

# 医療制度改革法案の国会における審議状況

平成 18 年 6 月 13 日

第 22 回厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会資料

1 医療制度改革法案の概要  
..... 1

2 具体的な審議内容（メタボリックシンドローム概念の  
導入に対する疑義を中心に）－国会会議録（抄）－  
..... 3

# 1 医療制度改革法案の概要

## 医療制度改革大綱の基本的な考え方

### 1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- (1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築
  - ・医療情報の提供による適切な選択の支援
  - ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供(医療計画の見直し等)
  - ・在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上
  - ・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応 等
- (2) 生活習慣病対策の推進体制の構築
  - ・「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
  - ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付け
  - ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定 等

### 2. 医療費適正化の総合的な推進

- (1) 中長期対策として、医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制(生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮)
- (2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的対策)

### 3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

- (1) 新たな高齢者医療制度の創設
- (2) 都道府県単位の保険者の再編・統合

**【良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案】**

- ① 都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進
- ② 医療計画制度の見直し(がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等)等
- ③ 地域や診療科による医師不足問題への対応(都道府県医療対策協議会の制度化等)
- ④ 医療安全の確保(医療安全支援センターの制度化等)
- ⑤ 医療従事者の資質の向上(行政処分後の再教育の義務化等)
- ⑥ 医療法人制度改革 等

医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との調和が必要

**【健康保険法等の一部を改正する法律案】**

- ① 医療費適正化の総合的な推進
  - ・医療費適正化計画の策定、保険者に対する一定の予防健診の義務付け
  - ・保険給付の内容、範囲の見直し等
  - ・介護療養型医療施設の廃止
- ② 新たな高齢者医療制度の創設(後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整)
- ③ 都道府県単位の保険者の再編・統合(国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等) 等

## 2 具体的な審議内容（メタボリックシンドローム概念の導入 に対する疑義を中心に）－国会会議録（抄）－

- 平成18年5月10日（水） 衆議院厚生労働委員会  
＜発言者＞  
郡 和子君（民主党）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
  
- 平成18年5月12日（金） 衆議院厚生労働委員会  
＜発言者＞  
岡本 充功君（民主党）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11  
郡 和子君（民主党）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 19  
阿部 知子君（社民党）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 20
  
- 平成18年5月18日（木） 衆議院本会議  
＜発言者＞  
郡 和子君（民主党）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 26
  
- 平成18年6月 6日（火） 参議院厚生労働委員会  
＜発言者＞  
朝日 俊弘君（民主党）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 27

（注）平成18年6月6日（火）分のみ速報版（未定稿）

# 平成18年5月10日（水） 衆議院厚生労働委員会

## < 郡 和子君（民主党） >

○**郡委員** 民主党の郡和子でございます。

連休明けの月曜日、福岡そして福島で地方公聴会が開かれました。私は福島の地方公聴会に参加をさせていただきました。政府・与党の招かれた公述人の皆様方も、今回政府が提案されております医療制度改革法案に対して、さまざまな危惧や、また不安や御要望を続出させておられました。

私は次の日の報道を大変楽しみにしておりました。何というふうに書かれているんだろうと思ひまして、新聞を見てみまして大変驚きました。きのうの朝刊でございますけれども、ああ、こういうからくりであったのかと。政府が出している法案の目玉の一つでありますメタボリックシンドロームについての厚労省の発表でございました。そういうからくりがあったからこそ、地方の声というのも現場の声というのもかき消されて、大勢の方々に知り得ないものになるんだなと。厚労省の皆様方はさぞかし胸をなでおろされたのかもしれない。

私は田舎の、仙台のマスコミの出身でございますけれども、報道の、マスコミのあり方にも大変疑問を持ちました。きょうはジャーナリストの方々もこの傍聴席においでかと思ひますけれども、政府の発表をそのまま報じるのであれば、これは政府の御用機関でございます。反対の視点を持つ、これこそがジャーナリストに求められている根源的な姿勢だろうと思っております。

私は、きょうは、このメタボリックシンドロームの虚構性について御質問をさせていただきます。

今回の医療制度改革ですけれども、生活習慣病対策によって、二〇二五年の推計医療費五十六兆円、この数字に対してもいろいろございますが、そのうちの二兆円は削減できるというふうにおっしゃっております。これは、糖尿病ですとか高血圧症の現在の通院患者数、脳血管疾患や虚血性心疾患の現在の患者数などから推計したものであるとして、きのう、この表をちょうだいいたしました。これによりますと、糖尿病の患者さんおよそ二百万人、高血圧症の患者さんおよそ五百万人。何とまあ大ざっぱな数字による計算であるのか。これを振りかざして大きな改革だと言っていること自体がまずもおかしい。

五月九日、全国紙の朝刊で各紙一面トップで報道されました。きのうのことです。それによりますと、平成十六年度の国民健康・栄養調査の結果によれば、四十歳から七十四歳の男性の二人に一人、そしてまた女性の五人に一人が、生活習慣病対策の柱とされますメタボリックシンドローム、内臓脂肪症候群が強く疑われる者、または予備軍と考えられるということでございます。さぞかし、きのうは各地でこの話題で盛り上がったのではないかと思います。

質問させていただきますが、男性の二人に一人、女性の五人に一人とは大変すさまじい数でございます。これらの方々すべてに保健指導を行ったり、また、発症した方々に対して薬物治療を行うといたしましたらば、大変なコストになるかと思われまふ。二兆円を削減するというところでございますけれども、この中にはもちろんこれは含まれてはおりません。大臣、これは一体どういうふうにお考えになりますでしょうか。まずもって伺わせていただきます。

○**川崎国務大臣** まず、マスコミの名誉のために申し上げておきますけれども、我々が画策して書かせたような御発言をされましたけれども、それぞれの情報をマスコミは判断して書かれる。我々与党からいいますと、なかなか我々の言うとおりに書かないで、逆に書かれているのが実態でありますから、マスコミ出身者の皆さん方からそのようなお話が出るとは、私はちょっと、厚生省とはそれほど力のある役所かな、こう思わざるを得ません。

今回の医療制度改革では、医療保険者に対して、メタボリックシンドローム、内臓脂肪症候群に着目した健診を実施するとともに、薬に頼るのではなく、適度な運動習慣やバランスのとれた食生活習慣など、個々人の行動変容をもたらすことができるような保健指導を実施することを義務づけるとしております。

健診、保健指導の実施に当たっては、現在の取り組み状況も踏まえて、実現可能な目標を設定する必要があることから、当初の段階においてすべての被保険者、被扶養者に対しその健診、保健指導を実施することを想定せず、その後、医療保険者における体制整備を図りつつ、徐々に実施率を引き上げていく。実際、平成二十年度で六〇%、平成二十七年度で八〇%というような数値目標を上げさせていただいているところでございます。

また、今回の新しい保健事業の取り組みは、糖尿病や高血圧症などの発症を予防することに加え、脳卒中や心筋梗塞などへの重症化を予防することをねらいとするものであります。

そういう意味では、健診のコスト、実施率六〇%の場合に約一千六百億。ただし、これは全部保険で出るわけではありません。仕事をしておられる、お勤めになっている方々は会社の負担ということになりますから、これは全部ではないということは御理解を賜りたい。一千六百億かかります。一方で、最終的には医療費が適正化されていくことになるだろう。

そういう意味では、予防というものは、初期投資としては確かにコストはかかるであろう、しかし、それは五年後、十年後に必ずリターンで返ってくる、こういう思想の中でやらせていただいているところでございます。

○**郡委員** 大臣から御答弁がございましたけれども、これは日経メディカルのことしの二月号でございます。ここに、二木日本福祉大学教授が「健診で医療費抑制」への疑問」という論文を書かれております。よくお読みいただきたいと思います。

メタボリックシンドローム、この内臓脂肪症候群に関しまして、もう少し詳しくお話を伺いたいと思います。

生活習慣病対策にこの概念を導入して、この診断基準に当てはまる患者及び患者予備軍を健康診断で早期に発見することが生活習慣病対策の柱となっているわけですが、この診断基準と政策に導入された理由、これを簡単に御説明ください。

○**中島政府参考人** ただいま御指摘のメタボリックシンドロームでございますが、我が国におけますメタボリックシンドロームについての定義、それからまた診断基準につきましては、日本内科学会、日本糖尿病学会など関連いたします八つの学会から構成されるところでありますメタボリックシンドローム診断基準検討委員会というものがございまして、ここで議論されまして、平成十七年の四月に取りまとめられ、発表されたというものでございます。この診断基準におきましては、内臓脂肪の蓄積というものを基本といたしまして、高血圧、高血糖、そして脂質の異常といううち、その二項目以上を満たす場合をメタボリックシンドロームということで定めているものでございます。

今回の医療制度改革におけます生活習慣病対策につきましては、平成十六年の十月以降、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会におきまして、これまでの生活習慣病対策の現状と課題、そして今後の方向性につきまして御審議をいただき、平成十七年九月に取りまとめられましたこの部会の中間取りまとめの中で、メタボリックシンドローム、内臓脂肪症候群と言っておりますが、の考え方には、肥満者の多くが、糖尿病、高血圧等の複数の危険因子をあわせ持っているということ、それから、危険因子が重なるほど心疾患、脳血管疾患を発症する危険性が増大をするということ、これらの川上といえますか上流の原因として内臓脂肪の過剰な蓄積があるというようなことから、運動習慣の徹底と食習慣の改善、これらを中心とした生活習慣の改善によりまして内臓脂肪を減少することで高血糖、高血圧、高脂血症といった危険因子が改善をするという根拠があるということで、この疾患概念に着目をして生活習慣病対策の充実強化を図ることとしたものでございます。

○**郡委員** 議論させていただきたい項目がたくさんございますので、短く御答弁願います。

今お話ありました九月の十五日に発表されました厚生科学審議会の地域保健健康増進栄養部会、「今後の生活習慣病対策の推進について（中間とりまとめ）」では、

運動習慣の徹底と食生活の改善を中心とした生活習慣の改善により内臓脂肪を減少させることで高血糖、高血圧、高脂血症といった危険因子のすべてが改善することといった科学的根拠を踏まえれば、今後、メタボリックシンドロームの考え方を取り入れた生活習慣病対策を推進し、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図っていくことが有効と考えられる。

というふうにされているわけなんです。

ここで言う危険因子のすべてが改善するという科学的根拠、これについて御説明ください。

○**中島政府参考人** これにつきましては、このメタボリックシンドロームについて、これまで長いこと世界じゅうで研究が進められてきております。そういう中において、それぞれの、糖尿病なら糖尿病、それから高脂血症なら高脂血症ということで、いろいろな取り組みが行われてきたわけですが、そういうものの集積として今回の結果が得られているわけです。

理論的には、欧米でも、糖尿病の、いわゆるインシュリン感受性といいますけれども、細胞のインシュリンに対する作用、こういったものの低下が一つ問題になっておるといふこと。それから、その一つの原因として、内臓脂肪というもの非常に大きな役割を占めていることが最近になって研究の結果わかってきたということ踏まえ、実際に現場でのデータも踏まえた上でこういったことになっているということでございます。

○**郡委員** 今御説明いただきましたけれども、それは、危険因子のすべてが改善されるということの科学的な根拠、エビデンスにはちっともなっていないということをここで重ねて申し上げさせていただきたいと思ひます。

私、きょう配付させていただきました資料一、これは私の事務所で作らせていただきました、メタボリックシンドロームの「欧米の権威ある学会の声明文と、日本の政策立案のギャップ」。実はここに、欧米の権威ある学会が、その後ろに英字のものが二枚挟まっているかと思うんですけども、メタボリックシンドロームを基準とすることによって疾患の発症を減らすというエビデンスはないという、欧米の権威ある学会が発表したものでございます。

これは、そしてまた日本の資料と対比したものなんですけれども、メタボリックシンドロームにはさまざまな定義があつて、疾患概念、診断基準として確立しておらず、臨床的な価値は定まっていない、それから、過去の追跡データベースから、メタボリックシンドロームに該当する人としなない人で死亡率は変わらないということが、このアメリカとヨーロッパの権威ある学会が共同で出した声明に載っております。

日本の八学会がメタボリックシンドロームの国際的な診断基準を日本向けにアレンジして発表したのは二〇〇五年の四月のことでございますが、その同じ九月に、アメリカとヨーロッパの最も権威ある学会、米国糖尿病協会と欧州糖尿病研究協会で、このメタボリックシンドロームについては批判的に吟味すべきときであると、共同声明を権威ある雑誌に発表しております。

この声明では、今申しましたように、定義は不正確であつて、心血管疾患のリスクマーカーとしての十分なエビデンスはない、マーカーとしての価値も疑わしいというふうにも明確に主張されているわけです。この欧米の権威ある学会の共同声明を生活習慣病対策に関する審議会や検討会で議論したのかどうか、検討したのかどうか。また、この共同声明を、これは日本の学会は日本版でアレンジしているものですから、それを厚生省は御存じになっているのか、そして知っていて検討会に出さなかったのかどうか、お尋ねしたいと思ひます。

○**中島政府参考人** ただいま御指摘の点でございますが、まず日本独自の診断基準というものを作りました関係八学会については、この高血圧、高血糖等の複数のリスクによって心血管等の発症リスクが高まるという診断基準の基本的な考え方については、世界的に共通認識されているものというふうにも理解しております。（郡委員「違いますよ」と呼ぶ）まだこれからでございます。

メタボリックシンドロームの具体的な診断基準につきましては、御指摘のようにWHOや各国において若干異なる面がございます。そしてまた、アメリカの糖尿病学会、そしてヨーロッパの糖尿病研究会が平成十七年九月に発表した共同論文というものについても承知を申し上げております。

ただ、この中で指摘されておりますことは、メタボリックシンドロームそのものを否定するということではなくて、この診断基準の使われ方ですね、定義自体がやや団体によって異なつていて、幅広く使われているということがございまして、その因果関係も含めて、さらにその部分については検討する必要があるということが一つと、それからまた、このメタボリックシンドロームであるかないかということによって、過剰な診断、治療をしたり、あるいは過小な、基準を一個満たさないから治療しなくてもいいんだというようなことにならないように……（郡委員「質問に答えてください。検討会で検討したんですか」と呼ぶ）

検討会そのものでは、この論文について議論したということは承知しておりませんが、先生方との意見交換はさせていただいてございまして、そのような見解をいただいております。

以上でございます。

○**郡委員** 質問したことに的確にお答えいただきたいと思います。

検討会で、これほど、黙殺できるような、黙っておられるような共同声明ではありません。ちょっとやそつものではないんです。

また、日本でも、「医学のあゆみ」、ついこの間、四月一日に出たばかりでございますけれども、メタボリックシンドロームの特集でございます。これにも、「診断基準をめぐる問題点」ということで、東京大学の原一雄さ

んがこう述べておられます。「これまでのところ心血管疾患を十分に予知することのできるメタボリックシンドロームの診断基準は得られていない。新しい診断基準も日本人の心血管疾患の予測には有効ではなかったことが示されている。」 こういうものがあって、検討会でも全く議論していないというのは一体何なのでしょう。大変問題だと思っております。

こういう重要な声明を全く議論しない、なぜなのかということについて引き続き追及をさせていただきたいと思えます。

これは、薬害エイズの問題でもそうであります。海外の重要な情報というのを日本の専門家が無視したことによって、あれは甚大な被害を及ぼしたものでございます。権威のある専門家が、患者の命よりも製薬会社の利益を重んじたことで薬害エイズの被害は広がったわけでございます。記憶に新しいことではございませんでしょうか。ここは大変構造的な問題があるというふうには私は思っております。厚労省がこの共同声明のことを知っていて検討会に出さなかったとしたら、これは薬害エイズと全く同じ、構造的な欠陥であると言わざるを得ないと思えます。

さらにお手元の資料、英文のものですけれども、ごらんいただきたいと思えます。これはEMBOレポートという文献でございます。製薬会社とそのパートナーである医学専門家が新しい病気をつくり出して、病気でない人まで病気にしてしまう。そして、メタボリックシンドロームという概念は、製薬会社が利益を上げるための道具とされ、医療費は増大するというふうには批判をしております。

こちらの本もちょっと御紹介させていただきます。これは全米で話題になった本でございます。「ビッグ・ファーマ」。ニューイングランドの医学雑誌の前編集長がまとめたものでございまして、日本でも和訳されて出ております。「巨大製薬会社が支配する医学界。そこにもたらされる巨額の収益。事実に基づいた明確な分析で隠された実態に迫る。」大変おもしろい本でございます。病気でない人も病気にされて、そのために製薬会社が新しい薬をつくり、そして薬をその患者さん、患者ではないのに患者とされた人たちに売られていくということでもあります。

こういったように、メタボリックシンドロームという概念は製薬会社が薬を売るために都合よく使われるという批判、これは欧米のメディアでは数多く出ております。こういった問題は、それでは審議会や検討会で話しされたのでしょうか。お尋ねいたします。どうぞお答えください。

○中島政府参考人 ただいま御指摘いただいた点でございますけれども、まさにそういった点を先ほどの論文は指摘しておるわけでございまして、メタボリックシンドロームという概念があたかも一つの病気であるかのように扱われて、それをもとに治療するということについての警鐘を鳴らしているというふうには理解しております。

そこで、我が国の検討会ではどうかということでございますが、そういったことから、今回のメタボリックシンドロームの考え方におきましても、先ほども大臣が御説明させていただきましたように、まず運動、そして食事等の生活習慣から直していこうということを高らかにうたっているというのが我が国の考え方でございます。また、その因果関係につきましては、欧米のデータを使うということではなくて、我が国独自のエビデンスをもとに、関係学会において議論され、つくられたというのが我が国の考え方でございます。

○郡委員 ですから、そのエビデンスが全く根拠のないものだということはあらかじめ申し上げました。そして、今御説明にありましたように、厚生労働省からいただいている資料、皆さんにもお配りしておりますけれども、「一に運動 二に食事 しっかり禁煙 最後にクスリ」というキャッチフレーズでございます。これは、きのうの新聞の各紙にも、こういうキャッチフレーズで厚労省は皆さんに注意してくれと呼びかけているのだというふうに報じられました。大変私はびっくりいたしました。大変びっくりいたしました。

これも一部しか現物がありませんものですから、皆様のところにもコピーをさせていただきました。「メタボリックシンドロームに注意しましょう」というものでございます。どこが出しているかといいますと、グラクソ・スミスクライン株式会社、大手の製薬会社であります。

読ませていただきます。「先生に「尿酸値が少し高めですね」と言われたあなた。「まだ薬を飲むほどではない」と安心していませんか？」そして、中をめくってみますと、厚労省のキャッチフレーズと全く同じでございます。「一に運動、二に食事、しっかり禁煙、最後にクスリ」。そして、その最後の薬の名前までここにちゃんと載っております。びっくりいたしました。尿酸生成抑制薬というんですか、ザイロリック。それから、酸性尿の改善には、尿アルカリ化薬ウラリットなどを服用します。そして御丁寧にここにおなか回りの数字をちゃんとわかっ

て、何月何日、チェックしましょうということなんですけれども、それだけではございません。(発言する者あり)はい、申し上げます。

実は、このグラクソ・スミスクライン株式会社のお薬のパンフレットですよ、これの監修に、大阪大学名誉教授、財団法人住友病院院長松澤佑次氏の名前がトップにございます。この松澤佑次先生、大変権威のある先生というふうに伺っております。きのうの新聞にもメタボリックシンドロームについてさまざまなコメントをお載せでいらっしやいました。テレビの報道でも取材に答えておられました。大変驚きませんか。そういう方が、グラクソ・スミスクラインが主催するセミナーでも御講演をなさっております。

こうした専門家の方々が、こういった製薬会社からパンフレットの監修の謝礼ですとか、それからセミナーでの講演料、幾らもらっているのかは存じ上げませんが、検討会で欧米の共同声明について全く議論しようとしないというのは、どういうことですか。この松澤先生もメンバーの中に入っておられるはずですよ。これにお答えいただきたいと思います。

○中島政府参考人 まず、松澤先生初め専門の先生方につきましては、それぞれの専門分野をお持ちで、現実に診療をやっておられるというお立場から、いろいろな機会でご説明をされるということで、これは専門的な立場からいたし方のないことであるというふうに考えております。

それで……(発言する者あり)そうではありますが、実際に、国民、患者さんの中には……(郡委員「そこまではひもつきだということですね」と呼ぶ) いえいえ、私が申し上げたかったのは、運動それから食生活といって、最後に薬が出てくるのがいかぬというふうに言われたので、そういうことではなくて、やはり薬でなければ治せない患者さんもおられる。そういう方に対する治療がおくると、これはこれでまた大きな問題であるということ、そういうものが入っているということでもありますし、また、その松澤先生の監修されたパンフレットにもそのような趣旨で書かれているのかなというふうに推測をしたということでございます。

それからまた、欧米のペーパーが今回の中で議論されなかった云々につきましては、これは、中間まとめがされた後に出てきたペーパーということもございまして、その前段階においては議論がされていないということだというふうに理解しております。(郡委員「やり直さなくちゃいけません」と呼ぶ)やり直す必要があるかどうかについては、先生方と意見交換をしておりますが、今のところまだ特にその必要があるという御意見はいただいております。

○郡委員 それはそうですよ。そういうふうに製薬会社と深いつながりをお持ちの先生がいらっしゃるわけですから、やり直そうとはやはりおっしゃらないと思いますよ。それはだれが考えても、ああ、そうだろうなというふうにならずにしかないわけですよ。そこを厚労省はしっかりしなくちゃいけないわけじゃないですか。

最近では、肥満症の治療薬がまたアメリカで間もなく承認されるというようなニュースが入ってきております。これは、アメリカの大手の製薬会社が、日本で新しく患者、患者予備軍とされる人たちが大勢いるということで、舌なめずりして待っているわけですよ。これは、どういうことなのでしょう。

これは、与党の委員の方々もぜひ真剣にこの御議論をお聞きいただきたいと思っております。地域……(発言する者あり)そうです。地域保健健康増進栄養部会の中間まとめでは、さらに驚くようなことが書かれてございます。フィットネス業界などの産業界を通じて、運動不足を解消すべきなんです。運動不足を解消すべき、フィットネスクラブなどを利用してですよ。こういうような厚労省の政策というのは、国民の健康不安をあおるだけで、そしてまた、本来は散歩の時間をふやすだけで運動不足が解消されるという人たちを、会費の高いフィットネスクラブに誘導して、電車の広告、またコンビニエンスストアの宣伝で、効果が確実でないやせ薬やサプリメントを買わされる、こういうことにつながるんじゃないですか。ついこの間もやせ薬を飲んで甚大な被害もあったわけですよ。

こうしたメタボリックシンドローム予備軍に対する産業界によるマーケティング戦略、これをどういうふうにごコントロールなさるおつもりなのでしょうか。

○中島政府参考人 ただいま御指摘の、まず薬の問題でございますけれども、薬の問題につきましては、先ほどから申し上げておりますように、現に最後の手段であるということで、まず運動、食事、そして禁煙というものをきちっとやった上で、本来必要な人にだけ薬を使おうというのがまさに今回の趣旨だということで御理解をいただきたいと思っております。

それからまた、運動それから食事につきましても、確かに散歩だけでよくなる方もおられますけれども、もうちょっとやりたいという人もありますし、やる必要があるという人もあります。そういう場合には、フィットネスクラブという資源も活用するというのも有効ではないかという趣旨で書かれているものというふうに理解しております。

○**郡委員** いろいろガイドラインや何かをおつくりになるというふういきのう厚労省の方々がお話をされましたよ。でも、そういうふうなシステムをつくっても、これは、営利企業は、営利企業の論理で動いていくわけですから、お金をもうけて株主の方々に支えられて企業活動をやっていくわけですから、お金をもうけるのは当然のことだと思います。だから、そういうような動きが出てくるのは当然なんだと思いますよ。

私が問題にしたいのは、行政や審議会あるいは検討会の委員になっている専門家たちが、こうした企業マーケティングの戦略に対して批判的な精神が全く欠落している。その証拠が、欧米の権威ある学会の声明文を審議会や検討会で一切検討していないということではありませんか。これでは、本当に行政のかけ声によって、私たちは余分なお金をフィットネスクラブだったりやせ薬のためだつたりに出費しなくちゃいけません。政府が削減目標とする医療費の中には、これは計算されないわけです。つまり、批判的な精神を欠いた政府や専門家の皆さんたちの愚かな政策のツケを、私たち国民が支払わされることになるんじゃないでしょうか。最新のエビデンスを検討会や審議会で吟味することさえできないような専門家は、検討会の委員としてはふさわしくないと思います。

欧米では、政策決定にかかわる重要な委員会の委員は、製薬会社からもらっている講演料あるいは顧問料などによる利益相反の申告をさせるということが、これは当たり前のことになっております。こうした製薬会社との関係に全く無頓着に検討委員を選ぶということは甚大な問題があるんじゃないかというふうに思います。

今、イギリスの国会では、製薬会社が医学研究者に与える影響についてというレポートが提出されて問題になっております。欧米の医学雑誌やメディアでは、連日この製薬会社と医学研究者の利益相反の関係が問題にされているわけです。御存じでしょうか。

○**中島政府参考人** 欧米におきましても、また我が国におきましても、この利益相反の問題については以前から取り上げられているということは、私どもよく存じ上げております。

しかしながら、それぞれの専門分野におけます専門家というのは無限におられるわけではございませんので、やはり、そういった方が貴重な情報を適切な場で提供していただくということも一方で必要ではないかというふうに考えてございます。

○**郡委員** ですから、利益相反はしっかりと食いとめなくちゃいけないという立場におられるわけですよ。本当にびっくりいたします。私、一年生の議員ですけれども、本当に残念に残念に思うことが多くて、憤りでもう頭が本当にかっかかっかしておりますよ。こういうような土台をつくっているところがずたずたである、そういう上につくられた政策であるならば、これは一からやり直していただきたい。

また、健康診断によって、これを義務づける、そして医学的なデータを蓄積するために研究に回すのだということもおっしゃっていますけれども、その医学研究の利用についても重大な問題があることを指摘させていただきます。

## 平成18年5月12日（金） 衆議院厚生労働委員会

### < 岡本 充功君（民主党） >

○岡本（充）委員 民主党の岡本でございます。

きょうは、政府提出法案の財政的な部分について質問をしていきたいというふうに思っています。

民主党は、医療の質の方、満足感の方、安心感、納得感の方を大きなテーマとし、そして政府案は、将来推計、目安だと言っていますが、二〇二五年の医療費を抑制することを大きな柱の一つとされています。

抑制をするための二つの大きな柱は、一つは、生活習慣病を予防し、そして医療費を抑制していく。生活習慣病を予防していくためには、健診や保健指導を通じて医療費を抑制していく、これが一つの柱だと理解しています。もう一つが、療養型病床を廃止し、さらに平均在院日数を短縮していくことで、医療費をこちらで四兆円削減していく。そして、先ほどの生活習慣病対策で二兆円の医療費を削減し、合わせて六兆円の医療費を削減していくというのがこの医療財政計画の大きな二つの柱だと理解しておりますが、まず、大臣、これで認識は正しいでしょうか。

○川崎国務大臣 短期的と長期的に分けてありますけれども、長期的ということになれば、そういうことになると思います。

○岡本（充）委員 それでは、まずその一つ目の柱であります生活習慣病対策から質問をしていきたいと思います。

生活習慣病対策ということで、今回提出をされております政府案の中には、保健指導、健診などを通じてのメタボリックシンドロームの改善、もしくはそれを通じて糖尿病や高脂血症、そして高血圧症などを抑制して、最終的には医療費を下げようじゃないか、こういうストーリーを考えていると認識をしています。

このストーリーで考え方として正しいのでしょうか。これで二兆円を下げるということで正しいのでしょうか。御答弁を求めます。

○水田政府参考人 健診と保健指導の実施によりまして、二〇二五年度におきまして二兆円適正化が図れるという判断でございます。

○岡本（充）委員 まず、そもそも健診と保健指導を通じてメタボリックシンドロームを減らしていこうという考えの中で、このメタボリックシンドロームというのは、今回の長期的、二〇二五年の医療費抑制の一つの大きな柱だと理解しておりますが、どのような概念で日本でメタボリックシンドロームなるものができたのか、これについて少し私の知っている範囲でお話をさせていただきたいと思えます。

これは日本における学会からのコンセンサスによりできた概念であり、そして、この名称は既に診療上では病名として認められて、今カルテ上に病名として記載をされている患者さんもみえると思えます。

このメタボリックシンドロームなるものが減ることで医療費が抑制をされる、これが二兆円の大きな柱であるというふうに理解をしているわけなんです、この理解で正しいのでしょうか。

○水田政府参考人 お答えいたします。

この内臓脂肪症候群、メタボリックシンドロームでございますけれども、これに着目した健診それから保健指導を効果的、効率的に実施することによりまして、糖尿病あるいは高血圧症などの発症を予防する、さらには脳卒中あるいは心筋梗塞などへの重症化も予防する、そのことが可能である結果として、医療費の適正化が図られるもの、このように考えてございます。

○岡本（充）委員 そうしますと、どういう根拠で医療費が抑制をされるのか。結局のところ、私が調べた範囲、またきのうからお伺いしている範囲では、実際に医療費が抑制をされるというデータがないのではないかと

うふうには私は考えています。メタボリックシンドロームの基準については、これもまた議論のあるところですが、まずは、どうしてメタボリックシンドロームで医療費が下がるのか、そういう根拠のあるデータ、どういうものがあるのか、お示しをいただきたいと思います。

○水田政府参考人 お答えいたします。

統計学的に見て厳密な分析まで行われたものではございませんけれども、昨年十月に公表されました調査研究によりますと、三重県の政管健保の被保険者約二千八百人を対象に調べましたところ、肥満、血圧、脂質、血糖の四項目の健診結果に異常が多かった人ほど、十年後の患者一人当たりの医療費が高くなり、その中でも、四項目すべてに異常があった人は、異常が全くなかった人に比べて約三倍の医療費になったという結果が出てございます。

少なくとも、定性的には生活習慣病のリスク要因を減らすことが医療費の減少につながると言えるものでございます。

○岡本(充)委員 私は、恐らく二千八百人、非常に少ない数を調べているんだと思いますよ。

皆さんのお手元にお配りをした資料の三ページ目をごらんいただくとわかるんですが、これは、つい先日、ゴールデンウィーク中に厚生労働省は幾つか情報を提供されまして、御苦労なことでございますけれども、新聞に載りました。喫煙と肥満と運動不足が重なると四割も医療費が高くなる。だから医療費は高くなるんだと一つの根拠になり得る東北大学の教授の九年間にわたる、これこそ二千程度ではない、万の単位で調べられたデータであります。

これで比べると、最後の四番を見てください。確かに三つともそろっている人は高い。しかし、喫煙というのはメタボリックシンドロームとは関係がない話です。肥満と肥満じゃない人だけを単純に比べると、一・〇七倍です。

表の二を見てください。男性、BMIで比較をして、医療費はどうですか。二二の人が必ずしも一番安いのかどうかということは、下にある信頼区間というところを見ればわかるんですが、二万一千七百八十八円から二万七千五百二十三円。その一方で、例えば二二から二四・九だと、二万六千九百九十四円から三万一千八百十九円。女性の場合ですと、二一から二二・九の人は一万七千四百六十三円から二万六千円、二三・〇から二四・九の人は一万七千四百九十二円から二万二千九百九十九円。これは、BMIがふえても全然医療費はふえていない、こういうことを示しているわけなんです。

その一方で、確かに喫煙の方はどうやらかなり関係がありそうだとということがわかっています。表の一の方を見ると、例えば男性、生涯非喫煙と、現在もしくは過去に喫煙をしていたことのある人の医療費、これは確かに違っています。有意差を持って違っている。女性の方はどうかというと、有意差こそぎりぎり出ていないものの、かなり金額に差が出ています。喫煙こそが医療費を下げるという根拠が、これは厚生労働省の研究班の班会議で出ているんじゃないですか。なぜそれを、喫煙と組み合わせると、あたかも肥満で医療費は高くなるんだ、こういう根拠を出してくるのか。しかも、わざわざ二千人のデータをこの二万人以上のデータを覆すためのデータとして出すとすれば、これは科学的におかしい話になります。

改めて聞きます。肥満で医療費が高くなる、メタボリックシンドロームで医療費が高くなるというデータが、世界じゅう探してどこかにあるのか、お答えをいただきたい。

○岸田委員長 答弁はどなたにお願いしましょうか。水田保険局長。(発言する者あり)

○水田政府参考人 ちょっと前裁きで一言、私の知っている限りで申したいと思っておりますけれども……

○岸田委員長 水田局長、ちょっとマイクを近づけて、マイクに声を乗ってください。

○水田政府参考人 ただいま委員が御指摘になりました資料は、肥満ということと喫煙ということ、肥満に着目したものであって、血圧、血糖、高脂血、こういったことも含めて検討したものじゃない、このように理解しております。

○岡本(充)委員 そうじゃないんです、私が聞いているのは、メタボリックシンドロームでもいいですよ、で

は医療費が上がるというデータがあるんですか、局長。

○水田政府参考人 これは、先ほど申し上げました三重県で二千八百人、十年間のフォロー、健診結果と医療費の関係をフォローした調査、これによって判断をしているところでございます。

○岡本(充)委員 それは何でこの段階で出さないんですか。今議論できないじゃないですか、資料としてなければ。これはきのうの段階で出すべきだったんですよ、それがあんなら。

○水田政府参考人 まず、そのデータは、昨年十月にこれは公表して、新聞にも出ております。それから、私どもの、昨年十月二十三日に出しました医療構造改革試案でも出ております。それから、現物は、たしか委員にお渡ししているんじゃないかと思えますけれども。

○岡本(充)委員 私はもらっていませんけれども。

何を言うかという、その中で、二千八百人という数字で、これを出ているように、肥満が一つの大きなメタボリックシンドロームの要素なんです。肥満であってメタボリックシンドロームでない人はわずか一割程度だ、そういうふうに厚生労働省から話を聞いています。ほとんど九割の人は、肥満があればメタボリックシンドローム疑いもしくはメタボリックシンドロームだと診断をされる。その中で、肥満があっても差が出ないという話になっている、その残りの一割の人の議論をしているんじゃない。九割の人は肥満があればメタボリックシンドロームだと言っているんでしょう。だとすれば、肥満で差がなければ、このメタボリックシンドロームで医療費、九割の人、下がらないじゃないですか。そこについてはどう答弁されるんですか。

もっと言えば、私、その十年前のデータを知りませんが、十年前にまだメタボリックシンドロームなる概念がない中で、今で言うメタボリックシンドロームのクライテリアでちゃんとそのデータが出ているのであれば、それは驚きです。恐らくそのときにはメタボリックシンドロームなる概念がない。だから、当然、メタボリックシンドロームで医療費が下がるというデータであるはずがない。明確に答弁を求めます。

○水田政府参考人 ただいま申し上げました政府管掌健康保険におきます調査研究、これは、いわゆるメタボリックシンドロームということではございませんで、BMIと血圧と脂質と代謝系、この四つの検査項目につきまして、リスクの数とその十年後の医療費の水準というものを調査したものでございます。

○岡本(充)委員 では違うじゃないですか。メタボリックシンドロームで医療費が上がるという根拠があるのかと聞いているんです。そうしたら、ないと答えるべきだ。

○水田政府参考人 ですから、その当時はメタボリックシンドロームという概念はなかったかもしれませんが、後から振り返ってみますと、これはいわゆるメタボリックシンドロームが該当するのではないか、このように考えているわけでございます。

○岡本(充)委員 その診断基準は全く一緒なんですか。そのクライテリアで言う、例えば肥満の程度、例えば血圧の数値、それから代謝異常、全部このメタボリックシンドロームの数値と合致するんですか。

○水田政府参考人 この調査におきましては、例えば肥満という点ではBMIを使っております。したがって、そのBMIと腹回りのサイズ、そのサイズをどういうふうに変換するかとか、そういった問題点がございまして、

それから、血圧、脂質それぞれにつきましても、この調査研究そのものの独自の判断基準を設けているわけでございまして、多少違いはあるかもしれませんが、ただ、大きな傾向としては判断できるんじゃないか、このように考えております。

○岡本(充)委員 大きな傾向って、二千人でこれは大きな傾向として言えるのか。

もっと言えば、米国のシンクタンク、ランド研究所が発表した二〇三〇年までの推計医療費に関する論文で、例えば、これらが掲載されているヘルスアフェアーズという雑誌、二〇〇五年の二十四巻で、序文でこう書いて

ある。高齢者の健康状態の改善は医療費の削減だけでなく増加をもたらすという話も出ているぐらいで、必ずしも、メタボリックシンドロームが改善し高齢者が元気になる、年をとっても元気でいるからといって、医療費が低くならないんじゃないかという研究は世界じゅうで出ているわけですね。

メタボリックシンドロームで医療費が下がるという明確な研究がまだないということは今局長もお認めになられたとおりで、厳格な意味でメタボリックシンドロームとしての医療費の研究、後からでも探せるはずなんです、後ろ向きのスタディーもできるけれども、まだされていない。それにもかかわらず、この医療費が下がるというストーリーがどこからやってきたのか。大体、二五%、生活習慣病が減るとのことだって、この二五というのはあくまで目標ですとは言うけれども、根拠がないじゃないですか。

そもそもメタボリックシンドロームなる診断基準についても私は大変疑念を持っています。これは、確かに簡便に生活習慣病の発症予防を、抑制しようという目的でつくられたことは認めます。

二〇〇六年の五月のディアベティックメディスン、これは代謝系の雑誌では世界で一番権威がある雑誌です、皆さん御存じのとおり。この五月号、今月号に出ている。何て書いてあるか。この中で、世界各国でメタボリックシンドロームの診断基準は差があって、そして新しいものをつくっていかなくやいけない。その中で、日本は残念ながらこんなことまで書かれている。例えばヨーロッパ、シンガポール、中国、こういったところの診断基準と、日本の診断基準は残念ながらまだ不十分であって、さらに追加的なデータがなければメタボリックシンドロームの診断基準もままならないと書いてある。

ここはどういうふうに理解をするかという、日本のメタボリックシンドロームの基準である、例えば男性は腹囲八十五センチ、女性は九十センチ、これより大きい場合、まずこれが第一段階に入ってくる診断基準なんです、皆さんにお配りした一枚目を見てください。これがまず満たされた場合ということからスタートするんですが、世界各国ほかを見ても、例えばヨーロッパは、男性九十四センチ、女性は八十センチ、シンガポールを中心にする東南アジアは、男性が九十センチ、女性が八十センチ、中国は、男性が九十センチ、女性が八十センチ、日本は、男性が八十五センチ、女性が九十センチで、日本だけが女性が太いということも驚きなんです、それだけでなく、追加として書かれてしまった、日本はもっと調べるべきだと。

こんなことを書かれていて、これを診断基準ですと書いて大上段に構えるということが本当に厚生労働省として確立をされているという上での今回の立案なのか、私は大変に疑問に思うわけです。

そもそも、なぜこれが日本だけが男性八十五センチで女性九十センチになったんですか。調べた人数が少ないんでしょう。どうですか。

○中島政府参考人 日本メタボリックシンドロームの診断基準につきましては、これは世界の診断基準の状況も十分勘案した上で、内科系八学会で議論をした上、日本のデータに基づいて算定をしたものでございます。

その根拠となりますのは、内臓脂肪、腹腔内の脂肪ということで、この量を、我が国では腹部CTのデータが他国に比べて豊富にございますので、これに基づいて腹腔脂肪が面積にして百平方センチ以上というところで線を引きましたところ、このような数値になったというふうに理解しております。

○岡本(充)委員 何人調べたんですか。私が調べたところ、日本肥満学会の論文では、男性五百五十四人、女性は百九十四人分調べたと書いてある。えらく差がありますね、男女差に。これではサンプル数として、今局長は豊富にあると言われた、豊富に調べたと言えないじゃないですか。

○中島政府参考人 サンプルの数がこれで十分かどうかという問題につきましては、これは八学会の代表の先生方が御議論いただいたので、それなりに十分検証にたえるものという御判断をされたと理解しておりますが、さらに多数のデータによって別の所見が得られるようであれば、関係学会ともこの基準について再度検討することにやぶさかではないというふうにも聞いておりますので、現時点においてはこれで十分ではないかと理解しております。

○岡本(充)委員 私もやぶさかでないというふうに聞いている。しかも、今月の、最新のディアベティックメディスンに、日本はもっと調べるべきだと書かれてしまった。それをもとに医療費が下がる、これをもとに今後糖尿病が予防できる、さらに言えば、生活習慣病が二五%減るとの話自体が土台からおかしいじゃないですか。土台がおかしい上に幾ら立派なものをつくっても、二兆円減らすという話にならない。

もっと言えば、あそこで一生懸命見ている人がいるから言うけれども、私は、一番重要なのは、医療費をもし本当に減らそうと思えば、やはり喫煙ですよ、喫煙。喫煙対策を盛り込む、喫煙指導をする、一体これは何%減らすつもりなんですか。どれだけの人が喫煙をやめるんですか。ちょっとお答えいただけますか。

○中島政府参考人 ただいま御指摘いただきましたように、たばこが健康に悪影響を与えるということにつきましては既に明らかとなっておりまして、がん、循環器病等の生活習慣病を予防する上で、たばこ対策は大変に重要な柱であると認識しております。

このため、厚生労働省といたしましては、健康日本21において、喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及、未成年者の喫煙防止、受動喫煙の防止等について目標を設定し、たばこ対策を進めてきているところでございます。

御指摘の喫煙率の目標設定につきましては、厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会の議論におきまして、喫煙率低下の目標を設定すべきという御意見がある一方で、喫煙については個人の自己責任であるといったさまざまな御意見もあることから、今後、部会等におきます議論を踏まえ、さらに検討を進めてまいりたいと考えております。

○岡本(充)委員 喫煙は自己責任だったら、ウエストの太さは自己責任じゃないのか。ウエストの太さが自己責任でなくて、喫煙が自己責任だという根拠は何なんですか。

○中島政府参考人 基本的には、たばこについても肥満についても、自己責任の部分はあると思います。その上で、先ほどの、これから削減をしていく目標ということで数値を定めているということでございます。

○岡本(充)委員 ちょっと待ってくださいよ。たばこは自己責任だということもあるから、目標値を設定しないという結論に至ったわけだね、意見があつて。だとすれば、メタボリックシンドロームだって自己責任なんだから、同様に、こんなもの、数値を目標にして生活習慣病を二五%削減させるという話自体が成り立たないじゃないですか。喫煙は目標値を設定できないけれども、何でメタボリックシンドロームで生活習慣病を減らすという事だけは数字の目標が設定できるんですか。その答弁になっていない。

○中島政府参考人 先ほど申しましたように、たばこについては、そういった基本的な考え方のもと、先ほど御紹介した審議会の部会において、いろいろ議論をして、その中でこういった結論が得られて、さらに検討ということになっているということでございます。

一方、メタボリックシンドロームについては、こういった考え方をお示ししておりますけれども、この部会等でも御議論いただいておりますが、これについて、特段、この設定がおかしいのではないかという御意見は今のところいただけていないということでございます。

○岡本(充)委員 それはどちらも自己責任の世界であると局長みずからお認めになられたけれども、これはどちらも同じことなんだよ。確かに個人の嗜好の部分も大きいわけですから、それに対して国が関与をしていくということが本当に個人の幸せなのかどうかという究極的な話にも僕は結びつくと思うんですよ。

たばこを吸わせなくしたら、個人が幸せなのか。ハムスターみたいに一生懸命運動させたら、これで人間は幸せになるんですか。一日一時間以上運動しなきゃ、これは差が出ない、このコーホートで差が出ないとなっている。私がきょう出した三ページ目の表三、皆さん、見てください。男性で医療費が下がってくるのは、一日一時間以上運動しなきゃいけないんですよ。一日一時間、大変ですよ、毎日毎日。こうしなければ差が出ない、三十分ぐらい歩いたんじゃ差が出ないと書いてある。ということをお考え、本当にこれをするのが個人の幸せになるのか。究極的な話をすれば、そういう問題になる。

大臣、ここまで聞かれて、それ、幸せですか。

○川崎国務大臣 私は、多分それが実行できたら幸せだったんだろうと思いますね。

この間の御質問にしましたザイロリック、私は三十歳からだから二十八年間飲み続けているんですよ。当時お医者さんに、やせなさい、しかし、あなたの職業でやせられますか。私の選挙運動、初めから飲まないと言って

いればよかったんだけど、お酒飲めますと言っちゃったものだから、地元で酒飲まないと選挙運動になりませんと言ったら、だったら薬飲むより仕方ないねと言って、二十八年間薬を飲み続けている。そのとき、お医者さんの言うことを聞いて、しっかり運動してやせていれば薬漬けにならなかったな、こう思いながら、あと何十年飲み続けるのかな、こんな思いをしています。

そんな私の経験からすれば、やはり、アドバイスを受けて、あのとききちっとしておけばよかったなど。そういう意味では、自己責任ではありますけれども、やはり太り過ぎなり運動不足というのはいい方向ではないということだけは私は断言していいんだろう、こう思います。

○岡本(充)委員 続いて、ちょっと今医療費の話になったから少し言わせていただきますが、私、本当にまじめに医療費を削減しようと思うなら、きのうもちょっとある人に言ったけれども、たばこももちろんそう。それからもう一つは、今大臣が言われた、では、どういう数値になったらザイロリックやめられると聞いていますか。大臣、どう聞いていますか。

○川崎国務大臣 余り個人のことを言いたくないんですけどもね。

正直言って、薬は飲み続けている一方で、内臓脂肪等が相当多くなっちゃって、ほかの部分にもかなり悪い部分が出ていますね。したがって、薬は飲んで……(発言する者あり)いや、だって、薬は痛風の薬だから違いますよ、あなた。よく聞いてください。それは先生が一番よくわかっている。尿酸値の問題ですから。それはずっと六以下におさまっています。薬を飲み続けていますからね。しかし、私、兄弟がおりまして、兄弟で、飲んだり飲まなかったりだから、兄貴は正直言って発作がたまに出るんですね。私は飲み続けたから、そういうものは出なかった。薬の効果というのは多分出ているんだろう。

しかし、一方で、本当は体重を減らしてきちっとしておけば、そんな発作もないし、尿酸値も上がらないし、かつ、他の臓器に影響も来していなかったのだろうなと思います。そういう意味では、運動をもう少ししておけばよかったな、こう反省しています。

○岡本(充)委員 一日一時間、普通のサラリーマンが運動するというのはなかなか難しいですよ。役所の皆さんも思うでしょう。きのう何時に皆さん帰られたか知らない、私と一緒に遅くまで皆さんつき合った。あの後、一時間歩いて帰ろうと、大変だよ。本当にそう思います、皆さん笑われるけれども。

それで、私は、今の話で大臣が、だろうと思いますと言った。これは、だろうと思いますじゃなくて、厚生省がやはりその指針を出すべきだ。どこまで飲んだらやめてみえるのか、血圧の薬は一生飲まなきゃいけないのか、これについての基準が全くない、現場においても。だから、結局、処方し始めれば、私は一生ですかと言われるよ。この中で、病院で勤めてみえる方も何人かみえるから御存じでしょうけれども、一生ですかと言われる。ずっと飲み続けなきゃいけないのかどうか、どこかで中断できる何か基準があるのかないのか。そうしなければ、漫然とずっと続く可能性もある。やはり、この部分がもう一つ的生活習慣病対策になってくるんじゃないかというふうに私は思うわけです。

厚生労働省として、生活習慣病対策の治療薬、一体どこでこの中断が可能か、中止が可能かということについての科学的データを出すための研究をしていく、そんな御意思はないでしょうか。お答えいただきたいと思います。

○松谷政府参考人 科学的根拠に基づく医療というのは大変大切なことだということは、医学界でも最近特に言われているところでございます。

薬の治療等についても、世界各国で、日本も含めまして、いろいろな論文が出ています。論文の信頼性というものについてもいろいろなレベルがございます。権威の人がこれはこうだと言ったようなレベルから、本当に、先生おっしゃるように、多数の症例を集めて、前向きに症例検討したような研究もございます。そのようなものをすべてきちんと精査して、改めてそれをエビデンスに基づいたものとしてやるというような作業も最近行われているというふうに伺っておりますし、私どももそれを支援しているという状況でございます。

厚生労働省としても、そういう情報を得ながら、必要なものについてはガイドライン等も作成支援をしながら進めているという状況でございます。

○岡本(充)委員 学会のガイドラインだけに頼ってはいけいないんじゃないかということは、前から私は皆さんにお話をしているところです、この委員会でも。この話をしても時間がたっちゃうから、また別の機会にやりたいと思います。

四枚目を見てください。こちらの方で、改めてもう一度確認をしたい。

今、志摩ですか、伊勢市ですか、どこかで調べたという話で、恐らく先ほどの局長が言われた話はこの話をしているのかなと私は思ったんですけども、この四番目、BMI、血圧、脂質、代謝系、それぞれについて比較をしてみた。これでしょう、局長が言われていたのは。

○水田政府参考人 この資料のことでございます。

○岡本(充)委員 さっきの根拠がなかったこと、皆さん、今からお示ししますよ。局長はこれで医療費が下がると言った。

見てください。どうですか。例えば、BMIで指導区分一、一八・五から二四・九、上を見てくださいね、異常なしと言われるところ、そして、二五以上、こういうところと比べて、これで若干は上がっているように見えるけれども、本当にこれで有意差があるのか。有意差が出されていません。

もっと言えば、例えばその下、脂質を見てください。これも、必ずしも異常なしが医療費が一番安いわけではない。医療費が安いのは、むしろ軽度異常の方が安かったりする。代謝系の異常を見てください。代謝系の異常も、指導区分三、いわゆる要経過観察と言われる、血糖値が百十から百十五よりも、血糖値が百十六から百二十五の要精密検査の方が医療費はぐっと安いですよ。

今、局長はこれをもとに医療費が高くなるんだと言われたけれども、単品を見たら必ずしも高くなるわけではない。四つ、この前にデータがあった、四つ全部そろえば医療費は上がるけれども、一つや二つ重なったって医療費が上がるわけではないというデータが出ているんです。

局長が言われたのは、メタボリックシンドローム、二つですよ、二つの項目が合致すれば医療費が高くなるという根拠に、四つそろった場合には医療費は高くなるというこのデータでごまかさうとしたじゃないですか。これは医療費が安くなっていないということを今皆さんにお示しをしました。御答弁をいただきたい。

○水田政府参考人 お答えいたします。

先ほど、先生御指摘のとおり、この調査につきましては、母数が二千八百名という限られた客体数に基づく調査結果でございます。したがって、今お示しになったこのグラフは、指導区分ごとに細分化したものでございますけれども、これを細分化せずに異常のありなしで区分した場合には、異常が全くない人と異常が四つある人を比べると、医療費には三倍の差があるということもございます。

それから、もう一つ、四検査項目ごとのリスクの有無別に見た場合でも、いずれについても、リスクがある方の医療費が高くなっているという分析がこの調査報告において結論として述べられているところでございます。

○岡本(充)委員 私が言っているのは、四つ全部そろえばそれはそうかもしれない。でも、メタボリックシンドロームは四つ全部ある必要がないんですよ。四つ全部ある必要ないんです。最初のところの診断基準を見てください。内臓脂肪蓄積、あと、脂質異常、高血圧、高血糖、これは海外とちょっと実態が違うけれども、このうちの二つあればもう確定なんです。四つじゃないんだ。それでも医療費が高くなるのかどうかははっきりしない。

そしてまた、あげくの果てには、局長、今度はこう言った。客体数が少ないからその部分については不確定な部分があると言った。さっきは、二千八百でいいと言うておいて、今度は数が少ないからあやふやだ。これではさっきの話と違うじゃないですか。いいときには、客体数が少ないからちょっとデータとしてどうかというところもあるけれども、だけれども、その一方で、二千八百調べましたと言ってさっきは胸を張られた。これでは、二千八百という数字をいのように解釈しているだけじゃないですか。

根拠がないこと、今、皆さんのもとに明らかになりました。二兆円の削減、これは全く根拠がない。これでもし二兆円の削減ができなかったときは、だれが責任とるんですか。

○水田政府参考人 これにつきましては、まず、全体の医療費の見通しを立てる中で、それについてこれだけの効果があるだろうということで、目安としてお示ししたわけであります。

そのときに、御説明申し上げましたように、目安として立てた上で、具体的には、これは二〇二五年というよりは、もう少し近い五年ごとの医療費適正化計画の中で行われるわけでありますが、それについてまず目安を立て、さらにそれに向かって努力をして、それができなかった場合にはできなかった要因を分析して、その目安が正しかったのかどうか、方法論が誤っていたのかどうか、努力が足りなかったのかどうか、そういった点を検討して、さらに次なる努力につなげていく、こういうプロセスを定めたものでありますので、責任というか、それがずれた場合どうするかということも含んだ概念として、医療費適正化計画を提案しているつもりでございます。

(以下省略)

## < 郡 和子君 (民主党) >

○郡委員 民主党の郡和子です。

今も岡本委員御指摘ございましたけれども、私も、一昨日のこの委員会におきまして、メタボリックシンドロームの虚構性について議論をさせていただきました。実に多くの方々から反響がございました。医療現場の方々、そしてまたメディアの方々、よく言ったというふうに大きく声を上げていただきました。その方々たち、きょう、岡本委員も現場で働いているお医者さんであります、臨床の現場で働くお医者さんであればあのメタボリックシンドロームなるものがいかにいいかげんであるか、はすぐにわかるものだと、現場の臨床医の先生方が皆さん口をそろえておっしゃっております。

また一方で、予防を反対するののかという意見も寄せられました。私は、この委員会でそのようなことは一言も申し上げておりません。予防を重視するのは当然のことです。しかしながら、根拠に基づかない予防対策というのはいかがなものであるのか。そして、その政策が策定される過程で、それを審議する委員の方々に製薬会社と深いかわりのある方がおられるのはいかがなものであるのか。そしてまた、欧米でこの考え方に対して批判的な、大変重要な論文が発表されているのに、厚労省は、それを知った上で何も議論の俎上にのせなかった、これがいかがであるのか。

(中略)

メタボリックシンドロームの件でも明らかになりましたように、エビデンスとはとても言えないようなものをエビデンス、エビデンス、エビデンスというふうに言い張って、国の出す医療費を削減して国民に負担を強いるというとんでもない改革案だということでございます。先ほども岡本委員が申し述べました砂上の楼閣以外の何物でもないと思います。一からやり直していただきたいと、冒頭、強く申し上げたいと思います。

(中略)

一昨日の議論の中でもお話を申し上げました。政府の法案の土台をつくっているさまざまなそういう審議会や政策検討会のメンバーの方々が、どういうバックボーンを持っておられる方々なのか、やはりそういった資格審査というものが必要ではなからうかということでございます。

(中略)

今回の政府が提案されております医療制度改革、現場をお知りにならない役人の皆さんたち、そしてその土台をつくっている検討会や審議会の、本当にいわば国民の利益につながる方々なのかどうか疑わしい、そういうメンバーの誘導というか言動によってつくられている。そうではありませんか。そうだとすれば、これは大変な過ちだと思います。強行採決も時間の問題だというふうに報じられているとも伺っておりますけれども、もっとしっかりと議論をするべきであります。

## < 阿部 知子君 (社民党) >

○阿部 (知) 委員 社会民主党・市民連合の阿部知子です。

この医療制度改革論議が、冒頭から、いかに医療費を削減するかという一色に塗り込められて、本当に何を削減したら適正化するかということの論議は、実は、本日も、一日いろいろな委員とのやりとりがありました。厚生労働省も確たる確信を持ってデータもお出しではありませんし、非常におぼつかない中だと思えます。

私は、きょう午後の一番手で岡本委員がお取り上げくださった、最近はやりのメタボリックシンドローム、私も、かてて加えてちょっと取り上げさせていただこうと思えます。

きょう、お手元の資料の中に、後から挟み込ませていただきましたので三枚目か四枚目になると思えますが、厚生労働省からいただきました「メタボリックシンドロームの状況を中心に」という一枚の紙がございます。

大臣にもぜひお目通しいただきたいのですが、この下段、一番下の方には、「メタボリックシンドロームの状況 (二十歳以上)」ということが書いてございます。もちろん、郡委員の御指摘にもございましたが、何だか片仮名になると怪しいというのは、それもそうなのですが、これを見ますと、実に、大臣、お目通しいただくと、男性の場合は、例えば五十歳から五十九歳でもいいです、四十歳以上でも、もう五〇%から六〇%の人がメタボリックシンドロームか、ないしは強く疑われる者になってしまうわけですね。男性の二人に一人をつかまればこれだと言えますし、女性の方はそれより比率は少のうございますが、しかしながら、年齢的に七十歳以上になってくるとこれがふえてくる。

私は、端的に言って、これは医学の常識と大きくかけ離れている。日本人は六十五歳以上になると、だんだん肥満の方も減ってまいります。これは人種的な特性もあると思えますし、むしろ、御高齢な方を見たら、逆にやせ過ぎてくると体に問題が生じている、あるいは健康保持に逆の意味で栄養が悪い等々の問題があるのではないかと思った方がよいような現実だと思えます。

なぜこれだけの差が出てくるのか、その一番の大きな理由は、ここの、先ほども御指摘のありました基準でございます。「メタボリックシンドロームの状況」で、男性では、ウエスト八十五センチ以上がまずあって、それプラス、どんな症状があるか。女性では、九十センチ以上がまずあって、それプラス、どんな症状があるかです。

ここで、男性が八十五、女性が九十というウエスト設定は日本だけしかないんだということは先ほど岡本委員も御指摘になりました。大体、諸外国の基準の中で本当にこれだけ諸外国と違えば、何が原因かというのを探すべきであって、そこは先ほどの岡本委員の御指摘でもありましたが、これのモデルとなったケースが少な過ぎるということです。それに対しての厚生労働省の御答弁は、これは、各学会が、例えば肥満学会が設けた基準であるから、自分たちは八学会の基準をありがたくそのままいただいて計画したものであるというお話でした。

はてさて、学会の基準は、もちろん切磋琢磨されればそれは正しいものになりましようが、おのおのの学会がおのおののメンツをつぶさないような形で一つ一つ取り寄せてモザイクのようにした基準が、果たして本当の国の政策の中で意味があるのかどうかということ、私は、厚生労働省はある見識を持ってしっかりと判断し、政策化しないと、大きな過ちを犯すと思えます。

そこで、きょう、私が皆さんのお手元にお配りいたしました一枚目に戻っていただきます。ここには、全国のコレステロール値の年齢から見た測定値の上限と下限が上段に出ております。真ん中には、日本動脈硬化学会が定めたコレステロールの基準が出ております。我が国は長くこの日本動脈硬化学会の基準でやってまいりました。しかし、この我が国の基準の矛盾は既にこれまで諸外国から指摘され、そして、この基準に基づいて行われてきた投薬についても批判がございました。

今、これだけの話を聞くと、ああ何だか、これから起ころうとすることとこれまで起こっていることと、似ているなと思われませんか。これは、我が国の二百二十内外という基準で行った場合に、特に女性においては、大臣、見ていただきたいです、五十歳あたりからコレステロールの上限値は上がってきて、二百八十。下限値で見ても、まあ百四十くらいでしょうか、の間に移行しているものが、これは七十万人をはかった値です。にもかかわらず、二百二十というところで線を引いて治療を始めたために、女性たちは多くの不要な薬を投薬されてまいりました。厚生労働省に伺います。

今、性差医学というものがございます。性の差による医学。男性と女性で、女性は小型の男性ではありません。おのおの、生物学的な特性も、代謝特性も、そして、何が最適なベストの体調かも異なります。

そもそも厚生労働省は、長年我が国がこのコレステロール値二百二十内外で、もう十年、二十年でございます、や

ってきた基準について、どのような総括をお持ちであるか、まず一点、お願いします。

○中島政府参考人 突然の御質問ですので、私、実は、もともと外科をやっております、ちょっと専門分野でもないのですが、余り申し上げるのが適当かどうか分かりませんが、行政の方の立場におりましてこれまでいろいろ勉強させていただいたことから申し上げれば、この学会の上限基準値というのが設けられてはおりますけれども、それはあくまでも専門団体として、診療上の基準、目安として設けたというふうに理解をしております。

一体、目の前の患者さんにどのような値でどのような治療をするか、薬を出す出さないというのは、個々のケースに応じてそれぞれ受け持つ主治医の方が判断されることであるというふうに思っております、これで一律に薬が出されたり出されなかったりということではないというふうに理解をしております。

○阿部(知)委員 そういう理解で厚生労働行政を行うから、逆に、現実に患者さんがどんなふうに薬を処方されているかが見えてこないのです。そしてまた、同じような過ちが今度のメタボリックシンドロームで繰り返されるのです。だからこそ、何人かの委員がこれを取り上げて、この政策の問題点を提起しているのです。今の局長の答弁はとても正直でしたから、だからこそ問題にしたいと、私が重ねてここの審議で取り上げさせていただきます。

その下には、全国の総コレステロール高値異常率というのが出ています。従来の基準二百二十を基準に設定すれば、何と、特に女性では非常に高い率で、五十歳代、五十五歳代でコレステロールの異常値と判断され、実際に投薬が行われています。

局長、御存じですか。アメリカにおいては、高コレステロール薬の投薬は、男性が四に対して女性が一です。比率四対一です。日本で現実、臨床現場でどのくらいになっているか。御存じなかったらいい結構です、答弁してください。

○中島政府参考人 申しわけございません、私は存じ上げません。

○阿部(知)委員 では、これを存じ上げるようになるまでこの政策はちょっとストップしていただきたいんですね。女性では、日本は男性の二倍の投薬を受けているんです。いいですか。アメリカでは、四人の男性に対して女性は一人です。日本は、二人女性がいて男性は一人です。なぜなら、性差が無視された投薬が行われているからです。

本当に今の時代、皆さんが予防行政で、そしてもちろん、一に運動、二に食事、三、四がなくて五に薬、五でも何でもいいです。しかし、ある基準値にのっとって投薬が始まります。その母集団は、何と男性の場合は二人に一人、非常に多い率になります。現に大臣も、例えば高尿酸の血漿のための内服をしておられると言いました。一体全体、日本の医療行政の中で、高脂血症薬、脂質が高いと言われたために支出されている、使われている医療費はどれくらいですか。どなたでも結構です。だれか答えてください。これがわからないでこんな政策やらないでください。(発言する者あり)

○岸田委員長 阿部知子君。

○阿部(知)委員 しょうがないですね。でも、日本の医療費の構造で何が高いかを厚労省が知ろうとしないからですよ。高いのは、薬剤費、検査費、材料費。

私は、先回、いろいろな高額医療のお話をお尋ねしました。一体、高額医療費が医療給付費のどれくらいを占めるかということをお尋ねしたわけです。この場合にもお答えはなかったんです、実は。前日も、皆さんに投げ、翌日まで返事を待ち、答えも出ず、私が勝手にホームページで武蔵野医師会のデータを探してまいりました。

おとこの質問にあえて戻らせていただければ、同じことの繰り返しです、高額医療費の患者さんの上位1%の方、これが医療給付費の25%を占めています。高額医療費分析をして最も比率の多い、例えば一千万円以上の高額レセプトにしましょう、これの中で最も多い疾患は何ですか。これは前にやりましたから、答えてください。

(発言する者あり)

○水田政府参考人 ちょっと手元に資料がございませんけれども、血友病でありますとか、それからあと、心疾

患の手術のケースなんかがあったと思います。

○阿部（知）委員 国家試験は多分通ると思います。

なぜ血友病が高くなるか、血友病に使う薬が高いんですね。そして、何と四割が心臓疾患ですが、何が高いかという、医療材料費が高いんですね。であれば、厚生労働省が行う医療政策とは、薬価を低くすること、血友病のお薬もそうです。それから、医療材料費だっけにまだに諸外国に比べて高いです。そこをもっともったときっちり把握し、手当てすることが今の医療費の適正化の第一ではないですか。大臣に伺います。

投薬が幾らになっているか、医療を何が高騰させているか、なぜこんなに分析されないままこういう審議が行われるのでしょうか、御答弁をお願いします。

○川崎国務大臣 まず、血友病に関しましては、国、地方が税をもって措置させていただいておるということでございますので、診療報酬という意味で入ってくるかということとは別の見地として御質問をいただいたんだろうと思います。

それから、医療費の問題で、実は私、ちょうどきのうそれを勉強したところでして、全体的に六兆円ぐらい、何か生産高と言うんですね、要は輸入物も全部含めて、一度パッケージが変わるからでしょうか、生産高として、六兆五千億ぐらいの医療全体を占める。

それで、これはこの十年間ふえているのかと言ったら、担当者の言うことを信じたとすれば、ふえていない、逆にふえていない。そして、それではアメリカと比較したらどうだと言ったら、全体の薬の五〇%、世界じゅうの五〇%をアメリカが使っているということでもありますから、アメリカと日本というものをもし比較されたとしたら、我が国の薬剤にかかる費用というのは多分低いであろう、こういう理解をいたしております。

ただ、二十八兆円なり三十一兆円の中に占める六兆というのが多いか少ないかというのは、きのう少し議論をさせていただいたところでございます。阿部委員は多分それが高いという御指摘なんだろうと思いますけれども、必ずしもそうであるのかなというのはもう少し私自身も勉強したいと思っております。

○阿部（知）委員 今大臣は、薬剤費についてお答えでありました。これは、薬を院外に、処方薬局に移してからその売上げが六兆円になったということで、今のようなお話なんだろうと思います。そして、それがだんだん、相対的には昔よりは下がってきてても、やはりそのシェアがふえてきているということで、何とかせにやならぬというのが実は厚労省内での御論議だと思えます。

私がもう一点伺った医療材料費については今御答弁がありませんでしたが、私は、厚生省がいわゆるゾロ薬等々の開発を、使用を進めるということも含めて、やはり薬剤費の部分はもっと工夫があるだろうと思います。それからもう一つ、医療材料費が工夫ができますでしょう。従来から言われる、カテーテル一本の値段もアメリカよりはるかに高いです。それは大臣は御存じだと思います。

やれる努力をやらないで患者さんの負担に振り向けていくというやり方が、いかに厚生労働行政として問題が多いかということを一歩指摘させていただきますと同時に、私は今回、先ほど申しました高脂血症薬、鴨下先生からメバロチンじゃないのというお話が出ましたが、これも含めてです、過剰に投与されている実態があります。治療せずともよい者が投薬されて、皆さんの周りの女性たちに聞いてみてください、ほとんど五十歳以上で女性で、高脂血症だと言われてお薬を飲んでおられると思います。

でも、コレステロールは、著しく低くても、例えば、統計上はがんになりやすいとか炎症が治らないとかうつになるとか出てきます。著しく高ければ別です。でも、そのグレーゾーンの部分全部を全部投薬対象にしてきた歴史があるわけです。皆さんが、こういうメタボリックシンドロームという概念をぐわっと膨らませて新たな予防医療行政に入ろうとするのであれば、その実態を私はまず把握していただきたいと思えます。

大臣、この点はいかがですか。実際にどんな投薬がなされてきたか、いるか、この点です。

○川崎国務大臣 先ほどから申し上げましたとおり、医療費全体に占める薬剤費というものが、これは、アメリカの例はアメリカの方がうんと高いだろうと申し上げました。しかし、諸外国もあるわけですから、そういうものも見ながらもう少し私自身は勉強してまいりたいと思えます。

一方で、女性のコレステロールが高いために薬をもらうという話を今お話しいただきました。実は私の家内も飲んでいまして、東大病院に行つて診察を受けたら飲んだ方がいいと。これは母親がもらっていますから。母親

は随分苦労して四つぐらい病院を回りまして、やっと東大病院にめぐり会っておかげさまで命を救われたと思っていますんですよ。そのお医者さんのアドバイスでございますから、やはり素直に受けてやっている、それが悪いと言われると、私、きょう本当に迷いの中に入ります。

お互いに、やはり医療というものは、お医者さんとの一対一、そして、そのお医者様の診断というものを受け入れながらやっていくのが事実でないでしょうか。それが全体的に正しいか正しくないかというのは、逆にもう少し大きな目で見ながら、我々判断していかなければならないな、このように思っております。

○阿部(知)委員 大臣、恐縮ですが、大きな目で見ると、私は、なぜ日本では女性だけが高脂血症薬をたくさん投与されているかという実態を申し上げました。

個別には、やはり医師、患者関係ですし、例えば奥様がある値以上であれば、私が医師でも投薬を勧めるでしょう。しかし、それをマスとして、やはり実態として、日本だけがなぜ突出して高脂血症薬が売られているかということを厚生労働省が把握しないでは医療行政はできません。

世界じゅうの血液の三分の二を使ってきた国です。エイズの発症を見ても、なぜ我が国に薬害エイズが多かったのか、世界じゅうの血液を集めて我が国は消費いたしました。そのことのいびつな構造を厚生労働省は知っているはずで、それを知りながら、今なおこうしたメタボリックシンドロームという、ススキのお化けです、こういうものに持っていこうという政策を私は批判しているんです。

二枚目のデータを見ていただきたいです。

私は、せんだって、あの新聞を見たときに、これで多くのいわゆる素朴な感情を持つ国民の皆さんが、自分は大変過ぎなんじゃないかと思って例えばダイエットをなさる、あるいは本当に場合によっては何やらのお薬を飲む、そのことによってかえって健康を害することが心配です。

ここには、上段男性、下段女性の、先ほど岡本さんがとても詳しいデータでお示しですが、BMIというのは簡単に言えば太り率です、身長と体重から出した。BMIレベルと死亡率というのがございます。私は、この委員会でわざわざ時間を割いてこれを取り上げるのは、あの新聞記事や、あるいはこれからの厚生労働行政が逆に本当に国民の健康を害してはいけないと思うからです。

これを見ていただきますと、例えば、年齢が五十九歳以下と八十歳以上で分けてある上の男性にいたしました。八十歳以上の男性では、むしろBMIが低いほど、やせているほど死亡率が高いのです。そして、日本の基準ではBMI二五くらいを肥満にとります。ここから先は男性では二五も三〇もほぼ死亡率は下がってくるのです。小太りが元気ということです。いいですか。(発言する者あり) そのとおりです。鴨下先生もお墨つきです。

そして、女性も見てください。同じです。女性も八十歳代、七十歳代、六十歳代、五十九歳以下、書いてあります。やせているほど死亡率は高いのです。筋肉も落ちて、先ほどの不要な食事制限、よく今あるのは、女性たちがコレステロールが高いからといって卵をやめます、卵をやめたら貧血になります、貧血になって感染を起こします。こういう実態があるんです。むしろ、本当に豊かな食事をしていただいて、おいしくいただいて、ふっくら小太りになっていただきたいです。

そういうことを知っていて厚生労働省がさっきのメタボリックシンドロームなるものを、これを見てください、男性は二人に一人ですよ、女性は高齢者ほどメタボリックシンドロームが多いと言われるんです。高齢者ほど小太りであってほしいんです。大きな矛盾でしょう。

私は、こんな行政、幾ら厚生労働省が財務省から言われて苦しくて編み出した苦肉の策でも、そして厚生労働省の味方をしたいと思う立場の私でも認めるわけにはいかないのです。

大臣、この政策について見直していただきたいです。少なくとも、こんなフアジーな、メタボリックシンドロームというのは健康管理の概念ではあっても疾病と直に結びつくものではない、肥満も誤ったメッセージを送ればかえって患者さんの死亡を高めます。先ほど言いました、コレステロールが低いとがんとうつと感染症がふえます、ある値以下になれば。(発言する者あり) そうです。いいことないんです。だから、政策的にしくな。

そしてもう一つ、メタボリックシンドロームの日本の基準には、また例えばコレステロールの一つが目安になっていますが、これも男性と女性の性差が全く組み込まれていません。幾ら関係学会が行って持ち寄って、メンツを傷つけないようにといって政策化しても迷惑です、女性たちにとっては、女性たちはただでも七十五歳以上で高齢者医療制度で保険料取られて、あれはおばあちゃん保険です、はっきり言えば、女性たちをプールして、本当に健康に私たちが生きるための政策にならない。

そして、つくり直していただきたい。もっと明確にピンポイントに絞って、がんと糖尿病でやるべきです。こ

んな概念を開いたことによって、日本は医療費抑制どころか医療費も高騰し、国民は不幸になります。大臣、もう一度、今の私の二つのピンポイントに絞って長期的な医療計画を組み立て直して、この委員会に出していただきたいが、いかがですか。

○川崎国務大臣 委員の御指摘は委員の御指摘として承りました。

ただ、私どもはもちろん学会とさまざまな議論をし、また与党内手続も終えてここに提出させていただいておりますので、できるだけ速やかに御可決いただきますようお願い申し上げます。

○阿部(知)委員 そんな根拠もないこと出して居直らないでください、大臣、申しわけない、私はこんな言葉使いたくない。だけれども、聞くところによると、もう来週には採決しようかと。こんなずさんなもの採決できません。国民のためにだって採決できません。学会間のメンツだけを重んじて、何らそこには国民が不在です。基準値についても欧米からの批判もあることは、私がわざわざ、きょうは私は違う質問をしたかった、しかし、この時間の大半を割いて指摘したはずです。

大臣が今のような私の個人的な見解だと言うならば、きちんと調べてから言ってください。私個人の見解ではない、鴨下先生に聞いてくださっても結構です。本当にこんな誤った政策で前に進められたら国民は泣くに泣けない。大臣、いかがですか。

○川崎国務大臣 先ほどから御答弁させていただいたとおりでございます。

委員の御指摘はよくわかりました。しかしながら、私どもは私どもで議論した末、この提案をさせていただいているというのを御理解賜りたい。

○阿部(知)委員 それでは、大体、国会審議というのは何でしょうか、大臣。もともと私たちが出したものは私たちが出したものだから、いいじゃないかと言っているだけじゃないですか。国会で問題点をみんな一生懸命指摘しているんですよ、勉強し。そこで指摘を受けて、せめて検討するくらいのが言えなければ、大臣たる度量がないと思います。私は、本当にきょうはほかにもいっぱいやりたいことがあったんです。でも、そういう審議の姿勢が何よりも私は問題だと思います。特に、こんな、国民の男性の二人に一人ですよ。みんな、毎日おなか回りをはかるんですよ。

そして、これは局長でも結構です。この母集団の数と、そして、実は、それをデータとして使ってよいかどうかの精密度についても批判が起きているんです。御存じですか。

○中島政府参考人 今回のデータについては、国民生活基礎調査ということで、これをもとに算出しておりますので、その点については、数の面、それから利用の面について問題はないものというふうに考えております。

○阿部(知)委員 違いますでしょう。肥満は肥満学会の基準に従ったと言ったじゃないですか。何でそんないかげんなことを言うんですか。さっきあなた、肥満学会の基準だっておっしゃいましたよね。母集団の数だって、さっき岡本さんが指摘された数のおりですよ。男性が五百五十四名、女性百九十四名ですよ。

なぜ日本だけ、女性のウエストは九十で、男性は八十五ですか。これから毎回はかれる国民の立場に立ってくださいな。これはどうですか。

○中島政府参考人 今、ちょっと御質問を取り違えまして、今回の調査結果の発表についての母集団のことかと思いましたので、そのようなことを申し上げましたが、先ほどの診断基準作成については、先ほど御指摘のあったような数でございます。

ただ、日本の基準が特異であるという点については、それは世界的にも我が国内でもいろいろ議論があったところでございますが、一番信頼できると考えられるCTの所見に基づいてこういった基準を出したという点において、その信頼性が高いということで採用されているというふうに考えております。

○阿部(知)委員 ある値を診断基準として用いていいかどうかの、これはまた学問的な手法があります。それにのっとっても間違っています、残念ながら。もし中島さん、お医者さんであるならば、私は小児科、あなたは

外科かもしれない、しかし、何を基準値に置くかというときの基準の妥当性をはかる指標があります。それにのっとっても間違っていますから、きょう、私の時間がこれで終わるということですので、本を一冊渡しますから、しっかり読んでください。

しかし、この論議がちゃんと決着するまでは、ゆめゆめ採決なぞという、これは後世に、本当に問題なんです。また余分な薬が売られます。その結果、日本の薬剤費はまた上がります。本当に必要な人に医療は行かず、いいかげんな投薬がふえる。これが国民の幸せの姿ではありませんから、重ねて私は、この決着を見るまでは採決はここに座ってでも阻止させていただきますので、きょう、ここに渡しますので、お願いします。

## 平成18年5月18日（木） 衆議院本会議

### < 郡 和子君（民主党） >

政府案のすべてが砂上の楼閣であることを浮き彫りにしたのが、メタボリックシンドロームを柱とする生活習慣病対策の虚構性であります。

日本の八つの学会が、WHOやアメリカで提案されたメタボリックシンドロームの診断基準を、日本向けにアレンジしたものをつくりました。しかし、その後間もなく、アメリカとヨーロッパの権威ある学会が、メタボリックシンドロームは診断基準として確立しておらず、批判的に吟味すべきであるとする共同声明を発表しました。厚生労働省は、この事実を知っていながらあえて無視し、検討会に提出して検討することすら避けたのです。私は、これを知ったときに、あの薬害エイズ事件で、海外の重要な情報を厚生労働省と医学の権威が握りつぶしたという記憶がまざまざとよみがえり、怒りで打ち震えました。

地方公聴会で聞いた医師不足に苦しむ地域の方々の声は、翌日のメタボリックシンドロームの異様とも言える新聞報道でかき消されたのです。そして、ちまたにあふれる製薬会社のパンフレットにはメタボリックシンドロームの文字が躍り、いたずらに健康不安をあおり立てています。

生活習慣病で医療費は抑制できない、これは医療経済学者の常識となっているところです。厚生労働省は、事実をねじ曲げて国民から医療費をまき上げる。まさしく医療詐欺社会であります。

でございますので、そこは検討課題としてお許しを賜りたいと思います。

一方で、先ほどの議論の中で、地域健康増進法、また地域健康基本法、地域保健法か、におきましてももう少しその指針というんですか、明確にやっつけていけという御指摘をいただきました。横で聞いていて私もそのように思いますので、しっかりと検討させます、そのことについては。

○朝日俊弘君 是非検討をお願いします。

次に移ります。

ようやく第二章第二節第十八条まで来ました。特定健康診査等基本指針に関する条文がここから始まるんですが、まず最初にお尋ねしたいのは、今回、健康診査について、その範囲を「政令で定める生活習慣病に関する健康診査」というふうに特定していただけますよね。何で特定したんだろうかということと、どの範囲までをこの特定健康診査の中に入れるのかということについて考え方を示してください。

もっと具体的に言うと、例えばがんは入らないのか、がん検診は。今日の午前中の質疑で同僚の渡辺委員が三大成人病あるいは三大生活習慣病というふうにおっしゃっていて、がんも含めて話しておられましたよね。隣で全部含めるんですかねって話をしていたんですけど、どうも説明を聞くのと、がん検診とか、あるいは今非常に関連して問

題になっていくウイルス性肝炎の検診などはこの中に入っていないと。すると、非常に限定的に、糖尿病その他政令で定める生活習慣病って非常に限定しているのは何でかと、そのまたエビデンスはあるのかと。

○政府参考人(中島正治君) 今回、医療保険者に義務付けることになりました特定健康診査につきましては、内臓脂肪症候群の考え方に着目をいたしまして、健診の結果を有効に活用して対象者を階層化した上で、効果的な保健指導を徹底して生活習慣病の発症、重症化を予防するという目的で行うこととしております。

この特定健康診査の具体的な対象疾患につきましては、現在、有識者や医療保険者に参画いただきました検討会において検討をしていただいているところでございますけれども、糖尿病のほか高血圧症、高脂血症、さらに重症化した結果としての脳血管疾患あるいは心疾患などをスクリーニングできるような内容とすることを予定しております。老人保健事業で言うところの基本健康診査に該当するような内容を考えてございます。

がん検診につきましては、平成十年度に一般財源化された以降につきましては、法律に基づかない市町村の事業として実施されてきているわけですから、今回改めて健康増進法に基づく事業として法律上の位置付けを明確化いたしました。

都道府県の健康増進計画に目標を設けるなど取組を推進してまいりたいと考えております。

いずれにしましても、これまで市町村が実施してまいりました事業のうちで医療保険者に実施が義務付けられる特定健康診査、特定保健指導以外の事業につきましては、健康増進法等に基づいて引き続き市町村に実施をしていただくことになると考えております。

○朝日俊弘君 そうすると、ちょっとその問題と関連して、一番最後の質問に飛びます、いったん今御説明で、内臓脂肪症候群、これは最近はやりのメタボリックシンドロームということとイコールかどうか。私が調べたんでは、内臓脂肪症候群というのは英語で言うとビセルファットシンδροームと、文字どおりその名前を付けている人がいるんですね。厚生労働省は何でメタボリックシンドロームイコール内臓脂肪症候群と訳すのか、これ、まず訳が間違っていると。

それからもう一つは、シンドロームというところ、これ病名なんですね。だから診断基準がある。本来、生活習慣病予防のための前段階で、いろいろ問題をキャッチしているいろいろやっていこうじゃないかという話だったんで、診断して病名にしちゃって、病気にしちゃって、じゃ後薬飲ませるかという話になっちゃう。

生活習慣病予防対策は、余りに医学モデルある

いは疾病モデルを強調し過ぎると患者狩りになるんですよ。あなた、ここが異常です、だからお医者さん行きなさい、こうなつちゃうんです。かえって医療費増えちゃうんですよ、本当に。だからこれは老人保健事業の、総括の中にも出てきています。だから、そこをきちつと踏まえて新しい施策を展開してほしいわけ。それにもかかわらず、今の説明でいうと、またしても訳の分からない片仮名でメタボリックシンドロームというのを出してきて、その訳は内臓脂肪症候群と。

全然納得いかないのです、これは多分技官にお答えいただくといろいろと答えにくい点があると思うから、あえて医療の素人である大臣に、ちょっとおかしいと思いませんか。

○国務大臣（川崎二郎君） このことについても随分御議論いただいていることとございますけれども、生活習慣病対策を充実強化するため内臓脂肪症候群の考え方に着目することとしたのは、これまで糖尿病、高血圧症、高脂血症といった生活習慣病がそれぞればらばらの病態としてとらえられ、生活習慣の改善よりも個々の病態に応じた薬の使用が安易に行われてきた面もあったのではないかと反省に立つものでございます。内臓脂肪に着目することにより、安易に薬に頼らず、適度な運動やバランスの取れた食生活といった生活習慣の改善が有効であることが理解され、行動を変

えるきっかけとなることを期待するものでございます。一方、内臓脂肪症候群の考え方を導入すること、逆に安易な薬の使用が増えたといったことはあってはならないことであり、正しい知識の普及啓発を図りながら具体的な対策を進めてまいりたいと思っております。

生活習慣病対策の推進については、内臓脂肪症候群のみに着目するのではなく、内臓脂肪症候群に該当しない生活習慣病の有病者、予備軍への対策や生活習慣病予防に関する普及啓発も含め、総合的に推進してまいりたいと考えております。

○朝日俊弘君 大臣に意見求めているのに、読んじゃ駄目ですよ。あえて医療に素人の大臣に率直な御意見をと思ったんで。

ちょっと検討してほしいんです。学会レベルであるいは研究レベルではいろいろと言われているのは知っています。私も幾つか勉強してみました。先日も同僚の足立委員からもいろんな意見があるということ、学会や研究会レベルでいろんな発表してもらっているのは大いに結構、ただその概念をそのままずぼと持つてきて、その特定健診の概念を説明するのに内臓脂肪症候群をチェックしてという言い方をされると、これは国の責任になっちゃう。だから、学問レベル、医学レベルの議論は議論として、国の制度、政策の中にきちんと取り入れる場合はもっと概念を吟味してほしいわけ。

メタボリックシンドロームという使い方あるいは内臓脂肪症候群という表現は誤解を招くし、またミスリードする。だから、これは違った概念を、ちょっと知恵出して考えてください。これは注文しておきます。

次に行きます。

一つ、第二十条の実施の範囲の説明については飛ばしまして、そのことと関連して、今回もなぜか四十歳以上という年齢が書いてあるんですよ、ところが、老人保健事業について、見直しに関する検討会が二年前でしたかね、老人保健事業をやつてきていて、その中の反省点の一つとして、四十歳以前三十九歳まで、その報告書には人生の折り返し点なんて書いてある。要するに、そのころまでに生活習慣できちやうんです。だから、生活習慣病対策の強化はむしろ三十九歳以前のところでちゃんとやんなきゃいけないという報告が出ているんです。知っているでしょう、それ。それにもかかわらず、今回、特定健診の対象者を相変わらず四十歳以上としたのは何で。

○政府参考人（水田邦雄君） 今回、特定健診等につきまして、四十歳以上としておりますけれども、これは医療保険者に対して実施を義務付けている年齢なわけでございます。その義務付けの年齢といたしましては、この現在の老人保健事業の基本健診の対象者が四十歳以上とされていること