

日本ヘルスサポート学会
Fit for Work 研究部会 第一回会議 議事録
2013年9月27日(金) 17:00~19:00
フクラシア 東京ステーションカンファレンスルーム

出席者：

松田 晋哉 産業医科大学公衆衛生学 教授 (研究部会長)

(以下五十音順)

近藤 太郎 東京都医師会 副会長

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 教授

【趣旨説明】

(松田) **Fit for Work** といひまして、働くことを医学的に支援していこうという動きが国際的に広がっております。主にイギリスから始まりましたが、一昨年私どもの大学のほうと一緒にやらないかということで、イギリスの **Work Foundation** からお話がありました。**Fit for Work** というのは私たちの大学にとっても非常に大事なことで、これから将来の日本にとってもとても大事なことだと思いますので、お引き受けさせていただきました。

今年教室員でイギリスに行きまして、**Fit for Work** の現場を見させていただきました。やはりこれは日本としてもきちんと取り組んでいかなければいけないなということで、**Fit for Work** の試みを日本でも広めたいということでヘルスサポート学界の中にこういう研究会を設けさせていただくことになりました。

学際的領域ですから本来は産業衛生学会などでやってもいいのかもしれないのですが、そうしますと医療だけに偏ってしまうといけないと思いましたのと、私たちとしましては医師会活動など日本の職能団体の方たちの協力の下に日本の中できちんと **Fit for Work** の枠組みをつくって行って、できれば例えば労働安全衛生法の中にそういう枠組みを入れるとか、診療報酬の中に **Fit Note** のようなものを入れるとか、あるいは欧米を見てきて特に感じたのですが、**PT** の方たちが独立してそういう産業保健の **MSD** 対策をやられていましたので、そういう枠組みをきちんと日本の中につくれないのかということで関係団体の方にお話をさせていただいています。

これにあたっては地域の医師会の先生方のご協力も必要だということで、東京都医師会副会長の近藤太郎先生に興味を示していただきましたので、近藤先生にも入っていただきました。また、**PT** の方たちの関与が重要であることは先に述べたとおりですので、日本理学療法士協会会報の半田一登先生にもご参加いただくことにしました。マーケティングが関係していることですから、ご専門であられる麗澤大学経済学部大学院教授の目黒昭一

郎先生に入ってくださいました。目黒先生はもともとバイエルメディカルや帝人などにもいらっしゃって、医療界にも非常にお詳しいので、これからの展開を考えていろいろなご助言を頂けたらということで始めています。私1人では心許ないので、教室から村松というこれを主にやっている医師に来てもらっています。

まだ海のものとも山のものともわからないものですが、大きな流れにしたいと思っておりますので、これからよろしく願いいたします。

【ラウンドテーブル・ディスカッション】

(松田) 村松先生は現場、特に JR にいましたが、JR は腰痛の人が多いのでしょうか。どういう対策をされているのでしょうか。

(村松) 私は現在も嘱託をしています。JR 東日本の仙台支社で2年間専属産業医をしていました。運転手はずっと同じ姿勢でいたい2時間ぐらい乗るとというのが普通の業務ですので、基本的に座位で固定された姿勢ですので運転手のかなり多くが腰痛を持っています。対策という対策は、産業系側からのアプローチはあまりなく、ドライバーのイスは1台200万円ぐらいする高いイスで、人間工学側の取り組みはされていますが、ヘルスアプローチというものはまったくされていないというのが現状です。

(松田) 先日、山の手線で結構長い距離を乗ったのでずっと運転手を後ろから見ていたのですが、あれは人間工学的に配慮されたイスなのですか。

(村松) 在来線のイスはそこまで配慮されてはいないです。

(松田) あんなちょこんとしたイスでじっと固まって運転していて、目も固定しているからものすごい腰と肩に悪いと思います。

(松田) 新幹線のイスはいいのですか。

(村松) 新幹線のイスはかなりいいです。

(半田) いつ頃のデータか忘れましたが、そのちょこっとしたイスのほうは腰椎への後湾が強くなっていいというデータがありました。ちょこっと腰掛けることによってお腹に力を入れるので、かえって腰痛予防としてはいいんだと。ところがいいイスに座ってしまうと、かえってそういう腹筋のバランスとしてはあまりよくないというデータを読んだことがあります。

(村松) 運転手にいわせると腰痛は職業病だからと言って、あまり本人たちの意識の中に重要なものとしてはありません。

(松田) それでかなりいろいろな面で制限はされていると思います。たぶん休みのときには結構痛かったり、休んだりしているだろうと思いますし。ワークライフバランスがすごく悪くなっているのではないかなと思います。

(村松) あとは生活習慣病解消のために運動などを指示しても、「腰が痛いからできない」といったメタボ対策の面からも腰痛はかなりネックになっていました。保健指導のときにもかなり邪魔になっていました。

(松田) Fit Note みたいなものを嘱託産業医の1つの機能としてといいいますか、地域の開業医の先生の機能として入れることについてはどうでしょうか。

(近藤) できると思います。さっき保険点数にという話がありましたが、診療情報提供

書が介護保険導入のときに施設にいた人も全部 OK になりましたし。地域のかかりつけ医が近所の事業所を抱えることが多いので、健康長寿社会で、短時間労働・雇用をうまくいかせるために Fit Note を活用して、産業医の研修会に盛り込むことはできると思います。

(松田) そのときに実際にサービスを提供してくれるかなりの部分が PT の方たちになるとは思います。そこをどういうふうに体系化させるのかです。僕は訪問看護ステーションと同じように、訪問リハビリテーションステーションがあったほうが良いと思います。

(近藤) 訪問リハもやはり地域でのマンパワーが足りないため、訪問看護ステーションが出向いて、訪問看護の中でリハをやる場合が多いです。本当は回復期リハや病院の中でも、療養型の中でも看護師さんが医者と共に、PT さんだけではなく、OT、ST さんだけじゃなくリハビリをしていかないと本当は進まないと思っています。

(松田) 最近、高齢者があんまで骨を折るといのがすごく増えてきています。半田先生は実際にオランダやイギリスなんかで見られておられて、こういう MSD 対策はどうでしょうか。

(半田) オランダの1年間の卒後研修的なところに行ったなかで、1つは予防という観点で環境調整をどうするかということに非常に力を注いでいました。例えばロッテルダムの市立病院に友人の理学療法士がいるのですが、彼は患者を診ません。職員の腰痛予防だけなんです。例えば病院の受付の人はだいたい低いイスに座っていて、患者さんはほとんど立っています。そうすると受付の人は患者さんの視線に合わせるために首を動かしますので、そのまましていると首が痛くなります。それを防ぐために、受付の床面を上げて、座っても患者さんと正対する高さを作ってあげて、首の痛さなどをできるだけ減らそうということを行います。そういう工夫でいかに痛みを減らす環境をつくるかということに取り組んでいました。それが面白かったことの1つです。

それから、今日お話を聞いていて、一般論としてはすごくよくわかるのですが、いまは少子高齢社会にあって、看護職と介護職の離職問題、あるいは定着がなかなかしないという原因の1つとして腰痛もかなり影響しています。そういう意味から、そうした具体的な問題に焦点を当てたほうが、社会喚起するための大きな手段としてはひょっとしたらいいのかなと思います。介護職の70%か80%に腰痛発生しているというデータが出ています。看護職でも腰痛発生は50~60%だったと思います。非常に高いデータ値が出ていますので、こうした問題をトピックスとしておさえながら全体を前に進めるような戦略があればと思います。

(松田) あとはそれをどういうふうにファイナンスするかですね。職域が腰痛管理というものにどういう経済的なインセンティブを付けるかということを少し考えていかなければいけません。負のインセンティブと正のインセンティブがあると思いますが、負のインセンティブとしてはそういうものが多い職域は基準局から指導が入るといのがあるかもしれないし、労災の枠にしてしまっただけで労災の保険料が上がっていくという枠組みを作るというのも1つの手なのかもしれません。そこをどうするかですね。

ポジティブなインセンティブとしては、そういうものの管理料みたいなものを診療報酬の中に位置付けてやっていくというのが1つの手だろうと思います。あるいは介護報酬の中に、そういう管理をしている場合には管理加算みたいなものを付けることができるのでしょうか。難しいでしょうか。

(半田) 昔、看護師さんたちがワンピースのユニフォームをパンタロンに替えたらどれぐらい腰痛が減るのかという調査をしました。あるいは看護師さんは薄いサンダルを履いていますが、あれを運動靴に替えたらどれぐらい腰痛が減るのかと。朝、申し送りの前の5分間にウォーミングアップのメニューを作ってやってもらったんです。やはり5分では結果は出なかったですね。申し送り前の5分だけということで、九州労災病院の看護師さん400名ぐらいで調査したのですが、それ以上の時間はとれませんでしたので。

(目黒) 最初に先生からご指摘があったことは、いずれにしてもこの問題は日本の社会でいちばん大きな問題の1つだと思えます。一般社会ではまだそれほど焦点が当たっていないことからすると、問題の所在を社会的に認知してもらう作業が必要だと思えます。先ほどご説明いただいたように、いろいろな仕組みがあっても、カバーされていない人たちが存在しているわけです。つまり、隠れ何とかということと表現が悪いのですが、データに出てこない、要するにこの問題に関係ある人たちなのだけれどもデータに出てこない人たちです。例えば、非正規雇用者を何人雇用しているかというのは、一般的には企業のデータには出てきませんし、引きこもりといわれる人たちなどの背景にある問題にもここで提議されている問題が関わっている可能性が大いにあるわけです。日本全体でこういう問題を抱えている人たちがどれぐらいいるのか、現在の統計資料では、表面に出てこない人たちが結構いると思えます。

(松田) イギリスの調査はすごく面白くて、腰痛や慢性疼痛を持った場合、働き続けることができるかできないかというのに、教育が関係するというのがありまして、教育レベルの低い人のほうが休んでしまうとそのまま失業してしまいます。1回休んで、もう戻ってこられないというパターンが多い。高いエデュケーションレベルの人たちは休んでも戻ってこられるし、そもそもあまり休まないという調査がありました。確かに非正規のところでかなりの悪循環が起こっている可能性があります。

(目黒) しかし、その社会的な問題のあり方をどういうふうに浮き彫りにしたらいいかわかりません。そこがまず出発点かなと思えます。(松田) システムでアプローチすると、あとは半田先生が言われたように、一定の職種に絞ってやるということ、それから特定の傷病に絞るという計画もあるだろうと思えます。例えばリウマチの患者さんたちもリウマチのために半分仕事を辞めてしまっているという状況はかなり大きな問題だと思えます。そこに焦点を絞って、例えばそのリウマチに対して適切な治療をすることによって、どのくらいの人たちが仕事を辞めずにすんだのかとか、復職が大変だったのかということはやはりアピールできるポイントだと思います。

それから、看護師さんでは慢性腰痛などに焦点を当てていって、それに対してきちんとした対策を取ると、このくらい経済的にも、あるいは **Quality of Working Life** にもいいこ

とがあるだろうというようにデータを出していきます。

もう1つ、社会格差と慢性疼痛など、不定愁訴について取り上げて明らかにしていく方法は考えられると思います。

(村松) 小さい枠組であれば、私はいま自動車部品工場の嘱託産業医をしていますが、自動車はかなり波があって、昨年とても忙しくてたくさん派遣の方が入っていましたが、今年度は少し落ちて派遣の方がほとんどいなくなりました。ただ、長時間労働面談で、80時間以上残業があると、それは必ずコンプライアンスということで私のところに面談に回ってきていました。そこで派遣だから腰が痛いと言えないという方がたくさんいらっしゃいました。

(近藤) では、調査票があっても○を付けないんですね。

(村松) 付けないです。その面談に来たときによく話してくれます。

(松田) そういうことが1回あると、残務をやめていただいて結構ですという話になってしまいます。実際に多いんです。僕が行っている会社でも、雇い止めになってしまう可能性があるのも非正規の人は病気を隠そうとします。

(近藤) 先ほどの周囲の理解というのがあるけれども、病気を少しでも抱えると主要な業務からたいてい外されてしまいますよね。

(目黒) 日本の経済というところとちょっとオーバーかもしれませんが、現時点ではやはり生産性の問題がいちばん問われているわけです。生産性という数字がどうのこうのという議論は表に出てきますが、その生産性を生みだしているものはいったい何かいうところに目をつぶってしまっています。やはり、問題の所在を全体的にみて、どういうところにどういう問題があるのかということをやなんとか表に出せないかなと思います。同時に、先ほどからご指摘のあった分野にスポットライトを当てて、こういう領域ではこうだという問題提起を目に見える形で提示した方が、社会的には認められやすいのではないかと思います。こういう問題があるということをやある程度明確に社会的に認知させる努力をしなければ、喫緊の課題でありながらなかなか改善に向かって進まないのではないかと思います。

(松田) 何か作戦を考えないといけないですね。プレスリリースでこのお話をしたときには、リウマチ友の会の人たちがすごく関心を持たれて、やはり彼らはリウマチを持っているということで仕事ができなくなるということに対してすごく苛立ちを持っています。いまの日本の枠組みではそこに対するサポートがないのです。メンタルヘルスの不調で休職すると、産業医の立場としてはかなり頑張って復職させようとはしますが、リウマチで休職された方に関しては、メンタルヘルス不調と比べると取り組みが弱くなってしまいます。

(近藤) 完治しないけれど、生命に直結しない慢性の病気がある人たちの相談の場がないです。仕事のパフォーマンスがいままで10できていたところが6か7しかできないけれど続けたいというと、それでは困りますという場合が多いと思います。

(目黒) それを支えてあげるといふことと、できれば何らかの手段で少しでもパフォーマンスを上げるということを考えてあげるといふことが必要だと思ふます。あるいは仕事のパフォーマンスが下がらないよふな支援を具体的な方法でしていくといふことです。ただ、いわゆる大企業では、社員の健康管理等に関しては最近では多少関心が集まるよふになってきたけれども、生産性といふことになると、表現が悪いですが、生産性を上げるよふえで、こうした支援が逆に足を引っ張るのではないかといふ受け取り方一が強くなるよふな気がしてなりません。

(松田) それだけに地域医療の枠組みの中でこれをやれるよふにしないといけません。やはり雇用が正規か非正規かにかかわらず、人が働くといふことを支援するといふことを、日本の医療のこれから1つの機能として明確にし続けなければいけないのではないかと思ふます。これからの日本は75歳現役社会にしないといけないと思ふので、エイジレスといふのは難しいと思ふますが、見ていても75歳ぐらゐまでは皆さんお元気です。

(半田) 国立社会保障・人口問題研究所は70歳まで国民すべてが働くべき、といふメッセージを出しています。それからもう1つは女性です。(松田) 女性が働くためには高齢者が元気にならないとダメなんですよ。

(半田) そうです。どうしても重なってくるんです。

(松田) だからこれは両方やらないと絶対にダメな話です。

(目黒) そういふことも含めて、このよふな支援をすればこれだけ生産性が上がることを示す必要があります。つまり、特にわが国では、生産性の中身の問題も考えなおさなければならぬと思ふます。いま見えていない要因でどれだけ生産性が下がっているのか、同時に、どのよふな仕事あるいは仕事の仕方て生産性を上げることができるといふことに関心を持ってもらふといふことが、この領域の議論には必要です。

(村松) しかし、食卓先の会社に「なぜ産業医を雇ったんですか」と聞くと、「コンプライアンスだ」とよく言われます。裏を返せばその法律がなければ用はありませんといふことだと思ふます。基本的にどこの会社も人を雇いたくないんです。派遣さんがいなくなったからといふて長時間労働が減ったかといわれればそうではなく、正社員の長時間の数はほとんど変わっていません。産業医から見ると、少しの人間でギリギリまで働かせて、それで利益を上げたいといふのが企業のいまの考えではないでしょうか。

(松田) 少しずれた議論になってしまふますが、最近、若者の労働問題を扱っている本を読んでいます、その中で、なぜ、いまそういふ問題が起こっているかといふことが書かれています。日本はもともとメンバーシップ型の就業構造です。要するに企業に勤めるといふのは、そこに入社するといふことが目的であつて、何か特定の専門の仕事で入るといふわけではありません。ところがバブルが崩壊して、いま若者にはジョブ型の就業が求められているよふです。このよふな仕事ができるといふ、そしてこのギャップの中でいちばんあおりを食っているのが、手に職がないといふ若者です。従来のメンバーシップ型の入社の感覚でやっているから、どうしてもどこかがあぶれてしまつてフリーター化して

しまっているということです。フリーターが長期化していて、40代のフリーターが当たり前になってきてしまっています。会社はジョブ型の人間を求めているのに、相変わらずメンバーシップで動いているというのがやっぱり大きな問題になっているということもあるんだと思います。それが、先ほどの社会格差と関連していったって、その社会の低層のところにいろいろな不定愁訴が溜まってきて、そこで悪循環が起こっているというのがいまの問題だと思います。これは僕の思い込みかもしれないけれど、社会問題といいますか、やはり日本の社会が非常に不安定です。その要因のマグマが溜まっているような気がして仕方がないのです。これは非常に危険な話です。危険というのは政治的にどうこうという話ではなく、産業界にとってもものすごく大事なことではないかと思います。日本社会そのものにとっても非常に大きな問題です。

(松田) ワーキングジェネレーションの10代の後半から60代前半までのところに、継続的な就業支援の枠組みを教育も含めてどういうふうに作っていくかをやっていかなければいけないと思います。昔は企業内でOJTをやっていましたが、いまは企業内のOJTがなくなってしまいました。正社員が長時間労働を義務付けられています。それなのに、その先に昇進できる見込みもないというのがいまのブラック企業問題です。

働くことに関しても何かデータが欲しいですね。病気によってどのくらい仕事の機会が奪われているのか、どういうサポートがあれば自分たちで働き続けることができるのか。要するに働くことと医療支援との関係を見る両極端のところを押さえることができればいいなと思います。いわゆる不定愁訴のレベルと、明らかに病気で就業に支障をきたしているところと、その両方から攻めていくといいのかなと思います。

(近藤) 就業の場に行く移動手段、例えば車のハンドルが握れないとか、ずっと立ってられないとか、かなり影響があるかなと思います。行ってしまえば何とかなる。

(村松) てんかんの方で運転はダメだと言われるのは実際にあるケースです。

(近藤) つい最近リウマチの人で専門医を紹介することになって、車の運転ができなくなって通いが大変だというのを、本人は言わないけれども家族からお聞きするということがありまして、「ああ、そうなんだ」と思いました。もう少し高齢になってくると、バスの揺れもつらくなります。みんな座りたい人ばかりですから、誰かが立っていなくてはいけなわけです。

(松田) 年寄りみたいな若者もたくさんいますしね。

(目黒) 私の教え子もてんかんで、結局就職できませんでした。

(松田) それは難治性てんかんではなくてですか。

(目黒) いえ、違います。私が2年間教えていましたが、その2年間発作はまったくありませんでした。ただ、お母様から電話があつて「きょうはちょっと……」ということが1回だけありました。けれどもその病気があるというだけで採用してくれません。

(松田) 企業の体質を直さなければいけなくて、僕が行っている企業でもたまたまてんかん発作を持っている人がいまして、後からそれがわかって、その上司は辞めさせようとするんです。それは明らかに違反であるという話をして、きちんとコントロールすれば問題はありせんという話をしました。やはり病気への無理解というのがあります。

(半田) 北九州市にはいくつかの大手企業があつて、まったく復職の条件が違います。5年前の話ですが、ある大企業ではうさぎ跳びをしろと言います。いまどきうさぎ跳びができないと復職させないという企業があるのです。しかしはその中でいちばん小さい会社は、できるだけ受け容れてやろうとする会社で、そういう会社はあまり儲けることが上手じゃないなという感じはします。

(松田) それは、そういう人たちを排除するためですね。

(半田) 排除の論理です。先生がいまおっしゃったようなことも含めて、会社全体のものの方、考え方がそういう方向だということです。

(目黒) アウトソーシングが流行っていて、アウトソーシングを引き受けている会社が急激に増えているはずですが、そこに働いている人たちの現状がいまどうなっているのかということが不透明です。

(松田) 最近の1つの流れとして、アウトソーシングされている主婦が在宅で働くのですが、これはすごく大きな問題なのです。実は就業時間の規則がないのでだらだらと働かされてしまいます。しかも請負で1タスクいくらですから終わるまではお金をもらえないわけです。それを囑託で仕事をするわけですから、これはしんどいだろうなと思います。

(目黒) 働くという場が広がって多様化しているのと、アウトソーシングなどで雇用形態が昔とは変わってしまっています。それから正社員が朝の2時とか3時まで働かざるを得ないといった状況も耳にします。先ほどのご指摘のように高度なスキル、あるいは専門知識で勝負という世界も出てきていますが、大きな会社の上のほうの社員の仕事の内容はあまり変わってはいません。極端に言えば、そうした人々の仕事以外は全部外部に出してしまっています。そこは従来とは別の経済原則が動くような構造になってきています。ここに溝のようなものが出来てしまって、結局外部のアウトソーシングを受ける側で働いている人たちは、やっぱり自分はこのままでという限界を認識することになりますから、当然働く意欲が出てきませんし、生産性もあがりません。仕組みを全体として見れば、生産性が下がるような要因ははっきりしてきているわけです。

(松田) 経団連が1990何年かに出した報告書はまさにそういうものを作ろうとしたんです。将来幹部になる人たちは生涯雇用を前提として、それはエリートだけで、その下に有期の専門職、ジョブ型の人たちをつくって、さらにその下に雇用調整が効くような非正規を位置付けるという、日本型の新しい経営という経団連のあの恐ろしいレポートがありました。あれは非常に良くなかったです。

(目黒) 日本型の組織が現在という時間的枠組みのなかで、生産性が低いのか、あるいは高いかということについてはいろいろな人が議論していますが、どのような組織形態、どのような組織運営の生産性が高いのかということ、われわれはしっかり考えていかないといけないと思います。そういう意味で、バリュー・チェーン全体を考えなければならないところに来ているのではないかと思います。

(松田) 働くことの意味付けですよ。働くということが生き甲斐だったのに、いまの経団連の報告以降に何が起こったかということ、エグゼクティブの人たちは何億稼ぐかということが生き甲斐になってしまいました。それは問題だと思います。

(目黒) ですから大切なことは、まず、働くということの現実がどうなったのか、あるいはどうなっているのかということ、まず一般社会の人たちに知ってもらうこと、そして、今おっしゃった「働くっていったい何だ」ということをあらためて考えることです。学生を教えていて、僕らのころと全然違うという感じがしています。つまり、将来の夢も希望もないとまでは言わないけれども、そうとしか思えないような行動しかみえません。途中で退学する学生が結構多い。私のところは私立ですから、学費が払えないという学生がふえています。なぜ学費が払えないかというと、お父さんが解雇された。

大学の奨学金でとにかくできる限りの応援をしようと言っても働かざるを得ないというケースもありますが、いまの学生は、僕らの時代とは全然違うような精神構造になっています。

(松田) 大学の二部がどんどんなくなってきています。かつては高齢者も結構いらっしゃいましたが、高校を卒業して役所に勤めて、大学の夜間に通いながら卒業資格を取るといった人がたくさんいました。いまは大学に行くとか、高校に行くというのはある意味でブランドのようになってきていて、例えば実業高校をどんどんなくしています。大学も二部の人たちは一部より学力が劣るというものもあってどんどん二部を潰していきました。世の中全体がそういうふうになったところが大きな問題なのだと思います。

国民生活基礎調査の個票を入手して、その中で経済状況と雇用状況と不定愁訴の関係を詳しく見てみましょう。もし過去に遡ってデータをもることができれば、共通項目について追いかけていったら面白いかもしれません。パネルにはちょっとならないけれども、それぞれのところではクロスセクションをやります。

(松田) リウマチ友の会のいままでの調査を時系列で見せてもらって、もしそれで仕事との関係でこんな調査を追加できないかというサジェスションができたと思います。うちの大学のネットワークの中で調査しても構いません。うちの大学にもリウマチの患者さんがたくさん来ますので。

(村松) マクロの視点では問題意識を作るために国民生活基礎調査のデータを取らせていただくということですね。

(松田) そうですね。臨床の先生、開業医の先生、PTの方たち、看護師さんが、どのくらい職業への復帰を意識しているかという意識調査があったほうがいいかもしれません。

いま、例えば PT 協会の現役でやっている方たちで職業への復帰に関心を持って日々の臨床をやっている方は結構いらっしゃるものではないでしょうか。

(半田) 減っています。どちらかというと高齢者仕様のリハビリになってしまっています。介護保険では家に帰せばアウトプットとしては成功で、自宅復帰率で評価される時代になったものですから、仕事という考えがなくなってしまったのです。それはおかしいという話をずっとしているのですが、全体としては高齢者仕様になってしまっています。

(松田) 整形では労災の後のリハビリを結構一生懸命やっていますが、いまはそういうのは減ってきているということでしょうか。

(半田) 例えば脊髄損傷とか切断患者さんの昔は就労まで支援していましたが、いまの医療保険システムでは支援できません。要するに在院日数を短くしようというのと、発症日から何日しかリハビリ料はあげませんという制度になっているので、頸椎損傷とか四肢麻痺の人あたりをずっと就労までみるのはものすごく時間がかかりますので、それはまったくできません。

(松田) 労災保険でも同様なのではないでしょうか。

(半田) ダメです。ですから、どの病院も切断や脊損や頸損を受け取れないのです。

(村松) 受け容れることもできないのですか。

(半田) いずれそういう問題を抱え込むとわかっていますので、もう病院に入れたがらないのです。ですから、今ものすごくいびつな方向に行っています。とにかく今は高齢者仕様の医療で、そういう意味では今日お話していることへの関心は薄れていると思います。

ただ、一部では理学療法士協会の中にこういうグループをつくって、一次産業の腰痛を調べようということで、農協とタイアップしています。一次産業の就労者が減っていくなかで、高齢化も進んでいますし、腰痛をしっかり押さえておく必要があるということで、いま実態調査をやっているところです。こういう話になると、どうしても大きな会社等が着目されますが、やはり一次産業の人たちは個別的に同様の問題を抱えています。

(松田) 今、医師会全体としたら就労支援に関心はあるものではないでしょうか。医療圏内のみならず絶対やらなければいけないところとか。

(近藤) 離職を防ぎたいというのはあります。本人が働けなくなると家族ががむしゃらになって働かなければならないので、結局、本人の離職問題ともう1つは家族全体の就業の形態も変わってくるというところは意識しています。それから先ほど話がありましたが、ガンを抱えながら働く人たちは、外来通院で、化学療法や検査をしながら通い続ける方は日程調整が難しいとか、すごく後ろめたさがあるとか、のようです。そこに対して何かできないかなと思います。

(松田) その点、透析は結構うまくいっていると思いますが。あれは歴史的にどうい

経緯があるのでしょうか。

(村松) しかし、大事なポストからはやはり外れていっています。

(近藤) 透析は、初期の頃十数回できたら症例として論文発表できたと聞いています。今では10年、20年、30年と生活ができるようになってきました。

(松田) 動脈硬化等を調べると、腎友会のデータでは、透析やっている人のほうがきちんと管理しているからいいというデータまであります。

(村松) DM からきている透析でなければそうかもしれませんね。

(松田) DM はちょっときついです。糸球体腎炎から来た人だと一般の同じ年代の人よりも血液検査の結果だけを見るといいというデータが出始めています。先日、小倉第一病院の先生に見せてもらったのです。でも、透析をやっている人たちの就業のい支援に関する歴史を少し調べてみたら、いろいろなヒントが出てくるかもしれません。

(目黒) 同時に、現実が浮き彫りになるかもしれませんね。

(近藤) 糖尿からの透析を減らすとか、樫の切断を減らすとか、脳梗塞、心筋梗塞を減らすことが大切なのだということは、今ではすべての内科系かかりつけ医が強く意識しています。

(松田) その歴史をひもときながら、例えばリウマチの人たちはどのように職場復帰をしているのか、離職を防ぐことができているのかということも調べられたらいいと思いますし、あとは腰痛ですよ。

(半田) オーストラリアではノーリフト運動が徹底してやられています。例えば私はダイビングをやりますが、重い機器を日本では担当者が小柄な女性でも抱えてくれるのですが、オーストラリアでは「自分でやれ」と言われます。ですから社会的にノーリフト運動をピシッとやれている背景を調べてみるのはいいと思います。

(目黒) オーストラリアは組合がものすごく強いです。組合が強いとどうかというのはありますが、そういうコントロールが効いているのだと思います。

(松田) イギリス連邦の中でもオーストラリアは特別なのですか。

(目黒) また最近、ストライキが多くなりましたね。昔からかつてオーストラリアの企業と取引をしていたことがあります。ストライキですぐ工場はとまりますし、幹部は会社に出てこない。ストライキが多い国という印象でした。

(近藤) 介護の場で、介護ロボットの開発が進んでいます。ロボットでなくてもサポーターとしてのゴムが付いているだけでも楽になります。それだけ介護がきついということです。特に急性期の病院よりも慢性期のほうがきついです。日本慢性期医療協会の施設に言えば、各施設での現状はどうなのかという話は得られるかもしれません。

(松田) 結局ベッドは低くしないと落ちたときに患者の家族にいろいろ言われたりするので、どうしても低い位置にベッドを置いて抱えるということになります。なかなか難しいですね。

(半田) 民主党政権のときに介護用ロボットにかなりお金を付けて、パナソニックとトヨタなどに億単位でお金を付けて、出来た製品の発表会がありました。パナソニックだったと思いましたが、髪を洗うロボットを見せてもらったのですが、すぐに気が付いたのは、ロボットは洗髪台に載せてあるんです。では、誰が洗髪する人を洗髪台に抱えて乗せるんですか、それは検討されたんですかと言いましたら、「いえ、検討していません」と、「髪を洗うロボットを作ることだけ考えてロボットを作りました。乗せるのに3人がかりで載せないといけません」と。そのほうが問題だろうという話です。

民主党政権時に介護用ロボットに大きな予算を付けました。ある時、洗髪用のロボットを開発したという事で、見せていただきましたが、洗髪するためには先発台に患者を移乗させねばならないのです。そこで、研究者に誰が先発台に患者を乗せるのでしょうかとお聞きすると、「検討していません」という回答でした。結局は3～4人がかりでの移乗介助が必要になってしまいます。

(松田) 私もいろいろなものを見せてもらったのですが、そのころに作ったのは自分たちが持っているテクノロジーを何に使うかということで、テクノロジーのほうが先で、人が先ではありませんでした。その人のライフスタイルの中でどう風に適用するかということではなく、自分たちはこういうセンサー技術を持っているから、そのセンサー技術で汚れ等が全部わかるので、それをどうやってきれいに洗うかというのを食洗機を使ってやっていました。しかも、空気を水に濡らせることによって、やわらかい触感を出してと。違うでしょうと。

(半田) 別の会社が作ってきたのが、ベッドの一部が車椅子になるというもので、最初に出来たのは普通の日本の家屋には入らない大きなベッドで、病院ではとてもではないというものでした。そのベッド1個が3床、4床ぐらいの大きさと、それは実用とはほど遠いものでした。

(松田) 日本はデザインが弱いと思います。

(目黒) 広い意味でのデザインですね。生活空間のなかで生活者の視点に立って考えるというデザイン発想ができなかったのですね。

(松田) また話が横にそれてしまいますが、去年でしたか、僕が電車の中で倒れた人を診たときに担架を入れるようお願いしたら、JR九州の電車はデザインはすごくいいんですがタンカが入らないのです。曲がれなくて出られないのです。通路幅がタンカの幅よりも狭いのです。ですから結局、みんなで抱えて持って出て、タンカに乗せました。そういうふうには日本はデザインが悪いと思います。

(半田) それについて WHO でいくつか決めたルールがあるのですよね。は世界的基準

という見方の中で、日本とのギャップはどうだというような見方もあります。

今後、WHO等が世界基準としたルールがありますので、そのルールと日本とのギャップを象徴的に扱っていくという手段もありますね。

(松田) WHO と ILO のルールが出ていましたね。

(半田) 一時、民主党から社会保険庁のパソコンを使っている連中は1時間働いたら休みをとると叩かれましたが、あれはILOの基準なんです。パソコンを1時間半やったら休みなさいという国際的な指導なのですけれども、新聞紙上で叩かれて、1時間働いたらもう休んでいるという論調でひどくやられていました。

(松田) 日本のメディアはいろいろな報道を感情的にやってしまいます。

(目黒) やはりデータをきちんと揃えて、それをベースにして議論していくということを原則にしないといけませんね。

(松田) いろいろな課題が出てきましたから、それをリサーチクエスションといいますか、少しリサーチのアジェンダとして組んでみて、そしてやれるものからやっていきたいと思えます。

(村松) それも視点ごとにとということですね。マクロの調査とリウマチ友の会での調査ですね。

(松田) 北九州地区でやれるものは北九州地区でモデル的にやってみたいと思えます。

(村松) 職場という1つの視点もあってもいいのかなと思えます。

(松田) たぶん、ソーシャルマーケティングの発想を入れなくてはなりませんから、それを伺いながら選出しましょう。

重要性についてはだいたい合意が得られたのではないかと思います。具体的な議論に持っていくためのモデルケースというか、研究をどういうふうに行うかということだと思います。今日、いくつかアイデアが出てきたので、それをアジェンダのように組んでみて、そしてやれるものから少しずつやっていくようにしたいと思います。それと並行して、こういうものが必要だということを既存の文献等でもかなりアピールできると思うので、それを積極的に出していくことが必要です。メディアも興味を持ってくれると思えますので、メディアを少し動かしていかないとはいけませんね。

(目黒) まさにいまやっておかないといけないと思えます。

(松田) いまやっておかないとあぶないですね。

(目黒) NHKあたりも関心はものすごくあると思えます。

(松田) NHKに関心を持ってもらおうと思うと、そういう現場が必要だと思います。

(目黒) 企業にとってはイメージの上でダメージになるので、そういう現場を見せるということはしないと思います。本来働けるのに働けない、ある条件が整えば働けるのにその条件が欠けているために働けないといった人々のルポルタージュにして、そういうところから出発するか、あるいは企業の中で完全かどうかは別として積極的にそういう仕組みをつくっている企業ではこんなことを実際に実行しているけれども、まだこういうものが欠けているから、こういう仕組みにととのえてくれたらもっとうちの会社はよくなります、というようなことを訴求する機会となれば企業は参加すると思います。

(松田) 就業支援といいますか、次の仕事が見つかるまでの職業訓練を受ける期間に実際には医療の援助はないですね。例えば腰痛を持っているとか、糖尿病を持っているとか、血糖が高い、血圧が高いといったそれに対する医療援助も含めてやっていくということをやらないといけないのではないかと思います。日本にはその枠組みがないですね。

(村松) ハローワークに身体問題で雇用を解雇された人が来たとしても、そこには医療の介入はまったくありません。

(松田) そして、結局、彼らはお金もないから無保険になって、生活保護に落ちたくない人たちは無保険の状態ですつといなければいけないから、薬ももらえないという状況になってしまいます。

(目黒) いま、日本では無保険者がどんどん増えています。ですから、そういうこと自体も含めて、社会的な認知をいまの時期にきっちりしておかないと、日本の社会全体がおかしくなってしまいます。

(松田) 働くことを医療的に支援することが当たり前の雰囲気にしてあげないといけません。

(目黒) このままでは医療保険制度そのものがもたなくなります。いろいろな要因があるかもしれないけれども、基本的にこの社会全体で改善を図るという考え方を推進するのであれば、このままでは保険制度が持たなくなるというところにまで引き戻して議論をしなければ、支援の仕組みが変な理由で潰されてしまいます。

(松田) 考えてみれば、昔は企業はそこまでやっていました。薬まで配っていました。

(村松) 目黒先生がおっしゃったNHKの話の続きですが、小さい企業でいいので、こんなに病気を持っている人たち、通常の給料では雇ってもらえないような人たちが集まっても、まともなものが出るんだというモデルケースがあればいいなと思います。

(松田) 仕事を探している人で、腰痛を黙っていたけれども結局それが悪化して休んだ途端にダメになっちゃったみたいの人を見つけられるといいかもしれません。そして、その人たちが仕事を探しているけれども、腰痛の治療等に対する支援もないのでなかなか厳しいという、そういう事例があるといいかもしれません。それからリウマチになって働け

なくなってしまったとか、それからガンの患者さんも入れて、そういうルポルタージュのようなものをつくって行って、医療支援があればきちんと働くことができたのにできないということをどう考えるのかと、そういう問題提起型のものができるかもしれません。

(松田) 働くことに医学的支援が必要だということの事例を少し集めて、そういう大きな雰囲気づくりをして、そのなかで MSD をフォーカスしてやっていくのがいちばんいいかもしれません。

(目黒) いまはそこがとても大事だと思います。

(松田) 例えばそれは日本のこれからの新しい生き方ですね。やはり、生活大国にならないといけないわけですから、生活大国の条件は働きたいと思ったら働けるということがいちばん大事だと思います。

(近藤) 僕の科の領域だと、脳卒中が結構多いです。ずっと介護を受けながらの生活ではなく、早く治療すると相当良くなる。ただし万全じゃない。かといって介護保険でも介護度1にもならなくて、要支援1、2までですが、認知症がなくても働く場が見つからず非常に困るわけです。さっき言った難病でいうと、パーキンソン病はだいたい知られた名前になっていますが、それ以外では働けるのに病名だけで離職させられてしまいます。

(松田) 見たことのない診断書が来ただけで人事の担当者や労務の担当者は躊躇してしまいます。

(近藤) 慢性骨髄性白血病の薬もそうです。薬を飲んでいけばほとんどコントロールがついて日常生活も就労も普通にこなせるのに、病名だけから死の病とってしまう。

(松田) そのへんをちゃんとしないといけません。

(目黒) どういう社会にするのかという明確なビジョンを示せば、れば、そのなかでそういう人たちも仕事に参加できるということを社会に訴えることができると思います。私が帝人にいるときに、在宅酸素療法の職場復帰ということをご検討しやりました。その当時は酸素濃縮器そのものに理解がまだ十分に進んでいなくて、酸素ボンベを職場に持ってきてもらったら困りますとかありましたが、電源につなげばそれでいいのですよということを実際にやって見せないとなかなか理解いただけませんでした。患者さんだった人は、始めから職場には行かないという人と、できたらもう一度戻りたいからそういう機械を持ってでも「行こう！」という人とは分かれてしまいましたが、実際に酸素濃縮器を会社に置いて仕事をしている人は結構います。閉塞性肺疾患の場合はほとんど仕事の上でも影響はなく、普通の人と変わりませんから、在宅酸素療法となにかが理解されれば、それで職場の理解が得られるわけです。そこまでもってくるまでに、企業の担当者の方々はいろいろと社内的な努力をしていただいたのかもしれませんが。長いこと働けと言っても、加齢とともにいろいろな疾患が出てくるわけで、それが自然な人間の姿です。そういう人たちを受け容れてはじめて 70 代でも働ける社会になるということきちんと理解できるように、社会に対して啓蒙していくべきだと思います。

(松田) 日本人にとって働くということはすごく意味があることです。

(目黒) 日本人はまさに会社を辞めたら病気になってしまいます。

(松田) 本当にそうなのですよ。

(松田) 私たちのほうで今日の議論を踏まえてやるべきことを整理して、それで次回のヘルスサポート学会のときに少しお話させていただきます。また、次回のこの会の日程調整をさせていただいて、また具体的なアクションにつなげられるようにしたいと思います。今日は本当にお忙しい中をお集まりいただきましてありがとうございました。面白い会にしたいと思いますのでぜひよろしく願いいたします。ありがとうございました。

#####