

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

国立ハンセン病療養所における現状及び  
将来に関する対策の研究

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 長尾榮治

平成17年（2005年）3月

## 目 次

### I. 総括研究報告

国立ハンセン病療養所における現状及び将来に関する対策の研究

長尾榮治

### II. 分担研究報告

- |                                      |      |
|--------------------------------------|------|
| 1. 国立ハンセン病療養所における現状<br>及び将来に関する対策の研究 | 宮村達男 |
| 2. 国立療養所松丘保養園の現状と将来の研究               | 福西征子 |
| 3. 国立療養所東北新生園の現状と将来の研究               | 小島誠一 |
| 4. 国立療養所栗生楽園の現状と将来の研究                | 東 正明 |
| 5. 国立療養所多磨全生園の現状と将来の研究               | 青崎 登 |
| 6. 国立療養所駿河療養所の現状と将来の研究               | 前田光美 |
| 7. 国立療養所長島愛生園の現状と将来の研究               | 藤田邦雄 |
| 8. 国立療養所邑久光明園の現状と将来の研究               | 牧野正直 |
| 9. 国立療養所大島青松園の現状と将来の研究               | 長尾榮治 |
| 10. 国立療養所菊池恵楓園の現状と将来の研究              | 原田正孝 |
| 11. 国立療養所星塚敬愛園の現状と将来の研究              | 有川 勲 |
| 12. 国立療養所奄美和光園の現状と将来の研究              | 佐藤紘二 |
| 13. 国立療養所沖縄愛楽園の現状と将来の研究              | 山内和雄 |
| 14. 国立療養所宮古南静園の現状と将来の研究              | 比嘉賀雄 |

厚生労働科学研究費補助金特別研究  
総括研究報告書

国立ハンセン病療養所における現状及び将来に関する対策の研究

主任研究者 長尾 榮治 国立療養所大島青松園長

研究主旨

国立ハンセン病療養所の将来構想を実現させるためには制度（法）的整備・人材の確保・ハンセン病を理解する外部環境の確保・入所者に必要な医療と福祉の需要の把握・入所者の希望の確認等が必要である。全国共通の課題と各施設の課題を明確にして取り組むことが必要である。施設に急激な変化が起こると考える時点を、入所者数が200名・100名・50名になる時と想定し、その状況を推測した。また3型の将来像を想定して問題点と課題を抽出した。

分担研究者：

氏名	所属機関	職名
福西征子	国立療養所松丘保養園	園長
小島誠一	国立療養所東北新生園	園長
東 正明	国立療養所栗生楽泉園	園長
青崎 登	国立療養所多磨全生園	園長
前田光美	国立療養所駿河療養所	園長
藤田邦雄	国立療養所長島愛生園	園長
牧野正直	国立療養所邑久光明園	園長
長尾榮治	国立療養所大島青松園	園長
原田正孝	国立療養所菊池恵楓園	園長
有川 勲	国立療養所星塚敬愛園	園長
佐藤紘二	国立療養所奄美和光園	園長
山内和雄	国立療養所沖縄愛楽園	園長
比嘉賀雄	国立療養所宮古南静園	園長
宮村達男	国立感染症研究所 ハンセン病研究センター	センター 一長

の変化を予測した。さらに、園内において大きな変化・変動が起こす要素を抽出した。また、将来構想実現に必要な条件・問題点・課題を探った。

2. 各施設の情報を職員や入所者から収集した。
3. 平成16年5月、6月、10月、12月、及び平成17年2月に研究班会議を開催し、討議を行った。
4. 平成17年2月にリハビリ対策に関する専門家の尾畠を聞き、今後の運営等に関する助言を求めた。

(倫理面への配慮)

1. データ等の収集や分析にあたっては、個人を特定できないように、記号と数字による表記にする。
2. 2. 分析の集団は、施設と国の単位として行う。個人を単位とする調査や分析は行わない。

A. 研究目的

全国に13カ所在る国立ハンセン病療養所（以下“療養所”）における現状を分析すると共に、将来の推移とイメージ像を予測し、その実現に必要な対策の内容と計画を提示して、国のハンセン病政策に反映させることを目的とした。

B. 研究方法

1. 各施設における入所者数の将来推計や入所者の状態（疾病・活動性・住居など）

C. 研究結果と考察

各施設における種々の調査及び分析をした結果、将来構想を実現するためには、多くの不確定な要素が存在し、それらを左右する決定的な要素は、「入所者の意向」であることが明確になった。

平成16年11月から、多くの施設の入所者自治会は「将来構想検討委員会」の設置をした。将来構想のキーパーソン

である「入所者の意向」は、今後の議論と結果を待たなければならない。

そこで、“絵に描いた餅”を論議するよりも、将来に生じると推測される問題点・課題を抽出し、対策実現を可能にするための課題を提出した。

それらは次下の内容であった。

### (はじめに)

1. 療養所における現入所者のほぼ全員はハンセン病元患者であるが、ほとんどの者が後遺症や他疾患を発症している病者である。故に今後の対策も医療的には全員を入院患者として対応していくべきである。すなわち、療養所は健康管理と疾病治療の対策を整えなければならない。

(備考) 全国で、スキンスメアテストの菌陽性者は 15 名=0.4%

2. 療養所は医療的な対応のみでなく、歴史的に福祉対策を併行して行ってきており、その施設と設備を整備して職員を配置している。今後も入所者の生活内容向上のために福祉対策を継続しなければならない。
3. 将来構想の第 1 位優先課題は「入所者の最後の 1 人まで対応すること」であり、「入所者が居なくなった後の施設をどうするか」ではない。

(備考) ハンセン病療養所で無くなった後の施設運営は、国立病院課の業務課題ではなくなる可能性がある。

4. 「入所者が一般社会に居ると遜色のない状況となる」のは、施設が社会の一員になることによって実現する、と考える。

### (将来構想の実現に必要な条件)

将来構想を実現させる条件は

- ① 制度(法)的に実現が可能であること
  - ② 適材適所に人材の確保ができること
  - ③ ハンセン病を理解している外部環境を確保すること
  - ④ 入所者に必要な医療と福祉の内容を把握すること
  - ⑤ 入所者個々の希望が叶えられるよう努力すること
- 等である。

さらに、全国共通の課題と各施設の課題とを明確にして取り組むことが必要である。

### (全国共通の課題)

1. 「らい予防法廃止に関する法律・第 2 条」は、国立ハンセン病療養所が他疾患の外来治療と入院治療を可能にするか否かを明確にする。
2. 「国立医療機関で行う」「統廃合は行わない」等の全国ハンセン病療養所者協議会(全療協)と政府との取り決めはどのような内容かを明確にする。
3. 地域医療計画の中で、国立ハンセン病療養所が入院病床数を確保できるか否かを明確にする。
4. 訓令 5 2 号を変えて、介護員の三交代制勤務を組むことの可否を決める。

### (各施設に於ける課題)

1. 入所者：状態の変化及び将来構想に対する意向。
2. 人材：適材適所に人材の確保。(特に医師など)
3. 施設整備：園内に状況変化(入所者の減少・高齢化など)に対応した施策。
4. 職員配置：適正な配置基準の策定。
5. 外部環境：入所者の受け入れ施設におけるハンセン病の理解。
6. 施設運営：効率化・集約化の計画と実施(業務の外部委託などによる)

### (現在の状況と今後の状況の予測)

#### (入所者数の推移)

一部の施設を除いて、今後も新入所者や再入所者そして社会復帰者も少数であろうと推測され、入所者総数の増加はないと考える。

運営上の大きな転換期がどのような状況下で起こるかについては、各園の状況が異なるので全国一律には想定できない。

一応の目途として入所者数が 200 名、100 名及び 50 名の時点を考えて。

#### 1. 200 名以下になる時;

200 名以下では①専門家チームによる手術件数や専門医師診察件数が減少して、チームのスタッフを常勤にする意義が少なくなり②ホームドクターの存在が重要になってくる、等の転換が必要と考えら

れる時期である。

奄美和光園、宮古南静園、松丘保養園、東北新生園、駿河療養所、大島青松園は既に200名以下の施設である。

2005年から5年以内(2005~2010年)に栗生楽泉園と邑久光明園が、5年後から9年後(2011~2015年)の間に星塚敬愛園と沖縄愛楽園が、10年後から14年後(2016~2020年)の間に多磨全生園・長島愛生園・菊池恵楓園などが200名以下となる。

## 2. 100名以下の施設になる時；

100名以下になると①専門医師確保の意義がなくなり②ホームドクター確保が必須条件となり③入居者の大多数は病棟や不自由者センターに居る、と予測される。

入所者数が同じ100名の時点でも、施設により80歳以上の高齢者の比率が異なる。例えば大島青松園は2012年に多磨全生園2018年になると推測されるが、当時の青松園で80歳以上の占有率は50%だが全生園では80%以上になり、対策内容が同じにはならない。

既に奄美和光園は100名以下の施設である。

2005年から5年以内(2005~2010年)に宮古南静園が、5年から10年以内(2011~2015年)に松丘保養園・東北新生園・栗生楽泉園・駿河療養所・邑久光明園・大島青松園が、10年から15年以内(2016~2020年)に多磨全生園・長島愛生園・菊池恵楓園・星塚敬愛園・沖縄愛楽園が100名以下になる。

## 3. 50名以下の施設になる時；

50名以下になる時は①園運営が困難となる人数であり②多くの人が病棟に入室していると推測される。

2005年から5年以内(2005~2010年)に奄美和光園が、5年から10年以内(2011~2015年)に宮古南静園が、10年から15年以内(2016~2020年)に東北新生園、栗生楽泉園、駿河療養所、大島青松園が、15年から20年以内(2021~2025年)に松丘保養園、多磨全生園、邑久光明園、長島愛生園、菊池恵楓園、星塚敬愛園、沖縄愛楽園が50名以下の施設になる。

(備考) 入所者数の将来予測は簡易生命表あるいは自施設の死亡状況から

推測した。

## (入所者の高齢化)

全国の入所者の平均年齢は約76.9歳である。80歳以上の高齢者は平均38%を占めており、70歳代は42%、70歳未満は20%で約700名である。

5年後・10年後の状況に関して、80歳以上のほとんどと70歳以上の多くは「その時は恐らく自分は死亡しているであろう」と思っており、“将来構想の論議は自分とは無関係である”と考えている。

寝たきり者は全国入所者の平均7.1%を占め、オムツ使用者は15.6%である。認知症患者は9.0%に達している。多くの施設においては、高齢化による身体障害度が進み、クラブ活動などの諸活動に対する参加者数が減少してきている。

自立生活が可能な一般舎の入居率は全国平均で42%であるが、施設によって比率は大きく異なり、25%から75%までの幅がある。

多くの方は「高齢になっても現在の場所に居りたい」との希望が強く、一般舎から不自由者センターへ移動する要因は年齢だけではない。一般舎から不自由者センターへの移動がなければ、介護員を配置している意義は減少する。逆に、一般舎へ介護員を派遣しなければならないが、十分な介護の効果は得られないと考える。

入所者総数は減少していく状況であるが、多くの施設において、向後数年間は80歳以上の高齢者数は増加していくと推測されるので、その期間中は高齢者対策の強化が必要となる。

寝たきり者や認知症患者の比率は増加するが、人数はほぼ同数で推移すると考える。

## (入所者に対する医療)

全国における年間死亡者数は200名から250名であるが、その死因内訳は呼吸器疾患が32%を占め、悪性腫瘍が24%・心疾患が18%・肝疾患を含む消化器疾患が13%と続いている。

園内病棟の定床数は入所者の34%に対して準備されているが、実態をみると、入所者の13%が現在入室中であり、病床の利用率は37%と低い状態である。過去5年間はこの状況で推移しており、今後も同様と推定される。病棟入室者数もほとんど増減がないと推測される。

入所者の治療に関する外部医療機関との連携状況をみると、年間に入所者の40%が外来受診を経験して、9.4%が入院治療を経験している。

入所者の治療の大勢は、すでに園内の医療体制と外部医療機関との連携ですすめられている状況である。

#### (職員の配置)

現在、不自由者センターは、入居者1人に対して全国平均0.66人の介護職員が配置されている。

入所者の不自由者センター入居率が全国平均では6割近いが、大勢が不自由者センター内に住んでいる施設もあり、7割以上が住んでいない施設もある。

したがって今後の介護職員配置計画は各々の施設間格差によって一様ではない。一般舎の入居者が不自由者センターへ移動する状況や不自由者センターの入居者の減少によって職員の配置計画が変わってくる。

#### (施設を取り巻く環境)

##### 1. 外部の医療機関；

現在、入所者の治療に携わっている外部病(医)院数は全国で合計145カ所である。セカンドオピニオンを受けている医療機関もある。

受け入れ病院スタッフに対する知識の交流が必要である。例えば、①末梢神経麻痺のある患者に対する麻酔②L型患者における抜糸日(局所線溶系の低下あり)③感覚神経の機能低下者に対する看護の留意点などを知ってもらう機会を作る。

##### 2. 交流；

各園を訪れて入所者との交流を行ったり、ハンセン病や隔離に関する歴史の講義を受けたり、入所者の生活を見学したりする団体数や人数は増加している。

国内においては医療的な対策を行う必要はなくなり、新患者さんを見ることもないが、今後ともに入所者の人生に共感することや人権を守る勉強をすることが必要である。

#### (療養所の運営形態)

入所者数の減少と高齢化によって、各施設の形態や運営方針が異なってくると考えた。すなわち、以下の3種類の形態が予測された。

##### 1. 自治体(村落)的な運営；

現在はほとんどの施設が構造的に“村落あるいは町”の形態である。すなわち、地方自治体のような施設運営がされている。

生活が自立できる入所者はアパート様住宅＝一般舎に住み、生活介護を必要とする人は高齢者・障害者センター様ホーム＝不自由者センターに住んでいる。

生活に必要な電気・水道・給湯・給食・洗濯は施設の敷地内に建設され、専門職員が配置されている。

種々の文化活動のために公会堂・高齢者福祉センター・視覚障害者センターなどもあり、必要に応じて職員が配置されている。また福祉事務所もある。各宗教の集会場もある。

治療や処置を必要とする人は園内の外来治療棟・リハビリ棟に通院し、治療内容や病態によっては園内の病棟に入室する。

また、検査や治療内容によっては園外の地域医療機関へ受診をする。

##### 2. ホーム的な運営；

町村自治体的な運営は、入所者の高齢化と減少により、多くの人が不自由者センターに入居してきて、園内はホーム(高齢者・障害者センター)的な構造に変化すると考える。

“村落あるいは町”にはあった生活様式や文化活動は無くなり、質と量の変化が起こる可能性が生じる。

入所者の生活や文化活動の範囲が建物の中に限られてくると、外来治療棟・リハビリ棟・病棟や公会堂・高齢者福祉・視覚障害者センターなどが“ホームと一体化構造”にする必要が生じると予測される。

不自由者センターの準病棟化の必要性が生じるかもしれない。

生活基盤の電気・水道・給湯・給食・洗濯などのサービス部門は縮小あるいは外部委託になると考える。

##### 3. 病棟的な運営；

入所者のさらなる高齢化と減少と同時に、身体機能の低下や認知症患者の比率増加や疾病が原因となって、多くの人が病棟に入室して来ると考えられる。

そのために、園内は、一般舎のみならず不自由者センターにおいても生活することが不可能となって、ほとんどの生活の場所が病棟となってくる。

すなわち病院・病棟的な構造と運営に変化してくると考えられる。必要な職員は医療職員が主となる。

## (今後の対策と課題)

### (施設の運営)

#### 1. 施設の機能は、

- ① あくまでもハンセン病元患者に対する施設機能を優先する。
- ② 現在のコロニー的な運営から、将来は病棟的な運営に切り替える。
- ③ 他機能の導入は入所者の医療・福祉を維持する補完的な内容でなければならない。

#### 2. 医療体制は、

- ① 園内の医療体制と外部医療機関との二本柱ですすめるべきである。
- ② 園内はホームドクター、専門医療は外部で行う体制が望ましい。
- ③ 外部医療機関へ治療・看護に対する具体的なハンセン病教育が必要である。
- ④ 外部医療機関での送迎・手続き・付き添いの確保は工夫が必要である。

#### 3. 建物は

- ① 施設整備計画は5年単位の計画で進め、集約化をすすめる。
- ② 入所者にとって、各種活動が利用可能な位置に移動させる。
- ④ 基盤部門の縮小が可能になる整備をする。

#### 4. 職員配置は、

- ① 不自由者センターの準病棟化を考慮することも必要である。
- ② 効率化を目的に、再配置が必要である。

#### 5. 100名体制への準備として、

- ① ホームドクターの確保をすること
- ② 配置職員数の適正化を図ること
- ③ 業務効率化のための施設や機器の整備をすること
- ④ 入所者の意向調査を実施すること
- ⑤ 園内生活における入所者のQOL向上を図ること、等が必要である。

#### 6. 施設を取り巻く環境作り

- ① 地域のニーズに答えるために行う対策は、

内部を充実させる方向と一致する内容でなければならない。

- ② 外部との溝や垣根を取り去る活動が必要であり、施設自体が社会復帰しなければならない。

(備考) 施設の入所者数(平成16年12月)

菊池恵楓園(545) 長島愛生園(457)  
多磨全生園(452) 星塚敬愛園(345)  
沖縄愛楽園(338) 邑久光明園(260)  
栗生楽泉園(240) 松丘保養園(184)  
東北新生園(172) 大島青松園(166)  
駿河療養所(139) 宮古南静園(121)  
奄美和光園(69)

### (入所者に提供する医療の確保)

入所者の医療を園内の医療と外部医療機関との両軸ですすめていくには、

- ① 「園内の医療はどこまでやるか・どの分野はやらないか」を決めて、園内外に認識の共有と了解を得る必要がある。
- ② 入所者の状況変化に対応して、「どの分野の専門医師を確保するか、ホームドクターを雇用するか」を決める必要がある。

(備考) 各施設の医師数

奄美和光園(医師定員=3)  
宮古南静園(医師定員=5)  
松丘保養園(医師定員=7)  
東北新生園(医師定員=8)  
駿河療養所(医師定員=6)  
大島青松園(医師定員=9)  
栗生楽泉園(医師定員=9)  
邑久光明園(医師定員=11)  
星塚敬愛園(医師定員=11)  
沖縄愛楽園(医師定員=13)  
多磨全生園(医師定員=24)  
長島愛生園(医師定員=17)  
菊池恵楓園(医師定員=20)

### 1. ホームドクターの採用

ホームドクターは、入所者の健康管理に必要な定期健診の実施、入所者からの医療相談、専門病院などへの紹介、外部医療機関に治療委託した後の引継を行う。ホームドクターの確保は、

- ① 医科大学のプライマリーケア(総合診療科)講座から医師を派遣する方法がある、しかし、総合診療科からの医師の養成と派遣はしばらく困難であろうと推測する。

- ② 独立行政法人機構の病院等からベテラ

ン医師の配置換えをする方法などが考えられる。そのメリットは a) 専門的な立場と見識を持っている b) 他病院に長年にわたって培ったコネクションを持っている c) 患者さん対応の経験が豊富である、等がある。

いずれの方法においても、ホームドクターを確保するためには関係機関との普段から知識や経験の交流が必要である。

## 2. 専門医師の確保

専門医師を確保するためには、

- ① 園内治療の需要度と専門治療の必要性を検討すること
- ② どの専門家が適当かを明確にすること（例；外科または消化器外科または肝臓外科）
- ③ 専門医療チームが作れるか否かを検討すること

（例）Co-medical staff の教育・機器の整備・入所者からの信頼性の確保・Second opinion 制の確立などが並行して行われる

必要がある。

専門医師確保を可能にする条件は、

- ① いつまで療養所が存続するか
- ② 技術レベルの維持が可能か
- ③ 他の医療（教育）機関との併任や研修が可能か、などである。

専門医師は、専門範囲が狭くなるほど、専門性が高くなるほど常勤に向かず、確保は困難になる。

専門家には一定以上の症例数・機器整備が必要なので、疾患調査により必要度を決める必要がある。

### （施設・建物の整備）

不自由者センターは、入所者の全国平均86%分が準備されている。定床が既に入所者数を上回っている施設もある。入居率は、全国平均58%で入所者の平均年齢は79歳である。

公共施設の配置は多くが不自由者センターの外に在る。高齢化によって、参加者は少なくなっている。さらに今後も減少していくと考える。不自由者センター内に、あるいは併設して、文化活動やリハビリ運動や娯楽活動などのQOLを向上させる施設や設備を整備する必要がある。

また、QOLを高める設備と活動を不自由者センターが持つことによって、一般舎

からの移動が積極的になり、施設利用の効率化や集約化が促進される。

## （療養所の将来像＝コース）

現在、推測できる施設の将来像＝コースは三種類が考えられる。いずれのコースも入所者が希望・選択したものになることが大切である。

コースは、三者択一ではなく、おそらく（[1]プラス[2]または[3]）になるであろう、と思われる。

### 第1コース

現住所で、他機能を導入せず、入所者の減少に合わせ、規模を縮小する。

#### 1. 入所者の状況変化に対応して、職員の再配置をしながら縮小する；

- ① 規模を縮小するために“職員配置基準の作成”が必要であり、全療協・入所者自治会や職員との合意が必要である。（例；病棟看護師の配置、不自由者センターの介護員配置、調理師の配置など）

- ② 敷地の縮小や建物の集約・集合化計画・実施が必要である。

- \* 入所者が減少しても削減できない職種がある。（例；環境美化職員、盲人会館、老人福祉会館、文化会館、など）
- \* 園内の設備や運行システム等を変更しなければ、削減できない職種がある。（例；汽缶場、洗濯場、調理師、電気技師、水道手、など）
- \* 入所者総数が減少していても、今後しばらくは業務量が増加する部門がある。（例；年齢別予測で推察、80歳以上の高齢者（要介護者）が増加する期間、）
- \* 入所者の園内移転を拒否して、住居の集約ができない場合、職員業務の効率化が図れないことがある。（不自由者センター、など）
- \* 業務の外部委託により人件費は削減されるが、新たに委託費の予算獲得が必要になることがある。（洗濯、電気、水道、調理、美容・理容、環境美化、など）

#### 2. 入所者の状況変化に対応した施設整備をおこなう。

- ① 「終の棲家」作りをしなければならな

い。

- ② 病棟；治療用と介護用とに分離することが困難になる。
- ③ 心身の不自由な高齢者用になる。認知障害者の入室が可能か？

### 3. 入所者の状況変化に対応できなくなる状況とは何か？

\* 職員の確保が出来なくなったとき

\* 入所者数が、運営に必要な最小人数を下回ったとき

- ① 各部署における運営が可能な最小必要人員は何人かを策定する必要がある。
- ② 縮小する業務内容を了解した求職者を探す→(例) 医師(当直を勘案して)
- ③ 目安としての入所者数の推移予測をして、対策を計画する。

### 第2コース

入所者の療養内容を維持する目的で、他機能を取り入れる場合

- ① 入所者が絶えた後も継続する機能か、最後の一人になるまでの機能かを明確にする。
- ② 主客転倒を起こさずに、機能を取り入れることが条件である。
- ③ 目的は入所者の生活・医療を維持するため故に、他機能部分に職員の増員はない。
- ④ 他機能導入は入所者の利益になり、予算措置ができ、入所者が望む必要がある
- ⑤ 法的な整備が必要である。例えば、らい予防法廃止法・第2条は、「他機能の医療も可能である」との確認が必要であり、地域医療計画内でのベッド確保が必要であり、国策医療を新規に開始する許可を取得する必要がある、国立医療機関として可能な国策医療の機能分野を選択する必要がある。
- ⑥ 現職員で運営可能な機能分野、入所者が受け入れられる機能分野、施設整備が許可される機能分野を選択する必要がある。
- ⑦ 導入する機能に関するマーケットの確保をしなければならない。
- ⑧ どのような状況の時に取り入れるか計画する。(今すぐに取り掛かる・入所者が( )名に減少した時・入所者のほとんどが不自由者センターに入居した時・入所者のほとんどが病棟に入居した時)
- ⑨ 他機能の導入方法を選択する必要がある。例えば、

a) 現在の施設・機器を共有する場合は、同じ診察室の受診、病棟・不自由者センターで隣部屋に他の患者が入居するし、現在の職員が他機能の業務に対応しなければならない。

b) 敷地内に別の施設・機器を新設する場合は、現職員を別グループに分ける必要があり、新たな施設整備・機器整備を計画する必要があり、敷地の売却または譲渡を必要とすることがある。

### 第3コース

療養所あるいは入所者が他の場所へ移転する場合

\* 移転先の選択：

入所者の療養に対して責任を持つ施設へ移転する。

移転先は a) 国立病院機構  
b) 福祉施設  
c) 大規模近隣ハンセン病療養所等。

(注) 「統廃合は行わない」「国立医療機関で」との確認事項がある。

(注) 入所者が信頼できる施設を移転先として選ぶ必要がある。(自治会了承)

\* 移転先機関との関係性：

\*

a) 独立施設として、他施設の隣接地あるいは敷地内に移転する。

(国立病院機構など)

国立病院機構から応援態勢を組んで、診療援助に来てもらえる。

当職員は併任で応援に行くことが可能。(福祉施設)

国立医療機関と福祉施設との関係性から組み合わせは困難とおもえる。

(国立ハンセン病療養所)

両施設の職員は相互に併任となり相互補助ができるが、「統廃合は行わない」との確認事項がある。

b) 他施設の一部門(機能)として、他施設の隣接地あるいは敷地内に移転する。

(福祉施設) 併合は困難とおもえる。

(国立病院機構) 受け入れ可能な病院を交渉する必要がある。

(ハンセン病療養所) 「統廃合は行わない」との確認事項に抵触する。

c) 他疾患患者と同居する＝同室（隣室）に住む。

入所者と他疾患患者の双方の同意が必要である。

d) 他疾患患者と別居する＝別棟に住む。  
別棟を建設しなければならない。

\* 移転時期の決定。

a) 時期→すぐに取り掛かる・入所者が名になった頃・ほとんどの入所者が不自由者センターに入居する頃・ほとんどの入所者が病棟に入室する頃などを選択する。

b) 入所者にとって必要なもの（建物、機器）を移転できることが必要である。  
例えば、老人クラブ活動、盲人会活動、宗教活動、園芸活動、趣味の活動。

c) 移転の時期によって、入所者の状況は異なってくる。（例）年齢構成、疾患

（おわりに）

日本における新患者発見数は減少している上、国立ハンセン病療養所で入所治療をする人はなくなった。

療養所において、新患者の入所や元患者の再入所がほとんど無いため、入所者数の増加はおこらず、また社会復帰者も極めて少数である。一方、入所者の高齢化に伴い、年間200～250名づつの死亡退園による減少が継続している。

政府は、入所者の医療と福祉を最後まで責任を持つ方針であり、入所者の多くは、療養所の統廃合を行うことなく、現在の施設で終生を送ることを希望している。

従って、各ハンセン病療養所において入所者の人数、年齢構成、健康状態、生活態度などの時間的な経過と共に対応条件が変化をすると予測されるため、その時点毎に状況に応じた対策をそれぞれの施設で計画して実行しなければならない。

現在、全国の国立ハンセン病療養所において入所者の高齢化は著しく、平均年齢は77歳に近くなり、70歳以上が90%近くを占めている。今後10年間で半減し、20数年で完了すると予測される入所者対策が緊急の課題であることは明白である。

入所者の減少に伴う変化に応じた的確な施策は数年単位での変更を求められている。

すなわち、入所者の集団特性や生活能力に応じた施設整備、職員の配置、運営等の計画立案を研究することが必要である。

療養所における現状を分析すると共に将来像を予測し、その対策内容と計画を提示することにより、適切な施設整備計画や職員配置や運営計画が実行でき、入所者の安心と職員の業務の向上につながる、と考える。

E. 結論

各施設における種々の調査及び分析をした結果、将来構想を実現するには、多くの不確定な要素が存在し、それらを左右する決定的な要素は、「入所者の意向」であることが明確になり、入所者自治会の「将来構想検討委員会」による「入所者の意向」を待つことが必要となった。

そこで、“絵に描いた餅”を論議するよりも、将来に生じると推測される問題点・課題を抽出し、対策実現を可能にするための課題を提出した。

それらは次下の内容であった。

1. 将来構想を実現させる条件は、①制度的（法的）に実現が可能であること②適材適所に人材の確保ができること③ハンセン病を理解している外部環境を確保すること④入所者に必要な医療と福祉の内容を把握すること⑤入所者個々の希望が叶えられるよう努力すること、等である。

将来構想の第1位優先課題は「入所者の最後の1人まで対応すること」であり、「入所者が居なくなった後の施設をどうするか」ではない。

2. 今後の対策と課題は以下の内容である、

1) 施設の機能は、①あくまでもハンセン病元患者に対する施設機能を優先する。②現在のコロニー的な運営から、将来は病棟的な運営に切り替える。③他機能の導入は入所者の医療・福祉を維持する補完的な内容でなければならない。

2) 医療体制は、①園内の医療体制と外部医療機関との二本柱ですすめるべきである。②園内はホームドクター、専門医療は外部で行う体制が望ましい。③外部医療機関へ治療・看護に対する具体的なハンセン病教育が必要である。④外部医療機関での送迎・手続き・付き添いの確保は工夫が必要である。

3) 建物は、①施設整備計画は5年単位の

計画で進め、集約化をすすめる。②入所者にとって、各種活動が利用可能な位置に移動させる。基盤部門の縮小が可能になる整備をする。

4) 職員配置は、①不自由者センターの準病棟化を考慮することも必要である。②効率化を目的に、再配置が必要である。

5) 100名体制への準備として、①ホームドクターの確保をすること②配置職員数の適正化を図ること③業務効率化のための施設や機器の整備をすること④入所者の意向調査を実施すること⑤園内生活における入所者のQOL向上を図ること、等が必要である。

6) 施設を取り巻く環境作りに際しては、①地域のニーズに答えるために行う対策は、内部を充実させる方向と一致する内容でなければならない。②外部との溝や垣根を取り去る活動が必要であり、施設自体が社会復帰しなければならない。

3. 現在、推測できる施設の将来像は①現住所で、他機能を導入せず、入所者の減少に合わせ、規模を縮小する場合。②入所者の療養内容を維持する目的で、他機能を取り入れる場合。③療養所あるいは入所者が

4. 他の場所へ移転する場合、の三種類が考えられる。いずれのコースも入所者が希望・選択したものになることが大切である。

#### F. 健康危険情報

なし



厚生労働科学研究費補助金（特別研究事業）

分担 研究報告書

国立ハンセン病療養所の将来像と対策に関する研究

分担研究者 宮村達男 ハンセン病研究センター

**研究要旨** 日本におけるハンセン病の現状を把握するため 1993-2004年にわたり新規患者数の把握と、統計学的解析を行った。学会発表や雑誌掲載論文等から新規患者について検索を行ない、それらをデータベース化して解析した。ハンセン病の新規患者は年間約10名前後で、日本人は数名で、しかも減少傾向にある。そのほとんどは60歳以上の高齢者であった。在日外国人は8名前後で、南米、東南アジアなどの出身者が目立った。なお、平成16年（2004年）については、日本人3名（うち沖縄県出身者2名）、在日外国人8名（うちブラジル人5名）であった。また現在進行中であるが2004年には35例、91検体の検査依頼があり、そのうち新規感染例が8例、既感染例が3例、残りの24例は最終的にハンセン病でないと判定された。

A. 研究目的

日本におけるハンセン病の発生動向を探るために、(1) 公表されている文献を検索し、データベース化し、日本におけるハンセン病の動向を明らかにする（1993-2004）。また(2) 「らい予防法」廃止前後のハンセン病新規患者の受診医療機関を観察し、ハンセン病療養所の依存の程度を検討する。更に(3) 1997-2004年にかけて、感染症研究所でおこなった行政検査の結果をまとめる。

B. 研究方法

公表されている各種学会発表、論文発表等をもとに、ハンセン病の新規患者を検索した。検索内容は年齢、性、国籍、病型、治療内容、経過などである。

それらを元に、1993年から2004年までの新規患者をデータベース化して統計学的解析を行った。

「らい予防法」は1996年に廃止になった。その前後のハンセン病新規患者の受診医療機関を観察し、ハンセン病療養所の依存の程度を検討した。

更に1997-2004年に感染研で依頼された臨床検体につき、病理学的検査、血清学的検査、核酸検査をおこなった。

C. 研究結果

(1) 平成16年（2004年）の新規ハンセン病患者調査を行った。平成16年12月31日現在11名の患者を登録した。調査の詳細は、日本人は男3名で、沖縄県出身者は2名であった。70歳代と60歳代で、病型はMB

(多菌型)で、それぞれ大学にて診療中であった。もう1人の日本人は神経内科にて診療中で、家族検診も行った。一方、外国人患者は8名(男7,女1)、ブラジル人5名、インドネシア人1名、タンザニア人1名、フィリピン人1名(女)であった。平均年齢は33.9歳、病型は7名がMB(多菌型)であった。報告元は皮膚科から9名、外科から1名、内科から1名であった(表1、表2)。

(2)1993年からの新規ハンセン病患者のデータベースを作成し、解析を行った(表3)。2000年以降ハンセン病の新規患者は年間約10名前後で、日本人は数名、しかも減少傾向にある。そのほとんどは60歳以上の高齢者であった。在日外国人は8名前後で、南米、東南アジアなどの出身者であった。

(3)ハンセン病療養所では、外来診療は「らい予防法」廃止以後も実施されている。しかし、実際は、保険診療のもと、一般医療機関で診療が多く、ハンセン病療養所の外来診療は減少してきていると考えられる。

今回、新規患者の診療機関を大学病院、一般病院ないし診療所、ハンセン病療養所に分類して、各年、新規患者の国籍別(日本人と外国人)にして検討した。

表3の如く最近10年の経過をみると、年間数名程度がハンセン病療養所の医師によって診断されていることがわかった。

(4)1997-2004年におこなった感染研での検査結果を表4にまとめた。2004年には35例、91検体の検査依頼があり、そのうち新規感染例が8例、既感染例が3例、残りの24例は最終的にハンセン病でない

と判定された。また分離されたらい菌につきその薬剤耐性を遺伝子変異検査でしらべたが、2003年、2004年にはそれぞれ3件、4件の依頼があったが耐性は認められなかった。

#### D. 考察

らい予防法廃止後、厚生省による新規患者調査は廃止されているが、ハンセン病の動向調査は日本におけるハンセン病の将来、施策を決定する上での基本になるものである。

ハンセン病患者のデータベースを活用して日本における発生動向の将来予測を立てる予定である。特に在日日系ブラジル人においては、毎年新規患者として多数登録されているので、ブラジル国内の現況を調査して今後の外国人患者の動向を予測すべきである。

データベース化は1993年のデータから行った。新規患者については継続的経過を知ること、治療効果や副作用、再燃、再発などの貴重な情報を得るために重要であるが、現実にはプライバシーの問題、主治医が変更等で、実行は難しい状況である。

日本人新規患者はここ2年間減少しており、半数は沖縄県出身者であるが、高齢化も進んでおり、今後も数名程度の高齢者新規患者の発生が続くと思われる。

外国人患者については、在日外国人は新患の約2/3以上を占めている。ほとんどは労働のため来日しており、金銭的に困窮している人が多い。通院の時間も確保しづらい、勤務先から帰国を勧告されるなど、継続治療に困難をきたしている。約1/3の患者は診断確定後帰国している。この人たちを継続治療する

ことは、国際関係などからも支援すべきである。さらに、日本における将来の労働力の不足が予想されるので、外国人患者の増加は考えられる。

「らい予防法」廃止以後、新規ハンセン病患者は原則ハンセン病療養所に入所しないことになっている。1997年以後は毎年1～2名程度の新規患者をハンセン病療養所の医師が診療しているが、徐々に受診患者は減少してきており、さらに新規患者数も減少しており、新規患者の診療に果たすハンセン病療養所の医師の役割は減少してきていると考えられる。ハンセン病療養所の医師は今後一層入所者の診療に深く関与するものと考えられる。

#### E. 結論

ハンセン病の新患は年間約10名前後で、日本人は数名で、ほとんどは60歳以上であり、患者の多い沖縄県出身患者でも新規患者の高齢化が進んでいる。在日外国人は8名前後で、20歳代から30歳代の若者が多くを占め、南米、東南アジアなどの出身者が目立った。

#### F. 健康危険情報

なし。

#### G. 研究発表

##### 論文発表

石井則久 厚生労働科学研究費補助金  
(新興・再興感染症研究事業) ハンセン病発症状況の把握に関する研究 分担研究報告書

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし。

##### 2. 実用新案登録

なし。

##### 3. その他

なし。

2005年3月28日

厚生労働科学研究費補助金 分担研究報告書

国立療養所松丘保養園の現状と将来の対策

分担研究者 ふくにし ゆきこ 福西 征子 国立療養所松丘保養園長

A. 研究要旨と目的：

国立療養所松丘保養園の、過去15年間の入退所者の推移を見ると、毎年、平均13名の死亡退所者があるものの、新入所者は絶無であり、従って、入所者数は減少の一途をたどっている。一方、近年の入所者の高齢化は、後遺症の悪化、合併症の増加・重症化を招いており、看護・介護業務の質と量に変化が生じている。この現象は今後も更に進展すると考えられ、新たな、何らかの対策が迫られている。

これらの現状を把握・分析し、また、入所者数、平均年齢などの将来予測をすることによって、今後の保養園経営に反映させることを主な研究目的とする。

B. 研究方法：

年々、保養園の入所者数は減少しているが、確実に平均年齢も上昇しており、後遺症や合併症の進行・増加・重症化が著しい。この前者（数的な減少）と、後者（後遺症・合併症の増加及び重症化）との相関を見ながら、保養園では、医療と看護の量と質、特に、病棟および各不自由者棟勤務の看護師と介護員の業務見直し、ならびに、新たな業務基準の作成を急いでいるが、高齢化による心身の衰えを感じている入所者は、従来通りの療養生活の継続と維持を希望し、変化を受け入れ難くなっている。

このような状況を視野にいれて、今後の入所者の療養生活の保守と、保養園の将来の経営の在り方を模索することを目的として、

1. これまでの保養園入所者数移動状況調査（1975年～2005年）
2. 保養園入所者の現状分析（2004年9月現在）
3. 保養園入所者数および平均年齢の将来予測（2005年以降）

の項目について調査を行い、その結果を踏まえて、

4. 1及び2に基づいた今後の施設整備の在り方
5. 2及び3に基づいた職員の業務見直し
6. 将来の経営の在り方

等について考案する。

倫理面への配慮：

個々人を単位とした個人を特定させる調査は行わない。調査の主な目的を、「入所者の療養生活の将来的な保障」とする。

## C. 研究結果

### 1. 保養園入所者数移動状況

①1975年から2004年9月1日までの保養園入所者数移動状況を表1に示した。1975年末に555人だった入所者は、2004年9月1日には185人に減少している。この間の自己退所者数32人を除くと、338人が死亡しており、年間の死亡者数は、平均して、およそ12人あまりである。

②1990年から2004年9月1日までの、過去15年間の死亡者数を表2に示した。

1990年から1994年までの5年間では、年平均14.4人が死亡し、その内、男性は9.8人、女性は4.6人である。

1995年から1999年までの5年間の年平均死亡者数は、同じく14.4人で、内、男性6.6人、女性7.8人である。

1990年から2004年9月までの15年間では、年平均13.2人が死亡し、内、男性7.3人、女性5.9人である。

この間、年々、分母としての入所者数は減少していることから、死亡率は着実に上昇していることになる。

### 2. 保養園入所者の現状

①表1によれば、2004年9月1日現在の入所者総数は180人(平均年齢77.4歳)、内、男性80人(平均年齢75.6歳)、女性100人(平均年齢78.8歳)である。

②2004年9月1日現在の、保養園入所者の年齢構成を表3に示した。44歳未満は零、45歳から49歳が1人、50歳から54歳が1人、55歳から59歳が2人、60歳から64歳が6人、65歳から69歳が21人、70歳から74歳が33人、75歳から79歳が43人、80歳から84歳が37人、85歳から89歳が24人、90歳から94歳が11人、95歳から99歳が1人である。

最高齢者は95歳、最若年者は49歳である。

③2004年9月1日現在の平均在所期間を表4に示した。入所者全体の平均在園期間は、52.0年。その内訳は、5年未満が0人、5～9年が3人、10年から14年が7人、15年から19年が2人、20年から24年が2人、25年から29年が1人、30年から34年が2人、35年から39年が6人、40年から44年が10人、45年から49年が25人、50年から54年が30人、55年から59年が30人、60年から64年が37人、65年から69年が15人、70年から74年が8人、75年以上が2人である。最長在園期間は75年である。

### 3. 保養園入所者数及び平均年齢の将来予測

①図1と表5は、2003年（平成15年度）簡易生命表に基づいた、2003年から2040年までの保養園入所者数と平均年齢の推計である。

この入所者推計によると、2004年9月に、入所者数180人（平均年齢77.4歳）だったものが、2014年には、入所者数105人（平均年齢82.9歳）、2022年になると、入所者数55人（平均年齢87.36歳）になると予測される。

2023年以後は、入所者数の減少がなだらかになり、2029年には、入所者数が25人（平均年齢90歳）まで減少すると推計される。

入所者の男女差は、2015年頃まで、女性が男性より26～17人多く、2020年には、女性が14人多く、以後漸次女性と男性の差が狭まり、2030年には、ほぼ同数（女性が1名多い）になると推計される。

②図2と表6は、2003年簡易生命表にもとづいた、不自由者棟入居者数の推計である。

表作成にあたって、現入居者の生存予後数と、現在、軽症寮に居住の入所者が、80歳になった時点で不自由者棟に転寮することを前提にして、両者を合計した人数を不自由者棟入居者数として推計した。

この推計によると、2005年の不自由者棟入居者数は、144人（平均年齢80.51歳）、男女の内訳は、男性59人（平均年齢79.38歳）、女性85人（平均年齢81.30歳である）。

以後、入居者数は漸減し、2010年には、不自由者棟入居者数109人（平均年齢83.59歳）、内、男性43人（平均年齢82.88歳）、女性66人（平均年齢84.21歳）である。

2011年に、不自由者棟入居者が100人になるが、保養園全入所者が100人を割る2015年の不自由者棟入居者は88人（平均年齢85.86歳）、内、男性34人（平均年齢85.18歳）、女性54人（平均年齢86.30歳）である。

保養園全入所者が50人を割る2024年の不自由者棟の入居者数は42人（平均年齢90.38歳）、内、男性18人（平均年齢89.00歳）、女性20人（平均年齢91.42歳）である。

③病棟入室者予測は省く。

### D. 考察

①ターニングポイント：

先にも記したが、2004年簡易生命表上、減少を続ける松丘保養園入所者数が、保養園経営のターニングポイントになると考えられる西暦年と入所者の平均年齢を、表7に示した。

表7

西暦年	保養園入所者		不自由者棟入居者	
	人	（入所者の平均年齢） 歳	人	（不自由者棟入居者平均年齢） 歳
2005	184	(77.86)	137	(80.51)
2009	152	(80.39)	114	(82.96)
2011	136	(81.41)	101	(84.11)
2015	105	(83.56)	88	(85.86)
2019	77	(85.72)	65	(87.58)
2022	61	(87.36)	51	(89.76)
2024	49	(87.98)	42	(90.38)
2029	27	(90.04)	21	(92.38)

即ち、向後4年で、保養園入所者は152人になり、その時の平均年齢は80.39歳である。更に、6年後には、不自由者棟入居者は101人になり、10年後には保養園入所者は100人強まで減少する。

17年後には、不自由者棟入居者は51人となり、その平均年齢は90.38歳となる。19年後には、保養園入所者は49人となり、24年後には、入所者の平均年齢が90.04歳となる。予測では、この年の入所者数は、27人、不自由者棟入居者は21人である。

これらの時期に、どのような現象が生ずるかは現時点では不明であるが、少なくとも、入所者数100人あるいは50人になる、2015年および2024年頃が、何らかの意味でのターニングポイントになる可能性があるかと推測される。

### ②医療：

C型肝炎の蔓延、悪性腫瘍の多発、高齢化による後遺症の進行と合併症の増加・重症化を考慮すると、入所者減数が進んでも、また、入院委託治療が更に一般化するにしても、園内医療を単純に軽量化することには、困難を伴うと考えられる。

但し、これまで通りの発想では、保養園入所者数が100人を割る2015年を過ぎると、医師確保が極めて難しくなることが予想されるので、医師採用にあたって、他に可能な方法・手続きがあるかどうか考えていきたい。

### ③生き甲斐対策：

長期におよぶ在園期間、高齢化などを考慮すると、今後、新たに社会復帰する入所者は絶無と考えられ、現入所者は、保養園に留まり続けることが推測される。

今後、これらの入所者の行動と思考・嗜好がどの様に推移するかは、前人未踏の分野でもあり、予想することは難しい。ただ、高齢化などが要因となって、これまで行われてきたような催し物やレクリエーションでは、いずれ、入所者の共感と喜びを得られなくなることが予想される。例えば、保健科活動を強化するなどして、園内におけ

る生き甲斐対策の立案・実行を補強することも一つの方法として考えられる。

④入所者減と高齢化進行による業務量の相殺：

漸次上昇を続ける平均年齢による業務量の増加（煩雑化）によって、入所者の数的減少による業務量減少が、一定点まで相殺されることが予想される。但し、その相殺が、いつまで、どの程度続くかを推定するには、不自由度や介護度を調査するだけでなく、病棟、不自由者棟、外来治療棟などの各部署における、実際の業務量計算を定期的に行う必要があると考えられる。

⑤各部署の業務見直しと作業線の合理化および不自由者棟数の削減案：

しかし、いずれにしても、入所者減は進行するであろうから、現状の職員数維持が困難になった時に備えて、外来治療棟、不自由者棟の看護および介護の業務見直しを進めるべきであると考えられる。また、各外来治療棟を区切っている壁にドアを設けて通路を造るなどして、作業線を短縮し、更に、業務能率をあげる看護・介護機器の整備計画等を検討したい。

また、今後5年以内に不自由者棟入居者が100人を割り、以後、漸減して行くことに対処する最も実現可能な案として、4つある不自由者棟の内、夫婦特別重不自由者棟の新入居者を制限することによって、漸次、入居者数を減少させ、自然解消することを、入所者と共に協議を続けたい。

⑥施設整備：

旧独身軽症寮の圧縮と軽症不自由者棟の閉鎖問題は終了済み。2004年度末までに独身軽症寮が更改築されることによって、園の端に散在して住んでいる全ての独身・夫婦軽症者が、病棟近くに移住する予定である。

今後の方針として、少しずつ、不自由者棟の一部を圧縮することを、入園者と協議し、合意を得たいと考えている。

⑦将来構想：

2003年まで、保養園将来構想委員会において議論されてきた課題は、主として不自由者棟問題であった。

2004年になって始めて、本来の意味での将来構想が検討され、入所者が100名を割るころから、保養園の老人を対象に、デイサービス、および、訪問看護・訪問介護のような機能を併設できないか、という課題が議論された。

具体的には、

- ・現在の特別重不自由者棟の一部を整備して、食堂兼デイサービスルームにする。
  - ・食堂や娯楽室のウォッシュレット便器の数を増やす。
  - ・浴室は現在あるものを使用する。
  - ・出入り口は、現在あるものを更改築して使用する。
  - ・保養園入所者の、特別重不自由者棟への転寮を、一部、制限する。
- などして、デイサービス併設に備えたいという要請があったが、なお、