

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 2015



Sasakawa Memorial
Health Foundation
笹川記念保健協力財団

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 2015

目次

巻頭写真	3
略語集	5
フィリピン ハンセン病の概歴	6
はじめに	7
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	8
第2回フィリピン視察研修に込めた想い	9
日程	10
訪問先(地図)	11
フィリピン共和国 (Republic of the Philippines) の概要	12
面談者	13
訪問記録	
1. クリオン療養所・総合病院	14
2. WHO WPRO (世界保健機関西太平洋地域事務所)	21
3. フィリピン総合病院 ハンセンズ・クラブ	25
4. エバースレイ・チャイルズ療養所	30
5. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック	34
6. ラプラプ市保健所	41
参加者一覧	45
参加者アンケートまとめ	46
編集後記	52
資料	53

皮膚スメア検査の様子

(2015.11.12 於:セブ・スキンクリニック)



皮疹部の消毒



組織液に血液が入らぬよう、指で十分圧迫



メスで皮膚に浅い傷をつける



組織液をスライドガラスにすり付ける



6か所の異なった患部から検体を採取



検体を染色し、検鏡。菌の有無を確認する

ハンセン病の様々な皮膚症状

(2015.11.12 於:セブ・スキンクリニック)

白斑



紅色丘疹



板状局面



隆起性紅斑局面



結節～腫瘤



遠心性紅斑



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児乳児・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

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。

はじめに

世界のハンセン病対策のために、41年前（1974<昭49>年）に創設された公益財団法人笹川記念保健協力財団は、当初のハンセン病患者の数を減らすという目的から、回復者の支援さらに患者、回復者、そしてそれらの家族への差別解消への活動の枠を広げてまいりました。さらに、近年は、わが国はじめ世界各地でも見られたこの病気をめぐる偏見差別の歴史を検証し保存することにも精力を注いでいます。

さて、往時、一千数百万と推計された患者数は、WHOによる多剤併用療法の導入（MDT 1981）と公衆衛生上の制圧目標設定（発症者1/1万人未満、1991）に続き、日本財団笹川陽平会長（当時理事長）による無料MDT配布開始（1995～99、その後、Novartisが継続）を経て、2014年末には、年間新規診断患者数213,899人にまで減少、制圧目標未達成国もブラジルだけとなりました。

わが国では、国内13療養所に在所する回復者方の高齢化著しく（2015年12月現在、在園者計 1,632名の平均年齢は約84歳）、また、認知症状の発症も増加しています。また、わが国では、ほとんど新規発病者がいないこともあって、専門家と云えども、臨床例に遭遇することは極めて稀となり、医師のみならず看護師、検査技師らハンセン病関連保健専門家の実地教育や訓練の機会は乏しく、多くの先進国同様ハンセン病医療はあらたな局面に差し掛かっているとも申せましょう。

私ども笹川記念保健協力財団は、創立以来、多数国の患者、回復者への支援、またハンセン病療養所や回復者団体と協力してまいりましたが、上記の状況を鑑み、内外専門家の交流の機会を設けることを考えた次第です。

当視察、研修は受入国フィリピンの歴史的なクリオン療養所・総合病院（Culion Sanitarium and General Hospital）院長（Chief of Sanitarium III）Arturo Cunanan Jr.博士の全面的関与により実現しました。本報告書への寄稿とあわせ、特記して深謝致します。

企画当初から、多々、ご指導頂いた厚生労働省関係部署の各位および専門家の派遣をお認め頂いた13国立ハンセン病療養所の関係者にも、ここから感謝致します。

世界におけるハンセン病の制圧および患者や回復者そしてご家族をめぐる偏見差別の解消の一日も早からんことを切望します。

喜多悦子

公益財団法人笹川記念保健協力財団
理事長

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/

第2回フィリピン視察研修に込めた想い

~The 2nd Leprosy Study Tour in the Philippines by the Japan Sanatorium Medical Practitioners

Leprosy, a chronic mildly communicable disease caused by *Mycobacterium leprae*, a leading cause of disabilities among the infectious diseases has been eliminated as a public health problem globally, which has been an endemic disease in many impoverished and developing countries in the last century. The availability of cure through the Multiple Drug Therapy (MDT) has changed the directions and focus regarding the disease being a public health concerns in only few remaining countries today, although still being detected in significant numbers in previously endemic countries like the Philippines.

Japan has a long history of leprosy with 13 national leprosy sanatoriums still operational all over the country. Although, new leprosy cases are very low (mostly from migrants), there exist around 1700 old disabled leprosy affected people who are residents of the sanatoriums for decades and have the sanatorium as their home. Compared to the Philippines which has also 8 remaining leprosy sanitarium with about 2,000 patients and “residents”, the activities in the Japan sanatorium are not for leprosy control but solely for quality palliative and custodial care; an “end of life care” for residents whose average age are 80 years and above, with various physical challenges affecting activities of daily living and the many medical conditions accompanying an aging population.

The project of sending for study tour; physicians, nurses and other para-medical staff from Japan Sanatorium to the Philippines to learn about leprosy may at first be difficult to understand much more to organize. However the realization that the participants have not seen an “active case” of leprosy and how acquiring of new knowledge and awareness about the epidemiology and skills on diagnosis and the management of the disease and its complications (leprosy reactions) and the prevention of disabilities and rehabilitation will bring new meaning in their present roles and work in the sanatorium, provided a very appropriate and relevant objectives.

This new experiences and learning will correlate the progression of the leprosy disease as a complex process of whom the residents they are currently caring are on the end of the spectrum of the disease, where disabilities have long set in due to the absent of cure during those years. This new found experience and knowledge will provide greater correlations in providing better care, and a stimulus to conduct researches in various clinical and public health fields.

The organization of the leprosy study tour in the Philippines (1st in February 2015 and 2nd in November 2015) has been very challenging considering the above background and objectives. The limitations of a very short schedule of one (1) week to learn and experience various aspects of leprosy as a disease and the control measures being conducted in the Philippines is indeed a huge challenge. This is coupled by the long travel to different sanitariums with the changing or uncertainty of weather and the traffic in Metro Manila and Cebu are all added challenges and experience as well.

One of the major limitations is the language barrier, where majority of the participants have very much limited English proficiency. Although early preparation and translation of lecture materials and Power point presentation has been done and with the very effective translation of Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF), the interactions and discussions with experts and other resource persons has been limited by this shortcoming.

The Leprosy Study Tour would like to showcase the various efforts that the Philippines have embarked besides the public health approach of controlling the disease using MDT both in the public health system and the sanitarium. The last Leprosy study tour has focused on:

- a) Transformation of the once “Leper Colony” of Culion from Isolation to Integration, where Culion has been converted to a regular Municipality and the Culion Sanitarium into a General Hospital where in the past 12 years there is no new cases detected in this previously hyper endemic island. This experience could have a bearing on the direction and transformation of Japan sanatorium in the future.
- b) Preservation of Leprosy History – this highlight the preservation efforts of the sanitarium (Culion and Eversely Childs in Cebu) in preserving history and memories of the patients and residents and the struggle of the people to live “normally” amidst difficulties of isolations, segregations and other policies.
- c) Human Rights and Dignity and Empowerment – presented the different associations or groups of People Affected by leprosy and their different advocacies and activities.
- d) Leprosy epidemiology as presented by the WHO Western Pacific Regional Office, noting the distribution of leprosy and the present challenges in the different countries in the Asia-Pacific.
- e) Leprosy diagnosis, treatment and management, rehabilitation and research – provided by the Leonard Wood Memorial for Leprosy Research Skin Clinic and the Philippine Dermatology Society and the (Regional/City) Public Health for leprosy management in city and rural areas in the Philippines.

How to further improve the learning experiences and exchange information and how the Philippine could also learn from the Japan experience especially on the quality and end of life care is something to look forward to in the near future.

The author congratulates SMHF and the Ministry of Health, Labor and Welfare for this relevant and informative project. The author expressed his sincere appreciation to SMHF for the opportunity and participation of the different agencies and various sanitarium staff in the Philippines to be part and to contribute to the success of this undertaking.

クリオン療養所・総合病院 所長／院長

Arturo C. Cunanan, Jr. 医学博士

DR. ARTURO C. CUNANAN, JR. MPH, PhD

Chief of Sanitarium III

Culion Sanitarium and General Hospital

日程

2015 (平成27) 年11月7日 (土) ~13日 (金)

日付	時間	活動内容		
11/7(土)	11:10	成田空港集合		
	13:10	フィリピン航空427便にて空路、マニラへ		
	17:30	マニラ空港着		
	13:00	福岡空港集合		
	15:20	フィリピン航空425便にて空路、マニラへ		
	18:20	マニラ空港着		
	20:00	夕食・説明会		
			Bayview Park Hotel泊	
11/8(日)	6:10	ホテルチェックアウト		
	6:30	ホテル発		
	8:40	フィリピン航空2031便にて空路、プスアンガ島へ		
	9:35	プスアンガ空港着、陸路コロン港へ		
	10:40	コロン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 島民による歓迎セレモニー		
13:00~18:00	クリオン療養所・総合病院訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・クリオン資料館見学 (Dr. Cunananによる解説付) ・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、フィリピンのハンセン病対策に果たす療養所の役割について ・療養所・島内見学 		
19:00	クリオン島行政官・療養所関係者を招いての夕食会			
			Hotel Maya/Tabing Dagat Lodge泊	
11/9(月)	4:30	ホテルチェックアウト		
		海路コロン港へ		
	6:30	コロン港より陸路プスワンガ空港へ		
	9:55	フィリピン航空2032便にて空路、マニラへ		
	10:50	マニラ着		
	12:00~15:00	WHO西太平洋事務所訪問		<ul style="list-style-type: none"> ・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
15:40~17:00	フィリピン保健省・ノバルティス財団共催 「Evidence-based innovation towards a world without leprosy meeting」傍聴			
			Bayview Park Hotel泊	
11/10(火)	8:00	ホテル発		
	8:40~12:00	フィリピン総合病院・ハンセン病患者会ハンセンズ・クラブ訪問		
	午後	マニラ市内見学 (渋滞のため、車窓より見学に変更)		
			Bayview Park Hotel泊	
11/11(水)	6:30	ホテルチェックアウト		
	7:00	ホテル発		
	9:00	フィリピン航空1849便にて空路、セブ島へ		
	10:15	セブ空港着		
	12:00~17:00	エバースレイ・チャイルズ療養所訪問		<ul style="list-style-type: none"> ・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: フィリピンの療養所の運営政策と患者/入所者の管理 ・講義: 今後の課題 ・日本の現状についての発表: 田代Dr. (多磨全生園)、大津Ns. (星塚敬愛園) ・療養所内見学
		歓迎昼食会		
			Parklane International Hotel泊	
11/12(木)	8:00	ホテル発		
	8:30~12:00	レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック訪問		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 		
	13:30	フィリピン保健省第7地域事務所表敬訪問		
	14:00~17:00	コースA: レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック ハンセン病医療アドバンスプログラム (受講者7名)		
	<ul style="list-style-type: none"> ・ハンセン病の診断、最新研究、将来展望 コースB: フィールド見学プログラム ・ラブラブ市保健所訪問 			
			Parklane International Hotel泊	
11/13(金)	5:00	ホテルチェックアウト		
	5:30	ホテル発		
	7:55	フィリピン航空434便にて空路、成田へ		
	13:15	成田空港着 解散		

訪問先 (地図)



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：9,914万人（2014年）（出典：世界銀行）
- 首都：マニラ（首都圏人口約1,186万人）
（2010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：国語はフィリピン語、公用語はフィリピン語及び英語。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

- GDP：2,849億米ドル（2014年・世界40位）（出典：IMF）
- 一人当たりGDP：2,865米ドル
（2014年・世界130位）（出典：IMF）
- 経済成長率：6.1%（2014年）（出典：フィリピン国家統計局）
- 物価上昇率：4.1%（2014年）（出典：フィリピン国家統計局）
- 失業率：6.8%（2014年）（出典：フィリピン国家統計局）
- 貧困率：24.9%（2013年）（出典：厚生労働省ホームページ）

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	69	120	23.5	29.9
日本	84	6	2.1	2.9

出典：World Health Statistics 2015

面談者

クリオン療養所・総合病院／資料館—Culion Sanitarium and General Hospital, Museum

Dr. Arturo Cunanan Jr.

Ms. Aquino (Chief, Nursing Dept)

Ms. Patricia C. Hilao (Municipal Vice Mayor)

Mr. Cresenciano Rosello (Chair, Association of Culion Hansenties Inc. (ACHI))

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

技術支援調整官 牧野友彦博士

フィリピン総合病院, ハンセンズ・クラブ—Philippine General Hospital, Hansen's Club

Dr. Belen Dofitas (Adviser, PGH Hansen's Club)

Dr. Georgina C. Pastorfile (Chief of Section, Dermatology Department)

Dr. Josef Symon Concha (Senior Resident, UP- PGH Dermatology Department)

Mr. Marco Villamor (President, PGH Hansen's Club)

ハンセンズ・クラブの方々約30名

エバースレイ・チャイルズ療養所—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. Jaime S. Bernadas (Director)

Dr. Joanri T. Rivalal (Program Manager)

Ms. Farrel Abaquita (Health Worker)

ラブラブ市保健所—Lapu Lapu City Health Office

Dr. Rodolfo C. Berame (City Health Officer)

Dr. Susan L. Damole (Medical Officer)



訪問記録 1. クリオン療養所・総合病院

Culion Sanitarium and General Hospital



資料館内に飾られるクリオン島を描いた絵

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. クリオン島訪問記

国立療養所菊池恵楓園 歯科医師 福田 健司

南海の島へ

朝のマニラを発ったプロペラ機は徐々に高度を下げ、エメラルドグリーンの海に囲まれ、緑の草原が広がるブスワンガ島の空港に着陸した。この島はダイビングで有名らしく、業者が乗客に声をかけている。我々は出迎えのミニバンに乗り換え、約一時間かけて島の港に向かった。港周辺は人家も多く、欧米の観光客の姿も見かける。ここからさらに小型船に乗り、島々の間を進んで行く。全員万一のためのオレンジ色のライフジャケット着用である。初めは船旅に興奮していたわれわれ乗客も1時間もすると、心地よい揺れも手伝い文字通り舟を漕ぐ人が多くなってきた。

ほどなく目の前に島が現れてきた。

我々がめざすクリオン島、日本人にとってはどことなく可愛らしい島名だがそれとは対照的に山肌には軍の施設であるかのような標識が目に入った。

後日、これは危険であり寄港禁止のしるしであることを聞いた。

島ははっきりと確認できるが、なかなか港には着かず、到着が待ち遠しい。

当時、この島に連れてこられた患者さんはどのような気持ちでこの景色を眺めたのだろうか。

島には平坦な陸地は少なく、人家の裏はすぐ小高い山と隣り合わせになっているようだった。ここでも我々はピックアップトラックに分乗、男性は荷台に乗せられ島の数少ないホテル



マヤホテル中庭。島民から大歓迎を受け少々驚く

に向かう。しっかり掴まないと振り落とされそう。すぐに英字で“歓迎”との文字があるアーチをくぐる。ここが療養地区と一般居住地区との境界であったのだろう。数分後、坂道の途中で車は止まった。ホテルといっても療養所の寄宿舎を改装したというペンション風の施設であった。荷台から飛び降りるとペンションの中庭で回復者の皆さんによる笛や太鼓の演奏が始まり、少々驚く。さらには生花の首飾りをかけていただいた。このような歓迎を受けたのは生まれて初めてである。

クリオン資料館

島で唯一の海辺のレストランで昼食後、ペンションのすぐ近くに、療養所に併設して資料館が有り、この後フィリピン滞在中お世話になるクリオン療養所・総合病院院長のDr. Cunananから説明を受ける。この建物は近年、笹川記念保健協力財団の援助により整備されたという。

1901年クリオン島は、ハンセン病患者さんの隔離コロニーとして選ばれた。以前からの住民は、他の島への移住を迫られた。日本で最初につくられた療養所はこのクリオン島をモデルにしたという。まさに周囲との隔離には好都合の地理的な要因からである。

展示されている写真のなかには白衣を纏った職員が患者さんを収容していると思われる光景があり、日本の我が療養所の資料館に展示されている写真と重なるものがある。

また当時の治療の様子を記録した動画を拝見した。ただただ治りたい一心で顔面への注射薬（大風子油）を受け入れている少女の姿が痛々しい。

太平洋戦争時、ここの島民にも多くの被害が出た。このとき亡くなった多数の人々は共同墓地に埋葬されたという。

Dr. Cunananの説明の中に、戦争で直接戦闘でなくなる人より、食料や医薬品が届かないことにより命を奪われる人のほうが多かった、という言葉がおもく響く。

当時、日本とは事情は異なり、患者さんは子供を持つことは許された。しかし、子供への感染予防という理由により離れて生活することを余儀なくされたそうである。定期的に面会

が許されたのだが、それでもガラス越しという制限の下であった。生後まもない我が子と別れなければならない母親の心とはいかばかりであったのだろうか。

島では1935年頃には一時、約7,000人の患者が暮らしたという。1940年代プロミンの出現がハンセン病対策の歴史の上で重要な出来事となる。何千人もの患者が「陰性、または治癒」の宣言を受け、1964年には隔離法が廃止された。

療養所・総合病院

ハンセン病療養患者さんの病室にも入室させていただいた。島外遠くから来たという一人の青年と高齢の患者さんたちがベッド上で我々を迎えてくれた。見知らぬ我々の訪問にこの青年の表情は終始硬かった。入所まで適当な教育の機会がなかったようだが、この場所で学んでいるとのことである。病気が治癒すれば退院となっていくのであろうが、さりとして彼が島外の一般社会のなかで暮らしていくには厳しい現実がたちはだかっているのは想像に難くない。

窓から美しい海を見下ろす薄暗い部屋のなかでも徐々に、確実に高齢化が進んでいた。小さなナースステーションも同居している病室の中と外の世界とは、時を刻む針の速さが異なっているかのように思われた。

現在、この施設は地域の中心病院として機能しているとのことである。小児科病棟の狭い病室では若い両親に付き添われたたくさんの子供たちが治療・療養中であった。手術室など建物は増改築中であるようだ。新しい建物はエアコンも装備されるようで、より快適な医療施設として生まれ変わっていくのであろう。

現在、フィリピンの療養所は国が運営している。施設の機能、効率、予算などにおいて日本同様の課題はあるようだ。

そういえば、Dr. Cunananの肩書きにも“クリオン療養所・総合病院”とある。

これらの一連の流れは日本国内の療養所の将来の姿といえるのかもしれない。

現在のクリオンの人口は、約21,000人であるが、そのほとんどは患者もしくは療養所関係者の子孫である。我々は島の中心部である港と療養所周辺しか訪問できなかったが、今後、長期的に医療地区とリゾートを併せ持つ島として開発される可能性はあるのだろうか。その場合でも島の人々の純朴さは失わないでほしいものである。

島をあとに

翌日早朝、われわれは再び首都マニラに戻るため、空港のあるブスワンガ島のコロン港に向けて、まだ真っ暗なクリオン島の港を後にした。静寂の海に船のエンジン音だけが響く。

昨日と同じ航路を引き返すのだが、実はこのコロン湾はわれわれ日本人にとって浅からぬ縁のある海である。“地球の歩き方・フィリピン版”によれば、太平洋戦争末期、制空権を失った日本軍の輸送船団は、マニラ湾での空襲を避けコロン湾へ移動したが、アメリカ軍機の追撃を受け、艦船十数隻が沈没したという。現在はダイビングのリゾートとなっている傍らで、闇につつまれたこの黒い海の奥底には、戦後70年以上経った今でもこれらの艦船が当時の乗組員とともに静かに眠っていることであろう。

遠くの島影の背後から空が白々と、放射状に明るくなってきた。コロンの港もまもなくである。

この平和で穏やかな美しい海が永遠につづくことを願う。

謝辞

本研修を企画・催行いただいた笹川記念保健協力財団の喜多悦子理事長、職員の星野奈央、三賀知恵美さん、現地で終始お世話いただいたDr. Cunananそして各医療機関の方々、患者さんに深謝いたします。



コロン港に向かう船から。空が少し白んで来た。

1-2. 隔離の島クリオンを訪れて

国立療養所多磨全生園 看護師 関 由貴子

フィリピンの首都マニラから飛行機と船を乗り継いで約4時間。美しい海の広がるこの島へ向かう船内で、かつてこの島が寄港禁止の危険な島であることを知らせるためのものであったというマークが島の山肌に刻まれていることを教えていただいた。隔離の象徴とも思えるようなマークを今もなお残しているのは何故だろう、というのが島へ着く前に私が抱いた大きな疑問であった。海を隔てた距離感に加え、ここが特殊な島であることを示すそのマークの存在に、かつてこの島に収容されるため海を渡ってきた当時の人々の気持ちが想像され胸に迫る。さらに、現在は島民たちが幸せに暮らす明るい島だと伝え聞いてきたことは本当の話なのだろうか、という疑念も抱かされた。

島へ到着し、まず案内していただいたのは、宿泊先のホテル・マヤだった。ここはかつてハンセン病にかかった女兒たちが暮らす寮として、シスターたちの手により作られた歴史をもつ建物である。私たち一行がホテルへ到着すると、そこで待っていたのは、島民たちの熱い歓迎であった。バンドの生演奏が響く中、満面に笑顔を湛えながら私たち全員の首にヤシの実

の殻で作ったペンダントやレイをかけてくださる。顔立ちに異国の特徴はあるが、特に比較的年齢の高い方々の手の特徴は、私たちが普段見慣れているハンセン病の後遺症を持つ入所者らと同じである。そこになにか懐かしさを覚えたと同時に、見ず知らずの私たちに親しみ深く笑顔を見せる彼らの姿を見て、この島の回復者には日本の回復者にはない何かがあると感じた。

その後、私たちはハンセン病の歴史資料を展示するクリオン資料館、クリオン療養所・総合病院を訪問し、院長のDr. Cunananより講義を受けた。現在では地域の総合病院として近隣の島からも一般患者が治療を受けに訪れるというこの病院であるが、その歴史的な面では、かつての日本の療養所の歴史と重なる点が多い。クリオン療養所はアメリカ統治下の1906年、ハンセン病患者の隔離と療養を目的として開設され、最盛期の収容人数は7,000人に近かった。島内は患者たちの暮らす療養所地区と職員等の暮らす健常者地区に厳しく分けられ、2つの地区を行き来するには検問ゲートを通らなければならなかった。博物館に展示されていたかつての

島内専用通貨は、消毒を繰り返されたため表面がすり減っていた。また、療養所内の職員数が不足していたため患者・回復者自らが様々な作業を行っていたという話も、かつての日本の療養所内での事情と共通していた。

ただし、断種に関しては宗教上の問題から行われることは無く、ここではたくさんの子どもが生まれた。しかし、家族内感染を理由に生後まもない子どもたちが親から隔離されるといった「隔離の中の隔離」が行われ、その歴史は現在も回復者たちの心に深い傷を残している。現在のクリオンには約2万人の人が住み、そのほとんどは回復者と



クリオン島。寄港禁止をしらせる保健省のマークが今も残る。

その子孫、医療関係者とその子孫である。1992年に地方自治体として認可され、その後には回復者の市長が誕生している。「療養所の島」であったクリオンは、独立した一地方自治体となった。かつて厳しく分けられていた患者・回復者と医療関係者との区別はなくなり、彼らの子孫は同じクリオン島民として暮らしている。2つの地区を隔てていた検問所のゲートには「ようこそ」と記されている。

島民たちの暮らしは裕福とはいえないかもしれないが、商店を営み、スポーツや娯楽を楽しみ、温かな繋がりの中で暮らしているように見えた。車で島内を移動する私たち一行に向かって手を振ってくれる子どもたちの屈託のない笑顔からは、この島がかつて経験してきた過酷な歴史は想像し難い。この島にはあって日本の療養所にはないもの。それがまさに、この子どもたちの笑顔なのだ。島を訪れて最初に「この島の回復者には日本の回復者にはない何かがある」と感じさせられたのは、自分たちの子孫と一緒に生活している、いわば人として当然の希望がこの島の中で叶えられているからではないだろうか。

日本においても、らい予防法がなくなり国家賠償請求の裁判に勝ち、回復者の権利は多くの面で保障された。しかし、入所者たちが療養所から出ていくことは難しいという現実には依

然としてあり、超高齢を迎えた入所者の多くは療養所を「終の棲家」と考えざるを得ない状況である。日本でも療養所で暮らしながら地域と結びつき、世代を超えたふれあいの機会も増えれば良いと思うが、その機会は限られており、広く開かれているとは言い難い。彼らが「終の棲家」である療養所で最後まで生きがいを見出していくこと。その残された希望が叶えられるよう日々の生活を支えていくことが私たちの役割である。そしてもう一つ、彼らが経験してきたことを、彼らの子孫に代わって後世へ伝えていくことも忘れてはならない。かつて隔離の象徴であった山肌のマークを今も保存し続けているクリオンを後にし、穏やかな海を渡っていく船上でそのことを心に誓った。

研修を通し、ハンセン病に対して過去に間違った対応をしたのは日本だけではないという事実を身をもって知ることができた。過去に犯したこの間違いをどう正していけるか。世界中でいま問われているこの問題に対して自身の課題として取り組んでいくとともに、学びの伝達に努めたい。ハンセン病療養所の医療従事者として、今後も多くの方にこのような研修へ参加する機会があることを願うとともに、今回の研修全般をお世話下さいましたクリオン療養所・総合病院の院長Dr. Cunananをはじめ、笹川記念保健協力財団の皆様、関係各位に深く感謝申し上げます。



かつて患者区域と医療関係者の居住区域を分けた門

1-3. クリオン島視察

国立療養所大島青松園 看護師 大藪 隆昭

はじめに

私は、看護師としてのキャリアの殆どをハンセン病施設で経験しており、当園に就職して23年になる。就職当時からハンセン病は治癒する病であり、ハンセン病療養所とは、治療法が確立する以前に発症し社会復帰が困難な障害を持った回復者達の療養の場であった。その為、看護の対象である回復者達を、失明・知覚障害・神経麻痺等の重複した障害を持った高齢者と認識しており、根本的な原因となったハンセン病について顧みることは殆どなかった。既に、入所者の平均年齢が83歳となった当園でも入所者数の減少に伴い、入所者の再配置や看護単位の変更が図られたが、徐々に縮小していく施設を目の当たりにすると、一抹の寂しさや切なさと共に、施設の存在や歴史を語り継ぐ必要を感じたりしている。現在も、毎年数千名規模で発症者が存在するフィリピンへの研修参加は、私が職業人として関わった、「ハンセン病」に対する理解を深めるチャンスと捉えての事であった。

クリオン島

飛行機・バス・船を乗り継ぎ、マニラから4時間以上かけクリオンに到着するが、こんな辺境な地に施設を作る必要があるのか、というのが正直な感想であった。後に、Dr. Cunananから、ハンセン病施設を建設する際の地理的条件について、人々の居住地から離れており、患者移民が逃亡しづらい場所で、食料や水などの資源が確保でき自給自足ができる場所を考慮した事を聞き納得できた。しかし、離島故に、夜間や荒天時の急患移送手段の確保は、周辺諸島市町村の基幹病院となった現在のクリオン療養所の課題となっている。クリオン療養所は1906年に開所し、来年110周年を迎えると聞いたが、患者が強制収容された際、最初に上陸した栈橋の跡は、記念撮影のポイントとなるほどの立派な記念碑が立っている。また、島の斜面に大きく刻まれた立ち入りを制限するシグナルや、入所者地区と職員地区

を隔てるウエルカムゲートも現存しており、歴史保存に注力している様子が伺えた。最も多い時には入所者が7,000人に近く、世界最大のハンセン病隔離施設といわれたかつての面影は、夜間に大音量でカラオケに講じる音がホテルまで聞こえるなど、住民の平均年齢が18歳と若い人の多い現在のクリオンの暮らしからは、想像しにくい印象であった。また、水の確保が十分でないため、トイレでは用を足した後は手桶で水を流したり、シャワーの水量が弱かったり、バスタオル1枚が毛布代わりで入浴後の体拭きと兼用だったり、不自由だが面白い体験ができ、バイタリティーに富んだ島の人々の生活を感じることができた。

クリオン資料館

回復者の方が、当時の様子を直接説明してくれたり、Dr. Cunananからの病態の説明の際には我々の前で指のない手掌を見せ協力してくれたり、過去を伝えようとする積極的な姿勢が印象に残った。説明に協力してくれた回復者は、77歳の女性であったが7人の子供を育てたと聞き、お孫さんと一緒に記念撮影にも応じてくれた。子供や孫の存在に驚いたが、墮胎が禁止されているカソリックと婚外子の増加を背



クリオン療養所・総合病院に併設されるクリオン資料館。
近年観光誘致の効果で、様々な国の観光客が訪れる

景に1910年から出産が許され、1920年代にはベビーブームを迎え一人で16人も出産した方もいたと聞いた。しかし乳児への感染を恐れるあまり、生まれると直ぐに母子は離され、直接のコンタクトは禁止、週に一度のガラス越しの子供との面会、ハンセン病を発病しなければ8歳になるとマニラにある施設に送られ、その後の消息は分からないという境遇を、素直にうらやましく思えることはなかった。

クリオン療養所・総合病院

世界最大のコロニーといわれたかつての面影はなく、地域の基幹病院となった今は、帰る場所のない14名の回復者が暮らすのみとなった病室を見学できた。病室では、高齢で認知症を患っている回復者を紹介されご本人が挨拶されたが、そんな高齢者に交じり20歳くらいの少年が療養しているのを見て驚いた。この少年は、5年前に両親に連れられ入院したが、その後両親と連絡が取れず、これまで学校にも行っていないので、病状が落ち着いてからはこの病室から小学校に通っており、卒業するまで療養所で世話をするという事であった。また、ハンセン病に罹患した子供の約半数は両親から見捨てられ、その後の子供達の追跡調査は行われていないと説明を受けた。毎年数千名の新規患者が発症し、差別やスティグマの廃絶が課題と力説するDr. Cunananの説明と併せ、ハンセン病と対峙しているフィリピンの現実を理解できたエピソードであった。

おわりに

幼少のハンセン病患者の存在や、ハンセン病罹患者の約半数が肉親と連絡が取れなくなる事、費用負担がネックになり、発症初期に受診しようとする患者達の背景が理解できなかった。フィリピンでの体験は、日本の回復者達が入所した時代や背景と近似しているのではないかと感じている。それらを含め本研修での経験は、今後日本での回復者達の心情を理解し、生活を支援する上で役立つはずである。また、看護師としてどうフィリピンに貢献するかであるが、予算的な背景もあり回復者や患者の療養環境は大きく異なっていた。我々が担えたとしたら、現地の看護師を日本に招き、日本のハンセン病施設を見学してもらい衛生管理や創傷ケアの方法を教育研修してもらう事ではないだろうか。

全くの私見だが、クリオンの回復者達には過去を語れる、子供や孫たちに囲まれた幸せな今がある。日本の回復者と比べて過去の事としてハンセン病を語っていた事が印象的であった。子供の有無だけでそう考えるのは乱暴であるが、私が感じたクリオン島での印象である。

現実の問題としてハンセン病と対峙している、フィリピンへの研修へ参加できたことに感謝したい。

訪問記録 2. 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



WHO中庭にて記念撮影

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。

2-1. WHO WPRO 視察

国立療養所長島愛生園 副園長 山本 典良

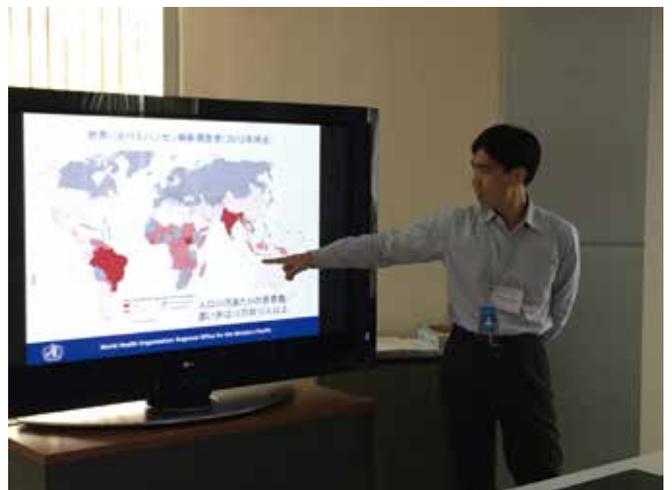
フィリピン滞在3日目の11月9日午後にはWHO WPROを訪問し、敷地内カフェテリアでの昼食後に感染症部結核ハンセン病対策課長の錦織先生の講義を受けた。滞在時間は昼食を含め3時間程度で駆け足であり、フィリピン・マニラにあっては異空間で、そこだけ欧米のようであった。事務局次長の葛西先生は出張中で、錦織先生もその日の夕方の便でスイスジュネーブに出発の予定でお忙しい合間を縫っての講義であった。

“WHO西太平洋地域におけるハンセン病”という題目で疫学状況や課題についての日本語の講義で、欧米風に随時質問可の形式で、遠慮なく話の腰を折って質問させていただき有り難かった。スライドは昨年とほぼ同様であり、内容は昨年のフィリピン視察報告書を参照していただければ十分かと思うが、疫学や行政的な側面からハンセン病を捉える事ができ大変有意義であった。以下に印象的であった講義の内容と質疑応答を羅列する（錦織先生の監修なく、著者による多少の誇張および脚色あり）。

- ①ハンセン病は99%コントロールできているが、残り1%のコントロールが必要であり、それは今までの手法ではうまく行かないかもしれない。これまでとは違うアプローチも取り入れていく必要がある。
- ②近年ベトナムで新患が著明に減少してきているのは、ハンセン病対策が成功し計画通りに減少したのみではなく、数十年前の北欧でそうであったように、その国の政治的経済的發展に伴って自然収束・自然減少した面もあると思われる。その一方いまだに増え続けている地域もあり、疫学的にも興味深く、ハンセン病の隠れた本質がそこにあるのかもしれない。

- ③西太平洋地域でハンセン病のコントロールが思わしくない国々に対して、その国毎に個別に対応しているが、人口が十数万人で東西に数百kmに広がる領海の島々に暮らしている状況では、予算面を含め課題が多い。
- ④ハンセン病予防薬の研究は、多くの顧みられない熱帯病同様になかなか進まない。
- ⑤ハンセン病の最終段階は日本の療養所の如くなるのではと考えている。
などなど非常に興味深い内容であった。

最後に日本的に錦織先生と名刺交換をしたが、その際に日本のハンセン病施設を一度見学したいと思っているとの事であったので、是非長島愛生園に来てほしいことをお伝えし当園での再会を約束しWHO WPRO視察を終了した。



感染症部結核ハンセン病対策課長錦織先生

2-2. WHOの疫学から学ぶハンセン病の現状

国立療養所松丘保養園 看護師 吉田 敏朗

マニラ市内にあるWHO WPRO（世界保健機関 西太平洋地域事務局）は西太平洋地域の代表として、フィリピンのマニラに事務所を構え、西太平洋37の国・地域の人々の身体的、精神的及び社会的健康を得るために、西太平洋地域におけるあらゆる公衆衛生問題への対応を行っている。ここで、フィリピンのハンセン病の疫学的状況と取り組みについて、WHO WPRO、結核ハンセン病課課長、錦織信幸先生より貴重な話を聞くことができた。

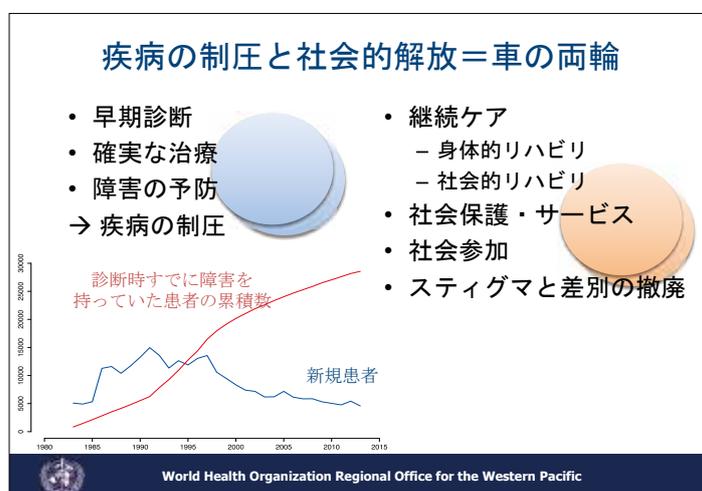
WPROにおけるハンセン病の新規患者は1990年頃15,000人ほどであったが、その後は一貫して減少し、2013年で5,000人以下となり、フィリピンも2014年には1,655人と減少している。しかし、フィリピンの一部の地域では未だに多く、他WPROの中ではミクロネシア連邦、キリバス、マーシャル諸島の3つの国が人口10万人に対して100人を越えるほどの発症率を示している。この3カ国は特に家族内感染が多く、一人の発症を確認するとその親や子、兄弟も発症しているというケースが多いとのことであった。公衆衛生の不備や根深いスティグマの問題に加え、この3カ国は多数の小さな島を抱えており、活動範囲も広くインフラ整備も整っていないためハンセン病に対するサービスが十分に行き届かず、スクリーニングにも相当の予算かかることも大きな要因となっているという現状を改めて知ることが出来た。

日本でも1920年頃では16,000人もものハンセン病患者が報告されたが、治療薬の登場だけでなく、経済発展による公衆衛生の改善からも新規患者数は急激に減少し、年間数名程に至っている。経済発展が公衆衛生の改善に大きく影響する、WPROの途上国の大きな問題であると考えさせられた。

日本のハンセン病はそう遠くないうちになくなるだろうと言われている。今回の研修で、フィリピンのハンセン病の悲惨な歴史とハンセン病への理解を深めるとともに、西太平洋の一部の国や地域では、未だに多くの人がこの病気で苦しんでおり、この病気の根絶に力を入れているWPROの活動を知ることが出来た。ここで学んだWPROの活動によるハンセン病の現状をより多くの人々に知ってもらうことで、ハンセン病を風化させないという大きな働きかけの一つに繋がると実感し、今後は松丘保養園の入所者やスタッフを含め、より多くの人々に伝えていきたい。

謝辞

本研修を企画し、率い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、フィリピン国内医療従事者の関係各位、厚生労働省関係各位に深謝いたします。



錦織先生講義資料より

2-3. WHO西太平洋地域事務局を訪問して

国立療養所邑久光明園 薬剤科長 馬淵 勝子

研修3日目（平成27年11月9日）、早朝からクリオン島を出発して、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、市内にある世界保健機関西太平洋地域事務局（WHO WPRO）です。

いままでにWHOという文言を耳にすることはありましたが、国際機関であること以外ではほとんど知ることがなく、今回の訪問によりはじめて組織や活動内容について知ることができました。また、当日の講義では「WHO西太平洋地域におけるハンセン病の現状とその対策など」について分かりやすく解説していただき、未来を見据えて世界的な視野で観察・考察することの重要性を改めて学ぶことができました。

そのなかでも特に印象深かったことは、予防内服についてです。これは、濃厚接触者にリファンピシン1カプセル単剤で1回のみ服用することにより、少なくとも2年間は、50～60%発病を予防することができるというものです。残念ながら、有効性に関する研究がまだ少なく、これを取り入れている国は少ないというのが現状のようです。しかし、現場の我々が日々の業務のなかで回復者の処方を見てみると、いかに障害への対症療法薬が多く処方されているかに気付かされ、彼らの苦悩を処方からも垣間見ることができるのです。そこで、長年にわたる回復者の悲鳴に傾聴するならば、1985年以降WHOにより確立されたハンセン病治療での多剤併用療法（MDT）以外にも、早期発見や障害を予防する技術へのさらなる取り組みを強化する必要があるのではないかと感じています。

最後になりますが、日本でのハンセン病は新患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たどると考えられるため、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思います。今後の活動に期待しております。

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、同プログラムオフィサー 三賀知恵美さん、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。



WHO WPROでの講義の様子

訪問記録 3. フィリピン総合病院 ハンセンズ・クラブ

Philippines General Hospital, Hansen's Club



フィリピン総合病院皮膚科担当医師、ハンセンズ・クラブのメンバーとともに

住所 Taft Avenue Ermita, Brgy 670 Zone 72, Manila, 1000 Metro Manila, Philippines

電話番号 (+63) (02) 5548400

ホームページ <http://www.pgh.gov.ph/en/>

フィリピン総合病院は、フィリピンを代表するフィリピン大学医学部の付属病院として、1907年に設立された。1,500の病床を持つ国内最大規模の国立総合病院であり、かつ、医学教育病院。貧困層への救済医療も行っている。ハンセンズ・クラブは、ハンセン病に苦しむ患者のための組織として、フィリピン総合病院皮膚科が提案し、医療ソーシャルワーク部門などの協力を得て1999年に設立、Philippines Leprosy Mission (PLM) などの援助を受け運営されて16年になる。患者や回復者、またその家族へのハンセン病教育の場を提供し、会員同士が交流し、つながることができる場を作ることで、会員の尊厳回復と自立を支援すること目的とする。主に、皮膚科のコンサルタントと研修医が中心となって活動を行っており、専門家による様々な講座の実施のほか、会員自身が地域講座を開催したり、家庭訪問を行うなど、外出が難しい会員の取り込みにも努めている。生計創出のための経済自立プログラムや、各種レクリエーションも実施している。

3-1. フィリピン総合病院ハンセンズ・クラブ見学記

国立療養所宮古南静園 内科医長 知念 一

このたび、笹川記念保健協力財団のお取り計らいでフィリピンの多数のハンセン病施設を見学させて頂きました。全ての日程の中で、笹川記念保健協力財団がフィリピンのハンセン病対策に対して資金面その他、多岐にわたって多大な貢献をしておられることを目の当たりにして驚嘆しました。

今回はフィリピン総合病院にて、初めてアクティブなハンセン病の患者さんを見せて頂いた事に関して述べさせて頂きます。生のハンセン病の皮膚所見など、日本には経験しがたい研修を受けることができ、診断の難しさも理解できました。百聞は一見に如かず、ハンセン病療養所に勤務しているながら、治癒後の患者さんしか診ることのなかった私には、ハンセン病を見直すきっかけを与えて頂いたと認識しています。

屈辱を忍んで、変形した手足や治療で色素沈着した身体、急性期の病変を観察させてくれた患者さんたちに感謝しております。これは患者さんと現地の医療側の間に強い信頼関係があったればこそ可能だったと思います。体内の細菌は消失しても四肢の変形が進行する中で、不安を感じながらも明るく生きている患者さんたちには感心しました。治療を終えても互助会的な活動をしているハンセンズ・クラブの皆さんの体験談や活動報告を聞かせて頂く事ができて、実体験に基づいた報告の説得力を痛感しました。

ハンセンズクラブの皆さんは、経済的に苦しい中でも自力で活動資金を賄い、この疾患に関する啓発活動や、ハンセン病に罹患中の患者さんたちへの協力・助言を行っております。もちろん、笹川記念保健協力財団等の組織からの援助は重要です。今回は目から鱗の旅でした。現体制を維持・強化していけば、ハンセン病は確実に克服できると確信することが出来ました。

笹川記念保健協力財団を始め、見学に協力して頂いた各施設の皆様に感謝申し上げます。



快く、症状を見せてくださる

3-2. フィリピン大学附属フィリピン総合病院のハンセンズ・クラブ

—患者の声を聴いて—

国立療養所多磨全生園 皮膚排泄ケア認定看護師 河野 薫

はじめに

当園の入所者が「今も差別、偏見はある」「みんなこの病気のことは今でも嫌っている」ということを私たち看護師に話すことがある。他院に入院するとき、昔のことを話すとき、家族の話のとき、園外に買い物にでかけたとき、様々な場面で入所者は感じると話す。日本では、ハンセン病の新規患者はほぼなく、専門職の私たちもハンセン病の病態を実際に見る機会はほとんどない。目に見える変形がないのに、眉がないだけじゃ誰も気が付かない、指が曲がっているだけじゃ気がつかないじゃないかと思うこともあった。

私は岡山県にある看護学校で学んだ。岡山県には、2つの国立ハンセン病療養所がある。学生の時、本土と橋がつながるという話をアルバイト先の人たちがしていて、患者が本土に来ることについて色々な噂をしていた。聞いてただ怖い病気なんだと感じたことを覚えている。

卒業後は、急性期の病院に勤め、縁があり国立療養所多磨全生園に入職をした。入職直後、学生の時聞いたハンセン病患者のことを思い出し、感染してしまうのではないかと、変形してしまうのではないかと、家族に感染したらなどと思ってしまった。これは、知識不足によるものだが、その時はそのように感じていた。ハンセン病に対する知識不足が、ハンセン病の恐ろしさであることを今痛感している。今回、私は日本では見ることがない発病患者の病態、そして苦しみや歴史を知ることによって入所者の気持ちの理解につなげたい。そして、日本にいる元ハンセン病患者がその人らしい生活をするための援助が出来ればと思い参加を希望した。

フィリピン総合病院の皮膚科医師によるハンセン病への取り組みとハンセンズ・クラブの会員の方に話を聞かせていただき、その後、ハンセンズ・クラブに参加されているハンセン病患者と直接話をさせていただいた。

講義

フィリピン総合病院皮膚科医師、コメディカルのスタッフ、ハンセン病患者は、ハンセン病の様々な側面の理解と対処を支援するために、同じ病気に苦しむ患者同士が交流し自信を

取り戻すことにより、ハンセン病への差別、偏見を減らすことが出来ることを目的として活動している。

そのために、病院側の取り組みの目標として、ハンセン病の教育、病気の特性や支援策のほかに、ハンセン病に抱く感情を理解すること、病気により適切に対処できること、ハンセン病と共存し自信を取り戻せるよう支援し、社会の生産力である地位をとりもどすことが出来ることとしている。会員は、自立のために、スキルを身につける活動を行い、小規模ながら収益を上げ、生活の基盤の確保ができることで、会員の自信につながっている。その一方、ハンセン病に対する差別や偏見があることにより、近くの病院に行きたくないと思い、遠くの病院に行く、しかし、そのためには交通費がかかる。さらに生活費を削ってまでは、受診したくないという悪循環も生じている。

もう1つの活動として、フィリピン総合病院の医師が地方の病院にハンセン病の病態や治療方法等について、地域の病院の教育指導を行っている。

このような取り組みを行うことで、ハンセン病患者自身や周囲の人々の差別、偏見のない社会をつくり、ハンセン病根絶に努力していることがわかった。

ハンセンズ・クラブの会員との関わりを通して

最初の印象として、外国の人が自分たちを見に来ているということでも緊張している様子だった。表情も硬く、なかなか笑顔が出ない患者もいた。その中の1人に、ハンセン病の治療後、足などに赤い斑紋が出てきたため検査を行い、ハンセン病の再燃とわかった、飲食店をしている女性の患者がいた。しかし、治療は受けたくないと言う。その理由は、治療薬を内服すると副作用で皮膚の色が黒くなる。それを見た客がその人を嫌がって店に来なくなる。結果生活が出来なくなる。だから、治療はしたくないということだった。「皮膚の色が黒くなることでハンセン病と周囲の人に気づかれるのか。」との質問に「ハンセン病とわからないかも知れないが、客が減ってしまう。」と気にされていた。私は、ハンセン病に対する差別や偏見の感情がハンセン病患者自身にも、周囲の人にもあり

その結果、皮膚が黒くなるだけでわからない、でも…周囲に知られたら…という気持ちになっているのではと感じた。

フィリピンの多くの人は現実として、「生きていく」ことが優先される現状がある。このような現状の中でハンセン病の治療を受けてもらうためにはどうしたらよいか、ハンセン病ではない疾患であれば、彼女はどうしたのだろうか。ハンセン病だから…生活をしていくための職をハンセン病患者に向けられる差別や偏見等によって失うことを考えてしまうのではないかと思った。当園にも「商売をしている家だったが、自分がいることで店をつぶすわけにはいかない。自分さえいなければ…と家を出て自殺を考えた。家族とは二度と会っていない。最期まで家族に連絡しないでくれ」と言って亡くなった入所者がいたことを思い出した。

おわりに

今回の研修に参加するにあたり、「ハンセン病看護という言葉は聞くけど、今の日本のハンセン病療養所にいる入所者は、ハンセン病は治癒しており、ハンセン病の後遺症や高齢者による老年期の病気で入院しているのだから、老年期看護ではないかと思うがどう思う?」と問われた。このとき私は、答えることができなかった。今回の研修を終えて、私なりに答えを少しだが、見つけることが出来たように思う。

母親に病院に行くとも言われず連れてこられ、その日に今日からここがあなたの住むところよと言われ、母親と引き裂かれてしまった入所者、ハンセン病ということで差別や偏見を受け、家族までが周囲から嫌われ、物さえ売ってもらえない、触ることさえ許されない、そして、そこでの生活さえ許されないような状況に置かれてしまった入所者、生まれた場所に現

在も行くことさえ許されない入所者が、ハンセン病療養所以外の病院にどのくらいいるのだろうか。ハンセン病の後遺症による不自由さに対する援助以上に、私たちは、この心の傷を負って70年、80年と生きてきた入所者、自分の未来を描くことも許されず暗い世界に閉じ込められてしまった入所者や、ここが終の棲家となり、亡くなってからも故郷に帰ることを許されない入所者の心に寄り添い、今でも差別、偏見に苦しむ入所者が最期に、生きててよかったと思える看護をすること、それがハンセン病看護ではないかと思う。

今までに受けたその傷は深く、私たちには埋めることが出来ないかもしれない、それでも、寄り添っていることが大事なのだと感じている。

今回の研修を終えて、改めてハンセン病療養所にいる看護師としての役割と、この研修で学んだこと、そして、ハンセン病元患者から学んだことを伝えていくことが必要だと感じている。

謝辞

このたびの研修に際し、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、同財団 星野奈央様、三賀知恵美様、クリオン療養所総合病院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。



小グループに分かれての討論会の様子

3-3. フィリピン総合病院ハンセンズ・クラブ見学を通して

国立療養所宮古南静園 介護長 上里 良彦

今回の国立ハンセン病療養所医療従事者フィリピン視察で多くのハンセン病に関わる施設を見学する事ができました。その中でフィリピン総合病院では、現在治療中である患者様から初めて話を伺うことが出来ました。同世代のハンセン病の患者様の話を聞いたり、目の当たりにできたのは良い体験になりました。私の同世代の患者様は薬の副作用で肌が黒色になり、最初は写真撮影も禁止で寂しげな表情で体験談や現状を語っていましたが、その後個人的に話しかけると笑顔も見られ、一緒に写真も撮る事が出来ました。

私はハンセン病療養所に19年勤務していますが、現在の入所者が過去に受けた偏見差別、治療内容や薬の副作用等は文献や入所者本人から聞くだけでしたが、新患者様から直接話を聞いたり、身体状態、薬の副作用、偏見や差別の中で生活されている状況を伺う事が出来ました。今回は自分自身が色々と考えさせられる研修内容だったと思いました。

現在、日本におけるハンセン病療養所は入所者が高齢化しており、昔は厳しい時代を乗り越えてきた入所者に対して自分自身が入所者にどう向き合い、何が出来るか、もう一度自分自身を振り返り、今回の研修で学んだこと、体験したことを今後の業務に活かしていきたいと思います。今回の研修に参加するにあたって笹川記念保健協力財団を始め、見学に協力して頂いた皆様に感謝申し上げます。



笑顔で記念撮影（前列右 ハンセンズ・クラブ会長Mr. Marco Villamor、2列目右から4人目ハンセンズ・クラブアドバイザーDr. Belen Dofitas）

訪問記録 4. エバースレイ・チャイルズ療養所

Eversley Childs Sanitarium and General Hospital



アメリカ人慈善家 エバースレイ・チャイルズの銅像の前で

住所 C. Ouano, Mandaue City, Cebu, Philippines

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

Eメール eversleychilds_sanitarium_2011@yahoo.com

エバースレイ・チャイルズ療養所はフィリピンに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. エバースレイ・チャイルズ療養所

国立療養所 多磨全生園 リハビリ科医師 田代 祥一

はじめに

セブ地域におけるハンセン病新規発症数は漸減傾向にあり、本年は25名とこの10年で半減している。エバースレイ・チャイルズ療養所は450床の入院機能を有し、この地域のハンセン病医療の急性期入院治療ならびに慢性期療養を担っている。これに加えて、2002年以来一般医療サービスを提供する形へと機能を変遷させ、現在50床の内科・外科・小児科・産婦人科などの一般病床を稼働させている。これはフィリピン保健省の方針で、ハンセン病患者の入院患者数の減少を受けて1999年から療養所に一般医療サービスを提供する機能を分担させることにしたためである。このことは我が国のハンセン病施設の方向性を考えた場合に、参考にするべきことかもしれない。

療養所の入所者は、急性期入院患者と慢性期療養患者を併せて124名である。患者の社会復帰を目指した教育奨学金制度を設置し、さまざまな専門課程の習得や社会的自立をサポートしている。他方で、Disability Index 2の患者が83名と、約2/3を占めており、これらの患者の社会復帰は難しいことから、日常生活の自立や障害の予防等を目的としたリハビリテーションの提供を大きな役割の1つとして掲げている。

療養所におけるリハビリテーション

リハビリテーションの提供のため、100m²弱の訓練室・装具室が設置されている。自転車エルゴメーター、上肢訓練用のリーチ運動訓練用具、手指機能訓練用の砂、手指関節可動域訓練用機器などが配備されていた。装具療法としては足底

潰瘍に対処するためのゴム靴を製作する区画が設けられていた。これはゴムサンダルを三重底にして、真ん中のゴムを創傷の形状に合わせてくりぬくことで、免荷を図るものである。機能代償・機能回復を目的とした作業療法や装具療法などが積極的に行われているような様子は見受けられず、我が国の診療水準からすると多くの知識や技術を提供できるように感じられた。

療養所の不自由者棟

療養所には、我が国の療養所における一般舎（生活が自立している入所者の住居・生活区域）のような区画のほか、不自由者棟（生活面で何らかの介助・介護を必要とする入所者の居住区域）があり、見学することができた。しかし我が国の療養所と比して入所者全体の年齢が低いことなどあり、不自由者棟居住者は20名弱のようだった。男女別の各1棟あり、1部屋に全員が居住する形式であり、プライバシーなどや個人の所有物など含め、生活全般で様々な制限が予想された。

療養所のくらし

療養所は市街地などと比べても、高くないにしても生活レベルが一定以上に保たれており、所内は清潔であった。創傷を抱えながらも最低限度の生活が保障される点で、フィリピンでの療養所制度がしっかり機能している印象を持った。子どもが多い点が印象的で、この点は我が国の過去のハンセン病政策の影響を感じないわけにはいかなかった。



足底潰瘍に対処するためのゴム靴



手指関節可動域訓練用機器



手指機能訓練用の砂と器具

4-2. エバースレイ・チャイルズ療養所訪問記

国立療養所栗生楽泉園 義肢装具士 村田 博之

11月11日正午。バリバリバリッ!ドンッ!大きな音に驚いていると、我々が乗ったバスはエバースレイ・チャイルズ療養所に到着。電線がバスに引っかかって切れてしまったらしい。バスから下車すると垂れ下がった電線、白いヤギのいる中庭が広がっている。のどかな療養所である。今回訪れた医療施設の中では、私たちが働く日本の療養所の雰囲気にも近いのではないだろうか。違うところは、たくさんの方がいるところである。周りの集落との境も無く、総合病院として産科・小児科もあるため、小さな子供たちもちらほら見かける。それとたくさんの猫たち。

2階にあるホールで子豚の丸焼きなどの歓迎の昼食を済ませ、現地医療スタッフの講演を拝聴した。わが国からも2名の方にプレゼンテーションをしていただいた。特に多磨全生園の田代先生の講演は素晴らしかった。装具を用いた足底潰瘍の治療法とビフォー・アフターの画像を交えた分かりやすい説明。現地医療スタッフの医師、看護師などは講演を聞いていたと思うが、リハビリスタッフがいたかどうかは分らなかった。施設見学後に思ったことだが、現地リハビリスタッフにもぜひ見ていただきたい内容であった。講義終了後、施設内の見学へ。緑に囲まれた皮膚科棟などの建物を見ながら歩いて行くと、「PT/OT REHAR UNIT」と書かれた看板。見学したかったリハビリテーション棟である。早速、中に入ると想像していたよりも狭い。手の巧緻性を訓練するテーブルなどが並んでいる。その奥にミシンとグラインダを発見。通訳をしていただき「あれは誰が使っているのですか?」と尋ねると、一人の男性職員が。彼が使用し装具を作っているとの事。「おー、同志!」と握手を交わした。作業場に目をやると、机の上にはサンダルのような装具があった。思わず、「ベリー・シンプル!」という言葉が出た。装具というにはあまりにも簡素なものである。作業スペースをひと通り目にしたが、装具らしきものはそれだけで、材

料もスポンジ板とすべり止めの底ゴムぐらいであった。行く先々で義肢装具の影を探していた。クリオン島の療養所でも、フィリピンの総合病院でも。結局、今回の視察全体を通して見た義肢装具はそのサンダルだけであった。リハビリ室自体も日本のそれとは異なり、リハビリ機器などは一切無い。あったのはミシンが1つと、グラインダが1つである。

小児科棟を見学した後、装具が必要な方がいるとの事でそちらへと向かった。治療中の患者さんのいる病室。一人、かなり重篤な後遺症を患っている方がいらした。足首の傷口には包帯が巻かれていたが、足は腫れあがり倍くらいの太さになっていた。下腿の皮膚には腫瘍が広がり、足部の変形もかなり進行している。下腿切断の適応になりかねないレベルである。そんな方の足にも先ほど見たサンダルが…。他にも足の変形や潰瘍のある患者さんがいたが、皆さんあのサンダルを履いていた。

日本の総合病院やリハビリセンターのような医療施設でも、義肢装具室があるのは極めて稀な事である。しかし、日本全国のハンセン病療養所には義肢装具室がある。それぐらいハンセン病の後遺症のある方々にとって義肢装具は必要不可欠なものである。義手や義足はもちろんだが、四肢の変形予防、足底潰瘍の治療や下垂足に用いる装具は、患者さんにとって無くてはならないものである。

2010年、マニラにフィリピン初の義肢装具士養成校が開校した。日本で義肢装具士法が制定され、義肢装具士が国家資格となったのは1987年。そろそろ30年が経過しようとしている。近年、フィリピンでも高齢化は進んできており、療養所でも今後の課題となっているそうである。しかし、この国には若い世代が多く、活気に満ちている。今回いろいろな場所を訪問したが、行く先々でそれを感じた。`今後の大いなる発展の可能性`



田代先生のプレゼンテーションの様子



リハビリに携わる日本とフィリピンの専門家で記念撮影



重篤な足の後遺症のある方にもサンダルが…

あのサンダルが患者さんたちの足に合った装具に代わる日。そんな日が早く来てくれることを切に願う。

4-3. エバースレイ・チャイルズ療養所と日本の今後の在り方

国立療養所星塚敬愛園 看護師 大津 てるみ

2015年11月11日 私達は、エバースレイ・チャイルズ療養所を訪問した。

講義内容

ハンセン病療養所の歴史と現状、今後の展望などの講義を受けた。ハンセン病療養所の役割としては、特別病院として月曜日から金曜日の定期皮膚科診察、地方保健所および他病院からの照会、高率のハンセン病症例が報告された地域における診療および査察をされていた。

フィリピンでは、ハンセン病は外来で治療するが、重度な障害や、高齢者、身寄りのいない患者などは、政府支援に全面的に頼らざるをえない状況にある。

キリスト教会や笹川記念保健協力財団などのスポンサーによる中等教育やスキル習得、高等教育などの教育支援も行われている。

施設見学

スキンクリニック、救急外来棟、OT/PT室、療護施設、ハンセン病療養棟、一般有料病棟、ハンセン病歴史資料館などの見学をした。障害者病棟では、入所者の好きなギターや絵などが飾ってあった。

エバースレイ・チャイルズ療養所研修を終えて

院長をはじめ、多くのスタッフからの歓迎を受けた。

また、私は今回、日本のハンセン病療養所が抱える看護上の問題、それに対して考えられる看護の取り組み、実際実施している取り組みについてプレゼンする機会を頂いた。

日本とフィリピンの違いとして、1994年から療養所としての役割を維持しつつ総合病院の機能を併設・移行し、利益をあげ経営していかなければならないことは、全面的に国にバックアップされている日本の療養所とは違う為、病室環境や設備的なことに関しての違いは否めなかった。

しかし、日本では、回復者が超高齢となり、国の支援の下、施設内生活を送っているが、入所者減少により園の将来構想としての形についてはフィリピンに学ぶものがあつた。

今後、回復した入所者がハンセン病を患った頃のつらい思い・歴史が後世に伝わっていくように、保存をしていく必要があるのは、日本もフィリピンも共通している事だと言える。

私は看護師として、本園入所者の思いを理解し少しでも気持ちに寄り添える看護を実践していきたい。また、園内での活動はもちろん、世界の動向を把握し自らも積極的に意見交換できる努力をしていきたい。

今回、丁寧で分かりやすい、大変有意義な講義をして頂いたエバースレイ・チャイルズの皆様、また、このような貴重な体験を企画して下さった笹川記念保健協力財団の皆様、本当に有難うございました。感謝いたします。



生活用品や治療に使われた道具などが展示されている



日本の療養所の現状についてパワーポイントを用いて発表

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



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. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックでの経験

国立療養所菊池恵楓園 皮膚科医師 江頭 翔

セブ・スキンクリニックはフィリピン南部で最も古い医療施設の一つであり、ハンセン病新規患者の診断・治療に当たっている施設である。ここで私たちは、急性期の患者さん達を診る機会を持つことができた。日本においてはなかなか経験することができない、大変貴重な時間であった。

最初にハンセン病の疫学、病態生理と分類、臨床症状、検査、治療について、Dr. Balagonより講義を受けた。これにより参加者全員が最低知っておくべき内容を確認することができた。講義のあと実際の患者さんと会うこととなるが、この講義を受けた直後であったこともあり、説明に対する参加者全員の反応が早かったように感じた。

来ていただいた患者さんは、I群、TTからBT, BB, BL, LL型までの方、そしてI型およびII型らい反応を生じている方がそれぞれ数人いらっしゃった。Dr. Balagonより再度説明を受けながら、患者さんを診て、そして触らせてもらうことができた。患者さんには、みんなで取り囲んでしまうこととなってしまう申し訳なかったが、治療前後の状態を比較することができ、また何より実際に触らせてもらうことで、より記憶に残るものとなった。

その後Skin Slit Smear、顕微鏡検査、皮膚生検を見学した。Skin Slit Smearに関しては、当園でのやり方と異なっており、丁寧ではあるがやや時間がかかり、創が大きい印象だった。顕微鏡検査は一人ずつ見たため、分かりにくい人がいたかもしれない。ディスカッション顕微鏡があると良いのだが、あの場に運ぶことは難しいため仕方の無いことだったと思う。

ハンセン病の皮疹は、色素脱落から遠心性紅斑、局面、腫瘤形成など、その病型により様々な形態をとる。今日本においては新規発症者を診ることはほとんどなく、これまで教科書的な知識はあっても、実際に見たことがないために日々の診療の中で鑑別に挙げることもできなかった。しかし実際に見たその皮疹は、時に癩風や白癩症に見え、また時に神経

線維腫症やサルコイドーシス、環状肉芽腫、尋常性乾癬、好酸球性膿胞性毛包炎など他の様々な皮膚疾患のように見えたりと、知覚低下などの傍証がなければ肉眼だけの判断は難しいものであった。鑑別に挙げるができなければ診断にたどり着くことは中々できない。当初よりここでの研修に期待していたのだが、皮膚科としての私にとって、その期待以上の経験を得ることができたと思っている。後輩のためにも、可能であるならば今後もこの企画が続いてくれることを願っている。

最後にこのような機会を与えていただいた笹川記念保健協力財団の方々をはじめ、フィリピン国内の関係各位、厚生労働省関係各位に感謝いたします。



Dr. Balagon (セブ・スキンクリニック Executive Director)

5-2. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックの訪問を終えて

国立療養所大島青松園 看護師 林 隆郎

はじめに

日本での新しくハンセン病を発生する患者数は、日本人は毎年数名であり、発症による看護を経験する事はない。しかし、この度訪れたフィリピンでは年間発症者数が2,000名近い。ハンセン病は治る病ではあるが、発病者はこの病にどの様に対峙し、何に苦しみ、何を望んで日々の生活を行っているのかを肌で感じ、現地スタッフとの交流によって今後のハンセン病看護に役立てたいと思い参加した。

感想

セブ・スキンクリニックはフィリピン南部の皮膚科診療所である。

午前には基本的な知識と疫学についてDr. Marivic Balagonから説明を頂いた。地域住民の医療サービスにも対応した施設でもり、数名の医師や看護師が各地を廻り、ハンセン病の早期発見や治療に努めていた。セブ島におけるハンセン病は年間200～300名発症するが、この10年で100名以上減少しているとの事であり、発症率も半減している。また国内外から多くの医師などが研修施設としての役割も持っており、セブ島における中心的役割を担った場所であり、地域には無くてはならないクリニックである。

午後はクリニックで、現在治療中の患者数名の様々な皮膚の症状を実際に見させて頂きながら、皮膚採取による(6

カ所の採取を行う) スメア検査並びにバイオプシーの方法(punched biopsy)、また、顕微鏡による診断も見学させて頂いた。ほとんどの患者はMBであり90%以上と思われる。検査は個室ではなく比較的開かれた場所で行ったのだが、病气、肌を露出する場所と言う意味で、プライバシーという点においてはほぼ「ない」に等しい。しかし、国民性もあるのか、それでもどの患者様も快く我々の為に患部を見させて頂き、日本で経験する事の無いとても貴重な経験となった。待合室に並んだ多数の患者様も皆好意的であり、施術する職員も我々の為に皮膚の状態、検査の手順、診断状況など、細部にわたるまで説明をして頂き、ハンセン病診断の現状も良く把握出来た。

セブ・スキンクリニックやエバースレイ・チャイルズ療養所のみならず、フィリピンのハンセン関連施設を訪れて、ハンセン病を現実はまだ生活の中にあるリアルな病気として受け止めるなければならないフィリピンの現状を感じた。日本にも偏見や差別はまだ残るが、ここの患者様にとって日本では感じられないスティグマもあるであろうし、経済的にも途上であり、小さな島が多くあるなど立地的にも不利であるフィリピンは、治療者側も多くの困難があると思われる。診療所の役割は来院する患者様の治療のみならず、患者の掘り起こしも行わなければならない、院外へ出向き、患者をみつけ治療するという攻めの医療も行なっている。保護一つにとっても日本では十分なガーゼ、消毒が行われているが、ここフィリピンで



生体組織検査に使用される器具。局所麻酔後に病変の一部を円形にくり抜く



バイオプシー(生体組織診断)の様子

は歩く子供の中には裸足であったり、公衆衛生の面でも改善しなければならない所は多々見受けられ、入所している患者様の傷の保護もままならない現状である。国政もあるのかもしれないが、国の政策により保護されている日本のハンセン病療養所利用者比べて明らかに環境は良くない。そんな中で診療所に求められるものは多岐に渡る思いがした。

終わりに

今回の研修を終えて、スティグマは無知から来るものであり、ハンセン病への理解が無いことが原因である。無知は隠匿の結果でもあると考える。日本でのハンセン病の施設は隔離目的で往々にして僻地などに多く、今も現状はかわらない。発症者が多く存在した時期に集中した治療を行う目的で隔離を行う事は有効であったかもしれないが、日本の様にほぼ発症する事がなくなった現在では、この社会と引き離された場所は、ハンセン病への理解と言う意味では弊害になったと思われる。重い後遺症をおった患者様のプライバシーと社会が一度に交われるとは思えない。しかし、日本におけるハンセン病後遺症の患者様も高齢化の一途をたどり、社会復帰といった言葉が適切かどうかはわからないが、ハンセン病が社会にもっと認知され、残った後遺症と共に生きて行く元患者の存在を社会がもっと認め、患者様の苦労を分かち合える社会にもっとなればと思う。フィリピンでは日本に比べて治療する場所をもっと一般の方々と触れ合う場所にある。利用

する患者は社会の目に触れるだけ、後遺症などから来る偏見や差別はあるだろう。しかし、発症する国の患者様は日本に比べて治療に前向きで、高齢化はフィリピンも同様かもしれないが、偏見を乗り越えて社会と交わろうとしている様にも思えた。我々はもっと交流を深め、ハンセン病は治る、適切な治療を行えば感染しないと言う事を皆に伝えるにはどうすれば良いのか改めて考えさせられた。

フィリピンではハンセン病は今まだ治療しなければならない病気であり、その治療者や患者が抱える困難な悩みと現実を視察してきた。私は、ほぼ発症する事の無い日本で、今後の看護の取り組みとして、療養所で生活を送っている入所者の後遺症などによる重複傷害の看護を行い、高齢化に伴う終末期をどう迎えるか、残りの人生をいかに入所者にとって満足したものであるかをより考えながら看護を行っていこうと思う。

謝辞

最後に、フィリピンや他国での状態を教えて頂くにあたり、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、厚生労働省関係各位、またクリオン療養所院長Dr. Arturo Cunananはじめ、招待して頂いた各施設の皆様や患者様に深く感謝致します。今後もこのような研修が継続して行われることを希望します。

5-3. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックでの講義と実習

国立療養所奄美和光園 副看護師長 本田 千鶴子

平成27年11月12日、ハンセン病医療従事者フィリピン研修最終日(6日目)。

前日にマニラから空路セブ島入りしていた。早朝にバスで出発、同所に到着したのは8時30分頃であった。入口はオープンスペースになっておりそこでは既に診察や治療を待っている患者が大勢見られた。待合室から奥にある研修棟に通され、そこで医療スタッフによる歓迎の挨拶とオリエンテーションがあり同所のスタッフの自己紹介と続いた。その後前半はレオナルド・ウッド記念 セブ・スキンクリニック所長であるDr.マルビク・F・バラゴン医師による講義が約2時間あり、後半1時間ほどは実習を行った。

レオナルド・ウッド記念 セブ・スキンクリニック概要

この施設はアメリカの軍人少尉兼医師でフィリピンの総督に任命されたハンセン病対策・研究に貢献したレオナルド・ウッドの名を冠する研究センターで、ハンセン病の根絶を目的に1928年に正式にニューヨーク州で設立された。

当時フィリピン国内で最もハンセン病罹患率が多かったセブ島が拠点に選ばれ疫学・臨床部(セブ・スキンクリニック)・研究部として開設され、現在も活動的に運営されている。

このセブ島の研究センターは疫学・臨床部(セブ・スキンクリニック)と研究部の2部門を持ち、各支部は高度な訓練を受けた専門家によって管理され、全体的な運営は部長が行なっている。セブ島の施設は高く評価されている訓練センターでもあり、国際ならびに地域の保健医療従事者のためのハンセン病の知識や治療、啓発活動に関するワークショップやセミナー、訓練コースが開かれている。また、当施設では、16,000人以上の一般的皮膚科疾患の患者に対して無償で治療を行うサービスを提供し、そこから1%(160人)のハンセン病患者が新たに発見される。そして毎年1,000人以上のハンセン病の登録済患者が治療を受ける。同様に国内外の約200人の医師が毎年この施設でハンセン病の診断、検査、治療などに関する訓練を受けている。

当施設は80年以上もの間、ハンセン病の診断と治療、研修と研究のための施設である。

講義と実習

講義は同所の歴史的概要、ハンセン病の疫学、臨床ハンセン病学(症状、類型、一般の皮疹とハンセン病の皮疹等)、ハンセン病の検査・治療、らい反応の臨床症状、再燃についてであった。その中で、当クリニックでは外来受診によるハンセン病新患発見だけでなく、新規患者の家族が罹患していないか等も調査し、交通のアクセスが悪い地域や経済的な貧困地域などへ当クリニックのスタッフが地域の保健医療従事者と出向き、地域住民への移動検診を行い、積極的啓発活動や早期発見による早期治療に力を注いでいる。また、当クリニックでの新患発症患者160人中90%が臨床類型(WHO)のMB(多菌型)であり、PB(少菌型)は少なく見つけることが困難である。子供のPB(少菌型)では初期の皮疹

(斑紋)が背中や臀部に見られるため、子供の一般的な皮疹との鑑別も重要である。ハンセン病による皮疹であるか、そうでないかを診断することも早期発見に繋がる事などから、ハンセン病患者の受診を待っているのではなく、地域へ出向いて行く。早く見つけ早期に治療することで合併症を防ぐことが出来る。そして合併症の少ない生活ができるようにと考えている。という内容であった。

講義後の実習は、待合室であるオープンスペースでハンセン病を発症し通院、治療中の患者数名による協力のもと、TT型、BT型、BB型、BL型、LL型の臨床症状の説明、診察状況、診断、I型およびII型のらい反応の説明があった。皮膚スミア検査は結節のある患者協力のもとスミア検査する部位、手順について同所に勤務している医師が説明を加えながら行なわれた。その後皮膚スミアにより採取された検体を顕微鏡を使い見せてもらうというハンセン病の全体像が理解しやすい内容であった。

講義と実習終了後は研修棟に昼食が用意されており、同所スタッフと食事を共にしながら交流を図った。

レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック研修を終えて

現在の日本ではハンセン病患者の発症は皆無に等しく、ハンセン病の初期の臨床症状を知る人も少ない。私もこれまで、ハンセン病の発症時の症状は教科書で学ぶか、入所者の方々が当時を知る先輩スタッフの方々から聞くことしかなかった。しかし、今回このようなハンセン病初期にある症例や治療中である症例、疾患を抱えながら生活を送っている患者の現状を見せていただいた事は、私にはとても意義深く貴重な体験であった。と同時にこのような段階を経て今現在療養されている当園の入所者の方々の事を思い、これまで本当に大変なご苦労があった事であろうと痛感した。現在、当園も高齢化が進み、後遺症を抱えながら終の棲家として生活を送っておられる入所者の方々が殆どである。私は、今回の研修を終えて、入所者の方々がこれまでご苦労されてきた事を心に受け止めながら、今後の残された人生を楽しく、幸せに生活していただくためにより良いケアを提供しなければならない事を痛感した。

謝辞

最後に今回のハンセン病医療従事者フィリピン研修を企画していただいた笹川記念保健協力財団 理事長 喜多悦子先生、ディレクター 星野奈央様、総務部 三賀知恵美様、フィリピン各所でお世話してくださったクリオン療養所・総合病院院長Dr. Cunanan、厚生労働省他関係各位に深く感謝いたします。



皮膚知覚スクリーニングの様子

5'-1 レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックアドバンスコース

国立療養所長島愛生園 第1外科医長 柏 哲士

皮膚スミア検査

皮膚スミア検査に感動しました。「出血させずに組織液だけをメスで掻き取る」と聞いて、そんな事は不可能だと思っていました。「百聞は一見にしかず」で、左手（拇指と示指・中指）で、採取部皮膚を強く掴み、2分間待って、メスで組織液を採取し、スライドグラスに擦り付けました。全く血液は付着していません。左手がエスマルヒ駆血帯と同じように無血手術野を作っていました。

6日目午後、アドバンスコース

最初に、女医Marivic Balagon先生から、セブ・スキンクリニックで行っている診断・治療についての話がありました。

1998年から今日まで、ハンセン病多菌型には、WHO-MDT (12 packs)、少菌型にはMDT 6ヶ月で治療しているとのこと。

2010年から、早期診断にPGL-1+LID-1抗原を用いた迅速キットを使用している。

次に、Malcom Duthie先生（シアトルの研究機関IDRI所属）から、LID-1 ELISA検査の有用性とハンセン病ワクチンについての話がありました。

中国の1例では、発病の8ヶ月前に抗LID-1抗体価の上昇が見られた（2008年6月0.298、2009年2月0.748↑、発病時2009年10月1.404↑）。同時期に測定した抗ND-O-BSA抗体価はそれぞれ0.338、0.381、0.948↑で 発病時には上昇した。

LID-1 ELISA検査は多菌型の早期診断に有益であり、将来的には皮膚スミア検査はこのELISA検査に置換されるとのこと。

ワクチン研究は、BCG接種者がハンセン病に罹り難いという

報告から、結核ワクチン候補抗原であったML89を用いて動物実験を行なっている。BCGよりもML89の方がらい菌による神経障害を抑制していて、らいワクチンとなる可能性があるとのこと。（関心のある方はインターネットで検索して下さい。名前を入力すると多数の論文が出てきます。）

感想

自分の心構えが悪いのか、研修旅行といえども観光を主に考えていました。しかし、移動、講義、パーティー（食事）と行事が詰まっていた拘束時間が長く、閉口しました。旅行前にインターネットで宿泊するホテルの地図や周件辺の観光地を調べ、訪問予定地を決めていました（クリオン島ではAgilaの丘と教会、マニラではビノンド教会と中華街など）。

通常と異なる点は、愛生園歴史館パンフレットに英訳文を添付して配る事と、ドライブレコーダーで愛生園の風景を撮影し、無理やりでも紹介させてもらうこと。お蔭様で、計画の大部分を達成し無事に帰国しました。

今後の研修旅行ではハンセン病夏季大学講座などと連携して、講義部分は国内で済ませ、海外研修時は病院・療養所の見学を主にして時間的ゆとりを持たせてはと思いました。

謝辞

このたびの研修に際し、お世話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、厚生労働省の関係各位に深く感謝いたします。

今後とも有意義な海外研修旅行が続くことを祈念いたします。



左手がエスマルヒ駆血帯の役割を果たす



クリオン島

教会内部

5'-2 百聞は一見にしかず

～セブ・スキンクリニックでの講義と実習～

国立療養所邑久光明園 耳鼻咽喉科医長 笠井 紀夫

セブ島は山梨県とほぼ同じ面積であり、約300万人が暮らしている。フィリピンの中でもハンセン病発症者がまだ多いとされるこの地域で、島内患者のおよそ6割の診療を担っているのがCebu Skin Clinicである。黄色い壁に白く縁取られた窓が明るい印象を放つ、平屋の建物であった。全員で午前中の講義と実習を受けた後、医師を中心としたメンバーは午後からコースA：アドバンスプログラムに参加した。その内容は以下の通りである。

診断の実際

患者さんを迎えての極めてPracticalな実習である。ハンセン病の診断手技として、①神経の触診、②運動神経機能の評価、③感覚神経機能の評価、という順序で実習が進められた。

神経の触診は、これまでテキストや講義等で見聞きしたことはあるものの、現在治療中の患者さんの触診は初めてである。手際よく、かつもれなく評価を進めるために、腕および脚の神経触診を順序立てて進めていく。運動神経の評価は、四肢の運動機能障害をチェックするのだが、抵抗をかけつつ手足の動きや筋力を評価するのは、まさに神経内科的な診断学であり、錆び付いた知識がじわじわと思いつき起こされるのを感じた。感覚神経の評価は、閉眼させつつmonofilamentで手足を刺激するシンプルな触覚検査であるが、客観的な評価ができることを再認識した。

Research Update

ここでは、①新しい診断法の展望、②薬剤感受性検査、③新しい治療薬とワクチン、の3つがテーマであった。

①診断法：ハンセン病に対する診断ツールの条件として、

Affordable：コスト的に手頃であること

Sensitive：十分な感度を有すること

Specific：ハンセン病（らい菌）に特異的であること

User friendly：診断に関わる医療従事者が使い易いこと

Reliable：検査の信頼性が保たれること

Equipment free：特殊な機材を要しないこと

Deliverable (at the field level)：流行地域末端にまで行き渡ること

が挙げられていた。これらは部分的には他の多くの疾患に

も当てはまるが、ハンセン病には依然としてこれら全ての課題が残されている。

しかし、勇気づけられる成果も数多く示された。たとえば、迅速診断法の実用化が近いことである。これは、血清滴下により数十分で診断が得られるELASA法のキットで、現時点では単価\$3とのことであった。80%を超える検出率が得られており、単価を\$1程度まで下げることで、全血での診断を可能とすること、が課題であるとされていた。

②薬剤感受性検査：分子生物学的手法により数時間～数日で結果が得られるようになり、代表的治療薬それぞれについて耐性遺伝子の有無が確認できる。感染症との戦いの歴史は薬剤耐性の歴史でもあったことを思い出しつつ、耐性を生まず効果的な治療を実践するために現場医師が知っておかねばならない知識であると感じた。

③新治療薬とワクチン：残念ながら完全な新薬は挙げられていなかったが、すでに使用されてきた抗生物質を新たな組み合わせで投与することにより、再発率の低下・らい反応や後遺症の防止・安全性の向上、といった取り組みが進んでいることが示された。一方でワクチンは、アルマジロを研究対象として発症率低下の効果が得られつつあるものの、安全性の検証など実用化に向けた課題はまだ多い印象であった。

ClinicalおよびAcademicな実習・講義を通して、ハンセン病に対して日々献身的に取り組んでいる方々の熱意を感じた。我々のために病と闘う自らの体を診せてくれた患者の皆様と、丁寧に指導して下さったCebu Skin Clinicスタッフの皆様に感謝している。今後も、我が国のハンセン病療養所医療従事者の全員がこのような研修を受ける機会に恵まれることを強く願う。



尺骨神経評価手順(左から触診・運動機能評価・感覚機能評価)

訪問記録 6. ラプラプ市保健所

Lapu Lapu City Health Office



住所 City Health Building, Lapu-Lapu City Government Center; Pajo, Lapu-Lapu City, Philippines

電話番号 (+63) (32) 3402584

ホームページ <http://www.lapulapucity.gov.ph/>

ラプラプ市は、フィリピン中部の中部ビサヤ地方に属するセブ州にある都市で、メトロ・セブと呼ばれる都市群のひとつ。州都セブ市の東に浮かぶマクタン島の殆どとその沖合のオランゴ環礁の半分以上を占め、マクタン・セブ国際空港を持つ。面積は64.22平方キロメートル、2010年現在の人口は約35万人である。

保健所は市庁舎と隣接して設置されている。観光開発が進む同市では、観光誘致のためにも、ハンセン病を含めた感染症への対策が急務として進められている。

6-1. セブ・スキンクリニック&ラプラプ市保健所を訪問して

国立駿河療養所 准看護師 岩本 福美

11月12日午前、セブ・スキンクリニックに於いて、Dr. M. Balagonによるハンセン病についての講義の後、活動性のあるハンセン病罹患者の臨床類型を説明して頂いた。実際のものを目の当たりにし、驚きとショックを禁じませんでした。日本では現在罹患者は存在せず新患発生は私の知りえる限りではない。年齢も高齢となり現在では生活習慣病等に比重が移り本病に於いてはその後遺症に関連した医療・看護・介助となっている。2025年頃には終焉を迎えるであろうというものがここでは存在し、年齢層も低い10代にも満たない幼い子供までもが罹患している。その違いは何なのか？公衆衛生面は？便器はあるが便座がない、ポリタンクに貯めた水で流すトイレ。セブ島では観光地化が進められている為かあまり見られなかったが、道端で寝ている人、ほとんどの人がサンダルやビーチサンダルを履いている。廃屋様の建物に住んでいる人、横断者用の信号の無い交通事情の悪い道路、私が見聞きする限りでは正直に言ってあまり良いとは言えない。医療・経済政策は？満足とは言えないと思われる医療環境・設備、ハンセン病と診断された人はその程度や類型によって無償で内服薬を渡されるが、他の治療に係る費用はどのようにして調達されるのか？療養所というものの施設入所はほとんどなく、家族とともに普通の生活を営んで

いると聞く。現在の日本では、過去の隔離政策により家族と引き離されたという経緯もあるからか、ほとんどの人が療養所に入所している。一般社会での生活を営んでいる人は少ない。1996年の「らい予防法」廃止に伴い元ハンセン病患者は保証金を貰い、尚且つ入所生活をしている人は、衣食住のうち食住と医療費は国の負担となっている。また、一般社会で生活を営んでいる人達にも毎月の手当金が保証されている。当療養所の理念にも「私達は入所者の尊厳を重んじ、皆様が安心して療養生活のできる環境の提供に努めます」とあるように生活全般が保証されている。ここでも国をあげての施策が必要なのではないかと強く感じた。

同日午後訪れたラプラプ市保健所では、2016年にはハンセン病0撲滅運動をしている。回復者は多数いるが普通に仕事をしている。元患者のところへは定期的にモニタリングを行っている。再燃・再発チェックをするために個人票ボディ図にチェックをしている。また、5～10年間の接触者リストを作成している等の話がありました。現在の罹患者は1人であったが二日ほど前に母親に連れて来られたという10代の少女がいた。ポスター等を利用した啓発活動が盛んに行われている事もありほとんどの人が自己申告をしてくるとの話もあった。直近年に撲滅を目標にしているだけにその施策は徹底していると感じた。

今回の訪問(研修)での学びは自分にとってとても大きく、現在ハンセン病の歴史を残そうと各国や施設で運動が起こっている。当施設の基本方針の中にも「ハンセン病の正しい知識を広め……」とある。今後それらをどう生かしていくかが私の課題となりました。

謝辞

今回の研修を企画、お世話頂いた笹川記念保健協力財団理事長 喜多悦子先生、ディレクター 星野奈央さん、総務部三賀知恵美さんはじめ、フィリピン研修全般を付き添ってお世話頂いたDr.Cunanan、並びに関係施設各位及びスタッフの方々に感謝致します。



現地語で作られたハンセン病啓発ポスター

6-2. ラプラプ市保健所でのフィールドワーク実習

国立駿河療養所 認定作業療法士 渡邊 梢

日時

2015年11月12日(木) 研修6日目

内容

City Health OfficerであるDr. Rodolfo C. Berameの表敬訪問と懇談

ラプラプ市における公衆衛生上の問題点と対策についてのレクチャー

1. 生活習慣病や感染症対策、出産の低年齢化、高齢者対策について

ラプラプ市では、熱帯地方特有のデング熱対策や糖尿病、高血圧などの生活習慣病の有病率が高く、対象者に対するアドヒアランス指導が急務となっている。

また高血圧や糖尿病を有する若年層における出産リスクや、出産後の第2子妊娠までの期間の短期化、妊婦のデング熱罹患によるリスクを予防するための指導や、きめ細やかな対策を地域保健局が担っている。性感染症指導も浸透しているため、AIDS患者は少ない。高齢者対策については、フィリピン全体の平均寿命が短いため、アルツハイマー病を有している方はいるものの、早く寿命を迎えられる方が多いため、日本と比較するほど認知症対策が問題となることは少ない。また1人で出産する平均人数も5人と多いため、若年人口が多い。

2. 低年齢層の喫煙について

ラプラプ市においても低年齢層の喫煙率が高く、中学生で初めての喫煙を興味本位で経験している子供が多く、喫煙の低年齢化が問題となっている。マニラ市内やクリオン島においても、喫煙のリスクについて啓発しているポスターを見かけることが多かったが、喫煙によるリスク教育を徹底し、低年齢層の喫煙を予防していくことが重要だと話されていた。

3. ハンセン病対策について

ラプラプ市の村単位でヘルスポット(バランガイ)が存在し、村民に対してハンセン病プロモーション活動が毎月のように展開され、ハンセン病の啓発ポスターや早期治療することで完治できる疾患であるということなど、プロモーション活動による啓発や教育などによってハンセン病に対する正しい知識と理解を有しているため、ラプラプ市ではハンセン病に対してノースティグマであると自信をもって話されていた。啓発活動が功を奏し、自己申告でハンセン病を疑って受診する若者の初診場面を見学することもできた。市民生活の中に、ハンセン病の早期発見・早期治療が根強く浸透されており、ラプラプ市全体におけるヘルスポモーション教育の高さを感じることができた。

謝辞

今回のハンセン病療養所医療従事者フィリピン研修の機会を与えてくださった、笹川記念保健協力財団理事長の喜多先生をはじめ、同財団の星野さん、三賀さん、および外務省や厚生労働省などの関係諸機関の皆様様に感謝申し上げます。ありがとうございました。



保健所長Dr. Rodolfo C. Berameとの記念撮影

6-3. ラプラプ市保健所視察を終えて

国立療養所沖縄愛楽園 准看護師 花城 章子

H27年11月12日の研修最終日の午後に、地域保健所（日本の地方医務局にあたる）医師に案内して頂き、バスでラプラプ市へ移動し保健所を視察しました。保健所は、市庁舎の隣にあって一般皮膚科外来も兼ねており、一般皮膚科受診の方々も多く混雑していました。その他に地域診療所が幾つかあり、連携を取りながらハンセン病制圧の為地域へ出向き、啓発活動と同時に診療を行い、治療を受けてない方に対しては、受診を促し説得に努めているとの事でした。診察室では、ハンセン病回復者の母親に付き添われて来所した10代の少女や、少年の確定診断の場面に立ち会うことができました。二人のハンセン病治療開始と同時に、家族、親戚、その他、密接に関わりのある方々のカルテが作成され、菌検査及び症状、治療の追跡調査が行われ、支援体制も充実していると説明がありました。診断が確定されると服薬治療が確実に行われるように、薬剤は1ヶ月分1ヒートで、大人用と小児用に区別されている点は私が経験してない事でした。

昭和50年就職当時、学校検診で当園を紹介され両親に付き添われて来た学生や、年老いた方が家族と共に当園を訪れる新患者の方々に接する機会はありましたが、最近では遠方より新患紹介があった場合は、琉球大学病院皮膚科へ紹介されフォローしています。

本研修を通して、ハンセン病に対する偏見・差別は何処も同

じであると感じましたが、医療従事者のハンセン病撲滅への強い意気込みは、現地語で作成されたポスターやパンフレット、治療支援体制、家族親戚に至るまでカルテ作成し、数年に渡る追跡調査より知ることができました。

このような活動の中、一部の患者は治療へ行くための交通費にお金を掛ける事より、生活費に当てる事を選び、症状が悪化して受診に訪れる方がいる現状を知り、医療従事者として無力感を強く感じる研修でした。

フィリピンのハンセン病医療従事者や回復者と触れ合い、又その療養環境を目の当たりにし、日本のハンセン病療養環境が恵まれている事を全身で感じてきました。

最後にラプラプ市保健所視察を終えて、療養環境に比例し、患者様、回復者、医療従事者（特に所長さん）の明るさは、フィリピン国旗に象徴された太陽そのものでした。

国旗の色

白：平等と友愛

青：平和・真実と正義

赤：勇気と愛国

黄色い太陽：自由

三つ星：主要な島ルソン・ミンダナオ・ヴィサヤ諸島を表す



腹部の皮疹、感覚の欠如から、ハンセン病の診断がついた少年



ハンセン病治療薬のプリスターパック。1か月の服用量が1枚

参加者一覧

施設	氏名	職種
国立療養所松丘保養園	吉田敏朗	看護師
国立療養所栗生楽泉園	村田博之	義肢装具士
国立療養所多磨全生園	田代祥一	医師
国立療養所多磨全生園	関由貴子	看護師
国立療養所多磨全生園	河野薫	看護師
国立駿河療養所	岩本福美	准看護師
国立駿河療養所	渡邊梢	作業療法士
国立療養所長島愛生園	山本典良	医師
国立療養所長島愛生園	柏哲士	医師
国立療養所邑久光明園	笠井紀夫	医師
国立療養所邑久光明園	馬淵勝子	薬剤師
国立療養所大島青松園	大藪隆昭	看護師
国立療養所大島青松園	林隆郎	看護師
国立療養所菊池恵楓園	福田健司	歯科医師
国立療養所菊池恵楓園	江頭翔	医師
国立療養所星塚敬愛園	大津てるみ	看護師
国立療養所奄美和光園	本田千鶴子	看護師
国立療養所沖縄愛楽園	花城章子	准看護師
国立療養所宮古南静園	知念一	医師
国立療養所宮古南静園	上里良彦	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
特別参加(講師) クリオン療養所総合病院	Dr. Arturo Cunanan Jr.	所長、病院長、医師

参加者アンケートまとめ

(回答者 20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…10名

(複数回答を含む)

自身の希望で…12名

応募の動機

- 日本においてはアクティブな症状のある患者さんを診る機会が皆無であり、他国におけるハンセン病や医療事情に興味があった。
- 自身の勤務経験の中では新患の治療や看護は机上の知識のみであるので、アクティブな病態やその治療をはじめ、現地での医療環境や公衆衛生、医療・経済政策などを日本のそれと比較して学びたいと思い参加を希望しました。
- 昔からハンセン病に興味があり、テレビや書籍などを通してハンセン病について独学で勉強していた。いつかは海外で医療活動をしたと考えていた。
- 日本以外の国では、どのようなケアがされているのか、また、日本では新患者の発症がほとんど見られないため、フィリピンの急性期の症状や対応方法はどのようにされているのかを学びたいと思った。
- ハンセン病の初期症状などをみたことが無かった事

- フィリピンのハンセン病発症の状況、患者の生活を知る事、日本の患者との違いはあるのか、ハンセン病後遺症に伴う創傷や、スキンケアの状況を知り、今後に生かしたいと思った。
- ハンセン病療養所に勤める看護師として、世界のハンセン病患者に出来る事がないか感じていたため。
- 前回参加者の研修報告を聴き、ぜひ自分の目で現地をみてみたいと思いました。
- 毎年、数千人規模の新規発症患者が存在するフィリピンでのハンセン病対策や、療養所の状況に興味があった。
- 日本ではほとんど発症はみられないが、発症している国でどのような治療、看護が行なわれているのか文献ではなく、実際に目で見かけた。
- 長島愛生園の手本となったと言われているクリオン島を視たかった。
- 自分で旅行する場合に、フィリピンツアーは少ない(特にクリオン島訪問)。

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…11名、満足…8名、普通…0、やや不満…1名、不満…1名)
- 時間: (長すぎる…1名、適当…18名、短すぎる…1名)
- ハンセン病の歴史を知る良い機会になりました。隔離の島であったのが嘘のように住人の方々が生き生きとしていたのが印象的でした。
- 研修については大変満足だが、移動日の設定についてはやや不満。移動については、船で移動するため荷物は最小限にするようにとのことだったが、クリオンの次の日がWHO訪問日ということで、フォーマルな服装をしなければならず、自然と荷物が増えることは明らかだったが、事前に説明会や詳細な情報がないため準備ができなかった。
- 資料館の見学(大風子油を実際みたり、回復者の説明を聞いたりなど)や、実際の医療機関内の環境を見学することができ、ハンセン病における日本との文化や環境の違いをみる事ができた。また、マニラとは違い、クリオン島に住む住人の方は貧富の差がないように思えたなど発見があった。
- 住民(ハンセン病回復者)との時間がもっと欲しかった。
- あと1週間ぐらいここに居たかった。
- クリオン資料館の説明に時間をかけ過ぎ。すぐ隣の教会を案内しなかった。
- やむを得ないとはいえ、移動時間が長かった。

(2) WHO WPRO事務所

- プログラム内容: (大変満足…2名、満足…12名、普通…2名、やや不満…3名、不満…0名)
- 時間: (長すぎる…0名、適当…17名、短すぎる…3名)
- 世界のハンセン病の状況を学べてよかったです。普段の生活で訪問する事はまず無い場所なのでとても貴重な経験になりました。
- WHOの中を見学してみたかった。もっと話を聞きたかった。
- 一つ一つの国のニーズに合わせていくことや、ホットスポットをどう見つけてアプローチしていくか、今後発症を予防していく技術、障害を予防していく技術の研究開発など課題があることや、同時に回復者のケアを支えていかなければならない世界の情勢を学ぶことができ、大満足です。
- 建物に入れて頂いたのは良い経験になりましたが、座学のみでしたので、もう少し具体的などころ(アプローチ方法やうまくいったケース、うまくいかないケースなど)を、たとえば紙芝居風にしていただけると嬉しいです。
- いって言えば、研修日程がクリオン→マニラの移動後でなければ尚良かったです。(クリオンへ行く際にスーツの着替えを持参しなければならなかったため) 講義内容は大変分かりやすく、勉強になりました。
- 具体的な活動内容について知る事ができた。
- 錦織さん他の職員が実際に仕事をしているオフィスも見かけた。

(3) フィリピン総合病院ハンセンズ・クラブ

- プログラム内容：(大変満足…5名、満足…12名、普通…1名、やや不満…1名、不満…0名)
- 時間：(長すぎる…1名、適当…18名、短すぎる…1名)
- 私たちに知られてくれた患者さんたちの気持ちを思うと、気の毒な気がします。人はやはり自分を大事にしたいプライドもあります。大勢の見知らぬ人の前に身体をさらすことに抵抗はあったでしょうし、泣きたい気持ちになった方もおられるかと思います。写真を撮ることが出来ませんでした。
- 患者さんに直接質問できるのはとても良かったと思います。院内の見学がもっとできれば良かったです。
- 患者の皆様の受け入れに感謝するとともに、交流ができ楽しかったです。
- 回復者の話を聞いたり、実際の状況を観察したり出来た。
- 病院の取り組みはとてもよくわかったが、ここでも患者とのかかわる時間がもっとあった方が良かった。
- 若手医療従事者たちの熱意ある取り組みに大きな刺激を受けました。
- 病院の実情(診察風景や受診状況)を把握することができた。

(4) エバースレイ・チャイルズ療養所

- プログラム内容：(大変満足…7名、満足…8名、普通…4名、やや不満…1名、不満…0名)
- 時間：(長すぎる…0名、適当…17名、短すぎる…2名)
- 療養所内の色々な施設が見学できたのが良かったです。
- 笑顔で迎えて頂き、暖かな気持ちが伝わりとても心地よく感じました。
- 実際のリハビリ場面を見学したかった。施設の見学だけになってしまったことが残念。同じ職種同士で、話をしてみたかった。
- もう少し(療養所施設の)見学がしたかった。
- 主に講義と見学であれば、この時間で良かったが、療養所に居る患者と実際にかかわり、患者の話を聞いたり、生活を見る時間がほしかった。それには時間が不足していると思う。
- 療養所内で生活されている患者様方と触れ合う機会を持てたことが特に印象深い体験でした。
- 講義などが長く、施設見学の時間がとても短かった。
- 療養所内で生活されている患者様方と触れ合う機会を持てたことが特に印象深い体験でした。

(5) レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック

- プログラム内容：(大変満足…11名、満足…6名、普通…1名、やや不満…2名、不満…0名)
- 時間：(長すぎる…1名、適当…13名、短すぎる…1名)
- ハンセン病の診察・診断からの流れを見る事ができハンセン病のリアルな現状を学びました。
- ここでは、病態や医師による診断・バイオプシー等を見学させて頂いたのですが、病態を見学出来た事は非常に勉強になりましたが、私は看護師なので、診断を受けた患者に対して看護婦がどう関わっているのか?というところを学びたいと思いました。
- 先生の話が聞き取れず、また説明も聞き取れなかった。
- 初めて急性期の皮膚症状など見学し、いろんな色・形の皮疹や手足の変形、浮腫、疼痛の有無があることなど学ぶことが多くあった。
- 午前はいへんpracticalでよかったです。午後はやや冗長でした。特に診察方法に関してはPGHで教わっておりました。
- 実際に症状がある状態の患者を見ることが出来た。
- スミア・バイオプシー・診断の実践を患者さんに協力頂いて見学できありがたかった。
- Slit skin smearの実演は本当に感動しました。
- 午後の部は講義の内容が高度すぎた。

(6) ラプラブ市保健所(プラクティカルコース参加13名対象設問)

- プログラム内容：(大変満足…7名、満足…3名、普通…4名、やや不満…1名、不満…0名)
- 時間：(長すぎる…0名、適当…13名、短すぎる…1名)
- 当初、看護的なコースと記してあったが、公衆衛生に興味のある医師などには面白いプログラムと思われる。地域保健活動としてのハンセン病対策活動を学べたのが良かったです。
- 事前説明では、地域でのフィールドワークということだったが、もう少し事前説明を詳しく話してほしかった。保健局の地域における役割とか位置づけなど…。正直、どこに行くのかもわからなかったのも、イメージがつかず、事前学習ができなくて残念。
- 所長さんの明るい人柄に、研修の疲れも吹き飛んだ
- 実際の体制や、どのようなことが問題となっているかを学ぶことができた。
- ハンセン病対策においては、こうした地域での取り組みについても知っておくべき重要な視点でした。

3. 訪問して一番良かった場所はどこですか? また、その理由はなぜですか?

クリオン島…8名

- 入院患者、入所している方を見ることができた。
- 隔離され死に絶えることを期待されたはずの人たちが、苦しい中でも遅く生き延びて子孫を残し、現在は若者の溢れる島になっておりました。寂れた島であろうという私の予想と全く違っておりました。「生ける死者の島」などではなく、将来の発展が十分に期待できる活気ある島だと感じました。
- 水事情やトイレは不便でしたが、若者の島に生命の逞しさを見せて頂きました。島の人たちの優しさに触れることもできました。クナナン先生にお会いできたことも、大きな収穫です。帰国してからインター

ネットで先生の人となりを知って、ますますその気持ちが強くなり尊敬の念が出てきています。

- 歴史が興味深かった。
- 立地や設立背景、回復者達の生活環境が、日本との違いが際立っていたため。バジャウの少年が印象に残った。
- ハンセン病療養所の世界的な流れや歴史を感じる事ができ、今後の当園の管理運営に活かせるような気がしたから。
- 海の風景が瀬戸内海に似ていた。歴史や資料館展示も長島愛生園と重なるものを感じた。

フィリピン総合病院ハンセンズ・クラブ…2名

- 実際のハンセン病患者に接することができ、また患者さんの生の声を聴けたことが一番勉強になった。
- 患者、元患者と実際に接し、患者の生の声や現在の状況が患者の声としてきけた事

エバースレイ・チャイルズ療養所…2名

- 入院患者、入所している方を見ることができた。

レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック…10名

- 初期発症患者、治療中患者、様々な種類の患者を診ることができた。
- 看護師と患者の関わりが見られなかったというところにやや残念な思いはありましたが、写真でしかみたことのないアクティブな病型・病態の症例を見学でき、大変良い学びができたとともに刺激になりました。

- 講義の後、実習があり、よりわかりやすかった。
- 急性期の患者さんを診ることができた。
- ハンセン病の皮膚症状を自分の目で見ることができ、納得ができた。
- 臨床が出来た。

ラブラブ市保健所…4名

- 初期発症患者、治療中患者、様々な種類の患者を診ることができた。
- ラブラブ市地域保健局にて手指が彎曲したお母さんとともに来院していた少女が印象的であった。まだ明らかな症状は少ないが、背中に軽度の白斑と知覚鈍麻がみられこれから（予防的な）治療がはじまるのであろうと推察される。患者さんの家族を行政や医療機関が把握することで、家族内発症症例を効率的にかつ早期に治療できると感じた。

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…8名
- 不要と思われる訪問先は一つもありません。ハンセン病の歴史を知り、理解や知識を深める為にはむしろ少ないと思われます。
- 不要だったところはありません。むしろ、もっと見たかったです。
- なし、全てよかった
- なし。日本では経験できないプログラムばかりである。
- それぞれに意味のある場所であったと思う。移動の時間がもう少しゆとりがあれば、訪問先については何も言うことはないと思います。

- ありません。フィリピンにおけるハンセン病問題について総合的に理解するために、どの訪問先も不可欠だったと思います。
- ラブラブ市地域保健局。表敬訪問のような印象であった。
- マニラ・イントラムロス内のホテルThe Bayleafでのシンポジウム。せっかく観光地イントラムロス内に来ているのに昼間の明るい時間を、薄暗い室内で、スライドを使ったシンポジウムを傍観するのは、時間が惜しい。

5. 他に訪問したい場所やプログラムのリクエストがありましたら、お聞かせください。

- タイ、ハワイ島のハンセン病施設
- 中国や韓国のハンセン病療養所を見たい。
- 医療関係者以外の現地の人たちと交流が持てれば、もっといい研修になるかと思えます。スティグマに関する事、現在の治療に関する事、ハンセン病を患った不運をどう乗り越えてきたかなど、知りたいことは多々あります。ハンセン病患者の子孫であることに、どう向き合ってきたかなど、言い出せばきりがありません。
- 医療施設で患者さんと医療従事者が実際に接している現場（傷の処置場面やリハビリ場面）を見られれば良いと思います。場面を見ながら日本ではこんな事を行っています、などの意見交換ができれば良いと思います。
- 訪問してみたい国・場所（施設・遺跡）は沢山ありますが、歴史を知る上では、遺跡（跡地）等も必要かと思われる。プログラムとしては、意見交換の場があったら良いかと思えます。
- 半日でよいので、現地のスタッフと我々との情報交換（パネラーとフロアとのディスカッション形式）の場があればいいなと思いました。
- 潰瘍のケアなど、実際の治療の現場を見学したい。
- 実際の外科処置や眼科処置などを行っている見学や、職業訓練中の見学などが見たかったです。

- フィールドワークには興味があります。ラブラブ市の保健所が今ひとつ患者さんが少なかったと伺いましたが、そうでなければセブ・スキンクリニックの午後のプログラムよりもフィールドワークの方が良かったかもしれません。
- 患者との時間ももっと欲しかった。
- 現地の看護師に付いて看護業務を体験してみたいです。（もちろん、その前に語学学習が必要だとは思いますが…）
- 貧富の差が日本より際立っている印象をもったが、フィリピンの平均的な衛生状況や、住民の衛生観念が理解できる場所。
- 訪問場所はどれも素晴らしかったと思いますが、リクエストとして、後遺症、高齢化に伴う問題（困っている事など）をどの様に対処しているか、施設側からの運営方針など説明のみならず、現場の看護、介護職員と実際に話しをしたかった。
- 療養所や病院内で、フリーにディスカッションや見学できる時間が欲しい。
- 医師として、関心を持っている分野で簡単な診察や検査が出来るとありがたい。

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。

- 様々な症例や患者を見て、体験を聞き、日本の入所者の方々も偏見や疾患と闘われてきたことを痛感した。それらの事を受け止め、入所者のこれまでの生活史を語ってもらいながらその人の思いに沿った支援を日々提供する必要があると感じている。
- 現在、我々はハンセン病の治療というより、その後遺症を治療・介護の主体としている。だがフィリピンではすぐ眼前にハンセン病を発症した患者さんが存在しているというのが稀有な体験であった。日本の患者さんも発症当時はこんな症状だったのかと、今回の研修でいわばタイムマシンで当時に遡ってきたような感がある。ともすればやや単調な日々の職務になりがちな我々にとっては、短い時間ではあったが今回の研修が今後の業務における貴重なインセンティブになったことは間違いない。
- 差別の時代を生き抜いてこられた方々に、畏敬の念をもって接することが出来るようになりました。ただ漫然と日常業務をこなすのではなく、もっとしっかりした治療を迫及する必要性を感じます。
- ハンセン病の診断や、治療中の患者さんを実際に目の当たりにし、ハンセン病の進行過程や病態を現実的に理解できました。また、海外での医療支援についてとても興味を持ってました。新人や学生への講義の際に、ハンセン病患者の新鮮例を見ている事で具体的に説明ができ、とても役に立つと思います。いただいた資料もとても貴重なものばかりで役立ちます。
- 今回の研修を通して感じた事は、公衆衛生、医療・経済政策等々日本のそれとは違いが大きく、正直言って職場や業務に反映させていけるのか不明である。ただ、啓発活動に於いては見習うべき点も多く、今後啓発活動の場があれば活用していきたいと考える。
- 直接的に業務に活かせることは少ないと思うが、自分が専門としているハンセン病患者さんを取り巻く公衆衛生について、更に勉強していきたいと思った。
- 患者～回復者までの流れを見学したことにより、入所者への偏見・差別・苦しみを本当の意味で理解できたように思えたことから、今後は彼らと対等に接することができると思えました。
- 急性期の臨床症状に触れることができ、今後の皮膚科診療に幅ができたと思う。
- 海外のハンセン病の歴史と現状を知り、風化させないということ。
- 入所者とのコミュニケーション時に、研修時の内容を伝えると、ハンセン病発症時の事を話して下さることが、以前より増えました。そのため、その当時の事を詳しく教わったり、「昔は大変だったけど、今はこんなにしてもらえるから良かった。」などの会話内容が濃くなったと思います。
- ハンセン病の診察方法を、activeな患者さんで実践学ぶことができたことで、ハンセン病に限らず末梢神経障害の診察の幅が広がりました。障害の進展過程を見ることができたので、現在診察している患者さんの障害がどのような過程で進行したのか推定することができるようになりました。このことは基本的動作、日常生活のリハや、環境調整を実施する上で、診療に厚みを与えてくれると思います。
- 日本ではハンセン病の新患者はほぼいないが、世界にはまだまだいるという事を知り、ハンセン病療養所の看護師として何をすべきか、何が出来るかを考えることが必要だと思う。
- 今後の業務にどのように活かせるかについては、まだ模索中です。自らの学びを職場内で伝達するとともに、積極的に意見交換なども行いながら考えていきたいと思います。
- 回復者の方々の協力で症状や治療の実践を見学することができた。その背景にあると思われる、医療従事者への信頼や、それを勝ち取った姿勢・接し方。
- 公衆衛生など、おかれている立場は国によって違いがあるが、高齢化に伴う問題は共通であり、今後の看護に役立てたい。
- 当園の今後について、ハンセン病の治療の経緯を踏まえて考える事ができる。
- 他の療養所のスタッフとの繋がりができたことが収穫。今後、国内の療養所スタッフ間の交流に繋がってほしい。またその場をSMHFが提供してほしい。
- 今後、自分が出来ることとして考えていることは、知識・技術の習得はもちろんですが、本園入所者がハンセン病を患ったころのつらい思いを理解し少しでも気持ちに寄り添える看護を実践していきたい。また、園内での活動はもちろん世界の動向を把握し自らも積極的に意見交換できる努力をするとともに、ハンセン病歴史を後世に伝えていくために自分の子供にも直接触れ合える機会を作っていきたいと思えます。

7. 日本の経験、また現在の状況をどのように、諸外国に生かせるとお考えですか？

- 日本では、殆どハンセン病発症患者に出会うことはない。今はハンセン病後遺症に加え、高齢による合併症、認知症が課題である。今後は他国でも日本と同じように高齢化が進んできたときに、日本のハンセン病療養所での取り組みや看護・介護・コメディカルの支援などを生かせると感じる。
- すぐに今の日本の経験や状況を他国にどうこうというのは難しいかもしれないが、日本の方が高齢者向けの医療ノウハウは進んでいるので、なにかお手伝いできる機会があれば参加したい気持ちはある。
- 今回のフィリピン研修で、医療環境が日本ほど整っていない事が見てわかったので、設備や医療技術の提供など、お役に立てることは少ないと思います。
- フィリピンのリハビリ分野の遅れは特に著しいと感じました。日本のリハビリ技術の伝達や情報提供、また医療支援の必要性を感じました。今回訪問して足の潰瘍などはほぼ未処置に近い状況であると感じました。ハンセン病後遺症による2次障害予防の大切さ、その認識の周知が必要だと感じました。フィリピンの方からも医療従事者を招い

て日本の療養所見学ができれば良いなと感じました。何かできることがあれば、ぜひ協力したいです。

- 日本では統計上2025年頃にはハンセン病は終焉を迎えると言われています。語り継ぐ人が一人でも多く残るように、今回の研修のような機会を作り、小さなネットワークから大きなものへと繋げていくことが必要だと考えます。
- 機会があれば、海外での医療活動に参加して、社会貢献をしたい。
- 検討中で、現在、回答を持ち合わせていません(今後の課題だと感じています)。
- 日本はすでに慢性期の管理が主となっている。創部の管理、フットケアでの創の予防、リハビリなどでの経験は十分に活かせるのではないだろうか。また、現在日本の療養所は高齢化が進んでおり、どの園でも終末期医療のあり方について議論があるところと思われる。今後どのような対応を行っていくのか、その議論を十分に行うことで、諸外国が同様の状況になった時に活かせると思う。
- 公衆衛生の面が強い部分でもある疾患なので、そちらの見直しの方向で動めていくのが良いと思います。
- 私達は、高齢化しハンセン病後遺症を抱えた入所者をケアしており、諸外国に活かしていく方法としては、財団さんが考えられているように現地での各国の職員の交換実習、技術指導だと考えます。
お顔は普通なのに手指足趾が大変重度に冒されている方に多くお会いしました。おそらく創傷治療の診療レベル、清潔さ、生活環境等の問題が大きいので、開発途上国では、上下肢の障害が、より早期の症例から生じやすいように思いました。
実際に起こってしまっている四肢障害に対して、残存機能を活かし、最良の能力を実現する上では、世界最高のハンセン病患者への装具療法(義肢装具士もしくは作業療法士の作製する装具)は最も貢献できることだと考えます。世界最高なのは、制度上我々にさまざまな試行錯誤が許されているため、ある意味当然のことではあります。世界全体を俯瞰すると多くの知識の集積があることは大きなアドバンテージと言えます。もちろん通常我々が作製する装具の一部は、収益性を無視しているので、諸外国では提供することが難しいかもしれません。しかし、小さなプラスチックの装具ですら、下垂足や手の障害による機能低下を代償し、患者さん達ができることをずいぶん増やして差上げられる場合があります。その他には、リハビリに関しては一般論として我が国の診療レベルは世界で最も高いので、高齢患者が諸外国でも増加してくるとすれば、基本的動作、日常生活動作、生活の質、環境調整等の場面でもお役に立てるかと思えます。また我が国の皮膚科、創傷に関する医療・看護のレベルも高いと聞きますので、障害をできるだけ軽度で済ませるという観点から、これらも世界のハンセン病医療に貢献できると思いました。
さて、近い将来日本のハンセン病療養所がなくなってしまうかもしれません。蓄積されている装具療法のノウハウが散逸してしまうことはハンセン病医療にとって非常に大きな損失であると考えます。特に義肢装具士は病院・療養所内での待遇がなぜか低いので、医師などとは比較にならないほどその存在は危殆に瀕しています。そこで、ぜひどちらかの医療系大学・学部で笹川記念保健医療財団で寄付講座を作って頂き、このような貴重な人材をプールし、国際協力を通じて世界のハンセン病医療に貢献してもらうような仕組みを作っていた

だければと思います。

詳しく述べます。単一の医療施設で処方される装具の数は多くないので、多くの義肢装具士は会社を作って、複数の医療施設を回って、装具を受注して作製するということをされています。多くは脳卒中などを対象とするかなり画一的な物です。ハンセン病療養所では、その特殊性(処方数自体が多い点や綿密な調整が頻回に必要な点)から、療養所で義肢装具士を雇用していますが、このような施設は療養所以外にはほとんどありません。療養所が無くなれば、療養所の優秀な義肢装具士は必然的にどこかの装具会社に吸収され、どこかに行ってしまうでしょう。私は笹川記念保健協力財団に寄付講座を設立していただいて、会社組織のようなものを大学もしくは大学病院内に作って頂くようなモデルを考えました。この場合、義肢装具士個人は、大学教職員の身分を持ち、大学で教鞭をとったり大学病院や周辺の医療施設の依頼で装具を作製したりすることで、ある程度の平均的な収入を確保できます。これに加えて、年に何回か笹川のプロジェクトとして世界各国に出向いて医療貢献するという形式です。出張時の手当という形で収入を上積みしてあげれば、人材と技術が保たれ、且つ後進も育つのではないかと思う次第です。是非ご検討いただければと思います。

- 日本の患者たちがハンセン病後遺症に苦しんできた、その中の生活方法やその援助方法を伝えることにより後遺症患者の生活がより営みやよくなる
- エバースレイ・チャイルズ療養所にて、スキントラブルを起こしやすい患者様方がなぜ裸足で生活されているのかと質問したところ、「暑いので」「裸足が習慣なので」という返答でした。日本では足を保護するためにガーゼで覆い、靴下を履き、個々の足に合わせた装具を付け、さらに特殊な靴を履いている患者様が多くいらっしゃいます。「暑いので」という返答に、日本でのやり方をそのまま輸出するのは難しいことを実感した一体験でした。しかし、不自由な機能を補う補助具など、日本で工夫された技術を伝達できるような交流の場を持てたら、すぐにでも諸外国の患者様方の生活の向上に役立つのではないかと思います。
- ある程度の予算措置の上で成立している日本の療養所の現状から考えると、手技や技術の伝達も背景となる器具・器材・薬品が前提となり難しいと思われる。現地の研修生を受け入れての教育研修が効果的ではないだろうか。
- 日本と諸外国のハンセンへの取り組み方に相違はあるが、高齢化においては諸外国の医師、看護師などに日本への研修も有効ではないか。
- 予算が許されるのであれば、日本の療養所は手本になると思う。
- 「高齢化」「後遺症」という視点から、本邦療養所スタッフの経験値はとても高いと感じている。その経験を療養所内だけでなく世界と共有することで、大きな貢献ができるかもしれない。
- 日本と諸外国のハンセンへの取り組み方に相違はあるが、高齢化においては諸外国の医師、看護師などに日本への研修も有効ではないか。

8. 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。

- 移動がかなりハードな研修であったと感じた。しかし、各訪問先の研修内容は充実していた。もっと長期滞在が可能であれば、新患の治療や看護を学びながら、後遺症を抱えながら生活されている患者へのケアを提供できたら良いと感じた。もっとじっくり、ゆっくり学びたいと思う。
- 実に内容の濃い研修旅行でした。気付いたことは数点。もう少し移動や観光に時間の余裕があれば良かったです。なかなか訪問する機会の無いフィリピンなので少し観光もしたかったです。特にマニラの市内見学があまりできなかったのが残念でした。交通渋滞がネックでした。
- セブ・スキクリニックの患者診察の際、ほぼ全員が患者さんにカメラを向けるのではなく写真撮影が上手な方数人での代表撮影にした方がいいと思いました。
- 全員が成田空港着で帰国しましたが、そこでもう一泊して反省会をしても良かったのでは、と思いました。
- 移動時間が長い事、早朝起床などは致し方ないと思います。現患者さんや元患者さん、およびその子孫の方々と話す機会がじっくり持てれば、なお良かったと思います。
- 研修中、皆さんには大変お世話になりました。皆さんのおかげで大変有意義な研修になりました。ありがとうございました。
- 研修そのもの全てが私には価値あるものでした。行くところ、見るもの・食べるもの驚きとショックの連続でした。そして、同じハンセン病療養所に勤務している者同士であっても勤務地が違うということで、今回の研修がなかったら一生会うこともなかったかも知れない同士と出会う事ができ、別の意味で交流ができたことに感謝します。今回の研修で残念に思った事が二点ほどあります。まず一点は、研修中一度も研修生同士の意見交換会がなかった事。毎日の研修が終わった後その日の研修がどうであったか、反省会や学習会のようなものがあつたら良かったと思います。二点目は、現地看護師との関わりが欲しかったです。欲をいえば、看護実習のようにハンセン病で入院している患者と現地看護婦がどう関わっているのか、処置はどうしているのか等々を視察したかったです。言葉の壁は大きく、質問したくても言葉が分からないという己を情けなく感じました。まだまだ学ぶべきことが沢山あると認識しました。
- 可能であれば、時系列に（患者～回復者への流れに沿った形で）訪問先を移動できればよいと思いました。又、移動がハードであること、教育・継承のためにも、体力ある若者の応募を期待したい。
- 研修出発前の事務手続きの流れや、事前に準備しておくことを前もって知りたかった。パスポートの取得については指示の変更が何度もあり不安になった。
- 内容としては大変ためになる研修であったと思います。ただ、慣れない土地での早朝からの移動の多さは負担が大きいと思います。難しいとは思いますが、もう少し時間にゆとりがあればより良かったと思います。
- 日々、看護師として働いている中で、世界ではどうなっているのかを学ぶ機会があまりなかったため、今回の研修に参加させていただいたことで、世界のハンセン病の動向を知ることができました。今後、看護師として、自分がどのようにしていくべきなのかを考えるよい機会を与えてくださり、大変感謝しております。
- 今回は同じ施設から同じ職種の方が来られると言うことがありましたが、同じ施設から複数の異なる職種の方が来ることに非常に大きな意義があると考えます。別の角度から情報共有することで、疾患や障害、制度等への理解が飛躍的に高まるからです。そこで、今回は英語が喋れる医師も、というお話しを頂いたかと思いますが、次回は是非とも、「同じ施設から少なくとも2名、別の職種の人を派遣して頂く」という仕組みにして頂けるとより実り多い研修になるかと思えます。
- 治療方法や診断方法もとても勉強になったが、患者と過ごす時間ももっと欲しかった。
- 今回このような機会を与えて頂きありがとうございます。参加させて頂き、改めて自分を振り返る事ができ、また、自分たちハンセン病療養所に勤めている看護師として出来る事は何かを考える事が出来ました。
- 財団の御三方のお力なくしては、何も学ぶことはできませんでした。本当にありがとうございました!!
- クリオン島から翌日のWHO見学、夕方までホテルに帰れず、荷物は最小限度という状況があることは、荷物を入れるバックを考慮する必要もあり、研修出発前に周知して欲しかった。
- 過密スケジュールで、自由時間が殆ど無かった。自分にとっては食事よりも観光が大切で、明るいうちはパンでも齧りながらも、いろいろ庶民の生活を見て回りたい。豪華な昼食・夕食よりも日中の自由時間がほしかった。各自いろんな目的、予定を組んで参加していると思えます。楽しくない、しんどいばかりだと言う参加者が多くなれば、今後参加者が集まりにくくなります。まずは、参加者の大多数が楽しかった満足したと言える研修旅行にするべきだと思います。
- 福岡発であったにも関わらず、成田着となったのは大いに不満。羽田発着であれば、まったく問題なかったのだが。
- 事前の連絡や情報共有に大きな問題があった。主催（催行）するSMHFと参加者とが、出発前から直接に連絡を取れる体制としておくべきであった。
- 事前に、「何を見ることが出来るのか」「何が出来るのか」がよくわからず、結果的に受け身にならざるを得ない状況があった。旅のしおりだけでなく、各施設内でのプログラム（タイムスケジュール）の情報が事前に欲しかった。
- 移動が多く、日程がとてもタイトであった。日程にもう1日余裕を設ければ、随分違っていたと思う。
- ホテルは（日程の一部だけでもよいので）1名1室を設定すべきである。

編集後記

2015年2月に引き続き、第2回目のフィリピンでの国立ハンセン病療養所医療従事者研修を無事終了することができました。まずは、厚生労働省の関係各位、第1回に引き続き、超多忙なスケジュールの中で、当研修の企画、訪問先やフィリピン保健省など多岐にわたる関係各所との調整、講義資料の準備、そしてハンセン病に関するご自身の豊富な知識を惜しみなく与えて下さった、クリオン療養所・総合病院Arturo Cunanan所長／院長に厚く感謝申し上げます。

前回の訪問から約9か月。そのわずか9か月の間にもフィリピンという国が大きく変わっていることにとても驚きました。クリオン島にソーラーパネルが多数設置されていたこと。夜が明るくなっていました。マニラ、セブなど人も交通量も非常に増えていること。時に幹線道路はまるで細長い駐車場のようになり、車で埋まり、身動きが取れないほど。どこに行くにも想像以上に時間がかかってしまいました。丁度、研修の直後にAPECを控えていたこともあり、ホテルや高層ビル、道路やインターネット通信網などのインフラが一気に整えられた様子も、急成長するフィリピンを感じる一因となったように思えます。

フィリピンのデータを見ますと、合計特殊出生率は約3.1人、現時点で推定1億人超の人口は平均年齢が23歳と非常に若く、2015年の実質国内総生産（GDP）伸び率も5.8%という数値が示す通り、フィリピンという国の発するエネルギー、躍動感を肌で感じる2度目の訪問となりました。そして帰国後、電車の中や街ですれ違う人々に、日本が超高齢社会に突入したことを改めて「体感」しました。それもそのはず、日本の推定の平均年齢は46歳で、フィリピンの23歳の丁度2倍です。

今回の研修では、参加者の皆さまの報告書にもしばしば出て来ますし、アンケートでもお聞きしたことなのですが、日本の経験、知識、現在の状況をどのように諸外国に活かせるのかという点を、皆さまがそれぞれの視点で、それぞれの出来ることを考え、表現して下さいました。日本人としてのアイデンティティを確立させるためには、他国との違いを知り、自国を外から見る経験が不可欠であるとはよく言われることですが、この研修により、フィリピンという国と、観光旅行では得られない深い触れ合を持つことがその一助となり、相互理解を通して両国の更なる協力関係の発展をもたらす、ひいてはより良い社会への一歩となることを願ってやみません。

最後になりましたが、今回の訪問でめぐり会えた／再会できましたフィリピンの罹患者やご家族、医療者の方々、研修にご参加 頂きました皆さまに、心から感謝申し上げます。皆さまのますますのご活躍をお祈りしております。

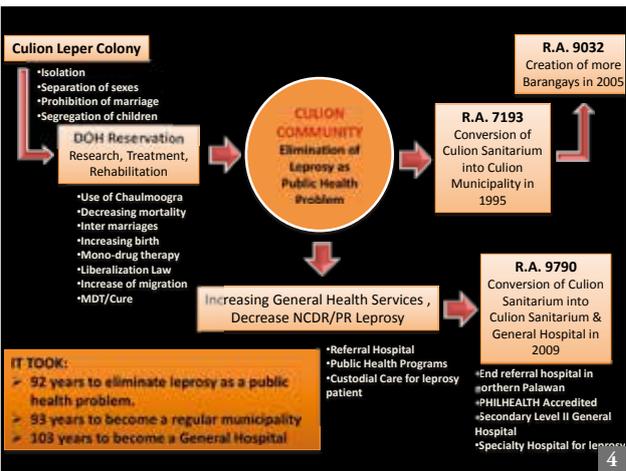
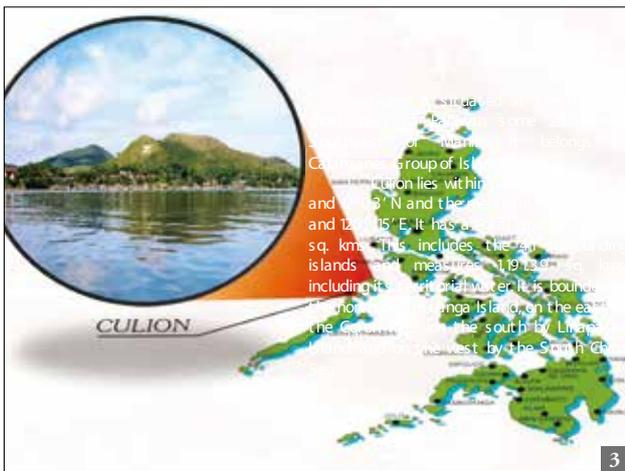
笹川記念保健協力財団 星野 奈央
三賀 知恵美





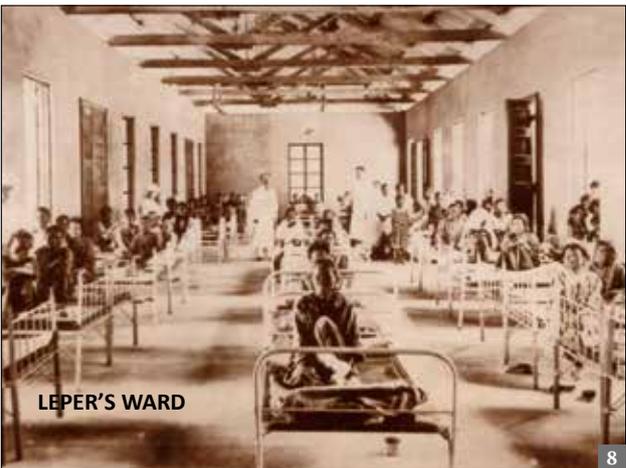
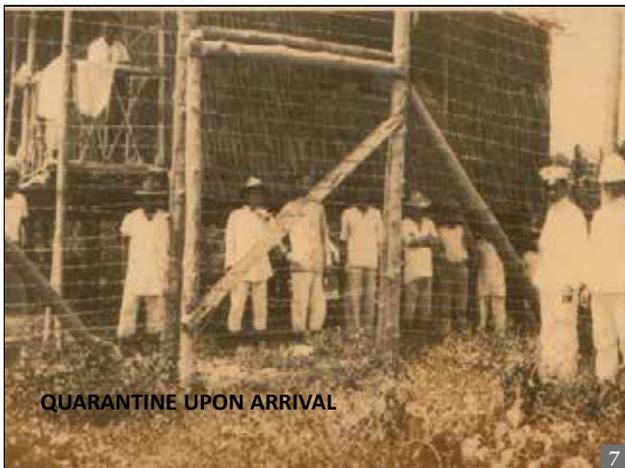
Culion's history goes back centuries beyond her days as a Leper Colony. Culion was known to the trading world as early as 900 A.D., became an *encomienda* in 1591, Christianized in 1622 - the third oldest mission in the whole of Palawan - used as a Spanish bastion of defense against the Moro Raiders from mid-1600's to late 1800's and the principal village of *Provincia de Calamianes* during the Spanish Era. 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.

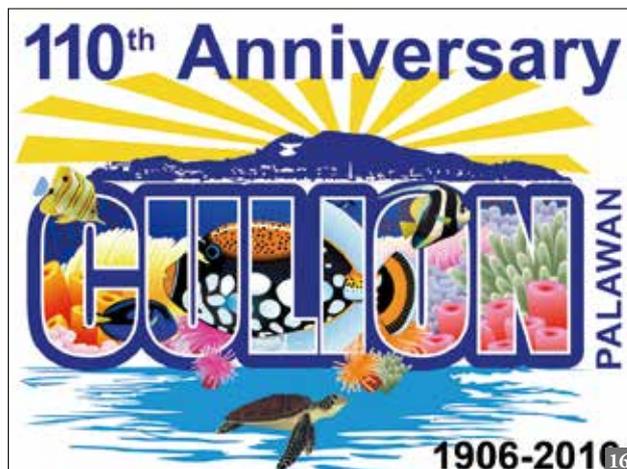
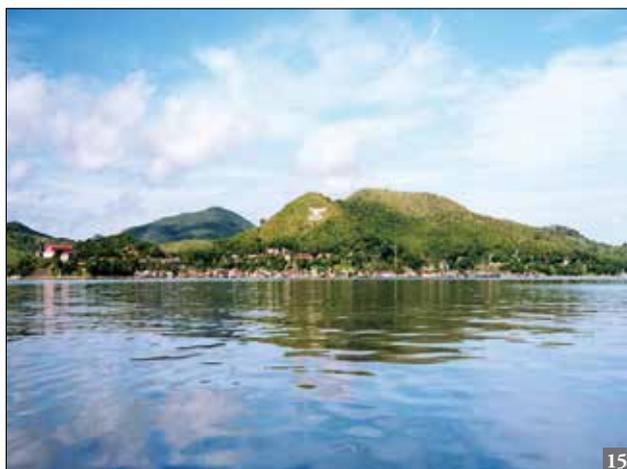
With the advent of cure for leprosy or Hansen's disease in 1986 and the conversion of Culion from a reservation to a municipality in 1992, Culion as a Leper Colony is a closed chapter in history; yet it is a past worth reminiscing for it made us who we are today.



Culion Census of Patients (1927 - 1947)

YEARS	ADMISSION	RE-ADMISSION	BIRTHS	PATIENT RELEASED	DEATHS	TRANSFEREES	ABSCONDED	ANNUAL REPORT
1927	505	28	72	213	286	6	6	5,181
1928	749	25	65	321	314	2	6	5,304
1929	903	35	72	430	338	5	6	5,480
1930	644	446	49	399	336	12	3	5,431
1931	663	117	62	231	337	13	6	5,641
1932	931	101	77	195	366	123	5	6,012
1933	900	216	88	115	459	14	5	6,594
1934	722	68	155	17	440	11	6	6,738
1935	615	72	134	119	498	38	8	6,928
1936	113	22	132	333	411	24	34	6,713
1937	397	55	144	179	395	32	3	6,398
1938	128	37	139	177	433	13	6	6,030
1939	339	62	121	121	516	1	1	5,605
1940	340	87	108	41	465	61	23	5,658
1941	123	18	92	40	502	40	10	5,405
1942			61		691		1,256	3,232
1943	3	11	37		582		9	2,740
1944	2	5	27		794		33	2,406
1945	5	14	16		277		87	1,791
1946	5	6	25	3	127		3	1,621
1947	335	106	14		97	11		1,846





WHO西太平洋地域におけるハンセン病

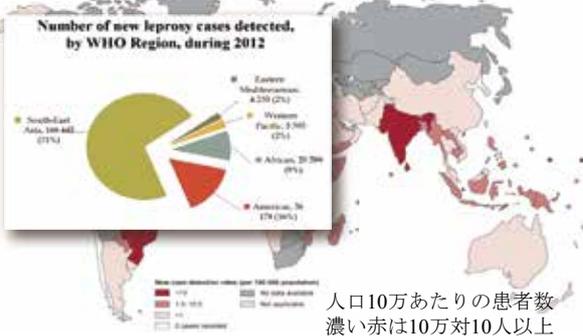


世界保健機関 西太平洋地域事務局
結核ハンセン病課

錦織 信幸

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

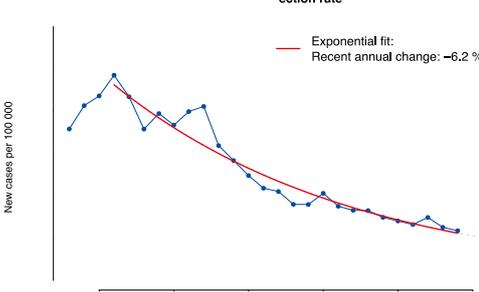
世界におけるハンセン病新規患者 (2012年時点)



人口10万あたりの患者数
濃い赤は10万対10人以上

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

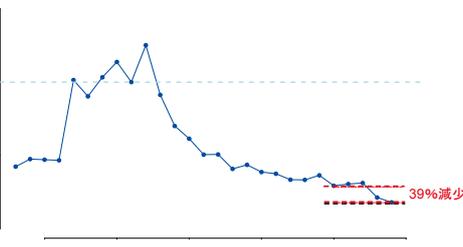
西太平洋地域における新規患者



- 過去20年間にわたって一貫して減少—年間6.2%の割合
- 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
 - 100万人あたり以下 **すでに達成**
 - 2010年に比べて2015年までに35%減少 **2014年に達成 (39%減少)**

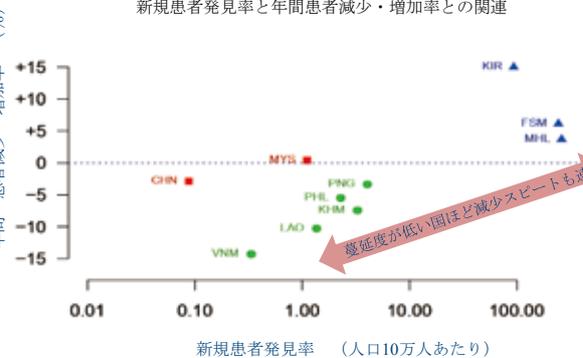
World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

西太平洋地域におけるハンセン病 高り患国 (2014)

患者数	人口あたりの罹患率	
フィリピン	1655	1.7
中国	823	0.1
バブアニューギニア	540	7.2
カンボジア	308	1.0
マレーシア	203	1.3
ベトナム	187	0.2
ミクロネシア連邦	178	171.1
キリバス	123	111.3
ラオス	104	1.6
マーシャル諸島	81	153.1

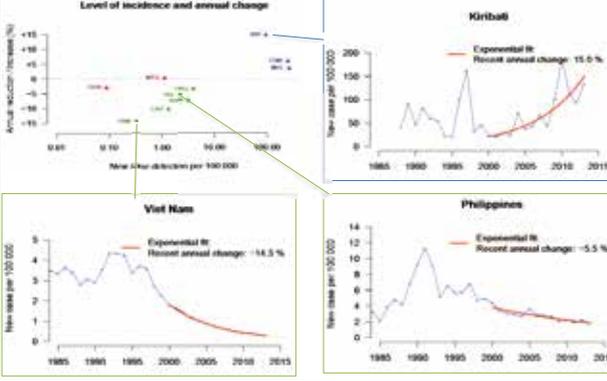
World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

新規患者発見率と年間患者減少・増加率との関連



World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

疫学的状況



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西太平洋事務局における重点分野 (各国の対策における重点テーマ)

- National Leprosy Programme Managers Meeting in June 2014, with the presence of Dr Barua, GLP and Ms Soyagimi, SMHF:
 - Reviewed progress and challenges in five major thematic areas
 - Identified priority actions for each country
- WPRO Leprosy Workplan has been developed based on the priority actions agreed through the meeting

重点テーマ

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

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 10

WHO西太平洋事務局の活動大綱

- 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 11

Country specific actions

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 12

疾病の制圧と社会的解放＝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
- スティグマと差別の撤廃

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 13

差別の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 14

Great momentum for the next giant leap!

Elimination of Discrimination Against Persons Affected by Leprosy and their Family Members (A/RES/65/215) and the associated Human Rights Council resolution.

Bangkok Declaration

WHA resolution on disability (WHA66.9)

UHC and social protection

WHA resolution on NTD (WHA66.12)

12th WHO Technical Advisory Group Meeting

National Leprosy Managers Meeting in the Western Pacific Region in 2014

WPRO Leprosy Work Plan (2014-2015)

Epidemiological assessment

National Programme review

National Stakeholders Meeting

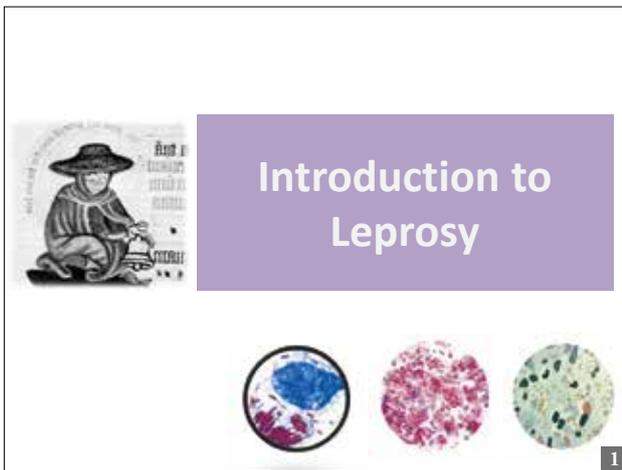
National Strategic Plans for Leprosy

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に完全に解放されるその日まで!

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 16

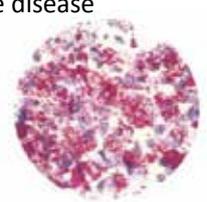


Introduction to Leprosy

1

Leprosy

- Chronic, mildly communicable disease
- *Mycobacterium leprae*
 - Acid fast
 - Intracellular
 - Rod-shaped bacterium
 - Prefers cooler temperatures
- Affects skin, peripheral nerves, eyes and mucosa of upper respiratory tract



2

Cardinal signs

- Hypopigmented or erythematous lesions with definite **loss of sensation**



3

Other signs

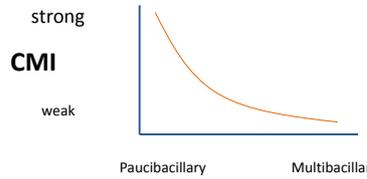
- Lesion with decreased or loss of sweating
- Lesions with decreased or loss of hair
- Constant eye irritation or dryness
- Loss of eyebrows and lashes
- Nasal congestion/ obstruction
- Collapse of nose bridge
- Breast enlargement in males
- Clawing of fingers and toes
- Chronic ulcers in soles, palms, or fingers of hands



4

Spectrum of Leprosy

strong CMI



weak

Paucibacillary Multibacillary

Classification system	Spectrum of Leprosy				
Ripley-Jopling	Polar Tuberculoid	Borderline Tuberculoid	Mid-Borderline	Borderline Lepromatous	Polar Lepromatous
Madrid	Tuberculoid		Borderline	Lepromatous	
WHO	Paucibacillary			Multibacillary	

5

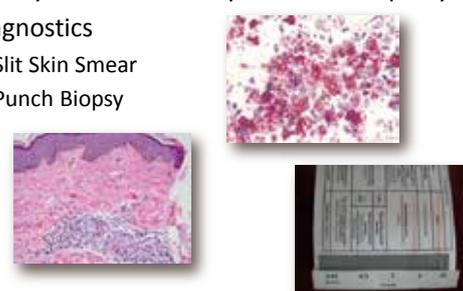
Lepromatous (LL)



6

Diagnosis

- Diagnosed clinically (hypothetic lesions)
- History of contact with person with leprosy
- Diagnostics
 - ✎ Slit Skin Smear
 - ✎ Punch Biopsy



7

Multidrug Therapy

- Standard treatment for leprosy and is proven safe and effective
- Combination of 2 or 3 drugs
- Started as soon as diagnosis made
- Patients rendered noninfectious after 1 month of treatment



8

MDT side effects

DRUG	Side effects
Clofazamine	Gastric irritation Skin discoloration Icthyosis
Rifampicin	Body malaise Joint and muscle pains
Dapsone	Psychosis (rare) Hemolytic anemia in G6PD deficient patients

9

Monitoring Progress



- Changes on the character of the lesion
- Pain in eyes, color changes in sclera and conjunctiva
- Nerve damage
 - Decrease sensation
 - Decrease motor strength
 - Nerve pain



10

Reactions

Type 1 (Reversal reactions)

- Delayed type of hypersensitivity
- Leprosy lesions become swollen and erythematous (new lesions, nerve enlargement, acute neuritis may appear)
- Lasts for weeks to months
- Fever is rare
- Complications include ulcerations, paralysis, anesthesia



11

Type 2 (Erythema Nodosum Leprosum)

- Immune complex disease
- Crops of painful papules and nodules developing in a few hours after treatment
- Lasts for months to years
- Fever and pain is prominent



12

Reaction Management

SEVERITY	Features	Management
Mild	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mildly swollen lesions ▪ No nerve trunk involvement ▪ No ulcerated lesions ▪ Mild fever 	Give analgesics only Bed rest Do nerve functional assessment every 2 weeks Continue MDT
Severe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ High fever with constitutional signs ▪ Skin ulceration ▪ Nerve damage less than 12 mos (pain, weakness, or hyposthesia) ▪ Swollen facial lesions ▪ Swollen hands, feet, or face ▪ Orchitis, iritis, otitis, nephritis ▪ Painful neuritis 	Ideally thalidomide Give Prednisone 0.5-1.0mg/kg/day (or methylprednisolone if with liver dysfunction) Clofazamine of above contraindicated Methotrexate may also be beneficial



13

Contraindications to Prednisone

- Peptic ulcer
- Depression or psychosis
- HPN
- DM
- Bacterial infection
- Glaucoma
- Pregnancy
- Mature cataract
- Age below 15 and above 60



14

Reversal Reactions and Relapse

FEATURE	REVERSAL REACTION	RELAPSE
Onset	Sudden (within a few hours)	Slow (within weeks or months)
Time of onset	During MDT or within 6 months of stopping treatment	After 6 months of stopping treatment or long after
Old lesions	Some or all of the existing lesions become red and swollen	Margins of some may become erythematous
New lesions	Several	few
Ulceration	sometimes	Unusual
Nerve involvement	Common and rapid and may develop in many nerves	May occur in just one but progresses slowly
Response to steroids	excellent	poor

15



HANSEN'S CLUB



Philippine General Hospital
Taft Avenue, Manila

1

Hansen's Club

- Established in 1999
- Facilitated by PGH Section of Dermatology, Medical Social Services and Nutrition division



2

Purpose of the Organization

- Support group for leprosy patients
- Provide education and awareness
- For socialization and interaction with other leprosy patients
- Help us cope with the disease



3

Vision

To address the problems of affected individuals who developed noticeable physical deformities, which puts them under a tremendous social stigma, suffer from extreme embarrassment and lose much of their self confidence, a support group for leprosy patients called the Hansen's Clubs was set-up so that they won't hide themselves from both family and friends and function as productive members of society.

4

Mission

The Hansen's Club provides leprosy patients with a venue for education and for increasing their awareness about the various aspects of their disease. The group also provides them for a means of socialization and interaction with people who share similar experiences and frustrations. Through this, we hope to be able to help them overcome their medical and psychosocial disabilities and cope with their disease.

5

Projects

- Lectures
 - Hansen's disease facts and misconception
 - How to prevent and handle disabilities
 - Nutrition review
 - Dealing with stress



6

Projects

- Recollection with Pastor Joey
- Immersion
- House visits
- Outing



7

Community Awareness Campaign



8

REMAINING CHALLENGES

Nancy Roma-Sabuerco, RSW
Social Welfare Officer II
Eversley Childs Sanitarium & General Hospital
Mandaue City, Cebu, Philippines

Accredited Health Care Provider and ISO 9001:2008 Certified
Healthcare Institution **PHC Accreditation No.** 1407022233
TUV Certification No. TUV100-052840



1

INTRODUCTION

- o Current Situation
 - o No. of Custodial Cases

Age Range	Male	Female	Total
Below 19 years old			
20 – 29 years old	6	3	9
30 – 39 years old	10	3	13
40 – 49 years old	14	7	21
50 – 59 years old	20	16	36
60 years old and above	32	13	45
Total No of Custodial Cases	82	43	124

2

II. Educational Scholarship

The educational program was started on July 2000; it had continuously progressed to assist and assess persons affected by HD – all school age children and young adults – in their desire to be intellectually and skillfully prepared in their quest for socio-economic sufficiency thereby minimizing social stigma against leprosy.



3

YEAR	2000	2011	2011-	2013	2014-	2015
Level	No. of Enrollees	No. of Grads	No. of Enrollees	No. of Grads	No. of Enrollees	No. of Grads
Formal Educ	14	12	9	8	1	Grad March
Non-Formal	25	22	5	4	-	-
Secondary	9	7	2	2	1	Grad March
Primary	8	8	1	14	-	-
Total	56	49	17	28	2	2
Remark		(-7 on-going)		(2 dropped 1 on-going)		

4

- o Courses Taken

B Elementary Education	Drafting
B Secondary Education	Electronics
BS Social Work	Welding
BS Accountancy	Computer Secretarial
BS Electrical Engineering	Practical Electricity
BS Information Technology	Automotive Technology
Hotel & Restaurant Management	Tailoring
Associate in computer Technology	Hi-Speed Sewing
Health Aide	Secondary
Business Information Management	Primary / Elementary
M S Access Programming	

5

Effects of Educational Scholarship Program

- o The program opened doors of endeavors for persons affected with HD. Graduates have been successfully employed became independent from sanitarium's support. Others went into small-scale business.
- o It also encouraged others to acquire skills and higher education in chosen field, and where such opportunities eluded them.
- o The program have encouraged especially those younger people to look beyond the confines of the sanitarium, to go out of their comfort zones.

6

- o Sponsorship were afforded by the following:
 - o Philippines Leprosy Mission / American Leprosy Mission and Sasakawa MHF
 - o Sacred Heart Chaplaincy
 - o Other Christian Churches

7

III. Livelihood

Through existing People's Organization like the HFAWED (Holy Family Association of Women and Economic Development) the following economic venture were availed:

- o Sewing (school uniforms)
- o Sewing and rental of Toga
- o Tailoring
- o Rag Making
- o Day Care Center – 80 pupils
 - o Nursery 1 & 2
 - o Kinder 1

8

IV. Psychosocial Activities (2015)

- Capacity Building (mixed ages group) 
- Summer Camps (younger groups)  
- Team Building 

9

- Fellowship and local city tour (for elderly) 
- Spirituality 
- Parlor games  

10

- Games and sports  
- Competition 
- Day-out  

11

- Capacity Building  
- 

12

- Psychosocial processing and social work counseling 
- Reading and Reformation Center  

13

In spite however of the varied psychosocial and therapeutic activities and services afforded to our clientele, the following still remain our big challenges:

- Ageing population of custodial cases in the institution;
- Most do not have families nor any relatives they know that they can go home to;
- Those who have known relatives, are not welcome to live with them

14

- Custodial cases especially those with DI of 2 become fully dependent on government support
- Collection and preservation of life history of the ageing persons affected by HD

15

Thank you for your time and

Welcome to

Eversley Childs Sanitarium

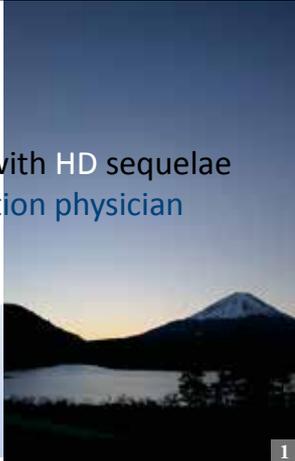
Cebu, P hilippines!

16

Treating patients with HD sequelae as a Rehabilitation physician

Syoichi Tashiro, MD, PhD

Department of Rehabilitation
National Tama-Zenshoen Sanatorium,
Tokyo, Japan



1

Purpose of Rehabilitation

- Maximum Functional Recovery
- Minimum Burden of Care
- Best Quality of Life

2

PMR doctors are specialist of...

• Muscle, Bone	≡ Orthopedic surgeon
• Brain, Spinal cord and Nerves	≡ Neurologist
• Rehabilitation	≡ PT, OT, ST
• Prosthesis and Orthosis	≡ PO
• Body functions: Gait etc.,	≡ PT
Upper/Limb	≡ OT
Swallowing	≡ Otolaryngologist, Dentist
Communication	≡ ST
Voiding	≡ Urologist
• ADL	≡ Nurse, Care giver, OT
• Social support	≡ MSW

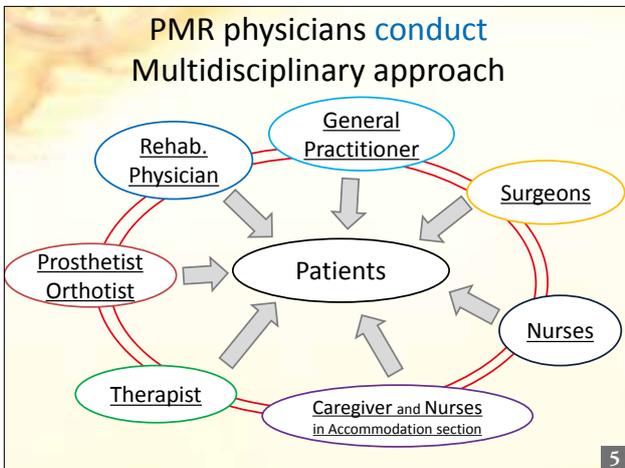
Total Living function and QoL

3

Our treatment includes...

- Prescribe rehabilitation to PT, OT an ST
prosthesis and orthosis to PO
residence remodeling
- Perform exam regarding function for basic living
EMG/Conduction study, VF/VE, CM/CG/IVP
- Medication to control spasticity, improve
swallowing/body function, pain control etc.
Injection of BOTOX, Motor point block, etc.

4



Hansen's disease and its sequelae is a holistic and even social disorder

Multidisciplinary approach is specially Important in the treatment of HD patients.

6

Female in 80 y.o. level: Refractory plantar ulcer



Double structured soft plastic AFO (ankle-foot orthosis)
with holes for weight relief and vent



7

85 y.o., male desiring a prosthetic leg attacked by stroke

Body function and Structure

- #11 Amputation at rt. Chopart's joint
 - Plantar flexion contracture of Ankle joint (-50 degrees in dorsi-flexion)
 - Refractory ulcer on the plantar surface
- #12 Sensory disturbance
- #13 Light-Moderate brain infarction on right corona radiata
 - Lt hemiparesis; SIAS-m(3,3/3,3,3)
1 weeks after the onset
- #14 Deformities of hands and fingers
- #15 Ulceration/Phlegmon on Fingers and Knees





8

Activity before the onset of stroke

#21 Restriction in movement

- present non-ambulatory, using electric wheel chair
- sometimes uses his old prosthetic leg made 20 years ago despite nonconformity
- crawling on hands and knees in residence

#22 ADL and APDL is almost independent



2012 2013 2014

9

Participation

#31 Participate in patient meeting

#32 Loves Karaoke contest

#33 Sometimes goes traveling hosted by the sanatorium



We have tried various dressing method and protective orthosis to treat plantar ulcer at department of Dermatology and Rehabilitation.

10

Contextual Factors

#41 Nonconformity of the prosthetic leg

#42 Orthoses for left hemiparesis pAFO
Knee brace with double uprights

#43 Highly elderly but in good cognition

#44 Residence with many barriers
Traditional Japanese style

#45 No caregivers except for staffs



11

Setting up the goal(s)

Considering...

- States of the disease
- Treatment on going
- Assessment of patients' function
- Prediction for the Prognosis
- Risk Management
- Gather the information regarding desire of patient and/or families, social background and system, and Residence
- Check the backup system

➡ Design the specific contents of Rehabilitation

12

Make decisions which is better??

Risk

▲

Benefit (QOL)

13

Short and Long goals

Short goals

- Recover the paresis secondary to stroke as much as possible within 3 month (PT,OT)
- Made muscle strengthen on affected limbs in order to improve the basic activity (PT)
Rt: Amputation
Lt: Hemiplegia
- **Reacquire** the ADL and APDL states before the onset of stroke in his residence by himself within 3-5 month (OT)

Activity composed by Crawling and Electric Wheel Chair

14

Short and Long goals

Long goals

- Make Prosthetic Limb and Train the gait with appropriate walking device (PO)
- Practice to wear prosthetic limb (PT)
- **Improve** the ADL and APDL states **than** the onset of stroke (PT and OT)
- Without generating / exacerbating plantar wound (Dept. Dermatology)

Activity composed by Prosthetic Limb

15

Present situation

Gait ability;
Training level up to 300m using circle walker with supervision by PT in short distance

[Problem]
Difficulty in wearing the prosthetic leg



16

The National Hansen's Disease Sanatoriums in Japan

Terumi Otsu, RN
OPD Nurse

1

Recent issue on care

- ▶ 1. Dementia
- ▶ 2. Increase of super-aging who needs intensive care
- ▶ 3. Increase of needs for advanced medical care outside of sanatorium
- ▶ 4. End of Life and terminal Care

2

Care for Dementia

Dementia ward

3

Devices for disabilities

Guiding tool on hitting for blinds

4

Supplementary care staffing for treatment at outside tertiary care facilities

5

- ▶ Simple but through informed consent
- ▶ Good and credible communication manner at routine care
- ▶ Improvement and enhancement among inter-professional collaborations

6

Dairy care at National sanatorium Hoshizuka Keiaien

7

Number of the Staff	Nursing Unit
• Total Staff 351	• Ward 2
• Physicians 10	• Center for Disability 2
• Nurses 125	• Outpatient Dept. 1
• Caregivers 111	• Support for ADL 1

Residents 159, Av. age 85yrs, Dementia 25%

8

Outpatient care

Dairy visitors to OPD: 110-120

9

▶ OPD

- Internal medicine
- Surgery
- Ophthalmology
- Otolaryngology
- Dental and oral surgery

10

Physical care 1. Methods of Treatment

Foot washing place

Treatment table

Surgical field

Razor

Nail File

Nail Clippers

Starting tool

11

Exfoliating

A thick skin

We perform 20 to 30 surgical procedures a day

12

For patients who have poor circulation, we treat them with foot baths and leg massages with aroma oil.

13

Ophthalmology

Eyelash pluck

As the eyelid droops due to the effects of aging, it is easy for inward facing eyelashes to cause inflammation and damage to eye. To prevent this, such eyelashes are removed periodically.

14

2, Environment adjustment

Central treatment room

15

There are a variety of measures to prevent slip or falls. We use handrails, anti-slip mats and bed rails.

Ward

16

Mental care

Recreation

Music therapy

Park walk

Balloon Valley ball

17

Social care

Events (Summer festival)

Every year, we invite famous Japanese singers to our summer festival and have a good time with neighboring people. One of the educational activities.

18

Ossuary

Catholic Church

19

Cherry Blossoms in spring

Our sanatorium has many flowers blooming throughout the year.

Plum flower in end of winter

Keiai-en has celebrated the 80th anniversary on 28th Oct. 2015

Thank you for your listening

20

“ 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 (IBIB-N)

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

Philippines : ranks 11th in global leprosy
ranks 1st in western Pacific Region

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

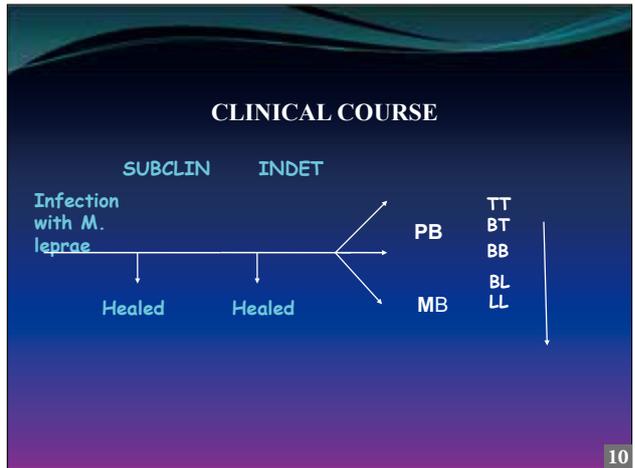
WHO FIELD CLASSIFICATION

	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%

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)

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

17

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

18

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 $\geq 2+$

19

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 50mg + Minocycline 100mg daily or Ofloxacin 400mg daily for 18 mos or more

OR: use a monthly combination of NEW GENERATION antileprosy drugs



20

RISK FACTOR

The primary risk factor for both relapse and reaction (ENL) is high ABI ($\geq 4.0+$)



21

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

22

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

23

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

24



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  日本財団 THE NIPPON
財団 FOUNDATION