

岡本の国会での質問

164-衆-厚生労働委員会-21号 平成18年05月12日

○岸田委員長 休憩前に引き続き会議を開きます。
質疑を続行いたします。岡本充功君。

○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。

○川崎国务大臣 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えます。

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をしている範囲では、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このよ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っております。

○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、ゴールドンウイ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、例えば二三から二四・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わかっていまして。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でしょうか。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えますけれども…

○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、それがあれば。

○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に一割程度だ、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って、そして新しいものをつくっていかなきゃいけない。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たまならないと書いてある。

ここはどういうふう理解をするかというと、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云っ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と聞いている。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。

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かいう御意見は今のところいただいている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。ということを思えば、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かと言ったら、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れば薬漬けにならなかつたな、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と。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れどもね。

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、上を見て下さいね、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、脂質を見て下さい。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下さい。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下さい。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。

○岡本(充)委員 責任を逃れているじゃないですか。責任逃れですよ、それは。これは、まさか、医療費が下がらなかったからといって、いわゆる都道府県ごとに保険者にペナルティーを科して、都道府県単位の広域連合にペナルティーを科して、診療報酬は普通は一点十円だ、それを、あなたの都道府県は、例えば愛知県はペナルティーだから一点九円だよ。こういうような形で、医療費適正化計画からずれてしまった、医療費が減らなかった都道府県にペナルティーを科すなんということはないでしょうね。

○水田政府参考人 ただいま診療報酬の特例のことについて委員申されましたけれども、単純にペナルティーを科すというようなことは考えておりません。

例えば、平均在院日数が短くならない、その場合には、在宅医療が進まないということであれば、やはり在宅医療のところにつきまして所要の措置をとる。そういった目的達成のために有用な事柄につきまして、これは地方とも相談し、また専門家の間でも検討した上で決めていくということでございます、一方的にペナルティーを科すというようなものではございません。

○岡本(充)委員 でも、今の話では、最終的に診療報酬が下がることで、医療費適正化計画に沿えなかった都道府県の医療機関は診療報酬が下がるということになる。これでは、私は、とてもじゃないけれども、責任は自分がない、医療費が適正化できなかったときにはその責任は医療機関が負え、こういうふうにしかな聞こえないんです。これは私はおかしい、そう言っているわけですね。

ちょっと時間がないから、もう一つの柱。四兆円減らすという柱の、いわゆる平均在院日数を短くする話をしたいと思います。

いただいた資料をいろいろ見ました。長野県のようなモデルにして、今の日本の平均在院日数三十六日を二十七日に減らすと言った。長野県は、今、いろいろデータを調べたところ、もう既に、医療型療養病床を含めて、療養病床の人口十万人当たりの数をかなり少なくしています。全国平均が十万人当たり三百のところを、既に長野県は百八十ぐらいにしている。つまり、これで既に六割ぐらい、四割削減しているんですね。六割に減らしたけれども、実は、長野県の老人医療費は、全国平均と比べて一人当たり七七・五%にしか減っていない。つまり、療養病床を六割まで、四割減らしても、一人当たりの医療費は七七・五%、およそ八割にしか減らなかった。これが今の長野のモデルだと私はきのう聞かされました。

ということは、療養病床を削減して平均在院日数は短くなっても、しかしながら、医療費が本当に下がるのかどうか怪しいんじゃないか、そう思って計算した。皆さん、計算機ないでしょうから、ちょっとここから先はわかる方だけ暗算で。

大臣、今お話をしましたけれども、ちょっと数学の話になります。

三十六・三日の平均在院日数、全国百六十万ベッド、これから療養型病床の平均在院日数七十二・六日掛ける十萬ベッド、療養病床を十萬ベッド減らす。そうすると、百五十万で割ると、平均在院日数はこれで二十七日になります。つまり、療養病床を十萬床減らすだけで理論上は平均在院日数三十六日が二十七日になる、こういう計算になるんですが、これについて何か御異論がありますか。

○水田政府参考人 医療費適正化の中で申し上げておりますのは、療養病床に特定している部分、これは今回の療養病床の再編について言えばそうなるわけでありまして、その結果として、平均在院日数の減に伴う医療費の適正化に寄与することになるとは思いますけれども、療養病床ですべて説明をしているわけではございません。

長野県の方が平均在院日数で見て全国の七五％である、一方で、医療の密度が高くなりますので、入院医療費は五％ほど全国より高い。それから、仮に短くなって在宅にお戻りになった場合には、それはその在宅医療がかかる。こういう要素を織り込んで積算をしたものでございまして、全体として見れば療養病床の再編もその一部ではございますけれども、そういった先生がおっしゃったような積算ではございません。

○岡本(充)委員 違うんですよ、その積算の方法はもう聞きました。

私が言っているのは、今言ったように、医療型療養病床を十万床減らすんでしょ。医療型療養病床、療養病床の平均在院日数は百七十二日なんですよ。この十万床がなくなるとすれば、これだけ長い在院日数のベッドがなくなるわけだから、平均在院日数が短縮されるその効果が短期的に出て当然なんです。それは認める。それを計算したら、療養型ベッドが十万床なくなっただけで、平均在院日数は二十七日になるじゃないですか。

だとすれば、平均在院日数が二十七日になった、療養型病床が十万床減った。つまり、二十五万床が十万床減ったということは、やはり四割減です。四割減になって実際に得られる医療費の削減効果はどうかというと、老人入院医療のトータルは五・六兆円だ、五・六兆円で四割が減ったとすれば一兆二千六百億。つまり、一兆二千六百億は確かに減るかもしれないけれども、これ以上の削減効果は出ないんじゃないか、入院医療だけ見ても二・七兆円も平均在院日数の短縮で効果が出る、こういう話をしている。

でも、私が今言ったように、よしんば、長野モデルがいいとして、長野のように療養型病床を減らしたとしても、得られるそのメリットは一兆二千六百億かもしれない、こういうふうに指摘をしているわけです。今の計算について、もしそれがどこかおかしいというのなら、それを今お話しいただきたい。

○水田政府参考人 ちょっとそれは、今耳で聞く限りでは、よくわからないというのが率直な感想でございます。

それに、老人医療費のことを申されましたけれども、これは全体の医療費のことでございまして、それから入院日数の適正化につきましても、療養病床はその一部ではありますけれども、全体として、これは民主党の案でもございましたように、一般病床についても今後どういうふうに取り組んでいったらいいのか、具体的な内容はこれからでございますけれども、そういったさまざまな手段を講じて、全体として所与の目的を達成しよう、こういうことでございまして、療養病床あるいは老人医療費ですべて説明できるものではないということは申し上げたいと思います。

○岡本(充)委員 違うんですよ、これは二十七日の平均在院日数を目指すと言っているんですよ、二十七日の平均在院日数を目指すのなら、二十七日の平均在院日数がなし遂げられた日本の医療の現状の中で一体幾ら医療費の削減効果が出るのか。それは厚労省の試算の仕方もある。私がやったこの試算の仕方では、一兆二千六百億になってしまう。これでは、厚労省が言っている二兆七千億の削減効果が出るかどうかわからないと言っているんです。それについてお答えをいただきたいと言っているんだけど、お答えがいただけない。結局、四兆円本当に減るのかどうか、これも定かじゃないんですよ。

私はまだこれからこの数値のおかしなところを言っていきたいけれども、医療財政学についてきょうお付き合いしました。しかし、メタボリックシンドロームも虚構だ、減るかどうかわからない。確かにそういう概念があるのはわかる、けれども、医療費が減るかどうかはわからない。そして、今お話をした療養病床も、削減してこの数字が本当に二・七兆になるのか、私が出した一兆二千六百億との乖離をどう説明されるのか、それについて明確な御答弁がいただけない。これでは、残念ながら、この医療財政学が成り立つとは言えない。

にもかかわらず、責任は、減らせなかった都道府県にとってくれ、保険者にとってくれ、もしくは診療機関にとってくれと言うのであれば、それは、絵にかいたもち、そして砂上の楼閣の責任を未

端に押しつけているだけじゃないですか。これでは、とてもじゃないけれども、こんな法案は出し直しですよ。おかしい。数字が合わない。

時間が残り少ないから、きょうは馳副大臣にも来ていただきました、私はきょうもう一つ抗議をしたい。文部科学省に言った資料がいつ出てきたか。きょうの委員会が始まった九時三十三分になって出てきた。その資料は決して大変な資料じゃない、そんなに難しいものじゃない。拾ってあげばいいだけの話だった、でも出せなかった、出さなかった。私は大変憤りを持っております。

本当はこの後にやりたかったのは、どうして日本の医療費が高くなるかという話の続きで、これが原因だとは言わないけれども、国立大学教授が監修をし原稿料をもらいながら、その一方で、例えば中医協を初め、いろいろな薬の薬価収載を初めその許認可にかかわっている。こういった状況をもう少しまびらかに明らかにしていくべきだ、こういう観点でこの質問をしようと思ったんです。しかし、資料が出てこなかったから結局できなかった。

最後におつけをしました、皆さん、最後の一枚を見てください。九時三十三分に出た資料です。残念ながら時間の関係で言えませんが、医学部のある大学はやはり軒並み多い。「うち治験」と書いてあるものですね。京都大学は十五件、だけれども、大阪大学は百十件も兼業をしているんですね。大学によってえらく差がある。京都大学と大阪大学がどうしてこんなに差があるのか、普通なら例えば疑問を持つべきだし、金額を一体幾らもらっているのかもはっきりするべきだけれども、金額は把握していないと言う。国家公務員倫理法にもあったけれども、きちっと国家公務員としての倫理を確立するためにもこの部分について調査をするべきだし、そして、改めてこれを御公表いただきたいと思いますが、副大臣から決意のほどをいただきたい。

○馳副大臣 平成十五年度までは国立大学、その後は国立大学法人となって、こういったことに関しては自主自律の精神で現場に任されておるわけでありますが、御指摘の点を踏まえて、改めて資料も含めて報告はさせていただきたいと思ひますし、また検討もさせていただきます。

○岡本(充)委員 それでは、ぜひその資料をお待ちしたいと思います。

本日は、時間になりましたので、これで終わります。