

参議院厚生労働委員会

2008年12月4日 11:35~12:10

○石井みどり 自由民主党の石井みどりでございます。

本日、理事会でお許しをいただきましたので、ちょっと現物を後、お伺いいたしますので、御覧いただければと思います。

今年の夏までに既にコンニャクゼリー、ミニカップゼリーで22件の死亡事故が発生しております。22人も亡くなっても、まだ日本の、我が国の法律ではこの危険な食品が売られ続けているわけでありますが、製造販売が中止になっておりましたのが、実は明日からまた販売が再開されるというニュースを見ました。それで、コンニャクゼリーの、特にこのミニカップタイプに関しての御質問をさせていただきたいと思います。

御承知のように、コンニャク入り製品に関してはもう様々な製品が出ています。特にコンニャクゼリーは、こういう形であればスプーンで食べるわけですから問題ないんですが、死亡事例はすべてミニカップという、こういうタイプで起こっています。このことについて幾つかの御質問をさせていただきます。

このコンニャクゼリー、先ほど22件の死亡事例があったというふうに申し上げましたけれども、実は私もこれ、事故が起こったとき、すべての年代にわたって事故は起こっておりますが、死亡事例に関しては特に幼児、高齢者に集中して、多発しています。これはなぜかということ、幼児は口腔機能が未発達、高齢者に関しては口腔機能、嚥下機能が退行している、退化しているということがあります。それで余計に事故につながる。しかし、その口腔、嚥下機能、摂食、嚥下機能が落ちているからだけではありません。私は、こういうのを食べてみたんですが、これ、そちらに並んでいらっしゃる政府の方々、大臣始め食べられたことありますか。

これは、こういうふうに形になっていて押してぽんと食べるんですね、これを。私自身も本当に死ぬかと思った。たまたま、ぽんと入って、気管まではふさがなかったんですが、口腔粘膜は唾液があるためにぬれています、そうすると密着するんですね。粘膜に密着すると陰圧が働いて相当な力でないと取れなかった。もう涙も、鼻水も出て本当に苦しかったですね。そういう、私自身が経験していますので、その思いを込めて伺いますが、私は食べるときに、このタイプの形に問題があるというふうに思っています。これをわざわざ、こういうゼリーのようにスプーンで食べたり、切って食べたりというのはなかなかしづらい。ぽんと一口でだれでも食べてしまいがちであります。ということは、この製品自体に、設計自体に私は欠陥があるのではないかというふうに思って

います。

これはPL法の2条2項でもこういうことは指摘はされていると思うんですけども、本当に一度召し上がって、今日のお昼でも食後に召し上がってみてください。一気に、一気に入ってしまいます、このタイプは。ちょうどこの大きさが気道をふさぐ大きさになります。また、固さの弾力性とかが嚥下しにくい、かみにくいですね。

再開されるのは、警告表示を大きくして、そしてコンニャクの粉の量を少なくして軟らかくして発売を再開するというふうに言われますけれども、私は制度上の欠陥がある限りはこの事故は続くと思っています。これをもうこれ以上死者を出したくないと思っていますので、こういう、この危険性についてどのように認識されているか、お聞かせいただければと思います。

○並木正芳内閣府大臣政務官 コンニャク入りゼリーの窒息事故につきましては、先生御指摘のとおり22人の死亡者が出たということで、昨年来対策も考えたところでありますけれども、今年になってもまだ続いているというようなことでは大変痛ましいことだというふうに考えております。

先生も御指摘されておりますし、また与野党からもいろいろな御意見をいただいております。そうした意見を踏まえまして、関係府省一体となって鋭意取り組んでいくと、そういう覚悟では政府もおるところであります。

○石井みどり そういう御覚悟を持って、早急にこれに対応する法を制定をして、そして、それを取り扱う政府の機関もできて取り組んでいただきたいと思っておりますが。

マスメディアの報道を見ていますと、非常に誤った認識といたしますか、つい最近も小学生の男の子がパンで窒息するという事例がありました。例えば、お正月、もうすぐお正月が近い。お正月になると、高齢者の方、私もそうですが、おもちが日本人大好きです。おもちで必ずと言っていいほど死亡事故が起こる。なぜおちは販売されてコンニャクゼリーは販売中止になったんだというような、そして、そのリスクに対して誤った報道がなされている。すべて食べるもの、固いものに対しては窒息するリスクは必ずあるわけですね。しかし、そのリスクを、潜在的なリスクをすべて取り除くということはできないわけですが、このリスクに対してはアンユージュアルリスクとユージュアルリスクというふうに、FDAでは、アメリカのFDAでは明確にそこを識別しているわけですね。

おもち、パンで亡くなるということとコンニャクゼリーで死亡するということは全くその考え方を変えなきゃいけないということだろうと思うんですが、

このもちとパンの、そしてコンニャクゼリーとの危険性の違いをどういうふうに認識されておられますでしょうか。

○岡田内閣府大臣官房審議官 厚生労働省の調査などによりますと、食べ物による窒息事故というのは最近では年間4000人強に上っているというふうに承知しています。原因食品としては、もち、御飯、パンといった穀物類の件数が多いというふうに承知しております。このうちカップ入りゼリーによる窒息死亡事故の件数というのは、穀物に比べると確かに件数は少ないということですが、両者の危険性の相違につきましては、そもそも摂食する、食べる量というか頻度ですね、それとか、それから、どういう年齢層の方が食べるのか、それから十分なそしゃくが行われるかなど様々な要因を勘案してその危険性みたいなものを判断する必要があるというふうに考えているところでございます。

10月16日に内閣府の方で各省と協力いたしまして再発防止策をまとめたところでございますが、その中で、厚生労働省におきましては、コンニャク入りゼリーのほか、もち、あめなどの食品による窒息事故の再発防止にかかわる科学的知見の集約を進めていくと。それから、食品安全委員会におきましても、コンニャク入りゼリーの物理的・化学的要因が人の健康に及ぼす影響などについて評価を行うというような科学的知見を集めるというような取組を進めていきたいというふうに考えております。

○石井みどり おもちやパン、まあパンは別にしても、おもちの場合はもう毎年高齢者亡くなっているわけですから、食べるときに危険だという認識をしながらおちは食べる。私も母に食べさせるときは、おもちのときは小さく切って、それで気を付けて飲み込むようにと、非常に食事のときの見守りを注意深くするという、そういう認識が国民の方々の中に広まっていると思いますが、しかし、コンニャクゼリーとうたったら、普通ゼリー、フルーツゼリーとかいろいろ売っています、口の中で崩れて食べやすい。それから、嚥下機能が衰えた方の食事のときに、それを補助するためにゼリー等はよく使われるわけですから、それとコンニャクゼリーが、やはりゼリーとうたっただけに食べやすいというふうに間違っ取られやすいということが私はあるんじゃないかと思っています。だから、先ほど申し上げた摂食、嚥下機能の未発達幼児、それから機能の退行した高齢者の方の場合は、これはやはりもう食べさせてはいけない食品であるというふうに思っています。

その食べさせてはいけないという警告表示に関しては、表示が出てからも死亡の事案が発生しています。今回の発売再開に関しては、警告表示の面積を大

きくしたというふうに報道されているんですが、そもそも幼児は表示してあってもそれを認識できない。また、袋に出たりしているのを見ても、高齢者の方は字も読みにくい、そして非常に注意力も落ちているということがあるので、幾らこういう警告表示をしても私は事故を回避できないのではないかとこのように思っています。

コンニャクゼリー、今お話ししていますけれども、いろんなタイプがある。ミニカップゼリーだけじゃなくて、スプーンで食べられるようなものから様々な食品出ています。液状タイプ、スティックタイプ、それからグミタイプ、それからプリンになっているもの、それから水ようかん、せんべい、クッキー、ラーメン、うどん、おかゆ、御飯、色々出ています。

コンニャク製品を売るなど言っているわけではありません。死亡事故が予測される、再開されたら再び起こるであろうというようなものをなぜ売らなきゃいけないのか、その表示をするからいいのかという、そういうことに関してどのようにお考えでしょうか。

○岡田内閣府大臣官房審議官 御指摘のとおり、19年の3月、4月に窒息事故が起こりまして、そのときに業界団体が警告マークを表示するというふうな取組をしてきたところでございますが、それにもかかわらず新たな事故が生じているということで、大変痛ましいことだというふうに考えております。

今回の事故を踏まえまして、関係団体におきましては、従来以上の大きな表示を行うと、それから、従来は袋の中の個別のカップには表示を行っておらなかったんですが、それを、そこにも、個々の包装にも掲示マークを表示をするというようなことで取り組むというふうに聞いております。それから、コンニャクの粉の含有量を10から15%ぐらい減らすというようなことで再開するというふうに聞いております。

今回の製造販売の再開につきましては、事業者の方において事故発生リスク低減のための一定の尽力がされているものと受け止めております。重要なことは二度と窒息事故を発生させないということでございますので、内閣府としては、関係府省と連携しまして、改善状況がきちとなされているのか、それから健康に及ぼす影響評価などの取組をしまいたいというふうに思っています。

それから、高齢者の方、乳幼児の方がこういうものを食べないことがないようににつきましては、関係の施設で十分注意喚起してもらおうなど地方自治体を通じて周知を要請しているというところでございます。

○石井みどり 何度も申し上げますけれども、こういう危険性が既に製品の設

計自体にあるものは私は販売してはいけないんだと思うんですけども。というのが、幾ら警告表示をしても、2007年に長野で起こった事故は、これはお母さんが買物に出ている間に子供が食べているんですね。だから、そういうことは幾らでも幼児のいる御家庭だと普通にあることなんですけれども、食品が置いてあったら、興味があってやっぱり食べてしまうということがあるんですね。そうであれば警告表示は何の意味も成さないということ、幼児はそもそもそのこと自体が理解できません、食べるなと言ったら余計食べるみたいなところがありますので。

そして、この、こういう危険性を持っている食品の製造や販売について、我が国の法律では規制できるんでしょうか。

○並木大臣政務官 先生も御承知かと思えますけれども、これは現状の法制においてはすき間事案となっております。食品衛生法などはいわゆる衛生面からの安全規制ですし、消費生活用製品安全法というのもありますけれども、これも食品は含まれておりません。また、JAS法、これは先生言われたように、ゼリーとして表示するのがどうかというのはまたあれですけれども、一般的な表示規制でございますので、現在、形状とかそういう、コンニャク粉入りのもは駄目だとか、そういう法律はありません。

○石井みどり 今国会で提出されている消費者庁設置法案、これが適用されればコンニャクゼリーによる事故は防げるんでしょうか。

○並木大臣政務官 現在考えられているところの法案につきましては、今回、再発防止策による業者の協力要請にこたえたような形での措置はとられたわけですけれども、こうしたものに対して命令をするというようなこともできますし、場合によって、急迫するような危険がある場合には禁止するとかあるいは回収を命令するとか、こういう措置も含まれているわけですけれども、この事態が急迫するかどうかと、そういうものについては、検討するような余地になるということでは即禁止ということにはならないというふうに思います。

○石井みどり では、このコンニャクゼリー、かなり外国にも輸出されているんですけども、外国ではこの取扱いはどうなっているんでしょうか。

先ほどアンユージュアルリスクとユージュアルリスクということを申し上げたんですけども、FDAは、アンユージュアルリスクが発見されたときには即座に行動を起こすというふうにFDAのホームページではきちんと出ていました。ただ、食品がアンユージュアルリスクを持っているからといって、すべ

てということではなくてケース・バイ・ケースであるということは、FDA内の健康被害評価委員会というところが検査をして命令を出すというふうには出ておりました。例えば、窒息のリスクに関して、アメリカの場合はコンニャクゼリーは規制されています。これはもう形、形状、大きさ、滑りやすさ、口の中で溶けないということでアンユージュアルリスクとして判定された。しかしながら、例えばキャンデーを詰まらせた事故ということでは、これはアンユージュアルリスクという判定はされなかった。

外国のケースをちょっとお教えてください。

○岡田内閣府大臣官房審議官 御指摘のとおり、アメリカのほか、ヨーロッパ、それから韓国におきまして、コンニャク入りのミニカップゼリーに関して、2001年から2003年ごろ、これを食べた子供さんが窒息して死亡する事故が起こったということ踏まえまして、販売、輸入を禁止するような措置がとられたというふうに聞いております。

具体的には、ヨーロッパでは、2002年3月に販売を一時停止した後、2003年7月にすべてのゼリー類にコンニャクを食品添加物として使用することを禁止しているということでございます。それから、アメリカでは、FDAが2001年10月に、大きさとか形状、それから口に含んだときの滑りやすさ、それから固さといったものを勘案しまして、食品として不適切だということでその輸入を禁止しているということでございます。韓国でも、食品医薬品庁が、一定の大きさなど、それからミニカップゼリーの原料としてコンニャクを使用を禁止することなどの対応を取っているというふうに聞いております。

○石井みどり 韓国、アメリカあるいはオーストラリアとかヨーロッパではいち早くそういう措置がとられているのに、なぜ日本では22人もお亡くなりになっていても規制をされない。非常に日本の法整備が後れていると言わざるを得ないと思いますが。本当に、これは明日から再開されるわけです、発売が。いつ起こってもおかしくない。今国会でのいち早い消費者庁の設置に関する特別委員会で御審議をいただきたいというふうに思っています。

内閣府の方、ありがとうございました。

続いて、今、介護保険の報酬見直しが、社会保障審議会の介護給付費分科会、9月に再開されて審議されていますが、介護保険関連に関して御質問をさせていただきます。

5月20日の厚生労働委員会でも御質問をさせていただいたんですが、今、資料を出さしていただいております。資料の1であります。これを御覧いただいて、平成18年度から予防給付、介護給付に新たに栄養改善、それから口

腔機能向上という、そして運動機能向上が導入されましたけれども、この資料1を御覧いただくとお分かりいただけると思うんですけども、介護予防の通所の事業所、そしてリハの事業所においても、非常に算定件数が少ないということがあります。せっかく介護保険の中に導入されたにもかかわらず普及していない。これは構造的要因があるんじゃないかというふうに思っています。

資料1の2枚目に、口腔機能向上の利用・提供が進まない理由というので、地域包括への調査のデータが出ています。これ、栄養改善と口腔機能、ほとんど同じような理由によって、包括支援センター側の要因も事業所側の要因も非常に似通った要因なので一括してもいいかというふうに思いますので、これをどのように、こういう要因があって普及していないんだらうと思いますが、これをいかに普及させるために考えておられるのか、お聞かせいただければと思います。

○宮島老健局長 今御指摘ありましたように、栄養改善加算、口腔機能向上加算、利用低調でございます。

19年度の研究事業で、要因分析をアンケート調査により行いました。一つは、サービス提供事業所に歯科衛生士とか管理栄養士の人材が確保できていないというようなこと、それから事業者の理解、認識不足、それから地域包括支援センターで対象者の把握が困難であること、あるいは介護報酬の単位が低いといった、そういった要因だらうと思っています。

これにつきましては、今、社会保障審議会介護給付費分科会の方で昨日審議報告というものが出されておまして、それぞれの問題につきまして、例えばこの口腔機能向上加算などについては、サービス提供に係る労力をもっと適切に評価すべきではないかとか、あるいは地域包括センターで対象者が把握できるように対象者の基準を明確化すべきではないかですとか、あるいは介護保険施設で歯科衛生士が口腔清掃のケアに係る技術的な指導、助言を行う場合は評価を行うべきではないかというような報告が出されておまして、何とかこの利用向上に結び付くような方向での検討をお願いしたいというふうに思っています。

○石井みどり これから検討されるわけですね。是非、原因もはっきり分かっているわけですから、サービスが利用できるようにお願いをしたいと思います。

そして、資料2でお示しをしているんですが、たとえ認定調査のところで自立と判定されても、非常に口腔内には問題が残っているということをちょっと御指摘をしたいと思います。

認定調査票では、これは自分で口腔清潔に対する一連の行為を行っているか

どうかということを知りたければ、ほとんどが、自分でしていると答えたとしても、これは例えば麻痺があったりなんでも、大体認定調査のとき、できなくても高齢者の方はできますと言って家族が慌てるというケースが、場面が多いんですが、実際には清潔になっていなくても清潔だという判定をされていることが多い。外から見える汚れであればある程度の判定ができるんですけれども、口の中を見ていないということがあります。

その写真で2枚目のところ、この方も、これ片麻痺の方ですけれども、自立というふうに判定されても口の中はこういう状況です。お昼の食事前に大変こういう写真を出して恐縮なんですけど、実際は非常に食物残渣も残っていて口腔状況不衛生であり、決して清潔とは言える状況ではありません。

また、3枚目のところでも、この方も生活自立度はJの2、それから認知に関しても自立している。それから、認定調査票では口腔清潔は自立というふうになっていますが、この方の場合は脳梗塞とかそういう既往があるんですけれども、ほとんどやはり、口の中を見てみると、食物残渣も貯留していますしプラークもべったりという状況であります。

そして、ちょっと4になっているんですけど、ここに専門職が関与するとしますと、4枚目ですけれども、どうなるかということ、御高齢の方は非常に基礎疾患が多いのでこういう方は多いと思うんですね、脳梗塞があり、骨粗鬆症があり、パーキンソンがあって、日常生活自立度は四であり、そして要介護度も4であると。で、口腔写真。介入前は非常に、舌苔もべったり付いていてプラークがべったり、これですと食欲もわからない、本当に食べ物の味も分からないというような状況だろうと思います。そして、何よりも摂取エネルギーが1100キロカロリーである。低栄養を引き起こすと言ってもいいと思います。専門職が、歯科衛生士が保健指導をすることによって右のように改善されるということが、現状の仕組みではこういう状況であります。

この口腔機能向上の必要な方の条件ということが、私は明確になってない。ですから、専門職以外の方が判断するのは非常に困難であろうかというふうに思っています。先ほどの検討の中にも歯科衛生士云々ということが出てきましたけれども、歯科の専門職、歯科衛生士等が口腔機能を評価する、その仕組みがないために利用につながらないのではないかと思います、いかがでしょう。

○宮島老健局長 地域包括支援センターで行われるケアマネジメント、これはケアプラン作成のための課題分析では、要介護認定調査票とか基本チェックリストで必要性を判断していますが、確かに今の時点で地域包括支援センターでは、口腔に関する歯科衛生士さん、ほとんど配置されていません。今委員がおっしゃったような、自立に丸は付いているけど実は問題があるというケースに

については必ずしもサービスに結び付いていないという問題があります。

したがって、地域包括センターにおける課題で、今後専門職の確保ということは今後の検討課題と考えております。ただ、これはちょっといろいろ時間も掛かるということもありますので、先ほどサービスに結び付いてないということについては、少し調査票とか基本チェックリストの活用方策を考えまして、専門職がいなくても取りあえずサービスに結び付くような検討をしたいということを考えているところでございます。

○石井みどり 大変残念なことに、今栄養改善、口腔機能向上サービスが必要な人に届いてないという現状あります。しかし、高齢者の方の生活機能を維持していく上で非常にこのサービスが重要であります。特に、栄養改善と口腔機能向上が一体になることによって低栄養の予防ということは非常に効果的でありますので、ケアマネジメントをする上で、この栄養改善、口腔機能向上普及のための基準を、今アセスメント項目としてはあるというふうに先ほどおっしゃったと思うんですけども、しかし必須項目にはなっていないわけありますので、これを変更するだけでも、新たな調査項目を増やすというのは負担になると思います、今減る傾向にありますので、この基準の変更をすべきであると思いますが、いかがでしょうか。

○宮島老健局長 基準の変更についての御提言でございます。

基準の変更するということになりますと、地域包括支援センターの方でやはり専門職の確保が必要であろうということで、その辺はパラレルの関係なんだろうというふうに思っております。したがって、今の時点で直ちに基準の変更するということがいいのかというような問題点もあろうかと思っておりますので、先ほど申しましたように、現行の認定調査票、基本チェックリストの活用方策を少し踏み込んでいって、取りあえずはサービスに結び付くような方途を考えたというふうに考えているところでございます。

○石井みどり 非常に残された時間がもう限られてまいりましたので、少し質問も割愛させていただいて、次のレセプトオンライン化に関して伺いたいと思います。

私、3月27日にも御質問させていただいたんですが、今年の5月現在、医療機関等のレセプト請求件数における電算化率、いわゆるレセコンでレセプトが出ているというのは、これはまさにすばらしい数字で97.2%という達成率であります。これは、外国のオンライン化が進んでいるという国と比べても遜色がないというふうに考えています。

残りのたった2.8%が手書きでレセプトを書いておられるわけです。そして、この方々までも義務化して電子レセプトにする必要があるんでしょうか。既にもうレセコンを導入されている方々が非常に多いわけですから、この方々はオンライン化への対応というのは容易であるというふうに思います。義務化ではなく、レセコンの既に導入しておられる方々に対して様々な推進策を取ることによって十分なレセプトの電子化ということが達成されると思うんですけども、いかがお考えでしょうか。

○水田保険局長 まず、事実関係から申し上げますと、レセプトコンピューターにより作成されているレセプトの割合、これは御指摘のとおり大変高いわけでございますけれども、電子化されているレセプトの割合を見ますと、平成20年10月末現在で51.2%と、ようやく半分に至ったところでございまして、更なる推進が必要であると、このように考えているわけでございます。

と申しますのは、今回のオンライン請求、これは医療機関におきましては診療報酬請求に係る事務処理の軽減と迅速化、それから審査支払機関におきましても審査の効率化、重点化、それから保険者におきましては保健事業への活用と、こういった医療保険事務全体の効率化を図ることを目指しておりまして、このためにはすべてのレセプトが電子化されることが必要と考えているわけでございます。

ただ、一方で、今回のオンライン請求の義務化に当たりましては、手書きでレセプトを作成されている方もおられますので、こういう方々につきましては事務代行者を介しての請求、いわゆる代行請求を可能とする配慮も行っているところでございます。また、御指摘にありましたように、既にレセコンをお持ちの方に対する推進方策でございますけれども、これは診療報酬におきまして医療機関のIT化の取組を評価するといった電子化加算を設定するなどの取組を進めているところでございます。

○石井みどり 3月27日のときも大臣が代行という方法があるというふうにお答えいただいたわけですが、しかし、先ほど申し上げたこのオンライン化に、請求に対応できない方々、この方々は、もう5%か10%の方々は廃院するか診療を休止する、保険医を辞退するというふうな、答えておられる方が多いわけですね。様々なこれアンケート調査が行われていますけれども、大体こういう数字が出ています。

これはすべての保健医療機関、医科診療所、歯科の診療所それから調剤薬局もそうですけれども、このわずかな方々が辛うじてまさに限界集落に近い、限界医療、地域医療のところを必死になって守っておられる、そういうところが

多いわけで、毎月の件数が非常に少ないという方々です。そうすると、すべてこれを義務化ということにすれば、地域医療の崩壊、混乱ということはもう紛れもなく起こる。今ですら地域医療崩壊していると言われているのに、というふうに思いますけど、これに対してどうされるんでしょうか。

あわせて、代行請求って今お答えになったんですけども、だれがするんでしょうか。現行では支払基金はできないというふうに思っておりますが、どういうイメージで先ほどの代行というのをお答えいただいたんでしょうか。

○舛添厚労大臣 地域の医療をどう守るかという観点も必要ですし、先般、三師会の方からの御要望もお受けいたしました。しかし、全体的にオンライン化を進めるという大きな方向でまいりたいと思いますので、代行請求につきましては、歯科医師会を含めて三師会ができるようにということでこれは調整をしてまいりたいと思います。

それから、薬局であるとかそれから医療機関で猶予期間を最長でこれは小規模なところは25年まで猶予するというようなこともありますので、是非何とかこの目標を達成したい。それまでの間必要な措置については、三師会とともによく議論をしてまいりたいと思っております。

○石井みどり 大変残念なんですけれども、時間がなくなりましたので、臨床研究に関する倫理指針の改正が本年の7月31日に行われました。それに対する質問は、準備をしていただいたんですが、また別の機会にさせていただきます。

このレセプトオンライン化に関しては、非常に診療側も患者さん側も不安を持っています。地域医療、地域の歯科医療が崩壊することなく、義務化ということではなく、それぞれの地域の事情に合わせて地域医療、歯科医療を守る形で是非お願いを、取り組んでいただきたいと思います。

ありがとうございました。