

表3 嘱託産業医先での自殺未遂・既遂症例発生件数 業種別

業種	1事業所での自殺未遂症例件数					事業所数合計	自殺未遂累積件数	発生率	業種	1事業所での自殺既遂事例件数			事業所数合計	自殺既遂累積件数	発生率
	0人	1人	2人	3人	5人					0人	1人	2人			
製造業	83	6	2	0	0	91	10	11.0%	製造業	90	3	0	93	3	3.2%
医療介護福祉	42	2	0	0	0	44	2	4.5%	医療介護福祉	43	0	1	44	2	4.5%
商業	38	2	0	0	0	40	2	5.0%	商業	42	1	0	43	1	2.3%
情報技術関連	26	2	3	1	0	32	11	34.4%	情報技術関連	33	1	0	34	1	2.9%
建設業	25	0	0	0	0	25	0	0.0%	建設業	26	1	0	27	1	3.7%
公務員	20	0	1	0	0	21	2	9.5%	公務員	21	1	0	22	1	4.5%
教育	19	0	0	0	0	19	0	0.0%	教育	21	0	0	21	0	0.0%
サービス業	17	1	0	0	0	18	1	5.6%	運輸業	15	1	0	16	1	6.3%
運輸業	15	0	0	0	0	15	0	0.0%	サービス業	14	0	0	14	0	0.0%
不明	11	0	0	0	0	11	0	0.0%	清掃業	11	0	0	11	0	0.0%
不動産	9	1	0	0	0	10	1	10.0%	不明	10	1	0	11	1	9.1%
清掃業	8	0	0	0	0	8	0	0.0%	不動産	9	1	0	10	1	10.0%
警備	3	2	0	0	0	5	2	40.0%	金融業	5	0	0	5	0	0.0%
派遣	3	0	0	0	0	3	0	0.0%	警備	4	1	0	5	1	20.0%
マスコミ	2	0	0	0	0	2	0	0.0%	派遣	3	0	0	3	0	0.0%
漁業	2	0	0	0	0	2	0	0.0%	漁業	2	0	0	2	0	0.0%
金融業	2	0	0	0	0	2	0	0.0%	マスコミ	1	1	0	2	1	50.0%
その他	20	0	0	0	1	21	5	23.8%	その他	16	4	2	22	8	36.4%
欠損値	31	0	0	0	0	31	0	0.0%	欠損値	35	1	0	36	1	2.8%
合計	376	16	6	1	1	400	36	9.0%	合計	401	17	3	421	23	5.5%

表4 嘱託産業医先でのメンタルヘルス対策の実施内容とその頻度

実施内容	事業場件数	「実施有り」に対する頻度	「契約有り」に対する頻度
従業員教育	35	71.4%	29.2%
管理職教育	33	67.3%	27.5%
健診でのスクリーニング	26	53.1%	21.7%
社内相談窓口の開設	22	44.9%	18.3%
社外相談窓口の開設	12	24.5%	10.0%
復職支援体制の整備	10	20.4%	8.3%
その他	10	20.4%	8.3%
精神科医の配置	7	14.3%	5.8%
カウンセラー等の配置	6	12.2%	5.0%
実施小計	49	100.0%	40.8%
産業医契約先合計	120		100.0%

発生率＝自殺未遂(既遂)累積件数／事業所数合計 で計算

「事業所数合計」の多い順に掲載

表 5 嘱託産業医先でのメンタルヘルス対策の実施内容とその頻度

実施内容	事業所規模(人)									
	<50		50-99		100-499		≥500		合計	
	事業所数	実施率(%)	事業所数	実施率(%)	事業所数	実施率(%)	事業所数	実施率(%)	事業所数	実施率(%)
メンタルヘルス対策を実施	3	33.3	45	55.8	14	70.0	6	85.7	68	58.1
従業員教育	1	11.1	24	29.6	8	40.0	3	42.9	36	30.8
管理職教育	1	11.1	21	25.9	6	30.0	5	71.4	33	28.2
健診でのスクリーニング	1	11.1	15	18.5	5	25.0	3	42.9	24	20.5
社内相談窓口の開設	2	22.2	10	12.3	3	15.0	6	85.7	21	17.9
社外相談窓口の開設	0	0.0	6	7.4	4	20.0	3	42.9	13	11.1
復職支援体制の整備	0	0.0	4	4.9	4	20.0	3	42.9	11	9.4
精神科医の配置	0	0.0	4	4.9	1	5.0	2	28.6	7	6.0
カウンセラー等の配置	0	0.0	2	2.5	2	10.0	2	28.6	6	5.1
その他	0	0.0	6	7.4	2	10.0	2	28.6	10	8.5
総事業所数	9	100.0	81	100.0	20	100.0	7	100.0	117	100.0

事業所規模別

表 6 事業所での自殺予防対策の推進にあたって

連携・協力が大切と考える関係機関(現在および今後)

項目	回答医師数(人)		回答医師数(%)	
	現在	今後	現在	今後
精神神経科専門医療機関	305	265	100.0%	86.9%
心療内科専門医療機関	272	233	89.2%	76.4%
地域産業保健センター	82	106	26.9%	34.8%
精神保健福祉センター	61	94	20.0%	30.8%
一般診療科	55	60	18.0%	19.7%
東京都産業保健推進センター	55	80	18.0%	26.2%
保健所	48	66	15.7%	21.6%
労働基準監督署	41	81	13.4%	26.6%
保健センター	31	52	10.2%	17.0%
区・市役所・町村役場	28	44	9.2%	14.4%
健康保険組合	24	41	7.9%	13.4%
労働基準協会	9	26	3.0%	8.5%
商工会	7	16	2.3%	5.2%
その他	9	12	3.0%	3.9%
total	305	305	100.0%	100.0%

表 7 外来診療における自殺未遂・既遂の発生頻度

自殺未遂・既遂の経験		過去1年間		自殺未遂・既遂の経験		過去10年間	
		回答医師数(人)	回答医師数(%)			回答医師数(人)	回答医師数(%)
あり	全体	65	14.6	あり	全体	143	32.1
	未遂	40	61.5		未遂	85	59.4
	既遂	32	49.2		既遂	86	60.1
なし		356	79.8	なし		272	61.0
欠損値		25	5.6	欠損値		31	7.0
合計		446	100.0	合計		446	100.0
自殺未遂・既遂の経験人数の分布		回答医師数(人)	回答医師数(%)	自殺未遂・既遂の経験人数の分布		回答医師数(人)	回答医師数(%)
未遂	0	25	38.5	未遂	0	58	40.6
	1	25	38.5		1	39	27.3
	2	6	9.2		2	22	15.4
	3	3	4.6		3	1	0.7
	5	2	3.1		4	3	2.1
	6	1	1.5		5	5	3.5
	10	1	1.5		7	1	0.7
	30	1	1.5		8	2	1.4
	40	1	1.5		10	5	3.5
	合計	65	100.0		12	1	0.7
既遂	0	33	50.8	15	2	1.4	
	1	31	47.7	20	1	0.7	
	2	1	1.5	50	1	0.7	
	合計	65	100.0	100	1	0.7	
				200	1	0.7	
				合計	143	100.0	
				既遂	0	57	39.9
					1	54	37.8
					2	23	16.1
					3	6	4.2
					8	1	0.7
					15	1	0.7
					20	1	0.7
				合計	143	100.0	

表 8 精神科・心療内科専門医との連携状況

精神科・心療内科専門医への紹介	回答医師数(人)	回答医師数(%)
頻繁にしている	196	43.9
あまりしていない	189	42.4
まったくしていない	45	10.1
小計	430	96.4
欠損値	16	3.6
合計	446	100.0
「頻繁にしている」場合の紹介のタイミング	回答医師数(人)	回答医師数(%)
何らかの精神疾患が疑われた	140	71.4
軽症例への治療で改善がない	119	60.7
希死念慮が認められた	95	48.5
自殺未遂が認められた	59	30.1
その他	13	6.6
小計	196	100.0
「あまりしていない」「まったくしていない」理由	回答医師数(人)	回答医師数(%)
患者さんが行きたがらない	85	36.3
連携先医療機関の数が少ない	51	21.8
その他	47	20.1
紹介できる専門医を知らない	40	17.1
混雑していて予約が取りにくい	32	13.7
かかりつけ医として自ら加療している	23	9.8
入院病棟を有する連携先医療機関を知らない	19	8.1
連携先医療機関を探す時間がない	7	3.0
小計	234	100.0

表 9 かかりつけ医の立場から、有効と考えられる自殺防止対策

かかりつけ医が有効と考える自殺防止対策	回答医師数(人)	回答医師数(%)
かかりつけ医と精神科・心療内科との連携	356	79.8
職場のメンタルヘルス対策の推進	260	58.3
かかりつけ医の審診断・スクリーニング技術の向上	255	57.2
患者家族の理解を得るための家族への啓発	180	40.4
地域住民への自殺・うつ病予防対策の啓発	99	22.2
有効な対策は見当たらない	13	2.9
その他	22	4.9
合計	446	100.0

表 10 うつ病に関する研修やトレーニングの受講歴

研修・トレーニング歴	回答医師数(人)	回答医師数(%)	
ある	産業医研修会	238	53.4
	地区医師会の講演会	155	34.8
	製薬会社の講演会	99	22.2
	その他	29	6.5
	小計	298	66.8
ない	時間がない	31	7.0
	機会がない	67	15.0
	必要性を感じない	15	3.4
	その他	3	0.7
	小計	134	30.0
欠損値	14	3.1	
合計	446	100.0	

表 11 診療報酬改訂(精神科医連携加算)の制度の利用

精神科医連携加算の利用		回答医師数(人)	回答医師数(%)
する		293	77.5
しない	紹介先を知らない	29	7.7
	現在加療中の疾患に影響する	20	5.3
	紹介で自殺を防げるとは思えない	15	4.0
	その他	28	7.4
	小計	85	22.5
合計		378	100.0

表 12 自殺未遂・既遂症例のプロファイル 産業医・外来診療別

		産業医						外来診療					
		自殺未遂 事例(人)	自殺未遂 事例(%)	自殺既遂 事例(人)	自殺既遂 事例(%)	不明	合計	自殺未遂 事例(人)	自殺未遂 事例(%)	自殺既遂 事例(人)	自殺既遂 事例(%)	不明	合計
性別	男性	3	12.0%	18	72.0%	0	21	10	7.2%	54	39.1%	1	65
	女性	0	0.0%	3	12.0%	1	4	20	14.5%	52	37.7%	1	73
年代	20代	1	4.0%	5	20.0%	0	6	7	5.1%	12	8.7%	1	20
	30代	1	4.0%	6	24.0%	0	7	12	8.7%	14	10.1%	1	27
	40代	1	4.0%	4	16.0%	0	5	3	2.2%	19	13.8%	0	22
	50代	0	0.0%	5	20.0%	0	5	4	2.9%	17	12.3%	0	21
	60代	0	0.0%	0	0.0%	1	1	3	2.2%	15	10.9%	0	18
	70代							1	0.7%	21	15.2%	0	22
	80代							0	0.0%	8	5.8%	0	8
	不明	0	0.0%	1	4.0%	0	1	0	0.0%	0	0.0%	0	0
配偶者の有無	あり	0	0.0%	12	48.0%	0	12	12	8.7%	56	40.6%	0	68
	なし	3	12.0%	9	36.0%	0	12	17	12.3%	50	36.2%	2	69
	不明	0	0.0%	0	0.0%	1	1	1	0.7%	0	0.0%	0	1
同居者の有無	あり	2	8.0%	10	40.0%	0	12	18	13.0%	76	55.1%	1	95
	なし	1	4.0%	8	32.0%	0	9	10	7.2%	26	18.8%	1	37
	不明	0	0.0%	3	12.0%	1	4	2	1.4%	4	2.9%	0	6
治療中の身体疾患	あり	2	8.0%	4	16.0%	1	7	8	5.8%	67	48.6%	1	76
	なし	1	4.0%	13	52.0%	0	14	20	14.5%	35	25.4%	1	56
	不明	0	0.0%	4	16.0%	0	4	2	1.4%	4	2.9%	0	6
治療中の精神疾患	あり	2	8.0%	8	32.0%	1	11	15	10.9%	53	38.4%	1	69
	なし	1	4.0%	7	28.0%	0	8	12	8.7%	43	31.2%	1	56
	不明	0	0.0%	6	24.0%	0	6	3	2.2%	10	7.2%	0	13
精神科受診歴	あり	2	8.0%	10	40.0%	0	12	20	14.5%	49	35.5%	0	69
	なし	1	4.0%	6	24.0%	1	8	9	6.5%	51	37.0%	2	62
	不明	0	0.0%	5	20.0%	0	5	1	0.7%	6	4.3%	0	7
自殺未遂歴	あり	3	12.0%	2	8.0%	0	5	14	10.1%	22	15.9%	1	37
	なし	0	0.0%	14	56.0%	1	15	15	10.9%	74	53.6%	1	90
	不明	0	0.0%	5	20.0%	0	5	1	0.7%	10	7.2%	0	11
自殺の原因	家族の問題	1	4.0%	3	12.0%	1	5	10	7.2%	26	18.8%	0	36
	健康問題	2	8.0%	6	24.0%	0	8	3	2.2%	30	21.7%	0	33
	男女問題	0	0.0%	1	4.0%	0	1	5	3.6%	7	5.1%	1	13
	学校問題	0	0.0%	0	0.0%	0	0	1	0.7%	1	0.7%	0	2
	勤務問題	1	4.0%	9	36.0%	0	10	6	4.3%	13	9.4%	1	20
	経済社会問題	1	4.0%	1	4.0%	0	2	1	0.7%	13	9.4%	0	14
	その他	0	0.0%	3	12.0%	0	3	3	2.2%	32	23.2%	0	35
仕事あり	管理職	0	0.0%	0	0.0%	0	0	2	1.4%	7	5.1%	0	9
	正規職員	3	12.0%	20	80.0%	0	23	8	5.8%	16	11.6%	1	25
	非正規職員	0	0.0%	1	4.0%	1	2	3	2.2%	8	5.8%	1	12
仕事なし	学生							1	0.7%	3	2.2%	0	4
	主婦							6	4.3%	28	20.3%	0	34
	失業者							3	2.2%	6	4.3%	0	9
	定年退職者							0	0.0%	16	11.6%	0	16
	その他							2	1.4%	8	5.8%	0	10
合計	3	12.0%	21	84.0%	1	25	30	21.7%	106	76.8%	2	138	

表 13 自殺未遂・既遂の発生と業種との関連

業種	解析法	値	自由度	有意確率	事業所の主な業員の分布				
					<50	50-299	300-999	>1000	合計
製造業	Pearson のカ2乗	0.1730	1	0.68	9	82	19	2	112
医療介護福祉	Pearson のカ2乗	1.8808	1	0.17	4	38	7	1	50
	Fisher の直接法			0.29					
情報技術関連	Pearson のカ2乗	6.2860	1	0.01	2	28	12	1	43
公務員	Pearson のカ2乗	0.1980	1	0.66	2	15	3	3	23
	Fisher の直接法			0.72					
不動産	Pearson のカ2乗	0.9074	1	0.34	1	11	2	0	14
	Fisher の直接法			0.29					
警備	Pearson のカ2乗	4.4970	1	0.03	0	7	3	0	10
	Fisher の直接法			0.09					

表 14 精神科・心療内科への患者紹介頻度と

「うつ病」に関する研修会受講歴との関連

		精神科・心療内科への紹介頻度		合計
		頻繁にしている	あまりしていない	
研修会の 受講歴	あり	147	147	294
	なし	85	48	133
合計		232	195	427

	値	自由度	有意確率
Pearson のカ2乗	7.14	1	0.008

表 15 「かかりつけ医として有効と思われる自殺予防対策」と

「うつ病」に関する研修会受講歴との関連

項目	研修会受講歴		Pearson の カ2乗値	自由度	有意確率
	あり	なし			
かかりつけ医による「うつ病」診断またはスクリーニングの技術向上	193	62	13.076	1	0.00030
かかりつけ医と精神科・心療内科専門医との連携	247	109	0.152	1	0.69689
地域住民への自殺・うつ病予防対策の啓発	78	21	5.772	1	0.01628
職場のメンタルヘルス対策の推進	199	61	17.429	1	0.00003
患者家族の理解を得るための、家族への教育・啓発	131	49	2.078	1	0.14940

派遣労働者およびそれを支援する

人材派遣会社担当者のメンタルヘルスに関する研究

分担研究者 廣 尚典 産業医科大学産業生態科学研究所精神保健学・准教授

研究要旨

人材派遣会社に勤務する労働者(主として、営業職、コーディネーター職)を対象とした質問票調査を行い、派遣労働者(主として登録型)のメンタルヘルスの実態、人材派遣業の営業職およびコーディネーター職が抱えるストレス等を検討した。

派遣労働者への対応に関連して、みずからメンタルヘルス不調をきたした経験のある人材派遣業の営業職およびコーディネーター職は全体の34%に及び、実務経験が1年以上になると特に高率となった。彼らに対して、セルフケアの方法に加え、職務遂行を円滑に行うためのメンタルヘルスに関連した教育研修や支援体制の構築が望まれる。

また、派遣労働者については、派遣(契約)前からメンタルヘルス不調をきたしていると思われる例が、彼らと直接接する機会が多い上記営業職およびコーディネーター職の57%で経験されていた。実務経験1年以上では特に高率であった。その時点で通院をしていた者は、40%に留まっていた。契約期間中にメンタルヘルス不調を起こした例は65%で経験されており、そのうちの約半数で職場のストレスが強く影響していると判断されていた。派遣労働者のメンタルヘルス対策としては、派遣労働者本人、派遣先、派遣元の3者間で、仕事の指示命令、適性、知識やスキルのすり合わせ等に関する問題を改善していくための方策を検討することに加え、仕事に関する訓練、仕事以外の面に対する支援のあり方を模索していく必要があると考えられた。

A. 研究目的

最近、不況による失業問題や傷害事件など、派遣労働および派遣労働者をめぐる様々な事象が大きな社会問題となっており、派遣労働者の支援の在り方についても議論が高まっている¹⁴⁾。しかしながらわが国では、それらが基盤とすべき派遣労働者の健康に関する実態はほとんど明らかになっていないのが現状である。

平成 19 年度に実施した「派遣労働者のメンタルヘルスと希死念慮に関する調査研究」で、派遣労働者（登録型、以下「派遣労働者」は主として登録型をさすものとする）においては、メンタルヘルス不調者（気分障害あるいは不安障害の可能性のある者）の割合が高いこと、それに影響する職業性因子は性別によって違いがあること、希死念慮および自殺未遂を経験した者の割合も高率であることなどの結果が得られた⁵⁾。

しかし他方で、この調査の対象は製造業に従事する派遣労働者が中心であり、現在わが国の派遣労働者の大半はオフィス内での事務作業に従事していることから、さらに別の調査を実施することにより、調査結果が派遣労働者全体の実態を反映したものであることを確認する必要があると考えられた。

また、同調査結果に示されたように、実際に派遣労働者の間でメンタルヘルス不調者の割合が高く、希死念慮を持つ者や自殺未遂に至る者も少なくないとすると、派遣労働者に接する人材派遣会社の営業職やコーディネーターのストレスも、他の業種の労働者とは異なった面があると思われる。

本研究では、それらを踏まえて、派遣労働者と接し、派遣先の決定、仕事に関する相談への対応などの支援を行う立場にある人材派遣

会社の営業職とコーディネーターに対する質問紙調査を行い、彼らのメンタルヘルスの実態を探るとともに、彼らを通してみた派遣労働者のメンタルヘルスの現状を検討した。

B. 研究方法

社団法人日本人材派遣協会の協力を得て、同協会に加盟している人材派遣会社の営業職およびコーディネーターを主な対象とする「メンタルヘルスマネジメントセミナー」の参加者に対して質問紙調査を実施した。セミナー開催時に、調査の主旨を研究者からの口頭および文面で伝え、協力に対する同意を求めた。回答は自由意思で無記名とした。回収はセミナー実施後に行なった。

質問票の内容は、回答者の属性、職種、人材派遣会社職員としての経験、派遣労働者への対応に関するストレス、担当した派遣労働者のメンタルヘルス不調に関する事柄などである（付録参照）。

セミナー参加者 139 名に質問票調査を配布し、回収数は 126 名（回収率 90.6%）であった。この 126 名の回答について、集計および解析を行なった。

C. 研究結果

1) 対象者の属性とストレス

性別は、男性 44 名（34.9%）、女性 59 名（46.8%）、不明（記載なし）23 名（18.3%）であった。

年齢層は、20 歳代 17 名（13.5%）、30 歳代 58 名（46.0%）、40 歳代 38 名（30.2%）、50 歳代 6 名（4.8%）、その他 7 名（5.6%）であった。

職種は、営業職 59 名（46.8%）、コーディネーター職 32 名（25.4%）、事務職 18 名

(14.3%)、その他 17 名(13.5%)であった。(複数をあげている回答については、営業職が含まれていれば営業職、それを除き、コーディネーター職が含まれていればコーディネーター職に計上した。)

人材派遣業に就いてからの経験年数は、1 年未満 12 名(9.5%) 1 年以上 3 年未満 33 名(26.2%)、3 年以上 5 年未満 31 名(24.6%)、5 年以上 48 名(38.1%)、不明 2 名(1.6%)であった。

派遣労働者への対応に苦慮したことに関連してメンタルヘルス不調に陥った(ストレスの過多による症状で悩んだり、心の病気になる)経験は、全体で 33 名(26.2%)にみられた。派遣労働者と直接接する機会が多い営業職およびコーディネーター職に限ってみると、91 名中 31 名(34.1%)がそうした経験を有していた。彼らの人材派遣業の経験年数別の該当人数(割合)を表 1 に示した。

2) 派遣労働者のメンタルヘルス不調

派遣労働者と直接接する機会が多い営業職およびコーディネーター職に限定して集計すると、対応した派遣労働者(登録者)が契約期間前にメンタルヘルス不調に陥っていたと思われる経験があるのは、52 名(57.1%)であった。表 2 には、人材派遣業の経験年数別の割合を示した。1 年以上と 1 年未満で大きな差を認めた。彼らが回答した契約前にメンタルヘルス不調に陥っていたと思われる派遣労働者の(のべ)総数は、186 人で、そのうち通院をしていたのを確認できていたのは 75 人(40.3%)であった。

対応した派遣労働者が契約期間中にメンタルヘルス不調を起こした例を経験したことがあるのは、同様に営業職およびコーディネータ

一職に限定して集計すると、59 名(64.8%)であった。表 3 には、人材派遣業の経験年数別に、その割合を示した。やはり、1 年以上と 1 年未満で大きな差が認められた。契約期間中にメンタルヘルス不調を起こした派遣労働者の(のべ)総数は、209 人であった。そのうち、職場のストレスが強く影響していると思われたのは 101 人(48.3%)であった。職場のストレスが強く影響していたと思われる例の具体的内容を表 4 にまとめた。

3) 派遣労働者の対応困難事例

対象者がメンタルヘルス不調を起こした派遣労働者への対応において困難を感じた事例を表 5 にまとめた。

D. 考 察

1) 人材派遣業関係者のメンタルヘルス

今回の対象者となった営業職およびコーディネーター職の中には、派遣労働者への対応に起因するメンタルヘルス不調を経験した者が 34.1%みられた。人材派遣業の経験年数別にみると、1 年以上の経験を有する者で、それ以下の者に比べ、急激に高率となり、3 年以上の経験を有する者の間ではむしろ低率化している。これは、表 4 に示したような派遣社員のメンタルヘルス不調への対応や、派遣先企業の担当者との折衝、派遣先担当者と派遣労働者間で板ばさみ状態になることなどによるストレス過多のため、あるいはメンタルヘルス不調の状態でそのような職務を遂行することが困難となったために、職種転換をしたり、退職に至ったりする者が少なくないことを反映している可能性がある。

人材派遣業の営業職およびコーディネーター職に対しては、メンタルヘルスに関するセル

ケアに加え、表5に示したようなメンタルヘルス不調に陥った派遣労働者への適切な対応についての教育研修が望まれるところである。また、彼らが円滑に業務を遂行できるような支援体制についても、人材派遣会社、関係団体等において検討されてよいであろう。

2) 派遣労働者のメンタルヘルス

表2から、登録型派遣を希望している者の中に、メンタルヘルス不調者が数多く含まれていることが推測される。また、そのうち、既に通院をしていた者が約4割に留まっていたことにも注目すべきであろう。回答は後向き調査に対するものであり、個々の評価に医療専門職が介在していない例が多いと考えられることから、妥当性(実際に当該者がメンタルヘルス不調の状態にあったか)は疑問の残るところであるが、今後の派遣労働者に対する健康支援のあり方を検討する上では留意すべき結果といえる。登録時や派遣期間前に当該者にメンタルヘルス不調が疑われた場合、営業職やコーディネーター職は、その改善に向けた助言などの働きかけを行うことになる。そのため、上述した彼らに対する教育研修の充実化は、派遣労働者のメンタルヘルス支援にも寄与すると考えられる。

登録型派遣は、みずからのキャリアプランに基づいた働き方や時間の有効活用などを意図して積極的に選択される場合も多いが、長期にわたってひとつの職場に従事したり、濃密な人間関係をもつのが困難な者(一部、メンタルヘルス不調者を含む)に対して、比較的働きやすい職場環境を提供できる面もある。しかし、契約満了によって当人は、収入が不安定になることに加え、社会保険の切り替えの問題等から医療費の支払いが一時的に困難となり、治

療が必要な場合にもそれを中断してしまう恐れがある。メンタルヘルス不調のために継続的な就業が困難な状態にある者にとっては、まさに悪循環に陥ってしまうことになると言える。派遣元、派遣先を超えた社会的ネットワークで派遣労働者の健康を支援する方策が望まれるところである。

契約期間(派遣労働)中にメンタルヘルス不調を起こした派遣労働者については、営業職およびコーディネーター職の65%が経験していた。それらのうち、半数近くに職場のストレスが関与していたことは、派遣労働者の仕事に関するストレス対策について、さらに評価と検討を行なっていく必要性を示唆するものといえよう。表4に掲げられた事項はその参考とすることができる。各事例において、仕事に関するストレスがメンタルヘルス不調の要因としてどの程度の重みがあったかは不明であるが、派遣先における指揮命令、業務の適性、知識やスキルに関する問題などについて、派遣労働者本人、派遣先関係者、派遣元関係者の間で改善するためのシステムを模索していくべきであろう。

一方で、残りの約半数では、メンタルヘルス不調に仕事関連の要因があまり関与していなかったことになる点も見逃すべきではない。それらのメンタルヘルス不調の主要因は不明であるが、家庭内の問題、仕事外の交友関係に関する事柄、当該労働者個人のメンタルヘルス不調に対する脆弱性の高さなどが考えられる。派遣労働者のメンタルヘルス対策を推進するにあたっては、こうした仕事以外の問題についても目を向けていく必要がある。

また、表4、5から、派遣労働者の一部に、継続的な就労に困難をもたらすような思考、行動パターンが見受けられる可能性も示唆され

る。その一部はメンタルヘルス不調に起因していることも推測されるが、そのような点を適切に評価し、必要によっては就労のための訓練等を行う支援も検討する余地がある。

3) 本研究の限界と今後の展望

今回の対象者は、主として社団法人人材派遣協会の会員となっている人材派遣会社の営業職およびコーディネーターで、「メンタルヘルスマネジメントセミナー」に希望して参加したと考えられる者である。対象者数が少数であることから、人材派遣業全体の実態を一部反映していない可能性がある。さらに、大規模で詳細な調査研究が望まれるところである。

E. 結論

人材派遣業に従事する労働者を対象とした調査によって、その営業職およびコーディネーター職のメンタルヘルスおよびストレスの現状と彼らが接する派遣労働者のメンタルヘルスの諸問題について、それらの一部を明らかにした。

人材派遣業に従事する営業職およびコーディネーター職に対しては、職務遂行のためのメンタルヘルスに関する教育の推進と支援体制の強化が望まれる。

派遣労働者については、契約時点あるいは契約期間中にメンタルヘルスの支援が望まれる者が多くみられ、後者の半数程度に職場のストレスが強く影響していると考えられた。派遣労働者本人、派遣先、派遣元の3者がそれらの改善に向けて関わるシステムの構築や、継続的な支援に関する訓練、医療を含めた社会的な支援ネットワークなどの検討が望まれる。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
特記事項なし

H. 引用文献

- 1) Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J: Temporary employment and health: a review. *Internal Journal of Epidemiology* 28, 610-622, 2005.
- 2) Bardasi E, Francesconi M: The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from an panel of British workers. *Social Science & Medicine* 58, 1671-1688, 2004.
- 3) Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE: Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology* 158, 663-668, 2003.
- 4) Kim HI, Muntaner C, Khang YH, Paek D, Cho SI: The relationship between nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social*

- Science & Medicine 63, 566-574, 2005.
- 5) 廣尚典, 田中克俊, 飯島美世子: 派遣労働者のメンタルヘルスと希死念慮に関する検討. 労働安全衛生総合研究事業 労働者の自殺予防に関する介入研究(主任研究者: 島悟) 平成 19 年度総括・分担研究報告書, 108-116.

表 1. 派遣労働者への対応に関連してメンタルヘルス不調を起こした経験

(人材派遣業の経験年数)	あり (%)	なし (%)	不明 (%)
1年未満	2 (22.2)	6 (66.7)	1 (11.1)
1年以上3年未満	11 (47.8)	11 (47.8)	1 (4.3)
3年以上5年未満	8 (34.8)	14 (60.9)	1 (4.3)
5年以上	10 (27.8)	24 (66.7)	2 (5.6)
計	31 (34.1)	55 (60.4)	5 (5.5)

表 2. 派遣労働者が契約期間前にメンタルヘルス不調を起こしていた経験

(人材派遣業の経験年数)	あり (%)	なし (%)	不明 (%)
1年未満	2 (22.2)	6 (66.7)	1 (11.1)
1年以上3年未満	16 (69.6)	7 (30.4)	0
3年以上5年未満	11 (47.8)	12 (52.2)	0
5年以上	23 (63.9)	12 (33.3)	1 (2.8)
計	52 (57.1)	37 (40.7)	2 (2.2)

表 3. 派遣労働者が契約期間中にメンタルヘルス不調を起こした経験

(人材派遣業の経験年数)	あり (%)	なし (%)	不明 (%)
1年未満	3 (33.3)	5 (55.6)	1 (11.1)
1年以上3年未満	17 (73.9)	5 (21.7)	1 (4.3)
3年以上5年未満	13 (56.5)	9 (39.1)	1 (4.3)
5年以上	26 (72.2)	8 (22.2)	2 (5.6)
計	59 (64.8)	27 (29.7)	5 (5.5)

表 4. 契約期間中に派遣労働者がメンタルヘルス不調を起こした例の経緯：
職場のストレスと強い関連があったもの

-
- ・人間関係(他の派遣スタッフ, 上司, 同僚の正社員など)がうまくいかなかった。
 - ・本人にとっての残業過多があった。
 - ・同僚からのいじめを受けた。
 - ・パワーハラスメント(上司からのいじめ)があった。
 - ・セクシャルハラスメントを受けた。
 - ・職場で恋愛問題を起こした。
 - ・上司の業務についての指導不足があった。
 - ・作業手順における上司との意見の食い違いが強かった。
 - ・上司からの叱責がきびしかった。
 - ・上司の退職によって動揺した。
 - ・知識・スキル不足によって業務遂行困難に陥った。
 - ・業務内容とスキルが適合していなかった。
 - ・業務に対する適性に問題に問題があった。
 - ・経験のない業務に就いたことによって強い戸惑いが続いた。
 - ・体調(メンタルヘルス面)不良下での業務負荷に耐えられなかった。
 - ・業務量が仕事開始当初より増加した。
 - ・業務量が過少であった。
 - ・前任者との引継ぎでトラブルがあった。
 - ・指示命令が不明瞭であった。
 - ・想定していた業務内容と実際の業務内容にギャップが大きかった。
 - ・仕事に対する責任の重圧を強く感じた。
 - ・一人作業における孤立感が強かった。
 - ・通勤が困難だった。
 - ・同僚の派遣スタッフの契約終了によって動揺した。
 - ・折にふれ, 同僚と比較された。
-

表 5. メンタルヘルス不調に陥ったスタッフへの対応で困難だった点

-
- ・気分がむらがあり、主張が次々に変わった。
 - ・他責的な面が強かった。
 - ・自責感が非常に強かった。
 - ・突然連絡が取れなくなった。
 - ・無断欠勤が多くなった。
 - ・突然、入社拒否を起こした。
 - ・被害妄想的な言動を繰り返した。
 - ・収入面の問題から、休業を強く拒んだ。
 - ・病識が乏しく、専門医につなげなかった。
 - ・感情の起伏が激しく、冷静に話し合いをするのが困難だった。
 - ・夜間に長時間電話対応をさせられた。
 - ・頻回の電話、メールに悩まされた。
 - ・時間外のカウンセリングを強く要求された。
 - ・夜中に希死念慮を告げられた。
 - ・虚言癖があった。
 - ・約束を守れないことを繰り返した。
 - ・助言・説得を受け入れなかった。
 - ・理論武装をしていた。
 - ・会話がかみ合わなかった。
 - ・診断書の提出を拒否された。
 - ・契約終了を強硬に拒否した。
 - ・派遣先の関係者の協力による問題解決が図れなかった。
 - ・重要であると思われるプライベートな面の助言ができなかった。
 - ・家族の支援が得られなかった。
-

付録. 調査に用いた質問票の本文

以下の質問にご回答ください。

1. 性別と年齢を教えてください。あてはまるものに○をつけてください。

- ①男性 ②女性
①20歳代 ②30歳代 ③40歳代 ④50歳代 ⑤その他

2. 職種を教えてください。あてはまるものに○をつけてください。

- ①営業職 ②コーディネーター職 ③事務職 その他(具体的に)

3. 人材派遣業に就いてからの経験年数を教えてください。あてはまるものに○をつけてください。(2社以上の経験がある場合には、トータルの期間をお答えください。)

- ①1年未満 ②1年以上3年未満 ③3年以上5年未満 ④5年以上

4. これまでに、派遣スタッフの対応に苦慮して、メンタルヘルス不調(ストレス過多による症状で悩んだり、心の病気になったりしたことをさす)になったことがありますか？

- ①ある ②ない

5. あなたが対応した派遣スタッフ(登録者)が、契約期間前(紹介した仕事を始める前)に、メンタルヘルス不調に陥っていたと思われる例を経験したことがありますか？

- ①ある →問6に ②ない →問7に

6. (問5で「ある」と回答した方に)

6-1. その人数は何人ですか？()人

6-2. そのうち、すでに通院をしていた人数は何人ですか？()人

6-3. 通院の経験はあったが、その時点では通院をしていなかった人数は何人ですか？

()人

7. (この問いはまた、全員にうかがいます)あなたが対応した派遣スタッフが、契約期間中にメンタルヘルス不調を起こした例を経験したことがありますか？

- ①ある →問8に ②ない →問9に

8. (問7で「ある」と回答した方に)

8-1. その人数は何人ですか？()人

8-2. そのうち、職場のストレスが強く影響していると思われた例は何人ですか？（ ）人

8-3. 職場のストレスが強く影響していたと思われる例の具体例を記してください。

例) 上司との人間関係に悩んだ

8-4. それらの派遣スタッフへの対応で困難だったことを簡潔に記してください。

例) 通院を促したが、拒否をされた。夜遅く、深刻な電話をしてきた。

9. (この問いはまた、全員にうかがいます) スタッフへの対応の面で、健康管理に関して持っていたら役に立ったと思われる情報があれば、具体的に記してください。

例) 症状別の受診先医療機関の専門科(捻挫→整形外科など)

自殺をほのめかされたときの対処

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
分担研究報告書

派遣スタッフの精神健康に関連する要因についての研究

分担研究者	田中 克俊	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学准教授
研究協力者	間山 一枝	放送大学
	田中 美加	福岡大学医学部看護学科
	柴岡 三智	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
	小島 玲子	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
	渡部 真弓	北里大学大学院医療系研究科産業精神保健学
	鎌田 直樹	北里大学医学部精神神経科

研究要旨

本研究班における研究の中で、これまで調査の対象となることが少なかった派遣労働者の精神健康に関する実態調査を行ってきた。今回我々は、ワークライフバランスや組織公平性尺度といった新しい尺度を含んだ調査を実施し、派遣スタッフの精神健康の関連要因を、多変量解析を用いて調べた。

本研究にて、派遣社員の精神健康は、同居の有無や、睡眠時間、睡眠に関連する問題の有無、飲酒習慣の有無、仕事上のストレス等といった一般的な関連要因の他に、対人関係公平性やワークライフバランスとも有意な関連があることが示された。昨今派遣社員を取り巻く社会状況は急激に厳しさを増しているが、労働者の自殺予防の観点からも、本研究において得られた結果をもとに、今後派遣社員の精神健康度の予防に関する研究が進められることが期待される。

A. 研究目的

これまでの本研究班における研究の中で、派遣労働者の精神健康に関する実態調査を行ってきた。しかしながら、多くの要因についての調査が困難であったことから、派遣スタッフの精神健康の関連要因を調べるための多変量解析は実施出来なかった。今回我々は、ワークライフバランスや組織公平性尺度といった新しい尺度を含んだ調査を実施し、派遣スタッフの精神健康の関連要因を、多変量解析を用いて調べた。

B. 研究方法

1. 参加者と手続き

大手人材派遣会社に登録して就業している派遣スタッフ 32,322 名が受検予定となっている 2007 年 12 月の定期健康診断の際に自記式質問票調査を実施した。自記式調査票に、調査への参加は全くの自由であり、調査への不参加によって何ら不利益を生じないこと、プライバシーは完全に守られることを明記した。

2. 調査項目

精神健康度は K6 質問票日本語版 (Kessler et al.2002; 古川ら, 2003)を用いて調べた。K6 合計点 (range 0-24) で 9 点以上の場合、有意に気分障害・不安障害の可能性が高まることが報告されている。説明変数として、年齢、性、職種 (営業・販売、事務、技術 (エンジニア)、技能 (製造)、その他)、同居者の有無、平均睡眠時間、睡眠に何らかの問題の有無 [寝つきが悪い、途中何度も目が覚める、熟睡感がないなど] 飲酒習慣の有無を調べた。また Visual Analogue Scale (VAS)を用いて、現在の仕事に対する満足度 (非常に不満:0, 非常に満足:10 とする)、ワークライフバ

ランス (仕事と私生活の両立) についての満足度 (非常に不満:0, 非常に満足:10 とする)、仕事上のストレス (全く感じない:0, 非常に感じる:10)、職場での自分に対する評価や仕事の役割等が決定される手続きにおける公平性 (=手続き公平性) (公平だと全く思わない:0, 全くそう思う:10 以下同様)、職場の対人関係における誠実な態度 (=対人関係公平性) に関する自己評価を聞いた。

4. 統計解析

参加者の基本属性及び各尺度について集計を行った。

K6 で評価された精神健康度の関連要因を調べるため Generalized Estimating Equation (GEE) モデルを用いて解析を行った。

C. 結果

32,322 名中、定期健康診断を受検したのは 15,373 名であった。その中の 5,269 名 (34.3%) から有効回答を得た。

1. 参加者の基本属性

解析対象となった 5,269 名中、男性 95 名 (1.8%)、女性 5,174 名 (98.2%) で、ほとんどが女性であった。参加者の平均年齢 (SD) は 32.2 (6.4) 歳だった。

78.5% が同居者を有し、35.1% に飲酒習慣を認めた。平均睡眠時間 (SD) は、6.3 (0.9) 時間で、29.1% の人が睡眠に何らかの問題を抱えていた。職種は、事務職が 89.4% と最も多くを占めていた。仕事ストレスの VAS 得点 (SD) は、5.3 (2.6) だった。仕事満足度、ワークライフバランス、手続公平性、対人公平性の VAS 得点 (SD) は、それぞれ 5.3 (2.3)、5.8 (2.3)、

5.2(2.3), 6.9(2.4)だった(表 1)。

2. 精神健康との関連要因

目的変数である K6 得点の分布を図 1 に示す。K6 得点は 6.032 名より完全回答が得られた。K6 のカットオフポイントとされている 9 点以上の参加者は 759 名(12.6%)であった。K6 得点の分布は Poisson 分布に近似しているため、解析は log Poisson GEE を用いて行った。解析結果を表 2 に示す。K6 得点と有意な正の関連を示したものは、同居者がいないこと、飲酒習慣があること、平均睡眠時間が短いこと、睡眠に問題を感じていること、ワークライフバランスについての満足度が低いこと、仕事ストレスを感じていること、対人関係公平性についての評価が低いことがあげられた。特にワークライフバランスにおいては、VAS で測定された尺度の中で最も大きな回帰係数を認めた(表 2)。

D. 考察

本研究にて、派遣社員の精神健康は、同居の有無や、睡眠時間、睡眠に関連する問題の有無、飲酒習慣の有無、仕事上のストレス等といった一般的な関連要因の他に、対人関係公平性やワークライフバランスとも有意な関連があることが示された。本調査実施時点での K6 高得点者(9 点以上)は 12.6%と特に高い割合ではなかったが、昨今派遣社員を取り巻く社会状況は急激に厳しさを増しており現時点での本研究結果の妥当性は高くはないといえる。しかしながら、本研究において、派遣社員の精神健康度においては、ワークライフバランスに対する満足度が強い影響を示すことが示され、今後の研究に有用な示唆を与えた。労働者の自殺予防の観点からも、本研究において得ら

れた結果をもとに、今後派遣社員の精神健康度の予防に関する研究が進められることが望まれる。

E. 結論

派遣社員の精神健康は、同居の有無や、睡眠時間、睡眠に関連する問題の有無、飲酒習慣の有無、仕事上のストレス、対人関係公平性の他、ワークライフバランスと強い関連があることが示された。

F. 健康危機情報

該当せず。

G. 研究発表

該当せず

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

該当せず。

2. 実用新案登録

該当せず。

3. その他

該当せず。

I. 引用文献

- 1) 廣尚典, 田中克俊, 飯島美世子; 派遣労働者のメンタルヘルスと希死念慮に関する調査研究. 厚生労働省厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究事業「労働者の自殺予防に関する介入研究」(主任研究者: 島悟) 平成 19 年度 総括・分担研究報告書, 2008. 3 月
- 2) 廣尚典, 田中克俊, 飯島美世子; 派遣労働者のメンタルヘルスの現状に関する検討.