

表2 Hansen病を鑑別するきっかけ

1. 繰り返す熱傷：温度覚障害の可能性
2. 繰り返す外傷：痛覚障害の可能性
3. 環状紅斑：特異疹の少ないHansen病の中で、比較的多い皮膚症状
4. 手指の屈曲：尺骨神経などの運動障害の可能性
5. 閉眼時に閉眼できない（兔眼）：眼輪筋障害の可能性
6. 途上国から来日した外国人の皮膚病：Hansen病の多い国のため常に鑑別する
7. 高齢日本人の難治性皮膚疾患：小児期に感染機会があったため
8. 高齢沖縄出身者の皮膚病：かつて沖縄県は患者が多かったため

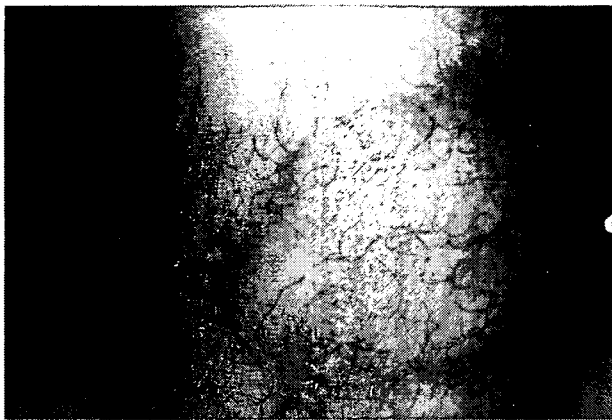


図2 PB（少菌型）の皮疹

環状皮疹の内側は知覚（触覚，痛覚，温度覚）が低下。皮疹の外側は境界明瞭，内側は不明瞭。

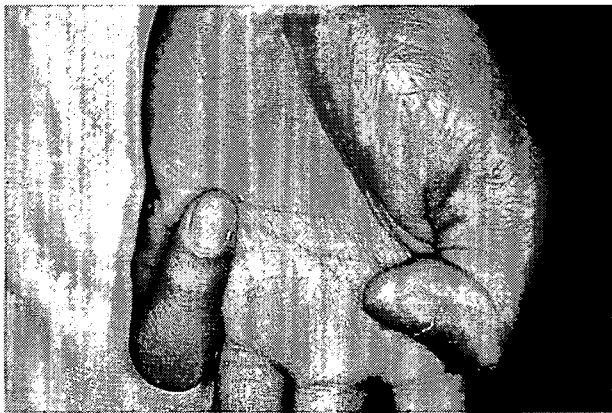


図3 PB（少菌型）の神経障害

左手指および前腕全体と上腕内側の感覚低下（火傷とその後色素沈着）と左尺骨・正中・橈骨神経麻痺（指の屈曲）（多発単神経炎）。

症（皮疹）を起こす。皮疹の数は少数である。炎症症状は強い傾向にある。環状紅斑の場合、中心部は炎症がほぼ終わり皮疹が消退傾向を示し（炎症があったために末梢神経は障害）、辺縁部は炎症の現場で、紅斑，浮腫なども目立つ。また，環状紅斑は外側縁が炎症が強いため境界が明瞭で，内側縁は炎症が消退する

過程であるため境界は不明瞭である（図2）。

皮疹と同様神経障害も少数の神経枝が障害されるだけであるが，神経枝の肥厚，支配領域の知覚低下（片側の手・指のみの痛覚・温度覚の低下など），運動障害（片側の手・指の変形など）（図3）が認められることがある。

らい菌を排除する能力が低いタイプ（型）

MBないしLL型とよばれる型で，らい菌を生体から排除する能力が低い型である。皮疹の数は多く，左右対称性になる。マクロファージ内でらい菌を排除する作用（炎症症状）は弱く，らい菌の増殖が目立つので，皮疹は隆起傾向にあり，皮膚表面は光沢を帯び，みずみずしく，隆起性紅斑局面や結節などがみられる（図4）。

炎症症状が弱いので，神経症状も初期ではほとんど認められない。時間の経過とともに，左右同時に触覚・痛覚・温度覚の低下が徐々に認められてくる。治療が開始されずに進行すると，運動障害も起こすことがある（図5）。

PB（TT型）とMB（LL型）の中間の型

PBとMBの両面をもち合わせた中間型もある。病型としては，B群とよぶ場合がある（表1，図1）。両者の特徴を兼ね備えているが，皮疹の数や菌の検査所見などからPB，MBのどちらの所見が強いかを判別する（図6）。



図4 MB (多菌型) の皮疹
多数の紅色小結節。知覚障害は軽度。

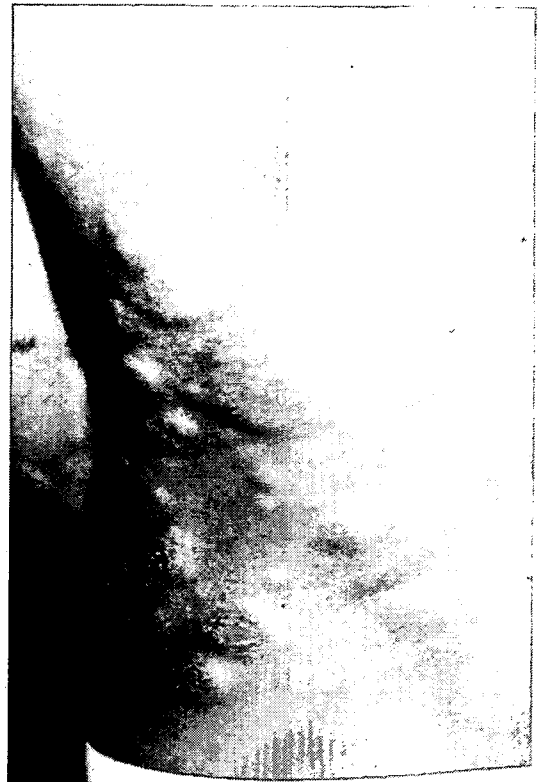


図6 B群の皮疹
Ridley-Jopling 分類では BL 型だが, WHO 分類では MB. 左右対称性の皮疹の配列. 皮疹は中心治癒傾向の認められる隆起性環状紅斑. 知覚, の低下が軽度認められる.

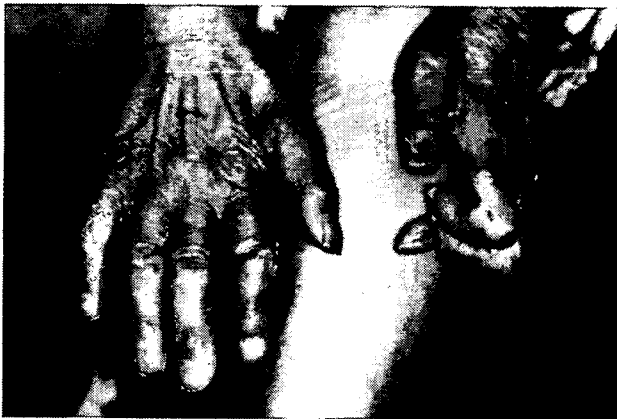


図5 MB (多菌型) の神経障害
病状が進み両側の指の変形 (火傷もあり).

所や市町村に病名や投与薬剤が周知されるので患者にも説明する。患者が病名記載に拒否を示す場合, 「抗酸菌感染症」, 「多発単神経炎」などの病名も考慮する⁹⁾。

在日外国人にみられる皮膚疾患

国際交流が盛んになり, 就労目的の他に, 留学, 家族の一員などで多数の外国人が日本に滞在している¹⁰⁾。Hansen 病も含め, 日本国内では遭遇することの少ない皮膚疾患, おもに熱帯皮膚病が散見される。

その背景となる, 在日外国人の動向を観察すると, 表3のように年間約811万人の入国者(再入国者を含む, 新規入国者は673万3,560人)がいる(2006年)。在日期间によって長期と短期に分けられ, 短期滞在は観光などの目的で在留期間90日以内のものをいい, 新規入国者の95.2%を占めている。

患者への説明

日本でも一部の人々に Hansen 病に対する偏見・差別がある。診断・鑑別診断をするにあたっては, 過去の Hansen 病の歴史を考慮に入れ, 患者および家族に無用な心配をさせないようにする。また, 最終診断を患者や家族に説明する場合には, 十分に時間をかけて説明をする。保険病名を記載する場合, 事業

表3 日本に入国した外国人 (2006年)

	人数 (人)	比率 (%)
正規入国外国人 (再入国者を含む)	8,107,684	100
地域国籍別		
アジア	5,830,902	71.9
(韓国)	(2,369,877)	(29.2)
(台湾)	(1,352,478)	(16.7)
(中国)	(980,411)	(12.1)
(フィリピン)	(195,109)	(2.4)
ヨーロッパ	859,723	10.6
北アメリカ	1,036,498	12.8
(米国)	(845,860)	(10.4)
南アメリカ	117,012	1.4
(ブラジル)	(85,590)	(1.1)
オセアニア	236,103	2.9
アフリカ	26,136	0.3
無国籍	1,310	0.0

表4 在日外国人にみられる感染症

病名	感染様式	皮疹・症状	感染地域 (感染源)
顎口虫症	汚染飲食物	皮膚爬行疹	東南アジアなど (ライギョ, ドジョウ, フナ, ボラ, ニワトリなどの生食)
Manson 孤虫症 有鉤囊虫症		移動性皮膚腫脹 (腰痛) 皮下結節	東南アジアなど (ヘビ, カエル摂取) 中国, 韓国, ロシア, タイなど (豚肉などの生や不完全調理)
黄線虫症 鉤虫症	経皮感染	痒疹, 紅斑, 線状皮膚炎 線状皮膚炎	東南アジアなど (裸足で田畑に入る) 東南アジア, 北米, 中南米, アフリカなど (裸足で田畑に入る)
恙虫病 紅斑熱 皮膚リーシュマニア症 皮膚粘膜リーシュマニア症	動物の刺咬など	刺し口, 高熱 刺し口, 高熱 皮膚結節, 潰瘍 皮膚粘膜潰瘍, 組織欠損, 瘢痕性, 萎縮	アジア, 太平洋諸島 (ダニ) ダニの分布に従って世界各地 (ダニ) 地中海沿岸, 小アジア, インドなど (サシチョウバエ) ブラジル, メキシコなど (サシチョウバエ)
皮膚蠅蛆症 砂ノミ症		幼虫が皮膚に入り成虫になる 圧痛を伴う中央に黒点を有する小結節	アフリカ, 中南米など (洗濯物にハエが産卵する) アフリカ, 中南米, インドなど (ノミ)
デング熱 リンパ系糸状虫症 ロア糸状虫症		解熱後発疹 象皮病, 陰嚢水腫 遊走性皮膚腫脹 (腫瘤)	東南アジア, カリブ海など (ネッタイシマカ) 東南アジア, アフリカなど (カ) アフリカ中西部 (アブ)
HIV 感染症 尖圭コンジローマ 疥癬 毛ジラミ症	STD	陰部, 肛門に多発 強い痒疹	不潔な交際
M. marinum 感染症 コクシジオイデス症 ヒストプラズマ症 パラコクシジオイデス症	外傷 吸入	結節, 潰瘍 皮膚潰瘍 肺症状, 丘疹 リンパ節腫脹, 粘膜皮膚の丘疹, 潰瘍	海で外傷, 熱帯魚水槽 (非結核性抗酸菌) 中南米, 北米など (土壌の真菌) 中南米, アフリカ, 東南アジアなど (土壌の真菌) (南米など植物の真菌?)
Hansen 病	呼吸器感染	皮疹, 末梢神経症状	在日外国人 (南米, 東南アジア出身者など)

入国者（再入国者を含む）を国籍別で見ると、韓国（29.2%）、台湾（16.7%）、米国（10.4%）などの他、フィリピン（2.4%）、ブラジル（1.1%）などの途上国からも多数入国している。近年増加傾向にあるのは韓国、台湾、中国などのアジアからの入国者である。

入国日より90日以上滞在する者は外国人登録の必要がある（一部正規入国外国人と重複する）。登録者は208万4,919人で、日本の総人口（12,777万人）の1.63%にあたる。国籍別にみると韓国・朝鮮が59万8,219人（28.7%）で最も多く、次いで中国56万741人（26.9%）、ブラジル31万2,979人（15.0%）、フィリピン19万3,488人（9.3%）、ペルー5万8,721人（2.8%）、米国5万1,321人（2.5%）の順となっている。また、在留期間が過ぎても不法に滞在している者（不法残留者、オーバーステイ、在留期間超過）も公表で17万839人（2007年1月1日）と減少している。

在日外国人にみられる熱帯皮膚病

来日後1か月以内で認める症状から、症状発現までに数年間を要するものまで種々ある。在日外国人にみられる皮膚疾患のうち、日本ではまれな感染症を表4に示した（一部、日本でも認められるものを含む）。在日外国人を診療するときは、言葉の問題、皮膚色の違い、自覚症の表現の違い、金銭（医療費、医療保険、交通費、休業）の問題など多数の

問題がある。それらの問題を主治医として理解し、患者が安心して受診し、治療ができる様にしたい。

文 献

- 1) 石橋康正, 他 (監): ハンセン病の外来診療. メジカルセンス, 1-103, 1997
- 2) 大谷藤郎 (監): 総説 現代ハンセン病医学. 東海大学出版会, 1-471, 2007
- 3) 石井則久, 他: 横浜市医師会並びに大学医学部附属病院診療科におけるハンセン病患者の診療に関するアンケート結果. 日ハンセン病会誌 73: 207-215, 2004
- 4) 石井則久: ハンセン病の現状. MB Derma 114: 39-45, 2006
- 5) 石井則久, 他: 2006年における世界のハンセン病の現況について. 日ハンセン病会誌 76: 19-28, 2007
- 6) 小野友道, 他 (責任編集): ハンセン病アトラス; 診断のための指針. 金原出版, 1-70, 2006
- 7) Cole ST, et al.: Massive gene decay in the leprosy bacillus. Nature 409: 1007-1011, 2001
- 8) Mira MT, et al.: Susceptibility to leprosy is associated with PARK2 and PACRG. Nature 427: 636-640, 2004
- 9) 後藤正道, 他: ハンセン病治療指針 (第2版). 日ハンセン病会誌 75: 191-226, 2006
- 10) 石井則久: 国際交流と感染症. 皮膚臨床 41: 870-880, 1999

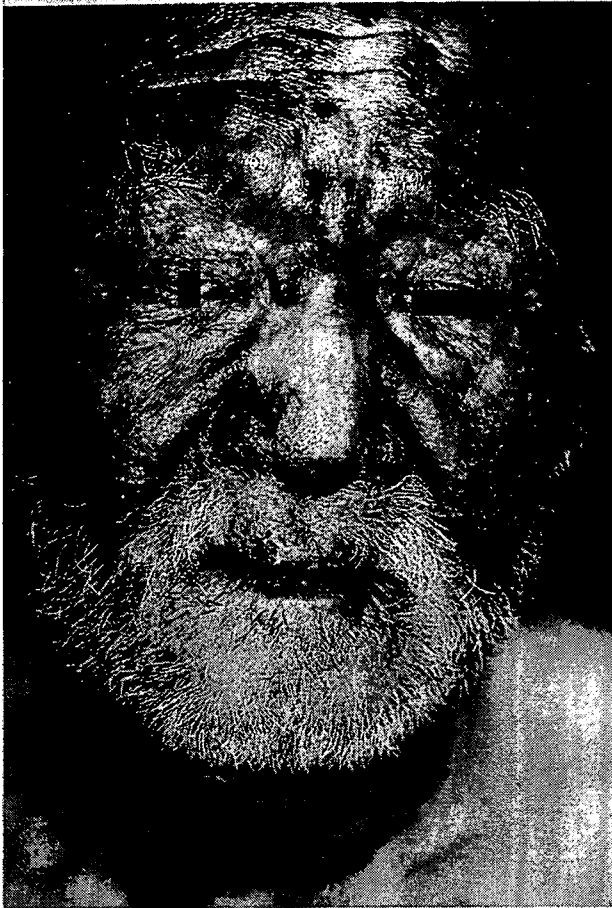
著者連絡先

(〒189-0002)
 東京都東村山市青葉町 4-2-1
 国立感染症研究所ハンセン病研究センター
 石井則久
 [E-mail: norishii@nih.go.jp]

22

重症皮膚疾患のフラッグサイン～皮膚からのシグナルを見逃さない～

ハンセン病



81歳，日本人男性。1985年3月初診
顔面の皮疹，紅斑局面と眉毛の脱毛，右眼の閉眼障害を認める。

サルコイドーシス：多彩な皮膚症状。ただし熱傷はおこしにくい。

臨床診断

本人から既往歴や家族歴を聞きにくかったが，頻回の熱傷からみて，その部位の温度覚や痛覚の障害を鑑別する必要がある。

顔面には眉毛の脱毛，右眼の兔眼（閉眼できない＝眼輪筋麻痺），紅斑局面を認めた。上背部には環状紅斑を認め，辺縁部には結節や痂皮などもみられた。腹部には潰瘍（Ⅲ度熱傷）を確認した。左手は指が屈曲し，中指基部には植皮を認めた。

皮疹は紅斑，結節，環状紅斑，びらん，潰瘍，痂皮など多彩であった^{2,3)}。ほかの身体的変化は，右眼の閉眼障害と左手指の屈曲であった。これらから，末梢神経障害の検査が必要になる。すなわち温度感覚低下による潰瘍（熱傷），運動障害による指の屈曲などである。

知覚障害のうち，触覚・痛覚・温度覚の検査を行う。また，表在神経（尺骨神経，橈骨神経，総腓骨神経など）の肥厚や圧痛なども検査する。運動障害では，閉眼障害の有無，手指や足の障害などを検査する必要がある。

ハンセン病の鑑別が必要な場合には，皮膚スメア検査を行う。皮疹部（紅斑の辺縁部，結節など），耳朶などから採取する。皮膚スメア検査に慣れていない場合には，病理検査時に，皮膚切片をスライドグラスにスタンプして，染色する。その他，病理標本をFite染色してらい菌を検出する，らい菌特異的遺伝子をPCR法で証明す

1979年ごろより四肢，体幹に頻回に熱傷をくり返し，植皮術も受けていた。1985年，訪問保健婦に全身の皮疹を指摘され受診。初診時，びらん，潰瘍，痂皮を伴う爪甲大前後の結節，浸潤性局面，環状紅斑などが全身に多発。既往歴・家族歴不明。

鑑別疾患

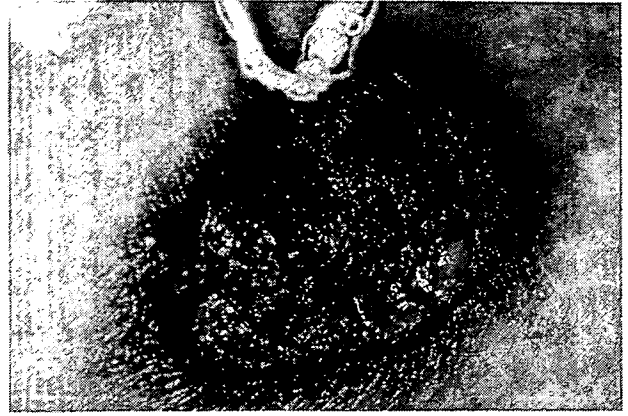
水疱症：熱傷，あるいは水疱のくり返しから考えるが，高齢者であり，植皮する程度の潰瘍は水疱症では稀である。

菌状肉肉症：皮疹の出没，多彩な皮膚症状。ただし，熱傷はおきにくい，病理組織学的所見が鑑別に有力となる¹⁾。

自損傷：くり返す熱傷から考えられるが，環状紅斑などは説明がつかない。



上背部の環状紅斑
辺縁部には結節や痂皮も認める。



腹部の熱傷
Ⅲ度の深い熱傷であるが、痛みを訴えない。

るなどし、らい菌を検出する。

病理検査では、肉芽腫や泡沫細胞などの所見を確認する。

診断は、① 知覚低下した皮疹、② 知覚低下・運動障害・神経肥厚などの神経症状、③ らい菌の検出、④ 病理所見の4項目を総合して診断を行う。本症例はすべての項目で条件を満たし、ハンセン病(多菌型)と診断した。

治療と経過

らい予防法廃止(1996年)以前だったため、ハンセン病療養所入所手続きをとった。

現在ならば、皮膚科外来でリファンピシン(RFP)、クロファジミン(CLF)、DDSの3剤による治療を数年間行う⁴⁾。

フラッグサインは？

くり返す熱傷、指の屈曲などはハンセン病を鑑別すべき重要なフラッグサインであった。

途上国の外国人に発症した皮膚疾患であることもハンセン病を鑑別に入れるフラッグサインである。また、約70歳以上(沖縄県では約50歳以上)の高齢の日本人における診断困難な皮膚症状は、ハンセン病を鑑別に入れるべきフラッグサインであり、その場合には知覚検査、末梢神経運動障害などについて検査することを忘れてはならない。



左手の指の屈曲
尺骨神経、正中神経麻痺による指の屈曲と、中指基部には熱傷後の植皮を認める。

文献

- 1) 小野友道, 尾崎元昭, 石井則久責任編集: ハンセン病アトラス, 金原出版, 東京, p.1, 2006
- 2) 石井則久: MB Derma 114: 39, 2006
- 3) 石井則久: ハンセン病, 日本皮膚科学会研修委員会, 東京, p.1, 2005
- 4) 後藤正道ほか: 日ハンセン病会誌 75: 191, 2006

Key words

環状紅斑, 熱傷, 末梢神経, ハンセン病

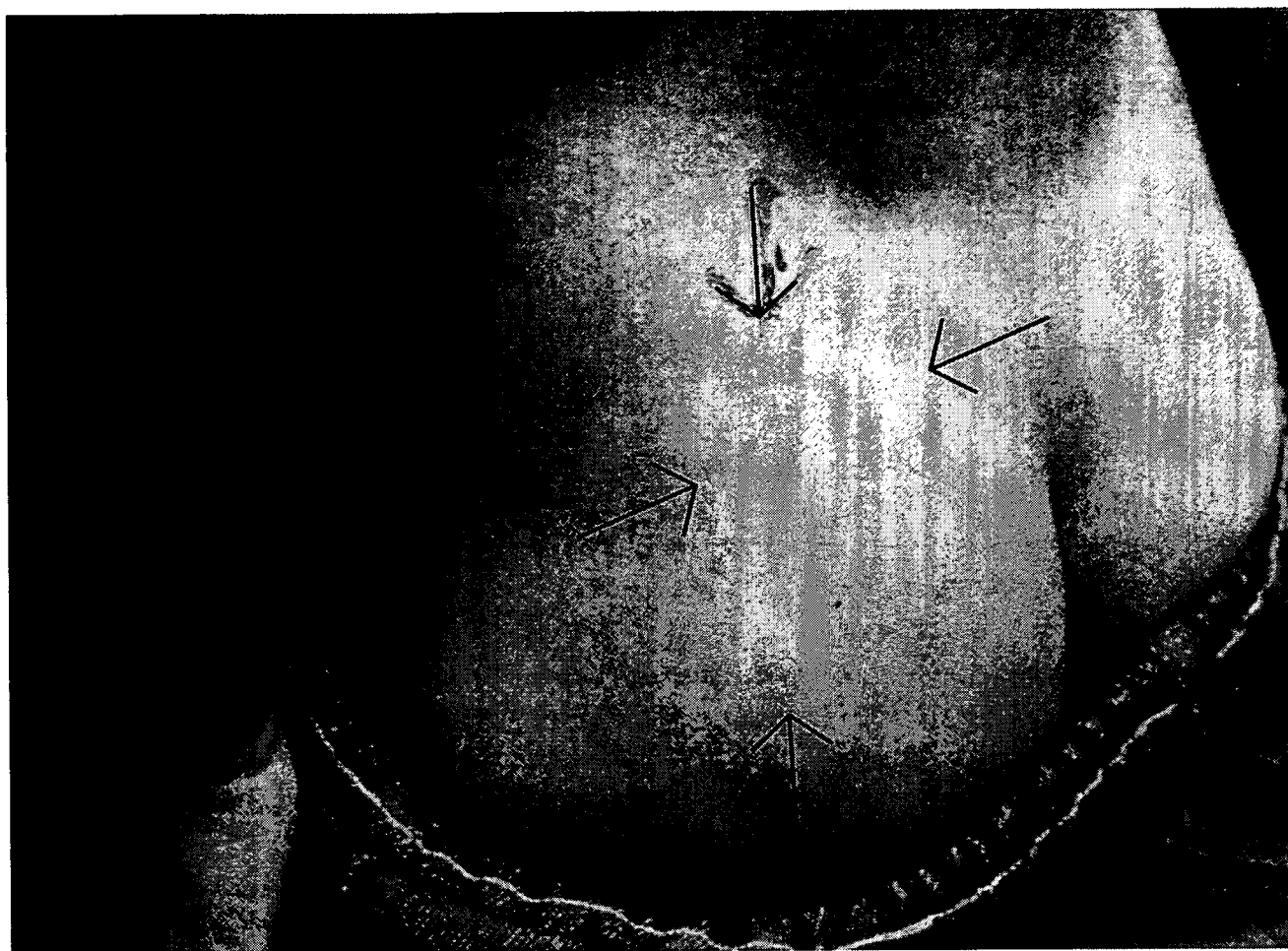
石井 則久 Ishii, Norihisa

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
E-mail: norishii@nih.go.jp

説 4 同じ病気でもこんなに違う！ [感染症編]

ハンセン病

☞ 症例 1 ☞



症例 1： I (未定型群) の臨床像

ハンセン病のもっとも初期の皮疹である。このような低色素斑(矢印)が小児の臀部や顔面に出現することが多い。皮疹に一致して知覚と発汗の軽度障害、落屑を認める。

症例 2



症例 2 : LL の顔面の臨床像

前額部、鼻部などに多発する小結節と、顔面のびまん性の光沢を有する腫脹。

総説 4 ハンセン病

症例 3



症例 3 : TT の臀部の臨床像

周辺が堤防状に隆起した環状紅斑. 皮疹に一致して知覚障害・発汗障害・脱毛を認める.

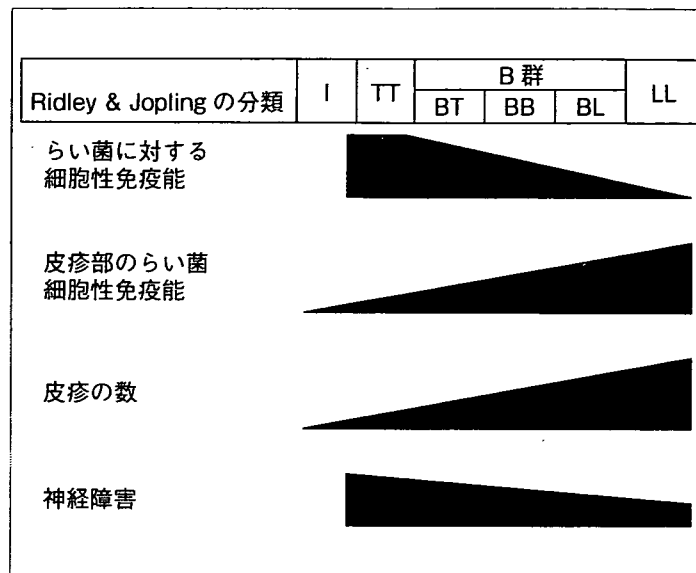
症例 4



症例 4 : BB の背部の臨床像

内側・外側ともに境界明瞭な環状紅斑を認める。

総説 4 ハンセン病



ハンセン病の病像

症例の解説

ハンセン病はかつて「らい」と呼ばれていたが、今日では「らい菌」などの学術用語や「世界らい会議」などの歴史用語以外は「らい」という言葉を使わないことになっている。ハンセン病は抗酸菌の一種であるらい菌、*Mycobacterium leprae* が幼小児期に経鼻的にヒトの体内に侵入し、数年から数十年の長い潜伏期を経て発症する慢性感染症で、主として皮膚と末梢神経（眼症状を含む）を侵す。しかしらい菌の感染力はきわめて弱く、ヒトの体内に侵入しても発症することは稀である。また、仮に発病しても今日では早期発見・早期治療により完治する疾患である。

ハンセン病の病型分類としては今日では Ridley-Jopling 分類が広く受け入れられている。らい菌に対する細胞性免疫がほとんど機能していない病型が LL で、よく機能している病型が TT、その中間の B 群は LL と TT の要素をどの程度もっているかにより BL、BB、BT の 3 つに分類される。

ハンセン病はまず I（未定型群）として発症し、TT、BT、BB、BL、LL の各病型へ移行し、LL と B 群の各病型間、TT と B 群の各病型間での移行はあるが、LL から TT、あるいは TT から LL への移行はない。らい菌に対する個体の細胞性免疫能の違いによりこのような多彩な臨床像を呈するのであるが、その原因はいま

だ解明されていない。LL-TT 間での移行がない理由と同様、今後この原因が解明されればハンセン病の病態解明だけでなく、免疫学的にも大きな進歩をもたらすものと期待される。

上図は Ridley-Jopling 分類を視覚的に表現したシェーマである。らい菌に対する細胞性免疫能が低下するにつれ、皮疹部のらい菌と皮疹の数が多くなり、神経障害の程度は軽くなる。

次に各病型の皮疹の特徴について述べる。ハンセン病は通常、1～数個の皮疹を伴った I（未定型群）として発症する。I でそのまま自然治癒する例も多いと考えられている。症例 1 のような低色素斑が小児の臀部や顔面に出現することが多い。低色素斑ではなく落屑性紅斑として発症することもある。いずれにしても皮疹に一致して知覚と発汗の障害、落屑を認めることが多い。この段階で診断し治療すれば 100% 後遺症を残さずに治癒する。発見が遅れ、神経炎が生じ、重い後遺症が残らないように十分注意が必要である。

ハンセン病というと症例 2 のような LL の顔面の発疹を思い浮かべる方も多いかと思う。顔面に小結節が多発しており、びまん性の腫脹のためワックスをかけたように光沢を帯びるのが特徴である。さらに症状が進行するといわゆる獅子様顔貌となる。ハンセン病がいきなり獅子様顔貌で発症すると考える方もみかけるが、とんでもない誤解である。神経症状は末梢神経に侵入したらい菌

に対する排除機構が働かないので、TTやBTなどに比べて相対的に軽いが、らい菌の侵入そのものによっても神経障害がおこるため、知覚異常や発汗障害が生じる。LLの皮疹は広範囲、対称性に多数生じるのが特徴である。

次に左図に示すハンセン病の病型スペクトラム上でLLと対極をなすTTの皮疹について述べる。TTでは少数の皮疹が孤立性、非対称性に分布する。皮疹に一致して知覚障害・発汗障害・脱毛が認められる。症例3は症状が進行したTTの臀部の皮疹である。中央部は正常皮膚の高さであるが、周辺が堤防状に隆起して環状になっている。体部白癬によくみられるようないわゆる中心治癒傾向であり、らい菌に対して細胞性免疫が機能している証拠でもある。らい菌の侵入そのものによる末梢神経の障害だけでなく、神経に侵入したらい菌に対して排除機構が働くので、神経炎が生じ、治療を怠ると鷲手、垂足などの重篤な末梢神経障害が生じる。

B群の皮疹の鑑別はむずかしい。なぜならば個体の免疫状態により、皮疹の数、分布、形態がLLに近いものからTTに近いものまで多様であることによる。症例4はBBの背部の皮疹であるが、内側・外側ともに境界明瞭な環状紅斑はBBの特徴である。BTの場合はTTと同じく中心治癒傾向のある環状紅斑を認めることが多いが、TTと比べて皮疹は小さめで、皮疹に一致する脱毛、神経障害はTTより軽度である。BLの場合は左右ほぼ対称性に多発する隆起性環状紅斑が目立った特徴である。

ハンセン病の治療

治療法として、1981年以来WHOによって推奨され、開発途上国を中心に広く行われてきたMDT (multi-drug therapy) を紹介しておく。

I, TT, BTの一部(少菌型)で皮疹1個の場合はリファンピシン(600 mg)、オフロキサシン(400 mg)、ミノサイクリン(100 mg)を1回のみ服用する。皮疹2個以上の少菌型の場合はリファンピシン(600 mg/月)、DDS(100 mg/日)を6カ月間、多菌型の場合は、この2剤にクロファジミン(300 mg/日を月1回、他は50 mg/日)を加え、12カ月間内服して終了とする。なお、日本ではMDTを修飾したより長期間の治療を推奨している。

Key words

ハンセン病, らい菌, 皮疹, 細胞性免疫

永岡 譲 Nagaoka, Yuzuru

国立療養所多磨全生園皮膚科
〒189-8550 東村山市青葉町4-1-1

石井 則久 Ishii, Norihisa

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

EL—17—3 ハンセン病：基礎から臨床まで

ハンセン病の現況

石井 則久

「ハンセン病」という名前で医療的な対応が必要である人々は、①ハンセン病療養所入所者、②ハンセン病療養所退所ないし過去に入所歴無く一般社会に生活している人々、③新規患者、の3グループに分けることができる(図1)。

ハンセン病療養所入所者は全国の13の療養所と2つの私立の施設に約3,000人いるが、ほとんど全ての入所者はハンセン病は治癒している。長年にわたる療養所生活、高齢、重度の後遺症、家族との離別などで、療養所生活を続けている。彼らについての皮膚科的な対応は、後遺症の治療やケア、皮膚科一般診療、ハンセン病再発の定期的チェックなどである。これらについては療養所内で診療が行われており、一般のクリニックや病院、大学病院での診療機会はほとんど無い。

一般社会で暮らす回復者の正確な数字は不明であるが、1,500～2,000人いると推定されている。彼らの多くが「ハンセン病」の既往歴を秘している(表1)。過去の不幸な歴史や偏見・差別の繰り返し、家族の悲劇を

経験しており、彼らの今後の人生を、今までのように秘していることが賢明な選択と考えているのかも知れない。しかし、彼らの多くはDDSの単剤治療のみであったため、ハンセン病の再発の可能性がつきまとう。再発の心配、神経痛など、ハンセン病に関連する心配事を相談できるのはハンセン病療養所であり、遠隔地であっても通院している。しかし、一般医療機関で再発のチェックや、足底潰瘍などの後遺症の治療やケア、一般診療を行うべきで、皮膚科医が前面にたって対応すべきである。そのためにも皮膚科医はハンセン病の社会的背景も理解して、ソーシャルワーカーなどと協力して、回復者が安心して診療へ参加できる環境を整えるべきである。

新規患者は年間約6名であり、診療は皮膚科外来で行われており、検査・診断・治療などで不明点はハンセン病研究センターで対応している。途上国からの外国人が皮膚科外来受診時には、ハンセン病を鑑別することは周知されている。しかし、高齢の日本人で診断が難しい場合、治療に反応しない場合などにハンセン病を鑑別することも忘れてはならない(表2)。

日本でも一部の人々にハンセン病に対する偏見・差別がある。新規患者及びハンセン病回復者を診療するに当たっては、過去のハンセン病の歴史を考慮に入れ、無用な心配をさせないようにして頂きたい。また、最終診断を患者に説明する場合は、十分に時間をかけた説明をお願いしたい。保険病名を記載する場合、事業

ハンセン病医療

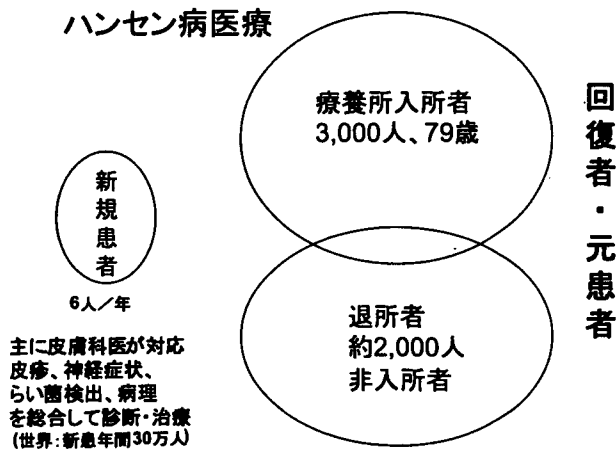


図1 ハンセン病医療の対象

表1 回復者(退所者)の医療への考え

1. クリニック、病院、大学病院受診歴がほとんど無い
2. ハンセン病に関係する病気は療養所での診療を希望する
3. 多くの回復者が「ハンセン病」の既往歴を言わない、他人に知られることを嫌う
4. 既往歴(ハンセン病)を主治医に言い出せない
5. 主治医と厚い信頼関係を持つことを切望している
6. カルテ病名、種々書類記載、診療待ち時間、他科併診、入院に強い不安
7. 皮膚の病気やハンセン病を皮膚科医が診療する、という認識が薄い

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

石井 則久

表2 ハンセン病の診療

1. 新患の殆どは皮膚科外来で診療
2. 途上国からの外国人受診時はハンセン病を鑑別
3. 日本人高齢者で治癒しにくい皮膚病の場合はハンセン病を鑑別
4. 診断に迷う、治療に難渋する皮膚病の場合はハンセン病を鑑別
5. 検査は神経（肥厚、触覚低下、痛覚低下、温度覚低下、手足の運動障害、など）、皮膚スミア検査、病理検査
6. ハンセン病研究センターでも検査可能（Tel: 042-391-8211, e-mail: norishii@nih.go.jp）
7. 患者への説明は慎重に（病名記載なども）
8. 主治医は診断後も診療、治療を継続

所や市町村に病名や投与薬剤が周知されるので、患者にも説明をお願いしたい。患者が病名記載に拒否を示す場合、「抗酸菌感染症」、「多発性単神経炎」などの病名

も考慮して頂きたい。ハンセン病(回復者も含めて)を一般医療機関で普通に診療できる環境整備が望まれる。