

アルコール依存症とは

- お酒の飲み方がコントロールできなくなる
 - 飲酒を飲みたい気持ち↑↑
 - 飲まない和不快な症状が出現
(不安、いらいら、手の震え、発汗、不眠…)
- 程度が重くなると、「分別ある飲酒」への回復はできない
- 「意志が弱い」「だらしない」のではなく、病気としての対応が必要(→専門治療)

アルコール依存症もまだ誤解の多い疾病である。飲酒欲求が非常に高まり、飲まないではいられない、飲酒が生活の重要な要素となってしまうような状態(精神依存)と、飲酒をしないと手の振え、発汗、不眠といった不快な症状が現れる状態(身体依存)の両面がみられるのが特徴である。一言で言えば、飲酒のコントロール障害であり、「適度に酒を楽しむ」ような飲み方ができなくなる。

それは意志の問題や生活態度の問題として取り扱うのではなく、病気としての対応が求められる。

職場におけるアルコール依存症のサイン

- γ -GTPの異常高値
- γ -GTPが基準値内でも…

職場で見られやすい変化

- 飲酒に関する休業
- 出社時の酒臭
- 懇親の場での泥酔
- 突発欠勤の増加
- 作業効率の低下
- 性格変化 など

飲酒量が適当かどうかの指標として γ -GTPがよく用いられる。 γ -GTPは法定の定期健診項目であり、飲酒量をよく反映することが知られているが、多量飲酒によっても値が上昇しない例があり、また飲酒によって様々な問題行動を起こす程度とは必ずしも同期して変化しない。

職場でアルコール依存症や多量飲酒の評価を行う場合には、 γ -GTP値だけでなく、飲酒による問題行動にも注意して、それらを見逃さないことが大切である。

多量飲酒への対応:留意事項

- ストレス解消などに少し飲酒を勧める
 - 飲酒をコントロールできない場合は、結果的に過量飲酒を招くことになる
- 酒による失敗を大目に見る、その戻拭いをする
 - 本人が自分の飲酒問題を直視するのを回避させることにつながり、結果的に飲酒の後押しになる
- 過量飲酒の原因を本人に問いただし、その解決を図る
 - 本人の語る飲酒理由(例えば、家庭不和、仕事上の問題)が妥当であるとは限らず、それだけでは改善しないことも多い

アルコール依存症が疑われる多量飲酒者（ γ -GTP が著しく高値の例や前述の行動の変化がみられる例）への対応としては、この 3 点に留意したい。

飲酒理由を確認してその解決策を検討するだけでなく、あるいはそれよりも、現時点での飲酒が引き起こしている問題を明確化し、今後いかにしたら飲酒を減らせるかについての具体的な方法話し合っていくことを重視すべきである。

自殺を考えていることを打ち明けられたら……

- すぐに相手の考えを否定しない
- 気持ちを相手の立場に立って聴く
 - 時間をつくることも重要
- 解決の援助を行う用意があることを伝える
- 専門家に相談することを勧める(同行する)
- キーパーソン(家族、親族、親友など)と連絡をとる
- 産業保健スタッフと連携し、複数の人と協力して対応する
- ひとりにしない



レアケースであると思われるが、もし部下から希死念慮を打ち明けられたら、この 7 点に留意すべきである。まず、時間をかけて本人の苦しみを聴いてあげることは不可欠である。ひとりに対応しようとせずに、家族や産業保健スタッフと連携することも重要である。

プライバシー・個人情報との関係

- 本人の生命・安全を確保することのほうを優先すべき場合がある。



- 自殺の危険が迫っていると感じられたら、本人が同意を躊躇しても、産業保健スタッフ、家族と連携をとる。

- 緊急時の連絡先は…

本人から他の人には言わないでもらいたいなどと言われても、説得を図った上で、家族と連携すべきである。この場合、本人を保護することが、プライバシーや個人情報保護よりも優先される。

枠内には、各職場(事業場)で、適当な部署の電話番号等を記入すること。

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

心の健康問題により休業した労働者の職場復帰に関する調査

主任研究者 島 悟 京都文教大学臨床心理学部臨床心理学科・教授
研究協力者 阿部 朋典 神田東クリニック
高安 陶子
島袋 恵美

研究要旨

中央労働災害防止協会会員を対象として、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」の使用の実態及び、職場復帰支援について困っている点、職場復帰支援の仕組み、心の病になる労働者の増減などについて実態を把握するためにアンケート調査を実施した。1,223 事業場（総労働者 104 万 5627 人、総労働人口の 1.74%）から回答を得た。

本調査の結果、手引きについては、その存在を知っている事業場は 6 割を超えるが、実際に利用したことがある事業場は 3 割に満たないという実態が明らかとなった。

また、職場復帰支援に関して、手引きを使用していない事業場においては、復職の可否の判断や、復職の具体的な進め方に困難を感じているが、手引きを使用している事業場においては復職後のフォローアップに困難を感じていることが明らかとなった。

手引きを利用することにより、復職復帰支援の流れや情報収集の際のポイントを知ることが可能である。しかし、復職後の対応については、より詳細な方法を記載するなどの改善が必要であると考えられる。

過去 1 年間のいずれかの時期において、1 か月以上心の病で休業した労働者がいた事業場は 62.3% であった。全労働者数及び休業者数の記載のあった事業場の総労働者数は 939,415 人であり、このうち休業者数は 4,361 人であり、この値から算出した休業者率は 0.46% であった。休業期間は平均して 3.2 か月から 10.1 か月、中央値の平均は 6.16 ヶ月であった。事業場規模別の休業率では、300 人未満の事業場は 1.56%、300-999 人の事業場は 0.60%、1,000 人以上の事業場は休業者率 0.39% であった。心の病による疾病休業にともなう労働損失は膨大であり、特に中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の拡充が望まれる。

A. 研究目的

島・倉林・毛利・佐藤(2004)によると、日本の中小規模事業場における精神障害による疾病休業率は0.79%であり、平均休業月数は5.2カ月であった。このデータをもとに我が国の労働者における精神障害による1か月以上の疾病休業総人口推定値を算出すると47万4000人となり、疾病休業総月数推定値は246万4800か月となる。また逸失利益(賃金ベース)推定値は9468億9400万円である。このように精神障害による疾病休業による社会的損失は非常に大きい。また、復職に関しては、それぞれの事業場において様々な取り組みがなされているものの、その内容においては、ばらつきが大きいことが明らかになった。

そのような状況を踏まえ、平成16年には「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が厚生労働省によって作成された。これは、心の健康問題によって休業した労働者が職場に復帰するにあたり、事業者が行う職場復帰支援の内容について示したものである。各事業者が職場復帰プログラムを策定し、それを計画的に行うための参考とするためのものである。

しかし、各事業所において、この手引きがどの程度使用されているのか、そして、この手引きを使用することで職場復帰支援にどのような効果をあたえているかは現時点では明らかになっていない。また、各事業所の職場復帰支援の内容や、職場復帰支援を行う際に感じる困難などについて詳細に調査した研究はない。

本調査の目的は、心の病で休業する労働者と職場復帰支援の実態を明らかにし、労働者に対する職場復帰支援のあり方を更に検討するための資料を提供することである。

B. 研究方法

1. 対象と調査期間

中央労働災害防止協会の賛助会員に調査を依頼した。調査票を回収することができた事業場は1223事業場である。調査票を回収した事業場に働く労働者総数は104万5627人であり、わが国の総労働人口を6000万人とすると、その1.74%を占める。

各事業所に調査票を郵送によって送付し、郵送によって回収した。平成21年1月に調査を実施した。

調査票に記入をした者の属性(複数回答)は、産業医が5.1%、衛生管理者が26.5%、保健師・看護師が14.6%、心理相談担当者・産業カウンセラー・臨床心理士等が6.1%、人事労務担当者が45.9%、安全衛生管理者が17.5%、健保組合職員が0.2%、その他が7.4%であった(図1)。

2. 調査内容と項目

調査票の主な項目は以下の通りである。調査協力者自身や、調査協力者が所属する事業場について、以下の点において質問をした。

1) 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について

手引きの存在を知っているか、読んだことがあるかなどについて尋ねた。

2) 職場復帰支援について困っている点

事業場における職場復帰支援に関して、具体的に困っている点について尋ねた。「困っていない」から「非常に困っている」まで4件法で回答を求めた。

3) 職場復帰支援の仕組み

事業場における職場復帰支援の仕組みに

ついて尋ねた。休職中の本人への定期的連絡の有無や頻度、復職判定委員会の有無などの項目がある。

4) 心の病になる労働者の増減

事業場において、過去3年間において心の病になる労働者の増減と、増えている場合は何倍になっているかについて尋ねた。

5) 心の病で休業した労働者の増減

事業場において、過去1年間に、1か月以上心の病で休業した労働者がいたかどうかを尋ね、その年齢別、男女別の人数と管理職の人数を尋ねた。

C. 研究結果

1. 「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について

「手引きの存在を知っている」と答えた事業場が61.8%、「知らない」と答えた事業場が38.2%であった(図2)。また、「手引きを読んだことがある」と答えた事業場が55.1%、「読んだことがない」と答えた事業場が44.9%であった(図3)。そして、「手引きを参照し、実際に利用したことがある」と答えた事業場が27.0%、「利用したことがない」と答えた事業場が73.0%であった(図4)。手引きについては、その存在を知っている事業場は6割を超えるが、実際に利用したことがある事業場は3割に満たないという実態が明らかとなった。

2. 職場復帰支援について困っている点

各項目について、4件法の得点の平均値を算出した。平均値が高いものから順に上位5項目を挙げると、「復職後の仕事の負荷のかけ方が難しい」、「復職の可否の判断が難しい」、「復職しても仕事が十分にできない」、「復職後の再燃・再発が多い」、「復職がうまくいかな

い」であった。周囲との関係などに関する項目よりも、復職の判断や、復職後の労働者への対応の仕方に困難を感じる項目が上位であった。

また、過去1か月のいずれかの時期において、1か月以上、心の病で休業した労働者がいたと回答し、「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」を使用したことがあると回答した事業場に限定し、職場復帰支援に関する各項目について、4件法の得点の平均値を算出した。

平均値が高いものから順に上位5項目を挙げると、「復職後の再燃、再発が多い」、「復職しても仕事が十分にできない」、「復職後の仕事の負荷のかけ方が難しい」、「主治医の診断書が当てにならない」、「復職の可否の判断が難しい」であった。事業場において休職者が発生し、実際に手引きを使用していた場合でも、復職の判断や、復職後の労働者への対応の仕方に困難を感じていることが明らかとなった。

次に、規模の比較的大きい事業所(従業員が300人以上)に限定し、手引きを使用している人と手引きを使用していない人の2群において、上記の項目の得点についてt検定を行った。

手引きを使用している群において有意に得点が高かったのが「復職後の再燃・再発が多い」($t(498)=3.09, p<0.1$)、「主治医の診断書が当てにならない」($t(495)=4.23, p<0.1$)、「同僚としての接し方がわからない」($t(487)=2.03, p<0.5$)であった。また、手引きを使用していない群において優位に得点が高かったのが「復職の可否の判断が難しい」($t(497)=2.36, p<0.5$)、「復職の進め方が分からない」($t(492)=3.25, p<0.1$)であった。手引き

を使用している事業場においては復職後の対応に困難を感じているが、手引きを使用していない事業場においては、復職の判断そのものに困難を感じていることが明らかとなった。

3. 職場復帰支援の仕組み

次に、各事業場の職場復帰支援の仕組みについて尋ねた結果については、「職場復帰支援プログラムの策定が行われている」事業場は 41.5%であった。職場復帰プログラムの策定が衛生委員会等の調査審議事項となっている事業場は 20.2%であった。休職中の本人用の手引きがある事業場は 15.5%であった。休職中の定期的連絡を行っている事業場は 72.1%であり、その連絡頻度は平均して 27.7日に 1 回程度であった。実際に定期的連絡を行う者は、産業医が 11.2%、保健師もしくは看護師が 18.9%、カウンセラーが 4.6%、上司が 48.9%、人事労務が 34.3%であった。休職者への連絡を行うのは、産業保健スタッフなどよりも上司が行うことが多いという実態が明らかとなった。

本人記入用の復職願いの書式がある事業場は 37.7%であった。通常診断書以外の主治医が記載する意見書書式がある事業場は 42.0%であった。復職前の産業医面談がある事業場は 64.0%であり、復職判定委員会がある事業場は 25.5%であった。

通勤訓練を行っている事業場は 29.3%、試し出勤(リハビリり入社、ならし入社)の制度を設けている事業場は 32.7%であった。試し出勤の制度を設けている事業場の中で、試し出勤の期間中に給与が支給される事業場は 62.5%、交通費が支給される事業場は 70.0%、事故に備えての民間保険に入っている事業場は 35.6%であった。試し出勤を希望者のみに

実施している事業場は 46.9%であり、休職者全員に実施している事業場は 53.1%であった。試し出勤の期間は、平均して 2.1 週間から 2.1 か月の間であり、試し出勤を開始する際の一泊あたりの勤務時間は平均して 3.5 時間であった。また、試し出勤が就業規則に定められている事業場は 33.5%であった。

復職後の労働時間短縮あるいは労働日数制限を行っている事業場は 30.5%であった。制限の期間は、平均して 2.0 週間から 2.4 か月であり、一日当たりの労働時間の短縮は 2.3 時間から 3.5 時間であった。また、一週間における休務の日数の平均は 2.1 日だった。就業時間短縮勤務の期間が無制限である事業場は 4.3%であった。就業時間短縮勤務において、賃金控除を伴う事業場は 54.4%であり、就業時間短縮勤務が就業規則に定められている制度である事業場は 34.1%であった。

復職後に産業時による定期的面談が実施されている事業場は 51.9%であり、面談が行われる頻度は平均して 27.7 日に一回程度であり、面談が行われる期間は平均して復職してから 5.9 ヶ月後まで実施されていた。

復職の可否判断において、会社の指定する精神科医による面接や診断を求める制度がある事業場は 25.8%であった。このような制度のない事業場のなかで、同制度を利用したいと考えている事業場は 50.9%であった。

職場復帰支援において、障害者職業センターや医療機関などの外部機関を利用したことがある事業場は 17.0%であった。これまで利用した外部機関は、障害者職業センターが 7.8%、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターが 1.9%、医療機関が 4.7%、EAP 機関が 4.6%であった。

私傷病による休職の最長期間は平均で

21.2 か月であった。同一の私傷病による休職が、一定期間以内であれば通算する規則のある事業場は 35.1%であり、通算する際の休職の間隔は、平均して 6.8 か月であった。

4. 心の病になる労働者の増減

過去 3 年間における、心の病になった労働者の増減について尋ねた(図 5)。「増加している」が 29.5%、「横ばいである」が 40.7%、「減少している」が 5.6%、「不明」が 24.1%であった。増加していると答えた者において、その増加の割合は平均して約 1.9 倍であった。

5. 心の病で休業する労働者の増減

過去 3 年間における、心の病で休業した労働者の増減について尋ねた(図 6)。「増加している」が 27.0%、「横ばいである」が 43.9%、「減少している」が 9.3%、「不明」が 19.9%であった。増加していると答えた者において、その増加の割合は平均して約 1.9 倍であった。

6. 過去 1 年間で 1 か月以上、心の病で休業した労働者数

過去 1 年間のいずれかの時期において、1 か月以上心の病で休業した労働者がいた事業場は 62.3%であった。全労働者数及び休業者数の記載のあった事業場の総労働者数は 939,415 人であり、このうち休業者数は 4,361 人であり、この値から算出した休業者率は 0.46%であった。

性別の記載のあった 3,811 人中、男性は 3,211 人(84.3%)、女性は 600 人(15.7%)であった。年代の記載のあった 3,644 人については、10 代が 37 人(1.0%)、20 代が 672 人(18.4%)、30 代が 1,328 人(36.4%)、40 代が 1,150 人(31.6%)、50 代が 466 人(12.8%)、

60 代が 11 人(0.3%)であった。また管理職は 451 人であった。休業期間は平均して 3.2 か月から 10.1 か月、中央値の平均は 6.16 ヶ月であった。

事業場規模別では、300 人未満の事業場の総労働者は 35,694 人、休業者は 558 人(休業者率 1.56%)であり、300-999 人の事業場の総労働者数は 136,910 人、休業者数は 818 人(休業者率 0.60%)であり、1,000 人以上の事業場の総労働者数は 766,811 人、休業者数は 2,985 人(休業者率 0.39%)であった。

D. 考 察

1. 手引きを使用することの意義

本研究から、職場復帰支援に関して、手引きを使用していない事業場においては、復職の可否の判断や、復職の具体的な進め方に困難を感じていることが明らかとなった。手引きには、職場復帰の可否の判断をする際に必要な情報の収集のポイントや、職場復帰支援プランの作成の方法について詳細に記載されている。手引きを使用することで、これらの困難が軽減する可能性が示唆された。

手引きには、職場復帰支援の各ステップについてその具体的な方法が示されている。しかし、手引きを使用していない事業場は 73.0%にものぼっていた。その理由として以下の二点が考えられる。まずひとつは、そもそも手引きの存在を知らない事業場が 38.2%あったということである。手引きの存在とその内容を周知させることは、各事業場が職場復帰支援への困難を軽減させるためにも必要なことである。

次に、手引きの存在は知っていても、手引きを使用することの意義が十分に理解されてい

ないということが考えられる。本研究により、手引きを使用している事業場は、復職の可否の判断や、復職の具体的な進め方に困難を感じている程度が有意に低いことが明らかとなった。この結果から、手引きを使用することの意義が明らかとなった。

2. 手引きの改善点

手引きを使用している事業場において、有意に得点が高かったのが「復職後の再燃・再発が多い」、「主治医の診断書が当てにならない」、「同僚としての接し方がわからない」など、復職後のフォローアップに困難を感じている項目であった。職場復帰支援は、職場に復帰するまでで終わりではなく、復帰後のフォローアップが非常に重要となる。手引きにも、フォローアップ時のチェックポイントとして、勤務状況の評価や治療状況の確認などを挙げている。しかし、その記載は簡潔であり、具体例をあげての説明などはない。今後、この手引きを改善する際には、現場の意見を踏まえて、特に職場復帰後のフォローアップの手続きについてより詳細な方法を記載することが望まれる。

3. 心の病による疾病休業にともなう労働損失

この調査によると1年間における1か月以上の休業者率は0.46%であり、わが国の全労働者数を6,000万人とすると、276,000人が長期休業していることになる。休業期間の中央値平均の6.16か月を用いると、心の病のために失われた労働月数は1,700,160月(141,680年)となる。

実際には、より短期の休業者のいること、出勤していても心の病のために十分に労務を提供しえない労働者もいることを考えると、心の

病にともなう労働損失により失われた生産額は、膨大なものになると考えられる。

また注目されるのは、休業者率は300人未満の事業場は1.56%、300-999人の事業場は0.60%、1,000人以上の事業場は0.39%であり、明らかに事業場規模が小さいほど、休業者率は高くなることである。中小規模事業場における職場復帰支援(三次予防)を含むメンタルヘルス対策の一層の拡充が望まれるところである。

4. まとめ

心の病で休業する労働者が過去3年間で増加した事業場が3割弱あり、過去1年間で1か月以上心の病で休業した労働者がいた事業場は6割を超えていた。効果的な復職支援の方法論へのニーズはますます高まっている。手引きは、円滑な職場復帰支援の方法を事業場に伝える上で有意義な資料となりえる。本研究によって、手引きの使用の実態と、その課題が明らかとなった。

心の病による疾病休業にともなう労働損失は膨大であり、特に中小規模事業場におけるメンタルヘルス対策の拡充が望まれる。

E. 研究発表

1. 論文発表

該当なし。

2. 学会発表

該当なし。

F. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし。

2. 実用新案登録

該当なし。

3. その他

該当なし。

G. 引用文献

島 悟, 倉林るみい, 毛利一平, 佐藤恵美
(2004)精神障害による疾病休業に関する事業場調査,うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究報告書, p61-85, 厚生労働科学研究 労働安全衛生総合研究事業。

図1 回答者の職種

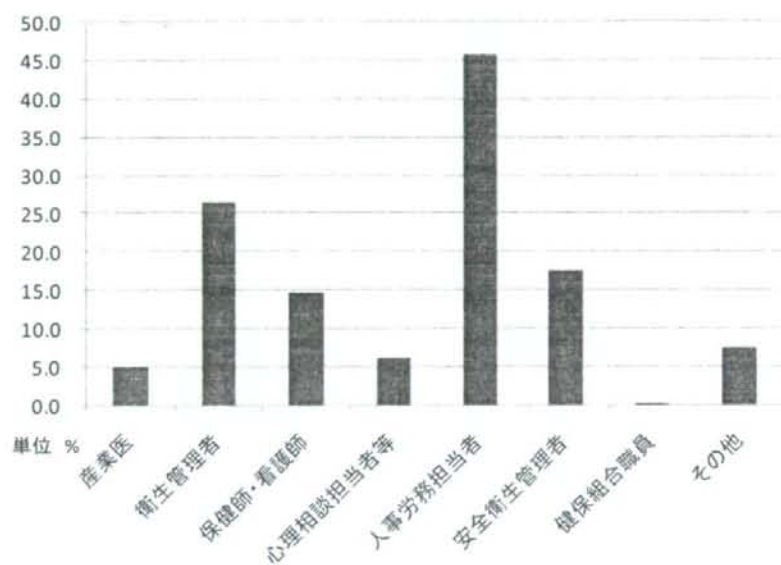


図2 手引きを知っているか

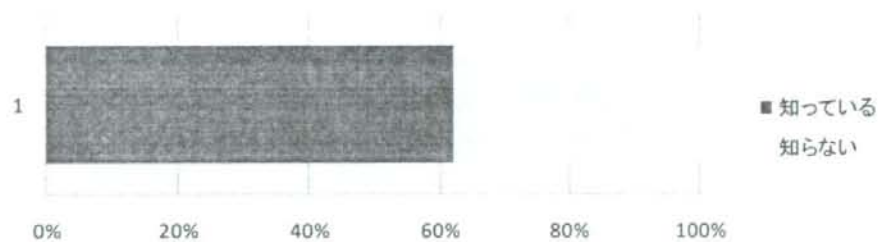


図3 手引きを読んだことがあるか

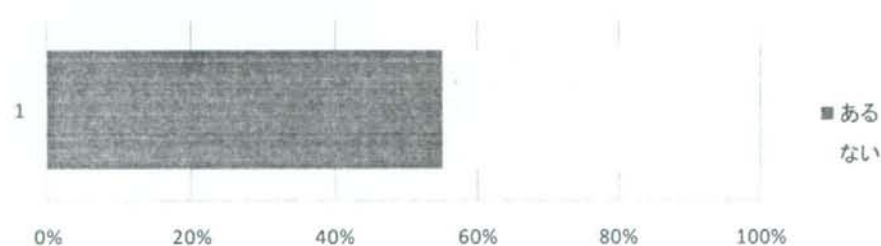


図4 手引きを利用したことがあるか

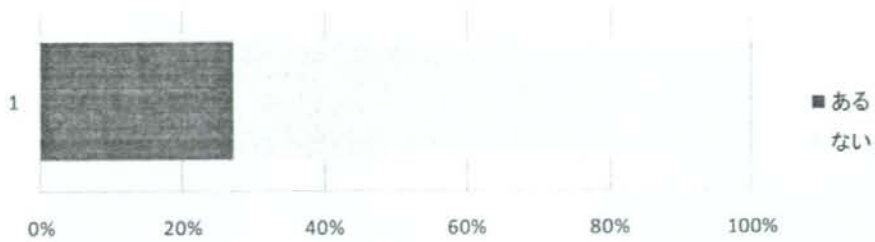


図5 過去3年間にける心の病になった労働者の増減

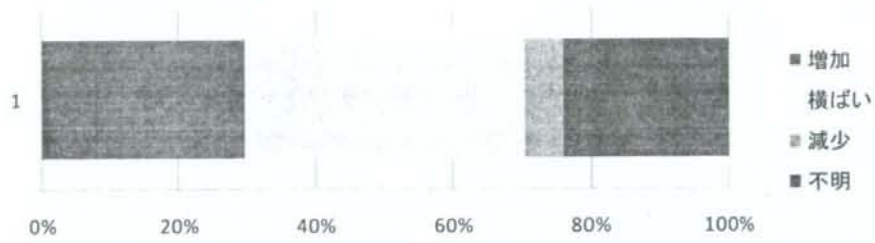
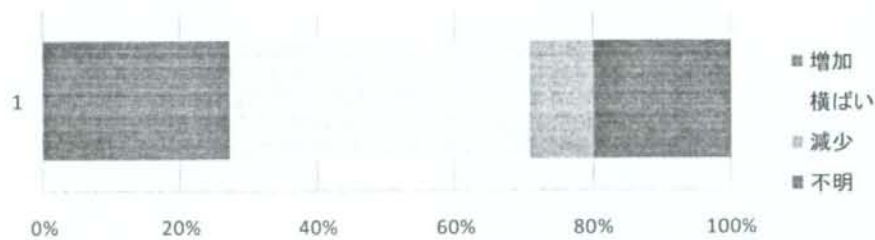


図6 過去3年間にける心の病で休業した労働者の増減



資料
アンケート全文

心の健康問題により休業した労働者の職場復帰に関する調査へのご協力をお願い

謹啓

新年、貴事業場におかれましては、ますます御盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は何かとご支援を賜り誠に有難うございます。

平成16年に「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」が厚生労働省より示されていますが、本調査の目的は、心の病で休業する労働者と職場復帰支援の実態を明らかにし、労働者に対する職場復職支援のあり方を更に検討する上での資料を提供することです。

本調査票は、中央労働災害防止協会のご協力のもとに賛助会員の皆様にお送りいたします。ご回答にご協力いただきますよう、何卒宜しくお願いいたします。

なお調査は無記名で行います。事業場の匿名性は保証されますので、貴事業場にご迷惑をおかけすることはありません。

ご希望がございましたら、集計結果を後日御報告いたしますので、貴事業場において、今後の職場復帰支援の仕組みを考えられる際の一助にいただければと存じます。

ご多用の折、誠に恐縮ですが、是非調査への御協力をお願いいたします。

同封の封筒で2週間以内にご回答いただければ幸いです。

敬具

厚生労働科学研究「労働者の自殺予防に関する介入研究」

研究代表者

京都文教大学教授・産業メンタルヘルス研究所長

島 悟

1. 最初に、平成16年に厚生労働省より示されている「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」について、お伺いいたします。該当するものに○をつけて下さい。

(1) この手引きをご存知でしょうか？

(i) 知っている

(ii) 知らない

(2) この手引きを読まれたことがありますでしょうか？

(i) 読んだことがある

(ii) 読んだことがない

(3) この手引きを参照し、利用されたことがありますでしょうか？

(i) 利用したことがある

(ii) 利用したことがない

→手引きを利用されている場合、使いにくいところはどこでしょうか、どこを改善すべきでしょうか。御意見をお聞かせください。



2. 貴事業場では、職場復帰支援に関して、どのような点で困っておられますか？

下記の各項目に関して、①困っていない、②多少困っている、③かなり困っている、④非常に困っている、のいずれかに○をつけてください。

①困っていない ②多少困っている ③かなり困っている ④非常に困っている

- | | |
|--------------------------------|-------------|
| (1) 復職がうまくいかない | (1 2 3 4) |
| (2) 復職後の再燃・再発が多い | (1 2 3 4) |
| (3) 復職してもすぐに休むことが多い | (1 2 3 4) |
| (4) 復職しても遅刻・早退が多い | (1 2 3 4) |
| (5) 復職しても仕事が十分にできない | (1 2 3 4) |
| (6) 復職の可否の判断が難しい | (1 2 3 4) |
| (7) 復職の進め方が分からない | (1 2 3 4) |
| (8) 復職後の仕事の負荷のかけ方が難しい | (1 2 3 4) |
| (9) 復職後の勤務時間短縮の適用が難しい | (1 2 3 4) |
| (10) 主治医との連携がとりにくい | (1 2 3 4) |
| (11) 主治医が情報提供・アドバイスをしてくれない | (1 2 3 4) |
| (12) 主治医の診断書が当てにならない | (1 2 3 4) |
| (13) 職場の周囲の者にどのように説明してよいか分からない | (1 2 3 4) |
| (14) 上司としての接し方が分からない | (1 2 3 4) |
| (15) 同僚としての接し方が分からない | (1 2 3 4) |
| (16) 家族との連携が難しい | (1 2 3 4) |
| (17) こうした事例に関して相談できる場所がない | (1 2 3 4) |
| (18) その他 (以下にお書き下さい) | |



3. 貴事業場における職場復帰支援の仕組みについてお伺いします。以下の仕組みがありますでしょうか？ 該当するものに○をつけて下さい。

- (1) 職場復帰支援プログラムの策定は行われていますでしょうか。
(1. はい 2. いいえ)
- (2) 職場復帰支援プログラム策定は衛生委員会等の調査審議事項となっていますでしょうか。
(1. はい 2. いいえ)
- (3) 休職中の本人用の手引き (1. あり、2. なし)
- (4) 休職中の定期的連絡 (1. あり、2. なし)
連絡ありの場合
→①連絡頻度 () に1回程度
②連絡される方に○をつけて下さい（複数回答可）。
(1. 産業医 2. 保健師・看護師 3. カウンセラー 4. 上司、5. 人事労務)
- (5) 復職願い書式（本人記入用） (1. あり、2. なし)
- (6) 通常の診断書以外の主治医が記載する意見書書式 (1. あり、2. なし)
- (7) 復職前産業医面談 (1. あり、2. なし)
- (8) 復職判定委員会 (1. あり、2. なし)
- (9) 通勤訓練 (1. あり、2. なし)
- (10) 一部の事業場では、人事発令をともなう正式復職前に、試し出勤（リハビリ入社、ならし
入社）制度を設けています。貴事業場には、この制度がありますでしょうか。
(1. あり、2. なし)
- 「1. 試し出勤あり」と答えられた場合は以下の問にお答え下さい。
- ①給与は支給されますか。 (1. はい、2. いいえ)
- ②交通費の支給はありますか (1. あり、2. なし)
- ③事故に備えて民間保険に入っていますか。 (1. はい、2. いいえ)
- ④この制度の利用は本人の希望ですか。それとも全例でしょうか。
(1. 希望者のみ、2. 全例)
- ⑤試し出勤の期間及び時間を教えてください。
(週間～ 月)、(一日当たり 時間から)
- ⑥就業規則に定められた制度でしょうか？
(1. 規則にある、2. 規則にない)

(11) 正式復職後の就業時間短縮勤務についてお伺いします。

①就業時間短縮措置(日々の労働時間短縮あるいは労働日数制限)はありますか。

(1. あり、2. なし)

「あり」と答えられた場合は、その期間及び時間を教えてください。

(i) (週間～ 月、無期限)

(ii) (一日当たり ～ 時間短縮)

(iii) 週に 日休務

②賃金控除をともいますか。

(1. 賃金控除する、2. 賃金控除しない)

③就業規則に定められた制度でしょうか？

(1. 規則にある、2. 規則にない)

(12) 復職後産業医による定期的面談

(1. あり、2. なし)

ある場合には通常行われている頻度と期間をお教えてください。

() (週・月)に1回程度

() カ月後まで行う

(13) 復職の可否判断は具体的には、どのようにされていますでしょうか。お教えてください。

[

(14) 復職の可否判断において、会社の指定する精神科医による面接・診断を求める事業場があります。貴事業場において、このような取り組みはありますか？

(1. ある、2. ない)

「ない」とお答えになられた場合、このような仕組みを利用したいと考えられますか？

(1. はい、2. いいえ)

(15) 最近、職場復帰支援を行う事業場外資源が増えてきています。障害者職業センター(リワーク)や医療機関の提供されるもの(デイケアなど)などがあります。貴事業場において、これまで職場復帰支援を行う事業場外機関を利用されたことがありますか？

(1. はい、2. いいえ)

「はい」と答えられた場合には、これまで利用された機関に○をつけてください。

1. 障害者職業センター、2. 都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター、
3. 医療機関、4. EAP機関、5. その他 ()

(16) 休職制度についてお伺いいたします。

①私傷病による休職の最長期間を教えてください。（ ）か月

②同一私傷病による休職を繰り返す場合、一定期間以内の再休職であれば通算する事業場がありますが、そうした規則について教えてください。

(i) 通算しない

(ii) 通算する

→休職の間隔が（ ）月以内であれば通算する

4. 貴事業場において、過去3年間において心の病になる労働者が増加していますか？
該当するものに○をつけてください。

(1) 増加している

→約（ ）倍

(2) 横ばいである

(3) 減少している

(4) 不明

5. 貴事業場において、過去3年間において心の病で休業する労働者が増加していますか？
該当するものに○をつけてください。

(1) 増加している

→約（ ）倍

(2) 横ばいである

(3) 減少している

(4) 不明

6. 貴事業場において過去1年間のいずれかの時期において、1カ月以上、心の病で休業した労働者がおられたでしょうか？ 該当するものに○をつけてください。

(1) はい

(2) いいえ

(1) 「はい」とお答えになられた場合には、できれば全体の休業者数、男女別、年齢階層別、管理職の人数および休業期間（全期間であれば12カ月）をお教え下さい。

全体で（ ）人

男性（ ）人 女性（ ）人

10代（ ）人 20代（ ）人 30代（ ）人

40代（ ）人 50代（ ）人 60代（ ）人

管理職（ ）人

休業期間（ ）カ月～（ ）カ月

最後に、ご回答いただいた方の職種および貴事業場の従業員数をお聞かせ下さい。

(1) 職種をお教え下さい (該当するものすべてに〇をつけて下さい)

1. 産業医
2. 衛生管理者
3. 保健師・看護師
4. 心理相談担当者・産業カウンセラー・臨床心理士等
5. 人事労務担当者
6. 安全衛生管理者
7. 健保組合職員
8. その他 ()

(2) 貴事業場の従業員数をお教えください。

() 人

調査へのご協力誠に有難うございました。

集計結果をご希望でしょうか? ご希望の事業場には後日郵送いたします。

(希望する 希望しない)

ご希望の場合には、以下に郵送先をお書きください。

米国空軍自殺予防プログラム
(The Air Force Suicide Prevention Program)

研究代表者	吉村靖司	神田東クリニック・副院長
研究協力者	小幡真希	神田東クリニック
研究協力者	林 千晶	神田東クリニック
主任研究者	島 悟	京都文教大学臨床心理学部臨床心理学科・教授

はじめに

米国空軍は健全な戦力を維持することを義務付けられている。なぜなら、空軍コミュニティの健全さが軍備に重要な意味を持つからである。1996年当時の副参謀総長は、自殺者数を減らすことを目指してIPT(Integrated Product team)の設立を指示した。IPTはシニアリーダーの支援を受け、米国空軍自殺予防プログラム(Air Force Suicide Prevention Program, AFSPP)の端緒となる計画を推進していった。

その結果、米国空軍内での自殺率は減少し続けている。われわれは、自殺予防プログラムの開発に労を惜しまず献身的に取り組んだ関係者を誇りに思う。彼らの功績については最後の章で改めて触れる。

米国空軍自殺予防プログラムは、空軍コミュニティの自殺とその危険因子についての理解を深め、問題を抱えた者に対し予防と援助を行なうセーフティ・ネットも作り出した。プログラムの開発と実行に留まらず、われわれは更に努力をし続けなければならない。生活上の問題に直面したときに必要な援助を受けることは、決して恥じるべきことではなく選しさの証でもあると、空軍のリーダーは言葉と行動で伝える努力をし続ける必要がある。このプログラムが完成すれば、リーダーたちは空軍メンバーにこの必要性を説くための継続的な支援とかかわりを求められるだろう。われわれの任務は終わりではない。われわれは、この米国空軍自殺予防プログラムに全面的にかかわり、そしてこれからもかかわり続ける。

Michel E. Ryan

米国空軍大将
参謀総長

Paul K. Carlton, Jr.

米国空軍中将
軍医総監