

公立病院におけるがん患者のケアモデルに関する研究

塚本 正樹

キーワード：がん、高齢者、多疾患併存、地域連携

1. はじめに

1-1. 背景

がんは1981年以降、我が国において死因の第一位であり（厚生労働省 2022）、2019年のデータに基づくと、男性、女性ともおおよそ2人に1人が一生のうちにがんと診断され、男性ではおおよそ4人に1人、女性ではおおよそ6人に1人はがんで死亡すると推計されている（公益財団法人がん研究振興財団 2023）。わが国では、2007年にがん対策基本法が施行された後、がん対策推進基本計画に基づいてがん対策が進められ、死亡率低下や5年相対生存率上昇などの成果が得られている（公益財団法人がん研究振興財団 2023）。しかし、この生存率の向上により、がんサバイバーが増えたことで、治療中から治療後までライフステージに応じてさまざまな支援が必要となってきた（厚生労働省 2023）。

兵庫県では、2018年よりから第5次ひょうご対がん戦略推進方策のもと、「がんによる罹患者、死亡者減少の実現」「がんに罹患しても尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」を目標とした兵庫県がん対策推進計画を策定している（兵庫県 2018）。推進計画においては、医療体制の強化の課題として地域がん診療連携の強化が掲げられ、「専門的ながん診療」「標準的ながん診療」「在宅療養支援」「歯科医療」といった機能分類とその役割が記されている（図1）。

また、『今後、がん患者に占める高齢者の割合が増える中、併存疾患や認知症など高齢者特有の問題が生じる可能性があり、高齢のがん患者へのケアが一層必要』（兵庫県 2018）と記されている。併存疾患の多い高齢がん患者の診療や、治療後のがん患者のフ

フォローアップは地域内で連携していく必要がある。

公立病院である A 病院は、急性期病棟、回復期病棟、地域包括ケア病棟あわせて 327 床と訪問看護ステーションを併せ持つ地域支援病院、二次救急病院である。緩和ケア病棟を持たず、がん診療においては兵庫県のがん診療連携準拠点病院として、急性期治療、リハビリテーション、外来化学療法、合併症対応、救急対応、訪問看護などに対応し、がん診療連携拠点病院をはじめ近隣医療機関と連携をとっている。だが、はたして医療介護連携を通じて、切れ目のないケアの提供ができていくかどうかは明らかではない。

そこで本研究では、この A 病院のがん患者の動向と病院機能を詳細に検討することにより、がん診療における医療介護連携のあり方を検討することを目的とした。

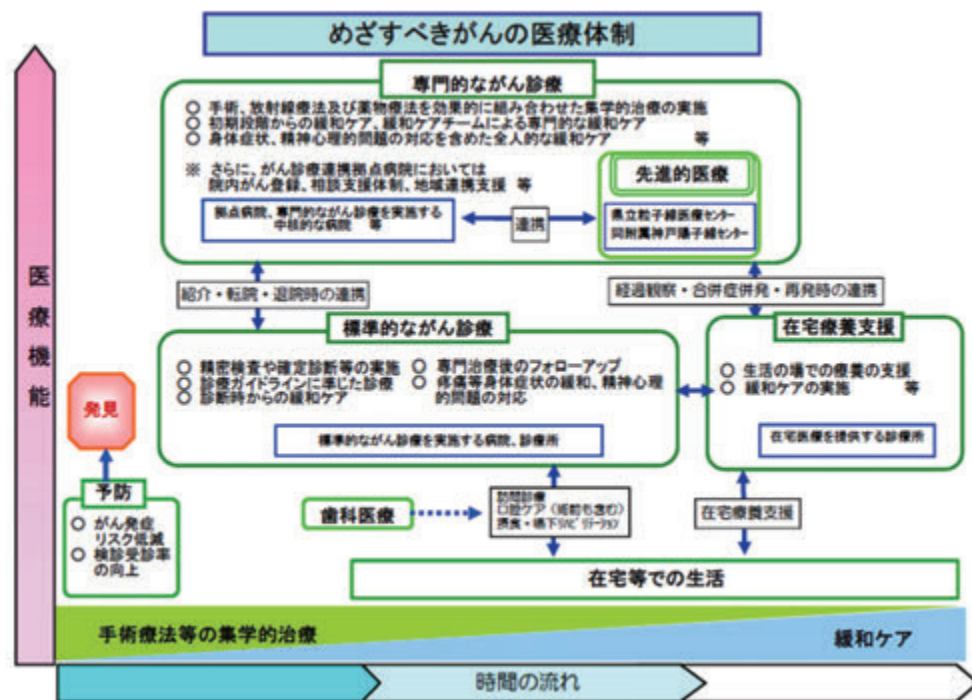


図 1：めざすべきがんの医療体制

(兵庫県「兵庫県がん対策推進計画」より引用)

1-2. 目的と方法

本研究の目的は、がん診療準拠点病院である A 市民病院におけるがん患者診療や地

域連携の現状を明らかにし、がん患者の診療に際して、A 市民病院が地域内で担うべき役割を見出すことである。

方法としては、2020 年 1 月 1 日から 2022 年 12 月 31 日までの 3 年間に A 病院にがん治療目的で入院した患者の DPC データ（項目は年齢、性別、主傷病名、副傷病名、入退院経路、在院日数、がんおよびがん以外の病名での再入院数、看護必要度）を収集し、分析した。

また、在院日数、看護必要度得点、退院先を年齢区分別(21-64 歳、65 歳-74 歳、75 歳以上)、緊急度別、併存疾患別に比較した。在院日数および看護必要度得点の分析においては、年齢区分別の検定は、一元配置分散分析を用い、緊急度、併存疾患別においては対応のない t 検定を用いた。

退院先の分析は、カイ 2 乗検定を使用した。その際、年齢区分は、65 歳から 74 歳までと、75 歳以上の 2 群における比較とした。また、カイ 2 乗検定において度数が 5 に満たない場合は、解析を行わなかった。なお、これらすべての分析において、有意水準は $p < 0.05$ とした。

1-3. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては、兵庫県立大学大学院社会科学研究科に設置されている倫理審査委員会の承認を得て実施した（審査番号 2023-0006）。さらに、A 市民病院倫理委員会の承認を得た（受付番号 2023002）。

2. がん診療の現況

2-1. 県におけるがん診療統計からみた動向

2019 年の兵庫県におけるがん診療統計数は、延べ 45,431 件で、このうち男性 25,630 件 (56.1%)、女性 19,801 件 (43.5%) のがんが新たに診断されている。

罹患数を部位別に見ると男性で多い順に、胃 4,143 件 (16.1%)、前立腺 3,976 件 (15.5%)、肺 3,928 件 (15.3%)、大腸 3,787 件 (14.8%)、肝および肝内胆管 1,262 件 (4.9%) であった。女性では多い順に、乳房 4,192 件 (16.4%)、大腸 3,145 件 (12.3%)、肺 1,836 件 (7.2%)、胃 1,816 件 (7.1%)、子宮 1,253 件 (4.9%) であった(図 2)。



図 2：部位別発生数内訳

兵庫県健康財団 「兵庫県のがん 2019」より引用

上位 5 部位罹患数年次推移をみると(図 3)、男性は、大腸、肺、前立腺が増加し、胃や肝内胆管は減少しており、女性は乳房と大腸が増加、胃や肺は減少、子宮は横ばいであった。年齢別で見ると、男女とも年齢が高いほど罹患しやすく、65 歳以上の割合は男性 81.6%、女性 69.0%である(図 4)。

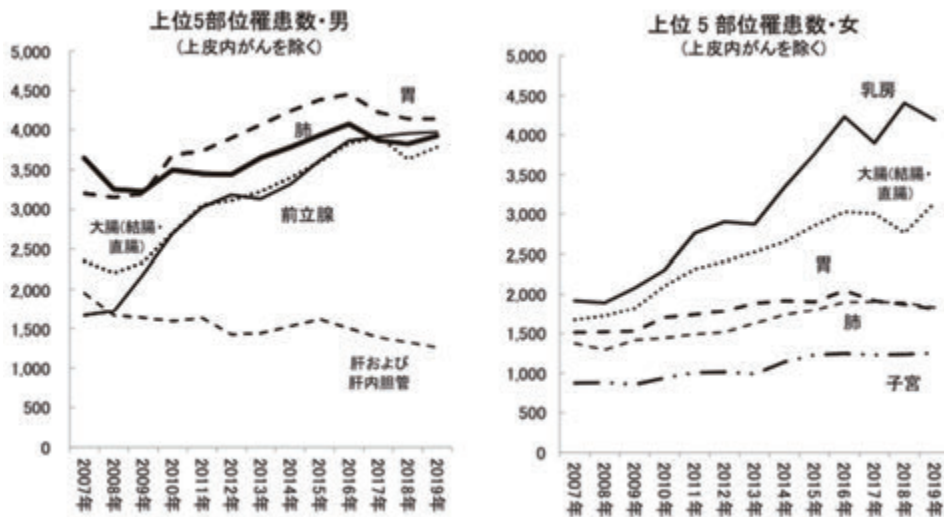


図 3：上位 5 部位罹患数

兵庫県健康財団 「兵庫県のがん 2019」より引用

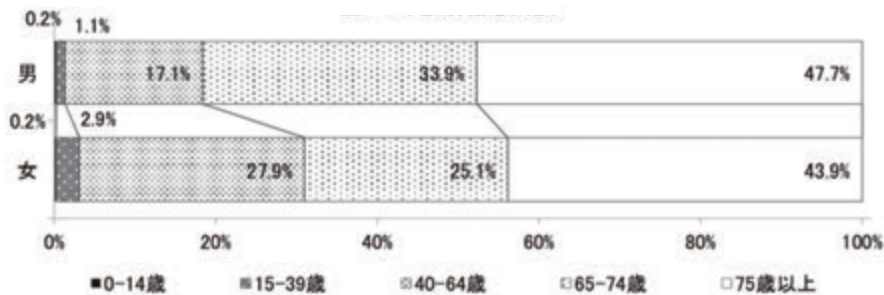


図4：年齢別罹患内訳

兵庫県健康財団 「兵庫県のがん2019」より引用

男性 9,662 人、女性 6,832 人ががんで死亡しており、部位別でみると、男性は肺 2367 件 (9.2%)、胃 1,245 件 (4.9%)、大腸 1,106 件 (4.3%)、肝臓および膵臓 819 件 (2.9%)、膵臓 737 件 (1.9%) の順であり、女性は大腸 1,047 件 (4.1%)、肺 983 件 (3.8%)、乳房 572 件 (2.2%) の順であった(図5)。死亡者に占める 65 歳以上の割合は男性 88.9%、女性 87.1%であった(図6)。



図5：部位別死亡数(人口10万対)

兵庫県健康財団 「兵庫県のがん2019」より引用

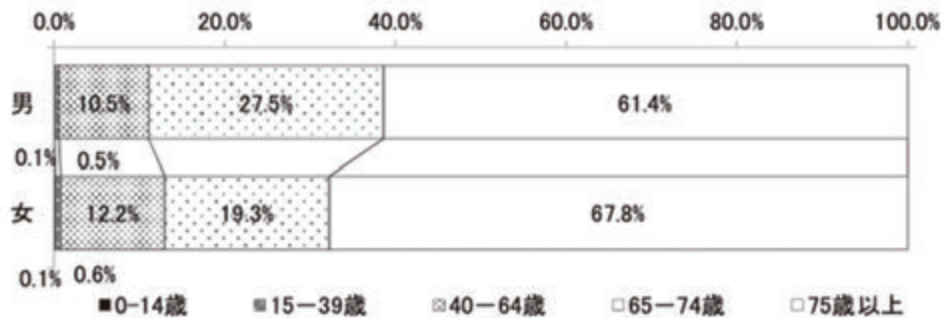


図6: がんの死亡 年齢階級別内訳

兵庫県健康財団 「兵庫県のがん2019」より引用

表1は、2019年がん検診受診率の全国平均との比較である。兵庫県は、第5次ひょうご対がん戦略推進方策においてがん検診受診率目標50%を掲げているが、5大がんいずれにおいても目標を下回っており、全国順位は胃がん45位、大腸癌34位、肺がん39位、乳がん42位、子宮がん41位と低順位にとどまっていた。

表1: がん検診受診率 (%)

	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
全国	49.5	44.2	43.4	47.4	43.7
兵庫県	44.1	42.5	42	42.1	39.1
全国順位	45位	34位	39位	42位	41位

公益財団法人がん研究振興財団「がんの統計2023」より筆者作成

2-2. A市民病院の2次医療圏におけるがん診療シェア

兵庫県は兵庫県がん対策推進計画において、地域のがん診療連携の中核的役割を担う国指定がん診療連携拠点病院、国指定拠点病院とともに、中核的役割を担う県指定がん診療連携拠点病院およびがん診療連携拠点病院に準じる病院を定めている。

A市民病院が属するH医療圏においては、国指定がん拠点病院としてB県立がんセンター、県指定拠点病院として、C市民病院および県立E医療センターがあり、A市民病院は準じる病院として位置づけられている。他に基幹病院であるD医療センター、

H 市民病院が準じる病院に指定されている。

図 7 は、令和 3 年度の H 医療圏（2 次医療圏）における MDC 別がん病名 DPC 件数を医療機関別に示したものである。総 DPC 件数 10,993 件のうち、国指定がん拠点病院である B 県立がんセンターが 4,940 件（45.1%）、と県指定拠点病院である C 市民病院が 2,815 件（25.7%）、D 医療センター1,303 件（11.9%）、県立 E 医療センター1,135 件（10.4%）であり、A 市民病院は 545 件（5.0%）であった。2 次医療圏全体で、MDC 分類をすべてカバーできている。

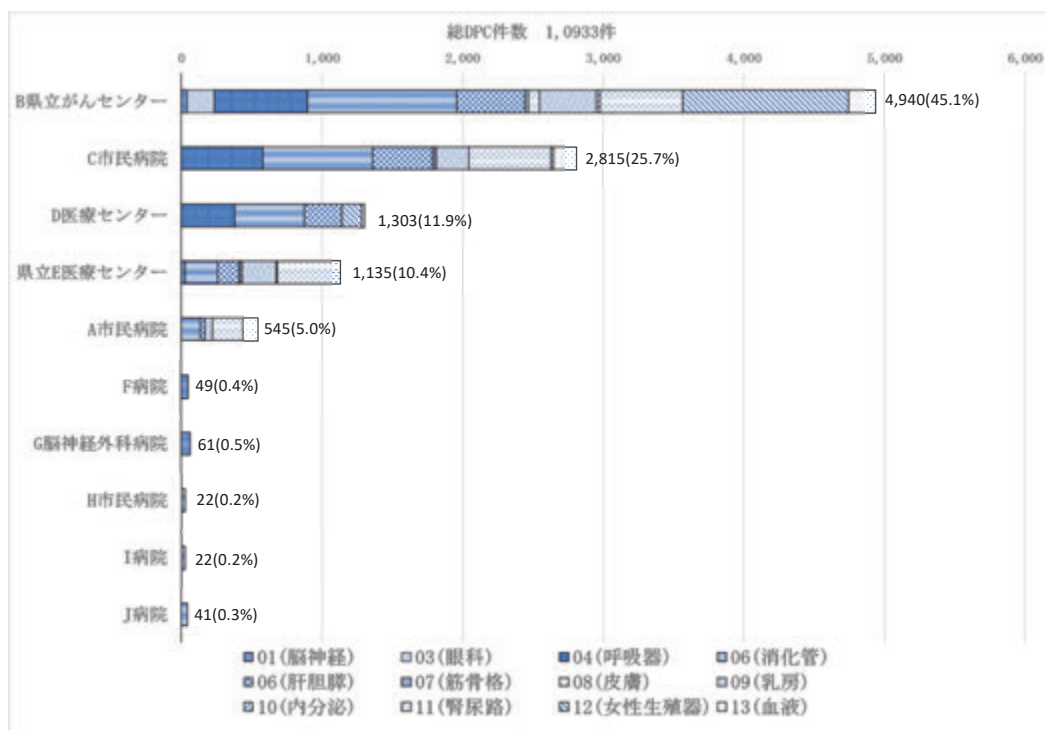


図 7：令和 3 年度 H 医療圏における MDC 別がん病名 DPC 件数

令和 3 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について参考資料 2 より筆者作成

H 医療圏のうちで、A 市を中心として A 市民病院と日常的診療圏を同じくする B 県立がんセンター、D 医療センター、G 脳神経外科病院の MDC 分類別シェアを図 8 および表 2 に示した。

A 市では、B 県立がんセンターがほぼすべての領域の診療を行い、D 医療センターは呼吸器 378 件（36.3%）、消化器 496 件（29.3%）、女性生殖器 267 件（34.0%）を主に診

療している。A 市民病院は、総件数シェアは 8.0%と少ないものの、D 医療センターでは診療していない乳房 54 件(11.7%)、腎・尿路 213 件(26.6%)、血液疾患 110 件(33.7%)を診療している。G 脳神経外科病院は、脳神経に特化している。

以上より、A 市を中心とする診療圏内においては、がん診療拠点病院と、3 つの基幹病院によりすべての MDC 分類群をカバーしていた。

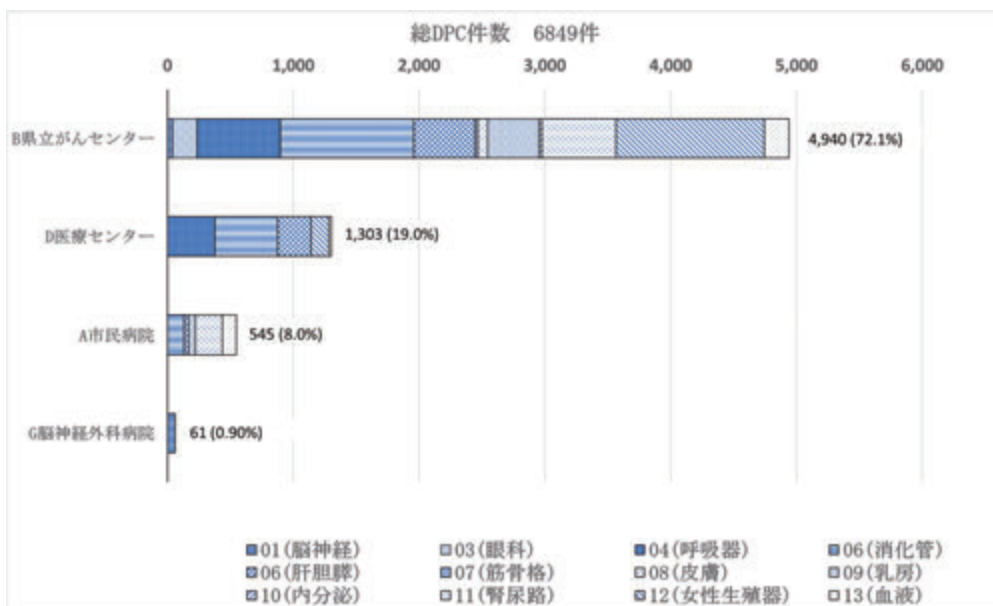


図 8 : A 市医療圏内におけるがん診療シェア

令和 3 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について参考資料 2 より筆者作成

表 2 : A 市医療圏内におけるがん診療シェア（令和 3 年度）

MDC分類	B県立がんセンター		D医療センター		A市民病院		G脳神経外科病院		合計
01(脳神経)	40	(39.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	61	(60.4%)	101
03(眼科)	194	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	194
04(呼吸器)	662	(63.7%)	378	(36.3%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1,040
06(消化管)	1063	(62.8%)	496	(29.3%)	133	(7.9%)	0	(0.0%)	1,692
06(肝胆膵)	483	(61.5%)	267	(34.0%)	35	(4.5%)	0	(0.0%)	785
07(筋骨格)	26	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	26
08(皮膚)	77	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	77
09(乳房)	406	(88.3%)	0	(0.0%)	54	(11.7%)	0	(0.0%)	460
10(内分泌)	27	(100.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	27
11(腎尿路)	587	(73.4%)	0	(0.0%)	213	(26.6%)	0	(0.0%)	800
12(女性生殖器)	1181	(89.4%)	140	(10.6%)	0	(0.0%)	0	(0.0%)	1,321
13(血液)	194	(59.5%)	22	(6.7%)	110	(33.7%)	0	(0.0%)	326

令和 3 年度 DPC 導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について参考資料 2 より筆者作成

表 3 は、A 市における各医療機関の診療機能である。放射線療法は B 県立がんセンターでのみで行っており、化学療法はすべての医療機関で行われている。B 県立がんセンターは救急搬送数 87 件と他の施設と比べて少なく、紹介入院が 91%となっている。がん診療連携拠点病院として多くの紹介を受けているが、救急対応は他の医療機関が担っていることがわかった。

A 市民病院と G 脳神経外科病院は他院より紹介ありの率がそれぞれ 68.6%、29.1%と低く、救急や自院外来からの入院割合が多いと推定された。

表 3：各医療機関における診療機能

	化学療法有	放射線療法有	救急車搬送有	他院より紹介ありの率
B県立がんセンター	2,029	353	87	91.0%
D医療センター	469	0	2,644	85.9%
A市民病院	288	0	810	68.6%
G脳神経外科病院	9	0	897	29.1%

令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について参考資料1（15）
手術化学療法放射線療法全身麻酔についてから筆者作成

3. A市民病院におけるがん診療の現状

3-1. MDC別入院治療件数

令和2年1月から令和4年12月まで3年間に退院し、がんが主傷病名である患者数は1,337例あり、平均年齢74.2±11.2歳、男性60.3%、女性39.7%であった。DPC件数では2,436件あり、平均年齢は74.2±11.1歳であった。

MDC別でDPC件数が多いのは、消化器1106件(45.4%)、泌尿器717件(29.4%)、血液310件(12.7%)、乳房211件(9.1%)であった。平均年齢は乳房が67.5±15.1歳と他の3領域に比べて最も若かった（表4）。

表 4：がん入院 DPC 件数 MDC 分類別内訳

	N	平均年齢(歳)	男/女(%)
患者数	1337	74.2±11.2	60.3/39.7
DPC件数			
総数	2436(100%)	74.2±11.1	61.0/39.0
01 (脳神経)	17(0.7%)	72.4±12.3	64.7/36.3
03 (耳鼻科)	7(0.3%)	78.4±10.0	85.7/14.3
04 (呼吸器)	17(0.7%)	79.7±8.5	58.8/41.2
06 (消化器)	1106(45.4%)	74.2±9.9	59.2/40.1
07 (筋骨格系)	4(0.2%)	76.8±3.9	0/100
08 (皮膚)	11(0.5%)	80.5±6.6	63.6/36.4
09 (乳房)	221(9.1%)	67.5±15.1	2.2/97.7
10 (内分泌)	2(0.1%)	76.5±12.0	50.0/50.0
11 (腎・尿路)	717(29.4%)	75.6±8.7	85.4/14.6
12 (卵巣・子宮)	20(0.8%)	63±16.9	0/100
13 (血液)	310(12.7%)	74.7±12.4	56.1/43.9
18 (その他)	4(0.2%)	75.3±11.9	75.0/25.0

3-2. 入院患者の属性、入退院経路、提供医療

H 診療圏において、A 市立病院の DPC 件数が多い、消化器、乳房、腎・尿路、血液の 4 領域について、年齢区分や在院日数、入退院経路の状況を調べた(表 5)。

全体の平均在院日数 13.4±17.4 日であった。腎・尿路は 8.5±9.8 日と全体より在院日数が短く、血液疾患は 25.8±28.8 日と長かった。

年齢区分で見ると、全体では 65 歳以上の高齢者が 85.5%、75 歳以上でも 52.3%と高齢者が多かった。

がん領域別で見ると、乳房は 65 歳以上が 63.4%とやや若い、消化器、腎・尿路、血液はそれぞれ 86.9%、89.0%、89.7%であった。

入院契機からは、予定入院は乳房 62.9%、消化器 57.1%であり、化学療法目的は血液 41.9%、腎尿路 31.2%、乳房 26.7%の順であった。緊急入院は血液 32.9%、消化器 30.4%の順で多かった。

がん病名での再入院は全体では 43.5%あり、MDC 別では血液 51.0%、腎・尿路 48.8%、乳房 42.5%、消化器 39.2%の順に多かった。

入退院経路では、全体では、97.4%は家庭から入院し、89.2%は家庭に退院していた。家庭に帰る割合が低いのは、消化器88.1%、血液83.5%であった。家庭へ帰る場合、自院外来へ通院する割合が多く、全体で84%であった。全体としては、転院が4.6%、死亡が5.2%であるが、施設入所は1.1%と少なかった。

退院後の在宅医療提供は、113件（4.6%）うち13件（0.5%）は自施設から提供予定、17件（4.1%）は他施設から提供予定であった。なお、A市民病院では在宅診療は行っておらず、在宅医療提供は、訪問看護ステーションからの訪問看護のみである。

手術の割合は消化器66.2%、乳房57.0%の順で多く、血液は12.6%と少なかった。化学療法は、血液が77.4%と最も多く消化器で17.2%と少なかった。リハビリは、腎・尿路で7.0%と少なかったが、乳房55.2%、消化器37.4%、血液33.2%の順で提供されていた。全体で15.2%が院内転棟しており、そのなかで乳房が28.1%と最も多く、血液が3.9%と最も少なかった。

表 5：年齢区分・入院契機・入退院経路・提供医療

		全体 N=2436	06(消化器) N=1106	09(乳房) N=221	11(腎・尿管) N=717	09(血液) N=310
平均在院日数(日)		13.4±17.4	13.2±14.1	11.4±18.2	8.5±9.8	25.8±28.8
年齢区分	21-64歳	354(14.5%)	145(13.1%)	81(36.7%)	79(11%)	32(10.3%)
	65-74歳	808(33.2%)	411(37.2%)	47(21.3%)	228(31.8%)	105(33.9%)
	75歳以上	1274(52.3%)	550(49.7%)	93(42.1%)	410(57.2%)	173(55.8%)
	65歳以上(再掲)	2082(85.5%)	961(86.9%)	140(63.4%)	638(89%)	278(89.7%)
入院契機	予定入院	1302(53.4%)	632(57.1%)	139(62.9%)	420(58.6%)	78(25.2%)
	化学療法目的	560(23%)	138(12.5%)	59(26.7%)	224(31.2%)	130(41.9%)
	緊急入院	574(23.6%)	336(30.4%)	23(10.4%)	73(10.2%)	102(32.9%)
入院経路	家庭から	2373(97.4%)	1075(97.2%)	216(97.7%)	707(98.6%)	297(95.8%)
	施設から	28(1.1%)	14(1.3%)	5(2.3%)	5(0.7%)	1(0.3%)
	転院	35(1.4%)	17(1.5%)	0(0%)	5(0.7%)	12(3.9%)
退院先	家庭へ	2172(89.2%)	974(88.1%)	208(94.1%)	675(94.1%)	259(83.5%)
	自院外来通院	2047(84%)	894(80.8%)	207(93.7%)	655(91.4%)	244(78.7%)
	他院外来通院	118(4.8%)	77(7%)	1(0.5%)	19(2.6%)	12(3.9%)
	その他	7(0.3%)	3(0.3%)	0(0%)	1(0.1%)	3(1.0%)
	施設へ	27(1.1%)	13(1.2%)	6(2.7%)	4(0.6%)	1(0.3%)
	転院	111(4.6%)	61(5.5%)	2(0.9%)	20(2.8%)	11(3.5%)
	死亡	126(5.2%)	58(5.2%)	5(2.3%)	18(2.5%)	39(12.6%)
退院後在宅診療		113(4.6%)	62(5.6%)	4(1.8%)	32(4.5%)	10(3.2%)
	当院で提供	13(0.5%)	6(0.5%)	0(0%)	7(1.0%)	0(0.0%)
	他院で提供	100(4.1%)	56(5.1%)	4(1.8%)	25(3.5%)	10(3.2%)
提供医療	手術	1227(50.4%)	732(66.2%)	126(57%)	289(40.3%)	39(12.6%)
	化学療法	806(33.1%)	190(17.2%)	81(36.7%)	281(39.2%)	240(77.4%)
	リハビリ	715(29.4%)	414(37.4%)	122(55.2%)	50(7.0%)	103(33.2%)
	院内転棟	371(15.2%)	182(16.5%)	62(28.1%)	108(15.1%)	12(3.9%)
がん病名による再入院		1059(43.5%)	433(39.2%)	94(42.5%)	350(48.8%)	158(51%)
再入院契機	予定入院	356(33.6%)	194(44.8%)	32(34%)	105(30.0%)	158(51%)
	化学療法目的	473(44.7%)	106(24.5%)	46(48.9%)	205(58.6%)	110(69.6%)
	緊急入院	230(21.7%)	133(30.7%)	16(1.07%)	40(11.4%)	28(17.7%)
	合計	1059(100%)	433(100%)	94(100%)	350(100%)	158(100%)

3-3. 入院患者における併存疾患の状況

入院時の併存疾患について集計した。DPC の併存傷病名を、Kato(2021)が用いた 9 つの臓器別カテゴリーに分類した。カテゴリー分類に際しては、ICD-10 コードを用いた。9 つのカテゴリーと、分類に用いた ICD-10 コードを表 6 に示す。集計した 9 つのカテゴリーのうち、視覚障害と聴覚障害は、件数がそれぞれ 15 件、6 件と少数であったため、解析から除外した。

また本レビューではがんを主傷病名とした DPC データを対象としていることから、

併存疾患としての悪性新生物を除外し、残った6つのカテゴリーの集計結果を表6に示した。

全体の88.7%には少なくとも1つのカテゴリーの併存症があり、MDC分類別では、血液97.1%、消化器89.4%、腎・尿路89.0%の順に併存症があったが乳房73.8%と比較的割合が低かった。全体でみてもMDC分類別に見ても、併存割合の多いカテゴリーは糖尿病、消化器、循環器の3つであった。

表6：併存疾患カテゴリー分類

カテゴリー	主な疾患	ICD-10コード検索条件
呼吸器	慢性閉塞性肺疾患 肺炎 気管支喘息	J00-99
循環器	心疾患 不整脈 脳卒中 高血圧	I00-99
運動器	骨粗鬆症 変形性関節症 骨折	M00-99 S00-99
糖尿病	糖尿病 甲状腺機能低下症 脂質異常	E00-90
精神・神経	認知症 パーキンソン症候群	F00-99
消化器	十二指腸潰瘍 逆流性食道炎 慢性肝炎	K00-93
視覚障害	白内障 緑内障	H00-59
聴覚障害	難聴 メニエル病	H60-95
悪性新生物	各種がん	C00-97

表 7：入院時併存疾患

	全体(N=2436)	消化器(N=1106)	乳房(N=221)	腎・尿路(N=717)	血液(N=310)
併存なし	275 (11.3%)	117 (10.6%)	58 (26.2%)	79 (11%)	9 (2.9%)
併存あり	2161 (88.7%)	989 (89.4%)	163 (73.8%)	638 (89%)	301 (97.1%)
呼吸器	131 (5.4%)	64 (5.8%)	4 (1.8%)	22 (3.1%)	27 (8.7%)
循環器	765 (31.4%)	332 (30%)	32 (14.5%)	272 (37.9%)	110 (35.5%)
運動器	152 (6.2%)	53 (4.8%)	30 (13.6%)	25 (3.5%)	39 (12.6%)
糖尿病	852 (35%)	389 (35.2%)	44 (19.9%)	254 (35.4%)	135 (43.5%)
精神・神経	119 (4.9%)	44 (4%)	19 (8.6%)	28 (3.9%)	23 (7.4%)
消化器	818 (33.6%)	454 (41%)	41 (18.6%)	145 (20.2%)	163 (52.6%)

3-4. がん以外の疾患による入院

今回対象となった入院がん患者患者 1337 人のうち、2020 年 1 月から 2022 年 12 月までにがん以外の病名で入院したのは 459 人 (34.3%) であった。

入院の契機となった疾患数は、最大 5 つであり、354 人 (26.5%) が 1 つ、105 人 (7.9%) が 2 つ以上であった。これを MDC 分類別でみると再入院の割合が多い順に、消化器 290 人 (43.9%)、血液 48 人 (33.6%)、腎・尿路 84 人 (23.8%)、乳房 22 人 (18%) であり、2 つ以上の疾患を持っている割合は消化器が最も高かった (表 8)。

非がん病名で再入院となった DPC 件数は 879 件であり、入院時主傷病名を MDC 分類別にみると、消化器 352 件 (40%)、血液 139 (15.8%)、腎・尿路 87 件 (9.9%)、循環器 54 件 (6.1%) であった (図 9)。

表 8：非がん病名での入院患者数

がん患者数	総数	06(消化器)	09(乳房)	11(腎・尿路)	13(血液)	その他
	N=1337	N=661	N=122	N=353	N=143	N=58
うち再入院数	459 (34.3%)	290 (43.9%)	22 (18%)	84 (23.8%)	48 (33.6%)	15 (25.9%)
疾患数内訳						
1	354 (26.5%)	220 (33.3%)	16 (13.1%)	69 (19.5%)	38 (26.6%)	11 (19%)
2	81 (6.1%)	51 (7.7%)	6 (4.9%)	12 (3.4%)	9 (6.3%)	3 (5.2%)
3	18 (1.3%)	15 (2.3%)	0 (0%)	3 (0.8%)	0 (0%)	0 (0%)
4	5 (0.4%)	3 (0.5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.7%)	1 (1.7%)
5	1 (0.1%)	1 (0.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
> 2 (再掲)	105 (7.9%)	70 (10.6%)	6 (4.9%)	15 (4.2%)	10 (7%)	4 (6.9%)

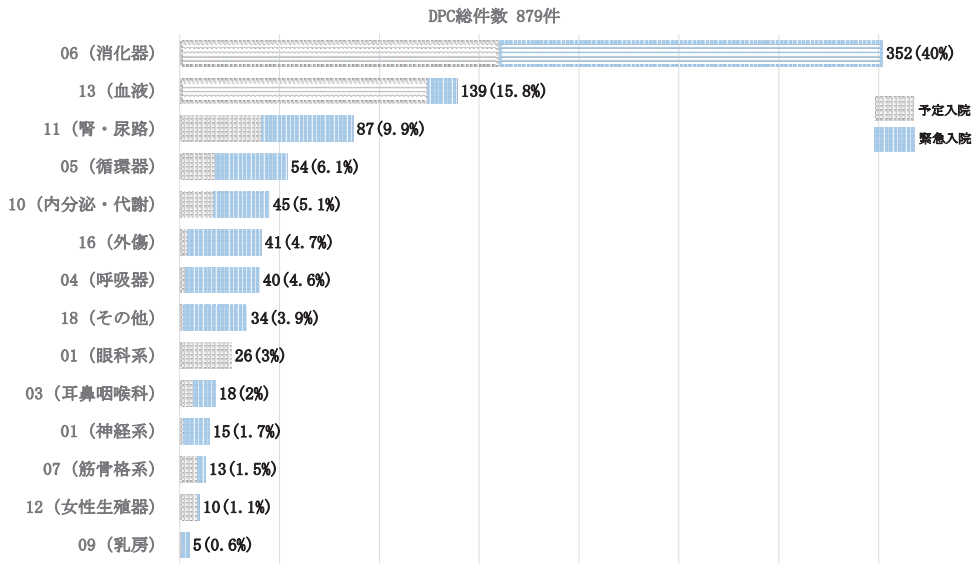


図9：非がん病名での再入院DPC件数

3-5. 併設訪問看護ステーションの活動状況について

表9は2018年から5月から2013年6月までのA市民病院併設訪問看護ステーションにおけるがん患者の新規依頼件数である。全体105件のうち、A市民病院以外の病院や診療所が指示医療機関となっているのは54件(51.4%)であった。

また、これらの訪問患者の容態変化に際して、A市民病院が後方支援として、入院を受け入れる仕組みは構築されていなかった。

表9：併設訪問看護ステーションへの新規がん患者依頼件数

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	合計
他医療機関より	10	8	14	14	6	2	54
自院より	12	18	7	9	2	3	51
合計	22	26	21	23	8	5	105

3-6. がん診療連携拠点病院との連携

国指定がん診療連携拠点病院である県立Bがんセンターとは、地理上直線距離で1kmに位置しており、普段より同センターで診療できない非がん疾患の診療について連携している。A市民病院には24時間循環器救急受け入れ態勢があり、県立Bがんセンタ

一からホットラインで受け入れている。2018年4月から2023年6月までに、循環器内科紹介例は39件あり、そのうち1/3にあたる13件は緊急転院であった。

3-7. がん患者の入退院時の状態像の変化

全症例では年齢区分により在院日数に差があり、75歳以上の年齢区分が有意に長かった(表10)。また、消化器、腎・尿路においても、同様に75歳以上の年齢区分の在院日数が長かった。

看護必要度A得点は、入院時、退院時とも年齢区分間で有意差はなかったが、全症例において、入院時、退院時とも、75歳以上のB得点が有意に高かった。また、MDC分類別でも、消化器、乳房、腎・尿路、血液すべてにおいて、入院時、退院時とも75歳以上の年齢区分の得点が有意に高かった。

退院先の分析では、家庭への退院の割合は、75歳以上が65-74歳に比べて、有意に低かった。入所や死亡、転院は有意差がなかったが、家庭へ退院できなかった場合の多くは死亡と転院が占め、施設への入所は少ない傾向があった。

疾患別で見ると、消化器や腎・尿路、血液で家庭への退院は、75歳以上で少なかった。

表 10：年齢区分別在院日数・看護必要度得点・退院先

	年齢区分	N	在院日数	看護必要度A得点		看護必要度B得点		退院先			
				入院時	退院時	入院時	退院時	家庭へ	施設へ	死亡	転院
全症例	21-64歳	354 (14.5%)	11.9±15.7	0.9±1.2	0.9±1.2	0.9±2	0.9±2	334(94.4%)	0(0%)	14(4%)	6(1.7%)
	65-74歳	808 (33.2%)	12.2±16.1	0.9±1.2	0.7±1.1	1.1±2	1.2±2.3	756(93.6%)	4(0.5%)	32(4%)	16(2%)
	75歳以上	1274 (52.3%)	14.6±18.5	1.0±1.3	0.8±1.2	1.8±2.6	2.3±3.1	1082(84.9%)	23(1.8%)	80(6.3%)	89(7%)
			p<0.001	n.s	n.s	p<0.001	p<0.001	p<0.001		n.s	n.s
06(消化器)	21-64歳	145 (13.1%)	10.8±9.9	0.8±1.2	0.7±1	1.3±2.2	0.9±1.9	138(95.2%)	0(0%)	6(4.1%)	1(0.7%)
	65-74歳	411 (37.2%)	11.9±13.1	1.1±1.2	0.7±1.2	1.5±2.3	1.3±2.3	378(92%)	4(1%)	18(4.4%)	11(2.7%)
	75歳以上	550 (49.7%)	14.9±15.5	1.0±1.3	0.6±1.1	2.2±2.7	2.5±3.2	458(83.3%)	9(1.6%)	34(6.2%)	49(8.9%)
			p<0.001	n.s	n.s	p<0.001	p<0.001	p<0.001		n.s	n.s
09(乳房)	21-64歳	81 (36.7%)	10.2±15	0.9±1.2	0.9±1.2	0.3±1.4	0.6±1.6	79(97.5%)	0(0%)	2(2.5%)	0(0%)
	65-74歳	47 (21.3%)	8±2.9	0.8±1	0.9±1.1	0.4±1.4	1.0±2.2	46(97.9%)	0(0%)	1(2.1%)	0(0%)
	75歳以上	93 (42.1%)	14.1±24	0.8±1.1	0.9±0.9	1.3±2.6	1.8±2.7	83(89.2%)	1(1.1%)	2(2.2%)	2(2.2%)
			n.s	n.s	n.s	p<0.01	p<0.01	n.s			
11(腎・尿路)	21-64歳	79 (11.0%)	8.3±9.8	0.5±1	0.9±1.3	0.8±2.1	1.0±2.4	74(93.7%)	0(0%)	4(5.1%)	1(1.3%)
	65-74歳	228 (31.8%)	6.9±7.9	0.5±1	0.6±1	0.4±1.1	0.6±1.6	225(98.7%)	0(0%)	3(1.3%)	0(0%)
	75歳以上	410 (57.2%)	9.6±11	0.7±1.1	0.7±1.1	1.1±2	1.5±2.5	376(91.7%)	4(1%)	11(2.7%)	19(4.6%)
			p<0.01	n.s	n.s	p<0.01	p<0.01	p<0.001			
13(血液)	21-64歳	32 (10.3%)	25±17.3	1.4±1.6	1.4±1.2	0.6±1.5	0.6±1.4	29(90.6%)	0(0%)	0(0%)	3(9.4%)
	65-74歳	105 (33.9%)	26.6±29.7	1±1.3	0.9±1.3	1.1±2	1.5±2.7	93(88.6%)	0(0%)	10(9.5%)	2(1.9%)
	75歳以上	173 (55.8%)	25.4±29.9	1.3±1.4	1.4±1.5	2.3±2.7	3.3±3.5	137(79.2%)	1(0.6%)	29(16.8%)	6(3.5%)
			n.s	n.s	n.s	p<0.001	p<0.001	p<0.05		n.s	

表 11 は緊急度別の分析である。緊急入院は予定入院に比べて、在院日数が有意に長かった。また、看護必要度 A 得点、B 得点いずれも入院時、退院時ともに有意に高かった。退院先として、緊急入院は家庭への退院は有意に少なかった。また、死亡が多く、転院が多かった。

MDC 分類別にみても、すべての領域で、緊急入院の方が在院日数は有意に長く、看護必要度 B 得点は、入院時、退院時ともに有意に高かった。家庭に帰る割合も有意に低く、死亡が多かった。

看護必要度 A 得点は、乳房においては、有意差がなかったが、他の領域では、入院時、退院時とも緊急入院の方が有意に高かった。転院症例は、緊急入院が多く、これらの入退院時看護必要度 A 得点が有意に高かった。家庭への退院の割合も有意に低かった。

表 11：緊急度別在院日数・看護必要度得点・退院先

	区分	N	在院日数	看護必要度A得点		看護必要度B得点		退院先			
				入院時	退院時	入院時	退院時	家庭へ	施設へ	死亡	転院
全症例	緊急	574(23.6%)	22.9±26	1.9±1.5	1.2±1.6	3.7±2.6	3.8±3.4	371(64.6%)	11(1.9%)	102(17.8%)	90(15.7%)
	予定	1862(76.4%)	10.5±12.2	0.6±1.0	0.7±1.0	0.7±1.7	1.1±2.1	1801(96.7%)	16(0.9%)	24(1.3%)	21(1.1%)
			p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.05	p<0.001	p<0.001
06(消化器)	緊急	336(30.4%)	19±18.9	1.8±1.4	0.9±1.4	3.7±2.5	3.5±3.3	229(68.2%)	11(3.3%)	47(14%)	49(14.6%)
	予定	770(69.6%)	10.8±10.5	0.7±1	0.5±1	1.0±2	1.1±2.2	745(96.8%)	2(0.3%)	11(1.4%)	12(1.6%)
			p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.001
09(乳房)	緊急	23(10.4%)	34.1±48.8	1.2±1.7	1.3±1.7	4.2±3.4	3.7±3.1	16(69.6%)	0(0%)	5(21.7%)	2(8.7%)
	予定	198(89.6%)	8.7±5.3	0.8±1	0.9±1	0.4±1.3	0.9±2	192(97%)	1(0.5%)	0(0%)	0(0%)
			p<0.05	n.s	n.s	p<0.001	p<0.001	p<0.001		p<0.001	
11(腎・尿路)	緊急	73(10.2%)	19.8±14.7	2.2±1.6	1.3±1.6	3.9±2.7	3.6±3.5	45(61.6%)	0(0%)	13(17.8%)	15(20.5%)
	予定	644(89.8%)	7.4±8.5	0.4±0.8	0.6±1	0.4±1.1	0.9±1.9	630(97.8%)	4(0.6%)	5(0.8%)	5(0.8%)
			p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.001
13(血液)	緊急	102(32.9%)	36.2±37	2.1±1.6	1.8±1.7	3.4±2.7	4.3±3.7	64(62.7%)	0(0%)	31(30.4%)	7(6.9%)
	予定	208(67.1%)	20.6±22	0.7±1.1	1.0±1.2	0.9±1.9	1.4±2.5	195(93.8%)	1(0.5%)	8(3.8%)	4(1.9%)
			p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.05

表 12, 表 13 は入院時併存疾患カテゴリー別の分析である。全症例において、併存群で在院日数が有意に長かったのは、呼吸器、循環器、運動器、糖尿病、消化器であった。精神・神経では有意な差はなかった。

退院時の看護必要度 A 得点は、併存疾患の有無での有意差はなかったが、退院時看護必要度 B 得点は、呼吸器併存および精神併存で有意に高かった。

退院先は、呼吸器併存の場合は、家庭へ帰る割合が有意に低く、死亡、退院が有意に多かった。循環器併存では、施設へ入所が有意に多かった。精神の場合も家庭へ帰る割合が有意に低く、施設入所が多かった。消化器併存では施設入所の割合が有意に高かった。

表 12：併存疾患別在院日数・看護必要度得点・退院先¹

入院時併存疾患	N	在院日数	看護必要度A得点		看護必要度B得点		退院先					
			入院時	退院時	入院時	退院時	家庭へ	施設へ	死亡	転院		
全症例	呼吸器	有	131 (5.4%)	22±26.6	1.3±1.5	1±1.5	2.5±2.8	3.5±3.4	93 (71%)	3 (2.3%)	15 (11.5%)	20 (15.3%)
		無	2305 (94.6%)	12.9±16.5	0.9±1.2	0.8±1.2	1.4±2.3	1.6±2.7	2079 (90.2%)	24 (1%)	111 (4.8%)	91 (3.9%)
				p<0.001	p<0.05	n.s	p<0.001	p<0.001	p<0.001		p<0.01	p<0.001
	循環器	有	765 (31.4%)	14.5±18.8	0.9±1.2	0.7±1.1	1.6±2.5	1.9±2.9	676 (88.4%)	16 (2.1%)	36 (4.7%)	37 (4.8%)
		無	1671 (68.6%)	12.9±16.6	0.9±1.3	0.8±1.2	1.4±2.3	1.7±2.7	1496 (89.5%)	11 (0.7%)	90 (5.4%)	74 (4.4%)
				p<0.05	n.s	n.s	p<0.05	n.s	n.s	p<0.001	n.s	n.s
	運動器	有	152 (6.2%)	17.7±19.8	1.0±1.2	0.8±1.2	1.7±2.6	2.0±3.0	135 (88.8%)	2 (1.3%)	10 (6.6%)	5 (3.3%)
		無	2284 (93.8%)	13.1±17.1	0.9±1.3	0.8±1.2	1.5±2.3	1.7±2.8	2037 (89.2%)	25 (1.1%)	116 (5.1%)	106 (4.6%)
				p<0.01	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s
	糖尿病	有	852 (35%)	15.5±20.5	1.0±1.3	0.7±1.2	1.6±2.4	1.9±2.8	758 (89%)	4 (0.5%)	42 (4.9%)	48 (5.6%)
		無	1584 (65%)	12.3±15.3	0.9±1.2	0.8±1.2	1.4±2.3	1.7±2.7	1413 (89.2%)	23 (1.5%)	84 (5.3%)	63 (4%)
				p<0.001	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s
精神・神経	有	119 (4.9%)	13.3±15.7	0.8±1.2	0.6±1.1	2.2±2.8	3.5±3.5	93 (78.2%)	7 (5.9%)	7 (5.9%)	12 (10.1%)	
	無	2317 (95.1%)	13.4±17.4	0.9±1.3	0.8±1.2	1.4±2.3	1.7±2.7	2078 (89.7%)	20 (0.9%)	119 (5.1%)	99 (4.3%)	
			n.s	n.s	n.s	p<0.01	p<0.001	p<0.001	p<0.001	n.s	p<0.01	
消化器	有	808 (33.2%)	14.3±16.6	1.2±1.3	0.8±1.1	1.7±2.4	1.7±2.7	729 (90.2%)	15 (1.9%)	38 (4.7%)	26 (3.2%)	
	無	1628 (66.8%)	12.9±17.7	0.8±1.2	0.8±1.2	1.4±2.3	1.8±2.8	1442 (88.6%)	12 (0.7%)	88 (5.4%)	85 (5.2%)	
			p<0.05	p<0.001	n.s	p<0.01	n.s	n.s	p<0.05	n.s	p<0.05	
06(消化器)	呼吸器	有	64 (5.8%)	20.9±17.1	1.6±1.6	0.9±1.6	2.8±2.8	3.9±3.4	43 (67.2%)	2 (3.1%)	8 (12.5%)	11 (17.2%)
		無	1042 (94.2%)	12.8±13.8	1.0±1.2	0.6±1.1	1.7±2.4	1.7±2.7	931 (89.3%)	11 (1.1%)	50 (4.8%)	50 (4.8%)
				p<0.001	p<0.01	n.s	p<0.01	p<0.001	p<0.001		p<0.01	p<0.001
	循環器	有	332 (30%)	15±16.9	1.1±1.3	0.5±0.9	2±2.5	1.9±2.8	289 (87%)	7 (2.1%)	15 (4.5%)	21 (6.3%)
		無	774 (70%)	12.5±12.7	1.0±1.2	0.7±1.2	1.7±2.4	1.8±2.8	685 (88.5%)	6 (0.8%)	43 (5.6%)	40 (5.2%)
				p<0.05	n.s	n.s	p<0.001	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s
	運動器	有	52 (4.7%)	19.5±20.3	1.0±1.2	0.7±1.2	2.6±2.7	2.4±3.3	43 (82.7%)	2 (3.8%)	5 (9.6%)	2 (3.8%)
		無	1054 (95.3%)	12.9±13.7	1.0±1.3	0.6±1.1	1.8±2.5	1.8±2.8	931 (88.3%)	11 (1%)	53 (5%)	59 (5.6%)
				p<0.05	n.s	n.s	p<0.05	n.s	n.s		n.s	n.s
	糖尿病	有	389 (35.2%)	13.7±13.0	1.1±1.3	0.6±1.2	1.9±2.5	1.9±2.8	343 (88.2%)	1 (0.3%)	18 (4.6%)	27 (6.9%)
		無	717 (64.8%)	12.9±14.7	1.0±1.2	0.7±1.1	1.8±2.5	1.8±2.8	630 (87.9%)	12 (1.7%)	40 (5.6%)	34 (4.7%)
				n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s
精神・神経	有	44 (4%)	15.4±13.7	1.0±1.2	0.7±1.3	3.1±3	4.7±3.5	29 (65.9%)	1 (2.3%)	6 (13.6%)	8 (18.2%)	
	無	1062 (96%)	13.1±14.1	1.0±1.3	0.7±1.1	1.8±2.4	1.7±2.7	944 (88.9%)	12 (1.1%)	52 (4.9%)	53 (5%)	
			n.s	n.s	n.s	p<0.01	p<0.001	p<0.001		p<0.05	p<0.001	
消化器	有	444 (40.1%)	13.0±14.3	1.3±1.3	0.6±1	2.1±2.5	1.8±2.8	400 (90.1%)	9 (2%)	17 (3.8%)	18 (4.1%)	
	無	662 (59.9%)	13.3±14	0.9±1.2	0.7±1.2	1.6±2.4	1.8±2.8	573 (86.6%)	4 (0.6%)	41 (6.2%)	43 (6.5%)	
			n.s	p<0.001	n.s	p<0.01	n.s	n.s		n.s	n.s	
09(乳房)	呼吸器	有	4 (1.8%)	32.3±34.3	0.5±0.9	0.5±0.9	3.3±1.9	5.3±3	2 (50%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)
		無	217 (98.2%)	11±17.6	0.9±1.1	0.9±1.1	0.7±2	1.1±2.2	206 (94.9%)	1 (0.5%)	4 (1.8%)	2 (0.9%)
				n.s	n.s	n.s	n.s	n.s				
	循環器	有	32 (14.5%)	17.1±30.4	0.4±1.1	1.0±0.8	1.5±2.6	1.9±2.7	28 (87.5%)	4 (12.5%)	0 (0%)	0 (0%)
		無	189 (85.5%)	10.4±15.0	0.9±1.1	0.9±1.1	0.6±1.9	1.1±2.2	180 (95.2%)	2 (1.1%)	5 (2.6%)	2 (1.1%)
				n.s	p<0.05	n.s	n.s	n.s	p<0.05			
	運動器	有	30 (13.6%)	14.7±24.6	1.3±1.1	0.6±0.9	1.2±2.8	2±3.4	29 (96.7%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	0 (0%)
		無	191 (86.4%)	10.9±17	0.8±1.1	1.0±1.1	0.7±1.9	1.1±2	179 (93.7%)	0 (0%)	3 (1.6%)	2 (1%)
				n.s	p<0.05	n.s	n.s	n.s	n.s			
	糖尿病	有	44 (19.9%)	16.6±29.7	1.0±1.2	0.6±0.9	1.2±2.4	1.5±2.5	42 (95.5%)	0 (0%)	1 (2.3%)	1 (2.3%)
		無	177 (80.1%)	10.1±13.7	0.8±1.1	1.0±1.1	0.7±1.9	1.1±2.2	166 (93.8%)	6 (3.4%)	4 (2.3%)	1 (0.6%)
				n.s	n.s	n.s	p<0.05	n.s	n.s			
精神・神経	有	19 (8.6%)	15.7±27.5	0.7±1	1.0±0.9	1.3±2.5	2.3±3.1	18 (94.7%)	1 (5.3%)	0 (0%)	0 (0%)	
	無	202 (91.4%)	11±17.1	0.9±1.1	0.9±1.1	0.7±2	1.1±2.2	190 (94.1%)	5 (2.5%)	5 (2.5%)	2 (1%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s				
消化器	有	41 (18.6%)	7.9±3.5	1.1±1	0.7±1	0.6±1.4	1.0±1.9	37 (90.2%)	3 (7.3%)	0 (0%)	1 (2.4%)	
	無	180 (81.4%)	12.2±20.1	0.8±1.1	1.0±1.1	0.8±2.1	1.3±2.4	171 (95%)	3 (1.7%)	5 (2.8%)	1 (0.6%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s				

¹ 有意差を認めた項目には網掛けをしている。

表 13：併存疾患別在院日数・看護必要度得点・退院先

入院時併存疾患	N	在院日数	看護必要度A得点		看護必要度B得点		退院先					
			入院時	退院時	入院時	退院時	家庭へ	施設へ	死亡	転院		
呼吸器	有	22(3.1%)	9±8.8	0.8±1.5	0.7±1.3	0.8±1.4	1.7±2.8	20(90.9%)	0(0%)	1(4.5%)	1(4.5%)	
	無	695(96.9%)	8.6±10.1	0.6±1.1	0.7±1.1	0.8±1.8	1.2±2.3	655(94.2%)	4(0.6%)	17(2.4%)	19(2.7%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s				
循環器	有	272(37.9%)	9.4±10.1	0.5±1	0.6±1.1	0.8±1.8	1.2±2.3	255(93.8%)	3(1.1%)	7(2.6%)	7(2.6%)	
	無	445(62.1%)	8.2±10	0.6±1.1	0.7±1.1	0.8±1.8	1.2±2.3	420(94.4%)	1(0.2%)	11(2.5%)	13(2.9%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	
運動器	有	25(3.5%)	11.4±10.5	0.7±0.9	0.5±0.9	0.9±2	1.4±1.8	24(96%)	0(0%)	0(0%)	1(4%)	
	無	692(96.5%)	8.5±10	0.6±1.1	0.7±1.1	0.8±1.8	1.2±2.3	651(94.1%)	4(0.6%)	18(2.6%)	19(2.7%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s				
11(腎尿路)	糖尿病	有	254(35.4%)	10±11.2	0.5±0.9	0.5±1	0.9±1.9	1.3±2.3	240(94.5%)	2(0.8%)	6(2.4%)	6(2.4%)
	無	463(64.6%)	7.9±9.3	0.7±1.2	0.7±1.1	0.8±1.7	1.2±2.3	435(94%)	2(0.4%)	12(2.6%)	14(3%)	
			p<0.05	n.s	n.s	p<0.05	n.s	n.s		n.s	n.s	
精神・神経	有	28(3.9%)	6.8±5.2	0.4±1	0.3±0.9	0.9±1.3	2.4±3.2	22(78.6%)	4(14.3%)	0(0%)	2(7.1%)	
	無	689(96.1%)	8.7±10.2	0.6±1.1	0.7±1.1	0.8±1.8	1.2±2.2	653(94.8%)	0(0%)	18(2.6%)	18(2.6%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	p<0.001				
消化器	有	145(20.2%)	11±8.3	1.2±1.2	1.1±1.2	1.0±2.1	1.2±2.2	133(91.7%)	1(0.7%)	7(4.8%)	4(2.8%)	
	無	572(79.8%)	8±10.4	0.4±1	0.5±1	0.8±1.7	1.2±2.3	542(94.8%)	3(0.5%)	11(1.9%)	16(2.8%)	
			p<0.001	p<0.001	n.s	p<0.001	n.s	n.s		p<0.05		
呼吸器	有	27(8.7%)	33.9±43.3	0.6±1.1	0.8±1.4	2.4±2.6	2.3±2.8	22(81.5%)	0(0%)	2(7.4%)	3(11.1%)	
	無	283(91.3%)	25±26.9	1.2±1.5	1.3±1.4	1.7±2.5	2.4±3.3	237(83.7%)	1(0.4%)	37(13.1%)	8(2.8%)	
			n.s	p<0.05	n.s	n.s	n.s	n.s				
循環器	有	109(35.2%)	25.6±29.5	1.4±1.3	1.4±1.4	2.1±2.7	3.0±3.5	93(85.3%)	0(0%)	13(11.9%)	3(2.8%)	
	無	201(64.8%)	25.8±28.4	1.1±1.5	1.2±1.4	1.5±2.3	2.1±3	166(82.6%)	1(0.5%)	26(12.9%)	8(4%)	
			n.s	n.s	n.s	p<0.05	p<0.05	n.s		n.s		
運動器	有	39(12.6%)	21.7±19.3	0.9±1.3	1.3±1.3	1.3±2.2	1.4±2.4	62(159%)	0(0%)	6(15.4%)	1(2.6%)	
	無	271(87.4%)	26.3±29.9	1.2±1.4	1.3±1.5	1.8±2.5	2.5±3.3	197(72.7%)	1(0.4%)	33(12.2%)	10(3.7%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	p<0.05	n.s		n.s		
13(血液)	糖尿病	有	135(43.5%)	30.2±35.7	1.3±1.5	1.2±1.3	1.7±2.4	2.4±3.2	113(83.7%)	0(0%)	15(11.1%)	7(5.2%)
	無	175(56.5%)	22.4±21.4	1.1±1.4	1.3±1.5	1.7±2.6	2.4±3.3	146(83.4%)	1(0.6%)	24(13.7%)	4(2.3%)	
			n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s		n.s	n.s	
精神・神経	有	23(7.4%)	13.7±12.6	0.6±1.2	0.4±0.7	2.4±2.7	3.0±2.9	22(95.7%)	0(0%)	0(0%)	1(4.3%)	
	無	287(92.6%)	26.7±29.5	1.2±1.4	1.3±1.5	1.7±2.4	2.4±3.3	237(82.6%)	1(0.3%)	39(13.6%)	10(3.5%)	
			n.s	n.s	n.s	p<0.001	n.s	n.s				
消化器	有	163(52.6%)	21.5±22.9	1.0±1.3	1.1±1.2	1.2±2.2	1.7±2.8	149(91.4%)	1(0.6%)	12(7.4%)	1(0.6%)	
	無	147(47.4%)	30.4±33.5	1.4±1.5	1.5±1.6	2.3±2.7	3.2±3.5	110(74.8%)	0(0%)	27(18.4%)	10(6.8%)	
			p<0.01	p<0.05	p<0.001	p<0.05	p<0.05	p<0.001		p<0.01		

3-8. まとめ

A 市民病院におけるがん診療の現状から、以下のことがわかった。

1. A 市においては、国指定がん診療拠点病院である県立 B がんセンターを中心として、A 市民病院を含めた 3 つの基幹病院で入院がん診療を行っており、A 市内ですべての領域のがん診療が行われている。化学療法はすべての病院で施行しており、放射線治療は県立 B がんセンターでのみ行なっている。救急医療は主として県立 B がんセンター以外で受け入れを行っている。A 市民病院と県立 B がんセンターとは、地理的に距離が近く、同センターから、心血管疾患の救急受け入れをしている。
2. A 市内において、A 市民病院のがん診療シェアは 8.0% であり、主に消化器、乳腺、腎・尿路、血液と 4 つの領域のがん治療を行なっている。兵庫県で増加が見込まれるがんのうち、大腸がん、乳がん、前立腺がんの診療を行っている。
3. 乳腺、腎・尿路、血液については、市内基幹病院と競合していない領域であった
4. 消化器と血液は、緊急入院が 30% を超えていたが、乳腺、腎・尿路はいずれも 10% 程度であった。
5. 在院日数は血液が最も長く、腎・尿路が最も短い。
6. 患者の 85.5% が 65 歳以上の高齢者であった。多くは家庭から入院（97.4%）し、家庭へ退院（89.2%）していた。入院は他院からの紹介が他のがん診療病院に比べると低く、退院後は多くが自院外来で診療を続けていた。家庭へ帰れない場合は転院か死亡がほとんどで、施設入所は 1.1% と少なかった。転院や死亡においては、緊急入院例の占める割合が多かった。領域別では、家庭へ退院できる割合が大きい順に乳房、腎・尿路、消化器、血液であった。
7. 75 歳以上の高齢者や緊急入院の群では在院日数が長く、自宅へ帰る割合が低く、看護必要度 B 得点については、入院時、退院時とも高かった。
8. 全体の 88.7% は入院時に何らかの併存疾患を有していた。
9. 併存疾患がある群において在院日数の延長、看護必要度 B 得点の上昇、家庭への退院割合の低下は、消化器がんの場合に多く見られた。他のがんでは、併存疾患の有無で有意差を認める項目が少なかった。
10. 退院後の在宅診療は、主に他院から提供されている。また、併設訪問看護ステーションで訪問をおこなっているがん患者の半分以上は、他施設からの依頼であった。患者の容態の変化や救急入院を受け入れるシステムは構築されていなかった。

4. 考察

4-1. A 市民病院におけるがん診療の特徴

今回の結果から、A 市民病院におけるがん診療の特徴は以下のようにまとめられた。

A 市内には、がん診療拠点病院である県立 B がんセンターがあるため、A 市民病院の DPC 件数からみたシェアは少ないが、乳房、腎・尿路、血液については市内基幹病院との競合はあまりなく、診療機能分化がみられる。

A 市民病院は、がんセンターで発症した心血管疾患患者の受け入れを行っている。がん患者は心血管疾患発症リスクが高いと報告されており (Florida 2022, Kenzik 2018)、我が国においても、腫瘍循環器病学が創出されるなど、がんと循環器疾患の関連への関心が高まっている (石田 2020)。がん診療において、今後、院内外のがん患者が心血管疾患を発症したときに迅速に対応できることは、A 市民病院の強みと考えられる。

A 市民病院においてがん患者は、家庭から入院して、家庭へ退院できる患者が多く、家庭へ退院できない患者の転帰の多くは死亡か転院であり、施設入所は少なかった。転院症例は、疾患の重症度が高く家庭へ退院できなかったと考えられた。高齢で併存疾患を抱える患者では、在院日数は延長するが、リハビリ提供や、地域包括ケア病棟を活用して、家庭へ帰ることができていた。

また家庭へ退院した場合は、ほとんどは自院外来へ通院しており、再入院を繰り返していることが明らかになったが、その一方で他院に比べて、紹介入院が少ないことから、入院のうち再入院が占める割合が高くなっている可能性が考えられた。

退院時の逆紹介を積極的に行い、新規がん患者の紹介を増やすことが必要と考えられた。現在、兵庫県のがん検診受診率は全国平均と比較すると低迷しているが、今後、国や県の施策により、がん検診受診者が増加すれば、患者増も予想される。

しかし、患者増に対しては、医師の増員が必要となることから、長期的な展望からの人員計画を検討することが求められる。

今回の検討により、年齢 (75歳以上)、緊急入院、消化器がんにおける入院時併存疾患が在院日数と入退院時の看護必要度B得点、家庭に帰る割合へ影響する可能性が示唆された。人口高齢化およびがん治療成績の向上によって、多疾患併存の高齢がん患者は増加しており (Edward 2014)、併存疾患により死亡率が上昇する (Sogaard 2022, Morishima 2018) と報告されている。

また、がん患者は、がんでない患者に比べて併存疾患が多く、QOLが低いと報告され

ている (Smith 2008) ことから、入院時の併存疾患の存在は、入院患者マネジメントに大きく影響するものと考えられる。

坂本 (2018) は、DPCデータから主傷病名群と主傷病名×副傷病名群といった複合病名群のパターン化を行い、例えば、悪性新生物×高血圧や悪性新生物×糖尿病などが入院日数の延長や、入院医療費上昇に関連しており、これらの情報をもとに地域連携パス、治療や看護計画を修正していく必要があることを報告している。また、清水 (2008) は、DPCデータより、入院時併存疾患の在院日数に対する影響が呼吸器疾患で多かったと報告している。これらの報告は、入院時併存症を把握することで、患者の入院中の治療から退院計画、地域連携へとつなげることができることを示唆している。

今回、特に消化器がん患者において、入院時併存疾患を把握することが、在院日数の長期化や看護必要度B項目への影響、退院先への影響を予想するための目安になることが示唆されたことは、重要であった。

これらの目安を基に、入退院支援から、退院、地域への復帰というプロセスを円滑化するために、自病院がどのような役割を果たすべきかを考えなければならないことが明らかにされたといえる。

退院後の在宅医療については、自院からよりも他施設から提供される割合が多く、併設訪問看護ステーションにより提供されているがん患者の訪問看護の半数は、他医療機関の指示によるものであった。しかし、訪問看護を受けている患者の状態が変化したときに、A 市民病院で救急受診や入院を受け入れる仕組みは、現在、構築されておらず、喫緊の課題として認識しなければならない。

4-2. がん診療における課題と解決への方策

本研究の結果からは、初診患者の増加の必要性や、A 市民病院併設の訪問看護ステーションの A 市民病院で救急受診や入院を受け入れる仕組みが構築されていないことが課題であることがわかった。

このうち初診患者を増やすためには、急性期病院に併設している訪問看護ステーションを利用している患者や指示医療機関は、患者の状態が変化した際に、病院において入院など迅速に対応することを期待していると思われ、そのニーズに応えることが望ましいと考えられる。

現在、在宅患者の状態変化があった際には、本人ないしは、訪問看護師から外来か救急外来に連絡を入れて受け入れ可否を判断するといった通常の受診と同じ手順を経

ている。主治医の半分は、他院医師であり、院内に診療録も作られておらず、受け入れができないことも多いと思われる。訪問看護については、診療録共有を共有すること、入院受け入れに際しては、地域包括ケア病棟の活用が有用と考える。

令和4年の診療報酬改定にて、地域包括ケア病棟入院料の評価体制の見直しが行われ、自院一般病棟からの転院割合の制限や、自宅からの入院や在宅からの緊急入院受け入れ割合を増やしていくことが、病床数200床以上の病院にも求められるようになった。これは、地域包括ケア病棟に求められる3つの役割、すなわちポストアキュートへの対応、在宅復帰支援、サブアキュートへの対応のうち、サブアキュートへの対応を強化するための方策であり、A市民病院で、在宅患者の緊急入院を受け入れることは、この方向付けと合致するものである。

ただし、現在A市民病院の地域包括ケア病棟では緊急入院を受け入れていないため、軽症のみしか受け入れはできず、重症度や介護度に応じて入院受け入れ可否の判断をしなければならない。そのため、普段から患者の医療介護情報に関して、かかりつけ医や訪問看護ステーションと地域包括ケア病棟の間で情報共有できる仕組みを作ることで、入院が必要になった時に地域包括病棟で受け入れが可能か迅速に判断することを可能にしたいと考える。

4-3. A市民病院が目指すべきがん診療におけるケアモデル

これまでに示された課題を基に、A市民病院が目指すべきがん診療ケアモデルを作成した(図10)。今後取り組むべき課題として、急性期病院併設訪問看護ステーションの強みを生かし、在宅がん患者の状態変化に応じて、救急外来受診や、地域包括ケア病棟入院により治療ができるようになるような仕組みを作った。

現状では、他施設の医師の指示により訪問看護を提供している場合は、患者情報を病院と共有できないため、状態変化により救急外来などを受診されても、それから検査などで患者の状態を把握する必要がある。しかし、あらかじめ患者情報を持っていないければ、地域包括ケア病棟へ直接入院することは困難であり、急性期病棟へ入ることとなる。

そこで、他施設の医師から指示を受けている訪問患者については、状態変化時に受け入れるように、普段からバックアップする取り決めとして、あらかじめ、かかりつけ医と訪問看護ステーション、地域包括ケア病棟の間で患者の疾患情報、看護必要度の評価結果や、介護に係る情報などを共有しておき、かかりつけ医からの連絡で救急

担当医が速やかに入院の受け入れ決定を迅速に行えるようにしておくことを考えた。全身状態が悪ければ急性期病棟へ入院を振り替えることができることもできるよう柔軟に運用すれば、急性期病院併設の訪問看護ステーションの強みとなると考える。

また、以前から A 市で運用されている子午線ネット²を利用すれば、A 市内のかかりつけ医療機関から、A 市民病院入院患者の診療録を一部閲覧することができ、その活用によって、退院支援に向けての情報共有の一助になると考える。

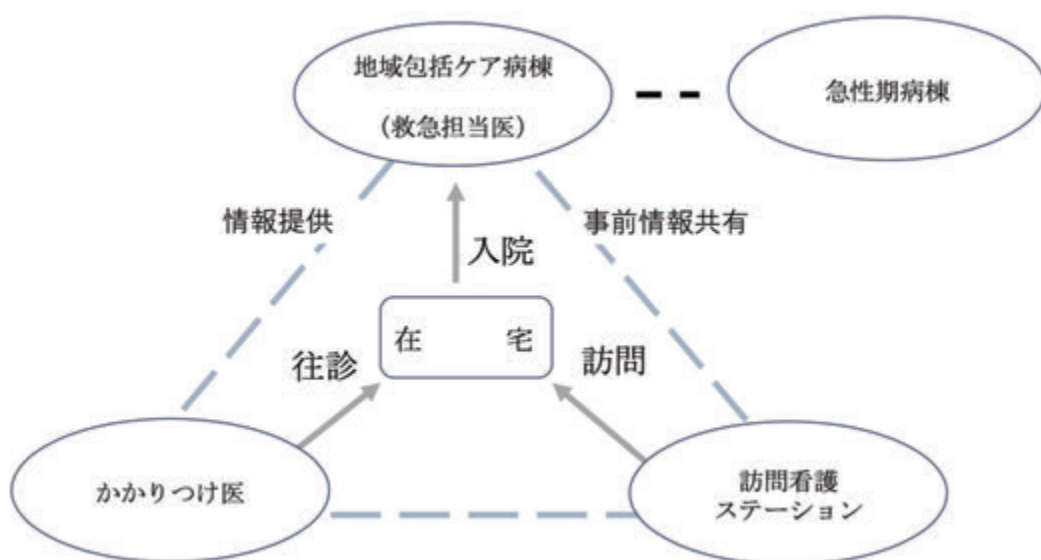


図 10 : A 市民病院が目指すべきがん診療ケアモデル (筆者作成)

5. 結論

今回、明らかになった A 市民病院における高齢者がん診療の現状と課題は、「自院の外来からの再入院への対応にとどまらず、地域医療機関との間で、紹介・逆紹介の連携を広げて、初診患者を増やすこと、がん診療拠点病院で対応できない心血管救急に確実に対応すること、訪問看護ステーションの強みを生かし、在宅からの入院に対応する仕組みを作ること」であった。つまり、病院完結型医療から地域完結型医療へシ

² 明石市在宅医療連携システムにおける電子カルテ情報開示のしくみの呼称である。加入すると医療機関が紹介した患者の入院カルテの閲覧が可能となる。

フトしていくことが求められていると言える。

これは、A 市民病院が策定した第 4 期中期計画 (2023. 4. 1～2027. 3. 31) においても、「“地域完結型医療” の推進を目的に、地域の医療需要ならびに供給体制を適切に評価したうえで高度・一般急性期機能の機能分化を図る。また、地域で不足する医療機能の補填として回復期機能にも一定の軸足を置き、総合的な医療を提供する。」「脳卒中や急性心筋梗塞など、高度・専門診療や手術に積極的に取り組む」「がん診療について、近接する県立がんセンターとの住み分けを図りつつ、特に併存疾患を有するがん患者の受け入れ態勢強化、充実に努める。」と記されている。

今後、増加するがん患者に対して地域全体で支援していくために、A 市民病院の役割を明確に認識し、遂行していくことが期待されているものと考えている。

謝辞

本稿を作成するにあたり、兵庫県立大学大学院社会科学研究所 筒井孝子教授、木下隆志教授に丁寧な指導を賜りましたことを感謝申し上げます。

また、兵庫県立大学大学院経営研究科の医療マネジメントコース、介護マネジメントコースでご教授いただきました教員、講師の先生、そして同期の皆様には多くのご支援をいただきましたことを重ねて御礼申し上げます。

引用文献

- [1] Cho(2013) Assessing non-cancer-related health status of US cancer patients: other-cause survival and comorbidity prevalence, *American journal of epidemiology*, 178(3):339-349.
- [2] Edwards(2014) Annual Report to the Nation on the status of cancer, 1975 - 2010, featuring prevalence of comorbidity and impact on survival among persons with lung, colorectal, breast, or prostate cancer, *Cancer*, 120(9):1290-1314.
- [3] Florido(2022) Cardiovascular Disease Risk Among Cancer Survivors, *The Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) Study*, *J Am Coll Cardiol*, 80(1):22-32.
- [4] Kato(2021) Complex multimorbidity and mortality in Japan: a prospective propensity-matched cohort study. *BMJ open*, 11(8), e046749.
- [5] Kenzik(2018) New-Onset Cardiovascular Morbidity in Older Adults With

- Stage I to III Colorectal Cancer, *J Clin Oncol*, 2018 Feb 20;36(6):609-616.
- [6] Morishima(2019) Impact of comorbidities on survival in gastric, colorectal, and lung cancer patients, *Journal of epidemiology*, 29(3):110-115.
- [7] Sarfati(2016) The impact of comorbidity on cancer and its treatment. *CA: a cancer journal for clinicians*, 66(4) : 337-350.
- [8] Smith(2008) Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults, *Health Care Financ Revr*, 2008 Summer;29(4):41-56.
- [9] Sogaard(2013) The impact of comorbidity on cancer survival: a review, *Clinical Epidemiology*, 5(sup1):3-29.
- [10] 石田純一(2020)「腫瘍循環器病学 2020 (総論)」『心臓』 52 巻 12 号、1318-1323。
- [11] 公益財団法人がん研究振興財団(2023a) がんの統計 2023、35-36。
- [12] 公益財団法人がん研究振興財団(2023b) がんの統計 2023、57-59。
- [13] 公益財団法人がん研究振興財団(2023b) がんの統計 2023、118-119。
- [14] 厚生労働省(2022) 令和 4 年(2022)人口動態統計月報年計(概数)の概況、10。
- [15] 厚生労働省(2023) がん対策推進基本計画(第 4 期)、31-54。
- [16] 坂本佳代子(2018)「急性期状態標準算定可能日数から見た高齢者急性疾患の医療体制の最適性と規範的統合—副傷病名を含む複合病名で DPC の患者情報を分析する試み」『商大ビジネスレビュー』 8 巻 2 号、51-85。
- [17] 清水隆明(2008) 「DPC データを用いた在院日数の影響要因分析」『医療情報学』 28 巻 3 号、155-163。
- [18] 兵庫県(2018a) 兵庫県がん対策推進計画、23。
- [19] 兵庫県(2018b) 兵庫県がん対策推進計画、35。
- [20] 兵庫県(2018c) 兵庫県がん対策推進計画、34。
- [21] 兵庫県健康財団(2019a) 兵庫県のがん 2019、14。
- [22] 兵庫県健康財団(2019b) 兵庫県のがん 2019、15。
- [23] 兵庫県健康財団(2019c) 兵庫県のがん 2019、16。
- [24] 兵庫県健康財団(2019d) 兵庫県のがん 2019、27。
- [25] 兵庫県健康財団(2019e) 兵庫県のがん 2019、29。

引用ホームページ

- [1] 厚生労働省 令和3年度DPC導入の影響評価に係る調査「退院患者調査」の結果報告について
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000196043_00006.html
(令和5年5月1日アクセス)
- [2] 厚生労働省令和4年度診療報酬改定について 改定の概要 1. 個別項目
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000905284.pdf> p63-74
(令和5年8月20日アクセス)
- [3] 地方独立行政法人明石市立市民病院 第4期中期計画
<https://www.akashi-shiminhosp.jp/pdf/liaa60.pdf>
(令和5年5月20日アクセス)