

日本ヘルスサポート学会  
Fit for Work 研究部会 第二回会議 議事録  
2013年12月19日(木) 17:00~19:00  
麗澤大学 東京研究センター

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)

池田 俊也 国際医療福祉大学薬学部 教授

近藤 太郎 東京都医師会 副会長

武林 亨 慶応義塾大学医学部衛生学公衆衛生学 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 教授

吉野 真由美 日本経済新聞社 記者

【松田先生挨拶】

(松田) お忙しいところをまたお集まりいただきましてありがとうございました。今日は2回目のFit for Workの研究会ということで、前は9月27日にあったのですが、その後の報告をしておきますと、10月16日、17日とベルギーのブリュッセルでEUのFit for Workの委員会がありまして出席してきました。今もうEUの中でFit for Workが立ち上がっていてかなりいろいろなところでやられているという状況です。それに加えてアジア・パシフィックのFit for Workを立ち上げようということで、今回、日本、台湾、韓国、オーストラリアの4か国の人間が集まってランニング・コラボレーションというか、最初はお互いの経験を学び合うかたちでワークショップが始まったところです。

来年ですが、向こうの希望で4月8日に東京でアジア・パシフィックのFit for Workの交流会をやりたいということですので、ご都合のつく方はぜひ参加していただければと思います。場所等につきましてはこちらのほうからお知らせしますのでよろしく願います。

いろいろなところで最近Fit for Workのお話をさせていただいておりますが、おおむね皆さんやはりFit for Workはすごく大事だということで、特に医師会の産業保険部会の方たちや企業の労働衛生担当の方たちが非常に興味をもってくださっていますので、これはぜひものにしていきたいと思っております。

ヨーロッパではイギリスがいちばん先行していてそれを追いかけるかたちでフランスとオランダがかなりやりはじめているのですが、一昨年からうちの教室はイギリスのことを始めていますので、今日はイギリスにおける労働者健康支援のFit for Workという新しいかたちについて村松先生に話をさせていただきたいと思っております。こんなかたちで産業医科大学雑誌の別冊で今年のうちの教室員で分担して書きましたので、ご参考までに資料として入れてありますので読んでいただければと思います。

イギリスにおける近年の医療制度改革の枠組みの中にFit for Workが入っておりますの

で、私が医療制度改革のことを書いて、フィットノートの話を書いた藤野義久先生が書いてくださいます。産業医制度、産業保険のことを久保達彦先生が書いて、たぶん雇用関連のものと労災保険のことは村松先生が書いてくれています。これを読んでいただければイギリスにおいて **Fit for Work** がどのような展開になってきているかはだいたいご理解いただけるのではないかと思いますので、今日はそのエッセンスを村松先生からお話ししていただきたいと思います。その話をさせていただいたあとにラウンドテーブル・ディスカッションというかたちできょうの研究部会としたいと思います。

その前に今日から新しく入られた方々をご紹介します。慶応義塾大学の武林亨先生です。それから同じ慶応のご卒業で、国際医療福祉大学薬学部の池田俊也先生です。もともとは耳鼻科医の先生です。また途中から日本経済新聞社の記者の吉野真由美さんが参加される予定です。よろしくお願いたします。

## 【ラウンドテーブル・ディスカッション】

(松田) それではいまの村松先生の発表を受けて少しディスカッションをしたいと思いますのですが、何かご質問等ございますか。

(近藤) 今の発表の中でイギリスの行政はどこがかかわっているのでしょうか。

(村松) 行政側は保健省と雇用年金省が主な担当になります。

(近藤) 雇用のところだけかかわるようなイメージですか。

(松田) 保健省と雇用年金省が担当です。いま積極的な労働雇用政策になってきて、最初はブレアの **Our Healthier Nation** ですが、要するに健康も投資であるという考え方になっています。もう1つは働くことをもっと支援しようということで、その2つが合わさって **Fit for Work Service** ができてきたという流れがあります。

雇用政策のほうでは、名前がまさにそれをあらわしているのですが、ジョブセンタープラスです。「プラス」の意味がいわゆる積極的な雇用政策という意味で、アローワンスは単にはもらえないのです。就業できるようになるための訓練を受ける、教育を受けることがアローワンスをもらうための義務になっています。なるべく働かせる、要するに **workfare** ですね。働くことでその人の厚生水準を上げるというフィロソフィがあって積極的なものにしていった。その流れの中で雇用政策と医療政策がつながったことで今回の **Fit for Work Service** というかたちになっています。

(武林) どちらがイニシャティブをとっているのですか。

(松田) イニシャティブはやはり社会保障のほうです。イギリスはすごく財政が厳しくなっていて、社会保障のことをやろうと思うと収入を上げなければいけない、それから雇用を増やさなければいけない。そしてもう1つ、アローワンスを減らすためには働かさなければいけないし、そうするとやはり働くということを医学的に支援しなければいけないということになってきて、基本的には保健省のほう为主体になっています。

いろいろなレポートが出ていますが、ぼくたちが考えている以上にイギリスの労働者のレベルはすごく悪くなっていて、この間オリンピックがあった地域の若者は識字率が確か50%を切っていたと思います。ほとんどが高校中退者でまともにアルファベットを書けないという人たちばかりなので、そういう子たちをいかに働かせるかということがすごく大きな問題になっていて、それに関するレポートが出ています。そういう子たちが失業してしまうと長引いてしまうわけです。ロンドンだけでもそうですけどロンドン以外でもニューキャッスルとかリバプールとかもひどい状況になっているというのが現状になります。

これはイギリスだけではなくヨーロッパ全体がいまそういう状況にあります。

(池田) これはイギリス全体の話ですか、それともイングランドの話でしょうか。

(松田) 一応イングランドですが、ヨーロッパ全体の話になっていますので、EUの枠組みで取り組みが始まっています。

(池田) イギリスもスコットランドでは違うことをやっていたりするのですが、これに関してはいかがですか。

(松田) スコットランドについては調べていないので、イングランドでの話です。

(池田) もう1点、最初のほうに示していただいた健康問題による損失というのはたぶんメンタルなものかなり含まれているのではないかと思いますのですが、今回のこういった診断書のようなもの、これは日本でこれから研究しようと思っている筋骨格系の、腰痛とかのものが多いのか、それともメンタルなものかなりの部分を占めているのか、そのあたりはわかりますでしょうか。

(松田) 研究室に帰ればレポートがあるのですが、メンタルもちろんありますし、筋骨格系、癌、糖尿病についてもあります。

(池田) たまたまイギリスのメンタルのほうの研究を別途やっているものですから、これが健康問題の損失のところに、かなり含まれているのではないかと思います。

(松田) イギリスがもう1つおもしろいのは、メンタルになると学習障害も NHS のサービスの対象になるわけです。日本では学習障害は医療の対象ではありませんが、イギリスの場合はラーニング・ディフィカルティというのも1つの NHS の対象になっていて、そこに精神科医とか児童精神科医とか、臨床心理士が絡んだりソーシャル・ワーカーが絡むという仕組みになっており、日本でいうメンタルヘルスよりもイギリスのメンタルヘルスの方が広いのです。それから産業保険でいうと職業高校の学生は産業保険の対象になります。それもすごくおもしろいところだと思っています。

今日はあまりお話ししませんでしたでしたが、PT さんの役割がすごく大きいのです。企業などですと筋骨格系疾患の対応はどちらかというと企業と PT の人たちの契約の中でやられていて、それが労働生産性を上げるというエビデンスも出ているので、そういう意味では日本よりカバーしている範囲が広いですね。

オランダでは **Fit for Work** をするためのブックレットをつくって全労働者に配っています。オランダ語のものしかないので翻訳しようかなと思っていますのですが、結構おもしろいです。

(武林) 日本で考えた場合は健康保険者を想定する関係性でしょうか。

(村松) 基本的には復職時とか病気をもった人がかかりつけ医に相談してこれを書いてもらって企業に提出して、そこで労働条件を少し改善してもらおうとか、そんな枠組みが望ましいのですが、入り口としては当面復職のときの情報提供というかたちにすればいいのかなと思っています。

産業医科大学の卒業生に聞いても、例えば癌の治療が終わった患者さんが復職するとき診断書は出てくるけれども、それに対してどういうふうにしたらいいかわからないということが実際に大きな問題になっています。あとは筋骨格系疾患の患者さん等もそうだと思いますので、復職時の情報提供のかたちとして日本版のフィットノートをつくっていくというのが1つの方法なのかなと思います。

(武林) 元の、イギリス・ヨーロッパのコンセプトを日本でどう使うかというたぶんコンセプトは変わるのだと思いますが、復職の情報提供をちゃんとするというのにはあり得ると思います。それが1つ。それからもっとより積極的な障害労働のイメージの中で、ヘルスプロモーション的なものを使うのかということまで、この中で広げようとしているのか、どちらかというオリジナルに近い、もうちょっとリハビリテーションの一環としてのワークみたいなところに絞るのか、かなり議論の広がりがあるかと思います。将来像があったとしてどのへんから手をつけるか。あるいはここから多少ずれてもいまみたいにやりやすいところからいくのか、そのへんによって何となく具体的なことをやろうとするとイメージが変わるかなと思います。

(松田) たぶん片方で労働政策をどのようにやっていくかという問題も出てくると思うので、ぼく自身は何となく日本はこれからやはり 70 歳現役社会を目指さないとならば社会保障はもたないと思っているので、そうしたときにいまでも1回退職した人に対しては就労を継続するかどうかで健康診断書をつけてもらっていますよね。それで再雇用する場合に一応ぼくらが判定しているのですが、1つはそういう場面で使えるのかなと思います。

(武林) そのチェックポイントで使うというのはありますね。

(松田) 今は、例えばメンタルヘルスにしてもメンタル疾患をもった人たちの職場への適用は本当にケースバイケースでやられている状況です。

(武林) 産業医のコミュニケーション能力が高いとうまく主治医から引き出しているみたいなのところに依存しているのを変えるということだと思いますけれども。

(松田) そこはやはり変えなければいけないと思います。最初から大きく網をかけてやっていくのはうまくいかないと思うので、ビジョンとしては大きくもちながら、やりやすいところからパッチを当てていくかたちでやっていくほうが、戦略としてはいいだろうと思います。

(武林) 最終的に広がってよければやりやすいところからやるほうが、うまくいくかと思えます。

(村松) そうするとメンタルヘルスの問題や癌、筋骨格系疾患、あとばかにならないのがアレルギー性鼻炎だと思います。アレルギー性鼻炎のある季節はすごく労働生産性が落ちていると思うので、そこにどうやって早めに介入していくか。

(池田) それは presenteeism ですね。それはどう扱っていきますか。

(村松) 実際 presenteeism の問題も視野に入れていて、日本版 presenteeism の調査票を開発もこの Fit for Work の枠組みで行えればと考えています。

(武林) このモデルだと臨床医 GP が想定されていて、先ほどの、そこは難しいので Fit for Work Service みたいなものを日本でやるとするとどういうイメージですか。地域産保センターをつくる？

(松田) 地域産保センターを **Fit for Service** みたいなかたちにして、そこに今までよりもうちょっと多い職種が勤めるようなイメージになるんじゃないでしょうか。たぶんそこにケースワーカーみたいな人も入ってもらわなければいけないかもしれない。

(武林) そうは言ってもフィットノートを書くのも開業医の先生みんなに書かせるということは。

(松田) どちらがいいですかね。フィットノートは産業医の資格をもった先生に書いてもらったほうがいいのかなと。

(近藤) 認定産業医をもっているでもそれを活用していない人はいっぱいいるわけですね。先ほど、8万人でしたか？

(武林) 逆にいうと、そこで書いていいとってしまうとクオリティが結局ばらつく問題になるので、最初に例えば地域産保センター周辺の人とかがやるのがいいのではないかと。

(松田) そうですね。そこに対する講習会は絶対必要になってくると思います。ですから介護保険の主治医意見書を書くのと一緒に、たぶん日本版のフィットノートを書くということは傷病が労働に与える影響をちゃんと理解できて、安衛法のこともしっかりと理解できてという、そういう産業医資格をもっている講習を受けた人たちということになってくると思います。

(武林) 逆に事業者側がある程度まとまりがあって、例えば地域産保と比較的うまくいっているところだとそこに出してくれるところだといいですよね。お互いに使ってもらえないと意味がない。

(松田) 地域産保をいかに活性化するかということがすごく大きな課題だと思うので。ぼくはやはりこういう **Fit for Work** に対してきちんとコミットするというのはかかりつけ医の基本要件になるのではないかと思います。

(近藤) 東京医師会でも調査をしたのですが、産業医資格を使っていない人があまりにも多いので、いきなりばらまくとちょっときついただろうなという感じですね。

(松田) これだけ非正規労働が増えてきて、NPO なんかで働く人も増えてきてとなると、働くことを医学的に支援することはやはりプライマリーケアの役割になってくると思うんですね。

(近藤) 地区医師会とともに取り組む体制になればいいですね。

(松田) それに看護師協会も大事ですし、OT/PT 協会も大事だと思っています。あまり今日のお話には出なかったのですが、いまヨーロッパではセラピューティック・エデュケーションがすごく盛んになっていて、治療的教育ということですが、誰がやっているのかというと、例えば GP サージェリーと看護師さんなんかやっているんですね。糖尿病を

もっている人の生活指導を、治療的な視点から健康教育をやっている。たぶんそういう枠組みを片方でつくっていかなければいけない。

(近藤) 要するに地域包括のもう少し前のイメージですよ。

(松田) そうです。

(近藤) NP。

(松田) 看護師さんでもいいんじゃないかなと。臨床経験があったほうがいいと思っ  
ているんですよ。例えば糖尿病の療養指導をするのに患者さんをずっと見てきた経験のあ  
る看護師さんとその経験があまりない保健士さんとどちらがいいのかなというところと  
考えてしまうところがあるんですね。健康教育は保健士さんの重要な仕事の1つではある  
ので、どういうふうこれからコースをつくっていくかが大事だと思います。

(池田) 看護師がやるとなると医師の指示のもとでないとできませんね。

(松田) 本来特定看護師は健康教育の方向にもっていったほうがよかったと思いき  
ゃね。日本はミニドクターをつくるというかたちで特定看護師という議論になってしま  
ったので医師会から反発をくらうし、結局つぶされてしまったわけですが。特定看護師の案  
はつぶれたんですよ。

(近藤) 最初の考えからはね。

(松田) むしろあれは治療的な健康教育をやるという職種として、あるいはケースマ  
ネジメントをきちんとやる職種としての特定看護師にしていったほうが時代のニーズに合  
っていたのではないかと思いますけどね。

ただこれも **Fit for Work** を日本でやろうと思ったときに医学的な視点をもってケースマ  
ネジメントができる人をつくらなければいけないわけですが、そうすると看護師で社会福  
祉士資格をもっているというダブルライセンスの人たちがいちばん望ましいのではないか  
と思うのですが、産保センターにはそういう人がたくさんいますよね。**Fit for Work  
Service** というものも日本でいえば産保センターなのかなというイメージですが、ただ産  
保センターとハローワークをくっつけなければいけないかもしれません。

(池田) 花粉症に使う場合はどう使いますか。

(松田) 花粉症はむしろ予防のほうの話になってくると思うので、**Fit for Work** でいく  
のかな、どうなのでしょう。大きな意味では **Fit for Work** だけど、そこに産保センターが  
絡むようなものでないと。

(池田) 先ほど花粉症が大きいと。

(松田) presenteeism でね。

(池田) それとこれがどう絡むのか、関係するのかなと。

(村松) ヘルスエデュケーション、健康教育というところでは関与できるかもしれません。

(近藤) 片頭痛なんかもきちんとした予防をすれば相当いいわけじゃないですか。

(松田) 働くということを意識しながら、要するにクオリティの高い状態で働けるということが臨床的な治療のアウトカムの1つだというふうに臨床医が思ってくれるだけで全然違ってくると思います。

(池田) まずはいったん休業というか、**absenteeism** になって、それが戻るのがベースだから、それよりも **presenteeism** をまず把握、あるいはそこに介入というのがあるとさらに1歩進みます。

(松田) それも1つの大きな課題だと思いますね。

(池田) 仕事ははかどらないとかそういうのは本来大きな問題なんですけど、本人はあまり言わないかもしれないですよ。言って給料を減らされたら困るし。

(松田) こんど文献を紹介しますが、この間ヨーロッパでアジア・パシフィックの **Fit for Work** の話があったときにはオーストラリアの何とかさんという女性の経済学の教授がいらっしゃるっていて、彼女たちはかなり腰痛の **presenteeism** に関する論文を書いていて、結構ヘルス・エコノミクスが載っていてすごくおもしろかったです。

(池田) 介護士とか看護師もそうだけれども、腰痛は医療の現場でも大変な問題ですが、仮にそこにこれをあてはめるとすると具体的なイメージはどうなるのでしょうか。

(松田) 半田先生はオランダとイギリスでされていたので、どうでしょう。

(半田) その前に1つ、もう十数年前ですが、アメリカのこういう介入の仕方を勉強したのですが、今日聞いていてこれとちょっと違うなと思ったのは、評価をすごくやるんですね。身体的評価と労働評価をかなりやって、これでやるとしたら真ん中のサービスのところでやるのか、それとも右下の各分野の専門家というところでやるのか、あるいは臨床医と各分野の専門家、そのあたりが一体的になってやるのかなと疑問を感じました。

アメリカの場合はかなり評価ということが強くうたわれていたので、できるだけ評価を厳密にやって、詐病とかそういうものがかなりあるらしくて、かなり評価、評価といわれていました。腰痛、筋骨格系のことを考えたときに少し心配だったのは、例えばこれを日本に持ち込むとしたら、いまの教育で整形外科教育は割と関節ごとにドクターが分かれていますよね。膝、股関節という感じになってきた日本の医療の方向性と、こういう臨床医をどうマッチングさせるのかというところがかなり問題なのかなと思います。

腰痛を専門でやっている整形の先生方とのマッチングをどうするのだろうかということが1つ大きい問題です。

(松田) そういう疾患に関してはコモン技術だということで、かかりつけ医といわれている先生はそれをある程度診られるようにしていただくというのが基本かと。



(池田) やはり整形の開業医はいっぱいいるわけですから整形の開業医が診ればいいのでは。確かにいろいろ専門が分かれているんだけど、整形の医者は開業すれば何でも診ますよね。

(半田) 整形の先生とすごく多くおつきあいしていますが、いまの整形外科の診療所の先生方の多くの仕事は高齢者になっているんですよ。働き盛り層の人たちはどこへ行くかといったら労働時間との関係もあり、医業類似行為の方々に頼らざるを得ないのが実情です。高齢者は整形外科医、意外と労働者層は医業類似行為という日本の大きな流れがあって、このサーキュレーションに入ってくるのかなと思いますね。

(松田) 要するに、ブラックさんの報告書にも入っているのですが、腰痛というのは当たり前のものだというので、そもそも傷病だと認識されていないんですよ。それがまさに問題だということを、このレポートに書いてあるのですが、この中に入っているのは腰痛とか先ほど言ったアレルギー性鼻炎とかいくつかの疾患が挙げられていて、そういうものは大きな問題ではあるけれども、結局医療の問題とは認識されていない、でもそれが結局大きな労働損失につながっているということが書いてあって、それをどこでやるかですね、日本のこの枠組みの中で。その意味では産保センターみたいなのがきちんとそういうものに関してエビデンスをつくるか、ぼくら研究者をつくるかですね。

(池田) **absenteeism** と **presenteeism** は少し分けないと問題が違うみたいですね。両方ともコストを見るとということですが。

(松田) あと、産業医大で **presenteeism** で問題だと出ていたのは、メンタル、腰痛、アレルギー性鼻炎も出ていました。

(池田) 先ほどおっしゃった偏頭痛も。

(松田) 偏頭痛もあるし、生理前症候群みたいなものとかいろいろ出てきていました。

(吉野) 更年期障害とか。

(松田) 更年期障害もそうでしょうね、きっと。

そういうのは全部ワーキングライフのクオリティにかかわってくるものですね。臨床的な介入の効果を測るための指標として、働くということがアウトカムとして重要なのだということを意識するだけでいろいろなものが出てくると思うんです。いまは臨床の先生はあまりそこは意識して治療していないと思うんですよ。

(村松) あとてんかんも話題になりましたね。

(池田) 健康問題の損失というものの総額はたぶん何かを積み上げていっていると思うのですが、もし文献がありましたら教えていただけるとありがたいです。花粉症的なものはイギリスだと NHS で薬をもらうようになっているのか、それとも OTC 扱いなのか。

(松田) OTC じゃないでしょうかね。

(池田) とするとそれはこの枠組みには乗らない。

(松田) でも労働のほうがちやう落ちちゃうわけだから。

(池田) もちろん。だから日本では非常に大きな問題ですね。

(松田) そういうものをアイデア出しして、このメンバーで、ぼくらがフィールドを作りだせると思うので、そこで研究してもおもしろいかもしれません。

(池田) ビッグデータでということを経初の会議で出ていましたが、それは具体的にはどのようなものですか。

(松田) うちの大学でいま作ることになつたんです。卒業生がいる企業を中心に産業医大でビッグデータを作ろうということになつて、健診データと健保のデータが基本で、それにあつて absenteeism に関係するようなデータが少し入つていて、それに追加でやれるところではうちの教室で開発している presenteeism の調査票なんかを入れながらやつていこうというかたちでやつています。一応この 3 月までに立ち上げる予定です。一応私がセンター長をやることになつています。

企業がもつているデータはなんやかんやで 20 年くらいの蓄積あるデータが電子媒体として残つています。それは商業的な価値がすごく高く、それをほしい人はたくさんいるわけですが、商業目的にいろいろやるより最初に厚生水準を上げるために使うのが当然だと思つています。

(池田) まずは実態把握ですね、介入研究の前に。

(松田) 実際にレセプトの分析をしておもしろいんですよ。例えば小児の喘息は結構季節性があるけれども、大人の喘息はかなり通年で発生しているとか、いろいろなパターンが見えてくるので。あと若者の骨折は夏が多いですけど年寄りはやつぱり冬が多いとかいろいろ見えてきます。そんなものを分析しながら実態を見ていって、それに対してプロアクティブに介入できるものに関してはプロアクティブにやつていけばいいと思つます。

(近藤) 子供が風邪を引いて咳がひどくてというのを繰り返しているうちに、何十歳かになると通年性になつちゃうとかですね。

(松田) そうですね。やれることはいっぱいあると思つますが、ほかにいかがでしょうか。

(目黒) 特に先生からご説明があつたように、日本でもカルチャーシフトみたいなことをしなければいけない時期になつてきているということですね。そうすると制度化するのかどうかという問題も確かに大切ですが、こうしたことを考えること自体が、いま我々の社会で喫緊の課題になつてきているという、社会の認識を得ることがまず必要なのではな

いかと思います。私は医学の立場からについては、門外漢なのでなにもいえませんが、ソーシャル・マーケティングの立場から申し上げますと、どういう仕組みが、どういう理由で必要になっているか、それらをどのような手順で導入していくかを明らかにすることが必要な時期に来ているのではないかと、という印象をもっています。

つまり、こういう仕組みをつくるのが大切なのだということを何らかの方法で社会に説明していく、つまり啓発していくということがとても大事じゃないかと思います。ただ、説明をする場合には、その前提として、どのような問題を解決するために、どのような仕組みあるいは制度を実現することを目指しているのかが、一般の人々にも分かりやすく説明されないと、単に言っただけになってしまいますから、この点を実際面でどうすべきかという課題があります。

例えばこの仕組みや制度を導入した過去の事例などを参考にすることも重要です。もちろん社会的な背景などは全然違う場合がありますけれども、それらを理解したうえで、新たな仕組みや制度をどのような手順で導入したのかについても勉強することが大切だと思います。実は、この手順がとても大事なんですね。ソーシャル・マーケティングでは、例えば典型的な事例は、喫煙、アルコール依存症、あるいは肥満症等々の問題解決に、行政やその他の組織が、どのような目的を立てて、どのようなプログラムを組んでといった手順やその手順などを調べて、ソーシャル・マーケティングの体系化がなされてきたわけです。それらの成果も、そのまま使えるかどうかは別問題として、参考にすることを考えておいたほうがいいのではないかと思います。

(松田) いま考えているのは、生活保護に落ちてしまう理由として傷病というのが結構あるんですね。そういう傷病が原因で生活保護に落ちてしまったケースを少し集めてレビューしてみようかと思っています。たぶん多くの人たちは健康の問題をかなり早い時期から指摘されていたはずなんですよ。たぶんそれが受診につながっていないはずなんです。そういう事例をやっていったら、その上で北九州は北九州方式で悪名高くなってしまいましたが、そういう傷病をもって生活保護になった人たちに対して医療的なサポートも一緒にするとどのくらい復職できるのかとか、そういう積み上げを少しケースとしてやっていかなければいけないのではないかと思います。そういうケースが少しくまいたところでももう少し大きな調査をやるというかたちになるのかなと思っています。

最近生活保護の文献を集めて読んでいるのですが、やはり多いですね。そういう人たちはほとんど医療に関するサポートは受けていないので、その問題を明らかにするだけで、例えば生活保護に落ちる前の支援プログラムは結構いろいろなところでやられていますが、そこに医療的な支援が入るといった枠組みを制度化するだけでこれに近いものができていくので、そういうことをやっていくことが必要なのではないかと思います。それがもしうまくいけばハローワークにそういうプログラムが入れられますから、そうするとハローワークと産保センターが組んでそういうものをきちんとやっていくという枠組みができれば、それは1つモデルになるのかなと思っています。

(目黒) あとは実際の企業の中の問題ですよ。どちらが訴求力が高いかでいうと両方ともとても高いと思いますけどね。

(松田) ぼくが産業医をやっている会社もそうですけれども、政権が代わったこともあ

るのですが障害者雇用をかなり強く要求してくるようになっていて、ぼくが行っている会社もあと 4~5 人雇わないとだめなんです。そうすると最初からそういうものをもって人を雇うことになるので、主治医からの情報がないとどうしようもないので、そういうところからやっていくというのも 1 つの手なのかなとは思いますが。そういうことを全国紙で取り上げていただいて、そういうところに医学的サポートが入るとうまくいくんですよというような記事ですね。

(近藤) かかりつけ医の側からしても、いままで病気を治しましょうばかりだったけど、生活を支えましょう、生活していくには就労してほしいとなると、就労に対するサポートになります。武見先生が強調されているのが健康長寿社会ですから、治せないけどサポートしながら仕事をしていきましょうという世界が出てくる。一方でだんだん悪くなっていってしまうことを考えると、早期に介入して悪化させない、合併症を起こさせない、できることなら元通りに治していこうという医療もある。

(松田) あとやっぱり去年の立ち上げキックオフミーティングのときに出てきた、日本リウマチ友の会のレポートなどを見ると、リウマチのために仕事を辞めなければいけなかった人たちが 4 割くらいいるわけで、そういうところに最初から正しい治療が入ることによってどのくらい継続できるのかとか、そういうものもあるのだろうと。いろいろな攻め方があるのだろうと思います。

(近藤) 本人が辞めてしまうとその家族の就労も変わってくるのでね。

(目黒) 例えばいままでの日本の社会がもっていた、仕事をするというものの考え方。それからいままでも我々が市民としてもっていた医療に対する考え方。そういったものがシフトしていくとか、新しいとか、いままでは違う局面に入っていくわけですよ。ですから、それがやはり社会にきちんと受け入れられるような下地づくりが大事ではないかなという感じがしますね。

(松田) ベースに日本の社会はそういうものがあると思うんですね。例えば有名になった「葉っぱビジネス」とか、「やねだん」とか高知の「しゃえんじり」とか、あれは要するに家でぼーっとしていた高齢者が働くようになって皆さん健康になって、生きがいをもって生き生きしていると。だから日本人にとって働き続けることができるというのは生きがい形成につながっていくことだと思うので、そういうものをうまくこの中に入れ込んでいければいいと思っています。

(近藤) 葉っぱビジネスは椎川先生ですかね。

(松田) 葉っぱビジネスはすごいですね。

もう 1 つ実際にデータとして出ているのは「やねだん」という鹿屋市の柳谷地区の取り組みは、自分たちの農業生産法人をつくって大根の栽培からはじめて、芋焼酎も作るという取り組みで、それに参加している高齢者は非常に健康度が高いというデータを鹿屋体育大学とか鹿児島大学が出しはじめていますので、おもしろいなと思います。本当かどうかわかりませんが、この間その発表を聞いたら MCI の、要するに軽度の認知症も軽くなる

ということも出ているようなので、SF36 で見ると怒りの感情がすごく落ちてくるらしいですね。怒りの感情が落ちると確かに問題行動は減るのでそういうこともあるのかなと思います。あれはでもおもしろいです、80歳を超すと生きていだけでボーナスをもらえま  
すからね。

(半田) この問題は地域包括ケアシステムの話にも合っていて、周辺の専門職とかいろいろ  
んな人たちと騒いでいるんですけど、真ん中の国民が無関心ですよ。自助、互助とい  
っても何も伝わってないんですよ。自助を柱としながらとか書かれています、この問  
題はやはりその空洞を、真ん中をどうするかという問題が大きいと思います。日本人  
の働くとか何とかということについて、ぼくは周辺で騒ぐのではなくて、その文化がない  
と進まないと思います。

(松田) 葉っぱビジネスを書いた横石さんがいみじくも書いているのですが、高齢者は  
諦めが早いらしいんですね。意外と競争好きなんです、諦めが早く挫折しやすいらしい  
んですよ。そういうものをどうやってうまくコーディネートしていくかということが腕の  
見せどころだと書いていますが、そんなものだろうと思います。

いま先生がいわれたように、いまの地域包括はだめですよ。杓子定規で紙の上だけで  
やっているからうまくいかないだろうと思います。遊び心があまりないし、ちょっとおち  
ゃらけた地域事業をやると怒られちゃうんですね。ぼくも旧山田市の嘉麻市で田んぼを  
確保して来年からそこに山田錦を植えて酒づくりをするんです。酒づくりの労働をして、  
そこで酒づくりの歴史を学んでアルコールの教育もやるといったら、割と地元の方は乗っ  
てきてくれるんですけども、保健士さんは怒るんですよ。そんなふざけたことをやって  
もらったら困ると。ぼくらは大まじめでそれをやろうと思っているんですけど、楽しくな  
ければ続かないし、そんなものだろうと思います。ちょっと話題はずれてしまいました。

まずは日本版のこういう枠組みをどういうふうにつくるかというところで、やはりどう  
いうコンセプト・マーケティングをしてどういうふうにシステムにしていくかですね。だから  
ソーシャル・マーケティングのテクニックを使っていかなければいけないだろうと思いま  
す。

あと、これでやっていこうとするとどうしてもサブスティテューションしなければいけ  
なくなるんですね。すべて医師がやるというかたちでやってしまうとたぶんうまくいかな  
いので。

あとやはり日本の場合だと産業医の制度があるということ自体がシステムの一般化、サ  
ービスの一般化を阻害してしまっている部分があるので、要するに法定で50人以上のと  
ころは産業医のサービスを受けなければいけないのですが、50人未満の事業所はやらなく  
てもいいわけです。法律はそこを完全に差別してしまっているわけですが、いまはどんど  
ん企業の非正規雇用が増えてきて事業所規模が小さくなってきており、しかも非正規雇用  
とかエージェンシーの人たち、請負方式で受けている人たちのほうが実は労働のリス  
クはすごく高いわけで、健康状態が労働の継続可能性に及ぼす影響も実は彼らのほうが大  
きいわけです。でもそこに全然医学的なサポートが入っていないことがすごく大きな問題  
だと思うので、これをどこかで改善しなければいけないのではないかと思います。

(半田) このシステムでちょっと教えてほしいのですが、労働に起因する疾患、筋骨格

系等が中心になると思うのですが、そういう方と、一般の疾病によって就業不可になった人は全く同じ扱いですか。

(村松) 一応同じ扱いだと思います。

(松田) ただし、就業が原因でなった人に対しては労災補償が出ます。

(半田) 例えば腰痛の場合なんて急性発症したら労災適用になるのですが、急性発症よりもいつのまにかという人のほうが多いわけですよね。そうするとなかなか原因特定も難しいところがありますよね。

(村松) 英国の例では、行政側は疾患のリストがあつて、この状況でこの疾患であればというようなポジティブリストをつくっています。

(吉野) いま産業医大の第一内科で取組みをされているんですよね。それは具体的にはどういう感じですか。

(松田) うちの第一内科は膠原病ですけども、リウマチの患者さんとかで北九州市内でネットワークをつくっていて、そういう人たちに対してドクターがそれを書いて出すということをやっています。

(吉野) それは復職のほうの。

(松田) 復職に関しての意見を書いて出しています。新日鉄の産業医がうちの卒業生で第一内科から出向しているので、それでいまそのモデルをやっているところです。

(吉野) それで何かデータ的に出せそうですか。

(松田) まだ動き出したばかりです。だけどいまその上に **presenteeism** 調査票を乗せて、リウマチの治療もいますごく変わってきていて、最初からかなり強い薬を使うと割と症状がすっとなくなるので復職できるんですよね。そういう従来型の治療と新しい治療をやった場合でどのくらいクオリティ・オブ・ワーキングライフが違うのかということを出して行って、費用対効果を出していくというのがいまうちの教室でやっていることです。

(吉野) そういう何か具体的なことが出てくると書きやすいのですが。

(松田) そうですね。それがモデルとなると思います。ちょうど **presenteeism** を調査する調査票のほうも、うちの藤野准教授が作ってくれて、一応ネット上でのボランティアを使った調査が終わっていま企業に配布しているんですね。それを使って **presenteeism** の評価をやっていくということをやろうと思っています。リウマチでうまくいけばほかのところでも使っていけると思います。

(池田) イギリスはリウマチでは何かそういう成果というか出ていますか。

(松田) リウマチで出ていますよ。

(池田) イギリスだと、日本でよく使われているような高額薬剤はなかなか制限があって、日本のように初期に適切なものを使えるようなアクセスがよくないこともあるようなので、どうなのでしょう。

(松田) 製薬メーカーさんとかの支援もあってそれをパイロットでやっている国はいくつかあります。スペインがかなりやっているんですね。あとイギリスもリーズでやっているんですけど。そういうものが一応エビデンスとしては出はじめています。だから NHS の中で全部やっているというわけではないです。

(池田) イギリスではかなり高額薬剤は絞っていますからね。NICE でやっている費用対効果はこういった労働生産性を入れていませんね。QOL はやっていますが、基本的には NHS も財源の立場からやっているの、せっかくイギリスでこういう presenteeism なり absenteeism を評価しているのに、それを計算に入れずに NICE のほうは判断していて残念です。

(松田) たぶんキリスト教の世界と、日本みたいなアジア的な八百万の神の世界では、働くということのソーシャル・バリューが違うんだと思うんですね。

(近藤) 定年を喜ぶかがつくりくるかの大きな違いがある。

(吉野) 先ほど聞いていて思いました。アブユーズが起こっちゃったという。あれ日本だったらあまり起きない。これからの世代はもしかしたら考え方が違うので起こるかもしれない。

(松田) 実際に起こりつつありますね。生保でまさに顕在化しちゃったから。実際問題としてヨーロッパの人たちは 50 代の早い時期に引退したいという人が多いですよ。働くということはやはり罪だから。日本人は働くということはいいことなので、その違いがすごく大きいですよ。

(半田) 宗教の問題ですが、最初にオランダに行ったときにディレクターの面接を受けて、何でオランダに来たのかという話になったときに、要するに産業保健とか何とかいうのは神のもとにおける公平性なんだと。そんな話は考えたこともなくて、神のもとにおける公平性が産業保健の問題の根幹にあるなんていわれて、目をぱちくりさせて、最初何と答えていいのかさっぱりわからなかったですけど、北欧ヨーロッパなんかはそんなような考え方が強いですね。

(松田) ルター、カルバンの世界ですよ。聖書の中にしか本当のことはないんだと。聖書を通じて神とつながって、最後の審判を受けるためにみんな一生懸命がんばるわけですよ。

(半田) 私が携わってきましたリハビリでもヨーロッパの人は神のもとにおける公平性がリハビリだ、と。アメリカに行くと納税者を 1 人でも多くするためにリハビリをやるんだと、全く違った概念ですね。

(松田) そのあたりの宗教的な違いは大きいですよ。日本人は特殊なんだろうと思います。

(半田) これはちょっと違うんですけど、予防ということを考えてときに、いま厚労省とも一緒にやっているのですが、多くの企業がオリエンテーションは望むんですよ。ところが介入しようとするといやがるし、個別介入もいやがるんですよ。オリエンテーションレベルでずっとやってきて、ほとんど変わってないんですよ。産業医さんがおられるような大きなところは良いのですが、例えば老健施設とか養護施設とかの施設関係を見たときに、オリエンテーションはよく聞いてくるんですけど、もう1歩前にいかない、それから全く進まないんですよ。全体的な介入と、そのあとの個人介入をやりたいと言っても、そこになるとパタッと止まります。

(松田) 最近でも看護師さんの世界は少し動きつつありますよね。サイババみたいな人がいま出てきているって。つなぎの服を来た何とかという人、日本でも講演して回っているけど、看護師さんの腰痛を防ぐための何とか体操というのをやっていて、それがいま世界ですごく広がっているんです。いちばん新しい医学界新聞の看護師さん版に載っていました。

池田先生は例えばこういう枠組みでどんなりサーチを組みますか。

(池田) ここにいく前に実態把握と、何が欠けているか、できていないかですよ。理想と現実のギャップを明らかにしたいですけど、それは要するに現状の冷静な分析もあるのでしょうか、そこにあらわれていない部分をアンケートなりで明らかにしたいですね。それは労働者自身にアンケートをとるといちばんいいですよ。

(松田) それはやらないといけないでしょうね。

(池田) 隠れたいろいろなそういう問題があると思います。

(松田) あなたが働く上で障害になっているような症状は何かありますか、みたいなアンケートですね。

(半田) 特定保健指導が全くうまくいかなかったような感じを受けているのですが、あの要因は何なのでしょう。

(松田) あれはソーシャル・マーケティングの不足だと思います。

(半田) そのあたりも1つの参考材料になるような気がするし、あれだけ大がかりなことをやろうとしても成功しなかった。

(松田) やっぱりモデルが悪いと思いますね。福岡県でソーシャル・マーケティングモデルをとりあえずつくってそれに合わせて調査票をつくってやってみると、住民の方は健康問題として認識はされているんですね。半分くらいの方は自分の生活習慣に問題があると。それは何かというと食事と運動であると。だいたい40歳から糖尿病の外来が増えてくるということで40歳から糖尿病に対応して何かやるということ自体はそんなに悪いこ



とではなかったと思うのですが、問題はいくつかありますが、いちばんの問題はやはりコミュニケーションの問題です。

要するに、特定健診を受けましょうといっても皆さん自分の問題として考えないのですね。あの中で質問票をやっていて、結構おもしろい結果が出てくるんですけど、例えば20歳のころから10キロ以上太っていて、飲酒習慣が週に3~4回以上ある早食いの男は7割くらいがやはりメタボなんですね。しかし自分のことだと思わない。

一方で昨年度飯塚市でやった特定健診の結果、40歳代、50歳代の男性で二十歳のころから10キロ以上太っていて、飲酒習慣があって食べる速度の早い方は7割くらいがメタボでしたと。そうすると飯塚市の人は自分のことだとわかる。まず誰に対してメッセージを発していたのかがなかったと思います。

もう1つは、そう思ったとしても40代、50代の男性は国保の対象者であっても皆さん昼間は働いているのでいわれた時間に指定された場所に行って健診を受けるなんていうことはまずできないわけですよ。健診を受けることはできてもそのあとに保健指導に会社を休んでいくことはあり得ないので。

だからぼくはやはり本当は医師会モデルのほうがいいなと思っています。やはり空いている時間にそこに行って検査を受けて、保健指導もそこにいるドクターに受けてもいいですし看護師さんに受けてもいいと思います。身近な医療機関で、保健指導をそこで受けなかったらそのあと風邪をひいたときに行きにくいですよ。

(池田) かかりつけ医がいちばんいいんでしょうけど、かかりつけ医に行くのも昼間しかやっていないわけだしね。

(松田) 熊本では結構うまくいっているんですよ。

(池田) 地域によってももちろん違うんでしょうが、かかりつけ医へのアクセスもやはり働いている人にとっては、よくないですよ。

(松田) そうですね。だけどいまの市町村がやっていることに比べればいいですよ。

(池田) それはそうです。地域の薬局というのは難しいですかね。日曜日もやっているし。

(松田) 薬局でもいいですよ。北九州では薬局も使ってやっています。

(池田) 薬局から受診の勧奨をすればいいわけですよ。

(松田) ただ薬局は余計なものまで売るので。

(池田) それって点数とれないんですか。

(松田) 保健指導をやっているブースの横に健康食品とかサプリとか。あれはよくないと思います。

(池田) それはそうですね。でも受診の勧奨をする役割はもたせられるのではないかと。

(松田) そうですね。例えば北九州にサンキュードラッグというのがあるのですが、そこは薬剤師さんと栄養士さんがいて、その人たちが実は保健指導をしているんです。それは有りかなと思います。あれはやっぱり、サービスを提供するプレイスの問題がすごく悪かったと思いますね。

(池田) 後者で指摘しているのはまさにそうですけど、前者のほうのマーケティングの問題の、そもそも特定健診以前に健康日本 21、あれが非常にうまくなかったですよ。メタボという言葉がみんなが認知したというぐらいで、あとはさんざんな結果でした。

(松田) そうですね。ただ、健康日本 21 で非常にうまくいったのは禁煙だと思っています。

(池田) それは法律の裏付けがありましたからね。

(松田) 見事に喫煙者が減りましたよね。吸える場所もすごく減ってきて、いまうちの大学だと喫煙者は入ってくる学生の3~4%くらいしかいません。そのあとも徹底的にたばこは吸うなとやられますからね。

(池田) それは健康日本 21 が効いたのでしょうか。

(松田) 健康増進法かもしれませんし。

(池田) あとたばこの値上げとかいろいろありますね。

(松田) メタボなんかもどう考えるかですよ。どこかの航空会社で体重別に運賃を変えるとか、食べ放題、飲み放題も体重別に料金を変えるとかね。何かそういうことがないと難しいかもしれないです。

この間高校のクラス会があって十何年ぶりに集まったんですけども、すごくびっくりしたのが、ぼくらのクラスは太っている人が1人もいないんですよ。やっぱりソーシャル・クラスってやっぱりあるんだなと。いまソーシャル・クラスと肥満はかなり密接につながってきてますよね。

(目黒) アメリカはまさにそうですね。

(松田) 要するに BMI30 以上の人たちはほとんどファストフードだし。あとみんなお酒も飲まない。

(池田) ファストフードとかは、安く手軽に買える状況ではいくら啓発したところでやっぱり安さからそっちに流れますね。

(松田) 高校の同級生の話に戻りますが、みんな何か運動しています。やっぱり健康的な生活習慣はかなりソーシャル・クラスと結びついてますよね。これをどうするかですね。

(池田) 最近栃木のキャンパスに行っていますが、あっちは車以外の交通手段がないので本当に学生は運動しないですよ。まだ都会のほうは地下鉄もあるし、運動できる。

(松田) そうなんですね。だから日常生活にどう入れるかなんですね。例えばうちの教室の面子はぼくと一緒にいるかぎりエレベータに乗れない。7階まで階段を上がる。

(池田) さすが公衆衛生の教授は違うなといつも思っていました。

(松田) これをやるときはソーシャル・マーケティングの視点からどういうふうにつくっていくかということと、合わせてコンセプト・マーケティングをやっていかないといけない。だから、メタボ健診はコンセプト・マーケティングのところで結構うまくいったんですよね。やっぱりメタボという言葉を出して、それが根付いて、だけどタイムリーにそれを強化できるような仕組みがつけられなかったというのがこの失敗の原因だと思います。世界的に健康増進でうまくいったところはあるんですか。

(池田) どうなんでしょうね。アメリカでも短期的にうまくいったということはぼつぼつ出ていますが。

(松田) 日本も太極拳がいいとかいって会津ではやったけど結局ポシャったりとか、いろいろなものが出てきましたけどみんなポシャってますよね。

(近藤) 徳島の阿波踊り体操くらいですよ、数字が出たのは。

(池田) それはもとが結構数字が悪かったからですね。

(近藤) でも糖尿病の罹患率が下から3番目くらいによくなりましたからね。

(池田) 元が悪いと介入効果もちゃんと有意に出るじゃないですか。だから、これも本当はどこかでモデル的にやってみるといいのですが。ただ協力してくれるところはだいたい元がいいので、そこに介入をかけても大して有意差が出ませんし、元が悪いところはそもそも協力してくれないので。

(松田) どこまで効果を評価しなければいけないかという話だと思うんですね。要するに、とりあえずセブンイレブンの鈴木さんじゃないけど、悪くないものだったらやってみていいんじゃないかと思います。

(池田) ただ、やることのコストもあるので、やはりいい結果が出るとは思いますけれども、やっぱりアウトカムをちゃんと測ってエビデンスを出していけばどこも導入を考えるとと思うんですけど、やっぱり介入効果の測定ですね。前後比較で示せるような、パイロット的なことでやってみるといいですよ。

(松田) 理念的にはやらなければいけないことですね。働くことを支援するということですから。

(池田) あと、誰にとってのメリットかということですね。例えば企業が自分のところの収益が上がりますとか生産性が上がりますという視点だけからいくと必ずしもプラスに出るかどうかは定かじゃないわけで、つまり休業した人がいれば代替りの人がカバーして

その分の生産性は落ちないだろうし、長期に休む人がいれば代わりの人が入ってくるわけだから、誰の視点でのメリットかということですね。

(松田) 国民というか、1人ひとりの視点でしょうね、やっぱり。ぼくはこういうことを考えるきっかけになったのがいまから20年くらい前に清家先生が出した『高齢者就業の労働経済学』という本だったと思います。あれはすごくいい本で、彼はパネルデータで、どういう人たちが高齢期になっても働けるかというのをずっと分析されているんですね。そうすると3つなんです。1つは専門的技術をもっていること。あと職住近接であること。3番目が健康であること。この3つをもっている人たちが働くことを継続できるという、そういうエビデンスを出しています。その時期に同じようなものとして日大の人口問題研究所が『働くことの健康に対する影響』というのを出しました。きちんと疫学者が入って補正した上で、働くということは健康にいいという結論を導いています。

実はブラックさんの報告書にもそれが出ているんです。働くことの健康に対する影響は結構いろいろな文献を集めて出しているんですけど、そういう意味でやっぱり働くということは特に前期高齢期においてはその人のクオリティ・オブ・ライフを上げるという意味ではすごくいいというエビデンスは積み上がってきています。日本の場合はやはりこれからの高齢社会は前期高齢者である75歳まで、そこまでのクオリティ・オブ・ライフを上げてあげることがすごく重要なポイントだろうと思います。

そういう意味でこういうものはやっていくべきだと思うし、これができるための雇用政策も片方でやらなければいけない。そのためのNPOみたいなものもあるのかもしれないです。

でもどう考えてもこれから少子高齢化が進んでいったら、前期高齢者のところの就業率を上げて行って、その人たちがあまり年金を使わない、医療を使わない、介護を使わないという状況をつくらないうえ、どう考えても社会保障はもたないですよ。

その一方で雇用政策ですごく大事なものは若者の雇用をきちんとやっていくための仕組みをどういうふうにつくっていくかということで、いまのSNEP (solitary non-employed persons) なんかだとかなりメンタル悪いだろうと思うんですよ。もう10年選手がいっぱいいるわけですよ。そういうものをどうするかという問題も出てくるし。そういう意味ではやはりここに出たワークセンタープラスという、積極的な雇用政策はすごく大事だと思うんですけども、そこにやっぱりきちんと臨床心理士とかあるいは医療的なサポートもきちんとやっていくということがこういうヨーロッパの雇用政策から学ぶところではないかと思います。

(池田) イギリス以外にほかに見るべき国はありますか。

(松田) オランダもおもしろいですね。あとフランスですね。フランスもいま一生懸命やっているし、デンマークもがんばっているし、カナダはすごくいいですね。あとはオーストラリア、ニュージーランド。

(半田) カナダが画期的におもしろくなっています。

(松田) おもしろいですね、カナダは、すごいですね。カナダってやっぱりヨーロッパ

的な伝統とアメリカの実験と両方見ながらやっているから。

(半田) いいものを取り入れていますよね。

(松田) すごく合理的な選択をしていますよね。来年カナダを見にいきたいなと思っているんですけど。

(近藤) 消費税の処理もいいですね。

(松田) そうですね。カナダは本当に賢い。カナダ、ニュージーランド、オーストラリアはものすごく学ぶべきものが多いと思います。

(半田) ぼくがフランスに行ったときも、フランスよりカナダのほうがいまは優れているからカナダへ行けといわれました。

(松田) フランスはもともとケベックを通してカナダの制度やアメリカの制度を輸入しているんですよ。フランス政府からローザンヌ大学なんかには研究者をずっと出しているんですね。フランス人は英語に対するコンプレックスがすごくあるのですが、カナダのケベックにいけばすべての書類が英語とフランス語になっているので、フランス人にとってはものすごくいいですね。

(半田) オランダでは大学も少ないですし病院も少ないんですよ。オランダに長い著名な教授とか第一人者と呼ばれる人たちは、定年になると働くところがないのです。そうするとだいたいカナダに引っ張られていくのですよね。

(松田) カナダは定年がないですから。定年がないというのはアメリカ的ないいところだと思えますよね。そのかわり厳しい社会ではあるんですけど。カナダすごく合理的でおもしろい国です。ぜひ次はカナダに行ってください。

(池田) この前用事をつくってモントリオールへ行ってきたんですけど、カナダはもっと見てきたいですね。あとニュージーランドも行ってきたいですね。貧乏な国だからこそ、いろいろな医療政策やなんか、特に精神政策なんかは工夫されていますし。

(半田) この前田村厚労大臣にお会いして労働政策と医療のマッチングをもっとするべきだという話をしたらすごく関心を寄せられて、官僚たちも何人か呼んでいたのですが、提案したら早速1週間後にやってくれというので腰痛予防のプログラムに参加しました。労働政策と医療というところはいまの大臣はかなり通じると思いました。

(松田) せっかく労働省と厚生省が一緒になったのに、一緒にやらないんですよ。ここはすごく大きな問題だと思っています。

(半田) 一緒にしないともったいないですね。

(松田) そうですね。いまくらい働くことと健康を一緒にちゃんと考えなければいけない時代はないんじゃないかと思えますし、いまここでやらないと間に合わないと思うんで

すね。

#####