

第16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 6 年12月23日	

がん診療提供体制について

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

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

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

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

2. 参考資料

がん対策推進基本計画における全体目標

- 第1期がん対策推進基本計画において、平成19（2007）年度に10年間の全体目標として「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」を掲げた。

第1期がん対策推進基本計画（平成19年6月）（抜粋）

第3 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を測るための個別目標

2 全体目標

がん患者を含めた国民が、進行・再発といった様々ながんの病態に応じて、安心・納得できるがん医療を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を今後10年間の全体目標として設定することとする。

(1) がんによる死亡者の減少

(略) 目標値については高齢化の影響を極力取り除いた精度の高い指標とすることが適当であることから、「**がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少**」とする。

第2期がん対策推進基本計画（平成24年6月）（抜粋）

第3 全体目標

がん患者を含めた国民が、様々ながんの病態に応じて、安心かつ納得できるがん医療や支援を受けられるようにすること等を目指して、「がんによる死亡者の減少」及び「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上」に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を新たに加え、平成19（2007）年度から10年間の全体目標として設定する。

1 がんによる死亡者の減少

平成19（2007）年度に掲げた10年間の目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」について、年齢調整死亡率は減少傾向であるが、昨今は減少傾向が鈍化している。今後5年間で、新たに加えた分野別施策を含めてより一層がん対策を充実させ、がんによる死亡者を減少させることを目標とする。

がん対策推進基本計画における全体目標

- 第4期がん対策推進基本計画において、全体目標は「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。」とし、「がん医療」分野の分野別目標の中で「がん生存率の向上・がん死亡率の減少」を掲げた。

第3期がん対策推進基本計画（平成29年10月）（抜粋）

はじめに

（略）また、本基本計画では、「**がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す。**」ことを目標とする。

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月）（抜粋）

第1 全体目標と分野別目標

本基本計画では、第3期基本計画の目標である「がんの克服」を引き続きの目標とした上で、がん患者を含めた全ての国民ががんに関する正しい知識を持ち、避けられるがんを防ぐことや、誰もが、いつでもどこに居ても、様々ながんの病態に応じた、安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるがん対策を推進すること、さらに、こうしたがん対策を全ての国民とともに進めていくことが重要であるという考えの下、「**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。**」を全体目標とする。

（略）

2. 患者本位で持続可能ながん医療の提供

～適切な医療を受けられる体制を充実させることで、**がん生存率の向上・がん死亡率の減少**・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す～

がんゲノム医療をはじめとした高度ながん医療の提供を推進するとともに、患者本位のがん医療を展開することで、がん医療の質を向上させる。また、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化を進め、効率的かつ持続可能ながん医療を提供することで、**がん生存率を向上させ、がん死亡率を減少させる**。さらに、支持療法や緩和ケアが適切に提供される体制を整備することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質を向上させる。

目標の達成状況 - 75歳未満年齢調整死亡率 -

- 平成19（2007）年度からの10年間の全体目標である「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」については、当初の10年間の目標から2年遅れで達成できた。

(人口10万対、昭和60年モデル人口)



第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1. 全体目標と分野別目標 / 第2. 分野別施策と個別目標

全体目標：「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。」

「がん予防」分野の分野別目標

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの2次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん医療」分野の分野別目標

適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

「がんとの共生」分野の分野別目標

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これらを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

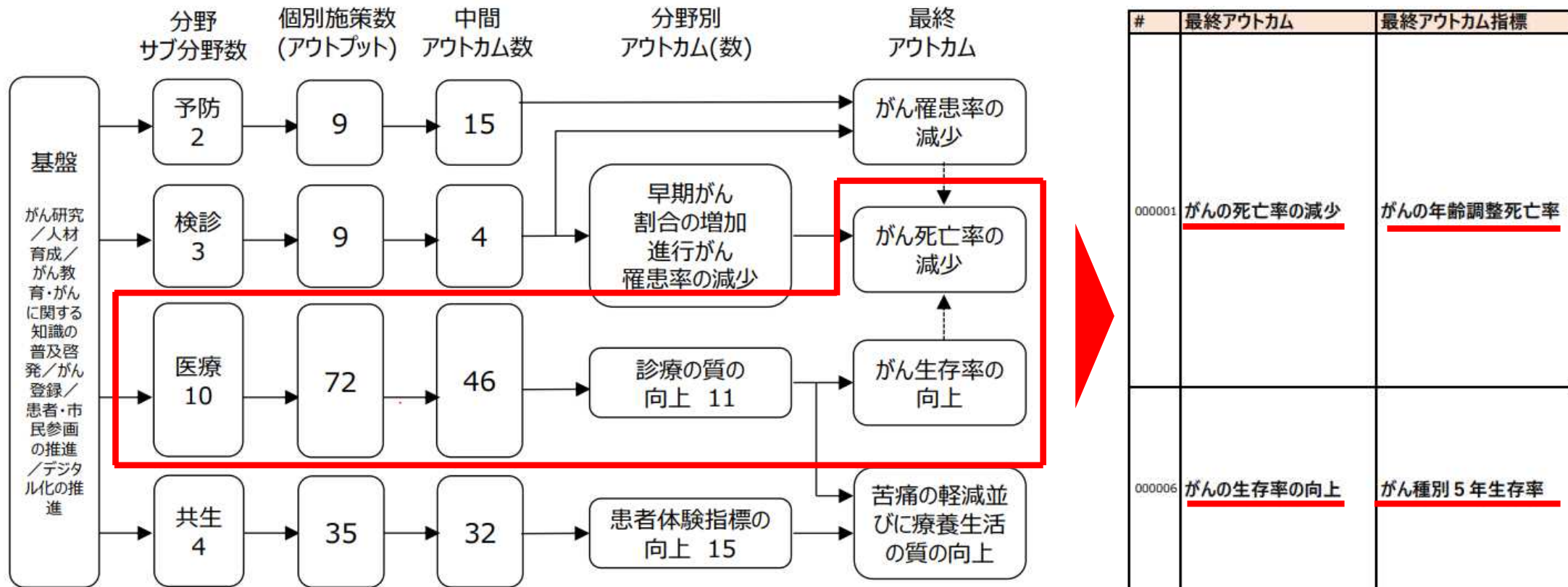
第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

1. 関係者等の連携協力の更なる強化
2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
3. 都道府県による計画の策定
4. 国民の努力
5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
6. 目標の達成状況の把握
7. 基本計画の見直し

第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル

- 第4期がん対策推進基本計画においてロジックモデルを採用しており、「がん医療」分野の最終アウトカムの1つとして「がん生存率の向上」と「がん死亡率の減少」を定め、その指標として「がん種別5年生存率」と「がんの年齢調整死亡率」をそれぞれ定めた。

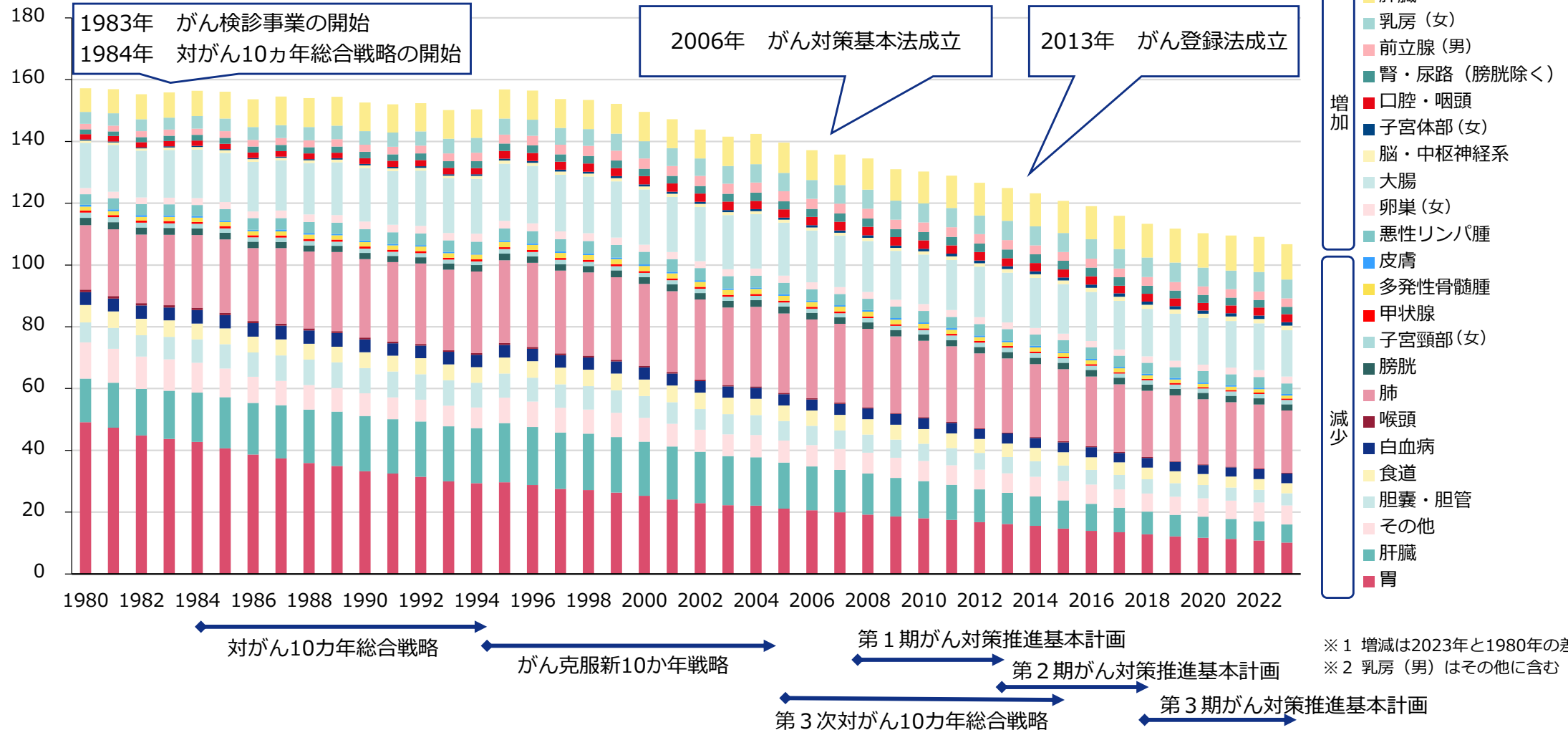
第4期がん対策推進基本計画 ロジックモデル 基本ロジックモデル



がん対策とがんの年齢調整死亡率（全年齢）の推移

- がんの年齢調整死亡率（全年齢）は低下傾向にあり、これまでのがん対策の推進により着実に成果を上げてきている。
- ピロリ菌の感染者の減少等の影響により、従来多かった胃がんが近年減少傾向である。

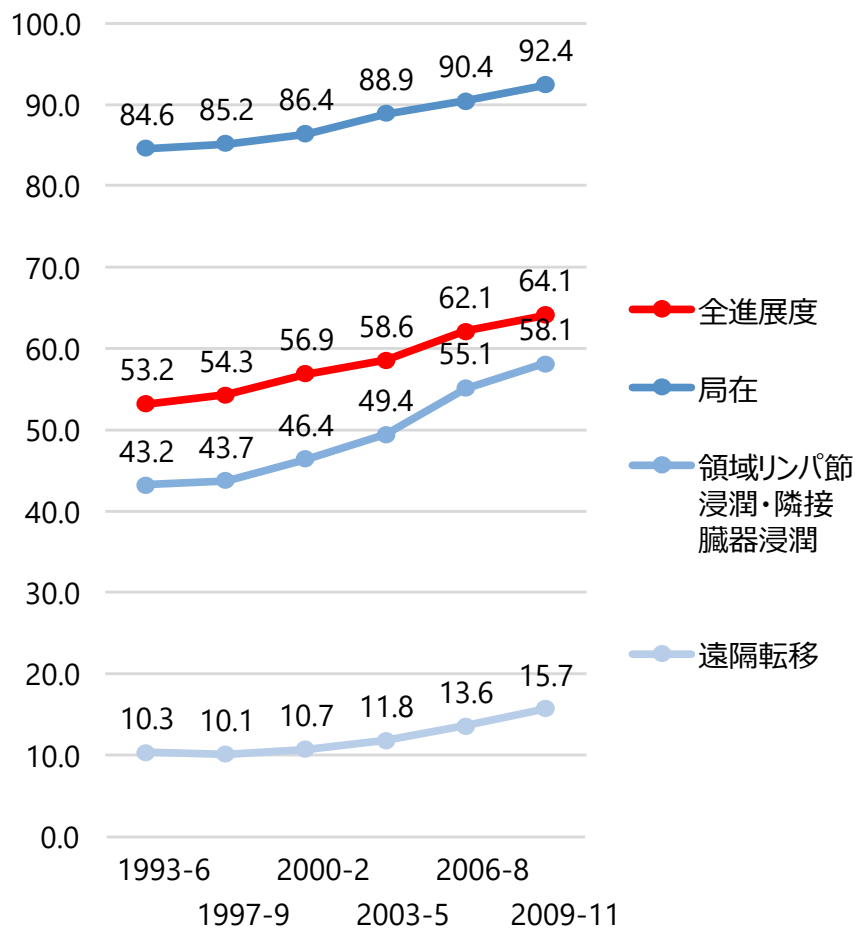
(人口10万対、昭和60年モデル人口)



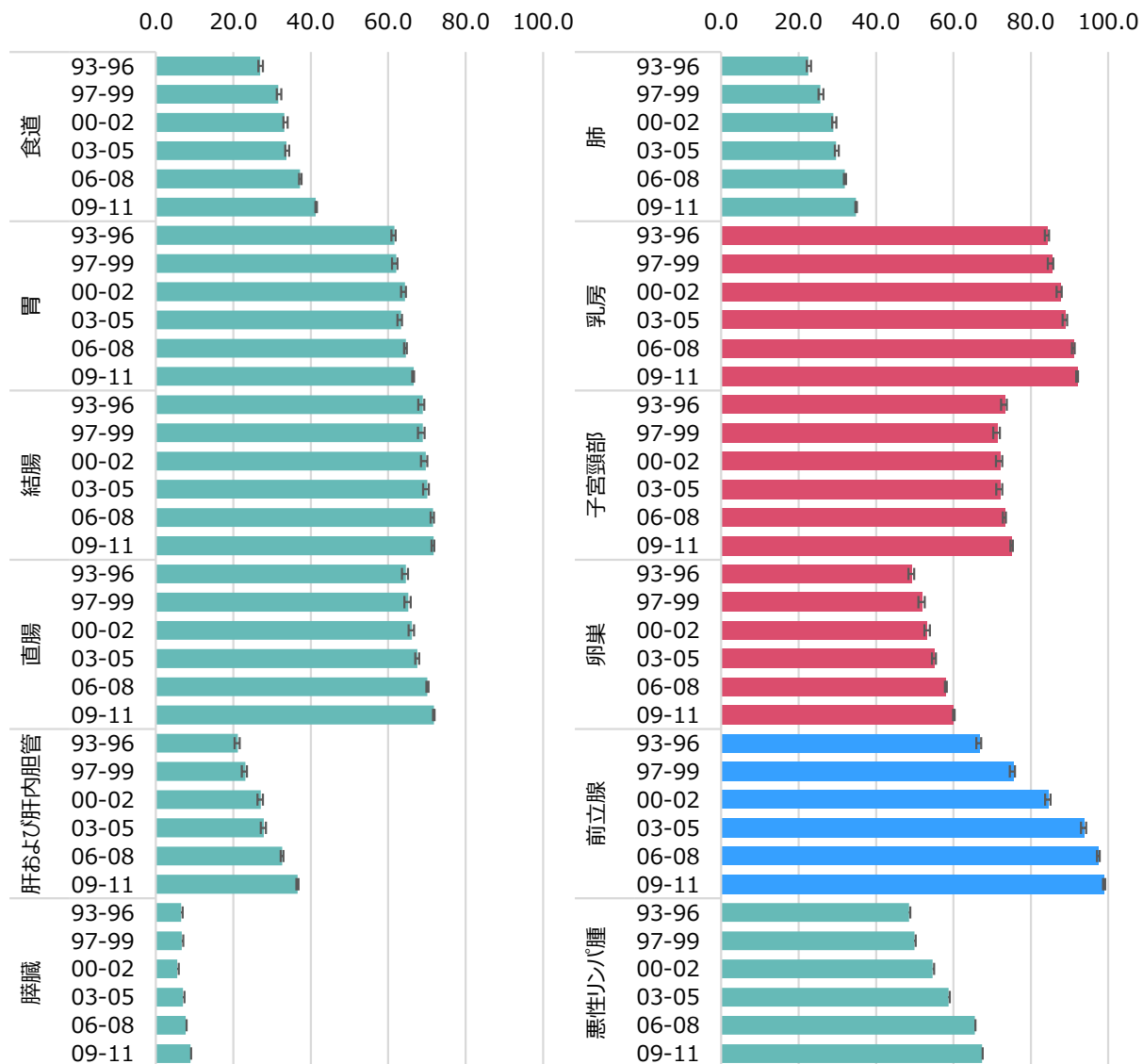
全がん及びがん種別 5 年相対生存率

- 全がん及びがん種別 5 年相対生存率は徐々に上昇している。

進展度別5年相対生存率の推移 (全部位 男女計 1993~2011)



腫瘍部位別5年相対生存率の推移 (男女計 1993~2011)



出典：全国がん罹患モニタリング集計を用いて国立がん研究センターにおいて作成

第4期がん対策推進基本計画の中間評価について

中間評価について、以下の2つを中心に進める。

- ① メリハリのある分析・評価のための**コア指標**の選定
- ② **都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表**と**好事例の横展開の推進**

① メリハリのある分析・評価のためのコア指標の選定

- 全ての指標を漫然と分析・評価するのではなく、**重要な指標に絞って**メリハリをつけて分かりやすい分析・評価をすることとする。具体的には、「**コア指標**」を予め選定し、「その他指標」は測定結果のみを提示し、進捗を把握することとする。

コア指標	指標としての質が高く、アウトカムへの影響も大きい指標 例) 年齢調整死亡率／罹患率、がん種別早期がん割合、検診受診率（国民生活基礎調査）等 ※今後要検討
その他指標	計画で提示された施策の進捗や効果を把握するために定める指標 コア指標の評価の際に、分析にも用いられる

- 目標値については、中間評価をふまえてどのように設定することが適切かを検討する。

② 都道府県ごとのがん対策の進捗状況の測定・公表と好事例の横展開の推進

- 都道府県ごとのがん対策の進捗状況を評価するため、**都道府県ごとにコア指標を可能な限り測定・公表**する。あわせて、**都道府県のがん対策を見える化**しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるよう取り組みを進める。

今後の進め方

- コア指標については、中間評価前（令和7年度春頃）の協議会で指標案を示し議論する。
- 令和7年度春頃を目処に都道府県単位での評価指標のベースライン値を公表し、協議会に報告する。

第4期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について

現状

- 第1期がん対策推進基本計画では、平成19年度からの10年間の目標として「がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の20%減少」が掲げられ、当初目標から2年遅れの令和元年に達成された。
- 第4期がん対策推進基本計画では、「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」分野の分野別目標の中で「がん生存率の向上・がん死亡率の減少」を掲げた。
- 第4期がん対策推進基本計画のロジックモデルでは、「がん医療」分野の最終アウトカムの1つとして「がん生存率の向上」と「がん死亡率の減少」を定め、その指標として「がん種別5年生存率」と「がんの年齢調整死亡率」をそれぞれ定めた。
- 全がん及びがん種別5年相対生存率は徐々に上昇しており、がんの年齢調整死亡率（全年齢）は低下傾向にある。
- 令和6年8月開催のがん対策推進協議会では、都道府県ごとのがん対策の進捗状況を評価するため、都道府県ごとに可能な限りコア指標を測定・公表していくこと、あわせて、都道府県のがん対策を見える化しながら、地域の実情に応じたより良い取り組みが横展開しやすくなるよう取り組みを進めることが示された。

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

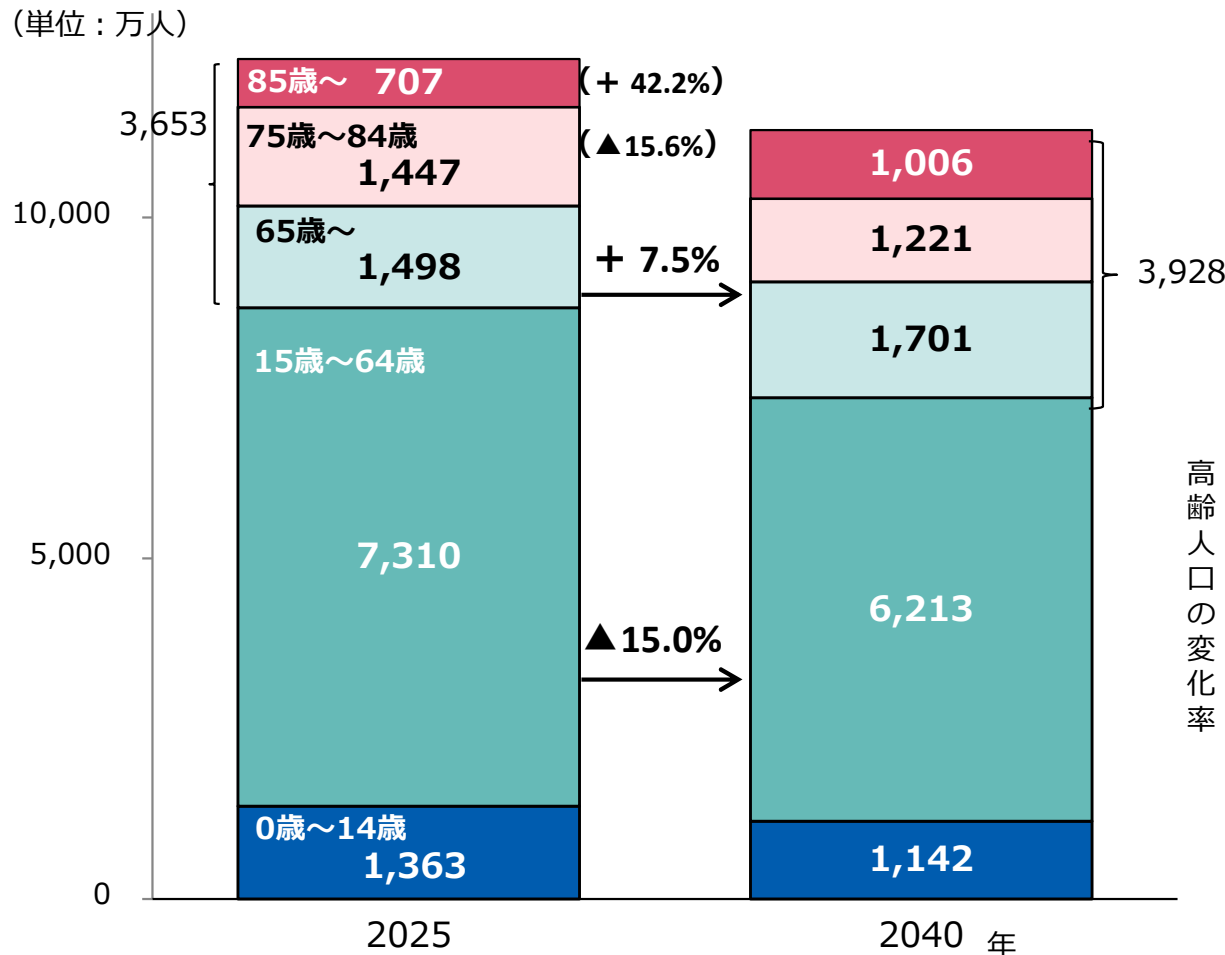
- 第4期がん対策推進基本計画に係る目標と進捗状況の評価について
- がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2. 参考資料

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。

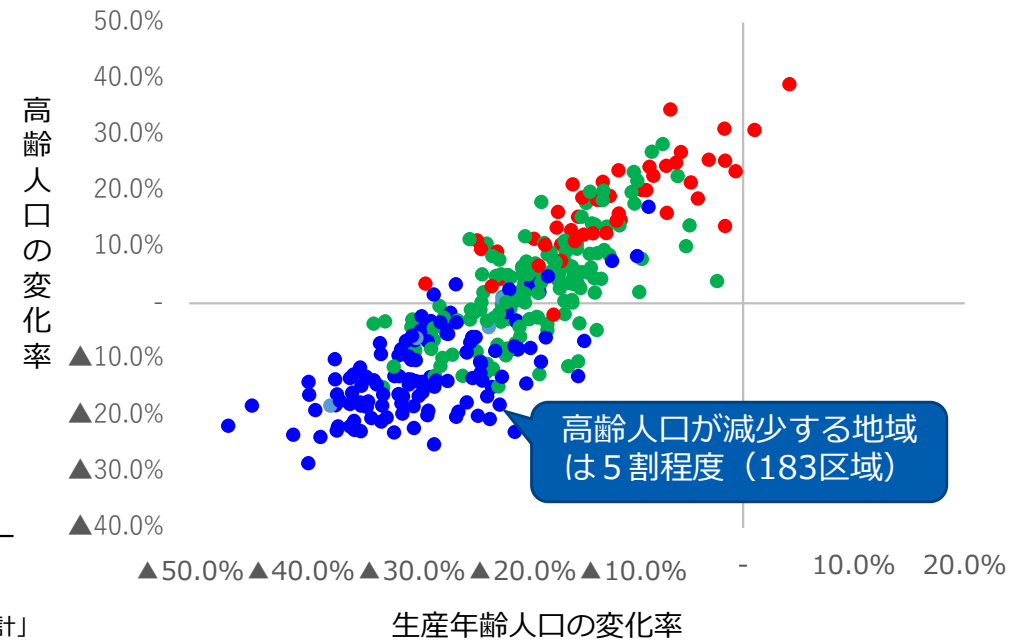
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

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

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



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

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>瘻を伴わないもの	あり	0.7%	8.8%	2,141
気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺	なし	0.7%	9.5%	1,055

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

がん患者における年齢階級別の治療法

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

がん患者における年齢階級別の治療登録割合（2022年診断症例）

	手術療法*	化学療法	放射線治療
0歳～14歳 (N=2,865)	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%

* 手術療法には開腹手術と鏡視下手術を合わせた数字を記載。

※がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。

そのため、各治療方法登録割合を合計した場合100%を超えることがある。

出典：2022年診断例の院内がん登録情報を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

現行の地域医療構想

病床の機能分化・連携

新たな地域医療構想

入院医療だけでなく、外来・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の課題解決を図るための地域医療構想へ

地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

新たな地域医療構想等に関する検討会における救急・急性期に関する議論

- 新たな地域医療構想における議論のとりまとめ（令和6年12月10日）において、救急・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、搬送体制の強化等に取り組みつつ、地域毎に必要な連携・再編・集約を進め、二次救急医療施設も含めた医療機関において一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応出来る医療機関を確保することが求められる」としており、こうした医療機関を地域毎に確保するための医療機関機能を報告することとしている。
- 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。

地域ごとの医療機関機能

（以下、新たな地域医療構想等に関する検討会資料より抜粋）

主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。

※ 高齢者医療においては、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

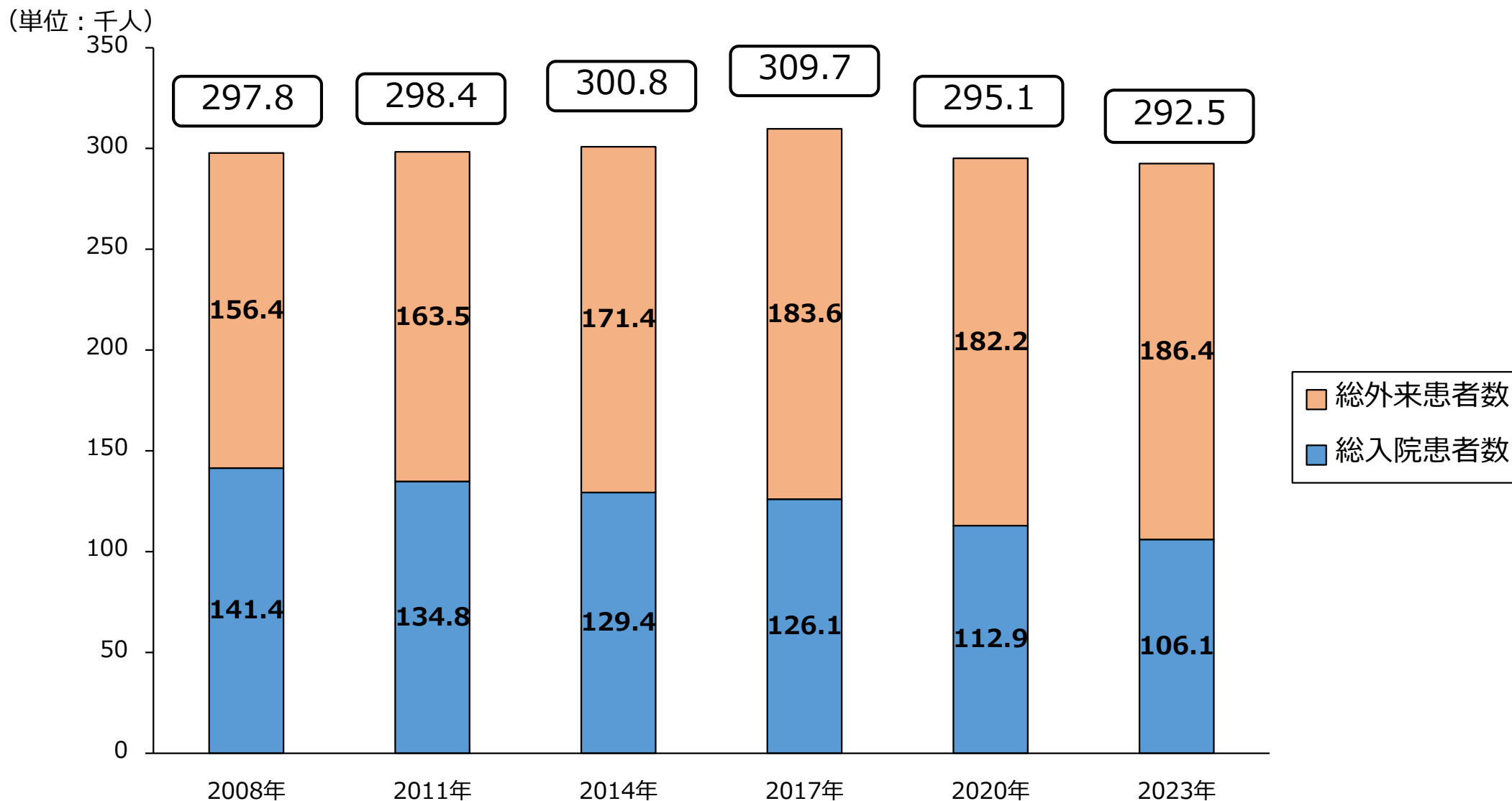
広域な観点の医療機関機能

- 医育及び広域診療機能**
 - 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

全国のがんの推計患者数の推移

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



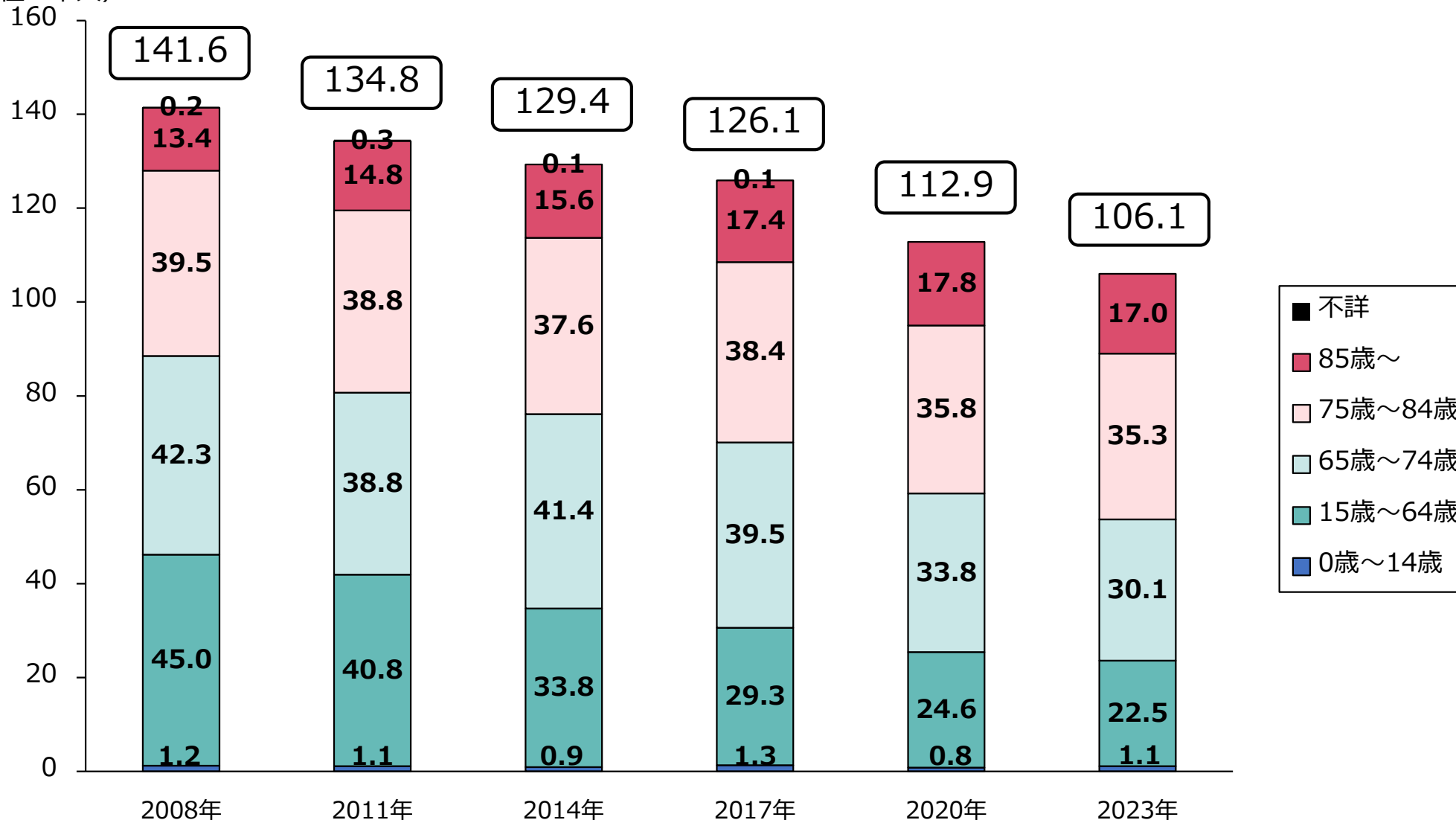
※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数

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

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（年齢階級内訳）

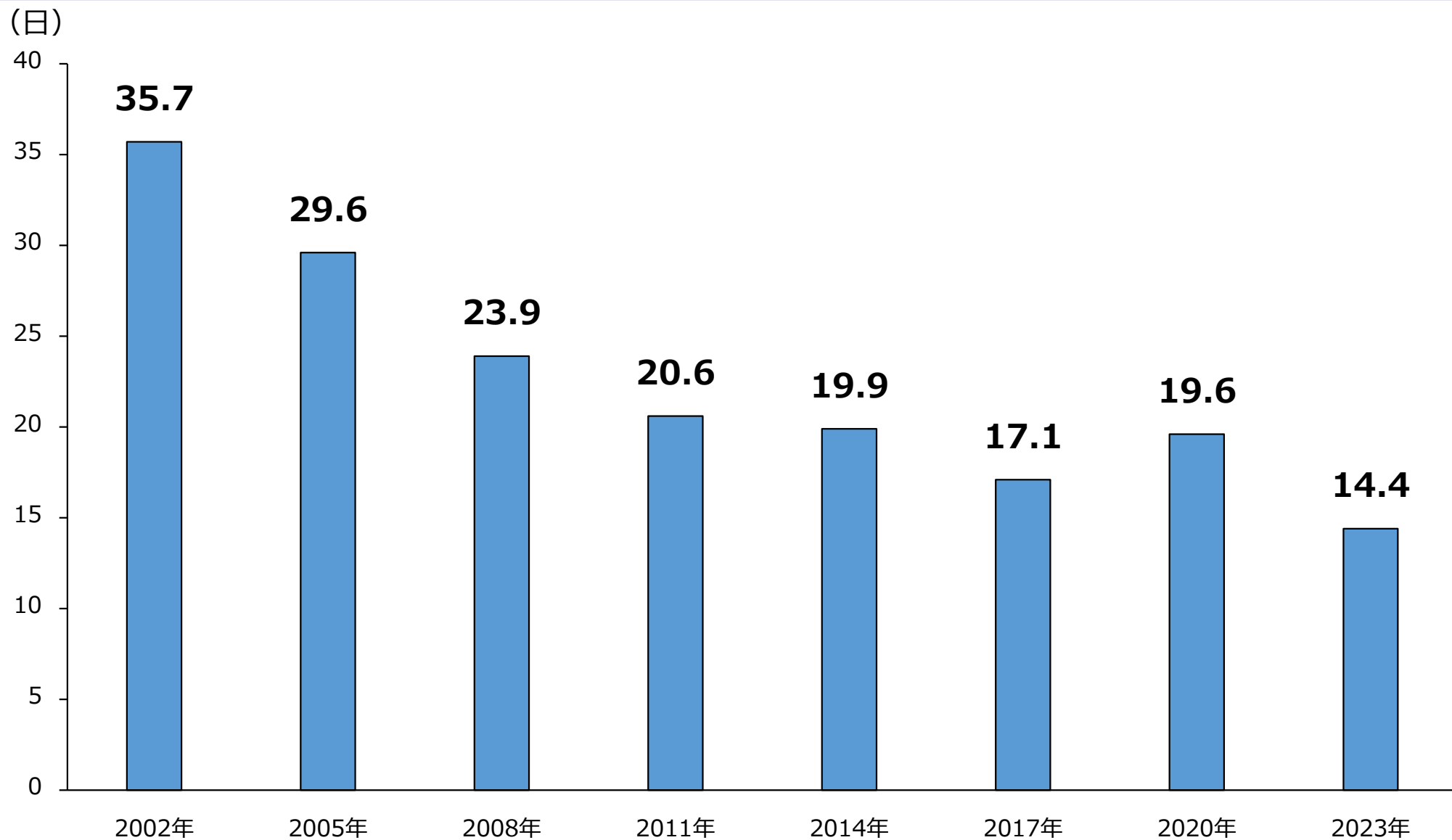
- 全国のがんの推計入院患者数の推移を年齢階級別にみると、65歳以上が6割以上を占めている。

(単位：千人)



全国のがんの退院患者の平均在院日数の推移

- 全国のがんの退院患者の平均在院日数（※）は概ね短縮傾向にある。

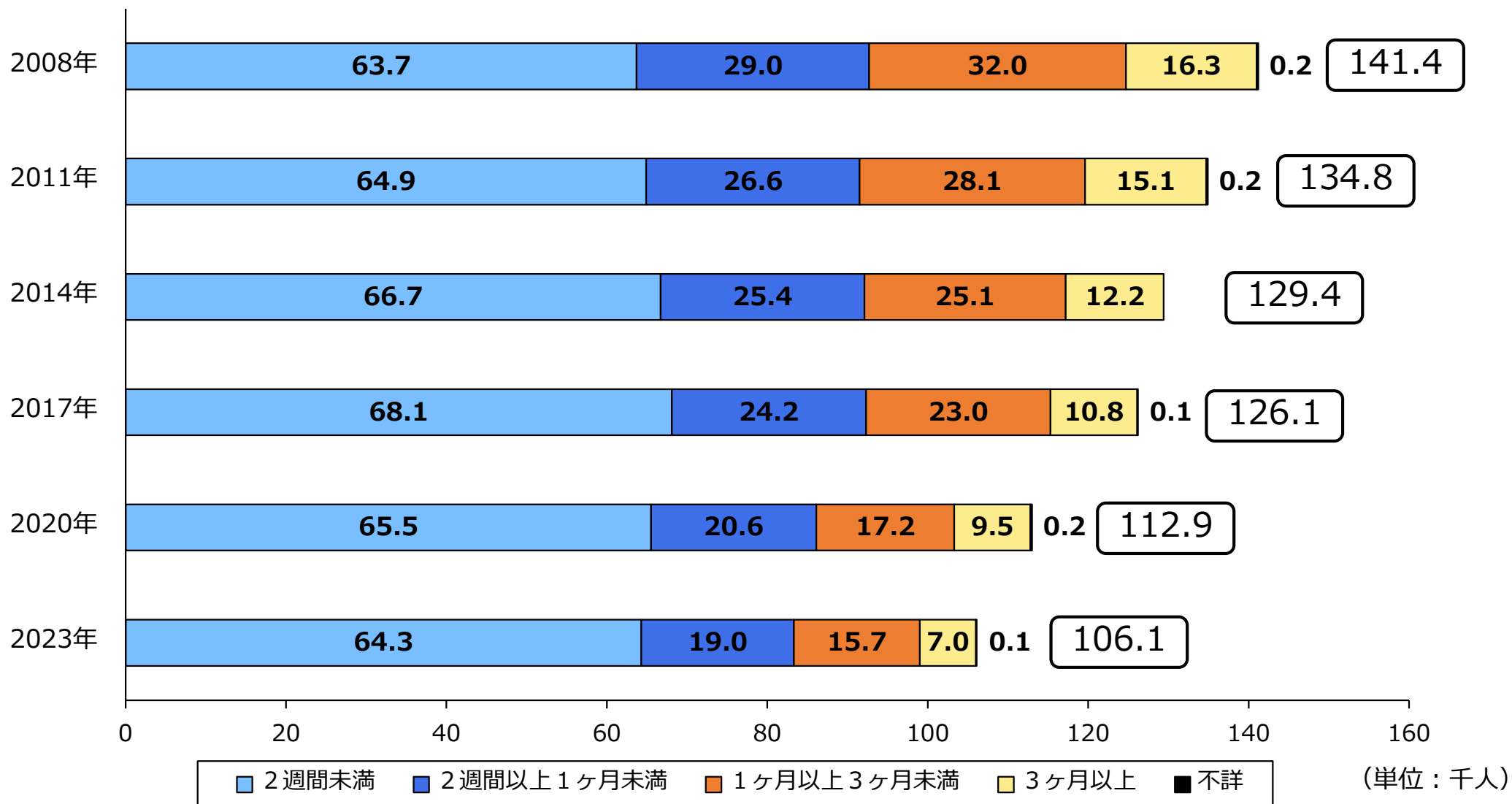


※調査対象期間中（9月1日～30日）に退院した患者の在院日数の平均

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

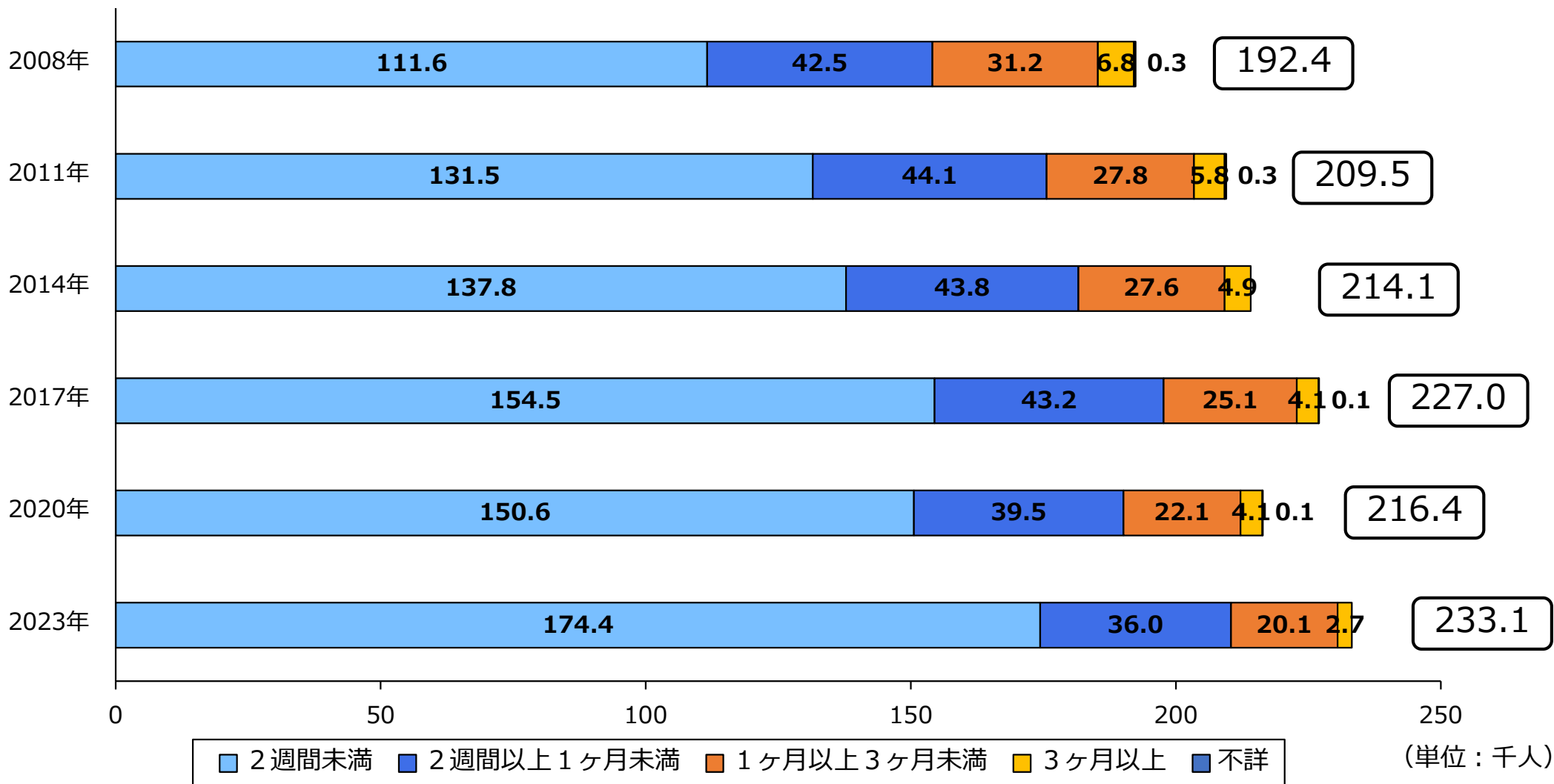
全国のがんの推計入院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 全国のがんの推計入院患者数の推移を在院期間別で見ると、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

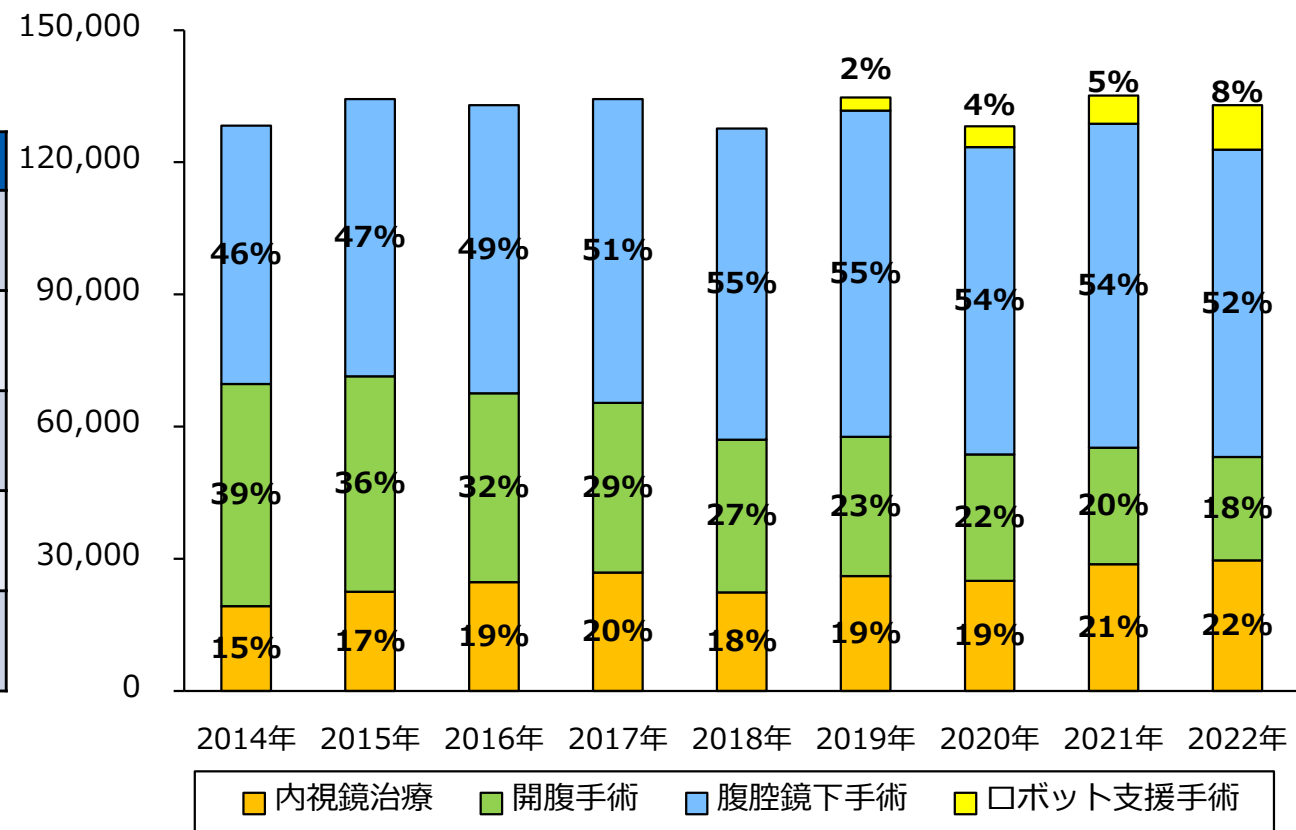
低侵襲治療の拡大（大腸の悪性新生物）

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

部位別がん罹患数（2020年）

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

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



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

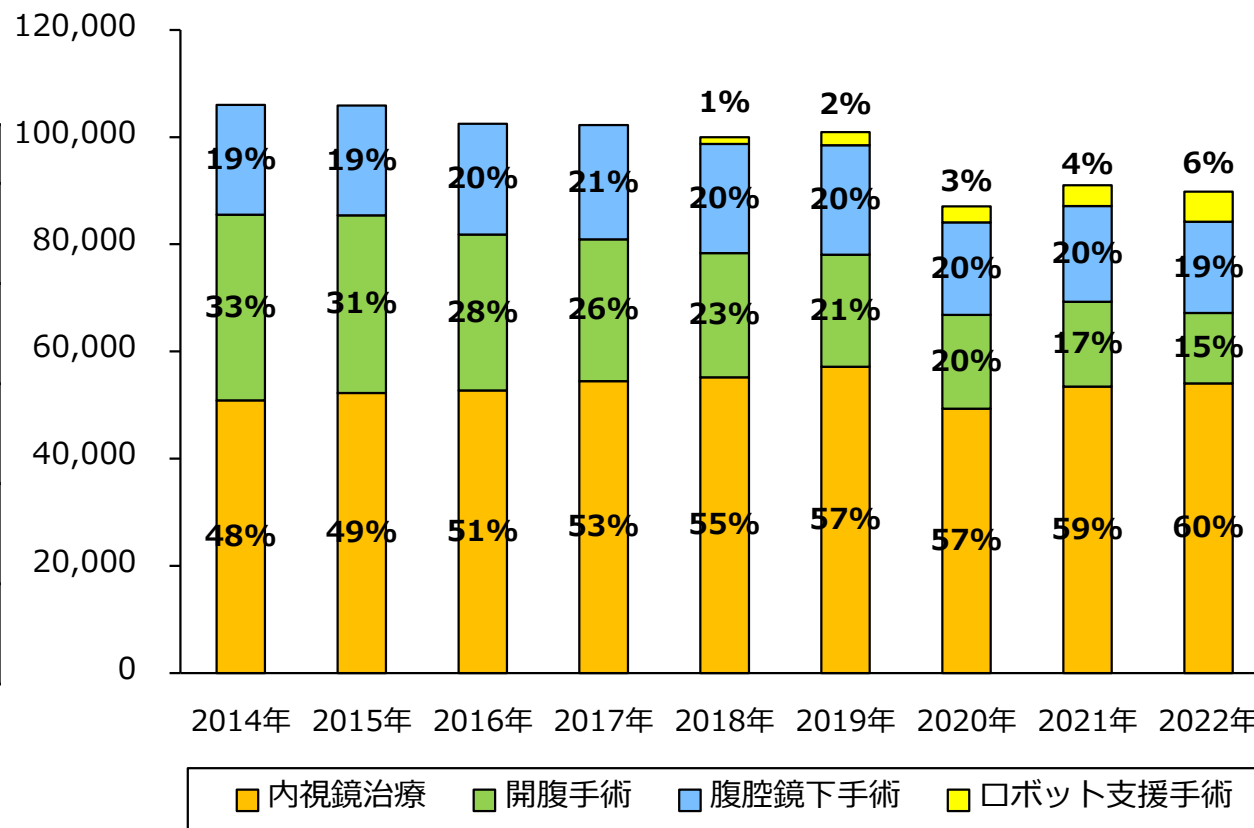
低侵襲治療の拡大（胃の悪性新生物）

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

部位別がん罹患数（2020年）

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

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



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

第4期がん対策推進基本計画（令和5年3月28日閣議決定）概要

第1. 全体目標と分野別目標 / 第2. 分野別施策と個別目標

全体目標：「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。」

「がん予防」分野の分野別目標

がんを知り、がんを予防すること、がん検診による早期発見・早期治療を促すことで、がん罹患率・がん死亡率の減少を目指す

1. がん予防

- (1) がんの1次予防
 - ①生活習慣について
 - ②感染症対策について
- (2) がんの2次予防（がん検診）
 - ①受診率向上対策について
 - ②がん検診の精度管理等について
 - ③科学的根拠に基づくがん検診の実施について

「がん医療」分野の分野別目標

適切な医療を受けられる体制を充実させることで、がん生存率の向上・がん死亡率の減少・全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

2. がん医療

- (1) がん医療提供体制等
 - ①医療提供体制の均てん化・集約化について
 - ②がんゲノム医療について
 - ③手術療法・放射線療法・薬物療法について
 - ④チーム医療の推進について
 - ⑤がんのリハビリテーションについて
 - ⑥支持療法の推進について
 - ⑦がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
 - ⑧妊孕性温存療法について
- (2) 希少がん及び難治性がん対策
- (3) 小児がん及びAYA世代のがん対策
- (4) 高齢者のがん対策
- (5) 新規医薬品、医療機器及び医療技術の速やかな医療実装

「がんとの共生」分野の分野別目標

がんになっても安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現することで、全てのがん患者及びその家族等の療養生活の質の向上を目指す

3. がんとの共生

- (1) 相談支援及び情報提供
 - ①相談支援について
 - ②情報提供について
- (2) 社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援
- (3) がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
 - ①就労支援について
 - ②アピアランスケアについて
 - ③がん診断後の自殺対策について
 - ④その他の社会的な問題について
- (4) ライフステージに応じた療養環境への支援
 - ①小児・AYA世代について
 - ②高齢者について

4. これらを支える基盤

- (1) 全ゲノム解析等の新たな技術を含む更なるがん研究の推進
- (2) 人材育成の強化
- (3) がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- (4) がん登録の利活用の推進
- (5) 患者・市民参画の推進
- (6) デジタル化の推進

第3. がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項

- 1. 関係者等の連携協力の更なる強化
- 2. 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策
- 3. 都道府県による計画の策定
- 4. 国民の努力
- 5. 必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化
- 6. 目標の達成状況の把握
- 7. 基本計画の見直し

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。

がん診療連携拠点病院制度

令和6年4月現在

都道府県がん診療連携拠点病院
地域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

51か所
348か所（うち特例型4か所）
1か所
61か所
合計461か所

特例型は、指定要件を満たしていない場合に1年の期間を定めて指定される。

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

国



国立がん研究センター

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

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

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

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

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

がん医療圏



地域がん診療病院

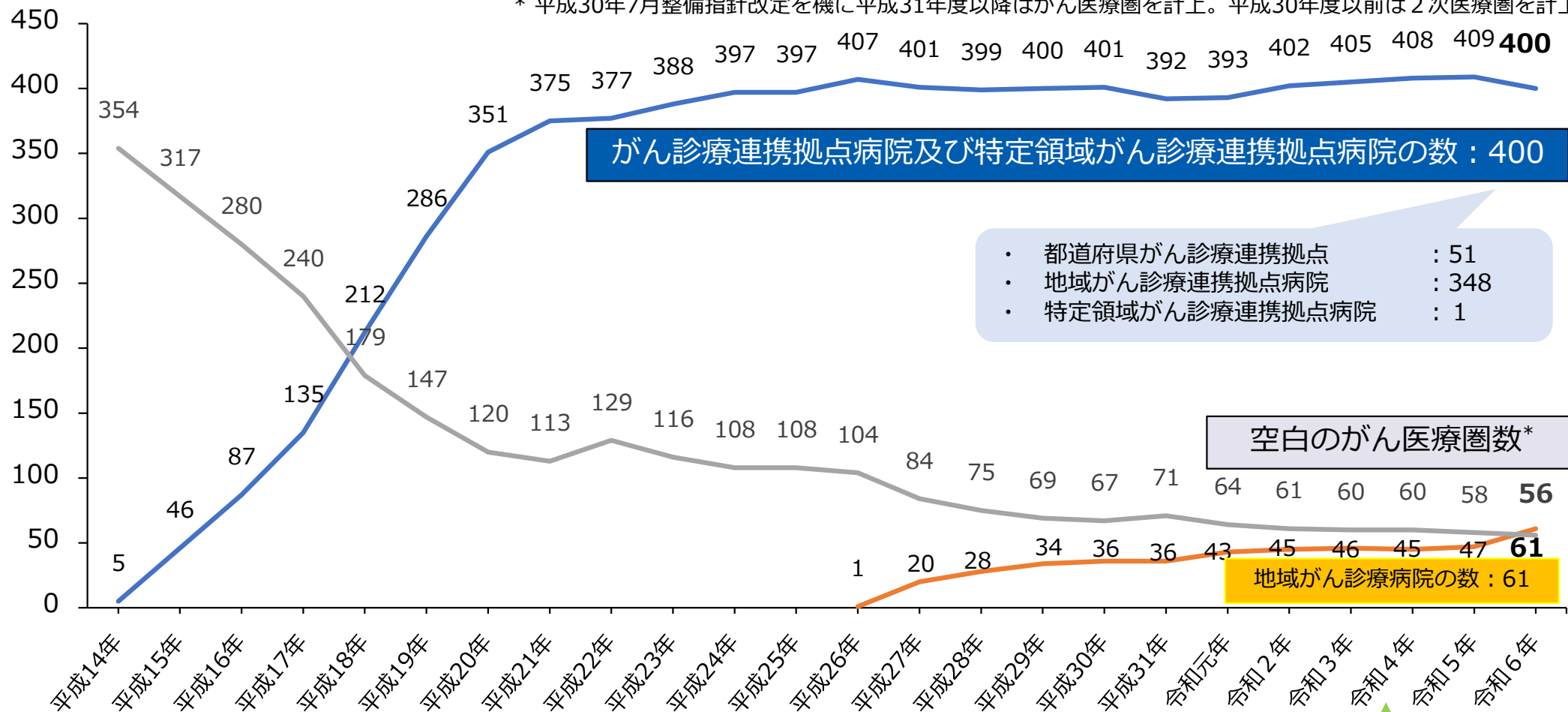
- がん診療連携拠点病院のないがん医療圏に1か所整備。
- 隣接するがん診療連携拠点病院とグループ指定を受け、連携して専門的な集学的治療を実施する。

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

がん診療連携拠点病院等の整備の推移

- がん対策基本法施行後、がん対策推進基本計画に基づき、都道府県において拠点病院等の整備が進められた。
- 拠点病院等のないがん医療圏（空白のがん医療圏）が、56か所（令和6年4月時点）まで減少した。

* 平成30年7月整備指針改定を機に平成31年度以降はがん医療圏を計上。平成30年度以前は2次医療圏を計上。



がん診療連携拠点病院及び特定領域がん診療連携拠点病院の数：400

- 都道府県がん診療連携拠点 : 51
- 地域がん診療連携拠点病院 : 348
- 特定領域がん診療連携拠点病院 : 1

空白のがん医療圏数*

地域がん診療病院の数：61

がん克服新
10か年戦略
(～平成15年)

第3次対がん10か年総合対策（～平成25年）

がん対策基本法
(2006年)

第1期がん対策推進基本計画

第2期がん対策推進基本計画

第3期がん対策推進基本計画

第8次医療計画等に関する検討会

第4期がん対策推進基本計画

空白のがん医療圏について

がん医療圏

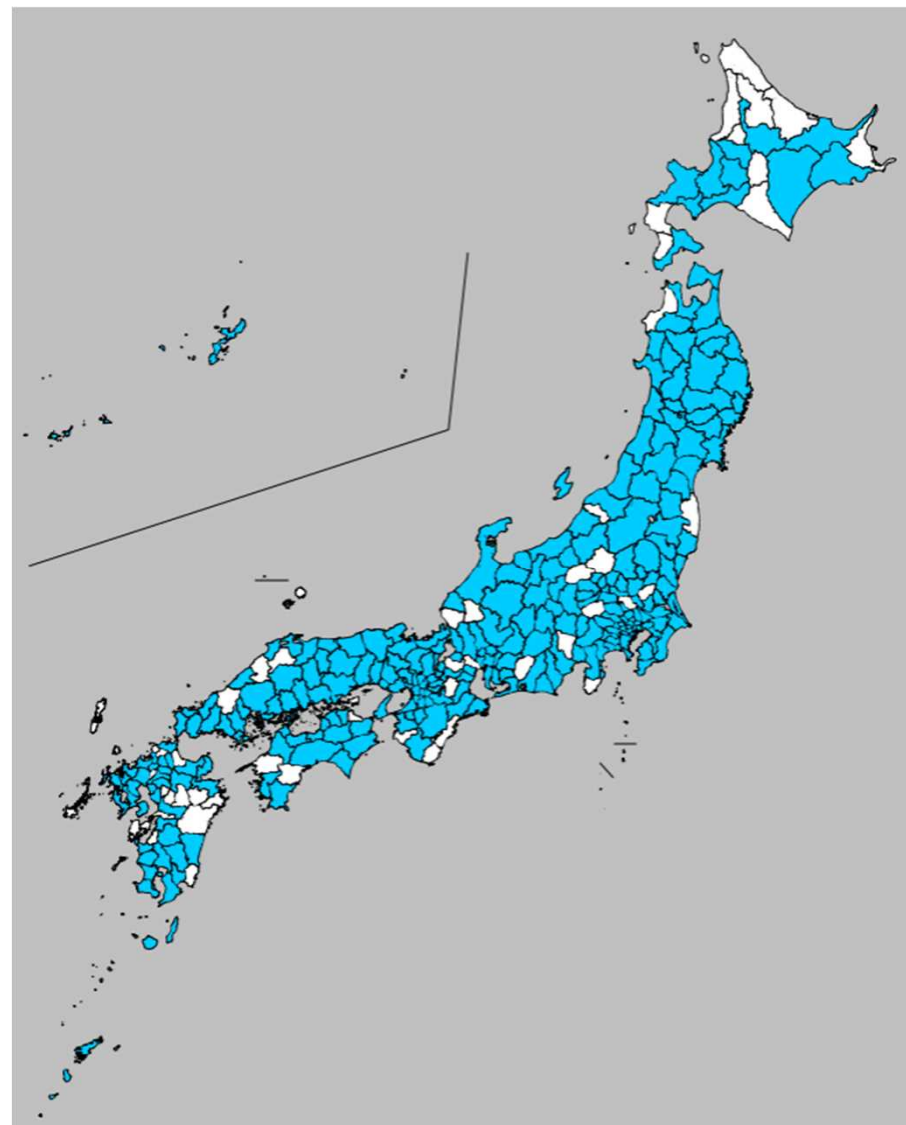
- 都道府県は都道府県拠点病院を1か所、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4に基づく医療計画で定めるがん医療圏毎にがん診療連携拠点病院を1か所、それぞれ整備するものとしている。
- また、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に地域がん診療病院を1か所整備できるものとしている。
- 40の都道府県ではがん医療圏は二次医療圏と一致し、7つの県（秋田、石川、三重、兵庫、和歌山、香川、宮崎（※1））では、二次医療圏と異なる独自のがん医療圏を設定している。

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



現行の地域医療構想における構想区域について

- 現行の地域医療構想において、構想区域は、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとしている。構想区域の設定に当たって、都道府県において、現行の二次医療圏を原則として、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討することとしている。

構想区域

339 構想区域 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として**地域における病床の機能の分化及び連携を推進することが相当である**と認められる区域を単位として設定

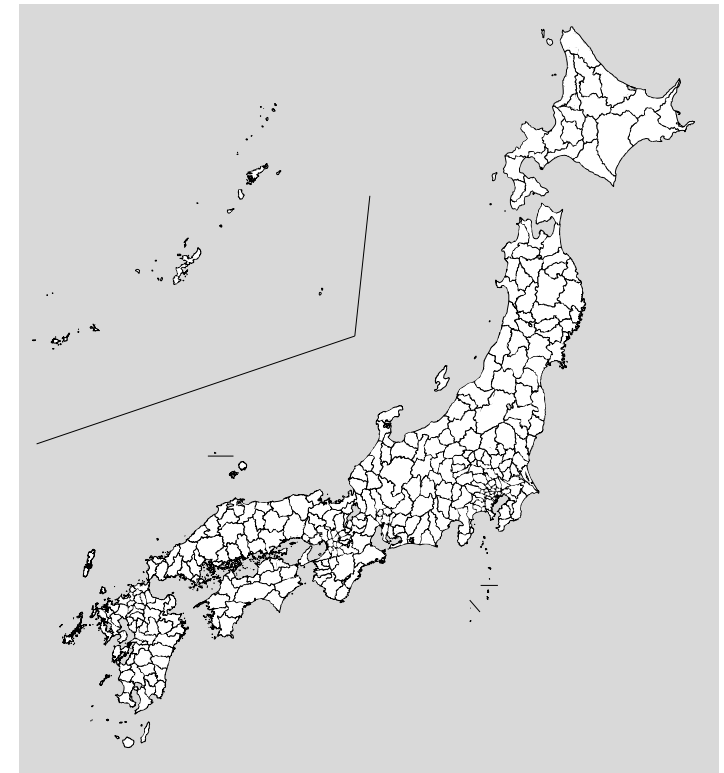
※ 地域医療構想策定ガイドライン（平成27年3月31日）抜粋

- 構想区域の設定に当たっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要がある。
- 地域医療構想は平成37年（2025年）のあるべき医療提供体制を目指すものであるが、設定した構想区域が現行の医療計画（多くの都道府県で平成25年度（2013年度）～平成29年度（2017年度））における二次医療圏と異なっている場合は、平成36年（2024年）3月が終期となる平成30年度（2018年度）からの次期医療計画の策定において、最終的には二次医療圏を構想区域と一致させることが適当である。

二次医療圏

330 医療圏 (令和6年4月現在)

人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の地理的条件等の自然的条件および日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として**病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当である**と認められるものを単位として設定

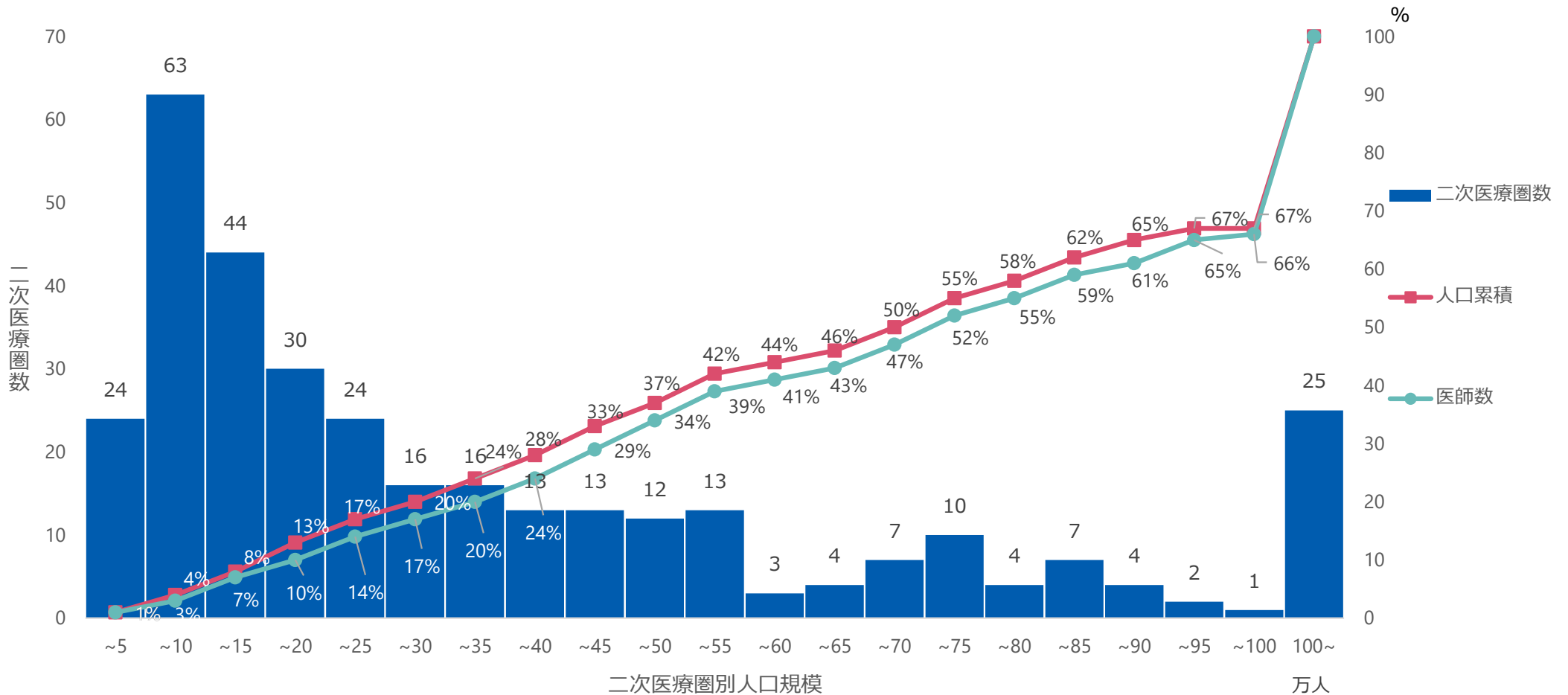


※令和4年9月時点の二次医療圏（335医療圏）数の図であり、構想区域（339区域）の数とは一致しない。

二次医療圏の医療資源等について

- 二次医療圏ごとに人口規模はさまざまであり、中央値は20万人程度、20万人未満の二次医療圏は161、100万人以上の二次医療圏は25ある。
- 100万人以上の二次医療圏においては、全人口の33%、医師数の34%を占める。

人口規模別二次医療圏数と累積人口等

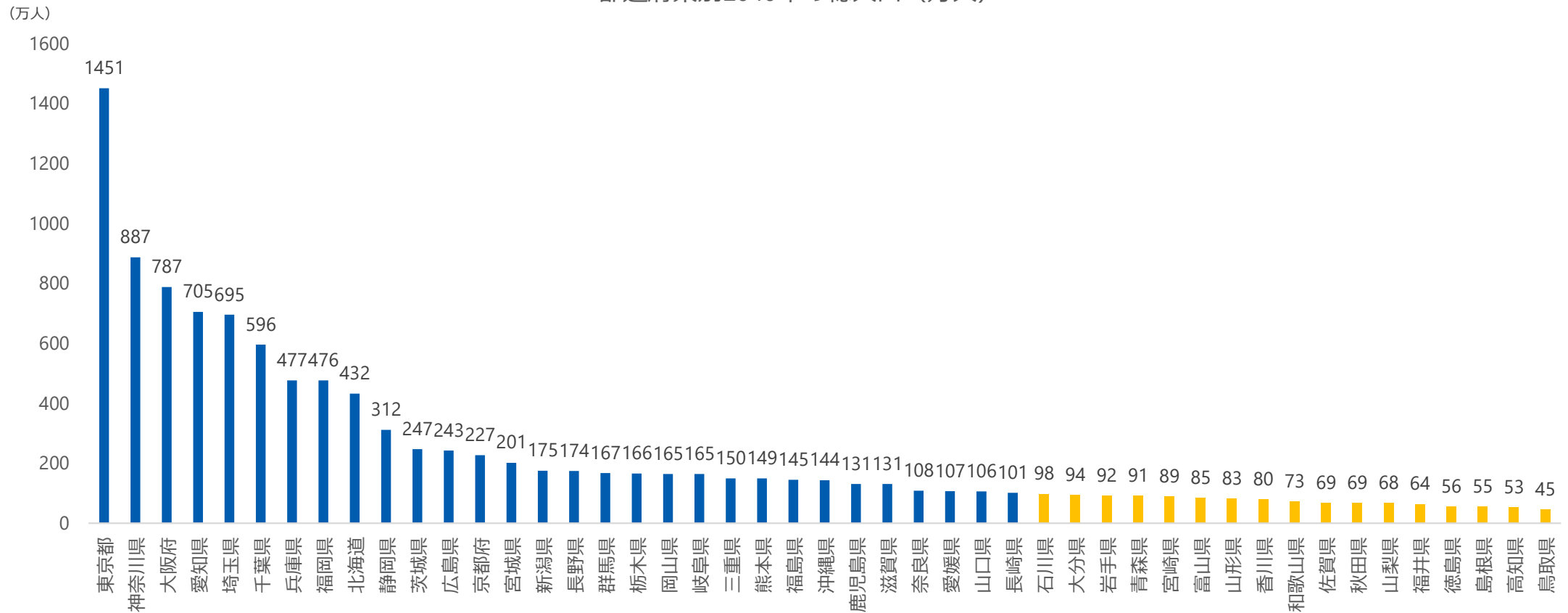


※2023年病床機能報告（第8次医療計画時点）データ

広域な観点の圏域

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

都道府県別2040年の総人口（万人）



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

構想区域について（案）

- 構想区域については、二次医療圏を原則としており、ほぼ同数が整備されている。
- 第8次医療計画においては、20万人未満の二次医療圏や100万人以上の二次医療圏については、必要に応じて区域の設定の見直しを検討することとしている。三次医療圏については、先進的技術を必要とする医療等の提供等のため、基本的に都道府県の単位を区域として設定することとしている。
- 人口規模の小さな二次医療圏においては、人口あたりの医師数や手術件数が少なく、脳血管内手術が実施されていない二次医療圏も一定数存在する。
- 人口規模の大小等により地域毎に課題が異なり、それぞれの特性に応じた医療提供体制の確保が必要となる。
- 人口や地理的な要因など様々な状況下で、医療機関の機能転換・再編等の先行事例が存在する。
- 在宅医療の圏域については、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。



- 構想区域の設定に当たっては、引き続き二次医療圏を原則として、急性期拠点機能等の医療機関機能の確保に向けて、アクセスの観点も踏まえつつ、人口規模が20万人未満の構想区域や100万人以上の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を見直すこととしてはどうか。
 - ※ 二次医療圏の見直しに時間を要する場合は、構想区域の合併・分割等を先行して行うこともあり得る。
- 広域な観点での区域については、都道府県単位（必要に応じて三次医療圏）で設定することとしてはどうか。
- 在宅医療等については必要に応じて二次医療圏より狭い区域での議論が必要であり、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて、市町村単位や保健所圏域等、在宅医療等に関するより狭い区域を設定することとしてはどうか。
- 具体的な区域の検討については、区域全体の医療資源に応じて確保する医療内容や、区域内で確保が困難な医療について隣接区域等との連携のあり方等、地域の特性を踏まえた医療提供体制の構築に向けて検討が必要な事項を含めて、ガイドラインを検討する際に検討することとしてはどうか。

がん医療圏の設定について

- 医療計画では、がんを含む5疾病に係る医療圏の設定について、「患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること」とされている。

「医療計画について」（令和5年3月31日付け医政発0331第16号厚生労働省医政局長通知（令和5年6月15日一部改正））の別紙「医療計画作成指針」（抜粋）

第4 医療計画作成の手順等

2 医療圏の設定方法

- (2) 5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、**患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。**

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日付け医政地発0331第14号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知（令和5年6月29日最終改正））の別紙「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制の構築に係る指針」（抜粋）

がんの医療体制構築に係る指針

都道府県は、（略）**地域の現状を把握・分析する**とともに、各病期に求められる医療機能を理解した上で、**地域の実情に応じて圏域を設定**し、その圏域ごとの医療機関とそれら医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価を行えるようにすること。

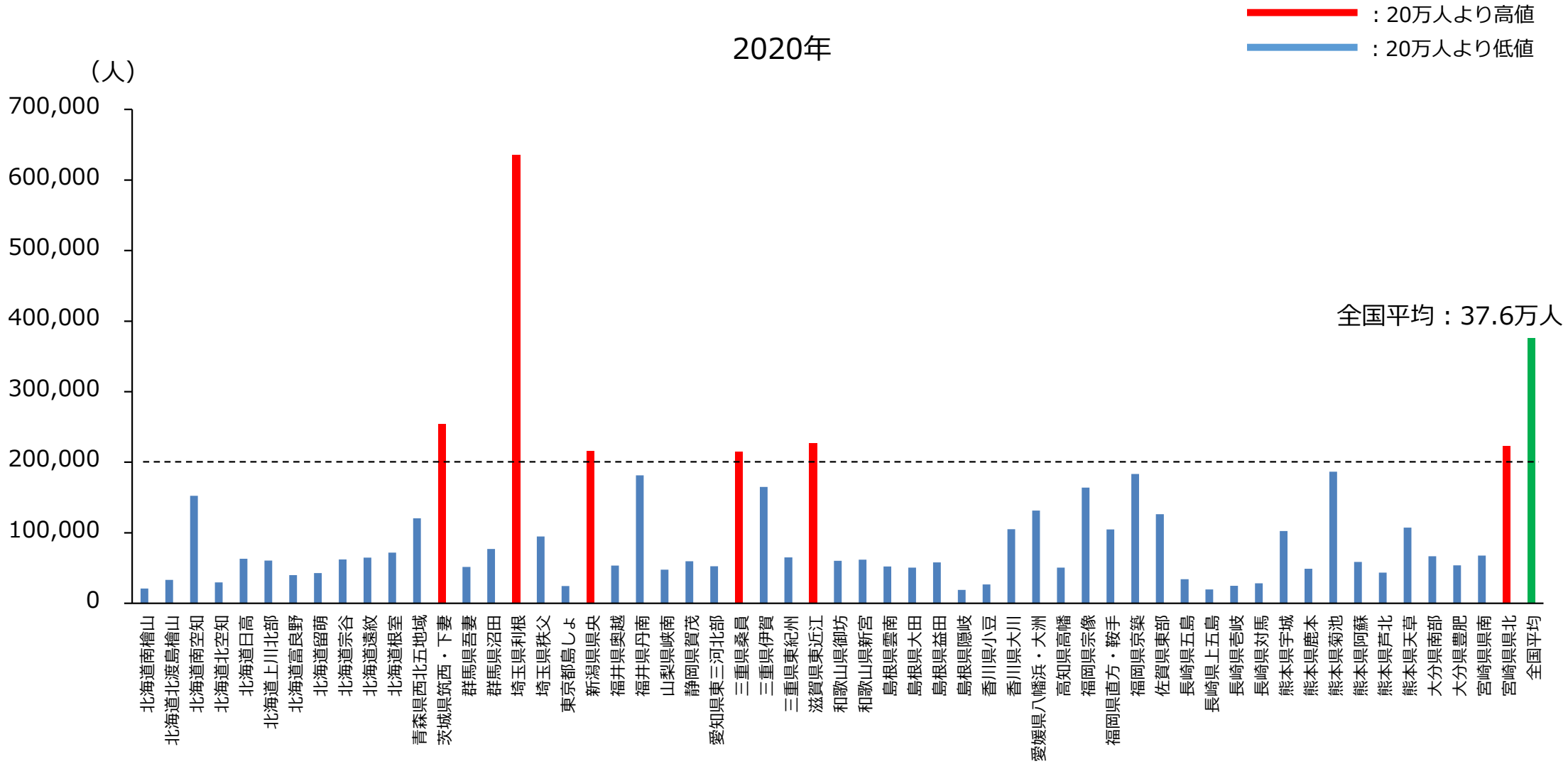
第3 構築の具体的な手順

2 圏域の設定

- (3) 圏域を設定するに当たっては、各医療機能の実施状況を勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、**地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。**

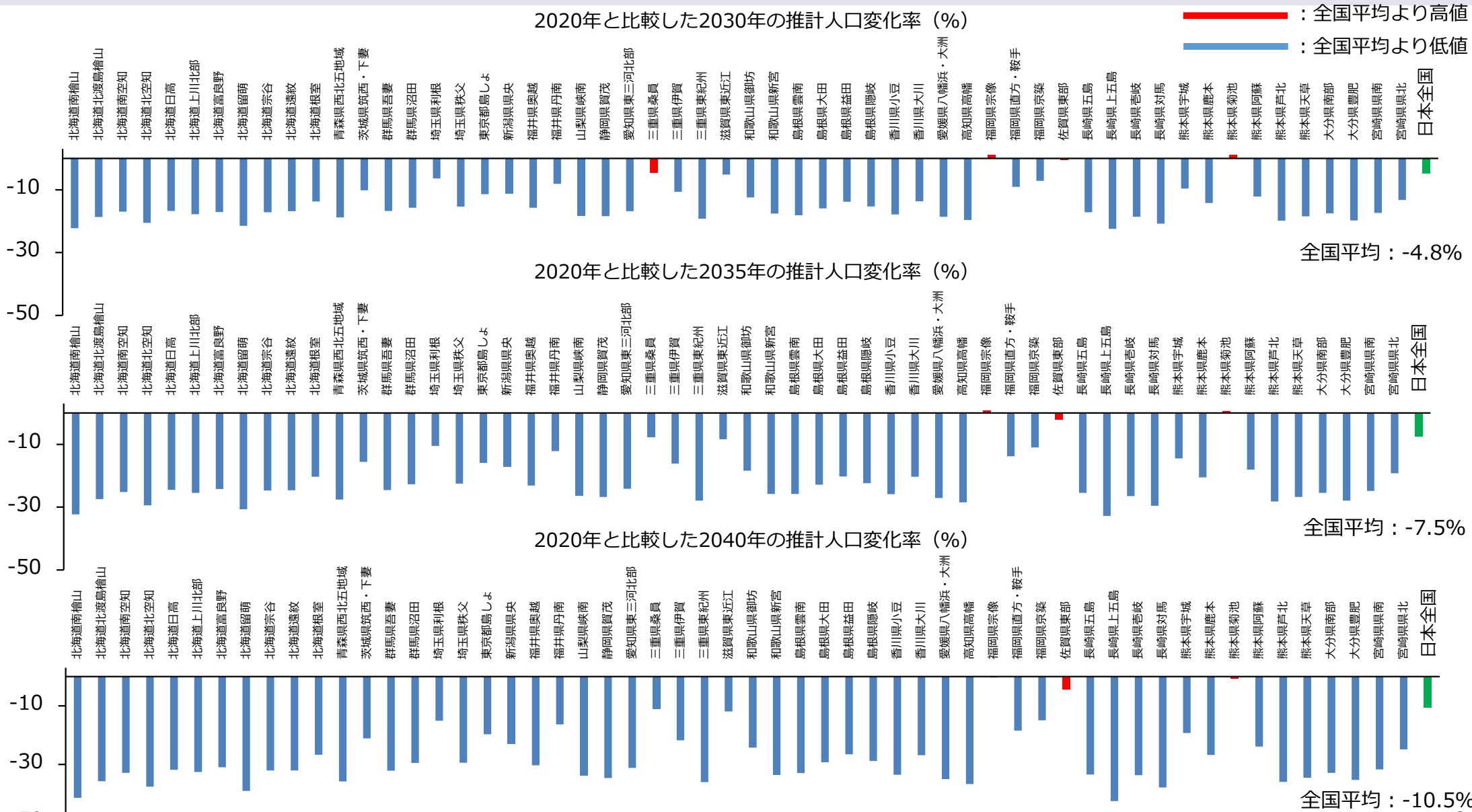
空白のがん医療圏における人口

- 大半の空白のがん医療圏は、人口が20万人以下である。



空白のがん医療圏における人口推計

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

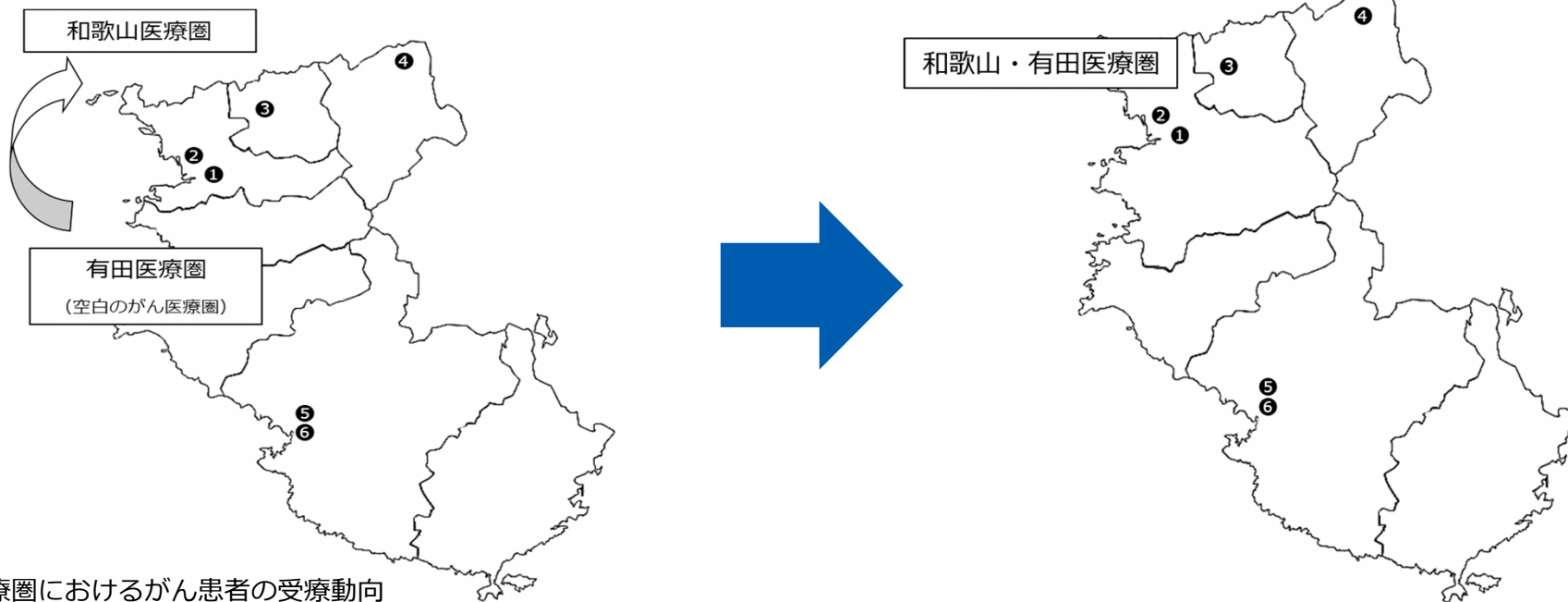


出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

和歌山県におけるがん医療圏の見直し

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

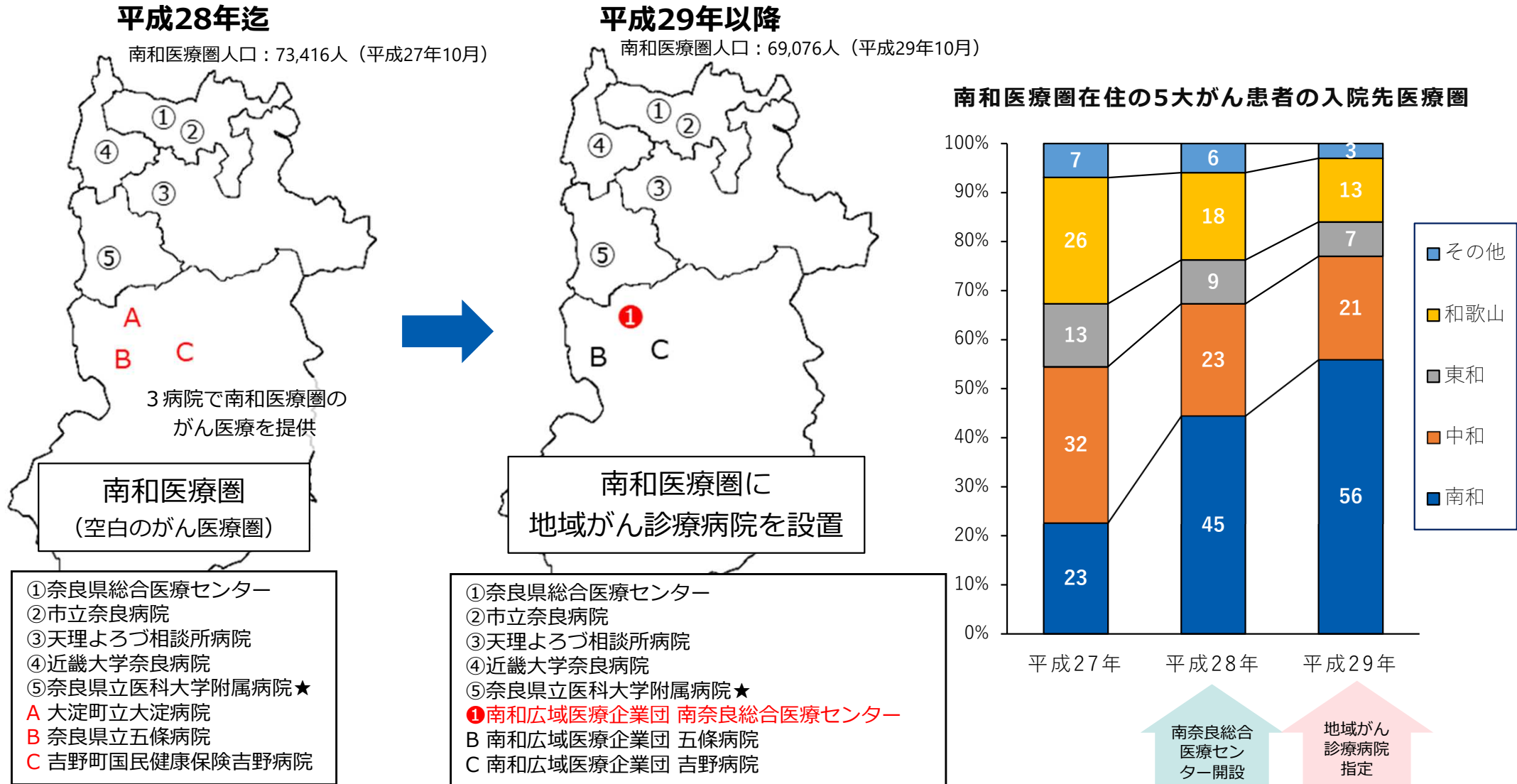
[和歌山県におけるがん医療圏の変化]



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

奈良県における機能再編による地域がん診療病院設置の例

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



院内がん登録の歩み

- がん診療連携拠点病院等を中心に院内がん登録の標準化等が進められ、集計データの利活用の推進が図られている。

平成14年	「地域がん診療拠点病院」の指定要件（健発第865号）に、「院内がん登録システムが確立している、または今後年以内に当該システムが確立する見込みが確実である医療施設であること。」が明記された。
平成15年	『地域がん診療拠点病院院内がん登録 登録標準項目とその定義2003年度版』が発出（健習発第1212001号）された。
平成18年	『がん診療連携拠点病院院内がん登録 標準登録様式 登録項目とその定義2006年度版』が発出（健習発第0331001号）され、同年に一部改正と補足した修正版が発出（健総発第0907001号）された。
平成18年	「がん診療連携拠点病院」の指定要件（健発第0201004号）に、「標準登録様式に基づく院内がん登録を実施すること。」及び「診療録管理（がん登録実務を含む）に携わる専任者が1人以上確保されていること。」が明記された。
平成19年	がん対策基本法（平成18年法律第98号）の施行にともない作成された「がん対策推進基本計画（第1期）」において、がん登録の推進が重点的に取り組むべき課題の1つとして掲げられた。
平成20年	「がん診療連携拠点病院」の指定要件（健発第0301001号）に、「毎年、院内がん登録の集計結果等をがん対策情報センターに情報提供すること。」が明記され、平成19年以降の症例について院内がん登録全国集計が開始された。
平成21年	院内がん登録全国集計データの報告書の公表が開始された。
平成25年	都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の活動の一環として、院内がん登録とDPC調査データを、リンク可能な形で匿名化して収集、統合的に分析する活動が開始された（がん登録部会QI研究）。
平成28年	がん登録等の推進に関する法律（平成25年法律第111号）及び院内がん登録の実施に係る指針（平成27年厚生労働省告示第470号）が施行され、院内がん登録の実施根拠や意義等が明文化された。あわせて、『がん診療連携拠点病院等 院内がん登録 標準登録様式2016年版』が発行された。
平成30年	「院内がん登録 全国集計 結果閲覧システム（0年集計）」が公開された。
令和3年	「院内がん登録生存率集計結果閲覧システム」が公開された。
令和5年	平成28年以降の診断症例について、院内がん登録全国集計データの二次利用が開始された。

院内がん登録全国集計

全国のがん診療連携拠点病院等において、

- ・専門的ながん医療を提供する医療機関における各がん種、進行度、その治療の分布を把握し、国や都道府県のがん対策に役立てる
- ・各施設が全国と比較した自施設のがん診療状況を把握し、がん診療の方向性等を検討する
- ・院内がん登録情報等を適切に公表することにより、がん患者及びその家族等の医療機関の選択等に資することを目的に、その基礎資料として、国立がん研究センターにおいて院内がん登録のデータを集計。

院内がん登録全国集計（0年集計）

- ・がん診療連携拠点病院等、都道府県推薦病院、任意参加病院からのデータ提供をもとに、診断年ごとの症例数を集計し、報告書として報告している。全国集計の他、小児AYA集計等を報告書として公表している。
- ・最新（2022年）のデータでは、851施設から110万症例が登録され、都道府県別、施設別集計も公表されている。
- ・報告書に加え、すべての都道府県別・施設別集計を「院内がん登録全国集計結果閲覧システム」において検索できるように整備している。当該システムでは、がん種別の年齢階級や病期（ステージ）、治療方法等の詳細な腫瘍情報を診断年毎に検索できる。

検索例（胃がん）

都道府県	施設	施設種別	集計年数	総数 (病期不明を含む)	病期							
					I期	II期	IIA期	IIB期	III期	IV期	IVA期	IVB期
東京	がん研究会有明病院	拠点病院	17年	817	623 (76.3%)	44 (5.4%)	15 (1.8%)	29 (3.5%)	51 (6.2%)	64 (7.8%)	1~3	63 (7.7%)
東京	国立がん研究センター中央病院	拠点病院	17年	485	344 (70.9%)	33 (6.8%)	19 (3.9%)	14 (2.9%)	35 (7.2%)	67 (13.8%)	1~3	64 (13.2%)

院内がん登録生存率集計

- ・全国のがん診療連携拠点病院において、診断から3年、5年、10年を経過した時の実測生存率と相対生存率（又は純生存率）を集計し、報告書として公表している。
- ・一定の条件を満たした施設を対象に集計し、全国集計の他、都道府県別、施設別の結果も公表している。ただし、生存率の単純比較により、施設の治療の善し悪しを評価することはできない旨を注釈として繰り返し表示し、各施設を一覧にして表示できない仕様になっている。
- ・報告書に加え、「院内がん登録生存率集計結果閲覧システム」において、がん種別の生存率を、性別や年齢階級、病期（ステージ）、手術の有無別に検索できる。

検索例（胃がん）

病期	対象数	集計対象施設数	生存状況把握割合	平均年齢	実測生存率	ネット・サバイバル	95%信頼区間
全体	103,113	442	98.1%	71.3歳	62.3%	70.2%	69.9% - 70.6%
I期	75,213	442	97.7%	71.4歳	82.0%	92.8%	92.5% - 93.1%
II期	9,610	442	98.3%	71.4歳	60.2%	67.2%	66.1% - 68.2%
III期	10,007	442	98.9%	71.1歳	37.4%	41.3%	40.3% - 42.2%
IV期	7,562	441	99.1%	70.3歳	5.8%	6.3%	6.0% - 6.7%

Quality Indicator研究 (QI研究)

- 全国のがん医療の質を評価する体制を構築するため、平成18年より国立がんセンター（現：国立がん研究センター）を中心に検討が開始され、日本における主要ながん種（胃、大腸、肺、乳腺、肝臓）に関して、各分野の臨床専門家パネルにより診療ガイドライン等を元に診療の質指標（Quality Indicator、QI）が作成された。がん診療連携拠点病院等の指定要件においても、「QIを利用するなどして、PDCAサイクルが確保できるよう工夫すること」としている。
- 平成25年より都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会がん登録部会の活動の一環として実施しており、参加病院が院内がん登録データとDPCデータを匿名化した状態で国立がん研究センターに提供し、国立がん研究センターにおいて院内がん登録とDPCデータを連結・解析している。結果は各施設に個別にフィードバックし、全施設の平均実施率と比較できる形で提供している。
- 最新（2019年）のデータでは、591施設（がん診療連携拠点病院等の参加率は86%）から協力が得られ、約90万症例が解析対象となっている。

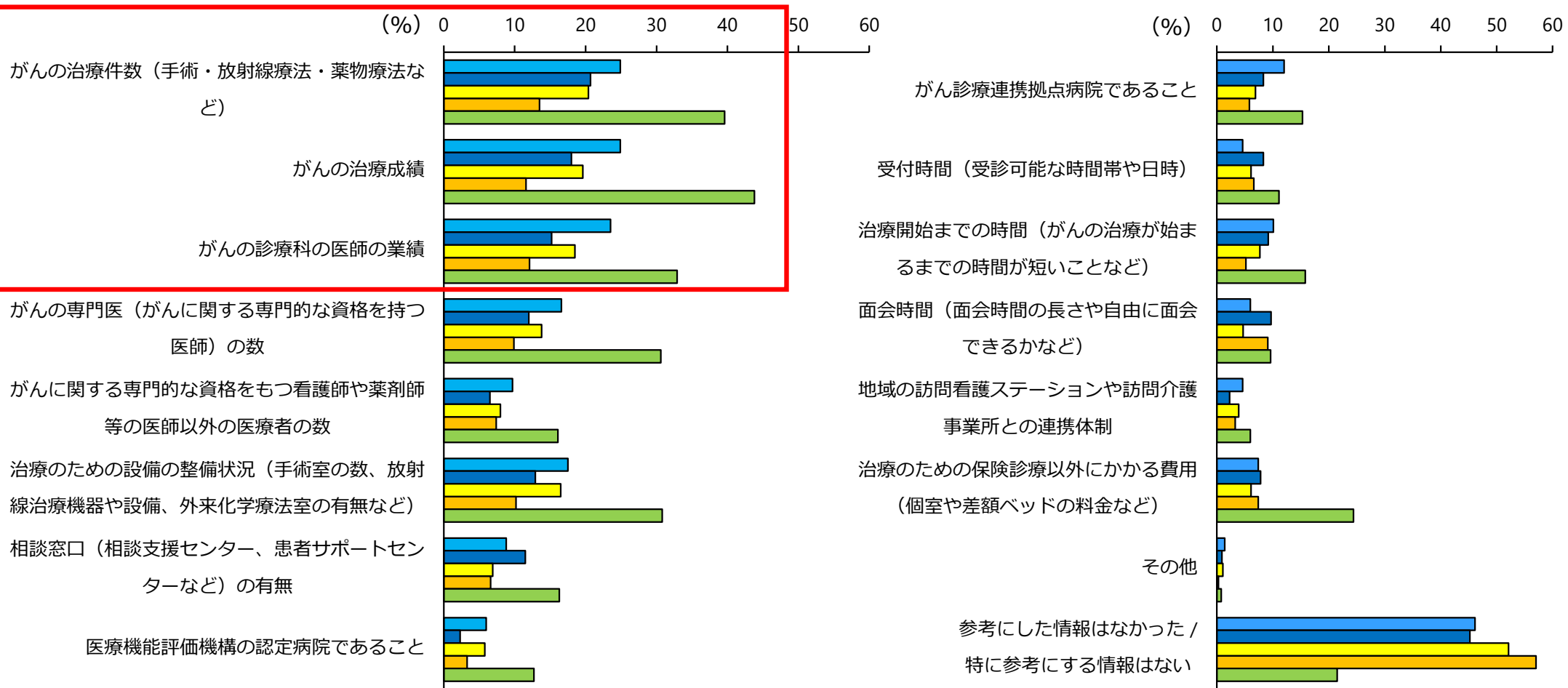
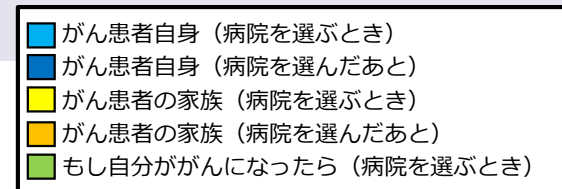


項目	分母	分子	2018年症例 580施設		2019年症例 591施設	
			対象 患者数	実施率	対象 患者数	実施率
c32	組織学的 Stage III と診断された大腸がん患者数	pStageIII の大腸癌への術後化学療法(8 週以内)	16578	54.6%	17127	54.6%
		術後 8 週間以内に標準的補助化学療法が施行された患者数				
b35	乳房温存術を受けた 70 歳以下の乳癌患者数	70 歳以下の乳房温存術後の放射線療法	15575	75.2%	16112	75.6%
		術後全乳房照射が行われた患者数				
b38	乳房切除術が行われ、再発ハイリスク (T3 以上で N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転) の患者数	乳房切除後・再発ハイリスク (T3 以上 N0 を除く、または 4 個以上リンパ節転) への放射線療法	2483	41.4%	2568	41.4%
		術後照射がなされた患者数				
o1	嘔吐高リスクの抗がん剤が処方された患者数	嘔吐高リスクの抗がん剤への 3 剤による予防的制吐剤	48867	90.7%	48470	90.2%
		同時に予防的制吐剤 (セロトニン阻害剤 + デキサメタゾン + アプレピタント) が使用された患者数				
o2	外来で麻薬が開始された患者数	外来麻薬開始時の緩下剤処方	19020	58.0%	19929	55.7%
		同時あるいはそれ以前 1 ヶ月以内に緩下剤の処方がなされた患者数				

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求める情報に関する調査研究

- 厚生労働科学研究の報告書によると、民間調査会社の登録モニター856人（がん患者とその家族及び一般市民）を対象にした調査で、「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」という情報が求められている。

がん治療病院選択にあたって参考にした情報



一元化した病院情報のニーズに係るがん情報サービス利用者の声

- ・ 国立がん研究センターの分析によると、がん情報サービス利用者からは、「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た。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。

方法

- ・ 国立がん研究センターががん情報サービス利用者を対象に実施した「ポップアップアンケート」（実施年度：令和3年度、令和4年度、令和6年度 ※令和5年度は実施せず）及びがん情報サービス上に常時開設している「常設アンケート」の自由記述（令和3年7月～令和6年9月）（自由回答総数3,845件）から、病院を選ぶ際に求める情報が具体的に書かれている記述を抽出、整理した。

分析結果

- ・ がん情報サービス利用者には、「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た。
- ・ 自由記述には「各県ごとの」「病院一覧」「病院リスト」「各病院の」等の記述が見受けられ、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。

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。今後も、医療需要の変化や低侵襲治療の割合の増加等により、推計入院がん患者数の減少が見込まれる。
- 第4期がん対策推進基本計画において、医療提供体制の均てん化・集約化について取り組むべき施策として、「国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。その際、国は、都道府県がん診療連携協議会等に対し、好事例の共有や他の地域や医療機関との比較が可能となるような検討に必要なデータの提供などの技術的支援を行う」としている。
- 国は、がん医療の均てん化を目指して、がん診療連携拠点病院制度を創設し、全国に461か所の拠点病院等を整備してきたが、拠点病院等が存在しない空白のがん医療圏が、令和6年4月時点で全国に56か所存在している。今後、我が国の人口が減少する中で、空白のがん医療圏における人口は大半の圏域で全国平均より大きな減少が予測され、それに伴って入院がん患者数の減少が見込まれる。
- 空白のがん医療圏については、和歌山県のがん医療圏再編や奈良県の病院機能再編等、空白のがん医療圏を解消するための取組がなされている。今後、都道府県は、次期医療計画の改定に向けても、がん医療圏ごとの現状分析を踏まえた、がん医療圏の適切な設定について議論することが重要である。
- 国は、国及び都道府県のがん対策の推進や、がん患者及びその家族等の医療機関選択等に資するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録のデータ集計やその利活用を図っている。また、全国のがん医療の質を評価する体制を構築するため、国立がん研究センターにおいて、院内がん登録とDPCデータを統合的に分析し、その結果を各施設に提供している。
- 厚生労働科学研究の報告書（※）によると、がん患者とその家族及び一般市民ががん治療病院選択にあたって、「がんの治療件数」「がんの治療成績」「がんの診療科の医師の業績」等の情報が求められている。更に、がん情報サービス利用者向けアンケート調査によると、「病院ごとに実施可能な治療・症例数・治療成績」、「がん種別の実施可能な治療法・実績」、「専門病院や受け入れ状況」等に関する情報のニーズがあると考えられ、また、各地域別・病院別のQIを一元的に確認できるリソースのニーズがあると考えられた。

対応の方向性

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

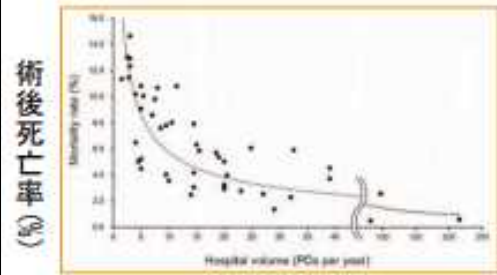
均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ（たたき台）

	診断	手術療法	薬物療法	放射線療法	その他
<p>都道府県又は複数の都道府県単位で確保することが望ましい医療 ※持続可能な医療提供体制となるよう一定の集約化の検討は必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 小児がん・希少がんの確定診断 小児がん・希少がんの病期診断 	<ul style="list-style-type: none"> 高度な手術 (例：臍頭十二指腸切除術、食道切除術) 	<ul style="list-style-type: none"> 高度な薬物療法 小児がん・希少がんの薬物療法 治験 	<ul style="list-style-type: none"> 粒子線治療 核医学治療 	<ul style="list-style-type: none"> 妊孕性温存療法
<p>がん医療圏又は複数のがん医療圏単位で確保することが望ましい医療 ※持続可能な医療提供体制となるよう一定の集約化の検討は必要</p>	<ul style="list-style-type: none"> 確定診断 (例：病理診断等) 病期診断 	<ul style="list-style-type: none"> 標準的な手術 (例：乳房切除術、結腸切除術) 	<ul style="list-style-type: none"> 標準的な薬物療法 がんゲノム医療 	<ul style="list-style-type: none"> 強度変調放射線治療を含む放射線療法 	
<p>より多くの医療機関で提供できるように均てん化に取り組む医療</p>	<ul style="list-style-type: none"> 検診 				<ul style="list-style-type: none"> がんのリハビリテーション 支持療法 緩和ケア

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

日本消化器外科学会提出資料

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。

厚生労働省特別研究事業
ナショナルピ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
(藤原俊輔ら、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。

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

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

2. 参考資料

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

令和6年12月18日

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

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

新たな地域医療構想

(1) 基本的な考え方

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

(2) 病床機能・医療機関機能

- ① 病床機能
 - これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ
- ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)
 - 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告
- ③ 構想区域・協議の場
 - 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

(3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
- ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
 - 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
 - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

(5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

(6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

医師偏在の是正に向けた基本的な考え方

① 医師偏在対策の総合的な実施

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

② 全ての世代の医師へのアプローチ

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

③ へき地保健医療対策を超えた取組の実施

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

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

今後の医師偏在対策の具体的な取組

(1) 医師確保計画の実効性の確保

① 重点医師偏在対策支援区域(仮称)、② 医師偏在是正プラン(仮称)

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

(2) 地域の医療機関の支え合いの仕組み

① 医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等

- ・管理者要件として医師少数区域等での勤務経験を求める医療機関に、公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加。医師少数区域等での勤務経験期間は6か月以上から1年以上に延長。施行時に柔軟な対応が必要

② 外来医師多数区域における新規開業希望者への地域で必要な医療機能の要請等の仕組みの実効性の確保

- ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする

- ・要請に従わない医療機関に対する医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮

③ 保険医療機関の管理者要件

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

(3) 経済的インセンティブ

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

(4) 全国的なマッチング機能の支援等

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

(5) リカレント教育の支援

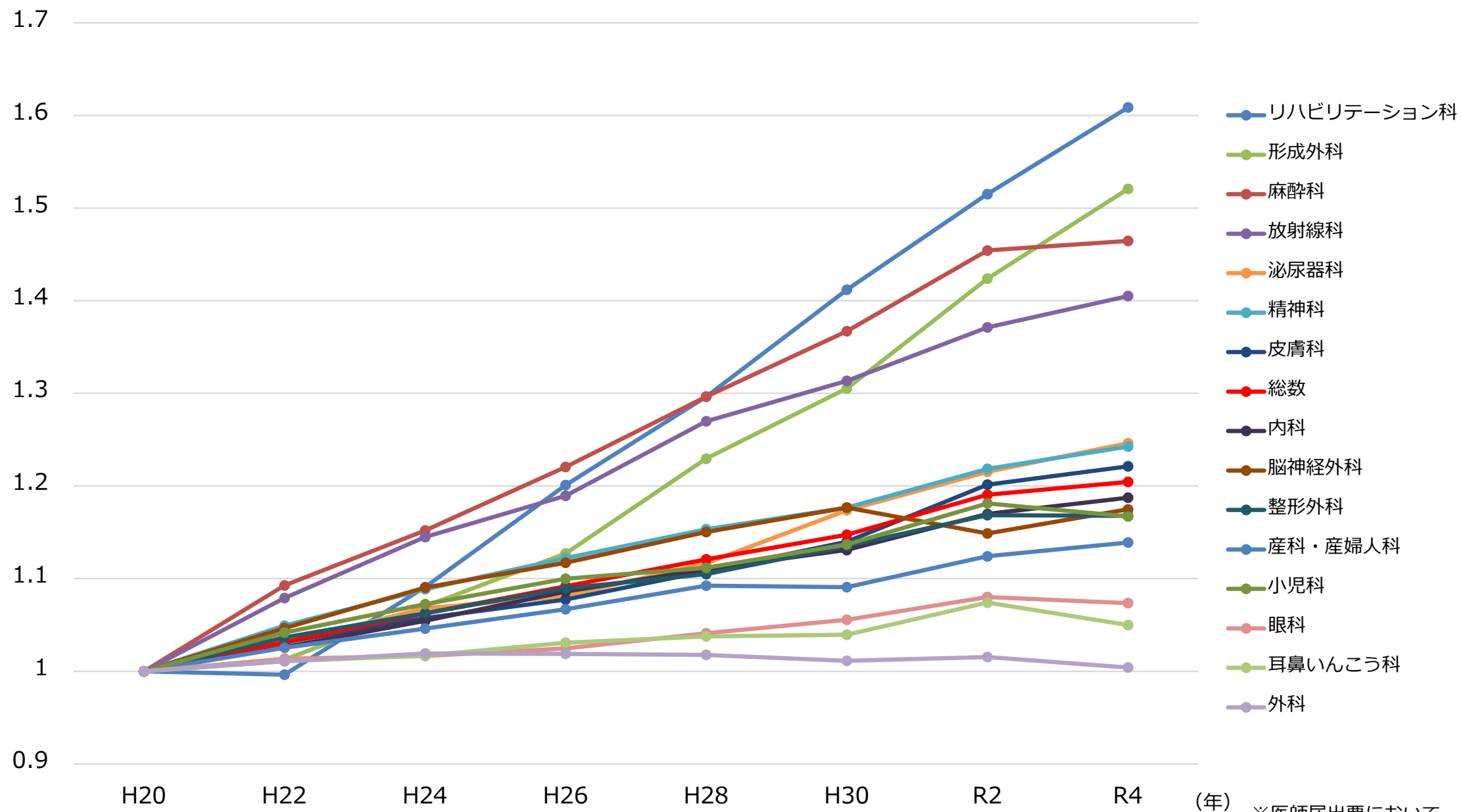
(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(7) 医師偏在指標のあり方

(8) 医師養成過程を通じた取組

(9) 診療科偏在の是正に向けた取組

診療科別医師数の推移（平成20年を1.0とした場合）



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

※医師届出票において、主たる診療科として選択された診療科を集計

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（抜粋）

健発0801第16号厚生労働省健康局長通知（令和4年8月1日）別添

- 整備指針において、地域連携の推進体制に関する要件が定められている。

II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制

(1) 診療機能

④ 地域連携の推進体制

- ア がん患者の紹介、逆紹介に積極的に取り組むとともに、以下の体制を整備すること。
 - i 緩和ケアの提供に関して、当該がん医療圏内の緩和ケア病棟や在宅緩和ケアが提供できる診療所等のマップやリストを作成する等、患者やその家族に対し常に地域の緩和ケア提供体制について情報提供できる体制を整備すること。
 - ii 希少がんに関して、専門家による適切な集学的治療が提供されるよう、他の拠点病院等及び地域の医療機関との連携及び情報提供ができる体制を整備すること。
 - iii 高齢のがん患者や障害を持つがん患者について、患者や家族の意思決定支援の体制を整え、地域の医療機関との連携等を図り総合的に支援すること。
 - iv 介護施設に入居する高齢者ががんと診断された場合に、介護施設等と治療・緩和ケア・看取り等において連携する体制を整備すること。
- イ 地域の医療機関の医師と診断及び治療に関する相互的な連携協力体制・教育体制を整備すること。
- ウ 当該がん医療圏内のがん診療に関する情報を集約し、当該がん医療圏内の医療機関やがん患者等に対し、情報提供を行うこと。
- エ がん患者に対して、周術期の口腔健康管理や、治療中の副作用・合併症対策、口腔リハビリテーションなど、必要に応じて院内又は地域の歯科医師と連携して対応すること。
- オ 地域連携時には、がん疼痛等の症状が十分に緩和された状態での退院に努め、退院後も在宅診療の主治医等の相談に対応するなど、院内での緩和ケアに関する治療が在宅診療でも継続して実施できる体制を整備すること。
- カ 退院支援に当たっては、主治医、緩和ケアチーム等の連携により療養場所等に関する意思決定支援を行うとともに、必要に応じて地域の在宅診療に携わる医師や訪問看護師等と退院前カンファレンスを実施すること。
- キ 当該がん医療圏において、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等の医療・介護従事者とがんに関する医療提供体制や社会的支援、緩和ケアについて情報を共有し、役割分担や支援等について検討する場を年1回以上設けること。また、緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること。
- ク 都道府県や地域の患者会等と連携を図り、患者会等の求めに応じてピア・サポートの質の向上に対する支援等に取り組むこと。

がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（抜粋）

健発0801第16号厚生労働省健康局長通知（令和4年8月1日）別添

- 整備指針において、人材育成に関する要件が定められている。

Ⅱ 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

4 人材育成

- (1) 自施設において、2に掲げる診療体制その他要件に関連する取組のために必要な人材の確保や育成に積極的に取り組むこと。特に、診療の質を高めるために必要な、各種学会が認定する資格等の取得についても積極的に支援すること。また、広告可能な資格を有する者のがん診療への配置状況について積極的に公表すること。
- (2) 病院長は、自施設においてがん医療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師等の専門性及び活動実績等を定期的に評価し、当該医師等がその専門性を十分に発揮できる体制を整備すること。
- (3) 「がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会の開催指針」（平成29年12月1日付け健発1201第2号厚生労働省健康局長通知の別添）に準拠し、当該がん医療圏においてがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修を、都道府県と協議の上、開催すること。また、自施設の長、および自施設に所属する臨床研修医及び1年以上自施設に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が当該研修を修了する体制を整備し、受講率を現況報告において報告すること。また、医師・歯科医師と協働し、緩和ケアに従事するその他の診療従事者についても受講を促すこと。なお、研修修了者について、患者とその家族に対してわかりやすく情報提供すること。
- (4) 連携する地域の医療施設におけるがん診療に携わる医師に対して、緩和ケアに関する研修の受講勧奨を行うこと。
- (5) (3)のほか、当該がん医療圏において顔の見える関係性を構築し、がん医療の質の向上につながるよう、地域の診療従事者を対象とした研修やカンファレンスを定期的に開催すること。
- (6) 自施設の診療従事者等に、がん対策の目的や意義、がん患者やその家族が利用できる制度や関係機関との連携体制、自施設で提供している診療・患者支援の体制について学ぶ機会を年1回以上確保していること。なお、自施設のがん診療に携わる全ての診療従事者が受講していることが望ましい。
- (7) 院内の看護師を対象として、がん看護に関する総合的な研修を定期的に実施すること。また、他の診療従事者についても、各々の専門に応じた研修を定期的に実施するまたは、他の施設等で実施されている研修に参加させること。
- (8) 医科歯科連携による口腔健康管理を推進するために、歯科医師等を対象とするがん患者の口腔健康管理等の研修の実施に協力すること。