第 17 回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会
議事次第

日　時：令和７年３月 21 日（金）10:00～12:00
場　所：新橋ビジネスフォーラム（※オンライン会議）

１ 開 会

２ 議 題
（１）がん診療提供体制について
（２）その他

【資料】
議事次第
資料１ がん診療提供体制について
資料２ がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）
資料３ 日本癌治療学会 提出資料
資料４ 日本放射線腫瘍学会 提出資料
資料５ 日本臨床腫瘍学会 提出資料
参考資料１ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱
参考資料２ 「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」参考人名簿

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料1
令和7年3月21日	

厚生労働省 ひと、くらし、みらいのために Ministry of Health, Labour and Welfare

がん診療提供体制について

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課
Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2. 参考資料

第４期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

- 第4期がん対策推進基本計画において、がん医療提供体制の集約化・均てん化について、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行うとしている。

第４期がん対策推進基本計画（令和５年３月）（抜粋）

①医療提供体制の均てん化・集約化について

（現状・課題）

国は、これまで、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」（以下「整備指針」という。）に基づき、拠点病院等を中心として、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、病理診断、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターの整備、院内がん登録及び多職種によるカンファレンスの実施等を推進し、医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

（取り組むべき施策）

国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。

（参考）がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（抜粋）
健発０８０１第１６号厚生労働省健康局長通知（令和４年８月１日）別添

- 整備指針において、都道府県がん診療連携協議会の主な役割が定められている。

Ⅰ　がん診療連携拠点病院等の指定について

3 **都道府県の全ての拠点病院等は、協働して都道府県協議会を設置し、都道府県拠点病院は中心的な役割を担うとともに、他の拠点病院等は都道府県協議会の運営に主体的に参画すること。また、拠点病院等の他、地域におけるがん医療を担う者、行政、患者団体等の関係団体にも積極的な関与を求めること。**

〈都道府県協議会の主な役割〉

（1）国のがん対策基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん対策推進計画等における患者本位のがん医療を実現する等の観点から、当該都道府県における対策を強力に推進する役割を担うこと。

（2）都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。

① 地域の実状に応じて、以下のアからケを参考に医療機関間の連携が必要な医療等について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。

ア　一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法

イ　集約化することにより予後の改善が見込まれる手術療法

ウ　強度変調放射線療法や密封小線源療法、専用治療病室を要する核医学治療等の放射線治療、高度で特殊な画像下治療（IVR）

エ　緩和ケアセンター、緩和ケア病棟、ホスピス、神経ブロック、緊急緩和放射線治療等の緩和医療

オ　分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ　小児がんの長期フォローアップを行う体制

キ　AYA世代のがんの支援体制

ク　がん・生殖医療（別途実施されている「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施。）

ケ　がんゲノム医療

（参考）がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（抜粋）
健発０８０１第１６号厚生労働省健康局長通知（令和４年８月１日）別添

- 整備指針において、都道府県がん診療連携協議会の主な役割が定められている。

② 地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定の組み合わせを調整・決定すること。

③ **都道府県内の拠点病院等の院内がん登録のデータやがん診療、緩和ケア、相談支援等の実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、各都道府県とも連携し、Quality Indicatorを積極的に利用するなど、都道府県全体のがん医療の質を向上させるための具体的な計画を立案・実行すること。併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて都道府県内のがん関連情報収集や利活用等の推進に取り組むこと。**

④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。

⑤ **当該都道府県における特定機能病院である拠点病院等と連携し、地域におけるがん診療に従事する診療従事者の育成及び適正配置に向けた調整を行うこと。**

⑥ Ⅱの4の（3）に基づき当該都道府県における拠点病院等が実施するがん医療に携わる医師等を対象とした緩和ケアに関する研修やその他各種研修に関する計画を作成すること。

⑦ 当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、がん相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。

⑧ 国協議会との体系的な連携体制を構築すること。

⑨ 国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での協議事項が確実に都道府県内で共有・実践される体制を整備すること。

⑩ 感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるBCPについて議論を行うこと。

⑪ 地域における医療情報の共有の取組について、がんの分野からも検討し、体制整備に取り組むこと。

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会
令和6年12月23日
資料1

現状・課題

- 我が国においては、2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見込まれる。85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、がん治療等の医療資源を多く要する手術を実施するものは少ないという特徴がある。また、85歳以上のがん患者における手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合は、いずれも低下する。

- 新たな地域医療構想における議論では、急性期に関する医療について、「地域の医療需要や医療資源などを踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、地域毎に必要な連携・再編・集約を進め、医療機関において一定の症例数を集約化して対応する地域の拠点として対応出来る医療機関を確保することが求められる」とされており、地域毎に均てん化し確保することが望ましい医療についても、圏域の中で医療従事者の働き方等が確保されるよう、連携・再編・集約等のあり方について整理が必要。

- がんについては、推計外来がん患者数は増加しているものの、推計入院がん患者数は減少している状況。推計入院がん患者数の減少は、平均在院日数の短縮が要因として考えられ、その背景としては、術式の変遷（開腹手術から内視鏡治療等における低侵襲治療の割合の増加）等が影響していると考えられる。今後も、医療需要の変化や低侵襲治療の割合の増加等により、推計入院がん患者数の減少が見込まれる。

- 第4期がん対策推進基本計画において、医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う」としている。

- 国は、がん医療の均てん化を目指して、がん診療連携拠点病院制度を創設し、全国に461か所の拠点病院等を整備してきたが、拠点病院等が存在しない空白のがん医療圏が、令和6年4月時点で全国に56か所存在している。今後、我が国の人口が減少する中で、空白のがん医療圏における人口は大半の圏域で全国平均より大きな減少が予測され、それに伴って入院がん患者数の減少が見込まれる。

- 空白のがん医療圏については、和歌山県のがん医療圏再編や奈良県の病院機能再編等、空白のがん医療圏を解消するための取組がなされている。今後、都道府県は、次期医療計画の改定に向けても、がん医療圏ごとの現状分析を踏まえた、がん医療圏の適切な設定について議論することが重要である。

- 国は、国及び都道府県のがん対策の推進や、がん患者及びその家族等の医療機関選択等に資するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録のデータ集計やその利活用を図っている。また、全国のがん医療の質を評価する体制を構築するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録とDPCデータを統合的に分析し、その結果を各施設に提供している。

- 厚生労働科学研究の報告書（※）によると、がん患者とその家族及び一般市民ががん治療病院選択にあたって、「がんの治療件数」「がんの治療成績」「がんの診療科の医師の業績」等の情報が求められている。更に、がん情報サービス利用者向けアンケート調査によると、「病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績」、「がん種別の実施可能な治療法・実績」、「専門病院や受け入れ状況」等に関する情報のニーズがあると考えられ、また、各地域別・病院別のQIを一元的に確認できるリソースのニーズがあると考えられた。

※厚生労働科学研究　がん診療連携拠点病院等における情報提供の適切な方法・項目の確立に資する研究報告書（令和5年度）

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

対応の方向性

- 第4期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県が拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進できるよう、国は、
  - 今後学会等の意見も聞きながら、現状の分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について一定の考え方の整理を行う。
  - 都道府県が、各がん医療圏の分析（患者の受療動向等に係る現状分析等）を実施するとともに、将来の医療需要の減少が一定程度見込まれる圏域においては、従来のがん医療圏に拘らず、地域の医療資源等の実情を踏まえて、より広域となるようがん医療圏を見直すことを含めて検討を促す。特に、空白のがん医療圏については、①がん医療圏の見直しを行うのか、②病院機能再編による拠点病院等の整備を目指すのか、検討することを促す。
- その際、国は、上記検討や地域の実情に応じたがん医療の均てん化・集約化に資するよう、都道府県や拠点病院等、都道府県がん診療連携協議会等に対して、好事例の共有とともに、院内がん登録やQI研究から得られた診療実績等の情報提供を行うことを検討する。
- また、がん患者とその家族及び一般市民から診療実績等を一元化して公表することが求められていることから、公表の了承の得られた拠点病院等を対象に、治療件数等の情報を一覧化するウェブサイトを作成する。

がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュール（案）

- 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について引き続き議論を行い、次回検討会において議論の整理を行うこととしてはどうか。

第16回　令和6年12月23日

- 第4期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

第17回　令和7年3月21日

- がん医療提供体制の均てん化・集約化について
- がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について

  ①手術療法について（日本癌治療学会より発表）

  ②薬物療法について（日本臨床腫瘍学会より発表）

  ③放射線治療について（日本放射線腫瘍学会より発表）
- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）について（資料2）

令和7年6月頃

・がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理を行う予定。

（その後の想定スケジュール）

・議論の整理も踏まえて、がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する通知を都道府県に発出予定。

がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）の概要について（案）

- がん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方について、（1）2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方については本日の検討会での議論を踏まえて追記予定であり、（2）都道府県がん診療連携協議会（以下「都道府県協議会」という。）でのがん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方については、整備指針で定められた都道府県協議会の主な役割を踏まえて整理した。

背景

- 第4期がん対策推進基本計画を踏まえ、**都道府県が拠点病院等と連携して**、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、（85歳以上の増加や人口減少がさらに進む）**2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供**に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた**集約化**を推進する必要がある。
- **国は、学会等の意見も聞きながら**、現状の分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、**均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について一定の考え方の整理**を行う。

がん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方について

（1）2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方

（「2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方」について、本日の検討会での議論を踏まえて追記）

（2）都道府県協議会でのがん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方について

① 都道府県協議会の体制

- 都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として主体的に都道府県協議会の運営を担う。また、都道府県も事務局に参画し、拠点病院等と連携する。
- 都道府県は、拠点病院等と連携し、都道府県協議会における協議を推進する。
- 都道府県協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体に幅広く積極的な参画を求める。

② 都道府県協議会での協議事項

- 別途国から提供する将来推計、院内がん登録等のデータ、がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方を参照し、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について分析する。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化する。
- 均てん化・集約化の推進状況（受療動向の変化等）を院内がん登録等の情報を用いて継続的にフォローアップする。
- 空白のがん医療圏を中心に、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討する。
- がん患者が、安全かつ質の高い治療を適切なタイミングでアクセスすることができるよう、都道府県内の個別医療機関ごとの診療実績を院内がん登録等の情報を用いて一元的に発信することを検討する。

③ 都道府県協議会事務局の役割

- 都道府県協議会での議論に資するデータの整理・提供を行う。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論が出来るように考慮する。
- 都道府県内におけるがん医療の均てん化・集約化に係る医療機能の役割分担について必要な調整を行う。
- 都道府県内在住のがん患者が、安全かつ質の高い治療を適切なタイミングでアクセスすることができるよう、都道府県内の個別医療機関ごとの適切な一元的情報発信を行う。

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について①（案）

- 第4期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県は、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、地域の実情に応じた拠点病院等の役割分担を行う必要がある。
- そこで、将来の医療需給を踏まえ、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療についての基本的な考え方を整理した。

A. 医療需給の観点

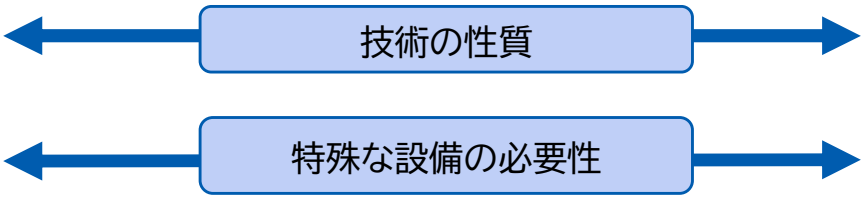
		医療提供体制（医療従事者、医療施設・設備）	
		医療資源が比較的少ない	医療資源が比較的多い
医療需要（患者数）	患者数の多いがん	①	④
	患者数の少ないがん	②	③

A. 医療需給の観点から集約化を検討すべき医療としては、表における①、②、③の医療が対象と考えられる。
① 医療需要が多い一方で、医療提供体制は必ずしも充足していない医療
② 医療資源の散在により医療需要と医療提供体制のアンバランスが生じる可能性がある医療
③ 医療提供体制は充足しているが、医療需要が少ないため、非効率な医療提供体制となる医療

B. 医療技術の観点

① **新規又は高難度の技術**
- 新たなモダリティを用いた診断・治療
- 長期の修練を要する外科手術　等

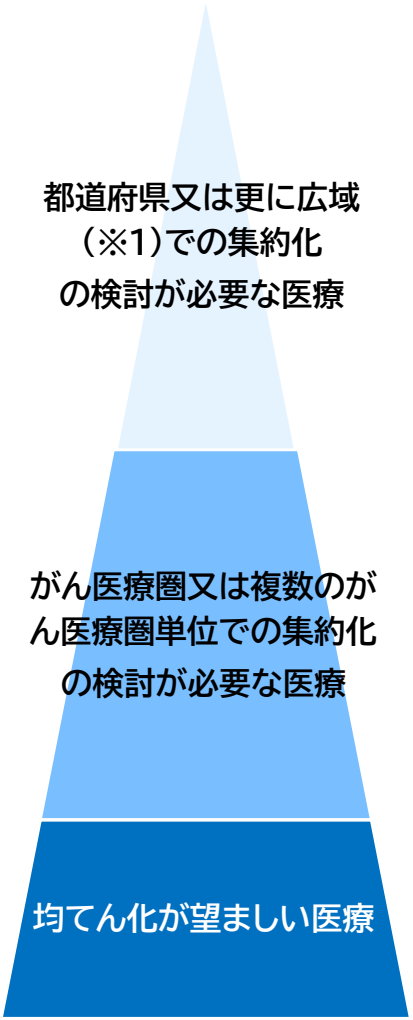
② **有り**
- 特殊な放射線治療設備　　等



B. 医療技術の観点から集約化を検討すべき医療としては、以下の視点を考慮する必要性が考えられる。
① 新規モダリティまたは標準化されているとは言えない高度な医療
② 特殊な設備等を必要とする医療

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について②（案）

- 都道府県に対して、以下の考え方を参考に、地域の実状を踏まえたがん医療の役割分担（均てん化・集約化）に関する検討を促す。



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
• 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院 • 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等	**集約化の考え方** **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。
• がん診療連携拠点病院等 • 地域の実情によってはそれ以外の医療機関	
• 患者にとって身近な診療所等	**均てん化の考え方** • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

1．2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

・がん医療提供体制の均てん化・集約化について

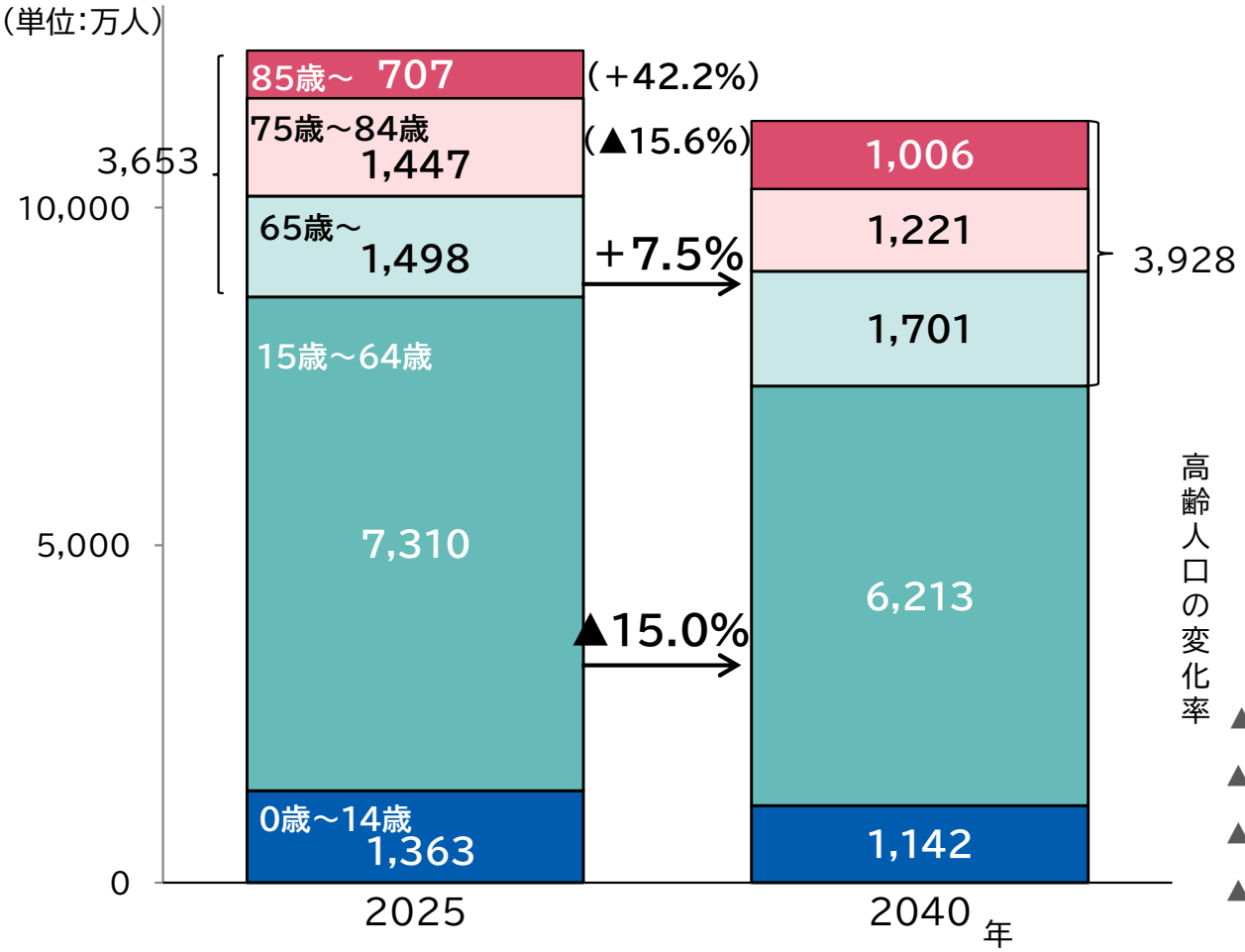
2．参考資料

2040年の人口構成について

第7回新たな地域医療構想等に関する検討会	資料1
令和6年8月26日	

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

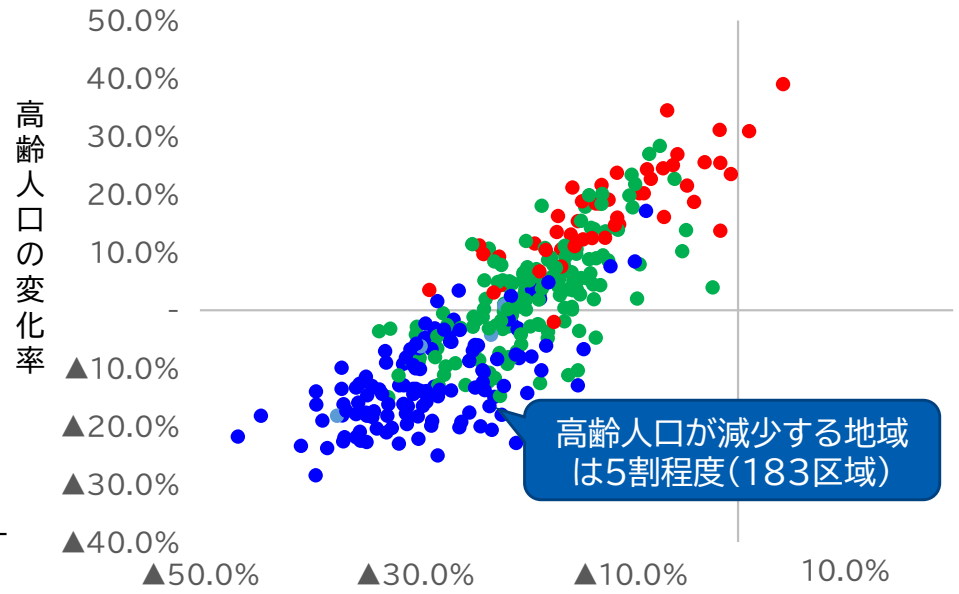
＜人口構造の変化＞



＜2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況＞

	年齢区分別人口の変化率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市型	-11.9%	17.2%
●地方都市型	-19.1%	2.4%
●過疎地域型	-28.4%	-12.2%

大都市型　：人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km2以上
地方都市型：人口が20万人以上(又は)人口10～20万人(かつ)人口密度が200人/km2以上
過疎地域型：上記以外



(出典)総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

第114回社会保障審議会医療部会
令和6年12月18日
資料1
別添1

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

新たな地域医療構想

(1)基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進
  (将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始
  (25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

(2)病床機能・医療機関機能

① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議(議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3)地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4)都道府県知事の権限

① **医療機関機能の確保**(実態に合わない報告見直しの求め)

② **基準病床数と必要病床数の整合性の確保等**

- 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
- 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5)国・都道府県・市町村の役割

① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化(目指す方向性・データ等提供)

② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める

③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6)新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

高齢者の急性期における疾病の特徴

第8回新たな地域医療構想等に関する検討会
令和6年9月6日
資料1

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名(注)

傷病名	手術	割合	累積	病院数
食物及び吐物による肺臓炎	なし	5.8%	5.8%	3,726
うっ血性心不全	なし	5.1%	10.8%	3,350
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	3.6%	14.5%	3,369
肺炎, 詳細不明	なし	2.7%	17.2%	3,399
転子貫通骨折　閉鎖性	あり	2.4%	19.6%	2,510
尿路感染症, 部位不明	なし	2.3%	21.9%	3,399
大腿骨頚部骨折　閉鎖性	あり	2.0%	23.9%	2,511
細菌性肺炎, 詳細不明	なし	1.6%	25.4%	2,615
体液量減少(症)	なし	1.6%	27.0%	3,480
腰椎骨折　閉鎖性	なし	1.4%	28.4%	3,540

15-65歳の頻度の高い傷病名(注)

傷病名	手術	割合	累積	病院数
大腸＜結腸＞のポリープ	あり	2.2%	2.2%	2,811
睡眠時無呼吸	なし	1.2%	3.4%	1,881
コロナウイルス感染症2019, ウイルスが同定されたもの	なし	0.8%	4.2%	2,680
尿管結石	あり	0.8%	5.0%	1,138
穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	なし	0.8%	5.8%	2,603
乳房の悪性新生物＜腫瘍＞, 乳房上外側4分の1	あり	0.8%	6.6%	1,129
急性虫垂炎, その他及び詳細不明	あり	0.8%	7.3%	1,877
子宮平滑筋腫, 部位不明	あり	0.7%	8.0%	840
一側性又は患側不明のそけい＜鼠径＞ヘルニア, 閉塞及びえ＜壊＞疽を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物＜腫瘍＞, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの　手術ありの数　累積割合

15　51%

15歳～65歳の上位50疾患までの　手術ありの数　累積割合

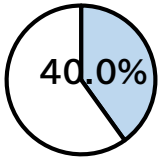
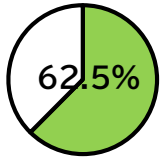
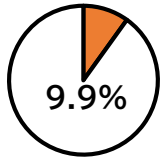
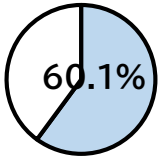
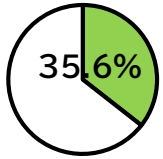
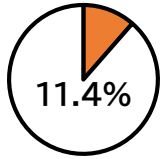
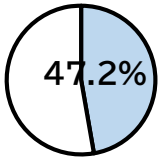
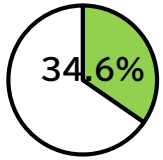
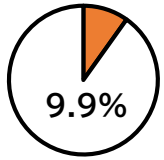
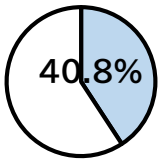
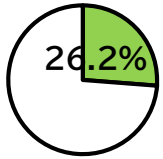
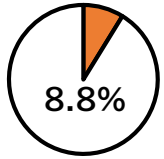
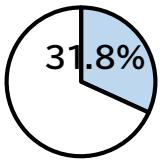
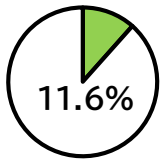
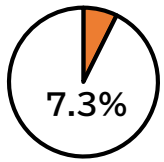
30　28%

注　傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

がん患者における年齢階級別の治療法

- 85歳以上のがん患者において、手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合はいずれも低下する。（がん診療連携拠点病院等を中心とした院内がん登録実施施設を対象としていることに留意。）

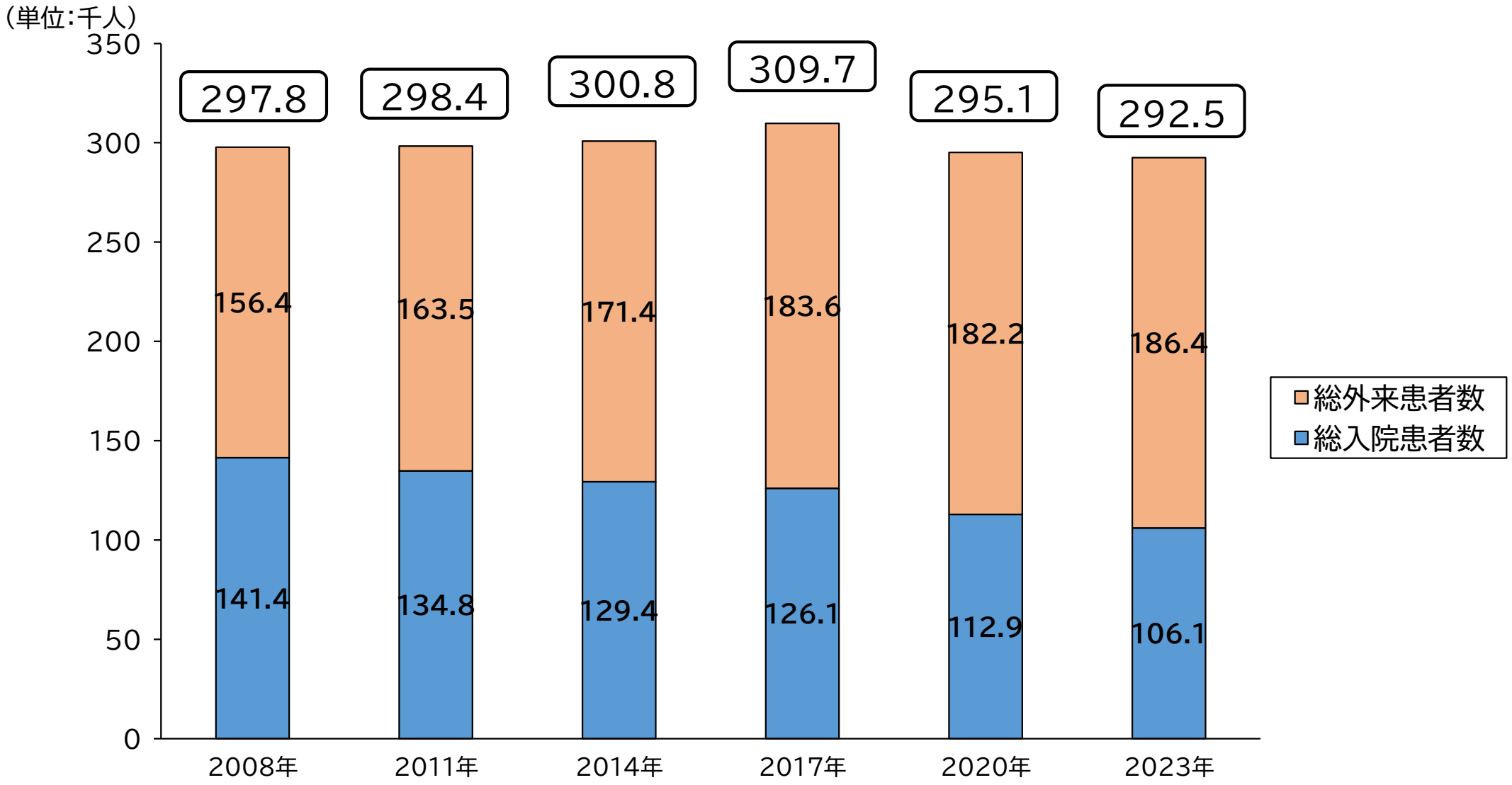
がん患者における年齢階級別の治療登録割合（2022年診断症例）

	手術療法*	化学療法	放射線治療
0歳～14歳 （N=2,865）			
15歳～64歳 （N= 343,748 ）			
65歳～74歳 （N= 333,606 ）			
75歳～84歳 （N= 333,313 ）			
85歳～ （N= 107,377 ）			

＊手術療法には開腹手術と鏡視下手術を合わせた数字を記載。
※がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。
そのため、各治療方法登録割合を合計した場合100%を超えることがある。
出典：2022年診断例の院内がん登録情報を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成。

全国のがんの推計患者数の推移

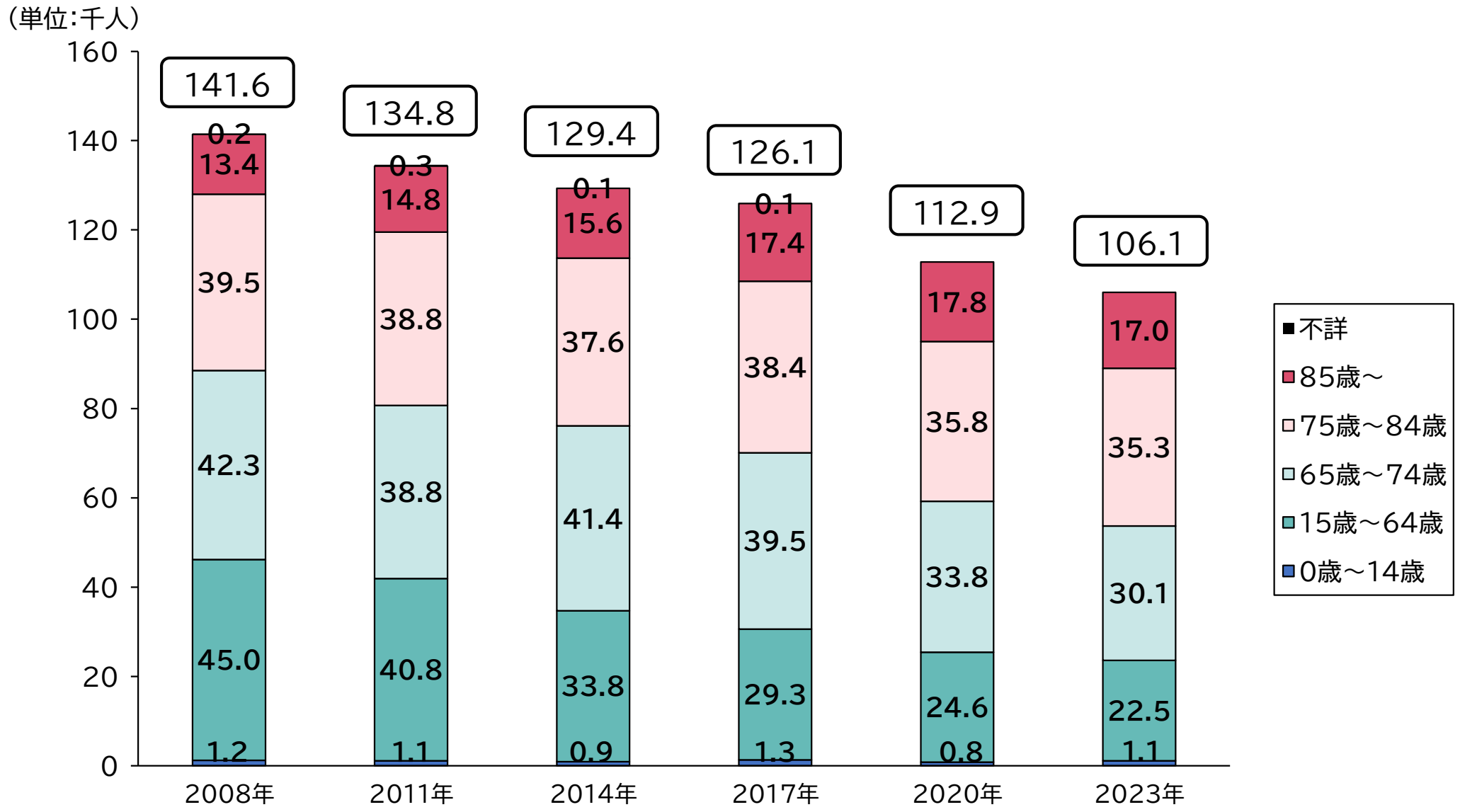
- 全国のがんの推計患者数(※)の推移をみると、推計入院患者数は減少しており、推計外来患者数は増加している。



※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数
出典:「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（年齢階級内訳）

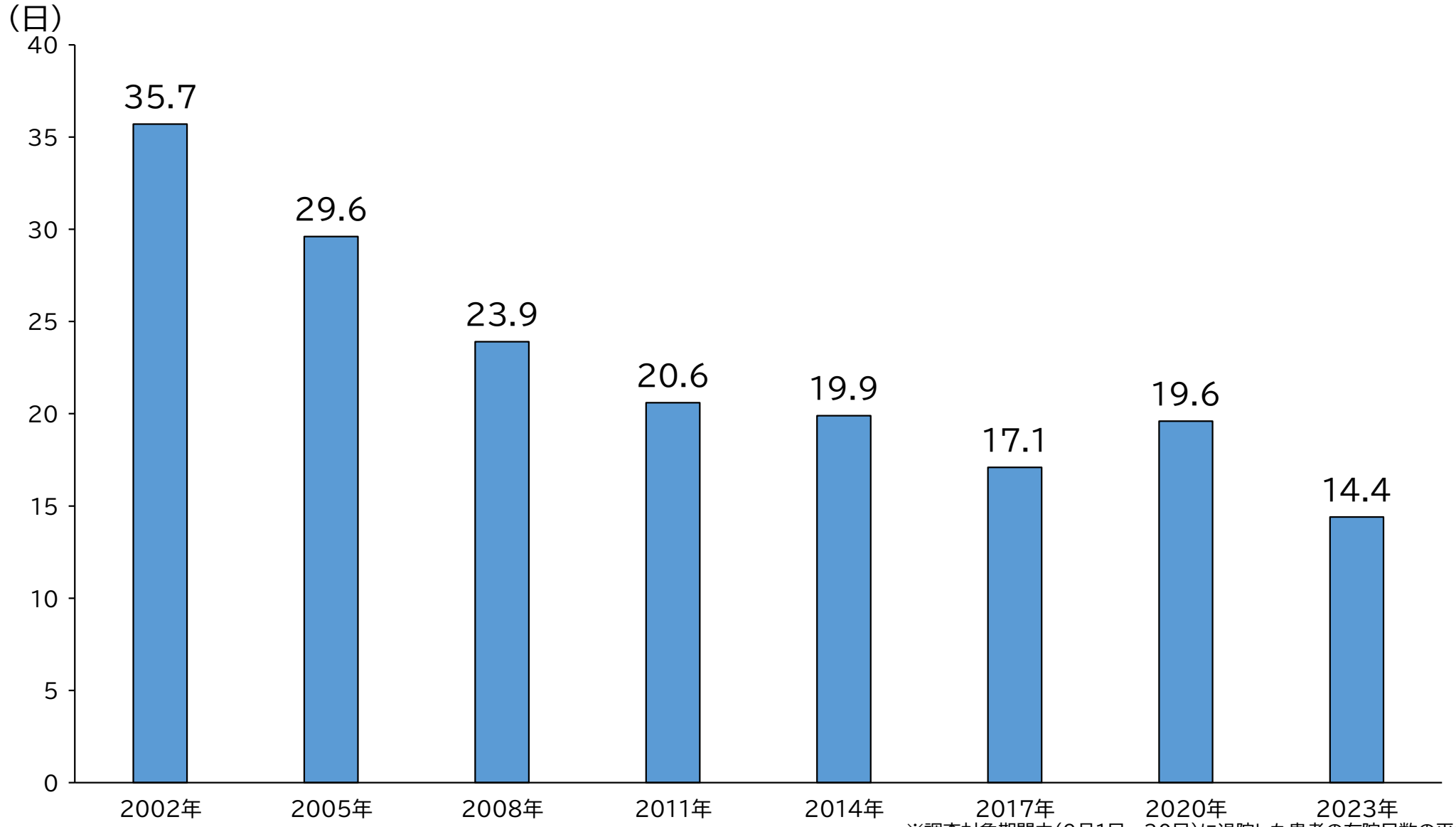
- 全国のがんの推計入院患者数は年々減少傾向である。



出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの退院患者の平均在院日数の推移

- 全国のがんの退院患者の平均在院日数(※)は概ね短縮傾向にある。

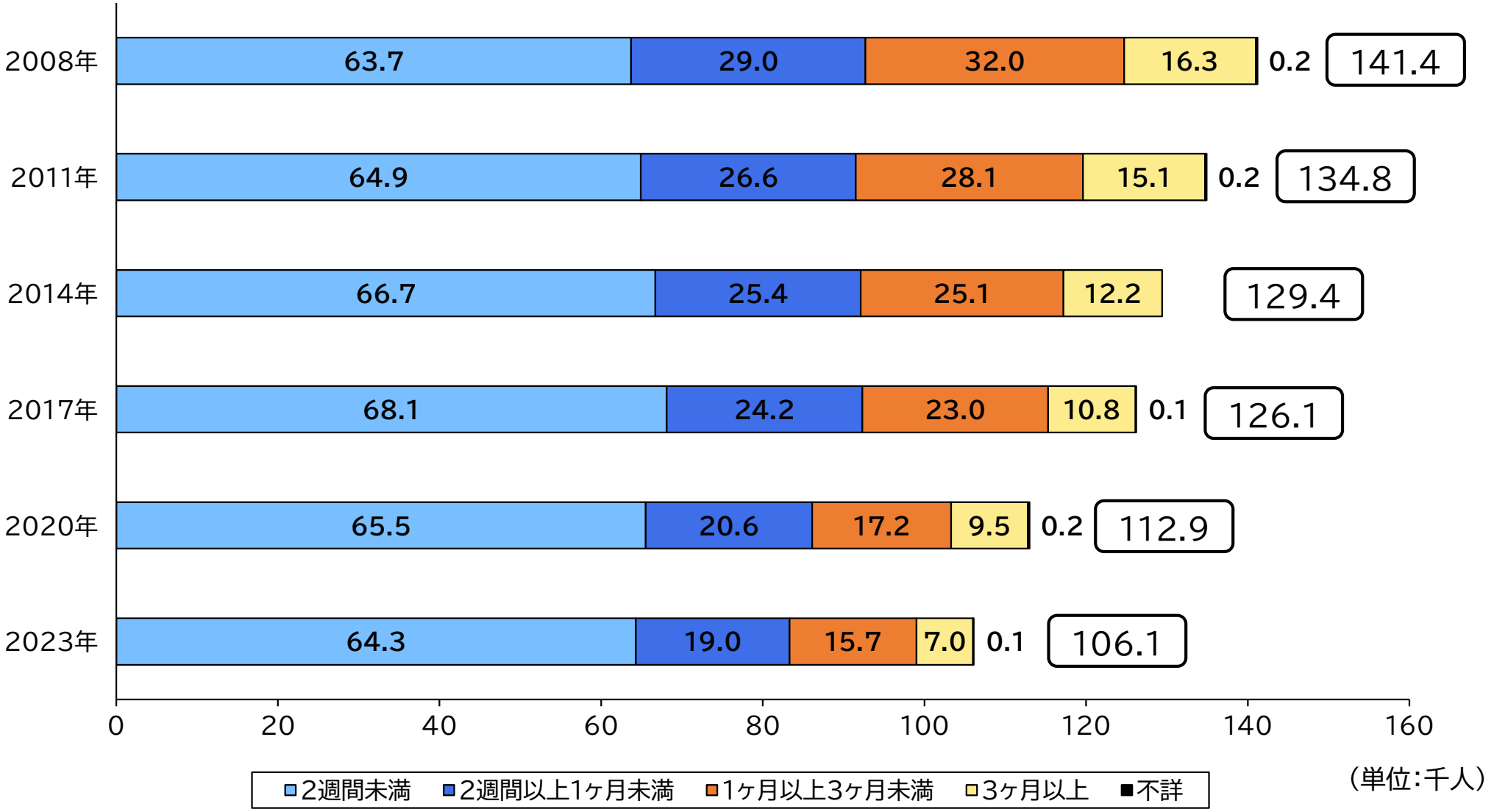


※調査対象期間中(9月1日～30日)に退院した患者の在院日数の平均

出典:「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

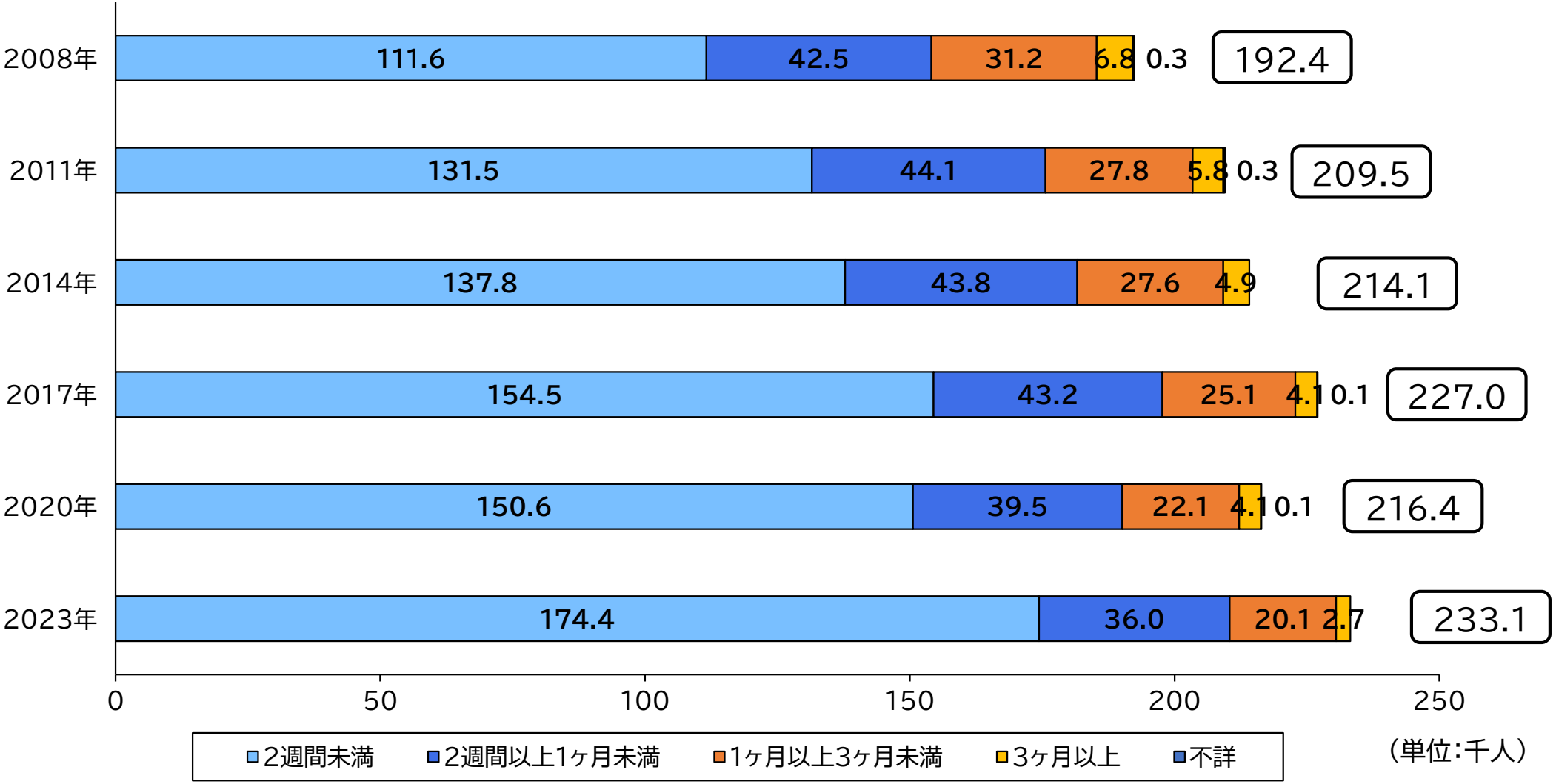
- 全国のがんの推計入院患者数の推移を在院期間別でみると、在院期間が2週間以上の入院患者数が減少している。



出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計退院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計退院患者数（※）の推移を在院期間別でみると、2週間未満及び2週間以上1ヶ月未満は概ね増加傾向、1ヶ月以上3ヶ月未満及び3ヶ月以上は減少傾向であるが、全体としては概ね増加傾向である。



※調査対象期間中（9月1日～30日）に病院、一般診療所を退院した患者の推計数

出典：「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

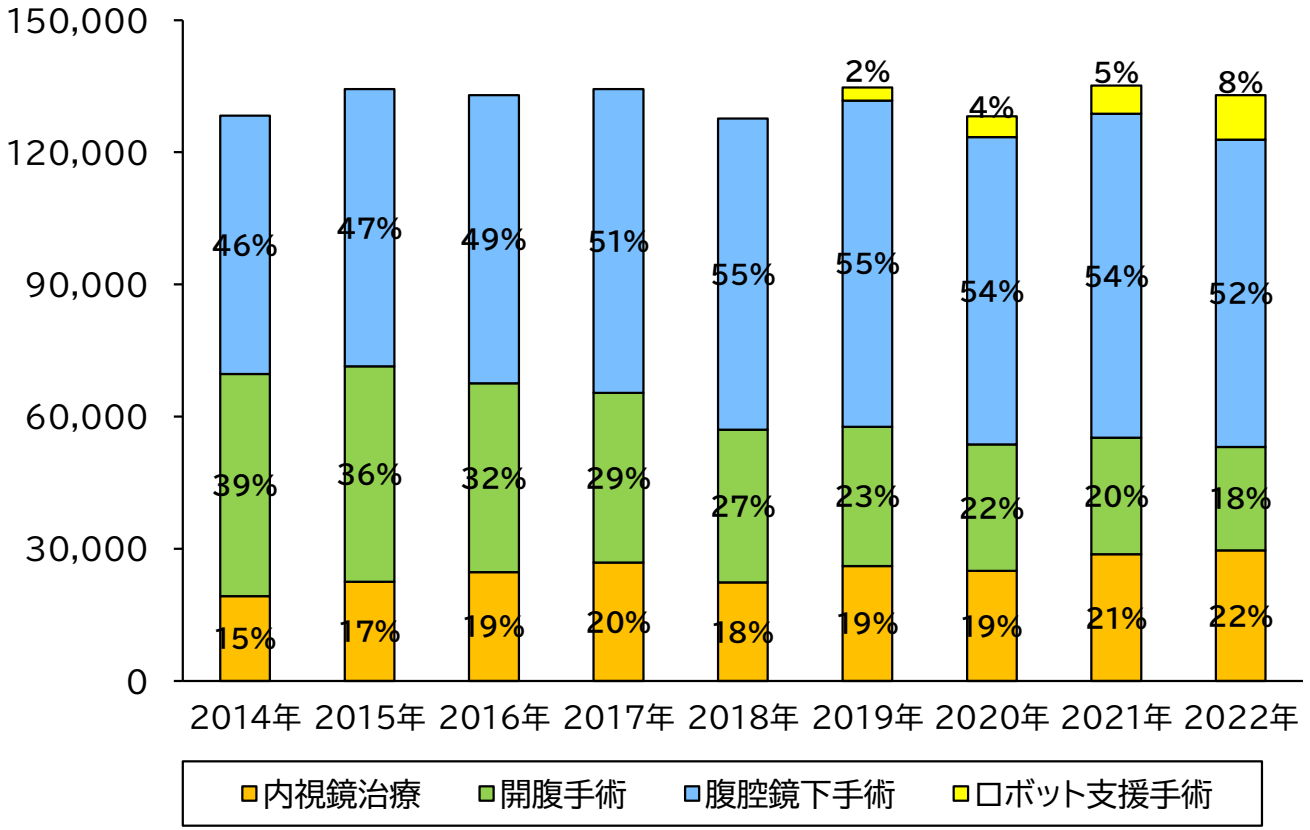
低侵襲治療の拡大（大腸の悪性新生物）

- 2020年の部位別がん罹患数が1番目に多い大腸がんにおいて術式の推移をみると、年々開腹手術の割合が減少し、内視鏡治療・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術の割合が増加している。

部位別がん罹患数（2020年）

	男女計	男性	女性
1位	**大腸（147,725）**	前立腺（87,756）	乳房（91,531）
2位	肺（120,759）	大腸（82,809）	大腸（64,915）
3位	胃（109,679）	肺（81,080）	肺（39,679）
4位	乳房（92,153）	胃（75,128）	胃（34,551）
5位	前立腺（87,756）	肝臓（23,707）	子宮（28,492）

2014年から2022年までの大腸の悪性腫瘍に対する入院治療の算定回数（術式別）



※直腸がんはK740 直腸切除・切断術、K740-2 腹腔鏡下直腸切除・切断術を計上。2021年院内がん登録＋DPCデータより大腸の悪性新生物（臨床病期Ⅱ，Ⅲ）に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値（IQR）を分析するとそれぞれ3（1-5）日、15（10-23）日、10（8-14）日であった。

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

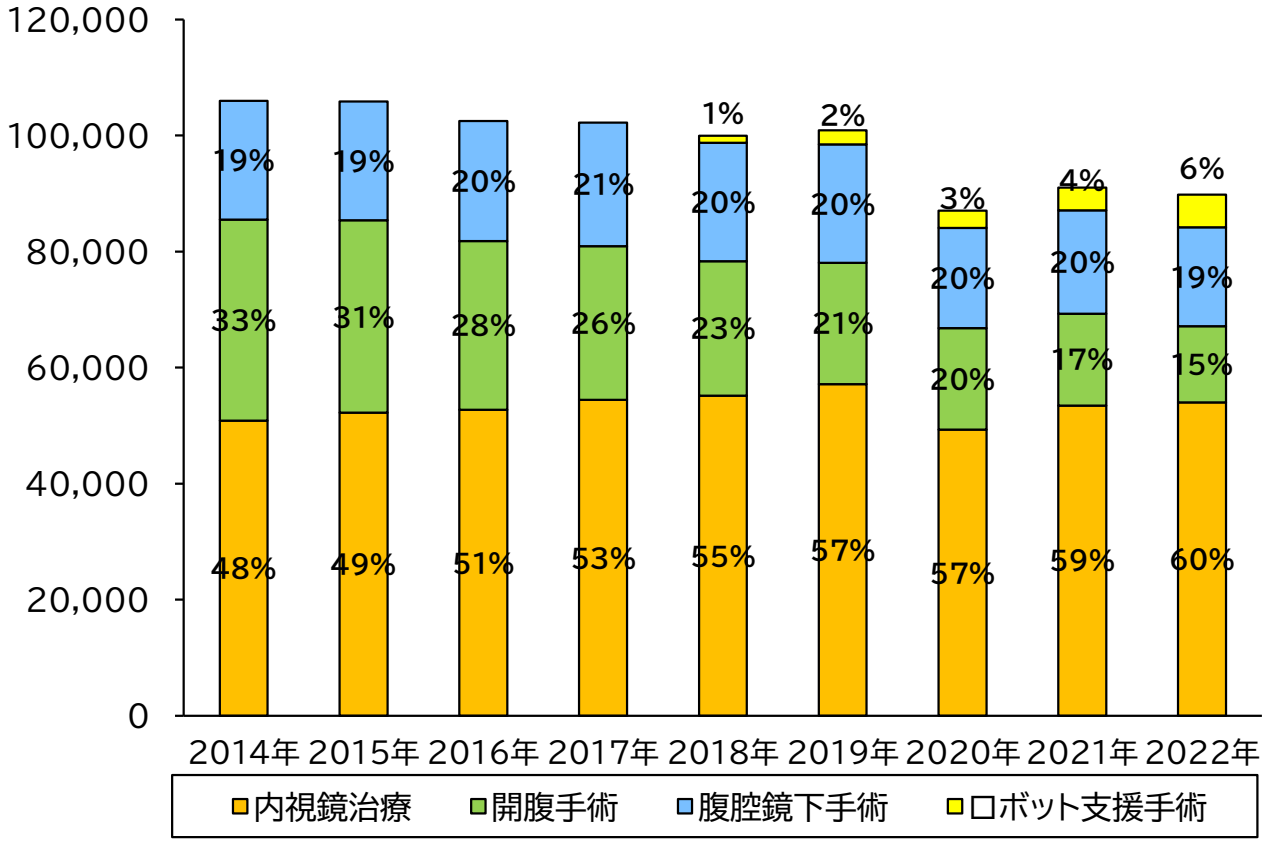
低侵襲治療の拡大（胃の悪性新生物）

- 2020年の部位別がん罹患数が3番目に多い胃がんにおいて術式の推移をみると、年々開腹手術の割合が減少し、内視鏡治療・腹腔鏡下手術・ロボット支援手術の割合が増加している。

部位別がん罹患数（2020年）

	男女計	男性	女性
1位	大腸（147,725）	前立腺（87,756）	乳房（91,531）
2位	肺（120,759）	大腸（82,809）	大腸（64,915）
3位	**胃（109,679）**	肺（81,080）	肺（39,679）
4位	乳房（92,153）	胃（75,128）	胃（34,551）
5位	前立腺（87,756）	肝臓（23,707）	子宮（28,492）

2014年から2022年までの胃の悪性腫瘍に対する入院治療の算定回数（術式別）

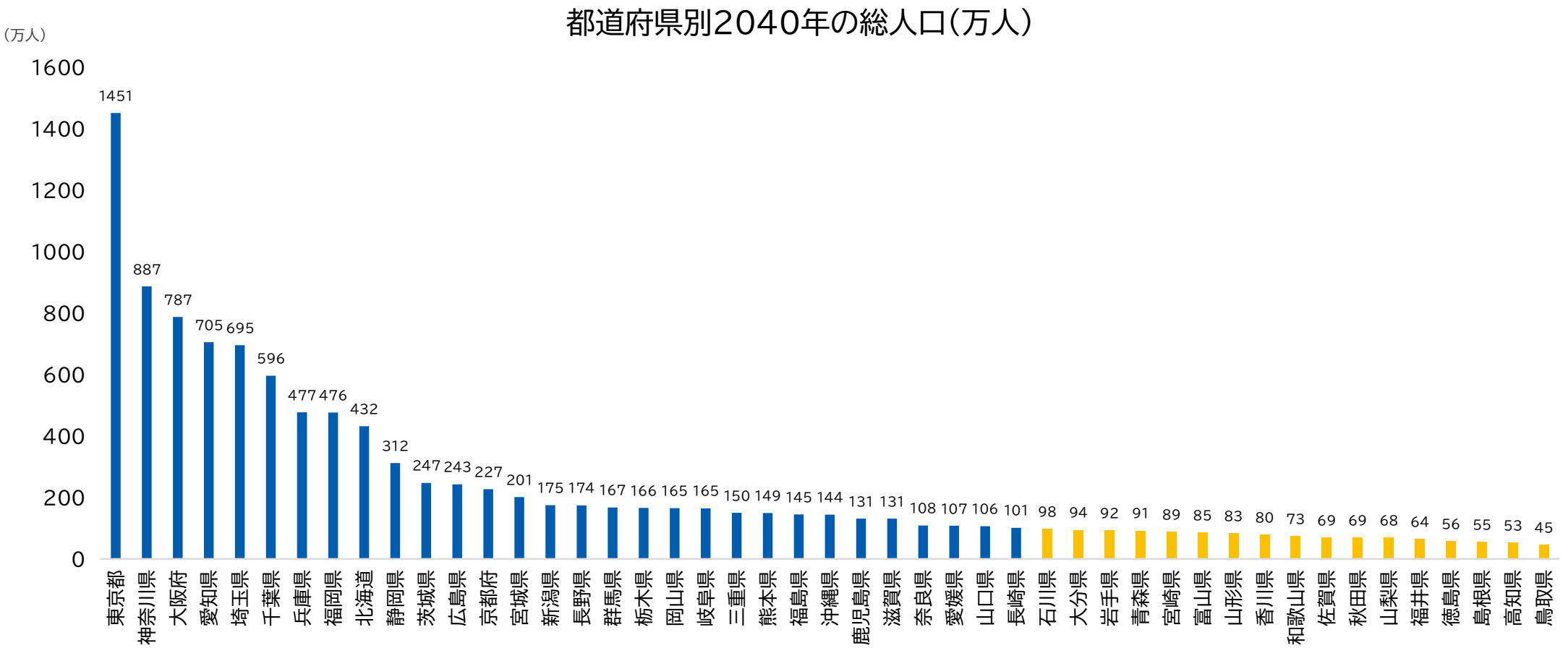


※ 内視鏡治療は胃・十二指腸を対象にした内視鏡治療算定回数を計上。2021年院内がん登録＋DPCのデータより胃の悪性新生物（臨床病期Ⅰ，Ⅱ，Ⅲ）に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値（IQR）を分析するとそれぞれ6（5-7）日、14（11-21）日、11（9-14）日であった。

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

広域な観点の圏域

三次医療圏については、基本的に都道府県単位で整備してきた。2040年には17県が人口100万人未満となる見込み。



資料出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

医師偏在対策に関するとりまとめの概要

第114回社会保障審議会医療部会
令和6年12月18日
資料1
別添2

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施
- 医師確保計画に基づく取組を進めつつ、経済的インセンティブ、地域の医療機関の支え合いの仕組み、医師養成過程を通じた取組等を組み合わせた総合的な対策を進める

② 全ての世代の医師へのアプローチ
- 若手医師を対象とした医師養成過程中心の対策から、中堅・シニア世代を含む全ての世代の医師へのアプローチ

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施
- 人口規模、地理的条件等から医療機関の維持が困難な地域については、医師偏在指標だけでなく、可住地面積あたりの医師数等の地域の実情を踏まえ、都道府県ごとに支援が必要な地域を明確化の上で対策を実施

⇒「保険あってサービスなし」との事態に陥る可能性があることから、将来にわたり国民皆保険を維持し、地域の必要な医療機能を確保することが必要であり、全ての関係者が協働することが重要。

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1)医師確保計画の実効性の確保
① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)
- 今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが早い地域等を「重点医師偏在対策支援区域(仮称)」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
- 重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地対協・保険者協議会で協議の上で選定(市区町村単位・地区単位等含む)。
- 医師確保計画で「医師偏在是正プラン(仮称)」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
- 是正プランは緊急的取組を要する事項から策定、R8年度全体策定

(2)地域の医療機関の支え合いの仕組み
① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等
- 管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保
- 都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
- 要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

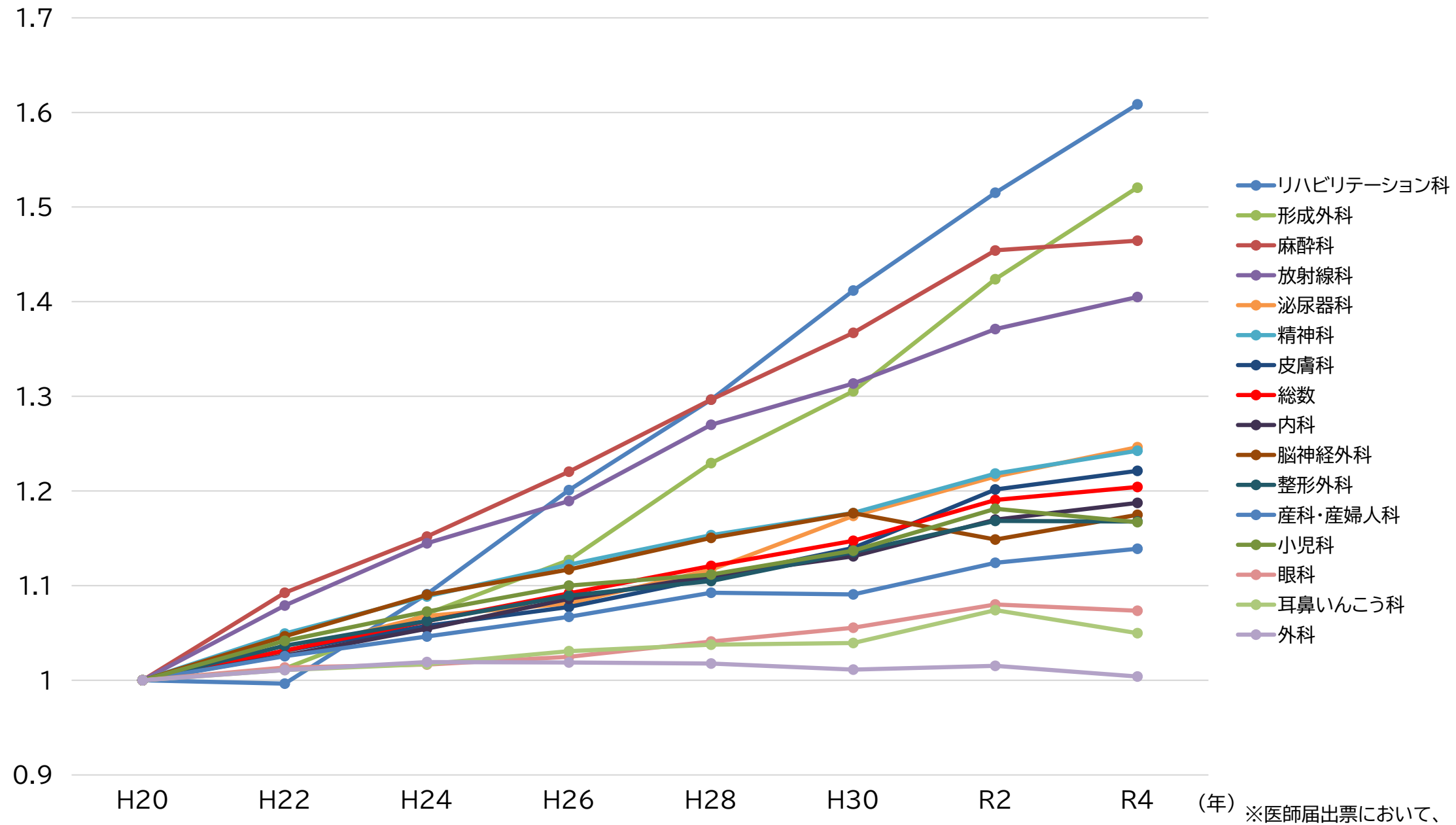
③ 保険医療機関の管理者要件
- 保険医療機関に管理者を設け、保険診療に一定期間従事したことを要件とし(医師少数区域等は一定配慮)、責務を課す

(3)経済的インセンティブ
- 診療所の承継・開業・地域定着支援(緊急的に先行して実施)
- 派遣医師・従事医師への手当増額(保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える)※保険給付と関連の乏しい使途に当たるのではないかとの意見あり
- 医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
  ※これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
- 医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応をさらに検討。

(4)全国的なマッチング機能の支援等
- 医師の掘り起こし、現場体験、医師不足地域の医療機関とのマッチングや定着等のための全国的なマッチング支援

(5)リカレント教育の支援
(6)都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定
(7)医師偏在指標のあり方
(8)医師養成過程を通じた取組
(9)診療科偏在の是正に向けた取組

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



※内科 ・・内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科 ・・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

出典：医師・歯科医師・薬剤師調査、統計

がん診療連携拠点病院制度

令和6年4月現在

都道府県がん診療連携拠点病院	51か所
地域がん診療連携拠点病院	348か所(うち特例型4か所)
特定領域がん診療連携拠点病院※	1か所
地域がん診療病院	61か所
合計461か所	

特例型は、指定要件を満たしていない場合に1年の期間を定めて指定される。

- 全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん医療の均てん化を目指して、各都道府県において整備する。
- 都道府県知事が推薦する医療機関を指定の検討会の意見を踏まえて厚生労働大臣が拠点病院等として指定する。

国



国立がん研究センター

- 国立がん研究センターが事務局となり、都道府県がん診療連携拠点病院と連携し、情報収集、共有、評価、広報を行うための**都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会(国協議会)**を開催する。

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

- 都道府県に原則として1か所整備。
- 都道府県におけるがん対策の中心的な役割を担う。
- 都道府県内のがん診療に係る情報の共有、評価、分析及び発信を行うための**都道府県がん診療連携協議会**を設置する。

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

- がん医療圏に原則として1か所整備。
- 当該がん医療圏におけるがん医療が適切に提供されるよう努める。
- 専門的ながん医療の提供と連携協力体制を整備し、がん患者に対する相談支援及び情報提供を行う。

がん医療圏

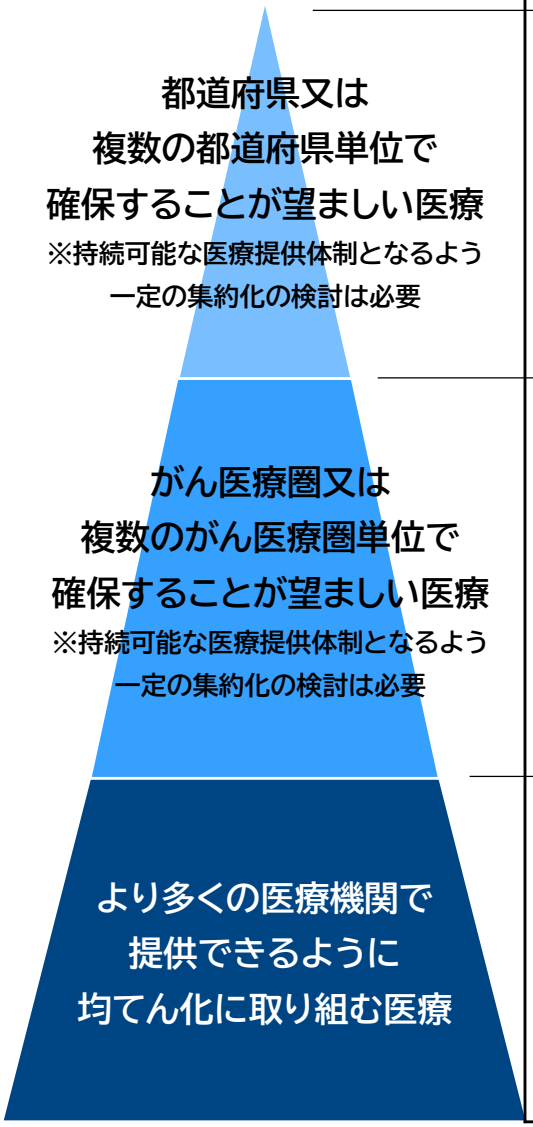


地域がん診療病院

- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

※整備指針では、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域がん診療連携拠点病院を整備できるものとしている。

均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（たたき台）



	診断	手術療法	薬物療法	放射線療法	その他
都道府県又は複数の都道府県単位で確保することが望ましい医療 ※持続可能な医療提供体制となるよう一定の集約化の検討は必要	・小児がん・希少がんの確定診断 ・小児がん・希少がんの病期診断	・高度な手術（例：膵頭十二指腸切除術、食道切除術）	・高度な薬物療法 ・小児がん・希少がんの薬物療法 ・治験	・粒子線治療 ・核医学治療	・妊孕性温存療法
がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で確保することが望ましい医療 ※持続可能な医療提供体制となるよう一定の集約化の検討は必要	・確定診断（例：病理診断等） ・病期診断	・標準的な手術（例：乳房切除術、結腸切除術）	・標準的な薬物療法 ・がんゲノム医療	・強度変調放射線治療を含む放射線療法	
より多くの医療機関で提供できるように均てん化に取り組む医療	・検診				・がんのリハビリテーション ・支持療法 ・緩和ケア

※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんにおける高度な専門性を有する診療等が考えられる。

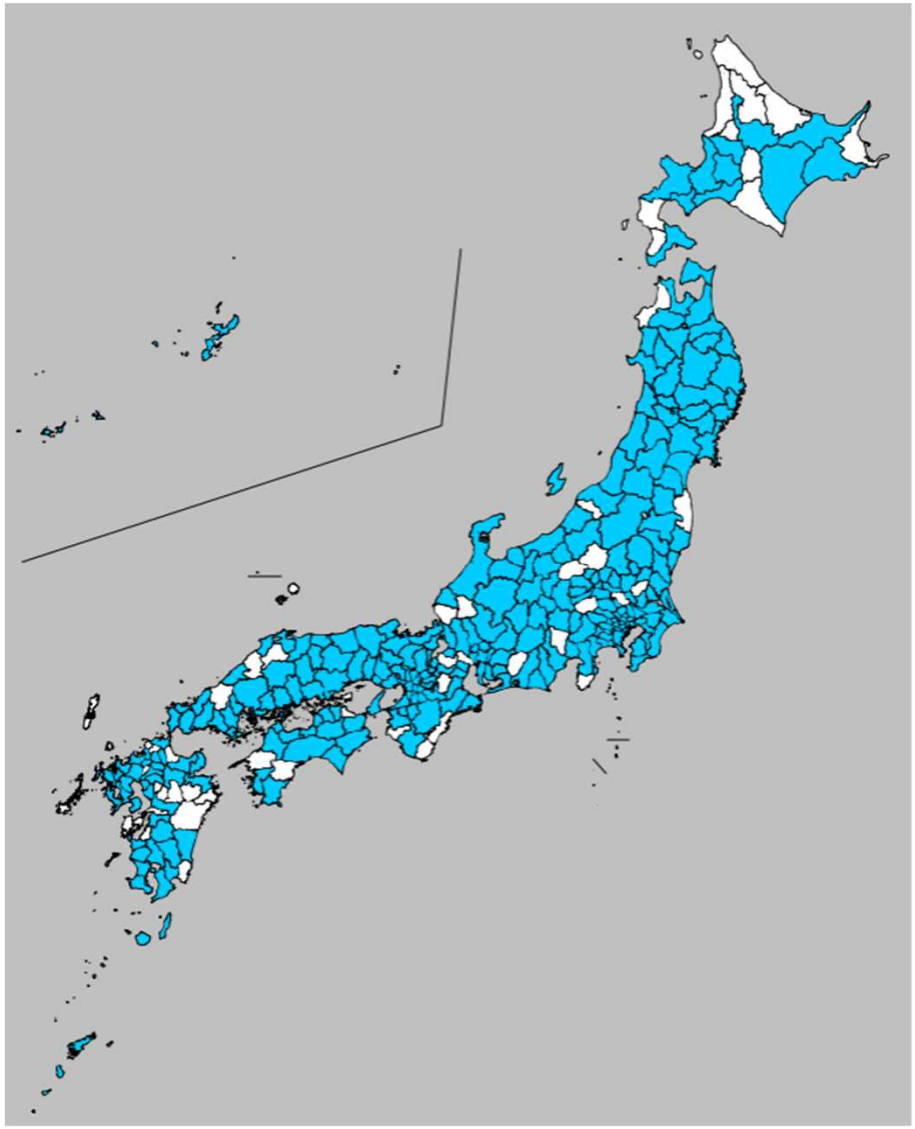
空白のがん医療圏について

がん医療圏

- 都道府県は都道府県拠点病院を1か所、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に基づく医療計画で定めるがん医療圏毎にがん診療連携拠点病院を1か所、それぞれ整備するものとしている。
- また、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に地域がん診療病院を1か所整備できるものとしている。
- 40の都道府県ではがん医療圏は二次医療圏と一致し、7つの県（秋田、石川、三重、兵庫、和歌山、香川、宮崎（※1））では、二次医療圏と異なる独自のがん医療圏を設定している。

空白のがん医療圏

- 令和6年4月時点で、全国336のがん医療圏のうち、日本地図の白抜きで示した**56のがん医療圏**が、拠点病院等がひとつも配置されていない“空白のがん医療圏”となっている。
- 第10回第8次医療計画等に関する検討会において、「次期医療計画の改定にあたり、都道府県に対し、空白の医療圏の患者の受療動向等を勘案し、実情や人口減少等の将来のニーズに即したがんの医療圏の再検討を促してはどうか」としている（※2）。

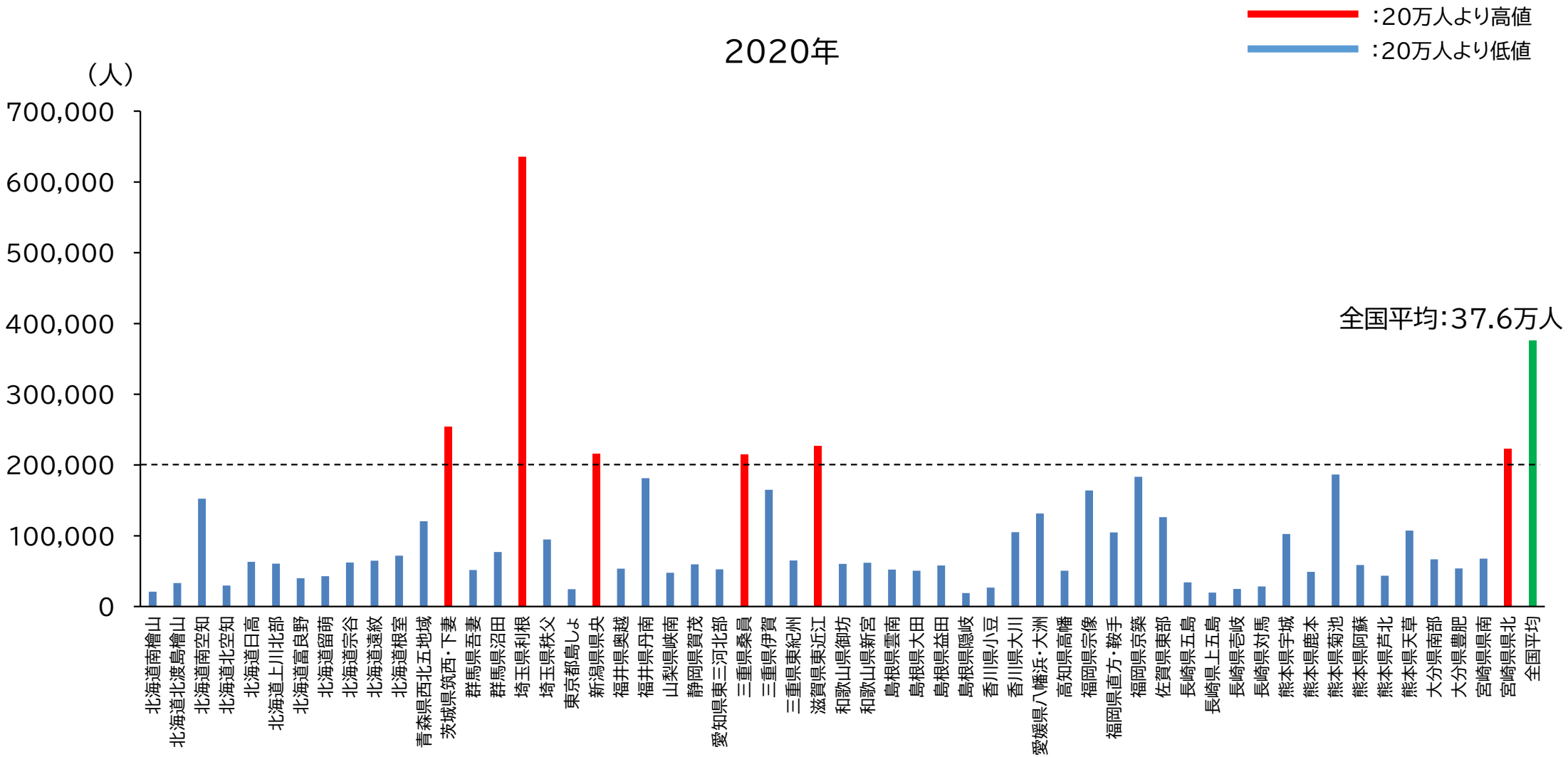


※1　石川、和歌山、宮崎は二次医療圏を統合し、秋田、三重、兵庫、香川は二次医療圏を細分化してがん医療圏を設定している。

※2　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26864.html

空白のがん医療圏における人口

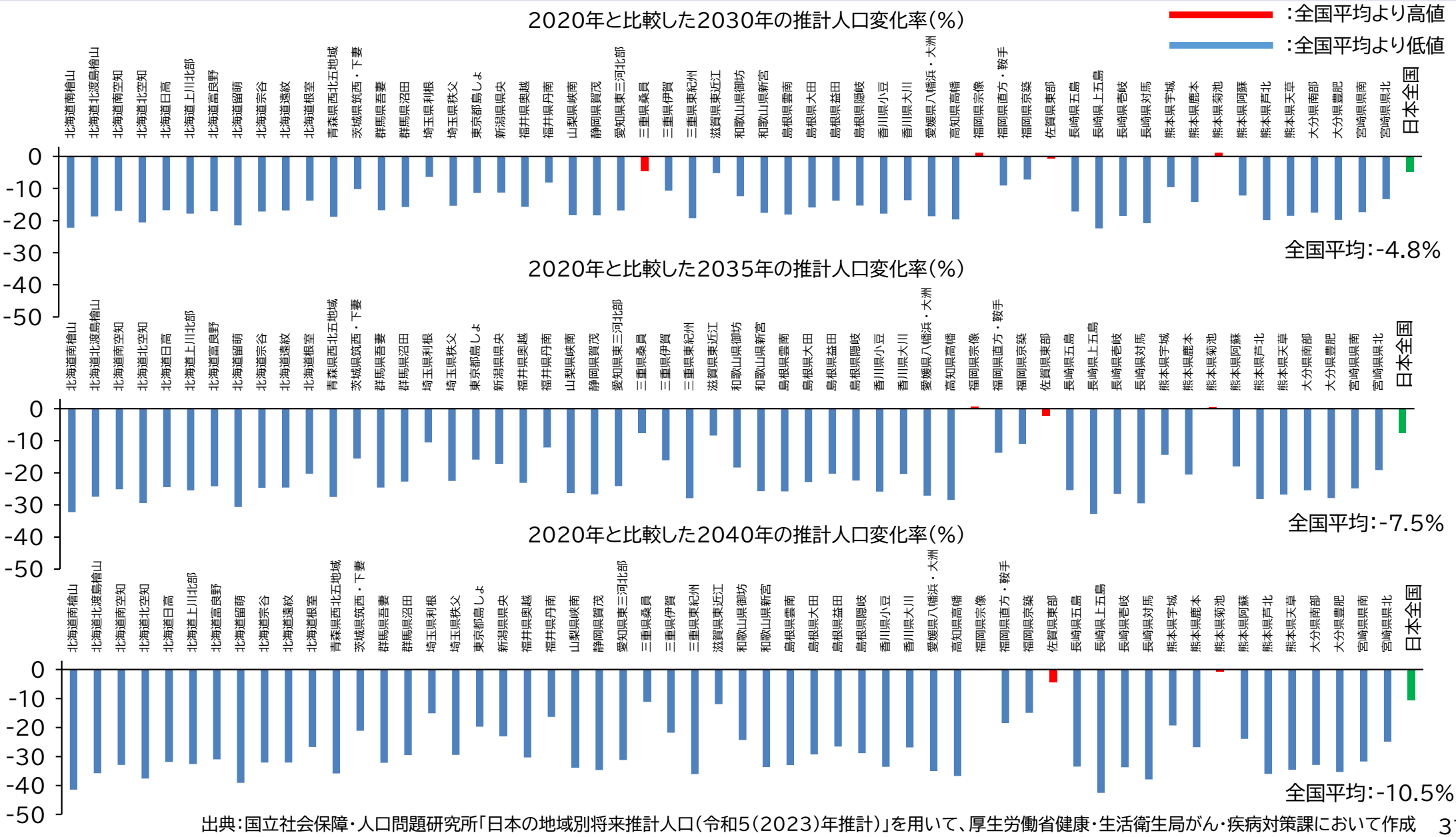
- 大半の空白のがん医療圏は、人口が20万人以下である。



出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

空白のがん医療圏における人口推計

- 空白のがん医療圏における人口を2020年と2030年・2035年・2040年の推計人口と比較すると、大半の空白のがん医療圏で全国平均より大きな人口減少が見込まれる。



出典:国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5(2023)年推計)」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

和歌山県におけるがん医療圏の見直し

- 令和5年度に実施したがん医療圏の見直しにおいて、有田医療圏ではがん医療圏の設定基準である「国又は県指定のがん医療の拠点となる病院の設置」が見込めなくなったため、他の医療圏との統合を決定した。そして、統合先の医療圏を選定するに当たり、全国がん登録で有田医療圏のがん患者の受療動向を確認した結果、和歌山医療圏で初回治療を受けている割合が最も高かったため、和歌山医療圏・有田医療圏を1つの医療圏として設定することとし、令和5年度末に策定した「第八次和歌山県保健医療計画」にその旨を明記した。

[和歌山県におけるがん医療圏の変化]



※有田医療圏におけるがん患者の受療動向

医療圏	手術療法	薬物療法	放射線療法
有田	24.9%	12.7%	-
和歌山	69.6%	80.1%	82.4%
その他	5.5%	7.2%	17.6%
計	100%	100%	100%

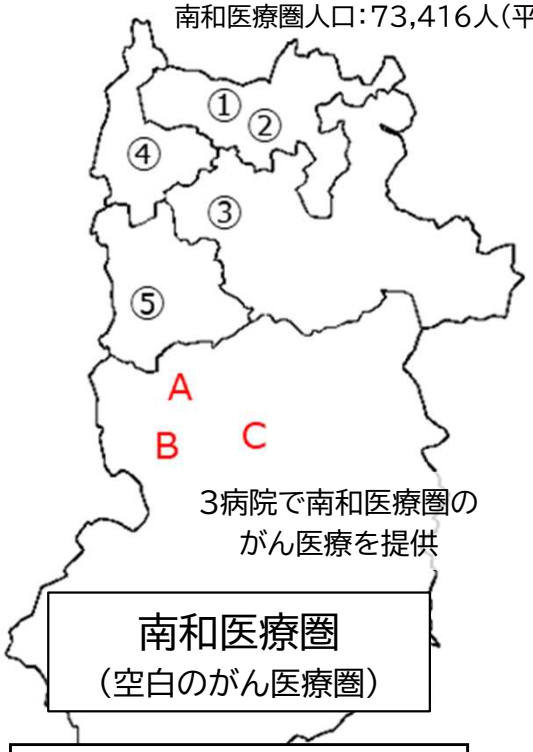
出典：第八次和歌山県保健医療計画を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

奈良県における機能再編による地域がん診療病院設置の例

- 南和医療圏では、拠点病院等がなく多くの患者が他の医療圏で治療を受けていたが、大淀町立大淀病院、奈良県立五條病院、吉野町国民健康保険吉野病院の機能再編を行い、平成28年4月に設置された南奈良総合医療センターにがん医療を集約した。その結果、平成29年4月に同センターが地域がん診療病院に指定され、空白のがん医療圏が解消された。

平成28年迄

南和医療圏人口：73,416人（平成27年10月）



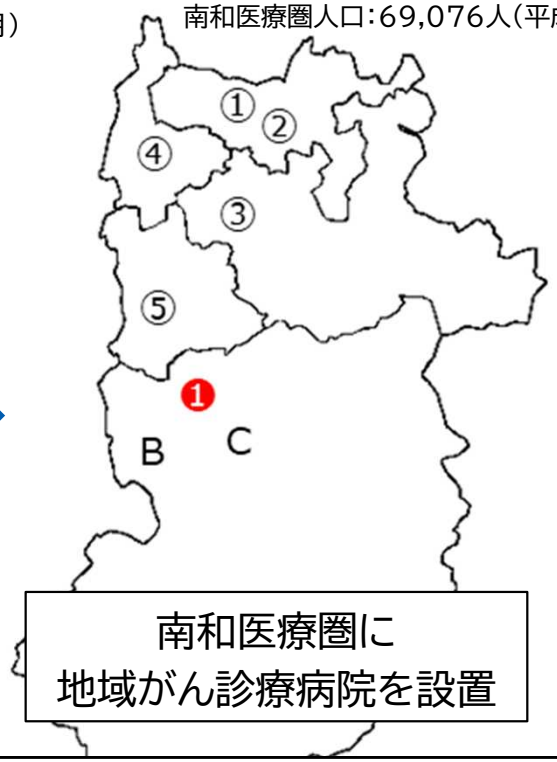
3病院で南和医療圏のがん医療を提供

南和医療圏
（空白のがん医療圏）

①奈良県総合医療センター
②市立奈良病院
③天理よろづ相談所病院
④近畿大学奈良病院
⑤奈良県立医科大学附属病院★
A 大淀町立大淀病院
B 奈良県立五條病院
C 吉野町国民健康保険吉野病院

平成29年以降

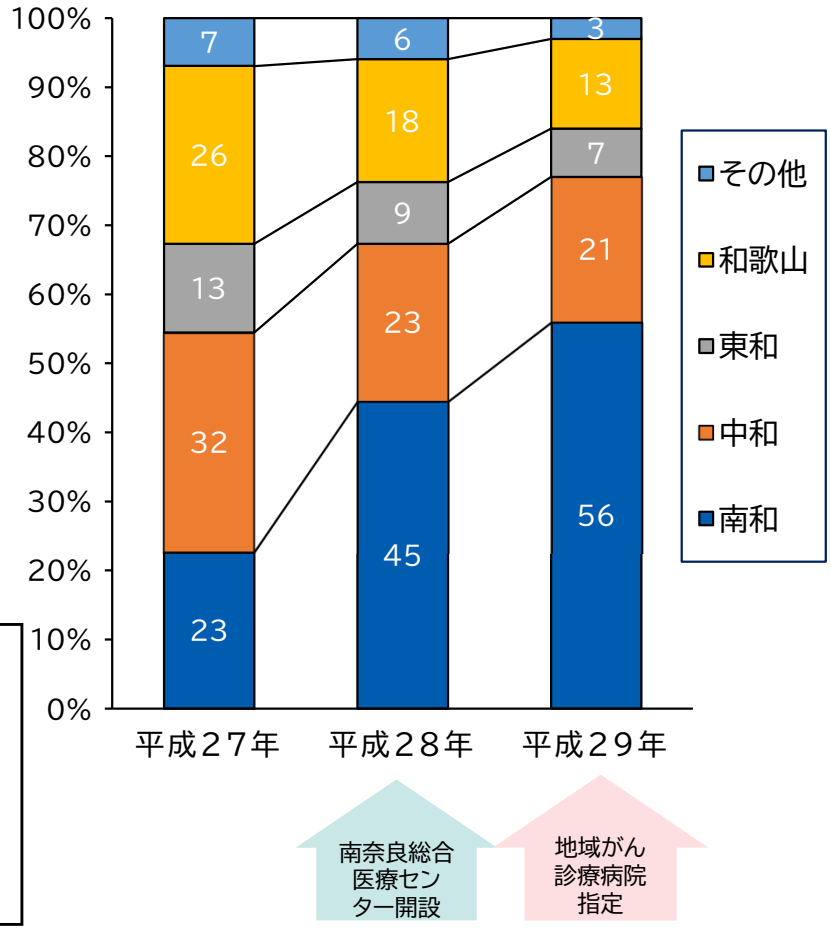
南和医療圏人口：69,076人（平成29年10月）



南和医療圏に地域がん診療病院を設置

①奈良県総合医療センター
②市立奈良病院
③天理よろづ相談所病院
④近畿大学奈良病院
⑤奈良県立医科大学附属病院★
❶南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター
B 南和広域医療企業団 五條病院
C 南和広域医療企業団 吉野病院

南和医療圏在住の5大がん患者の入院先医療圏



出典：南和広域医療企業団 第2期中期計画を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

第４期がん対策推進基本計画に基づく検討会等

がん対策推進協議会

「がん予防」分野

- がん検診のあり方に関する検討会

「がんとの共生」分野

- がんとの共生のあり方に関する検討会
  - がんの緩和ケアに係る部会

「基盤」分野

- 今後のがん研究のあり方に関する有識者会議
- 厚生科学審議会　がん登録部会

「がん医療」分野

- がん診療提供体制のあり方に関する検討会
  - がん診療連携拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
  - 小児がん拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
  - がんゲノム医療中核拠点病院等の指定要件に関するワーキンググループ
- がん診療連携拠点病院等の指定に関する検討会
- 小児がん拠点病院の指定に関する検討会
- がんゲノム医療中核拠点病院等の指定に関する検討会
- 小児・AYA世代のがん患者等に対する妊孕性温存療法に関する検討会

第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料 2
令和７年３月 21 日	

がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理（骨子案）

令和７年３月 21 日
がん診療提供体制のあり方に関する検討会

1. はじめに

○ 我が国において、がんは昭和 56 年より死因の第１位であり、国民の生命と健康にとって重大な問題となっている。そのため、昭和 59（1984）年に策定された「対がん 10 カ年総合戦略」等に基づき、がん対策に取り組んできた。また、がん対策の一層の充実を図るため、平成 18 年６月にがん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号。以下「基本法」という。）が制定され、平成 19 年６月には、基本法に基づき「がん対策推進基本計画」（以下「基本計画」という。）が策定された。

○ 基本計画に基づいてがん対策を総合的かつ計画的に推進してきた。中でも、全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるようがん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を整備し、がん患者等がその居住する地域に関わらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療や支援等を受けられるようがん医療の均てん化を進めてきた。

○ 令和５年３月に策定された第４期がん対策推進基本計画（以下、「第４期基本計画」という。）においては、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての国民とがんの克服を目指す。」を全体目標とし、「がん医療」分野の分野別目標としては「がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる。さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。」ことを掲げ、さらなるがん医療の質の向上を推進するよう取り組んでいる。

○ 2040 年に向けて、我が国では 85 歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が進む中で、医療従事者の確保、地域の必要な医療機能の確保といった課題が顕在化しており、「新たな地域医療構想等に関する検討会」（令和６年 12 月 18 日）において、新たな地域医療構想に関するとりまとめ及び医師偏在対策に関するとりまとめがまとまったところである。がん医療提供体制においても、85 歳以上の高齢者人口が増加する 2040 年を見据え、持続可能ながん医療提供体制の確立は喫緊の課題である。

○　第４期基本計画ではがん医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進するとしており、その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う。」としている。

○　こうした中、がん診療提供体制のあり方に関する検討会では、令和６年 12 月より、2040 年を見据えたがん医療提供体制の構築について議論を行っており、次回第 18 回検討会において議論の整理を行う予定であるため、今回これまでの議論の整理（骨子案）について提示する。

2. がん医療提供体制について

（現状と課題）

○ 我が国においては、2040 年には、85 歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が一層進むことが見込まれる。85 歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、がん治療等の医療資源を多く要する手術を実施するものは少ないという特徴があり、85 歳以上のがん患者における手術療法、化学療法及び放射線治療を実施する割合は、いずれも低下する。

○ 我が国の推計外来がん患者数は増加しているものの、推計入院がん患者数は減少している状況である。推計入院がん患者数の減少は、平均在院日数の短縮等が要因として考えられ、その背景としては、術式の変遷（開腹手術から内視鏡治療等における低侵襲治療の割合の増加）等が影響していると考えられる。今後も、医療需要の変化や低侵襲治療の割合の増加等により、推計入院がん患者数の減少が見込まれる。

○ 国は、がん医療の均てん化を目指して、がん診療連携拠点病院制度を創設し、令和６年４月時点で全国に 461 カ所の拠点病院等を整備してきたが、今後、我が国の地域毎に人口構造が急激に変化していく中で、地域によっては拠点病院等がない空白のがん医療圏が発生している地域も存在する。

○ 新たな地域医療構想に関する取りまとめでは、急性期に関する医療について、「地域の医療需要や医療資源等を踏まえながら、持続可能な医療従事者の働き方や医療の質及び患者の医療機関へのアクセスを確保する観点から、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域ごとに必要な連携･再編･集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる医療機関を確保することが求められる。」とされており、地域毎に均てん化し確保することが望ましい医療についても、圏域の中で医療従事者の働き方等が確保されるよう、連携・再編・集約等のあり方について整理が必要である。

（今後の方向性）

○ 2040 年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、都道府県は拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する必要がある。

3.　がん医療提供体制の均てん化・集約化について

1) 2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方について

〇（「2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方」について、本日の検討会での議論を踏まえて追記）

2) 都道府県がん診療連携協議会（以下「都道府県協議会」という。）でのがん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方について

① 都道府県協議会の体制

- 都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として主体的に都道府県協議会の運営を担う。また、都道府県も事務局に参画し、拠点病院等と連携する。
- 都道府県は、拠点病院等と連携し、都道府県協議会における協議を推進する。
- 都道府県協議会には、拠点病院等、地域におけるがん医療を担う者、患者団体等の関係団体に幅広く積極的な参画を求める。

② 都道府県協議会での協議事項

- 別途国から提供する 2040 年までの人口推計と都道府県内・がん医療圏内の将来のがん患者数、院内がん登録等のデータ、及び 3.1)2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等を踏まえ、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について分析する。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化する。
- 都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療について、均てん化・集約化の推進状況（受療動向の変化等）を院内がん登録等の情報を用いて継続的にフォローアップする。
- 2040 年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、空白のがん医療圏を中心に、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討する。
- がん患者が、安全かつ質の高い治療を適切なタイミングでアクセスすることができるよう、都道府県内の個別医療機関ごとの診療実績を院内がん登録等の情報を用いて一元的に発信することを検討する。

③　都道府県協議会事務局の役割

- 別途国から提供される都道府県協議会での議論に資するデータの整理と都道府県協議会への提供を行う。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論が出来るように考慮する。
- 都道府県内におけるがん医療の均てん化・集約化に係る医療機能の役割分担について必要な調整を行う。
- 都道府県内在住のがん患者が、安全かつ質の高い治療を適切なタイミングでアクセスすることができるよう、都道府県内の個別医療機関ごとの適切な一元的情報発信を行う。

参考

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針

（健発 0801 第 16 号厚生労働省健康局長通知（令和４年８月１日）【抜粋】

Ⅰ がん診療連携拠点病院等の指定について

（略）

３ 都道府県の全ての拠点病院等は、協働して都道府県協議会を設置し、都道府県拠点病院は中心的な役割を担うとともに、他の拠点病院等は都道府県協議会の運営に主体的に参画すること。また、拠点病院等の他、地域におけるがん医療を担う者、行政、患者団体等の関係団体にも積極的な関与を求めること。

〈都道府県協議会の主な役割〉

（１）国のがん対策基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん対策推進計画等における患者本位のがん医療を実現する等の観点から、当該都道府県における対策を強力に推進する役割を担うこと。

（２）都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。

① 地域の実状に応じて、以下のアからケを参考に医療機関間の連携が必要な医療等について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。

ア 一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法

イ 集約化することにより予後の改善が見込まれる手術療法

ウ 強度変調放射線療法や密封小線源療法、専用治療病室を要する核医学治療等の放射線治療、高度で特殊な画像下治療（ＩＶＲ）

エ 緩和ケアセンター、緩和ケア病棟、ホスピス、神経ブロック、緊急緩和放射線治療等の緩和医療

オ 分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ 小児がんの長期フォローアップを行う体制

キ ＡＹＡ世代（注１）のがんの支援体制

ク がん・生殖医療（別途実施されている「小児・ＡＹＡ世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施。）

ケ がんゲノム医療

② 地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定の組み合わせを調整・決定すること。

③ 都道府県内の拠点病院等の院内がん登録のデータやがん診療、緩和ケア、相談支援等の実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、各都道府県とも連携し、Quality Indicator を積極的に利用するなど、都道府県全体のがん医療の質を向上させるための具体的な計画を立案・実行すること。併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて都道府県内のがん関連情報収集や利活用等の推進に取り組むこと。

④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。

⑤ 当該都道府県における特定機能病院である拠点病院等と連携し、地域におけるがん診療に従事する診療従事者の育成及び適正配置に向けた調整を行うこと。

⑥ Ⅱの４の（３）に基づき当該都道府県における拠点病院等が実施するがん医療に携わる医師等を対象とした緩和ケアに関する研修やその他各種研修に関する計画を作成すること。

⑦ 当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、がん相談支援センター、セカンドオピニオン（注２）、患者サロン（注３）、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。

⑧ 国協議会との体系的な連携体制を構築すること。

⑨ 国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での協議事項が確実に都道府県内で共有・実践される体制を整備すること。

⑩ 感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるＢＣＰ（注４）について議論を行うこと。

⑪ 地域における医療情報の共有の取組について、がんの分野からも検討し、体制整備に取り組むこと。

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料3
令和7年3月21日	

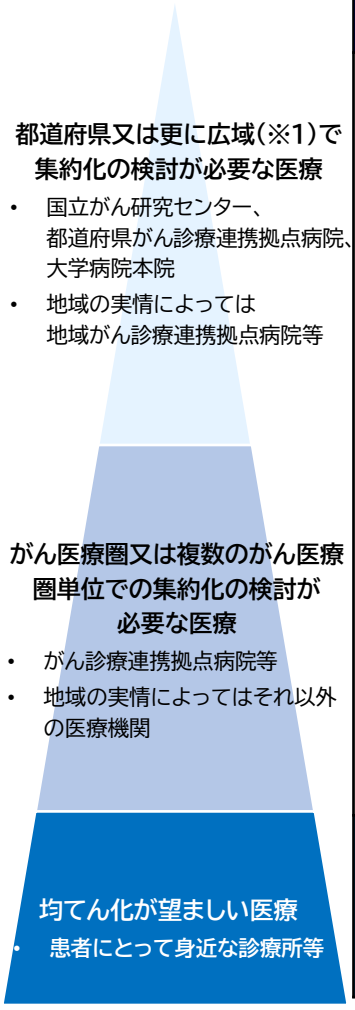
一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

一般社団法人日本癌治療学会

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）
：手術療法（消化器・呼吸器・乳腺・婦人科・泌尿器）



基本的な考え方

集約化の考え方

（医療技術の観点）

- がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。
- 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。

（医療需給の観点）

- 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。

※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。

均てん化の考え方

- がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。

対象となる医療行為例（手術療法）（※2）

【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】：●希少がんの手術療法

【都道府県で集約化の検討が必要な医療】：●高度な手術療法

消化器	呼吸器	乳腺	婦人科	泌尿器
➢ 食道切除術 ➢ 膵頭十二指腸切除術 ➢ 膵全摘術 ➢ 高難度な肝切除 ➢ 食道がんに対する光線力学療法（PDT）	➢ 他臓器合併切除を伴う肺癌切除 ➢ 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢ 肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢ 血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢ 頸胸境界領域の悪性腫瘍	➢ 遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢ 乳房再建（自家組織再建建、Volume replacement ステップ2） ➢ 乳がん切除（ロボット手術、内視鏡手術） ➢ 乳がんに対するnon-surgical ablation therapy	➢ 広汎子宮全摘	➢ ロボット支援腹腔鏡下 膀胱全摘術 ➢ ロボット支援腹腔鏡下 腎部分切除術（高難度のもの） ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ 後腹膜リンパ節郭清術 ➢ 後腹膜悪性腫瘍手術

【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】：●一般的な手術療法

消化器	呼吸器	乳腺	婦人科	泌尿器
➢ 胃全摘 ➢ 直腸低位前方切除術 ➢ 幽門側胃切除 ➢ 結腸部分切除 ➢ 食道・胃・大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術（EMR/ESD） 等	➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍 ➢ 胸壁腫瘍 等	➢ 乳房切除 等	➢ 卵巣がん ➢ 子宮頚・体がん手術 等	➢ ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ➢ ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（通常難度のもの） ➢ ロボット支援腹腔鏡下 腎・尿管全摘除術 ➢ 腹腔鏡下 根治的腎摘除術 ➢ 経尿道的 膀胱腫瘍切除術 ➢ 尿路変向術・腎ろう造設術 等

- がんのリハビリテーション
- 支持療法
- 緩和ケア
- がん検診
- 排尿管理（尿道カテーテル、尿路ストーマの管理）

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。
（※2）今後内視鏡治療についても検討していく

集約化における基本的な考え方（手術療法の視点）

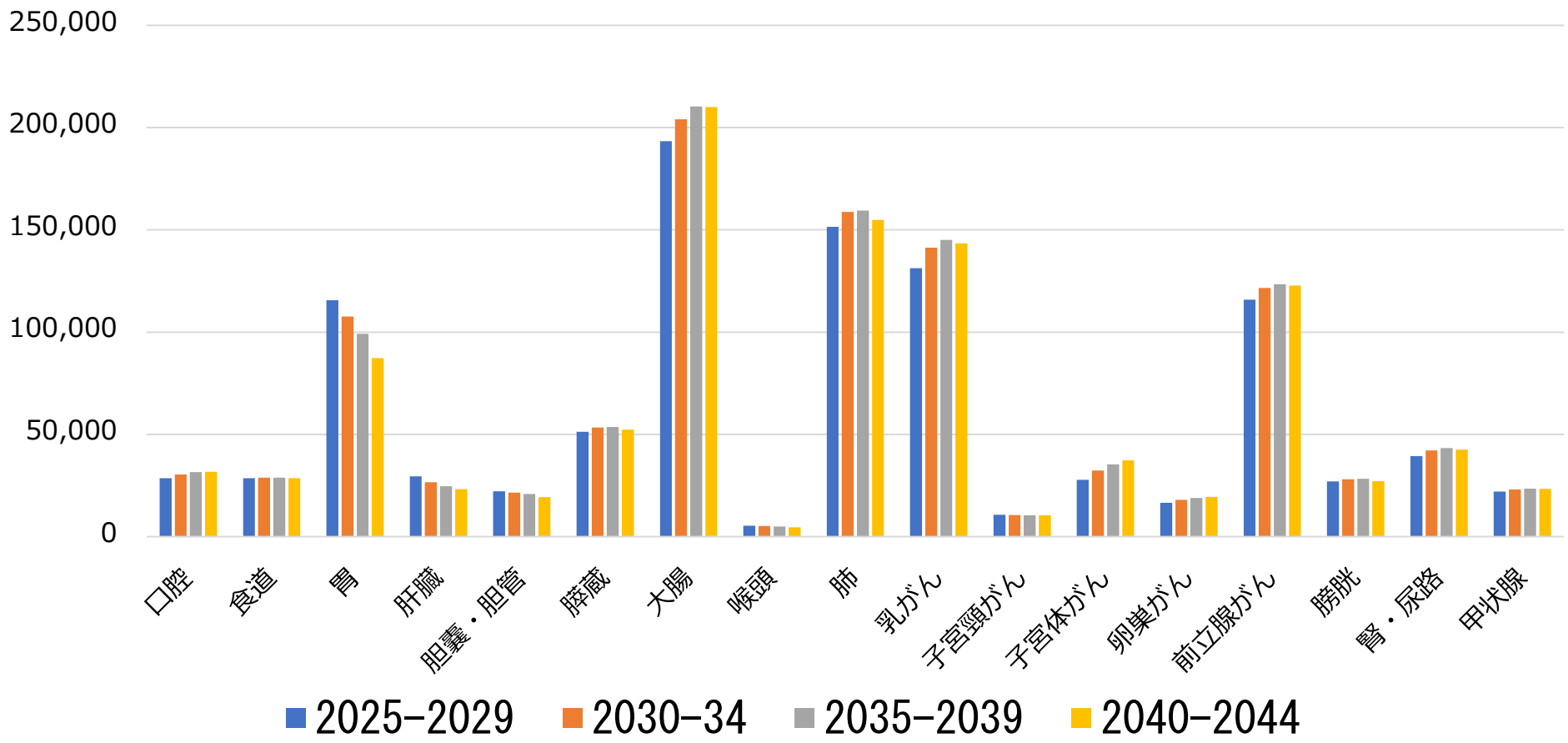
- 手術（術式）においては、技術的難度、希少性、施設の体制（ICU、メディカルスタッフ、診療科連携）などの点から、症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術がある。前者においては集約化が推奨され、後者に対しては可能な範囲で均てん化を進めることができる。この関連性については、NCDや院内がん登録、学会によるがん登録などから必要な情報を入手できることがある。また、学会の専門医修練認定施設には症例数の基準が示されていることがあるので参照できる。日本全体の動向を見ながら、都道府県や地域の実情をあわせてゆく必要がある。
- 人口多数と少数地域で同じ基準で均てん化、集約化を進めることは難しい。地方では限られた資源を有効に配分して均てん化、集約化を目指す努力が必要である。一方都市部への医師偏在が問題となっており、都市部ではより高いレベルでの集約化をすすめ人材の効率化をはかる必要がある。
- 手術の場合は、周術期管理や緊急対応の点から外科医特に若手医師のマンパワーに依存する部分が大きい。今後、外科医不足が深刻になることが予想されており、人員配置や育成も考慮した一層の集約化が期待される。
- 多くの臓器の進行がんでは、手術、薬物療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療が必要となることが多い。高度な知識と経験を要する領域なので一定の集約化が必要になると考える。
- 希少癌はその発生頻度より集約化が必要であるが、施設の規模よりも医師の専門性に依存することが多い。医師の専門性は一般的ながんの統計では不明なことは多いので、都道府県や拠点において積極的に情報共有することが必要である。
- 薬物療法は、薬物療法専門医が医療圏に充足しておらず、外科医が担当している現状がある。薬物療法は外来で施行されることが多く、地域でも一定のレベルを保つ必要がある。都道府県と二次医療圏、内科医と外科医の連携が必要になってくる。

集約化における具体的検討事例：消化器がん領域

- 手術としての難易度、mortalityに関する点：手術難度では、食道切除再建・胃全摘・低位前方切除・膵頭十二指腸切除、亜区域以上の肝切除は高難度手術として扱われてきた。食道・胃・大腸・肝胆膵の全てにおいてハイボリュームセンターの方が術後のmortalityに関する成績が良いというデータがある。
- 疾患頻度の問題：食道切除再建：6000件/年、膵頭十二指腸切除：12000件/年、亜区域以上の肝切除：6800件/年(NCD 2020)であり、これらは該当学会や外科医側の自律的な活動により、集約化はすでに進んできていると考えられる。ただ、成績の向上のために地域の医療体制を踏まえた更なる集約化を念頭においた施策はありうるのではないか。胃・大腸領域の集約化は幽門側胃切除29000件/年、胃全摘11000件/年（合計４万件）、結腸部分切除30,000件/年、低位前方切除20,000件（合計5万件）については、胃全摘・低位前方切除等の一部術式を念頭においた集約化を検討してもよいのではないか。ただし、胃がんにおいては従来型の胃がんの手術の減少と今後増加が予測される食道胃接合部癌に関しては注意を要する。食道胃接合部癌の手術は食道がんの切除再建の手術を一定程度行っている施設における施行が望ましい。この様な背景に加えてアクセシビリティと成績のバランスは最も重要な視点であろう。地域における院内がん登録のデータ等と医療圏の関連や今後の人口動態の予測などきめ細かいデータ解析に基づいた検討を要する。
- 医療提供側の問題：2040年には現状からの予測では65歳以下の日本消化器外科学会会員は６０％を切る。このままでは手術に関するがんの診療提供体制の基盤が揺らぐ。現在、働き方改革の普及、女性消化器外科医の支援や若手消化器外科医への技術支援体制の強化、初期研修医・医学生への広報等を学会挙げて行っているところではあるが、消化器外科手術の施行施設の集約化・重点化とそれに伴うインセンティブ付与などに関する国からの支援をお願いしたい。消化器外科手術の集約化・重点化は手術の短期成績の向上のみならず、若手外科医の短期育成や働き方改革の推進を可能とする。
- 都会では患者搬送に時間がかからないので集約する必要がなくても、地方では搬送時間がかかれば緊急対応ができる施設は逆に一定程度の均てん化が求められる。例えば、最近増えている閉塞性や穿孔性の大腸がんなどでは、根治手術は低侵襲治療ができる施設に集約しても良いかと考えるが、人工肛門造設やステント挿入などは地方でもできなければ救命に繋がらないと考える。

本邦におけるがんの罹患数の将来予測

出典：集計表ダウンロード：[国立がん研究センター　がん統計]



胃や肝臓がんは減少傾向であるが、極端に減少するがん種はなく、2040年まではがんの手術の必要性が極端に減じることはないであろう。

欧米諸国による消化器外科領域の集約化の現状とその効果

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

欧米諸国による消化器外科領域の集約化の対象疾患と最小必要症例数

	国名/疾患臓器	食道	膵臓	肝臓	直腸
1	オーストリア	10	10	10(20:2018)	10(15:2018)
2	ベルギー	ー	ー	ー	ー
3	チェコ共和国	ー	ー	ー	ー
4	デンマーク	80-100	>100	>200	>120
5	イギリス(UK)	60	80	150	ー
6	フィンランド	ー	ー	ー	ー
7	フランス	30	30	30	30
8	ドイツ	10	10	ー	ー
9	ギリシャ	15	20	30	ー
10	ハンガリー	10	20	30	20
11	アイルランド	ー	ー	ー	ー
12	イタリア	20	50-100	20	50
13	ノルウェイ	10	10	20	20
14	ポーランド	ー	ー	ー	ー
15	ポルトガル	20	20	20	20
16	ルーマニア	ー	ー	ー	ー
17	スペイン	6	11	11	15
18	スウェーデン	ー	ー	ー	ー
19	スイス	10	10	10	10
20	オランダ	20	20	20	20
21	カナダ	7	20	50	ー
22	アメリカ	20	20	ー	20

消化器外科の集約化に向けてのコンセンサス形成

・消化器外科の集約化に向けてのコンセンサス形成を目的に欧米２２か国を代表的する外科医が集まり、議論の。

・15か国（６８%）で集約化に向けての**ハイボリュームセンター(HVC)**を規定する症例数が決定されている。６か国で法制化。

・食道、膵臓、肝臓、直腸などの難度の高い手術が選ばれている。

・現時点ではHVCの最低症例数に関するコンセンサスはなく、各国の背景や症例数などを考慮して決定されている。

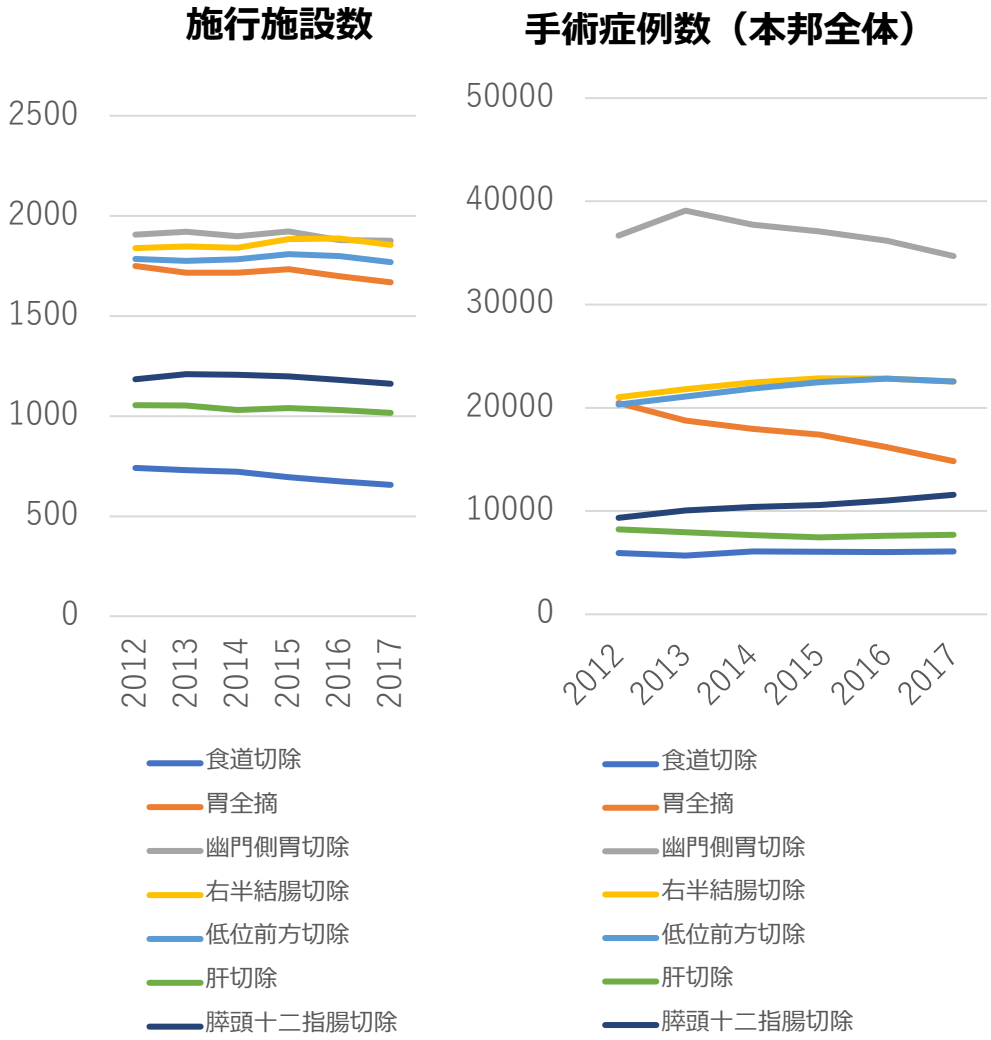
・集約化の効果に関しては
1．高難度手術の短期成績の向上に資する。
　術後合併症の発生率、死亡率の低減、在院日数の短縮。
2．医療の質の向上、医療経済面からも効果あり。
3．専攻医や専門医の労働時間の制限下では
　その育成の上から、短期間に多くの症例を経験できる
　体制は極めて重要。

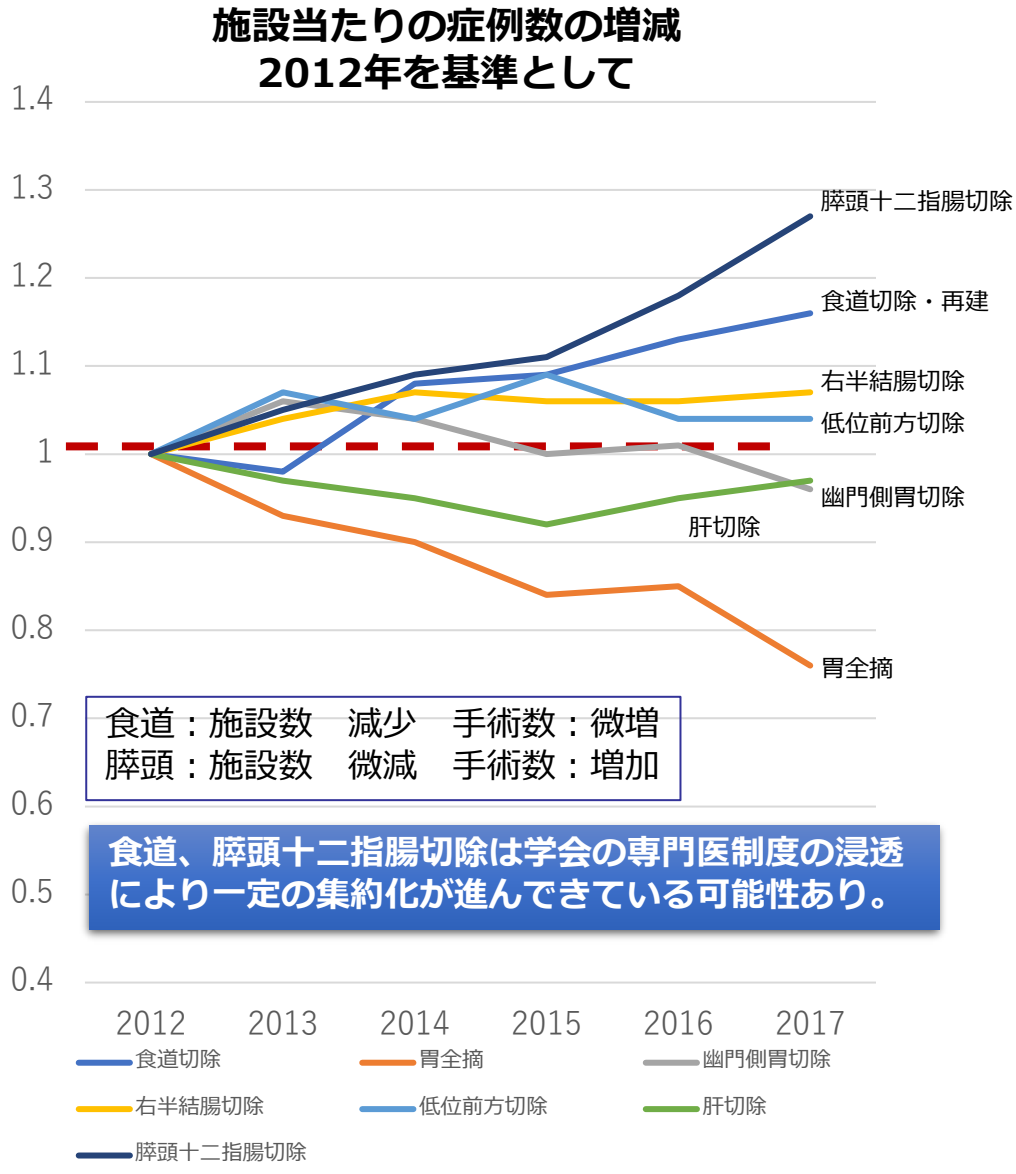
：**HVCにおける最小必要症例数が規定されている国。**

Vonlanthen R, et al. Ann Surg 2018: 268: 712-24

本邦における主要消化器外科術式の施設当たりの症例数の推移

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology





Seto Y, et al. Ann Gastrointestinal Surg 2019; 3: 340-2

本邦での消化器がん（消化管）における集約化の対象となりうる手術術式
～手術術式別の年間施行数（2022年）術後の合併症、術後30日死亡率～

領域	臓器	難度	術式	症例数	術後合併症(%)	術後死亡率(%)
上部消化管	食道	高	食道切除・再建	6,193	23.0	2.8
	胃	高	胃全摘（噴門側胃切除含む）	10,010	12.5	2.2
		中	幽門側胃切除	28,771	7.5	1.1
下部消化管	結腸	中	結腸部分切除（S状結腸含む）	30,536	6.3	0.9
		中	回盲部切除（悪性）	15,488	4.9	0.9
	直腸	高	直腸切断術（悪性）	4,909	12.3	0.6
		高	低位前方切除術	20,403	10.4	0.6
		高	骨盤内臓器全摘術	454	32.4	1.8
		中	高位前方切除	11,841	5.6	0.6
		中	直腸・肛門悪性腫瘍切除術（経肛門的）	2,198	7.2	1.4

Ito S, et al. Ann Gastroenterological Surg 2024.

高難度手術：術後合併症＞10%または術後死亡率＞2% ⟹ 集約化の対象としてはどうか？

本邦での消化器がん（肝胆膵）における集約化の対象となりうる手術術式
～手術術式別の年間施行数（2022年）術後の合併症、術後30日死亡率～

領域	臓器	難度		症例数	術後合併症（%）	術後死亡(%)
肝胆膵	肝	高	肝切除術（外側区域を除く亜区域以上）	9,147	12.9	1.6
		中	肝切除術（部分）	12,492	6.4	0.5
		中	肝切除（外側区域）	1,382	5.2	0.7
	胆	高	胆嚢悪性腫瘍手術 （単純胆嚢摘出術を除く）	1,039	11.8	0.5
		高	胆管悪性腫瘍手術	1,108	21.3	5.7
	膵	高	膵頭十二指腸切除	11,764	24.1	1.6
		高	膵体尾部切除術（悪性）	5,091	20.0	0.7
		高	膵全摘術	635	15.7	3.0

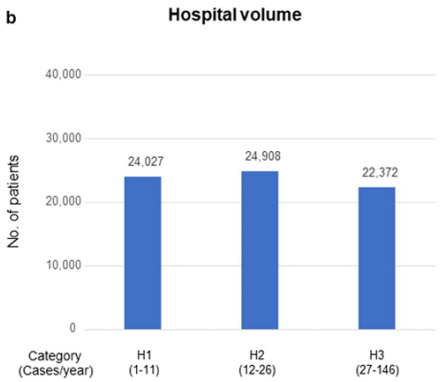
Ito S, et al. Ann Gastroenterological Surg 2024.

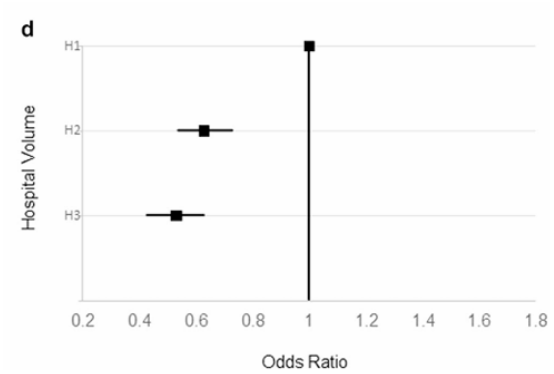
高難度手術：術後合併症＞10%または術後死亡率＞2% ⇒ 集約化の対象としてはどうか？

胃がんと直腸がんに対する胃全摘・低位前方切除術における術後短期成績とhospital volumeに関するエビデンス

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

胃全摘における施設別年間症例数(hospital volume)と短期成績





	Surgeon volume		Hospital volume	
	Odds ratio	*P* value	Odds ratio	*P* value
Surgeon volume				
S1	1.29 (1.01–1.64)	0.043	–	–
S2	1.03 (0.80–1.32)	0.802	–	–
S3	Ref		–	–
S4	0.67 (0.30–1.52)	0.338	–	–
Hospital volume				
H1	–	–	Ref	
H2	–	–	0.61 (0.53–0.71)	<0.001
H3	–	–	0.51 (0.43–0.61)	<0.001

胃がんに対する胃全摘71,307例の解析。年間12例以上の胃全摘を行う施設では有意に11例未満の施設に比べ、術後死亡率が低かった。（2011-15:NCD研究）

Iwatsuki M, et al. Gastric Cancer (2021) 24:526–34

低位前方切除(LAR)施設別年間症例数(hospital volume)と術後在院死亡率

開腹低位前方切除(n=8,335)

施設別LAR症例数(4年)	N(%)	オッヅ比	95%信頼区間	P値
Low(1-31)	21(0.62)	Reference		
Middle(32-55)	12(0.52)	0.84	0.40-1.79	0.654
High(56-91)	6(0.35)	0.59	0.23-1.57	0.294
Very high (92-444)	5(0.51)	0.84	0.28-2.50	0.760

腹腔鏡下低位前方切除(n=29,486)

施設別LAR症例数(4年)	N(%)	オッヅ比	95%信頼区間	P値
Low(1-31)	25(0.41)	Reference		
Middle(32-55)	16(0.22)	0.54	0.28-1.03	0.063
High(56-91)	13(0.17)	0.41	0.20-0.82	0.012
Very high (92-444)	10(0.12)	0.33	0.15-0.72	0.005

直腸がんに対する低位前方切除術37,821例の解析。施設の症例数別の術後在院死亡率において開腹アプローチでは差はなかったが、腹腔鏡下手術では症例数の多い施設で術後死亡率が低かった。（2014-17:DPC研究）

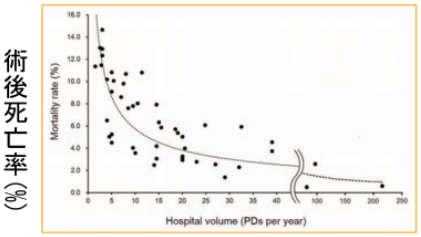
Oba T, et al. Dig Surg (2023) 40:39–47

集約化して提供した方が、質の高いがん医療を提供することが可能とした根拠

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

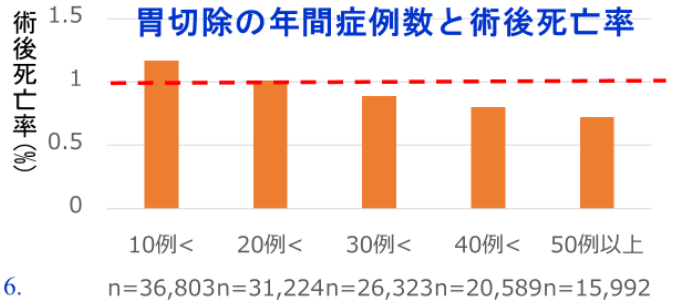
日本消化器外科学会　※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術

高度ながん手術における施設当たりの手術症例数と短期成績
–集約化によって見込まれる短期成績の向上–



年間の当該手術数

Hata T, et al. Ann Surg 2016.



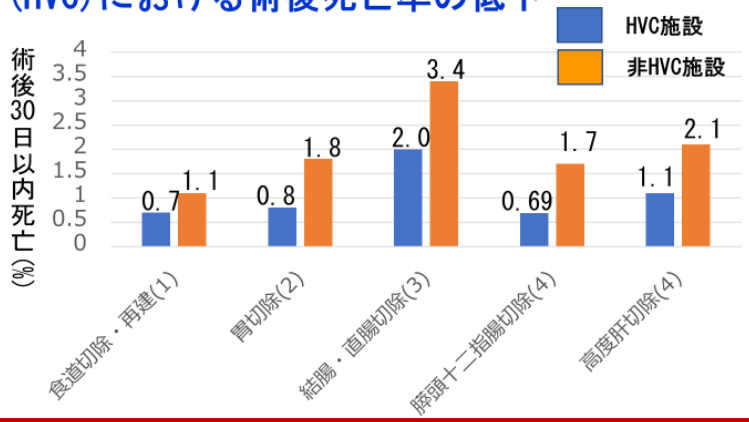
超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。

厚生労働科学特別研究事業
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究
（藤原俊義ら、2020）

年間手術数の多いハイボリュームセンター（HVC）における術後死亡率の低下

対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター（HVC）の基準 成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(1) Motoyama S, Esophagus 2020.
(2) Kakeji Y. NCD data.
(3) Kobayashi H, et al. Ann Gastroenterol Surg 2020.
(4) Mise Y, J Hepatobiliary Pancreat Sci 2023.



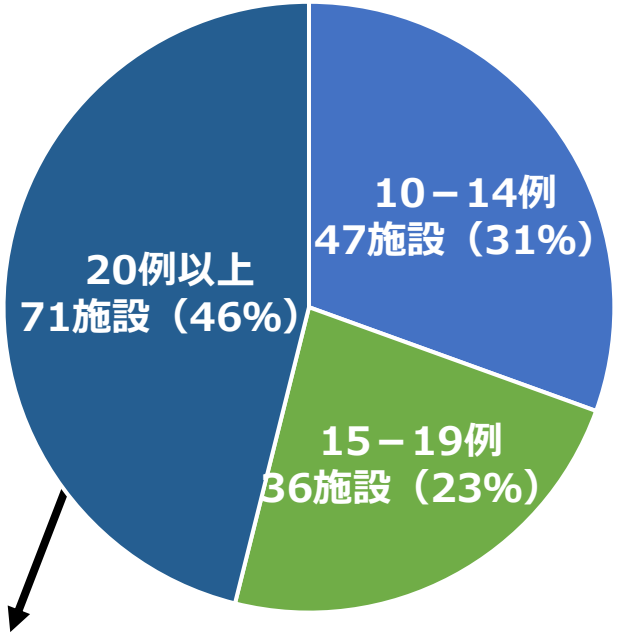
消化器領域の癌に対する手術は、ハイボリュームセンターで重点化して行う方がよりよい成績が得られる可能性。

49

出典：第７回医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会資料：https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/001322762.pdf

院内がん登録 2022 食道がん手術

年間手術症例10例以上　全国154施設



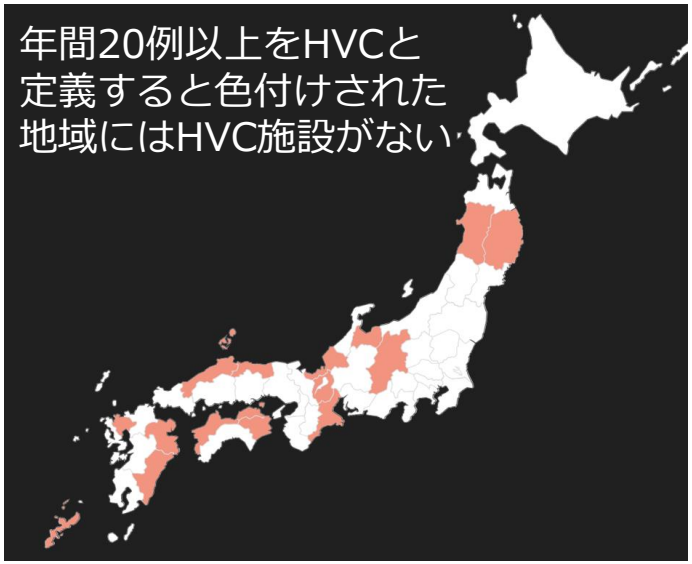
多くの施設が首都圏、名古屋、大阪周辺に集中。



地域分布から見たハイボリュームセンター（HVC）の症例数設定

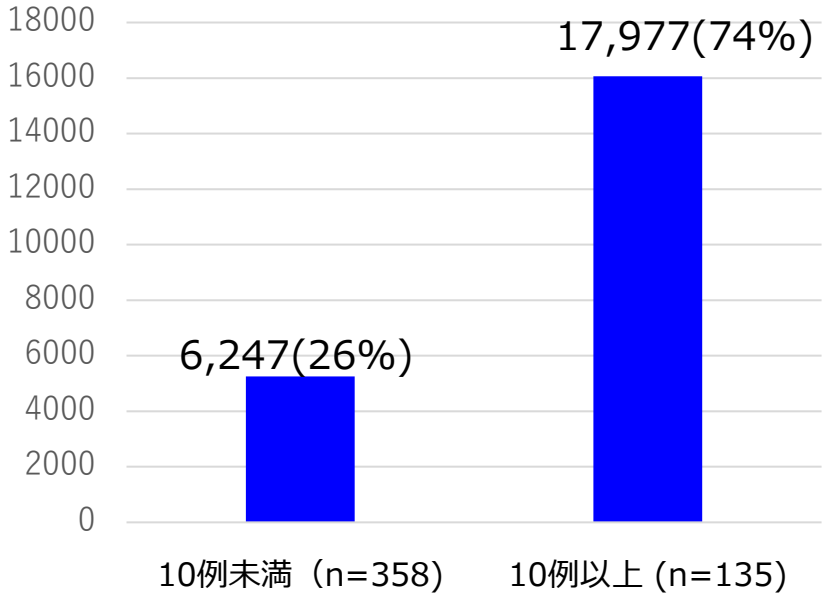
10例以上をHVCと定義すると
各都道府県に最低1施設以上
HVCが配置される

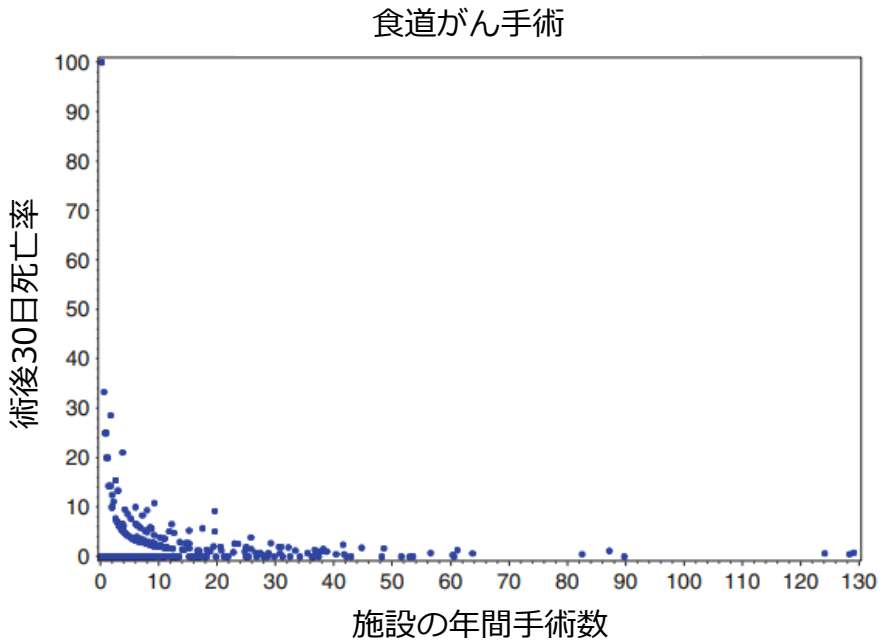




**浜松医科大学、日本食道外科学会理事長
竹内裕也先生のご提供、一部改変。**

食道がん手術：わが国における施設の年間手術数と手術死亡率





	Hospitals	Patients	Mortality (%) Mean	S.D.	C.V.	Odds ratio	95% LCL	95% UCL	r p-value
1: 1-4	263	3116	2.41	8.12	336.8	3.23*	2.02	5.15	-0.082
2: 5-9	95	3131	2.03	2.66	131.0	3.59*	2.28	5.65	p=0.067
3: 10-14	45	2648	1.30	1.66	127.2	2.31*	1.37	3.90	
4: 15-19	25	2071	1.56	2.38	152.5	2.82*	1.37	5.81	
5: 20-29	24	2914	1.01	1.12	111.9	1.65	0.91	3.00	
6: 30-39	19	3215	0.79	0.73	92.9	1.33	0.77	2.29	
7: 40-	22	7129	0.60	0.68	111.9	1.00	-	-	

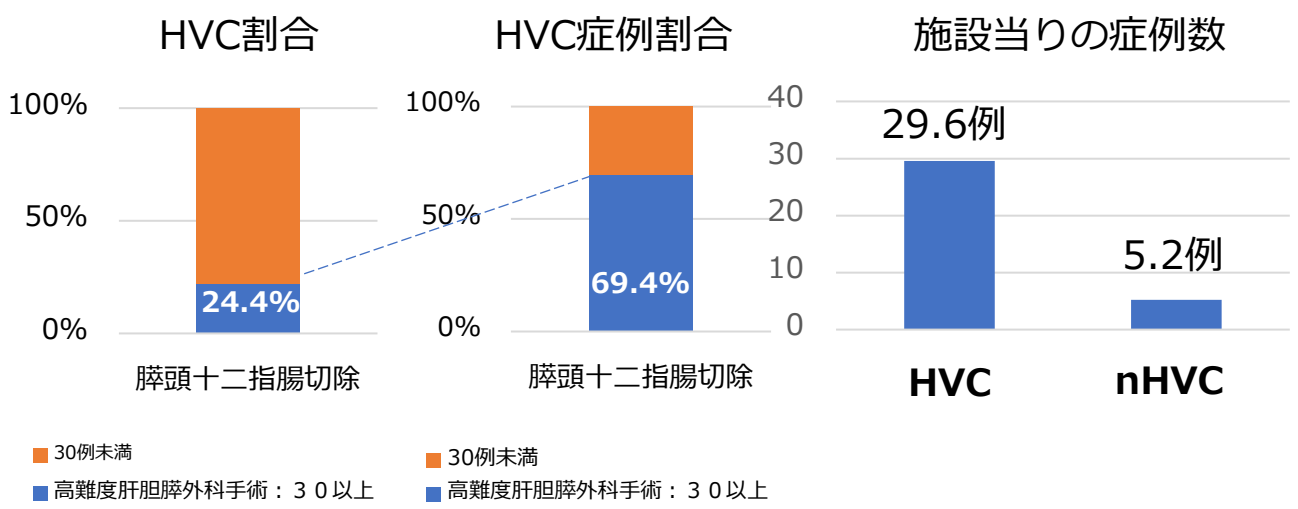
年間10例以上の135施設は全体の27%。
74%の食道がん切除が行われ、成績は良好である。全ての都道府県をカバーする配置が可能。

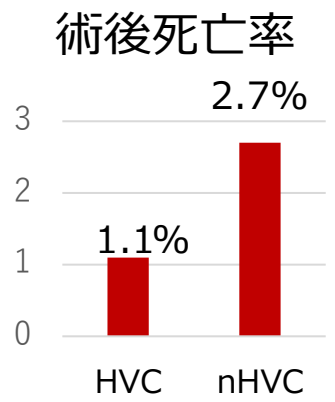
Sakata R, et al. Gen Thorac Cardiovasc Surg **2012:**60; 625-38.

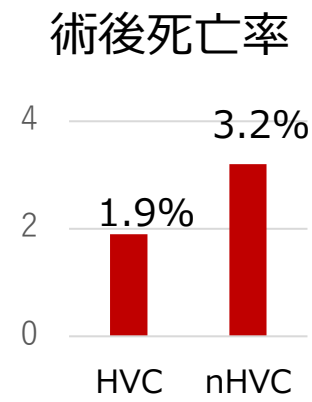
肝胆膵外科領域のHVC集約化の現状と短期手術成績

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

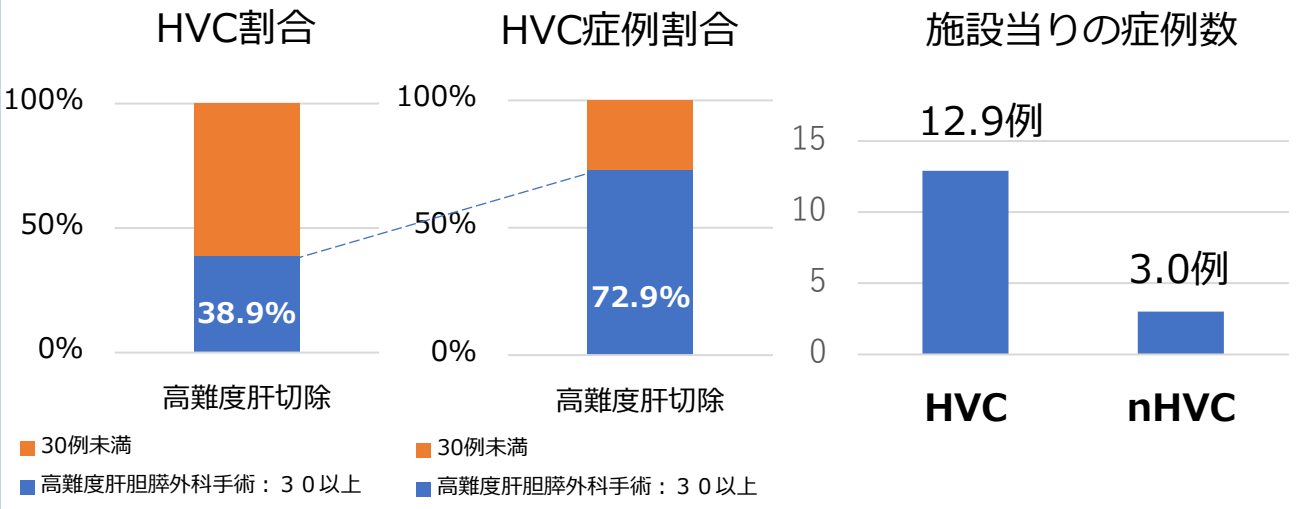
膵頭十二指腸切除

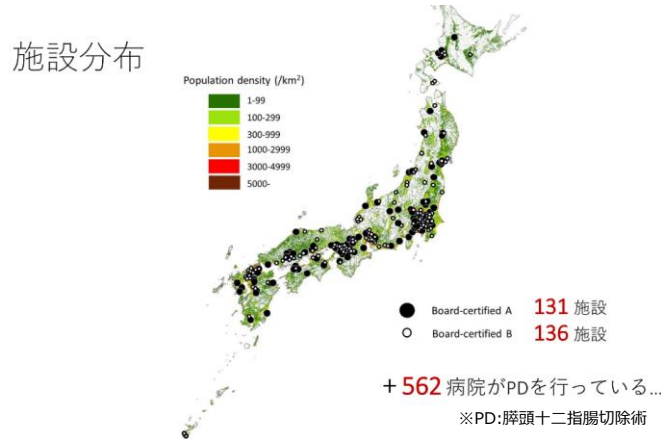






高難度肝切除





HVC:年間高難度肝胆膵外科手術30例以上

現状におけるハイボリュームセンター(HVC)のイメージ

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

術式	年間手術数 （人口100万人あたり）	ハイボリュームセンター(HVC)
食道がん		**10例以上（平均44例）#**
食道切除・再建	50	
HVC数		**1.1(90万人に１施設)**
胃がん		**30例以上(平均54例)▲**
胃全摘（噴門側胃切除含む）	81	
幽門側胃切除	232	
HVC数		**5.8（17万人に１施設）**
大腸がん		**50例以上(平均108例）#**
結腸手術	439	
直腸手術	651	
HVC数		**10.1（9.9万人に1施設）**
肝胆膵がん		**30例以上（平均79例）●**
膵頭十二指腸切除	95	
高難度肝切除術	74	
HVC数		**2.1（48万人に1施設）**

#：院内がん登録より算出。▲: NCD。●: Mise Y, et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2023 30(7):851-62.

平均値に基づくデータであり、地域性を加味した上で、HVCの検討を行う必要がある。

ビックデータを用いた集約化・重点化のモデルと検証の必要性

胃がん手術30例以上の施設	381施設	院内がん登録 2022
大腸がん手術50例以上の施設	621施設	院内がん登録 2022
全国２次医療圏	335地域	

領域	臓器	術式	症例数	HVC数	施設当たりの症例数
上部消化管	胃	胃全摘（噴門側胃切除含む）	10,010	381	26
下部消化管	直腸	直腸切断術（悪性）	4,909	621	7.9
		低位前方切除術	20,403	621	32.8
		骨盤内臓器全摘術	454	621	0.5

ビックデータを駆使したシステム・デザインと検証を要する。

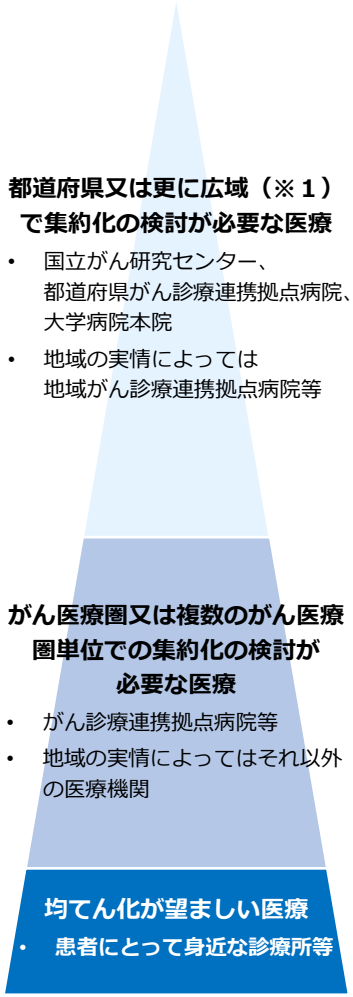
ビックデータ：National Clinical Database　術式による登録、専門医制度
院内がん登録　がん種による登録、任意登録
厚生労働省NDBオープンデータ　２次医療圏の匿名医療保険等関連情報データベース
DPCデータ　「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」第５項第三号の規定に基づき厚生労働省が収集し管理する情報

がん医療提供体制の均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（呼吸器手術）

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

背景

- **第４期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県が拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する必要がある。**
- **現状分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について学会の意見を聞きながら、一定の考え方の整理を行う。**



考え方	対象となる手術（呼吸器）
集約化の考え方 **（医療技術の観点）** **・がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。** **・診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。** **（医療需給の観点）** **・症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。** **※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。**	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 希少がんへの手術療法 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 高度な手術療法 ➢ 膵頭十二指腸切除術、高難度肝切除 ➢ 食道切除・再建術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢ 肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢ 血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢ 頸胸境界領域の悪性腫瘍 ➢ ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ ロボット支援腎部分切除術の難症例 ➢ 後腹膜リンパ節郭清術及び後腹膜悪性腫瘍手術 ➢ 遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢ 乳房再建（自家組織再建、volume replacement ステップ2） ➢ 乳房切除（ロボット手術、内視鏡手術） ➢ 乳がんに対するnon-surgical ablation therapy ➢ 広汎子宮全摘術　等
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 一般的な手術療法 ➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍・胸壁腫瘍 ➢ 胃切除 ➢ 結腸切除術 ➢ 乳房切除 ➢ ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ➢ 卵巣がん、子宮頚・体がん手術　等
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	

※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

呼吸器外科領域の手術に関する集約化と均てん化

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

1)都道府県又は複数の都道府県単位で確保することが望ましい手術

悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術、気管・気管支・血管形成術及び他臓器合併切除を伴う肺癌に対する根治術、血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、肺尖部肺癌、頸胸境界領域の悪性腫瘍

＊人口100万人～200万人に一施設程度

＊基本的に、呼吸器外科専門研修指導医・同専門医、薬物療法専門医（または呼吸器専門医）、放射線診断・治療専門医が常勤しており、集学的治療カンファレンスを実施している施設（呼吸器外科専門研修基幹施設のうち、特に高度な手術が実施可能な施設）

2) がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で確保することが望ましい手術

上記以外の胸部悪性腫瘍に対する手術（一般的な肺癌根治術・縦隔悪性腫瘍・胸壁腫瘍など）

＊人口30万人～100万人に１施設程度

＊基本的に、呼吸器外科専門研修指導医・同専門医、薬物療法専門医（または呼吸器専門医）、放射線診断・治療専門医が常勤しており、集学的治療カンファレンスを実施している施設（呼吸器外科専門研修基幹施設に概ね該当）

３）より多くの医療機関で提供できるように均てん化に取り組む手術

⇒ **なし**

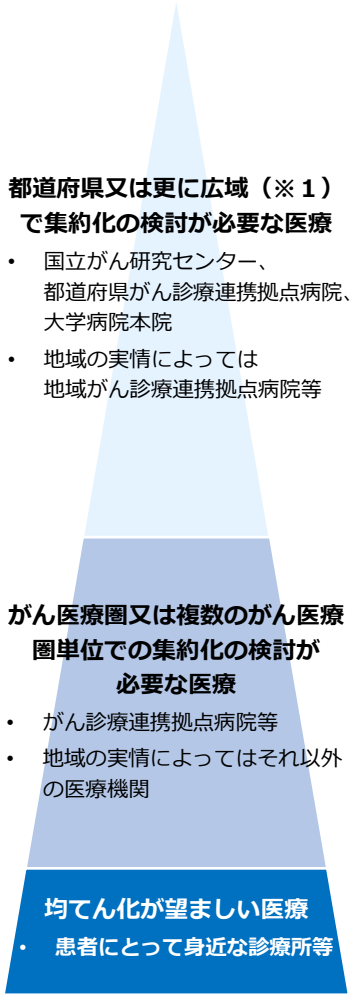
日本呼吸器外科学会理事長　吉野一郎先生ご提供

がん医療提供体制の均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（乳がん手術）

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

背景

- **第４期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県が拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する必要がある。**
- **現状分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について学会の意見を聞きながら、一定の考え方の整理を行う。**



考え方	対象となる手術（乳がん）
集約化の考え方 **（医療技術の観点）** **・がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。** **・診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。** **（医療需給の観点）** **・症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。** **※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。**	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 希少がんへの手術療法 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 高度な手術療法 ➢ 膵頭十二指腸切除術、高難度肝切除 ➢ 食道切除・再建術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢ 肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢ 血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢ 頸胸境界領域の悪性腫瘍 ➢ ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ ロボット支援腎部分切除術の難症例 ➢ 後腹膜リンパ節郭清術及び後腹膜悪性腫瘍手術 ➢ 遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢ 乳房再建（自家組織再建建、volume replacement ステップ2） ➢ 乳房切除（ロボット手術、内視鏡手術） ➢ 乳がんに対するnon-surgical ablation therapy ➢ 広汎子宮全摘術　等
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 一般的な手術療法 ➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍・胸壁腫瘍 ➢ 胃切除 ➢ 結腸切除術 ➢ 乳房切除 ➢ ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ➢ 卵巣がん、子宮頚・体がん手術　等
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	

※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

乳がんの手術に関する集約化と均てん化

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

1）都道府県又は複数の都道府県単位で確保することが望ましい医療

・遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除術
・ロボット手術・内視鏡手術・ラジオ波焼灼術
・自家組織再建術・Volume replacement ステップ2

2）がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で確保することが望ましい医療

⇒ それ以外の標準的な手術一般

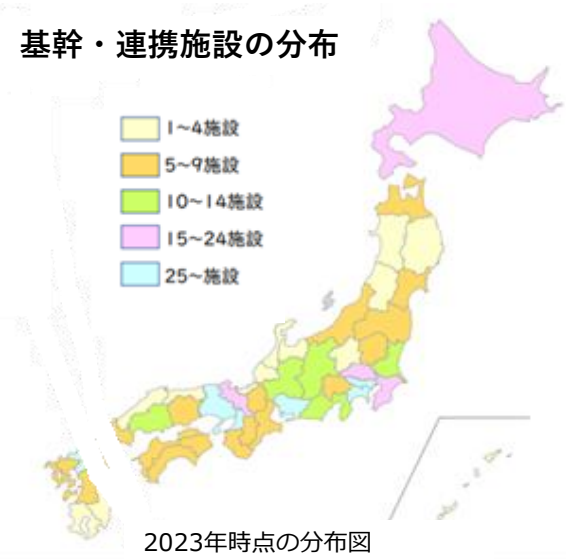
3）より多くの医療機関で提供できるように均てん化に取り組む医療

⇒ なし

薬物治療の進歩により治療の治療戦略が大きく変化して手術は縮小化に向かっており、一昨年はラジオ波焼灼術が保険承認された。生命予後の改善に直結する治療は薬物療法である。一方で整容性を重視した乳房再建を含むオンコプラスティックサージャリーおよび遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除は広がっている。

学会では手術に関してラジオ波焼灼術は術者の認定を行っているが、現時点では術式による施設の集約化は行っていない。今後は自己組織再建や遺伝子検査に基づく予防的乳房切除、および内視鏡やロボット手術などの新規技術による手術は集約化が望ましいと考えている。

現在、毎年約100.000例近い乳癌症例が診断されて、約80%の症例は外科専門医制度が認定する日本乳癌学会の基幹・連携施設で治療が行われている。現時点では、基幹・連携施設にはそれぞれ125と764施設が認定されており、佐賀県を除く都道府県に基幹病院は存在する。今後、基幹施設を中心に手術を含む治療の集約化を考えていく予定である。



2023年時点の分布図

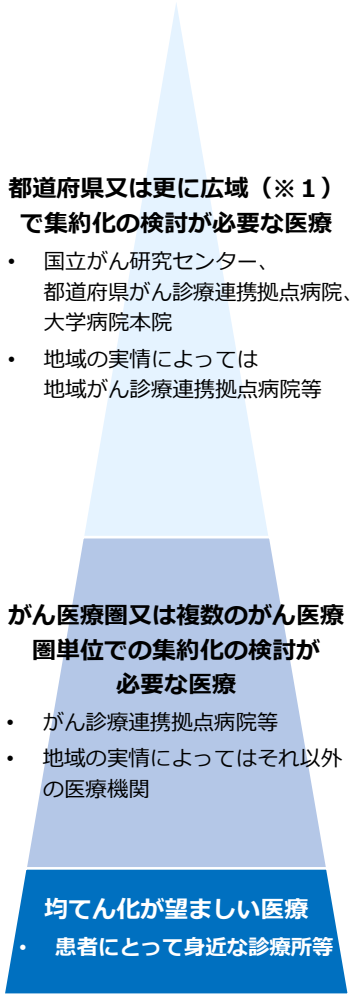
日本乳癌学会 会長 石川 孝先生　理事長 石田孝宣先生よりの情報提供

がん医療提供体制の均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（婦人科手術）

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

背景

- **第４期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県が拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する必要がある。**
- **現状分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について学会の意見を聞きながら、一定の考え方の整理を行う。**

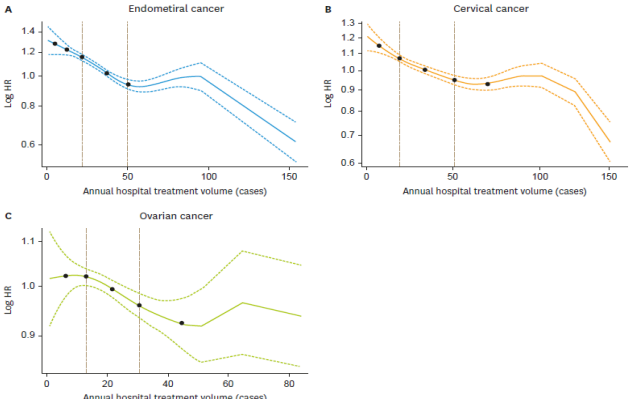


考え方	対象となる手術（婦人科）
集約化の考え方 **（医療技術の観点）** **・がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。** **・診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。** **（医療需給の観点）** **・症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。** **※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。**	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 希少がんへの手術療法 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 高度な手術療法 ➢ 膵頭十二指腸切除術、高難度肝切除 ➢ 食道切除・再建術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢ 肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢ 血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢ 頸胸境界領域の悪性腫瘍 ➢ ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ ロボット支援腎部分切除術の難症例 ➢ 後腹膜リンパ節郭清術及び後腹膜悪性腫瘍手術 ➢ 遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢ 乳房再建（自家組織再建、volume replacement ステップ2） ➢ 乳房切除（ロボット手術、内視鏡手術） ➢ 乳がんに対するnon-surgical ablation therapy ➢ 広汎子宮全摘術　等
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 一般的な手術療法 ➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍・胸壁腫瘍 ➢ 胃切除 ➢ 結腸切除術 ➢ 乳房切除 ➢ ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ➢ 卵巣がん、子宮頚・体がん手術　等
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	

※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

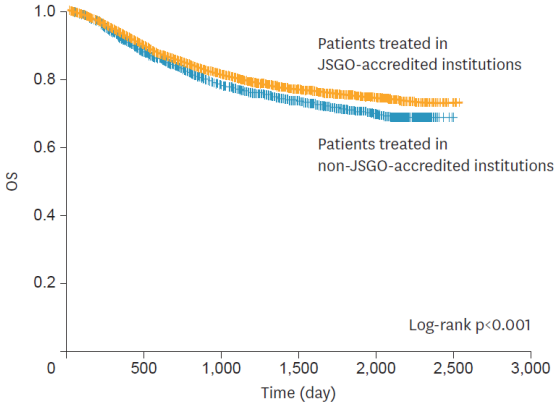
婦人科の手術に関する集約化と均てん化

代表的な婦人科がんの成績と施設規模



Machida H, et al. J Gynecol Oncol 2022; 33:e3

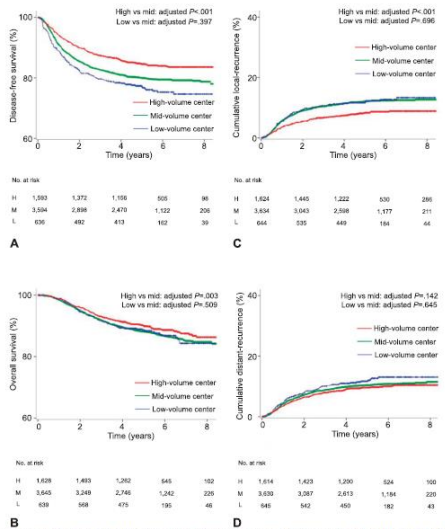
学会認定修練施設と非認定施設の成績比較



Mikami M, et al. J Gynecol Oncol 2018; 29:e22

**婦人科がんの手術の集約化により、良好な成績をえることのできる可能性を示すエビデンスは存在する。
しかしながら、産婦人科医はがんの手術のみならず、出産や多数の子宮筋腫の手術など、がん診療に加えて、多岐にわたる診療に関わっているため、がんの手術の集約化にはがん診療以外の診療に与える影響をも検討する必要がある。**

高難度手術の成績と施設規模



Matsuo K, et al. Obstet Gynecol. 2019;133:1086-98.

- **子宮体癌・子宮頸癌・卵巣癌のいずれも、施設の規模が大きくなるほど治療成績は良くなる。（日本産科婦人科学会の全国レジストリー研究）**
- **高難度手術である広汎子宮全摘術後の予後は、施設の規模が大きく影響し、規模の大きい施設程有意に良好。**
- **子宮頸癌の予後は、日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設では、非認定施設に比べて有意に良好。**

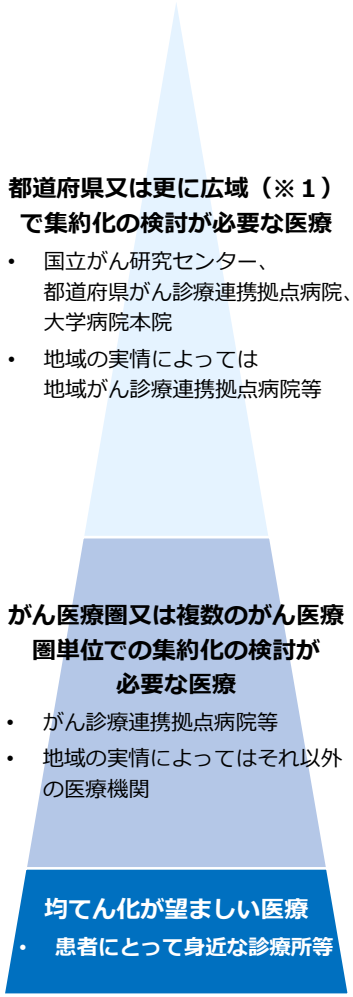
日本婦人科腫瘍学会の認定修練施設は全国２９７施設が認定されており、各都道府県に最低１つは配置されている。婦人科浸潤がん症例の手術症例数（過去3 年間の平均症例数が年40 症例程度）の他、婦人科腫瘍指導医や放射線治療専門医、病理専門医の配置など集学的治療が行える体制が整っている施設が認定されている。

がん医療提供体制の均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（泌尿器手術）

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

背景

- **第４期がん対策推進基本計画を踏まえ、都道府県が拠点病院等と連携して、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、2040年を見据えた持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する必要がある。**
- **現状分析も踏まえて持続可能な医療提供体制となるよう、均てん化に取り組む医療と集約化に取り組む医療について学会の意見を聞きながら、一定の考え方の整理を行う。**



考え方	対象となる手術（泌尿器）
集約化の考え方 **（医療技術の観点）** **・がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。** **・診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。** **（医療需給の観点）** **・症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。** **※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。**	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 希少がんへの手術療法 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 高度な手術療法 ➢ 膵頭十二指腸切除術、高難度肝切除 ➢ 食道切除・再建術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ 悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ➢ 肺がん手術（気管・気管支・血管形成及び他臓器合併切除を伴う、肺尖部） ➢ 血行再建が必要な縦隔悪性腫瘍手術、 ➢ 頸胸境界領域の悪性腫瘍 ➢ ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ➢ 骨盤内臓全摘術 ➢ ロボット支援腎部分切除術の難症例 ➢ 後腹膜リンパ節郭清術及び後腹膜悪性腫瘍手術 ➢ 遺伝性乳癌に対する予防的乳房切除 ➢ 乳房再建（自家組織再建、volume replacement ステップ2） ➢ 乳房切除（ロボット手術、内視鏡手術） ➢ 乳がんに対するnon-surgical ablation therapy ➢ 広汎子宮全摘術　等
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 一般的な手術療法 ➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍・胸壁腫瘍 ➢ 胃切除 ➢ 結腸切除術 ➢ 乳房切除 ➢ ロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ➢ 卵巣がん、子宮頚・体がん手術　等
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	

※このほか、国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

集約化における具体的検討事例：泌尿器がん領域

一般社団法人 日本癌治療学会 Japan Society of Clinical Oncology

日本泌尿器科学会 The Japanese Urological Association

➢集約化の対象となりうる術式：高難度手術→一定の術後死亡が起こりうる。

- ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術（2,000件）及び骨盤内臓全摘術（３５０件）
  腸管利用尿路変向術や尿管皮膚ろう造設などの尿路再建を要するため高侵襲・長時間手術となる。腸管を切除再建するため、術後のイレウス・縫合不全・感染症などの重症化リスクを内包しており、特に高齢者においては数%の周術期死亡リスクが報告されている。
- ロボット支援腎部分切除術の難症例：腫瘍径が大きい症例や腫瘍が腎血管と隣接した症例、また腫瘍が埋没した症例などでは腫瘍の完全摘除と摘除後の出血コントロールに高度の技術を要する。
- 後腹膜リンパ節郭清術（６００件）及び後腹膜悪性腫瘍手術（1,200件）
  高侵襲手術。症例数が少ないため医療スタッフの習熟という点でも一定の施設での集約化が望ましい。

➢疾患頻度の問題：

中規模の市中病院でも日常診療として行われているロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術は、全国で2,4000件/年（手術件数は厚労省NDBオープンデータ 令和4年度を参照）が実施されている一方で、ロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術、後腹膜リンパ節郭清術は、後腹膜悪性腫瘍手術、骨盤内臓全摘術の頻度は高くない。集約化により手術に関わるスタッフ（執刀医・助手・看護師・臨床工学士など）の習熟が期待でき、手術時間の短縮や合併症の低減、手術成績の向上などが期待できる。現状でも各施設の医師が自施設の設備や手術実施体制などを鑑みて近隣の大学病院などに手術目的に紹介するなどの自律的な集約化は行われている状況と思われるが、都道府県レベルでの情報共有システムが構築されることで、患者の円滑な紹介体制や集約施設のハイボリュームセンター化をより一層効率的に図ることができると考える。

➢尿路管理：

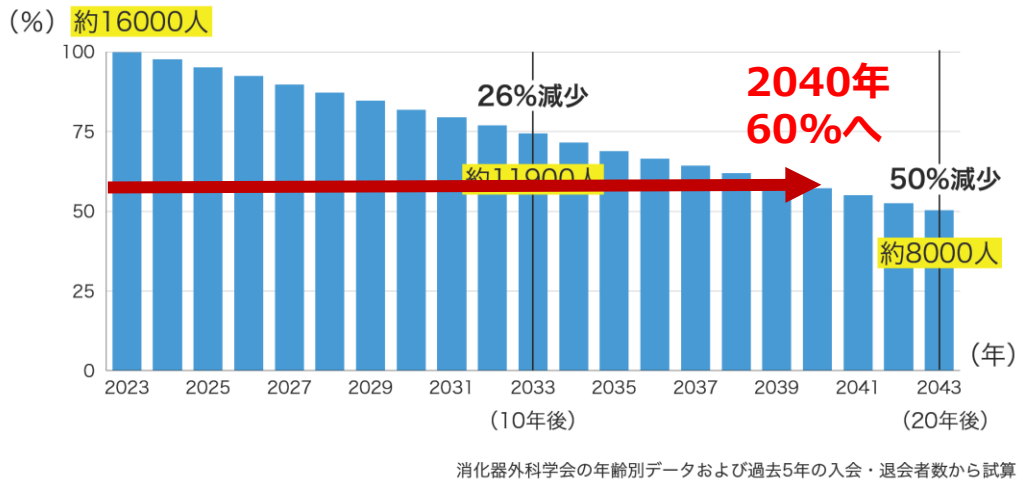
尿路ストーマ・腎ろう・膀胱ろう・尿道カテーテル留置などの特別な尿路管理においては。月に1回のカテーテル定期交換や、事故的にカテーテルが抜けてしまった際の緊急対応が必要な場合があり、これらは患者の生活の質に直結しているため、診療の均てん化が必要。

日本泌尿器科学会理事長　江藤正俊先生ご提供

医療提供する側の問題
手術を施行する消化器外科医数の減少

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

日本消化器外科学会　65歳以下会員数　今後の予測



消化器外科学会の年齢別データおよび過去5年の入会・退会者数から試算

消化器外科医は、2040年には現在の約60%程度に減少の見込み。労働環境の改善が急務。

なぜ外科が若い医師に選択されないのか？
外科医を本来目指していたが、外科を選択しなかった109名の理由

労働環境に関すること

1．ワークライフバランスの確保が難しいから	33.9%
2．医師が不足しており過酷なイメージがあるから	21.1%
3．出産・育児・教育に協力的でないから	19.3%
4．ハラスメントが多そうだから	12.8%
5．給与等処遇が悪いから	9.2%
6．生命に直結するから	4.8%

将来設計に関すること

1．将来的に専門性を維持しづらいから	24.8%
2．継続したキャリアプランが見えづらいから	13.8%
3．専門医が取得しにくいから	8.3%
4．専門領域の将来性に不安を感じたから	8.3%
5．開業しにくいから	6.4%

その他

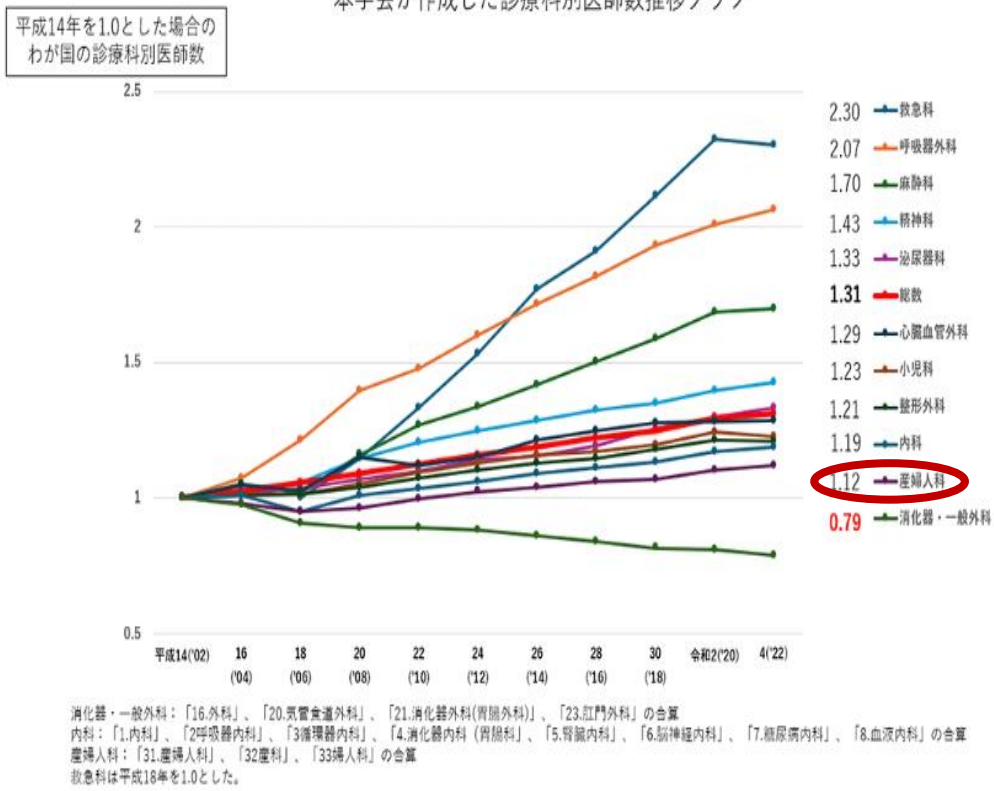
1．仕事の内容が想像と違った	15.6%
2．適性・才能がないから	11.9%
3．訴訟のリスクが大きいから	5.5%

令和５年度厚生労働行政推進調査事業費補助金　（厚生労働科学特別研究事業）
日本専門医機構における医師専門研修シーリングによる医師偏在対策の効果検証総括研究報告書

産婦人科に学ぶ
分娩施設の集約化・重点化等による医師の増加と労働環境の改善

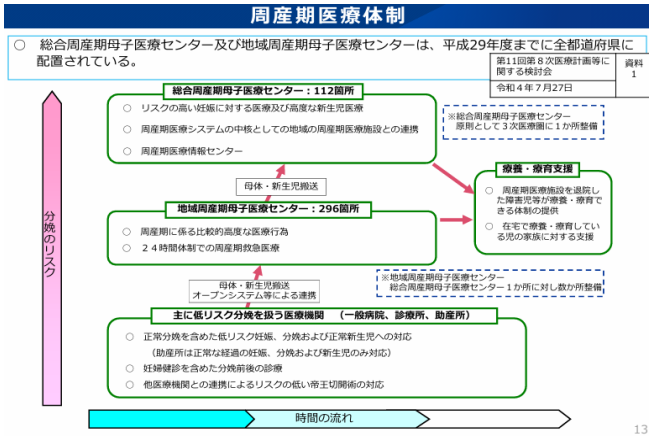
一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

厚生労働省「主たる診療科別にみた医療施設に従事する医師数」より
本学会が作成した診療科別医師数推移グラフ

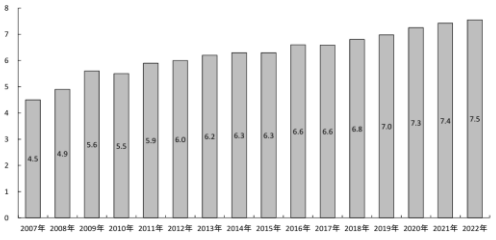


消化器・一般外科：「16.外科」、「20.気管食道外科」、「21.消化器外科(胃腸外科)」、「23.肛門外科」の合算
内科：「1.内科」、「2呼吸器内科」、「3循環器内科」、「4.消化器内科（胃腸科」、「5.腎臓内科」、「6.脳神経内科」、「7.糖尿病内科」、「8.血液内科」の合算
産婦人科：「31.産婦人科」、「32産科」、「33婦人科」の合算
救急科は平成18年を1.0とした。

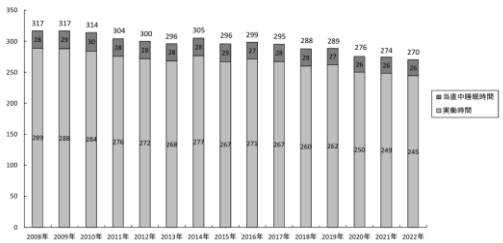
小児科・産科医師確保が困難な地域における 当面の対応について
～小児科・産科における医療資源の集約化一重点化の推進～



施設当たり常勤医師数の年次推移



常勤先での１か月の推定在院時間の推移



産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告
公益社団法人日本産婦人科医会 2023年2月

産婦人科医の過酷な労働環境や訴訟問題などで一時期激減したが、現在は医師数の持続的な増加を認める。

分娩施設の集約化・重点化により施設当たりの常勤医師の増加を認める。推定在院時間は減少傾向。

がんの手術療法に関するまとめ

一般社団法人
日本癌治療学会
Japan Society of Clinical Oncology

集約すべき術式・疾患について

- 消化器外科、婦人科において高度な技術を要する手術は、施設の規模(hospital volume)がその成績に影響を与えることがnationwideのデータを基に示された。また、呼吸器、泌尿器においても専門性の高い施設で行われるべき高難度手術が存在することがわかった。特に比較的頻度の低い高難度手術に関しては専門的な施設における施行を念頭においた集約化が望ましい。
  乳腺外科においては新規性の高い術式や乳房再建術の一部などが集約化の対象となりうる。

均てん化について

- 頻度が高い中難度以下の手術に関しては均てん化が必要である。

考慮すべき点

- 手術の集約化に関する議論においては、患者の専門施設へのアクセシビリティ、医療資源をも含めた地域性や各領域における医師のカバーすべき業務の範囲、医師・医師以外のメディカル・スタッフ数、病床数等の医療提供側の状況にも基づいた詳細な分析を要する。
- 数的な集約化の他に機能的な集約化に基づく医療の効率化も考慮される。
- 救急対応を要するがん（例：閉塞性、穿孔性大腸がん）に関する配慮も必要である。

医療を提供する医師数について

- 一部の診療科では数的な減少を認めており、今後の持続可能性に配慮した集約化に関する議論も必要である。

※今回は内視鏡治療に関する詳細な検討を行っていないため、今後検討していく予定である。

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料4
令和7年3月21日	

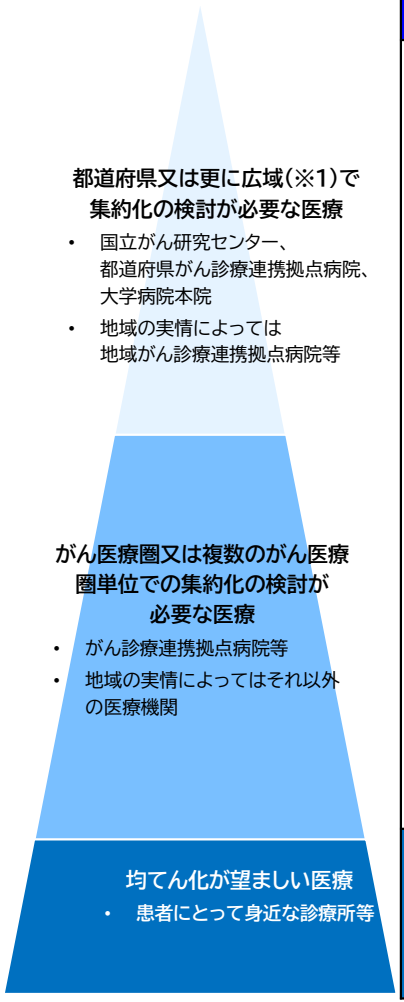
2025年3月21日

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

公益社団法人日本放射線腫瘍学会

日本放射線腫瘍学会：Japanese Society for Radiation Oncology (JASTRO)

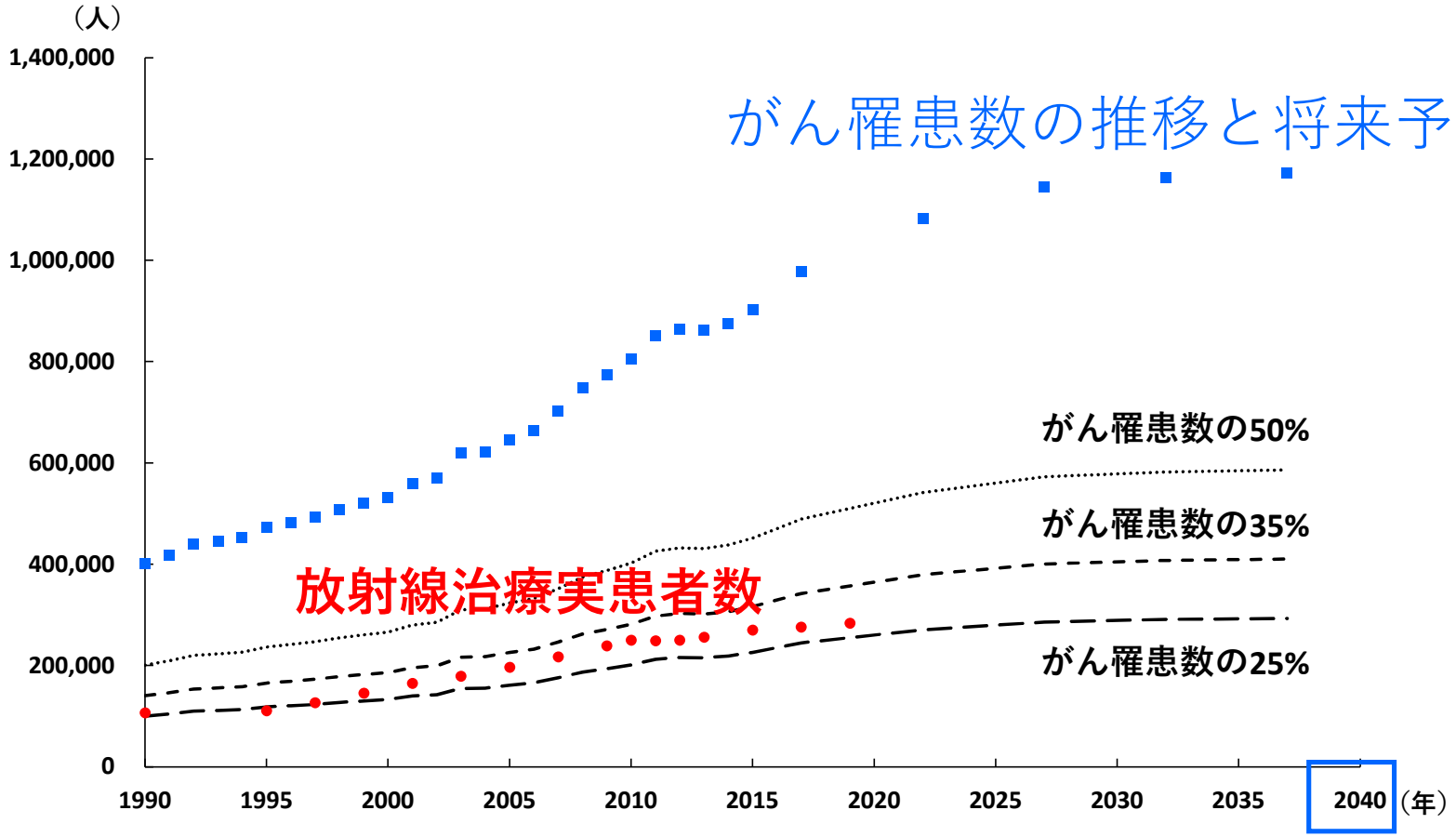
2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）



基本的な考え方	対象となる医療行為例
集約化の考え方 （医療技術の観点） ・がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 ・診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 （医療需給の観点） ・症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	**放射線療法** **【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 粒子線治療 ● BNCT **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 専用病室を要するRI内用療法 ● 密封小線源治療（組織内照射） **【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】** ● 精度の高い放射線治療（IMRT、IGRT） ● IMRT以外の外部照射 ● 密封小線源治療（腔内照射） ● 外来・特別措置病室でのRI内用療法
均てん化の考え方 ・がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	● がん検診 ● リハビリテーション ● 支持療法 ● 緩和ケア

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

2040年を見据えた放射線治療を受ける患者数の推移の見通し

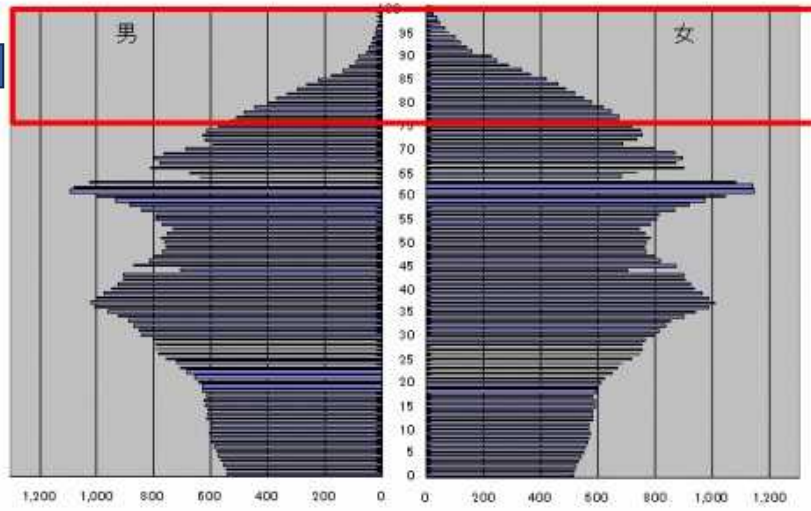


中村和正、他. JASTRO newsletter 146(4)：31-32, 2022.

がん罹患数は2040年までは増加傾向にあり、また高齢化率が高まることを考えれば放射線治療の必要性は高まると考えられる

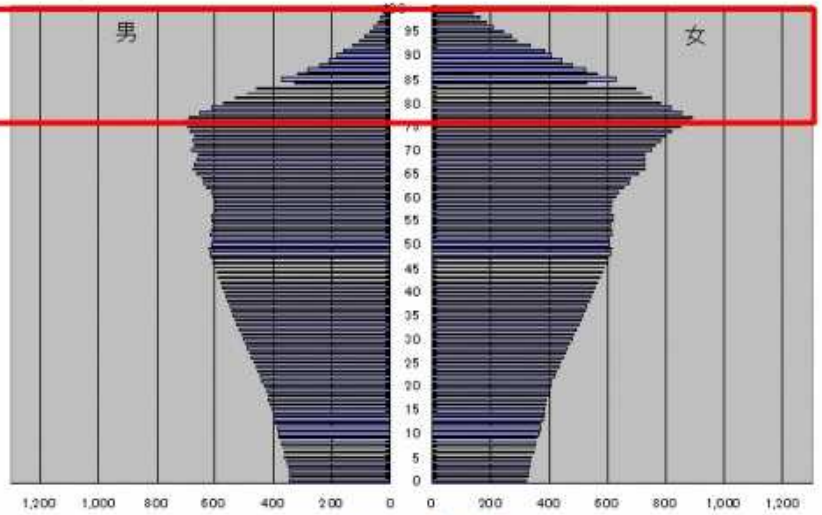
資料：国立社会保障・人口問題研究所人口ピラミッド[(国勢調査、日本将来推計人口（平成29年推計）]

2010年

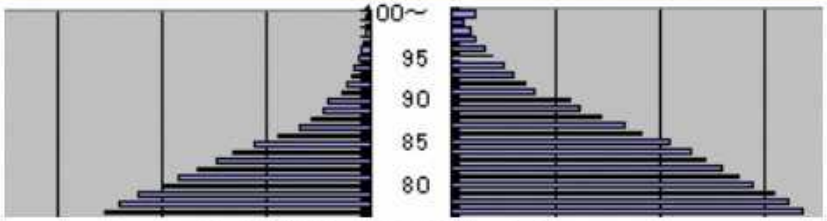


1.2億人

2050年

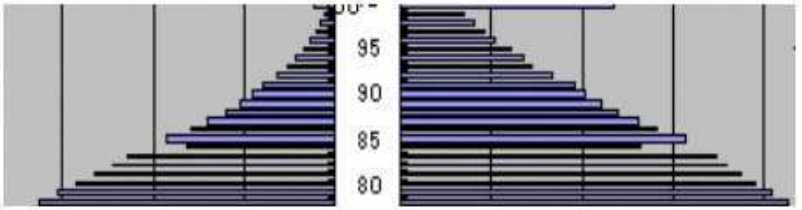


1.0億人



高齢者 3000万人
生産人口　8000万人

その後も80歳以上の方は増え続ける



高齢者 3500万人
生産人口　5500万人

放射線治療の患者数は減らない

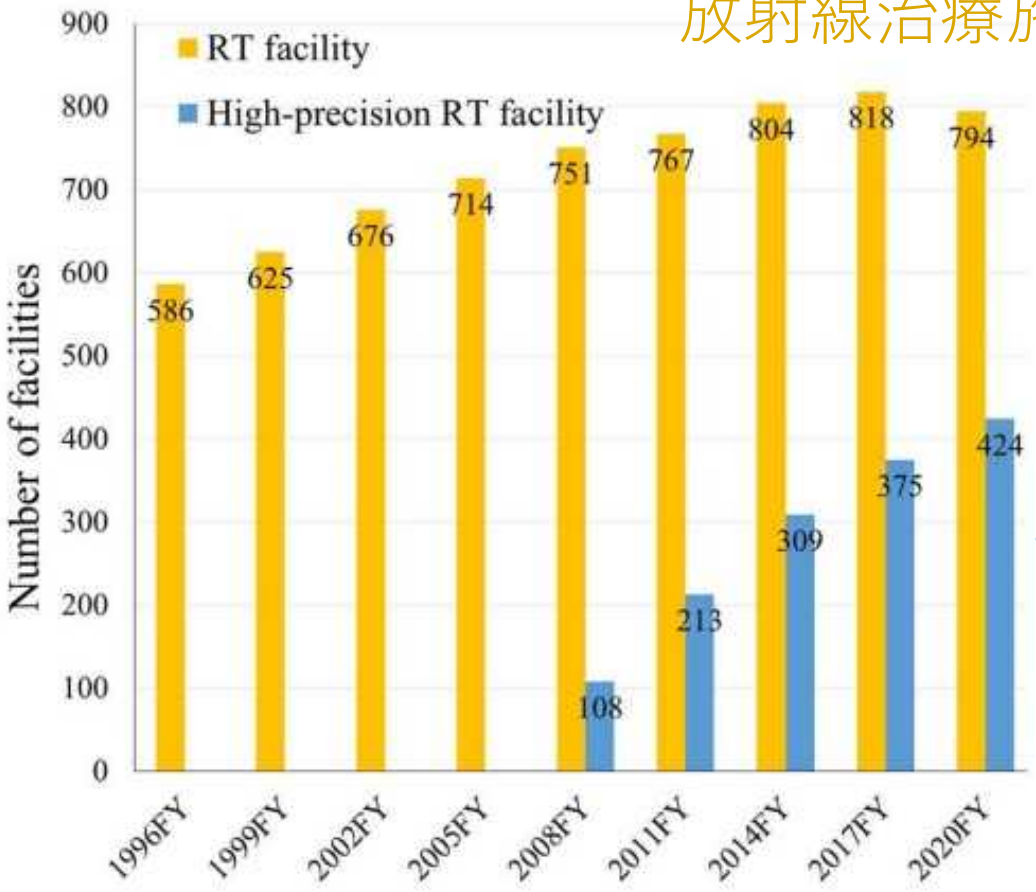
大西洋前健保委員長による「がん対策推進会議資料」

医療施設調査Ministry of Health, Labour and Welfare

. *The Survey of Medical Institutions*

. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1.html

放射線治療施設数



全体の施設数は減少
IMRT、定位照射など
高精度治療を行う施設
は増加

高精度治療

Aoyama T, et al. JRR 2024;65:328-336 https://doi.org/10.1093/jrr/rrae014

患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

症例数の多い施設(HVRF)と少ない施設(LVRF)で根治的放射線治療を受けた患者のアウトカムを比較した研究を系統的レビューとメタアナリシスで分析

対象疾患：頭頸部がん(HNC)の7研究、子宮頸がん4研究、前立腺がん4研究、膀胱がん3研究、肺がん2研究、肛門がん2研究、食道がん、脳腫瘍、肝臓がん、膵臓がんが各1研究

結果：メタアナリシスにより、HVRFはLVRFと比較して**死亡リスクが低いことが示された(HR, 0.90**; 95% CI, 0.87-0.94)。
頭頸部がんと前立腺がんにおいて、ボリュームとアウトカムの関連性が最も強く示された。

結論：**ほとんどのがん種において、放射線治療ボリュームと患者アウトカムの間に関連性が認められた。**ボリュームとアウトカムの関連性が強いがん種については、**放射線治療の集約化**を検討する必要があるが、公平なアクセスへの影響も考慮する必要がある。

考察： high-volume施設の**高精度治療における臓器輪郭設定や小線源治療など複雑な手技における高い専門性が良好なアウトカムに**つながっている


INTERNATIONAL JOURNAL OF RADIATION ONCOLOGY • BIOLOGY • PHYSICS
www.redjournal.org

CLINICAL INVESTIGATION

Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Radiation Therapy Treatment Volume and Patient Outcomes

Jerry Ye Aung Kyaw, MD, MPH,[*,**] Alice Rendall, MD,[*] Erin F. Gillespie, MD,[†] Tom Roques, MD,[‡] Laurence Court, PhD,[§] Yolande Lievens, MD, PhD,[‖] Alison C. Tree, MD,[¶] Chris Frampton, PhD,[#] and Ajay Aggarwal, MD, PhD[*,#,#]

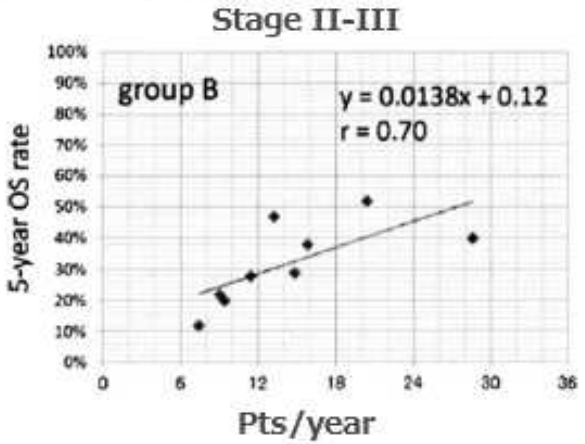
患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

食道癌外照射と施設規模：年間治療症例数が多いほうが生存率が高かった

Int J Clin Oncol (2012) 17:48–54
DOI 10.1007/s10147-011-0254-y

ORIGINAL ARTICLE

Clinical practice and outcome of radiotherapy for esophageal cancer between 1999 and 2003: the Japanese Radiation Oncology Study Group (JROSG) Survey



Nishimura, et al. IJCO. 17, 48-54, 2012

患者の集約化による医師の経験蓄積とそれに伴う治療成績の向上や有害事象発生率の減少について

前立腺癌外照射と施設規模：施設規模が大きいほど、再発治療率が少なかった。

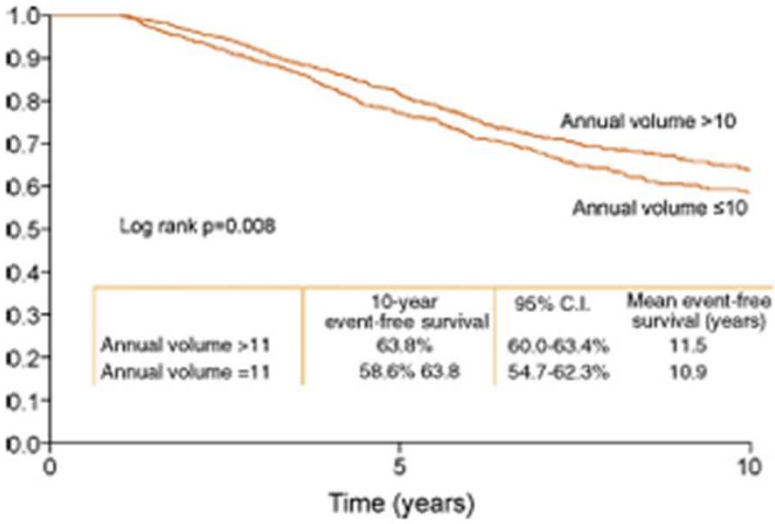
European Association of Urology

Prostate Cancer

High Provider Volume is Associated with Lower Rate of Secondary Therapies after Definitive Radiotherapy for Localized Prostate Cancer

Claudio Jeldres [a,b], Nazareno Suardi [a,c], Fred Saad [b], Francesco Montorsi [c], Shahrokh F. Shariat [d], Paul Perrotte [b], Naeem Bhojani [a,b], Jochen Walz [a,e], Georg C. Hutterer [a,f], Markus Graefen [g], Luc Valiquette [b], Pierre I. Karakiewicz [a,b,]*

Our data suggest that to minimize the rates of secondary therapy, **EBRT should ideally be delivered by high-volume providers** with an annual or cumulative volume in excess of, respectively, 10 or 200 cases.



Secondary therapy-free survival

Jeldres, et al. Eur Urol. 54, 97-106, 2008

I期非小細胞肺がん（手術不能例）に対する放射線治療成績

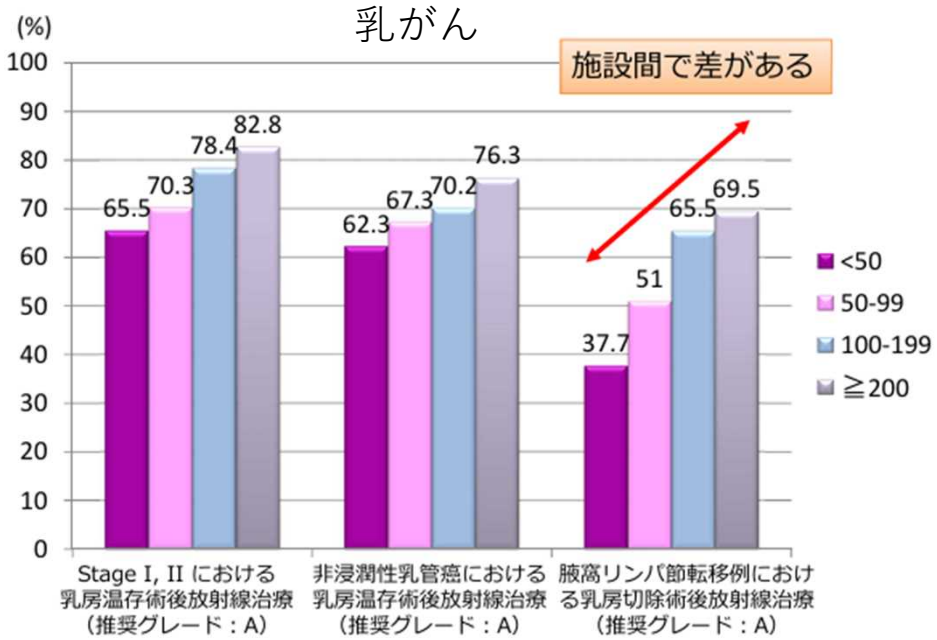
通常の放射線治療 vs. アカデミック施設による体幹部定位放射線治療

⇒ アカデミック施設による高精度放射線治療により生存率が大幅に改善

Author	Nr.	Age	Stage	Dose (med) / Daily dose	3y OS	5y OS	Year
Morita	149	50-89	I	55-75 (64.7)/ 2Gy	34.2	22.2	1980-89
Sibley	141	46-95	I	50-80 (64)/ 1.8-3.0Gy:QD 1.2-1.6Gy:BID	39(2y)	13	1980-95
Krol	108	56-88	I	60-65/ 2.5-3Gy	31	15	1978-92
JCOG0403	104	78 (59-90)	IA	48/12Gy	59.9	40.8	2004-08

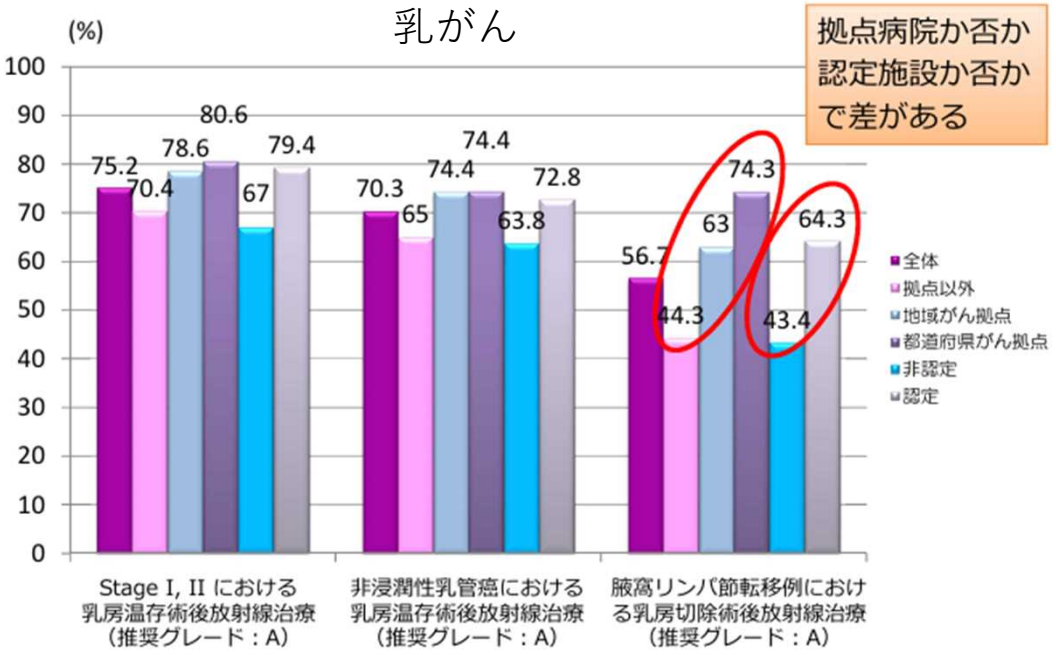
標準治療の施行率は年間症例数や認定施設かどうかの影響を受けている

②「年間症例数」による実施率の差



手術件数と推奨グレードAの術後照射施行割合

③「施設認定」による実施率の差



認定施設かどうかと術後照射施行割合

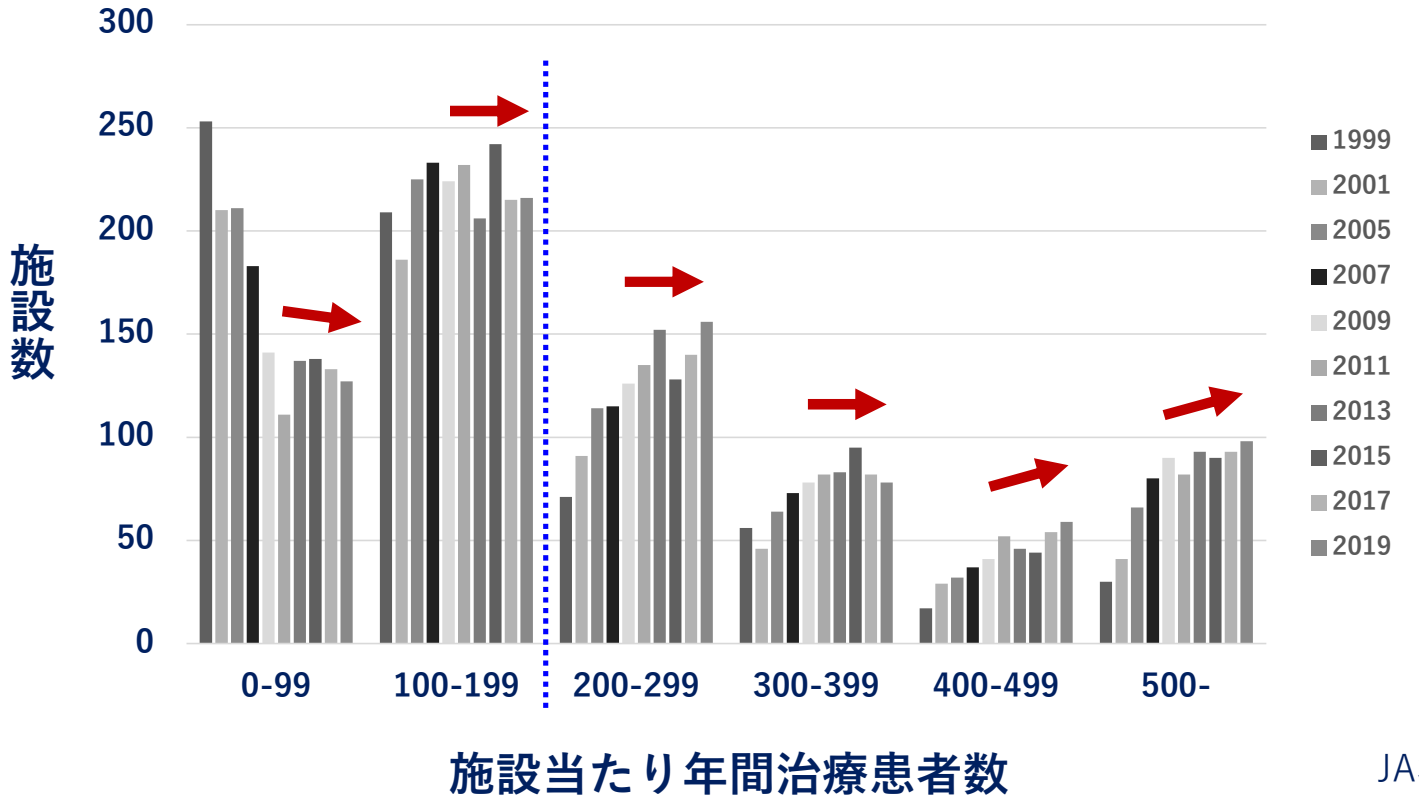
第61回がん対策推進協議会資料

「がん医療の充実（がん医療に係る人材育成と提供体制等）」

高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について

①　日本の施設当たり新患患者数の推移

日本の半数近くの放射線治療施設は、年間新患放射線治療患者数は200名以下である。

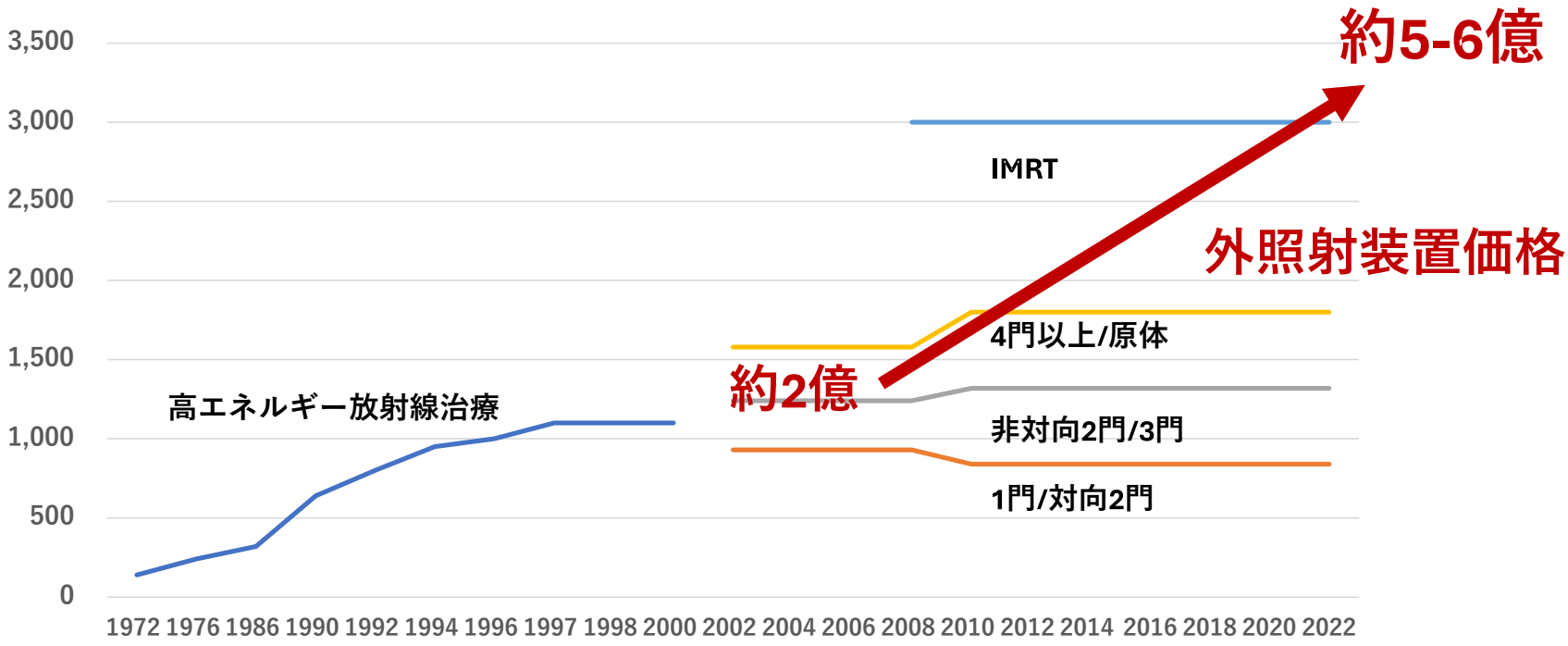


JASTRO構造調査より

高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について

②　外照射の保険点数の推移と放射線治療機器の価格の高騰

外照射の診療報酬が１５年ほとんど上昇していないが、機器本体およびメンテナンス価格が約３倍に高騰している。



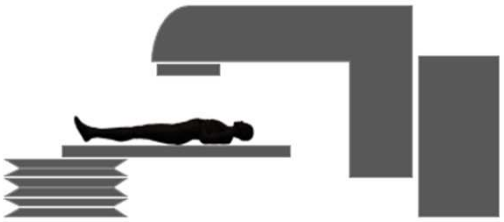
元JASTRO健保委員長土器屋先生資料より

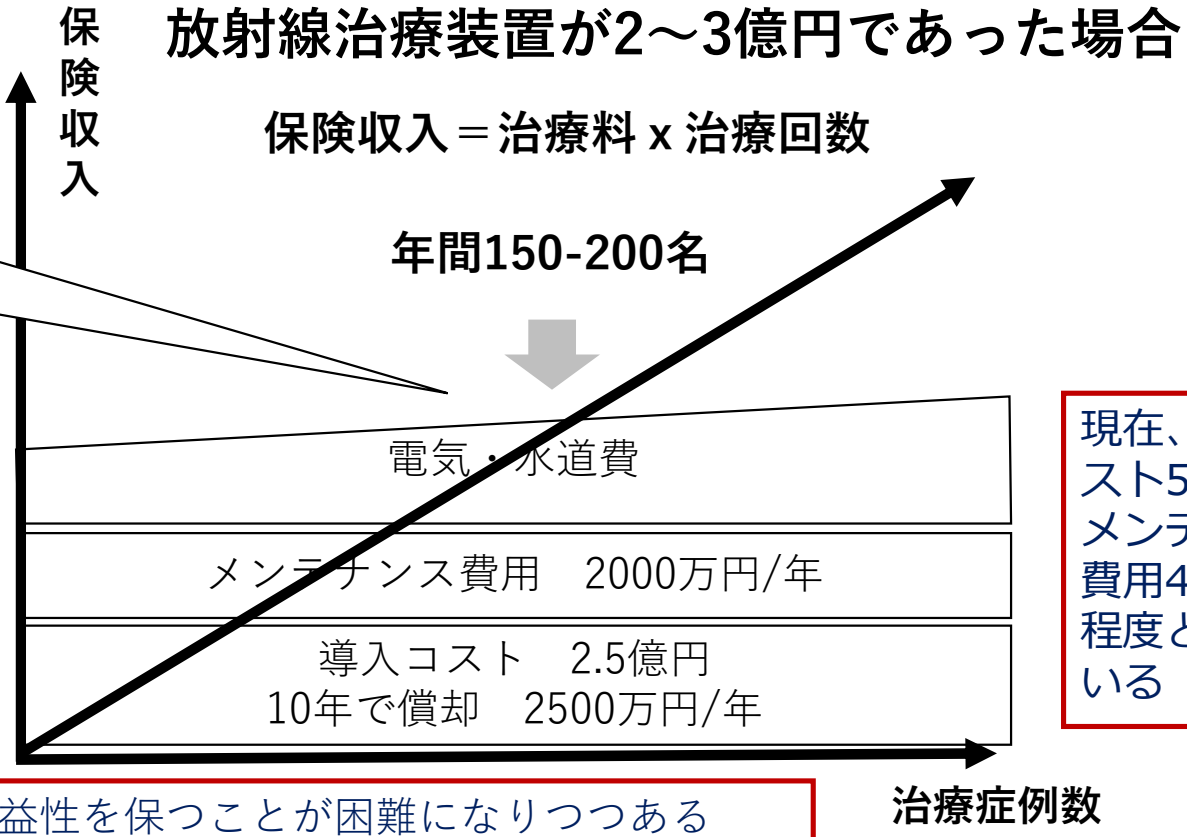
高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について

③　外照射の治療患者数と収益性

以前は**人件費を除けば**年間150－200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰によりきわめて収支が悪化している。

放射線治療装置は、消耗品がほとんどないため、損益分岐点を超えた数を治療すると、ほぼ純益となる点が特徴





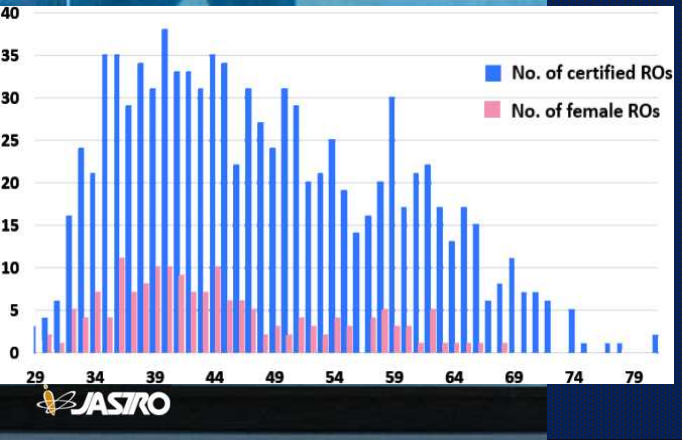
現在、導入コスト5-6億円、メンテナンス費用4000万円程度となっている

現在、年間200名以下の規模の病院では収益性を保つことが困難になりつつある

放射線治療専門医

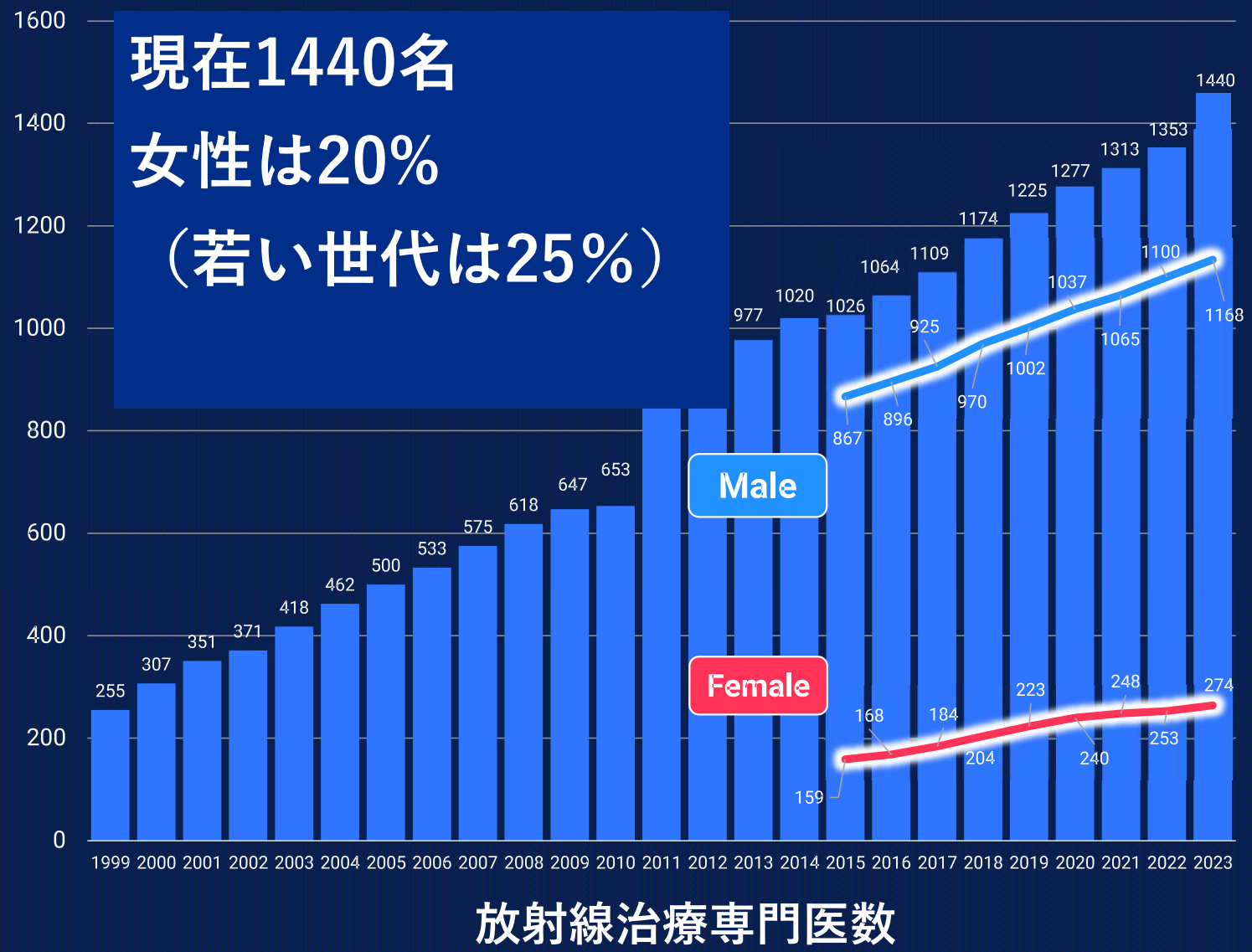
継時変化と男女比率





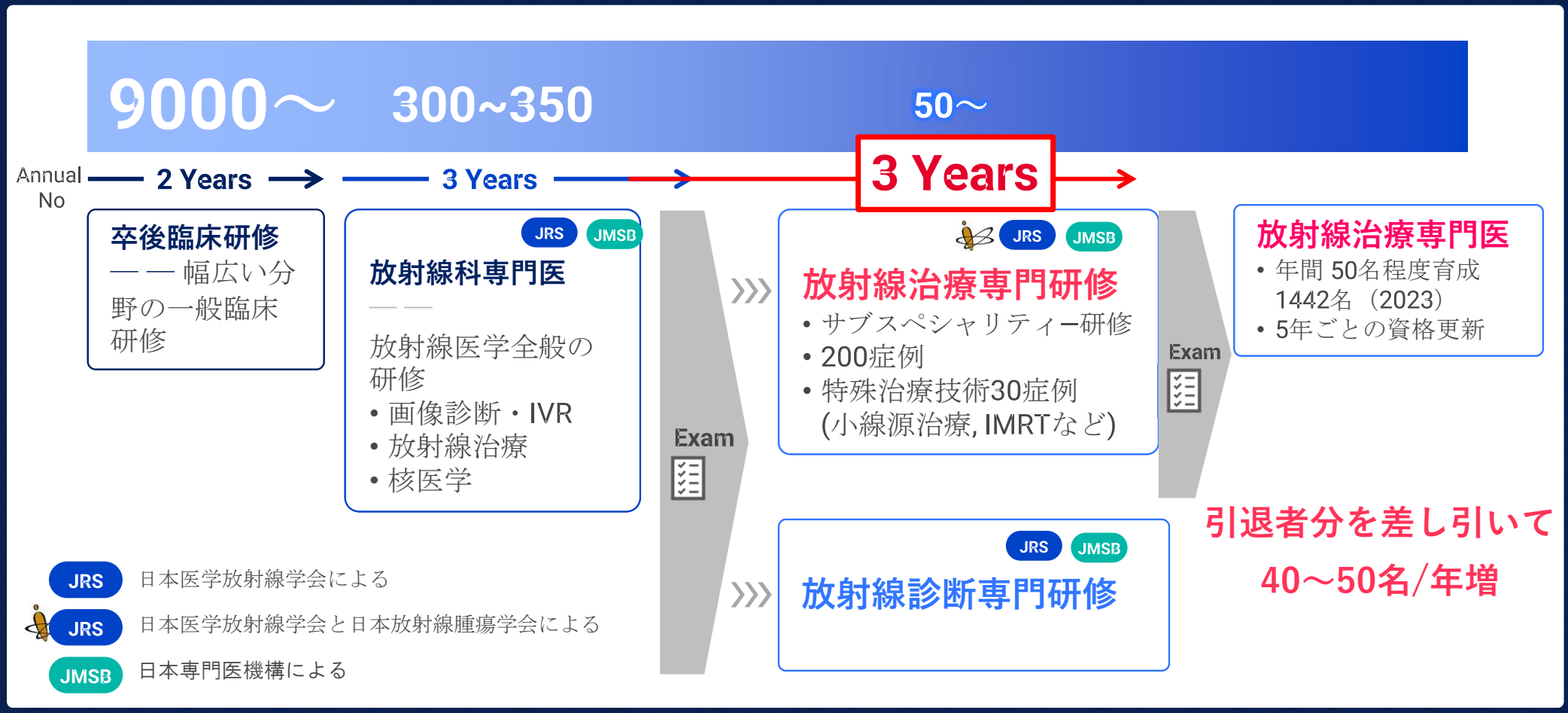
JASTRO

現在1440名
女性は20%
（若い世代は25%）



放射線治療専門医数

放射線治療専門医育成システム



放射線治療施設と人員

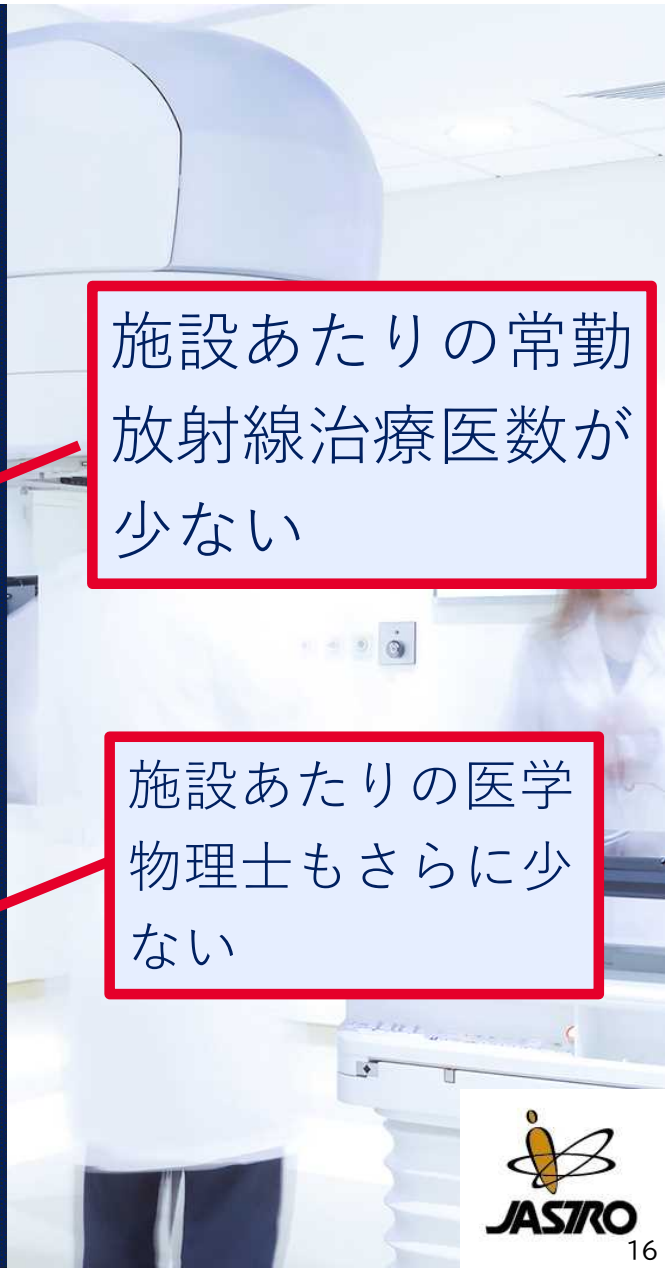
JASTRO定期構造調査　2022 updated

放射線治療患者数	246,046
治療施設数	734
施設あたりの平均放射線治療患者数	335.2
常勤放射線腫瘍医	**1,160**
施設あたりの平均放射線治療医数	1.6
常勤一人あたりの年間治療患者数	**212.1**
常勤放射線治療技師数	**2,578**
施設当たりの常勤放射線治療技師数	3.5
常勤技師一人あたりの年間治療患者数	**95.4**
医学物理士数	**418**
施設あたりの医学物理士数	0.57
物理士一人あたりの年間患者数	**588.6 ***

(from Japanese structure survey of radiation oncology in 2019, update in Nov. 2022)

施設あたりの常勤放射線治療医数が少ない

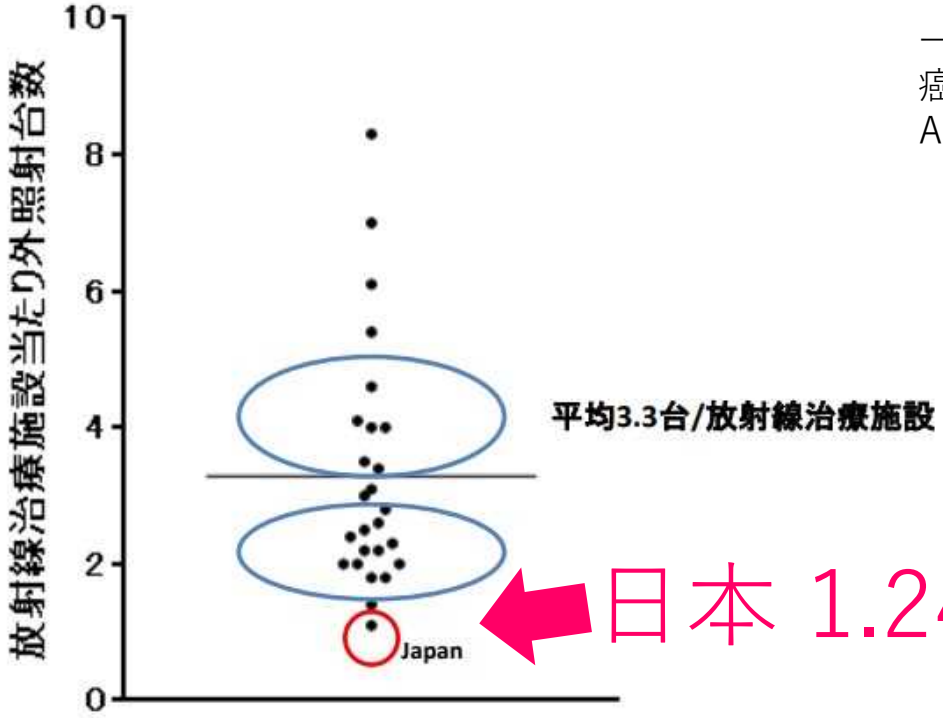
施設あたりの医学物理士もさらに少ない



JASTRO

各国の一施設当たりの平均外照射装置数

- 日本は先進国の中で、一施設当たりの外照射装置数が最も少ない、つまり、世界一**分散化**している



一人当たりGNI20000ドル以上の国で、癌罹患数がわかる26カ国 GNI per capita, Atlas method 2011 by The World Bank

デンマーク　8.3
オランダ　6.3
カナダ　5.4
英国　4.97
フランス　2.77
韓国　2.5
ドイツ　1.95
米国　1.59
Av.　3.3

Nakamura K, et al. Jpn J Clin Oncol 2018, 48(5) 476–479よりグラフ化

浜松医大　中村和正教授提供

RI専用病室を必要とする入院RI内用療法と、外来・特別措置病室で実施できるRI内用療法の目標とすべき提供体制の違いについて

RI専用病室が必要な治療（現在は、転移を有する甲状腺癌I-131治療等）では、RI専用病室（放射線治療病室）を新たに建築するには高額は費用が必要であるため、都道府県または複数の都道府県単位で確保すべき医療と考えられる。

一方、外来・**特別措置病室**で実施できるRI内用療法は、今後さらに適応が広がる可能性があり（Ra-223、Lu-177-DOTATATE、Lu-177-PSMA等）、また、特別措置病室の設置は放射線治療病室の建設ほど高額の費用は必要でないため、がん診療連携拠点病院等が中心となることが想定される。

まとめ：集約化における基本的な考え方（放射線療法の視点）

放射線治療では、設備投資に多額の費用が必要であり、そのメンテナンス費用も高額であることが他の治療法との大きな違いである。質の高いがん医療の提供を持続可能とするため、莫大な初期投資が必要な粒子線治療やBNCT、高額な設備投資と定期的な更新が必要なX線治療装置、RI内用療法、密封小線源治療の集約化が検討されるべきである。

専門医や物理士の効率的配置、放射線治療の品質管理と治療成績、高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新とそれに伴う採算性・治療患者数を考慮する必要がある。

人口密集地域においては、高額な医療機器や専用の設備の有機的・効率的な使用のための集約化を検討する必要がある。
　一方、年間治療症例数が少ない人口少数地域においては、放射線治療装置の収益が不十分でも、自院、近隣の病院でがん治療を行っている限り、通常の放射線治療や、骨転移等の緩和照射、転移による脊髄圧迫に対する緊急照射等を行う必要がある。患者のアクセスも踏まえ、現在の小規模施設をある程度の医療圏に集約した放射線治療施設は必要となる。

まとめ：放射線療法の集約化

1段目：**都道府県又は更に広域（※１）で集約化の検討が必要な医療**

- 国立がん研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院
- 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等

⇒ **粒子線治療（重粒子、陽子線）、BNCT、専用病室を要するRI内用療法**
密封小線源治療（組織内照射）

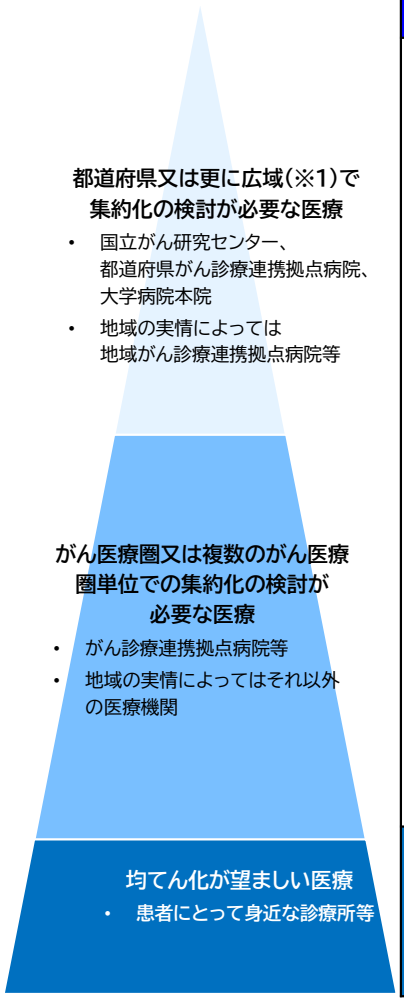
2段目：**がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療**

- がん診療連携拠点病院等
- 地域の実情によってはそれ以外の医療機関

⇒**精度の高い放射線治療（IMRT, IGRT）、IMRT以外の外部照射、**
外来・特別措置病室でのRI内用療法、密封小線源治療（腔内照射）

3段目：「均てん化が望ましい医療」

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）



基本的な考え方	対象となる医療行為例
集約化の考え方 （医療技術の観点） ・がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 ・診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 （医療需給の観点） ・症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	**放射線療法** 【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】 ● 粒子線治療 ● BNCT 【都道府県で集約化の検討が必要な医療】 ● 専用病室を要するRI内用療法 ● 密封小線源治療（組織内照射） 【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 精度の高い放射線治療（IMRT、IGRT） ● IMRT以外の外部照射 ● 密封小線源治療（腔内照射） ● 外来・特別措置病室でのRI内用療法
均てん化の考え方 ・がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	● がん検診 ● リハビリテーション ● 支持療法 ● 緩和ケア

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

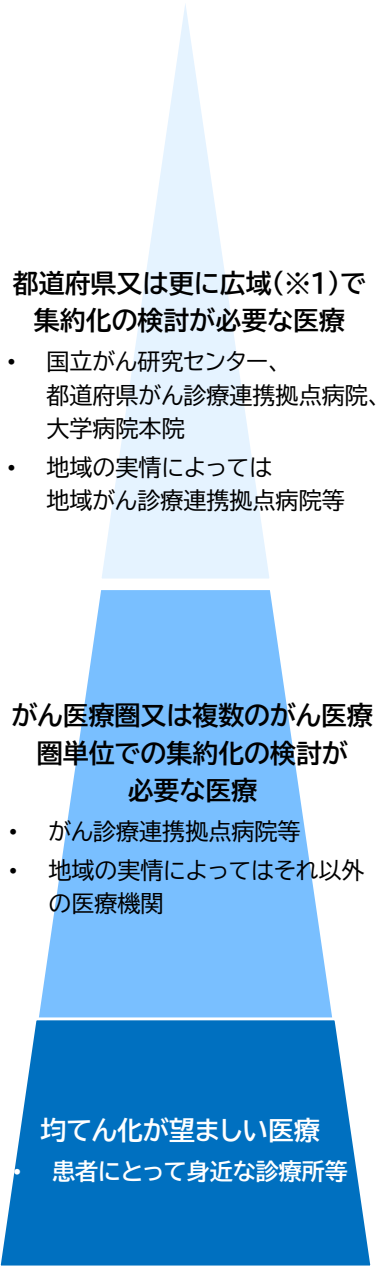
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	資料5
令和7年3月21日	

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

2025/3/21

公益社団法人
日本臨床腫瘍学会

2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に取り組むべき医療のイメージ（案）



基本的な考え方	対象となる医療行為例		
	診断	薬物療法	その他
集約化の考え方 **（医療技術の観点）** • がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 • 診断や治療に高額な医療機器や専用設備等の導入及び維持が必要であるため、効率性の観点から症例数の集積及び医療資源の集約化が望ましい医療。 **（医療需給の観点）** • 症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等、効率性の観点から集約化が望ましい医療。 ※緊急性の高い医療で搬送時間が重視される医療等、患者の医療機関へのアクセスを確保する観点も留意する必要がある。	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● セントラル病理診断等を利用した小児がん・希少がんの診断、病期診断 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● セカンドオピニオン	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** ● 小児がんの薬物療法 ● 治癒を目指した希少がんの薬物療法 **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】** ● 高度な薬物療法（合併症をもつ患者等） ● エキスパートパネルで推奨された保険適応外の治療 ● セカンドオピニオン ● T-cell engagerなど特殊な二重特異性抗体治療 ● 同種造血幹細胞移植 ● CAR-T	**【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】** **【都道府県で集約化の検討が必要な医療】**
	【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】 ● 一般的な診断	**【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で集約化の検討が必要な医療】** ● がん薬物療法専門医・血液専門医による薬物療法（AYA世代のがんの薬物治療・集学的治療を含む） ● がんゲノム医療 ● 腫瘍循環器診療 ● 自己造血幹細胞移植 ● 二重特異性抗体	**【がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療】** ● 妊孕性温存 ● 高リスクの小児がんサバイバーの長期フォロー ● 遺伝性腫瘍の診断・予防医療
均てん化の考え方 • がん予防や高齢化、がんとの共生等の観点から出来る限り多くの医療機関（診療所等）で対応が可能であることが望ましい医療。	● がん検診	● 副作用が軽度の術後内分泌療法	● リハビリテーション ● 支持療法 ● 緩和ケア 【身近な診療所等に集約が望ましい医療】 ● 低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップローアップ ● HPV等のがん予防ワクチン

（※1）国単位で確保することが望ましい医療として、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等が考えられる。

報道資料

くらしの中に
総務省

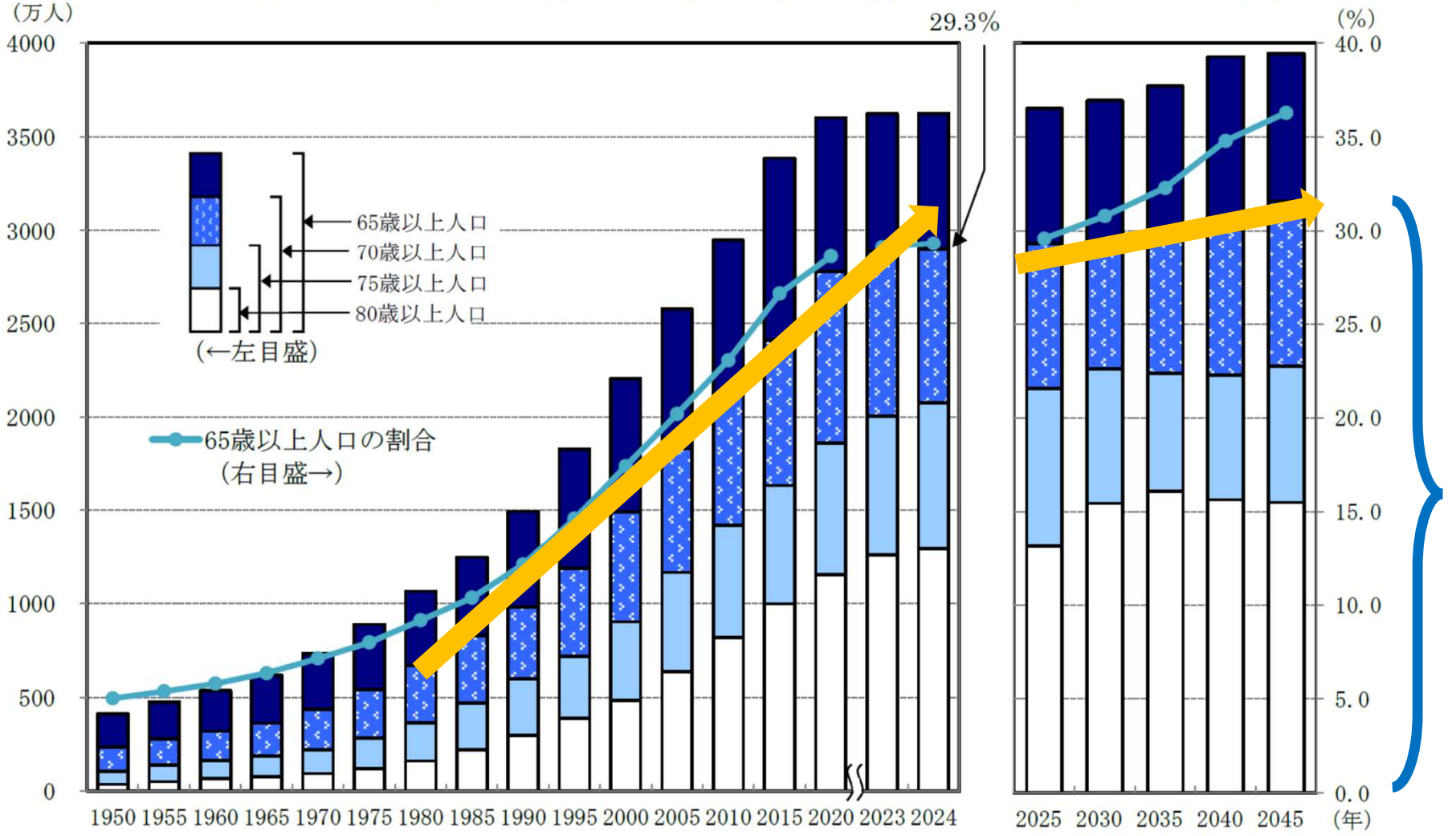
MIC Ministry of Internal Affairs and Communications

令和６年９月 15 日

統計トピックス No. 142

統計からみた我が国の高齢者

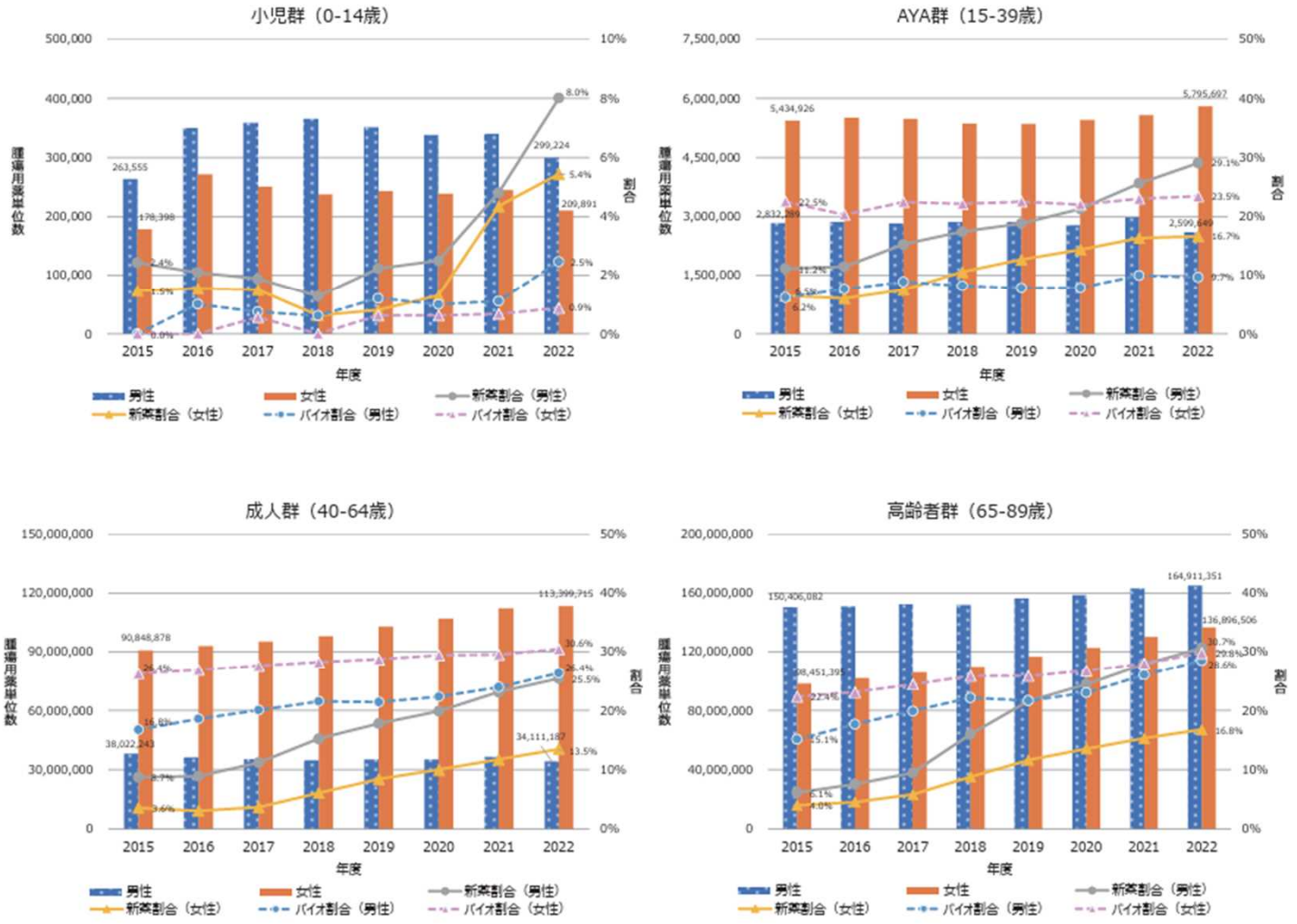
図１　65歳以上人口及び割合の推移（1950年～2045年）



人口全体は減ってもがん年齢の人口は割合ばかりでなく**実数**でも増えており、これからも増える。

腫瘍用薬量の推移

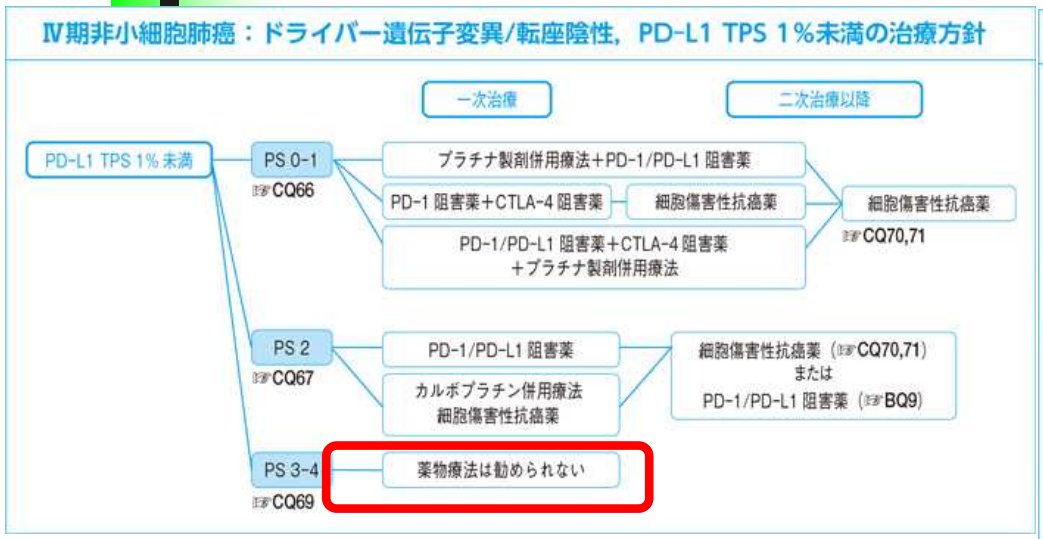
- 腫瘍用薬の処方単位数は増えている。

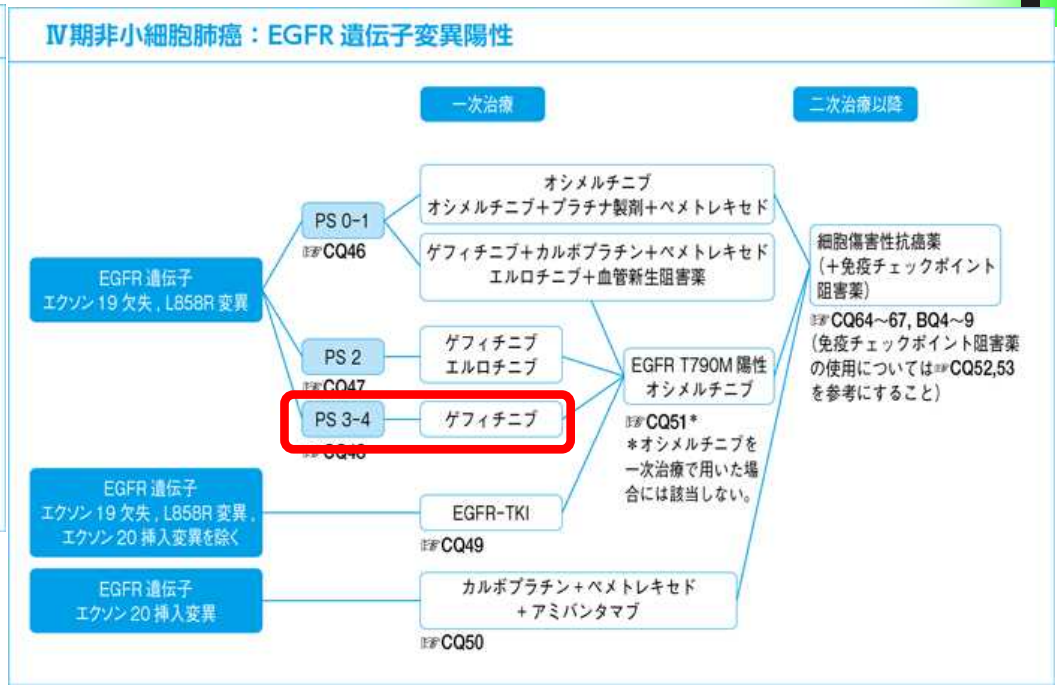


出典：厚生労働省　NDB オープンデータ　第２回（2016年度）～第９回（2022年度）「内服＿外来（院外）＿性年齢別薬効分類別数量」、「内服＿外来（院内）＿性年齢別薬効分類別数量」、「注射＿性年齢別薬効分類別数量」をもとに医薬産業政策研究所にて作成

NDBオープンデータから見た医療技術の推移。政策研ニュース No73 2024年11月、医薬産業政策研究所 椿原慎治

肺癌診療ガイドライン 2024







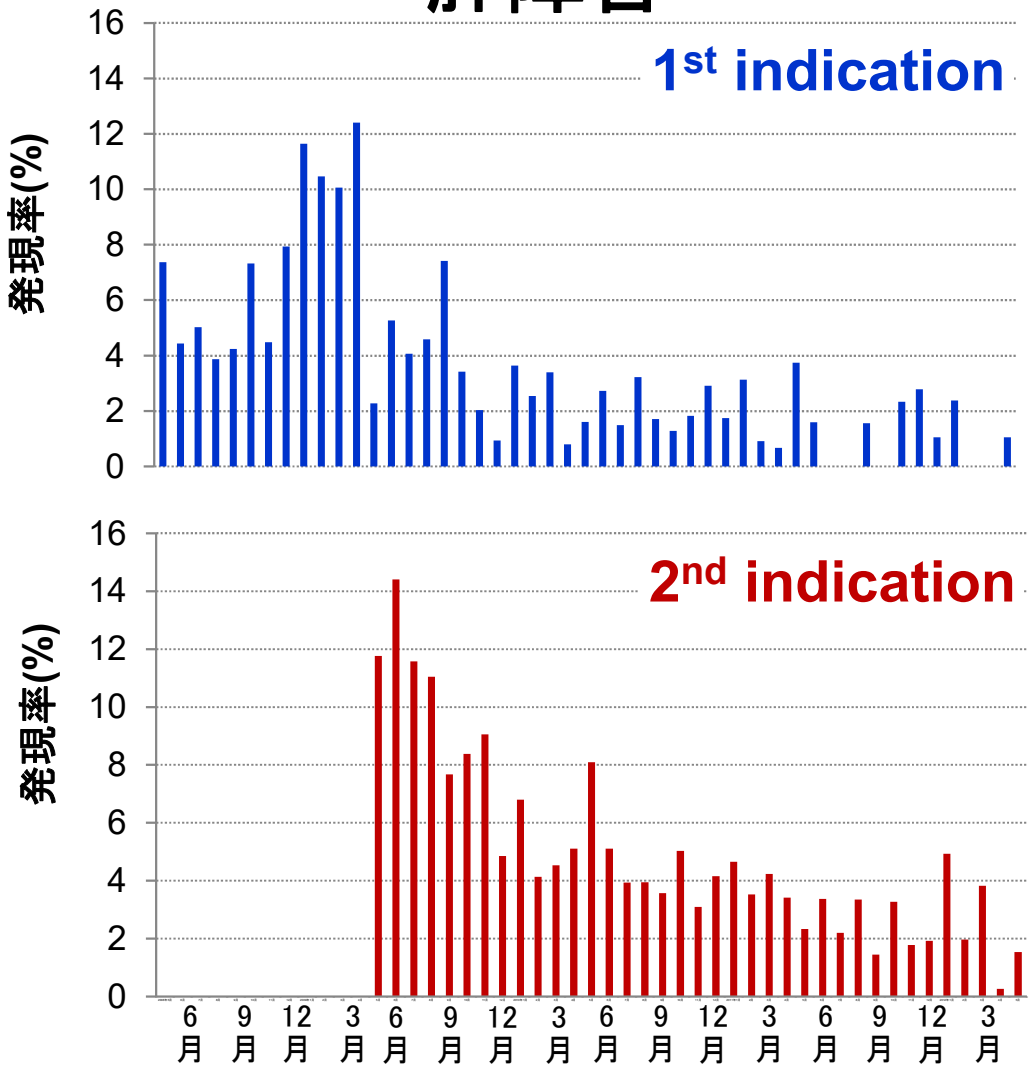
- 以前は治療対象とならなかったPS不良例も分子標的治療薬の対象となった。

- 治療対象者数は増える。

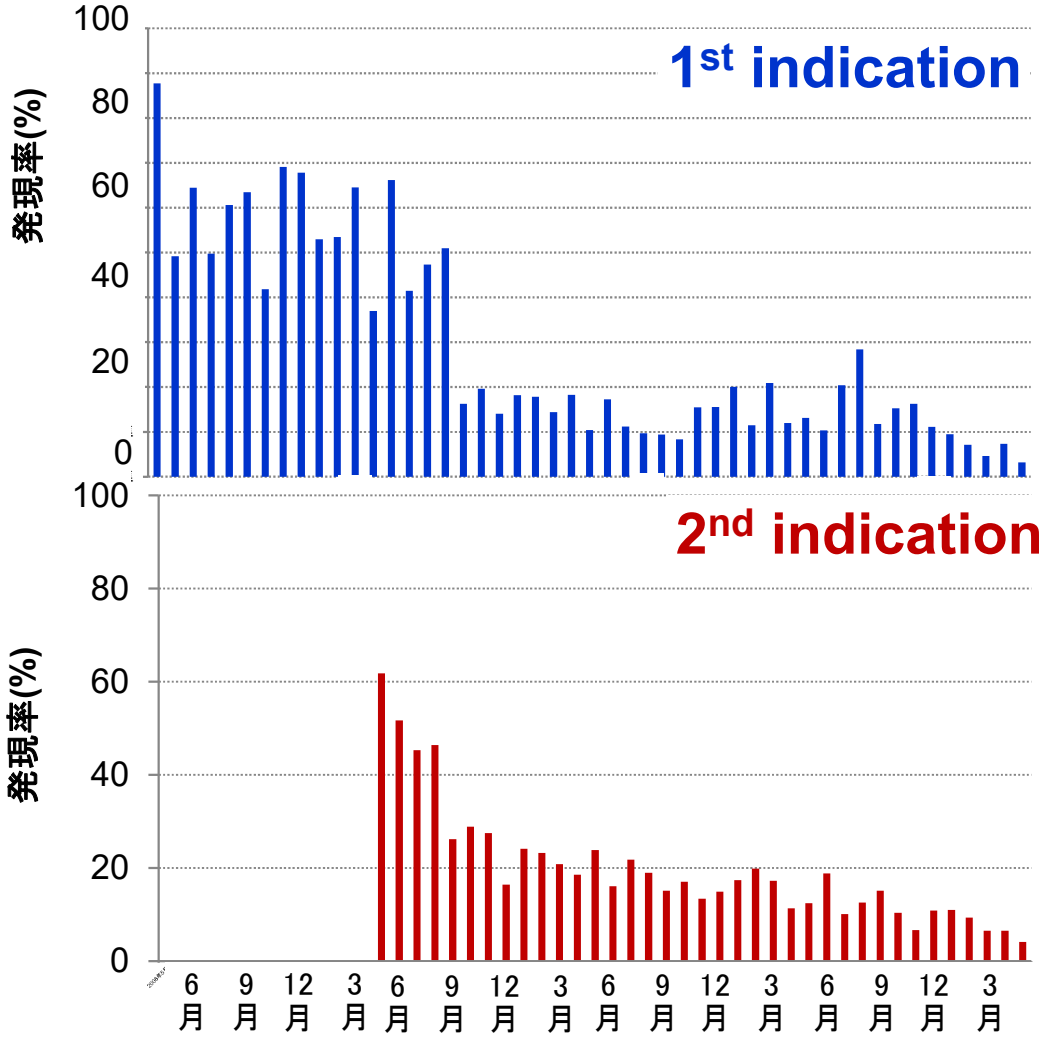
集約化による副作用の軽減

ある薬剤の市販後における重篤な副作用発生率の推移

肝障害



HFSR（手足皮膚反応）

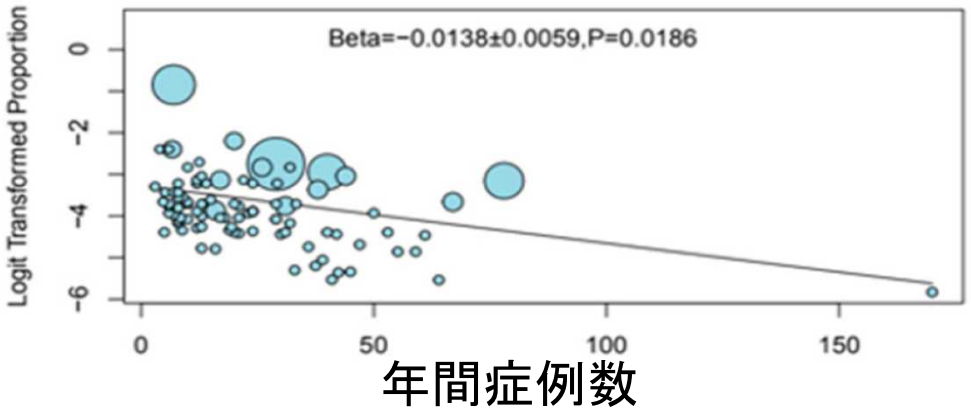


- 使う医師が変わると副作用は増える。

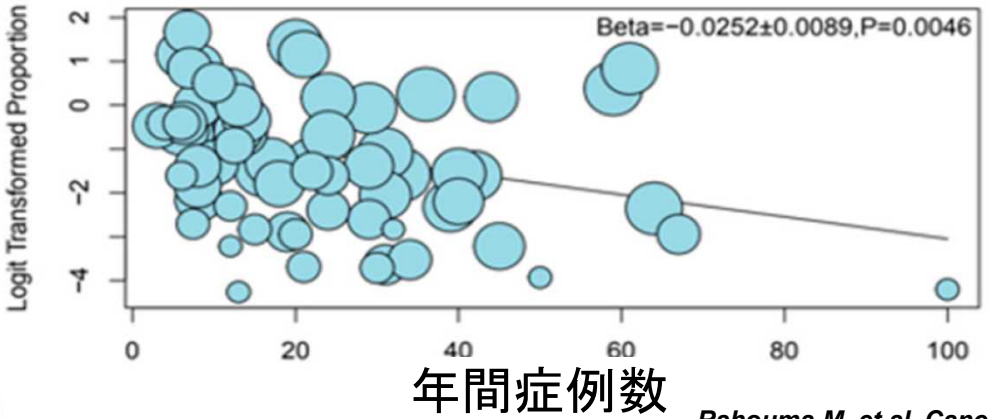
集約化による副作用の軽減

病院の規模と免疫チェックポイント害薬による免疫関連有害事象（irAE）

有害事象による死亡



重篤な有害事象（グレード≥3)



Rahouma M, et al. Cancers 16, 1136, 2024

病院の規模と急性骨髄性白血病（AML）の治療成績（Matched Cohort Study）

- 米国データベース（NIS）
- 2009-2011年
- 年齢、性、合併症、保険加入状況、収入、地域、入院日等で調整

AML治療に伴う死亡率は小規模病院で高い

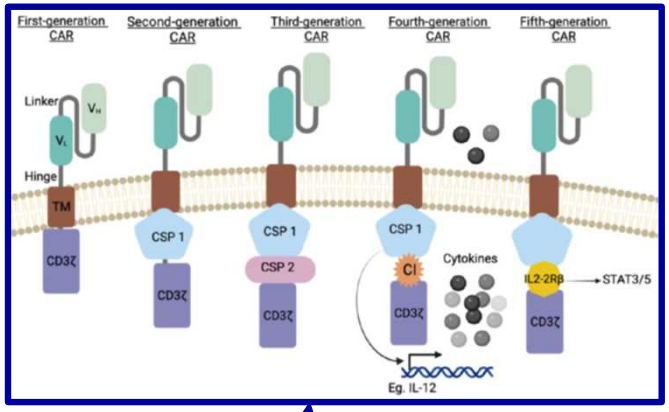
	大規模施設	小規模施設	P
死亡率	1.59%	4.07%	<0.001
入院期間	14.2日	14.6日	
入院費	$102,653	$101,945	

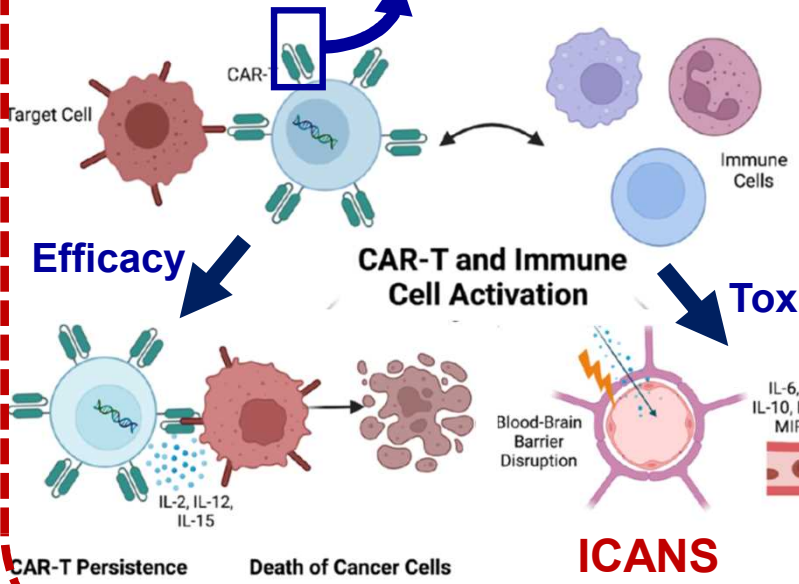
Giri S, et al. Blood 125:3359-3360, 2015

CAR-T, T-Cell Engagerは高度な副作用管理が必要

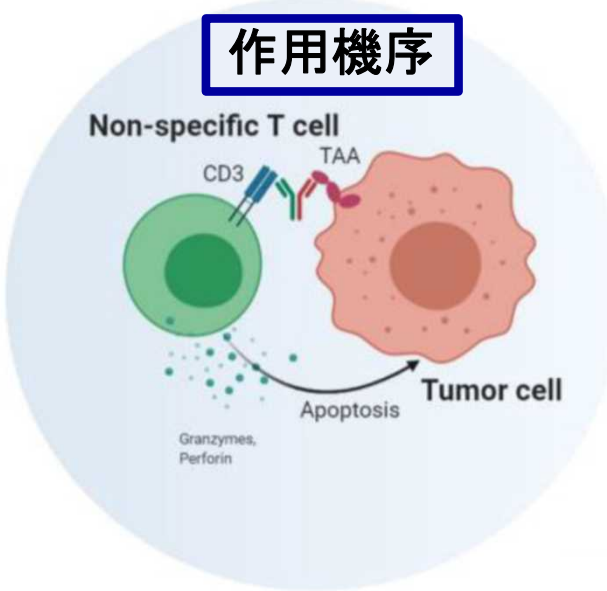
高度に集約化　　二重特異性抗体

CAR-T



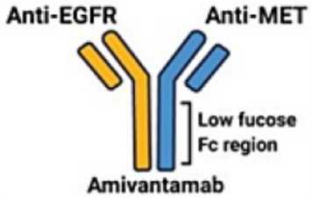


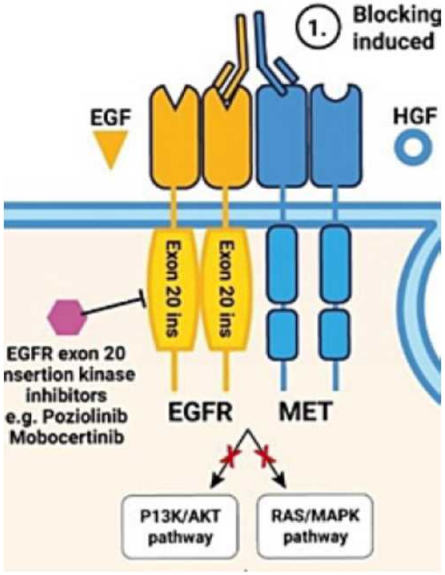
T-cell engager



Epcoritamabの副作用	頻度 (%)
SAE	56.7
CRS	49.7
ICANS	6.4

Non-T-cell engager





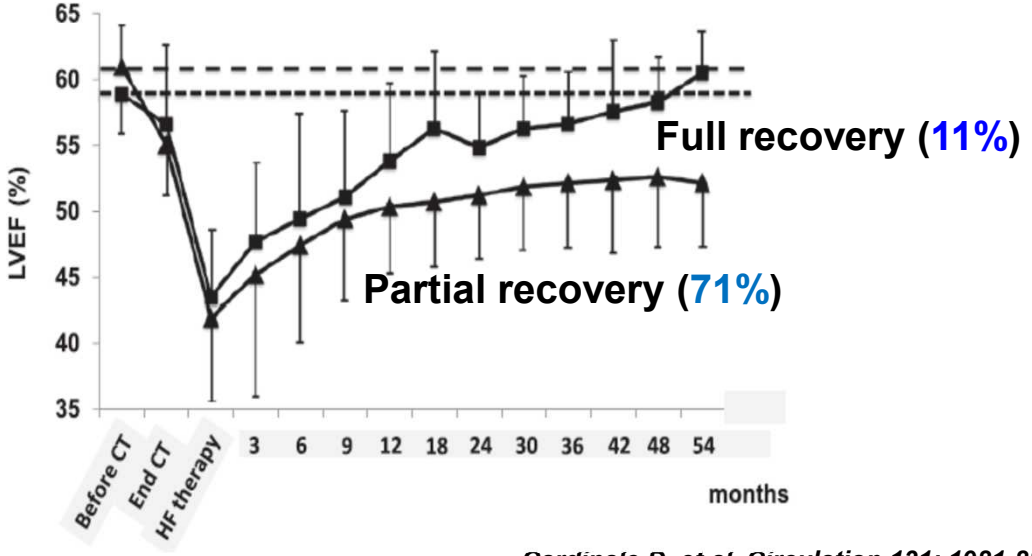
CRS, cytokine release syndrome
ICANS, immune effector cell-associated neurotoxicity syndrome

Dabas P, Med Oncol 40:2752023　Chohan KL, Cur Hemat Mal Rep 18:9-18, 2023　Betts A, Clin Pharmacol Ther 108:528-41、2020　Thieblemont C, J Clin Oncol 41:2238-47、2022

腫瘍循環器の診療体制が重要

アントラサイクリンによる心機能低下も早期発見・早期介入で回復可能

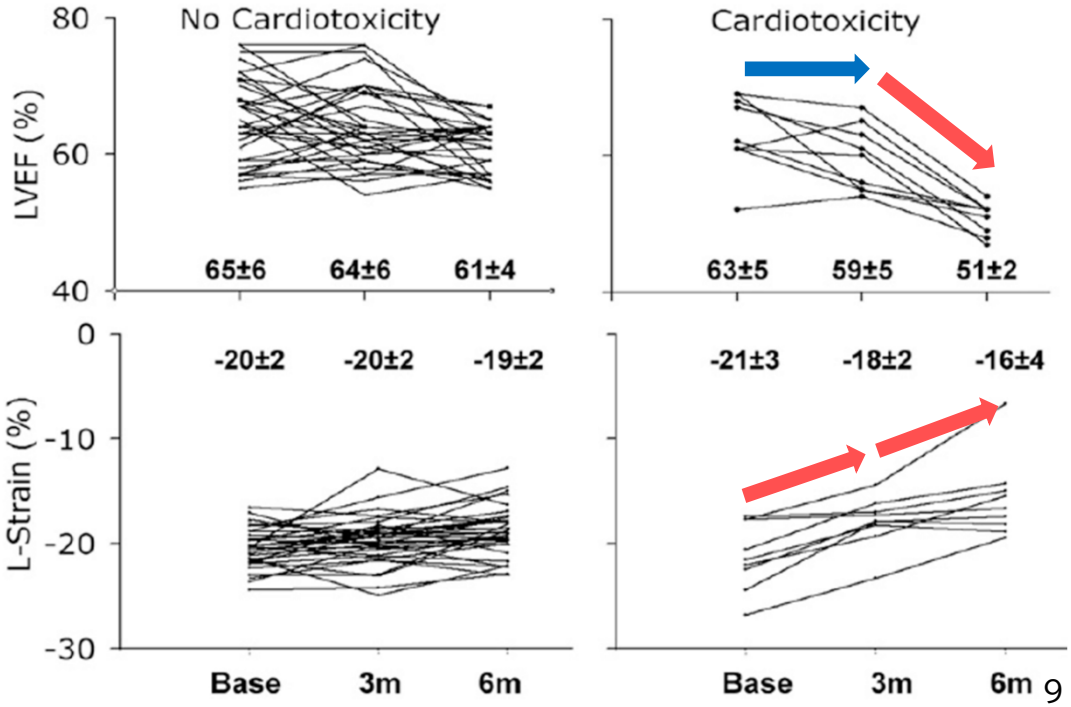
- アントラサイクリンによる化学療法を受けた2625例でLVEFを前向きに評価
- LVEFが低下した段階で心不全の治療（enalapril +/− b-blockers）を開始
  - 心毒性は9% に見られ、
    - 11% が完全にbaselineまで回復
    - 71% が部分的に回復



Cardinale D, et al. Circulation 131: 1981-88, 2015

GLSがLVEFよりも早期に心毒性を検出

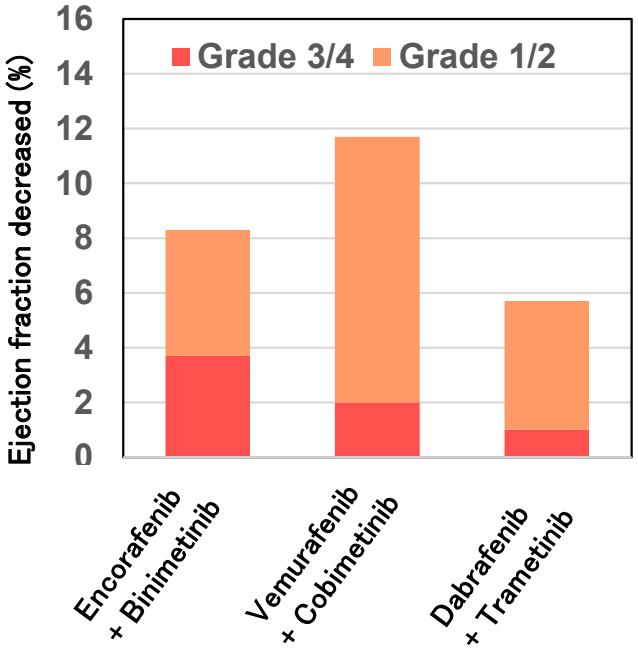
- アントラサイクリンとトラスツズマブによる治療を受けた患者の前向き観察。
- 43例中9例で心機能低下。
- LVEFが低下する前にGLSが変化。



Sawaya H, et al. Am J Cardiol 107;1375, 2011

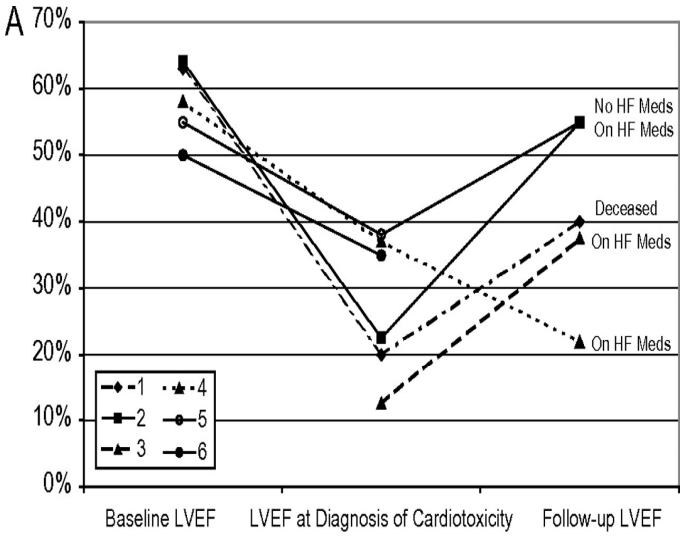
多くの分子標的薬が心機能低下を起こす。

BRAF阻害薬 + MEK阻害薬



Heinzerling L V, et al. ESMO Open 4: e000491, 2019

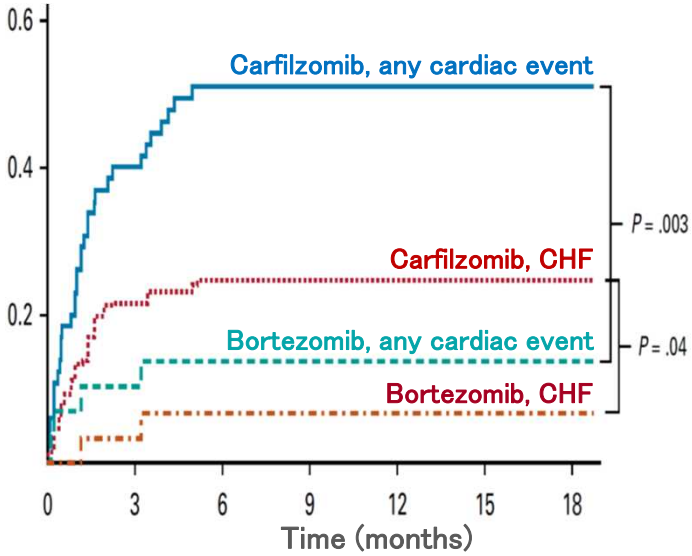
スニチニブ



Grade 3/4 LV dysfunction in 7 of 48 (15%) pts

Telli ML, et al. Ann Oncol 19:1613–18, 2008

カルフィルゾミブ

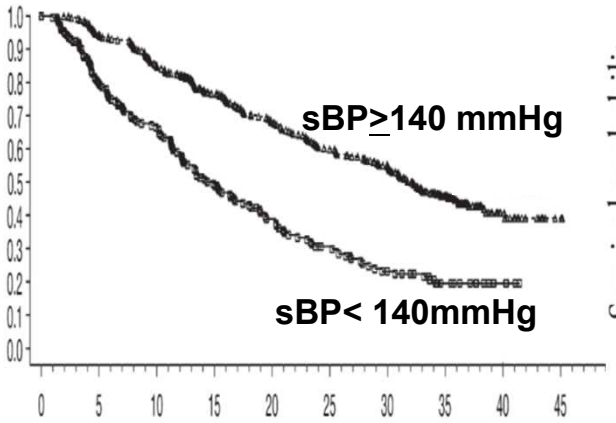


Cornell RF, et al. JCL 37:1646–55, 2019

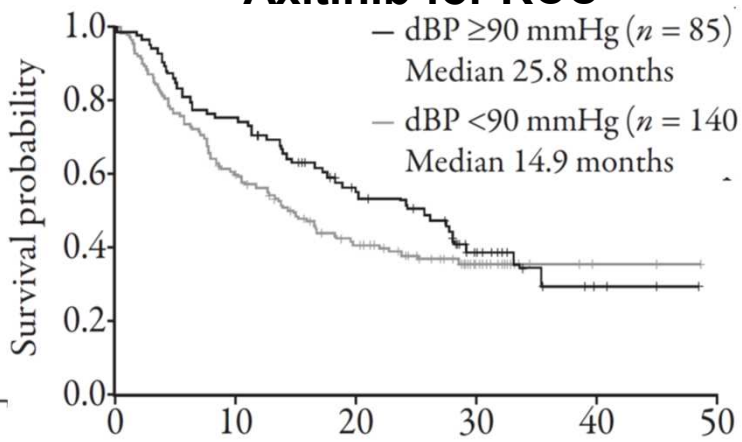
血圧上昇は抗VEGF療法の効果のBiomarkerである

血圧上昇の有無による全生存期間

Sunitinib for RCC

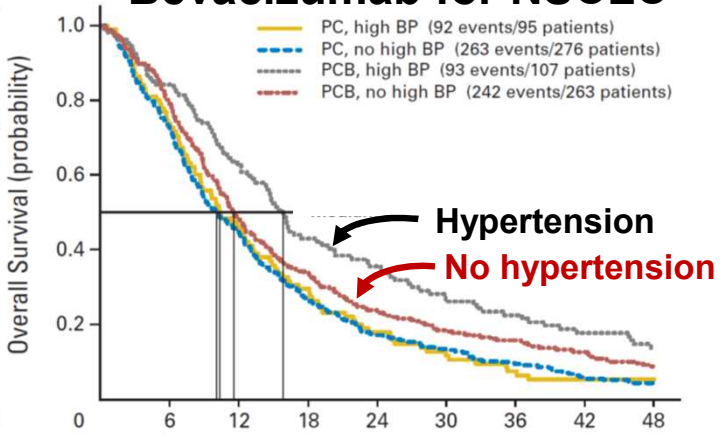


Axitinib for RCC

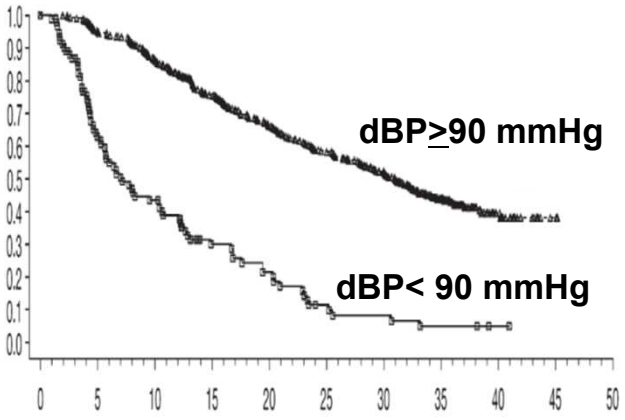


Mittal K, et al. Biol Ther 2:5、2012

Bevacizumab for NSCLC

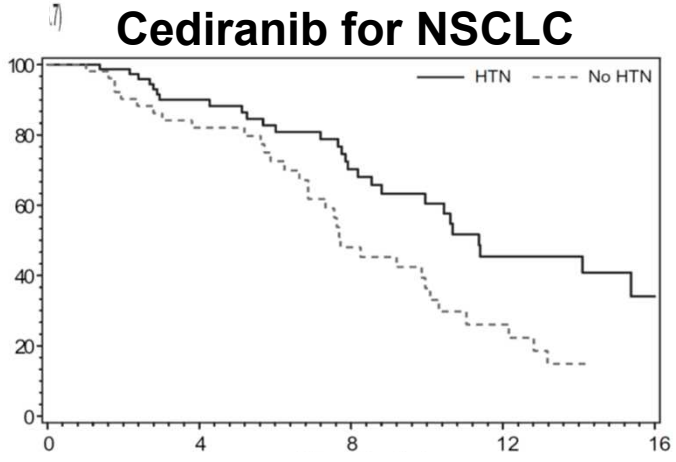


Dahlberg SE, et al. JCO 28; 949-54, 2010



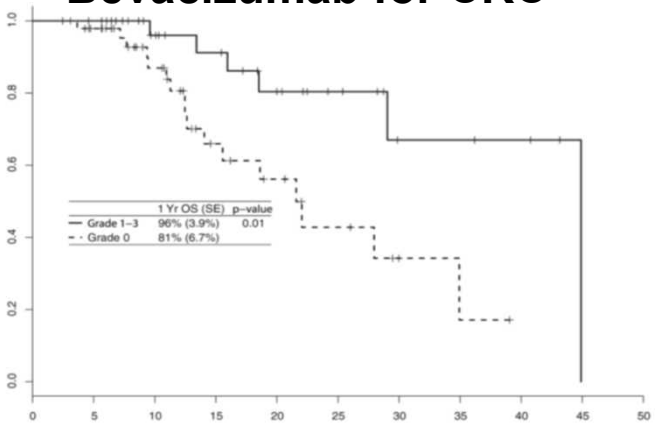
Rini BI, et al. JNCI 103; 763-73, 2011

Cediranib for NSCLC



Goodwin R, et al. Ann Oncol 21; 2220-26, 2010

Bevacizumab for CRC



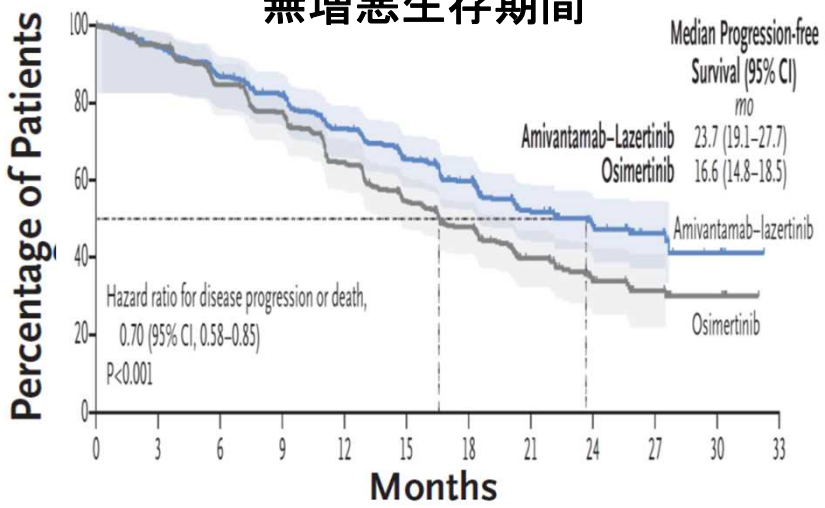
Ryanne Wu R, et al. J Gastrointest Cancer 40; 101-8, 2009

抗VEGF療法では血圧上昇をコントロールしながら治療強度をたもつことが重要である。

抗悪性腫瘍薬治療には循環科医との協力が必須

*EGFR*変異NSCLCに対するアミバンタマブ+ラゼルチニブ vs オシメルチニブ

無増悪生存期間



静脈血栓塞栓症

	アミバンタマブ + ラゼルチニブ (n=421)	オシメルチニブ (n=428)
VTE	37%	9%
≥Grade 3	11%	4%
PE	17%	5%

VTE, venous thromboembolism; PE, pulmonary embolisim

Cho et al. NEJM 391:1486-98, 2024

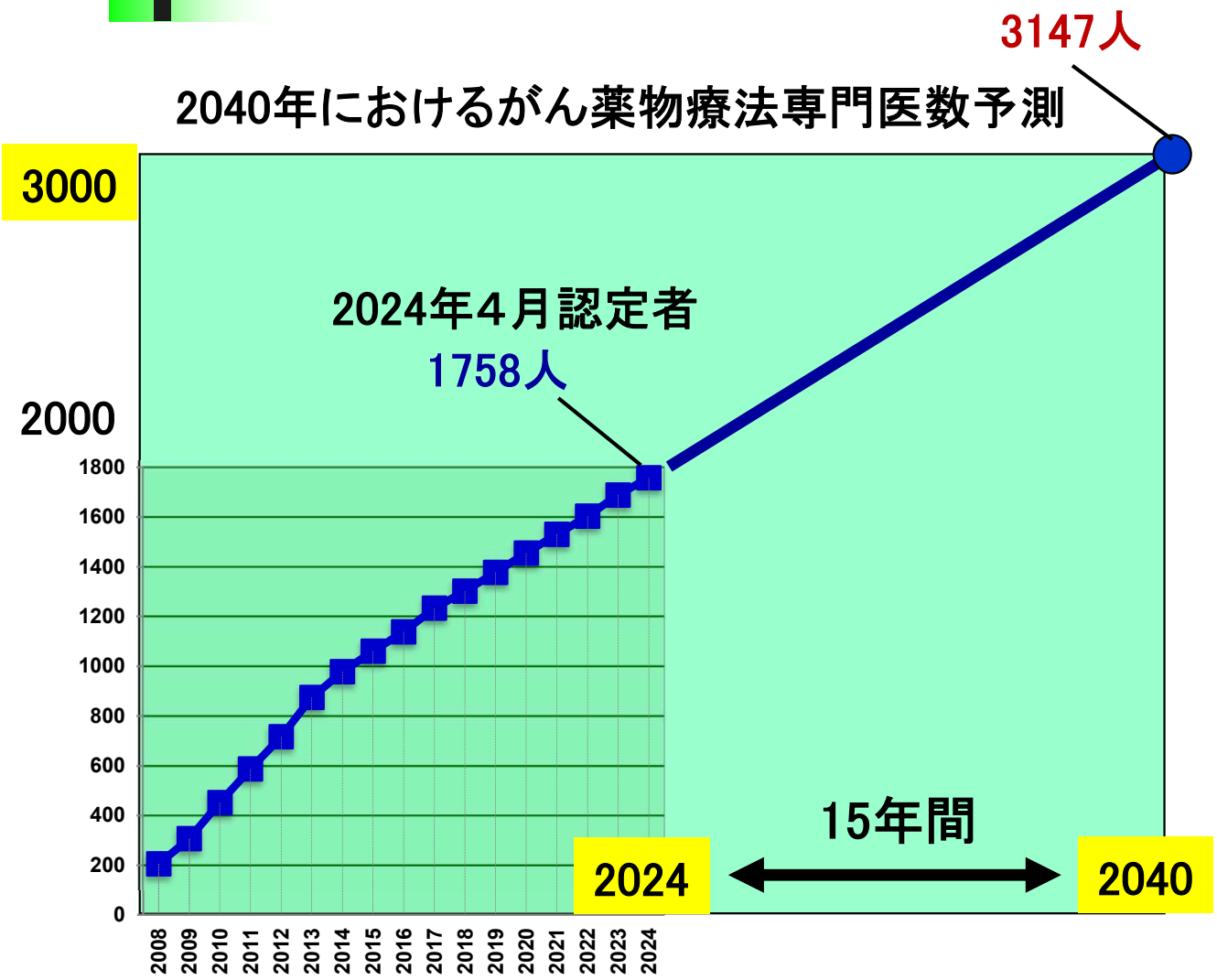
T315I陽性CMLに対するポナチニブ



末梢動脈閉塞	観察期間（月） 12	28	56.8
冠動脈	6%	10%	25%
脳血管	3%	7%	13%
末梢動脈	4%	7%	11%

Cortes JE. NEJM 369: 1783-96, 2013,
Kantarjian HM, JCO 32 (15 supple): 701, 2014; Cortes JE, Blood 132: 393-404, 2018

がん薬物療法専門医数と分布の予測



2006年から2024年まで（19年間）の認定数 1758人 ＝92.5人/年，
2040年までの15年間で1389人増と試算すると、計3147名

2024年における専門医施設分布

施設カテゴリー	専門医数（人）	施設当たり専門医数（人）
国立がんセンター（中央、東）	45	22.5
都道府県がん診療連携拠点病院	412	8.1
地域がん診療連携拠点病院	889	2.5
地域がん診療病院	13	0.2
その他	399	

1758人

2040年における専門医分布予測

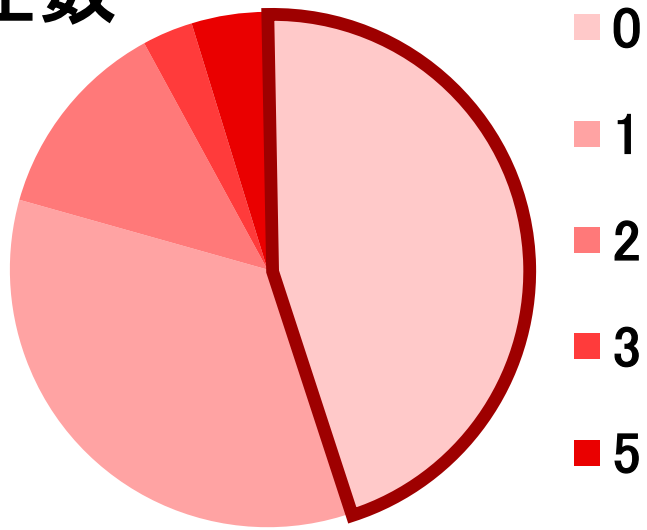
施設カテゴリー	専門医数（人）	施設当たり専門医数（人）
国立がんセンター（中央、東）	80	40
都道府県がん診療連携拠点病院	739	14.5
地域がん診療連携拠点病院	1592	4.6
地域がん診療病院	23	0.4
その他	713	

3147人

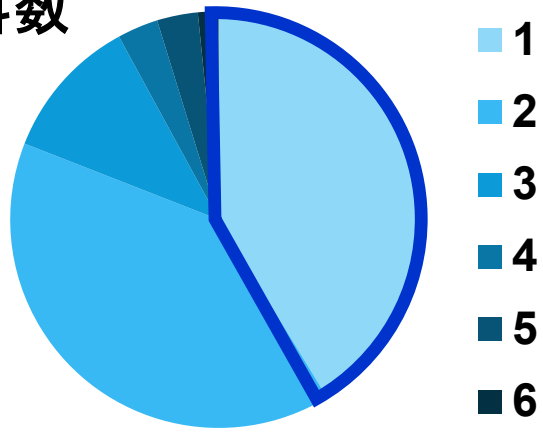
小児がんサバイバー移行期医療の体制構築が必要

神戸大学病院腫瘍・血液内科に移行した小児がんサバイバー
(2016/Sep – 2024/Aug, n=63)

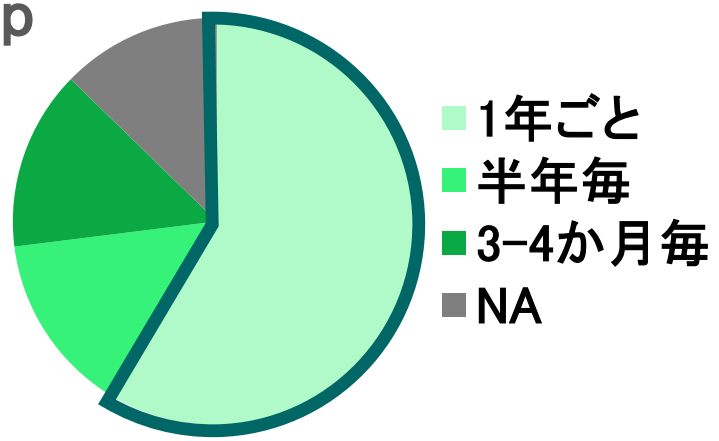
合併症数



診療科数



Follow up

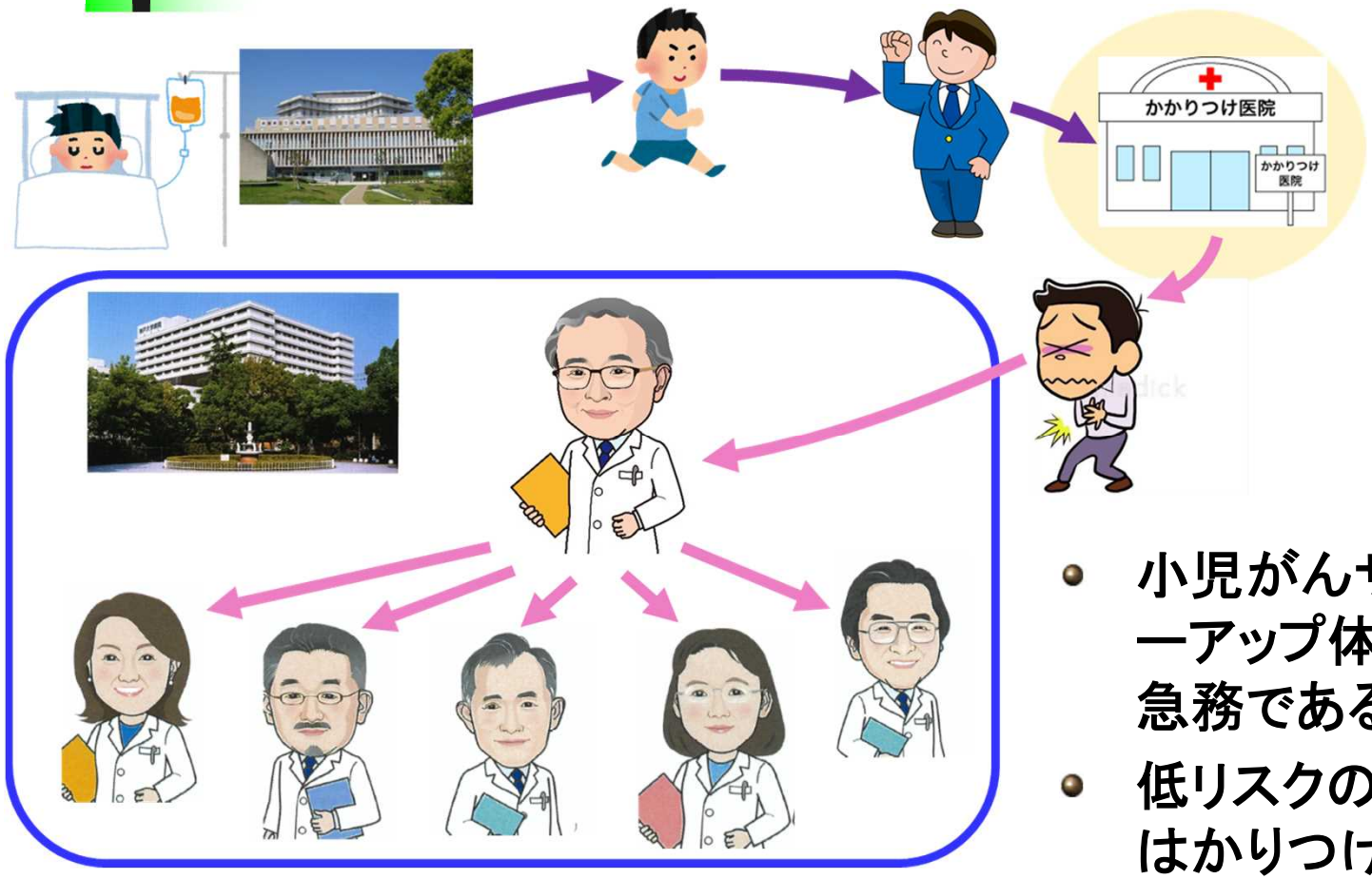


小児がん治療後の長期フォローアップガイド
フォローアップレベル表



Level	分類	対象者	FU, ケア プロバイダー	頻度	内容
1	一般的 健康管理	機能障害のない 外科手術	健康診断医、 家庭医	年1回	成人期以降は電話・郵送による予後調査が望ましい。
2	標準FU	DOX<250 mg/m^2 CPM< 7.5 g/m^2 CDDP <360 mg/m^2 IFM <45 g/m^2	LTFU外来	年1回	成人期以降は電話・郵送による予後調査が望ましい。
3	強化FU	DOX≥250 mg/m^2 CPM≥ 7.5 g/m^2 CDDp 360 ≥mg/m^2 IFM ≥45 g/m^2 AutoSCT Low dose RT	LTFU外来	年1回	成人期以降もFUが望ましい。 中止する場合は電話・郵送による予後調査が望ましい。
4	高度FU	頭部RT >18 Gy 胸部RT >15 Gy 精巣RT >6 Gy AlloSCT AutoSCT（含BU・RT） 再発治療後 遺伝性腫瘍症候群 脳腫瘍	LTFU外来	年1回	成人期以後もFU必要

小児がんサバイバー長期フォローアップ体制について



- 小児がんサバイバーに対する長期フォローアップ体制を各地域で整備することが急務である。
- 低リスクのサバイバーのフォローアップはかかりつけ医で対応するのが望ましい。
- 成長に伴う転居や就学、就職などのライフステージの変化に対応できるよう、各地域のネットワークを全国で繋ぐ必要がある。

2040年代を見据えた抗悪性腫瘍薬治療の提供体制

1. 人口動態とがん診療の影響

- 人口は減少するが、高齢者人口の増加により治療対象となるがん患者数は増加する。
- 高齢者やパフォーマンスステータス（PS）が不良症例でも、分子標的薬治療の対象になる。

2. がん診療体制の向上と課題

- 患者の集約化により、医療機関・医療者の経験が蓄積し、診療の質が向上する。
- 集約化の観点から3段に階層化するためには関係者との十分な協議が必要である。
- 小児がんサバイバーに対する長期フォローアップ体制の整備が急務である。

3. がん専門病院と地域医療の連携

- 抗悪性腫瘍薬の副作用が多彩となり、合併症を有する高齢患者が増加するため、がん専門病院だけでは対応が困難となる。
- がん専門病院の役割やあり方について、地域の総合病院との強固な連携体制の構築など再検討が求められる。
- 一部のがん専門病院からは、治験などを効率的に運用するため「総合病院とは機能分担をすべき」という意見もあるが、運営の効率化と診療体制の両立が課題となる。

4. 拠点病院の役割

- 都道府県がん診療連携拠点病院は、地域がん拠点病院の機能も担うべきである。

5. がん薬物療法の専門医の必要性

- 2040年代には、全てのがん診療連携拠点病院にがん薬物療法専門医を在籍させ、二重特異性抗体や細胞療法など高度な医療に対応することが望まれる。

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	参考資料
令和７年３月 21 日	1

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」開催要綱

１．　趣旨

全国どこにいても質の高い医療を受けることができるよう、がん診療連携拠点病院等、小児がん拠点病院等及びがんゲノム医療中核拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の整備が進められ、がん医療提供体制の充実が図られてきたところである。

第４期のがん対策推進基本計画（令和５年３月 28 日閣議決定）においては、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進するとされている。

本検討会においては、拠点病院等を中心とした、今後のがん診療提供体制のあり方について、各地域の医療提供体制の実状を踏まえ、検討することとする。

２．　検討事項

（１）拠点病院等の評価と指定要件の見直しについて
（２）がん医療分野の諸課題について
（３）その他

３．　構成員の構成

（１）本検討会の構成員は、別紙の名簿に記載の構成員により構成する。
（２）本検討会の構成員は、10 名程度とする。
（３）本検討会には、構成員の互選により座長をおき、検討会を統括する。
（４）座長に事故があるときは座長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
（５）必要に応じ、別紙構成員以外の有識者等の参集を依頼することができるものとする。

４．　構成員の任期等

（１）構成員の任期は２年とする。
（２）構成員は再任することができる。

５．　検討会の運営等

（１）本検討会は、厚生労働省健康・生活衛生局長が別紙の構成員の参集を求めて開催する。
（２）本検討会の庶務は、健康・生活衛生局がん・疾病対策課において行う。
（３）本検討会は、必要に応じ、ワーキンググループを設置できるものとする。
（４）本検討会は、原則公開するとともに、議事録を作成・公表する。ただし、特定の者に不当な利益又は不利益をもたらすおそれがある場合等はこの限りではない。また、座長が必要と認めた際には、電子メール等の手段により構成員の意見を集約する等の持ち回り開催を行うことができる。
（５）この要綱に定めるもののほか、本検討会の開催に必要な事項は、座長が健康・生活衛生局長と協議の上、定める。

別紙

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」構成員名簿

天野　慎介	一般社団法人全国がん患者団体連合会　理事長
家保　英隆	高知県理事（保健医療担当）兼健康政策部医監
泉　並木	一般社団法人日本病院会　副会長
川上　純一	公益社団法人日本薬剤師会　副会長
佐野　武	公益財団法人がん研究会有明病院　病院長
茂松　茂人	公益社団法人日本医師会　副会長
藤　也寸志	独立行政法人国立病院機構九州がんセンター　名誉院長
土岐　祐一郎	国立大学法人大阪大学大学院医学系研究科外科系臨床医学専攻・外科学講座消化器外科学　教授
中釜　斉	国立研究開発法人国立がん研究センター　理事長
野田　龍也	公立大学法人奈良県立医科大学公衆衛生学講座　准教授
橋本　美穂	公益社団法人日本看護協会　常任理事
東　尚弘	国立大学法人東京大学大学院医学系研究科 公衆衛生学分野　教授
松本　公一	国立研究開発法人国立成育医療研究センター小児がんセンター センター長
村松　圭司	産業医科大学医学部公衆衛生学教室　准教授

（五十音順・敬称略）

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会	参考資料2
令和7年3月21日	

「第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会」

参考人名簿

吉野　孝之	一般社団法人日本癌治療学会　理事長
調　　憲	一般社団法人日本癌治療学会　副理事長
万代　昌紀	一般社団法人日本癌治療学会　理事
石川　孝	一般社団法人日本癌治療学会　理事
宇野　隆	公益社団法人日本放射線腫瘍学会　理事長
溝脇　尚志	公益社団法人日本放射線腫瘍学会　専務理事
大野　達也	公益社団法人日本放射線腫瘍学会　理事
中村　和正	公益社団法人日本放射線腫瘍学会　理事
南　　博信	公益社団法人日本臨床腫瘍学会　理事長

（敬称略）