

職員オリエンテーション

安全安心の職場づくり  
自分の健康を守るための  
労働安全衛生学習

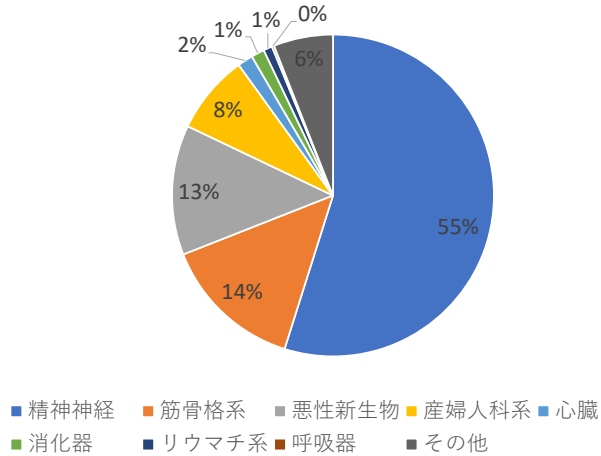
全日本民医連職員健康管理委員会  
働く者のいのちと健康を守る全国センター理事  
城北病院・寺井病院 産業医  
城北病院 精神科 松浦健伸

## 本日の目標

- 現代の（医療介護）労働者の健康状況を知る
- 労働者の健康を守るための法律や労働安全衛生の仕組みを知る。
- 様々なリスク（危険因子）を知って、備える
  - 過重労働・交替勤務・夜勤労働
  - 腰痛など筋骨格系障害
  - 感染症、化学物質
  - メンタルヘルス（含コロナ）・暴力暴言・ハラスメント
- 生き生きと健康に働き続けるために

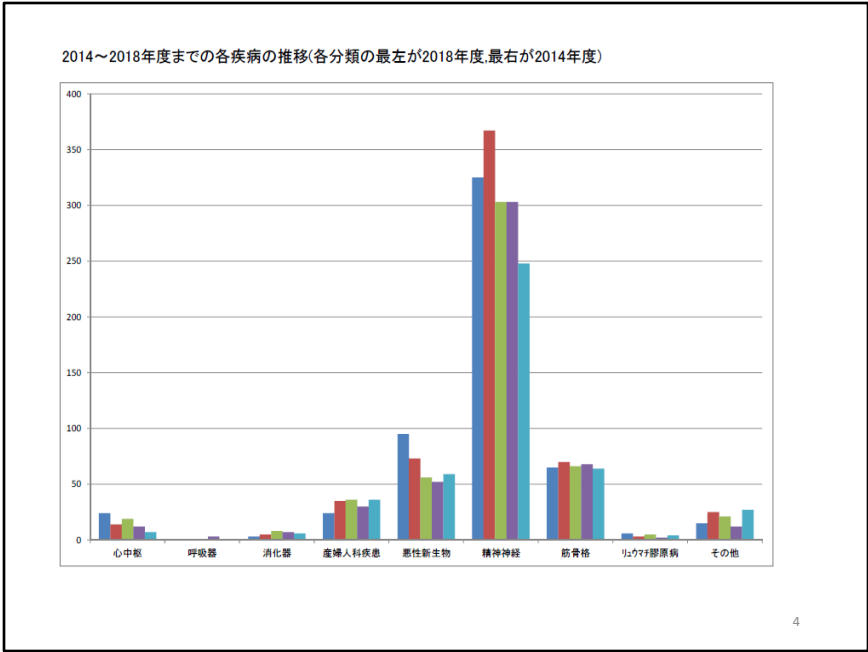
## 民医連職員の疾病傾向

全日本民医連共済病気見舞金（2014年）



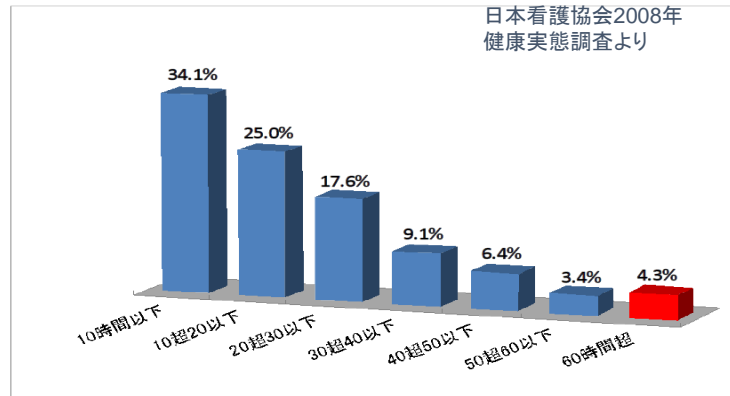
3

全日本民医連の共済の統計。2014年だが、同じ傾向続く。2004年ごろよりずっと6割近い割合はメンタル。この病気見舞金は3か月連続して病気休業した場合。1年間のみ給付。こうした傾向は他の職種、たとえば教員なども同様。



全日本民医連の厚生事業協の疾病見舞金統計からの各疾病推移。3か月以上休んだ場合の見舞金ではあるが、精神神経系が圧倒的なことがわかり、かつ右端2014年から2018年までで、増加傾向。悪性新生物も増加傾向にありそうである。割合は、54.89%（2014）－61.96%（15）－58.83%（16）－61.89%（17）－58.24%（2018年）と60%で高止まりしている。2003年に前年の46%から10%急増して、その後20年間60%で高止まりとなっている。悪性腫瘍の増加が心配。また腰痛は増えていないが、もっと短期の休業では多い可能性は高い。

## 交代制で勤務する23人に1人が 過労死危険レベルの勤務



5

2008年10月に二人の看護師の死亡（一人24歳看護師で月の残業時間100時間超。当直明けに職場のストレッチャーで仮眠中に死亡。もう1例は25歳。脳血管疾患による死亡が、不規則な夜勤交替勤務によると高裁判決。時間外労働50～60時間＋交代制勤務の過重性を加味）が「過労死」認定。それを受けて日本看護協会が実態調査実施。23人に一人が過労死ラインの時間外労働、全国で2万人にもなると報告し、「ナースのかえる・プロジェクト」緊急アピールを出した。（PJは①残業をしないで「かえる」②安全な医療環境に「かえる」③納得のいく質の高い看護に「かえる」、④職員の健康や安全を守る職場に「かえる」⑤内閣府のWLBキャンペーン「かえる・ジャパン」と連携する「かえる」の意味

2020年～2022年のコロナ禍ではどうであったかとなるが。看護協会は2021年の労働実態調査結果をまとめている。

## そもそも医療介護職は健康リスクのデパートです

高ストレス・暴力・ハラスメント

過重労働・交替勤務・深夜勤務

腰痛など筋骨格系の障害(感染防御しながらの作業)

化学物質(アルデヒド、溶剤、薬など)

放射線被ばく(胸部CT撮影の増加)

感染症(看護師の結核発症率3倍、血液汚染・針刺し事故等)

その他(手荒れ・転倒、喫煙対策、母性保護、両立支援などの課題)



まず労働安全衛生対策が必要条件です。

(参考) 民医連「健康で働き続けられる職場づくり」パンフ

6

赤字は今回のコロナでのより関連するリスクだが、実際は感染防御しながらの作業での腰痛や胸部CT撮影の増加による被ばくの問題などもあるでしょう。なにをするにも労働安全衛生の基本の考え方や持続可能な対策のための仕組みづくりが大切です。

## 潜在する予備軍

—災害と傷害の比率も出るの三角形（ハインリッヒの理論）

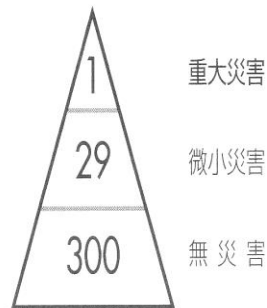
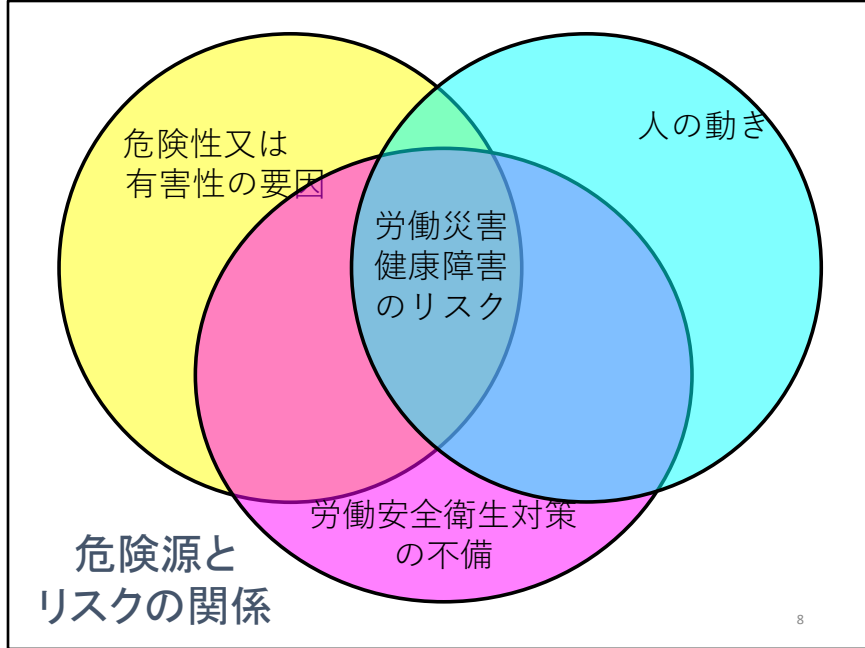


図 1.3 災害と傷害の比率モデル (Heinrich Theory, USA, 1931)

ヒヤリハットの部分いわばメンタルヘルス不調予備軍に手を当てる。

このハインリッヒの法則は、労働災害の事例の統計分析した結果「災害と傷害の比率モデルの三角形」ハインリッヒの理論。1：29：300で、重大災害：微小災害：無災害。これは労働災害事例の分析から、同じ労働者の起こした同じ種類の330件の災害のうち、300件は無害、29件は軽い障害、1件は重症という。ここから1件の重大事故（死亡・重症）が発生する背景に29件の軽症事故と300件のヒヤリハットがあるという警告。←実際メンタルヘルスからみても、こころの病になる人の10倍以上はメンタルヘルス不調がある。意識調査をして4割が「うつ状態」でもそのうち鬱病はわずかである。しかし予備軍が沢山。あるいは重大＝過労自殺、微小＝うつ病、無症状＝メンタルヘルス不調、ととらえることもできるだろう。この無症状＝ヒヤリハット群が予備軍として重要となる。

向精神薬事件や自殺例は重大事故といえる。しかし倫理委員会の研修ででていた食事介助での「面倒なのでまぜて食べさせた」とか「アルコールの人の時間外受診で、わざわざ痛くさせようと注射針を太くしたことがある」などは『無災害』といえるが、見過ごせないことである。



人の動きと有害性の要因と対策不備が重なるとリスクが高まる。ハザードだけで起きるのではない。ハザードとリスクの違い。例えば腰痛も人が動き一移乗をしないといけないという要因ーベルトなど防護をしていないなどあるとリスクは高まる。手術のメスなどハザードではあるが、使わなければケガしない。対策はこのみっつが揃わないようにすることによってリスクを減らすことになる。

安全第一は経営理念—現在は「健康経営」なる言葉も出現



写真1 Safety First運動を推進するポスターの例  
(中央労働災害防止協会発行「安全衛生運動史」より引用)

1900年当時の主流な経営方針は  
「生産第一、品質第二、安全第三」

↓  
労働災害多発、品質劣化・経営危機

↓  
USスチールのゲーリー新社長  
(敬虔なクリスチャン)

人道的動機から

「安全第一、品質第二、生産第三」

↓  
労働災害減少、品質向上・経営改善

↓  
「安全第一」がdu Pontなど世界中の  
大企業に広まった

近年はさらに健康経営という概念に発展？してきている。左上一物の下に立つな！、上真ん中—怪我した人を暖かくして冷たい風(draughtドラフト)を避けよう。下真ん中—髪の毛を纏めてないと（機械に絡んで）頭の皮が剥がれるよ。右下一やすり (file)は、柄 (handle)なしで使っちゃだめだよ、といったポスター。

労働衛生の目的（1950年、95年改定）

ILO（国際労働機関）・WHO（世界保健機関）合同

- 全ての労働者の最高度の身体的、精神的および社会的健康を促進し、維持すること。
- 労働条件に起因する労働者の健康障害を予防すること。
- 健康へ悪影響を及ぼす要因によりもたらされる危険から労働者の雇用を守ること。
- 労働者をその生理的、心理的能力に適応できる労働環境に置き、そしてそれを維持すること。
- すなわち、仕事を労働者に適応させ、個々の労働者を仕事へ適応させることである。

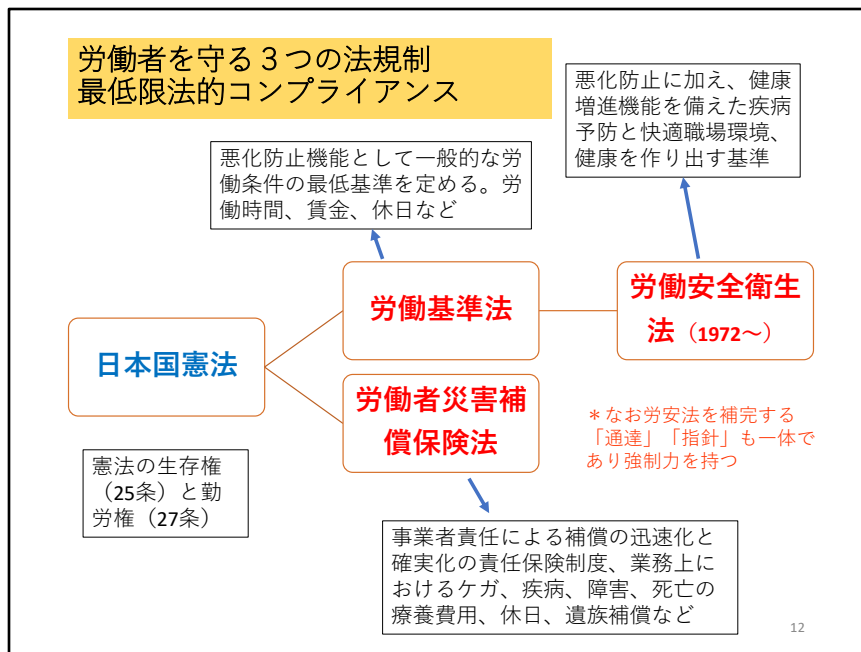
## 日本の法律・世界（ILO）の条約

- 日本では安全配慮義務（労働安全衛生法・労働契約法）  
事業者は働く人の健康を損なう危険の回避の配慮や健康を保持推進するための配慮すべき義務  
違反した場合は罰金や懲役が科せられる場合がある  
⇒ 実態は労働者がNOと言えない日本
- 第155号条約（「職業上の安全及び健康並びに作業環境に関する条約」 1981年、日本は2022年時点で未批准）  
生命や健康に切迫した重大な危険のある場合、労働者はその状況を直ちに直属上司に報告する。  
使用者が是正措置をとるまで、労働者はこのように危険な職場にもどることを求められない（職場離脱権）。  
こうして緊急避難した労働者はそのために不当な取扱いを受けないよう保護される。

11

雇用契約では、やはり使用者の力が強く、労働者は従わないといけないという面があり、そのために安全でないといけないなど、労働者の権利が守られるようにと。しかし実際は日本は過労死、過労自死が多く、日本特有と言える。

ILO第155号条約：正式名称は「職業上の安全及び健康並びに作業環境に関する条約」で日本は今だ批准していない（2022年）。日本はILOの多数の条約（400以上）のうち、批准しているのは50を切る程度。アメリカや韓国より多いが、EU諸国よりは圧倒的に少ない。この条約では、労働者を入れて法律を作ることをいうが、日本はそういう仕組みではない。またこの条約では命が危ないと判断したら労働者は職場を離れて良いという労働者自身の判断による職場離脱権を認めているが、日本は受け入れていないため。



労働基準法：雇用されている労働者の一般的な労働条件の、これ以上きり下げてはいけない最低基準。

憲法25条「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定。そして27条の2項で「賃金、就業規則、休憩、その他の勤労条件に関する基準は、法律でこれを定める」とある。これを受けたのが労働基準法。もともと労働基準法の中に「安全・衛生」の条項があったが、1972年に分離。現在の労働安全衛生法が制定された（2022年施行50年、1963年11月9日三井三池炭鉱大爆発（死者458人）、同時発生 of 国鉄の鶴見事故（死者161人）など戦後高度成長で災害多発。労基法の「使用者」から「事業者」の責任明確化へ、建設業界の法制化大反対などあったが、できたのが労安法）。雇用されている労働者が一人でもいれば、労働者の健康を維持する義務が使用者に課せられる。労安法の第1条に「労働基準法があいまって～労働者の安全と健康を確保する」云々。労働安全衛生が基本的な労働条件として扱われている。健康の確保のために「労働条件の改善を通して」というのも求められている。労災保険法は、怪我や病気を予防できなかったときの補償機能。業務遂行性と業務起因性があれば「業務上」となり、使用者に過失なくても（無過失責任）、労働者に過失あっても（過失相殺の禁止）、療養補償が行われる。たとえば「心の健康保持増進のための指針」は労安法に基づくことが明記されている。財界は通知通達に従うことに「任意」を求めていた。

## 日本の労働安全衛生管理の仕組み

- 「事業者は…労働者の安全と健康を確保…しなければならぬ。」（安衛法第3条）
- 常時50人以上を雇用する事業場  
「事業者は…（安全）衛生管理者を選任し…衛生に関する技術的な事項を管理させなければならぬ…産業医を選任し意見を求めること」
- 常時10人以上50人未満を雇用する事業場  
「事業者は…（安全）衛生推進者を選任し…衛生に関する業務を統括管理させなければならぬ」
- 10人未満は事業者が直接管理

13

衛生管理者 常時50人以上の事業所  
具体的な対策の現場監督  
毎週1回の職場巡視



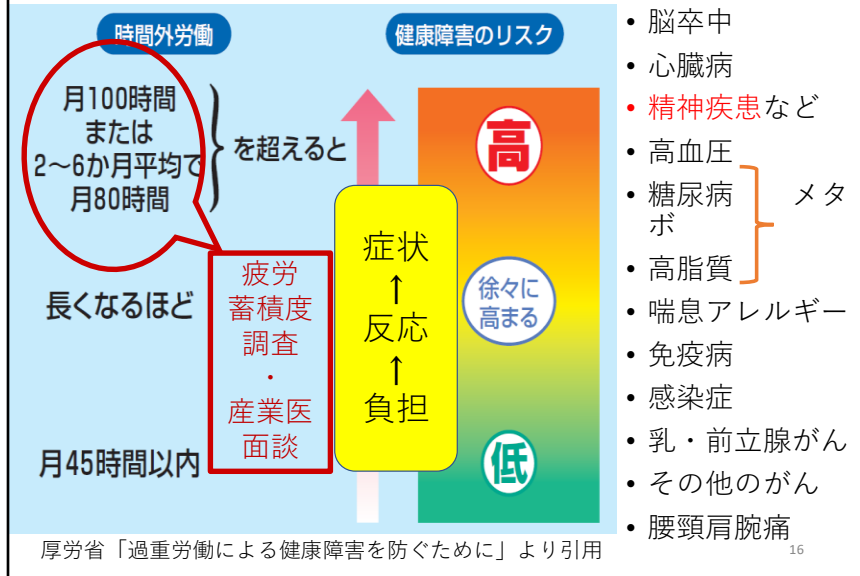
衛生委員会 常時50人以上の事業所義務  
管理者議長、委員は労使同数  
毎月開催

産業医 常時50人以上選任義務  
作業管理、作業環境管理、健康管理、健康診断や長時間労働者の面接指導  
健康・衛生教育など  
職場巡視、事後措置、メンタル対策、過重労働対策など

## 長時間労働、交代勤務などの 影響

影響は多彩で、気づきにくい場合もあることに注意

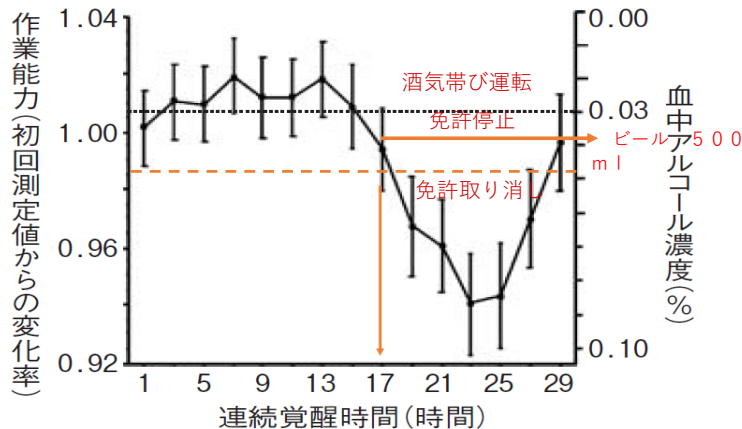
## 過重労働・職場ストレス・作業関連疾患



時間外労働の程度によってリスクの程度の順位。がんや頸腕は時間外労働との相関は低いようだが、夜勤や作業姿勢など、労働にやはり関連あることに注意。長時間労働と身体疾患・精神障害に関する研究で、カナダの地域住民を対象とした調査で週に35時間以上労働していた3830人対象のもの。うつ病を発症した人は男性3%、女性5%。長時間労働（平均41時間以上）の女性では標準労働時間（平均35~40時間）の者に比べてオッズ比は2.2。ただし男性は長時間労働とうつ病との関連性は見いだせなかったという。日本のホワイトカラー589人対象とした3年間追跡研究では、週労働時間が45~50時間の相対リスクは1.32、50時間以上は1.36であった。時間外労働が長くなるほど抑うつ傾向が高まることは示されている。睡眠時間と高血圧、冠動脈疾患、糖尿病発症に関する研究では、平均5時間以下の睡眠時間で高血圧発症に有意に関連。睡眠時間と冠動脈疾患では、睡眠8時間に対して、5時間以下、6時間、7時間、9時間以上でリスク高くU字現象。糖尿病も同様の傾向。

## 作業能力に及ぼす覚醒時間とアルコールの影響

高橋正也 眠気と交通安全 国際交通安全学会誌 Vol.35, No.1 2010  
<http://www.iatss.or.jp/pdf/review/35/35-1-02.pdf> より引用



注) 作業はコンピュータを使った追跡課題。実験は午前8時から翌日の昼12時まで。データは平均と標準誤差。

図は睡眠時間の継続における相対的認知行動パフォーマンスの関係とアルコール摂取時の各血中濃度値における認知行動パフォーマンスの関係を相関図にしたもの。断眠13時間から24時間までとアルコール血中濃度0.02%から0.08%と正の相関がある。正常被検者は、17時間覚醒しているだけでパフォーマンスはアルコール血中濃度0.05%値のそれに相当し、24時間覚醒（断眠）しているとアルコール血中濃度0.08%以上に相当するパフォーマンスの低下がみられると報告。ちなみにアルコール血中濃度は0.05%以上で運動失調を起こし、さらに酩酊状態になるとされている。睡眠不足はアルコール摂取と同様に産業事故との関連が予測される。

酒気帯び運転の基準値は血中濃度0.03%、免許停止になる。注意の集中ほかハンドル操作にも影響するとされる。これはビール中瓶1本、日本酒1合飲むとなる。

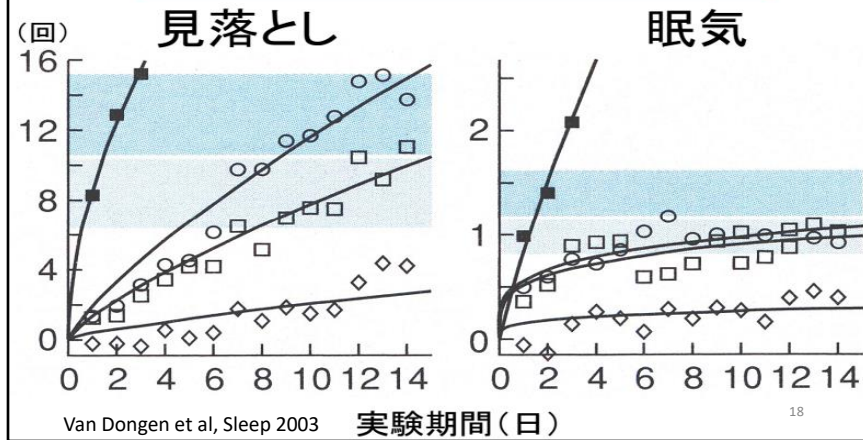
17時間以上覚醒して、夜中に運転して帰宅の時は酒気帯び運転と同じ程度に注意力や反応が落ちていると言える。注意！

# 短時間睡眠と見落とし (ミス)

労働安全衛生総合研究所 高橋正也

<http://www.moj.go.jp/content/000104696.pdf>

■ 0時間 ○ 4時間 □ 6時間 ◇ 8時間



徹夜はすぐにミスや眠気。しかし短時間睡眠の程度に相関して見落としの頻度が増えている。眠気の程度は4時間と6時間ではそう変わらないが。

## 夜勤・交代制勤務は発がん性 2 A

- 国際がん研究機関 (IARC) の発がん性リスク  
サーカディアンリズム (概日リズム) を乱す  
交代制勤務は、「グループ2A」  
「発がん性がおそらくあるに分類」  
(紫外線、ディーゼル排気ガス等と同等)
- 原因は内分泌リズムの乱れ
  - 女性の乳がん (日本では14人に1人)  
(デンマークの看護師: 夜勤は日勤の2倍)
  - 男性の前立腺がん

19

メラトニンの低下が、女性ホルモンのエストロゲンや男性ホルモンのテストステロンの増加を引き起こすためではないかと推測されている。

## 長時間労働や夜勤と流早産

- 第一子出産女性医師939人（帝京大野村准教授）  
『BMC Pregnancy&Childbirth』（2014年6月）  
正常：週50時間、早産：62時間、切迫流産：63時間  
年齢、診療科、収入等調整後、週40時間と比べ、  
71時間以上で切迫流産3.2倍、早産4.2倍
- 日本医労連 看護師の流産率調査  
2交替勤務 月4回以下6.8%、5回以上12.1%  
3交替勤務 月8回以下9.3%、9回以上12.2%  
時間外労働 月30時間未満10%以下、  
30時間以上15%、60時間以上25%
- オーストラリアでは看護師が夜勤をする際に契約書

# 人間工学を用いた予防対策

筋骨格系作業関連疾患  
(頸肩腕障害・腰痛など)の予防対策

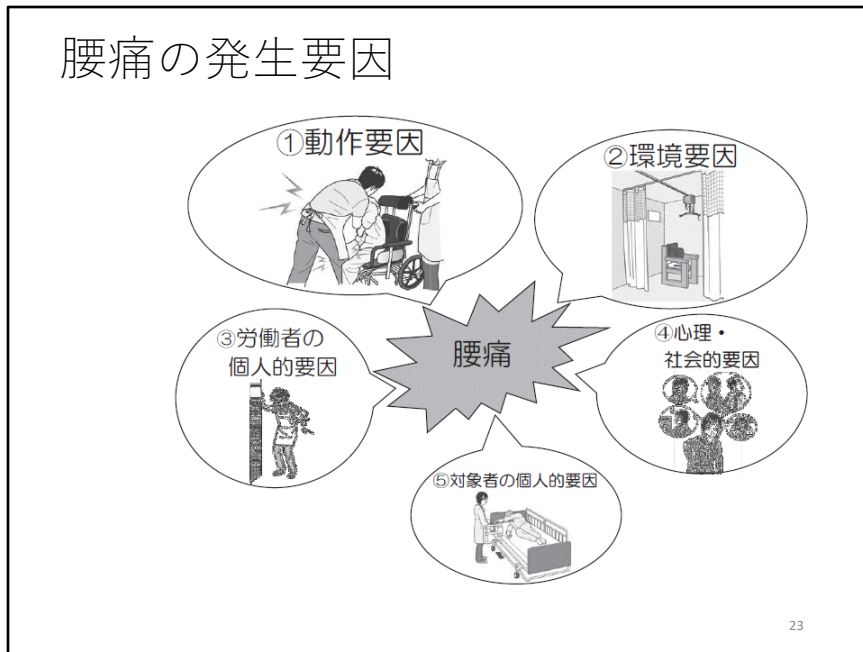
## 医療・介護労働による頸肩腕障害・腰痛は予防できます

- 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する
- 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**

22

一般の労働者では、休業4日以上の方災の6割は腰痛。「人間工学」とは、人が仕事をするとき最も適切で疲れることが少ない筋肉の使い方を科学的に追及することから始まった。「人がものに合わせるのではなく、ものを人に合わせる」のが基本的な考え方。使いやすい道具や設備、作業環境で疲れを減らす。

## 腰痛の発生要因



腰痛予防対策指針では、18歳以上の男性労働者で人力のみで取り扱う重量物は体重のおよそ40%以下、女性は男性の取り扱う重量の60%以下など書かれている。姿勢や作業時間、腰部保護ベルトなど大切。

動作要因：（イ）重量物の取り扱い：重量物の持ち上げや運搬で強度の負荷を腰部に受けること（ロ）人力による人の抱え上げ作業、（ハ）長時間の静的作業姿勢（拘束姿勢）、（ニ）不自然な姿勢、（ホ）急激または不用意な動作）

環境要因：振動、温度等、床面の状態（すべりやすさ、段差など）、照明、作業空間・節義配置、勤務条件など

個人要因：年齢、性、体格、筋力など、既往症や基礎疾患

## ノーリフティングケアとは

- 移乗介助をできるだけ人力で行わない
- 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

指針では、人力のみで取り扱う重量物は、男性は体重の40%以下、女性は男性の60%以下

「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

24

ノーリフティングケアは、1998年にオーストラリア全土で導入され、労災件数、労災費用が46%減少した。日本でも民医連は2009年から導入呼びかけし、厚労省は2013年に職場における腰痛予防対策指針の大幅改定。人力での抱え上げは原則行わせないとした。その後現在全産業で定着し、製造業、運輸、建設業、サービス業では労災腰痛の減少あり。しかし保健衛生業だけ増加している！2021年4月から介護報酬算定に介護職員処遇改善の加算にノーリフティングケアが挙げられた。



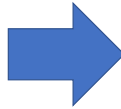
車椅子からベッドへ  
腰やひざに負担の大きい抱上げて  
の移乗には福祉用具を使用する



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

## 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

医療機関ではリスクある様々な化学物質が使用されている。

#### エチレンオキシド

- 発がん性と感作性、医療機器の滅菌作業用のガス

#### ホルムアルデヒド・キシレン

- 病理や解剖で使用、発がん性や刺激性、

#### グルタルアルデヒド・過酢酸・フORMALIN

- 内視鏡など医療器具の消毒用、咳

#### ラテックス

- ゴム製手袋その他、アレルギー、代替素材の

#### 抗がん剤その他

現在使われなくなったものもあるが、新たな化学物質も次々と。できるだけ暴露を減らす。安全データシート (SDS) を確認

27

エチレンオキシド (EOガス) EOG滅菌と言われる一酸化エチレン一多量暴露で頭痛、悪心、脱力、嘔吐が起き、慢性暴露で末梢神経障害、人に対して発がん性の可能性があり、2001年より特定化学物質に指定されている。\* 高压蒸気滅菌 (オートクレーブ) だと高温に耐えられないものできないが、EOGは低温でも滅菌可。ただしEOGは外注増加。現在過酸化水素による滅菌や低温プラズマを組み合わせたもの、低温蒸気ホルムアルデヒドなど疲れている。

ホルムアルデヒド：発がん性高いことから2009年3月より作業環境測定の義務化。グルタルアルデヒドは、皮膚、気道等に刺激性。取り扱う労働者に皮膚炎など報告ある。内視鏡室空気中のグルタルアルデヒド濃度測定が必要。直接接する恐れの高い作業一自動洗浄機を使わない時、自動洗浄機の消毒剤交換など一有効な呼吸用保護具、ゴーグル、不浸透性の保護衣、保護手袋などを。有害性の少ない殺菌消毒剤へ変更などを。ただグルタルアルデヒドは、非定型抗酸菌の一種を殺菌できなかつたり2005年に労働基準局長から「医療機関におけるグルタルアルデヒドによる労働者の健康障害申しについて」が発信され、過酢酸などの替えられた。

ラテックスはゴムの木から採取される液体。アレルギーを起こすことがあり、手の発赤や蕁麻疹、まれにアナフィラキシー。一般人口の1 - 2%程度、医療従事者はラテックスに暴露されて3 - 12%の人がアレルギー関連症状あると言

われる。抗がん剤は細胞に関する毒性や発がん性の問題。

## 針刺し事故を防ぐ

ー血液媒介病原体（B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス、HIVなど）への職業性感染を予防する

### 院内感染の防止における職業感染防止について

1. 使用済みの注射針に再びキャップをするいわゆる「リキャップ」を原則として禁止
2. 注射針専用の廃棄容器等を適切に配置する
3. 診療状況等必要に応じて、針刺しの防止に配慮した安全器材の活用を検討する

「医療機関における院内感染対策について」（H26年12月19日、厚労省）



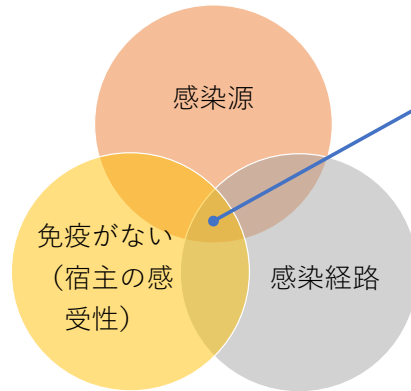
針刺しは  
必ず報告

28

暴露後の感染予防対策としては、HBVは、暴露後に被災者のHBV抗体の有無と、暴露源の患者の免疫状態によって感染予防を行う。例えば被災者がHBVワクチン未接種であれば、患者がHBs抗原陽性であれば、HBIG+HBVワクチン接種、HBs抗原陰性か不明の時はHBVワクチン接種など。被災者がHBVワクチン接種後であれば、抗HBs抗体未確認なら抗体価測定しそれに応じて対応。など。HCVに関しては確立した有効な暴露感染後予防策はない。被災者がHCV抗体陰性であれば、1年間で5回定期的にHCV抗体と肝機能チェック。HCV-RNAが陽転化すれば治療検討。

## 感染成立の3つの要件

(ノロ、インフル、結核、麻疹、疥癬など)



3つすべてが揃えば同時に揃うと感染が成立する。感染対策はこの3つが揃わないようにすること(だが)。

- ・感染源を早く特定すること (しかしコロナは特に難しい)。
- ・感染経路 (接触、飛沫、空気感染) を防ぐ 「3密」回避や個人防護具など
- ・ワクチン接種

29

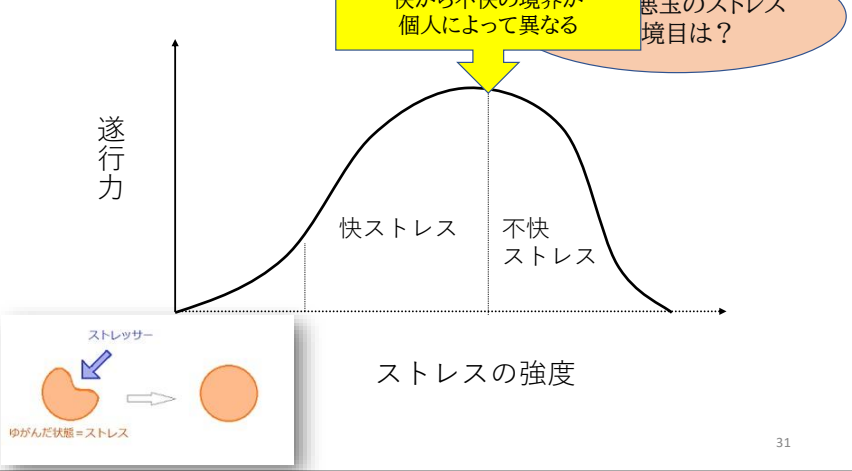
# メンタルヘルス

ストレスについて  
コロナ関連含めて

# ストレスとは？

ー「ストレスとは人生のスパイスである」(Selye H)ー

## • ストレスと遂行力の関係



31

ストレスの成長モデルからしても、ハザードでもありうるが、成長の鍵でもある。このリスクが個人によって異なることが難しい。快から不快の境界が人によって違う。

## そもそも医療介護は「感情労働」

身体だけでなく、感情を管理したり・されたりする労働ともいえます。

求められる‘感情’と自分の内にある深い部分の感情（自分らしさ）の矛盾が大きいとストレス（心の中の圧力）が大きくなります。

まずはその圧力の存在と程度に気づくことが、メンタルヘルス不全の予防には大切です。

これから様々なストレスを紹介します。

「知は力」一知っておくことは力になります。

リスクを知ることによって対処が可能です。

## 医療従事者特有のストレス①(近年一層増大)

(参考:坂田由美、田中克俊 医療機関での産業保健の手引き)

### 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機会が多い
- 仕事の対象が心身を病める人である**一共感  
疲労**
- 診断・治療において決してミスが許されない  
ー医療事故の防止、時に訴訟に発展
- 医療技術の進歩に伴い、常に膨大な新しい  
知識と技術を習得しなければならない

## 医療従事者特有のストレス②(近年一層増大)

(同手引き参考)

### ②医療施設における外的ストレス

- 疾病の程度に応じた量的・質的負荷—要求度と裁量度
- 設備・医療機器等ハード面の問題
- 医療チーム間の人間関係—職種・職場・世代間、ハラスメント
- 患者や患者の家族との人間関係—時に暴言暴力
- 勤務形態や勤務体制の問題(慢性的な超過勤務等)
- 評価基準のあいまいさ—努力・報酬不均衡

## 介護労働者（施設・通所・在宅など）のストレス

- 人手不足の中での量的負担
- 施設介護での夜勤、入居者重度化による身体負担、心理的負担の増大
- 介護施設（でも）求められる安全性、感染防御、質の向上、看取り
- 家族対応の負担
- 低賃金、報酬不均衡
- 介護職と看護師の関係性
- 中途採用者の増加、中高年介護職
- 在宅での安全性、ハラスメントなど

## 新型コロナウイルス感染症のストレス要因

### (コロナ感染症自体のストレス)

- 感知できない(不顕性)、無症状者でも感染源
- 風邪・インフル・花粉症などと区別困難
- 重症化病態・治療法、**後遺症、ワクチン副反応、薬の安全性不明**
- **変異株**の影響が不明、予測困難(感染率、重症化率)

### (関連の心理社会的ストレス)

- 感染そのもの、いのちの不安、の他、
- 自分以外
- 治療の<sup>これまでの日常の喪失、人間関係、就労生活の変化や喪失、収入の減少、医療・介護・教育・保育などの不安、そして日常</sup>
- 自粛<sup>生活リズムの変化など</sup>
- 差別や偏見

**<※ 感染症災害の特徴(1)いつまでも続く、(2)絆分断>**

36

<従来型の知見> (1) 潜伏期間は最大14日、その範囲は1~14日(中央値5~6日)。感染性は発症前からあり、発症後まもなくでもっとも高い。これが市中感染の原因。(2) 基本再生産数(ひとりの感染者がその感染症に対して面系を持たない集団に入ったとき、平均何人に感染させるか)は3月6日時点(WHO)で2.0 - 2.5で、インフルエンザより若干高いと推定されている。再生産数2.5は、麻疹などのエアロゾル感染する疾患に比べ低く、エアロゾル感染が主な感染経路と現在はみられていない。(3) 実行再生産数は、公衆衛生的な介入(人々の接触機会の最小化など)を行った場合の、ひとりの患者から感染させる人数で、5月9日時点(国内)で1.4。これが1を下回ると、新規患者は減少に転じて流行が終息に向かう。(4) 感染経路は、飛沫感染と接触感染と考えられているので、関エチケットや手洗いなどの基本的な感染対策を行う。体外生存は、ステンレスやプラスチック表面で数日、空気中では3時間、厚紙表面では24時間ほど生存。SARSコロナウイルスでは、プラスチックや金属表面で最大9日間生存も報告あり。(5) ウイルス量の変化。ヨーロッパCDCの報告書では、発症の1~2日前から気道に一定量のウイルスを認める。軽症例においては発症後8日目までウイルスを認める。また感染力は発症数日前から発症直後に最大となるが、7日以内に急激に感染力が低下するという報告がある。(6) 基本は呼吸器系の感染症。風邪症状。  
サイトカイン：免疫細胞間の伝達を担うたんぱく質。

・軽症例の外來治療薬の期待もあるが、効果が高く見積もられている指摘あり。単純写真所見なしでもCTありが3分の1、CTに肺炎像なくても低酸素血症例あり(肺微小血栓によると考えられている)。

オミクロン株：感染力、病像、重症化過程(致死0.13%? 22年3月時) など

## 特に医療介護従事者に起きているストレス内容

1. COVID-19— 3つの感染関連不安（**生物学的、心理学的、社会的**不安）は一層強い
2. **共感疲労**（二次受傷）
3. 上記に関連して家族を巻き込む不安や家族との緊張関係
4. 最良と考える医療・介護ができないストレス—患者利用者との関係づくり、コミュニケーションや意思尊重、グリーフワークなど
5. いのちの選択—**Moral Injury**
6. もちろん心理的・身体的負担の増大—過重労働、長時間労働、人間関係、**PPE**着ての作業など

37

3つの不安、それぞれ重要。最前線は一層強いこと知られる。社会的不安—社会関係での不安、偏見差別問題も大きい。

共感疲労「他者をケアすることから生ずる魂の疲弊」（フィグリー）。二次受傷とは、心理支援をしえている人におきやすい。実際のトラウマ体験した人に接していて、その現場を見ていなくても、被災者に共感していて、自身もこころの傷を受けるということ。心理支援者が、メンタル不全に陥ることがある。燃え尽きも対人支援を行う支援者が、長期にわたってエネルギーを過度に費やし消耗した状態。

家族を感染で巻き込む不安も大きいし、家族関係も緊張生じることがある。また家族が代理外傷とは、トラウマを受けた本人がストレス反応を家族にぶつけて家族が被害を負う場合などをいう。

最良と考える医療介護ができないのは、ストレス、患者対応でも。そばで寄り添えない、会話がしにくい、じっくりできない、表情がわかりにくいながら生じる問題。受診したのに発熱外来に回されたりマスクをつけない患者に対する対応などもストレス。、外出や面会制限でストレス抱える患者や家族への対応

いのちの選択—非常に重いストレス。上からの指示と自分の思いのギャップに悩む。自分の行動が道徳や倫理に反すると感じる心理的苦痛

何に「気付け」ば、いいのか。  
主観的ストレス反応の種類及び代表的症状の例

|      | 心理的・情動的側面             | 生理的・身体的側面                           | 行動的側面                         |
|------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 急性反応 | 不安、緊張、怒り、興奮、混乱、落胆     | 動悸、発汗、顔面紅潮、胃痛、下痢、震顫、筋緊張             | 回避、逃走、エラー、事故、口論、喧嘩            |
| 慢性反応 | 不安、短気、抑うつ、無気力、不満、退職願望 | 疲労、不眠、循環器系症状、消化器系症状、神経筋肉系(頭痛、こり、痛み) | 遅刻、欠勤、作業能率低下、大酒、喫煙、やけ食い、ギャンブル |

コロナ禍では急性と慢性反応の混在、持続的過緊張・過覚醒（不眠やイライラなど）、身体症状、心気傾向など起きやすい

38

- 1) 先のモデルの中のストレス反応(不全以前)を見てみる。すでに不全状態のような症状も入っている。大事なことは
  - 2) まずストレス反応は心理面、身体面、行動面の三つの面に現れることである。これらはまた社会面、倫理面などに発展するようにも考えられるだろうが、まずいろいろに現れうることを知ることが大切。ここには書いていない、セクハラや家庭問題の発生などもストレス反応として理解できることも少なくない(すべてとは言えないだろうが)。
  - 3) そして反応には急性と慢性がある。もちろんどちらも職場ではありうる。急性は例えば病院で言えば「事故」が起きた場合である。ただ、ここで特に触れたいのは慢性反応である。
- 次。

## 不安を無視しない ← 過度なストレスで惹起

- 漠然として、明確にしきれない怖れの感情。外に対象のある恐怖と区別される。
  - 人にとって生きる上で不可欠で避けることのできない心理的現象である。自己保存本能からくる危険信号として意味がある。
  - 危険信号の危険は、外的なものもあれば（恐怖）、内的なもの（心の中の苦しさ、葛藤）もある。
  - すなわち（不安によって示唆される）‘危険な状況’を放置すれば、心身が危なくなる。
- ⇒ 不安（随伴する自律神経反応も）に気づき、その対象や意味を知ることが大切である。

39

不安を無視してはいけない、無視したようにみえても増大してくる。不安の自覚乏しく、自律神経症状ばかりが強まってくることもある。不安は成長の動力ともなる（テストが不安であれば、勉強するでしょう。無視したら落第の危険に直面する。）

## パワハラ・セクハラ 暴力・暴言を防止する

ハラスメントは健康も職場環境も悪  
化させる



40

セクハラ、マタハラに関しては、男女雇用機会均等法、育児・介護休業法で防止策が義務付けられている。パワハラについてはR元年6月公布の労働施策総合推進法で防止措置が義務付けられた。大企業にはR2年6月から。中小企業は猶予期間あってR4年4月から義務となる。それに先立つ2019年6月ILOで「仕事の世界における暴力およびハラスメントの撤廃に関する条約」が発効した。日本は残念ながら批准していない。

## パワーハラスメント行為と外傷性 ストレス反応との関連 (N = 1890)

| パワーハラスメント                       | 外傷性ストレス反応 |             |
|---------------------------------|-----------|-------------|
|                                 | OR        | 95% CI      |
| 仲間外れ                            | 1.87      | 1.34-2.63 * |
| 間違いや謝りを繰り返し<br>思い出される           | 1.65      | 1.26-2.12 * |
| 手に負えないくらい<br>のたくさんの仕事を<br>与えられた | 1.65      | 0.67-6.07 * |

\* P < .0001

坂口舞、三木明子：11病院看護師のパワーハラスメントの被害体験が外傷性  
ストレス反応に及ぼす影響、労働科学90（1）、1-13、2014（三木明子氏スライ  
ドより）

41

石川民医連「この1年間にセクハラ・パワハラや  
職場いじめなどを受けたことや目撃したことが  
ありますか」

|       | 経験なし  | 経験ない<br>が目撃あ<br>り | 経験があ<br>る |
|-------|-------|-------------------|-----------|
| 2018年 | 62.4% | 15.6%             | 20.0%     |
| 2013年 | 65.8% | 13.1%             | 18.7%     |
| 2008年 | 67.0% | 12.1%             | 19.4%     |

「生き生き働ける民医連職場を目指して一職員の思いを「見える化」する  
試みー 石川民医連職員の意識調査より～」民医連医療2019年6月号

## 士気低下・うつ状態に優位に関連

| 2018年  | 経験なし  | 目撃あり  | 経験あり  | 全体    |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| 士気低下   | 2.24  | 3.25  | 3.77  | 2.72  |
| うつ状態疑い | 30.7% | 41.9% | 57.0% | 37.9% |

\*うつ状態：CES-D16点以上  
経験あり、目撃ありは、有意に士気低下が高い( $p < .0001$ )  
経験ありは、有意にうつ状態が多い  
←目撃だけでも、本人はうつ状態まで至らなくても、仕事の士気は低下する

43

## パワハラ、セクハラへの対応

- (1) 職場でのパワハラ、セクハラがあつてはならない旨の方針を明確にすること、および、こうした行動、言動を行った者について厳正に処分する旨の方針および処罰の内容を就業規則・服務規律に規定し職員に周知徹底をはかる。
- (2) 職場での学習、啓蒙活動をすすめて、パワハラ、セクハラを容認しない環境づくりを行う。
- (3) 職場ごとにパワハラ、セクハラを生む職場環境を是正することが重要。とくに職員が継続して1対1となる場をなくし、集団・複数で業務を遂行できる環境をつくらなければならない。また、診療現場や介護現場での密室性という特殊性のもとでのパワハラ、セクハラをうかがわせる行動については報告を促し、予防策を講じる。
- (4) 相談窓口をもうけ職員からの悩みや苦情を聞き、是正できる措置を急ぐとともに検討課題を明らかにし集团的に検討し対応をはかる

石川民医連ハラスメント防止ガイドラインがあります。

44

## 医療現場に暴力・暴力的言動をもちこませない

- 医療の現場では多様な患者と対応することになります。そうした中で対応する職員が暴力をふるわれたり、口汚く罵られたり、身の危険にさらされる場面もあります。
- 職員が暴力・暴力的言動に遭遇した場合、**暴力・暴力的言動を医療現場から排除することを優先**します。医療現場での暴力・暴力的言動を容認しない姿勢を**事業所の内外に宣言**するとともに、対応にあたっては足並みを乱さない毅然とした姿勢が求められます。また身体に危険を感じる場合には**複数の職員で対処**し、場合によっては職員集団で暴力・暴力的な言動を排除する、また**必要であれば警察**に要請することも必要です。
- こうした対応をするためには、**ルール化**と、**集団的な研修・訓練**が必要です。とりわけ事例検討などを含めた研修と、外部の専門家の力をかり、場面を想定した**実地訓練**を積んでおくことが重要です。

45

城北病院診療所の職員ハンドブックでは、「院内暴力対応フロー図」で院内暴力発生時の緊急コール手順が紹介されている。「77」で全館放送として、イチイチゼロ、と部署名を言うことになっている。

## 健康いきいき職場のイメージの例

(労働者のメンタルヘルス一次予防対策の枠組みに関する関係者  
(ステークホルダー) 会議

この会議では、労働者の健康が最低限確保されていること、  
労働基準法や労安法が遵守されていることが基本認識と確認  
された上で、

- 労働者の生きがい、満足、幸せを感じることができる職場  
(会社への帰属意識、ずっと働こう意識)
- コミュニケーションが良好な職場 (挨拶よくきかれる)
- 創造性がある、あるいは自由な発想がうまれる (生産性より創造性)
- 仕事に前向きで「ピンチがチャンスにできる」前向き風土
- 目標を共有できている。一体感がある
- あたたかい職場 (社員相互に思いやり、相互理解、メンタル不調者にも理解ある)
- 笑顔・笑いがある職場
- ハラスメントがない職場

46

職場のメンタルヘルス対策の重要性は世界の認識。一次予防の取り組みを進めるには労働者（組合）の努力だけでは不十分で、経営側の理解、労働者側との協働が重要とされている。日本はこれまで話し合い機関がなかった。そこでPRIMEF参考にも日本でも労働安全衛生の研究機関、産業保健専門職、使用者側（経団連など）、労働者側（連合など）、法律家や社労士など多様な人びとが関係者としてあるまって意見を交わした（2009年から3年間）。「健康経営」という考え方。「従業員の健康増進を重視し、健康管理を経営課題として捉え、その実践を図ることで従業員の健康の維持・増進と会社の生産性向上を目指す経営手法」（日本政策投資銀行のHPより）

「健康及び生産性のマネジメント」という表現も。また従来のコスト管理的な「医療費適正化」の発想から脱却して、「人」を企業における貴重な「資産」と考え、従業員の健康の維持・増進を「人的な資本」に対する積極的な「投資」として捉えてゆく考え方。

## 民医連の「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、職員の安全安心が保たれているかどうか
- 3、技術的に研修が保障されているかどうか
- 4、使命が明確で評価されているかどうか
- 5、ライン間、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は向上しているかどうか

47

5つの視点は多少オーバーラップする。  
たとえば、1の負荷の問題と2の安全安心の問題、3の教育研修の問題と4の使命の問題。

民医連らしい「健康で働きつづけられる職場」づくりを目指しましょう。  
みなさんの積極的な関与を期待します。

**ご清聴ありがとうございました。**



48