

日本ヘルスサポート学会  
Fit for Work 研究部会 第四回会議 議事録 (抄録)  
2014年8月25日(月) 17:00~19:00  
於： 麗澤大学 東京研究センター

出席者：(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  
半田 一登 日本理学療法士協会 会長  
藤野 善久 産業医科大学医学部 公衆衛生学 准教授  
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

(近藤) 医師会では産業保健とともに学校保健にかかわりを持っています。学校の中の腎疾患、心疾患、アレルギー疾患などを抱えている生徒たちに出す学校生活管理指導票がありまして、産業保健と学校保健は本当によく似ています。(藤野) それは何かフォーマットがあるのでしょうか。

(近藤) フォーマットもあります。

(藤野) 学校に出すのでしょうか。

(近藤) 学校に出します。全国共通のフォーマットで、すでにもう広く普及しているので、地域のかかりつけ医の内科系のほとんどの先生はそれを知っています。耳鼻科、眼科の多くの先生もご存知です。

(藤野) 加算としては指導加算なのでしょうか。

(近藤) 学校保健ではほとんど加算がとれないかたちです。昔は、学校保健にかかわる学校への書類はゼロ円で書けというのがあったのですが、いまは専門医にかかっていると複雑な内容になっています。

疾患をもった患者さんの就労については、リウマチや筋骨格系の患者さんに加えて、助かる方たちは疾病の治療をしながら仕事を続けるがんの患者さんたちだと思います。高橋都先生や堀田先生も報告書を出されましたけれども、疾病がありますがこういう状態で就労できます、という書類が通れば多くのがんの患者さんを救うことができます。がんという名前だけでももう仕事できないと辞めざるを得ない人たちを救うことができます。

一方でもう1ついわれているのは、一定の年齢で退職してほしいということで、特に前期高齢者です。結局生産年齢人口に位置づけられるグループと、事業主からすると辞めてほ

しい人たちもあるということです。

(藤野) それはリスクテイカーが違うというか、事業所からするといままでは安全配慮義務がいちばんの課題ですので、健康上の問題がある高齢者をセレクトして退職を促すというのは事業所にとっては非常に合理的な発想です。その人が働く場合と働かない場合、メリットは本人ではなくむしろ社会的なものです。それは企業がとるリスクと責任の範囲とはかけ離れたもので、別のスキームが必要になってきます。

病気をもっている人が働かないより働いているほうがいいというのがテンタティブなコンクルージョンだとすれば、それを何とか促して社会的に安定させていくということが必要になります。

(近藤) 東京産業保健総合支援センターで話題提供のためにこの話をしたときには、経営者協会や労災病院をはじめ、多くの方たちから賛同を得ました。

(藤野) それが本当に機能するとしたらやはり開業医の先生が中心となって役割を果たせるかたちがいいと思います。産業医という枠ではできているところはできていますし、はっきりカバーできないところが大きすぎますので。

(近藤) 認定産業医の資格を持ったかかりつけ医は相当数いまして、この数年の変化で認定産業医としていままで活動できていた人が活動しなくなってきている現状があります。もう一度かかりつけ医が患者さんの生活を支える視点をもって、産業保健の見方をもってこれにとりかかるといいと思います。

疾病就業者の話は高齢労働者と同程度の話題になってきますし、いま高齢労働者の割合が労働人口の7、8%くらいだったと思いますが、これからどんどん増えていくことを考えると問題は全く同じです。高齢労働者にどこまで働いてもらうのかということを経営の先生方がきちんと明示的に指導するという枠組みが必要になってくると思います。

(半田) 1週間ほど前に、就業中の死亡者が昨年比で急速に増えているというデータが出されました。厚生労働省でその理由を聞くと、転倒して死んでいる人がすごく増えているというのですね。高齢者にも働く機会をもってもらわなければならないということが、やっぱり影響があるのかなと思っています。

(藤野) それは労災事故ということですか。

(半田) 労災で亡くなった方が急速に増えているということです。

高齢であるがゆえにすでに状況がパーフェクトではない労働者が増えていく。何かの理由で辞めてもらったほうがいいと思えるような前期高齢者の人も相当入ってきますので、

その人たちにどうするのかということがかなり大きな課題かなと思っています。

(藤野) リスクがどこにあるかで違ってきます。間違いなく事業者が安全配慮義務をもっていますので、その範囲でいうとやはり健康な人をセレクトするというのは当たり前です。高齢者の労災事故が増えているというデータは私が調べたときはなかったのですが、そういう意味ではセレクションは非常にうまくいっていて、人事が非常にうまく機能できていると思います。

しかし、一方で公衆衛生学の世界でいうと、非常に古典的な話題なのですが、高齢者は働いていないときより働いているときのほうが健康かというのは昔からある公衆衛生学の話題で、はっきりした結論は出ていないのですが、一応テンタティブな結論としては働いている高齢者は働いていない高齢者より健康であるということがイギリスのいくつかのシステマティックレビューに出ています。そうすると、社会としては明らかに高齢者に働いてもらったほうがいいのですね。病気の方も含めて働ける範囲で働いてもらったほうがいいのですが、その場合のベネフィットは社会が受けているわけであって企業ではないのです。

しかし安全配慮義務は企業に課されているわけで、このリスクと受益者が違うという状況がたぶんミスマッチを起こしているのだと思います。

例えば何か大きな保険ないし、社会的にリスクをとるといふ仕組みがあれば企業の高齢者労働の採用はもう少しゆるくなる可能性もあるわけです。しかし企業の場合、完全に安全配慮義務がありますので、もともと骨折既往があつて転倒リスクがあつたのを承知の上で雇ってころんで怪我をした場合でも企業の安全配慮義務は免れません。リスクをとらなければいけない人間と受益する利害関係者がずれているというのが、高齢者労働に関する私のいまの感覚です。

(近藤) 給与の問題が、特に小さい事業所では出てきます。週4日、3日、もしくは時間を減らしてということで、嘱託として働いてもらって給与は頭打ちにしないと雇えないという経営者もいます。もう1つは時間をFit Noteなどを使って少しおそめの朝スタートもしくは2時には終わらせるとかの労働形態があります。その場合、就業規則を変えることが必要になりますが、市役所の場合で病気をもっている人が、市長とかけあつて就業規則を変えることによってうまくいったという実例がすでにあります。

(藤野) 産業保健でよく引き合いに出される片山組事件というのがありますが、業務を特定しない労働者が病気をしたときに、どの程度その人の雇用を担保してあげなければ

いけないかという最高裁の判例があります。一言でいうと、その人が他の業務でもできるというかぎりは企業としてそれを用意しなければならないとなっています。一方でそれに対して手当での減額や給与の減額はしていないことになっているのです。

現実的に労使協定の組み直しが必要になってきますので、実際それはできないので何が起きているかといいますと、業務制限されているにもかかわらず給与はフルで支払うとか、降格規定をもたないので肩書はそのままということが起きています。

おそらく同様のことがいろいろなところで起きていると思います。雇用制度の柔軟な見直しが現実的になれば、例えば1か0かではなくてこれだけ働くかわりにこれだけの給料にしましょうということが可能になります。フルで休養するより午前中3時間分のお金をもらって働くなどすれば、働くことが病気に対してもいい効果があると考えるとみんなハッピーなはずですよ。実際はもっと難しいでしょうけど。

イギリスの研究者も日本の雇用制度と雇用契約が複雑だと言っていました。イギリスのFit Note がうまくいっている1つの理由は、GPと患者さんのあくまで個人的な指導なのです。指導に対して患者さんというか労働者は何をするかというと、交渉するそうなのです。あくまでこの2人の交渉で合意さえすればその就業配置を得る、なければそのまま失業保険にいくという、給料を含めて就業内容を変更すると言っていましたので、それは日本の文化とは大きく違うと感じました。

(近藤) 欧米と日本を比較すると、日本は定年を迎えたときになにかさびしい感じがあります。欧米だと喜んで退職を迎えるという、その違いはどこから出てくるのでしょうか。

(目黒) その違いというのはおそらく、勤勉性ということに対する考え方が違うのではないかと私は思います。日本人がもっている勤勉というのは海外から見るとちょっと異質なものではないか。どういう歴史的な背景で我々がもっている勤勉という概念が日本の文化の中でできあがってきたかというのはいろいろ議論があるかと思いますが。

働くということに対するコンセプトが違うのかもしれませんが、つらくても会社に行かなければならないとか、そういうことに影響しているのではないかという気がします。多少熱があっても行くとか、私が行かないと仕事が動かない、実際は動くかもしれないけれども、行かないと動かないという意識があるとかですね。

(近藤) 一方でその仕事をし続けて検査が遅れて病気が進んでいたというのが多いですね。

(目黒) きょう藤野先生のお話をうかがって、マネジメントの立場から申し上げますと、

流れとしてはそのとおりだと思います。ただ、知識労働的なものが急激に増えてきましたから、知識労働というものの特徴に焦点を合わせたかたちのものがより必要になるかなという感じがします。

もう1つは、経営のほうでは組織の衛生要因というのがありますね。この研究は相当昔から進んでいます。衛生要因というのは一言でいえば職場の環境の問題、職場のマネジメントの問題ですが、要するに働く人が精神的にも肉体的にも健やかに働けて能力が発揮できるような環境かどうか、それがマネジメントできているかどうかという視点が組織論には昔からあるわけです。

いまなぜその話を私がするかというと、ブラック企業という話がだいぶ出てきて、これは中小企業だけではなく大企業までブラック化しているという話も出てきているくらいです。実際に働く人たちの立場からみたときの、いわゆる経営学や組織論という衛生要因というものがどうなっているかというところにスポットライトを当てることが必要になってくるのではないかと思います。

疾患をもっている人たちに対してどうするかという課題ももちろん大事なのですが、やはり日本のこれからの高齢者の人たちがどのように働くか、あるいはグローバル化するなかで日本の産業がどのように勝負するかということになると、日本の企業力というのはやはり人材しかないわけです。いまの日本には、経営側に働く人々が精神的な疾患を含めていろいろな疾患をもたないようにしないといけないという認識ができるような仕組みというツールがない。

アメリカではすぐに生産性あるいは投資利益率で計算して、これだけ投資するとROIが何%上がったという見方をしますが、必ずしも投資利益率が唯一の指標でもありません。しかしながら、どのように見える形にするか、これは私にもよくわかりませんが、そのあたりも含めて検討していくことが、これから進めていく上で必要なのではないかと思います。

特に先ほど最後にご提案のあった、事業所の具体的な調査の仕方ですが、経営者の方の視点からだけではなくて、その職場で仕事をされている方の視点から、いわゆる衛生要因をどう認識しているかという調査をしておくことが必要なのではないかと思います。経営者がもっているイメージと違っているかもしれません。この点が加わると、雇用者と被雇用者を2つに分けて考えるということではなく、経営者と労働者の両面から相互に理解できるような調査結果が得られるのではないかと思います。

それから業務とのミスマッチというのがありますが、身体的なミスマッチということよりも精神的なミスマッチが重要です。これは、一人ひとりの従業員の適性をどう見るか、その人の能力をどう引き出すかという意味で人事管理能力に依存しているわけです。言い方を変えれば、直属の上司も含めたマネジメントをする人たちの能力に左右されているわけです。それも含めて考えないと、単に社内業務をやれとか、外回りしろとかいうかたちで分けてしまうとかになりがちですね。日本の場合は、そのへんのところも会社という組織のマネジメント・スキルを上げていかないと、抱えている問題が解決できないのではないかという感じがします。そのためには、実際マネジメントをする人たちに対して産業医の先生方が直接提言できるような場があることが望ましいと思います。

(藤野) 専属産業医がいるところ、もしくは統括産業医がいるところであればかなりのレベルでそれに近いかたちになっているのですが、現実問題、中小企業でそれができるといってほぼ不可能に近く、また産業医がそこまで意見できるかということもかなり難しいところがあります。中小企業の人事とか事業主さんの考え方として、いいマネージをしようということによって具体的に彼らはどうするかということ、病気になればしっかり休みなさいというふうになってしまいますね。

(目黒) 病気になってしまった後ですから、それはやっぱり自殺が多いとか、精神的におかしくなってしまうケースがあるとかは名だたる企業の中でも相当出ているわけです。このへんにどういう手が打てるのかというのはなかなか難しい問題かもしれませんが、やっぱり経営的な立場にいる人たちがどう考えるかということまで手を打つべき時期にきているのではないかと、それが不可欠な時代になっているのではないかという気がします。

(藤野) そういう意味ではこの5年間くらいの「健康経営」というキャッチフレーズは、キャンペーンとしてはうまくいっていて、少なくともそれで経営層の方がその言葉に耳を傾けるようになったという話はちらほら聞くようになりしました。

(目黒) 私もいま先生がおっしゃったことに賛成です。

(藤野) 実態があるかどうかはともかくとしてですが。

(目黒) 別に批判するわけではないですけども、「健康経営」が商標登録されたのは非常に残念だなという感じがしますね。

(藤野) 全く同感です。「健康経営」は1990年代からすでに掲げていた方がいらっしゃいます。ブームをつくった、あるいは社会的な関心を集めたという意味では効果は出ているのかなという気がします。

(目黒) ヘルスヒューマニゼーションとかヘルシーマネジメントとか、さまざまな研究は続いています。非常に難しいのですが、それを何らかのかたちで組み込めたらいいのではないかという感じがします。

(藤野) 繰り返しになりますが、産業保健がいままでやってきたラショナルレはまったく違います。安全配慮義務に企業は大きく縛られていましたし、もう1つは在職死亡の観点から、メタボなり過労死からの健康増進の流れがありましたので、健康経営とか経営資源としての健康をどうマネージするかというのは、産業保健だけでなくマネジメントの方のお知恵のほうが大きいと思いますので、本当にいまからみんなで考えていくことが必要だと思います。

Presenteeism は、ラショナルレが違うということは産業保健の関係者がまず理解していかないといけないと思います。これは私の個人的な意見ですが、文脈が違うという認識がないと思います。

(目黒) あえて違うと考えなくてもいいと思います。基本は一緒だと思います。産業構造そのものが変わってしまいましたし、働いている人たちの年齢構成が変わってきたということから、ウェートを置くべきところが違ってきているということだと思います。いちばん大きいのは日本の産業基盤ががらっと変わったということだと思います。フォーカスの当て方が変わってきたということであって、安全配慮の意味がなくなったわけではないので、そこはあまり神経質になる必要はないのではないかと思います。

(池田) 私は製薬会社などが薬の価値を金銭的に評価する研究のほうにかかわりが大きいのですが、やり方についてはいろいろな苦勞があって、やり方も手法も普遍化されていないため、そういったものを科学的に評価していくための手法を日本でも確立していかなければいけないのではないかと考えています。ちょうどそういう研究をしていたものから、そういう意味でも大変参考になりました。

うかがいたいのは、Presenteeism の場合にいわゆる生産性、お金の方が中心に議論されて、労働衛生のほうだとむしろ健康状態とかそういったことを見なくてはいけないのではないか、お金の換算するばかりではないというふうに理解したのですが、これはAbsenteeism も同じではないかと思ったのですが、なぜPresenteeism だけ注意する必要があるのでしょうか。

(藤野) Absenteeism も Presenteeism も一緒ですが、私は産業保健の実務的な立場からいうとあまりコストというのを意識することがありません。むしろ健康状態という扱いを

していく中で、Presenteeism とか Absenteeism のコストの研究というのが学術的に確立していることは、実は今回勉強したことで初めて知ったのです。産業保健の中で Presenteeism というのがすでに確立しているということを認識されないまま産業保健の中に入ってきている、それが驚きでした。いま産業医の関係者が Presenteeism が大事だと言っていることをいろいろな場所で聞くのですが、それはコストの研究でされてきた Presenteeism とは違う話として出てきているのですね。それを指摘したかっただけで、Absenteeism と Presenteeism の違いということを使うつもりはありませんでした。

(池田) 私も Presenteeism の論文をたくさん読んだわけではないのですが、前に見たシステマティックレビューだと、外国ではいくつかツールがあって、Work Limitations Questionnaire だとか、Work Productivity Activity Impairment とか、Stanford Presenteeism Scheele などの論文です。

(藤野) 私も 15 個くらいまで数えました。

(池田) それらはコストを計るものですか。

(藤野) 私の認識ではコストに換算したりタイムスケールに換算したりというのがほとんどの目的で、それで産業保健実務の健康管理をどうするかという論文はなかったというのが正直な驚きです。もしかしたらあるのかもしれませんが、私がレビューした中では、いずれも、どうやって時間換算するか、最終的にコストなりに換算するためにどうやるかという研究論文ばかりで、健康管理としてどうするかという論文は見当たりませんでした。

(池田) Presenteeism というのは日本語でいうと何でしょう。というのは、Absenteeism ではやはり 1 つのスケールで、さまざまな病態があるにせよ、何日休んだという 1 つのスカラール量が出てくると思います。たぶんそれと比較して同じスカラール量で算出するのが Presenteeism で、それによって実際の労働者の方がこういうふうに困っているというのは QOL であると思っています。Health Related Quality of Life で計ればいいわけで、それを生産性という側面から見て金銭換算したのが Presenteeism で、Presenteeism として計るところではないかなと思っていましたので、今日のお話を聞いてちょっと戸惑いました。

(藤野) Presenteeism は、いろいろなレビューによって違うのですが、共通しているのは「体調不良で職場に出ている状態」と定義しています。必ずしも生産性の低下を伴わなくても Presenteeism と定義しているという論文もあるのですが、いずれにしても体調不良で職場に出ているという状態が Presenteeism で、その Presenteeism を計りたいという流れで出てきたのが Stanford や Work Limitations で、15 個くらいのツールがあります



(池田) QOLを計るのとどう違うかという点なのですが、Presenteeism のほうですと、QOLもそうですが、本人に答えさせる自己申告というのがほとんどなのです。自己申告で計った場合は同じ状態、同じ痛みによってもいろいろな答えが出てくるわけで、なかなか定量評価は難しいですし再現性の問題もあります。ツールとしてそれぞれどう関わるのでしょうか。

(藤野) それぞれのツールがしのぎを削っています。おもしろいことにある論文を見ると Work Limitations Questionnaire や Stanford も他のツールもほとんど相関がないのです。どれも Presenteeism のツールだと言っているのですが、お互いに 0.3 か 0.4 くらいの相関しかないのです。中には個人の反応を計ってそれが評価に反映しているというような妥当性を求めているツールもあります。どれが絶対的にいいとはいえないことが、いろいろなシステマティックレビューで書かれていることです。しかし最近の多くの論文では Work Limitations Questionnaire が好ましいのではないかという記述を見かけます。

(池田) 産業医大でやられているのはどのようなものですか。

(藤野) 私たちは、Presenteeism を QOL と考えてやっています。労働に影響する QOL という形で計りたいなと思っています。ですから貨幣価値への換算は、すでに確立されている世界ということで、行なわないつもりでいます。

いまある Presenteeism のツールがどうお金に換算しているのか、例えば自己報告ではなくて周りに評価させるという手法をとっているものもあれば、給料を単純に掛けるという推計方法とか、病気の方がリプレースするものにお金を掛けるとかいろいろな方法があります。推計によっても全く違う推計が出るという論文もあって、Presenteeism という定義はあるのですが、Presenteeism は計れないということも多くの方が言っていることです。それをいかに計って値にするかということが、いまの非常に大きな学術的な流れだと思えますが、私たちはそこに手を出すことはしません。

(池田) 実測できるわけではなくて一定の仮定を置いた上でしか出せないわけですね。ただ、Presenteeism のほうが Absenteeism よりも大きいなどと言うとみんなそうかと思うので、割り切って、こういうやり方でやりましたと、何か定量値を出す必要があると思えます。

金銭感覚で出すことはいろいろな誤解とか、あまり単純化するとたしかにいろいろな問題もありますけど、一方でそれに手をつけないとなかなか受け入れてもらえないのではないのでしょうか。例えば介入によってあることが防げても、その分誰かにコストがかかっ

てきたり、企業にとっては逆に経営的に合わなかったりいろいろなことがあります。社会にとってよいものであれば誰かがそこにお金を回すというようにしないと進まないわけですから、そういう意味では金銭的な評価というのもぜひ関連していただくといいかもしれません。

(藤野) 金銭的な評価をするという学術的な流れがあるのも十分認識してはいて、そこはもちろん必要なことです。私たちもそういう認識でいます。しかし、産業医実務として Presenteeism をどうマネジメントするかということはいまだに確立していないというのが今日申し上げたいことです。

(池田) 診療報酬上のケアで加算すべきということになると、何か数字が出てきたほうがいいですよね。

(藤野) そこはぜひお知恵をお借りしたいと思います。厚労省で意見交換をする機会があったのですが、あるケアに点数をつけたら本当に健康状態が良くなるのか、良くなるのであればお金をつける、というのが診療報酬を管理している担当課のロジックです。

(池田) それで将来的に受診が減るとか医療費の節約につながる、というのが出てくるといいですね。

(藤野) そのときに、あくまで就業していることで症状がよくなったということを見なければ診療報酬はつけられないといわれて、それはちょっと厳しいなという話をしたのですが、点数をつけるのであればいくらかという話になると、ちょっと私たちには手が出ないなと思っています。ですが少なくとも、こういう指導をすると患者さんの就業に関していい効果が現れるという話までは出したいと思っています。

(池田) 医療費が増えてしまうのではなくて、財政的に中立ないしは逆に減少するというのが出てくればいいですね。

(藤野) ですが、そのロジックは受け付けないといわれました。あくまで保険診療なので患者さん個人がどうなったかというのを示せない限りはだめだということです。社会的便益にとってよい、というような説明では納得させられないということです。

(池田) 社会的便益がプラスになることは必要なのですけれども、そのときに社会にとってはプラスであっても企業の負担が増えてしまうとか、あるいは医師の無料奉仕が増えるとかがあるとしたら、そこにはお金を回す必要があるわけです。やはりまずは社会的便益があるということは言ったほうがいいですし、それは Presenteeism に関して言えると思います。

(藤野) そう言いたいのですが、それを示すデータも日本にはまだありません。

(半田) 今度の診療報酬改定で、急性期病棟でADL能力を維持するための要因を置いたら加算がつくことになりました。その裏付けとなったのは、肺炎の人たちが入院してADLが大きく落ちているというデータで、まさに予防的な行為に対して、患者さんにはなく病棟に加算がついたのです。そういう形の報酬改正がリハであり、非常に珍しい加算だと思っています。今までの基本的な考え方とはまったく異なる形で改定がなされていますので、そういう発想で広げていければいいと思います。

(村松) 目黒先生にお聞きしたいのですが、先ほど Presenteeism を産業医の実務のマネジメントに使いたいという話が出てきました。

イギリスでは Fit Note を労働者が直接使用者と交渉するのに使いますが、日本にはそういう土壌はないと思いますので、Fit for Work Service を研究部会でも紹介させていただきました。イギリスでは複数の人間がいて労働者にいろいろな支援を行うという仕組みがありますが、日本にもしその仕組みが入った場合、先生でしたらどのような人間がいれば経営層への影響力が大きいとお考えでしょうか。産業医が経営者のところへ行って、この社員は Presenteeism で就業能力が落ちていますと言ってもなかなか聞いてもらえないと思うのですが、どのような人間が経営層に働きかければ影響が大きいと思われませんか。

(目黒) 個々の企業によって全然違うと思います。特にこの領域は経営者がもっている哲学で大きく左右されてしまうと思います。一緒に働いている人たちの健康なりQOLをどう高めていくかということが企業の持続性や成長につながるという考え方をもっている企業と、極点に言えば、社員は使い捨て的な発想の企業もあるわけですから、経営者の経営の仕方に左右されると思います。

社員のQOLをどう高めるかという意識をもった経営者であれば、おのずから組織の中でそういうマネジメントを誰が担当し、産業医の先生方と連携をもつかまで配慮する時代になっていると私は思います。

私は経営思想が専門ではないのですが、経営層の「人」に対する考え方がこの20年くらいに大きく変わってしまったと思います。安く人を使って安くものを造って安くたくさん売ればいいということがきわめて支配的になっていますし、その間に企業経営を経験した人たちが、それが本来の経営のあり方だと思っている傾向があります。このあたりが非常に危険で、どの企業で今ご指摘のような考え方がどのくらいできるかを判断するのは難しいと思います。

(村松) それでは、産業医が企業のどのようなポジションの人たちに働きかければ効果があるとお考えですか。産業医が直接トップに交渉することはあまりありません。

(目黒) 去年、日本ヘルスサポート学会で表彰したライオンという会社ですが、ライオンはある意味で、かつては同族会社でしたが、代々従業員を非常に大事にしてきた企業です。そういう考え方の企業ですと非常にしっかりした対応と体制ができるわけですね。個人的に非常に気になっているのは、俗にいうブラック的な経営があるべき経営だという人たちがけっこう多くなっているということです。そういう社会的な背景を認識しておかないといけないと感じています。

(村松) ブラック的なものが大きくなってきているとなると、よくなっている方にインセンティブをつけるというよりは、きちんとやっていないところに罰則を設けるという方がやりやすいのかなとも思います。

(目黒) 一言で言ってしまえばコストが安くなれば良いというスタイルですから、非正規社員が増える原因となっていますし、このままでは減らないと思います。

それから、外国人の仕事の場も肉体労働から営業というか例えばコンビニエンスストアの店頭にいる人がものすごく増えていますね。それは安いがゆえにということですよ。付加価値の高い仕事に日本の産業が移行していかなければならないのに、逆にそちらのほうが安ければ良いという方向に走ってしまっています。それはおそらくどこかで壁にぶつかると思うのですが、従業員を大事にした経営を行なうというのは、知識集約的な付加価値の高い方向へシフトしていくための絶対的な要件だと思います。

保険制度などが全然違いますから比較するということではないのですが、企業から見たらどうかと考えるときに、例えばアメリカの3Mとか、日本でいう健康経営とは違うのですが、ヘルシーオーガニゼーションを目指して変わっていきこうという企業の基本的な考え方を参考にするのもおもしろいと思います。

これは保険制度で点数がつくとかとは全然違いますが、企業としてどれだけ従業員の健康維持あるいは向上に対して投資をするかということにつながっている仕組みということでは同じです。もちろんアメリカの企業がすべてそういう方向だというわけではありませんが、アメリカではひとつの流れとして出てきているのは事実です。アメリカでも新興国との競争の中でこれからの生き残りをどうしていくかという問題があり、日本でも同じ問題を抱えているわけですから、そういう背景も考えていく必要があると思います。

(村松) 企業にアプローチして Fit Note や Fit Work の話をする際は、コストの話をし

なくてもいいということでしょうか。

(目黒) コストの議論は出ると思いますが、こういう問題を社会的に広げていくためには、経営者自身がこの方向でいこうとある程度まで認識している企業このような手法を持ち込んで、1年か2年かかるかもしれませんが目に見える形でやっていくことが現実的ではないかと思いますね。それは先ほど申しましたように、多くの企業が想像以上にブラック化しているようですので、けっこう喫緊の課題ではないかと思います。

(村松) まずは成功事例をつくるということですね。

(目黒) そのほうが早いのではないかと思いますね。そういう意識をもちはじめている経営者はけっこういますから、そこから具体的にしていくほうがいいのではないかと思います。

(藤野) 事業主の理念を変えるというのは明らかに産業保健の範疇の外的話で我々がそこにかかわるのは難しいのですが、Fit Noteが機能する場合はどのような場合かという、健康に関して何かしようという事業主なり企業の理念があるのに間違った方向で働いている場合があります。端的な例は、病気になったら休みなさいという考え方です。そういう場合にはFit Noteはうまく適用できるでしょうし、たぶんその機能を発揮する重要なプレーヤーは主治医で産業医ではないと思います。産業医を中に入れるという話ではなく、主治医の先生方にそういう動機をもっていただかなければいけませんので、診療報酬対応できる流れになるといいというのが、私どもがいま考えているところです。

癌患者の就労のときもよくあることですが、必ずしも休む必要がなくても、化学療法中だから休みなさいということはよくある話です。事業主はむしろ親切な気持ちで言っているのですが、そういう思いをきちんと調整するという形で主治医の先生に間に入っていたくのが最初の運用だろうと思います。

(半田) ブラック企業が非常に増えているという話で、これから少子社会になって労働者の数が減っていくという過程がありますが、それでも改善する可能性というのはないのでしょうか。労働者をもっと大事にする文化が日本でもう1回復活する可能性がそこに少しあるかなと期待をもって見ているのですが。

(目黒) 私もそういう期待をしている1人なのですが、ここ2、3年見ていると、企業をマネジメントする人たちの考え方にブラック企業的な発想が私の想像以上に広がってしまいました。雇用者はもうどうでもいい使い捨てだと、はっきりおっしゃる経営者がいくらでもいるわけです。それがなぜ悪いんだ、企業は儲かればいいんだということをはっき

り主張しているわけですね。私は、どこかで何かを間違えたと思います。

これは抽象論で申し訳ないのですが、それを変えていかないと、日本の産業は全部だめになってしまいます。実際に仕事をしている人たちには、うつ病になったとか自殺したとかいうことが出てきますけれどもそれは結果論で、その間に失われた属人的な資源とか価値というものは計り知れないものがあるわけです。しかしそれは企業にとってみれば、利益が上がるからそうやったわけですが、逆に1人ひとりの個人のベースあるいは社会全体で見るとすごいロスをしているわけです。

特に、大学を卒業して就職してもすぐ辞めてしまうという問題があります。最近では3年以内に辞めてしまう人がすごく増えてしまって、30%から40%になってきている。これは辞めること自体がいいのか悪いかという問題ではなくて、若い時代にスキルが積み重なっていかないということです。特に知識労働的な領域ではある程度の累積時間をやってはじめて1つのスキルのレベルに達する、つまり専門的な領域の入り口に達するという性格を強くもっています。それが卒業して3か月で辞めてまた原点に戻る、3年で辞めてまた別な仕事でスタート地点に戻るということが現実には起きているわけです。それを社会としてどう考えるか、それこそ経済学的にいろいろ分析すれば非常に大雑把な金銭的な数字が出てくるかもしれませんが、何らかの形で手を打たなければならない時期にきていると思います。

大学で教えている立場からすると、大学教育がおかしいからだよく批判されるわけです。社会で実際に役に立たないことを教えても意味がないという人もいます。議論としてはちょっと飛躍しているという感じがしますが、アメリカでもやはり若年の失業率が非常に高いんです。イギリスでもヨーロッパでも同じ状況です。このFit for workはとて面白い事例だと思いますけれども、こうした欧米諸国で、社会としてあるいは企業としてどういう姿があるべき姿なのかということを真剣に考えはじめているということです。

先ほど申し上げたように保険の仕組みなどが全然違っても、やはり社会に受け入れられない企業は原則的に存続できませんから。とは言ってもそれでもブラック企業はあるわけで、例えばチェーンでやっている飲食店にしても、拡大に次ぐ拡大できていて現場の実態を知らなかったということを平気で言う経営者がいます。大企業でもそうした企業が出てきているということがいま指摘されているわけです。残念ながら日本では、こういう流れが背景としてあるということを理解しておかなければいけないと思います。

(半田) そういう大きな環境がある中で職業とのマッチングとかミスマッチという個別

的な話をしている、逆にブラック企業ではミスマッチさせて辞めさせたほうが良いという考え方の大きな流れがあれば、にっちもさっちもいかないなという感じがします。職業とのマッチングをどうしたらいいのだろうということを一生懸命に考えれば考えるほど絶望感に陥るようなところがあります。

オランダに筋骨格系の労働災害等のマッチングのことを勉強に行ったのですが、オランダでは例えば腰痛だと1年間自分で労働に適する身体をつくれという時間を与えるんです。整形外科医の指示で、職場で理学療法士がトレーニングをして、仕事に自分をマッチングさせる。1年トレーニングをやってダメだったら解雇で、新しい仕事を見つけるという、新しいマッチングに動くのです。仕事を変わることがマッチングではなくて、人間そのものが労働に資する身体をつくるというようなマッチングは日本では聞いたことがありません。

(藤野) それがまさに産業保健の分野に生産性という考え方がなかったため、今までは安全配慮というポイントしかない。安全配慮を欠いて何かが起こった場合に身体負荷のない場所に移すという考え方だったわけです。この40年くらいの産業保健の歴史の中では、身体をつくって生産性を上げていくということは土台にない考え方なのです。それがこれからの新しい意味での健康経営につながっていくのかなと思います。

(半田) 私がオランダで行っていた大学では職員が1,300人くらいいたのですが、その中かなりシビアな腰痛をもった人が10人くらいいて、その人たちは1年間、整形外科医の指示で7時30分から8時30分まで毎朝トレーニングなのです。そのあと1時間オフの時間があって、帰るのも1時間早く終わって帰ってトレーニングをしろという指示なのです。それを1年間やっても腰痛が仕事に適さなければあなたはこの仕事は向きませんということで別のマッチングに入って行くのですが、その間1年相当にハードなトレーニングを課してやっていました。いま考えるとかなり徹底してやっていたと思います。

(藤野) 唯一それに近いことをやっているのはメンタル領域ですね。メンタルのリハビリ復職プログラムというのは割合に充実しています。

(村松) 職場への整形外科医の介入というのは、自分の病院の整形外科医が介入することですか。それとも外からやってきているのですか。

(半田) 外からでした。外から指示が出て、そして理学療法士が具体的に毎朝トレーニングさせて、理学療法士はレポートを職場と主治医の両方に定期的に出すという形でやっていましたね。

(村松) それは公的な枠組みで行われていることなのですか。

(半田) 場所とか人など全部、職場が提供します。

(藤野) NHKでアメリカのそういうプログラムが紹介されていました。EAPの一環として企業が完全に負担して、半年くらいまさに筋トレとかやって、それでも復職してもらったほうが良いという考え方でやっているというプログラムでした。

(目黒) その仕組みと経営として数字的なもので判断しているかどうか、仮に数字的なもので判断したとしても、彼らがどういう意識でどういう考え方で、どういう仕組みでどうしているかということは参考になると思います。

(藤野) そのときの話はまさにコスト・オブ・ウェルネスという考え方で、どこがどれだけ負担するかを判断して、最終的に企業が投資したほうが良いという紹介だったと思います。日本でその形で企業が動くかというとはよくわかりません。

(目黒) 彼らが表に出しているのはやっぱり人材なんですよ。人材確保が大義名分というか、いちばん訴求しているところだとぼくは思います。人材を確保していかに優秀な人材を辞めさせないか、リクルートとリテンションとリタイアをどうマネジメントしていくか、そのなかでも日本の企業ではやはり人材の確保が喫緊の課題になりつつあります。その一方で先ほどから申し上げているようにブラック化が進んでいるという、非常に複雑な状況であると思います。このような枠組みの中で健康経営という視点での考え方が普及してくるといいと思います。それには数量化とか、そういうことが必要なのだろうと思います。

(池田) お金への換算のことで伺いたいのですが、もし換算するとしたら、企業にとってのコストというのは何なのでしょう。

(藤野) 最近健康会計とか研究されている方が多いです。ヘルスサポート学会でも2年ほど前にその話があったと思いますが、その方々のお話を聞くと、結局健康診断だとか人事配慮とか人件費や時間を積み上げるというのが、うかがっている範囲です。

(池田) アメリカですと医療費を企業が負担した場合に医療費そのものが乗っかっていたりとかもありますよね。日本だと何が実際のコストになりますか。

(藤野) 健康関係に医療費は入ってないですよ。

(池田) 日本の場合はどうなのでしょう。

(藤野) そもそももっている人間が事業主と保険者で形がまったく違うというのがあるんじゃないかと。



(池田) 自覚的にこれだけ効率が上がれば半分くらいですと本人が申告したとしても、それによる企業の実際の損失額はよくわからないですね。

例えば非常に体調が悪い人が働いて何か不良品が出てきたとか、具体的に目に見えるような損失があれば別ですけどなかなか測定は難しいですね。

(藤野) アメリカの研究ですとコールセンターの方たちの、定量化できる労働量と本人たちの Presenteeism の申告量が一致するというような研究がありますけれども、どう換算するかというのはいろいろ議論があるようです。私も今回コスト・オブ・ウェルネスという勉強をしたために理解したのですが、換算方法がいくつかあって、単純に何日休んだというのを平均サラリーに掛けるというやり方もあれば、リプレースするのにどれくらいかかるかとかです。日本では後者のほうは聞いたことがないです。

(目黒) 補充、再雇用するのにどれくらい費用つまりコストがかかるかということですね。

(藤野) そちらのほうは実は正しい推計だという主張があるようなのですが、実際にデータは非常に難しいということであまり使用されていないということは勉強したのですが。

(池田) 葉ですとリプレースのコストを一生懸命計算しているものもあります。

(藤野) 産業保健でもどちらがいいのか、よくわかりません。企業の健康コストと言ったときに、医療費を入れるか入れないかという議論はあまり聞いたことはありませんが、すごく重要な視点だと思います。

(池田) 社会の視点であれば、誰かが負担するコストとしては入れるべきです。ただ、企業が負担すべきかどうかは別です。

(藤野) 事業主の視点からすると、今までまったくそういう発想がなかった中でそれを積み上げるというのは難しいと思います。

(目黒) 企業の実務的な立場からいえば機会損失ですよ。機会損失を計るかどうかは別ですが。

(藤野) 健康会計としては機会損失として入れているのは健康診断とかで従業員がとられる時間などですが、そのくらいですね。

(目黒) 実際 Absenteeism でどの程度の機会損失があったかということを観察して、どういう対応をするかということは経営として大事なことだと思います。やはりある限界を超えてしまってリプレースするとなると、本人には別な仕事に移っていただいて、そのポジションには別な人を採用するとなると、採用コストから何かを全部勘案しなければなり

ません。

(藤野) そういう推計をしている研究があるみたいですね。推計フォームによって結果が全然違ってくるといことがあります。

(目黒) それは現場の経営からすると医療費と結びつくかどうかということは別にして、現実的に何が行われているかという視点に立つことではないかと思います。逆にいうとそういうアプローチが、経営に対してはいちばん説得力があると思います。

(藤野) その議論はよくわかるのですが、正直健康管理室で仕事をしている立場からすると、ちょっと動機が違うというのがあります。経営上という視点は大事なのですが、現場ではその方をどうマネージしてフィットさせていくかという手法というか、保健医療的な手法が必要になってくるのですが、実はそのツールがないのです。

(目黒) どうするかというときに、この人に対してこういう対応をすればこうなるということがいくつかあって比較できるということが、マネジメントする立場にとって大事なことなのではないかと思います。

(藤野) 新しい資格が必要な感じもしますね。

(池田) 具体的には配置転換みたいなことが現実的には行なわれます。

(藤野) そうですね、業務制限や配置転換ということになるとと思いますが、医療者としてその方をどうするかということを考えますので、入れ替えてというのは医療者の立場から提言するというのはなかなか難しいところがあります。

(目黒) 入れ替えの意思決定をするのは経営側ですから、どういう形のどういう方向のことに対してサジェスションができる専門的知識は経営者にとってはとても大事なことです。

(藤野) ここから先は人事の仕事ですよといわれることがよくあります。

(目黒) 最近、人的資源管理がものすごく大事になってきています。人的資源あるいは情動的経営資源といいますけど、それが非常に大事になってきていますから、何らかの原因でそれが失われていくあるいは頓挫するというのは企業にとっても、ご本人にとっても大きな問題です。

(藤野) 企業文化として担保できている場合とそうでない場合とはっきりしてしまっていて、同じ3万人くらいの企業でも、どんなに配置転換を提案しても1年待たないとやりませんという企業もあれば、では来週やりますという感じで動くところもあるわけです。その文化は変えられないですけど、そういうコミュニケーションを図るためにも、まず具体的な

ツールがあるといいと思います。そうすると人事の方も判断しやすいと思います。

#####