

## 心の健康問題で休職した看護師の 現場復帰支援の現状と課題

キムラ ケイコ エノモト ケイコ ミカミ アキチカ  
木村 恵子\*1 榎本 敬子\*1 三上 章允\*2\*3

**目的** 心の健康問題で休職した看護師の現場復帰状況の現状と課題を検証することが本研究の目的である。

**方法** 岐阜県内の200床以上の20病院518名の役職看護師（看護師長，主任，業務リーダー）を対象に心の健康問題で休職した看護師の現場復帰支援の状況に関する自記式質問紙調査を2016年1～3月に実施し，20病院316名（回収率61.0%）から回答を得た。その中で無効回答が顕著なケースを除く286名を解析対象とした。統計検定にはKruskal-Wallis検定，Mann-WhitneyのU検定を用い，統計的有意水準は5%とした。

**結果** 心の健康問題で休職した看護師の現場復帰率は54.5%であり，そのうち休職と現場復帰を繰り返している看護師は13.9%であった。一方，退職率は41.6%であり，休職後現場復帰した看護師より高かった。看護師のメンタルヘルス対策への役職看護師の参加率は30.4%と低かった。参加者の内訳では特に業務リーダーが4.4%と低かった。不参加理由は「対策を必要としていない」が66.3%を占めた。心の健康問題で休職した看護師に対応する職種は看護師長が86.0%を占め，看護師以外の職種は15.0%にとどまった。現場復帰支援の方法は「個人の力量で行っている」が44.1%が多かった。現場復帰支援の経験率は，役職看護師間で違いがあった。現場復帰後の問題発生率は，多数の項目で80%以上となった。「復職可能となった判断基準」での問題の発生については，役職看護師間で発生率に統計的に有意な差があった。現場復帰支援未経験の役職看護師で，統計的に有意に問題発生率が高かった。

**結論** 役職看護師の約7割はメンタルヘルス対策の必要がないと認識していた。現場復帰支援は，病院全体で行われず看護師が独自に支援している現状であった。そのため，役職看護師間の復職可能基準の共通認識がなく，現場復帰後の業務に問題が発生していた。さらに復帰基準がないことにより，現場復帰支援未経験の役職看護師が心の健康問題で休職した看護師の受け入れについて不安や偏見を持つことにつながる可能性がある。役職看護師の職階によって，病気情報開示の範囲に差が生じていた。そのため，現場復帰した看護師の病状を直接対応する現場看護師が知らされていないことで業務上の問題を生じ，さらに再休職や退職の要因となることが示唆された。心の健康問題で休職した看護師の現場復帰支援が十分に行われず，順調に現場復帰できる環境が整っていないことが示唆された。

**キーワード** 心の健康問題，看護師，休職，現場復帰支援，メンタルヘルス対策

\* 1 中部学院大学看護リハビリテーション学部講師 \* 2 同教授 \* 3 中部学院大学大学院人間福祉学研究所教授

## I 緒 言

心の健康問題で休職する看護師は増加傾向にあり、特にうつ病が多くなっている。その背景として、診療報酬の改定を機に看護師業務が多忙となり、ストレスを長期間、慢性的に受けてきた現状があげられる。一方、厚生労働省は、一般労働者の職場における精神疾患による休職を予防するために、2006年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針（新メンタルヘルズ指針）」を定めた。病院においてもこの指針にそって、看護師の「セルフケア」対策や、心の健康問題の予防や、休職した看護師の復職支援について、管理監督者による「ラインケア」が行われている。そうした状況の中で、心の健康問題で休職した看護師の転帰は、富永らによると復職が約17%と少なく、休職または退職が多数を占めている<sup>1)</sup>。このように休職した看護師の現場復帰はうまく進まず、もとの現場での仕事継続が難しくなっている。

現状の病院現場では、業務量が多く煩雑になっており、看護師不足が看護師1人当たりの業務量を増やしている。さらに、業務負荷の増大がストレスサーとなり、それに伴って心の健康問題での休職や退職が増加すれば、看護師不足は深刻になる。このように看護師の負荷が大きくなることが看護師の心の健康問題を脅かすという負の連鎖を生むことになる。強いては、患者の安全や、看護の質の低下につながることもなる。

先行研究では、富安らが、病院のメンタルヘルズ対策を行う支援システムが特殊であることによる弊害や、個人情報保護の問題、看護師が精神疾患をもって働くことへの偏見などをとり挙げたが<sup>2)</sup>、看護師が心の健康問題で休職した後の現場復帰との関連を解明した研究はない。また、富永は、心の健康問題で休職して現場復帰した看護師と、その現場復帰を支えた看護師の問題には、職場の同僚看護師の理解不足や協力不足、現場復帰した看護師の治療継続困難がある<sup>1)</sup>という報告を行ったが、少人数

の調査報告しかない。さらに、川崎が指摘するように、うつ病になった看護師からは、プライバシー保護の問題や、病気の特長として聞き取り調査が難しい<sup>3)</sup>という問題もある。

以上のことから、心の健康問題で休職した看護師に現場復帰後に仕事を指示し、仕事の評価を行う役職看護師であれば、仕事の遂行能力や現場復帰したときに抱える問題について把握していると考え、今回の研究では役職看護師（看護師長、主任、業務リーダー）を対象とすることにした。

そこで著者らは、病院看護師のメンタルヘルズ対策と、心の健康問題で休職し現場復帰した看護師に対する支援の実態と課題を検証するために本研究に取り組んだ。

## II 方 法

### (1) 対象者と調査方法

調査期間は、2016年1月から3月に実施した。岐阜県内の200床以上の看護部を持つ病院25病院の看護部長に研究協力を依頼した。その結果、協力を得られた20病院に、2015年12月8日から2016年1月31日までに病院側から指定された枚数の調査票用紙を配布し、郵送法にて回収した。調査対象は役職看護師（看護師長、主任、業務リーダー）とし、調査協力者は、病院側に選定を一任した。調査内容は、平成19年に岐阜産業保健センターが行った「精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援の調査」<sup>4)</sup>を基盤とし、予備調査として実施した役職看護師の聞き取り調査の結果を参考にして決定した。

### (2) 倫理的配慮

調査研究への参加は任意であること、回答は統計的処理を行い個人の特定はしないこと、個人情報漏えいを防ぐためデータは厳重に管理することについて調査協力文書に明記し、調査票の返送をもって研究協力への同意とみなした。また、本研究は所属機関である中部学院大学・中部学院大学短期大学部研究倫理委員会の承認（承認年月日：2015年6月26日、通知番号E15-

0017) を受けて実施した。

### (3) 分析方法

本研究では、役職看護師の基本属性（性別、年齢、役職、最終学歴、所有資格）、現場復帰状況、メンタルヘルス対策、現場復帰支援状況、現場復帰後の問題発生について単純集計を行った。現場復帰支援の状況と役職看護師、役職看護師と現場復帰後の問題発生のクロス集計については、Kruskal-Wallis 検定、Mann-Whitney のU 検定を行った。なお、統計解析にはIBM SPSS Vol.23を使用し、統計的有意水準は5%とした。

## Ⅲ 結 果

### (1) 役職看護師の基本属性

調査票は518名に配布し、316名から回答を得た（回収率61.0%）。その中で無効回答が顕著なケースを除く286名を解析対象とした。

性別は、女性272名（95.1%）、男性14名（4.9%）で女性が9割以上であった。対象の平均年齢は、42.4±9.3歳であった。年齢分布は50歳代が136名（47.6%）と一番多く、役職看護師の4割強が50歳代に集中していた。役職

表1 役職看護師が経験した心の健康問題をもつ看護師の働き方

(単位 名, ( ) 内%)	
	現場復帰後の働き方
休職後退職	84(41.6)
休職後現場復帰	82(40.6)
通院して働く	38(18.8)
休職と現場復帰を繰り返す	28(13.9)
未治療で働く	22(10.9)

注 n = 202, 複数回答

表2 役職看護師のメンタルヘルス対策への参加状況

	合計	メンタルヘルス対策参加	
		参加	不参加
合計	286(100.0)	87(30.4)	199(69.6)
看護師長	142(100.0)	65(45.8)	77(54.2)
主任	99(100.0)	20(20.2)	79(79.8)
業務リーダー	45(100.0)	2(4.4)	43(95.6)

種別では看護師長142名（49.7%）、主任99名（34.6%）、業務リーダー45名（15.7%）であった。役職看護師の中で看護師長が一番多くを占めていた。最終学歴は90.8%が看護専門学校卒業で、次いで短大、大学の順であった。看護師資格は当然100%であったが、複数資格保有者では、助産師、保健師、ケアマネジャーの複数資格保有があった。

### (2) 役職看護師が経験した心の健康問題をもつ看護師の働き方

心の健康問題で休職した看護師の「事例が発生したことがある」と回答した202名における労働状況についての回答を表1に示した。発生日例の中で、心の健康問題で休職した看護師の現場復帰率は54.5%であり、そのうち休職と現場復帰を繰り返していた看護師の事例は13.9%であった。一方、退職率は41.6%であり、休職と現場復帰を繰り返している看護師を除く、休職後現場復帰した看護師（40.6%）より高かった。メンタルヘルス不調を持ちながら未治療で働く看護師の事例も1割近くあり、休職予備軍が働いている現状であった。

### (3) 病院でのメンタルヘルス対策への参加状況

メンタルヘルス対策は職場ごとに内容が異なる。そのためメンタルヘルス対策として、「看護師のメンタルヘルスに関する相談、精神疾患に関する知識の普及やストレスチェックの実施、復職支援プログラムの実施」などを例示し、回答を求めた。その結果、病院の役職看護師のメンタルヘルス対策への参加率は全体で30.4%と低かった。また、主任、業務リーダーの参加率は表2に示すとおり、看護師長の半分以下であった。不参加理由は表3に示すように「対策を必要としていない」が6割以上を占めた。さらに、「ストレスチェックを受けたことがある」が32%しかおらず、実施された認識がなかった。

表3 メンタルヘルス対策に参加しない理由

(単位 名, ( ) 内%)		
	理由	
	必要としていない	132(66.3)
	勤務の都合で参加できない	15( 7.5)
	相談したいが躊躇している	15( 7.5)
	必要としているが対策がない	9( 4.5)
	勤め先以外で相談	5( 2.5)
	その他(わからない他)	23(11.6)

注 n = 199

表4 心の健康問題をもつ看護師に対応する職種

(単位 名, ( ) 内%)		
	対応する医療者	
	看護師長	246(86.0)
	看護部長	104(36.4)
	副看護部長	74(25.9)
	産業医	30(10.5)
	保健師	5( 1.7)
	その他(臨床心理士など)	8( 2.8)

注 n = 286, 複数回答

表5 心の健康問題をもつ看護師への対応の種類

(単位 名, ( ) 内%)		
	対応種類	
	個人の力量で行う	126(44.1)
	わからない	104(36.4)
	特に何もしていない	32(11.2)
	復職支援プログラム使用	26( 9.1)
	院外の支援	16( 5.6)

注 n = 286, 複数回答

表6 心の健康問題をもつ看護師への対応経験の有無

	(単位 名, ( ) 内%)	
	看護師への対応経験	
	経験あり	経験なし
看護師長	67(47.2)	75(52.8)
主任	26(26.3)	73(73.7)
業務リーダー	7(15.6)	38(84.4)

(4) 心の健康問題のある看護師の現場復帰支援状況

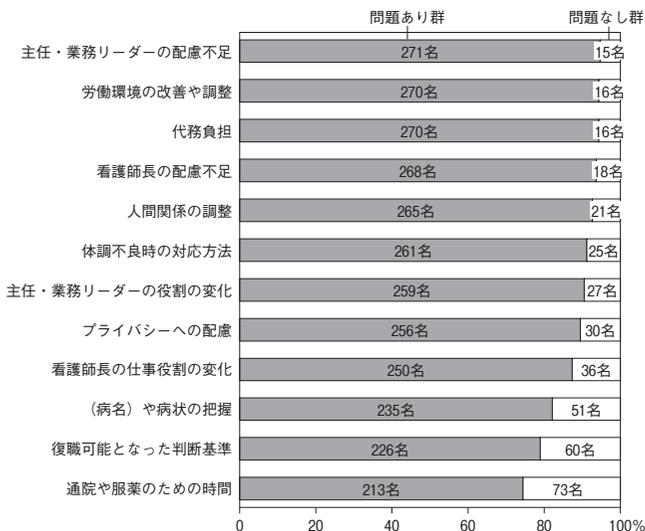
心の健康問題で休職した看護師に対応する職種は表4に示すとおり、看護師長が86.0%のケースで対応しており、看護師以外の職種の対応は15.0%にとどまった。現場復帰支援の対応の方法は表5に示すように、看護部長による支援や、産業保健スタッフとの連携はまれで、復職プログラムを使用しているケースも少なく、看護師長自身の力量の範囲内で支援していた。

表6に示すように、主任や業務リーダーは、心の健康問題で休職した看護師の復職に直接対応した経験が少なかった。

(5) 心の健康問題のある看護師の現場復帰後の問題発生状況

心の健康問題で休職した看護師の現場復帰後の問題発生状況を図1に示した。「全く問題にならない」「あまり問題にならない」を問題なし群、「多少問題になる」「かなり問題になる」「非常に問題になる」を問題あり群とし、2群に分けて比較すると、業務進行上の質問項目で「問題あり」が80%以上という結果であった。特に問題発生が多かった項目は、「主任・業務リーダーの配慮不足」であり、つぎに「労働環境の改善や調整」「現場復帰してきた看護師の代務負担」と続いた。現状では心の健康問題で休職した看護師が現場復帰する場合、かなりの業務調整と配慮をしないと業務上支障が発生する現場復帰となっている現状が示された。

図1 心の健康問題で休職した看護師の問題発生状況



「非常に問題になる」を問題あり群とし、2群に分けて比較すると、業務進行上の質問項目で「問題あり」が80%以上という結果であった。特に問題発生が多かった項目は、「主任・業務リーダーの配慮不足」であり、つぎに「労働環境の改善や調整」「現場復帰してきた看護師の代務負担」と続いた。現状では心の健康問題で休職した看護師が現場復帰する場合、かなりの業務調整と配慮をしないと業務上支障が発生する現場復帰となっている現状が示された。

役割看護師別の問題発生認識の比較を表7に示した。「復職可能となった判断基準」に問題ありとする

回答は役職看護師3者間で統計的有意差があった。役職看護師の「復職基準」の認識に役職間で差が生じており、復職基準の共通認識をもっていないことが示唆された。

役職看護師における心の健康問題で休職した看護師の対応経験の有無と問題発生認識の比較について表8に示した。対応経験がない役職看護師の方が、問題発生認識が高かった。「人間関係の調整」「主任・業務リーダーの配慮不足」「代務負担」などの業務進行上の問題や、「休職時の診断名や病状の把握」「プライバシーへの配慮」「通院や服薬のための時間」などの心の健康問題で休職した看護師の情報開示の内容について、対応経験のない役職看護師は統計的に有意に問題発生認識が高かった。対応経験のない役職看護師の方が、問題発生に対する危惧を高くもっていたという結果であった。

#### Ⅳ 考 察

平成28年「労働安全衛生調査（実態調査）」によるとメンタルヘルス不調により退職した労働者を業種別にみると、「医療、福祉」が0.4%<sup>5)</sup>と最も高いという結果であった。「医療、福祉」には、現場で働く看護師も多く含まれ、他の業種よりメンタルヘルス不調が理由の退職者が多いといえる。この状況が続くことは看護師の過労に発展し、病院現場での看護師不足の要因となる。

厚生労働省は、職場でのうつ病等の精神疾患による休職を予防するために、2006年に、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」<sup>6)</sup>（以下、新メンタルヘルス指針）を定めた。病院でも、この指針にそって看護師が自身で行う「セルフケア」対策や心の健康問題の予防、休職した看護師現場復帰支援について管理監督者がメンタルヘルス不調者に対する「ラインケア」を

表7 役職看護師別の問題発生認識の比較

(単位 名, ( ) 内%)

	問題発生あり			検定
	看護師長	主任	業務リーダー	
復職可能となった判断基準	117(83.5)	73(76.9)	29(72.5)	*
休職時の診断名(病名)や病状の把握	121(85.8)	79(81.2)	35(83.3)	
プライバシーへの配慮	128(90.8)	88(91.7)	37(88.1)	
人間関係の調整	133(88.0)	92(95.8)	39(88.6)	
代務負担	135(95.8)	90(93.8)	40(95.2)	
労働環境の改善や調整	133(94.3)	94(95.8)	40(95.2)	
主任・業務リーダーの配慮不足	135(95.8)	90(93.7)	41(97.6)	
看護師長の配慮不足	133(94.3)	93(96.9)	38(90.5)	
主任・業務リーダーの役割の変化	131(92.9)	87(90.6)	36(85.7)	
看護師長の仕事役割の変化	120(85.7)	86(89.6)	39(92.9)	
体調不良時の対応方法	129(92.2)	89(92.7)	39(92.6)	
通院や服薬のための時間	99(71.8)	76(80.9)	34(83.0)	

注 検定はKruskal-Wallis検定を用いた。\*p < 0.05

表8 対応経験の有無による問題発生認識の比較

(単位 名, ( ) 内%)

	問題発生あり		検定
	対応経験なし	対応経験あり	
復職可能となった判断基準	159(82.0)	83(76.8)	**
休職時の診断名(病名)や病状の把握	175(87.9)	81(75.0)	
プライバシーへの配慮	187(94.0)	90(83.3)	
人間関係の調整	192(96.5)	95(87.2)	
代務負担	193(97.0)	98(90.7)	
労働環境の改善や調整	191(96.5)	99(91.6)	
主任・業務リーダーの配慮不足	194(97.5)	98(90.7)	
看護師長の配慮不足	190(95.5)	99(91.6)	
主任・業務リーダーの役割の変化	185(93.0)	95(87.9)	
看護師長の仕事役割の変化	179(90.4)	90(84.1)	
体調不良時の対応方法	185(93.4)	96(88.9)	
通院や服薬のための時間	161(81.8)	67(64.5)	

注 検定はMann-WhitneyのU検定を用いた。\*p < 0.05 \*\*p < 0.01

行っている。こうしたケアを行っても、心の健康問題で休職した看護師の転帰は、必ず復職するわけではない。表1の退職率は41.6%と高率であり、心の健康問題で休職した看護師の仕事継続困難な状況は続いていることが判明した。従って、心の健康問題で休職した看護師に対して現在行われている新メンタルヘルス指針<sup>6)</sup>に沿った「セルフケア」や「ラインケア」に問題があることが示唆された。

#### (1) 看護師のセルフケアの実施の現状と課題

企業の労働者と看護師の大きな違いは、看護師は医療的知識をもっていることである。そのためすべての病気に対して自己管理ができると思われがちである。しかし心の健康問題の自己管理は簡単ではない。日本病院会の2007年のア

ンケート調査によるとメンタルヘルス体制がとられていない医療施設は全施設の52.2%であった<sup>7)</sup>。黒木は、「人々の健康を守る医療施設でありながら、医療機関に働く人々の健康を軽視しているという結果が得られている」と述べている<sup>8)</sup>。このような現状からも看護師のセルフケアにむけた病院の対策は十分ではないと予測できる。

新メンタルヘルス指針<sup>9)</sup>では、4つのメンタルヘルスケアを主体とした包括的指針が提示されている。

看護師の心の健康保持増進のための「セルフケア」は、ストレスチェックやストレスへの対処のための研修など、病院で企画され行われていた。

ストレスチェックの義務化は2015年12月からであったが、本調査の調査期間が2016年1月から3月であったので、看護師全員の検査には至らず「ストレスチェックを受けたことがある」は32%にとどまった。調査当時は職場でのストレスチェックはまだ徹底しておらず、役職看護師のストレス予防対策は遅れていたことが示唆された。

厚生労働省は、事業主は全職員に対して「セルフケアにはメンタルヘルスケアに関する事業所の方針や、ストレスおよびメンタルヘルスケアに関する基礎知識、セルフケアの重要性および心の健康問題に対する正しい態度、ストレスの予防、軽減およびストレスへの対処の方法などの教育研修や、情報提供を行わなければならない。」と述べている<sup>6)</sup>。役職看護師のメンタルヘルス対策参加の現状をみると、表2の「メンタルヘルス対策への参加」の質問の回答は、対策に参加したことがない役職看護師の方が対策に参加したことがある看護師より多かった。役職別の参加状況では、業務リーダー、主任は80%以上が不参加であった。この結果は、病院の役職看護師に対するメンタルヘルス対策への参加について、役職看護師全員が参加するように周知されていない現状を示した。

役職看護師が対策に参加しない理由については、表3に示すように6割以上の役職看護師が

「必要ない」と回答していた。役職看護師のメンタルヘルス対策を「必要ない」と考える理由には、看護師であるために知識をもっていることからメンタルヘルス対策に対して、新たに学ぶ必要はないと考えている役職看護師が多く、対策への参加につながらないと推測された。

そこで、「役職看護師のメンタルヘルスのセルフケアの必要性の理解にむけた教育」が今後の課題といえる。

## (2) 役職看護師のみによるラインケアの弊害

ラインケアとは、管理監督者が、部下である労働者の個々の職場における具体的なストレス要因を把握しその改善をはかるために、労働者からの相談対応や復職支援を行うことである。

病院勤務の看護師のラインケアを行うのは、管理監督者としての看護師長である。本調査でも、表4の「だれが復職支援を行うか」の質問の回答は、86.0%が看護師長であった。一方、産業保健スタッフ（産業医、保健師、等）は15.0%であった。

表5の「ラインケアをどのように行っているか」の質問の回答は「個人の力量で行うことが多い」が44.1%であった。企業であれば、事業場内産業保健スタッフなどによる専門的なケアを受けることが可能であるが、病院にはそのシステムが存在せず、結局、個人の力量に任せている実態が明らかになった。臨床心理士の富安が述べた「看護師の現場は、看護師のみで、復職支援を完結している」<sup>10)</sup>という現状が確認できた。現状では、心の健康問題で休職した看護師を現場復帰させるための看護師長の責任が非常に大きく、非常に負担となることが予測される。心の問題で休職した看護師に対し、看護師長だけでは専門的で適切な復職支援をできない状態であり、早期の看護師のラインケアの改善が課題である。

心の健康問題に対するラインケアを看護師のみで行っている背景には、医療知識をもっている職種であるということや、看護師の職務が病院の中で専門性、独立性が高く他の各部署に異動できない仕事であることがあげられる。その

ために看護部は独立してメンタルヘルス対策を行っているが、この点が、心の健康問題で休職後に現場復帰した看護師の支援に影響を及ぼしていると考えられる。

図1の「心の健康問題で休職した看護師の現場復帰後の問題発生」については、業務進行上の質問項目において、「問題あり」という回答が80%を超えていた。その理由として、役職看護師が現場復帰する状況までには回復していないという認識や、非常に繁忙な業務に対しての業務遂行能力レベルに回復が追いつかない状況が推測される。特に、問題点で高かった図1の項目「主任・業務リーダーの配慮不足」については、心の健康問題のある看護師の現場復帰支援が困難になる要因がうかがえる。

### (3) 病棟業務におけるラインケアの課題

役職看護師は、心の健康問題で休職した看護師の現場復帰を支援する役割を担う。従って、本来であれば、「心の健康問題により休職した労働者の現場復帰支援への流れ」について病院全体で協議し策定された内容について共通認識をもって現場復帰支援に望む必要がある。しかし、表7の役職看護師の問題発生認識の項目の回答では、復職可能基準について役職看護師間で共通認識がなかった。復職可能基準について役職看護師間で共通認識がないと、心の健康問題で休職し現場復帰した看護師の復帰した状況の評価が異なるために、適切なラインケアが困難になるといえる。さらに復職可能基準の共通認識がないことは、表8で現場復帰支援未経験の役職看護師の問題発生認識が高いという結果より、心の健康問題で休職した看護師の受け入れへの不安や偏見をもつことになる。復職可能基準に共通理解をもつためにも、「心の健康問題により休職した看護師の現場復帰支援のプログラム」を策定し、看護師全員に周知することが必要である。

心の健康問題で休職した看護師の現場復帰支援のラインケアの実施は、主任、業務リーダーが業務を行うために、看護師長が行うよりもラインケアを実施する機会が多い。看護師長は、

メンタルヘルス対策の中でラインケアの方法を学ぶために、管理監督者の研修で「労働者からの相談対応」「心の健康問題により休職した者の現場復帰支援の方法」などの研修を受けることになっている。しかし、主任、業務リーダーは研修参加を義務づけられていない。そのため、主任、業務リーダーは、「現場復帰者への対応は看護師長の仕事であり自分たちの仕事ではない」という認識になり関心も薄れる。これでは心の健康問題で休職後に現場復帰してくる看護師に対して、適切な支援ができないことが予測される。管理監督者を看護師長だけに任せるのではなく、主任、業務リーダーにもラインケアの役割を担っていくことが今後の課題である。

### (4) 心の健康問題で休職した看護師の情報開示の課題

メンタルヘルスケアを行うにあたり、健康情報を含む労働者の個人情報保護に配慮することは、極めて重要である。しかし、心の健康問題で休職した看護師の対応にあたっては、役職看護師やスタッフ看護師の理解と協力のため、適切に情報を開示していく必要がある。その理由は、うつ病（気分障害）などの精神疾患は慢性的な疾患であり、環境の変化の影響を受けやすい。そのために、復職する現場で安定して休職前の仕事ができるまでに回復するには、時間がかかる。病気の性質を理解しながら現場復帰していくためには、周囲の理解と協力が必要である。

看護師の心の健康障害の情報については、個人情報の守秘義務もあり情報開示の点で職場の看護師にどの程度開示するのか躊躇するところである。心の健康問題で休職した看護師本人の意思に任される。表6では、心の健康問題で休職した看護師への対応経験について看護師長の47.2%が経験があるのに対し、主任は73.7%、業務リーダーは84.4%が対応経験はないと回答した。これは同じ職場であっても、心の健康問題で休職後に現場復帰した看護師の存在を知らされていない状況を示す。そのため、心の健康問題で休職後に職場復帰した看護師であること

がわからないと適切な配慮ができず、休職以前の対応で仕事を裁量してしまう可能性がある。川崎は、休職者が援助者や周囲に対して求めていたことを調査しているが、休職時にはニーズはほとんど語られなかった。「自分が今、何をどう対応したらよいか「わからなさ」からニーズを語るのに至らなかった<sup>3)</sup>」と報告している。このように職場復帰後も、自分から体調の不良や困難感を表出できず、周囲の適切な支援がないと職場復帰から再び休職、退職へとつながるおそれがある。心の健康問題で休職した看護師が現場復帰後に仕事継続するためには、病院のメンタルヘルスケアを積極的に推進する体制を表明し、看護師だけでなく病院全体で多忙な職場の問題を解決していくための取り組みをすることが必要である。この取り組みが心の健康問題で休職してしまう看護師を減らし、看護師不足の問題を解決する糸口につながると考えられる。

## 謝辞

本調査の実施にあたり、御協力いただいた役職看護師の皆様には厚く御礼申し上げます。

## 文 献

1) 富永真己. メンタルヘルス不全による休職した看

護師の実態調査及び復職支援ツールの開発. 科学研究助成事業研究成果報告書; 2013: 3.

- 2) 富安哲也, 小石川比良来. 総合病院におけるメンタルヘルス支援—カウンセラーの立場から—. 精神経誌 2012; 144(4): 363-5.
- 3) 川崎舞子. 職場復帰支援に関する研究の現状と展望. 東京大学大学院教育学研究科紀要 2013; 53: 158-9.
- 4) 黒川淳一, 岩田弘政, 植木啓文. 精神疾患で休職した労働者に対する職場復帰支援に関する研究. 岐阜産業保健センター平成19年度産業保健調査研究報告書 2008: 23-34.
- 5) 厚生労働省. 平成28年労働安全衛生調査(実態調査)の概況([https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h28-46-50\\_gaikyo.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/h28-46-50_gaikyo.pdf)) 2018. 4. 3.
- 6) 厚生労働省独立行政法人労働者健康安全機構. 労働者の心の健康の保持増進のための指針 2017; 13-4.
- 7) 黒木宣夫. 医療機関のメンタルヘルスケアの現状調査. 平成19年度就業者のメンタルヘルスケアの現状と課題に関する調査研究事業. 精神保健福祉連盟. 2007.
- 8) 黒木宣夫. 総合病院におけるメンタルヘルスの実践. 精神経誌 2012; 114(4): 372-3.