

兵庫県指定がん診療連携拠点病院設置要綱

第1 目的

この要綱は、兵庫県指定がん診療連携拠点病院（以下「県指定病院」という。）を指定することにより、本県におけるがん診療機能の充実を図り、県民に安心かつ適切な医療が提供されることを目的とする。

第2 用語の定義

- 1 この要綱において、「県指定病院」とは、第4で定める指定要件を満たし、知事が指定した病院をいう。
- 2 この要綱において、「国拠点病院」とは、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（令和4年8月1日付け健発0801第16号）（以下「国指針」という。）に基づき厚生労働大臣が指定した病院をいう。
- 3 この要綱において、「専従」とは、当該診療の実施日において、当該診療に専ら従事していることをいう。この場合において、「専ら従事している」とは、その就業時間の少なくとも8割以上、当該診療に従事していることをいう。
- 4 この要綱において、「専任」とは、当該診療の実施を専ら担当していることをいう。この場合において、「専ら担当している」とは、担当者となっていればよいものとし、その他診療を兼任していても差し支えないものとする。ただし、その就業時間の少なくとも5割以上、当該診療に従事している必要があるものとする。

第3 指定等

- 1 知事は、県内に所在する医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5に規定する病院から、以下の要件をすべて満たすものについて、県指定病院として指定する。
 - (1) 指定を受けようとする病院の開設者（以下「開設者」という。）が、別に定める「兵庫県指定がん診療連携拠点病院の指定申請書」（別記様式第1号）及び現況報告書を知事に提出していること。
 - (2) 第4に規定する指定要件をすべて満たし、指定後はこの要綱の規定を遵守することに同意していること。なお、必要に応じ第4に規定する指定要件を現地調査で確認する。
- 2 知事は、指定を行った場合、「兵庫県指定がん診療連携拠点病院指定通知書」（別記様式第2号）を開設者（又は管理者）に交付する。

県指定病院については、院内の見やすい場所に指定を受けている旨の掲示をする等、がん患者及びその家族に対し必要な情報提供を行うこととする。
- 3 県指定病院の指定期間は、原則4年とする。ただし、再指定を妨げない。
- 4 県指定病院は、指定を受けた翌年度以降、毎年10月末までに、別途定める「現

況報告書」を知事あてに提出しなければならない。

なお、県は、現況報告書について、県のホームページ等を通じて公開するものとする。

- 5 知事は、県指定病院の指定要件の充足状況に関して疑義があるときは、文書での確認や現地調査等の実態調査を行うことができる。
- 6 知事は、5に規定する実態調査の結果、指定要件を欠くに至ったと認める時は、当該病院に対して、勧告、指定の取り消し等の対応ができる。また、開設者等から申し出があったときは指定を取り消すことができる。

第4 指定要件

1 診療体制

(1) 診療機能

① 集学的治療等の提供体制及び標準的治療等の提供

ア 我が国に多いがん（大腸がん、肺がん、胃がん、乳がん、前立腺がん及び肝・胆・膵のがんをいう。以下同じ。）を中心にその他各医療機関が専門とするがんについて、手術、放射線治療及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）を提供する体制を有するとともに、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療（以下「標準的治療」という。）等がん患者の状態に応じた適切な治療を提供すること。ただし、我が国に多いがんの中でも症例の集約化により治療成績の向上が期待されるもの等、当該施設において集学的治療等を提供しない場合には、適切な医療に確実につなげることができる体制を構築すること。

イ 医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等には、以下の体制を整備すること。

- i 患者とその家族の希望を踏まえ、看護師や公認心理師等が同席すること。
- ii 治療プロセス全体に関して、患者とともに考えながら方針を決定すること。
- iii 標準治療として複数の診療科が関与する選択肢がある場合に、その知見のある診療科の受診ができる体制を確保すること。

ウ がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、以下のカンファレンスをそれぞれ必要に応じて定期的を開催すること。また、検討した内容については、診療録に記録の上、関係者間で共有すること。

- i 個別もしくは少数の診療科の医師を主体とした日常的なカンファレンス
- ii 個別もしくは少数の診療科の医師に加え、看護師、薬剤師、必要に応じて公認心理師や緩和ケアチームを代表する者等を加えた、症例への対応方針を検討するカンファレンス
- iii 手術、放射線診断、放射線治療、薬物療法、病理診断及び緩和ケア等に携わる専門的な知識及び技能を有する医師とその他の専門を異にする医

師等による、骨転移・原発不明がん・希少がんなどに関して臓器横断的にがん患者の診断及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンス

iv 臨床倫理的、社会的な問題を解決するための、具体的な事例に則した、患者支援の充実や多職種間の連携強化を目的とした院内全体の多職種によるカンファレンス

エ 院内の緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、栄養サポートチーム、感染防止対策チーム等の専門チームへ、医師だけではなく、看護師や薬剤師等他の診療従事者からも介入依頼ができる体制を整備すること。

オ 保険適用外の免疫療法等について、治験、先進医療、臨床研究法（平成 29 年法律第 16 号）で定める特定臨床研究または再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）に基づき提供される再生医療等の枠組み以外の形では、実施・推奨しないこと。

② 手術療法、放射線療法、薬物療法の提供体制の特記事項

集学的治療等を適切に提供できる体制を整備する上で、特に以下に対応すること。

ア 術中迅速病理診断が可能な体制を確保すること。なお、当該体制は遠隔病理診断でも可とする。

イ 術後管理体制の一環として、手術部位感染に関するサーベイランスを実施すること。その際、厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業（JANIS）へ登録していることが望ましい。

ウ 強度変調放射線治療と外来での核医学治療を提供することが望ましい。

エ 密封小線源治療について、地域の医療機関と連携し、役割分担すること。

オ 専用治療病室を要する核医学治療や粒子線治療等の高度な放射線治療について、患者に情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関へ紹介する体制を整備すること。

カ 関連する学会のガイドライン等も参考に、第三者機関による出力線量測定を行い、放射線治療の品質管理を行うこと。

キ 画像下治療（IVR）を提供することが望ましい。

ク 免疫関連有害事象を含む有害事象に対して、他診療科や他病院と連携する等して対応すること。

ケ 薬物療法のレジメン（薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した計画のこと。）を審査し、組織的に管理する委員会を設置すること。

③ 緩和ケアの提供体制

ア がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。

- イ がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、診断時から一貫して経時的に行っていること。また、診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な問題について、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めること。
- ウ ア、イを実施するため、がん診療に携わる全ての診療従事者の対応能力を向上させることが必要であり、これを支援するために組織上明確に位置付けられた緩和ケアチームにより、以下を提供するよう体制を整備すること。
- i 定期的に病棟ラウンド及びカンファレンスを行い、依頼を受けていないがん患者も含めて苦痛の把握に努めるとともに、適切な症状緩和について協議し、必要に応じて主体的に助言や指導等を行っていること。
 - ii (2)の②のウに規定する看護師は、苦痛の把握の支援や専門的緩和ケアの提供に関する調整等、外来・病棟の看護業務を支援・強化すること。また、主治医及び看護師、公認心理師等と協働し、適切な支援を実施すること。
- エ 患者が必要な緩和ケアを受けられるよう、緩和ケア外来の設置など外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備すること。なお、自施設のがん患者に限らず、他施設でがん診療を受けている、または受けていた患者についても受入れを行っていること。また、緩和ケア外来等への患者紹介について、地域の医療機関に対して広報等を行っていること。
- オ 医療用麻薬等の鎮痛薬の初回使用時や用量の増減時には、医師からの説明とともに薬剤師や看護師等により、外来・病棟を問わず医療用麻薬等を自己管理できるよう指導すること。その際には、自記式の服薬記録を整備活用すること。
- カ 院内の診療従事者と緩和ケアチームとの連携を以下により確保すること。
- i 緩和ケアチームへがん患者の診療を依頼する手順等、評価された苦痛に対する対応を明確化し、院内の全ての診療従事者に周知するとともに、患者とその家族に緩和ケアに関する診療方針を提示すること。
 - ii 緩和ケアの提供体制について緩和ケアチームへ情報を集約するために、がん治療を行う病棟や外来部門には、緩和ケアチームと各部署をつなぐ役割を担うリンクナース（医療施設において、各種専門チームや委員会と病棟看護師等をつなぐ役割を持つ看護師をいう。）などを配置することが望ましい。
- キ 患者や家族に対し、必要に応じて、アドバンス・ケア・プランニング（人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスのこと。）を含めた意思決定支援を提供できる体制を整備していること。

ク アからキにより、緩和ケアの提供がなされる旨を、院内の見やすい場所での掲示や入院時の資料配布、ホームページ上の公開等により、がん患者及び家族に対しわかりやすく情報提供を行うこと。

ケ かかりつけ医等の協力・連携を得て、主治医及び看護師が緩和ケアチームと共に、退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な説明及び指導を行うこと。

コ 疼痛緩和のための専門的な治療の提供体制等について、以下の通り確保すること。

i 難治性疼痛に対する神経ブロック等について、自施設における麻酔科医等との連携等の対応方針を定めていること。また、自施設で実施が困難なために、外部の医療機関と連携して実施する場合には、その詳細な連携体制を確認しておくこと。さらに、ホームページ等で、神経ブロック等の自施設における実施状況や連携医療機関名等、その実施体制について分かりやすく公表していること。

ii 緩和的放射線治療を患者に提供できる体制を整備すること。また自施設の診療従事者に対し、緩和的放射線治療の院内での連携体制について周知していることに加え、連携する医療機関に対し、患者の受入れ等について周知していること。さらに、ホームページ等で、自施設におけるこれらの実施体制等について分かりやすく公表していること。

サ 全てのがん患者に対して苦痛の把握と適切な対応がなされるよう緩和ケアに係る診療や相談支援、患者からのPRO（患者報告アウトカム）（Patient Reported Outcome の略。自覚症状やQOLに関する対応の評価のために行う患者の主観的な報告をまとめた評価のこと。）、医療用麻薬の処方量など、院内の緩和ケアに係る情報を把握し、検討・改善する場を設置していること。それを踏まえて自施設において組織的な改善策を講じる等、緩和ケアの提供体制の改善に努めること。

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、医療計画で定めるがんの医療圏（以下「がん医療圏」という。）における国拠点病院と協力し、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、国拠点病院や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、国拠点病院や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 国拠点病院や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 国拠点病院と協力し、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 当該がん医療圏の国拠点病院が開催する会議等に参加し、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（患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援すること。）の質の向上に対する支援等に取り組むこと。
 - ケ 兵庫県がん診療連携協議会（以下「協議会」という。）の幹事会及び各部会（研修・教育、情報・連携、がん登録、緩和ケア、地域連携）に代表者を派遣し、各研修会等に関係職員を参加させること。
- ⑤ セカンドオピニオンの提示体制
- ア 医師からの診断結果や病状の説明時及び治療方針の決定時等において、すべてのがん患者とその家族に対して、他施設でセカンドオピニオン（診断及び治療方針等について、現に診療を担っている医師以外の医師による助言及び助言を求める行為をいう。以下同じ。）を受けられることについて説明すること。その際、心理的な障壁を取り除くことができるよう留意すること。

イ 当該施設で対応可能ながんについて、手術療法、放射線療法、薬物療法又は緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師によりセカンドオピニオンを提示する体制を整備し、患者にわかりやすく公表すること。

ウ セカンドオピニオンを提示する場合は、必要に応じてオンラインでの相談を受け付けることができる体制を確保することが望ましい。

⑥ それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

ア 希少がん・難治がんの患者の診断・治療に関しては、積極的に協議会における役割分担の整理を活用し、対応可能な施設への紹介やコンサルテーションで対応すること。

イ 小児がん患者で長期フォローアップ中の患者については、小児がん拠点病院や連携する医療機関と情報を共有する体制を整備すること。

ウ 各地域のがん・生殖医療ネットワークに加入し、「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」へ参画するとともに、対象となりうる患者や家族には必ず治療開始前に情報提供すること。患者の希望を確認するとともに、がん治療を行う診療科が中心となって、院内または地域の生殖医療に関する診療科とともに、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供及び意思決定支援を行う体制を整備すること。自施設において、がん・生殖医療に関する意思決定支援を行うことができる診療従事者の配置・育成に努めること。

エ 就学、就労、妊孕性（子どもをつくるために必要な能力のこと。）の温存、アピアランスケア（医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケアのこと。）等に関する状況や本人の希望についても確認し、自施設もしくは連携施設のがん相談支援センターで対応できる体制を整備すること。また、それらの相談に応じる多職種からなるAYA世代支援チームを設置することが望ましい。

オ 高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保すること。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること。

カ 医療機関としてのBCP（大地震等の自然災害、感染症のまん延、テロ等の事件、大事故、サプライチェーン（供給網）の途絶、突発的な経営環境の変化など不測の事態が発生しても、重要な事業を中断させない、または中断しても可能な限り短い期間で復旧させるための方針、体制、手順等を示した計画のこと。）を策定することが望ましい。

(2) 診療従事者

① 専門的な知識及び技能を有する医師の配置

ア 当該施設で対応可能ながんについて専門的な知識及び技能を有する手術療法に携わる常勤の医師を1人以上配置すること。

- イ 専任の放射線診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。
- ウ 専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。
- エ 専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として専従であること。
- オ 緩和ケアチームに、専任の身体症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の医師を1人以上配置すること。

緩和ケアチームに、精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。なお、当該医師については、原則として常勤であること。

- カ 専従の病理診断に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を1人以上配置すること。

② 専門的な知識及び技能を有する医師以外の診療従事者の配置

- ア 専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の診療放射線技師を1人以上配置すること。

専従の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の技術者等を1人以上配置すること。

放射線治療部門に、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。

- イ 専任の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の薬剤師を1人以上配置すること。

外来化学療法室に、専従の薬物療法に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。

- ウ 緩和ケアチームに、専従の緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること。なお、当該看護師はがん看護又は緩和ケアに関する専門資格を有する者であること。

- エ 緩和ケアチームに、緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する薬剤師及び相談支援に携わる専門的な知識及び技能を有する者をそれぞれ1人以上配置すること。これらは、他部署との兼任を可とする。

- オ 専任の細胞診断に係る業務に携わる専門的な知識及び技能を有する者を1人以上配置すること。

(3) その他の環境整備等

- ① 患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備することが望ましい。
- ② 集学的治療等の内容や治療前後の生活における注意点等に関して、冊子や視聴覚教材等を用いてがん患者及びその家族が自主的に確認できる環境を整備

すること。また、その冊子や視聴覚教材等はオンラインでも確認できることが望ましい。

- ③ がん治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピアランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していること。
- ④ がん患者の自殺リスクに対し、院内で共通したフローを使用し、対応方法や関係機関との連携について明確にしておくこと。また関係職種に情報共有を行う体制を構築していること。自施設に精神科、心療内科等がない場合は、地域の医療機関と連携体制を確保していること。

2 診療実績

以下の項目をそれぞれ満たすこと。

- (1) 院内がん登録数（入院、外来は問わない自施設初回治療分）年間 500 件以上
- (2) 悪性腫瘍の手術件数 年間 200 件以上
- (3) がんに係る薬物療法のべ患者数 年間 500 人以上
- (4) 放射線治療のべ患者数 年間 100 人以上
- (5) 緩和ケアチームの新規介入患者数 年間 50 人以上

3 人材育成等

- (1) 自施設において、1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) 当該がん医療圏において、国拠点病院等が実施する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に積極的に協力するとともに参加すること。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) (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、国拠点病院等が実施する地域の診療従事者を対象とした研修やカンファレンスに積極的に協力するとともに参加すること。
- (5) 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。

- (6) 国拠点病院等が実施する看護師を対象としたがん看護に関する総合的な研修に積極的に協力するとともに参加すること。また、他の診療従事者についても、国拠点病院等が実施する各々の専門に応じた研修に積極的に協力するとともに参加すること。
- (7) 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。

4 相談支援及び情報の収集提供

(1) がん相談支援センター

相談支援を行う機能を有する部門（以下「がん相談支援センター」という。）を設置し、①から⑧の体制を確保した上で、がん患者や家族等が持つ医療や療養等の課題に関して、病院を挙げて全人的な相談支援を行うこと。必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること。また、コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者等への配慮を適切に実施できる体制を確保すること。

- ① 国立がん研究センターによる「相談支援センター相談員研修・基礎研修」(1)～(3)を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置すること。
- ② 相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的な知識の更新に努めること。
- ③ 院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。
- ④ がん相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。
 - ア 外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問（必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む）することができる体制を整備することが望ましい。
 - イ 治療に備えた事前の面談や準備のフローに組み込む等、診療の経過の中で患者が必要とするときに確実に利用できるよう繰り返し案内を行うこと。
 - ウ 院内の見やすい場所にごん相談支援センターについて分かりやすく掲示すること。
 - エ 地域の住民や医療・在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行うこと。また、自施設に通院していない者からの相談にも対応すること。
 - オ がん相談支援センターを初めて訪れた者の数を把握し、認知度の継続的な改善に努めること。

- ⑤ がん相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備すること。また、フィードバックの内容を自施設の相談支援の質の向上のために活用するとともに、協議会で報告し、他施設とも情報共有すること。
- ⑥ 患者からの相談に対し、必要に応じて速やかに院内の診療従事者が対応できるよう、病院長もしくはそれに準じる者が統括するなど、がん相談支援センターと院内の診療従事者が協働する体制を整備すること。
- ⑦ がん相談支援センターの相談支援に携わる者は、国指針に規定する都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。
- ⑧ がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語り合うための患者サロン等の場を設けること。その際には、一定の研修を受けたピア・サポーターを活用する、もしくは十分な経験を持つ患者団体等と連携して実施するよう努めること。なお、オンライン環境でも開催できることが望ましい。

(2) 院内がん登録

- ① がん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）第 44 条第 1 項の規定に基づき定められた、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）に即して院内がん登録を実施すること。
- ② 国立がん研究センターによる研修を修了した専従の院内がん登録の実務を担う者を 1 人以上配置すること。なお、当該実務者は診療ガイドラインの改定等を踏まえ必要に応じて再度研修を受講すること。
- ③ 毎年、最新の登録情報や予後を含めた情報を国立がん研究センターに提供すること。
- ④ 院内がん登録を活用することにより、県の実施するがん対策等に必要な情報を提供すること。

(3) 情報提供・普及啓発

- ① 自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。また、希少がん、小児がん、AYA世代のがん患者への治療及び支援（妊孕性温存療法を含む）やがんゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報すること。なお、大規模災害や感染症の流行などにより自院の診療状況に変化が生じた場合には、速やかに情報公開をするよう努めること。
- ② 当該がん医療圏内のがん診療に関する情報について、病院ホームページ等でわかりやすく広報すること。特に、我が国に多いがんの中で、自施設で対応しない診療内容についての連携先や集学的治療等が終了した後のフォローアップについて地域で連携する医療機関等の情報提供を行うこと。
- ③ 地域を対象として、緩和ケアやがん教育、患者向け・一般向けのガイドラインの活用法等に関する普及啓発に努めること。

- ④ 参加中の治験についてその対象であるがんの種類及び薬剤名等を広報すること。
- ⑤ 患者に対して治験も含めた医薬品等の臨床研究、先進医療、患者申出療養等に関する適切な情報提供を行うとともに、必要に応じて適切な医療機関を紹介すること。
- ⑥ がん教育について、当該がん医療圏における学校や職域より依頼があった際には、外部講師として診療従事者を派遣し、がんに関する正しい知識の普及啓発に努めること。なお、がん教育の実施に当たっては、児童生徒が当事者である場合や、身近にがん患者を持つ場合等があることを踏まえ、対象者へ十分な配慮を行うこと。

5 臨床研究及び調査研究

- (1) 政策的公衆衛生的に必要性の高い調査研究に協力すること。また、これらの研究の協力依頼に対応する窓口の連絡先を国立がん研究センターに登録すること。
- (2) 治験を含む医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究コーディネーター(CRC)を配置すること。治験を除く医薬品等の臨床研究を行う場合は、臨床研究法に則った体制を整備すること。実施内容の広報等に努めること。

6 医療の質の改善の取組及び安全管理

- (1) 自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、がん患者の療養生活の質について把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じること。その際にはQuality Indicatorを利用するなどして、PDCAサイクルが確保できるよう工夫をすること。
- (2) 医療法等に基づく医療安全にかかる適切な体制を確保すること。
- (3) 日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けていること。

第5 兵庫県等への協力

県指定病院は、地域のがん医療の向上のため、国拠点病院及びその他の医療機関との連携に努め、県が実施するがん対策事業に協力するものとする。

第6 既指定病院の取扱い等について

1 既に県指定を受けている医療機関の取扱いについて

- (1) この要綱の施行日の時点で、旧要綱に基づき、県指定を受けている医療機関(以下「既指定病院」という。)にあつては、令和4年4月1日時点で旧要綱に基づき定められていた指定の有効期間に限り、この要綱で定める県指定病院として指定を受けているものとみなす。なお、旧要綱に基づき令和5年4月以降も指定を受けている既指定病院にあつても、指定の有効期間は令和5年3月末日までとする。

- (2) 既指定病院は、令和4年4月1日時点で旧指針に基づき定められていた指定の有効期間の満了後も引き続き県指定病院として指定を受ける場合には、この要綱で定める指定要件を満たしていることを確認の上、別途定める期限までに、別途定める「現況報告書」を知事あてに提出すること。
- (3) 指定の更新にあたっては、既指定病院のうち、第4の1の(2)の②のAに規定する「専従の放射線治療における機器の精度管理、照射計画の検証、照射計画補助作業等に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の技術者等を1人以上配置すること」及び「放射線治療部門に、専従の放射線治療に携わる専門的な知識及び技能を有する常勤の看護師を1人以上配置すること」、第4の2に規定する「診療実績」、第4の6の(3)に規定する「日本医療機能評価機構の審査等の第三者による評価を受けていること」のいずれかの要件を満たしていない医療機関については、令和5年4月からの2年間に限り指定の更新を行うものとする。

2 新規指定の手続等について

- (1) この要綱の施行日以降に第4の指定要件を満たす既指定病院以外の病院については、第3に規定する手続を行うことができる。
- ただし、令和4年度に限っては、令和4年10月末までに新規申請に係る書類を提出しなければならない。なお、新規申請にかかる指定期間の始期については、令和5年4月1日となることに留意すること。
- (2) 国拠点病院である医療機関が、国指定期間満了後に引き続き県指定を受けるために新規申請をした場合において、指定要件を満たさない項目があるとしても、指定日から2年間に限り指定要件を満たしているものとみなし、指定を行うことができる。なお、この指定期間内に指定要件をすべて満たすことができなかった場合は、指定の更新を行わない。

3 指定の更新手続等について

- (1) 第3の指定等は、4年ごと、もしくは指定時に定められた期間の満了日までその更新を受けなければ、その期間の経過によって、その効力を失う。
- (2) 県指定に係る更新手続は、指定の更新を受けようとする病院の開設者が、別に定める「兵庫県指定がん診療連携拠点病院の指定更新申請書」(別記様式第3号)を知事に提出すること。
- (3) 指定の更新がされたとき、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。
- (4) 指定の有効期間内において指定要件を満たすことのできない状況が発生した県指定病院は、文書にて迅速にその旨について知事に届け出ること。
- (5) 新型コロナウイルス感染症拡大の影響等により第6の1の(3)のいずれかの要件を満たさない場合、健康づくり審議会対がん戦略部会がん診療連携推進専門委員会に意見を踏まえ、県指定病院の責めに帰すべき事由によらないものであると知事が判断したときは、指定期間を必要な期間延長することができる。

附 則

この要綱は、平成 22 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 22 年 8 月 24 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 8 月 28 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 9 月 25 日から施行する。

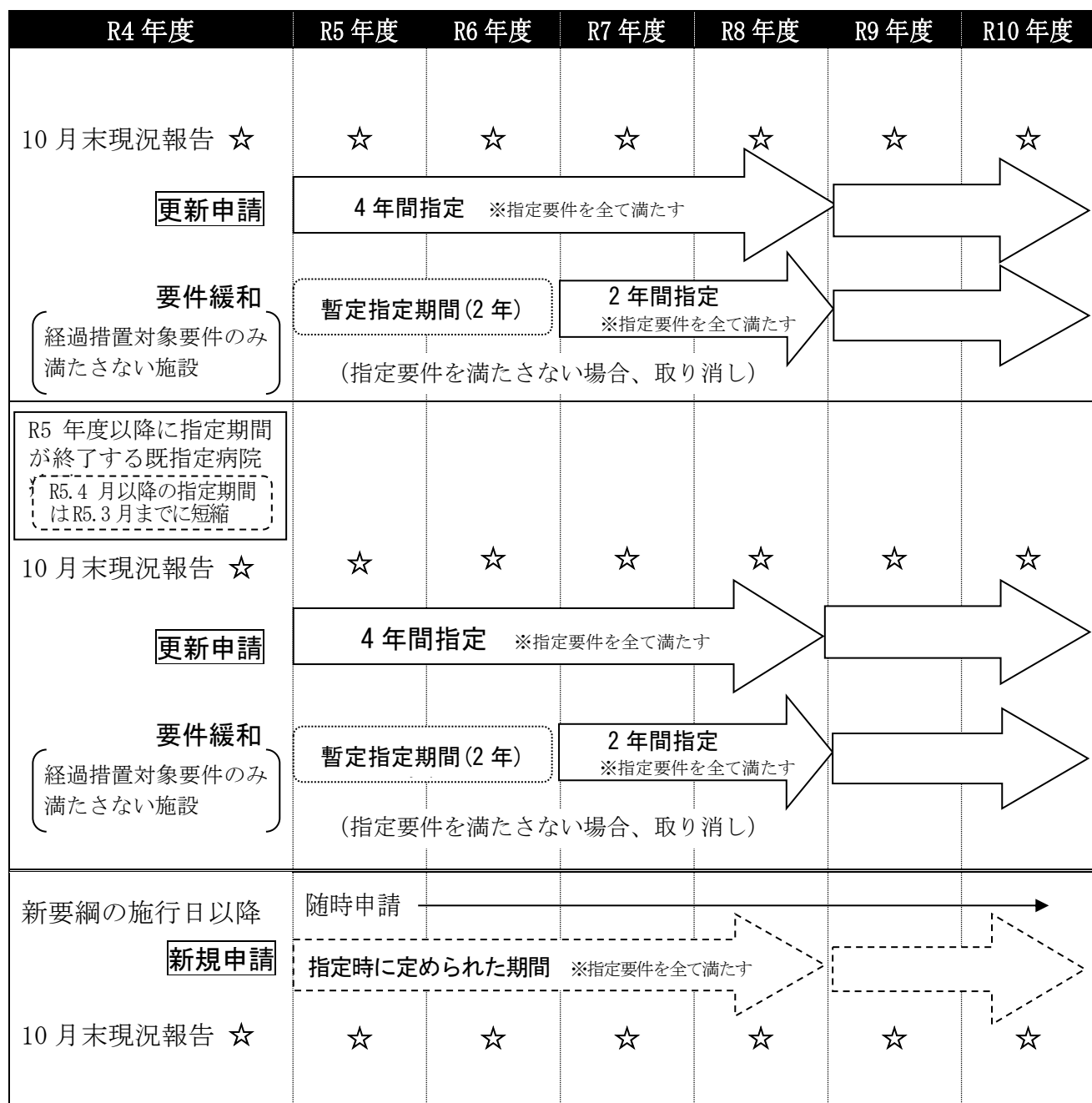
附 則

この要綱は、令和 3 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 9 月 30 日から施行する。

<参考> 指定の更新手続等について



健生が発 0829 第 5 号
令和 7 年 8 月 29 日

都道府県衛生主管部（局）長殿

厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長
（公印省略）

2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に係る
基本的な考え方及び検討の進め方について

我が国のがん対策については、がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）及び同法の規定に基づくがん対策推進基本計画（以下「基本計画」という。）により、総合的かつ計画的に推進しているところである。

令和 5 年 3 月に策定された第 4 期基本計画において、国及び都道府県は、がん医療が高度化する中で、地域の実情に応じ、均てん化を推進するとともに、持続可能ながん医療の提供に向け、がん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）の役割分担を踏まえた集約化を推進することとしている。

今般、がん診療提供体制のあり方に関する検討会での議論を経て、令和 7 年 8 月 1 日に「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化に関するとりまとめ」（以下「とりまとめ」という。）がまとめられ、基本的な考え方として、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、一定の集約化を検討していくことが重要であるとされたほか、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。）での均てん化・集約化の検討の進め方等が示された。

貴職におかれては、まず、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和 4 年 8 月 1 日付け健発 0801 第 16 号厚生労働省健康局長通知）の別添「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」を踏まえ、下記の推計の方法を参考に、都道府県単位・二次医療圏単位のがん患者に対する三大療法（手術療法・放射線療法・薬物療法）を中心としたがん医療の需給を予測・把握すること、その上で、下記の基本的な考え方及び検討の進め方に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院とともに都道府県協議会を運営し、地域の実情に応じたがん医療の

更なる均てん化及び集約化の議論を進めることをお願いする。併せて、貴管下医療機関、関係団体その他の関係者に、下記について周知するようお願いする。詳細については、とりまとめを参照されたい。

記

1. 今後のがん医療の需給について

(1) がん医療の需要について

全国のがん罹患者数について、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」と、全国がん登録における年齢階級別がん罹患率を掛け合わせて算出したところ、2040年に105.5万人と、2025年の102.5万人と比べて3%増加することが推計された。都道府県単位で見ると、がん罹患者数は16都府県で増加する一方で、31道県では減少が見込まれた。二次医療圏単位で見ると、大都市部の88%でがん罹患者数は増加する一方で、地方都市部の59%、過疎地域の98%で減少することが見込まれるなど、地域性があることが推計された^{1, 2}。

また、2040年の三大療法別の需要について、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」、全国がん登録における年齢階級別がん罹患率、院内がん登録における年齢階級別の三大療法の実施割合の推移から線形予測した将来の三大療法の実施割合を掛け合わせて算出したところ、以下のとおり推計された。

①手術療法

2025年比で5%減少すると見込まれ、都道府県単位では、2都県で増加する一方で、その他の45道府県で減少することが見込まれること、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推計された。

②放射線療法

2025年比で24%増加すると見込まれ、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こと、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推計された。

¹ 人口推計としては市町村別に推計されているものの、福島県いわき市、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、飯館村の13市町村については、ひとつの地域（「浜通り地域」）として集計されている。このため、これらの地域は、二次医療圏としては2圏域であるものの、1圏域として集計した。

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

③薬物療法

2025年比で15%増加すると見込まれ、都道府県単位では、46都道府県で増加すること、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推計された。

入院・外来治療の需要動向としては、2040年に向けて、がん罹患者数は我が国全体で3%増加すると推計されることから、がんの外来患者数（1日あたりの医療機関の外来を受療した患者数）は今後も増加することが見込まれる。一方で、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）は鏡視下手術等による低侵襲治療の割合の増加等による平均在院日数の短縮の影響で減少しており、今後も更に減少する可能性がある。

(2) がん医療の供給について

全国の2040年の三大療法別の供給について、以下のとおり見込まれている。

①手術療法

手術療法の需要は2025年比で5%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。

②放射線療法

放射線療法の需要は2025年比で24%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、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、我が国では諸外国と比較し、放射線治療装置が分散して配置されていると報告されており、放射線治療装置1台あたりの患者数にばらつきが大きく³、特に、放射線療法の需要が減少することが見込まれる地域や、がん患者数が少ない地域では、放射線治療装置の維持が困難になる場合が想定される。

③薬物療法

薬物療法の需要は2025年比で15%増加することが見込まれる中、薬物療法は、薬物療法専門医のほか、必ずしも薬物療法専門医ではない他の診療科の専門医によっても提供されているため、現状、薬物療法を何人の医師が提供し、2040年に向けてどのように変化するか、定量的に評価

³ 第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本放射線腫瘍学会提出資料「各国の一施設当たりの平均外照射装置数」

することは困難である。日本臨床腫瘍学会によると、薬物療法専門医数は、2040年に向けて増加すると予測されているものの、消化器外科医等の薬物療法の提供者が減少している診療領域もあることに鑑みると、薬物療法を提供できる医師の確保が重要となる。

2. 高度な医療技術を伴うがん医療について

(1) 手術療法

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ことが日本癌治療学会より報告されている。

(2) 放射線療法

強度変調放射線治療（IMRT）や定位放射線治療等の精度の高い放射線療法に関しては、治療患者数が多い施設においては、複雑な症例や有害事象への対応に関する知見・経験が蓄積されることによる、治療成績の向上や有害事象の発生率の減少等が、日本放射線腫瘍学会より報告されている。

(3) 薬物療法

近年使用されるようになった免疫チェックポイント阻害薬について、治療症例数が多い医療施設では有害事象による死亡率が低いことが日本臨床腫瘍学会より報告されている。

3. 今後の方向性について

(1) 基本的な考え方

国は、がん対策基本法に基づき、拠点病院等を中心として、適切ながん医療を受けることができるよう、均てん化の促進に取り組んできており、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。

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、リンパ浮腫診療等を含む支持療法・緩和ケア、低リスクのがんサバイバーの長期フォローアップ等については、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。その際、かかりつけ医が一定の役割を担うことが重要である。

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、集約化せずにこれまでと同様のがん医療提供体制を維持した場合、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。したがって、上述のような基本的な考え方に基づき、今後も国民が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、国や都道府県は、国民の理解を得るために、国民にとって分かりやすい説明を継続していく必要がある。

(2) 特に集約化の検討が必要な医療についての考え方

医療需給の観点では、症例数が少ない場合や専門医等の医療従事者が不足している診療領域等は、効率性の観点から集約化が望ましい。また、消化器外科領域等のように症例数は多いが、医師数が不足することが見込まれる診療領域に関しては、新たな成り手の確保が喫緊の課題であり、勤務環境等を整備するために、当該診療領域に関してのがん医療を提供する医療機関は集約化するなど、医療施設の適正な配置を推進することが望ましい。

医療技術の観点では、がん医療に係る一連のプロセスである「診断、治療方針の決定」に高度な判断を要する場合や、「治療、支持療法・緩和ケア」において新規性があり一般的・標準的とは言えない治療法や高度な医療技術が必要である場合等について、集約化して症例数や知見・経験を蓄積することが望ましい。また、放射線治療装置のように、がん医療を提供する際に高額な医療機器や専用設備等を用いる技術は、導入及び維持にコストがかかるため、将来における放射線療法の需要を考慮し、集約化して提供することが望ましい。

特に集約化の検討が必要な医療の提供主体については、提供する医療を「都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療」と「がん医療圏又は複数のがん医療圏単位での集約化の検討が必要な医療」に分類の上、前者については、国立がん研究センター、国立成育医療研究センター、都道府県がん診療連携拠点病院、大学病院本院、小児がん拠点病院、地域の実情によっては地域がん診療連携拠点病院が担うことが想定される。後者については、拠点病院等や、地域の実情によってはそれ以外の医療機関が担うことが想定される。地域によっては、拠点病院等以外もがん診療を担っている実情を踏まえ、上記の分類を参考に、想定される医療機関の役割分担については、後述のように都道府県協議会において十分な議論が必要である。なお、小児がん・希少がんの中でも特に高度な専門性を有する診療等については、国及び地域ブロック単位で集約化することが望ましい。

(3) 更なる均てん化が望ましい医療についての考え方

がん予防や支持療法・緩和ケア等は、できる限り多くの診療所・病院で提供されることが望ましく、特に、今後増加することが推測される高齢のがん患者に対しては、望んだ場所で適切な治療及びケアを受けられるよう、身近な診療所・病院で提供されることが望ましい。

(4) 2040年を見据えたがん医療の均てん化・集約化に係る基本的な考え方に基づいた医療行為例

がん診療提供体制のあり方に関する検討会で、関連学会からヒアリングした内容をもとに、図1に例を記載する。

4. 都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の進め方について

(1) 都道府県協議会の体制

都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院は、都道府県協議会の運営を担うこと。都道府県は、地域の医療提供体制を維持・確保する観点から、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。

(2) 都道府県協議会での協議事項

国及び国立がん研究センターから提供される将来の人口推計や、都道府県内・がん医療圏内の将来のがん患者数、院内がん登録のデータ等を活用し、将来の医療需要から都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療の具体について整理すること。また、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化を議論し、都道府県内で役割分担する医療機関について整理・明確化すること。

都道府県内の放射線療法に携わる有識者の参画の下、放射線療法に係る議論の場を設け、都道府県内の放射線治療施設における放射線治療患者数・放射線治療装置数・放射線療法を提供する医療従事者専門医数等といった情報を正確に把握し、採算に関する分析⁴も踏まえて、将来的な装置の導入・更新を見据えた計画的な議論を行うこと⁵。

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、医療機関の同意の下、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。なお、公表する情報については、定期的に更新を行うことが望ましい。

がん医療圏の見直しや病院機能再編等による拠点病院等の整備について検討すること。医療需給及び医療技術の観点から、複数の都道府県で協力し提供する必要のあるがん医療については、関係都道府県間において、がん医療提供体制のあり方について協議することが望ましい。

(3) 都道府県協議会の運営に際する都道府県及び都道府県がん診療連携拠点病院の役割

国から提供される都道府県協議会での議論に資するデータの整理に加え、主体的にがん医療提供体制に係るデータの収集・分析を行うこと。その際、がん種ごとにがん医療提供体制の均てん化・集約化の議論を実施できるよう考慮すること。

⁴ 第17回がん診療提供体制のあり方に関する検討会 日本放射線腫瘍学会提出資料「高額な放射線治療装置の設置・メンテナンス、機器更新と、それに伴う採算性の課題について」

⁵ 一般的に放射線治療装置の耐用年数は10～15年程度であることを踏まえると、毎年約70～110台程度の更新の検討が必要となる。

都道府県協議会で整理・明確化した、がん種ごとに役割分担する医療機関について、住民に広く周知すること。また、がん患者を紹介する医療機関（がん検診を実施する医療機関を含む）にも都道府県内で役割分担する医療機関を周知し、がん患者が適切な医療機関で受療できるような体制を整備すること。

都道府県内のがん医療の均てん化・集約化に係る医療機能の役割分担について必要な調整を行うこと。

医療機関ごとの診療実績を一元的に発信し、住民に提供することに取り組むこと。

都道府県内で均てん化・集約化が望ましい医療について、均てん化・集約化の推進の進捗状況（受療動向の変化等）を、院内がん登録等の情報を用いて継続的に確認すること。

（４）都道府県協議会での均てん化・集約化の検討の留意事項

従来のがん医療提供体制を維持した場合、現在提供されているがん医療が継続できなくなる恐れがあるため、今後がん患者が質の高いがん医療を受療できるよう、集約化も含めた持続可能ながん医療提供体制の構築が必要であるという点について、都道府県が中心となり、住民の理解を得るために、住民にとって分かりやすい説明を継続していく必要がある。

地域ごとに、医療資源やがん患者の状況（がん患者数、医療機関までの通院手段等）を把握し、医療機能の見える化を推進するとともに、がん患者の医療機関へのアクセスの確保について十分に留意しながら、適切ながん医療提供体制を整えることが重要である。また、手術療法を担う外科医について、がん以外にも、虫垂炎や胆嚢炎等の様々な疾患についての手術を担う必要があること等から、がん医療提供体制の検討にあたっては、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である。

そのほか、地域包括ケアシステムの観点から、患者が住み慣れた地域で質の高い医療を受け続けられるよう、集約化の検討が必要な医療を提供する医療機関、患者の日頃の体調を把握している身近な診療所・病院のかかりつけ医、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設・事業

所等、多職種・多機関との地域連携の強化がより一層重要となる。また、かかりつけ医と拠点病院等の専門医の更なる連携強化に向けた、がん患者にとって身近な診療所・病院における D to P with D によるオンライン診療、医療 DX 等による業務効率化、人材の育成及び地域における活用への積極的な取組、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を含めた意思決定支援の提供体制の整備が重要となる。

（５）国による支援

都道府県協議会等に対し、継続的に好事例（がん患者の医療機関までのアクセスについての取組等）の共有、他の地域や医療機関との比較が可能となるようなデータの提供等の技術的支援並びに当該支援により提供されたデータの解釈及び活用方法について丁寧に説明を行う。また、各都道府県協議会でのがん医療の均てん化・集約化の議論及び進捗状況を確認し、都道府県ごとの差異を把握した上で、都道府県におけるがん医療の均てん化・集約化に向けた取組を支援する。

都道府県協議会等に対し技術的支援を行いつつ、がん診療連携拠点病院機能強化事業等の財政支援については、引き続き検討を行った上で、必要な予算の確保を図る。

(図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基づいた医療行為例

		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	消化器がん ・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	呼吸器がん ・肺がんに対する気管や気管支、血管形成及び他臓器合併切除を伴う高度な手術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・縦隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頭胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術	乳がん ・遺伝性乳がんに対する予防的乳房切除術 ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法	婦人科がん ・子宮頸がんや子宮体がん、卵巣がんに対する広汎子宮全摘術、骨盤除臓術、上腹部手術を含む拡大手術	泌尿器がん ・膀胱がんに対するロボット支援腹腔鏡下膀胱全摘術 ・腎臓がんに対する高度なロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 ・泌尿器科領域の悪性腫瘍に対する骨盤内臓全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術	・専用治療病室を要する核医学治療 ・密封小線源治療（組織内照射）	・高度な薬物療法（特殊な二重特異性抗体治療等） ・小児がんに対する標準的な薬物療法	・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		消化器がん ・胃がんに対する胃全摘術・幽門側胃切除術 ・大腸がんに対する結腸切除術・直腸切除術 ・食道や胃、大腸がんに対する内視鏡的粘膜切除・粘膜下層剥離術	呼吸器がん ・肺がんに対する標準的な手術 ・転移性肺腫瘍に対する標準的な手術 ・縦隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・胸壁腫瘍手術に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍に対する外科的生検	乳がん ・乳がんに対する標準的な手術	婦人科がん ・子宮頸がんや子宮体がんに対する標準的な手術 ・卵巣がんに対する標準的な手術	泌尿器がん ・前立腺がんに対するロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺摘除術 ・腎臓がんに対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術・ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術、ロボット支援腹腔鏡下腎・尿管全摘除術 ・尿路変向術、腎ろう造設術	・強度変調放射線治療や画像誘導放射線治療等の精度の高い放射線治療 ・精度の高い放射線治療以外の体外照射 ・密封小線源治療（腔内照射） ・外来・特別措置病室での核医学治療 ・緩和的放射線治療	・標準的な薬物療法 ※がん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