

日本ヘルスサポート学会
Fit for Work 研究部会 第五回会議 議事録
2015年2月27日(金) 18:30~20:00
於： フクラシア東京ステーション

出席者：(五十音順)

松田 晋哉 産業医科大学公衆衛生教室 教授

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 教授

吉野 真由美 日本経済新聞社 記者

(松田) 今回の Fit Note の話に、東京都医師会が全面的に取り組んでくれることになって、「産業医・かかりつけ医連携のための診療情報提供書作成実習」というものを昨年の12月に研修会で説明させていただきまして、Fit Note が動き出しています。MSD からと思ったのですが、結局、癌からやってくれということになりました。

癌患者の就労支援の5つのポイント、癌患者の仕事に関する悩み・情報の収集、患者の持つ多様な悩みに医療職が幅広く対応する、患者の希望に応じた受診・治療への配慮、仕事を継続しながら治療できるよう、治療による仕事への影響の十分な説明、そして、スムーズな職場復帰のための環境調整、です。これは、厚生労働省が出している癌患者の就労支援の5つのポイントです。それに対応するために主治医と最低情報共有が必要だろうということていろいろとロジックを組み立てています。

私たちがいま考えている就業支援情報提供書の活用による復職支援では、臨床医に就業支援情報提供書を書いていただくのですが、これを産業医に提供し、産業医が情報を提供するわけですが、産業医が一元的に管理することによって事業主が労働者に支援をして調整していくという仕組みがいいのかなと思っています。産業医あるいは産業保健職でもいいのかなと思っていますけれども、介護保険のかかりつけ医の意見書と同じようなイメージですが、それと同じような失敗をしないために、これを書ける人をある程度限定したほうがいいのではないかと考えています。基本的には産業医講習をちゃんと受けている人のほうがいいのかなと考えています。

そういうことで実は今回、たぶん葛飾区と日本橋医師会でやってもらうことになると思

いますが、エビデンスを出していきたいと思っています。ということで、この4月からより具体的なプロジェクトに動けると思っていますので、その成果も公表していきたいと思えます。

いずれにしても日本版 Fit Note の作成実習が始められたというのは1つの大きな進歩と思っています。それから各臨床家の先生も巻き込んで事例をつくって行って、事例集みたいなかたちをつくれるとすごくいいのかなと思います。それに基づいてこのプロジェクトを進めていければというところまで来ました。

(松田) 産業医大の教室では、今年、3年間の厚労科研がとれています。その説明をお願いします。

(村松) 現在始まっている厚労科研についてご説明いたします。

1つ目、当教室准教授の藤野が代表となっている研究ですが、3つ課題がございます。

1つ目は患者単位で日本版 Fit Note の使用を割り付けて、アウトカムとしては就労継続にどのような影響を与えるかという研究を次年度から計画しています。私ども、第1内科がリウマチの患者さんをたくさん診ておりまして、関連病院にもたくさん医師を派遣しておりますので、当院及びその関連病院において割り付けられるような準備をいたしまして、患者さんごとに Fit Note を使うか一般的なことをするか割り付けて患者さんにアンケートをとって、就業継続により効果があったかどうかを考察するという課題が1つになっています。

具体的な流れとしましては割付を行ったあとに3か月後、6か月後、9か月後、12か月後の4回のタイミングで就労が継続しているかどうかということ、アンケートを行って確認するということを予定しています。

課題2ですが、これは事業所に対して割り付けを行って、Fit Note の効果を見るというものです。具体的な流れとしましては、事業所を無作為に割り付けて、就業措置指導書、日本版 Fit Note をその事業所に留めおく事業所と、何も置かない事業所の割り付けを行う予定です。置くと決めた事業所には臨床の先生方に意見をうかがうときに、紙をもってこれに書いてもらいなさいというようにしているということです。したがって、現在産業医が実質的にうまく機能していない50人未満の事業所ですとか、産業医が選任されていても年に1回しか出勤していないような事業所も対象に割り付けを行ってその効果を見るということにしております。

就業措置指導書を留めおく群に関しては、社員が医療機関を受診する際に人事担当がその紙をもたせて主治医のところに行かせる、主治医にその紙を書いてもらって人事担当に直接わたすことを想定しております。一方でこれを行わない群に関してはこれまでどおり病院に行ったら診断書をもたらってくるという流れを想定しております。こちらもアウトカムは1年後の就業継続にどのような影響を及ぼしたかということ进行调查する予定です。

課題3は、私が担当しているのですが、説明の図がまだできておりませんが、レセプトデータと企業の傷病手当金のデータを用いまして、傷病手当金が出ていれば間違いなく休職していることとなりますので、休職後復職したのちに主治医への受診を継続しているということが結果的に、例えば1年後の就業継続にどのような影響を与えているか、レセプトのデータと企業の傷病手当金のデータについて行く、この3つを行い、1年後から走らせる予定でございます。私からは以上です。

(松田) このグラフは肺炎球菌ワクチンを打った人と打たなかった人のレセプトをずっと追いかけたものですが、肺炎のレセプトが出てきたらイベントが起こったということで、上がワクチンを打った人、下が打たなかった人で、きれいに有意差が出ています。実際にレセプトを計算するとワクチンを打ってから肺炎を発症した人は、実はあまり医療費を使わないのですね。肺炎と気管支炎と全部含めてやっても35万円くらいです。ところが未接種の人が肺炎になると118万円くらい使ってしまう。肺炎の医療費を計算すると、肺炎の接種費用を引いても1万人でだいたい、5,000万円くらい利得が、1人あたり5,000円くらいの利得があるというこんな計算になります。こんなこともレセプトのできるの、先ほどの村松先生の発表した研究もこのようにやっていければいいなと思います。

(池田) 肺炎球菌ワクチンで重症化が防げるということですかね。肺炎になった人の入院が減るんですかね。重傷化を防ぐのですかね。要するに、罹患も減るし、なった場合も軽症ですむということでしょうか。

(松田) 軽症化しているみたいですね。モデルとしては、ブロックごとにやっているんです。その町は校区ごとに毎年、この校区全員にやりませんかという案内を出して校区ごとに分析しているものです。

(池田) なるほど。でもこういうのはバイアスがある。

(松田) 本当は、住所がわかっているの本人に聞き取りをして、操作変数法を使ってやれば、もっと信頼性の高いデータが出ます。

(池田) でもすごいですよ。いわゆる入院の不可欠で出るのかもしれないね。

(松田) そうですね。入院費が不可欠ということですね。

(池田) そうですね。ところで肺炎で死亡する人というのはどうなのですかね。

(松田) 死亡したデータはまだ見てないですね。

(池田) 高齢者は何かで死亡するわけですが、肺炎で死亡する人もいるわけだから、死亡データを分けておいたほうがいい。

(松田) そうですね。一応こんなこともできるようになったので、アウトカムの評価としてはある程度レセプトを使って分析できるという基盤はつくれたと思っています。これを使って職域でいろいろ介入することで、Fit Note の経済的な効果というのもしっかり示していく必要があります。ただ、Fit Note の経済効果に関しては就業が継続できるということのメディカルではないベネフィットをまだちゃんと評価できてない、それをどうやるか、なのでしょうね。

(池田) Fit Note で医療費は必要なのでしょうか。

(松田) 初期に適切に介入をすることによってやはり医療もかからなくなるし、かなり早期に治るようになるのです。

(池田) 疾患にもよりますね。うつでやったほうが、医療費がかからないことが示せると思うのですよね。

(松田) うつはややこしいです。うつ病の経緯そのものを見直さないといけないかもしれないですけどね。私は 20 人か 30 人くらいいわゆるうつといわれている人を診ていますが、その中で本当にうつ病患者はたぶん 2 人いるか 3 人いるくらいです。

(村松) 適応障害の方たち、という印象はあります。

(池田) うつでくくるのはどの範囲の人を指すかにもよるわけですが、うつで介入して、医療費まで下がったとかいうニュースがあればまた教えていただければと思います。

(松田) うつの疾病管理って、メンタルヘルスでみちゃうというか、あんまり疾病管理でみてないですね。一応こういう枠組みを使ってやりやすいのはやっぱりがんとか MSD とかだと思います。

難しいのは、レセプトをどこまで使っているのかということもあります。性感染性など、知られたくない疾病というのもあります。こういう感染症とか、可動性遺伝因子性の病気とかはもっと注意しなければいけないなと思っています。

(池田) 教えていただいているのですか。がんの症例提起は最初のツールとしては大変すばらしいと思いますが、一般のいわゆる開業医の人がこういう就業支援情報提供書などを

書くというイメージなのか、がんの場合には実際手術したとか、治療したその医療機関の医師が、考えていくものなのでしょうか。最後のスライドだと「臨床医（産業医）」となっていて、かなり限定的になっていますが。

（松田） 基本的にはかかりつけ医です。病院の先生は、病理的なこととかには頭がいくと思うのですが、その人が病気を抱えた生活をしていくということに対しては、あまり頭がいかないですね。やはりかかりつけ医はすごく大事だと思っていて、かかりつけ医は、その人の生活背景も含めて判断できるということが資格だと思うのです。介護保険の主治医意見書も本来そうあるべきものだと思うのですが、イメージとしてはイギリスの GP なんですよね。その人と長期にわたって関係性をもっていて、その人が病気をもつことによってどういうソーシャルなハンディキャップをもち得るのか、ということの評価できるのは主治医だと思っています。専門医から情報进行、その情報を患者に伝えながら、その人が社会にアダプテーションしていくための、かかりつけ医の機能としてこれを位置付けたいと思っています。

（池田） 一方でかかりつけ医が例えばさまざまな患者の疾患について経過とかあるいは最新の治療などをどこまで懐に入れているかということもありますよね。産業医の資格のある人ということになるとかなり限られてきますね。

（松田） 私はやはり医師たるものは科学者なので、生涯学習を通じて最新医学について知識をもつというのは当たり前のことではないかと思っています。

（池田） 専門医は、手術や専門的に治療を行って、かかりつけ医に情報を提供して、かかりつけ医は本人の背景とかいろいろな状況なども掌握しながら指示を出すような、そういう現状になればいいかもしれませんね。

（松田） 今そういうのが十分あるとは思えないですね。ときどき地方に行くと 80 歳くらいの運転手さんのタクシーに乗ることがありますが、正直こわいですね。医学的な指導があつてしかるべきだと思います。高齢になると青と赤の区別がつかなくなってきましたし、耳の聞こえも悪くなってきます。そういうことはかかりつけ医がきちんと判断してあげないといけないと思います。いろいろ議論があると思いますが、かかりつけ医機能にそれをつけていくのがいいのかなと思っています。産業医の専門業務にしてしまうとうまくいかないと思うのですよね。むしろ OT さんとか PT さんの意見を聞いて、ソーシャルワーカーの意見も聞いてまとめあげることができるようにしたほうがいいと思うのです。ケースワーカーからいったほうがいいのでしょうか。

(村松) 現在地域連携パスで回っているものに脳卒中があると思いますが、脳卒中は医師が診断書を書いて、PT、OT さんが ADL を評価します。そういったものは全部書いてもらっていますので、そういったかたちが Fit Note にあればいいと思います。

(松田) 職域 PT、OT、職域ソーシャルワーカーは絶対必要だと思います。

(村松) 主治医がその場合、PT、OT さんがいるような病院かどうかというところにも左右されるし、むしろその問題かだと思います。

(松田) 本当は、ハローワークには医師がいなければいけないと思うのです。OT とかをハローワークに勤務させるという話はないのでしょうか。

(半田) いまのところはないですね。オランダではありますね。

(松田) あれはすごくいいなと思いますよね。イギリスもそうですよね。いわゆる PT の人たちが独立してやっていました。そうするとこの情報提供書というのは、やはり多職種で書けるようにしてあげなければいけないですね。

(半田) 多職種でも書けるようなものが必要ですね。このスライドでいうと、産業医から事業主に助言としていますが、例えば労災患者の処遇について何人かで突っ込んで検討して交渉したりして、それに対して診療報酬がついています。そういうのがないと、例えば障害をもった方だと、我々がついていかないと障害者みずからなかなか主張できないところがあるのですよね。そこが助言だけでいけるのかなというところが気になります。

(松田) ここにやっぱり看護ワーカーなり監督署なり書いてあるといいかもしれない。法的な役が入らないと難しいかもしれないですね。PT の方たちでそういうことにかかわっている方はいらっしゃるのですか。

(半田) そういうグループをつくってやっています。

(松田) 事業主としては目黒先生どうですか。

(目黒) いちばん難しいのは事業主が従業員の健康に関してどういう考え方をもつかという基本的なところに依存してしまうと思います。最近、ブラック企業とか騒がれているような現象まで出てきているわけですから、相当考え方の幅が広いという感じがしますね。経営者としてどういう枠組みでものを考えるかということが残念ながらはっきりしてないと思うのです。ですから産業医といわゆる経営というか会社との話が、単純な助言というかたちで従業員のためになるような方向に進むのかどうか。そのへんが何とも難しいですね。

(松田) 今回のメンタルヘルスチェックはやっぱり職場の方に波紋になっていて、国が

決めたことだからやるけれども、できるだけ穏便にすませたいというのが企業の姿勢なんですよ。

(目黒) そういう面もあるのではないかなと思いますね。

(松田) 私がかかわっているいくつかの小さな企業の場合はやはりその人がだめになってしまうと組織そのものがだめになってしまうので、事業主というか社長として、その人を大切にしようという気持ちがけっこう強いのです。そういう組織と大きな組織で社員の代替がきくようなところでは、たしかに健康管理に対して事業主がどのような感覚をもてるのか、先生のご指摘のとおりだと思います。

(目黒) サービス業の飲食店とかでは、言葉は悪いですけどアルバイトを部品としてしか見ていない。ブラックが話題になっていますけれども、事業主の考え方には、ピンからキリがありますね。いっぽうでは、社員が幸せであることが企業にとっての成長のエンジンなのだとすることを前提に、きちんとさまざまな施策を実行されている企業もありますしね。

やっぱりそれはどこかで企業としてはこうあるべきだというものを出す必要があると思いますね。特に先ほどご指摘があったように、これから仕事ができる高齢者がどんどん増えるわけですから、そういう人たちがいままでの経験をフルに生かせるような職場というのが、日本の産業にとっては非常に必要な時代になってきていますから、そのへんを経営者に強制するわけにはいかないのですが、こうあるべきだということは明確にすべきじゃないですかね。

(松田) 先生が言われたことはすごく腑に落ちるんですけど、自分の父親とかの経験を見ていて思うのですけれども、高齢者になって雇用される人というのは実は会社から選択されているんです。選択された人に対しては会社がけっこう便宜を図ってくれているという現状があって、そこをどう考えるかだと思うのですよね。60代、70代、80代でも働ける人に対する付加的なサービスとしてこういうものをやってくるのかというと、すべからく労働者の権利を保障していくのと全然戦略の組み方が違ってしまいますので、そこをどう考えるかだと思います。

(吉野) 2013年から65歳までの希望者全員を雇い続けなければいけないということに、ある程度の規模でなっていますよね。そこでいまはやりのダイバーシティもありますし、高齢者が増えると、必然的にがんの人も出ます。ダイバーシティということで病気もとらえられないかという、この間たまたまそういう取材をしたのですが、あるカード会社はそ

れをやっていて、人事部に産業医をつけているのです。普通、健康保健室などは独立した、経営とはまったく関係のないところにポツッと医師がいて看護師がいて、というようになっているケースが多いと思うんですけども、あそこは人事部の中に産業医のデスクがあって、診療室は別にあるんですけども、普段からこの人は病気から戻ってきますけど、どこにどう配属しましょうかということを経理部の人と話しているのです。そういう関係がある企業とまったくないところとでは、これがどう使えるのかという気はします。

(松田) そこはけっこう議論があるところで、産業医は中立であるべきだという議論もあるのですね。産業医大の場合だと、産業医というのは完全に中立で保障され、知り得た情報は絶対に事業主に漏らしてはいけないということになっています。産業医は医学的に知り得た情報に基づいて事業主に対して勧告権だけはもつ。知り得た情報はその産業医が辞めた場合にはきちんと手渡しでそれを伝えなければいけない。医師から医師への個人情報提供は医師の職業倫理として問題ないけれども、医師が知り得た情報を医療職以外に本人の同意なしに提供することは不可なのですね。

(吉野) もちろんそのカード会社の場合も本人の同意があつてのもただと思います。

(松田) でも人事が入っていますね。

(吉野) 人事が入っていますね、たしかに。

(松田) そのこのところがあいまいになっていて、たぶんいま日本ではそこがぐちゃぐちゃになっているのです。例えば私がかかわっている企業でも、レセプトも全部見せてしまっているし、健康保険も見せてしまっていて、職員が両方の情報を見ることができるのですね。だからそういうことも何となく日本はうやむやになっているけれども、本来そこも整備しないといけないと思いますよね。

しかし、そもそもこれをやりだしたスタンダードは、アクティブエイジが日本の目指すべき社会だと思いますので、アクティブエイジでやっていくためにはこういう仕組みをつくらないといけないから、それをどういうふうにつくっていくかということが今の課題の本質になっているのではないかと思います。

介護保険でやった失敗を繰り返してはいけないと思っています。介護保険では主治医意見書が宙に浮いてしまって、だれも使わないようになってしまっています。主治医意見書不要論も出てくると思います。この仕組みを回すための情報を提供するというのは先ほどのお話の中であった多職種連携みたいなものをきちんと議論しないといけないと思います。

(目黒) その連携をするのは産業医になるのですか。

(松田) 産業医がいちばんいいと思うのですが、もしかしたからケースワーカーなり第三者のケースワーカーみたいな人が管理するほうがいいのかもしいかなですね。

(目黒) 連携ということだと、だれがプレーヤーでマネジメントするのかというところがあいまいになってしまい、動いているようで動いていないような状態になってしまうことがありますよね。危険性があるかなと思います。

それから先ほどお話のあったダイバーシティの問題ですが、ご指摘の点は非常に日本の企業にとって大事になってきていると思いますね。

1つは外国人の従業員がものすごく増えているという意味でもダイバーシティの問題が大きな問題になってきています。日本人が不得手としているのは、やはりダイバーシティのマネジメントができないのですよね。コラボレーションがうまく組めない。それは同質的な社会に長い間生きてきたということもあるのかもしれませんが、そういう枠組みの中にこういった疾患をもっている方を入れていくというのも1つのやり方かもしれませんね。やり方というよりも、企業のあり方かもしれませんね。

(松田) 一時、障害は個性であるということがずいぶん騒がれましたが、あれはそのあとどうなったのでしょうか、リハビリの世界では。

(半田) 立ち消えた感じですね。

スライドで、産業医のところをリハビリ医と置き換えていただくといいのですが、いままで我々がやってきたのは、リハビリ科の中に理学療法士、作業療法士がいて、事業主とわたりあっていたのです。そういうときはリハビリ科の医師はまず行くことはない。制度とか保険はソーシャルワーカーがやって、通勤を含めたパイロとかは理学療法士がやって、仕事の中身は作業療法士がやるという形です。症例2の重機のオペレーターをやっていた人が、明日から事務職をやれますかということです。中身がつかないのですよね。そこでどうするかということ、事務的な練習をさせてもう1回会社に戻すということをやってもいいですね。そういう見方をすると、先ほどチームとおっしゃったところは、やはり産業医と書かれたところがあつたほうが効果的かなという感じはしますよね。

(村松) そうすると例えば産業保健オフィスというのがありますね。そこには複数の産業医、複数のOT、複数のソーシャルワーカー、複数のケースワーカーが勤めていて、そこで地域全体のことをやる、その枠組みのほうがもしかしたらいいのかもしれないですね。現在の日本でも独立系産業医は少ないですし、そういった機能は少ないですね。

(松田) ソーシャル展開地産保なのかな。

(村松) そうです。そういった機能をもつことに形がつけばいいのかもしれないですが、現在産業医に求められているのは効率的に安全衛生委員会をたくさんこなすことですので、どうしても企業はそこを求めてきてしまうと思います。

(松田) 地域産業保健センターみたいなものをつくって、複数の職種が勤めてやるというほうが本当はいいのかもしれないですね。

(村松) そうですね。きちんと産業医も参加するオフィシャルな組織があって、企業へのサービスにつなげられれば少し変わるかもしれないですね。

(松田) そういうような組織を、地域の医療職でつくれますかね。たぶん PT、OT、よりソーシャルワーカーが関与していかないと難しいと思います。

(半田) まだ意識は薄いですね。

(目黒) 独立系の産業医というのは、それをビジネスとしているのですか。

(村松) 産業医として開業されているということです。

(目黒) 仮に産業医さんだけではなくて、必要な機能を1つのチームとして組織として作り上げて、従業員の方のエージェントとして事業主との交渉なり、医師との相談なりという組織にすることは可能なのですか。

(松田) 可能なのですけれども、現行の主旨というのは実は制度をつくるというのがあるって、要するに 50 人以上のところでは嘱託産業医を置かなければいけないということが法的に決められていて、登録してメンタルヘルスなんかをちゃんとやっているという証拠があれば、事業主にとって何かあったときの免罪符になるということですね。

(村松) 私もまだ産業医のトレーニングをしていたころはそういうところでアルバイトをしたことがあるのですが、かなり時間もきっちり決められて、何時間しか見ちゃだめですみたいなのがきっちり決まっていて、従業員のために働けるような時間ではなかったです。

(松田) 実際に開業している人はたくさんいて、このあいだ開業したばかりの産業医大の卒業生が産業医としての仕事でもう3年先まで予約でいっぱいということです。設備投資がまったく要らないですし、産業医大ブランドでけっこう依頼がくるようです。産業医大の卒業生の場合何かあったときにネットワークを使えるので、企業にとっても安心感があるようです。

(村松) 独立系産業医が集まって、開業されていると長期間の休暇取得が難しくなりますので、何か月に1か月くらいはほかの先生がかわりに行ってくれるみたいなネットワー

クを築いてやっているところもあります。そういったネットワークがもっとパブリックの役割というか、地域をきちんと見るという役割を果たすといいかもしれません。

大手のところでも実際に月に1回というルールはまったく守られなくなって、年に1回しか行かないという事業者はたくさんありましたので、機能しているとはいえません。そういったところに **Fit Note** がきちんとはまればいいと思います。そういった意味ではこのフォーマットについてどういったメッセージを発信していくかということも大事だと思います。

(松田) もう1つアイデアとしては、これをパナソニックヘルスレコーダーのようにするかですね。職域の管理はヘルスの管理も重要になってきますから、薬の服薬情報の管理も重要になってきていて、事業主が健康管理をどう考えるかということで、もう少し練り直さないといけないかもしれませんね。

(目黒) 米国の大企業には、従業員の健康を最重要視するというポリシーを明確にしているところがあります。これも経営者が代わっちゃうとどうなるかわからないですけども、特に大手の企業では非常に熱心ですよ。ただ、事業が変わると当然仕事が変わりますけど、同じ仕事をしていても自分の仕事の範囲が大きく変わってしまうという時代ですからね。即ち雇える人がいればそれでいいという判断になりがちという面もありますよね。それが経営者の考え方で大きく異なってきますので、そのへんがいま難しい時期なんじゃないかと思いますね。

(松田) そうすると、産業医のところを例えば地域産保みたいなのにして、臨床医からの情報を地域産保のところで審査して、**Fit Note** のメモ書きノートの下の部分だけを法務にわたして事業主に行くようにしたほうがいいのかもしれないですね。臨床的な情報は産業医のところへは行っていいのかもしれないけれども、事業主のほうに行かないようにして、フランスやイギリスがやっているみたいにその人がどういう条件なら働けるのかということだけを提出させるようにする。介護保険の主治医意見書の失敗をしないようにするために、それをきちんと第三者機関で内容を確認して、その上でそれを個人にわたして、それを個人が事業主に提供するという仕組みにしたほうがいいと思います。

それも安全配慮義務がどうなるのか。産業医が見た場合は安全配慮義務をしなければいけなくなる。

(村松) そうですね、それは明確な基準があります。

(松田) 安全配慮義務という概念があるから、事業主は産業医のほうにそれを付託する

かたちですかね。臨床医は患者さんに Fit Note を提供する、当事者がこれを、例えば地産保に提出して、地産保で医師とか OT とか PT の人たちがいてチェックして、そこからまた当事者に返ってきて、当事者はこれを例えば A 票と B 票があつて、A 票 B 票両方産業医にわたして、事業主には B 票だけをわたして、わたされた事業主は産業医に安全配慮義務を付託するようなかたちでしょうか。

(村松) その地産保のところ大きい企業では産業医になるのではないかなと思います。

(松田) 産業医じゃないほうがいいのではないかなと思います。地域で第三者組織がこの提供された内容についてちゃんと確認して、産業医には A 票 B 票両方いくのですが、安全配慮義務に関して事業主が産業医に付託するというかたちにすれば、いわゆる医療情報があるのはここだけになる。

(池田) 地産保はオーディットだけですか。

(松田) オーディットだけです。数が多すぎますから。専門医のところは、診療情報提供書の中に、いわゆる職場復帰の職業上の配慮を含めるようにすればいいだけではないでしょうか。

(池田) かかりつけ医も見ながら日々の指導をするのは必要でしょうけれども。これどうやったらいいですか。

(松田) 何か制度化したいと思っています。

(池田) 全部紙で出すのでしょうか。

(松田) いや、電子ファイルで出してもらいます。

ベルギーの場合には、これとは異なりますが、サーバーがあつてそこにインターネット回線でつながっていて端末があつて、そこに IC カードを入れるだけなのです。資格管理カードですが、他にペイシャントとドクターのカードが入るのです。ペイシャントカードとドクターカードを入れるのがここで、ペイシャントカードと保険者のカードで入れるデータ領域を分けているのですが、そういうものをつくるかですね。それがいいかもしれない。

これはけっこう重宝しているのですよ。なぜかという、ヨーロッパでは仕事を割合頻繁に変わるので、保険者の資格管理ってけっこう大事な仕事なのです。それをこの IC カードで全部対応していますからいい仕組みだなと思っています。

仕組みをつくと職域で効果とかがきちんと評価されてくるので貢献できると思っています。私は実はこれを安衛法でやりたくないのです。安衛法でやりますと自営業者が入っ

てこなくなってしまうのですよね。アクティベーションというかぎりにおいては、やはりすべての労働者がカバーされないといけないですからね。ですからできれば医療保険のほうでやりたいのです。

(村松) 健康保険も紙にはお金がつきませんというのは法令で決まっていますので、改正が必要になります。

(松田) 何とか制度化したいんですけれども。

私は、これはかかりつけ医としての責務だと思っています。という、日本が生きる道はアクティベーションしかないと思うので、70になっても80になっても元気で何かをやっているというのが当たり前な社会にしないとだめだと思っています。働くことを支援するのを役割とする医療というのは、新しいコンセプトとしてあるのではないかなと思っています。

社会がアクティブであるということは、アジアのモデルになれると思いますし、高齢化が進んでいるマレーシアとかタイとかから、日本は何であんなに高齢社会なのに元気なのだろうと関心を持たれば、すごくいい外交関係をつくれると思いますし、そう考えると医療・介護の果たす役割はすごく大きいと思います。

(半田) ちょっと別な話題でいいですか。情報提供書が2つ載っているのですけれども、ほとんどブルーカラーの作業が載っているのですよね。これまで障害をもった人たちの復帰をやってきていますが、ホワイトカラーだ、ブルーカラーだということはまず100%ないですよね。ブルーカラーよりホワイトカラーがくることのほうが圧倒的に多いですよね。そうしたときに、総務課なり人事課の人たちがこれを見たときに、できないことが並んでいますので、じゃあどうしたらいいのという感じになってしまうのではないかと思います。そうじゃなくて、これができますよというかたちにしないと、動かないと思います。

(松田) そういう意味ではイギリスの Fit Note がいいですね。こういう条件が **May be Fit for Work taking for account of the following** などと書いてあるのですね。そうあるべきと思います。持ち帰って直します。

(半田) 労働者が激減して、企業の体質が変わって、より従業員を大事にするという風土、文化というのがめばえないのですかね。

(松田) 日本はどちらかというと知的労働の世界に入っているのですが、実は知的労働では年代はあまり関係ないと思うのですね。

(目黒) 私は個人的には変わると 생각합니다。変わらざるを得ない。だから、あるべき姿

というものを強制するわけにはいかないでしょうけれども、やはりそういう方向を実現しようとする経営者が出てくると思います。そういう企業がいい企業だというコンセンサスがだんだんできてくるのではないですかね。

(松田) そうするとやっぱりブルーカラー、ホワイトカラーという区別もだんだんもうなくなってって、例えば変な話ですけど、寿司職人はある意味職人なんですけど、英語ができる寿司職人は、英語という知的な活動に対応できるので、ものすごく人気がありますよね。

それでふと思い出したのですが、フランスで日本人の配管工がいたのですが、ものすごくはやっていたんです。彼らはなぜはやってたかという、約束の時間にちゃんとやってくる、1回で直す、それからアフターケアがすばらしい。ただそれだけで日本だったら当たり前なんですけど、彼自身は英語もフランス語もできなかったのですが奥さんがフランス語ができる人で、奥さんがマネージをしてはやった。これはもうブルーカラーじゃないですよ。やっていることは日本でやればブルーカラーですけど立派なサービス業になっていますね。付加価値がついているわけです。

(半田) 南相馬市ですずっと震災後調査を続けているのですが、人口が5万人減っているんですね。いろいろな現象が起こっていて、アルバイト代の急騰がきわめてすごいんです。いま食堂のアルバイト代が1,300円です。要するに働く人たちのほうが強くなってきているんですね。安いところで1,000円でした。先日神奈川の大学で講義したときに学生たちが100人くらいいて、1,000円を超えているバイト代をもらっている人に手を挙げてもらったら3人でした。それも1,050円です。南相馬の片田舎で1,300円というようなバイト代が出ていて、介護職が全然ないんです。食堂のアルバイトのほうが時間が短くて人の世話なんかする必要もないし、というようなことが起こっています。

(松田) 介護はアジアでこれからすごく大きな成長産業になるわけですよ。そういう視点でやっていくと、介護労働者って実は何年か後に介護の経営者になっているかもしれないですよ。そこをどう考えるかだと思うのです。ちょっと話が膨らんでしまいましたが、介護は必ずアジアで大きな事業になります。

(半田) 南相馬では、高齢者が働いていますね。働く人がいないから高齢者が働かざるを得ない状況になってきていますね。

(松田) これってよく考えてみるとすごく大きな、ある意味コンセプトをつくっていかなければならないということですね。高齢者であっても全然関係なくアクティブであると

ということが日本人の価値にならなければいけないと思うのですが、それがなんか文化戦略みたいなものでやっていかなければいけないだろうと思うのです。それを個別の要素を経済評価しているうちは全体が見えなくなってしまう。そんなことをこれでやれたらいいなと思っています。

(目黒) まさに国家戦略ですよ。日本はこういうことができていかないとやっていけないと思います。

(松田) 一応こういうことができるようになったので、次回は6月に葛飾でまた研修会をやる予定です。年内に何回かこういう研修会をやっていって、研究も来年度から始めますけど、何とか平成30年の制度化を目指してやっていきたいと思います。東京都医師会のほうは、次回はMSDとリウマチとかも入れていくつかやりたいと思います。

(池田) 北九州のパイロットが回っていらっしゃると思いますけれども、事例をつくっているということで、回しはじめられる。

(松田) 北九州市医師会だけでやれないので、県医師会を通して、北九州医師会を通して、さらにその下の小倉医師会を通すということで3段階の医師会でやろうと思っています。東京の場合には近藤先生の骨折りで、最初から東京都医師会でやれたので、それで葛飾区の医師会でもやれることになりました。

働くことから健康づくりというコンセプトで、こんどまたその話もしますけれども、前も話した健康農業プロジェクトというのが今年からまた少し大きくなりそうです。何をやっているかというと、嘉麻という筑豊の真ん中のところで有名な寒北斗というおいしい日本酒をつくらしている会社があるんです。そこが田んぼを1つ貸してくれて、そこで去年から地域の住民とかぼくも入って、山田錦を植えて、田植えをして稲刈りをしてそれでお酒を造り、お酒の適正飲酒の健康教育をして、酒器もつくるというプロジェクトを展開しています。近くに琉球ガラスの工房があって酒器をつくらせて、イノシシとシカが出るころなのでそれを鉄砲で撃つ人がいるのです。それをハムにする人がいて、そばもそこでつくっているんで、自分でつくった酒器で酒を飲んで、ジビエのハムが出てという健康教育を始めたのですが、1年やってよかったと思います。

よかったら田植えにおいでください。

(女性) 田植えの時期ですか。

(松田) 楽しいですよ。ふだんは絶対出てこない40代、50代のパパが酒をつくらうことで出てくるのです。40代、50代の男性は酒とそばに弱いですよ。

(吉野) たしかにこだわりますからね。

(松田) ですから次回はそば打ちをさせようと思っているのですが、けっこう準備が大変です。次回もしそれがまとまっていたらまたその話もしたいと思います。やはり働くことを支援する医療とか、働くことで健康になる仕組みを提案できる、そういったコンセプトマーケティングが大事だと思っています。

[了]