

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つてございまして、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こと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のかという御意見は今のところいただいていないということでございます。

○岡本(充)委員 それほどどちらも自己責任の世界であると今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いる。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。

この間の御質問に出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、お酒飲めますと云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んですよ。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ますよね。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の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。この話をしている時間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ました。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んですよ。

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そ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はないんですよ。四つ全部ある必要はないんです。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っておいて、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っ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、目安としてお示したわけでありまして。

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してけれども、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)



< 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。厚生労働省側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います。

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いますが、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入ってしまうわけですね。男性の二人に一人をつかまえ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を、私は、厚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、余り申し上げるのが適当かどうかわかりませんが、行政の方の立場にあ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。

おとと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二五%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