

日本ヘルスサポート学会  
Fit for Work 研究部会 第六回会議 議事録  
2015年7月22日(水) 18:00~20:00  
於： フクラシア東京ステーション

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

近藤 太郎 東京都医師会 副会長

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) 何かご質問があればお願いします。

(近藤) 両立についての世論調査で、男女差をクロスでやるというのは、若い女性は男性と違うのでもっと差が出るのではということですか。

(松田) たぶん差が出ると思うんですね。

(近藤) 元データからクロスすることはできないのですか。

(松田) 集計データしか出てないので、世論調査の個票をもらわないといけないんですね。内閣府の世論調査なのですが、クロスすると女性の若い人はもっと上がると思うんです。

(近藤) 例えば早期の乳がんなど9割以上は治ると思われるがんに対して、もう命は終わりだと思う人がまだまだ相当いますね。

(松田) 命もなんですが、痛みとか、化学療法を受けているときの脱力感とか、あとはウィッグの問題がかなり大きいみたいですね。ウィッグがもっと自然でいいものが出てくるとずいぶん違うと思いますけれども、日本はウィッグが高いですね。ヨーロッパだとほぼ100%給付だと思います。

(近藤) ウィッグでは、夏目雅子さんのご遺族が立ち上げたひまわり基金がありますね。

(松田) いいかつらを安く提供というか自己負担なしで提供できると、違うと思うんですよね。復職するためには見た目の問題がすごく大事だと思うんですね。あと、これとは関係ないですけども、外来化学療法を受けられる施設が、自分が勤務している地域とか住んでいる地域の近くにないという問題があります。

(近藤) それから曜日ですね、土日や夜に外来化学療法を受けられない。

(松田) 本当は土曜日にやってくれるといいらしいんですけども、土曜日に受けられ

るところがないんですよね。そういう外来化学療法を近くの開業医の先生のところでも受けられればいいけれども、生き死にの問題とかも出てきますし、外来化学療法をいかに受けやすくしてあげるかということが大事で、特にこれが地方だと難しいんですよね。地方だと外来化学療法を受けることができる地域があまりないので、かなり就労の妨げになっている。

それから男性も女性もですが、ストーマですよね。ストーマに関していうとやっぱり匂いとか、本当は周りの人は気づいてないんだけど、匂っているんじゃないかとかいろいろなことで、人工肛門に関しては就労しにくいという人もいるみたいです。

事業所の規模で調査をやってもいいと思うんです。事業所規模についてはぼくが見た中では2つ結果が出ていて、小さいところほど復職しやすいというものもあるし、大きいところほど復職しやすいというのがあるんです。小さいところで復職しやすいというのはたぶん雇用主の意識の高さだと思うんですけども、大きいところで復職しやすいというのはたぶん産業保険がしっかりしているところだと思います。

やっぱり街中にちゃんと外来化学療法をやってくれる、特に週末にやってくれるところがあるとずいぶん違うだろうなと思います。

(近藤) それってデータというか掘り起こしは進んでいるのですか。

(松田) 進んでいないです。それ自体本当はアンケートしたほうがいいでしょうけどね。

(近藤) いまちょうど、医師会から東京都に予算要望を作成する時期なのですが、そういうことを都道府県に伝えるべきなのか、がん拠点病院とかその関連病院が自然発生的にやろうとするのがいいのか。

(松田) がん拠点病院のほうもがん登録で止まっちゃっているんで、そこまでいってないですよね。

(近藤) がん診療拠点病院の、例えば慶應大学病院ではリクライニング姿勢で点滴を受けることのできる椅子が30、40と並んでいるようになりました。一度に治療できる人数が増えた。リウマチの生物学的製剤とかも含めて、化学療法室ができたのです。だけど地域の病院の中ではまだまだ昔ながらのベッドに寝て治療するとかが一般的ですね。

(松田) それもあるし、地方で言うと例えば入院化学療法と外来化学療法とどちらのほうか自己完結率が高いかということ、多くの地方では入院化学療法が高く、外来化学療法になると自己完結率が下がってしまうんですよね。入院化学療法はできるけど外来化学療法はできないというのがすごく多いのが現状です。結局、外来化学療法を受けるために遠く

に行かなければいけない状況になってしまう。

(近藤) そういったことは、がんの患者団体の方たちのほうがご存じですかね。

(松田) 「患者の声」というイベントに呼ばれて講演したときにそういう意見が出ていました。例えば福岡から佐賀に行くこともあるし、外来化学療法になってしまうと直方、鞍手においてはほぼ飯塚か北九州に行きますし、粕屋からも結局福岡に行ってしまう。入院化学療法より外来化学療法のほうがハードルが高い。ぼくもいろいろなところで問題だといって指摘しているんですけども、外来化学療法のアクセスが悪いという現状がある。

(池田) 診療報酬上ももうちょっと評価されるといいですね。本来外来で履行できるはずの化学療法がかなり限定されていて、しかも損がないように一生懸命手当てしているのが問題です。病院としてもやはり経営の問題がありますから、患者さんのためにということばかりではいけないわけですから、どうしたらいいですかね。

(松田) どうしたらいいですかね。

こういう実態が復職を妨げているわけで、このデータは15歳から64歳のかなり勤労世代のデータになりますけど、かなり復職がむずかしいという現状がある。やはり居住地で、土曜日とかでも外来治療を受けられるといいんですけどまだそこまでできないので、どうするかですよ。

たぶんリウマチ治療の生物製剤などで同じことが起こっていると思うんです。本来であれば外来でやれるものも、遠隔地のために入院でやったりとか、やはり身近である程度受けられるようにしていかないと、就労の阻害になるだろうと思います。

(池田) 土曜日に診療を行うことは地元の医師会の調整は可能なのでしょうか。

(松田) 実は医師会が反対しているんです。北九州の場合は産業医大が開学したときにいくつか条件が出されたんです。救急をやらない、土曜日は基本的には午前中だけで午後は絶対やらないとかいろいろな条件をはめられて、最近になってこんどは救急をやれと言われてるんです。

(近藤) 渋谷でもJR東京総合病院が社員だけでなく、地域の方々も診療する病院となったときに、やっぱり救急はだめとか、いろいろな付帯条件がありましたけれど、現在に至ってはすべて認められていますね。

ハローワークですが、ハローワークは職のない人が行くところで、職を維持したい相談には向いていないのではないですか。

(松田) できないです。せっかく厚生労働省になったんですから、ハローワークと、産保センターの機能を少し重ねるとか、そういう工夫が必要なんですよ。これって実はがんの問題だけじゃなくて障害もそうだしメンタルも全部一緒なんですよ。失業したらいろいろなサービスがあるんですけど、失業する前のソーシャルなサポートはすごく足りないんです。それをどうするかというのも大きな問題だと思います。

だから、Fit for Work を日本で根付かせるために鍵になるのはハローワークと産保センターだろうと思っているんですけども、社会システムとしての調査を、最後にお示したモデル事業とか研究を合わせてやっておかないと、仕組みとしては受け入れられないのかなと思います。

あとはこれを医療保険で見たほうがいいのか労災保険でやっていったらいいのかということも少し考えていかなければいけないと思っています。企業から見ると健康保険と労災保険ではどちらの仕組みほうが強制力がありますか。

(目黒) それは業種によって違うと思いますね。それと、私がいま気になっているのは、正規雇用と非正規雇用という分け方がこの領域を研究するときに適切なのかわかりませんが、少なくとも社会的な議論をする場合には正規雇用と非正規雇用の観点というのは入れておいたほうが良いと思います。新たな法律が国会を通ったのかよくわかりませんが、法律が改正になると非正規雇用がますます増えると考えています。どう考えても本末転倒な法律だと考えていますけどね。

(松田) 常態化しちゃいますよね。

(目黒) 第一点は、社会の制度的な問題であると同時に労働の質という問題で、昔に比べると労働の質がものすごく劣化していると思います。いわゆる企業がエンプロイアビリティ・スキルというものをつけさせなくなってきたので、いつまでたっても年収 300 万、400 万という収入しか得られない人たちが増えていくような社会になってきたときに、この領域はいったいどうなるのか。社会の労働者の構造が大きく変わりつつある。

第二点は、いまある職種の半分くらいが、5 年先にはなくなってしまうといった極端な議論もあるわけですね。仕事の中身が大きく変わってきていることも事実ですから、仕事というものがどう変わるのかという観点も入れておく必要があると思います。そして、いままでの仕事の仕方と、仕事の仕方そのものが変わってくる部分が結構あると思います。

第三点は生産性についてです。日本がこの 20 年間ほどの間に、米国の企業が創りだしてきた大きな流れ、つまり、創造性の問題、すなわちクリエイティビティをかたちにする

いう流れに乗り遅れてしまった。いわゆるグローバル化が進む今日では、この創造性が勝負の時代になってきていますから、労働の生み出すアウトプットの質の問題もからめて考えていかなければならない気がしますね。

(松田) いま大学院の事務職の雇用なんかにも少しかかわっているんですけども、先生がいわれたようにすごく労働者の質が落ちているんです。何が落ちているかというと、国語力のない子がすごく増えてきていて、マニュアルを読ませてもマニュアルが理解できない。でもこの子たちが意外と大学を出ていたりするんですね。ところが大学で全然本を読んでないんですよ。これがけっこう深刻だなと思っています。

(目黒) 読み・書き・そろばんができてない。ピンキリがたしかにあるけれども、留学生を見ていると相当大きな格差がつき始めています。

(近藤) 郵便を速達で出してきたと頼まれた新入社員が、それができなくて引き込みりになってしまったなどという例が、自殺対策の会議なんかで普通に出てきますね。

(松田) そうなんです。働くということをどう考えるかということ自体を考えなければいけないなと思っています。

(目黒) そういう意味でどういう切り口でこの問題のアプローチをするかはとても難しいと思います。

(松田) Fit for Work とは別に、福岡県内における都市と中山間地域の交流を促進して、前期高齢者というか、60歳代のときのアクティビティをちゃんと地域の中に準備しようということをやっています。将来的に農業生産法人までもって行って、高齢者の人たちが働く場を中山間地域にもつくろうと思っているんです。

働き方としては週3回くらい、北九州市とか福岡市から筑豊の田んぼにやってきてちょっと農作業をやる。私は元々千葉の人間ですが、福岡に行ってびっくりしたんですけど、福岡ではあまり地域間の交流がないんです。例えば福岡に住んでいる大学の同僚を、このあいだ初めて筑豊に連れていったんですけど40になるまで筑豊に行ったことがないんです。

ところがこれから福岡市は介護施設とか医療施設が足りなくなるんですね。一方でかつて都市だった田川とか飯塚はこれからそれが余ってくるんです。福岡市の人間が筑豊に行くということもある条件さえつくれば可能だと思っています。1時間とか30分で行ける距離に施設があるわけですから、前期高齢者が参加できるこういうアクティビティを筑豊で行うことによって、そこに行ってもいいなと思うような仕組みをつくっていかなければい

けないと考えています。要するに 60 代の非正規雇用みたいなものを、社会企業というか、ソーシャルビジネスとしてつくっていくということを今から考えていかないと難しいと思うんですね。彼らにやっぱりクリエイティビティとか要求するのはちょっと無理だと思うので、プロがサポートしながら日銭を稼ぐようなものでもいいと思うんですけども、Fit for Work とはまた別に、働くということをターゲットにしたアクティビティもやっていて、けっこう評判はいいんです。

Fit for Work というかたちで労働生産性をアウトカムしているわけですけども、先生が言われたように、働くということの中身が相当大きく動いているので、労働政策みたいなものときちんと合わせて考えていかないと、このモデル自体が成り立たないことがあるかもしれません。

話が大きくなってしまいうんですけど、まさにブレア改革ってそういう改革だったんですね。彼は若者の労働にすごく力を入れていて、イギリスでは学習障害は立派な病気なんです。だから学習障害への対応というのはNHSの大きな課題になっていて、そのNHSで問題になったのはまさに、イギリスが先進国の中で高校中退者が断トツに多いということです。彼らはやはり仕事に就けないんだそうです。で、優秀な中国人とかに職を奪われてしまうということがあって、いろいろな極右みたいなものも出てきちゃっているらしいんですけども、字が読めなければどうしようもないですよ。日本もそうなりつつあるような気がしています。

(目黒) ご指摘の通りです。エンプロイアビリティ・スキルのプログラムをいろいろ調べてみましたが、やっぱりイギリスが進んでいます。それも、ちょっと私もショックだったのですが、字が読めないというレベルからどれだけエンプロイアビリティをつけるかというところまで、大きくかつ統合化されたプログラムをもっていますね。これは非常によくできていて使いやすい。おそらくこういったプログラムでないとそういう人たちは参加しないんでしょうけど、非常によく工夫されていると思いますね。世界的に若年の失業率が高くなってきています。21 世紀に必要な能力とか何とかという報告書も出ました。だから日本も同じ状況なんだという変な納得をするわけにいかないわけで、そこをこれからどうしていくかという問題が非常に大きいと思います。

(松田) うちの教室から小学校にも健康教育で学生を出しているんですけども、最近の小学校の教科書をごらんになったことはありますか。

(池田) 私は子どもがまだ小学校です。

(松田) すごいでしょ。絵とか漫画とかばっかりで。文章を読ませるんじゃないんですよ。ぱっと見て視覚的にわかるようにしちゃってます。

(近藤) 漫画が混じったようなですね。

(松田) あれはだめだと思うんですよね。読ませて抽象化したものを理解するという能力を子どものころからつくってないと、大人になってからどうしようもなくなっちゃうと思うんです。最近小学校の教科書を見てぎょっとしましたよ。ゆとり教育のときよりひどくなっている感じです。

(池田) それを補うためにみんな塾に行くんですよね。

(松田) 塾に行ける人はいいですけど。そそういう意味ではハローワークの問題もあるんですけど、そもそも教育の問題ともからめていかないと難しいだろうなと思います。

周辺のところの調査も合わせてやっていかないと制度化にもっていくところで、ちょっとつまずいちゃうかなと思うので、そのへんも考えて研究計画を立てようと思っています。

あとは腰痛とか筋骨格系疾患とかアレルギー性鼻炎とか、ああいう外来のプレゼンティズムをもう少しきちんと見ていくべきかなと思います。

(池田) 最後に紹介された労働生産性調査票は、プレゼンティズムなどがとらえられるんだと思いますが、それをどう定量化するのかと思っています。

(松田) 定量化というと。

(池田) つまりこれはスコアで出てくるのはたしかなんですけれども、それを例えば最終的には金額に置き換えるのは、アブセンティズムは出せると思いますけれども、プレゼンティズムはけっこう難しいですね。

(松田) プレゼンティズムは、産業医大でいわゆる健康会計のプログラムを開発している人がいて、金銭的に評価するためのマニュアルをつくっているんですが、それとこれを組合せようと思っています。うちの大学でいまデータ・サイエンスセンターをつくっているんですが、そこにいくつかの企業からそういう休業とか勤務関係の情報を入れてもらって、それにこれを合わせていって経済的な評価をやるということをいま計画しています。

産業保健でビッグデータの構築事業ということで、企業から人事労務関連のデータ、安衛法の健診結果、健保の特定健診とレセプトのデータをいただいています。いま大きな企業では数十万人規模の被保険者がいる企業が3社もあって、あともう1社交渉していて、全部で200万人くらいのデータが今年度中に集まるんです。労務管理のデータを出してくるところもあるので、それを使っていろいろなことをやろうと思っています。

一応前もお見せしたと思いますけれども、FUKDAS という分析ツールはもうできていて、レセプトと健診データとか、医療と介護とか全部つないで分析できるような仕組みをつくっているんですね。医療費の疾病別の詳細分析もできるようになっていて、薬剤費に関してはジェネリックの代替効果の分析もしています。

(近藤) 心房細動についてはどうですか。

(松田) 心房細動もできます。心房細動の人たちのデータを振り返って入れて、薬剤別にそのあとどうなっているかという分析をいましています。きちんとした治療を受けていない人の中からたしかに脳塞栓が出ています。

(近藤) 保険者でいうと、65～74 までの前期高齢者と、75 からの後期高齢者の広域連合に橋渡しするということですか。

(松田) 福岡の場合は一応そここのところをお願いして、国保と長寿をつないで分析できるようになっています。PM2.5 との関係も少し分析を始めているんですけど、これが FAS と質の評価で、医療と介護をつないで分析できるようにしています。データ・サイエンスセンターにデータを出してくれるところには、自分たちで分析ができるようにこれを提供しています。彼らが分析できるものを提供しながらデータを集めて、Fit for Work 的なことをやっていこうと思っていて、まだまだデータを集めている段階ですけども、それでもいま高血圧症だけで 2,600 件集まっています。

(近藤) Fit for Work からどんどんずれていっちゃいそうですね。

(松田) Fit for Work の効果分析をするためにこのシステムに乗せることをやっているところです。うちにデータを出していただいているところには WFu n を使った調査をお願いしていて、労働生産性の評価もこの中で今やっています。

まだなかなか分析結果をお示しできないんですけども、こういうかたちでデータを集めていて、薬物治療の効果を見ることはもうできるようになっています。

きれいなコホートみたいにはならないのですが、先ほどの仕組みを使うとすべてのレセプトが入っているので、例えばがんならがんの患者さんで化学療法を受けている人たちが受ける前後でどういうふうに労働生産性が変わってきたかということも見ることができます。勤怠状況とかもわかります。一応健診と同時にダブル管理の評価をお願いしているので、年度単位で点数のスコアがどういうふうに変わってきたかを見ることができます。

仮説として成り立てばですが、例えばリウマチに関して薬によって、WFu n のスコアが違ってきている、それによってたしかにプレゼンティズムとか退職とかが全然違ってくる、



そういうことが出せれば、少し大雑把なデザインになりますけれども、Fit for Work 的な分析ができるのではないかと考えています。

また、アレルギー性鼻炎のほうでどのくらい労働生産性が落ちるのを見ようと思ってその分析もしています。職域のデータが今年から入ってきていて、過去 20 年分のデータをいただけることになりました。

(池田) 過去のデータですか。

(松田) 過去のデータは分析だけです。傷病情報とあわせてどうなっているかということを見るのと、それにずっと問診票をやっているので問診票でWFu nのポイントに近いものを選んでいって、それをベースにして見ることもできます。

(近藤) 東京のがん患者団体のいちばんのまとめ役の方に問い合わせたら、「化学療法が近くでできるといいね。モルヒネだけはできるようになってきたけれども、化学療法はまだまだで」という返事が返ってきました。

(松田) このあいだ、患者の声という講演会に呼ばれたときに、リウマチ友の会の会長さんが来られていて、そのときもその話になったんですけども、東京でどこか医師会でやればと思っているんですけど、葛飾はちょっと難しいですかね。

(近藤) 大丈夫ですけど、フィットノートだと、やっぱりやりやすいのは日本橋医師会なのかもしれないですよ。産業医と企業が多いですから。

(松田) 疾病別にいくつかバージョンをつくったので、それを早めにどこかでやればなと思っていますけど。北九州では始めましたけど、医師会単位でやってくれるところがあるとすごくありがたいですね。福岡のほうは商工会議所を通してやっているバージョンもあります。ただ、これをやるためには書き方の研修会もやらないといけません。北九州のリウマチ関係は、うちの卒業生が行っているところのクリニックを中心にやってもらっているのであまり問題なくできるんですけども、一般の開業医の先生にこれを書いてもらうためには、東京でやったように何回か研修会をやらないといけないと思います。

(近藤) 研修会だと中野区とか板橋区でもできるかもしれないです。今度の担当医は板橋区で、板橋区は日医の副会長の地元です。

(松田) 研究レベルではうちの卒業生の産業医のネットワークを使ってかなりデータがとれるようになったんですけど、いま進めそうで進めないという状況になっています。

(近藤) 新年度のスタートから東京で動かそうかなと思っていました。

(松田) いいところがあれば、何人かの先生だけでもかまわないと思っていました。厚

労科研費の対象になったんで、フィールドさえあれば実施したいと思っています。

(近藤) 日本橋と板橋区で展開するか、世田谷区もやりやすいかもしれないです。

(松田) 日本橋に正式にお願いするにはどうしたらいいですか。

(近藤) 下交渉をした上で、地元の会長と話しをすることになります。産業医の委員会の立ち上げ直しが必要ですけど、委員長が日本橋ですからやりやすいかと思います。

(松田) 謝礼はクオカードくらいでしか払えないです。

(近藤) ほかと同じく、診療情報提供料として250点が算定されればいけばいいですよ。がんのクリティカルパスは、あることはあるんですが、ほとんどの患者さんには使われていません。

(松田) そうですね。がんパスは全然だめですね。

(近藤) 結局パスよりも、診療情報提供書みたいなものがきちんと書けるのであれば、パスなんか要らないですね。

(松田) パスって100人の専門家がいると100人全然違うものをつくってくるんです。

北九州市も肝がんのパスは3つあるんです。九大の第一内科方式、第三内科方式、産業医科大学方式です。1回それをまとめてもらおうと思って岐阜から岐阜市民病院の院長に来ていただいて、1本にしてやるとこんなにいいことがあるという話をしてもらったんですが、結局そのあとも全然まとまらない。

(近藤) 東京都での脳卒中パスがまとまらないのと同じで、そうこうしているうちに、高齢者では合併症が複数あることでパスがほとんど動かない状況です。院内のクリニカル・インディケータをきちんとするためにパスのデータ活用はいいかもしれないですけど。

(池田) 院内でみんなで作ったとか、我々のパスというんだったら動くんですけど、他人がつくったパスを使えといわれるのは抵抗ありますね。

(松田) これに関してはやらなければいけないので、日本橋医師会でもしやらせていただければと思います。

(近藤) この中の就業上の配慮といっても、すべての業種には要らないですよ。

(松田) そうなんです。

(近藤) もし日本橋医師会でしたら。

(松田) 職種別もつくっているんで、それを使っていただければと思います。

(近藤) 新しい担当理事と改めて委員長に伝えてみます。

(松田) これはイギリスのフィットノートで、もっとシンプルでもかまわないのかなと思っています。

(近藤) 自由記載が多いパターンですよ。

(松田) そうです。

(近藤) 項目がいろいろあって穴埋め式にするとそれ以外書かない人が増えて、気づいた点を書かなくなる。

(松田) たぶんイメージとしては介護保険のときの主治医研修みたいにしないとだめだと思っんですね。

(近藤) 訪問看護指示書だとかリハビリの指示書にちょっと近いかな。

(松田) 近い形にしなないといけないですよ。

(近藤) この紙に書くにあたって、書き込む内容としてはこういうのがありますよといういろいろな例示の説明書がついていればイメージできると思います。

(松田) このあいだも事例集をやっている、フィットノートを書いてもらったわけですが、そういう事例集みたいなものをつくっていくしかないのかなと思っています。事例をどのくらい集められるかですよ。事例集をちゃんとつくっていったマニュアル化するという作業をやらないといけないと思っんですね。

(近藤) 脊柱管狭窄症だったり椎間板ヘルニアだったり。

(松田) リウマチだったりとか。

(池田) 回答のほうは勉強会をやりつつ、専門家もいてその場で精度がいいものを出してもらえば、それを集めて事例集にすればいいですね。どこまで詳しく要るかどうかですよ、ヒストリーとかは実はあまり要らないかもしれないです。こういう状態です、でいいかもしれない。

(松田) あとは想像でいろいろやってもらうことになると思いますけれども。いちばんの希望としてはそういった事例集を日医の特別付録のような形で出せるといいと思っています。

(池田) 事例ノートに書いてある患者さんがいまどういう状態であるというところの問診や、状態を把握するために何を聞けばいいかと。

(松田) CBTみたいにしなないといけないですね。

(池田) こういう情報があったら次に何を出すとかですよ。そこがインタラクティブにできるといいですよ。この症例では、前半部分のほうは半分くらい答えちゃっている

感じがありますね。

(松田) それは本当にそのとおりです。

(池田) 何を聞くべきか、ということも本当はあるわけですね。

(松田) これをどうストーリー化していくかというところですよ。

(近藤) もしくは、インタビューを動画で撮っておいて見せてイメージしてもらう。いくつかのパターンがあって、あとは自由な記載で、こう書かなくちゃいけないというのはない。こういう項目などが書けますよとか、時短の話とか、月にある1日だけは外来化学療法で行かせてほしいとか。勤務形態は、夜勤はだめ、はずすべきとかね。

(池田) 模擬患者でやって、何か聞くとちゃんと台本どおり答える方法でやるといいですよ。

(松田) Fit for Work のオスキーみたいなものですね。

(目黒) ロールプレイングですね。

(近藤) 勤務が時短としても、勤務時間の途中で30分だけでも横になれるとか全然違ってきますし。例えば職場でこうあったらいいなと、つぶやきとか、しゃべっていたとか。

(松田) ぼくがいつも使っていたタクシーの運転手さんが男性だったんですけどリウマチだったんですね。彼は本当に休んだり出たりだったんですけど、生物製剤を使うようになってからひざと指が楽になって働けるようになったんですよ。それまでは運転できなくなって配車係になったんだけど、配車係になると給料が本当に下がっちゃうんですよ。そういう事例集をうまくつくる。画像とかも入れて動画も入れてという感じですかね。

(池田) 何を問診するかというのものもあるといいですね。グループでやって、あるグループではこれを聞き忘れて、十分な配慮ができなかったとか、あればおもしろいんですけど。

(近藤) いまはやりの、ナラティブにもっていくしかないですね。

(池田) まずは模擬患者で台本があつてね。

(近藤) S P 研究会とかで模擬患者できないですかね。

(松田) そういう人たちも最終的な目的は職場復帰とか、働き続けることができることですので、そこに配慮した診療ができるということは大事なことです。それってまさに総合診療ですよ。

事例集をどういうふうにつくるかというのが1つのポイントですね。動画でつくってみましょうか。うちの演劇部の学生につくらせることもできます。こういう事例をつくるの

に協力してくれそうな患者さんはいますかね。

(池田) リアルな患者さんのほうがいいですよ。だれかに演じてもらうというパターンもあるとは思いますが。

(松田) 模擬患者でもうまいですよ。

(池田) 実際の患者さんから聞き取りをしておいて、模擬患者さんにそれを演じさせるほうがいいかもしれません。

(松田) それいいかもしれないですね。次回の研究会までにそれを準備してここで批評してもらって作り替えますか。それはいいアイデアですね。

(近藤) がん患者の団体から、企業との働き方のマッチングを行うことで平日治療、土日は休みで家族と過ごしたいというのがあります。

(松田) 平日治療で土日は休んで家族とですか。

(近藤) リクルートでそれをデータにまとめてみないといけないですね。

(松田) それもやっぱり、金曜日に治療して土日は休むということですね。

(近藤) そうでしょうね。

(松田) 会社によっていろいろ配慮できる場所があって、例えばぼくが産業医をやっている会社は、そういう状態になった人は日勤常勤にしてあげるんです。要するに、月単位でやると早退とか欠勤とかが発生するとものすごく給料やボーナスを減らされちゃうんです。ぼくが行っている会社ではそういう状態になった人は日勤常勤というかたちにしてきて、1日働いたらいくらみたいなかたちで評価してくれるんです。だから、通常勤務よりちょっと休んでも給料が下がらないという仕組みをつくっています。そういうのをやらないと難しいと思います。

(近藤) 時給というわけじゃなくて？

(松田) 時給ベースで計算するかたちにするんです。そうすると半日休んでも給料が下がらない。

(近藤) マイナスされるわけじゃなくて、動いた分をもらえる。

(松田) 例えば12時までに来ないと通常勤務だと全休にされちゃうんです。

(近藤) 通常とはちょっとずらす。

(松田) そういうフレキシブルな働き方を認めてくれるような仕組みがないと、病気をもった人の復職は難しいかもしれない。ワークライフバランスというか、両方ちゃんとやるというのは難しいかもしれないですね。

(近藤) がんサポートコミュニティの事務局長さんから情報を得ています。

(松田) なるほど。1回、エキスパートインタビューじゃないけど、リウマチ友の会の何人かの患者さんにインタビューさせてもらって、例えば就業上で問題になるような点を洗い出して、それを基にして調査票をつくらせてもらって、それを配って調査をやって、それを基にしてシナリオを書いて、こういう事例集をつくってみたらいいかもしれません。あとは企業のほうにも、企業としてこういう患者さんはどうするのかということは聞かないといけないですね。これって両方からちゃんと聞いておかないといけないですね。

(近藤) 企業は大手だったら健保組合のほうが知っているものですか。

(目黒) 労務管理を担当されている方々のほうが現場に近いでしょうね。

(松田) 労務管理の人ですね。

(目黒) 労務管理か人事か、勤労か、いろいろな名称があるかとは思いますが。

(近藤) 小規模だと社労士さん。社労士さんもいろいろ、病気に対応する社労士さんとか、みんなそれぞれカラーがある。

(目黒) 社労士さんもお話しをお聞きするにはいいですね。

(松田) 社労士さんはいますごく興味もっているんですけどね。

(目黒) さっきのインタビューの話ですけれども、ある大手企業で、在宅酸素療法の事業化の際にこのようなことを実際にした経験があります。いま先生がおっしゃったように、呼吸器の先生と呼吸不全の患者さんに来ていただいてインタビューをして、それをシナリオにして演技をする専門家の人にビデオに出てもらってマニュアルをつくったということがあります。だから患者さんには実際に出ていただかなくて、資料集めで協力していただく。それを患者さんに見ていただいて意見を聞くということをしたことがあります。このようにして作成されたビデオが病院やクリニックの待合室で上映されているのを見たことがあります。

(松田) そんな感じで作って、それを教材みたいなものにしてですね。

(目黒) 病院の看護師さんとか先生方にそれを配ったことがあります。NHKでも上映されましたけれども。

(松田) そういのでやったときに日医の産業医講習にのりますかね。

(近藤) だからこそ板橋区で展開したいですね。

(松田) そうですね。板橋でやってみて、おもしろいって話になって、日医がそれを採用してくれればいいですね。

(近藤) 日医だと産業医講習のカリキュラムでは「その他」にあたるんじゃないですかね。

(松田) その他になってしまいますね。

(近藤) あそこに項目立てをしたいのですが、まだまだ変わらない。

(松田) それからがん基本法と組み合わせてやっていくかですね。がん基本法は就労支援でも大きな項目になっていたんですよ。

(近藤) 子どもに対する学校での教育でも平成 29 年度から盛り込まれます。

(松田) それと難病とからめてやっていけばいいかもしれないですね。

(近藤) 日医の産業医の研修のマニュアルの中に項目がないといけないですよ。

(松田) 出し方を間違える却下されますね。

(近藤) 都道府県には、産業保健推進支援センターがありますね。私は、東京都での運営協議会の会長をやっています。企業の団体の人たちのほうがはるかに興味を示しますね。先ほどの心房細動ですと、気をつけていても倒れてしまったら、職場から急にいなくなってしまうわけですからね。

(松田) このあいだこの話を保険局担当者に話したら、おもしろいですねと言ってくれました。内閣府の医療新基軸か何かやっている担当者もおもしろいねと言ってくれて、ちょっと情報くださいとは言われているので、芽はあるのかなと思っているんです。

(近藤) 生産年齢人口に 65~74 歳の元気な前期高齢者も組み入れるべきと思います。

(松田) そうですよ。やっぱり事例集ですね。事例集をつくるということはこのあとの作業にします。

(近藤) 結果として雇い主側も、企業とか事業所としても本人も家族もよかったねというかたちをたくさん見せたいですね。

(松田) それを傷病別、職業別につくって行って、ポイント集みたいなかたちにしていればいいのか。

(近藤) そこに産業保健のことを知った医者がちょっとアドバイスしただけでうまくいくところから、相当てこ入れしてやっと働くところまであるかもしれないですけど、いくつか例示は必要だと思います。

(松田) では、事例集をつくるということをきょうの結論にさせていただきたいと思います。

(近藤) 模擬患者も大事だけど、本当に助かったという人の生証言を、数十秒ずつでも

数人分あればいいなと思います。

(松田) うそっぽくないやつね。

(近藤) 臨床研修での医療面接の中では、S Pさんの働きはとってもいいんです。

(目黒) なかなか本人を出すというのは難しいですね。相当昔の話ですが、やっぱり患者個人の映像は出したくなかったということもあって、演技者に出演してもらおうというかたちにしました。それほど長いシナリオじゃなかったの。それに情報提供で患者さんがよく協力してくれました。

(松田) 仕事ができないことはすごく困ることだと思うので、皆さん協力はしてくれると思うんですね。特に最近、お読みになった方も多いと思いますけれども、『下流老人』という本が朝日から出ていまして、それまで大きな銀行に勤めていた人が病気になって非常に悲惨な状態になった話です。前期高齢期でかかった病気で多額のお金がかかってしまうこともありえますし、働き続けないと老後のお金に対する不安感が強まってしまいます。特に病気をもっている人はまさにそうだと思います。

(池田) 情報収集して、映像で出てこなかったとしても、患者さんからいただいた言葉を見ているだけでも迫力がある。

(目黒) 全く違いますね。

(池田) 家族の支援も重要なので、その部分もどうやって把握というか、情報がとれるかですね。

[了]