

第 18 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6月23日（月）12:00～14:00

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 日本癌治療学会 提出資料

資料3 日本放射線腫瘍学会 提出資料

資料4 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）

資料5 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（案）

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18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6月23日	

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・集約化についてこれまでの議論について
- ・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について
- ・今後のがん医療の需給について
- ・高度な医療技術を伴うがん医療について

2. 参考資料

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・集約化についてこれまでの議論について
- ・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について
- ・今後のがん医療の需給について
- ・高度な医療技術を伴うがん医療について

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。

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

- 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・病院で提供されるよう取り組んでいく。

	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 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等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (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	
更なる均てん化が望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む)	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、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・集約化についてこれまでの議論について
- ・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について
- ・今後のがん医療の需給について
- ・高度な医療技術を伴うがん医療について

2. 参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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について議論を引き続き行い、第19回の検討会において報告書を取り纏めることとしてはどうか。

令和6年12月23日 第16回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

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

- 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
- 3大療法について(関係学会より発表)
- 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

令和7年6月23日 第18回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書(案)について議論

令和7年夏頃 第19回 がん診療提供体制のあり方に関する検討会

- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する報告書のとりまとめ

(その後の想定スケジュール)

報告書のとりまとめ後 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

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・集約化についてこれまでの議論について
- ・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について
- ・今後のがん医療の需給について
- ・高度な医療技術を伴うがん医療について

2. 参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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

- 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・病院で提供されるよう取り組んでいく。

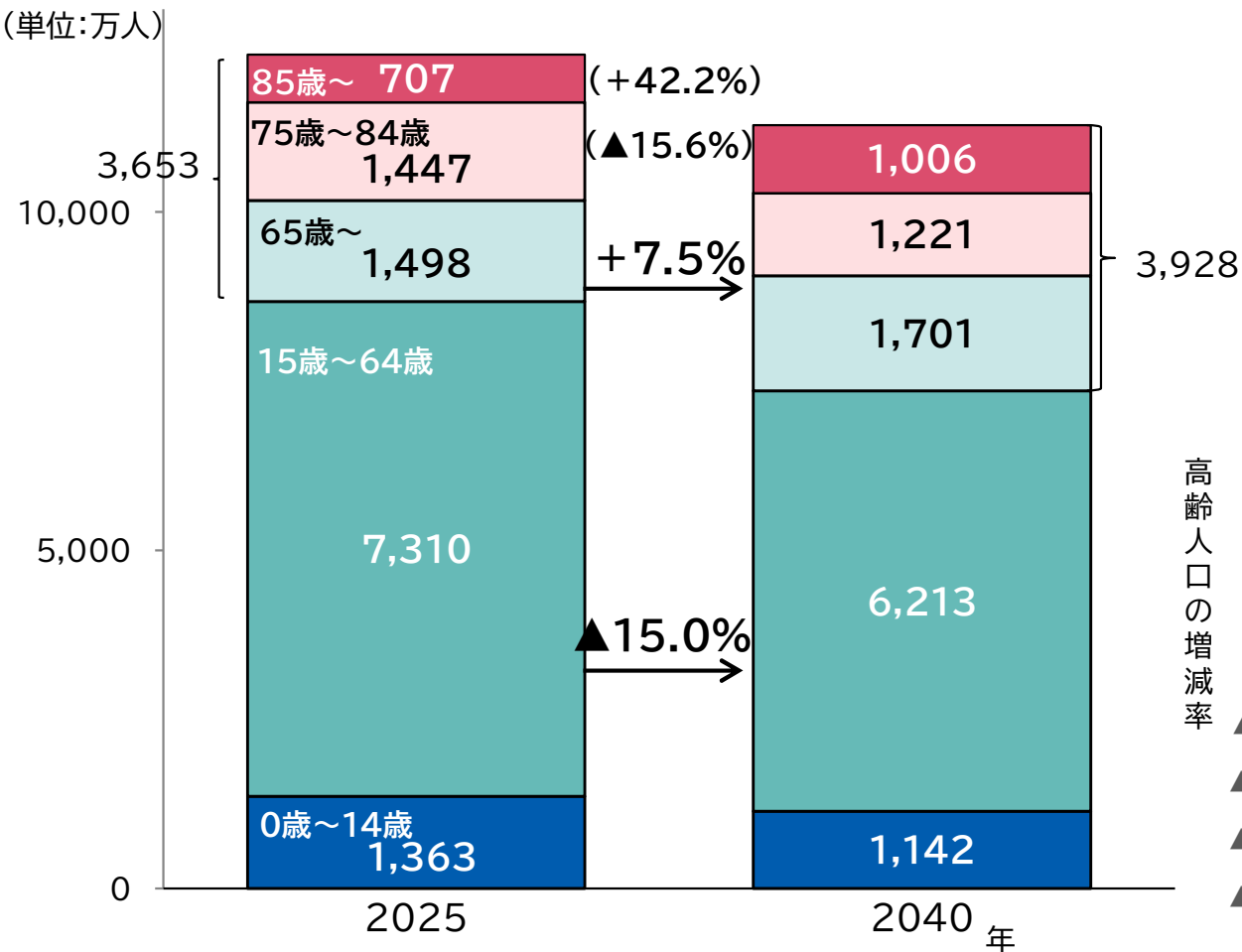
	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 国立がん研究センター、 国立成育医療研究センター、 都道府県がん診療連携拠点病院、 大学病院本院、小児がん拠点病院 - 地域の実情によっては 地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (医療技術の観点) - がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において、新規性があり、一般的・標準的とは言えない治療法や、高度な医療技術が必要であり、拠点化して症例数の集積が必要な医療。 - 診断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。
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	(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。
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院 (かかりつけ医を含む)	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、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。

2040年の人口構成について

- 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。

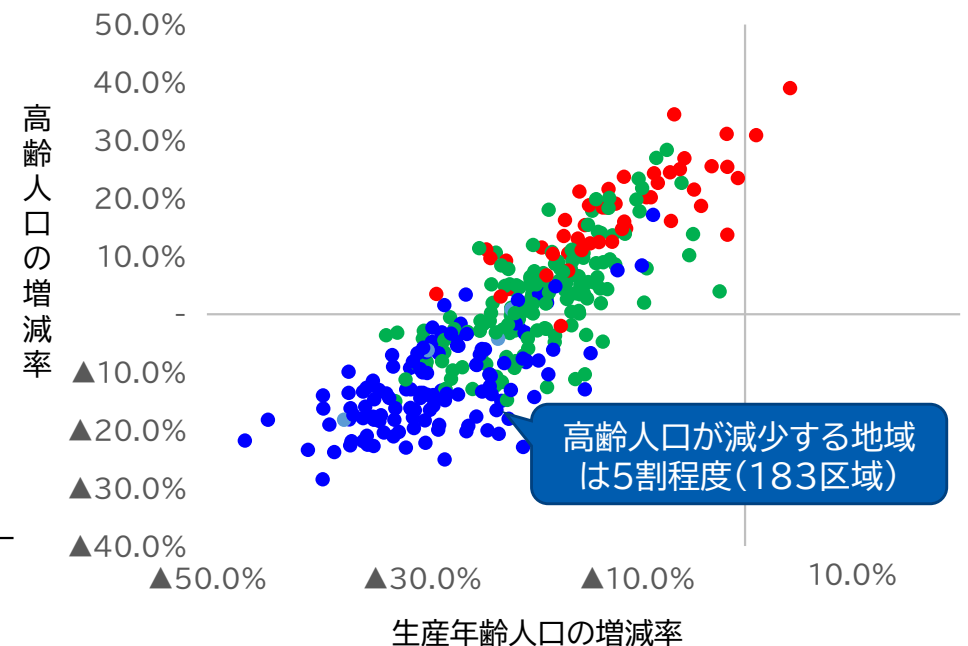
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

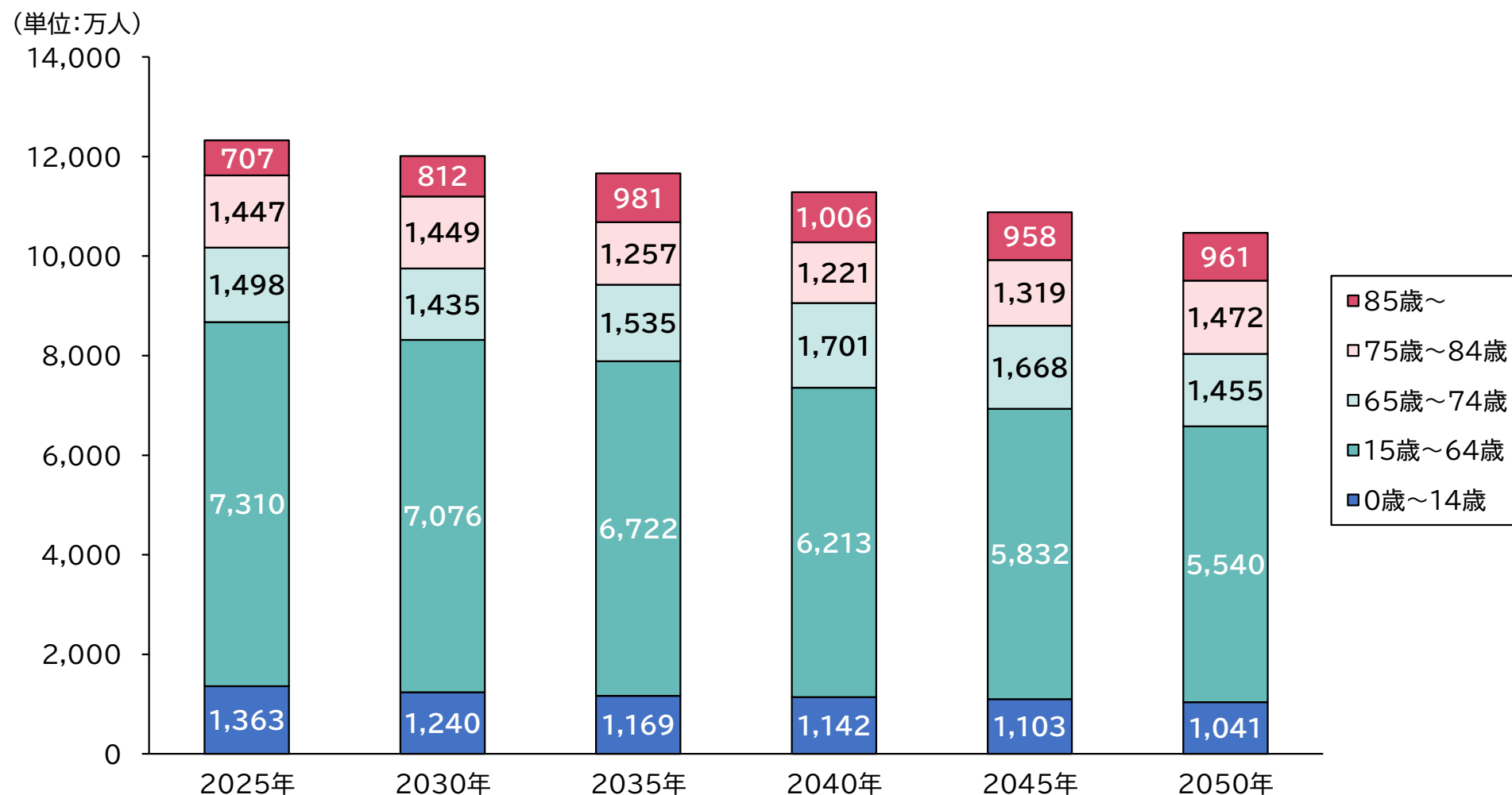
	年齢区分別人口の増減率の平均値	
	生産年齢人口	高齢人口
●大都市部	-11.9%	17.2%
●地方都市部	-19.1%	2.4%
●過疎地域	-28.4%	-12.2%

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



日本の将来人口推計

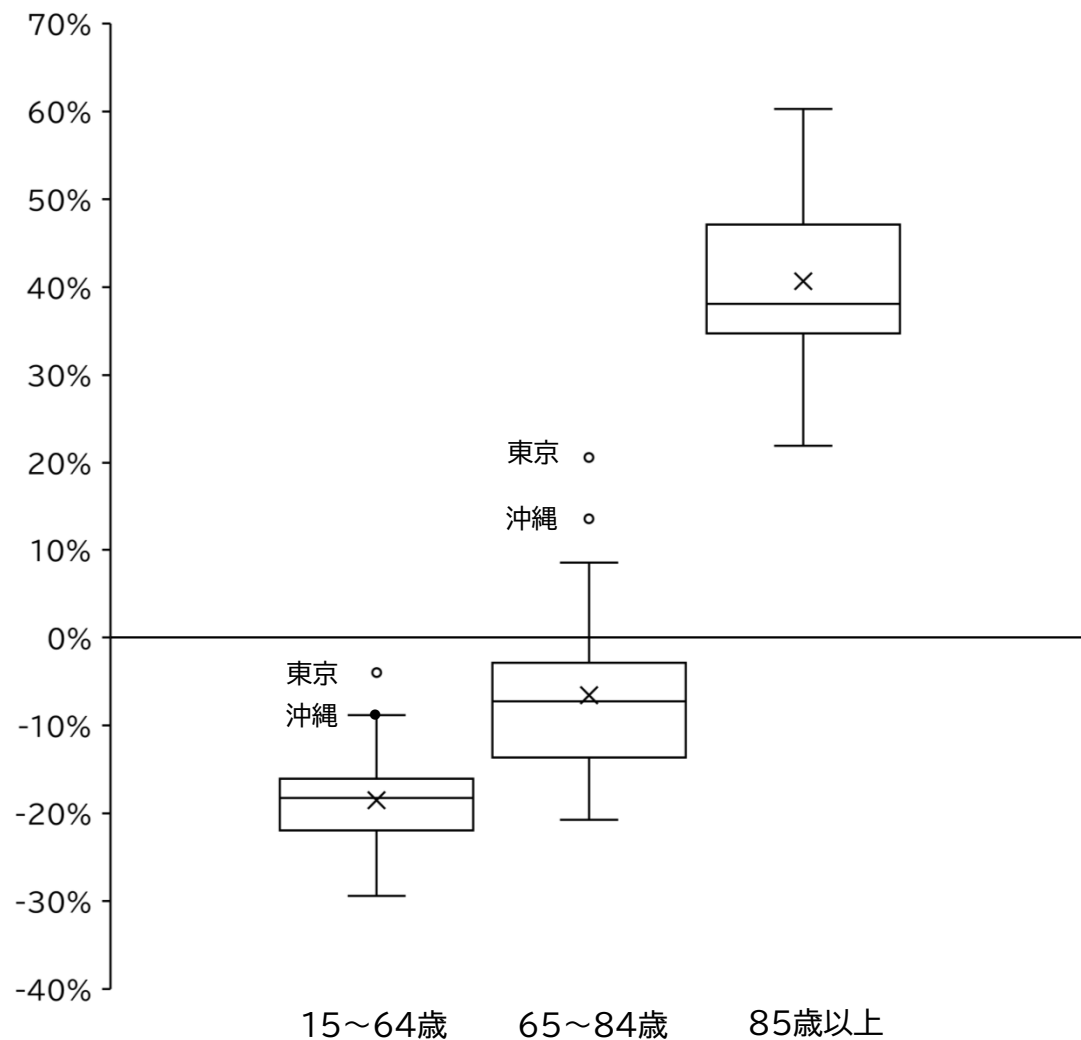
- 生産年齢人口は、2040年に6,213万人と、2025年の7,310万人と比べて15%減少し、65～84歳は、2040年に2,922万人と、2025年の2,945万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に1,006万人と、2025年の707万人に比べて42%増加することが推計されている。



都道府県単位の人口変化率（年齢階級別）

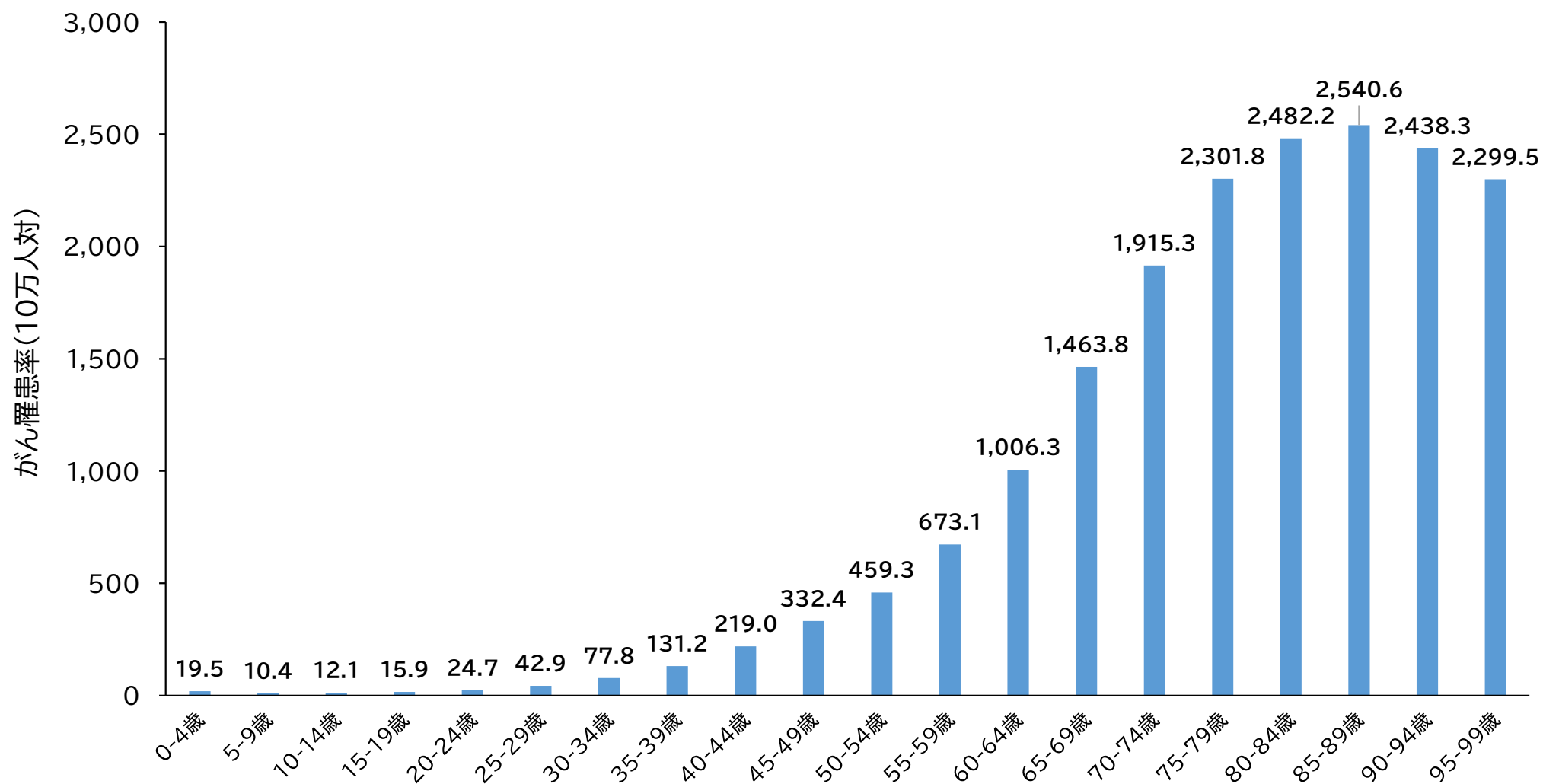
- 東京都と沖縄県については、他道府県と比較して、生産年齢人口の減少率が小さく、65～84歳の増加率が著しく大きいことが推計されている。

2025年を基準とした場合の2040年の人口の変化率



我が国における年齢階級別がん罹患率(全国)

- 年齢階級別がん罹患率は年齢とともに上昇する傾向にあり、85-89歳をピークに90歳以上は低下する。



がん罹患者数の推計※1について

算出に用いた推計式

- がん罹患者数(全国)の推計式

- ・ 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年推計)」を用いて算出した将来人口推計(全国)

×

- ・ 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(全国)

- がん罹患者数(都道府県単位)の推計式

- ・ 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年推計)」を用いて算出した将来人口推計(都道府県単位)

×

- ・ 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)※2

- がん罹患者数(二次医療圏単位)の推計式

- ・ 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年推計)」を用いて算出した将来人口推計(二次医療圏単位)

×

- ・ 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)

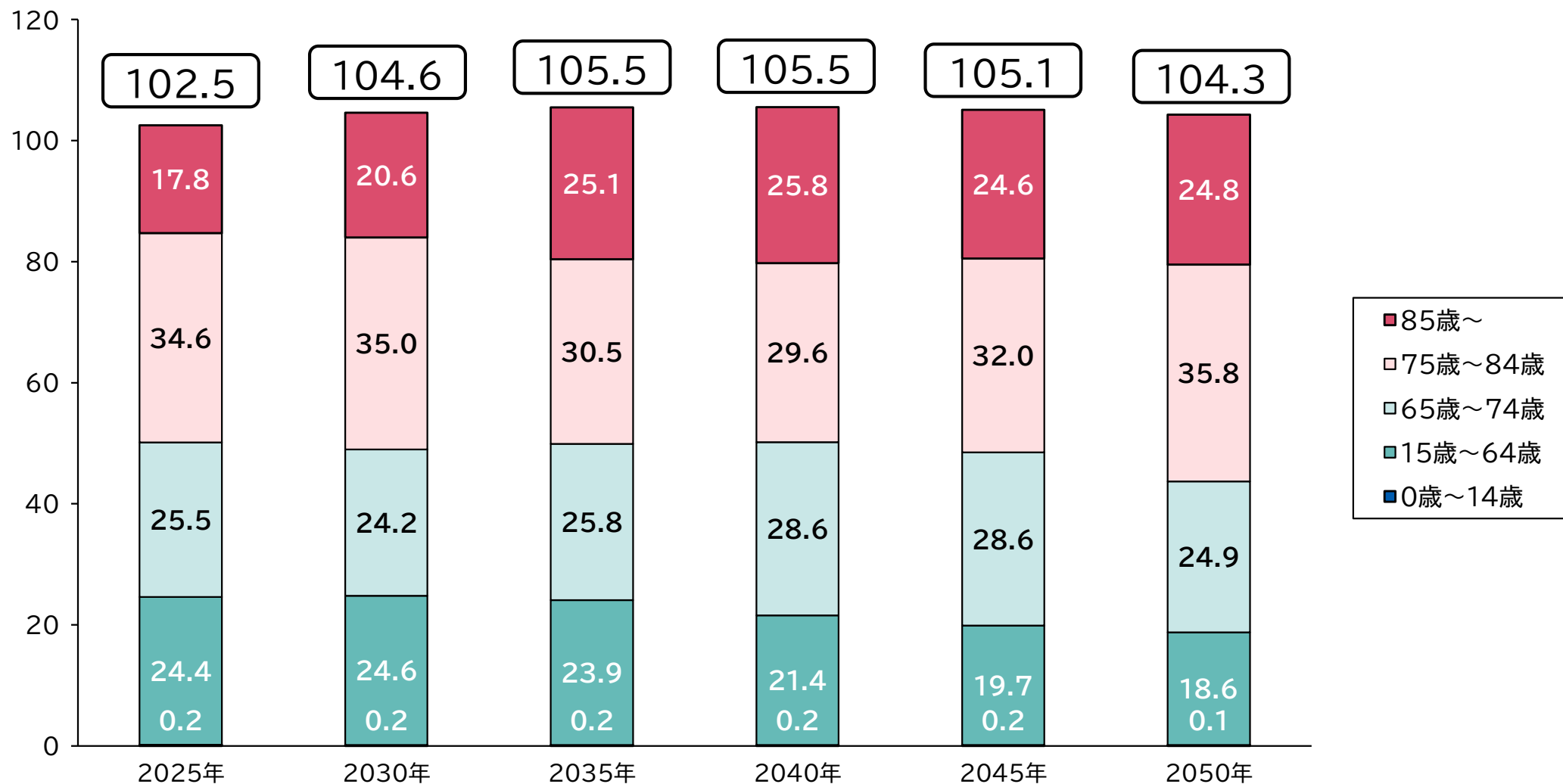
※1 全国がん登録における2017年～2021年の年齢階級別がん罹患率の平均値が2022年以降も一定であると仮定した推計であるということに留意が必要

※2 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年～2021年)を用いてがん・疾病対策課で算出

がん罹患患者数の将来推計(全国)

- 2040年に向け、生産年齢人口の減少により、64歳以下のがん罹患患者数は減少するものの、65～84歳のがん罹患患者数は横ばいで推移し、85歳以上のがん罹患患者数は団塊の世代の高齢化により増加が見込まれ、がん罹患患者の総数は横ばいからやや増加すると見込まれる。

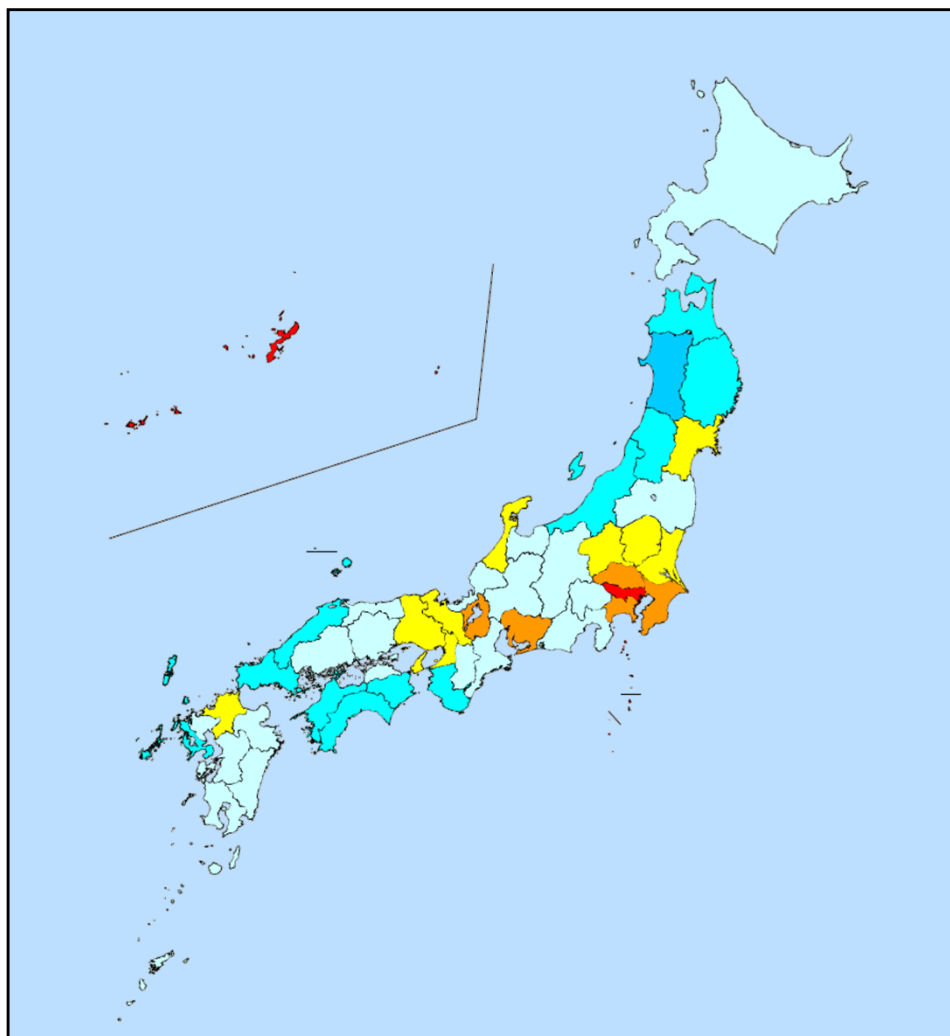
(単位:万人)

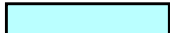


がん罹患者数の変化率（都道府県単位）

- 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。

2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患患者数の変化率(都道府県単位)



- +10%以上 
- ・ 沖縄県、東京都
- +5%～+10% 
- ・ 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県
- +0%～+5% 
- ・ 宮城県、福岡県、兵庫県、大阪府、栃木県、茨城県、群馬県、京都府、石川県
- 5%～0% 
- ・ 静岡県、山梨県、長野県、三重県、佐賀県、広島県、福井県、岡山県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、鹿児島県、富山県、宮崎県、香川県、鳥取県、大分県
- 10%～-5% 
- ・ 愛媛県、新潟県、長崎県、和歌山県、山形県、徳島県、岩手県、島根県、青森県、山口県、高知県
- 10%以下 
- ・ 秋田県

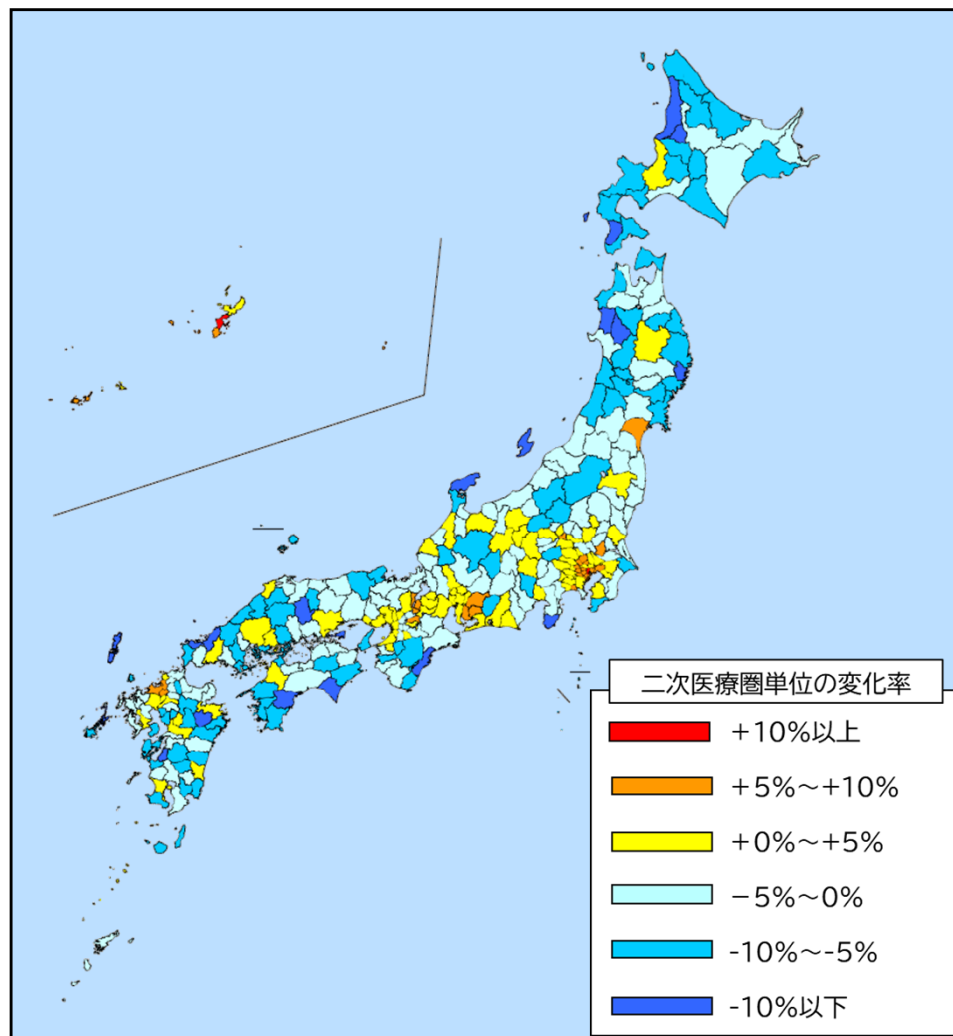
※変化率の大きい都道府県順に記載

出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（全国がん登録）の都道府県別がん罹患データ（2017年～2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020～2054年）を用いてをがん・疾病対策課において作成

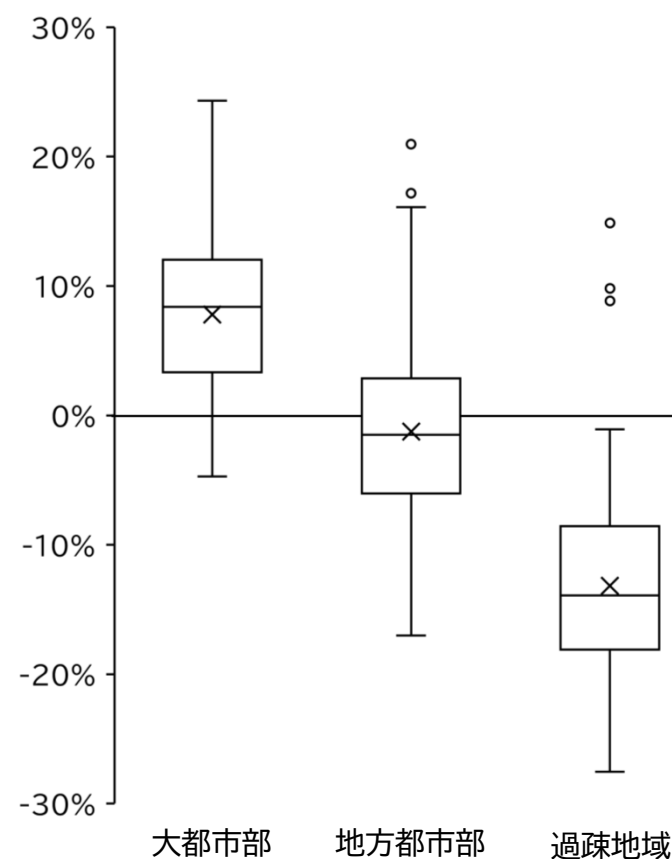
がん罹患率の変化率(二次医療圏単位)

- 2040年に向けて、二次医療圏単位では、大都市部の88%でがん罹患率は増加する一方で、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。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年のがん罹患率の変化率



2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患率の変化率(都市型分類※)

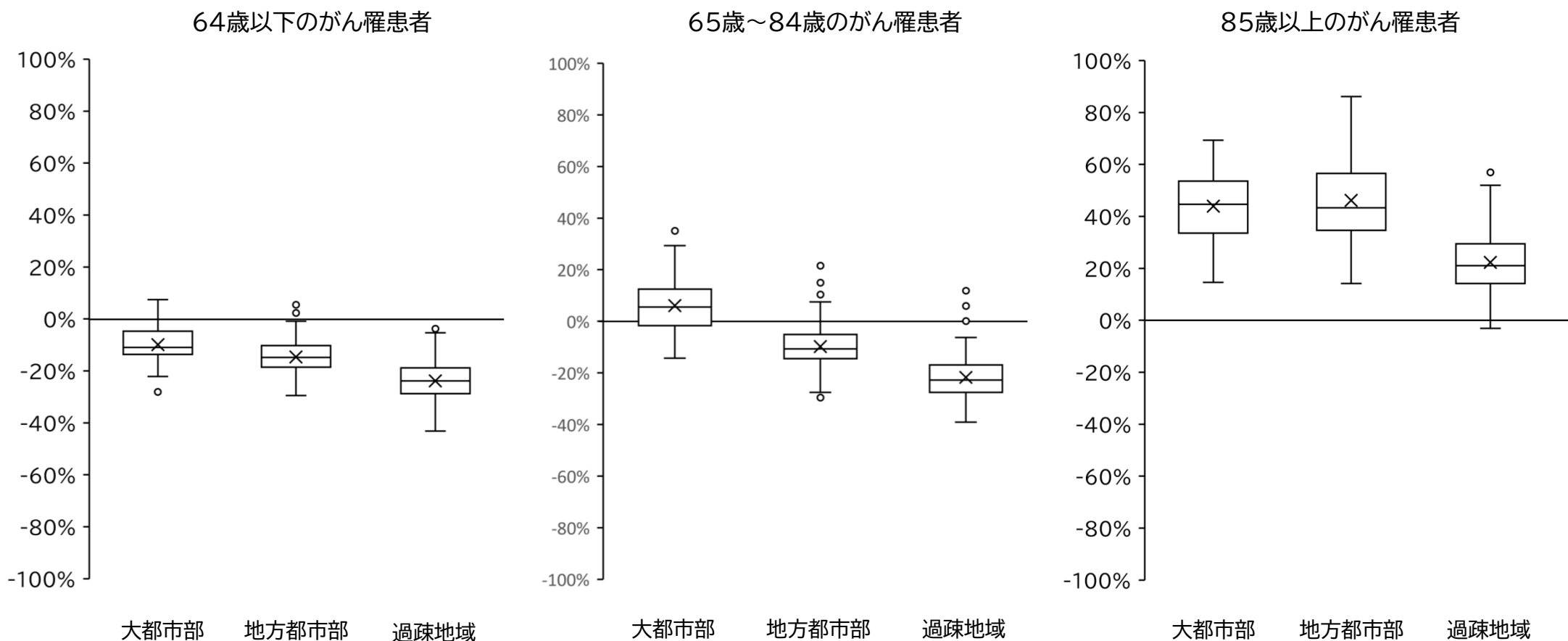


※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10~20万人(かつ)人口密度が200人/km²以上、過疎地域:上記以外
 出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年~2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020~2054年)を用いてをがん・疾病対策課において作成
 福島県「浜通り地域」に属する13市町村(いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯館村)については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域(「浜通り地域」として推計

都市型分類※別がん罹患率の変化率(年齢階級別)

- 2040年に向けて、64歳以下のがん罹患率は、大都市部の90%、地方都市部の97%、及び全ての過疎地域で減少することが見込まれる。65～84歳のがん罹患率は、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歳以上のがん罹患率は、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。

2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患率の変化率(都市型分類別※)



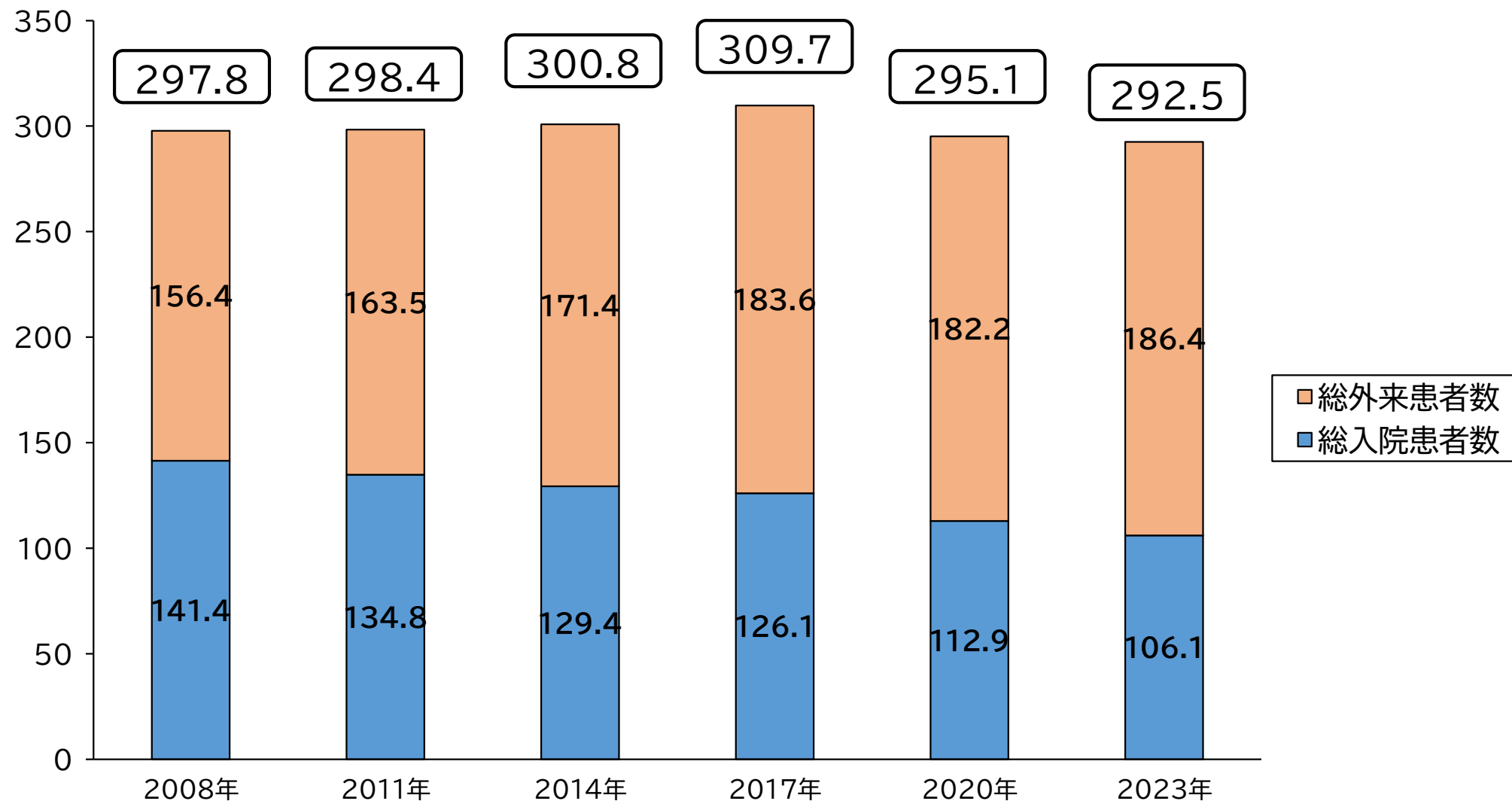
※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km²以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10～20万人(かつ)人口密度が200人/km²以上、過疎地域:上記以外

出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年～2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いてをがん・疾病対策課において作成
福島県「浜通り地域」に属する13市町村(いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯館村)については、それらの市町村をまとめた地域をひとつの地域(「浜通り地域」として推計

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。

(単位:千人)

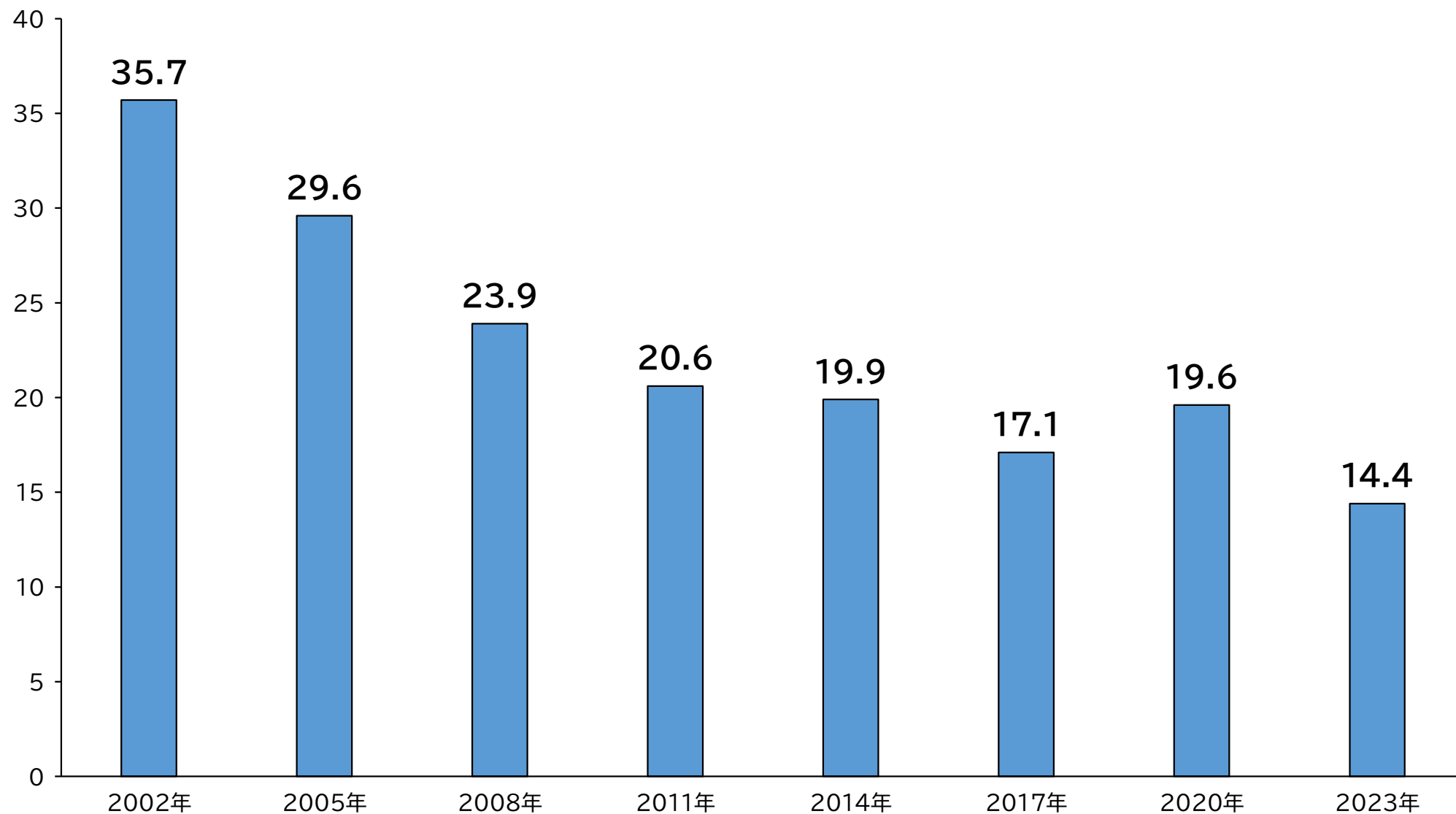


※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数
出典:「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

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。

(単位:日)



※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

三大療法需要の推計※について

算出に用いた推計式

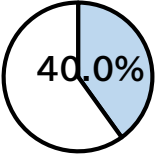
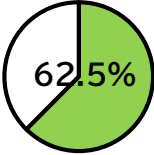
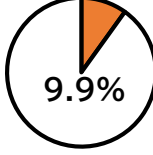
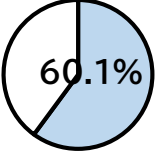
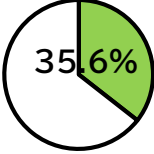
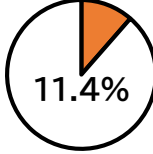
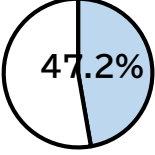
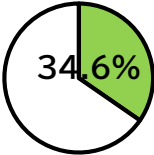
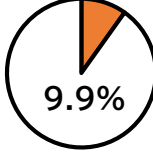
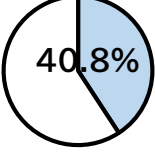
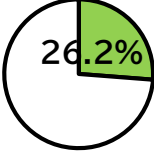
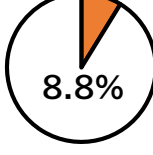
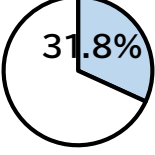
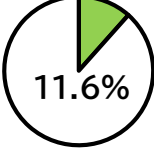
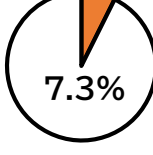
- がん罹患者数に対する三大療法需要(全国)の推計式
 - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(全国)
 - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(全国)
 - 院内がん登録における年齢階級別(0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上)の三大療法の実施割合の推移(2016年～2023年)から線形予測した将来の三大療法の実施割合
- がん罹患者数に対する三大療法需要(都道府県単位)の推計式
 - 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(令和5年推計)」を用いて算出した将来人口推計(都道府県単位)
 - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)
 - 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
- がん罹患者数に対する三大療法需要(二次医療圏単位)の推計式
 - 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年推計)」を用いて算出した将来人口推計(二次医療圏単位)
 - 全国がん登録における年齢階級別がん罹患率(2017年～2021年平均)(都道府県単位)
 - 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

※三大療法の実施割合の将来推計を実施するにあたり、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。院内がん登録に2016年から2023年の期間継続的に参加している696施設の自施設初回治療開始例を対象に、三大療法の実施割合の推移を算出し、将来も現状の推移が一定であると仮定した上で線形予測して算出した将来の三大療法の実施割合を用いて推計を実施した。あくまでも機械的推計であることに留意。

がん患者における年齢階級別の初期治療実施割合※1

- 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実施割合(2022年診断症例)

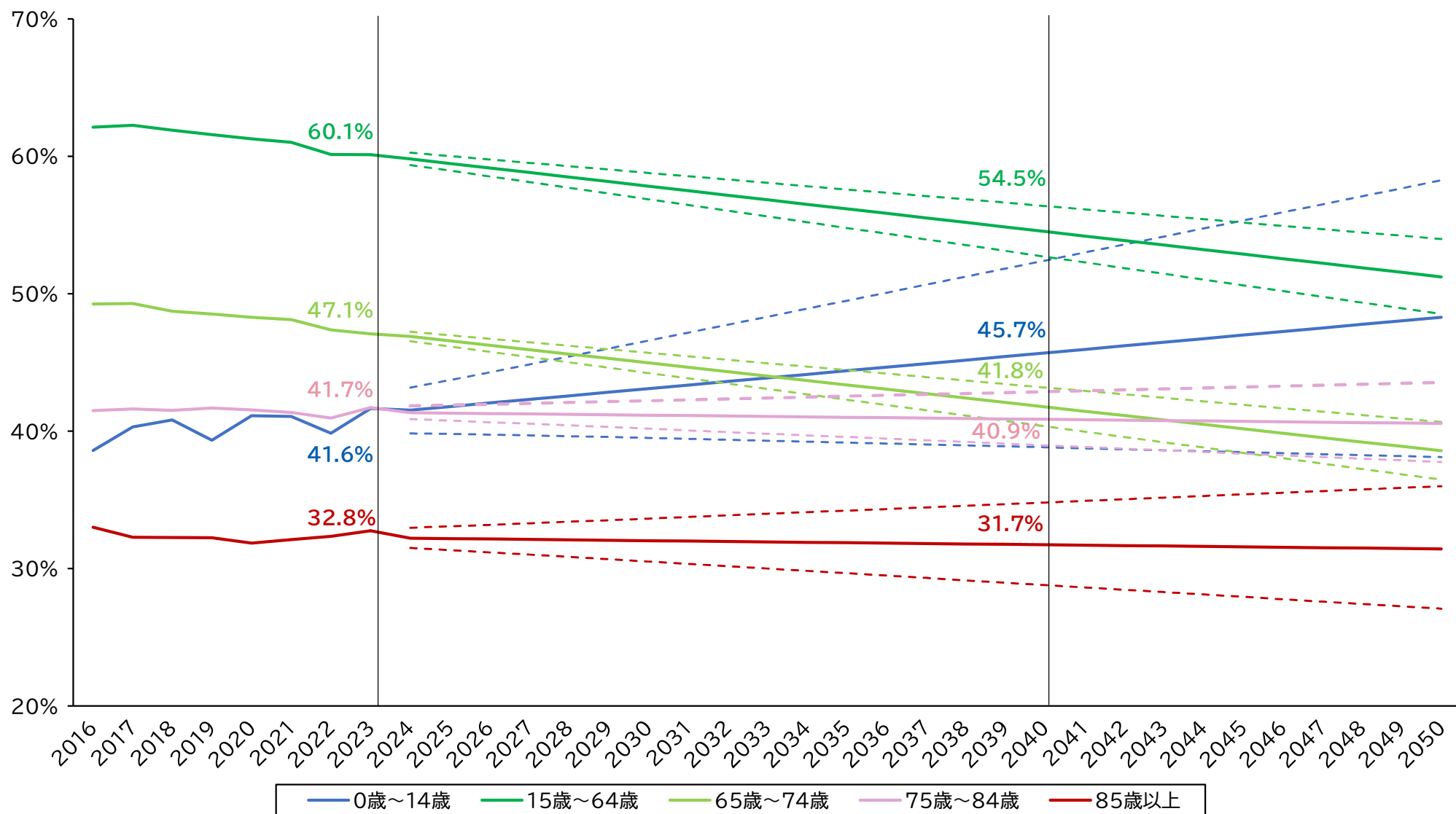
	手術療法※2	化学療法	放射線治療
0歳～14歳 (N=2,865)			
15歳～64歳 (N= 343,748)			
65歳～74歳 (N= 333,606)			
75歳～84歳 (N= 333,313)			
85歳～ (N= 107,377)			

※1 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、各治療方法実施割合を合計した場合100%を超えることがある。また、治療実施割合には、院内がん登録における初回治療(最初の診断に引き続き行われた治療、症状が進行・再発したりするまで、あるいはおよそ4か月以内に施行された治療)が含まれる。

※2 手術療法には開腹手術と鏡視下手術を合わせた割合を記載。

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。

がん患者における手術療法の実施割合推計※(年齢階級別)

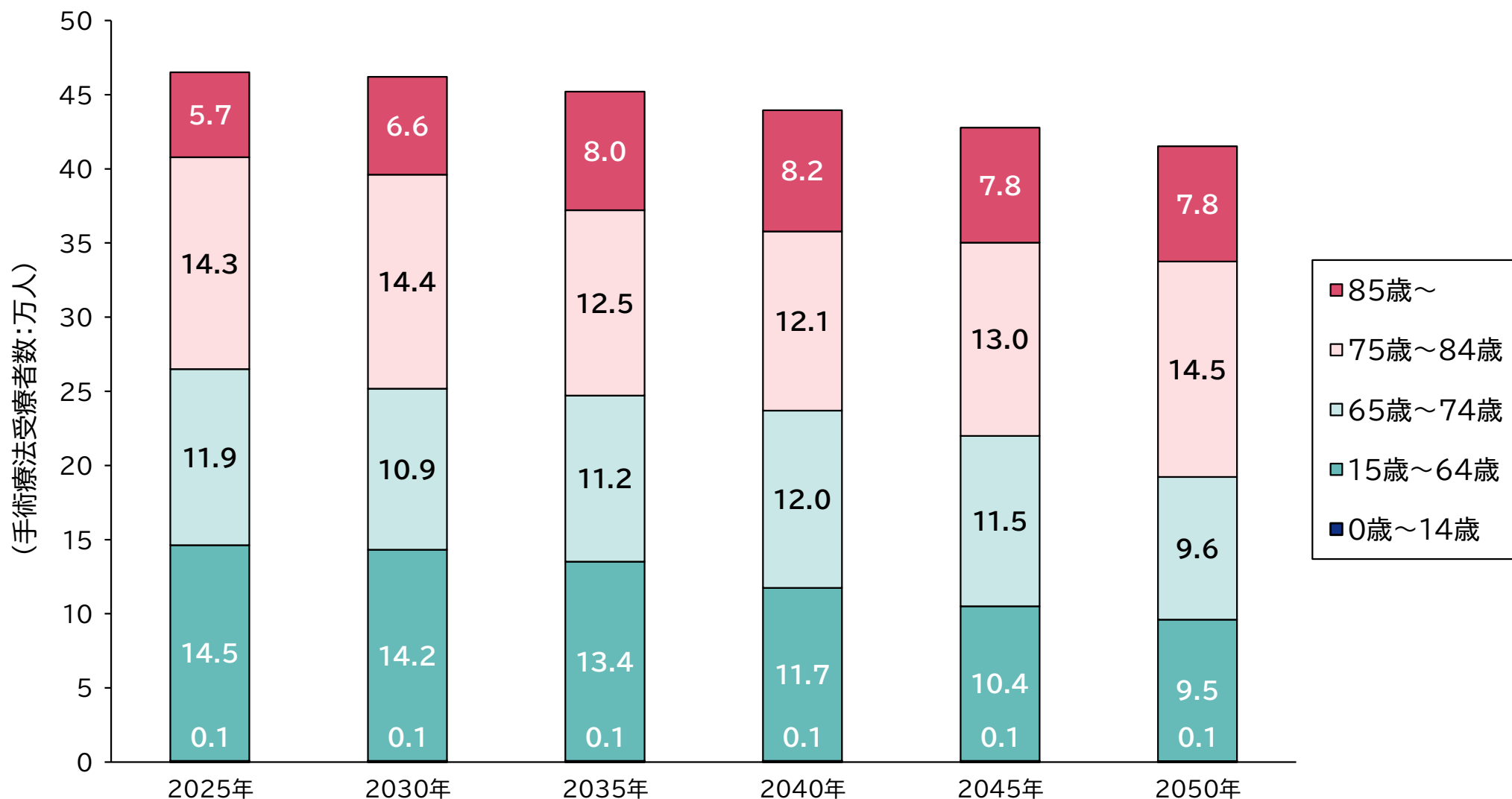


※グラフ内の数値は2023年の手術療法実施割合と2040年の手術療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。

出典:2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した手術療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における手術療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 手術療法を受療する患者数※は減少することが見込まれる。



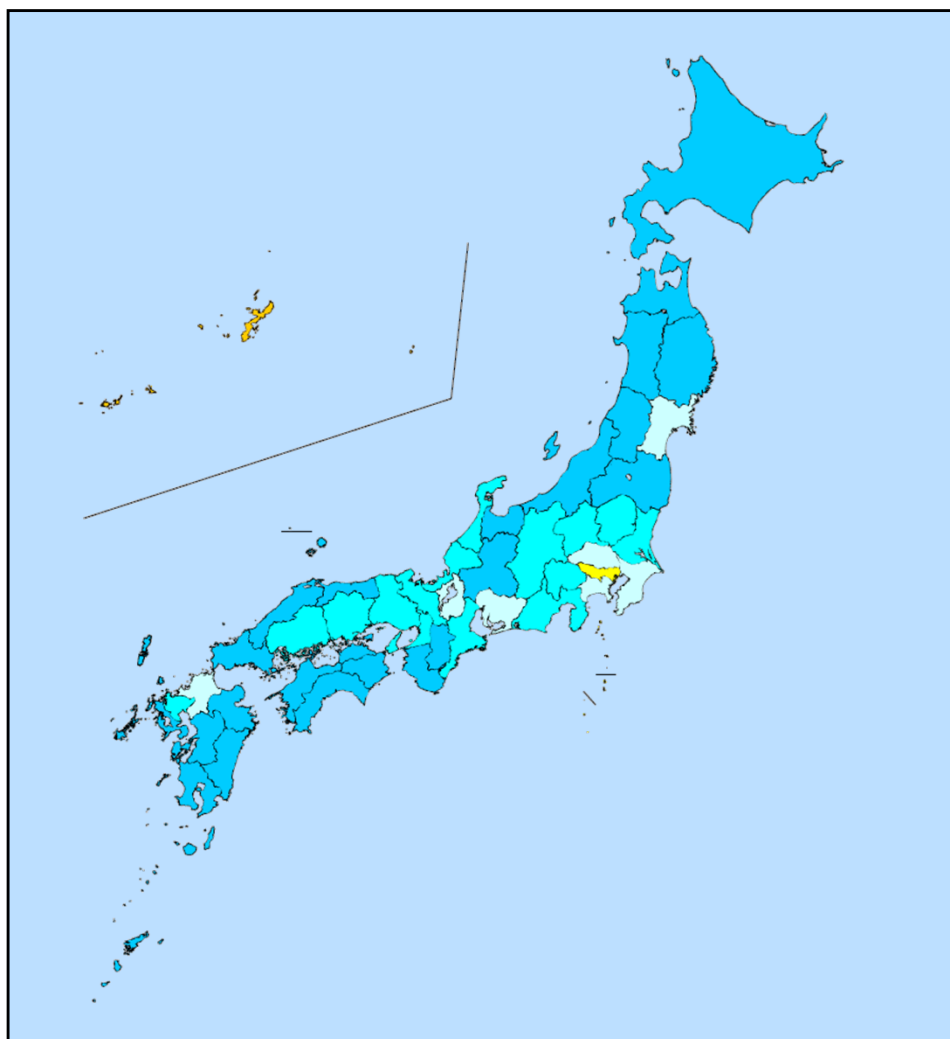
※将来のがん罹患患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の手術療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の手術療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初期治療として手術療法を実施した患者数であることに留意。

出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における手術療法の需要推計(都道府県単位)

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、都道府県単位では、2都県で増加する一方で、45道府県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における手術療法需要の変化率(都道府県単位)



+5%～+10%



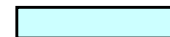
- ・ 沖縄県

+0%～+5%



- ・ 東京都

-5%～0%



- ・ 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県、宮城県、福岡県

-10%～-5%



- ・ 大阪府、兵庫県、京都府、栃木県、群馬県、茨城県、石川県、長野県、静岡県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、佐賀県、福井県

-10%以下



- ・ 岐阜県、熊本県、北海道、福島県、奈良県、香川県、富山県、鹿児島県、鳥取県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、島根県、山形県、和歌山県、長崎県、徳島県、岩手県、青森県、山口県、高知県、秋田県

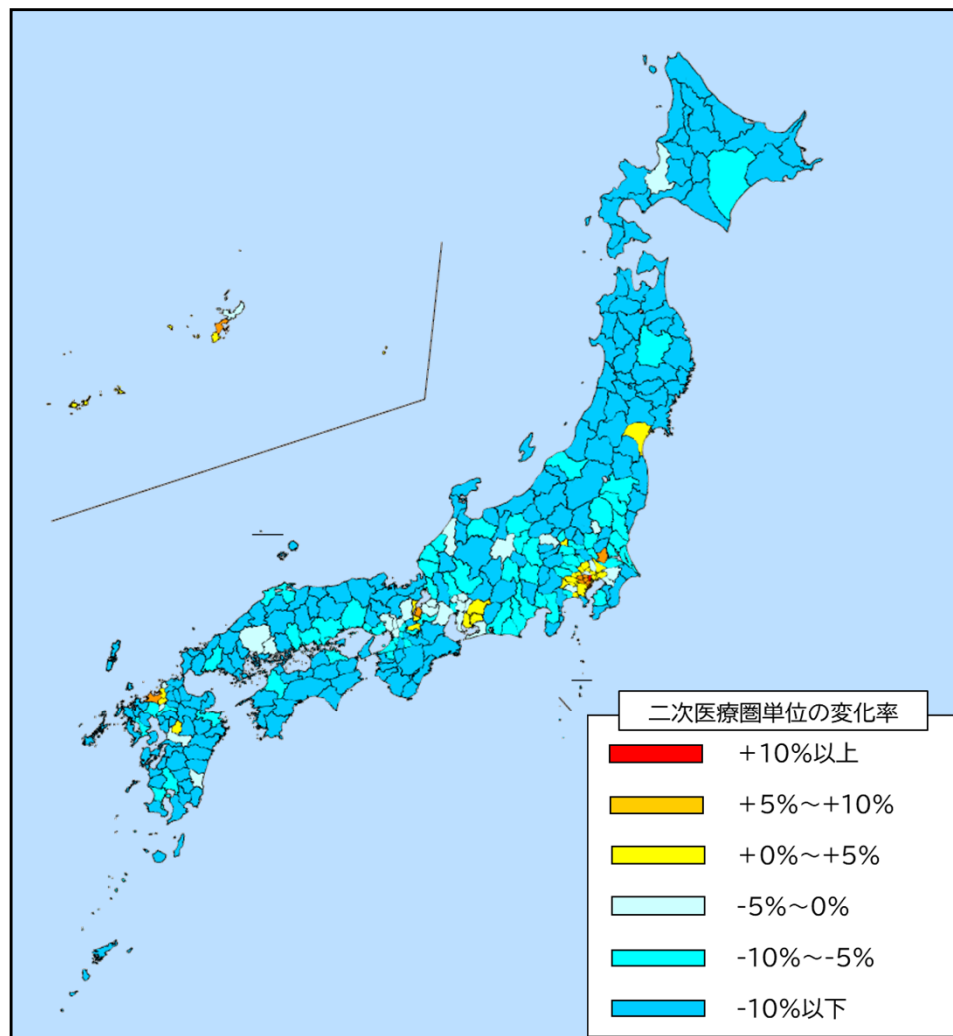
※変化率の大きい都道府県順に記載

出典: 全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

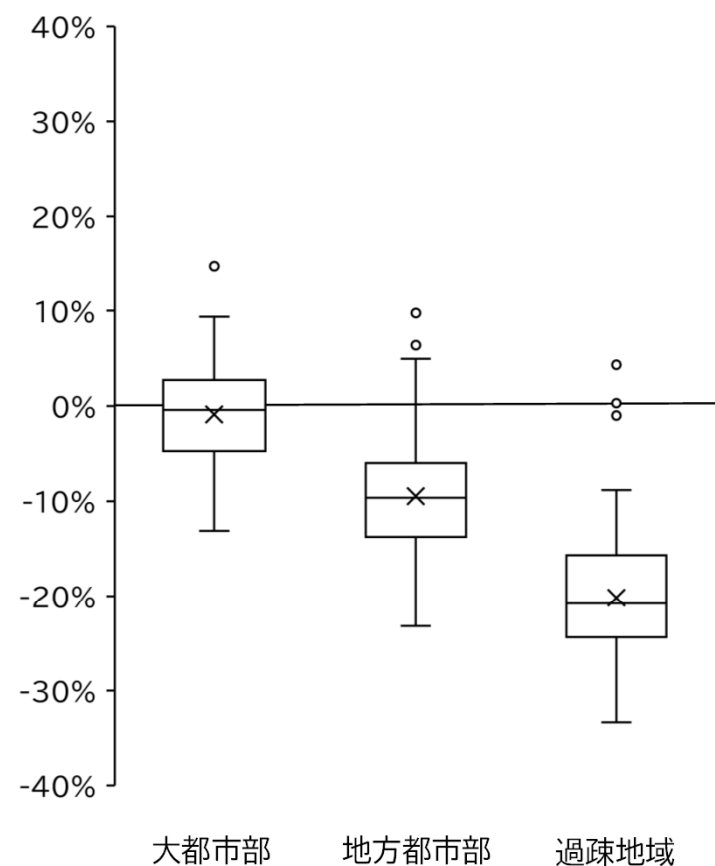
がん患者における手術療法の需要推計(二次医療圏単位)

- 手術療法の需要は、2040年に向けて、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。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の手術療法需要の変化率

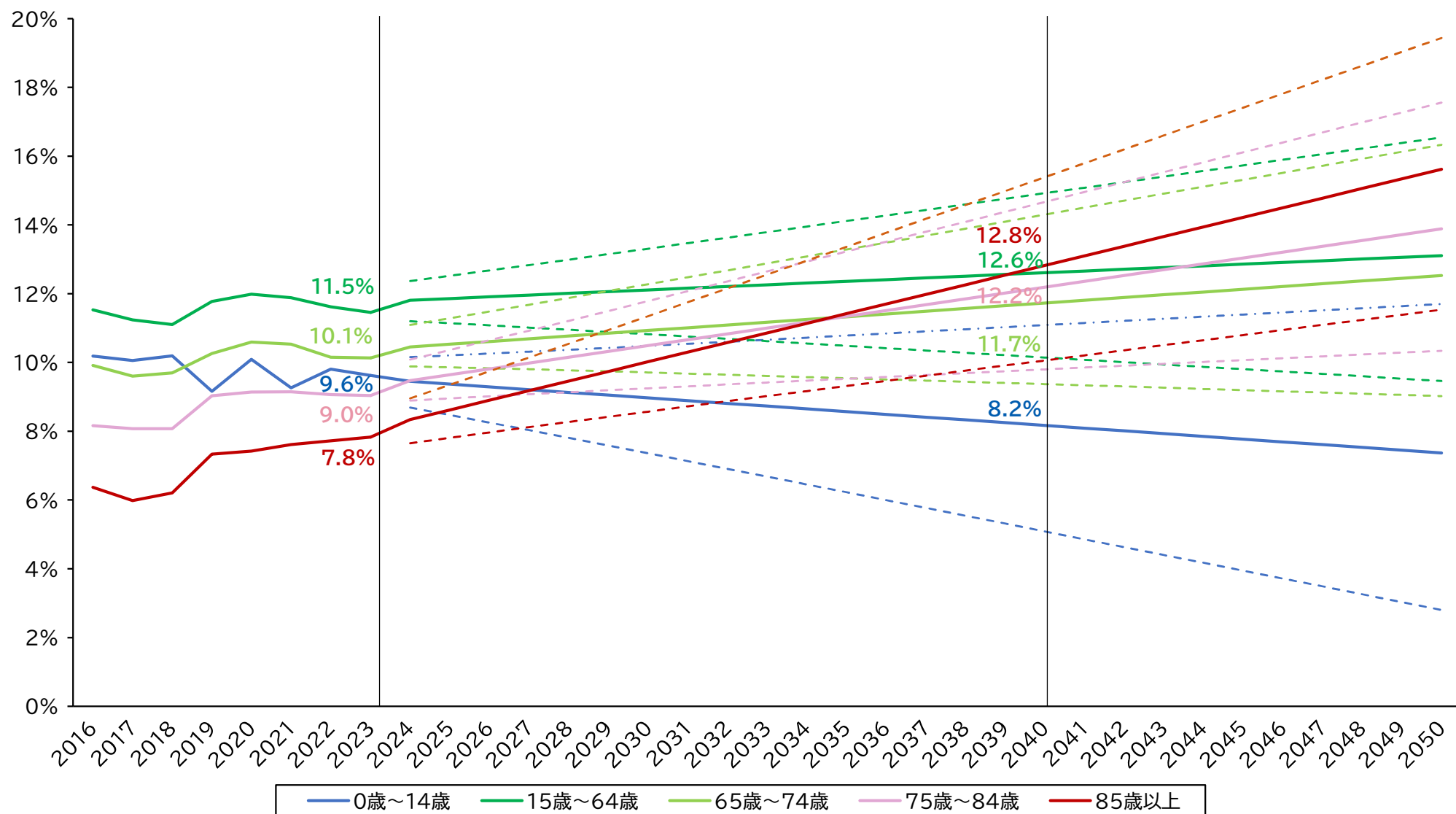


2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患患者における手術療法需要変化率(都市型分類※)



※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
出典:全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した手術療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における放射線療法の実施割合推計※(年齢階級別)

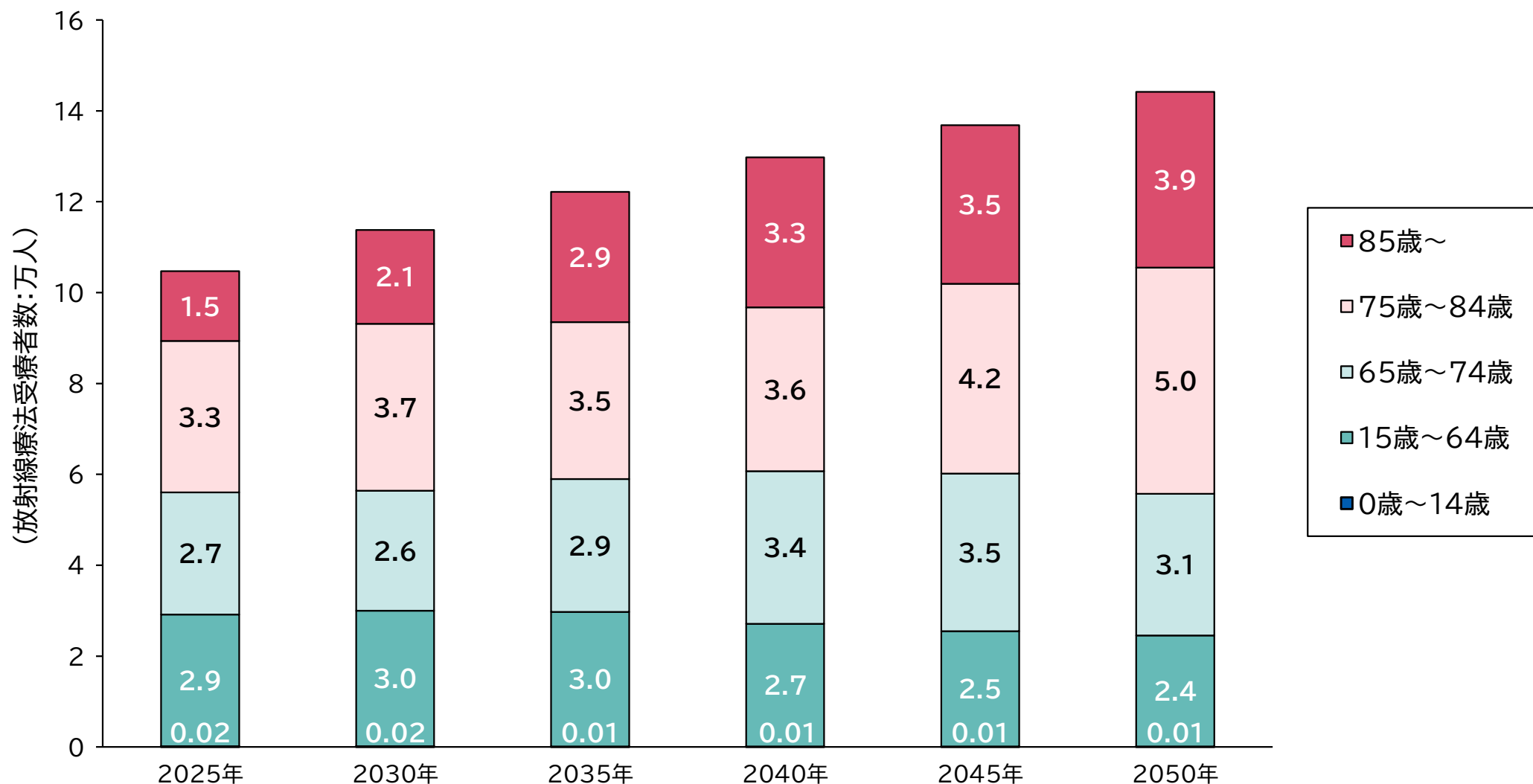


※グラフ内の数値は2023年の放射線療法実施割合と2040年の放射線療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。

出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における放射線療法の需要推計(年齢階級別内訳)

- 放射線療法を受療する患者数※は増加することが見込まれる。



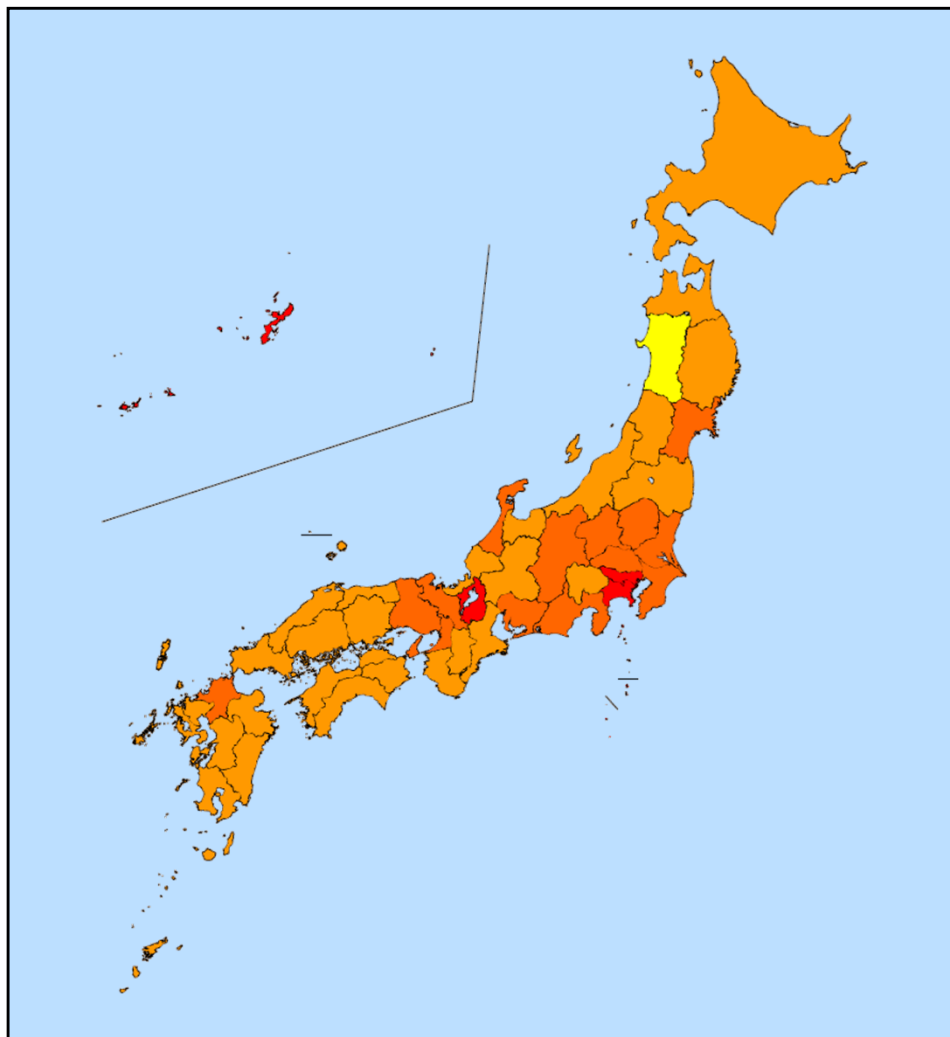
※将来のがん罹患患者数と院内がん登録における年齢階級別(0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上)の放射線療法の実施割合の推移(2016年～2023年)から線形予測した将来の放射線療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初期治療として放射線療法を実施した患者数であることを留意

出典:全国がん登録のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いて作成したがん罹患患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における放射線療法の需要推計(都道府県単位)

- 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。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における放射線療法需要の変化率(都道府県単位)



+30%以上

- 沖縄県、東京都、滋賀県、神奈川県

+20%~+30%

- 愛知県、埼玉県、千葉県、福岡県、宮城県、兵庫県、大阪府、京都府、栃木県、群馬県、石川県、茨城県、長野県、静岡県

+10%~+20%

- 佐賀県、山梨県、三重県、広島県、岡山県、福井県、岐阜県、北海道、熊本県、奈良県、福島県、富山県、鹿児島県、宮崎県、鳥取県、香川県、大分県、愛媛県、新潟県、長崎県、山形県、和歌山県、島根県、徳島県、岩手県、山口県、青森県、高知県

+0%~+10%

- 秋田県

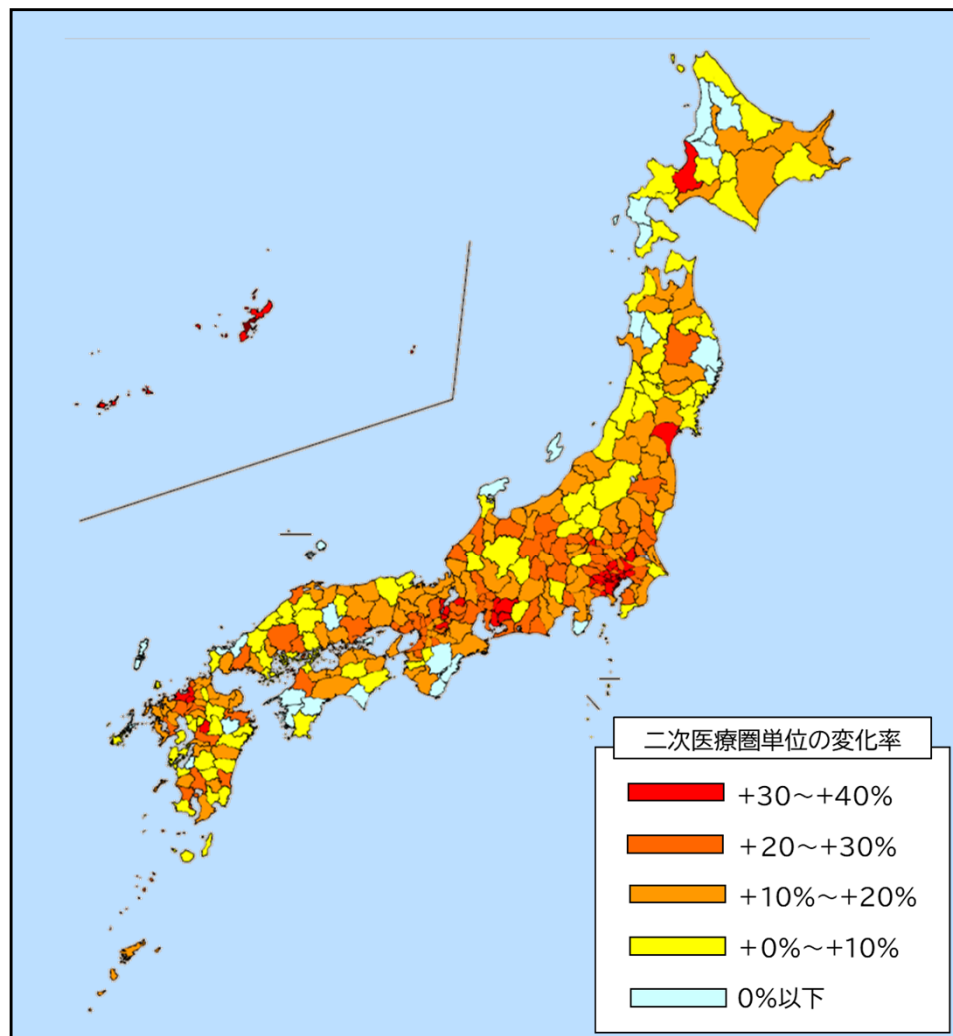
※変化率の大きい都道府県順に記載

出典: 全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

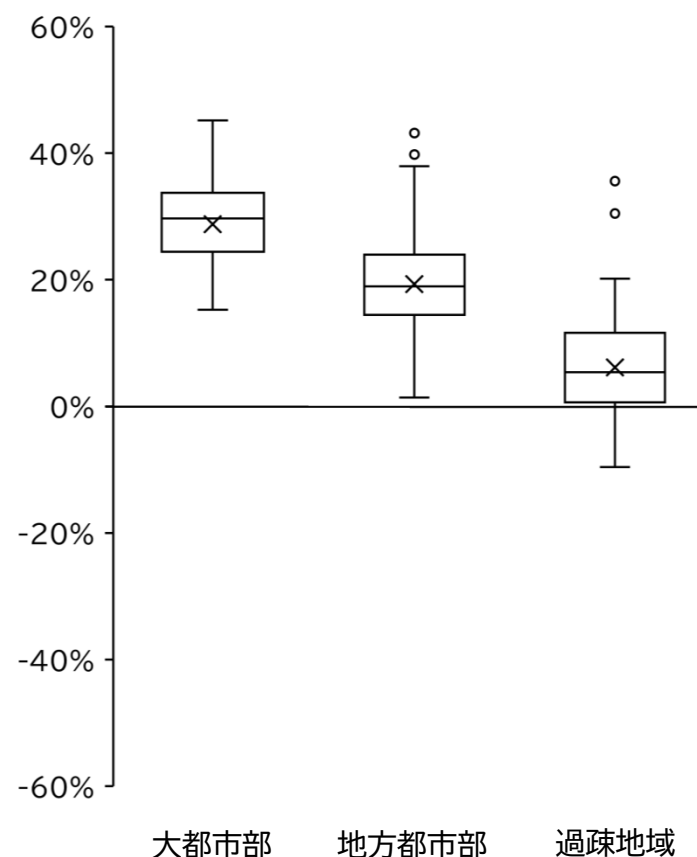
がん患者における放射線療法の需要推計(二次医療圏単位)

- 放射線療法の需要は、2040年に向けて、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。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の放射線療法需要の変化率



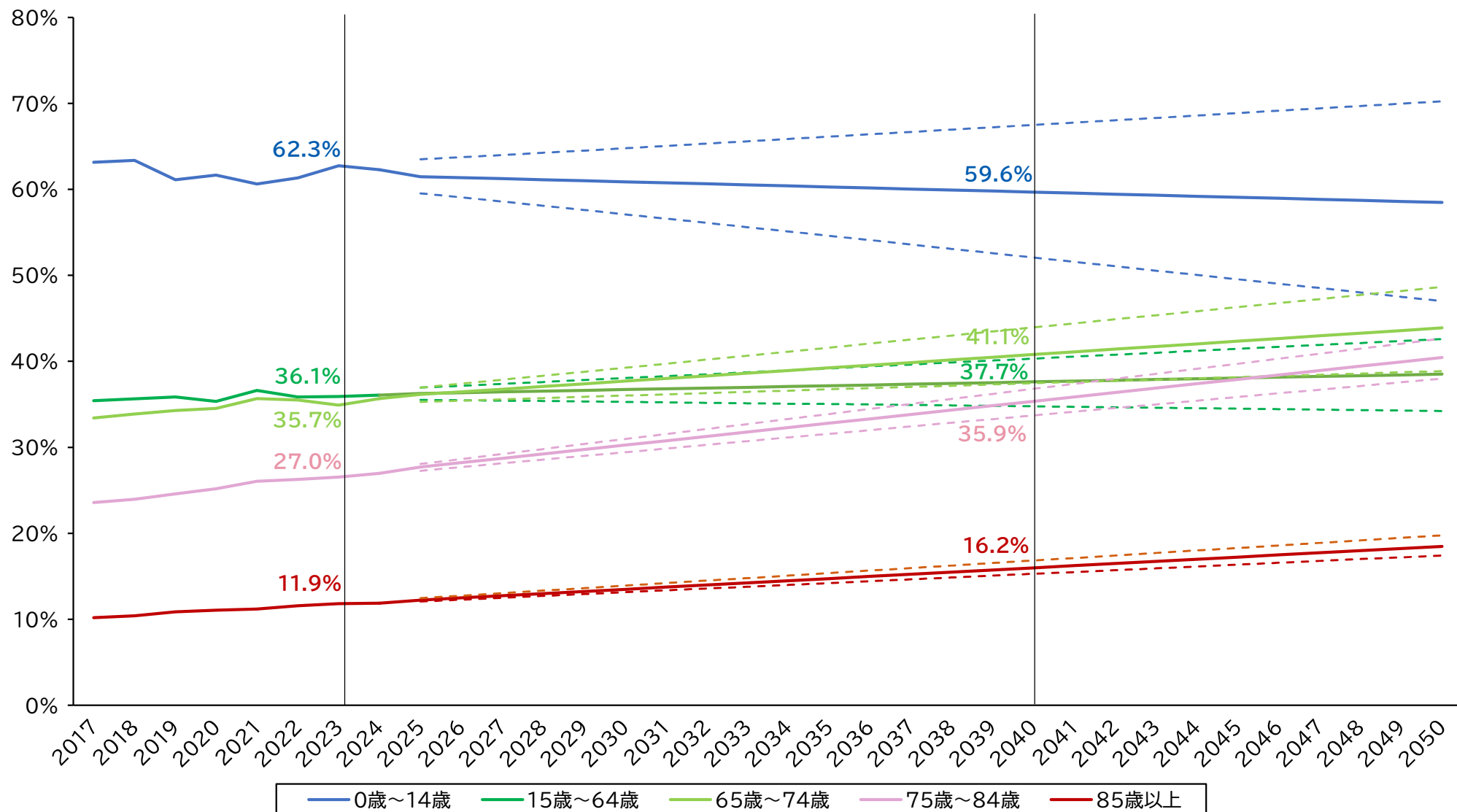
2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患患者における放射線療法需要変化率(都市型分類別※)



※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

出典:全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における薬物療法の実施割合推計※(年齢階級別)

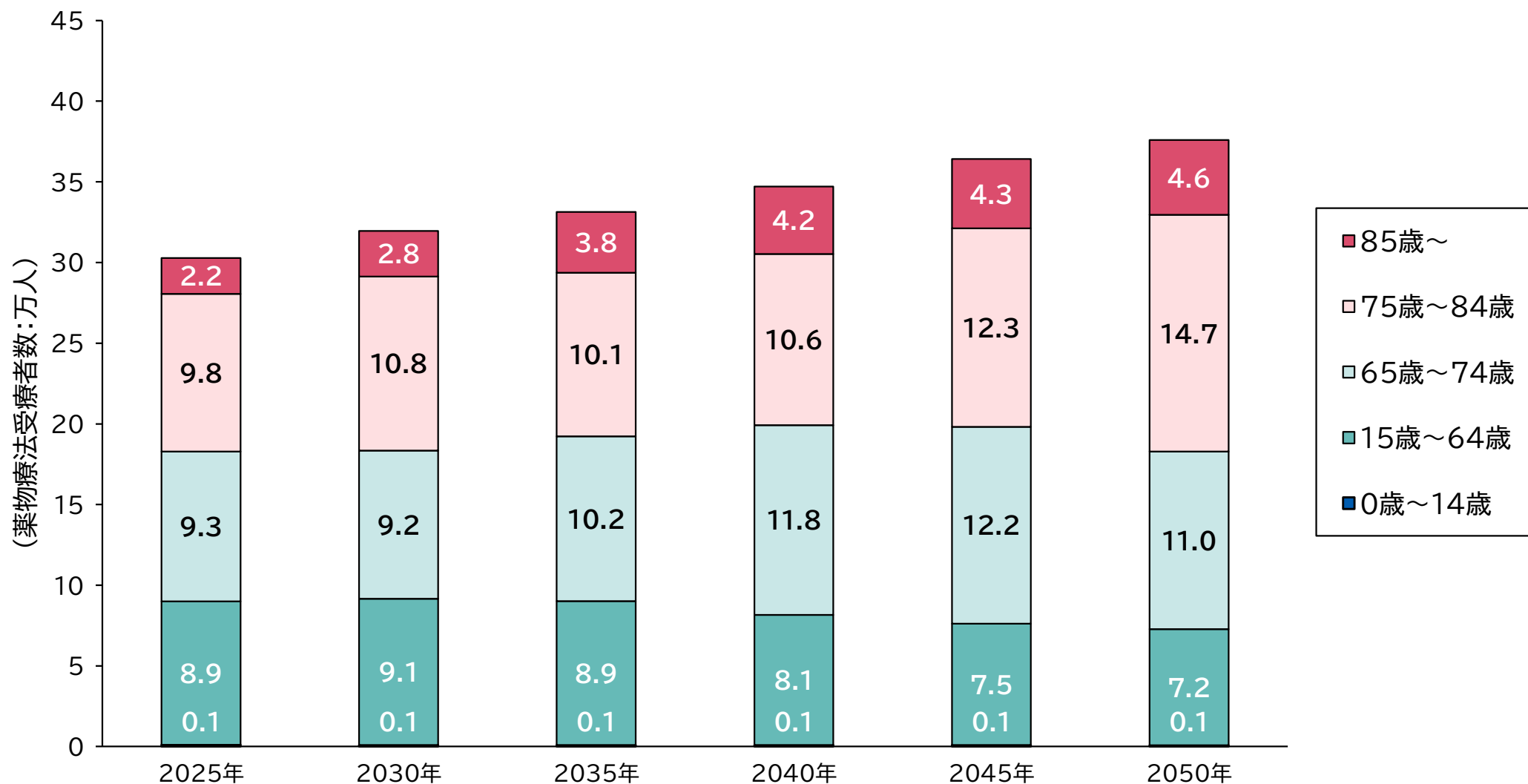


※グラフ内の数値は2023年の化学療法実施割合と2040年の化学療法実施割合の推計値を記載。点線は95%信頼区間の上限と下限を記載。

出典：2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した化学療法の実施割合の推移が2050年まで一定であると仮定し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における薬物療法の需要推計（年齢階級別内訳）

- 薬物療法を受療する患者数※は増加することが見込まれる。



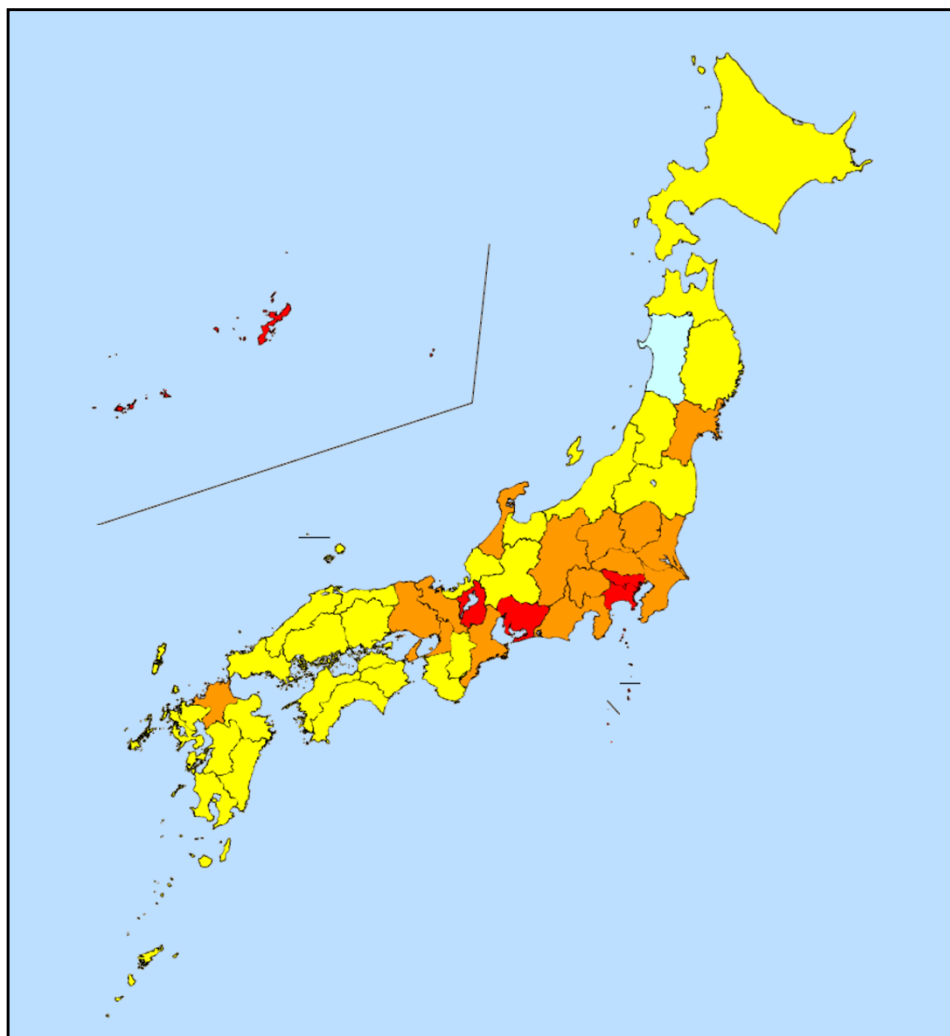
※将来のがん罹患患者数と院内がん登録における年齢階級別（0～14歳、15歳～64歳、65歳～74歳、75歳～84歳、85歳以上）の化学療法の実施割合の推移（2016年～2023年）から線形予測した将来の化学療法の実施割合を乗算して算出した推計値であり、初期治療として化学療法を実施した患者数であることに留意

出典：全国がん登録のがん罹患率データ（2017-2021年）、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口（2020-2054年）を用いて作成したがん罹患患者数推計と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設（696施設）を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、がん・疾病対策課において作成。

がん患者における薬物療法の需要推計(都道府県単位)

- 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、1県で減少することが見込まれる。

2025年を基準とした場合の2040年のがん患者における薬物療法需要の変化率(都道府県単位)



+20%以上

- 東京都、沖縄県、神奈川県、愛知県、滋賀県

+10%~+20%

- 埼玉県、千葉県、宮城県、大阪府、福岡県、兵庫県、京都府、群馬県、長野県、石川県、静岡県、栃木県、茨城県、三重県、山梨県

0%~+10%

- 広島県、岡山県、福井県、岐阜県、佐賀県、北海道、奈良県、熊本県、富山県、福島県、香川県、鳥取県、鹿児島県、宮崎県、大分県、新潟県、愛媛県、和歌山県、島根県、山形県、岩手県、長崎県、徳島県、青森県、山口県、高知県

-10%~0%

- 秋田県

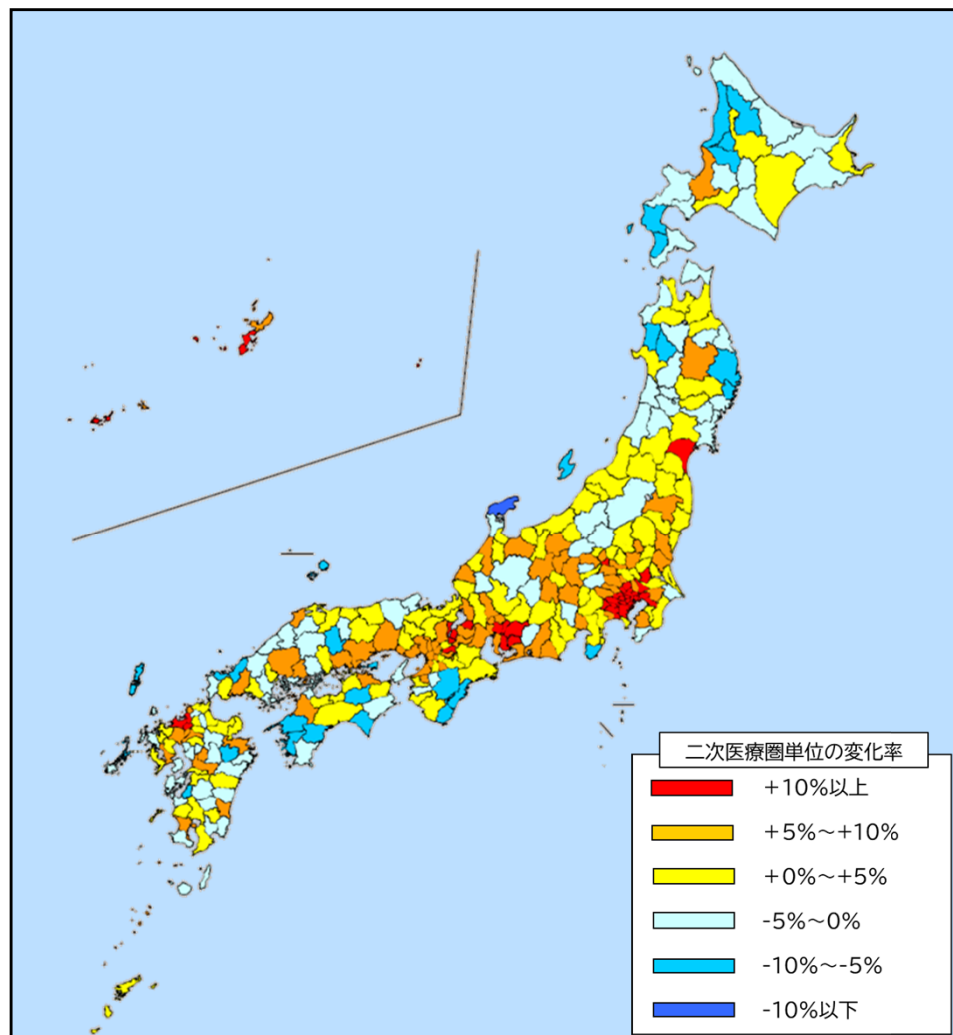
※変化率の大きい都道府県順に記載

出典: 全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

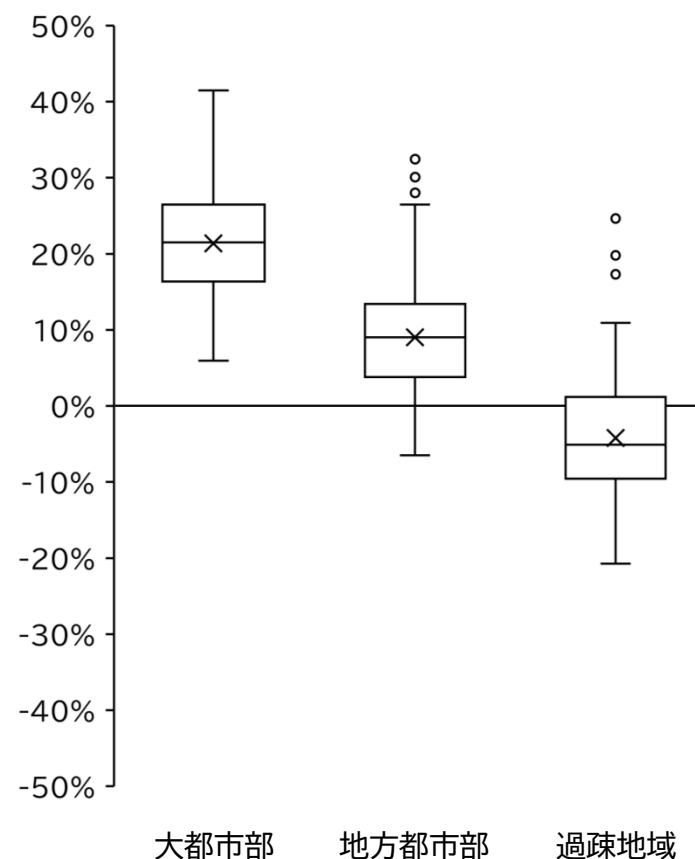
がん患者における薬物療法の需要推計(二次医療圏単位)

- 薬物療法の需要は、2040年に向けて、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。

2025年を基準とした場合の二次医療圏単位の2040年の薬物療法需要の変化率



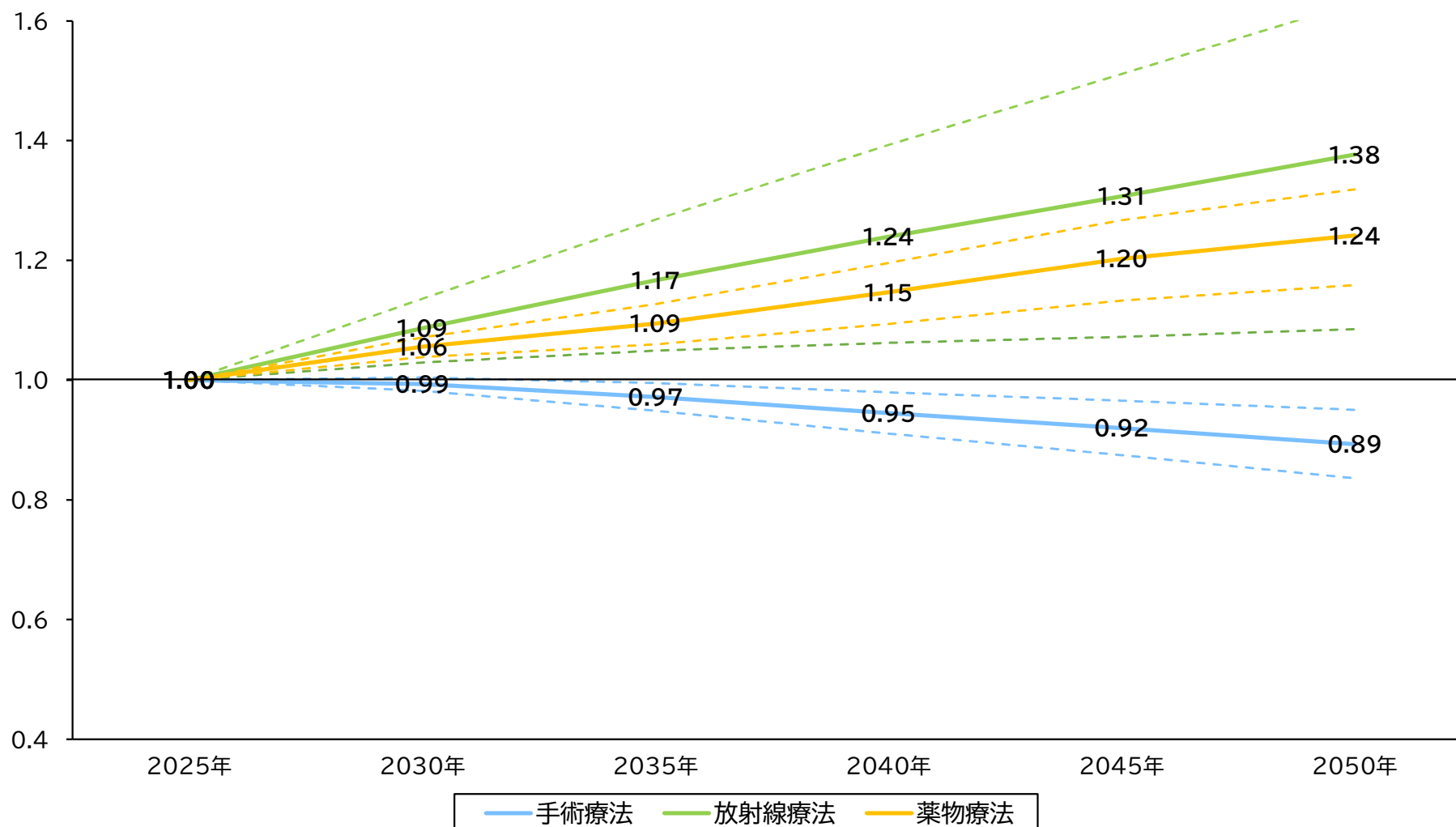
2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患患者における薬物療法需要変化率(都市型分類別※)



※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
出典:全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した薬物療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

がん患者における三大療法の需要推計(全国)

- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。

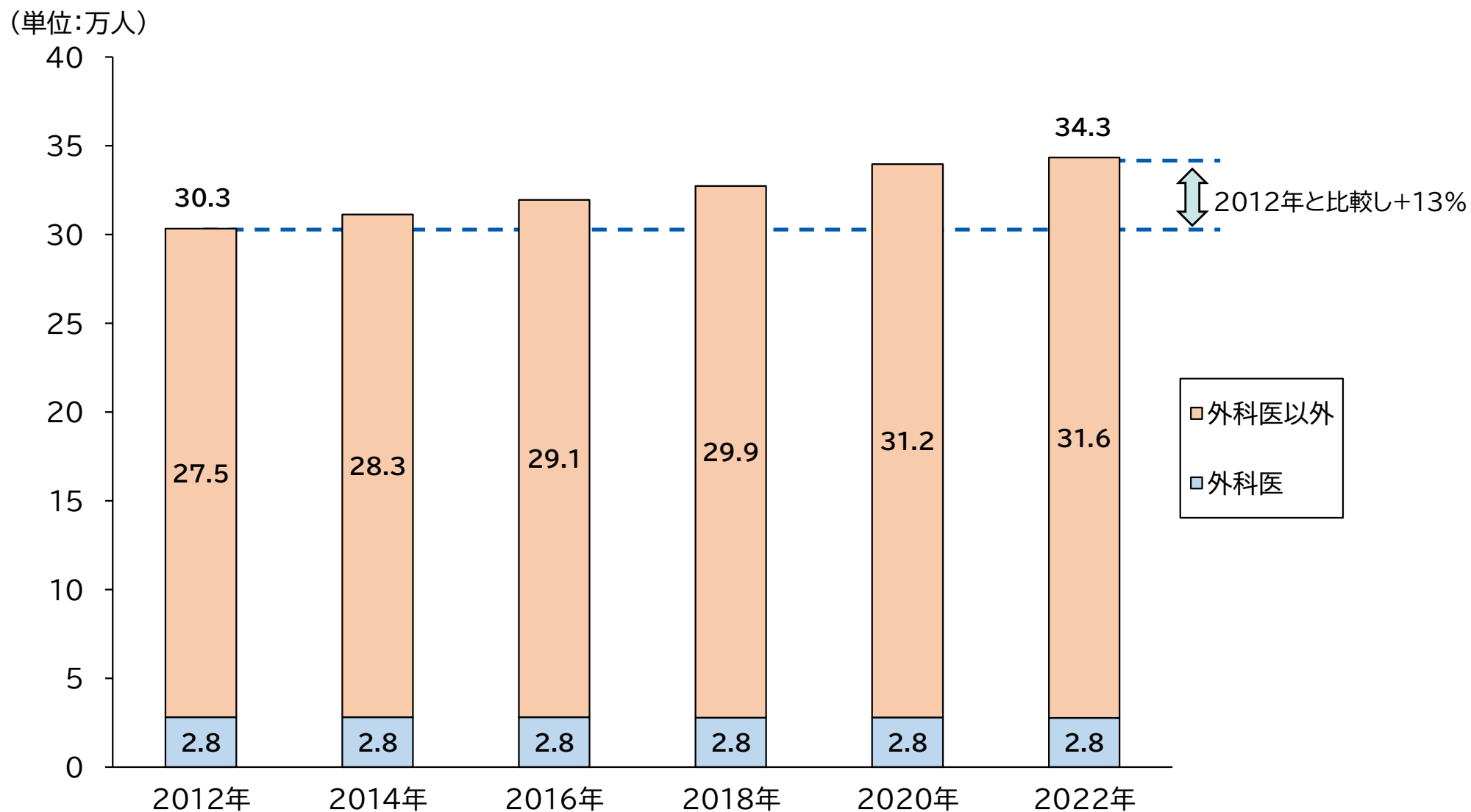


※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。

出典:全国がん登録のがん罹患率データ(2016-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いて作成したがん罹患患者数推計と2016-2023年まで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年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

医師数の推移

- 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年間に13%増加しているにもかかわらず、外科医の総数は過去10年間でほぼ変化していない。

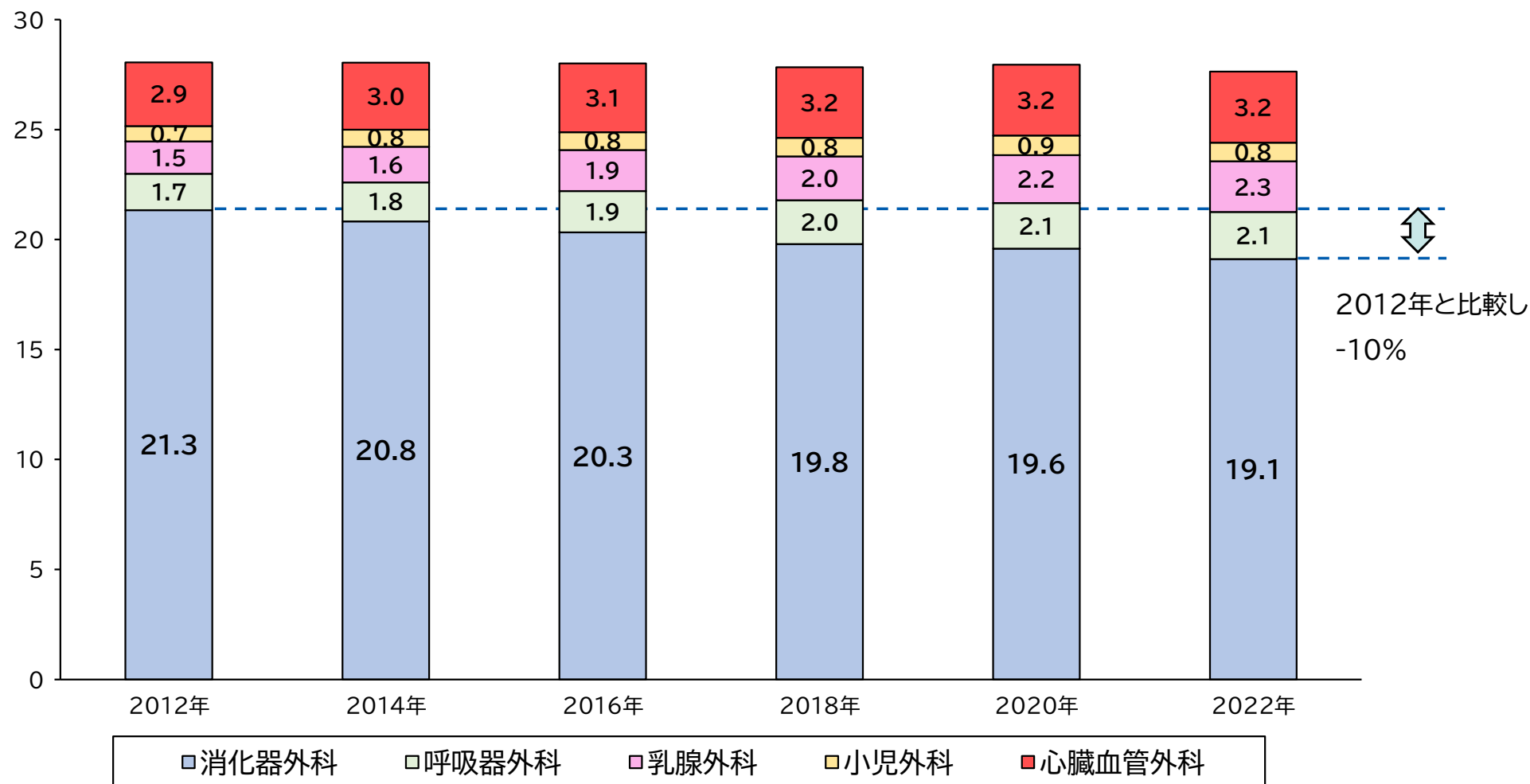


※外科は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いてがん・疾病対策課において作成

外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 外科のうち、消化器外科医数※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。

（単位：千人）



※消化器外科医数は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

- これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。
- こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。
- **地域医療提供体制の改革**や、各職種の専門性を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】

病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働

特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】

36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】

患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿

労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する



全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

医療施設の**最適配置**の推進

(地域医療構想・外来機能の明確化)

地域間・診療科間の**医師偏在**の是正

国民の理解と協力に基づく**適切な受診**の推進

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理**の推進

タスクシフト/シェアの推進

(業務範囲の拡大・明確化)

一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革（講習会等）
- ・医師への周知啓発等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用（2024.4～） **法改正で対応**

地域医療等の確保

医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成

評価センターが評価

都道府県知事が指定

医療機関が計画に基づく取組を実施

医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保
A （一般労働者と同程度）	960時間	義務	努力義務
連携B （医師を派遣する病院）	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了		義務
B （救急医療等）			
C-1 （臨床・専門研修）	1,860時間		
C-2 （高度技能の修得研修）			

医師の健康確保

面接指導

健康状態を医師がチェック

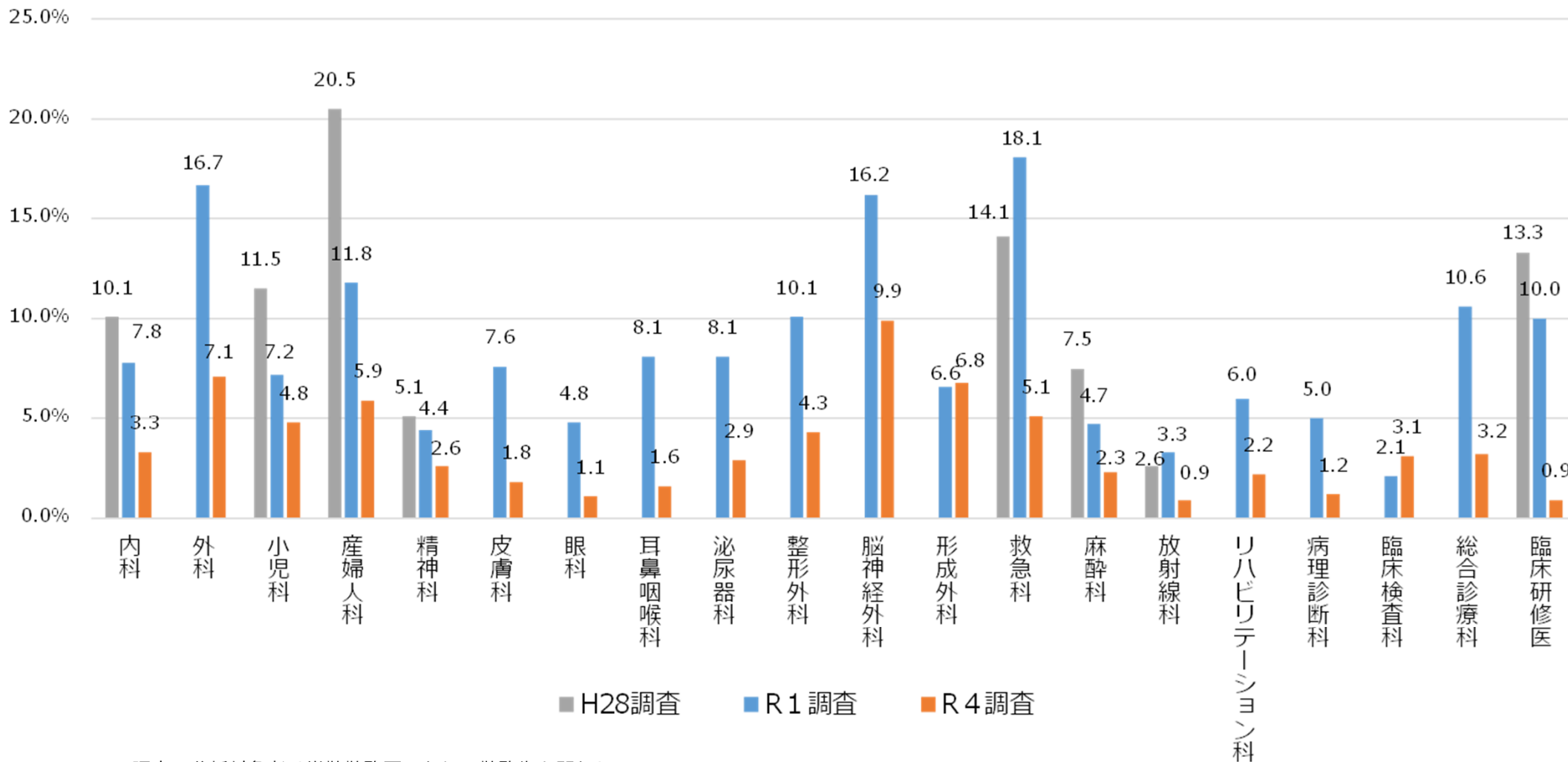
休息時間の確保

連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制（または代償休息）

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

○ H28調査、R 1 調査、今回調査（R 4 調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。

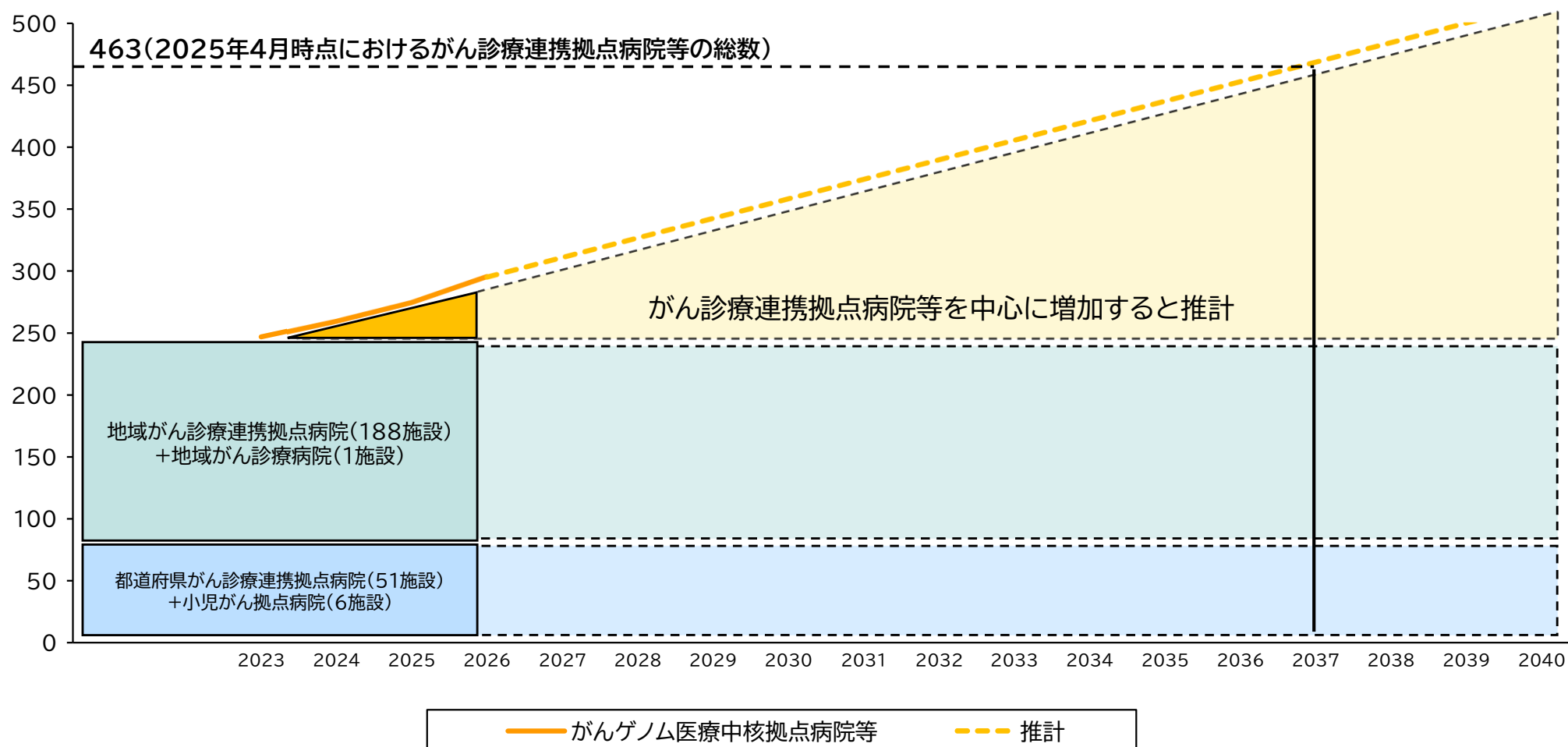
○ 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間＝診療時間＋診療外時間＋宿日直の待機時間）。
- ※ R1 調査、R4 調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1 調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

がんゲノム医療提供体制の将来推計

- 全てのがん診療連携拠点病院等でがんゲノム医療を提供できるまでには今後12年程度を要すると見込まれる。※



※2023年から2025年までのがんゲノム医療中核拠点病院等の新規指定施設数の推移から線形推計すると、2025年6月現在の282施設から、がん診療連携拠点病院等を網羅する約460施設に拡大するまで、2037年頃まで要することが見込まれる。

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・集約化についてこれまでの議論について
- ・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について
- ・今後のがん医療の需給について
- ・高度な医療技術を伴うがん医療について

2. 参考資料

ひと、くらし、みらいのために



厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

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

- 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・病院で提供されるよう取り組んでいく。

	想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
都道府県又は更に広域 (※1)での集約化 の検討が必要な医療	- 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 - 地域の实情によっては 地域がん診療連携拠点病院等	特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (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。
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 - 地域の实情によってはそれ以外の 医療機関	(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。
更なる均てん化が 望ましい医療	患者にとって身近な診療所・病院 (かかりつけ医を含む)	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、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。

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

第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

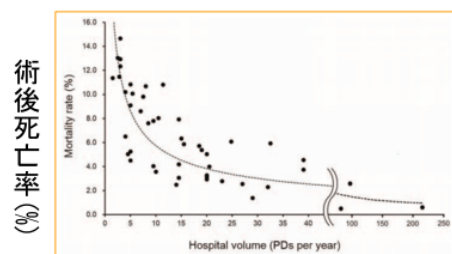
令和7年3月21日

日本癌治療学会発表資料

資料3 改変

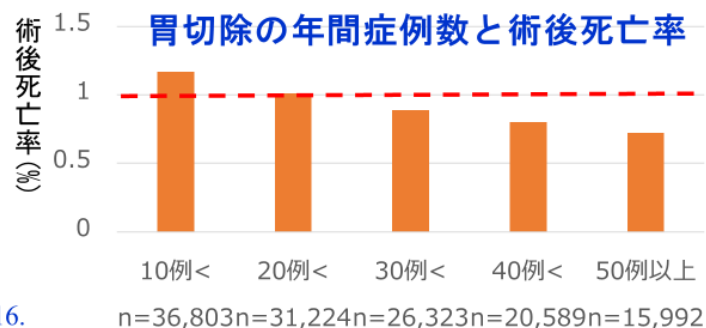
日本消化器外科学会 ※症例数と安全性の関連性が大きい手術と、その関連性の小さい手術

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.



n=36,803 n=31,224 n=26,323 n=20,589 n=15,992

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

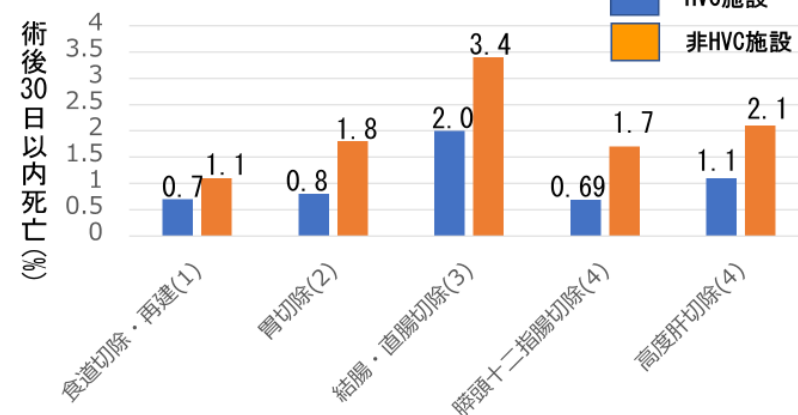
対象	重点化対象となりうるハイボリュームセンター(HVC)の基準成績の向上が見える症例数と地域分布からみた設定。
食道癌	食道癌に対する切除・再建年間20例以上
胃癌	胃癌に対する切除年間30例以上
結腸・直腸癌	大腸癌手術50例以上
肝胆膵癌	肝胆膵高難度手術30例以上

(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

婦人科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

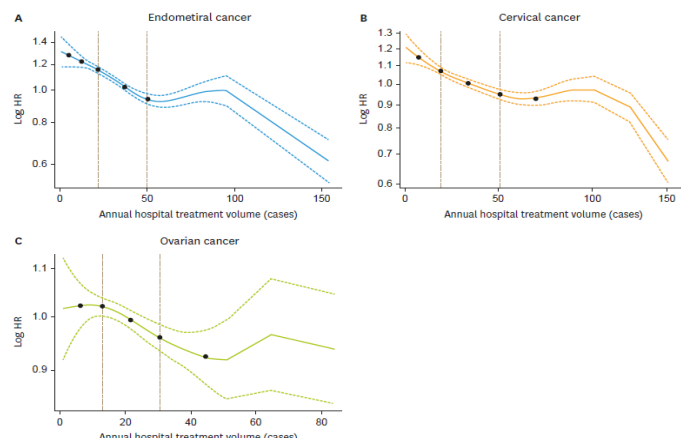
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

日本癌治療学会

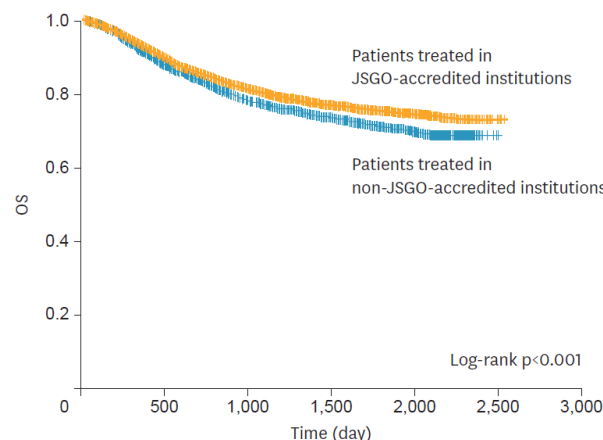
令和7年3月21日

発表資料 資料3

代表的な婦人科がんの成績と施設規模 学会認定修練施設と非認定施設の成績比較



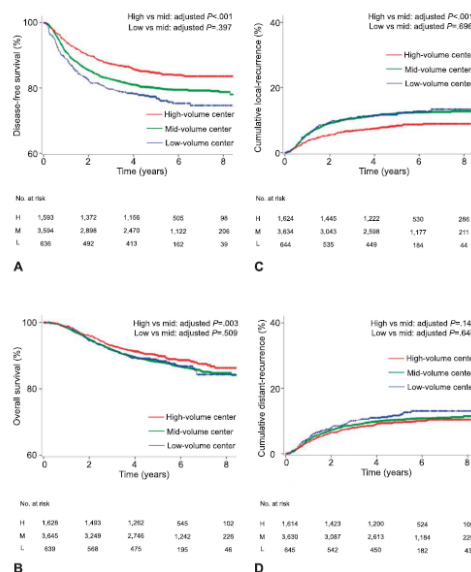
Machida H, et al. J Gynecol Oncol 2022; 33:e3



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。

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

CLINICAL INVESTIGATION

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

Jerry Ye Aung Kyaw, MD, MPH,^{1,2*} Alice Rendall, MD,³ Erin F. Gillespie, MD,¹ Tom Roques, MD,¹ Laurence Court, PhD,⁴ Yolande Lievens, MD, PhD,¹ Alison C. Tree, MD,⁵ Chris Frampton, PhD,⁶ and Ajay Aggarwal, MD, PhD^{1,2,3*}



放射線治療装置の設置・メンテナンス・更新とそれに伴う採算性の課題について

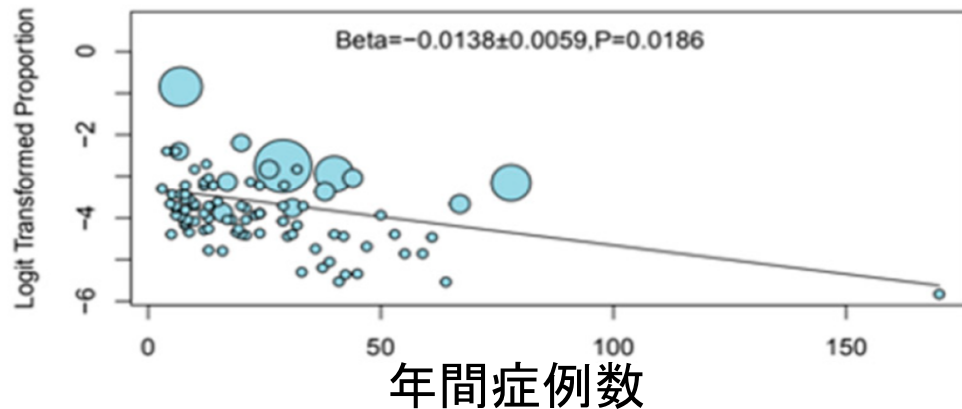
- 年間新患者数の多い大規模施設では、放射線治療装置の台数を増設した場合でも、放射線治療装置1台あたりの患者数は多く、効率よく放射線治療装置を運用することができていると考えられる。
(年間200名以下の施設では、リニアック1台あたりの患者数は大規模施設の半分以下となっている)

施設規模 (年間新患者数)	施設数 ①	放射線治療装置 台数 ②	施設あたり 放射線治療装置台数 (②÷①)	放射線治療装置1台 あたり患者数 (新規+再来)
0-99	127	123	0.97	75.2
100-199	216	213	0.99	173.2
200-299	156	174	1.12	259.4
300-399	78	110	1.41	297.6
400-499	59	101	1.71	313.6
500-	98	239	2.44	378.1

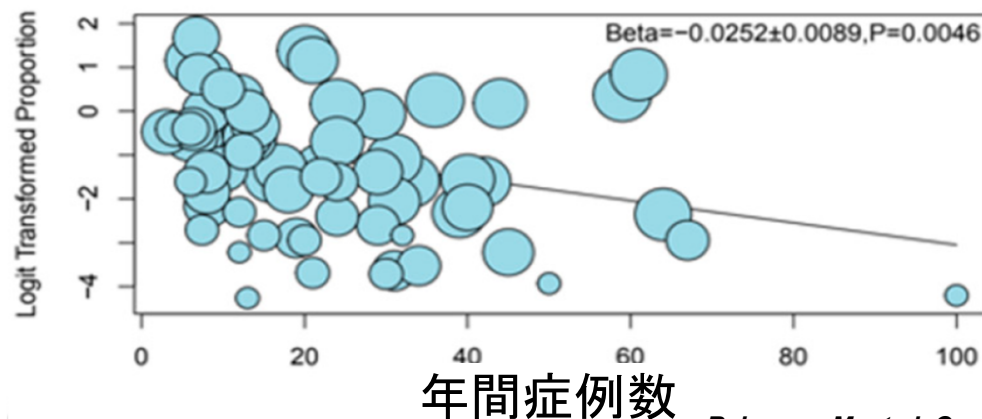
集約化による副作用の軽減

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）



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	

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・集約化についてこれまでの議論について
- ・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について
- ・今後のがん医療の需給について
- ・高度な医療技術を伴うがん医療について

2. 参考資料

高齢者の急性期における疾病の特徴

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
大腿骨頸部骨折 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

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%

15-65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

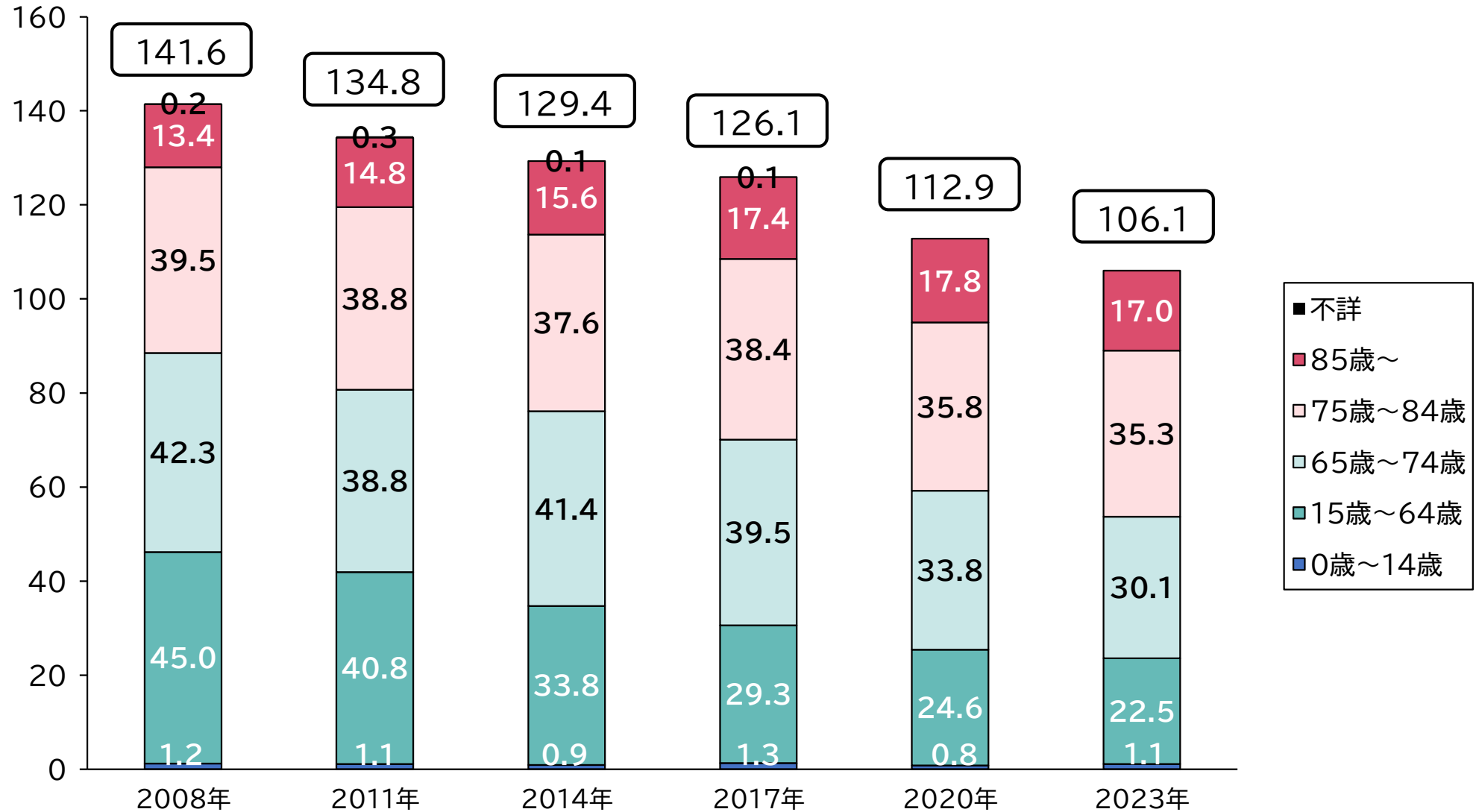
15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

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

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（年齢階級内訳）

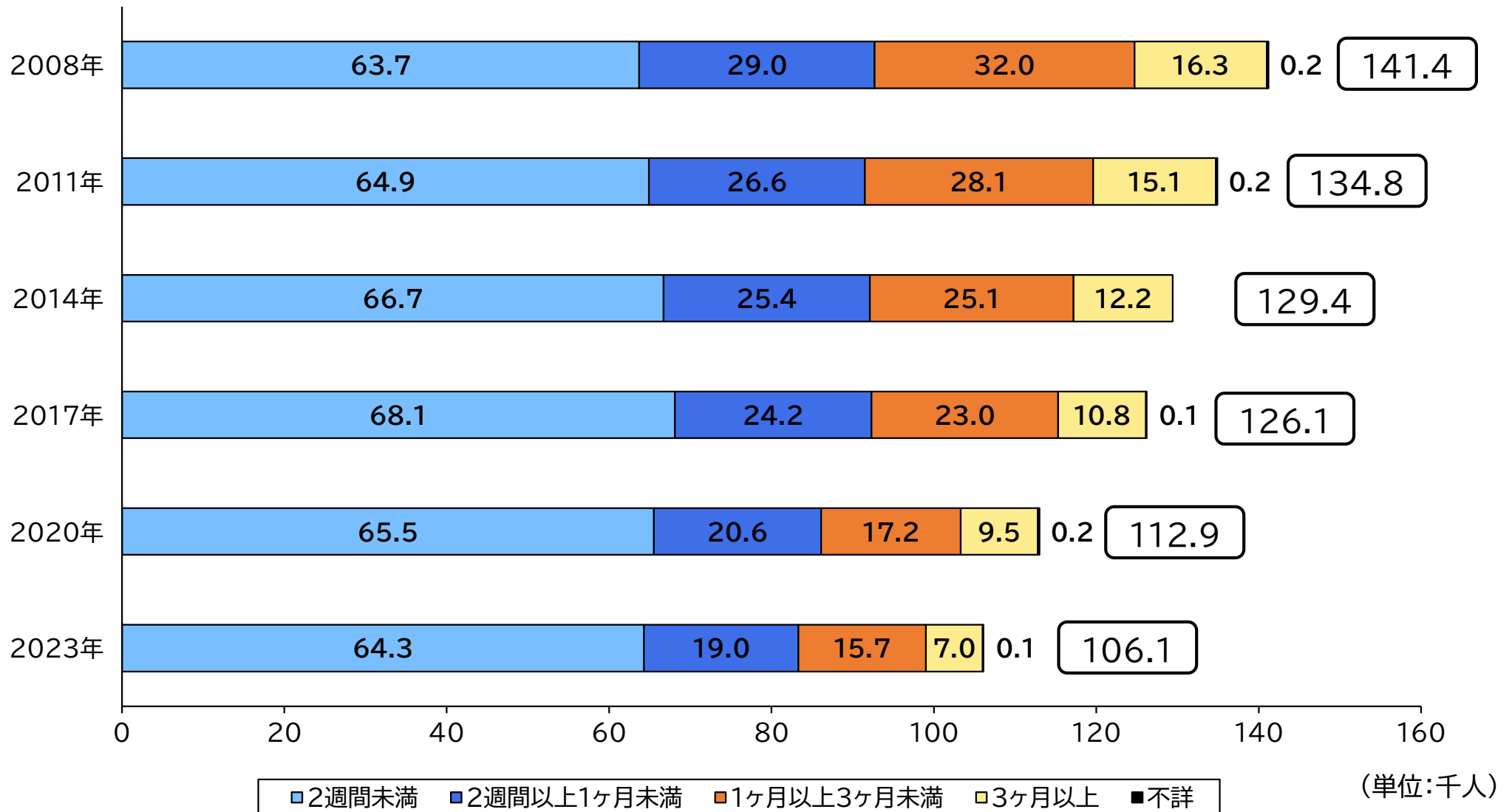
- 全国のがんの推計入院患者数は年々減少傾向である。

（単位：千人）



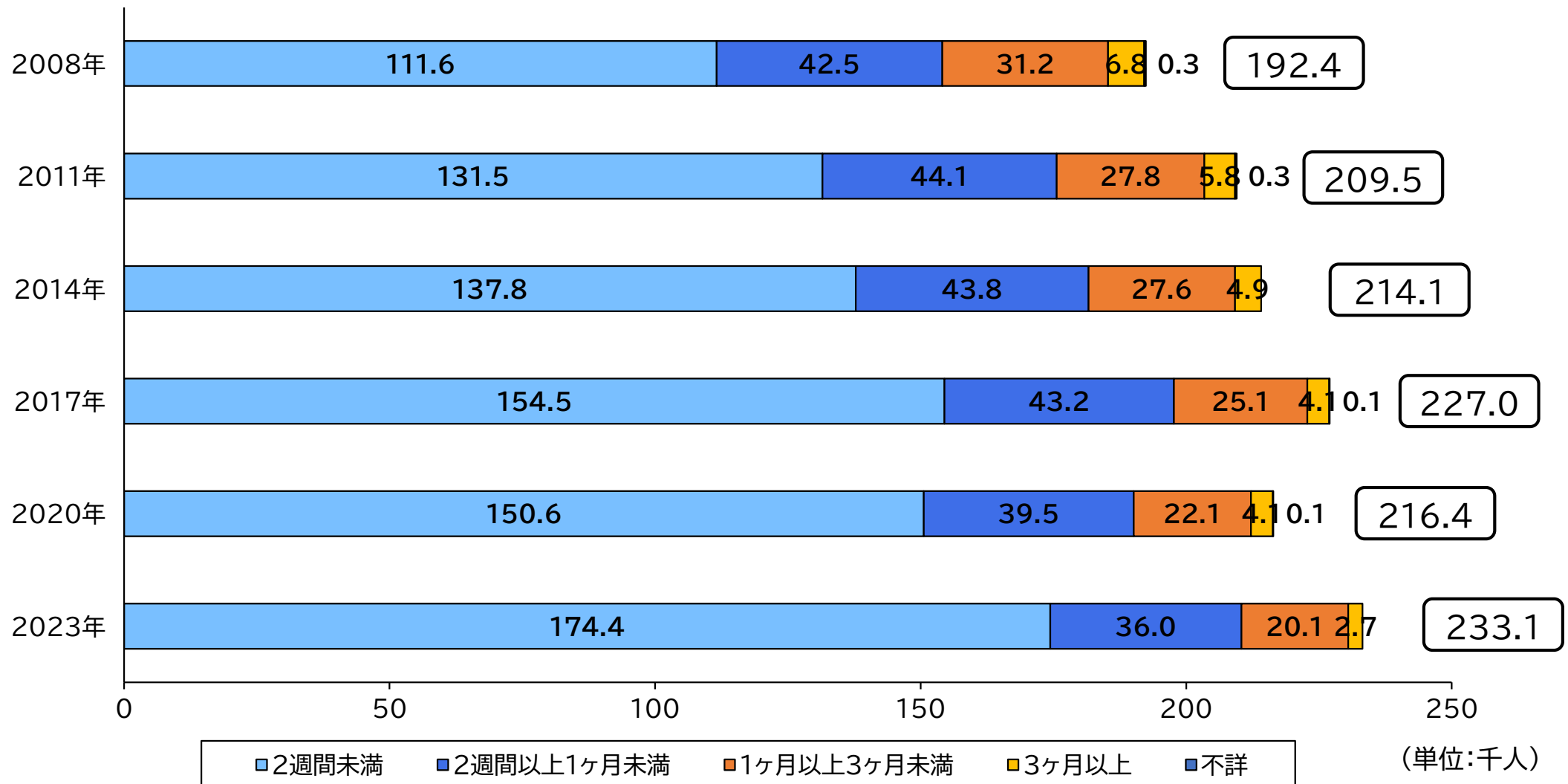
全国のがんの推計入院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 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。



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見ると、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

がん診療連携拠点病院制度

令和7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	352か所(うち特例型12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	59か所
合計463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。

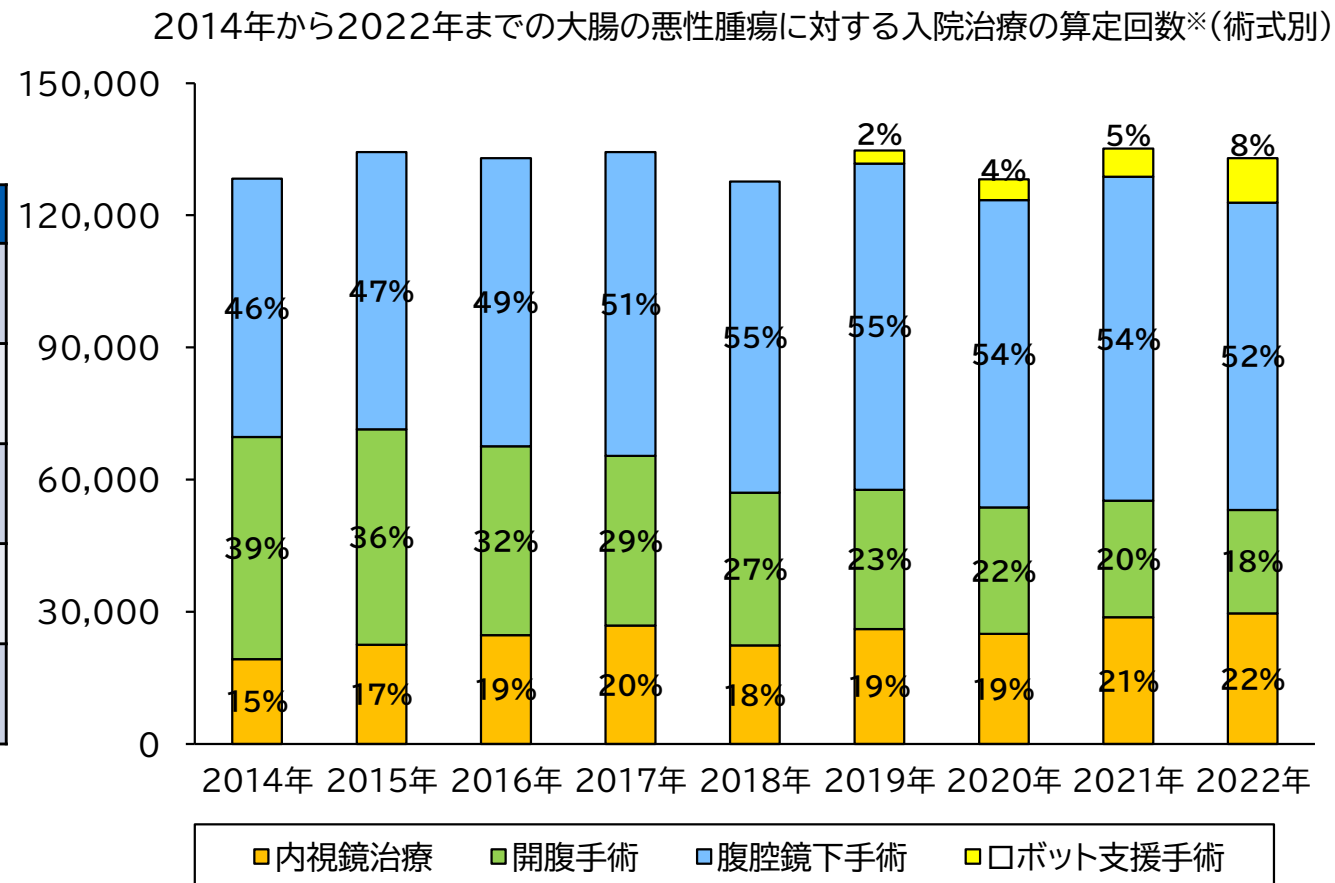
※整備指針では、特定のがんについて、当該都道府県内の最も多くの患者を診療する特定領域がん診療連携拠点病院を整備できるものとしている。

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)

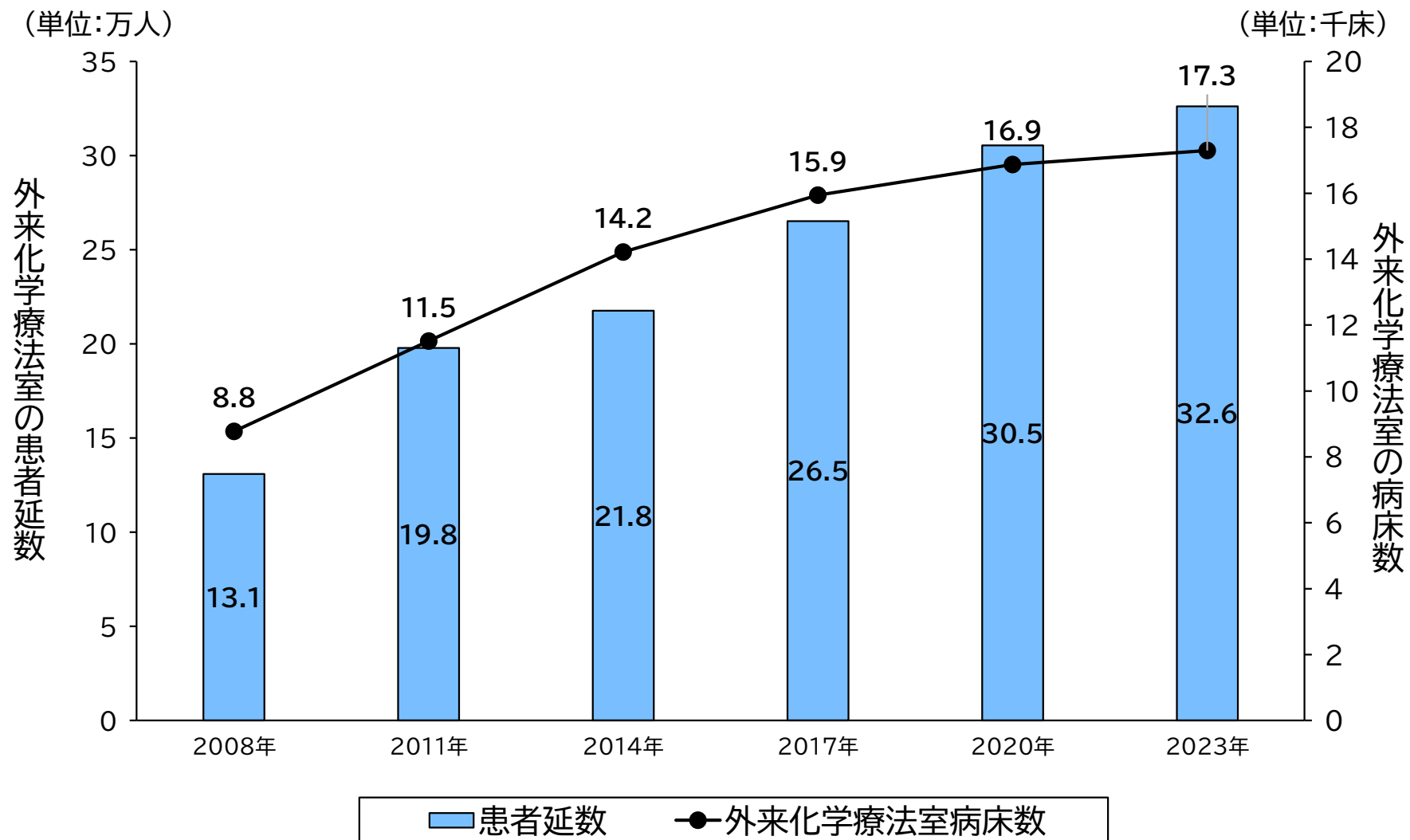
	男女計	男性	女性
1位	大腸 (147,725)	前立腺 (87,756)	乳房 (91,531)
2位	肺 (120,759)	大腸 (82,809)	大腸 (64,915)
3位	胃 (109,679)	肺 (81,080)	肺 (39,679)
4位	乳房 (92,153)	胃 (75,128)	胃 (34,551)
5位	前立腺 (87,756)	肝臓 (23,707)	子宮 (28,492)



※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。

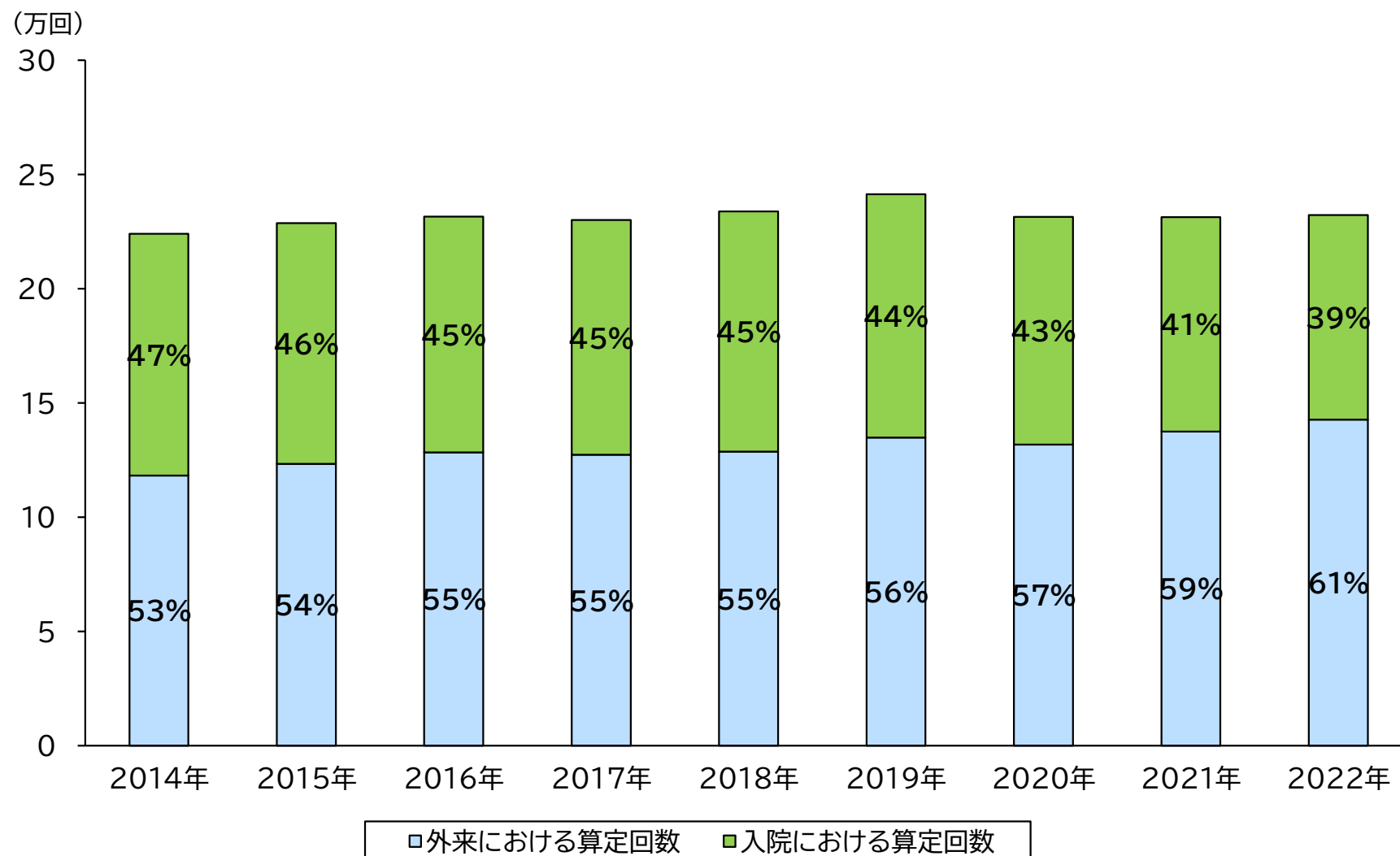
外来化学療法室の患者延数と病床数の推移

- 外来化学療法室の患者延数と病床数は年々増加している。



放射線治療管理料※の算定回数の推移（入院・外来別）

- 放射線治療管理料は入院における算定回数の比率と比較し外来における算定回数の比率が年々増加している。



※放射線治療を行うに際して、線量分布図に基づいた照射計画により放射線照射を行った場合に、分布図の作成1回につき算定できる管理料（一連の治療で2回まで。ただし、子宮頸がんに関し4回まで）
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

空白のがん医療圏について

がん医療圏

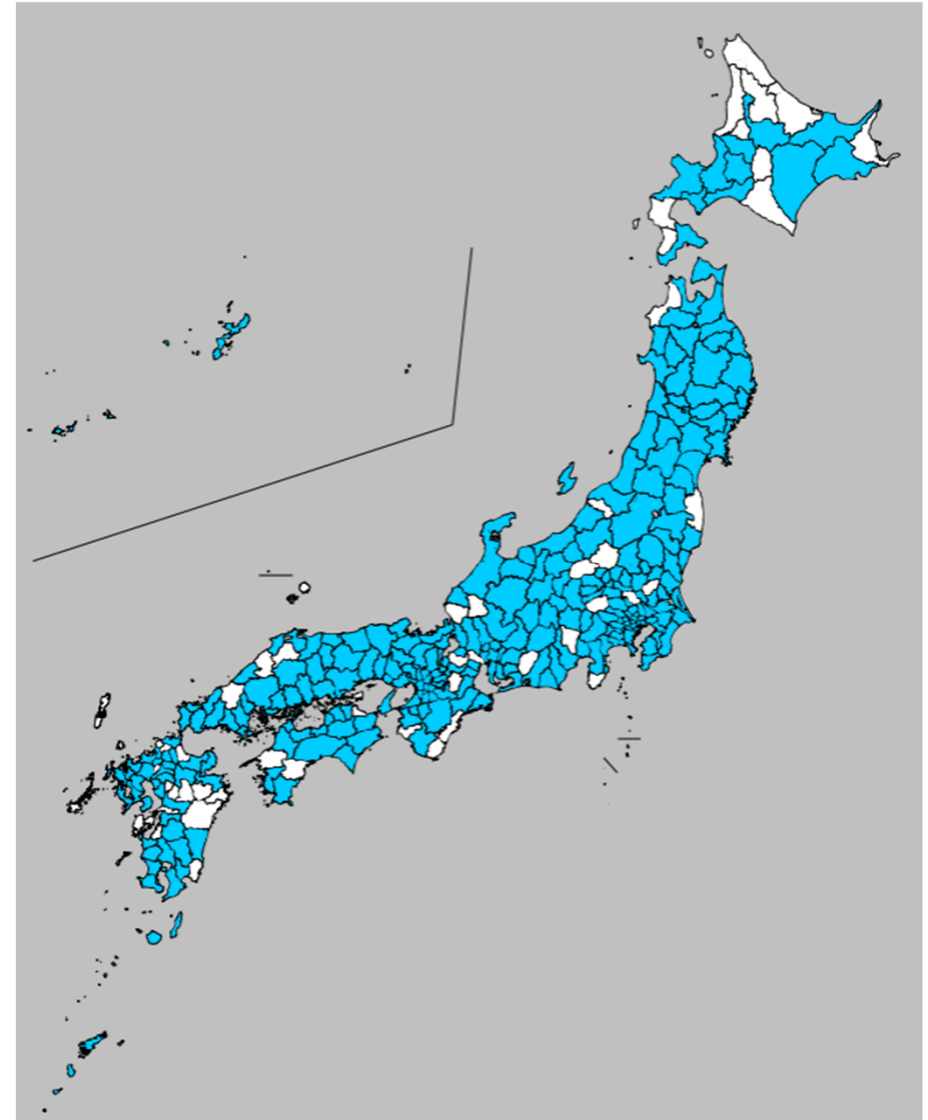
- 都道府県は都道府県拠点病院を1か所、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4に基づく医療計画で定めるがん医療圏毎にがん診療連携拠点病院を1か所、それぞれ整備するものとしている。
- また、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に地域がん診療病院を1か所整備できるものとしている。
- 40の都道府県ではがん医療圏は二次医療圏と一致し、7つの県(秋田、石川、三重、兵庫、和歌山、香川、宮崎(※1))では、二次医療圏と異なる独自のがん医療圏を設定している。

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



がん医療提供体制の均てん化・集約化について

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、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。

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 ヘ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、協議の場合への参加、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

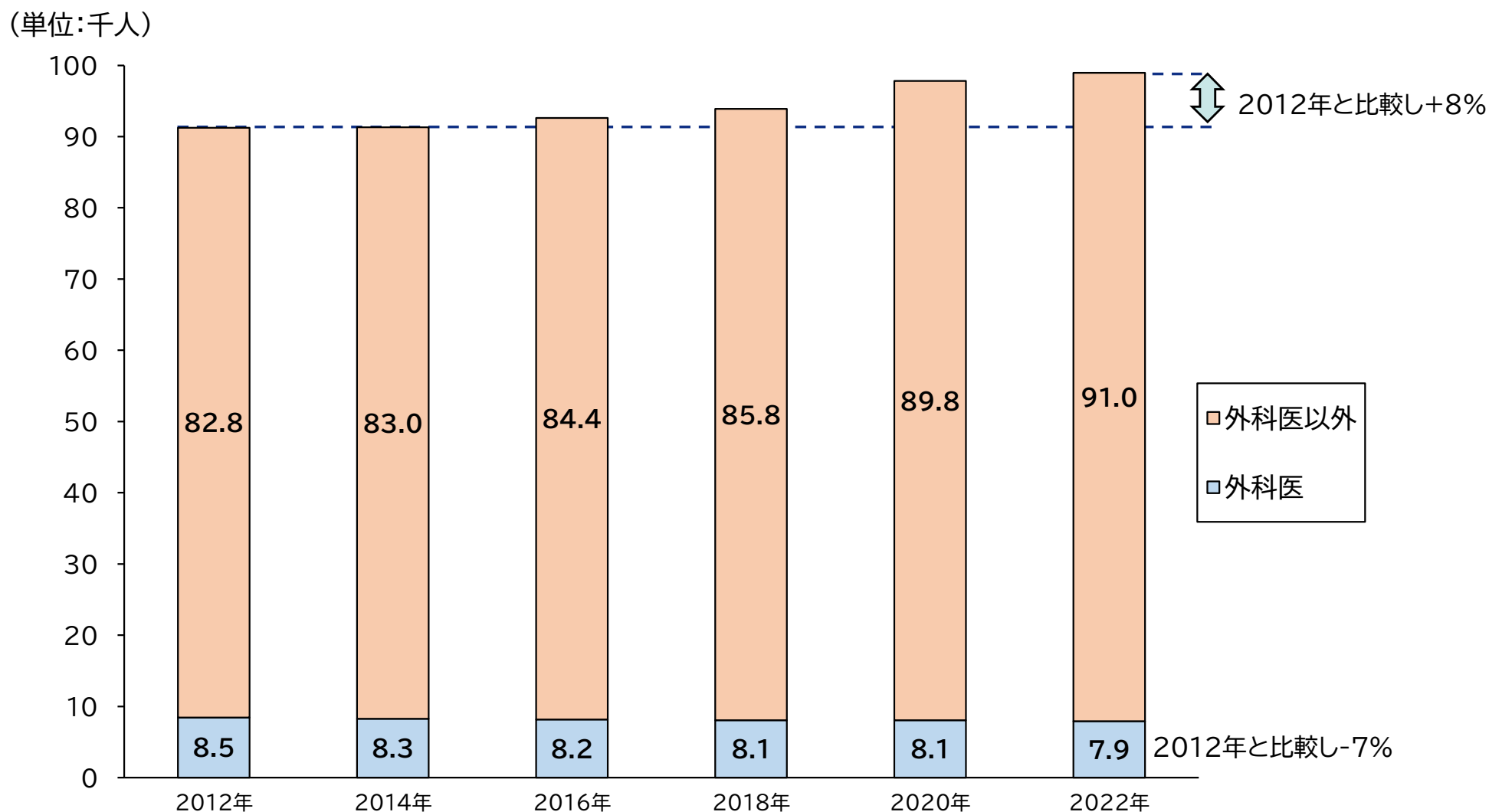
(7) 医師偏在指標のあり方

(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

40歳未満の医師数の推移

- 40歳未満の若手医師数は、2012年と比較し8%増加している一方で、40歳未満の若手外科医※については、2012年と比較し7%減少している。

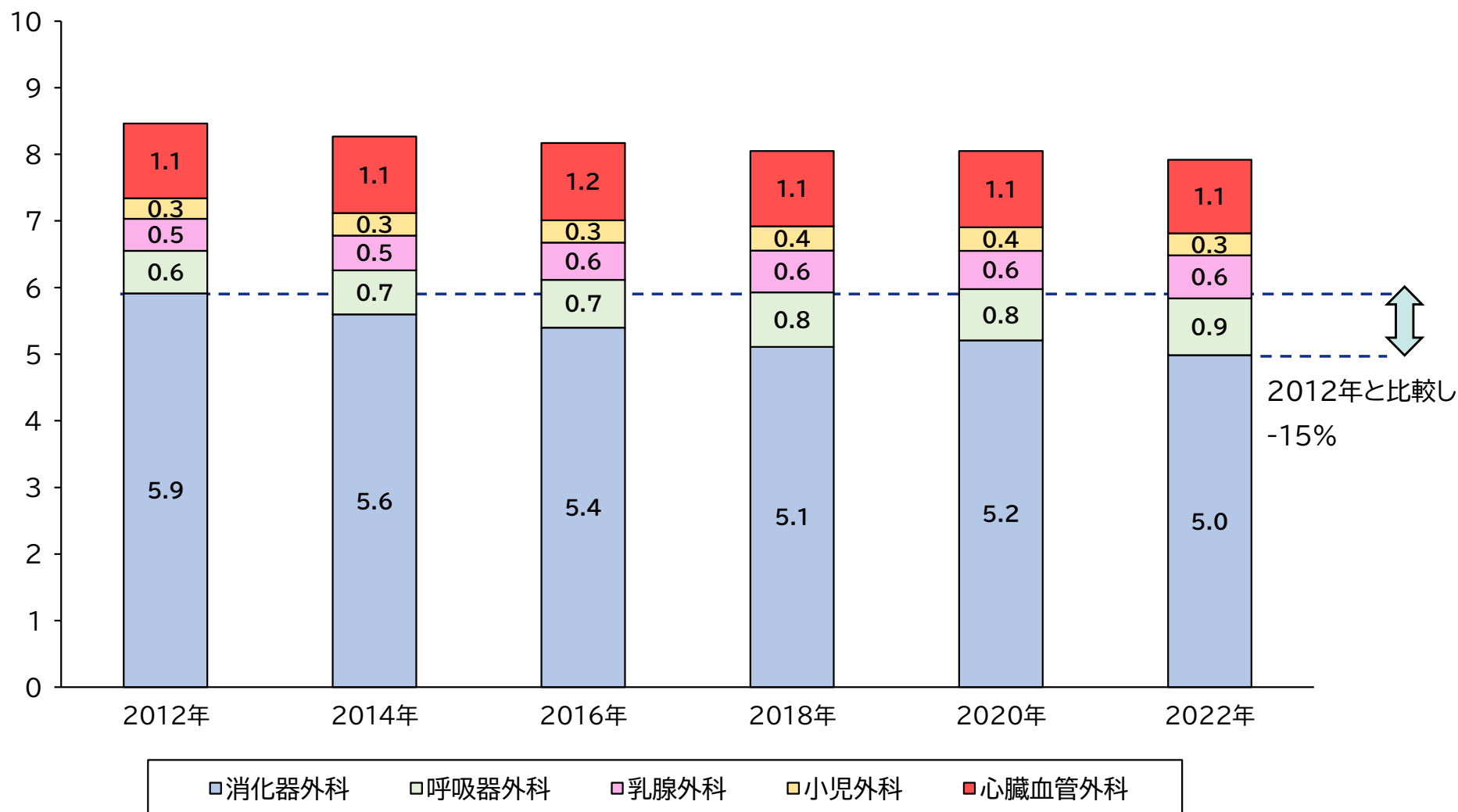


※外科医は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計
出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いて、がん・疾病対策課において作成

40歳未満の外科医数の推移（外科領域別内訳）

- 40歳未満の若手消化器外科医※については、減少率がより大きく、過去10年間で15%減少している。

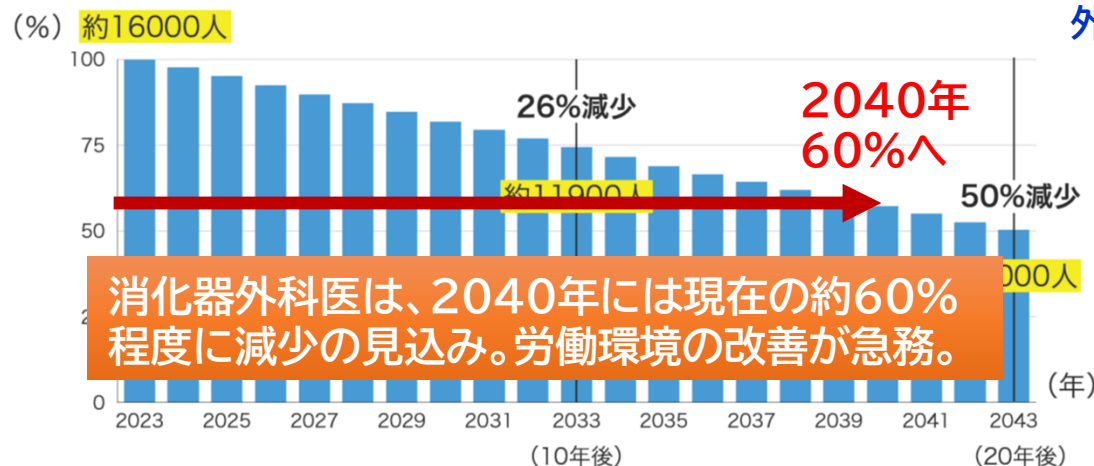
（単位：千人）



※消化器外科医は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計
出典：医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

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

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

日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

消化器外科医の労働時間を短縮するためには今後、どのような方法を取るの
がよいと思いますか

1. 化学療法、終末期医療などを他科へ依頼する: 56.9%
2. 医療事務を充実する: 54.0%
3. 施設集約化による外科医師の集約化: 50.8%
4. 一人当たりまたはチームあたりの担当患者数を調整する、もしくは外科医を増やす: 50.5%
5. メディカルスタッフを充実する: 46.0%
6. 主治医制度から交代勤務制/チーム制へ変える: 49.7%
7. 検査(内視鏡、超音波など)を他科へ依頼する: 33.6% 等

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

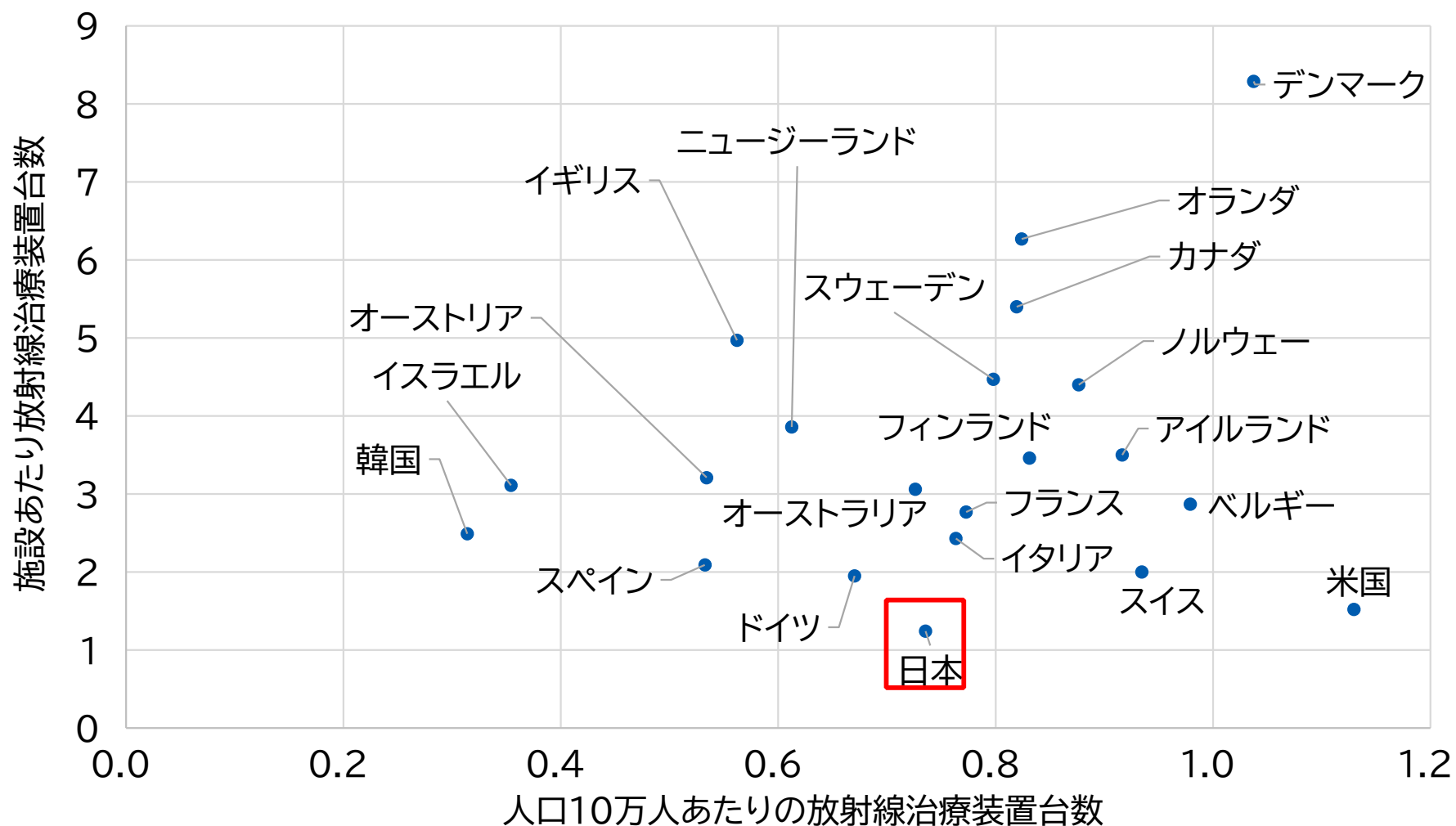
1. 将来的に専門性を維持しづらいから 24.8%
2. 継続したキャリアプランが見えづらいから 13.8%
3. 専門医が取得しにくいから 8.3%
4. 専門領域の将来性に不安を感じたから 8.3%
5. 開業しにくいから 6.4%

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%

諸外国と比較した放射線治療装置の配置状況

- 我が国では、諸外国と比較して人口10万人あたりの放射線治療装置台数は平均的であるものの、放射線治療施設あたりの放射線治療装置台数は少なくなっており、多くの医療機関に分散して放射線治療装置が配置されている。



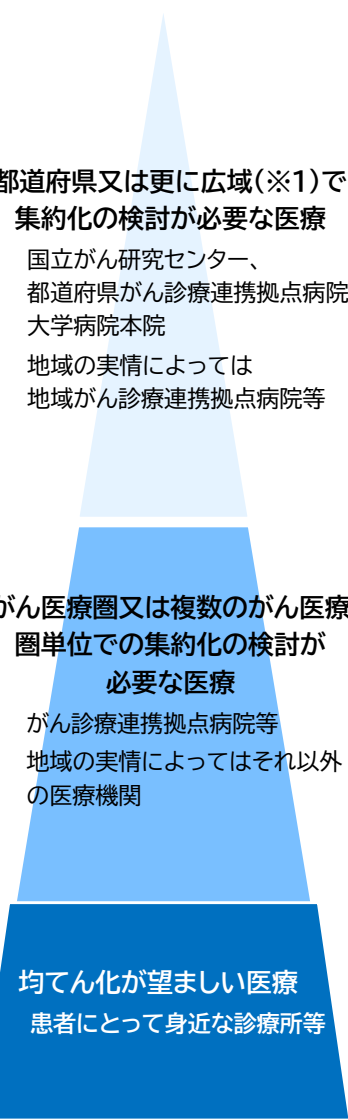
2040年を見据えた手術療法におけるがん医療の均てん化・集約化に 取り組むべき医療のイメージ(案)

基本的な考え方		対象となる医療行為例(手術療法) (※2)				
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	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。	【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 ➢ 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)	呼吸器 ➢ 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	乳腺 ➢ 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	婦人科 ➢ 広汎子宮全摘	泌尿器 ➢ 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 - 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	(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 ➢ 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	呼吸器 ➢ 肺がん根治術 ➢ 縦隔悪性腫瘍 ➢ 胸壁腫瘍等	乳腺 ➢ 乳房切除等	婦人科 ➢ 卵巣がん ➢ 子宮頸・体がん手術等	泌尿器 ➢ 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
均てん化が望ましい医療 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。	- 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

2040年を見据えた放射線療法における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(放射線療法)
<u>集約化の考え方</u> (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】 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
<u>均てん化の考え方</u> ・ 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

(※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。 65

2040年を見据えた薬物療法における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(薬物療法)		
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。	診断 【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	薬物療法 【都道府県又は更に広域で集約化の検討が必要な医療】 - 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	その他 【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 - 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	【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の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 - HPV等のがん予防ワクチン

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



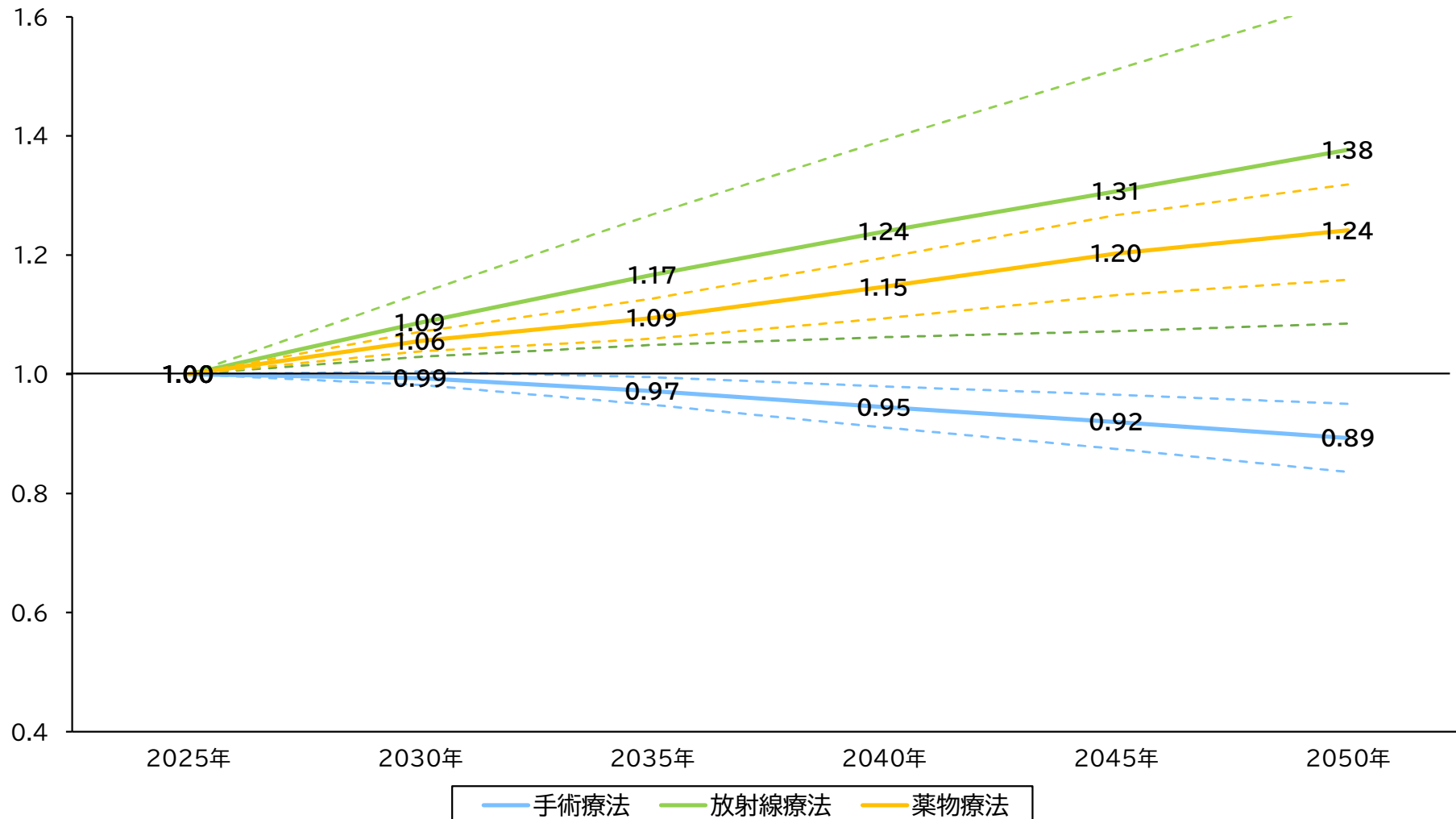
手術療法に係る医師数の推計について

一般社団法人日本癌治療学会

がん患者における三大療法の需要推計(全国)

令和7年6月23日

- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。

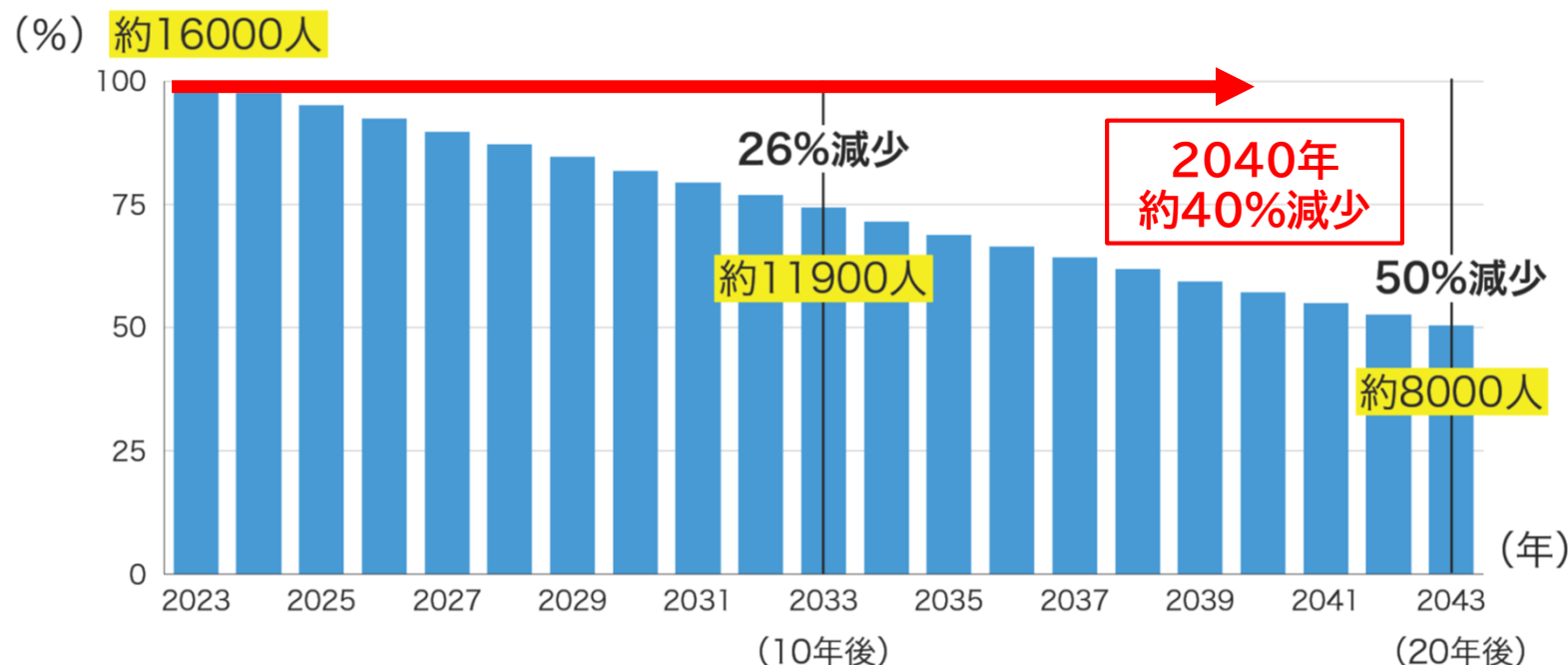


※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。

出典: 全国がん登録のがん罹患率データ(2016-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いて作成したがん罹患患者数推計と2016-2023年まで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年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数※1の推計

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

- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※1 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で計上している。また、主に手術療法を実施している65歳以下を対象とした。

※2 2015年～2024年の変化率が今後も継続すると仮定した場合の将来推計

消化器外科医を増やすための学会としての取り組み

消化器外科の明るい未来を達成するためのロードマップ

日本消化器外科学会は消化器外科医が減少している現状に危機感を持ち、消化器外科の未来に向けての改革を真摯に推し進め、結果として国民に質の高い消化器外科診療を提供できる体制を確かなものにすることを目指して、活動して参ります。

1. 継続可能な消化器外科診療の構築

- ・一人でも多くの医学部学生や初期研修医に消化器外科の重要性と魅力を伝えるために広報に努めます。
- ・長時間労働の解消のための働き方改革を積極的に推進し、消化器外科医の心と体の健康を守るべく労働環境の改善に努めます。

2. 消化器外科医のキャリア形成の支援

- ・学びの場や教育ツール及び先進的な医療への参加の機会を提供し、ロボット支援手術などの最新の手術に至るまでの期間を短縮し、早期に自立できるよう支援を行います。
- ・多様な価値観や人生観、働き方を尊重し、男女の均等な活躍を支援します。
- ・ライフ・イベントに配慮した働き方や知識・技術のステップアップを支援いたします。
- ・地方で活動する消化器外科医への学びの場や先進的医療参加の機会を提供し、支援します。

3. 高度ながん手術の集約化・重点化

- ・医師の健康維持・促進のための働き方改革や術後成績の向上に資する、高度ながん手術に対する合理的な集約化・重点化を目指します。集約化・重点化施設における研究・教育体制の充実を図ります。

4. 高度ながん手術と救急の手術に対するインセンティブの受領

- ・高度ながん手術や救急の手術に対応する対価を含め、外科医としての適切なインセンティブを受領できるシステムの構築に向けて、国民から理解を得られるよう努力をいたします。

消化器外科医を増やすための取り組み

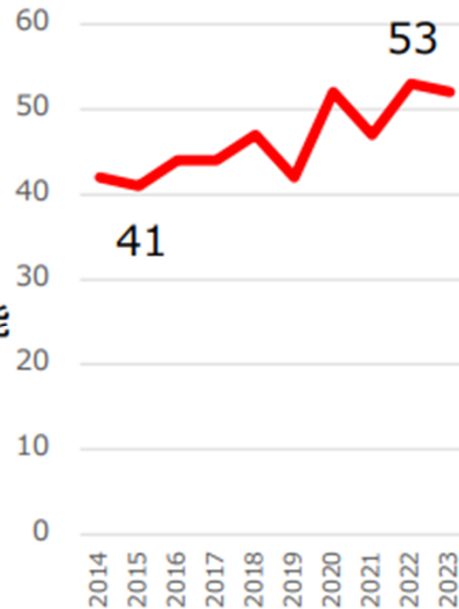
好事例-1

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

2017～「外科医の働き方改革」を積極的に実行

- ① 平日業務のシフト制の導入（朝～夕方勤務、昼～夜勤務）
- ② 夜間・休日の「完全当番制度」
- ③ チーム制～教室制の病棟管理
- ④ 手術メンバーの交代制
- ⑤ 夏期休暇・有給休暇取得の義務化
- ⑥ 男性育休取得を強く推奨

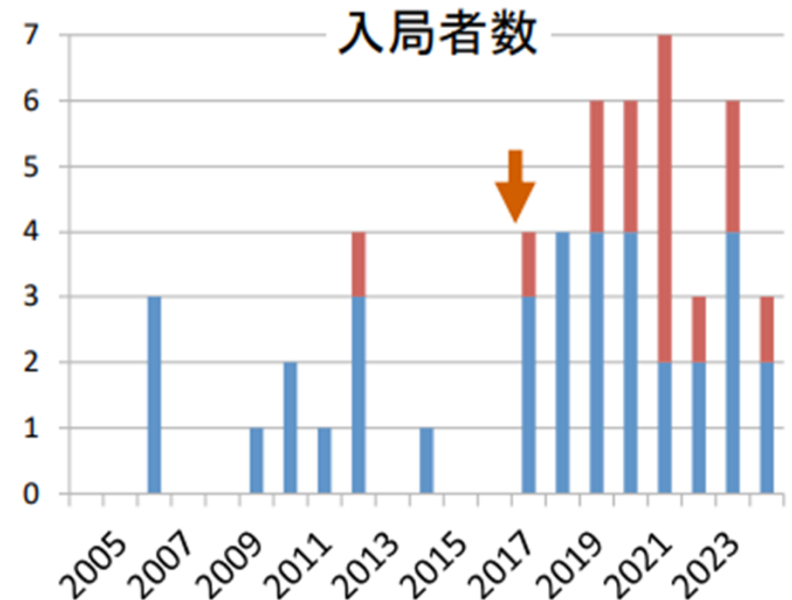
40歳未満の消化器外科医の増加
(富山県：U40会員数)



- ① 時間外業務の減少
- ② とくに女性入局者の増加
- ③ 若手医師の満足度の向上
- ④ 時間外手術加算1を容易に算定可能
→ 個人のインセンティブへ

大胆な「働き方改革」の導入により若手消化器外科医の増加。

従来の外科医の働き方
↓
一般社会の業務体系の導入



消化器外科医を増やすための取り組み

好事例-2

広島大学病院の診療体制維持 地域の外科医療を守るために

未来の外科医療支援手当（2025年度～）

支給対象者＝約30人

6診療科（消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、移植外科、乳腺外科、小児外科）
医科診療医（専攻医、専門医で助教になる前の27歳～40歳前後）

支給額

120万円／年（10万円／月） ➡ 年俸は前年度の約1.3倍に

若手外科医師からは…

「働きを評価してもらえた」

「他病院でのバイト減らし、研究に時間割ける」



2025年 6 月23日

放射線療法に係る医師数と放射線治療装置の推計

公益社団法人日本放射線腫瘍学会

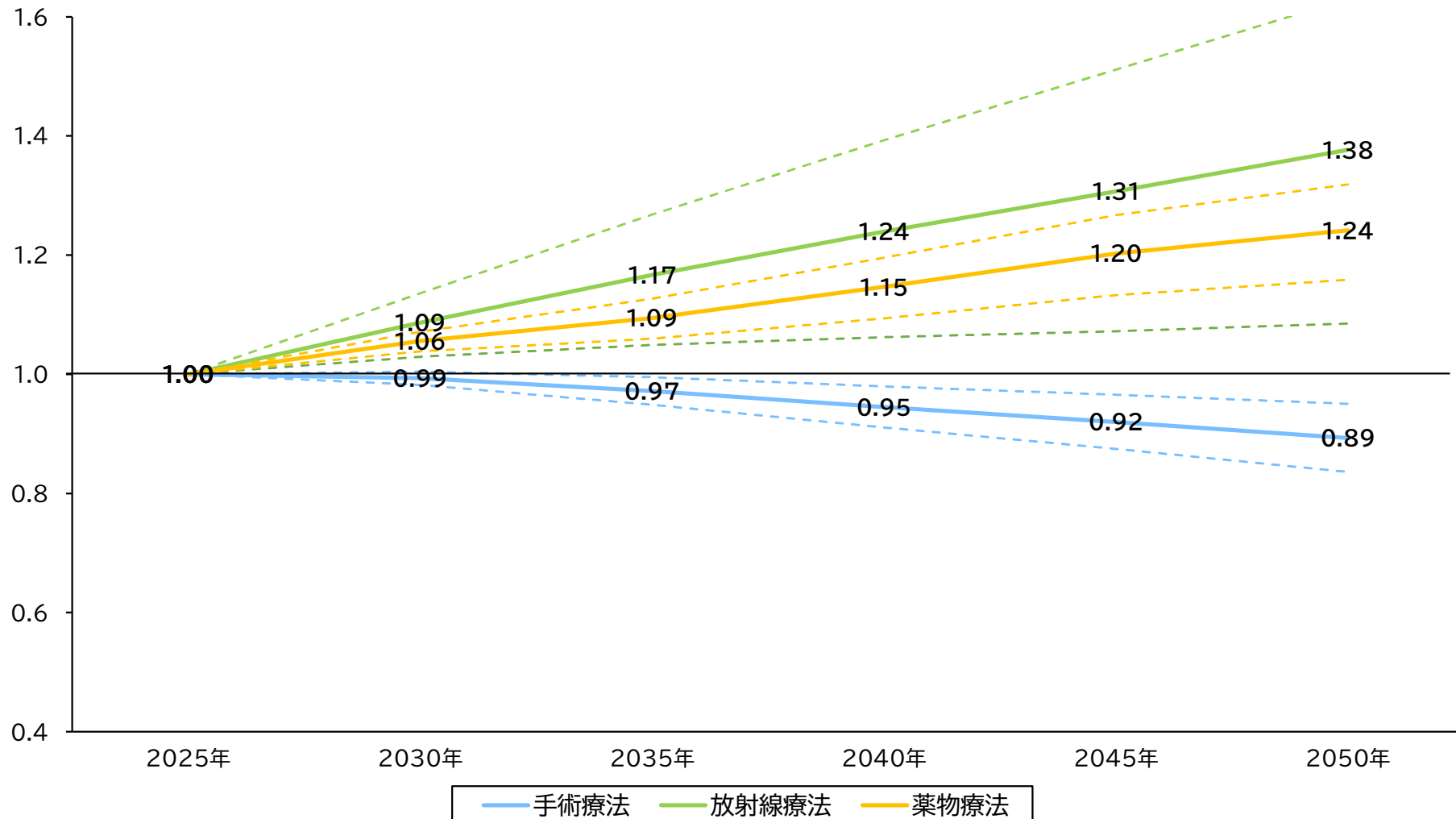
日本放射線腫瘍学会：Japanese Society for Radiation Oncology (JASTRO)



がん患者における三大療法の需要推計(全国)

令和7年6月23日

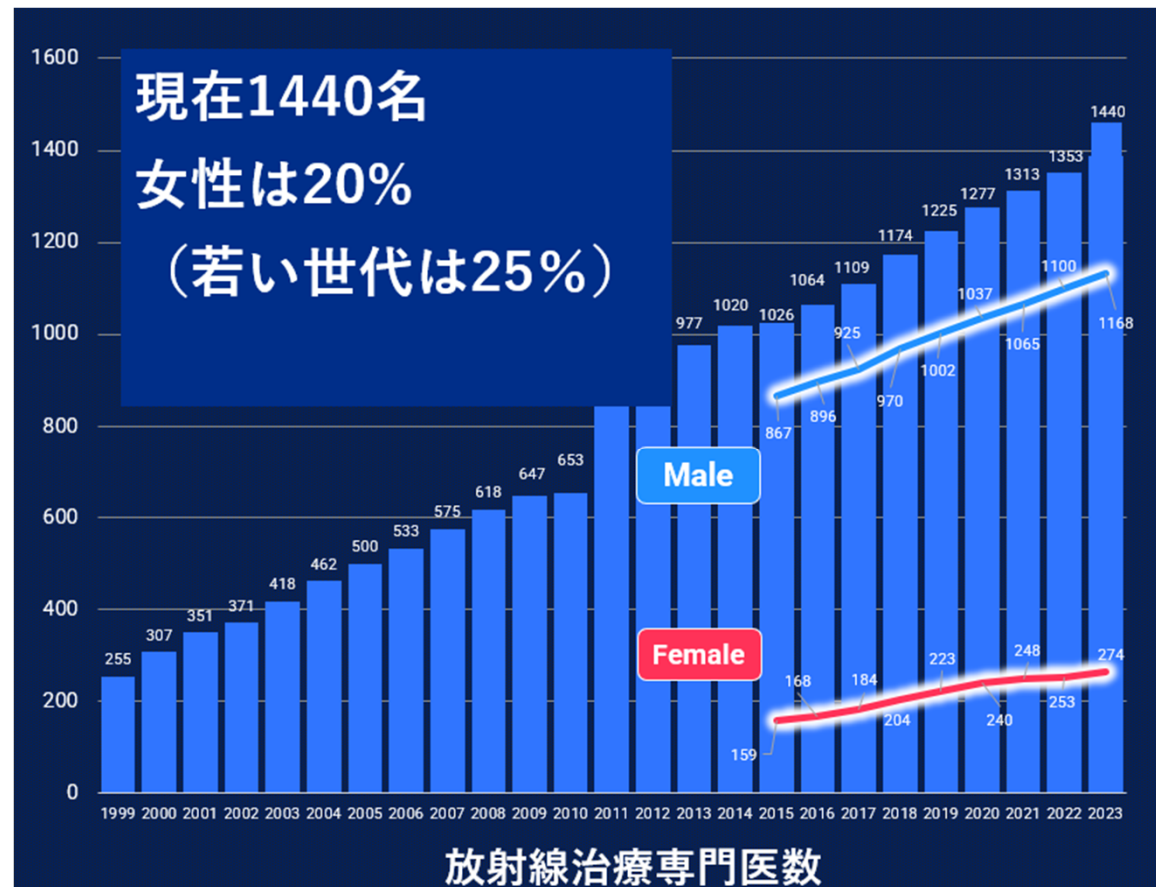
- 2025年を1.0とした場合、2040年に向けてがん患者に対する三大療法の中で、手術療法は減少し、放射線療法と薬物療法は増加することが見込まれる。



※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。

出典:全国がん登録のがん罹患率データ(2016-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いて作成したがん罹患患者数推計と2016-2023年まで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年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

放射線治療専門医の将来推計※



- 放射線治療専門医数は40名増加/年となっているため、2040年には $40 \times 15\text{年} = 600$ 名程度の増加が見込まれる。2040年には放射線治療専門医数が2000名と推計される。

放射線治療患者数・放射線治療装置数の将来推計

放射線治療患者数の推計

- 放射線治療患者数は2025年には28.8万人と推計される※¹。
- 2025年から2040年に向けて放射線療法が必要が1.24倍に増加すると放射線治療患者数は28.8万人×1.24倍＝35.7万人と推計される。

放射線治療装置数の推計

- 放射線治療装置1台あたりの年間照射患者数の適正数※²は250名～300名と報告されており、この当時の基準を用いた場合、2040年に必要となる放射線治療装置数は1190台～1428台となる。2019年時点の放射線治療装置配置数1100台※³と比較して8%～30%増となる。

放射線治療の提供体制について

- 国内の放射線治療施設は734施設あり、このうち、年間治療患者数が100人未満が127施設、100～200人が216施設となっている※⁴。現状のように1施設あたりの治療患者数が少ない放射線治療施設が分散していると、より多くの放射線治療専門医が必要となる。このため、放射線療法が必要動向を踏まえながら、放射線治療施設の一定の集約化の検討が必要となる。
- なお、放射線治療医と患者数の需給のミスマッチが生じる放射線治療施設においては放射線治療医による遠隔放射線治療（放射線治療計画の作成等）支援の取り組みも併せて実施することが有効であると考えられる。

※1 放射線治療患者総数が日本放射線腫瘍学会の構造調査よりがん罹患者数の28%を占めるため、2025年も同様の割合と仮定した場合、2025年のがん罹患者数推計103万×28%=28.8（万人）と推計。

※2 厚生労働省がん研究助成金計画研究班 「がんの集学治療における放射線腫瘍学 医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要とされる基準構造」（2009年）。

※3 日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告より、回答施設の放射線治療装置台数の合計960台÷回答率87%=約1103台と推計。

※4 日本放射線腫瘍学会による全国放射線治療施設の2019年定期構造調査報告「Table 3 Number of radiation oncology institutions by annual patient load and category」

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 歳以下のがん罹患患者数は減少するものの、65～84 歳のがん罹患患者数は横ばいで推移し、85 歳以上のがん罹患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。

第18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6月23日	

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(案)

		手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療		・希少がんに対する手術					・粒子線治療 ・ホウ素中性子捕捉療法	・小児がんに対する薬物療法 ・希少がんに対する薬物療法	
	都道府県での集約化の検討が必要な医療	消化器がん ・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がんに対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がんに対する高度な肝切除術 ・大腸がんに対する骨盤内臓全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法	呼吸器がん ・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	乳がん ・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	婦人科がん ・子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	泌尿器がん ・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療(組織内照射)	・高度な薬物療法(特殊な二重特異性抗体治療等)	
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		消化器がん ・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	呼吸器がん ・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	乳がん ・乳がんに対する標準的な手術	婦人科がん ・子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	泌尿器がん ・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療(腔内照射) ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・妊娠性温存療法
	更なる均てん化が望ましい医療	・腸閉塞に対する治療 ・癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療						・副作用が軽度の術後内分泌療法 ・軽度の有害事象に対する治療	・がん検診 ・がんリハビリテーション ・緩和ケア療法 ・低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ ・排尿管理(尿道カテーテルや尿路ストーマの管理)

※本表に記載されている医療行為は代表的な例であり、すべての悪性腫瘍および関連する医療行為を網羅しているものではないという点に留意。
(監修)一般社団法人 日本癌治療学会、公益社団法人 日本放射線腫瘍学会、公益社団法人 日本臨床腫瘍学会

「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。

「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
岡 俊明	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
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
間野 博行	国立研究開発法人国立がん研究センター 理事長
村松 圭司	千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター 特任教授

（五十音順・敬称略）

第 18 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 6 月 23 日	

「第 18 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

調	憲	一般社団法人日本癌治療学会	副理事長
宇野	隆	公益社団法人日本放射線腫瘍学会	理事長

(敬称略)