

日本放射線科専門医会・医会
第一回 放射線医療政策検討会（治療領域）概要報告
—放射線治療の将来に関する意見交換会—

関西医科大学 放射線治療科 診療教授 中村聡明

1. 日時

2025年8月13日（水曜）15-17時

2. 場所

東京・JR浜松町駅 エリア 会議室

3. 出席者

- 厚生労働省
 - 森光 敬子（医政局長）
- 日本放射線科専門医会・医会（JCR）
 - 大西 洋（理事）
 - 松林（名本）路花（理事）
 - 中村 聡明（理事）
 - 若月 優（理事）
 - 和田 優貴（理事）
 - 井田 正博（監事）
 - JCR事務局

4. 議題

日本の放射線治療が抱える課題と今後の展望について、厚生労働省と意見交換を行う。

5. 議事概要

5.1. 日本放射線科専門医会・医会からの現状報告と課題提起（大西理事より）

【放射線治療の利点と現状】

- 患者へのメリット：「切らずに治す」治療法であり、臓器の形態と機能を温存できるため、がんになる前の状態への回復も期待できる。治療期間も短縮されており、例えば前立腺がんでは1週間で完了する手法も普及している。
- 医療経済への貢献：早期肺がんの治療では、医療費は手術の3分の1から2.5分の1程度

に抑えられる。また、コロナ禍で多くの手術が延期される中、放射線治療は待機なく治療を提供し、手術ができない患者の受け皿となった実績がある。

- **普及率の低迷**：多くの利点があるにもかかわらず、日本の全がん患者のうち放射線治療を受けているのは約30%に留まっており、将来的には50%程度まで引き上げるポテンシャルがあるものの、伸び悩んでいる。

【普及を阻む要因】

- **認知度と理解の不足**：他科の医師や患者の間で、急速に進歩した現代の放射線治療に対する理解が不十分であることが大きな障壁となっている。
- **施設基準の壁**：特に、高精度放射線治療（IMRT）の実施には常勤放射線治療医が2名以上必要という診療報酬上の施設基準が足かせとなり、技術も装置もあるのに提供できない施設が存在する。
- **経済的課題**：治療装置やメンテナンス費用が高騰している一方で、診療報酬は過去20年間ほぼ変わっておらず、経営難から施設を閉鎖する病院が増加している。直近半年で30施設が撤退するなど、事態は深刻である。
- **地域格差**：施設や専門医の偏在が著しく、地域によって受けられる医療の質に大きな差が生じている。

【JCRからの提案】

- **タスクシフトの推進**：医師でなくても可能な治療計画の作成などを医学物理士や診療放射線技師に委譲し、医師1名でも質の高い治療を提供できる体制を認めるべき。
- **診療報酬の見直し**：現状に見合わない報酬点数の底上げと、IMRTの施設基準（医師2名要件）の緩和を要望する。これにより、拠点病院の約9割でIMRTの提供が可能になると試算している。
- **患者中心の医療（Shared Decision Making）の推進**：生存率だけでなく、患者一人ひとりの価値観や生活の質を重視した治療選択ができるよう、情報提供と相談体制を強化していく。

5.2. 厚生労働省からの見解と今後の医療政策の方向性（森光局長より）

【2040年を見据えた地域医療構想】

- **前提の変化**：今後の医療政策は、人口減少、特に患者数の減少が前提となる「撤退戦」であり、いかに混乱なく医療提供体制を再編するかが最大の課題である。入院・外来患者数ともに既にピークを過ぎ、減少局面に入っていると認識している。
- **集約化の必要性**：質の高い医療、特に救急や手術に対応するためには、医療機関の集約化は不可避である。例えば、100床の病院が3つあっても、300床規模の拠点病院の機能は代替できない。
- **二次医療圏の再編**：現在の二次医療圏（目安20万人）では医療資源の維持が困難であ

り、今後は30万人規模を基本として検討する必要がある。

- **非効率な機器配置への問題意識**：手術支援ロボット「ダヴィンチ」の例を挙げ、人口規模に対して過剰に機器が導入され、非効率な運用となっている現状を指摘。これは放射線治療装置にも当てはまる可能性がある。
- **建て替えを契機とした再編**：今後、多くの病院が築40年を超え建て替え時期を迎える。これを機に、補助金などを通じて地域で核となる病院への集約を促していく方針である。

【放射線治療への示唆】

- **集約化の検討**：放射線治療においても、非効率な配置を是正し、地域単位での集約化を真剣に議論する必要がある。学会として、集約すべき施設の基準や目安を示すことが期待される。
- **アクセス問題への対応**：治療期間が1週間程度であれば、宿泊施設の利用などを組み合わせることで、集約化によるアクセス問題に対応できる可能性がある。
- **診療科偏在と遠隔医療**：医師が少ない地域に対し、遠隔での診断支援や治療計画サポートなど、新たな提供体制の構築が重要になる。

5.3. 総合討議

【集約化と均てん化のジレンマ】

- 医療の質を維持・向上させるためには集約化が必須であるという点で両者の認識は一致した。
- 一方で、地方における住民のアクセス低下は避けられず、都市部への人口集中をさらに加速させる可能性が懸念された。
- 森光局長は、「1か0か」の議論ではなく、遠隔支援などを活用して「0.7」の体制を維持するような工夫が必要との考えを示した。

【学会が果たすべき役割】

- 国が明確に集約化の方針を打ち出す中で、学会が主体的に関与し、診療報酬改定なども見据えた具体的な提案をしていく必要性が確認された。
- 日本癌治療学会や日本臨床腫瘍学会など他のがん関連学会と連携し、治療ガイドライン作成の段階から放射線治療の優位性や費用対効果を訴え、治療選択肢としての地位を確立していくべきとの意見が出された。

【緩和ケアにおける放射線治療】

- 終末期の患者にとって、緩和的放射線治療のための移動は大きな負担となる。集約化を進める中で、こうした動けない患者への対応が課題として挙げられた。
- 国としては、特定の緩和ケア病棟に集約するよりも、一般病棟での緩和ケア実施を評価す

る方向にシフトしており、その中で放射線治療がどう貢献できるかが問われる。

6. 結論・今後の方向性

- 国が進める医療提供体制の**集約化**の流れは不可避であり、日本放射線科専門医会・医会（および日本放射線腫瘍学会）としてもこの方針を前提とした戦略を構築する必要がある。
- 学会内で集約化に関するコンセンサスを形成し、質の担保と効率化を両立する**モデルケース**や**基準**を国や地域に示す役割を担うべきである。
- 次期診療報酬改定に向けて、**集約化と連動した施設基準の緩和**や**報酬体系の見直し**を具体的に提案していく。
- QOLの維持・向上といった観点から、**新たなエビデンス**を構築し、他学会と連携して放射線治療の価値を客観的に示していくことが重要である。