



高橋教授の

この人に会いたい

Vol.28

ゲスト 丸川珠代 氏 参議院議員

今回、高橋泰教授が対談相手に迎えたのは、7月21日投開票の参議院選挙で約114万票を東京選挙区で獲得してトップ当選を果たした、自民党の丸川珠代議員。2009年の初当選以来3期目を迎え、その間に環境大臣・内閣府特命大臣（原子力防災担当）や東京オリンピック・パラリンピック担当大臣を務めたことで知られるが、一方で医療・介護に対する関心も高く、現在は医療委員会会長代理、介護委員会事務局局長を拝命している。ここでは、丸川議員が立案に携わった地域医療構想の進展や、いま注目しているゲノム医療について議論を交わした。

地域医療構想からゲノム医療まで 幅広く関与し与党の議論をリードする

物事を変える立場に身を置こうと政界へ

高橋 丸川先生はテレビ朝日のアナウンサーを経て政治の世界へ転身し、話題になりました。当初から医療や介護と言ったヘルスケア分野に深い関心を寄せ、さまざまな政策にもかかわっています。

丸川 政界へ移ったのは、物事を変えていく立場の人間になりたいと思ったからです。メディアは第

三者として客観性を保ち、物事が動くところから一定の距離を保つことを求められ、もどかしさを覚えていました。そのようななか、ある勉強会で現在の安倍晋三首相と出会い、定期的にお会いして話を聞いているうちに、政治家をめざすようになったのです。

高橋 2007年に当選し、11年に自民党の厚生労働部会代理に就任。以降も厚生労働大臣政務官、自民党厚生労働部会長、参議院の厚生労働委員会会長を歴任しています。医療界と縁の深い経歴ですね。

丸川 母が医師で、勤務医を経て開業しましたから、医療が身近な存在だったことは確かです。医療政策にも関わりたい気持ちが強くなり、14年度の診療報酬改定には厚生労働部会長としてかわりま

高橋 ちょうど地域医療構想が始まったタイミングです。

丸川 最初耳にしたときは、長期的な視野に基づいて医療資源の配分を考える仕組みは合理的ですばらしいと思った反面、東京選挙区



の私からすると、東京は他の地域と比べても特殊で、地域医療構想のイメージする医療政策がそのままあてはまるのかという疑問もありました。内容が気になって東京都庁に話を聞きに行ったり、都議会の先生方と一緒に勉強会を重ねたりしたことを覚えています。法律や枠組みを整備し、いざスタートというときに環境大臣に任命され、それから1年10カ月の間、進捗を追えなくなってしまったのです。大臣としての職務を遂行する

傍ら、動向は気にとめていました。17年8月に退任して真っ先に行ったのが都の地域医療構想調整会議で、傍聴しながら現場がどうなっているのかをこの目で確かめました。

高橋 地域医療構想の原点となる二次医療圏データベースを私が開発した際、そこから導き出される医療提供体制や医療需要の地域差のデータに財務省が強い関心を示しました。おそらく医療費の適正化に活用できると考えたのでしょ

う。同省との話し合いを通じて地域医療構想の枠組みをつくり、それが厚生労働省へ引き継がれ、中身がつまり、現在の議論につながっています。

丸川 当初は「はじめに病床削減、医療費抑制ありき」という印象が強かったことも事実です。現場の病院経営者からは「地域の仲間内でお互いの腹の内を探りあいながら穴を掘り、誰かを埋める作業になるのだろう」と聞きました。警戒感は相当ありましたね。

病院の統廃合といった議論が出てきたときも わりと冷静に受け止める議員が多かった気がします

——丸川



丸川珠代

Tamayo Marukawa

まるかわ・たまよ ●1993年3月、東京大学経済学部卒業。同年4月、株式会社テレビ朝日入社。2007年5月、同社依願退職。同年7月、参議院議員初当選（東京都選挙区）。自民党女性局長。09年10月、党厚生労働部会長代理。10年9月、自民党参議院政審会長代理、自民党都連女性局長。12年12月、厚生労働大臣政務官。13年7月、参議院議員2期目当選（東京都選挙区）。13年10月、党厚生労働部会長。14年9月、参議院厚生労働委員会委員長。15年10月、環境大臣・内閣府特命大臣（原子力防災担当）。16年8月、東京オリンピック・東京パラリンピック担当大臣。18年10月、社会保障制度調査会副会長。同年11月、医療委員会会長代理、介護委員会事務局長。19年7月、参議院議員3期目当選（東京選挙区）。

「今のままでいい」は 自民党の国会議員も認識

丸川 一方で先ほども申し上げたとおり、東京は特殊な地域で、今後、さらに病床を増やす必要があるとされていますから「穴を掘り、誰かを埋める」話にはなりません。ただし地域のニーズに合わせて病床機能を転換していただく必要が

出てくることも考えられます。転換しようと思える環境を整備することが課題になるでしょう。

高橋 当事者の一人として「やってよかったな」と思うのは、需要に合わせて供給の仕組みを変えることができたこと。これは医療の世界でしか実現できていません。市場の流れに任せていたら、もっと急性期病院ができて、アンバランスな状態がもっと激しくなっ

いたでしょう。

丸川 ある地方の病院経営者は地域医療構想や調整会議の議論を通じて自分の地域のニーズの変化を実感し、さっそく改革に着手したそうです。「自分が大変な苦勞をして崖をよじ登っている一方で、他の人たちはお花畑を地獄に向かって歩いていくように見えた」と。改革という道も、その道を進まないという選択も、大変厳しい

地方の現実があるのではないかと感じました。

高橋 私がこの政策を提言した際に念頭にあったのは地方、特に過疎地の医療でした。現状のままでは医療需要が縮小して病院はとも倒れになってしまう、地域医療を維持するためにも当事者に話し合っただけでは体制を整備していただくことが必要です。しかし当時の制度下では、病院同士が地域の需要のコントロールする話し合いを行うことは独禁法に触れ、談合になる。そこで「合法的談合」ができる場が必要と考え、構想会議のような会議体を考えました。結果的に人口減少の激しい地域では病院の整理や機能転換についての議論もわりと抵抗感なく受け入れられているし、急性期医療は十分足りているといった認識も広がっており、目的はかなり叶ったという手応えを感じています。

丸川 高橋先生のお言葉を「わが意を得たり」と受け止める都道府県の担当官や地域の病院経営者は多いでしょう。県と市で同じ医療機能を備えた病院を抱えて困っている担当者は地域医療構想をテコ

に、より適正な体制をめざしていると思います。一方、医療政策にかかわる国会議員も「このままで医療財政も医療資源もたない」という認識でしたから、病院の統廃合といった議論が出てきたときもわりと冷静に受け止める議員が多かった気がします。もちろん患者側の納得は重要ですが、合理的な医療提供のあり方を見直すことは必要でしょう。年金制度は現役世代の負担を一定の枠内に収めるような年金保険料率の上限を設け、持続性を高めました。医療も高度化と高齢化が同時進行するなかで、現役世代の負担を一定の枠内にとどめる発想がいずれ求められるのではないのでしょうか。

日本のゲノム医療は 民間とともに巻き返す

高橋 丸川先生は自民党の「がんゲノム・AI等ワーキンググループ」主査を務めるなど、ゲノム医療にも深くかかわっています。日本のゲノム医療をどのように評価していますか。

丸川 残念ながら、アメリカやイギリスと比べると周回遅れと言わざるを得ません。2003年にヒトの全ゲノムが解明されましたが、このときまでは国際的にも日本の貢献度は大変高かったのです。ところが、解明されたらそこで到達点を迎えたという認識になつたわが国に対して、他国はむしろそこから新たなスタートを切ったのでした。ゲノム技術を活かすことで疾病発生に対する遺伝的要素の影響がわかり、予防、診断、薬の選択といった治療のあり方も大きく変わります。またゲノム情報により創薬プロセスの大幅な効率化が今後さらに進んでいくと見られ、薬の承認においてもゲノム情報に基づく適用が検討されるなど、世界的にゲノム情報が医療の基盤として活用されつつあります。残念ながらわが国では、ゲノム情報が個人に最適な医療を提供する効果が高く副作用が少ない個別化医療という世界の潮流に結びつかなかったのです。

高橋 他国はどのような取り組みを進めているのですか。



丸川 イギリスはロンドンオリンピックの「レガシー」として、NHS（国民保健サービス）が、がん患者さんを中心として10万人の

ゲノム情報を蓄積して全ゲノム解析を行い、医療に役立てる政策を発表して話題になりました。昨年12月にその作業が完了し、現在は

地域医療構想がなかったら

地域のニーズと供給体制の乖離が

もつと大きくなっていったでしょう——高橋



高橋 泰

Tai Takahashi

国際医療福祉大学赤坂心理・

医療福祉マネジメント学部部長・教授

たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授。2018年から現職。16年9月より安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会合医療福祉部門副会長。

析する体制を整えることにより、難病や小児がんに新たな治療法の開発を画的に前進させられると期待されています。特に生活習慣病の予防や治療のあり方を個々人に適したより効果の高い方法へと変えていくことができるのです。

高橋 イギリスや中国の動きで目を引くのは、ゲノム情報を大きく重視している点です。

丸川 海外の検査会社に検査を発注することは、貴重な情報を流出させていることにもつながります。ただし、この取り組みを国家予算だけで進めるのは難しいことも事実で、民間企業にとつてどれだけ魅力的な環境を用意できるかも重要です。日本だけでなくアジア、オセアニアも含めた情報を集められる10万人規模のコホートを構築できれば、多様な人種・民族のゲノム情報が集積されることとなります。

高橋 地域医療だけでなくゲノム医療など多方面で日本の医療の発展に取り組まれていることがわかりました。本日はありがとうございました。

100万人をめざす次のステップに移行しています。ゲノム情報は外に出さず、世界の名だたる人工知能、情報解析、製薬などの企業を招き入れて研究成果を共有するサークルをつくり、参加者の要望に対応してセットするサービスを提供しています。

高橋 まさに国家プロジェクトとして進めているのですね。中国も

世界一のシーケンサーマシンを大量に購入し、国産品の生産に向けて取り組んでいるとも聞きます。日本はどうでしょうか。

丸川 がん医療において遺伝子パネル検査を公的保険で実施できる体制が整いましたが、この検査で得られる情報は全ゲノム情報の0・005%にとどまり、なおかつ、検査ができるのは標準治療が

すべて終わった後です。静岡県立静岡がんセンターで5000症例、東北メディカル・メガバンクで5700症例と、症例数も圧倒的に少ないです。また、がんの発症や再発のプロセスを追うためには発症前の段階のデータが必要ですが、そのための健常者コホートへの予算配分の議論が十分なされていません。

高橋 日本の場合はまず、発症したがんの治療に焦点をあてたわけですか。

丸川 ゲノム情報はがん医療における個別化医療を優先させてきましたが、患者さんの利益を考えれば当然と言えます。しかし全ゲノム情報と質の高い医療データを解