



## 2040年を見据えた兵庫県のがん医療提供体制の 均てん化・集約化について

## がん医療提供体制の均てん化・集約化の経緯

### がん対策基本法～推進基本計画

2006年 がん対策基本法成立

#### 第三章 基本的施策

第一節 がんの予防及び早期発見の推進

第二節 がん医療の均てん化の促進等

第三節 研究の推進等

第四節 がん患者の就労等

第五節 がんに関する教育の推進

2007年 がん対策推進気泡計画（第1期）

原則、全国すべての二次医療圏に3年以内に概ね1か所程度拠点病院を整備

2012年 がん対策推進気泡計画（第2期）

がん患者が居住地に関わらず質の高いがん医療を受けられるよう、3年以内に拠点病院のあり方を検討し、5年以内にその機能をさらに充実させる

2017年 がん対策推進気泡計画（第3期）

2 (2) ① がん医療提供体制について（均てん化・集約化、医療安全、制度の持続可能性）

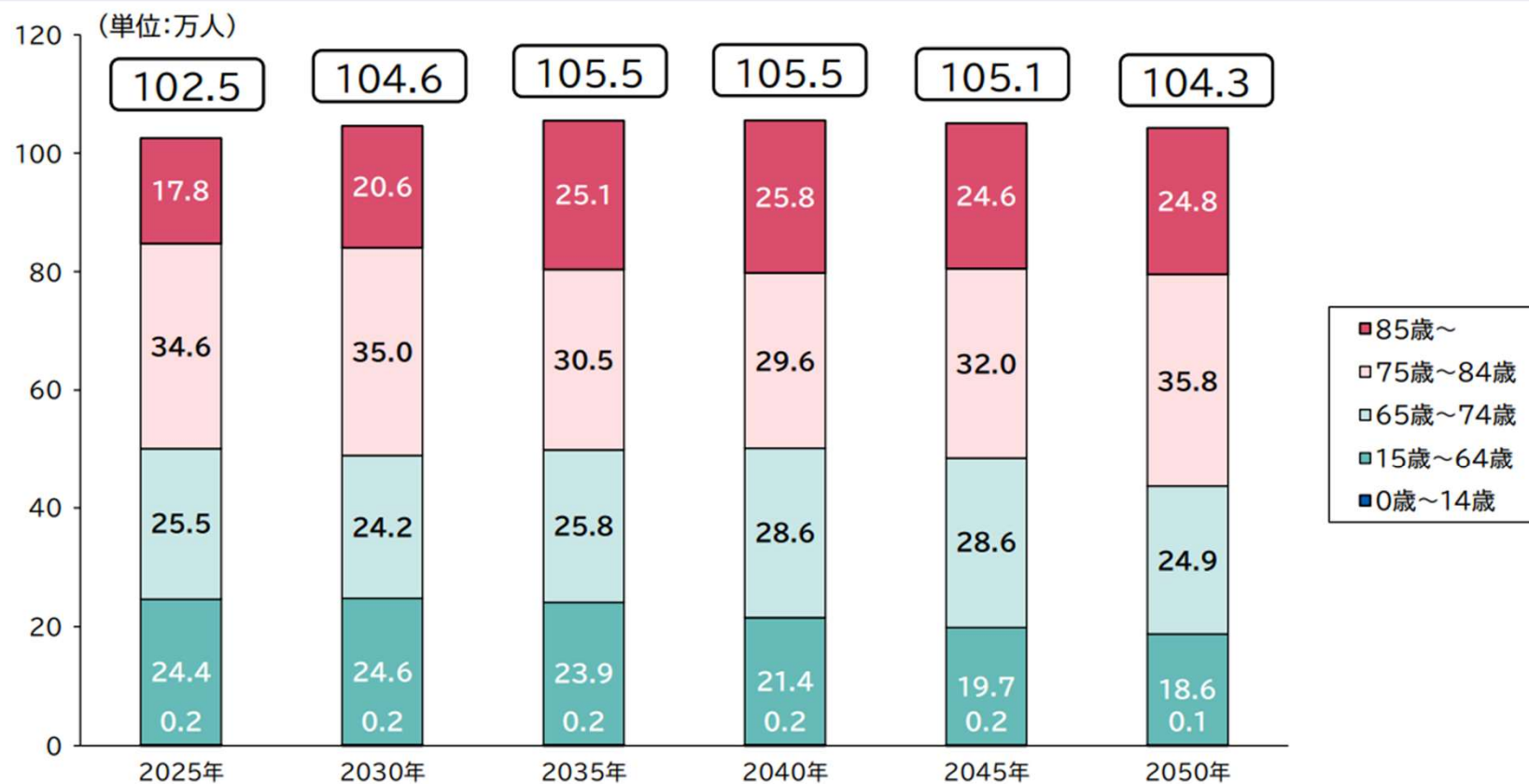
2023年 がん対策推進気泡計画（第4期）

2 (2) ① 医療提供体制の均てん化・集約化について 一つの項になった

…ゲノム医療、一部の放射線療法、小児がん、希少がん、難治性がん等のがん種においては…診療の質の向上を図るため…診療機能の集中、機能分担、医療機器の適正配置など一定の集約化のあり方について検討する

## がん罹患患者数の将来推計(全国)

- がん罹患患者数は、2040年に105.5万人と、2025年の102.5万人と3%増加することが推計されている。内訳としては、生産年齢人口は、2040年に21.4万人と、2025年の24.4万人と比べて12%減少し、65～84歳は、2040年に58.2万人と、2025年の60.1万人とほぼ横ばいで推移し、85歳以上は、2040年に25.8万人と、2025年の17.8万人に比べて45%増加することが推計されている。また、2040年以降は、がん罹患患者数は緩やかに減少すると見込まれる。

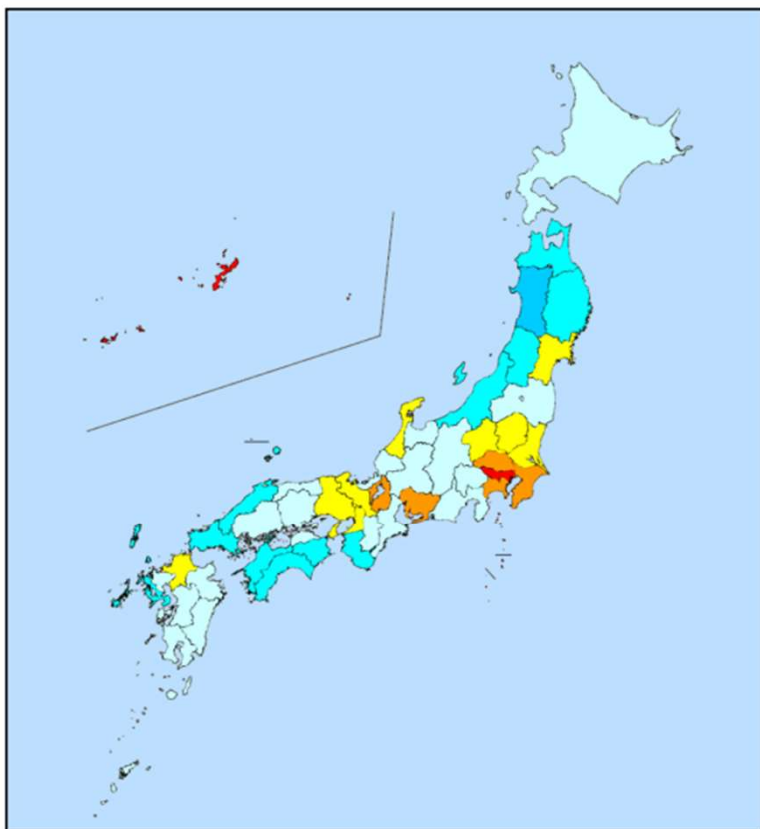


出典: 全国がん登録のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いて国立がん研究センターにおいて作成 7

## がん罹患率の変化率(都道府県単位)

- 2040年に向けて、がん罹患率は我が国全体では3%程度増加すると推計されるが、都道府県単位で見ると、がん罹患率は都市部を中心に16都府県で増加する一方で、31道県では減少が見込まれるなど地域性がある。

### 2025年を基準とした場合の2040年のがん罹患率の変化率(都道府県単位)



+10%以上	<span style="display:inline-block; width:15px; height:10px; background-color:red;"></span>
・ 沖縄県、東京都	
+5%~+10%	<span style="display:inline-block; width:15px; height:10px; background-color:orange;"></span>
・ 神奈川県、滋賀県、愛知県、埼玉県、千葉県	
+0%~+5%	<span style="display:inline-block; width:15px; height:10px; background-color:yellow;"></span>
・ 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%	<span style="display:inline-block; width:15px; height:10px; background-color:lightblue;"></span>
・ 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%	<span style="display:inline-block; width:15px; height:10px; background-color:cyan;"></span>
・ 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	<span style="display:inline-block; width:15px; height:10px; background-color:darkblue;"></span>
・ 秋田県	

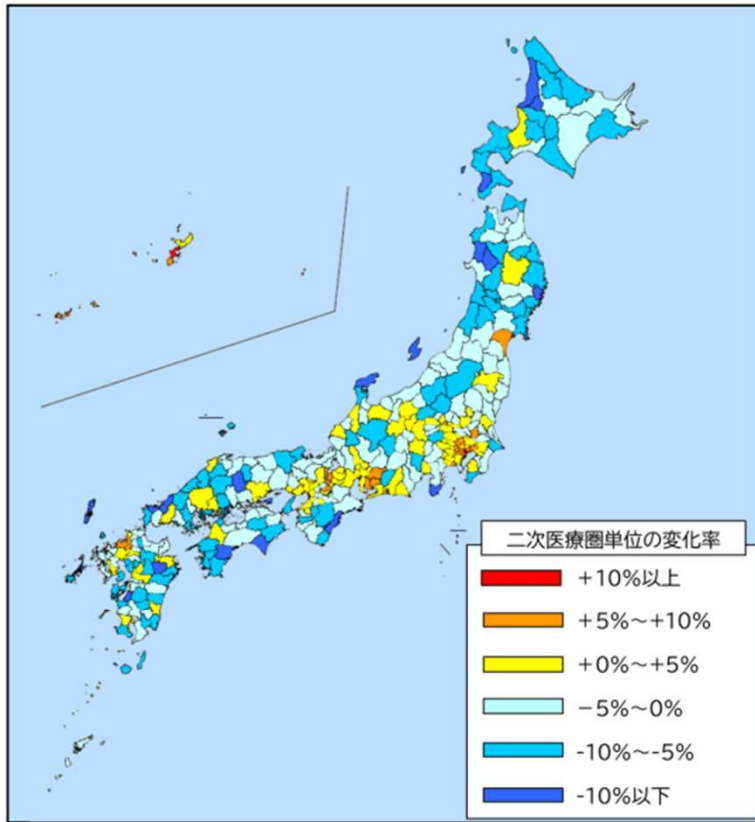
※変化率の大きい都道府県順に記載

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

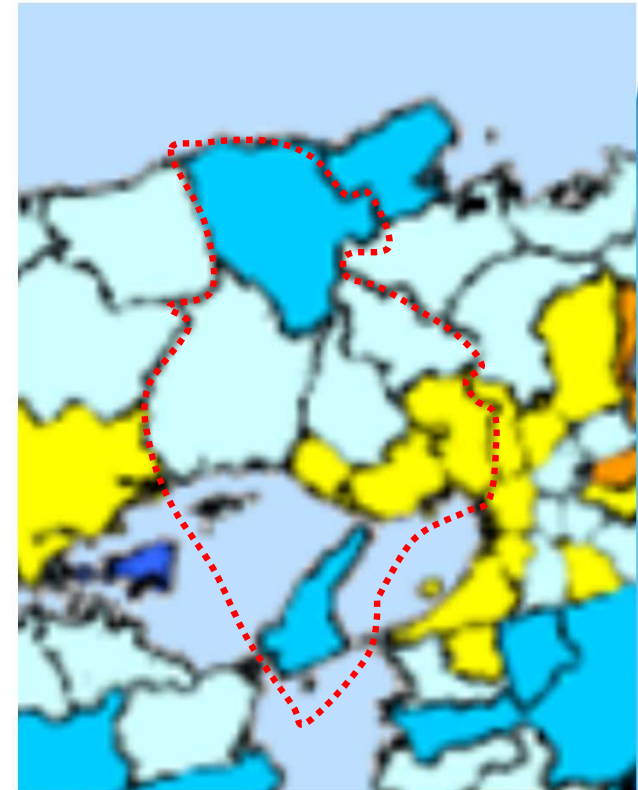
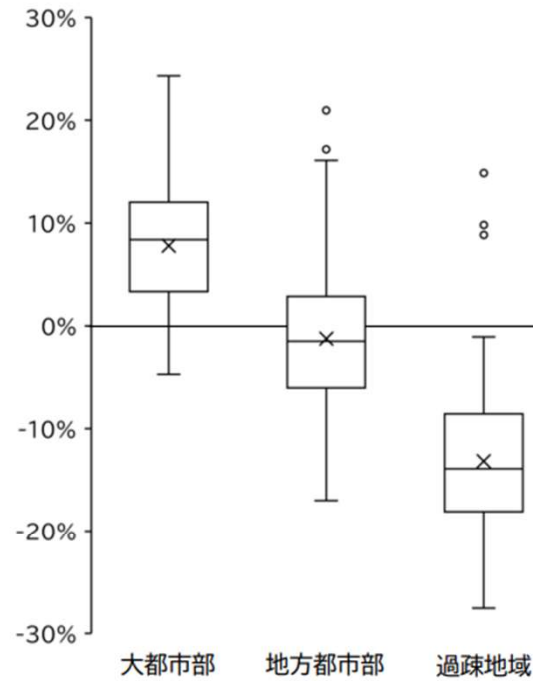
## がん罹患患者数の変化率(二次医療圏単位)

- 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年のがん罹患患者数の変化率



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※)

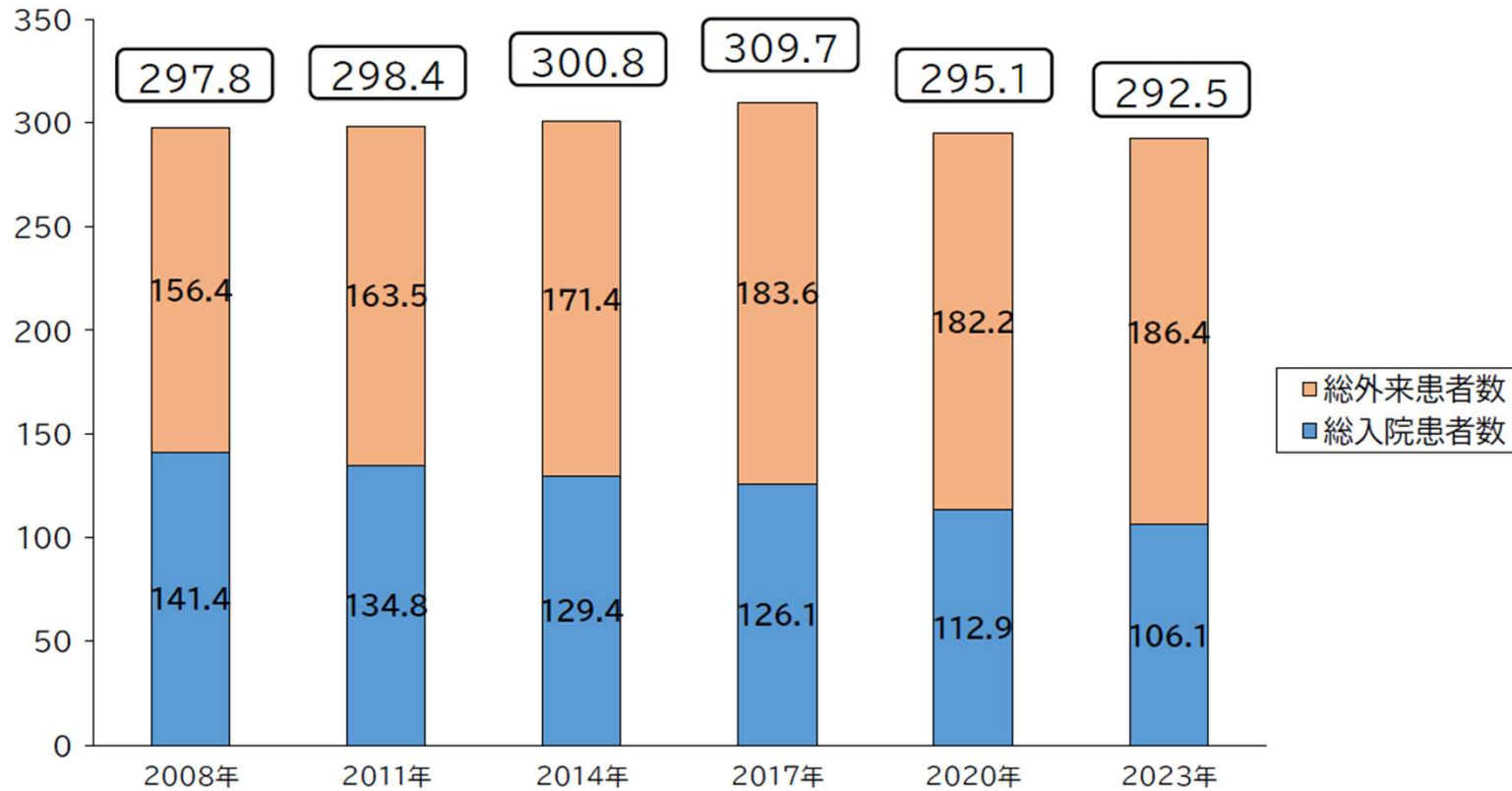


※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10~20万人(かつ)人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上、過疎地域:上記以外  
 出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年~2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いてをがん・疾病対策課において作成  
 福島県「浜通り地域」に属する13市町村(いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、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

## 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(1日あたりの医療機関に入院している患者数)は減少しており、推計外来患者数(1日あたりの医療機関の外来を受療した患者数)は増加している。

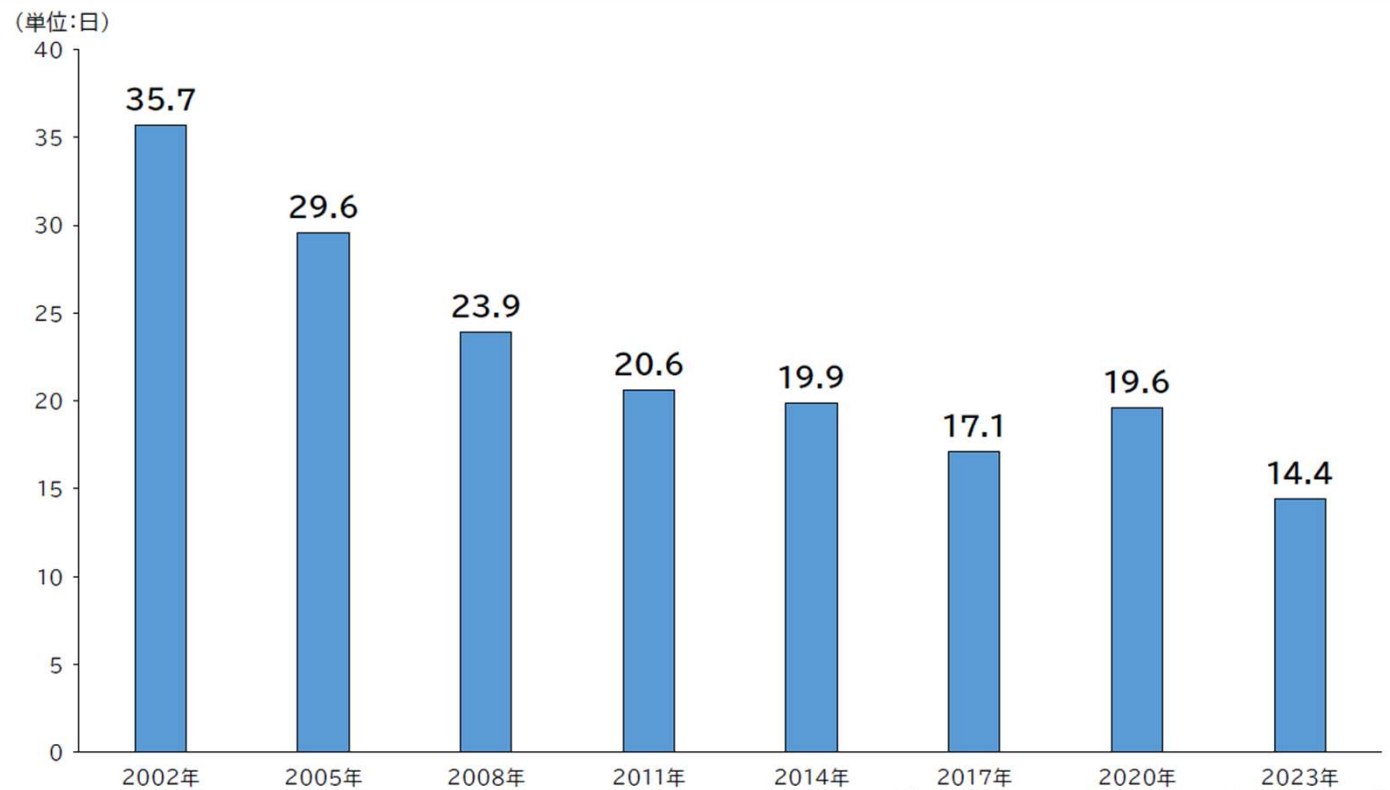
(単位:千人)



※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。



※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

## がん患者における年齢階級別の初回治療実施割合※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)	40.0%	62.5%	9.9%
15歳～64歳 (N= 343,748 )	60.1%	35.6%	11.4%
65歳～74歳 (N= 333,606 )	47.2%	34.6%	9.9%
75歳～84歳 (N= 333,313 )	40.8%	26.2%	8.8%
85歳～ (N= 107,377 )	31.8%	11.6%	7.3%

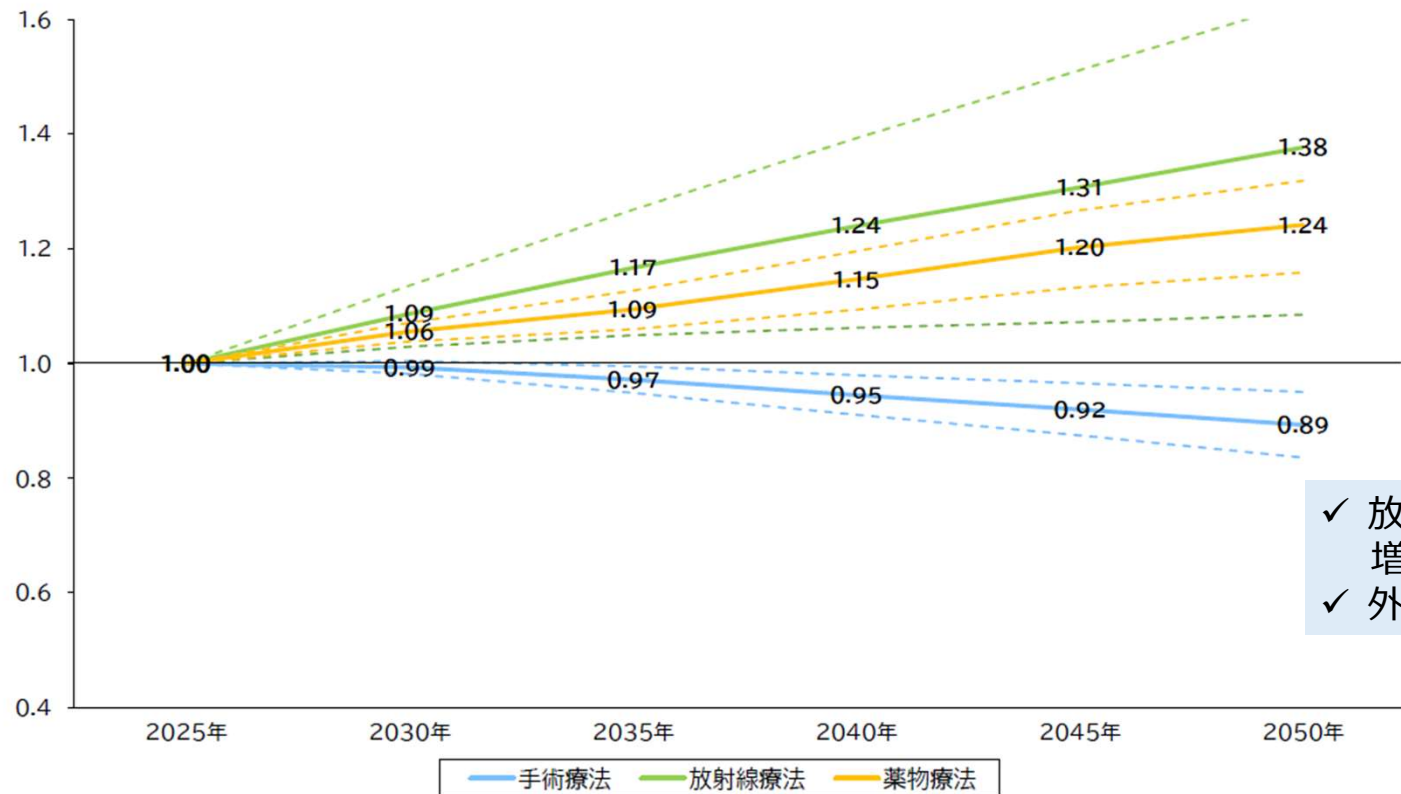
※1 がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。そのため、各治療方法実施割合を合計した場合100%を超えることがある。また、治療実施割合には、院内がん登録における初回治療(最初の診断に引き続き行われた治療、症状が進行・再発したりするまで、あるいはおよそ4か月以内に施行された治療)が含まれる。

※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。



- ✓ 放射線療法と薬物療法は増加の見込み
- ✓ 外科療法は-10%予想

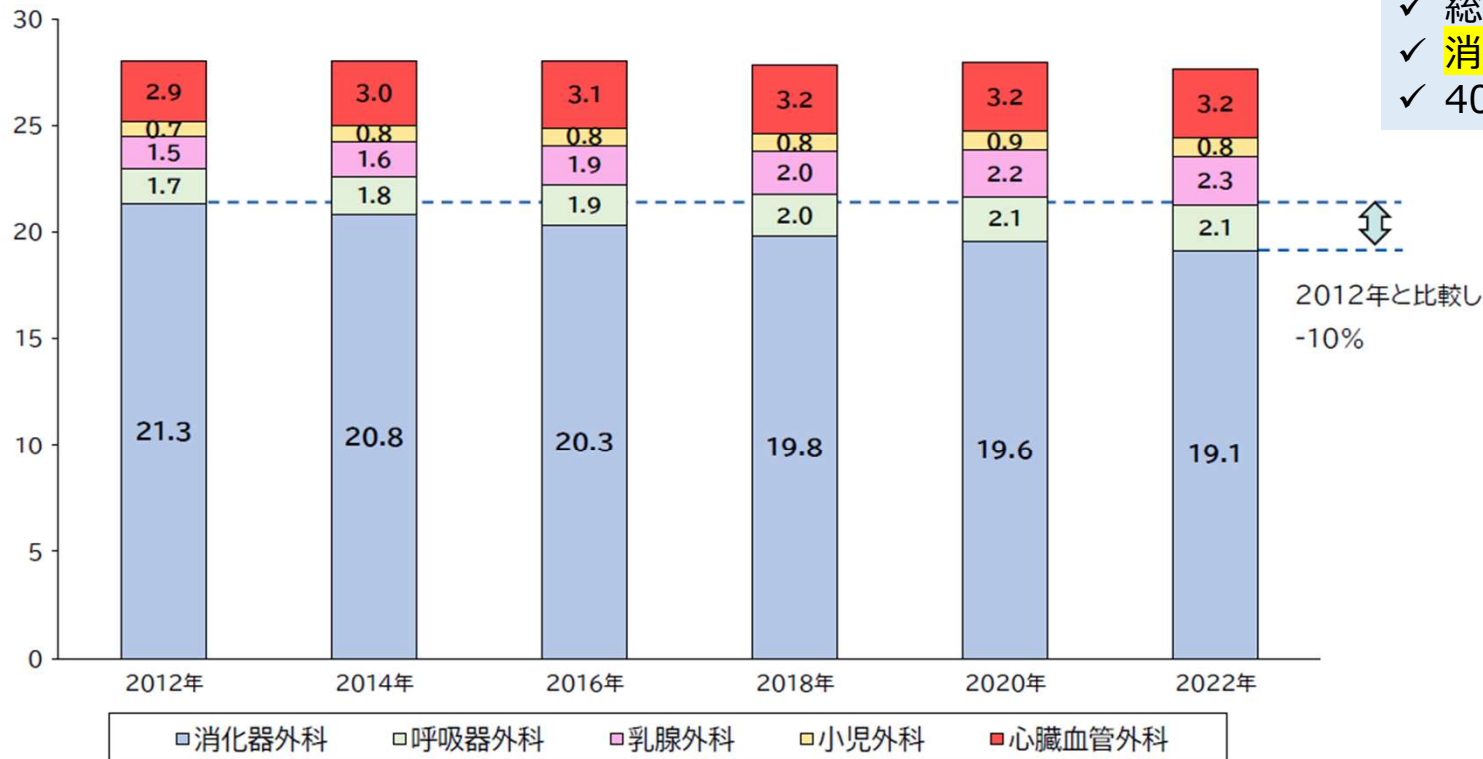
※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。

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

## 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)



- ✓ 総医師数は増加傾向
- ✓ 総外科医数は横ばい
- ✓ 消化器外科医は減少傾向
- ✓ 40歳未満だと-15%

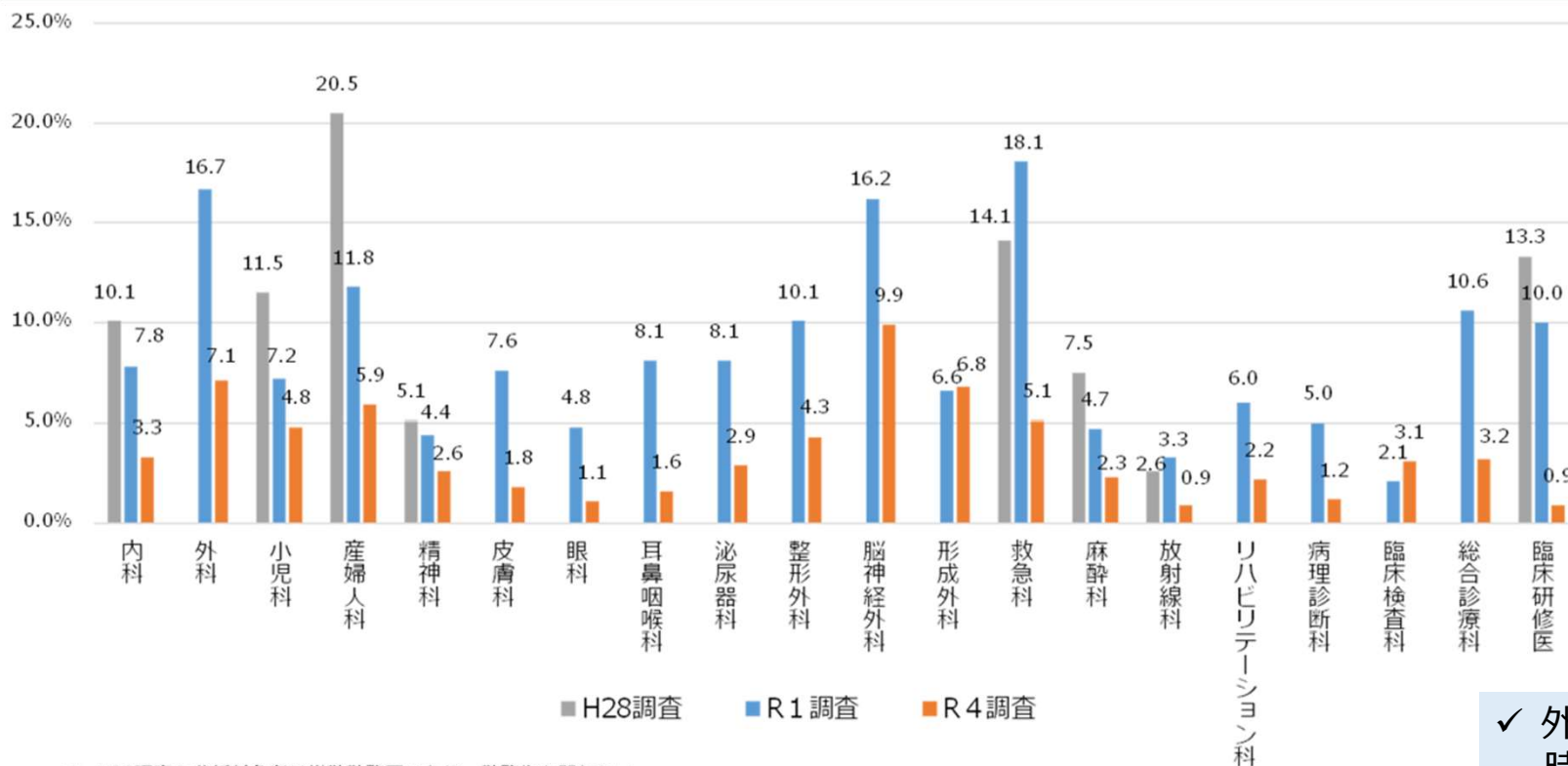
※消化器外科医数は外科、消化器外科、肛門外科、気管食道外科の総和を集計  
出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査統計を参照し厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

第18回医師の働き方改革の  
推進に関する検討会  
令和5年10月12日

資料2

## 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、R1調査、今回調査（R4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
- 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。

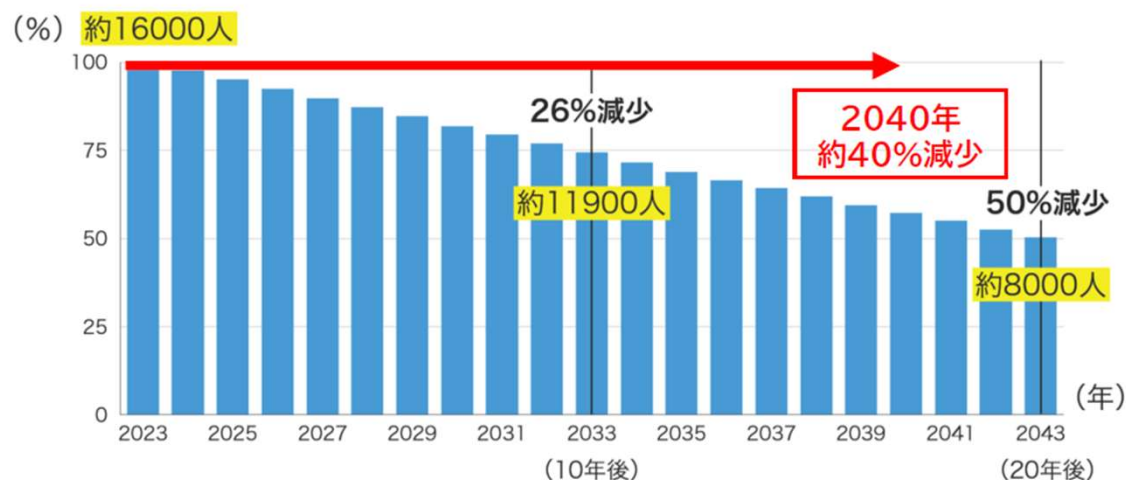


※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。  
 ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。  
 ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。  
 ※ 宿日直の待機時間は労働時間に含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間 - 診療時間 + 診療外時間 + 宿日直の待機時間）。  
 ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。  
 ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関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

✓ 外科医の7%は  
時間外労働が1860時間  
以上  
→1か月155時間以上

## 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

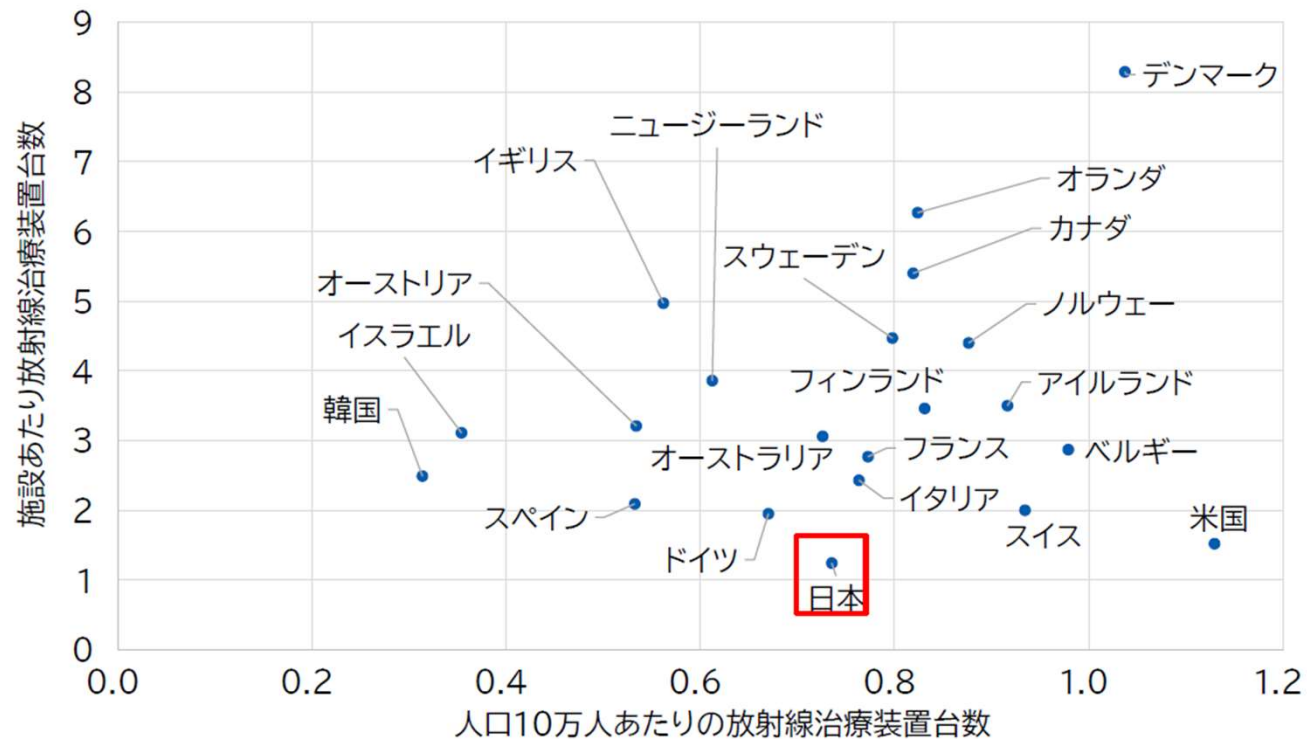
- がん患者における手術療法の需要が2040年に向けて現状から95%に変化することを踏まえて、2025年の会員数は1.52万人のため、現在と同様の提供体制のまま（集約化やタスクシフトが進まない）であれば1.44万人が必要となる。2040年の日本消化器外科学会に所属する医師数の予測は0.92万人※2のため0.52万人が不足することが予測される。
- 現状の提供体制を維持するためには少なくとも毎年900人の新たな成り手の確保が必要であり、現状の500人から追加で400人の確保が必要となる。

※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

## 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。

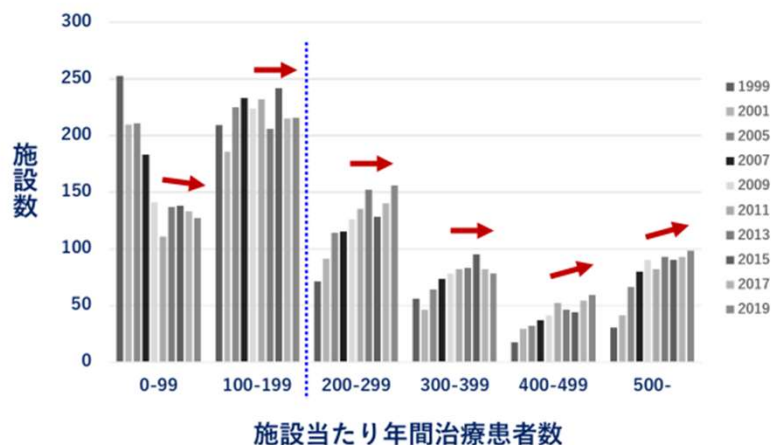


- ✓ 日本の放射線治療装置台数は人口比にしたら平均的だが1施設あたりの台数が約1で低い→散在している

## 放射線療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、放射線療法の需要は2025年比で124%に増加することが見込まれる中、日本放射線腫瘍学会によると、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0.2万人まで増加(2025年比で43%増加)することが見込まれている。
- 一方で、放射線治療装置は、2019年時点で、全国で約1,100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い。
- 日本放射線腫瘍学会によると、放射線治療装置1台あたりの年間治療可能数250~300人をもとにすると、2040年に向け、1,190~1,428台(対2019年で8~30%増加)の放射線治療装置数が必要と見込まれる。
- このため、地域毎に放射線療法の需要を予測し、集約化を含めた、適切な放射線療法の提供体制を検討することが必要。

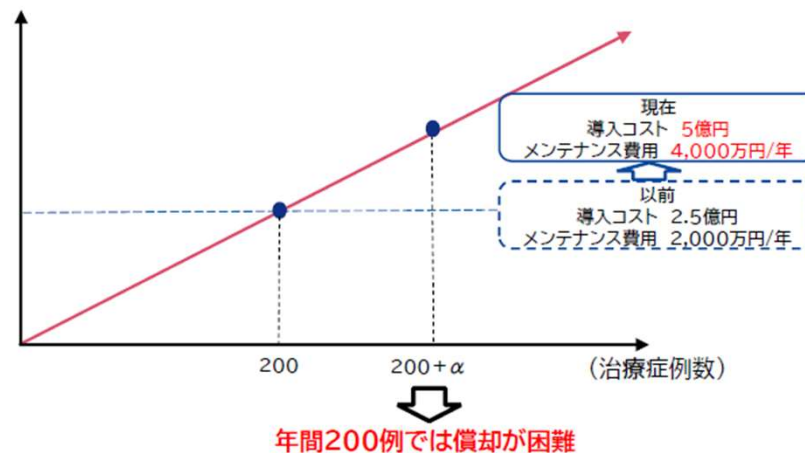
日本における放射線治療施設あたりの年間新規放射線治療患者数



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

放射線治療患者数と収益性の関係

外照射の治療患者数と収益性(導入コストに対する損益分岐点症例数)



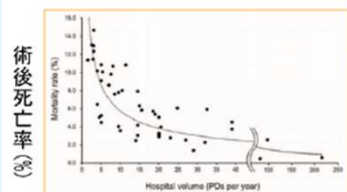
以前は人件費を除けば年間200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰により収支が悪化しており、現在、年間200名以下の規模の病院では収益性を保つことが困難になりつつある。

# 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

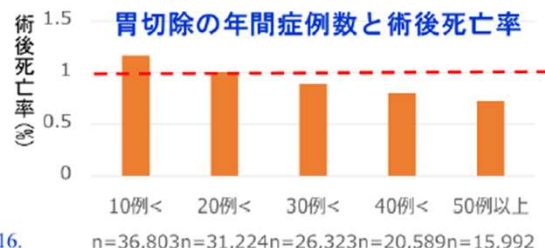
第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 令和7年3月21日	日本癌治療学会発表資料 資料3 改変
--------------------------------------	-----------------------

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.

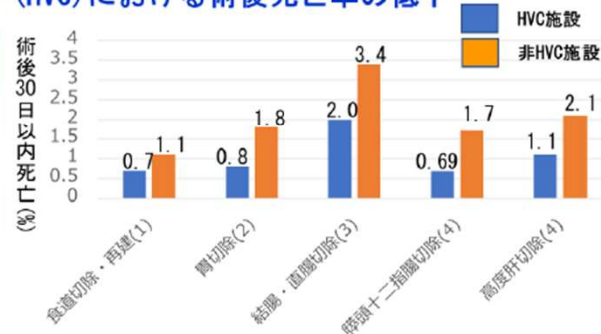


超緊急手術は不要である低難度の虫垂切除及び胆嚢摘出術の術後合併症発生率、再入院率、死亡率に年間症例数は関係なかった。  
厚生労働科学特別研究事業  
ナショナルビックデータを用いた新専門医制度地域外科医療に及ぼす影響の評価研究  
(藤原俊義ら、2020)

## 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。

## 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<sup>1,2\*</sup>, Alice Rendall, MD,<sup>3</sup> Erin F. Gillespie, MD,<sup>4</sup> Tom Roques, MD,<sup>5</sup> Laurence Court, PhD,<sup>6</sup> Yolande Lievens, MD, PhD,<sup>7</sup> Alison C. Tree, MD,<sup>8</sup> Chris Frampton, PhD,<sup>9</sup> and Ajay Appanna, MD, PhD<sup>10\*</sup>

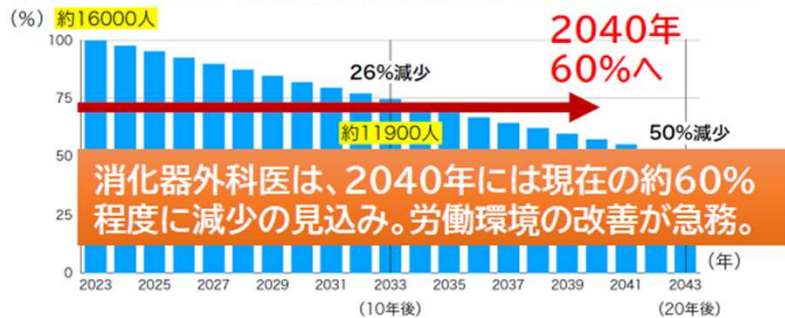
INTERNATIONAL JOURNAL OF  
RADIATION ONCOLOGY • BIOLOGY • PHYSICS  
www.ijroand.org



## 手術療法に関する提供体制の課題・対応

- 2040年に向けて、手術療法の需要は2025年比で95%に減少することが見込まれる中、日本消化器外科学会によると、65歳以下の消化器外科医の数は60%に減少すると予測されている。
- 手術療法は、複数の外科医がチームとなって提供される必要があるところ、外科医の減少が見込まれる中で、これまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、手術療法を提供するために必要な医師数が確保できず、現在提供できている手術療法ですら継続できなくなる恐れがある。このため、一定の集約化を含めた検討が必要。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、地域医療構想や医療計画を踏まえた、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。
- 高度な手術に関しては、手術件数の多い医療機関で手術を提供することによって、より質の高いがん医療の提供が可能。

### 日本消化器外科学会に所属する65歳以下の医師数の将来予測

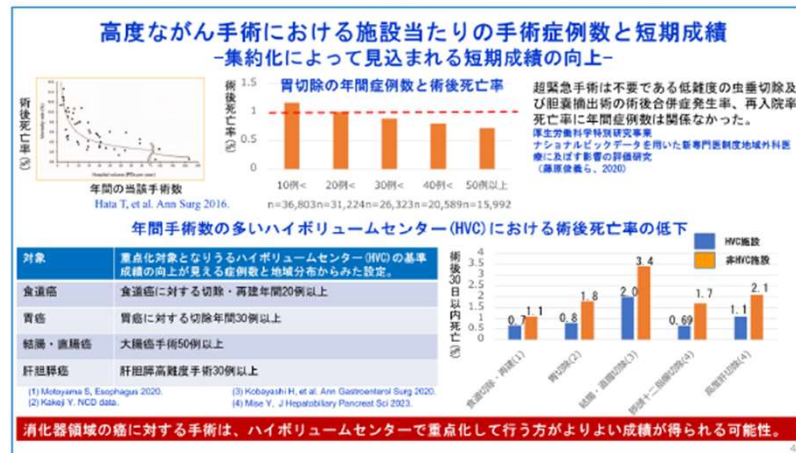


### 日本消化器外科学会ワーク・イン・ライフ委員会アンケート(2回目)の40歳未満の会員の回答のサブ解析

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

### 手術療法におけるがん患者数と治療成績の関係



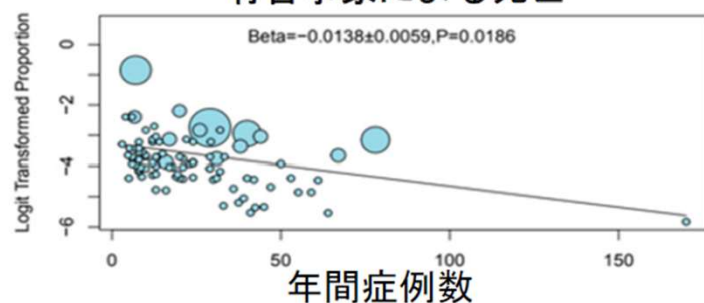
高度な手術に関しては、手術件数の少ない医療機関で手術を提供する場合と比較して、手術件数の多い医療機関で手術を提供する場合は術後合併症や術後死亡の発生率が低いと報告されている。

## 集約化による副作用の軽減

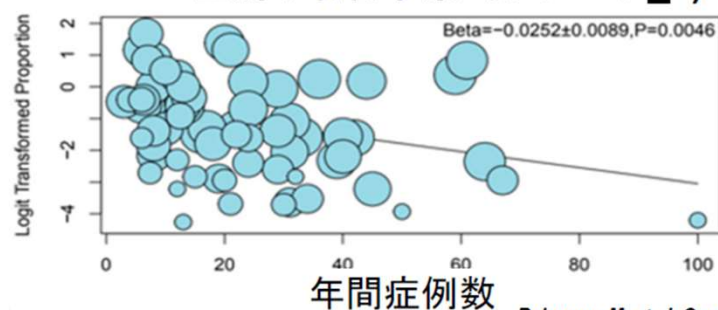
病院の規模と免疫チェックポイント  
害薬による免疫関連有害事象 (irAE)

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

有害事象による死亡



重篤な有害事象 (グレード $\geq$ 3)



- 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	

## 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	小児がんに対する高度な薬物療法 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	<b>消化器がん</b> ・食道がんに対する食道切除再建術 ・膵臓がん・胆道がん等に対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等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	<b>呼吸器がん</b> ・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	<b>乳がん</b> ・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	<b>婦人科がん</b> ・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	<b>泌尿器がん</b> ・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)	・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法(特殊な二重特異性抗体治療等)	・高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ
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	<b>消化器がん</b> ・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	<b>呼吸器がん</b> ・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	<b>乳がん</b> ・乳がんに対する標準的な手術	<b>婦人科がん</b> ・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	<b>泌尿器がん</b> ・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 ※がん患者が定期的に継続して治療を受け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。 ・がんゲノム医療 ・二重特異性抗体治療	・妊孕性温存療法
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。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から、がん医療提供体制の検討にあたっては、地域医療構想や医療計画を踏まえた、がん以外に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。  
 (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

## 2040年を見据えた都道府県がん診療連携協議会を活用した均てん化・集約化の検討の進め方について

20

### 都道府県がん診療連携協議会の体制

- 都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、事務局として都道府県協議会の運営を担うこと。その際、都道府県は、地域医療構想や医療計画と整合性を図ること。
- 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し、主体的に協議に参加できるよう運営すること。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、十分に理解を得られるよう対応すること。

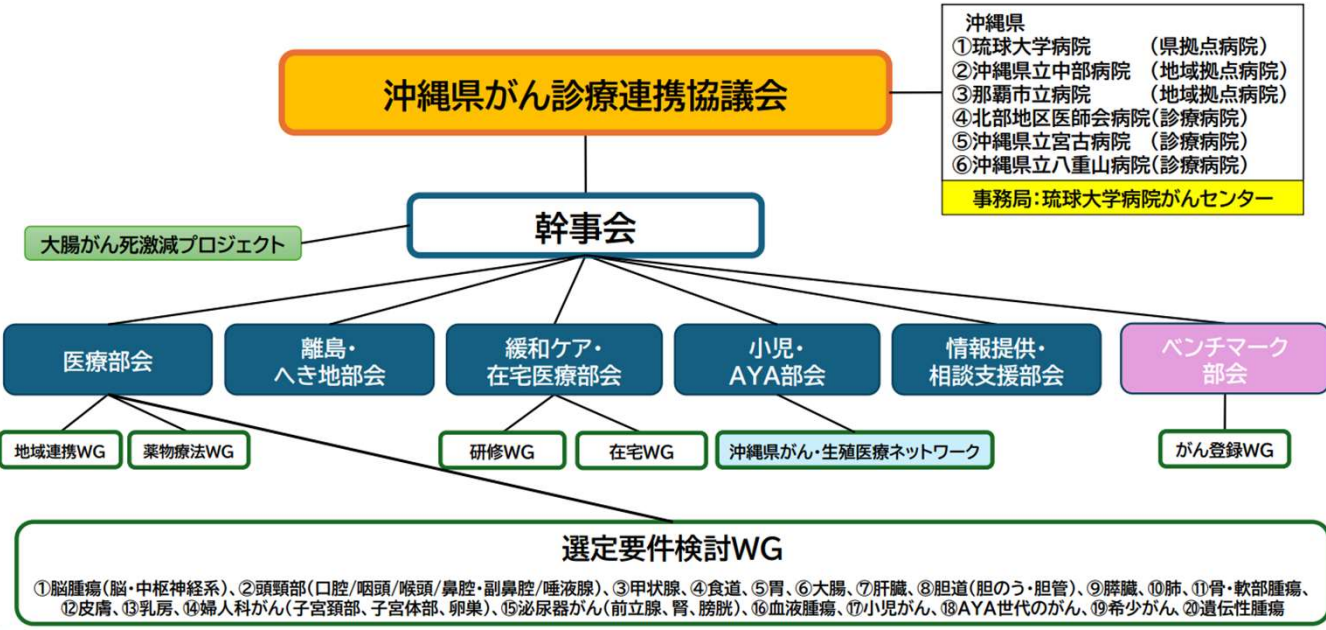
### 都道府県がん診療連携協議会における協議事項

- 国及び国立がん研究センターから提供されるデータや、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。
- 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、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。
- 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。

参考：沖縄県

拠点病院は6か所、県の範囲が大阪から九州までに匹敵⇒17年前から均てん化と同時に集約化を勧めてきた20がん種の選定要件検討WGで集約化と均てん化の議論をしている

沖縄県がん診療連携協議会 組織図



2025/9/25 第19回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 5

那覇市を大阪市の位置に重ねた場合の地図(沖縄県庁HPより)



- ・ 沖縄県の面積：香川県、大阪府、東京都について4番目に小さい県
- ・ 東西約1000キロ、南北約400キロにもなる、広大な海域を含めた沖縄の面積は、本州、四国、九州を合わせた広さの半分にもなる(沖縄県庁HPより)

北大東島;三宅島の位置  
与那国島;諫早市の位置  
に当たる

## 各がん種に対する医療機関の選定での活用

1. 第7次沖縄県医療計画に基づき、2018年度に沖縄県が琉球大学に委託。具体的には、琉球大学病院がんセンターが事務局となり、**沖縄県がん診療連携協議会の組織を用いて、選定条件を決定**した。  
 ➔12のがん種の選定条件を決定(①食道、②胃、③大腸、④肝、⑤胆道、⑥膵、⑦肺、⑧乳房、⑨子宮、⑩前立腺、⑪甲状腺、⑫血液)
2. その後は、毎年院内がん登録および医療機能調査の結果に基づき、条件に合った医療機関を、毎年選定し直している

県庁ホームページで公開



<https://www.pref.okinawa.lg.jp/iryokenko/shi/peikansensho/1005229/1006327.html>  
(2024年12月10日参照)

2024/12/23

がん診療連携拠点病院等	医療体制	大腸がん	肺がん	胃がん
掲載要件を充足している医療機関				
北部	【地域がん診療病院】 北部地区医師会病院(名護市)	北部地区医師会病院(名護市)		
中部	【地域がん診療連携拠点病院】 県立中部病院(うるま市)	県立中部病院(うるま市)	中経病院(2)	
	【地域がん診療連携拠点病院】 県立中部病院(うるま市)	中経病院(沖縄市)	中経病院(沖縄市)	沖縄病院(1)
南部	【都道府県がん診療連携拠点病院】 琉球大学病院(西原町)	琉球大学病院(西原町)		
	【地域がん診療連携拠点病院】 那覇市立病院(那覇市)	那覇市立病院(那覇市)		
宮古	【地域がん診療病院】 県立宮古病院(宮古島市)			
	【地域がん診療病院】 県立八重山病院(石垣市)	県立八重山病院(石垣市)		

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

選定条件の例 (肺がん)

### 選 定 要 件

#### 肺 が ん

#### 施設要件

1. キャンサーボード
2. がん薬物療法のレジメン審査・登録・管理委員会
3. 緩和ケアチーム
4. セカンドオピニオン
5. 院内がん登録に関する委員会
6. 医療安全管理に関する委員会

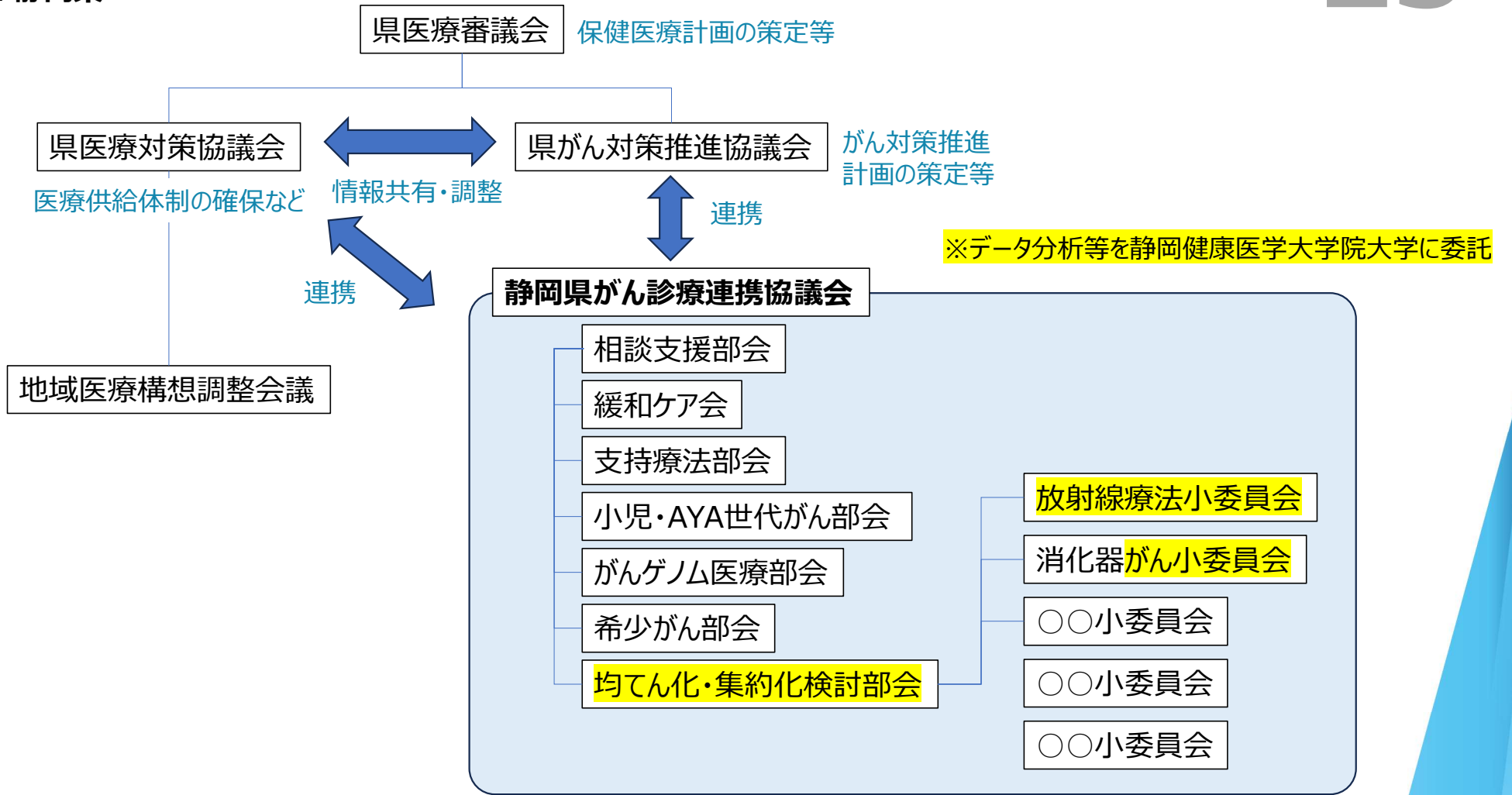
#### 個別要件

1. 一般社団法人日本呼吸器学会認定施設
2. 呼吸器外科専門医合同委員会認定修練施設(基幹施設)または(関連施設)
3. 肺がんに対する**手術が年24例以上**ある施設
4. 肺がんに対する**化学放射線治療または放射線治療が年12例以上**ある施設。または適切に連携を取ることにより、必要な時期に適切に他の医療機関に紹介して化学放射線治療または放射線治療を実施して、その化学放射線治療または放射線治療が年12例以上ある施設
5. 肺がんに対する**薬物療法が年18例以上**ある施設
6. 肺がんに対する**新規治療(手術、薬物療法、放射線療法などすべて含む)が年50例以上**ある施設

2024/12/23

第16回がん診療提供体制のあり方に関する検討会

参考：静岡県



## 技術的支援の三本柱



## 1. 手順書の開発

都道府県拠点病院へのアンケートを通じて、地域での議論を促進・阻害する要素を抽出し、「議論の手順書」としてご提供いたします。



## 2. データ解析ツールの提供

院内がん登録、全国がん登録、NDB、DPC等のデータを用いてデータ解析を行い、議論のためのツールとしてご提供いたします。



## 3. 患者・市民等向け情報発信

医療提供体制の変化について患者・市民目線での情報要素を抽出し「がん情報サービス」を通じて情報発信をします

(機密性2)



国立がん研究センター  
がん対策研究所  
National Cancer Center  
Institute for Cancer Control

第19回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会  
資料 1-2  
令和7年9月25日

24

## 持続可能ながん医療提供体制の構築に資する 国立がん研究センターによる技術的支援

国立がん研究センターがん対策研究所

## スケジュール（予定）

	R7	R8	R9
1. 手順書の開発	都道府県等への調査実施	議論に向けた手順書の作成	手順書を用いた各県への技術的支援
2. データ解析ツールの提供	指標検討	データベース構築	解析ツールの提供
解析データは開発と並行して <b>随時提供*</b>			
3. 患者・市民等向け情報発信	患者・市民等への調査実施	プロトタイプ作成	患者・市民等向けウェブサイトの公開

\*先行して「がん登録」に基づく施設別受療状況データをR7.9に提供  
その後、R8、R9下半期により広範なデータを、  
R8上半期から半期ベースでNDB等に基づくデータを提供予定



兵庫県