

特別養護老人ホームにおける常勤医配置がもたらす医療福祉的效果

宮 原 伸 二^{*1}

要 約

特別養護老人ホーム（特養）において常勤医配置前の3年間と配置後の3年間の入所者の実態や入所者、職員の意見などから、常勤医配置がもたらす医療福祉的效果についてを検討した。

岡山県 A 園（入所定員110人）の平成5年から10年度まで6年間の入所者全員を対象者として調査した。実態についてはカルテを中心に死亡診断書等を参考にまとめた。

常勤医配置により外来受診，入院日数，入院数の減少，投薬人数や投薬薬剤数の減少，死亡者の高齢化，施設内死亡の増加，発症後24時間以内死亡の減少，心疾患死亡の減少，老衰の増加などの成果がみられた。

特養は生活支援の場所ではあるが，入所者の重度化，高齢化はますます進み，さらに，ターミナルケアを実施する施設が増加しており，特養における医療のはたす役割は大幅に増している。福祉施設の特徴を生かしながら，特養に常勤医配置やオープンシステムの導入などが望ましいケアを実施するための大切な条件になろう。

はじめに

特別養護老人ホーム（以後特養）は福祉施設として設置され，生活の場として位置づけられている。「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営」（1966年，厚生省令）に関する基準では，医療に関しては「入院治療を必要とする入所者のために，あらかじめ協力病院を定めておかななくてはならない。医務室は診療所でなければならない」としており，入院治療を必要とする入所者は，協力病院に入院させるという捉え方をしている¹⁾。特養における医療の役割は，入所者の健康管理が主な目的とされており，その結果，特養には医師の配置は義務づけられているものの，大半は非常勤医であり，常勤医が配置されている施設は5～10%と少ない^{2,3)}。

特養の入所者は，常時介護を要するレベルの障害があり，慢性疾患や精神疾患を合わせ持つ人が大半である。最近は重い障害を持つ人や重度の痴呆，ガン末期状態の入所者に対する介護量の増加とともに，医療の必要性も大幅に増している。さらに，ターミナルケアを実施する施設も増え，特養における医療の役割も大きく変わりつつある。

岡山県の A 園（110床）では4年前から常勤医を配置して入所者の医療福祉ニーズの対応に努めてきた。今回，A 園において常勤医配置前の3年間と配置後の3年間の入所者の医療福祉に関する実態や入所者，職員の意見などをまとめ，常勤医配置がもたらす医療福祉的效果とともに，その意味を検討したので報告する。

対象者と方法

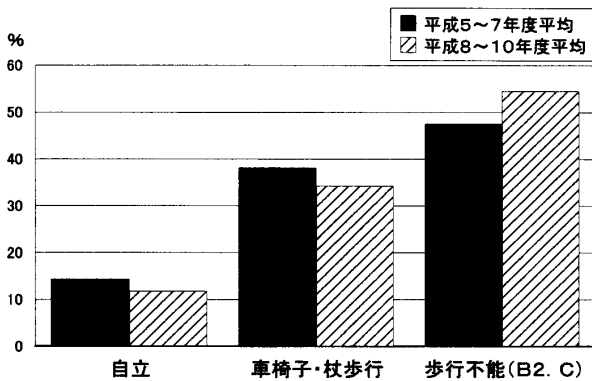
対象者の実態調査については岡山県 A 園（入所定員110人）の平成5年から10年度まで6年間の入所者全員に対して行った。入所者は毎年4月1日現在数として，いずれの年も110人（100%）であった。1年間の中途退園者については，通年調査の項目では，その後の入所者も対象者に加えた。常勤医配置に関する意見については，入所者は常勤医配置前（以後配置前）から入所しており，かつ，痴呆の認められない11人，また，職員は配置前から勤務している10人を対象者とした。

調査方法は，実態についてはカルテを中心に死亡診断書等を参考にまとめた。常勤医配置に関する意見はアンケート調査によった。

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科
（連絡先）宮原伸二 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

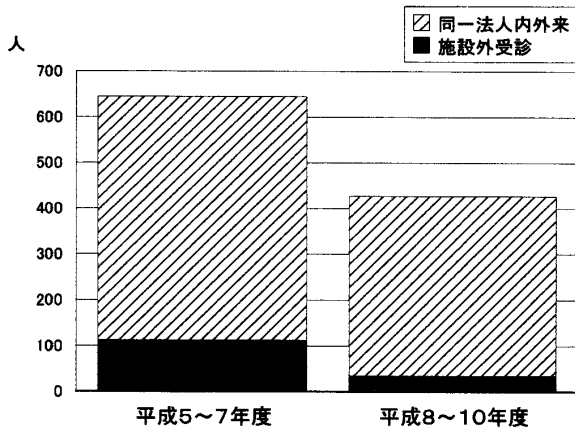
調査結果（常勤医配置前後3年間の比較）

1) 入所者の平均年齢は配置前は 81.1 ± 7.02 、配置後は 81.4 ± 7.64 才であった。寝たきり（寝たきり度ランク B2, C であり，囗中では歩行不能と示してある）は，それぞれ47.6%，54.5%であり，配置後の方が寝たきり者は増加傾向にあったが有意差は認められなかった。（囗-1）



囗-1 入所者の自立度（歩行）

2) 入所者の他医（外来）受診は，配置前は1年間平均645件（同一法人外来受診533件，施設外受診112件）であり，配置後は426件（同一法人外来受診393件，施設外受診33件）あった。配置後の他医受診が有意に減少 ($P < 0.01$) している。特に，施設外受診は配置後は配置前に比して1/3以下に減少していた。（囗-2）

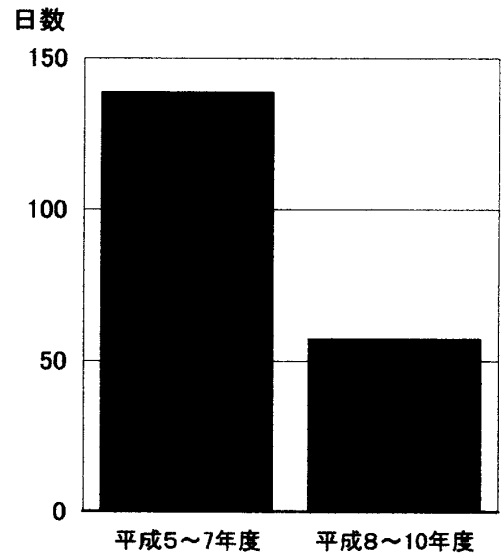


囗-2 入所者の他医受診（年平均）

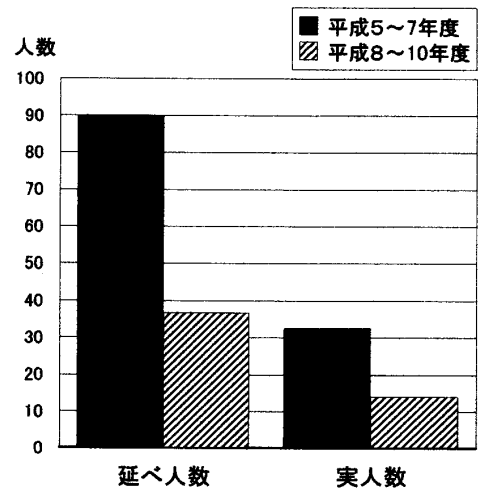
受診科は配置前は内科78件，眼科136件，精神科309件，整形外科1092件，歯科198件などであったが，配置後は内科18件，眼科80件，精神科624件，整形外科74件，歯科481件などであり，配置後は整形外科，眼科，内科の受診が減少し，精神科，歯科の受診が多くなっている。

3) 入所者の入院を配置前と配置後で比較すると，延べ入院日数（1か月平均）では，138.9日と57.4日であり，延べ入院人数（1年平均）は，90.0人と36.7人，実人数（1年平均）は，32.6人と14.0人であり，

いずれも配置後が有意 ($P < 0.01$) に少ない。（囗-3-1.2）

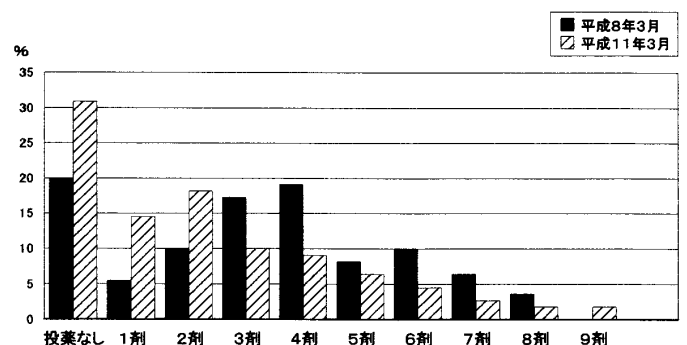


囗-3-1 入所者の入院日数（1ヶ月の延べ日数）



囗-3-2 入所者の入院人数（1年間平均）

4) 薬剤の投与数は，平成8年3月（「前」とする）と，平成11年3月（「後」とする）を比較すると，定期投薬人数は「前」は80.0%，「後」は69.1%と「後」が有意 ($p < 0.01$) に少ない。投与薬剤数は服薬者1人当たり「前」は 4.1 ± 2.10 剤，「後」は 3.3 ± 2.09 剤であり，「後」が有意 ($p < 0.05$) に少ない。（囗-4）



囗-4 薬剤の投薬状況
湿布，緩下剤，睡眠薬含む

5) 入所者の死亡数と死亡場所は、死亡数は配置前後それぞれ60人(3年間)と同数である。死亡場所は、配置前は施設内死亡は55.0%, 病院死亡45.0%であり、配置後は施設内死亡81.7%, 病院死亡16.7%, 自宅1.7%である。配置後の施設内死亡が有意 ($p < 0.01$) に高い。(図-5)

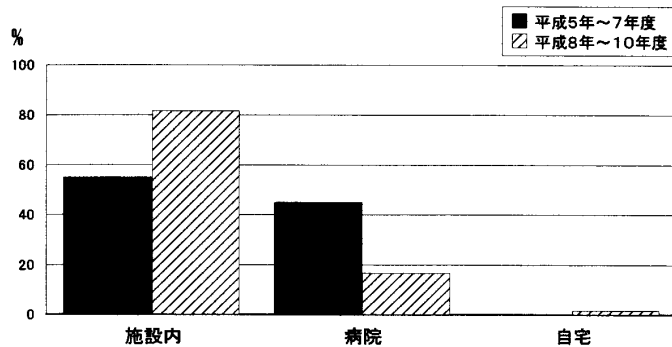


図-5 特養入所者の死亡場所

6) 入所者の死亡年齢の平均値は配置前は、 84.2 ± 8.18 才、配置後は、 85.3 ± 8.50 才であり、死亡者の最頻値は配置前は85~89才であるが、配置後では90才~94才最頻値が認められ、配置後が高齢に右方推移している。(図-6)

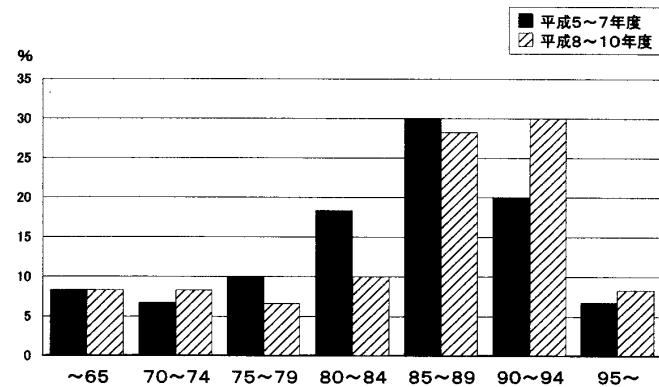


図-6 入所者の死亡年齢

また、死亡年齢の平均値を施設内死亡者のみで見ると、配置前は 85.2 ± 7.38 才であり、配置後は 86.4 ± 8.21 才であった。

7) 入所者の死亡原因をみると、配置前は、多い順に肺炎(30.0%), 心臓疾患(20.0%), 悪性新生物(13.3%), 脳血管疾患(10.0%), 老衰(10.0%)であり、配置後は、肺炎(26.6%), 老衰(26.6%), 脳血管疾患(20.0%), 心臓疾患(6.7%), 悪性新生物(5.0%)であった。

それを施設内死亡のみで見ると、配置前は心臓疾患(24.2%), 肺炎(18.2%), 老衰(18.2%), 脳血管疾患(15.2%), 悪性新生物(12.1%)の順であり、配置後は肺炎(32.2%), 老衰(32.2%), 脳血管疾患(12.2%), 心臓疾患(8.2%), 悪性新生物(4.1%)の順で、配置後に肺炎、老衰が増加して、心臓疾患が減少している。(図-7)

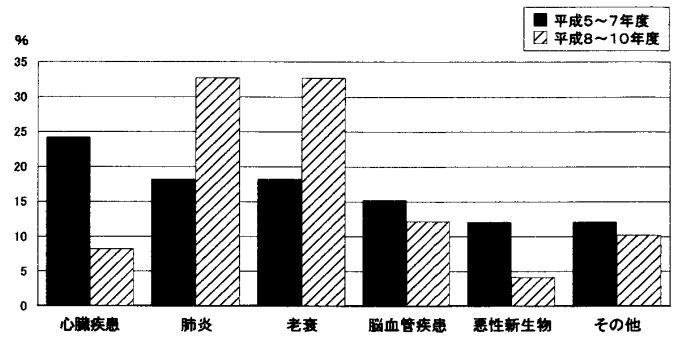


図-7 入所者の死亡疾患(施設内)

8) 入所者の発病から死亡までの期間は、配置前は、24時間以内死亡は21.2%, 1~7日)は18.2%, 8~30日は21.1%, 1~3ヶ月は9.1%, 3ヶ月以上は30.3%であった。配置後は24時間以内死亡は10.2%, 1~7日は18.4%, 8~30日は16.3%, 1~3ヶ月は12.2%, 3ヶ月以上は42.9%であり、配置後は配置前に比して24時間以内死亡は半減し、3ヶ月以上は大幅に増加していた。(図-8)

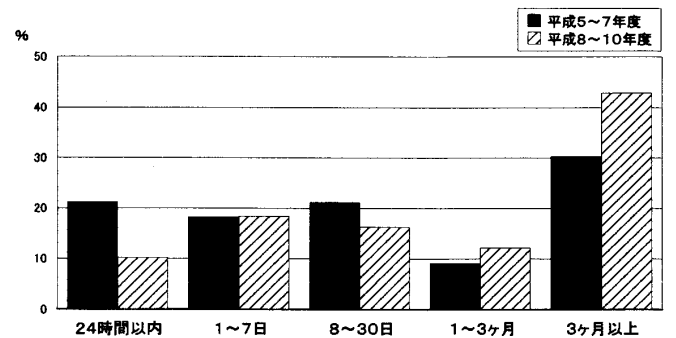


図-8 施設内死亡者の発病から死亡までの期間

9) 常勤医配置「前」と「後」での違いについての入所者の意見は、いつでも診てもらえるという安心感がある(81.1%)。医師との人間関係が保たれて安心感がある(81.1%)。最期まで診てもらえるという安心感がある(81.1%)と大半の人が安心感があると答えている。中には、特に変わらない(18.1%)、入院したくとも言い出しにくい(9.1%)、外の病院で診てもらいたくとも言い出しにくい(9.1%)、夜間、休日はやはり医師不在なので不安がある(9.1%)という答えもみられた。(表-1)

10) 職員の意見では、仕事量が増えた(80%)、仕事内容が多くなった(100%)と大半の人が答えていた。仕事内容については、ターミナルケアでの介護量が増加した。重度の入所者が増えて、業務内容が変わってきた。医務室との夜間の連絡に気をつかうなどの意見がみられた。また、急変時の常勤医との連絡体制の不備などを指摘する意見もみられた(表-2)。ちなみに看護婦の夜間の電話応対は年間186回(平成10年度)であった。

表一 常勤医配置について意見（入所者11人）

問	常駐医配置「前」と「後」での違いについてすべてに○をしてください		
1	特に変わりはない	2人	(18.2%)
2	いつも診てもらえる安心感がある	9人	(81.8%)
3	医師との人間関係が保たれ安心感がある	9人	(81.8%)
4	最期まで診てもらえるので安心感がある	9人	(81.8%)
5	診察が慣れてしまい、惰性的である	1人	(9.1%)
6	外の病院で診てもらいたくとも言い出しにくい	1人	(9.1%)
7	入院したいとも言い出しにくい	0人	(0.0%)
8	夜間、休日はやはり医師不在なので不安がある	1人	(9.1%)
9	医師がいつもいるので病院のようでイヤだ	0人	(0.0%)

表二 常勤医配置について意見（寮母10人）

質問	1 常駐医配置「前」と「後」では寮母としての仕事量は違いますか		
	1) 特に変わりはない	2人	(20.0%)
	2) 仕事量が増えた	8人	(80.0%)
	2 仕事内容は違いますか		
	1) 特に変わりはない	0人	(0.0%)
	2) 仕事内容が多くなった	10人	(100.0%)

考 察

今回の調査目的は、特養における常勤医配置がもたらす医療福祉的効果を裏付け、その意味を明確にすることにある。調査対象としたA園は、入所者定数110人の特養であり、平成5年～7年（配置前）までの3年間は2人の非常勤医により、それぞれ週1回、1回2時間程度の診療が行われていた。平成8年～10年（配置後）から週32時間勤務の常勤医が配置されるとともに、夜間、祝祭日の急変時も原則として常勤医が対応する体制がとられた。又、常勤医配置にともなう看護婦などの要員の増加はなかった。

入所者の歩行の自立度においては、図-1に示したように配置前に比して配置後が歩行不能の人が増加している。これは、新たな入所者の重度化と施設内でターミナルケアを迎える人の増加、さらにターミナル期間の延長に伴うものであり、自立度の低下がまぬがれない入所者増によるものである。配置後には、がん末期や肝硬変末期、多量な胸水の貯留、重度の痴呆（寝たきり）などの状態ではあるが本人や家族の強い入所希望により病院より転入した例も見られる。また、図-5、図-8に示したように、施設内死亡は配置前55.0%が配置後は81.7%に増加し、さらに施設内死亡者の発病から死亡までの期間においても3ヶ月以上が30.3%から42.9%に増え、入所者の自立度レベル低下の要因になっていることが裏づけられる。常勤医の配置により入所者の重度化に拍車がかかったといえよう。

なお、今回の自立度分類は、厚生省の障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準とは異なり、

介護の立場による分類によった。歩行不能は、寝たきり度判定のランク B_2 、 $C_{1,2}$ にあたる。 B_1 は車椅子への自立移動が可能なので、杖歩行と同じ分類とした。常勤医の配置の効果の1つとして、他医受診や入院の状況をみたものが図-2、3である。配置効果は著明であり、1年間の平均の他医受診は配置前に比して配置後は明らかに減少している。配置前の他医受診では整形外科が多く、配置後では精神科と歯科が多い。これは常勤医が総合医であり、整形外科疾患を含めて日常よくみられる疾患については他医にかかることなく対応ができていたが、重度の痴呆、精神分裂病などの精神科医の診療や、高齢者のQOLとのかかわりで歯科治療の希望が増加していることによるものである。総合医を配置することによりプライマリ・ケアとしての対応はできているものの、精神科や歯科などの専門医の配置（非常勤）の必要性も示している。さらに、他医受診の減少、特に施設外受診の減少は、看護婦を患者の送迎の付き添いに取られないという、少ない看護婦の負担軽減にも役だっていると推察される。

入院は延べ入院日数、延べ入院人数、実入院数のいずれも配置前より配置後が大幅に減少している。誤嚥、肺炎などの状態や疾患への対応が施設内でできよるようになったことや、本人、家族が可能な限り施設内でという意思を尊重することができるようになったためと思われる。

入所者に投与する薬剤数を配置前の平成8年3月と配置後の平成11年3月で比較すると、定期薬の投与は配置前より配置後が有意に少なかった。また、服薬者1人当たりの薬剤投与数も、配置前より配置

後が有意に少ない。常勤医の配置により、日常の入所者の健康状態が的確に把握できるようになり、今まで継続服用されていた薬剤を整理し減量や中止できたこと、新たな入所者に薬剤が適切に投与されたことによる。非常勤医の場合は、日常の健康状態の把握が難しく、慢性病の薬剤の変更や減量を行うのが難しく、漫然と投薬する傾向になりがちである。減量や中止された薬剤は、脳代謝促進剤、脳血管拡張剤、強心剤、降圧剤、ビタミン剤、鎮痛剤、健胃剤などであった。常勤医の配置により、病院と同様な医療が展開され、投薬の増加も懸念されたが、実際は日常の一人一人の健康状態を的確につかむことにより投薬数、投薬量ともに減ったと思われる。

入所者死亡数は配置前と配置後の3年間では同数の60人であり、1年平均20人である。年により15人から27人と幅がある。死亡数のみで評価すれば常勤医の配置効果は認められない。しかし、配置後の入所者は前述したように入所者の重度化もあり、さらに、入所者の高齢化など、むしろ死亡者の増加を防ぐことができたのも常勤医の配置効果であろう。

死亡原因をみると、死亡者全員では配置前後とも肺炎が最も多いが、配置後は老衰が増加し、心臓疾患が減少している。また、施設内死亡は、配置前は心臓疾患、肺炎、老衰が多いが、配置後は肺炎、老衰が著明に増加し、心臓疾患が減少している。死亡診断書の第1死亡原因を採用したので、例えば、脳血管疾患がありながら肺炎で死亡したものは肺炎となった。悪性新生物であっても直接の死因が肺炎の場合は肺炎を採用した。また、近年は心不全の診断名は採用されることが少なくなったことも心臓疾患が減った理由の1つであろう。心臓疾患の代わりに老衰となった事例も含まれていると思われる。

死亡疾患の上位にある肺炎には誤嚥にとまなうものや、上気道炎の悪化による感染性肺炎など原因はさまざまあるが、適切に対応（肺炎の診断、入院か否か、治療の方法など）するためにも常勤医の配置は欠かせない。

さらに、発病から死亡までの期間をみると、配置前に比して配置後は24時間以内のいわゆる突然死が半減し、24時間以内を合わせた1週間以内死亡も大幅に減少しており、常勤医の配置効果が出ている。また、3ヶ月以上の死亡は配置後が大幅に増加しており、時には本人によって望まない延命も行われている可能性も否定はできない。

その医療内容を著者による別調査²⁾からみたものが、図-9である。常駐医配置後の平成8年、9年度の死亡直前（当日含めて3日）の医療処置をみると、なんらかの医療処置は91.5%の人に対して行わ

れていた。多いものは酸素吸入91.5%、吸引91.0%、点滴注射88.0%、麻薬0.3%であり、尿カテーテル、中心静脈栄養、気管切開は皆無であった。この内容から推察されるのは、消極的延命をはかりながら、痛みや苦痛を除くというような医療が実施されていたように思われる。このような医療は人間の尊厳を守る最低限度の医療であり、常勤医の配置があつてのことと思われる。

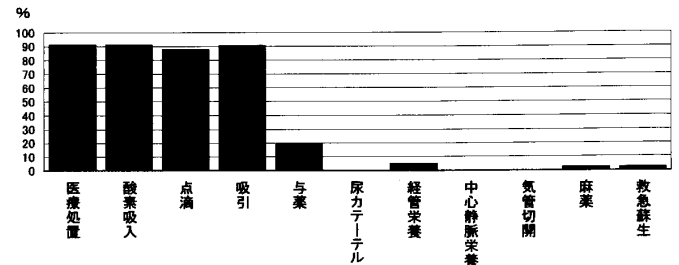


図-9 死亡直前の医療
(特養施設内)

常勤医配置についての入所者の意見は、配置前から入所しており、かつ、判断能力障害が認められない人、11人を選定した。意見は、特に変わりはないが少数(18.2%)みられたが、大半(81.8%)がいつでも診てもらえる、人間関係が保たれる、最期まで診てもらえるなどの安心感があると答えていた。入所者の安心感は、特養が生活の場といわれている中で、日々に心豊かに生きるための大切な条件となる。

反面、配置前から勤務している寮母10人に対するアンケート調査の結果は、仕事量や仕事内容が増えたが大半(80%ないし100%)を占めた。他医受診や入院の減少は、病気となって状態の悪化した人を施設内でみること、特に夜間は看護婦や医師がオンコールで対応するとはいえ、夜勤寮母の負担やストレスは多大なものがあると推察できる。

常勤医の配置は、日常の健康管理が充実し、疾病予防に貢献するとともに、早期発見や適切な対応が可能となり、24時間以内の突然死の減少や合併症や併発症の予防、ひいては通院や入院を減少させることが期待される。さらに、施設内において望ましいターミナルケアの実施も可能と思われる。

今回の調査結果からも外来受診、入院日数、入院人数の減少、投薬人数や投薬薬剤数の減少、死亡者の高齢化、施設内死亡の増加、発症後24時間以内死亡の減少、心臓疾患死亡の減少、老衰の増加など常駐医配置による医療福祉的成果は期待通りに出現した。さらに、入所者に「安心感」をもたらしていることも大切な成果であろう。反面、寮母や看護婦の仕事量が増加し、仕事内容も複雑になるなど、職員の仕事の負担は増加している。常駐医配置にとまなう

職員の仕事量増加への対応策が大きな課題となろう。

2000年4月の介護保険実施前の特養においては、常勤医とは1週間の勤務時間が30時間以上（月20日以上勤務）であり、さらに、常勤体制ということとなれば複数医で合計の勤務時間が30時間以上となっている（「社会福祉施設に対する措置費の医師に関わる人件費の取り扱いについて」昭和60年社施第62号）。その要件が満たされていれば加算された規定の金額が施設に対して支払われた。介護保険において、特養は老人介護施設の指定を受け、老人福祉法を基本としながら、指定老人介護保険施設の1つとして介護保険法に基づき運営されることとなる。介護保険法による常勤医とは、1週間に40時間以上勤務する医師であり、複数医師は認められていない。この条件を満たす場合のみ一定の加算があり、たとえば、1週間に30時間以上勤務していても、週4時間程度勤務する非常勤医師と同等の扱いとなり、加算はない（厚生省第20号、10～11、平成12年）。

今回調査対象としたA園においては、2000年3月までは1人の医師が1週間32時間勤務し、常勤医として仕事をして一定の加算を受けていた。しかし、介護保険下においては、これは非常勤医体制となり、加算は受けることはできない。特養において常勤医を配置することは、これまでも常勤医加算が少ないなどの配置を困難とする条件があったが、これからは、常勤医の勤務時間など条件が厳しくなり、それは配置を更に困難とするものであろう。

しかし、特養の果たす役割は、生活支援が主とはいいながらも、生命はしっかりと守られなくてはならない。入所者の身体レベル、精神レベルは著しく低下しており、さらに、ターミナルケアに取り組む施設も少なくなく、増加傾向にさえある^{4,5)}。適切な医療福祉の提供なしには、入所者の希望にそった

適切な支援はできない。介護保険においては、利用者本位が謳われ、利用者やその家族の希望が尊重されるということになれば、治療やターミナルケアを特養で実施することを望む人が増加することが十分に予想される。さらに、特養が、これ以上リハビリテーションを実施しても、これ以上医療を実施しても改善の期待はできないといった状態（寝たきりの人や重度の痴呆など要介護度4、5の最重度）の人たちの最期の療養の場所となる可能性も強い。そのような人たちに対して期待される医療福祉を提供するためにも協力病院の支援のもと、常勤医の配置が必要であることはいうまでもない。さらに、本人の希望によって、入所前の主治医が施設内に自由に出入りできるというオープンシステムの検討も必要である。

特養の病院化（療養型病床群）を進めるということではなく、生活を支え、向上させるという福祉施設の利点を生かしながら、特養の医療福祉体制が充実されることを期待したい。

おわりに

特養において、必要な医療を必要なだけ提供できるようにならねばと思う。その医療は、病院でみられる管理された医療ではなく、その人にふさわしい、生活を大切にしたい医療福祉的視点たつものが望まれる。そのためにも、特養における常駐医の配置やオープンシステムの確立が介護保険法の中でしっかりと位置づけられ、さらに、看護婦や寮母の増員、特に、看護婦の夜勤など医療体制の整備を明文化してほしい。

本論文をまとめるにあたり総合ケア シーザルの山下幸恵氏の協力を得た

文 献

- 1) 厚生省社会福祉法規研究会監修（1998）、社会福祉六法、新日本法規。
- 2) 宮原伸二（1999）、特別養護老人ホームにおける死についての多角的研究、日本プライマリ・ケア雑誌、**22**(1)、41-48。
- 3) 社会福祉協議会（1996）、介護施設機能強化モデル調査研究事業報告、84-115。
- 4) 石井岱三（1997）、特別養護老人ホームにおける看取り、月刊福祉、**2**、20-25。
- 5) 時田 純（1997）、施設における高齢者のターミナルケア、別冊総合ケア、62-71。

（平成13年6月7日受理）

A Study on the Effectiveness of Assigning Regular Staff Physicians to a Special Nursing Homes for the Elderly

Shinji MIYAHARA

(Accepted Jun. 7, 2001)

Key words : SPECIAL NURSING HOME FOR THE ELDERLY, REGULAR STAFF PHYSICIAN, TERMINAL CARE, SUDDEN DEATH, PREFERRED FORM OF CARE

Abstract

The effectiveness and significance of assigning a regular staff physician to a special nursing home for the elderly were studied by reviewing the actual conditions and opinions of residents and other staffs regarding the periods of three years respectively before and after the assignment.

Subjects were all Residents at home A in Okazama prefecture (capacity: 110person) between 1993 and 1998. the actual conditions were studied by perusing medical records and referring to the deaths certificates, ect.

The results revealed that the assignment of a regular staff physician reduced the number of the outpatient clinic visits and those hospitalization, the duration of hospital stays and the number of those given medication and of the kinds of medicatins, elevated the age of the dead, increased the numbers of deaths at the home, however, decreased the numbers of deaths within 24 hours after the onset of illness and of deaths by heart disease, and,increased the incidence of natural death.

While the Special Nursing Home serves to support the life of residents, the severity of illness and aging of the residents are intensifying. there is an increasing number of homes giving terminal care, indicating that the role of medical services at Spcial Nursing Homes is greatly expanding . It is essntial for care of the aged that regular staff physician are assigned and features of a welfare facility retained.

Correspondence to : Shinji MIYAHARA

Department of Medical Social Work, Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare

Kurasiki, 701-0193, Japan

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.11, No.1, 2001 9-15)