

第2回 兵庫県立がんセンターのあり方検討委員会議事要旨

1 日時 : 平成30年3月29日(木) 14:00~16:00

2 場所 : ひょうご女性交流館5階 501会議室

3 出席者 :

(1) 委員

(有識者)

西村 兵庫県参与、渡辺 国立がん研究センター中央病院医長・企画戦略局室長、
中野 兵庫県看護協会会長、谷田 ホスピタルマネジメント研究所代表

(関連大学)

藤澤 神戸大学学長補佐(先進・地域医療担当)

(医師会)

橋本 兵庫県医師会常任理事

(医療行政)

山本 兵庫県健康福祉部長

(病院関係者)

古川 兵庫県病院事業副管理者、吉村 兵庫県立がんセンター院長

(2) 事務局

(兵庫県)

長嶋 兵庫県病院事業管理者、松原 兵庫県立がんセンター管理局長、
今後 兵庫県病院局企画課長ほか

4 主な内容

(1) 県立がんセンターの患者状況

(事務局から資料1に基づき、「県立がんセンターの患者状況」について説明)

(委員)

今の説明では、他施設で初回治療を開始した後、または治療が終了した後に、がんセンターに送られてくる患者が増加している一方、他施設診断・自施設で治療開始の患者と自施設

で診断から行った患者の数は減少しているとのことだが、例えば乳腺では、他施設で化学療法が施された患者に対し、がんセンターが放射線治療を行っているケースが多いようだ。

そのような説明を聞くと、先端的な、いわゆる治験などを目的にがんセンターに来る患者がどれくらいいるのかと聞きたくなる。

もう一つ、先端的な治療を行うがんセンターとしては、他施設で診断を受けた患者への治療が増えていくべきと考えるが、実際には減っている。このあたりについてがんセンターの本来のあり方という面からどう考えているのかをお聞きしたい。

(委員長)

その点いかがか。

(委員)

治験数そのものは増加している。新規薬剤によるグローバルな治験をメインに、昨年度は90件あまり実施しており、乳腺外科も数件行っている。

化学療法患者の受け入れについては、最近の薬物療法は進歩がめざましく、以前のようなプラチナを使ったような抗がん剤治療だけではなく、他施設ではできない遺伝子診断に基づく最先端の薬物療法が行われる患者が増えてきている。

(委員長)

先ほどの質問は、(乳腺の例で)化学療法を得意とする施設からの紹介患者が非常に多かったため、委員が疑問に思い発せられたものではないかと思う。

(委員)

乳がんの場合、乳房温存手術を受けた場合は後に放射線治療を受ける、また、温存療法をしなくても、リンパ節への転移が4個以上あれば放射線照射を追加するという治療法がガイドラインで推奨されており、他の病院で手術を受けた後、がんセンターが放射線療法を行うケースが増えている。

(委員長)

(質問した委員の思いは)もう少しがんセンターに初診から頑張ってもらいたいという意図もあるのではないか。

(委員)

そういうこと。結果だけを見ると、どっちががん医療の「主」かわからないように感じた。がんセンターは手術を積極的にやって、その後の治療を他の病院等がやるような形であって

ほしい。

(委員)

患者数、手術数は乳腺外科も増えている。

(委員長)

がんばってもらいたい。その他には何かあるか。

(委員)

前回、肺がんのⅣ期が増えている理由について質問したが、今回提示していただいたデータから、H23年度とH28年度で増加した28例の中身を見ると、ROS1陽性やタグリッソ、EGFR陽性やALK陽性など、ドライバー遺伝子の診断に基づく治療が中心になって来ていることがわかった。

肺がんの中でも内科治療は、内容ががらりと変わってきており、特に遺伝子診断をしっかりと行うことで分子標的薬が選ばれたり、免疫チェックポイント阻害薬が選ばれたりしており、そういった最先端のことを治験も含め、がんセンターが取り組んでいることがわかった。

今までⅢ期・Ⅳ期、特にⅣ期でも治らないと思っていた患者が実際に治る時代に入ってきており、また、ドライバー遺伝子に対する治療において、一度耐性ができても次の治療が可能というプロトコルが出来ている中で、注目していくべきところではないかと思う。

(委員長)

おっしゃるとおり肺がんの治療形態が変わってきていることが、診療内容にも反映されていると思う。幸い、呼吸器内科は非常に頑張ってくれており、喜ばしく思う。

それでは次に、事務局の方から他府県の専門病院の状況についての説明をお願いします。

(2) 他府県のがん専門病院の状況

(事務局から資料2に基づき、「他府県のがん専門病院の状況」について説明)

(委員長)

県立がんセンターの診療状況、経営状況、他府県のがんセンターの比較の説明があったが、これらについて、質問、意見があればお願いしたい。

(委員)

緩和ケアに関して話があったが、緩和ケアを外来で行っている病院はあるか。

(事務局)

他府県の状況については、研究部門や収支、合併症の対応などを中心に聞き取りしたので、そこまでは聞いていない。

(委員)

国や県などのがんの対策の中に、緩和ケア外来という言葉が出ていたので聞いてみた。

(委員長)

経営的に見て、兵庫県はいかなるベンチマークにあるか。

(委員)

他府県との比較で見れば、経営的には非常に効率的であると思う。ただ、他府県の研究棟を含む建物面積の大きさから類推すると、いまのがんセンターの機能には少し足りない面があるのではないかと感じられる。

(他府県と兵庫県のがんセンターでは) 建設の時期も違うので、当時の考え方もあったかと思うが、新しい時代に合ったハード整備も考える必要があるのかもしれない。

(委員)

診療面において、今回の資料にはないが、例えばがん研有明病院では、子宮がん、乳がんなどの患者向けに女性専用のフロアをつくったりしている。

また、診療面以外の政策医療、具体的には、教育、研修、研究、情報発信にも触れていく必要があるのではないかと考える。

(委員長)

今、委員から「研究」の話が出たが、がんセンターの研究部門は、平成元年の「県立成人病臨床研究所」の設立以降、年間おおよそ1億円程度の予算で行われてきたが、県の行革の対象になったため消滅しかけたことがある。

しかし、県からの予算措置がなくても、関係者が各自で予算を取ってくる等の努力を続け、ここまで命脈を保っている。他府県に比して、研究部の規模が小さいため、なかなか最新のがん治療に対応できない等の課題もあるかと思うが、これまでの経緯等から、いきなり県に予算措置等を求めても難しいことはよくわかる。

(委員)

以前は、がんの末期で容態が悪くなっているのに診察してくれないというような問題が実際にあった時期もあると聞くが、今はそういったことはなく、近隣間の病院で連携はできて

いると思う。

ただ、将来を見越して、更なる連携を考えるならば、他病院との隣接というのものもあると思う。徳島大学の横に県立病院が隣接して橋でつながっている事例や、国立循環器病研究センターと市立吹田市民病院の隣接事例などもある。

第1回委員会で見せてもらったが、がんセンターの北側には広範な土地がある。あの土地ががんセンターの土地であることを知らない人はたくさんいる。埋蔵文化財があるので、あの土地全てを使うことは出来ないのかもしれないが、あの土地を使って複数の病院を一緒に建て、それをつなぐということもアイデアの一つではないかと思う。

(3) 県立がんセンターの最新がん医療への取組状況

(事務局から資料3に基づき、「県立がんセンターの最新がん医療への取組状況」について説明)

(委員長)

先ほどの他府県のがんセンターのあり方、状況の説明を踏まえた上で、がんセンター自身がどのように変わっていこうとしているのか、説明をお願いしたい。

(委員)

我々としては、県立がんセンターは、患者一人一人に最も適した質の高い最新のがん医療を安定して提供しつづけることのできる専門病院でありたいと考えている。

今回の「参考資料」にもある兵庫県のがんの現状、

① H26年に県内で新たにがんと診断された方は、H19年に比べて1.5倍に増加しており、がん患者の増加は今後も続くと予想されること、

② 限局性のがんの割合はH26には47.5%となり、H19年と比較すると改善されているものの半数以上ががん発見時にすでに転移、進行していること

などから、今後更に、進行がんや再発、あるいは高齢化等も伴ったの異時性、同時性の多発がんなど、他施設では治療が難しい症例ががんセンターに紹介されるケースの増加が見込まれる。

このような状況に対し、進行がんや再発がんにはゲノム医療や臨床試験、またこれから増えるであろう限局性のがんに対しては低侵襲の手術、放射線、粒子線といった局所治療など、日々進歩するがん医療を迅速に提供できる体制を整備し、またそれらを行うための人材育成を行っていく必要があると考えている。

(委員長)

今の話のように、がん患者は高齢化するわけで、統計によると 30 年後にはがん患者の半分が 80 歳くらいになるということである。

このため、合併症対策に力を入れていく必要があるが、がんセンターで全部をやるのは不可能で、近隣病院との連携、地域連携が重要になってくるが、特に、近隣の市民病院との連携を含め、地域連携の現状と今後の構想を少しお話し願いたい。

(委員)

最も近くにある明石市民病院とはうまく連携はできていると思うが、各診療科は原則、それぞれの合併疾患に応じて紹介元の医療機関と連携しているケースが多い。

頻度の多い合併症としては糖尿病、あるいは心血管系の疾患だが、そのほとんどは紹介元の医療機関等で治療中あるいは経過観察中であり、がん治療後にその医療機関での診療が継続されていく。

頻度は少ないが、初診時の検査等において今後の治療、検査等に支障を来すこれらの疾患が初めて見つかった場合、例えば糖尿病であれば、紹介医療機関、あるいは紹介医から近くの病院等にまず初期治療を依頼している。

また、心大血管が問題となれば、当センターの初診医はまず院内の循環器内科に紹介して検査や治療に危険性があるか否かを判断してもらい、あるとなればそれぞれの近隣の循環器専門病院等にその診療を依頼している。

さらに、外科医にとって、手術においての大血管等への切除・再建等が必要と判断されれば、心臓血管外科の応援をあらかじめ依頼することになるが、その回数は年に 1 例あるかないかである。

透析患者に対しては、現状では、外科系の診療科は、術後の急性期においては ICU で麻酔科管理の下に透析を行うことがあり、年間 10 例程度対応している。内科系では年 1 例程度の初診があるようだが、治療が長期にわたるため、紹介医と相談して、透析可能な県内のがん診療連携拠点病院等に治療を依頼している。

このような状況を鑑みると、人材の配置等をしっかり行えば、急性期の治療・発見には十分対応できるのではないかと考えている。

(委員長)

私の知る限り、がんセンターの診療連携は、明石の医師会と非常にうまくいっていると思

うし、市内にあるたくさんの中小の病院等と、緩和も含め協力体制を構築しているのです、今後とも十分に対応していけるのではないかと考えている。

次に、合併症対策の国立がんセンターの現状について、意見をお聞きしたい。

(委員)

国立がん研究センター中央病院における一般内科疾患のコンサルトは、平成 21 年までは循環器医師一人体制で運用されていた。

平成 22 年 10 月に、糖尿病などの内分泌疾患、腎疾患、循環器疾患、の一般内科領域に広く対応できるよう、総合内科が新しい診療科として設立された。

以前は、総合内科の役割は、がん治療前に内科的に治療適応を判断することが多かったように思う。新規のがん治療が、糖尿病を悪化させたり、腎臓病を発症させたり、心毒性を引き起こす事例もあり、治療中や治療後においても、がん専門病院における総合内科の役割が増加している。

ここ数年は、特に免疫チェックポイント阻害薬による有害事象、いわゆる irAE の発症が問題となっている。当院でも irAE としての 1 型糖尿病の発症が相次いでみられ(中央病院では計 18 例)、総合内科が超急性期から介入したことで適切な対応が行われた。

つい先日も、総合内科の糖尿病専門医から、劇症 1 型糖尿病の発見・対処が遅れないよう、免疫チェックポイント阻害薬を使用する医師に、いくつかの具体的な注意事項が院内に周知されたところである。

院内に専門医がいない領域の内科疾患が発生した際には、病病連携を締結している近隣の済生会中央病院や慈恵会医大病院に対応をお願いしている。

2017 年 12 月に「日本腫瘍循環器学会」が設立された。臨床腫瘍学と一般内科学との狭間にある新たな領域への関心が社会的に高まってきており、がん専門病院に一般内科専門医を以前より招きやすい環境が整いつつあると思われる。

(委員長)

是非とも考えていかなければならない問題である。対策の一つが総合内科医の確保だと思うが、これは専門医制度の問題もあって難しい状況ではあると思うが、そのあたりについてお伺いしたい。

(委員)

大学病院でも総合内科がつくられているが、未だ混沌としている状況。大学病院の場合、

地域枠の方たちが中心になってもらわなくてはいけない状況である。

(委員長)

県立病院の医師の派遣元の中心は神戸大学なので、そのあたりのことはよろしくお願ひしたい。

がん専門医師の下請けみたいな意識になってしまうと医者も根付かないと聞いているので、難しい問題とは思いますが、委員の話の聞くと、一分野がすでにできあがっており、課題もはっきりしてきたということで、是非とも対応しないといけないと感じた。

それでは次に、兵庫県では2つの粒子線施設をもっているが、他府県との比較について説明いただきたい。

(4) 粒子線治療施設の取組状況

(委員)

兵庫県には2つの粒子線施設があり、これらを含めて全国に19の粒子線施設がある。今後も複数の施設が開設される予定だと聞いている。

本県の2施設について、一つはたつの市にある県立粒子線医療センターで、H15年に開設し、陽子線と重粒子の両方で治療できるという施設である。今までに7,000例を超える治療実績があり、H25年度に745名の患者数をピークに、現在は5~600程度の治療を実施している。また、昨年12月にポートアイランドに開設した神戸陽子線センターは、全国初の小児がん専用の照射室を備える施設であり、2つの照射室があることから、一方は成人にも外来で対応することが可能である。この3月に本格的な照射がスタートした。

全国的にたくさんの粒子線治療施設が出来、更なる競争の激化が予想される一方、4月から保険適用される腫瘍も増えるなど、環境は大きく変化している。今後とも粒子線施設の動きについて注視していきたいと考えている。

(委員長)

粒子線治療施設は、本県においては歴史・伝統のある治療施設で、がんセンターとの関係も含めて、今後論点の一つになるかと思う。

今の説明を次回の資料に加え、討議の材料にしたい。

では、全般を通じて意見があればお願ひしたい。

(5) その他

(委員)

がんセンターの最新がん医療の動向ということで、一つの大きな目標としてゲノム医療を取り上げられていたが、メインは薬物治療や遺伝子診断の話だと思うが、やはりがんセンターとして、ここに来ればどこにも負けない外科治療ができるという取組をしていただきたい。

他の病院と同じような外科治療ではなく、例えば静岡がんセンターではロボット手術に早くから力を入れて取り組んでいるように、兵庫県も専門医登録がそう多くないので、将来の外科医療を担っていく人を確保する意味でも、外科医療の先端的なことを是非進めるよう考えていただきたい。

(委員)

県ではがん対策推進計画というがん対策基本法に基づく6カ年の計画を策定しており、この3月に計画を改定している。

改定の時に、AYA世代、がんリハビリテーションなどの新たなキーワードを入れている。

また、計画の大きな柱として、今までは予防、早期発見、医療を立てていたが、今回「がん患者を支える社会の構築」という4つ目の柱をつくり、「がん教育」というキーワードと「就労の両立支援」を加えた。

診療機能という背骨が必要なのはわかるが、先ほども発言したように、政策医療では、人材の教育や研修、研究、情報発信が重要であると考えているので、あり方検討委員会として、これらの要素を盛り込んでもよいのではないかと考える。

(委員長)

政策医療の内容を実現していくためには、財政的なバックアップが必要となるので、県にご支援いただければありがたい。

(委員)

巷では「がん医療の進歩」がよく言われるが、ステージⅣの領域では、非常に生存率が低い状況が続いている。最後の砦としての県立がんセンターのあり方を明確にするのであれば、県下全域で一番難しい領域が、どのように変化しているのか、どう期待すればいいのかというようなことを示していくことも必要ではないかと考える。

(委員長)

個人的には県下に拠点病院が多すぎるのではないかと考えている。

県民にとって信頼される高い専門性を保ちながら、社会に貢献することが目的なので、それを目標に新しい病院を作っていてほしい。その他は。

(委員)

がんセンターの今後の規模的なことを考える際、病床利用率が 76.9%というのは低すぎるのではないかと。以前からずっとこの数値なのか。

また、手術室の状況を見てみると、年間手術件数が 3,316 件で手術室が 9 室という状況で、仮に 1 室を緊急用に空けていたとしても 8 室あるので、通常でいえば 1 室 500 件程度の手術数なので年間 4,000 件は埋まるはずである。

この点を考えると手術室の稼働率は 70%程度となるが、いまのがんセンターの手術室の稼働率はどれくらいなのか。

今後、規模を考える際、病床や手術室の稼働率をどういう形で構想しているのか。損益がプラスであればよいということもあるかもしれないが。病院規模を考える上で、病床利用率が気になった。

(事務局)

病床利用率については、もう少しあげていく必要があると思っている。

10 年くらい前と比べると、実患者数は 1,000 人くらい増えている。

しかし、平均在院日数が 10 年くらい前は 18 日程度だったのが、今は 13 日程度になっており、回転がよくなった分、より実患者数を確保しなければならない状況である。平均在院日数の短縮はここに来て少し頭打ちになってきているものの、平均在院日数が長くなることはないと考えており、病床を個室にするなりして、患者の療養環境をあげながら確保に努めていければと考えている。

新しい病院も、専門病院であれば、規模としては 400 床程度で十分だと考えている。

また、新規患者の確保という意味では、要精検の受診者確保に力を入れる。

さらに、手術室の稼働率については、低侵襲の手術が増えていることもあるのか、部屋が遊んでいるような状況ではないと思っている。

(委員)

手術室の稼働率はどれくらいか。低侵襲だから手術時間が長くなるということはなく、むしろ低侵襲で入院日数を減らして稼働をあげるというのが本来のあり方である。

私が言いたいのは、兵庫県のがんセンターが、日本有数のがんセンターを目指すのか、現

状のがんセンターを維持するのか、その点を十分に考えて議論する必要があるということ。

どこにも負けないがんセンターにするのであれば、本当に400床で足りるのか、他の病院を選択している患者もがんセンターに来てもらうようにするというくらいの勢いで整備をするのかどうか、ということ。

(委員)

事務局の説明だと、基本的には新規の患者を確保しきれていないから、利用率が低くなっているということだが、患者を入れたくても病棟が古くて入れられないというのがよくあるパターンだが、今の感じだとそもそも患者確保ができていないという理解でよいか。

(委員)

民間病院の場合、特に呼吸器系のケースでは、外来化学療法が主体になってきており、免疫チェックポイント阻害薬をはじめ、もともとのがんの治療、例えばプラチナ製剤でも、外来に流れている傾向が見て取れたので、そういう要素もあるのではないか。

(事務局)

実患者数は増えている。しかし、在院日数が短くなってきているのでさらに確保しなければならないということ。また、診療報酬上の問題もあって、がん医療の外来化が進んでいる現状がある。規模としての400床は、機能面が現状のままという意味ではなく、外来化が進む中、新病院として機能アップする部分も考慮したものである。

(委員)

病床利用率80%±5%程度が適切な範囲かなと思っている。90%を超えると逆にマネジメントが難しくなり、あるいはそれを目標にすると無理が出てくる。いろんな病院を見てきた中で、85~86%から70後半くらいといったところが経営としてはいいのかなと思う。

10数年前に、兵庫県立がんセンターと大阪警察病院、済生会熊本病院の手術室の調査をしたことがあり、手術予定時間と実際の時間との差がどれくらいあるか、専門のドクターたちが予定を立てて、実際のオペにどれくらいの時間がかかったか、その差を調査した。

結果は、がんセンターだけ明らかな差が出て、非常にばらつきが激しかった。他の病院は割と標準化の進んだ手術が多数行われていたが、がんセンターは難しい手術がなされており、それが原因で予定と違う時間になったというのが見てとれて、がんセンターは違うという内容の報告書を書いたことがある。今はどうなっているのかは分からないが、難しい治療を要する患者が集まっているのだなど、その中での経営成績ではないかと推測した。

(委員)

そういう考え方もあるかもしれないが、おそらくほとんどの国立大学病院は稼働率 85%を超えていると思う。

神戸大学病院は約 92%程度を設定しており、ここ 5 年くらいは 90%くらいで稼働している。ベッドがあるのに 75%程度の稼働率でよいというのは、少し理解しにくい。

また、たとえ特殊な状況であったとしても、きちっと手術が何時間で終わるかというのを読まないと、最終的には経営効率が把握できないのではないか。

私たちも、手術室の使い方を、時間グラフにした場合、台形型に使うのか M 字型に使うかなどかなり検討して、苦勞しながら手術室を運営している。

今は手術室に看護師等のメディカルスタッフがかなりいるので、スタッフを効率的に使うということを考える中では、手術室をいくつ設置するのか十分検討した方がよい。私は多い方がいいと思う。

できるだけ多く作ってできるだけそれを回転させ、最終的にここだと手術をしてくれるという病院にしていきたいと思う。

(委員長)

個人的な意見だが、現在のように入院在日数が 10 日程度になり、さらに手術が主になると、スタッフは入退院の事務手続きに追われてしまう。

私が院長の時は入院日数が 20~30 日程度だったが、この 10 年で 1/3 程度になっているので、スタッフの疲弊がかなり激しいと思う。

しかし、委員は兵庫県立がんセンターが全国に冠たるがんセンターになってほしいという思いで発言されているので、それを肝に銘じながら、同時に働きやすい病院も目指していきたいと思う。

(委員)

手術で病気を治すがん患者にとってはその後の療養生活をどう支援していくかというのが非常に大事になってくるので、がんの拠点病院としてのモデルを考えた場合、治療とその後の療養生活、それをうまくフォローできる体制というか、入院と外来の診療単価も近づいていることもあるし、これからは外来機能も大事になって来るのではないか。

(委員長)

ありがとうございました。それでは事務局にお返します。

(6) 検討項目とスケジュール

(事務局から資料4に基づき、「兵庫県立がんセンターのあり方検討委員会」検討項目およびスケジュール(見直し後)」について説明)

(委員)

H30.12月頃に報告書をまとめたいというのは、H31年度予算にこの報告書の中に書かれたものを踏まえた、何か予算化を考えてのスケジュールということで12月にまとめるということか。

(事務局)

当初は、できれば1年で検討委員会の報告書を作成したいと思っていたが、今のがん医療の状況がすごく変化をしていることもあり、それに対応した報告書の作成が必要ということで、H29、H30年の2年間で報告書案を作ろうと考えている。

その後は、検討委員会の報告を踏まえての構想づくりが始まるが、H31年度は構想づくりに向かいたいということで、こういったスケジュールにさせていただきたい。

(委員長)

私からのお願いだが、

- ① 研究部の充実
- ② 社会的支援

というこの2点を次回、具体的に議論してほしい。その他はいかがか。なければ事務局から説明のあった次第で進めて参りたいと思うので、今後ともよろしく願います。