

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が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てい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討論したのかどうか、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、お尋ねしたいと思います。

○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つく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っている面がございます。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のではなくて、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「質問に教えてください。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おります。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ひます。

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んでしょうか。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お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 しっかりと禁煙 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、しっかりと禁煙、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あ

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。大変驚きませんでしょうか。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、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う、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で、そういうものが入っているということでありまして、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やるわけですから、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、どういうことなんでしょう。

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ね。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コントロールなさるおつもりなんでしょうか。

○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は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います。

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ひます。

○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ひますよ。

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、御苦勞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、これこそ二千人程度ではない、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、二万六千九百四十四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わかってございます。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 ちょっと前向きで一言、私の知っている限りで申したいと思ひますけれども……

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

○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 それは何できのう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、それがあるのなら。

○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してあります。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、これが出てるように、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と、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す。

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と、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あるからといって、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いうことだって、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問を持っています。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。これの五月号、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つて、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つて、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ところ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とする東南アジアは、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ところも驚きなんです、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いう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 日本の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をしております。

○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をしております。

○岡本(充)委員 私もやぶさかでない聞いています。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%減るという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。