

第4回勤労者医療フォーラム

就労と糖尿病治療の両立

～働き方改革と糖尿病両立支援～

<記録集>

日時 平成30年2月18日(日)
13:00～17:00

場所 ミッドランドホール
名古屋駅前 ミッドランドスクエア 5F

独立行政法人 労働者健康安全機構 中部ろうさい病院

第4回勤労者医療フォーラム

就労と糖尿病治療の両立

～働き方改革と糖尿病両立支援～

<記録集>

目 次

開会の辞	
理事長挨拶	2
独立行政法人労働者健康安全機構理事長・総括研究ディレクター	有賀 徹
協会理事長挨拶	3
公益社団法人日本糖尿病協会理事長 / 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長	清野 裕
医師会長挨拶	4
公益社団法人愛知県医師会 会長	柵木 充明
司会者の言葉	5
ろうさい病院名誉院長・本部特任研究ディレクター	堀田 饒
基調講演	8
糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取組	
公益社団法人日本糖尿病協会理事長 / 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長	清野 裕
追加発言	
1. 糖尿病の予防法と治療法 ― 働き世代を中心に ―	12
日本糖尿病学会理事長 / 東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科 教授	門脇 孝
2. 両立支援を目指した医師会における取り組み	18
日本医師会 常任理事	松本 吉郎
3. 最近の産業保健行政の動きについて	26
厚生労働省労働基準局安全衛生部 労働衛生課長	神ノ田 昌博
シンポジウム	
「働き方改革と糖尿病両立支援」	
中部ろうさい病院治療就労両立支援センター 所長	河村 孝彦
中部ろうさい病院副院長	
1. 労災病院が取り組む糖尿病両立支援モデル事業	34
中部ろうさい病院治療就労両立支援センター両立支援 部長	中島 英太郎
中部ろうさい病院糖尿病・内分泌内科 部長	
2. 健康経営と糖尿病の両立支援	42
産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学 教授	森 晃爾
3. 中小企業の産業医からみた糖尿病両立支援	48
とうかい産業医オフィス 代表取締役	水口 要平
4. マスコミから見た両立支援活動への提言	56
毎日新聞社毎日新聞 編集委員	永山 悦子
パネルディスカッション	64
「働き方改革と糖尿病両立支援」	
門脇 孝、松本 吉郎、神ノ田昌博、森 晃爾、河村 孝彦、中島英太郎、水口 要平、永山 悦子	
閉会の辞	72
独立行政法人労働者健康安全機構理事・副総括研究ディレクター	大西 洋英

ただいまご紹介いただきました労働者健康安全機構理事長の有賀です。第4回勤労者医療フォーラム「就労と糖尿病治療の両立」の開催に当たり、ご挨拶を申し上げます。

本日は多くの方々にご来場賜りましたこと、心より御礼申し上げます。本フォーラムは今回で4回目ですが、回を重ねるごとに来場の方々が増えております。これもひとえに本フォーラムの企画が大変充実したものであり、また、両立支援が社会の関心を集めていることの表れと思っております。企画されました堀田名誉院長、現院長の加藤先生はじめ、中部ろうさい病院の先生方に厚く御礼申し上げます。本日は、共催いただきました愛知県医師会長の柵木先生にお越しいただいております。また、日本糖尿病協会理事長の清野先生、日本糖尿病学会理事長の門脇先生、さらには日本医師会常任理事で産業保健を担当されている松本先生、厚生労働省からは神ノ田課長とその領域を代表される多士済々の方々にご臨席を賜りましたことを心より御礼申し上げます。



さて、本フォーラムは糖尿病に罹患した方の就労継続を支援するための議論を行う会です。平成28年の国民健康・栄養調査によると、糖尿病が強く疑われる人と糖尿病の可能性を否定できない人は、いずれも1,000万人と推計されております。糖尿病に罹患すると、長期にわたる生活習慣の改善や治療が必要となることから、とりわけ勤労者にとって糖尿病とうまく付き合いながら仕事を続けていくことが大変重要となります。



医療者は治療にあたり個々の患者ごとに最適な治療を選択しています。もちろん病気を完治せしめることが最も重要ではありますが、慢性疾患や何らかの機能障害を残しうる疾患の治療に際しては、当人の生活の質を考慮して治療にあたることが要求されることとなります。多くの勤労者にとって、仕事を通じて社会に積極的に関わっていくことは、生活の質そのものです。病気のために社会から離脱するということは、自らのキャリアパスにとって大きな困難に直面するということとなります。そのため多くの場合に、可能な限り就労を支援しつつ、病気の治療と仕事を並行して進めていくことがベストな対応となります。

平成29年3月に政府が決定した「働き方改革実行計画」においては、「病気の治療と仕事の両立を社会的にサポートする仕組みを整え、病を患った方々が、生きがいを感じながら働ける社会を目指す」と記載されています。この仕組みは、私ども労働者健康安全機構が治療と仕事の両立に向けて先駆的に取り組んでまいりました、主治医、会社・患者さんの勤め先の産業医、患者に寄り添う両立支援コーディネーターによるトライアングル型のサポート体制になります。このように糖尿病の治療と就労の両立支援は、全国民が望む国家的な事業ということになります。

治療と就労の両立支援は、医療者側と患者側の努力のみでは実現しません。雇用者の理解と協力が強く望まれます。また患者が就労を希望することは、基本的人権の一つと見なすことができます。わが国のように成熟した社会における文化として定着させる必要があります。その意味でもこのたびの勤労者医療フォーラムのもたらすメッセージは極めて重要なものと考えます。

本日お集まりの皆様さまには活発なご議論を賜り、本フォーラムが実りあるものとなりますことを期待しております。そして、本フォーラムが社会に対して多大な価値を発信する大きなメッセージとなることを祈念いたしまして、冒頭の挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。



皆さん、こんにちは。今日は第4回勤労者医療フォーラムにお越しいただきましてありがとうございます。いつもながらたくさんの人においでいただいて、主催する者としては大変喜んでおります。



糖尿病の支援というのは、世代別には三つあります。若年世代では小児1型糖尿病、妊娠の問題、それから高齢者が非常に増加して介護と糖尿病、これも大変大きな問題でわれわれも細々とやっていますが、いくらでもすることがあってなかなか追いつかない。もう一つは就労者の方で、これもなかなか表面に出てこないの、どんなアプローチがいいか、毎年このフォーラムの意見を参考にしてわれわれは事業計画に織り込んでいますが、幸いといいますか、ライオンズクラブが国際的に向こう数年間糖尿病をテーマに社会貢献したいと言ってこられたので、ライオンズと共同でこの就労者支援に取り組みたいと。特にライオンズの会員の方は中小企業の社長さんが非常に多いので、まずご自身に糖尿病を理解していただいて、会社の社員がちゃんと受診するように持って行っていただくようお願いしています。

それ以外にも、東京の丸の内界隈の大企業の連合体から、就労者支援ということを痛感されて、糖尿病に対する取り組みを少し一緒にやろうかというお話がありました。全国のいろいろなところで少しずつこういう取り組みが始まり、堀田先生が長年やってこられたのが、少しずつ芽を吹きかけておりますので、今日もこれから頂く議論を基に次の計画に反映させて、少しでも多くの糖尿病を持つ就労者の方がきっちり治療できるように頑張りたいと思います。それでは、今日もよろしくお願いいたします。





皆さんこんにちは。ただ今ご紹介いただきました、愛知県医師会の柵木でございます。たくさんの方々にご出席いただいて本当にありがとうございます。

先ほどから挨拶がございましたように糖尿病は今や国民病ということで、2016年に厚生労働省が実施した国民健康栄養調査によると、2012年の調査から50万人増えて、初めて糖尿病患者が1000万人を超え、糖尿病の可能性を否定できない者を含めると、国内では約2000万人が糖尿病のリスクを抱えていると推計されております。また、強く疑われる者のうち、未治療もしくは治療を中断した者の割合は40代の働き盛りの男性

が最も多く、多くの方が多忙であったり自覚症状が乏しく、すぐに深刻な症状にはならないことから治療を受けていないと考えられます。

糖尿病はご承知のように、放置しておくとも重症化してさまざまな合併症をもたらし、生活や仕事に支障を来すこともあります。そのため、継続した治療を受けていただくことが大切ですが、患者個人の努力だけでは限界があり、企業や医療機関など周囲が積極的に関わり、重症化させないための支援をしていかなければなりません。政府は働き方改革実行計画に病気の治療と仕事の両立を検討テーマとして盛り込んでおり、会社の意識改革と受け入れ態勢の整備、主治医、会社、産業医と患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制の構築や、労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化を目指しております。

愛知県医師会としても、以前より産業保健分野では産業医の使命を達成するために産業保健部会を組織し事業を展開しており、また糖尿病対策では糖尿病専門医や眼科専門医、歯科医師、学識経験者、行政関係等関係者からなる糖尿病対策推進会議を設置し、講演会等を通じた糖尿病対策の推進を図っております。こうした活動を通して糖尿病患者が治療を受けながらも、安心して仕事を続けられるような社会をつくれるよう、愛知県医師会としても今後とも支援をしてまいりたいと考えております。



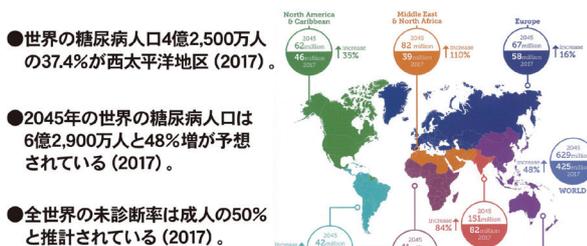
最後になりますが、本フォーラムでは、医療、産業、行政、マスコミなど各分野の先生方からご講演、ご発言を頂き、活発な議論がなされると期待しております。開催に当たりご尽力いただきました講師の先生方、関係者の皆さま方に深く感謝を申し上げるとともに、お集まりいただきました皆さまにおかれましては、本日も学んだことを今後の活動にお役立ていただけることを祈念いたしまして、本日の開会のご挨拶とさせていただきます。本日はよろしくごお願い申し上げます。

皆さんこんにちは。ただ今ご紹介いただきました中部ろうさい病院の堀田でございます。これからの総合司会をお隣の日本糖尿病協会理事長、そしてまた関西電力病院総長の清野裕先生と一緒にこのフォーラムを進めてまいりたいと思います。

世界糖尿病連合（IDF）はブリュッセルに本部があり、180カ国、220団体が参加し、2年に1度、「糖尿病アトラス」で世界の糖尿病事情を報告しています。世界糖尿病連合は世界の地域を北アメリカ、中南米、ヨーロッパ、アフリカ、西アフリカ、地中海地域、西太平洋地域、それから東南アジアの七つに分けています。日本は豪州、中国、韓国を含めて西太平洋地区に含まれますが、今後、この西太平洋地区で糖尿病人口が増えていく可能性があると言われていています。人口が多いこともあり、恐らく今後20年間で世界で最も糖尿病が増える地域です。その中でもとりわけ問題とされるのが未診断率で、成人の50%です（図1）。



世界で糖尿病人口が最も多いのは日本を含む西太平洋地区 —20~79歳、1億5,900万人(2017)→1億8,300万人(2045)—



【図1】

標準で推定しているかは分かりませんが、日本では2025年には糖尿病が1035万人、予備軍が1360万人になると推定しております。確かにIDF、WHOが推定するように糖尿病は今後増えていくのは確かでしょう。しかし、予備軍はわが国の国を挙げての対糖尿病戦略によって減ってきて、少しWHOの推定と異なっております。非常にうれしいことであり、このフォーラムの果たす役割の大きさもそこにあるわけです。

問題は、糖尿病を疑われながら実際に診療を受けていない人々で、とりわけ就労者の中でも働き盛りの40代に多いわけです。これを克服しない限り、わが国における糖尿病の撲滅は期待できません。しかも、50代、60代、70代と、糖尿病でありながら診療を受けていないということが、今後のわが国における対糖尿病戦略、医療費の高騰に大きく影響します。わが国の人口動態は、1990年代をピークに生産者人口が漸減し、それと同時に高齢者の人口は増え、年少人口は減っています。そうすると、勤労者を確保するためには、糖尿病があってもそれをいかに会社が、あるいは医療スタッフがケアしていくことが必要です。生産人口の減少への対応という意味でも、対糖尿病政策は非常に重要だということです。





糖尿病というのは、2型糖尿病になりやすい素因があって、そこに周産期の環境や肥満などが加わって、糖尿病予備軍、糖尿病、そして最終的には合併症を併発して、失明、足の壊疽、心筋梗塞などになるのですが、最近最も注目されているのが、がんと認知症です。この両者は糖尿病状態、とりわけ血糖コントロールが悪いとより一層悪化しますし、増えてまいります。そうになると、企業が取り組んでいる健康診断が非常に重要になってきます。すなわち就労者の支援です。今日のフォーラムにおいてもいろいろな問題点が浮かび上がり、それが明日からの健康管理に役立てばと思っております。ご清聴ありがとうございました。

では、これから基調講演1題と発言が2題ございます。最初の演者は清野裕先生で、タイトルは「糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取組」です。よろしくお願いいたします。





堀田先生、ご紹介ありがとうございました。COI です。

わが国の2型糖尿病のA1cは7%ですが、これは恐らく世界で最も良い数値で、治療を受けている限りはかなりの人が目標域に入っているということになります。一方、医療費を見ますと、医療の高度化により費用が増加し、高齢化による増加もあります。収入の方は伸び悩んでいるので、医療においては、こういうことも考えないとはいけません。わが国は国民皆保険であり、しかも専門医へフリーアクセスという非常に状況のいい中で、これだけのA1cが達成されてきているのです。諸外国を見ても、日本以外で専門医へのフリーアクセスがあるのはスウェーデンくらいで、そのスウェーデンも薬剤費の自己負担が非常に高く、1万2000円までは自己負担、さらにその上もかなり負担させています。こういう医療の状況を考えても、就労者の糖尿病をより早期発見して治療をさせることが重要になります。

今、どれくらいの人が医療を受けて、どれくらい中断しているかを調べましても、いろいろなデータがあって分母がはっきりしません。国民栄養調査によれば、中断者は15%と非常に良いのですが、この分母がどこから出ているかがはっきりせず、1000万人全員が診断されているわけではない、恐らく500万人くらいが糖尿病で受療しているであろうと推定されます。もう一つ、血液検査も全てやってアンケートと照らし合わせて治療状況を調べた同じ調査から出てきたものですが、このように全体の54%は治療していない。かかっているか中断していて、特に30～40代は7～8割が治療していないということで、先ほどの治療中断とすごく乖離しています。どちらが本当かはよく分かりませんが、恐らく中間くらいであろうと思われます。

全日本民主医療機関連合で、なぜ糖尿病で定期受診ができなかったかを調べたところ、中断経験がある人は3割くらいで、忙しくて時間が取れない、診療時間に仕事がある、あるいは医療費がかかるので受診したくないという経済的理由もありました。大阪府糖尿病対策推進会議で、これは大阪府医師会員でかつ日医の認定産業医を持っておられる方5000人弱を対象にアンケート調査を行っています。産業医として活躍しているのは6割くらいで、多く



が事業場の嘱託医、あるいは学校産業医も30%くらいあります。1人で平均2.7社、最大100社というのがあるという方もありました。産業医として活動している事業場に糖尿病を持つ従業員は存在するかという質問で、「はい」が6割、「いいえ」が1割、「把握していない」が3割でした。中断者に対する取り組みがあるというのも4割くらいで、これも心もとないという感じです。両立支援に関する取り組みがあるところは4割弱で、ないのが4割、把握していないのが残りというので、両立支援が必ずしも活発に行われているということはありません。

また、医療機関に紹介しているところは6割強ありました。紹介の基準値は6.5%と7%が大半で、まあまあリーズナブルな紹介の仕方であると思われました。これを企業別に見ますと大変面白くて、事業場の人数が500人以下の中小企業では6.5～7%で紹介するのが大半で、大企業も6.5%が多いのですが、7.5%以上が3割弱あるというので、大きな企業の方が紹介基準が高くなっているという特徴がありました。それから、主治医と産業医の連携があると答えたところは極めて少なく1割強で、大半は連携がない。どんなことを連携しておられるかと聞いても、診療情報や検査の数値に留まっているのが大半です。産業医として従業員の保険者との連携があるかとお尋ねしますと、「ない」が圧倒的に多く、「ある」は1割くらいに留まっています。

まとめると、事業者の積極的な協力がありません。今日もご意見が出るとは思いますが、他の産業保健スタッフの協力が十分得られない。また、恐らく最近ではメンタルなどの健康管理で精一杯で、糖尿病までなかなか手が回らないというのが本音だと思います。このように問題点があり、就業制限をすべき目安も何も提示されていないのではないかとということもあり、これも学会と相談をしてこんな目安にしたらどうかと言わないといけません。小児の2型糖尿病も増えていますが、学校現場ではそこまで到底行き着いていないので、発見も何もできていない、恐らく尿糖だけではなかなか発見されないということもあります。



日本糖尿病協会は、この就労者支援をどうやるかというので、司会の堀田先生を担当理事とし、シンポジウムでお話しされる中島英太郎先生を委員長とした就労者支援委員会をつくっていますが、特に働き盛りの世代に対してどのように啓発していくのか、中でも事業者への啓発が重要であろうということになってきております。従って、就労者への啓発と事業者への啓発の両方が必要であると。いかにして治療中断を阻止し、受診を促進したらいいかというので、現在パイロットスタディとして、日本糖尿病協会と産業医科大学で共同研究を行っています。メーカー二つを選んで、糖尿病と診断された人 100 例を抽出して、その後のいろいろな介入を行って、治療がどう変わっていったかということ进行调查して、これを労務管理と糖尿病に関する両立支援ガイドラインの策定に用いたらというので、現在進行中です。

さらに、産業医あるいは産業保健スタッフに、やはり糖尿病について一定の知識を持っていただきたいと考え、この4月からeラーニングを始めますので、ぜひ、ご利用いただきたいと思っております。eラーニングは一般的

な糖尿病の勉強以外に産業保健スタッフ向けのコンテンツも用意しておりますので、これを少し勉強していただくと、就労者に対してどういうことをしたらいいかがお分かりになると思っております。

日本糖尿病協会は糖尿病連携手帳を発行しており、厚生労働省の糖尿病性重症化予防にもこれが利用されていますので、こういうものも役に立つでしょう。先ほど有賀先生や医師会の先生からお話があったように、就労者というのは産業医の方が入る、産業保健スタッフの人が入る、そして病院、医院と、連携が複雑になってまいりますので、トライアングルでいいますと非常に簡単そうですが、なかなか一筋縄ではいかない、普通の病診連携のようにくると双方向ではないということがありますので、ここをどうするかも重要です。広報事業については、門協理事長等々と世界糖尿病デーのときに啓発の広告を出しておりますし、中断阻止を目指す広報事業として、厚生労働省との共同事業で「糖尿病の治療を放置した働き盛りの今」というのを編集発行しております。日本糖尿病協会のホームページで閲覧、ダウンロードが可能です。

さらに日本糖尿病協会ではマールくんというのをマスコットキャラクターにしておりますので、LINEをやる人にこういう記事を見てもらって、スタンプを利用していただくということもやっています。若手の糖尿病就労者向けにはFacebookに情報をアップしております。公益法人では一番「いいね」の数が多いというのが私のちょっとした誇りですが、こういう若い人は、なかなかホームページをつくったり紙を渡したりしても読んでもくれないので、少し関心を持つようなツールも重要ではないかと思っております。

日本糖尿病協会ではいろいろな療養支援ツールを発行しています。就労者の方に長々と糖尿病の講義をして、教科書みたいなことをいろいろ解説しても、あまり関心を示されません。そこで、日本糖尿病協会の遅野井理事が考案された糖尿病療養指導カードシステムというのがあります。79種類のカードがあり、このカードをカテゴリー別に13に分けます。そして、各カードに何枚かの指導箋が付きます。

例えば、今日は食事療法の勉強をしてもらおうと思ったら、食事療法のカードを取り出して、それに合った指導箋が大体4種類あります。食事療法については基本的な食事というのが出てまいりまして、食べる順番、後でご紹介いたしますが、どういうふうに食べれば血糖が上がりにくいかとか、あるいは間食はなぜいけないか、間食すれば血糖がずっと上がって、その後に食事をすれば上がりっぱなしになるとか、あるいは食品交換表、これは患者さんには少し難しいというのが難点ですが、これを使います。それから、オプションがあり、例えば外食にはどう食べたらいいとか、減量が必要ならどういうことをしたらいいか、さらにアルコールも禁止ばかりでは話が進みませんので、どういうふうに摂ればあまり害がなく有用であるか。

こういうものをつくって、例えば保健師の方、産業医療スタッフの方が、今日は何々を指導したというのを指導記録に書いていただいて、これは折りたためるようになっていますので、折りたたんだものを糖尿病連携

手帳に綴じていただくということで、これならいろいろな就労者の療養支援の現場で指導ツールになり得るのではないかと思います。

もう一つ、食事療法も、今までは何が何グラムとなかなか覚えにくいものでした。私はインクレチンを専門にやってきたので、インクレチンをうまく出せば食後の血糖が上がらない、あまり難しい理論を学ばなくても簡便に行える食事療法がいいのではないかと考えました。これまでにわれわれは、例えば肉や魚をあらかじめ食べておいて、その後にご飯を食べると食後血糖がかなり抑制されるということを報告してきて、順番だけ考えて食べてもA1cが0.6～0.7下がることに気が付きました。例えば、ご飯を食べる15分前に魚や肉を食べると、食後血糖の上昇が抑制されます。食物繊維も食後血糖の上昇を抑制しますが、この二つは異なった機序ですので、野菜を食べ、あるいは肉魚を食べしてからご飯を食べると、かなり効果があるということも分かってまいりました。

しかし、肉や魚を15分前に食べるというのは一般的ではありませんので、もっと通常の食事のスタイルで検討しました。すなわち、おかずとご飯があって、おかずを15分前、10分前、5分前から食べ始める群と、三角



食べとって同時に食べる群、コントロールとしてご飯を食べて15分後におかずを食べる群で比較しました。そのときに用いた食事ですが、ご飯と5品のおかずがあります。15分前から食べても結構時間がかかります。コントロール群で、まずご飯を食べて15分後に5種類のおかずを食べてもらおうと、健常者ですが血糖はよく上がりました。三角食べとって、ご飯を食べながらおかずを食べると、少し前にシフトしますが、血糖は結構上がることが分かりました。ところが、5分前、10分前、15分前からおかずを食べ出して、0分のところでご飯を食べますと、どの場合も食後血糖はかなり抑制されましたので、こういう簡便なことを就労者の人にやっていただければ非常にいいのではないかと思います。

日本の懐石料理ですと、例えば野菜が出て、数種類の魚が出て、最後にご飯と甘味が出て、極めて血糖が上がりにくい。ところがフランス料理になりますと、まずワインが出てきて、エントリーを待っている間にパンがいっぱい出てきて、大概の人がワインを飲みながらパンをたくさん食べておられるので、ここで最も血糖が上がってしまい、肉や魚が出る。最後にもものすごい砂糖と脂肪のデザートあるいはチーズが出るので、最も血糖が上がってそれが長時間続いている。こうしたことから、フランス料理のときはせめて最初のパンは歯を食いしばってでも食べるなどということも伝える。簡単ですがそういう指導も必要です。

血糖がすぐに上がって長時間続く代表的なものがファストフードで、3大栄養素を同時に食べるようなものは非常に血糖コントロールに対しては不適切であるということも分かりました。しかし、こういうものを食べたら駄目というものもなかなか難しいので、例えば吉野家の牛丼を食べるときには、吉野家には上だけの牛皿というのが売っていますので、同じ量のご飯と分けて食べてもらいました。牛丼で食べるといっぺんに血糖が上がって長時間続きます。ところが牛皿を食べて15分後にご飯を食べてもらおうと、同じものを食べても血糖上昇はかなり低いのです。これはこういうふうにしなさいと言っているわけではなく、炭水化物を食べる前に何か食べれば、食後血糖の上昇が遅れる。だから、うどんを食べるといってもうどんだけでなく、その前に何かタンパク質を食べると食後血糖の抑制につながるの、少しでも忙しい就労者の皆さんにはこういう指導がいいのではないかと考えています。

従来、野菜は糖や脂質の吸収を抑えて、食後血糖の上昇を抑える。肉や魚はインクレチンという、インスリン分泌を促進するホルモンの分泌を促進し、かつ胃運動を緩やかにして、血糖が高いときだけインスリンを出しますので、比較的安全に食後高血糖を抑える。高齢者は、野菜をいっぱい食べるとタンパク質を食べる余裕がなくなって、サルコペニア、筋肉減少が起こりますので、むしろ高齢者ではタンパク質から食べて、野菜を

次に食べてもらい、炭水化物や果物は最後にする。こういう教え方を就労者のおられる保健管理室等でやっていただければ、非常に効果があるのではないかと思います。

そういうことで、日本糖尿病協会としては、できるだけ直接こういうことを届けたいと考えて、全国 20 カ所で毎年料理教室を開催しています。特に就労者の方の家族や患者さん自身に来ていただいて、料理をつかって試食をしていただくということもやっています。先ほど申し上げたライオンズクラブ国際協会と連携して、中小企業対象の糖尿病啓発事業、口でいくら言っても役に立たないので何かしてくれと言われるので、出前糖尿病教室をやることにしました。糖尿病の予防治療に関するレクチャー、管理栄養士や理学療法士による栄養食事や運動指導、さらに患者向け料理教室等をやって、成果を出そうと考えています。



さらにこのクルソグ (QoolSoG) プロジェクトというのは、東京の丸の内の大企業がこういう組織をつくっておられて、quality of office-worker's life so good! の略です。去年も 11 月の糖尿病デーのときに多くの企業の方にお集まりいただいて、糖尿病に対する啓発を行い、その後でスロージョギングイベントを行いました。このように、中小企業や大企業も少しずつ前向きに取り組みを開始されているのは非常に喜ばしいことですし、いろいろな手段を用いてこの就労者の人の支援をやっていきたいと考えています。ご清聴ありがとうございます。

糖尿病の予防法と治療法 — 働き世代を中心に —

日本糖尿病学会理事長、東京大学大学院医学系研究科
糖尿病・代謝内科教授
門脇 孝

私の演題名は「糖尿病の予防法と治療法—働き世代を中心に—」ですが、本日は主に治療法の話をしていただきます。



これが私のCOI開示であります（スライド①）。

**日本糖尿病学会
COI開示**

発表者名：門脇 孝

奨学金寄付金：MSD株式会社、第一三共株式会社、ノボルディスクファーマ株式会社、サノフィ株式会社、武田薬品工業株式会社

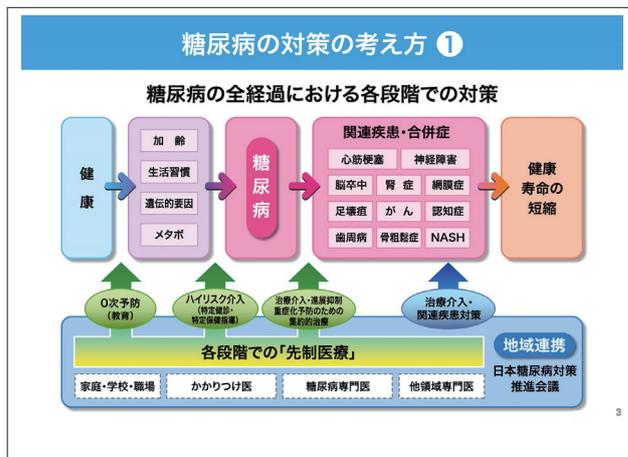
寄付講座：社会連携講座：武田薬品工業株式会社、テルモ株式会社、MSD株式会社、ノボルディスクファーマ株式会社、日本ペーリンガー株式会社

講演料：ノボルディスクファーマ株式会社、MSD株式会社、第一三共株式会社、田辺三菱製薬株式会社、アステラス製薬株式会社、風田薬品工業株式会社、小野薬品工業株式会社、興和製薬株式会社、アストラゼネカ株式会社、大日本住友製薬株式会社、サノフィ株式会社、日本ペーリンガー株式会社、株式会社三和化学研究所、日本イーライリリー株式会社、協和発酵キリン株式会社、大正製薬株式会社

Japan Diabetes Society 2

【スライド①】

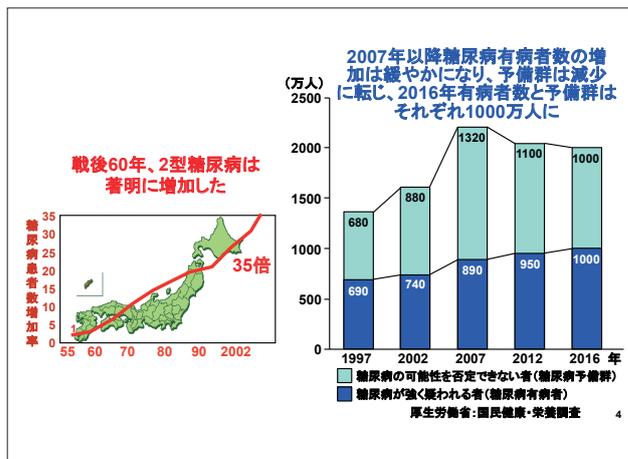
糖尿病学会では、現在、第3次対糖尿病五カ年計画を出しています。その中で、糖尿病対策の考え方の一丁目一番地として「糖尿病の全経過における各段階での対策」を提唱しています（スライド②）。すなわち、糖尿病は健康な状態から予備群の状態になり、糖尿病を発症し、正しく治療されないと、合併症を発症し、健康寿命の短縮に至る病気です。そこで、一つ一つの段階にできるだけ早期から介入することが必要です。健康な状態から予備群の状態への移行を予防することを0次予防と呼んでいます。また、予備群から糖尿病に移行する段階の一次予防では、特定健診・特定保健指導などのハイリスク介入が重要です。そして、糖尿病が次第に重症化して合併症を起こすような段階では、重症化予防が大事ですし、合併症への治療介入も非常に大事です。これらを各段階で、できるだけ早め早め実施すること



【スライド②】

を、先制医療と言います。これら各段階での先制医療の中心となるのが、日本糖尿病学会、日本医師会、糖尿病協会を中心にして約10年前につくられた日本糖尿病対策推進会議です。

（スライド③）さて、わが国の糖尿病患者数は戦後60年で著明に増加しました。厚生労働省では、1997年から国民健康・栄養調査によって、有病者と予備群についての統計を取っています。2016年の統計が2017年秋に発表されていますが、2007年以降、糖尿病有病者数の増加は緩やかになったのではないかと考えられています。しかしながら、患者数が1000万人を初めて超えたという点では、深刻なことです。一方、明るいニュースとしては、予備群者が2回続けて減少に転じたことです。これは、特定健診・特定保健指導などの取り組みが功を奏しているのではないかと考えています。



【スライド③】

（スライド④）糖尿病で問題なのは合併症です。現在、特に働き世代ではメタボ型の糖尿病が多く、肥満・内臓脂肪蓄積から異所性脂肪沈着が起こってきます。脂肪肝は、肝臓に余剰なエネルギーがたまる

た状態ですし、最近では脂肪筋、肉で言えば霜降りですが、ヒトの筋肉も霜降り状態になると糖を取り込めなくなってしまいます。そのような患者さんは、糖尿病だけでなく脂質異常や高血圧も合併するメタボリックシンドロームの状態となりやすく、細い血管の障害だけでなく心筋梗塞、脳卒中、またCKD（慢性腎臓病）などが起こってきます。

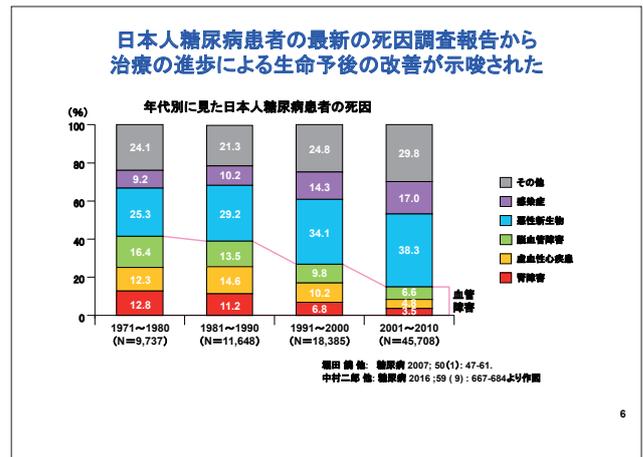


【スライド④】



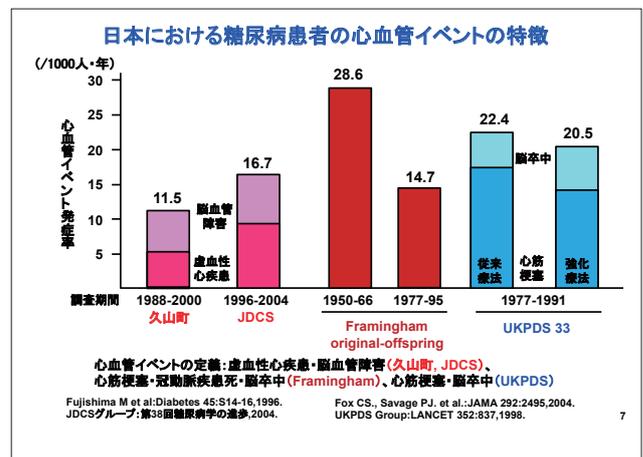
(スライド⑤) わが国の糖尿病患者の死因については、今日、司会をお務めくださっている堀田饒先生のお力で、これまで10年おきに、日本糖尿病学会として委員会を作って死因調査を行ってきました。その委員長を務めてこられたのが堀田先生ですが、1971～1980年は、脳血管障害、虚血性心疾患、腎障害という血管障害が死因の41.5%を占めており、悪性腫瘍は25.3%でした。2010年までの統計が取られています。この間大きな変化が起こっています。脳血管障害、虚血性心疾患、腎障害による死亡が減少し、一方で、血管障害で亡くならなくなったからということですが、悪性新生物による死が増え、また、肺炎や老衰も増えています。ただ、死因として

脳血管障害や虚血性心疾患、腎障害が減ったとしても、例えば脳血管障害を起こせば、死に至らなくても重大なADLやQOLの障害を引き起こし、患者本人のみならず、家族や社会、企業にも非常に大きな影響を与えますし、腎障害は透析導入者の増加につながります。



【スライド⑤】

ここで、脳卒中や心筋梗塞が糖尿病患者においてどれくらい発症するのかというデータを見てみたいと思います(スライド⑥)。JDCSは約20年前から始まって最近まで続いている研究ですが、わが国の多くの糖尿病専門医療機関が参加しています。その心血管イベントの発症率は、最近の米国の発症率と比較しても、イギリスのUKPDSでの発症率ともあまり差がありません。その中身を見ると、欧米では心筋梗塞の方が脳卒中よりも多いのですが、わが国では脳卒中が多く、半分程度を占めるという特徴があります。また、糖尿病腎症を原因とする透析はどんどん増えてまいりまして、現在は毎年1万6000人が糖尿病腎症を原因として透析導入を余儀なくされているわけです。透析医療費は毎年約500万円かかりま

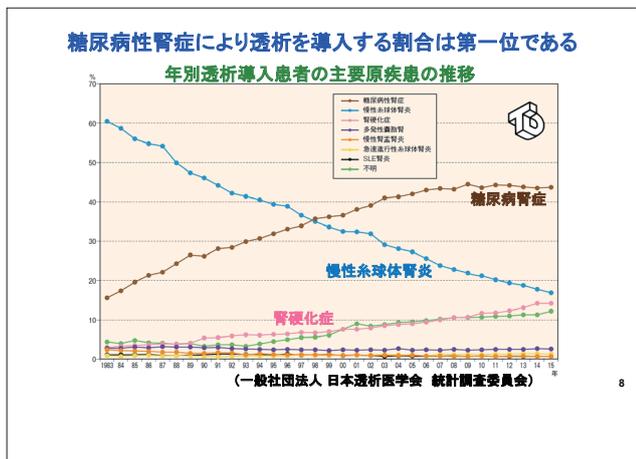


【スライド⑥】

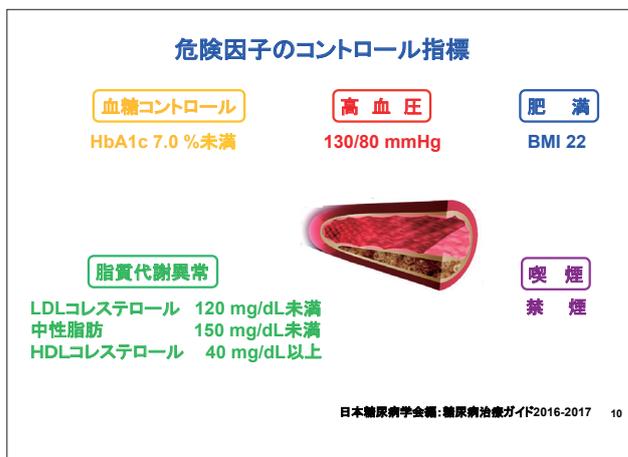
すので、1万6000人と掛け合わせると、毎年800億円ずつ医療費が増えている。かつ、透析患者の予後は以前より良くなっていますので、それが5年、10年、15年と累積してきている状況で、多大な医療費が糖尿病を原因とした透析医療に使われている状況です。



そこで、どのようにして合併症を抑えたいのか。そして、糖尿病であっても健康な人と同じように、健康寿命を維持し、QOLを維持するためには、今、示したような脳血管障害をはじめとする動脈硬化性疾患、あるいは透析に至る腎症など血管合併症を抑えることが必要で、そのためには血糖、体重、血圧、血清脂質の良好なコントロール状態の維持が重要とされています(スライド⑦)。実際に日本糖尿病学会では、血糖コントロール、血圧コントロール、脂質コントロール、体重コントロール、禁煙をお勧めしています(スライド⑧)。しかしながら、これらを合わせて行った場合に患者さんの血管障害がどれくらい改善するのかという科学的なデータは、これまでほとんど出されていませんでした。

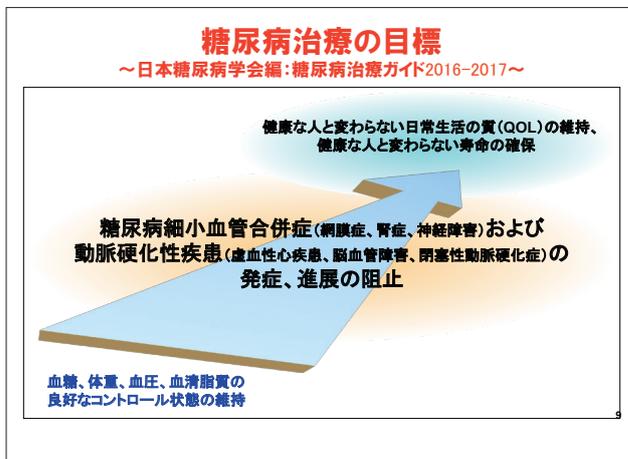


【スライド⑦】



【スライド⑧】

わが国における糖尿病や合併症の増加を踏まえて、2006年に立ち上がったのが戦略研究で、J-DOIT1は糖尿病の一次予防の研究、J-DOIT2は糖尿病治療の中断率を50%減少することを目指した研究、J-DOIT3は私が研究リーダーを務めた、脳卒中・心筋梗塞・死亡などの糖尿病合併症を30%抑制することを目指した研究です(スライド⑨)。J-DOIT3は、2型糖尿病患者における血管合併症抑制において現在のガイドラインに従った従来どおりの治療と比較して、血糖、血圧、脂質に対する強化された多因子介入の効果を検証するものです(スライド⑩)。2542名の糖尿病患者にご協力いただき、死亡・心筋梗塞・脳卒中を中心とした主要評価項目と、透析に至る腎症を含めた副次評価項目を指標として、現在のガイドラインに従った群と、血糖・血圧・脂質を重症低血糖を起こすことなく安全に正常に近付けた群で、約10年間にわたって研究が行われ、平均介入期間は8.5年でした。全国の、81医療機関に加わっていただきました。



【スライド⑨】

J-DOIT3
2型糖尿病患者を対象とした血管合併症抑制のための多因子介入研究
NCT00300976

対象	高血圧または脂質代謝異常のある2型糖尿病(45-69歳) HbA1c \geq 6.9% [n=2542, 初発予防89%, 再発予防11%]	
主要評価項目	死亡、心筋梗塞、脳卒中、冠動脈血行再建術、脳動脈血行再建術	
副次評価項目	第1副次評価項目: 死亡、心筋梗塞、脳卒中 第2副次評価項目: 腎症の発症・増悪、下肢切断、網膜症の発症・増悪	
試験実施期間	2006年7月開始試験期間は1次エンドポイントが250例に達するまで(2016年3月末終了) 2016年4月より5年間追跡研究	
治療目標	強化療法群 n = 1271	従来治療群 n = 1271
血糖	HbA1c < 6.2%	HbA1c < 6.9%
血圧	< 120 / 75mmHg	< 130 / 80mmHg
脂質	LDL-C < 80mg/dL (*LDL-C < 70mg/dL)	LDL-C < 120mg/dL (*LDL-C < 100mg/dL) * CHDの既往

(Yazaki Y, Kadowaki T Nature Medicine 2006, Ueki K, Kadowaki T et al. BMJ Open Diabetes Research & Care) 11

【スライド⑩】

この研究では、薬も使ったのですが、一番大切にしたのがセルフケアです(スライド⑩)。食事療法はもちろんのこと、運動療法は従来治療群には歩数計ですが、強化療法群には加速度計を貸与して、運動量をモニタリングしていただきました。例えば私自身の病院では、介入の途中のデータですが、強化療法群では従来治療群に比べて、1日に2000～3000歩、歩く歩数が多かったというデータが出されています。

J-DOIT3の強化療法群のセルフケア項目

- 食事療法: 食事内容の記載、報告。
- 減量: BMI \leq 22
- 運動療法: 1回15～30分の歩行を1日2回以上行う。
- 血糖測定: 毎日血糖自己測定をする。
- 血圧測定: 毎日血圧測定をして記録、報告する。
- 体重測定: 毎日決まった時間に体重を測り、記録し報告する。
- 喫煙
- 厳格な治療: 血糖値(インスリン治療を含む)、血圧、脂質



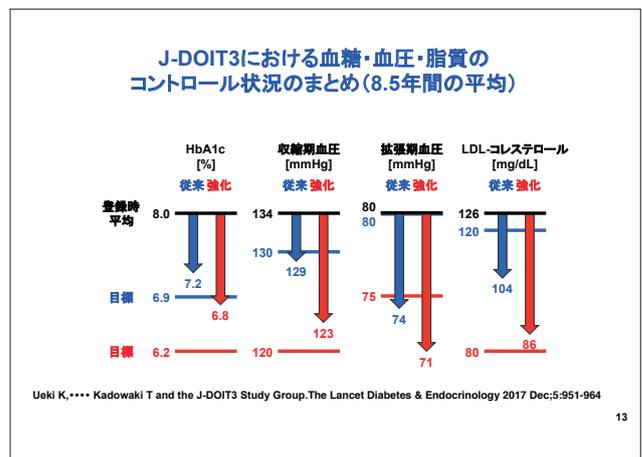
12

【スライド⑪】

そして、J-DOIT3における生活習慣介入のためのコアカリキュラムをつくり、これを用いて一人一人の患者さんの日常生活に合わせて介入を行いました。例えば、「私は生活習慣改善に取り組んでいます。前回よりも改善できたのは、会社の玄関から4階のオフィスまでエレベーターをやめて、階段を使うようになったことです。実行できた秘訣は、職場の同僚も誘って、一緒に階段を使うように励まし合ったことです。次の目標として、駅までの道のりを、バス4駅分を徒歩に変えることを実行します」。「そのために何が重要ですか」と聞いて、患者さんに考えていただくのです。「まず20分早起きをすることから始めます」。予想される障害は、「バスを見かけたら

乗ってしまうことです」。その予防・改善方法は、「バスの定期券を購入しないことです」と。これはほんの1例ですが、こういった形で一人一人の生活に合わせた日常生活の改善の支援を行ったわけです。

これらの生活習慣の改善と合わせて、薬物治療を適切に行い、従来治療群ではHbA1cはやや目標に届かなかったのですが7.2%、血圧は収縮期も拡張期も、LDLコレステロールも目標を達成して、おおむね現行のガイドラインに従った良い治療ができたという群です(スライド⑫)。強化療法群は、目標に届かなかったものも届いたものもありますが、従来治療群に比べて統計学的にも有意にHbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧、LDLコレステロールが下がりました。

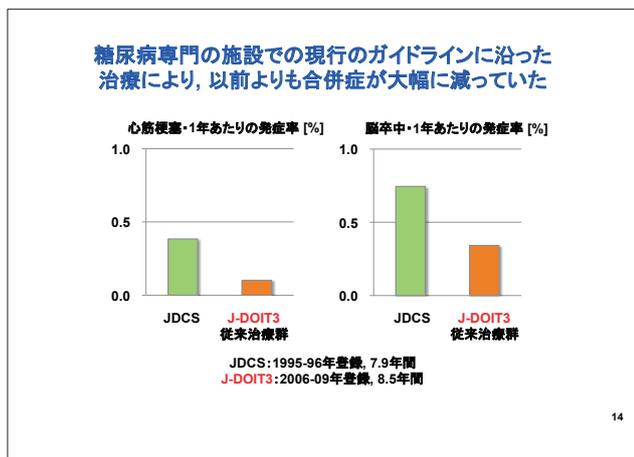


【スライド⑫】



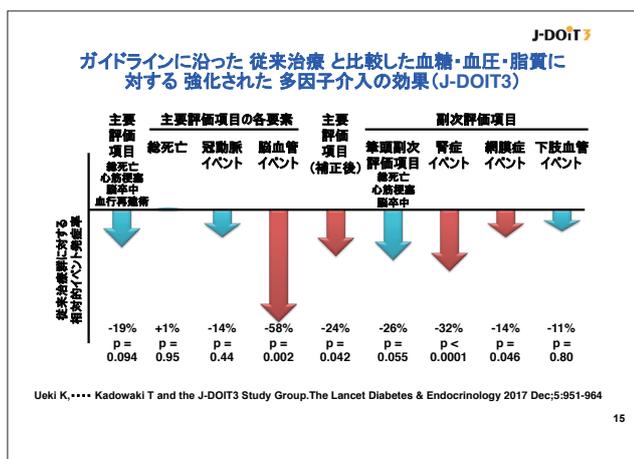
それでは、予後はどうなったのか。J-DOIT3より約10年早く始まって、年齢や罹病期間がJ-DOIT3とほぼ同じであったJDCSの1年あたりの心筋梗塞の発症率、脳卒中の発症率に比べて、2分の1から3分の1に、まずイベントが減っています。実際に、血糖や血圧、脂質を調べてみても、JDCSに比べて、

J-DOIT3 は明らかに良くなっていることが分かりました。これは、DPP-4 阻害薬など、低血糖をあまり起こさずに血糖を下げられる薬が登場したことなど、この 10 年間の薬物治療の進歩によって、現行のガイドラインの目標の達成率が上昇し、大きく合併症が減少することが分かりました（スライド⑬）。



【スライド⑬】

では、強化治療群のデータは、既に大きく合併症が減った従来治療群に比べて、さらに減ったのか、変わらなかったのか、かえって増えてしまったのか。総死亡、心筋梗塞、脳卒中、血行再建は 19%減少、最初リスクファクターに少しばらつきがありましたので、それを補正すると 24%減少。特に大事な死亡、心筋梗塞、脳卒中、これは筆頭副次評価項目と位置付けましたが、26%減少しました。中でも際立っていたのは、脳卒中が 58%抑制、腎症が 32%抑制されたことです。特に強化療法群では、透析が 1 例も起こりませんでした（スライド⑭）。



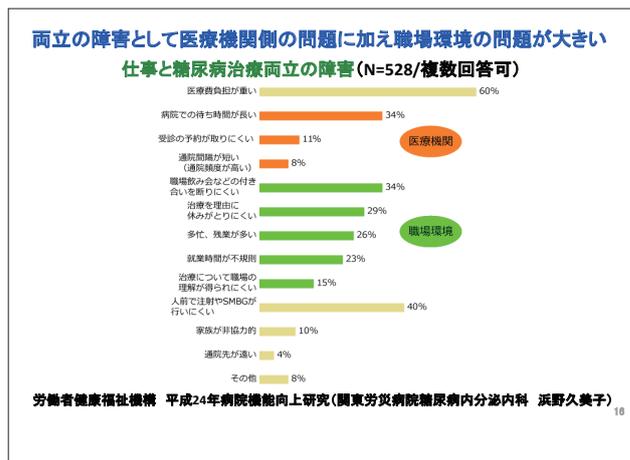
【スライド⑭】

今回の J-DOIT3 研究で示されたように、現在、糖尿病の治療法が非常に進歩し、生活習慣の改善と合わせて、適切な薬物治療を行うことによって、血糖・

血圧・脂質を安全に正常に近づけることによって、患者さんの予後を大きく改善することが出来ると考えられます。先ほど清野先生からお話がありましたように、今きちんと治療を受ければ、患者さんの状態は大部分が非常に良くなるのだということを患者さんによく分かっていただいて、治療中断をなくす、未治療をなくすといった活動が非常に重要ではないかと思えます。

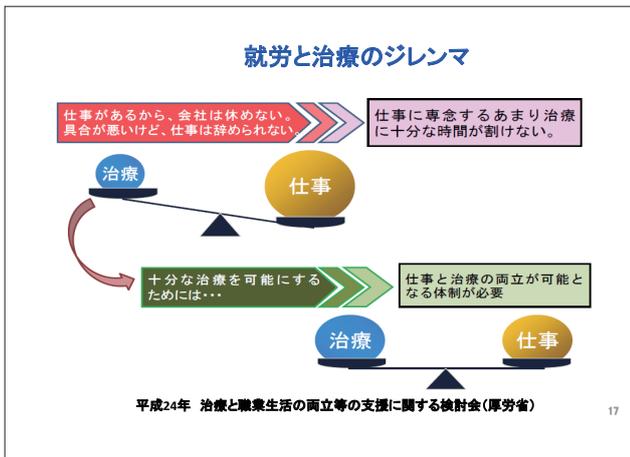


浜野先生らのデータによれば、両立の障害として、例えば病院での待ち時間が長い、土曜日の診療がないといった医療機関の問題と、例えば治療を理由に休みをとりにくいといった職場環境の問題が指摘されていますので、これを取り除いていく努力が非常に重要です（スライド⑮）。

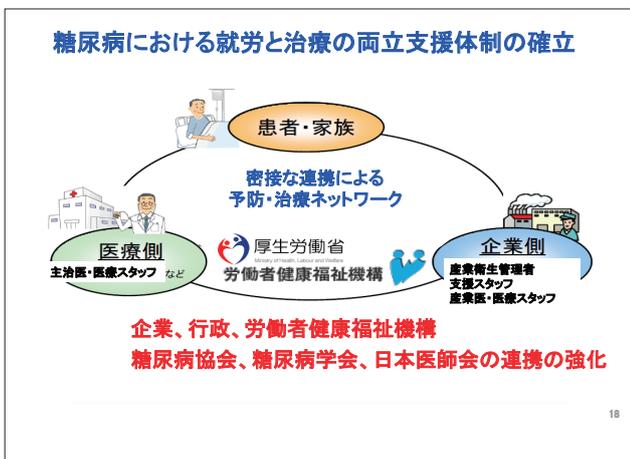


【スライド⑮】

就労と治療のジレンマを克服し仕事と治療の両立させるためには患者・家族と医療側、産業衛生管理者を含めた企業側の密接な連携による予防・治療ネットワークの構築が重要で、それを企業、行政、労働者健康支援機構、協会、学会、日本医師会がサポートしていく体制づくりが求められます（スライド⑯⑰）。



【スライド⑯】



【スライド⑰】

今日はそのための非常に重要な会議ではないかと思っています。ご清聴ありがとうございました。



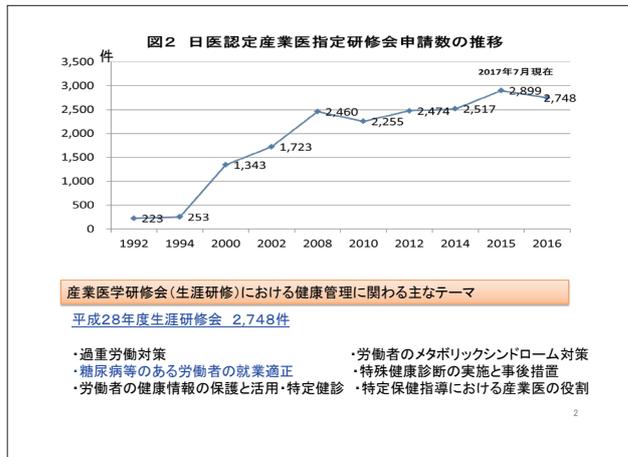
両立支援を目指した医師会における取り組み

日本医師会常任理事
松本 吉郎

皆さん、こんにちは。日本医師会の常任理事をしております松本と申します。日本医師会では、産業保健、医師の働き方等を担当しております。本日は、発言の機会を私に与えてくださいました有賀先生、清野先生、柵木先生、堀田先生に感謝申し上げます。



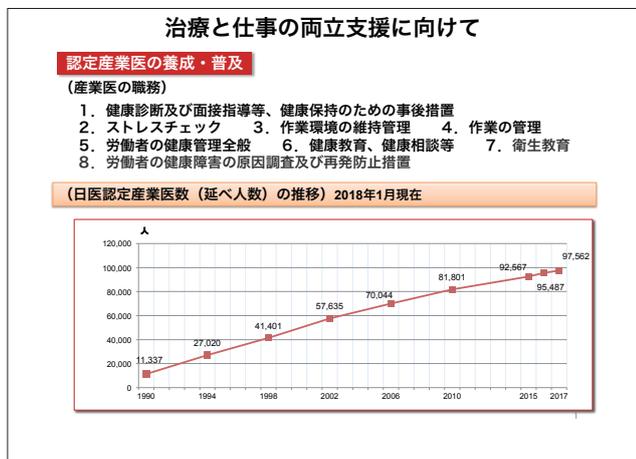
日本医師会の両立支援に向けた取り組みですが、まず、産業医をしっかりと養成・普及することが日本医師会の使命です。現在、日本医師会の認定産業医は9万7562名で、もうそろそろ10万人を超えるような状況になっています(スライド①)。ただし、お辞めになられた方や更新されていない方もいらっしゃいますので、現実的には、有効認定産業医は6万人台と考えております。指定研修会の申請は年々非常に増えており、現在では年に3000件弱、糖尿病という病気の捉え方のみならず、両立支援についてもしっかりと研修をしていただくシステムになっております(スライド②)。



【スライド②】

また、治療と職業生活の両立支援に関するガイドライン作成委員会が厚労省労働基準局で行われております。私もこのガイドライン作成に参画しており、がん、脳卒中、心疾患、糖尿病、肝炎、その他の難病と、ガイドラインの内容が少しずつ増えているという状況です。先ほどから先生方がおっしゃっていたとおり、仕事と治療の両立に向けて、主治医、会社産業医、患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型のサポート体制を構築していくことが非常に重要かと思えますし、この両立支援コーディネーターの養成に向けても取り組んでいる最中だと思えます。かかりつけ医機能の強化という中で、働き方と治療と職業生活両立支援に対して、かかりつけ医がしっかりと取り組むこと、それから産業医の立場としてもきちんと取り組んでいくことが挙げられます。

私の地元の埼玉県で、昨年、私が治療と職業生活の両立支援に関するアンケートを産業医会の会員に行い、1415名に調査を依頼して36%の回収をいたしました(スライド③)。



【スライド①】

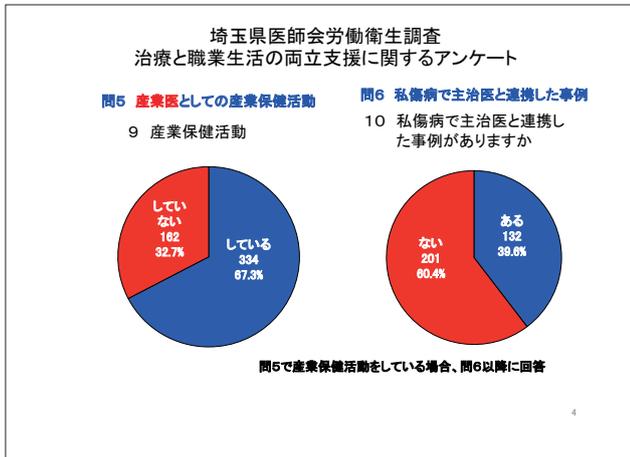
埼玉県医師会
治療と職業生活の両立支援に関するアンケート

目的: 埼玉県医師会産業医会員に治療と職業生活の両立支援の実態について伺い、産業医活動のあり方を探るための基礎資料を得ることを目的とする。

対象: 埼玉県医師会産業医会員1,415名
実施時期: 平成29年5月～平成29年6月末
回収率: 506(36%)

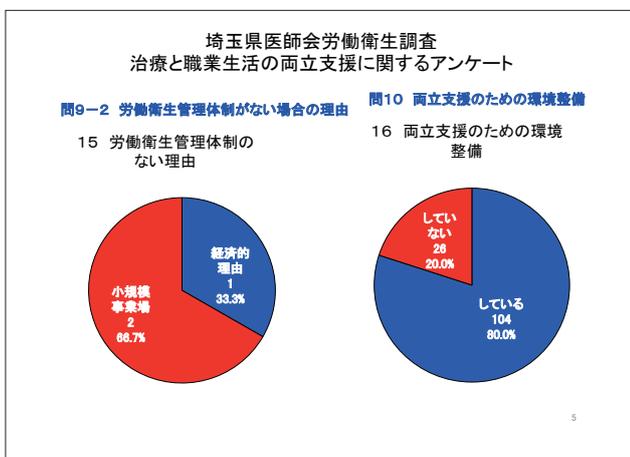
【スライド③】

この結果を少しご覧いただきたいと思います。産業医保健活動を現在している方が3分の2、私傷病で主治医と連携した事例は40%です（スライド④）。



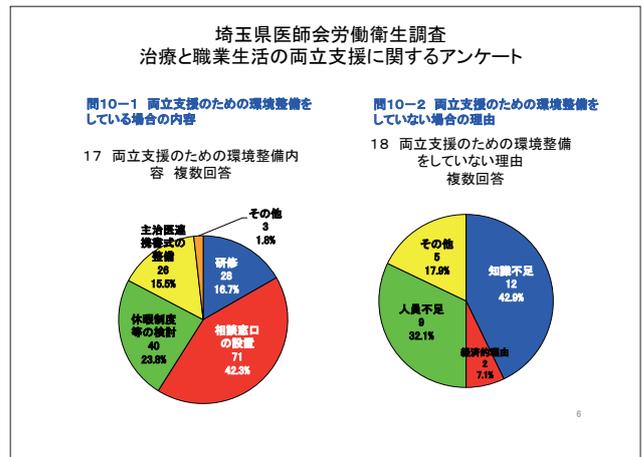
【スライド④】

労働衛生管理体制が、まだなされていない理由として、経済的理由と答えられた産業医が非常に多く、特に小規模事業場でそういった答えが非常に多くありました（スライド⑤）。やはり小規模事業場において労働衛生管理体制をしっかりとっていくことは、これからの大きな課題であろうと思います。いわゆる中小企業、特に50人以下の事業場は、都道府県によって異なりますが、全事業場の95～98%を占めると言われています。そして、全労働者の60%が50人未満の会社で働いていることを考えれば、特に50人未満の事業場では産業医が選任されていませんので、ここをしっかりと手当てをしていくことは重要です。



【スライド⑤】

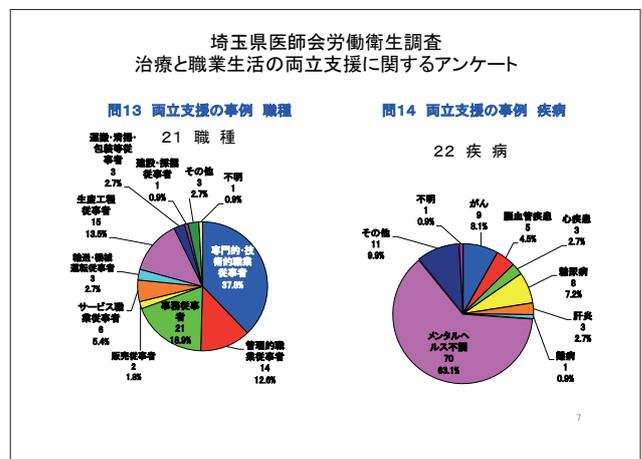
両立支援の環境整備については、一応なされているようですが、会社の規模によってかなり違いがあります（スライド⑥）。両立支援の環境整備をしている場



【スライド⑥】

合の内容としては、研修会の実施、相談窓口の設置、休暇制度等の検討、主治医の意見書等が挙げられます。環境整備をしていない理由としては、知識不足や経済的な理由、人員不足等が挙げられています。

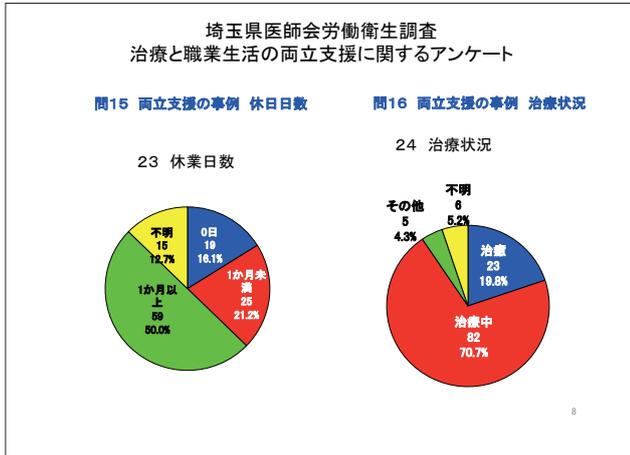
職種は、全事業場の内訳と同じようなことになりませんが、専門的・技術的職業の従事者が4割弱、事務的な従事者が2割弱となっております。疾病に関しては、両立支援の事例は、圧倒的にメンタルヘルス不調が多いということが明らかになっています（スライド⑦）。



【スライド⑦】

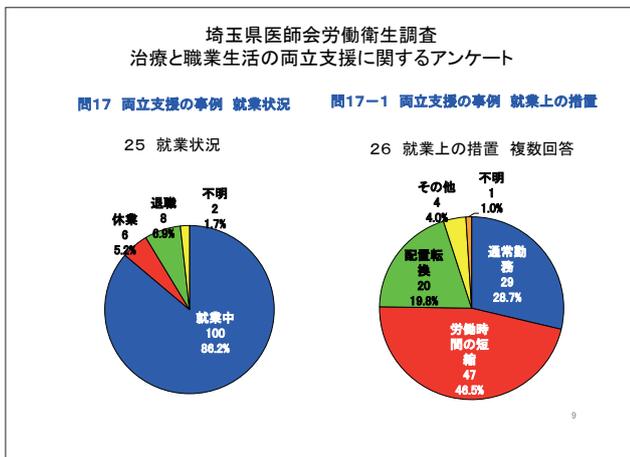


メンタルヘルス不調が約63%を占め、がんが8%、脳血管疾患が4.5%、心疾患が2.7%、糖尿病は7%となっています。両立支援の事例の休日日数は、1カ月以上休んでいる方が約5割です。治療状況は、治った方が約2割、治療中の方が約7割です(スライド⑧)。



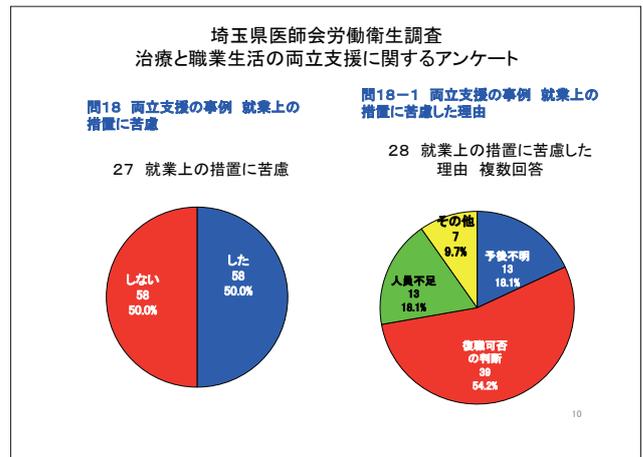
【スライド⑧】

就業状況に関しては、現在就業中の方が86%、休業中の方が5%、退職された方が7%もおられるという事実です。就業上の措置ですが、通常勤務をされている方が3割弱、労働時間の短縮を行った方が5割弱、配置転換をされた方が2割という状況でした(スライド⑨)。

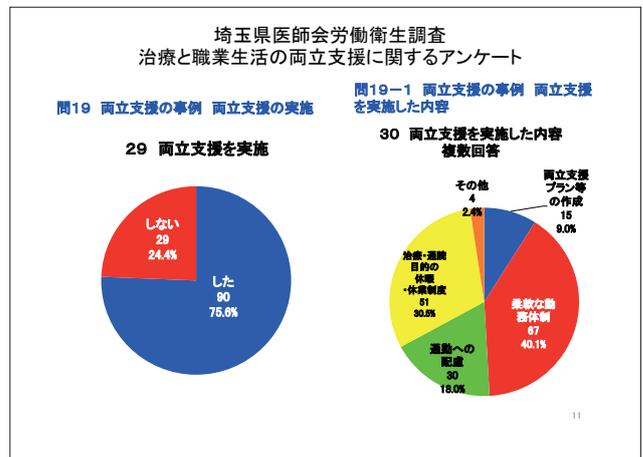


【スライド⑨】

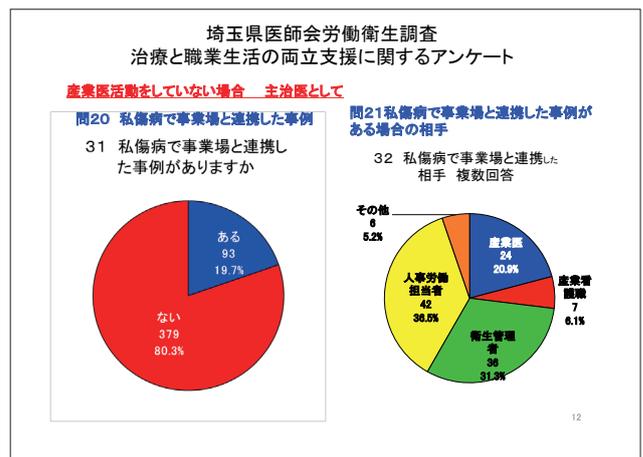
就業上の措置に産業医として苦慮したという回答が約半数あり、苦慮した理由としては、復職の可否の判断が非常に難しいことが挙げられております。また、会社の人員不足によるものが背景にあるということが2割弱となっています(スライド⑩)。両立支援を実施したかどうかでは、76%が実施をして、その内容は柔軟な勤務体制が40%、通勤への配慮が18%、治療通院目的の休暇や休業制度を挙げられたところが30%ございます(スライド⑪)。



【スライド⑩】



【スライド⑪】



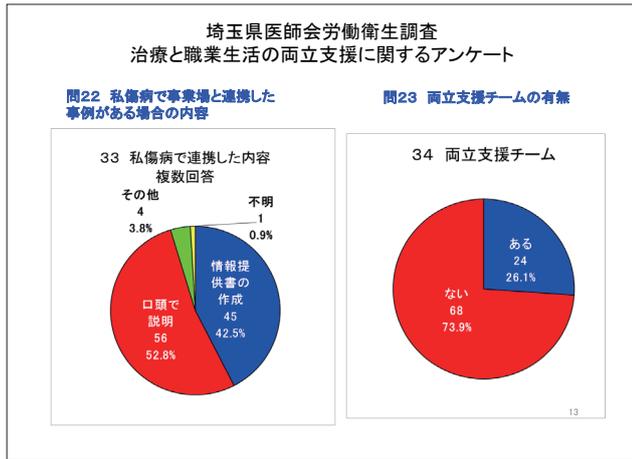
【スライド⑫】

今度は主治医の立場から見てみますと、私傷病で事業場と連携したことがあるかという問いに対して、あると答えた主治医は20%です。どのような方と連携したかという、会社の産業医が21%、看護職が6%、衛生管理者と人事労務担当者がそれぞれ30%以上と多くなっています(スライド⑬)。連携した内容は、口頭での説明が5割強、情報提供書の作成も4割以上挙げられています(スライド⑭)。

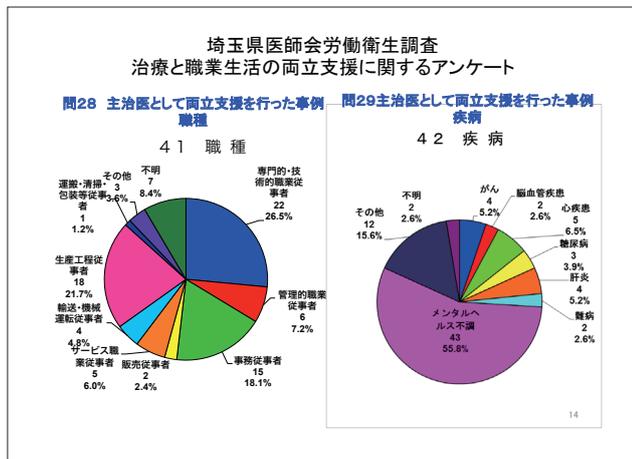
両立支援チームの有無については、非常に小さな診療所を主体に答えていますので、チームがあるところは非常にまだ少ないということです。ある場合の構成は、医師、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、産業カウンセラー、社会保険労務士がチームになっているという答で、これは病院での状況だご理解いただきたいと思います。両立支援コーディネー

ターがいると答えたところが20%で、これもやはり病院内で、診療所ではなかなかここまで行われていません。コーディネーターの職種は医師、看護師、保健師、ソーシャルワーカーです。

両立支援を行った事例の年齢は40歳代が非常に多い。これは、メンタルヘルス不調が非常に多いことが背景になって、30代、40代、50代が多くなっていると思いますし、これを糖尿病や他の疾患に限れば、この年齢構成はかなり違ってくものと推察されます。事例の職種は、専門的・技術的職業従事者、管理的職業従事者、事務従事者、生産工程従事者等が多く、疾病に関しては主治医の立場から見てもメンタルヘルス不調が5割以上を占めています。あとはがん、脳血管疾患、心疾患、糖尿病、肝炎、難病が挙げられています(スライド⑭)。両立支援を行った事例では、治癒が17%、治療中が54%。両立支援の意見書を用いたというのは、まだ12.7%にとどまっています。これは非常に重要なアンケートの内容で、やはり両立支援の意見書が、まだ使われていないという現況は、もっと意識すべきだろうと考えています(スライド⑮)。

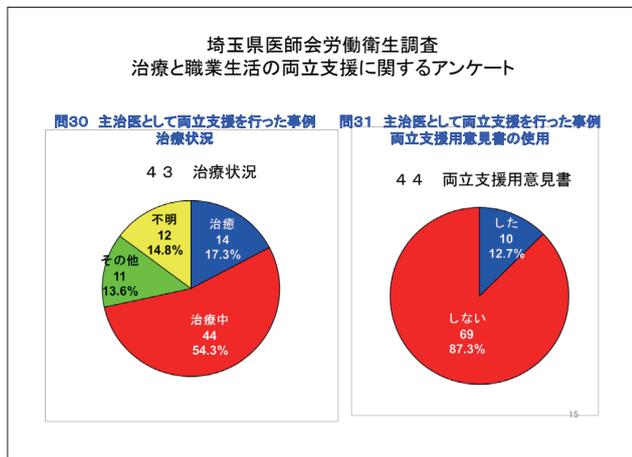


【スライド⑬】



【スライド⑭】

治療と職業生活の両立支援を進めることの意義は、先生方がこれまでもお話しになったとおり、人材資源の喪失を防ぐ、従業員のモチベーションの向上、労働者にとっても、本人が希望する場合は疾病を増悪させることなく、適切な治療を受けながら仕事を続けられる。医療関係者にとっても適切な疾病の治療が可能になる。一億総活躍社会の理念にも沿った社会的な意義も大きいと言えます。その対策としては、産業医と企業の人事担当者の連携のみでは不十分であって、やはり主治医、上司、家族等、多くの関係者が適切に連携を図り、対応する必要があると考えています。



【スライド⑮】



主治医から産業医への情報提供の必要性は、日本医師会としてもこれまで提供を行うことにインセンティブが働くよう、国に要望してまいりました（スライド⑯）。この度の4月に行われる診療報酬改定の中で初めて産業保健関係で診療報酬が付くことになりました。これは国に非常に感謝していますが、ただ、がん患者に限られるということ。また、主治医から産業医への情報提供が診療報酬として認められましたが、逆に産業医の方には同じ情報提供を返すような形になっても、評価は行われていない。もちろん産業医に対して直接診療報酬で評価することは、元々仕組み上困難なことではありますが、産業医の協力がしっかりと進まない、この両立支援は進んでいきませんので、どのような形で評価したら良いかは、今後、国にしっかりと考えていただきたいと思っています。点数は1000点で、6カ月に1回、適切な連携がなされれば評価されるということが決まっています。また、今のところはがん患者ですが、できれば難病、糖尿病といった他の疾患にも広げていきたいということも合わせて、今後、要望したいと思っています。

主治医から産業医への情報提供の必要性

■主治医から産業医への情報提供が診療報酬上、算定可能となった。

日本医師会では、これまで、主治医が企業の産業医に対して、両立支援を目的とした患者情報の提供を行うことにインセンティブが働くよう国に要望してきたが、この度の診療報酬改定において、がん患者に限るとはいえ、主治医から産業医への情報提供が診療報酬として認められたことは、「両立支援の推進」において高く評価される。

しかし、今後は産業医から主治医への双方向の情報提供が必要となるので、産業医にも主治医と同様の評価が適切に行われるよう要望していきたい。

【スライド⑯】

それから、日本医師会総合政策研究機構の調査による全国12市町村の2013年度から2015年度の国保のデータを見てみると、市町村によってだいぶ違いがありますが、糖尿病という病名が付いているレセプトは、少ないところでも7~8%、多いところでは既に10%を超えています。市町村によって1.5倍ぐらいの開きはありますが、高齢化とともに、少しずつ増えておりまして、10%を超えている市町村がかなり多くなっているという事実がございます。国保ですので、74歳未満のところしか出ていませんが、後期高齢者を入れれば、その割合はもっと増えることは容易に推測されます。

なぜ糖尿病対策が必要なのか。今日は糖尿病の高名な先生がたくさんいらっしゃいますので、私から言うことではございませんが、非常に重要な課題であるということです。



また、特定健診・保健指導という内容から見てみると、健康保険組合で74%の特定健診の実施がある一方、中小企業が多い協会けんぽの方では46%しか特定健診が実施されていないという事実がございます（スライド⑰）。事業主健診をみてもこの傾向は

第3期特定健診・保健指導の見直し

特定健診・保健指導の実施率向上に向けて
いかに国民にとって意味のある、魅力のある
健診内容とするかが重要

健診項目・運用の見直し(2018年度~)

- ①血清クレアチニン(eGFR)の詳細な健診項目への追加
→糖尿病性腎症重症化予防を進めるためにも、**分かりやすい腎機能の評価が必要**
- ②歯科口腔保健の推進に向けた質問票の見直し
→これまでの質問項目との継続性を考慮しつつ、生活習慣の改善に関する**歯科口腔保健の取組の端緒となる質問項目を追加**
- ③特定保健指導対象者への詳細な質問項目に歯科口腔保健に関する健康意識・食生活習慣の質問
→保健指導実施者から**歯科健診の必要性を啓発・勧奨、食習慣の改善から生活習慣病予防へ**、**保健指導から医科歯科連携**

【スライド⑰】

明らかで特に従業員の少ない事業所ほど実施率が下がっていきます。第3期の見直しでは詳細な健診項目として血清クレアチニンは測れることになっているので、これからeGFRがつかめて、腎機能の評価ができるということで、非常に大事な健診になっていると思います。また、会社における一般健康診断におきましても、この度、血清クレアチニンとHbA1cが、産業医が省略してはいけないと主張すれば測定できることになりましたので、ぜひ産業医の方をお願いをしたいのは、一方的な会社の都合による省略がなされないように、血清クレアチニンとHbA1cは

日本健康会議は、この後、多分、森先生がお話になるかと思いますが、日本医師会は最初からこの会議にもしっかりと取り組んでおりまして、かかりつけ医等と連携して、生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合24団体以上とすることを目標のひとつに掲げています。現在、もう少しでその目標が達成できるところまで来ております(スライド⑳㉓)。

日本健康会議(民間主導の取組)について

- ◆発足:平成27年7月10日(金)
- ◆発起人:横倉義武(日本医師会会長)、三村明夫(日本商工会議所会長)
- ◆目的:経済界・医療関係団体・自治体のリーダーが手を携え、**健康寿命の延伸**とともに**医療費の適正化**を図る。
- ◆活動指針:「健康なまち・職場づくり宣言2020」
宣言①:予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。
- 宣言②:**かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。**
- 宣言③:予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職場が連携した予防に関する活動を実施する。
- 宣言④:健康保険等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。
- 宣言⑤:協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。
- 宣言⑥:加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術(ICT)等の活用を図る。
- 宣言⑦:予防・健康づくりの企業へ実態を提供する事業者の質・量の上昇のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの権限等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。
- 宣言⑧:品質確保・安定供給を図るため、すべての保険者が後発医薬品の利用助奨など、使用割合を高める取り組みを行う。
- ◆目標達成に向けた具体的活動:
①ワーキンググループ(WG)の設置(具体的な推進策の検討等)
②「日本健康会議 ポータルサイト」による地域、業界の取組状況の「見える化」

【スライド㉒】

取組の成果(「日本健康会議2017」活動報告より)

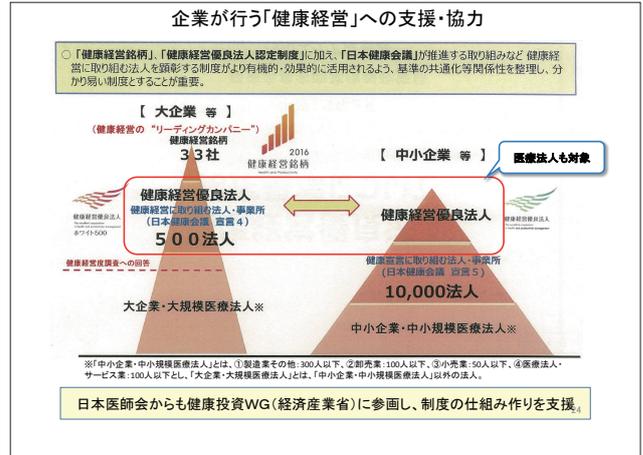
宣言2 **かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。**

- 【達成要件】
- ①対象者の抽出基準が明確であること
 - ②かかりつけ医と連携した取組であること
 - ③保健指導を実施する場合には、専門職が取組に携わること
 - ④事業の評価を実施すること
 - ⑤取組の実施にあたり、地域の実情に応じて各都道府県の糖尿病対策推進会議等との連携(各都道府県による対応策の議論や取組内容の共有)を図ること



【スライド㉓】

これも森先生から多分お話があると思いますが、「ホワイト500」といって、健康経営優良法人に適合する法人を500選定するというで始めましたが、2018年度認定法人は大規模法人500法人以上中規模法人700法人以上に達する見込みで、とりあえず目標は達成できていると考えております(スライド㉔)。ただ、この中で気になるのは、医療法人でこれに取り組んでいるところが非常に少ないという現実です。15法人ぐらいしかございません。今、私は日本医師会で、医師の働き方改革にも取り組んでいます。医療機関においては、産業保健あるいは労働衛生、職員の健康管理という取り組みが、病院によっては少し後れている面がございますので、



【スライド㉔】

医療機関も産業衛生、労働保健衛生ということに対してしっかりと、これから真剣に取り組んでいかなければならない時期に来たのではないかと考えています。この判定基準の中に、病気の治療と仕事の両立支援に取り組んでいるかという項目が入ることになります(スライド㉕)。

健康経営優良法人2018(中小規模法人部門)の認定基準

大項目	中項目	小項目	評価項目	認定要件	
1. 経営理念(経営者の自覚)			健康意識の社内外への発信及び関係者自身の継続学習	必須	
2. 組織体制	従業員健康課題の把握・必要対応の検討	健康課題の把握	健康課題の把握	健康課題の把握(100%)	左記①～④のうち2項目以上
		健康課題の把握	②労働時間・勤務時間	②労働時間・勤務時間の把握	
		健康課題の把握	③50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施	③50人未満の事業場におけるストレスチェックの実施	
		健康課題の把握	④健康増進・過労予防防止に向けた具体的目標(計画)の設定	④健康増進・過労予防防止に向けた具体的目標(計画)の設定	
3. 健康経営の実践	健康経営の実践に向けた継続的な取り組み(ワークエンゲージメント)	ヘルスプロモーションの向上	⑤健康職又は一般社員に対する教育機会の設定	左記⑤～⑧のうち少なくとも1項目	
		ワークライフバランスの推進	⑥適切な働き方実現に向けた取組		
		健康経営の推進	⑦ヘルスケアサービスの導入・活用		
		健康経営の推進	⑧ヘルスケアサービスの導入・活用		
4. 評価・改善	健康経営の心身の健康づくりに向けた具体的対策	健康経営・生活習慣病予防対策	⑨健康経営の推進に向けた取組	左記⑨～⑫のうち3項目以上	
		健康経営・生活習慣病予防対策	⑩労働時間・勤務時間の把握に関する取組		
		健康経営・生活習慣病予防対策	⑪労働時間・勤務時間の把握に関する取組		
		健康経営・生活習慣病予防対策	⑫労働時間・勤務時間の把握に関する取組		
5. 法令遵守・リスクマネジメント		健康経営のリスク管理	⑬法令遵守(40歳以上の従業員)の継続的提供	必須	
		健康経営のリスク管理	⑭健康経営の実施(自主申告)	必須	

【スライド㉕】



これが健康優良法人の大規模部門と中小部門の内容です。このような法人が、昨年、2017年までに認定されています（スライド②⑥）。右下のキャラは、新しい日本医師会のマスコットキャラです。柴犬で「日医君」という名前と呼ばれています。ぜひ、このマークを覚えていただきまして、これからも日本医師会へのご理解とご協力をお願い申し上げまして、私の追加発言といたします。ご清聴いただきまして、ありがとうございました。



【スライド②⑥】

最近の産業保健行政の動きについて

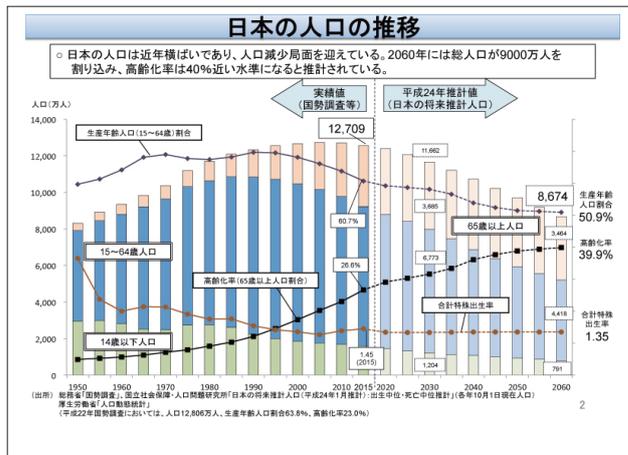
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長
神ノ田 昌博

皆さま、こんにちは。ご紹介を頂きました厚生労働省労働衛生課長の神ノ田でございます。本日は、このような場でお話をする機会を頂きまして、誠にありがとうございます。また、ご参加の皆さま方には、それぞれのお立場で産業保健行政の推進に格別のご理解、ご協力を頂いているところで、この場をお借りしまして、厚く御礼を申し上げます。



私からは、「最近の産業保健行政の動きについて」ということで、20分間、ご説明を申し上げます。働き方改革に関しては、産業医・産業保健機能の強化は法改正で対応しますし、また、この4月からは新しい労働災害防止計画もスタートするという盛り返り感がありますが、今日は時間の関係もありますので、両立支援を中心にお話をさせていただければと思っております。内容は二本立てで考えています。まず、どういう背景で働き方改革の動きが出てきたかをご説明します。それを受けて、両立支援を今後どう進めていくか、また、現在の取り組みをご紹介させていただければと思います。

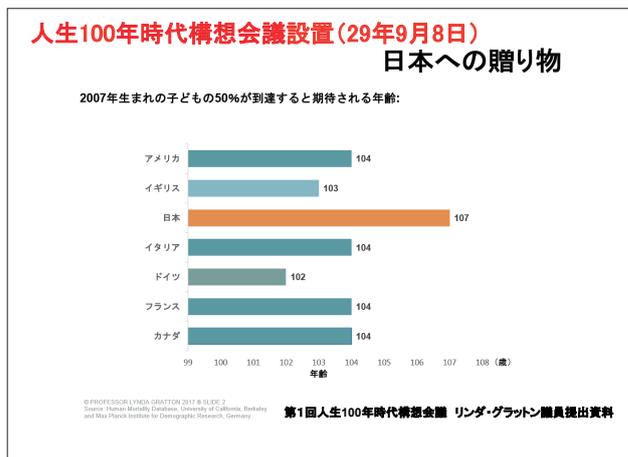
まず、日本の人口の推移です。何度もご覧いただいているかと思いますが、出生率が低迷している中で、人口は減少局面に入っています。高齢化率もどんどん上昇していて、2060年には高齢化率が4割程度になると見込まれます。また、生産年齢人口割合が半分ぐらいということで、現在は3人の労働者が1人の高齢者を支える騎馬戦型の社会ですが、将来的に肩車型の社会になったときに、今のような社会のあり方でのいいのかどうかということが議論になっているわけです（スライド①）。



【スライド①】

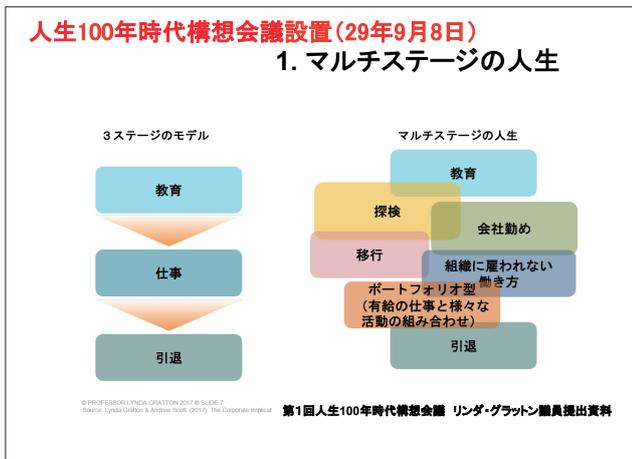
その一つの答えとして、支える側と支えられる側を分離するという考え方ではなくて、誰もが活躍できるような社会を目指していく、それが一億総活躍社会ということです。男性も女性も、高齢者も若い人も、あるいは病気を持っている方、障害を持っている方、全ての方が本人の意欲ややる気に応じて社会に貢献していくような活躍の場を設けていく。そのような一億総活躍社会を目指して改革をしていこうということで、ここ数年、取り組みが行われていきます。

官邸ではいろいろな動きがあり、昨年9月に、人生100年時代構想会議という新しい会議を設置しております（スライド②）。その第1回会議に、ロンドン・ビジネス・スクールのリンダ・グラットン教授をお呼びして講演をしていただいたのですが、2007年生まれの子どもの50%が到達すると期待される年齢が107歳だということです。過去200年を振り返ってみると、10年ごとに2歳ずつ平均寿命が延びているので、このままいけば半分ぐらいの人は100歳を超えるぐらいまで生きていくという時代にあって、社会



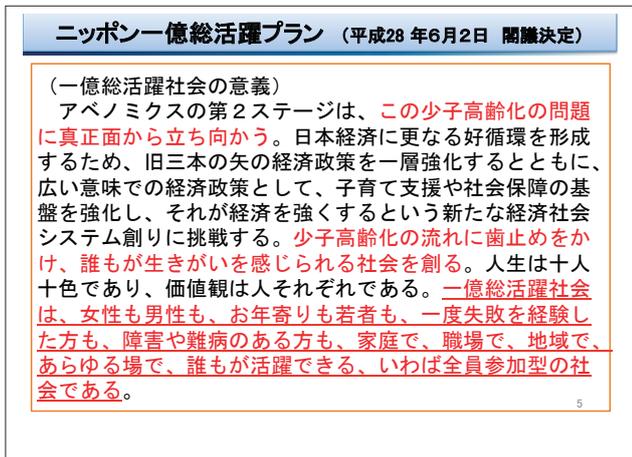
【スライド②】

のあり方も考えておかなければいけないということです。リンダ・グラットン教授は、教育を受けて仕事をし、一定年齢になったら引退するという今までの3ステージモデルではなく、これからはマルチステージの人生設計が必要になるということを提言されています(スライド③)。日本の場合は、仕事をしている間は、ワーク・ライフ・バランスを考えずに企業戦士として仕事にオールインするというような働き方で来たと思いますが、そういった社会のあり方も変えていかなければいけません。



【スライド③】

平成28年6月に日本一億総活躍プランが閣議決定されています(スライド④)。先ほど申し上げましたとおり、少子高齢化の問題に真正面から立ち向かう上で、一億総活躍社会を目指す。女性も男性も、お年よりも若者も、また今日のテーマである両立支援についても、障害や難病のある方も、それぞれの場で活躍できるような社会を目指すことが閣議決定されており、それに当たっては三つの目標を掲げて取り組んでいこうということになっています。第一の矢が「希望を生み出す強い経済」、第二の矢が「夢を



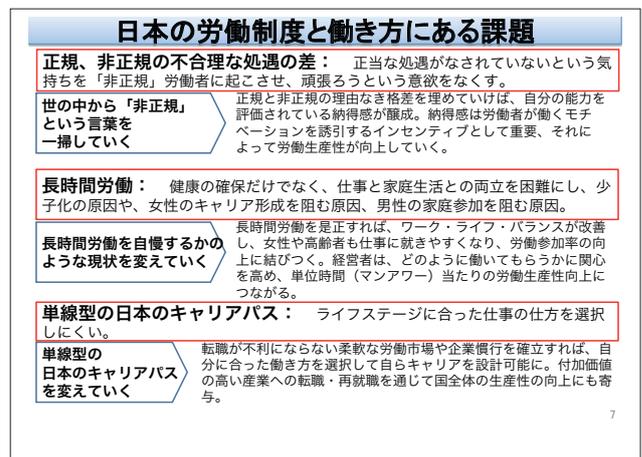
【スライド④】

つむぐ子育て支援」、第三の矢が「安心につながる社会保障」ということで、ポイントは、いずれの目標についても働き方改革が密接に関わっているということです(スライド⑤)。例えば少子化問題については、働き方を変えないと、子どもの数は増えません。そこをしっかりと改革することで、希望出生率1.8を目指しますし、また、効率化を図ることでGDP600兆円を達成するといったことで、しっかりと働き方改革ができるかどうか、一億総活躍社会の実現ができるかどうかにも関わっているということです。



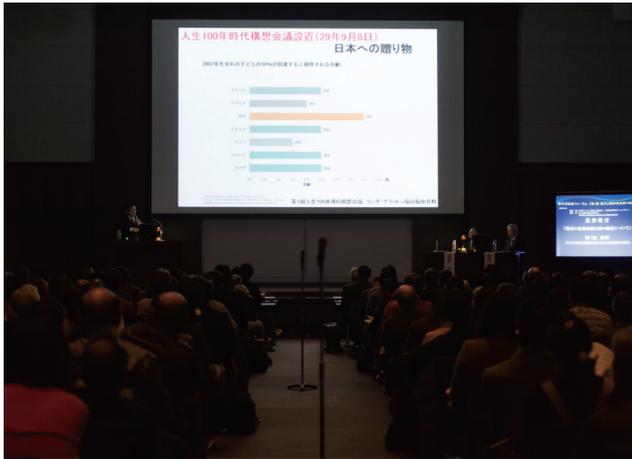
【スライド⑤】

日本の労働制度は、いろいろ課題が指摘されています(スライド⑥)。一つは、正規と非正規の不合理な処遇の差です。非正規の方の立場に立ってみると、頑張ろうという意欲をなくしてしまうようなことを一掃していく。また、長時間労働は、健康の問題もあります。仕事と家庭生活の両立を困難にしたり、少子化の原因になったり、女性のキャリア形成を阻む原因にもなっていますし、男性の家庭参加を阻む原因にもなっています。長時間労働を自慢するかのよう現在の風潮を変えていかなければいけない。

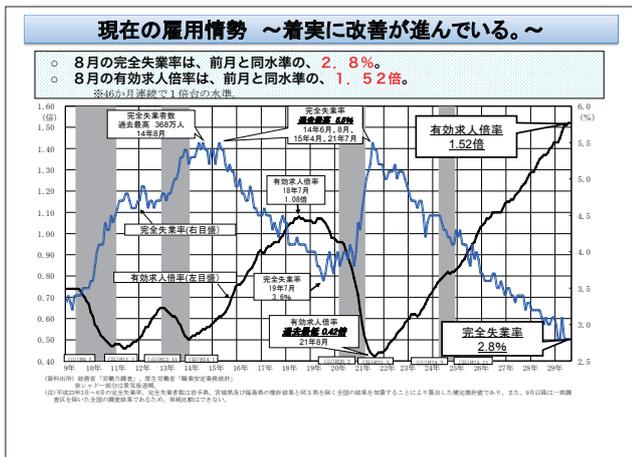


【スライド⑥】

また、単線型のキャリアパス、すなわち一度就職したら定年まで終身雇用制の中で働き続けるということではなく、辞めてもまた活躍できる、次の会社があるという流動的なキャリアパスが組めるような形で変えていかなければいけないのではないかと。こうした課題が指摘されています。



今、雇用情勢が非常に良く、有効求人倍率は1.52倍と、過去20年間をさかのぼってみても、今ほど良い状況はありません(スライド⑦)。また、完全失業率も2.8%で、20年間を振り返っても一番低い状態にあります。今ほど雇用情勢が良い時期はなかったということで、この大きな改革をする上では絶好の機会であると言えます。企業にとっては、なかなか人手不足で、改革をしないと人材が確保できない時代だからこそ、今検討している法案にも理解を得やすいということで、何とかこのチャンスをしっかりとらえて改革をしていこうと、政府を挙げて取り組んでいるわけです。今回の通常国会は、安倍総理が働き方改革国会と名付け、その法案を一丁目一番地に掲げて取り組んでいるところです。



【スライド⑦】

働き方改革実現会議は、加藤大臣が当時の働き方改革担当大臣でしたが、今は厚生労働大臣と働き方改革担当大臣を兼務し、まさに法案を担当する立場で、国会の対応に当たっています(スライド⑧)。また、労働組合の連合の会長も入っていますし、経団連の会長も入っています。また、両立支援の関係では、生稲晃子さん、ご自身も乳癌を患った立場からのご発言を頂いています。そして昨年3月に実行計画が取りまとめられ、これ全体を働き方改革として取り組んでいくわけですが、その1項目として、病気の治療と仕事の両立が位置付けられています(スライド⑨)。また、今回の法案の中には、産業医、産業保健機能の強化も入れています。これによって産業医の活躍の場、あるいはやらなければいけないことが増えてくるとは思いますが、それも期待の裏返しかと思えますので、ぜひ、その期待に応じて産業医のプレゼンスが高まるような形でご活躍いただきたいと思っています。

「働き方改革実現会議」の設置

◎一億総活躍社会をひらく最大のチャレンジである「働き方改革」について、その**実行計画の策定等に係る審議**を行うもの。

◎総理自らを議長、働き方改革担当大臣・厚生労働大臣を議長代理として、関係大臣・有識者(労使双方の代表、専門的知見や現場での活動経験を有する者)が参加。

議長	安倍晋三 内閣総理大臣	議長代理	加藤勝信 働き方改革担当大臣	加藤勝信 厚生労働大臣
構成員	麻生太郎 副総理 兼 財務大臣 石原伸晃 経済再生担当大臣 世耕弘成 経済産業大臣	加藤勝信 厚生労働大臣 菅 義偉 内閣官房長官 松野博一 文部科学大臣 石井啓一 国土交通大臣		
有識者	生稲晃子 女優 越村正彦 東京大学大学院法学政治学研究科教授 大村功作 全国中小企業団体中央会会長 岡崎理穂 株式会社オーザック専務取締役 金丸悠文 フューチャー代表取締役会長兼社長グループCEO 神津里季生 日本労働組合総連合会会長 柳屋定正 日本経済団体連合会会長 白河桃子 相模女子大学客員教授、少子化ジャーナリスト 新屋和代 リソナホールディングス執行役員 人材サービス部長 高橋 進 日本総合研究所理事長 武田洋子 三菱総合研究所政策・経済研究センター副センター長 テーフエコノミスト 田中弘樹 株式会社イトーヨーカ堂 執行役員 人事部長 樋口美雄 慶應義塾大学商学部教授 水町勇一郎 東京大学社会科学部教授 三村明夫 日本商工会議所会頭			

【スライド⑧】

働き方改革実行計画 (平成29年3月28日決定)

- 働く人の視点に立った働き方改革の推進
- 同一労働同一賃金など非正規雇用の処遇改善
- 賃金引上げと労働生産性向上
- 罰則付時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正
(パワーハラスメント対策、メンタルヘルス対策)
- 柔軟な働き方がしやすい環境整備
- 女性・若者の人材育成など活躍しやすい環境整備
- 病気の治療と仕事の両立
(1) 会社の意識改革と受入れ体制の整備
- (2) トライアングル型支援などの推進
- (3) 労働者の健康確保のための産業医・産業保健機能の強化
- 子育て・介護等と仕事の両立、障害者の就業
- 雇用吸収力、付加価値の高い産業への転換・再就職支援
- 誰にでもチャンスのある教育環境の整備
- 高齢者の就業促進
- 外国人材の受け入れ
- 10年先の未来を見据えたロードマップ

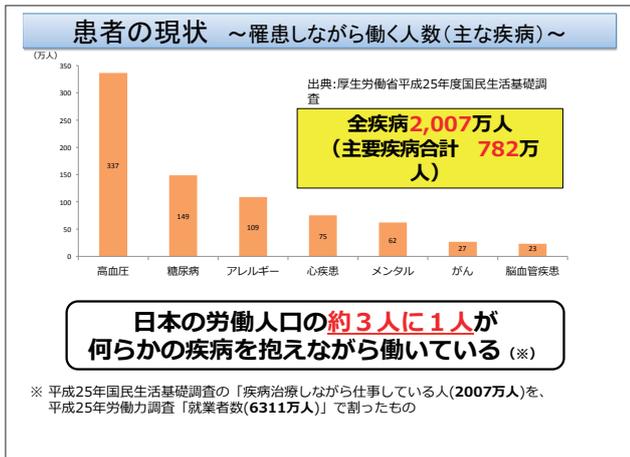
【スライド⑨】

法案については時間の関係で全部を話すことはできませんが、8本の法律を一括で改正するような法案になっています。今、いろいろ議論されているの

は上限規制だと思います。長時間労働をきちんと防いでいくため、今は青天井になっている部分について法律で上限を定めて、その見直しに取り組んでいくこととなります。また、先ほど申し上げたとおり、産業医、産業保健機能の強化については、今回の改革をする上では非常に重要なカギを握っているのではないかと考えています。長時間労働を是正する上で、産業医、産業保健機能に期待されている部分は、大だということです。



両立支援についてはご案内のとおり、今、働きながら治療を進めている人は2000万人います(スライド⑩)。



【スライド⑩】

日本の労働人口は6000万人ぐらいですから、実に3人に1人が何らかの疾病を抱えながら働いている状況にあります。疾病を抱える労働者の就業に関する課題としては、治療を受けることができない場合もありますし、離職に至ってしまう場合もあります。糖尿病の場合は8%が治療を中断しており、その最も多い理由が、仕事や学業が忙しいからということで、仕事優先にしてしまうがために治療が中断されてしまっているという課題があります(スライド⑪)。

治療と職業生活の両立支援を巡る状況

【疾病を抱える労働者の就業に関する課題】

○ 疾病を抱える労働者の中には、**仕事上の理由で適切な治療を受けることができない場合や、疾病に対する労働者自身の不十分な理解、職場の理解・支援不足により離職に至ってしまう場合もみられる**

【例①】 糖尿病患者の8%が治療を中断しており、最も多い理由は「仕事(学業)のため、忙しいから」

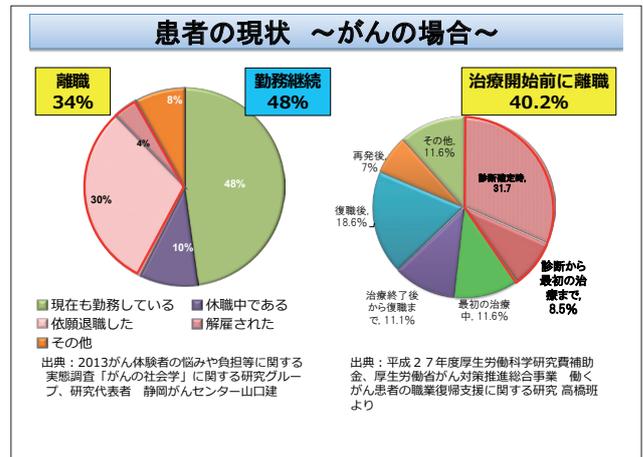
【例②】 連続1月以上の療養が必要な社員が出た場合、「ほとんどが病気休暇を申請せず退職」、「一部に病気休暇を申請せず退職する者がある」とした企業は、身体疾患で15%

【例③】 過去3年間で病気休暇制度を新規に利用した労働者の38%が復職せず退職

12

【スライド⑪】

がんの場合、診断された後の勤務継続は48%で、3人に1人は離職に至ってしまっています(スライド⑫)。どのタイミングで離職したかを見ると、診断確定時と診断から最初の治療までを合わせて40%と、非常に初期の段階で仕事の継続を諦めて離職に至っているため、診断されたときにいかに医療機関、主治医なりがしっかりとご説明するかが大事ですし、また企業なりでしっかりとサポートしないと、がんを診断されてすぐに諦めて辞めてしまうことは防げません。初期段階の対応が非常に重要になってまいります。



【スライド⑫】

がん患者の離職の理由は、仕事を続ける自信がなくなった。あるいは、会社や同僚、仕事関係の人々に迷惑をかけると思ったとか、治療や静養に必要な休みを取ることが難しかったということや理由に挙げる方が非常に多くなっています。治療を続けながら働くための制度や社内の理解が不十分だということかと思えます。また、がん患者が両立するために必要なこととしては、勤務時間を短縮できる制度や長期の休暇制度をしっかりと整えていく、また、相

談窓口を設置するといったところが課題になってくるかと思えます。

先ほどの松本先生からのお話にもありましたが、両立支援にはいろいろな意義があるということです(スライド⑬)。

それぞれの視点からの両立支援の意義

労働者にとっての意義・・・疾病にかかったとしても、本人が希望する場合は、疾病を増悪させることがないよう、適切な治療を受けながら、仕事を続けられる可能性が高まる。

事業者にとっての意義・・・疾病による従業員の離職を防ぐことで、貴重な人材資源の喪失を防ぐことが可能となると共に、従業員のモチベーション向上から、労働生産性の維持・向上にもつながる。

医療関係者にとっての意義・・・仕事を理由とする治療の中断や、仕事の過度な負荷による疾病の増悪を防ぐことで、疾病の治療を効果的に進めることが可能となる。

社会にとっての意義・・・疾病を抱える労働者の方々も、それぞれの状況に応じた就業の機会を得ることが可能となり、全ての人が生きがい、働きがいを持って各々活躍できる社会の実現に寄与することが期待される。

14

【スライド⑬】



健康経営についても先ほどお話がありましたし、森先生からも詳しく後ほどあるのだらうと思えますが、これまでは法律で義務付けられているから産業医を置いているとか、仕方がないからコスト的な感覚で産業保健、産業医を捉えていた部分があるのではないかと思います。従業員の健康に配慮することで、むしろ経営面においても大きな成果が期待できるというふうにマインドセットが変わってきています(スライド⑭)。それぐらい従業員を大事にしないと、優秀な人材を確保できない。例えば過労死事案が発生しブラックな企業だというレッテルが貼られてしまうと、優秀な人材は取れませんか、そうすると長期的に見れば企業の業績にも響いてくるということもあります。

「健康経営」とは

「健康経営」とは、「企業が従業員の健康に配慮することによって、経営面においても、大きな成果が期待できる」との基盤に立って、健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践することを意味する。

健康経営に係る顕彰制度

健康経営銘柄 (24社)
健康経営優良法人【大規模法人部門】 (235社)
健康経営優良法人【中小規模法人部門】 (318社)

15

【スライド⑭】

医療面でも、いろいろなところに両立支援というキーワードが入ってきています(スライド⑮)。

医療における両立支援の位置付け

【**がん対策推進基本計画**】「3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」の章に、仕事と治療の両立支援に関する記載。

【**第7次医療計画**】「がん」において、「仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるよう周知すること」と記載。

【**医療機能評価**】医療機関の職員の両立支援が評価項目になり、患者向けも例示。

【**医学教育モデルコアカリキュラム**】「23 A-3-1) 全人的実践的能力」に「患者の苦痛や不安感に配慮しながら、就学・就労、育児・介護等との両立支援を含め患者と家族に対して誠実で適切な支援を行える。」と記載。

【スライド⑮】

がん対策推進基本計画にも入りまし、医療計画、医療機能評価、医学教育モデルコアカリキュラムなど、両立支援が一つのキーワードとして医療の中に入ってきているという動きがあります。医師とは、医師法上では「医師は医療および保健指導をつかさどることによって、公衆衛生の向上および増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保することを任務とする」と定義されています(スライド⑯)。医療だけをやるのが医師ではありません。「医療および保健指導」というのは手段であって、医師に求められているのは、「公衆衛生の向上・増進、また国民の健康な生活を確保」することなのです。仕事との両立支援は、まさに医師に求められているところだと言えるかと思えます。一部に、診療で忙しいのに両立支援のための意見書など書けないと言う医師がいますが、ぜひ、その患者さんの仕事も含めた生活をしっかりと見ていただくというふうに意識も変えていかなければいけないと考えています。

「医師」とは

医師法第1条

医師は、医療及び保健指導を掌ることによって**公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。**

「上医医国、中医医人、下医医病」
「上医は国を医し、中医は人を医し、下医は病を医す」

17

【スライド⑯】

支援の流れとしては、労働者本人が両立したいと考えるところが出発点になります（スライド⑰⑱）。

企業向けガイドラインの作成・公表

事業場において、がん、脳卒中などの治療が必要な疾病を抱える労働者に対して、業務によって疾病を増悪させることがないよう適切な就業上の措置や治療に対する配慮を行って治療と仕事が両立できるようにするため、両立支援を行うための環境整備、個別の両立支援の進め方など、職場における具体的な取組方法等をまとめた

（平成28年2月23日）

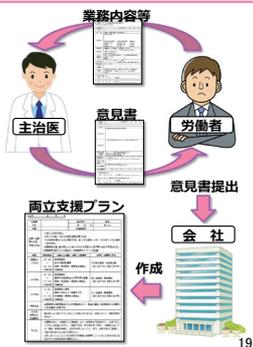


18

【スライド⑰】

個別の両立支援の進め方

- 労働者が事業者へ申出**
 - 労働者から、主治医に対して、業務内容を記載した書面を提供
 - それを参考に主治医が、症状、就業の可否、作業転換等の望ましい就業上の措置、配慮事項を記載した意見書を作成
 - 労働者が、主治医の意見書を事業者に提出
 - 事業者が産業医等の意見を聴取**
 - 事業者が就業上の措置等を決定・実施**
 - 事業者は、主治医、産業医等の意見を勘案し、労働者の意見も聴取した上で、就業の可否、就業上の措置（作業転換等）、治療への配慮（通院時間の確保等）の内容を決定・実施
- ※「両立支援プラン」の作成が望ましい



19

【スライド⑱】

自分がどういう仕事をしているかという業務内容を主治医に伝えて、その業務内容を把握した上で意見書を出してもらい、意見書を職場に提出し、産業医等の意見を聴取した上で、両立支援プランをつくっていくという流れです。先ほど松本先生からもありましたが、意見書を書くことは必須になります。

この診療報酬上の評価は、松本先生が中医協の場でいろいろとご意見を頂いたおかげで、結構いい点数だと思えますが、6カ月に1回、1000点です（スライド⑲）。また、相談体制充実加算ということで、保健師なりMSWなり、相談体制をしっかりと組んでもらったら、500点の加算も付くことになっています。そういったことで、最初のステップの意見書を書いていただく部分をスムーズにしようということです。

診療報酬上の評価

【Ⅱ-1-1 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 -⑦】

⑦ がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

骨子<Ⅱ-1-1(8)>

第1 基本的な考え方

がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が産業医から助言を得て、患者の就労の状況を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の医学管理を行った場合の評価を新設する。

第2 具体的な内容

就労中のがん患者について、患者の同意を得て、産業医への情報提供、状態変化等に応じた就労上の留意点に係る指導、産業医からの助言を踏まえた治療計画の見直し等を行った場合を評価する。

(新) 療養・就労両立支援指導料 1,000点（6月に1回）
相談体制充実加算 500点

2018年2月7日開催 中央社会保険医療協議会（中医協）資料

【スライド⑲】

また、労働局に地域両立支援推進チームを設置しています（スライド⑳）。

地域両立支援推進チーム（協議会）

設置趣旨

治療と職業生活の両立支援を効果的に進めるため、各都道府県の自治体等関係者とネットワークを構築し、既に行われている両立支援に係る取組を効果的に連携させ、両立支援の取組の推進を図ることを目的とする。

事務局

各都道府県労働局

メンバー

- 使用者団体の推薦者
- 労働組合の推薦者
- 都道府県医師会
- 都道府県（がん等の疾病対策の担当部署等）
- 都道府県産業保健総合支援センター
- 労災病院
- 地域の医療機関（がん診療連携拠点病院等）
- その他、地元の大学等の有識者等

協議会内容例

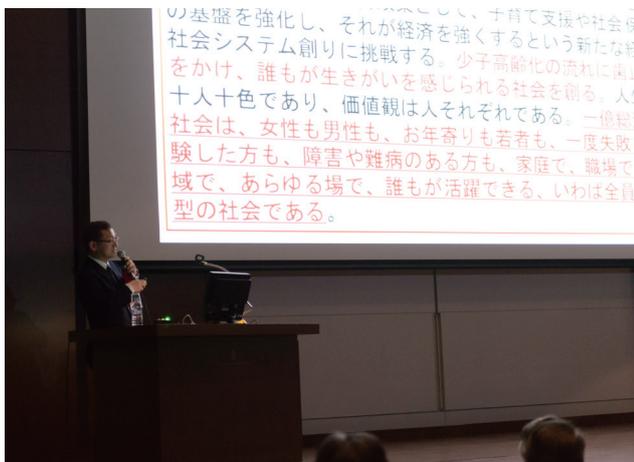
- 両立支援に係る各機関の取組の実施状況の共有
- 各機関の取組に係る相互の周知協力
- 相談窓口の支援連携に係る各機関の役割分担及び連絡先一覧作成
- 地域の実情に応じた周知啓発（パンフレットの作成等）
- その他

21

【スライド⑳】

両立支援のためということですが、将来的には大きな意味を持つてくるのではないかと私は思っています。厚生労働省は、省庁再編後も旧厚生系と旧労働系の行政がなかなか交わる部分がなかったのです。旧労働系は出先機関まで国直轄ですが、厚生関係の保健行政は都道府県なり市町村なりの地方行政が中心です。その地域保健と産業保健、あるいは職域保健の連携が十分図れていない部分があったのではないかとありますが、労働局において地域両立支援推

進チームという形で、都道府県等の主要なステークホルダーを入れて議論するような場ができたことは、非常に大きな前進だと思っています。これを発展させて、先ほど、がん対策の基本対策で両立支援が盛り込まれたと申し上げましたが、都道府県の立場は、これから地方計画をつくらなければいけないので、それに当たって労働局の協力も必要になってきます。そういったことで、ここに掲げられているような機関が、密接に連携をしながら進めていくことが必要になってきますし、それが期待できると思います。



の基礎を強化し、それが経済を強くするという新たな社会システム創りに挑戦する。少子高齢化の流れに歯止めをかけ、誰もが生きがいを感じられる社会を創る。人々十人十色であり、価値観は人それぞれである。二度失敗した方も、障害や難病のある方も、家庭で、職場で、あらゆる場で、誰もが活躍できる、いわば全員型の社会である。

制度の充実が重要だと申し上げました。両立支援に必要となるような勤務時間短縮や時差出勤、休暇制度といった会社としての制度をつくった場合、助成するような仕組みもつくっています。

治療と仕事の両立支援 広報事業 ①

ポータルサイト

治療と仕事の両立支援ナビ

労働者本人・関係者間の連携が重要です。

経営者

いままでおこなっていた「働き方改革」の一環として取り組んでください。

労働者(本人)

両立支援を利用する労働者本人が、支援を受けやすくなることにはなります。

主治医(医療機関)

「働き方支援」に、企業へ正しい情報を提供します。

支援

人事労務担当者

就業規則やタイムラインを改定し、両立支援が実施可能な就業環境を整えます。

上司・同僚

本人の業務や状況を理解し、両立支援が実施可能な就業環境を整えます。

産業保健スタッフ

産業保健(健康診断・保健指導)を実施し、両立支援が実施可能な就業環境を整えます。

事業場

<https://chiryoutoshigoto.mhlw.go.jp/>

イメージキャラクター

治療と仕事の両立支援

ポスター

治療と仕事の両立支援。働き方改革の推進に貢献します。

つづけていこうと、支えたい。

【スライド②】

それから、広報事業です(スライド②)。会社のトップの意識を変えてもらう必要があります。こういった形でポータルサイトやキャラクターをつくりました。キャラクターははやっているようで、先ほどから二つ、三つ紹介されていますね。あとはポスターです。働き方改革実現会議のメンバーであ

り、また経営者の年代にもよく知られている生稲晃子さんに御協力いただき、このようなポスターをつくり、ちょっとキャッチーなチラシ等もつくりながら広報活動を進めているところです。

駆け足になりましたが、以上でございます。ご清聴ありがとうございました。





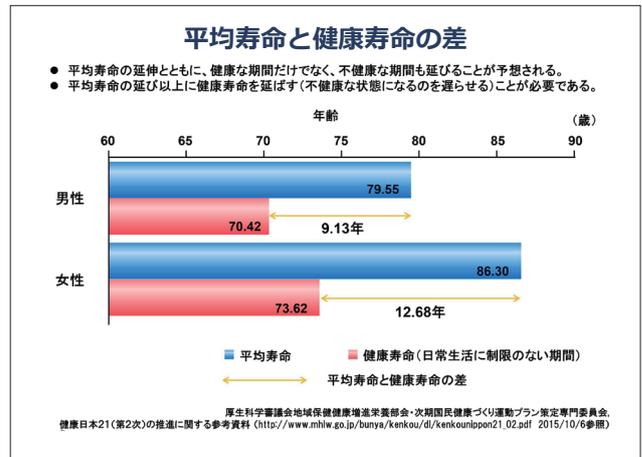
労災病院が取り組む
糖尿病両立支援モデル事業

中部ろうさい病院治療就労両立支援センター両立支援部長
中部ろうさい病院糖尿病・内分泌内科部長
中島 英太郎

中部ろうさい病院の中島と申します。河村先生、ご紹介ありがとうございます。今回、このような席で発表させていただき大変光栄です。関係者の方々に厚く御礼申し上げたいと思います。先生方はご存じだと思いますが、ろうさい病院は、元々は旧労働省の管轄病院でしたので、何かと政策医療的なお話がございます。この糖尿病に関する両立支援モデル事業もその一環として、政策医療として取り組んでいます。

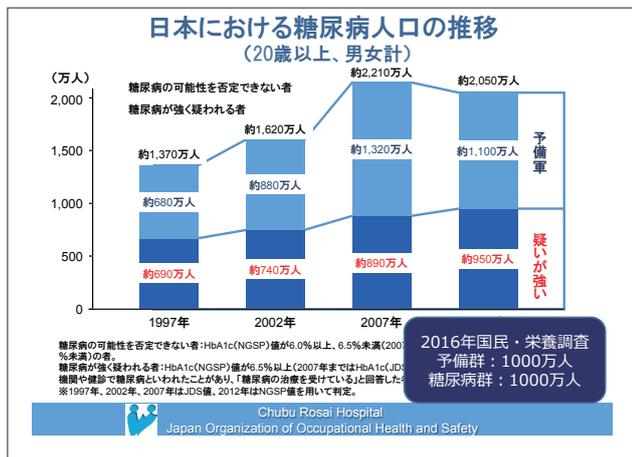


前の先生方が何回も出されたスライドですが、日本では相変わらず糖尿病患者さんは増加しています（スライド①）。最新データでは前回の調査からプラス50万人で、ついに糖尿病患者さんが1000万人に乗ってしまい、逆に予備軍は50万人減って1000万人、合わせて2000万人という状況です。さらに現在の国の大きな課題として、平均寿命と健康寿命の差が指摘されています（スライド②）。スライドは糖尿病患者さんのみのデータではないのですが、男性では9年ほど、女性では12.68年であります。この病気により日常生活に問題を抱えながら暮らしている時期をいかに短くしていくかということが課題となります。



【スライド②】

われわれ糖尿病の専門医としては、それはやはり合併症の予防だと思います（スライド③）。眼と腎臓と神経障害あるいは動脈硬化性の疾患をいかに予防していくかが、われわれに与えられた課題です。その管理の上で一番大事な指標であるHbA1cは現在国内データでは7%前後で、患者さんのコントロール状況は非常に改善してきています。これは、インクレチン製剤をはじめ、多くの良い薬が上市されたことによるものと考えています。約半数の方が慢性合併症を予防できる水準まで改善しています。しかしながら糖尿病が強く疑われる方があまりきちんと病院に通っていない（スライド④）。特に40代の現役世代で約4割。これは一つ前の時期のデータなので、現在は少し改善傾向なのですが、40代の方の定期通院率は相変わらず非常に悪い状況にありますし30代はもっと悪いです。先ほどお示しした7%というHbA1c値の平均は、定期通院している方のデータのみを見ているので、病院に1回もかかったことがない方たちがどういう状況にあるかは誰も知らないわけで、今後の合併症の発症が危ぶまれるところです。



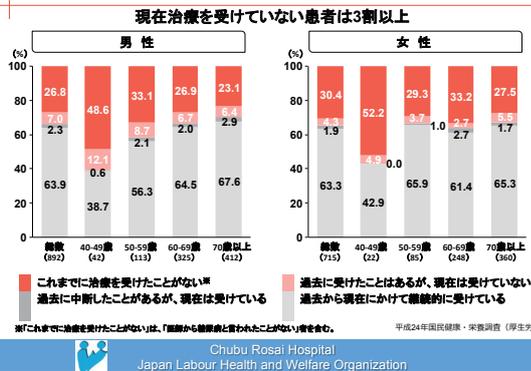
【スライド①】



【スライド③】

「糖尿病が強く疑われる者」における治療の状況

(40歳以上、性・年齢階級別、全国補正値)



【スライド④】

「勤労者における糖尿病網膜症の実態」という調査を大阪労災病院の眼科の先生が以前発表されています (スライド⑤)。眼科での最終的な治療は硝子体手術となりますが、その手術を行った前の1年間に眼科に通っている方は47%しかおらず、内科の通院歴は65%でした。そして、この病気によって仕事を辞めてしまった方が56%で、半分近くの方がこの手術の段階で離職しているという実態が分かったわけです。

勤労者における糖尿病網膜症の実態

糖尿病網膜症各群の眼科・内科通院歴	糖尿病網膜症各群の眼科・内科通院歴		
	経過観察群	網膜光凝固群	硝子体手術群
眼科通院歴	42%	31%	47%
内科通院歴	74%	65%	65%
眼の病気による離職率	13%	34%	56%

※登録時より1年以上前から継続通院しているものを「通院歴あり」とする。

手術に至る例でも眼科通院は半数以下であり、内科通院も6~7割であった。

糖尿病網膜症の勤労者は、仕事が多忙で通院加療が続けられず、視力障害が進行し、失職してしまうケースが多い。

労働者健康福祉機構 平成16~21年 労災等13分野医学研究

Chubu Rosai Hospital
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド⑤】

先ほど厚生労働省の神ノ田課長からもお話がございましたが、国は働き方改革を進めています (スライド⑥)。私がこの仕事を始めた8年前にはこんなに大きな話になるとは全く思いませんでした。この働き方改革のテーマには、仕事と糖尿病を含めた疾病治療の両立が挙げられています。仕事との両立の三大テーマには子育てと介護と治療が挙げられており、この場合の治療は労災疾患ではなくいわゆる私傷病です。それぞれ両立上の特徴があり、出産育児に関しては発展的課題であり、期限がある程度明確です。介護に関してもある程度のめどは立ちますし、自分がサポートする立場です。しかし、治療との両立は自分がサポートを受ける立場であり、期間も不明。

特に糖尿病に関しては治る病気ではないということがあります。さらに言えば、出産・育児、介護に関しては、休業に法的な裏付けがありますが、私傷病の治療に関しては、何ら法的な裏付けが現在の日本ではないという状況です。

働き方改革9テーマのうちの職業生活との両立の三大テーマ



- ✓ 出産・育児：期限がある程度明確で発展的課題
- ✓ 介護：ある程度メドが立ち、自分がサポートする立場
- ✓ 治療：自分がサポートしてもらおう立場で期間も不明

For the Promotion of Health and Employment Support
Japan Organization of Occupational Health and Safety 2017

【スライド⑥】

この働き方改革推進会議の行動計画が昨年3月に出ています (スライド⑦)。

働き方改革実行計画のポイント

- ① 同一労働同一賃金の実現
- ② 指針案で正規と非正規の合理的な待遇差を具体的に明示
- ③ 企業側に待遇の改善を義務化
- ④ 賃上げと生産性向上
- ⑤ 長時間労働の是正
- ⑥ 期前付き残業上限を初めて法定化
- ⑦ 働き方改革推進会議の設置
- ⑧ 病気治療と仕事の両立
- ⑨ トライアングル型サポート体制を構築
- ⑩ 子育てと介護と仕事の両立
- ⑪ 新たな待機児童解消プラン策定
- ⑫ 転職・再就職支援
- ⑬ 転職拡大へ企業向け指針策定
- ⑭ 教育環境の整備

働き方改革推進会議 行動計画へ掲載

病気治療と仕事の両立をめぐるのは、治療に合わせた働き方ができるようコーディネーターの育成・配置を掲げた。主治医、企業・産業医、コーディネーターの

両立支援コーディネーター養成 立を支える。29年度には不妊治療と両立している人の実態調査を実施。役割向けの疾患別マニュアルも作成し、両立を希望する患者への理解を促す。成長企業への転職や就職氷河期世代などの就職支援を拡大。65歳までの定年延長や65歳以降の継続雇用の延長は32年度まで集中的に支援する。一方、非専門的

疾患別両立支援マニュアル作成

は、日本人の雇用や教育、社会保障、治安などへの影響を勘案して慎重な対応を求めた。

産経新聞 3/29(水) 7:55配信

Chubu Rosai Hospital
Japan Labour Health and Welfare Organization

【スライド⑦】

- ✓ 出産・育児：期限がある程度明確で発展的課題
- ✓ 介護：ある程度メドが立ち、自分がサポートする立場
- ✓ 治療：自分がサポートしてもらおう立場で期間も不明

For the Promotion of Health and Employment Support
Japan Organization of Occupational Health and Safety 2017

られないという状況が生じやすいですし、何となくわれわれ医師の方も、そういうスタンスを取る方が結構多いです。これが仕事と糖尿病治療の両立を困難にし、治療の中断や未受診に至る一つの背景だと考えています。

しかしながら、2型糖尿病では遺伝的影響が結構大きく、1型糖尿病はいわゆる免疫の異常になりますので、ある意味で運が悪かったという疾患で生活習慣とは基本的に無関係です。この1型糖尿病の方が5%ほどいらっしゃるということなので、1000万人の5%ですと50万人です。具体的な調査はないのですが、がん患者さんで現在仕事をしている方は36万人程度とどこかで拝見しました。それを超える数の1型糖尿病の患者さんが日本にいて、その多くはインスリンを打ちながら、仕事をしている状況があるわけです。



こちらは厚労省から報告のスライドですが、特に糖尿病に関しては自覚症状がなく、今日の仕事は問題なくできてしまうために、どうしても仕事を優先してしまうというところがあります。やはり職場などの環境を整備してあげて、そのバランスが取れるように考えて、体系的にやっていくのが重要ではないかと思えます。

では、糖尿病の両立支援で重要なことは何でしょうか。これは他の病気も同じだと思いますが、やはり職場の方もその治療に巻き込んでいくことが大事です（スライド⑫）。職場に黙って1人で抱え込むのではなく、職域を含めたチーム医療を考えるべきではないかと思えます。それにはやはり情報の共有が必要です。患者さんがお話ししたくないという場合はやむを得ませんが、患者さんに同意いただけるなら、職場の方も含めたチー

ム医療としての両立支援を進めていくのがいいのではないかと思います。トライアングル型といわれていますが、医療機関、企業、そして患者さんご自身、ここに先ほどのコーディネーターが、このトライアングルをサポートしていく形を考えているわけです（スライド⑬）。



【スライド⑫】

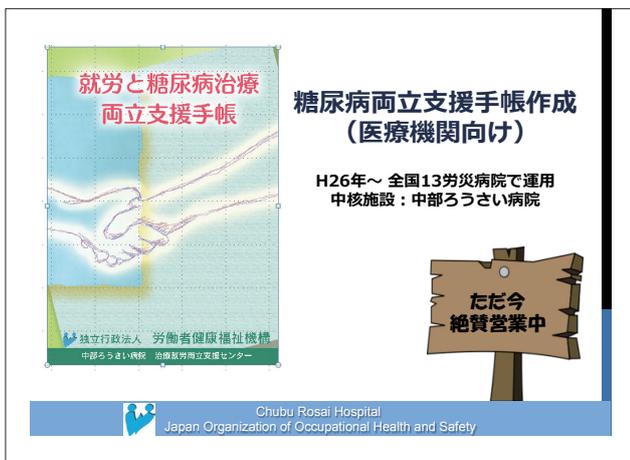


【スライド⑬】



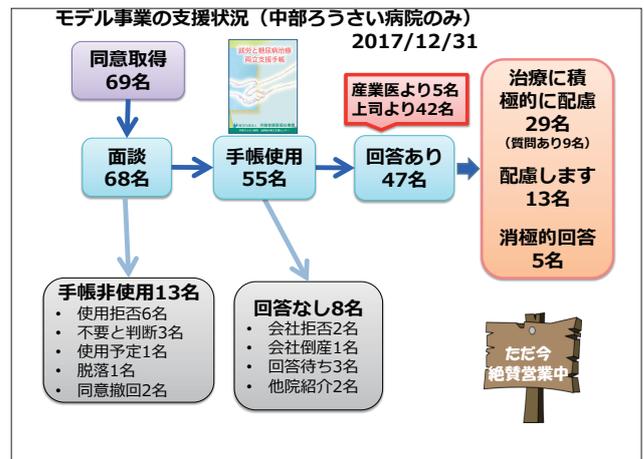


当院でのモデル事業では「糖尿病両立支援手帳」を作成しました（スライド⑭）。これは元々医療機関向けのもので、これを用いて現在モデル事業を進めています。全国の13労災病院で、昨年度（平成29年度）の半年間で、支援事例数は93件、支援者との面談数は316件、手帳を使用した患者さんは59名でした。別に支援に至らなかった症例が74事例あります。従って、半分とは言いませんが、4割



【スライド⑭】

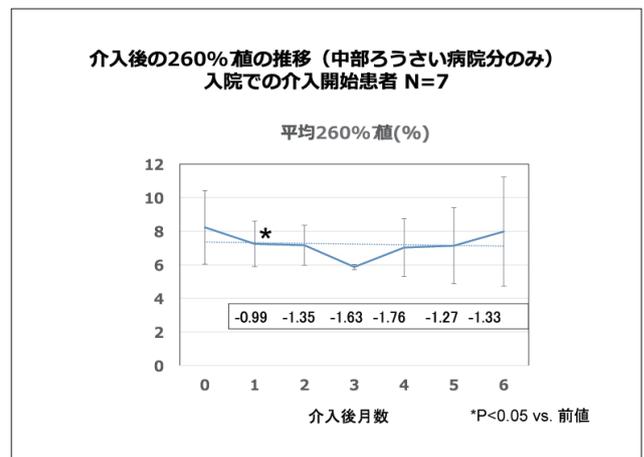
程度は手帳での支援に至らないケースがあります。当院のみでの集計ですが、直近の集計では同意取得69名、面談が68名、そのうち手帳を使った者が55名、手帳を使わなかった方、あるいは回答がなかった方もいらっしゃいますが、回答していただいたのが47名、産業医から5名、上司より42名。回答を見ますと、これは主観的に判断しているわけですが、29名は割と積極的に配慮していただけそうな、あるいはあちらからの質問も頂いたような返答でした。「配慮します」と、これは大丈夫そうだなというのが13名、いかにも消極的な回答が5名です。従って、面談68名のうち42名、3分の2以上は割と好意的なご返答を頂いたということです（スライド⑮）。



【スライド⑮】

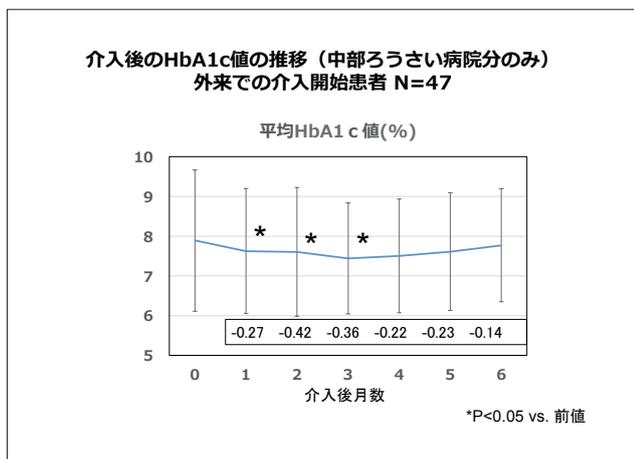
こちらのスライドは前回もお示ししたのですが、患者さんの生の声です。自由記載欄に書いていただいたことですが、「自分からは言えないことを、医師から言ってもらえるのは非常にありがたい」「仕事に張り合いが出た」「低血糖時の対応がしやすくなった」「都合が付けやすい」といった、非常に好意的な声を頂いております。

このように患者さんからは良いコメントを頂いていますが、では実際にアウトカムとしてどうなのだという話を座長の河村副院長から頂いて調べてみました。こちらが介入後のHbA1cの変化です。中部ろうさい病院分のみですが、まず入院症例です。これはn=7と少ないのですが、スタートが8.1%程度の入院下で開始しているため、当然良くなります（スライド⑯）。改善が入院の効果なのか介入の効果なのかは分かりませんが、一番下がってマイナス1.63%で、3カ月目まで非常によく下がっております。こちらが外来患者さんに対して支援した結果です。この間薬物療法は変わっていないのですが、このモデル事業の介入を行ってから、3カ月で有意にHbA1c



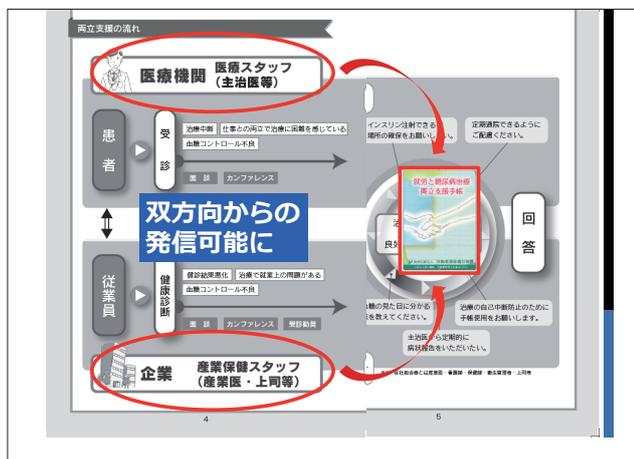
【スライド⑯】

が低下し、最大で0.36%下がりました。n=47でまあまあの数です。やはりモデル事業の支援を行うことで、患者さんの治療成績が良くなる程度を示せたのではないかと考えています（スライド⑩）。



【スライド⑩】

昨年は両立支援手帳の改訂も行いました。前回のは医療機関から振り出して行う介入でした。それでは片手落ちだと考え、医療機関からも勿論開始できるのですが、企業の産業保健スタッフ、産業医、上司等からも振り出せるような形に手帳を改訂しました。双方向から発信可能としたわけです（スライド⑪）。さらに厚生労働省の両立支援マニュアルが昨年2月に出たところですが、それに準拠して就労状況提供書ページを入れました。これは、産業保健スタッフあるいはご本人が、職種や業務内容等、仕事の状況を書いて、主治医にお渡しするものです。その後、主治医から企業関係者へのページと、企業関係者からの返事を記載する部分があります。これで行って帰っての交換日記のような形になるわけです。もう一つ、企業関係者から主治医へと出すページです。チェックボックスを使って、簡単に問い合わせたい



【スライド⑪】

ことを列挙していますので、ちょこちょこ書いていただければいいわけです。主治医から企業関係者へ出す部分は、自由記載欄としました。厚生労働省が出しているマニュアルはかなり詳しいのですが、どちらかといえば復職や就業制限を重点に置いたので、糖尿病にはそぐわないところがあり、われわれとしてはフリーで書けるような形を取りました。

昨年、糖尿病学会の年次学術集会在名古屋でございましたので、啓発活動としてシンポジウムを開催しました。また、本日のフォーラムを1年おきに開催しており、今回第4回目の開催となります。また、先ほど清野糖尿病協会理事長からお話のあった就労者支援委員会の活動も同様に行っています。

日本糖尿病協会では「マールくん」という公式キャラクターのLINEスタンプをつくりました。就労者支援委員会で作成したものです。糖尿病患者さんやご家族、友人、医療スタッフなど誰でも使えるようなスタンプをいうことで、昨年5月、糖尿病学会に合わせて発売したところです。第1弾が1年経ちましたので、今年の学会のときに第2弾をアップする予定です。一応、お手元にパンフレットを入れさせていただきました。「マールくん」と検索いただければ出てきますので、50コイン（100円）ですが、もしよろしければお願いいたします。



今後の展開としては、今は支援数を積み重ねているところですが、問題点としてはこの手帳を使うとどうしてもやり取りに数カ月かかることです。早々に出して帰ってきても2カ月、大体お渡ししても上司とかあるいは産業保健スタッフの方に行ってしまうので、そこで時間を費やして、3~4カ月かかって帰っています。それが阻害要因になっているため、この手帳をデジタル化できないかと考えて

おります。ICTの活用ということです。先ほど示したとおり、治療の中断は男性の就労者で若年者に多いわけです。恐らく多くの方がスマホを持っていて、ITリテラシーは非常に良好だろうと思われま。こういった方を対象に、仕事が忙しくて来られないのなら、オンライン診療化含めて何とかできないか。医療機関と企業の間で何らかのITツールを用いてコミュニケーションを図る、うまくいけば患者さんの血糖データもICTを用いて自動的に入ってくるようなオンライン診療を考えています（スライド⑱）。

○河村 どうもありがとうございました。中島先生からは、糖尿病両立支援の実際の取り組みと今後の展開についてお話ししていただきました。ちょうど時間ですので、ご質問がある方はまた後の総合討論のときにお話ししたいと思います。

今後の糖尿病両立支援の展開

両立支援手帳の問題点：
一回のやりとりに数ヶ月以上かかる

➤ ICTの活用

手帳のデジタル化による
コミュニケーションの促進



Chubu Rosai Hospital
Japan Labour Health and Welfare Organization

【スライド⑱】

今年4月から遠隔医療がオンライン診察料として正式に保険で認められましたので、そのプラットフォームを少し使わせていただいて、この手帳の機能をオンライン化できないかと考えています。オンライン診療は実診療であるのですが、そこにこの手帳の機能を載せて、職域との、そして患者さんとのコミュニケーションを促進していけるのではないかと考えており、現在計画中です（スライド⑳）。

以上です。ご清聴ありがとうございました。



両立支援手帳オンライン化の取り組み

医療機関

企業



患者

- 勤労情報、バイタルデータを元に、より適切な治療プロセスの提案
- 遠隔診療を通じた継続的な治療

- 患者の意志に基づいたデータの共有
- 機器連携による自動的なバイタルデータの収集

- 治療と両立可能な業務内容の把握
- 病状に関する知識の獲得
- 定期的な病状報告の受取



Chubu Rosai Hospital
Japan Organization of Occupational Health and Safety

【スライド⑳】



ご紹介ありがとうございました。皆さんこんにちは。産業医科大学の森と申します。このシンポジウムは2年に1度開催されていますが、毎回お呼びただいて、大変光栄に思っております。今日は糖尿病の両立支援というテーマですが、現在、私もかなり時間を費やして取り組んでいる健康経営と、この糖尿病の両立支援をかけ合わせて話をさせていただこうと思っております。最初に健康経営について、多くの方はご存じかもしれませんが、少しお話をした上で、健康経営の目的である生産性の向上と糖尿病の両立支援との関係について話を進めていきたいと思っております。しかしながら、これはまだ日本で研究面でも実践面でも取り組みがほとんどないので、文献的考察が中心になります。

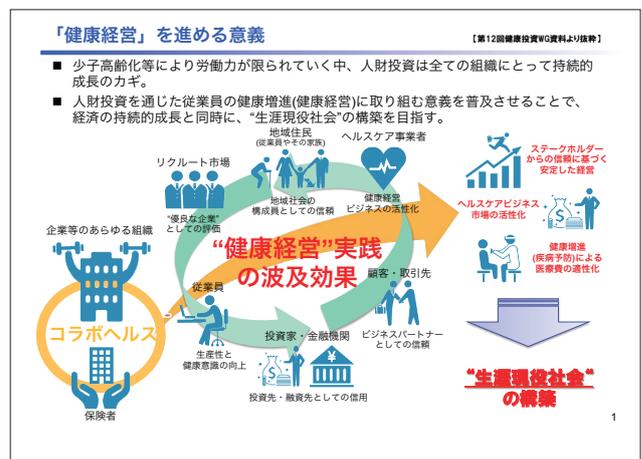


健康経営に関しては、大阪にある健康経営研究会が定義しています。今までの健康管理は、どちらかというと、事業者責任の下で安全配慮義務を果たすことを中心に考えながら行っていくが主目的であったことから、企業にとってはリスクマネジメントのためのコストとして捉えられていました。それを、従業員の健康に投資して、その回収をしっかりとしながら、経営的にこの問題を捉えていく取り組みが健康経営です。そのときのリターンとして、健康面の成果も重要なのですが、併せて生産性の向上や、従業員の創造性の向上、企業イメージの向上など、幅広く健康への投資の成果を得ていこうというものです。健康経営は経営の一部ですから、当然のことながら、健康管理の責任者は経営者がリーダーシップを取ってやらないといけないという概念です。

健康経営は、国が政策的に取り組んでいます。なぜ本来企業が自主的に行うべきことを、政策的に進めているかというと、生産年齢人口がどんどん減少している中で、今後、日本社会の活力を考えると、

例えば65～74歳という層の人たちが長期に働けるような社会をつくっていかねばいけないということが背景にあります。ただ、これに取り組むに当たって誰がそもそもお金を使うのかというと、本来健康になる本人が受益者として負担すべきですが、意識がなかなか高まらないから自分への健康投資ができないという状況の中で、それに気が付かせるために、企業にお金をを出していただくということです。

そうすると、企業にとってもリターンがないといけないわけですが、とりあえず、国、特に経済産業省が中心となって、“餅”に描いた絵は、企業等の法人が健康保険組合等の保険者と一緒にコラボヘルスという名前でコラボレーションしながら投資をしていきたいと思います。そういった投資がうまくいくと、生産性も向上するし、併せて従業員の健康意識も向上します。そのように従業員を大切にする企業は、人が足りない時代においてもリクルート市場で競争力を持つでしょう。そういった企業は結果的に投資先・融資先としても信用されるし、ビジネスパートナーとしても信頼できる、だから企業が発展するのだというものです。これが、本当に「絵に描いた餅」に終わるかどうかは、今後の取り組み次第ということです（スライド①）。

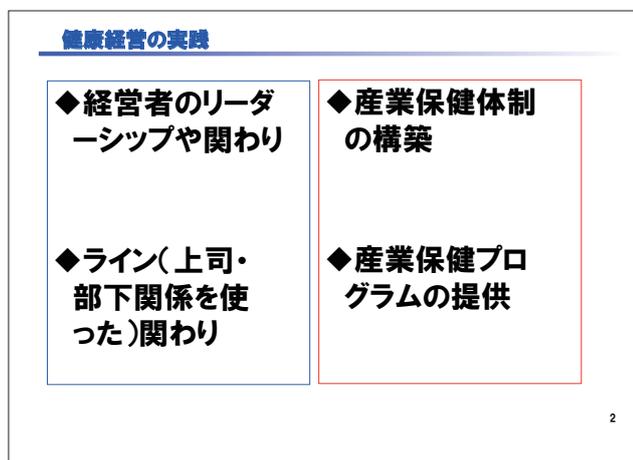


【スライド①】

そこで、最初に行った施策は健康経営銘柄の指定です。東京証券取引所と組んで、各業種1社ずつ、健康に対して取り組みが高いレベルの企業を認定していくということを始めました。ただ、これだけでは最大33社が認定されるだけです。もう少し幅広く展開していこうということで、昨年(2017年)から健康経営優良法人の認定制度を設けて、初年度は235法人が大規模法人部門で、318法人が中小規模法人部門で認定を受けたところです。明後日、2018年のアワード発表会が東京である予定になって

おりまして、今年健康経営優良法人の認定数は、大規模法人部門では少なくとも500を超え、中小規模法人部門では750を超える数字まで上ってくるという状況になっております。

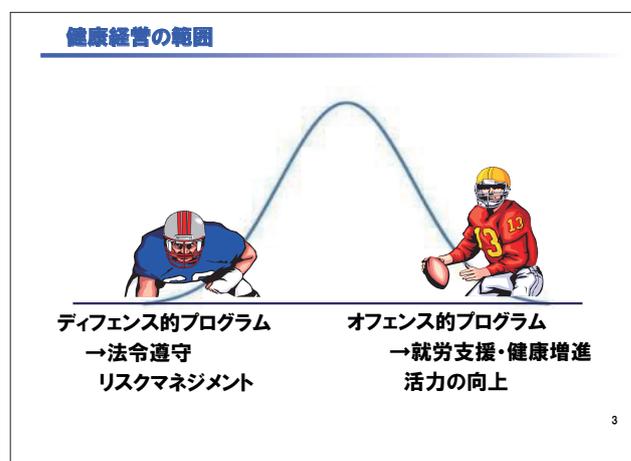
健康経営は具体的に何をすればいいかというより、実施する健康増進プログラムが決まっているというより、組織体制をつくって、それぞれの企業・組織に存在している働く人の健康課題に対して、解決策をPDCAを回しながらやっていきたいと思いますという概念です。そのときに、いずれにしても経営者自身がリーダーシップを持たないと進まないで、経営層のリーダーシップを重視しています。健康経営はスタートしたけれどうまくいっていない企業では、担当者は一生懸命になっているけれども経営者の意識が低いという状況にあります。それから、経営ですから、例えば営業部門であれば、営業成績を上げるために、上司が部下に対してどのようにものを売ってくるかというサポートするわけですが、この上司部下関係を使って健康経営の推進も図っていこうというのが一つの特徴です。そのうえで、産業保健体制をつくって、健康管理プログラムや職場環境対策などをいろいろ形で課題に合わせて提供していこうという枠組みになります(スライド②)。



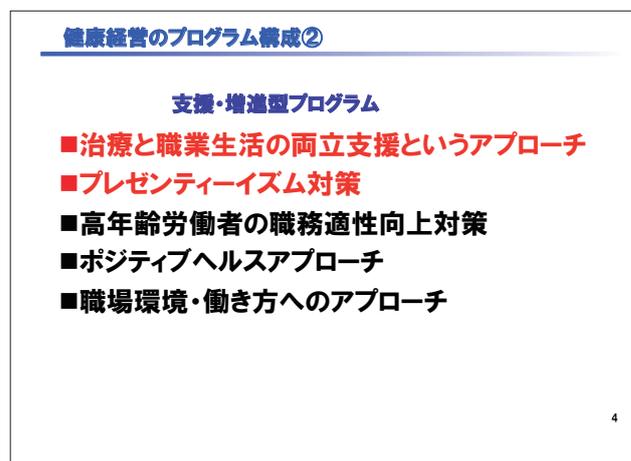
【スライド②】

この健康管理プログラムも、今まではどちらかというと、病気にならないように予防をしていく、または病気になった人たちをどうやってケアをしていくかという、病気に対する守りのプログラムが中心でした(スライド③)。今後は、健康経営が生産性を向上させることが目的であるという文脈からすると、例えば就労支援、健康増進、活力の向上といった、攻めのプログラムをもっともっと行っていき、さらに健康の概念を広げていこうということがテーマに

なっています。これは私が独自に定義しているものですが、プログラムには法令遵守・リスクマネジメント型と支援増進型があります(スライド④)。この支援増進型は攻めのプログラムであり、その中に治療と職業生活の両立支援、プレゼンティーイズム対策、高年齢労働者が病気を持っていても長く働けるように職務適正を向上させる対策、もっと活力を持って働けるようにポジティブなメンタルヘルスやフィジカルヘルスのためのプログラム、働きやすい職場環境づくりや働き方へのアプローチといった、幅広いプログラムの選択肢を挙げています。



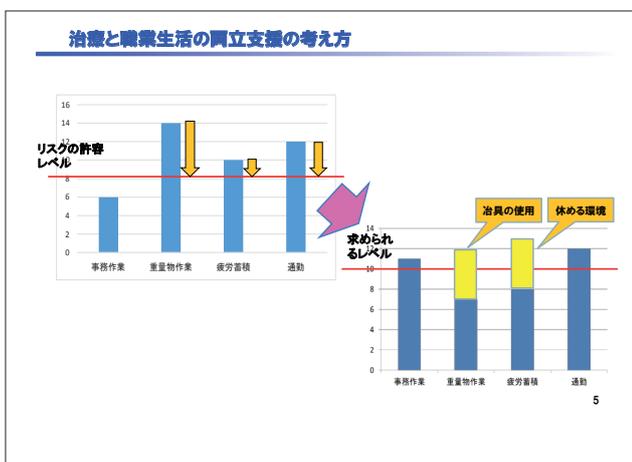
【スライド③】



【スライド④】

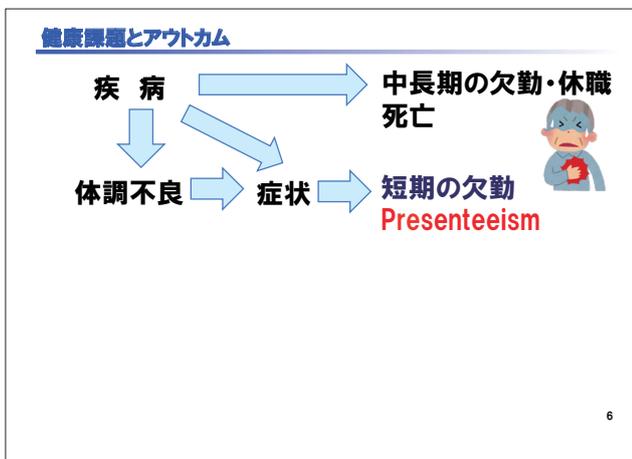
治療と職業生活の両立支援とプレゼンティーイズム対策が今日特にお話したいことに関係があります。まず、両立支援ですが、これまでは、病気を持っている労働者に対して就業制限を労働安全衛生上の健康診断の事後措置等の機会にかけてきたわけですが、これはあくまでも制限です。例えばある業務をするためにはこのくらいの能力が要るといった場合に、Aさんの健康面からみた就業能力またはリスクレベルでは、この業務をさせるのは危険だから、こ

の部分までで制限するという考え方です。しかし、両立支援でも障害者雇用支援でも、合理的配慮という考え方が出てきています。これは、あるレベルの仕事が求められるときに、その人が持っている能力では、本質的な理由とは関係ないところで障害が発生してその仕事ができないといった場合、いろいろな方法でその障害を取り払って、持っている能力を最大限発揮できるように支援していこうというもので、病気を持っていても働けるようにしていきましょうというポジティブな概念です。このような両立支援をしっかりとやっていきましょうという話です（スライド⑤）。



【スライド⑤】

疾病の予防に併せて、病気が発生したときの影響を生産性にまで広げて、対策の効果を検討していくことが行われています。例えば糖尿病の場合、長期にわたってコントロールが悪いと、将来、腎不全によって透析になったり、合併症によって亡くなったりするということがあれば、それを予防することはとても大切ですし、その支援をしていくことが両立支援ではとても大事になります。併せて、病気を持つ



【スライド⑥】

ていなくても体調不良が原因で短期の欠勤やプレゼンティーイズムが生じて、生産能力の損失が生じます（スライド⑥）。この問題についても健康経営の世界で取り扱っていこうというのが、アメリカ発の考え方です。



プレゼンティーイズムとは、従業員が出勤しているプレゼンスの状態であるにもかかわらず、体調不良や症状によって、本来発揮されるべき能力がうまく発揮できない状態をいいます。簡単に言うと二日酔いで職場に行ったときを考えていただくのですが、同じようなそういったことが病気や症状によって発生している状態です。この状態は、会社に来てしまっているのだから企業は労働者に100%賃金を払っています。これによる損失は、実はばかにならない量なのだということが分かっています。プレゼンティーイズムの測定法としては、HPQやWLQ、SPQ、WAPIなど、いろいろなものがありますが、最近、産業医大ではWFunと呼ばれる評価方法を藤野教授が開発しています（スライド⑦）。

Presenteeismの測定

- 従業員が出勤していても、何らかの健康問題によって、本来発揮されるべきパフォーマンスが低下している
- 種々の測定法がある。
HPQ, WLQ, SPQ, WFun.....

WHO Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)
■ B11. 0から10までの尺度上で、過去4週間(28日間)の間のあなたの勤務日におけるあなたの総合的なパフォーマンスをあなたはどのように評価しますか？

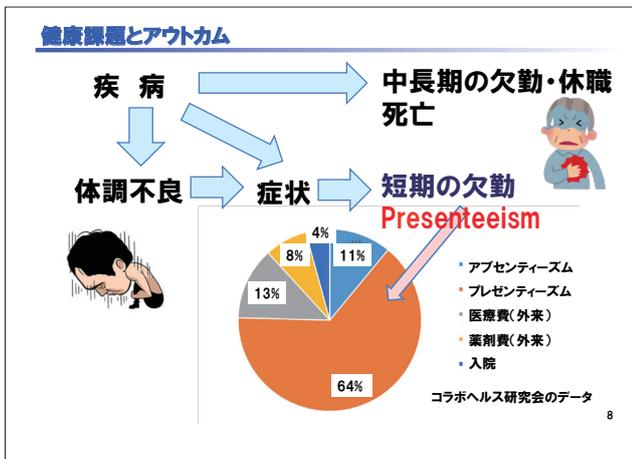
最悪の 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 もっとも優れた
パフォーマンス ○○○○○○○○○○○○ パフォーマンス

プレゼンティーイズム x 給与 = 損失

【スライド⑦】

一番代表的な WHO がつくった HPQ では、例えば「あなたはこの 4 週間、勤務においてどのくらい総合的にパフォーマンスが発揮できていますか」という質問に対して、最悪のパフォーマンスから最も優れたパフォーマンスまで、0～10 で付けていただいて、この 10 からどのくらい減ったかということ損失として、それに給与を掛けたものを損失額として算出する。いくつかの質問項目を駆使して評価するのですが、単純にいうと、そのような概念で算出します。実際の業務パフォーマンスの評価と妥当性があるかどうかという検証まで行った上で指標が作られています。

実際に日本でこのプレゼンティーズム評価をすると、HPQ とは違う評価方法を使ったのですが、全体の損失のうち、入院費用が 4%、薬剤費外来が 8%、外来医療費が 13%、アブゼンティーズム（欠勤）が 18%であるのに対し、64%が実はプレゼンティーズムによるものだったという結果が出ています(スライド⑧)。これは欧米のデータと実はあまり変わらなかったということです。



【スライド⑧】

このようなことを背景とすると、健康経営と糖尿病の両立支援においては、このプレゼンティーズムの問題も、もう少し取り扱っていかないといけないのではないかと思います。糖尿病による生産性の損失はどのくらい生じているのか、生産性の損失に影響する糖尿病の随伴症状や合併症にはどんなものがあるのか、そしてこの問題を軽減するために必要な糖尿病の両立支援とはどのようなことなのかということをし検討したいと思い、文献検索をしました。しかし、残念ながら、日本にはこの領域の論文が全くなく、ほとんど欧米の論文でした(スライド⑨)。

健康経営と糖尿病の両立支援(文献的考察)

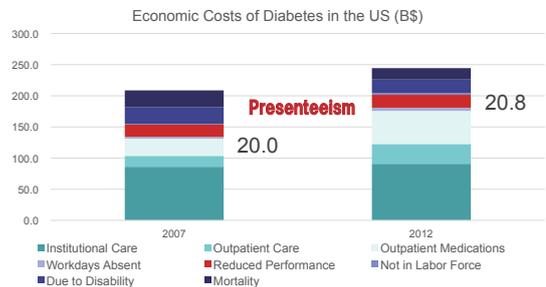
- 糖尿病による生産性の損失
- 生産性の損失に影響する糖尿病の随伴症状等
- 糖尿病の両立支援

9

【スライド⑨】

アメリカでは、American Diabetes Association(米国糖尿病学会)が5年に1回、糖尿病によるトータルの損失を積み上げて計算していますが、2007年の分析からプレゼンティーズムの評価が入り、2007年にはトータルの損失の10%に当たる200億ドル、2012年には208億ドルがプレゼンティーズムによるものであったという結果が出ています(スライド⑩)。

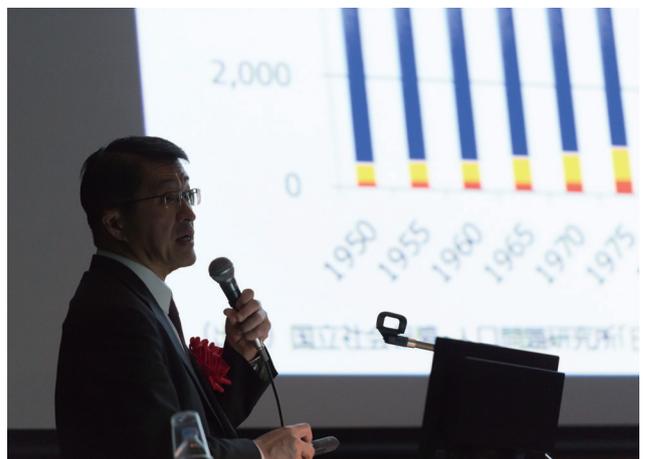
糖尿病の経済コスト (US)



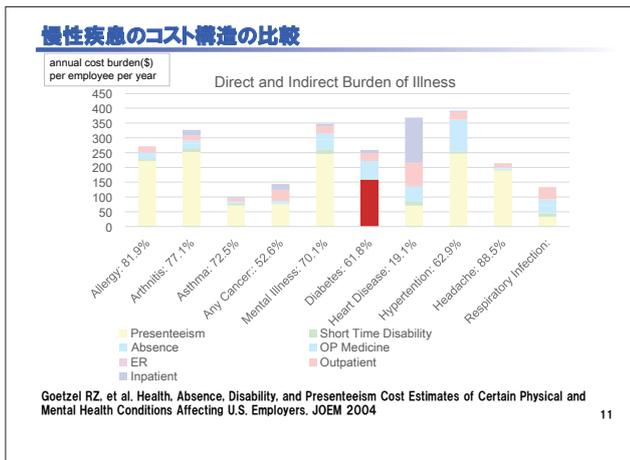
American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007. Diabetes Care, 2008
American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2012. Diabetes Care, 2013

10

【スライド⑩】



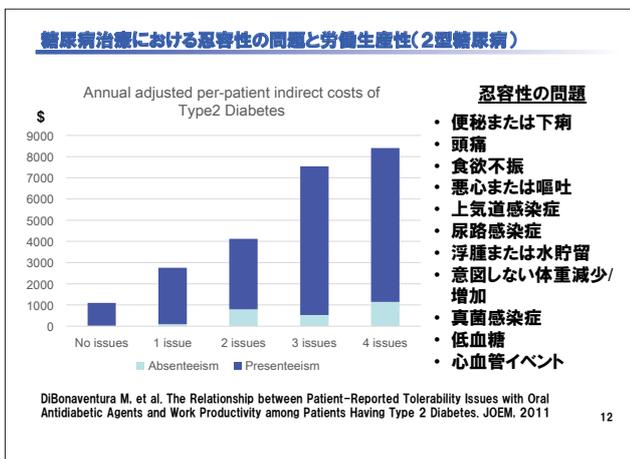
これは全人口の中での損失額の推定なので、当然働いている人だけを抽出すると、もっとプレゼンティーズムによる損失割合が多いことになります。別の論文で、アレルギーや関節炎、喘息、その他の慢性疾患とともに損失を積み上げた研究がされていて、そのうち糖尿病は働いている人の場合においては、損失額の61.8%がプレゼンティーズムによるものであったという結果が出ています(スライド⑩)。



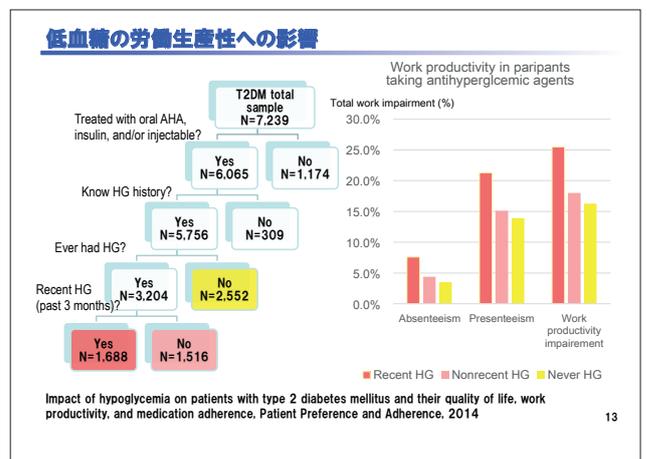
【スライド⑩】

糖尿病患者のプレゼンティーズムの原因は何か、糖尿病で忍容性の問題を持っている数が増えれば増えるほど、プレゼンティーズムの損失は増えるとの報告があります。忍容性の問題のうち、特に低血糖による影響がかなり研究されています(スライド⑫)。

7239名の2型糖尿病の人で、過去に低血糖の経験があるか、低血糖の経験が最近3カ月以内にあったかということに分けて、プレゼンティーズムだけを見ますと、最近低血糖があったという人たちのプレゼンティーズムが1.5倍くらい高くなっていることが示されています(スライド⑬)。

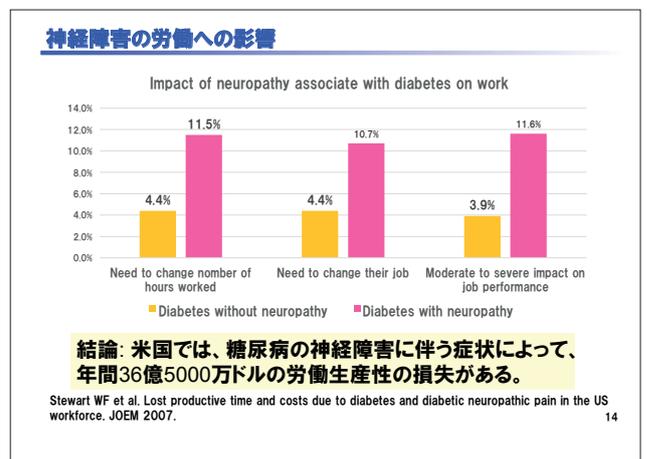


【スライド⑫】



【スライド⑬】

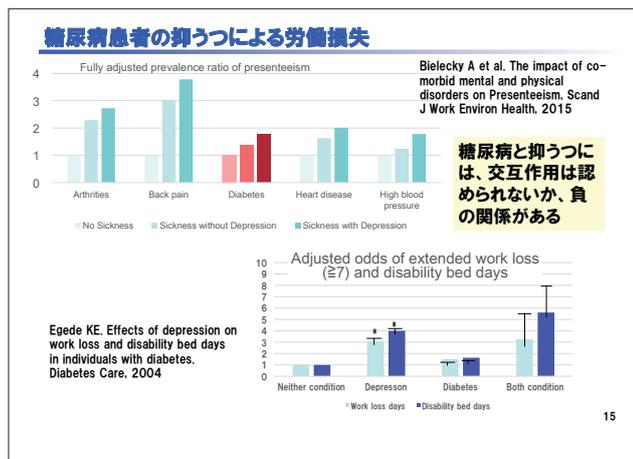
比較的よく研究されているのが三大合併症のうち神経障害、特に有痛性の神経障害です。そのために仕事の時間を減らしたり、仕事を変えなければいけなかったり、ワークパフォーマンスに大きく影響があったという論文があり、糖尿病性神経障害によって年間36億5000万ドルの労働生産性の損失があるという



【スライド⑭】

推計がアメリカではされております (スライド⑭)。

併せて、これは他の慢性疾患でもそうですが、抑うつ症状がかなり合併します。これについても幾つかの論文があり、糖尿病がない人、糖尿病はあるけれども抑うつはない人、糖尿病があって抑うつを合併している人で、段階的にプレゼンティーズムは増えると言われています。ただ、糖尿病と抑うつが同時に存在すると相乗効果があるのかという点、相乗効果とまではなっていない、足し算くらいになっているというのが文献上の結果です (スライド⑮)。



【スライド⑮】

また、フィンランドのデータで、業務関連因子と業務遂行能力 (Work Ability Index) との関係で、1型糖尿病の患者さんでは、仕事の内容が身体活動中心である場合には Work Ability Index が少し高い、仕事の要求度が低いと Work Ability Index が高くなる。また、仕事の自由度が高い場合や労働時間の自由度が高い場合、HbA1c のコントロールが良い場合に有意に Work Ability Index も高くなるということも出ています (スライド⑯)。

1型糖尿病患者の業務関連要因とワークアビリティとの関係

ロジスティック回帰モデル

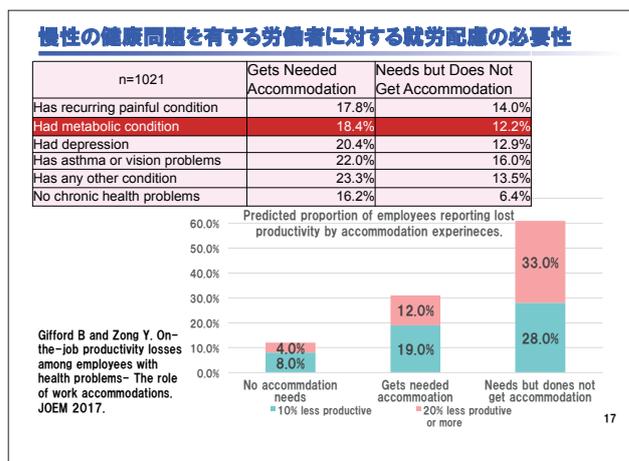
	男性 (430)	女性 (337)
仕事の内容 (physical or mental and physical)	<0.01	NS
仕事の要求度	<0.01	<0.05
仕事の自由度	<0.01	<0.05
労働時間の自由度	<0.001	NS
HbA1c level(>7.5)	<0.05	<0.05
糖尿病の罹患期間(>6 Yr)	NS	NS

Hakarinen P et al. Work ability among Finnish workers with type 1 diabetes. Occupational Medicine. 2016

16

【スライド⑯】

慢性疾患のいろいろな健康問題を持っている人たちに、業務の配慮をどう行えばよいかということですが、業務の配慮が必要ではなかったグループ、必要な業務の配慮を受けられたグループ、業務の配慮が必要だったけれども受けられなかったグループを、いろいろな慢性疾患全体で比較しますと、業務の配慮が必要だったけれども受けられなかったグループは、プレゼンティーズムの割合が20%以上大きいという文献が出ております (スライド⑰)。



【スライド⑰】

健康経営の立場からすると、このプレゼンティーズムの問題を今後検討していかないといけないのですが、いずれにしても、恐らく血糖コントロールをしっかりしてプレゼンティーズムを減少させること、低血糖を含む副作用によるプレゼンティーズムを管理すること、就業配慮によってプレゼンティーズムを低減させること、それ以外に合併する抑うつ症状のケアを行うことなど、いくつか低減のポイントがありそうです。今後もう少しこのあたりの分析をしながら、また、日本人のデータをつくりながら検討していかねばいけないテーマではないかと考えている次第です。

今日は糖尿病の両立支援を健康経営の側面から考察してみました。その結果プレゼンティーズムに対する対策の必要性について、少し提案させていただきました。以上です。ご清聴ありがとうございました。

○河村 どうもありがとうございました。健康経営という新しい概念、そういう観点から糖尿病と労働生産性についてお話をいただきました。国際糖尿病連合 (IDF) の試算でも糖尿病に対する費用は全世界で6730億米ドル、日本も5位に入っていたと思いますので、こういう視点で見ていくということも非常に大切かと思えます。どうもありがとうございました。

中小企業の産業医からみた 糖尿病両立支援

とうかい産業医オフィス代表取締役
水口 要平

ご紹介ありがとうございます。株式会社とうかい産業医オフィス、産業医の水口と申します。よろしくお願いたします。今回、さまざまな分野の第一人者の先生方のご講演の場にお呼びいただき、大変恐縮しております。緊張もしております。

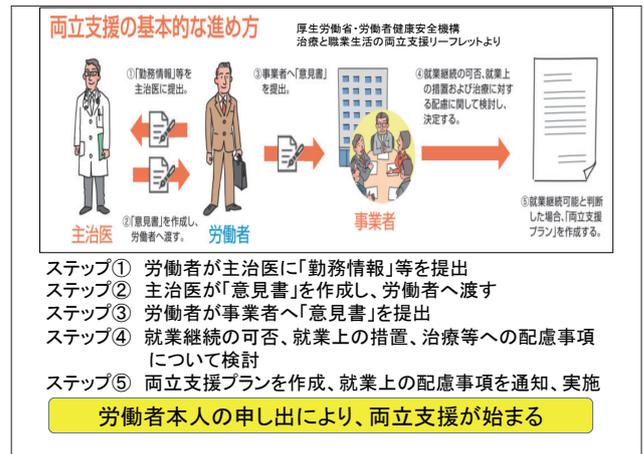


諸先生方のご講演では、糖尿病治療に関する、従業員、患者、医療サイドでの課題と、企業側における課題を改めて整理し、糖尿病両立支援を加速させるための取り組みの成果のご発表がありました。今回、私に与えられた役割は、各施策が展開される中で大企業と中小企業とでは置かれている状況がおのずと異なっているため、その支援の方法や優先順位も異なってきます。糖尿病を有する従業員の支援にどのように関与しているか、あるいは十分に活動できていないところも含めてお伝えするとともに、中小企業における糖尿病両立支援をはじめとした産業保健活動の推進のために必要な課題を整理できればと思っております。

これまでもご説明がありましたが、2016年2月に両立支援に関するガイドラインが発表されています。ガイドラインでは、労働者自身が主治医の先生に勤務情報等を提出し、主治医の先生が意見書を作成して、労働者に手渡すという流れになっております。それを受け取った労働者が、事業者へ意見書を提出することになります。次に事業者は、就業継続の可否、就業上の措置および治療に対する配慮の内容を検討、決定し、両立支援プランを作成し、就業上の配慮事項について関係者、つまり職場や職制の関係者に通知し、就業措置内容を実施するという流れになっていきます。

(スライド①) これらのフローを一つずつ進めていく上で、中小企業の立場では幾つかハードルがある

ようにも感じておりますが、そのうちの一つは、労働者本人の申し出により両立支援が始まるということではないかと思っております。現実的には本人が申し出ることができるように、医療サイド、企業サイドから何らかの声をかけてあげられるような体制にしておく必要があるのではないかと考えています。



【スライド①】

どの時点で治療と就業との両立支援を行うための行動が始まるかという点についても課題があると思っています。まず本人視点ですが、特に糖尿病の場合には他の疾病とは違い、ほとんど全ての従業員は通院しながら会社に行っています。よほどの自覚症状、先ほども少しご発表等ありましたが、例えば頻回な低血糖など自覚症状がない場合は、よほどでない限りは本人として申し出ることが必要であると認識していることは少ないと思います。

次に主治医の立場ですが、この点につきましても労災病院等のように両立支援の窓口がきちんと設定されている場合には、両立支援手帳の運用などきめ細やかな体制が整えられていますが、一般開業医の先生方の立場、特に糖尿病を専門とされない先生方の立場で、労働者に対して糖尿病両立支援手帳について詳細に説明し、企業側へ申し出するための意見書を作成し、会社へ提出させるといった時間のかかる作業をどこまで細やかに行っていただけるかということ、私個人の立場としてはなかなか難しいところがあるのではないかと感じています。

また、実際に嘱託産業医として活動している中でも、医療サイドから両立支援手帳あるいは紹介状により両立支援がはじまるというケースは、なかなか少ないような気がします。一方で、私の立場、つまり企業内部の産業医としての立場では、健康診断と健康診断事後措置、安全配慮義務という点から、本

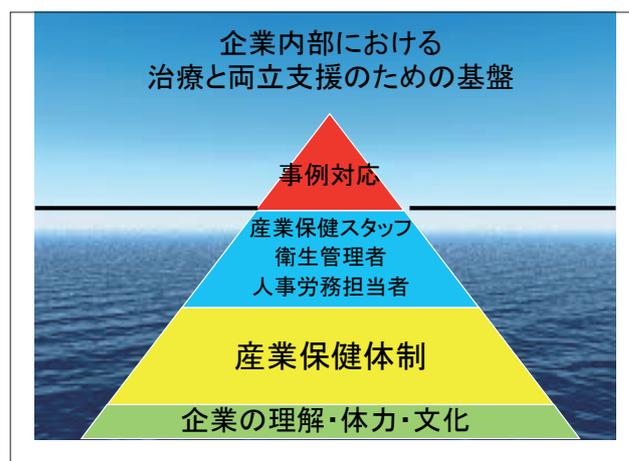
人や会社の背中を押してあげることができます。また、会社には労働安全衛生法の中も含めまして、産業医の意見を聞いていただくという法的な背景も機能しております。これらの機能をうまく活用することが大事ではないかと思っております。今回のテーマでもあります中小企業のうち、特に小規模な50人未満の企業の支援については、なかなか難しいところもあり、本人、主治医、主産業医の立場からこれらのフローを動かすというよりは、企業の衛生管理担当者や人事労務担当者の方々に窓口になっていただくことが多いかと思います。



企業内部の立場からもう少し考えてみたいと思います。嘱託産業医には、さまざまな活動が求められています。糖尿病支援も重要なテーマの一つではございますが、現在最も求められている優先度の高い活動は、これもご発表の途中でありましたが、やはりメンタルヘルス支援と過重労働対策です。企業担当者にとって、まずこの2点に注力したいという気持ちが働いていることについては、大企業でも中小企業でも変わらないように感じております。

(スライド②) さて、糖尿病やメンタルヘルスや各種身体疾患への事例対応は産業医としても重要な活動の一つですが、各企業によって温度差があるのも事実です。例えば、一つの糖尿病事例対応を行うためには、まず体制、つまり仕組みです。一つの疾患として糖尿病を有する従業員について就業上の配慮事項について検討する、つまり、このまま仕事を続けてもらって大丈夫かどうかの議論のテーブルに乗せる仕組みが必要になります。この仕組みを産業保健体制と表現しましたが、大企業においては糖尿病だけではなく、就業に影響する可能性のある病気をお持ちの方が、仕事によって体調を崩させない、仕事を継続することによって労働災害等を起こさせない、あるいは治療に専念できる環境をつくるために、一定の就業制限を行うなど、企業として取るべき措置、つまり安全配慮義務を履行するための制度を持っています。これらの制度を就業規則にひも付けて就業規定細則や、業務要領書のような形で各担当者が動けるように仕組みづくりが進められていますが、中小企業においては、この仕組みづくりの部分が進んでいない企業も多く残されているのではないかと思います。

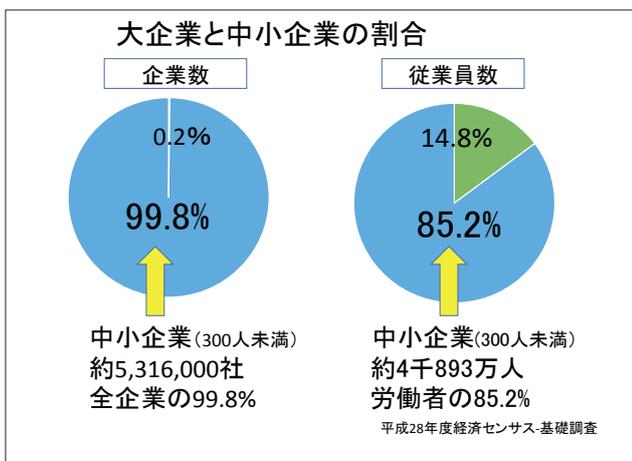
次に、産業保健スタッフ、衛生管理者、人事労務担当者です。今、申し上げたように、産業保健体制が整えられていないことには就業支援を進めることが難しい、つまり企業内部で何を行っていいかが明確にならないわけですが、体制が整えられていたとしても、その制度を運用する人が機能しないことには事例対応へはつながりません。ここでも大企業と中小企業とで制度を運用する人の違いが出てくるかと思えます。大企業では産業医や保健師といった専門職に加えて、就業上の措置を実施するための企業側の人事労務担当者と連携した仕組みとなることが多いかと思えます。一方、中小企業においては産業医、保健師がおらず、人事、労務担当者、あるいは衛生管理者が主体となるかと思えます。これらの体制と人が機能して初めて糖尿病をはじめとした事例対応が可能となります。また、体制、人、対応を可能にするためには、治療と両立を支援させる、つまり、病気を持ちながら働くことが許されてもいい、従業員が遠慮しなくて良い、企業としてもオープンに受け入れるという理解が必要になりますが、企業が歩いてきた中で培われてきた文化によっては、働いてなんぼ、働けなければ辞めざるを得ない、あるいは残業をしない方の価値が低いといった風土がある企業では、支援が難しくなるという部分があるのも事実かと思えます。



【スライド②】

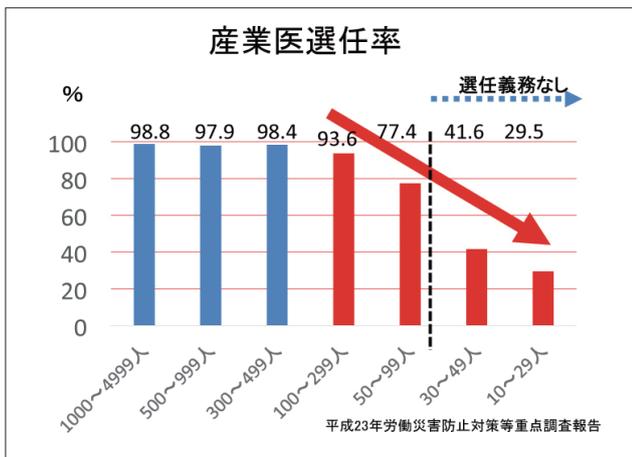
（スライド②） さて、糖尿病やメンタルヘルスや各種身体疾患への事例対応は産業医としても重要な活動の一つですが、各企業によって温度差があるのも事実です。例えば、一つの糖尿病事例対応を行うためには、まず体制、つまり仕組みです。一つの疾患として糖尿病を有する従業員について就業上の配慮事項について検討する、つまり、このまま仕事を続けてもらって大丈夫かどうかの議論のテーブルに乗せる仕組みが必要になります。この仕組みを産業保健体制と表現しましたが、大企業においては糖尿病だけではなく、就業に影響する可能性のある病気をお持ちの方が、仕事によって体調を崩させない、仕事を継続することによって労働災害等を起こさせない、あるいは治療に専念できる環境をつくるために、一定の就業制限を行うなど、企業として取るべき措置、つまり安全配慮義務を履行するための制度を持っています。これらの制度を就業規則にひも付けて就業規定細則や、業務要領書のような形で各担当者が動けるように仕組みづくりが進められていますが、中小企業においては、この仕組みづくりの部分が進んでいない企業も多く残されているのではないかと思います。

(スライド③) ここで中小企業の状況を確認したいと思えます。製造業では、中小企業は資本金3億円未満、従業員300万人未満といった定義があります。その他、分野によっては違う定義となっておりますが、本日は中小企業を産業医が常駐していない300人未満の事業所としたいと思います。中小企業は約530万社、全体の99.8%を占めており、国内企業のほとんどは中小企業であるということが分かります。また、従業員数につきましても、全体の85%以上が中小企業に勤めており、大企業は15%程度になっております。



【スライド③】

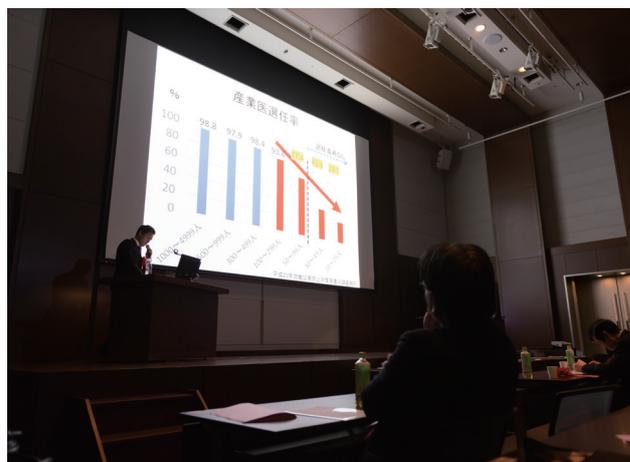
(スライド④) 産業医選任率についてです。300人以上の企業においては100%近い産業医選任率となっておりますが、100名以下になってくると産業医選任率が低下する傾向があります。産業医選任義務のない50人未満の企業では、産業医選任率が50%を下回ります。



【スライド④】

(スライド⑤) 嘱託産業医が企業において求められる活動は多岐にわたっております。ご存じのように嘱託産業医であっても専属産業医と責任の範囲が異なる、狭くなるということはありません。産業医活

動には労働衛生の三管理という考え方があり、作業環境管理、作業管理、健康管理の三つの視点に加え、体制構築のための支援として総括管理、労働衛生教育の二つの管理を加えて五管理と表現することもございます。私たち産業医は、これらの管理に基づいて、多種多様な企業のニーズに答えて活動を行う必要があります。しかし現状としては、嘱託産業医は優先度の高い業務であると思われる健康管理業務に従事することが企業から求められることが多いかと思えます。

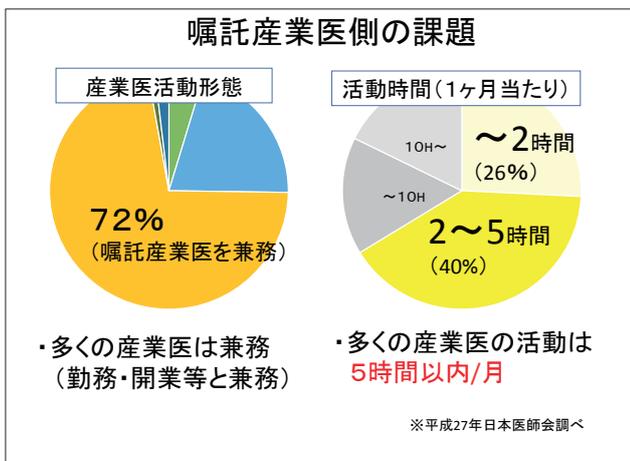


糖尿病を有する従業員に関しては、健康診断事後措置という形、あるいは糖尿病によって就業に影響が出る場合、つまり合併症による就業への影響が出た場合に、就業措置という形で介入することになります。ストレスチェック制度の開始や働き方改革に伴い、さらなる過重労働問題に対する対処等が求められるなど、産業医の関与が求められる活動は年々増えています。限られた時間の中で、対応することが非常に難しくなっているように感じているところです。

嘱託産業医活動の実際
作業環境管理・作業管理・健康管理
【優先度の高い業務(健康管理)】
 ・健診事後措置(糖尿病含む)
 ・就業措置(フィジカル・メンタル)
 ・メンタルヘルス対策(ストレスチェック等)
 ・産業医巡視
 ・過重労働対策
 ・安全衛生委員会への出席 など
【本来必用とされている業務】
 作業環境管理・作業管理
 総括管理・労働衛生教育

【スライド⑤】

(スライド⑥) このような中、平成27年日本医師会の調べでは、約7割が勤務医・開業医や大学教職などの本業務と並行して産業医活動を行っているという結果がございます。また、嘱託産業医の活動時間は、26%の先生が1カ月当たり2時間以内、それから40%の先生方が1カ月に2～5時間以内の中で産業医活動をやっているという事実がございます。つまり、7割近い嘱託産業医は1カ月に5時間未満の活動時間で、先に挙げたような活動をカバーしないといけないうことになってきます。

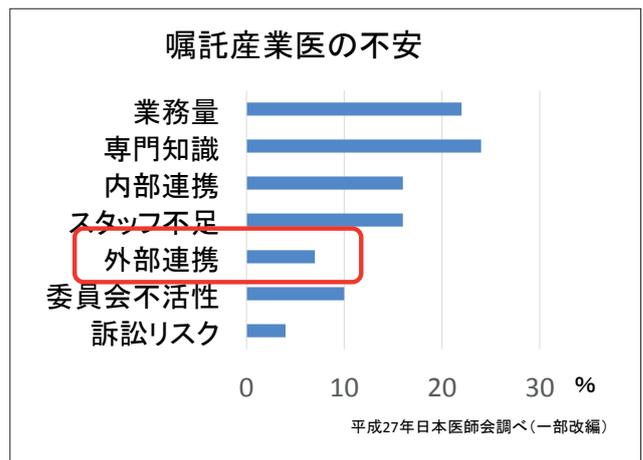


【スライド⑥】

(スライド⑦) また、このような状況の中、嘱託産業医は次のような業務内容に対して不安を訴えています。専門知識、業務量、内部連携、スタッフ不足といった実務に直結する内容です。糖尿病両立支援に関する主治医との連携など、外部連携へ不安を抱えている医師も一定数見られます。外部連携の際に、企業内部の産業医として紹介状を作成することもあります。企業内に所定のフォーマットがない場合には、その場でパソコンなどを利用して自分で紹介状を書いて作成する、あるいは後日作成して郵送で担当者に渡してもらうという手間をかけることもあります。時間が限られている中で、口頭



のみで主治医から意見書をもたらってくるようにという指示になる現場も多いのではないかと思います。糖尿病両立支援手帳やガイドラインが、企業担当者や嘱託産業医へ周知されることで、外部連携として主治医の先生との連携が簡単になることは、嘱託産業医としても実務負担が少なくなるという形で非常に期待が持たれる部分だとも感じております。



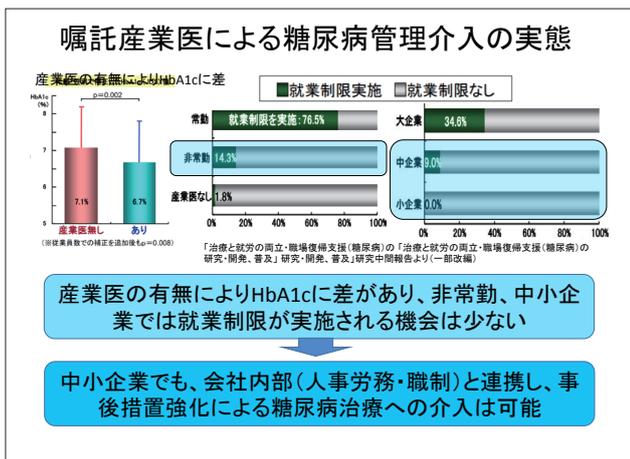
【スライド⑦】

(スライド⑧) ここまでの話をまとめます。理解しやすくするために若干語弊がありますが、対照的に表現しているところがあり、大企業であっても課題のある事業所も当然ございますし、中小企業であっても一律に活動が不十分ということではないことは申し添えさせていただきます。大企業側では、企業の体制、人的資源の多くは充実しており、産業医も常勤が多いため、活動時間、業務量、質、ならびに内部担当者、外部機関との連携についても大部分が対応できているのではないかと思います。一方、中小企業では、それらの多くに課題を抱えている、あるいは対応ができていない部分がある中で、各嘱託産業医の先生方が優先順位を付けて、可能な範囲で対応しているということも事実かと思えます。

	大企業	中小企業
企業内部の課題		
制度(規則・規定等)	充実	不十分
人的資源	充実	不十分
実務上の課題	常勤	非常勤
活動時間	充実	不十分
業務量・質	充実	不十分
内外連携	充実	不十分

【スライド⑧】

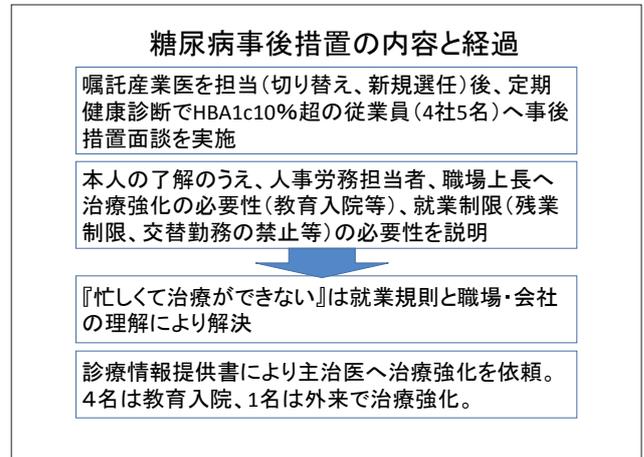
(スライド⑨) 前回のシンポジウムでご報告があったように、産業医の有無が糖尿病コントロールへ影響を来すという研究がございます。また、常勤産業医がいる大企業と、非常勤産業医である中小企業とで糖尿病に対する就業制限の有無を見ると、中小企業では実施される機会が限定されます。しかしながら糖尿病だけではなく、各種疾患に対する自己措置を強化し、場合によっては一時的に就業制限を意見・実施することで、疾患のコントロールが改善するという事は、実際に現場の産業医をやっていて実感しているところでもありますので、中小企業であっても糖尿病への介入は会社の内部、つまり人事労務担当者は職場の上長などと連携しながら、丁寧に健康診断事後措置等の機会を利用して実施していくことで糖尿病治療への介入を強化していくことは可能ではないかと思っています。



【スライド⑨】

(スライド⑩) ここで、嘱託産業医として関わった事例についてご紹介したいと思います。2016年以降に嘱託産業医を担当し始めた4事業所で、定期健康診断の結果、HbA1cが10%超過していた5名の方について、健康診断事後措置の機会を通して面談等を実施しております。忙しいなど職場を離れられない理由を挙げた従業員の方はほとんどの感覚かと思いますが、私の方から治療に向き合う時間については職場にきちんと説明する、会社にも治療に関する向き合う時間をしっかりと産業医からも説明するという事を、理解を得られるよう産業医からも説明する。それから労働安全衛生法の中の安全配慮義務、自己保健義務をきちんと果たしていただき、その結果、しっかりと健診目的を理解していただき、一定期間治療と向き合うことも重要であるとほとんどの方に理解いただけています。面談終了後、まず本人と面談して本人の了承を得た後に、会社の職制、それから職場の上長さんにも同席いただき、一定期間

就業に対して教育入院や治療の強化の必要性がある、それから数値がある程度改善するまでの期間は就業制限が必要であるということをご報告しております。



【スライド⑩】

(スライド⑪) 結果についてです。全員が男性で、年齢は30代を中心として20～40代の方について、事後措置を行わせていただいています。なお、3名の方は現場作業員、2名の方はオフィスワーカーとなっております。健康診断でのHbA1cの数値はご覧のとおりです。事例1～3の方は、治療されていない、主治医を持っていない状況でした。事例4の方は通院内服している、事例5の方は主治医はいるが内服していないという状況でした。4名については約2週間の教育入院、1名については外来で治療を継続することになりました。教育入院後、空腹時血糖、随時血糖ともに速やかに改善傾向となり、HbA1cも改善傾向となっております。



健康診断事後措置、教育入院の時期はまちまちですが、退院後数カ月から1年半程度経過しておりますが、直近の数値は6%台から7%台で、介入開始

後にデータが悪化した方は1名もおりません。これは事後措置での介入開始のみではなく、退院後も継続的に産業医、あるいは人事担当者が治療経過を本人からご報告いただくなど、継続的にウォッチしていることが治療中断を防止している一つの成果かと思っております。なお、機微な情報にはなりませんので、データは産業医がなるべく扱うようにしていますが、嘱託産業医として関わる時間が短いところもありますので、報告窓口は人事労務担当者、あるいは保健師がいるところであれば保健師いるところであれば保健師に設定しています。

事後措置強化と治療強化の効果

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5
年齢(面談時)	37	32	27	47	38
性別	男	男	男	男	男
定期健康診断 HbA1c(%) FBS(mg/dl)	12.0 (230)	10.9 (241)	12.4 (282)	12.1	12.0
専門医連携	教育入院	教育入院	教育入院	教育入院	外来で 治療強化
就業制限	有 一部解除	有 一部解除	有 一部解除	有	有 一部解除
改善後HbA1c (定期的に報告指示、 直近のデータ)	6.0	6.1	6.2	7.7	7.3

【スライド⑩】

(スライド⑫) 糖尿病事後措置と治療強化介入のまとめです。①～④まで挙げましたが、実際に支援の中で重視してきたことは、従業員と会社担当者に糖尿病治療や就業上の配慮について丁寧に説明することであり、さらにヒントとして、本人に対して治療経過を正しく評価してあげる、時にはほめてあげる、くすぐるようなことも大事かと思っています。また、会社担当者には就業上の配慮事項の必要性について正しく説明してあげることが必要かと思っています。これらの事例を通して、徐々に人事、職制などを介し企業内部の連携を図っていくこと、それから就業制限は慎重に判断しつつ、必要であれば時限的であることを伝えた上で、就業制限をしっかりと実施していくことで、治療強化への一定の影響を与えているのではないかと思います。嘱託産業医活動に時間的な制限がある中でも、人事や職制をうまく使うことで、企業内部から継続して治療へ介入することができるかと思っています。そして、企業内部から継続的に介入することで治療中断を防止することもできるかと思っています。このように企業内部での連携や、主治医を通した外部連携ができるよう支援していくことが重要かと思っています。

糖尿病事後措置・治療強化介入のまとめ (嘱託産業医・企業内部の立場から)

- ①内部(人事・職制)、外部(主治医)連携
- ②就業制限は慎重に判断、治療強化へ貢献
- ③嘱託産業医が内外連携を助言。
時間に制限がある場合でも、体制構築の支援など
介入可能
- ④企業内部から継続介入により治療中断を防止



【スライド⑬】

(スライド⑬) 企業内部における糖尿病両立支援の課題として、嘱託産業医の立場から中小企業における糖尿病支援をはじめとした支援の課題をまとめました。まず企業内部の課題として、体制、人的資源不足があります。これらの解消のためには金銭的な助成も含めた行政、都道府県の支援が充実することにより、産業保健活動への理解が進み、インセンティブとなることが期待されるかと思えます。また、森先生もお話しになりましたように、健康経営など社会から評価される取り組みにも期待されます。企業支援窓口としては、労災病院や産業保健総合支援センター等によるさらなる支援も重要ではないでしょうか。

次に、嘱託産業医活動上の課題です。主に時間と内部・外部との連携が課題となり、解消が求められます。個別嘱託産業医への支援としては、医師会や支援センターによる教育事業も展開されていますが、糖尿病支援手帳がもっと周知され、企業側や従業員本人が自主的に活用するようになれば、われわれ産業医としても業務の効率化につながる部分もあるかと思っています。

中小企業における糖尿病就労支援の課題

1. 企業内部の課題(体制・人)
 - ①産業保健体制・人的資源不足
 - ・金銭的助成等:国、都道府県による支援など
(産業保健活動へのインセンティブ)
 - ・健康経営(社会から評価される制度)
 - ②企業支援窓口
 - ・労災病院、産業保健総合支援センター等による支援
2. 嘱託産業医活動上の課題(時間・連携)
- ③嘱託産業医への支援
 - ・医師会、産業保健総合支援センター等(教育事業等)
 - ・糖尿病手帳の活用など嘱託産業医の業務効率化

【スライド⑭】

(スライド⑭) まとめです。中小企業における体制上の課題、人的資源の課題をお話ししました。また、嘱託産業医の立場からは、企業から期待される活動内容が年々大きくなってきていること自体は、歓迎すべきことでもあります。活動時間が制限される中で嘱託産業医活動をより実践的に進めるためには、やはり、企業内部・外部との連携を効率的に行うことが不可欠ではないかと思えます。糖尿病両立支援においては、両立支援ガイドライン、マニュアルの存在、使用方法についてももっと周知し、利用できるようになることが課題かと思っております。本シンポジウムを中心に両立支援活動の輪が広がることに期待したいと思います。ご清聴ありがとうございました。



【スライド⑭】

○河村 どうもありがとうございました。企業の大半を占める中小企業の問題はいつも議題になることですが、その点についてお話をさせていただきました。産業医は、今、ストレスチェックも始まって、いろいろな業務の負担が大きいと思えますが、その役割は大きいということです。また、就業制限についても前回のフォーラムでも出てきたことで、皆さん方聞きたいことはあるかもしれませんが、また後ほどの総合討論でご質問等をされたら結構かと思えます。どうもありがとうございました。



皆さん、こんにちは。本日はこのような貴重な機会を頂きました関係者の先生方に、心より感謝申し上げます。ありがとうございます。本日のお話では、事前にお話しをされた専門の先生方と重なる部分もありますが、私自身が取材で経験したこと、感じたことを踏まえて、記者の立場からお話しさせていただければと思います。



毎日新聞では2006年から本日壇上でお話しされた先生方のご協力も頂き、「なくそう減らそう糖尿病」という、糖尿病の啓発キャンペーンの記事を長期にわたって連載しました。第1回の紙面では、治療中断の問題が一番重要だと考えて取り上げました。この連載は3年続いたのですが、最終回でも治療中断した患者に対して、どうやって治療を再開させるかという内容になっており、治療をいかに続けるかという問題は糖尿病の治療をめぐる非常に重要な問題なのだと、改めて感じました（スライド①）。



【スライド①】

患者さんの治療中断の背景としては経済的な理由や、水口先生のお話しにもありましたが、企業の体制によっても違いが出てくるということも取材で分かっ

てきました。つまり、既に皆さんお話しになっていますが、働いている方たちの治療と就労の両立支援が重要であるということだと思います。

最近のメディアでは、どのように取り上げられているのかということについて、過去5年間の記事データベースで「糖尿病」「治療」「中断」という三つのキーワードで検索した結果、記事は非常に少ない状況でした。直近のものが、今月8日に毎日新聞で掲載した記事で、中島先生からお話がありましたオンライン診療が糖尿病治療継続について効果があるのではないかと紹介したものです（スライド②）。

「糖尿病」「治療」「中断」

2013年1月～2018年2月の
記事検索
(各紙東京本社版掲載分)

- 毎日 6本
- 朝日 5本
- 読売 9本
- 共同 1本



パソコン介して受診

2018年2月8日
毎日新聞朝刊

【スライド②】

記事の少なさは、働く世代が治療中断をしないような環境づくりが必要だということについて、社会全体、もしくは当事者の皆さんの関心がまだ低いということが背景にあるのかもしれない（スライド③）。

**働く世代が治療中断しない
(継続できる&しやすい)
環境作りが必要**

↓

**ということに社会、医療者、
当事者の関心を集める必要性**

【スライド③】

そこに出てきたのが政府の働き方改革の動きです（スライド④）。対策メニューは先ほど神ノ田先生ご紹介されたものになりますが、その中に治療と仕事の両立というテーマが掲げられ、

その文章は、いわゆる霞が関作文としては、企業の方も、また患者の方も、普段はこのような両立問題に触れていたらしゃらない医療者の方も、皆さん読んでいただきたいなと思える文章になっています。

2 政府の働き方改革実行計画

2017年3月28日、働き方改革実現会議が決定(背景は、少子高齢化社会の労働力確保)



【スライド④】

労働人口の3人に1人の方が病気を抱えている、そして職場の理解が乏しいことによって両立が困難な状況になっている可能性がある。そのためには会社の意識改革、そして経営トップ管理職などの意識改革や、社内の制度が必要である。それだけではなく、国なども一緒に取り組んでいかなければいけないということが書かれています。(スライド⑤)

「病気の治療と仕事の両立」

働き方改革実行計画

病気を治療しながら仕事をしている方は、**労働人口の3人に1人と多数を占める**。病気を理由に仕事を辞めざるを得ない方々や、**仕事を続けていても職場の理解が乏しいなど治療と仕事の両立が困難な状況に直面している方々も多い**。

この問題の解決のためには、まず**会社の意識改革**と受け入れ体制の整備が必要である。このため、**経営トップ、管理職等の意識改革や両立を可能とする社内制度の整備**を促すことに加え、**がん・難病・脳血管疾患・肝炎等の疾患別に、治療方法や倦怠感・慢性的痛み・しびれといった症状の特徴など、両立支援にあたっての留意事項などを示した、会社向けの疾患別サポートマニュアルを新たに作成し、会社の人事労務担当者に対する研修の実施等によりその普及を図る**。...

【スライド⑤】

糖尿病も含めた働く世代の治療中断対策の推進にとって、今、大きなチャンスが来ているのだと感じます。そのとき私は、最近メディアが取り上げることが多く、全体としてもかなり取り組みが進んできている「がん対策」が参考になるのではないかと思います(スライド⑥)。

糖尿病も含めて働く世代の
治療中断対策の推進に
チャンス到来

↓
国民の2人に1人がなる国民病「がん」対策が参考になるのではないだろうか

【スライド⑥】

毎日新聞では、がん対策基本法が2006年に成立してから10年を迎えた2016年4月から昨年4月にかけて長期連載「がん大国白書」を掲載いたしました(スライド⑦)。私もこの取材班に加わって、さまざまな患者さんや医療関係者の皆さんの取材をしました。これらの取材から学んだことについてお話ししてみたいと思います。

3 がん患者、対策に学ぶ

がん
大国
白書

- ・ 長期連載「がん大国白書」(2016年4月～2017年4月)
- ・ 2006年6月 がん対策基本法成立
- ・ それから10年。日本のがん医療、社会は変わったのか、変わっていないのか。

→2017年ファイザー医学賞受賞

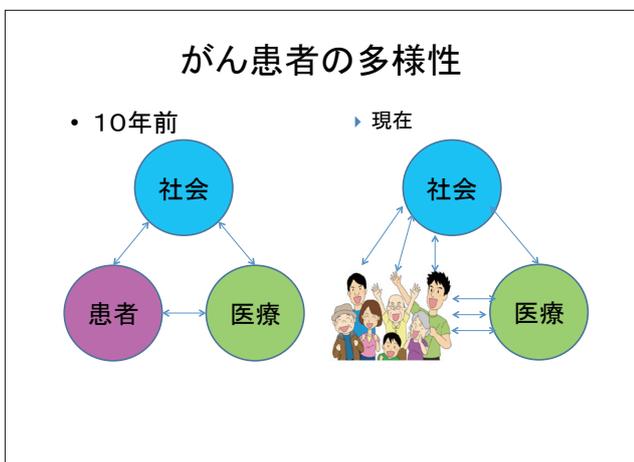


【スライド⑦】





10年前にがん対策基本法ができたとき、がん患者の皆さんは一つのグループとして見られていました(スライド⑧)。その一つのグループであるがん患者さんに対して、社会や医療は何ができるかという見方から、さまざまな対策が立てられていったと思います。そして10年経った今、がん患者の皆さんには実は老若男女、いろいろな人がいるということが見えてきたと思います。お年寄りも働いている人も主婦の方も子育て世代もいる。子どももいる、そういった多様な患者さんに社会や医療がそれぞれどのように向き合っていけばよいか、が問われているのです。患者さんのがんのステージによって、体力も年齢によって、必要な支援は違います。経済的なバックグラウンドも異なります。家族の支援体制も違います。特に患者さん一人一人の生き方や目標、どんな人生を送りたいのか、どんなことが目標なのかということは同じわけではなく、それらの個別の状況を医療者側がどのように評価し、判断し、患者さんに必要な選択肢を提供できるか。そういったことが、今、課題になっていると思います。



【スライド⑧】



【スライド⑨】

中でも、胸に残ったのが、AYA世代という若いがん患者さん、一般には15歳から30代くらいの患者さんのことを指しますが、AYA世代の患者さんへの取材になります(スライド⑨)。ある男性は、社会人になってすぐにがんが分かりました。そのとき、IT企業で非常に忙しい職場だったため、少し楽な職場へ移ることを希望した結果、お給料も減ってしまったそうです。若い患者さんはがん保険や民間医療保険には入っていませんから治療費を出すのも大変な状況になったそうです。私はご両親などに頼ったらいけないのではないかとも思いましたが、彼は、もう社会人として独立しているのだから親のすねはかじりたくない、ぜひ自分で何とかしたい、と考えたそうです。そして、彼がとった行動が、定期的なMRIやCTなどの高い検査の1カ月前から、1日1食にして、食費を削って検査代を貯めて、そして検査に行くということでした。貯金もどんどん減り、一時期は913円まで減ったそうです。そういった状況の中で治療している若いがん患者さんがいます。

また、別の男性は、就活のときに、正直に「私はがんです」と言ったそうです。すると、面接官が言いました。「そんなに大きな病気をしているのですか。再発はしないのですか」、そんな心ないことも言われてしまう。結果として、生きづらさを感じているがん患者の方が、まだまだいらっしゃるのだということが分かりました(スライド⑩)。

患者さんの悩みというのは、もちろん病気が治れば一番良いですし、そのために最善の治療法は何なのかということは大いなのですが、それだけではなく、治療していく上で仕事の問題、経済問題、家庭の問題、場合によっては医療者との相性の問題、本当にいろいろな悩みを抱えていらっしゃいます。そして、それぞれの患者さんが、「誰も分かってくれ

ない」「誰に言ってもいいか分からない」という孤独感に苛まれてもいるのです。

偉大なるおせっかい
患者の自尊心回復

- ・ 悩みの多様性
仕事、経済問題、家族関係、恋愛、医療者との相性…そして病気、治療法
- ・ 「だれも分かってくれない」「だれに言ってもいいか分からない」という孤独

2009年11月26日
毎日新聞朝刊

【スライド⑩】

その中で、なぜがん対策が進んだかという点、患者さんたちが立ち上がったことが大きかったと言えます。法律ができる1年前に全国のがん患者の皆さんが2000人も集まって大集会を開きました。これが非常に大きな後押しになりました。がん対策基本法の附帯決議では、がん政策を国がまとめる際に必ず関わるがん対策推進協議会という重要な会議について、がんの患者さんを当事者委員、患者委員として入れるということが記されました。その結果、現在では20人中5人の患者委員が入るという形になっています。

患者たちの声がん対策に反映

「金がん」の理事長に就任した
天野 慎介さん(41)

全国がん患者団体連合会(当初22→38団体)
理事長で、悪性リンパ腫患者の天野慎介さん
「27歳で発症。治療後1年で再発。患者会へ行って『独りじゃないんだ』と気づいた。患者の悩みはまだ変わっていない。がんになっても安心して暮らせる社会作りを目指す」

2015年6月10日
毎日新聞朝刊

【スライド⑪】

最近熱心に活動されているのが、全国がん患者団体連合会です(スライド⑪)。そのトップの天野慎介さんは「がんになっても安心して暮らせる社会づくりを目指したい」ということを訴えています。この言葉が、がん患者さんたちの一番の願いであり、中でも「安心して」というところがポイントになると思います。こうして声を上げた患者さんたちが国の

がん対策に注文をするとともに後押しをしており、それが治療と就労の両立を推進することにもつながっていると考えます(スライド⑫)。

声を上げた患者たちが国の「がん対策」へ注文するとともに後押し

↓

「治療と就労の両立」を実現する対策もがん患者向けの取り組みが先行している

【スライド⑫】

がん患者の皆さんの就労支援対策の背景にあるのは、がん治療が向上してサバイバーが増えている、がんになってもそのまま社会で生活していける治療環境が整ってきたことです(スライド⑬)。また、治療も以前は入院が当たり前でしたが、外来治療が中心になってきました。そういったことをさらに患者会が訴えた結果、2012年には、現在の一つ前のがん対策推進基本計画に、働く世代や就労に対しての配慮が必要であるということが書き込まれました。

4 がん患者の就労支援対策

- ・がん治療成績の向上に伴う「サバイバー」の増加。(特に、就労世代＝20～64歳＝患者の増加。この10年で19万人から26万人に)
- ・入院治療から外来治療への転換(社会で過ごすがん患者の増加)
- ・患者会が訴え、活動拡大

がん対策推進基本計画(第2期、2012年策定)
「働く世代や小児へのがん対策の充実 我が国で死亡率が上昇している女性のがんへの対策、就労に関する問題への対応、働く世代の検診受診率の向上、小児がん対策等への取組を推進する」

【スライド⑬】

そして、昨年10月にまとまった第3期の今のがん対策推進基本計画の中では、より細かく就労支援対策が書き込まれました。拠点病院の支援体制や、診断当初からの相談支援、また国が復職のためのプラン作成をする、そのための両立支援コーディネーターを置きましょう、短時間勤務や柔軟な休暇制度、企業が困ったときに相談に対応できるような企業セミナー、そして国が中心となって連携マニュアルをつ

くるといったことが列挙されました（スライド⑭）。その1年前には法律も変わり、法律の中に、企業におけるがん患者さんへの配慮が努力義務として書き込まれました。これは非常に画期的なことだったと思います（スライド⑮）。

第3期がん対策推進基本計画

2017年10月閣議決定。

「がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となり、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援の充実が強く求められる」
 →拠点病院の支援体制の充実
 →診断当初から相談支援への橋渡し
 →国が復職のためのプラン作成支援（両立支援コーディネーター）
 →短時間勤務や柔軟な休暇制度の整備
 →企業からの相談に対応、啓発セミナー
 →国が医療機関向けの企業連携マニュアル作成

【スライド⑭】

改正がん対策基本法

2016年12月10日成立。

がん治療と療養生活の両立に関する支援策などが盛り込まれる

- ・企業に対して、がん患者の雇用の継続に配慮する努力義務
- ・国や自治体に、小児がん患者らが学業と治療を両立できるよう必要な環境整備を進めることを求める
- ・希少がん、難治性がんの研究推進

【スライド⑮】

糖尿病に戻って考えてみたいと思います。まずがん治療と糖尿病治療の違いはあるのでしょうか。多くの医師の先生方とお話をしていると、「やはりいろいろなところで違うよ」とおっしゃるのですが、私自身は基本的なところに違いはないと思っています。適時的確な治療が必要ですし、継続した治療が必要です。さらにQOLへの影響、やはり大血管障害になったときの脳梗塞や心筋梗塞の大きなリスク、そして、細小血管障害にしても悪化すればQOLは非常に下がってしまいます。医療経済への影響も大きい。しかし、患者さんや医療者、行政の認識では、まだがんと糖尿病で違いがあるのではないかと感じます。例えば、糖尿病が原因となる死やQOLの著しい低下を患者さん自身が想定できているか、支援の必要性をどこまで医療者側で認識できているのか、先ほどもお話がありましたが、自己責任論になってしまう

てはないかといったことです（スライド⑯）。

がん治療と糖尿病治療の違いはあるか

- ・基本的な違いはない(適時的確な治療が必要、治療の継続が必要、QOLへの影響・医療経済への影響も大きい)
- ・患者や医療者、行政の認識に違い？
 →「死」もしくは「QOLの著しい低下」を想定できるかどうか
 →支援の必要性が認識されているかどうか（自己責任か、サポートが不可欠か）

【スライド⑯】

どのような病気であっても、患者になった人は患者としてどう生きていくかではなく、自分らしくどう生きていくか、そして、いかにそれを社会に理解してもらおうかということで悩んでいると思います。先ほどご紹介した、がん患者の皆さんは多様で、それぞれさまざまな生きづらさを感じていましたが、実は糖尿病患者の皆さんもそうなのかもしれません。先ほどご紹介した全がん連の天野さんのコメントにあった「がんになっても安心して暮らせる社会」と同様に、「糖尿病になっても、どんな病気になっても安心して暮らせる社会」というのが患者さんの願いなのではないでしょうか（スライド⑰）。

どのような病気でも

- ・「患者」になった人は「患者としてどう生きていくか」ではなく「自分らしくどう生きていくか」「いかに社会に理解してもらおうか」で悩んでいる。

【スライド⑰】

最後になりますが、がん治療と就労の両立のために何が必要か。例えば、これは最新のがん対策基本計画で、治療と就労の両立のために必要な具体的な施策として挙げられたものと比較したいと思います。が、「病院の支援体制の充実」は糖尿病でも必要です。「相談支援の橋渡し」もあると良いでしょう。「復職のためのプラン作成」は、糖尿病患者さんについては

あまり関係はないかもしれませんが、「両立支援コーディネーター」の役割は非常に重要です。また、「勤務体制の柔軟化」、そして「企業の皆さんに問題の重要性を知っていただくこと」、また「国が医療機関向けのマニュアルをつくる」、これは労災病院などを中心に進んでいるというお話でしたが、これらの取り組みも重要でしょう（スライド⑱）。

5 糖尿病治療と就労の両立のために①

- 拠点病院の支援体制の充実 ○
- 診断当初から相談支援への橋渡し ○
- 国が復職のためのプラン作成支援（両立支援コーディネーター）△
- 短時間勤務や柔軟な休暇制度の整備 ○
- 企業からの相談に対応、啓発セミナー ○
- 国が医療機関向けの企業連携のためのマニュアル作成 ○

【スライド⑱】

これからは2点、非常に重要になることがあると思います。一つ目は、医療者と患者のコミュニケーションの充実です。先ほど申し上げましたように、糖尿病患者さんはどこに相談したらいいか、自分の困っていることを、これを困っていることと認めていいのかわかるか、そういったことについても悩んでおられると思います。そのために医療者の皆さま、医療機関の皆さまには、両立サポートの必要性をぜひ確認していただきたいと思います。問題は、仕事だけではないかもしれません。他にご家族の問題や、治療しているときの他の不安もあるかもしれません。それが就労と治療の両立支援に影響を及ぼしている可能性もありますから、ぜひ再確認していただくことが大切ではないかと思っております。さらに患者さん自



身も理解しなければいけない。きちんと糖尿病を知り、糖尿病を放置することは自分の命や暮らしに関わるのだということを知っていただく。そのためにも患者向けの相談窓口のようなものが、がんの相談支援センターだけではなく、よろず相談所みたいなものが各病院にあるといいのだろうなと思います（スライド⑲）。

糖尿病治療と就労の両立のために②

- ・ 医療機関、医療者が「糖尿病患者の就労との両立」のサポートの必要性を再確認する。（MSWの紹介、相談対応＝問題は仕事だけではない可能性もある）
- ・ 患者啓発・教育の徹底（「糖尿病を知る」。糖尿病の放置は「命にかかわる」）
- ・ 患者向け相談窓口の整備及び患者一人一人の声、悩みを集約
→ 医療者と患者のコミュニケーションの充実
- ・ 国が目指す「両立支援コーディネーター」や「両立支援にあたっての留意事項」などを示した会社向けの疾患別サポートマニュアルに糖尿病も入れ込む
- ・ 企業に通院のための短時間勤務、休暇活用を呼びかけ
- ・ 経済的理由による治療中断の実態を把握
→ 社会としてのサポート体制の構築

【スライド⑲】

一方で、医療者と患者だけに任せていてもこの問題は解決しません。社会としてのサポート体制の充実が必要になると思います。先ほどの両立支援コーディネーターや、マニュアルについての糖尿病の動きは、随分進んできているということをお聞きいただきました。一方で、企業に対しても、がん患者さんや障害者の皆さんだけではなく、糖尿病などの生活習慣病できちんと継続した治療が必要である患者さんに対して、通院のための柔軟な制度をぜひ検討していただきたいと思っております。



最後になりますが、病気の方たちへ就労支援や生活支援の話をしているときに、「がんだからいいよね。がんは患者さんも多いし制度も法律もあるし」と言ったり、自分のご担当の疾患についても法律や国の政策が必要だとお話しになったりする先生方もおいでですが、私は少し違う見方をしています。すべからず病気を持っている患者さんたちが安心して暮らせる社会のために必要なものは、実は共通項が多いと思います。ここにいらっしゃる先生方の多くは、がんだけ、メンタルだけ、糖尿病だけ、それ以外の疾患だけということではないと思いますので、いろいろな病気の患者さんをご覧になっている中で見えてきた共通項、必要な支援や制度集めて、どんな病気を持っている患者さんでも、治療が続けやすく働きやすい日本を目指していただければと思います。



本日は貴重な機会を頂きまして、どうもありがとうございました。これで私の話を終わらせていただきます。



○河村 どうもありがとうございました。マスコミの立場から見て、がんと対比して、糖尿病の両立支

援についての提言をしていただきました。ただ、この支援事業は糖尿病の場合ちょっと特殊でして、産業医をしていて治療を自分で勝手に中断してしまう人もいます。その辺りも把握してやっていかなくてはいけないということで、いろいろ問題点が多いかと思います。どうもありがとうございました。





働き方改革と糖尿病両立支援

日本糖尿病学会理事長	東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科教授	門脇 孝
	日本医師会常任理事	松本 吉郎
	厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長	神ノ田昌博
	産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学教授	森 晃爾
中部ろうさい病院治療就労両立支援センター所長	中部ろうさい病院副院長	河村 孝彦
中部ろうさい病院治療就労両立支援センター両立支援部長	中部ろうさい病院糖尿病・内分泌内科部長	中島英太郎
	とうかい産業医オフィス代表取締役	水口 要平
	毎日新聞社 毎日新聞編集委員	永山 悦子



○清野（司会） パネリストが着席されましたので、これからいろいろ討論に入りたいと思いますが、まず、どうしてもご発言をされたい方がいらっしゃいましたら、時間がなくなってくると困りますので、どなたかいらっしゃいませんか。毎年、この会では非常に辛口の質問が多く出るので、今日は産業医の先生方、これまでのご発言のような内容でよろしいですか。

それでは、両立支援に関していろいろご講演いただきましたが、例えばかかりつけ機能の強化とか、あるいは拠点病院をつくれとか、いろいろな提案がございました。それで、今日は例にがんを出される先生が非常に多かったのですが、がんを参考にして糖尿病のモデルを構築していったらいいのか、あるいは全く違う観点から考えないといけないのか。まず門脇先生からお願いいたします。

○門脇 私は、がんの例はかなり参考になるのではないかと思います。先ほども永山さんからお話がありましたが、今、糖尿病が増えていて、実際に収入などの経済的な観点で見ますと、社会的な弱者に非常に多いのです。自己責任という言葉は全く糖尿病の場合には当てはまらない。体質の上に、どうしてもファストフードに頼らなくてはならないような貧困な食生活などが重なって起こってきますので、社会的弱者という点で、私はがんと非常に似たところがあるのではないかと考えています。



○清野（司会） 本来は生活習慣関連病、外国はそうなのですが、「関連」が飛んで生活習慣が悪いからとなっているような誤解を与えていると。松本先生、患者からすれば、がんの人で自分で治療を中断する人はほとんどないと思います。ところが、糖尿病は簡単に中断するので、この辺の取り組みの違いというのは、何かございますでしょうか。

○松本 医師の立場からすれば、正直言って、がんでも糖尿病でも生活習慣病でもあまり関係はありません。ただ、がんは生命に直結しているという色が濃いということはあるのですが、ただ、糖尿病、他の難病等も全て長い



間には同じような形に結局なっていく可能性がありますので、その辺はやはり患者さんがどの程度意識しているのかという違いはあるかと思えます。そういった意味では、取り組み方はがんを中心に参考になると思えます。先ほど診療報酬のことも、中医協でも話が出まして、まずがんをやってみようというのが、就労の間に命に直結しやすいからということだろうと思えますが、私からは今後、難病の方、生活習慣病の方にもぜひ進めて広げていくべきだと発言してまいりました。

○清野（司会） ありがとうございます。神ノ田先生、この糖尿病についてどういう取り組みが必要か、行政としてはどの辺に位置付けておられるのか、お聞かせいただきたいのですが。

○神ノ田 両立支援を進めていく上で、疾患単位で考えていくアプローチよりは、むしろ社会全体の意識として、企業の考え方として、企業のトップの意識が従業員の健康をどう守るか、あるいは病気になったときにどう仕事と両立させるのか、病気になったら辞めさせればいいのかという考え方ではなくて、病気になっても支えていこうというふうに変えていく。そういったことでまずがんをきっかけにして、そういう考え方が定着し、企業のトップの意識が変わると。また、医療者側も両立支援が大事なのだということが周知され、それについて医療者としても支援していこうと。そういった考え方がまず定着していくことが大事なのだと思えます。疾患ごとに特徴は違いますし、大事な部分も違うと思うので、そこは専門家の先生方を前に私が言えることは限られていると思うのですが、まず社会全体の考え方が変わり、その上で、どうそれを支援していくかというところは各専門家の先生方にお考えいただきたいと思っています。

○清野（司会） 中島先生、2型糖尿病のことに触れられたのですが、1型でインスリンをしないと命を落とすような人が70万～80万人おられると思えます。その人たちへの対策はどうなっているのでしょうか。大阪などですと非常に収入が少ないので、生命の維持に必要な最低のインスリン、医師の指示量の半分から3分の1を打って、何とか命をつないでいますが、時々、高血糖昏睡で搬送される。そういうのをあまり取り上げていないように思うのですが、特に零細企業の就労者に多いのです。

○中島 ありがとうございます。実際、私の患者さんでもそういうケースはございます。お金がなくて受診できずに、インスリンをそれこそ2日に1回に減らして、かなり生命のリスクを負うような方がおられますし、子どもの発症が多いので、そもそも就学や就職にかなりハンディを背負っていて正社員になれない、バイトで生活している方も結構多いと思えます。以前もお話しましたが、糖尿病は膵臓の病気であり、いわゆる内部障害で一つの臓器が駄目になっているわけです。心不全、肺の呼吸不全、肝臓、腎臓、それぞれの臓器は不全になれば身障者の手帳が取れるのですが、なぜか膵臓だけは取れない。1型糖尿病は、公的年金の障害年金は申請できるのですが、なぜか障害者手帳は取れません。インスリンを打っていれば問題なく生活できるので、あえて必要が無いとの意見もあると思えますが、就労との両立という意味では、障害者枠での雇用も可能になりますので、それを考えてもいいのではないかと個人的には思っているところです。



○清野（司会） どうですか。何かコメントがありますか。1型糖尿病というのはきちりすれば、私は健常者と全く変わらない生活ができて、人生も全うできるので、むしろ障害者にするには批判的な立場に立っております。

水口先生は、中小企業の問題点を言われましたが、まだ嘱託産業医がいるだけましと。全くいない場合はどうなっているのですか。訪問したりしておられるのですか。

○水口 50人未満のところには自分自身が行っていないので、必ずしも小規模のところのコメントにはならないのかもしれませんが、選任されていても産業医の活動実態がない企業があります。50人以上で数百人ぐらいまでの企業では、しっかりと足元の産業医活動を充実させることが非常に大事だと思っております。

その中で、産業保健活動に差があることに対して、嘱託産業医側の課題もあるかと思いますが、企業にも課題があることもあります。企業側の経営者などの意思決定者とどう話していくか、糖尿病とがんとで大きな違いはないと思うのですが、糖尿病は糖尿病、がんはがんで治療特性があって、仕事を休む期間であるとか、化学療法を含めた就業に影響するような治療もございますので、企業の中で利用できる傷病欠勤の制度理解し、運用できるように働きかけるとい意味で、嘱託産業医が果たす役割は大きいと思えますし、50人未満のところは、ご存じのように地産保が支援をしていただく機能を持っているかと思えますので、そちらでぜひ活動の深掘りというか、お力添えを頂ければと思っております。



○清野（司会） 何かありますか。どうぞ。

○松本 私は地元の埼玉県大宮で、地域産業保健センターのセンター長も兼ねておりますが、なかなか50人未満の企業は相談にいらっしゃるケースが本当に少ないというのが現状です。就業時間内に相談に来ることが許される環境にないということからすると、なかなか難しい問題で、例えば大阪の印刷会社に端を発した胆管がんの問題等もありましたが、非常に小さな零細企業で該当しているという事実があります。そういったところにやはり産業医の方から訪問する、あるいは産業医が行けない場合に、それに代わる労働衛生工学士さんなどを活用していただいて、こちらからある程度出かけていって、刺激する

と言ったらおかしいでしょうが、そういったこともこれからはもう少し必要になってくるのではないかと思いますし、この辺は本当に厚労省、機構側に非常に頑張っていただきたいところだと思っております。

○清野（司会） 森先生、両立支援のトライアングルが今日何回も出てきましたが、現実、産業医とかかかりつけ医の連携もほとんどなく、大阪も埼玉もそうでした。専門医と産業医の連携もない。どうやってトライアングルをつくっていくのか、そのプロセスを今日はどなたも明示されなかったもので、ただ理想論のように私には聞こえました。

○森 私は7年前より、がんの両立支援の研究に関わらせていただいているのですが、最初の頃に議論しているときに、関係者は、すごく意識のある臨床医がいて、すごく意識のある産業医がいて、地域でも十分資源がある、その完璧な三つの組み合わせを目指そうとしていたように思います。しかし、この三つが存在させるこ



医療機関で意識があればどうやって事業者に働きかけるか、いろいろなところにスタートの起点があった方がいいのかなと思っています。

○清野（司会） その間を取り持つ人は誰なのですか。医療機関の医師が産業医を訪ねていかななくてはいけないのでしょうか。

○森 恐らく訪ねていくのではなく、本人を介して文書のやりとりで行うことだと思います。医師がそれを全部やるということはほぼ不可能なので、それぞれ事業所にも産業医以外に保健師さんがいたり、衛生管理者がいたり、そのようなチームで対応すべきです。医療機関側もチームでやりますから、そういった関わる人を増やしていくしかないかなと思っています。

○清野（司会） 門脇先生、どうぞ。

○門脇 私が個人的に経験した患者さんですが、視力障害が進んで尿タンパクからむくみも出て、非常に進行した患者さんが入院してきたのです。前にもこの会で一回紹介したことがあると思うのですが、その患者さんがやはり 50 人未満の中小企業で働いていて、糖尿病の治療と言っても、医療機関に受診できるような雰囲気ではなくて、受診ができなかったのです。ところが、社長さんが不幸にして亡くなられて、次の社長さんが、病気のある人はみんなちゃんと受診をするところから、健康づくりから始めようという方針転換をして、その患者さんはそのおかげで東大病院を受診して、入院して、何とかそれ以上の進行を抑制することができたのです。そういう例がたくさんずもれているのではないかという気がします。もちろんホワイト企業とか健康経営を認定することは大事なのですが、大部分の認定されないところがどうなっているのか、今もされていると伺っているのですが、中小企業の経営者なども集めて啓発したり、そういうところに具体的に入って行って、病気を持っている人が受診できないような雰囲気がないかどうか、確かめていく必要があると思うのです。

○清野（司会） ご指摘のとおりで、永山さんも最後、両立支援に必要なことを拠点病院から挙げられたのですが、要は、患者がちゃんと継続的に受診したらおしまいということで、そう難しく考えずに、就労者に受診させる、あるいは事業者にも啓発する記事をどんどん出してもらったら、それで終わりと思うのですが、どうなのですか。

○永山 ありがとうございます。頑張っ書きたいと思っています。ただし、記事で書くことに加えて、先ほどのがん対策でも申し上げましたが、現場からの声というもの

とは、極めて難しいと思います。当時より、多少は医療関係者の意識も上がってきて、産業医も意識が上がってきたので、どこか1カ所でも意識の高い関係者に引っかければ、そこから全体に対してアプローチができるようになるモデルがいいように思います。例えば、医療機関、事業所、地域のそれぞれに意識の高い支援者がいる可能性が10%ずつとした場合、三つともそう可能性は0.1%になってしまいますが、どこかでも引っかければうまくいくのであれば約28%になるわけですから、確率は280倍です。どこから入っても他にうまくアプローチができるような仕組みを少しずつつくっていくことが一番早いのかなと思っています。例えば産業医に意識があれば、どうやって医療機関に働きかけて結果的に戻ってくるか、



が一番世の中を動かす力になると思います。先ほどからお話がありますように、糖尿病の患者さんは自覚症状がないですから、患者さん自身が治療の重要性をあまり認識できない。そうすると、先ほど中島先生も清野先生もおっしゃっていましたが、いろいろな問題で本当に困っている患者さんがいるのだということを、医療現場の先生方からどんどん発信していただき、それを私たちがまたキャンペーンとして取り上げるということが必要ではないかと思いました。

○清野（司会） 神ノ田先生、門脇先生がおっしゃった、事業者がとにかくしっかりとちゃんと受診するように言ってくれないと、私が診ている方々の企業も大企業ですが、なかなか来ないです。課長や部長に言われて仕方がないから来たというのにはありますが、その辺、行政としてはどうお考えですか。



○神ノ田 先ほどの話の繰り返しになりますが、やはり企業が変わってもらうには、企業のトップの意識が変わらないといけなくて、企業のトップに両立支援について理解を示してもらうことが大事だと思います。そういった企業が増えてくれば、両立支援をするのが当たり前になりますし、医療機関側でも医療だけでなく仕事との両立が大事なのだという意識が高まります。そこで、企業と医療機関の連携が非常に重要になってきます。そこをつなぐのが、働き方改革実行計画でも書かれていますが、両立支援コーディネーターです。これは機構の方に頑張ってもらっていて、今後2～3年の間に2000人ぐらいまで増やしていこうということになっていますので、コーディネーターが医療機関と企業の間を取り持って、しっかりと連携を図っていくという形をつくっていったらいいと思っています。まだ取り組みは緒に就いたばかりですが、数年後にはだいぶ変わってくるのではないかと思います。



○堀田（司会） 随分と議論が出てまいりましたが、もう少し、今日の話の中でキーワードがあるので、それについて少し先生方のご意見を聞きたいと思います。まず一つは、実際に糖尿病の支援を考える場合に、企業が産業医の存在をどう考えるか。その中のキーワードとして、「健康経営」が松本先生、神ノ田先生、森先生、そしてまた水口先生から出てまいりました。ところが、なかなか健康経営も普及していないのです。ではこれを普及させるためのインセンティブは何かということ、まず松本先生から簡単に。

り強いです。従って、企業の人事関係者としては、トップから「何としても健康経営銘柄に入れ」とか「健康経営優良法人に入れ」という命令が下っているのです。職種ごとに一つしか一番上の「健康経営銘柄」が取れませんので、非常に競争率が激しくて、本当にいわゆるホワイト企業に入るか入らないかというのは、会社側にとっても非常に重要な戦略になっています。職を求めている学生さんからしても、健康経営にしっかり取り組んでいるか、取り組んでいないかが、就職する際の非常に大きな目安になっているのです。給与水準以上に、非常に注目されているので、優秀な人材を集めるという意味でのインセンティブはあるのではないかと思います。

○堀田（司会） ありがとうございます。神ノ田先生、健康経営をもう少し普及させていくにはどうしたらいいのでしょうか。



○神ノ田 そこは啓発していくということだと思いますが、ただ、中小企業の立場に立ってみると、なかなか難しいところがあると思うのです。元々10人ぐらしか職員がいない中で、1人病気で倒れたときに、両立支援をどこまで会社としてバックアップできるかというのと、やはり大企業で1000人いる中での1人と、10人ぐらしかいない中での1人というのはだいぶ違うと思うのです。そこで、何かリスクをプールするような仕組みがやはり制度的には必要なのかもしれませんが。少しずつお金を出し合って、1000人なら1000人規模でプールをして、その上で、たまたま両立支援が必要な従業員が出た企業を、プールされた中で支援していくような仕組みを考えるなど、いろいろとやらなければいけないことはたくさんあるだろうと思います。

ですから、意識はあるけれど、なかなか難しいのだというのが中小企業の実情としてあると思うのです。そこを支えるような仕組みづくりを、今後の課題として考えていきたいと思っております。

○堀田（司会） 森先生、そのプランナーの1人として、そういったことに対する今後の取り組みとして。

○森 私は、健康経営度調査の基準を作る委員会の委員長をしているのですが、すでに上場企業の20%ぐらいが調査票に参加しており、健康経営の概念は大手企業には結構広がったと思います。一方で中小企業では、健康経営優良法人の制度が始まる前から、まずは経営者が健康宣言をしてくださいという取組みを協会けんぽがやっています。すでにその数が昨年1万を超えて、おそらく1万5000近くになってきていると思います。しかし、中小企業の全体数からすると、まだ1%未満なのです。これをどう広げていくかということが実は健康経営において、大きな課題になっています。

一方で、中小企業でも健康経営に取り組んでいる会社の社長の講演を時々聞くことがあるのですが、最初に健康課題があったのではなく、経営課題があって、その経営課題を何とかしないといけないと考えているときに、「従業員の健康だ、従業員の食生活だ」と入った方たち多いようです。その結果、従業員が健康になるだけではなくて、経営課題に対しても成果があったといった発表が多いのです。おそらく少しずつ、そのような成功体験が広がっているように思います。そうすると、社長さんはいろいろな問題があり、経営課題を一所懸命考えていたのだけれど、その経営課題を解決するのに“何故か”従業員の健康管理に結び付いたということです。最近、人が大切になってきていますから、そのような結びつきが生じやすい時代になってきているようです。しかし、偶然を待ってはだめですので、そのような結びつきの可能性を高めるようなきっかけ作りをこれからしていかなければいけません。きっかけの中で恐らく一番効くのは、健康経営をやっていると公共入札で加点されるとか、仕事に関わるようなものではないかと考えられておられます。もう少し直接仕事と関わるようなきっかけづくりを、国や自治体の制度などでいろいろとできてくると、より広がるのではないかと期待しています。いずれにしても、今後は中小企業の健康経営が大切なフェーズになってきていると思います。

○堀田（司会） 恐らく中小企業対策が一番大事だと思いますが、永山さん、メディアとして健康経営をさらに広めるためにはどうしたらいいでしょうか。

○永山 非常に難しい面もあると思いますし、まさに森先生がおっしゃったように明確なインセンティブを付けるということは大切だと思います。最近、働き方改革の長時間労働、残業規制に詳しい専門家に取材をしていて、「へえ」と思った話があるのですが、実は、「ブラック企業」と報道されると、その企業がすごく良くなるような



のです。例えば、電通も完全に変わったとは思えませんが、変わりつつある。飲食店、居酒屋チェーン店のいろいろ問題があったところも随分ましになっているそうです。大きな課題や問題に直面すると、その組織は変わらざるを得ないようです。かといって、健康を害している企業がどんどん出てきてくれて、それを私たちが記事するというのは本末転倒になってしまいますが、もしそういった問題のある組織や企業があるなら、告発して変化を促すという方法もあるのかも知れません。



関連して質問を。今のお話は基本的に企業に勤めているらっしゃる正社員の方の治療と就労の両立の話であるような気がするのですが、先日、地方の病院の先生から非正規の若い患者さんの血糖コントロールがものすごく悪いという話を聞きました。非正規の社員さんは減らすと安倍政権は言っていますが、現在、かなりの数いらっしゃるのですが、そういった方たちの両立支援はどう進もうとしているのでしょうか。

○堀田（司会） どなたをお当てになりますか。

○永山 神ノ田先生をお願いします。

○堀田（司会） 神ノ田先生。



○神ノ田 私の発表の中でも入れていたのですが、正規と非正規の差をなくしていこう、差別的な処遇を変えていこうということで、今回の法案の中にも、完全とは言えないのですが、入れようということになっています。差があった場合でも、こういう理由で差があるのだというところをちゃんと説明できるようにしていきましょう。また、そこについて何か不満があるときに、そこを調停してくれるような仕組みをつくりましょうとか、そういったものは法律の中に入れております。その中で、両立支援についても「正規の人は受けられるのに、なぜわれわれ非正規は受けられないのだ」という話が出てくれば、そこは処遇を同一にならしていくというような取り組みを企業の中でしていっていただくというような形になる

かなと思います。

○堀田（司会） 水口先生、簡単に。

○水口 非正規の問題については、糖尿病両立支援よりも、メンタルヘルスやがん就労に関して、休業期間が長くなるが多いため、正規社員に比べ、休業などの制度が非常に限定的な中で、両立支援が難しくなるという場合が多いと思います。糖尿病については、教育入院も含めて職場を離れるのが1～2週間程度であれば、非正規の方でもあっても治療に向き合う時間を作ることは可能だと思っております。

○堀田（司会） 永山さん、よろしいですか。恐らくいろいろと問題があるかと思うのですが、その中で一つ、永山さんが提言されたことで、糖尿病というのは病気だけを気にしているのではなく、家族の問題、就職、いろいろな問題があります。その中で、コーディネーターの存在は恐らく糖尿病の両立支援の中で非常に大きい



と思うのです。この点について、門脇先生、簡単に何かご意見がございますか。糖尿病におけるコーディネーターの存在です。

○門脇 国立大学病院などの大きな病院では、土曜日や夜間は糖尿病の外来診療を行っていないところが多いので、そうしたことで就労と治療がうまく両立できないという場合があります。そういったときに、土曜日や夜間も糖尿病の診療をやっているような病院などを具体的に紹介していただいたりすることで両立が可能になる。コーディネーターにはそういった役割も果たしていただければと思います。

○堀田（司会） 中島先生、簡単に。

○中島 ありがとうございます。現在、機構本部の方で今年を含めて3年間で2000人のコーディネーターの養成を計画しており、実際に実施しておりますが、実は両立支援コーディネーターの立ち位置はまだはっきりしておりません。それは医療機関の人間なのか、会社の人間なのか、あるいは社労士さんやキャリアコンサルタントの方なのか、まだ定まっていないところがあります。国の方がこの位置付けをどうするかで、コーディネーターが今後どうなっていくかは変わると思います。しかしながら、やはりドクターだけではやれないので、コーディネーターは要ります。糖尿病に関して言えば、やはりできれば糖尿病療養指導士（CDE）を取られた方が、現場では動きやすく、われわれとしてはいいかなというのを思っているところです。



○堀田（司会） 大西理事、この問題を現在取り組んでみえて、国とも折衝していますが、このコーディネーター制度について、簡単にご説明ください。

○大西 最後、閉会のときに述べさせていただいてよろしいでしょうか。

○堀田（司会） では、期待しております。少し時間が過ぎましたが、今日はこのフォーラムにご参加いただき、恐らく先生方の中には参考になったり、まだまだ本当はこういったことをやってほしいというご意見があるかと思いますが、残念ながら時間がまいりました。このフォーラムは、演者の方々によって、また参加者によって素晴らしいものになりました。この場を借りて厚く御礼申し上げます。ありがとうございました。





本日は多くの方々にお集まりいただき、誠にありがとうございました。労働者健康安全機構理事の大西です。本日は、医療側、行政、マスコミ、産業医の先生方、各方面から、糖尿病の両立支援に関する様々なご講演を賜りましたことを厚く御礼申し上げます。

本日のフォーラムを通して、多くの新しいことや現状などをご理解いただけたかと思えます。今後、糖尿病患者における治療と就労の両立支援が一步でも前に進むことを願っております。

両立支援コーディネーターの養成については、これまでは労災病院の職員を対象に養成研修を実施していましたが、今年度からオープン化し、多くの医療機関の方々、また事業所の産業保健スタッフの方々にも参加いただき、修了証を発行しております。両立支援コーディネーターは、糖尿病に限らず、がん、脳卒中、心の病などにおいても仕事と治療の両立に困難を来している患者さんに寄り添い、企業側と医療側とでトライアングル型のサポート体制により対応しています。本来、患者さん自身が対応できれば良いのですが、それが困難な状況下、両立支援コーディネーターがサポートし、背中を押してあげ、色々なアドバイスをすることがコーディネーターの務めだと考えております。

両立支援コーディネーターは、当然、病院に配置されることを望みますが、事業場の産業保健スタッフ、大企業では産業医、産業保健師にも両立支援コーディネーターのマインドを持っていただきたいため、当該研修を受講いただいております。

さらなる取組として、これまで数々の労災病院で培ってきた研究成果をもって、このコーディネーターの養成研修や両立支援マニュアルを作成しており、今後も研修を開催し、コーディネーターを増やしていきます。また、マニュアルについても、さらに改訂してブラッシュアップしていきます。

その他、私ども労働者健康安全機構は、47都道府県に産業保健総合支援センターという施設を設置しています。全て県庁所在地にあります。当センターでは、事業場に対して両立支援のあり方や健康経営上の役割の周知を図っております。



さらに、産業保健総合支援センターには、両立支援促進員を配置し、病院や事業場で両立支援が受けられない方々へのご相談にも乗れるような体制を整えつつあります。本フォーラムでいただいた多くの宿題に対して応えられるよう、労働者健康安全機構一丸となって、糖尿病に限らず、あらゆる病気の両立支援が日本の社会風土として醸成され、しっかりと根付くよう頑張りたいと思っております。

今後もこのようなフォーラムを介し、皆さまに様々な情報を発信させていただきますので、今後とも何卒よろしく申し上げます。本日は誠にありがとうございました。

第4回『就労と糖尿病治療の両立』

～働き方改革と糖尿病両立支援～

参加費
無料

日時

平成30年2月18日(日)
(13:00~17:00)

場所

ミッドランドホール
(名古屋駅前 ミッドランドスクエア 5F)

総合司会

中部ろうさい病院名誉院長・ 堀田 饒
本部特任研究ディレクター

日本糖尿病協会理事長 清野 裕
関西電力病院 総長/
関西電力医学研究所 所長

■プログラム

13:00~ 開会の辞

理事長挨拶	独立行政法人労働者健康安全機構理事長・ 総括研究ディレクター	有賀 徹
協会理事長挨拶	公益社団法人 日本糖尿病協会理事長 関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長	清野 裕
医師会長挨拶	公益社団法人愛知県医師会会長	柵木 充明

13:10~ 基調講演

「糖尿病治療支援と日本糖尿病協会の取組」

公益社団法人 日本糖尿病協会理事長
関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長 清野 裕

13:50~ 追加発言

1. 「糖尿病の予防法と治療法—働き世代を中心に—」
日本糖尿病学会理事長
東京大学大学院医学系研究科糖尿病・代謝内科教授 門脇 孝
2. 「両立支援を目指した医師会における取組」
日本医師会常任理事 松本 吉郎
3. 「最近の産業保健行政の動きについて」
厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課長 神ノ田昌博

15:00~ シンポジウム

「働き方改革と糖尿病両立支援」

司会 中部ろうさい病院治療就労両立支援センター所長 河村 孝彦
中部ろうさい病院副院長

1. 「労災病院が取り組む糖尿病両立支援モデル事業」
中部ろうさい病院治療就労両立支援センター両立支援部長 中島英太郎
中部ろうさい病院糖尿病・内分泌内科部長
2. 「健康経営と糖尿病の両立支援」
産業医科大学産業生態科学研究所産業保健経営学教授 森 晃爾
3. 「中小企業の産業医からみた糖尿病両立支援」
とうかい産業医オフィス代表取締役 水口 要平
4. 「マスコミから見た両立支援活動への提言」
毎日新聞社 毎日新聞編集委員 永山 悦子

16:20~ パネルディスカッション

「働き方改革と糖尿病両立支援」

司会 中部ろうさい病院名誉院長・
本部特任研究ディレクター 堀田 饒

公益社団法人 日本糖尿病協会理事長
関西電力病院 総長 / 関西電力医学研究所 所長 清野 裕

パネラー 門脇、松本、神ノ田、森、河村、中島、水口、永山 (8名)

16:55~ 閉会の辞

独立行政法人労働者健康安全機構理事・
副総括研究ディレクター 大西 洋英

日本医師会認定産業医研修会 生涯・専門3単位	日本医師会生涯教育講座 3.5単位
日糖協療養指導医取得のための講習会	■カリキュラムコード
日糖協歯科医師登録医のための講習会	6. 医療制度と法律
日本糖尿病療養指導士認定更新のための研修会 1単位	12. 地域医療
	76. 糖尿病
	82. 生活習慣

発 行：独立行政法人 労働者健康安全機構
企 画：株式会社セントラルコンベンションサービス
〒460-0008 名古屋市中区栄3-19-28
TEL：052-269-3181 FAX：052-269-3252
編集・発行所：株式会社永大企画
愛知県名古屋市中村区向島3丁目7-1
TEL：052-880-0224 FAX：052-880-0390
発 行 日：平成30年8月吉日

