

2040 年を見据えた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（案）

令和 7 年●月●日

がん診療提供体制のあり方に関する検討会

目次

1. はじめに
2. 今後のがん医療の需給について
 - 1) がん医療の需要について
 - ① 日本の将来人口推計
 - ② がん罹患者数の見込み
 - ③ がん罹患者の地域特性
 - ④ 入院・外来治療の需要動向
 - ⑤ 三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み
 - 2) がん医療の供給について
 - ① 三大療法別の供給見込み
 - （i）手術療法
 - （ii）放射線療法
 - （iii）薬物療法
 - 3) がん医療の需給バランスを維持するための方策について
 - ① 三大療法別の方策
 - （i）手術療法
 - （ii）放射線療法
 - （iii）薬物療法
 - ② 集学的治療
3. 高度な医療技術を伴うがん医療について
 - 1) 手術療法
 - 2) 放射線療法
 - 3) 薬物療法
4. 今後の方向性について
 - 1) 基本的な考え方

- 2) 特に集約化の検討が必要な医療についての考え方
 - 3) 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方
 - 4) 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基づいた医療行為例
-
5. 都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について
 - 1) 都道府県協議会の体制
 - 2) 都道府県協議会での協議事項
 - 3) 都道府県協議会事務局の役割
 - 4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項
-
6. 総括

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 年に策定された「対がん 10 か年総合戦略」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が策定され、拠点病院等を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた取組を進めてきた。

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。）では、「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「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。」ことを掲げ、持続可能ながん医療の提供を推進するよう取り組んでいる。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¹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。

「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」（以下「検討会」という。）においては、令和 6 年 12 月より、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更に進む 2040 年を見据えたがん医療提供体制の構築について、がん医療の柱である三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）に係る関係学会からヒアリングを実施し、医療需給（医療従事者や医療施設・設備）の観点と、医療技術の観点を踏まえて有識者による議論を進めてきた。検討会における議論を踏まえて、がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方及び喫緊で検討すべき内容について、ここにとりまとめる。

2. 今後のがん医療の需給について

1) がん医療の需要について

¹ 拠点病院等（がん診療連携拠点病院等）は、地域がん診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院（各類型の特例型を含む）を指す。

① 日本の将来人口推計

日本の総人口としては、2040 年に 1 億 1,283 万人と、2025 年の 1 億 2,325 万人に比べて 8 %減少することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口（15～64 歳）は、2040 年に 6,213 万人と、2025 年の 7,310 万人と比べて 15%減少し、65～84 歳は、2040 年に 2,922 万人と、2025 年の 2,945 万人とほぼ横ばいで推移し、85 歳以上は、2040 年に 1,006 万人と、2025 年の 707 万人に比べて 42%増加することが推計されている。また、東京都と沖縄県については、他道府県と比較して、生産年齢人口の減少率が小さく、65～84 歳の増加率が著しく大きいことが推計されている。

② がん罹患者数の見込み

がん罹患率は年齢とともに上昇する傾向にあり、2021 年のがん罹患者数 98.9 万人のうち、76%は 65 歳以上である²。2040 年に向け、生産年齢人口の減少により、64 歳以下のがん罹患者数は減少するものの、65～84 歳のがん罹患者数は横ばいで推移し、85 歳以上のがん罹患者数は団塊の世代の高齢化により増加が見込まれ、がん罹患者の総数は横ばいからやや増加すると見込まれる。

③ がん罹患者の地域特性

2040 年に向けて、都道府県単位では、がん罹患者数が都市部を中心に 16 都府県で増加する一方で、31 道県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、大都市部³の 88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の 59%、過疎地域の 98%で減少することが見込まれる。年齢階級別では、64 歳以下のがん罹患者数は、大都市部の 90%、地方都市部の 97%、全ての過疎地域で減少することが見込まれる。65～84 歳のがん罹患者数は、大都市部の 67%で増加する一方で、地方都市部の 90%、過疎地域の 98%で減少することが見込まれる。85 歳以上のがん罹患者数は、過疎地域の 2 %を除き、全ての二次医療圏で増加することが見込まれ、その傾向は大都市部・地方都市部では増加率平均が 40%を超えることが見込まれる。

④ 入院・外来治療の需要動向

患者調査によると、がん患者における、推計外来患者数（1 日あたり医療機関の外来を受療した患者数）は増加しているものの、推計入院患者数（1 日あたり医療機関に入院している患者数）は減少している状況である。推計入院患者数の減少は、

² 令和 3 年全国がん登録罹患者数・率報告

³ 大都市部：人口が 100 万人以上（又は）人口密度が 2,000 人/km² 以上、地方都市部：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：上記以外

鏡視下手術等による低侵襲治療の割合の増加等による平均在院日数の短縮や、放射線療法・薬物療法の外来移行が要因として考えられる。今後も、低侵襲治療の割合の増加や、放射線療法・薬物療法の外来移行が継続すると見込まれ、がん患者において、入院患者数は減少し、外来患者数は増加することが見込まれる。

⑤ 三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）別の需要見込み

2040 年に向けて、三大療法の内、手術療法の需要は 2025 年比で 5 %減少すると見込まれる⁴。これは、院内がん登録を用いた将来の手術療法の実施割合の推計において、小児を除いた手術療法の実施割合が減少しているためである。一方で、放射線療法や薬物療法の需要は 2025 年比でそれぞれ 24%及び 15%増加することが見込まれる⁴。これは、院内がん登録を用いた将来の放射線療法及び薬物療法の実施割合の推計において、高齢がん患者への実施割合が増加しているためである。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)
受療者数 (万人) ※1	46.5	44.0 (95%)	10.5	13.0 (124%)	30.3	34.7 (115%)

※1：将来のがん罹患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14 歳、15 歳～64 歳、65 歳～74 歳、75 歳～84 歳、85 歳以上）の三大療法の実施割合の推移（2016 年～2023 年）から線形予測した将来の三大療法の実施割合（全国）を乗算して算出した推計値であり、初期治療として三大療法を実施した患者数であることに留意。

手術療法の需要は、2040 年に向けて、都道府県単位では、前述の通り、人口構造の変化が異なる東京都と沖縄県の 2 都県で増加する一方で、その他の 45 道府県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、大都市部の 54%、地方都市部の 92%、過疎地域の 98%で需要が減少することが見込まれる。

放射線療法の需要は、2040 年に向けて、都道府県単位では、全ての都道府県で増加することが見込まれる。二次医療圏単位では、過疎地域の 22%を除き、全ての二次医療圏で需要が増加することが見込まれる。

⁴ 全国がん登録のがん罹患率データ（2016 年～2021 年）、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口（2020～2054 年）を用いて作成したがん罹患者数推計と、2016 年～2023 年の期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696 施設）を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した 2050 年までの実施割合の推計を乗算した、推計上の数値。将来推計にあたり、より多くのデータポイントを有し、かつ直近までの数値が収集されている院内がん登録のデータを採用した。

薬物療法の需要は、2040 年に向けて、都道府県単位では、46 都道府県で増加する一方で、秋田県で減少することが見込まれる。二次医療圏単位では、全ての大都市部、地方都市部の 88%で需要が増加する一方で、過疎地域の 70%で需要が減少することが見込まれる。

上述のように、将来のがん患者に対する三大療法の需要は、都道府県単位・二次医療圏単位で異なる。都道府県は、都道府県単位・二次医療圏単位の将来のがん患者に対する三大療法を中心としたがん医療の需要について、予測・把握することが必要である。

2) がん医療の供給について

① 三大療法別の供給見込み

三大療法を主に担う医師数は、下表の通りとなることを見込まれている。

	手術療法		放射線療法		薬物療法	
	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)	2025 年	2040 年 見込み (2025 年比)
受療者数 (万人) (再掲)	46.5	44.0 (95%)	10.5	13.0 (124%)	30.3	34.7 (115%)
医師数 (万人) ※1	●	● (●%) ※3	●	● (●%) ※4	— ※5	— ※5
必要 医師数 ※2 (万人)	検討会にて、学会よりご発表いただいた 数値を検討会後記載予定				— ※5	— ※5
医師数 過不足 ※2 (万人)	—	●	—	●	— ※5	— ※5

※1：2015 年から 2024 年の専門医数の変化率が 2040 年まで継続すると仮定した場合の見込みの専門医数を記載。

※2：検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

※3：手術療法：日本消化器外科学会⁵に所属する医師数⁶

※4：放射線療法：放射線治療専門医数

※5：薬物療法は、薬物療法専門医のほか、がん診療を担う薬物療法専門医ではない医師が中心となって提供されている。薬物療法専門医ではない医師が現状どの程度薬物療法を担っているのか、現状、評価が困難であるため空欄とした。

⁵ がん患者に対する手術療法は多くの診療科で提供されているが、2022 年の医師・歯科医師・薬剤師統計において、消化器外科医は外科医の約 7 割を占めていることに加え、近年特に減少が著しいため、本項目は日本消化器外科学会を対象とした。

⁶ 2020 年に日本消化器外科学会専門医の取得条件が変更になり、2015 年から 2024 年の日本消化器外科学会の専門医数を一定の基準で継続的に計上できないため、日本消化器外科学会に所属する医師数を記載。

(i) 手術療法

医師の総数が 2022 年時点で 34.3 万人（2012 年時点で 30.3 万人）と、過去 10 年間で 13%増加しているにもかかわらず、外科医の総数は過去 10 年間ほぼ変わっておらず、特に消化器外科医については、2022 年時点で約 1.9 万人（2012 年時点で約 2.1 万人）と、過去 10 年間で 10%減少している。さらに、40 歳未満の若手消化器外科医については、減少幅がより大きく、過去 10 年間で 15%減少している。日本消化器外科学会によると、消化器外科医は現状 60 歳代が最も多く、今後、診療の中心を担うものと考えられる 65 歳未満の消化器外科医の数は減少すると予測されている。現状の傾向に変化がなければ、65 歳未満の日本消化器外科学会に所属する医師数は、2040 年には 2025 年比で約●千人（●%）減少すると予測され、全国で外科医不足が報告されている中で、今後、外科医不足に更に拍車がかかるものと見込まれる⁷。

(ii) 放射線療法

放射線療法の需要は、2040 年に 2025 年比で 24%増加する事が見込まれる中、放射線療法を専門とする医師数は需要の増加を上回り、2040 年に●千人まで増加（2025 年比で●%増加）することが見込まれており、放射線療法を提供する医師数という観点では●と考えられる⁸。

一方で、放射線療法を提供するにあたっては、高額な放射線治療装置が必要となる。放射線治療装置は、●年時点で、全国で●台配置されているが、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置 1 台あたりの患者数にばらつきが大きく、放射線治療装置の効率的な配置を検討する必要がある⁹。

(iii) 薬物療法

薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない内科や外科、小児科、婦人科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科頭頸部外科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、歯科口腔外科等の診療科の医師が中心となって提供されている。このような薬物療法専門医ではない医師が現状どの程度薬物療法を提供しているのか、定量的に評価することは困難である。日本臨床腫瘍学会によると、薬

⁷ 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

⁸ 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

⁹ 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本放射線腫瘍学会提出資料「各国の一施設当たりの平均外照射装置数」

物療法専門医数は、2040 年に向けて増加すると予測されている¹⁰一方で、他の診療科の医師の推計は現状できておらず、薬物療法が高度化している中で薬物療法の需要の増加（2025 年比で 15%増加）に対応するだけの、薬物療法の担い手が確保できない懸念がある。

また、近年、遺伝子変異に基づく治療薬の開発が広がるとともに、標準治療の中にそれらの治療薬が組み込まれてきている。実際に、がん遺伝子パネル検査の薬事審査の過程を経て、検査の分析性能が担保された遺伝子変異の項目数も増加している。これらについては、エキスパートパネルでの検討を経ずとも、質の高いがんゲノム医療を提供することが可能となりつつある。がんの標準治療を提供することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が提供できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。現在のがんゲノム医療中核拠点病院等の施設数の推移を鑑みると、2025 年 6 月現在の 282 施設から、拠点病院等を網羅する約 460 施設に拡大するまで、2037 年頃までかかることが見込まれる。

3)がん医療の需給バランスを維持するための方策について

① 三大療法別の方策

(i) 手術療法

手術療法に関しては、構成比率の高い 60 歳以上の消化器外科医が、今後臨床現場を離れることが見込まれる中、需要に見合う消化器外科医数を維持するためには、日本消化器外科学会の試算に基づく、少なくとも毎年●人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の●人から追加で●人の確保が必要となる¹¹。消化器外科医の新たな成り手が増加しない原因としては、長時間労働等によりワーク・ライフ・バランスの確保が難しいこと、給与が勤務量に見合っていないこと等が挙げられている¹²。関連学会や医療機関等では、複数主治医制による業務分担の推進や、個人へのインセンティブ導入といった取組等を実施しているところである¹³。また、次章「3. 高度な医療技術を伴うがん医療について」にて詳述するが、高度な医療技術の質の確保するために、限られた医療資

¹⁰ 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本臨床腫瘍学会提出資料「がん薬物療法専門医数と分布の予測」

¹¹ 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

¹² 令和 5 年度厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 厚生労働科学特別研究 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「表 17 希望していた基本領域を選択しなかった理由」

¹³ 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 日本消化器外科学会提出資料「働き方改革とインセンティブ導入による消化器外科医の増加」

源を集約化することが、需給バランスを維持する方策にもつながると考えられる。2040 年に向けた手術療法の需要の見込みは、地域毎に異なるため、都道府県は、都道府県がん診療連携拠点病院・大学等と連携し、地域における手術件数や外科医の配置状況を正確に把握し、住民のアクセスも考慮しながら、二次医療圏の枠組みを超えて、効率的に手術療法を提供するために集約化を含めた、がん医療提供体制の検討を推進することが必要である。

(ii) 放射線療法

放射線療法に関しては、2040 年に向けて需要の増加が見込まれる中、都道府県は地域毎の需要を予測しながら、効率的な放射線療法の提供体制を構築することが望まれる。現状、効率良く放射線治療装置を使用できていると考えられる施設における放射線治療装置 1 台あたりの年間平均患者数●人をもとにする¹⁴と、2040 年に向け、●台（対●年で●%増加）の放射線治療装置数が必要と見込まれる¹⁴。このため、地域毎に、放射線療法の需要を予測し、放射線治療装置の配置を適切に見直していくことが望まれる。特に、放射線療法の需要が減少することが見込まれる過疎地域や、放射線療法の需要が増加することが見込まれるもののがん患者数が少ない地域等では、放射線治療装置の維持が困難になる場合が想定されることから、都道府県内で適切な放射線療法の提供体制を検討する必要がある。そのため、都道府県は都道府県がん診療連携拠点病院・大学等と連携し、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者数等といった情報を正確に把握し、あらかじめ放射線治療施設の関係者と医療政策を担う都道府県が情報を共有することにより、効率的な配置を計画的に検討することが必要である。また、放射線治療装置の更新を中止する施設がある地域では、がん患者が放射線療法を引き続き受療できるよう、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の放射線治療施設へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切な放射線療法の提供体制を整えることが重要である。加えて、周辺の放射線治療施設が、がん患者の増加に対応できるよう、事前に放射線治療装置の更新の中止を含む放射線療法の提供体制に係る情報を共有できる仕組みを構築する必要がある。

(iii) 薬物療法

薬物療法は、薬物療法専門医のほか、薬物療法専門医ではない消化器外科や泌尿器科、婦人科、耳鼻咽喉科頭頸部外科といった、その他診療科の医師が中心

¹⁴ 検討会にて、学会よりご発表いただいた定義を検討会後記載予定

となって提供されている現状がある。しかしながら、消化器外科医の減少に鑑みると、現状の薬物療法の提供体制を今後も維持するためには、薬物療法を提供できる医師の確保が重要となる。また、過疎地域では薬物療法の需要が減少する地域もあるが、手術療法等とは異なり、がん患者が定期的に通院する必要があることから、がん患者のアクセスを踏まえると、拠点病院等以外でも一定の薬物療法が提供できるようにすることが望ましい。このため、都道府県は、薬物療法を提供する拠点病院等以外の医療機関と拠点病院等が連携できる提供体制の構築を進める必要がある。

がんの標準治療を実施することが求められる医療機関として位置づけられている拠点病院等において、がんゲノム医療が実施できるよう、関連学会等と連携し、その運用面の改善を図りながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制を構築していくことが重要である。

② 集学的治療

三大療法別の需給バランスを維持するための方策としては上述の通りであるが、集学的治療の観点から、都道府県は三大療法別の需給バランスを総合的に把握した上で、集学的治療が必要ながん患者に対して当該治療を提供できるよう、がん医療提供体制を構築することが重要である。

3. 高度な医療技術を伴うがん医療について

我が国ではこれまで、拠点病院等を中心として、がん医療の質の向上や均てん化に向けた、がん医療提供体制の構築を進めてきた。その中で、がん患者に対する治療実績の蓄積により、三大療法について、以下の報告が述べられている。

1) 手術療法

手術療法に関しては、外科系学会が合同で設立した手術症例データベース

(National Clinical Database: NCD) の解析によると、高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと、日本癌治療学会より報告されている¹⁵。この要因としては、手術件数の多い病院で勤務する外科医は、高度な技能を有する医師の下で診療に従事し、豊富な経験を積むことができる点や、多くの医療従事者による細やかなケアと集中治療を受けられている点があげられる。高度な手術や新たなモダリティを用いた治療については、提供する医療機

¹⁵ 第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本癌治療学会提出資料「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」「婦人科の手術に関する集約化と均てん化」

関を集約化し、知見・経験を集積することで、がん患者に安全な手術療法を提供することが望まれる。

2) 放射線療法

放射線療法に関しては、強度変調放射線治療（IMRT）や定位放射線治療等の精度の高い放射線療法について、治療患者数が多い施設においては、複雑な症例や有害事象への対応に関する知見・経験が蓄積されることで、治療成績の向上や有害事象の発生率の減少等が、日本放射線腫瘍学会より報告されている¹⁶。現状においても、学会が認定した施設等に一定数症例が集約されている。また、放射線治療装置等、高額な医療設備が必要な医療に関しては効率性の観点から、集約化して提供体制を構築することが望ましい。

3) 薬物療法

薬物療法に関しては、近年使用されるようになった免疫チェックポイント阻害薬について、治療症例数が多い医療施設では有害事象による死亡率が低いと、日本臨床腫瘍学会より報告されており¹⁷、重篤な有害事象を発症する可能性がある薬剤については一定数症例を集約することが望まれる。また、新規に使用可能となる薬剤に関しても提供する医療機関を集約し、知見・経験を集積することでがん患者に安全な薬物療法を提供することが望まれる。

4. 今後の方向性について

1) 基本的な考え方

国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んでおり、都道府県は、医療計画を作成し、地域の医療需要を踏まえて、医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携により、がん医療提供体制を確保してきたところ。

2040 年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、引き続き適切ながん医療を受けることができるよう均てん化の促進に取り組むとともに、持続可能ながん医療提供体制となるよう再構築していく必要がある。医療技術の観点からは、広く普及された医療について均てん化に取り組むとともに、高度な医療技術については、症例数を集積して質の高いがん医療提供体制を維持できるよう一定の集約化を検討していくといった医療機関及び関係機関の機能の役割分担及び連携を一層推進す

¹⁶ 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本放射線腫瘍学会提出資料「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」

¹⁷ 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本臨床腫瘍学会提出資料「集約化による副作用の軽減」

る。また、医療需給の観点からは、医療需要が少ない地域や医療従事者等の不足している地域等においては、効率性の観点から一定の集約化を検討していく。

また、がん予防や支持療法・緩和ケア等については、出来る限り多くの診療所・病院（かかりつけ医を含む）で提供されるよう取り組んでいく。

外科医の減少が見込まれる中で、集約化せずにこれまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供できている手術療法ですら維持できなくなる恐れがある。したがって、上述のような基本的な考え方に基づいて、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるように、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

2) 特に集約化の検討が必要な医療についての考え方

医療需給の観点では、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は、効率性の観点から集約化が望ましい。また、消化器外科領域等のような症例数が多いが、医師数が不足することが見込まれる診療領域に関しては、新たな成り手の確保が喫緊の課題であり、勤務環境等を整備するために、当該診療領域に関してのがん医療を提供する医療機関は集約化する等といった医療施設の適正な配置を推進することが望ましい。

医療技術の観点では、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る場合等について、集約化して症例数や知見・経験を蓄積することが望ましい。また、放射線治療装置のように、がん医療を提供する際に高額な医療機器や専用設備等を用いる技術は、導入及び維持にコストがかかるため、将来における放射線療法の需要を考慮し、集約化して提供することが望ましい。

特に集約化の検討が必要な医療の提供主体については、提供する医療を「都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療」と「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」に分類の上、前者については、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、小児がん拠点病院、地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院が担うことが想定される。後者については、拠点病院等や、地域の実情によってはそれ以外の医療機関が担うことが想定される。地域によっては、拠点病院等以外にもがん

診療を担っている実情を踏まえて、上記の分類を参考に想定される医療機関の役割分担については、後述のように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。）において十分な議論が必要である。

※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については、国単位で集約することが望ましい。

3) 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方

がん予防や支持療法・緩和ケア等は、出来る限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましく、特に、今後増加することが推測される高齢のがん患者に対しては、望んだ場所で適切な治療及びケアを受けられるよう、身近な診療所・病院で提供されることが望ましい。

4) 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基づいた医療行為例

がん診療提供体制のあり方に関する検討会で、関連学会からヒアリングした内容をもとに、資料 5 に例を記載する。

5. 都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について

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こと。また、都道府県も事務局に参画し、拠点病院等と連携すること。

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の参画を必須とすること。特に、拠点病院等までの通院に時間を要する地域のがん患者、及び当該地域の市区町村には、当該都道府県のがん医療提供体制の現状や、今後の構築方針について、十分に理解を得る必要がある。

2) 都道府県協議会での協議事項

「4. 今後の方向性」を踏まえて、別途国から提供する将来の人口推計や、都道府県内・がん医療圏内の将来のがん患者数、院内がん登録のデータ等を活用して、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整理すること。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・明確化すること。

都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画のもと、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置

数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析¹⁸も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと¹⁹。

がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるよう、院内がん登録を実施している医療機関を対象として、都道府県内の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、医療機関の同意のもと一元的に発信すること。その際に公表する項目について協議すること。

2040 年を見据え、持続可能ながん医療を提供するため、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こと。医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力して提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましい。

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に加え、都道府県を含む都道府県協議会事務局においては、主体的にがん医療提供体制に係るデータの収集・分析を行うこと。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論を実施できるように考慮すること。

都道府県協議会で整理・明確化した、がん種ごとに役割分担する医療機関について、国民に広く周知すること。また、がん患者を紹介する医療機関（がん検診を実施する医療機関を含む）にも都道府県内で役割分担する医療機関を周知し、がん患者が適切な医療機関で受療できるように努めること。

都道府県内の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こと。

医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、国民に提供することで、がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるように努めること。

¹⁸ 第 17 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本放射線腫瘍学会提出資料「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」

¹⁹ 一般的に放射線治療装置の耐用年数は 10～15 年程度であることを踏まえると、毎年●台程度の更新の検討が必要となる。

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・集約化の推進の進捗状況（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確認すること。

当該都道府県における医療計画の改定に向けて、都道府県協議会での、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関する協議結果を、都道府県に提出すること。

4) がん医療提供体制の均てん化・集約化についての留意事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が維持できなくなる恐れがあるため、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとってわかりやすい説明を継続していく必要がある。

都道府県は、地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、がん以外も含めた地域の医療提供体制を維持・確保する観点についても留意することが重要である。

身近な診療所・病院と、集約化の検討が必要な医療を提供する医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業所等、多職種・多機関との地域連携の強化がより一層重要となる。

がん患者にとって身近な診療所・病院では、拠点病院等と連携し、がん予防や支持療法・緩和ケア等を提供していくことが重要となる。拠点病院等は、がん予防や支持療法・緩和ケア等を身近な診療所・病院でがん患者が受療できるように、これらのがん医療に係る研修を積極的に実施することが望ましい。また、離島やへき地などの過疎地域に居住するがん患者が、オンラインで専門医に相談できるといった、医療 DX の活用が求められる。

2040 年に向けて、更なる生産年齢人口の減少に伴い、医師や看護師、薬剤師等の医療従事者の確保が更に困難となることが見込まれる。持続可能ながん医療提供体制

の構築のためには、医療 DX 等による業務効率化、拠点病院等を中心とした人材の育成への積極的な取組が重要である。

2040 年を見据えたがん医療の均てん化・集約化について、国は、都道府県協議会での議論及び均てん化・集約化の進捗状況の確認を実施することが重要である。その結果を、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へ提出し、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針の改訂に向けた検討を実施する。

なお、2040 年を見据えた持続可能ながん医療提供体制の構築には、都道府県で正確なデータに基づいた十分な検討・調整が必要であることから、国においては、都道府県協議会等に対し、継続的に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等の技術的支援を行うべきである。さらに、持続可能ながん医療提供体制を構築するためには、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の財政支援が必要であり、国においては、引き続き、必要な検討を行った上で、予算の確保に努めるべきである。

6. 総括

第 4 期基本計画における全体目標の「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。」を達成するため、都道府県及び都道府県協議会は、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、医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、がん患者が安全で質の高い患者本位の医療を適切な時期に受療できるように配慮しつつ、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を検討することが重要である。また、国及び国立がん研究センターは、都道府県がん診療連携協議会等に対し、検討に必要なデータの提供などの技術的支援を継続的に行うことが重要である。