

吉による「切支丹禁制」（1585年）後、急速に衰退、その後、明治までハンセン病患者に救いの手を差し伸べるものはほとんど無く、国家としての救済事業も行われなかった^{22, 23)}。

ハンセン病患者の於かれた状況は、このような変遷を見せるが、同時に患者観も大きな変化を遂げて行く。それは感染症としての概念から、前世の悪行に対する報いであり、治りにくく、辛い病氣としての「業病観」、天の下す刑罰としての「天刑観」へと変遷を見せ、やがて「家筋説（遺伝説）」が加わっていった。ここからは飛鳥時代から江戸時代の患者観を見て行きたい。

平安時代、833年に表された、大宝令（たいほうりょう 飛鳥時代、701年成立）の疾病項目の公式注訳書『令義解（りょうのぎげ）』を現代的に解釈した『日本医学史』（富士川游著）によれば²⁴⁾

癩病流行の初期には結節癩多く、従て伝染の跡は著明なるもその病毒漸く微弱となるに従いて神経癩多く、直接に人より人に伝染するの条件は少なくなりて、主として素因を遺伝するものにのみ多く感染するに至り

このように、飛鳥時代にはハンセン病は感染症として認識され、流行の始めから衰退までの経過が良く観察されているのは、驚くべき客観性と評価すべきであろう。このように、飛鳥時代、ハンセン病は伝染するという意味で、人々の差別の対象となっていた。しかし、この客観性はその後、消失して行く。

飛鳥時代以降、ハンセン病患者に対する身体性に対する嫌悪感の増大、「ケガレ観」の高まり（「ケガレ観」は貴族を中心として広まり、特に、平安時代中期以降、都を中心に高まりを見せた）の中で、患者観は大きく変容する。この流れの中で、平安時代初期からは、「持経者を誹謗する者は身体障害者となり、持経者の過惡を口にする者は真実の有無を問わず現世では白癩病（ハンセン病や類似の皮膚病）となる」（經：「法華經」）との「業病観」が表れ¹⁹⁾、その後、この概念に「天刑観」が加わり、それは奈良時代にかけて定着し、「業病観」、「天刑観」の広まりは、

ハンセン病患者への差別を高めていった。

この時代、患者は、世間のみならず、宗教集団（仏教）においても差別されたが、相反して、患者は観音や文殊菩薩の化身とも認識され、患者は聖と賤の両面を有する存在でもあった。室町時代後半頃は、奈良・京都のハンセン病患者は、仏閣などに集住し、仏に祈り、勧進により生活を行っていた。この時代、民衆は彼らに施しをすることが、自らの徳となると信じていた²⁵⁾。しかし、平安時代以降からは、患者に附された聖としての側面が消え、賤の側面が強調されるようになった²⁶⁾。人々は勧進する患者を、忌み嫌い、患者は施しによる功德の対象でさえなくなって行った。

17世紀末からは、ハンセン病患者に対する性の偏見も生じ始めた。この時代から、多くの医学書にもハンセン病患者は性的能力が強いなどの記載が増え、それは民衆の間の定説となって行った。同時期、庶民レベルでの「家」意識が成立、この中でハンセン病の病因論も変化し、業病、天刑観は継続、ここに、ハンセン病はその家の筋に生じる病氣であるという「家筋説」が生じ、それは多くの医学者にも支持された²⁷⁾。これは、歴代の家族感染の結果から生まれたものであり、その家筋内発症の現実が、民衆のみならず医学者を納得させたことは想像するに難くない。このような概念は江戸時代に確立し、それは明治以降まで引き継がれて行った。

5 明治時代のハンセン病患者

明治時代（1867～1912年）、それまでの長い鎖国が終わり、外国人の流入と共に再びキリスト教者による救済事業が行われるようになった。しかし、明治時代からの国策としての家族制度の強化は「家筋説」と結びつき、患者のみならずその家族、親族への偏見・差別はさらに高まり、患者の境遇はさらに悪化、家族が離散する者、身元を隠し浮浪の旅に出、死すともその身元を明かさない者も多かった^{28, 29)}。この様相の中、封建制の崩壊による移動の自由と共に、患者の多くは神社、仏閣、温泉などに集まり始め、彼等は必然的に救済の対象となっていった^{30, 31)}。また、明治後期まで国家による患者救済は行われず、医師個人により少

数のハンセン病病院が運営されるのみであった³²⁾。

キリスト教者による救済事業としては、フランス人宣教師テスト・ウィード神父、「神山復生病院」(1989年(明治22年)設立、静岡県御殿場)、アメリカ人ケート・ヤングマン、「目黒慰廢園」(明治27年設立、東京市目黒)、イギリス人宣教師ハンナ・リデル、「回春病院」(1995年(明治28年)設立、熊本県熊本市)、フランス人宣教師ジョン・メリー・コール、「琵琶崎待労院」(1900年(明治33年)設立、熊本県熊本市)などが存在したが、これらの救済事業はその患者数の多さ(1904年(明治37年)の調査ではその数、約3万人¹⁰⁾、財政的制限などによりその恩恵に与れる患者は僅かにすぎず、ほとんどの患者は世間から捨てられ自活せざるを得ない状況にあった、³²⁾、³³⁾。この結果、ハンセン病患者は本妙寺(熊本県)、浅草、池上本門寺、田端、日暮里(東京府)、川崎大師(神奈川県)、草津温泉(群馬県)、湯の峰温泉(和歌山県)、金比羅(香川県)、湊川神社、布引の滝(兵庫県)、天王寺(大阪府)などに集団で暮らすようになっていった³⁰⁾、³¹⁾。

ハンセン病の治療を試みる医師も増え始め、後藤昌文、昌直親子、「起癪病院」[1872年(明治5年)、「私設癪病舎」の設置から1875年(明治8年)の「起癪病院」が開設、東京市]、遠山道栄、「回天病院」(1874年(明治7年)開設、岐阜県)、荒井作、「衆済病院」(1882年(明治15年)開設、東京市、本病院はその後、木下藤一に引き継がれ、「駒込皮膚科専門病院」、後に「木下専門病院」となった。光田健輔、「回春病室」(1901年(明治34年)に「東京養育院内」に設置、東京市)、などにより大風子油(たいふうしゆ：タイやカンボジアなどに自生するイイギリ科の常緑高木である大風子の種子から絞った油、特効薬プロミン登場以前のハンセン病治療薬)を主とした治療が行われた³¹⁾。この他に前述のキリスト教者により運営される救済施設に於いても同様にハンセン病の治療が行われていたが、病院の数、その規模は当時の患者数に比して非常に少なかった³³⁾。

ここからは明治時代のハンセン病患者の状況をいくつかの資料から観て行きたい。

ここでは、熊本の「回春病院」、ハンナ・リデルの1902年(明治35年)12月6日、私立大日本婦人衛生会例会での演説を紹介したい。本演説は熊本の本妙寺のハンセン病患者たちについてである。

……私が初めてこの寺にまいりましたのは、唯今より十年前の春でございました……時しも空天はまことにうららかに晴れ渡り、道路の両側には三四町も続いて桜の花が今を盛りと咲いている。その青き空、そのうるわしき花の下には何物があるかと思えば、それはこの上もない悲惨な光景で、男、女、子供の癪病人が幾十人となき、鼻の落ちたる、或いは手あれども指なく、足あれど足指落ちて居ると申すような次第で、そんな病人が競って、自分の痛ましい病気の有り様をわざわざと、その寺に参拝する人々に見せて憐れみを乞うておりました。

その寺の下の平らかな桜の並木を通りこして、進んで寺に登ります処には、沢山の石段がございりますが、ここも同じく石段の両側に一段に一人づつ申すほど大勢の癪病人が憐れみを乞い仏に祈っておりまして、甚だしきは極く小さい子供が母親の手に懷かれて居る。その子供も大概是癪病或いは其の目もあてられぬ皮膚病の為に、恐ろしい有様になって居ります。その稚さい子供も親に教えられて、小さい痛ましい手を出して往来の人に憐れみを乞うて居ります。それから上に登って寺に近づくに従いまして、太鼓の音と祈りの声が聞こえます。寺の前の拝殿には大勢の男女の病人が、手を高く挙げ頭を挙げて数珠をうちもんで南無妙法蓮華經、南無妙法蓮華經と連呼して、熱心に恵みを求めて居ります。

その左手に別の建物がございまして、此処には太鼓の前に十八才ばかりの若い癪病人が、目もあてられぬ姿で狂気の如くに、太鼓の音につれて頭をうちふりながら、祈って居りますが、果てて逆上して倒れてしまうと申すような有様でございす。……

……貧困な人や医薬のために財産を失ってしまった者の為には・・日本国中何も出来て居りませぬことを発見いたしました。金銭のない癪病人

にとっては、死ぬよりも浅ましい非人の身分に落ちて、家を棄て、愛する者に離れるより外に、天にも地にもその日を送る方法がございません。しかも身体も精神も衰えて、家庭や友人の世話の最も必要な時に、この乞食の身分に落ちることはなんたる悲しみでございませうか。こんな人は親戚、朋友の恥辱不面目を防ぐために、唯一人で流浪して、唯一人で苦痛を忍んで、ついには人に知られず、看護も受けず、弔う者もなく死んでしまうのでございます。

以上であるが、この演説の十年前、1892年（明治25年）頃の本妙寺での患者たちの姿が伝わってくる。

見延山の「見延深敬病院」で患者救済を行った綱脇龍妙による明治40年代の記録³⁴⁾では

ある朝、十数里隔てた隣郡某村から、隣人たちが大勢して、二十六歳になる神経らいの、顔はすこぶる美しい色の白い娘を、戸板に載せて、夜通し担いできて、大騒ぎして戸板から降ろすところを、私が見ていると、その娘の片足が関節のところから、小さくくびれていて、その先の方は、大きな布きれで巻き立てて、しかその布が膿で固まって、プラリプラリと振れている。私は「これは切り落としてやった方が、いいに違いない」と考え、娘に承諾させて、走ってメスを持って来て、くびれている関節から、大胆に切断すると、簡単に訳もなく切れて、ポトンと大きな音を立てて、地面にころがり落ちた。

私は、その音を聞いて、なんとも形容できぬ哀しい感に打たれた。この医術の発達している世界に、らいとなればなぜに、かくも医師からまでも見捨てられ、一般の者もそれを当然のこととして、なんら怪しみもせぬのかと、眼に涙さえ溜まり、そうして医師でもない私が、かかることをせねばならぬかと、いよいよ哀しく残念にたえなかった。幾年もの間膿の出るのをぼろ布で巻き巻きしてかく大きくなったものらしい。この足より発する臭気の異常なのにも驚かされた。

綱脇は僧侶であるが、当時、ハンセン病救済を試みる医師は非常に少なく、貧困な患者は医療に

預かれず、綱脇はそれを憐れみ、宗教人としての救済を行っていた。

光田健輔によるンセン病患者の部落の様相については³⁵⁾

藤楓協会編『光田健輔と日本のらい予防事業』

本邦に於ける癩の多き部落は多くは山間交通不便の避村であつて、此部落は嫁取りもせず、随て血族結婚が盛んであつて、一村は祖先に遡れば皆血族的関係がある。然るに癩は元来伝染病であるにより一部落百人が百人襲われるものにあらず……遺伝の思想は村民に固着して、其醜態や其悪臭は忌み嫌えども御互に避け得べからざる運命と諦め、嫌や嫌やながらも交際を続け、患者は綿々として其村より絶ゆる時なき有様である。然るに斯の如き小部屋に一生を終るを快とせず、農村より都会へ続々進出し、相当の位置名望を得たる後さて結婚問題が起る。其出生地を調べ、あの村から生まれたならば、結婚すべきでないという破目になり、将来有為の青年も失恋の悲を味うが如きものがあり。自分の出生地を恨む青年男女を往々耳にする所である。

この他にも無数の記録があるが、それらの内容もほぼ同じで、この時代、浮浪する患者の悲惨な状況、遺伝病として認識がどのようなものであったかがわかるであろう。また、この他の資料から、浮浪する患者の多くは、元は自宅患者であったことがわかる。彼らは初めから浮浪するのでは無く、医薬に財産を使い果たし、その薬効無く、症状は悪化し、家族、親戚への迷惑を恐れ、差別に苦しみ浮浪患者となるのである³⁶⁾。

今日、自宅で暮らし得た患者の記録は非常に少なく考証が難しいが、浮浪患者以外の多くが、東京の板橋、新宿、深川、本所、田端、日暮里などの木賃宿に宿泊する者、歴史的にハンセン病が多発するハンセン病村に住む者、山窩と暮らす者³⁷⁾、裕福な患者は群馬県草津温泉などで温泉治療をするが、その多くは、故郷には戻れなかった³⁸⁾。³⁹⁾。家族共々、自宅に留まり得た患者も土蔵の奥や納屋の片隅でわらやぼろにくるまれ、血膿にまみれ、大声で苦痛を訴えることも許されず、涙にぬれて死を待つか、夜陰にまぎれて故郷を捨てて

放浪の旅にのぼらざるを得ないなどの様相を見せた⁴⁰⁾。以上は重症型の患者に多いと考えられるが、軽症の者は自宅で暮らし、農村では労働力として働き得た状況も在った。ハンセン病患者の状況を一律に考えることは出来ないが、一般的には患者は悲惨な状況に在ったと考えるべきであろうか。

明治期、患者観も変遷をみせる。1879年（明治12年）、殺人罪で処刑された高橋お伝は、「稀代の毒婦」と名をはせ、『高橋お伝夜叉譚（やしゃものがたり）』（仮名垣魯文）は大ベストセラーとなった。お伝の夫、波之助はハンセン病であり、彼女は夫の治癒を願うが叶わず、夫はお伝を恋する男、内山仙之助により毒殺され、彼女はそれを悲しみ、仙之助を殺害、彼女はこの罪により29歳で処刑場の露と消えた。この事件はその後、多くの虚構を生み、お伝は「毒婦」とされ、さらに、ハンセン病は暗く陰湿で奇怪なイメージとして強調されていった^{41, 42)}。

「人肉や骨壺の水がハンセン病に効く」といった流言飛語も生まれ、明治30年代には、「臀肉事件」が発生した。1902年（明治35年）3月、東京麹町の路地で、11歳の少年が両目をえぐられ、臀部の肉を切り取られて殺された。その三年後、野口男三郎が犯人として検挙されたが、彼はハンセン病であった義兄、野口寧斎（のぐちねいさい、漢詩人として有名であった、男三郎の妻はその妹）に人肉のスープを飲ませるために少年を殺害したと自供、これが「臀肉事件」である。しかし、この事件は証拠不十分で無罪、彼は他の罪で死刑となった⁴³⁾。この事件は現在、冤罪と考えられているが、この時期、ハンセン病患者への奇怪なイメージが定着し増強されていた事が理解できる。このような経過で、明治時代の患者観には「業病観」、「天刑観」、「家筋説」に加えて、淫乱、怪奇な虚構としてのイメージが付加されて行った。

6 近代医学の成立

医学は兵学と並んで幕末から明治維新期の西洋近代科学受容の窓口であり、近代国家の建設が急がれた時代にその中心的役割を担った。それはオ

ランダ医学の系譜である長崎医学校に始まり、プロシア陸軍軍医学校の系譜である東京大学医学部の成立により近代医学として成立し、国家医学として歩みを始めた。

長崎医学校は、わが国における近代医学の導き手であった長崎医学伝習所の伝統の中で1868年（明治元年）、長与専斉を学頭に開設され、オランダ人教師による医学教育が行われた⁴³⁾。それは日本の医学教育において初めて予備学の過程を設け、学生の資格を正し、学科の順序を定めたという点において重要であった。

一方、同時期、東京でも医学教育制度の創建が始まり、日本における近代医学の成立を目指した動きが加速されていった。それは、長崎医学校の流れではなく、国家医学の形成を目指した東京大学医学部設立の過程であった。1868年、明治政府は旧幕府の医学所に横浜の軍陣病院の移転を重ねて「大病院」を設立、医学制度設立の準備に入った。その後、「大病院」は1869年（明治2年）に「医学校兼病院」、同年に「大学東校」となった。しかし、ここまでの医学制度は長崎医学伝習の域を超えず、近代医学の導入には不十分なものであった。この認識の中、明治政府は1871年（明治4年）、文部省の設置と共に、プロシア陸軍上等軍医正、ドクトル・レオポルド・ミュルレルと海軍軍医正ドクトル・テオドル・ホフマンを招聘、「大学東校」を「東校」と改称、規則を大改正し、本校を欧州に模した高等教育機関として再編したのであった。二人のプロシア軍医は「東校」の教育の大改革を推進していった^{44, 45)}。

この時、ミュルレルの通訳であった三宅 秀は、彼等の教育について以下のように述べている⁴⁶⁾。

入沢達吉『楓菰集』

当時のドイツ式自由教育制度をとらず、主としてドイツ陸軍軍医学校の厳格なる教則に準じ、学生を寄宿舎に収容し、制服を着せしめ、毫も仮借することがなかったのである。教育上のことは、両人が実権をにぎり、日本官吏の口出しをゆるさず、教師は当初の条約文の写し持って思う存分に自分の主張を通したのである。

この資料からも当時の「東校」の教育の厳し

さ、その軍陣の様相を知ることが出来る。この中で最も重要なことは“ドイツ陸軍軍医学校の厳格なる教則に準じ”という点である。ドイツ陸軍軍医学校（プロシア陸軍軍医学校）はその正式名称を「フリードリッヒ・ヴィルヘルム医学・外科学校」（愛称：ペピニエール）といい、1796年、プロシアのフリードリッヒ・ヴィルヘルム二世によりベルリンに設立された。優秀であるが身分が低く、学費に恵まれない青年を受け入れ、全額給費、全寮制、厳格な規則を特徴とする軍医学校として、ウィルヒョウ、ベーリング、レフラー、ガフキー、などを輩出した名門であり、ドイツ医学の栄光期である19世紀後半から20世紀はじめにこの学校が果たした役割は絶大であった。それは、権力からの自由、学問の自由を有する当時の大学制度と相対し、国家政策の推進において有用な人材を育成する教育機関であった⁴⁷⁾。

近代国家建設を急ぐ明治政府はその国家統治システムとしてのドイツ式の立憲君主制を採用、同じく軍事においても、統帥権を天皇に置く、ドイツ式軍事システムを採用、この二者は民主主義の欠如、シビリアンコントロールの欠如を招き、その後、日清、日露戦争から太平洋戦争への軍国主義の要因となった。この流れの中で国家政策優先の医学（国家医学）が導入されたのはごく自然な成り行きと考えるべきであろう。また、それは学生たちの意識形成に大きな影響を与えたことはいうまでもない。

この中で医学生教育は進み、1872年（明治5年）、「東校」は「第一大学区医学校」と改称、1874年（明治7年）には「東京医学校」となり、1877年（明治10年）、「東京医学校」は、「東京開成学校」と合併し「東京大学」となり、法・理・文・医学部が設置され、「東京医学校」は、「東京大学医学部」となった⁴⁵⁾。そして、1879年（明治12年）、「東京大学医学部」は8年の長く厳格な教育期間を経て、東京大学初の医学士18人を送り出したのであった⁴⁸⁾。その後、多くの医学士が生まれ、やがて彼等の多くはドイツを中心として欧州に留学、帰国後、近代国家形成の原動力となっていった。

（1886年（明治19年）には「東京大学」は「新国大学」となり「東京大学医学部」は「帝国大学

医科大学」と改称、1897年（明治30年）、「帝国大学」は「東京帝国大学」へ、「帝国大学医科大学」は「東京帝国大学医学部」となった⁴⁹⁾）。

明治期には長崎医学校を始めとして、慶応義塾医学所、済生学舎、成医会講習所など多くの医学校があった（1879年（明治12年）、私立の医学校は25校）。これらは初等教育の上に専門課程を設けたもので、それに比して欧州に模した高等教育機関として再編された東京大学医学部は特異的な存在であった。前者は実用の医学、医学の速成を目指したものであったが、やがてその多くは医学教育制度の改革の中で衰退していった⁴⁹⁾。

1882年（明治15年）、太政官布達第四号にもとづく「医学校通則」の公布が行われ、医学校を甲種と乙種にわけ、甲種医学校は教師に医学士3名以上を有し、初等中学卒業以上の学力ある者に入学を許す修業年限4年以上の医学校、乙種医学校は医学士1名以上を有し、修業年限3年の簡易な医学校とするもので、甲種医学校の卒業生には無試験で開業免許が与えられ、乙種医学校の卒業生には医学開業試験の受験資格が与えられた。翌年には医術開業試験規則の大改訂が行われ、前期試験合格者にのみ後期試験の受験資格が与えられることになった。さらに後期試験にはこれまでの学説試験だけではなく実施試験、口頭試問が加えられることになった⁵⁰⁾。

1887年（明治20年）には、第一、第二、第三、第四、第五の高等中学校に医学部が新設され、各都道府県に医学校の設置が決まり、公立医学校を中心に帝大出身者が教官として着任していった⁵¹⁾（「医学校通則」の公布は後の“医育一元化”または“文政統一”といわれる帝国大学による医育の一元的支配の確立の端緒となった）。この流れの中で、当時、近代医学の中心であったドイツ医学が定着、欧州留学者の増加、帰国が進むと共に明治半ばには日本に近代医学が成立、その最初に、国家としての急務であった公衆衛生政策が進められ、この様相の中で土肥、山根の演説は為されたのであった。

7 日本における公衆衛生政策の進展

ここからは、日本の公衆衛生政策の進展を、明

治期を中心に整理し、ハンセン病患者の隔離の時代背景を理解したい。明治期は近代医学の成立期であると共に公衆衛生政策の進展期でもあった。日本では1822年（文政5年）、コレラが上陸、その死亡率の高さと急速な伝染力は「三日コロリ」などと呼ばれ人々から恐れられた。開国後の1858年（安政5年）からの再びコレラの大流行が始まり、江戸、京都を中心に多くの死者がでた（江戸では約4万人が死亡）。この流行に対し人々は無力で、「まじない」や「コレラ祭り」（京都では町ごとに毎夜踊りながら祇園社に詣でた）など神仏にすがりその救いを求めたという⁵²⁾。一方、長崎ではオランダ人医師ポンベが西欧式の防疫法を施行し、その流行を防いだ⁵³⁾。ここに感染症に対する西欧医学的防疫法が認められる契機となった。

明治維新後のコレラの流行は、1877年（明治10年）の「西南の役」からであった。「西南の役」には大量の兵士が動員され、戦線で発生したコレラが全国に流行を広げたのであった（死亡者約10万人）。政府は同年、「コレラ病予防法心得」を公布し、港湾での防疫および患者の避病院（一種の簡易な隔離病院である）への隔離、医師への届け出の義務と予防法の実施を義務づけた⁵⁴⁾。ここに西欧医学が本格的に導入され、欧米のコレラ治療法、防疫法が紹介され、それ以前に流行した伝染病とは違った対応が行われた。しかし、避病院への収容を拒む者も多く、政府は取り締まりを強化し、警察力により隔離を行った⁵⁵⁾。

1880年（明治13年）には「伝染病予防規則」が公布され、コレラのみならず、腸チフス、赤痢、ジフテリア、発疹チフス、天然痘に対し、その届出、報告、患者門戸への病名票の貼付、強制入院などが定められた。つまりは明治における公衆衛生政策は「隔離」に始まったと考えて良いであろう。この後、1880年代後半からコレラを中心とした公衆衛生政策は「交通遮断法」を含み再編され、やがては「消毒清潔法」の実施となり、明治の公衆衛生政策は隔離、交通遮断、消毒清潔を主としたものに変化していった⁵⁵⁾。

1895年（明治28年）には日清戦争（1894年（明治27年））からの帰還兵によりコレラが持ち込まれ大流行（死亡者約4万人）を招いたが、その

後、ドイツより北里柴三郎、森林太郎（鷗外）らが帰国、日本の公衆衛生政策の近代化に努めた。1904年（明治37年）の日露戦争時、国内でペストが流行、政府は「隔離法」、「交通遮断法」、「消毒清潔法」、「クワーランタイン」（感染拡大阻止を目的として患者の発生した家屋を焼き払う事、本来の意味は、ペストの流行に対し、流行地からの船を港で40日間の上陸禁止とし「検疫」を行うことであるが、日本においては感染の拡大阻止の手段として始まった）などでこれに対抗、その流行を小規模に抑えることに成功した⁵⁶⁾。その後、コレラも流行したが、公衆衛生政策の徹底により、その規模は次第に小さくなり、1916年（大正5年）の小流行を最後に、日本におけるコレラの流行はほぼ終焉した⁵⁴⁾。

このようにして明治期に日本の公衆衛生政策はその形を整え、様々な感染症の流行の抑制が（ある程度ではあるが）可能になりつつあった。この他に、上下水道の普及、衛生思想の普及（「公衆衛生キャンペーン」が行われ、衛生思想の啓発が行われた⁵⁷⁾）、明治期の戦争政策の中で疫病対策の強化もまた重要である。明治期の公衆衛生政策は内務省（衛生局、衛生警察）を中心に行われ、軍においては陸軍軍医部を中心に軍陣下における防疫対策が行われたのであった。この時代、近代医学は公衆衛生政策と共に歩み、やがてそれはハンセン病患者の隔離へと結びついて行った。またそれは、ハンセン病の社会悲劇に負うところも大であると考えべきであろう。

以上、明治期の隔離政策提唱の背景を近代医学の成立過程、ハンセン病患者の置かれた状況などを中心に述べた。次稿、「ハンセン病と医学Ⅱ」では「癩予防ニ関スル件」から全患者の隔離収容を目指した絶対隔離政策への進展の過程を考証して行きたい。

文 献

- 1) 土肥慶蔵：日本ノ癩病ニ就テ、日本皮膚科泌尿器科学雑誌 1:11-31, 1901.
- 2) E H アッカー・クネヒト：ウイルヒョウの生涯 pp130, サイエンス社, 東京, 1985.
- 3) 柳橋寅男、鶴崎澄則編：国際らい会議録 pp4-

- 69, らい文献目録編集委員会, 岡山県, 1957.
- 4) Wade H W, Ledowsky V : The leprosy epidemic at Nauru; a review, with data on the status since 1937. Int J Lepr 20:1-29, 1952.
- 5) Leiker DL: Epidemiological and immunological surveys in Netherlands, New Guinea. Lep Rev 31:241-259, 1960.
- 6) 林 文雄: 世界癩旅行視察記 pp23-24, 癩予防協会, 東京, 1942.
- 7) Mituda K: Leprosy therapy and its relapse. Lepr Rev 6, 1935.
- 8) 東京帝國大學醫學部皮膚科泌尿器科教室戊戌會編: 鶚軒先生遺稿, 戊戌會, 東京, 1932.
- 9) 日本皮膚科泌尿器科学雑誌 3:177-181, 1902.
- 10) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp265, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 11) 山根正次: 日獨比較改正傳染病豫防法論 付録 pp1-34, 清水書店, 東京, 1906.
- 12) 筒井八百珠: 癩病ニ就テ. 日本皮膚科泌尿器科学雑誌 1:316-322, 1901.
- 13) 桜根孝之進: 癩病ノ療法. 日本皮膚科泌尿器科学雑誌3:314-333, 1903.
- 14) テッド・M・グーゲリック、ミルトン・ブルームバウム: 隔離される病pp148, セパレーティングシックネス, 基金出版, 東京, 2000.
- 15) 内務省衛生局: 各国ニ於ケル癩予防法規, 内務省, 東京, 1920.
- 16) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp21-22, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 17) 山本俊一: 増補 日本らい史 pp2-5, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 18) 山本俊一: 増補 日本らい史 pp4-5, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 19) 金井清光: 中世の癩者と差別 pp9-18, 岩田書院, 東京, 2003.
- 20) 金井清光: 中世の癩者と差別 pp56-73, 岩田書院, 東京, 2003.
- 21) 山本俊一: 増補 日本らい史 pp9-10, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 22) 海老沢有道: 切支丹の社会活動及南蛮医学, 富山房, 東京, 1944.
- 23) 海老沢有道訳: 南蛮寺興廢記・邪教大意・妙貞問答・破提字子, 平凡社, 東京, 1964.
- 24) 富士川游: 日本医学史 pp28, 日新書院, 東京, 1931.
- 25) 酒井シズ編: 疫病の時代 pp127-129, 大修館書店, 東京, 1999.
- 26) 山本俊一: 増補 日本らい史 pp6, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 27) 酒井シズ編: 疫病の時代 pp129-135, 大修館書店, 東京, 1999.
- 28) 川上 武: 現代日本病人史 pp202-204, 勁草書房, 東京, 1988.
- 29) 金井清光: 中世の癩者と差別 pp70-73, 岩田書院, 東京, 2003.
- 30) 山本俊一: 増補 日本らい史 pp15-19, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 31) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp36-41, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 32) 犀川一夫: ハンセン病政策の変遷 pp32-36, 沖縄県ハンセン病予防協会, 沖縄, 1999.
- 33) 山本俊一: 増補 日本らい史 pp25-38, 東京大学出版会, 東京, 2000.
- 34) 国立療養所多磨全生園編: 創立50周年記念誌 pp91-92, 国立療養所多磨全生園, 東京, 1959.
- 35) 藤楓協会編: 光田健輔と日本のらい予防事業 pp167-168, 藤楓協会, 東京, 1958.
- 36) 癩患者の告白 pp1-438, 財団法人癩予防協会, 東京, 1934.
- 37) 川上 武: 現代日本病人史 pp217-219, 勁草書房, 東京, 1988.
- 38) 森 修一: 湯の沢部落と日本のハンセン病政策 (現代思想2003. 11), 青土社, 東京, 2003.
- 39) Mori S: The history of Yunosawa village and the leprosy policy in Japan - a study of a free medical-treatment area for leprosy patients - . Historia Scientiarum14:137-153, 2004.
- 40) 大竹 章: らいからの解放 pp1, 草土文化, 東京, 1970.
- 41) 大竹 章: らいからの解放 pp20-36, 草土文化, 東京, 1970.
- 42) 酒井シズ編: 疫病の時代 pp139, 大修館書店, 東京, 1999.
- 43) 長崎大学医学部編: 長崎医学百年史, 長崎大学医学部, 長崎, 1961.
- 44) 石橋長英: エルウィンフォンベルツ 日本お

- ける一ドイツ人医師の生涯と業績 pp58-70, 日本新薬株式会社, 京都, 1961.
- 45) 安井 広: ベルツの生涯 近代医学導入の父 pp5-10, 思文閣出版, 京都, 1995.
- 46) 入沢達吉: 楓荻集, 岩波書店, 東京, 1936.
- 47) E H アッカークネヒト: ウィルヒョウの生涯 pp5-7, サイエンス社, 東京, 1985.
- 48) 神谷昭典: 日本近代医学の定立 pp55, 医療図書出版社, 東京, 1984.
- 49) 神谷昭典: 日本近代医学の定立 pp148, 医療図書出版社, 東京, 1984.
- 50) 菅谷 章: 日本医療制度史 pp58, 原書房, 東京, 1976.
- 51) 神谷昭典: 日本近代医学の定立 pp146-150, 医療図書出版社, 東京, 1984.
- 52) 小林文広: 近代日本と公衆衛生—都市社会史の試み— pp2-3, 雄山閣, 東京, 2001.
- 53) 酒井シズ編: 疫病の時代 pp80-81, 大修館書店, 東京, 1999.
- 54) 酒井シズ編: 疫病の時代 pp83-86, 大修館書店, 東京, 1999.
- 55) 川上 武: 現代日本病人史 pp123-128, 勁草書房, 東京, 1988.
- 56) 小林文広: 近代日本と公衆衛生—都市社会史の試み— pp5-8, 雄山閣, 東京, 2001.

- 57) 小林文広: 近代日本と公衆衛生—都市社会史の試み— pp119-125, 雄山閣, 東京, 2001.

謝 辞

ハンセン病医学の進展についての歴史的検証には、東京大学大学院総合文化研究科、廣野善幸先生、日本ハンセン病学会の先生方、国立療養所沖縄愛楽園名誉所長 犀川一夫先生、国立療養所久光明園長 牧野正直先生のご協力を頂いた。諸先生に心より敬意を表したい。加えて、私達のハンセン病研究に多大な理解を示して下さった福島県立医科大学 錫谷達夫先生、橋本浩一先生、茂田士郎先生、木村純子先生、東京大学大学院総合文化研究科、岡本拓司先生、資料の貸与・提供に多大な尽力をして頂いた草津町立図書館、中沢孝之さんおよび職員の皆様、多磨全生園ハンセン病図書館、山下道輔さん、沖縄ゆうな藤楓協会の方々に心より敬意を表したい。

これらの一連の研究は日学科学技術振興記念財団の研究助成、及び、平成17年度国際医療協力研究委託費「技術協力を通じた発展途上国のハンセン病対策向上に関する研究」の分担研究「開発途上国におけるハンセン病対策の適正技術の開発に関する文献的研究」の補助金を受けた。

Leprosy and Medicine I

— Proposal of an isolation policy and its background —

Shuichi Mori*^{1) 2)}, Norihisa Ishii³⁾

1) Department of Microbiology, School of Medicine, Fukushima Medical University

2) Department of Basic Science, the Graduate School of Arts and Sciences,
The University of Tokyo

3) Department of Bioregulation, Leprosy Research Center,
National Institute of Infectious Diseases

[Received & Accepted: 9 Dec. 2005]

Key words : medicine, isolation policy, Keizo Dohi, leprosy, Masatsugu Yamane

The leprosy policy of Japan began from when the government enacted "law No. 11 (The leprosy prevention act)" in 1907 (Meiji 40) and several leprosy sanatoriums were built and the patient who wanders about was received. Then, in rise of totalitarianism, the isolation policy of Japan gained national support under a slogan "Patient Relief", and it would become the big factor to which enactment of "Leprosy Prevention Law" in 1931 (Showa 6) and leprosy policy changed to segregation which aimed at internment of all leprosy patients.

From today's research on the leprosy policy of Japan, it is internment of all leprosy patients, whole life isolation, social defense and neglect of patients' human-rights and led to many tragedy of patient. However, there is little research which can reply clearly to the question of whether the leprosy policy of Japan was really original and what the factors of led to the formation of the segregation policy.

This paper focuses on the relation between leprosy policy and medicine, and from this, I make clear the similarity, or peculiarity of the isolation policy between Japan and the vest of the world, and clarify the factors of progress of the absolute isolation policy.

The processes are historical and medical historical the verification of the relation between the formation of the national medicine and the progress of the isolation policy of Meiji Era, the proposal of the isolation policy by Dr. Keizo Dohi, Dr. Shibasaburo Kitasato, and Dr. Masatsugu Yamane, and the application by Dr. Kensuke Mitsuda, the decision to enact this policy and its support by the Health and Medical Bureau and the Department of the Interior, as well as many factors.

*Corresponding author :

Department of Microbiology, School of Medicine, Fukushima Medical University
Hikarigaoka 1, Fukushima, 960-1295, Japan
TEL:+81-24-547-1158 FAX:+81-24-548-5072
E-mail: s-mori@fmu.ac.jp

世界のハンセン病の将来戦略

鈴木幸一¹⁾、森 修一²⁾、石井則久¹⁾ *

1) 国立感染症研究所ハンセン病研究センター生体防御部

2) 福島県立医科大学医学部微生物学講座

〔受付・掲載決定：2005年11月25日〕

キーワード：世界保健機関，多剤併用療法，パートナーシップ，ハンセン病制圧，有病率

世界保健機関（WHO）は最近2006年から2010年までの5年間のハンセン病の活動戦略を発表した。ハンセン病の現状を総括し、現在は9ヶ国の制圧目標未達成であるが、近い将来ハンセン病制圧が達成されると考えられる。今後は患者の早期発見、正確な診断、早期治療、障害の予防、さらにハンセン病の活動が継続的に実施され、新規患者数の減少が期待されている。

世界保健機関（WHO）は西暦2000年までに全ての国でハンセン病制圧（有病率を1/10,000人以下）目標を立てたが、達成できなかった。期間を5年延期して2005年まで延長したが、2005年当初に9ヶ国の未達成国が残っている。それらの国々の達成に向けての戦略が必要である。また目標達成国においては一層の患者数減少に向けて継続的な戦略をたてる必要がある。

また、疫学の基礎となる患者数の把握や正確な診断、保健サービスの質の向上、障害予防など、今後多くの戦略をたてる必要がある。更に偏見・差別の解消などにも努めることが重要である。

今回、WHOが発表した、「ハンセン病問題のさらなる減少と制圧活動維持のための世界戦略－企画期間：2006年～2010年－（Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sus-

taining Leprosy Control Activities－Plan period：2006～2010－）」をWHOの許可を受け、日本語訳を行った（原著の著作権はWHOにある）。WHOの世界戦略を理解して頂き、大いに活用して頂きたい。

ハンセン病問題のさらなる減少と制圧活動維持のための世界戦略

（企画期間：2006年～2010年）

目次

略語

戦略の概略

ハンセン病の簡単な説明

1. 序論

1.1 ハンセン病制圧の主な成果

1.2 背景と理由

2. 現在の状況

2.1 世界的状況

2.2 WHO地域別状況

2.2.1 アフリカ地域

2.2.2 南北アメリカ地域

*Corresponding author:

国立感染症研究所ハンセン病研究センター生体防御部
〒189-0002 東村山市青葉町4-2-1

Tel: 042-391-8211 FAX: 042-391-8776

E-mail: norishii@nih.go.jp

- 2.2.3 南東アジア地域
- 2.2.4 東地中海地域
- 2.2.5 西太平洋地域
- 2.3 主な課題
- 3. 世界戦略の基礎的概念と指導原理
 - 3.1 ハンセン病制圧活動
 - 3.2 重要な事項
 - 3.3 指導原理
 - 3.4 目標
 - 3.5 主な目的
- 4. ハンセン病制圧活動の持続
 - 4.1 ハンセン病制圧活動を持続させる理由
 - 4.2 ハンセン病制圧持続のための活動
 - 4.3 ハンセン病制圧活動持続の仕組み
 - 4.4 持続性に関連した統合 (integration) の重要性
 - 4.5 統合 (integration) されるべき活動
- 5. 戦略面での事項
 - 5.1 疫学的状況
 - 5.1.1 制圧目標未達成の国々
 - 5.1.2 制圧目標達成した国々
 - 5.2 困難時、もしくは大惨事の状況下
 - 5.3 戦略に関する事項
 - 5.3.1 サービスの質の向上
 - 5.3.2 無料の多剤併用療法 (MDT)
 - 5.3.3 患者登録方法
 - 5.3.4 統合プログラムの一貫としての能力向上
 - 5.3.5 地域社会での認識と関わり合いの向上
 - 5.3.6 監視、指揮、および評価
 - 5.4 社会的公正の実現
 - 5.4.1 ハンセン病と人権
 - 5.4.2 性差
 - 5.4.3 特殊な環境集団への対応
 - 5.4.4 都市部のハンセン病
 - 5.5 患者のケア
 - 5.5.1 紹介サービスと長期医療
 - 5.5.2 障害 (impairments and disabilities) の防止と管理
 - 5.5.3 リハビリテーション
 - 5.6 研究
 - 5.7 パートナiership
- 6. 監視と評価のための指標

- 6.1 監視の進捗に関する主な指標
 - 6.1.1 毎年の新規患者数とその割合
 - 6.1.2 治療完了率と治癒率
- 6.2 患者発見に関するその他の指標
- 6.3 患者管理およびフォローアップに関する指標
- 7. ハンセン病サーベイランスシステム
 - 7.1 報告システム
 - 7.2 プログラムのレビュー
 - 7.3 薬品供給のデータベース
- 8. 2010年までに期待される成果
- 9. 参考文献

略 語

- BCG bacillus Calmette-Guerin
- IEC 情報、教育、コミュニケーション
(information, education and communication)
- MB 多菌型 (multibacillary leprosy)
- MDT 多剤併用療法 (multidrug therapy)
- NGO 非政府組織
(nongovernmental organization)
- PB 少菌型 (paucibacillary leprosy)
- WHO 世界保健機関
(World Health Organization)

戦略の概略

ハンセン病対策の主要な理念が、早期発見と多剤併用療法 (MDT) による効果的な化学療法による治療にあることは、今後数年間は変化しないであろう。今後も、偏りなく、広く、容易に利用しやすい患者への良質なケアを供給することが重要であることは変わらない。現時点では、ハンセン病制圧戦略に大きな変化をもたらすような新たな技術情報は存在しない。

しかし、ハンセン病対策に関係する団体、医療従事者と受給者の姿勢や、全ての関係者間で取り決められていることなどにおいて、思い切った変革を行うことが急務である。

この戦略の主要な要素は以下の通りである。

- ・全ての流行国におけるハンセン病制圧活動を維持する。
- ・新患発見を活動の主な指標とする。
- ・全ての流行地域での正確な診断、患者の管理、それらの記録、および報告を確実にする。
- ・日常業務や紹介サービスを強化する。
- ・キャンペーン的な手法を取りやめる。
- ・家庭や地域に基づいた、統合され、地域に相応しい障害の防止とリハビリテーションに関するサービス面への対策に有効なツールと手続きを開発する。
- ・持続可能な方策の実施をより改善するための戦略的研究を促進させる。
- ・あらゆるレベルの協力者と協調した支援的作業体制を奨励する。

この方策は、ハンセン病患者による身体的および社会的問題が、全世界でなくなるという、ハンセン病対策の共通目標に向けて働く全ての人々の支援と献身的姿勢が必要である。

ハンセン病の簡単な説明

ハンセン病とは、らい菌による慢性の感染症である。らい菌は通常、皮膚や末梢神経に障害を与えるだけだが、広範な臨床症状を引き起こすこともある。ハンセン病は細菌の量により、少菌型(PB)と多菌型(MB)に分類される。PBは5個以下の低色素性、無痛性の皮膚病変(白色あるいは紅色)を有する比較的軽い病型である。MBは6個以上の皮膚病変で、結節、小さな斑、真皮の肥厚や浸潤局面、そして時には鼻粘膜を巻き込み鼻づまりや鼻出血を起こす。また、特定の末梢神経にも病変が及び、この場合は特徴的な障害を起こす。大部分のPBとMBでは診断は難しくないが、一部の無痛斑を欠くような疑診例では、末梢神経検査やスリットスキンスメアー(皮膚スメア検査)などを実施可能であれば、これらの検査を専門家によって実施すべきである。

感染性の疾患の中でも、ハンセン病は、不可逆

的な身体障害を引き起こす代表的疾患である。神経に損傷が起きる前の早期発見と治療は、ハンセン病による障害を抑えるための最も効果的な方法である。らい反応や神経炎など、ハンセン病の合併症への適切な対処は、さらなる障害への進展を防ぎそれらを最小限に抑えることができる。ハンセン病とそれに関連した変形は、社会的な恥辱とみなされ、多くの地域社会において患者や家族に対する偏見・差別をもたらした。らい菌感染の詳細は不確定のままであるが、多くの研究者は、らい菌は鼻汁を介した感染によって人から人へと伝播すると考えている。ハンセン病の潜伏期間は細菌性の疾患としては非常に長く、一般的に5年から7年である。発病が最も多い年齢層は成人期(通常20歳から30歳)であり、5歳以下の子供が発症することは希である。らい菌の主要な宿主および保有体は人類であると考えられているが、アルマジロなど他の動物が感染を起こし得る保有体であるとの証拠も示されてきた。これらの証拠の疫学的意義は明らかではないが、おそらく北アメリカを除く国々では非常に限られているであろう。また、結核とは異なり、HIV感染症とハンセン病との関連を示唆する証拠はない。BCGワクチンはハンセン病に対してある程度の予防効果があることが知られている。

1. 序論

WHOの戦略プラン、ハンセン病制圧2000-2005¹⁾は、ハンセン病によって引き起こされる様々な難題を抱える流行国に、これらの解決に真剣に挑む姿勢を支援し促進させた。この戦略の最も重要な要素は、ハンセン病制圧活動がそれが必要としている人々に身近な保健施設で提供され、利用しやすいものにするのであった。(ハンセン病制圧活動の内容には、診断、多剤併用療法(MDT)による治療、患者とその家族のカウンセリング、地域教育、障害の予防、合併症に対するリハビリテーションや紹介などを含む。)広い範囲でこの戦略案を実施することにより、ハンセ

注：¹World Health Organization. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005* (document WHO/CDS/CPE/CEE/2000. 1). Geneva, 2000.

ン病活動範囲が広がり、多くの発見されていなかったハンセン病患者を保健施設で治療することができた。しかし、多くの流行国では、方策の実行は緩徐なものであった。さらに、専門家や専門施設への依存により、その地域で働く一般保健職員たちが、彼ら自身の地域におけるハンセン病対策に対する義務遂行能力を得るため必要とされる権限や十分な能力の形成が制限されてしまった。戦略案2000-2005は、国単位での発症率を人口10,000あたり1人以下に減少させ、ハンセン病を公衆衛生問題でなくすことを目標とした。ハンセン病問題のさらなる減少と制圧活動維持のための世界戦略案2006-2010はこの発展版であり、ハンセン病問題をさらに減少させていくと共に、残された課題の解決に挑むための方策である。

ハンセン病対策の主要な原則は「有病率対策」、すなわち新患の早期発見、MDTという効果的化学療法による治療、障害の予防、そしてリハビリテーションである。この原則は今後数年間は変わらないであろう。また、診断と治療のサービスが公平に、手頃な価格で、そして身近な場所で提供できるよう引き続き力を注がなければならない。現在、これらの方策に大きな変化を及ぼすような新しい技術や情報は存在しない。

この文書では、世界戦略の概観を述べる。実行上でのより詳しいガイドライン（2005年中に発行予定）とともに、各国は、その国に適した戦略や企画を作り出すことができるであろう。

1.1 ハンセン病制圧の主な成果

過去20年間にわたるハンセン病による世界的問題減少における重要な成果は、ハンセン病に対する闘いの歴史の中での2つの主要な出来事の結果である。最初の出来事は1981年にWHOのハンセン病化学療法研究グループが、MDTをハンセン病の標準治療法にすることを推奨したものであった¹。この多剤併用による治療法の成功が1991年に2つ目の出来事へと導いた。それは、第44回世界保健会議（World Health Assembly）が、2000

年末までに、公衆衛生上の問題からハンセン病を根絶すること、つまり、人口10,000人あたり1人以下の有病率に到達することを決議文WHA44.9,²で公開したことであった。

- ・1985年から2005年の初頭にかけて、1,400万人以上のハンセン病患者を診断し、MDTによる治療を終了した。また、これらの患者の再発は極めて少なかった。
- ・人口10,000人あたり1人以上のハンセン病患者が存在していた国が1985年では122ヶ国であったのに対して、2004年初頭には9ヶ国へと減少した。
- ・ハンセン病サービスが十分に行き届いていなかった地域と人々に対するサービスが劇的に増加した。
- ・1995年以降、全ての流行国でWHOを通じてMDTの薬品を無料で供給できるようになった。
- ・全ての流行国で、ハンセン病への関心や意識や政治姿勢が深まった。
- ・ハンセン病対策業務を統一し、一般保健サービスに取り入れるという姿勢が徐々に受け入れられるようになり、また、多くの国々ではこれを政策としてすでに実施している。

1.2 背景と理由

今後もハンセン病対策を維持し続けるという観点からは、これまでのキャンペーン的なハンセン病制圧手法から、早期発見、MDTによる治療、障害の防止やリハビリテーションなども含む、長期的に持続可能な質の高いハンセン病対策を行う必要がある。この方針は、制圧キャンペーンにより広まったハンセン病への関心、政治的姿勢や一般的な保健関連機関の参加を効果的に活用できる好機である。

ハンセン病による問題は以前に比べて大幅に減少したが、多くの流行国において新たな患者がこれからも現れ続けるであろう。2005年以降のハンセン病制圧の主要素は、これからも早期発見と患

注：¹World Health Organization. *Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO Study Group* (WHO Technical Report Series, No. 675). Geneva, 1982.

注：²www.who.int, "Governance" にてオンライン利用可能（2005年6月8日）。

者の治療であり続けるだろう。保健機関などは、これらの地域において、今後も一定期間はハンセン病対策のための良質なサービスを提供し続けなければならない。さらに、ハンセン病やその管理方法の専門的知識は、国家や地域のレベルで維持されていく必要がある。このような専門的なユニットは、国家保健計画全体の一部としての技術面や活動調整面において、ハンセン病管理の一翼を担うための役割を果たさなければならない。しかしながら、このような専門的なユニットは、その他の各国特有の感染症対策のために提供されているサービスと統合するのが最も効果的である。また、通常、保健省内に設置されることが多い中枢部門が、支援、政策立案、技術面での指導や訓練、計画、監視と評価において責任を持つべきである。

中間的レベルの一般保健政策においても、技術面での指導、アドバイス、（病院における）紹介サービス、および研究などを行うための専門的知識が利用できなければならない。その地域の状況（例えば、ハンセン病の発見率と有病率、様々な医療関係者の訓練の有効性とそのレベル）によって、各国や地域は、どのレベルの医療システムにおいて、専門的支援が利用可能であるかを検討しなければならない。既に有病率が非常に低くなっている流行国や地域では、このような集団の活動が、対ハンセン病サービスをその地域に提供する唯一の効果的な方法であると考えられる。

これまでに達成してきたことを今後も維持し続けると同時に、再発や、特にリファンピシン（RFP）などの薬剤に耐性が発生した場合すぐに対応できるように、継続した警戒や監視が必要である。それに加え、より深刻な健康上の問題が存在する中で、これからさらに減少していくと考えられるハンセン病問題に、市民や政府の興味を現在のレベルで維持し続けるのは難しくなるだろう。

鍵となるのは、ハンセン病制圧活動に重要な全ての要素を、利用可能なプライマリーヘルスケアシステムに統合的に組み込むことである。これには、ハンセン病の合併症や長期介護に対応するための、統合された紹介施設の利用と強化が含まれ

なければならない。このような戦略は慎重な計画立案が必要であり、各地域でのハンセン病問題の程度や適切な保健構造基盤の利用可能状況により、同じ国家のなかでも国または地方レベルでの異なるアプローチが必要となるであろう。

したがって、加盟国、WHO地域とその協力者達との協議により、ハンセン病が存在する全ての地域でのハンセン病制圧活動が維持されることを目標としてこの世界的戦略が立ち上げられた。これは、制圧戦略による成果を維持すると同時に、全ての流行国でのこの疾患が持つ問題を減少させることだろう。

2. 現在の状況

WHOは、様々なWHO地域や国において、登録された有病率や新規患者のデータを定期的に収集している。これらのデータは、新規患者数の検出、治療および登録方法の変化や、いくつかの作業過程などの影響を受けることが知られている。

2.1 世界的状況

この20年間で、全世界のハンセン病患者数は90%近く減少した。2004年初頭にハンセン病治療のために登録された患者数は約46万人にすぎず、2003年の新規患者数は約50万人であった（表1）。

新規患者の登録人数は1998年に804,000人とピークに達し、約750,000人へと低下した後、2002年に約621,000人へ、2003年では515,000人へと減少した（表2）。

表3は、ハンセン病制圧戦略の目標である治療のため登録されたハンセン病患者数が10,000人あたり1人を上回っている9カ国における2004年初頭の有病率と2003年の新規患者数を最新情報に基づいて示している。これらの合計は、2003年に見い出された全世界の新規患者数の88%、2004年初頭での全世界の登録患者数の84%を占める。これらの国々は、アンゴラ、ブラジル、中央アフリカ、コンゴ民主共和国、インド、マダガスカル、モザンビーク、ネパール、タンザニアである。

表 1. 2004年初めのWHO地域でのハンセン病状況（ヨーロッパ地域を除く）

WHO 地域	2004 年初頭(1 月 1 日)の登録患者数 (有病率：1/10,000)	2003 年の新規患者数 (新患発見率：1/100,000)
アフリカ地域	51,233 (0.8)	47,006 (7.2)
南北アメリカ地域	86,652 (1.0)	52,435 (6.2)
南東アジア地域	304,296 (2.0)	405,147 (26.5)
東地中海地域	5,780 (0.1)	3,940 (0.8)
西太平洋地域	10,449 (0.1)	6,190 (0.4)
合計	458,428	514,718

表 2. 2001年から2003年にかけて発見された新規患者数（ヨーロッパ地域を除く）

WHO 地域	登録新規患者数		
	2001 年	2002 年	2003 年
アフリカ地域	39,612	48,248	47,006
南北アメリカ地域	42,830	39,939	52,435
南東アジア地域	668,658	520,632	405,147
東地中海地域	4,758	4,665	3,940
西太平洋地域	7,404	7,154	6,190
合計	763,262	620,638	514,718

表 3. 2004年の初頭で制圧目標に達していない国々

国名	2004 年初頭の登録患者数 (有病率：1/10,000)	2003 年の新規患者数 (新患発見率：1/100,000)
アンゴラ	3,776 (2.8)	2,933 (22.1)
ブラジル	79,908 (4.6)	49,206 (28.6)
中央アフリカ	952 (2.6)	542 (14.7)
コンゴ民主共和国	6,891 (1.3)	7,165 (13.5)
インド	265,781 (2.4)	367,143 (34.0)
マダガスカル	5,514 (3.4)	5,104 (31.1)
モザンビーク	6,810 (3.4)	5,907 (29.4)
ネパール	7,549 (3.1)	8,046 (32.9)
タンザニア	5,420 (1.6)	5,279 (15.4)
合計	382,601	451,325

2.2 WHO地域別状況

2.2.1 アフリカ地域

近年、年間の新規患者数は、アンゴラ、コンゴ民主共和国、マダガスカル、モザンビークとタンザニアなどの国々で増加している。これまでに安全保障面での不安要素のため、ハンセン病制圧活動を進めにくかった国々における努力の成果が反映されたものと考えられる。また、内戦が起きている国々でハンセン病制圧活動を活発化させるためには、さらに特別な努力を必要であろう。

2.2.2 南北アメリカ地域

この地域のデータ分析は、保健行政の拡大や症例の定義や登録方針が異なるために非常に困難である。ブラジルがこの地域におけるハンセン病問題の中心となっている。2004年において有病率は大きく減少したものの、ここ数年、ブラジルにおける新規患者数が減少する傾向は見られていない。

2.2.3 南東アジア地域

この地域が世界におけるハンセン病の主要な問題を抱えている。近年、インド、バングラデシュ、ミャンマーなどの地域では、新規新患者数は減少しているが、インドネシアにはそのような傾向は見られず、ここでの新規患者数の傾向には過去3年間あまり変化がない。

2.2.4 東地中海地域

有病率や新規患者数の動向は、この地域の大多数の国において、ハンセン病はもはや大きな保健問題ではないことを示している。しかし、国内の不安定な状況により、アフガニスタン、ソマリア、スーダンの南部と西部ではハンセン病対策が大幅に遅れている。

2.2.5 西太平洋地域

この地域のほとんどの国でハンセン病は減少した。中国、フィリピン、ベトナムは年間1,000人以上の新規患者数を報告している。

2.3 主な課題

- ・有病率が1人以下という目標に達していない国々が、達成に向けて前進し続けること。
- ・非流行国で、統合されたハンセン病サービスの質を維持し続けること。
- ・サーベイランス、薬品供給体制、情報、教育

とコミュニケーション（IEC）、一般医療スタッフの職務に関する能力の育成、および効率的な紹介ネットワークの強化。

- ・ハンセン病に伴う障害問題の程度を評価し、統合された環境下で障害防止やリハビリテーションに関する適切な器具や方策の開発を進めること。
- ・行政サービスが十分行き届いていない地域やコミュニティにおいてハンセン病制圧活動を拡大させる。
- ・患者とその家族に対する偏見・差別の減少をさらに進め、時代遅れの法律の改正や廃止を加速させる。
- ・いくつかのプログラムの新規患者数で見られる性による不均衡を減少させる。
- ・相互信頼、平等、および共通の目的意識に基づいた効果的協力関係の形成。
- ・地域が直面するより重要な保健上および開発上の課題との比較の上で、ハンセン病に対して適切な優先順位を確定すること。
- ・その他の課題に対する優先事項や資材の移動に関連した外的資源分配の適切な優先順位を確保すること。

3. 世界戦略の基礎的概念と指導原理

3.1 ハンセン病制圧活動

ハンセン病制圧活動とは、計画的な努力により新患発見率と有病率を減少させ、その結果としての罹患率や死亡率を地域に受け入れられるレベルに抑えるための活動を指す。得られた制圧状態を維持するには、引き続き積極的に介入していく必要がある。保健機関によるハンセン病対策活動では、診断、MDT、患者とその家族のカウンセリング、地域での教育、障害の防止、リハビリテーションと合併症患者の紹介などが必要である。

「サービス (services)」という言葉でそれぞれの国の言葉に直訳すると混乱が生じる場合があるかも知れない。なぜなら、「ハンセン病対策 (leprosy services)」を、縦割りのハンセン病プログラムと誤って解釈されるからである。このような混乱が起きた際には「ハンセン病活動 (anti-leprosy activities)」という別な表現を用いるこ

ともできる。

3.2 重要な事項

- ・新規患者発見とその治療、BCGワクチン、および社会経済状態の改善によりハンセン病問題を減少させる事。
- ・地域が直面するより重要な保健上および発展上の課題との比較の上で、ハンセン病に対する適切な優先順位づけ。
- ・その他の課題に対する優先事項や資源の移動を配慮した外的資源の適切な優先順位づけ。

3.3 指導原理

- ・早期発見とMDTによる治療対策がハンセン病対策の土台である。
- ・一般保健スタッフを含めた統合的アプローチ。
- ・ハンセン病対策のための継続的政治姿勢と適切な資材。
- ・地域社会の積極的な受け入れと、連携、参加。
- ・合併症や長期にわたる看護のための紹介業務を含む、誰にとっても簡単に利用しやすい良質なハンセン病制圧活動の準備。
- ・全てのパートナーと一緒に働くことの了解と同意。
- ・この世界戦略は、戦略案2000-2005の制圧運動を持続し、流行国における発生頻度を減少させなければならない。特に、未だ大きなハンセン病問題を抱える9ヶ国に対して注視すべきである。
- ・この世界戦略は、国際機関の支援、各国の継続的な参加・協力、資材提供でハンセン病制圧活動の持続が確実になる。
- ・この世界戦略は、それを総意として受け入れるとともに、関係する地域、各国政府、国内外のNGOの間での強力な協調精神による支援があって初めて成功する。
- ・ハンセン病を取り巻く問題が世界各地で異なるため、この世界戦略は、各国政府がそれぞれの国に特有の目標や課題を作成し、利用しやすく、早期発見や治療の達成が保証されるような効果的実行計画を立てることを奨励し

ている。各国の当局に、この世界戦略を各国の疫学的状況、財政面、資材の入手可能性や、現存する地域保健システムに適するように順応させることを奨励する。

3.4 目標

この世界戦略の目標は、ハンセン病に伴うさらなる問題を減少させ、平等と社会正義の原則に沿って、全ての関連する地域において良質のハンセン病対策を供与することである。

3.5 主な目的

- ・ハンセン病に罹患した人々への良質なサービスの提供。
- ・紹介施設や監視機構を含む、現存する地方の保健基盤を用い現在実行中のハンセン病制圧活動を集約あるいは分散させることによる対費用効果の向上。
- ・世界、国及び地域レベルでの全ての協力者との共同活動の増加と政治姿勢の維持。
- ・ハンセン病に罹患した人やその家族への偏見・差別の減少と支援の強化。
- ・サーベイランスシステムの管理監督業務の強化。
- ・ハンセン病を一般保健活動に統合し、保健従事者の能力を育成。

4. ハンセン病制圧活動の持続

持続性 (sustainability) とは、プログラム内容と地域の金銭的負担が共に適正で、対策の継続と保健上の問題のさらなる減少をもたらすようなサービスの質とその範囲を維持するようなプログラムを実効できることである。

4.1 ハンセン病制圧活動を持続させる理由

- ・これまでに達成された成果を維持しなければならない。
- ・診断、治療および介護を必要とする新たな患者がこれからも発生し続けると考えられる。
- ・らい反応や再発を発見し、薬剤耐性や再燃の発生を防止する必要がある。
- ・ハンセン病によって苦しんだり、らい反応や

ハンセン病関連の障害を起こす危険性を持つ人々が未だ多く存在する。

4.2 ハンセン病制圧持続のための活動

ハンセン病対策による保健上の利益を持続するため、「良質なハンセン病制圧活動」には以下のことがらを含むべきである。

- ・自己受診 (self-reporting)、IEC、保健行政での能力育成に対する地域社会の認識形成：
 - ・末端医療機関における早期診断－知覚のないPBとMBの早期例。
 - ・鑑別症例について精査のための紹介。
- ・患者管理：
 - ・わかりやすく、かつ弾力的な方法で供給される無料のMDT。
 - ・患者とその家族のための効果的なカウンセリングとIEC。
 - ・合併症の認識と管理。
 - ・合併症介護のための必要に応じた紹介。
 - ・再発が疑われる場合の適切な対応。
 - ・神経障害がある患者の障害防止と自己管理（基準に合致して作られた義足など）。
 - ・地域に基盤を置いたリハビリテーションプログラムへの参加。
 - ・必要である場合、専門家によるリハビリテーション介入への紹介。
- ・平等と社会正義：
 - ・ハンセン病患者が全ての保健施設で他の患者と同じ扱いを受けること。
 - ・プライバシーと秘密性の保持。
 - ・偏見・差別解消のための市民への呼びかけと情報提供。
 - ・障害者のための行政の対応（障害者年金など）。

4.3 ハンセン病制圧活動持続の仕組み

- ・他の疾患のための紹介網提供サービスによる支援が充実しているような現存の一般的保健行政への統合。
- ・医学や医療関連学校での教育、動機付け、実作業指導、および再教育や技術的監督を通じた医療従事者の能力や適性の育成。地域での関心の増加とIECや地域参加による能力育

成。

4.4 持続性に関連した統合(integration)の重要性

ハンセン病活動を持続させることにおいて、統合とは一般的医療機関をハンセン病制圧活動に積極的に関与させることを意味する。一般医療機関は、日常活動の一部として、当該地域のハンセン病管理全般について責任を負うことになる。しかしながら、各国の一般医療政策の構成や資源に応じて、ケアの性質や関与するスタッフの種類は異なってくるだろう。

このような取り組みの背景にある考えは、一般医療機関は広くあらゆる場所にあり、各地域で住民と密接な関わりがあるので、これらをハンセン病対策についても関わらせることができれば、患者発見や管理が容易で、地域社会にこの疾患についての喚起を促すことが出来るからである。新しい業務のために一般の医療従事者を訓練するのに必要な費用は別とすると、統合プログラムに必要な費用は、ハンセン病に限定した特殊プログラムよりもはるかに少なく済むと見積もられる。

このように統合は、効率と効果を改善し、資源を最大限に利用し、公正性を高め、偏見・差別をなくし、長期にわたる持続性を確実なものにするであろう。

4.5 統合(integration)されるべき活動

- ・ハンセン病に関連する職務と機能の全てであるが、これらは常に既存の医療施設で行われ、隔離(segregation)することなく、また可能な限りハンセン病特有の施設や機関の利用を避けるべきである。
- ・計画、情報システム、訓練、監督、等の管理と支援活動の全て。
- ・専門医への紹介、地域支援、住民に知識と認識をもたせる活動、その他の資源の共有等の組織構成の全て。
- ・ハンセン病とその制圧についての理解を深めてもらうための基本的および戦略的研究の普及促進活動。

5. 戦略面での事項

5.1 疫学的状況

5.1.1 制圧目標未達成の国々

制圧目標を未達成の国々については、この文書で薦められる戦略に従い、数年のうちにその国における疾病問題を減少させる目標を達成する取り組みを続ける必要がある。この目標を2005年以降の長期計画に組み込んだ国々は、下記第6章に記された事項に加え、“有病率”を主要な尺度として、この目標を遂行することが望まれる。アフリカ諸国における警備安全上の問題など、これらの国々のうちいくつかは大変困難な事態に直面している。ハンセン病制圧目標達成後も、長期に亘って相当数の患者が現れることを考慮して、これらの国々では、ハンセン病制圧活動を将来的にも維持していく必要があることを認識しなければならない。

5.1.2 制圧目標達成した国々

現在、新患発症数がかなり少ない国々（例：東地中海・西太平洋諸国の一部）などにおいて、細部にまでわたってハンセン病の管理全般を維持しつづけることは、非合理的で経費がかかり実用的ではない。そのため次の段階として、専門的なハンセン病治療のための紹介施設を設けることが、広い地域をカバーすることを可能とし、対費用効果を向上させる。

このプログラムをさらに効率化するために、これらの専門施設を、既存の一般の健康管理を行う施設（例：皮膚科、神経科、整形外科など）に統合する必要がある。そして各地方の医療関係者による診療や管理をしやすくするために、適切な紹介施設を州、県、自治体単位で認定しておくべきである。また、地方における活動は一般保健監督者によって管理されるべきである。

5.2 困難時、もしくは大惨事の状況下

一部の国では社会情勢が不安定であったり、軍事行動などの困難な状況に直面している。医療全般の機能もこのような状況下では継続が大変困難になる。しかし、そのような人的かつ国家的な問題点を乗り越えるためのガイドラインは存在す

る。ハンセン病制圧活動はそのような取り組みのもとで行われる必要が生じるであろう。

5.3 戦略に関する事項

5.3.1 サービスの質の向上

それぞれのプログラムは、ケアの質一般医療スタッフの数や能力、利用可能な資源などを考慮して、それぞれに対応した個々の基準を設定する必要がある。これらは、質の指標（下記6章参照）として定められた目標を反映したものでなければならない。

患者への対応の質は、プログラムによって提供された技術的監督の質に左右される。さらに、効果的な紹介制度を強力に支援・活用することにより、統合されたハンセン病サービスが向上する。

5.3.2 無料の多剤併用療法（MDT）

早期の症例発見とMDTは、依然として予測可能な将来の世界戦略の主要な要素となるであろう。そのためには、流行国だけでなく世界レベルでのMDTの質と供給の維持が必要である。1995年以来、日本財団とNovartis社の絶大で寛大な寄付のおかげで、WHOは無料のMDT薬剤の世界最大の提供者に成長した。今や、ますます多くの国々が、ハンセン病制圧プログラムで利用する良質の薬剤の唯一の提供者として、WHOに依存している。Novartis社は2005年以降も無料でMDT薬剤を提供し続けることを約束している。WHOが提供するMDTを利用している国は現在100ヶ国以上にも上っており、毎年定期的にMDTの発送を受けている主要な流行国に加えて、発症が少ない国々もWHOにMDTの援助を受けている。

5.3.3 患者登録方法

患者の登録の際には以下の点に留意すべきである：

- ・治療期間に関してWHOおよび各国の指針を守る。
- ・一次保健管理レベルにおいて、治療のための登録を定期的に更新する。
- ・環境や利用可能なサービスを考慮した上で、患者の必要に応じた適切な訪問スケジュールの選択肢をいくつか用意する。
- ・日常的なカウンセリングや離脱者の検索とフォローアップを行う。

・治療終了者を新規患者として再登録しない。

5.3.4 統合プログラムの一貫としての能力向上

ハンセン病支援を改善し維持するための主要な戦略は、末端の一般保健職員と地域医療ボランティアに、村々のレベルでハンセン病対策業務活動に関わってもらうことである。ハンセン病支援を行っている全ての医療施設において、一般保健職員のための簡略化されたガイドラインを利用可能にすべきである。流行国の保健職員のために医療や医療補助訓練を行う組織では、ハンセン病をそのカリキュラムに含め、それによって、新しい世代の職員が将来においてもハンセン病制圧支援を維持することができるようにすべきである。

5.3.5 地域社会での認識と関わり合いの向上

地域住民にハンセン病の認識を広める活動の中で最も重要となるのは、ハンセン病という病気そのものや、それが治療可能であるということ、そして最寄りの医療施設で受けられるサービスについての正しい知識を提供することである。このようなIEC努力の目的は、新規患者の自己受診を奨励するとともに、患者やその家族が受ける偏見・差別を少なくすることである。ほとんどのプログラムはマス・メディアを含む様々な通信媒体を利用してきた。これらの有効性を疑う意見もあるが、その疑いを支持する明らかな証拠もない。一方、人と人との間のコミュニケーションが、ハンセン病に関する正しい知識を広めるために現在も最善の方法だという少なからぬ証拠は存在する。

5.3.6 監視、指導、及び評価

統合されたプログラムでは、他の疾患に関するデータも集め報告しなければならないので、ハンセン病に関して提供できるデータの量は限られている。したがって、ハンセン病に関して集められるデータは基本的で、最小限のものに限られるべきで、形式としては地方保健組織で使用される毎月の死亡率や罹患率などの月例の報告様式の一部になるべきである（第6章参照）。

しかしながら、通常の監督業務の一環として、あるいは標本抽出のための独立したチームとして、患者発見とケアの質の指標を評価するために、定期的に特別な監視行為を実行するのも良いだろう。

5.4 社会的公正の実現

5.4.1 ハンセン病と人権

基本的人権とは、生存の権利、人としての尊厳、法の下での平等、そして、非人道的もしくは名誉を傷つけるような扱いからの開放を含む。これらは、多くの国家において憲法で保障される権利に取り入れられてきた。ハンセン病患者にとって最も重要な人権は、人間としての尊厳を保つ権利と、適切な治療を等しく受ける権利である。近年のハンセン病治療におけるMDTの有効性と熱心な支援活動によって、患者に対する世間の態度も多くの地域で改善されてきた。しかし、多くの国ではハンセン病に関連した偏見は完全には払拭されていないのも事実である。一部の国では、女性のハンセン病患者への差別が非常に大きく存在する。また、雇用に関して、ハンセン病に伴った法律や法的基準がある場合は直ちに廃止されなければならない。

5.4.2 性差

ハンセン病は女性より男性に患者が多い地域があるが、これは例外なく正しいわけではない。全てのプログラムは、地域の全ての構成員が手軽に、そして公正にハンセン病のサービスを受けられることを保障すべきである。

5.4.3 特殊な環境集団への対応

この計画の最も重要な点が、ハンセン病対策プログラムを全ての患者に等しく行き渡らせることにあり、訪問しにくい地域に住む患者や、特別な状況下に置かれ取り残された患者達にも手を差し伸べるようにすることが大切である。特に優先する事項として、困難な場所や状況下で生活している要治療患者を見つけ出すことであり、第二にその患者達がMDTを決められた期間内服することが大切である。このような患者達にハンセン病のサービスを提供するためには、主に実行上の解決法を含む革新的で実践的な戦略が必須である。もし計画が保健構造基盤の弱い、もしくは存在しない状況で行われる場合は、独立独歩と自助を促進するよう、地域社会と草の根組織が一体となって活動を支えることができるような特別な戦略が必要である。

5.4.4 都市部のハンセン病

都市部でのハンセン病対策は、基本的に農村部