

200500113A

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の将来状況と対策の研究

平成17年度 総括・分担研究報告書

修正版

主任研究者 長尾榮治

平成18年（2006年）4月

# 目 次

## I. 総括研究報告

|                       |      |
|-----------------------|------|
| 国立ハンセン病療養所の将来状況と対策の研究 | 長尾榮治 |
|-----------------------|------|

## II. 分担研究報告

|                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| 1. 国立ハンセン病療養所の将来像と対策に関する研究       | 宮村達男                 |
| 2. 国立療養所松丘保養園の現状と将来の対策           | 福西征子                 |
| 3. 国立療養所東北新生園の将来状況と対策の研究         | 小島誠一                 |
| 4. 国立療養所栗生楽泉園の将来状況と対策の研究         | 東 正明                 |
| 5. 国立ハンセン病療養所における現状及び将来に関する研究    | 青崎 登                 |
| 6. 国立療養所駿河療養所の将来構想に関する研究         | 前田光美                 |
| 7. 国立療養所長島愛生園の居住地区別入所者数の予測       | 藤田邦雄                 |
| 8. 国立療養所邑久光明園における現状及び将来に関する対策の研究 | 牧野正直                 |
| 9. 国立療養所大島青松園の将来構想に関する研究         | 長尾榮治                 |
| 10. 国立療養所菊池恵楓園における現状及び将来に関する対策研究 | 原田正孝                 |
| 11. 国立療養所星塚敬愛園における将来状況と対策の研究     | 有川 勲                 |
| 12. 国立療養所奄美和光園の将来状況と対策の研究        | 前川嘉洋                 |
| 13. 国立療養所沖縄愛楽園の現状と将来の対策に関する研究    | 山内和雄                 |
| 14. 国立療養所宮古南静園の将来の対策に関する研究       | 比嘉賀雄                 |
| 15. 研修医等へのハンセン病臨床教育システム構築の研究     | 小野友道<br>石井則久<br>尾崎元昭 |

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の将来状況と対策の研究

主任研究者 長尾 榮治 国立療養所大島青松園長

研究主旨

入所者と療養所運営の現状を分析し、今後の推移予測をした。  
ハンセン病療養所の入所者が「一般社会に居る遜色のない状況」で生涯を送れるようにするためには、高齢化と減少化の中で①施設内の集約、②人材の確保、③外部医療機関との連携強化が最も対策として重要である。  
入所者数が200名から100名に減少する過程で人材（特に医師）の確保が困難になると思われる。特に地理的に離島・山上・僻地に在る療養所は運営が難しくなる。今後の運営には、業務単位の再編成と職員配置基準の策定が必要である。現実的には5カ年計画を立てて将来計画を進めることが重要と考える。一方、外部病院でハンセン病患者・元患者が安心して受療できるような教育システム構築の一手段として『ハンセン病診断・鑑別診断ナビゲーター』を作成した。

(キーワード) 国立ハンセン病療養所、将来構想、5カ年計画、医学教育、

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    |
| 前川嘉洋 | 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<br>研究センター | センター長 |
| 小野友道 | 熊本大学                    | 副学長   |
| 石井則久 | 国立感染症研究所ハンセン病<br>研究センター | 部長    |
| 尾崎元昭 | 国立療養所長島愛生園              | 医長    |

A. 研究目的

全国の国立ハンセン病療養所（以下“療養所”）13カ所における現状を分析すると共に、将来の推移と課題を予測し、構想実現に必要な対策を提示して、国のハンセン病政策に反映させることを目的とした。また、一般病院医師の教育を目的とした。

B. 研究方法

1. 国立病院課が集計した全国療養所状況調査の結果（平成17年5月1日）や、療養所看護共同研究班報告「ハンセン病療養所における高齢化と介護一介護度調査票について一」（平成7年3月）等から療養所の現状を分析した。さらに具体的な状況判断が必要な時は、大島青松園をサンプル資料として分析し、状況判断の参考とした。
2. 「介護サービス事業の経営実務（介護サービス事業研究会編集）」「厚生指針（第51巻第16号）等を資料として、

介護保険法による一般老人保健施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設）の状況と全国療養所の状況とを比較した。

3. 全施設に施設の現状・問題・課題や一般舎に関するアンケート調査を行った。
4. 数施設の現地調査を実施し、職員や入所者から状況を聴取した。
5. 平成 17 年 5 月、6 月、10 月（2 回）及び平成 18 年 2 月に研究会議を開催して討議を行った。
6. 平成 18 年 2 月に全国国立ハンセン病療養所入所者協議会の支部長達と将来構想等に関する意見交換を行った。
7. 全国研修指定病院へのアンケート調査や皮疹の写真収集を行う。

### （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. 分析対象集団は、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。
3. 皮疹の写真には、個人を特定できないよう配慮する。

## C. 研究結果と考察

前回の研究において以下の提言をした。

1. 療養所が質的变化を起こす可能性のあるターニングポイントとして、入所者数が約 200 名・100 名・50 名になる時点想定し、その時の状況と課題を推測した。
2. 療養所は、今後も入所者の高齢化と減少が続くために、現在の村落的な形態から老人ホーム的に、そして病棟的になり、最後はグループホーム的な形態の施設に変化していくであろう。
3. 将来像としては、①現在のままで規模の縮小をする、②他機能を導入する、③移転する等のコース（混合型もある）の可能性と課題を考えなければならない。
4. 医療体制は、内部完結型ではなく、内外を組み合わせた連携システムの採用がより良い体制である。
5. 病棟・不自由者棟の集約方法が研究課題であり、効率化を図って療養の質を維持・向上させることが必要である。

6. 集約を行うに際しては、職員の確保と適正な配置の研究が重要である。
7. 将来のあり方は、入所者が第 1 選択するものであるため、入所者の意向を尊重し、その意見を取り入れるべきである。
8. 将来を見据えた 5 年間毎の計画を立てながら進めていくことが実効性を持つ。

今回の研究に於ける結果と考察は以下のような内容である。

### （入所者の意向）

平成 16 年 11 月から入所者自治会は「将来構想検討委員会」の設置をした。キーパーソンである「入所者の意向」が徐々に形成されてきている。

### （入所者の現状）

1. 98%が慢性疾患を持っており、一人平均 5.6 の疾患数である。ハンセン病後遺症（以下“後遺症”）に関連する疾患（外傷・神経痛・眼疾患・足穿孔症・耳鼻咽喉疾患・皮膚疾患等）はいずれも罹患率が高い（表 1）。  
園内における一日平均の診療件（人）数は 90.7%で、入所者は毎日、診療を受けていることになる。特に後遺症に関連する外科・眼科・耳鼻咽喉科には入所者の 5~7 人の内 1 人が毎日受診をしていることになる（表 2）。
2. 9 割以上が高齢者であるが、年齢層は 40 歳代から 100 歳代と幅広く、80 歳以上の入所者が 42%を占めるが、64 歳以下の入所者も 10%いる。つまり、療養所では、一般老人保健施設に比べて後期高齢者集団の割合が低く、前中期高齢者の割合が高い状況にある。このことから、将来に於いて「入居者数の減少速度は不自由者棟の方が早く一般舎の方が遅い」ことが推測できる。（表 3、4）
3. 心身障害者が多く、日常生活に介助を必要とする。特に末梢神経障害が存在する故に易受傷性であって、外傷や骨折の予防のために常に観察と見守りが必要な人々である。ヒヤリハット報告中、入所者 4 人に 1 人以上の転倒例が報告され、報告例数は年々増加傾向にある。転倒例数の中には骨折例が報告されており、そ

の件数は急増加している。転倒・骨折を起こさせないための環境整備やリハビリテーション対策が必要である。(表5)

4. 認知症は24.7%に発症しており、常に介護の必要な者(ランク4)や専門医の診療・治療が必要な者(ランク5)が入所者の20%近くを占める。(表6)
5. 不自由者棟において、“殆ど(常に)介助を必要とする”重(特別重)不自由者が約半数を占めている。生活が自立している入所者(普通にできる・なんとかできる)は約20%である。各室内にウォッシュレット・トイレが整備された故に、本来は中・重レベルになるべき「排泄」が、後遺症のある手指でも「軽不自由(何とか出来る)」に程度が軽くなり、食事に使用する種々の自助具や着脱が容易な衣服の購入やベッド設置等により「更衣」「食事」「起居」は軽減が図られている。「会話の了解と意思の疎通」に関しては、聴覚障害者が少ないために、比較的良好な者が多く、自己主張が可能である。寝たきりの者(7.1%)および全介助の者は、園内の病棟に入室していることが多い。(表7, 8)
6. 障害者延べ人数は入所者数の約2.3倍で、2つ以上の重複障害者が多い。上肢障害者は9割近く、下肢障害者は7割以上いる。視力障害者は約4割である。身体障害者法により付き添いの必要性を認められている者(1種障害者)の割合は、視力と下肢では入所者の3割近く、上肢障害者は4割を超す状態である。(表9)
7. 要介護者の介護時間は、同程度の一般老人介護時間に比べてより長い時間を必要としている。その理由として、以下の状況が挙げられる。(表10)
8. 寝たきりや重度認知症が少なく、自己主張をできる者が多く、(畑や盆栽等の)趣味、(老人クラブ・盲人会等の)クラブ活動、(診察・処置などの)受診行動などがあり、入所者の要請による行動介助を主とする受動的な業務が多い。治療に関する付き添いや送迎がほぼ毎日に必要である。介助がなければ日常生活に故障がでてくる者が多く、特に末梢神経障害が存在する故に易受傷性であって、足底潰瘍・熱傷・外傷や骨折の予防のために常に観察と見守りが必要である。視

力障害者も多く、後遺症と高齢化による誤嚥の可能性も高いので、見守り・観察が必要である。後遺症によって、通常ならば自立している軟膏塗り・耳掃除・鼻カミ・点眼などの行為を職員が処置する場合がある。したがって職員による看護・介護が均等に必要ではなく、24時間のうち入所者の活動時間帯が主となる。

9. 一般舎の入居者が「不自由者棟へ移動する」か「最後まで一般舎での生活を望む」かによって、対策が異なってくる。不自由者棟は“後遺症による不自由者のための施設”として建設されたが、更に“高齢者のQOLが実現できる施設”にならないければ、一般舎の入居者は移動を望まないであろうと考える。移動が無ければ、訪問看護・訪問介護を実施することになる。

### (療養所運営の現状)

1. 不自由者棟における看護・介護職員の配置実態を分析した。  
定床数に対しての入居率は33%~66%と低く、寮単位の入所者数は全国平均5.5人であり、職員配置の効率性から見ると、一単位あたりの入居者数は少ない。(表11)  
これらの状態を改善するため、不自由者棟の集約化と建物の更新などが必要である。その際には、各施設における適切な看護・介護単位と職員配置人数の基準を定める必要がある。不自由者棟は、病院機能を合わせ持った高齢者ホームや身体障害者ホームである。
2. 一般舎の状況を分析した。  
全国で445寮が設置されているが、93寮は空室である。定床数は3237人であるが、入居者数は1265人であり、39.1%の入居率であり、きわめて非効率な状態である。各施設により入居率は大きな差異があり、25%から75%まで幅がある。(表12)  
「高齢になっても現在の場所に居りたい」との希望が多い。一般社会においても、84歳以下の福祉施設への入所率は3%以下である。84歳までは、医療機関の入院患者を含めても、施設入所率10%以下である(表13、14)。

一般舎の入居者は、不自由者棟入室者に比較すると、年齢層が比較的到低く、(高齢者において)心身障害が少ない人たちである。入所者が一般舎⇒不自由者棟⇒病棟の移動をしない場合も想定する必要がある。

入所者が、介護老人福祉施設や療養型医または介護老人保健施設の入所者(介護度が平均2~4度)と同条件になる時は「不自由度が特別重不自由(全介助の状態)になる時であろう」と推測する。年齢が80歳を超えると(重+特重)不自由者が過半数を超え、年齢が85歳を超えると、特別重不自由者が過半数を超える。入所者のほぼ全員が80歳以上になる頃に、療養所は一般介護老人保健施設のようになると推測される。(表15)

### 3. 園内病棟の状況を分析した。

定床数は入所者の34%に対して準備されているが、実態は入所者の13%が現在入室中であり、病床利用率は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。病棟入室者数はほとんど増減がないと推測される。(表16)

現在、施設によっては「外科病棟」「内科病棟」「高齢者病棟」等に複数の病棟を設置している。しかし専門医師の確保が困難であるとか、近隣医療機関との連携が良ければ、園内病棟の機能は療養型病床群に近い状態となる。全国の施設の中には、複数病棟の集約や規模縮小を必要(可能)とする施設がある。不自由者棟の準病棟化を試みている施設もある。

### 4. 退所者で園へ受診に来る者は全国で約200名である。

### 5. 施設運営に関して施設長にアンケート調査をした結果は次の通りであった

一般舎の諸問題に関して、

①一般舎から不自由者棟へ移動する人数不自由者棟の人数減少が先行する、と予測している施設が半数を占めた。②不自由者棟の看護・介護職員が、数年後に不足を来たす施設が数箇所あった。(理由:一般舎から不自由者棟への移動又は団塊世代の職員の定年退職)

一般舎の人たちが抱えている問題は、

①環境美化と保全ができない②建物の老朽化と空室化③移動したいが、広い部屋が無い④将来の不安(高齢化・不自由化)⑤委

託入院時の不安⑥認知症等であった。

現在一般舎の住人に行っている対策は

①看護師の訪問看護(保健科の設置)②環境美化と保全③一般舎の更新築や改修(隣接の部屋を一部屋に)④福祉室職員や介護員による生活援助(食缶洗い・補食の調整・棚拭き・流し磨き・指治療期間中の洗濯・室内整理・清掃、代理行為、買い物、家事援助)⑤治療棟への送迎⑥不自由者棟への移転勧奨等であった。

集約化に対する住人の意見は、

①移動により管理されることが嫌である②畑等が心配等であった。③軽症者・若者は望んでおらず、(一般舎⇒不自由者棟⇒病棟)のコースではなく(一般舎⇒病棟)の方を望んでいた。

不自由者棟へ移動する時はいかなる状態(施設)になった時と考えるか、について、

①新しい建物ができた時②心身の状態が不安になった時③ベッド生活や全面介助になった時④プライバシーが守られる建物ができた時⑤時間的な(管理的な)制約がなければ⑥納得した間取りを得た時⑦複数回の移動がない時⑧介護サービスの向上する時⑨社会的に孤立しないこと・・・等であった。寮籍委員会の充実を図って進めている施設もあった。

医療体制の現状に関して、僻地や離島や山上に在る施設では医師確保に困難をしていた。①園内医療を縮小せざるを得ない(全身麻酔の外部委託など)②診療援助回数が不足している③重度心身障害者(特に盲人)が外部医療機関へ行きたがらない④認知症対策が困難⑤園内医療の専門性要求等の状況があった。

人材の確保状況では

①医師の欠員②国立病院機構との併任医師が多く、入所者が200名以下になった頃からは、医師確保が困難となってきている。③募集するも応募者が無い状況が多く施設から出された。

入所者に対する医療レベルに関して、

「入所者が内外医療機関で受けているレベルは高い」と考えている施設が多かった。内部的なレベルは医師数によって異なっていた。

外部医療機関との連携は、多くの施設で良好に進められている。しかしアクセスの悪い施設もあり、地域内(離島)に脳外科がないので、本島へ移送している施設もあつ

た。どの医療機関に入院しても園内ほどの介護は不可能と考えていた。職員のモチベーションを保たせる工夫が必要であると考えていた。

### (療養所における今後の推移予測)

1. 将来構想のモデル像として①他の機能の併設②移転③縮小が考えられた。  
しかし併設型は、入所者が居なくなった後は、併設する医療機能等を閉鎖するか、他団体に移譲するので、所管の問題・法的な問題、政策医療の範疇等々の課題解決が必要であり、現状では選択が考えにくい。
2. 現在、入所者数が60名から400名以上までの規模の療養所があるが、400名の施設の20年後が現在60名の施設をモデルにすることはできない。入所者数が同じ100名の時点でも、到達時期により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(H.18,4,1 現在64名)の施設であるが、病棟に13名・不自由者棟に23名、そして一般舎にも28名が居住している。
3. 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。
4. 一般舎の多くの住人が(80歳以上に)高齢化しない前(向後10年未満)に、入所者数が100名になると予測される施設(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・奄美和光園・宮古南静園)は、移動・集約化に困難が伴うと予想される。
5. 「入所者が一般社会に居る遜色のない\*状況」実現のためには、離島(大島青松園)、山上(栗生楽泉園、駿河療養所)、僻地(東北新生園、邑久光明園、長島愛

生園)に所在する施設は、100名以下になる時点において、地理的条件が悪くて存続が困難になると言わざるを得ない。

6. いずれにせよ、将来構想実現の条件は、①集約化②内外連携③職員の適材適所配置である。入所者のニーズに応じた体制作りが必要である。

### (将来構想実現に必要な条件)

#### (入所者の住居)

1. 一般舎の多くの住人が高齢化(80歳以上)しない前(10年未満)に入所者数が100名になると予測される施設では、不自由者棟の住人が一般舎の住人よりも先に居なくなる。  
\*対策:高齢者のQOLが実現できる住居の建設が集約化に必要である。例えば、グループホーム的なユニット作り。
2. 一般舎の住人は不自由者棟へ移住を希望しない。  
\*対策:200名以上の施設に於いても、ほとんどの者が高齢化(15年以後)すれば希望すると推測される。
3. 離島や山上や僻地にある施設の入所者が「入所者が一般社会に居る遜色のない状況」を実現することが困難である。  
\*対策:100名以下になる時点において、転居することは一つの選択肢であると考ええる。

#### (人材の確保)

1. 200名から100名になると人材の確保が極めて困難になる。  
\*対策:園内ホームドクターの確保を行う。  
\*対策:外部の専門医療機関に入所者の前面受け入れ体制を確立する。
2. 病棟と不自由者棟と外来治療棟とが、それぞれ独立した単位で運営できなくなってくる。  
\*対策:新しい運営システムの構築をする。

#### (園内の医療)

1. 後遺症の治療及び処置や予防体制は規模が縮小されてきても必須の業務である。  
\*対策:ハンセン病の後遺症治療や予防の対策ができる人材育成が必要である。  
(例)海外の研修センターへ短期派遣を行う

2. 認知症（年々に有病率は高くなる）の対策が必要である。

\*対策：認知症患者に対応できる病棟・居住棟の一元化（ユニット化）を行う。

4. 入所者の約半数が悪性腫瘍を発症すると予測される。

\*対策：悪性腫瘍の早期発見を主眼とした定期検診の強化を行う。

\*ホームドクターの確保をする。

（看護・介護）

1. 100名時のシステムを計画する。即ち病棟と不自由者棟と外来治療棟とを一単位にできるシステムの構築が必要になる。

2. 職員の新しい配置基準の作成が求められる。

（例）療養所看護共同研究班報告「ハンセン病療養所における高齢化と介護一介護度調査票について」（平成7年3月）では、介護員の配置数を、特別重不自由者2名に対して・重不自由者3名に対して、中不自由者4名に対して、軽不自由者6名に対して、それぞれ1名を配置する案を提起している。

3. 高齢化に対する安全対策が重要である。

（運営）

1. 毎年毎に5年計画を提示して進めることが重要である。

2. 外部委託のための外部環境の整備（定期的な協議会の開催や委託先のスタッフ教育など）が重要である。

3. 職域の集約に伴って、業務単位の見直しが必要である。

4. 一般社会との共存のために、敷地の売却・譲渡あるいは貸与（医療機関や福祉施設等に対して）の計画を作成する。

（医療者の教育）

一般病院の医師（主に皮膚科医師）に対して、診断能力を高めるために、『ハンセン病診断・鑑別診断ナビゲーター』アトラス・CD-ROMを作成した。

## E. 結 論

入所者のほぼ全員が複数の慢性疾患を持っており、生活習慣病・高齢者疾患の対策のみならず、今後も後遺症に関連する疾患対策が必要である。

大半の施設に於いて「入居者数の減少速度は不自由者棟の方が早く一般舎の方が遅い」ために、“高齢者のQOLが実現できる住居”を作る必要がある。

介護時間は、同程度の一般老人要介護者の介護時間に比べてより長い時間を必要としている。

介助がなければ日常生活に故障がでてくる者が多く、常に観察と見守りが必要である。

病棟・不自由者棟・一般舎の入居率は低く、職員配置は非効率である。この状態を改善するため、不自由者棟の集約化と建物の更新などが必要である。その際には、各施設における適切な看護・介護単位と職員配置人数の基準を定める必要がある。

「高齢になっても現在の場所に居りたい」との希望が多い入所者のほぼ全員が80歳以上になる頃に、療養所は一般介護老人保健施設のように推測される。

医療体制の現状に関して、僻地や離島や山上に在る施設では医師確保に困難をしている。

医療レベルに関して「入所者が内外医療機関で受けているレベルは高い」と考えている施設が多かった。

外部医療機関との連携は、多くの施設で良好に進められている。

職員のモチベーションを保たせる工夫が必要であると考えられる。

将来構想のモデル像として①他の機能の併設②転居③縮小が考えられた。しかし、入所者が居なくなった後のことを考えると、併設型は考えにくい。

「入所者が一般社会に居る遜色のない状況であること」の実現のためには、100名以下になる時点において、離島、山上、僻地に施設が在る場合は地理的条件が悪く、転居も選択肢である。

100名以下になると人材の確保が極めて困難になる。特に地理的な条件の悪い施設の場合は転居も選択肢である。

また、病棟と不自由者棟と外来治療棟とがそれぞれ独立した単位にはなれなくなってくる。新しいシステム構築が必要となる。

毎年毎に5年計画を提示して運営を進めることが重要である。

外部委託のための外部環境の整備（定期的な協議会の開催や委託先のスタッフ教育など）が重要である。

一般社会との共存のために、敷地の売却・譲渡あるいは貸与（医療機関や福祉施設等に対して）の計画も一つの選択肢である。

いずれにせよ、将来構想実現の条件は、①集約化②内外連携③職員の適材適所配置である。入所者のニーズに応じた体制作り、必要である。

また、一般病院の医師（主に皮膚科医師）に対して、診断能力を高めるために、『ハンセン病診断・鑑別診断ナビゲーター』アトラス・CD-ROMを作成した。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 参考文献

- ・「ハンセン病療養所における新たな介護員配置基準の作成—介護度調査票（案）作成及び新たな介護員配置基準の作成—」地蔵テイ子他（全国国立ハンセン病療養所看護協同研究班）、
- ・「委託診療看護マニュアル」（全国国立ハンセン病療養所看護協同研究班 監修）H.18,2 作成
- ・「介護サービス事業の経営実務」（介護サービス事業研究会編集）
- ・「厚生指針」（第51巻第16号）
- ・「個室・ユニットケアで介護が変わる」外山 義 他、中央法規

## 図 表

(表 ; 1)

| 疾患名          | 人数     | %     | 疾患名              | 人数   | %     |
|--------------|--------|-------|------------------|------|-------|
| 総数 (延べ数)     | 15,506 | 561.0 | 12. 肝疾患          | 602  | 21.8  |
| 1. ハンセン病     | 417    | 15.1  | 13. 外傷           | 284  | 10.3  |
| 2. 結核        | 4      | 0.1   | 14. 神経痛          | 869  | 31.4  |
| 3. その他の呼吸疾患  | 335    | 12.1  | 15. 腰痛症          | 590  | 21.3  |
| 4. 悪性新生物     | 257    | 9.3   | 16. ENL(らい性結節紅斑) | 9    | 0.3   |
| 5. 糖尿病       | 282    | 10.2  | 17. 眼疾患 (小計)     | 2908 | 105.2 |
| 6. 精神障害 (小計) | 593    | 21.5  | (1) 虹彩炎          | 233  | 8.4   |
| (1) 精神病      | 81     | 2.9   | (2) 白内障          | 1172 | 42.4  |
| (2) 老人性精神障害  | 273    | 9.9   | (3) 緑内障          | 284  | 10.3  |
| (3) その他      | 239    | 8.6   | (4) その他          | 1254 | 45.4  |
| 7. 心疾患       | 749    | 27.1  | 18. 足穿孔症         | 247  | 8.9   |
| 8. 脳血管障害     | 346    | 12.5  | 19. 耳鼻咽喉疾患       | 956  | 34.6  |
| 9. 高血圧症      | 1190   | 43.1  | 20. 皮膚疾患         | 790  | 28.6  |
| 10. 消化器疾患    | 1288   | 46.6  | 21. 歯疾患・義歯・矯正    | 926  | 33.5  |
| 11. 腎疾患      | 255    | 9.2   | 22. その他の疾患       | 2114 | 76.5  |

(表 ; 2) 園内での治療件 (人) 数 ; 一日平均

| 診療科 | 内科   | 外科   | 眼科   | 耳鼻科  | 皮膚科 | 歯科  | 整形外科 | 他   | 計    |
|-----|------|------|------|------|-----|-----|------|-----|------|
| 受診数 | 477  | 534  | 590  | 377  | 199 | 153 | 119  | 145 | 2594 |
| 受診率 | 16.7 | 18.7 | 20.6 | 13.2 | 7.0 | 5.4 | 4.2  | 5.1 | 90.7 |

(表 ; 3) ハンセン病療養所と一般老人保健施設における入所者の年齢層の割合

| 年齢層(歳) |        | -59 | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-  |
|--------|--------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| %      | ハ病療養所  | 2.9 | 4.4   | 8.9   | 17.4  | 24.8  | 21.2  | 13.0  | 7.5  |
|        | 老人保健施設 | 0.1 | 1.9   | 7.4   | 14.0  | 21.0  | 24.1  | 20.8  | 11.1 |

(表；4) 入所者の住居別・年齢別人数 (国立療養所大島青松園)

| 年齢別 (歳)   | 60-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-94 | 95-99 |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 不自由者棟 (%) | 3.3   | 6.6   | 14.1  | 29.8  | 28.1  | 9.9   | 7.4   | 0.8   |
| 一般舎 (%)   | 15.4  | 30.1  | 30.1  | 10.3  | 5.1   | 2.6   | 0     | 0     |
| 園全体 (%)   | 6.3   | 12.5  | 18.1  | 25.0  | 22.5  | 8.1   | 5.6   | 0.6   |

(表5) ヒヤリハット報告

\* 松尾 (大島青松園) による集計

| 年度             | 15年度  | 16年度  | 17年度(4~10月) |
|----------------|-------|-------|-------------|
| ヒヤリハット報告数 (件)  | 2784  | 3398  | 2780        |
| 転倒例数 (件)       | 594   | 595   | 618         |
| (転倒/ヒヤリハット) 割合 | 26.9% | 27.9% | 29.0%       |
| 骨折例数 (件)       | 18    | 41    | 54          |

(表；6) 認知症の発症率

| 程度 (ランク) | 1   | 2~3 | 4   | 5    | 計    |
|----------|-----|-----|-----|------|------|
| 発生率 %    | 2.7 | 3.0 | 6.2 | 12.8 | 24.7 |

(表；7) ハンセン病療養所における不自由度

| 不自由度 | 軽症者        | 軽不自由者       | 中不自由者           | 重不自由者        | 特別重不自由者    |
|------|------------|-------------|-----------------|--------------|------------|
| 点数   | 0~40       | 41~85       | 86~134          | 135~189      | 190~275    |
| 状態   | 普通に<br>できる | なんとか<br>できる | 介助で、<br>なんとかできる | ほとんど<br>できない | 全く<br>できない |

(表；8) 不自由者棟内での割合 (%) (国立療養所大島青松園)

| 不自由度                   | 軽症者 | 軽不自由者 | 中不自由者 | 重不自由者 | 特別重不自由者 |
|------------------------|-----|-------|-------|-------|---------|
| 不自由者<br>棟内での<br>割合 (%) | 7.4 | 13.2  | 28.9  | 20.7  | 29.8    |

(表； 9) 全国の入所者の身体障害度

| 障害の種類                 |      | 視力    | 上肢    | 下肢    | 体幹   | 心・腎<br>呼吸器 | 聴力   | 音声<br>平衡 |
|-----------------------|------|-------|-------|-------|------|------------|------|----------|
| 対<br>入<br>所<br>者<br>比 | 1級   | 14.6  | 7.8   | 2.1   | 0.2  | 1.1        | -    | -        |
|                       | 2級   | 6.5   | 35.4  | 11.5  | 3.1  | -          | 0.8  | -        |
|                       | 3級   | 3.2   | 17.7  | 12.2  | 4.7  | 1.8        | 1.2  | 1.3      |
|                       | 4級   | 3.2   | 10.8  | 13.3  | -    | 4.1        | 1.0  | 1.6      |
|                       | 5級以下 | 12.6  | 16.5  | 32.9  | 1.5  | -          | 2.4  | 2.5      |
|                       |      |       |       |       |      |            |      |          |
|                       | 1種   | 27.7% | 43.2% | 26.1% | 7.9% | 7.1%       | 2.0% | 0%       |
|                       | 1種以外 | 12.4% | 44.9% | 46.2% | 1.5% | -          | 3.8% | 5.5%     |
|                       | 合計   | 40.1% | 88.2% | 72.3% | 9.4% | 7.1%       | 5.8% | 5.5%     |

(表 10) 不自由者棟内での介護時間 (国立療養所大島青松園)

| 項目      | 食事   | 掃除・整<br>理・整頓 | 意思の<br>疎通 | 洗濯   | 入浴   | 更衣  | 与薬   | 排泄  | 移動  | 寝具<br>準備 |
|---------|------|--------------|-----------|------|------|-----|------|-----|-----|----------|
| 平均介護度   | 2.3  | 3.3          | 1.8       | 2.7  | 2.2  | 1.8 | 2.7  | 2.1 | 2.2 | 2.7      |
| 平均介護点   | 23.0 | 29.7         | 14.4      | 18.9 | 13.2 | 9.0 | 10.8 | 6.3 | 4.4 | 2.7      |
| 介護時間(分) | 22.8 | 29.4         | 14.3      | 18.7 | 13.1 | 8.9 | 10.7 | 6.2 | 4.4 | 2.7      |

(表； 11) 不自由者棟の状況

| 入居者<br>数 | 単位<br>-寮 | 寮平均<br>入所数 | 定員<br>数 | 入居率<br>% | 看護師<br>配置数 | 配置率<br>% | 介護員<br>配置数 | 配置率<br>% | (看+介)<br>配置率% |
|----------|----------|------------|---------|----------|------------|----------|------------|----------|---------------|
| 1496     | 250      | 5.5        | 2988    | 50       | 292        | 5.5      | 1125       | 1.3      | 1.1           |

(表； 12) 一般舎に対する職員配置

| 入所者数  | 一般舎定床  | 入居者数  | 入居率%  | 現在の対策 (5施設分)                                   |
|-------|--------|-------|-------|--|
| 3286人 | 3,237床 | 1265人 | 39.1% | 看護 23名 [入所者 8.1人対 1人]<br>介護 32名 [入所者 8.1人対 1人] |

(表 1 3) 全国の一般高齢者における施設入所者 (年齢階級別の割合)

| 年齢              | 50-64 歳 | 65-84 歳 | 85-89 歳 | 90 歳以上 |
|-----------------|---------|---------|---------|--------|
| (福祉施設+介護施設) 入所者 | 0.7%    | 3.0%    | 17.3%   | 32.1%  |
| 医療機関の入院患者       | 1.9%    | 2.9%    | 17.4%   | 8.6%   |
| 計               | 2.6%    | 5.9%    | 24.8%   | 40.7%  |

\* 福祉施設調査日は H.14,10,1、医療機関調査日は H.11,10。

(表 1 4) 全国の一般高齢者における年齢階級別の通院率 (%) H.13,10,15

|      | 総数   | 45-54 歳 | 55-64 歳 | 65-74 歳 | 75-84 歳 | 85 歳以上 |
|------|------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 通院者率 | 31.4 | 30.3    | 45.3    | 61.2    | 67.5    | 62.1   |

(表 ; 1 5) 年齢と不自由度との相対 (国立療養所大島青松園)

| 年齢            | 55-64 | 65-69 | 70-74 | 75-79 | 80-84 | 85-89 | 90-94 | 95-  |
|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 不自由度<br>(重+特) | 0%    | 15.8% | 21.4% | 32.5% | 63.9% | 61.5% | 88.9% | 100% |
| 不自由度(特重)      | 0%    | 0%    | 10.7% | 15.0% | 36.1% | 53.8% | 66.7% | 100% |

(表 ; 1 6) 病棟における職員配置

| 病床数  | 入室者数 | 入室率 % | 看護師数 | 配置率 対 病床 | 配置率 対 入室者 | 介護員数 | 配置率 対 病床 | 配置率 対 入室者 |
|------|------|-------|------|----------|-----------|------|----------|-----------|
| 1002 | 513  | 51.0  | 492  | 2.0      | 1.0       | 88   | 11.4     | 5.8       |

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 国立感染症研究所 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患者の現状とハンセン病療養所の関係を把握するため 1993-2005 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。ハンセン病療養所受診の新規患者は毎年 1~2 名程度であった。なお、平成 17 年（2005 年）については、日本人発病者はおらず、在日外国人 6 名（うちブラジル人 4 名、フィリピン人 2 名）であった。また 2005 年度には 15 例、104 検体がハンセン病研究センターに検査依頼（行政依頼）され、そのうち新規感染例が 3 例、既感染例が 0 例、12 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（1993-2005）。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）1997-2005 年にかけて、感染症研究所で行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、病型などである。

それらを元に、1993 年から 2005 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 年に廃止になり、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 1997-2005 年に感染研に依頼された臨床検体につき、病理学的検査、血清学的検査（抗 PGL-I 抗体）、核酸検査（PCR 検査）を行った。

C. 研究結果

（1）平成 17 年（2005 年）の新規ハンセン病患者調査を行った。平成 18 年 3 月 31 日

現在、6名の患者を登録した。調査の詳細は、日本人は登録が無かった。一方、外国人患者は6名(男5、女1)で、内容はブラジル人4名(うち女1)、フィリピン人2名であった。平均年齢は33.3歳、病型は5名がMB(多菌型)であった。報告元は皮膚科からのみであった(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で診断されていることがわかった。

(4) 1997-2005年に行った感染研での検査結果を表4にまとめた。2005年には15例、104検体の検査依頼があり、そのうち新規感染例が3例、既感染例が0例、残りの12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調べたが、2003年、2004

年、2005年にはそれぞれ3件、4件、3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3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。またハンセン病療養所内の再発の患者については調査していないが、今後データベースに加えることを考慮すべきであろう。

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日常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。またハンセン病療養所が新規患者に関与する機会は減少していた。

#### F. 健康危険情報

なし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし。

##### 2. 学会発表

なし。

#### 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。

表1。平成17年(2005年)新規患者

| 国籍      | 性 | 年齢(年代) | 病型     |
|---------|---|--------|--------|
| 1 ブラジル  | M | 30     | MB(LL) |
| 2 ブラジル  | M | 30     | MB(LL) |
| 3 ブラジル  | M | 10     | PB(TT) |
| 4 ブラジル  | F | 50     | MB(LL) |
| 5 フィリピン | M | 40     | MB(LL) |
| 6 フィリピン | M | 10     | MB(BT) |

表2。平成17年(2005年)新患のまとめ

| 日本人 |    |      | 在日外国人 |    |              |
|-----|----|------|-------|----|--------------|
| 性   | 人数 | 平均年齢 | 性     | 人数 | 平均年齢         |
| 男   | 0  |      | 男     | 5  | 29.4         |
| 女   | 0  |      | 女     | 1  | 53           |
| 計   | 0  |      | 計     | 6  | 33.3 (17-53) |

MB : 0    PB : 0

沖縄県出身者 : 0人

MB : 5    PB : 1

ブラジル人 : 4人    33.5 (17-53)

表3 新規患者の受診医療機関

|         | 受診年  | 大学 | 病院・診療所 | ハンセン病療養所 | 合計 |
|---------|------|----|--------|----------|----|
| 日本人患者   | 1995 | 5  | 0      | 3        | 8  |
|         | 1996 | 4  | 0      | 2        | 6  |
|         | 1997 | 4  | 1      | 1        | 6  |
|         | 1998 | 2  | 1      | 2        | 5  |
|         | 1999 | 7  | 0      | 1        | 8  |
|         | 2000 | 2  | 2      | 2        | 6  |
|         | 2001 | 3  | 0      | 2        | 5  |
|         | 2002 | 3  | 3      | 1        | 7  |
|         | 2003 | 0  | 1      | 0        | 1  |
|         | 2004 | 2  | 2      | 0        | 4  |
| 在日外国人患者 | 1995 | 5  | 5      | 0        | 10 |
|         | 1996 | 14 | 1      | 3        | 18 |
|         | 1997 | 2  | 5      | 1        | 8  |
|         | 1998 | 3  | 1      | 1        | 5  |
|         | 1999 | 5  | 5      | 1        | 11 |
|         | 2000 | 3  | 4      | 1        | 8  |
|         | 2001 | 4  | 4      | 0        | 8  |
|         | 2002 | 5  | 3      | 1        | 9  |
|         | 2003 | 2  | 4      | 1        | 7  |
|         | 2004 | 1  | 7      | 0        | 8  |
|         | 2005 | 2  | 4      | 0        | 6  |

表4 行政検査の件数の推移 (注:菊池は国立療養所菊池恵楓園の略である)

| 年度(西暦)      | 1997 | 1998 | 1999 | 2000  | 2001   | 2002   | 2003  | 2004  | 2005  |
|-------------|------|------|------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|
| 年度          | H.9  | H.10 | H.11 | H.12  | H.13   | H.14   | H.15  | H.16  | H.17  |
| 検査番号        | 22   | 23   | 21   | 31    | 693    | 195    | 27    | 55    | 82    |
| 総検査件数       | 27   | 31   | 33   | 50    | 739    | 261    | 54    | 98    | 104   |
| 病理件数        | 7    | 5    | 10   | 19    | 27     | 43     | 13    | 23    | 15    |
| 血清件数        | 13   | 21   | 13   | 12    | * 657  | * 138  | 21    | 40    | *64   |
| PCR件数       | 7    | 5    | 10   | 19    | 53     | 80     | 20    | 35    | 25    |
| 薬剤耐性件数      | 0    | 0    | 0    | 0     | (2件)   | 0      | (3件)  | (4件)  | (3件)  |
| 実症例数        | 22   | 31   | 21   | 17    | 671    | 154    | 23    | 37    | 15    |
| 最終ハンセン病と診断数 | ?    | ?    | ?    | 新7、既0 | 新13、既0 | 新12、既5 | 新6、既4 | 新8、既3 | 新3、既0 |
| 最終ハンセン病でない  | ?    | ?    | ?    | ?     | 28     | 0      | 13    | 26    | 12    |

\*菊池:630件を含む  
診断数に菊池含まず

\*菊池:105件を含む  
診断数に菊池含まず

\*菊池:56件を含む  
診断数に菊池含まず

平成17年度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 福西征子

国立療養所松丘保養園長

1. 研究要旨と目的:

平成16年度の同趣旨の研究は、

1) 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)

4) 今後の施設整備の在り方

5) 職員の業務見直し

6) 将来の経営の在り方

について報告と考案を行った。

平成18年3月28日現在の保養園総入所者数は162人(内、男性73人、女性89人)で、平成16年度推計より若干早いペースで入所者数の減少が進む一方、後遺症や、高齢化に伴う認知症・循環器障害などの合併症は一層深刻化している。

このような現状のなかで、今年度(平成17年度)は、保養園入所者が、今後の施設整備計画に対してどのような希望を持っているか、および、将来どのような形で保養園に留まりたいと考えているかについて、把握と検討を試みた。

2. 平成17年度 研究内容:

1) 保養園の将来構想

2) 新施設整備計画案に対する入所者の意向の整理

3) 新施設整備計画案の図面作成

4) (一般) 軽症寮入居者の今後の動向

(倫理面への配慮) 個人を単位とした個人を特定させる調査は行わない。本研究は、「入所者の療養生活の将来的な保障」を目的とする。

3. 研究結果:

1) 将来構想:

今後、青森市は過疎化するにしても、小中高齢化が進行するだろうから、デイ・サービスと保育所の両施設の必要性は高くなって行くと考えられる。松丘保養園は、青森市の中心街にあり、2年後に完成する新幹線新青森駅停車駅から徒歩10分の場所に位置する。この地理的環境を踏まえた入所者の将来構想の概略は、以下の4点であると思われる。

1. 保養園入居者が100名を割る頃に、園内敷地の一部に、老人向けのデイ・サービスセンター(ケアホーム付き)を誘致することを具体的に検討する。

2. 入所者が50人を割る頃に、上記デイ・サービスセンターを誘致する。

3. 入所者が50人を割る頃に、現在ある保育園の規模を拡大し、市民の子弟のための施設にすることを検討する。

4. それまでは、保養園入所者数の減少と職員数の減少に耐えられる施設整備計画を進める。

5. 青森県は、「保養園の整備計画は、入所者の意向に充分配慮して行っている」