

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

資料1

がん診療提供体制について

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

- ・がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2. 参考資料

第4期がん対策推進基本計画におけるがん医療提供体制に係る記載について

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

第4期がん対策推進基本計画(令和5年3月)(抜粋)

①医療提供体制の均てん化・集約化について

(現状・課題)

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

(取り組むべき施策)

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

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

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

I がん診療連携拠点病院等の指定について

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

〈都道府県協議会の主な役割〉

- (1)国のがん対策基本法及びがん対策推進基本計画、都道府県のがん対策推進計画等における患者本位のがん医療を実現する等の観点から、当該都道府県における対策を強力に推進する役割を担うこと。
- (2)都道府県全体のがん医療等の質の向上のため、次に掲げる事項を行い、都道府県内のどこに住んでいても適切な診断や治療にスムーズにアクセスできる体制を確保すること。
- ① 地域の実状に応じて、以下のアからケを参考に医療機関間の連携が必要な医療等について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。

ア 一部の限定的な医療機関でのみ実施される薬物療法

イ 集約化することにより予後の改善が見込まれる手術療法

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

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

オ 分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制

カ 小児がんの長期フォローアップを行う体制

キ AYA世代のがんの支援体制

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

ケ がんゲノム医療

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

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

- ② 地域がん診療病院とがん診療連携拠点病院とのグループ指定の組み合わせを調整・決定すること。
- ③ 都道府県内の拠点病院等の院内がん登録のデータやがん診療、緩和ケア、相談支援等の実績等を共有、分析、評価、公表等を行うこと。その上で、各都道府県とも連携し、Quality Indicatorを積極的に利用するなど、都道府県全体のがん医療の質を向上させるための具体的な計画を立案・実行すること。併せて、院内がん登録実務者の支援を含めて都道府県内のがん関連情報収集や利活用等の推進に取り組むこと。
- ④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。
- ⑤ 当該都道府県における特定機能病院である拠点病院等と連携し、地域におけるがん診療に従事する診療従事者の育成及び適正配置に向けた調整を行うこと。
- ⑥ IIの4の(3)に基づき当該都道府県における拠点病院等が実施するがん医療に携わる医師等を対象とした緩和ケアに関する研修やその他各種研修に関する計画を作成すること。
- ⑦ 当該都道府県内の医療機関における診療、緩和ケア外来、がん相談支援センター、セカンドオピニオン、患者サロン、患者支援団体、在宅医療等へのアクセスについて情報を集約し医療機関間で共有するとともに、冊子やホームページ等でわかりやすく広報すること。
- ⑧ 国協議会との体系的な連携体制を構築すること。
- ⑨ 国立がん研究センターによる研修に関する情報や国協議会での協議事項が確実に都道府県内で共有・実践される体制を整備すること。
- ⑩ 感染症のまん延や災害等の状況においても必要ながん医療を提供する体制を確保するため、当該都道府県や各がん医療圏におけるBCPについて議論を行うこと。
- ⑪ 地域における医療情報の共有の取組について、がんの分野からも検討し、体制整備に取り組むこと。

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

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。

がん医療提供体制の均てん化・集約化について

対応の方向性

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

がん診療提供体制のあり方に関する検討会の今後のスケジュール(案)

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

第16回 令和6年12月23日

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

第17回 令和7年3月21日

- がん医療提供体制の均てん化・集約化について
- がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方等について
 - ①手術療法について(日本癌治療学会より発表)
 - ②薬物療法について(日本臨床腫瘍学会より発表)
 - ③放射線治療について(日本放射線腫瘍学会より発表)
- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理(骨子案)について(資料2)

令和7年6月頃

- がん医療提供体制の均てん化・集約化に関する議論の整理を行う予定。

(その後の想定スケジュール)

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

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

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

背景

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

がん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方について

(1)2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方

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

(2)都道府県協議会でのがん医療提供体制の均てん化・集約化の進め方について

① 都道府県協議会の体制

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

② 都道府県協議会での協議事項

- 別途国から提供する将来推計、院内がん登録等のデータ、がん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方を参照し、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について分析する。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化する。

- 均てん化・集約化の推進状況(受療動向の変化等)を院内がん登録等の情報を用いて継続的にフォローアップする。
 - 空白のがん医療圏を中心に、がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討する。
 - がん患者が、安全かつ質の高い治療を適切なタイミングでアクセスすることができるよう、都道府県内の個別医療機関ごとの診療実績を院内がん登録等の情報を用いて一元的に発信することを検討する。
- #### ③ 都道府県協議会事務局の役割
- 都道府県協議会での議論に資するデータの整理・提供を行う。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論が出来るように考慮する。
 - 都道府県内におけるがん医療の均てん化・集約化に係る医療機能の役割分担について必要な調整を行う。
 - 都道府県内在住のがん患者が、安全かつ質の高い治療を適切なタイミングでアクセスすることができるよう、都道府県内の個別医療機関ごとの適切な一元的情報発信を行う。

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

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

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

A. 医療需給の観点から集約化を検討すべき医療としては、表における①、②、③の医療が対象と考えられる。

- ① 医療需要が多い一方で、医療提供体制は必ずしも充足していない医療
- ② 医療資源の散在により医療需要と医療提供体制のアンバランスが生じる可能性がある医療
- ③ 医療提供体制は充足しているが、医療需要が少ないため、非効率な医療提供体制となる医療

B. 医療技術の観点

① 新規又は高難度の技術

- 新たなモダリティを用いた診断・治療
- 長期の修練を要する外科手術 等



② 有り

- 特殊な放射線治療設備 等

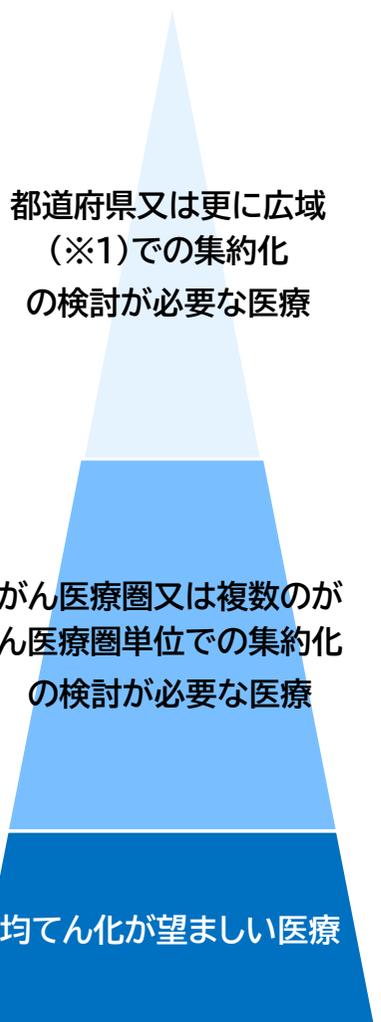


B. 医療技術の観点から集約化を検討すべき医療としては、以下の視点を考慮する必要性が考えられる。

- ① 新規モダリティまたは標準化されているとは言えない高度な医療
- ② 特殊な設備等を必要とする医療

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

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



想定される提供主体	均てん化・集約化の考え方
<ul style="list-style-type: none"> 国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院 地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等 	<p>集約化の考え方 (医療技術の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>(医療需給の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>※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。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>均てん化の考え方</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。
<ul style="list-style-type: none"> 患者にとって身近な診療所等 	

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

1. 2040年を見据えたがん医療提供体制の構築について

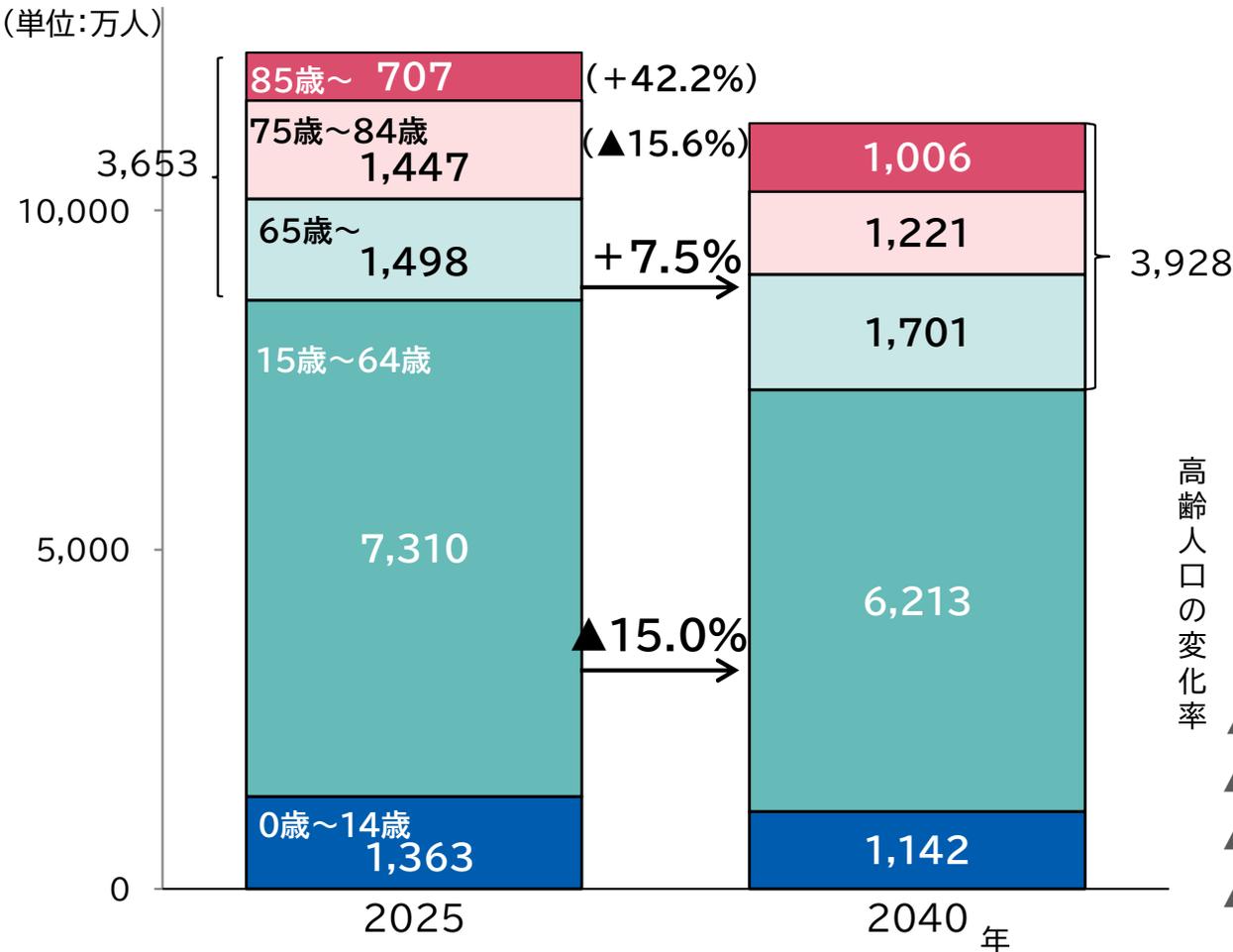
・がん医療提供体制の均てん化・集約化について

2. 参考資料

2040年の人口構成について

- 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。
- 地域ごとにみると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

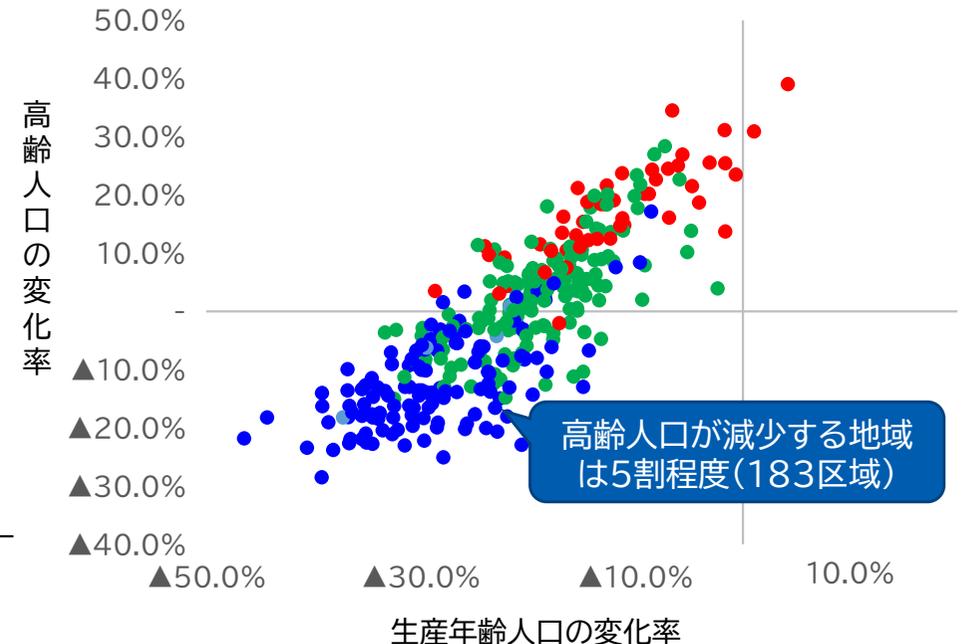
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

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

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



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

新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会報告書より作成

医療提供体制の現状と目指すべき方向性

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

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

新たな地域医療構想

(1)基本的な考え方

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

(2)病床機能・医療機関機能

① 病床機能

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

② 医療機関機能報告(医療機関から都道府県への報告)

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

③ 構想区域・協議の場

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

(3)地域医療介護総合確保基金

- ・医療機関機能に着目した取組の支援を追加

(4)都道府県知事の権限

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

(5)国・都道府県・市町村の役割

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

(6)新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- ・精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

高齢者の急性期における疾病の特徴

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%

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。

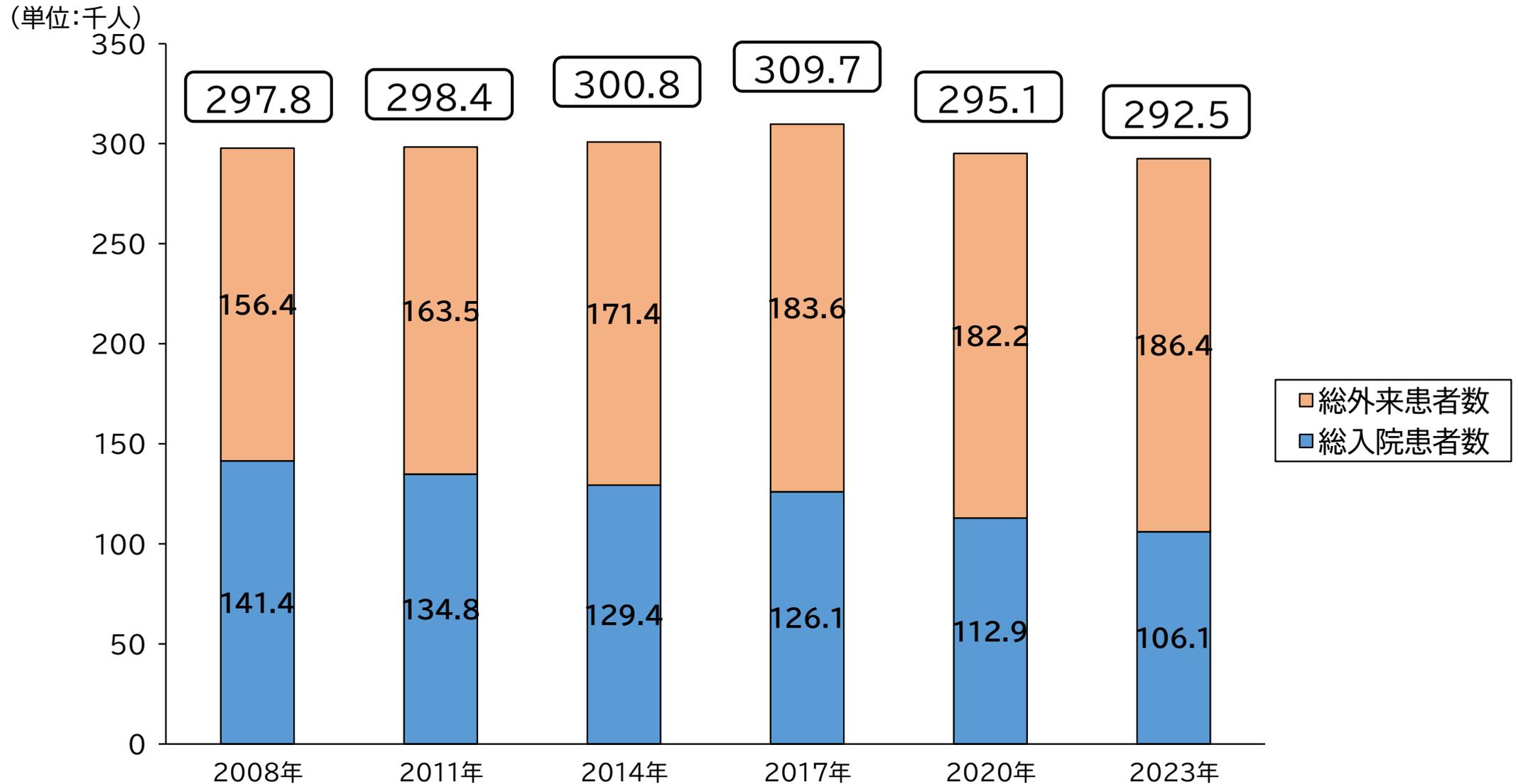
※がん治療では、複数の治療方法が組み合わせて実施されるため、同一症例において複数の治療方法が実施され得る。この場合、全ての治療方法が登録される。

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。

全国のがんの推計患者数の推移

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

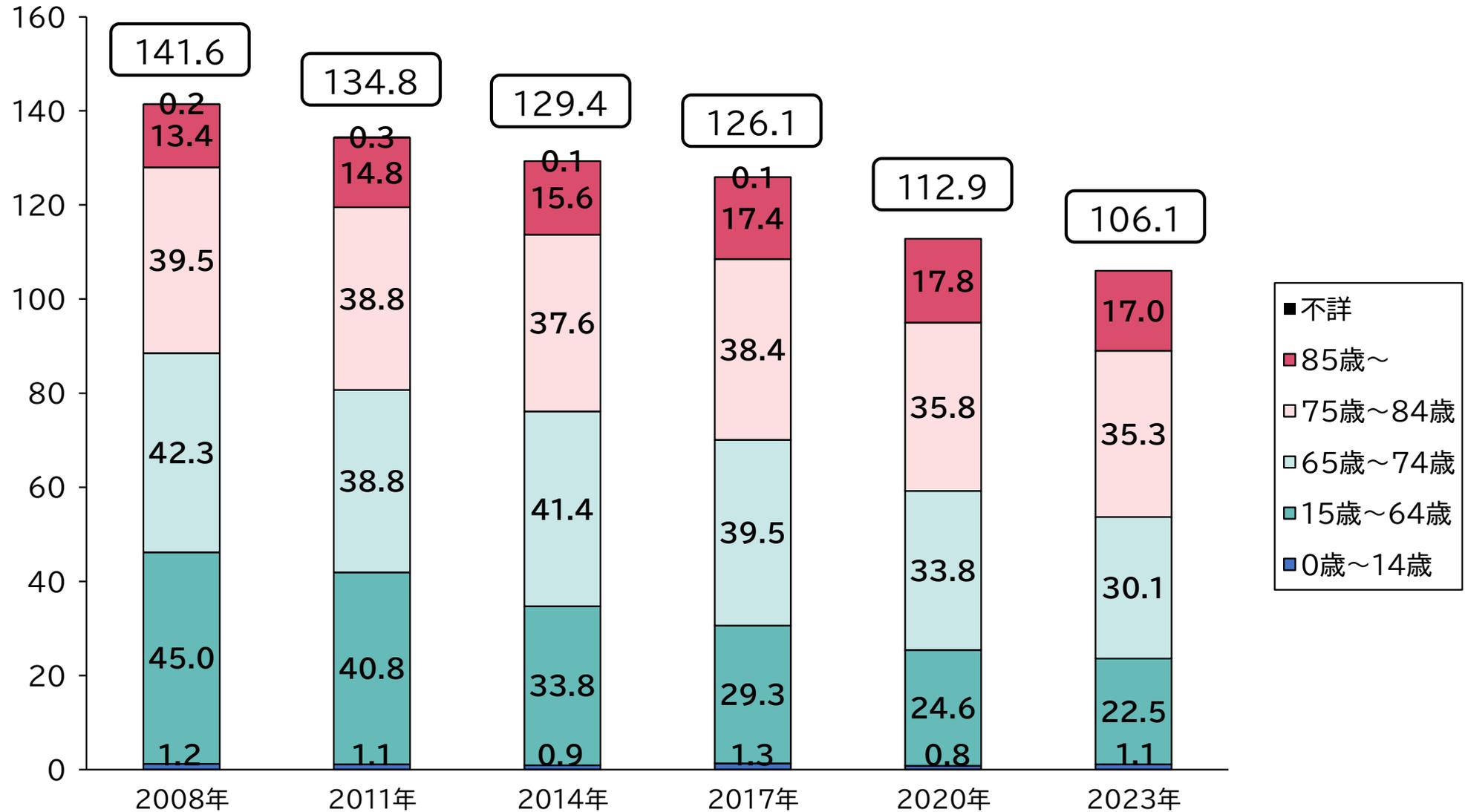


※調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数
出典:「患者調査」を用いて、厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課において作成

全国のがんの推計入院患者数の経年推移（年齢階級内訳）

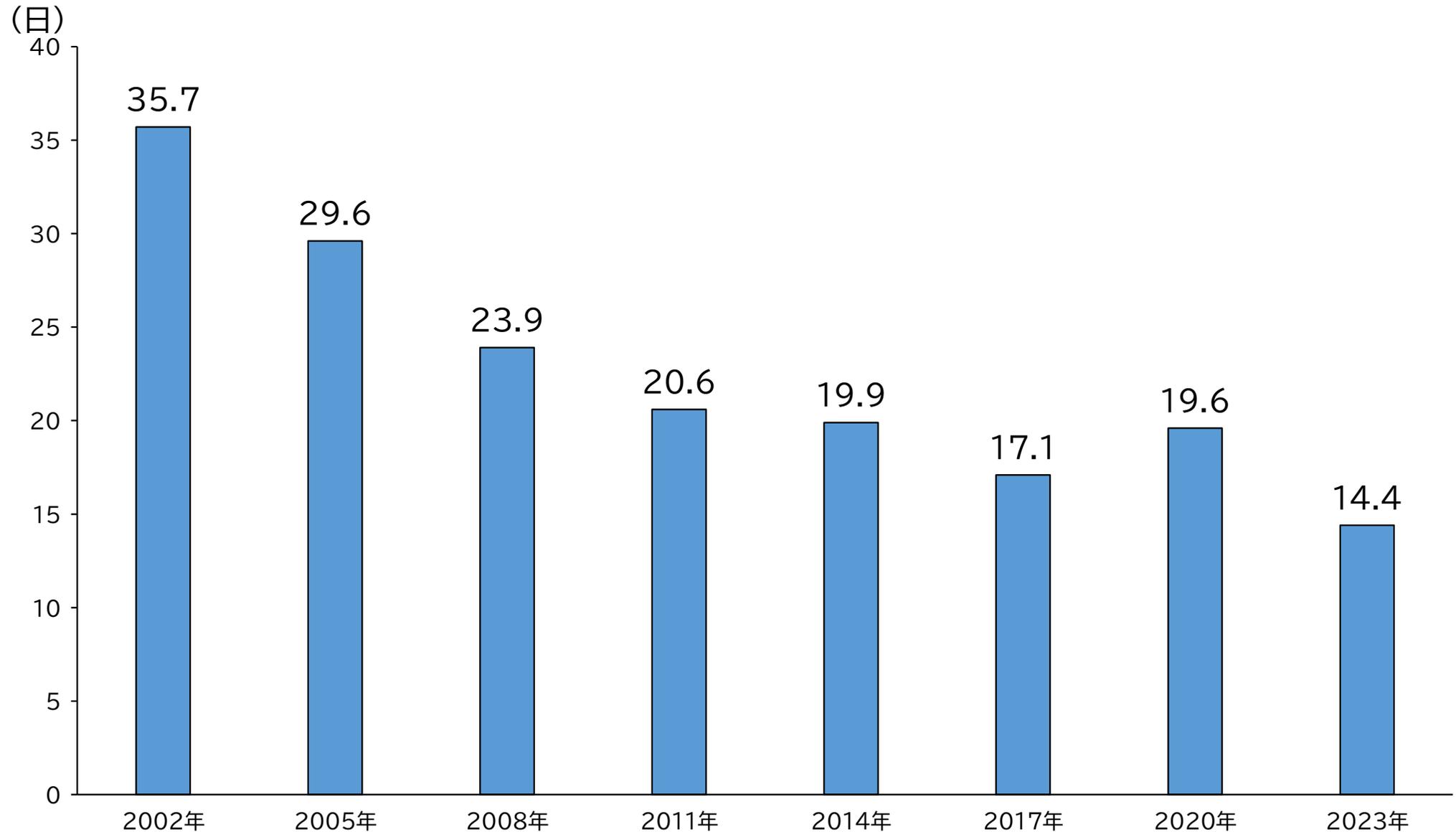
- 全国のがんの推計入院患者数は年々減少傾向である。

(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。

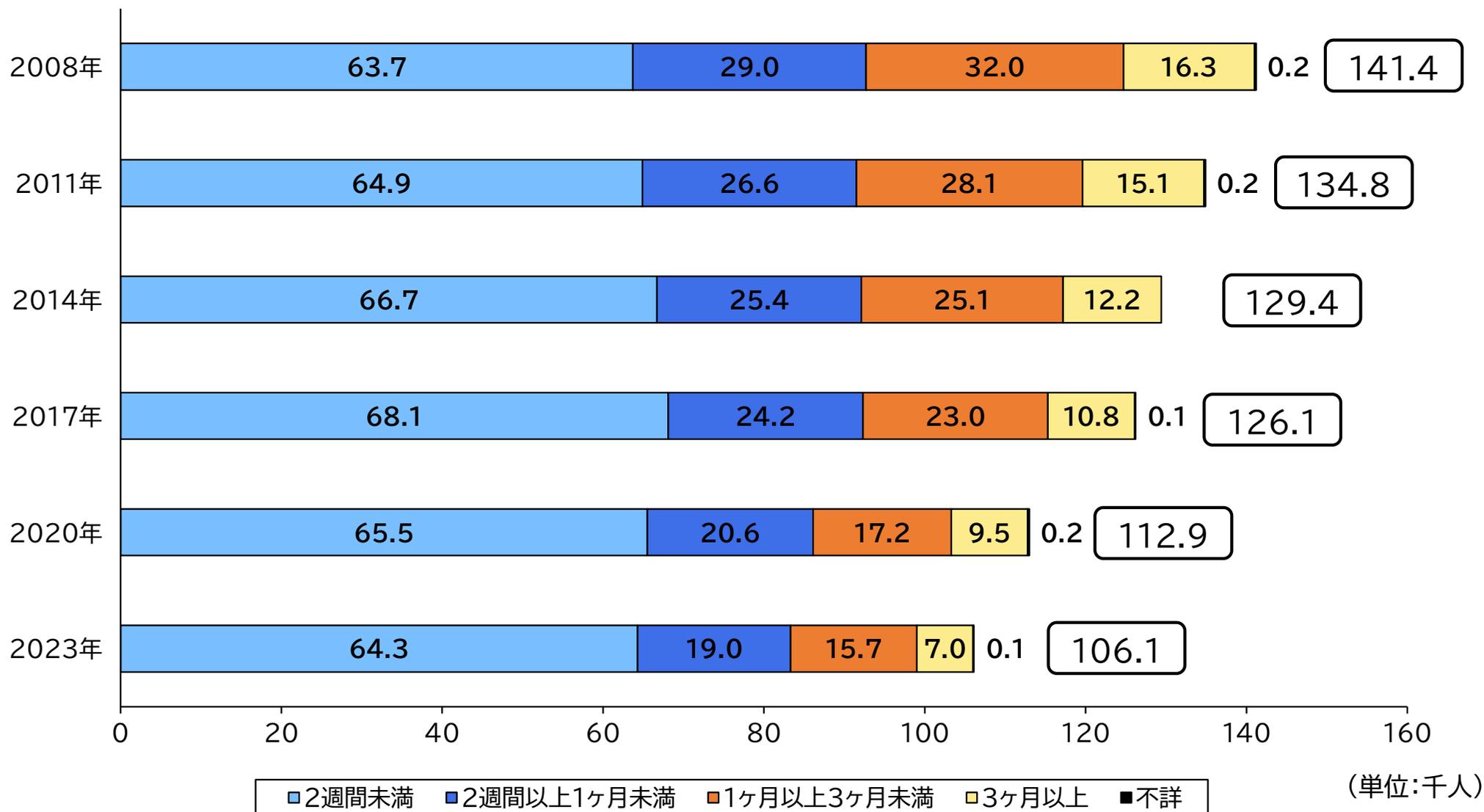


※調査対象期間中(9月1日~30日)に退院した患者の在院日数の平均

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

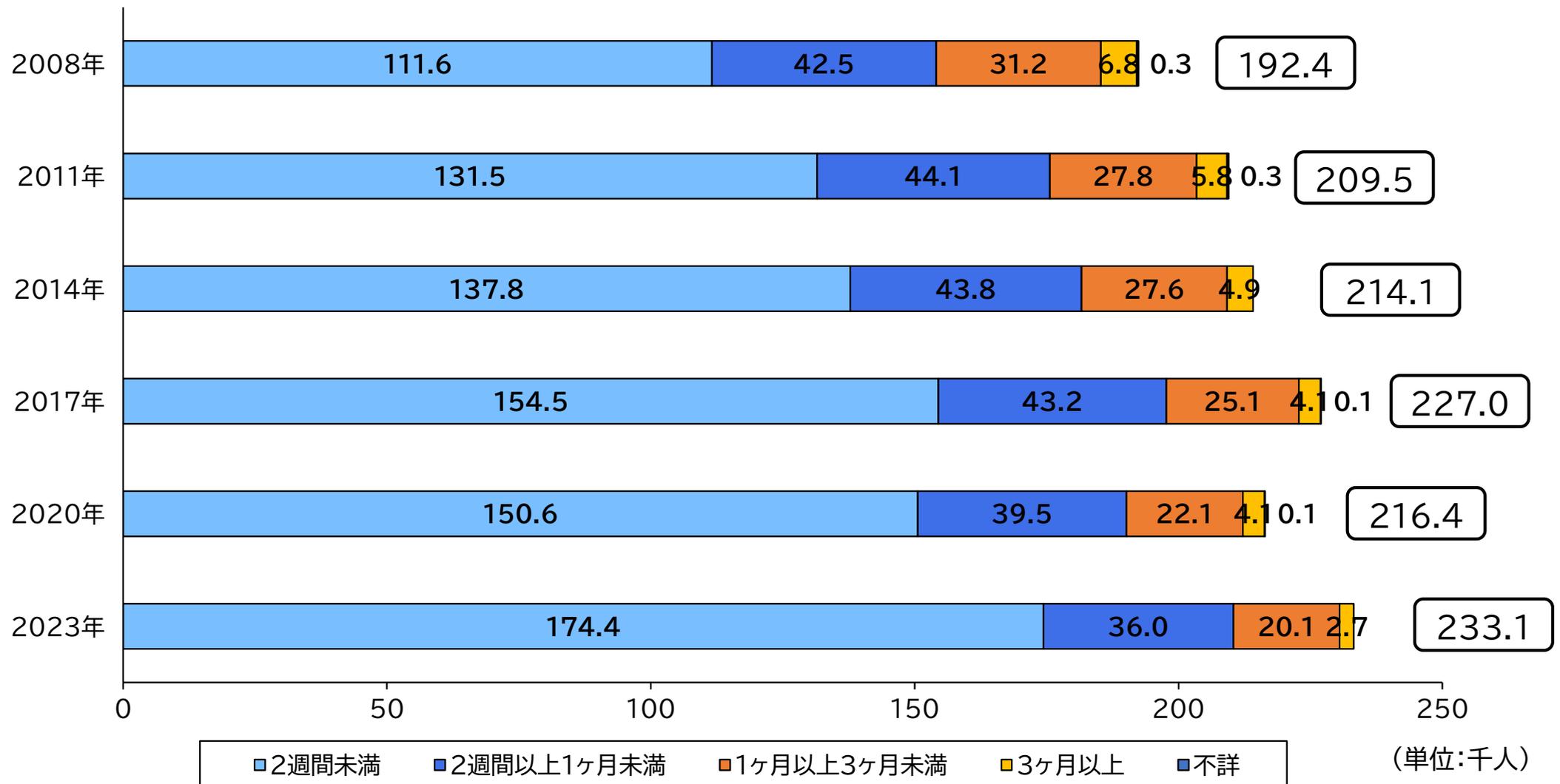
全国のがんの推計入院患者数の経年推移（在院期間別内訳）

- 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

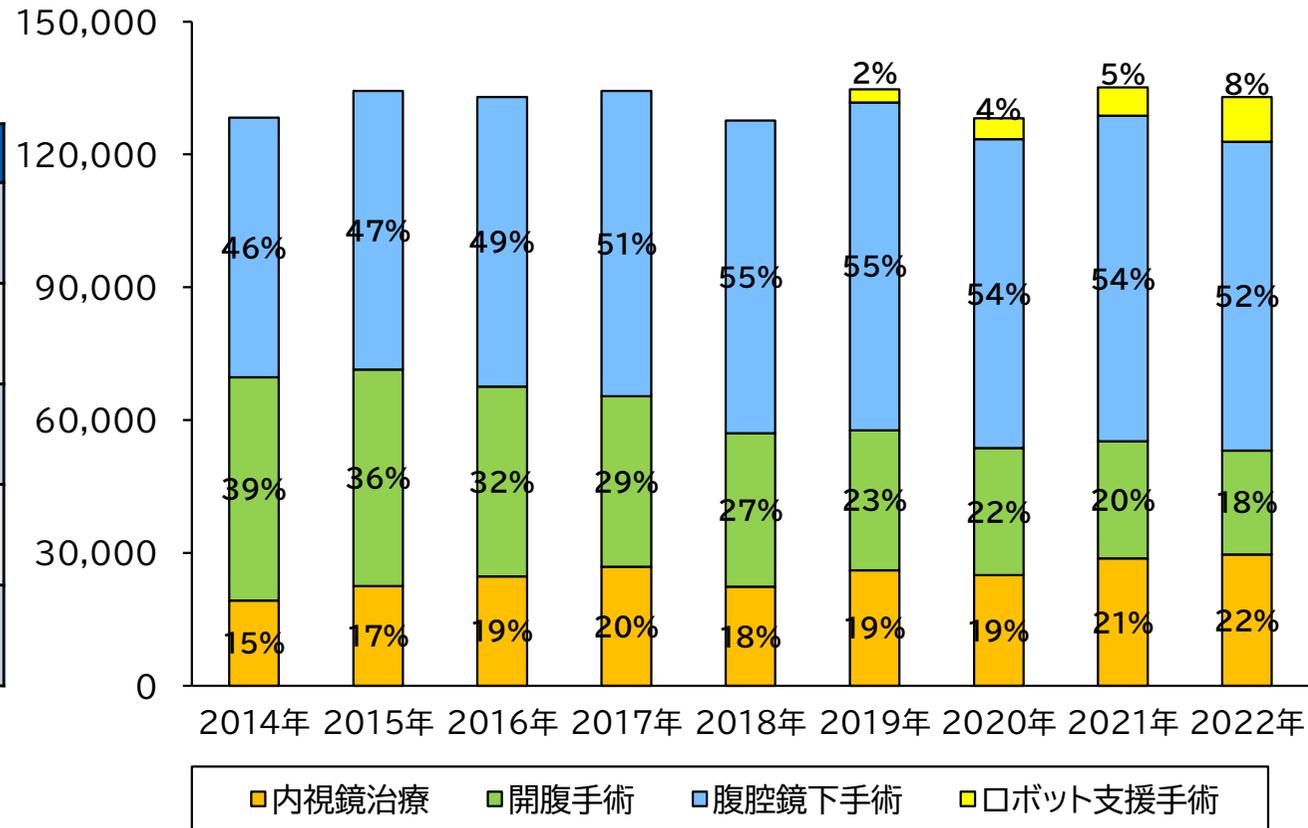
低侵襲治療の拡大(大腸の悪性新生物)

- 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。

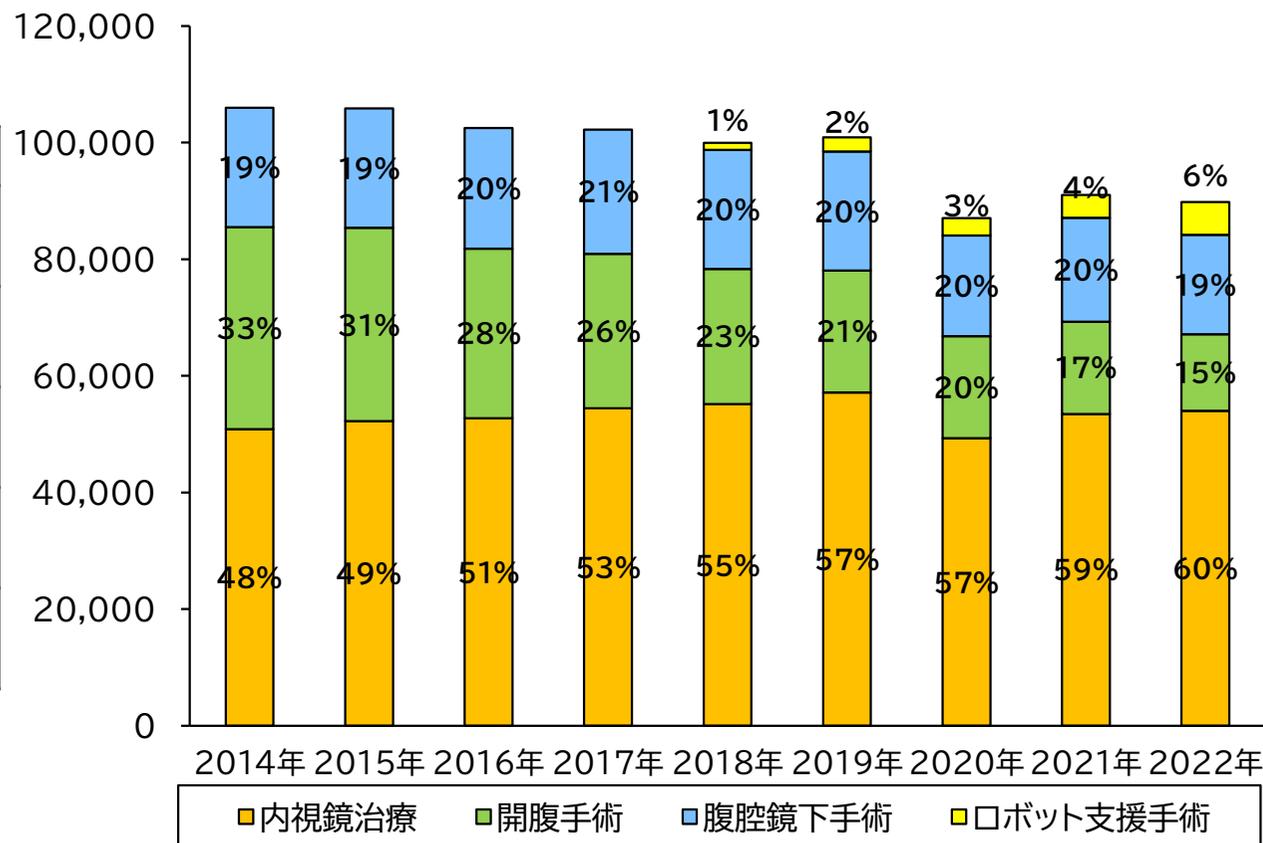
低侵襲治療の拡大(胃の悪性新生物)

- 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)

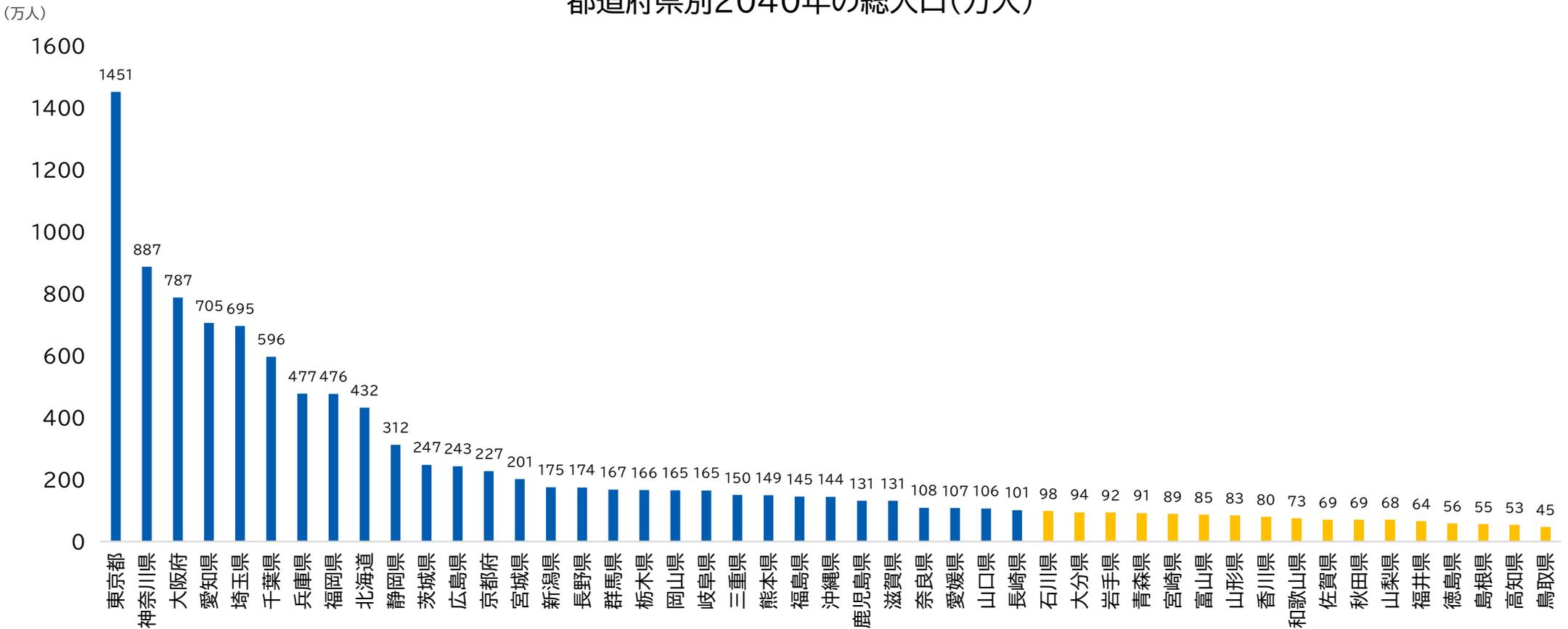


※ 内視鏡治療は胃・十二指腸を対象にした内視鏡治療算定回数を計上。2021年院内がん登録+DPCのデータより胃の悪性新生物(臨床病期Ⅰ,Ⅱ,Ⅲ)に対する内視鏡治療・開腹手術・腹腔鏡下手術の術後在院日数の中央値(IQR)を分析するとそれぞれ6(5-7)日、14(11-21)日、11(9-14)日であった。

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)」

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、地对協・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。地对協・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

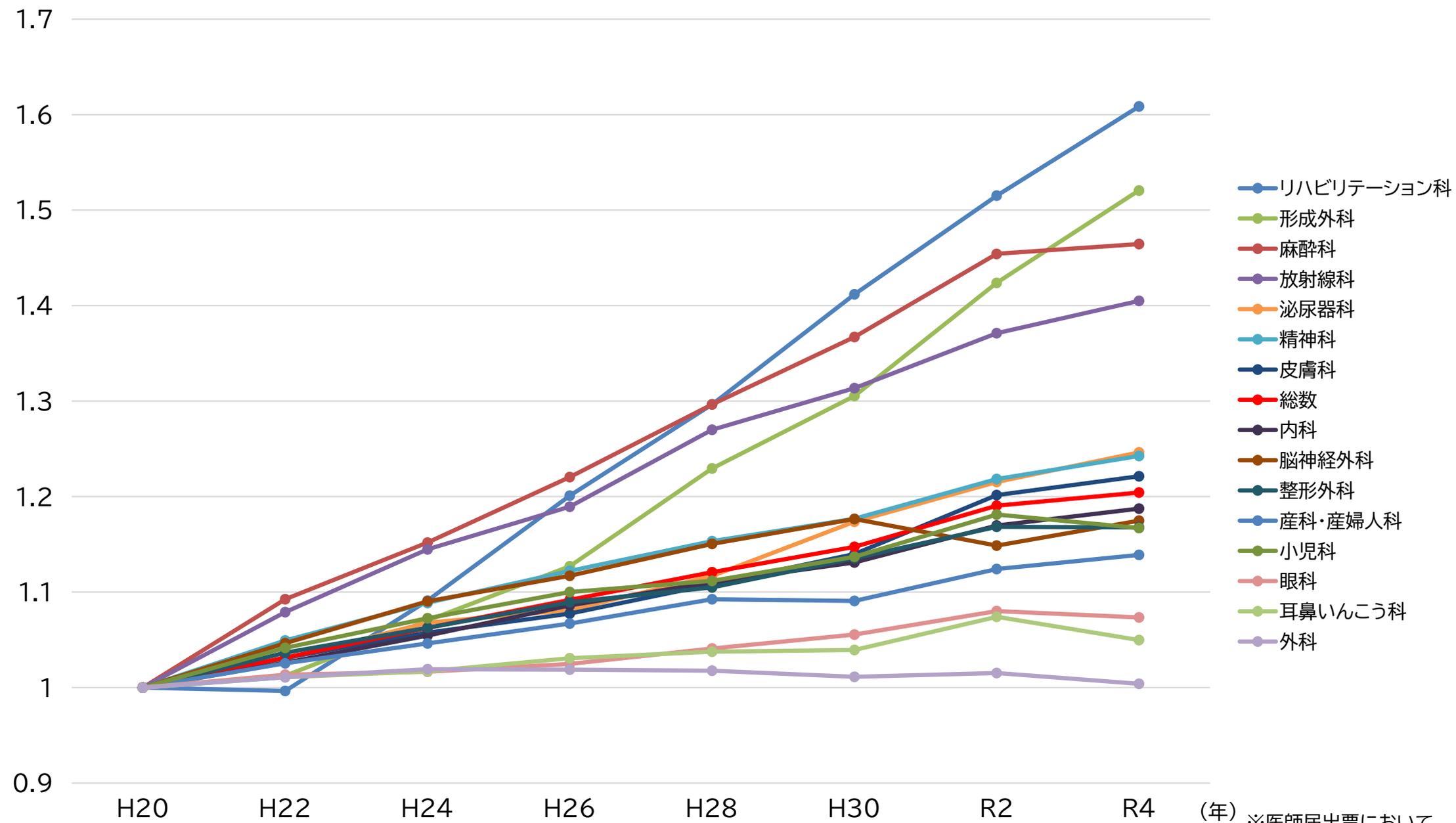
(6) 都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定

(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

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制度

令和6年4月現在

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

特例型は、指定要件を満たしていない場合に1年の期間を定めて指定される。

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

国



国立がん研究センター

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

都道府県



都道府県がん診療連携拠点病院

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

がん医療圏



地域がん診療連携拠点病院

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

がん医療圏



地域がん診療病院

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

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

均てん化・集約化に取り組む医療のイメージ(たたき台)

	診断	手術療法	薬物療法	放射線療法	その他
<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:膵頭十二指腸切除術、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

空白のがん医療圏について

がん医療圏

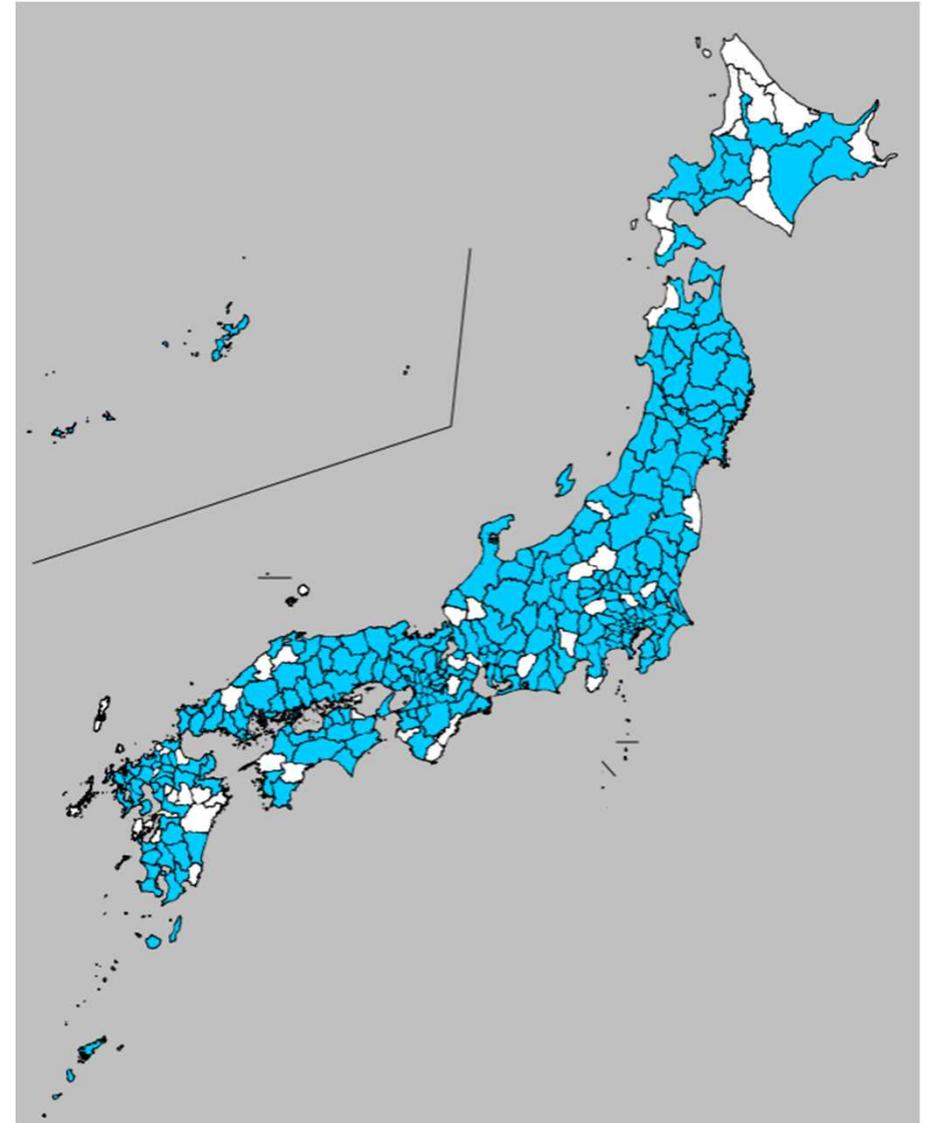
- 都道府県は都道府県拠点病院を1か所、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4に基づく医療計画で定めるがん医療圏毎にがん診療連携拠点病院を1か所、それぞれ整備するものとしている。
- また、がん診療連携拠点病院の無いがん医療圏に地域がん診療病院を1か所整備できるものとしている。
- 40の都道府県ではがん医療圏は二次医療圏と一致し、7つの県(秋田、石川、三重、兵庫、和歌山、香川、宮崎(※1))では、二次医療圏と異なる独自のがん医療圏を設定している。

空白のがん医療圏

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

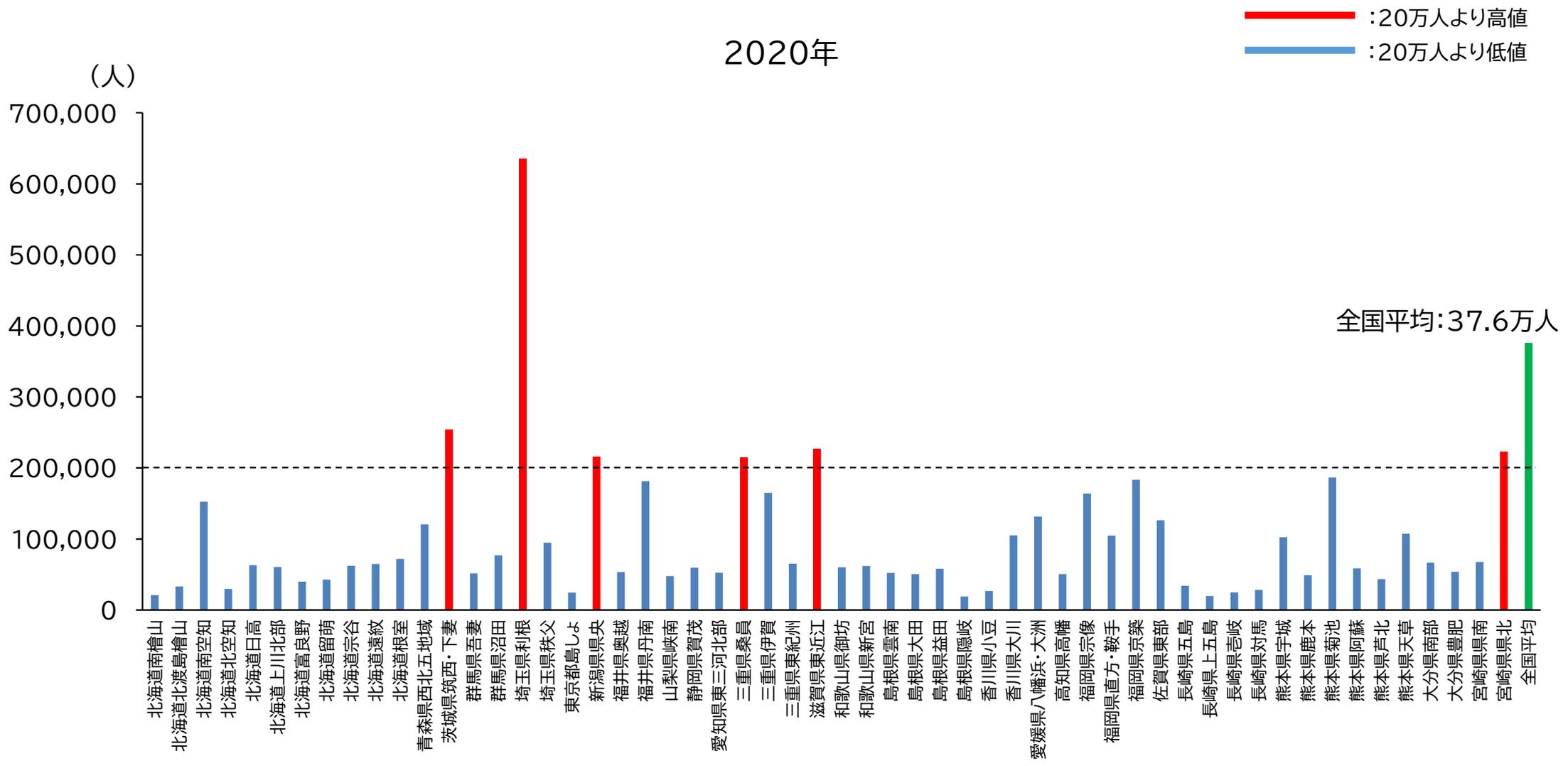
※1 石川、和歌山、宮崎は二次医療圏を統合し、秋田、三重、兵庫、香川は二次医療圏を細分化してがん医療圏を設定している。

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



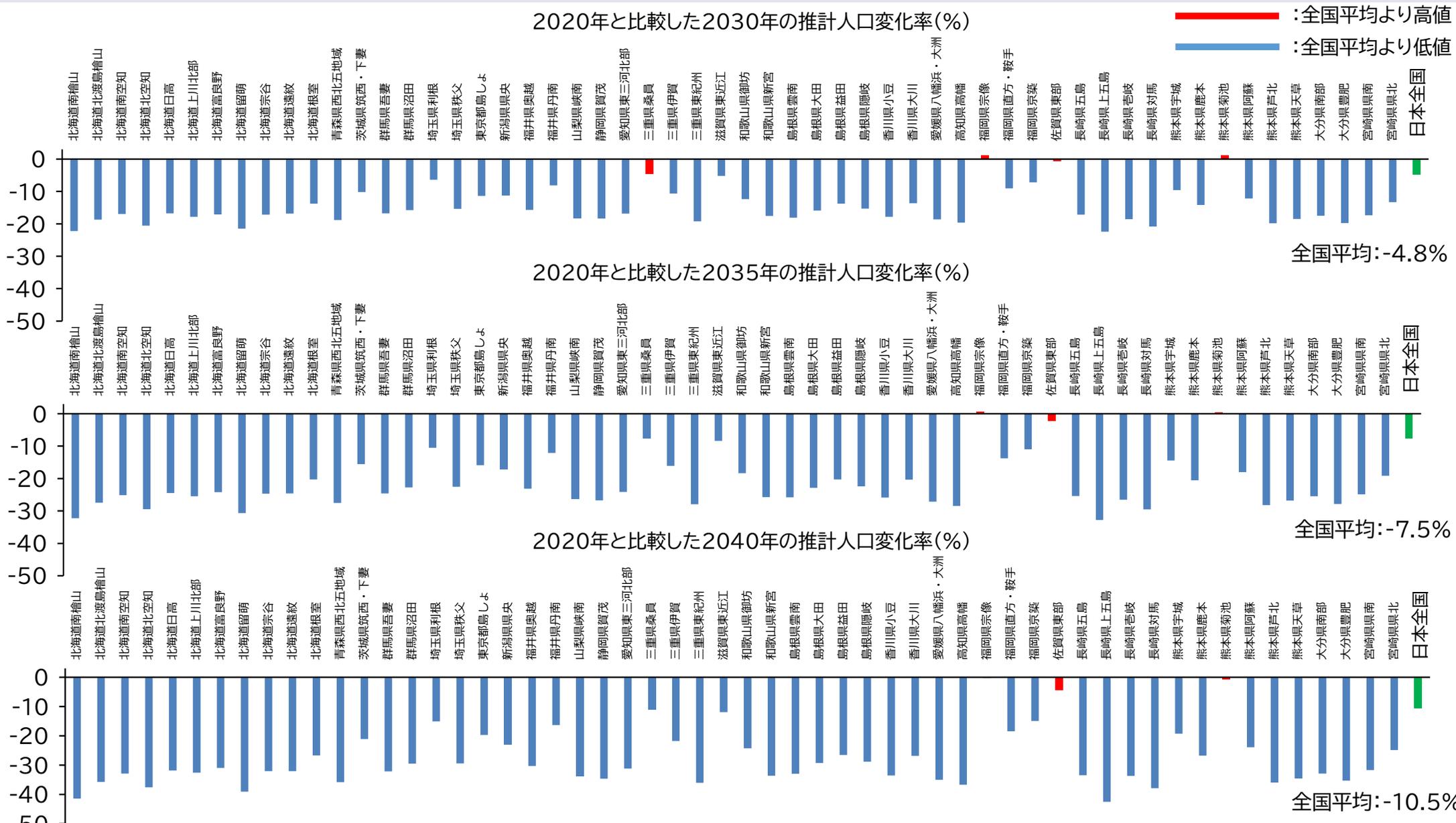
空白のがん医療圏における人口

- 大半の空白のがん医療圏は、人口が20万人以下である。



空白のがん医療圏における人口推計

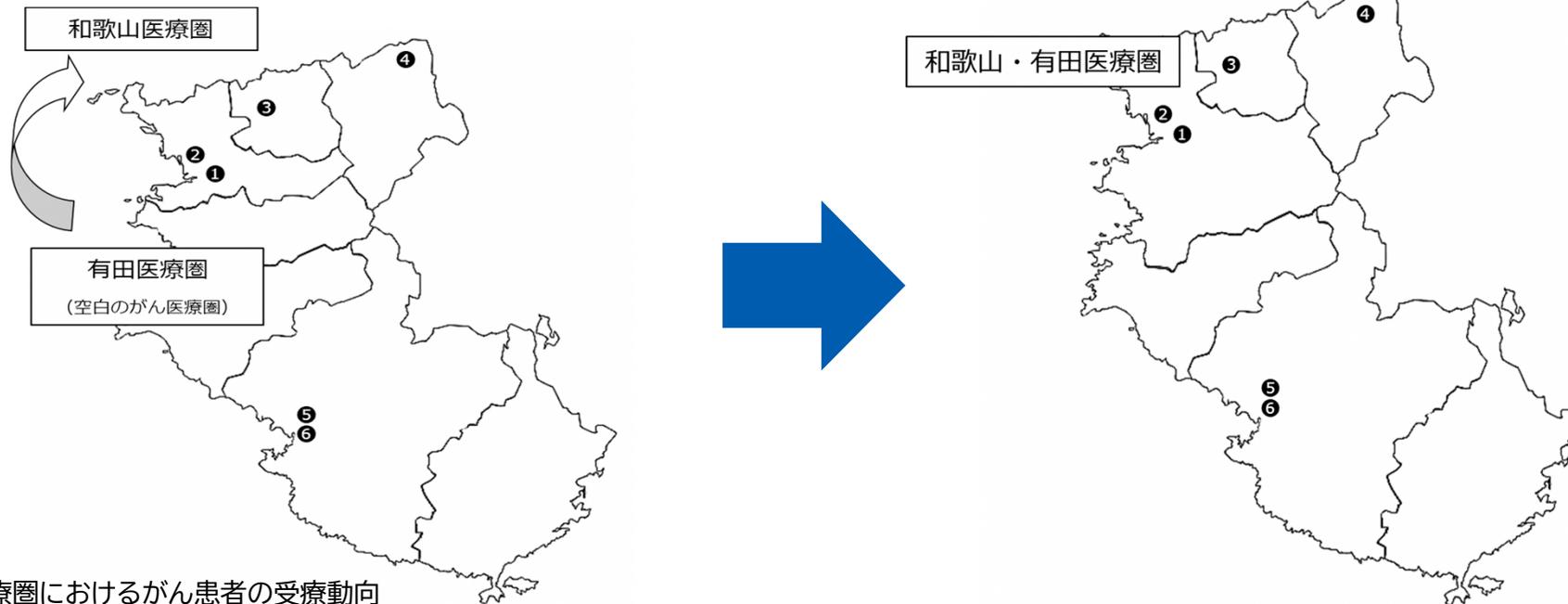
- 空白のがん医療圏における人口を2020年と2030年・2035年・2040年の推計人口と比較すると、大半の空白のがん医療圏で全国平均より大きな人口減少が見込まれる。



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。

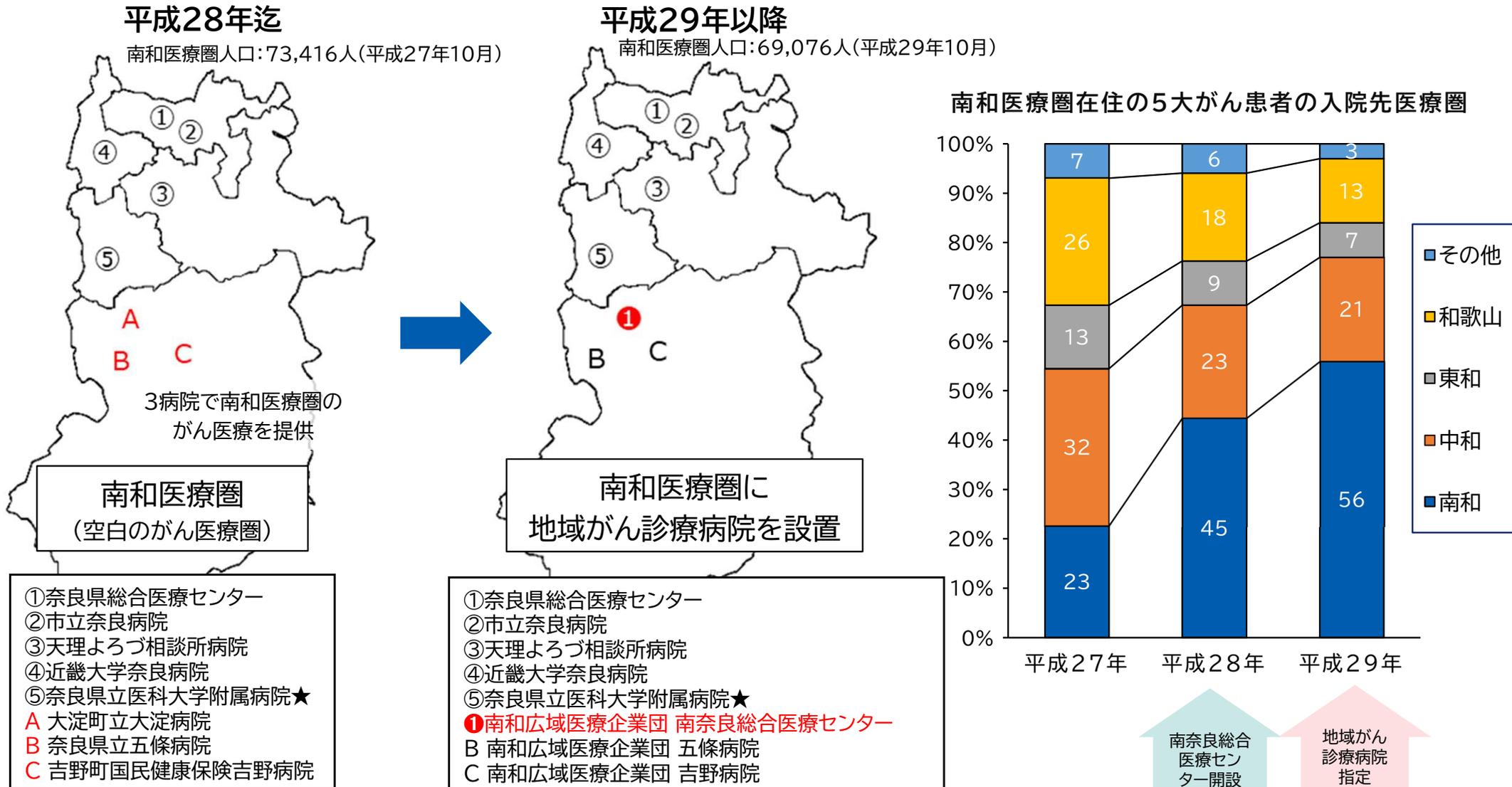
[和歌山県におけるがん医療圏の変化]



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。



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