

日本ヘルスサポート学会  
Fit for Work 研究部会 第8回会議 議事録  
2016年12月13日(火) 18:00~19:30  
於：TKP 東京駅前カンファレンスセンター

出席者：

松田 晋哉 産業医科大学公衆衛生教室 教授

(以下、五十音順)

池田 俊也 国際医療福祉大学薬学部 教授

半田 一登 日本理学療法士協会 会長

村松 圭司 産業医科大学医学部 公衆衛生学

目黒 昭一郎 麗澤大学経済学部大学院 経済社会総合研究センター 客員教授

<松田先生プレゼンテーション>

(半田) フランスでは産業医から事業主に書類を提出する際に、診断名を外すということですが、そのことにデメリットはないですか。

(松田) ないですね。基本的には診断名をはずして、症状というか、この患者に対応したこういう配慮が必要であるという、そこだけを提出します。ですから、フィットフォーワークもそれに近いですね。病名とどんな薬をのんだかっていうことを書いて、例えば、鬱の傾向があるとわかると解雇されるということが起こり得ます。

日本では、採用時健診の結果や必要な場合に提出される書類に、病名が書いてあって、それを人事も全部見ているというようなことがあります。この体制は、まずいのではないかと思っています。

(村松) 私がまだ産業医として現場で働いていた頃ですが、大きい企業に行くと、採用時の入社前の健康診断を会社でやってあげますということで、企業の産業医がやって判断をするというところもありました。それは、松田先生がおっしゃったように事前チェックに他ならないのでともとれ、非常にグレーだったなと思います。

(松田) 就業時健診ですと、雇用することが前提です。その前の段階で行う健診とは別ですので、問診票もそうですね。

(村松) そうですね。人事面接が午後からあって、午前に健康診断をこちらでやってあげますという体裁にしてやっている企業もあり、非常にグレーだなという認識です。

(松田) 実体としてやはり情報のやり取りは企業と医療機関の間で行われているので、

これに対して何らかの形で公的な請求ができるようにできればいいというのが私の考えです。

(半田) 今は厚労省の社会参画就労というのが強く打ち出されているので、社会変化に伴って真正面から一回やってみる価値はあるような気がします。

(松田) 働き方改革っていうのが現政権の掲げたテーマですからね。

リウマチの人とか癌の方っていうのは、やはり病気で会社を辞めている人が多いですね、働いていてもかなり収入が落ちてしまうっていう現状がありますので。働くことと療養生の両立についてももう少し前向きに考えていった方がいいのではないかと思います。

(池田) 実際に今日見たデータですと、癌患者さんが癌になるまでと比較して収入が半減していますね。

(松田) 本当は収入が維持できて、週末に癌療法を受けることができ、土日休めるっていうふうに配慮してくれればいいのですが、なかなかそうはならないようです。

(半田) 一点教えていただきたいのは、復職の健康診断も同じように考えた方がいいのかどうかですね。というのは、就業時はそういう人は採らない方向でやっているのがやはり普通ですが、復職時もそういう判断に使うのはやめた方がいいですよというスタンスで行くのかどうかですね。

(松田) 僕が担当している会社はかなり優しい会社なので、医療を受けたという経緯があってもなるべく雇用を継続したいという考え方です。一般的にはメンタルで問題がある人はなるべく排除したいという傾向はあるように思います。

(半田) そういうことがあってはならないという形がいいのか、両面を含めるかどうかですね。プライバシーの点からいくと、含めない方がいい面もありますが、逆にそれを分かってないと就業時の問題とか、生活へのいろいろな配慮の仕方が具体的になかなかわからない。それが分かってないと具体的な配慮がなかなか行き届かないということもあります。紙の診断書ですと、誰が見るのか分からなくなるので、難しいですね。

(松田) 例えば、問題になるのが統合失調症です。統合失調症でも今は昔と違ってかなり軽い人が増えてきているので、幻視幻聴はあっても自分の病識があり日常生活には対応できている。でもやはりメンタルでのキャパシティ面で余裕がないので、なにかあるとパニックを起こしてしまうことがあります。そういう人に関してはやはり上長にアドバイスしますね。前に担当していた会社では HIV の問題がありました。これはやはりどうするか困りました。B 型肝炎でもそういうことがありました。そういうのをどうするか、なかなか

か難しい。

HIVの患者の時は、通常の活動ではうつらないと上長に言いました。でもやはり飲み会の時の鍋とか一緒に食べるということになると皆さん躊躇する、ということがありましたね。ある大学で小児科の先生がB型肝炎にかかって亡くなったことがあったのですが、一般の人ってやはりB型肝炎とA型肝炎の区別がつかないんですね。以前、私が学校保健にかかわっていた時、生徒の一人がA型肝炎になったんです。そうしたらうつる可能性があるということでなんとなくクラスの中で排除されてしまって、その子とその子の家族は引越ししなくてはならなくなったという事件がありました。職域と医療との、個人情報のやり取りに関する何らかのルールがないといけないと思います。

(村松) 保健システムのいろいろなテーマが今出てきていると思うんですが、一つ、保険収載するという観点に一度戻ると、紙にお金が付かないということがあります。例えば連携に関する加算みたいなものと、医療保険ではない施設との連携がかさむわけですから、この保険医療機関が保険以外の機関等と連携する場合に加算し、定められた様式を用いる、というふうにすれば、結果的にはそのまま使えるので、その制度はありかもしれません。

(松田) 加算という形にすればいいですね。

(村松) そうです。

(松田) 例えばリウマチ患者だったらリウマチ患者の生活管理指導料みたいなところに、職場復帰加算のようなものをつけて、その時にはそういう情報の提供を別添の様式でやること、みたいな形でやっていけばいい。

(村松) 連携加算なので、紙にお金を付けていませんが、これこれの項目については、明確化して共有しなさいっていう仕組みにすると、最終的にはこういう形になるという方法です。

(松田) そうしたらがん患者で、就職する人だけがそういう連携をするという形ですか。

(村松) がん地域連携に、職域加算を付けるとか。そういうやり方なら出来るのではと思います。医療法を変えるというのはかなりハードルが高い話だと思いますので。

(松田) 精神の病気はどうですかね。職業リハビリっていう項目がありますから、そういった機能が使えるかもしれないですね。

(村松) リワークとの連携のようなものでしたらあるかもしれません。そういった管理医療のさらに上に、二階三階上を狙うのは、可能性としてはあるかもしれません。

(松田) 労災でやって一定の成果を納めて、労災のリハビリを使う形で、労災の情報提供みたいところにこれを入れていくという、、、。外来治療の病気も労災で対応できます。でも、外傷であれば軽症でも使えるので、悪用する人も出てきますね。

フランスが実は、疾病がらみのもので労災という枠組みで診断書をたくさん出す方法でかなり不正請求が行われた。これはかなり大きな問題になったようです。オランダもそうです。疾病給付の不正給付で社会保険財政が悪くなった。やはりポジティブリスト方式にしていかないと難しいかもしれないですね。

企業としては病気を持った人の雇用は、これから広がるのでしょうか。

(目黒) 今日色々お話しがあったように、きちんと制度化できるかどうかということはものすごく大事なことです。高齢者が就労を続けるということも大変大事ですけれども、一方で、若年層に非常に虐げられている人々が多いことも注目しておくべきです。というか、特に 50 人未満の企業で働いている人々や、非正規で仕事をしている人たち、これは年収 200 万円といった低レベルの給料で働いている人たちの給料は上がるわけではなく、物価が上昇すれば実質的には下がっていく可能性があるんです。そういう問題が出ていますね。それが現実の問題として表面化しているということも含めて、議論をしているのかどうか、日本の働く人々をマクロから見ると、この点がものすごく気になっています。いまの社会で行われている議論が現実からちょっと乖離しているんじゃないかなと。

それから、失礼な言い方かもしれないけど、やめさせる産業医さんというのがいて、それを専門にやっておられるという人もいます。だから、私の大学の卒業生でも何人か産業医さんに薦められて退職したということがありました。

人事の道具になってしまっている。あの会社はそういう産業医さんの会社だということが聞こえてきます。基本的に最近の企業は、社会変化のひとつかもしれないませんが、企業としての姿勢そのものがかつてのような企業とはちょっと違ってきているんですね。それで、いわゆる分断化というか、孤立化とか、いわゆるフラグメンタリズムといわれる方向にどんどん進んで行っていますので、若い人たちも含めて従業員それぞれがやはり相当ストレスが高い社会になってきているわけです。

職場では、自分のことは自分のこと、他人のことは一切知らないという世界になってきていますから、個人を平均値としてはとらえることは難しいし、企業によっても全然違います。その辺はやはりどこかで現実を明らかにしておかないと、こういう問題というのはなかなか解決していかないんじゃないかと思います。

実際、若い社員の人たちが、例えば、精神的に鬱があったときに、どうやって医者を探すのかというとインターネットですよ。普段は元気で仕事をしている訳ですから、いわゆる一般的な用語でいう主治医あるいはかかりつけ医という先生はいません。ですからインターネットで探す。インターネットでググルまわって、なんとなく自分が納得したような先生を訪ねる。特に、従業員 50 人以下の企業などでは、会社からは特に産業医の先生の指定はないわけですから、病院を渡り歩いて、鬱なら鬱の処方箋を書いてもらって人事に持って行って休職・・・、というのが今の実態です。

本先に産業医がいる場合でも、産業医の先生に相談したらどうだっていうと、この事業所は違う、対応できないと言って断られる。そうすると、現場での人事との対応になる。そういった鬱とかの原因っていうのはやはり上司の影響があるわけですね。現実の職場では上司に対してとてもそうしたことを言える立場にないわけですから、上司からの話になると実態は人事にも聞こえない、本先に聞こえない、そのうちに本格的な鬱になってしまうような実態が、現実にはあるわけですね。要するに、仕事がどれだけあるかは配慮されず、とにかくやっつけと、問題があればお前の責任だという形で指示されるわけです。この分業とか下請けに出すみたいな形で、これはお前の仕事、これは俺の仕事、という人間関係になってしまうのが多いとみています。ですから、そういう職場で起きている現実をしっかりと反映したうえでの議論をしなきゃならないと思いますね。

(松田) たぶんそれは産業医の先生次第なんです。私も嘱託産業医で、一つの事業所が 50 人未満ですけども、一応全部の事業所を回るようにしています。それをやるということは産業医が責任感をどれくらい持つかということですね。

(目黒) それと、やはり企業の経営方針だと思うんです。経営者の考え方というのは、アンケートを取ったわけではないですが、いろいろな方に会ってみると依然とは大きく変わりましたね。やはり金儲けというのが第一優先で、昔とは全然違います。この失われた 20 年あるいは 30 年の間に環境が大きく変わってしまったということを、行政とかルールを作る人たちがしっかり見ていないと、方向を間違うと思いますね。

お金がもうかればそれでいいんだということはもちろん言わないけれども、仕組みをそうしているわけですよ。ホッチキスとベニヤ板といわれているケースがあるんですけど、その T は一番裁判が多いといわれている。アメリカの住宅は、30 程度の工程に専門化してそれらを積み上げて建設するという革新的な方法でした。まさに分業化であり専門化を統合化して繋ぐという考え方です。いわゆるプラハブです。この工法は 20 年か 30 年くら

い前に日本に入ってきたんですけども、居住者が入居してから問題があつて T 社な T 社という会社を訴えますね。そうすると T 社は施工業者を訴えるわけです。施工業者は、土台とかいろいろな業者が関係していますから、どこが悪かったのか誰にもわからない。業者は1つ1つの工程をとことん安くしていますから結果的には手抜き仕事をするわけです。しかし、手を抜いたなんて誰も言いませんし、それはうちの責任じゃありませんとなる。下請けには一流の仕事をする所は一切入っていませんから、とことんコストを叩くわけですね。結果的にそこで働いている人たちはほとんど労賃の安い外国人や経験も何もない人々ですね。ですから家を作るのでも質がものすごく悪くなっている。ここにみられるのは、プレハブという革新的な発想を単なるコストダウンだけに繋いでしまった企業があるという現実です。つまり、付加価値よりもコストダウンを優先したということだと思います。

日本は、生産性でいえば OECD の中でも下から数えた方が早いような低い国ですから、これからどうしていくのかということを考えると、マネジメントのあり方そのものを根本的に変えていかないと、いろいろ危機的な状況になってくると思います。

イギリスが今度 EU から脱退しましたが、今イギリスで一番問題になっているのは、アメリカとの生産性の格差がものすごく大きいということです。しかし日本はもっと低いわけですから、1人あたりの生産性をどうやって上げていくかということ、この背景には上に述べた問題があると思うんです。それを本気で考えられているのかどうか。これは基本的には企業が考えることですが、現実のものすごく劣化していると思います。

広告代理店でありましたけど、やってないことを堂々と請求するとかですね。企業では、広告を出すにも法に触れなければ何をやっていいと思っているんですね。通信販売でこういう広告を出したいということで、広告代理店に相談した時に、法に触れていないからやってもいいといわれてやったら、結局役所から注意を受けたということがありました。倫理とまでは言いたくないですが、その辺の枠組みがちよっとおかしくなっていると思います。

(半田) 建前と現実世界のギャップがかなりありますね。肉体労働系のところで病気を持った人が復職することは厳しいです。サービス産業ではどんどん IT 化が進んで人がいなくなってきていますし、働き方改革みたいな審理がある中で、どういう仕組みがつけられるかですね。

(松田) いろんなアイデアは出てきています。例えばこの間、テレビで取り上げてい

たのですが身代わりロボットっていうのがありますよね。シンクタンク系の会社だと思うんですけど、難病で家にいる人が自分の代わりにこの身代わりロボットに行ってもらって会議にも参加できるっていう、在宅勤務を可能にするような仕組みでした。そんなことでもいいのかもしれない。

ただ、それはやはり一定以上の知的なスキルがある場合で、知的なスキルがない人たちには、かなり難しいですよ。

(目黒) ITについてはきちんとしたデータが出ていますが、ハードには日本が相当投資したにもかかわらず、人的な投資や組織開発にはほとんどしなかったため、結果的についていけないという状態になってしまった。

(松田) 病院もそうなんですね。本来業務よりも文書管理業務の方がものすごく増えて、医者の負担感の調査を見ると文書管理にかなりの負担感が出ている。その原因の1つが生命保険の請求で、診断書はフォーマットが全部違うので、それをいちいち書かなければならないのがすごく大変で、そういうシステム全体として簡素化できるものはかなりあると思います。現場がかなり変わってきていますので。

(村松) 被災地だとか若い方たちをどうするかという話が最初あったと思うんですが、今我々が考えているこの保険収載ですとか、診断書という仕組みだと、こういう書式を使ってくださいという形で進めていけば、もしかしたらあまりネックにならないのかなと思いました。

この戦略だと、いい企業では産業医が毎月来ていて、もうすでにいいところがより良くなっていく、ダブルインセンティブのような形になって、一方で、良くないところはそのままよくないままで、もしかしたら差を広げるだけになってしまう危険性もあるなと思います。

(目黒) やはり、基本は中小企業がしっかりしなければならないということです。ヨーロッパ、特にドイツなどはそうですが、まだまだ中小企業がしっかりしている。日本もこれまでの成長産業を支えてきたのは中小企業なのですが、やはり後継ぎがいなくて廃業する会社もどんどん出てきていますし、人的にきちんとマネジメントの教育ができていないと、上手く部下をコントロールできない、あるいはマネジメントできない、ということで若い社員はやめていく。

辞めた後どうなるかという、ほとんど非正規社員になります。そうすると、収入の問題からやはり結婚もできないし、子どもももてないという世界になってしまうわけですね。

それを現実に見ている周囲の若い人たちがどういう考え方をもちた社会になってしまうか。韓国の場合は、なかなか大学に入れないなどの理由があるのかもしれないですが、私は全く別な要因で日本の若い人たちが社会に対して強い格差感を抱いたり、何やっても一緒だという投げやりな雰囲気になったり、そういう兆候が既にあるという感じがしますね。

(村松) そうすると先ほどの松田先生がお話しされたようには、医療法もですが、もっと大きい問題もあるのかもしれないということですね。

(松田) 中小企業がしっかりしないと、っていうのは確かだと思えます。北イタリアのように、中小企業を中核として支援する国のようにならないといけないと思うんですけど。

日本では工業団地がどんどんダメになっているんですね。せっかく製品を作れる人がいてもそれを国際展開できる、介在するキュレーションをやってくれる人がいなくなったら、ビジネスとして成り立たない。日本の中小企業はレベルが低いわけではないので、そうすると産業界そのものを変えていかなければならない。

(目黒) そうだと思いますね。やはりそこが完全に抜けたっていうとオーバーかもしれないですが、おそらくそこが抜けたんですね。

(半田) 産業界の問題について、リハビリテーションをずっとやっていて気がついたのですが、東京オリンピック・パラリンピックの新たな選手がいないんです。ロンドンオリンピックに出ていた人たちほとんどのメンバーが変わってないんです。

なぜかというところ障がい者施設が、どんどん廃止されているんです。昔は障がい者には病院でスポーツを通じて社会参加してもらい、その後就職してもらおうという1つの流れがあったんですね。そういうことが全部医療保険から外されてしまっているんです。しかし介護保険にはそういう枠が全くないため、障がい者が今施設レスになってしまっています。この同じような発想が全体にとられているような気がするんですね。医療の方も前より悪くなったような気がします。以前はもっと就労とか、社会参加とかができていたんですが、それが医療界から姿を消してしまっている。その延長線上に、今の就労という問題があるような気がします。

(松田) 富裕層の研究を見ると、最近の富裕層は、9か月で20億円稼いだとか出ていたりします。ネットで販売できるようなものを作って、それを大手が売ってという感じで、そういうスキルがあるかないかによって差がついてしまっています。正に知的な能力で色々なものが決まってしまうような社会になりつつあるから、そこに入れない子たちはも

う本当にきついですよね。

公立の学校では、1クラスに1人か2人は必ず行方不明になる子がいると聞きます。いつのまにかいなくなってしまう。ですから中学を卒業しない子が結構いると思います。また、高校も卒業できない人が出始めているということです。その子たちは実際社会の中でどうしようもない立場に置かれる。これはやはり、普通科教育の方に力点を移してきたせいではないかと思います。職業高校がいつの間にかなくなって、その子たちの受け皿がなくなっています。

抽象的な思考から勉強できる子もいますけど、逆に具体的なことからしか入れない子がいます。教室での勉強が全然ついていけない子ですね。そういう子をスクリーニングするのにカタカナを書かせるんですけど、例えば、スキップって書けない子がいるんですね。小さなツとプが書けないとか、九九の7の段が今だに言えないといった、基本的な教育ができていない子が増えていると言えると思います。

本題なんですが、傷病を持った人の職場支援をどういう風に体系化していくかというのが課題です。紙にはつけられなくても、就業支援というのがあるので、そういう広義の管理医療みたいなところに加算という形で就業支援加算や、職業リハビリ支援加算みたいなものを作ってやってやるというのは1つの手かもしれませんね。

ヨーロッパ並みに全ての労働者が産業保健サービスを受けられるっていう仕組みにしないといけないのではないですかね。リハ職が職域に入ってくるという話はありませんか。

(半田) それは北ヨーロッパだけで、まだそこから広げられていないですね。ちょっと違う話ですが、情報管理指導士がデータを集めています、どちらかというと、公立の大きな病院の情報管理士が多いということですよ。

(松田) 診療情報管理士は民間病院の方が多いです。公立病院は逆に診療情報管理士という職種がないので。診療情報管理士は、今制度としてありますけれども、診療報酬制度上に明確に位置づけられてこなかったのが、公立病院に診療管理士がいなかったんですね。むしろ民間病院の方がやってきた。

もう1つ問題は、そういう復職するための診断書の書き方って実は誰も習っていないんですね。これがやはり問題です。

(半田) 話を聞いていて、リハ指示書が同じような状況だなと思いました。リハ指示書の書き方をドクターはほとんど習ってない。それで今、ドクターが書けるように地域に広げないといけないと言うんですけど、全くその方向性が見えない。

(松田) 大学教育の問題もあって急性期のことは学びますけども、ほとんど診断書の書き方は学ばないわけですね。

(半田) 診断書は、昔は手書きで面倒だったんですが、今は電子カルテになったので、比較的若い人は書くのに慣れてきているようですが、フォーマットを電子カルテに埋め込んで、何を書かなくちゃいけないかっていうチェックリストがあるといいかもしれません。

(村松) 診断書は病名が書いてあって、何月何日復職としか書いてない。それでは何の判断にも使用されない紙になってしまいます。大変だとか忙しいとかいろいろ理由はあると思いますが、何を書いたらいいか分からないというのが大きな問題になっていると考えられます。こういうことは、診断書であっても有効かと思います。

(松田) 実は今年、昨年までやっていた医師会の研修会ができてないんですけど、担当が変わると業務の方向が変わってしまうので、医師会もそういうところをもう少しきちんとやってくれたらいいと思っています。

先々週、生命保険の研究会があつて経産省の課長が健康経営の話をしたんですが、ブラック企業がホワイト 500 に入りたくて、どうしたらいいですかって質問していましたが、入れるのは 500 社しかない。

(目黒) 経営の本質に関わることでですから、実態は分かっていますので、それほど社会は甘くないでしょう。

(半田) ニュースになったアパレル企業は比較的よく対応した方ですね。

(目黒) そうでしょうね。

(松田) 正規職員を増やしましたね。

(半田) 就労に関してですが、東京脳卒中リハビリセンターというのがありますが、ドクターがいないんです。就労を目指して脳卒中の人たちだけを集めて理学療法士と作業療法士がいろいろトレーニングして能力を高めて、就職させるというものです。それが診療報酬外なんですね。ですから、理学療法士は医師の指示なしにやっついていいということで東京ではかなり活発にやっています。

就労支援もいま医療保険が全然やれていない。脳卒中の人を放り出してしまうものですから、その受け皿として医師が係らない東京のリハビリセンターの就労支援にはかなり多くの人が来ているみたいですね。医師が絡まない方がスーッといけるような雰囲気があつて、そういう動きがかなりあります。

(松田) 高齢者の就業率をどういうように上げるかということは、今後かなり切実な問

題になってくる。団塊世代の人たちは意外に基礎年金しかもらってない人が多いので、その人たちが高齢までアクティブにやっついていかないと持たなくなってくる。その中にいろんな方がいらっしゃるの、医者だけじゃなくてもっと広く対応していかないといけないですね。

今年の5月にアメリカに行って来たのですが、面白いと思ったのが、アメリカでは今、例えば僕が松田病院グループを作ると、その病院グループがある地域全体の住民の健康管理をやるんですね。その中にフィットネスクラブとか食事のケータリングとかも入っていて、生活の中できちんと支えて、アクティブであることを支援しているわけです。やりやすいと思うんですけども。たぶんどこかのタイミングで日本にも入ってくると思います。

(半田) 安倍総理が自立支援ということを言い出して、自立支援ということを提案する準備をしているんですけど、就労というのはある意味自立支援がなされているということです。大きな枠組みの中で、その中に自立支援を位置づけて情報を集めているところです。

(松田) 働き方改革の話で、健康経営とか派手な議論ではなく、こっちの方を通さなければいけなくて。それに対していろいろな提言ができていないのは寂しいです。

(目黒) 今から中高年になる人たちが変わらないと今までの仕事が無くなってしまいます。予測不可能で急速な環境の変化に直面しながら同時にこのようなさまざまな問題を解決していかなければならないという、今までとは全く状況が違うなかで変えていかなければならない。これからの時代に自立していくというのは大変ですよ。

(松田) 多分一番労働力が必要なのは建設業で、人がいないんですね。ちょうど中間がいなくて、若い人たちが入ってくると何が起こるかという、バブルの頃にいっぱい家を建てた人たちが上長となって、スポコン的な労働を強いる。ゼネコン業界にもものすごい数の鬱の若者が出ています。労働力と需要と供給が合わなくなっている。本来その世代は分厚くないわけじゃないんですけど、建設業をやってくれる人がいなくて、それを海外からの労働者に頼っているという状況になっています。

(半田) 東日本大震災以降、南相馬での活動も未だにやっているんですけど、元々7万の人口があったのが今4万人になって、どういうことが起こっているかという、皿洗いのバイトが時給1500円なんです。東京での学生のバイトはまだ時給が1000円を超えていないのにはです。

夜10時過ぎたらタクシーはいないですし、要するに10時までは働くがそれ以降は働かないということで、労働者が強いのです。だけとお年寄りは10時過ぎたら目が見えなく

てタクシーが必要なときもありますし、夜遅くまで飲んでいたら、代行運転はまずいない。それにコンビニが夜 10 時を過ぎたら全部なくなってしまいます。

南相馬ではどういう人でも働ける環境が出来上がっているんですね。ですから、今日の話はどちらかというと都会型で、田舎の方だと南相馬のようなことが今後起こってきていて、どういう人でもいいから働いてくださいという雰囲気になっていると思います。

(松田) それ当たり前なんですね、本当は。24 時間 365 日、店が開いている必要はないと思います。フランスにいたときもそんな店なかったし、日本だけですよね。

(村松) 5 年前に行ったイギリスですらそうですね。

(松田) ニューヨークでもなかったな。日本と韓国だけです、考えてみたら。

(半田) これからの人口の動向を見て、継続するのはなかなかむずかしいだろうと思います。

(松田) 確かに、地方で居酒屋が 10 時以降にあいている必要はないですよね。

(村松) 居酒屋が閉まったら娯楽がないですね。

(松田) 今日はこんな感じで情報提供をさせていただきました。

[了]