

# 第2回生活産業創出研究会

## 議事概要

平成14年10月10日

10:00～12:00

於：内閣府

**島田座長** それでは、これから第2回の「生活産業創出研究会」を始めさせていただきたいと思います。今日は本当にお忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございました。よろしくお願いいたします。

まず事務局から、お手元に配布しています資料の確認をさせていただきたいと思います。

**平工参事官** それでは、お手元の資料をご覧ください。

別紙1が「議事次第」。

別紙2が「生活産業創出研究会委員名簿」。

別紙3が「座席表」。

別紙4が「生活産業創出研究会検討の課題」島田晴雄座長のメモ。

別紙5が「第2回生活産業創出研究会プレゼンテーション資料一覧」でございます。

その後、資料1が「河北委員プレゼンテーション資料」。

資料2が「阿曾沼委員プレゼンテーション資料」。

資料3が「佐藤委員プレゼンテーション資料」。

資料4が「藻谷委員プレゼンテーション資料」でございます。

なお、別紙6として、前回の議事概要が付いてございます。

以上でございます。もし落丁、あるいは資料のないものがございましたら、おっしゃってください。

**島田座長** どうもありがとうございました。

それでは、委員の紹介でございますけれども、本日は一つお断りをしなくてはならないのですが、前回御欠席の今野委員、佐藤委員、中条委員にも御出席をいただいておりますので、今野委員からよろしくお願いいたします。

**今野委員** 今野でございます。よろしくお願いいたします。

**佐藤委員** 佐藤でございます。よろしくお願いいたします。

**中条委員** 中条でございます。よろしくお願いいたします。

**島田座長** 前回御出席いただいたのですが、永野委員から、大変貴重な御意見を前回承ったのですが、実は新しいプロジェクトが幾つかあって、その着手で業務が予想以上に忙しくなられたということで、当面御出席が見込めないことから、辞任をしたいということですから、残念なのですが、了承させていただきたいと思いますので、御了解いただければと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、本日から3回にわたって各委員の皆様から、それぞれ御関心のあるところ、

御見識のあるところ、特に御関心の深い分野につきまして、専門的な見地からプレゼンテーションを行っていただくことになっております。

今日は河北委員、阿曾沼委員から、「健康づくり、医療の情報化」についてお話をいただきたいと思います。

また、佐藤委員、藻谷委員から、「観光振興」につきまして、それぞれのプレゼンテーションをいただきたいと思います。

大変時間が限られた中で恐縮でございますけれども、よろしく願いいたします。

それに先立ちまして、この研究会の趣旨、あるいは検討課題につきまして、私なりの見方を、たたき台のたたき台でございますが、簡単にまとめましたので、恐縮ですが、御説明いたしたいと思います。

これは前回の御議論も踏まえ、また、これまで実は予備的なヒアリングを重ねてまいりましたので、そのようなことも踏まえながら、どこに主要な問題、課題があるかなと書いております。また、皆様の御意見、ご注文もどんどん付けていただいて、気がついていないところが私もあるかと思いますので、改善しながら進めてまいりたいと思います。よろしく願いいたします。

別紙4でございますけれども、研究会の趣旨は、「明るい構造改革」ということで進めたいと思っております。「生活者のウォンツに応えるサービスを提供」する。規制を改革することで、民間サービス産業の発展を促進させたい。特に「健康づくり」の支援とか、「観光振興」とか、裾野が非常に大きい産業群なので、先進国型の非常に広範なサービス産業、これを促進したいというのがこの研究会の趣旨だということは皆様の共通の御理解ではないかと思えます。

「健康づくり」について言いますと、日本の健康については問題がいろいろありまして、見掛け上は非常に寿命が長いんですけども、健康寿命はそれより5年から7年短い。一方、健康への関心は非常に高いのですけれども、情報が極めて不足しているという現状だと思えます。

生活習慣病は先進国病で、ひろがり定着しつつありますが、政府は「健康日本21」ということで、何とかそれを防ごうと努力しているわけですが、その一方で医療における情報化は大変遅れております。しかし、政府も取り組みを始めておまして、そういう状況の中で、「健康づくり」における知識と情報の不足をどう補っていくか。そのことが実は医療と健康づくり支援産業の非常に大きな可能性にもつながっているのではないかと、という問題認識です。

検討の課題としては、人々が医療情報を入手しやすく、また、医療機関とか医療方法の適切なものを自由に選択できるという仕組みをつくりたい。したがって、個人別医療情報を蓄積することと分析すること。それから、お医者さんや医療機関に関する情報を開示して、それを評価していくこと。その情報公開、評価、提供の仕組みを整備すること。こんなことが大きな課題ではないかと思います。

それから、公的保険診療と保険外診療を適切に組み合わせるとか、代替医療を適切な情報を開示し評価していくとか、そういう情報とサービスのアクセスを地域別とか、職域とかネット域で提供していくこと。

栄養管理も重要ですが、とにかく「食」というのが非常に重要な分野でございます。サプリメントの問題もございます。情報が必ずしも十分ではない、知識も十分ではない。分析を行い、適切な指導をする人材も必要でございます。

高齢者の自立と介護を助けていかななくてはなりませんし、更に運動とか癒しとか、健康器具とか、歯の治療とか、非常に分野が広いのです。こういうものを国民にとってわかりやすく、アクセスしやすい形で整備するには、政府は何ができるかということを経験して、提案していきたいと思っております。

次のページで「観光」でございますけれども、日本には非常に豊かな観光資源がありますけれども、観光ははっきり言って低迷していると思っております。1,700万人もの人が海外に出ていきますが、海外からビジネスも含めて観光客は400万人くらいの人しか日本に入ってきておりません。

日本は外国人がひとり旅をするということはかなり難しい。外に対してわかりやすい環境条件があまり整備されていないわけです。また、国内に対してもそうですが、非常に観光価格が高い。それから、繁閑の差が激しい。膨大な豊かな観光資源が十分に活用されていない。そういう状況の中で、人々のウォンツが大きく変化しているのではないかと。団体から個人へ、物見遊山から目的型、参加型へ。

それから、人口動態が大きく変化しておりますから、故郷を失った方々が数千万人も出てきているわけで、この人たちに新しい故郷を見出していただくという意味でも、これは観光とは言えないかもしれませんが、日本の大掛かりな再編成という意味では非常に大きな意味があるんじゃないか。その突破口に観光が戦略的な役割を果たすのではないかと、こんなふうに思います。

ということで、検討の課題は幾つかあると思っておりますけれども、インバウンド観光を促進しなくてはならないというのは国家戦略でもあります。

そのためには外国人の目線で環境を整備する。

それから、世界各国の人々の相手の事情、好みに合わせた戦略的な海外広報、これは必要でございます。

それから、人々のウォンツが変化してきていることを踏まえて、新しい時代の観光というのを再生させる必要がある。具体的には都市観光というのは生活文化そのものだということとも言えると思いますし、産業観光、グリーン・ツーリズム、そしてリピーターからだんだんと定住へと。これは高齢化社会だとそういうことになってくるとは思います。そういうこと考える必要があるのではないかと。

副大臣会議では特に勤労者の有給休暇の消化と、学校休暇を分散せよという強い要望が出ております。

全国各地の観光地を再生させるためには、強力な熱意を持ったリーダーが必要でございまして、こういう人材をどう発掘して養成するか。デジタル時代ですから、ネット・アカデミーというようなしなかけも考えられるのではないかと。これは私の勝手な思いつきですが、後ほど議論していただきたいと思いますが、そんなことがテーマになり得るかなと思います。

それから、10月の後半から11月くらいにかけて、全国各地の地域で相当温度の高い問題意識を持った方々がいらっしゃいますので、そういう方々で、例えば医療について言うと、先端医療とか代替医療とか情報の提供、アクセスのネットワークをつくりたいということを考えていらっしゃる方が多数いらっしゃるのと、別途に長時間かけて「健康」とか「観光」の分野で集中ワークショップを数回実施したい。これはボランティアベースですので、多分、夜に行うと思いますので、御興味のある方は是非参加していただきたい。

それから、グリーン・ツーリズムと新しい故郷づくりとか、伝統的な観光資源を保全して活用しようか、いろんな工夫が全国各地で提案されております。特に特区ということっておりますので、そういう関係もございましてけれども、ここでは我々の研究会の趣旨から言って、そういう方々に御参加いただいて、ワークショップを実施したいと思っております。これまでの議論や準備を踏まえると、このような方向性があるかなと思います。

以上が現時点でのたたき台ですが、欠けているところも非常に多いと思いますので、いろいろ教えていただければと思います。

どうもありがとうございました。

それでは、早速プレゼンテーションに入りたいと思います。今、私が述べたのは、座長の見解にすぎませんので、後からどんどん注文をしてくださっても構いませんので、是非、いろいろ教えてください。

また、繰り返し、繰り返し、アップデート・バージョンを提出していったら、皆様との意見の総合調整を図っていきたい、こんなふうに思っております。

では、河北先生から「健康づくりと医療の情報化」についてプレゼンテーションを行っていただきたいと思いますが、20分くらいを目途で行っていただければと思います。

**河北委員** 余り時間がないので、早速始めたいと思うのですが、御期待に添えるかどうか分からないところは「健康づくり」であります。私は結論は「健康づくり」というのは、歩くこと、指を動かすこと、文字を読むこと。この3つに限るということで、それに付随して、今いろいろなスポーツクラブだとか、あるいは食品、サプリメントというようなものが売り出されていますけれども、そういうものよりは、やはり自分で体を動かすことが基本であるというふうに思っています。

それから、日本人の平均寿命は世界で一番長いと言われていて、これは医療関係者によると、「日本の医療がいいからだ」と言われますが、私は決してそうではないと思っています。平均寿命、あるいは健康寿命が長くなるというのは、幾つかの要素がありまして、一番大切なのは遺伝的な要素、あるいは食事、それから衛生環境、教育のレベル、5番目くらいに医療の水準が来るのではないかと考えていますから、医療がいいから健康である、あるいは平均寿命が長いということにはならないと私は思います。ですから、「健康づくり」というのは、基本的には一人ひとりが自分の健康に責任を持って、体を動かすこと、それから頭を使うことが基本であると思いますので、そう考えると、あまり大きな産業の創出にならないのではないかなと思っています。

ただし、それ以外に日本の医療、これは私は我田引水ではないんですけれども、余りにも貧しい。もう少し医療だけでも雇用が増やせるのではないかとこのように思います。

例えば、皆さんはリハビリテーションという言葉をお聞きになっただけだと思っただけなんですけれども、リハビリテーションというのは、単に体を動かす、訓練をするということではなくて、その次の生活を前提にして、その生活をいかに実現をするかということに向けてのいろいろな作業なんだろうと思うんです。

私のところにも135のベッドがあるリハビリテーション病院があるんですけれども、その中で実際に患者さんと職員のやりとりを見ていても、人は1日24時間持っているわけ

です。24時間のうち8時間睡眠を取るということになると、残り16時間あるわけです。この16時間に対して、どのようなリハビリテーションが行われているのか。日本のリハビリテーションというのは、これは社会保険診療報酬で決められているのは数十分の訓練をすればいいということになってしまっている。16時間のうち数十分対応すればそれで本当にいいのか。その人の生活というのは16時間の生活があるわけです。

ほとんどアメリカの情報なんですけれども、アメリカのリハビリテーションというのは、16時間ごと職員が対応します。ですから、患者さんが悲鳴を上げるくらい、16時間べったりと職員が配置されていて、きちっとしたいろいろな意味での支援がなされるようになっていきます。それを数十分でリハビリテーションをやっているというのは、まさにおこがましいことであると思います。これを1つ取っても、いかに日本の医療が貧しいか。

私の資料の1であります。最初の部分の一番後ろに表があるんですが、この表をご覧ください。これは私が勝手に書いた一般医療の現在、それから一般医療5年後という、雇用者を中心にして書いた数字なんですけれども、現在、病院数というのは、9,300あって、外来というのは正確な数字ではありませんけれども、在宅ケアを含んだ診療所の数、約9万ヶ所、それに対して雇用者数というのは、273万人くらいではないかということを考えています。病院というのは幾つかの種類に分けられますので、精神・結核棟、療養医療、急性期の医療、それから病院以外、福祉、老健と分けて、273万人くらいの雇用であるだろう。実際、ベッド数というのは、老健、福祉の部分を含めると210万ベッドをちょっと超えるくらいのベッド数がありますが、それに対して273万人、これは外来も含めてでありますけれども、医師数が24万人であります。

これをご覧いただいて、今、日本の医療というのは、病院の一入院患者さん当たりの職員数、医師を含めて1.0と言われてます。アメリカが5~6、イギリスが3.5、ドイツ、フランスが2.5。それに対して日本は1.0でしかない。ただし、それは日本のベッド数、日本の病院数が人口当たりあまりにも多い。それが起因していることもあります。

5年後に、これは私がいろんな方面から計算をしてみますと、理想的ではないんですけれども、このくらい的人数は必要だというのが、273万人から405万人くらいまで増やすことができるのではないかと数字が書いてあります。精神・結核棟、療養、急性期として、かなり病院の数は減らします。病院の数は減らしながら1ベッド当たりの職員数というのが今よりもはるかに高くなる。例えば精神・結核でも掛ける1.2、療養型1.5、急性期が3という数字を入れてみると、全体で405万人ですから、273万人か

ら405万人、130万人くらい雇用を増やすことが私は可能ではないかと思えます。

ただし、雇用が増えるということは、当然医療費が増えるということになりますから、どうやって医療費を増やししながら、雇用を確保していくのか。雇用を確保するということは、医療の充実、医療の質を向上させるということにほかならないというふうに考えます。

これも御存知のことだと思えますけれども、医療というのは医学ではなくて、医療のお話をしていて、医学は自然科学の中の一部かもしれませんが、医療というのは社会システムであるというふうに考えています。

社会システムというのは、いろいろなもののバランスを取るということであって、同じ程度の生活水準の地域、あるいは国家というものは、大体同じところに物が収束をしていくと私は考えているんですけども、日本は余りにも欧米に比べて医療は突出している。違いがあり過ぎる。同じくらいのところに行くためにどうするかと。日本の医療というのは、今対GDP比7%くらいであります。イギリスが6%、これは非常に低い。今ブレア政権がイギリスの医療の総見直しを行っています。あまりにも今のイギリスの医療はレベルが低くなってきたということなので、その見直しを至急実施するという事になっています。

アメリカは16%です。ドイツ、フランスが11%前後であって、日本の7%というのは、先進諸国の中では非常に低い数字であります。

これをどういうふうに考えるか。この研究会は、雇用を確保する、新しい産業を創り出すということであって、皆さんは日本の500兆円と言われるGDP、大きい順番に並べてみてどうでしょうか。今後、更に発展する可能性の高い分野というのは一体何があるのか。

例えば建設業というのは、これから私は縮小する傾向にならざるを得ないと思えますし、これは一番大きいところですよ。

それから、娯楽、この部分は多少増えるかもしれませんがけれども、パチンコ30兆円というのが、今は30兆円ではないかもしれませんがけれども、今後確保できるのかどうか。私はそれは知りません。

それから、車は、いろんな裾野を含めて38兆円くらいと言われていて、その次に医療で、医療は30兆円と言われてはいますが、これは実はかなりまやかしの数字であります。なぜかという、医療に関しては、コストとエクスペンスの乖離がある。実際に日本の医療をつくり出すためには、35兆円くらいのコストがかかります。ところが、社

会保険から支払われるお金は30兆円にすぎない。一体この差というのは、何なのか。例えば国立病院、自治体立病院、大学病院に対する補助金、そういうものは医療費として計上されていません。そういうものを計上して一兆数千億円、あるいは二兆円近くある。

あるいは患者さんが表に出ない負担を強いられているというものを含めて、5兆円を穴埋めしているというのが現状であって、このコストに見合った支払いが行われていないという異常さです。ですから、そこをもう少しきちっと表に出すようにしなければいけないんだろうと思うんです。

そこで、対GDP比7%で、雇用は今300万人弱、4.5%しか雇用はありません。私自身は今すぐにでも日本の医療を対GDP比10%、雇用が7%くらい確保しなければいけないというふうに思っていて、そのお金を工面しなければいけないんですけども、当然そのお金というのは、今の社会保険だけで出せるはずがないんです。ということは、「価格の自由化」、それから「保険の自由化」が必要であります。総合規制改革会議にも提案をしているんですけども、現在、日本が国際的に誇り得る医療、医療システムの極めて少ない中の1つとして、国民皆保険制度というのがあります。国民皆保険制度は将来的にも私は維持すべきものであると思いますけれども、社会保険だけで維持すればいいか。私はそうではないと思うんです。民間の医療保険を含めて皆保険であればいいと思います。ですから、セコム損保、あるいはアメリカン・ファミリーとか、そういうところの保険を私は買っています。

今の日本の保険の仕組みで、問題なのは、賦課方式というものであって、積立方式ではない。これの組み合わせを考えるべきなんだろうと思いますけれども、賦課方式というのは、現在払える人からお金を集めて、現在、必要な人が使うというのが賦課方式であります。自分、あるいは自分の家族に対する積立方式になっていない。ですから、そういうところをどうやって変えるのか。民間医療保険を持っていて、それも皆保険の中にカウントするような形にすれば、かなりこの辺は自由化ができるのではないかと。医療費の方も、混合診療という変な言葉ではなくて、価格の自由化をすべきであると思います。

例えば、中国に行って日中友好病院の院長と話をして、中国ですら価格は自由化されています。国が標準の価格を示して、それに対して何%上乘せをする、何%低くする。低くすることは余りないんですけども、病院がそれを決めて登録をするということで、価格は病院が標準価格を参考にして決めるというふうになっていて、中国の人から言わせても、日本は中国よりよほど社会主義的ですねということ言われます。

私のもう一つの資料、グラフの方をご覧いただきたいんですけども、これが今まさに申し上げたことであって、最初のグラフが平均在院日数という、これは御存知でいらっしゃると思いますけれども、1人の患者さんが入院をされたときに、大体平均してどのくらい滞在されるかという数字でありますけれども、これは古いグラフなんですけど、日本は平均在院日数が30日から40日の間くらいを動いてきたわけであります。それに比べてアメリカが1992年で8日、あるいは7日くらいになっていて、イギリスは11~12日くらい。フランス、ドイツが13日~15日くらいになっていきますけれども、現在はアメリカが6日、イギリスが9日くらい、ドイツ、フランスが恐らく11日前後、日本が急性期の医療だけを取ると約20日になっています。私の病院は今は13~14日の間くらいであります。これは1病床当たりの職員数ときれいに反比例をする。ですから、アメリカは1992年の数字ですけども、3.5人から4人の間。イギリスもそのくらいであります。フランス、ドイツが1.0~1.5。日本は1.0に満たない。現在はさっき私が申し上げた数字になっています。日本は先進諸国の中で、ほかの国に比べて数分の1の職員数しかない。ただし、その下の「平均在院日数と人口千人当たり病床数」で見ると、日本の病院というのは圧倒的に病床が多いんです。病院数も多い。ここに、余りにも医療資源が分散され過ぎてしまったということがあります。

先ほど国民皆保険制度の話をしてしまいましたが、皆保険とともにアクセスピリティーということが話題になりますけれども、フリーアクセスである必要は全くないとは思っています。適正なアクセスが確保されていけばいいということであって、何も保険証1枚持って日本全国どこでもかかれるという必要は私は全くないと思うんです。登録さえして、それから情報ネットワークさえできていけば、適正なアクセスは確保できると思っています。

その次が100床当たりの医師数と、看護職員数なんですけれども、これも先進諸国の中で数分の1にしかすぎないということなので、これから我々がやらなければいけないことは、まず病床数、あるいは病院の数をいかに削減していきながら資源を集中して、かつ、価格を自由化しながら、医療費の枠を拡大するのということだと思います。

アメリカが対GDP比16%医療費でありながら、アメリカの経済はだめになっているかということ、決してそうではないわけでありまして。医療費が高いからと言って、経済がだめになるということではないというふうに思います。

その次に、今、人をたくさん配置をするというのは、結局、医療の質を確保する、ということ。質の評価ということを私は20年やってきたんですけども、評価の対象にな

る観点というのは、まず効果が上がっているかどうか。これはアウトカム評価、アウトカム・メジャーマンと言いますが、それが日本にはほとんどありません。効果があるかどうか。これは個人個人の病気が治ったかどうか。あるいは国民の健康度というものを考えなければいけないと思います。その次に医療が安全であるかどうか。医療の安全性を確保するためには非常にお金がかかります。ほとんどそこにお金が使われていない。その次には、患者さんの満足、それから効率、普及。この5つのポイントから医療は評価しなければいけないと思いますけれども、そういう意味では日本は決して水準が高いとは言えません。

その次に、医療のIT化を進める。医療の情報については、選択は2段階あります。医師、医療機関を選ぶかどうかという選択。

それから、診療が始まって、自分の状態に一番ふさわしい診療の方向を考えていくという選択。この2段階の選択がありますけれども、医師を選ぶ、医療機関を選ぶ情報も、ほとんど今までは社会に流通していなかった。例えば財団法人日本医療機能評価機構で病院の認定をするんですけれども、認定をして、認定された病院で、同意をされた病院のみ、今、日本医療機能評価機構のウェブサイトで報告書の公表をするということに9月1日からなりました。これは全世界に先駆けて、国際的な比較をしても、かなり進んだことであると思いますけれども、それを1つの例として、もう少し医師を選ぶための、特に医師に関する情報というのはほとんど社会には出されていない。病院に関する情報というのは出せば幾らでも出るんです。ところが、医師に関する情報というのはなかなか出てこない。この部分を何とかしなければいけないと思います。

先日コムルというところの辻本さんとお話をしたんですけれども、「全国的に出す必要などは全くありませんよ。病院の中で、病院がその病院に勤めているドクターたちの情報をきちっと出してさえくれれば、それで十分です」と言われました。そういうことをやっていかなければいけないんだろうと思っています。

もう一つの、診療の方向性を考えるという情報化なんですけど、これは実は日本の医療というのは、科学的根拠があるのか、ということ。今EBM、エビデンス・ベースド・メディスンと言いますが、診療情報が集積されていない。診療情報を集積するためには、診療情報の電子化が必要であります。これが全く進んでいなかった。ようやく日本医療機能評価機構でEBM事業が今年から立ち上げられて、急速に進むんだと思うんです。文献検索をしながら、日本に文献がほとんどありませんので、国際的文献を引っ張ってきて、出科ごとにクリニカル・ガイドラインをつくり、クリニカル・ガイド

ラインに関して、患者さんの立場、それから臨床医の立場、研究者の立場で、同じことを3つの言い方でわかりやすく説明をするようなガイドラインがこれから出てきます。

それと各病院のクリニカル・パス、クリティカル・パスと言いますが、診療の標準化というようなことが進んでいくなから、アウトカム・メジャーマンに持っていかうという事業がようやくスタートしましたけれども、特に入院医療の診療情報を電子化するには大変にお金がかかります。いつも電子カルテと言われますけれども、電子カルテは結果であって、診療情報を電子化することが結果として、電子カルテになるんだろうと思いますけれども、診療情報を電子化するということは、大きなデータベースづくりをするということであり、ナショナル・データ・バンクをつくるということなんだろうと思います。ただし、そこで1つ注文があるんですけれども、日本の場合にはナショナルという、国家が国家規模で情報を集めたときに、必ずこれを利用の方まで国家が独占してしまうということになります。これはアメリカのようにナショナル・データベースができていて、そのデータベースに関しては契約をした人たちが同等に使えるという仕組みをつくらなければいけないと思っています。

この診療情報の電子化は、入院医療に関して、特に急性期の病院のコンピュータ化を急速に進めなければいけない。これは次に阿曾沼委員がお話をされるのだろうと思いますけれども、非常にお金のかかることです。この件と、もう一つ、実は再来年の4月から、臨床研修教育が必修科になる。先日関西で研修医が亡くなって、裁判所が労働と認定をして、労災の適用になったわけでありましてけれども、例えば慶応義塾の病院は、研修生に1月25,000円の手当しか出していません。しかも、それは3か月まとめて75,000円、3か月後に出すということで、労働として最低賃金すら守られていないような状況であります。それを一体どうするのか。必修科にしておいて、お金を全く付けない。こんなばかげた国は日本だけあります。ですから、やはり研修教育にきちっとお金を付ける。あるいはIT化にお金を付ける。その代わりに、医療の質が向上されるということになって、それをどうやって実施するのか。社会保険だけで出せなければ、患者さんからお金を出していただく、あるいは保険者が出せる仕組みにするかしかないだろうと思いますけれども、そのときに今まで日本の社会保険診療報酬というのは、行為別に点数を付けて、まさにさじかげんで行ってきたんです。そうではなくて、1点10円という仕組みを1点11円にする、12円にするというところを選択制にすればいいと私は思うのです。特定療養費というわけのわからない項目を増やして、結果として積み上がってきて幾らになるのか最終的にわからなかった。こんなに高いのですかと言われるよりも、この病

院は1割高い病院、2割高い病院ですということを最初からわかった方がずっと親切ではないかと思えますから、そういう意味でも価格の自由化。

それから、混合診療ではなくて、民間の医療保険がカバーできるような形をもっと増やすべきだと。そんなことをIT化を含めてこれから進めていかなければいけないと思います。

以上でございます。

**島田座長** ありがとうございます。非常に基本的な問題を提起していただいたのですが、河北先生にはもっともっといろんなところで教えていただかなければいけないので、今日は皮切りということで、価格機構と市場の問題を鋭く問題提起していただきました。ありがとうございました。

それでは、阿曾沼先生から御意見をいただいて、その後で医療、健康について、少し質問とかディスカッションをしたいと思います。

それでは、阿曾沼先生、よろしくをお願いします。

**阿曾沼委員** 私はもともと専門は医療情報処理というコンピュータの仕事でございますが、技術論をここでお話をしてもしょうがないだろうということでございまして、情報にどう向き合っていくか、情報をどう扱っていくということを中心にお話をしたいと思います。

まず、お話をする前に私の身近で起きたエピソードを2つお話したいと思います。

2月に私のかつての上司に肺がんが見つかりました。これは人間ドックでCTをちゃんと撮っていれば、見つかった肺がん、単純写真の中で心臓の陰に隠れて、5年物、10年物で大きくなってきたものを気づかずに、調子が悪くなってCTを撮ったら肺がんであったと。お嬢様御本人は当然情報を扱っておりますので、世界のサイトからインターネットでいろいろな情報を調べた。しかし、ことごとく自分がやりたいと思っていた治療ができなかった。

また、「イレッサ」という抗がん剤がございまして、ちょうどそれが承認中でした。この「イレッサ」を使いたいということを申し出ましたが使えないということで、結果的には6月にお亡くなりになりましたけれども、「イレッサ」を使っても当然、ドクターから見れば意味がないという結論なんです。結局は御本人が納得をせずに亡くなっていく。家族も、やるべきことを全然できないで主人を無くしたという不満を持ちながら、今生活をされている。

もう一つ、これも私の身近な例でございますが、乳腺のがんで再発をした。日本のト

ップの抗がん剤治療の方4人にお聞きしました。お二人は抗がん剤を混合で使って、最初から強いものでたたくべきだ。お二人は、やわらかいものから徐々にやるべきだ。専門家の4人の御判断はすべて違いました。では、これはどう選択するのかと言ったときには、本人が選ぶ以外にない。ところが、本人は選べない。それだけの知識がない。自分で調べても限界がある。

こういったことで現実には悩んでいる状況があると言ったときに、医療の情報というのをどうとらえていって、どうきちっと管理をして、その情報をどう判断するかということ、それをだれがサポートして、その情報で選んだことに対して本当に自分たちが責任が取れるのかという非常に広い大きな議論というものがこの情報の中にはあるんだろうと思います。

この情報というものを扱っていくのは、コンピュータでデータベースをつくってすぐ出せます。インターネットで見られますということは非常に簡単に実はできるわけですが、その以前の問題についての検討というものが、難しい、大変だ、いろいろネガティブな側面があるからやらない方がいいんだという結論になっているのが現状ではないかと思えます。しかし、ともかくいろんなことをやってみるということがこれから非常に重要なポイントであろうと思えます。そのような観点でお話を進めていきたいと思えます。

1 ページ目ではありますが、特に情報爆発の時代において、我々が情報とどう付き合っていくかということが非常に重要になってきているということでもあります。

2 ページ目をご覧になっていただきますと、情報ということの特徴点は、基本的にはオープンである。ありさまを広く知らせる、公開するというインフォメーションという言葉を持っておりますが、メディカル・インフォメーションというのは、現状に照らしてみると、メディカル・シークレットになっている。ここがすべての医療の問題の根幹ではないかと思っております。河北先生もいろいろお話をされたように、ここに最近の医療の話題がございますが、この根幹は何かと言えば、情報が正しく管理されていて、情報が正しく評価され、情報が正しく皆さんの前に出てこないということに起因しているわけでありませう。

3 ページ目、病院と医療の業界というのは競争の激化の中で高いハードルを克服していかなければいけないということで、医療機関そのものは悩んでいるわけですが、医療機関そのものの高いハードルというのは、大きく分けて3つあると思っています。

1つは、高コスト体質。なぜ高コストにならざるを得ないか。これは診療報酬体系が病院組織を運営するために、いろんな間接費がありますが、その間接費を担保するような体系になっていない。基本的には診療所という非常に小規模な病院を中心に運営していく形で診療報酬体系が成っている。病院は規模の経済と逆でどんどん大きくなってくると利益率は下がってくるということの状況。

しかも、個々の病院が高額の医療機を買って、それをまた担保できるような診療体制になっていない。いわゆるコストを回収するような体制になっていないということがあって、高コスト体質ということに悩んでいます。これをどう解消していくか。

それから、情報公開、開示、開かれた医療の社会ニーズ、これは賢い患者、物言う患者が増えてまいりましたから、病院がこういったことへ適切に医療の社会ニーズにどう対応していくか。こういうことが今、病院に課せられた非常に大きな課題でございます。これは病院が悪い、医療が悪いということも皆さんおっしゃるかもしれませんが、病院も気がついておられると思います。病院自身も、医療機関自身も、今、まさにビジネス・プロセス・リエンジニアリングが必要である。

それから、グローバルスタンダード、標準化が必要である。患者満足度のマーケットの視点での組織運営が重要であるということを皆さん考えているわけですが、その考えて努力していこうとしたときに、いろいろな制約と規制があるということは、大きな課題になっているのではないかと思います。健全な努力が報われる経営環境をどう規制を排除して整備していくかということが、これからの非常に重要なポイントなのではないかと思っています。

組織として患者満足度の向上を事業推進の理念として病院が運営していくということは、マーケティングの世界で言えばこの4つのP、患者が支払う医療費に見合う診断と治療を提供して、価値を正しく理解してもらうための活動をきめ細かく行って、医療チーム全体や、患者や家族、更には地域医療の情報共有を行っていく。これが組織運営としては非常に重要なわけですが、このマーケティング・ミックスをきちっとしていく。戦略を立てていくためのキーテクノロジーが電子カルテシステムだというふうに考えています。ただ単に紙のカルテをデジタルライズするというのが電子カルテということではなくて、病院が扱っていく情報の基盤そのものを考えていくということが電子カルテシステムなんだろうというふうに思っています。

5ページに飛びますけれども、この情報システムを病院が活用し、また、皆さんがその情報システムのメリットを享受するために重要なことが実はこの標準化という問題で

あります。先ほど抗がん剤治療の診断のプロトコルがドクターによって違うというお話をしました。これは当然、医学に立脚した医療というのは、ある程度の違いがあって当然でありますけれども、ただ、どこにどう違いがあるのか、どういう結果をもたらすのかということのきちとした評価、情報の管理というものをやっていくためには、いろいろな側面での標準化が必要になってまいります。残念ながら今、コード、マスター、用法、表記、データ交換の規約、診断のプロトコル、いろいろな側面での標準化というのがなされていないのが現状であります。

標準化の議論というのは、1974年、都立駒込病院で始めてオーダーエンリー、電子伝票システムが行われたときに、既に病名マスターが標準化できていないことをどうしようという議論が始まりました。それから約30年経って、また同じ議論が続けられてるといのが現状でございます。この議論のための議論を続けていて、本当にいい情報がみんなに開示できるのかということが私ども非常に疑問でございます。原点に戻って、この標準化という問題について、是非もう一度みんなが考え直していくということが非常に重要なのではないかと考えています。

標準化の主役はだれかという議論であります。6ページ目にちょっとお話をしました。標準化議論のプレーヤーというのは、オリンピックみたいにいろいろな団体がいろいろな形で動いておりますが、基本的に私は標準化議論の主役は官側にあるのではないかと考えております。実践にまさるものなしということではありますが、実践をする行政を官側が容認をするということと、強力なリーダーシップを持って標準化の重要性というものを説いていく。そして、基本的には利益誘導とインセンティブの考慮というものが必要になってくると思います。

例えば病院で言えば、ホテルコストで差額ベッド料が取れますけれども、医療費の中で、例えば電子カルテの差額料、標準化の差額料といったものが設定されていて、医療費を高く払うということを患者が容認できれば、こういったコストの回収もできていくのではないかと。

推進の望まれる省庁間のボーダーレス化ということが非常に重要になってまいります。標準化を幾ら出口で進めていても、教育のレベルからこの重要性を説いていかなければいけないとすれば、教育を担う文部科学省、医療を担う厚生労働省、これがボーダーレス化で予算を活用していく。これは1つの例ではありますが、厚生労働省は去年、電子カルテのために260億円を投入された。しかし、結果は全く効果のない260億円であったと私は思っています。

この260億円をもっとほかの省庁と連携をして医療機関及び医療情報関連の業界に対して政策的に標準化の予算を集約していけば、もっともっと効果的な産業の発展ができていくのではないかと考えております。こういったことも非常に大きな課題なのではないかと考えております。

8ページ以降、いろいろなことを書いてございますが、基本的には標準化を推進することと、そのデータをいかに管理をして、どう皆さん方に、広く国民に情報を提供していくかという仕組みづくりの案を幾つか書いてございます。時間がございませんので、詳しくはお話を申し上げませんが、1つ、最後の方に18ページから情報というものを、例えばアメリカや日本はどんな研究がなされているかということについて少しお話をし、最後にしたいと考えております。

18ページには、経営診断の一例ということで、既存のレセプト情報、これは医療機関がレセプトということで診療報酬を出すわけですが、これは事実であって、真実ではない。いわゆる本当の診療の結果を反映しているものではないというのが今のレセプトの状況でありますけれども、このレセプトの情報をきちっと分析するだけでも、いかに、どの病院がどのくらいの医療費をかけているかということがわかるわけであります。

例えば、一番左のグラフで胆石症で重症度1、手術があった患者さんで同じアウトカム、社会復帰された患者さんで、左から2番目の病院にかかると、二十数万円の医療費でございました。5番目のところは、60万、70万かかりました。これは基本的にアウトカムの結果はほぼ同じというふうになっていくわけですが、この違いは何なのかということでもあります。

そこにはいろいろ診療の体制の問題、運営の問題、治療方針の問題、もしくは在院日数の問題とか、いろいろな要素があるわけですが、この要素の分析というのはきちっとできるわけであります。こういった分析の中から、どこに問題があって、何をしなければいけないのかということが、この情報の分析でできるわけです。ただ、この情報の収集は非常に困難を極めました。というのは、用語が違う、プロトコルも違う、何も違う、ですから、情報をつくるのには、数か月で数十の人間が、データをカルテから引き出さないと出てこないようなものでございました。本来はもっともっと情報ベースを持って分析をしなければいけないのですが、こういったものですら半年以上、1年くらいかかって、データを分析しないと出てこない。その現状も、これから情報システムの活用によって解消しなければならないと考えております。

19ページ～21ページは、先進的なアメリカのインテグレートッド/ヘルスケア/ネッ

トワークが、電子カルテの情報をとらえて、どういうふうに自分たちの医療の評価をしているのか。もしくは、どういうふうな形で一般の患者さんに情報公開しているかということではありますが、この20ページの「ATLASのOutput例」というのがございますが、これはあるバイパス手術で病院名、医師名、症例数、その症例で死亡した数、この疾患に対して通常はこの予測値としては死亡例はこのくらいであるはずである。そうすると、このお医者さんの評価はどうだということを、州政府の責任において公表をしております。これは基本的には医療機関も協力をしてデータを出しているわけですが、これには長い歴史をかけてきたということでもありますから、すぐこれがいいということがあるわけではありません。残念ながら、これを患者さんがどれだけ利用しているかということ、患者さんの利用は現実にはそれほど多くありません。基本的には同業他社とか、もしくは医療情報の機関のサービスの企業の方々が多くて、実際には患者さんがこれを見て、自分がこれで選択をしているということは、まだまだアメリカでも多くは進んでいないようでございますが、こういった試みがされているということでもあります。

21ページ、最後にお話をしたいと思いますが、

とかく欧米の医療の現状というのは、物すごく賞賛的な評価と、これは全くだめだという評価ということで、意見が二分をしていると思います。

今、アメリカの医療が現実はどう問題を抱えているかということを広く共通の認識として持つためには、ジャーナリスト協会、医療の評価の委員会が出した医療の質というところで非常によくまとめられているというふうに私は思っています。

ここで考えているアメリカの21世紀の医療システムが達成すべき目標、医療の提供プロセスの再設計に取り組むためには何が必要なのかということがまとめられていますが、実はこれは今、日本の医療に突き付けられている問題と全く同じだろうと思っております。

時間が来ましたので、簡単に御説明させていただきました。

**島田座長** どうもありがとうございました。

それでは、早速でございますけれども、医療と健康でお二人の先生からプレゼンテーションをいただきましたが、御質問、御意見をいろいろいただきたいと思います。20～30分行いたいと思いますので、よろしく願いいたします。

どなたからでもどうぞ。

河北先生、先ほどのものすごく詰めておっしゃったので、もう1つ、2つ言っておきた

いということがおありじゃないかと思いますが、いかがですか。

**河北委員** 今、総合規制改革会議、その前の規制緩和委員会で議論したのは、医療の質を向上させるということを中心にして、それに関してIT化をできるだけ進めていこうという議論をしたんですけれども、医療の質を向上させると言っても、国際比較をしてみるとということになって、国際比較ができるようなデータがほとんど日本にはないんです。

私はこのAPECの国際会議が9月にあったんですけれども、そこにいらっしゃる土生さんと一緒に行きましたけれども、アメリカは先ほど私が申し上げた対GDP比16%の医療費がかかっている。これは大変かけ過ぎなんですけれども、その中から結果として貿易財として輸出できるものをたくさんつくりました。これは例えば今、アジアの諸国でアメリカのコンサルタントがたくさん入って、その国の医療制度をつくり直しているということがあります。

それから、世銀の融資を受けながらアメリカン・スタイルの病院がたくさんアジアの諸国にできています。ただし、これは普及されてはいないんです。やはりお金を持っている人たちが対象になっていて、一部の人たちがアメリカ的な医療を受けていて、しかも、アメリカの病院は、アメリカのジョイント・コミッションと言いますが、アメリカのJSHOの認定すら受けているというレベルの病院がアジアの諸国にはたくさんあります。

アメリカのコンサルタントが各国のいろいろな制度に関与している。これは結局、アメリカのいろいろな実力がどんどんアジアに浸透していく。特に13億人いる中国の医療に非常に今アメリカの政府は関心を持っています。ところが、13億の人たちが利用できるような、普及できるような医療というのは、日本が実は1945年からつくってきた、まさに日本の国民皆保険制度なんです。ところが、日本の国民皆保険制度、これはデータ的に検証できるような仕組みを持っていなかったんです。ですから、そういうものを本当は国際貢献として、どんどん日本が国際的に普及させるべきだと思ったんですけれども、それができない。

アメリカで貿易財として輸出できるのは、まずDRG、PPS、特にDRGなんですけれども、疾患別に管理するディーズ・マネージメントと言います。そういう仕組みを持っている。これは科学的に検証できるようなデータベースを持っているからこそできるんですけれども、そういうシステムが海外に利用できるということ。

それから、アメリカの医師を輸出できる。非常にレベルの高い医師を輸出できる。や

はり医学教育の問題だろうと思うんです。

それから、評価システム、医療を評価する仕組み。これがアメリカが最先端を言っている。1つには、オーストラリア辺りも非常にいいものを今つくり始めていますけれども、勿論、薬だとか医療企業も輸出できますけれども、それから病院のマネージメント・システム、そういう医療管理学というものがアメリカでは1934年にシカゴからスタートしましたけれども、非常にすぐれたマネージメント・システムをアメリカは持っています。日本の病院管理学というのは医学部の中にしかないんです。管理というのは医学ではないんです。社会学なんです。

そうすると、いろいろな学部の交流がなければとてもできるものではないんですけれども、残念ながら我が国には医学部にしかない。最近では、医療福祉大学というのができましたけれども、まだまだ緒に就いたばかりです。

そういう意味では、お金をかけることが社会的に悪だということではなくて、お金をかけると、世界的、国際的に利用できるものがどんどんできてくる。我が国が医療から輸出できるものはほとんどないというのが現状であります。

**島田座長** どうもありがとうございました。

**樋口委員** 河北先生の御持論には非常に賛成できるところが多くて、民間保険の参入や、医師免許の国際免許化とか、私も常々思っていることが多いんですが、ただ、健康に関して河北先生がおっしゃったのは、歩くこと、指を動かすことが、頭を使うことでいいんじゃないかということに関して、私はやや疑問を持っておりまして、河北先生が医療の質の向上のためには、コストがかかってきますよ。これをどうしましょうかという議論をされておりましたが、私はこれこそが病気にかからないで予防をするというところに力を入れることによって、結果的に病気になる人が減って、医療費の削減と質の向上を実現できるのではないかと思っております、そのためにこそ、予防、あるいは予防医学というところには是非力を入れていただければと思っております。

具体的に健康のために何をすればいいんだということなんですけれども、河北先生もそれに関する情報を持っておられないと思うんです。時系列でもいろいろ調べて、なかなかそういうまとまった情報がないということを感じておまして、是非そのための調査・研究、しっかりしたエビデンスに基づく効果、測定とかいったものをしていただければと思うんですけれども、島田先生が御提案されている現段階のまとめの中にもあるように、代替医療というのがその1つの解決策になると思っております、これは病気を治すということも勿論あるんですが、これは例えばマッサージや、アロマセラ

ピーや、そういう方法なんですけれども、それは共通的に予防というところにも力が入っているわけです。しかも、コストが安いとか、手軽とか、楽しいというところを含んでいると思ひまして、是非予防に力を入れることによって医療費が削減されていくというところに皆さんの関心を持っていただければと思っております。

**河北委員** 反論するつもりは全然ないんですけれども、私は医学的な立場で考えますと、人体というのは、自己同一性の認識という、自己と他というものを区別できる力を持っているんです。それから、臓器の相関性と固体の統一性ということ。これは病理学的、生理学的にそういうことを我々はいつも考えなければいけないんですけれども、そういうことを考えたときに、やはり自分の健康は自分で守るということで、外部でいろいろなものを入れることよりも、本当に自分が一駅先に下りて歩くとか、エスカレーターは使わないで階段は自分の足で上るということの方が基本的に大切なんです。代替医療、オルタナティブ・メディスンというのは、アメリカのNIH等も認め始めているんですけれども、例えば中国の医学というもの、これはただ漢方という薬ではないんです。人間の脈を見るんです。脈というのは神経、あるいは血液に沿って脈があるんです。そういうものを全体的に見るということがあって、それをNIHが科学的に検証できるような仕組みの中で代替医療というのも認められ始めているんですけれども、やはり基本は生体としての自分の体をいかに動かすかということなんではないかと私は思っています。

**島田座長** 私も全くそれに同感なんですけれども、河北先生の話を知ると、みんな目からウロコなんですけれども、1億人に目からウロコを落とす商売というものもあると思うんです。これは大産業になるのではないのでしょうか。ぼんやり暮らしているとそんなに知識は手に入りませんから、それで日経ヘルスがあるわけです。ということで、私はこれは大産業になり得ると思っております。

それから駅を歩けと言っても、仕事の必要から最初から車に乗ってオフィスに行かざるを得ない人、黒塗りの車が迎えに来てしまう人もいます。その人々はどうしたらいいか、彼等なりの健康問題を抱えています。そういう人たちは支払能力もあり、しかし健康を維持していかななくてはならない。そうした人々にサービスを提供することも必要だし、それも産業になり得る。この研究会ではこれはそういうことも含めて多様な可能性を検討していきたいと考えていますので、よろしくをお願いします。

**阿曾沼委員** そういう意味で、医療＝メディカル。メディカル＝医療と考えるのか、ヘルスケアということで大きく関わっていくのかということで、基本的にコンピュータの

世界というのは、組織の壁とか、いわゆる分野の壁というのは全然関係ありませんから、基本的結果としての病気のデータを集めても、当然それ以前の問題がどうだったかということデータを集めていくと、基本的に生まれたときから死ぬまでのカルテという情報は、当然集めざるを得ない。

そうすると、例えば母子手帳から学校健診から企業健診からすべてばらばらにやって、データが集まらないというところの仕組みをどうつくっていくか。

あと、基本的にはデータベースの価値を高めるためには標準化であると同時に、データベースを扱う非常に重要だという認識があまりにも少な過ぎると思います。1980年代でヨーロッパで欧州会議の中で、すべての欧州の医療機関は、ミニマム・データセットをつくってきちっと国際比較ができるようにしましょうという宣言をしました。宣言をしてもなかなかできませんけれども、日本は基本的にはミニマム・データセット、最小限医療機関なり医療に関わる人たちはこの項目を、こういう形でデータを集めるきだと。集めるということすら実はできていません。ですから、データベースをつくると言ったときに、何をどういうふうな形で何年間、どういうふうに管理するかということのガイドラインすらないということでもありますから、そこも含めた標準化ということが必要なのではないかと。ですから、価値のあるデータベースさえできれば、当然のことながら、4ページに私が書いたような「ディジーズマネジメント」「セーフティーマネジメント」「コストマネジメント」、すべての運営管理に必要なデータが、1983年にアメリカがDRGをつくったときに、600万症例というデータベースの処理をして、あの当時のエビデンスがあって500~600のDRGができています。日本は183のDRGをつくらうと思ったときに、国立病院のカルテを持ったときに、皆さんが何を思ったか。何も出てこないし、まとめられない。結局は委員の先生たちの経験と感覚でつくった183のDRG、このDRGでは医療機関でやれと言っても、これはほとんど共感を得られない。しかも、コストがわからないで、38万点というのは平均的な医療費、これではDRGが日本でできたとしても、きちっと機能しないのではないかと思います。

**島田座長** アメリカは幾つを基にしてつくったんですか。

**阿曾沼委員** 相対的には500~600万症例と言っていますが、1983年、大学のいろいろな文献を見ると、110万症例で処理をした。ただ、これはすべてコンピュータということではないわけですが、データがきちっと集まっているということでもあります。

**中条委員** 阿曾沼先生と河北先生に1つずつ教えていただきたいことがあるんですが、まずは阿曾沼先生に、データベースさえ国の指導できっちりでき上がれば、先ほどア

アメリカのバイパス手術の例などを御紹介いただきましたけれども、これは患者さんが自分では使うことはないというお話でしたが、それは若干加工するなり、あるいはわかりやすくという民間の情報システムというの、恐らく出てくるのではないかと思うのです。それでわかりやすくそれを提供する。日経BP社さんもそういうことをやっていらっしゃるんだと思いますけれども、そういう産業がデータベースさえきっちりでき上がりさえすれば、あとは患者にわかりやすいように提供する。提供する媒体が複数登場してくる。お互いに競争して、その中でより有効な説明の仕方、わかりやすい説明の仕方をするとところが多分生き残っていくという形になっていく。それはかなり大きな産業になるのではないかなと私は期待しているんですが、それは楽観的でしょうかというのが阿曾沼さんに対する御質問です。

もう一つ、河北先生にお訪ねしたいのは、河北先生の御所見、私は全く賛成なんですが、医療の分野にはそれを実現するには超えなきゃいけない規制の壁というのが全く多くあると。私がお訪ねしたいことは、強い規制の中でいかにして規制と闘っていったらいいのかということ。その方法について是非教えていただきたいというのが質問です。

**阿曾沼委員** 11ページに私なりの考え方が書いてありますが、データベースを国のベースですべて管理するということは、私はあまり考えておりませんで、それこそ医療機関、もしくはそれに関連する産業、企業がそのデータベースを責任を持って管理しても全然いいんだと。やはりナショナル・ベースでやっていただきたいのは、基本的にはナビゲーション、どこにどのデータがどういう形で存在をしていて、そのデータを管理している人はだれなんだと。

もう一つは、情報システムの中で今後一番重要なのは情報デザインということだと考えています。情報をいかにわかりやすく、正しく理解させるために情報を出していくか。もしくは、デザインしていくかということが重要でありますから、そういったところの基本的なガイドラインをきちっとつくっていったり、デザインについてのいろいろな研究を支援していただくということで国の力を借りるということが必要で、例えば私は今度の特区の中で、東京メディカル・フロンティア構想というのがあり、電子カルテシステムを入れている民間の病院、もしくは国立大学でも大学病院でもいいんですけども、みんなでお金を出し合って、ホールディング・カンパニーをつくって、きちっと医療機関として責任を持って情報を管理して開示するような仕組みをどんどんつくっていくべきだと。医療機関自身が自己改革をしていくための道筋を示しながら、市場を喚起して規制突破をする活力にすべきだということで、複数の医療機関を声をかけているわけで

ございますが、こういった民間の提案、組織化ということも非常に重要なのではないかと考えております。実は日本に医療産業が集積できない。アメリカは、医療産業が世界の最大の輸出産業になってきているわけですが、日本がほとんどの医療産業が世界と伍して闘っていくことができないというのは、いろいろな課題があると思いますけれども、こういった東京で、もしくは病院のクラスターが存在しない。ですから、産業が集積してもメリットがないということでもありますから、産業集積をして、どんどん頑張っって世界へ出ていってほしいということをするのではなくて、そういうフィールドをつくっていくということが非常に重要なのではないかなと思っています。

そういったことの思いを集約したことがこのメディカル・フロンティア構想ということでございます。

**島田座長** ありがとうございます。では、河北先生。

**河北委員** 今の御質問は一番難しいポイントです。ですから、医療というのは、患者さんの選択の自由という言葉にしてあるんですけれども、市場競争原理という言葉を使うと大変に抵抗が大きくなるんです。ですから、選択の自由という言葉をしてできるだけ前に出したいと思っていて、選択の自由というのは、結局、競争になるわけです。情報を流通させなければいけないということなんですけれども、それにものすごく抵抗を感じる人が多いです。最終的には政治が変わらなければ日本の医療は変わらない。やはり医療政策というのは、国家の根幹の1つだろうと思うんです。アメリカでもクリントンがヘルス会議をやるうとして失敗しましたが、大統領府が扱うくらいの大きさのものなんです。ですから、政治が変わらなければ日本の医療を変えることはなかなかできない。

ただ、もう一つの切り口として、データベースなんです。データに基づいて議論ができるということを出せば、それに乗って制度を変えなければいけないという動きになるだろうと思うんです。多少時間がかかるかもしれませんが、きちっとしたデータを集積するというのが、やはり早道なのか、回り道に見えるけれども早道なんだろうと思えます。

そのときに、例えば診療情報の電子化と言っても、診療情報管理ができなければ電子化はできないんです。診療情報管理士と言われる人たちは、一体何人いるのか。私が以前副会長をやっていた日本病院会がその教育システムを持っているんですけれども、当時はせいぜい1年間に15~20人くらいの認定を受けていた。通信教育でやってきたんですけれども、今は何とかという財団と一緒にやっています。

それから、この前、確か一入院辺り300円という診療報酬が付いた途端に、かなりの

数、100～200人くらい、一挙に10倍くらいの方が生まれたんですけれども、また、それは最近数が減っている。しかも、国家資格でないと国立病院だとか、自治体立病院にはそういう人を置かないということになってしまっているんです。こういう資格制度の問題も、規制として乗り越えていかなければいけない。業際をどうするかという、そういう問題が絡みますけれども、遠回りに見てもデータを集めることが早道なのかなと思います。

**島田座長** 突然で恐縮なんですけれども、大田先生、今は、役人側に座っておられますが、今日はあまり自己規制なさらずにたくさんこの分野では御見識がおりなので、何かございませんか。

**大田参事官** 河北先生が全部私の言いたいことはおっしゃってくださって、そのとおりです。ただ、実際にそれをどうやっていくかが本当に難しい。株式会社の参入ももう6～7年議論して、一步も前に進まないわけです。かなりこれは政治絡みの話が強くて難しいと思います。

1点だけ、私伺いたいことがあったんですが、価格の自由化というのは非常に賛成なんです。診療報酬点数を変えた場合に9円、10円、11円にしたときに、それが患者の負担にはね返るのは自己負担分だけです。残りは医療保険になりますから、結局、価格の自由化が機能するためには、それが患者の負担とつながらないといけないわけですね。2割しかはね返らないとすれば、それは価格の自由化と言えなくて、難しいんじゃないかなという点。

阿曾沼先生に1点だけ、電子カルテ、これまた非常に難しいんですけれども、抵抗が強いんですけれども、本当の医者サイドから言って、本当の抵抗の理由は何なのか。これは河北先生に教えていただいた方がいいと思うのですが、なぜ医者はこんなに抵抗するのか。

**河北委員** 私が申し上げたのまさに自己負担分なんです。ですから、自由化ではないのは、おっしゃるとおりです。ただ、今の支払制度には幾つかの方法があります。今までの出来高払いというものは、それからプロスペクティブ・ペイメント・システムとして包括的に決めてしまうものと、それから例えば認定請負制みたいな仕組み、あるいはトータル・バジェット・システム、この4種類くらいなんですけれども、出来高払いはどうも質を担保しないような気がするんです。ですから、DRG、PPSというものに将来的にもっていけば、私は科学的に根拠のあるものになるだろうと。ですから、今の日本のドクター・フィーを中心にした出来高払いは極めてナンセンスであると思っています。

すから、価格の自由化という自己負担分を上乗せをするというだけの話ではなくて、将来的にはDRG、PPSをできるだけ早く導入するということが正しいのではないかと思います。

それから、電子化は抵抗ではなくて、結局、日本の医療というのは今までは経済誘導でしかないんです。診療報酬を付けるとそちらに動くということで、本当に誘導されてきた。実にみっともないことなんです。自主的に自分がやろうとしないで、私のところはそうではないんですけれども、本当に経済誘導されてきた。ところが、最近は誘導するだけのお金が国の方に、社会保険の方になくなってしまったんです。ですから、できないんです。例えば私のところで今、315ベッドの総合病院と135ベッドのリハビリテーション病院、その他、阿曾沼さんも前にいらっしゃった富士通で今、システムを組んでいるんですけれども、それでも導入費用が初期に7～8億円かかるということ。

それから、年間の経費が毎年3億円以上かかるというのは、これは大変なお金なんです。その分、全部持ち出しになってしまうんです。何にも診療報酬で手当されていませんから、ですから、そこを何とかしなきゃいけないので、社会保険で出さなければ患者さんから直接いただくしかないということで、さっき1点10円を11円とか12円というお話をただけなんです。本当はDRG、PPSできちっとコスト計算をして、コストに見合った支払いがなされるように、その代わりに質が担保されるということが条件ですけれども、それをつくらなければいけないと思います。

**島田座長** それとの関係で、患者さんから暫定的にいただくというときに、阿曾沼先生の問題提起でもあるんですが、データベースをつくりたい、医療情報をデータベース化したいというときに、これは法律が勧告か知りませんが、院内で医療データは蓄積しているということになっています。病院の外でできない。もし、病院の外で、今、富士通さんの話が出ましたところで、そういうところでトータル集めていい。しかも、その分の7億円は質のいい診断をしていただきたい人たちが自分の費用で払うからということであれば、自己責任、自己負担でやるということであればできますね。

しかし、それについては院外でやってはいけないんだという規定というか圧力、指導というのはあるんですか。

**河北委員** それは今どうですか。

**阿曾沼委員** 電子カルテは基本的には医療機関でないと管理ができないということでありますから、特にアクティブのデータを医療機関以外のところで補完するということは今はできません。

ですから、今、例えば河北病院の電子カルテの情報をどこかIDセンターというデータセンターに保管する。そこでずっと管理するということは、基本的にはできない。  
**河北委員** 処理をしたものを出すことはできますね。

**阿曾沼委員** そうですね。ただ、基本的に今、規制緩和の中で、早晚医療機関がデータを管理する限界を越えてしまいますから、当然それを担保して、特に災害関係であれば東日本は西日本の、西日本は東日本のデータセンターできちっと管理していくということが必要になってくると、民間のリソースというのは当然必要になってくる。

**土生厚生労働省医政局企画官** 規制の仕組みの話が出ましたので御説明させていただきましても、医療に関しましては、今、刑法その他により、いろいろな職種におきまして、守秘義務というのがあるわけでございます。そういう関係も踏まえまして、現在の電子化された医療情報の管理につきましては、基本的には医療機関の中でやっていただくというふうをお願いをしております。ただ、別の医療機関でもいいじゃないかという議論もございまして、ある程度の柔軟性というものも確保されるように今年の4月から変えてきたところでございます。

それ以上どうするかというのは、我々も重要な課題であると認識しておりまして、1つの問題は、我が国においては個人情報保護法が国会には提出されておりますけれどもまだ審議中であるということでございますので、そうした情報関係の保護法制の動向を見まして、当研究会のいろいろな御意見も踏まえまして、今後、十分検討していかなければいけない課題だと思っております。

**島田座長** 土生企画官の御意見、そのとおりだと思うのですが、ちょっと伺いたいのは、阿曾沼委員がおっしゃるように、お医者さんが精一杯頑張ってデータ分析をしても、診療することで精一杯ですから、手が回らないわけです。ですから、ここは餅屋は餅屋で、たとえば富士通さんやオラクルさんのような専門家集団もおられるわけですが、そうした専門家が総力を挙げて、必要なコストをかけて、自己責任で自分のデータは出しますからという人たちのデータを集めて、会費でやればできるわけです。それは本来、原理的には国民の自由な権利だろうと思うんですけれども、そこについて国家政策としては、恐らく土生企画官は国民全体のことをお考えだから、国民全体ということになると、住基ネットみたいな問題になってきて、プライバシーの問題もあり、いろいろ懸念すべきことがある、そこで国民全体に対してはセーフティーネットも必要だし、最低基準は保障することも必要だが、それ以上は自己責任でやっていいのではないかということをししないと、進歩もしませんし、国民の厚生にもならない。ですから、

そこのところはそういう扱いでいいのではないか。そうしたフレキシビリティを前提にし、ある病院で扱ったデータを、別の医療機関ならいいという場合、別の医療機関とはたとえば富士通でいいのか。富士通が医療機関の資格を取ってやっていいというふうに言っていただくと非常にやりやすくなりますけれども、それはどうですか。

**土生企画官** 株式会社の医療経営のような話になりますと、また別の議論がございますので、ここではあまり。

**島田座長** そうではなくて、医療というよりデータを分析するということだけなんです。

**土生企画官** 私どもが気にしておりますのは、個人情報保護のこと。

**島田座長** それは国民全員のことを考えるからそういうことを言うんであって、例えば市民のうちの1万人が、私達のはいいと。自分の自己責任でお願いしているんだから、分析していいんだということを言ったときに、国が、あなたの個人情報どうのというのはこれは越権じゃないですか。

**土生企画官** 勿論、その患者さんの御了解を得られた情報について提供するというのは差し支えない。

**島田座長** それならとてもいいことが起きるんですよ。患者が自分の自己責任で、自分のデータを提供するから、それはすべて専門の分析者が分析をしてお医者さんの意見を聞きながらということであればいいわけですね。そうすると、メンバーシップの組織をつくれればこれはできるわけです。それはいいですね。土生企画官が今いいと言ってくださると大変ありがたいんです。いいですね。

**土生企画官** そうなことだと思います。

**島田座長** ありがとうございます。

**阿曾沼委員** 今、他の物理的な組織に移って、それが医療機関であればいいということになっているんですね。変な話ですけども、どこかのメーカーが全部自分でやりますという医療法人を誰かがつくりました。管理は医療法人でやってください。しかし、全体は会社ですというのも今はできてしまうんです。そういう抜け法みたいなものが許されてしまうのが今の規制だと思うんです。それだったら、オープンにして、きちっとした方がいい。先生のおっしゃった方がいいと。これは私も何度も提案をしているんですけども。

**島田座長** ですから、難しいのは、厚生労働省は国の機関だから、国民全体のことを考えるので、そこから発想するから、自分の自己責任で自由にやらせてくれということについて、取り組みにくいんじゃないですか。

**土生企画官** そういうふうに御配慮いただければ本当にありがたい。

**島田座長** その問題だと思っんです。全体を規制緩和するというと、国民全員の、例えば恵まれない人とかいろいろな人を考えなければいけませんから、それは簡単に動けない。けれども、自己責任でやる限りはいいですよ。そのところは自由な価格付けでやってくださいよと。

**土生企画官** 先生のおっしゃるようなアプローチは大変重要だと思っています。ただ、一方で、国民全体の話も私どもは考えなければいけない。

**島田座長** それは厚生労働省で頑張っていたきたいと思う。

**土生企画官** それにつきましては、個人情報保護との関係があるので、ということを上げているわけです。

**河北委員** 個人情報保護のことなんですけれども、医療に関する個人情報保護というのは、個人が特定できないということであれば、本当は情報を集積することが国家として非常に役に立つことなんです。ですから、個人を特定しない仕組みさえきちっとつくっておけば、個人情報は保護されるわけです。それでデータベースになれば、ここは全く問題ないと思っんです。

もう一つは、これは個人情報保護の中で是非考えていただきたいのは、医療に関しては、患者さんの意思を確認するということが大切なんです。個人情報保護という情報を保護する前に、患者さんの意思が確認されているかどうかなんです。これは産業とは違うかもしれませんけれども、最高裁の判決の中で、家族に対してのインフォームドコンセントに配慮が足りなかったということが出てきていますけれども、家族に話していいかどうかを、患者さん本人に確認していないんです。家族だからと言って、話していいかという議論が全くそこになかった。やはり患者さん個人の意思を確認するということがまずなければ、個人情報保護以前の問題なんです。そこが大切なんだろうと思います。

**島田座長** 時間がもう限られて恐縮なんですけれども。

**阿曾沼委員** 1点だけ、なぜドクターが電子カルテを嫌がるかということについて簡単に一言で。

私が思うのは、ドクターは今まできちっとデータをカルテに書いてなかったんじゃないか。実は電子カルテで標準化を進めようということでデータをきちっと集めようとすると、これは大変負担がかかります。いろんなことを聞きます。これはどうするんですか、これはどう書いてください、書いてください。そうしないと、データの価値が高まらないから。ところが、ドクターをアンケートすると、ほとんどのドクターによると、

何でこんないっぱい書かなきゃいけないんだということが一番大きい抵抗の要因だと。ほかにもいっぱいありますけれども。

**島田座長** 今日短い時間に非常に重要な話題がたくさん出ていたので、また、後で議事概要も踏まえながらよく整理をしていきたいと思っておりますけれども、今後の討議のために非常に重要な課題が幾つか識別されてきたと思っております。本当にありがとうございました。土生企画官、本当にありがとうございました。

次の話題に移りたいと思っております。少し時間が押しておりますので、観光にいきたくと思っておりますが、佐藤委員からプレゼンテーションをお願いします。

**佐藤委員** 私、立ち上げの前に非公式のヒアリングを一度受けておりますので、今回は問題の本質をズバリ一言だけ言ってほしいというお話でしたのでそのようにさせていただきます。先ほど座長の方から観光の問題の背景、それから検討の課題、整理されて挙げておられました。まさにそのとおりだと思うんです。私の話は、こういう課題になるようなものを縦軸としますと、横軸にどのようなものがあるのかというようなお話だと思ってください。

簡単に1枚にまとめてありますので、レジュメでお話ししますが、まず、そもそも観光というのはどのようにして起きるのかということでもあります。水は酸素と水素からできているということでもあります。もしそういう分析をすると、観光現象というのは、観光地側と観光客がいる。単純な構造です。それがうまく合ったときに観光という現象というのが起きるということなんですが、その中にある必要な素材、要素というのは、いろいろな人がいろいろなことを言っておりますが、大体こういうふうにとまとまるんだと思っております。この辺も1つ常識としておさえておかれた方がと思ひまして、再録いたしました。

つまり、観光地側の要素としては、俗に言う「アゴ・アシ・マクラ」と言うんですが、「飲食」、「交通」、「宿泊」とその観光の「場」ということで、現在ですと、テーマパークとかいうものが非常にクローズアップされておりますが、この4つの要素が全部なんです。

したがって、これらをどういうふうインフラとして整えていくかというのが課題になってくるわけでありまして。観光客側はどうかということ、俗に金と暇と言いますけれども、やはり経済的余裕がある程度あって、自由な時間がなければ観光現象は成り立たない。金と暇というのは大体皆さんおっしゃるんですが、もうひとつニーズと観光行動志向、観光目的、その気になっていなければ金と暇があっても観光はしません。この3要

素が観光客側にあって、これらが必要な要素です。ここまでは大体どの教科書にも書いてあります。

実際にはもう一つ、例えば酸素と水素で水ができると言いますが、酸素と水素を並べておいても水にならない。触媒的なもの、刺激がないとできないというところが実は今日のお話のポイントなんです。プロモーターが適切に機能しているからだということです。ここのが意外と忘れられているんです。どちら側にと言えば、両方への働きかけです。観光地側と、観光客側の両方に働くんですが、観光地側に対しては、つまり観光産業も含めてですが、そのサービス提供が、つまり自分の出すサービスが利益になるのかならないのか。もしこれがビジネスでなければ、例えば地方自治体などであれば税金ということになると思うんですが、それが利益になるのか、あるいは税金になるのかということが認識されているのか。それが「その気」であります。

ですから、いくら国全体の在り方としてこうあるべきだと言ってみても、1つもビジネスとして利益にならない。あるいは自治体側とすれば、税金としては何もはね返ってこない。こういうようなことであれば、これは触媒が働かない。

前回、ヒアリングがありまして、東京都の観光部の方がいらっしゃいました。東京都は観光振興費用の約半分にホテル税をあてると。あれだけきちんと目的税が位置付けられておれば、当然、そのために頑張るというインセンティブになるんだと思いますが、現在、地方都市をとってみても、観光客が来ても、恐らくごみ処理とかで費用がたくさんかかりますが、直接の税金というのはほとんど考えられない。特に観光地がお寺とかに依存している場合には、これは宗教法人ですから、全く税金と関係ない。この辺の仕組み、インセンティブの仕組みが、観光地側に対する刺激剤として必要です。

前回、東京都の方もおっしゃっていましたが、あまり外国人が東京に観光に来ない理由の1つとして、旅行会社が一生懸命やっていないんだという話がありました。これは皆さんおっしゃるんです。しかし、これははっきりわかるんです。旅行会社がそこでビジネスとして利益が出るシステムがないんです。したがって、当然旅行会社は観光客の受け入れに熱心になるべきだという、べき論はわかるんですが、会社も人を雇って、利益も出して、株主配当もしなくちゃいけませんから、そういう中では、インバウンドのビジネスに、ビジネス・モデルを見出していないんです。したがって、これは動かないということになるわけです。

もう1つ、2番目、観光客側に対してですが、先ほどその気というお話をしましたけれども、行く気になっていない。あるいは観光したいという気がなければ、いくらいい

ホテルがあり、新幹線が走っていてもだめなんです。つまり、欲望をかき立て、それを満たすサービスを受ける気にさせる何かがないと動かない。ここのところが、どういうビジネス、あるいは組織がそういう働きをするのかということがいろいろ挙げられてくる検討課題の横軸の問題。縦軸にいろいろな課題が出てきますが、横軸として、ここのところを無視すると全く進まない。要するに、べき論としては正しい、これはすばらしい、国としてあるべきだということは理解はするけれども、実際は動かないということになります。ここのところは非常に大切だということになります。

次に、ちょっとかいつまんで今の状況をもう一度お話することになるんですが、観光をめぐる20世紀後半の40年間のメガトレンドということで、これは資料は付けなかったのですが。海外旅行は非常に伸びました。1964年に海外渡航が自由化されてから、現在まで、ほとんどゼロから1,800万人近くまで伸びたということですが、国内旅行は総じて低迷している。これはデータの示すとおりです。

もう1つは、アウトバウンドは非常に伸びました。今の1,700万~1,800万という数字に伸びましたけれども、インバウンドは低迷している。これも数字が出ています。これはだれが見ても、このメガトレンドははっきりしているんですが、その成長、低迷、この明暗を分けたキーワードはどこだったんだろうかと言うと、案外簡単なもので2つだと私は思います。

1つは、「自由競争」。

もう1つは、「プロモーター」。先ほどの横軸の問題です。この2つだと思います。

「自由競争」、つまり海外旅行の場合は、端的に言えば国際線航空会社と国鉄の差です。つまり、全く需要のない日本、1964年の状態ですから、ほとんど海外旅行する人などはいないという状況のときに開放されましたから、当時はアメリカをはじめ大手外国航空会社がどんどん入ってきました。お客はおりません。日本の航空会社も出て行くということで、大変な過当競争でした。IATAという仕組みはありましたけれども、実勢価格は全く自由競争、その中でHISのような会社が伸びたということもあるわけですから、現実には海外旅行は自由競争でした。したがって、需給のアンバランスの中で非常に切磋琢磨したという自由競争状況がありました。国内旅行についてはメインの輸送機関はその当時国鉄でした。これは全く独占企業ですから、国鉄の切符は窓口でしか売らない。交通公社の店だけは売ろうかなという状況ですから、販売促進などとは反対の考え方です。むしろ売らないという考え方ですから、そこにその差が出てきた。それが海外旅行と国内旅行の明暗を分けたということです。

それから、もう一つ言えば、なじみの薄い海外の観光地と人気観光地の大型旅館の差ということもあった。

通常、当時の日本人は海外のことはほとんど知りません。なじみが薄いですから。海外の、向こうから見ればインバウンド、自分の国へ来ていただきたいというところはどうどん宣伝に来ました。ここの委員をやっておられる地中海クラブに勤めていらっしやった廻委員のところもその1つですが、外国から日本に出てきて、非常に宣伝した。こういう所がありますよということで宣伝して、やってくれるんですが、日本の方は国内の観光地はいやというほど知っていると言いますか、紅葉の時期はどこも満員になる、桜の時期は行ってもシーズン中は大変だと。わかりきっているわけですから、その旅館というのは取れないという状況です。

取れないですから、むしろそれをビジネス・チャンスとして、大手の旅行会社が仮押さえしてしまうという状況もあります。

したがって、個人としてはますます泊まれない。海外の方からはいらっしやいと言っているわけですし、国内の方からは来るなど言っているようなものですから、当然そのところは明暗が分かれたということです。

もう一つ大事なのが「プロモーター」。先ほど申しました触媒機能で、海外旅行専門の旅行会社がたくさんできました。これは先ほどの裏返しです。国内には規制があります。まず国鉄の切符が売れません。国内の航空会社も数が知れていますから、日本航空代理店などという看板を出すと、非常に喜ばれるくらいですから、逆に言うとなかなかなれないということです。

したがって、国内の利用機関、あるいは旅館は大手の旅行会社が押さえしてしまうということで、売り物がないですから、新規参入する旅行会社は当然国内旅行は扱わないです。したがって、自由競争の海外旅行にたくさん新規参入しました。これが今、非常に隆盛を極めている旅行会社はほとんどがこのパターンです。国内旅行は扱っていないという旅行会社が非常に多いんです。それが海外旅行しか売るのがありまんから、一生懸命努力するというので、プロモーターをやった。

それからランドオペレーター、これは海外からたくさんきます。日本系でもありますが、ミキツアーリストという会社もありますが、ランドオペレーターが日本にいろいろと出てきて、廻委員の地中海クラブもそのうちの1つだと思います。

それから、外国の政府観光局がどんどん日本に来て、観光客誘致をしました。

それから、もう一つ、日本の政策もありました。「テン・ミリオン計画」という、外

国では非常に珍しがられます。インバウンドの政策は出ますけれども、アウトバウンドの1,000万人出ましよう、海外旅行をしましようというのを国の政策にした国というのは恐らく日本だけだと言われていますが、これは非常に有効に働きました。そういうことで、プロモーターを国もやったんです。海外の観光地も来てやった。需給のアンバランスから日本の旅行会社はそこしか生きる道はなかった。いろいろな条件が重なって、プロモーションが働いた。これが明暗を分けたキーワードだと思います。

そこでいろいろな施策はあるんですが、1つ、こういう歴史から見て舞台回しというんでしょうか、狂言回しというんでしょうか、主役ではないけれども、脇役としてリードするということから、今の「自由競争」、「プロモーター」、この2つをもし基本的に考えれば、昔の言葉で言う「楽市楽座」、織田信長のころの話ですが、フリーマーケットです。

よく見ると、「楽市」というのは、今の言葉で言えばB to Cのプラットフォームです。楽座はB to Bのプラットフォームだと思いますが、こういうモジュール化した企業というのは、これからどんどん小さな企業が出てくるべきなんですが、それともNPOとかが。やはり低コストの流通機構というのは必要なんです。これが自由競争を促進する仕組みです。

したがって、この低コストの流通機構をつくるためには、規制緩和というのが一方あります。それとは別に、規制緩和ではなくて、今度は促進という話で言うと、規制緩和プラス楽市楽座になる。

一例ですが全国旅行業協会ANTAで、ANTA-NETを立ち上げました。まだよちよち歩きなんですけれども、これなどは1つの目になるのかという感じがしております。もう1つは、昔「伊勢詣で」で御師というのが非常に活躍したわけですが、ポイントは御師というのは伊勢の神官です。今で言う着地型旅行、現地の人なんです。一生懸命やったのは結局地元の人ということで、これからのポイントは旅行業は、アウトではなくてインじゃないかなというふうに思います。そうすると、言うならばランドオペレーターということで、次のページに「過去系」「現在系」というところで、大体今までどんなタイプがあるかのというと、国家独占でやるインツーリストタイプです。あるいはCITS、昔の中国のようなタイプは、今、全部民間に移っていますから、国営型というのは現在はほとんど存在しません。

もう一つは、アウトイン垂直統合型で、これはアウトバウンドをやる会社が自分の子会社としてインバウンドの会社を現地に置くという形で、トーマス・クックがそのはし

りでした。JTBとかジャルパックとか、大手がみんなこういう形になります。

重要なのは、次の独立系のゼネコン型ということで、ワゴンリーとかミキツアーリストとかユニベルツールとかいう会社は実はこのタイプになるんですが、これはアウトバウンド会社の子会社ではありません。これ自体が主体を持っています。サービス・プロバイダーを下請けに使うという形ですが、最近の動きとしては、このサービス・プロバイダーが独立するという傾向があります。「現在形」の下に とありますが、例で言えばホテルが自分でパンケット・プランナーを置くとか、レストランがパーティープランナーを置くとか、交通機関がイベントマネージャーを置くとか、いわゆる内製化というんでしょうか。こういう動きがあります。

この流れの中で、先ほどの「伊勢詣で」の御師のようなものの現代形と考えますと、ゼネコン型が発達したデスティネーション・マーケティング・オーガナイザー、それからサービス・プロバイターがオペレーター機能を内製化してできてくるウェルネス・プロバイダーあたりがキーワードになるんじゃないかと思います。

東京都の御説明で東京コンベンション・ビジターズ・ビューローというお話がありましたけれども、これはこのデスティネーション・マーケティング・オーガナイザーの1つのはしりだと私は思っております。

**島田座長** どうもありがとうございました。大変短い時間で体系的に基本的な問題と展望を示していただいて、ありがとうございました。

それでは、引き続いて藻谷委員から10分間ほど、恐縮ですが。

**藻谷委員** 今、お話しいただきました佐藤先生のお話で掛け声だけで動かない、その理由をとということで、3点ほどおっしゃいました。観光地側、観光客側、その間をつなぐもので、これは全くそのとおりで、今度からは是非こちらの方を先に言うように申し上げたいと思います。

今からお見せするのは、掛け声的な話で本当に恐縮なんですけど、順序が逆だったような気もするんですが、先にこっちをやって、佐藤先生におっしゃっていただくと、何だやっぱりこっちじゃないかということになるので、後で恥じをかく方が楽だということでやらせていただきます。

先生がおっしゃったとおりで、一言、私のプレゼンにはないんですが、申し上げるとすると、まさに特別税と消費税の地方税化と。これは日本ではまだ先の話なんですけど、観光が高じて定住する。主としてお年寄りの方が入ることによって、自治体財政が破綻していくんですが、逆にそういう方が入ってくることによって豊かになるというすい税制

モデルをつくらないと。日本ではフロリダの真似ができませんので、社会福祉上も大変よろしくないということで、それはどうやって考えるかということ、恐らく地価が非常に下がった段階における建物固定資産税率の強化ということではないかな。それから、ぜいたく品に対する消費税過重、食品に対して無課税。ぜいたく品に対しては非常に重い消費税というようなことを、地方ごとに工夫して課税するということが恐らくキーなのではないかと個人的には思っています。いずれもこのプレゼンに書いていないことで恐縮です。

実は日本は貿易黒字の加工貿易立国だと。首都圏の経済活力を維持するんだ。日本の国家は物づくりということは、もう一つ、社会経済の中核は男で、女は使いこなすだけだというおじさんが極めて多いわけですが、どうも世の中は逆でありまして、真の課題は内需不足と福祉負担、先ほどの医療費の話も、本来内需であるはずの医療が、負担があれだけ回っている。福祉負担も同じことでして、本来大成長産業と考えるべきところを、実は負担だけになっているということで、それに対する対策は非常にマイナーなビジネスをたくさん増やすしかないのではないかとというのが私の意見です。

医者などは、既に医療というのはマイナーな産業というか、逆に根を張って非常にコミュニティ・ビジネスに近いものですが、逆に観光などもそういう小さいものを増やしていかなければいけないのではないかと考えております。

2番目には、首都圏が衰えていくのは省略しますが、3番目に大量生産型で大規模エージェントに持っていくということは、物づくりからサービスまで全部行き詰まったというか、その効果は十分に発現していて、それ以上に経済を拡大・維持しようとする、コストダウン競争を避けてデフレを避けようとする、細かいものをやるしかない。それは細かいものが今、日本で成長できるものは何か、それは農業と金融と観光とブランド品の製造であろうと思うわけでありまして。ブランド品というのは、決してグッチとかエルメスだけではありませんで、極めてマイナーな例ですが100円のボールペンでも110円のブランドというのは存立し得ると思っております。そのためのキーが、これは河北先生のおっしゃっていることで、一言で言うのはむちゃなんです、一言で言うと経営技術、マネジメントのテクノロジーを革新するということだと思います。そこには民間活力が入る。

最後に、余計なことなんです、客の需要を知っている人が経営側に回らないと産業は拡大しない。したがって、女性を使うんじゃなくて、女性が扱わないとだめだろうというのが私の意見です。

日本の観光は、今、佐藤先生がおっしゃったとおりでありまして、サービス赤字というのが日本は年間5兆円あるわけです。それに対して貿易黒字が9兆円、所得黒字が9兆円。これは配当とか金利収入です。中国に工場が出れば出るほど、所得黒字がふくれていく。貿易黒字はちょっと減ったかもしれないけれども、差し引きしても実はレベルが高いんです。非常に高水準です。そのかたわらで大変な赤字を海外に払っている。5兆円のマイナスのうち3兆円が観光であります。冒頭に島田先生がおっしゃったとおりであります。それから、残りの2兆円の中の実はかなりのところ、これは河北先生などもおっしゃっていましたが、日本の医療サービスというのは輸入産業になっている。アメリカは輸出産業になっている。そういうところが差し引き2兆円の赤字、合計5兆円赤字でありまして、これを何とかするという事は、もし貿易黒字を、黒字を増やすこと自体に余り意味がないと思うんですが、余りマイナスが続くのもよくないだろうということで、むしろサービス赤字のマイナスを減らすことを考えなくちゃいけないんじゃないかということです。

これは余計なことですが、稼いだ黒字は結局、海外に投資されていて、国内の改善には回っていない。その結果、日本ではストックが土地だけになっていまして、建物に対してストックが脆弱化しているんじゃないか。これは直観的な意見ですけれども、少なくとも一翻付いた文化的なものを感じさせる建物が極めて少ないものですから、実際に観光をしていても面白くないんです。

昨日も鹿児島出身の人間を新潟に連れていきましたところ、3時間歩き回った後に文化を感じさせるものがなかったと言っていました。それは新潟に文化がないのではなくて、ここ50年くらいでなくしたんだと思います。

その一方で社会保障関係の費用とか医療費が増えているんですが、これは前半のおっしゃるとおりに、これを費用と考えずに、これを産業の成長市場と考えれば、これは莫大な量の市場が成長しているということになるんですが、エクイティーとの間のバランスをどう取るかということによって、これが市場から費用に変わってしまうということでもあります。

これから、更にマーケットが変化してまいります。佐藤先生がおっしゃったことが大きな話とすれば、これはその中のミクロな話なんですが、これは毎年日本で何人子どもが生まれたのかというグラフを終戦直後から平成10年まで書いているのですが、ご覧のとおり終戦直後に段階の世代が生まれたころ、その後第一次少子化、昭和35年まで激減し、団塊世代のお子さんが増えたので増え、そして石油ショック以降第2次少子化、ポ

スト団塊世代が少ないものから、子どもが少なくて減る。その後、団塊ジュニアさんのお子さんが生まれ出すんですが、出生率が下がっていますので、山にならず。それから団塊ジュニアさんが子どもを産まない年になりますので、これから急速に子どもが減っていく。第3次少子化が起きてまいります。

観光ビジネスも典型的なのですが、団塊の世代が今50代前半の方がこれから70代に向かっていくわけですし、これを医療・福祉を整えるならば膨大な市場の発生。観光に関しては大変な市場の構造変化ということになります。要するに、今までと同じやり方をしていたのでは、お客さんがいなくなってしまうということで、具体的にどういなくなるというグラフをお見せします。それがこれです。

これがバブル絶頂期の、首都圏の人口構成であります。一都三県の人口構成であります。ご覧のとおり、バブル絶頂期には30代後半でありました。たかだか10年ちょっと前です。

40歳以上はみんな戦前生まれでした。したがって、最も金を握っている層が団体旅行を非常に好む方々であった。それに対して団塊ジュニアの20代前半と10代後半が極めて人数が多かったので、安かろう、悪かろうの体力勝負のスキーツアーみたいなものが大変はやったわけです。このころの経済状況までも復活することができるのかどうか分かりませんが、人口動態的にはもう復活しようがないわけでありまして、このような大量の戦前生まれの方々は、12年経ちますと、大変お年を取ってしまっていて、既に55歳以上になっている。したがって、老人ツアーというのが流行るわけですが、社会の中核であります40代、30代は団体旅行には参加しません。また、10代後半の体力勝負の人を対象にした安かろう、悪かろうツアーというものは非常にマイナー・セグメントに転落しました。

更に、今投資をすると回収に20年とかかかるわけですが、これから先20年後にどうなっているかというのを見ますと、当然予測できるわけですが、これは人口社会保障問題研究所の予測をそのまま書いたものですが、戦前生まれの方は75歳以上だと。そして、65歳以下の方はほとんど新人類世代以下でございまして、この方々はほうっておけば、先ほど御師のような機能がなければ、ほとんど旅行しない人がだんだん増えてくる可能性も強いわけです。バーチャルな世界、デジタルな世界に生まれて、リアルなところで身を置くという快感を子どものころからあまりにも知らない人たちが40代以下を占めてくるということになります。

したがって、ぱっと考えた瞬間に団体旅行というスキームは非常に難しい。海外

に関しては情報格差があるので、団体というのはある程度残るんですが、実際に私ども世代以下は個人的に何回も行っていきますので、別に団体で行く必要がなくなっている。そうすると、団体旅行は単なるディスカウント旅行の代名詞になります。実際に沖縄などに行くときに団体で行ったりしますが、それは単に飛行機が安いからです。つまり、単なるディスカウントである。

個人旅行客で非常に好きな人は気に入った場所を繰り返し訪問する方々でして、極めて単価は高いんですが、ニッチです。そして、せかせか観光地をはしごする人はいない。そして、若い世代は旅行しないという状況です。

それに対する対応なんですが、団体観光最後の生き残り作戦が進行しつつあるんですが、ここ15年くらいで終わっていく産業だと思います。

逆に一部が外国人対応として残るんですが、それ自体は相変わらず短期回収兼単価の低い商売です。個人旅行客対応は実はビジネス・モデルが全然できていないというのが私の意見です。いくつか個別の地域ではあるんですが、全国的なビジネス・モデルがないんじゃないか。というのは、ブランド観光地に行っても、大量の負け組業者がいるということです。

何にしましても、旧来型のマスで処理する団体対応の高層旅館ですとか、いろんなエージェント系のものというのは、実は本当にハイソサイエティーな、単価の個人旅行客に対応していない。例えばJTBに行くかということなんですが、行きません。実はJTBの旅行券を旅費外にもらいますけれども、金券ショップで売ってしまうんです。それはインターネットに買うにも比べて、余りにも時間コストがかかりすぎることで、出てくるエージェントの人が、当然おじさんが多いんですが、観光を知らない。こちらが言った注文に対して対応する能力が非常に足りないということで、ただ、私みたいな人は少ないわけでありまして、私は非常に単価の高い客なんです。非常に単価の高い客というのは、エージェントは取りにくい状況だと思います。

それに対する対策は、一般論で言うところのことになります。現状が非常にローエンド、これは非常に価格が低くて、販売量が多い。大量生産モデルですべてのものを動かしてきたわけです。今の団体観光旅館というのはまさにそうです。

それに対してこの路線で行っている限りは、設備を過剰投資していますので、設備の稼働率を上げるためにひたすら安売りでいくしかないんです。

そういうわけで、HISでも何でも、ひたすら安売りで突き進んでいただいて、頑張ってくださいと。ただ、それだけですと、観光産業のパイが拡大しないわけです。そこ

でパレート最適を過ぎてしまったところで更にディスカウントをすると、どんどん売り上げが下がっていくわけでありませぬ。それに対する対策というのは、ラーメン屋の経済と私は行っているんですが、非常に安い値段のものではなくて、高い値段、あるいは中くらいの値段のものを、極めてマイナーな客層に対して個別に売りつけるということです。これは佐藤先生御指摘のとおり海外旅行ではあるわけだ。シリア専門のツアーだとか、中国でもディープなところを回るとか、特定の非常なグルメの人だけを連れていく大変なグルメツアーとか、海外旅行対応では非常にたくさんのエージェントが個別に値段を分けた微妙な旅行というのを生産、販売しているわけですが、国内では実はこの開発が非常に遅れている。それが日本の国内市場マーケットが成長しない大きな理由であります。

このセグメントは規模の利益が働きませぬので、大企業として取り組んでも、全く甲斐がないんです。全然儲からない。だから、大企業は大企業でもっと大きいのをやっていただければいいんで、今までやっていなかった方々が登場して、やっていくということ。まさにラーメン屋の世界であります。街角でそういうことをやっていくというネットワークが実は必要になってくるということです。

これからの観光振興の全体像の整理ということで、いくつか政策目標があると思うんです。余暇活動振興、そして、経済振興、全くだれも言っていないかもしれませんが、私が考えるのは、対日理解促進というのは観光の非常に重要な使命だと思うんです。「テン・ミリオン計画」というのは、簡単に言うと為替のアンバランスの是正のためにやったんでしょうが、日本人の対外理解を極めて促進したという意味で画期的なものであったと。アメリカでは、国会議員ですら3割しかパスポートを持っていないわけですが、そういう国に比べて日本人が、海外に行っているということは、議員さんの視察が本当にそんなにいいかわかりませぬが、極めてすごいことであると思うわけですが、逆に外国人に日本に来ていただかないと対日理解は促進されないと思うんですが、私は銀行屋ですので、いつも考えるのは経済振興です。

経済振興には3つありまして、マクロ的に見て日本の消費促進をしないと内需は拡大しない。ちょっとミクロの話なんですけど、産業振興と地域振興です。

産業振興と地域振興は消費促進の一部じゃないかとお考えの方もいらっしゃるんじゃないかと思うのですが、一部分ではあるのですけれども、全体を正常化するのは、部分部分が正常でなくてはいないというのが経済の原則だと私は思うんです。全体として健全な人間が、臓器がそれぞれよくないですというのではなくて、臓器をそれぞれよ

くして、細胞を元気にすることも考えなければいけない。

この中で地域振興効果が非常に大きいわけですが、それに対する戦略、戦術は、日ごろから言われているように国民が動きやすくする。そのためのキーは「子連れ対策」と「シニア対策」だと思っています。子連れやシニアは非常に動きにくいです。これをいかに動きやすくするか。そして、日本の国内の航空業界、レンタカー業界が非常にサービスが遅れている。JRについてもいろいろ言いたいことはありますけれども、ちょっと独占なんです。独占じゃない航空、レンタカーは頑張ってもらいたい。

そして、既存産業集積の活性化に関しては、3R&Dと勝手に言っているんですが、リストラをまずしなければいけない。リポジショニング、そしてレファラルサービス。そしてダイレクトマーケティングです。代理店を通さないダイレクトマーケティングという分野も代理店に加えてどんどんやってきて、単価を上げていかなければならない。

観光産業の創出に関しては、佐藤先生がおっしゃっていることがわかっていなくて書いていないんですが、宿泊新業態、そして、仲介者（代理店）新業態と書いていますが、この代理店新業態というものが、今思えば佐藤先生のおっしゃっている現代版の御師である。そして、医療クラスターの話がありましたが、観光関連産業、造園だとかコンサルだとか、建物だとか設計だとか、はたまた料理とか、そういうものが総合的にワンセットあって競争していて、非常にコンサルティング能力が高いというクラスターを形成する必要がどこかにあります。それは東京じゃない方がいいと思うんです。

そして、都市生活型文化型観光振興。これはどういうメニューによるかということですが、都市生活が非常にユニークで楽しい。そこにまぎって景観もユニークで、そこで一緒に暮らすんだと。現地人と同じ値段を払って暮らすんだと。更にそれが高じると住んでしまう。その結果、地域の税収が上がるというトータルな仕組みをつくらなければいけない。それから、地域づくり型というのがありまして、これは田舎でやるものですが、もっとローカルなんです。アグリツーリズムなどと深く結び付いていて、自分がそこに入って、産品をつくったり、食べたりしながら観光していく。

最後にインバウンド。インバウンドも都市生活型、地域づくり型両方あると思うんですが、これはまず宣伝が先だと思います。

最後に、都市生活文化とは何か、地域づくりとは何かということだけ一言申し上げます。

欧州では何が観光資源なのか、アルプスなのか町なのか美術品なのか。モナリザが観光資源かということですが、私は最もお金を稼いでいる観光資源は彼らの生活自身だと思います。

うんです。彼らが楽しそうに生活をしていて、それが非常にわかりやすい形で町の中にあるわけです。市場があったり、オープンカフェがあったり、そして、ちょっと行ったところに、手に触れるところに美術品がかけている。そういうものを見て、それで皆さんがそれを真似しに来る。しかも、一回行っただけではさみしいので、何回も行く。これが欧州とかの観光のキーではないかと思っています。日本でも東京の一部ですとか、福岡だとか、横浜だとか、札幌とか那覇とかでは一部そういう要素ができています。

なぜ生活文化なのかというと、日常に飽きていますので、他人のあこがれのライフスタイル、ティファニーでお茶してみたいというのがあるわけです。めんどくさいのは嫌だと。なるべく人がやっているところに紛れて、歌舞伎町で東京人が飲んでいれば紛れて一緒になって紛れて楽しむ。これが生活文化型観光です。

そして、この場合供給者側に求められるのは、楽しい暮らしをして、パフォーマンスをすることです。逆にへつらって、「お客様、ようこそいらっしゃいました」という東京人がいないのと同じで、自分たちが楽しそうにしていれば客は来ます。それが元に佐藤先生がおっしゃるエージェント的な仲介が出てくれば人は来るんだと思います。それが生活文化観光です。

最後に地域づくり観光なんですが、こういうことが日本に実際あるんだということで御紹介します。

長崎県の大島町というのが、全国でやっているのがいろいろある中で、人口動態まで変わったというすごく珍しい例です。この人口予測に、果たしてこれは当たるかどうか極めて疑問ですが、今のトレンドで続くと、何と大島町という旧産炭地の離島の、造船が主産業のとんでもなく衰えているはずのところは人口が減らないばかりか、高齢化率もほとんど増えないという信じられないような予測が今のところ立つんですが、これは多分このとおりいかなと思いますけれども、それくらいの大逆転ホームランのパフォーマンスを示したところなんです。

何でそういうことを彼らのできたのかということについて、一言だけ要素が何だったのかということをお示して終わります。

それは、炭鉱がだめになり、造船を誘致して、それは頑張ったんですが、やはり造船不況でだめになった。そこで、残された資源を合わせまして、造船所がまだ元気でやっているうちに、いろいろな新しい製品をつくるしかないということで、炭鉱・造船と来まして、突如イモに戻りました。たまたま土壌がやせていまして、お陰様でイモがたく

さんので、イモをつくった。それだけではだめだということで、本格的な杜氏を呼んできて、非常に質の高い焼酎をつくった。それは造船所がやったんですが、それがうまく行ったものですから、あれよあれよと産品が増えてきまして、完熟トマトとか、それから非常によく売れているのはワカメなんです。そういったものを極めて限られたユーザーに限定販売するというモデルで、次から次へと開発していったら、販売チャネルを造船所の能力、経営技術を生かして増やしていったわけです。

どこでもやっているように見えるんですが、大きな企業の力を町民が結託してやったところが大変珍しいのです。その結果として、雇用が造船所1,000名に対して、イモで26名、ワカメで10名、その他観光で数百名程度の話ではあるんですが、実はネットで人口の転入が増え始めた。観光入込客数も、せいぜい45万人、非常にマイナーではありますが、3倍に増えたんです。非常に小さい話なんですが、フローとして増えている。

それから、地元における還元率が極めて高い。造船所の売上げが100億円あっても、地元に残っている還元率は低いわけですが、このイモなどワカメなどは100%地元にお金が落ちているために、経済効果が多くて、結果的に雇用がプラスに転じたという例。

たくさんあるといいんですが、全国的にいろいろ頑張ってますが、人口が増えるところまで行った例はまだほとんどありません。ですが、そういうのが現実に出てきたというところが大変面白くて、これは国家的に言うとなんだということなんですが、そういう非常に元気な細胞が増えていくことによって、国家という生き物も少し元気になるのかなと。そのために観光振興というのは大きなキーではないかというのが私の意見です。

どうも失礼しました。

**島田座長** どうもありがとうございました。小さな企業のネットワークというのが次の世代のリーディング部門であるという、大変力強いお話でした。

あと、ディスカッションをしなくてはいけないのですが、私の司会の不手際で時間を過ぎてしまって誠に恐縮なんですけれども、御質問なり御意見なり承りたいと思います。

**今野委員** 観光に関してですが、これから日本のインバウンドはますます難しくなってくるのではないかなと思います。これは観光だけにとどまらないのですけれども、日本は、広くあまねく、国民が同じ豊かさを共有するというのを、あらゆる政策の基本に置いているため、それが観光にも大きく響いていて日本を画一化し魅力をなくしているからです。かつて観光というのは、その土地固有の風土が育んだ歴史とか文化とかそういうものが総合的に力を発揮して、私は昔から観光というのは、その土地が発信する光

を観に行くものであって、観光産業とは感動産業であると思っているんですけども、その土地が持っている固有の大きな光を今、どんどん広くあまねくという政策の中でなくしてしまっているのではないかなと思います。だから、どんなところに行っても、目指すはリトルトーキョーづくりであって、そういう本来都市としての要因も何も持っていないところに、いきなり無理やり政策的に都市をつくっていくわけですから、魅力があるはずがなくて、光を発するはずがなくて、そういうものを見に行きたいという観光客が減っていくのは当然なんです。ですから、かつて感動したことのある土地に何十年経って再び訪れるというのは、本当に恐怖と絶望を味わいに行くような感じさえします。そういう意味で、もう一度根本的に観光とは何なのかその地域が観光客に観せたい光とは何なのかということを考え直す必要があるのかと思います。

**島田座長** どうもありがとうございます。改めて観光というのは光を観に行くという言葉は今野さんから今、いただいたわけです。なるほどそうだなと思います。多分これは原点なので、また、繰り返しいろいろ広い観点から議論していただきたいと思いますが、今日はもう時間が迫っておりますので、特に御意見、御質問がなければ、光を観に行くという言葉で今日は締めくくりたいと思います。どうもありがとうございました。

事務局から何かありますか。

**平工参事官** 特にございませんけれども、次回の予定を先生から一言。

**島田座長** 第3回は10月17日の午後2時行いますので、是非御参集ください。

また、第3回のプレゼンは伊東委員、田川委員、廻委員、中条委員、この御四方にお願いしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

**佐藤委員** 今、観光は光を観に行くというお話でございましたけれども、「観」という字は「見る」と「見せる」と2つ意味があるんです。「観光」も光を見せると、光を見ると両方の意味がありまして、観光というのはまさにそのインターアクションだというのが私の意見です。失礼しました。

**島田座長** まさに需要と供給の両方で成り立つ仕事ですね。どうもありがとうございました。

それでは、今日はこれで散会させていただきたいと思います。どうもありがとうございました。よろしく願いします。