

健康で働きつづけられる 職場づくり(2024年改定版)

全日本民主医療機関連合会
職員健康管理委員会

民医連における「健康で働きつづけ
られる職場づくり」への取り組み

労働安全衛生活動強化の主な経過

準備期

- 1)2002年2月,第35回定期総会で職員の健康管理の重要性を指摘し対策の強化を確認(その後も2年毎の総会で確認)
- 2)2002年10月,職員の健康管理PJ(職員育成部)発足

第1期

- 3)2003年3月,第1回職員の健康を守る交流集会
- 4)2004年4月,指針パンフレット「健康で働き続けるために(案)」発行
ステップ・アップ・プラン・チェックリストを提起
- 5)2004年9月,前述パンフの徹底促進全国会議
- 6)同年9月,共済組合で健康管理に関する講演や活動の交流

第2期

- 7)2005年3月,第2回職員の健康を守る交流集会
- 8)2006年2月,第37回総会「健康職場の5つの視点」
- 9)2006年3月,日本産業衛生学会「医療従事者のための産業保健研究会」
- 10)2006年4月,産業医・衛生管理担当者交流集会
- 11)2007年9月,第3回職員の健康を守る交流集会(メンタルヘルス対策に重点)
- 12)2008年2月,第38回総会「健康職場づくり7つの課題」
- 13)2009年8月,パンフレット改訂し、普及のための全国と5地協での学習会

3

3

第3期

- 14)2009年,第4回職員の健康を守る交流集会
「ノーリフティング」の取り組み推進
- 15)2011年,東日本大震災「被災地の職員や支援職員の健康を守る活動の重要性」
- 16)2012年,第5回職員の健康を守る交流集会
「ノーリフティング」「暴力・暴言」
- 17)2013年,厚労省から職場における腰痛予防対策指針
- 18)2014年,第6回職員の健康を守る交流集会
「腰痛予防」「暴言・暴力」「メンタルヘルス」
- 19)2014年,パンフレット三訂版 発行

第4期(メンタルヘルスとハラスメントの問題を制度より先駆けて議論)

- 20)2015年,ストレスチェック制度
- 21)2016年,熊本地震「災害対策本部にヘルスケア部門の位置付け」
- 20)2016年,第7回職員の健康を守る交流集会
「ストレスチェック制度」「パワハラ」「ノーリフティング」
- 21)2017年,第8回職員の健康を守る交流集会
「産業医育成」「メンタルヘルス」「ノーリフト」「大災害時に職員の健康を守る」
- 22)2019年,第9回職員の健康を守る交流集会
「両立支援」「ハラスメント」「感情労働」

4

第5期(コロナ禍)

23)2020年,「新型コロナウイルス感染症に関する**職員のヘルスケア指針**」「**職員のみなさんのセルフケアのための10のヒント**」(2020年5月25日発行、12月18日増補改訂版)を発行。

24)2020年～,**職員の健康を守る動画**シリーズ

25)2021年,「**コロナ禍における職員の健康を守るヘルスケア交流集会**」(2021年6月5日)をオンライン開催

26)2021年,第10回**職員の健康を守る集会**(2021年11月6日)をオンライン開催

27)2022年、2023年,全日本民医連第45期**労働安全衛生そもそもセミナー**(2022年6月11日)(2023年6月10日)

28)2022年,全日本民連**ヘルスケアチーム実践交流セミナー～職員のメンタルヘルスをテーマに～**(2022年11月26日)

29)2023年,全日本民医連**公認心理師・臨床心理士交流集会**(2023年8月)

5

「健康職場の5つの視点」

- ① 個人にとって適度な質的量的負荷かどうか
- ② 職員の安全安心は保たれているかどうか
- ③ 技術的に研修の保証がされているか
- ④ 使命が明確で評価されているか
- ⑤ ライン内・職場間・職種間で少数意見が保証されコミュニケーションが向上している

全日本民医連第37回総会方針

6

6

「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 メンタルヘルス不全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「特定検診・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**

全日本民医連第38回総会決定

7

7

職員の健康を守るパンフレット



2004年



2009年



2014年

8



青・赤・黄の民医連の健康職場づくりの 基本パンフ



2024年版 目次

序章 はじめに(そもそも論)

1 民医連職員の健康管理を進めるうえでの課題と視点

- 1 事業所管理者の責任
- 2 法律や指針などの活用
- 3 医療の安全性と職員の健康管理
- 4 労働安全衛生5管理と労働安全衛生の マネージメントシステム
- 5 人間工学の活用
- 6 小規模事業所での安全衛生活動
- 7 労働組合運動と命を守る運動との協力・共同
- 8 民医連の共済活動について
- 9 管理職の健康管理

2 メンタルヘルス対策

1 総論

- 1) 医療福祉分野の労働者のメンタルヘルス状況
- 2) 職業性のストレスの考え方
- 3) メンタルヘルス対策
- 4) ストレス対策における個人情報保護
- 5) 民医連にとってのメンタルヘルス対策

2 実際の進め方

- 1) 学習・研修
- 2) 調査活動
- 3) 相談活動
- 4) 職場復帰支援
- 5) 産業医の役割
- 6) 健康職場づくり(職場環境改善)
- 7) 危機介入
- 8) ストレス対策の評価
- 9) ラインケア

3. アルコール関連問題を予防しよう

- 1) 現状
- 2) 適正な飲酒量
- 3) 様々な問題に関連
- 4) 予防と介入

3 ハラスメントのない職場づくり

- 1 はじめに
- 2 職員から職員へ
- 3 患者利用者その他ネオ関係者から職員へ
- 4 ハラスメント防止の対策

4 作業関連筋骨格系疾患(頸肩腕障害・腰痛症)の予防対策

- 1 介護・看護作業による筋骨格系障害の発生要因
- 2 リスクの評価とリスクの回避・低減措置の検討と実施
- 3 リスクの再評価、対策の見直し
- 4 健康管理
- 5 労働衛生教育等

5 多様性などに配慮したヘルスケア

- 1 女性労働と健康
- 2 高齢労働者
- 3 障害(特性)を持つ人 発達的な特性や心身の障害等を背景に持つ職員
- 4 LGBTQ
- 5 ガン・透析など治療を受けながら働く労働者への配慮(両立支援)
- 6 新入職員

6 民医連職場におけるその他の課題

- 1 予防接種・結核・HIV
- 2 抗ガン剤の安全対策
- 3 化学物質による健康被害を防ごう
- 4 過重労働による健康障害を防ぐために
- 5 職場における禁煙対策

7 大災害時に職員の健康を守る

- 1) 被災事業所の職員の健康を守る
- 2) 支援者の健康を守る
- 3) 全日本民医連としての支援

8 感染症パンデミックなど長期の災害時の職員の健康を守る

- 1 ヘルスケア指針を通じた活動内容
- 2 管理者不在時のBCP対策など
- 3 コロナ禍の労災について

9 資料編

改定のポイント

- ① 労働安全衛生の基本(そもそも論)を改めて整理した
- ② コロナ禍で問題が露呈した小規模事業所および介護事業所、在宅分野での安全衛生活動、管理職の健康管理について言及した
- ③ 「ノーリフト」から「ノーリフティングケア」に、福祉機器や福祉用具を活用しながら介護の安全性を高めケアの質を上げることと総合的な腰痛予防を両輪として進めることを提起した
- ④ 2024年4月から始まる医師の働き改革について言及した
- ⑤ 引き続き重要な課題である職員のメンタルヘルス対策について分かりやすく整理した

13

- ⑥ 職員育成指針2021年版でも強調している心理的安全性の高い職場作りが、職員のメンタルヘルス維持に重要
- ⑦ 近年、問題となっている暴言・暴力・ハラスメントへの対応について独立した章でまとめた
- ⑧ 第三版では分散して書かれていた多様性などに配慮したヘルスケアについて独立した章としてまとめたこと、そのなかでも新たに、障害(特性)をもつ人、新入職員、LGBTQについての項目を加え、近年、職員の年齢構成が若い人から高齢に変化していることを踏まえ、高齢労働者についても言及した
- ⑨ コロナ禍など長期の災害時のヘルスケアの取り組みについて独立した章としてまとめたこと

14

法律を守ることだけでは健康を守ることができない時代に、どう対応するか？

- ▶ 1972年に制定された「**労働安全衛生法**」。この50年の間で社会問題となったこと(2000年代で言うと、長時間労働やストレスチェックなど)を受けて改正され、重厚な読み解きにくい辞書のような状態となっています。
- ▶ そのため、職場の安全衛生に取り組もうと考えても、“何をしたいのか分からない”ということが起こっています。その状態を解決するのに役に立つのが“**そもそも**”と考えることです。

15

法令順守型産業保健の限界

法令を遵守することは重要ですが、

- 1.新しい課題(例:コロナ禍など)への対応策は示されていない。
- 2.問題解決策そのものが示されている訳ではない。
- 3.網羅的に記載されており、中小事業場では現実的に対応が難しい内容も記載されている。

→労働安全衛生に**自発的に**取り組む
という視点が重要！

岡田先生スライド参照

16

安全衛生委員会

- ・安全委員会＋衛生委員会
 - ・「安全」＝「危ないことへの対応」
 - ・「衛生」＝「みんなが元気に働けているか」
 - ・「委員会」＝「話し合いの場」
- ・労働災害、仕事に起因する病気の予防を目指そう！

岡田先生スライド参照

17

安全衛生委員会をチェックする5つの項目

(民医連医療2019.9月号)

- ▶ 労災発生について話し合っている
- ▶ 体調不良の職員がいないか話し合っている
- ▶ 職場巡視について話し合っている
- ▶ 衛生に関する行事について確認をしている
- ▶ 法改正やトピックについて話し合っている

18

小規模事業所及び介護事業 所での安全衛生活動

19

- ▶ 調剤薬局のひろがり、介護事業所の急速な発展で、小規模事業所が多数誕生しました。それらの事業所での安全衛生の取り組みは事業所まかせではなく、**法人の責任**で小規模事業所全体を統括した安全衛生体制を作り必要な衛生活動予算を計上することが必要です。法人間の取り組みの格差を減らすために、**県連として援助**をする明確な方針をもつことが必要です。

20

- ・10人以上～50人未満の事業所では**衛生推進者**を選任する義務。
- ・10人未満では、管理者が衛生担当者として明確に位置づける
- ・衛生推進者と担当者の研修(地域の産業保健センターの衛生管理者研修会を活用)を年1回は最低位置づける。
- ・法人の衛生委員会からの情報を得て、活動を展開
- ・産業医との相談機能を活用
- ・年1回は 全職員の衛生教育を位置づける
- ・労災発生時の流れの手順書を確認(法人作成)
- ・休業者発生時の流れの確認(法人作成)
- ・定期的なリスクアセスメントで労働災害予防
- ・長時間労働対策; 法人作成の対策マニュアルに準じて実施があげられます。

介護事業所の安全衛生活動

- ▶ 介護事業所は事業規模や事業形態が**多様**で労働環境、労働実態の把握に困難があります。衛生推進者、衛生担当者から法人の衛生委員会に**各職場の問題が適切に報告・相談されるシステム**をつくることには多くの工夫が必要です。
- ▶ 各職場の実態を把握するため**職場巡視**がとりわけ重要です。産業医、衛生委員会の委員がチームを組み、事業所全部を最低年一回巡視し現場の職員から生の声を聞ける計画を立てましょう。
- ▶ **訪問系サービス**においては、職員が個別に問題を抱え込みやすいため労働負担やハラスメントの問題を含めて評価できる工夫が必要です。場合によっては事例介入を検討することも必要です。

- ▶ 介護・福祉の現場では、すべての介護職員が有資格者ではなく、介護未経験の方や、60歳を大きく超える高齢者、短時間勤務のパート職員や、業務限定(リネン交換等)の方など、**多種多様な働き方**をしているのが現状です。
- ▶ そのような介護・福祉の現場においては、職員自身の安全を検討し、長く働き続けられる体制、**条件整備が不可欠**と言えます。例えば、腰痛予防のために、仕事の前の準備体操、思い物を持ち上げる場合は無理せず2人の職員で声を掛け合って行う等、簡単な取り決めや、コミュニケーションを図ることが重要となります。**ノーリフト**の実践も重要です。
- ▶ 事業所単位で考えようとする、かなり小さな事業所もあり、そういった場合は、**拠点(建物単位、又は地域単位等)ごとの対策**を検討することとなります。場合によっては、**法人単位**となる場合も想定され、事務職員等も取り組みの対象として考えなければなりません。

管理職の健康管理

- ▶ コロナ禍で、管理職が普段以上の長時間労働を（自発的に）している事態が散見されました。管理職が健康で働きつづけられないような職場では、**事業運営だけではなく部下の健康を守るラインケアに支障**をきたしますし、これから管理職を目指そうとする職員は現れないでしょう。
- ▶ 今の日本では、管理職の健康管理は、本人任せにさせられています。**民医連では、他の職員と同じく、安全衛生の担当者が、ある程度の管理を行います。**

25

- ▶ まずは、管理職が過労・過重労働にならないよう、**管理職も労働時間を適切に把握し、一定時間を超えそうなら本人に指摘したり産業医面談を受けさせたりして、労働時間管理をしてください。**管理職でなければできない業務を厳選するなど、**労務管理と一体で考える必要**もあります。
- ▶ **管理職のメンタルヘルスも本人任せにははいけません。**管理職から見て部下にあたる事務系の安全衛生担当者は、パワーバランスからすると、管理職のメンタルヘルス管理は困難なことがあるので、**産業医や産業保健師・看護師が力を発揮するところ**でしょう。

26

医師の働き改革

27

- ▶ **医師の働き方改革**は、労働基準法が適応されてこなかった医師・医療従事者について、適応させると決めた法改正です。しかし日本では、労基法を無視した医療従事者の働き方を前提として医療が成り立っているため、単純な労基法の適応は、医療崩壊に直結します。
- ▶ 2023年現在、労基署など様々なところでこの矛盾が明らかになり、**医師については、働き方改革から逆行する動き**があります。具体的には、働いても労働時間にカウントしない「宿直」の許可を厳密にしてきた労基署が以前のように許可するようになりました。しかし、この逆行は、医師の過重労働を追認するだけであり、何も解決になりません。

28

- ▶ そもそも、医師や看護師、介護職の増員、医療福祉労働者が労基法を守る働き方で経営が成り立つ診療・介護報酬など、医療福祉労働者の労働条件を改善する政策抜きに、ただ単に現場に矛盾を押し付けるのが今の働き方改革です。医師の働き方改革は、対応することと同時に、ドクターウェーブ、ナースアクション、介護ウェーブ運動や、診療・介護報酬を上げさせる運動を展開しなければ、いずれは医療・介護崩壊を招くでしょう。

メンタルヘルス対策

医療介護福祉分野の労働者のメンタルヘルス状況

- ▶ 医療介護福祉現場は元々ストレスが高い職場です。
- ▶ ミスが許されない緊張が続く職務内容だけでなく、対人関係を通じてサービスを行う「感情労働」の側面もあるからです。
- ▶ 近年は高齢で複雑な問題を抱えている患者が増加し、解決できない問題までも医療介護福祉の専門家に求める傾向が強くなっています。
- ▶ また現場は効率化が求められる中で最小限の人員で業務を回さないといけないという量的な負担が増加しています。
- ▶ このような状況の中、コロナ禍のようなパンデミックになると容易に破綻してしまい、そのしわ寄せが働いている職員にくる状況となりました。
- ▶ 各種の意識調査の結果や医師の過労自殺の増加、医療福祉系労働者の精神疾患の労災申請の増加に示されていますが、**民医連の職場でもメンタルヘルス不調が深刻**です。

31

- ▶ 民医連では、**医療福祉の事業体**であるとともに平和を守り社会保障制度を改善していく**運動体**であり、**人を宝とする理念**をもっています。理念は心のエネルギーを高める力を持つと共に、自身の気持ちや考えと乖離する時、逆に大きなストレスとなって心のエネルギーを削ぐもともなりえます。そのため**民医連においては、ストレス対策でも独自の視点も必要**です。
- ▶ メンタルヘルス対応は、**職員を大切にする職場や組織風土作りにおける眼目の一つ**であると捉え取り組んでいきましょう。
- ▶ そのための方策として、近年、「**心理的安全性**」の高い職場作りが注目されています。「心理的安全性」とは、「**率直に発言したり懸念や疑問やアイデアを話したりすることによる対人リスクを人々が安心して取れる環境のこと**」(エドモントソン)です。「心理的安全性」の高い職場では、職員のコミュニケーションが活発になり、職員の燃え尽きや離職の減少のみならず、業務が効率化したり、新しい工夫が生まれたり、医療事故のリスクも減少するという効果がみられます。

32

健康職場づくり(職場環境改善)

- ▶ 「健康職場づくり」では、A. **ストレス対策**、B. **生き生き職場づくり**の二つの面が大切
- ▶ 「**健康経営**」; 職員への健康投資は、職員の活力向上や生産性向上など組織の活性化につながるという観点から、職員の健康管理を経営的な視点で考え、戦略的に実践する視点が注目
- ▶ 「治療・予防モデル」に加え「**成長モデル**」が「健康職場づくり」に欠かせないと言えます。労働衛生の観点に加え、職員教育、人事労務管理部門、労組や共済などとの連携協力が必要です。全日本民医連の「職員育成指針」も参考にしましょう。

33

- ▶ 2015年12月より開始された**ストレスチェック制度**を活用して職場環境改善を図る取り組み。
- ▶ ただしこの制度を利用する場合、記名式調査であることや職場分析結果が職責者の職場管理の成績表のように受け取られたりしないように、**情報の扱いに注意**が必要。
- ▶ 職場環境改善へのアプローチには、衛生委員会論議、管理監督者による職場環境改善と全職員参加型の職場環境改善がある。

34

- ▶ **ストレスチェック制度**は、もともと職場での自殺予防の観点から発案され、うつ症状の早期発見という二次予防が目的でした。しかし策定議論の中で労働者の気づきを通じての**セルフケア促進と職場環境改善の一次予防が目的となり制度化**されました。現在までの実施経験を経て様々な課題が指摘されています。費用も時間もかかりますが、義務化された以上は制度を活用し職場環境改善に結び付けようというのが民医連の立場です。しかし職場環境改善には柔軟さと工夫が必要です。

35

- ▶ ストレスチェック制度以前より、民医連では「**健康職場の5つの視点**」があります。医療や介護の現場では、**安全安心の観点**や**教育研修の観点**が大切です。さらに民医連では仕事の士気に影響する**社保活動などの視点**をいれて、職場環境を考えることが大切と考えられます。
- ▶ “いのちの平等”を目指すことを目標とし、各世代や職種、職位の垣根を越えた**協働の取り組み**によって、健康職場を目指しましょう。

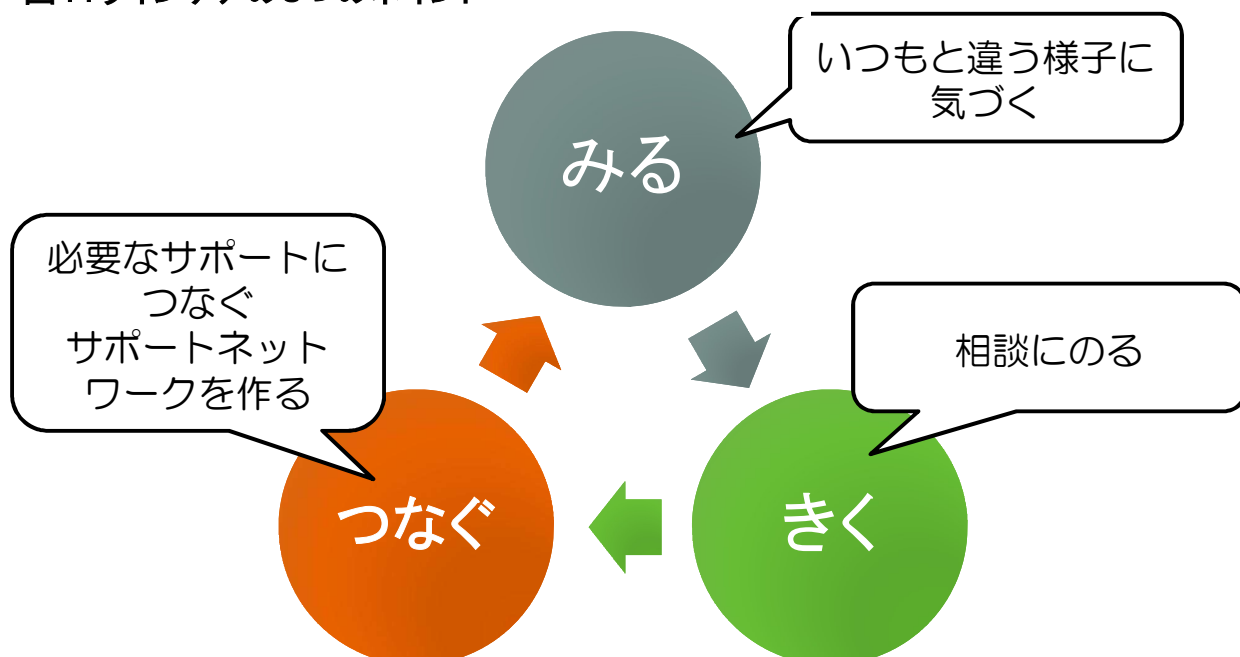
36

ラインケア

- ▶ ラインケアとは、「労働者のこころの健康の保持増進のための指針」で示される4つのケアの1つで、「管理者や職責者によるケア」のことを指し、**職場における指揮・命令系統のラインを活用したケア**に当たります。
- ▶ 職員の不調やストレスに**気づき**、必要なサポートやケアに**つなぐ**ことや、メンタルヘルス不調の職員の職場復帰を**サポート**すること、ストレスや不調の原因となっている**職場環境を改善**することなどが主な役割です。

37

図1:ラインケアの3つのポイント

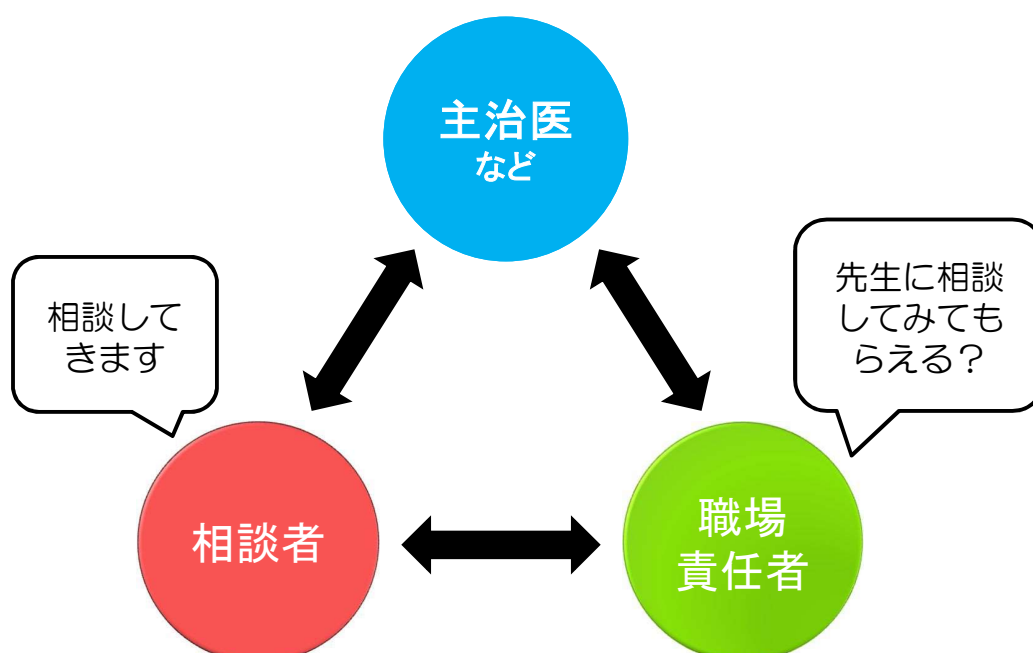


38

図2:上手に「聴く」ためのポイント(積極的傾聴)

- 1 目と耳から伝わる態度で聴く
- 2 話を最後まで聴く
- 3 受容する

図3:解決・サポートのためのネットワーク作り



アルコール関連問題を予防しよう

- ▶ **アルコール健康障害対策基本法** 成立(2013年)一国の責務を認め、2年以内に基本計画を策定、都道府県はそれをもとに地域の実情に即した推進計画を策定することが定められた。
- ▶ 「自殺既遂者の21%が自殺前1年以内にアルコール関連問題を呈しており、そのうちの8割がアルコール乱用・依存の診断に該当することが明らかになった。」
「この21%の自殺既遂者は全員が仕事をもつ中高年男性であり」(松本俊彦ら)

CAGE / -Ewing JAによる-

過去に次の経験がありましたか？

| | | | |
|----------------------------------|-------|-----------------------------|-----------------------------|
| ① 飲酒量を減らさなければならぬと感じたこと | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| ② 他人があなたの飲酒を非難するので、気にさわったこと | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| ③ 自分の飲酒について、悪いとか申し訳ないと感じたこと | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |
| ④ 神経を落ち着かせたり二日酔いを治すために「迎え酒」をしたこと | | <input type="checkbox"/> ある | <input type="checkbox"/> ない |

判定 4項目の中で、該当する項目数

- 2項目以上** 「アルコール依存症の疑い」▶▶ ICD-10 (P 5 へ)
- 1項目** 「危険な飲酒」▶▶ 節酒指導が必要 (P 6 へ)
- 0項目** 「危険の少ない飲酒」▶▶ 年1回チェックを

AUDIT-C / AUDIT-Cは、AUDITの最初の3項目です。

| | 0点 | 1点 | 2点 | 3点 | 4点 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 1 あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか | 飲まない | 月に一度以下 | 月に2~4度 | 週に2~3度 | 週に4度以上 |
| 2 飲酒するとき、通常どのくらいの量を飲みますか 数字はドリンク数 | 1~2 ドリンク | 3~4 ドリンク | 5~6 ドリンク | 7~9 ドリンク | 10 ドリンク以上 |
| 3 一度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか | ない | 月に1度未満 | 月に1度 | 週に1度 | ほぼ毎日 |

判定 3項目の合計点数

- 男性が、5点以上
女性が、4点以上の場合 「危険な飲酒」又は「アルコール依存症」▶▶ ICD-10 (P 5 へ)
- 男性が、5点未満
女性が、4点未満の場合 「危険の少ない飲酒」▶▶ 年1回チェックを

ハラスメントのない職場づくり

43

- ▶ 2019年ILO総会で「**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**」が日本を含め採択されました。日本では条約の批准はなされていませんが(2023年時点)、2020年1月「**パワーハラスメント防止のための指針**」が告示され、さらに労働施策総合推進法が施行され(2020年6月)、**パワハラ対策は企業の義務となり、2022年4月からは中小企業を含め全企業で義務化されています。**
- ▶ この背景には、**精神疾患の労災申請数・支給決定数の増加、その理由の中での「ひどい嫌がらせ等」が高水準であること、実際民事上の個別労働紛争の相談内容でもこの10年「いじめ・嫌がらせ」がトップを占めさらに増加傾向であることなど、労働者にとって職場でのハラスメントが深刻になっている実態が示唆されているからです。医療や介護現場でも同様か、他の業種以上に深刻な実態があります。**

44

医療介護現場でのハラスメント

- ▶ ①患者利用者から患者利用者
- ▶ ②職員から患者利用者
- ▶ ③職員から職員へ
- ▶ ④患者利用者から職員へ

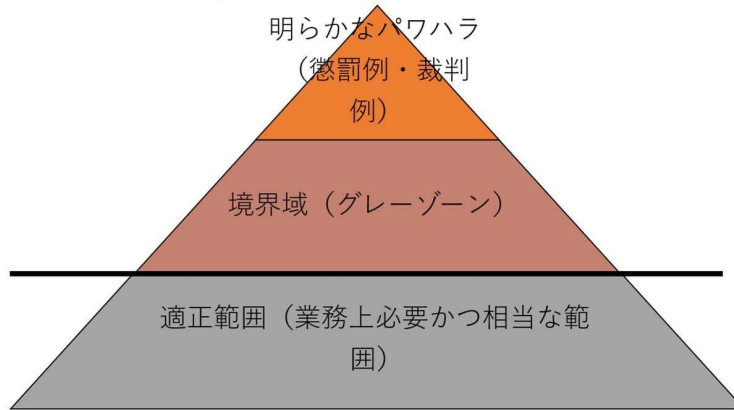
45

職員から職員へ(職員間)

| 類型 | 例 |
|-------------|--|
| 身体的な攻撃 | 上司が部下に対して、殴打、足蹴りをする |
| 精神的な攻撃 | 上司が部下に対して、人格を否定するような発言をする |
| 人間関係からの切り離し | 自身の意に添わない社員に対して、仕事を外し、長期間にわたり、別室に隔離したり、自宅研修させたりする |
| 過大な要求 | 上司が部下に対して、長期間にわたる、肉体的苦痛を伴う過酷な環境下での勤務に直接関係ない作業を命ずる |
| 過小な要求 | 上司が管理職である部下を退職させるため、誰でも遂行可能な業務を行わせる |
| 個の侵害 | 思想・信条を理由として、集団で同僚一人に対して、職場内外で継続的に監視したり、他の社員に接触しないように働きかけたり、私物の写真撮影をしたりする |

46

指針では「平均的な労働者の感じ方」を基準とするとあるが、生き生きと働きつづけられる職場づくりのためには



境界域(グレーゾーン)を含む微妙なものも含め、相談に応じ対策を講じることが大切だと考えます。

47

患者利用者その関係者から職員へ

- ▶ 近年医療機関や在宅現場で、殺人を含め重大事件が発生し、医療・介護の現場での暴言暴力・ハラスメント問題への対処は喫緊の課題となっています。
- ▶ この問題の背景として、医療や介護に対する期待の増大、権利意識の高まり、患者利用者の抱えるストレスの増大、ゆとりない業務などを背景とした患者利用者とのコミュニケーション不足などが指摘されています。
- ▶ この出来事の発生を予防する意義として、まず**職員の安全と心身の健康を守ること、離職を防ぐこと、医療介護の質を守ること、他の患者利用者へのケアを保つ**などがあります。そのため**医療安全分野**でも積極的に取り上げられています。

48

- ▶ 近年は、在宅での深刻な実態が知られるようになりました。介護労働者の労働組合「日本介護クラフトユニオン」の調査では「**従事者の7割以上がサービス利用者や家族からセクハラやパワハラを受けた経験がある**」ことが明らかとなり、各地の民医連の訪問看護ステーションを対象にした調査でも、同様に非常に高率に在宅での暴力・ハラスメントを経験していることが明らかとなっています。
- ▶ 受けた行為の内容では、施設・在宅とも、**精神的暴力**のほか、**セクシャルハラスメント**の被害頻度も高く、性的言動を行うものには、患者利用者や家族もなりえます。医療介護従事者は女性が多く、また多くのケアに身体的な接触が不可欠な要素であり、患者利用者の方も依存的あるいは退行的になりやすく、意図的か否かに関わらずセクハラ行為に及ぶ可能性があります。こうした業務に伴うリスクの高い背景があるとしても、ハラスメントを防ぎ職員を守るために積極的に予防策を講じていかなければなりません。

ハラスメント防止の対策

共通の対策-原則や基本点

- ① 管理者の宣言と労組と共同したルール作り、
- ② 実態調査の実施、
- ③ 教育研修活動（人権学習、コミュニケーションスキル向上、ストレス対処力向上など）、
- ④ 心理的安全性の向上と職場づくり、
- ⑤ 相談窓口等相談しやすい環境作り

「自分も相手も尊重する‘相互尊重’コミュニケーション(表)

| |
|--|
| 1, 事実ベースで100%ほめて、一緒に喜ぶー「頑張ったね」ではほめたことにならない |
| 2, 事実で叱り、解決策は情報共有ー具体的な事実の取り上げと失敗+解決はチームで共有 |
| 3, メンツを気にせず部下に謝るー取り繕わずに謝り、謝る手本を示す |
| 4, 権限移譲するー途中で口出ししない、「まだ早い」「もう遅い」の思い込み捨てる |
| 5, 逆「ハウレンソウ」するー上司のハウレンソウで部下も仕事しやすくなる |

51

(医療機関における暴力・ハラスメント対策マニュアル[12のポイント])

- 1, 病院職員から積極的に患者等とコミュニケーションをとりましょう
- 2, 暴力等を絶対に許さない病院の姿勢を示しましょう
- 3, 患者の症状や状態を把握し、暴力等の発生の誘因を取り除きましょう
- 4, 暴力等の履歴を把握し、事前にチームで対応方法を決めておきましょう
- 5, 発生した事例に基づき、暴力等の対応マニュアルを改訂しましょう
- 6, 暴力等の発生しやすい時間帯や場所を同定し、警備員等による巡回を行いましょ
- 7, 緊急コード、通報手順、報告ルートを確認しておきましょう
- 8, 暴力等の発生時には安全確保を優先し、応援要請を行いましょ
- 9, あらゆる暴力等を報告できる体制を整えましょ
- 10, 被害者や目撃者への心理的ケアを行う体制を整えましょ
- 11, 暴力等の被害に関する記録や証拠を残しましょ
- 12, 定期的に暴力等の対応のための実地訓練を行いましょ

52

(在宅現場での暴力・ハラスメント対策マニュアル[7つのポイント])

1, 暴力に対するゼロ・トレランス・ポリシーの周知

- ▶ 暴力に対して毅然と対応する意思表示をし、周知することで、暴力を発生させないように取り組みましょう。

2, スタッフの安全を守る方針と計画を保障

- ▶ 管理者は、スタッフを守る方針と計画があることを保障しましょう。

3, あらゆる暴力を報告する体制

- ▶ 小さな暴力でも曖昧にせず、あらゆる暴力をインシデントとして報告するようにしましょう。

4, 地域ケア会議等で対応策の検討

- ▶ 利用者・家族にかかわっている多職種や関係者とともに対応の具体策を話し合いましょう。地域ぐるみで考えることが大切です。

5, 高リスク時は二人訪問

- ▶ 暴力の既往があったり、夜間の訪問が危険な場合には、2人で訪問しましょう。セキュリティサービスの利用を検討しましょう。

6, 防犯ブザーを持つ

- ▶ 個人を守るためのなんらかの保護具を持ち運びましょう。手持ちの警報装置と事業所が連動しているシステムはより安全です。

7, 定期的な研修

- ▶ 新人スタッフの雇用時と年に1回は暴力防止のためのトレーニングを実施します。

(引用: 三木明子「医療・在宅現場における暴力・ハラスメント対策」民医連医療No601、2022年)

作業関連骨格系疾患(頸肩腕障害・腰痛など)の予防対策

医療・介護労働による頸肩腕障害・腰痛は予防できます

- ▶ 筋骨格系障害の予防には人間工学的アプローチが大変有効
- ▶ 介護機器(リフト、スライディングシート、ボードなど)の積極的導入と介助テクニックの習得で発症リスクは低下します
- ▶ ノーリフティングが欧米豪では常識に
- ▶ 2013年厚生労働省が19年ぶりに「職場における腰痛予防対策指針」を改訂
 - 「福祉・医療等における介護・看護作業」全般に適用を拡大
 - 腰部に著しく負担がかかる移乗介助等では、リフト等の福祉機器を積極的に使用することとし、原則として**人力による人の抱上げは行わせない**

55

腰痛の発生要因



56

ノーリフティングとは

- ・ 移乗介助をできるだけ人で行わない
- ・ 抱えない
- ・ 持ち上げない

介護用リフトで移動、入浴
スライディングシートやボードで滑らす
電動ベッドを活用
残存機能の活用

「器具(物)」を導入する事だけでは対策は進まない

考え方「思想」の徹底が重要

看護・介護作業者の健康を守る。患者・利用者の安全・質の高い業務の提供

57



車椅子からベッドへ
腰やひざに負担の大きい抱上げて
の移乗には福祉用具を使用する



浴室での固定式リフトの使用



ベッドから車椅子へ
抱上げは原則として行わない
福祉用具を使用する



適正な作業人数の確保

58

筋骨格系障害の予防は多面的に

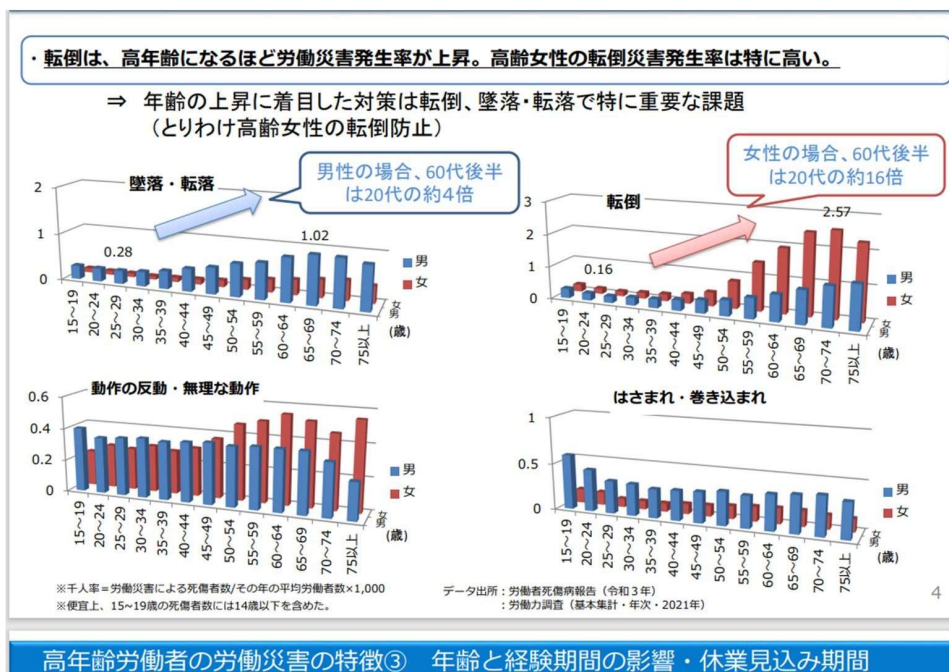
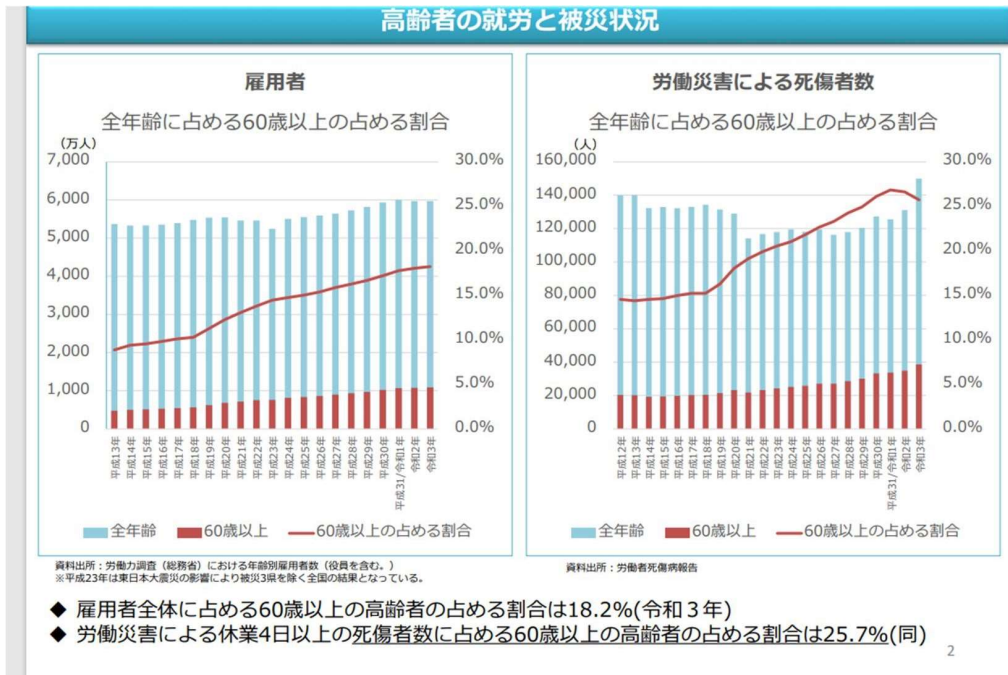
- ①作業管理
 - 不良姿勢や動作を改善する
 - ノーリフティング
 - 休憩室、腰部保護ベルト着用
- ②作業環境管理
 - 温度、VDT環境、作業空間、床
 - 椅子、電動ベッド
- ③健康管理
 - 頸肩腕障害・腰痛検診で早期発見・早期治療
- ④労働衛生教育
 - 作業関連性筋骨格系障害の知識と予防対策について新人教育
 - 介護機器使用方法の技術研修

59

多様性などに配慮した
ヘルスケア

60

高齢労働者



高齢労働者の労働災害の特徴③ 年齢と経験期間の影響・休業見込み期間

事業所に求められる具体的な取り組み

①安全衛生管理体制の確立等

- ▶ 経営トップ自らが安全衛生方針を表明し、担当する組織や担当者を指定するとともに、**高年齢労働者の身体機能の低下等による労働災害についてリスクアセスメントを実施**しましょう。

②職場環境の改善

- ▶ 照度の確保、段差の解消、補助機器の導入等、身体機能の低下を補う設備・装置の導入など**ハード面の対策**とともに、勤務形態等の工夫、ゆとりある作業スピード等、高年齢労働者の特性を考慮した作業管理などの**ソフト面の対策**も実施しましょう。

③高年齢労働者の心身の健康や体力の状況の把握

- ▶ 健康診断や体力チェックや面談等により、事業者、高年齢労働者双方が当該高年齢労働者の心身の健康や体力の状況を把握しましょう。

63

④高年齢労働者の心身の健康や体力に応じた対応

- ▶ 健康診断や体力チェックや面談等により把握した個々の高年齢労働者の心身の健康や体力の状況に応じて、安全と健康の点で適合する業務をマッチングするとともに、集団及び個々の高年齢労働者を対象に身体機能の維持向上に取り組みましょう。

⑤安全衛生教育

- ▶ 十分な時間をかけ、写真や図、映像等文字以外の情報も活用した教育を実施するとともに、再雇用や再就職等で医療・介護経験のない業種や業務に従事する高年齢労働者には、特に丁寧な教育訓練を行いましょ

64

障害(特性)をもつ人

- ▶ 近年、「**発達障害**」(ASD,ADHD,LD)という言葉が広く知られるようになりました。職場でも、診断や障害者手帳を有している職員や、診断や手帳は有していないもののその傾向をもつ職員に出会うことが増えています。
- ▶ こうした背景をもつ職員は、**生まれつき能力に凸凹**があるために、「指示が伝わりにくい」「不注意によるミスが多い」「協調性が乏しい」「臨機応変な対応が難しい」など、仕事をするうえで様々な課題や困りごとを抱えていたり、上司や同僚など、一緒に仕事をする周囲の人にも、「業務内容の指示や業務の進捗管理に手間がかかる」、「トラブルの処理に時間がとられる」などの影響が生じることもあります。

職場で起こりやすい困り事

| | 発達的な特性をもつ当事者 | 一緒に仕事をする周囲の人 (上司、同僚など) |
|--------------|--|---|
| 職場で起こりやすい困り事 | <ul style="list-style-type: none"> ・指示が伝わりにくい ・不注意によるミスが多い ・場の空気が読めず、そぐわない言動をしてしまう ・協調性が乏しい ・本質的でないところへのこだわりが強い ・臨機応変な対応が難しい ・周囲の音や光が気になり、仕事に集中できない ・感情的になりやすい | <ul style="list-style-type: none"> ・指示、指導に時間や手間がかかる ・ミスやトラブルの対応に追われる ・チームで対応する業務を任せにくい ・こちらの意図と異なる受け止め方をされてしまうことがあり、コミュニケーションがとりづらい |
| こんな気持ちになりやすい | <ul style="list-style-type: none"> ・自信が持てない ・強い不安感を感じる ・自分が変だと感じ、孤立する ・理解してもらえない ・状況が分からず、怖い ・生きづらい | <ul style="list-style-type: none"> ・対応の難しさを感じ、悩んでしまう ・疲弊する ・「怠けている」、「努力不足だ」と誤解してしまう |

職場における発達的な特性を持つ職員への対応

- 1) 事例性をあつかう
- 2) 環境を工夫する(環境調整)
- 3) 長所を伸ばし褒める
- 4) サポートを活用する

67

合理的配慮の提供義務

- ▶ **改正障害者差別解消法**では、これまで民間企業では努力義務に留まっていた「合理的配慮の提供」が、義務化されました。「合理的配慮の提供」とは、「障害者(身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む)、その他の心身の機能の障害があるものから社会的障壁の除去の意思表示があつた場合、事業場は、負担が荷重でない限り、社会的障壁の除去の実施について、必要かつ合理的な配慮を行うこと」とされています。
- ▶ 職場での対応においては、「できる／できない」の二元論ではなく、**双方の建設的な対話が大切**とされています。当該職員が希望する配慮の提供が、どうしても難しい場合は、その事情も含めて丁寧に説明し、本人の希望に沿った代替案を提示する必要があります。「前例がないから…」「あなただけ特別扱いできないから…」などは、職場が配慮を提供しない合理的な理由にはなりません。不足していても過剰でも「合理的である」とは言えません。
- ▶ 特別な便宜をはかることや、障害者を優遇する権利を主張するものではないこと、**障害の有無に関わらず、誰もが平等に機会が与えられ、安心して働ける職場環境づくりのための取り組みであることを、しっかりと理解したうえで、対話を重ねながら進めていくことが大切です。**

68

合理的配慮の進め方

| | | |
|-----------|--------|---|
| ステップ 1 | 相談・確認 | 本人やご家族・支援者から、配慮を求める意思表示を受ける 職場から本人に対して、働くうえで支障となっている事情を確認する (相談窓口の設置など) |
| ステップ 2 | 話し合い | 本人と職場とで、 どんな配慮ができるか相談・検討する |
| ステップ 3 | 配慮の実施 | どんな配慮を実施するか、本人と職場で合意した上で実施する |
| ステップ 4 | 見直し・改善 | 配慮を実施したあとも、 定期的に見直しや改善をする |

69

職場での合理的配慮の具体例

| | 困難さ | 合理的配慮 |
|---------|--|--|
| 精神障害 | ・久しぶりに仕事復帰するため、通勤時の満員電車や体力面に不安がある。 | ・時短勤務や出勤時間調節 |
| 発達障害 | ・口頭の指示理解だけでは誤解やミスにつながりやすい ・周囲の音や人通りが気になり、注意集中が持たない ・業務によっては過集中になり、疲れがたまってしまう | ・写真や図入りのマニュアルの作成等、視覚的な補助資料の活用 ・人通りの少ない席の配置 ・耳栓の使用を認める ・タイマーを使用し、定期的の小休止を入れる |
| 高次脳機能障害 | ・見たことや聞いたことをすぐに忘れてしまう | ・作業を定式化し、メモリーノートを活用する |
| 難病 | ・体温調節が難しい関節の痛みがある | ・ひざかけやヒーター、扇風機などを用意 ・立ち作業が必要な仕事や重量物を扱う仕事は免除 |
| 身体障害 | ・職場内の段差等、移動に困難がある | ・スロープやエレベーターの設置 ・業務内容の調整 |

70

LGBTQ

- ▶ NPO法人虹色ダイバーシティの調査によるとLGBTQ当事者は非当事者に比べて**求職時の困難を抱える割合が高く、勤続意欲の低下の割合が高く、差別的な発言を受ける割合が高い**ことが報告されています。患者のみならず、**当事者職員も困難を抱えている割合が高く、LGBTQの人々の健康問題において社会的影響、とくにスティグマによる影響は大きい**と言えます。
- ▶ LGBTQは、SDH(健康の社会的決定要因)の**健康格差対策の7原則のうち「配慮ある普遍的対策」の「弱者集団(脆弱な集団)アプローチとして、とくに手厚く対策を取るべき集団と選定**されています。
- ▶ 日本プライマリ・ケア連合学会においても**リスクの前段階である脆弱性に着目し、リスクの集積しやすい、社会的に不利な立場にあるものへの重点的な介入の必要性を指摘**しています。脆弱性とは、その人々自身に問題があるのではなく、取り巻く社会的枠組みがそうさせており、社会が変われば、LGBTQの人々が置かれている状況に変化が起きる可能性があります。

71

新入職員

「医療・介護労働者」新入職員に見られやすいストレスの3側面

- ①医療行為自体に伴う**本来的なストレス**(避けられない死に直面する場面が多い、診断・治療においてミスを許されない等)
- ②医療施設における**外的ストレス**(仕事の量・質、人間関係、勤務問題等)の特有のストレスがあります。介護労働者は中途採用者も多く、医療労働者とは違ったストレスがあります。また、近年の新入職員においては、新型コロナウイルス感染症パンデミックのもと、入職前から職場体験や臨地実習に行くことが出来ない等の制限があり、様々なコミュニケーションの場面も減少しています。
- ③社会人として**家族から独立し、経済的にも自立するというストレス**もあります。それぞれ個人の状況は異なりますが、経済的状況としては親からの援助を受けられず、奨学金の返済に不安を抱えて入職する職員もいます。

72

- ▶ 入職後は、**民医連の理念(民医連綱領)と現実のギャップ**という民医連特有のストレスを抱える労働者もいます。
- ▶ 近年は、**卒後1～2年目の看護師のメンタル不調での退職者が増加**しており、対応強化も必要です。
- ▶ 入職後の労働者の健康管理の責任は事業者にあります。セルフケアに加えて、ラインによるケア、必要に応じて産業保健スタッフによるケアや事業場外資源によるケアが受けられるよう、一人で悩みを抱え込まないように、**相談窓口の周知、新入職員全員のフォロー面談、新入職員のオリエンテーション時に学習動画シリーズ⑪の視聴、新人看護師集合研修にピア・サポートの導入等の実践**を参考に、相談しやすい取り組みを広めましょう。

感染症パンデミックなど**長期** **の災害時**の職員の健康を守る

ヘルスケア指針を通じた活動内容

- ▶ 44期職員健康管理委員会はCOVID-19のパンデミックのなかで、「**職員のいのちと健康を守ることが第一義的課題**」として、「**新型コロナウイルス感染症に関する職員のヘルスケア指針**」「**職員のみなさんのセルフケアのための10のヒント**」(2020年5月25日発行、12月18日増補改訂版)を発行し全国での活用を呼びかけました。
- ▶ 全国の現場での貴重な取り組みを交流するため「**コロナ禍における職員の健康を守るヘルスケア交流集会**」(2021年6月5日)をオンライン開催し、日常の職場づくりと健康管理体制の重要性および大規模災害時の健康管理体制と組織整備の重要性が改めて確認されました。

75

- ▶ 第5波後の経験交流やコロナ禍であらためて明らかになった小規模事業所・介護事業所の健康管理、事業所管理者の健康管理、産業医・労安委員会活動、ハラスメント・メンタルヘルスや復職支援の交流を目的に「**第10回職員の健康を守る交流集会**」(2021年11月6日)も開催しました。
- ▶ **学習討議用動画**をシリーズで16本配信し、また各地で使用されている資料を共有し、各種集会も動画配信を行いました。

76

- ▶ この間の教訓として、日常の職場づくりと健康管理体制、大規模災害時の健康管理体制と組織整備の重要性が確認されています。事業所管理者の健康管理も引き続き重要です。小規模事業所、介護事業所職員の健康管理には県連・法人の援助や連携が不可欠です。また経験したことのない未曾有の感染症パンデミックに関しては、様々な知恵と工夫が必要です。そのためには全国の知恵と工夫の経験交流は大きな力になることが明らかになりました。今後も定期的に情報発信や経験交流が提供できる機会を検討します。

管理者不在時のBCP 対策など

- ▶ コロナクラスターを生じた事業所で、管理者自身も複数感染し、管理部が不在となり、指示命令系統が麻痺してしまった事業所がありました。支援に入った職員も対応に困り、県連の組織的な援助で乗り切った報告がありました。そうした事態では対処に時間がかかり、クラスターが更に拡大し、職員の休業も増えるといった悪循環となります。そういった**管理者不在時のBCPもあらかじめ策定するなど、通常とは異なった事態が起こることも想定しておく必要があります。**

コロナ禍の労災

- ▶ **業務によりコロナ感染**した場合、労災保険給付の対象となります。これは、感染経路が業務によることが明らかな場合だけでなく、感染経路が不明の場合でも、感染リスクが高い業務に従事し、それにより感染した蓋然性が強い場合も対象となります。医師・看護師や介護の業務に従事している人については、業務外で感染したことが明らかな場合を除き、原則として対象となります。症状が持続する、**罹患後症状の方**で療養が必要と認められる場合も対象となりますので、留意が必要です。
- ▶ 精神障害の労災認定は年々増えており、コロナ禍での心身ともに過重労働で精神障害が増えている可能性があります。業務との関連がある場合は考慮も必要と思われます。