

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、何が高いかというと、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、医療材料費だっていまだに諸外国に比べて高いです。そこをもっともつときつちりと把握し、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いささか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地の御論議だと思います。

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挙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っております。

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っております。

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、東大病院に行っ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

は随分苦勞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のを厚労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、そして、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、自分は太り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、この委員会では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ょう。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よ。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労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、こんなファジーな、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の採決できないです。国民のためにだって採決できないです。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、毎日おなか回りははかるんですよ。

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。これから毎回はから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。

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きますよね。何で特定したんだろうかというのと、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

題になっている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ドロームと、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かと。

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、いろいろな問題をキャッチしているやつ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るんですよ。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、ちよつ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で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で、逆に安易な薬の使用が増えたといったことはあつ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思ったんで。

ちよつ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ぼつと持ってきて、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つちゃう。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つ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、ちよつ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た、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ったしましては、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