別添 4

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

【研究1】がん診療提供体制の均てん化と集約化のための実装戦略の開発と実施可能性検討

研究分担者　島津 太一 国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 部長
藤澤 大介 国立がん研究センター がん対策研究所 がん医療支援部 部長
増田 昌人 琉球大学・琉球大学病院 がんセンター・特命准教授
今中 雄一 京都大学・大学院医学研究科・教授
研究代表者　松岡豊 国立がん研究センター がん対策研究所 所長

研究要旨
【目的】令和 7 年 8 月、国は各都道府県に対し、「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」（厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知）を発出した。本分担研究は、各都道府県がん診療連携協議会（以下、連携協議会）における通知発出前の時点でのがん診療提供体制の均てん化・集約化の議論の状況を把握し、議論の促進・阻害要因を明らかにすることを目的とした。
【方法】3 つのサブスタディを実施した。（1）沖縄県を集約化に取り組んできた先行事例として位置づけ、政策最適化 EPIS フレームワークを用いて文書レビューおよび半構造化インタビューを実施した。（2）全 47 都道府県のがん診療連携協議会を対象とした質問紙調査を ORIC と CFIR に基づき設計し実施した。（3）10 連携協議会の協議会長および事務担当者を対象とした半構造化インタビューを CFIR に基づき実施した。
【結果】（1）沖縄県では、連携協議会を中心にがん種別のワーキンググループで集約化の議論を行い、がん種別に医療提供機関リストの公開が行われていた。（2）全国調査(46/47 都道府県、回答率 97.9%)では、均てん化・集約化議論を行っている連携協議会が 52.2%、議論を行っていない連携協議会が 41.3%であり、計画策定以降の段階に至っている連携協議会は 6.5%に留まった。均てん化・集約化の必要性を認識する連携協議会は 71.7%であった。検討にあたっての主な障壁としてリソース不足、医療機関間の調整の困難さ、データ分析等にあたる人材の不足が挙げられ、必要な支援として国・都道府県による方針・タイムラインの提示や財政的支援が上位を占めた。（3）10 連携協議会インタビューでは、議論が開始されていた場合も特定の臨床領域に限定されており、取り組みの複雑性、行政担当者の人事異動、専任人材・予算の不足、報告中心の連携協議会運営などが阻害要因として共通して観察された。
【結論】令和 7 年度の目標であるアンケート調査およびヒアリング調査を完了し、均てん化・集約化議論の現状および促進・阻害要因に関する基礎的な知見を得た。

研究協力者
江頭 勇紀　国立がん研究センター がん対策研究所 がん情報提供部 研究員
小田原 幸　国立がん研究センター がん対策研究所 行動科学研究部 研究員
和田 佐保　国立がん研究センター がん対策研究所 がん医療支援部 がん医療支援企画室 室長
山﨑 まどか　国立がん研究センター がん対策研究所 がん医療支援部 がん医療支援企画室 研究員
鈴木 美穂　マギーズ東京 共同代表理事
水野 篤　聖路加国際病院 QIセンター 医療の質管理室 室長
谷島 雄一郎　ダカラコソクリエイト 発起人・世話人

A. 研究目的

がん診療提供体制の均てん化と集約化は、医療資源の制約と高齢化に伴うがん罹患数の増加を背景に、保健医療政策上の重要課題となっている。我が国では 2007 年のがん対策基本法施行以降、がん診療連携拠点病院の指定制度を中心に「均てん化」が進められてきたが、「集約化」については長らく明示的な政策的位置づけがなされていなかった。令和 7 年 8 月、厚生労働省は各都道府県に対し、「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」（厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知）（令和7年8月 29 日）（以下、通知）を発出し、47 都道府県に設置されたがん診療連携協議会(以下、連携協議会)を検討の主体として明示した。

均てん化・集約化に関する政策の実装を進めるためには、実装環境の構造的把握に基づく実装戦略の開発が必要である。しかし、通知発出時点で各連携協議

会において均てん化・集約化の議論がどの程度進んでいたか、またその促進・阻害要因は実証的に明らかにされていなかった。

本分担研究では、以下を目的とした。第一に、集約化に取り組んできた先行事例として沖縄県を対象に、集約化推進の軌跡と要因を分析した。第二に、全国の協議会を対象とした調査を行い、均てん化・集約化議論の現状および支援ニーズを把握した。第三に、10 協議会への半構造化インタビューを実施し、均てん化・集約化議論の実施に関する促進・阻害要因を構造的に把握した。

B. 研究方法

本分担研究では、3 つのサブスタディを実施した。なお、いずれの調査も、通知発出前の状況を対象とした。

1. 沖縄県におけるがん診療機能集約化の先行事例分析

沖縄県を、長年にわたって連携協議会を中心とした集約化の議論を進めてきた先行事例として位置づけ、その実装プロセスを分析した。理論的枠組みとして、政策実装の段階を探索(Exploration)、準備 (Preparation)、実施(Implementation)、持続(Sustainment)の 4 フェーズで記述する EPIS フレームワークの政策最適化版(Policy-adapted EPIS Framework)を用いた。

データ収集として、以下の2点を行った。①沖縄県がん診療連携協議会の議事録および関連資料(2008 年以降)、ならびに厚生労働省のがん医療提供体制関連検討会資料(2012 年以降)を対象とした文書レビューの実施。②沖縄県のがん診療機能集約化の議論に関与した経験を有する医師 2 名、県行政担当者 1 名、患者団体所属の患者 1 名、外部医療政策専門家 1 名を対象に、半構造化オンラインインタビューの実施。インタビューは音声・映像記録の後、文字起こしを行った。データ分析として、文書および逐語録を主題分析法により分析し、複数の研究者によるコーディングおよび合議を経て、EPIS の各フェーズに整理した。

2. 全国都道府県がん診療連携協議会調査

全 47 都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院の施設長宛に質問紙調査を実施した。調査項目は、協議会の運営状況、均てん化・集約化の取組状況、検討にあたっての障壁、必要な支援等から構成され、Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC) の組織の変革レディネス概念および Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)から変化への切迫感やコスモポリタニズムなど変革への主要な決定要因を項目に含めた。調査期間は令和 7 年 11 月 6 日から 12 月 5 日であり、46 都道府県より回答を得た(回答率 97.9%)。集計結果は、国立がん研究センターがん対策研究所のウェブサイトにて公開した(令和 8 年 4 月)。

3. 10 連携協議会インタビュー調査

質問紙調査においてインタビューに協力可能と回答のあった 10 協議会を対象に各協議会の協議会長および事務担当者を対象に半構造化インタビューを実施した。理論的枠組みとしては、主に CFIR を用いた。インタビュー終了後、独立した 2 名のコーダーが CFIR の構成概念に基づく演繹的コーディングを行い、不一致は協議により解決した。両者で合意に至らなかった場合は、3 人目のコーダーとの協議によりコンセンサスビルディングを行った。各構成概念について、促進要因または阻害要因として同定された要因を整理し、テーマを抽出した。

(倫理面への配慮)

本研究は、回答者個人のプライバシーや個人情報を取得しないアンケートおよびインタビューであることから倫理審査は不要と判断した。なお、インタビューの前には「本調査が実態の把握を目的としており、活動の有無や進捗状況をもとに評価や審査を行うものではないこと」及び「論文等での報告・公表の際は、集計値のみを扱い、個別の都道府県や回答者が特定される形で公開することはない旨」について説明をして口頭で同意を得た。

C. 研究結果

1. 沖縄県におけるがん診療機能集約化の先行事例分析

沖縄県では、協議会を中心にがん種別のワーキング

グループで集約化の議論を行い、がん種別に医療提供機関リストの公開が行われていた。

「探索フェーズ」においては、沖縄県内の医療機関がいずれも類似のがん診療機能を保持していることへの課題意識、すなわち、分散されている限られた医療資源(専門医や高度な医療機器)を有効活用し、医療の質(治療成績)を担保・向上させるため、がん診療機能集約化という方向性が模索されてきた。県の医療体制に関する検討会と医師会の動きを契機として、沖縄県の連携協議会において集約化を含むがん診療機能の役割分担に関する議論の場が設定された。

「準備フェーズ」においては、連携協議会の医療部会内にがん種別の検討体制が整備され、医療機関掲載基準の策定に向けた議論が進められた。実効性のある決定がなされるための条件として、現場責任者同士による率直な議論、データと現場感覚を相互に補完しながら行う意思決定、集約化という用語を強調しすぎず、5年後10年後の県の医療体制の検討であることを前面に出すこと、最初のがん種別専門家グループにおける議論の質が後続の議論の基準となることの共有(規範信念およびプロフェッショナリズムの刺激)、および不完全であっても議論を開始することの重要性が観察された。

「実施フェーズ」においては、連携協議会と医師会の合意のもと、沖縄県により医療機関リストが公開された。法的拘束力をもたない、がん種別の医療提供機関リストをWebサイトや患者向け冊子に掲載するという点をゴールにした設計により、関係者の理解を得ながら導入が進められた。

「持続フェーズ」においては、医療機能調査の結果に基づくリストの定期的な更新が継続されており、対象がん種は段階的に拡大している。離島地域への配慮として、地域住民・首長との対話、必要なフォローアップ体制の整備が継続的に行われている。

これらのプロセスにおいて、橋渡し的役割を担う人物の関与、医療従事者間のネットワーク、外部からの専門知への接続が、議論を進めた要因として観察された。一方、医療機関間の利害関係や医療文化的背景は、議論を阻害する要因として認識されていた。

2. 全国都道府県がん診療連携協議会調査

全国調査の主要結果を表1に示す。均てん化・集約化の推進に関する取組状況については、議論を行っていない連携協議会が 41.3%、議論を行っているが計画を策定していない連携協議会が 52.2%であり、計画策定以降の段階に至っている連携協議会は 6.5%に留まった。必要性については、71.7%の連携協議会が必要性を認識していた(表 1)。一方、価値(意義・メリット)を「ある程度感じている」連携協議会は 54.3%であり、認識に差があった。連携協議会における議論・検討にあたってデータを活用していない連携協議会が過半数を占め(n=24)、施設毎の診療実績データについても「活用していない」「たまに活用している」と答えた連携協議会が 54.3%を占めた。他都道府県の取組みを参考にする頻度については、「よくある」「非常にある」と答えた連携協議会は13.0%にとどまった。

検討にあたっての主な障壁としては、議論を進めるためのリソース(予算、人材、時間)の不足、医療機関間の調整の困難さ、データ分析や検討を行う人材・知識の不足、国および都道府県の方針・タイムラインの不明確さが上位に挙げられた。必要な支援としては、都道府県および国による明確な方針・タイムラインの提示、財政的支援が最も多く、他都道府県やモデル事例に関する情報提供、エビデンスやデータの分析支援が続いた。

表 1 全国都道府県がん診療連携協議会調査の主要結果(n=46)

項目	件数	%
(1) 均てん化・集約化の推進に関する取組状況		
議論をしていない	19	41.3
議論をしているが、計画を策定していない	24	52.2
計画に基づき活動や取組みを始めている	1	2.2
活動や取組みを行い、評価も行っている	2	4.3
(2) 均てん化・集約化の必要性の認識		
非常に強く感じている	8	17.4
ある程度感じている	25	54.3
どちらともいえない	9	19.6
あまり感じていない	4	8.7

項目	件数	%
(3) 検討にあたっての主な障壁(複数選択可、上位 5 項目)		
議論を進めるためのリソース(予算、人材、時間)が不足している	34	73.9
医療機関間の調整が難しい	30	65.2
データの分析や検討を行う人材や知識が不足している	29	63.0
国の方針や目標、タイムラインが不明確である	28	60.9
都道府県の方針や目標、タイムラインが不明確である	27	58.7
(4) 集約化を進めるにあたり必要な支援(複数選択可、上位 5 項目)		
都道府県による明確な方針や目標、タイムラインの提示	37	80.4
財政的支援(補助金・予算措置等)	37	80.4
国による明確な方針や目標、タイムラインの提示	36	78.3
他都道府県やモデル事例に関する情報提供	31	67.4
エビデンスやデータの分析支援	27	58.7

注:本調査は、令和 7 年 8 月 29 日付け健生がん発 0829 第 5 号厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課長通知の発出前の状況を把握したものである。

3. 10 連携協議会インタビュー調査

10 連携協議会を対象としたインタビュー調査では、令和 7 年 8 月通知以前に均てん化・集約化の議論を開始していた連携協議会は限られており、議論が始まっていた場合も、妊孕性温存や希少がんへの対応など特定の臨床領域に限定されていた。罹患数の多いがん種について横断的に均てん化・集約化を議論していた事例は確認されなかった。

阻害要因として複数の連携協議会で共通して同定されたのは、集約化の取り組みの複雑性であった。多数の医療機関が関与し、病院経営や複数大学・関連団体との利害が絡むがん種では、議論開始の障壁が高い一方、提供施設が限られる領域では複雑性は対処可能と認識されていた。連携協議会運営に関わる要因として、行政担当者の人事異動、専任人材や予算の不足、報告中心の連携協議会運営など、内的な体制に関する障壁が広く認められた。

一方、議論を進めた連携協議会には、他地域で均てん化・集約化を推進した経験を有する人物の関与、外部の専門知へのアクセス、医療従事者不足や人口減少に伴う危機意識といった促進要因が共通して観察された。

D. 考察

本分担研究では、沖縄県におけるがん診療機能集約化を先行事例として位置づけ、その分析から得られた知見を全国都道府県がん診療連携協議会調査および 10 連携協議会インタビュー調査の知見と並べて検討した。その結果、均てん化・集約化議論の進捗には大きな幅が認められた。沖縄県では長年にわたる連携協議会を中心とした議論を経て、がん種別の医療提供機関リストの公開という形で実装が継続している一方、全国調査では計画策定以降の段階に至っている連携協議会は 6.5%に留まり、議論未着手の連携協議会も 4 割を超えていた。10 連携協議会インタビューにおいても、議論が開始されていた場合も特定の臨床領域に限定されていた。

3 調査の知見は、議論を進めた連携協議会とそうでない連携協議会の対比、および均てん化・集約化議論を取り巻く要因の構造について、いくつかの共通する観察を提示している。

第一に、議論を進めた事例において、外部知見および橋渡し的役割を担う人物の関与が共通して観察された。先行事例である沖縄県においては、橋渡し的役割を担う人物の存在と医療従事者間のネットワークが議論を進めた要因として観察された。10 連携協議会インタビューにおいても、他地域で均てん化・集約化を推進した経験を有する人物の関与が議論を進めた連携協議会に共通して認められ、全国調査においても、他都道府県やモデル事例に関する情報提供が必要な支援として上位に挙げられた。これらの結果は、外部知見へのアクセスが均てん化・集約化議論の進展に関連する可能性を示すものである。

第二に、議論を進めるための資源・体制に関する障壁が広く認められた。全国調査では、議論を進めるためのリソース不足、医療機関間の調整の困難さ、データ分析人材・知識の不足が上位の障壁として挙げられ

た。10 連携協議会インタビューにおいても、行政担当者の人事異動、専任人材や予算の不足、報告中心の連携協議会運営など、内的な体制に関する障壁が広く認められた。これらは、必要な支援として国・都道府県による方針・タイムラインの提示および財政的支援が上位に挙げられたことと整合する観察である。

本研究の限界として、以下の点が挙げられる。沖縄県の事例分析は単一県を対象とした記述的研究であり、その知見の一般化可能性は限定的である。全国調査は質問紙による自己報告であり、回答者の認識に依存する。10 連携協議会インタビューは限られた連携協議会を対象とした質的研究であり、定量的な一般化は意図していない。また、いずれの調査も令和 7 年 8 月通知発出前の状況を対象としており、通知発出後の状況については今後の調査により把握する必要がある。

E. 結論

令和 7 年度の目標であるアンケート調査およびヒアリング調査を完了した。沖縄県の先行事例分析、全国都道府県がん診療連携協議会調査、10 連携協議会へのインタビュー調査を通じて、令和 7 年 8 月通知前の時点における均てん化・集約化議論の現状および促進・阻害要因に関する基礎的な知見を得た。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし