

日本ヘルスサポート学会
Fit for Work 研究部会 第9回会議 議事録
2018年3月23日(金) 18:00~20:00
於: TKP 東京駅前カンファレンスセンター

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

半田 一登 日本理学療法士協会 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

ゲスト

大谷 誠 産業医科大学産業保健データサイエンスセンター 助教

藤本 賢治 産業医科大学公衆衛生学 助教

<松田先生プレゼンテーション>

(松田) きょうは Fit for Work の進捗ということで進めさせていただきます。いまうちの教室でリウマチも含めて取り組んでいます、少しその分析をお話しさせていただきます。

基本的にはがん患者就業と治療の両立支援の課題ということで分析をしています。Fit for Work を根付かせるためには Fit Note が必要だろうと思っているのですが、これをどうしたら開業医の先生、日本医師会の先生たちが関心を持ってくれるかということで、やはり法律で定められたことを活用するのがよいということで、「がん対策基本法」が大事だろうと思っています。

この法律で「がん患者の就労を含めた社会的な問題」について、「就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場における理解、相談支援体制の充実を通じてがんになっても安心して働き暮らせる社会の構築を目指す」となっていますので、これを軸にしてほかに広めていきたいと思っています。

特に職域では産業医の制度はあるのですが、保健師さんもいますけれども、理学療法士や作業療法士、あるいは人間工学的なアプローチがまだまだ弱いと思いますので、そういうところをどういうふうに広げていくかということで、少し研究を進めていきたいと考えています。

これも復習になりますが、がんの5年相対生存率というのは相当よくなってきているということです。1993-1996年はだいたい53%くらいだったのですが、直近でも60%の人たちは5年以上生きるとなっていますし、最近出てきた免疫療法の効果も上がってきていますので、そういう意味ではがんを持ちながら働くということが当たり前になってきている時代だろうと思います。

特にいま65歳からさらに70歳くらいまで定年を上げていこうという、働ける期間を長くしていこうということですので、日本人の2人に1人はがんになるということを考えると、がん患者の就業支援はこれからやっていかなければいけない課題だろうと思っています。

実際に仕事を持ちながら悪性新生物で通院している人はかなり増えてきています。男性では14万4,000人、女性で18万1,000人ということで、女性の場合乳がんとか子宮がんという、若い人に多いがんが多いです。日本は子宮頸がんワクチンのことでヒステリックな反応になってしまっているのでも今はちゃんと予防接種できていない状況ですので、たぶんあと10年、20年たつと先進国の中で唯一子宮頸がんが増えてしまうことになるだろうと思います。これは残念ですがしょうがない、新三種混合ワクチンのときの反省が全然いかされていないというのがこの国の悲しいところです。

がん患者が働く職場の企業規模ですけれども、まず見ていただきたいのは、圧倒的に100人未満のところが多いということです。4割が100人未満のところですので、結局産業医の選任条件がないところで皆さん働かれているということがいちばん大きな問題だろうと思います。1,000人以上ですと通常常勤の産業医がいますけれども、1,000人未満ですと嘱託産業医ということになるわけですが、嘱託産業医がかなりコミットしてくれるところであればいいのですが、そうではないところがけっこう多いですので、そういうところで働いている7割の患者さんが産業医によるアドバイスが受けられていないことになります。

1,000人以上のところはがん検診を組み合わせさせてやってくれているところが多いのですが、小さいところではがん検診はあまりやっていないので、ご本人が地域でがん検診を受けるのは時間がないということで、検診も受けていない人たちが圧倒的に多いということです。

これががん診療連携拠点病院の相談支援内容ですけれども、やはり経済的なことの相談がいちばん多くて86%くらいなのですが、その中で働くことに関する相談がかなりあります。だいたい4割弱くらいです。その中で特に多いのが経済面なのですが、次いで「仕事

と治療の両立の仕方」というところが非常に多くなっています。仕事復帰の時期とかそういうことですが、両立支援というのはなかなか難しいのがいまの現状だと思います。

これは仕事と治療の両立についてということで、がん対策に対する世論調査となっているのですが、やはり日本の社会は「がんの治療や検査のために2週間に1度程度病院に通う必要がある場合、働き続けられる環境だと思うか」という問いに対して、「そう思わない」「どちらかと思う」とも含めるとだいたい7割の人たちがそう思わないと感じている。このデータを見て、企業側が遅れているのかなという印象が大きいですが、もしかすると病院側のほうにも問題があるのではないかと、少し考えています。ただ、この中で見ていただきたいのは、実は若い人ほどそれが難しいと考えているということが1つのポイントかなと思っています。

世論調査の中で「がん対策に関する政府に対する要望」というところでは、第一に早期発見、医療機関などの整備の次にやはり、「がんによって就労が困難になった際の相談・支援体制の整備」というのが課題であるというのが半分ですので、就労対策をどうするかということに関しては非常に大きな関心を集めているということだと思います。

がん患者・経験者の就労問題ですけれども、見ていただくと分かるように3分の1が依願退職または解雇されている。自営業の場合13%の方が廃業されているということです。なかなか厳しい状況があります。

もう1つ見ていただくと、がんと診断されたあとの職業の収入の変化なのですが、やはり収入が半分に落ちてしまうんですね。フルに働けなくなったり、残業などはできなくなりますので、働けていても収入はかなり厳しくなるという状況があります。

がんの就業問題というのは実は国際的にも大きな問題で、これはフランスの Curie 研究所がやっているのですが、がんになったあと仕事に戻るために何をどう準備したらいいかということに関する、特集が『フィガロ』で組まれていて、がん患者の80%が治療後復職しています。これはきちんと国の指針も出ていますけれども、がん患者に対する雇用差別は人権問題という認識ですので、がん患者に対してこういう差別をしてしまいますと企業が訴えられて負けます。これは国がそういう指針を出しています。ただその中で Curie 研究所はパリの Marie Curie のがんの専門病院なのですが、その研究でいうと、がん患者は復職に当たって困難と感じる、時間前の業務量をこなせない、特に肉体労働者の場合は記憶力の減退とか集中力の低下、痛み、動作の制限ということはいけない、ということが報告されています。あと企業側の配慮不足ですね。がんの患者はちょっとやせるかもしれ

ませんが見かけは普通なので、稼働能力が過大評価されてしまう。そうするといわれたことが健常な時のようにできないので、それがうつ状態や罪悪感の原因になるということで、けっこうメンタルの問題も出てきます。計画的リハビリテーションが必要で、明確な目標とか方法とか目標の相対化、復職することの意義の明確化などで、やはり産業医が非常に重要だということが書かれています。

フランスは日本と並んで産業医制度がかなり充実した国で、産業医の権限はかなり強いのですが、産業医は事前に面談をして雇用主に助言と環境調整をすることが大事で、あとは段階的な復職と書いてあります。

こういう諸外国のことを見ていると、日本はどうだろうとちょっと分析してみました。がんの治療と仕事の両立に関する文献はあまりないのですが、過去の人たちがやっているのを見てみました。

まずこれを見ていただきたいのですが、がん治療と仕事の両立に関する我が国の既存文献、これは佐藤さんたちがやられたものですが、「日本がん看護学会誌」に出っていますが、「医療者に相談の有無」と書いてあり、病気について「医者になっている」が50%、「看護師になっている」37%。一方で、仕事について相談を医者になっているというのは11%、1割で、看護師になっているのが4人に1人くらい。病気については質問するのですが、仕事についての相談はほとんどできていない。

仕事継続のための取組ですが、「治療のスケジュールを病院と相談して都合のよい日にずらしてもらった」というのがだいたい4割です。「病気休暇や会社の福利厚生制度を利用した」というのが3割。次が大事ですけれども、「出勤の曜日や時間帯を変えてもらった」、25%。「部署の異動」は14%、「職場に近い医療機関の選択」というのが実は6%くらいしかないんですね。

職場で病名を公表している人は「一部の人に伝えた」を含めるとだいたい95%の人が実は公開していて、ぼくが産業医で行っている会社でもだいたいのがん患者さんは自分で公表しています。がんになった患者さんが自分で公表するのは当たり前になっているのですが、見ていただいて分かるように、意外と職域での対策がまだできていないという現状があります。

仕事継続上の困難に関する要因ということで見てみると、「病気や治療のために職場の仲間に負担や迷惑をかけている」と思っている人はやはり多いですね。慣れてくればあまり感じなくなるんですけども、経過年数が短いほどやはりそういうところがあります。

「仕事の責任を十分果たせない」、これは実はあまりなくて、「仕事の量・ペース・内容がきつく」というところもあまりないのですが、「仲間に負担や迷惑をかけてしまっているかもしれない」ということを、治療開始後復帰して、直近のところでもかなり感じてしまっているところが日本の問題なんだろうと思います。

続いて、今日はこれがメインの話ですが、ある県の協会けんぽのデータについて、がん患者で外来化学療法を受けた曜日の分析をしてみました。最初の仮説としては、協会けんぽの加入者本人であれば働いているわけですので、がんの外来化学療法を受けた曜日はおそらく週末の金曜日とか土曜だろうと思っていました。

ところが 20～64 歳のところを見ていただくと、日曜日というのはほとんどいなくて、月曜日から金曜日までだいたい平均的に皆さん病院に行っています。日曜日と土曜日はほとんど受けない。これは本人でも家族でも関係なく、国保の加入者と全く変わりません。

本来であればがんの化学療法を受けている患者さんは、例えば金曜日とか土曜日に外来化学療法を受けて、そのあとやっぱりだるいので 1 日くらい休んでまた月曜日から働くという、そういう治療日の調整ができているのが望ましいと思いますけれども、全くそれができていないというのが日本の現状ということです。

これは 1 つの県全体のデータですが、0～19 歳、20～64 歳、65 歳以上のところを見ていただくと分かりますように、0～19 歳はちょっと違いますが、それ以外は全く差がないですので、そういう意味ではこのことをどう考えるかということです。

一応厚生労働省からは、病気を抱える方の治療と仕事の両立に関するガイドラインが出ているわけですが、仕事を優先して治療を中断したり、病気を理由に辞職をしてしまう人が多い。がん患者の場合、仕事と治療を両立するような配慮に関して、まだまだ問題が多いというのがこの国の現状だろうと思います。

ただ、これは企業が対応を怠っているわけではなくて、多くの企業が病気を抱えた社員に苦慮していて、実は病気になった社員の、特にがんの患者さんに対する適正配置とか雇用管理に関してきちんとした経験もなく知識もないということが 1 つポイントだと思いますし、病院側がもう少し配慮することもやはり大事なんだろうと思います。

「病気を抱える方の仕事の両立支援に関するガイドライン」で、主治医意見書が両立支援プランということで出ることになってはいますが、これを日本版 Fit Note としてももう少し定着させていくことが大事だと思います。これに対する文書料や、診療報酬でいけたらとか課題になってはいますが、日本版 Fit Note が定着できないかなと思っています。

す。

うちの大学病院で実は「仕事と治療の両立支援科」が診療科としてできましたので、そこ少し話し合っていて、がんの患者さんとかリウマチの患者さんで働いている人については、土日の1泊2日みたいなかたちで治療ができるように工夫しようということで、いま準備を始めています。それをやることのために、治療の前後でどのくらい労働生産性が上がるのか、治療の曜日を考慮することで、どのくらいその人のQOLが上がるかということをしてリサーチとしてデザインしているところです。それでもし土日とか金曜日のところで外来化学療法とか1泊2日の化学療法の入院治療にすることによって職業生活のクオリティが上がるという、そういう結果が出せるのであれば非常にいいことだと思います。

そういうかたちで働いている人たちのがんの治療やリウマチの治療の、治療の曜日のガイドラインみたいなものができたらいいなといま考えているところです。

まとめですが、仕事と治療の両立支援が国の優先課題となっており、特にがんや難病がその対象疾患として重視されています。レセプトから外来化学療法の受診曜日の分析を行った結果、両立支援が十分行われていない状況が示唆されました。こういう情報を適宜公開して、両立支援が促進される基盤整備をやらうと思っています。レセプトを使えば分析ができますので、それに加えて先ほどお話ししたように、それを仕事と両立しやすいウィークエンドにもっていったときに、どのくらい生活の質が改善するかということを紹介研究としてやって、そういう配慮の効果を検証してみようということをいま考えています。

これが、この1年間でやっているところになります。ご質問とかあればうかがいたいと思います。

(池田) 日曜日に行くとしたら救急外来なんですか。日曜日を開けるのはけっこう大変だと思うのですが。

(松田) 土日に関しては1泊2日にしようと思っています。

(池田) 入院してもらう。

(松田) はい。あとは金曜日の午前中に化学療法を入れるようにして、2週間に1度ですから、金曜日の午前中とか午後に病院にきて化学療法を受けて帰るということであれば、ちょっとだるくても対応しやすいのではと思います。

(池田) 外来移行がいわれている中、1泊2日で週末入院というのは、病院の経営的にはいいかもしれないですが、世の中の的に受け入れられるのかということはあるですね。

(松田) 働いている人にはやっぱりそれをやってあげないといけないかなと思っています。

す。

(池田) 患者さんのためにはいいことは確かです。

(松田) それが難しければ、土曜日に病院を開けることになると思います。日曜日は難しいと思いますので。うちの大学病院の看護師に聞くと、土曜日に治療するのであれば目が届くので1泊してくれたほうがいいと言っています。ただ、分析では、全然患者さんに配慮されていない実態があって、もう少し金曜日に治療が集中しているのかなと思ったんですが違っていました。

(池田) 化学療法の種類にもよりますね、週1回というものばかりじゃないですから。

(松田) 連日という治療もありますね。

(池田) そういうものを除くとどうなってくるんですかね。週1回の治療が金曜日に集中しているかもしれませんね。

(松田) いろいろな治療があるとしても、もう少し週末に集中していないといけません。両立支援といっても現状どうなっているか、作用点をどういうふうにしてあげるかということを考えていかないと、なかなか前に進まないと思うんですね。このデータをうちの化学療法部の先生に見せたら全然気づいていなかったと言いました。

彼らもすごく忙しいのですが、やっぱり働いている人たちには週末の治療のほうがやさしいよねという話はしていました。ただ、週末ぐらいはがんの患者さんだからこそ家族と過ごしたいんじゃないかという反対意見もありました。そうすると金曜日に外来化学療法を受けて、土日を家で過ごすのがいいのかなとか考えてしまいます。

(池田) 入院するとそうはいきませんね。

(松田) こういう仕事を継続できるとか、仕事の生産性が上がること自体を1つのアウトカムとして臨床研究を行うことが、いま欧米ではけっこうやり始めてきていて、これはいいテーマかなと思っています。週末にがんの化学療法を受けると、どのくらい生活の質が改善するかはおもしろいテーマと思い、ちょっとやってみたいと思っています。

合わせてがんのリハビリテーションですよ。がんのリハビリというのはあまりやられていないし、プラスあとメンタルですよ。がんの患者さんはけっこう抑うつ傾向になるんですけれども、そういう人に対してちゃんとリエゾンが入っていないのがこの国の問題点ですから。そんなこともやったらおもしろいなと思っています。リエゾンはけっこう効果があるんです。メンタルサポートもすごく大事なんですよ。

これは卵巣がんの患者さんのマルチレベル分析ですが、がんの患者さんは結局ターゲッ

トクローズまでいかないと意味がないんですよ。このデータではターゲットクローズは分からないのですが、体表面積は計算できますので、腎機能はだいたい一定だと考えて、この変数に体表面積を入れて、投与量がどのくらいで、投与量に関係している要因は何かということ調べてみました。

ただやはり施設によってくせがあると思うので、マルチレベルで施設と患者という階層にして分析をしてみました。そうすると、制吐剤を使うと当たり前ですけどたしかに投与量は増えるんですね。それからやはり有意性があつたのは入院精神療法で、入院した患者さんに対してちゃんと精神科医等が絡んでリエゾンをやっているとやはり投与量が増える。

(池田) 原因と結果、どっちなんでしょうね。制吐剤が増えたから投与量が増えているんですか。

(松田) そうかもしれないです。

(池田) 入院精神療法はわかりますが。

(松田) 両方実施するか、制吐剤が入ったほうが量が多いということ自体は確かです。

(池田) 制吐剤は事前に予防で投与しているわけではないかもしれないですよ。症状が出たから制吐剤かもしれない。

(松田) ほとんど同時ですね。

(池田) 制吐剤についてはどっちか分からないけれども、入院精神療法ではたぶんそれが効いているんでしょうね。

(松田) 卵巣がんでは鬱の患者さんが20%から30%くらい出てくるんですね。ところが鬱の患者さんに対して入院精神療法が入っている患者さんは2割くらいしかいません。リエゾンはもちろん施設によってやったりやらなかったりですが、マルチレベルでやっても効果は出てくるので、入院精神療法をやると増えます。実は福岡大学の前の病院長で、腫瘍内科の田村先生からの依頼でやったんですけれども、けっこうきれいに結果がでました。

やっぱりがんの患者さんに対していろいろなサポートをしていくことが大事で、腫瘍精神医学ではだいたい定番になっていますけれども、精神科医的な介入をしたほうが治療効果が高い、5年生存率が高いといったことはいろいろなところでいわれています。治療に対する意欲が高まるとかいろいろなことが論文には書いてありますけれども、これを見るとやはりそういうことなんだろうと思います。

(池田) 入院精神療法は1つの施設の中でもやる患者とやらない患者がいてという解釈

ですかね。

(松田) マルチレベルなので、やっている施設の効果とそれを除いても入院精神療法を受けた患者さんは当然増えている、そういう解釈です。

(半田) 先ほどがんの化学療法で曜日の問題がありましたけれども、運動器で両立支援するときに問題になるのは外来時間の問題です。柔整さんやマッサージさんのほうが遅くまで開いていて、結果的にはそちらのほうに行くというケースです。病院の外来は午前中が中心になっていて、診療は割合早く閉まりますので、運動器を中心とした両立のときも時間が課題なんです。

それともう1つ、中高生のスポーツ障がいの子たちが、学校が終わっていくとほとんどの病院がもう終わっている。

(松田) だからみんな柔整にいつちゃうんですね。ぼくも高校生でけがしたときは結局柔整しか開いていないので柔整にいつてもマッサージしてもらいました。

(目黒) 職場の受け入れのあり方にもいろいろ課題があると感じます。企業側の認識不足というのもしかたにあるのかもしれないけれども、患者さんが仕事と両立するためにはどういう対応をすべきか、という意味でのガイドラインが必要だと思います。

いま職場の問題は、この問題以外に一般論として非常に大きな問題になっています。特に生産性の向上だとか、健康な従業員のあいだでさえも会話がなくなるとか、いろいろな問題が出てきています。したがって、病気を抱えた方々に対するストレスというのはけっこう大きいと思います。患者さんが診療を受けながら仕事を続けるというのは予想以上にストレスが大きい。ですから職場がどう受け入れているかという実態と、どう受け入れるべきか、どういう手を打つべきか、というか、例えば職場の人々に対する説明をどうしていくとか、そういう内容をガイドラインにある程度まとめておいたほうがいいのかもありませんね。

(松田) 実際にぼくが産業医をやっている会社でも実は末期の患者さんが3人くらいいらっちゃって、やはり職場は対応に苦慮しています。普通にしていたらいいですよと言うんですけど、末期の患者さんなので、いつ何が起こるか分からないという不安感があるのと、一方で末期の患者さんは家にいるとすごくデプレッションになりますから会社に来たいと希望します。会社もそれを受け入れているわけですけども、入社したらエアコンが寒いとかいろいろな問題も出てきたり、疲れやすいので休む場所をどうするかとか、たしかにそういう受け入れをどうするかということがすごく大きな問題ですが、ガイドラインが

ないですね。

(目黒) そうだと思います。

(松田) 主治医の先生も結局そういうことに関してはあまり有用なコメントはしてくれないので会社も非常に困っています。そういう意味では職域と地域の、あるいは医師の情報交換みたいなものが本当に大事なんだろうと思います。

これは前もご紹介したかもしれませんが、1回メンタルで休んだ人というのは再休職になるリスクが高いんですね。辞めてしまうリスクが高いんです。そういう患者さんについて、産業医と連絡をして、主治医がきちんと管理をしている患者さんと、そうじゃない患者さんをレセプト等で比較すると、ちゃんと受けている人は6割くらい再休職しないんです。まったく管理されていない人たちはやっぱり辞めてしまう。ということは職域、地域の医療職同士が情報交換をして適切な管理をしていくということが大事なんだろうと思います。これは精神科でやっていますけれども、ほかのがんとかいろいろな領域でもそうなんだろうと思います。

そういう意味ではいま先生がいわれたように、職域での受け入れ体制をどういうふうにしていくかはすごく大事だと思っています。辞めてしまうというのがいちばんの労働生産性として損失ですので、ぼくらがこういうデータを作っていったら、そういう管理をすることで辞職などを予防できるといったことをアウトカムにしてやっていけたらと思います。

(目黒) そうですね。この問題とは別にいまいちばん企業がホットというかいちばん厳しい状態に置かれているのは、若手社員が入社して3年以内に4割近く辞めてしまうという実態があるわけです。どういう背景でそうなっているのか、いろいろ議論されているんですけども、そこでアメリカでIBMがやっている実証研究的な実践はメンター制度なんですね。メンター制度によって優秀な人材の確保が非常にうまくいっているという研究結果も出ていて、同じようなことを日本でもという話になってきてはいますが、それと同じようなことだと思います。

結局いまの若い人たちが会社に入ってすぐ辞めてしまう、そしてやめた本人はまたゼロから新しい職場で仕事を覚えるという、これはものすごいロスですよ。何らかの支えとか、分かってくれるとか、そういうシステムがあるとだいぶ大きいと思いますね。

(松田) いま企業はそういうことを考えるデータを取っているんですね。ぼくはある会社の産業医をやっているんですけども、ストレスチェックの構造分析というのを、もら

ったデータでやっているとこんな感じに4つくらいのグループに分けられるんです。

どういうふうに分けられるかという、1つはこういうグループです。男性で営業職が主で、仕事の適正度とか技能の活用が低く自分で仕事をコントロールしている感じがなく、若い人が多いんですが、自分はこの仕事に向いているのかといったときにコントロール感がないので、活気がない。しかもこの人たちは上司からのサポートがないんです。これはだいたい3年目から10年目くらいの会社員で、商品知識とか営業能力の形成が不十分なんですよね。

特にいまはこの企業も組織がフラットになってきているので、職場にロールモデルがないし、自分でやれみたいな感じになってしまっていて、しかもいまの若い子たちって教えられることに慣れていて、マニュアルがあって育ってきているので、自分でなかなかそこに行けないんですね。そういう意味で適正な評価とか課題の克服とか、その点でも研修体制が弱いなと思います。これが1つです。

これが次のグループで、男性営業職で仕事に打ち込み過ぎるタイプで、同僚や家族、友人からのサポートもあるんですけども、仕事は適正にせよと言われるため仕事や生活の満足度が低い、いわゆるワーカーホリックです。ちょうど40代から50代の、ぼくらの世代はこういう感覚が多いと思いますけれども、すごくやりすぎちゃっている。会社命になっている人たちで労働時間が長すぎる。ところがこの人たちがいる日ポキンと折れるんです。折れる原因はけっこう定番で、だいたい子供の進学とか奥さんとうまくいかないとか、課長になって部下がついてやるんですけども、部下に仕事がうまく出せないのも全部自分で抱え込んでしまって管理職の仕事と営業の仕事と両方やっちゃってだめになってしまうということです。

(目黒) きれいに出ていますね。

(松田) 女性の事務職の人たちはどういう人たちかというと、疲労感、抑うつ感、不安感と、身体的負担感がすごく強い。ずっとデスクワークで縛りつけられて電話とかを受けているんです。

こういうグループが3つくらいあり、それぞれ実は対応方法が違うんですよね。ところが結局ストレスチェックはやるのが目的になっていて、一応高ストレス者に対する面談はするんですけども、せっかくこういうデータで分析をして問題が見えてきているのに会社の中でそれに対する対応ができていないところがあります。たぶんこれはどこにも当てはまるんじゃないかと思います。

(目黒) だいたいそうですね。組織がフラットになって、いままでにない問題も出ています。つまり、一人ひとりが孤立化しているんですね。仕事の分業化が進んで、分断化し、結果的に孤立化している。我々が育った時代と今の職場とは全然違うんですね。ですから隣の人の面倒を見るとか組織の斜め横の若手を指導するという概念が全然なくなっている職場もたくさんあります。隣で何をしようかと、場合によっては同じ営業マンだったら、隣に座っている同僚の売上まで横取りするというような、そういうところもあるくらいです。私が申し上げたいのは職場がどういう環境になっているか、経営層を含めて社内でもよく理解されていないのではないかということです。

そこに病気を経験した方々が仕事と両立ということになると、なおのこと、その人たち自身が感じるプレッシャーとかストレスはものすごく大きくなっているわけですね。普通の人でもここに出ているようなかたちですから、やはり患者さんが仕事と両立すること、これをきちんとやるためには、職場の現状の理解を深めることがいちばん大事なんだと思いますね。

(松田) 働き方改革はやはり大事だと思います。働く人も働くということの意義付けとか働き方を変えていかないとだめな時代になっているなと思いますね。でもだんだん変わってきていると思います。うちの教室でも夜遅くまで働いているのは50代くらいの人だけで、30代、40代はちょっと暗いというか、昔はどちらかというとグループ4が多かったと思います。いまは職域以外はストレスチェックのデータとか今回ダブルタームのいろいろなどところを使ってもらっていますけれども、そういうものを組み合わせていって職域診断で典型的なものについて、こういうアプローチが必要じゃないかという、そういう提案が作れるといいと思うんですね。

今週の産業医の会議で話をして、皆さんの賛同を得たんですけれども、じゃあ何をやったらいいかという意見が多かったんです。それは中間管理職の人たちが感じている問題点があるんですけれども、じゃあどうやって改善したらいいのかというところの具体的なアイデアもガイドラインもないので、それはこれからの課題だと思っています。

(目黒) 会社によってももちろん違いはありますが、極めて一般的に言うと、いまの職場というのは中間管理職が自らの職場の実態を知らない。いまの中間管理職は自分の仕事で精いっぱい、そんな時間的な余裕も何もない。部下がどういう状態に置かれているか、そういうことを聞いている時間がない。本当はないかどうかは別かもしれませんが、現実にはそういう姿勢がほとんど見えていない企業が多いですね。

(松田) 高ストレス者と長時間労働の面談をずっとやっているんですけども、聞いてもらえないとみんな一様に言いますね。やはりそういうのが大きいですね。

(目黒) コミュニケーションがとれない。共感するとかそういう感情的なつながりというのもほとんどなくなってしまった職場になってきています。失われた 20 年というところで失ったものはけっこう大きいですね。

(松田) 会社を辞めた子のあとを追いかけてみても必ずしもハッピーじゃないです。転職した先の研修などで、経験十分がないためついていけなくて、結局戻ってきたいと言ってくるなど、そういう厳しい状況があります。ほかにいかがでしょうか。

(大谷) がん治療にはいろいろなレジメンがあって、すごく仕事に負担がかかる場合があります、主治医の方々は当然治療に対する負担は理解していると思うんですけども、どんな仕事をしているかというのは理解していません。企業側は仕事の内容は分かるんですけど治療内容は分からないという中で、産業医がいると思うんですけども、じゃあ産業医が本当のがんの治療の負担とかを全て知っているかということそれはそれで難しいと思います。本当のがんと仕事の両立をしようと思ったら両方とも分かっていないとうまく両立できなくなると思います。

その情報をどういうふうにカバーしていくのかということところが課題だなと思っています。例えばがんの治療とかでしたら企業側には健保管理のレセプトがあってそれを收拾すれば何をしているかというのは分かるのですが、それを産業医が見て判断できるような環境を整えば、できていない部分をカバーしてあげられるのではないかと思います。治療と仕事と両方を分かっている人をどう育成するのか、チームで対応するのか、そこは課題かなと感じています。

(松田) この研究会のいちばん最初の人に申し上げたのですが、日本版の Fit Note をどう作るかが大きな課題だと思っていて、こういうものをうちの大学で作りました。職場復帰支援者に情報を提供するためのものです。臨床医が産業医の先生に提供するもので、診療科別に作っているんですが、こういう病気の場合に何に配慮してくださいという情報を提供する。臨床医の側から患者さんが働くことに関してこういうことに配慮してくださいと具体的考えてくれる。これはそのままでは無理なので、去年はできなかったんですけど、医師会が症例を出して Fit Note を埋めるという研修会をやりました。

できればこれを医師会のプロジェクトにしていって、診療報酬の中に入れてたいということで関係者と話していたんですけども、やはり両立支援というのは臨床の先生と職域の

産業医でも市の保健師さんでもいいから患者さんが病気をしながら職場にフィットするためにどういふところに配慮しなければいけないかという情報を共有する仕組みを作らなければいけない。

それをこんなかたちで研修会もやっているんですけども、もう一息だと思います。両立支援科ではこれを全部使ってもらおうと思っているんですけども、患者さんに関しては主治医のほうでこれを書いて出してもらおうというかたちで、産業医の先生と情報交換をしながら、情報提供書の効果も強化していきたいと思っています。日本版の **Fit for Work** ですね。

イギリスの場合はこういう **Fit Note** というのがあるんですね。GP に対して、患者さんが要求したらこれをくださいといった使い方です。以下のようなことを配慮してくればこの患者さんは働くことができますよということを GP が発行するんですね。それを受けたら雇用主はそれに対して配慮しなければいけない。雇用主が配慮しない場合は **Fit for Work** サービスにもっていくと、そこにコンサルタントがいて事業主に直接接して調整してくれるというのを NHS の中でやる。日本でこういう仕組みにするかどうかは別にしても **Fit Note** みたいなものを作っていないと臨床医と職域がつかないと思いますのでそういうものを作れるといいなと思います。

(大谷) 産業医は企業によってばらつきがあって、それも底上げが必要で、平等に産業医のサービスが受けられるようにする必要があります。

(松田) この **Fit Note** みたいなシステムを入れてがん患者さんとかりウマチの患者さんとかで職域と地域の連携ができるようになったらいいなというのが、**Fit for Work** 研究会のいちばんの目的です。

医師の研修会があって、症例を示してグループで読んでもらって **Fit Note** を書いてもらうという実習をやっています。症例を 40 くらい作ってしまして、**Fit Note** を書いてもらっています。本当はこういうのをいま開業医の先生を対象にやっているけれども、産業医も入ってもらって地域でやったらいいと思っています。産業医部会みたいなところでこういうのをやってくれたらいいなと。がんの次がリウマチなどでリウマチの症例も必要です。

しかし圧倒的にニーズがあるのががんですね。がんに関してやはり職場も困っているし、働き続けることを希望する患者さんが多いんです。家にいるとうつつつとして、そういう意味で、事例集を作って **Fit Note** の記載例とかを作っていけばいいと思っています。

一応情報提供書という位置づけなので、フォーマットが決まっているわけではないです

けれども、産業医大の両立支援科で使ってもらって広めていけばいい。学内でもこういう勉強会をやっているのだから、Fit Note を、少なくとも産業医大の臨床の先生は書けるようにしたいなと思っています。

(大谷) 診療報酬のフォーマットは決まっているのでしょうか。

(松田) そちらは決まっています。これはまだ情報提供書です。

(大谷) 産業医大の両立支援がセカンドオピニオンみたいになればと思います。

(松田) それができたらいいですね。

(大谷) 全国から産業医にしても患者にしても問合わせをしたらそこがアドバイスをしてくれる。

(藤本) 情報提供ですけど、次回の診療報酬改定で産業医と主治医のあいだの情報連携については点数がつきました。6カ月に1回1,000点で、その体制充実加算ということで500点まで加算がつくということです。それがどのように今後使われるのかというのは分かりませんが、診療報酬になることによってレセプトを変更できるので、その点で研究も進めやすくなると思っています。

(松田) それはいい状況ですね。そうすると緑本の中にフォーマットが入ってきますね。診断書の書き方とか、それをどういうふうを書くかという書く内容の研修会もしていったほうがいいですね。

(藤本) がんというとやっぱりほかの疾患に比べて家族とかケアギバーの側がすごく関心を示していると思うんですね。実際に受診する際の介助もそうですし、そういう意味でもケアギバーも含めた経済性損失、例えば奥さんとか、親ががんを患って働いている場合の息子さんとか、そういったところも含めていろいろな損失があるだろうと思っています。そうするとそういったものも含めた経済性損失も含めて算出すると、Fit Note による両立の価値を訴求しやすくなるんじゃないかと思っています。

(松田) ケアギバーに使っていておもしろいのは尾道の DBC シートです。何かというと認知症の患者さんのモニタリングのツールなんですね。DBC とは Dementia Balance Check Sheet なんですけども、認知症の患者さんの陽性症状、陰性症状というのをここに列挙してそれをチェックする。あと体感バランスがおかしくなっていないかなど。これをだれがつけるかというと、主治医だけじゃなくて介護サービスをやっている人もつけるし、患者さんの家族もつけるんです。

その認知症の患者さんの陽性症状が強くなっているとか陰性症状が強くなっているとか

いうことをチェックして、その情報を主治医の先生に提供して、薬の調整をするということをやっています。このインタビューでおもしろかったのは、認知症の患者さんの症状を家族がチェックするようになると何が変わるかという虐待が減るんです。要するに自分の家族を客観的に見られるようになって、怒りがなくなるらしいんです。

(藤本) チームの一員くらいな見方ですね。

(松田) そうです。いまのお話をうかがっていて、家族ケアギバーのためのチェックリストがあるといいと思います。

(藤本) 本人が高齢者で働いていないから経済性損失はないんじゃないかという、実は息子さんが会社を休んでいるかもしれないですし、そういったところも含めてと思います。

(松田) それがけっこうあるんです。この事例は北関東にある某メーカーですが、そこでまさに問題になっているのが親の介護のために独身の50代の男性が仕事と介護の両立ですごく大変なことになっているという状況です。実は北関東のその工場で働いている50代の人たちの半分が独身らしく、親の介護で両立の問題が起こっているということです。実はその事例を作るときにヒアリングしてわかったのですが、会社の人は介護保険のことをほとんど知らないんです。だから50代の男性も、親がそうなっていてもどこに相談したらいいかわからず、市の介護保険課に行けばいいということもわからない。近くにデイサービスがあってそこにケアマネジャーさんがいるのですがわからない。

ところが灯台元暗しで、私の母親が要介護1になったんですが、父親に申請したらと言ってもずっと申請しないので、何だろうと思ったらどこに申請するのか知らなかったんです。弟と一緒に住んでいて弟は小学校の教師をやっているんですが知らないんですよ。ぼくらは介護保険を当たり前のように扱っていますが、そういうことを知らない人が多い。そんなことも含めてケースを作っていきたいと思っています。いまこういうケースを作っていますので、これでFit Noteを記載するという、研修会をやっていきたいと思っています。

(目黒) やはり企業ですと人事を対象にした啓発をしていくことが大事でしょうね。

(松田) 今回点数がついて、どこに入れるかというのは研修会でやっていったほうがいいんでしょうね。それって医師会の話をもっていけばいいのか。産業衛生学会とかでやったほうがいいのかな。

(目黒) そういう研修会はだれが参加対象になるんですか。

(松田) 開業医の先生で産業医の資格をもっている人はたくさんいらっしゃいますので、そういう人たちの研修会です。それに参加すると単位がもらえますし、5年間単位を積み上げないと更新ができないので、それもいいと思います。

池田さん、いいアイデアはありますか。

(池田) 病院の医者にこれを学ばせるのはおもしろいなと思いましたけれども、研修を受ける前と後でどのくらい適切にちゃんと評価できるようになるのかというのがありますね。

(松田) それはやってないですね。アンケートはとっていますが、みんなよかったとしか書いていませんね。

(池田) 実際のところ、甘くつける人と辛くつける人と普通につける人といろいろな人がいると思います。これを受けたらある程度、いままで仕事上の不便に気づいていなかったという人が気づくと思いますし、医師が気づくという点では第1歩ですばらしいんですけど、この先生は重くつけてくるとか評価がばらつくと問題がありますし、これを導入したことで最終的にその方が職場でどのように配慮されたかというところも大事ですよ。

(松田) そこはいま基準を作っていますので、臨床側のほうから追いかけてもらいたいなと思っています。

(池田) 効果検証をおいおいやるということですね。

(半田) ちょっと違った話になりますけれども、30年ほど前にオランダの学校へ行って帰ってきて、労災患者さんで障がいを残した人たちの就労をどうしようかということで、病院の治療に携わった人たちが企業側と打合せして対策を行ったら点数をつけるという制度にしたんですね。企業側は病院から治療者がくるということは受け入れて、意外とスムーズにいったんですけど、病院側の労力と点数が合わないということで広がらなかったんです。実施されたケースは非常にうまくいって、企業側の受け入れもよかったし、それと病院から見られている感じが企業側にあって、うまくいったなと思ったんですけど件数はあまりなかったですね。

(松田) 本当は労災病院がそれをやらなければいけないですよ。労災病院は政策医療として何をやっているのかをいつも問われるわけで、うちの大学もそうなんですけれども、そういう意味でいま先生がいわれたことはすごく大事だと思います。

(半田) 労災病院はそれを作ったんですけど、労災病院が使わないんですよ。

(松田) 本当は労災病院はもっと危機感をもったほうがいいと思うんですよ。

(半田) この障がい者支援センターのデータを見ると、相談では経済面に対する相談が非常に多いんです。がん患者さんたちが就労するというのは経済面で追い込まれて就労する。高齢者についてもいろいろやっているんですけども、高齢者はどちらかという生きがいとして働くということで、ちょっと同じ就労であっても相当様相は違うんだなということですね。

(松田) 40代、50代のがん患者のターミナルを最近経験したんですけども、何で働かなければいけないかというとまだ子供が小さいですよ。子供がまだ中学生だったり高校生、大学生だったりするので働かなければいけないんです。なかなかしんどいなと思いました。お父さんがいなくなっちゃったら進学は厳しいですから。

(半田) きょう明らかになったんですけども、理学療法学科のある大学の学生の3分の2が育英資金をもらっているんですよ。親の資金で来ているのは3分の1しかいないんです。卒業とともに1,000万円弱の借金を背負うんです。これはまたしんどい世界だなと思います。

(松田) 40代、50代のがんについても、実は膵がんが多くて、膵がんは速いので、本当に1年くらいでばたばたと亡くなってしまって準備ができないんですね。子宮がんとか卵巣がんだと進行が遅いのでそうではないんですけど、膵がんは速いのでいままで経験した中でしんどかったなと思います。若い人に多いです。膵がんの患者さんは黄疸がでるので見た目がしんどそうなんですよ。営業なんかをやっている人だともう顔を出せないし、仕事の調整もなかなか難しくて。

(半田) 先ほどお2人でお話しされたがん対策基本法に基づいて就労のガイドラインみたいなものを作るというのはかなり難しいですか。

(松田) そうでもないと思います。事例はだいぶ集まってきたので少しそれを整理していけば、こういうときにはこういうことに注意しましょうみたいなことはまとめられると思います。

(目黒) それが出ることはいいと思いますね。最近、企業の人事の仕事がものすごく増えているわけですよ。その中でも早期退職の問題にいちばん頭を抱えているんですが、昨今は採用が難しいという問題も出てきたこともあり、そういう意味では人事の位置づけが昔より大きくなっています。人事の人の教育とか啓発というのをやっていったほうがいいと思いますね。

(松田) それは思います。がんでは人事の人は困っていますが、患者さんに対してや

さしいんですよね。メンタルはやっぱり会社によってかなり違いますね。人事がものすごくメンタルに厳しい会社と、しっかり見る会社と、どちらかという厳しい会社が多いですね。最近全国的なことだと思うんですけども、社労士さんが割と企業側のほうについて、復職の条件を厳しくしているんですよ。治癒というのは、8時半から5時まできちんと働ける状態になったことを治癒とするみたいな感じで、そういう状態が1カ月続かないようであればそれは治癒したことにならないと、そんな感じで企業側がかなり防衛的になっていますよね。就業規則を変えてきている会社が増えていますね。

(目黒) 社労士だけではなくて弁護士もいますね。働く側の弁護士さんではなくて、それに対応する経営側の弁護士が増えていますね。

(松田) 障がいを持った人とかの働き方もそうなんですけれども、この国はもうちょっとその理念をちゃんとしないとよくないと思っています。障がい者雇用を請け負う会社というのができているんですね。農業や園芸をやっていて、お宅の会社の障がい者の雇用率を上げるために社員を雇いませんか、そこからうちに派遣してくれればいいですみたいなかたちで、障がい者ばかり集めて農園とか花を作ったりするわけですが、就業上、身分上は元の会社に勤めていることになっている。そういうことを社労士さんとかがやっているんですね。

それはいいという人もいるんですが、ヨーロッパ的な感覚でいうとアウトなんですよ。アメリカでもたぶんダメといわれるんじゃないかと思いますけれども。何でもお金にしちゃうというような、そこもすごく気になっているところです。

(池田) ガイドラインはだれ向けなんですか。

(松田) 3つ作らないといけないんじゃないですか。患者さん用、企業用、臨床医用です。

(池田) 臨床医はそういうものがあるとちゃんと勉強して従うけれども、企業用のものは拘束力がないし、ガイドラインというのはどう反映されるのですかね。

(松田) 企業は健康経営とかホワイト企業とかいうイメージをねらっているんじゃないですか。

(池田) 意識の高いところが積極的にそれを採用する。

(松田) 企業のCSRとしてですね。

(目黒) そこはいちばん難しいところだと思いますけれども、実際に産業医がいないような企業が圧倒的に多いわけですから、そこをどうしていくかという問題があるわけです。

よね。そこがいちばん本当は問題かもしれない。そういう企業が、こういう指導をしなさいとかこういう仕組みにしなさいといってみても、それらを受け入れるかどうかはちょっと分からないですね。

(松田) 結局その患者さんのもとの能力も関係してくると思うんですね。前にテレビ番組でやっていたのですが、ソフトウェア企業の社員だったと思いますけれども、がんの患者さんで、在宅で勤務で何をやっているかという、ロボットが会社で働いていて会議などに参加し、プログラマーなので実務は自宅で作業している。ですから IT を使えばそういうこともできると思います。参加できる社会シーンは限られると思いますけれども。でもそういう成功事例を少しずつ作っていくしかないですね。

(目黒) それしかないと思いますね。職場がものすごくすすんでいるというか、企業そのものが新たな時代を迎えているのが現実ですし、そういう新たな世界でこういった問題にどう対応していくかはとても難しい時代になったなという感じがしますね。企業が成長していくには人の問題がいちばん大きいわけですから、そこは原点に戻って人のマネジメントをどうするかということを考える時期にきているんじゃないかと思います。

(松田) いまうちの人間科学の先生ともそんな話をしているんですけど、やはり障がいだったり高齢になってくるといろいろな機能が落ちてきますが、それをマン・マシンインタフェースを変えることでサポートするような機械とか職場が作れるだろうと思っているんです。そういうことと合わせ技でやっていってその人が養ってきた職業能力を発揮できるようにやっていくというのが、これからの高齢社会日本の進む方向じゃないかなと思っています。

(目黒) もう1つ心配なのは、非正規雇用が4割近くになっていますでしょう。社員じゃないわけですよね。4割近い人が非正規で仕事をしている世界にいつのまにかなくなって、制度的な問題が実態と必ずしも整合性をもって進んでいるわけではないわけですよね。このへんも現実にはけっこう大きな問題だと思いますね。

(松田) おもしろい本を読んだんですけど、『その日暮らしの人類学』という、小川さやかさんという文化人類学の話ですごくおもしろい本で、日本はそもそも生涯雇用でもなかった、正規雇用でもなかった、けっこうみんな1人で小さな商売とかやりながら暮らしているたくましい人たちだったんですね、と。

実は世界中を見ると、そういうたくましい個人商店みたいなことをやっている人たちがすごく頑張っていて、もう1回そういうことの価値を認めたらいいんじゃないかという内

容なんです。自分の子供のころを考えると、そういうたくましい個人商店主さんがたくさんいらっしゃいましたよね。銚子のほうから魚の干物とか背負って売りに来るおばあちゃんとか、そういう人たちがたくさんいたと思いますけれども、組織に依らないで個人が頑張って生きていくという、そういうことをもう1回考えていかないといけない時代にきているんじゃないかなと思っています。

組織がそんなにずっともつわけではないので、『その日暮らしの人類学』という本は、アフリカの個人商店主とかを取り上げているんですけども、彼らは中国にやってくるいろいろな雑貨や衣料を買い込んでアフリカにもって帰って、その小口の決済はスマホでできてしまうわけです。個人商店という事業形態がすごくやりやすくなっている時代で、それを中国人もアフリカ人もすごくやっているんですけども、日本ではあまりやってないですね。

そういうことも何か、社会の価値観を変えていかなければいけないんじゃないかなと思います。ぼくら研究者は1人でやっている部分もあるのでこういうのに共感してしまいます。

(池田) 個人商店もコンビニに変わっていますからね。借金を返さなくていいんだっただけですけれども。

(松田) 自分で仕入れて自分で売っているだけなんですけれども、すごくおもしろいなと思って、失敗してもだれかが稼いで食いつなぐみたいなたくましさがあります。

(池田) だれかというのは家族ですか。

(松田) けっこう友だちを犠牲にしたりとか、仕入れた先にお金を払わないとか平気でやっている人たちもいます。法的には違法でも、社会的には許されるんでしょう。工夫すればいろいろなことができると思いますね。

高知の四万十市で「しゃえんじり」ってご存じですか。この話がすごい好きで、そこはもともと営林業でやっていた会社だったんですけども、その林業の会社がつぶれちゃったんですね。働いていたおばあちゃんたちが失業しちゃったわけです。実際彼女たちはもう60過ぎているので年金をもらえるんですけど働きたいと。自分たちで何ができるかという飯を作るくらいしかできない、じゃあレストランをやろうというので、近くの小学校を辞めた調理師さんを誘ってレストランを始めたわけです。だれが食べるかという四万十川でけっこうカヌーをやっている所以他们が食べてくれる。あとすごいのは、地域の高齢者に配食してもらって、そういうソーシャルビジネスをやって成功している、すごい

例です。

あとは有名な「やねだん」ですね。重富さんという人が始めたんですけど、もともとはこの人は銀行員なんですね。ふるさとへ帰ったら人がいない、いるのは高齢者と、あるのは耕作放棄地ばかり。農業生産法人を作って、儲けが出たら給料を払うという約束ではじめたら高齢者がいっぱい集まってきて、最初は大根から始めてサツマイモ、焼酎をやって、いまは無農薬のトウガラシを作っているんです。実際ここは経営がよくて、80歳を越すと生きていだけでボーナスがもらえるんです。退職者はほとんどいない、仕事をしているときに死ぬ、在職死です。ただ働き始めると皆さんすごく元気になるんですね。

こんなことをうまくやれたらおもしろいんだろうなという、また別な話ですけども。ナガホリという上尾の会社なんですけども、東京都内のレストランに昼と夜にコマツナを中心に卸しているんですね。そうすると収穫が朝の4時からと昼の1時からなんですけれども、そんなことをできるのは地域の高齢者だけなので、実は従業員は8人しかいないんですね。アルバイトが150人、ほとんど高齢者なんです。これもすごくおもしろくてデータを取っているんですけど、ここで働き始めたら血圧は下がるし血糖値は下がるし、SF-36で調べているんですけども、抑うつ症状と怒り症状がすごく改善するんです。働くってすごく大切なことなんですね。いろいろな形態の働き方をどうミックスしていくかということが、この国がいまから考えなければいけないことじゃないかと思います。

いま公務員もアルバイト兼業というか副業を認めるようになったと思うんですけども、こういうコミュニティでやれるようなちょっとした仕事を、副業でみんなが普通にやっていくようになればまた全然変わってくると思うんですね。

始まる前にぼくが監督みたいなことをやれたらおもしろいなと思っているんです。

こういうプチワークってすごくいいみたいで、でも農業ってやはり専門知識が要るので、それをこういう専門知識を持った人が指令するという仕組みなんですけれども、ぼくも始めているんです。去年はちょっとできなかったんですけど、健康農業プロジェクトで、みんなで田植えをして、あとは酒づくりです。

こういうプチワークみたいなものを地域でいっぱい作って行って高齢者とかが参加できるようになったらおもしろいんじゃないかと思っています。

日医の鈴木先生という常務理事がいらっしゃるんですけども、彼は志村大宮病院という、常陸大宮という水郡線の延長線上にあるすごくさびれた町で病院を営んでいるのですが、医療と福祉を中心にして町起こしをしようということで、カフェバンホフといって

つぶれた電気屋を使ってコミュニティカフェを作ったんです。何をやっているかという、ペーパーフラワー教室みたいなものですが、実はこの講師のおばあちゃんは鈴木先生のところのデイサービスの利用者さんでちょっと認知症があるそうなんですけれども、すごくこれが上手で、ペーパーフラワーを教えることで1人500円取っているんです。

いつやるかという、このときは5月11日にやっていますけれども、ふだんは夏休みの最後の1週間にやるんです。何が起こるかという宿題に困った子供たちがたくさんやってきて、このおばあちゃんに習ってペーパーフラワーを作って、それを夏休みの工作として出すわけです。喜ばれてこのおばあちゃんは1人から500円ずつもらえて、100人来れば5万円になるわけです。

鈴木先生のところのケアマネジャーはすごいなと思うんですけれども、その人がどういう能力を持っているかを判断して、その人が社会に貢献できるデザインをしてあげているんですね。ソーシャルデザインです。たぶんこのFit for Workってソーシャルデザインなんだと思っているんです。こういうソーシャルデザインはすごく大切だなと思っていたら、イギリスにはsocial prescribingの概念があって、「社会的処方」というんですけれども、GPはその患者さんが社会で孤立しているとか閉じこもっていたらその人を外に引っ張り出すためのアクティビティの処方箋を書くんです。その処方箋を受けたケースワーカーがその人に働きかけて社会に参加するようにデザインをしてくれる。さきほどのFit Noteもそうですけれども、患者さんの生活全般を見て、その人がよりよく生きていくための処方箋を書くということをやられていてすごいなと思っています。

鈴木先生はこれもsocial prescribingですよおっしゃっています。これを医療機関がきちんとやってくれば先ほどのFit Noteもそうですけれども、全然違う世界が出てくるんだなと思います。Fit Noteも結局social prescribingですよ。社会的処方箋を書いている。

(目黒) デザイン・コンセプトですね。それが必要でしょうね。全体を見てその中でどういう位置づけをしていくか。一人ひとりがそれぞれどういう位置づけでどういう役割を果たすかを、全体を見て決めてゆくというプランですね。

(松田) Fit for WorkというのはFit for lifeなのか、意義なのか分かりませんが、社会全般を見てその人に対して必要なものをprescribingしていくという能力が、これからの医者には求められるんじゃないかと思っています。それはたぶんケースワーカーの人たちも一緒だと思っています、そういうことを皆さんと共有してやっていくことができるよ

うになるとずいぶん違うんだろうなと思います。

実は日本の主治医意見書や、いろいろな情報提供書なんかも本当はそうならなければいけないんですけども、そういう視点でもう1回いろいろやっているものを見直すといいと思います。そういう意味で日本版の **Fit Note** というのは **social prescribing** の1つとして根付かせたいと思っています。

がんの話で気づいていただきたいのは、レセプトを使うとこういう分析ができるんですということです。ぼくらがこういうのを出して行って、例えば地域別にどうなっているかとか、医療圏単位でどうなっているかを出していったら、それを見て臨床の先生たちが考えてくれる、そういうデータの公開みたいなことをやっていけたらおもしろいなどは思っています。

もちろん、先ほど池田先生がご指摘されたように、レジメンとの関係も見ないといけないと思います。

(池田) これから少子化が進んでなかなか働き手がいない状況になっても、がん患者さんの就労とか障がい者の就労というのはあまり変わらないですかね。

(松田) 能力があったら大丈夫だと思います。何かで出ていましたけれども、いま全盲のプログラマーっていますよね。全盲であっても全部音声化してくれる技術がすごく発達してきているので、能力があればたぶん障がいにもあまり関係なく働けると思います。

深刻なのはどちらかというとソーシャルデバイドだと思います。前にフランスでも起こってしまったことですが、イギリスでいちばん問題な話なんですね。ロンドンオリンピックがあった地域はすごく学力が低い地域で、中学校を卒業していない人たちが2割、3割いるんです。字も書けないし字も読めない。

その上に何がきたかという、EUに加盟した東ヨーロッパからの良質な労働者が来たりして、ここでは彼らにはもう働く場所がないんです。それが今回のいろいろなことにつながっているわけです。同じことがフランスでも起こっています。

(目黒) スペインもそうです。

(松田) そうですね。要するにもともとEUの白人で低学歴の人たちとか、イスラムの低学歴の人たちとかが結局そこにたまって、その上に中国人とかベトナム人とか東欧の移民が入ってくるという状況になって、いろいろな問題が起こってきたわけですが、日本は低学歴の子をどうするかということはすごく深刻だと思います。

(目黒) それともう1つは、給料の体系も基本的に考え方を変えないといけないでしょ

うね。というのは、定年を過ぎても十分仕事ができる人が、そのあと何年間か雇用しますというときに、明日から給料は6割ですよというのはいかにもおかしい。それでは、ある日突然モラルがどんと下がる。

日本企業の工場におじゃましたことがありますけど、「実は先生、私明日から処遇が変わりまして」とおっしゃった方の顔つきが全然違います。何でこんなことになるのだろうとショックを感じたことがあります。このルールはどこの会社にも多様な形で採用されています。先生がおっしゃるように少子化で働く人がいなくなって、長い間、働いていて知識も経験も積み上げた人の評価が突然下がるなんていうのはどういうことか、それを本気でやっているんですかって社長に申し上げたことがあるんです。いや、よその会社もみんな一緒だとおっしゃっていましたが、そのへんは考えざるを得ないし、変えないといけないでしょうね。

(松田) 役職定年制というのはいかにもおかしいですね。つい最近一緒にずっとやってきた人が製薬メーカーを辞めたんですけれども、辞めた理由は役職定年制で、65歳まで働くつもりだと55歳で降格しなければいけないらしいんです。一方、60歳前に辞めると降格しないらしいんです。

55歳でヒラになっちゃうと大変ですよ、いままで部下だった人の下に入るわけですから。銀行なんかもそうなんですけど、その辺を変えていかないと55歳から65歳の人たちの労働意欲がわからない。

(目黒) 働き方改革もそれはそれで内容的にはけしからんとか何とかという人がいます。労働時間の問題も大事かもしれないけれども、もう少し高い視点から働いている人々全体を見るという視点に立った考え方をしていかないと、現実から乖離するんじゃないかと思うんですね。本質的に企業が定めることなのかもしれない、国からとやかく言われる部分ではないという意見もあるのかもしれないけれども、企業がまだそういうところまで全然いっていないというのはとても残念ですね。特に属人的な経験といったものがものすごくロスしています。

(松田) 日本的なものが完全に合わなくなっているんじゃないですかね。これから人材をどういうふうにしていくかはすごく大事なことで、そういうことも含めて見直さないといけないと思います。時間になりましたのでこれで終わりにしたいと思います。

#####