**A Survey of the Social Situations of Leprosy Patients
in JALMA Leprosy Centre, Agra, India**

I. Survey on the Medical Aspects of Inpatients

RYOKO OSAKA

(College of Medical Technology, Kyoto University)

This is a report of a sociological study on 240 inpatients hospitalized in JALMA Leprosy Centre, India. This survey was carried out during the time ranging from October 20, 1971 to January 10, 1976. Results of the survey on the medical aspects of these patients are summarized as follows :

1. Onsets of the disease were most frequently noticed by the patients at the ages between 11 and 15 (39.1%).

2. 75% of the patients came to the hospital because of patches on their body surface. However, many of them did not know the nature of the disease until the medical staffs explained it to them.

There were considerable number of patients defaulted from the regular treatment (46.2%). Their reasons for the drop-out were the absence of pain and the frustration for the retarded improvement of the clinical symptoms of leprosy. Many of them changed to other treatment centres in expectation for the better treatment.

3. 45% of inpatients had leprosy patients in their families or relatives. Cases with leprosy parents were the most frequent (43.1%).

4. Most of the patients changed more or less their food habits after the onset of the disease. 59.7% of them stopped taking animal foods such as meat, fish and egg after they had leprosy.

インドにおけるハンセン病患者の社会医学的考察 ーアジア救らい協会インドセンター入院患者 についての調査

第1報 医学的側面からの分析

尾 坂 良 子
(京都大学医療技術短期大学部)

(受付 1978年5月1日)

はじめに

現在、世界にはアジア、アフリカを中心に1,100万人をこえるハンセン病患者がおり、インド一国だけでも350万人にのぼるといわれている。この膨大な患者数はインドの保健衛生上の大問題でもあり、これに対しインド政府は全国らい抑制五ヶ年計画を推進中である。らい対策についてはインド自身の努力も大きなものがあり、また世界各国から援助の手がさしのべられている。

我国においてもアジア救らい協会（JALMA）が設立され、1965年（昭和40年）インド政府との協定に基づいて、インド共和国アグラ市に JALMA インドセンターが設立された。この施設はハンセン病の治療、教育、研究およびリハビリテーションの四つを目的としてつくられたもので、1966年に巡廻診療が開始され、同時に入院病棟も開かれた。1976年、このセンターはインド中央政府に移譲され、インド有数の国立らい研究施設として発展しつつある。

インドにおけるハンセン病患者がどのような状態におかれているのか、患者自身ハンセン病をどのように理解しているのか等は、インドにおけるこの病気の現状を社会医学的に知る上で非常に興味ぶかい問題である。

本研究はこれらの問題に対する解答をうる目的で、JALMA における入院患者を対象として行った面接調査の結果をまとめたものである。

調査地の概要

インド共和国、UP 州（北部州）のアグラ市は、ニュー

ーデリーの東南200キロの地点に在る（図1）。同市は人口約80万人、農業人口約80%を含む小麦を中心とした畑作帯であり、回教王国（ムガル王朝1526～1739年）の首都として栄えた古い都で総合大学、軍病院、州立病院などがある。

JALMA インドセンターは、アグラ市の東南端白大理石の有名な建造物タジ・マハールの東1.5キロの地点に在り、敷地40万2600平方メートル、アカシヤのジャングルに囲まれた丘陵地に在る。

また、センターから1キロの所に百年の歴史をもつ市立らい病院があるが、JALMA インドセンターの建設地としてこの地がえらばれたのは交通、電気、水道、文化環境などの立地条件が良いためであった。

調査目的、対象および方法

本調査はインドのハンセン病患者のおかれている社会的状態、病気に対する理解、生活環境、家族や社会との関係におけるインドのハンセン病患者の特徴を把握するためにおこなわれた。

調査期間は昭和46年10月20日から昭和51年1月10日までの4年3カ月間で、調査対象は JALMA インドセンター入院患者の中から無作為にえらばれた240人で、調査方法は面接による直接聴き取り方式によった。

調査項目は下記の通りである。

（I）医学的側面からの分析

- 1) 病型、年齢、性別
- 2) 病気と治療の状況
- 3) 家族、親族内の同病者の状況

図 1 調査地の概要

4) 発病と食習慣の変化

(Ⅱ) 社会的環境面からの分析

- 1) 宗教, 食生活, 結婚
- 2) 生活環境 (家族構成, 家屋状況, 飲料水)
- 3) 教育程度とハンセン病に対する理解度。
- 4) 職業と復職の問題

これらの内, 本論文においては, (Ⅰ)「医学的側面からの分析」についてのべ, (Ⅱ)「社会的環境面からの分析」は, 第2報で詳述する。

調査結果の概要と考察

(Ⅰ) 医学的側面からの分析

1) 病型, 年齢, 性別

病型分布は, 表1に示すようにL型が最も多く全体の57.5%であった。インド全体ではL型の率が少なく, Das¹⁾によれば感染源となる患者は20~25%であるから, 本調査の結果は必ずしもインド全体の状態を反映していない。

調査対象者の平均年齢は29歳で, 16歳から20歳に大き

表 1 病型分類(調査対象者)

病型分類	実 数	%
ら い 腫 型	138	57.5
類 結 核 型	54	22.5
ボーダーライン群	48	20.0
計	240	100.0

図 2 年齢, 性別分類 (調査対象者)

なピークがあり, 16歳から25歳までの若年層の入院が66.7%を占めていた(図2)。

性別では男子が全体の96.0%で, 女子はわずか4.0%となっているが, これは同センターが主として若年の男子を入院させる方針をもっていたからであり, インドにおけるらい患者の性比を反映しているものではない。

2) 病気と治療の状況

a. 発病時の年齢

発病時の年齢は, 図3に示すように11歳から15歳に高く(39.1%), 次いで16歳から20歳(24.1%)で, 全体の92.3%は6歳から25歳の間に発病している。らいはどんな年齢の人にも発病するが, これらの患者は乳幼児期にらい菌の感染をうけ若年期に発病したのではないかと推測される。

我国における全国らい患者一斉調査²⁾(1940年)によると, 11歳から30歳の間に63.0%が発病し, 特に16歳か

図 3 年齢別発病比率 (調査対象者)

表 2 初発症状について (調査対象者)

初発症状	実 数	%
白 斑	104	43.3
紅 斑	77	32.1
知 覚 障 害	45	18.8
そ の 他	14	5.8
計	240	100.0

ら25歳までのものが全体の3分の1を占めていた。

b. 発病時の症状

らいのように極めて慢性に経過する感染症では、初発症状の正確な把握が困難な事が多い。表2に示すように本調査においては初発症状に白斑を自覚していた者が43.3%, 次いで紅斑32.1%と全体の75.4%は初発症状として皮疹を自覚していた。しかし、医療を受けていた全

ての患者が自分の皮疹をらいと考えていた訳ではない。

Matthews³⁾によれば、インドのらい患者の42.6%は治療を始める前には、自分の皮疹がらいである事を知らず正しい治療を受けていなかったという。

当間ら⁴⁾の宮古南静園における調査によれば、沖縄においては白斑30.0%, 環状斑19.7%, 紅斑16.7%, 板状斑または帯状斑15.0%, 神経症状のみの者6.4%であった、と報告されている。

c. 初発症状発現時の受診状況

初発症状発現時、何らかの施設で医療を受けた患者は240人中の72.5%であった。その内受診した場所は病院、開業医が64.3%で、32.2%はインド古来の伝統医学であるアーユルヴェーダによる療法を受けていた。

また、初発症状発現時に受診しなかった66人についてその理由をみると、自然消失が16.6%あるが、「痛み」などの身体的苦痛がなかったからという者が74.2%もあり、苦痛を伴わない皮疹だけではなかなか受診しないという実情が示されている (表3)。

表 3 受診しなかった理由

受診しなかった理由	実数	%
苦痛でなかった	49	74.2
ひとりでに消失(自然治癒)	11	16.6
民間療法(素人療法)	6	9.2
計	66	100.0

さらに発病から今回の入院に至る間に治療場所を何度変更していたかをみると、2回変更した者が33.3%といちばん多く、次いで3回, 1回, 4回の順であった。変更した理由については「治らない。」「変化がない。」が最も多く、計46.2%で、その他36.5%はインドの事情を反映して治療場所が遠い、交通費がかさむなどの経済的理由が目立っていた。一貫性の要求される長期の慢性疾患

表 4 治療場所を変更した理由について

治療場所を変更した理由	実数	%
治った	32	11.1
治らないから	109	37.9
変化がないから	24	8.3
医師の指示	18	6.2
治療場所が遠い	36	12.5
経済的な面で	31	10.8
その他	38	13.2
計	288	100.0

表 5 民間(素人)療法の主なもの

民間(素人)療法	実数	%
ニーム葉汁の服用	165	41.7
ニーム葉汁の塗布	102	25.8
水 浴	80	20.2
そ の 他	49	12.3
計	396	100.0

では医療場所の変更は好ましいことではないので、この調査結果はインドにおけるらい対策の問題点の一つを示しているといえよう(表4)。

d. 民間療法(素人療法)

医療施設で治療をうけながらも、民間療法を併用している患者も多く、ニームの葉(註)をすりつぶしてその液を服用している41.7%、その液を皮膚面へ塗布している25.8%などが主であるが、ガンジス河での水浴をつづけていたものが20.2%もあった(表5)。

我国においても光明皇后や忍性および一遍僧のらいの治療では「風呂」が有力な方法として挙げられている。ヒンドウ教思想と仏教思想に現われたこの共通性は、らいを不浄視し水による「浄め」の習慣を反映しているものとして興味ふかい。

e. 入院時の状況

先ず本センターでの治療年数と入院の関係をみると、初診での入院が63.8%と多い。これは入院の対象を未治療者と早期治療に重点をおいたことの結果である。また、入院の既往歴のあるものは極くわずかで、93.3%の者は入院治療の経験がなかった。これはインドのらい対策が外来診療制を主としていることの反映であろう。入院の目的を分類してみると、表6に示したように38.8%は「らい反応」で、次いで「足穿孔症」(33.9%)、リハビリテーションのため(21.8%)となっていた。

岡田等⁵⁾が本センターで1968年に行った調査によれば足穿孔症は6.4%で、本土の国立療養所の10.0%、沖縄愛楽園の30.3%、タイのKorat Leprosy Colonyの25.0%に比して低いという。彼らはこの地方が平原地帯で柔

註 ニームはインド原産、Margosa. 「Neem. Nimba」アカシヤに似た樹種に類する喬木で葉、樹皮共に苦い。葉、樹皮、根、花、果実、種子、油の各々の薬理作用については、マーユルヴェエダ医薬書に記されている。また、ニームの枝は歯ブラシ用に市販されているし、また病気の流行期間中(急性伝染病等)ニームの枝を体につけておくとか戸口に差しこんでおくとか罹患しない等という風習もある。

表 6 入院の目的

入院の目的	実数	%
らい反応	134	38.8
傷(足穿孔症)	117	33.9
リハビリテーション	75	21.8
そ の 他	19	5.5
計	345	100.0

らかい土壌の土地であることが影響しているのではないかと推測している。しかし、インドのらい医療機関では患者に特殊靴を履いて歩行するように指導し、足穿孔症の予防に努力していることもまた事実である。

3) 家族、親族内の同病者の状況

家族、親族内の同病者の状況についてみると240人中33.7%(81人)は同居親族内にらい患者を認め、11.7%(28人)には別居している親族に同病者があった。両者を合せること240人中109人(45.4%)に同病者がいた訳でかなり高率であった。

性別では男性が77.0%(84人)、女性23.0%(25人)で男性がかなり高い率を占めていた。

家族、親族内の同病者は45.4%と高い発生状況を示し、その内でも両親の占める割合は43.1%(47人)と圧倒的に高かった(図4)。

図 4 家族、親族内の同病者(同居、別居からみた)

林⁶⁾の調査によれば、両親からの感染が19.0%、次いで同胞間18.0%と続き、おじ、おば(5.9%)、祖父母(3.5%)、いとこ(2.6%)からは少なく、同じ血族染感でも血縁に近いほど高率であることが示されている。

Lara(1961年)は、3歳~6歳迄の子供で、らい患者に長期間接触していた者の罹病率は36.2%であり、L型に緊密に接触していた子供の約40.0%以上が将来らいを発症すると述べている。本調査においてはL型が57.5%であり、また、両親の同病者43.1%であることから考えて

もかなり濃密な接触状態に在ることが示されている。また、家族、親族内の同病者の治療の状況についてみると71.6%は治療中であるが、28.4%の者は調査時点では治療をうけていなかった。これらの患者が臨床的治癒状態にあるのか、あるいは治療を中断したのかについては把握できなかった。

また、同病者の病型についても把握する事はできなかった。

4) 発病と食習慣の変化

疾病と食生活の関係については、発病後に食生活の変化があったか、どうかについて調査した。その結果全ての患者が食習慣を変化させていることが明らかとなったが、これはインド民衆の疾病観の一端をあらわしているものとして興味ふかい。この内発病後に何らかの食物を中止したものが68.0%で、中止した食物の中で注目されるのは肉類、魚類、卵などの動物性蛋白質で、その中止率は59.7%にも達し、中止の理由は「体が熱をもつ」「体が熱くなると病気が悪化する」などがその主なものであった(図5)。食物を中止するようになった動機につ

図5 発病後、中止した食物について

てみると、38.3%はアーユルヴェーダ医師のすすめで、次いで隣人の25.8%、また、自分から中止したものが14.6%であった(表6)。同センターにおいても入院中に発熱、下痢、消化不良等の合併症にかかるとその症状が落ち着くまでは頑固に拒食する患者が多かった。「食事をとると病気は悪化する」という考え方が強く、アーユルヴェーダ医学の影響の大きさをうかがわせた。一方、発病後に特定の食物を好んで多くとるようになったものは30.0%おり、その内17.1%がギー(精製バター)やダヒ(凝乳)などを好んでとっていたが、これらの患者全ては、自宅で乳牛を飼っている人達であった(図6)。

総括

JALMA インドセンター入院患者の調査結果を総括す

表7 食習慣を変えた動機について

食習慣を変えた動機	実数	%
アーユルヴェーダ医師のすすめ	92	35.6
隣人(村人)のすすめ	62	23.9
家族のすすめ	59	22.8
自分自身で	35	13.5
医 師	11	4.2
計	259	100.0

図6 発病後、好んで多くとった食物について

ると、次のような特徴をみる事ができた。発病年齢は若年層に高く、しかも家族内に多発する傾向が強くとめられた。患者の多くは初発症状に皮疹を自覚しながら「痛み」など身体的な苦痛を伴わないために早期発見、早期治療の原則から遅れがちとなり、また、治療を開始してからも医療の即効性を期待する余り「治らない」「変化がない」などの理由で、しばしば治療の場所を変更したり、治療を中止したりしていた。

患者の多くは近代的な医療をうけながらも、インド古来の伝統医学であるアーユルヴェーダ療法をつづけていた。さらに民間療法としては、ニームの葉汁の内服や皮膚面への塗布が最も多く、ガンジス河での水浴も少数ながらみられた。日本においても古くは入浴療法が有効と考えられていた時代があり、いずれにしても「不浄」に対して「浄め」の思想が水浴に結びついて行ったものであろう。

らいと食生活の関係についてみると、全ての患者が発病後に多かれ少なかれ食習慣を変化させおり、その中でも特に注目されるのは肉類、魚類、卵などの動物性蛋白質を完全に中止してしまった患者が59.7%もみられたことで、食生活の上においてもアーユルヴェーダ医学の影響が大きな比重を占めている実態が明らかになった。確かに栄養は発病因子の一つになり得るだろうが、近代医学は患者の生理的側面からのみ栄養のバランスを考え、環境衛生状態などを問題にすることが多いが、インド社会では医学が哲学や宗教と共存しており祖先の慣習、文

化, 宗教的規制などが療養生活に大きなかげをおとしている。ここにインドにおけるらい問題の複雑な一面がうかがわれる。しかし, 医学は科学と人間の関係において成立する学問であることを思うと, インド伝統医学アールヴェーダの考え方は, 近代医学に欠けている一側面をおぎなう「人間的な医学」なのかも知れない。

インドにおいては感染源となるらい患者は20~25%と日本に比して低い, インドは大家族制であり, これが家族内の発病率を高くしている原因の一つと思われる。本調査においても調査対象の45.0%に家族, 親族内に同病者を認めたが, 特に注目されるのは両親の発病が著しく高いことである。この事は既に Dharmendra 等によって立証されているように, 乳幼児と直接的接触の機会の多い両親からの感染が重要なことを確認したものである。

文 献

- 1) k. c. Das : National Leprosy Control programme, Leprosy in India. Vol 48, No. 4, (Suppl) p. 808, OCT. (1976).
- 2) 高島重孝監修 : らい医学の手引き. 克誠堂, 東京, (1976).
- 3) C. M. E. Matthews : Health Education in Leprosy-Resume of Discussion, Leprosy in India. Vol. 48, No. 4, p. 575, OCT. (1969).
- 4) 当間重勝ほか : 宮古南静園在園者のらいの初発症状について. レブラ, 38, p. 154, (1969).
- 5) 岡田誠太郎ほか : インドのらい症状について. 東南アジア研究, 第6巻第4号, 3, (1969).
- 6) 林 芳信 : 癩の血族間における発生状態並に伝染関係について, 日本医事週報, 1665, p. 7, 1666, p. 6, (1927).