

Table 3. Detection of new cases of leprosy in 17 countries reporting ≥ 1 000 new cases during 2008 and number of new cases detected previously

Country	No. of new cases detected						
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Angola	4 272	2 933	2 109	1 877	1 078	1 269	1 184
Bangladesh	9 844	8 712	8 242	7 882	6 280	5 357	5249
Brazil	38 365	49 206	49 384	38 410	44 436	39 125	38 914
China	1 646	1 404	1 499	1 658	1 506	1 526	1 614
Democratic Republic of the Congo	5 037	7 165	11 781	10 369	8 257	8 820	6 114
India	473 658	367 143	260 063	169 709	139 252	137 685	134 184
Ethiopia	4 632	5 193	4 787	4 698	4 092	4 187	4 170
Indonesia	12 377	14 641	16 549	19 695	17 682	17 723	17 441
Madagascar	5 482	5 104	3 710	2 709	1 536	1 644	1 763
Mozambique	5 830	5 907	4 266	5 371	3 637	2 510	1 313
Myanmar	7 386	3 808	3 748	3 571	3 721	3 637	3 365
Nepal	13 830	8 046	6 958	6 150	4 235	4 436 ^a	4 708 ^a
Nigeria	5 078	4 799	5 276	5 024	3 544	4 665	4 899
Philippines	2 479	2 397	2 254	3 130	2 517	2 514	2 373
Sri Lanka	2 214	1 925	1 995	1 924	1 993	2 024	1 979
Sudan	1 361	906	722	720	884	1 706 ^b	1 901 ^b
united republic of tanzania	6 497	5 279	5 190	4 237	3 450	3 105	3 276
Total (%)	599 988 (97%)	494 568 (96%)	388 533 (95%)	287 134 (96%)	248 100 (93%)	241 933 (94%)	234 447 (94%)
Global total	620 638	514 718	407 791	299 036	265 661	258 133	249 007

^a Detection of new cases reported from mid-November 2007 to mid-November 2008.

^b Total includes data from southern Sudan.

Table 4. Profile of newly detected cases of leprosy reported by countries with >100 new cases, by WHO region, 2008

WHO region	% multibacillary among new leprosy cases by countries with highest and lowest proportions	% of females among new leprosy cases by countries with highest and lowest proportions	% of children among new leprosy cases by countries with highest and lowest proportions	% of new leprosy cases with grade 2 disabilities by countries with highest and lowest proportions
African	Cameroon, 19.70% Kenya, 91.62%	Madagascar, 22.75% Congo, 64.52%	Niger, 0.82% Comoros, 30.95%	Comoros, 3.57% Benin, 25.17%
Americas	Bolivia, 38.76% Mexico, 78.32%	Argentina, 22.16% Cuba, 46.35%	Argentina, 0.52% Brazil, 7.46%	Argentina, 3.09% Colombia, 10.33%
South-East Asia	Bangladesh, 44.77% Indonesia, 82.15%	India, 35.17% Thailand, 41.65%	Thailand, 2.99% Indonesia, 11.40%	India, 2.80% Myanmar, 13.10%
Eastern Mediterranean	Somalia, 30.40% Egypt, 89.46%	Yemen, 32.27% Somalia, 52%	Somalia, 4% Yemen, 15.50%	Egypt, 7.28% Sudan, 23.25%
Western Pacific	FS. of Micronesia*, 58.06% Philippines, 90.27%	Philippines, 12.01% FS. of Micronesia*, 43.55%	China, 2.48% FS. of Micronesia*, 39.50%	FS. of Micronesia*, 0% China, 22.10%

* FS of Micronesia: Federated States of Micronesia.

メンの 15.50% まで及ぶ。西太平洋地域ではミクロネシア連邦の 0% から中国の 22.10% に及ぶ。

Table 5 は 2004-2008 年の新規第 2 級障害者と罹患率を表している。世界的には、毎年人口 10 万人あたりの罹患率が 0.23-0.29 で、12,000-15,000 人程度の第 2 級障害症例が発見されている。

Table 6 は 2005-2008 年の間で世界の毎年の再発症例数を示したものである。毎年 40 カ国以上から報告のある再発症例の報告は、この期間内は極めて安定した数値（2000-3000 症例）を示している。

Table 7 は 121 の国と地域における 2009 年初頭の登録患者数、2008 年に発見された新規患者数、新規 MB 患者数、新患中の女性や小児の数、新患中の第 2 級障害者数、再発患者の絶対数、少菌型ハンセン病 (paucibacillary: PB) と MB の治癒率を示している。

結 論

ハンセン病の制圧とハンセン病問題解決において大きな進歩は達成されているが、その成果を維

持しさらに問題を解消するためにはまだ多くの課題が残されている。患者の早期発見と MDT による迅速な治療がハンセン病制圧プログラムの礎石であることには変わりなく、それらは一般保健サービスとの統合を強固にし、紹介ネットワークによる決定的な支援などによってより確実にされなければならない。関係機関との協力と地域に根付いたりハビリテーション活動が、ハンセン病に罹患した人々やその家族へ有効な方法として可能な限り導入されて行くだろう。これらの努力が病気による身体的、精神的、社会経済的な困難を取り除くことが期待される。

謝 辞

本論文は、平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金、新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業「ハンセン病の再発・再燃、難治症例に対する予防・診断・治療とハンセン病の啓発に関する研究」の分担研究「ハンセン病診療のネットワーク構築」の補助金を受けた。

Table 5. Number of leprosy cases with grade-2 disabilities detected among new cases,^a by Who region, 2004-2008

WHO region	2004	2005	2006	2007	2008
African	4 549 (0.69)	4 562 (0.62)	3 244 (0.46)	3 570 (0.51)	3 458 (0.51)
Americas	2 698 (0.33)	2 107 (0.25)	2 302 (0.27)	3 431 (0.42)	2 512 (0.29)
South-East Asia	6 995 (0.43)	6 209 (0.37)	5 791 (0.35)	6 332 (0.37)	6 891 (0.39)
Eastern Mediterranean	380 (0.09)	335 (0.07)	384 (0.08)	466 (0.10)	687 (0.14)
Western Pacific	754 (0.04)	673 (0.04)	671 (0.04)	604 (0.03)	592 (0.03)
Total	15 376 (0.29)	13 886 (0.25)	12 392 (0.23)	14 403 (0.26)	14 140 (0.25)

^a Values are number (rate/10 000 population).

Table 6. Number of relapsed leprosy cases reported to WHO globally, 2004-2008

Year	No. of countries reporting	No. of countries relapses
2004	40	2 439
2005	44	2 783
2006	41	2 270
2007	43	2 466
2008	49	2 985

Table 7. Global leprosy situation by WHO region (excluding the European Region) and country or territory, beginning 2009. (Blank cells indicate that no data were available.)

Region and country or territory	Registered prevalence ^a	No. of new cases detected, 2008	No. of new cases of MB leprosy	No. of new female cases	No. of new cases among children	No. of new cases with G 2 D	No. of relapses 2008	Cure rate (%)	
								PB ^b	MB ^c
African									
Algeria	0	0	0	0	0	0	0		
Angola	1 358	1 184	963	507	143	164	0		
Benin	217	298	196	122	30	75	0		
Botswana	0	0	0	0	0	0	0		
Burkina Faso	407	452	335		32	75	26		
Burundi	275	275	227		14	57			
Cameroon	482	406	80	158	56	23	0		
Cape Verde	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Central African Republic	393	141	84	61	34	12	0		
Chad	721	549	489	196	43	73	0		
Comoros	159	336	101	136	104	12	2		
Congo	277	217	168	140	25	33	0		
Côte d'Ivoire	887	998	730	409	84	146	0		
Democratic Republic of the Congo	4 832	6 114	3 560	2 764	804	614	0		
Equatorial Guinea	31	27	17		1		2		
Eritrea	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Ethiopia	4 238	4 170	3 696	1 225	267	455	309		
Gabon	28	24	23		1	6	0		
Gambia	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Ghana	591	557	472	296	24	23	0		
Guinea	675	664	446						
Guinea-Bissau	127	78	46	41	9	17	0		
Kenya	188	167	153	76	9	21	25		
Lesotho	11	7	5	3	0	1	0		
Liberia	484	777	547	333	106	64	98		
Madagascar	1 968	1 763	1 456	401	164	243	0		
Malawi	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mali	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mauritania	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mauritius	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mozambique	1 125	2 313	887		69	139	9		
Namibia	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Niger	405	486	355	205	4	59	0		
Nigeria	6 906	4 899	4 303	2 149	526	671	126		
Reunion	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Rwanda	60	34	27	17	7	16	7		
Sao Tome and Principe	0	0	0	0	0	0	0		
Senegal	272	257	214	100	36	37	15		
Seychelles	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Sierra Leone	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
South Africa	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Saint Helena	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Swaziland	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Togo	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Uganda	429	345	275	173	27	62	4	90	82
United Republic of Tanzania	3 011	3 276	2 504	1 356	373	360	69		
Western Sahara	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR

Zambia	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Zimbabwe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Total	30 557	29 814	22 359	10 868	2 992	3 458	692		

Americas

Anguilla	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Antigua and Barbuda	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Aruba	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Argentina	710	388	302	86	2	12	35	90	78
Bahamas	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Barbados	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Belize	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Bermuda	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
British Virgin Island	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Bolivia	129	129	50	57	8	7	1	NR	NR
Brazil	41 817	38 914	20 374	16 272	2 710	2 310	1 433	81	77
Canada	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Cayman Islands	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Chile	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Colombia	680	445	285		10	46			
Costa Rica	6	3	3	0	0	0	2		
Cuba	273	233	182	108	4	14	9	100	90
Dominica	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Dominican Republic	303	154	100	68	10	12	6		
Ecuador	108	83	50	22	3	3	19		
El Salvador	14	5	5	3	0	1	0		
Falkland Islands	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
French Guiana	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Greenland	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Grenada	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Guadeloupe	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Guatemala	13	3	1	1	0	0	4		
Guyana	62	28	22	11	3	8	4	29	20 ^d
Haiti		52	34		12	0			
Honduras	3	1	1	1	0	0			
Jamaica	3	4	4	1	0	0	0	100	
Martinique	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Mexico	653	143	112	60	4	9	17		
Montserrat	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Netherland Antilles	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Nicaragua	9	1	1	0	0	0	0		
Panama	0	0	0	0	0	0			
Paraguay	379	487	379	185	27	50			
Peru	37	13	12	4	1	3	3		
Puerto Rico	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Saint Kitts and Nevis	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Saint Lucia	7	5	2	0	0	0	0	80	100
Saint Pierre and Miquelon	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Saint Vincent and the Grenadines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Suriname	29	40	31	15	3	9	0		
Trinidad and Tobago	38	14	9		3	0			
Turks and Caicos Islands	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
United States of America		150	107	41	3	0	0		
United States Virgin Islands	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Uruguay	8	10	7	3	0	3	0		

Venezuela (Bolivarian Republic of)	1 788	586	422	207	30	34	19	66	
Total	47 069	41 891	22 495	17 145	2 833	2 512	1 552		

South-East Asia

Bangladesh	3 928	5 249	2 350	2 003	329	616	14	96	91
Bhutan	32	18	17	6	1				
Korea (Democratic People's Republic of)	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
India	86 331	134 184	64 949	47 188	13 610	3 763	325		
Indonesia	21 538	17 441	14 328	6 203	1 987	1 668	89	87	83
Maldives		6	0	4	0	0		100	
Myanmar	2 786	3 365	2 277	1 249	201	442	20	95	94
Nepal	3 644	4 708	2 401	1 685	294	194	41	88	89
Sri Lanka	1 399	1 979	886	822	204	152	5	83	69
Thailand	887	401	275	167	12	49	6	87	84 ^d
Timor-Leste	144	154	109	56	12	7	3	65 ^e	43 ^a
Total	120 689	167 505	87 592	59 383	16 650	6 891	503		

Eastern Mediterranean

Afghanistan	36	24	19	5	1	4	1	100	90
Bahrain	0	0	0	0	0	0	0		
Djibouti	0	0	0	0	0	0	0		
Egypt	1 383	797	713	291	68	58	1	87	96
Iran (Islamic Republic of)	108	35	30	13	0	17		72	75
Iraq	0	0	0	0	0	0	0		
Jordan	0	0	0	0	0	0	0		
Kuwait	0	0	0	0	0	0	0		
Lebanon-Liban	4	1	1	0	0	0	1		
Libyan Arab Jamahiriya	10	5	3	1	0	0	1		
Morocco		53	41	21	2	6	0	100	100
Oman	2	2	2	1	0	0	0	100	
Pakistan	830	447	358	217	35	87	19	98	97
Palestine	0	0	0	0	0	0	0		
Qatar	38	38	10	0	0	0	0		
Saudi Arabia	14	23	8	8	2	0	0		
Somalia	78	125	38	65	5	11	0		
Sudan	1 892	1 901	1 596	722	77	442	8		
Syrian Arab Republic	7	5	4	2	0	0	4		100
Tunisia	2	1	0	0	0	0	1		
United Arab Emirates		10		0	1				
Yemen	565	471	287	152	73	62	7	95	88
Total	4 967	3 938	3 110	1 498	264	687	43		

Western Pacific

American Samoa	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Australia		11	7	3	0	1	2		
Brunei		2	2	2	0	0	0		
Cambodia	242	306	219	85	21	40	0	98	97
China	3 388	1 614	1 403	487	40	357	149		
China, Hong Kong Special Administrative Region	24	5	2	1	0	0	0	100	100
China, Macao Special Administrative Region		1	1	1	0	0	0		
Commonwealth of the Northern Mariana Islands	2	0	0	0	0	0	1		100

Cook Islands	0	0	0	0	0	0	0		
French Polynesia	6	5	2	3	1	1	0	90	87
Fiji	7	4	0	2	0	0	0		
Guam	16	13	12	5	3	1	0		
Japan	3	3	1	1	0	0	0		100
Kiribati	88	42	28	18	18	0	0		
Lao People's Democratic Republic	86	93	67	41	4	19			58
Malaysia	696	218	162	73	6	9	10		
Marshall Islands	54	46	25	20	11	0	0		
Mongolia	0	0	0	0	0	0	0		
Micronesia (Federated States of)	190	124	72	54	49	0	0		
Nauru	3	2	1	0	2	0	0		
New Caledonia	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
New Zealand	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Niue	0	0	0	0	0	0	0		
Palau	5	5	5	0	0	0	0		
Papua New Guinea	696	422	277	158	134	34	0	58	83
Philippines	3 338	2 373	2 142	285	110	45	14	90	85
Republic of Korea	332	7	6	6	0	3	3		
Samoa	5	6	5	2	2	0	1		
Singapore	18	10	5	0	0	0		100	100
Solomon Islands	14	17	14	5	3	0			
Tokelau	0	0	0	0	0	0	0		
Tonga	0	0	0	0	0	0	0		
Tuvalu	1	0	0	0	0	0	0		
Vanuatu	0	0	0	0	0	0	0		
Viet Nam	540	530	378	202	18	82	15		
Wallis and Futuna	0	0	0	0	0	0	0		
Total	9 754	5 859	4 836	1 454	422	592	195		

NR = no report available.

^a Prevalence per 10000 population, beginning of 2009.

^b Cure rate among 2007 cohort.

^c Cure rate among 2006 cohort.

^d Cure rate among 2005 cohort.

^e Combined cure rates among 2004 and 2005 cohorts.

Present leprosy situation in the world in 2009

Koichi SUZUKI¹⁾*, Shuichi MORI¹⁾, Yuzuru NAGAOKA²⁾, Norihisa ISHII¹⁾

1) Leprosy Research Center, National Institute of Infectious Diseases, Tokyo, Japan

2) Department of Dermatology, Tama-Zensho, Leprosy Hospital, Tokyo, Japan

[Received / Accepted: 15 Oct. 2009]

Key words : elimination , leprosy, multidrug therapy , prevalence rate, WHO

The epidemiological situation of leprosy is reported by the health division of each country to WHO. The reported data is collected by WHO and is immediately run on the Weekly Epidemiological Record. On this latest edition, data from the beginning of 2009 was reported. In almost all of the highly endemic countries, control activities have been integrated within the general healthcare system. However, early case detection and prompt treatment with MDT remain the cornerstone of leprosy. In order to reduce the physical, mental and socioeconomic burden of leprosy, much remains to be done.

*Corresponding author :

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

4-2-1 Aoba-cho, Higashimurayama-shi, Tokyo 189-0002, Japan

TEL : +81-42-391-8211 FAX : +81-42-394-9092

E-mail : koichis@nih.go.jp

ハンセン病による負荷のさらなる軽減のための 強化された世界戦略

森 修一*¹⁾、鈴木幸一¹⁾、スマナ バルア²⁾、永岡 譲³⁾、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

2) 世界保健機関南東アジア事務局地域アドバイザー
ハンセン病対策プログラム

3) 国立療養所多磨全生園皮膚科

[受付・掲載決定：2009年11月16日]

キーワード：制圧、世界保健機関、多剤併用療法、ハンセン病

2009年4月20日から22日に、インドのニューデリーで世界ハンセン病プログラム管理者会議が行われた。その後、4月23日にはWHO第10回ハンセン病制圧のための技術勧告（TAG）会議が開かれた。これらの会議でWHOが2011年から2015年までのハンセン病の世界戦略を提案した。今後のハンセン病の対策として貴重な提言が盛り込まれている。

今回、世界保健機関（WHO）が2011年から2015年までのハンセン病の世界戦略を提案した。Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy 2011-2015) について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）。ハンセン病の今後の世界戦略を理解して頂き、大いに活用して頂きたい。なお、翻訳はSEA-GLP-2009.3版を用いた。現在SEA-GLP-2009.4も出版されているが、これは70ページに及ぶものであるので、興味ある方は、SEARO事務局にお問い合わせいただきたい。

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 MDT導入後の進捗状況

1.2 主な課題

1.3 背景と理由

1.3.1 背景

1.3.2 ハンセン病による疾患負荷

2. 現在の状況

3. 基本概念と指導原理

3.1 目標

3.2 指導原理

3.3 戦略の考察

3.4 進捗状況モニタリングのための世界
目標設定

* Corresponding author:

国立感染症研究所ハンセン病研究センター
〒189-0002 東京都東村山市青葉町4-2-1
TEL: 042-391-8211 FAX: 042-394-9092
E-mail: s-mori@nih.go.jp

*Corresponding author:

- 3.5 世界目標
4. 戦略面での事項
- 4.1 疫学的状況
- 4.1.1 高疾病負担の地域
- 4.1.2 低疾病負担の地域
- 4.1.3 サービスが行き届いていない人々
- 4.1.4 都市部
- 4.2 ハンセン病サービスの質の向上
- 4.2.1 PAL のケア
- 4.2.1.1 副作用と合併症の予防
- 4.2.1.2 障害の予防と管理
- 4.2.1.3 カウンセリング
- 4.2.2 照会システム (Referral System)
- 4.2.3 MDT 供給の継続と流通の強化
- 4.2.4 よりよい化学療法の機会
- 4.2.5 統合プログラム能力(capacity)の育成
- 4.2.6 性の問題
- 4.2.7 地域に根ざしたりハビリテーション (CBR)
- 4.2.8 地域認識と教育
- 4.3 公平、社会正義、人権
- 4.4 PAL の役割
- 4.5 薬剤耐性サーベイランス
- 4.6 ハンセン病予防
- 4.6.1 免疫予防
- 4.6.2 化学予防法
- 4.7 研究
- 4.8 パートナーシップ
5. 監視と評価のための指標
- 5.1 監視の進度に関する主な指標
- 5.1.1 毎年の新患者とその割合
- 5.1.2 人口 100,000 人あたりの G2D 新患者発見率
- 5.1.3 治療完了率と治癒率
- 5.2 症例発見の評価に関する主要な指標
- 5.3 サービスの質評価に関する指標
6. 2015 年までに期待される成果

略 語

BCG カルメット - ゲラン菌
(bacillus Calmette-Guerin)

CBO 地域組織
(community-based organization)

CBR 地域に根ざしたりハビリテーション
(community-based rehabilitation)

DNA DNA (deoxyribonucleic acid)

HIV HIV (human immunodeficiency virus)

IEC 情報、教育、コミュニケーション
(information, education and communication)

MB 多菌型 (ハンセン病)
(multibacillary leprosy)

MDT 多剤併用療法 (multidrug therapy)

NGO 非政府組織 (団体)
(nongovernmental organization)

OHCHR 人権高等弁務官事務所
(Office for the High Commissioner for Human Rights)

PB 少菌型 (ハンセン病)
(paucibacillary leprosy)

UN 国際連合 (United Nations)

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、新規患者の早期発見と彼らへの多剤併用療法 (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、患者へのケアが偏りなく行き渡り、病気の困難さを十分に乗り越えられ、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、医療従事者や、ハンセン病患者、回復者、障害者 (PAL) とその家族の姿勢と同様に、ハンセン病対策に関係する団体や、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への政府の関与を維持する。
- ▶ 全ての流行国において統合健康システムの中で日常業務を強固にする。

- ▶最新の指標に加えて新患 100,000 人あたりの新規第 2 度障害 (G2D) 者数を用いることが、進行状況を監視する上で重要な指標となる。
- ▶診断された時点での、あるいはそれからあまり時間を置かない時期における家族間接触の調査や、郊外やアクセスが困難な地域の調節活動を向上させるための特別な努力を行うなど、新患中の G2D 者発見のための革新的な取り組みを行う。
- ▶障害予防と、組織されたシステムによる、リハビリサービス提供の向上を含む診断や急性・慢性合併症の管理のため、臨床サービスの向上を行う。
- ▶PAL やその家族へ向けられたスティグマや差別を減らすための活動に重点をおいた地域に根ざしたりハビリテーション (community-based rehabilitation: CBR) を促進するために、率先して援助を行う。
- ▶全ての流行国に無償で MDT 薬の供給と効果的な分配システムを確実なものにする。
- ▶抗ハンセン病薬への耐性菌の増加や感染を予防し制限するために、サーベランスシステムを確立して維持する。
- ▶ハンセン病やその合併症を治療するためにさらに効果的な薬剤の用法の開発を促進する。
- ▶全ての流行国でハンセン病専門技術の高いレベルを確立するため、世界・国家レベルで継続的に訓練するための計画を開発する。
- ▶家族間接触による新患の発生予防のツールとしての予防投薬の効果を検討する。
- ▶あらゆるレベルの協力者と協調した支援体制を奨励する。

この方策は、‘ハンセン病のない世界’、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活動する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、

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に病変をおこし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ぶことは特筆すべきで、しばしば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、痛覚の障害のない皮疹のある疑診例では、末梢神経の検査やスリットスキンスメア (皮膚スメア検査) などを、実施可能であれば、専門家によって実施すべきである。

感染症の中でも、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、社会的なスティグマと関連し、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明のままであるが、多くの研究者は、らい菌は鼻汁を介した感染 (呼吸器感染) 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リザーバ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リザーバ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以外の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

公衆衛生問題としてのハンセン病を制圧するという目標は、世界保健機関（WHO）総会において1991年に設定された。人口10,000人あたりの有病患者数を1症例以下のレベルにするという世界目標は、2000年に達成された。そのため、ハンセン病制圧計画2000-2005^{注1}は、ハンセン病流行国の支援や各国間での委員会活動を促進し、全てのPAL^{注2}に最寄りの医療機関^{注3}での治療を可能にした。ハンセン病キャンペーンの重点は、その期間に大規模運動を行うことで、治療登録症例（有病率）を世界的に減少することだった。ハンセン病に関わる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^{注4}は、一般の健康対策との統合を促進し、ハンセン病の縦割り医療制度を減じ、持続的で確実なプログラムとするという目的を主として作られた。サービスの品質向上、サービスが行き届いていない地域へサービスを届ける、効果的な協力体制を作り上げるなどに関連した事柄に新たに焦点をあてる事で、ハンセン病の疾病負担をさらに減少させることができるだろう。

ハンセン病問題のさらなる減少のための世界拡大戦略案は、早期の新患発見と、効果的な化学療法による治療などによる罹患率管理の原則にのっとり、これからも続けられていく。しかしながら、戦略の進展を確実にするためには、ハンセン病問題の減少を速めることを目的とした、ハンセン病コントロールのための政策や専門家委員会を継続するなど、ほかの要素を組み込むことも必要となる。ハンセン病のさらなる減少のための世界拡大戦略案2011-2015は、WHOの初期戦略からの当

然の拡大として策定された。この戦略は共同での活動を確実にし、世界的な活動を拡大し、ハンセン病の負担やPALとその家族への病気負担の減少のため、持続された活動を世界的に行う方向に働いて行く。

この文書では、世界戦略の概観、倫理や指針原則を述べる。これには、最新の証拠や専門知識、最適な診療方法などによりハンセン病制圧を遂行するための実用的な提案を基に改訂された処置指針によるものである。これらの文書は、ハンセン病流行国が、各国独自の国家戦略、あるいは個人や地域が必要とする高品質のサービスを持続的に提供するための行動計画を策定するための助けとなると期待されている。

1.1 MDT導入後の進捗状況

世界的なハンセン病制圧は明確な達成目標、効果的な科学技術、はっきりした実行計画の3要素の組み合わせにより大きな成功をおさめた。過去20年間にわたるハンセン病の世界的問題を減少させる重要な成果は、ハンセン病に対する闘いの歴史の中で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ということであった^{注5}。このMDTによる治療法の成功が1991年の2つ目の出来事へと導いた。それは、第44回WHO総会が、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症例以下の有病率に到達することを決議文WHA44.9^{注6}で公開したことであった。以下はMDTが最初に導入されてからのいくつかの顕著な業績である。

▶ 1985年から2008年の初頭にかけて、1,500

注1 World Health Organization. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005* (document WHO/CDS/CPE/CEE/2000.1). Geneva, 2000.

注2 PALとは抗ハンセン病薬で治療を受けている人、ハンセン病により障害を持った人、ハンセン病が治癒した人のことを指す

注3 ハンセン病サービスとは診断、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、リハビリ、合併症のことを指す

注4 World Health Organization. *Global strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities: plan period 2006-2010*. (document WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53). Geneva, 2005.

注5 World Health Organization. *Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO study group*. (WHO technical report series, No. 675). Geneva, 1982.

注6 www.who.int, "Governance"にてオンライン利用可能

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。

- ▶ハンセン病サービスを、アクセスしにくい地域や、サービスが行き届いていなかった人々へ行うことができたことが明白な進歩である。これは特にアフリカや地中海東岸などの長期間にわたる内戦や暴動が起きていた地域で行われている。
- ▶迅速な発見とMDTによる治療の成果として、推定で100万から200万人の患者のハンセン病による障害を防止することができた。
- ▶ハンセン病流行国においてハンセン病に対する自覚の向上と政治的な関与が存在する。それはPALとその家族の直面するスティグマや差別などに関連する人権問題を新たに重視することを伴うものである。
- ▶ハンセン病対策業務を統一し、一般保健サービスに取り込むという姿勢が徐々に受け入れられるようになり、また、多くの流行国ではこれを政策として実施している。
- ▶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り、今後も続けていく。
- ▶共通の目標に到達するためのすべてのパートナー間での協力関係が改善され構築された結果、各国・国際機関間の効果的な協力がかなり進展して来ている。

1.2 主な課題

疾病管理や病気の負担を減らすための著しい発展があったが、PALとその家族への病気の影響、特に身体的、精神的そして社会経済的な面をさらに減少させ、これまで得たものを維持させるという事柄が残されている。以下が主な課題である。

- ▶政治的公約を再確認し、ハンセン病対策プログラムに対する自己満足の感覚を取り除くことが強く望まれる。
- ▶紹介制度は現存の施設の強化や、ハンセン病の急性・慢性合併症を必要な地域において管理、改善させる医療システムに統合させる。そしてその様な施設を新設することによる改善を必要としている。

- ▶らい反応と神経損傷の早期発見と管理のために効果的なツールや処置を構築する必要がある。
- ▶ほとんどのプログラムは、PALの障害の予防やCBRの向上によってPALの生活の質を高めるようにしなければならない。
- ▶国レベルで緊急にハンセン病の専門技術を構築し維持する必要がある。その戦略は世界・国家レベルで養成プログラムを行うため、種々のパートナーとの協力関係を進展させることを必要としている。
- ▶情報、教育とコミュニケーション(IEC)のプログラムのコンポーネントが地域でのハンセン病の認識を改善し、自ら受診する動機を促進し、PALが直面するスティグマや社会差別を排除するために重要である。これらが地域に適切であり、費用対効果が高く、持続可能なものであると保障する必要がある。
- ▶薬剤耐性らい菌による患者の再発に関する最新の報告は関心を集めている。課題は世界・国家サーベランスネットワークを統合した薬剤耐性、特にリファンピシン耐性への厳密なモニタリングである。また、薬剤耐性菌の広がり強く抑制する新たな治療のレジメの開発に関する研究を促進することが差し迫った課題である。
- ▶早期診断のため信頼できる診断テストと、ハンセン病予防に有効なワクチンの開発には長い時間が必要である。
- ▶ほとんどのプログラムにおいて監視体制は未だ弱いつながりを持つに過ぎない。国家プログラムは現地でのハンセン病サービスの質を改善するための監視された統合活動を強化しなければならない。
- ▶全ての利害関係者とのパートナーシップや協力関係が効果的に課題を分担し、ハンセン病制圧のために共に活動することが重要である。

1.3 背景と理由

1.3.1 背景

ハンセン病治療を受けている患者の数は大幅に減少したものの、新患は今後数十年間発見され続けるだろう。そのため、今後もしかなる状況であ

れ医療サービスの質が重要であり、維持していかなければならない。インテグレーションの理念、サービスの質、公平と持続性が世界拡大戦略において第一に憂慮すべき事項だということに合意した。

最近のハンセン病制圧の枠組みは、末端のレベルでも統合された基本的なハンセン病サービスを提供することが特徴である。必要な専門技術手引きを提供できる中間レベルでは、ハンセン病専門家による特別委員会の支援を受けている。中央レベルではモニタリングと評価を行う方針が決められている。重要なのは全てのハンセン病制圧の要素をプライマリーヘルスケアシステムに取り入れることである。それには急性（らい反応など）や慢性（潰瘍など）の合併症に関連した末端のハンセン病施設の統合を促進し活用することが含まれている。そのような計画には、同国内、地域のハンセン病発生状況別、適切な医療施設の利用、地方自治体の援助のレベルにより、国家・地域レベルで慎重な計画や様々なアプローチが必要である。

計画の提案などはハンセン病による影響があるどんな地域においても行われてきている。具体的には、診療サービスの質の向上、MDTのさらなる効果的な分配方法、サービスが行き届いていない人々への革新的な取り組み、プライマリーヘルスケアシステムの管理の改善、効果的な薬剤耐性サーベランスの実施などがあげられる。ハンセン病制圧計画表はさらに強力な抗ハンセン病薬の研究・開発、家族間接触者への予防投薬の可能性の調査、神経炎やらい反応の予防・制圧への治療法の考案、ハンセン病による障害の限局化と予防のための革新的な介入、新たな診断法の確立と予防策、処置方法の研究の推進と病気管理などを強化することができるだろう。

ハンセン病への正しい理解を高め、スティグマや差別を減少させるために、恒常的な努力が必要とされる。そのためには、為政者の関与を持続させ、一般保健サービスにハンセン病コントロール事業を取り込むことを奨励すべきである。ハンセン病の問題や事実を基にした戦略の注意深い実施から得たそれらの問題点への取り組みが重要である。目標へ到達するため、視点を広め、さらに努力して、すべての可能性を試す必要がある。

WHO 各地域の国々、PAL を含めて、ハンセン病の存在するあらゆる場所で、ハンセン病の疾病負担の減少やハンセン病制圧活動継続のための世界計画の協議を続けていく包括的な努力が必要である。これは全ての流行国でのハンセン病問題を減らす活動を持続させることになる。

その上、世界計画はその進捗状況をモニタリングやプログラムのさまざまなオプションを熟慮し、履行するレベルを高めることにより、世界的な目標を定めている。世界計画が高い注目を集め、さらなる国家ハンセン病プログラムとその活動を遂行していくことが望まれている。

1.3.2 ハンセン病による疾患負荷

ハンセン病の負荷は新患発生数、治療を受けている患者数、障害者数により評価される。治療中の患者数（登録患者数）はかなり減っているが、新患報告数は劇的に減っているとはいえない。障害の面では、障害を伴う新患数は着実に減っているが、データが更新されていないため、どれほど罹患率における障害の負荷の変化があったのかを述べることは難しい。

ハンセン病コントロールの目標を定めることは、ハンセン病の疾病負担を減らすことにある。どの指標や集団の指標の減少をコントロール目標の目安として使うのかは、測定の容易さとその有効性に依存する。集団におけるハンセン病による疾患負荷に関して信頼性があり比較できる情報とそれが時間によりいかに変化しているかは、ハンセン病の多様な病態に注目し、その中でいかに病状が重篤であるか、ハンセン病コントロールサービスに関心を有し、その特徴を決定するかによる。

2. 現在の状況

WHO は、多くの WHO の国や地域において、様々な指標を基にデータを定期的に収集している。データには毎年の登録患者数、新患数が含まれている。新患では、G2D 者、MB 患者数、子供や女性の数が指標となっている。さらに、最近のデータでは PB、MB 患者における治癒・治療完了症例の比率も集計している。WHO は各国に MDT の効果をモニタリングするために、毎年の再発症例数の報告

を求めている。データは活動状況に左右されるが、世界・国家レベルの活動の重要な情報となる。

2008年初め、世界中で218,605人が登録患者であった。2007年の新患者数は258,133人であった。世界的に見ると、ここ数年に比べ新患者の減少は緩やかである。

新患者発見の傾向における重要な事項の一つとして、ここ数年の間の空間や時間および国家間（同一国内も含む）において、大きな隔りがあることである。これは特にインドやブラジルなどの主要な流行国では明らかである。表の報告のように、主要18カ国で2007年の全世界の新患者数の94%を占めている。さらに、報告によると全ての国が減少傾向を示しているというわけではない。2006-2007年の間に、アンゴラ、中国、コンゴ民主共和国、コートジボワール、エチオピア、インドネシア、マダガスカル、ネパール、ナイジェリア、スリランカの10カ国で新患者数の増加が見られた。劇的な増加が見られたスーダンの要因は、南スーダンが2007年から統計に組み込まれたためである。イン

ド、ミャンマー、フィリピンなどの国では、ゆっくりだが着実に減少している。そのため、現在の情報だけではここ数年間の新患者数の傾向を予測するのが難しい。

3. 世界戦略の基本的概念と指導原理

3.1 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（負荷）を減少させ、平等と社会正義の原則に沿って、全ての影響を受けている地域において良質のハンセン病対策を提供することである。

3.2 指導原理

- ▶ 各国政府の適切な発展を援助・指導し、ハンセン病による負荷をさらに減少させるための各国別戦略と行動計画を作成する。
- ▶ 各地方に対応した方法による新患者のタイムリーな（早期）発見を持続し、全ての流行国への無償MDT供給による確実な内服とその

表：ハンセン病流行主要18カ国の年次新患者報告

No	Country	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1	Angola	4,272	2,933	2,109	1,877	1,078	1,269
2	Bangladesh	9,844	8,712	8,242	7,882	6,280	5,357
3	Brazil	38,365	49,206	49,384	38,410	44,436	39,125
4	China	1,646	1,404	1,499	1,658	1,506	1,526
5	Cote d'Ivoire	1,358	1,205	1,066	NA	976	1,204
6	DR Congo	5,037	7,165	11,781	10,369	8,257	8,820
7	Ethiopia	4,632	5,193	4,787	4,698	4,092	4,187
8	India	473,658	367,143	260,063	169,709	139,252	137,685
9	Indonesia	12,377	14,641	16,549	19,695	17,682	17,723
10	Madagascar	5,482	5,104	3,710	2,709	1,536	1,644
11	Mozambique	5,830	5,907	4,266	5,371	3,637	2,510
12	Myanmar	7,386	3,808	3,748	3,571	3,721	3,637
13	Nepal	13,830	8,046	6,958	6,150	4,235	4,436
14	Nigeria	5,078	4,799	5,276	5,024	3,544	4,665
15	Philippines	2,479	2,397	2,254	3,130	2,517	2,514
16	Sri Lanka	2,214	1,925	1,995	1,924	1,993	2,024
17	Sudan	1,361	906	722	720	884	1,706
18	Tanzania	6,497	5,279	5,190	4,237	3,450	3,105
	Total(%)	601,346 97%	495,773 96%	389,599 96%	287,134 96%	249,076 96%	243,137 94%

終了の改善をおこなう。

- ▶一般保健システムへの統合を促進し、神経炎や眼病などの急性な合併症を含む全てのレベルへ良質なハンセン病サービスと潰瘍や高度障害を含む慢性症状への持続性を持った治療を行う。
- ▶サービスが行き届かない地域やアクセスが厳しい地域、自然・人為的災害を受けた人々への革新的なハンセン病制圧サービスの拡大の持続を増進し強化する。
- ▶PALへの障害発生や悪化を防ぐために、早期発見やらい反応などの急性合併症への効果的な治療、セルフケアの推進をおこなう。
- ▶PALや家族の生活の質を向上させるためのCBRの利用促進。
- ▶PALとその家族に対するスティグマや差別と闘い、地域への彼らの受け入れが改善するように、地域でのハンセン病への正しい理解を進展させる費用対効果の高い方法を適用する。
- ▶援助を受けた流行国のハンセン病の専門性を持続するための国際・国内トレーニング計画を通じて長期的な人的資源の育成の適切な運営を確実なものにする。
- ▶保健やその他の分野の国際・国内・地域CBOとの効果的な協力への努力。

3.3 戦略の考察

世界拡大戦略を向上させるために、以下の事柄が将来を培うために考慮されるべきである。

- ▶早期発見・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さらに減少させる。
- ▶人口あたりのG2Dの新規患者の動向を考慮した密接なモニタリングの進展。
- ▶ハンセン病制圧活動をG2Dの新規患者が多い地域で強化する。
- ▶ハンセン病に関連した障害を持つ多くの人々と適切に関係を構築する。
- ▶ハンセン病罹患率の減少に向かい合う際の行動の課題と対峙し、それを乗り越える必要性を重視する。
- ▶リファンピシン耐性らい菌の出現など、ハンセン病コントロール活動を脅かすような事項

に対しては、監視のためのサーベランスネットワークを構築するとともに、薬剤耐性らい菌に感染した患者に対しての代替治療法を開発するなどの準備をおこなう。

- ▶ほかの疾病と共にハンセン病が蔓延している地域で、ハンセン病治療優先権の確保。

3.4 進捗状況モニタリングのための世界目標設定

最新計画では、多くの指標が戦略目標設定のために用いられている。たとえば、新患中のG2D者数などが新患発見の質の指標として用いられ、また患者管理の質の指標として治療終了者数なども用いられている。ほかにも新患中のMB患者数や小児症例数を用いることも提案されているが、これらの指標は計画要因の影響を受けやすいと考えられている。なにか一指標を、プログラムの方向性を決めるために世界計画の基盤とするために選ぶべきである。そうすることにより、モニタリングや評価を目的とした一連の指標として連続性をもって用いることができる。

人口100,000人中の新規G2D者の比率は、世界目標の指標として提案されている。それは計画要因（操作因子）の影響を受けにくく、ハンセン病患者・回復者の重篤な障害に注意を向け、新患発見の改善を助長する。これは病気の初期症状よりもわかりやすく、地域の病気発生レベルのしっかりとした目印となる。

各国の報告によると、G2D者数は減少傾向にあることがわかる。G2D者数の減少は、全体の新症例数が減少しているためであると考えられる。この関連性は、人口10,000人あたりのG2D者数と割合に関する数か国の報告から明らかである。これは操作因子の影響が比較的小さくかつ一定であったからだと想定される。この新規G2D者数の減少は、新規G2D者数の割合だけを見た場合には明らかにならなかったであろう。

このような指標のみを利用することには限度があるものの、ハンセン病プログラムに対する関与が増大するという恩恵は、ほかのいかなる限界にも勝るものである。ほかの指標と共に見直した時、人口100,000人あたりの新規G2D者数は発見されていない患者数を推測すること、身体・社会リハビリテーションの需要度合、障害を防ぐ活動へ

の援助、他分野との共同活動など、ほかの事柄を見積もることができる。さらにはそれらの指標がPAL、政府、NGO、ドナー、その他の協力者へ重要な事柄を際立たせる助けとなる。

3.5 世界目標

人口 10,000 人あたりの治療中の罹患率を 1 以下にするという以前の世界目標は治療済みの膨大な登録患者の数を減らし、医療サービスにおける疾病負担を減らす結果となった。今後 5-10 年間もハンセン病制圧計画は早期発見と MDT による適切な治療を基本にして継続されて行くことは明らかである。新たな目標はハンセン病問題を減らすこととその問題の重要性を考慮する必要がある。新患は、障害がでる前の適切な時期に正確な診断を行う必要がある。それらの目標は、PAL のさらなる身体的・社会的・経済的な負担を軽減するのに効果を発揮する。

2015 年までに、2010 年末比で人口 100,000 人あたりの新規 G2D 者数を 35% 以下にする世界目標が提案された。この目標はニューデリー（インド）の SEARO で 2009 年 4 月に行われた世界ハンセン病制圧計画プログラム管理者会議において決議された。

新規 G2D 者の発生の減少をベースにした世界目標の設定は診断の遅れを減少させ、MDT による治療が行われ、そして新患の発生の減少に良い影響を与えるであろう。

4. 戦略面での事項

4.1 疫学的状況

4.1.1 高疾病負担の地域

未治療の新患や新規 G2D 者が多くいる地域をかかえる国には優先的に注意を向けなければならない。子供に影響が出ている場合にはさらに深刻な状況であるとしてよい。そういった状況は診断の遅れが顕著に現れており、その結果、そのコミュニティへのハンセン病の伝搬を拡大している。これは一つまたは複数の影響因子によるものであろう。それは以下のようなものである。

▶医療スタッフに正しい診断のための技術が不十分である。

- ▶コミュニティにおいて隠蔽を引き起こすスティグマの度合いが非常に強い。
- ▶プログラムによる新患例発見の努力が低い。
- ▶地域における IEC 活動が非効果的で不適切である。
- ▶地域でのサービスが利用しにくく、手頃ではない。
- ▶限られた地域のみが参加している。

このような状況に対応するために、第一に新患が出続ける限り治療や支援サービスなどを行う継続的なハンセン病制圧プログラムを創設することが提案されている。ハンセン病制圧プログラムはハンセン病やプログラムの情報を普及させ、必然的に任意の報告に頼るようになるだろう。ハンセン病と診断された患者においては短時間で家族間接触者が自主的に受診し、検査を受けることで、さらなる感染症例を確実になくすることができる。特別な場合には、地域への迅速なスクリーニングによって未発見だった患者を発見できるであろう。

4.1.2 低疾病負担の地域

過去において高度にハンセン病が流行していた国々で観察されたように、新患数で表されるハンセン病による疾病負担が低いレベルであるという状態は、翌年のハンセン病の様相をよく反映すると考えられる。国家プログラムでは、状況と結果、サービス内容を時に応じて再評価する必要がある。わずかな新患を管理するための広域なサービスを維持し、専門家を多くの医療機関に配置するという高額なシステムは維持できない。ほとんどの医療機関は 1 年で新患を 1 例診断するかどうかぐらいのものである。しかし症例発見計画は高疾病負担の場合と変える必要性はない。

同様に、ほかの分野の医療スタッフを育成する、集中分野、需要に合わせた計画などそのほかの行動も必要とされる。医療機関従事者の育成は全ての機関ではなく、管轄地域に PAL がいる所のみに限られるべきである。同じように、治療やサービスはアクセスのしやすい場所で計画的に、確実に行われるほうがよい。さらには、流行国の地域や国レベルで必要がある限り専門技術を確実に提供できる最適な数のハンセン病関連センターを設置し、維持することが考慮されるべきである。

4.1.3 サービスが行き届いていない人々

ハンセン病制圧プログラムにおいて、それを必要とする全てのPALへサービスを届けるという重要な項目が明記されている。そのためにも、アクセスが困難・特別な状況下・孤立・サービスが行き届かない地域でPALにサービスを届けることが重要である。彼らは地理的・社会的・経済的ないしは文化的障壁により医療サービスを受ける機会が制限されてしまっている。

こういった特別な状況がハンセン病管理の複雑な課題を引き起こす。こういった人々や地域にサービスを提供するために革新的で実用的な計画を作り上げる必要がある。これに適応した計画は、地域レベルでの医療サービスを継続して強固にすることが重要視されるべきである。まず初めに、すべての地域にすべてのサービスを可能にし、必要に沿って提供の差を明らかにする。これが様々な利害関係者との協力を構築する計画を向上させて、地域を含めた協力を得て、医療従事者を育成することにもつながる。

4.1.4 都市部

2007年に、都市部における居住者が、初めて世界人口の主体となった。今後30年で、低・中所得国の都市部の人口は目に見えて増加していく。第3世界では30億人と推定される都市部居住者がスラム地域に住んでいるといわれている。

都市部の人々は健康サービス管理に対して特別な課題がある。社会・文化・経済の格差や制約も含まれ、そのためにサービスを知らない、受けられない弱い立場の人々もでてきている。この状況は急速な工業化や、移民のスラムへの大量流入、医療機関の乱立とそれらの協調性のなさといった状況で複雑になってしまった。

都市部に目は向けられてはいるが、スラムに住む人々へのサービスを向上させることに焦点を当てるべきである。国連はスラムの特徴を不安定な住居環境、弱い住居構造、過密、きれいな水と公衆衛生に対して不十分なアクセス、その他のインフラの不足と定義した。スラム街の医療サービスは近隣の都市部や地方よりも悪い。さらには、スラム街では健康管理の恩恵に浴するの、その予防可能な慢性疾患が後期の合併症にまで進んだ時

のみである。これは医療資源が彼らには限られているためである。

‘新たなミレニアムの初めに人間の居住を向上させるために、スラムの急速な都市化と貧困の都市化の2つの挑戦と向かい合っている’（国連人間居住計画事務総長 Anna Kajumulo Tibaijuka）

都市部のハンセン病制圧の核として、全てのパートナーとさらなる協力を築き上げて、迅速な診断とMDTによる治療をするべきである。これは持続性、治療の質向上、容易なアクセス、都市部のアクセスが悪いスラム街を中心とした組織的福祉活動を広くすることによるサービス範囲の拡大等を確実にする。

4.2 ハンセン病サービスの質の向上

現在のハンセン病制圧の質は以前に比べてよくなっている。これは多くのものを様々な分野から統合したことに関係している。PALの満足感認識を測定することは難しいものの、他の測定法よりもわかりやすい指標となる。それぞれのプログラムは各国のハンセン病サービスの必要最低限レベルの質と利用者を予想し、一般医療スタッフや物資の必要最低限レベルを設定している。

いくつかのハンセン病制圧地域では制圧の手法や手順の見直しが必要となっている。例えば、神経機能障害の管理、障害の予防、PALやその家族が尊厳を持って日常生活へ戻る援助などである。

4.2.1 PALのケア

4.2.1.1 副作用と合併症の予防

統合システムは副作用や合併症を持つ患者に必要な分だけ行われるべきである。急性・慢性合併症のマネジメントに関する最善の診断を考える必要がある、それは最善の臨床診断のエビデンスに基づく標準と基準の再定義を含むものである。ネットワークを構築し、教育を継続し、管理をしながらスタッフを十分に育てることが効果的な治療を行う上で大事である。

4.2.1.2 障害の予防と管理

‘障害は身体、人または社会レベルでの機能の問題であり、それは状況要素を伴う相互作用の中における健康状態の個人の経験による地域での問題

でもある’ (Leonardi M. *et al.* 2006)。

ハンセン病に関連した障害を持つ人々の数を踏まえた最近の状況を、特に各国レベルで再評価する必要がある。ハンセン病サービスの一般医療サービス提供システムへの統合は、他の疾病に悩んでいる、ハンセン病に関連した障害を有する人々へのアクセスを包含することを確実にすべきである。

医療サービスは柔軟で個々人に合わせたサービスを行えるようにし、以下の点を含めるべきである。

- ▶ハンセン病の早期発見と適切な管理。
- ▶らい反応の早期発見やその障害予防への介入。
- ▶セルフケア、保護援助、再建手術を含む障害の悪化の予防への持続性のある幅広い介入。
- ▶地域・社会・政府・民間部門を動員することによる障害者のとりこみと統合の促進。

4.2.1.3 カウンセリング

ハンセン病はPALやその家族、および彼らが住む社会において、社会的・心理的に強い影響を残す病気の1つである。プログラムは2つの対応がなされなければならない。1つは、地域に向けられなければならない。それは、これまで答えを得られなかった疑問に答え、誤解や作り話の類を排除し、PALに対していかなる偏見も無く受け入れる手助けなどを行うことである。もう一つの対応は、PALが差別、敵意、伝達不良を日々の努力により排除し、地位回復を行うことに対して向けることから始めなければならない。

治療プログラムは、カウンセリングを重要な患者マネージメント計画の一環とするべきであり、ガイドラインを示し、PALが理解しやすい情報提供、人々と仕事の管理、コミュニケーションスキルの重要な3分野の能力を持つ医療従事者育成のプロトコルを実践するべきである。教育が十分された保健の専門家が助言、支援、ガイド、情報の共有を行い、自立へのスキルを高める役割を果たすべきである。

4.2.2 照会システム (Referral System)

照会システムはPALへの提供が期待されているプログラムの治療の質をあげるためのひとつである。それは全ての需要を担える一次・二次・三

次レベルのサービスを同一視することも含まれている。ハンセン病統合制圧プログラムは、有効な照会システムを効果的にする必要があり。照会システムはハンセン病統合制圧プログラムのサービスの質を決めるために重要な役割を担う。現在はほぼ全てのプログラムで照会システムは存在しないか、脆弱すぎてプログラムのニーズに適していない。ハンセン病統合制圧プログラムにおいて、現存する紹介施設を支援し、必要な地域では十分な数のそのような施設を作り、国の照会ネットワークを構築するといったことが優先されるべきである。

照会システムは個人や、望まれているサービスを提供する施設のネットワークを採り入れるべきである。その課題や責任は、患者に向けられたプロトコルと様々なレベルからの情報を含むような良く標準化された臨床診療のための手段やプロトコルとともに、明確に定義されるべきである。システムでは最高の治療と費用の低減のために、様々な利害関係者との関係を構築するべきである。有効な照会システムには多様なレベルの治療方法の間で、良いコミュニケーションと協力が求められている。それにより、有効なコミュニケーションや情報伝達（訪問、電話、メール、手紙、遠隔治療など）の幅を広げることになる。PALが、必要な時に遠い場所での治療や照会システムの助けを受けられることを確実にすることが重要となる。

4.2.3 MDT 供給の継続と流通の強化

ミレニアム開発目標の一つの達成点は‘途上国で手頃な必須薬へのアクセスを提供する’である。

ほぼ全ての地方医療施設で化学療法が必要な治療に対して、無償でMDTの支援を受けられるようにした日本財団そしてノバルティスとノバルティス財団の寛大な寄付に感謝をする。早期発見やMDT治療はハンセン病制圧計画の未来へ重要な要素となる。そのために、WHOから全ての流行国へMDT供給の継続を続けることが必要になっている。MDT治療が必要な患者数は確実に減少しており、病気問題の現状に合わせた効果的な流通が求められている。

全てのプログラムにおいて医療施設の治療薬欠乏による治療の中断はいかなる患者へも行われて

はならない。MDT 供給の欠乏は患者へ不利益であり、地域医療施設の信頼性を失うことにもつながる。

4.2.4 よりよい化学療法の機会

最新の MB・PB ハンセン病治療への MDT 使用の WHO による推進は今後 10 年間、大きく変わることはないだろう。しかし、MDT の長期的な役割はらい菌に対する MDT の各薬剤の効果、特にリファンピシン (RFP) の効果を維持するかに関わっている。ハンセン病制圧活動を真っ向から否定してしまうような RFP 耐性の出現に対して、世界の数か所では散発的な報告があり、システムのサーバランスが要求される。RFP 耐性や禁忌がある患者にも継続的な治療が行えるために、新たな薬の飲み合わせをフィールドトライアルで検討する必要がある。

長い目で捉えると、フィールドで化学療法研究を行うことが考えられ、様々な機関の意見を聞き、協力をすることが必須になる。新たな抗結核薬の研究や、薬の治験を行う研究者の経験が、潜在化合物のスクリーニングや企画をするための助けとなる。その上、らい菌ゲノムのさらなる研究が、新薬開発のための新たな作用点の特定へのアプローチを提供するであろう。

4.2.5 統合プログラム能力 (capacity) の育成

「能力^{注7} 育成」は人のレベルと施設の受容力の開発について用いる。これは正しい知識、技術、効果的な役割を行うための理解を持った医療スタッフを含む。

能力育成は病気の疾病負担、資源の減少、利権や優先権との競争、そして一番重要なハンセン病診断の専門技術の減少を防ぐためにとても重要である。強化された世界戦略 (The enhanced global strategy) は 2 つのアプローチを考えている。それは、世界戦略の能力向上プランの発展を促すことと、流行国の国家育成センター持続の推進の 2 つである。

世界・地域・国家活動は、機関の持続と国家レ

ベルで皮膚科医やトレーナーを含む専門家の養成プログラムを創設するようになるべきである。これは様々な分野の医療スタッフの適切な育成方法の構築も含まれている。ほぼ全ての流行国、特に都市部では皮膚科医が専門技術を活かしてプログラムの重要な支援を行っている。彼らはハンセン病の医療技術を持続するために、国家活動への重要な要素となる。

4.2.6 性の問題

男女平等は最も重要な人権である。力を与えられた女性は全ての家族と地域の健康と生産性や、次世代の期待への一因となる。男女平等の重要度はミレニアム開発目標でも強調されている。男女平等はミレニアム開発目標達成のための要素であると認められている。

多くの社会では、女性や少女への差別は社会・社会文化的な基準により、たびたび、彼女たちを低い身分へと追いやり、彼女たちの自負心や価値観を低下させる。これは男性や男子に比べて女性や女子が資源や物へのアクセス、意思決定力、社会的地位で不利な状況下で起こる。女性は男性に比べて健康管理の面で苦しんでいる。

政治やプログラムがジェンダー問題を取り入れているという理由で、こういった差異が知れ渡っているにも関わらず、医療システムは性の問題へ注目をしていない。これは医療スタッフ育成の際に性別への注意や性別格差への感性や十分な知識が欠けていることも一因であろう (WHO Report, 2004; Vlassoff and Moreno, 2002)。

ほぼ全てのハンセン病流行国では女性よりも多くの男性のほうがハンセン病と診断されている。このような高い罹患率は男性への疫学的差異や治療による影響によるものかは明らかになっていない。性別格差の重要性を明らかにするためにも性別のデータを集めることが必須である。プログラムはサービスの行われ方、意思決定への参加、治療の質の認知を結びつける必要がある。ハンセン病制圧活動では、医療スタッフの育成を含むその他の活動は性別に敏感になり、全てのレベルの医

^{注7} 国連開発計画は“能力 (capacity)”を“個人・機関・社会が、役割の遂行・問題解決・持続性のある目標の設定や達成を行う能力”と定義している

療活動での女性参加を増やすことを明確にした。

4.2.7 地域に根ざしたリハビリテーション (CBR)

CBRの意味はWHOや主要なNGOが以下のように定義している。

‘CBRは地域での一般のリハビリテーション、機会均等、障害者の社会包括を進展させるための計画である。CBRは障害者、その家族、地域や団体、関係のある政府または非政府の医療、教育、職業指導、社会などのサービスなどの努力を合わせて実行される。’

CBRの重要な目標は平等な機会と平等な権利であり、それらはすべての地域のメンバーへ与えられるべきである機能である。CBRは多次元であり、そのため多分野に渡る計画を練る必要がある。ほぼ全ての社会は基礎構造があり、それは障害がない生活のために作られており、障害のある人たちのために適応させることが求められる。障害者への必要で適切な配慮に対する社会の抵抗は共通である。最も有効なリハビリプログラムは政府、NGOや私的分野を関連させて以下の事柄への影響を与えることである。

- ▶多様なアクセスポイントとサービス利用のためのさらに公平な機会の提供。
- ▶障害者の権利の促進と保護。

CBRの概念はどの国の社会経済状態からも独立していないということは認識されるべきである。貧困、不平等、継続的な成長に関連した事柄は、CBRの主導権に影響を与える。PALへのリハビリテーションを、すでに作られているほかの障害を持った人々のリハビリプログラムへ統合することは、実用的なだけでなく有益である。

4.2.8 地域認識と教育

適切な理解の不足、虚構の伝承が減少していないこと、病気への不信が社会のネガティブな態度を増大させ、それがPALやその家族への社会差別やスティグマを増やすことになった。差別が、特にハンセン病患者への不適切で不利益な治療をさせ、スティグマは卑劣な‘(PALに)レッテルを貼るという行いであり、拒絶、説明不能な恐怖を与

える行動’^{注8}である。衛生教育の一般的な不足、供給者中心主義、地域中心の社会行動の欠乏などは、このような正当性を欠く状況をもたらすことに対して非難されるべきである。そのため、ハンセン病患者、公共機関、専門機関などの地域グループとの協力は、成功する実行活動と弾力性のあるプログラム作りのために必須である。教育介入の利益を示す努力はハンセン病制圧活動のために不可欠である。

地域の認識向上の方法は以下のことが含まれる。

- ▶地域のそれぞれのグループの識別と関連化。
- ▶メッセージを伝えたり、重要なメッセージを作ったりするために最も使いやすい形式を明らかにする。
- ▶伝達方法(キャンペーン、地域ネットワーク)や活動、方法の提案。
- ▶達成判断基準の作成。
- ▶活動をその他の事につなぐ方法の創造。

プログラムは可能な限り効果的に情報を広めるために全てのメディアを有効利用すべきである。マスメディアは情報を広域に広めるために便利であると同時に、姿勢や行動の変化は個人間の相互作用によってのみ行われる。

4.3 公平、社会正義、人権

公平の原則とは、人々が享受する健康における格差と不平等は不要であり、無効であり、不適切であるという前提に基づくものである。公平さは、社会的資源の不足などで権利が否定されるなどの、社会的に恵まれない、不利な人々が平等になることが明確となる状態をいう。公平さは平等な機会であり、社会正義である。それは差別から解放され、選択の権利とチャンスのある生活である。これは個々人の権利であり、世界人権宣言にも記されている。公平さと人権は、公平さが人間の尊厳や、人間の尊厳と平等を守るための人権を確立するために重要となった時から切り離すことができない。継続的な努力はPALへの差別や軽蔑を全てなくす保障をすることにつながる。

国連障害者の権利条約は2008年、必要な数の参加国の批准により採択された。この条約は新た

^{注8} Jose P. Ramirez, Jr., Squint. *My journey with leprosy*. (University press of Mississippi, p210). Jackson, 2009.