

# 医療機関の障害者雇用戦略

～ 雇用率の改定を受けて～

「医療機関の障害者雇用ネットワーク」代表世話人  
障害者雇用ファシリテーター 精神保健福祉士

依田晶男

平成29年11月29日

# 第1部：障害者雇用率制度の改正

1. 障害者雇用の状況
2. 法定雇用率の引き上げ

# 障害者雇用の状況

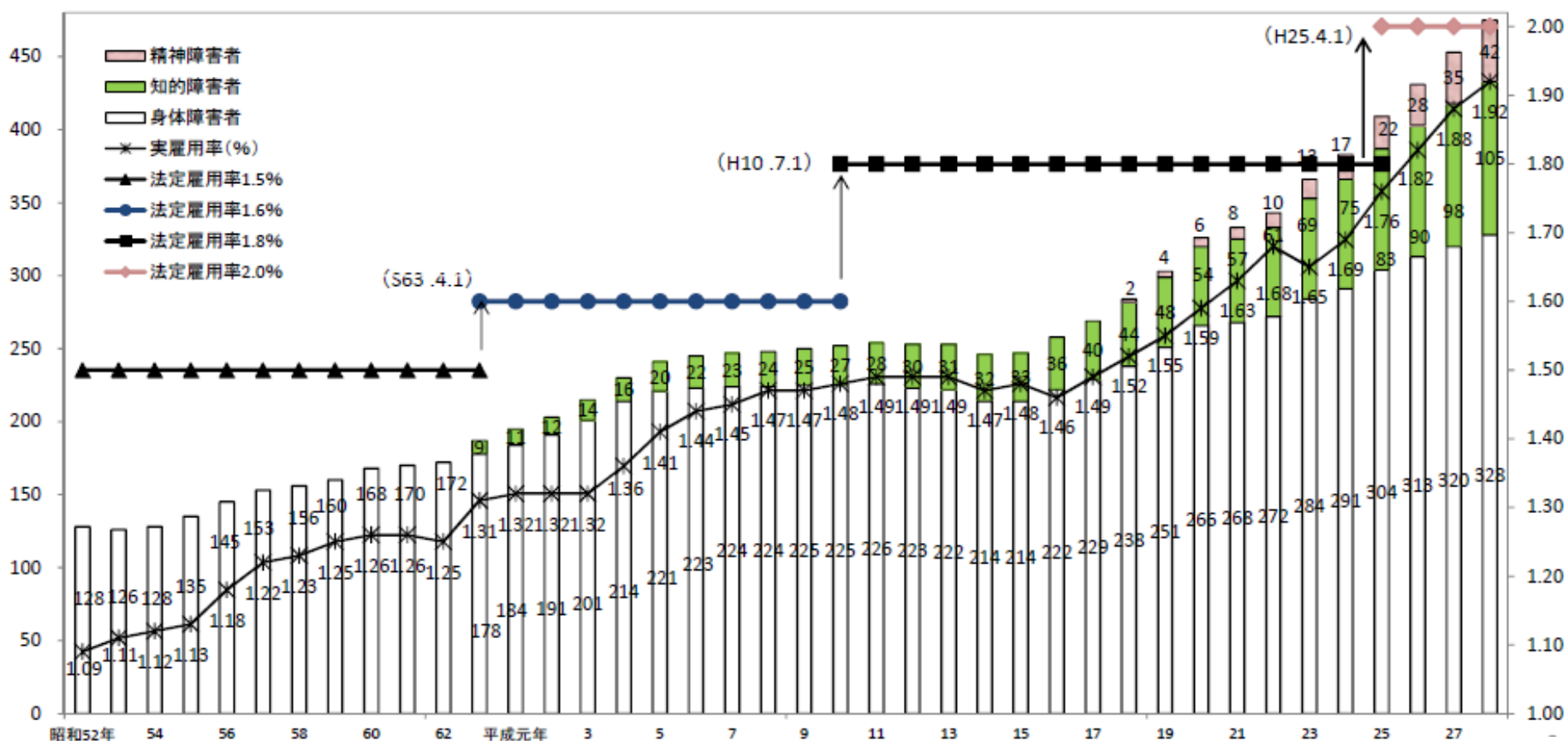
(平成28年6月1日現在)

## ○ 民間企業の雇用状況

**雇用者数 47.4万人** (身体障害者32.8万人、知的障害者10.5万人、精神障害者4.2万人)

**実雇用率 1.92%** 法定雇用率達成企業割合 **48.8%**

○ **雇用者数は13年連続で過去最高を更新**。障害者雇用は着実に進展。



## 障害者雇用状況報告における障害種別の状況

	平成18年		平成24年		平成28年	
	企業数(社)	aに占める割合 (%)	企業数(社)	aに占める割合 (%)	企業数(社)	aに占める割合 (%)
報告企業数(a)	67,168	—	76,308	—	89,359	—
身体障害者を 雇用している企業数	39,448	58.7	46,037	60.3	53,856	60.3
知的障害者を 雇用している企業数	10,082	15.0	14,799	19.4	20,281	22.7
精神障害者を 雇用している企業数	1,496	2.2	7,846	10.3	16,026	17.9
(参考) 障害者を雇用している 企業数	42,765	63.7	51,509	67.5	62,405	69.8

3.5%

25.7%

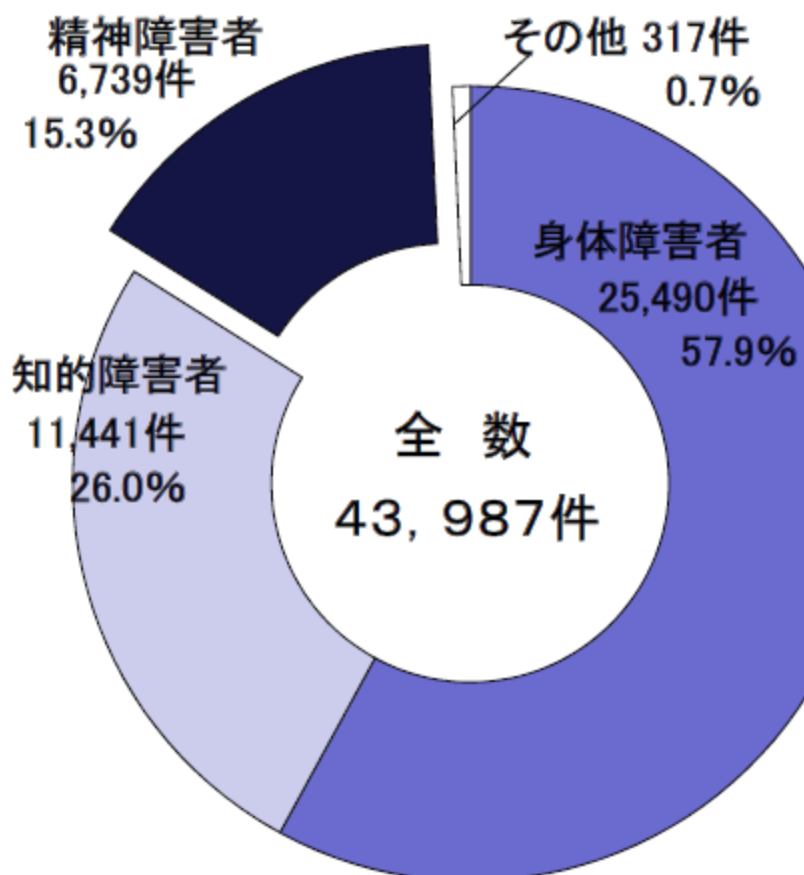
※ 数値はいずれも6月1日時点のもの。

※ 平成18年と平成24年の障害者雇用状況報告においては、企業規模56人以上の企業を報告対象としている。

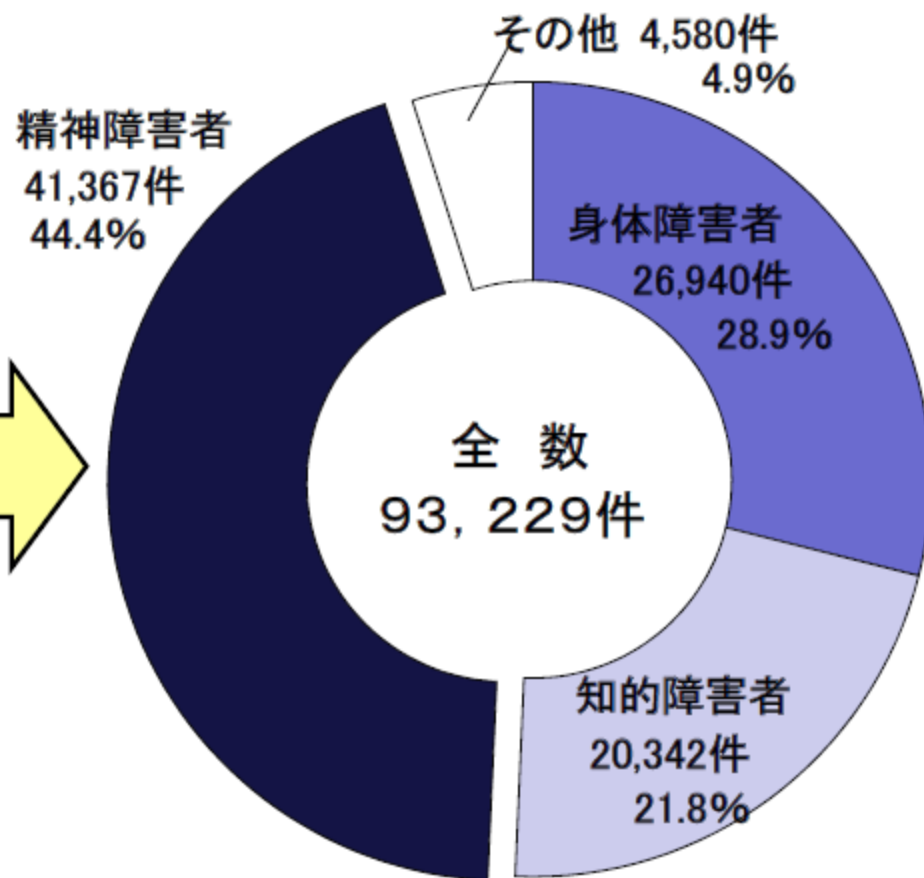
※ 障害者は週の所定労働時間が20時間以上である者(平成18年は重度以外の身体障害者及び重度以外の知的障害者である短時間労働者である者を除く)のみを報告対象としている。

# ハローワークの障害種別の職業紹介状況 (就職件数)

平成18年度



平成28年度



# 法定雇用率の対象となる障害者の範囲の変遷

昭和51年、身体障害者を対象とする雇用率制度を創設。平成10年には、知的障害者を法定雇用率の算定基礎の対象に追加。さらに、平成30年4月から、精神障害者を法定雇用率の算定基礎の対象に追加(※)。

※ 施行後5年間は激変緩和措置として、身体障害者・知的障害者を算定基礎として計算した率と身体障害者・知的障害者・精神障害者を算定基礎として計算した率との間で政令で定める率とする。

各企業が雇用する障害者の割合(実雇用率)を計算する際の対象には、知的障害者を昭和63年に、精神障害を平成18年に追加。

## 知的障害者

実雇用率に追加

知的障害者を雇用した場合は身体障害者を雇用した者とみなす。

法定雇用率の算定基礎の対象  
「身体障害」と「知的障害」

## 精神障害者

実雇用率に追加

精神障害者を雇用した場合は、身体障害者又は知的障害者を雇用した者とみなす。

法定雇用率の算定基礎の対象  
「身体障害」と「知的障害」と「精神障害」

## 身体障害者

法定雇用率の算定基礎の対象  
「身体障害」のみ

昭和51年  
10月

昭和63年  
4月

平成10年  
7月

平成18年  
4月

平成30年  
4月

# 法定雇用率の引き上げ

- 法定雇用率の算定式の計算上は、民間企業に適用される法定雇用率は2.0%から2.42%に引き上げるところ、
- 法律で本来の率よりも低い設定が可能とされる中で、2.3%に引き上げることになり、しかも段階的に引き上げることとなった。
- 具体的には、
  - 平成30年4月1日から2.2%に引き上げ
  - 3年を経過するより前に2.3%に引き上げ
- 平成35年の改定時には、5年後の調査結果に基づき新たな雇用率が設定されるが、傾向的には2.42%からの更なる上昇は必至。

(注) 国・地方公共団体・特殊法人(+0.3%)、教育委員会(+0.2%)  
の上乗せ幅は維持。

# 常用雇用職員数に応じた障害者の雇用必要数 (法定雇用率引き上げの影響)

雇用必要数＝常用労働者数×法定雇用率(小数点以下切り捨て)

	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人	9人
2.0% (現行)	50～ 99人	100～ 149人	150～ 199人	200～ 249人	250～ 299人	300～ 349人	350～ 399人	400～ 449人	450～ 499人
2.2%	46～ 90人	91～ 136人	137～ 181人	182～ 227人	228～ 272人	273～ 318人	319～ 363人	364～ 409人	410～ 454人
2.3%	44～ 86人	87～ 130人	131～ 173人	174～ 217人	218～ 260人	261～ 304人	305～ 344人	345～ 391人	392～ 434人

(注) 法定雇用率は、現行の2.0%から、平成30年4月1日に2.2%に引き上げられ、3年を経過する日より前に2.3%に引き上げられることが決まっている。上記の表は、常用雇用労働者数に応じた障害者の雇用必要数を示したものの。



# 第2部：企業を取り巻く環境変化

1. 「健康経営」という新たな流れ
2. 職場のメンタルヘルス環境の改善

# 「健康経営優良法人」2017年の認定法人



大規模法人部門(ホワイト500)235法人  
中小規模法人部門318法人

## 2-1. 健康経営 (Health and Productivity Management) の指標

### ➤ 「健康」と「生産性」を同時にマネジする

#### ⇒ 健康経営

- 健康関連コストを考えると、医療費に加え、労働生産性損失費用や短期・長期障害費用を含めた総額で捉えられるようになってきた。
- アメリカにおける先行研究によれば、健康に関連する企業の総コストのうち、医療費や薬剤費の直接費用は24%を占めるに過ぎず、生産性の損失(間接費用)は、4分の3を占める。
- 占める割合は30~60%くらいと幅はあるが、最大のコストはプレゼンティーズムだという研究が多数である。

- アブセンティーズム: 病欠、病気休業
- プレゼンティーズム: 何らかの疾患や症状を抱えながら出勤し、業務遂行能力や生産性が低下している状態

- 健康経営は、従業員の健康に直接的に良い影響を及ぼすだけでなく、労働生産性の向上にもつながり、企業の業績にも波及することが検証されている。

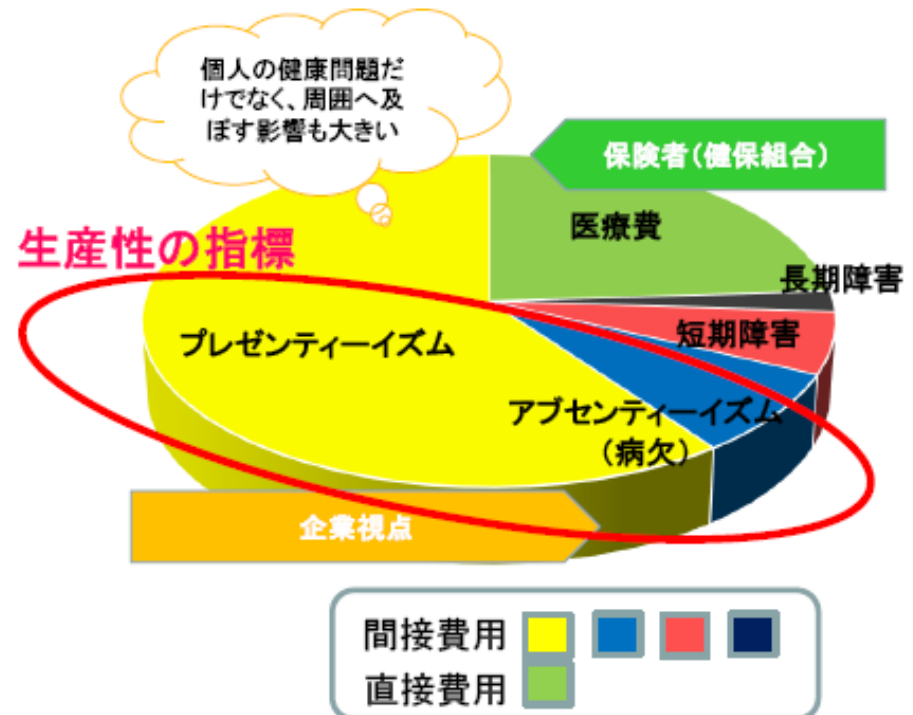


図. 従業員の健康関連総コストの構造

(参考) 直接・間接費用の割合は、アメリカ大手金融サービス会社従業員16,651人データ結果を参考に図式化した。  
Edington DW, Burton WN. Health and productivity. In: McCunney, RJ: A Practical Approach to Occupational and Environmental Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 3rd ed. 2003:140-152;

## 2-2. 生産性と健康状態の関連

- 医療費(医療費+薬剤費)の大きい疾病と生産性低下によるコストの大きい疾病は順位が異なる。
- 医療費のみで考えるか、生産性まで含めて考えるかによって、ターゲットとなる疾患が異なってくる可能性がある。



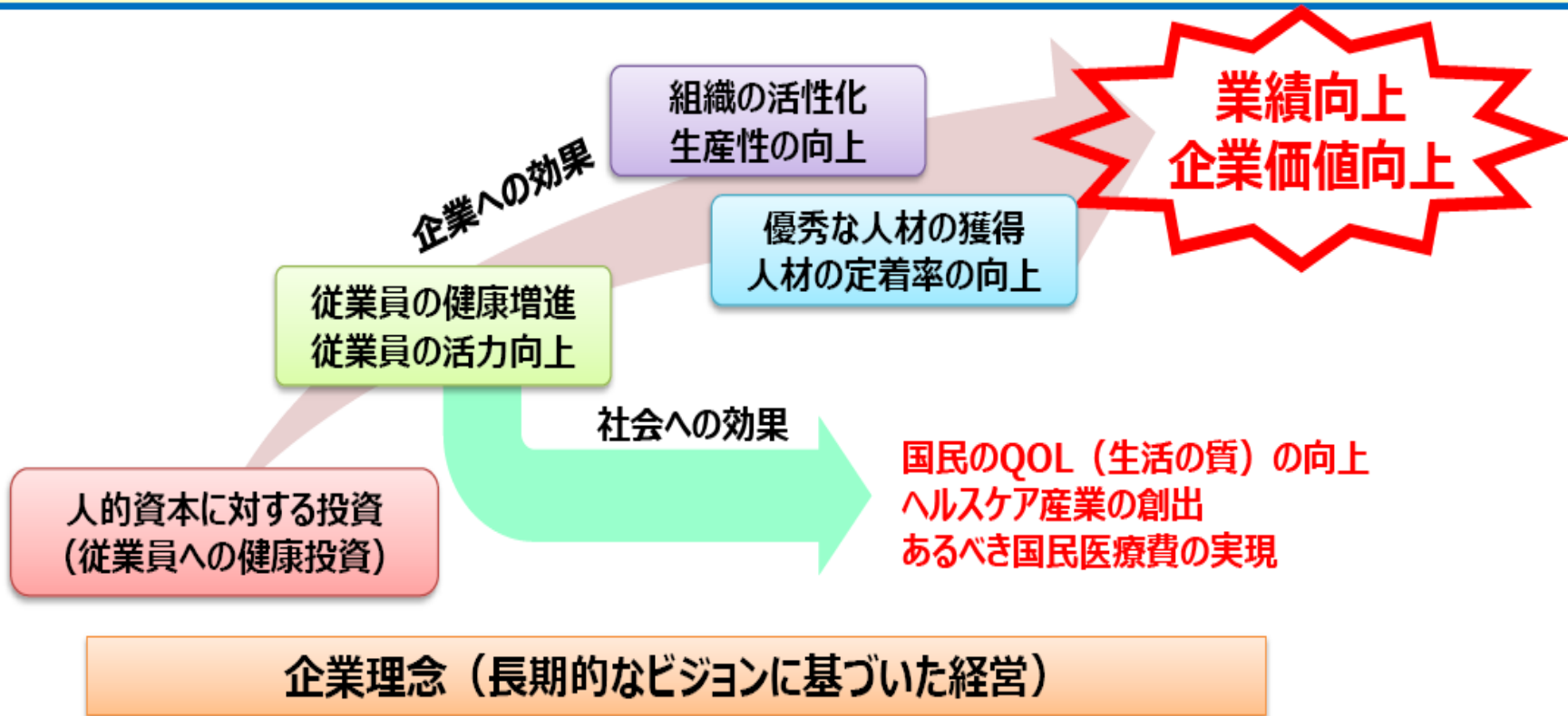
順位	医療費+薬剤費	生産性(※)	合計
1	がん(皮膚がん以外)	けん怠感	肩こり・腰痛
2	肩こり・腰痛	抑うつ	抑うつ
3	冠動脈性心疾患	肩こり・腰痛	けん怠感
4	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)
5	高コレステロール	慢性疼痛 (肩こり、頭痛、片頭痛以外)	睡眠障害
6	逆流性食道炎	関節炎	高コレステロール
7	糖尿病	高血圧	関節炎
8	睡眠障害	肥満	高血圧
9	高血圧	高コレステロール	肥満
10	関節炎	不安神経症	不安神経症

※生産性は、アブゼンティーイズムとプレゼンティーイズムの合計

Loeppke et al. Health and Productivity as a Business Strategy, JOEM 49(7), 2007.

# 「健康経営・健康投資」とは

- 健康経営とは、従業員の健康保持・増進の取組が、将来的に収益性等を高める投資であるとの考えの下、**健康管理を経営的視点から考え、戦略的に実践すること。**
- 健康投資とは、**健康経営の考え方**に基づいた具体的な取組。
- 企業が経営理念に基づき、従業員の健康保持・増進に取り組むことは、従業員の活力向上や生産性の向上等の組織の活性化をもたらし、結果的に**業績向上や組織としての価値向上へ繋がる**ことが期待される。



# 健康経営優良法人認定制度【認定基準】

○ 健康経営銘柄の評価の視点をベースとしつつ、法人規模に応じて達成レベルの基準を設定。

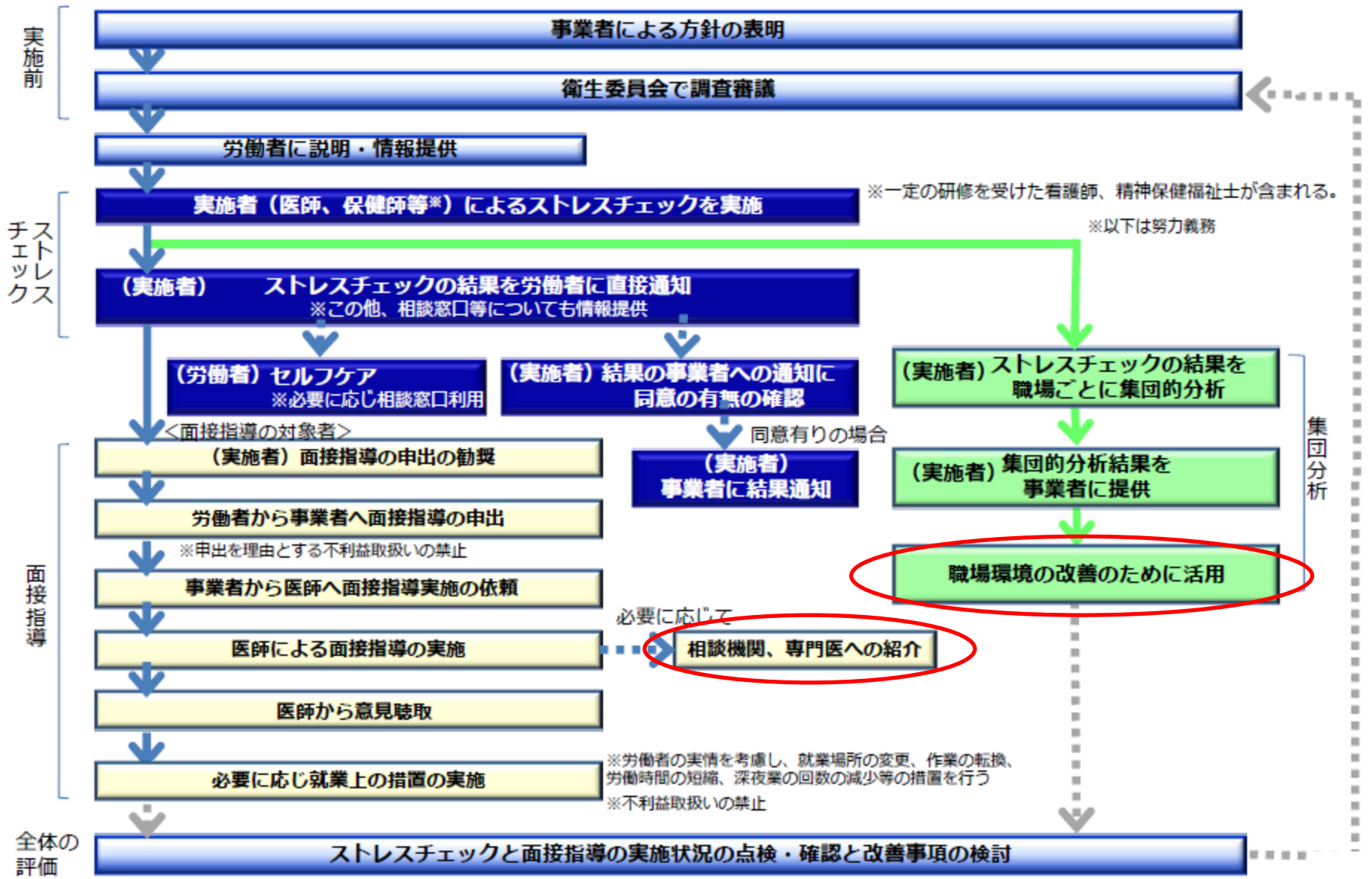
大項目	中項目	小項目	評価項目	認定要件 (中小規模法人)	認定要件 (大規模法人)
1. 経営理念(経営者の自覚)			健康宣言の社内外への発信及び経営者自身の健診受診※	必須	必須※
2. 組織体制			健康づくり担当者の設置※	必須	必須※
3. 制度・施策実行	従業員の健康課題の把握と必要な対策の検討	健康課題の把握	①定期健診受診率(実質100%)	左記①～④のうち2項目以上	左記①～④のうち11項目以上
			②受診勧奨の取り組み		
			③ストレスチェックの実施		
	④健康増進・過重労働防止に向けた具体的目標(計画)				
	健康経営の実践に向けた基礎的な土台づくりとワークエンゲイジメント	ヘルスリテラシーの向上	⑤管理職又は一般社員に対する教育機会の設定	左記⑤～⑦のうち少なくとも1項目	
		ワークライフバランス(過重労働の防止)	⑥適切な働き方実現に向けた取り組み		
		職場の活性化(メンタルヘルス不調の防止)	⑦コミュニケーションの促進に向けた取り組み		
	従業員の心と身体の健康づくりに向けた具体的対策	保健指導	⑧保健指導の実施又は特定保健指導実施機会の提供	左記⑧～⑭のうち3項目以上	
		健康増進・生活習慣病予防対策	⑨食生活の改善に向けた取り組み		
			⑩運動機会の増進に向けた取り組み		
⑪受動喫煙対策					
感染症予防対策		⑫従業員の感染症予防に向けた取り組み			
過重労働対策		⑬長時間労働者への対応に関する取り組み			
メンタルヘルス対策	⑭不調者への対応に関する取り組み				
4. 評価・改善		保険者との連携	(求めに応じて)40歳以上の従業員の健診データの提供※	必須	必須※
5. 法令遵守・リスクマネジメント			従業員の健康管理に関連する法令について重大な違反をしていないこと(自主申告)	必須	必須

※大規模法人部門については、より高い基準を設定を設定。詳しくは、経済産業省HP([http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/kenkoukeiei\\_yuryouhouzin.html](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kenkoukeiei_yuryouhouzin.html))参照

# メンタルヘルスの3つの予防

一次予防	発生予防	教育・啓発活動 職場環境の把握と改善
二次予防	早期発見 早期治療	ストレス調査・健診 相談体制整備 職場巡視
三次予防	疾病治療 再発予防	休職・職場復帰支援 発症者フォローアップ

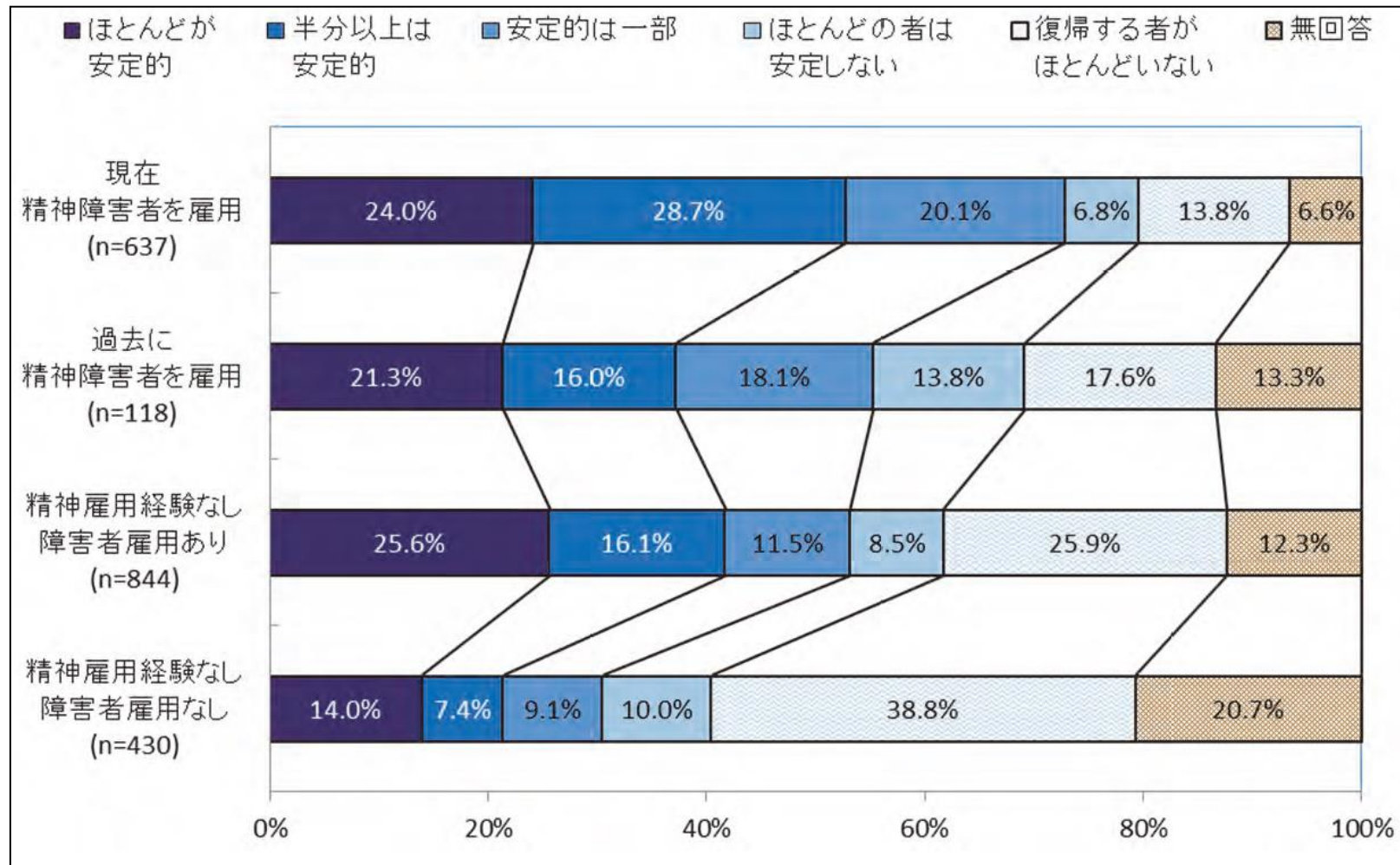
# ストレスチェックと面接指導の実施に係る流れ





# 障害者雇用の経験があると職場復帰しやすい

メンタルヘルス不調により1か月以上継続して仕事を休んだ社員が職場に復帰しているかどうか、復帰した場合に安定的に働き続けられているかどうかを2,000社のデータで分析した結果、障害者を雇用している事業所ではメンタル不調の休職者が職場復帰後に安定的に働けている割合が高いことが確認された。



(資料)「精神障害者の雇用に係る企業側の課題とその解決方法に関する研究」(2016年3月:独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター)

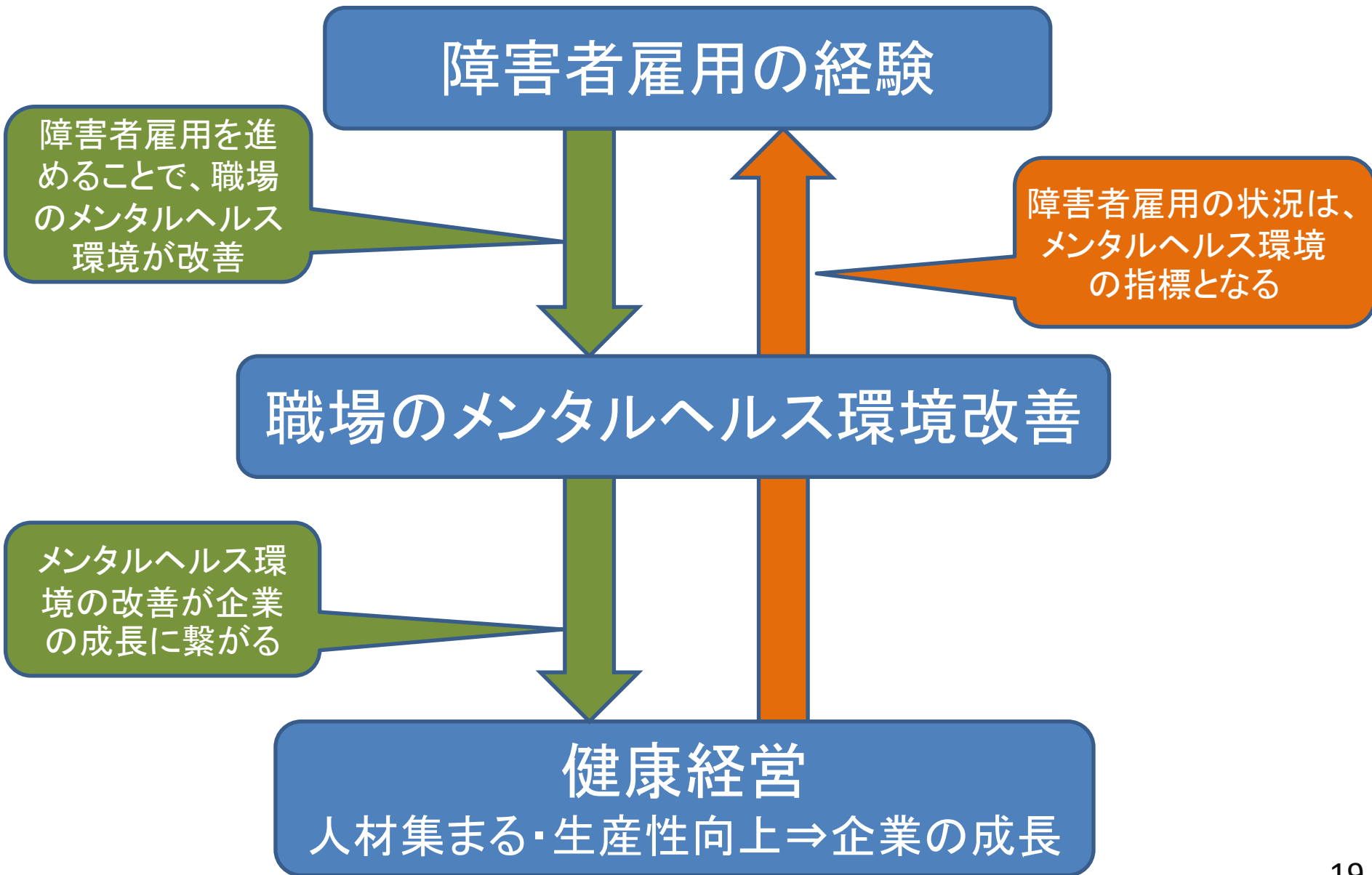
# 障害者雇用で職場のメンタルヘルス環境が改善 (障害者雇用を進めた事業所の経験知)

- 職場が明るくなり、風通しが良くなる
  - ・元気な挨拶で職場のコミュニケーションも改善
- 仕事に対する真面目な姿勢に感銘
  - ・職場の同僚の働く姿勢も変わる
- 仕事の切り出しで業務の効率化も進む
  - ・役割分担で同僚の自己効力感も高まる
- 各人のできる部分に目が向く(ダイバーシティ)
  - ・見捨てない文化で職場復帰もしやすくなる



職場のメンタルヘルス環境が改善

# 障害者雇用と健康経営のつながり



# 障害者雇用の進展度合を評価する指標

障害者雇用の進展度合は、「障害者雇用率」(従業員総数に占める障害者の割合)で評価可能。

(注)障害者雇用促進法により、従業員の2.0%(平成30年度から2.2%)の割合の障害者雇用が民間事業所に義務付けられている。

雇用率の算定は企業単位で行われ、民間企業の約半数が水準をクリア。

(注)平成28年6月時点で法定雇用率達成企業の割合は48.8%。

従業員規模が50人以上の企業は、毎年6月1日時点の障害者雇用状況をハローワークへ報告する義務がある。



毎年6月ハローワークに報告する障害者雇用の状況により、職場のメンタルヘルス環境の評価が可能