

がん対策推進基本計画改定の経緯（上）

—医療法計画との「逆転現象」の解消—

※本稿は「医療介護 CB ニュース」記事を加筆修正したものです（小西事務所）



参院議員 小西洋之
（民主党政調会長補佐、厚生労働部門会議
医療計画小委員会事務局長）

■ はじめに

去る 6 月 8 日にがん対策基本法に基づく次期がん対策推進基本計画（以下、「基本計画」という。）が閣議決定により改定されました。この基本計画は、これに先立つ 3 月 1 日に 1 年半以上にわたる議論を経て第 32 回がん対策推進協議会で承認され、厚労相へ答申されました。そして、5 月下旬までに民主党政調の厚生労働部門会議において、閣議決定に先立つ事前審査として複数回の検討が行われた後に、閣議決定に至ったものです。

この 3 月の答申案と閣議決定された基本計画にはいくつかの変更点、すなわち、政権与党の政策判断で変更された箇所があり、私はその提案を担う役割をした事実がありました。その内容はどれも今後のがん政策を推進させるために非常に重要なものですが、その経緯も含め、これまで複数の関係者から問い合わせを受けていたものの、その全体像については、まとまった形での説明をすることができませんでした。今回、キャリアブレイン社の申し入れを受けて、ここにその概要を報告させていただきます。

※以下、読者の方々の理解に資するよう、これまで受けた主な問い合わせ事項に答える形で記させていただきます。

—次期がん対策推進基本計画の意義は何か。

このたびの5年ぶりの基本計画の改定は、がん対策基本法の規定により、患者の代表者らが参画するがん対策推進協議会や、その下での専門委員会での真摯な議論により答申案としてまとめられたものであり、拠点病院におけるチーム医療の推進、緩和ケア対策、がん登録の推進、働く世代や小児のがん対策の充実など、重要な政策群が盛り込まれた高く評価すべきものであると考えていました。

他方、ちょうど時期を同じくして3月末に、やはり5年ぶりの医療法の都道府県医療計画の体系において、私が手がけた医療政策のいくつかのパラダイム転換が反映されておらず、その意味で課題があるとの認識にありました。

すなわち、医療法は5疾病5事業（5疾患の中には「がん」を含む）を中心にすべての疾患を対象とする「一般法」、がん対策基本法はその中でも特に重要な疾患との立法判断を踏まえた「特別法」であるにもかかわらず、「特別法」であるがん対策基本法体系が「一般法」である医療法体系よりも制度として劣後する「逆転現象」が生じており、それを是正する必要があるとの認識でした。

―都道府県医療計画体系のパラダイム転換とは何か。

医療法に基づき、都道府県が地域の医療計画を作成するに当たって、厚生労働省が局長・課長通知で示す計画の作成指針（ガイドライン）は法的な強制力はないものの、各都道府県計画がそれを踏まえ作成されるという点で医療政策の要の政策と言えます。厚労省では2007年の医療制度改革による医療法改正以来、5年ぶりのガイドラインの改定に向けて省内で検討会を設け、医療提供体制に係るさまざまな共通指標を初めて採用するPDCAサイクル（※注1）の強化など、前回までのガイドラインに比べ相当に改善された案を策定しました。

しかし、3月末の時点で、この厚労省案を私なりに分析したところ、現在そして今後の我が国の地域医療が抱える問題の解決を図るためには、まだ改善の余地があるという認識でした。

すなわち、私がその後に厚労省と議論し新たに盛り込んでもらった主な事項は、(1) PDCAサイクルを真に機能させるべく、その目標が常にあるべき医療の実現として「手段が目的化」することなどを排除したこと、(2) 5疾病5事業等の医療計画の策定（作業部会等）と評価（医療審議会等）の過程で、医療サービスの当事者である患者やその遺族、さらには、国民・患者による医療財源の受託者である保険者が必ず参画すること、(3) 医師偏在是正に取り組む地域医療対策協議会の機能強化と、さらに、医師偏在に係る国として取り組むべき施策について、都道府県が厚労省へ毎年報告すること、(4) 過去5年間でほとんどの都道府県で取り組みが不十分であった難病医療や障害者医療について、実質的にすべての都道府県で策定す

ること、(5) 厚労省が各都道府県の医療計画を分析・評価・公表して、各地域の格差是正を進め、さらに、新たな計画指標の開発など随時の計画体系の改定を行うようにしたこと一など、多岐にわたります。

医療政策プロセスの計画策定・評価の主体（＝構成員の一部）としての患者の参画が、一般原則として明確に制度化されたのは、我が国の医療政策史上、これが初めてのことですが、患者委員が、公共政策の担い手として、医療従事者らと健全に協働して活動し得るよう、行政における委員への支援措置を行うことなども盛り込みました。なお、私は、医療は国民・患者本位であるべきと考えていますが、それは、医療従事者と患者の健全な信頼・協働関係で初めて実現できるものであるとの認識です。

また、保険者の参画も初めて制度化されましたが、これは、保険者が、被保険者たる国民・患者のニーズ把握や、地域の医療提供体制や医療サービスの需要・供給に係る分析などを行いつつ、都道府県医療計画の策定・評価に重要な役割を担っていただくものです。

これら一連の改革はすべて、医療計画が国民・患者のかけがえない命と健康を守るべく真っ向勝負するものになるように作成され、かつ機能することを図ったものであり、医療政策のパラダイム転換と呼ぶに値する改革であると認識しています。



市民活動中に読み込んだ医療計画ガイドライン

—どのような経緯で、医療計画体系の改革に取り組んだのか。

私はもともと、総務省や経済産業省で産業政策を中心に働き、さまざまな法律や計画体系に習熟した官僚でしたが、親族が脳卒中後遺症で 20 年以上にわたり寝たきりの闘病人生を送ったことから、仕事の傍らで「東大医療政策人材養成講座

(HSP)」に学び、修了後も医療政策のグランドデザインを定める「医療基本法」制定の市民活動を行っていました。その過程で、現行の医療制度の問題点を分析する目的で、07年の医療制度改革による医療計画ガイドラインを一言一句読み込み（仕事の傍ら徹夜作業を重ねたことを今でも覚えています）、将来にこれを変えなければ医療崩壊を防ぐことはできず、また、国民・患者本位かつ医療従事者との信頼・協働による我が国の医療再建はできないとの認識にありました。

そして役所を退職し10年の参院選で当選し（千葉選挙区）、凶らずも、今年その5年ぶりの改定を国会議員として迎えた次第です。

私は、厚労省との協議に際して、現状を動かしていく力となりうる「制度の急所」を分析し、それを実現すべく法理論やデータを駆使した政策議論を重ねました。また、この医療計画ガイドラインの改定は3月末でしたが、それは民主党の中で消費税法案の閣議決定の党内議論をしていた時期であり、私は、「増税により実現する社会保障サービスの姿を決める政策については最善のものを目指すべき」との見解を示しました。結果的に、厚労省は自らも納得の上、私の提言を受け入れましたが、その医療再建に向けた決断には私も敬意を表しています。

なお、この医療計画のガイドラインは、後日、厚労部門会議での議論を経て正式に了承されました。

さて、今年は、この新たなガイドラインを踏まえて各都道府県が医療計画を改定していく非常に重要な年に当たります。実際のところ、各地域の医療資源の現状を鑑みると、直ちに適切な医療提供体制を実現していくことは簡単ではないでしょう。しかし、この新たな5年の計画期間を戦略的に捉え、5年後の姿を見据えながら一年一年やるべきことを着実に実行していくことが必要です。

これを担保するために、厚労部門会議に医療計画を担当する委員会を設置し、事務局長に就任しました。私の参院議員としての任期は残り4年あり、我が国の医療の再建が懸かった計画の実現に向け全力を尽くす決意です。

—がん対策基本計画における改革とは何か。

3月末にこうした医療計画ガイドラインの改定を行い、4月上旬に厚労部門会議に医療計画委員会を設置しました。設置に際し、5疾病5事業にがんが含まれることなどから、6月に閣議決定が行われることになっていたがん対策推進基本計画の改定についても、私の委員会の担当分野となりました。

私としては、3月上旬にがん対策推進協議会から基本計画案が答申されたところ、その3月末に医療計画ガイドラインが大きく改定され、例えば、都道府県計画の策定・評価プロセスにおける患者等の参画など、「一般法」たる医療法体系が「特別

法」たるがん対策基本法体系よりも進んだ仕組みとなったのだから、5月17日に開催される第33回がん対策推進協議会においては、その「逆転現象」を改善するような基本計画案が厚労省の事務局から再提案されるものと考えていました。

しかし、そうした動きがみられなかったため、厚労省と議論をし、(1) 基本計画のもとで実施されるすべての政策の成否を担う PDCA サイクルの運用が誤りのないように、「個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているか」という観点から評価を行う」などの基本原則を明確に定め、(2) 国の協議会のみならず、都道府県がん対策推進協議会などへの患者参画を原則とし、(3) 厚労省が各都道府県計画の分析・評価等による格差是正を推進することなど、医療法体系との「逆転現象」の解消を行いました。

また、併せて、(4) このたびの答申案の大きな成果である小児がん（稀少がんの一種）や緩和ケア対策などの検討のために設けられた協議会の下「専門委員会」をさらに他の政策分野でも活用していくこと、(5) 「小児がん以外の希少がん」についても、その取り組みの重要性に鑑み、小児がん対策の進捗状況なども参考にしながら、専門委員会の設置などの取り組みを進めていくことを措置しました。

そして、今回の最大の改革は、(6) これまで医療法体系にはあるのに、がん対策基本法体系にはなかった、都道府県がん対策推進計画を作成する際のガイドライン（厚労省の局長通知、課長通知）を、新たに策定することにしたことです。ちょっと、分かりにくい専門的な表現ですが、基本計画の「都道府県計画の作成に当たって、国は、都道府県計画の作成の手法等の重要な技術的事項を助言し、都道府県はこれを踏まえて作成するよう努める」とある部分がそれに該当します。

これは、医療法体系が「医療法→基本方針（大臣告示）→ガイドライン（局長・課長通知）→都道府県医療計画の作成」となっているのに対し、がん対策基本法体系においては「がん対策基本法→基本計画（大臣作成、閣議決定）→都道府県がん対策推進計画の作成」となっており、がん対策基本法や基本計画に書かれた内容を具体的にどう実行していくかについて、その担い手である都道府県がん推進計画の作成と実行を導く手段が欠落していた事態にありました。

すなわち、ガイドラインのメリットには、がん政策の策定とその実行のあり方について、より詳細かつ具体的な事項を書き込めることや、閣議決定という政府の最高位の公文書の重さに左右されずに、より柔軟な政策が書き込め、かつ、その見直し手続きなども容易であることがあります。

さらに、このガイドラインには、都道府県が取り組む政策のみならず、国が都道

府県に期待する政策の前提として「国自体が取り組むべき政策」、例えば、3年に1回の中間評価を、計画期間全体の政策循環（＝PDCAサイクルの機能化）を確保するに足るように行うことや、その前提であるがん政策の進捗を計測する新たな指標の開発に努めること、あるいは、基本計画中の施策とその目標について、趣旨を明確化することなどが当然に記されることになるでしょう。

なお、協議会が関与し作成した基本計画の下に厚労省の官僚による局長・課長通知を作成することになると、基本計画の内容が骨抜きになるのではないかと心配される向きがあるかもしれません。しかし、法制度的に、局長・課長通知たるガイドラインはがん対策基本法や基本計画の内容を踏まえ、それを積極的に実現するための内容でなければならない上、特別法のがん対策基本法体系のガイドラインは一般法の医療法体系のガイドラインよりも確実に優れた内容である必要がありますから、その心配は無用であると言えます。むしろ、がん対策基本法体系にガイドラインが作成されることにより初めて、がん対策基本法および基本計画の理念や内容を實現するための、独自の充実した一貫通貫の制度体系を構築することが可能となるわけですから、それに向けた関係者の取り組みに期待しています。

もちろん、私も、このガイドライン制定のきっかけを作った者として、それが、基本計画などの内容を反映し、真に国民・患者の尊厳を最大限に救うものになるよう、また、医療計画ガイドラインより一部分たりとも劣ったものにならないよう、全力を尽くす所存です。

なお、厚労省が3月末の医療計画ガイドラインの改定の内容を受けてから直ちにがん対策基本計画との「逆転現象」を改善できなかった理由としては、このたびの医療計画ガイドラインは相当に充実したものとなったがゆえに、もはや、がん対策基本法体系の独自のガイドラインを策定することにしない限りは、その「逆転現象」を解消しようがなかったという側面があると考えています。

注1：PDCA サイクル

作成（Plan）した計画を実行（Do）する途中で必ず目標の達成状況などを評価（Check）し、それを踏まえ必要に応じて取り組みを見直し（Act）政策を前に進める仕組み。

がん対策推進基本計画改定の経緯（下）

—新基本計画に期待される効果とは—

※本稿は「医療介護 CB ニュース」記事を加筆修正したものです（小西事務所）

—がん対策推進基本計画の改定で、がん対策基本法施行 5 年後に直面している、地域の拠点病院における「治療格差」の是正などの課題の解決に、どのような効果があるか。

がん対策基本法の「医療の均てん化」の理念の下、地域で整備が進められてきたがん診療連携拠点病院は、各拠点病院の間で診療実績に格差があること、地域の医療機関の間の連携が十分に機能していないことなど、さまざまな課題に直面しています。

この原因の一つとしては、旧基本計画においては、「個々の取り組むべき施策が個別目標の達成に向けてどれだけの効果をもたらしているか、また、施策全体として効果を発揮しているかという観点から評価を行う」といった、PDCA サイクルについての考え方が記載されておらず、したがって、拠点病院の単純な施設数の増加のみを求める計画体系となっていたことが挙げられます。

すなわち、拠点病院の整備の目的は、「がん患者がその居住する地域にかかわらず等しく科学的知見に基づく適切ながんに係る医療を受けることができること」の実現ですが、それが計画上は単純な施設数の増に置き換えられ、拠点病院が他の医療機関との連携も含め「地域で面的にどういう機能を果たしているのか、その医療の質はどうか」といった点を評価されることなく、まさに「手段が目的化」している事態にありました。

今後、厚労省が定める拠点病院のあり方の下、各地域の実情に応じて、拠点病院の再整備がなされていきますが、それは、「どういうタイプの拠点病院の役割分担があるべきか、それがどのような連携機能を発揮しているか、そして、そのサービスの質はどうか」など多岐にわたる要素からなる複雑系のシステムの構築となります。こうした作業を、計画期間の間に、模索に模索を重ねつつも懸命に遂行するに当たって、このたび基本計画の中に盛り込まれ、そして、新たに制定するガイドラインの中でより詳細に定められる、PDCA サイクルの仕組みは本質的に重要であると考えます。

そして、同じくこの度の改定で強化された「都道府県のがん対策推進協議会等」への患者参画の取り組みなどによって、各都道府県の「がん拠点病院連絡協議会」

などにも患者代表が参画していくことで、各地域でより実効性のある拠点病院の整備が進んでいくことが期待されます。率直に言って、拠点病院の再整備は、その財政支援措置のあり方も含め、非常に困難な事業であると考えていますが、すべての関係者が協働して、粘り強く確かな医療基盤を各地域に構築していかなければいけません。

なお、新しい基本計画の下で拠点病院のあり方について3年以内に再検討することになっていますが、がん医療提供体制の要である、拠点病院制度の設計とその運用の出来、不出来がこの5年間の成否を左右することになることと、このスケジュールでは基本計画の趣旨となる計画期間全体の政策循環の確保も難しくなることから、厚労省において直ちに拠点病院のあり方を検討する場を設け、議論を進めていく必要があります。

—政治主導とがん対策推進協議会はどのような関係なのか。

この度の基本計画の改定に際しては、その前後において、「がん対策推進協議会への諮問・答申を経たものを、政治主導により閣議決定前に変更することは、協議会軽視といったことにならないのか」といった問題意識が一部の方々から寄せられました。

これについては、手続き面と内容面の2点から考える必要があると考えています。まず、手続き面については、がん対策基本計画は、がん対策推進基本法において、厚労相が基本計画の案を作成する時は、「がん対策推進協議会の意見を聴くものとする」とされております。この意味は、基本計画の国民・患者に対する作成の最終責任者はあくまで厚労相であり、議院内閣制において、大臣作成の閣議決定文書を国民・患者の立場から真に正しいものになるよう審査するのは、民主党の政調とそこに参画する国会議員の使命となります。

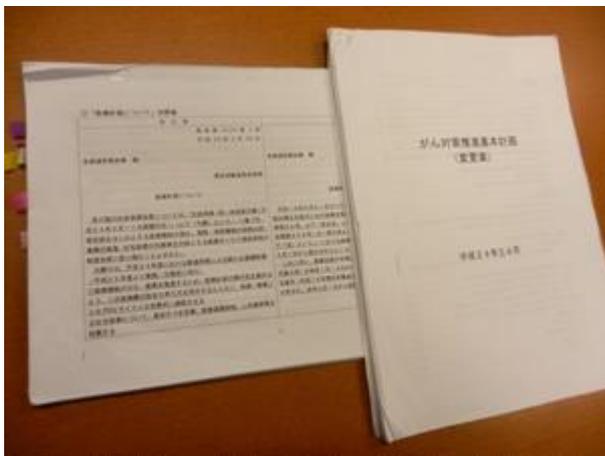
何より、国民のかけがえのない命と健康を守る使命を有権者から付託された国会議員として、目の前に明らかに改善すべき政策があるのにそれを放置することはできません。特に私の場合は、この度の基本計画の改定は、私が事務局長を務める医療計画小委員会の担当となっており、そうした公的任務を背負っていました。

なお、私と厚労省との間で協議された今回の基本計画のさらなる改正は、医療計画小委員会の開催後に最終的には上位機関の厚労部門会議での議論を経て、民主党政調として公式の手続きに則って承認されたものですが、私自身は、仮に、がん対策基本法の患者参画の趣旨や、これまでの協議会での議論の基本的方向性を損なうような変更が政治で行われる場合は、再度、その内容を協議会に諮る必要があり、その意味で、政治主導であっても手続き的には一定の限界があるという認識を持つ

ておりました。

こうした認識の下、内容面については、協議会にがん患者の代表の方々が委員として参画し、真摯な議論が重ねられてきたこと、また、その協議会に対して厚労省ががん対策基本法の趣旨をより尊重し、単なる「意見聴取機関」ではなく「諮問・答申機関」として扱っていることを十分に踏まえ、より一層真摯に取り組みました。すなわち、このたび、私が行った改革は、3月に協議会より答申された内容を何一つ削ったり変更したりしていませんし、もともとするつもりもありませんでした。我が国の国民やがん患者の方々のために、がん医療やがん政策をより一層進展させるための政策を付け加えたものでした。

そして、それを実行するに当たっては膨大な時間を掛けて、1年以上にわたる協議会での議事録や、そこに提出された全ての資料に目を通し、さらには、患者や医師、行政の経験者などがん政策の関係者・有識者へのヒアリングを重ねるなどしました。例えば、政策プロセスへの患者参画は、昨年の夏の協議会で、各都道府県の現状について調査資料も提出されているのに、答申案の中では実現されていませんでしたが、厚労部門会議の議論ではこうした事実を提示しつつ取り組みました。



厚生労働省との協議のために読み込んだ資料

つまり、私の行った改革は、国民・患者の立場から協議会で懸命に訴えられてきたのに、結果的に3月の答申案では盛り込まれていなかったもの、あるいは、盛り込まれてはいるものの、その実行をより一層確保するためには施策横断的なシステム（＝PDCAサイクルの強化など）が必要であったところ、それらを政治主導で実現したものです。

そして、これらの項目は、先に述べた一般法たる医療法と特別法たるがん対策基本法の「逆転現象」の解消、新しいガイドライン（局長・課長通知）の策定をはじめ

めとして、日本国憲法や医療法、そして、がん対策基本法の趣旨に照らして正しいものであるはずという私の主張を厚労省は理解し受け入れました。

がん対策基本法体系独自のガイドラインを策定することは、大きな作業だと思いますが、このたびの基本計画の改定を機に我が国のがん政策を大きく進展させたいとの厚労省幹部の真摯な思いと決断に敬意を表しています。

—今後の医療政策における国民・患者等の関係者、行政、政治家の役割について、どのように考えるか。

先に述べたような、今回の一連のプロセスにおける手続き面、内容面での正当性がすべての関係者の方々から正しく理解されていたかという点、今後の課題があると認識しています。そもそも、がん政策の5年ぶりの見直しですから、与野党の政調においてずっと以前に専門の委員会を設置して、がん対策推進協議会の各委員とも十分に意見交換を重ねて厚労省を指導しながらまとめ上げるプロセスが必要だったと考えます。ただ、私が知る限り、こうした専門の委員会が設置されていた政党は民主党以外には存在しなかったと認識しています。ここに今日の政治の課題があるとも考えますが、いずれにしても、今後のがん政策の推進に当たって、協議会、厚労省、政治との協働のあり方について、関係者がそれぞれの役割を踏まえつつ、それを発現していくプロセスを構築することが必要です。

例えば、この度の医療計画ガイドラインと基本計画の改革により、医療政策プロセスへの患者参画が制度として一般化されましたが、これから重要なことは、そこに参画する患者委員の、公共政策の担い手としての活動を、政策面、技術面でサポートしていくことと考えています。

この点、技術面では、患者委員と一緒に協働してくれる法制度の専門家（手弁当で支援してくれる元行政官や弁護士など）を得ることにより、そのチームとしての法制能力を向上させることが望ましいと考えています。そうすれば、厚労省や都道府県との政策協議の成果を肝心の公文書上にどう落とし込むかについて、官僚と対等に一言一句まで詰めた議論を行うことができます。

あるいは、この度の基本計画の「希少がん」のパートにおける章立ての変更などは、小児がん対策の内容は尊重しつつも、一方で、憲法14条の平等原則などとの関係で通常の閣議決定文書のあり方からして、より適切な体裁にと、可能な限りで整えたものです。協議会の議事録でも、「小児がん以外の希少がん」が「その他」項目に記載されていることに関連した、ある患者委員のコメントがありますが、こうした、公文書がその性質上踏まえるべき課題についても、より適切に対応するこ

とが可能となるでしょう。

実は、私自身も、この度の基本計画の改定においては、厚労部門会議に集う同僚議員からの専門的な助言と、特に、ある心から尊敬する上司の政治家の指導に本当にお世話になりました。その方の力がなければ、この政策の円滑な実現は難しかったと考えています。それぞれの立場の者が精進を重ねつつ、他の立場の者の努力を互いにセレブレイト（賞賛）していくような協働を医療政策の分野で実現していきたいと考えています。

■最後に

この度の都道府県医療計画のガイドライン、がん対策推進基本計画の改定は、社会保障の再建のための一連の改革が、消費増税による財源論先行ではなく、あるべき社会保障サービスの実現に向けた抜本的な改革にも取り組んでいることをも示しています。この点、実は、私は、今年になってこれらの計画体系のほかに、障害者自立支援法の改正（障害福祉体系で初めての PDCA サイクルを措置）、健康増進法の健康日本 21、歯科口腔保健法の基本的事項の制定などで、同様の改革を積み重ねています（現在、第 6 番目の改革に着手中です）。

それぞれのシステム改革の成果がどのように各地域で花開くかは、各地域が置かれた実情の中における関係者の方々の懸命の努力によるものでありますが、各地域が高齢化の進展、人口の減少といった困難な課題に直面する中、わが国の社会保障の再建のため政権与党に参画する国会議員の一人として、地域の取り組みを最大限に支援するための政策の実現に引き続き全力を尽くしていく決意です。