

# 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



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

## 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
日程	9
訪問先(地図)	10
フィリピン共和国 (Republic of the Philippines) の概要	11
面談者	12
訪問記録	
1. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック	14
2. エバースレイ・チャイルズ療養所	18
3. クリオン療養所・総合病院	25
4. ホセ・レイエス記念医療センター ハンセンズ・クラブ	36
5. WHO WPRO (世界保健機関西太平洋地域事務所)	41
6. 番外編	50
感想	52
参加者アンケートまとめ	57
参加者一覧	61
あとがき	62
編集後記	63
資料	64

表紙写真：クリオン療養所開所100周年の記念碑（2006年建立）の前にて。

記念碑建立と、2013年11月の台風被害からの復興には、当財団からの支援が活用された。



TT型 前腕部皮膚症状  
セブ・スキンクリニック  
四津理恵医師 2015.2.16



LL型 顔面の皮疹  
セブ・スキンクリニック  
四津理恵医師 2015.2.16



BL型 背部皮疹  
セブ・スキンクリニック  
四津理恵医師 2015.2.16



BT型 I型らい反応 (境界型反応)  
セブ・スキンクリニック  
四津理恵医師 2015.2.16



I型らい反応  
セブ・スキンクリニック  
四津理恵医師 2015.2.16



II型らい反応  
セブ・スキンクリニック  
四津理恵医師 2015.2.16



知覚検査  
セブ・スキンクリニック  
多田譲治医師 2015.2.16



皮膚斑文スクリーニング  
セブ・スキンクリニック  
中村香代医師 2015.2.16

# 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
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
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
CLAP	Coalition of Leprosy Advocates of 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
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
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
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
WHO	World Health Organization (世界保健機関)
WPRO	WHO Regional Office for the Western Pacific (WHO西太平洋地域事務所)

# 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地域治療所設立決定
1930	クリオンにレオナルド・ウッド記念研究所設立 セブにエバースレイ・チャイルズ療養所設立
1932	クリオン療養所での出生乳児・子ども対象の研究開始
1933	国際ハンセン病ジャーナル (International Journal of Leprosy) がクリオンから発刊
1935	クリオン療養所入所者数 最大6,928人を記録
1936	マニラ郊外にタラ療養所(現ホセ・N・ロドリゲス病院)設立
1942	クリオンに日本軍上陸。ハンセン病対策事業 事実上停止 入所者に「休暇」許可発出、1,256人離島 クリオン療養所通貨発行
1944	クリオンへの物流の途切れによる餓死、栄養失調による死者多数
1947	ハンセン病対策活動再開。プロミン治療 限定的に開始
1948	プロミン増量され、約半数の患者 プロミン治療を受ける
1949	サン・ラザロ病院ハンセン病部門閉鎖。患者はタラ療養所移送
1952	「隔離法」改定、条件付き自宅隔離・治療許可
1955	患者発見・治療活動強化
1964	「解放令」発令。ハンセン病 初期段階の隔離禁止
1965	レオナルド・ウッド記念研究所 クリオンからセブへ移転
1979	笹川記念保健協力財団 フィリピン・韓国・タイとダブソンに代わる化学療法の共同研究プロジェクト開始
1981	イロコス・ノルテならびにセブで、MDTパイロットプロジェクト開始
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

# はじめに

公益財団法人笹川記念保健協力財団は、昭和49（1974）年5月4日、世界のハンセン病対策のために創設され、昨平成26（2014）年には40周年をむかえました。当時1,200万以上とも推計された患者数は、WHOの制圧目標（1/10,000人未満の発症）設定、多剤併用療法の推奨（1985）、日本財団笹川陽平会長（当時理事長）による無料MDT薬剤配布開始（1995～1999、その後、Novartisが継続）などを経て、2013年には、年間新規診断患者数219,075人に減少し、WHOの制圧目標未達成国もブラジルだけとなりました。しかし、年間発症者数1,000人以上の国はなお14ヵ国もある上、過去10年間、患者数増減はほとんど改善していません。加えて、発病者や回復者の高齢化、病気に伴う障がいと、この疾患をめぐる差別、偏見など人道的問題は多くの国々で執拗に続いていることや、その実態すら不明な地域があることも明らかになってきています。

一方、わが国は人類初の経験である超高齢社会に面していますが、国内13療養所に在住されている回復者の方の高齢化も著しく（2014年12月現在、在園者1,758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。

わが国では、ほとんど新規発病者がいないことから、専門家と云えども、臨床例に遭遇することはまれで、医師のみならず、看護師、検査技師ら専門家の実地教育や訓練の機会も皆無に近く、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。

笹川記念保健協力財団は、毎年、多数国のハンセン療養所や回復者団体への支援を行っていますが、上記のような状況を鑑み、内外専門家の交流の機会を設けてはどうかと考えるようになった次第です。

今視察は受入国フィリピンのクリオン療養所・総合病院（Culion Sanitarium and General Hospital）院長（Chief of Sanitarium III）Arturo Cunanan Jr.博士が、企画段階から全面的に関与して下さったことで可能となりました。ここに特記して深謝致します。

また企画当初から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、こころから感謝致します。

（文責 喜多悦子）

# 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、看護師。以下専門家）がフィリピンを訪問し、現地の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、現地専門家との意見交換を行う。

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、フィリピンでも進行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/](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

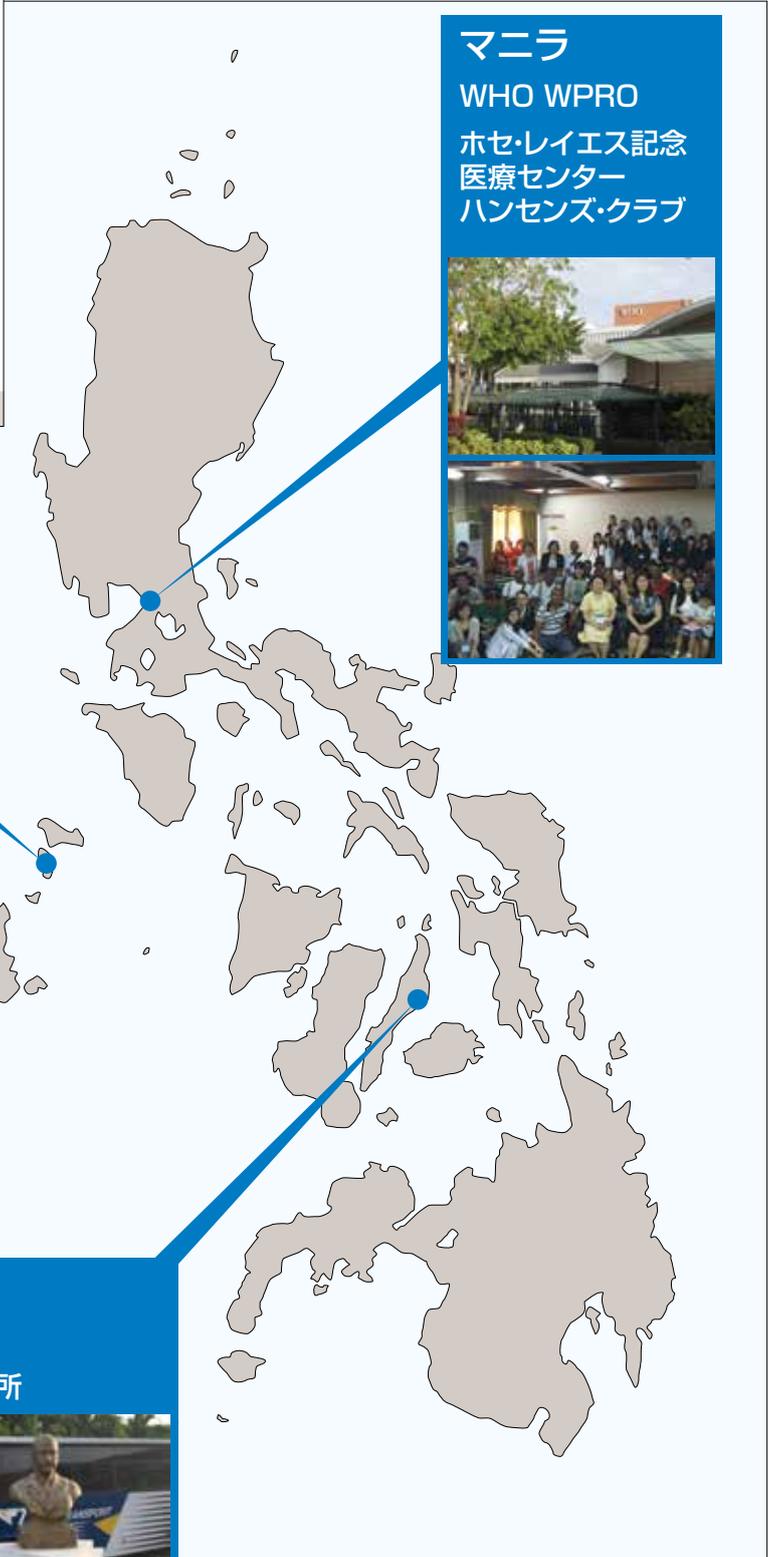
[http://www.searo.who.int/entity/global\\_leprosy\\_programme/en/](http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/en/)

# 日程

2015 (平成27) 年2月15日 (日) ~21日 (土)

日付	時間	活動内容	
2/15(日)	12:00 14:25 18:45	成田空港集合、出発前打合せ フィリピン航空433便にて空路、セブ島へ セブ島着	Parklane International Hotel泊
2/16(月)	8:00 8:30 08:45~12:30 13:00~17:00 20:15 21:30	ホテルチェックアウト ホテル発 レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック訪問 ・講義：ハンセン病について ・講義：セブ・スキンクリニックの活動について ・診察立ち合い エバースレイ・チャイルズ療養所訪問 歓迎昼食会 ・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 ・療養所内見学 フィリピン航空1864便にて空路、マニラへ マニラ着 (フライト2時間遅れのため、マニラ着は23:30となった)	Manila Pavillion Hotel泊
2/17(火)	6:00 6:30 8:30 9:25 11:00 午後	ホテルチェックアウト ホテル発 フィリピン航空2031便にて空路、ブスアング島へ ブスアング島着 ブスアング空港からコロンへ移動 ブスアング島内見学	Coron Westown Hotel泊
2/18(水)	8:00 8:30 10:00 10:30~16:30 16:30 18:00	ホテル発 海路、クリオン島へ クリオン着 クリオン療養所総合病院訪問 ・クリオン資料館見学 ・講義：クリオンの歴史とフィリピンのハンセン病対策プログラム概要、 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 ・病院・市内見学 ・講義：リハビリテーション・診断デモ 海路、コロンへ コロン着	Coron Westown Hotel泊
2/19(木)	7:30 8:00 9:45 11:00 午後	ホテルチェックアウト ホテル発 フィリピン航空2032便にて空路、マニラへ マニラ着 ハンセン病に関わる史跡訪問、マニラ市内見学 ・旧サンラザロ病院跡地 ・カーサマニラ博物館 ・サン オーガスティン教会 (ユネスコ世界遺産) ・サンチャゴ要塞 ・高山右近像	Manila Pavillion Hotel泊
2/20(金)	8:00 08:30~11:00 11:45~16:30	ホテル発 ホセ・レイエス記念医療センター ハンセンズ・クラブ訪問 ・講義：フィリピンのハンセン病状況と疫学 ・講義：ホセ・レイエス記念医療センター ハンセンズ・クラブ概要 ・ハンセン病患者会ハンセンズ・クラブの方々との交流 WHO WPRO訪問 ・ランチセミナー：治療の先にあるもの～ハンセン病回復者の生活向上を目指して ハンセン病回復者Ms Jenny Quimno、Ms May Bawik講話 日本のハンセン病の歴史と現状発表 ・西太平洋地域事務局次長 葛西健博士面談 ・講義：西太平洋地域事務局について ・ビデオ鑑賞：“トロピカルシャドー” (患者証言) ・講義：WHO 西太平洋地域におけるハンセン病対策 ・講義：WHO 西太平洋地域におけるハンセン病状況 ・討論、質疑応答：ハンセン病制圧とケアの分野での日本とWPROの技術協力と情報共有の深化について	Manila Pavillion Hotel泊
2/21(土)	5:30 6:00 8:50 14:00	ホテルチェックアウト ホテル発 フィリピン航空422便にて空路、東京・羽田へ 羽田空港着 解散	

# 訪問先(地図)



マニラ  
WHO WPRO  
ホセ・レイエス記念  
医療センター  
ハンセンズ・クラブ



クリオン島  
クリオン療養所総合病院



セブ島  
セブ・スキクリニック  
エバースレイ・チャイルズ療養所



# 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：9,234万人（2010年フィリピン国勢調査）
- 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：2,702億米ドル（出典：IMF）
- 一人当たりGDP：2,790米ドル（出典：IMF）
- 経済成長率：7.2%（出典：フィリピン国家統計局）
- 物価上昇率：3.0%（出典：フィリピン国家統計局）
- 失業率：7.3%（出典：フィリピン国家統計局）
- 貧困率：24.9%（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	24	30
日本	84	6	2	3

出典：World Health Statistics 2014

# 面談者

## 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)  
Ms. Junie Abellana (Medical technologist)  
Ms. Florenda Orcullo (Medical technologist)

## エバースレイ・チャイルズ療養所—Eversley Childs Sanitarium and General Hospital

Dr. Lope Maria Carabana (Chief)  
Dr. Carol Lourdes Carabana (Head of Public Health Unit)  
Dr. Emily Apas  
Dr. Pythagoras M. Zerna (Surgeon)  
Ms. Joy Casquijo  
Ms. Faye Charity Borres (Medical technologist)  
Ms. Diana Jane C. Reyes : Pharmacist  
Ms. Jabeth Palmas S. Lingaro (Orthopedic nurse)  
Mr. Arnulfo L. Jaranay (Training Office)  
Ms. Pelise C. Cay (Nurse)  
Mr. Romil Magale : ER headnurs : Mr .Fe Lizbeth Marie E. Gomera (Accountant)  
Ms. Leonila G. Baconaje (Social worker)  
Ms. Nancy Roma-Sabuero (Social worker)  
Ms. Madareita Mone Chanes (Skin clinic nurse)  
Mr. Hornogenes Yungod  
Ms. Jojee Porquido (Rodtechnician)  
Mr. Levelyn C.Carrera (OPD nurse)  
Mr. Felicheto E. Elfancl (Adomi officer)

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

Dr. Arturo Cunanan Jr. (Chief)  
Ms. Aquino (Chief of Nursing Department)  
Ms. Sheila Pahugot (Physiotherapist)  
入院患者、ボランティアの方々

## ホセ・レイエス記念医療センター, ハンセンズ・クラブ—Jose R. Reyes Memorial Medical Center, Hansen's Club

Dr. Ma Luisa A. Venida (Consultant dermatologist)

Dr. Abeila A. Venida (Consultant)

Dr. Edessah Dipasupil (Resident)

Dr. Dianne Sia (Resident)

Dr. Windell Tan (Resident)

Dr. Diane Marie Cutierrez

Dr. Martha Joy Brian

Dr. Ma Flordeliz A. Casintahan (Chair of Department of Dermatology)

Mr. Alan Ceniza (Chair of Hansen's Club)

ハンセンズ・クラブの方々約50名

## WHO/WPRO—The World Health Organization Regional Office for the Western Pacific

次長 葛西健博士

結核ハンセン対策課長 錦織信幸博士

技術支援調整官 田中剛博士

Dr. Maria Gemma C Cabanos (Medical Officer, Leprosy Elimination, STB and Leprosy Elimination)

Ms. May Bawik (回復者)

Dr. Jenny Quimno (回復者)



WHOWPRO中庭にて

# 訪問記録 1. 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。

# 1-1. レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックでの 短時間集中講義と実習

国立駿河療養所 皮膚科医師 四津 里英

## 日時

2015年2月16日(月) 8:30-12:30

## 内容

責任者Dr. M. Balagonによる講義が、前半と後半の形で8:30-10:30まで行われた。主な内容は、下記の通りである。

## 前半

- ・ハンセン病の疫学：世界とフィリピン
- ・ハンセン病の病態生理と分類
- ・ハンセン病の臨床：TT型～BT型～BB型～BL型～LL型までの臨床症状、らい反応の臨床症状、検査、治療、薬剤耐性と再燃

## 後半

- ・レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニックの歴史(1928年～)
- ・現在のクリニックの役割
- ・ハンセン病を含めた一般皮膚疾患の診療
- ・年間160名の新規ハンセン病発症症例
- ・年間200名以上の医師の教育
- ・研究：例) 新たな診断法の開発

講義後、クリニックを受診されているハンセン病に罹患した患者様の協力のもと、実習が行われた。実習内容としては、TT型～BT型～BB型～BL型～LL型までの臨床症状、I型およびII型らい反応、skin slit smear(菌検査)、顕微鏡検査にまで及び、ハンセン病の全体像がつかめるように組まれていた。

## 感想

非常に、体系だったハンセン病の研修であったと感じた。正味、たった1時間の実習だったが、上記全ての症例を網羅できるだけの患者数を抱えているクリニックに感嘆した。同時に、我々の実習に応じてくれた患者様、各々に、感謝の気持ちでいっぱいである。ハンセン病の発症時の症状をみたこ

とのない、日本のハンセン病療養所の医療者にとって、大変意義深い時間であった。

一方、患者カウンセリングやアウトリーチ活動など他の興味深い取り組み・活動について、時間の関係もあり見学することができず、やや心残りがあったことは否めない。

フィリピンにおいてもハンセン病の患者数は減少傾向ではあるが、専門性を保ち続けるためには、このように患者が集約する場所が必要であると強く感じた。また、それは研究を継続するためにも必須である。当クリニックは、このようなシステムを上手に維持しており、その意味で、今後日本が国際保健の枠組みの中でハンセン病医療の存続を考えていくという流れになれば、連携を組むべき貴重なカウンターパートとしての医療機関と捉えた。また、今回は現地の紹介のみに留まったが、日本のハンセン病医療からも学ぶものが多くあるという思いがあり(後遺症治療、介護・ケア、現在抱える問題、歴史など)、また共有することでみえてくることもあるため、日本のことを紹介する時間があっても良かったのではないかと、ひとつ心残りとなった。また、それは双方の関係を深めるためにも、必要な時間である。今後の本研修のさらなる発展を願う。



詳細で明快な講義の後、鮮やかな技術で、患者診断の実際をご披露下さった。レオナルド・ウッド記念 セブ・スキンクリニック所長(Executive Director)のDr. Marivic Balagon

# 1-2. ビビッドなハンセン病ケアの実態

## レオナルド・ウッド記念セブ・スキンクリニック

国立療養所邑久光明園 看護師 谷川 知子

### 病院概要

アメリカの軍人兼医師で、フィリピンのハンセン病対策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あるが、現在も活発に活動している。

研究センターには、疫学・臨床部（セブ・スキンクリニック）と、純粋な研究部門の2部を持ち、高度な訓練を受けた専門家による管理がなされているが、訓練センターでもあるため、しばしば、地域の保健医療者のためのワークショップやセミナー、また、訓練コースが開かれており、現在でも、ハンセン病の診断や評価方法を、毎年、国内外の200人程度の医師らが当施設を訪れ学んでいる。

### 皮膚科外来

責任者Dr. M. Balagonからハンセン病の経過や疫学や問題の解説などの講義を受けた。

この施設では、月曜日から金曜日までは終日診察がおこなわれている。交通の便がよいため、患者数も多く年間16,000人への診察を行い、必要な保健医療サービスを提供しているという。それらのうち、ハンセン病患者様は1%との説明から、実数としては160名程度と知る。

当センターでは、外来診察だけではなく、やや離れた地域でハンセン病患者様の多い地域へは、バスを乗り継いで出掛け、住民への声かけを通じて、積極的に啓発活動と早期発見をしていることもわかった。

ハンセン病は、WHO分類でMBとPBに分かれるが、ここの患者様の90%はMBで、PBの方を見つけるのは困難だそう。小児のPBでは、初期の斑紋がお尻など、通常、見えないところに発症することが多いことも、早期の検出が困難な理由のようだ。発症しても、軽度なうちに診断できればベストだ。つまり、早期発見そして早期治療ができれば、合併症を防ぐことができる。MBタイプが多いのは、家庭内でのMBの患者様と緊密な接触があることによるといわれており、中でも、呼吸器感染が98%でほとんどだが、創部からのいわゆる直接感染も2%で程度はあるそう。MBでも、きちんと治療すれば、服薬開始1週間から1カ月程度で他人への感染力はなくな

るといことも、再度確認した。

講義後、実際の診察の場を見学させていただいた。ハンセン病の患者様の多様な斑紋を実際に見せていただいた。白っぽい斑紋、赤みがかったもの、平らなもの、隆起した斑紋も直接診て、触らせていただいた。さらに、その後、感覚神経機能の評価やらい菌の検査の実態もみせていただいた。

なお、私は、国立ハンセン病療養所に23年間勤務しているが、多数の患者様、症状としての色々な斑紋を一時にみせていただいたのは初めてであった。

フィリピンセブでは、受診時のほとんどの患者様は裸足にサンダル履きで、手足に創があっても、何ら処置はされておらず、傷は開放状況であった。日本では、患者様のどんなに小さな創でも、必ず処置し、ガーゼで保護することが当たり前なので、創処置がない状態にはいささか驚いた。

この見学を通じて、私たち看護師は、創処置や確実な服薬の指導も大切だが、それにもまして、知覚麻痺のある患者様で創を作らないこと、それぞれの方の生活状態を把握し、どうすれば創や熱傷を防げるかを指導することも重要な役割だと実感した。



色々な皮疹、外傷がありました。開放創のまま…

# 1-3. レオナルド・ウッド記念 セブ・スキンクリニック での講義を受けて

国立療養所松丘保養園 看護師 横内 里美

## 講義内容要約

アメリカの軍人兼医師であったレオナルド・ウッドはフィリピンの総督に任命され、フィリピンの主要ハンセン病療養施設であったクリオンを訪問、その後ハンセン病医療実践と研究について包括的な計画を推し進めた。同時期フィリピン大学でハンセン病研究を行っていたウェイド博士もクリオンを訪問したことをきっかけにウッド総督の計画に共感し、多数の医師・看護師を連れクリオンに移住した。フィリピン議会で「近代ハンセン病治療基金」が承認され、アメリカの財政的支援とハンセン病政策活動がウェイド夫人によって行われた。ウッド総督は計画最中に病死したが功績が認められ、基金と有志組織が成り立つ際にウッド総督の名を冠した「レオナルド・ウッド記念財団」がハンセン病根絶を目的に設立された。ハンセン病疫学に関する現地調査・管理を行うために、当時最も罹患率が高かったセブ島が拠点として選ばれ、疫学・臨床部として当クリニックが開設された。

当クリニックでは一般的皮膚科疾患治療を無償で行い、1%の新患者が発見されてきた。毎年1,000人以上の登録患者の治療と、訓練センターとしての役割を持ち、国内外約200人／年の医師が訓練を受けるために訪れている。また診療時間外で、患者カウンセリングや郊外へ赴きハンセン病患者を探すアウトリーチ活動を行っている。研究部では新たな抗ハンセン病薬やワクチンの研究、ハンセン病分子研究・免疫マーカーによる診断等の研究がされている。

## 症例実習内容

当クリニックを受診されているハンセン病患者13名（推定年齢10代～60代）の協力のもと、TT型～BT型～BB型～BL型～LL型までの臨床症状、I型およびII型らい反応、スメア検査、スメア検体の顕微鏡検査を行った。臨床症状・らい反応などハンセン病発症時の急性期的症状を見たことがない日本のハンセン病医療従事者にとって、大変意義深く貴重な体験となった。罹患者は治療開始後2週間には菌が減り、治療をしながら学校・仕事も継続している。セブ島ではハンセン病が地域に周知されており、社会に溶け込みながら偏見・差別はあまり感じられなかった。スメア検査は治療開始前後に行われており、同一部位6ヶ所を採取している。採取方法も丁寧に教えていただき、普段訓練センターとして国内外の医療指導者に行っている訓練の片鱗を感じさせた。スメア検体の顕微鏡検査見学では5+の検体を直に見せていただいた。

## 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、参加者のマネージメントをしてくださった三賀さん、研修受け入れをしてくださったフィリピン国内医療従事者の関係各位、WPRO職員の皆さん、厚生労働省関係各位に深謝いたします。



皮膚スメア検査の様子

## 訪問記録 2. エバースレイ・チャイルズ療養所 Eversley Childs Sanitarium and General Hospital



**住所** C. Ouano, Mandaue City, Cebu, Philippines

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

**Eメール** everselychildsanitarium\_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125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。

## 2-1. エバースレイ・チャイルズ療養所の包括的活動

国立療養所長島愛生園 皮膚科医長 多田 譲治

### はじめに

同所についたのは、2月16日月曜日午後1時頃だっただろうか。

Social workerのNancy Roma-Sabueroの司会にて、このChiefであるDr. Lope Ma. P. Carabanaの歓迎のご挨拶があった。その後早速に、おそらくはその地で伝統的な、来客を歓待する子豚の丸焼きを含めたランチをいただいた。食事中には、療養所内に住む元患者の一人がギター片手に幾つかの歌を声高らかに歌って歓待していただき、みな拍手喝采であった。

Dr. Lope Ma. P. Carabana、Dr. Carol Lourdes H. Carabana、そしてNancy Roma-Sabueroにより、フィリピン国内でのハンセン病療養所の運営政策・患者/入所者の管理などを踏まえながら、当療養所の歴史的概要・運営状況・今後のプランと課題などが報告されたが、内容は以下の通りである。

### Dr. Lope Ma. P. Carabana, MD, MHA

エバースレイ・チャイルズ療養所の動向と今後の方向性と題して、以下のようなお話があった。

エバースレイ・チャイルズ療養所は1930年、Leonard Wood 将軍とその裕福な友人・慈善家であるEversley Childs (Newyorker) の提案と努力により、ハンセン病患者の治療・介護・リハビリのために500床のベッド数で建設された。

1950年には、ハンセン病治療にサルファ剤が導入され、その効果は画期的なものと考えられた。1964年には Liberalization lawが発せられ、単なる治療には療養所への入所は必要ないとされ、合併症のある患者やリハビリの必要な人だけが入所を許された。しかしながら、サルファ剤だけの治療では薬剤耐性ハンセン病患者の増加がみられるようになり、再発患者も増加した。患者は療養所外からというより療養所内の患者家族や子孫からの発症が多くなっていた。1970年代には、患者コミュニティ内に、療養所内での義務的作業等の補助としての奉仕の仕事をする組織が生まれ、

これはリハビリの一種としても推し進められた。この仕事には、療養所内の管理のもと、わずかの賃金と米・魚などの一定の食料が支給された。1986年には、セブ地域でパイロットスタディとしてのMDT (Multiple Drug Therapy) 導入によりハンセン病の完治が確認され、1988年以後はフィリピン保健省のNational Leprosy Control Program (NLCP) として、全国でMDTが推し進められた。これにより国レベルでは減少してきていたものの、特定の地域ではなお社会問題として続いており、西太平洋地域ではなお高い発症率であったが、1991年にはハンセン病治療の権限が地方政府に委ねられることとなった。

WHOは、1981年、2000年までに発症率1/10,000人未満になるように勧告し、その意味でも療養所はなお重要な役割を担う必要があった。1994年以後、政府はハンセン病患者の療養所への入退院基準を厳しくし、治療・介護の援助を家族やそのコミュニティに任せるよう指導した。さらに、全国8療養所に対し、ハンセン病の早期発見・治療の指導的役割を担うよう、またそれぞれの地域での総合病院として一般診療・救急医療も担当するように指導した。2013年の時点で、療養所としては人口7,692,860人、総合病院としては人口499,583人が担当の対象であった。

1995年以後、治癒して退院する人達には10,000ペソが支払われた。しかしながら、ほとんどの元患者や家族にとって療養所は第二の故郷であり、退院しても仕事を得ることも難しく、また子供が適切な学校に通えないなどの理由から、元患者達は療養所に戻ってくるか、あるいは別の療養所に入ることが多かった。

1998年には、発症率0.8/10,000に迄低下し、入院患者が減少するなか、限られた収益と人材で療養所と総合病院という二つの役割を担う必要があった。このような経緯から、療養所は、保健省の補助のもと、現状で持っているスタッフ・施設・サービスを最大限に生かすことのできる独立性とその目的が必要とされた。2000年には、発症率0.57/10,000まで低下し、患者数が少なくなった状況において、療養所だけでなく全国の病院もハンセン病診断・療養を担う必要が生じた。

2002年には、総合病院としての50床が認可されたが、なお偏見や後遺症に苦しむ患者は多く、患者の高齢化もあり、引き続き療養所としての機能も維持していく必要があった。2005年には、全国の8療養所に、ハンセン病患者の紹介受入・MDTなどの役割とともに、総合病院としての救急患者受入・外科や産婦人科など主要5診療科の設置などが改めて指示され、手術室・救急部・薬局・臨床研究部などの施設を建設してきており、後遺症患者のための理学療法科もできている。

2011年以後、後遺症患者へのリハビリサービス・社会基盤に沿った患者サービス・偏見に対する啓発・社会的経済的援助などなど、種々の内容の計画を推し進めている。2012年には、Museum and Archivesを開設、新しいロゴマークも作成し、2014年には、ビサヤ-ミンダナオ地域での初めての保健省総合病院となった。もっとも、現在でも予算・人事面ではなお色々な問題をかかえている。

#### Dr. Carol Lourdes H. Carabana, MD, MPH

ハンセン病患者を見出し、その入院から退院までと題してのお話だった。

患者診療は、年間を通じて月曜から金曜日に、皮膚科診療と相談を行っている。地方の保健所や他病院からの紹介を受け、発症率の高い地域での患者集計や相談に応じ、また指導も行っている。細菌の塗抹検査は臨床技術員が行うが、検査・診断・治療まで全て医師が行っている。入院の条件には、合併症あり・小児・重度の障がいなど、一定の基準がある。また、退院に際しても、患者カウンセリング・家族教育などを行い、退院の適格性などが委員会で協議された上、療養所所長の許可が必要である。



敷地内のMuseum and Archives

#### Ms. Nancy Roma-Sabuero, Social Worker

今後の挑戦と題して、以下のようなお話であった。

現在の療養者内入院患者は、男性82名、女性43名の計125名である。20歳未満は4名と少なく、50歳以上が81名と約2/3を占めていて、障がい度の高い患者も約2/3で、83名である。患者には、建築業・配管業・電気関連業・介護業務などの職業訓練のサービスが提供されている。2000年からは、子供や若い患者に対して、それぞれの希望に沿った教育プログラムも開始されていて、2011年までには49名が、以後2013年までには14名がそれぞれ卒業し、本年春には2名が卒業予定であるが、近年、就学年齢の患者は非常に少なくなっている。

教育プログラムの中には、エレクトロニクス・コンピューター・自動車関連など種々のコースが選択できるようになっており、ハンセン病罹患者は誰でも受講できる。また、縫製・仕立てなどの訓練指導による生活援助も行っている。これらの運営には、フィリピン・アメリカハンセン病協会、キリスト教教会や笹川記念保健協力財団などからの資金援助をいただいている。このような活動を進める中、高齢の患者、親類・家族のいない患者、親類がいても退院を歓迎してもらえない患者などが最近の問題となっている。

#### 療養所内見学

この後、療養所を見学した。療養所敷地はかなり広くゆったりとしており、大小の木々も多く一種の庭園のようであった。皮膚科外来棟、一般患者用の有料病棟、救急部棟、リハビリ棟を兼ねたハンセン病患者病棟（男女で建物は別）、ハンセン病の歴史・史料棟などをゆっくりと案内していただいた。

療養所の周囲には、かつて療養所内にいたという人達やその家族が居住しており、途中で敷地外にちょっと出ると、学校の子供やその親達が集団で歓迎してくれた。見学のあとは、質疑・応答の時間を持ち、最後に療養所訪問のCertificateと手土産（ロゴマークの入ったマグカップやDried Mangoes）をいただいた。

## エバースレイ・チャイルズ療養所とGeneral Hospitalでの研修後に

この療養所が1930年にベッド数500床で創設されたと聞いて、私の所属する長島愛生園が同じ1930年（昭和5年）にベッド数400床で竣工したことを思い、何かしらハンセン病患者の歴史の共通性というものを感じずにはいられなかった。総合病院としての機能の併設・移行への努力・苦悩は、今の日本の療養所の将来構想への企画とも重なる所があるものの、現実の日本の療養所は全面的な国のバックアップがあり条件が全く異なっている。

皮膚科外来・救急部・入院病棟・リハビリ・薬剤部・放射線部など、それぞれの建物が個別に独立しているが、患者にとってはその移動がかなり大変である。昔の建物を利用しながら総合病院への移行を進めているとの説明であったが、ハンセン病後遺症患者が減少し、ハンセン病が外来のみにて治療できるようになった今日、よりいっそう総合病院化を進める上では、施設の集約化が不可欠となると思われる。庭園的環境のなかでの適切な再改築が望まれる。

このような状況は、日本の療養所との定期的な意見交換・人的交流があれば、より建設的なアイデアも生まれるのではとも思われた。

## 付:

エバースレイ・チャイルズ療養所・総合病院のチーフであるDr. Lope Ma. P. Carabana夫妻とは、訪問前日夜の食事を一緒にさせていただいた。

たまたま席が奥様の隣だったのだが、食事も終わりにする頃、Dr. Carabanaが「あなたは皮膚科医だそうだが、この発疹、数年来続いていて痒くて仕方がない。生検も受けたことがあるが、何だろうか?」と相談を受けた。

一目診て、臨床的に「扁平苔癬、おそらくは内服薬に誘発された薬疹（扁平苔癬型）」と思われた。

その由説明して、内服薬を変更していただくようお願いさせていただいたが、翌日のSanitarium見学時に、Skin Clinic案内を掲げる建物もあるのに、、、と思いながら再びそれにふれる機会が無かったので、以後どうされたかは不明である。私の診断が間違っていないこと、速やかに回復されていることを祈るしかない。



長島愛生園 歴史館

## 2-2. エバースレイ・チャイルズ療養所での新鮮な経験

国立療養所邑久光明園 看護師長 鶴海 以積

### はじめに

現在、日本のハンセン病療養施設においては、新たなる発症した患者の症状、スクリーニングの過程あるいは症状に応じた治療の経過をみることはない。今日のわが国の療養所では、人権を侵害された人生を送ってこられた、そして重複障がいを持つ高齢のハンセン病回復者へ方々への必要な看護とともに、終末期に向けた取り組みが看護師の役割でもある。

これに対し、この病気は治癒可能とは分かっているものの、今なお新たな発症者があるフィリピンでは、まだ、発病に伴う苦しみを抱きつつ、暮らしている人々がいらっしやる。

今回、そのフィリピンでの研修に参加することによって、ハンセン病を発症した方、治療中の方々、そのご家族の現状を、自分の目で視、耳で聴き、心で体感できる貴重な機会をいただいた。

### エバースレイ・チャイルズ療養所施設背景

ハンセン病治療・ケア・リハビリを目的に、1930年に設立されたフィリピンにおけるハンセン病診療と研究の中心施設のひとつである。

1980年後半、多剤併用療法（MDT）が導入され、自宅でも治療を続けることが可能になった。ハンセン病は完治する病気であると確認され、フィリピン全土でのMDT治療が推進された。

1994年からは、ケアは家族と地域で行うようになり、ハンセン病新患数の減少に伴い、療養所には、管轄区域における一般住民のための救急、一般外来そして入院サービスを担う、地域基幹病院の役割が加わったようだ。

2002年には、特別病院として位置付けられ、一般病床50床も認可、救急患者受け入れ、外科と手術、産婦人科、理学療法科なども設置されていった。2011年以降、社会基盤整備に沿った患者サービスとともに、偏見・差別に対する啓発、社会的支援などの計画も推進しているという。2014年には、国際標準規格（ISO）認定医療機関となる。かつて、断種政策をも行った日本のハンセン病療養は施設に産科が併

設される、ということは考えられないことのようにであり、いささか驚いた。（フィリピンでも、隔離政策や断種手術がなされたそうだが、結婚と子どもを持つことは1930年代には許され、隔離は1950年代には見直されたようだ。）

### ハンセン病療養所としての役割

一年を通じ、月～金曜日に皮膚科診療を行う。地方の保健所や他院からの紹介も受ける他、発症率の高い地域での早期発見と治療のための指導や各地域での治療困難例の経過観察もおこなっており、いずれも、診断のプロトコールに従い、一定基準に沿って入院が決まっている。

また、退院後を考え、患者カウンセリングとともに家族教育も重視しており、退院の決定も、多職種のカンファレンスを行い、退院後生活が適正にできると判断された場合には、施設長の許可を得るシステムとなっている。

### Social Medical Worker (SMW) からみた今後の課題

訪問時の療養所入院患者は125名、高齢者や重い障がいをもつ患者が約2/3である。子どもや若い患者には、職業訓練や希望に沿った教育プログラムが提供されているそうだが、近年、就学年齢の患者は非常に少なくなっているようだ。

本センターは、笹川記念保健協力財団などからの奨学金制度やスポンサー活動による資金支援もある。しかし、患者の高齢化、家族がいない患者、家があっても受け入れられない患者などの問題がある。日本とも共通の問題が現状としてあることも判った。

### 療養所内施設見学

外来診療棟、一般有料病棟、中央材料棟、救急棟、ハンセン病患者病棟（男女別）、ハンセン病歴史資料館などを見学した。また、回復者の方から、周辺コロニーについての説明をうかがったが、隣接の保育園の子どもやその家族からの歓迎を受け、交流をさせていただいた。短時間だったが、可愛い子どもたちとの時間で、皆、童心に帰った心地であった。卒園の準備を手作りされていたのも感動した。

所内では、見学の前から終了後まで、ソフトバレーのような競技を楽しまれている在所回復者が多数おられた。今の日本では見ることがなくなった風景であり、いささか寂しい気持ちになった。

### エバースレイ・チャイルズ療養所研修を終えて

院長以下、スタッフ総出での歓迎を受けた。

ランチでは、わが人生初の豚の丸焼きを頂いた。療養所の皆さまの気持ちも含め、とても美味しく頂戴した。本当に、ここから歓迎して下さっているのが伝わり、明るく、楽しい雰囲気、とても心地よく感じられた。

療養所の経緯と並行するが、フィリピンのハンセン病対策の歴史を学んだ。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おられる方がほとんどだが、多くの方は社会との交流が困難になってきている。また、入所者数の減少により、園の将来構想としての集約化も課題となっている。

光明園では、敷地内に特別養護老人ホームが開設されることになり、工事が始まっている。

入所者の治療のための入院病棟も一般病床に開放する手続きが進み、希望があれば保険診療を受けられるようになっている。しかし、入院を要するような新たな発症者が出なくなったものの、療養所では、いまだ偏見や差別は隠然と存続している。

今回の研修を通じて、家族そして他者への教育、情報伝達をどのように行えばよいのか、また、地域におけるハンセン病に対する啓発活動を持続することの重要性を認識した。偏見や差別という、病人以外に発する心の動きを、できるだけ生じさせない、最小限にするためには、どうすればよいのか。

日本では終焉したように思われているハンセン病だが、偏見や差別の面は根強く残っているし、世界では、まだまだ、病気そのものも進行形である。ハンセン病は、早期発見と早期治療により完治する病気だと、社会に向かって広報し続けること、すべての人々が、この病気を正しく認識するための啓発活動はまだまだ必要なのだと改めて認識した。

貴重な時間を費やして、研修生の為に、丁寧で解りやすい、大変有意義な講義をしていただきましたエバースレイ・チャイルズの皆さま、本当にありがとうございました。

30～40年前、日本でもあった療養所が忙しかった時代、その頃の様子を垣間見たように感じ、嬉しくもあり、また、寂しく感じたのも事実です。本当に感謝いたします。



エバースレイ・チャイルズでの講義

## 2-3. エバースレイ・チャイルズと日本のハンセン病療養所

国立療養所栗生楽泉園 看護師 北原 利江子

2015年2月16日午後、私たちは、エバースレイ・チャイルズ療養所を訪問した。

Dr. Lope Ma. P. Carabanaはじめ、総出ともいえるほど、沢山のスタッフが迎えて下さった。この地の歓迎を示す、最大の御馳走という子ブタの丸焼きも頂いたし、食事中は、回復者のおひとりご、ギターを弾きながら歌を披露して下さい、食後には、一緒に踊ったりと、とても楽しい時間を過ごすことが出来た。

### 歴史的背景

当療養所は、フィリピンのハンセン病治療の中心施設の一つで、1930年に患者の治療、ケア、リハビリテーションを目的に、ベッド数500で設立された。ハンセン病対策が進み、患者数が徐々に減少してきた一方、高齢化が進んだ回復者の内、身寄りのない人々の多くは療養所にとどまらざるを得ない状況が生じている。

しかし、1994年からは、ハンセン病治療施設としての療養所の役割を維持しつつ、管轄区域における一般住民に向けた救急医療・一般診療・入院サービスの提供を保健省から求められ、2002年には、地域基幹病院でもある第2カテゴリーの総合病院に転換した。

しかし、回復者たちには、ハンセン病に対する一般市民の根深い偏見への戸惑いもあった。2006年、ハンセン病対策活動に参加する医療従事者のためのトレーニングと保健制度再編成から、保健省は、当該療養所に対しハンセン病に対するMDT（多剤併用療法）推進と同時に、一般医療の両立を求め、まず、救急医療と外科治療強化が始まった。

合併症対策や患者と家族のカウンセリング、さらにコミュニティ教育の照会センターにもなった。2008年、リハビリテーションと障がい予防ならびに障がい悪化予防も理学療法ユニットを通じて病院サービスとして統合された。2012年には、全国ハンセン病回復者・支援者ネットワーク（CLAP）との協力の下、展示館および記録保管所をオープンし、展示館におけるタスクと責任の継続的サポート、ハンセン病歴史保存方針の作成とそのための活動強化、さらに関係者との協

力による展示館と記録保管所の維持なども公約として発表された。

### 療養所としての役割

年間、月曜日から金曜日までの皮膚科一般診療が基本である。菌検査で陽性だったり、家族の手におえない程症状が悪化している例や、後遺症が見られたり、高齢者で身寄りがないなど、一定基準に該当する人は入院を勧められる。しかし、退院後の生活を考え、患者へのカウンセリング、家族への教育はもとより、療養所内の色々な専門家からなる委員会が、退院が適正かどうかを協議し、合意されれば、所長の許可がおりる。

### 今後の課題

Social Medical Worker (SMW) による説明で、現在の入院患者は125名、社会復帰のため職業訓練や教育プログラムが提供されているが、入院患者の障がい度が高く、高齢化が進み、身寄りのない方が多く療養所に残っており、その対応が問題となっているということであった。

### 所内見学

教会や保育所がある自然に恵まれた療養所の敷地内で我々は、研究所、皮膚科外来棟、ハンセン病療養棟、リハビリ棟、一般有料病棟、救急外来、薬局さらにハンセン病歴史資料館などを見学した。

保育所では、園児たちが歌で歓迎してくれた後、一緒に歌った。また、回復者から、周辺コロニーについての説明を受け、短時間ながら、人々とも交流することが出来た。昔、所内に、監房があったそうだが、現在は駐車場になっているとの説明もあった。



セブ名物!!子豚の丸焼き…

## 訪問記録 3. クリオン療養所・総合病院 Culion Sanitarium and General Hospital



**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年には最大入所者人数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、クリオン島資料館が開館した。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。

## 3-1. 生ける死者の島クリオン

国立療養所菊池恵楓園 整形外科医師 平野 真子

### はじめに

研修の前月1月24日の朝日新聞に、「ハンセン病療養所の歴史保存」という見出しでクリオン島のことが書かれていた。フィリピンは、「歴史保存に国家として取り組む」そうである。

長島愛生園は、「世界遺産への登録準備委員会」を発足させたという。日本でハンセン病の負の歴史を残そうという機運が高まっている今、ハンセン病の歴史を学ぶ上で必ず出て来るこの島を、大きな期待を持って訪れた。

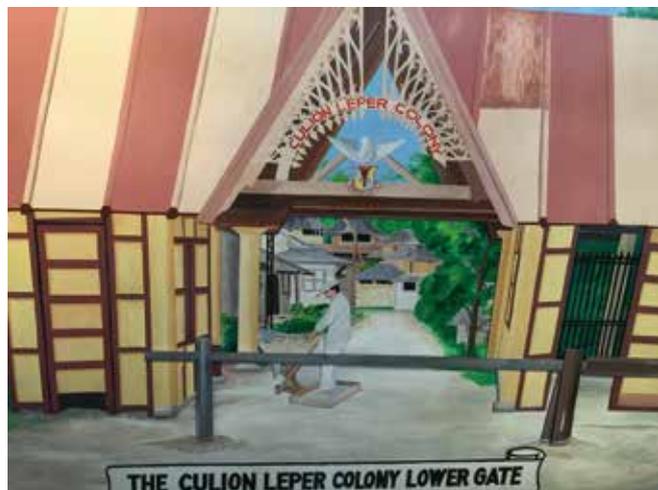
### クリオン島

1906年、ハンセン病隔離の目的で選ばれたこの島は、辺鄙で患者が逃亡しにくいとともに食べ物が自給できることが特徴である。

特に水の供給が豊富というのがこの島が療養所に選ばれた一番の理由だという。日本の療養所も多かれ少なかれ同じような環境にある。とくに、長島愛生園はこの島をモデルに作られたとのことである。

船が島に近づくとつれ、島の山肌にアメリカ軍の鷲のマークとフィリピン保健省紋章のPHSという文字が白く目立って目に入ってきた。これは、この島が危険な島で寄港禁止であるということを知らせるものだったと教えられた。

1906年に療養所が設置されてから、沢山の患者が送り込ま



かつて、患者と健常者を隔てた門

れ、1920年には5000人以上を収容する世界最大の療養所となった。島に着いて、港から病院まで車で案内された。道の途中に、門の跡という看板があり、ドライバーが、昔、門があったことを教えてくれた。当時、島は、職員地区と患者地区に厳しく分けられ、その間には検問所があったとのことである。1920年代は、大風子油の治療が盛んに行われたところで、残された古い治療棟のそばに看板があり、注射を求めて長い列が出来たという説明文が書いてあった。日本もフィリピンも同様の歴史をたどっていることを知った。

日本との大きな違いは入所者の間で認められた結婚によって二世、三世がいるということである。日本では、発病前に子供がいたごく少数の入所者を除いて、家族は甥や姪、その子供たちのことが多い。100周年記念碑の向かいに島の小学校があり、大勢の子供たちが明るい笑顔を見せてくれた。クリオン島には、患者の二世、三世がそのまま住んでおり、その数よりさらに、職員の二世、三世の数が多いというのは驚きであった。

### 博物館

博物館は、白い壁が印象的で、中も明るい建物だった。以前大きな台風で破壊され、暗かった建物を、笹川記念保健協力財団の支援で新しく作り変えたとのことであった。

素晴らしい博物館ができていた。回復者の方々が、各部屋で説明をして下さった。患者の中には、日本人や中国人もいたという話を聞いた。陳列物は、きちんと整理されていた。映像の展示もあった。昔、患者を隔てた門が描かれており、隔離の何たるかをよく物語っていた。他にも、いくつか絵でわかりやすく展示されているのが印象的だった。アーカイブスの部屋には、写真、標本、カルテ類等がきちんと整理されて置かれていた。島内通貨が展示されており、日本にも園内通貨が存在し、共通の事象である。「隔離の中の隔離」という言葉を聞いた。これは、親である患者とその子供を生まれてすぐから引き離す対策のことである。母親がガラス越しに産んだ自分の子供に面会したという部屋が再現されており、実際、その時、赤ちゃんだったという回復者の方が当時の辛い経験を

話してくれた。今は自分に可愛い子や孫がいるとポケットから写真を出して笑顔でみせてくれたのが印象的だった。

### クリオン療養所・総合病院

この病院は、今や近隣の島群の一般総合病院となっている。まず、クリオン療養所・総合病院という名前に驚いた。一般総合病院になったにもかかわらず、クリオン療養所という名前を残しているからである。病院内を見せてもらった。総合病院は、救急外来も備えており、台風の被害の修復途中の部分もあったが、立派な新しい病室があった。現在ハンセン病登録患者数は150名、2002年以降、島内の新規発生患者はいないとのことであった。入院患者は13名であった。13名は、大部屋に男女一緒に入院していた。最高年齢79歳、最少年齢20歳だった。最年少の男性は、島の外から来ており、現在治療中で島の小学校に通っているとのことだった。治療しながらでも自由に学校に通えるのはいいことだと感じた。ハンセン病に対する偏見差別がこの島では感じられなかった。しかし、この男性は、ハンセン病が治っても故郷に帰らずこの島で暮らしていただくとうことで、島外での厳しい現状を垣間見た気がした。

### 講義

院長Dr. Cunananと理学療法士の講義を受けた。

Dr. Cunananの話で印象的だったのは、ご自分がこの島で生まれ育ったので、何かこの島に恩返しをしたいとの思いでハンセン病の活動を続けているという言葉だった。先生は精力的に活動されており立派な方であった。多忙にもかかわらず、今回のフィリピン研修の初日から最終日までお付き合いいただき、感謝の念に堪えない。

理学療法士の講義も、具体的でわかりやすい話だった。神経学的検査のデモンストレーションもあり工夫された講義だった。

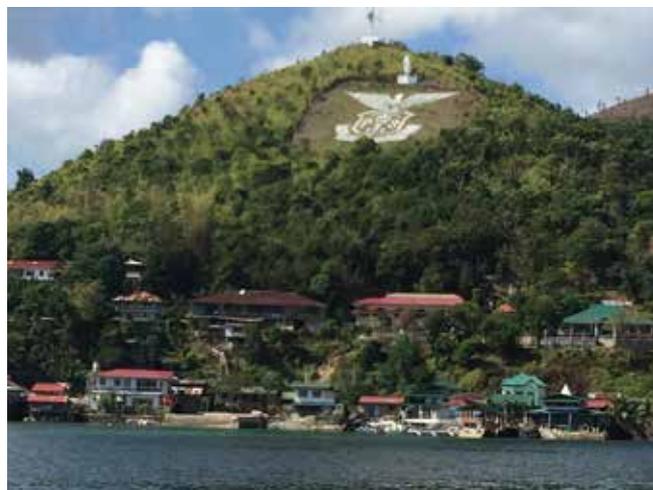
### 最後に

「生ける死者の島」が樂園として蘇ったという現実が、この研修で、とてもよく感じられた。

かつての療養所が総合病院を併設して立派に機能していることは、日本のハンセン病療養所の将来を考える上に参考になると思われる。博物館は立派で、学芸員に是非見学してもらい日本での歴史保存に役立ててもらいたいものだった。笹川記念保健協力財団の支援なしにはこのような博物館の建設は出来なかったであろうと考えると財団の貢献度の深さに心打たれた。

### 謝辞

フィリピン研修全般をお世話下さったクリオン療養所・総合病院の院長Dr. Cunananはじめ、笹川記念保健協力財団 理事長 喜多悦子先生、同総務部 三賀知恵美さん、厚生労働省他の関係各位に深謝致します。



船から見たクリオン島

## 3-2. クリオン島のアグネスさん

国立療養所多磨全生園 看護師 菅原 早苗

### クリオン島に到着するまで

マニラから空路で一時間、ブスワンガ島の空港に着く。そこから陸路一時間でコロンの街に入り、さらに船で一時間ほどでクリオン島に至る。

50名ほどが乗れるボートには、緊急時対応のため、天井に沢山の新しい救命胴衣が準備されていた。私たちは、それを身に着け安心して出発できた。ボートの両脇には、船の長さと同じほどに、直径15センチほどの丸太が、船体から張り出した梁のような棒に縄で縛りつけられており、バランスをとっているのか、水を切るのか…何のためのものかとは思ったものの、尋ねる機会はなかった。船体のパステルグリーンのペンキ塗装も手作りのようであった。

大きな揺れが何度か襲い、水しぶきが舞い上がったが、そのたびに船のスタッフは、船腹の狭い通路を器用に動き、手際良く、鮮やかにビニールカーテンを閉めて下さった。

この時、この立派な船が出来るまで、どのように島に渡ったのだろうか？

船は、誰が作り、どのように改良を重ねたのだろうか？

その昔、家族から引き離された一人ひとりの思いを乗せて、この海を渡ることは、どんなに長い道のりと感じられたことか？

また、医療従事者は、どんな決意で、この島での治療に携わろうとされたのだろうか？



クリオン島に向かう船

私は、そんなことを考えた。

海の色がだんだん深くなり、島のシンボルマークが見えてくると、このクリオンの歴史の重みが何とも言えない感情となり、今では、たった1時間の航海なのに、何だか大変長く感じられた。

### クリオン博物館

Dr. Cunananが尽力され、1998年にフィリピンのハンセン病制圧が宣言されてから、いよいよ歴史を保存していく時代がきたと、笹川記念保健協力財団の援助のもとに整備されたそうである。

ミュージアム自体は、展示物・写真・会議室など、日本の国立ハンセン病資料館と同じような作りになっていた。1階には、再現した病室環境、患者の模型、皮膚症状が治癒していく前後の写真、大風子油の現物、大風子油を注射器で注入後、殺菌のためにアイロンで患部を熱している写真、生後間もない乳児たちの隔離の写真、何人ものご夫婦の結婚式の写真、尽力された医師たちの写真などが、整然と、そして興味深い説明とともに展示されていた。

2階は、日光がとても明るく、窓からきれいな海が見えるのが印象的だった。

当時、モノを通して感染すると考えられていたため、フィリピン国内にはない、クリオンだけで使用されていた通貨が展示してあった。また、通貨が導入される前は、小さな貝殻から両手で持たねばならないほどの大きさの貝殻までが使用されていた。モノの価値が貝の大きさに決まっていたことを知った。

いたるところに十字架が掲げられ、修道士や修道女の写真も多くみられた。

フィリピンの国民の90%はローマン・カトリックのキリスト教徒であるが、当時から、宗教的側面からも患者たちの心の支えが必要で、それが有用だったことがうかがえた。

案内下さったアグネスさんという女性はソーシャルワーカーとしても尽力されている。後遺症により、両手は指の原形を留めていないが、彼女は過去のいろんな情景を、両手いっぱい

動かして、にこにこしながら語って下さった。

「みんな、私の手を見て私を決めない! 私の心を視て私を見てくれるの。」と、右手を胸に当てながら話されるお姿はとても印象的だった。尊厳ある人生を、自分らしく送られてきた回復者の皆さまの代表者としての言葉だと感じた。

日本との違いは、ガイドして下さる回復者が若く、そして多数いらっしゃるのだ。比較的若い解説者の生の声は、身近な体験を語られており、心に響く。建物自体も解放感があり、スタッフの笑顔が溢れ、つらい歴史を見ているが、心はどんよりしない。

私はこのミュージアムを見学し、二度と同じ過ちを犯さない世界を作っていきたい、創らねばならないという希望と決心ができた。

ミュージアムを後にする時、アグネスが走って追い駆けてきた。糸を重ね合わせて、白の貝殻を通したネックレスを下された。英語に弱く、とっさに言葉がでない。情けない訪問になって、気持ちが沈んだが、生計を立てるために、時間をかけて一生懸命作ったであろうものを、日本人の私に下さったその気持ちが有難くて涙がこみ上げた。

### クリオン・サナトリウム総合病院

訪問した外科病棟の定数は20名、当日の入院は男性2名、女性1名だった。大部屋は、縦に7床が並んでおり、ベッドとベッドの間隔は二人並ぶことが難しい狭さだった。また、ベッドの種類はさまざまで、すべて手動式、ベッドの柵もカーテンの仕切りもなかった。そして、ベッドマットは厚さがあるものだったがシーツは無かった。見学で不備をあげつらうことはよくないが、観察はきちんとした。ただ、床にはゴミひとつなく、きれいに清掃されていたのもきちんと見せて頂いた。

病棟は、有料と無料に別れており、個室は、ほとんどが空室で、新しくできた印象を受けた。

壁は白とブラウンで統一されており、洗面台、時計、窓、花の絵、観葉植物、オーバーテーブル、ベッド、点滴台、酸素ボンベ、ナースコールなどが整備されていた。ただ、大人の身体ほどの高さの酸素ボンベが並んでおり、中央配管システムは、まだ、無いようであった。

詰所のカルテには、患者名、医師指示と医師の確認サインおよび看護師のサインがあった。

安全対策、事故防止のための5W1Hが表示された注意喚起ポスターがあり、患者名と勤務者の名前が貼ってあるなどは

日本と同じだ。

病棟廊下にも色々な装飾がなされており、ハッピーバレンタインと書いた真っ赤なハートの風船も飾られており、心が和む瞬間でもあったし、看護師の髪型やアクセサリも自由な印象を受けた。また、看護師長さんや若々しく笑顔の素敵な看護師の皆さんの姿も印象的だった。看護師として、どのような環境での勤務かは垣間見られたが、実際の就労上の問題や、また、やりがいについて、特にクリオン島での看護師の業務内容など、もっと学びたいと感じた。

### Dr. Arturo Cunanan Jr.のご講義を学んで

院長Dr. Cunananは、回復者の3世としてクリオン島で生まれ育ち、幼い頃からの夢であったハンセン病で苦しむ方への貢献とスティグマからの解放のために外科医になろうとされた。しかし、1985年MDTの使用開始時期と、外科医専攻を決める時期が重なり、悩んだ末、故郷のハンセン病の終結に尽くすため、28歳でクリオン島へ戻り、以後、故郷の再建に尽力されてきたそうだ。

その先生から受けたご講義は本当に感動した。

印象深いのは、日本が、太平洋戦争時、フィリピンを侵略した事実を、先生がどのように受け止めておられるのかをうかがったことだ。

先生は率直に語られた。心を開いて下さったのだと思う。

「日本人を前に言いたくないけれど、戦時中は、たくさんの方が亡くなりました。大砲ではなく、航路を断たれ、飢え死にしたのです。クリオンから出た人は、日本人により射殺されました。」

「このような歴史の暗い部分は、本当は話したくない。けれども、今は、たくさんの方が助けてくれている。戦争に



アグネスさんと一緒に

よって、当時の人口7,000人は2,000人に減りました。一旦は隔離自体も無くなったのですが…」 「まあ、これらは過去の出来事なので水に流していきましょう。私たちは、いずれにしても、行政などの犠牲者でもあるのだから…」と。

当時の軍国主義の卑劣さは決して許されるものではなく、忘れてはいけない。

武器ではなく、対話によって差異を認めることができるように次世代を担う私たちが平和の哲学を学び、人権教育を推進していきける環境を整えていけるよう成長したいと思った。

Dr. Cunananの、一人でも立つという精神が今のクリオン島の皆の笑顔に繋がっていると思う。

「世界のハンセン病撲滅のために一緒に働きましょう (Working together - for a leprosy free Culion!)」という、会議室に掲示されている絵に描かれたフレーズを指さし、読まれたことも強く心に残っている。



クリオン博物館

## クリオン島見学・全体を通して

フィリピンは家族社会と言われており、一人で生きていくには難しい環境で誰かに頼らなければならないことから、家族というもっとも身近な単位で助け合っていると学んだ。その中で、フィリピン全土からクリオンに集められた皆さまは、異文化を認め互いを尊重しながら、患者同士で支えあうという尊い人生を生きてこられた方々である。

この貴重な体験は、来月開催予定の当園での伝達講習会で一人でも多くの方に見て頂けるようまとめていきたい。また、今後の仕事では、来年度新人教育に携わらせていただけるので、ハンセン病の歴史、世界と日本の現状をお伝えしながら、その歴史を乗り越えられた方々を看護させていただけることは本当にありがたいことであると、私の言葉でお伝えしていきたい。

また、家族内の事件が多発している日本では、人と人とのつながりの基本である家族の絆が希薄化していることを感じる。現代の日本人が忘れていている家族を大切にする精神を学び、帰国後から頻繁に家族に連絡ができるようになったことは確かである。素直になれる温かさのある場所に行かせていただいたことを本当に感謝している。

人口の4割を超える子供たちがいる希望の国フィリピンの皆さまが、健康で笑顔で長生きしていただけるように、ハンセン病の早期撲滅を心から祈っている。

## 謝辞

このたびの研修に際し、日本の療養所で働く医療従事者に目をかけて下さった笹川記念保健協力財団 理事長 喜多悦子先生に心から感謝申し上げます。また、三賀知恵美さまをはじめ、笹川記念保健協力財団の職員のみなさま、厚生労働省関係各位、フィリピン国内で研修を受入れていただいた諸機関関連各位、患者さま方に深く感謝申し上げます。

## 3-3. 隔離の島クリオン

国立療養所大島青松園 看護師 溝淵 靖幸

### はじめに

私は、学生時代に初めてハンセン病療養所大島青松園を見学しました。その時、入所者様の顔や手の変形を見せてもらい、今までに看てきた患者様との違いに、どういう対応をしたらよいのかわからず、戸惑いを感じました。

その後、縁があり大島青松園に就職しました。青松園では入所者様との人間関係の結び方に戸惑うことが多くありました。入所者様は「君は、この病気の本当の苦しさを知らないだろ」とか、「昔は、生活環境でも苦労したんだぞ」などとおっしゃることも何度もありました。そのような中、私は入所者様の気持ちを少しでも理解したいと常に考えてきました。そして、この研修の話をいただきました。まだ、たくさんの発病者があるフィリピンで、病気の苦しさや歴史などをより深く知り、患者様の気持ちに寄り添えるようになればと参加させていただきました。

### クリオン島

クリオン島の療養所は、交通の便が悪いが、真水が得られることがわかって、1906年、ハンセン病の方々を隔離することを目的として作られた施設ですが、私の勤めている大島青松園と似ています。それは、周辺が海に囲まれており、外部と遮断されていることです。とりあえず、島では水が得られたため、自給自足できたこと、ある程度の広さがあったので、入所者様と医療者の生活空間も確保されました。その後、フィリピンの隔離政策は廃止され、ハンセン病に対する理解も広まり、徐々に開かれた島になっていきました。

大変驚いたことがあります。それは、クリオン島では、以前から、断種はされておらず、島の住民には、二世・三世・四世の方々までいっしょり、多くの方々はご家族で一緒の生活をされていることです。大島青松園の入所者様との大きな違いだと思いました。

### 博物館

クリオン島内にあるハンセン病の博物館を見学しました。ここは、数年前、巨大台風の被害で破壊されましたが、笹川記念保健協力財団の支援によって、新しく改築されたそうです。

博物館内には、クリオン島におけるハンセン病の歴史や、当時の地図、過去の入所者様が使っていた物品、島内専用の硬貨などが展示されていました。島内専用の硬貨は、入所者様がお金を持って逃げないための対策だったようで、逃走の危険を避ける意味もあったようです。大島青松園にも存在していました。

また、クリオン島では、以前から断種を行っていなかったため、ハンセン病の患者様同士の結婚は許されていましたが、生まれた子どもにもハンセン病が出たことから、子どもまもるために、「隔離の中の隔離」が行われました。博物館には、入所者様である母親がガラス越しに、たくさんの中から、自分の子どもを探す場面が写真などを使って再現されていました。子どもたちは、6歳頃には養子に出されたようです。子どもが成長し、出生について知りたいと考え、会いにくる人もいたそうです。

すでに亡くなられた場合、写真でもいいから親に会いたいという人もおられたそうです。自分のアイデンティティにふれ、両親に思いをはせていたようです。親子の絆について考えさせられました。



クリオン島で使われた専用通貨

もう一つ印象に残っているのは、博物館の2階に飾られている2枚の絵です。

1枚目は、隔離のため引立てられてゆく患者様と連行する兵士、そして泣いて引き止める家族が描かれています。他の1枚は、隔離された重篤な患者様を、軽症の患者様が担架に乗せて運ぶ様子が描かれていました。これらの絵から、ハンセン病のために隔離されるときに患者様の苦しみや残された家族の悲しみが伝わってきました。また、療養所内での患者様同士の助け合いの様子などがうかがえました。悲しい歴史だと思いました。

### クリオン療養所・総合病院

クリオン療養所・総合病院は、現在は、近隣の島々を含む地域のための一般病床と救急外来を備えた地域総合病院としての役割を果たしています。

ハンセン病の患者様は古くからの別棟で療養していますが、現在の入所は13名、大部屋で、男女同室でした。年齢は幅があり、最高齢は79歳、最年少は20歳でした。最年少の患者様は、発症後にクリオン診療所にきたそうです。以前住んでいたところでは、学校に通えていなかったのですが、現在、治療しながら島内の小学校に通学しているそうです。私は、治療しながら小学校に通える環境が素晴らしいし、ハンセン病に対する理解が島内で十分になされているのだと思いました。し



リハビリテーションの講義でのモデル体験

かし、この患者様は、ハンセン病から回復しても、この島で暮らしていくしかないだろうとのこと、まだまだ、フィリピン国内にもハンセン病に対する偏見が残っているのを感じました。

### Dr. Cunananと理学療法士の講義

理学療法士の講義は、ハンセン病を診断するために必要な運動機能の測定方法や診察のしかた、機能回復のために行われるリハビリテーションの講義などで、私は実際にリハビリテーションのモデル体験をすることが出来ました。大島青松園に帰ってからも体が硬くなった患者様を看護するときに役立てたいと思いました。

院長のDr. Cunananは、講義で「自分はこのクリオン島で生まれ育ったので、何か恩返しをしたいという思いから活動している。」話されました。

Dr. Cunananがハンセン病撲滅のために貢献しておられることは、多忙であったにも関わらず、ほぼ全行程にお付き合いくださった中でも度々感じました。突然、見学ができなくなった事態が起きたときにも、日本から勉強に来た私たちのために、一部でも見学できるようにと交渉して下さいました。本当に感謝の念に堪えません。

### おわりに

まず、クリオン島を見学したことは、私にとって、大島青松園の将来を考える良いきっかけになりました。入所者様は減少していますが、日本での歴史についても、しっかり勉強し、より多くの人々にハンセン病のこと、そして大島青松園についても、きちんと知ってもらいたい、知ってもらわねばならないと強く思いました。そのためには何をすべきか考えていきたいと思います。

また、現在、大島青松園には資料館がありません。しかし、近年、瀬戸内国際芸術祭に参加しているので、島外からの来訪者も増えています。大島に暮らす入所者様の生活、お気持ちなど歴史を形あるものとして残したいと思います。

### 謝辞

フィリピン研修全般をお世話くださったクリオン療養所・総合病院のDr. Cunananはじめ、笹川記念保健協力財団理事長喜多悦子先生、同総務部三賀知恵美さん、厚生労働省他の関係各位に深く感謝いたします。

## 3-4. クリオンで学んだこと

国立療養所沖縄愛楽園 看護師 岸本 ちか子

コロンという観光地から、船で1時間でクリオン島に着いた。ここはフィリピンで最初にできたハンセン病療養所で、マニラなどからははるかに遠く、島全体が1つの診療施設という感じである。

船が近づくと、山の頂上に「PHS」というフィリピンの保健施設であることを示すマークが見えるが、かつては、これが隔離の象徴とされ、誰も入らない、入ってはいけないという印でもあったが、現在も残っている。

フィリピンでは、1891年頃、ハンセン病の隔離が始まり、軍隊によって2～3万の患者が把握されてそだ。その後、アメリカがフィリピンを統治した時代の1906年、フィリピン公衆衛生局（PHS）がクリオンにこの国初の本格的「ハンセン病隔離地」を設置した。

当時、ハンセン病は感染症とは分かっていたが、治癒する可能性はまったく考えられておらず、隔離することで健康な人々を保護する、つまり人から人への伝染に注目し、強制隔離によって、本人の治療は出来なくとも、病気の広がりをコントロールして、最終的には根絶させるという見方だったそう。

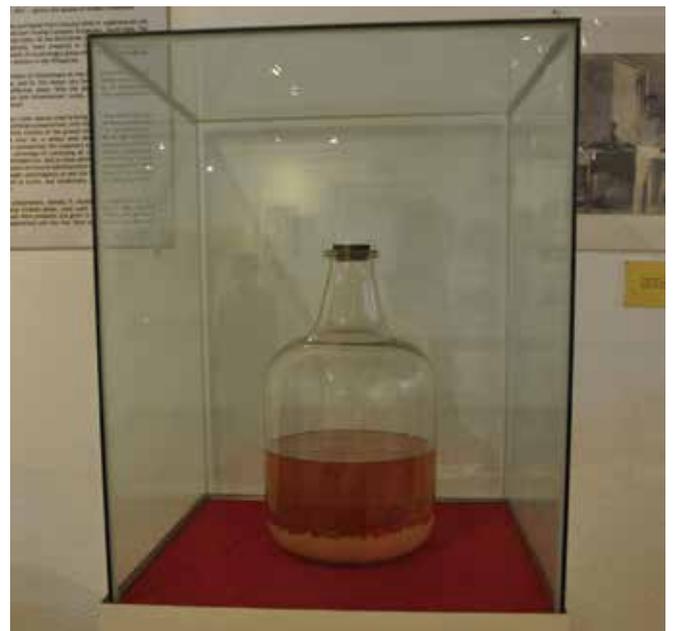
その昔のフィリピン、スペインの植民地時代には、マニラ、セブ島、ビコールではイエズス会やフランシスコ会、ドミニコ会の宣教師たちが、組織的ではなかったが、「ハンセン病隔離地域または居住地」を運営していた。

1906年のクリオン島のハンセン病隔離地域の建設は、これと一線を画している。フィリピンだけでなく、世界のハンセン病対策の歴史の中でも、非常に重要な位置を占めるものである。つまり、「クリオン以前」のハンセン病活動の主体は、古典的なケアであり、キリスト教と慈善の教えの実践であり、住いや食べ物、衣類の提供、傷の手当そして埋葬まで、「ハンセン病患者」が日常的に必要とするものを提供し「お世話」してきた。隔離という考えが確立していなくとも、政府や人々の居住地から離れたところ、通常、「普通の人」が行きづらい場所に集まって暮らしていたのだが、通常の街から離れたところに「隔離地」を造ることは、「患者移民」が逃亡しやすい場所を作るということで、あくまで「隔離」を目的として

いた。そのため、その地で食物や生活必需品などの資源が自給できること、特に、真水の供給が豊富な事を条件として隔離地が選ばれた。

クリオン島は、患者を継続して移送するための安全な停泊地にも適していたため、フィリピン各地からの多数の「患者」が送り込まれ、多様な文化の入り混じった集落を形成してきた。1907年には、法律によって、患者から健康な人と研究者を守る意味も含む隔離法が成立し、わずか2、3カ月の間に、200人も患者が運ばれてきたという。

外国での大風子油治療の効果が発表された後、この地にも導入され治療が始まったが、これによって、「治癒した」患者＝回復者の解放政策への道が開かれた。しかし、大風子油治療では、再発の頻度は高く、治癒したとして島を離れた人々の大半は、家族や社会から非難されて、再び、島に戻ったという。



大風子油 クリオン博物館

フィリピンでは、家族の結びつきはとても強い。親戚をふくめ、患者を隠し、離れてはいても身近なところに家を建て、食物や必需品を与えていたが、クリオン島に収容されると、家族、親戚も訪ねることは困難で、実際には、患者の生死わからない状況だったようだ。しかし、クリオン島への隔離によって、各地域に根付いた療養所を造る考えも生まれ、1960年代には8地域に同様の療養所が建設された。

太平洋戦争では、食糧や薬剤の供給が著しく不足し、多数の死者がでたため、特別に共同墓地が造成された。また、餓死状態を生きのびたものの、中には、ハンセン病後遺症やスティグマのために、家族と一緒に住むことを拒否されて島に戻った人々もいた。

1930年以降、「入所者」の間で認められた結婚によって子どもが生まれたが、家族内感染を理由に、子どもは隔離された。

「隔離の中の隔離」という形で子どもたちだけを集めて世話したようだ。約1千人の子どもたちが隔離され、週1回、日曜日には、ガラス越しに親を、そして子どもを探す面会が行われていた。2歳頃まで母親の手元で育てられた後、養子に出されたが、その後、ハンセン病を発症した子どもや、6カ月で母親から離されたものの、栄養失調で亡くなった子どもも沢山いたらしい。また、養子に出された子どもが、親の元に帰ってくると、既に親は亡くなっていたという状況もあった。当時、病気は、物を通じて感染するとの言い伝えもあり、島内だけのお金も作られていた。

プロミンというスルホン系特效薬の出現で、「陰性または治癒」と宣告されることが可能となり、ハンセン病の外来治療の道がひらけた。

1964年、フィリピンの隔離は完全に廃止された。

「生きる死者の島」とも呼ばれたクリオン島は、「人間のコミュニティ」として発展するようになった。しかし、長期間のスルホン薬治療、二次耐性と再発の増加などなどにより、ハンセン病対策はまだ脅かされていた。

ハンセン病をめぐるいろいろな状況を公衆衛生問題としてだけでなく、社会的経済的な問題として関心をもつこと、新患に占める子ども比率や後遺症として障がいの残る人々の割合、特に、目や足底の潰瘍合併増に注目されたこともあって、フィリピン全国の8ハンセン病療養所の存続と運営は正当化された。そして、その後に始まったMDT治療はハンセン病制圧の最も効果的な手段となった。

新たな発病者も入院治療が済むと患者登録から削除された。

各療養所では、MDTという効果的治療法の導入によって、入院患者数は激減した。現在、新たな発病者がいなくなったクリオン島の療養所に残っている方々は、施設による「保護・ケア」を必要とする、どちらかといえば貧しい高齢者と、重篤な障がいの残る人、またスティグマの怖れのため、故郷に戻れない人である。

1998年には、フィリピンのハンセン病療養所は、保健省から、管轄地域における一般の保健ニーズに対応するため、その機能、プログラムの転換継承を指示された。すべての療養所は、その存続のため、ハンセン病療養所機能だけでなく、総合病院としての新たな機能を兼ねることとなった。当然、どの療養所も、総合病院基準に沿う施設改良、重度障がいからの回復者ケア、また、近隣地域からの照会患者のフォローなどに必要な医療機器材の整備向上は必要だが、その予算は充足していないようだ。

パラワン諸島北部の島であるクリオンは、隔離が終わって以来、周辺諸島市町村のひとつの自治体として存在している。総合病院化はしているが、担当区域は島が多く、人々にはアクセスが悪い施設でもある。また、貧困層も多いため、病院収益は限定されるなど問題は多々残っている。しかし、少数ながら、この療養所に在院している回復者は、故郷や家族から引き離されて収容されて以来、重い障がいや、ハンセンへの差別など何らかの事情でもとの地に帰れないまま、長年暮らしており、ここが故郷ともいえる。

今後は、国家の地域保健基幹施設として、パラワン州北部の総合病院として、ハンセン病対策とともに地域の人々の健康をまもるという二つ機能を担い、さらに質の高いサービスを供与して欲しい。ここに「収容」された感染者が治癒して作った自治体もあり、ハンセン病対策の成功によって、かつては「生きる死者の島」と呼ばれていたクリオンは、まるで楽園のように甦っている。

フィリピンでは、回復者への医療・社会サービスの縮小、療養所の地域総合病院化など、ハンセンを取り巻く環境が大きく変化しているが、その中で、ハンセン病回復者・支援者ネットワーク（CLAP）が設立され、ハンセン病対策の活動、歴史の保存、教育支援、人権問題などに取り組んでいるが、そのメンバーであることには大いに誇りをもっているとうかがった。

ハンセン病に罹患し、強制的に収容隔離された共通体験は、どの国の入所者にもある。

偏見と差別にさらされ、隔離され強制労働し、患者自身が家屋を建造するなど、自給自足によってのみ生活を支えてきた方はどこにもおられる。さらに、患者やその家族で、他人には言えないまま、強制隔離を恐れ、離れ難い気持ちが高じて、結局、病状は悪化し後遺症を残してしまった人も少なくない。また、ハンセン病に罹ったが為に失職し、家族は離散、あるいは夫の強制収容の後、乳のみ子をかかえ、職がなく、仕送りが出来なかった方、現在、家族がどうなっているかわからない人も、まだ、おられることもうかがった。心が痛くなった。いわゆる「らい予防法」が廃止されても、心の傷は完全には癒されなかつたことを痛感した。

現在でも、世間の目を怖れて、家族や親戚に隠している人も少なくないと思われるが、ハンセン病の歴史の中での療養所は、入所者が自らの力で築いた終生の暮らしの場であることも実感させられた。

ハンセン病の長い歴史の中の、患者や家族の想い、苦しみは私たちには計り知れないものであろう。しかし、ここクリオンの皆さまは、そのご苦勞にもかかわらず、明るく、ほっとさせられた。2世・3世そして4世まで、ご家族と一緒に暮らしておられることをうかがい、「家族愛」と「深い絆」を感じた。

フィリピンでは、若い患者も多いように感じたが、貧困地域には、まだ、見つからない患者も存在するようだ。市民、特に若い世代へのハンセン病認識のための知識伝達活動も活発に行われているとお聞きしたが、どこでも医師や医療従事者は熱心だった。さらに、偏見や差別をなくすための啓発活動、地域からの支援と協力による患者や回復者の就労環境の改善と生活の向上を切に願いたい。

さらに、フィリピンの多数の支援事業では、回復者と医療従事者が協力し、それぞれの役割りで活動していることも勉強になった。私は、ハンセン病療養所に長年勤務してきたが、外国のハンセン病の状況をまったく知らなかったので、今回の研修を通して、様々な学びを得た。

ハンセン病の医療従事者として、多くの方にぜひこのような研修の機会があれば進んで参加して欲しいと願うとともに、貴重な研修に参加させていただいたこと、公益財団法人笹川記念保健協力財団様へ感謝申しあげる。



クリオン博物館の絵画前で

## 訪問記録 4. ホセ・レイエス記念医療センター ハンセンズ・クラブ

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



ホセ・レイエス記念医療センター 皮膚科医、ハンセンズ・クラブのメンバーとともに

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

**電話番号** (+63) (02) 7436920

**ホームページ** <http://www.jrmmc.gov.ph/>

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



白熱した意見交換が行われたグループセッション

# 4-1. 首都のハンセン病施設 ホセ・レイエス記念医療センター

国立療養所菊池恵楓園 皮膚科医師 中村 香代

## 病院概要

首都マニラの中心部、保健省のすぐ隣に位置する。1948年開院時の院長名をもつこの病院はフィリピンで最も古い歴史を持つハンセン病療養所として開設された。現在ではその他のハンセン病療養所と同様に総合病院としての機能を兼ね備えている。今回訪問した3つの療養所のうち、最も多くの診療科を持ち、たくさんの患者が受診していた。

## 皮膚科

Dr.Ma Luisa A. Venidaを長とする皮膚科医局員は総勢19名。

4名のレジデントを抱える大きな組織であった。これは日本の地方の大学病院の皮膚科と同等の人数である。日本の大学病院は臨床だけでなく医学教育や研究も行っているため、かなり人材は充実していると言えるだろう。8割は女性医師であり、これは日本の皮膚科との共通点であった。

月曜から土曜まで1日100人程度診察を行っている。そのうち20名がハンセン病と「鑑別を要する」疾患とのことだった。紹介患者も多いとのこと、処置室、光線治療室など設備も整っていた。マニラ周辺の3次医療を担っていると考えられた。

## 皮膚科におけるハンセン病診療、その他の取り組み

一般患者を診察する部屋のさらに奥にハンセン病疑いの患者専用の待合室と診察室があった。待合室にはハンセン病とはどんな病気か解説するビデオが流れ、患者教育が効果的に行われていた。ハンセン病患者に対しては、MDT（多剤併用療法）による治療のほか、免疫を賦活する作用のあるサプリメントを内服させるなどのハンセン病に対する臨床研究や先進的治療も積極的に行われていた。末梢神経障がいによる創傷や変形拘縮の治療のために整形外科や形成外科などに紹介することも多い。回復者は皮膚科治療終了後もリハビリテーション科に通院するなど後遺症に対してもしっかりとアプローチがなされていた。

年間を通してハンセン病患者・回復者グループの会合やリハ

ビリテーションを兼ねた手芸を行う場の提供を行い、家族を含めたパーティーなどの催し物を企画していた。手芸品は販売し、それは患者・回復者の収入となり、パーティーは日頃偏見や差別に苦しむ中で心の支えになっていた。このことより、同病院における皮膚科はハンセン病治療のみならず、患者の精神的援助、経済的自立に寄与していると考えられた。

## ハンセン病患者・回復者の会

同会には10～70歳代までハンセン病患者・回復者が在籍し、月1回程度の定期的な会合を開いている。今回の訪問時には約60名のメンバーが集合していた。小学校から英語教育があるフィリピンだが患者の8割は英語が話すことができなかった。それは高齢者に限らず10代の少年少女でも同様であった。1時間以上かけて通院する患者も珍しくなく、通院が困難で治療を中断した人も見受けられた。しかし、地元の病院での治療は拒否し同院で治療を再開したとのことだった。また、半袖でも汗ばむほどの陽気であるのに長袖を着ている人が目立った。彼らは皮膚症状を隠しているのだった。今回の研修の中で最も偏見や差別に苦しむ人々の姿を目の当たりにした場であった。

比較的若く、英語を話せる患者・回復者は、病気のために仕事を解雇されるなど経済的な困窮を強いられていた。MDTはノバルティス社から無償提供されるものの、その他のビタミン剤などの薬剤費、リハビリテーション、通院するための交通費など患者負担は大きい。このような患者・回復者の悩みを共有する場として同会は非常に重要な役割を担っていると考えられた。

今回訪問した病院、療養所の中で最も先進国に近い診療を行っている。患者・回復者組織に属する人数も多い。しかし、患者・回復者の幸福度が医療水準に比例することはなく、クリオン島やエバースレイ・チャイルド療養所など地方で少し閉鎖的な場所の方が、患者・回復者が精神的な幸福度が高い印象であった。差別や偏見、社会的弱者として苦しむ患者・回復者たちの姿を目の当たりにした場であった。

## 4-2. ホセ・レイエス記念医療センターのハンセンズ・クラブ

国立療養所多磨全生園 副看護師長 蛭名 久子

ホセ・レイエス記念医療センターの病院内を見学させていただき、その後、ハンセンズ・クラブの活動等について講義していただきました。

ハンセンズ・クラブはハンセン病患者、医師、看護師やハンセン病のアフターケアにかかわる医療スタッフ等で構成されていました。ハンセンズ・クラブの使命は、ハンセン病患者をサポートし、ハンセン病の偏見を減らし、公衆衛生問題としてもハンセン病を制圧し、社会の認識や患者同士の仲間意識を促進するとともに、患者が社会の一員として独立できるように力づけるとのことでした。過去に行ったハンセン病の知識・認知度を高める活動、職業訓練、クリスマスパーティー等、実際の活動について紹介していただきました。また今後の活動として、首都圏の小学校・中学校・高校1500校が参加する教育省とのプロジェクトとして「ポスター作りコンテスト」を計画しているとのことでした。

講義の後には、ハンセンズ・クラブの方々と実際に交流する機会を設けていただきました。フィリピンのハンセン病患者様の生の声を聴くことができ、大変貴重な経験をさせていただきました。クリオン島でお話を聞かせていただいた女性の方は「手の変形があっても、偏見はないよ。関わる人達は、私の心を見てくれるから。」と仰っていました。しかし、ハ

ンセンズ・クラブの方々のお話から、偏見や差別はまだまだ強く、根深くあり、ハンセン病と診断された方々は、現在もなお辛い思いをしていると伺いました。ハンセン病と診断され、教会の仕事を辞めることになった方、海外で就職する前に行う健康診断でハンセン病と診断され就職ができなくなった方、近所の方から非難をうける方、学校に通えなくなった方等、話を聴くことができました。また皮疹を隠すために、長袖の服を着ている方も多くいました。

首都マニラで、一般の方々と同じ病院で診察を受けることができていること、クリオン島の女性の話等から、偏見や差別が減ってきているのではないかと一瞬期待しましたが、そうではないことにすぐ気づきました。この研修中に会った患者様の中には、辛そうな表情をしている方、涙を流す方がいました。ハンセン病は、手足・顔等の目につく部位の変形、皮疹や、らい反応による熱こぶ等、外見上で判断されてしまい、どの国でも忌み嫌われる病気であると、改めて思い知らされました。偏見や差別をなくすためには、病気に対する正しい理解が必要となります。多くの人に理解してもらえるような啓蒙活動が必要で、一人の人間として基本的人権を尊重できるようにしていかなければいけないと強く感じました。

日本は、新規の患者様がほぼいない状況で、ハンセン病を知らない人が増えている現状となってきているのではないかと感じます。まず自分ができることは、この研修での学びを沢山のの人に知ってもらうようにすること、そのために自施設での伝達からはじめて行きたいと思います。

研修全般にお世話下さったクリオン療養所・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 総務部 三賀知恵美さん、厚生労働省の関係各位に深く感謝致します。



グループセッションの合間の記念写真

## 4-3. ハンセン病をしていますか？

### ホセ・レイエスで学んだこと

国立療養所奄美和光園 看護師長 面高 康成

#### はじめに

今回のハンセン病療養所医療従事者海外研修の、企画者である喜多理事長から、この研修に参加する17名（看護師12名、医師5名）が成田国際空港の待合室で顔合わせをした時の挨拶で、以前ハンセン病療養所に訪問した際の看護師に「あなたは、ハンセン病のことを本当にご存知ですか」と問うと、ほとんどの方は「知っています」と答えるけれど、ハンセン病後遺症患者の医療・看護についての経験はあっても、日本国内での発症患者が年間3～4名という現状では、新規患者への対応（初期症状・治療・看護）を経験したハンセン病療養所の職員がどれほどいるのだろうか、フィリピンと日本と現状の違いはあるが、フィリピンのハンセン病の歴史や現状を理解することは、今後、日本のハンセン病対策について示唆するものがあるのではという観点から、この研修が企画されたとお聞きしました。

私たちは、日本とフィリピンの国の情勢や政策（歴史）の違いや、現実的に活動性のあるハンセン病患者と接し向き合い、身体的に精神的・社会的に苦悩する現状、または、その患者に対する保健・医療に関する取り組みを理解する機会を得ました。その中から、皮膚科ホセ・レイエス記念医療センターでの取り組みについて報告します。

#### ホセ・レイエス記念医療センター皮膚科外来の状況とフィリピンにおけるハンセン病の現状

平成27年2月20日 研修最終日 AM8:30～11:30の予定で、皮膚科ホセ・レイエス記念医療センターを訪問した。

この病院は、フィリピンでも古い歴史を持つハンセン病療養所として1948年開設され、現在は総合病院機能を兼ね備えたマニラ中心部の病院である。今回訪問したハンセン関連施設のうち、最も多くの診療科を持つ病院であり、皮膚科では、1日100人程度診察を行っている。

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

同センターの研修室で、Dr. M. L. Venida（皮膚科医師）と研修医により、パワーポイントを基に英語での説明をうけ、同行国立駿河療養所四津里英先生が逐時通訳をして下さった。内容は、フィリピンにおけるハンセン病の現状、取り組みとしてハンセンズ・クラブ（ハンセン病患者のアフターケア）について45分ほどの説明を受けた。

フィリピンにおけるハンセン病患者の状況は、フィリピン全体としては、患者数は減少しているが、地域格差があり、マニラでは2009年から、患者数は徐々に減少しつつあるものの、2014年現在の患者数は2009年とほぼ同数である。マニラは患者が多く、男性罹患率が高く、また、多菌型が93%を占めている。2014年新規発症者は656名、まだ、ハンセン病（患者）への差別・偏見は強く、「烙印には終わりはない」という有様のため、罹患後、職場を失う人が後を絶たない。また、社会復帰も難しく、身体的治療だけでなく、精神的また社会的アフターケアが今後大きな問題となってくるのお話であった。

#### ハンセン病患者のアフターケアの取り組み

上記状況から、2013年からホセ・レイエス記念医療センターでは、ハンセン病患者アフターケアの取り組みとして、「ハンセンズ・クラブ」を創設した。主な活動は、

- i) 患者ニーズにあう活動になるよう、患者とサポートチームが会議を持って活動方針を決める。
- ii) 最初の活動は、患者自身がハンセン病を深く理解するために、ハンセン病の病因・分類・診断・治療について、オープンフォーラムを開催し、また、患者と医師との質疑応答を行う。
- iii) ハンセン病ではない人々に皮膚科に対する意識を高めってもらうため、患者相談や薬の無料配布などのキャンペーンを行う。
- iv) フィリピン皮膚科学会と協働してガイドラインを新たに作成する。
- v) 牧師によるメンタル面のサポートをおこなっている。

- vi) 地域に潜在的な患者の掘り起し。(接触した可能性のある患者への検診)
- vii) 医療従事者 (OT・PT) や研修医に対しての意識向上のための教育
- viii) 地域支援員への教育
- ix) 職業訓練 である。

### ハンセンズ・クラブ患者との交流を通して

このクラブに参加しているハンセン病の患者は10代から70代の、治療中の患者または回復者で、毎月一回定期的に集まっている。今回は、約50名の患者が私たちとの交流のために集まってくださった。患者代表の挨拶の後、患者と回復者の方々と対話した。同センター皮膚科医が仲介役、同行の長島愛生園多田譲治先生が通訳して下さって、質疑応答をした。

患者たちには、英会話が可能な方もいたが、できない人もいた。また、ハンセン病治療中であることを他人に知られないようにするため、あえて地元病院での治療を受けずに、何時間もかけ通院しているという話、そのための経済負担が大きく治療中断してしまう患者も少なくないなど、このような患者・回復者の悩みを共有する場として、この集まりは非常に重要な役割を担っていると思った。

今回、ハンセンズ・クラブの患者または回復者の方と質疑応答をした中で印象に残った場面を紹介する。

- i) 30才代男性患者に「ハンセン病に罹患して最も困ったことは何ですか」と質問すると、「職場にハンセン病に罹患したことがわかって辞めなければならなくなった事で家族に迷惑をかけた」と答えてくれた。
- ii) 60才代ご夫婦に対して「ハンセンズ・クラブは、あなたたちにとってどのような存在ですか」と質問すると「仲間と(悩みを)話することができるので、気持ちが楽になる場所である。病気になったことを悔やんでも仕方ないので前向きに生きて行きたい」と、笑顔で答え、握手を求められた。
- iii) 皮膚科医にクラブの活動についての質問をした。「回復した患者に対して職業の紹介などの活動はされているのですか」と質問すると、「必要と思うが現在は行っていない」との事であった。

これらのことから、患者または回復者は、ハンセン病に罹患したことで仕事をやめなければならなくなったり、貧困に陥り、治療しようと思っても経済的理由から治療を断念したりする状況、また、社会的偏見や差別から、職に就きたくても就けないなど、社会的要因が発病に拍車をかけ患者を苦しめる悪循環も理解できた。日本のハンセン病患者の後遺症による困難な状況とは異なり、フィリピンでは、現在なお、ハンセン病そのものによる「生きたハンセン病の苦悩」が存在している現実があった。しかし一方には、患者の苦しみも含め、医学的治療だけでなく、社会的側面(生活)を少しでも改善しようと奮闘する医療・保健の従事者たちがおられることもわかった。



ハンセンズ・クラブの会長 Mr. Alan Ceniza (右)

## 訪問記録 5. WHO WPRO (世界保健機関西太平洋地域事務所)

The World Health Organization Regional Office for the Western Pacific



**住所** P.O. Box 2932, Manila1000, Philippines

**電話番号** (+63) (02) 528 8001

**ホームページ** <http://www.wpro.who.int/en/>

世界保健機関（WHO）がもつ6つの地域事務所のうち日本・中国などのアジア太平洋地域を管轄する西太平洋地域事務所（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。

# 5-1. 保健医療の国際機関 WHO

国立療養所星塚敬愛園 内科医長 鮫島 朝之

平成27年2月20日、フィリピンハンセン病研修の最終日、午後の予定でマニラ市内にある世界保健機関西太平洋地域事務局 (WHO WPRO) を訪問した。

白く厚い壁に囲まれた敷地内へセキュリティを通り過ぎ、名札を首にかけ歩いて行くとWHOと上部に表示された白い4階の建物と国旗の並んだ前庭や鯉の泳ぐ池などが目に入ってきた。正午からブラウンバッグ・セッションの予定となっていた。茶色の紙袋にサンドイッチと飲み物が入っており、これらをいただきながら、ハンセン病の回復者お二人 (Dr. Jenny Quimno、Ms. May Bawik) から治療前後の生活などの体験談をそれぞれ聞かせてもらった。

その後、国立駿河療養所の四津里英先生による日本におけるハンセン病の過去・現在に関する分かり易い講演があった。聴衆は職員と外部の方々との事であったが、フロアの奥の階段まで人があふれ関心の高いことが伺われた。

その後、事務局次長葛西健先生と結核ハンセン病課課長錦織信幸先生に面会し、現在WPROの行っている特にハンセン病に対する事業などについて概略の説明を受け、自己紹介の後、いくつか質問させていただいた。引き続き別室でWPROという組織に関する解説や西太平洋地域におけるハンセン病の現状やその対策などについてスライドを使っの詳しい講義を以下のように3人の先生より受けた。



ランチセミナー開始前。3名のスピーカーも少し緊張の面持ち

**技術支援調査官 田中剛先生：**

**西太平洋地域事務局について**

まず世界保健機関 (World Health Organization : WHO) は、194の加盟国からなる保健に関する国連の特別機関であり、加盟国の選挙で選ばれる事務局長が統括する事務局の支援のもと各国保健大臣で構成される世界保健総会が決議を行う。世界には6つの独立した地域事務局があり、日本・中国などのアジア太平洋地域を管轄する西太平洋地域事務局 (Western Pacific Regional Office : WPRO) は、フィリピンのマニラ市にある。事務局長は、現在韓国人のシン・ヨンス先生である。WPROの中心的な機能は疾病制圧のための政策・指針の作成や加盟国への技術支援などであるが、これまでの主な実績としては①小児麻痺の根絶：2000年10月29日、当地域からポリオを根絶したこと、②結核の低減：6つの地域の中で唯一、2005年にWHOが作成した目標を達成、③新型インフルエンザ流行への対応：パンデミック対応計画の策定、各国の対応力の大幅な底上げなどである。さらには今後の優先的課題としては、ハンセン病も含まれる公衆衛生における指導的役割や公衆衛生的危機への対応や母子保健の強化、保健システムの向上などである。

**結核ハンセン病課課長 錦織信幸先生：**

**WHO西太平洋地域におけるハンセン病**

世界におけるハンセン病新規患者については、2012年時点で人口10万人あたり10人以上の多い主な国としてはインド、ブラジルなどである。西太平洋地域では、人口10万人あたり10人以上の国はミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、キリバスであるが、他の国々はやや少なく、西太平洋地域全体では世界における新規患者の約2%である。さらに西太平洋地域における新規患者は、過去20年間にわたって一貫して減少しており、2013年では5000人以下となっている。さらに手足の変形又は障がいあるいは高度の視力障がいのあるグレード2以上の障がいをもつ新規患者の数は、新規患者全体の数と同様に減少し続けており、WHOの目標の人口1万人あたり1人未満はすでに達成しており2010年に比べて

2015年までに35%の減少を達成見込みである。

また2013年において西太平洋地域におけるハンセン病の新規患者総数はフィリピンが最も多く1729人であるが、人口10万人あたりの罹患率については、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、キリバスが約130～180と高く、この値はこれら3国で年々増加しており問題となっている。フィリピンではこの罹患率は年々減少傾向であるが、有病率をみると2012年ではやや高い地域も南部、北部の一部にみられる。西太平洋地域のハンセン病に関する国々の状況は大きく2つに別れ、①多くの国々ではすでにハンセン病は急速に減少しているが、例えばフィリピンやパプアニューギニアでは、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では異なることも考えられ注意深く分析する必要がある。②上記3国を含む大洋州の島嶼国は、いまだにハンセン病に対する基本的サービスが十分でなく、充実させる必要がある。

今後の課題としては、ハンセン病に対する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・回復者の継続的ケアなどが必要と考えられる。この継続的ケアには、正確かつ定期的な診断・評価、身体的・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の維持が必要と思われる。また現在においては革新的な技術・研究開発の欠如が問題となっており、例えば早期発見、早期診断技術の開発や発病・障がいを予防する技術の開発などが望まれる。

西太平洋地域事務局の活動大綱としては

- ①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、関係者会議など）
- ②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
- ③各国における質の高いハンセン病サービス提供能力の支援
- ④革新的な診断・治療技術の試行とフィールド研究の支援などがあげられている。

また疾病の制圧と社会的回復は車の両輪と考えられ、早期診断、治療、障がいの予防を行いつつ、継続的ケアと社会的な保護・サービスを充実し社会への参加を促し、スティグマと差別の撤廃を目標として行くことが重要と思われる。実際、2010年12月には、国連総会本会議で、「ハンセン病に罹患した人とその家族に対する差別撤廃決議」とそのための「原則とガイドライン」が採択されている。ハンセン病をコ

ントロールする活動を支援するためには政策的な取り組みを種々の機会に表明、提唱して行く必要があるが、優先的には先の3国が主な対象で、次にはパプアニューギニア、フィリピンなどである。また、ハンセン病の地域における状況を把握するための電子データ報告システムをWPROでは採用しており、これに基づき新規患者数、その内のグレード2の障がい者数、子供における割合、それらの性別、病型などが把握できる。このように各国の状況を詳しく調査した上で多剤併用療法、スミア検査、障がいの予防などの支援が行えるものと思われる。ハンセン病の症例発見、治癒した患者の生存、障がいの発症、サービスの利用などに関して革新的な技術で対応することも主な活動であり、このような場合に携帯電話、インターネットなどを利用したeHealth/mHealthの技術が導入されている。

### Dr. Maria Gemma C. Cabanos (Stop TB and Leprosy Elimination) : WHO西太平洋地域で優先されるべき国々におけるハンセン病コントロール

ハンセン病コントロールにおいて西太平洋地域では以下の10の優先されるべき国々がある。すなわち、フィリピン、中国、カンボジア、パプアニューギニア、ラオス、ベトナム、マレーシア、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、キリバスである。

WHOの役割は、国レベルでの支援では、技術的な支援、ヘルスワーカーの能力向上、支援戦略の方向付け、ハンセン病に対する活動への参加、資金の調達などがある。ハンセン病の状況把握については国家プログラムの再検討やプログラム責任者の会合などによる。西太平洋地域では1991年に比べて約90%のハンセン病の有病率の低下が認められ、同時に多くの国々で新規患者の発生は着実に減少している。しかし一部の太平洋の島嶼国ではかなり高い有病率であり、中国、フィリピンも比較的高い有病率である。これらの島嶼国は、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、キリバスである。ハンセン病に対するサービスは、多くの国でプライマリ・ヘルスケアに統合されているが、フィリピンの場合は、保健制度と皮膚科専門医のグループとの効果的な協力関係が成り立っている。異なる国々の制度を認識することは、自身の制度を見直す機会となり、将来のプログラムを企画できるなど能力向上のために有用と考えられる。障がいの予防に関しては、多剤併用療法を施行中から重点がおかれることが多

いが、治療後の経過観察については、広くは実施されていない。

ハンセン病に罹患した人々に対する強力な「持続的なケア」を行うシステムの構築が必要である。リハビリテーションについては、生活習慣病や他の顧みられない熱帯病に対するサービスを統合したものを作る機会があると考えられる。また財政的、社会的援助は、いくつかの条件下で供給されている。診断とケアを改善するための革新的な戦略についてフィリピンにおいては、eHealth/mHealthの技術がLEARNS (Leprosy Alert Response Network & Surveillance System) のなかで実施されている。LEARNSにおけるTeleconsultation (遠距離医療相談) では、携帯電話のSMS/MMSサービスを通して地域のヘルスワーカーが相談に来た患者の情報をハンセン病の専門家へ送信する。返信は、前線のヘルスワーカーと市立の医療施設へ送られ治療が開始される。さらにプログラム管理者により症例として登録されたうえで報告書が作成される。ハンセン病に罹患した人々と地域の参加する組織は、貧困問題などと取り組むことなどで力を蓄え、自助的な組織からより形の整った組織へと発展することが出来る。



講義のあと質疑応答が行われた。この日の研修で特に印象深く感じたことを以下に挙げてみる。

- ① キリバスの少年がハンセン病の比較的大きい皮疹部の感覚脱出が有るため、同部位に痛みを感じないことを自慢していたというCabanos先生のスライド写真であるが、ハンセン病に対する理解が浸透していないことや医療制度の整備がやや不十分で早期診断が遅れたことなどが推測された。
- ② 経過観察や再発例の拾い上げも障がいの進行を抑えるためにより重要と考えられたが、これにはLEARNSにおけるTeleconsultation (遠距離医療相談) の活用もかなり有益であろうと思われた。
- ③ ハンセン病が治癒した人々は社会復帰が現状では困難なことも未だ多いことに関して、患者やその家族を含むコミュニティによりよつスティグマや偏見、差別などに対する組織活動を広げることは、精神面の援助にもなるので非常に大切なことと思われた。
- ④ 革新的な診断・治療法などに関しては、常に情報を収集してそれらの研究に支援ができるように西太平洋事務局では検討しているとのことで、その成果は期待できるものと思われた。
- ⑤ 各国のハンセン病療養所の終末期の医療、End of Life Careに関しては日本の方が進んでいると思われ、日本の医療従事者が活動性のあるハンセン病を診る機会が少なくなっている事を考えれば、国を越えた人的交流も今後必要と考えられた。

最後に今回の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の喜多悦子先生、同財団の三賀知恵美様、厚生労働省医政局の医療経営支援課の方々、訪問させていただいた各療養所、診療所、病院、WPROの方々に深く感謝の意を表したい。

## 5-2. WPROの経験

国立駿河療養所 副看護師長 蒲田 祐子

### 主な研修内容 ランチセミナー

“Beyond the Cure” と題し、ハンセン病回復者Ms. Jenny QuimnoとMs. May Bawikの2名より、ハンセン病発症の経緯や差別・偏見の中から自立する上で家族の協力、愛情が不可欠であったこと、辛い過去を涙ながらに語られた。現在は家族と共に幸せに過し、回復した後もハンセン病の支援活動にも参加しているとの内容であった。

日本のハンセン病の歴史と現状は今回研修に参加された四津医師が発表された。歴史を隔離政策以前と隔離時代、予防法廃止後の今日までを写真を付け説明。その中で、予防法廃止に至る回復者の活動や、熊本裁判での勝利する姿が紹介された。全国13療養所の紹介と1,840名が療養し、その生活風景や治療場面の紹介に加え、平均年齢84歳である現状からEnd of Life Care、Quality of ‘Being’の必要性が語られた。

私事であるが、ランチセミナーの内容については、体調が悪くなり途中席をはずした事と英語でのセミナーであり、内容については不十分であることをご理解願いたい。

### WHO/WPROの概要

WPRO技術支援調整官の田中剛医師より説明を受けた。

WHOは194の加盟国からなり保健に関する国連の特別機関で、その機能はテクニカルエージェント＝技術の支援・計画である。6つの独立した地域事務局からなり、多くの東アジアの人々が活躍されている。

WHO本部事務局長には、日本人初の国連機関のトップとなられた中嶋宏博士（1988-98）がいらっしやる。2007年からは、マーガレット・チャン博士である。WPRO事務局長には、日本人の中嶋宏博士（1978-1988）、尾身茂博士（1998-2008）が就かれた。現在は、シン（Shin Young-soo）博士である。これらの本部事務局長・地域事務局長は、加盟国の選挙により選出されるため、信頼の度合いが伺える。WHO西太平洋事務局（WPRO）は、6つの地域事務局の一つで、日本はそのメンバー37カ国の一つである。WPROは、6地域の中で最大の面積、多様な気候とともに、

各国の社会経済、保健格差が大きいことが特徴で、活動内容に大きな影響を与えている。

WPRO実績として、①2000年10月ポリオの根絶、②結核の低減：6地域のうちで唯一2005年にWHOの目標を達成、③新型インフルエンザ流行への対応：パンデミック対応計画策定などがある。また、今後の優先課題には、①公衆衛生的危機対応として、ベトナムのアスベストによる中皮腫問題を例に、産業保健のあり方、②ミレニアム開発目標の達成：母子保健の強化、③社会的発展を背景とした健康施策の推進、④公衆衛生における指導的役割の強化：パートナーとの協調が述べられた。

この概要説明の間にWPRO次長の葛西健医師との面談があり、研修者全員ではなかったが予定時間を超過する内容で行われ、有意義な時間であったろうと想像する。

### WPROにおけるハンセン病の状況

ビデオ鑑賞“トロピカルシャドー”（患者証言）を導入に、結核ハンセン病課の錦織信幸医師とDr. Gemma C. Cabanosより説明を受けた。

世界におけるハンセン病新規患者は、アジア（インド含）が71%、アメリカ16%、アフリカ9%、西太平洋地域は全世界の2%（2012年時点）に過ぎず、順調に減少し、WHOの制圧目標（1万人あたり1未満）をすでに達成している。しかし、患者実数は多く、WPROの37カ国中10カ国がハンセン病対策優先国とし、その中でもミクロネシア連邦（FSM）、マーシャル諸島、キリバスの3カ国は人口あたりの罹患率が特に高く、結核が多いこととともに特徴的である。

それらの国々での活動の様子がパワーポイントで紹介されたが、現地での診察、スタッフ教育・指導に主力が置かれていることがわかった。また、ポスターを活用して差別の排除や病気の理解を訴えていたが、多数の小島からなる国での活動範囲は広く、インフラも整っていないところが多いため活動の困難と苦勞がしのばれた。

対策として、障がい予防としてのガイドライン作成や継続ケアの必要性が述べられ、予防投与のあり方やITを利用した

遠隔医療などの他、家族内接触チェックといった現地での地道な活動も大切であると説明を受けた。

疫学的知見からは、西太平洋地域の国々は大きく二分され、①多くのアジアの国々での患者数は急減している一方、②大洋州の島国は罹患率が高く、基本的サービスが十分でなく、また、減少している国（パプアニューギニア、フィリピン）でも地域差があり、地区レベルでの分析が必要なことが述べられた。

今後の課題として

- ①患者・回復者の継続ケア：基本サービスの維持、MDTの管理方法の工夫や、回復者へのサポートが必要
  - ②疫学的データの収集と分析：アメリカの支援で現在電子化が勧められている
  - ③研究開発の欠如：早期発見、早期診断の方法、発病・障がいを予防する技術が必要である
- ことが述べられた。

### 日本とWPROの技術支援と情報共有

錦織信幸医師より、WPRO各国の対策における重点テーマ5つが示された。

それによると、①各国のハンセン病対策に対する政治的意志の確保、②国・地域におけるハンセン病疫学動向の把握、情報管理能力の強化、③質の高いハンセン病サービスの提供能力を支援、④革新的な診断・治療技術の試行とフィールド研究の支援 と説明を受けた。さらに、疾病の制圧だけでなく、偏見差別といった社会からの開放が同時に必要であると強く述べられた。このあと研修生との質疑応答の時間が設けられた。

### 感想

フィリピン研修の最終日は、WHO西太平洋地域事務局（WPRO）の訪問であった。パスポートチェックを受け中に入ると、外の騒々しい環境とは異なり、緑の広い芝生にガラス張りの建物の一部が見え、各国の国旗が風になびいている風景は、何か別世界に入った感を受けた。

今までの生活の中でWHOの名前だけはよく耳にしたが、組織や活動内容について初めて知ることが多かった。ハンセン病という一つの疾患を通して、世界的な視野で見て考えることの必要性を学ぶことが出来た。

日本は厳しい隔離政策の下ハンセン病を制圧できたが、家族とのつながりや世代のコミュニティが出来ず、障がいを抱え高齢化という問題を迎えている。一方、フィリピンでは家族や世代とのつながりはあっても、地域によっては貧困を抱え罹患率が多い。大洋州の島国では新規患者が多くキリバスでは罹患率が右上がりで基本サービスが行き届かない現状がある。WPROでの活動が各国の対策に反映されなければならないが、社会経済、民族性、文化の違いにより容易ではないことは明確であり、苦勞が伺えた。

そしてどの国々にも共通していることは、偏見差別が常に存在し、そのために苦しんでいることである。錦織先生が、“疾病の制圧と社会的開放＝車の車輪”であると熱く話されたことは印象深い。

今回の研修を通して自分には何が出来るだろうかと自問しているが、答えは難しい。もう一度公衆衛生の本を開き、英語力を養うことの必要性は痛感した。研修内容を所内発表することで一人でも多くの人にハンセン病の理解と知識の共有

が出来ればと願っている。

### 謝辞

研修全般にお世話下さったクリオン療養所・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 総務部 三賀知恵美さん、厚生労働省の関係各位に深く感謝致します。



錦織医師の講義

## 5-3. 西太平洋諸国のハンセン病

国立療養所沖縄愛楽園 看護師長 前田 里美

2015年2月20日金曜日、WHO西太平洋事務局でのランチョンセミナーで、フィリピンの2名の回復者の経験と日本のハンセン病の歴史と現状を聴き、その後、WHO西太平洋地域におけるハンセン病についての講義を聴講しました。

回復者のお話は、英語の為十分理解は出来ない状況でしたが、1人の女性は、患者同士の結婚で退園して農園で生計を立て、退園した方の自立を助けていく支援を行っていました。他の1名の女性は、大学院に進学して博士号を取得し活躍していると共に女性の活動を支援していました。2名の回復者の方は、ハンセン病と診断された時に身体的苦痛、精神的苦痛や社会的苦痛で人生の絶望まで感じていました。治療を受け、家族の絆で支えられその苦痛と戦ってきたと述べていました。現在は、自分達が治って生活できている事を他の患者さんにも伝え、全ての偏見、差別がなくなりように啓蒙活動を行っていくと力強く述べていました。その姿に感動致しました。

「西太平洋地域事務局について」事務局の中心的な機能は、疾病制圧のための政策指針等の作成、保健パートナーとの協働、同盟国の技術支援、良質な医薬品確保の基盤作り、世界統計の整備による加盟国の進捗評価への支援などであった。また、優先的課題として、公衆衛生的危機への対応、ミレニアム開発目標達成、母体死亡の減少、社会的発展を背景とした健康施策の推進、公衆衛生における指導的役割の強化などと述べていました。

保健医療概略として、ヘルスワーカーは遠方の地域に訪問し問診、アセスメントして患者を見つける役割を担っている。また、患者の接触者300m以内の人に病気の説明や検診を行い村全体をスクリーニングしている。

ハンセン病対策として、疫学的状況では、西太平洋地域の国々の状況は大きく2つに別れる。多くのアジアの国々はず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。課題として、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、革新的な技術の欠如などであった。

講義や研修に参加して、日本では新患者が少なく、急性期患者の症状と他の皮膚病と区別ができなと思いました。アセスメント力やカウンセリング力を高める必要性を感じました。また、日本とフィリピンの政策の違いが、家族の絆の違いを感じました。

当園では、入所者のライフサポートを充実させるケアの提供を行っていますが、高齢で看取りの段階である入所者に、家族との絆の架け橋になればと、来園して頂くように家族に連絡していますが、全ての家族が快く面会に来られるとは言えません。

今後も入所者が、生きて良かったと思うようなケアを続けて行きたいと改めて感じました。

最後に今回の研修で、ハンセン病の疾患は治る病気であることを患者との交流や医療の場で実感する事が出来ました。このような機会を与えて下さいました公益財団法人笹川記念保健協力財団様へ感謝申し上げます。

## 5-4. WHO西太平洋事務所 (WPRO) の経験

国立療養所宮古南静園 看護師長 衛藤 ゆかり

平成27年2月20日(金) WHO西太平洋事務局を訪問しました。まず事務局内に入る時パスポートを見せて、セキュリティが厳しくやっと門を通りました。

事務局に入ってから最初はランチョンセミナーに参加しました。美味しいサンドイッチが用意されていて、職員の方がたくさん参加されていて会場は一杯になっていました。

そこでは3名の方々の発表がありました。回復者2名の方は発病するまでの経緯や発病してからの精神的な苦痛と、差別・偏見に苦労された日々を涙ながらに語られ、辛かった日々を痛感させられました。2名の方は辛い過去を話して下さり、現在ではその苦悩を乗り越えて活躍されておりとても素晴らしいと思えました。2名の方より家族の絆をすごく感じる事ができました。

また、今回の研修に参加されていた駿河療養所の四津先生による日本のハンセン病の歴史や治療に関して分かりやすい発表を聞くことができました。四津先生には研修中は、様々な所で同時通訳され詳しく説明して頂き、発表もされてなんと素晴らしい医師だろうと感動しました。

次に研修室で日本の医師2名と現地の医師の講義を受講しました。

1席ずつマイクが設置されており設備の整っていることに驚きました。WHOとよく聞くのですが、いろんなことをやっている組織と思っていたのですが、技術支援であるということを知りました。ハンセン病だけでなく結核に関しても取り組んでいることを学ぶ事ができました。

### 講義内容

#### I WHO西太平洋事務局について～技術支援調査官 田中剛先生

アメリカ、アフリカ、中東、ヨーロッパ、南西アジア、西太平洋と担当地域が分かれており、日本は、この西太平洋事務局(WPRO)に属している。

1. WHOの主要な機能
  - 1) 政策指針
  - 2) 技術支援
  - 3) 医薬品確保の基盤づくり
  - 4) 保健パートナー
2. WPROの実績
  - 1) 小児麻痺
  - 2) 新型インフルエンザ

#### II 西太平洋地域におけるハンセン病～結核ハンセン対策課長 錦織信幸先生

1. 新規患者は過去20年間にわたって一貫して減少し、2013年には5千人以下になる。
2. グレード2以上の障がいをもつ新規患者は新規患者全体の数と同様に減少し続けている。
3. 西太平洋地域におけるハンセン病の罹患はフィリピンが最も多い。
4. 疫学的な状況
  - 1) アジアの国々は減少しているが、一部の国は基本的なサービスが十分でない。
  - 2) 国レベルで疾病減少しているも、地区レベルで注意深く分析する必要がある。
5. 今後の課題
  - 1) ハンセン病サービスと専門性の維持
  - 2) 正確できめ細かい疫学データ収集と分析
  - 3) 患者・回復者の継続ケア・定期的な診断・評価、リハビリ

- 4) 革新的な技術の欠如・早期発見、早期診断、疾病  
予防、障がい予防

最後に、今回貴重なハンセン病療養所海外研修に参加させて頂きありがとうございました。研修中は喜多先生、三賀様大変お世話になりました。また、笹川記念保健協力財団、厚生労働省他関係各位の皆様に深く感謝申し上げます。

### Ⅲ 現場の状況～WHO西太平洋事務局のジレンマ

1. 保健所との連携、地域の看護師や保健師が活動している。
2. 治療中が着眼されるがその後のケアが重要である。
3. 皮膚科の医師が患者を見せて教育し一般病院で教えている。
4. 新規患者が2%と減少しているが、今後どこを目指していくのが重要である。
5. 回復者の支援：疾病の制圧と社会的開放＝車の車輪  
政府がどうやっていくか、国の事業としてどのようにすすめていくかである。



## 6-1. 旧サン・ラザロ病院跡地

### Historic Heritage of San Lazaro Hospital

1577年スペイン統治下に開設された同国最古の病院かつ感染症専門病院。  
翌年より、ハンセン病患者治療病院となり、その設立当初の建物が跡地として残っている。



旧サン・ラザロ病院 病室跡



## 6-2. サン・アグスティン教会

### World Heritage of San Agustin Church

スペイン統治時代のマニラ最古の城壁都市イントラムロス地区にあるフィリピン初の世界遺産に登録された教会。  
1599～1605年に建造されたフィリピンで最古の石造建築。



世界遺産であることを示す石碑



教会入口

### 6-3. サンチャゴ要塞

#### Fort Santiago

イントラムロス北西端にあり、パシグ川に面したフィリピン史上の重要な場所。スペイン人が城塞化し、アメリカ統治時代も使用され、日本軍占領時代はここに司令部が置かれた。詩人、画家、医師であった独立運動の英雄ホセ・リサルが処刑前まで暮らしていた。



ホセ・リサル像の前で：フィリピン独立の英雄ホセ・リサル（1861-96）は医師、画家、学者。志半ばでスペイン軍に銃殺された。



大きな大砲が無造作に置かれていた

### 6-4. 高山右近像

日本の代表的キリシタン大名。徳川家康によるキリシタン国外追放令を受け、棄教せざる島（フィリピン）に渡る際、ハンセン病者が追従したと伝えられる。マニラディラオ広場に銅像がある。



マニラ ディラオ広場 キリシタン大名高山右近の像。「ディラオ」とは日本人の肌の色を指す黄色いという意味



像の裏面には、日本語で説明文が彫られている

# 研修全体で感じたこと

国立療養所長島愛生園 皮膚科医長 多田 譲治

ハンセン病後遺症患者の診療に携わるものの一人として、個人的にはとうてい訪れることのできない施設・病院を訪問し、それぞれの歴史・現状をほんの少しでも、この眼・耳・体で体験できたことは、極めて意義深いものであった。

皮膚科専門医として30年以上診療に携わってきた私でも、これまでに診させていただいたハンセン病患者は数名である。多くの患者を直接診て触らせてもらった経験は、患者さんには申し訳ないが、大きな感動である。

国内での発症患者数が毎年3～4名の日本では、ほとんどの皮膚科医がハンセン病患者の診療経験はゼロであろう。

しかしながら、グローバル化の今日、国外から来ている人での発症は増加する可能性があり、皮膚科医の診る目が極めて重要となる。このたびの研修内容を、園内外で報告するとともに、このような研修があれば是非とも参加するように奨めたい。

ハンセン病の新患数は徐々に減少しているものの、世界の特定地域での発症率は少なくない。

人類の生存が続く限り、ある感染症が撲滅されても、また新たな感染症が勃興する。ハンセン病は、その後遺症の醜さから偏見・差別を生んでいるが、AIDSのような差し迫った生命の危険性がないこと、フィリピンが多島国にて地理的不便性の問題などから、なお一部地域では国レベルの発症率の低下迄に至っていないと思われ、さらなる撲滅への妙案が望まれる。

WHOでの四津先生の講演はそれとして、訪れたそれぞれの施設で講演を拝聴したが、こちらからも少しでも日本の療養所の現状を報告したら良かったのではと思う。両国での歴史・現状の違いは当然としても、今後の後遺症患者の高齢化など共通の問題もあり、先方にも有意義ではないかと思われる。

国内の療養所はそれぞれ似たような問題点を抱えているが、療養所間での交流はほとんどない。各療養所から参加できたこのような研修の機会には、種々の意見交換もでき、国内療養所にとっても意義が深いと思われる。

このたびの研修に際しては、笹川記念保健協力財団理事長喜多悦子先生、三賀知恵美氏を初め、厚生労働省の関係各位、さらにはフィリピン国内で研修を受入れていただいた諸機関関連各位に深く感謝申し上げます。



セブ・スキンクリニックでの多田先生 三賀撮影

# 視察見学全体を通しての感想

国立療養所邑久光明園 看護師 谷川 知子

私の勤務する長島の療養所は、今回訪問したクリオン島の療養所・総合病院と同じような環境にある。クリオン島は、辺鄙な島で、患者が逃亡しにくいということから隔離の島に選ばれたという。

この研修に参加させていただき長島愛生園はこの島をモデルに作られたことを知った。

日本の療養所と違うところは、入所者同士が結婚し、その患者様の二世、三世、四世がいるということだ。そして同じ島の中で、回復者の方々がご家族と生活を共にされていることに、いささかの驚きとともに感動を覚えた。

クリオン島の療養所には博物館があり、回復者の方がボランティアとして、博物館の展示について、懇切丁寧に説明を下された。

『隔離の中の隔離』、博物館には、隔離が行われていた当時の部屋が再現されていた。

案内下された回復者の方は、その部屋の前で、母親は子どもが生まれるとすぐに引き離される、母親は、ガラス越しに自分の子どもに面会したという、当時の辛い話しをして下さった。子どもを産むことはできても、自分で育てることはできなかった。が、今、自分には子どもも可愛い孫もいると写真を見せて下さった。

回復者の方々の中には、不自由な手ながら、見事な手芸品を作り、島にきた見学者らにそれらお手製の作品を販売し、収入を得て、生活の糧にしている事も多かった。

クリオン島のハンセン関連療養所での入院患者様は13名、20歳から79歳の患者様が、男女一緒に大部屋に入院していた。

現在の入院患者様は、身内のいない方だけという中に、20歳の青年がいた。青年は、島外からの入院者で、現在、治療しながら、島の小学校に通っているそうだ。故郷にいるときには、学校にも通えなかったが、この島の療養所に来て、通

学もできるようになったそうだ。学ぶということで、青年の知識が増え、その世界観も広がっていきだろうと思うと、まず、小学校に通学できるようになったことは、とてもよいことだと思った。治療が終わり、ハンセン病が治癒しても、恐らく、青年は故郷に帰らず、この島で暮らしていきだろうと、案内して下さった病院職員の方はおっしゃっていた。

病室は薄暗く、病室横のトイレは、やや古く、病室にも汚物臭が侵入していた。ベッドは木製、柵もなければ、きちんとしたマットも敷かれておらず、高齢者のための安全性や感染面については、色々と考えさせられることもあった。定期的な視察見学があれば、日本の私たち看護師が、日々の業務の中で実施していることをフィリピンの仲間に伝えることができるのに…と思った。

しかし、この島では偏見や差別を感じることはなく、患者様、回復者の方々は、生き生きとしており、ゆったりと暮らしておられる印象でもあった。一方、先の青年のように、ハンセン病が治癒しても、本来の故郷には帰らないという話からは、「ハンセン病は治療により完全に治る病気である」と理解されていても、この島以外では、まだ、差別や偏見が、日本同様、残っているのではないかとも思った。

いずれにせよ、偏見や差別といった「身体の不健康」とは異なる面に対する対応の重要性を痛感した。また、マニラ中心部のホセ・レイエス記念病院では、ハンセン病患者・回復者の会に参加させていただいた。ハンセン病患者・回復者の会は、月1回程度の定期的会合だそうだ。

午前の外来はごった返していたが、一般皮膚科外来の奥に、ハンセン病の患者様や疑いのある受診者のための待合室と診察室があった。また、その待合室では、ハンセン病とはどんな病気かを判りやすく解説するビデオが流されており、患者様教育が行われていた。

ハンセン病患者様に対しては、MDT（多剤併用療法）や免疫力を上げる作用のあるサプリメント内服の効果をみる臨床

研究を行っている」と講義の中で解説された。MDTは、ここでも、無償提供されているが、日本とは異なり、その他のビタミン剤などの薬剤費は自己負担、また、当然、通院のための交通費も患者様負担である。

ハンセン病は治療により治る病気とは云われている。しかし、ハンセン病と診断され、職場を失い解雇され、生活に困窮する方や、ハンセン病を家族が周囲に隠していたため、治療が遅れて、末梢神経麻痺による関節変形や拘縮が残ってしまったりと、この国でも、偏見や差別を受けている回復者や患者様もいることを目の当りにした。その一方、自分がハンセン病と診断される前の家族はバラバラだったが、自分の病気が判ったことで家族が仲良くなったという回復者の声も聞いた。

内服治療は1年。内服開始すると、皮膚が黒ずんでくるため、途中で勝手に服薬治療をやめてしまう人や、色々な事情から、通院困難なために、治療を途中で止めてしまう患者様もいることも知った。ハンセン病診断のための検査やMDTは無料で、家族にハンセン病発症者がいる場合には、その一家のメンバーも無料で検査を受けられるそうだ。

しかし、MDT治療が無料であっても、ハンセン病の診断のために職を失うことはあるだろう。失職により、生活は困窮し、通院費や栄養補給のためのサプリメントやビタミン剤投与のための経費がなく、結果として、治療中断する方もあるだろう。

ハンセン病は早期に発見し早期に治療を開始すれば治る病気になったにも関わらず、困窮になり治療を受けることができなければ末梢神経麻痺や知覚障がいや変形を残してしまう。ハンセン病と診断されても職をうしなったりすることがないように人々にハンセン病の知識と理解を深めてもらうことが大切なことだ。

病院に通院できない患者様に対して、今以上に地域に出向いて行き患者様に治療を実施し、ハンセン病患者様が病院に通院できるように家族に対して収入源を提供していくことも大切な役割の一つであると思った。

ハンセン病患者・回復者の会は患者様同士の悩みを共有したり収入源のヒントをあたえてもらえたりできる大切な場であると感じた。

日本におけるハンセン病の新患発症率は2から3名と言われているが世界での発症率は少なくはない。ハンセン病は発症するまでに7から10年かかるといわれている。

フィリピンでは、海外へ仕事に行く人に対してハンセン病の検査を行っているがその時点でハンセン病と診断されていなくても、仕事に行った国で発症する事例もあるということを知った。日本においては現在ハンセン病と診断できる医師はどれだけいるのであろうかと疑問をもった。

そこで我々ハンセン病療養所で勤務している職員はもっとハンセン病に対して興味を持ち知識の習得につとめなければならないことを今回の研修で強く思った。

フィリピン研修に際しお世話下さったクリオン療養所の院長 Dr. Arturo Cunanan Jr.をはじめ笹川記念保健協力財団 理事長喜多悦子先生、総務部三賀知恵美さん、厚生労働省の各位に深謝致します。

# 研修を終えての感想

国立療養所邑久光明園 看護師長 鶴海 以積

現状の日本では、ハンセン病療養施設に勤務しているほとんどの職員が、ハンセン病回復者との関わりしか知らない。ハンセン病の症状や治療は文献で、その生活状況、偏見・差別、家族との離別や苦しみは語りでしか知ることがない。今回の研修では、自分の眼で耳で心でハンセン病について体感できる貴重な時間をいただくことができた。国民性なのか、苦難を乗り越えた回復者の明るさが私の心を軽くしてくれたのも事実である。また、我が国と同様に隔離・閉鎖的な地方の方が偏見・差別が軽減され、家族との繋がりが強く、現在の幸福度が大きいと感じた。わが国では、終焉に向かっている感があるハンセン病も、いまだ解消されていない国があることを他人事ではなく身近に感じることができるよう、この研修で得たものを伝達し、今後にどのように活かせるのか

を考えていく必要があると感じている。喜多先生ともお話をしたが、フィリピンの活動性のあるハンセン病について、日本の高齢者の生を支え、生きることへの支援について、互いに人事交流し、学び合うプログラムが企画できればよいと考える。また、全国のハンセン病療養施設の方が一同に会い、交流する機会はなかなか無く、様々な意見交換や情報交換ができ大変有意義であった。

今回の研修で、企画運営、私たちの世話で苦慮された喜多先生・三賀さん、フィリピンでの企画・案内をして下さったクナナン院長、施設見学・研修を受け入れ、歓迎していただいた各施設のスタッフ、回復者の方々に深く感謝いたします。貴重な研修をありがとうございました。今後も継続をお願いします。

# 研修を終えて感想

国立療養所栗生楽泉園 看護師 北原 利江子

日本では、過去に隔離政策・断種手術が行われた事などもあって、現在国内における新患の発症は無いに等しいが、途上国ではまだまだ問題となっている。薬で治療できる病気だとされているが、実際に目の当たりにすると治療を受けられる人と、受けられない状況の人がいる。それでも早期発見・早期治療に専念するフィリピン国内の医療従事者の懸命な姿勢に感銘を受けた。

また、差別や偏見をなくすことにも力を入れ正しい知識を持つ為に啓蒙活動が盛んで、回復者や患者様・家族との交流も密であることに温かさを感じた。日本とは異なり三世四世も居り、家族との絆が生きる支えとなり明るい未来を感じさせている様にも思えた。しかしながら反面、この疾患を撲滅するには困難で時間を要すると感じた。日本では、高齢化が進み療養生活で家族との繋がりが薄れ、寂しさを感じながら最期を迎える人もいる中、私達看護師や医療従事者が家族的役割を果たし、生きることを支えていかなければならないと感じた。栗生楽泉園では、基本方針（一人にしない、寝た

きりにしない、老いを楽しく）を掲げており、微力ながら今後も入所者一人ひとりが安心して安全な療養生活を送れるように、心に寄り添えるようなケアをしていきたいと思う。

今回、この研修に参加し多くのことを学び貴重な体験をさせていただき、英語のヒアリングができず内容が把握できないことも多々ありましたが、同行者の方に傍で通訳していただき理解することが出来ました。また、全国の施設から参加した方との交流はとても有意義な時間が過ごせたと思います。この研修で得たことを園内で多くの方に伝達し、今後の業務に活かしていきたいと思います。また、今後もこの研修を続けていきたいと思っています。

今回、研修の企画運営をしていただいた喜多先生並びに三賀さん、フィリピンで案内同行していただきましたDr. Cunananに深謝すると共に、各施設のスタッフや回復者の皆さん、参加された皆さんに深く感謝致します。ありがとうございました。

# 全体を通じて

国立療養所奄美和光園 看護師長 面高 康成

フィリピンと日本で国や政策の違いなど、それぞれの国で種々の事情は異なるけれどハンセン病に罹患したことは、その人ひとりの問題で解決できることではなく、何世代にわたって影響をする根が深い社会的な部分を巻き込んだ疾患であることを改めて認識した。疾患そのものは、MDTが開発されて撲滅の見通しはあるものの撲滅には至っていないのが現状である。社会的側面では「生活をどうしていくか」罹患したことで、差別・偏見や烙印を押され住まいや職をなくし社会生活を営むことができなくなり、様々な社会・経済的な要因と貧困の悪循環から、病気は治癒に至らず接触した人々に罹患するという経過をたどっているものということが理解できた。フィリピンと日本における、罹患率や年齢層など、そのほかの諸事情は異なっても、「生活をどのように整え・どう支えるか」が共通した課題ではないかと考える。日本においては、入所者の平均年齢84歳となっている現在、残された時間をよりよく生活していただくため、今後どのように支援していくかが大きな課題とされている。フィリピンにおいては、今なお「生きたハン

セン病にどのように向き合うか」が課題とされている。

WHO西太平洋地域事務局（WPRO）訪問時に、結核ハンセン病課の錦織信幸医師より“疾病の制圧と社会的開放は車の車輪”であると、講義された。

ハンセン病対策は、治療のみならず、患者の精神的援助・経済的自立への取り組みである。ホセ・レイエス記念医療センターのハンセンズ・クラブのようなサポート活動は、今後さらに重要となってくるものと考えられる。今回の研修を通して私たちが経験したことは、日本のハンセン病療養所13施設の入所されている「患者さんの生活を支え、整えること」の重要性を改めて認識できた。今後、伝達講習をはじめ、日々の看護実践の中で伝えハンセン病の看護の質が向上できるように努めていきたい。

研修全般にお世話下さった、笹川記念保健協力財団 理事長 喜多悦子先生、同 総務部 三賀知恵美さん、厚生労働省の関係各位とクリオン療養所・総合病院長Dr. Cunananはじめ、歓迎していただいた各施設のスタッフ、患者さんと回復者の方々に深く感謝いたします。

# 全体を通じて

菊池恵楓園 皮膚科医師 中村 香代

「ハンセン病は治療できる。それなのにどうして差別や偏見はなくなるのであろうか。」これはハンセン病患者から聞かれた声である。1995年以降の笹川記念保健協力財団およびノバルティス社のMDT無償提供が患者数の激減に寄与したことは言うまでもない。しかし、MDT開発からすでに30年以上が経過しており、今なお22万人弱もの新規患者が存在し、発症数は下げ止まっている事実はこの治療法の限界を意味している。ハンセン病の根絶、偏見差別からの解放のためのゴールは、ハンセン病を「発症しない」ことなのではないか。事態打開には新しい治療の開発を含めた研究分野の発展が最も望まれる。今後の日本のハンセン病診療に対する本研修の果たす意義を考える。

日本におけるハンセン病患者新規発症数は年間2～3名程度と非常に少ない。しかし、国際化がますます進む昨今、国内発症の可能性は徐々に高まると予測される。発症するまでに7～10年かかる本症は他の感染症と異なり長期間の対策を講じる必要がある。その中で診断を担う皮膚科医の臨床能力の向上は必須である。私のように若手の皮膚科医を派遣いただいたことは大変有難く貴重な経験であった。若手医師の診断力育成は長期間の対策に置いて大きな役割を果たすと考える。今回の研修内容を熊本地方会に演題発表することで知識の共有を図る予定としている。

団を率いてくださった喜多先生をはじめ、ご協力ご支援いただきました関係各位、厚生労働省の関係部門の各位に深謝いたします。

# 参加者アンケートまとめ

## 1 参加の動機をお聞かせください。

- クリオン島のハンセン病療養所は、世界の中でも歴史のある療養所であり、ここを抜かしては世界のハンセン病医療の歴史は語れない場所であり、是非一度訪れたいと常日頃から考えていた。
- フィリピンは未だに年間新規発症者が2013年で1729名と依然ハンセン病多発国のひとつとして位置付けられる国であり、そこでのハンセン病医療の現状を視察したいと考えた。
- 世界保健機関・西大西洋オフィス (WHO-WPRO) を訪問することにより、人的ネットワークの構築をはかりたいと思った。
- 海外での医療支援に興味があった。
- ハンセン病患者の多い国の実情を知ることができ、患者との交流、療養所や研究所の訪問ができるため。
- 職場の上司に勧められ研修内容に興味を持ち、また、30年前にフィリピン旅行したことがあったのもう一度行ってみたいと思った。
- 上司の薦めが第一だが、以前外来診療でフィリピンの方が診察に来られ、ハンセン病を発症しているとの診断をうけ、治療した現状がありました。そのような経験から、海外でのハンセン病の現状に興味を持っていたので。
- 勤務する園では2006年から現在まで、再燃・再発については、疑いの1例を含めても3例であり、活動性のある症例や再燃・再発例などを経験することは今後もかなり少ないだろうと考えました。したがって、ハンセン病の新規発症が比較的多いフィリピンなどの海外でこのような症例を経験することは重要と考え、本研修に参加することとしました。
- 参加することで、フィリピンのみならずどのような環境で生きておられ、政府や医療従事者はどうサポートしているのか世界の現状を知りたいと思いました。そして、世界から見た日本を客観視することは、今後の日本の課題となるという確信がありました
- ハンセン病施設で勤務し回復者の看護はしているが、現在進行形のハンセン病の症状はほとんど見たことがなく、文献等でみたり、聞くだけでしかなかった。今回の研修で他国の現状を知り、過去の日本で起こっていたことを理解

し、今後私達がハンセン病とどう向き合っていけばよいのかを考えたいと思い研修参加を希望した。

- 皮膚科医としての臨床経験を積むため。
- 活動性のあるハンセン病患者さんを直接に診させていただけること、そして、そのような患者さんを実際に診療している現場の状況を見たかった。
- ハンセン病療養所で勤務して23年になるがハンセン病の症例をほとんどみたことがなく、知識の向上を図りたかった。
- フィリピンの医療の現状を知ることでフィリピンの看護から学ぶことがあったり、逆に自分の持っている看護技術・看護ケア・環境整備・感染対策医療事故防止等の知識を少しでも提供できることがあるのではないかと思った。
- 青年海外協力隊で海外で仕事をしたいと以前から思っていた。

## 2. 研修先の中で一番訪問して良かった場所はどこですか？ また、その理由はなぜですか？

(複数回答を含む)

### レオナルド・ウッド記念 セブ・スキンクリニック…9名

- 新規症例を系統立てて診ることができた。
- 多数の患者さんを供覧くださったことで、急性期のハンセン病を実際見ることが出来たことです。本や文献、話では聞いていましたが、ハンセン病の急性期を実際見たことがなかったので大変勉強になりました。
- ハンセン病患者の症状や治療方法を詳しく説明をうけることができ、とても学ぶことができた。
- 活動性のある異なる病型、病態の症例を約十数例、検査の実技も含め、まとめて供覧していただき、大変興味深く刺激となりました。これらの症例の写真をもとに文献、資料を調べ、さらにハンセン病についての理解を深める事が出来るものと思われ、今後の診療面、研究面においてかなり有益であろうと考えました。
- ハンセン病の症状・診察状況・検査等を自分の眼で見る事ができた。

- 患者さんの現状や医療者の自分たちが置かれている役割に対する活動・努力を知ることができた。
- 豊富な症例を拝見させていただきました。初日のインパクトは非常に大きく、大変勉強になりました。
- 活動性のあるハンセン病患者さんを直接に診させていただけ、そのような患者さんを実際に診療している現場の状況を見られたこと。
- ハンセン病患者様の多くの症例をみることができた。看護師としての役割をきくこともできた。村を巡回しながら新しい患者様を見つけること。医師や看護師だけでなく施設の管理者や運転手など、関係者皆で新しい患者様を見つけクリニックにきてもらう体制が素晴らしい。

### クリオン島…6名

- 日本以外のハンセン病の隔離の歴史を知ることができた。
- フィリピンのハンセン病の歴史を理解できたことですが、ハンセン病に罹患したことで、病気による苦悩もあり、罹患したことでの差別もありながら3世代4世代にわたり支え合ってきた方々の目がとてもきれいで、生き生きとした生活がクリオンにあるような印象だったからです。（そこには、差別とか烙印を乗り越えてきた苦しさというより、すがすがしい感じが感じられました）
- 「生ける屍の島」ハンセン病の歴史と実際の患者様の状況と、更に、回復者（ボランティア）との交流で、私の英語のヒアリング力がなく、理解すること難しい中懸命に説明していただき、後半「マイフレンド」と言って下さいました。心に通じるものを感じました。
- ハンセン病対策で、世界最大の隔離された島であることは知っていたので、どのような暮らしをしているのか、療養所の様子や日本との違いなどを実際の目で確認出来た。
- 隔離政策など、過去の大島にとっても似ていることや、資料館などがあり過去資料もしっかり見ることが出来た。
- 今は患者さんはいないが、これまでの歴史的経緯、現状、今後の問題等、我々にも考えさせられる、他人事とは言えないような状況。

### ホセ・レイエス記念医療センター ハンセンズ・クラブ…3名

- 若い皮膚科医師が熱意をもってハンセン病医療にあたっていた
- 会議室に案内して下さったのは、ハンセンズ・クラブの代表の方で、私より御若い方のように感じましたが、笑顔で手を

進行方向に添えて案内して下さる丁寧な対応に感動しました。会議室の後方のたくさんの方々は医療従事者だと思ったら、ハンセンズ・クラブのメンバーと知り驚きました。ハンセン病によるスティグマ、厳しい現実を抱えながら生きておられる皆さまが、初対面の私たちを信頼してありのままを涙を流しながら率直に話しをして下さり、胸がいっぱいになりました。みなさん、目が合うと笑って下さいました。私も何度も笑顔になりました。ある方は、仕事が少ないと言われるフィリピンの中でエリートと呼ばれる仕事をされていましたが、病気により解雇され今は別の仕事をされています。しかし、必ず病を克服しリベンジしたいと決意されていました。

同じ病気にかかっても、その症状の出方はいろんな形があること、治療経過による色素沈着で真っ黒になってしまうけど耐えていること、他国に家族を残して治療に専念していること、一人ひとり違う環境の中で、皆さまたちが集まって励まし合っていることなど、異国の日本人の私たちのために時間とところを砕いて下さってお話して下さいました。皆様への感謝に堪えません。

- 患者様の生の声を聴くことができた。

### WHO…1名

- 疫学、公衆衛生という視点からハンセン病をとらえる必要性を感じました。日本に必要とされているけれど、一番日本では勉強できない分野と思います。

## 3. 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？

- どこもとても勉強になりました。日本の中のハンセン病の現状を再認識するとともに、世界の实態、WHOの役割を把握することが出来ました。
- 不要であった訪問先はありません。フィリピンでのハンセン病の歴史を知る上では、どの訪問先も重要であり、歴史を知ることで、現状がより深く理解できると思いました。
- 特にありません。合間で行った観光もある程度、その国の実情を知る上で重要と思いました。
- 不要と思った場所は特になかったと思います。どの場所も、私にとっては初めて見る場所であったり、日本ではも

う体験できないことばかりだと思ったからです。

- どこも非常に貴重な訪問先でした。たくさんの場所を訪問させていただいたからこそフィリピン内での診療のレベルや状態、差別などの違いを理解することができました。強いて言えば、療養所の細かい歴史などは不要かもしれません。
- San Lazaro病院跡地。歴史的価値はあると思うものの、壁の一部が残っている、などだけで、あまり興味がわかなかった。
- どこもとても勉強になりました。日本の中のハンセン病の現状を再認識するとともに、世界の実態、WHOの役割を把握することが出来ました。

#### 4. 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。

- ハンセン病の症状を系統的に見られたこと（TT型～LL型～らい反応まで）、フィリピンのハンセン病医療の現状と課題、医療者の取り組み、フィリピンの専門家とのネットワーク構築など、日本のハンセン病の啓蒙活動の場が与えられた際に、活用していきたい。
- フィリピンと日本で国や政策の違いなど、それぞれの国で種々の事情は異なるけれどハンセン病に罹患したことは、その人ひとりの問題で決着がつくことではなく、何世代にわたって影響をする根が深い社会的な部分を巻き込んだ疾患であることを改めて理解できた。疾患そのものは、特効薬があり撲滅の見通しはあるものの、社会的なところ「生活をどうしていくか」、罹患したことで、差別や烙印を押され、住まいや職をなくし社会生活が営むことができなくなり、不衛生な環境と貧困の悪循環から、病気は治癒に至らず近親者に罹患するという経過をたどっているものということが理解できた。つまり、フィリピンと日本における、罹患率や年齢層などそのほかの諸事情は異なっても、共通項として、「生活をどのように整え・どう支えるか」が共通した課題ではないかと考える。日本においては、入所者の平均年齢84歳となっている現在、残された時間をよりよく生活していただくため、今後どのように支援していく必要があるかを、もう一度念頭においていろいろなケースに対応していきたい。

- ハンセンズ・クラブとして患者や回復者との交流があり、それを取り巻く医療関係者の勉強会などが積極的に実施されていた。全国の療養所などで今後活かしていけたら良いのではないかと思います。
- 医療や療養生活を考えると、日本が進んでいることがよくわかりましたが、差別や偏見があることは同じ境遇でありながら、家族が寄り添えることで精神的な強さを感じました。日本での入所者は高齢化が進み家族との繋がり希薄な方がほとんどあり、また入所者自らが活動できる年齢でもないため、ハンセン病に携わっている者が、正しい啓発活動をしていかなければいけないと痛感しました。戻ってから、研修報告を兼ねて、外来の待合室に研修での写真やコメントを掲示しています。また今後職員を対象に報告会やハンセン病歴史を知る所内研修のアドバイザーとして参加予定があります。
- 神経所見の見方について、看護師でも活用できるようにしていきたい。
- ハンセン病の活動性のある症例をまとめて診ることができ、今後の診療にその経験を活かせると思われたこと以外に、フィリピンのハンセン病療養所の歴史、入所者とその家族（二世、三世など）との関係を知った事で日本におけるハンセン病対策と入所者の受けた不利益（断種、墮胎など）についてあらためて理解を深め考え直す機会になったと思います。
- ハンセン病の回復者の方が過去にどんなことを思っていたのか、また、その背景を知ることが出来て、今後の看護に生かしていけると思った。
- 今後の業務にどのように活かせるのかについては、まだ模索しているところであり明確になっていません。しかし、全職員を対象とした伝達講習会を持たせていただけることにもなり、私が今できることは、世界のハンセン病の現実をひとりでも多くの職員に伝達することだと考えています。その準備をしている中で感じることも、また、来年度は新人教育に携わることからも、ハンセン病看護に携わらせていただいていることは本当にありがたいことであり、自信を持って誇れる仕事なのだということを伝えたいと考えています。
- ハンセン病に限らず、病気に対する正しい知識を持って、一人の人として、患者様と関わる必要があると感じました。
- ハンセン病施設で勤務しているが、ほとんどの職員が、回復者（高齢で障がいを持つ）の終末期に向けての看護・介護を行っており、動いているハンセン病を意識していない。

新採用者研修や院内研修でハンセン病は終焉しているわけではなく、今後も継続していくものであり、早期発見・早期治療が有効、見分ける力（ハンセン病というもの）が必要であること、人権についてなど私たち職員が発言していく必要性を感じている。

- 皮膚科医として非常に貴重な経験でした。今回の経験は地方会（県下の皮膚科医が集まる会）で発表予定です。
- WHOを訪問して問題を根本的に解決するにはシステムを構築する必要があることを学びました。
- 研究分野での展開が乏しいことを感じ、今後の研究のテーマにできればと思っています。
- 多くの活動性の患者、元患者のクラブ、フィリピンでの診療の現状、WHOの活動状況などを、実際に見た事により、日本での元患者さん達と接する場合に自信を持って対応出来る。また、同僚スタッフ・後輩にも、より自信を持って対応・指導出来るように思う。
- ハンセン病は治療できる病気ではあるが、差別や偏見は続いている。ハンセン病がどんな病気であるのか患者教育だけでなく、ハンセン病を知らない人に理解してもらうことが大切だと実感できた。

## 5. 研修全般を通して、改善が必要と思われる点がありましたら、お聞かせ下さい。

- 応募資格として「医師・看護師など」となっていたが、複数職種間での知識／見識交換も大変勉強になること、ハンセン病医療はholisticであることから、他の職種（作業療法士、理学療法士、薬剤師など）も応募適格者とした方が良かったと考えます。
- 理学療法士、作業療法士、薬剤師など職種をさらに増やして研修を行えば、ハンセン病に対するより総合的な診療に関する討論ができたのかもしれませんが。（ただしその場合、許容される人数もあると思われますので、実際には職種ごとに少人数ずつとなり、研修をより強く希望している人が参加できなくなる可能性も出てくるかもしれません。）
- 参加人数がやや多かったので、全ての人達とは十分な話が出来なかった。10人位が良いのではないかと。
- 同じ療養所からとは言え、日頃から殆ど交流が無い方々との一緒に研修で、少ない人数ながらこのような機会に交流

が持てて非常に良かったので、最後の日くらいに、全員でのごくばらんな意見交換の時間があつたら良かった。

- 1日のうちに半日でも、園の状況をお互いに情報提供し合える時間がいただければと思います。
- 出発前に自己学習をして、質問内容を明確にしたうえで参加させていただいたら、もっと快活なディスカッションとなると思います。
- 事前の資料や自己学習で多少は、説明されていることが理解できました。語学力がないことが問題でした。
- できれば全ての研修で通訳をしてもらうことができればありがたい
- 英語が話せる方が参加するとおおいと思いました。通訳をお任せすることも申し訳ないと思いましたが、相手の言葉を聞き取れるように、そして話せるようになりたいと強く感じました。
- お世話になる国の母国語の練習を全員が行った方がいいのではと思います。私はなるべく感謝の気持ちを言葉にしたかったのでお伝えする努力をしましたが、本当は参加者全員で話せることができれば一気に心の距離が縮まると思います。
- ヘルスケアワーカー等、地域で活動している場面なども見られると良いかと思いました。
- 看護師の活動も聞いてみたい。
- エバースレイ・チャイルズ療養所内に研究をしているラボがあったのですが閉まっていて見学できず残念でした。（研究していない人には興味のない範囲と思われます）
- 今回の研修の、Certificateがあれば良いのでは。
- できれば、旅行社の方に添乗していただければ、主催者の負担減になるのではと思います。
- 第1回の研修ということもあり、やや過密スケジュールであったと感じました。クリオン島に1泊できればゆっくり説明を受け、見学できるのではないかと思います。
- 移動に時間が多く、研修が充実しているので、余裕のある計画が必要かと思いました。
- 全体的にハードスケジュールだったので、時間的余裕が欲しかったです。（島を訪問するので仕方ないとは思いましたが）
- 多少の旅費は自己負担でよいので、全ての日程相部屋でなく個室利用が出来るとありがたいです。（一泊でもいいので）
- 移動が多かったので、もう少し時間に余裕を持たせてほしいです。

# 参加者一覧

施設	氏名	職種
国立療養所松丘保養園	横内里美	看護師
国立療養所栗生楽泉園	北原利江子	看護師
国立療養所多磨全生園	菅原早苗	看護師
国立療養所多磨全生園	蛸名久子	看護師
国立駿河療養所	四津里英	医師
国立駿河療養所	蒲田祐子	看護師
国立療養所長島愛生園	多田譲治	医師
国立療養所邑久光明園	谷川知子	看護師
国立療養所邑久光明園	鶴海以積	看護師
国立療養所大島青松園	溝渕靖幸	看護師
国立療養所菊池恵楓園	平野(北岡)真子	医師
国立療養所菊池恵楓園	中村香代	医師
国立療養所星塚敬愛園	鮫島朝之	医師
国立療養所奄美和光園	面高康成	看護師
国立療養所沖縄愛楽園	前田里美	看護師
国立療養所沖縄愛楽園	岸本ちか子	准看護師
国立療養所宮古南静園	衛藤ゆかり	看護師
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	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

# あとがき

## —お礼にかえて—

公益財団法人 笹川記念保健協力財団 理事長 喜多 悦子

半世紀前、皮膚科のポリクリ（医学部の臨床実習）で、教授が「これはらいだ」とおっしゃった。小児科医になって20年以上、臨床検査医兼業もあったが、我ながら熱心な臨床家だった。しかし、国内ではハンセン病に罹患された方を拝見したことはない。40代半ばで国際保健—近頃はglobal health—に転向した後、いくつかの国でハンセンコロニーや療養所を訪問したが、自らが対応する責任をもつ機会はなかった。12年間の看護教育従事の間、国際保健教育でこの病気に触れはしたが、資料を探さないと思い出せないほど記憶は希薄だった。数十年、医療保健分野に足場を置きながら、何と遠い病気であっただろう。

財団着任（2013.4）以来、その距離は一気に消えた。が、この病気はその多様性、複雑性、社会性において医療や保健の問題を遥かに凌駕していると気付かされる日々が続いている。内外関係施設を訪問し、回復者を含む関係者方と面談させて頂き、時に叱責され、励まされる中で、国際保健に共通することに気づいた。「みた（見た、観た、診たあるいは見た）人の責任」という言葉である。

財団創設者笹川良一翁、現日本財団笹川陽平会長/WHOハンセン病制圧大使が、その責務を担われていること、歴代笹川記念保健協力財団会長や理事長、そしてスタッフがそれらを果たすために日々を、エネルギーを費やしてきた中で、新参者理事長は焦りの日々である。

身体的疾患としてのハンセン病消滅に近い日本を含む国々では、専門家といえども、新規発症者に接する機会が極めて乏しい一方、まだ多数発症者を抱えている国々も、高齢化と云う人類初の経験が押し寄せている。その仲介・・・への夢が実現した。

厚生労働省関係各部署各位には、小さな民間団体が、十数名の国家公務員を海外にお連れする企画のご支援をお願いし、国内13療養所には、多忙な中の派遣をお認め頂き、財団には新たな予算措置を強いた。

この報告書は、ご参加下さった方々のみならず、企画から全面的に協力指導下さった Dr. Arturo Cunananはじめ、フィリピンの医療者そして患者や回復者とそのご家族の方々の、ハンセン病のない世界を達成するための熱意とご協力が詰まっています。私に申せることは、ただ一言。

「皆様 ありがとうございます」

# 編集後記

公益財団法人 笹川記念保健協力財団 三賀 知恵美

全国13か所の国立ハンセン病療養所を表敬訪問したい。喜多の2013年4月理事長就任以来の念願を実現するべく、2014年春頃から、スケジュールの調整を始めました。折しも、同年7月に天皇皇后両陛下が東北新生園を行幸啓され、46年で全国すべての療養所をお訪ねになったという報道があり、それでは46日間という期限を設け、13国立療養所と神山復生病院を表敬しようということになりました。

多いときには、毎月、国内外合わせて5～6回の出張、しかも、台風の季節に飛行機を使っての移動、更に夏季は各園、夏祭りなどの行事も多い時期で、調整は大変困難を伴うものでした。しかし、志ある所に道は開けるとの言葉通り、8月4日からスタートした訪問は、ジクソーパズルがぴたりと合うように、訪問先の園長、事務長、看護部長、そして各自治会長さまのお時間、同行者のスケジュールが合致し、台風も予想進路を変え、無事に、予定期間内に、14園の訪問を達成することができました。

各園の方々と直に対話を重ねる中、もう一つ、喜多がかねてから抱いていた願いが強くなっていきました。日本のハンセン病療養所ご勤務の方々と、まだ活動性のあるハンセン病症例が見られる国への視察研修をお手伝い出来ないか。

厚生労働省、各園関係者、財団内、受け入れ先、足を運ぶ回数は限られましたが、飛び交ったメールと電話の数々!こうして2015年2月、国立ハンセン病療養所医療従事者フィリピン研修が実施されることになりました。

研修立案実施にあたっては、厚生労働省の関係各位、全行程ご同行頂いたクリオン療養所総合病院のArturo Cunanan Jr.所長/院長に、訪問先選定、関係各所との調整、配布資料の準備、ご自身の講義などなど多大なるご尽力をいただきました。各訪問先では、研修そのものもさることなら、最高のホスピタリティで迎えて頂き、図らずもおもてなしの心を学ぶ機会まで頂戴しました。ここに改めて感謝申し上げます。

実施に際しては、年末年始年をまたいでの短い募集期間に関わらず、多くの方々にお申し込みを頂きました。現地でのハードな日程も、日々、厳しいご勤務の賜物でしょうか、労いの言葉や感謝の言葉までかけ、温かく受け止めて下さいました。

また、報告書の作成にあたっては、一年の内でも一番忙しい年度末から年度初めにかけてご協力いただきました。1か所の訪問先を医師1名と看護師2～3名の方にご担当いただくスタイルをとりましたが、如何でしょうか。

最後になりましたが、今回、めぐり会えましたフィリピンの患者・回復者やご家族、医療者の方々、視察団にご参加頂きました皆さまのご多幸とご発展をお祈りし、お礼にかえさせて頂きます。



初めての引率業にコチコチでしたが、クリオンの子どもたちに癒され、少しママ業を思い出しました。

# “ 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 11<sup>th</sup> in global leprosy  
ranks 1<sup>st</sup> 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

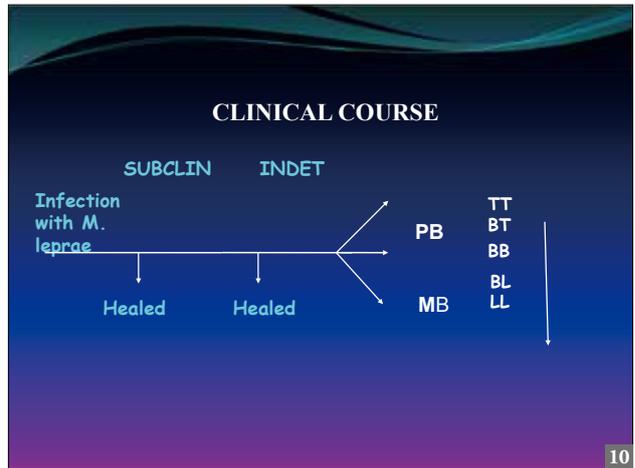
## WHO FIELD CLASSIFICATION

	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





Department of Health  
Center for Health Development  
Central Visayas  
EVERSLEY CHILDS SANIARIUM & GENERAL HOSPITAL  
Jagobiao, Mandaua City, Cebu

### TRENDS AND DIRECTIONS OF TRANSFORMATION OF EVERSLEY CHILDS SANIARIUM (ECS)

Dr. Lope Ma. P. Carabaña, Jr., MD, MHA, CSEE  
Medical Center Chief I  
Eversley Childs Sanitarium, Cebu Philippines

February 16, 2015  
ECS-OPD Conference Room

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



### CURRENT SITUATION

2011:

- Activated / Created Vital committees
- Formulated MOP (CPG)
- Formulated Policies
- Updated Organization Structure
- Conducted Teambuilding Workshops
- MOA with 24 visiting MD consultants
- Formulated 5-year Development Plan
- Services to Hansenites fully integrated through the PHU

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



### CURRENT SITUATION

2012: - CDC building renovated and converted into an OPD building



- Museum and archives in collaboration with CLAP



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



### CURRENT SITUATION

- New hospital logo
- Upgraded Laboratory, Pharmacy, X-ray, and Ultrasound
- Forged partnership with CTCR-W and MDR-TB





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



### CURRENT SITUATION

2014:  
MOOE and personnel complement for general medical services was approved & implemented.  
For Sanitarium: discontinued/cut-off : being proposed

Two storey Pharmacy / Laboratory building completed



MOA with more than 50 MDs

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



### STATISTICAL & FINANCIAL INFORMATION

	2006	2008	2010	2012	2014	2015
<b>ABC</b>						
Sanitarium	450	450	450	450	450	400
General Services	50	50	50	50	50	50
<b>Implementing Beds</b>						
Sanitarium	150	150	130	120	120	100
General Services	50	80	80	100	120	120
<b>MOOE</b>						
Sanitarium	13 M	14 M	14 M	14 M	proposing 15 M	17 M
General Services	----	----	----	----		
<b>Personnel Complement</b>						
Sanitarium	72	72	72	72	(proposing)	----
General Services	----	----	----	----	130 (2 <sup>nd</sup> Tranche)	130 (3 <sup>rd</sup> Tranche)

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



### STATISTICAL & FINANCIAL INFORMATION

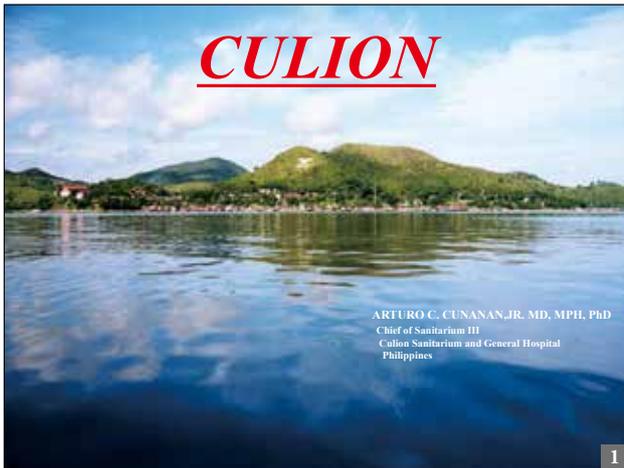
	2006	2008	2010	2012	2014	2015
<b>Income</b>	500 T	5 M	12 M	24 M	38.4 M	
<b>Job Order Workers</b>	50	70	94	100	164	190
<b>Infrastructure</b>	R/R	R/R	R/R	17 M	7 M	----
<b>Equipment</b>		Small Ticket	Small Ticket	Small Ticket	7 m	41 M

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




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





*In 1901 Culion was selected as Segregation Colony for people with leprosy in the Philippines*

- Well isolated, sparsely inhabited
- Good anchorage
- Abundant water supply
- Opportunities for livelihood activities

**Culion Leper Colony established in 1902**

- Total land area of 150 sq. miles
- Located 200 miles southwest of Manila
- Part of Calamianes group of islands in the province of Palawan
- 19 miles from north to south and 11.5 miles across its widest part

**HISTORICAL EVENTS/BACKGROUND**

*- Important highlights*

**A. COMPULSORY SEGREGATION OF "LEPERS"**

> Beginning of American Colonization of the Philippines in 1898 showed:

- leprosy as an endemic disease – believe highly communicable
- no organized program
- few "leper asylum" run by missionaries
- estimated number of patients in the Philippines >25,000 – 30,000

**B. ISOLATION /SEPARATION – CULION LEPER COLONY**

- > May 27, 1906 – arrival of first contingent of 370 patients in Culion
- > systematic "Leper Collection Trips" until World War II
- > Average – 200 patients per trip at 2 to 3 months interval

**Culion Leper Colony – A place of NO RETURN?**

- > some 800 patients segregated in 1906
- > by 1910 – around 5,303 had been segregated
- > By 1930's- largest, organized leprosanarium in the world
- around 7,000 living patients in 1937 at one time

**ARRIVAL IN CULION**

**QUARENTINE**

EXPEDICION DE NOVIEMBRE 54-1905

**C. Prohibition of Marriage / NO Children Policy**

- > Compounded the effects of isolation policy
- > strengthened "OUTCAST" status of patients
- prospective physical disfigurement/disabilities

**BASIS:**

- no children should be born from "leprosy" parentage
- speculation that leprosy is hereditary
- children are more susceptible
- resources limited to care for children
  - sick
  - healthy
- strenuous to parents – pregnancy/married life

**D. Separation of Children of "leprosy" parentage**

**Care of Culion Children – BALALA NURSERY**

> isolation within an isolated island

**CARE OF CULION CHILDREN – BALALA NURSERY**

> ISOLATION WITHIN AN ISOLATED ISLAND

### REGAINING DIGNITY AND HUMANITY

9

### MARRIAGE AND FAMILY

10

### CULION - THE LIFE, THE STRUGGLE, THE DREAMS

11

**CENTENNIAL MARKER 2006**

12

13

### THE NEW CULION

➤ A General Hospital

14

- ❖ Authorized Bed capacity (RA 9790)
  - 50 General Health Care
  - 150 Custodial care
- ❖ Catchment population: 255,000
- ❖ End-referral hospital for Northern Palawan
- ❖ Surgery, Medicine, OPD, OB-GYN, Pediatrics, and Diagnostics
- ❖ Anima Bite Treatment facility
- ❖ Leprosy referral center in MIMAROPA
- ❖ Drug Testing Laboratory
- ❖ Blood Center

15

### ACKNOWLEDGEMENT

All the above accomplishments were met through the all out support of the project proponents (Participating agencies) and through the generous funding support of the Sasakawa Memorial Health Foundation (SMHF)

working together for better outcomes and attainment of objectives.

16

## CULION SANITARIUM AND GENERAL HOSPITAL

### A PARALLEL MANDATE – A CO-EXISTENCE OF DIVERSE FUNCTIONS

**ARTURO C. CUNANAN, JR. MD, MPH, PhD, CSEE**  
 Chief of Sanitarium II  
 Culion Sanitarium and General Hospital  
 Culion Palawan 5315  
 Philippines

#### HISTORICAL BACKGROUND:

When the Philippine Public Health Service founded the “leper colony” first in Culion during the American colonization of the Philippines in 1902, the health authorities at that time never thought of the possibility of leprosy being a curable disease basing on the available knowledge at that time, all that was known was, it’s a communicable disease of human origin caused by a bacteria (M, leprae) and there was no known treatment or cure. The Americans who are noted to be “sanitarians” conceived of the segregation policy to protect the healthy population through the isolation and segregation of the sick (“lepers”) with the view that by rounding up the “lepers” in the Philippine archipelago through forced segregation, noting that transmission is human to human, then there will be control and eventual natural extinction of the disease even without treatment. It seems logical and a simple strategy but there was no study done on a smaller scale which would consider the socio-cultural and geo-political factors affecting isolation and segregation of people affected by leprosy which in the end has contributed to the failure in attaining the objectives of setting up the “leper colonies” in the Philippines.



The establishment of Culion Leper Colony in 1906 is another milestone in the history of leprosy control in the Philippines, moving from unorganized “leper colonies or settlements” run by Jesuits, Franciscans and Dominican missionaries in Manila, Cebu and Bicol during the Spanish era in the Philippines. Although the major



1

1

activities during this period was purely care, capitalizing on the practice of Christian faith and doctrine of charity by providing housing and taking care of the daily needs of the “lepers” in terms of food, clothing and dressing of their wounds to burial.

The choice of where to place the leper colony was very crucial then, not only to consider that it is far from the center of government, it must be far from habitation of people, hard to reach by the common man but also hard to escape for the new residents; the “leper immigrants”. Together with the objectives of isolation is the possibility of the colony to be self sufficient in food and other resources particularly the abundance of water supply and safe anchorage for the continuous transport and delivery of segregated or “apprehended” lepers in the Philippine Islands, thus it became a regular trip of sending in “leper patients” from different parts of the country to Culion, which later has an effect on the socio-cultural distribution and behavioral pattern of the people for together with them are their biases and idiosyncrasies that make Culion a diverse community in culture united by a common identity -leprosy and a common destination -Culion.

One of the important milestone in the Culion Leper Colony was during the 1920’s when General Leonard Wood became the Governor General of the Philippines, regarded as “Friend of the Lepers” being a doctor himself and with his previous experience in the control of Yellow Fever in Cuba put the scientific side in the colony, of finding cure through research particularly the use of Chaulmoogra oil and its derivatives reported to have therapeutic effect on leprosy as reported in other countries. This was regarded as the “Golden Years of Culion Leper Colony, a Mecca for leprologist and with the prospect of cure it has paved the way for the policy of discharging “cured” patients treated with ethyl ester of chaulmoogra oil with iodine. However as per record these were minimal and those that left the island colony majority went back to Culion either they were not accepted by their family, ostracized and stigmatized by the community and re-admitted because of the high relapse rate of Chaulmoogra treatment.



The committee Report on the usefulness and relevance of Culion Leper Colony done between 1910 and 1920 and other subsequent evaluation found out that apprehension and segregation policy is becoming very hard to implement and measures must be made to attract the patient to voluntary report for isolation and now for treatment if the objectives of establishing the colony is to succeed. Now they have considered the close family ties of

2

2

Filipinos, finding out that the relatives are even hiding their patients, building them separate houses away from them but within their reach, where they can give him/her food and other necessities though separated from their homes but not in a far distance like Culion where the relatives cannot or have a hard time visiting them knowing them if they are still alive and well or have died. This brought the concept of regionalization of sanitarium starting in Cebu in 1930 then the Tala, Bicol, Zamboanga and before 1960’s a total of 8 regional leprosy colony now called sanitarium were established all over the country.(see attached map)

The Pacific War (World War II) has a tremendous impact in the population of the colony in Culion and Cebu, due to inadequate food supply and medicines, the authorities have allowed the residents of the colony to leave to either go home with their families or find means to live elsewhere. There were reports of deaths directly from the hands of the Japanese in islands outside Culion. The Culion census showed a significant reduction from a total of 6,398 in 1937 to 1,791 in 1945. There was significant death during this period. A mass grave was even dug during that time since many died in a day and burying became a problem.

After the war what remains are few patients who survived the starvation and those who went back and refused to stay with their families due to stigma and those in bad condition due to due to leprosy reactions, complications and disabilities. There were increasing new cases admitted in the coming years not anymore due to exogenous origin but mainly endogenous, that is coming from within in the colonies or sanitarium itself. With marriage allowed among “inmates” in the colony, there is an increasing birth through the years and with it is the increasing risk among the children to becoming the new patients in the colony providing a fresh supply in an unending cycle of pool of patients in the colony.

The advent of sulfones is another important milestone in the history of leprosy in the Philippines. Considered to be the “wonder drug” for leprosy, these became available in the sanitarium in the late 1940’s and became widely implemented in mid 50’s, with thousands of patients declared “negative or cured”. Such positive developments paved way in the liberalization of the treatment of leprosy, now provided through the outpatient services and repealing the Segregation Law in early 1964. So in essence the Philippines has integrated leprosy control program into the general health services at that period, although it is vertical at the central and intermediate level and with strong sanitarium role.

The sanitarium general population steadily grew brought by increasing birth, decreasing death due to improved health care and increasing immigrations due to the relaxing of the laws attracted by the rich and bountiful natural resources in the islands particularly Culion. The colony basically grew as a “community

3

3

of man”, except for the political rights and the stigma and discrimination that was very much felt by the patients and their families.

Considering the long duration of treatment with sulfones and the increasing number of relapses due to primary and secondary resistance to sulfones had eroded the long dream of controlling leprosy which came at the time when the sanitarium is refocusing its activities to include physical and socio-economic rehabilitation considering leprosy not merely a public health problem but a social and economic burden as well. There was an increasing prevalence and new case detection rate with high children proportion among new cases, increasing disabilities, among new and old cases and increasing complications of eye and plantar ulcer problems justifying the continuous existence and operations of the 8 sanitarium.

The MDT era is another very important milestone in the history of leprosy control in the Philippines and in the sanitarium as well. The MDT treatment became an effective operational tool to eliminate leprosy and streamline operation in the sanitarium particularly in the admission of new cases and cleaning of registry. With leprosy being eliminated as a public health problem at the national level in 1998 (WHO defines elimination of leprosy as a public health problem as prevalence rate of less than 1 per 10,000), the policy of moratorium in sanitarium admission was enforced, only those needing hospital care due to severe lepra reactions and those needing rehabilitation are admitted. The registry was cleaned thus contributing to the decline in the registered residents of the sanitarium and with continued MDT implementation, what was left in Culion are old, destitute, disabled and stigmatized patients needing hospital custodial care.



#### THE ELIMINATION OF LEPROSY IN CULION AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM WHERE TO GO FROM HERE? THE WAY FORWARD.

The elimination of leprosy as a public health problem in 1998 marked another era in Culion history but posted also another concerns of looking into the relevance of the sanitarium under low endemic situation, the role of the Department of Health in taking care of the remaining patients inside the sanitarium of which the primary reason is social welfare, or looking into their basic daily needs and where public health is secondary. The decreasing ratio between the number of health workers to patients in the sanitarium and the decreasing number of new cases detected, aroused new challenges on how to make sanitarium manpower efficient vis a vis number of cases attended. With

4

4

all these concerns, all sanitarium were hereby directed to pursue a conversion or succession program to justify its existence and transform the sanitarium to cater the general health needs of the population.

The main issue now is how to make use of the existing hospital facilities to address the growing health needs and demands of the general population in the area and to consider the budgets being provided to the sanitarium. By necessity and for the survival of the sanitarium particularly the health staff that would be displaced, Culion Sanitarium must undergo a metamorphosis to become a general hospital aside from functioning solely as a leprosy sanitarium. How this affects operation particularly in allotting budgets to one category as general hospital and as sanitarium is a big managerial challenge for there is no earmarked budget for specific function. Who would get the bigger share of the pie? At the end of the day it is the budget that dictates the quality of operations in both functions.

However the major challenges would be improving the capabilities of the health staff in the sanitarium to undergo a new role and responsibilities, the upgrading of the health facilities to conform with general health hospital standard noting the purely leprosy background and the sustainability of this general hospital operation on top of sanitarium role to include the custodial care of remaining old invalid and management of new cases still detected and referred by neighboring municipalities and provinces. The transformation and or added mandate didn't have specific timeframe nor measurable indicators for the sanitarium to fully transformed and conformed to general hospital standard neither was added budgets to finance the retooling process nor an improvement in the necessary infrastructure and equipment conforming to the general hospital standard.

The new policy for all DOH retained hospital including the sanitarium now functioning as a general hospital to have the capacity to generate hospital income or revenue through a socialized scheme of billing and classification and the capability to utilized such revenue for the hospital operation is a very much welcome development and relief for government hospital. However, this is a big challenge to sanitarium like Culion, where the geographic location was basically away from the populous areas due to the isolation and segregation policy of leprosy and generally the catchment's population are the poor populace who would fall on the indigent status, thus limiting the earning capacity of the sanitarium. The reduction of operational budget every year and the unclear role of the sanitarium in the National Leprosy Control Program under the low endemic situation in the Philippines, despite being the highest reporting country for new cases and highest MB proportion among new cases in the Western Pacific Region have far reaching implications in the operations and survival of the sanitarium as a functioning general hospital and relevance of the sanitarium in further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy activities, in support of Disease Free Zone initiatives of the DOH as part of the F1 projects.

5

Unfortunately there was no study done on how all these development or transition and conversion would mean to the old residents who are disabled, poor and stigmatized. What does this mean in terms of the quality of leprosy services and in the quality of life in general of the remaining residents in the sanitarium. The continued uncertainty of what to do with the remaining patients which for some policy makers would for humanitarian reasons would continue taking care till the last "Molicans" in as much the law had violated their human rights when they were compulsorily segregated to stay in the colony, while others would look into hospital efficiency, effectiveness, performance and budgets and recommended the transfer of these remaining patients into one (1) institution where they will live till they fade away. The remaining residents in Culion have aired their dismay and resistance of such transfer. Culion has been their home, they were uprooted and separated and segregated to this island before and never again should they be moved and transferred now that they are old.

The future of the sanitarium in the Philippines like Culion Sanitarium is indeed on the hands of the policy makers, to legislate a law that will provide an added mandate for the sanitarium to become a general hospital. After 12 years lobbying in congress through the strong support and commitment of our good Hon. Congressman Antonio Alvarez of the First District of Palawan and the kind assistance of the central DOH and CHD IV-B, Republic Act 9790, "an act converting the Culion Sanitarium in the Municipality of Culion province of Palawan into the Culion Sanitarium and General Hospital and appropriating funds therefore" was approved last November 19, 2009. This new mandate has now made official the longtime function of Culion Sanitarium as a general hospital on top of it being a sanitarium catering the health needs of the island municipalities of Culion, Coron, Busuanga and Linapacan up to El Nido, Taytay and Cuyo, establishing itself as the end referral hospital in Northern Palawan and the core referral hospital of BCCL (Busuanga Culion Coron Linapacan) Inter Local Health Zone. Culion Sanitarium and General Hospital has also a functioning public health unit, implementing DOH thrust and programs supporting RHU in the BusCuCoLin Inter local Health zone while at the same time taking care of the remaining people affected by leprosy through custodial care and acting as leprosy referral hospital in the province of Palawan and the region validating diagnosis, managing complications and training. (see attached RA 9790 ). At present with the able leadership and



6

assistance of Dir. Gloria J. Balboa, CHD-IV B Regional Director and the DOH FIMO Luzon and National Health Facilities Development, Culion Sanitarium and General Hospital (CSGH) is a recipient of Capital Outlay budget of the DOH and from office of Congressman Alvarez. With these funding supports CSGH is on its way providing a major facelift and improvement of the hospital infrastructure and updating of equipments to conform with general hospital standards. In the coming years CSGH with the continuing support from DOH and CHD-IV-B it will continue to shine and perform quality health care in a parallel mandate being a sanitarium for leprosy and a general hospital of Northern Palawan.

The success of the leprosy program is not only measured by the statistics on prevalence nor in case detection rates, but the true success of elimination even eradication of leprosy lies on how individuals, agency and society would address and take care of the remaining people affected by leprosy who had the disease long before the advent of effective drugs (MDT) and had experienced the isolation and segregation and live long to know and experience the curability of the disease and the complete and sustained transformation of the sanitarium and the community as a whole. Today Culion is now the newest municipality in the province of Palawan, a community that evolved from the initial segregated patients, an offshoot of the success of the leprosy control program, of eliminating leprosy as a public health problem in the once hyper endemic Culion Island. The dedicated and committed efforts of the DOH-Culion Sanitarium have bear fruit and witness in making this once "Island of the Living Dead" into a "Paradise Regained."



7

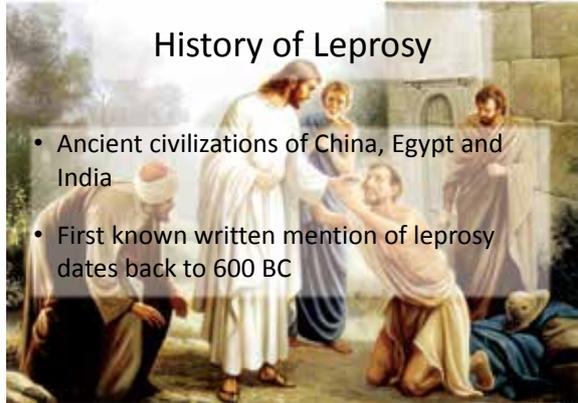
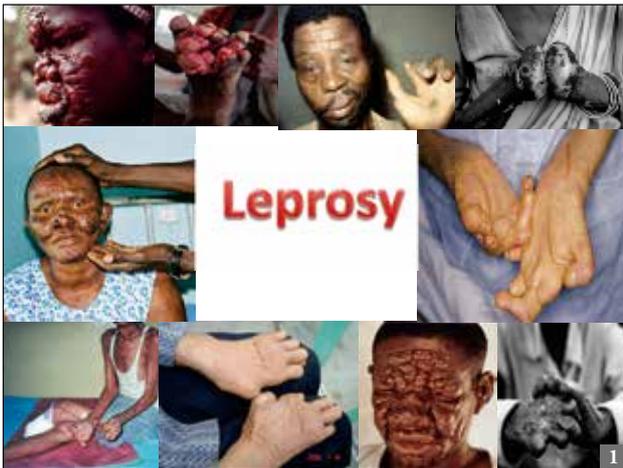
### The Sanitarium in the Philippines



- Dr. Jose N. Rodriguez Memorial Hospital (Tala)
- Bicol Sanitarium
- Culion Sanitarium
- Western Visayas Sanitarium
- Eversley Childs Sanitarium
- Mindanao Central Sanitarium
- Cotabato Sanitarium
- Sulu Sanitarium



8



- Ancient civilizations of China, Egypt and India
- First known written mention of leprosy dates back to 600 BC



Leprosy represents a major social stigma.

Spierings E, De Boer T, Zulianello L and Ottenhoff T. Novel mechanisms in the immunopathogenesis of leprosy nerve damage: The role of Schwann cells, T cells and *Mycobacterium leprae*. *Immunology and Cell Biology* (2000) 78, 349–355

- In Philippine society, wherein not all are educated about leprosy, patients either seclude themselves from the rest of the people or face discrimination amidst the people who are scared of them, the medical workers' not excluded.

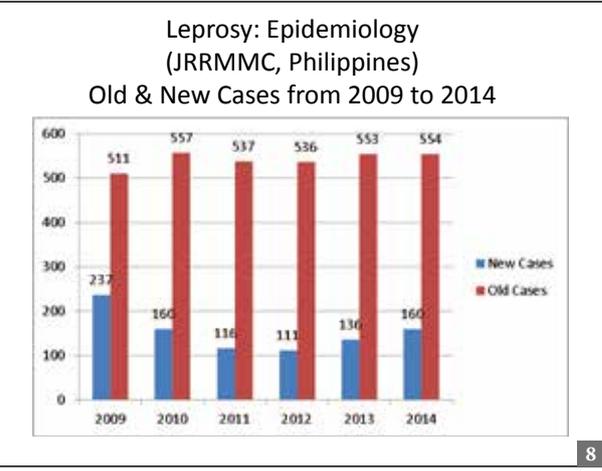
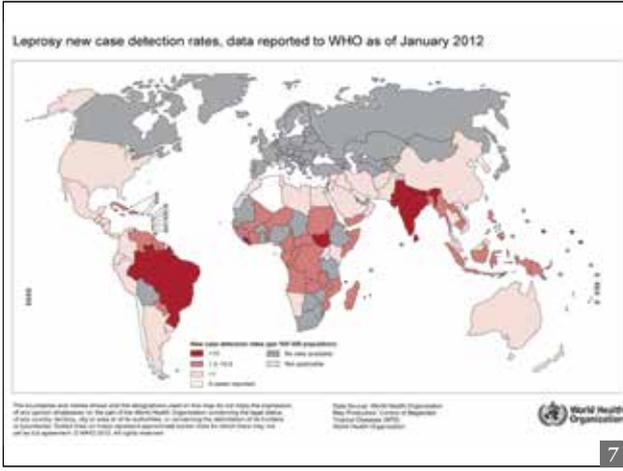
Venida & Venida MD, A comparative study of the Quality of life of Leprosy patients seen at the Jose R. Reyes Memorial Medical Center, 2012

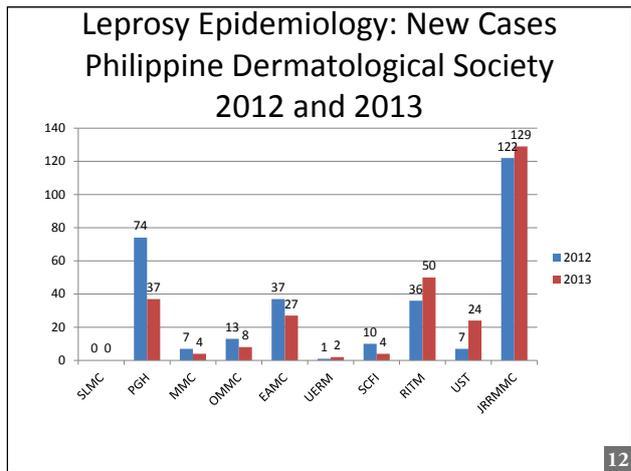
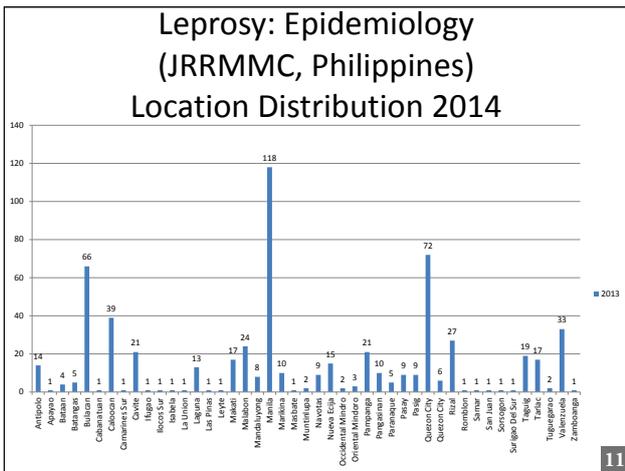
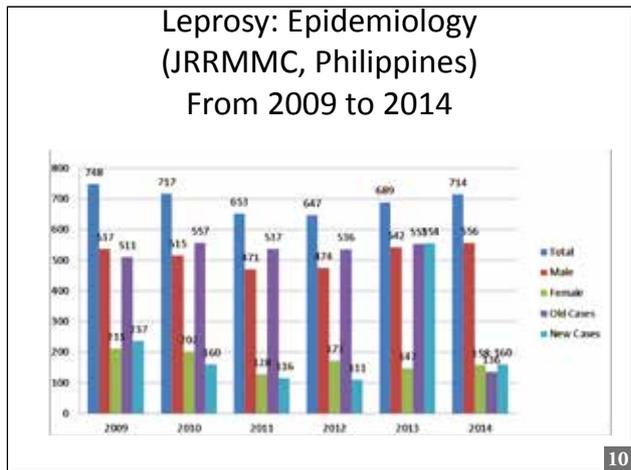
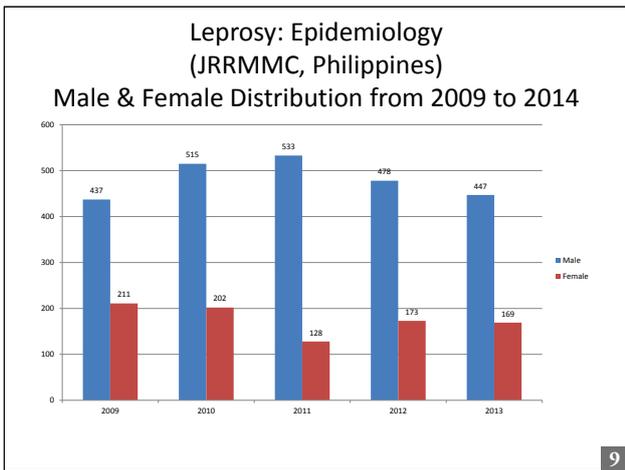
Leprosy is not going to disappear anytime soon.

Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, et al. The continuing challenges of leprosy. *Clin Microbiol Rev.* 2006 April; 19(2): 338-381.

Effective multidrug regimens are now used worldwide, and the infection in individuals is curable. However, although the reported number of **new cases** registered each year has **remained the same**.

Scollard DM, Adams LB, Gillis TP, Krahenbuhl JL, et al. The continuing challenges of leprosy. *Clin Microbiol Rev.* 2006 April; 19(2): 338-381.





### Leprosy: Epidemiology

- Affects all ages and sexes
  - Any age
    - Peaks: 10-20 years & 30-60 years
- Risk of acquiring from household contact: 25%

Chan, G., Chan, H., Gajete, F., et al. (2011). A Training Manual and Atlas for the Diagnosis and Treatment of Leprosy and Common Leprosy Look-alike Skin Diseases for Primary Health Care Providers. Philippines: GPC Publishing.  
Bolognia, J., Jorizzo, J., Schaffer, I. (2012) Dermatology Third Edition. Elsevier Saunders.

Leprosy has a very long incubation period or latency.

The incubation period ranges from **3 to 15 years**.

2010 JRRMMC  
 YOUNGEST NEW PATIENT = 71/F/LL/BULACAN  
 OLDEST NEW PATIENT = 71/F/BL/QC  
 OLDEST RECORDED PATIENT = 88/F/BL TYPE 1 RXN

National Leprosy Control Program (NLCP) Manual of Training



### 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回復＝車の両輪

- 早期診断
- 確実な治療
- 障害の予防

- 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

→ 疾病の制圧

診断時すでに障害を持っていた患者の累積数 (赤い線)

新規患者 (青い線)

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").

Landmark Vote in Geneva  
Human Rights Council adopts resolution on ending leprosy-related discrimination

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 14

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

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

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 15

### Summary Roles of WPRO in Global Leprosy Control

- Two-prong approach:**
  - Countries yet to strengthen basic services: high-level advocacy and technical support
  - Countries with declining burden: Focus on the continuum of care, link with social services
- Monitoring the situation (post-elimination surveillance)**
  - Sub-national surveillance → case-based surveillance
  - Advanced surveillance and epi analysis for improved understanding on leprosy epidemiology
- Piloting innovative approaches to generate evidence**
  - Continuum of care (long-term health & social support)
  - Contact management and chemoprophylaxis
  - e-Health & m-Health technologies

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific 16



**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