入所者である。1995年に、保健省が退所可能な患者に1万ペソの支援金を支給して、地域コミュニティへの復帰を促すことになった。しかし、患者やその家族の多くが療養所にとどまって療養介護を受ける事を望んだり、地域社会からの偏見から逃れるために療養所にとどまる事を選んだ。また、一旦退所した人達のなかには、療養介護のために再入所したり、他の療養所に入所した人もいた。療養生活者には、1日75ペソの食費相当が支給されている。エバースレイ・チャイルズ療養所を訪問した12月1日はちょうど15日分1,125ペソの支給日で、建物の前で支給を待つ人達が列を作っていた(写真右下)。彼らは皆が療養所内で生活をしているわけではなく、療養所の周囲に家族と住んでいて支給日にお金を取りに来る人もいるとのことであった。並んでいるのは高齢者や明かな障害が外見からわかる人ばかりではなく、中年以下の若い人達も混じっていた。療養生活者のうち49歳以下の比較的若い世代が41名(33%)を占めている。MDT導入以降にハンセン病を発症した患者が多いと思われるが、その方々が未だに療養所内にとどまっている理由は、障害の程度が重いのか、あるいは偏見により社会に受け入れられない場合があるのか、もう少し訪問の時間があれば聞いてみたかったところであった。エバースレイ・チャイルズ療養所では、60歳以下で障害の軽い人



療養所入り口に掲げられた ISO 9001 認定を祝うポスター



給与金支給をまつ人々

を支給金労働者 (Gratuity worker) として雇用し、現在50名が園内の軽作業に従事している。支給金労働者は療養所生活者 (Custodial cases) の数には含まれていないとの事であった。

ハンセン病療養所が一般診療を行う事について

セブ市とその周辺には民間の医療機関も多くあるが、民間医療機関に診察料を払って受診できるのはフィリピン全体の人口の30%程度と言われており、残り70%の人達の医療は公立医療機関が担っている。その意味では、エバースレイ・チャイルズ療養所がセブ市近郊の一般診療を行なう意義は大きい。フィリピンにおいても、ハンセン病に対する啓発活動は行われて、偏見解消への努力はなされていると思う。マニラのホセ・レイエス記念医療センターであったハンセンズ・クラブ (ハンセン病患者と家族の会) でも、参加者から仕事や生活の中で差別を受ける場面があるとの話を聞いた。ハンセン病療養所が一般病院機能を担うようになって、地域住民がハンセン病に対する偏見や先入観がなく外来を受診しているのか気になるところである。エバースレイ・チャイルズ療養所の医師に聞いたところでは、外来受診する地域住民にはそのような偏見は全くないとの模範的な回答であった。セブ市とその周辺には民間医療機関もあり、ハンセン病を嫌う住民は他の医療施設を受診している可能性もあるのではと思ったが、それについては確認する機会がなかった。ちなみに、クリオン療養所の場合は、療養所周围の住民はハンセン病患者と療養所職員の関係者や子孫が多いが、それ以外の地域の人が療養所を一般診療で訪れるようになるためにはある程度の啓発活動が必要であったとの事だった。また、クリオン島の住民からすると、島外の人と一緒に診療を受けることに最初のうちは抵抗を感じる人もいたとの事であった。



講堂に飾れた診療棟の完成予想写真と起工式のポスター

エバースレイ・チャイルズ療養所の将来

エバースレイ・チャイルズ療養所は一般病院としては、レベル1の50床でスタートしているが、2015年には一般診療は既に実働120床となり、50名以上の医師が診療に参加している。将来的にはレベル2病院100床になる事が計画されている。2016年の11月には、救急外来、手術室、医局、診断センターなどを含む4階建ての診療棟の起工式があった (写真左下)。療養生活者の宿舎も補修や改装が今後行われるが、ハンセン病患者や療養生活者はこれから減少していく。エバースレイ・チャイルズ療養所は、ハンセン病専門施設から、一般病院としての機能充実に重点を置いて今後も変革が行われていくことになる。

おわりに - 日本のハンセン病療養所の将来

日本でも、ハンセン病療養所に新患が今後入所することはなく、入所者の数は減少しつつある。日本では、国民皆保険のもとで、全国どこにいても一定レベルの医療を受ける事ができる恵まれ状況にある。国内の療養所でも将来構想として保険診療や入院の受け入れの計画があり、それも意義あることだが、フィリピンほどに療養所が一般診療を担う事への必要性が高いわけではない。園によっては、地域住民も利用できる保育所の開設や、特別養護老人ホーム、障害児童施設の誘致など、国内においてはサービスが十分でない分野への活路を見いだしている療養所もある。フィリピンでは保健省が主導して療養所の役割転換が行われているが、厚生労働省としては「国として将来構想の方針を示すことはない」との立場で、「各地の要望を聞き、検討材料として尊重したい」として、将来構想は各療養所に任せている。これからも、療養所の入所者の医療や生活を今後も守っていくのは当然のことである。療養所には、ハンセン病で障害を持つ入所者の医療や介護について知識や経験を持つ職員が数多くいる。スキルを持つ職員や設備を今後どのように有効活用していくのかは、これからの私達の課題でもある。

謝辞

今回のハンセン病医療従事者研修を企画し、現地で引率頂いた笹川記念保健協力財団理事長喜多悦子先生、星野奈央様、三賀知恵美様、小笠原薫様、厚生労働省関係各位、フィリピンで研修を受け入れて頂いた Dr. Cunananはじめ各施設の皆様に感謝致します。エバースレイ・チャイルズ療養所では多くの資料を準備して頂き、今回の報告書の参考に致しました。

4-2. エバースレイ・チャイルズ療養所を訪問して

国立駿河療養所 看護師 副看護師長 柏木 里美

講義では、ハンセン病及びエバースレイ・チャイルズ療養所の歴史、治療等、フィリピンにおけるハンセン病の実情を聞くことができ、新たな学びができました。さらにハンセン病制圧達成後に保健省省令のもと病院の変革に取り組み、現在はハンセン病療養所としての機能と総合病院としての機能を持つ病院になった経緯についても、日本の療養所の将来構想を意識しながら、興味深く聞く事ができました。

前年度の研修生からきいていた、ごちそうであり行事には欠かせないという“子ブタの丸焼”には、やっぱりビックリでした。忘れられないごちそうとなりました。

療養所内・外の見学から感じた事

研究所、一般外来、検査、救急外来、リハビリといった部門がそれぞれ別棟になっていた事にちょっとびっくりしました。救急外来では、待合室が施設の外にあったり、建物自体が古いため、説明を受けなければどの様な施設か分かりませんでした。けれど少ない予算の中で有効に仕えるものを考えその様になったのだと思います。日本では建物や物品も割とすぐ新しくなっていく気がしますが、やはり費用とその後をよくよく考えて、活用できるものは活用していく必要があるのではないかと思います。

ハンセン病資料館では、昔の住居に使用されていたドアがテーブルとして使われていました。また、入所者の方がとても細やかに刺繍した色彩豊かな壁掛けがとても素敵でした。ですが、それを見ながら当時の入所者の方の言葉にしきれない苦痛や、苦勞を強いられた日々、それでも楽しみを見出して生きてきた日々は…等々考えると、とても切なくなりました。

不自由者棟（生活援助を必要とする居住区で、24時間スタッフが常駐している）の部屋毎に常駐しているスタッフ1人は回復者の方でしたが、もちろんお給料を貰って働いているとの事でした。介護とはいえキッチンとトレーニングを受けているという点はすばらしい事で、回復者としての自己肯定

感に繋がるのではないかと思います。社会の中（小さなコミュニティにおいても）で自分の役割が見いだせた時、自らの存在意義を確認でき、満足な生活が送れるのではないのでしょうか。日本では、平均年齢から考えて、入所者の方が積極的に何かを行うというのは難しいでしょう。ですが様々な苦難を乗り越えて今を生きておられる事そのものに価値がある点を私達は理解して、入所者の方が歩んでこられた人生はどの様であったのか、どんな価値観をもっておられるのか、そうした事を聴かせてもらえるような関わりをしていく必要があると思います。人生の大先輩として私達が経験していない事を知っているわけですから、謙虚に入所者の方の話しに耳を傾けるなら、私達自身を成長させる事に繋がり、入所者の方々も、過去を話す（伝える）意義を感じて下さるのではないかと思います。

今後、知り得た知識を周囲へ伝達していくことはもちろんですが、日本国内において、また世界ではハンセン病の問題にどの様に取り組んでいるのか、意識的に正確な情報を継続的に取り入れていくことも自分の課題としたいと思います。

最後に、今回の貴重な研修を企画、運営して下さった笹川記念保健協力財団の皆様、またフィリピン国内で研修を受け入れてくださった関係医療機関の皆様、患者様、回復者の皆様、本当にありがとうございました。心から感謝いたします。



園内に併設される資料館。訪問の記帳を行う

訪問記録 5. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック

Leonard Wood Memorial, Cebu Skin Clinic



クリニック正面玄関にて。バラゴン所長(最前列右)

住所 Cebu North Rd., Mandaue City, Cebu, Philippines

電話番号 (+63) (32) 3437105

1928年に設立された、フィリピン南部で最も古く大規模な医療施設で、ハンセン病新規患者の、診断・治療（治療費は無料）にあたっている。また、研究・研修センターの機能ももち、数多くの基礎研究がおこなわれ、ワークショップ・セミナーが開催されている。国内外の医師のトレーニングを実施し、ハンセン病の分類・診断・治療方法をこれまで200名以上が学んだ。

笹川記念保健協力財団はセブ・スキンクリニックには1974年、レオナルド・ウッド記念研究所には1976年、1978年、1983年から2004年まで支援を実施した。

5-1. セブ・スキンクリニック

国立療養所多磨全生園 医師 皮膚科医長 小坂 眞紀

体もフィリピン産になってきたのでは、と思えるほど満たされた研修7日目、レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックでの研修を迎えた。この財団は、確固たるミッションのもと、今年で88年を迎えるという。

フィリピン共和国は西太平洋地域では新規ハンセン病患者が最も多く、2015年には1,617人の報告がある。セブにおいては、フィリピン全体のハンセン病患者の15%を占め、セブスキンクリニックでは昨年140人の新規ハンセン病患者の診断をしている。

Dr. Balagonによる講義の後、受診中の患者を目の前にしての説明。十分に準備され、吟味されたハンセン病研修プログラム。多菌型 (MB)、少菌型 (PB)、1型らい反応、2型らい反応を伴ったハンセン病患者。新患の90%以上がMBといわれるフィリピンで、非常にまれなPB I群の症例。らい反応を生じている患者が多い。1型らい反応からENLを伴い2型に移行している症例。顔面や耳に、赤黒く累々と浸潤性の紅斑・結節を伴った症例。ハンセン病患者中、15歳未満の子どもが8%というフィリピン、診察を待つ列には、緊張した面持ちの、少女も少年の患者もいる。目の前にしているのは、日本の回復者が言う「菌が騒いでいる」状態の患者達。セブ・スキンクリニックで、ハンセン病へのスティグマの心配

もなく、無償で提供される医療を求め、今まさにMDTによるハンセン病治療やらい反応にステロイド内服治療を受けている方々である。日本の療養所で、後遺症に向き合いながら、現在は共に笑って過ごす入所者達も、このような病状の時期を通過してきたのだと、かみしめた。

皮膚スマア検査 (Slit-Skin Smear) では、皮疹を白くなるまで強く十分につまみ上げ、鈍角なメスの後ろ側でこすって、ほとんど出血することなく採取される検体。菌指数 (BI) 6+のスライド標本のなか、視野を埋める、赤く鮮やかに染まった丸いガラス玉のような菌塊 (globi) と感染力のある真っ直ぐならない菌の数々。顕微鏡下、ハンセン病に触れ始めた頃、抗酸菌染色により美しいとさえ思えたら菌は、治癒後も、神経痛と偏見の根源ともなる様々な後遺症を残すハンセン病の正体として、今は、目にも大変恐ろしいものとして映る。

高度な医療と研究センターを併せ持つ、レオナルドウッド・ハンセン病財団での研修の機会を頂き、深謝致します。また、ハンセン病医療に携わる一人の医師として、フィリピンでも、サリドマイドによる治療が、日本同様に行えるようになるよう祈念致します。



クリニック技師による鮮やかな皮膚スマア検査の手技

5-2. レオナルド・ウッド記念・セブ・スキンクリニックの研修を終えて

国立療養所松丘保養園 看護師 副看護師長 雪田 和子

私達はセブ島にある「セブ・スキンクリニック」を研修最終日の7日目、12月2日に訪れた。

この施設では、一般の皮膚科の患者さんを中心に医療を行っている。その中で新たにハンセン病を発症する患者さんは1%（160人）程度である。そして、毎年1,000人以上の登録済みの患者さんが治療を受けている。また、国内外の約200人の医師が毎年訓練を受けており80年以上の間ハンセン病の診断と治療、研修と研究を行っている。

講義では最初に「フィリピンにおけるハンセン病」として世界のハンセン病の新患者について、フィリピンの国内やセブ島におけるハンセン病の患者状況などを学んだ。2015年フィリピンでの新患者数は1,617人、その中で多菌型の（新患）の割合が92%と最も多い。フィリピンは島国であり、7,000以上にも及ぶ島々から構成されているためその全ての人々の中から患者さんを見つけ出し、治療を行うという事は容易ではないという事を実感した。

続いてハンセン病の疫学・病態生理と分類・臨床症状・検査・治療についての講義が行われた。

治療を行う上で感染するのではないかと不安に感じる事はないのかを尋ねると、ハンセン病に対して95%の人々には免疫があり病気が活発に活動している患者さんに接しても感染はしない。残りの5%の人々は感受性の遺伝子を持っているが、ハンセン病の患者さんと接触しない限り発病はしないということであった。

「ハンセン病」は日本のみならず世界中で確立した治療方法がなかった時代から「不治の病」として偏見差別を強いられてきた。それらは、患者さんだけでなくその家族への影響も計り知れないものであった。現在でも世界では、まだまだハンセン病に対しての正しい知識が浸透していると

は言えず、多くの国で偏見差別が残っている。今回の研修を通しハンセン病療養所医療従事者として私達は、このような「隔離政策」が行われてきた歴史・回復者の方々が歩んできた道のりを風化させることなく後世に伝えていかなければいけない使命があると痛感した。世界中には未だハンセン病に苦しんでいる多くの患者さんがいる事がわかり、どんな疾患であっても世界中で二度と人権を侵害するような出来事を繰り返してはいけないのである。

今回の研修を終え、これから私には何ができるのだろうか。当園のスタッフは勿論、園を訪れる看護学生や研修生に今回の研修での学びや世界でのハンセン病の現状を伝えていく役割を担っていきたい。また、「ハンセン病」の根絶に向けて、適切な治療を行えば治る病気であるという知識を伝えていく事から一步は始まっていくのだと思う。

謝辞

今回このような研修に参加し、沢山の貴重な経験をさせていただきました。

笹川記念保健協力財団理事長の喜多先生、同財団の星野さん、三賀さん、小笠原さん、厚生労働省関係各位、またフィリピンでの各医療機関の医師・スタッフの皆様、患者様に深く感謝致します。

そして、温かく送り出して下さった当園センタースタッフの皆様に心より感謝致します。



皮膚知覚スクリーニングテスト用のフィラメント



皮膚知覚スクリーニングテストの様子

5-3. セブ・スキンクリニックでの経験

国立療養所大島青松園 看護師 井口 国夫

1. 歴史的背景

セブ・スキンクリニックは、フィリピン南部で最も古く大規模な医療施設の一つであり、ハンセン病新規患者の診断・治療をしている施設である。ミッションとしては、調査を通してハンセン病と結核がなく人にすばらしく思いやりを持った診療をしている。1920年代から始まりその当時の患者は約700人だったことや、治療がなく唯一の治療が隔離ということだった。しかし当時はフィリピン総督であったアメリカ人のレオナルド・ウッドが「隔離だけでなくハンセン病を治すことを考えなければならない」ということで、研究センターを作った過程や、最も罹患率が高かった為セブ島のこの場所を拠点に選んだことについて理解できた。現状ではセブ・スキンクリニックは二つの支部があり、ハンセン病だけでなく皮膚科に関する様々なサービスを提供し、一般的皮膚科治療を無償でしたり、診療時間外にカウンセリング、研究部では郊外に行きハンセン病を探す事や、新たな抗ハンセン病薬やワクチンの研究・免疫マーカーによる診断の研究をしている。セブ・スキンクリニックでは、年間1万6,000人も多くの患者が受診をしている。ここで新規で診断されるのは年間160人ぐらいであり、そのうち約90%の140人が多菌性の患者である。それ以外にすでに治っている回復者もあり、約1,000人ぐらいの患者と接している。その他に大きな一つの役割として医師の育成を行い、フィリピン国内海外から約200人以上の医師研修を実施している。セブ・スキンクリニックが非常に人気のある理由としては、場所が良く大きな道路に面してアクセスが良いこと、1990年に歴史的な意味のある場所だと認められ、今後自由には建物を壊すことのできない環境にあることであった。

2. セブ・スキンクリニックのスタッフの紹介とハンセン病の疫学と臨床(症状・類型・皮疹)

スタッフは医師3人、検査技師6人であり、その他にもサポートしてくれるスタッフが業務をしている。その中の化学部長はアメリカハンセン病ミッションの医療部長も兼ねて務めていることも紹介された。地方への診療により患者の発見・診断、

ハンセン病の研究をしていること、最終的なコミットメントとして国の栄光の為にハンセン病と結核について究極の根絶めざして、経済的な限りある中で全ての化学的な方法を試していることを理解した。ハンセン病については、2015年の時点のハンセン病の新規患者数の60%はインドで発見されており、ブラジル12%インドネシア8%残りの全ての国々が20%であり、西大西洋地区で非常に多いのはフィリピンである。フィリピンの人口が1億200万人で西大西洋地区では患者が多く世界で12番目であり、新規の患者の類型は60%で世界的に多菌型が多い。フィリピンの場合、92%とほとんどが多菌型であり、感染源となっている方がコミュニティにたくさんいるということもわかった。またフィリピンでのハンセン病の罹患率が高い理由として、政治が不安定であり保険サービスを受け入れられていない状況がある。しかしセブでの新規のハンセン病は、近年減少していることも理解できた。また、生体の培養検査結果が出るまでに時間を要すること、潜伏期間は平均7~10年ぐらいあり感染源を確定することが非常に難しい。感受性により人の95%は感染しないが、残りの5%については感染し易い遺伝子を持ち、濃厚な接触を通して感染することがあることも学んだ。日本のハンセン病回復者の感受性は、フィリピンの患者と比べて後遺症

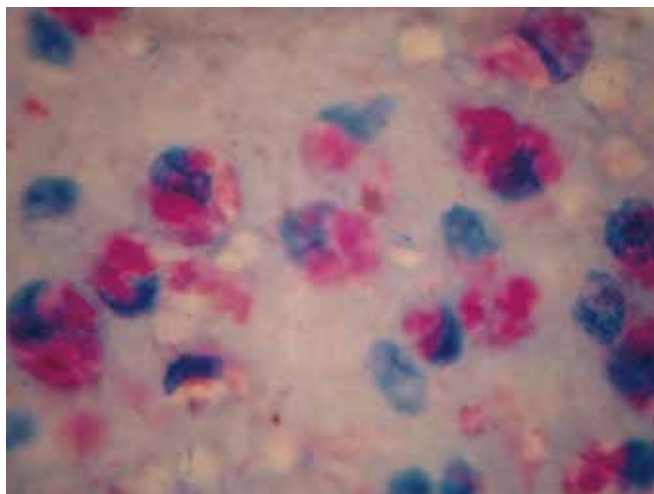


ハンセン病発症者中8%が15歳未満の子どものという

が重く日常生活に支障が出て、なんらかの援助が必要な方が多い。ハンセン病の症状の主な兆候は知覚消失性皮膚損傷や神経障害等があるということや分類法には少菌型と多菌型があり皮疹の数が5以下の場合少菌型で皮疹の数が5以上で多菌型であり、少菌型は病変の所に知覚が無く多菌型は手や靴下を履くところに知覚障害が出るところに両者の大きな違いがあることを学んだ。感染後に顔、上半身特に腕の所や足の辺りに神経障害が発症するので気をつけないといけないうことや、体に現れる症状の説明やボディラインの皮疹の数が5個ならライ型になるなど、体の症状の特徴の説明を受けた。その他には皮膚が黒くなる理由としては、どれだけ薬を投与していたか、どれだけ菌がいるかで肌の色が違ってくると説明を受けた。ハンセン病の患者の写真を見て特效薬の治療前と治療後の違いの説明や治療中の注意事項として、皮膚が黒くなるからと言って治療をやめる患者がいる為、治療をやめることのないように声掛けしていることや、MDTの耐性や副作用について受講した。そのことによりハンセン病について感受性や疫学と臨床（症状・類型・皮疹）や特效薬の治療前と治療後の違いなど理解できた。

3. スキンスメアについて

スキンスメアの重要性は、①疾患を診断し分類すること、②桿菌の濃度と感染性を判断すること、③治療への反応をモニターすること、薬剤耐性を検知すること、再発とらい反応を区別することを学んだ。検査の方法については、検査によりクラス別に分ける方法やスキンスメアをする箇所やスキンスメアを施行し培養を顕微鏡で見て型に分類にする仕方を受講した。講義後、待合室であるオープンスペースでハンセン



顕微鏡で見たスライド標本。赤染しているのがらい菌

病を発症している通院治療中の患者約10名以上による協力のもと、型の判別の方法や臨床症状の説明、診断、らい反応の説明を受けた。実際にスキンスメアを行うところを見せていただき、スキンスメア実施時の注意事項や、スキンスメアの培養を顕微鏡で見て観察についての説明を受けハンセン病についての全体像が理解できた。

終わりに

今の日本のハンセン病療養所にいる入所者は、後遺症や高齢による老年期の疾患で入院したり、センターで生活して過ごしている。日本国内では新規のハンセン病の患者はほとんど無く、また初期の症状を解る人も少ないと思われる。今回のフィリピン研修でハンセン病は、周囲・地域に周知され溶け込んでおり、偏見や差別が少なくメンタルケアについても家族のサポートや家族愛で笑顔のある生活をされている状況を見た。また初期の症状や治療方法やスキンスメア等によるハンセン病発見の方法や薬の耐性や副作用や皮膚の色の理由等を学び、私にとって日本では経験できない急性期の患者を学べて貴重な体験ができたと思う。またハンセン病に限らず疾病の早期発見、早期治療をすることで、多くの合併症や後遺症を少しでも軽減できることの大切なことも理解できた。この体験で学んだ知識を、入所者の看護に対して心情を理解し、少しでも心身の健康の維持や、自らの尊厳と生き甲斐を持って残りの人生が送れるように支援のケアに活かし、倫理的に正しい判断ができる看護師としてやって行きたいと思う。

謝辞

今回フィリピン研修を企画し機会を与えてくださった笹川記念保健協力財団 喜多悦子理事長、星野奈央さん、三賀知恵美さん、小笠原薫さん、厚生労働省の関係各位、またクリオン療養所院長Dr. Cunanan、フィリピン国内で研修を受け入れていただいた諸機関関連各位、患者の皆様方に深く感謝申し上げます。

訪問記録 6. フィリピン保健省第7地域事務所・マンダウエ市保健事務所

Regional Health Office No.7, Department of Health / City Health Office, Mandaue



第7地域事務所 マンカオ副所長(最前列右から2人目)を囲んで

フィリピン保健省第7地域事務所

住所 Osmena, Boulevard Cebu City, Philippines

電話番号 (+63) (32) 253-6355

ホームページ <http://ro7.doh.gov.ph/>

フィリピン保健省は、本省およびその下に17の地域事務所を設置しており、第7地域は、ボホール、セブ、シキホルの3つの州からなる中央ビサヤ地方を所轄する。主要な都市はセブ市、ラプラプ市、マンダウエ市で、面積は10,102平方キロメートル、2015年現在の人口は約600万人である。

マンダウエ市保健事務所

住所 S.B. Cabahug, Mandaue City, Philippines

電話番号 (+63) (32) 346-0110

マンダウエ市は、フィリピン中部の中央ビサヤ地方に属するセブ州の都市である。州都セブ市の東北に接し、沖合いマクタン島のラプラプ市ともマクタン・マンダウエ橋とマルセロ・フェルナン橋の2つの橋で接している。この地域はメトロ・セブを構成している都市群である。1969年6月21日に市となった。面積は34.87平方キロメートル、2015年現在の人口は約36万人である。

6-1. セブ島のフィリピン保健省地域事務所と マンダウエ保健事務所を見学して

菊池恵楓園 医師 内科医長 塚本 敦子

研修7日目、セブ島にて、セブ市にある保健省地域事務所とマンダウエの保健事務所を訪問した。ハンセン病に関するのみならず、他国の保健行政を垣間見ることができ、貴重な機会であった。

フィリピンでは保健省の本省の下に17の地域事務所を設置している。医療費の4割を公費で負担しているフィリピンでは行政による医療が大きな役割を担っている。地域事務所の下に全国79の各州に州政府保健局、さらに全国113の市・1,496の町に市・町保健事務所が設けられている。

地域事務所でも保健事務所でも多数の方が訪れていた。地域事務所では朝の9時に居並ぶ訪問者が座しており、指紋認証で出勤する職員と区別ができなかったのである。スペイン統治下にカソリックが普及しているフィリピンでは末尾にerのつく月はクリスマスシーズンとのことで、地域事務所もクリスマスのデコレーションであった。表敬訪問できた副所長もロングヘアをなびかせ超ミニのビジネススーツでシーズンにふさわしい華やかな出で立ちであった。

午後に訪問したマンダウエの保健事務所では、明眸の所長 Dr. Senoに事務所の役割の概略を聴き、内部の見学をすることができた。



指紋認証でタイムカードになっている地域事務所

プライマリケアといえる問診相談を受け、どの医療を受けるべきか判断し紹介状を書く医師のもとには患者があふれていた。老若男女問わず待機しており、穏やかな風貌の医師には、あとどれだけの時間がかかるのだろうと憂慮され、質問することもためらわれた。無料と思われ、時間がかかることを厭わない人々が集まっている。

検査部門で目をひいたのは、壁に掲示されていたHIVの感染者のグラフであった。発見から30年を経て治療法が進歩しているHIV感染ではあるが、まだまだ制圧されるにはほど遠い。マンダウエの保健事務所では2014年度2,500の検査件数のうち70件陽性であった。(あとから調べるとフィリピンでの2016年7月の1か月での新規感染者の報告が841件と過去最高であったとのこと)

狂犬病が存在し(2011年には202名の死亡が報告) 町犬には気を付けなければいけないフィリピンであるが、動物に噛まれたときの治療部門、sex-workerは公認ではないのだからゆる水商売であろう人たちの定期検診部門(HIVやSTDを検査するといっていたようだった)、家族計画相談部門なども見学した。保健所には歯科検診車が駐車していた。

フィリピンでは3大感染症として問題となるのは、HIV、結核、マラリアだそうで、これらは進行、感染力、致命の点から対策が優先される。世代時間が11日で感染力に乏しいハンセン病はその中では影が薄くなる。

保健事務所を訪問する前に訪ねたセブスキンクリニックでは多くの新患や加療中のハンセン病の方たちに会わせてもらったわけだが、マンダウエの保健事務所ではほとんどハンセン病は問題となっていないようであった。バラングイ(はじめて耳にしたが、フィリピンの最小行政単位。自治体機能をもつ日本でいう町内会と同等の規模)保健支所で指導・治療が行われているようであった。バラングイ保健支所では助産師が常駐し分娩介助、家族計画教育、乳幼児検診、予防接種、

結核治療なども行っているとのことだ。その上にRHU（医師、保健師etcが常駐）さらに前述したが保健事務所、州政府保健局、さらにその上流に地域事務所がある。その連携や役割がどうなっているのか興味深い。

フィリピンでは、地方分権化により基礎的保健医療サービスは州や市町村に移管されている。保健省では、保健サービスの体制改善を進めていて、財政の強化、規制（質の確保、必須医薬品の低価格化）、保健医療サービス（地域における必須サービスのパッケージ化、最低限の医療サービスへのアクセス改善）、ガバナンス、保健情報、保健人材の6項目の強化を計っている。2010年アキノ政権下で「万人の保健医療制度」を目指している。保健所では第一次医療は保険に加入していなくても無料で受けることができる。保健事務所、バランガイ保健支所は、フィリピンの国民の健康を支える根幹としての役割を担っていることが実感された。ただし2次、3次の適切な医療を受けられているかどうかは懸念された。

フィリピンは若い国である。通りは若者たちで活気にあふれている。人口数が2010年の国勢調査で9,234万人であったのが、2015年は1億98万人である。人口増加の抑制が問題視され、保健所でも家族計画部門が設けられていた。訪問した施設でも目についたのは喫煙の害を教えるポスターと薬物中毒を警告するポスターで若い世代の健康が大きいテーマであることがわかる。

どうしても日本と比較したくなる。日本は平均寿命はフィリピンに比し15歳長く、妊産婦死亡率約40分の1、乳児死亡率は8分の1だ（2006年度のデータ比較）。衛生・栄養・医療の普及の点では比較できないレベルにある。しかし2004年より、ゆるやかに人口減に転じていて、人類が経験したことがない（大げさな表現だが本当だ）超高齢化が急速に進んでいる。

日本でのハンセン病療養所の現況は、高齢社会のモデルになる、ハンセン病の後遺症のケアの見本になると考えられる。きめ細かい医療、看護、介護が行われており、情報交換したいことが多々ある。しかし、状況の違いが大きい。

高齢社会のモデルになる、ハンセン病の後遺症のケアの見本になるとは考えられるが、老いて消えゆく人々を無理に引き

留めることはしていない国に今の日本のやり方をそのままあてはめるのは無理である。

感染症ひとつとっても熱帯感染症（マラリア、デング熱など）や、狂犬病が大きな問題となる国と、高齢者の嚥下性肺炎なかでも耐性菌の感染が問題となる国では違いがありすぎる。

（ただし今回驚いたのはフィリピンでは一般薬局でキノロン系やβラクタム系の抗生物質が購入でき耐性菌の蔓延が問題となっているとのこと）

ハンセン病やその後遺症の細かいケアや援助がどこまでなされているのか、保健事務所訪問ではたずねそびれたが、今回のような人的交流によって改善できる点が見いだされると思われる。バランガイ支所での取り組みを少人数で数日経験できればさらに意義深い訪問になると思われた。

最後に

今回のフィリピン視察では、視野が広がる意義深い体験をさせていただきました。企画、統率してくださった笹川記念保健協力財団の喜多先生、星野様、三賀様、小笠原様、現地で同行、面倒みていただいたDr. Cunananはじめすべての皆様に深く感謝申し上げます。またこの貴重な研修が綿々と続きますことを祈念いたします。



あちこちの施設（クリオン島でも保健事務所でも）で目についた喫煙の害をアピールするポスター

6-2. 保健省の第7地域事務所、保健所にて

国立療養所栗生楽泉園 薬剤師 山口 裕子

セブ島にあるフィリピン保健省の第7地域事務所、保健所を見学させていただきました。

今まで保健所は、健康相談や健康診断、予防接種等でお世話になる場合と、医療監視等で指導を受ける立場になる場合にお世話になる場所としてまた、麻薬免許などの申請や管理上の相談・指示を頂く場所として医療の現場とも密接な関係があるのは、日頃の業務からも知っているつもりでした。所変われば品変わるではありませんが、国が変われば業務が異なるのも当然の事なのかもしれませんが、日本とは異なる場所に見えました。

まず、見学したのが12月の初めだったからかもしれませんが、国民の90%以上がカトリックの信者であるとのことからかもしれませんが、保健省の第7地域事務所でも保健所でもですが、色々な所で聖母像やリース、ツリーなども含め、多種多様の装飾を目にする機会に恵まれました。

建物入口でデング熱についての注意喚起の掲示をしているその傍らで、モールやリボンだけで無く思い思いの品がクリスマス

マスを感じさせる色使いでアレンジされ、ドアや壁そして天井からもと、あちこちに見受けられました。帰国後、よく目にした、サンタクロースやトナカイの姿は無かった様に思います。もっとも、半袖姿で汗を拭いながら過ごす常夏の島での装飾に違和感も無く受け入れられたのも明日は帰国となる時期に訪れたからかもしれません。

また、数人の男性が、廊下の片隅で4cm角位の棒を切って、横は2m弱でしょうか奥行きは1mを優に超え、高さ130cmを超える位の少し尖った屋根の建物を作っておられました。聖誕場所として知られる馬小屋を作成している様でしたが、残念ながら完成は数日先とのことでした。

また、お話を伺った所長の事務机の後ろの棚にも御家族との写真を入れたフォトフレームが置いてあり、また、それらと共に、陶器の人形が穏やかな笑みを浮かべた姿を見せてくれていました。当地フィリピンの方々は家族を大事に思って生活していると研修期間中に何度も耳にしたことを改めて知ることが出来ました。本邦の公共機関では、クリスマスツリーの飾り付けは、桃の節句のお雛様、端午の節句の鯉のぼりや兜飾りなどと共に最近は見かける様になってきましたが、聖母像やキリスト誕生場面の置物等は目にするのはほとんどありません。

当地では、ハンセン病の患者として治療中であっても、終了後でも、また、ハンセン病の患者でなくても、風邪や腹痛などの他の疾病患者としての治療が必要な場合は、また、そこで業務を行う人々にも、穏やかな母子像などに、安らぎだけで無く、言葉に表すことの出来ない効果を与えられているのではと思える様になりました。



マンダウエ保健事務所セノ所長（最前列右から3番目）との記念の1枚

色々な施設を訪問させていただいて、当地流のあり方も、当地では必要なのかもしれないと、平常業務に戻り、見慣れた自宅や近くの街の賑わいを感じながら、研修期間を懐かしく思ったのは帰国して何日もたった頃でした。

本邦では、ハンセン病の新患者数はほぼ零に近い数ですが、当地では、毎年千名から二千名程度の人数が、治療対象としての新規患者として報告されているとのことでした。当地の数字は「制圧された状態」を表しているとのことですが、療養所勤務の身では、この数字に驚きを隠せませんでした。また、保健所にての患者の治療の為には、無料の処方・調剤も出来るとの話でしたが、ハンセン病の治療の場合は、保健所の近くに住まいが有っても、敢えて遠くで治療を受けておられる例もあるとの話もあり、時が進み場所が異なっても、今なお続く入所者の方々の御苦労や哀しみなどを改めて心に刻む事になりました。

医師や看護師資格を持つ方々の話もあり、元患者の方々と次世代、次々世代の方々が医療の現場で働いていることを知り、話もさせていただき、その生き生きとした姿や言動に接し、力をいただいた事も嬉しい経験でした。

また、併設された診療所で、30度前後の気温の中、クーラーの設置があるわけでも無い待合室で、何十人もの患者・患児が受診迄の時間を過ごすべく、静かに座っている姿に心打たれました。小さなタオル地の帽子とベビー服に身を付けた半年を過ぎた位の赤ちゃんがまだ若いであろう母親の胸に抱かれて眠っている姿は、重症でなければ良いのにと半ば祈りにも似た感情と共に、セブ島の思い出に刻まれました。

当地では、放し飼いの犬や猫たちの姿をあちらこちらで見られる機会が多かったからでしょうか、動物に噛まれたりした方々用に対応すべきエリアが有った事は驚きでした。

当地では健康保険の制度により、無料でこのような診療所受診が出来るとのことでした。ただし、10畳程度の一部屋に机を3台程置いてあり、カーテンも無いままに診察が行われ、必要最低限の検査の後、院外処方箋が発行されるとのことでした。検査室もコンパクトに整備されていて、必要最低限の検査のみを行うとの事でした。昭和のそれも高度成長期

の頃の日本の診療所もこんな感じだったのではないかしらと想像力を働かせる事が出来ました。平成の本邦の第一次救急病院といわれる所でも、もっと色々な機器が活躍しているのでは無いかと思います。

病名が確定し、より多くの精査や治療が必要な場合は、自己負担額の多い私立病院や有料の公立病院に紹介し、治療が行われるとのことでした。本邦の健康保険制度では保険診療が原則になっており、差額ベッド代や個室料金が発生する位しか考えが無かったのですが、当地では無料で受診・処方・与薬が出来る施設が存在するのに、ハンセン病の患者は、「なぜ、治療を自己判断で中止し、祈禱師やおまじないに頼るのか?」と当地の人々の気持ちを最初は理解しがたかったのですが、説明をうかがい、医療に関する国民性の違いや考え方の違いも知ることもできましたし、ハンセン病の治療費・薬剤費の負担は無くとも、交通費や副作用、治療期間の長さによる拘束期間等の苦悩を理解し始めたことから、改めて患者としての心の内に触れた様に思いました。

最後になりましたが、今回の研修に関してお世話になった公益財団法人 笹川記念保健協力財団の方々と、快く研修に送り出してくださった園長以下各方面の方々に感謝を申し上げます。



動物咬傷の治療センター

国立ハンセン病療養所医療従事者 フィリピン研修に参加して

国立療養所邑久光明園 看護師 看護師長 吉田 美香

はじめに

平成28年11月26日から12月3日まで国立ハンセン病療養所医療従事者フィリピン研修に参加することができた。日本ではハンセン病の新規発症はほとんどなく、20年以上療養所で働いている私も新規に発症したという患者の看護をしたことはない。ずっと以前に新規発症の疑いで療養所に来られた患者がいた。この方は海外に行った経験もなく、ハンセン病の患者と接触したという記憶もなかった。診察の結果、新規発症ではなく再発で、気づかぬうちに感染していたが発症はせず、いつの間にか治癒したのであろうということであった。その後、治療が終わり自分の家族が待つ家に帰っていった。私にとってはハンセン病療養所で家族が待つ家に帰るという、最初の患者であった。毎朝洗面所の水道から水を出し、その水を手に当てて、冷たいことがわかるかどうか確認していた。退園後も定期的に診察に来られ、その都度病棟を訪ね、元気していると顔を見せてくれた。

この患者は自分の病気についてどのように思っていたのか、故郷の人たちは、家族はどう対応してくれたのか、まだ看護師経験の浅かった私は聞いてみるができなかった。今回の研修でこの患者のことを思い出し、感染症が与える身体的・精神的・社会的影響は計り知れないと改めて感じた。

1. マニラで

11月26日、日本からマニラに到着した。研修前から新大統領の就任と治安が悪いことに不安もあったが、ホテルの近くにコンビニがあると聞き、日本から来た各療養所の仲間たちとともに試してみることにした。マニラはフィリピンの首都で発展しているように見えるけれど、コンビニまでの道は舗装されていたが舗装が崩れていたり、砂が盛ってあったり、暗かったりと歩きにくかった。乳母車を押して歩いているご夫婦も何度も止まり、乳母車を安定させながら歩いた。また、ホテルに入るときは必ず空港のようにセキュリティチェックを受けた。治安が良くないのだと思った。治安が良くないということは国民の生活が安定していないということ。フィリピンではテロ組織が存在し誘拐や富裕層に対する恐喝もあるようだ。

事件は日本でも起こるがフィリピンではとても身近に感じられた。マニラやセブは車が多かった。道路で物を売る人もたくさんいて、渋滞している車の間を物売って歩いていた。その中には子供もいた。子供といえばお金をくれと言って傍によってくる子もいた。裸で走り回っていたり、道路の歩道で横になって眠っている子供もいた。

2. クリオン島で

研修2日目、飛行機と車と船を乗り継いでクリオン島に到着。クリオン療養所・総合病院や資料館の見学、そして講義を受けた。ハンセン病の後遺症を持った方や現在病院に入院し治療している方との交流もあった。ここには多くの人々が住んでいて、中でも子供たちが多かった。この島の平均年齢は18歳。島の中はたくさんの子供たちであふれていて、その子供たちが学校で学んでいた。この島はハンセン病を患った人々の隔離の島であったが、その後子供を産み家族で生活することができるようになった。日本ではフィリピンと同様隔離が行われたが家族で生活することはできなかった。世間から、家族から隔離され、結婚しても子供を待たないことでハンセン病発症のない日本と、隔離されたが結婚し子供を持ち、家族で住むことが許されたクリオン。クリオンの子供たちは明るく、自分たちが生きてくために必要な知識や手段を学校で学んでいる。そう思えた。



ハンセンズ・クラブにて。とてもかわいらしい子どもたち

3. ハンセンズ・クラブで

研修5日目、ホセ・レイエス・メディカルセンターのハンセンズ・クラブで治療している患者さんたちの話を聞くことができた。この日はクリスマス会でプレゼントが配られていた。6人家族のうち父親と子供3人がハンセン病の治療をしているという家族がいた。家族はつらい経験をしていたが家族が支えとなっているようだった。みんなつらい経験をしたと思うが明るく笑っていた。子供たちはとてもかわいらしかった。治療中の患者が治療6か月前の写真を見せてくれた。きちんと治療されれば確実に治癒していく。ここでそのことが確認できた。

日本では身体の調子が悪ければ病院に行き、診察を受けて治療してもらう。フィリピンでも同様に病院に行き治療してもらうのだろう。しかし、ハンセン病と分かれば自分の住んでいる地域で差別を受けるかもしれない。治療をしている間は仕事ができなくなるかもしれない。仕事ができなければ家族の生活はどうなるのか。薬を飲んでいるあいだは肌の色が黒くなるため、ハンセン病と知られてしまうかもしれない。いろいろな不安を持ちながらやっとの思いで治療するのだろう。中には「痛い」などの自分が困る症状がないため、なぜ治療が必要かわからない人もいる。ハンセンズ・クラブでは治療が終わった回復者がそういう人たちのところに行って、病院で治療してもらうよう勧めている。とてもよい活動だと思った。

4. セブで

日本ではトイレにいくと壊れていない限り流れないトイレはない。フィリピンではホテルや大きなショッピングモールのようなところには水洗トイレがあった。しかし地域によっては空港であってもバケツに水を溜めて、もしくは水道から水を出して手桶で汲んで流す。手を洗う場所もないところがある。シャワーを浴びるにも水が出ればいいが出ないところもあった。そして水道から出てくる水をそのまま飲むことはできない。水は生きていくためにとても大切なものと改めて確認できた。バスの中から町を見ていて、車や人が行き来する道路から脇にある道に入っていくところにある家の中はどうなっているのだろうと思った。その家の中で人々はどのような生活をしているのか。生活環境は日本とどのように違うのだろう。特に衛生面はどうなっているのか。フィリピンでは呼吸器関連の感染症罹患率が高いとのこと。汚染された環境、空気・水・土壌を整えることも感染症を予防するために必要である。フィリピンの世帯所得は上昇し、特に中間所得層の所得が増加して

いる。生活も少しずつ安定してきているのではないだろうか。しかし低所得者もいる。一部だけでなく、全体の生活環境が少しずつでも衛生的なものとなっていけばよいと思った。

5. 公衆衛生

公衆衛生という言葉の意味を調べると「国民の健康の保全・増進をはかり、疾病の予防・治療に努めること」と書かれていた。日本では国民全員が公的医療保険で保障され、医療機関を自由に選び、治療を受けることができる。自分が住んでいる場所から遠い病院に行くにも交通手段に困ることはそれほどない。フィリピンにも公的医療保険制度がある。医療機関は約1,800あり、貧困層を主に診療する公的医療機関は全体の4割程度。フィリピンはたくさんの島が集まっている、どの島にも医者がいって十分な治療を受けることができるわけではないため、診察や治療を受けようと思えば、時間をかけて飛行機や船を乗り継いで出かけなければならない。もしかしたら差別を恐れ、知られないように隠れるのかもしれない。本当に治療が必要だと思わなければ、ここまでして病院に行き治療を受けようとは思わないだろう。それができるようになるために教育が必要なのだと思う。しかしそれだけでなく、周囲の協力や理解、経済的な余裕も必要となる。ハンセンズ・クラブでの活動も教育であり、協力と理解である。WHOや笹川記念保健協力財団の活動もそれであると思う。行政が行わなくてはならないこともある。何事も成し遂げるには一つひとつ達成していくこと。それらすべてが公衆衛生に繋がる。WHO西太平洋地域事務局の講義で聞いた「100マイルの道のりは、99マイルをもって半ばとする」という笹川陽平氏の言葉が心に残った。

おわりに

フィリピンの平均寿命は69歳、健康寿命は60歳。日本の平均寿命は男性80歳、女性87歳。健康寿命は男性71歳、女性74歳である。今はまだ若い人たちが多く高齢化が問題となっていないフィリピン。現在日本で問題となっている認知症症状が問題ともなっていない。だが、徐々に人口が増え、高齢化が進んできている。今回の研修のようにお互いが学び合い、知識や技術を向上させることができれば、問題もひとつずつ解決につながるのではないかと思った。最後に、研修に尽力していただいた笹川記念保健協力財団のみなさま、フィリピンのみなさま、ありがとうございました。

参加者一覧

施設	氏名	職種
国立療養所松丘保養園	雪田 和子	看護師
国立療養所栗生楽泉園	山口 裕子	薬剤師
国立療養所栗生楽泉園	清水 紀臣	臨床検査技師
国立療養所多磨全生園	小坂 眞紀	医師
国立療養所多磨全生園	坂井 輝男	看護師
国立療養所多磨全生園	松本 江里子	看護師
国立療養所駿河療養所	柏木 里美	看護師
国立療養所長島愛生園	小畑 慶己	診療放射線技師
国立療養所長島愛生園	入江 弘	義肢装具士
国立療養所邑久光明園	吉田 美香	看護師
国立療養所邑久光明園	大田 佐和子	看護師
国立療養所大島青松園	井口 国夫	看護師
国立療養所大島青松園	谷川 貴浩	看護師
国立療養所菊池恵楓園	塚本 敦子	医師
国立療養所星塚敬愛園	北島 信一	医師
国立療養所宮古南静園	今里 憲太郎	看護師
国立療養所宮古南静園	花城 正信	看護助手(介護士)
笹川記念保健協力財団	喜多 悦子	理事長、医師
笹川記念保健協力財団	星野 奈央	ハンセン病対策事業部
笹川記念保健協力財団	三賀 知恵美	総務部
笹川記念保健協力財団	小笠原 薫	ハンセン病対策事業部
クリオン療養所・総合病院	Arturo Cunanan Jr.	所長・病院長、医師

参加者アンケートまとめ

(回答者 15名)

1. 研修ご参加のきっかけは？ ご自身の希望の場合は、応募の動機もお知らせください。

園からの勧めで…7名

(複数回答を含む)

自身の希望で…9名

応募の動機

- 世界の視点からハンセン病の歴史、診断方法、治療法等を学び、ハンセン病について再認識する機会だと思った。
- ハンセン病の施設に長く勤務しているが、直接ハンセン病の診療に関わっていないので、新規発症例を診たことがなく、activeな症例を診察できる機会と考えた。
- 感染症、特にハンセンの最前線を直接見てみたかった。
- 後輩育成を考慮していくうえで、日本では学ぶ事が難しいハンセン病の歴史・急性期患者の診断及び処置方法などを、一から学習する事が出来る良い機会だと考えました。
- セブ・スキンクリニックや療養所に、以前から見学に行っていたと思っていた。
- 日本国内には新規のハンセン病の患者がいないので、初期症状等の観察をしたかった。
- ハンセン病に対する知識獲得を目的とし、特に、日本国内第1号の国立ハンセン病療養所長島愛生園の参考としたクリオン島の療養所・総合病院の視察・研修に興味があった。また、未だに年間2千人近く発症しているフィリピンの現状を視察したかった。
- 以前から、入所者の方よりクリオンに何か支援したいと言う話を聞いていたので、フィリピンのハンセン病療養所を、自身の目で見てみたいと思った。
- 日本とフィリピンの現状の違い、ハンセン病治療・看護の違いを知り、活かせることがあればいいと思った。

2. 各訪問先についてのご意見をお聞かせ下さい。

(1) クリオン島

(複数回答を含む)

- プログラム内容: (大変満足…12名、満足…3名、普通…0、やや不満…0、不満…0)
- 時間: (長すぎる…0、適当…14名、短すぎる…0)
- 学生さんや島民を紹介してもらい現地の人々と交流を持ちたかった。
- 資料館では解説が聞き取りにくかった。
- フィリピンにおけるハンセン病の歴史、かつて「生ける死者の島」と呼ばれたクリオン島がどの様に苦難・困難を乗り越えて現在に至ったのか、今後の課題は何なのか等クナナン先生の講義はとても分かり易く、非常に有益な講義でした。
- 保健省のマークを目指して山を登ったのは、とてもとてもきつかったですが、そこから見たクリオン島は格別に美しく、忘れられません。もう1度行きたいと切に思っています。
- ハンセン病隔離地域としての歴史・資料館から当時の人々の生活を知る良い機会になりました。回復者の方のお話がとても印象に残りました。
- 1泊2日なので、わりとゆっくり見学する事ができました。
- ハンセン病の歴史を再認識する良い機会であった。
- ハンセン病に対して日本との環境・文化の違いを知る事が出来、非常に勉強になった2日間でした。
- クリオンの人も良く笑顔で挨拶をしてくださり有意義な研修をすることができました。

(2) ホセ・レイエス記念メディカルセンター ハンセンズ・クラブ

- プログラム内容: (大変満足…9名、満足…5名、普通…0、やや不満…0、不満…0)
- 時間: (長すぎる…0、適当…13名、短すぎる…1名)
- 4グループに分かれた際、1グループに人数が多すぎて全体に声が届かず、患者さん数名は参加できずボーっとしてとても気の毒だった。しかし嫌な顔ひとつせず座っていたので嬉しかった。
- 会場が賑やかで会話が聞き取りにくかった。
- グループに分かれ、回復者の方々の話が聞けたのがとても良かった。1人の若い男性が、ハンセン病と診断を受けた後、姉から絶縁されてしまったという話を涙ながらに語ってくれました。日本においてもそうですが、ハンセン病と診断されるという事は、どれ程の重荷を負わなくてはならないのかと改めて考えさせられました。
- 患者さんとの交流が印象的でした。私達を暖かく受け入れて下さった皆様、帰る際2人で写真をとって下さった方の愛を感じ、とても有意義な時を過ごさせて頂きました。
- 患者会の方々と、自身や周りの状況について話を聞くことができてよかった。診療現場を見る時間があれば、さらに良かった。
- ハンセンズ・クラブの方々との触れ合いの時間を設けて頂き貴重な時間となった。
- 皮膚科の医師の方々の講義がわかりやすい説明でした。また、患者会の皆さんのやさしい・暖かい反応に驚かされました。
- 患者さんとの交流ができたことが良かったと思います。

(3) WHOWPRO事務所

- プログラム内容：(大変満足…8名、満足…7名、普通…0、やや不満…0、不満…0)
- 時間：(長すぎる…0、適当…14名、短すぎる…0)
- WHOの会議場を案内してもらったが全員で椅子に座って記念撮影したかった。
- WHOWPRO事務所への訪問はきっと人生で今回限り、非常に貴重な経験になりました。
- 様々なデータを分析して、ハンセン病問題に取り組んでいる事が分かった。
- 西太平洋におけるハンセン病の現状と活動状況を知ることができた。WHOを見学し、とても貴重な経験ができた。
- WHOの活動は、知っているようで知らなかった事が多く、内容を詳しく説明して頂き大変ありがたかった。
- WHOの組織のあり方・活動等が身近な存在であるという、今までの認識を変える内容でした。
- 世界のハンセン病制圧についてWHOの取り組みを、分かりやすく説明をしていただきました。

(4) エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院

- プログラム内容：(大変満足…6名、満足…9名、普通…0、やや不満…0、不満…0)
- 時間：(長すぎる…0、適当…13名、短すぎる…1名)
- もう少し患者さんや看護師、介助者と交流する時間や、処置や注射の場面を見る時間が欲しかった。
- 特に女子寮に住んでおられる方々の明るさが印象的でした。ただ不自由者棟に住んでおられた男性の方に、何かしたいこと、行きたい所などはないですか?と質問してみたが、特別ないとお返事でした。楽しみにしている事は?に対しても首をかしげていました。緊張されていたのかもしれませんが、いつかもう1度療養所を訪ねて、どんな事を思いながら生活してこられたのか、と伺ってみたいです。
- 回復者の方・看護師・介助者の方には沢山の質問にお答え頂きました。療養所での生活を実際に見学させて頂き感謝致します。
- 日本のハンセン病療養所と類似した歴史や役割をもつ施設なので、もっと時間をかけて、色々見てみたかった。
- 職種を分けて意見交換ができ、細かな質問が出来ました。大変感謝しています。
- 施設の広さに驚かされましたが、医療安全・感染対策等今後の期待値が膨らみました。
- 豚の丸焼きには驚きました。

- 短くはないけれど、もう少し時間があれば見学ができたり、話ができたとと思う。

(5) セブ・スキングリニック

- プログラム内容：(大変満足…9名、満足…6名、普通…0、やや不満…0、不満…0)
- 時間：(長すぎる…1名、適当…12名、短すぎる…2名)
- 順番に皮膚症状を見学させて頂いたが、大勢の前だったのが気の毒であり、プライバシーをもう少し考え、せめて屋内での見学だったら良かったと思う。
- もう少しラボの見学と詳細を担当者から聞きたかった。
- アクティブな皮膚症状を見せて頂いた事で、今まで入所者(日本の)の方々から、自分が、熱こぶや斑紋が出た時は○○○だった、と聴いていた事が思い出され、実際こういう状況だったのかと理解できました。
- スキンスマ検査の見事にびっくりでした。
- 私達のために患者さんたちが待っていてくれた事に深く感謝。
- 日本では見ることのできない、急性期の症状を見学させて頂きました。ご協力して頂いた患者さんに感謝致します。
- 治療中の患者を病型別に順番に提示され、講義の内容も体系だっていて分かりやすかった。ただ、短い時間で多くの症例が次々と提示されたので、それぞれの症例について詳しい説明を聞く時間が無かった。
- 急性期の診断方法や観察ポイントなど細かく説明を聞けて大変満足しています。
- 患者の皆さんのハンセン病に対する治療への覚悟を感じました。老若男女を問わず我々の視察にご協力戴いて自身のハンセン病の部位を積極的に見せて戴き、頭の下がる思いでした。
- ハンセン病の診断について身体を提供して下さった方々に感謝申し上げます。

(6) フィリピン保健省第7地域事務所、マンダウェイ市保健事務所

- プログラム内容：(大変満足…5名、満足…7名、普通…3名、やや不満…0、不満…0)
- 時間：(長すぎる…0、適当…15名、短すぎる…0)
- 解説が聞き取りづらかった。フィリピンの保健システムを理解しておらず用語がわからないとその先が理解できなくなり、質問もできなかったことが悔やまれる。
- 国としての対応、市町村としての対応、そして私達施設との対応を比較でき良い機会となった。
- フィリピン保健省、マンダウェイ保健所共にそのおのおの各役割を持って仕事されていたことがよくわかった。

3. 研修を通じて、一番印象に残ったことをお聞かせください。

- 全体的にフィリピンのハンセン病患者は生き生きとしているように見えた。特にクリオン島の人々は生き生きしており、まさに「希望の島」という印象であった。
- すべて印象深く選べないのですが、クリオン島やエバースレイ・チャイルズ療養所での病棟の暗さ。それに反しての入院患者の方たちの表

情の豊かさ。環境の違いには想像はしていましたが、日本の現状と差がありすぎますので。

- フィリピンでは、新規患者の発生がまだ多く報告されており、治療が行われている事を改めて知ることになりました。治療中の方や家族の方々の御苦労や現状に、そして頑張っている姿に感銘を受けました。

- 歴史的にも意味の大きな疾患であるが、それを乗り越えた上で現地の人々の明るい笑顔と精神的な強さが印象的だった。
- クリオン島の故ヒラリオン・ギア氏、ハンセンズ・クラブの方々へのハンセン病について正確に知ってもらいたいという熱意ある活動に感銘を受け、一番印象に残っています。
- フィリピンがまだまだ発展途上国である事は、何となくわかっているつもりでしたが、スラム街で暮らしている子供達を目のあたりにした時、この国の貧富の差に衝撃を受けました。このような格差がある国は世界中にあり、この中でハンセン病の正しい知識を人々に伝えていく事は、容易ではない事だと改めて痛感致しました。
- エバースレイ・チャイルズ療養所の資料館に、入所者の作だが作者名も題名も不明の絵が飾ってありました。水辺に浮かぶ無機質な遺跡が建物のような場所に入口があり、手前に家族4人がたたずむ情景は、作者のこれからの不安か、あるいは別の世界へ行く希望を表したのか色々考えてしまいました。資料館には、入所者の生活や診療に使われた品々が展示してありました。それらを使っていた人たちの体験や心情などを、もっと知りたいと思いました。
- フィリピンでも、日本でも、ハンセン病の回復者やその家族が、ハンセン病に向き合い、医療・行政に心血を注いでいる。明るく誇りをもって望んでいる方々が、かつて、どれほどに苦しみの中を生きて今あるのか。ハンセン病は、日本の療養所内では、再発として散見されるものでは

有るが、過去のものではなく、現在も目の前にある疾患で有ること。

- 日本では急性期の患者を診る機会がほとんどない為、今回の研修は大変貴重な機会でした。また、ハンセンズ・クラブなどを通して触れ合った患者の表情の明るさが印象的でした。
- 患者の話を実際に聞き、辛かったことを笑顔で話して下さる方が居て、差別を受け辛い思いをしながらも明るく前向きに生活している事に驚き、とても印象に残った。
- ハンセン病患者がオープンな気持ちで接してくれたこと。
- フィリピンの方々の暖かさ・やさしい気質がどの場面においても思い出されます。クリオン島から引率いただいたクナナン先生、案内のドナさん、ロットさんをはじめ、各ホテルの従業員の皆さん、空港での警察官、船の乗組員の方々、各医療施設関係の皆さん、患者会の皆さん etc. 皆さんに感謝です。
- クリオンの患者さんに、日本から持参した自助具で食事をしていただき喜んでいただいたことが研修の良い思い出になりました。
- フィリピンではまだたくさんの患者さんがいて治療を受けていること。島国であるため患者さんの中には、遠くから時間をかけてやってきて診察を受けること。診察を受けて治療することが必要と受け入れるまでが難しいこと。
- セブ・スキンクリニックで、症状のある患者さんの説明を聞きながら問近で見ることができたこと。

4. 研修先の中で、不要だったと思われる訪問先はありますか？ また、その理由はなぜですか？

- なし…14名
- 時間が少しでも空いていると観光などスケジュールに入れてくれ、分刻みに計画してくれ大変良かった。
- 非常に体系的な研修だったので、短い期間ではありましたが、フィリピンにおけるハンセン病の現状と課題を研修期間内で理解する事ができました。
- どの施設の研修も貴重な体験でした。
- それぞれに、訪問先は興味深かったです。ただ、訪問先が多かった分、もう少し時間をかけて見学したい所もありました。わたし個人としては、学生実習のようにスタッフと一緒に2日ぐらいべったりと一緒に行動して、業務と一緒に見たり話しを聞いてみたいと思いました。それには、受け入れ側の負担も大きくなりますし、参加者とスタッフが直接コミュニケーションをとる必要があるため、実現は難しいかもしれませんが。

訪問先を絞って、1か所の訪問時間を延ばしても良いと思います。

- 不要な訪問先はありませんが、7泊8日では足早に視察を行ったという印象です。
- 前もって調べておけば良かったと思いましたが、現地へ行ったからこそわかった事も多くありました。やはり、『百聞は一見にしかず』だと思いますので、視察される方々を増やしてから、国内で何ができるか、意見交換会やメール会議等を行っても良いのかなあ、と思いました。
- もう少し時間があればいいと思います。
- どの施設でも、移動の途中でも感染症を予防する活動について考えることができました。
- 素晴らしいコーディネートだと思いました。
- ハンセン病に関することを含め、他の国の状況を知るにはどの訪問先も必要だったと思います。

5. 11/29に意見交換会を行いました。タイミング・内容、あらかじめテーマを決めておいた方がよかったなど、ご意見がございましたらお聞かせください。

- タイミング的には3日目くらいの少しみんなが慣れた頃で、もう少し交流が図れるよう、飲み物でも飲みながら雑談でもよいのではと思う。自己紹介は初日にしたし、テーマを決めたら逆に硬くなると思う。
- 研修最後でもよかったかと思いますが、3日目の時点で参加者の方たちの背景と参加に際しての意気込みが聞けたのは有意義でした。

- 研修が始まる前のもっと早い時期に初回があれば良かった様に思います。毎日意見交換会があれば他の方の意見をもっと聞くことが出来たかと思います。食事時間のみでは少し短すぎました。
- 今回は初めての企画のようでしたが、研修中盤のとても良いタイミングで様々な職種から多様な視点で感じたことなどが聞けて参考になりました。

- その場で研修生自らが、どんな事についての意見交換を行うか、また司会進行役も決められたら良かったのですが、ちょっと難しかったかなと思いました。やはりテーマが事前に決まっていた、司会進行も自分たちで行う、と分かっていた方が良かったのではないかなと思いました。
- 今回は意見交換会というよりは、各自の感想を述べた形になりましたが、私は大変参考になりました。
- 今回の研修では、異なる療養所から、異なる職種で、初めて会った参加者がほとんどだったので、研修の早い時期にお互いを知り合える機会があれば良かったと思います。羽田出発の時に顔合わせがありましたが、所属と名前だけの紹介で、慌ただしく出発した感がありました。11/29の意見交換会では、お互いのバックグラウンドを紹介する機会となって良かったです。例えば、初回の夕食の時間を長めにとって、各自の紹介とか喜多先生のお話や財団の方々の紹介などしてみるのはいかがでしょうか。昼間にしらふで意見交換会をするなら、最初の時点で今回の研修への意気込みとか希望を聞くとか、最後であれば研修の成果とか感想等を聞く場にしてみても良いと思います。
- 羽田での自己紹介後、フィリピンに渡り、いよいよ研修を始める前、参加者の氏名とお顔を確認できたことで、よりお話しし易くなった。どのような経緯で参加することになったなど、伺うこともできた。
- 意見交換会のタイミングは、名前と顔が一致し始めた頃であり良かったと思います。テーマが事前に決まっていたら、もう少し意見も聞かれたかと思います。
- あらかじめテーマを決めて頂き、事前に内容が分かっていた方が話し合いがし易かったように思います。
- タイミング的に良かったと思います、自由にいろいろな事が話せてかえって良かったと思います。
- 意見交換会は1日おきに全体で3回ほど行っても良いのでは、と思いました。また、帰国直後に全員で意見交換会を行っても良いのかな、と思いました。
- あらかじめテーマが決まっていれば心の準備ができるのではないかなと思いました。
- 意見交換が初日だとまだ誰が誰ともわからず誰が何を話したか覚えていないかもしれない。最終日だともっと話せばよかったと話すチャンス逃すかもしれない。なので、真ん中あたりでよかったと思います。何を話すか困ったのでテーマがあったほうが良いと思いますが、話したいことのある人もいると思うのでその場で決めてもいいと思います。今回のように参加動機も良いと思いました。
- テーマがあった方がよかったと思います。皆さんの沢山の思いを聞くことができたことはよかったと思います。

6. この研修の体験から、今後の業務に活かせると感じたことがありましたら、お聞かせ下さい。

- 笹川記念保健協力財団 理事長の喜多悦子先生の言葉「見た人の責任」というように研修した内容をすべてをスタッフに伝達する責任があると思う。
- 漠然と一般の方たちの診療と同じにとらえていた回復者の診療を、後遺症の背景を考えながら診療できるようにしたい。今回の研修で得られた知識と体験をスタッフと共有できるように日常診療から活かしたい。
- 入所者さんの心の痛みや御苦労をより知ることが出来ましたので、これまで以上に入所者さんの気持ちに添った指導を行いたいと思います。
- 今後の施設のあり方について疑問視していたところでした。今回、見聞きしたことが今後の施設、13グループの良き方向性を考える参考になればと思います。
- 直接的に活かせる事をまだ考えつかない状態ですが、フィリピンでの医療者、回復者、患者が協力して啓発活動を行っている事は見習える事だと思いました。個人的には家族、親族そして地域の皆さまへ伝えていく事、職場においても疾患についての正しい知識を共有できるような研修を企画していきたいと思いました。
- 「ハンセン病」という病はまだ世界の人々に理解されていない部分が多いと感じました。日本国内では発症する患者さんが殆どいない中で、これまでのハンセン病患者さんが隔離された歴史を伝えていく事は勿論、どのような病気であるのか、国内外を問わずハンセン病療養所医療従事者の1人として世界に向けて、発信していかなければいけないのだと痛感しました。
- フィリピンと日本では医療の環境は異なるが、各療養所で医療環境を改善しレベルを上げる努力をしているてんは、もっと見習わなければならないと感じた。また、日本での各療養所での話を参加者同士で聞く事ができた。
- 改めて、ハンセン病療養所のスタッフの1人として勤務させて頂いていることに感謝致します。
- 個人としてできる事は限られると思いますが、今回のフィリピンでの研修で得たものを出来る限り伝達していくこと。また、日本とフィリピンの現在違う事は平均年齢が約17歳ほど日本が高い為、ハンセン病高齢患者の対応・技術などまとめ資料を残すことの大切さを実感しました。
- まずはこの研修で学んできた事を、職場のスタッフに伝えていきたいと思います。そして、日々の業務の中で患者の生きてきた歴史や思いをしっかりと聞き考えながら看護を行っていきたく思います。
- 入所者のコミュニケーションに対して声掛けや励ましの気持ちの大切さや入所者の気持ちを理解し、気持ちに寄り添える看護を実践して行きたいです。
- フィリピン研修から、日本の入所者の方々の発症当時の様子思う事ができました。また、クリオン島訪問&寄付をされた長島愛生園入所者の方と共通の話題で色々とお話をしています。
- フィリピン研修が終わってからは、今まで以上に物を大切にすることが強くなりました。これからも日々の業務に生かしてゆきたいです。
- 実際の患者さんや治療をみて、話を聞くことができて、入所者さんの生きてきた環境や思いを考えることができた。これまでの自分の経験と合わせて看護に活かせると思います。

- 日本の療養所に勤めていると、以前にあった偏見や差別を実感することが難しい。療養所から出て生活している人の話を聞くこともない。今また話を出すことで、忘れ去られようとしていた偏見や差別を蒸し返してしまうのではないかと心配があり、ハンセン病問題は風化させてしまったほうが良いのではないかと考えていた。

しかし世界ではまだまだハンセン病の新患が沢山いるし、偏見や差別に苦しんでいる人たちがいる。ハンセン病問題はまだ終わっていない。学んだことをスタッフに伝え、共に考えていく必要があるということ学ぶことができた。

7. 研修全般を通して、ご意見やご要望、コメントなどございましたらお聞かせ下さい。

- 夕食のメニューがほぼ同じ内容だったため1日くらいは日本食が良いかも。
- 1日くらいは夕食をショッピングモールで各自、自由なものも良いかも。
- どの場面でも「質問どうぞ」と言ってくれて通訳をしてくれていたが、事前に各施設での質問を決めて提出していれば通訳の時間や手間も省け有効であると思う。
- “人を育てる”と喜多先生がはじめられた療養所医療従事者フィリピン視察、すべてのメンバーが新たな経験に背筋がのび目が輝き使命を感じているのが伝わり、私個人をとっても視点がかわり、視野が広がり、考えさせられることが多い研修でした。すぐに成果が見えなくても必ず人が育っていると思われれます。本当に皆さまありがとうございました。この有意義な視察が続きますことを祈念しています。
- 参加させて頂きありがとうございました。時間的な配慮を頂いていた様ですが、もう少し余裕があるとありがたかったです。また、自己負担有りかまいませんが、一人部屋の可否の選択が出来たら良かったと思います。
- 本企画の支援を頂いた厚生労働省・笹川記念保健協力財団と同行頂きました喜多理事長をはじめ財団スタッフの方々には大変なご苦労を頂きましたが、実り多き研修に参加させて頂きましたことに御礼致します。ありがとうございました。
- ハンセン病の歴史について自分なりに理解していたと思いましたが、知識も見識も不十分である事がわかりました。今回の研修は非常に啓発的でした。
- 帰国してから、自分に何が出来るかを考えるため、日本では、世界ではどのような取り組みが実際になされているのか調べてみました。その中で2015年日本財団の写真展「ハンセン病問題を考える事は人を考える事」を見ました。確かにハンセン病問題の1つである偏見や差別といった根底には、社会に様々な形で存在している偏見・差別に共通するものに行き着くと思いました。この様に学び続けていく事も自分の課題にしたいです。
- 今回このような貴重な経験をさせて頂きとても感謝致します。今や国内だけではなく、私達ハンセン病医療者は世界に目を向けていかなければいけない時期なのではないかと、考えさせられました。1人1人が今後どう活動して行ったらよいのか。私達にできることは何かを考える貴重な時間となりました。
- 20名以上の参加者だったので、集合時の人数確認をしたり、行方不明者を探したりと、引率が大変だったと思います。財団からも3名来られていたので、修学旅行のように3班にでも分けて人数確認をしてみたいかがでしょうか。また、研修先でも興味の分野が職種や参加者によって違う場合は、グループを別にして興味のある所をそれぞれが重点的にまわってみるのも良いと思います。
- コースの順番は、最初にセブで現在治療中の患者さんに会って、それから療養所やWHO、保健所を回る方が、状況を理解しやすいのではと感じました。
- 他では経験することのできない貴重な機会を頂きました。有り難うございました。
- 今回の研修は内容も素晴らしいものであったが、それ以上に企画側の配慮が素晴らしく、接遇面でも勉強になりました。今後自分自身で企画運営を行う事があったら、今回の研修を思い出しながら、企画者を手本にさせて頂きたいと思います。今回は本当にありがとうございました。
- 今回の研修全般、様々な学びがありました。移動時間は長いと感じましたが、研修日を1日延ばして頂いたことで十分に見学をすることが出来たと思います。
- 各施設の皆様や患者様が気持ちよく接してくれたことに対して深く感謝します。それと引率して頂いた笹川記念保健協力財団理事長喜多悦子先生、星野奈央様、三賀知恵美様、小笠原薫様、厚生労働省関係各位、招待して頂いた各施設の皆様に深く感謝します。
- 笹川記念保健協力財団理事長喜多悦子先生をはじめ、星野奈央デレクター、三賀知恵美チーフオフィサー、小笠原薫プログラムオフィサーの皆さん、7泊8日という貴重な経験をさせていただきありがとうございました。
- 7泊8日の研修でしたが、かなり強行日程のように感じました。しかし、貴重な限られた時間の中でスケジュール通りの時間で訪問先を移動するので仕方ないことだと思いました。どこの研修先でも笑顔で気持ちよく迎えていただいたことが印象に残っています。日本人よりもフィリピン人の方のほうが穏やかな印象を受けました。
- 日本では経験できないことをたくさん見聞きしてよい経験ができました。
- フィリピン訪問前は、麻薬犯罪を弾圧するために色々考えていると大統領が話をされているのを聞いて、怖いイメージを持っていた。しかし、フィリピンのどの訪問先でも手厚いおもてなしをしていただき、本当に感謝しています。特に、ハンセンズ・クラブでの患者さんや、出会う人々の屈託のない笑顔を見られたことでとても癒されました。

編集後記

一昨年、昨年度に引き続き、すでに第3回目を迎えたフィリピンでの国立ハンセン病療養所医療従事者研修。多くの方々のご協力により、今年も無事に終えることができました。何より、厚生労働省の関係各位、そして第1回、2回に引き続き今回も当研修の企画、訪問先のフィリピン保健省などの多岐にわたる関係各所との調整から講義資料の準備、ツアーの引率にかかるサポートに至るまでを一手に引き受けてくださったクリオン療養所・総合病院長・院長のクナナン医師に深く感謝申し上げます。

国としてすでに成熟期に入ってしまった感のある日本に比べ、今がまさに成長期というフィリピンにおいて感じられたのは、どこかしこに溢れている若々しいエネルギーです。首都マニラやセブ島中心部では、どこに行っても若い人や子供たちの姿が多くみられ、車やバイクがにぎやかに行き交う中では車の警笛が鳴り響いていました。立ち上る土埃で霞んで見える街を覆う喧噪と、それらを取り巻く熱気。都市中心部はどこもかしこも高層ビルの建設ラッシュの真っ只中でした。とはいえ、現地在住の日本人の方によると、マニラなどの大きい都市ではその大半がスラム化しているとのこと。貧困率が26%を超えているフィリピンですが、厳しい生活環境のなかでたくましく生きている人々を見ると、同じ人間でもこんなに違う環境で暮らす人々がいることに、戸惑いを覚えました。現地の人々の暮らしや思いをどれだけ見たり聞いたりしても、現地での出来事の連鎖や人々の思いを全身で把握することは難しく、想像することしかできないことにもどかしさを感じるばかりでした。若々しい国であるがゆえにいろいろな場面で感じる唐突さや無秩序などにも多少驚きましたが、子供からお年寄りまで、目が合うとにっこり笑って挨拶してくれる人々の人懐こさや陽気さ、大家族制などにみられる人と人の結びつきの強さなどを見ると、戦後めざましい経済発展を遂げていったころの日本でも、このように貧しくても希望や夢を糧に生きている人々で溢れていたのだらうと想像します。

ハンセン病は病気そのものもなくなっても、人間性の暗い部分を映し出す鏡としてありつづけます。私たちには、そのような病気を知ったことによる責任があるのだと思います。すでに臨床が過去のものとなってしまった感のある日本と、まだ急性期の患者さんが存在するフィリピン。フィリピンの現在に日本の過去を重ね合わせることで、日本においてハンセン病がまだ現在進行形であったころの状況を肌で感じることができましたという声が多かったのですが、社会制度の全く異なる日本とフィリピンの医療を通じた異国間・異文化交流ということだけではなく、いわば過去と現在が交差しているような稀有な研修だったと思います。今回の訪問でお会いできたフィリピンの当事者の方々やそのご家族、医療者の方々、研修にご参加いただいた皆さまが、この研修を通じてたくさんの得難い経験や思い出を作られたことを心より願っております。参加者の皆さまはいつも忍耐強く朗らかで、逆にスタッフが励まされてばかりでした。正直なところ、毎日、あと残り何日、と指折り数えているような状態でしたが、昼間の研修が終わって夕食時に皆さまと笑いあうと、一日の疲れがずいぶん癒されたものです。思わぬご縁により、皆さまと巡り会うことができ、今回の研修に同行できたことは本当に幸運なことでした。心より感謝申し上げますとともに、皆さまの今後のますますのご活躍をお祈りしております。

笹川記念保健協力財団

星野奈央 三賀知恵美 小笠原薫



クリオンの夕日

CULION

From Isolation to Integration

ARTURO C. CUNANAN, JR. MD, MPH, PhD
Medical Center Chief |
Culion Sanitarium and General Hospital
Philippines

fppt 1

Culion – The Journey to Healing

Culion was known to the trading world as early as 900 A.D., became an encomienda in 1591, Christianized in 1622 - the third oldest mission in the whole of Palawan province -

Used as a Spanish bastion of defense against the Moro Raiders from mid-1600's to late 1800's and the principal village of Provincia de Calamianes during the Spanish Period.

But despite this rich heritage, it is the **"Leper Colony"** - her painful past - that Culion is well-known for and it has made her, for a long time, live in isolation from the rest of Philippine Society and the world.

With the advent of cure for leprosy in 1985 and the conversion of Culion from a "colony" to a municipality in 1992, Culion as a Leper Colony is a closed chapter in history;

yet it is a past worth reminiscing for it made us who we are today.

fppt 2

Culion is situated at the northern most part of Palawan some 200 miles Southwest of Manila. It belongs to Calamianes Group of Islands.

Culion lies within parallels of 12°30'N and 12°45'N and the meridians of 120° 47' E and 120° 18' E. It has a total land area of 415 sq. km. This includes the 41 surrounding islands and measures 1,192.29 sq. km. including its territorial water.

In 1901 Culion was selected as Segregation Colony for people with leprosy

CULION

It is bounded on the north by Busuanga Island, on the east by the Corcu Reef, on the south by Linapacan Island, and on the west by the South China Sea.

3

Culion The Philippines 1906

4

CULION IN LATE 1920s

fppt 5

QUEST FOR CURE IN CULION

Hydnocarpus wightiana or Chaulmoogra

Children also tolerated the pain of 'hot' injection believing their disease would cure in 1-2 years.

[Chaulmoogra oil]
Oil extracted from plant believed to suppress growth of *M. leprae*.

6

Leprosy Liberalization Law

1945 National administration of Sulfone to All Sanitarium, skin clinics and hospitals

There were significant cure in all sanatoria by mid 1960's

1964 – Passage of Liberalization Law- Allowing Treatment of Leprosy using Sulfone in OPD – Home Treatment of Leprosy
Repeal of the Leprosy Segregation Law

Patients in Sanitaria were allowed to leave the sanitarium and return to their provinces and origin and have the treatment nearest their residence"

fppt 7

The Choice to Remain in the Colony

1. Existing severe physical disabilities and limitations
2. No more families to go Home to – Abandoned / lost contacts and communications
3. No Economic / livelihood opportunities
4. Stigma and discrimination from families friends and communities
5. Doesn't know how to live outside sanitarium = Living inside colony becomes- way of life for many - finding comfort among the "same kind"
6. Incidence of Relapse is high after declared cure with dapsone

fppt 8

Establishment of Regional Leprosy Sanitarium

In 1928 – A Evaluation Committee composed of experts was done by Philippine Health Service to evaluate the achievements of Culion Leper Colony

- That despite significant provision of budget to improve living condition in Culion and effort to persuade leprosy patients to report voluntarily.
- Significant number of far advance cases were still seen
- - Difficulty to isolate and segregate them to Culion since families / relatives will hide them.
- One of main reason for higher compliance and coverage of segregation ----- Distance and isolation of CULION

-In 1930 – REGIONALIZATION OF LEPROSY SANITARIUM

fppt 9

8 National Leprosy Sanitaria

fppt 10

Elimination of Leprosy in Culion

1985 – implementation of MDT
Marked reduction of NCD and prevalence burden

1995- 2000 – Sero-epidemiological assessment
- Chemoprophylaxis of Contacts

2002 To Present = NO New Cases Detected From Culion Population

fppt 11

What is beyond cure? Sanitarium Directions

Care After Cure

- Care for disabilities-end of life care
- Care & support for other medical condition
- Care for families and children education
- Care for leading a normal social , political, economic life

CHALLENGES

- Maintaining expertise in leprosy
- Transformation of island to a municipality and the sanitarium adding other functions / services
- Transformation into General Hospital
- Integration into community / society
- Preserving the memory of the 'past'

fppt 12

Culion Leper Colony

fppt 13

Where are we now

RA 9790 – Culion Sanitarium and General Hospital

Training

- Medical Practitioners from Sanitarium of Japan

Preservation of Leprosy History & Heritage

- Culion Museum & Archives
- Oral History Gallery

Case Detection

- Household Contact Examination

Advocacy/IEC

- Students
- Culion Museum Guests

Available expertise in sanitarium for leprosy

- Slit Skin Smear
- Clinical Diagnosis

Rehabilitation

- Physical Rehabilitation
- Footwear
- Wound Care

fppt 14

Where is the sanitarium going from Here?

CSGH Leprosy Treatment, Training, Research and Rehab Center

- Memories of the World
- World Heritage

fppt 15

Preservation of Leprosy History

Memories
Heritage

CULION CENTENNIAL MARKER 2008

HISTORICAL MARKER

fppt 16



• The Jose R. Reyes Memorial Medical Center Department of Dermatology is one of the selected coordinating centers for leprosy elimination because of its active role in leprosy research and as a referral center for leprosy.

Jose R. Reyes Memorial Medical Center
Department of Dermatology
Infectious Core Team

- **MISSION**
 - To give support to patients affected with Leprosy
 - To reduce the stigma of the disease
 - To eliminate Leprosy as a public health problem
 - To promote community awareness and camaraderie among our patients and
 - To empower our patients to be independent members of the society
- **VISION**
 - To be recognized as a National Leprosy Foundation and attain a Leprosy-free Philippines

January

- “Alay Lingkod: Isang Seminar para sa mga Leprosy patients”
- **Objective**
 - To enlighten our Leprosy Club members and their relatives on the benefits, privileges, and assistance programs which they may avail of from government institutions like PhilHealth, DSWD, PWD
- **Output**
 - The attendees became aware of their benefits as well as the process of application to avail such which they learned from the guest speakers from PhilHealth, DSWD, and PWD



May

- Leprosy Fund Meeting/Strategic Planning
- **Objectives**
 - To discuss how to effectively utilize the sub-allotment given by the Department of Health
 - To brainstorm on what programs and activities the department can do to reduce the stigma of leprosy and assist the patients in their daily lives
- **Output**
 - A feasible and effective proposal of the sub-allotment fund was formulated.

- Baseline laboratory tests (pre and post treatment)
- Starket Kit: Medicines
- Medicines for patients with lepra reactions
- Rehabilitation medicine
- HD Club events “Stigma reduction and sensitization”
 - Livelihood programs
 - Lay forum
 - Symposium
 - Advocacy materials
- HD Manual for MDs
- HD Handbook for patients
- Fee for medical technologist
- Research
- Miscellaneous

June

- Livelihood Training Seminar/Workshop: Heat Press T-Shirt Printing
- Objectives
 - To let our patients experience first-hand printing of their shirts as a form of bonding and introduce heat press printing as a possible livelihood program
 - To develop livelihood activities which the patients can themselves effectively manage, and which can augment incomes
 - For patients to attain financial independence through self-help and optimum utilization of resources available
- Output
 - Stronger relationship among HD Club members. Everyone learned the process of heat press printing and were handed their shirts.



Lay Forum

- **OBJECTIVES**
 - Stop leprosy and its complications
 - Strengthen patient and community awareness on leprosy
 - Ensure proper start and adherence to treatment
 - Improving prevention and management of disabilities
 - Eliminate stigmatization
 - Empower persons affected by leprosy and strengthen their capacity to participate actively in leprosy services
 - Promote access to social and financial support services

Lay Forum

- For OPD Patients
 - Every Monday morning (7:30 am) and afternoon (1pm)
 - Weekly topics
 - AM for new patients
 - PM for follow up patients
 - 1. Introduction to Leprosy
 - 2. Complications/Reactions
 - 3. Prevention of Deformity and Rehabilitation
 - 4. Healthy Lifestyle
 - 5. Contact Tracing
 - 6. Quality of Life
- For PT/OT Students
 - Every first Friday afternoon of the month (3-5PM)

Rehabilitation Medicine

- Rehabilitation therapy is intended to address edema control, pain management, preservation of motion at the uninvolved joints, protective splinting and positioning, and to prevent joint contracture. Mobilization techniques and strengthening exercises are done. Rehabilitation for patients with deformity continues until skeletal integrity and hand function are restored and patients assumes resumption of activities of daily living and work tasks.

Advocacy materials

- Objective
 - To promote awareness that leprosy is a treatable disease through statement t-shirts and ecobags. This movement aims to bring Hansen's Disease awareness, education, and upliftment of patients' morale
- Target date of distribution: starting December 2016




JRRMMC Census

- 2014 = 119 new cases
- 2015 = 94 new cases
- 2016 (January - September) = 57 new case

PARTICIPATION OF PERSON'S AFFECTED WITH LEPROSY...(OCT.-DEC. 2015)

1

"DURING REHABILITATION"



INFRARED RADIATION (IRR)
JUNE 2013

2

AFTER MEDICATION.2
(2 YEARS AFTER RFT)



2015

3



"JRRMMC HD CLUB"

4

EXPERIENCED AS DATA COLLECTOR/INTERVIEWER

"Strategy Used"

- * Listing down the subject for the home visit a night before.
- * Using google map.
- * Hiring a motorcycle.
- * Ask assistance in the barangay(Optional)

* Contacting the subject through our secretary(JRRMMC Derma employee).

"Factors that affect our home visit like."

- Traffic (Metro Manila)
- Informal settlers (usually encounter in Metro Manila)
- Weather conditions
- Wrong address (Metro Manila)
- Subject moves or already go back to their provinces
- Availability of the vehicle (Province)

5


"OUR TEAM"



- Dra. Louisa A. Venida
- Masashi Teshima
- Alan Ceniza
- Ariel Lazarte
- Maridel Magcuro
- Roseleya Caparos


6

Patient with Amputation




7

Having Lecture with BHW and Nurses of Dalayap, Pampanga.



8

WHO西太平洋地域におけるハンセン病



世界保健機関 西太平洋地域事務所
結核ハンセン病課 課長

錦織 信幸

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

世界におけるハンセン病新規患

人口10万あたりの患者数
濃い赤は10対10人以上

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

西太平洋地域における新規患者

- 過去20年間にわたって一貫して減少
- 1990年頃 1万5千人ちかく
- 2013年 5千人以下に

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

グレード2以上の障害をもつ新規患者

- 新規患者全体の数と同様に減少し続けている
- WHOの世界目標
 - 100万人あたり1以下 すでに達成
 - 2010年に比べて2015年までに35%減少 達成見込みだが判断をゆるさず

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

西太平洋地域におけるハンセン病 高り患国 (2014)

国	患者数	人口あたりの罹患率
フィリピン	9855	1.7
中国	423	0.1
バブアニューギニア	543	7.2
マレーシア	308	1.0
カンボジア	703	1.3
ベトナム	557	0.2
ミクロネシア連邦	178	171.1
キリバス	123	111.3
ラオス	104	1.8
マーシャル諸島	81	153.1

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

WHOグレード2以上の障害をもつ新規患者

- WHO's global targets
 - < 1 per million **already achieved**
 - 35% reduction compared 2010 level **achieved in 2014** —39% reduction

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

Change of Grade 2 Disability between 2010 and 2014

国	変化率 (%)
MHL	-100%
KHM	-74.8%
VNM	-71.5%
CHN	-48.8%
MYB	-43.2%
PHL	-38.8%
esp	-38.7%
KIR	-37.1%
FJI	-34%
PNG	17.1%
LAO	137.8%

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

疫学的状況

- 西太平洋地域の国々の状況は大きく2つに別れる
 - 多くにアジアの国々はすでに疾病は急速に減少
 - 一部の国ははまだハンセン病の基本的サービスが十分でない
- 大洋州の島嶼国は特に基本サービスに充実が必要
- すでに疾病負担が減少している国でも注意深い評価が必要
 - バブアニューギニアやフィリピン等
 - 国レベルでは減少していても州レベル、地区レベルのデータを注意深く分析する必要がある

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

課題

- ハンセン病サービスと専門性の維持
- 正確できめ細かい疫学データの収集と分析
- 患者・回復者の継続ケア
 - 正確かつ定期的な診断・評価
 - 身体的リハビリと社会的リハビリ
 - 薬物治療終了後も長期的なケアを提供する体制に欠ける
- 革新的な技術の欠如 (研究開発の欠如)
 - 早期発見、早期診断の方法
 - 発病を予防する技術
 - 障害を予防する技術

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 9


WHO西太平洋事務所の活動大綱

- 各国のハンセン病対策に対する政治的意志の確保 (政治対話、アドボカシー、関係者会議、等)
- 国・地域におけるハンセン病疫学動向の把握、各国の疫学情報管理能力の強化
- 各国における質の高いハンセン病サービス提供能力を支援
- 革新的な診断・治療技術の試行とフィールド研究を支援

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 10

ハンセン病診断後の追跡調査 障害・QOL・社会参加・スティグマ

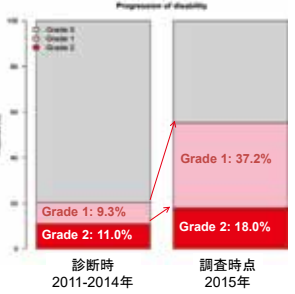
- 目的
 - MDT治療開始後の患者の状況を追跡調査
- デザイン: 後ろ向きコホート
 - 2011年から2014年までにMDT治療を開始した379名
- パイロットサイト
 - マニラ
 - ホセ・レイエス病院
- 調査項目
 - 生存
 - 障害の程度 (EHF)
 - QOL (WHOQOL)
 - 社会参加
 - スティグマ



World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 11

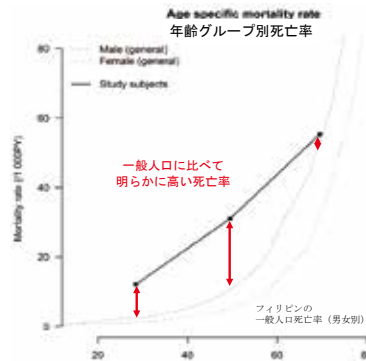
障害の進行

診断年ごとの内訳



World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 12

高い死亡率



死亡者の割合
• Crude risk: 24/379=6.3%

粗死亡率
• Crude death rate: 23.1/1000 Person-Year (=2.3% annual risk of death!)

障害による死亡リスクの増加
• Adjusted rate ratio:
Grade 1 vs Grade 0: **1.37倍**
Grade 2 vs Grade 0: **3.16倍**

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 13

疾病の制圧と社会的回復=車の両輪

- 早期診断
- 確実な治療
- 障害の予防
- 疾病の制圧

- 継続ケア
 - 身体的リハビリ
 - 社会的リハビリ
- 社会保護・サービス
- 社会参加
- スティグマと差別的撤廃

診断時すでに障害を持っていた患者の累積数

新規患者

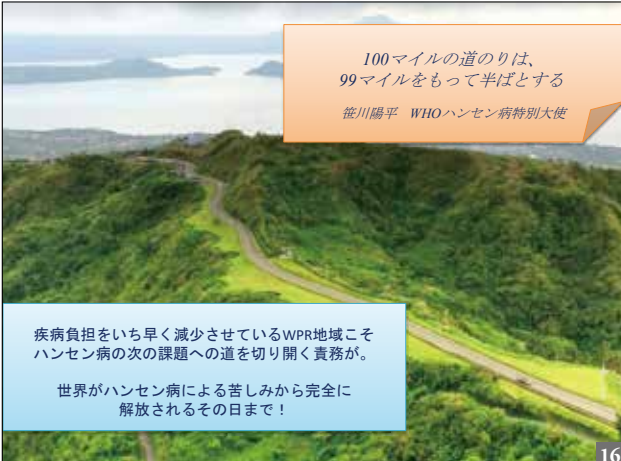
World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 14

差別的撤廃に向けて強力なツール

国連決議と人権委員会決議
Elimination of Discrimination Against Persons Affected by Leprosy and their Family Members (A/RES/65/215) and the Human Rights Council resolution (A/HRC/15/30 "Principles and Guidelines").



World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 15



100マイルの道のりは、
99マイルをもって半ばとする
笹川陽平 WHOハンセン病特別大使

疾病負担をいち早く減少させているWPR地域こそ
ハンセン病の次の課題への道を切り開く責務が。
世界がハンセン病による苦しみから完全に
解放されるその日まで!

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 16



PROFILE

Eversley Childs Sanitarium is a **Level I** General Hospital with a Custodial Care Facility.

- It is located in a 52 hectare lot in Jagobiao, Mandaue City, Cebu.
- It is the only DOH retained hospital north of Cebu province with an authorized bed capacity of:
 - Hansenites - 450 / 125 beds
 - General Service Care- 50 / 100-150 beds

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840



CATCHMENT AREA

As a Sanitarium – Central Visayas Pop. 6,792,860 (2013)

CENTRAL VISAYAS	POPULATION
Cebu	4,160,000
Bohol	1,255,128
Negros Oriental	1,236,666
Siquijor	91,066
Total	6,792,860

As a Gen. Hosp. – 6th Cong. District of Cebu Pop. 499,583 (2013)

CITY/MUNICIPALITY	POPULATION	BARANGAY	PHU	SCHOOL	HOSPITAL
Consolation	100,433	21	15	26	1
Mandaue	331,320	27	27	52	4
Cordova	67,830	13	1	14	0
Total	499,583	61	43	92	4

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

VISION

A leading health care, training, and research facility, providing optimum quality health care services.

MISSION

Provision of affordable quality health care, training, and research services, by competent and empowered health workers, state of the art equipment, and facilities, sustained by a sound financial management and systematic operating procedures.

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

QUALITY POLICY

We, at Eversley Childs Sanitarium, shall provide quality health care services to all patients, with high level of skills and professionalism, leading to an effective care and treatment at an affordable cost.

We commit to satisfy our customers, as well as comply with all regulatory requirements, and continually improve the effectiveness of our Quality Management System.

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

SERVICES OFFERED.

A. Services to Hansenites

1. Diagnosis / Confirmation Diagnosis
2. Treatment (OP or admitted)
3. Custodial Care
4. Rehabilitation
 - Physical Therapy
 - Psychosocial Therapy
5. Anti-stigma Campaign/Advocacy

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

Admission, Discharge Diagnosis and Treatment Protocol on Leprosy

Purpose:

1. Review and update existing policies on admission / discharge of Persons affected by leprosy. It shall undergo deliberation by the Local Leprosy Review Board(LLRB) and discharge committee. This policy cover all members of the LLRB and discharge committee. All Medical and Nursing staff, Leprosy Patient and family.

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

2. Treatment of Leprosy becomes more effective if given to patients who are diagnosed early before any signs of nerve damage appear. If treatment is given adequately, regularly, and continuously, it will give the following benefits:

- Patient will get cured within a shortened period
- Patient will not be able to infect other susceptible members of the household
- It will prevent the progress of skin lesions in the body
- It will prevent nerve damage leading to deformities;
- It will prevent relapse and resistance to drugs

9

Admission and Discharge

I. Criteria for Admission

- A. Patients suffering from advanced MB leprosy
- B. Patients with intercurrent illness and complication of leprosy
- C. Bacteriologically positive school-aged children
- D. Leprosy patients with severe physical disability, elderly and abandoned
- E. Patients admitted for clinical and research studies

10

2. Criteria for Discharge

- A. Abatement/improvement of clinical activity
- B. Completion of Clinical Studies

11

Diagnosis and Treatment

I. Diagnosis

Physical and Clinical examination of patient

- A. Physical Examination- look for skin lesions compatible with leprosy and test for sensory loss(nerve evaluation)
- B. Clinical Examination- bacteriological examination of patients skin smears

2. Classification

- A. PB leprosy- Up to 5 skin lesions with negative skin smear
- B. MB leprosy- more than 5 skin lesions with positive skin smear

12

3. Treatment

MB Adult(16 yrs old and up)- Dapsone 100mg,Rifampicin 600mg,Clofazimine 300mg(1st day of pack), Dapsone 100mg,Clofazimine 50mg(rest of the pack) 12 packs with in 12-18 months

MB Child(upto 15 yrs old)- Dapsone 50mg, Rifampicin 450mg, Clofazimine 150mg(1st day of pack), Dapsone 50mg, Clofazimine 50mg(rest of the pack) 12 packs with in 12-18 monts

PB Adult(16 yrs old and up)- Dapsone 100mg, Rifampicin 300mg(1st day of pack), Dapsone 100mg (rest of the pack) 6 packs with in 6-9 months

PB Child(upto 15 yrs old)- Dapsone 50mg, Rifampicin 450mg(1st day of pack), Dapsone 50mg(rest of the pack) 6 packs with in 6-9 months

13

Rehabilitation


1. Nerve Assessment
2. Assessment and Treatment of Ulcers/ Injuries(Unna Boot Treatment/Application)
4. Care of the Feet
4. Hand Exercises
5. Splinting of Contractures
6. Gratuity Rehabilitation Program
7. Scholarship Program

14

	No. of Patients
Admitted PAL	15
Custodial Residents	96
Gratuity Workers	50

15

ECS MUSEUM & ARCHIVES



ECS Museum and Archives was opened to the public. Recognized by both local and international organizations

16




TRENDS, DIRECTIONS AND TRANSFORMATION OF EVERSLEY CHILDS SANITARIUM AND GENERAL HOSPITAL

LOPE MA. P. CARABANA, JR., MD, MHA, CSEE
Medical Center Chief I
December 1, 2016

1


BACKGROUND



Since 1998, National PR (Leprosy) Consistently > 1/10,000 population
NOH (2010) : PR (Leprosy) is 0.46% (4,737 total cases)
Philippines = Highest PR (Leprosy) in Western Pacific Region

2

BACKGROUND



MDT regimen → Elimination of Leprosy as public health hazard (1998)
Past 20 years, number of new cases continued to dwindle down
Expectation: no more cases of leprosy will be diagnosed in the immediate future

↓


Existing Sanitaria (Leprosaria) will lose their functions

↓

Sanitaria no longer needed for Leprosy Treatment, Preventions, and Control

3

TRANSITION STAGES




Mid 1990's – transition stages

- Custodial Care of PAL's
- Provision of Emergency Medical Services and Out-Patient Services

4

TRANSFORMATION PHASE

A.O. NO. 2005-0013, THE SANITARIA CONVERSION PLAN



DOH started the conversion of DOH Sanitaria to other forms of health facilities, such as general hospital or specialized services


All Sanitaria – Provide General Medical Services

- = Emergency Cases
- = Out Patient Treatment
- = In-Patient Care

– 5 major services (Int. Med., Gen. Surgery, OB-Gyne, Pedia, Family Med)

5

TRANSFORMATION PHASE




	MOOE	Manpower
Sanitaria		
Gen. Hosp.		

2013: Standard Staffing Pattern for General Service Care (Terminating Sanitarium Positions not needed in General Service Care)

Concerns: Dual Role, but with Budget of a Sanitarium ONLY, and Personnel Compliment of a General Hospital ONLY

6

TRANSFORMATION PHASE



Income: Augment MOOE
Pay Job Order (Contractual) Personnel
Repair of infrastructure, Procurement of Medicines, Medical Supplies, and Equipment

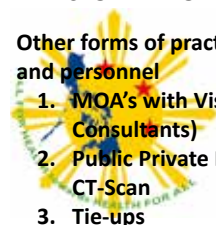
2005 → 2013 → Use of Income

→

→

7

TRANSFORMATION PHASE




Other forms of practices to address inadequate budget and personnel

1. MOA's with Visiting Consultants (54 MD Consultants)
2. Public Private Partnership (PPP) – X-ray, Ultrasound, CT-Scan
3. Tie-ups
 - Laboratory Equipment
4. Consignment
 - Medicines (Pharmacy)
 - Medical Supplies

8



TRANSFORMATION PHASE



Expectations (Leprosy will eventually be eliminated) did not materialize


Instead: Number diagnosed cases plateaued even with vigorous implementation of well known, guaranteed and field test activities to prevent, control, and treat leprosy

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

9

REVIEW





Review/Revisit of the Functions of Sanitaria in relation to the National Leprosy Control Program (NLCP)

Conclusion

DUAL ROLE


- General Services Care
- Custodial Care

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

10



REALIZATION



Needs of a Sanitarium

- New Cases of Leprosy
- Need for Admission
 - Old, Disabled, Abandoned PALs
 - Complications / Severe Reactions

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

11

CONCLUSIONS



Dual Mandate

Primary = Custodial Care

Additional = General Service Care


Therefore, instead of Conversion Plan (AO 2005-0013), it should be "Expansion and Development Plan" (AO 2016 – unnumbered)

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840




12

CONCLUSIONS





November 22, 2016

D.O. 2016 = DOH Sanitaria Expansion and Development Plan

To Repeal / Change

D.O. 2005-0013 or the Sanitaria Conversion Plan

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

13

CONCLUSIONS



DOH Sanitaria Expansion and Development Plan


All Sanitaria to perform the DUAL MANDATE as a Sanitaria and General Hospital

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840




14



THE PLAN



Eversley Childs Sanitarium & General Hospital


➢ Level I, 50 beds	-	Level II, 100 beds
➢ Level I SSP with 114 Personnel	-	Level II SSP with 300 Personnel
➢ Sanitarium SSP of a 450 beds	-	98 Personnel

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840



15

THE PLAN



➢ MOOE	-	Retention of present MOOE plus additional MOOE to compliment 100 ABC MOOE for Sanitarium component to be discussed
➢ Facility	-	at least 9,000 sq.m. floor area
	-	Renovate / Repair existing cottages


Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified Healthcare Institution
PHIC Accreditation No. H07022233 TUV Certification No. TUV100-052840

16

“ LEPROSY ”

MARIVIC F. BALAGON, M.D.
Leonard Wood Memorial
Center for TB & Leprosy Research



1

THE ORGANISM

Mycobacterium leprae

- 1873: Gerhard Hansen demonstrated the organism
- morphology: slow growing, rod-shaped AFB
- doubling time: 2 wks
- characteristics:
 - does not grow in laboratory media
 - grows in mice, armadillo, monkey & man

2

THE DISEASE

“ Leprosy is the oldest disease known to man ”

Synonym: Hansen’s disease

Incubation: 7-10 yrs

Organs affected:

1. Skin
2. Nerves
3. Internal organs

Mode of Entry:

1. Respiratory : 98% of cases
2. Open Skin : 2% of cases

3

SUSCEPTIBILITY

- gen population:
 - 5% are susceptible
 - 95% are immune to the disease
- factors for susceptibility:
 1. susceptibility gene
 2. repeated exposure

4

GLOBAL LEPROSY

- Leprosy : a worldwide dse ; >200,000 new cases a year
- WHO goal for elimination : prevalence of < 1/10,000

Top 5 endemic countries (IBIC-B)


1. India
2. Brazil
3. Indonesia
4. Congo
5. Bangladesh

5

MANIFESTATIONS

Cardinal Signs

- anesthetic skin lesion
- nerve involvement
- + M. leprae through:
 - skin smear
 - histopath



6

CLINICAL TYPES

	WHO	RIDLEY- JOPLING
1. Types	2 types	6 types
	PB	I TT Tuberculoid BT
	MB	BB BL Lepromatous LL
2. Use	field application	research purposes
3. Approach	simplified	complicated

7

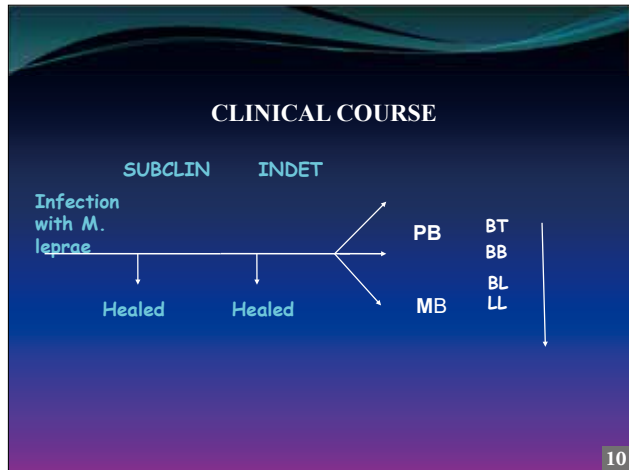
WHO FIELD CLASSIFICATION

	PAUCIBACILLARY	MULTIBACILLARY
1. No of lesions	1-5 lesions	> 5 lesions
2. Nerve involvement	0 to 1 nerve	≥ 2 nerves
3. smear	-	+
4. Immune status	good	poor
5. Sensory deficit	early, lesional anesthesia	late, “glove & stocking”; with or without lesional anesthesia
6. Treatment		
A. Drugs	RFP, DDS	RFP, DDS, Clofa
B. Duration	6 packs (6-9mos)	12 packs (12-18mos)

8

RIDLEY-JOPLING CLASSIFICATION

Leprosy Type	Lesions	Bacterial Load (skin smear)
I Indeterminate	1-2, anesthetic, vague	0
TT Tuberculoid	1-3, anesthetic, small, well-defined	0
BT Borderline Tuberculoid	1-5, anesthetic, big, ill-defined/ irreg	0 - 1+
BB Mid - Borderline	few, punched-out	1+ - 2+
BL Borderline Lepromatous	numerous	3+ - 4+
LL Lepromatous	numerous	4+ - 6+



6 PERIPHERAL NERVES

AREA	NERVES	DEFORMITY
FACE	Facial N	lagophthalmos
UE	1. Ulnar	clawing of little and ring fingers
	2. Median	clawing of index and mid-fingers
	3. Radial	"wristdrop"
LE	1. Common peroneal	"footdrop"
	2. Posterior tibial	clawing of toes collapse of foot arch

TREATMENT OF LEPROSY

WHO- MDT - Multiple Drug Therapy

24-pack MDT: 1982-1998
12-pack MDT: 1998 onwards

- ### BASIC INFORMATION ABOUT MDT
- Please inform the patient that . . .
- MDT is free.
 - MDT is available in health centers.
 - MDT makes the patient non-infectious at one week-month.
 - MDT causes skin darkening . (B663)
 - MDT causes "reddish urine". (RFP)
 - MDT is a wonder drug.
- . . . **LEPROSY IS CURABLE.**

WHO-MDT DRUGS BACTERICIDAL ACTIVITY

DRUG	BACTERICIDAL ACTIVITY
1. RIFAMPICIN	+++
2. DAPSONE	+
3. LAMPRENE (B663)	+

ANTILEPROSY DRUGS MDT : DRUG RESISTANCE FINDINGS

DRUG	DRUG RESISTANCE (MFP & Molecular)
1. RIFAMPICIN	1-2 %
2. DAPSONE	10- 30%
3. LAMPRENE	Unknown (0%?)
4. OFLOXACIN	10-15%

- ### COMMON SIDE-EFFECTS OF MDT
- side effects usually occur within 2- 3 mos of MDT
 - DDS:**
 - hemolytic anemia
 - toxic hepatitis
 - dermatitis (exfoliative)
 - psychosis
 (early sign of toxicity : icteric sclerae -2nd pack . 5th week)
 - B663:**
 - skin darkening
 - gastric irritation
 - RFP:**
 - hepatotoxicity

BACTERICIDAL ACTIVITY NEW ANTI-LEPROSY DRUGS

DRUG	CLASS	BACTERICIDAL ACTIVITY		UNIT COST
		in mice	in human	
1. Moxifloxacin		+++	+++	high
2. Ofloxacin	Fluroquinolone	++	++	ave
3. Perfloracin		++	++	ave
4. Clarithromycin	Macrolide	++	++	ave
5. Minocycline	Tetracycline	++	++	ave
6. Rifapentine	Rifamycin	+++	Not done	high
7. R207910	Diarylquinoline	+++	Not done	n/a


17

LEPRA REACTIONS

Lepra Reactions - recurrent inflammatory episodes reflecting the body's immunologic response to the dead & dying bacteria resulting from treatment ; triggered by other factors

Types of Reactions

Type 1 : Upgrading (RR) or Downgrading
 Type 2 : Erythema Nodosum Leprosum (ENL)



18

DIFFERENCES

	TYPE 1	TYPE 2
a. Patho	CMI	HMI; immunocomplexes
b. Type	BT, BB, BL (low BI)	BL, LL (Hi BI)
c. Lesions	redness & swelling of EXISTING lesions	painful nodules
d. Onset	before ,during , after tx	end or after treatment
e. Duration	weeks	months – years
f. Prognosis	good	poor
g. Treatment	Prednisolone	Thalidomide Prednisolone Clofazimine

19

CONVENTIONAL TREATMENT OF REACTIONS

Type 1: Mild - supportive
 Mod-Severe - Prednisolone @ .5-1 mg/k / day @ tapered doses (weeks-months)

Type 2: Mild - supportive
 Mod/ Severe - Prednisolone @ .5-1 mg/k /day @ tapered doses (months –years)
 - if can't be tapered < 20mg in 12 wks : control triggering factors
 + B663 300 mg a day (M1)
 200 mg a day (M2)
 100 mg a day (M3) then 50mg
 - Thalidomide (not available in the Philippines)

Concern : Steroids delay immunologic clearance of dead bacteria
Outcome : Prolongs ENL

20

DEFINITION of “RELAPSE”

RELAPSE :

It is defined as the recurrence of the disease after full course of successful treatment.

DEFINITION OF MB RELAPSE :

- Appearance of new or active skin lesions AND
- Increase in site BI of $\geq 2+$


21

TYPES of RELAPSE

TYPES OF RELAPSE :

1. Reinfection
2. Reactivation (persister organisms)

Molecular Strain Typing : differentiates reactivation from reinfection



22

MANAGEMENT of RELAPSE (WHO RECOMMENDATION)

SENSITIVE to RIFAMPICIN:
WHO- MDT

RESISTANT to RIFAMPICIN
 Clofazimine 50mg + Ofloxacin 400mg + Minocycline 100mg daily for 6 months then;
 Clofazimine + Minocycline daily or Ofloxacin daily for 18 mos

OR: use a monthly combination of NEW GENERATION antileprosy drugs



23

DIFFERENCES

	REACTIONS	RELAPSES
1. Incidence	50%	5%
2. Onset	before, during or within 5 yrs after treatment	beyond 5 years after treatment
3. spread of lesions	fast	slow

24

DIFFERENCES

	REACTIONS	RELAPSES
4. Response to steroids *	respond	persist
5. M.leprae	fragmented (dead)	solid (viable)
6. Treatment	steroids	anti-leprosy drugs

* - use of steroids is contraindicated in MB relapse except if the patient is on relapse + reaction

CASE DISCUSSION

	CASE #1	CASE #2
a. Clinical Type	BL	BL
b. Initial BI	4+	4+
Diagnosis, c. Treatment	2003	2007
d. Recurred	2010	2010
e. Time Lapse	7 yrs	3 yrs
f. lesions	gradual	fast
g. BI ; MI	4+ ; Solid AFB	4+; Fragmented

- ### importance of Slit Skin Smear (BI & MI)
1. to diagnose and classify the dse
 2. to determine density & infectivity of bacilli
 3. to monitor response to treatment
 4. to detect drug resistance
 5. to differentiate relapse vs reaction

BACTERIOLOGICAL INDEX (BI)

Bacteriological index = measure of density of all AFB (live + dead) as determined by Ridley's logarithmic scale

NOTE:
viable/ live - bright stained SOLID bacilli
non-viable/dead- FRAGMENTED/ GRANULATED bacilli

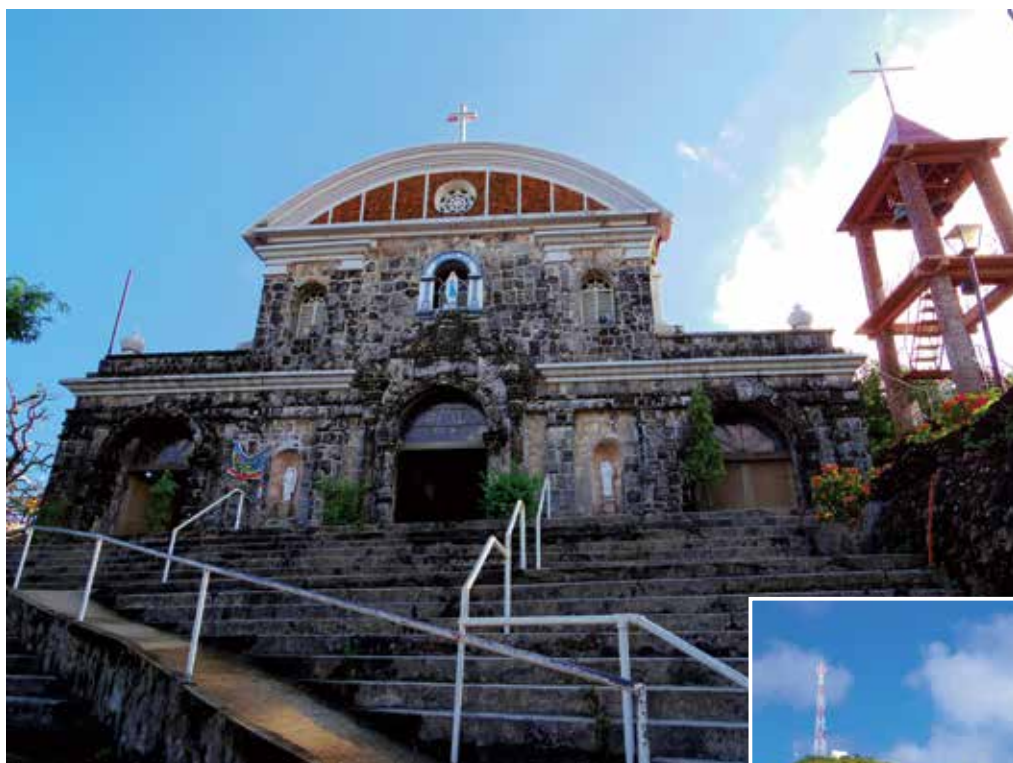
The smear is examined under the microscope with 100x oil immersion lens

- ### SLIT-SKIN SMEAR FOR M. LEPRAE (duration: one hour)
- A. Sites :** A. MB = both earlobes + 4 active sites
B. PB = 1 earlobe + 2 active sites
- B. Procedure:**
- | Procedure | DURATION |
|---|-----------|
| 1. Slit-Skin Smear
- sterilize
- pinch
- incise
- scrape
- smear | (5 mins.) |
| 2. Fixation | (1 min.) |

- ### SLIT-SKIN SMEAR FOR M. LEPRAE
- 3. Staining** (25-30 mins.)
- carbol fuchsin
- acid alcohol
- methylene blue
- 4. Microscopy (R-J Logarithmic Scale)** (15-30 mins.)
- | | | |
|----|---|-----------------------|
| 6+ | = | more than 1000/ field |
| 5+ | = | 100-1000/field |
| 4+ | = | 10-100/field |
| 3+ | = | 1-10/field |
| 2+ | = | 10-100/100 fields |
| 1+ | = | 1-10/100 fields |
| 0 | = | 0/100 fields |

- ### HOW TO PREVENT ERRONEOUS SMEAR RESULTS
- #### FALSE NEGATIVE RESULTS
- | Causes | Prevention |
|---------------------|--|
| 1. bloody smear | - exert constant skin pressure (pinch skin) during incision and scraping
- use the blunt surface of the blade in scraping the tissue pulp |
| 2. Edema (reaction) | - wait for swelling to subside before doing sss
- use of anti-inflammatory drugs |
| 3. wrong sites | - do sss at the border of the lesion but away from the normal skin |

- ### HOW TO PREVENT ERRONEOUS SMEAR READINGS
- #### FALSE POSITIVE RESULTS
- | Cause | Prevention |
|--|---------------------------|
| artifacts/precipitates of carbol fuchsin may look like AFB | - filter stain thoroughly |
- NOTE:** Artifacts are usually seen away from the fixated smear.



Sasakawa Memorial
Health Foundation

笹川記念保健協力財団

〒107-0052 東京都港区赤坂1丁目2番2号 日本財団ビル5階

TEL : 03-6229-5377 FAX : 03-6229-5388

<http://www.smhf.or.jp/>

Supported by  日本 THE NIPPON
財団 FOUNDATION