

第 5 回生活産業創出研究会

議事概要

平成 1 4 年 1 1 月 6 日

1 3 : 0 0 ~ 1 5 : 0 0

於：内閣府

島田座長 それでは、時間になりましたので始めたいと思います。第5回生活産業創出研究会ということになりますが、大変御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す。

まず、事務局からお手元に配付しています資料の確認をしていただきたいと思います。よろしくをお願いします。

平工参事官 それでは、お手元の資料をご覧ください。

資料一覧という1枚紙がございますが、その下に別紙1として議事次第がございます。別紙2として本研究会の委員名簿、別紙3として配席図でございます。別紙4が報告書スケルトン(案)の資料でございます。別紙5が第3回研究会議事概要でございます。

以上でございますが、資料等に漏れがございましたら事務局までお申し付けください。

島田座長 それでは、本日の議題に入りたいと思います。

これまで委員の皆様からプレゼンも含めていろいろ御意見あるいは御参考の資料をいただきましたけれども、それらを踏まえまして事務局でスケルトン(案)をたたき台として整理させていただきました。やや分厚いスケルトン(案)を前もって皆様のお手元にお送りさせていただいたと思います。これは皆様の今後の御議論のたたき台で、こういうものがあると論点もより明確になるのではないかと思います。もうざっとご覧になっているのではないかという前提で早速始めさせていただき、どこからでも結構なので、この論点は自分はこう思うとか、ひとつ御自由に御発言いただいた方が効率的かと思えますけれども、よろしくお願ひしたいと思います。

皆様からいただいたいろいろな情報をこんな方向で実現していけるのではないかと思っているわけですが、よりよいものにするために御意見を承りたいと思います。まず、大田委員からコメントをいただきたいと思います。

大田参事官 これは非常に貴重な報告ですので、こういう市場の拡大、サービスの拡大を阻んでいる制度についてなるべく明確に、何が阻害しているのかというのを書いた方がいいと思うんです。せっかく事務方にもいろいろな省庁から人が集まっているわけですから、制度的な要因を阻害する要因はクリアに書いていった方がいいかなというのが一番大きいコメントです。

このペーパーでいきますと、8ページから9ページあたりに医療の情報についている

いる書かれているんです。例えば「一生涯を通じて一括して管理するサービスが考えられるけれども、現時点でこうしたサービスが発展する環境が整っているとは言いがたい」という書き方をしているんですが、制度のどこを変えればいいのか、あるいは外部保存の範囲をどうすればいいのかというのを書いた方がいい。

また、「医療機関にとって開示したくないような情報も開示するよう義務付ける」とあるんですけども、義務付けというのはどうやって可能になるのか。治療方法に関する情報も、今ですと病院を変えると一から検査し直されるという状態だから、なかなか病院を変えたくないというのがあるわけですけども、こういう現状は何を変えればいいのかということを書いた方がいいのではないかと思います。

9ページには「保険者機能の強化」ということも書いてありまして、の医療サービスのコーディネーターとしての保険者。この点も非常に重要で、これに関しては保険者機能を強化するのに何がカギかということも書いた方がいいのではないかと。委員の中にも御専門の方がおられますから、例えば保険医療機関を指定する権限を保険者に与えるとか、そういった考えられる具体策を書いたらいいのではないかと。こういう阻害する要因を明確に書くというのが1つ目のコメントです。

2つ目のコメントはスケルトンの10ページの真ん中あたりのです。「情報化が進んだ後の医療の姿」として「公的保険診療と保険外診療の併用の拡大による患者の選択の推進」とあるんですけども、ここは抵抗があります。「情報化が進んだ後の医療の姿」となると一体いつのことかわからないわけで、混合診療の拡大というのは非常に重要なポイントですから、括弧の中はむしろ逆にして、患者の選択を推進するためには保険外診療を拡大させる。そのために情報化を進めることが必要であって、必要情報をきちんと整備するというスタンスで書いた方がいいのではないかと思います。

それから、観光に関して23ページのです。これは細尾委員が普段お感じのことだと思っと思うんですが、グリーン・ツーリズムに関連して「都市住民を受け入れる環境の整備」とあって、2つ目の「」で旅館業法とかこういうものは弾力的な運用が可能になっているはずだということですけども、実際は行政の裁量の中で、それから前例主義の中でなかなか認められない。業者や地域では苦勞してグリーン・ツーリズムを思うようにできないのが現実ですから、どうしたら弾力的な運用をよりクリアに、あまり行政の裁量の余地がなく規制改革していけるかという点が重要で、例えばノーアクションレターを実施するとか、そういう運用の改善方法まで書いた方がいいのでは

ないかと思いました。

全体として、この規制が阻害しているということはきちんと出して行って、特に特区で応募された試みとかそういうものも事例として挙げながら、この委員会としても規制改革を強力なサポートしていくことが前面に出てもいいのではないかと思いました。

島田座長 ありがとうございます。

大変重要な論点だと思います。簡潔におっしゃいましたけれども、非常に大きな問題を幾つも含んでいるので、十分にテイクノートしていきたいと思えます。

佐藤委員 たたき台とおっしゃいましたけれども、もうでき上がっているような感じで、非常によくまとまっていると思えて、これでいいのではないかと思いました。したがって、何か言わなければいけないかなと思って見ていきますと、枝葉末節で重箱の隅をつつくような話ばかりですけれども、画竜点睛を欠くということがありますから、細かいことですが、幾つかよろしゅうございますか。

島田座長 是非お願いします。

佐藤委員 16ページの(5)です。これはタイトルで「物見遊山から、体験型、滞在型へ」とせっかくおっしゃっているんですけど、下の中身の方にはコメントが出てくるんですが、教養涵養型と言うんでしょうか、勉強型が熟年から若い女性に至るまで、今その部分がかなり大きいんです。下に「学習」と書いてありますが、単なる学習とは違うんです。体験は必ずしも学習ではないので、ちょっと触ってみるという体験もあれば、本当にシェークスピアや源氏物語を勉強するというのもありますので、「教養涵養型」という言葉を入れておいた方がいいかなという感じがします。

18ページの は幾つか具体的にいろいろ挙げておられるんですが、ここまで細かくお書きになるのであれば、最後に送客側、つまりアメリカの観光客が日本に来るとすればアメリカ側ということですが、送客側のランドオペレーターを誘致したらどうかという話です。これは今まであまり議論されたことがないんですけれども、日本からたくさんの方が外国旅行をする一つのきっかけになっているのは、日本の旅行業者が現地にオペレーターを持っているんです。ヨーロッパでもトーマス・クックが世界中に持ったのは自分のところのオペレーターで、自分の送り出した客の面倒を見るためにランドオペレーターを置くわけです。そういう大きな外国の旅行会社が日本にランドオペレーターを持つというのはまだ聞いたことがないんです。

ランドオペレーターを日本に持ちますと、日本の海外旅行とちょうど逆のケースで、

言葉は悪いですが、人質を取られたという感じでしょうか。その組織維持のためにお客を送り込まざるを得ないということで、日本に置いたオペレーターのために海外の送客側は一生懸命送り出すという人質のような感じがあります。したがって、いっそ踏み込んで海外のランドオペレーターを誘致しようというのが、このa)からd)のレベルで言うならば一つくらい出てきたら面白いかなという感じがします。

それから、19ページの a) の更にまた小さいところに「ボランティア観光通訳や外国語案内など」とあるんですけれども、ここで言うボランティア観光通訳というのは通称ボランティアガイドと言われているものでしょうか。そうだとしますと、ライセンスガイドとしては通訳案内業という法律もありまして、今たまたまその見直しのための委員会があります。私はその座長をやっているものですから気になりまして、通訳案内とボランティアガイドというのは現在は全く切り離して考えられています。もしボランティアガイドを活用するということになりますと、今は有料にできないですし、紹介もできないんです。

例えばJNTOのアイセンターに飛び込んできたお客さんに「1日3万円のガイド料は払えないけれど、買い物付き合いくらいしてもらいたいのので、お小遣い程度ではダメか」と言われたときに、そういうボランティアガイドの協会はあるんですけれども、その方を紹介することはできないということになっているんです。したがって、公的に紹介できるようにするのか、あるいは多少は有料でもいいのか。しかし、有料となると通訳案内業と抵触する。この辺は整理が要るかなという感じがします。いずれにしても規制緩和の方向でどんどん活用していく方がいいというのは私も賛成ですけれども、整理しておかないと混乱するかなという気がします。

同じ19ページの d) の観光協会やコンベンションビューロー等の機能強化で、「・人材育成、民間事業者の利用」となっています。意味はわかるんですが、もう一歩突っ込めば先日からお話ししているような三セク化、いわゆる収益団体としてはっきり動かしていくということまで入れたらどうなのかという感じがしました。昨日の作業部会を聞いていても、それができないので、そこから先をNPOをお願いしているという御発言があったかと思います。NPOと組んでやるのも一つの手ですが、はっきり収益事業であると打ち出した方がインセンティブがかかる可能性があります。

次の20ページの最後に書いてある a) 観光ポータルサイト、これは非常に重要だと思います。目玉になるのではないかと思うんですけれども、当然、今お考えになって

いるのはB to Cだと思うんです。一般のお客さんが見られることを想定されると思うんですが、意外とB to B、つまり間にもう一つつながる場所をつかった方が、非効率的なようではすけれど非常に効率がいいということがあります。

つまり、一般のお客さんがサイトを調べて「さあ、行こうか」という状況の人はなかなか少ないので、たまたま近くの旅行会社に飛び込んだとか、そういうところにサイトを検索してくれる旅行会社の社員がいて、「こういうのがあるよ」と言ってくれる。つまり、検索代行のようなものとなると、B to CよりはB to Bの機能も持たせたようなものの方がビジネス的にも相乗効果が出てくるのではないかという気がします。ここは多分、認識がB to Cだと思うんですけれども、B to Bをお考えになるとどうかということなんです。

次に、21ページの a) です。観光収入の一部、例として「現地視察の収入をNPOの観光・・・」と書かれているんですけれども、前回の作業部会でいらっしゃいました東京都はホテル税をつくりまして、ホテル税の収入を4割ぐらい観光事業に充てることになっていると思うんですが、東京都のホテル税の例というのは外さなければいけないのか。それとも、何か意図があって外したのか、ここに入れるべきではないかということなんです。どこか他の自治体が真似しても非常にいいことだと思いますので、ホテル税の問題を入れた方がいいのではないかという気がします。

次の22ページの(4)ですが、ここから以下が非常に重要、恐らくこの報告書の大きな柱になると思います。ここで一つ御提案といいますか、昨日の作業部会でも申し上げたんですけれども、グリーン・ツーリズムという言葉がずっとお使いになっているんですが、今おやりになっていることは世界的に通用する言葉で言うとアグリ・ツーリズムなんですね。いわゆる農家民泊です。そのことをグリーン・ツーリズムと言い換えたような感じの方が現在の印象なんです。定義がどうなっているか私はよく知りませんが、大体そういう言葉を実際は使われていますけれども、現在、農家の方あるいは一般の方の印象としてはアグリ・ツーリズムなんです。

ここに提案として出されているものは非常に立派なものです。これは今後の柱になるようなものなので、あえて「グリーン・ツーリズム」という言葉を使わずに新しい言葉を使って、まさに島田観光学 私はこの会議に何回か参加させていただいて島田観光学とはどういうものか大体イメージができてまいりましたけれども、非常にすばらしい。せっかく島田観光学を打ち出すんですから、ちょっと古びた、しかも違うイメージを持

たれがちなグリーン・ツーリズムという言葉をやめる。「ウェルネス」という言葉もあるんですけども、実はウェルネスツーリズムという団体があるんです。ですから、これも不用意に使うといけないかなと思いますので、これは生活産業創出研究会ですから、この研究会の名前どおり「ライフスタイル・ツーリズム」というのがあります。ですから、まさに島田観光学の一言で言えば「ライフスタイル・ツーリズム」ではないかと思えます。もしよろしければ言い方を変えた方がインパクトがあるのではないかという感じがします。中身はこのとおりで、素晴らしいと思います。

最後ですが、23ページにグリーン・ツーリズムセンター（仮称）というのが出ております。これは名前を変えれば「ライフスタイル・ツーリズムセンター」となるんでしょうけれども、ここでも前に申し上げたような三セク化を是非ひとつ考えてはどうか。やはり収益性を持たせるということは非常にインセンティブが働きます。したがって、単なるセンターを収益母体の三セク化してみたらどうか。全部する必要はないと思えますけれども、そういうことをしようとするところに力を貸すとか、多分その方が成功例として結果は出てくるのではないかという気がします。

枝葉末節で細かい話ばかりで申し訳なかったんですけども、一応じっくり読ませていただきまして以上のようなことを感じました。以上です。

島田座長 全面的にいろいろコメントをいただきまして、ありがとうございます。

一言申し上げておきたいのは、先生は多分まくら言葉で「できているではないか」と冒頭におっしゃったと思うんですけど。

佐藤委員 できているくらい立派だということです。

島田座長 事務局が頑張ってやられたので確かに立派ではありますけれども、これはできているとは思わないでいただいて、どのようにでも変えて構わないですし、新しい柱を突っ込んでいいし、別の見方を突っ込んでもいいし、今はまだその段階だと御理解ください。たたき台としてこのくらい完成度があると議論しやすいという意味でやっているだけですので、ひとつよろしくお願いします。

藻谷委員 本当は遠慮して最後の方にと申したんですが、総論的なことを思いついたので申し上げます。

観光ということで続きでお話をさせていただきたいんですが、観光産業が問題の所在はどこにあるかといったときに、ここにあって書いていないことを思いついたんです。あえて書かれなかったのかどうかについて教えていただければ、あるいはもしお気づき

でなければ書いた方がいいのではないかという気がするんです。

それはこの報告書の読み手を仮に地域の人たち、それも自治体などを中心とした公共セクターの人だと考えた場合、自治体の立場から言うと「インバウンドが少ないというのはそのとおりだが、それは国家的な課題で、おれの地域の課題ではない。どこかよそがやってくれ」という考え方もあります。そして、先ほどホテル税の話もされたとおりであります、自治体側にインセンティブがない。インセンティブがないということは書いてあるんですが、誰のインセンティブがないかということとはあまりはっきり書いていないんです。端的に言うと産業側には当然インセンティブがあるわけですが、公共セクター側に工場誘致とか、単純に建設投資を増やすほかの工事などに比べてインセンティブが乏しいということがあるのではないかと。

そこで問題の所在は2つございまして、1つは今まさに申したとおりですが、自治体側から見るとインセンティブが従来足りなかった、あるいは気付いていない。それはどういうインセンティブが本当はあるのか。1つは税制上のメリットみたいことが足りない。それに対してはホテル税とか温泉税、入湯税みたいなものをどんどんやっていくことが一つあり得ますし、ここに書いていないんですが、交流人口を増加させて数少ない地域振興策であると言われているようですが、そんなものは瑣末な論点にすぎないと思っている自治体がほとんどではないかと私は思っております。

昨日の作業部会でも私はちょこちょこ数字をいじっていて横やりから変なことを言っていました、実際に10年ぐらい観光振興、物産振興を続けてきたところでは小さい町の単位ですと目に見えて人口が増加している。それも高齢者だけではなくて、島田先生がおっしゃったとおり高齢者が貯蓄を使っていると若者と中年の雇用が増えているような状況が推測できる地域が幾つかあります。そういう意味で産業振興として地域の残留率が非常に高いということをもっと論証して気付いてもらう。特に小さい単位においては取り組む意味が強いということをもっと少し書いてあげた方がいいのではないかと思うわけでありませう。

だから、問題の所在として自治体にインセンティブがなかったけれども、それを地域として取り組む必要が公共セクターにもあるのではないかとということを書いた方がいい。

2つ目は、これはなかなか書きにくいのかもかもしれませんが、もし私が個人的な意見として書くのであれば必ず最初に入れるのが、なぜ従来型の観光振興がダメだったのかということの問題の所在に直接書いてしまう。そうしないと、これを読んだ末に、だか

ら箱モノを整備して高速道路を引かなくてはという結論になってしまう人が地方に行く
と幾らでもいらっしゃるのではないかと思うわけでありませう。

逆に言うと、従来のようにまさに民業圧迫と言われながら公共まで進んで箱モノをつ
くり続けてきたのがこの10年でございます。一方で民間は過剰に旅館をつくり、そして
コンベンションホールも過剰につくるということをやってきた。更にインフラをどんど
ん整備して交通が非常に便利になったわけですが、特に空港、高速道路、新幹線です。
これがいずれも観光振興ということに関して言うと、それのできることはやってしま
ったというか、むしろ限界が来ているのではないかということをもう少しはっきり書く
必要がある。

交通インフラに関して申しますと、これは非常に悲しい話ですが、長野新幹線の沿線
で開通後に具体的に観光客が非常に減っている。これはものすごくわかりやすいです。
長野県の南半分は客が減っていないのに、北半分ははっきり客が減っている。これは新
幹線がいけないと言っているのではなくて、要するに観光振興として新幹線はあまりよ
ろしくないという典型的な例であります。それは簡単に行けるようになると宿泊客が減
るという当たり前の理屈がありまして、その結果として人が行かなくなるということが
あるわけです。必ずしもインフラがいけないわけではなくて、インフラをつくったこと
によって振興する例もたくさんあったわけですが、昔のようにつくれば客が来るという
時代ではないことを検証するのは比較的容易であります。

この間、飛騨古川町という非常に成功した例の人にお話をしたんですが、飛騨古川で
は高速道路のインターチェンジが来ないように陰に陽に運動して、何とかインターチェ
ンジが来なかった。このことの意味は、インターチェンジが10キロ先にできるのはOK、
20キロ先とかならOK、町内にできるのだけは絶対やめてほしい、町の観光振興のため
に明らかにマイナスなので来ないでくれということがあったわけです。それは事実であ
ります。要するに、来ると道の駅的な観光がはやってしまいますので、降りてから小1
時間行くことが非常に重要だということです。そういうことも含めまして、従来型のや
り方でいいものと、そうでないものがあるって、自治体の方も読んで「だから箱モノだ、
さあインフラだ」と言わずに、もっとソフト面をやってくださいということを一言書い
ておく必要があると思った次第です。

最後に3つ目、17ページの(8)「第二の故郷づくり」と書いてあるところです。昨
日の作業部会に出させていただいて、島田先生がおっしゃっていることで私が気が付い

たのは、「第二の故郷づくり」ということの裏にある考え方は単に第二の故郷がない人が困っていますというだけではなくて、彼らの持っている貯金とか資産が死に腐れしないように、ここで再度回していくことが恐らく国家経済的に非常な重要だということ先生はおっしゃっていたと思うんです。それはまさに仮説かもしれませんが、ここにそういうニュアンスも含めて書かれておいた方がいい。

以上の3つ、自治体側のインセンティブの話、従来型手法の限界の話、そして貯蓄を有効活用という話を書かれると後段がぐっと締まってくるかと思います。

島田座長 ありがとうございます。

今、大変重要な論点を挙げていただいて、高齢者産業ができてきたところでほかの派生産業もできて残留率が高くなるというのは藻谷委員がデータを随分持っておられると思うんですけれども、これは是非組み込みたいと思いますので、後で実証的な具体例を提供していただけますか。

藻谷委員 全くの仮説で、本当はどういうメカニズムなのか全然わからないのですが。

島田座長 でも、外から見ていてそういう相関関係はあるわけなのでしょう？

藻谷委員 あります。

島田座長 では、事務局に後で教えてください。

2番目、3番目におっしゃったことは事務局でスケルトンを準備するときにも議論になりました。観光のテーマは私が2～3回前にお出した1枚紙のテーマを事務局で非常に忠実に文章化してくださったのですが、実はあのテーマを書いた本人が「こう書くと違うな」ということを申し上げました。それは藻谷委員が今おっしゃったことで、もっと明確に問題意識を書いた方がいいんです。だから、もし委員の皆さんの御了解が得られればやらせてみていただきたい。藻谷委員が今おっしゃったような線も含めてもう少し明確に、要するに非常に大きな歴史的な転換点というか、次の時代に入ろうとしているわけで、これまでのものにはいろいろな問題があって、一定の成功はしたんですけれども、歴史は変わりましたから大きな問題があって、次に志向すべきものがもっとあるだろうということを明確に書いた方がいいと思うんです。そんなことでもう一回組み立て直してみたいと思っていますので、よろしくお願いします。

田川委員 藻谷委員が今お話しになったところで、これをずっと読んでみて感想的なことを申し上げたいと思います。

30年近く旅行業の仕事をしてきて、まず第一に最近やっと観光に日が当たって、私が

入社した頃にこんな話は全然なかったわけで、観光産業の問題でこれだけ議論していただけというのは非常にありがたい。ある意味ではほかのいろいろな産業と違って、観光の素材としての輸送とか旅館には制度や担当部があるんですが、観光全体を統括推進する組織がないと言っても良い。今ここに、観光部長がいらっしゃいますけれども、悪い言い方をすれば観光部程度です。今回の観光産業の活性化の中で行政が口を出すのはあまりよくないと思うのですが、観光に関して言うと行政が口を出さな過ぎたと思います。推進組織の在り方や税金の話がありましたけれども、いろいろなことが書いてあっても、最後は必ず財源の話になります。観光推進を各地域にいろいろお願いしに行きますと、ある県では出しましょうと言って出していただいた金が50万円です。他の建設業なんかですと1,000万円とか5,000万円とか出て、我々がお願いに行くと50万円です。観光振興ではその程度の話でも大騒ぎになるわけです。

観光振興をこれだけしようというときに財源の確保というのは、ホテル税がいいかどうかは別にして非常に大事な問題で、これはある意味では日本における観光を推進する母体、組織と財源というのはイコールフットイングになっているのではないかという気がするんです。そういう意味では大きなところで、先ほど過去の観光地のいろいろな活性化あるいは観光振興の反省を踏まえるということであれば、日本におけるこの30年あるいは50年近い中での観光行政の在り方みたいなことはしっかり書いて、それをどうしていくのか。21世紀の観光の推進母体としてどういう位置付けで、そのことの裏付けとして財源がどうあるべきかということ。その財源をもらったら、これだけあったらこれだけの各論ができるという細目がずっと並んでいるということにしないと、ほかの行政だと各論に入ってもいいですけども、観光だけはそういう大きなトータル的な枠組みがあまりなかったので、観光に関してはある程度書くべきではないかという気がします。その上で官民の在り方を最終的に書いていくことにしないと、なかなか前へ進めない。

この中で道路の話がありましたけれども、輸送業に関することがあまり書いていないんです。今、輸送業というのはどうしても物を運ぶ生活産業、あるいはビジネスレベルでしたけれども、やはり観光としての輸送業あるいは輸送ルートというのがありますから、この中にはどこにも出てこないんですけども、これはどこかに別に書くべきではないかと思います。

島田座長 田川委員がおっしゃったところは非常に重要なポイントで、多分、前段のところをしっかり書き込む必要があります。

我々が勉強してくる中で歴史的には、かつては国外旅行が非常に少なかった時代があった。ところが、高度成長のときに国外旅行が非常に増えたわけです。それは外貨減らしという国策も実はあって、それからランドオペレーターを海外にどんどん展開するという話もあって、両方相まって増えた。これは事後的に見ると、ある意味では国家戦略だったと言えるかもしれない。今度はインバウンドを増やさなければいけない、国内の観光を振興しなければいけないというときに、それに比すべきような力をかけなければいけない。その体制があるのかという話です。

今、政府というと国土交通省の観光部、金澤部長のところでトータル背負っておられるんですが、それだけでいいのかという問題があります。インバウンドというと、我々の議論の中では例えば外務省の在外公館に観光ということをもっと真剣に受け止めてやってもらいたいという議論がずっとあるわけです。日本にある諸外国の在外公館を見ていますと、かなり国家戦略で観光マーケティングをやっているわけです。そういうことを日本の外務省に理解していただいて、背負ってやってくださるかどうかという話をどのように持っていったらいいのか。それが国土交通省の観光部だけで足りるか。私はみんなで助ける必要があると思います。一つの仮説ですけれども、総理が主宰して戦略会議をつくっていただいて、そこに専門部会をつくる。総理の主導ですから当然、関係諸閣僚が入ります。外務大臣も扇大臣も入るということになると、外務省にはっきり物が言えるわけです。実はそういう仕掛けの一番極端なのは、観光省をつくるという議論になるかもしれませんが、やっている国もありますけれども、今そういう省庁再編をしなくても、今申し上げたような仕掛けなら、実はいろいろなテーマで戦略本部、本部というのをつくってやっているわけです。とにかく観光立国をやる、今次政権は力を入れるんだということを明確に示して、資源もそこに配分するためにはそういう構想も必要かと思えます。

それから、輸送業は非常に重要です。

もう一つ付け加えると、私が是非この中に入れていただきたいと思うのは、観光産業との関係で海岸線をどう使うかという議論です。日本は多分アメリカより長い海岸線を持っていて、気候も割に温暖で、すばらしい海洋王国になる可能性のある国なのに、観光から見たら海岸線が極めて使いにくくなっている。一つは漁業組合の問題、もう一つは縦割りにさまざまな役所が中央から地方まで各々勝手な規制をするものだから、観光という観点から見るとものすごく使いにくいんです。だから、この辺は首相直結で省庁

にわたって等距離の場所にある内閣府という官庁が、観光の観点から日本の海岸線の使い方を考えてみたらどうなるかというのも是非提起しておきたいと思います。

今の段階では新しい問題を出してくださって結構です。どんどんやっていただきたい。

廻委員 先ほど大田委員がおっしゃったように確かにこういった報告書を出すときに、これは国の委員会ですから、これを阻む制度に関して除去した方がいいということを明確に言った方がいい。私もそのとおりだと思うんですが、観光に関して言うと、むしろお上の規制が割合少なかった業種なんです。ある意味では産業としてきちんと成立していなかったということもある。規制を取っ払うと大きいマーケットが生まれるというのではないと思います。今の観光の問題は観光業の中にあるという気がします。

海外旅行に関してのイニシアティブは観光会社が引っ張ったというよりは、むしろ航空会社が引っ張った点がありますし、国内観光におきましては自治体なり旅行業などがいろいろやっているところを旅行業がうまく抑え込んでしまったという感じで、新たな業界・業種をつくったということで、規制をある程度撤廃したらある業界が伸びていくという感じはあまりないんです。ただ、今後新しい観光の中で生活、ライフスタイル・ツーリズムとか新しい名前を付けるとしましたら、その中に括弧付きのグリーン・ツーリズムとか、私は島田先生と同じことを藻谷委員とお話ししていたんですが、やはり漁村との交流の部分が今ここには入っていないんです。海を使う場合はおっしゃったように港湾局もあれば農林水産省もあって縦も横も、漁業組合もあって複雑にして怪奇でして、いろいろな行政が絡まっていて非常に複雑になっていて海岸線をうまく使えないという話が非常にある。ボート一つ使えないとか、非常にややこしいことがあるので、そこは法律的なことを整頓すればかなり広がっていくのではないかと先生がおっしゃるのは全くそのとおりだと思います。

ただ、ほかの面に関してはむしろ観光自体に対して業界トータル、旅行業もあればホテルもあるし、リゾートもあります。ここはリゾートが抜けているんですけども、それから旅館もありますが、少し前の50年を反省するような、藻谷委員がおっしゃったように総括する必要があるのではないかと思います。制度のことはその後に出てくるのではないかと思います、それ以上に業界の中の問題があると思います。

もう一点は休暇のことがここに載っていましたが、私はたまたま休暇対策委員というのを別のところでやっていることもあるんですが、有給休暇の消化率という言葉が日本から追い出すというか、有給休暇はすべて取るという運動をもう少し盛り上げて

いただきたい。やはりお休みがないことによって観光とかツーリズム全体が歪んでいる面もありまして、休みの分散化も含めまして、せめて有給休暇は権利の分は取ること、あるいは有給休暇を取らせた企業に対して何かインセンティブが付くとか、あるいはISOの環境基準のようにきちんと休暇を取っている企業には何かマークが付くとか、そういうふうに政府の方から休みを取らせるようなシステムに関してもう少し声を大きくしていただければと思います。

現在、私が非常に危惧するのは、また偶然ですけども、この前、高山と古川に行ってきたんですが、白川郷の合掌造りは家の中を見せるというので、お兄さんが1人立ってまして、パッパパッパ300円取っていくんです。切符も発行していないから、あれは税金を払っていないだろうなと思いつつながら、あれで1年間1億円ぐらいの収入だろうかとみんなで計算していたんですけども、それで並んでいてバスがどんどん来て、パッと見て帰るといって観光が相変わらず主流なんだなという寂しい気持ちがありました。

昔は2泊に近かった平均宿泊日数も今は1.5泊を切っていると思います。そういう意味では、やはりそういうタイプの観光が加速している部分もありまして、これをどうにか先ほどおっしゃった滞在型あるいは勉強するといった深みのある休みにするには、それにも休暇が不可欠ではないかと思っています。

先ほどもちょっと言いましたけれども、あとはリゾートです。リゾート開発があちこちでなされて廃墟みたいになっているわけですけども、今後のリゾートライフみたいなものをこの中でももう少し詳しく入れていただいてもいいかなと思います。自分がリゾートの母体ですから、そう思ったのかもしれませんが、リゾートというのは広い意味で、細尾委員のところもリゾートだと思います。

島田座長 先ほどのリゾートや、観光地は今どうなっているのかという一つの側面は大変いい論点だと思います。観光地がひどく衰退しています。この現状を直視して、どうするのか。

一つはバブル崩壊のインパクトということもあるんですけども、社会変化というものもあるかもしれません。だから、短時間で来るというのは、モータリゼーションが進んだからなんです。一つのところに何日も何日もいたいほど魅力があればいいけれども、魅力がなかったら日帰りしてしまおうということなので、それがよくないというのはむしろ逆で、観光地に本当の魅力がないからなのではないか。だから、廃墟化するんです。これは不良資産ですから、経済・社会の流れはどちらの方に大きな需要があるのかを見

つめて、そちらの方に資源再配分しないと産業再生にならないんです。本当はそういう視点も書き込んだ方がいいのかという感じがします。

細尾委員 細かいことを申し上げて恐縮ですけれども、1つ目は、やはり定住促進を図っていくことが重要です。特に農村地域の状態の中で美しい景観づくりといったことが大変大切だと思っております。ですから、土地が安くて美しい景観、だから皆がそこを求めて永住を希望していく。そういうスタイルになると思いますので、美しい景観づくりといったことで1市町村に一つは景観の保護地区をつくっていくということをここにきちんと書いていただいた方がよいと思います。やはりグリーン・ツーリズムで一番大切なことは美しい景観づくりだと思いますので、そこら辺を入れていただいたら大変ありがたいと思っております。

2つ目は、23ページに「グリーン・ツーリズムアドバイザー、コーディネーターの育成」と端的に書いてあるわけですが、これは本当に容易なことではないと思います。したがって、やはりグリーン・ツーリズム大学とかグリーン・ツーリズム塾というものを都道府県単位にでもつくるようなことをして、その中でアドバイザーとかコーディネーターの育成をしていかないといけない。こういう文章で書くと簡単ですが、実際にやっていくことになりましたら大変難しい問題があると思います。そういった点では、これも各都道府県とか、そういう形の中できちんと押さえていく必要があるのではないかと思います。これを立ち上げるのは、民間でも行政でもいいと思います。

3つ目は、今、農村で一番大きな問題になっておりますのは廃屋の活用です。これが全く書いていないです。やはりこれを書いて市民農園の提供とか、そこに新規就農者が行くとか、そういう形をきちんと書き上げることによって廃屋に対する地域での取り組み、改善策がここに入ってくるのではないかと思います。

4つ目は、今、全国でも道の駅というのはすごい数があると思うんですが、その道の駅をもっと活用する方法はないだろうか。道の駅の中でその周辺の宿泊施設とか体験施設、体験ゾーン、あるいはふれあいゾーンとか食の提供とか、いろいろあると思うんです。そういうものを道の駅に全部きちんとはめ込めるようにして、訪れる人たちがボタンを押せば、「その地域のどこで宿泊施設が空いております」、「いくらくらいで泊まれますよ」、「農林産物は今この地域でどのくらいストックされて売っております」という情報を通じて道の駅を活用していく方向も新しい手法ではないかと思っております。

5つ目は、23ページで教育プログラムとか技術向上のためのプログラムとなっております

ますが、都市住民が今一番知りたいのは、私どもの町にたくさん来ましても、グリーン・ツーリズムを推進しているいろいろな施設がある、いろいろな体験的な要素のものがたくさんある、そういったものを知らしめるためのマップがないんです。こういったマップをきちんとつくっていくことが一番重要だと思います。こういうところは地図がありませんかという話が入ってきますので、私たちの地域はマップを全部作り上げておりますけれども、そういうものは全国的に網羅しにくいものですから、近畿圏あるいは東海圏という圏域の中でつくって、そして都市住民が訪れやすいような状況をつくり出してやるのが重要ではないかと思えます。

島田座長 大変具体的なお意見をいただき、ありがとうございました。

医療の方の議論が今までほとんどなくて、大田委員も先ほど重要な問題を提起していただいたんですけれども、いかがですか。

伊東委員 今、観光のお話がたくさん出ましたので、少し違う視点から3点申し上げたいと思います。

まず第1点は、7ページの具体的提言のところにある医療情報関連サービスとか、そのうち「個人に関する一生涯を通じた健康・医療情報」とありまして、ここにITの活用とかいろいろあります。私が一つ申し上げたいのは、ITも大事ですけれども、やはりかかりつけ医の養成と、ヨーロッパなどで行われているかかりつけ医を中心にしたGPを軸にした医療・健康の管理を推進することが必要ではないかと思うんです。

現状では、例えば高齢者の介護保険でも要介護認定の際には医師の意見書が必要ですが、誰に頼んで書いてもらうのかということすらも実際にはなかなかできていないわけです。また保険審査の段階でも、ドクターからすれば診たこともないような高齢者について介護専門支援員が出したものを判断しているような状態で、高齢者の医療が非常に負担になっている中で、実際には高齢者と医療専門家との間のつながりが非常に希薄な状況にあります。

今、私どもでも高齢者の人たちにかかりつけ医をつくる運動を進めようとしているんですが、一方でかかりつけ医として機能を果たせる医師がどれだけいるかというと、今、現実的には非常に少ないと言わざるを得ないと思います。やはり総合診療医の養成が非常に大事で、厚生労働省の施策の中にもかかりつけ医というのが出てきますけれども、実際にかかりつけ医と人々が関係を持てるようなシステムが今はほとんどないと言わざるを得ないと思います。無駄な薬をたくさんもらって、それを飲んでいるような今の状

態を見ても、医療費の節約の観点からかかりつけ医について施策の中に一つきちんと入れていくべきではないか。これが第一であります。

第2点は15ページ、16ページあたりですが、特に16ページの(4)の3行目に「今後、団塊の世代が更に高齢化する中で、旅行者自体の高齢者が夫婦旅行、女性グループ旅行等」と書いてあります。高齢になっている人たちは時間もあり、お金もあるわけですから、高齢者に対する対応が大変大事ですけれども、そこでキーになるのはバリアフリー化だと思います。この中には、私が拝見した中ではバリアフリー化がどこにも出てこないんです。バリアフリーの中には言語とか表示とかサインとか案内所とかいろいろありますけれども、やはり何といても物理的な環境の整備をしなければ無理だと思います。インバウンドのお話がいろいろありますけれども、アメリカ、ヨーロッパから海外旅行でこちらに来る人を考えれば、それは圧倒的に高齢者です。ところが、日本のいい観光地はほとんどバリアだらけで、旅行ができない。ホテルや旅館も同様であります。

そこで、本当にインバウンドを狙うのであればバリアフリー化を図らない限りは無理だと思います。したがって、思い切ってこういうところに投資してバリアフリーを推進して、国内の高齢者、海外の高齢者がどんどん来られるような仕掛けをつくるべきではないか。それを是非入れていただきたい。

一つ例を申し上げますと、かんぼの宿がたしか全国に100カ所ぐらいあるんですけども、ここが今、一生懸命バリアフリー化に取り組んでいるんです。目立たないんですけども、非常に取り組んでいます。そうすると、そういうことがわかってくると高齢者がだんだんそこを利用するようになる。現実にそういう傾向に今入っております。是非ともバリアフリー化、物理的環境の整備、そしてインバウンドの拡大、国内旅行の拡大ということを入れていただければと思います。

最後に3点目ですけれども、17ページから「都市と地方との交流型観光」とか、その中に都市と農山村の交流とかありますが、更に22ページの(4)に「第二の故郷への定住も視野に入れた都市と農山村の交流の活発化」、あるいは次の23ページの「多様なグリーン・ツーリズムの積極的展開」とあります。ここに書かれていることは言ってみれば肯定的プロモーション、言ってみればアフターマティブな意味ではいいんですけども、実際には多分これではならぬだろうなと思います。

提案としては、今のようにリストラでクビにされる人たちが結構多い中で思い切ってワークシェアリング的な発想が取れないか。1カ月に20日間働くのではなくて、極端に

言えば10日働く人があれば、2人そこへ勤務できる。その残った日は農村で農業に従事できる。こういう新しい雇用形態とか就業形態が制度的にも社会的にも推進されるようなことができれば、本当の意味で農村と都会の交流ができる。また、ホワイトカラーの人たちでも農業をやりたい人は結構いるけれども、今の状況で農業なんて絶対でっこない。それをリストラで人を少なくするよりは、時間を少なくして給料も下げる。そのかわり食料は自分の食う分ぐらいは幾らかできる。ただし、月の半日で農業ができるわけではありませんから、そこで地元の農家とタイアップして農家が協力しながらやる。

先ほどお話がありましたけれども、廃屋があれば、そういうところを住居に転換して、そこで生活しながら都会での勤務もできるということは可能だと思うんです。ですから、農業生活ではなくて農業的生活。これによって食料の自給率が幾らか上がるかもしれませんし、こういうワークシェアリング的な発想はいかがかなと思っております。

以上3点です。

島田座長 ありがとうございます。

一つ、かかりつけ医の問題というのは現場では伊東委員が今おっしゃったようなことに多分なっていて、これはミスマッチもあるし、不安もあるし、いろいろ問題があると思うんです。これは厚生労働省の方にお伺いしたいんですが、制度的にはこれまで皆さんがとかく大病院に行きたいというのを数年前にかかりつけ医を基本にしましょうという呼びかけをして、むしろ大病院の専門医は紹介状がないと受け付けないみたいな格好にしましたね。あれは3年前ですか。

伊原政策企画官 平成8年に診療報酬において、紹介状がないケースについて、医療機関の判断によって追加的な自己負担を求めることを可能とする仕組みを導入しています。

島田座長 制度としてはそういう方向を狙っているけれども、伊東委員がおっしゃるように実態としては介護認定、うちのおばあちゃんがおかしくなってきた、どうしようかという、これまで診てくださっていたお医者さんが必ずしもいないというので、突如非常に不安になるというのが結構多いわけですね。

7ページに書いてあるのは、今のようなニーズもそのほかさまざまなニーズもあるんですが、医療情報を統一的に管理するような仕掛けができれば、全然お医者さんに行っていないというのはしょうがないんですけれども、時々行っているということであればデータが蓄積されるわけですから、それをできるだけ効率的にやって、お医者さんが

判断するときにはクリックすれば見られる仕掛けをできるだけつくろうということを図って書いているんですけども、こちら辺でコメントは何かありますか。伊東委員は多分ずっと現場を見ておられますから、そうは言っても実際に介護認定するとき本当にみんな苦労しているんだよという話ですね。今、どんなふうを考えておられますか。

土生企画官 かかりつけ医の推進というのは厚生労働省としても非常に重要な施策だと思っております。医療保険の面でも十分かどうかという議論は別として、今、伊原が申しあげましたように年々強化しておりますし、医療法という規制の面でも地域医療支援病院、まだ普及が進んでいないという問題はございますけれども、病診連携を地域においてどんなふうに進めていくかということで取り組んでおります。

また、先ほど医師の養成という御指摘をいただきましたけれども、まさに臨床研修の必修化のための議論をしているところでございます。その中でも特にプライマリーケアの重視ということも念頭に置いておりますし、他の面ではE B Mの推進ということで最新の医療情報が全国どこでも入手可能になるということで全体的な医師の質の向上にもつながっております。十分かどうかという御議論はありますし、現場でのいろいろなお悩みはあろうかと思いますが、制度的にも進める努力をしているのは事実でございます。

島田座長 伊原企画官が今おっしゃったことと関係するんですけども、かかりつけ医を推進するための診療報酬の設計はどのような工夫で強化してきているんですか。

伊原政策企画官 診療報酬上は、できるだけ自分の近くの開業医の方にかかっていたくために、大病院などに行く場合に紹介状がない場合は、自己負担が紹介状がある場合と比べて高くなるという形で制度を仕組んでおります。患者負担というインセンティブを通して、できるだけ身近なところに行っていただくという考え方です。多分、伊東委員がおっしゃられたのはヨーロッパのような登録制みたいな形で、自分のかかりつけのお医者さんはこの人と決めて、年1回登録したら、その間はその先生にかかるみたいなスタイルかもしれませんが、これについては日本でもいろいろ議論があります。日本の医療制度の特徴の一つは、フリーアクセスという形で、どこのお医者さんも自由に選べることにありますが、こうした仕組みが、「はしご受診」というネガティブな面もあると言われる一方で、医療機関の間、お医者さんの間の競争を促進し、患者の側も自分の判断で自由に選べるというメリットもある。この自由に選択できるという点が非常に重要なポイントではないかという話もありまして、今のところ、ヨーロッパのG Pみたいな形を入れるべきという意見が強いとは考えておりません。

島田座長 ヨーロッパとおっしゃっても、どこの国ですか。GPはそれほど制度化しているんですか。イギリスですか、スウェーデンですか。

伊原政策企画官 例えばイギリスもそうですが、デンマークとか。

佐藤委員 カナダもあります。

島田座長 そんなに徹底していますか？

伊原政策企画官 徹底していると思います。

島田座長 やはりイギリス系の国。

伊原政策企画官 かなり税方式に近いところがそれに近いような感じです。

島田座長 あとは北欧ですか。ドイツやフランスどうですか。

伊原政策企画官 ドイツは確かそれに近いような制度だったと思いますが、具体的な取扱いについては記憶が.....。

島田座長 フランスやイタリアは自由ですか。

伊原政策企画官 確か自由だったと思います。

島田座長 アメリカは全然自由ですよ。

伊原政策企画官 アメリカは自由です。ただし、マネジドケアと呼ばれる民間保険の場合は、アクセスを制限するケースが一般的に見られます。

島田座長 だから、厚生労働省のやり方としては診療報酬にある種の格差を付けることで誘導しようというのがある意味で精一杯という感じですね。

伊原政策企画官 それだけではなくて、土生が今申し上げましたように総合診療科みたいなものをやれるようなお医者さんを養成しようということもあります。今はお医者さんが大学で非常に専門分野に偏った教育を受けていて、その方がそのまま開業してしまうケースが多いですが、実際、開業するとなると総合診療科のようなプライマリケアの能力を身につけるカリキュラムが必要だとか。

島田座長 今は総合診療のできる能力そのものの養成が足りないということですか。ひと昔前、町医者さんは全部やりましたね。

土生企画官 プライマリーケアという面での重視が必要だと考えております。

島田座長 医学教育として？

土生企画官 はい。

伊原政策企画官 よく言われますのは、要は大学病院では臓器別などのように専門分野に限局された領域での経験しかない方が、突如開業する。そうすると、内科、小児科、

外科みたいなプライマリーなところをあまり経験しないでそのまま開業してしまう先生がいるのが問題ではないかということです。

島田座長 そう。それは大学の医学部でプライマリーケアのような総合教育をもっと強化しろという話になるわけですか。

土生企画官 そういう指摘も当然ございますし、臨床研修と合わせてそういうことを重視していく。

島田座長 もう一つ、こういうのは地域ですよ。そうすると、東京や大都市は比較的いろいろな病院、いろいろなお医者さんへのアクセスがあるんですけども、ちょっと田舎に行きますと、本当に限られた能力を持ったお医者さんが限られた診療機関でポツンとあって、それに合わない問題は全然適正に対応してもらえないということがたくさんありますね。そういうのを地域の病院、診療所その他もろもろの機関が連携を持って情報も開示してやるというのは、言ってみればアメリカのIHNみたいなものですけども、そういう試みはどんなふうに進んでいるんですか。今、実験は各地で行われていますね。

伊原政策企画官 ITに関連した話かもしれませんが、淡路島の五色町のようなそんなに人口密集地域ではないところはカードで医療情報を管理するといったシステムを使っている例があります。医療過疎地域でしたら、お医者さん確保のための事業がいろいろ行われていまして、公立病院等にお医者さんを置いて、必要な医療を確保するという形が採られています。

島田座長 過疎はそうですけれども、過疎でもなくて中間みたいなところでお医者さんもある程度専門的な偏りがあるでしょう。機関によっても偏りがあって、ある個人を例に取っても誰が一番適切なのかといたら、実はなかなか大変。だから、地域に存在する多様な医療の能力をすべて総合すれば相当適切なアドバイスも治療も受けられるんでしょうけれども、なかなかそこへアクセスがつかないという実態がありますね。

土生企画官 地域によって得られる資源が違うという問題がありますので。

島田座長 それをインテグレートして、地域の持っている資源を個人が容易に総合的に利用できるような仕組みを促進する体制はあっていいですね。

土生企画官 それはネットワークづくりを推進するような形ですね。

島田座長 実験をあちこちで行われていますけれども、全国的にはどうですか。

土生企画官 いわゆるITを活用して地域の指定といいますか、モデル事業的に取り

組んでいるのが現段階でございます。

島田座長 まだモデルですね。

土生企画官 それを普及していくことが次の課題ではないかと思います。

島田座長 だから伊東委員が言われるのは、そういうものが全国に普及すれば今の日本のかかりつけ医の推奨制度でもある程度ギャップは埋まるかなという感じですか。

伊東委員 今お話しのように一気にイギリスやデンマークのようなG Pを目指すというのはとても考えられないと思います。ただ、一つは先ほどから今まで話があった患者さんの医療情報の共有化の問題。もう一つは、医療側の情報が消費者にオープンにされていないという問題です。広告規制ということもあって、それが非常に制限されている。こういう問題もありますので、これは全体で考えなければいけない。

今、私どもはそういう制度や何かを超えて小さなクリニック、お医者さんがいろいろな講座をやったり何かしたりしているのを紹介して、そういうところに元気なうちにできるだけ出掛けてもらって、元気なうちに自分に合う医者と仲良くなろうという運動をやっているんです。そうすると信頼感とか、そういうものがベースになる。しかし、それだけでは足りない。今お話しのような総合診療科の医師の養成をもっと徹底して、その情報も消費者の方にオープンになるような仕掛けをつくっていただく。それから、そういう医師を経たときに、ただ単に特定機能病院に行って紹介状があるから安くなるではなくて、医療費のところでも何らかのベネフィットがユーザー側にあるような仕掛けをやったときに動きが始まると思うんです。今はインセンティブがないです。ペナルティみたいなものですね。医者も紹介してくれますけれども、言っては悪いですが、自分のところでやり切れないから送るだけの話で、それ以上のG Pのようなコンサル的、アドバイザー的な役割は果たし得ていないと思います。そこは一步踏み込まないと進まないのではないかと思います。

島田座長 今、伊東委員が重要なことを言われたんですけども、幾つか言われたうちの一つとして、日頃から専門家に診てもらっておきましょうというのは消費者としてのマストだと思うんです。お医者さんは専門家ですから、病気になってから来られても健康なときのデータがないわけです。本来、健康なときのデータがないのは診れないと思うんです。ところが、私どもの多くは病気になったら神頼みでお医者に行くでしょう。あれははっきり言うと、お医者さんにとってはむしろ迷惑だと思うんです。だから、健康なときのデータをきちんと提供しておいてくれればということだろうと思うんです。

これは消費者教育が大きい。

ただ、論点としては7ページから8ページに、そういう意味で伊東委員が今おっしゃった個人の医療情報を統一的に管理し、提供する。その中で先ほど大田委員が言われた問題は非常に重要で、8ページのb)です。そういう健診・診療情報までをトータルで分析するのは専門分析機関でないと、お医者さんの片手間ではできないことですから、それをしているのかどうかというところが非常に問題です。これは重大な論点ですけれども、医療情報の院外蓄積が可能かどうか。院外蓄積が可能であれば専門家の手でそれができますから、そういうネットワークはできるんです。

ここはやがて論点になると思いますが、これを規定している法律がないので、いいとも悪いとも言えない。ただ、プライバシーの問題に関わるものですから、本人が了承すればいいのではないかということを書いているんですけども、ここには実はもっと深い問題があります。そこら辺のところはこの報告書の中の一番重要なポイントの一つになろうかと思います。大田委員が先ほどおっしゃったのは、もう少し明確に書きなさいということです。どういう制度がどういう障害になっているのか。これだけ読むと、知らない人は読んでもわからないです。ですから、何も知らない人が見ても「なるほど、そういうことを言っているのか」というのが明確にわかるように書く必要がある。これは書き込みたいと思いますので、皆さんのお力を借りたい。

もう一つ、次は伊東委員の今言われた8ページの後段、医師・医療機関に関する情報も重要なんです。そして、9ページは治療方法に関する情報、これも非常に重要。そして、9ページの下サービスのコーディネーター、これも非常に重要な論点です。基本的な論点は報告書の中にとりあえず網羅しているつもりですけども、大田委員がおっしゃるように医療のことをあまり知らない人が読んでわかるかということ、必ずしもそうではないので、もっと書き込みたいと思います。

阿曾沼委員 大田委員がいろいろおっしゃってくださって、規制改革との兼ね合いをどういふふうに入報告書の中に入れるかというのは非常に重要な点だと思いますけれども、標準化と情報の管理、保険者の問題、それから患者教育という問題と横断的ないろいろな組織の問題も含めて簡単にお話ししたいと思います。

7ページに書いてあるように電子カルテの標準化を進めることは必要ですが、基本的には標準化のどこから手を付けていくかということと、もう一つは標準化を推進する仕組みと予算の措置をどうしていくかということが非常に重要なので、ここはハードル、

壁は非常に厚いと思いますが、具体的な提言が必要なのではないかと考えています。

e-Japanの中でも電子カルテシステムというのは非常に重点項目として取り上げられていまして、一応2003年度までに標準化しましょう、情報のデータ交換の標準化はきちんとしましょうという提言がされています。いわゆるデータ交換のフォーマットだけの問題ではなくて、レセプトの問題で言えば、レセプト計算の元である緑本がいわゆる診療報酬体系の原本になるんですが、そのものが情報化・標準化・電子化されていないということがそこに続くいろいろな医療情報処理の効率化を阻害している部分があります。これは緑本そのものをコンピュータ化するということになりますと、いわゆる診療報酬体系の決め方のプロセスの問題とか、非常にいろいろな大きな問題を絡んでしまいますので、今までハードルが高いということで、必要だと言っているけれども誰も手を付けていなかったという問題がありますから、どういう形で手を付けていくのかというのは少し具体的に技術的、組織的な面から議論していく必要があるのではないかと考えています。

標準化の問題につきましては例えば治療材料とか、医療には大量のものと機械を使うわけです。ものすごい量の医療材料、薬品等々を使いますから、そういったものの標準化、もしくはそういったものがどういうものであるかを識別するための商品のコードみたいなものも標準化をきちんとしていかなければいけない。そうやって考えてみますと、標準化しなければならないという団体、大きくは業界団体、医療機関、関連のいろいろな学会、保険者、それに官公庁という5つの大きなグループが相当大きな力を持って標準化に取り組んでいかなければならないと思っています。ただ、前に私が申しましたように官の相当強力な指導力が必要になってきますので、ここをどういうふうに具体的に提言に盛り込んでいただくかということが非常に重要だと思います。

もう一つは、標準化について例えば経済産業省は医療の関連ビジネスのための標準化のための予算、厚生労働省は厚生労働省で医療機関の予算、いろいろばらばらに予算化されていますから、いわゆる医療健康というものに関わる標準化にはどんな施策と予算が必要かということ在省庁間でボーダーレスに考えていく組織が必要なのではないかと考えています。これはE B Mという情報の標準化も非常に重要でありまして、例えばアメリカではC D Cという基本的に横断的な組織がE B Mに基づく疾病の管理、標準化を推進している部隊があります。民間とか官ということから離れて第三者的な組織の創設が標準化には本当に必要になってきているのではないかと考えています。

情報の管理ですけれども、これは島田先生がおっしゃったように民間のリソースを使

っていくことが非常に重要でありまして、一医療機関が管理できる範囲を超えてしまっている。これは予算も人の面も含めて超えてしまいますから、9ページの表現に「厚生労働省におけるEBMの取組を確実に進めるとともに、データベースを早期に整備」ということがありますが、これは官側が完全に管理する必要があるかどうかという議論にも結び付いてくると思います。私は官側は情報のナビゲーション、どの情報がどこにあるかを確実にわかっていることと、その情報にたどり着くために一番早い方式を官がきちんと管理していることと監視機能を持っているということで、管理とか分析というのは民間のリソースを徹底的に使っていく方がクオリティも高くなって早いのではないかと考えています。

先ほど医療のいろいろな議論が出てきましたけれども、私は医療供給側のドクター、医療機関の教育というのもいろいろ意識改革が必要だと思いますが、患者側が医療を選択する際に見栄えとか規模、肩書、そういったものに振り回されざるを得ないということもありますし、日本人はとかくチョイスしたものに責任を持ってないという国民性もあるので、基本的には患者の教育を今後どういうふうに推進していくか。そういったことも組織的に推進していくか。情報提供とか患者教育に関してはNPOでいろいろといいものができてきていますから、そういったものに対しての組織的なバックアップ、経済的なバックアップもどんどん進めることによって患者の教育というものもある一面では非常に重要なポイントになるのではないかと考えています。

保険者の機能で患者のエージェンシー化をして保険者に非常に力を持たせるということですが、健保組合そのものが企業の中で組織として戦略的に重要性を持っていることは非常に少ない。そういう意味をどういうふうに考えていくかというのは企業側も非常に考えていかなければいけないんですが、もう一つは企業が一つの健保組合を持っている必要があるかどうかということがありますから、いわゆる健保組合の整理・統合を考えながら、健保組合の実質的な力を付けていくことを誘導していくような政策が必要なのではないかと思っています。トヨタ、日立、ソニー、松下、大きい企業の健保組合が本当に1社に一つ健保組合が必要なのかどうか。企業は今、このデフレの時代の中で健保組合を持つことが大変な時代になってきていますから、ここも政策的に誘導していく必要があるのではないかと思います。

最後にインセンティブの問題をお話ししたいと思います。特定療養費をどんどん拡大していくことと混合診療の問題は非常に大きい関わりがあるんですが、議論で間違わな

いようにしたいと思っているのは、実は混合診療ということは高度先進医療と、例えばホテルコストで差額ベッドを取るとか紹介状のない患者さんから3,000円取るということとものすごく幅広い議論で、それがごっちゃになって混合診療という一くくりで議論されていることが非常に危惧されています。

そういう意味で、特定療養費のホテルコストみたいなサービスコストを医療が取ることは、ある一面では現実的には非常にいい議論だと思っています。例えば電子カルテを導入する。標準化して、きちんとしたデータを開示する体制が整った病院に対しては標準化差額とか電子カルテ差額といったように保険診療点数で電子カルテ化の保険点数を考えるのではなくて、そういったホテルコスト、サービスコストの中で考えていくようなことがいいのではないかと考えております。もし具体的な提言ということであれば、そんなこともお入れいただければうれしいと思っています。

以上でございます。

島田座長 どうもありがとうございました。

全体的なことに関して一言申し上げたいんですけれども、これを世の中に問うようにするときには、例えば医療の分野ですと混合診療問題が今ありましたし、情報化の問題あるいは管理の問題、いろいろありますが、厚生労働省が統括して進めておられるわけで、どこまでいっているのかということ、大田委員の言葉を借りれば簡潔かつ明確にわかるようにまず書いて、その中で内閣府が事務局をやっている我々の委員会は、審議会があまたある中で特に何を言おうとしているのか。私は皆様にお約束したいと思うんですけれども、もしこの中で本当にやるという提言が出されれば、その後はフォローしたいという覚悟であります。小平統括官もいらっしゃいますから、しっかりと推進したいと思います。ですから、逆に言うと言いつ放しはしたくない。できもしないことをたくさん書きたくない。書いた以上は絶対にやる。そんな覚悟でだんだん絞っていきたいと思うんです。この委員会だからできるというものもあるんです。というのは、観光と健康を一緒にしてしまっている委員会は珍しい委員会だと思うんですけれども、やはり生活産業創出、国民を幸せにしたいという角度からやりますので、厚生労働省の審議会とはまた違った角度から切り込める面もあります。その切り込める面を最大限生かして、幾つか具体的な提案をして、それは本当に推進したい。是非そのような角度からおっしゃっていただきたいと思います。これは観光でもそうです。

廻委員 本来でしたら昨日の作業部会に伺ってお話すべきことだったんですが、

所用があって伺えないで失礼しました。

先生が今おっしゃったことは非常に心強く感じました。と言いますのは、観光その他も常にいろいろな委員会もありますし、いろいろな報告書は出るんですが、その後それはどこにいったのかなということが非常に多いので、先生がフォローしてくださるといことは非常に心強い。例えば観光に関して着眼は大局であるべきですが、着手は小局から始めるべきではないか、私は具体的なことから始めるべきではないかと思います。

例えばいろいろなタイプの観光があります。都市型とか産業観光とか自然体験とかいろいろありますけれども、これをある種コンペと言ったら変ですけども、自治体なりどんな組織でもいいです。こういう案を出して、なおかつそれも言いつ放しではなくて、具体的な収入なりお客さんの数が増えるなり税金が増えるなり、何でもいいです。そういうことに結びつく数字もある程度出して、それが成功した場合にある種インセンティブが付くようなものをキャンペーンとして世に問うてコンペティションするとか、そういうことをするのはどうかと思ったんです。

なぜかといいますと、こういうことをやっても下まで情報がなかなか伝わっていないのでPR効果があるのと、今まで観光に関しては何でも言って、こういうのをやると言っただけで、その結果については責任を負わないようなプランが多かったので、こういうプランを立てれば観光客がこれだけ増えるなり税収が上がるなり、何でもいいですけど具体的な数値目標を出して、それをクリアした場合には何かインセンティブが付くようなものを全国から応募するなり、それを選ぶ人に国民が入ってもいいのかもしれないけれども、そんなことはどうかと思いました。

島田座長 それは大変建設的な御意見だと思います。我々がこれまで勉強会を進めてきた中で皆さんが共通に認識を持たれたのかと思いますのは、全国各地の観光地が本当に発展するときには、「この人はどうしてここまでやれるの?」というぐらいのめり込んで頑張っている人がおられるのです。黒川温泉もそうですし、湯布院もそうですし、八千代町もそうですし、そういう人がいるところがものすごく伸びる。そういうカリスマ的な方々に光を当てて、皆で学んでいきたいと思います。

ただ、観光については、副大臣会議の報告書を読まれた方は多いと思いますけれども、実は非常によくできている。多分、国土交通省が大変力を入れておやりになったのだらうと思います。その中で休暇の分散化ということを言われたのは副大臣たちが省庁を超えて集まってやったということの一つのメリットで、なかなか言えないことですね。

我々はそれをフォローしようとしていますし、もう一つは自治体が努力しているところ
はしているわけです。

東京都の話も聞きましたけれども、東京都は一自治体で何億円も予算を増やしてスタ
ッフを倍増して、石原都知事の指導力でやっている。内閣府はそういう予算はありませ
んし、そんなアクションもとれない。また、副大臣会議のつくった白書みたいなもの
をつくる役割でもありません。それらを踏まえた上で、さすがに内閣府はよく考えたね、
いろいろなことを全部知っている中でよく絞って言ったねという報告書をつくってい
ただきたいわけです。だから、そういう意味でだんだんと論点を絞って、これは内閣府の
委員会としてやろうよという感じをお願いしたいと思います。

先ほど大田委員がおっしゃったことで10ページですけれども、「情報化の進んだ後の
医療の姿」は重大な問題ですね。簡単に書かれてしまっていますけれども、御意見はあ
りますか。阿曾沼先生も今おっしゃった問題ですが、混合診療というのはひと昔前は例
えば差額ベッドは混合診療ですよというのだった。あるいは、最近では例えばアメリカ
では実証結果が確認されている薬を日本では使えない。それを使うのは自分で払って
くださいというところまでは混合を認めましょうかみたいになっているわけですが、
人々の需要は多分もっと多様にありまして、そういうものはすべて自費で払うべきだ
というのがこれまでの考え方ですけれども、全部自由診療というのはものすごく高いもの
になりますね。だけれども、みんなの保険も使いながら、かつ多様なものは認めていく
ことをどう可能にするかという、ここでの書き方は建前論だと思いますが、消費者が
十分な情報を持っていて、お医者さんに対抗できるほどの情報を持っていれば、混合診
療だよ、と言って供給側（医師側）が悪用はできない。情報がなければ悪用されてもわ
からないわけです。だから、情報が十分にあれば悪用されないだろうから、情報があれ
ば混合診療をだんだん認めていくことになるでしょうと書いてあるわけです。しかし、
ここの書き方はかなり抽象的な言い方で、ただ読んでも実は何だかよくわからない。

大田委員、何かありませんか。

大田参事官 選択できるようになれば情報を集めるという側面もありますし、歯医
者の場合は混合診療になっていて、普通の治療は保険でやって、差し歯の材質だけを保
険外で選ぶことがなされているわけです。ですから、歯医者と普通の医療を一緒にするな
というのが一般的な意見ではあるんですけれども、そこはもう少し選択肢を考えていい
のではないかと思うんです。

先ほども申し上げたかったのは、先生が今言ってくくださったように「情報化が進んだ後」という曖昧な書き方は結局、問題の本質がずれてくるだろうと思うんです。情報化が進んだのであれば、先ほど阿曾沼先生がおっしゃったように電子カルテの導入とか、幾つか条件をクリアにすべきであるし、この委員会として患者の選択を拡大する。そのために保険外診療をむやみに認めるとは言わないけれども、やはり拡大する方向がいいんだということで合意が得られるのならば、やはりそれを据えて、そのために必要な情報としてこれをやるという条件を明確にしていけないと進まないのではないかと思うんです。

島田座長 この報告書のまとめ方としては、例えば今の論点は差額ベッドはどういう経緯でどうした、アメリカの何ていう薬はどこでどう認めたのか、その先の話は今どこまでどう考えようとしているのか、どの審議会ではどこまで議論が進んでいるのかなどを熟知しないと、我々としてここを切り込みたいという戦略が出ないんです。その熟知できるものは書きたいと思うんです。ただ、この報告がそんなに長くなると誰も読まなくなってしまうので、十分に書き込んだものは最終的にはつくる。だから、この論点はどうかといってももう少し詳しく知りたいと思ったら、資料編を見たら実は全部書いてあるというのをつくりたいと思っています。そういうものを踏まえたとして、この戦略的な本報告としてはどこまで書き込めば我々としてこの世界に切り込めるかというところを絞り込みたいんです。

そういう意味でいくと、大田委員が今おっしゃったことは「情報化の進んだ後」というのは抽象的でよくわからないから、どういうことなのかをはっきり書けということですけれども、もう一つ、先ほど問題になりました8ページは割と積極的な書き方をしてあるんです。これは事務レベルでは大議論した結果こうなっているんですけれども、(b)で「現行制度においても、個人の同意さえあれば情報を第三者に提供して、第三者が管理することが可能である」と書いてあるんですけれども、「可能である」という法律の文言はないんです。ないから、それを可能と書くことについては厚生労働省はとんでもないという議論がありました。しかし、それがきちんとできる環境条件が整っているとは言いがたい。実際に言いがたいわけです。プライバシーを完全に担保するような仕掛けは議論はされているけれども、まだ形になっていません。ですから、そういうものは以下のような取り組みをしっかりと進めることが必要であると書いてあって、書き方はかなりポジティブなんです。

だから、9ページの問題もそういう書き方をすると見えてくるかなということもありますが、いずれにしてもかなり専門の人でないと意味がよくわかりません。座長レベルの知識ではついていくのが精一杯ですけれども、この話は大変重要なんです。これは生活産業創出研究会ですから、我々の関心はそういうことをすると人々がどのぐらい幸せになって、どれだけ便利になって、そういうものを担当する産業がどのぐらいで、どのぐらいの雇用が生まれるのかという観点です。そこは厚生労働省の審議会とはまた違う観点なので、そういう観点から切りたいんです。

阿曾沼委員 この8ページはよくここまでお書きになったなと私も思いました。第三者保管は医療法の第21条と第22条の診療録の保存という問題と平成14年に出たガイドラインで規制されていて、今回の特区のいろいろな議論の中でも厚生労働省は個人情報を含まない医療情報、EBMの生成に必要な情報は外部保存でいいと言っているわけです。ただ、個人情報に関しては個人情報保護法との問題でどうか。ところが、個人が認めて積極的に保管してくださいと言ったものについて認めるか認めないかというのは全然議論されていない。

島田座長 そうです。そのポイントなんです。

阿曾沼委員 ですから、そこは非常に大きいところではないかと思います。

島田座長 私の考えは、そこは環境条件の整備に同時並行で官民が力を合わせて努力するという前提のもとで諸外国の例もよく研究してみないといけない。

阿曾沼委員 経済産業省の地域情報のネットワークでは熊本がマイカルテということを実験をやっています。それは非常に効果があるようですから。

島田座長 参考になりますよね。

阿曾沼委員 はい。

島田座長 だから、総力を挙げてやるという前提のもとで、この研究会としてはあえてこのぐらいは書き込みたい、世の中に問題提起したいということであれば、本人が積極的に承諾していてメンバーになっている場合は、それを引き受けて分析していいというのが産業になりますから。ただ、その産業がきちんと機能するように一刻も早くプライバシーを含めて安全装置というか、チェック装置をしっかりと整備するという二本立てですけれどもね。

阿曾沼委員 できれば、この委員会でカルテは患者個人のものだという宣言をしていただくことが必要なのではないか。今、基本的にはカルテは誰のものかということが非

常に曖昧になっていますね。ですから、カルテは自分のものだという宣言をしていたら、これが非常に重みを持つてくると思います。

島田座長 厚生労働省もかなりいろいろな研究はしていて、努力されているわけですね。だから、ぎりぎりまで行政当局者が何を考えておやりになっているのかということ、を十分踏まえて尊重した上で、あえて一步付け加えたいという感じなので、そんなふうにやりたいと思っています。

大田委員 先ほどの混合診療のところ、普通の病院だと予約できるところもあるけれども、できないところもあって、予約できないところはいつまでかかるかわからないので、忙しいと行けないわけです。一方で、会員制の病院みたいなところがあって、ここは何かあると電話1本ですぐかかれて、しかもいろいろなところも紹介してくれる。でも、すごく高いわけです。入会金だけで500万円とか、すごく高い クリニックみたいなところがあるんです。前に先生と議論したときに出てきた、エコノミーとファーストクラスの間がもっとあるといい。風邪だとわかって行くのではなくて、もっと周道的に日常的にも相談できるけれども、会員制みたいに高いところは無理なので、その中間的なところを普通の保険を使いながら、なおかつ紹介料とか相談料とかコンサルタントみたいなお金は自由に取ってくれてというサービスができないものかと思っています。

島田座長 その点は厚生労働省の方にお伺いしたいんですけども、今まで我々が知っているのは、例えば差額ベッドというのは事実上の混合診療的な扱い、アメリカで実証された幾つかの薬についてはやっていますよということは今だんだんと動いてきたものがあるんですが、大田委員が今おっしゃったようなこと、要するに時間がないからグリーン切符が欲しい。その分は5,000円でも1万円でも払うという扱い、その面に関しては違う診療をやるんだから自由診療ですね。

伊原政策企画官 そうです。

島田座長 だけれども、それは診療を受ける中身は普通の保険診療で決まったことを受けるわけですから、時間だけ早く。要するに、30人並んでいるものを飛ばしてくれよということを見せてくれということですね。そういうのはいいわけですね。

伊原政策企画官 いいというのは、その差額を取るということですか。

島田座長 ええ。

伊原政策企画官 記憶違いかもしれませんが、予約診療については特定療養費が認められていたような記憶があるんですけど。

大田委員 ただ、それは全部の病院ではないですよ。

伊原政策企画官 多くはありませんが、あるはずですよ。

二川参事官 そういうふうに予約料を取っていいよ、それで通常の診療は保険でやりますよ、あなたは予約で何時何分、だから並んでいても先に見ますよ、そのかわり何千円いただきますよというのはやっていいんです。ただ、実際にそういうことをやっているか、そういう病院がたくさんあるかということ、お金を取らない予約みたいものがあった、実際に予約で行っても意外と待たされたりするんです。そんな感じの予約になってしまっているんです。だから、本当に先に飛ばしてくれるのかと言うと、タダだから飛ばしてくれなかったりする。制度上は取っていい。そういう病院がもっとどんどん出てきていいよということではあるんです。

島田座長 壁に書いておいてくれて、500円だったら2人抜きとか、1,000円だったら5人抜きとか、10万円出したらまず最初に診るとか。

二川参事官 それは内部で議論したことがあるんですけども、予約料を取るのであれば例えば特別待合室みたいなものを用意しないと、なかなか抜かしていけないのではないかみたいなことを。

島田座長 その感じはありますね。

二川参事官 だから特別待合室料とか、そんな感じですよ。

今野委員 そういう町のお医者さんは既にたくさんおられます。そのかわり保険はききませんということを条件にしていると思います。

島田座長 保険は根っこからきかないんですか。

今野委員 ええ、初めからきかない。

島田座長 そうすると、高いですよ。

今野委員 結構高く取られますね。

もう一つ、私は在日アメリカ人の友だちが何人かいますが、彼ら、彼女らは風邪をひいても英語が通じる外国人のお医者さんのところに行きます。その場合は初めから風邪でも3万円ぐらい取られると話していました。

島田座長 本来それだけかかっているんですね。

今野委員 それを承知で言葉が自由に話せるとか、そういうところを選んで行く人たちは結構いらっしゃるみたいです。

島田座長 そうですね。その場合の外国人のお医者さんというのは医師法の免許との

関係はどうなんですか。

伊原政策企画官 それは取っているはずです。取っていなければやれませんので。

島田座長 日本の医師法の免許を？

伊原政策企画官 ええ。

土生企画官 伊原が今申しあげましたように全国民を診療することになりますと日本の医師法の免許が必要ですが、例えば英国の場合とか個別の協定まではいきませんが、約束事項がございまして、外国人の方を専門的に診療するということで、それも英語で日本の医師の試験を通過していただいて医師法上問題ないという形で診療されている例がありますので、恐らくそういう方だと思います。

島田座長 日本で日本語を使わないで日本の医師法の免許を取っている人は何人ぐらいいるんですか。

土生企画官 数は承知しておりませんが、たくさんはいないと思います。

島田座長 調べていただけますか。すぐわかるでしょう。

土生企画官 はい、調べます。

島田座長 今野委員のところはそういう人を組織してしまっているわけですね。

今野委員 というか、そういう人が周囲に沢山おられるということです。

先日、プレゼンテーションを20分させていただいたときにも最後に御提案させていただいたと思うんですが、今、病院に行っておられる患者さんたちの7割ぐらいは本当はわざわざ時間をかけて3時間待って3分の診療を受けるために行く必要がないと言われております。でも、彼らは具合が悪いわけですから行くわけですが、そういう人たちを3時間待たせるよりも、資格を持ったきちんとしたドクターが電話で心ゆくまで問診して、場合によってはアドバイスをし、もっとその人に合ったいい治療に振り向けることができるという制度をつくっていただいたらどうでしょうか。本当にすぐ病院に行かなければいけない3割の人たちは、その7割の人たちの分もしっかり時間を使っただいて心を込めた、もっとクオリティの高い手厚い治療を受けていただく。これまでは何でもかんでも全部7割の人も含めて行っていたものを、状況をきちんとチェックしながら一番適切な方法で対処するような制度をつくっていただくことを御提案させていただきました。

それに関連して、8ページ、9ページの大事なテーマに関しては先ほど十分議論していただいたようですが、5ページを見ていただきたいと思います。問題の所在と課題の

(3) 健康づくりの一番下の の中に若い世代とか女性は健康志向が非常に強いから、どちらかといえばあまり問題ないけれども、問題は生活習慣病予備軍の中年男性たちではないか。忙しくてということもありますけれども、彼らはそういうものに対するビヘイビアというか、一般的な比較ですけれども、情報収集の仕方とか、収集した情報に対してどういうふうに対応するかというスタイルが女の人と違うと私は思います。

女の方は割と、誰が教えてくれた情報とか、勧めてくれたかという口コミとか、それを使ってどうだったかという感覚や実感を取り入れながら、それを信じて治療しようとするから比較的効果があるんです。ライフスタイルの違いだと思うんですけれども、男の人たちは数値、データで示していただくとか、ビジュアルにその因果関係がわかるという科学的な根拠がないと、なかなかそれに取り組もうとしないところがあります。それが男の人たちの健康ということに関して問題を遅らせている原因になっているのではないかと思います。

その下もずっと引き続き非常に重要なことに触れていただいております。例えば では、そういう御要望に関するさまざまな取り組みが実際にどのくらい効果があるのかという根拠がきちんと整備されなければいけないということを書いてあります。その下の喫煙に関しても、自分の体内でどういうことが起こっているかということを見れば納得できるんですけれども、そういうことがないと切実感が持てない。

大事なことは に書かれておりますが、これから代替医療というものをもう一回見直していきたいと思っておられるようですけれども、その効果について十分な根拠のないものも少なくない中で、これを推進しようとするには推進しようとする主体がその治療効果を含めた効果を十分に実証することが必要とあります。それはずっと今お話ししてきた一連のことですけれども、私もこの10年ほど代替医療にいろいろと関心を持って関わってきましたのでよくわかるんですけれども、一つ一つの代替医療の主体と言われるグループに対してはそういう科学的根拠を示すことは生易しいことではありません。でも、それをするとして、その科学的根拠はどのような形でどこまでお出しすれば満足なものとして認められるのか。また、その根拠が確認できたとしたら、その後これまでと違ってどのように進展するのか。そういうことも是非議論していただくことで、水面下の優れた代替医療をエンカレッジすることができるのではないかと考えております。是非それも具体的に議論して、ガイドラインのようなものをつくっていただきたいと思っております。

もう一つの問題としましては、これからいろいろな形で多様な医療の現場が用意されてくるとしたら、そこで一番大事なのは医師、お医者さんたちであろうと思います。当社も30年間、電話医療相談、健康相談という形で60人の非常に優れたお医者さんに顧問をお願いしながらやってきました。その経験から医者に関するクレームでどういうクレームが多いかということ、お医者さんが患者の話をよく聞いてくれなかったとか、不親切だったとか、わかるように話してくれなかったとか、ということでクレームが起きるのです。その背景をうちは毎回きちんとチェックするんですが、某有名な病院とも提携しておりますが、経験の浅い人の方が人気があったり、親切だと感謝される場合が多かったりします。

つまり、一口にお医者さんと言っても3つ役割に分かれるのではないかと。それは学者としてのお医者さん、それから医療技術者としてのお医者さん、もう一つは医は仁術としてのお医者さん。不親切だとクレームが出るお医者さんというのは結構優秀な医者だったりすることがあるんです。戦後の日本では白い巨塔に見られるように、そういう方を優秀なお医者さんと評価したきらいがありましたから、仁術、人と向き合って一人の人間をトータルに癒していくことが疎かにされてきた。その結果から、優秀だと言われているお医者さんからクレームが起るようなことになっているのではないかと思います。

30年前、うちが日本で初めて電話による医療相談を始めたときに真っ先に手を挙げて引き受けてくださった方々は、非常に名の知れた有名ドクターです。名医と言われているスタードクターの方々が御自分から進んで是非それをやりたいと、お金のない私たちの会社の顧問になっていただきました。その先生方は自分の医療現場では一人一人の患者とじっくり向き合う時間が与えられていない。だから、3時間待たせる人を次々と呼び込んで機械のごとくベルトコンベアーで送り出すことが仕事であるわけですから、本当に一人一人の患者をケアしているという意識がない。でも、ダイヤルサービスの健康医療相談では本当に思う存分時間をかけて相手の愁訴を聞いてアドバイスすることもできるということで、ここで自分たちは患者が本当に何を望んでいるか、何に苦しんでいるかということを経験者としてじっくりリサーチする場を与えられていると思うので、これだけは最優先でやらせてくださいということでした。これまで30年続けてくださっている大変有名なドクターたちがたくさんおられるのはお医者様方も本心はそうあるべきと思っておられるからだと思います。

そういうふうに考えると、これからたくさんの医学生を育てていく中で優秀な日本の21世紀の医者とは何なのかということをもう一回しっかりと確認した上で教育していただく必要があるのではないかと思います。21世紀の医療に必要なのは、医学の現場に仁術というものの、相手を人間として扱う要素をもう一度しっかりと取り入れることだと思います。そのためにもインターン、医学生の人たちに電話相談の現場で少なくとも1年は修行していただき、患者が何を考えているのか、自分たちはそれにどう対応しなければいけないのかということをお勉強していただく。この研究会的に言うならば、そこが将来、本当に優秀な医師を育て社会に送り出す一つのサービス、産業として位置付けることもできるのかと思っております。

そういうことを教えられていない人たちは、インフォームド・コンセントと言われると猫も杓子も、TPOも一切考えないで、相手が今どういう状態に置かれているかも判断できずにやってしまう。人間の心理やコミュニケーションスキルの原点を、医術・医学を教える前に教育する必要があると思います。

島田座長 どうもありがとうございました。

一つ二つ教えていただきたいんですけども、そのお医者さん方が電話サービスしたときの報酬はどうなっているんですか。

今野委員 24時間ですから時間帯によって、深夜の部と一般的な時間の違いで顧問料も異なります。

島田座長 そうすると、それは電話相談した利用者側の方が払うわけですね。

今野委員 当社の場合、健康保険組合をはじめとする百数十社の大手企業からの業務委託が多く、一般の人からの相談料は取っておりません。例えば、健保組合は約300万人の会員を対象に健康相談サービスを提供しています。

島田座長 健康保険組合から委託料をもらうわけですね。

今野委員 はい。健康保険組合からいただいております。他にも、カード会員や郵貯会員に多彩な相談サービスを提供しております。

島田座長 今の関連で厚生労働省にお伺いたいんですけども、私のアメリカでの経験ですが、一般医の先生方は診療所では半分ぐらい電話をかけているんです。大体電話で処理してしまって、日本の患者さんみたいに待合室にたくさん来ていることはほとんどない。先生が薬局に指示すると、薬局から薬が来る。日本の場合に電話で対応しているというのはあまり見かけないんですけども、診療報酬上はどうなっているんですか。

伊原政策企画官 正確な記憶がないのであれですけれども、確か再診の場合には認められていたような記憶がございます。ただ基本的には対面ということになっております。

島田座長 対面というのが入っているから電話は認めないんですね。

阿曾沼委員 電話再診料というのは認められていますね。簡単な電話で問い合わせることに対しての電話再診料というのはありますね。

島田座長 どのくらいですか。アメリカですっとかかっていたんですけれども、私の経験では先生の7割くらいは電話ですね。よほどのことでないと本人は来ないんです。

今野委員 ファミリードクターはそうですね。

伊原政策企画官 それは一つはHMOみたいな形で人頭払いで患者さん当たり幾らという形で民間保険で払っているの、要は何回来たかというのは関係なく、患者1人当たりという報酬が払われることが影響しているのではないかと思います。

島田座長 そうではないですよ。僕はメリットレートではらっていましたよ。何回か電話相談すると幾らかという請求が月末に来るんです。

伊原政策企画官 もう一つのポイントは処方箋です。向こうは医薬分業が徹底していることもあって、お医者さんが幾ら処方箋を出しても医師には一銭も入らないんです。そうすると、再処方なんかは電話ですするという傾向があったように思います。

島田座長 だから、パターンが決まっていて、薬局ではそれを受けて、処方して、薬局がうちへ持ってきます。だけれども、お医者さんに何回相談したかで月末の請求は違っていました。5ドルから100ドルくらいまで違っていましたよ。

伊原政策企画官 ただ、処方料で取ってはいけないんです。

島田座長 だから、電話の分を取っているんじゃないですか。

伊原政策企画官 処方箋を出しただけでは、アメリカの慣行としてお金は取らないように思います。

島田座長 処方なんか言っていない。ただ教えてくれている。お前は風邪だよとか、大変だよとか、病院に来いよとか。

田川委員 先生は処方箋を薬屋に渡すだけなんですね。それで取りに行くわけです。

島田座長 薬屋が持ってきましたけれどね。

田川委員 私も2年間そうでした。

島田座長 薬屋が家に薬を持ってくるでしょう。

伊原政策企画官 ファックスで病院の先生が薬局へ送っているんですね。

島田座長 だから、電話だけしていればお金を取れるのかということを知っているんです。アメリカのお医者さんはそういう診療報酬体系ですかと知っているんです。

伊原政策企画官 先生がいらっしゃった時期はあるかもしれませんが、一般的にはいろいろな保険プランの人がいて、直接出来高払い (fee for service) の保険に入っている人だけでなくHMOの方もお医者さんは扱っていますので。

島田座長 いろいろあるということですね。

伊原政策企画官 やっているうちに大体便利な方向でやっていると思います。

島田座長 では、どうなっているかというのを一回確認してくれませんか。

伊原政策企画官 私もアメリカの経験があるのでしゃべっているだけなので……。

島田座長 わかりました。我々も調べたいと思います。そういうものが何もわからないで手探りでいきましてもしようがないので。そうすると、サロンみたいに患者が集まっているのがいいか悪いか、問題があるわけですね。お医者さんも忙しいし、電話で済むことなら済ませたいではないですか。

伊原政策企画官 そういう意味では、日本もそういう方向で再診料を電話で認める方向に来ているんです。

阿曾沼委員 やはり健康相談なのか治療なのかというカテゴリーが分かれることによって制度が随分変わってくると思いますので、少し調べないといけないと思います。

島田座長 そうですね。健康相談だと取れるんですか、取れないんですか。

阿曾沼委員 健康相談ということになると、それはほとんど自費になってしまいます。

島田座長 治療ではないからね。医療だと保険を適用するかしないかという話になる。

阿曾沼委員 それは電話再診料というカテゴリーが一応ありますから。

伊原政策企画官 電話再診料の件はもう少し詳しく調べたいと思います。

島田座長 そうですね。教えていただきたいですね。今野委員がずっとおっしゃっていた考え方は日野原先生がアメリカでずっと勉強されて、日本は臨床医学は全然ダメだということをさんざん強調されておられますけれどね。

時間がちょうど来てしまったんですけども、また続けますので、今日のところはこれぐらいでよろしいですか。これはまさにたたき台なので、今日は言えなかったという方はメモでも送っていただければありがたいと思います。よろしく申し上げます。

平工参事官 本日は忙しい中お越しいただきまして、ありがとうございます。

第6回、次回は11月19日の午前10時から開催する予定でございますので、よろしくお

願いいたします。

また昨日、地域産業部会ということで地方自治体の「観光振興」「都市と農山漁村の共生・対流」に関する取り組みについて御参加いただける方で議論させていただきましたけれども、次回の地域産業部会は11月13日の夕刻午後6時半より、今度は「医療の情報化」「健康づくり」について議論したいと考えておりますので、御都合のよろしい方は御参加いただきますようお願いいたします。後ほどまた御案内させていただきます。

以上でございます。

島田座長 またよろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

- 了 -