

域・活 連携

いき・いき れんけい

2025年12月発行

特別号

特集

特別号

これからの
がん診療提供体制の
方向性



これからのがん診療提供体制の方向性

国は、全国どこにいても質の高いがん治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を進めてきたが、がん医療の高度化、少子高齢化が進み、がん医療の需要変化等が見込まれる中、がん診療提供体制のあり方に関する検討会において討議を重ね、「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（令和7年8月1日）」にて、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公表した。これからのがん診療について、ご専門の先生方にお話を伺った。

〔取材日：2025年9月3日および9月9日〕*記事内容、所属等は取材当時のものです。



（左から）

絹谷 清剛先生 一般社団法人日本核医学会 理事長
金沢大学医薬保健研究域医学系核医学 教授
土岐 祐一郎先生 がん診療提供体制のあり方に関する検討会 座長
大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学 教授
宇野 隆先生 公益社団法人日本放射線腫瘍学会 理事長
千葉大学大学院医学研究院画像診断・放射線腫瘍学 教授

がん診療提供体制はどう変わるか

厚生労働省のがん診療提供体制のあり方に関する検討会は、令和6年12月より、がん医療の柱である三大療法（手術療法、放射線療法、薬物療法）に係る関係学会からヒアリングを実施し、医療需給と医療技術の観点を踏まえて有識者による議論を進め、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、「均てん化・集約化に関するとりまとめ」）を発表した。

これからのがん診療提供体制のあり方について、検討会の座長で、大阪大学大学院医学系研究科外科学講座消化器外科学 教授の土岐 祐一郎先生は、「第3期がん対策推進基本計画では、主にがん医療の均てん化を推進してきましたが、少子高齢化、人口減少の速度が想定をはるかに超えました。このままでは日本

のがん医療は維持できないという危機感から、第4期がん対策推進基本計画では、引き続き質の高いがん医療を提供するためには、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の役割分担を踏まえた集約化を推進していく方針に転換しました」と話す。

三大療法の需給推計と課題

将来的ながん患者数と三大療法の需要はどのように変わっていくのか。「均てん化・集約化に関するとりまとめ」では、将来的な手術療法、放射線療法、薬物療法の需要について、2025年基準で手術療法は若干減少、放射線療法と薬物療法の需要は増加すると推計された。特に放射線療法は都道府県単位においても、全ての都道府県で増加することが見込まれている。（図1）

土岐先生は、「こうした推計を踏まえて、今後、私たちを考えなければいけないのは、需要と供給のバランスをどのように取っていくかということです。近年の医療技術の高度化、高騰する医療設備や医療器具への設備投資は病院経営の大きな負担となっています。そうした意味では、放射線療法の需要増加への対応も考える必要があります。薬物療法については薬物療法専門医の他に、薬物療法専門医ではない診療科の医師による提供がどのくらいあるのかが把握できておらず、将来的な需要の予測が読み切れていません。また、薬物療法も高度化が進む中で、対応できる薬物療法の扱い手が確保できるのか、現状では全貌が読み切れていなため、再度、検討の必要があります」と話す。

「均てん化・集約化に関するとりまとめ」では、医療技術の観点から、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ことが推進される。土岐先生は、「ただし、都市部と地方では問題が異なります。都市部では効率化を重視して、高度な医療に

ついては集約化して役割分担していくことが求められますが、地方の場合は交通アクセスや医療従事者不足など、抱えている問題がそれぞれ異なりますので、地域にあった均てん化・集約化を検討する必要があります。がん医療は入院手術がメインの時代から、ほとんどが通院外来となる放射線治療、薬物療法の時代へとシフトしています。患者さんにメリットがある一方で、交通手段の少ない地方では深刻な課題となります」と語る。



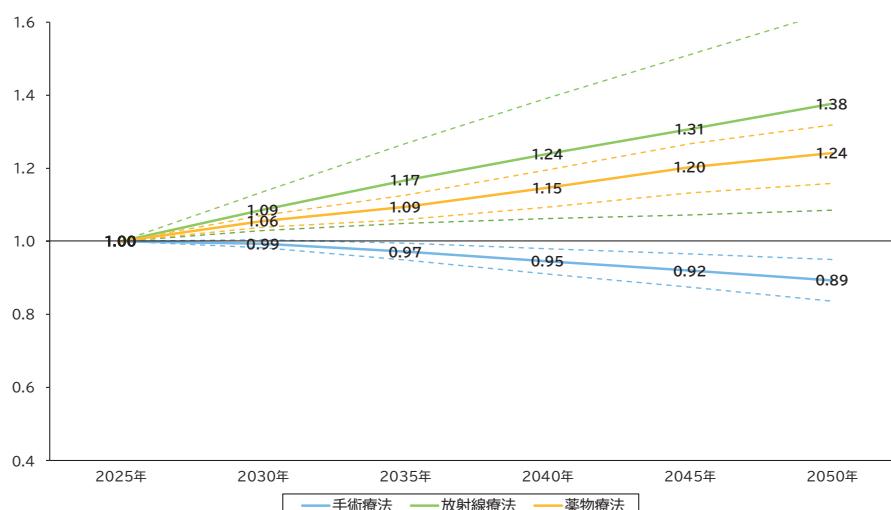
土岐 祐一郎先生
がん診療提供体制のあり方に関する検討会 座長
大阪大学大学院医学系研究科
外科学講座消化器外科学 教授

持続可能ながん医療提供体制の構築

「均てん化・集約化に関するとりまとめ」では、2040年に向けて、がん医療の需要変化等が見込まれる中、

■ 図1 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者数推計と2016-2023年までの期間に院内がん登録全国集計に毎年参加している施設(696施設)を対象に集計した三大療法の実施割合の推移から作成した2050年までの実施割合推計と乗算し、2025年の実施数を1とした場合の将来推計値をがん・疾病対策課において作成

引き続き適切ながん医療を受けることができるよう、医療提供体制を3層のピラミッド階層に分けて医療提供体制の構築を目指すとしている。(図2)

土岐先生は、「1番上の『都道府県又はさらに広域での集約化の検討が必要な医療』は、都道府県に1カ所ぐらいは欲しい医療で、2番目の『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』は2次医療圏ごとの地域がん診療連携拠点病院に必要な医療、3番目の『更なる均てん化が望ましい医療』については、これまで以上にアクセスを良くしていかなければいけない医療ということで、この図表に全体の大まかな方針が盛り込まれています」と説明する。分類に関しては、さらに手術療法、放射線療法、薬物療法、その他の医療に分けて提示されている。(図3)

土岐先生は、「手術療法に関しては、手術の難易度を指標に上位2層で分類しています。例えば、手術療法ではロボット支援下内視鏡手術が腹腔鏡下手術や胸腔鏡下手術に比べて増えていますが、ロボット支援下内視鏡手術で利益を得るには年間200件の手術を行う必要があります。こうした医療経済的要素も集約化

の引き金になるのではないかと考えています。3番目は、腸閉塞などの緊急手術的なところに広く対応していただくイメージです。放射線治療は主に放射線治療装置の規模により上位2層で分類しています」と話す。

都道府県協議会の役割は

医療提供体制の均てん化・集約化の検討を進めるにあたり、今後、都道府県および都道府県がん診療連携拠点病院が、事務局として都道府県がん診療連携協議会(以下、「都道府県協議会」)の運営を担う。

土岐先生は、「集約化を進めるためには、各学会はもちろんですが、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会(以下、「国協議会」)などさまざまな機関が、専門医認定施設の整備から診療報酬改定、専門医制度の改定まで、多角的に取り組む必要があります。その中で、都道府県協議会の役割の一つは、都道府県内の診療実績の公開です。国および国立がん研究センターから、院内がん登録のデータ等を提供しますので、都道府県内での診療実績を公開していただき、

■ 図2 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。
- ・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
<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、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等	<p>特に集約化の検討が必要な医療についての考え方 (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。
<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>(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">・患者にとって身近な診療所・病院 (かかりつけ医を含む)	<p>更なる均てん化が望ましい医療についての考え方</p> <ul style="list-style-type: none">・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。

(※1)国及び地域ブロック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。
出典:厚生労働省 第92回がん対策推進協議会「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化について」(令和7年10月6日発出, p14)

■ 図3 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

都道府県又は更に広域での集約化の検討が必要な医療	手術療法					放射線療法	薬物療法	その他の医療
	・希少がんに対する手術	・消化器がん	呼吸器がん	乳がん	婦人科がん	泌尿器がん	・粒子線治療	・小児がんに対する高度な薬物療法
都道府県での集約化の検討が必要な医療	<ul style="list-style-type: none"> ・食道がんに対する食道切除再建術 ・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 ・膀胱がん・胆道がん等に対する膀胱十二指腸切除術、膀胱全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・大腸がんに対する骨盤内全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法 	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器がん ・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 ・膀胱がん・胆道がん等に対する膀胱十二指腸切除術、膀胱全摘術 ・肝臓がん・胆道がん等に対する高度な肝切除術 ・悪性胸膜中皮腫に対する胸膜切除・剥皮術 ・大腸がんに対する骨盤内全摘術 ・食道がんに対する光線力学療法 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳がん ・高度な乳房再建術 ・乳がんに対するラジオ波焼灼療法 ・緩隔悪性腫瘍手術に対する血行再建が必要な手術 ・頸胸境界領域の悪性腫瘍に対する手術 	<ul style="list-style-type: none"> ・婦人科がん ・卵巣がんに対する高度な手術 	<ul style="list-style-type: none"> ・泌尿器がん ・膀胱がんに対する口ポ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腫全摘術 ・後腹膜悪性腫瘍に対する手術 ・後腹膜リンパ節郭清術 	<ul style="list-style-type: none"> ・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) 	<ul style="list-style-type: none"> ・小児がんに対する標準的な薬物療法 ・高度な薬物療法(特殊な二重特異性抗体治療等) 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・緩隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍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 	<ul style="list-style-type: none"> ・消化器がん ・胃がんに対する標準的な手術 ・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 ・緩隔悪性腫瘍に対する標準的な手術 ・呼吸器系腫瘍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 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳がん ・高度な手術 	<ul style="list-style-type: none"> ・婦人科がん ・卵巣がんに対する標準的な手術 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・腎臓がんに対する口ポ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 ・尿路変向術、腎うろ過装置 	<ul style="list-style-type: none"> ・強度変調放射線治療や画像導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 	<ul style="list-style-type: none"> ・標準的な薬物療法 ・胃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 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠性温存療法
更なる均てん化が望ましい医療	<ul style="list-style-type: none"> ・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 						<ul style="list-style-type: none"> ・副作用が軽度の術後内分沁療法 ・軽度の有害事象に対する治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・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(尿道カテーテルや膀胱スリーマの管理)

※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、虫垂炎や胆囊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。

(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

出典:厚生労働省 第92回がん対策推進協議会「2040年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化について」(令和7年10月6日発出, p15)

がん患者さんの紹介や患者さんご自身が病院を選ぶ際の参考にしていただく。また、医療圏内の役割分担の調整も期待されている役割の一つです。難しい課題ですが、地域ごとに事情が異なるので、各都道府県で判断して進めていくことが大切です」と述べる。

放射線療法の需要と提供体制

需要の増加が見込まれている放射線療法だが、実際どの程度、増加するのか。「均てん化・集約化に関するとりまとめ」では2040年には、2025年比で24%増加と推計されている。2025年現在、日本で放射線治療を受けている患者さんは28.8万人で、2040年に向けて放射線療法の需要が1.24倍に増加すると推計されているので、放射線治療患者数は35.7万人になると見込まれる。

放射線療法の需要増加に対する提供体制について、公益社団法人日本放射線腫瘍学会 理事長で、千葉

大学大学院医学研究院画像診断・放射線腫瘍学 教授の宇野 隆先生は、「放射線療法の供給には放射線治療装置が必要です。現在、国内に放射線治療装置は約1,100台ありますが、814施設の医療機関に分散して配置されています。医療経済的には放射線治療装置1台あたりの適正患者数は年間250~300人とされていますが、小規模の医療施設では、年間200人未満の施設も多く、効率的な集約化を検討する必要があります。加えて、放射線治療装置は何年かに一度は買い替えが必要となります。また、患者数の多い施設においても、放射線治療装置の追加導入は、装置数に見合った専門医や放射線技師、物理士看護師などのスタッフを揃える必要があります。地域の事情に即して、都道府県協議会で議論していく必要があると思います」と話す。

一方、放射線療法を担う放射線治療専門医数は、

新規専門医取得者数から引退者数を差し引くと、毎年約40人増加すると推計される。2025年現在の放射線治療専門医数は1,400人なので、15年後の2040年には2,000人まで増加すると推計される。

放射線療法の 医療提供体制の課題と対策

近年、放射線療法は高度化しており、従来と違う医療提供対策が求められる。宇野先生は、「放射線療法は近年、強度変調放射線治療（以下、「IMRT」）といった高精度な治療法が普及してきました。先ほど、放射線治療装置1台あたりの適正患者数は250～300人とお話ししましたが、これは2009年時点の話で、その当時、IMRTはあまり行われていませんでしたが、現在は大幅に増えています」と話す。IMRTは従来の放射線治療では難しかった複雑ながんに対応でき、なおかつ副作用の軽減が期待できる治療法だが、1回の治療にかかる手間や時間が非常に増える。宇野先生は、「IMRTの患者さんが半数くらいに増えた現代に、1台の放射線治療装置でこなせる患者数は150～200人くらいになると考えられます。放射線治療専門医1人あたりが年間に診られる患者数も同等です。そうすると、装置更新に必要な収益性は保たれるのか、医師数は足りるのかといった懸念があります」と話す。

そうした問題を解決するためにも集約化は必要だという。「治療にかかる手間や時間は変えられませんので、診療報酬等の見直しも考えていただきたいところです。また、集約化により1施設に放射線治療装置の台数を増やすことができれば、1台は従来の放射線治療で患者さんを治療していき、もう1台は、治療の難しい患者さんの治療を1日数件行うといった使い分ができるようになります。放射線治療装置を増やすのは困難ですが、病院の新設や移転の機会に検討するなど、工夫が必要です」と宇野先生は展望を述べる。

「均てん化・集約化に関するとりまとめ」で放射線治療専門医は将来的に緩やかに上昇すると推計された。



宇野 隆先生
公益社団法人日本放射線腫瘍学会
理事長
千葉大学大学院医学研究院画像
診断・放射線腫瘍学 教授

宇野先生は、「放射線治療専門医は都市部に偏在しており、足りていない地域もあります。専任の医師がいない施設を非常勤で対応しているところも少なからずあり、日本放射線腫瘍学会でも議論されている中で、どのように集約化し、適正な配置を促すかは非常に厳しい課題ですが、解決していかなければならぬと思います」と述べる。それを受け土岐先生は、「医師や診療科の偏在に関しては、なかなか有効な手段がないのが現状ではないでしょうか。地方で働く経済的なインセンティブをつけても、行きたいという若手の医師が減っています。職業倫理にも関わりますが、何年か地方へ行かないと専門医が取れないなど半ば強制的な制度がないと、地域医療は支えられないのではないかと危惧しています」と続ける。宇野先生は、「大学卒業後、放射線科医を選ぶ医師は全体の2.5～3%ぐらいで、そのうちの8割が画像診断医です。放射線治療医は、放射線科医の中の2割程度。その上で年間50人程度の放射線治療専門医を輩出している状況です。放射線治療医を目指す医師が少しでも増えるよう働き掛けていくことも大切です」と述べる。

核医学治療の現状と課題

「均てん化・集約化に関するとりまとめ」において、専用治療病室を要する核医学治療は「都道府県での集約化の検討が必要な医療」、外来・特別措置病室での核医学治療は「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」として、集約化の検討が必要な医療に位置付けられている。

近年、核医学治療の普及や新規核医学治療薬の承認に伴い、その需要が増加傾向にある。また、国内外で

甲状腺疾患、前立腺がん等の新規核医学治療を対象とした国内臨床試験が実施されており、それらの医薬品が承認されれば、さらに需要の増加が予想される。

核医学治療における将来的な需要に対する供給体制について、一般社団法人日本核医学会 理事長で、金沢大学医薬保健研究域医学系核医学 教授の絹谷清剛先生は、「核医学治療は、放射線治療の外照射とは全く異なる世界で、現状としてインフラが整っているとは言いがたい状況です。需要についても、薬物療法と同じように予測が難しいといえます。ただし、増えるのは間違いないので、その増える核医学治療の需要に対して、どのように医療を提供していくかが議論となっています」と話す。

現状として、核医学治療に必要な放射線治療病室や特別措置病室は不足しており、何ヶ月も治療を受けられない待機患者さんもいるという。

絹谷先生は、「甲状腺がんでは患者さんの平均待機期間が3ヶ月以上で、中には半年以上に及ぶ施設もあるとの報告もあります。現状のまま、今後さまざま新薬が承認されることで、待機期間が1年以上に延びる可能性もあります」と警鐘を鳴らす。

核医学治療の医療提供体制を構築するために

増加が予想される核医学治療に対し、患者さんの待機期間をなくす医療提供体制を構築するにはどうすればいいか。絹谷先生は、「核医学治療が可能な放射線治療病室や特別措置病室の数を増やしましょう」という単純な話ではありません」と話す。放射線治療病室の建設には厳しい施設基準を遵守しなければならず、初期費用が高額となる。特別措置病室はそれに比べれば導入は安価だが、その運用に手間と費用がかかる。さらに絹谷先生は、「放射線治療病室や特別措置病室が増えれば、患者さんを受け入れる枠は増えますが、核医学治療では、治療で生じた排水を貯水槽に溜めて、放射線量が基準濃度を下回ったら排出して

もよいと定められています。貯水槽の容量とあわせて、使用量の上限も決まっているため、病床のみ増加しても、患者さんの待機期間の大幅な減少は期待できません。貯水槽の増設も莫大な費用がかかるため現実的とはいえない」と話す。

それでは具体的な施策はあるのか。絹谷先生は、2004年に「医療行為に伴い排出される放射性廃棄物の適正管理に関する研究」より発表された「核医学施設における排水管理の合理的処理方法に関するガイドライン」(案)を示し、「核医学治療による排水を、貯水槽に貯留して放射能濃度を測定して濃度が減るのを待って排出するのではなく、病院全体の排水量で、放射性同位元素の使用水を希釈して流す方法を実現できないか模索しています。法律の整備や、排水を合流させる配管整備をどのように確立すれば実現するのか、まだまだ議論が必要ですが、この仕組みが構築されれば、現状の10倍の患者さんを受け入れられるようになります」と展望を話す。



絹谷 清剛先生
一般社団法人日本核医学会 理事長
金沢大学医薬保健研究域医学系核医学 教授

核医学治療の人的資源の現状と課題

核医学専門医は2024年8月時点で1,474人が登録されており、毎年50~60人増えている状況である。しかし、絹谷先生は、「核医学専門医は増えていますが、診断医に進む人が圧倒的に多く、足りているといえません。ですが、今後、新規の核医学治療が増えていくことで、興味を持つ若手医師も増えてくれるのではないかと期待しています」と語る。続けて、「核医学治療は、放射線治療専門医の先生方にも多く担っていただいている。今後、さらに放射線治療の先生方に関心を持っていただくことで、待機患者さんを減らす方策

なると思います」と、絹谷先生は期待を寄せる。

また、放射線治療、核医学治療は、詳細な治療計画を立てる必要がある。絹谷先生は、「放射線治療では、医学物理士が治療計画の一端を担っており、線量の計算、排水、排泄などの管理など、安全かつ適切に治療を実施できるように管理しています。世界では核医学治療も含め、医学物理士が入ることが当たり前となっていますが、日本の核医学治療においては、治療計画は全て医師が行っているのが現状です」と語る。

中でも線量計算で、腫瘍にどれだけ線量が入るか、正常な臓器に不必要に線量が入っていないか、ということを把握できれば治療の精度も高くなり、患者さんの利益につながる。絹谷先生は、「核医学治療では線量計算を行っている施設は多くありませんが、医学物理士が計算してくれれば医師は治療に専念でき、医療の質も高くなるといえます。今後は核医学治療にも入ってほしいと思います」と展望を述べる。

他にも、核医学治療では看護師の存在が欠かせない。絹谷先生は、「看護師は必要不可欠の存在ですが、非常に不足しています。核医学治療では僅かですが被ばくがあるため、問題ないことを知らないと抵抗があります。核医学治療を行っている施設の見学や看護師による学会報告など知識を伝達していく仕組みが必要です」と話す。

金沢大学附属病院では、以前から看護師が日本核医学学会で放射線の被ばくについて発表しているという。絹谷先生は、「核医学治療の仕組みを知って、実際に動いてもらえば、そんなに難しいことはありません。ぜひとも一步踏み出していただければと思います」と語る。

がん診療提供体制の 今後の方針と将来展望

「均てん化・集約化に関するとりまとめ」は、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、今後もがん患者さん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り、このことについて国民の理解を得て進めていくとある。

土岐先生は、「集約化というのは、例えば手術療法の場合、これまで胃がん手術を年3件程度しか行っていない病院は、手術は止めて大きい病院に紹介して、慢性期医療に特化してもらうことで、最終目標としては病院を再編・統合するということです。ただし、異なる病院が統合しようとしても難しいので、県や行政に関わっていただくことも大事です」と述べる。さらに、土岐先生は、「今回の『均てん化・集約化に関するとりまとめ』は、あくまでも一つのアプローチです。今後は、各学会、各協議会が診療報酬も含めた働き掛けをすることで集約化が進み、それによってどのような結果が得られるのかを検証していく必要があります。恐らく2~3年後にはある程度の結果が得られると思います」と展望を述べる。

このような検討が進められることで、日本における新たながん診療提供体制の構築が進展していくことになる。