

総論 職員自身大切にされてこそ 患者さんも大切にできる

全日本民医連 職員健康管理委員長 那須 拓馬
(総合病院鹿児島生協病院 医師)



はじめに

このたび、民医連職員の健康を守るための視点や実践について、1年にわたって連載することとなりました。2006年12月から1年半にわたって連載された「健康で働きつづけられる職場づくり」シリーズから10年ほどが経過した今、新たにクローズアップされてきた問題や、あらためて強調すべき課題について掲載していきたいと思ひます。

本稿では、連載の開始にあたり、全日本民医連職員健康管理委員会（以下、委員会）が中心となつて行つてきた活動を概観し、そのなかで確立してきた基本的な考え方について述べたいと思ひます。

政府の強行する「働き方改革」に振りまわされることなく、冷静に対応すると同時に、自らの職場を見つめ直す好機ととらえ、健康で働きつづけられる職場づくりをさらに推進しましょう。

1. 職員健康管理委員会の足跡

全日本民医連では、2002年の第35回定期総会において、職員の健康管理の重要性が指摘され、対策を強化する方向性が確認されて以来、8回にわたる職員の健康を守る全国交流集会（以下、交流

集会）の開催、産業医・衛生管理担当者交流集会の開催、ストレスチェックセミナーの開催、「健康で働き続けるために」パンフレットの発行と2回にわたる改訂など、委員会が主体となつて、さまざまなとりくみを行つてきました。

なかでも、「ノーリフト～抱え上げない看護・介護～」のとりくみは先駆的で、2009年には既にパンフレットで提起し、その後の交流集会で、理論、実技を学びあい、実践を交流してきました。厚生労働省は、2013年に腰痛予防対策指針を改定し、介護・看護作業を指針の中に位置付けましたが、民医連のとりくみはこれに先がけるものでした。

また、阪神・淡路、東日本という2度の大地震をとおして、大災害における被災事業所の職員や支援者の健康を守るとりくみを発展させてきましたが、2016年に発生した熊本地震における迅速かつ徹底したとりくみは、委員会の活動の蓄積が結実したものであると思ひます。

2. 「健康職場5つの視点」と 「健康職場づくり7つの課題」

健康職場づくりをめざして、過去の民医連総会で示された、5つの視点と7つの課題は、それぞれ独自の意義をもつものであり、その重要性はますます高まつていふと考えられます。もういちど、その意義についておさえておきたいと思ひます。

第37回総会（2006年）で示された「健康職場5つの視点（図表1）」は、県連・法人・事業所のトップ幹部の方々はもちろんですが、とくに各部門の責任者など、現場で日々職員と接しなが

図表1 健康職場5つの視点

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 個人にとって適度な質的量的負荷となつていふか (2) 職員の安全・安心が保たれていふかどうか (3) 技術的に研修の保障がされていふか (4) 使命が明確で評価がされていふか (5) ライン内・職場間・職種間で少数意見が保障され、コミュニケーションが向上していふか |
|--|

ら、職場をマネジメントしていく立場にある方々に、意識していただきたい視点といえます。一人ひとりの職員が、心身ともに元気で生き生きと働くことができるのかをみるうえで有用であり、職

員面談の際にも活かすことのできる視点です。とくに、職員の安心・安全や技術研修の保障などについては、予算措置が必要となる場合もあり、必要におうじて事業所のトップ幹部との協議も検討し、システムづくりにつなげることが重要です。

一方、第38回総会（2008年）で示された「健康職場づくり7つの課題（図表2）」は、とくに、県連・法人・事業所のトップ幹部の方々に、意識していただきたい課題と言えます。基本的に、新たなシステム構築や予算措置の必要な課題であり、管理課題といえます。各事業所での職員の健康管理の状況を分析しながら、着実に実施して行く必要があります。

3. 職員の健康を守るための基本的姿勢

第8回の交流集会（2017年）では、その問題提起の中で、職員の健康を守るための基本的姿勢として、①労働基準法・労働安全衛生法に基づく諸制度の整備を徹底することが第一であること、また②法人・事業所のトップ幹部が法令遵守の意識を常に持ち続けると同時に、「法令に違反しなければよい」という消極的な姿勢ではなく、法令の精神を積極的に生かして、職員の健康を守る姿勢が必要であること、そのうえで、③HPH（Health Promoting Hospitals）のとりくみなど、独自のとりくみを工夫し相乗的に職員の健康増進を図ることが重要であること、を示しました。

職員の健康を守るとりくみにおいては、法令遵守、労働環境の整備を徹底することが何よりも優先されることを、あらためて強調しておきたいと思います。また、労働環境を整備することが、HPH活動そのものであるという認識も重要であると考えます。

図表2 健康職場づくり7つの課題

- (1) 保健師も含めた衛生管理者の専任化と管理部の連携
- (2) 保健師・医師面接や相談室の設置
- (3) メンタルヘルス不調などの困難者を抱える職責者への「職場復帰支援チーム」の設置
- (4) 職員の「特定健診・特定保健指導」の向上
- (5) 予防的作業管理（筋骨格系疾患予防の人間工学的対策導入など）の重視
- (6) 職場環境改善のための予算化
- (7) 小規模事業所の衛生活動への援助

4. 「健康で働き続けられる職場づくり」パンフレット（第3版）の活用を

2004年に発行され2回の改訂をへた「健康で働き続けられる職場づくり」パンフレットには、メンタルヘルス、ノーリフト、ハラスメントをはじめとした、さまざまなテーマが盛り込まれています。あらためてその活用を呼びかけます。

5. 労安活動実態調査への御協力を

委員会では、2年に1度開催されてきた交流集会にあわせて、全国の民医連事業所を対象に、労安活動実態調査を行い、職員の健康を守るとりくみの状況を把握してきました。2019年12月14日～15日には、第9回の交流集会が開催予定となっております。今回もそれにさきがけて調査を行います。貴重なデータとなりますので、各法人・事業所には、ぜひご協力をお願いいたします。

おわりに

世界では、利潤至上主義的グローバリズムと排外的ナショナリズムが、まるで競い合うように広がっています。一見関係のなさそうなこの二つですが、前者は個人を搾取の対象とするという点で、後者は国家を個人に優先させるという点で、個人の軽視、という共通点を持っているように思います。一方で、その対極の価値観を示しているのが、個人の尊重をうたう日本国憲法といえるでしょう。そして、日本国憲法の理念を大切にしているのが私たち民医連です。職員の健康を守るとりくみにおいても、一人ひとりを徹底的に大切にすることを貫きましょう。

職員自身が大切にされてこそ、患者さんも大切にできるのだと思います。

在宅医療・介護現場で働く職員を守るために ～労働安全衛生委員会の活動と ハラスメントアンケートのとりくみ～

北海道 札幌東勤労者医療福祉協会 人事部長 畠 由架利
(看護師・産業カウンセラー)



私は、札幌東勤労者医療福祉協会（以下東社福）と札幌南勤労者医療福祉協会（以下南社福）の2つの社会福祉法人の労働安全衛生委員会（以下労安委員会）を統括しています。今回は、在宅・介護職場での労働安全衛生委員会の活動と在宅医療介護現場でのハラスメントに関するアンケート調査（2018年）の結果を報告します。

1. 法人紹介

2つの法人の職員数は約1200人、事業所は別表のとおりです。介護職と看護師が約8割です。

2. 労安委員会の活動内容

法人の労安委員会は、産業医、各法人代表者、人事実務担当者、労働組合代表者の8人で構成し、委員会を月に1回開催しています。活動内容は、①年間の活動方針と総括の提案、②各センターからの労安委員会報告の確認（50人以上9セン

ター、50人以下10センター）、③長時間労働者状況把握と対応、④労働災害の申請状況の把握と啓蒙活動、⑤交通事故・違反届の状況確認と啓蒙活動、⑥長期病欠者の状況確認と職場復帰支援、⑦健康診断実施状況の確認やストレスチェックの実施状況と職場での集団分析結果活用の把握、⑧職場巡視、⑨災害時のメンタルサポートを行っています。

(1) 長時間労働者状況把握と対応

毎月20時間以上（36協定遵守の視点から）の時間外となっている職員は、2法人合わせて50人前後です。委員会では、前月の時間外との比較と業務内容、業務改善などの対策が検討されているかを確認しています。個別に対応が必要と判断した場合は、各法人の部長会議などで対策を検討してもらいます。

(2) 労災の申請状況の把握と啓蒙活動

労災の申請状況は2010～2016年は毎年30～50件前後、2017年度は64件の報告がありました。雪の降る10～12月と春先に転倒が多く発生する傾向があり、打撲や骨折が発生しています。転倒防止や冬道の歩き方などのリーフレットを配信し、啓蒙活動を行っています。腰痛予防は、始業前に体操を行う、腰痛予防用具を使用するなど対策を講じていますが、不自然な姿勢での介助による腰痛も発生しています。また、訪問先のペットによる咬傷対策は、契約時に「ご自宅でペット（犬・猫など）を飼育されているご利用者様およびご家族様へ」というリーフレットを配布し、訪問時はゲージに入れるなどを利用者・家族に説明することで予防できていましたが、2017年は数年ぶりに発生しました。在宅特有のことではありますが、新入

	東社福	南社福
介護職員	379人	301人
看護職員	141人	101人
在宅総合センター	10	8
居宅介護支援事業所	12	7
訪問看護（サテライト含）	9	8
訪問介護	7	8
定期巡回訪問看護介護	3	5
看護小規模多機能型事業所	3	2
通所介護事業所	12	8
短期入所生活介護	2	1
住宅を有する法人	6	6
保育園	1	0
特別養護老人保健施設	0	1

*施設数は事業所数

職員への周知徹底が充分にできていなかった結果です。

(3) 交通事故・違反届の状況確認と啓蒙活動

2010～2016年は毎年20～50件前後、2017年度は79件の報告がありました。車による事故は、12月、1月、6月に多く、雪の降りはじめや路面凍結によるスリップ、追突、駐車場などでの後ろに移動する際の事故が多く発生しています。労安委員会は安全運転を呼びかけ、各センターでは安全運転の研修会などを実施しています。

(4) 長期病欠者の状況確認と職場復帰支援

3カ月以上の病欠後に復帰する職員に対しては、主治医の指示、産業医の面談実施の承諾を得て、職場復帰支援を行っています。2017年度からは主治医と産業医双方に確認がとれた場合、傷病手当期間に限り、お試し出勤制度も活用しています。

3. ストレスチェックの実施と分析・対策

ストレスチェックは、2017年度は職員50人以上のセンターで実施、2018年度は50人以下のセンターも実施とし、全センターとしました。2019年度は、ストレスチェック開始前に研修会を実施し、集団分析結果を活用した職場づくりの検討を提案しました。受検率のアップが引き続きの課題です。

4. 「在宅医療介護現場でのハラスメントに関するアンケート」調査結果

2018年4月に日本介護クラフトユニオンが実施した「ご利用者・ご家族からのハラスメントに関するアンケート調査」の中間報告が報道されました。各法人では、職員が利用者などから受けているハラスメントの実態が把握できていない状況がありました。そこで、在宅医療・介護の現場で働く職員が利用者などからどのようなハラスメントを受けているか、さらにそれに対する考え方や対応の実態を把握し、勤医協在宅グループとして「利用者や家族などからのハラスメントの定義」や「対応のあり方」についての検討を目的に、昨年10～11月に2法人と日胆勤医協在宅の職員（合計1373人）に、アンケート調査を行いました。

(1) セクシャルハラスメントについての結果

■職員の意識／回答785人（58%）

仕方がない	30人（30%）
あってはならない	596人（74%）
どちらともいえない	136人（17%）
その他	23人（3%）

■実態

自身が受けた	274人（34%）
見聞きしたり相談を受けた	288人（36%）
受けたことも、見聞きしたり	
相談を受けたこともない	323人（40%）

重複回答含め、回答者の562人がセクシャルハラスメントを受けた、見聞きしたとの回答でした。

(2) パワーハラスメントについての結果

■実態

自身が受けた	268人（33%）
見聞きしたり相談を受けた	191人（24%）
相談を受けたこともない	337人（42%）

重複回答を含め、回答者の459人がパワーハラスメントを受けた、見聞きしたとの回答でした。

(3) 結果の特徴

ハラスメントを受けていると回答したのは、通所介護の職員も多く、訪問だけではなく通所でも起きている実態がわかりました。

その後の対応として「行為者に抗議」「上司・同僚などに相談したが何もしてもらえなかった」という回答がありました。「何もしなかった」と答えた方は「認知症や精神疾患などに伴うもの」との理由を挙げた方がセクハラを受けた方に多く、「自分自身でうまく対応できている」「相談するほどのことではないと思った」との回答も、パワーハラよりもセクハラを受けた方の回答に多くありました。

5. 今後の対応

アンケート結果をうけて法人では、①指針の作成、②相談窓口の明確化、③ハラスメントに対する管理者の育成、職員に対しての学習、④メンタル被害を受けた職員のケア、⑤各事業所で契約時の利用者に対しての説明や契約解除の基準をどう取り入れるか、などの検討を行う予定です。

まだまだ十分に活動はできておりませんが、引き続き、職員の安全と健康を守るとりくみを行っていきます。

医師労働改善に向けて

大阪社会医学研究所長・医師 中村 賢治



今の日本における医師労働問題は、政府や医師会にとってはパンドラの箱でしょう。患者の生命・健康を守るためには、医師数を増やす必要がありますが、医師数を増やすことは政府にとっては医療費を増やすことになり、医師会（開業医）にとっては競合他者が増えることを意味するからです。政府が、医師数を増やし、必要な医療費も増やすという方針に切り替えるなら、パンドラの箱ではなくなりますが、今の政府を見ていると、それはとても困難だと感じます。そこで、現時点で、各医療機関でとりくむべき内容について、ほとんど私見ですが、述べます。

1. 手始めにするべきこと

医師がどのくらい働いているか、いつからいつまで病院に滞在しているかなどの、「労働時間」の把握が必要不可欠です。本誌2018年6月号「労働者の健康問題について」でも述べましたが、医師の過労死問題では、医師が病院に滞在した時間のほとんどは労働時間とみなされます。そこで、「労働時間」扱いにしているかどうか、これからそう扱うかどうかとは無関係に、実態の把握が必要なのです。

まず重要なのは、出退勤時刻の把握です。出退勤時刻の把握は、本人申請ではなく、タイムカードやICカードで把握できるようにしてください（労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン〔2017年1月20日策定〕より）。小職の経験では、タイムカードの打刻率が最も低いのが医師ですが、そこを突破しなければなりません。労働時間の把握は、医師の健康や収入を守るために重要だからです。医師自身が、このことを理解していない場合もあるでしょうが、粘り強く説明してください。

出退勤時刻が把握できているなら、次は病院・診

療所などで何をしているかを、大まかでもよいので、把握することです。医師労働の改善には、医師の業務量を軽減するしかありませんが、軽減できる業務とできない業務があります。軽減できる業務時間を把握できれば、対応を考えることができるでしょう。例えば、医師が出席する会議や、診療録や診断書などの書類に関する事務作業の時間は、会議のあり方を変えたり医師事務補助を導入したりという対策が考えられます。しかし、患者や家族に病状を説明する時間や研修医を指導する時間などは、ほかの職種や機械が代わるものではありません。このように考えて、実態調査を行うことを、小職は提案いたします。

2. 医師集団で考える

医師労働の実態が把握できれば、次は医師に議論させることが必要です。医師でなくてもできる作業は何か、何を支援すれば早く仕事が終わるかなどは、その仕事をしている医師にしかわからないことです。休日でも患者が心配なのでと病棟に現れる医師は、「仕事熱心」「常に患者さんに寄り添っている」などと高く評価されがちですが、このような働き方が問題になっていることを、医師自身が自覚せねばなりません。このような働き方を制限するべきという話ではなく、医師集団として、このような働き方について議論するべきだと申し上げたいのです。何を労働として、何を労働としないか、減らせる業務は何か、ほかの医師の働き方、みんなで協力すればお互いにwin-winになることなど、医師同士で正面から話し合う必要があります。このような議論をしないと、医師自身の自覚は生まれませんし、効率よい働き方にはならないでしょう。一部の医師で決め

るのではなく、医局会議や医師集会などの集まりで議論したほうがよいと思います。しかも、1回や2回の議論では、深まった議論にはなりません。何度も粘り強く話し合うべきだと思います。

そもそも、医師労働の改善の目的は、医師が「健康で文化的な最低限度の生活を営む」ことができる労働条件・労働環境づくりです。自主的にいつまでも病院に残る働き方を否定はしませんが、患者や家族、地域の人々や国民の健康や文化的な生活を守る立場である民医連で働く医師であるならば、自身も国民であり地域の人々の一員だという認識は持ってもらいたいと、小職は思っています。その上で、自分の人生の時間をどうつかうかは、最終的に本人の判断ですから、周囲がとやかく言うものではないと考えています。休みなのに病棟に居る時間を、労働とするかどうかは、このような議論を通さないと、共通認識にはならないでしょう。そして、新しく医師がくわわるたびに、議論しなおす必要もあると思います。

3. 休める・休ませる職場づくり

過労死とは、慢性的な疲労の蓄積が、動脈硬化などの病態を、その自然経過を超えて増悪させた結果起きた脳・心臓疾患と定義されています。過労自殺についても、ストレスがたまってうつ病を発症させると考えられています。つまり、疲労やストレスの蓄積が問題なのです。こういう、疲労やストレスがたまってきたときに、どれだけ速やかに休むことができるかが、過労死・過労自殺を生まない職場のカギになります。

同じ仕事をして、疲れる人と疲れない人がいます。個人の体力の問題だけではなく、育児中の医師など、家庭でも疲れる原因がある医師は、そうでない医師と比べて疲労が蓄積している可能性が高くなります。また、同じ人でも体調によって疲れ具合は変化するでしょう。どれだけ働いたかの客観的な指標（例えば労働時間）での労務管理の必要性は論をまちませんが、こと今の日本の医師労働に限定して言えば、画一的な労務管理は医療の縮小や研修の機会喪失を招く可能性があります。そこで、疲れやストレスを感じている医師がすぐに休むことができる環境・制度・雰囲気かどうか、とても重要だと思います。

ます。

疲れやストレスが、どのような症状・行動で現れるかも人によって異なります。心理的な現れ方としては、活気のなさ、億劫感、イライラ感、疲労感、不安感、抑うつ感などがよくあります。身体に疲れが現れる人も多く、頭痛・頭重感、肩こり、腰痛、腹痛、下痢・便秘、動悸、めまい、月経関連症状の増悪などです。行動に現れる場合もあり、疲れるとよく喋る人、無口になる人、過食になる人、イライラをぶちまける人、酒・たばこに走る人もいるでしょうが、職場で最も問題にしないといけないのが、仕事でのミスが増える人でしょう。

これらの症状・行動が出現したと自覚したら、自ら積極的に休むことを追求すべきです。仕事での重大なミスが出た後や過労死した後では、取り返しがつきません。疲れやストレスを解消して、普通に仕事できる体調に戻し、低下したパフォーマンスを向上させることもプロフェッショナルとしての義務ではないでしょうか。また、ほかの職員（とくに部下）にこのような症状・行動が現れていると感じた時には、速やかに休ませるべきでしょう。お互いに、お互いの体調を気遣いながら、お互いに無理しないように仕事をするような、人にやさしい企業文化・風土の育成も大きな課題だと思います。

さいごに

患者・利用者の生命・健康や生活は、最も尊重されなければならないと考えることは、民医連職員にとって当然でしょう。しかし、今の日本では、患者・利用者の人権を尊重することが、医療・福祉職員の人権を脅かすことにつながる状況にさせられていることも、併せて認識すべきです。患者の健康と職員の健康は、どちらもかけがえのないもののはずですが、職員の健康を犠牲にしなければ、患者の健康が守られないような医療・福祉制度にされています。

医学部卒業生数がOECDのなかで3番目に少ない日本で、医学部新設に反対する医師が多い現状では、医師の過重労働は今後も続くと思われます。自分たちの働き方を科学的に評価し、お互いの生活と健康を大切にする医局づくりをめざしてほしいと思います。

ハラスメント対策を強化し、健康な職場を作ろう

九州社会医学研究所長・医師 田村 昭彦



2018年、財務次官が取材していた女性記者にセクハラを行っていたことが報じられました。さらに麻生財務大臣が「セクハラ罪ない」との発言は、政府の人権感覚の欠如を象徴するものとして国民的怒りをかい、「#MeToo」運動が大きく広がりました。

セクハラをはじめ職場におけるハラスメント被害は増大しており、メンタル不調など健康悪化の大きな要因となっており、対策の強化が求められています。

ILO条約は包括的

ハラスメント対策は国際的にも重要な課題となっています。ILOは、2019年6月の第108回総会で、「労働の世界における暴力とハラスメントに関する条約」と、「同勧告」が審議され成立する見通しとなっています。このILO条約は、暴力とハラスメントが人権侵害であることを強調し、「定義」「対象の範囲」「中核的原則」「保護と防止」「執行と救済」「ガイダンス、教育、意識の向上」といった包括的なものとなっています。

まず定義では、「身体的、精神的、性的あるいは経済的な危害を目的とし、結果としてもたらし、あるいは結果としてもたらす可能性のある単発の、または繰り返される容認できない行為と慣行、あるいはそれらによる脅威の領域」と広く規定しています。また、対象の範囲を「工作中に、仕事に関連して、仕事に起因する仕事の世界における暴力とハラスメントに適用」するとしており、職場にとどまらず、通勤中や、メールやSNSなどで発生する暴力やハラスメントも対象としています。さらに、被害者および加害者を使用者と労働者に

とどまらず、「クライアント、顧客、サービス提供者、ユーザー、患者、一般の人々といった第三者」も含んでいます。

加盟国に対しては、「暴力とハラスメントを法律のなかで禁止」することが求められています。

使用者に対しては、①労働者とその代表との協議のうえ、暴力とハラスメントに関する職場の政策を採用し、実施すること、②労働者とその代表が参加したうえで、危険を特定し、暴力とハラスメントのリスクを評価し、それらを防止、抑制する措置を講じること、③特定した危険、暴力とハラスメントのリスク、関連する防止と保護措置に関する情報や訓練を労働者と関係するほかの人々に提供すること、④暴力とハラスメントが起きたときの申し立て及び調査の手続きや紛争解決のルール作りを求めています。

日本におけるハラスメント対策の不十分さ

しかしILOが世界80カ国を対象に行った調査では、日本はハラスメントを法的に規制していない20カ国のひとつに分類されています。さらに「仕事の世界における暴力とハラスメントの除去に関する条約」(案)は2018年のILO総会で第一次討議が行われましたが、日本政府は条約の制定に消極的な態度をとり続けました。

国内外の世論に押されて、政府は2019年通常国会にハラスメント対策として「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律等改正案」を提出し、5月29日、参議院で可決しました。

この法案のなかで、企業にハラスメントの防止対策を求めることとしたことは一定評価できます。しかしハラスメントの定義を「職場において行わ

れる優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものによりその雇用する労働者の就業環境が害されること」とILO条約と比べて限定的なものとしています。さらにハラスメントそのものを禁止するものとはなっていません。

日本政府にILO条約の批准と国内法の整備を求める運動が大切となります。法案成立後作成されるガイドラインの充実やさらなる法改正を求め、ハラスメント対策を実効あるものにしていくことが重要です。

医療・介護・福祉におけるハラスメントの実態

自治労連は2018年に97病院で働く職員1万2725人が回答した調査で、「43%がパワハラを受けた経験があると回答した」と発表しました。「誰からか」については、上司が約56%、医師32%、同僚13%が続いていました。患者や患者家族からパワハラを受けたとするものはあわせて14%となっていました。さらにセクハラを受けた経験がある看護職員は21%で、患者から受けたのが60%で最も多く、次いで医師の28%となっていました。

また厚生労働省の「介護現場におけるハラスメントに関する調査研究報告書」によれば、これまでに利用者からハラスメントを受けたことがある介護職員は、サービスの種別に差があるものの4割から7割と多くを占め、介護老人福祉施設では70.7%に達していました。受けたハラスメントの内容としては、「身体的暴力を振るわれた」「唾を吐かれる」などの身体的暴力が4～9割、「攻撃的な態度で大声を出された」「人格や能力を否定する発言をされた」などの精神的暴力が6～9割、「サービス提供時、不必要に身体に接触された」「性的な関係を強要された」「アダルトビデオを流す、あるいは、ヌード写真が見られるように置いた」などのセクシュアルハラスメントが3～5割に達していました。さらに「これまでに」利用者の家族などからハラスメントを受けたと回答したのは1～3割にのぼっています。

ハラスメント対策の充実を

民医連の職場における、暴力やハラスメント対

策を強化していく必要があります。

1) 法人・事業所のハラスメントを許さない宣言

ハラスメントは重大な人権侵害であることを明確にして、①職員間、②職員と患者・利用者（家族を含め）間、③職員と業者などとの間、④患者・利用者間の全ての関係において、ハラスメントがあってはならないことを明確にすることが重要です。

2) リスク評価

民医連の事業所や患者・利用者宅など職員が働く場でのハラスメントのリスクを評価することが求められます。

3) ハラスメントの対策の具体化、マニュアル作成

ハラスメントを防止し、発生したハラスメントへの対応策を定めたマニュアルの作成は欠かせません。とりわけ職責者、管理者、法人の役割を明確にしておくことが重要です。

4) 患者・利用者への理解を求める

患者・利用者（家族を含め）に対して、法人・事業所のハラスメントへの基本的姿勢を明確に示し、万一著しい迷惑行為など悪質な場合には「契約解除」も起こりうることを十分説明し理解してもらう必要があります。

5) 教育啓発

ハラスメントに関する、基本的な教育を行うとともに、作成した対応マニュアルの徹底を図る教育活動は重要です。教育を受けてほしい職員ほど参加しない傾向もあります。事例を基にしたワークショップなど参加型で行うなど効果が上がる工夫をしましょう。

6) 相談窓口の設置

ハラスメントを受けたときや、目撃したときに相談できる窓口の設置と、職員や患者・利用者への周知徹底が必要です。相談者に対して法人・事業者が今後の対応に関して明確な対応策を示すことが重要です。

7) 労働安全衛生委員会での審議

対応マニュアルの作成や、教育啓発活動など、ハラスメント対策を、職員の意見を取り入れて法人・事業所の労働安全衛生委員会で十分審議しましょう。

東京共済での 健康で働きつづけられる 職場づくりのとりくみ



東京民医連共済協議会 専務理事 高信 秀夫

東京民医連の共済組合では、法人共済会と1000人未満のグループ共済会で、傷病休業者に対する見舞金を給付しています。ここでは見舞金の疾病統計を分析し、ここ10年間で職員の休業で最大の原因である精神及び行動の障害（社会保険疾病分類、以下精神障害）の増加、および年代別、東京民医連経験年数別、職種別に分析してみます。

その後、東京民医連共済協議会（以下東京共済）でおこなっている健康で働きつづけられる職場づくりのとりくみを紹介します。

1. 傷病見舞金データによる疾病分析

1) 疾病統計に占める精神障害

グラフ1のように、精神障害は2004年（実際は4月から翌年3月までの年度、以下年とする）の実人数115人から2018年は142人と増加しています（163.3%）。

それにともない給付日数も1万4765日から1万9361日と増加しています。比較のために掲載した

腰痛症などの筋骨格系及び結合組織の疾患（以下筋骨格）は14年間でほぼ同人数ですが、精神障害が増加しているのがわかります。1人当たりの給付日数も、精神障害は2004年128.4日、2018年136.3日と、筋骨格の2004年74.8日、2018年67.0日と比べると精神障害はほぼ2倍で、給付日数が増加しているのがわかります（グラフ1）。

2) 精神障害の年齢別、経験年数別、職種別の分析

グラフ2（次ページ）のように、精神障害を年齢別、経験年数別、職種別に、2008年、2013年、2018年とその変化をみてみました。今回は時間がなく東京共済全体の総人数に対する構成比での比較ができず、実人数での比較となっています。

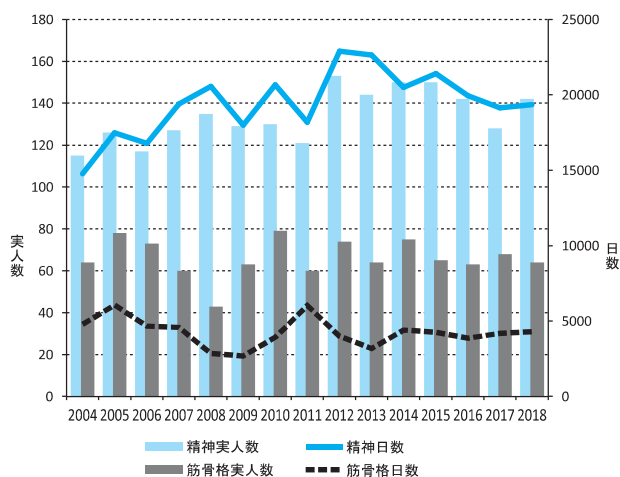
年齢別では、2018年ではそれぞれの年代でほぼ同じ実人数となっていますが、2008年、2013年では30歳代の実人数が増えていることがわかります。経験年数別では総人数の違いもありますが、10年未満の実人数が50%を占め、経験年数が増えるごとに実人数が減少します。職種別でも総人数が違いますので2008年、2013年、2018年の違いしか言えませんが、技術職が2013年に増加し、事務職が2018年度増加傾向にあります。

2. 東京共済の健康で働きつづけられる 職場づくりのとりくみ

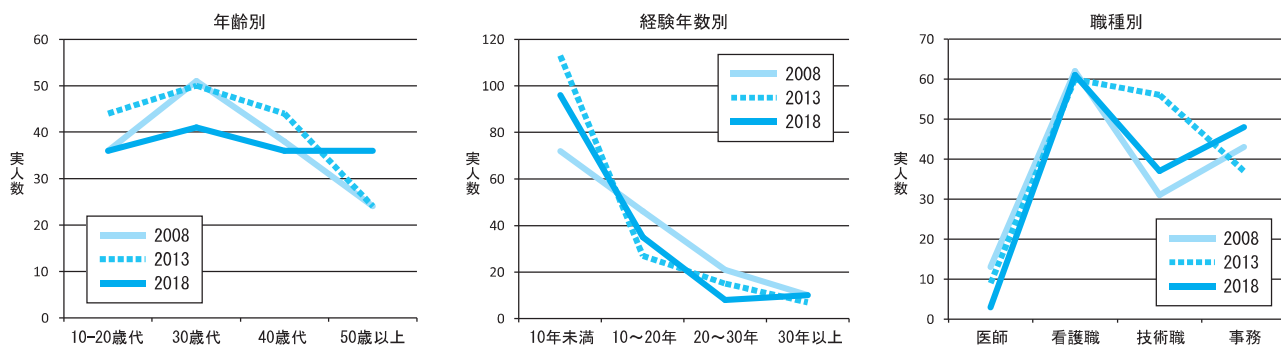
1) 労働安全衛生活動協賛金

2009年から、職員の健康を守るために法人や事業所の労働安全衛生委員会がとりくむ研修会や事業に、助成金を給付しています。同じ内容の研修会やとりくみは省いていますが、2018年度はハラスメントやコーチング、コミュニケーションの研修、専門家による面談、腰痛予防の研修会、そし

グラフ1 疾病統計にしめる精神・行動障害



グラフ2 疾病分析



てEAP（職員支援プログラム）事業者との契約費用などに使用されています（表1）。

2) こころの相談窓口の開設

EAP事業者と相談窓口やカウンセリングを契約すると、職員数にかかわらず一定の基本料金が発生します。東京共済では2015年度から、法人単独でEAP事業者との契約が困難と思われる職員200人以下の法人共済会を対象に、EAP事業「はーと・ほっとネットワーク」を開設しました。代々木病院EAPケアシステムズに事業を委託し、相談活動、カウンセリング、研修などをおこなっています。現在、19法人1200人が対象となってい

ますが、相談件数が増加（2017年221件、2018年460件）、相談内容はハラスメントの相談が増加しています。

3) 文化、スポーツの活動

職員が健康で働きつづけられる下支えのとりくみとして、職員の文化・スポーツ活動への助成、東京共済主催のとりくみなどを活発におこなっています。映画・演劇、スポーツ観戦、旅行の費用助成、職員旅行への助成、サークル活動への助成、そして東京共済としてもフットサル、野球、ジョギング、スキー・スノボ、ボウリング、囲碁将棋などの大会を開催しています。職員が文化、スポーツ活動を楽しめることが健康で働きつづけられる職場づくりの下支えの一環と考えています。

4) 機関誌「東京共済」

毎月発行の機関誌では上記のとりくみの報告を掲載するとともに、「民医連職員の健康講座」を毎月掲載しています。2017年から2018年にかけては、口腔内の健康、生活習慣での依存症、食生活、禁煙、メンタル疾患予防、子どもの疾患と連載し、今後、職員が健康で働きつづけられる職場づくりの指針を連載予定です。メンタル疾患予防については代々木病院EAPケアシステムズに執筆を依頼した4回の連載をパンフレットにして発行し、全職員に配布する予定です。

2019年5月号から各法人・事業所の健康推進のとりくみを紹介するコーナーも連載しています。5月号はスキルアップコミュニケーション研修会、6月号は面接技術研修会のとりくみです。このコーナーも連載し、各法人・事業所でどのような健康推進のとりくみをしているのか、参考にしていただきたいと考えています。

表1 2018年度労働安全衛生活動協賛金の対象事業

内容
1年目職員教育サポート
アサーティブコミュニケーション
学習会「がんをかかえて働く人を支援する」
健康チャレンジ2018
コーチング研修
スキルアップコミュニケーション
ストレスケアカウンセリング
ストレスチェック、職場ストレス調査
セルフケアセミナー
卒1看護師外部心理士カウンセリング
トランスファーシート購入と活用
ノーリフト研修会
ハラスメント研修
メンタル不調者の保健師面談
メンタルヘルス相談窓口契約料
メンタルヘルス対策のラインケア、ハラスメント研修
メンタル調査と全体分析
ラインケアセミナー
外部EAP契約料
腰痛対策の「RDQ日本語マニュアル」購入
職員全体学習会 腰痛体操
心理相談専門研修
新任相談担当者セミナー
面接技術研修

「安全衛生委員会」を 5つのチェック項目で点検しよう！ 安全衛生委員会をうまく運営し、機能させるポイント

高知医療生活協同組合 健康管理室 産業医 岡田 崇顧



「安全衛生委員会の手引き」と題した本は、たくさん販売されています。しかし、その多くの本を開いてみると、安全衛生委員会（以下委員会）で扱うべき内容をズラズラと列挙してあり、読み手を「こんなにも複雑なことを扱わなければならないのか」と不安に陥れます。「改善」とは本来、心地よいものはずです。職場改善をする、職場の労働安全衛生問題にとりくむのに、苦しい気持ちになっている担当者のなんと多いことでしょうか。

今回は、有害業務がほとんどない職場において委員会で取り扱うべき5つのチェック項目（主に衛生関係）を提示します。ぜひ自分の職場でこれらの項目が話し合われているかチェックしてみましょう。記事の後半では、委員会の運営のポイントについて記載しました。皆さんの職場の安全衛生へのとりくみがすすむことを願っています。

5つのチェック項目

1. 労働災害の発生状況と対策について

大きな事業場であれば毎月労災が発生することもまれではありません。しかし、中小事業場では、年に数件あるいは数年に1件といった事業場も多いと思います。労災が発生した場合は、速やかに（翌月には）委員会で必ず最初の議題として取り扱うべき議題です。①どのような労災であったか、②この労災を起こさないために何か手立てが講じられたかを話し合います。

手立てを検討する際に、なかなかよい案が浮かばないことも少なくないと思います。その場合には「事業場レベルにおいては対策を講じることが難しい」という結論に至ってもよいと私は考えます。ただし、なぜ対策を立てることが難しいのかについて議事録に記載されることが望ましいでしょう。

2. 体調不良者の有無について

「安全衛生委員会って何？」という質問を小学生にされたら「みんなが元気に働いているかを確認する会」と私なら答えます。65歳までに約15%の人ががん罹患すると言われていています。がん以外の病気も含めれば、働いている年齢のあいだにさまざまな病気に罹患する職員が発生することは至って普通のことです。病気が判明した場合にすぐに治療を受け、また体調がよくなった場合にスムーズに職場に戻る準備、環境を整えることが望まれます。

身体疾患と併せて、メンタルヘルス不調者の有無も把握すべき事項です。長時間労働を行うと、脳梗塞や心筋梗塞、抑うつ症状が増えることが知られています。また労使で定めた上限時間を超えて働かせると労働基準法違反になります。産業医面談の実施が推奨される基準（80時間／月を超える残業）を満たさなくても、体調不良者がいないかは把握すべき事項です。把握した体調不良者については、産業医に意見を求めましょう。

健康に関する情報は個人情報に該当します。知り得た内容を誰にでも話すということには問題があります。一方で何も話し合わなければ、何も話がすすみません。個人情報に配慮しましょう。

3. 職場環境の改善について

職場巡視について話し合いましょう。衛生管理者、産業医は法律のなかで巡視をすることを義務付けられています。しかし、有資格者でなければ「これは危険だ」「こうすればもっとよくなるのでは」という意見をしてはいけないうんてことはありません。より多くの働く人の目で「職場改善の糸口」を見つけることが望まれます。

委員会の参加人数が多い場合は、参加者全員から意見を聞き取ることが難しくなります。その場

合は、事前に意見を文書にまとめてもらうなど効率よく意見を集約する必要があります。「予算がなく修繕が難しい」という意見に到達することがあります。その場合には「〇〇に修繕の希望を出したが、予算の都合で改善は難しいと回答を得た」など議事録に記録を行うとよいでしょう。

4. 衛生に関する行事の確認について

健康診断やストレスチェックなどの日程や受検状況、終了後には労働基準監督署への報告を行った旨などを確認しましょう。毎年行われるためか、委員会で全く触れられない事業場を散見します。それぞれの行事については「ふりかえり」を行いましょう。健康診断、ストレスチェックは報告義務がありますが、報告義務のない行事としては、衛生教育（雇入れ時、随時）などがあげられます。

健康診断の結果（個人票）については、産業医に就業に関する意見をもらいましょう。

5. 法改正への対応について

職場の安全衛生に関する法改正は、頻繁に行われます。直近では働き方改革関連（有給休暇取得5日以上義務化など）や、少し前ではストレスチェックの開始などが挙げられます。委員会では、これらの法改正に対応していくことが求められます。各都道府県にある産業保健総合支援センターなどで研修を受けるなど、日ごろから情報を得るよう努める必要があります。

衛生委員会を円滑に運営するポイント

○PDCAサイクルの理解と実践

委員会を円滑に運営するコツは、「計画、実施、確認、改善（いわゆるPDCA）を意識する」ということです。「PDCA」という言葉の認知度は浸透してきたと感じますが、実際にPDCAという概念を活動に活かすとすると、「失敗を嫌う（失敗するくらいなら何もしない方がましと考える）」「何事も穏便に済ませたい（事なかれ主義）」といった日本人の性格から少し苦手と感じる分野のようです。

しかし、改善とは「悪い状態がよい状態に変わる」ということですから、「計画」を「実施」すれば、何かしらの変化が伴います。穏便に済ませるといふことは矛盾が生じます。こうすれば必ずよくなるということがわからない場合には、失

敗することもあります。何もしなければ、何も変わらないのは当たり前です。職場の安全衛生をよくするために、一步を踏み出すために、まず「計画」を立てることからはじめましょう。

○安全衛生「計画」を立てよう

1年に12回ある安全衛生委員会のうち、年度始めなどの1回は「安全衛生計画を立てる」というテーマで話し合ってもよいでしょう。自事業場の安全衛生課題、自事業場がどのような職場であるか、どのような人が働いているかなど特徴について整理します。整理したなかから優先順位をつけて、①無理がなく、②実効的かつ、③具体的な「計画」を立てることを心がけましょう。

重量物作業が存在し、職員の腰痛が課題として挙がっており、それに対して衛生計画を立てる場面を例に考えてみましょう。「腰痛の有病率を調べるアンケートを実施する」という計画案と「重量物の負荷を軽減する補助具を導入する」という計画案、どちらがよいと感じますか？

わたしは後者がよいと考えます。アンケートを実施するという計画案は一見悪くないのですが、その先の「改善」まで見越したアンケートでなければ実効性が不十分です。つまり腰痛の有病率を知るアンケートを行っても、「腰痛で悩んでいる職員が多い、あるいは少ない」という結論までしか得られません。何の改善にもつながらない計画になっていないか注意する必要があります。

○「確認、改善（ふりかえり）」のコツ

日本人は変化を好まない性格から、その計画が失敗や効果が不十分であっても「やめることができない」傾向にあります。例えば「前任者から引き継いだ業務をやめる」という決定を下すことには、多くの人が抵抗感を感じるのではないのでしょうか。もちろん個人がやめる判断をする必要はなく、しかるべき立場の人や箇所に「やめてよいか」の判断を委ねて決定されるべきでしょう。

安全衛生「計画」の終了については、委員会で決定すべき事項です。「良好な結果を得た」「効果不十分であった」などの確認を行い、「同様の計画を次年度も継続する」「計画を終了する」「失敗であったが、ここを修正すればうまくいきそうなので、修正案を次年度の計画とする」などふりかえりましょう。

ハラスメントから こころの健康を守るために

石川 城北病院 医師 松浦 健伸



はじめに

～健康管理部門だけで太刀打ちできる問題ではない～

ハラスメント対策自体は、人事労務関連のマネジメントの問題です。健康管理部門だけで太刀打ちできる問題ではありません。背景には、社会経済状態や働き方（労働者にとっては働かせられ方）の変化があります。経済優先の政策、自己責任論の跋扈を背景にしています。医療福祉の現場では、この背景にさらに治療者患者関係の変化や医学医療の進歩（医療は退歩？）などの要因が絡むでしょう。こうした大きな視点を保持しつつ、それでも私たちは現場サイドで自分たちの心身をハラスメントから守る方策を立てる必要があります。

医療福祉機関での ハラスメント4分類

- ①患者利用者家族から患者利用者家族へ
- ②職員から患者利用者家族へ
- ③患者利用者家族から職員へ
- ④職員から職員へ

安全安心の職場づくりのためには①から④のすべてにわたる対策が必要です。職員のメンタルヘルス不全にかかわることの多いのは③と④です。いずれも心理的なトラウマ反応が起きやすいわけですが、③は一過性あるいは短期的、しかしときに強烈であり、④は反復的で見えにくく慢性化されたトラウマ反応になりやすい傾向があります。ハラスメント関連のメンタルヘルス不全が、精神科診断としては、うつ病、適応障害、急性ストレス反応、身体表現性障害、心身症などさまざまな病名が下されていたとしても、ほとんどすべて職場関連のトラウマ反応を手掛かりに理解や対応をしてゆくことが大切と考えます。

職員目線での「ハラスメントから自分たちの こころを守る5つの視点」

包括的なハラスメント対策をすすめるには、以下の5つの視点から具体的なとりくみを構築する必要があります。(2)から(5)を可能にする教育研修やシステム整備、環境改善など方針を立てて執行していくのは、最初に述べたように人事労務マネジメントであると考えます。

- (1)私たちは管理者に守られているのか
 - (2)私たちは仲間を守っているのか
 - (3)私たちは自分を守っているのか
 - (4)私たちは患者利用者を守っているのか
 - (5)私たちは共同で安全安心の文化を作っているのか
- ここでは(3)と(4)を主に取り上げます。

昨今とくに在宅での看護・介護時のハラスメント対策が焦眉の課題になっています。もちろん外来や病棟、通所や施設介護の現場でもハラスメントは残念ながら日常茶飯事です。(3)と(4)をしばしば同時に考えないといけないのは、支援する仕事をしているがゆえに、被害者でありながら加害者にもなりうるからです。たとえば認知症の人のケアの際、髪の毛を引っ張られたとします。それを振りほどこうとしたらその人の指が折れたとすると、けがをさせた加害者として家族に訴えられる可能性があります。またアルコール酩酊状態で救急搬送されてきた患者さんを、暴言を避けて治療的介入しない場合、これは応召義務違反になる可能性があります。酩酊状態に隠れていた脳出血を見逃せば、医療ミスとして追及される可能性もあります。

ハラスメントはハラスメント

～被害を受けた本人の辛さを第一に～

対策を考える前にいくつかの前提を明確にした

いと思います。これらは重要でありながら、ときに盲点や支障になりがちだと思うからです。

1) 行為者がどうであっても（認知症や精神障害を抱えていたとしても）ハラスメントはハラスメントです。被害を受けた本人の辛さを第一に考えるべきです。

2) 患者利用者に対する「理解・共感」は援助者として極めて重要に違いありません。しかし「理解・共感」ですべての暴言暴力を防げるほど、この問題は単純ではありません。

3) 暴言暴力をしないで済むように対応することは、患者利用者を加害者にさせないという意味で守ることになります。危なければ逃げていいのです。そしてチーム対応が要です。

4) 自分たちの守備範囲（責任範囲）があります。治療なのかケアなのか、自分たちはどこまでかわかる任務や責任があるのか、使命感を大事にしつつ、できることとできないことを意識しておくことが必要です。

5) 暴言暴力への対応は、個人的努力に任せて身につくものではなく、集団的な知恵をもとに教育研修によって身につくものです。その上での個別性、その人の性格や状況に応じた（例えば当然新人とベテランで違うように）工夫が必要です。

これらを前提にした上で、自分たちの心身を守ることを考えてみたいと思います。

攻撃を受けるリスクを減らす

これまでの調査研究、また経験知から、患者利用者から攻撃されやすいスタッフには例えば以下のような場合が挙げられます。

- ・患者利用者の攻撃性におびえてしまう人
- ・患者利用者のパーソナルスペースに不用意に入ってしまう人
- ・相手のプライドを傷つける人
- ・スタッフの方が攻撃性を示す人
- ・経験の浅い、暴力の教育を受けていない人、などです。

相手の態度に敏感になってしまうと、実は普通かもしれない質問や不満に警戒的になってしまうことがあります。まず「普通に、丁寧に、落ち着いた対応が必要です。誰にでも自分の安心できる人との距離、個人のスペースがあります。認知症や精神疾患を抱える場合などはその認知の偏りやそれ

までの外傷体験によって非常に警戒的なことがあります。援助者がよかれと思った言葉がけや態度が、侵害・侵入であると受け取られ暴言暴力を受けることがあります。すなわち援助者は自分が「攻撃された、と思うわけですが、患者利用者からすると「先に攻撃したのはあなただ、となります。暴力の定義を「力によって相手を支配すること」とすれば、この場合患者利用者にとって暴力的であったのは、援助者だということです。攻撃的な気持ちは実は多くの人に備わっているのですが、通常は瞬間的に制御されて行動にでることはありません。この機制が病気や薬剤も関係して脳機能の低下によって障害されているということがあります。またすぐ興奮したり怒ったりする人の背景には、外傷体験のフラッシュバックということもありません。

二次的ハラスメントを防ぐ

～疾病モデルではなく、権利侵害モデルで対応する～

実はこのことが、ハラスメントで被害を受けた人の相談に応じる場合にも大切な視点になります。ハラスメントを受けると、人間不信になりやすく対人態度は過敏になりがちです。やっと相談にきたのに、相談者が自分を理解してくれないと感じれば、不安や抑うつではなく、怒りとして反応するかもしれません。相談者から、あなたにも責任があるとカスキルが劣っていたのではないかなどの言動があればなおさらであり、相談にきて二次的なハラスメントを重ねることになります。これは事実確認などのために行方者と面談する場合にもあります。対応は疾病モデルではなく、トラウマ反応の場合にはまずは権利侵害モデル（被害を受け、その人が本来もっている権利が損なわれている状況からの回復を心身の回復とともに考慮するという見方：森田展彰）に基づくことが大切です。

おわりに

本論では主に患者利用者による暴言暴力から私たちの心身を守ることを取り上げました。院内暴力やハラスメント対策の重要性が一層増している背景の1つは、認知症や精神障害をもつ方をケアする機会の増加、とくに在宅で実施する機会が急増しているからだと思います。このニーズの高まりにこたえるには、私たちはまだまだ無防備、丸腰ではないのか、と思います。

職員への ヘルスプロモーションのとりくみ

医療生協さいたま 埼玉協同病院
労働安全衛生委員会 HPH 推進センター 佐藤 智美



はじめに

埼玉協同病院は埼玉県川口市にある399床の二次救急指定病院で、約1000人の職員を有しています。

私は2013年よりHPH推進センターの前身である地域保健部にくわわり、2015年にHPH推進センターとなって以降もメンバーとしてかかわってきました。2018年度からは衛生管理者として職員の健康づくりに携わっています。

今回は職員領域のヘルスプロモーションについて紹介します。

HPHへの加盟

当法人は2013年、法人の基本理念を実現させるために国際HPHネットワークに加盟しました。それまでは、患者の健康には心血を注いでいたものの、職員の健康については二の次、ましてや職場が主体的に考えることはありませんでした。たとえ腰痛を抱えていても、多くの職員が「職業柄仕方がない」「健康管理は自己責任」という認識だったのではないかと思います。

HPHに加盟したことによって、「職員もヘルスプロモーションの対象である」と明確に提起され、職場ごとに自分たちの健康づくりについての目標をもったことは、戸惑いながらも意識を変える大きな転機となりました。

(1) 腰痛予防対策

まずとりくんだのは腰痛予防対策でした。2014年にノーリフトリーダー会議を立ち上げ、理学療法士・介護職に事務局メンバーとして参加してもらい、看護部門からメンバーの参加を募りました。

現状を把握するために、看護部（介護士・看護助手含む）の全職員対象に体力チェック（柔軟性、筋力）と腰痛疾患問診票（JOABPEQ）を実施、職場ごとの分析を行いました。さらに、労働安全衛生委員会の職場巡視で腰痛の状況や移乗用具の使用状況を確認しました。

そして、全職場でノーリフト啓発のDVDを視聴し、理学療法士による持ち上げないトランスファーや移乗用具の正しいつかい方についての講習会を4回開催。試用期間を設けたのち各病棟・外来部門に移乗用具を設置しました。市販のスライディングシート以外にも、組合員の病院ボランティアの方々にスライディングシートを作成してもらい、全病棟に設置しました。

当初は「持ち上げてしまったほうが早い」と消極的だった職員も徐々に活用するようになり、今ではスライディングシートを活用することが当たり前前の光景になっています。

また、リハビリテーション技術科職員に腰痛予防体操を考案してもらい、ノーリフトリーダー会議のメンバーを中心として各病棟に広めました。バージョンアップやバリエーションを増やし、現在でも始業前の日課として行われています。

その結果、2017年に実施した腰痛アンケートでは、「患者の移送」「体位変換」を腰痛の発症要因としてあげた職員は0%となりました。その一方で、技術職や事務職でも腰痛の発生割合が高く、「長時間の座位姿勢」や「長時間の立ち仕事」が発症要因になっていることがわかりました。

そこで、作業姿勢を見直すことを提起し、腰痛発生のメカニズムや作業姿勢の改善ポイントを学習できるeラーニング（パソコンやデジタル端末を利用した学習資料配信システム。実施状況の把握、確

認テストなどが可能)を全職員対象に実施しました。また、外来医事課には、寄りかかることのできる高さの椅子を導入したり、調理室には踏み台を設置し、同一姿勢の解消や作業中の疲労緩和を図りました。

看護部門の問題から、全部門への対策へと広く水平展開することができました。

(2) 栄養バランスアップ

国民健康・栄養調査報告における若年女性の痩せ傾向や、職員健診で貧血の指摘を受ける職員が多いことから、栄養面へのとりくみの必要性が提起され、朝食摂取を推奨するeラーニングを全職員対象に実施しました。また、eラーニングのシステムを利用して「どのようなものが食べたいか」「朝食にいくらかけられるか」など朝食に関するアンケートを実施し、その結果から、300円でバランスのよい朝定食(主食、主菜、副菜、汁物)を提供することが決まりました。人員体制が厳しいなかではありましたが、院内レストランの開店時間を1時間早めてもらい、実現することができました。

しかし、開始直後は「朝は食欲がわからない」「時間がない」という声から利用者数が伸びませんでした。そこで、管理栄養士に手軽に摂取できるスムージーを考案してもらい、100円で提供することにしました。それから、徐々に利用者が増え、現在では朝定食と合わせて月100人が利用するようになりました。

また、毎年、新入職員のための「調理教室」を開催しています。2019年は食事のバランス評価をしたり、仲間と楽しく食べることの大切さを伝えています。

(3) 禁煙予防・ 受動喫煙の防止

職場ごとの喫煙率を分析し、喫煙者のいる部門へは出張禁煙学習会をおこなったり、全職員対象に禁煙のeラーニングを実施しました。また、新入職員への禁煙学習会を定例化しています。

2015年からは喫煙抑止効果を狙い、禁煙チームが病院周辺の「ポイ捨て」巡視を開始、現在では多部門参加型で行われています。HPH加盟時は

11.5%だった喫煙率ですが、現在は7.7%まで低下しています。今年度は近年増加している電子タバコの影響などもくわえ、新たなeラーニングを予定しています。

今後のとりくみ

今年度は健診結果から運動習慣応援プロジェクトを計画しています。

これまでも、リハビリ室のトレーニング・マシンを業務時間外に開放し、無料でトレーニングできる環境はあったのですが、利用者が少ないという現状があります。また、筋肉量アップをめざした運動プログラム「ココロンエクササイズ」(2016年医療法人さいたま考案)を敷地内で定期的に開催しているにもかかわらず、こちらもほとんど利用されていません。

職員へのアピール方法や、「運動したい」という意識はありながらもさまざまな事情で参加できない職員が参加しやすいように、どのような支援が必要かを検討しています。ただ、仕事とプライベートを区別したいと考える職員が増えており、職場内に場をセッティングしても利用につながるとは限らないこと、また、職員個人の意識改革を促すアプローチには限界があり、それだけを追求すると自己責任論になってしまうということを感じています。

意識の有無にかかわらず「つい健康的な行動をとってしまう仕掛け(物理的な環境)づくり」も必要不可欠であり、今後の大きな課題ではないかと考えています。

おわりに

2013年から職員の健康づくりにとりくんで、今年で7年目を迎えました。この間とりくんだノーリフトポリシーや腰痛予防体操、朝食提供のとりくみなどは定着し、当院の文化になりつつあります。

さまざまな生活スタイル、さまざまな価値観が混在する現代、「1つの方法で解決することはない」「選択肢を増やす」「きっかけをつくる」を心得ながら、今後も一人ひとりの職員を大切に、健康を支える存在として尽力していきたいと思えます。

保険薬局禁煙宣言 ～職員から地域へ禁煙を拡げる



岐阜 ファルマネットぎふ 薬剤師 吉田 昌樹

はじめに 「職員の喫煙者ゼロ」を一度は達成

当法人は4薬局、職員数42人の薬局法人です。2008年に経口禁煙補助薬「チャンピックス」(パレニクリン酒石酸塩)が保険収載されたことで、禁煙のとりくみが始まりました。喫煙職員の多くが禁煙外来を受診、すぐに禁煙できた職員もいました。

2015年1月、最後の喫煙職員が禁煙外来を受診して禁煙を達成、喫煙職員がゼロになりました。現在複数の職員が再喫煙しているようで、今後も継続した禁煙のとりくみが重要です。

1. 「禁煙プロジェクトチーム」のとりくみ

2015年4月に禁煙プロジェクトチーム(以下チーム)を立ち上げました。薬剤師3人、事務2人の5人で発足、定例会議を2018年9月まで月1～2回開催しました。喫煙者ゼロを達成した2015年は、4つの課題にとりくみました。

①4薬局に「禁煙宣言」看板を設置しました(写真1)。

②患者や地域の禁煙推進のため職員からデザインを募集し、7種類の「禁煙宣言」バッチを作成

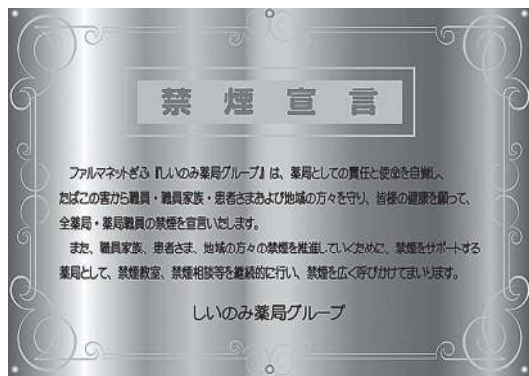


写真1 宣言看板

(写真2)、普及しました。

③県連職員や患者さんを対象に、「禁煙教室」を年3回計画、2015年6月から2017年10月まで8回実施しました。参加者から「昨年4カ月間禁煙した。チャンピックスを飲んだが、吐き気がひどかった。周りに吸う人がいるのでまた吸い始めた」「禁煙するきっかけがない。禁煙外来に行くタイミングがわからない」など、素直な感想が出されました。これに対し、「禁煙外来に行くことが禁煙のきっかけになる。背中を押されると意外にやめられる」と助言するなど、講義を行うだけでなく相互的なかかわりを持てる会になりました。

④読むと禁煙に挑戦してみようという気持ちになる、そんなコンセプトの「薬局がつくった禁煙ガイド」(以下「禁煙ガイド」)を6種類発行しました(写真3)。最も心がけたのは「読みやすさ、気楽に手にとってもらえるように!」ということ、手のひら大の冊子に、なるべく大きい文字をつかい、カエルのキャラクターと一緒に禁煙していく内容にしました。健康編、家族編、依存症編、金銭編、禁煙外来編、禁煙実践編に分け、1冊5～10分程度で読めるものにしました。

「禁煙ガイド」は主に投稿記事とコラムで構成しています。投稿は職員から14本集めました。「実際に禁煙できた」「何度か失敗して成功させた」など、生の声がありありと書かれています。また、喫煙している家族に禁煙を呼びかけるメッセージもあります。これらには事実の持つ重みがあります。禁煙に役立つ情報を盛り込んだコラムは、チームのメンバーが分担して13本作成しました。

その他の注目記事として、1日4箱46年間の喫煙生活から禁煙できた患者さんの体験談をインタビュー形式で掲載。地域の方の体験談によって、



写真2 バッチ

さらに親しみが持てる内容になっています。また、「民医連新聞」2015年5月18日付けの世界禁煙デーにちなんだ特集「私はこれでタバコをやめました」を、許可を得て掲載しました。ほかにも、インターネットの人気ブログ集である「禁煙ブログ村」も許可を得て紹介しています。

こうして2015年10月に「禁煙ガイド」を完成しました。待合室に「禁煙コーナー」を設置して「禁煙ガイド」を置き、待ち時間に手にとってもらっています。

2. 「禁煙ガイド」発行を終えて

「禁煙ガイド」の編集を担当した職員が、完成にあたって感想をまとめました。

「チームが発足した当初の目的は、『禁煙したい!』という人のための手助けになるような本を作ることでした。でも、発行を終えてふりかえてみると、読み手のためだけでなく、作り手であるメンバーも『この本のおかげで非常に勉強になった』と感じています。(中略) 読者目線で作った「禁煙ガイド」ですが、できあがってみたら実は一番勉強になったのはチームのメンバーだったのです。インタビューに答えてくれた患者さんや、職員の投稿記事を読むとわかるのですが、誰一人として禁煙を後悔している方はいません。その思いが読者に伝わればと思います。情報をくださり、協力してもらった職員の皆さんに本当に感謝しています」。

このようにとりくみに参加した職員がさまざまな経験を積んで成長できたことが一番の成果です。

3. 加熱式タバコの有害性と受動喫煙防止について

①現在成人の10%以上が、新型タバコ（加熱式タ

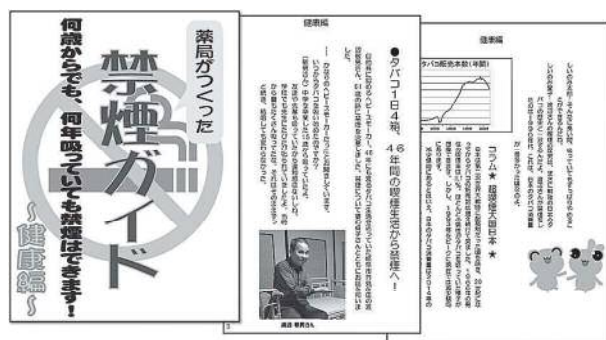


写真3 禁煙ガイド

バコ、商品名:アイコス、プルーム・テック、グロー)を吸っている時代です。「タバコを吸っていますか?」と聞いただけでは、喫煙状況を把握できなくなっています。加熱式タバコには、紙巻きタバコとほとんど変わらないレベルのニコチンが含まれていて、紙巻きタバコと同じようにニコチン依存症が維持されます。紙巻きタバコの煙には、5000種類以上の化学物質が含まれ、そのうち70種類は、発がん性があるとされている物質です。加熱式タバコからも、紙巻きタバコと同じくらいの有害物質が出ていること、加熱式タバコを吸うと循環器疾患などの疾患罹患リスクがあり、そのリスクは紙巻きタバコよりも低いとは言えないことが、明白になっています。

②2018年6月の「東京都受動喫煙防止条例」の制定、7月の「健康増進法」の改正は、受動喫煙防止対策において、極めて重要です。日本人の年間死亡者は、能動喫煙によって約13万人、受動喫煙によって約1万5000人(肺がん、虚血性心疾患、脳卒中及び乳幼児突然死症候群による死亡)と推計されています。2020年4月1日の罰則を含めた全面施行に向けて、実効性を高め、周知徹底するとりくみが重要です。

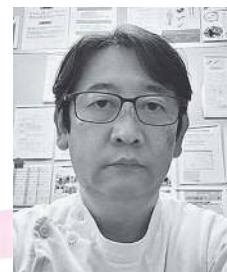
おわりに

このような情勢を追い風に、職員・家族、患者さん、地域の禁煙、受動喫煙防止にとりくむことが重要です。幸い、当法人・しいのみセンター薬局と、岐阜勤労者医療協会・みどり病院は、今年1月、HPHに加盟しました。これを契機に、県連加盟事業所と協力して、HPH活動の柱の1つとして職員・家族、患者さん、地域の禁煙、受動喫煙防止にとりくんでいきたいと考えています。

身近なところにある有害物質

～有害物質を管理するリスクアセスメントのとりくみ～

福岡 戸畑けんわ病院 臨床検査技師 第一種衛生管理者 大川内 雅洋



はじめに

全産業で使用される化学物質は約6万種類といわれています。2014年6月の労働安全衛生法の改正（2016年6月施行）により、一定の危険有害性のある640の化学物質についてリスクアセスメントの実施が義務化されました（現在は673物質）。この背景には2012年、大阪の印刷会社の労働者に集団発生した胆管がんがありました。当時、使用されていた有機塩素化合物を含む機器洗浄剤が胆管がんの原因とされましたが、この化学物質はその当時、法律の規制対象外でした。

化学物質のリスクアセスメント（以下リスクアセスメント）とは化学物質による危険性・有害性を特定し、その特定された危険性・有害性に基づくリスクを見積もり、リスクを減らす対策を検討することを指します。2016年6月、福岡・健和会大手町病院の労働安全衛生委員会で行ったリスクアセスメントについて紹介します。法律的な位置付けは、「化学物質等による危険性又は有害性等の調査等に関する指針」による努力義務となりますが、職員がどのような環境で業務しているかを知る機会となります。

化学物質による危険性または有害性の特定

1) リスクアセスメント対象製品の抽出

院内では種々の化学物質を含む製品として検査部門の検査試薬、各科医療機器用の洗浄剤、栄養部での洗剤、設備課の補修などで使用される塗料、接着剤などが考えられました。それらの購入実績と労働安全衛生委員によるラウンドを行い、使用されている化学製品として434製品を抽出し、さ



身近なところにある有害物質

らにそれらの製品についてGHSマーク（化学物質の有害性を示す絵表示）の確認、SDS（安全データシート）を入手し195製品をリスクアセスメント対象製品（図表1）としました。このSDSは対象製品の組成、有害性、取り扱いなど製品を安全に使用するための情報が記載してあり製造メーカー、納入業者などより入手できます。

2) SDSの調査と化学物質の特定

195製品のリスクアセスメント対象製品は、そのほとんどが化学物質の混合物のため、SDSの内容を確認しそのなかに含まれる化学物質を調査する必要があります。195製品中に207の化学物質（重複を除くと150物質）を含んでいることが判明し、これらについてリスクアセスメントを実施することとしました。

化学物質の危険性・有害性による リスクの見積もり

1) リスクアセスメント方法

方法は、作業環境測定などでモニタリングした実測値データに基づき評価する方法、SDSの情報を基に化学物質が健康障害を生ずる可能性、重

図表1 アセスメント対象製品数

対象部署	化学製品	アセスメント対象製品数	特定した化学物質数	リスクレベルⅢ以上の製品数
病棟、診療科 (24部署)	48	0	0	0
臨床検査部 (4部署)	236	82	75	37
中毒センター	108	81	81	29
設備課	27	23	41	14
薬剤部	11	5	5	0
栄養部	4	4	5	1
合計	434	195	207	81

図表2 リスクレベルの分類

リスクレベル	解釈
I	些細なリスク
II	許容可能なリスク
III	中程度のリスク ・実測値データを使用して再アセスメント ・適切なリスク低減措置の実施
IV	大きなリスク ・実測値データを使用して再アセスメント ・適切なリスク低減措置の実施

症度を考慮し推測する方法などがあります。当院では後者の方法の一つであるコントロールバンディングを用いることとしました。コントロールバンディングは「化学物質の有害性」「物理的形態」「取扱量」の要素の情報から、リスクの程度をランク分けします(図表2)。厚生労働省ではこのコントロールバンディングツールをWeb公開しています。

2) リスクアセスメントの結果

リスクⅢ以上は適切なリスク低減措置などが必要とされますが、その化学物質を含む製品は、臨床検査部、中毒センター、設備課、栄養科の4部署に存在し、81製品あることが判りました。

まとめ

労働安全衛生委員会では、職員がどのような環境で業務しているか、身近なところにある有害物質を管理する目的でリスクアセスメントを実施しました。

リスクアセスメント対象製品のほとんどが種々の化学物質を含む混合物です。そのなかの化学物質一つ一つについてリスクアセスメントしなければその製品の有害性が評価できません。それを確認するためには入手した195製品のSDSを調査し、その製品に含まれる複数の化学物質をリストアップする必要があり、労力を要しました。

リスクアセスメントの方法としてコントロールバンディングを用いました。暴露の度合いを正確に評価できないため、リスク評価が安全側に偏る

傾向にあるとされ、高リスクレベルの場合は別の方法で再評価するか、使用するときの暴露の程度(密閉性、換気、使用量、使用状況など)を具体的に専門家に評価してもらいアドバイスを受けるなどの対策が必要であり、コントロールバンディングの特徴を理解した上で実施する必要があります。

今回実施したリスクアセスメントでは、リスクレベルⅢ以上が81製品ありますが、臨床検査部で使用する試薬はキット化され検査機器に密閉した状態で使用し、設備課で使用される塗料、接着剤は屋外または換気装置が使用され、今回のリスクアセスメント結果が直ちに危険性を示すものでないと考えています。

今後の課題

このリスクアセスメント結果を対象部署に公表し、各職員がその化学製品についてのリスクを認識し健康被害防止、労働災害防止に繋げなければならないと考えています。また、新しく化学製品を採用する場合は、リスクアセスメントが行われるしくみを構築する必要があります。

(参考文献)

- 1) 労働災害を防止するため リスクアセスメントを実施しよう：厚生労働省、平成27年9月作成
- 2) 健康障害防止のための化学物質リスクアセスメントのすすめ方：中央労働災害防止協会、平成21年3月

ノーリフティングケアを さらに推進するために

滋賀 膳所診療所 所長 東 昌子



はじめに

世界でも日本でも医療介護現場での腰痛問題は労働衛生の課題として、また介護現場の人材確保上の課題（休業・離職）としても広く認識されています。

世界では、北欧やオーストラリアでは介護看護現場での「ノーリフト」による腰痛予防に1990年代中ごろよりとりくみ、オーストラリアのビクトリア州では2002年に腰痛関連コストの半減を達成するという成果を上げました。

遅れること20年、日本では2013年6月に19年ぶりに厚生労働省が「職場における腰痛予防対策指針」を改訂。原則として人の力で抱き上げることを禁止し、リフトなどの介護機器の導入が推奨されました。改訂以後、厚生労働省や中央労働災害防止協会が全国で「ノーリフト」の研修会を開き教育と普及に努めるとともに、人材確保等支援助成金の事業として、介護福祉機器導入の助成を行ってきました。最近では政府の成長戦略の一環として「介護ロボット」を推進し、導入支援に補助金・助成金を実施しており、地域医療介護総合確保基金が充てられています。

日本で初めてノーリフトが紹介されたのが2009年。以後10年間で日本の介護現場は大きく変わりました。一方で、在宅ではさまざまな要因から福祉用具や福祉機器の導入がすすまないという声が聞かれています。

民医連での腰痛予防のとりくみ

民医連では、職員の健康を守る活動の最大の重点は「予防」におくこと、作業関連筋骨格系疾患

（頸肩腕障害・腰痛）の予防には人間工学的手法を積極的に導入することを一貫して追求し、第4回職員の健康を守る交流集会（2010年）では、小島ブンゴード孝子氏から「北欧式トランスファー」が紹介されました。つづく第5回の集会（2012年）では、日本ノーリフト協会から「ノーリフティング・ポリシーの実践をすすめるために」と題した講演と体験を行い、実践が全国に普及しました。近年、新築移転を機に「ノーリフト宣言」を行った病院（奄美中央病院）、HPH活動の一環として、「ノーリフトケア」を院内でとりくむ先進的な病院（千鳥橋病院）が誕生しています。

「ノーリフティング・ポリシー」は 介助の技術？

「ノーリフト」を導入しているという職場では、比較的安価ですぐに導入できるスライディングシートやスライディングボードをつかった介助が行われるようになっていきます。よく勘違いされるのは、重度寝たきり者の移乗介助の技術（テクニク）といった理解です。

「ノーリフティング・ポリシー」の基本は、「カルチャーチェンジ」（介護・看護労働者に根付いた文化を変える）、すなわち人力による介助からの「働き方を変える」という意識の変革であるという理念をしっかりと押さえることが大切です。福祉用具をつかうだけではなく、プロとして、身体のつかい方（中腰や前傾など不良姿勢を継続しない、避ける、重心を落とす、など）と、自分の体を守る自己管理（栄養、休養、ストレッチ、服装、腰痛予防ベルトなど）という介護者の意識改革をとまなつてこそ、福祉用具の利用が活きてきます。

あわせて、「ノーリフティングケア」は重度寝たきり介助者のためのケアというのも間違いです。病院では急性期病棟やICUでの重症な状態からの早期の離床、手術室の移乗でも必要となります。介護施設では利用者の残存機能を活かし、軽症な方から重度寝たきりの方まで、利用者の自立支援や二次障害予防に役立ちます。くわえて、人を対象とした業務以外の業務でも、記録をする机やいすの高さ、洗濯物などの運搬においてもノーリフティングの工夫が発揮できます。

あらためて「腰痛予防対策指針」に立ち返り、リスクアセスメント、労働安全衛生マネジメントを基本に

「職場における腰痛予防対策指針」（厚生省）は前述したとおり、腰痛予防対策のリスクアセスメントの一環としてリスクの回避・低減措置として、福祉用具、福祉機器の利用を推奨しています。

リスクアセスメントは対象者に由来する危険性の把握と評価、介護作業・作業環境由来の危険性の把握と評価、労働者に由来する危険性の把握と評価を行った上で、リスクの大きさや優先度を考慮して、リスクの回避・低減措置として福祉用具、福祉機器の導入を推奨し、事業者に各事業場の実態に即した対策をとることを求めています。

対象者ごと、場面ごとにリスクをアセスメントし、福祉用具、福祉機器を利用した移乗介助の作業標準をつくる（Plan）、実践してみ（Do）、評価（Check）、評価を踏まえて見直し改善（Act）。この労働安全衛生マネジメントシステムのPDCAの一環に「ノーリフト」の実践があることを認識することが重要です。

福祉用具、福祉機器をつかった介助を行っていても、対象者の現在の状態に最善かどうか、個々の介護労働者に適した介助方法かどうか、繰り返し検討をくわえる必要があるのです。「用具やリフトを設置したら終わり」ではないことを肝に銘じなくてはなりません。

おわりに

高知県は2014年に、県として「ノーリフティングケア宣言」を実施し、2015年、2016年に「ノーリフティングマネジメント研修」を12の施設・事業所に対し実施し「先進モデル施設」として実践例の普及に努めています。事業場の管理者の意識を変え、介護労働者の働き方と意識を変え、地域県民のケア風土を変える画期的なとりくみです。

高知県に学び、民医連事業所の在る地域で「ノーリフティングケア」をケア風土にしていこうではありませんか。

（参照資料）

厚生労働省「職場における腰痛予防対策指針」
2016年改訂

中央労働災害防止協会「改訂 職場における腰痛予防対策指針に沿った社会福祉施設における介護・看護労働者の腰痛予防の進め方～リスクアセスメントの考え方を踏まえて～」

保田淳子著『ノーリフト 持ち上げない看護 抱え上げない介護』（クリエイツかもがわ）

高知県／日本ノーリフト協会高知支部「ノーリフティングケア宣言 ノーリフティングケアを高知のスタンダードに」

介護ロボットONLINE

2019年度労安活動実態調査を踏まえた問題提起と重点課題

九州社会医学研究所 所長 田村 昭彦



はじめに

全日本民医連は2003年3月、第1回「民医連職員の健康を守る交流集会」を開催しました。以降各期に交流集会を開催し、到達の確認とともに新たな課題提起を行い民医連職員の健康増進に寄与してきました。

本稿では2019年に行った第9回労働安全衛生活動調査の概要を述べ、民医連の到達を確認し今後の重点課題を明らかにしたいと思います。

1. 回答事業所

回答は162事業所（回答率48.8%）でした。以下は50人以上の158事業所を対象として分析を行います。

事業所規模別では「50～99人」46事業所（29.1%）、「100～299人」65事業所（41.1%）、「300人以上」47事業所（29.8%）でした。

2. 衛生委員会は定着

衛生委員会は98.1%と、ほぼすべての事業所で設置されていました。とりわけ小規模事業所では95.7%で設置され、前回調査の86.3%から大幅に増加していました。毎月衛生委員会が開催されているのは95.6%でした。小規模事業所でも90.0%と前回調査の78.8%から大幅な改善が行われていました。

3. 産業医の後継者育成は急務

産業医の選任は全体で97.4%であり、「50～99人」の小規模事業所でも95.8%と改善が行われていました。

しかし、高齢化が指摘されている産業医の育成に関しては「計画に基づき育成中」（8.2%）、「計画策定中」（10.8%）であり、2017年調査（8.3%、

7.8%）から前進はなく、今後の重点課題となっています。総合診療医の研修に産業医資格取得を取り入れるなど組織的な対応が早急に必要です。

労働安全衛生法で定められている産業医による月1回以上の職場巡視は24.1%と、2017年調査の20.8%よりは改善しましたが、「不定期＋未実施」が60.1%（2017年調査68.7%）にも上っており産業医活動の時間保障と合わせて改善が必要です。

4. 医師・管理者の労働時間把握が重要

一般職の「80時間以上の時間外労働」は十分把握がされている一方、医師・管理者の時間外労働の把握はすすんでいません。

医師の労働時間を定期的に把握している事業所が50.6%（非該当等を除くと61.5%）と、前回調査と比較して一定の改善傾向が認められます。しかし管理者の労働時間把握が行われているのは41.8%にすぎません。事業所規模が大きくなるほど定期的把握が実施されていない傾向があります。過重労働対策として改善が必要です。

5. メンタルヘルス対策

医療・介護現場は、平均在院日数の短縮化、安全性やインフォームド・コンセントに対する要求の高まり、電子カルテなどのME化、OECD平均と比べ少ない医療介護従事者数などによりストレスが増大しています。さらに患者・利用者やその家族対応でも感情労働としての大きなストレスがあり、メンタルヘルス対策の充実が求められています。

「心の健康づくり計画」は32.9%の事業所で未策定でした。メンタルヘルス対策の基本となるものですので、計画の策定と同時に実際の活用に合わせて修正を行いながら創り上げていくことが重

図表 ハラスメント対応

職員間のハラスメント	対応マニュアル	ハラスメント対応マニュアルを作成し 広報している	担当者の対応指針作成	未作成
		70.9%	12.7%	16.4%
	ハラスメントに関する 学習会	全職員・管理者対象の両方実施	全職員あるいは管理者対象の一方のみ 実施	実施していない
		46.2%	30.4%	23.4%
	相談窓口の設置	相談窓口を設置し、広報している	担当者を決めている	設置していない
		74.7%	17.1%	8.2%
患者・利用者のハラスメント	対応マニュアル	ハラスメント対応マニュアルを作成し 広報している	担当者の対応指針作成	未作成
		52.5%	16.5%	30.4%
	患者・利用者、家族へのハラスメントに関する 通知	入院・サービス提供時に明示してサイ ンをもらっている	掲示・チラシのみ	実施していない
		27.9%	29.1%	40.5%
	発生時の対応	緊急避難をさせている	連絡を受け判断している	未対応
		24.7%	65.2%	7.0%

要です。

カウンセラーなどの関与も76.6%の事業所で行われています。新入職員や研修医に対するカウンセラーによる面接も実施事業所が増えてきていました。

6. ハラスメント対応

職員間のハラスメント対応マニュアルは70.9%で作成されていますが、未作成の16.4%の事業所では早急に作成が必要です。ハラスメント学習会は46.2%の事業所で全職員対象に実施されている一方、23.4%では未実施となっています。ハラスメント発生時の具体的対応の強化とともにハラスメントが人権侵害であるとの基本的立場に立った学習・予防のとりくみが重要です。

患者利用者、家族のハラスメントは職員のメンタル不調の要因の1つとなっています。患者・利用者に対する対応マニュアル未作成が全体で3割、介護事業所では41.5%にのぼり、患者・利用者、家族へのハラスメントに関する通知は4割で未実施となっていました。さらにハラスメント発生時の対応として、全体では7.0%、介護事業所の9.8%では未対応となっていました。「緊急避難をさせている」は26.8%にとどまっています。組織的な対応が求められます(図表)。

7. ノーリフトの普及

全日本民医連では、職員の腰痛などの筋骨格系障害予防と患者・利用者の安全性を両立させるノーリフトの普及と定着に努めてきました。

ノーリフトの学習は、15.8%の事業所では全職

員を対象に実施していますが、約3分の1の事業所ではとりくまれていません。実施体制は13.9%の法人・事業所で推進体制を確立しています。2年前と比較して、「実施せず」が10ポイント減少しているのが特徴です。18.4%の事業所ではリフト導入など予算をともなって実践しています。

利用者の移動作業が多い介護事業所では、「全職員対象」とした学習が22%にとどまり、「実施せず」が34.2%となっています。実施体制でも63.4%が「自主的取り組み」となっていました。「法人・事業所で推進体制を確立」「一部の職場で推進体制を確立」はともに9.8%で、2割の事業所が「実施せず」と回答しています。「リフトの導入など予算をともなって実施している」19.5%、「トランスファの改善」29.3%、「個別指導のみ」29.3%であり、「実施せず」も19.5%となっていました。職員の確保が厳しい介護職場では、健康な職場づくりは喫緊の課題です。ノーリフトポリシーの定着を図る必要があります。

おわりに

ジェンダーフリーに対応した方針作成や、訪問在宅系労働に従事する職員への手立ては実施事業所も少なく、今後の課題となっています。全日本民医連は20年近いとりくみで、働き続けられる健康な職場づくり活動を継続し進化させてきました。民医連には職員の健康を推進していくマンパワーと職員を大切にする文化があります。働く職員にとっても、患者・利用者にとっても、安全で安心な医療・介護事業所を創り続けましょう。