

# 第18回都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会

## がん診療提供体制のあり方に関する検討会の経過報告

厚生労働省 健康・生活衛生局  
がん・疾病対策課長 鶴田 真也

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

# 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

- がんの1次予防
  - 生活習慣について
  - 感染症対策について
- がんの2次予防（がん検診）
  - 受診率向上対策について
  - がん検診の精度管理等について
  - 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

- がん医療提供体制等
  - 医療提供体制の均てん化・集約化について
  - がんゲノム医療について
  - 手術療法・放射線療法・薬物療法について
  - チーム医療の推進について
  - がんのリハビリテーションについて
  - 支持療法の推進について
  - がんと診断された時からの緩和ケアの推進について
  - 妊孕性温存療法について
- 希少がん及び難治性がん対策
- 小児がん及びAYA世代のがん対策
- 高齢者のがん対策
- 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

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

#### 4. これらを支える基盤

- 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
- 人材育成の強化
- がん教育及びがんに関する知識の普及啓発
- がん登録の利活用の推進
- 患者・市民参画の推進
- 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

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

# 2040年を見据えたがん診療提供体制のあり方に関する検討について

- 全国どこにいても質の高いがん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の整備が進められてきた。
- 第4期がん対策推進基本計画において、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こととされており、今後のがん診療提供体制について検討中。

## がん診療提供体制のあり方に関する検討会開催状況

回数	開催日	協議事項等
第16回	令和6年12月23日	<ul style="list-style-type: none"> <li>• がん医療提供体制の均てん化・集約化について</li> </ul>
第17回	令和7年3月21日	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• 3大療法について(関係学会より発表)</li> <li>• 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</li> </ul>
第18回	令和7年6月23日	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
第19回	令和7年7月25日	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>

## がん診療提供体制のあり方に関する検討会構成員

○:座長

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

## 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

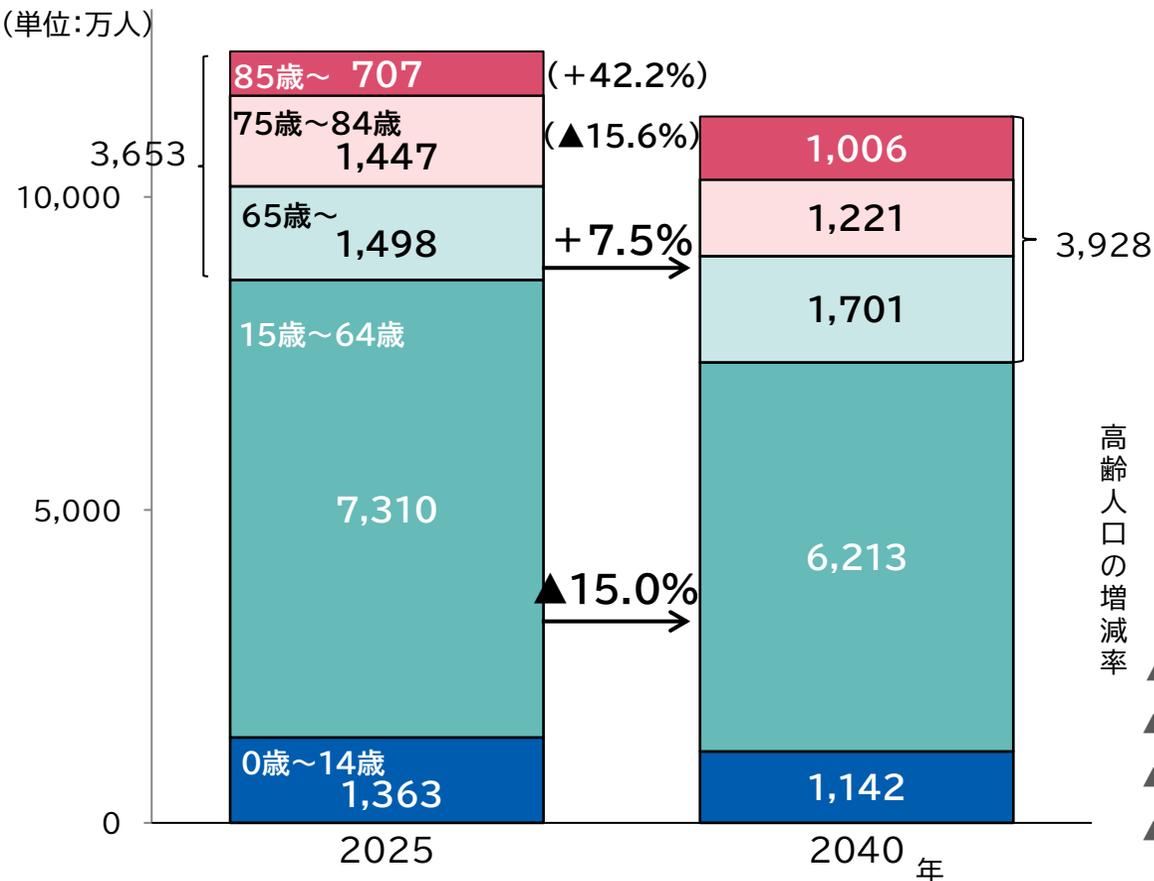
(その後の想定スケジュール)

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

# 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。

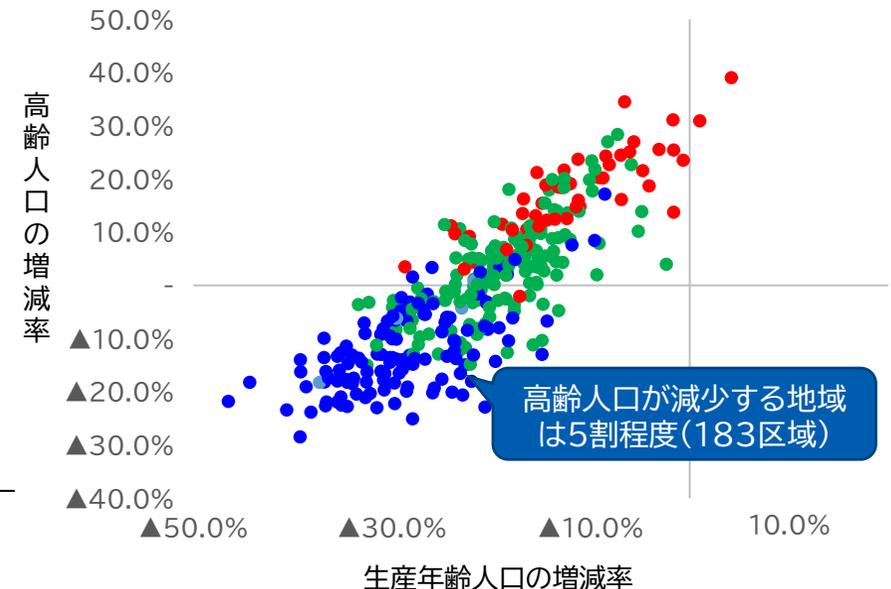
## <人口構造の変化>



## <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%

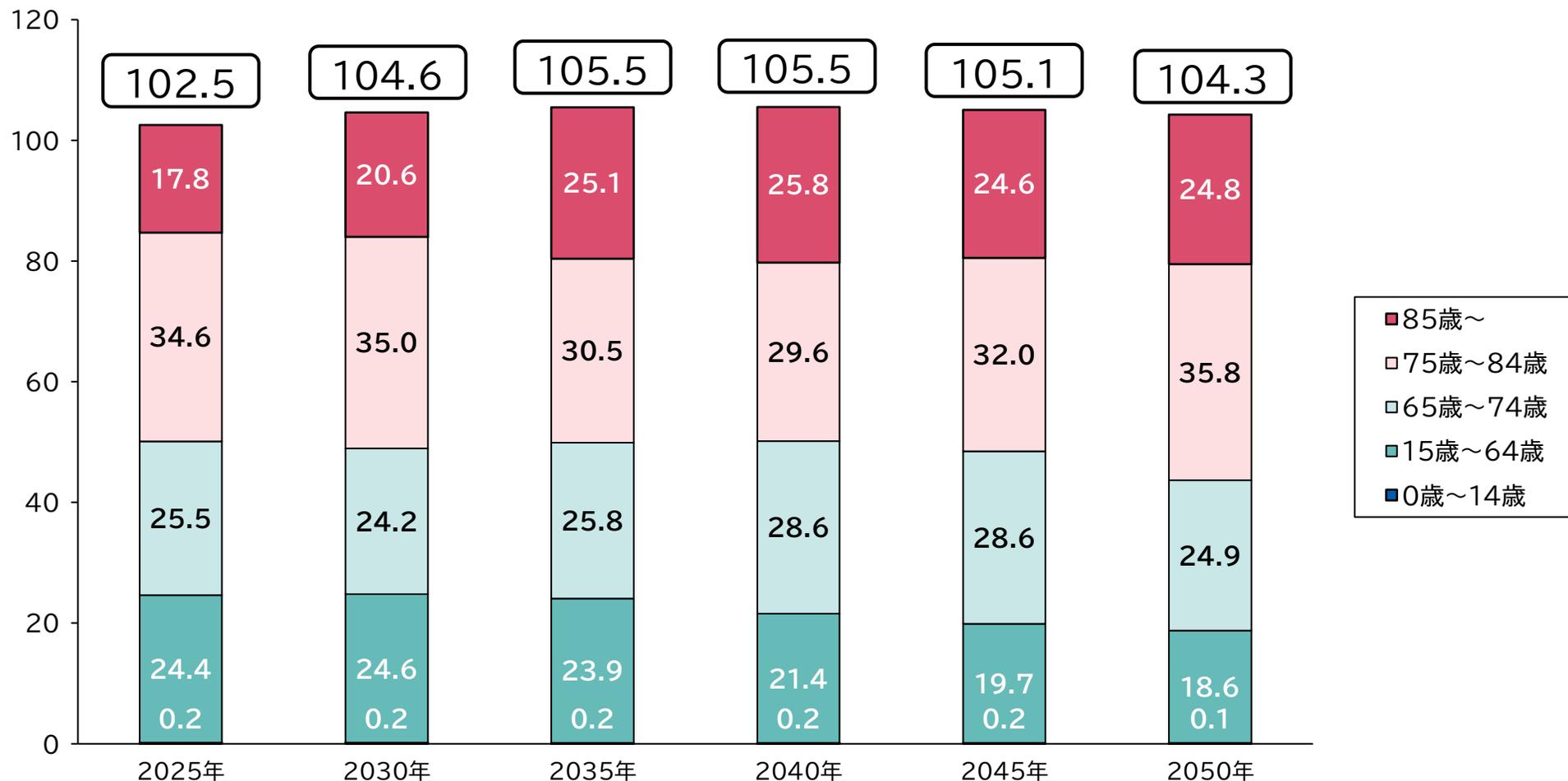
大都市部 : 人口が100万人以上(又は人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上)  
 地方都市部: 人口が20万人以上(又は人口10～20万人(かつ)人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上)  
 過疎地域: 上記以外



## 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)

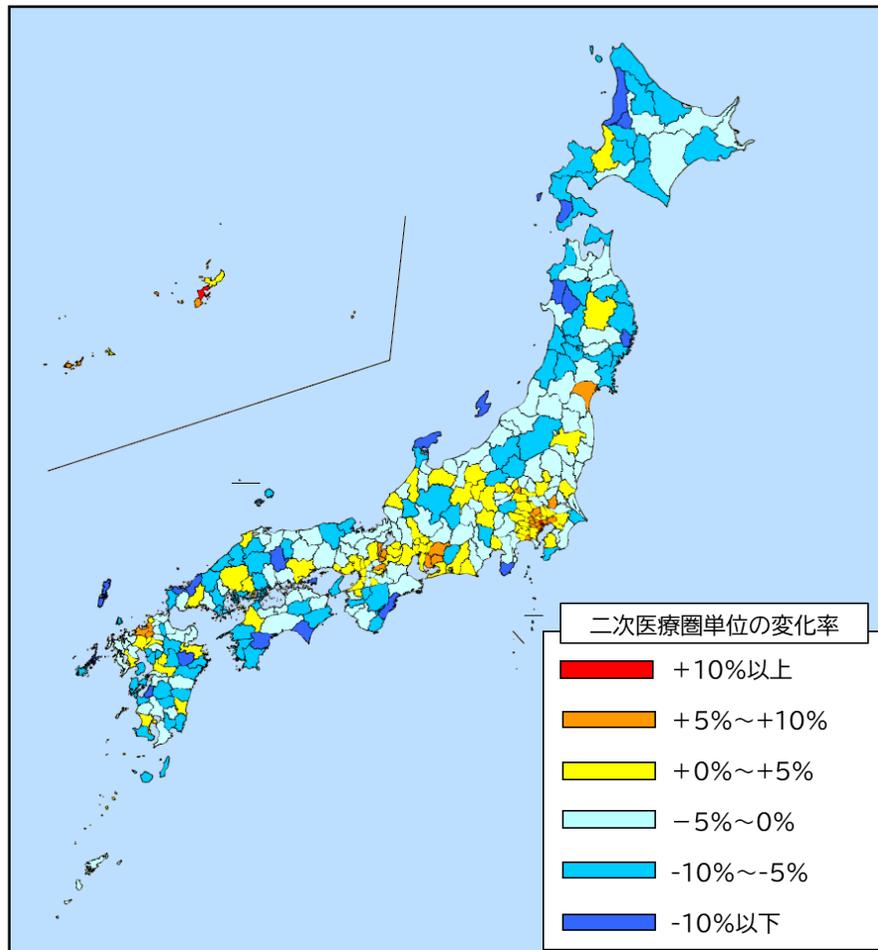




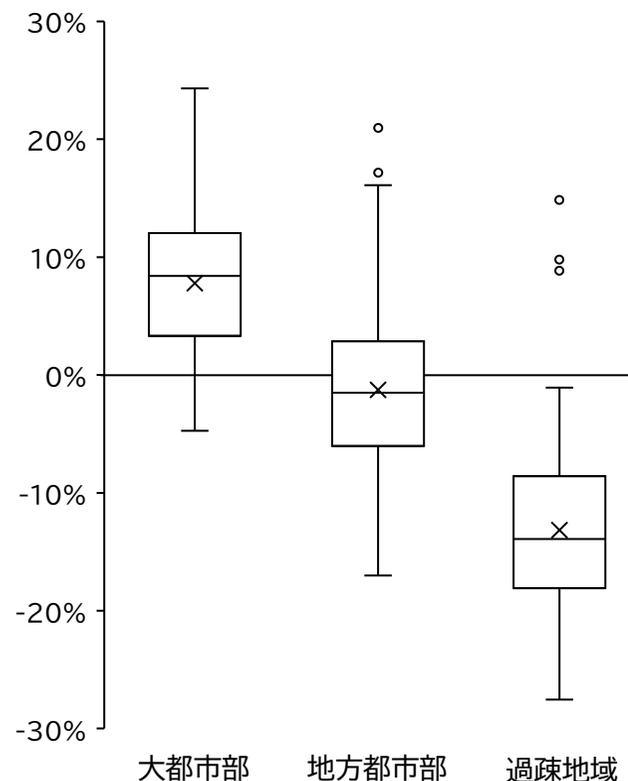
## がん罹患率の変化率(二次医療圏単位)

- 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(都市型分類別※)

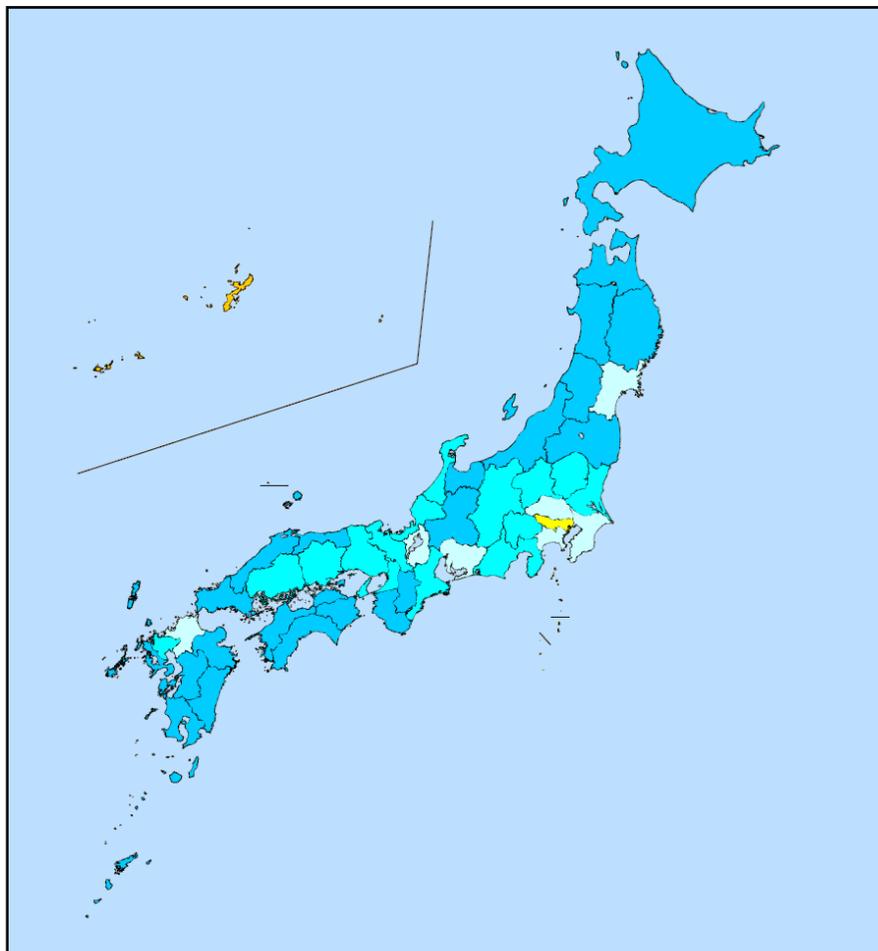


※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10~20万人(かつ)人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上、過疎地域:上記以外  
出典:国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)の都道府県別がん罹患データ(2017年~2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いてをがん・疾病対策課において作成  
福島県「浜通り地域」に属する13市町村(いわき市、相馬市、南相馬市、広野町、檜葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾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

# 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

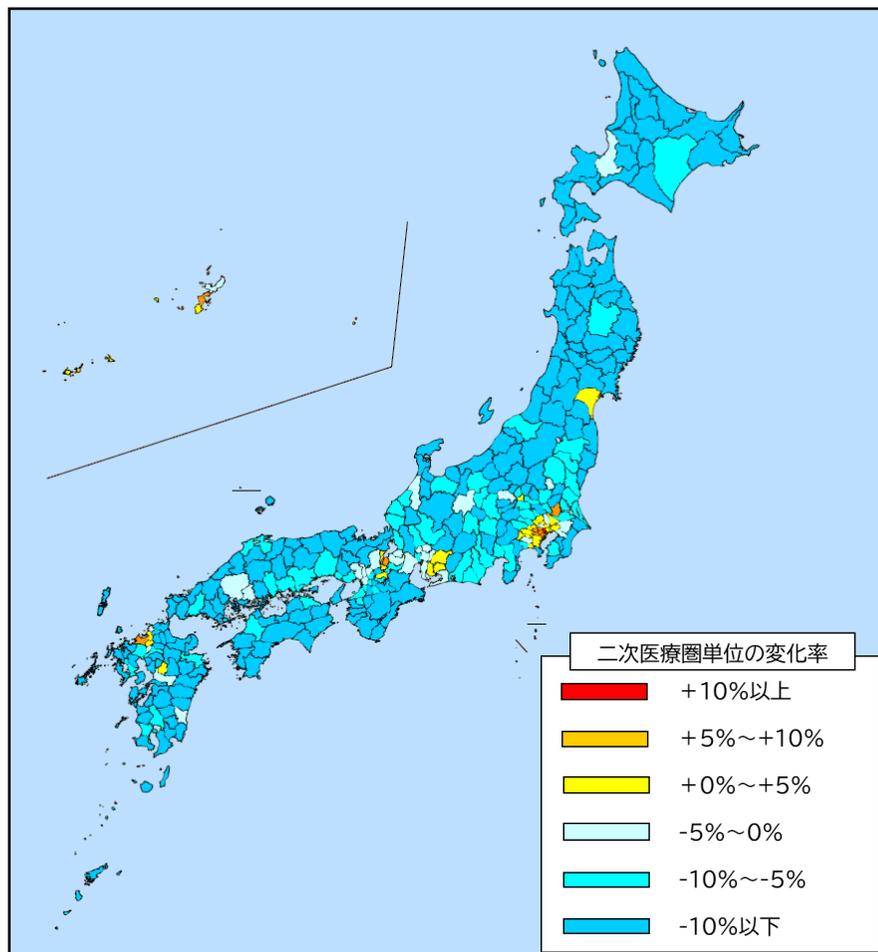
※変化率の大きい都道府県順に記載

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

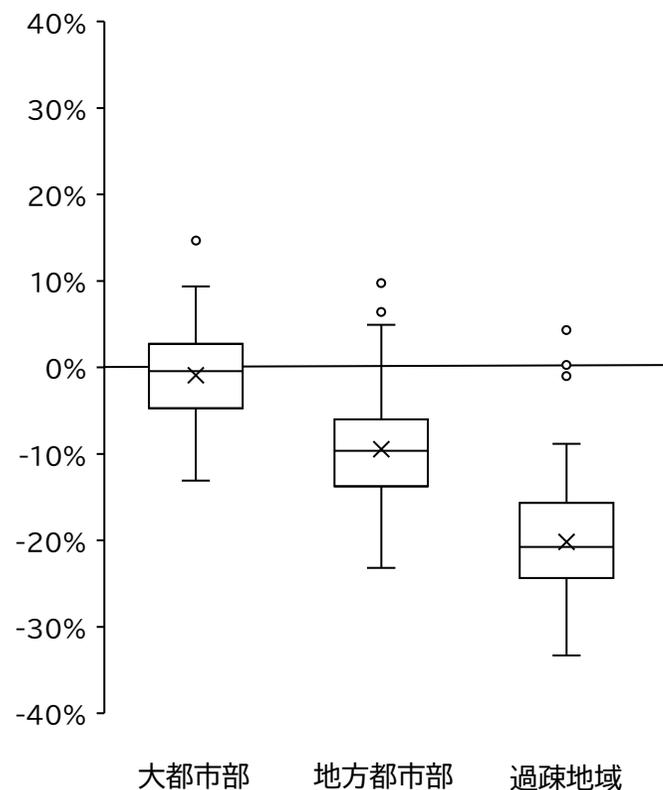
## がん患者における手術療法の需要推計(二次医療圏単位)

- 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(都市型分類別※)



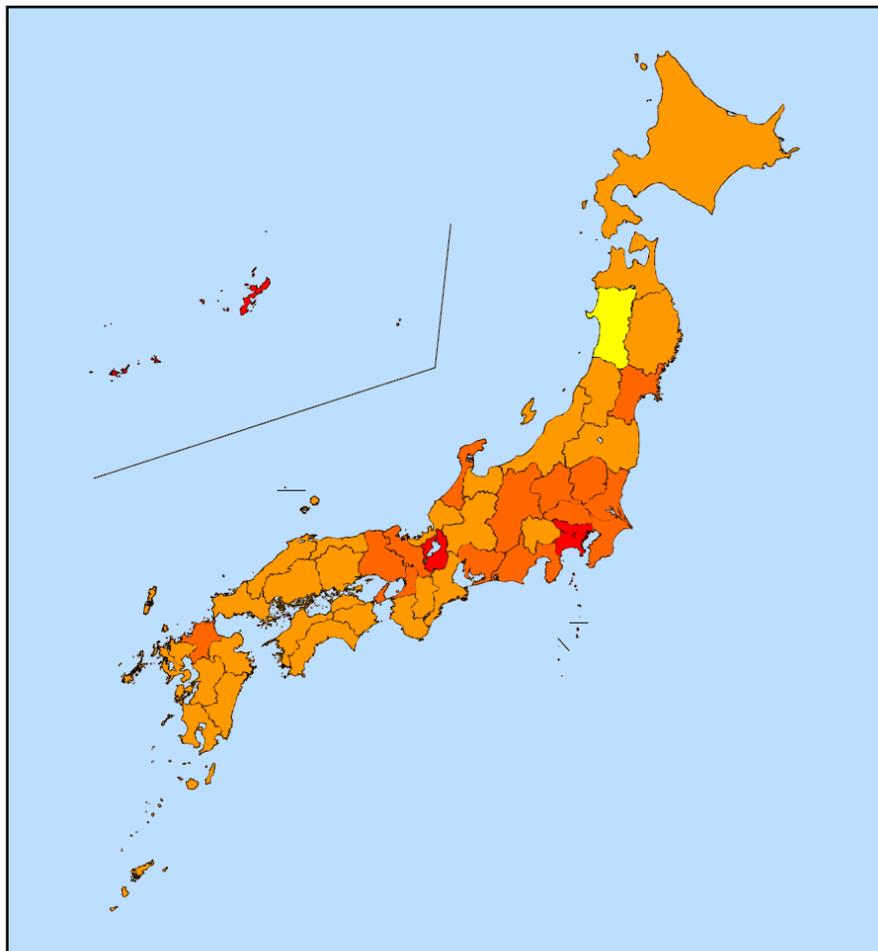
※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10~20万人(かつ)人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上、過疎地域:上記以外

出典: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

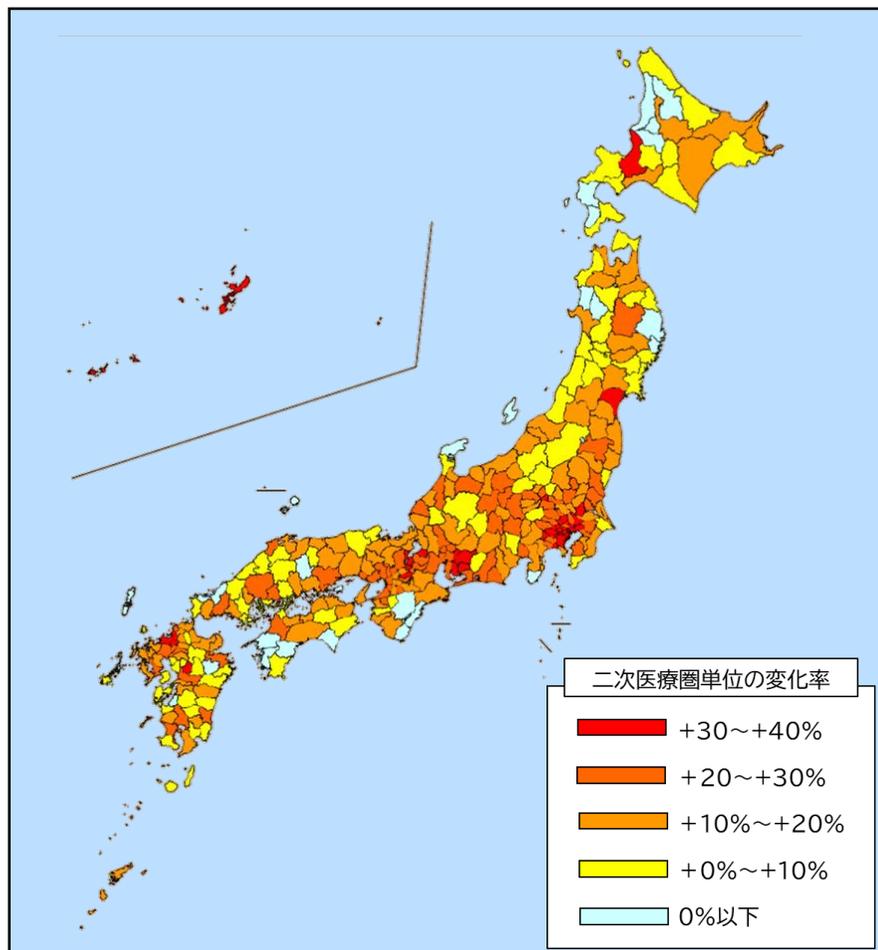
※変化率の大きい都道府県順に記載

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

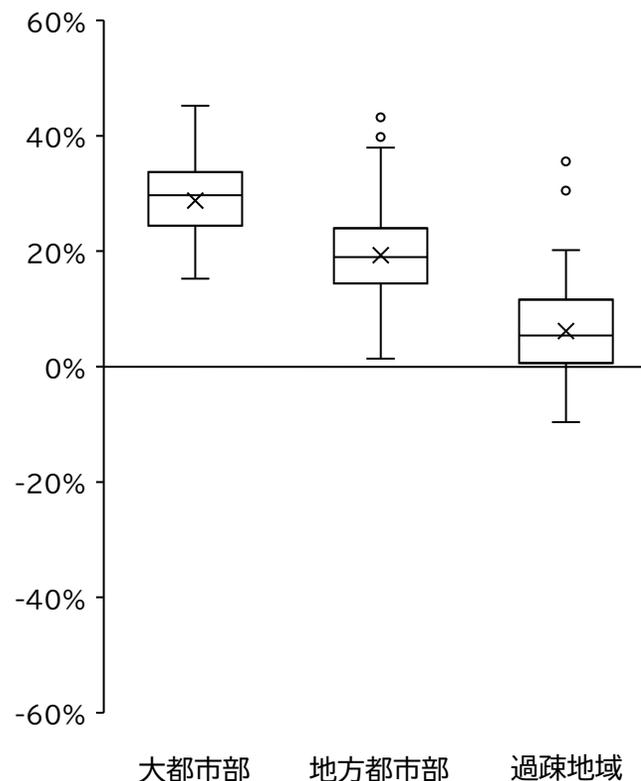
# がん患者における放射線療法の需要推計(二次医療圏単位)

- 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※)

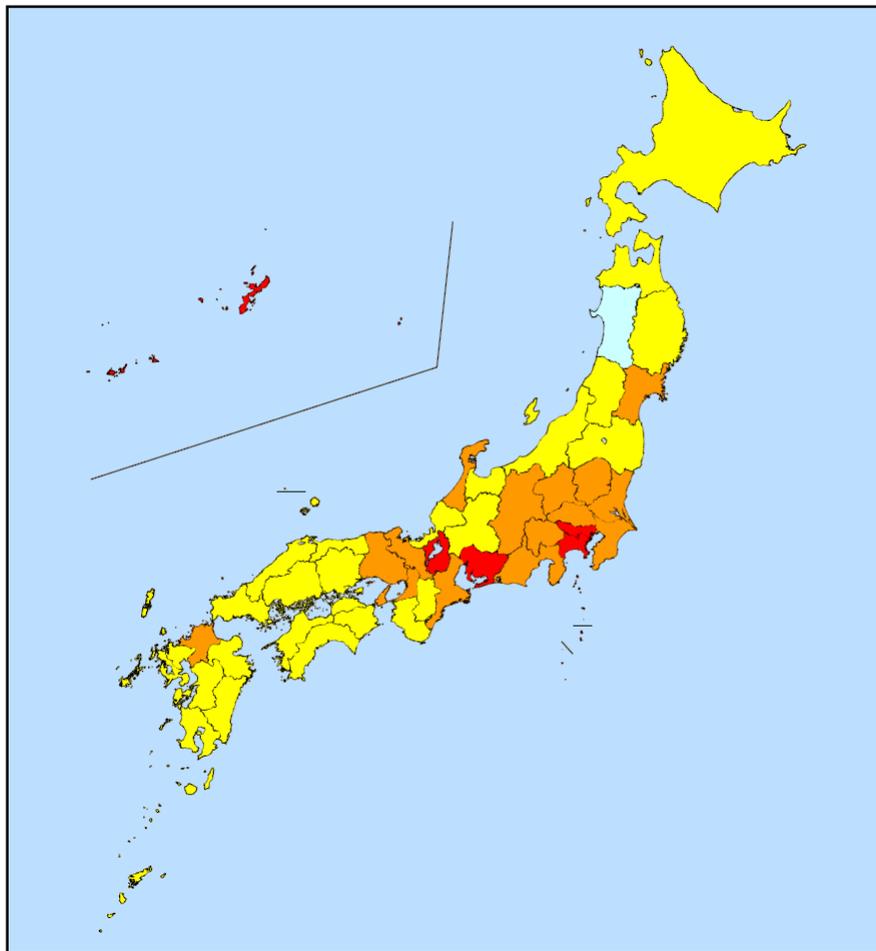


※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10~20万人(かつ)人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上、過疎地域:上記以外  
 出典:全国がん登録による都道府県単位のがん罹患率データ(2017-2021年)、国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口(2020-2054年)を用いた将来推計値と2016-2023年まで院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した放射線療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計を乗算し、がん・疾病対策課において作成

# 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

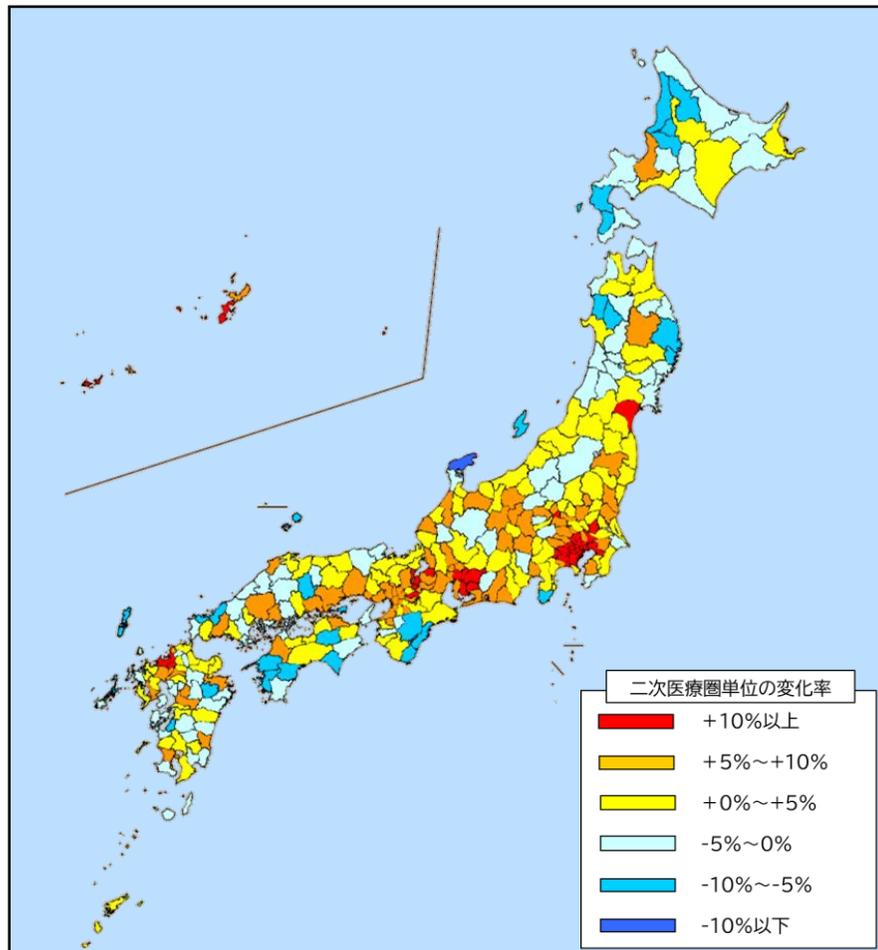
※変化率の大きい都道府県順に記載

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

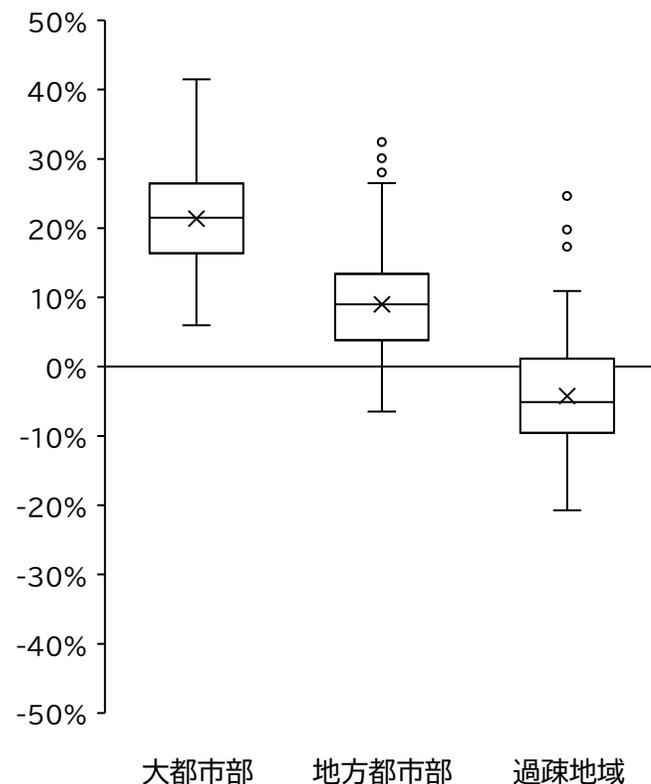
## がん患者における薬物療法の需要推計(二次医療圏単位)

- 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※)

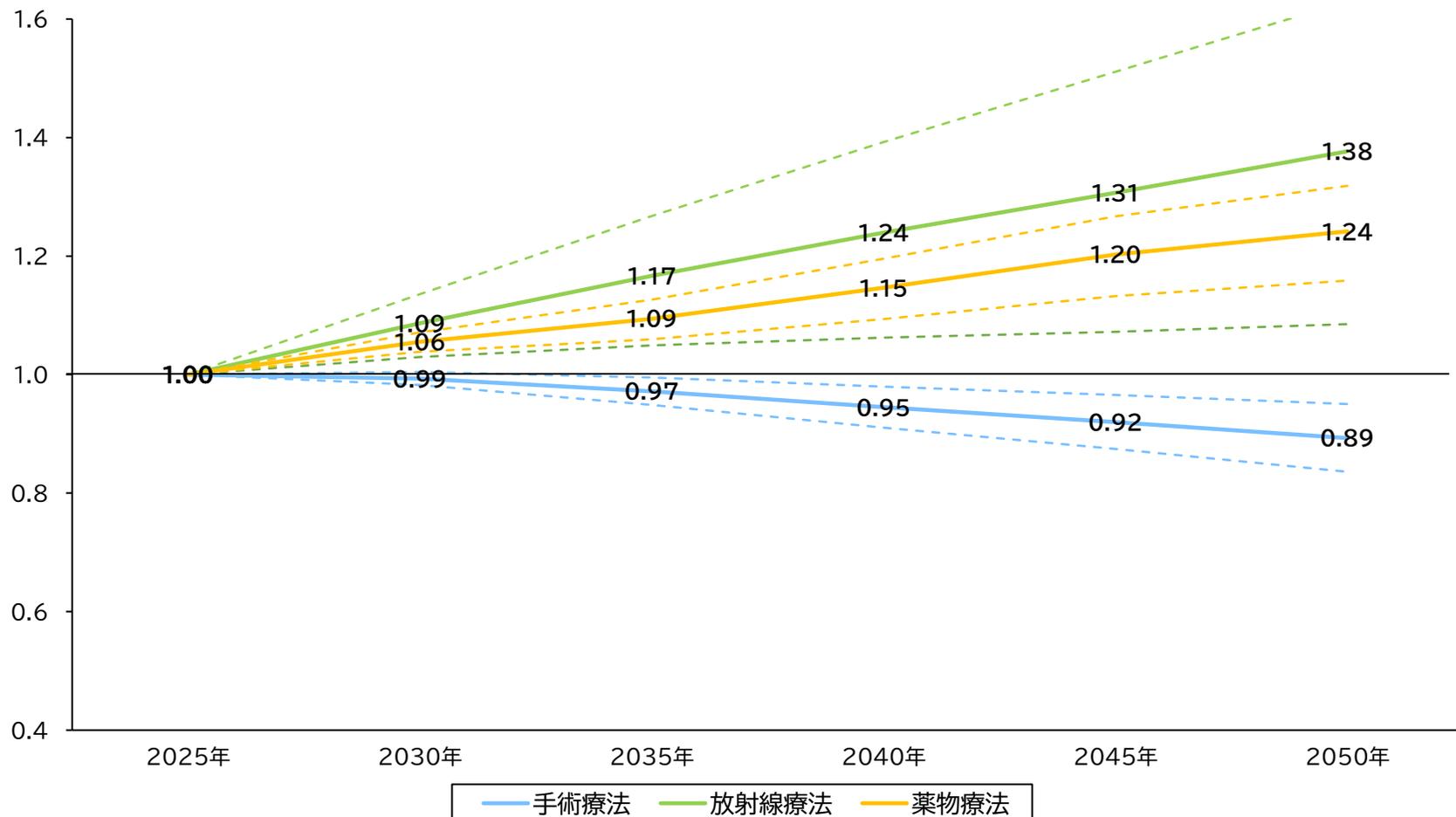


※大都市部:人口が100万人以上(又は)人口密度が2,000人/km<sup>2</sup>以上、地方都市部:人口が20万人以上(又は)人口10~20万人(かつ)人口密度が200人/km<sup>2</sup>以上、過疎地域:上記以外

出典: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。

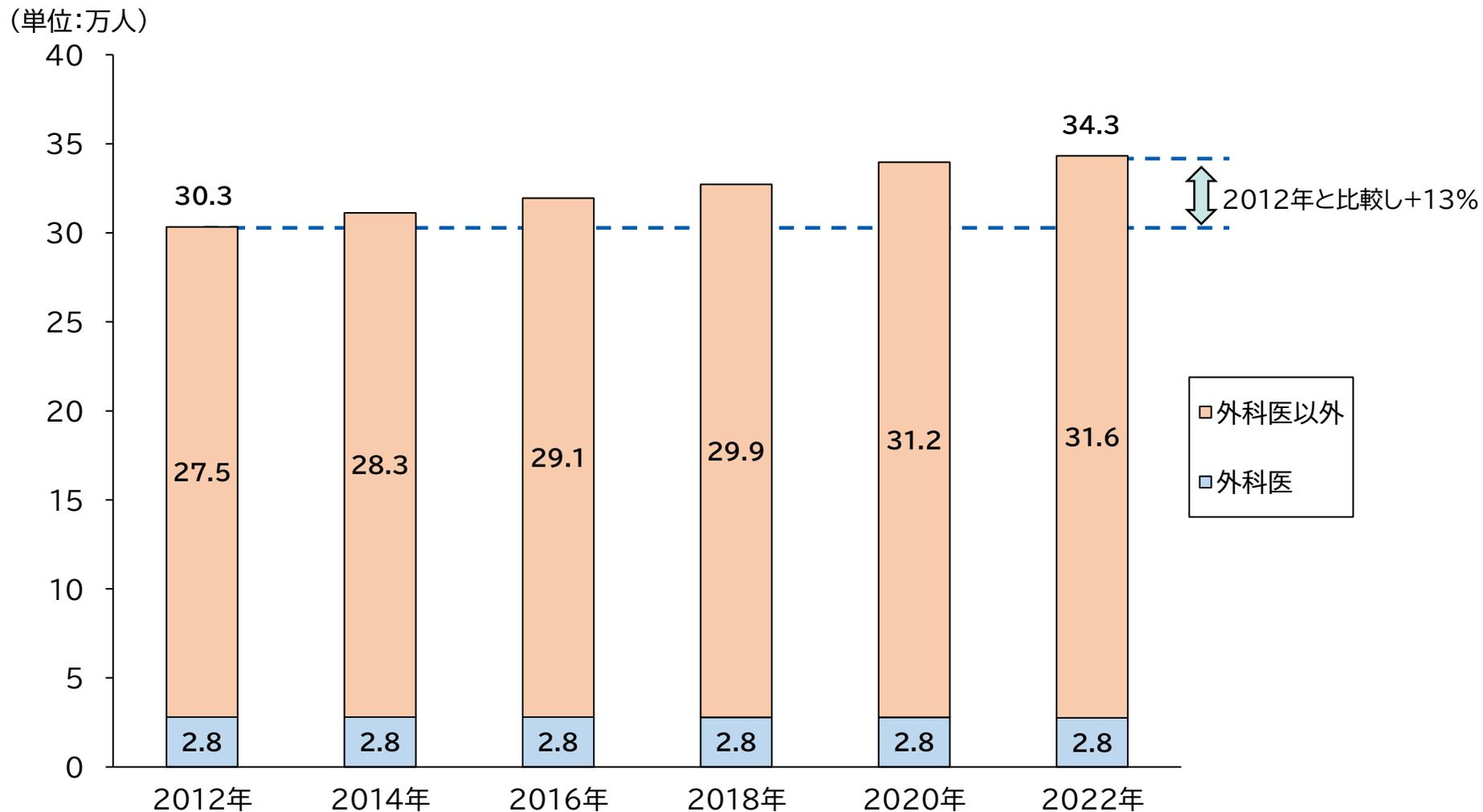


※グラフ内の点線は三大療法の将来実施割合が95%信頼区間上限・下限で推移した場合に算出した三大療法の需要を記載。

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。

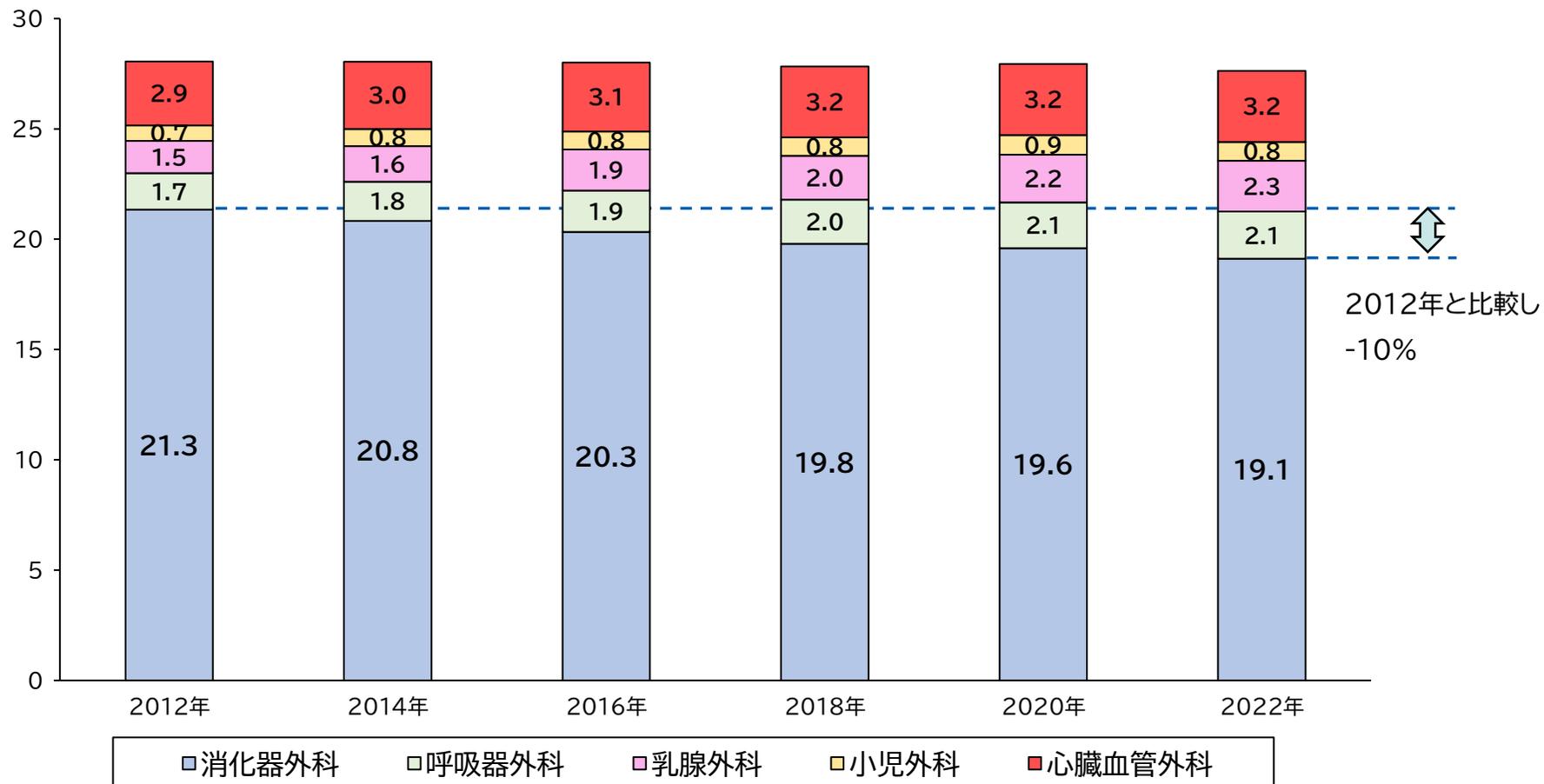


※外科は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科の総和を集計  
出典:医師・歯科医師・薬剤師調査統計を用いてがん・疾病対策課において作成

## 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。

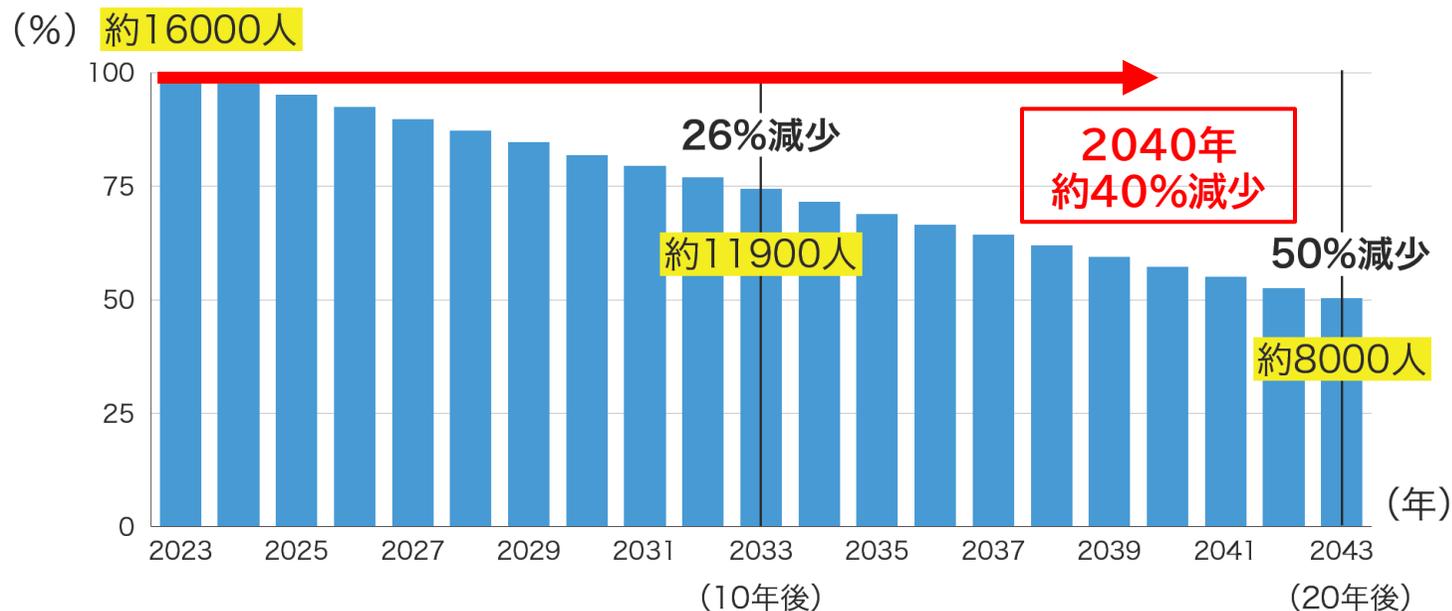
（単位：千人）



※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

# 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

# 放射線治療専門医の将来推計※

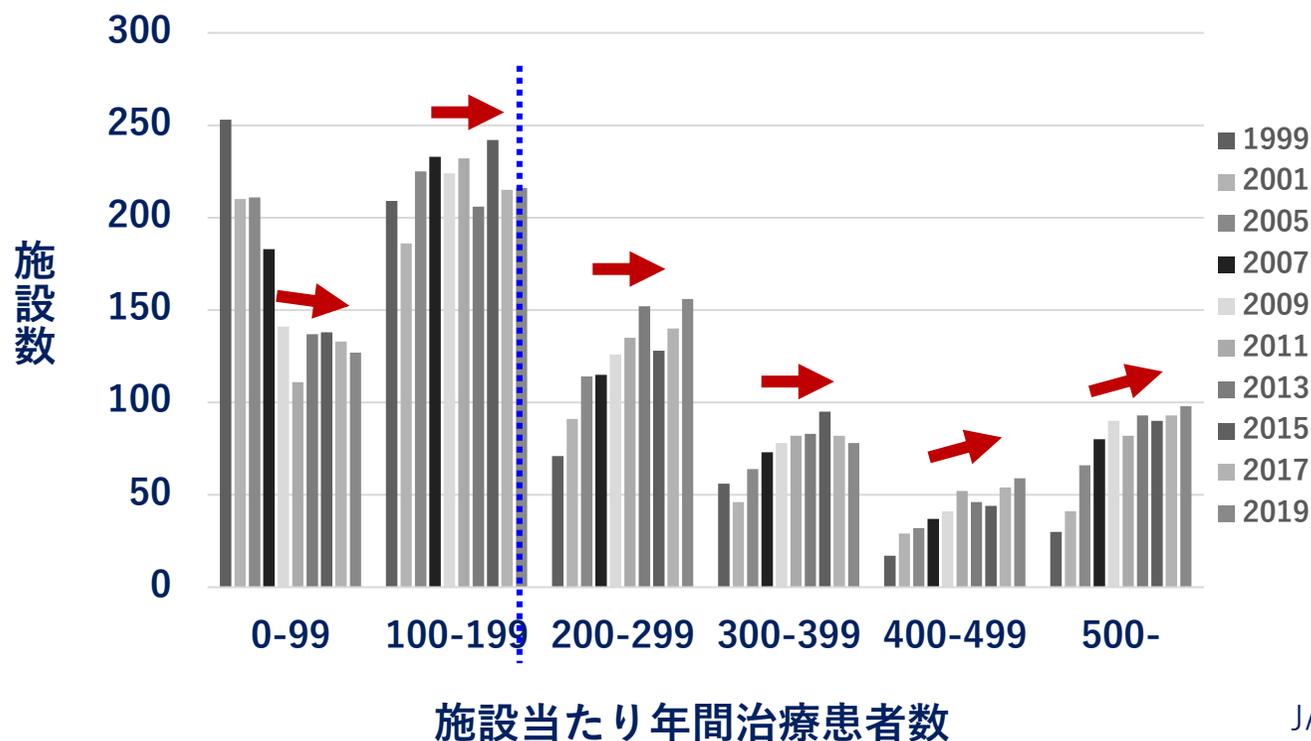


- 放射線治療専門医数は40名増加/年となっているため、2040年には $40 \times 15 \text{年} = 600$ 名程度の増加が見込まれる。2040年には放射線治療専門医数が2000名（2025年比で43%増加）と推計される。

## 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

### ① 日本の施設当たり新患患者数の推移

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

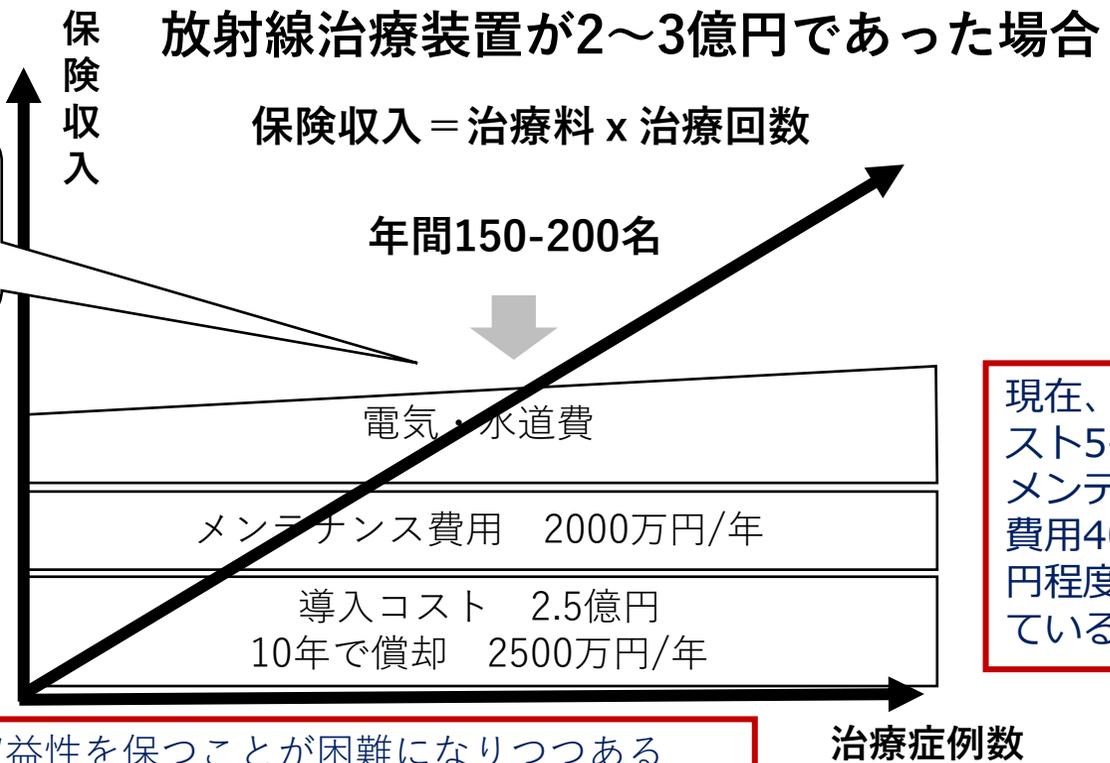
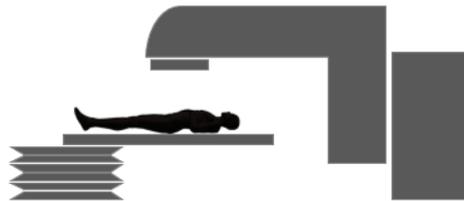


## 高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について

### ③ 外照射の治療患者数と収益性

以前は**人件費を除けば**年間150-200名治療すれば償却できていたが、機器の高騰によりきわめて収支が悪化している。

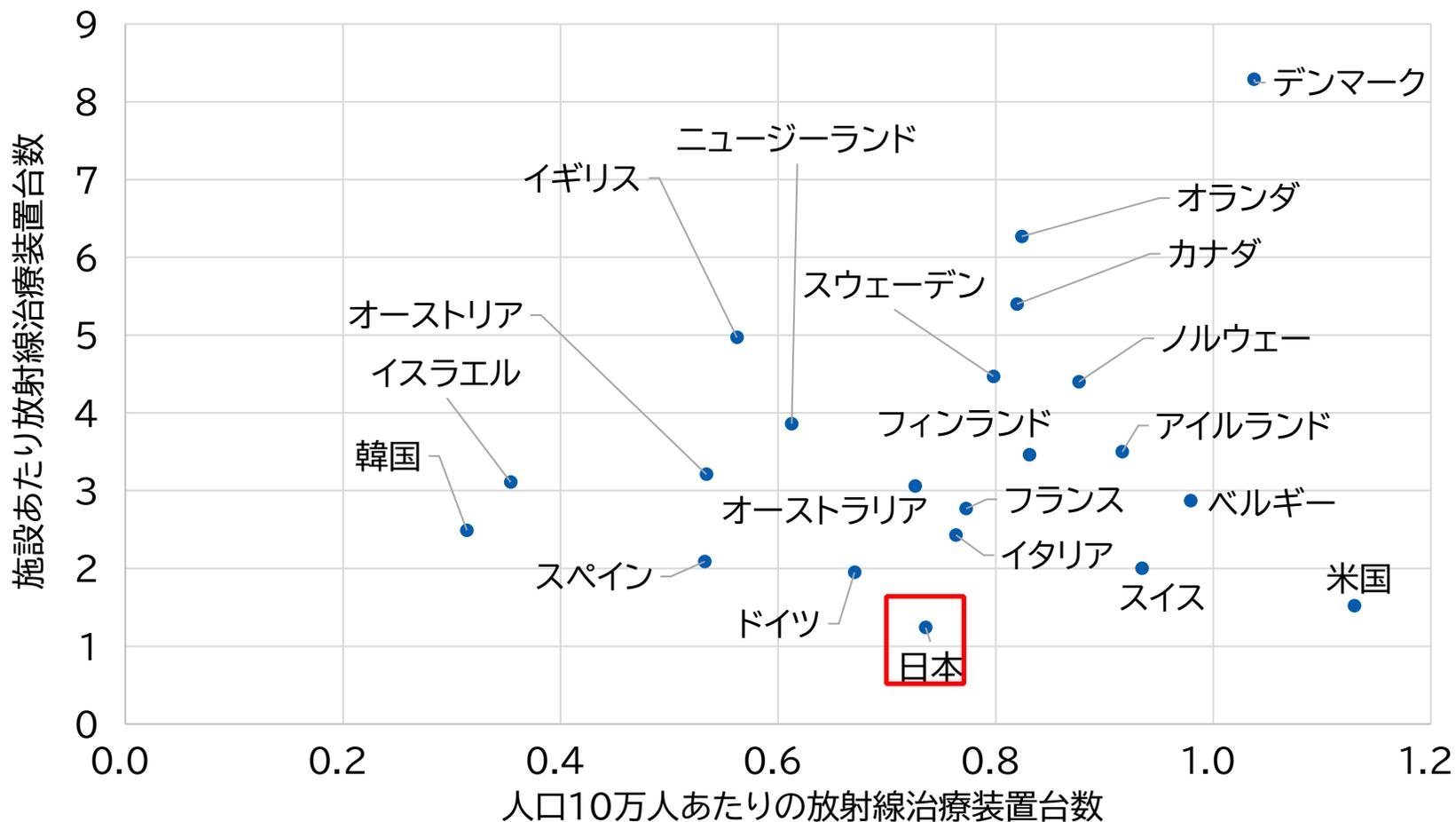
放射線治療装置は、消耗品がほとんどないため、損益分岐点を越えた数を治療すると、ほぼ純益となる点が特徴



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

## 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。



# 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の需要が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、放射線療法の需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。

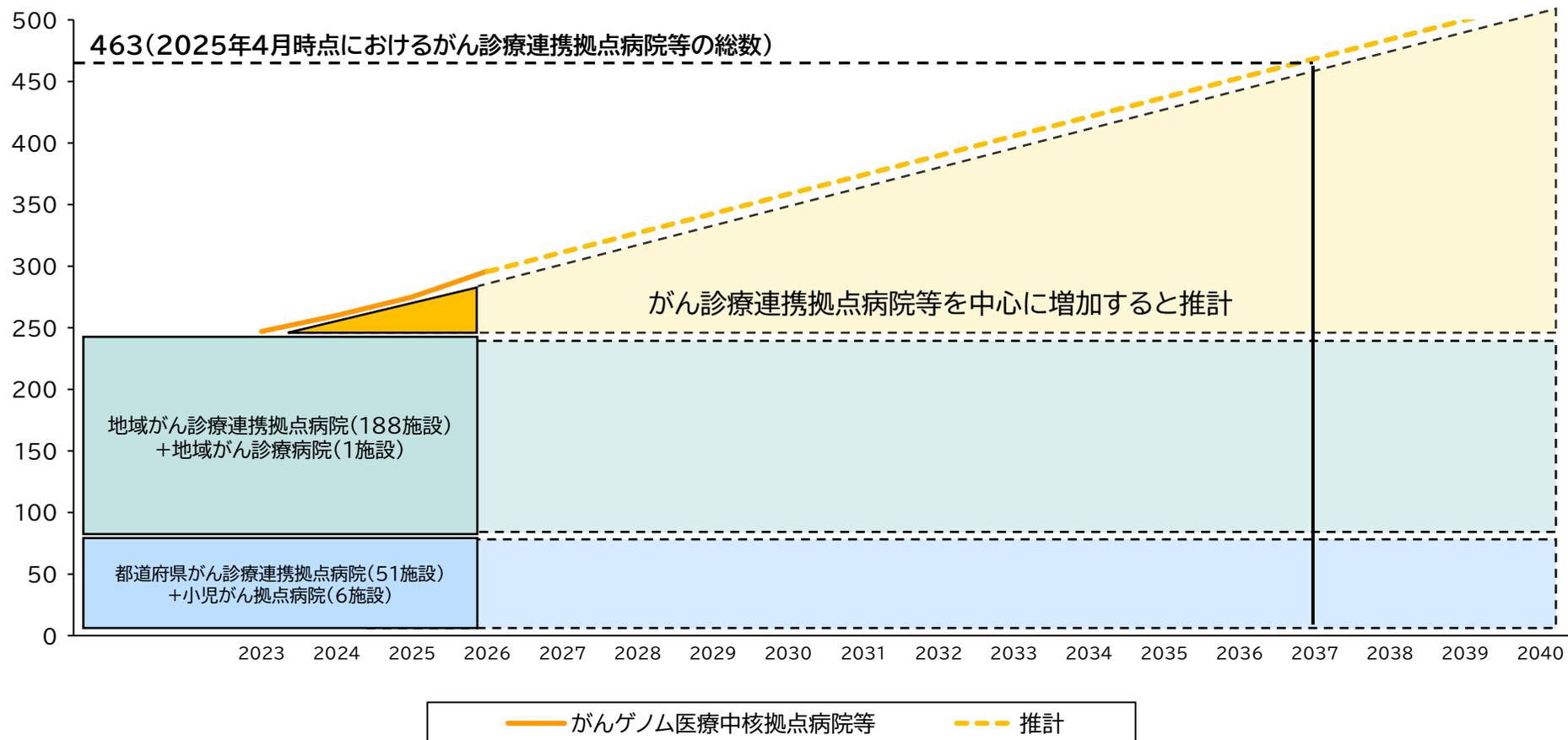
※2 厚生労働省がん研究助成金計画研究班 「がんの集学治療における放射線腫瘍学 医療実態調査研究に基づく放射線治療の品質確保に必要なとされる基準構造」（2009年）。

※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」

# 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。

## 第6回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からの報告

### 今後のがんゲノム医療の方向性について

- 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、遺伝子変異に着目した薬事承認薬の数が増え、また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えてきている。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がん診療連携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。

### 具体的な方針について

#### (固形がんのエキスパートパネル標準化の検討事項について(エキスパートパネル省略可能な症例の考え方について))

- 主治医の判断のもとエキスパートパネルを実施すべきかどうかについて、判断可能な症例の考え方を明確化して、今後の見直しに向けて検討を進める。
- 関連学会の見解を受け、薬事承認により品質が担保された検査を用いて有効性が認められている薬剤へ到達する範囲または到達可能な薬剤がないことが明らかな場合においては、「薬剤アクセス」及び「二次的所見の有無」の観点を考慮し、「主治医判断でエキスパートパネル省略可能な症例」とする考え方を整理する。
- 患者がアクセス可能な臨床試験の情報等、がんゲノム情報管理センター調査結果に掲載するエキスパートパネルの議論に有用な情報についてがんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議のサブWGを中心に議論・検討し、調査結果の改訂を進める。

#### (エキスパートパネル開催に関する考え方について)

- エキスパートパネルは、持ち回り協議にて構成員の意見の一致ができる場合には、リアルタイム開催を必ずしも必要としない運用となるよう、課長通知「エキスパートパネルの実施要件について」等の一部改正で明確化する。

#### (エキスパートパネルの構成員の要件について)

- 固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの構成員については、関連学会の示す運用について、課長通知「エキスパートパネルの実施要件について」の一部改正で明確化する。
- 造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの構成員についても、同様に関連学会の意見を参考にしつつ、今後課長通知「エキスパートパネルの実施要件について」の一部改正で明確化する。

#### (がん遺伝子パネル検査を行える施設について)

- 令和8年度に改定を予定している「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備に関する指針」の指定要件について、今後本ワーキンググループにて議論する際は、関連学会や医療機関等の意見も参考にしながら、質の高いがんゲノム医療の提供体制の構築を前提としつつ、指定要件を検討する。

#### (臨床情報収集項目の見直しに関する考え方)

- 関連学会の意見や二次利用者の活用実績等を参考にしながら、がんゲノム医療中核拠点病院連絡会議等において臨床情報収集項目の見直しを検討、実施する。

# 具体的な方針の詳細について

## 固形がんのエキスパートパネル(EP)省略可能な症例の考え方について

検査 <sup>1</sup>	薬剤アクセス		EPの実施
	治療薬	治験等 <sup>2</sup>	
がん遺伝子パネル検査に搭載されている、薬事承認されたコンパニオン診断機能の結果	国内で薬事承認されている医薬品(適応内)にアクセス可能	—	主治医判断でEP省略可
薬事承認された遺伝子パネル検査であるが、コンパニオン診断としては適応外の検査結果	国内で薬事承認されている医薬品(適応内)にアクセス可能	—	主治医判断の下、学会の示すリストに基づき、検査の分析性能が担保されている場合は、EP省略可
がん遺伝子パネル検査の結果	国内で薬事承認されている医薬品(適応外)にアクセス可能	—	EPを実施
がん遺伝子パネル検査の結果	国内で薬事承認されている医薬品はないためアクセス不可	治験等にアクセス可能	EPを実施
		治験等にアクセス不可	主治医判断でEP省略可

※ 二次的所見を疑う病的変異が検出されない又は疑われない症例は「主治医判断でEP省略可」とするが、二次的所見を疑う病的変異が検出される又は疑われる症例(例:BRCA遺伝子変異の検出あり)は、EPの実施が必要である。

※ EP省略可に該当する症例であっても、主治医の要請があればEPを実施することは可能とする。

- がん遺伝子パネル検査における解析対象変異に対する検出性能は、コンパニオン診断機能に限らず、真度及び精度等の評価結果に基づき審査され、臨床上必要な性能を有すると判断されたうえで薬事承認される。また、必要に応じて検出性能の限界等に関する注意喚起が添付文書等により行われる。
- 治験等にアクセス可能とは、国内での臨床試験等が存在する。また保険外併用療養制度(評価療養及び患者申出療養等)の活用を含む。

## エキスパートパネルの構成員の要件(固形がん)について

専門領域の異なる構成員が参加し意見交換ができる場合においては、診療現場の状況に即した柔軟な対応ができるよう、構成員の要件を次のとおり明確化する。

「以下4者(ア、ウ、エ、キ)については、独立した見解が望ましいため、ア、ウ、エ、キは独立した構成員とし、他は兼務を可能とする。」

(ア)がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する医師

(ウ)遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者

(エ)がん遺伝子パネル検査に関連する病理学に関する専門的な知識及び技能を有する医師

(キ)小児がんに関する専門的な知識を有し、かつエキスパートパネルに参加したことがある医師(小児症例の場合)

# エキスパートパネルの実施要件について(課長通知)の主な改正事項

第6回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での議論を踏まえ、以下の観点で「エキスパートパネルの実施要件について」(令和4年3月3日付け健が発0303第1号厚生労働省健康局がん・疾病対策課長通知)の一部改正(令和7年7月7日より適用)を行った。

- がん遺伝子パネル検査の結果解釈のために行うエキスパートパネルの構成員が重複可能な要件を明確化する
- がん遺伝子パネル検査の結果解釈のために行うエキスパートパネルを全症例持ち回り協議で開催可能とする

## 改正通知(がん遺伝子パネル検査におけるEP構成員の重複について)

- 1) 固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの開催にあたっては、以下のアからキまでの要件を満たす構成員がそれぞれ1名以上参加するものとするが、同一の者がアからキまでにある複数の構成員の要件を満たす場合、それらの構成員を当該者が重複して担当することは可能である。ただし、ア、ウ、エ及びキ(小児がん症例を自施設で検討する場合)の構成員については、独立した見解が望ましいため、独立した構成員が参加するものとする。
- 2) 造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの開催にあたっては、以下のアからカまでの要件を満たす構成員がそれぞれ1名以上参加するものとするが、同一の者がアからカまでにある複数の構成員の要件を満たす場合、それらの構成員を当該者が重複して担当することは可能である。ただし、ア、ウ及びエの構成員については、独立した見解が望ましいため、独立した構成員が参加するものとする。

## 改正通知(がん遺伝子パネル検査におけるEPは全症例持ち回り協議で開催可能)

- 3) エキスパートパネルの開催方法は、参加者がリアルタイムで協議可能な方法又は医療情報システムの安全管理に関するガイドラインに準拠したファイル共有サービス等を介してそれぞれ評価する方法(以下「持ち回り協議」という。)とすること。リアルタイムで協議可能な方法でのエキスパートパネルを開催する場合は、セキュリティが担保されている場合に限り、画像を介したコミュニケーションが可能な機器を用いたオンラインでの参加も可能とする。ただし、持ち回り協議の全ての参加者の見解が一致しない場合は、リアルタイムで協議可能な方法でのエキスパートパネルを開催する必要がある。

## (参考) 現行のエキスパートパネル構成員の要件について

### 固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの構成員についての要件

ア 構成員の中に、がん薬物療法に関する専門的な知識及び技能を有する診療領域の異なる常勤の医師が、複数名含まれていること。

イ 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が、1名以上含まれていること。

ウ 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が、1名以上含まれていること。

エ 構成員の中に、がん遺伝子パネル検査に関連する病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が、1名以上含まれていること。

オ 構成員の中に、分子遺伝学やがんゲノム医療に関する十分な知識を有する専門家が、1名以上含まれていること。

カ シークエンスの実施について、自施設内で行う場合は、構成員の中に、次世代シーケンサーを用いた遺伝子解析等に必要バイオインフォマティクスに関する十分な知識を有する専門家が、1名以上含まれていること。

キ 小児がん症例を自施設で検討する場合には、構成員の中に、小児がんに関する専門的な知識を有し、かつエキスパートパネルに参加したことがある医師が1名以上含まれていること。

### 造血器腫瘍又は類縁疾患を対象とするがん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの構成員についての要件

ア 構成員の中に、造血器腫瘍及び類縁疾患に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が、1名以上含まれていること。

イ 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な知識及び技能を有する医師が、1名以上含まれていること。なお、当該医師は、造血器腫瘍及び類縁疾患に特徴的な生殖細胞系列の病的バリエーションに関する知識及び技能を有することが望ましい。

ウ 構成員の中に、遺伝医学に関する専門的な遺伝カウンセリング技術を有する者が、1名以上含まれていること。なお、当該遺伝カウンセリング技術を有する者は、造血器腫瘍及び類縁疾患に特徴的な生殖細胞系列の病的バリエーションに関する知識を有し、同種造血細胞移植ドナーとのカウンセリング技術を有していることが望ましい。

エ 構成員の中に、がん遺伝子パネル検査に関連する病理学に関する専門的な知識及び技能を有する常勤の医師が、1名以上含まれていること。なお、当該医師は、造血器腫瘍及び類縁疾患に関する専門家であることが望ましい。

オ 構成員の中に、造血器腫瘍及び類縁疾患の分子遺伝学やがんゲノム医療に関する十分な知識を有する専門家が、1名以上含まれていること。

カ シークエンスの実施について、自施設内で行う場合は、構成員の中に、次世代シーケンサーを用いた遺伝子解析等に必要バイオインフォマティクスに関する十分な知識を有する専門家が、1名以上含まれていること。

# 保険診療における固形がん遺伝子パネル検査の実施時期について

- 保険診療における固形がんを対象とするがん遺伝子パネル検査の実施タイミングは、「標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む。)であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者」とされている。
- 標準治療の終了が見込まれる者は、下記事務連絡の中で「医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者。」とされている。

## D006-19 がんゲノムプロファイリング検査 留意事項通知 抜粋

標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む。)であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。

## 令和元年8月26日付け保険局医療課事務連絡(問6)抜粋

問6 令和元年6月1日付けで保険適用されたFoundationOne® CDx がんゲノムプロファイル及びOncoGuide™ NCCオンコパネルシステムについて、同年5月31日付け改正留意事項通知において、「本検査は、標準治療がない固形がん患者又は局所進行若しくは転移が認められ標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む。)であって、関連学会の化学療法に関するガイドライン等に基づき、全身状態及び臓器機能等から、本検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高いと主治医が判断した者に対して実施する場合に限り算定できる。」とあるが、(中略)

(1)標準治療の終了が見込まれる者とはどのような者を指すのか。

(2)「本検査施行後」とはいつのことか。

(答)

(1)医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者。

(2)検査結果を患者に提供し、結果について説明した後のことを指す。

# 標準治療終了(見込みを含む)の臨床的解釈に関する見解

- がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議の下に設置された部会(WG)のうちの1つである診療WGにおいて、ゲノムプロファイル目的としてがん遺伝子パネル検査を実施する際の「標準治療終了(見込みを含む)」の臨床的解釈に関する見解が示されている。(令和7年3月14日HP掲載)

## 標準治療終了(見込みを含む)の臨床的解釈に関する見解(抜粋)

(前略)

臨床の現場では、「標準治療が終了となった固形がん患者(終了が見込まれる者を含む)」および「当該検査施行後に化学療法の適応となる可能性が高い患者」の解釈が、適切なタイミングで適切な薬剤を患者さんに届けるために、がん遺伝子パネル検査を実施する上で非常に重要である。令和元年8月26日に厚生労働省保険局医療課から発出されたがん遺伝子パネル検査に関する疑義解釈(疑義解釈資料の送付について、その16))では、「標準治療の終了が見込まれる者とはどのような者をさすのか」の疑義に関して、「医学的判断に基づき、主治医が標準治療の終了が見込まれると判断した者」とされている。本見解書では、この「医学的判断」に関して、臨床で実際に患者さんに治療を行う専門家の立場からその解釈を示す。

(中略)

がん医療に関わる臨床医は、「緩和的がん薬物治療」の適応となった時点で基本的に根治が期待できないため、いずれ「標準治療の終了が見込まれる患者」であると考えるのが一般的である。実際に、一次治療から二次治療に移行できる患者の割合は、表1に示すように多くのがん種で50%以下の場合が多く、三次治療への移行割合は、さらに悪化し10~30%程度になることが報告されている(文献1~8)。

臨床の現場では、病勢の悪化や抗がん薬による有害事象により二次治療、三次治療にたどり着かない患者を比較的高頻度に経験するが、どの患者が二次治療、三次治療に到達可能かどうかを予見することは困難である。したがって、主治医(担当医)が、標準治療終了(見込まれる場合も含む)のタイミングを適切に判断し二次治療以降につなげることが、適切ながん薬物療法を提供するためには重要である。そのためには、一次治療中に、治療効果や全身状態、そしてがんの進展状態などを考慮し、標準治療が終了(見込まれる場合も含む)するタイミングを適切に見極めた上で、速やかにがん遺伝子パネル検査を実施し、プロファイル検査に基づく治療が実施可能か、また治験などの臨床試験に参加できるかどうかをエキスパートパネル(専門家会議)で検討することが肝要である。国内外の多くのガイドラインでも、できるだけ早い段階でがんゲノムプロファイリングを実施し治療薬を選択することが推奨されている。

(中略)

以上より、がん遺伝子パネル検査によるプロファイル検査に基づき、効果の期待できる抗がん薬をより多くの患者に届けるとともにわが国における新薬承認を加速し治療薬を増やすためには、局所進行や遠隔転移により切除不能とされる進行固形がんと診断された場合、主治医(担当医)が、一次治療開始後の適切なタイミングで「標準治療終了(見込まれる場合も含む)」を臨床的に判断し、がん遺伝子パネル検査によるゲノムプロファイリング検査を実施する必要がある。

がんゲノム医療中核拠点病院WG | 国立がん研究センターがんゲノム情報管理センター より抜粋

※ がんゲノム医療中核拠点病院等連絡会議は、「がんゲノム医療中核拠点病院等の整備について」(令和4年8月1日健発0801第18号厚生労働省健康局長通知)の規定に基づき、厚生労働大臣が指定したがんゲノム医療中核拠点病院と、国立がん研究センターがんゲノム情報管理センターが協働して、がんゲノム医療に関する診療、研究・治験の実施、新薬等の研究開発、がんゲノム情報レポジトリの構築等の取組の推進に向けて相互に連携を図り、がんゲノム医療の健全な発展と円滑な運営に資することを目的とする。

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院等</li> </ul>	<p><b>特に集約化の検討が必要な医療についての考え方</b> (医療技術の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul> <p>(医療需給の観点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul> <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>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療連携拠点病院等</li> <li>地域の実情によってはそれ以外の医療機関</li> </ul>	
更なる均てん化が 望ましい医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者にとって身近な診療所・病院(かかりつけ医を含む)</li> </ul>	<p><b>更なる均てん化が望ましい医療についての考え方</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ul>

(※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					<ul style="list-style-type: none"> <li>粒子線治療</li> <li>ホウ素中性子捕捉療法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小児がんに対する薬物療法</li> <li>希少がんに対する薬物療法</li> </ul>	
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>食道がんに対する食道切除再建術</li> <li>膵臓がんに対する膵頭十二指腸切除術、膵全摘術</li> <li>肝臓がんに対する高度な肝切除術</li> <li>大腸がんに対する骨盤内臓全摘術</li> <li>食道がんに対する光線力学療法</li> </ul>	<b>呼吸器がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術</li> <li>縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術</li> <li>頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術</li> </ul>	<b>乳がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術</li> <li>高度な乳房再建術</li> <li>乳がんに対するラジオ波焼灼療法</li> </ul>	<b>婦人科がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<b>泌尿器がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術</li> <li>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</li> <li>泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術</li> <li>後腹膜悪性腫瘍に対する手術</li> <li>後腹膜リンパ節郭清術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>専用治療病室を要する核医学治療</li> <li>密封小線源治療(組織内照射)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高度な薬物療法(特殊な二重特異性抗体治療等)</li> </ul>	
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術</li> <li>大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術</li> <li>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</li> </ul>	<b>呼吸器がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>肺がんに対する標準的な手術</li> <li>転移性肺腫瘍に対する標準的な手術</li> <li>縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術</li> <li>胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術</li> <li>呼吸器系腫瘍に対する外科的生検</li> </ul>	<b>乳がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>乳がんに対する標準的な手術</li> </ul>	<b>婦人科がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術</li> <li>卵巣がんに対する標準的な手術</li> </ul>	<b>泌尿器がん</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>尿路変向術、腎ろう造設術</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>精度の高い放射線治療以外の体外照射</li> <li>密封小線源治療(腔内照射)</li> <li>外来・特別措置病室での核医学治療</li> <li>緩和的放射線治療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>標準的な薬物療法</li> <li>がんゲノム医療</li> <li>二重特異性抗体治療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>高リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ</li> <li>妊孕性温存療法</li> </ul>
更なる均てん化が望ましい医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>腸閉塞に対する治療</li> <li>癌性腹膜炎・癌性胸膜炎に対する治療</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>副作用が軽度の術後内分泌療法</li> <li>軽度の有害事象に対する治療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん検診</li> <li>がんリハビリテーション</li> <li>緩和ケア療法</li> <li>低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ</li> <li>排尿管理(尿道カテーテルや尿路ストーマの管理)</li> </ul>

※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

# 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

## 都道府県がん診療連携協議会における協議事項

### (均てん化・集約化して提供する医療・医療機関を整理)

- 国から提供する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。

### (今後を見据えた都道府県内の放射線治療提供体制について検討)

- 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。

### (医療機関ごとの診療実績の一元的な発信について検討)

- 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。

### (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)

- 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。