

局と共に、低流行国のハンセン病管理者たちのために、WHO とパートナーによって開発されたモデルに従って、2 国間あるいは多国間のワークショップを企画する計画を立てている。実施ガイドラインは各国語に翻訳され、広く頒布される予定である。

#### 4. 6 西太平洋地域 (WPRO) のハンセン病状況

Dr. Arturo Cunanan Jr. の発表は地域の最新のハンセン病状況、将来の計画、そして今後の課題について情報を提供した。

▷ 2007 年初頭の登録患者数は 9,873 人であった。2006 年の 1 年間で 5,959 人の新規患者が発見された (新規患者発見率: 100,000 につき 0.34)。これらの 82% が MB 患者であり、7.7% が子供であった。新規患者の 11.3% は第 2 度障害を持っていた。

▷ ハンセン病の制圧は 2 ケ国 (ミクロネシアとマーシャル諸島) 以外全ての国家レベルで達成された。6 ケ国 (カンボジア、中国、ラオス、パプアニューギニア、フィリピン、ベトナム) で 2006 年の新規患者数の 90.1% を占めた。

▷ 多くの国 (37 地域のうち 20) は 1 人から 100 人の新規患者数で、2 ケ国 (中国とフィリピン) は 1,000 人以上の新規患者が発見された。一方、5 ケ国は新規患者数を WPRO に報告しなかった。

▷ 実行ガイドラインはカンボジア語 (クメール語)、中国語、日本語、およびベトナム語に翻訳された。

当該地域のハンセン病の状況は Table 5 にまとめられている。

主な課題は以下の通りである。

▷ 残りの 2 ケ国 (ミクロネシアとマーシャル諸島) において公衆衛生問題としてのハンセン病をなくすこと。

▷ 以前の流行国でハンセン病問題をさらに減少させるための技術的そして資金的サポート。

▷ 末端医療機関でのハンセン病サービスの質の維持。

▷ ハンセン病サービスの一般保健サービスへの統合を強化。

▷ 紹介システムの確立。

▷ 有病率の低い状況でのマネージメント情報シ

Table 4: Leprosy situation in SEA Region at the beginning of 2007

Country	Registered prevalence	No. of newly detected cases	No. of new MB cases	No. of new female cases	No. of new cases among children	No. of new cases with Gr 2 disability
Bangladesh	4969	6280	2393	2661	493	523
Bhutan		16				
DPR Korea	0	0	0	0	0	0
India	82 801	139 252	62 652	47 969	14 071	3130
Indonesia	22 175	17 682	14 232	311	1775	1388
Maldives	6	8	2	5	0	0
Myanmar	2790	3721	2345	1328	253	421
Nepal	3951	4253	2095	1968	225	127
Sri Lanka	1382	1993	874	885	205	107
Thailand	1157	665	454	253	30	95
Timor-Leste	222	248	161			
<b>SEA Region</b>	<b>116 663</b>	<b>174 118</b>	<b>85 208</b>	<b>55 107</b>	<b>17 088</b>	<b>5791</b>

システムの確立。  
 ▷政治の関与とサポートの維持。

### 5. タイの新規患者状況

タイの新規患者状況の発表は Dr. Krisada Mahotarn により行われた。それは 20 世紀の初めから今日までのタイのハンセン病制圧プログラムの歴史を網羅した。ハンセン病制圧サービスの一般保健サービスへの統合は 1970 年代の早い段階にハンセン病制圧プログラムとして実行され、それはハンセン病制圧サービスの範囲をより改善するのにつながった。プログラムには 1984 年以降の、新規患者の一貫した詳細データがある。使用した MB レジメは 24 ヶ月の期間のものである。

1981 年以来、新規患者の発見（絶対数と比率の両方において）は減少している。第 2 度障害者を持つ新規 MB 患者の割合は 16% と 18% の間で留まっている（20 年間以上）。しかし、ハンセン病新規患者数、特に MB 患者数は年々減少している。発表者は減少している傾向を、BCG が幅広く行われるようになったこと、改善された生活水準に伴う社会経済的発展、および診断と MDT 治療が容易になったことを含む複数要因の結果とみている。しかしながら、現在の状況（低い有病率）は、医療関係者や一般住民のハンセン病への意識を低下させ、その結果診断と治療の遅れを増加させるという性格も持っている。

### 6. ハンセン病制圧プログラム担当の保健機関管理者のための講習会

講習会の指針は Dr. H.J. Kawuma によって発表さ

れ、講習会は統合プログラム管理者（マネージャー）たちが新しい戦略を詳細情報に基づき、それぞれの国で実行するのを可能にするために、WHO と協力者たちによって企画されたと説明された。対象のマネージャーは、ハンセン病制圧担当者であり、ハンセン病が彼らの責務の一部でしかなく、ハンセン病研修スケジュールに参加する時間が限られ、ハンセン病診療の経歴が限られていた。

講習のスケジュールは、世界戦略と実行上のガイドラインに基づいた二冊のマニュアル、参加者用のガイドブックと担当者のガイドブックであった。トレーニング目的の簡潔な概説、期待される成果、および各セッションで使用される教育方法論が提示されている。

2008 年にはアメリカ地域（AMR）、南東アジア地域（SEAR）、およびアフリカ地域（AFR）でも講習が行われる予定である。講習はいくつかの対象グループのニーズに対処するための適切なツールであるという合意があった。短期的および長期的な影響を評価するために体系を組み込む必要性が強調された。

### 7. 自分で出来る（I can do it myself）：自己管理（self-care）冊子

Dr. Hugh Cross はハンセン病に罹患した人々（person affected by leprosy: PAL）のために、WHO によって製作された自己管理冊子を紹介した。患者によるセルフケアを主な意図とする小冊子で、考慮されるべき基本的事実が提示された。行動上の変化は主に個人が自己管理（control）しているという自覚をもつべきで、なぜ患者がアドバイスに対して応答しないかなどについて論じている。「自

Table 5: Western Pacific Region: leprosy situation at the beginning of 2007

	Number of cases	Rate / proportion
Prevalence	9873	0.056 /10 000
New case detection	5959	0.34/100 000
MB among new cases	4886	82.0%
New cases with grade 2 disabilities	674	11.3%
Children	459	7.7%

己効力 (self-efficacy)」の概念に加え、高い自己効力と行動的变化 (自己管理を行おうとする個人) の関係性も紹介された。各地の実情に合うようにこの冊子を改定しようとする場合には、簡単な図表のレイアウトで文字は最小限にとどめ、カラーで印刷するように助言された。

自己管理で予想される行動に内在する複雑な状況のため、最初の6カ月は患者に適切なサポートを与えることを勧める。

以下は自己管理教育に重要な要素である。

▷人々は、自らの視点で理解するために役立つ問題解決能力を学ぶ支援を受ける。この能力は人々が持つ3つの側面：医学的、社会的、感情的、に取り組むために発達させ、他へも伝達すべきである。

▷人々は、目標を困難度に応じて設定するのを助けられるべきである。(簡単に達成可能な目標から始めて)

発表者は精神的サポートの形成のためにコミュニティの参加の重要性とその強い推奨を強調した。このようなサポートの擁護は自己管理に関わる際に考慮されるべきである。

## 8. ハンセン病と HIV-1 の重複感染

Diana Lockwood 教授はその発表の中で、HIV 感染の臨床病理学についてレビューを行い、以前予想されていた HIV とハンセン病の相互作用の可能性に関しての情報について議論した。

得られている証拠は以下のことを示唆している。

- ▷ HIV 陽性であることは、ハンセン病発症の危険性を増加させない。
- ▷皮膚生検所見からは、HIV 感染はらい菌に対する通常の免疫反応を妨げない。
- ▷ HIV/ハンセン病重複感染者にあらゆるハンセン病の病型が認められているという報告から、HIV に感染した患者がよりらい腫型になりやすいであろうという予想は成り立ちにくい。
- ▷現在の MDT 療法は HIV に感染したハンセン病患者に対しても極めて適切であろう。
- ▷ハンセン病/HIV 患者は、より1型らい反応のリスクが高いように見える。
- ▷長期間の免疫抑制状態になるハンセン病/HIV

患者ではらい反応の管理が必要かもしれない。

▷らい菌/HIV の重複感染が存在可能となる状態の一つが免疫再構築症候群 (Immune Reconstitution Syndrome: IRS) である。

また発表者は、HAART 療法 (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) 開始後のハンセン病の進展について、いくつかの論文になった報告をレビューした。このような症例におけるらい反応の発症と治療を含む HIV/ハンセン病相互作用に対して、より多くの情報収集が必要であることが述べられた。

## 9. 多施設での Uniform-Multidrug Therapy (U-MDT) 研究の進行状況の報告

報告は M.D. Gupte 教授によって発表された。発表された大部分の情報は 2007 年 11 月までの期間に関するものであった。研究の目的は、全ての型のハンセン病患者に 6 ヶ月間 MDT を提供し、治療成績 (5 年後再発率が 5% の最大許容累積レベルを超えないという) を評価することであった。

この研究には全部で7つのセンターが参加している (インドで5つと中国で2つ)。2007 年 11 月現在の登録状況は、2,960 人の患者のうち、1,806 人が PB であると発表された。規定された試行例は、大部分の PB 症例で終了した。MB 症例ではインドの1ヶ所のセンターのみで終了した。

また、発表は研究対象患者の特性、治療完了時、治療完了1年後と2年後の臨床症状、追跡調査期間中の特別な出来事 (調査から除外された症例も含む) の中間総括もなされた。2年目の追跡調査情報は合計 2,960 例のうち 1,098 例しか入手できなかった。これらのうち 53% は「改善 (improved)」、46% は「非活動性 (inactive)」と記載された。病型ごとにみると PB と MB でそれぞれ 58% と 30% が「非活動性 (inactive)」であることを示した。

Uniform MDT の定義の簡潔な要約に加え、調査の過程で用いられる、「非活動性 (inactive)」、「改善 (improved)」、「不変 (static)」、「増悪 (deterioration)」および「再発 (relapse)」などの意味を含む臨床的評価のために用いられる特徴についての説明があった。Dr. Gupte は、標準的 MDT 後に体系的に追跡調査されていた異なる国、たとえば中

国、エチオピア、インド、マラウィ、およびタイにおける PB、MB 療法の場合に報告された再発率に関するいくつかの既存文献について簡潔に話した。これに関する議論では、バングラデシュとブラジルにおける同様の研究グループの一層の協力が求められている。これは、データベースを拡大し、特にトライアルを続けていくかどうかという決定のための当面のデータ分析の有用性を高める一助になるかもしれない。

### 10. ブラジルの 12 ヶ月 MB-MDT 研究の進行状況

Dr. Maria Cunha による発表は、(a) 12 ヶ月の MB-MDT 研究と (b) MB に対する オフロキサシン (OFLX) multicentric trial の 2 つについて説明した。

12 ヶ月 MB-MDT 前向き研究の目的は、12 ヶ月間と 24 ヶ月間の MB WHO/MDT レジメの有効性を比較することであった。研究は皮膚スミア検査陽性の未治療 MB ハンセン病患者を 2 つのグループに分け、追跡調査するものであった。第 1 群は 1998 年から 2000 年の間に集められ、12 ヶ月 MB-MDT で治療された 128 人の患者である。第 2 群は 1995 年から 1997 年の間に集められ、24 ヶ月 MB-MDT で治療された 85 人の MB 患者である。36 ヶ月間の追跡調査では、2 つの群間で菌指数 (BI) の減少、らい反応、および障害者等級の間で有意な統計的差はなかった。治療終了 (RFT) 8 年後に、4 例の再発 (第 1 群に 1 例と第 2 群に 3 例) が観察された。

Tropical Disease Research (TDR) によって支持されている OFLX multicentric trial は、OFLX を含

む 2 つのレジメにおける再発、実行可能性、および耐性などの治療効果について調査を行い、1 年と 2 年の標準 MB WHO/MDT レジメと比較するために実行された。それは、二重盲検法であり、8 ヶ国の 15 のセンターで実施し、治療終了から少なくとも 7 年の追跡調査期間を設けることとなっていた。

発表は、実施された 4 つの異なるレジメについて説明し、ブラジルの 2 つのセンターの情報が提供された。センターは (1993 年から 1994 年の間) 合計 198 人を対象とし、そのうち 183 人が治療を完了し、114 人が 7 年間追跡調査を受けた。臨床分類とレジメの割り当ての概要が述べられた。全体で 23 例の再発があった (平均的追跡調査期間である 5 年後に)。そのうち 9 例はマウス足蹠に接種を行い、7 例でらい菌の増殖が見られた。MB 研究による再発状況の概要は Table 6 に示した。

両方の研究に示された結果によると：

- ▷ 12 ヶ月と 24 ヶ月の MB-MDT を比較すると、統計的に有意な違いはない。
- ▷ 菌指数 (BI) は治療完了時には依然として陽性であったが、これは追跡調査している期間に次第に減少した。
- ▷ 再発と初期 BI の高値との間には密接な相関関係を示した。

TAG メンバーは以下に同意した。すなわち、(a) 高い再発率が観察されたことから、“C” グループ (OFLX と RFP の 4 週間連日投与) に属する全ての検索可能な患者に標準の MDT コースを提供すべきであり、(b) WHO は OFLX トライアルに参加する 15 の全てのセンターから今後も情報を収集し、それを公表する作業を継続すべきである。

Table 6: Relapse prevalence by MB regimens

Regimens	f1/n	%	IC 95%
WHO MDT 12 months (A)	2/46	4.3	0.8-16.0
WHO MDT 12 months + Ofloxacin (B)	2/40	5.0	0.8-18.2
Ofloxacin + Rifampicin (C)	19/49	38.8	25.5-53.8
WHO MDT 24 months (D)	-/24	-	-
Total	23/169	13.6	8.9-19.9

## 11. より良いハンセン病制圧のための新しい多剤併用計画の必要性

この発表のイントロダクションとして、Baohong Ji 教授は、新しいMDT レジューメ（特にMB型ハンセン病のための）が必要であるとのいくつかの理由を以下に提起した。

- ▷現在のMDTレジューメは2種類の投薬法、すなわち毎月、そして毎日の服用があり、日々の服用は自己管理であることなどから、未だ複雑であるという事実。万一患者が日々の自己管理治療に応じなかった場合、患者は事実上RFP単剤療法で治療される。従って、現在のMBレジューメはRFP耐性患者には有効でない。
  - ▷治療期間が相対的に長すぎる。
  - ▷病原体に対する多くの感染症患者の治療は、いかなる場合においても薬剤耐性の出現を実質的に避けることができない。RFP耐性および多剤耐性ハンセン病の患者は既に報告されている。RFP耐性の患者やRFP内服が不可能な患者のために、安全で効果的な別のレジューメを開発すべきである。
- 彼は、治療を簡略化し、薬剤投与の監視を容易

にして、RFP耐性を持つハンセン病患者やRFP内服が不可能な患者を治療するために新しいレジューメを開発すべきと提案した。目的が何であっても、らい菌に対する強力な殺菌作用を持つ、より新しい抗菌薬を新しいレジューメに組み入れるべきである。

彼はらい菌に対して殺菌効果がある新しい薬剤の概要をTable 7にまとめた。

多くの新しい薬剤の殺菌作用 (bactericidal activity) に関する科学的データはあったが、再発を防ぐための決定要因の指標である滅菌効果 (sterilizing effect) に関する情報がないことが指摘された。

トライアルベースでMB治療を簡素化するために提案されたレジューメは以下の通りである。

リファペンチン (rifapentine) 900mg (または、RFP 600mg) - モキシフロキサシン (moxifloxacin: MFLX) 400mg - クラリスロマイシン (CAM) 1000mg (または、ミノサイクリン (MINO) 200mg) を監督下に月1回、12ヶ月投与。

同様に、RFP耐性ハンセン病の治療のために、彼は完全に管理された二段階レジューメをトライアルベースで行うことを勧めた。

初期6ヶ月の集中期とそれに続く18ヶ月の継続期。

Table 7: Newer drugs displaying bactericidal activity against *M. leprae*

Drugs	Class	Bactericidal activity in mice*	Bactericidal activity in humans*	Unit cost
Pefloxacin	Fluroquinolone	++	++	Moderate
Ofloxacin		++	++	Moderate
Moxifloxacin		+++	+++	High
Clarithromycin	Macrolide	++	++	Moderate
Minocycline	Tetracycline	++	++	Moderate
Rifapentine	Rifamycin	+++	Not done	High
R207910	Diarylquinoline	+++	Not done	Not commercially available
Linezolid	Oxazolidinone	+	Not done	High

\* Based on the activity of (+) for dapson and (+++) for Rifampicin

集中期: MFLX 400mg- CLF 50 mg- CAM 500mg- MINO 100mg 全て連日投与。

継続期: MFLX 400mg- CAM 1,000mg- MINO 200mg 全て月1回投与。

発表者は、上で説明されたどのレジュームも MB 型ハンセン病患者で慎重に行われた治験でその効果と安全性が確立されるまでは、通常プログラムに使用されるべきでないと警告した。彼はそのような治験の重要な要素について説明した。

また、新しい MDT レジュームの開発を加速させるために、以下のことが重要であるとも述べた。

- ▷らい菌に対して強力な殺菌作用を持つ新しい化合物を検査する迅速かつ簡潔な手段を開発。
- ▷マウス足蹠法よりもより迅速で正確ならい菌に対する抗菌活性を測定するテストを見つけ、そして、
- ▷使用された薬剤のらい菌に対する殺菌活性を測定する簡便かつ信頼できる指標を特定すること。これは治療期間が短縮することを理由づける重要な指標となる。

## 12. ハンセン病薬剤耐性の世界的サーベイランスのガイドライン：レビューのためのドキュメント

Dr. M. Matsuoka は薬剤耐性ハンセン病患者発見のための現在の方法論を発表した。そして彼はインドネシア、ミャンマー、およびフィリピンから受け取ったサンプルから、RFP、DDS 耐性のハンセン病患者が彼の研究室から報告されたことを再度確認した。

薬剤耐性があるらい菌株発生を綿密に監視することは、化学療法の有効性の評価と薬剤耐性変異株の蔓延を防ぐためにも続ける必要がある。

マウス足蹠法を用いた薬剤感受性パターンモニタリングは、非常に限られたサンプルしか扱えず、12ヶ月後にならないと結果が得られないため実用的ではない。DDS、RFP、および OFLX の薬剤耐性を検出する分子生物学的技法が現在利用可能であり、マウス足蹠法と同じくらい信頼できることが受け入れられている。

MDT のフルコース完了後に再発した MB 患者の薬剤耐性を検出するのを目的とする監視管理シス

テムは様々な国家のプログラム、レファレンス・ラボラトリー、および WHO との協力により計画された。この分野の監視サイトから集められたサンプルに分子生物学的分析を行い、その結果は系統的に監視サイトおよび WHO の世界ハンセン病プログラム (Global Leprosy Programme) に返送される。

発表者は MDT に基づく現在のハンセン病制圧戦略が有効であり続けるのを確実にするために、薬剤耐性の傾向を長期的にモニターすることを推奨した。

## 13. スティグマ (stigma)、差別 (discrimination) そしてハンセン病対策 (leprosy control)

「支持への道のり (The Road to Advocacy)」と題された発表で、Mr. Jose Ramirez, Jr. 氏は、スティグマとは、拒絶、悪評、あるいは特定の個人に対する説明のつかない恐怖などの反応であると定義した。Ramirez 氏は、30 世紀に及ぶスティグマを振り返り、スティグマがハンセン病に罹患した人々 (PAL) の生活の質にいかにか打撃を与えたかを説明した。これらの中には、全ての社会において沈黙 (不快で旧態依然とした言葉を PAL に使うことに反対しないこと)、排除、そして彼らの治癒状況や治療に関係なく、「患者」という言葉を使うことなどが含まれていた。国家ハンセン病対策プログラムやそれらの組織がスティグマを防ぐための対策を講じることを、彼は提案した。WHO および他の政府機関は PAL に前向きな姿勢をもたせるためのあらゆる機会を作るべきである。

結語として、以下の提案を述べた。統一した世界ハンセン病デーを設けること。政治の力によって (トレーニング、パートナーシップ、ハンセン病関連のプログラム / 報告書のコンサルタント、および理事会や顧問団への取り決め) スティグマに対処し、スティグマの統一された定義を設け、口述歴史 (oral histories) で示されるように、PAL の成功を示すことで、ハンセン病についての根拠の無い説に対処すること。

関連する議論で、スティグマによるハンセン病制圧への負の影響、例えば、患者発見の遅れや、

治療の継続の中止などが起こることをTAGは認めた。スティグマや差別の度合いを測る指標の開発のためのさらなる研究が必要である。これらの指標はスティグマを解消するための介入を評価する際に役立つかもしれない。

#### 14. ハンセン病の根絶 (leprosy eradication) – 意味、実行可能性、および合意の議論

Paul Fine 教授は発表の背景として、公表されている「根絶 (eradication)」のいくつかの定義を引用し、コントロール (control)、制圧 (elimination)、および絶滅 (extinction) などの関連した定義と同時に議論した。

(訳注: control: 対策、reduction of disease burden to manageable level; elimination: 制圧、zero incidence at a time in limited area i.e. Polio; eradication: 根絶、zero incidence, permanently and globally i.e. Small pox; extinction: 絶滅、total disappearance of causative organization。ハンセン病領域では global alliance for elimination of leprosy などの表現が使われるが、以下の文章からも実際は control が目標で、キャッチフレーズとしては control よりも elimination が有効なため使用している)

そして彼は、根絶の実現可能性について、技術的実現可能性、経済的推測、および政治的意思と大衆支持の可能性の観点から現在のハンセン病状況を背景に議論した。

いくつかの議論は、ハンセン病根絶が可能でないことを示す。少なくとも一つのらい菌保菌動物 (アルマジロ) の存在、感染を判定する検査法のないこと、非常に長い潜伏期間、および我々がハンセン病の自然史 (例えば、潜在性保菌者の感染に対する役割) に関する基本的事項について現時点では無知であることを含む。「根絶」を支持する唯一の議論は、単に向上心のある目標および、ハンセン病の仕事のための財源を得るために正当化される可能性がある。また、今までリスクや利益の経済的分析が全くされていなかったことが述べられた。

発表は、ハンセン病根絶が技術的に不可能であり、根絶宣言が非現実的で用語としての根絶の定

義をあまり意味のないものとし、混乱に繋がると結論づけた。期限を定めた目標としての根絶目標は、統合 (integration) と現在の世界戦略に矛盾しているだろう。

1993年の疾病根絶の国際根絶調査特別委員会 (International Task Force for Disease Eradication) と1998年WHOによる根絶に関する補足 (WHO supplement on eradication) の両方から、ハンセン病を根絶できると考えていないことが述べられた。以上の提供されたすべての証拠を検討し、TAGのメンバーは現時点でハンセン病を根絶できると考えないことに決定した。

#### 15. ハンセン病研究の優先順位と今日的意味

Cains Smith 教授は世界戦略2006 – 2010の現在の重点分野を総括した。それらは以下の通りである。神経機能の損傷とらい反応の防止と管理、化学療法の改善、ハンセン病発症リスクの高い個人を地域社会の中から特定するための診断法の開発と改良、およびハンセン病サービスの維持と統合のための運営方法の研究。根絶の基準に合致するような研究の必要性や、それとの隔たりを見出すために、存在する事実関係や進行中の研究に関する分析結果が示された。

この分析によって判明した研究の優先度は、感染をチェックする検査、感染と防御免疫反応の形成の理解、および効果的で、安全、有効で安価な治療法の開発であった。

#### 16. 結論と勧告

(1) TAGは、ハンセン病が多くの国々で減少したように見えるが、実際、病気は大多数の国で未だ流行していることを述べた。戦略上の因子が各国間で大きく異なるため、データの解釈が難しいことが認識されている。

標準的方法に基づき、統一した基準を作り各国間の比較を可能にし、そして長期にわたる動向を表すために、日常の患者発見データの質を国家レベルで改善するためのさらなる努力が必要である。報告は新規患者発見に焦点を合わせるべきであり、年齢、性別、病型、障害度、さらに、

- 治癒率の分析を含めるべきである。
- (2)現在入手可能な情報の徹底的分析を行ったところ、TAG はハンセン病が根絶可能な病気であるとは考えていない。アルマジロのらい菌保菌の証拠、疫学、感染伝播、免疫学の現在の知見、および発症を減らす効果的な手段の欠如は、現時点で根絶戦略に着手することは適切でなく信憑性もないことを意味する。
- (3)世界戦略とその実施上のガイドラインの実施のために開発された医療施設、管理者のための講習会と付随する訓練手引指導要領書は TAG により承認され、これらの使用は国家プログラムの能力維持と強化のため、強く推奨されている。
- (4)国家プログラム管理者は HIV/ハンセン病の重複感染の臨床に関する問題を意識すべきである。これらの患者は激しいらい反応を起こすリスクがあり、Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) 開始後に免疫再構成症候群 (Immune Reconstitution Syndrome) を起こす可能性がある。この領域の研究はハンセン病免疫反応の理解を容易にするかもしれない。
- (5)ハンセン病の薬物耐性の長期的監視は MDT に基づくハンセン病制圧戦略の継続的有効性を確実にするために非常に重要である。この点で、薬物耐性のサーベイのために、毎年の再発患者数の報告とそれらの検証はハンセン病の国家調査の重要活動の一部となる。
- (6)ハンセン病化学療法今後の研究は、簡便なレジメに焦点を合わせるべきである。RFP 耐性ハンセン病患者や、RFP を内服できない患者のために、適切な治療レジメが開発される必要性がある。
- (7)早期発見、およびハンセン病神経炎とらい反応の管理のために、現在利用可能な介入への患者アクセスを改善する必要がある。さらに TAG は、ハンセン病予防、診断、および化学療法のための改良されたツールの開発研究が必要であることを示した。
- (8)TAG は自己管理が障害予防とリハビリテーション戦略の重要要素であるという原則を繰り返した。TAG は、WHO の「自分で出来る (I can do it myself)」冊子で勧められるように、ハンセン病に罹患した人々 (PAL) は自己管理について定期的に情報を提供されることを推奨する。
- (9)TAG はハンセン病と関連したスティグマはハンセン病世界戦略のすべての側面で負の影響を与えていることを認識している。スティグマを減らすための社会的活動がすべてのレベルで必要とされる。スティグマや差別の度合いと影響を測る指針の開発のさらなる研究が必要である。この指針はスティグマ減少のための介入を評価する際に役立つかもしれない。

## 謝 辞

本論文は、平成 20 年度国際医療協力研究委託費「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」の分担研究「開発途上国における偏見・差別の解消に向けた研究」の補助金を受けた。



# Report of the ninth meeting of the WHO technical advisory group of leprosy control

Norihisa ISHII<sup>1)</sup> \* , Shuichi MORI<sup>2)</sup>, Yuzuru NAGAOKA<sup>3)</sup>, Koichi SUZUKI<sup>1)</sup>

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

2) Department of Microbiology, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan

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

[Received / Accepted: 17 Nov. 2008]

Key words : elimination, leprosy, multidrug therapy, WHO

The Ninth meeting of the WHO Technical Advisory Group (TAG) on Leprosy Control was held in Cairo, Egypt on 6th and 7th March 2008. The meeting was chaired by Professor W.C.S. Smith and attended by national leprosy programme managers from Brazil, the Democratic Republic of Congo, Cambodia, Egypt, Iran, India, Nigeria and Thailand. In addition, several experts and members of the Technical Commission of the International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP) also attended the meeting.

---

\*Corresponding author :

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

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

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

E-mail : norishii@nih.go.jp

# ミャンマーにおけるハンセン病制圧記念行事(2009)の報告

永岡 譲\*<sup>1)</sup>、石田 裕<sup>2)</sup>、鈴木幸一<sup>3)</sup>、石井則久<sup>3)</sup>

1) 国立療養所多磨全生園皮膚科

2) 国立駿河療養所整形外科

3) 国立感染症研究所ハンセン病研究センター

[受付・掲載決定：2009年7月9日]

キーワード：医療協力、後遺症、国際協力、偏見・差別、ミャンマー

ミャンマーは WHO、笹川記念健康保健協力財団、国際救らい団体連合 (ILEP)、国際協力機構 (JICA)、などの援助で国を挙げてハンセン病の制圧に取り組んだ結果、2003年1月末、人口10,000人中の患者の数である有病率が遂に1を下回った。これで有病率が1以上の国はブラジル、ネパール、東チモール<sup>1)</sup>の3カ国を残すのみとなった(2009年7月現在)。ハンセン病の制圧をさらに推し進めるために、ミャンマーは毎年2月上旬に「ハンセン病制圧記念行事」を行っている。今回は2009年2月6日、ミャンマーの新首都ネピドーの保健省において第6回ハンセン病制圧記念行事が盛大に行われた。

記念行事の冒頭、保健大臣より日本の支援、特に、JICAと国際医療センター(IMCJ)、国際医療協力研究班に厚く謝意が示された。日本ではハンセン病は主に皮膚科医が診断・治療に当たるが、ミャンマーではハンセン病を診断・治療する保健省所属のハンセン病対策官(医師、leprologist)・保健師(ミドワイフ)と、ハンセン病以外の一般皮膚科疾患を扱う dermatologist の役割分担がある。ハンセン病と鑑別すべき皮膚疾患は約140存在し、

ハンセン病対策官に一般皮膚科疾患について教育することが必要であった。「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」(国際医療協力研究委託事業18公4)では数年前から数名の日本人研究班員とともにこの問題に精力的に取り組み、ハンセン病に関係する医師を対象に講習会や患者供覧などを行ってきた。

続いて保健大臣をはじめ5名の政府関係者によるミャンマー語での講演を数時間にわたって拝聴した。今回の記念行事の標語は「Treat Early, Prevent Disability」であった。すなわち、現在のミャンマーにおいて、ハンセン病の後遺症を最小限に防ぐためのサービスの導入に力点を置いている。MDTにより治癒しても、後遺症や後遺症につながるような症状を持つ患者が大勢いる。研究班では、後遺症やその悪化の予防、セルフケアの実行、職業訓練、リハビリテーションなどをいかに効率よく導入できるかに関する技術開発と指導を行ってきた。後遺症予防のためミャンマー国民向けにミャンマー保健省とJICAによって作製されたパンフレットがあるが、シンプルなイラストや簡潔な解説がわかりやすい(図1)。

後遺症の予防とともにミャンマー政府が力を注いでいるのが、ハンセン病に対する偏見・差別の解消である。ハンセン病に対する偏見・差別は日本だけに限らず、ミャンマーでも同様に、ハンセン病患者だけの集落が州・管区を問わず存在する。

\* Corresponding author:

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

TEL: 042-395-1101 FAX: 042-394-2410

E-mail: ssnagaoka@yahoo.co.jp

MDTの登場により偏見・差別はかなり解消されてきたが、それでもまだMDTの存在を知らず、ハンセン病が不治の病であり、初期の皮疹が体幹などに出現したというだけで、婚約を破棄されたなどというような事例がある。

「ハンセン病制圧記念行事」において、ミャンマー国民の一部に根付く偏見・差別の解消のために作製されたビデオ番組が紹介され、参加者にはDVDも配布された。自分の腕に生じた皮疹に痛みがなく、ハンセン病であることに気づいた女性が、婚約者との結婚をあきらめ、自殺を決意するが、友人からMDTの存在を知らされ、思いとどまるという内容であったが、ひとりでも多くのミャンマーの人の目にとまり偏見・差別を乗り越えてほしいと願う次第である。

翌日（2月7日）、ネピドーの保健省会議室においてハンセン病研究会議に参加して、ミャンマー側から発表された15の研究演題を聴き、内容につ

いてコメントし、ディスカッションした（図2）。研究演題は、ミャンマーにおいてはらい反応に対してサリドマイドは使用できず、クロファジミンやステロイドで対処しているが治療に難渋する症例も多いこと、今後DDS、リファンピシンいずれに対しても耐性を持つ菌が出現する可能性が高いことなどであり、本邦におけるハンセン病医療にも有用な情報であった。ハンセン病は世界の大部分の国において制圧こそしたが、根絶にはほど遠い疾患なのであると改めて認識した。

ネピドーは内陸の密林を切り開いて作られた街であり、整然と区画され、政府関係者および政府の許可を受けた者しか立ち入ることができない。旧首都のヤンゴンから約400kmの距離で車の場合8時間の旅となるが、道路の舗装状態が不十分で、しかも都市工学的観点から設計されておらず、もっぱら直線的なので注意が散漫になりがちで、高速道路で運転中にうっかり脇見運転でもしようもの



図1 後遺症予防のためミャンマー保健省とJICAにより作成されたパンフレット

ならたちまち交通事故である。もちろん事故になっても日本のように救急車など来てくれない。サービスエリアやトイレに相当するものは皆無であり、相当疲れる旅であった。

日本側参加者は、石井則久、鈴木幸一（感染研）、永岡 譲（多磨全生園）、土屋一郎、石田 裕、山田 暁（駿河療養所）、尾崎元昭（長島愛生園）、

北島信一（鹿児島大）、圓 純一郎（星塚敬愛園）の9名であった。

本研究及び本論文は平成 20 年度の国際医療協力研究委託事業 18 公 4 「開発途上国で有効なハンセン病の診断、治療、障害予防に関する研究」の補助を受けた。



図2 ハンセン病研究会議のミャンマー・日本のメンバー（2009年2月7日）

## ネパール人男性に生じたハンセン病 (BL 型) の 1 例

北見 由季\* 北見 周\* 飯島 正文\* 石井 則久\*\*

## 要 約

36 歳, 男性, ネパール人 (2003 年 5 月に来日)。来日直後より左臀部の知覚鈍麻を自覚。2 カ月前より同部に紅斑が出現し遠心性に拡大, 2006 年 10 月 28 日当科を受診。左臀部に浸潤性暗紅褐色斑が弧状を呈して配列, 触覚, 痛覚の低下あり。組織学的に真皮上層から下層にかけて, 胞体の明るい組織球とリンパ球が密に浸潤し, 肉芽腫も形成。付属器, 血管, 神経周囲にもリンパ球浸潤あり。Ziehl-Neelsen 染色で多数の抗酸菌陽性。皮膚スミアで抗酸菌陽性。皮疹部の抽出 DNA において *Mycobacterium leprae* に特異的な PCR 産物を確認。血清抗 PGL-I 抗体陽性。BL 型ハンセン病と診断し WHO-MDT 療法を開始。9 カ月内服後, 皮疹は軽快, 現在も内服加療中。

キーワード: ハンセン病, BL 型, MDT 療法

## I. はじめに

ハンセン病患者は本邦では日本人患者は減少しているが, 近年では流行地からの在日外国人例が見受けられる。今回我々は, ネパール人に発症した BL 型ハンセン病の 1 例を経験したので報告する。

## II. 症 例

患 者 36 歳, 男性, ネパール人

初 診 2006 年 10 月 28 日

主 訴 左臀部の紅斑と知覚低下

家族歴・既往歴 特記すべきことなし。

現病歴 2003 年 5 月に来日。翌月, ズボンの左ポケットに財布を入れていたときに知覚低下に気付いた。翌年, ネパールに一時帰国した際に内科を受診したところ特に異常はないといわれ, 放置していた。その後再来日し, 2006 年 8 月頃より左

臀部の知覚低下部に一致して紅斑が出現した。紅斑が徐々に拡大してきたため, 10 月 22 日近医皮膚科を受診し, 当科を紹介受診した。

現 症 左臀部に半円状を呈する浸潤を触れる暗紅褐色斑を認めた (図 1)。皮疹部および紅斑に取り囲まれた部位では温痛覚および触覚の低下があった。浸潤性紅斑の外方には知覚異常はなかった。末梢神経障害について, 左下肢の運動障害, 疼痛, しびれなどはなく, 脛骨および腓骨神経の肥厚も触知しなかった。

病理組織学的所見 左臀部の浸潤を触れる暗紅褐色斑: 知覚低下を伴った環状の浸潤性紅斑ということから, 臨床診断はハンセン病を最も考えた。HE 染色像では表皮は軽度過角化があり, 真皮上層, 毛包周囲, 真皮下層にかけて炎症細胞浸潤を認めた。表皮直下は一層正常部を介してから著明な細胞浸潤がみられた。真皮上層から下層には組織球, 泡沫細胞, リンパ球が稠密に浸潤しており,

\* Yuki KITAMI, Amane KITAMI & Masafumi IJIMA, 昭和大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯島正文教授)

\*\* Norihisa ISHII, 国立感染症研究所ハンセン病研究センター, 部長

別刷請求先 北見由季: 昭和大学医学部皮膚科 (〒142-8666 東京都品川区旗の台 1-5-8)



図1 初診時臨床像

肉芽腫を形成していた。巨細胞は認められなかった(図2-a, b)。一部神経周囲にも細胞浸潤があった。病理組織の Ziehl-Neelsen 染色では真皮下層までの細胞浸潤内に桿菌を認めたが、菌は真皮上層に多くみられた(図3)。

**菌学的検査所見** 生検組織の直接塗抹標本を作成し弱抗酸性染色(1%硫酸で脱色)を行ったところ赤紫色に染色される桿菌を多数認めた(図

4)。また、メス刃を用いて病変部に小切開を行い、組織液を取り塗抹標本を作成する皮膚スミア検査も施行した。皮疹部からは多数の桿菌を認め、bacterial index (以下 BI) は 4+ であった。同時に右眉毛上方、両耳朶より皮膚スミア検査を行ったがいずれも陰性だった。また、皮膚スミア検査で得られた組織液を用いて PCR 検査を行ったところ、らい菌に特異的な DNA の増幅が検出された。

**臨床検査所見** 血算、血液生化学的検査では異常なし。また、血清学的検査では抗 PGL-I (Phenolic glycolipid-I) 抗体価が 64 倍と陽性だった。

**診断** 皮疹は単発で神経症状も軽度であったが、抗酸菌数は BI 4+ と多菌型で組織像も泡沫細胞を多く含む肉芽腫像を呈し、また組織からも菌を多数みられたことより自験例を BL 型 (Ridley-Jopling 分類<sup>1)</sup>) ハンセン病と診断した。

**治療および経過** 近年ハンセン病治療薬に対する耐性に関与するらい菌の遺伝子変異が明らかになっている<sup>2)~4)</sup>。自験例においては DDS, リファンピシン, キノロン耐性に関与する各遺伝子 (*folP* 遺伝子, *rpoB* 遺伝子, *gyrA* 遺伝子) の変異は認められず、いずれの薬剤に対しても感受性はあると考えた。治療は WHO の推奨する多剤併用療法 (multidrug therapy: MDT) を開始した。月に 1 回リファンピシン 600 mg/日, ジアフェニルスルホン 100 mg/日, クロファジミン 300 mg/日の内服を、翌日からはジアフェニルスルホン 100 mg/日,

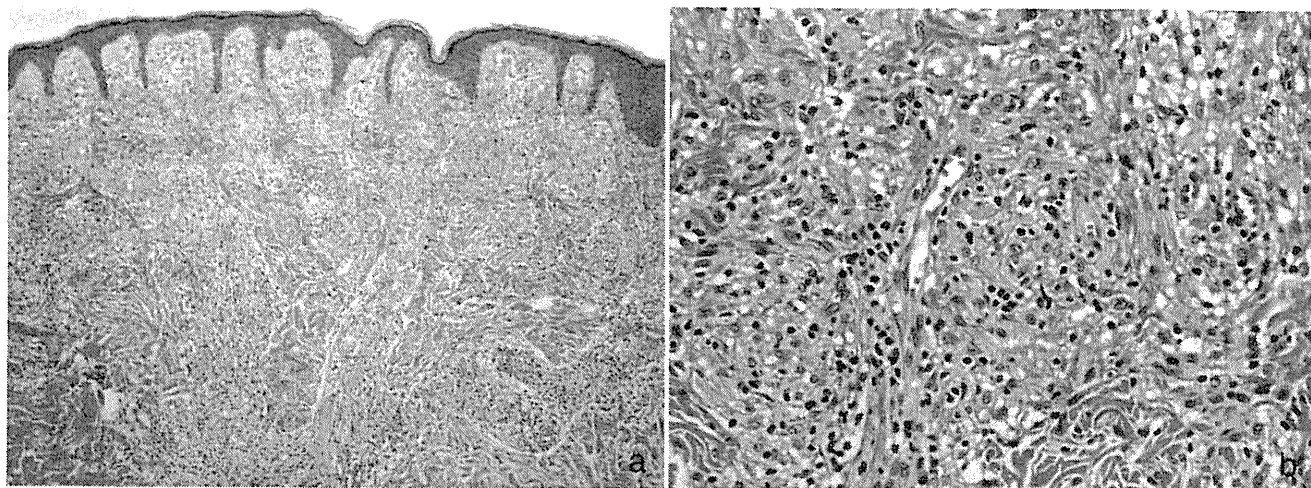


図2 病理組織像 (HE 染色)

a : 真皮上層から下層にかけて肉芽腫を形成 (×100)

b : リンパ球, 組織球, 泡沫細胞による細胞浸潤 (×400)

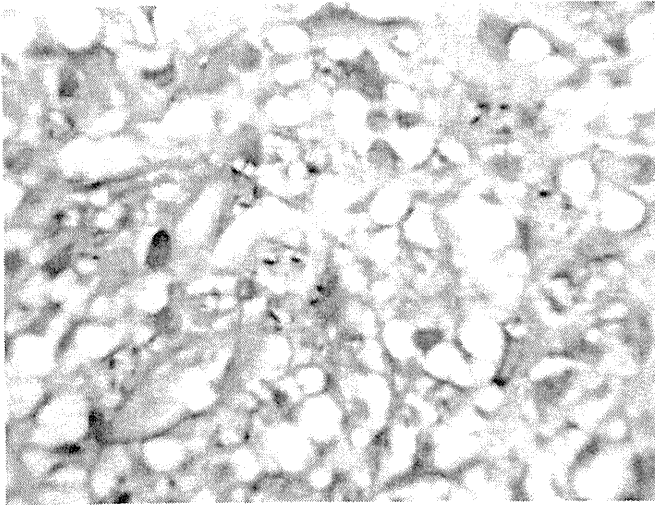


図3 病理組織像 (Ziehl-Neelsen 染色) : 細胞浸潤内に多数の桿菌 (×1000)

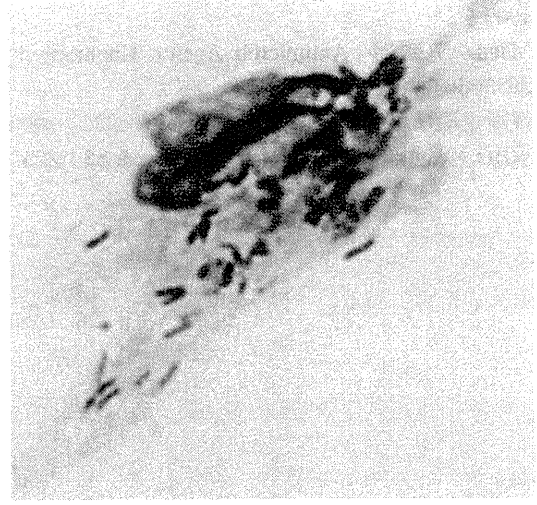


図4 組織の直接塗抹標本 (弱抗酸性染色) : 赤紫色に染色される多数の桿菌 (×1000)

クロファジミン 50 mg/日の連日内服を開始した。内服開始 2 カ月後には環状を呈する紅斑の浸潤は軽減し、褐色調になってきた。治療開始 1 年後、紅斑は褐色調を呈し、知覚低下はわずかに改善したのみである。また、経過中にらい反応を思わせる所見はなかった。治療開始 1 年 5 カ月後の皮膚スミア検査は BI 2+ で、菌数は減少していた。WHO の多菌型の治療基準<sup>5)</sup>によれば内服治療期間は 1 年間だが、自験例では日本における標準的な治療法に準じて内服加療継続中で、2 年間の内服治療を予定している。

### Ⅲ. 考 案

世界のハンセン病患者の状況は、2007 年初頭に登録された治療中の患者数はおよそ 22 万人、2006 年の新規患者数も 25 万 9 千人と 2004 年の 41 万人から急激な減少傾向にある<sup>6)</sup>。その一方で、ブラジルでは新規患者数が増加傾向を示している。自験例の患者出身地であるネパールは、政府中央統計局推計では人口 2589 万人 (2005 年/2006 年度) である。そのうち登録患者数は 3951 人 (2007 年初頭)、人口 10000 人あたりの有病率は 1.43、新規患者数は 4235 人 (2006 年) と報告されており、制圧目標 (有病率が 1.0 未満) を達成していない流行国のひとつとして挙げられている<sup>6)</sup>。現在本邦の新規患者の多くは在日外国人であり、2004 年は新規患者 12 人中 8 人、2005 年は

6 人全員、2006 年は 7 人中 6 人、2007 年は 11 人中 10 人が外国人である<sup>7)</sup>。その中でも約半数がブラジル人である<sup>8)</sup>。現在、日本人労働者数の減少から、流行地からの外国人労働者が増加している状況がある。

自験例では①臀部の環状紅斑、②本人から皮疹部の知覚異常の訴えがあったこと、③患者がネパール人であったこと、よりまず初めにハンセン病を疑うことができた。本症を疑うことにより菌学的検査を進められ、速やかに診断、治療に至ることができた。幸い治療経過中、治療薬による副作用やらい反応もなかったため、およそ 2 年間の十分な治療ができたものとする。本邦において本症に遭遇する機会はまれとはいえ、知覚異常を伴う紅斑をみた際は本症を念頭に置いて診察をする必要を感じた。

本論文の要旨は日皮会第 71 回東京支部総会・学術大会で発表した。

(2008 年 8 月 19 日受理)

### 文 献

- 1) Ridley DS, Jopling WH : Int J Lepr Other Mycobact Dis, 34 : 255-273, 1966
- 2) Honore N, Cole ST : Antimicrob Agents Chemother, 37 : 414-418, 1993
- 3) Kai M et al : FEMS Microbiol Lett, 177 : 231-235,

- 1999
- 4) Maeda S et al : Antimicrob Agents Chemother, **45** : 3635-3639, 2001
  - 5) 後藤正道ほか : 日ハ病会誌, **75** : 191-226, 2006
  - 6) WHO : Weekly Epidemiological Record **82** : 225, 2007
  - 7) ハンセン病 : 国立感染症研究所国立感染症研究所感染症情報センターのホームページ (<http://www.who.int/wer>) (<http://idsc.nih.go.jp/iasr/index-j.html>)
  - 8) 石井則久, 朝比奈昭彦 : MB Derma, **114** : 39-45, 2006



# ハンセン病患者から生まれた子供たち —奄美大島における妊娠・出産・保育・養育のシステムの軌跡—

森山一隆<sup>1)</sup>、菊池一郎<sup>2)</sup>、石井則久<sup>\*3)</sup>

1) 奄美和光園退所者

2) 愛・ライフ内牧

3) 国立感染症研究所ハンセン病研究センター

[受付：2009年4月15日、掲載決定：2009年6月3日]

キーワード：奄美大島、カトリック、出産、ハンセン病療養所、保育

ハンセン病療養所において、妊娠・出産が可能であった国立療養所奄美和光園について、時代背景などを追いながら考察した。

和光園の創設は1943年と新しく、1946年から1953年までの米軍占領を経て、日本のハンセン病行政体制に組み込まれた。

1949年頃より、松原（のちの和光園事務長）の和光園でのカトリックの宣教、1951年からのパトリック神父の宣教は入所者の妊娠・出産の考えを変えた。また、松原、パトリック神父、ゼローム神父、星塚敬愛園の大西園長などの指導のもと、療養所自治会、子供の親、大平園長などによって出産後の子供の養育に道筋が作られ、「夫婦舎の内則」としてまとめられた。実際面では、1953年から1954年まで新生児を看護婦ないし松原の家族が保育し、1954年11月からは保育所（「こどもの家」、後に「名瀬天使園」に名称変更）での保育が始まった。さらに2～3歳からは「白百合の寮」で養育が行われた。両親との面会は限られていたが、成長し、現在では立派な社会人となって社会で活躍している。

らい予防法のもとで療養所入所者の妊娠・出産は困難であったが、カトリックを中心とした妊娠・出産・保育・養育の制度を確立することで、和光園においてはハンセン病患者が子供をもつことが可能であった。

## はじめに

ハンセン病は主に皮膚と末梢神経が障害される疾患であるが<sup>1)</sup>、多菌型患者で治療が遅れると精巣萎縮を認めることがある。また、妊娠・分娩時

には病状の悪化や、らい反応の出現などの注意が必要とされている。しかし、通常はハンセン病患者において妊娠・出産は可能である。生理学的にはそれは可能であっても、ハンセン病療養所やハンセン病関係の施設においては入所者を男女に分離したり、結婚を禁じるなどの歴史があり、施設内での出産は稀であった<sup>2,3)</sup>。また、日本においては、結婚は認められていたが、人工中絶や、1915年からは断種（ワゼクトミー）なども行われており、ハンセン病療養所入所者が子供を持つことは極めて困難な状況であった<sup>4)</sup>。

\* 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: 042-391-8210  
E-mail: norishii@nih.go.jp

一方、日本において、ハンセン病患者が療養所内で妊娠し出産することが可能であった施設が存在したことはあまり知られていない。今回、ハンセン病患者が施設内で妊娠・出産し、子供を持つことができた施設として、国立療養所奄美和光園（以下和光園とする）を取り上げ、歴史的事実をもとに、妊娠・出産が可能であった背景を明らかにし、ハンセン病の医療、人権、宗教などについて考察を行う。

## 奄美大島とカトリック（和光園開設まで）

一般的に妊娠・出産、さらに保育・養育には宗教（ここではカトリック）の果たす役割がかなり重要であるので、1943年（昭和18年）の和光園が開設されるまでの、奄美大島（以下奄美とする）におけるカトリックについてまず述べておきたい<sup>5)</sup>。

奄美へのカトリックの宣教は1891年（明治24年）に開始された。その後、カトリックは奄美に根を下ろしていった。しかし、奄美が軍事上南方の要衝で、陸軍や海軍の要塞となっていき、1934年（昭和9年）には宣教師総引き上げとキリスト教排撃が始まり、1945年の終戦まではキリスト教にとっては暗い試練の時代であった。

## 奄美及び和光園の歴史

和光園は、計画当時（1937年頃）から近くの集落輪内地区（有屋・仲勝・浦上・大熊）から設立反対運動がおこり、大熊集落が中心になった反対運動は日増しに激化した<sup>6,7)</sup>。その後、反対運動は收拾され、1943年（昭和18年）2月11日竣工式挙行（表1）。3月30日勅令278号をもって官制公布。それによって5月27日保田 耕園長他職員7名、家族21名が着任した。保田園長は8月31日に応召出征し、松本当太郎医官が9月12日に園長心得に発令された。保田園長は同年9月20日に中国大陸で戦死した。翌1944年3月18日開園式挙行、入園患者は19人であった。4月戦争激化のため内地出身職員引揚。1945年（昭和20年）3月空襲激しく食糧事情逼迫し、患者離散。4月避難生活。8月15日終戦を迎えた。

1946年（昭和21年）2月2日、いわゆる2・

2宣言により奄美を含む島々は沖縄に本部をおく米軍政府下に統治され、臨時北部南西諸島の名称が付された。1950年10月には奄美群島政府、1952年4月には琉球政府の管轄になり、約8年間、奄美は日本政府から、引き離され、1953年（昭和28年）12月25日に日本復帰がかなった<sup>8)</sup>。

和光園の戦後は食糧難で、医療は米軍放出の医薬品などで細々と行われていた。1947年（昭和22年）2月10日特別軍政布告第13号発令と、2月14日北部南西諸島軍政命令第5号発令が出されたが、ともにハンセン病患者を施設に強制隔離する取り締まり的な布告であった<sup>3,8)</sup>。患者隔離政策は「旧日本の政策を継承したもので、占領政策から考えても当然のことであった。」と犀川一夫は述べている<sup>3)</sup>。この布告命令によって165人が療養所に収容された。1947年9月には本土各園（主として、菊池恵楓園と星塚敬愛園）から奄美出身の患者103人が入所し<sup>9)</sup>、患者数は178人（1947年度末）となった。しかし、療舎の増築、食糧確保は満足にできなかった。奄美救らい協会（1937年発足）や奄美大島連合青年団、奄美赤十字社などの呼びかけで、慰問品や食料品などの贈呈や援助があったものの、それらで、園の食糧事情や医療環境を改善させることは殆どできなかった。

その中であって、治療薬のプロミンとダイアゾンが1949年（昭和24年）1月にカトリック教会から寄贈され、1950年1月には7人の軽快退園者が出た。1950年2月からは結節性の患者（主にLL型、BL型の患者）全員にプロミン注射・ダイアゾン内服が行われた。12月には治療棟完成し、プロミン注射・ダイアゾン内服・大風子油注射の治療、内科一般、外科、耳鼻咽喉科、眼科、歯科などの診療体制も整ってきた<sup>6)</sup>。また、重症者は重病室、付き添い看護は軽症患者が行い、ハンセン病療養所の形態を整えることができてきた。

また、患者自治会（和光会）は1949年（昭和24年）4月に結成され、園の運営などに積極的に関わっていくことになった。1952年度の年報では、1953年3月末の入所者の出身地は300人中、沖縄県が10人、奄美群島以外の日本が5人と、文字通り「奄美」の療養所であった。1953年の日本復帰までは、開園後ハンセン病の専門の医師が園長に就任しておらず（後述の大平園長は1952年6

月着任)、必ずしも、本土のハンセン病療養所のシステムが機能していなかったと考えられる。

以上から、奄美和光園の歴史は戦前(1945年以

前)に始まったが、実際の運営は戦後、1949年(昭和24年)頃から軌道に乗り、医療も自治会も大きく前進することになるが、本土と同様のハンセン

表1 奄美和光園の歴史と各施設の人員

年	年号	和光園	カトリックノ子供	園内保育所	園内親元	こどもの家/天使園	白百合の寮	天使園から白百合の寮に新入所した人数	入所者*
1943年	S18	竣工式、保田園長/松本園長		—		—	—	—	8
1944年	S19	開園式、入所者19人		—		—	—	—	36
1945年	S20			—		—	—	—	39
1946年	S21		米軍政府統治	—		—	—	—	40
1947年	S22	患者隔離の布告、9月本土から103人戻る		—		—	—	—	178
1948年	S23	(優生保護法施行)、保育園設置		開設(Ref7)		—	—	—	286
1949年	S24	患者自治会発足、プロミン注射開始 保育開始、	西仲勝に診療所設立 12月松原、和光園で宣教開始	7(Ref6)		—	—	—	269
1950年	S25	1月、7人の軽快退園者	和光園で初めての洗礼式、和光園教会 誕生			—	—	—	271
1951年	S26	重信園長	8月パトリック神父来島、和光園担当司祭			—	—	—	287
1952年	S27	4月松原事務長 喜入園長/6月大平園長	ゼローム神父来島	22(Ref6,13)	約10 (Ref 13)	—	—	—	300
1953年	S28	らい予防法改正 日本復帰、厚生省へ移管	パトリック神父、和光園の専任司祭	24(Ref42)		—	—	—	291
1954年	S29	保育園建築 7月7日、「夫婦舎の内則」	1月パトリック神父離任、6月離島 松原家などで養育 ゼローム神父「こどもの家」創設 (3名でスタート)	26(Ref7)		11月開始 3	—	—	291
1955年	S30	3月馬場園長	幼きイエズス会「こどもの家」運営を引き 継ぎ「天使園」とする	26(Ref7), 30超(Ref23)		12-13 (Ref 44)	—	—	291
1956年	S31	ローマ会議		26(Ref7), 約30.7か月の 子もいた (Ref43)		12-13 (Ref 38)	—	—	316
1957年	S32	8月大西園長		26(Ref7)		12-13 (Ref 41)	—	—	342
1958年	S33					12-13 (Ref 15)	—	—	342
1959年	S34		児童福祉法認可あり「名瀬天使園」として 発足(乳児院定員20, Ref41) 11月児童福祉施設「白百合の寮」設立(3 -16歳。名瀬小俣町)			定員20人に	11月開設	11	327
1960年	S35							2	325
1961年	S36							1	322
1962年	S37							4	327
1963年	S38							3	322
1964年	S39							1	307
1965年	S40						30(最年長 は小4、Ref 45)	1	313
1966年	S41							0	304
1967年	S42							3	304
1968年	S43	松原事務長辞任						1	296
1969年	S44	大島園長						0	287
1970年	S45		この頃まで出産があった?					1	283
1971年	S46							2	274
1972年	S47							1	270
1973年	S48							2	263
1974年	S49							0	252
1975年	S50							2	245
1976年	S51			最後の中学生 卒業 閉鎖(Ref7)				0	239
1977年	S52		「白百合の寮」1977年までに37人が入園	—				2	229
1978- 2009年			1982年「白百合の寮」小俣から浦上に移設	—		1992閉園	1989 64(う ち和光2, Ref 46)		

\*入所者数は各年度末の数(文献8より)

病医療を行うのは日本復帰以後になったと考えられる。それまでは物資も乏しいなかで、生活や医療は貧弱で、隔離や管理が過酷という状況が続いたと考えられる<sup>10)</sup>。

## 和光園と保育

### (カトリックが関与する 1951 年前後まで)

1945年に終戦を迎えたが、奄美は極貧で、それは和光園でも同様であった。そのため、園へ入所するにあたって、子供を同伴することもあり、1952年の年報では、「奄美和光園保育所の概況」として、「1949年8月、日本々土からの引揚者収容に伴い保育児の収容も行はれ、建物（23坪）も建設された。」<sup>6)</sup>。最初（1949年）の児童数は7人、保母が2人、1953年3月末の児童数は22人、保母は3人となっている（表1、2）。収容される児童は「父親か、母親か又は両親共に当園に収容されていて身寄人の無い者か或いは家庭経済の困窮している者に限られ」、さらに、「園内で出産した子女は分娩後直ちに保育所に収容し、罹病の恐れを防止すべく計画しているのであるが凡ゆる方面から其の計画が実施出来得ない事は残念である。」と記載されている<sup>6)</sup>。

文献11の22ページには、星塚敬愛園で未感染

児童からハンセン病が発病し、他園に入所させた例が紹介されており、出産後直ちに親から離すことは、当時多くの医師や関係者の考えが反映していると推察される。

なお、文献12の192ページには、未感染保育事業について、「この事業はすべて国の手にゆだねられて各国立療養所の費用で運営することとなった。戦後には同様の施設が宮古南静園（昭和22年）、奄美和光園（昭和23年）、駿河療養所（昭和30年）と整備され、全国で全生園と光明園を除く各施設に養護施設が完成した。」とあり、和光園保育所は1948年に整備が行われ、1949年<sup>6,13)</sup>に運用が始まった。

外部の乳児園が整備されるまでは、和光園内で出産された赤ん坊についても一定期間母親のもとで保育された後に、和光園保育所に移された<sup>13,14)</sup>。文献14に、「1947年頃から、園内で生まれた子供は2～3才になると、適当に園内の保育所に移されていました。」とあるが、これは1949年の誤りであろう。保育所は1976年4月に閉鎖されたが（文献15には1973年に閉鎖となっているが、1976年が正しい）、57人の子供たちが巣立っていった<sup>7)</sup>。

ここで、保育についてみると、療養所の中で自主的に行っている場合が多く、保育所や小学校な

表2 奄美和光園の子供の保育

	患者が連れてきた子供			園内で誕生した子供					
	連れてきた 2-3歳以上 の子	連れてきた 2-3歳まで の子	連れてきた 2-3歳まで の子	出生～ 2-3歳	1歳以上	2-3歳以上	出生 1歳未満	出生 1歳未満	出生 2-3歳まで
	園内保育園	園内保育園	園内親元	園内親元	園内保育園	園内保育園	看護師	司祭館 松原家	こどもの家/ 天使園
1945 S20			○						
1946 S21			○						
1947 S22			○	○					
1948 S23			○	○					
1949 S24	○		○	○		○			
1950 S25	○		○	○		○			
1951 S26	○		○	○		○			
1952 S27	○		○	○		○			
1953 S28	○	△	△	△	△	○	○Max3人		
1954 S29	○	△	△	△	△	○	○Max3人	○	○
1955 S30	○	○		△	△	○			○
1956 S31	○	○							○
1957 S32	○	○							○
1958 S33	○	○							○
1959 S34	○	○							○
1960 S35	○	○							○

○：実施、△：実施していたと考えられる、空欄：実施せず