

# 日本版HIMS ガイドライン

2023年 4月

ATEC PSP Working Group

# 日本版HIMSガイドラインの刊行によせて

国土交通省航空局 安全部安全政策課  
乗員政策室長 湊 孝一

公益財団法人航空輸送技術研究センター（ATEC）におかれては、その自主事業として、令和2年度から令和4年度までパイロット・サポートプログラム(PSP)に係わる調査・研究を実施され、今般日本版HIMSガイドラインが刊行されましたこと、そのご尽力に敬意を表しますとともに、感謝申し上げます。

航空局としては、高い安全性が求められる旅客等を輸送する航空運送事業についてはアルコールへの厳格な対応が必要であり基準を遵守させるため各種取組を実施しているところで

す。また、パイロットは、深夜や時差を含む勤務環境の中、運航する航空機の安全を確保するために常に緊張感をもって業務を行って頂いていますが、様々なストレス等の影響によって、メンタル面の不調等に陥るリスクも存在するところです。

こうしたパイロットのメンタル面の健康を確保する観点から、「乗員の健康管理に関する基準」において、乗員が抱える心身の問題を含めパイロットが安心して健康相談やカウンセリングを受けられるような体制の整備が重要となります。また、同僚による日常的なサポート、いわゆるピアサポートができる場の提供についても、推奨しております。

今般、アルコールに係わる悩みからの回復・復帰までのプロセス・道筋を示すことで、結果としてより早い段階に対応ができ、且つ未然防止に資するものとして、本ガイドラインが策定されました。今後、実際の運用を担われる現場の関係者の方々にとって、具体的な事例等を提供する、よい参考指針となるものと考えております。

引き続き、パイロットの健康管理をはじめ航空輸送の安全をさらに向上していくため、航空分野の関係者と連携して、取組んで参ります。多くの方に本ガイドラインをお読み頂き、日々の業務に活用して頂けることを期待して、私からの挨拶とさせていただきます。

<b>1. 著者一覧</b> .....	<b>8</b>
1.1. ガイドライン監修者 .....	8
1.2. ガイドライン著者 .....	8
1.3. ガイドライン協力者 .....	9
<b>2. はじめに</b> .....	<b>10</b>
2.1. ガイドラインの位置づけ .....	10
2.2. ガイドラインに使用する略語集（付録を含む） .....	11
2.3. ガイドラインのスコープ（適用範囲） .....	エラー! ブックマークが定義されていません。
<b>3. パイロットの基本情報</b> .....	<b>13</b>
3.1. パイロットとは.....	13
3.2. 乗務スケジュール .....	13
3.3. 飛行/勤務時間管理・疲労リスク管理 .....	14
3.3.1. 背景 .....	15
3.3.2. 疲労の定義 .....	15
3.3.3. 疲労リスク管理とは .....	15
3.4. 採用・訓練・審査体系.....	15
3.4.1. 採用から基礎訓練 .....	16
3.4.2. 副操縦士任用・昇格訓練.....	16
3.4.3. 機長昇格訓練.....	16
3.4.4. 資格保持のための訓練・審査 .....	17
<b>4. パイロットの健康管理</b> .....	<b>18</b>
4.1. ウェルビーイングとレジリエンス.....	18
4.1.1. パイロット ウェルビーイング .....	18
4.1.2. レジリエンス .....	20
4.1.3. ウェルビーイング向上のための5つの実践的な手法.....	21
4.2. 航空身体検査 .....	22
4.2.1. パイロットにおける医薬品の使用 .....	22
4.2.2. 基本的な考え方 .....	23
4.3. パイロットの保険制度 .....	23
<b>5. 航空業界におけるアルコール関連情報</b> .....	<b>25</b>
5.1. パイロットの飲酒基準等 .....	25

5.2.	アルコール検査の義務化.....	25
5.3.	航空会社の飲酒に係る不適切事案について .....	26
5.3.1.	不適切事案を隠す・かばうものではないこと .....	26
5.3.2.	本邦でのアルコール問題の現状.....	26
<b>6.</b>	<b>アルコールに関する基本情報 .....</b>	<b>28</b>
6.1.	アルコールと依存 .....	28
6.2.	お酒が体に与える影響.....	29
6.3.	急性アルコール中毒.....	30
6.4.	お酒（アルコール）の吸収と代謝.....	31
6.5.	性別および年齢によるお酒の分解の違い.....	31
6.6.	アルコール依存症の診断.....	32
6.7.	節度ある飲酒量.....	32
6.8.	健康を守るための12の飲酒ルール .....	33
6.9.	飲酒欲求のコントロール不良が疑われる危険なサイン .....	34
6.10.	「わかっちゃいるけどやめられない」はなぜ？ .....	34
6.11.	ハームリダクション .....	35
6.12.	ブリーフ・インターベンション .....	35
6.13.	条件反射制御法.....	36
6.14.	減酒支援のためのツール .....	36
6.15.	アルコール遺伝子検査 .....	37
6.16.	アルコールに関して参考になるウェブサイト .....	37
6.17.	アルコール依存症のスクリーニングテスト .....	37
<b>7.</b>	<b>ガイドラインにおける各フェーズ（0次～3次予防）の紹介 .....</b>	<b>39</b>
7.1.	はじめに .....	39
<b>8.</b>	<b>0次予防 .....</b>	<b>40</b>
8.1.	0次予防とは .....	40
8.2.	アルコール問題は「否認の病」というが、パイロットも例外ではない .....	40
8.3.	そもそも不調になる人を出さない風土・文化をつくる.....	40
8.4.	早期発見・早期対応の促進に必要なこと.....	40
<b>9.</b>	<b>1次予防 ～アルコール依存症や問題飲酒などの未然防止～ .....</b>	<b>42</b>
9.1.	1次予防とは.....	42
9.2.	アルコールに関するセミナー・教育プログラムの紹介.....	42

9.2.1. 定期航空協会.....	42
9.2.2. 特定非営利活動法人ASK（アスク） .....	42
9.3. 各社におけるアルコール教育の概要.....	43
9.4. 職場におけるアルコール対策の旗振り.....	43
9.4.1. JAL「（適飲）012サポーター」紹介 .....	43
9.4.2. ANA「アルコールアンバサダー」紹介.....	43
9.4.3. 相談窓口 .....	44
<b>10. 2次予防 ～早期発見・対応～ .....</b>	<b>45</b>

10.1. 2次予防とは.....	45
10.2. 対象者 .....	45
10.3. 早期発見・対応のために.....	45
10.3.1. 秘匿性と信頼性 .....	46
10.3.2. 適切な支援窓口への橋渡し.....	46
10.4. 2次予防担当者.....	46
10.5. 2次予防担当者の役割と特徴 .....	47
10.5.1. 職場の同僚 .....	47
10.5.1.1. 気付きチェックリスト .....	49
10.5.2. 社内アルコール相談窓口.....	50
10.5.3. ピアサポート.....	50
10.5.3.1. 各社のピアサポート紹介 .....	50
10.5.4. 健康管理部門（心理士・保健師・看護師など） .....	50
10.5.4.1. 健康管理部門における具体的な予防・早期介入の流れ .....	51
.....	51
10.5.5. 社外アルコール相談窓口.....	53
10.5.6. 減酒外来（節酒外来） .....	54
10.6. アルコール事象におけるピアサポートの役割 .....	55
10.6.1. 米国HIMSピアモニター体制の概要 .....	56
10.7. 海外のピアサポートプログラムの紹介 .....	58
10.7.1. 米国 PEER SUPPORT PROGRAM .....	58
10.7.2. 豪州 PILOT ASSISTANCE NETWORK .....	58
10.7.3. 英国 SPEEDBIRD PAN .....	58
10.8. 米国HIMSの紹介 .....	58
10.8.1. 米国HIMSプログラム構築（和訳）【付録⑤】.....	58
10.8.2. 米国HIMS FAA基準（和訳）【付録⑥】.....	58
10.9. PILOT FITNESS AVIATION RULEMAKING COMMITTEE（ARC）（和訳）【付録⑦】.....	58
10.10. EPPSI.....	58

<b>11. 3次予防 ～回復プログラムの実施・職場復帰支援（HIMS）～ .....</b>	<b>59</b>
---	-----------

11.1.	3次予防の対象者	59
11.2.	構成	60
11.3.	治療開始からFIT FOR FLYまでの流れ	60
11.3.1.	回復プログラム	60
11.4.	外部医療機関での治療	61
11.4.1.	医療機関の主治医との連携	61
11.4.2.	依存症専門治療機関	61
11.4.2.1.	アルコール依存症の治療の概略	62
11.5.	自助グループの活用	62
11.6.	外部カウンセリング機関	62
11.7.	第3ステージでの回復プログラム	63
11.7.1.	断酒の継続のエビデンス	63
11.7.2.	会社の理解の必要性	63
11.8.	初回審査会申請準備	63
11.8.1.	審査会提出書類（アルコール使用障害の既往での新規審査会申請時の提出書類について）	63
11.8.1.	検査報告書の作成のポイント（指定医が作成）	64
11.8.2.	診療情報提供書の作成のポイント（主治医が作成）	65
11.9.	第4ステージ	66

## **12. 参考資料：航空身体検査について**..... 67

12.1.	航空身体検査証明制度とは	67
12.2.	航空身体検査項目	68
12.3.	個人情報の保護	69
12.4.	航空身体検査証明審査会	69
12.5.	航空身体検査マニュアル	70
12.6.	顕在化	72
12.6.1.	急性アルコール中毒の診断基準（一般事項）	72
12.6.2.	急性アルコール中毒の審査会申請での取扱い（一般事項）	72
12.6.3.	アルコール依存症候群	72
12.6.4.	断酒について（一般事項）	72
12.7.	精神疾患の分類	73
12.7.1.	ICD-10（一部抜粋）	73
12.8.	航空医学評価官	75
12.9.	航空身体検査指定機関	75
12.10.	指定航空身体検査医（指定医）	75

## **13. 参考資料：乗員健康管理体制（会社のサポート）**..... 76

13.1.	乗員健康管理医	76
-------	---------	----

13.2. 航空機乗組員の健康管理に関する基準 .....	76
13.3. 社内臨床心理士（社内公認心理師） .....	77
13.4. 企業保健師/産業保健師および企業看護師/産業看護師 .....	77
13.5. パイロットの飲酒習慣の社内管理について .....	77
13.6. パイロットのメンタルヘルス問題の特殊性とその対応 .....	78
13.7. パイロットの心理・メンタルヘルスの評価および評価者の教育 .....	79
<b>14. 参考事例 .....</b>	<b>80</b>
14.1. 事例1：アルコール依存症 .....	80
14.2. 事例2：急性アルコール中毒の既往.....	80
14.3. 事例3：飲酒量が増えてきていて不安 .....	81
<b>15. おわりに .....</b>	<b>82</b>

改訂NO	改訂実施日	主な改訂内容
ORG	2023.04.01	新規発行

---

---

## 1. 著者一覧

---

---

### 1.1. ガイドライン監修者

---



阿部 聡 医師  
日本航空機操縦士協会

### 1.2. ガイドライン著者

---



手島 祥隆  
国土交通省航空局



笠井 あすか  
国土交通省航空局



森島 宏子  
千葉県循環器病センター



中濱 慶子  
NPO PSV JAPAN



宮田 正行  
日本航空



飛松 郁男  
日本航空



織田 直行  
日本航空



上井 麻子  
日本航空



醍醐 修  
全日本空輸



松本 英晃  
全日本空輸



高柳 英治  
全日本空輸



阿部 孝祐  
全日本空輸





河野 敬子  
ジェットスタージャパン



生田 陽介  
ジェットスタージャパン



宮代 智司  
航空輸送技術研究センター

### 1.3. ガイドライン協力者

---



松下 幸生  
久里浜医療センター



湯本 洋介  
久里浜医療センター



真栄里 仁  
久里浜医療センター



今井 道代  
霞が関ビル診療所



五味 秀穂  
航空医学研究センター



山村 陽一  
アスク



松永 直樹  
日本航空



水澤 寧子  
リカバリングマインズ



関田  
日本航空



早川  
全日本空輸

---

---

## 2. はじめに

---

---

### 2.1. ガイドラインの位置づけ

2020年4月より、公益財団法人 航空輸送技術研究センター（ATEC）における取り組みとして、パイロットへのピアサポート・プログラムに関わる調査・研究をワーキング・グループ（WG）を立ち上げ行ってきました。そして2021年5月に報告書を発行し、ピアサポートプログラムの概要、海外のプログラムの状況、プログラム導入に向けた課題などを記載しました。その中で1970年代に米国にて発足したHIMSプログラムと呼ばれる「パイロットの物質依存に対する回復・復職プログラム」を紹介しました。

HIMSとは、米国にて1970年代に始まったアルコールや薬物依存症であるパイロットへ介入し、必要な治療を施し、復帰までのプロセスを目的としたプログラムです。このプログラムは、アルコールや薬物で悩んでいる、もしくは問題を起こしてしまったパイロットをパイロットとして復帰させるために発足されました。

この度、航空局、専門医、専門機関、海外専門家などのサポートを得て、日本版HIMSガイドラインを発行するに至りました。このガイドラインを作成することによりアルコールに係わる悩みからの回復・復帰までのプロセス・道筋を示すことで、結果としてより早い段階に対応ができ、かつ未然防止につながると考えています。

ガイドラインにはさまざまな減酒支援プログラムや治療方法、そしてアルコール問題の予防に関する各社の取り組みなどが掲載されています。同じパイロットでも活躍するフィールドはさまざまで、受けるストレスもそれぞれ異なります。また、エアラインであっても会社規模や路線構成により運航環境は大きく違います。それぞれの職場環境で有効だと思われるプログラムを構築する際に参考にしてください。

本邦におけるパイロットが、心身共に健康な状態（Fit for Duty）で運航にあたるために有効なガイドラインとなるよう、引き続き情報の修正およびアップデートを行っていきます。

また、このガイドラインはパイロットに特化しているものの、他職種にも応用できるものとなっています。専門性の高い職種が集結している航空業界において、このガイドラインを活用し、1人でも多くの人を支援できることを強く望みます。

\*現時点ではアルコール問題に焦点を置いていますが、将来的には他の物質依存・精神疾患への対応も検討していきます。

## 2.2. ガイドラインに使用する略語集（付録を含む）

---

AA	Alcoholics Anonymous（アルコホーリクス・アノニマス）
AAM	Aerospace Medicine（航空医療局）
AFSPP	Air Force Suicide Prevention Program
ALPA	Airline Pilots Association（乗員組合連絡会議）
AME	Aeromedical Examiner（航空身体検査指定医）
ANA	All Nippon Airways（全日本空輸株）
AOC	Air Operator Certificate
APSP	ANA Peer Support Program（ANAピアサポートプログラム）
ARC	Pilot Fitness Aviation Rulemaking Committee
ASAP	Aviation Safety Action Program（非懲罰・自主的報告制度）
AsMA	Aerospace Medical Association（航空宇宙医学協会）
ATEC	Association of Air Transport Engineering and Research（航空輸送技術研究センター）
AUDIT	Alcohol Use Disorders Indication Test
BEA	Bureau d'Enquêtes et d'Analyses
CAST	Commercial Aviation safety Team（国際航空安全会議）
CIRP	Critical Incident Response Program
CISM	Critical Incident Stress Management
CRM	Crew Resource Management（クルーリソースマネジメント）
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale
DOT	Department of Transportation（アメリカ運輸省）
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition （神経障害の診断・統計マニュアル第5版）
EAP	Employee Assistance Program（従業員支援プログラム）
EASA	European Union Aviation Safety Agency
EPPSI	European Pilot Peer Support Initiative
FAA	Federal Aviation Administration（連邦航空局）
FOC	Flight Operation Center
FOQA	Flight Operational Quality Assurance
FRMS	Fatigue Risk Management System（疲労管理システム）
FSF	Flight Safety Foundation
HIMS	Human Intervention Motivation Study
IATA	International Air Transport Association（国際航空運送協会）
ICAO	International Civil Aviation Organization（国際民間航空機関）
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition （国際疾病分類第10版）
ICISF	International Critical Incident Stress Foundation
IFALPA	International Federation of Air Line Pilots Associations （国際定期航空操縦士協会連合会）
IOP	Intensive Outpatient Program（集中外来療法）

IPPAC	International Pilot Peer Assist Coalition
JAL	Japan Airlines (日本航空(株))
JJP	Jetstar Japan (ジェットスター・ジャパン(株))
JPSP	JAL Peer Support Program (JALピアサポートプログラム)
JQ	Jetstar (ジェットスター航空)
LOSA	Liner Operations Safety Audit
MHP	Mental Health Professional
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (国立アルコール乱用・アルコール依存症研究所)
NIH	National Institute of Health (国立衛生研究所)
NTSB	National Transportation Safety Board (米国運輸安全協会)
OCC	Organizational Cross Communication (組織的クロスコミュニケーション)
ONDCP	Office of National Drug Control Policy (米国薬物統制政策局)
PA	Pilot Assistance
PAN	Pilot Assistance Network
PHQ-4	Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety
PF	Pilot Flying (操縦担当)
PM	Pilot Monitoring (非操縦担当・モニター担当)
PS	Peer Support (ピアサポート)
PSC	Peer Support Coordinator (ピアサポートコーディネーター)
PSP	Peer Support Program (ピアサポートプログラム)
PPSP	Pilot Peer Support Program (パイロットピアサポートプログラム)
PSV	Peer Support Volunteer (ピアサポートボランティア)
PW	Project Wingman
P&P	Psychological and Psychiatric test (心理学的・精神学的検査)
SMS	Safety Management System (安全管理システム)
WHO	World Health Organization (世界保健機関)

---

## 3. パイロットの基本情報

---

### 3.1. パイロットとは

パイロットは、非常に高いワークロードと業務上のストレスのかかる状況に慣れており、予想外の事態に見舞われ大きなプレッシャーがかかる状況下でも、理性と冷静さを保つ対処法を学ぶ訓練を受けています。そのためパイロットは、一般的にあらゆる困難に耐える専門的訓練を積んでおり、私生活においても、人生のどのような局面にも対処でき、また対処して当然だと周囲や社会から認識されています。しかし、実際にはそのような認識と大きく異なるケースも少なくなく、パイロットとしての専門的スキルは、ひとりの人間として私生活でさらされる各種のストレスに対処するうえで、必ずしも役立つとは限りません。また、時には突発的な事故・インシデント等に巻き込まれてトラウマが残り、前述した通常に対処法では乗り越えられないこともあります。

パイロットとして乗務を始めるためには、まず数年にわたる副操縦士任用・昇格訓練を経て資格を取得する必要があります。さらに機長になるためには、副操縦士として10数年の経験を積んだのち、いくつかの関門がある機長昇格訓練を経て審査に合格する必要があります。副操縦士任用・昇格訓練であれ、機長昇格訓練であれ、厳しい訓練と審査の連続で必ずしも全員が合格できるとは限らず、訓練期間中は大きなストレスがかかります。

また、パイロットは、法令により航空身体検査証明が求められています。その目的は、「航空機の運航の業務を遂行するために必要な心身の状態を保持しているかどうか、すなわち、航空医学的な適性があるかどうかを検査し、これを保持している者にのみ航空機の運航に関する業務を行わせることによって、航空の安全を図ること」とされています。つまり、航空医学的な適性がないパイロットが航空機を操縦した場合、当該機の乗員・乗客のみならず、最悪の場合、地上の生命・身体・財産を脅かす甚大な事案が生じる恐れがあり、それらを未然防止するためにこうした法令による厳格な検査証明制度が存在しています。そのため、パイロットは、心身状態の維持が求められ、定期的に航空身体検査を受診する必要があります。基準に達していない場合は乗務することができなくなります。

加えて、パイロットとして乗務を開始したあとも関連法規や規則等が常に見直されているため、最新の法規や規則等に精通していることが求められます。知識と技倆を確認するために年2回の定期審査に合格する必要があり、合格しない場合は追加の訓練・審査で合格するまで乗務できません。そして、多くのパイロットは、自分達の仕事に誇りを持ち、空を飛ぶことに強い愛着を持っています。そのため、空を飛べなくなることに対する恐怖心や警戒心を日ごろから持っており、それを克服するために常に努力していると言っても過言ではありません。さらには、勤務環境も特殊で、乗務スケジュールは不規則で、月のうち大半を宿泊先で過ごし、国際線乗務の場合は時差を伴う早朝深夜帯や徹夜の乗務になることもあります。

また、一般的な職場のように会社に自分のデスクや事務所があるわけではなく、気心の知れた同僚と業務をするのもまれで、操縦室という密室状態で初対面か数回しか一緒に働いたことのない運航乗務員と2人きりで乗務することが多いため人間関係についても一般的な職業と異なります。

### 3.2. 乗務スケジュール

国内線主体のパイロットの1か月のスケジュールを以下に示します。1日3～4便を飛ぶ日も多く、1か月に9～10泊をホテルで過ごすこととなります。

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
1 成田-熊本 熊本-成田 成田-福岡 福岡 泊	2 福岡-成田 成田-松山 松山-成田	3 OFF	4 OFF	5 成田-新千歳 新千歳-成田 成田-関西 関西-成田	6 成田-高知 高知-成田 成田-関西 関西-成田	7 OFF
8 OFF	9 成田-マニラ	10 マニラ 泊 マニラ-成田	11	12 OFF	13 OFF	14 成田-那覇 那覇-成田
15 成田-高松 高松-成田 成田-福岡 福岡 泊	16 福岡-成田 成田-松山 松山-成田	17 成田-福岡 福岡-成田	18 OFF	19 OFF	20 スタンバイ	21 成田-那覇 那覇-成田
22 成田-那覇 那覇-成田	23 成田-福岡 福岡-成田	24 OFF	25 OFF	26 成田-新千歳 新千歳-成田	27 OFF	28 OFF
29 成田-宮崎 宮崎-成田 成田-福岡 福岡-中部 中部 泊	30 中部-福岡 福岡-中部 中部-福岡 福岡-成田	31 OFF				

以下は、国際線主体のパイロットのスケジュールです。国内線と国際線が混在していて、東行きの欧州、西行きの米国、そして南行きの東南アジアやオセアニア路線といった長時間の乗務や徹夜となるフライトを行っています。

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
1 空港スタンバイ	2 羽田-札幌 札幌-羽田 羽田-那覇	3 那覇→羽田 羽田→小松 小松→羽田	4 OFF	5 OFF	6 シミュレーター 訓練	7 羽田→香港
8 香港→羽田	9 OFF	10 地上教育 グループミー ティング	11 成田 →ジャカルタ	12 ジャカルタ泊	13 ジャカルタ →成田	14 OFF
15 OFF	16 空港スタンバイ	17 羽田→福岡 福岡→羽田	18 OFF	19 羽田→台北	20 台北→羽田	21 OFF
22 有給休暇	23 有給休暇	24 羽田→ロンドン	25 ロンドン泊	26 ロンドン泊	27 ロンドン→羽田	28 OFF
29 OFF	30 OFF	31 健康診断 地上教育				

(参照：JALウェブサイト)

### 3.3. 飛行/勤務時間管理・疲労リスク管理

パイロットのスケジュールは、疲労リスク管理のルール下での乗務時間制限に基づいて作成されています。国際民間航空機関（ICAO）は、操縦士の疲労による事故を防止するため、2016年11月に航空当局の定める乗務時間の上限や必要な休養時間の基準について考慮すべき詳細な事項を示したガイダンスを発行しました。日本においても当該ガイ

ダンスに沿った制度を構築するため、航空局は2017年4月、各航空会社に対しパイロットの疲労情報を収集・改善を図る体制を義務付け、2022年1月から新乗務割基準によるスケジュール管理に移行しました。

### 3.3.1. 背景

パイロットの疲労に関連する航空事故が世界的に顕在化していて、特に2009年の米国コルガン・エアの事故をきっかけとして、国際民間航空機関などにおいて操縦士の疲労に着目した安全基準について議論が進み、米国、欧州など諸外国では詳細な疲労管理基準の導入が進められました。

### 3.3.2. 疲労の定義

安全運航のために管理すべきパイロットの疲労とは脳の疲労を指し、人間の眠気・睡眠欲により精神的または身体的パフォーマンスが低下した生理学的状態をいうと定義しています。疲労は、睡眠不足、長時間の覚醒、生体リズム、ワークロードにより生じるものであり、回復には「睡眠」が唯一の方法とされ、疲労は蓄積し、また解消するためには通常よりも多くの時間が必要であるものであり、米国運輸安全委員会(NTSB)によると、米国の全公共交通分野における事故・重大インシデントのうち約2割が疲労を要因としたものとされており、疲労への対応は安全上極めて重要な課題となっています。

### 3.3.3. 疲労リスク管理とは

疲労を生じさせないためには、適切な時間に十分な睡眠を取得し続けることが必要ですが、24時間、365日サービスを提供し続ける航空会社において、疲労を完全になくした状態を続けることは難しく、運航中のパイロットの疲労状態を安全上許容できるレベルに維持するように管理するが重要になります。

2. 新基準の主な内容				
(1)乗務時間の上限時間の見直し・細分化				
	現行	新基準		
2人乗務	国内線：8時間 国際線：12時間	勤務開始時刻	飛行回数	
		5:00～16:59 17:00～4:59	2回以下	3回以上
			10h	9h
3人乗務	12時間超	15時間	※機内に適切な仮眠設備が必要	
(2)飛行勤務時間(乗務前ブリーフィングや地上待機時間も考慮)の上限基準の新設				
	現行	新基準		
2人乗務	無し	9～13時間の範囲内で勤務時間帯(5区分)、飛行回数(9区分)に応じた上限時間を設定		
3人乗務	無し	14～17時間の範囲内で仮眠設備のレベル(3区分)、飛行回数(2区分)に応じた上限時間を設定		
(3)乗務間・定期的な休養時間の明確化				
	現行	新基準		
乗務間	無し	10時間の休養(うち睡眠が取れる8時間を確保)		
		深夜早朝業務後の追加休養(2～4時間の追加)		
		時差のある運航後、時差の大きさに応じた、到着地及び帰還後の本拠地における追加の休養(到着地：時差の半分、本拠地：2夜～5夜)		
定期	7日間で1日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・168時間毎に2夜を含む連続36時間以上の休養が必要</li> <li>・深夜早朝勤務が7日間で4回以上ある場合は、2回目の定期休養では60時間以上が必要。</li> </ul>		

(出典：国土交通省ウェブサイト <https://www.mlit.go.jp/common/001297892.pdf>)

### 3.4. 採用・訓練・審査体系

### 3.4.1. 採用から基礎訓練

パイロットになるための道は複数ありますが、ここでは多くを占める自社養成制度を一例として紹介します。

採用試験の段階において、心理適性検査・英会話試験・飛行適性検査・航空身体検査などを受検し選考されます。そして入社後、基礎訓練過程において、パイロットとして必要な事業用操縦士技能証明や計器飛行証明などの免許、または准定期運送用操縦士（Multi-crew Pilot License）免許を取得し、飛行機を操縦するための基礎知識や技術を習得します。

### 3.4.2. 副操縦士任用・昇格訓練

副操縦士となるための訓練では、乗務する航空機（型式）の免許を取得するとともに、エアラインパイロットとして必要な経験・知識および能力を習得します。基礎訓練から始まったパイロットになるための総仕上げの訓練となります。



(参照：JALウェブサイト)

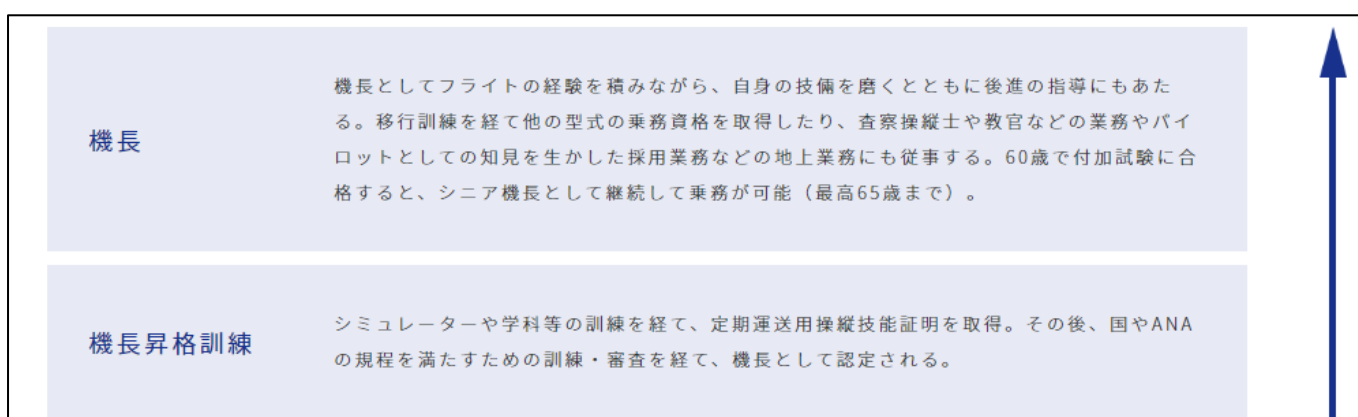
### 3.4.3. 機長昇格訓練



パイロットのキャリアステップで最も高いハードルとなるのが、機長になるための訓練です。そもそもパイロットは、一つひとつのフライトで経験を積みながら、長い時間をかけて高みを目指す仕事です。さまざまな航空機での訓練と審査を経て、訓練生、副操縦士、機長へとステップアップしていきます。副操縦士任用後、機長になるまでは約10年（会社による）。一朝一夕で、機長には絶対になれません。機長になったあとも、新たな機種の操縦資格の取得や、後進の育成にも取り組み、パイロットとしての人間力と技倆を高め続けなければなりません。

会社によって機長昇格の道程はさまざまですが、一般的には機長昇格訓練（模擬飛行装置、路線）の前段階から機長養成課程が始まります。この前段階は、機長昇格に向けた総合能力の最終的な定着の場を確保し、あわせて昇格機種種の運航環境への十分な慣熟と操縦技倆の熟達を図る期間として位置付けられ、さらにこの期間内に技倆確認も行われます。その後、過去の実績や技倆確認の結果などから、機長昇格訓練投入の判断がなされます。つまり、約10年間（会社による）の副操縦士としての経験だけでは、自動的に機長昇格訓練には入れないのです。

機長昇格訓練は、シミュレーターや学科などの訓練を経て、定期運送用操縦技能証明を取得。その後、国や社内の規程を満たすための訓練・審査を経て、機長として認定されます。期間はおよそ1年から1年半の訓練となり、機長になるための知識や操縦スキルに加え、人格や識見が機長として相応しいかという判断基準も含まれます。



（参照：ANA HP）

#### 3.4.4. 資格保持のための訓練・審査

パイロットとして乗務を開始したあとも、次のような資格・技倆を保つためのさまざまな訓練があります。

- 定期訓練・審査 : 資格を維持するための訓練・審査
- 移行訓練・審査 : 乗務を行う機種を変更するための訓練・審査
- 復帰訓練・審査 : 過去に乗務経験のある型式機への乗務を行うための訓練・審査
- 任用訓練・審査 : パイロットとして乗務する、または訓練担当教官などの資格を取得するために行う訓練・審査

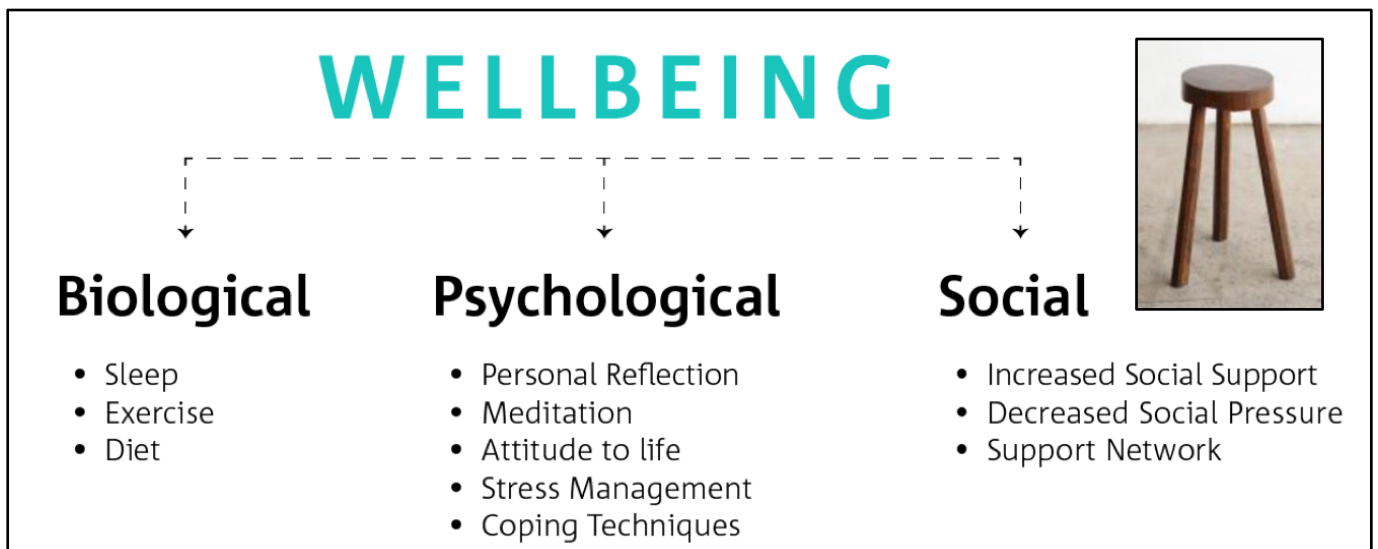
## 4. パイロットの健康管理

### 4.1. ウェルビーイングとレジリエンス

世界保健機関（WHO）は、健康とは「単に病気や障害がないだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態である」と定義しています。そして、ウェルビーイングとは、個人が認知的、感情的、社会的にうまく対処し、生活や仕事に満足感を見出し、地域社会で有意義な貢献をしている状態であると説明されています。

この「健康のバイオサイコソーシャルモデル」では、私たちの健康を3本足のStool（腰掛け）に見立て、それぞれの足が生物学的（Biological）、心理的（Psychological）、社会的（Social）な柱の一つを表していると考えられます。私たちの健康の身体的、精神的、社会的側面は相互に依存しており、それらのケアをするためには、全体的なアプローチが必要なのです。

また、米国心理学会では、精神的な「レジリエンス」を次のように定義しています。  
「逆境、トラウマ、悲劇、脅威、または重大なストレス源に直面しても、うまく適応するプロセス。家族や人間関係の問題、深刻な健康問題、職場や経済的なストレス要因など、ストレスの重大な原因に直面しても、うまく適応していくプロセス」。つまり困難な経験から「立ち直る」ことを意味します。



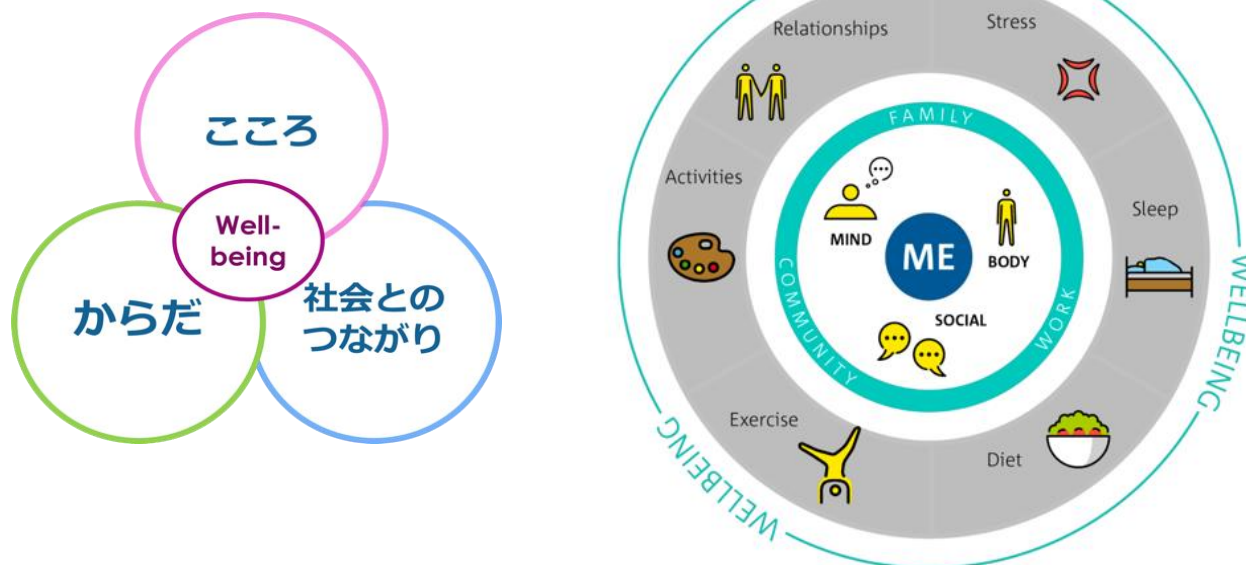
(出典：FSFの「An Aviation Professional's Guide to Wellbeing」)

#### 4.1.1. パイロット ウェルビーイング

パイロットの心身の健康の重要性は、運航会社、規制当局、パイロット自身など、すべてのステークホルダーが同意できる目標です。パイロットのメンタルヘルスをテーマにした出版物は数多くありますが、ICAO出版の「Fitness to Fly\*」やFlight Safety Foundation（FSF）「An Aviation Professional's guide to Wellbeing」は非常に参考となる資料ですので、以下に概要を紹介します。

\*ICAO「Fitness to Fly」は2018年にICAOより出版され、International Air Transportation Association（IATA）、International Federation of Air Line Pilots' Associations（IFALPA）医療専門機関などからの支援を受けて作成されました。

## The Wheel of Wellbeing



(出典 : FSFの「An Aviation Professional's Guide to Wellbeing」)

以下の図に示されているように、パイロットはメンタルヘルスに影響を及ぼす多くのストレスを受けることとなります。例としては、シフト勤務、時差順応、睡眠障害、定期的な訓練・審査や航空身体検査、疾病、そして人間関係などがあります。特に人間関係でいえば、家族や友人と過ごせる時間が制限されることや、職場でいつも同じメンバーと乗務を行うことがないことなどが挙げられます。しかし、これらのストレスへの対処能力は個人によって異なる場合があります。これらの対処メカニズムは、成人するまでにほぼ確立されますが、予防的および保護的な行動、思考、行動を追加で学ぶことによって強化することができます。そして外的要因に対して最も効果的なものの一つとしてパイロットピアサポートプログラム (PPSP) が挙げられます。



(出典 : ICAO「Fitness to fly / A Medical Guide to Pilots」)

#### 4.1.2. レジリエンス

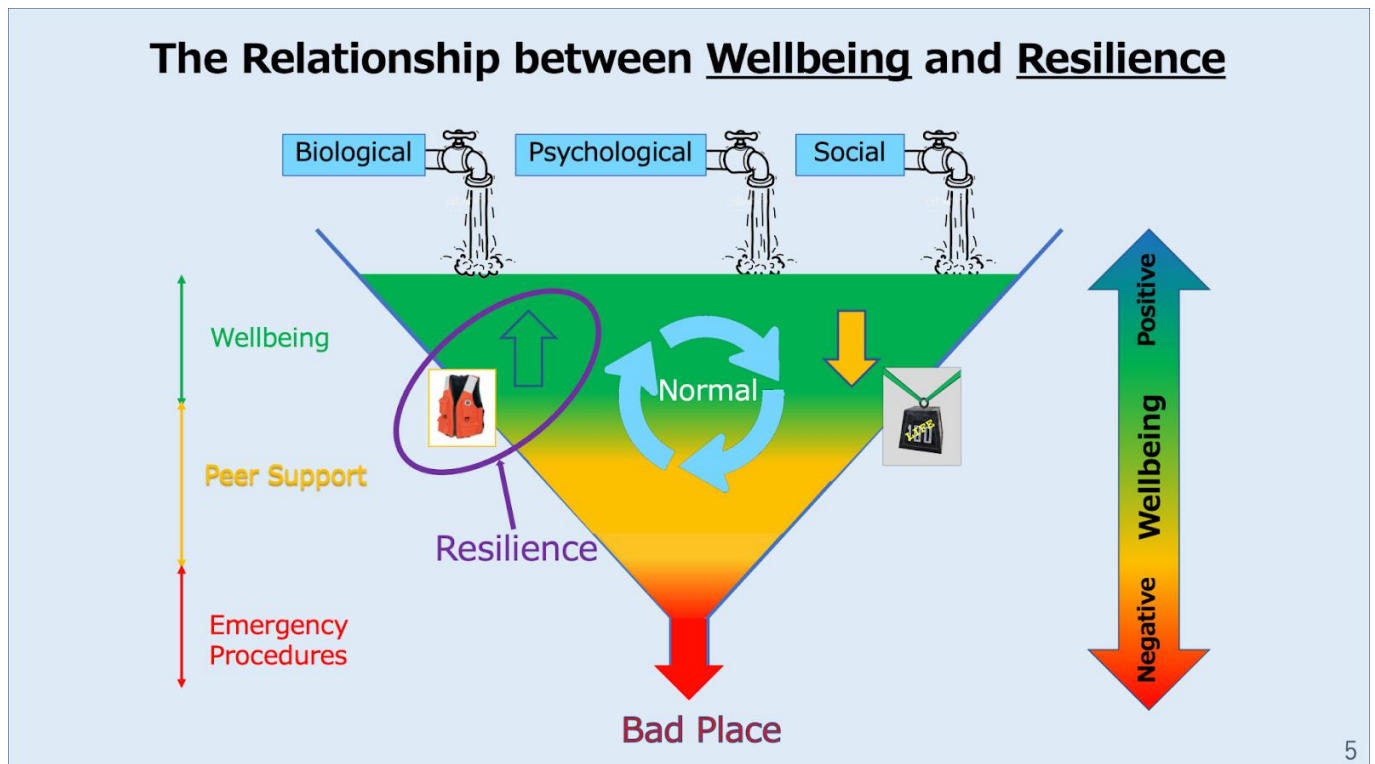
レジリエンスは、ウェルビーイングの概念の根幹をなすものとなります。逆境や困難でストレスの多い状況に直面しても、それに対処し、克服し、適応し、さらには成長する人の能力として描かれることが多いのが特徴です。このような固有の適応能力は、心の健康を守り、支え、ひいてはレジリエンスを確保するための重要な要因となります。レジリエンスの低下は、個人レベルだけでなく、組織的にも認識することができ、経済的にも社会全体にも大きな影響を及ぼします。

下図はウェルビーイングとレジリエンスの関係を表現しています。漏斗に入ってくるウェルビーイングの要素に関連したストレスに対して、漏斗の中にあるパイロットの状況を示しています。

パイロットが漏斗の上や表面近く（グリーンゾーンのWellbeing領域）に留まるためには、レジリエンスが必要です。人生にはさまざまな理由によりパイロットが下へ下へと引きずり込まれることがあります。問題が深刻であればあるほど、また未処置や未対策の期間が長ければ長いほど、パイロットはさらに下に引きずり込まれ、より多くの助けが必要になります。

次のゾーン（アンバー）は、緊急ゾーン（レッド）ではありませんが、パイロットが浮上するのを助けるために専門家の助けが必要な場合です（例：心理カウンセリング）。ここでPPSPの出番となります。熟練したピアは、パイロットと話すことで援助の必要性を見極め、パイロットに援助を受けるための正しい方向を示すことができます。これらの措置は、いずれもウェルビーイングへのリアクティブな対応です。

グリーンゾーン内のウェルビーイングへの積極的な取り組み（プロアクティブ・レジリエンス）は大変重要です。これは、私たちの足を引っ張る人生の避けられない衝撃から身を守るために、私たち全員ができる日常生活のことで、第一に沈み過ぎないように、第二にPPSPによる外部の助けがなくても素早く立ち直ることができるようにするものです。実際には、栄養、運動、睡眠管理などに関するものになります。効果的なものにするには、「野菜をもっと食べましょう、ヨガをしましょう」というようなものではだめで、パイロットのライフスタイルをターゲットにし、パイロットが使える実用的なツールでなければならないのです。言い換えれば、パイロットのためにパイロットが書いたものです。この教育プログラムは、パイロットが離婚や不健康、死別などによって水面下に引きずり込まれたときに、より早く浮上できるようなツール（「浮力補助具」）を提供すべきです。



人は常に人生やキャリアにおける不利な状況にさらされているものです。パイロットは、そうした状況による有害な影響に対して健康と安全を維持するという、飛行安全上の責任も負っています。あらゆるリスク軽減手法と同様に、事故・インシ

メントによる影響を回避・抑制するためのレジリエンスを構築することは、パイロットのキャリアと生活を守り、組織の安全文化を向上させるために重要となります。パイロットピアサポートプログラムは、レジリエンス、ひいてはウェルビーイングを改善・維持するための重要な手段です。

#### 4.1.3. ウェルビーイング向上のための5つの実践的な手法

下の図に示していますが、「ポジティブ心理学の父」と呼ばれるアメリカの心理学者マーティン・セリグマン（Martin E. P. Seligman）の研究によると、5つの指標、PERMAの各要素は、健康、活力、職務満足、生活満足、コミットメントとの間に正の相関があることが示されています。PERMAの構成要素を積極的に取り組むことで、ウェルビーイングが高まり、心理的な苦痛も減少することが知られています。

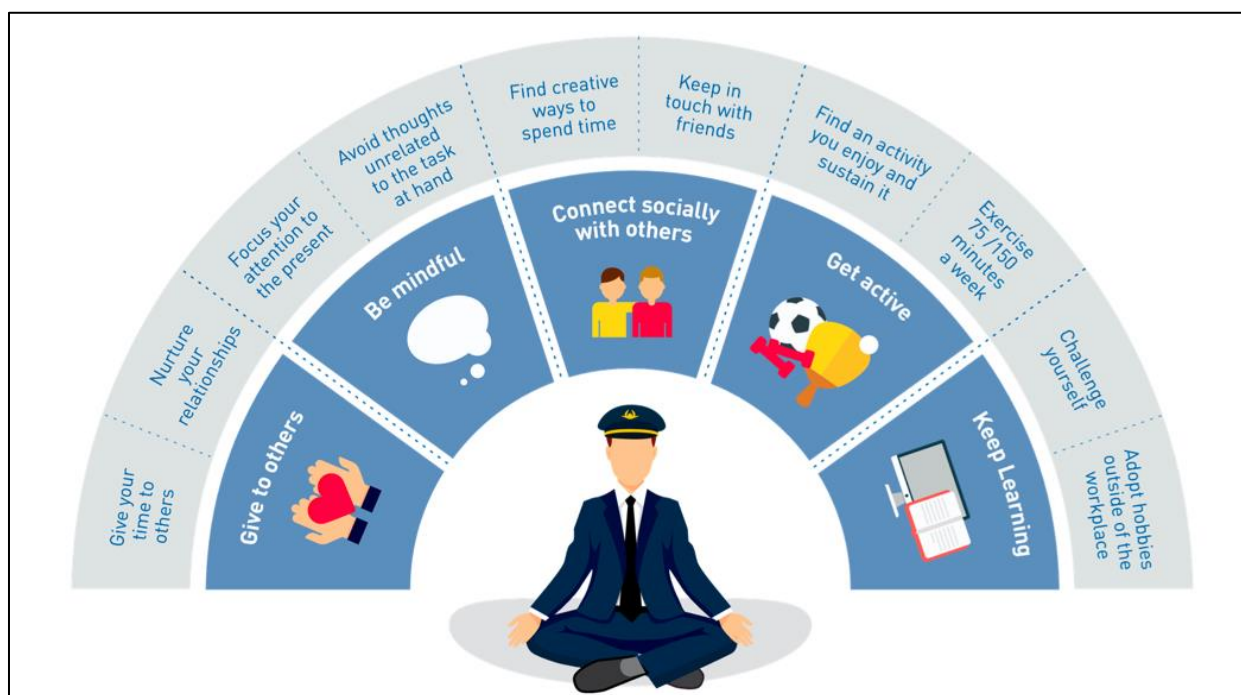


<具体的なウェルビーイングを向上させるための手法を紹介します。>

- ① 活動的になること（Positive Emotion 前向きな気持ち（嬉しい・楽しい・感動））  
肉体的に活発になることで、肉体的な健康維持のみではなく、精神的な健康にもつながります。ジムに通うことや、激しい運動をすることが必要ではなく、適度な運動（ジョギングや早歩き）などを週に150分間行うことが推奨されています。
- ② マインドフルネス（Engagement 没頭できること（時間を忘れて何かに積極的にかかわる））  
パイロットは、日々の目の前のフライトとは関係のない思い（過去の審査・訓練における低評価、次回の身体検査・審査への心配など）にとらわれることがあります。そのような思考は持続的になり、楽しい生活活動を阻害する可能性があります。それにはマインドフルネス、すなわち今、「この瞬間」を大切に生きる生き方が重要となります。マインドフルネスのトレーニングは、「心は、その瞬間に行われている活動とは無関係なことを考えていることが多い」という考えから始まります。過去や未来の心配にとらわれることなく、今この瞬間に注意を向けるようにすることが目的です。「次の審査に落ちるかもしれない」というアプローチから、「これは不安だ」という、より中立的で離れたアプローチに変わり、より簡単に管理できるようになるかもしれません。ひとつのメソッドとしては瞑想などもあるようです。
- ③ 人との繋がり（Relationship 良好な人間関係（援助を受ける・与える））

人生においてストレスを軽減させるために有効なことは、他の人と話すことです。それは、家族・親戚・友人・職場の仲間・近所の人などが含まれます。普段から常にこうした人たちと友好的関係を構築しておくことが重要です。

- ④ 周りへの奉仕（Meaning and Purpose 人生の意味・意義（自分は何のために生きているのか））  
助けを求める人へ援助することや、単に感謝の気持ちを伝えることでも自信のウェルビーイングは向上します。
- ⑤ 学び続けること（Achievement/ Accomplish：達成する感覚・熟練して感覚（何かを達成する））  
パイロットは、副操縦士や機長になるとき、そして乗務する機種が変わる時に、新たに多くの知識を学ばなければならず、定期的には学び続けています。しかし、同じ機種での乗務が長く続くと、日々のフライトがルーティーン化してしまう部分もあります。よって、何か仕事以外で趣味やスポーツを始めることで学び続けることが可能になります。



（出典：ICAO「Fitness to fly / A Medical Guide to Pilots」）

## 4.2. 航空身体検査

パイロットは、体調を整え、航空身体検査証明に必要な基準を維持するためにできる限りのことをしなければなりません。定期的な運動、良質な睡眠、健康的な食事をするに加え、喫煙や違法薬物の摂取を避け、アルコール摂取を制限することは必須となります。また、航空医療以外の定期的な健康診断、危険を伴う家庭でのメンテナンス作業、過度な運動や不注意による怪我の回避など、あまり目立たない行動も考慮すべきです。このような予防措置はすべて、航空身体検査基準を満たし、病気の影響を最小限に抑えるために役立ちます。

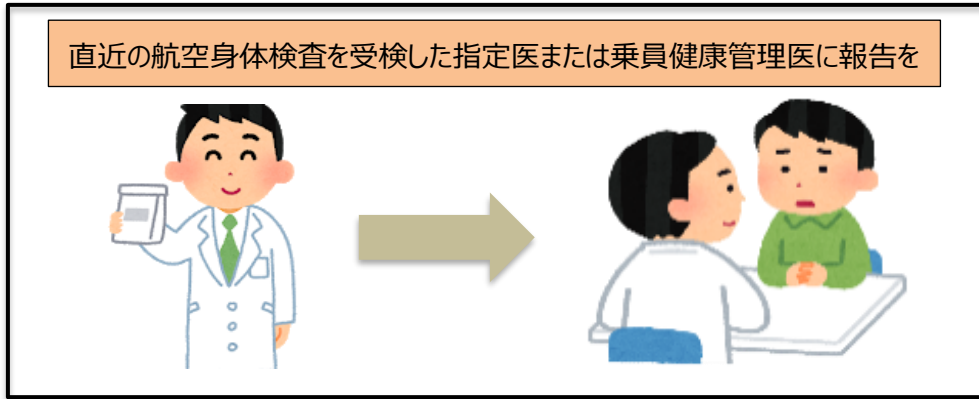
詳細は、「12.1航空身体検査証明制度とは」を参照ください。

### 4.2.1. パイロットにおける医薬品の使用

パイロットが医薬品を使用する際の原則として、航空法第70条および第71条を遵守し、自ら判断する義務が求められます。ただし、「航空機乗組員の使用する医薬品の取り扱いに関する指針」の規定に基づき、必要な場合には、指定航空身体検査医（指定医）または乗員健康管理医の確認等（指定医等による身体検査基準への適合性の判定において医薬品の使用の可否を含めて判定を行う場合を含む。）を受けてください。また、これ以外の場合にも、パイロットが医薬品の使用による自己の心身への影響を判断することが困難な事項などについて、指定医または乗員健康管理医から助言を受けることが望まれます。

薬には「副作用」があるため、飛行の安全に影響を与える可能性があります。しかしながら、過去には判断を間違える事案や申告をしないで航空業務で使用していた問題事案もありました。そのため、医薬品を使用する際は、指定医、乗員健康管理医に確認してください。「処方薬」はもちろん、「市販薬」についても、指定医などに確認することが原則です

また、日本で認められていない医薬品は使用できません。違法薬物は、使用・所持はしないでください。海外で認可されているもの、国内にて通信販売で購入できるものも、日本では違法薬物として扱われているものもあり、よく確認するようにしてください。加えて、サプリメントもさまざまな成分が含まれていることがありますので、効能だけでなく、その成分を確認してください。



#### 4.2.2. 基本的な考え方

「令和4年3月29日 国空航第3037号 航空機乗組員の使用する医薬品の取扱いに関する指針」を参考に確認します。(参照：国土交通省ウェブサイト <https://www.mlit.go.jp/common/001476614.pdf> )

- パイロットが治療で医薬品を使用する場合、当該医薬品だけでなく、現有の病態が航空業務に支障を来す（身体検査基準に適合しない）おそれがないことの「確認」が必要です。
- 医薬品の使用及び病態の「確認」は、指定航空身体検査医又は乗員健康管理医（事業者配置されている場合。）（以下、「指定医等」という。）に対して行うことが原則です。
- ただし、市販薬（第3類）及び外用薬の一部については、パイロット自身がこれらを「確認」すれば、使用可能です。

虚偽等不正の手段による航空身体検査証明の取得や、身体検査基準への不適合が疑われる身体状態での操縦業務の実施は、航空法第30条の規定により、技能証明の取消を含む処分の対象となるほか、同法第149条の罰則（1年以下の懲役又は30万円以下の罰金）の対象となる場合があるので、ご注意下さい。

各航空会社で、医薬品使用について決まりがあり、管理されています。いつ、どのように、何を、どこに報告・相談するのか「航空機乗組員に使用する医薬品の取り扱い指針医薬品使用に関する運用指針」をもとに決められております。医薬品の使用についてわかりやすくANAが作成したものを紹介しています。しかし、各航空会社によって管理方法が異なりますので、自社の規定を確認してください。健康管理部門担当者は、日々乗員のご質問のご対応いただいておりますが、わかりやすく定期的な発信を継続してください。 ANA医薬品の分類について **【付録⑧】**

#### 4.3. パイロットの保険制度

##### ロスオブライセンス

この制度は、パイロットが怪我や疾病によって長期間の業務に従事できなくなったときの所得を補償する制度です。経済的に安心できないと落ち着いて休むことができませんので、航空業界において広まりつつある保険制度です。例として、公益社団法人 日本航空機操縦士協会（JAPA）による団体保険制度を示します。

(アルコール依存症は、ロスオブライセンスの対象外となっています。)

## ロスオブライセンス

### JAPA団体保険のご案内

当協会は、福利厚生制度の一環として2つの団体保険（団体長期障害所得補償保制度・団体総合補償制度）を設けております。

#### JAPA団体保険の概要

##### ●団体長期障害所得補償保険（ロスオブライセンス）

- (1) 「団体長期障害所得補償保険制度」は、ケガや病気によって長期間パイロット業務に従事できなくなったときの所得を補償する制度です。この制度により、業務に従事できない間、**最長で68歳まで**所得補償を継続して受けることができます。
- (2) 補償プランは、免責期間が短く、補償期間を1年とする『短期所得補償プラン』、免責期間は長いものの、補償期間を最長で68歳までとする『長期所得補償プラン』の2種類がございます。（2種類を組み合わせでご加入いただくことも可能です。）
- (3) うつ病等の精神障害による就業障害を最長2年まで補償します。『長期所得補償プラン D・F・G・H』
- (4) この保険はパイロット業務による勤労所得がある方のみが加入対象となります。

(出典：JAPAホームページ)



## 5. 航空業界におけるアルコール関連情報

### 5.1. パイロットの飲酒基準等

「航空機乗組員の飲酒による運航への影響について」【付録①】  
 (航空法第 70 条関係) 平成31年1月31日 国空航第2278号

#### 1.目的

この通達は、航空法第 70 条の趣旨を踏まえ、航空機乗組員がアルコールの影響によって正常な運航ができないおそれがある状態について、一定の目安となる体内アルコール濃度等を明確にすることにより、航空機乗組員の飲酒による運航への影響を回避し、航空機の安全かつ安定的な運航の確保を目的とする。

#### 2.原則

アルコールによる身体への影響は、個人の体質やその日の体調により異なるため、体内に保有するアルコールが微量であっても航空機の正常な運航に影響を与えるおそれがある。このため、航空機乗組員は体内に保有するアルコール濃度の程度にかかわらず体内にアルコールを保有する状態で航空業務を行わないこと。

#### 3.航空法第 70 条の目安とする体内アルコール濃度等

次のいずれかに掲げる場合に該当する航空機乗組員は、アルコールの影響によって正常な運航ができないおそれがある状態であり、航空業務を行わないこと。

- (1) 身体に血液 1 リットルにつき 0.2 グラム以上又は呼気 1 リットルにつき 0.09 ミリグラム以上のアルコール濃度を保有している場合
- (2) (1)の規定にかかわらず、アルコールの影響により、反応速度の遅延など航空機の正常な運航ができないおそれがあると認められる場合

### 5.2. アルコール検査の義務化

パイロットは、乗務前のアルコール検知器（ストロー式）による検査が義務化されています（航空法第104条関連）。そして、検査時の不正（なりすまし、すり抜け）防止体制も義務化され、具体的には、検査時の第三者の立ち会いや検査情報の記録・保存などがあります。

基本として、酒気帯びの有無を確認するため、次の内容にてアルコールチェックを行います。

	瞬時に正確な判断/行動が必要				一定の期間内の業務の例
	機上で直接安全サービス		地上で対空通信や運航前整備等		
	操縦士	客室乗務員	運航前整備	運航管理	ドック整備
酒気帯び禁止	○	○	○	○	—※2
アルコール検査	前後	前後	前	前	—
不正防止策	第三者立ち会い	第三者立ち会い	第三者立ち会い	第三者立ち会い	—
業務前の飲酒禁止	8時間前	8時間前	—	—	—

※ 現行の国際標準に準じた「アルコールの影響により正常な業務に支障がある状態での業務禁止」は継続

(出典：国土交通省ウェブサイト <https://www.mlit.go.jp/common/001285369.pdf>)

パイロットは以下の要領でアルコール検査を実施する必要があります。【付録②】

「航空機乗組員等のアルコール検査実施要領」令和元年7月5日(国空航第628号、国空機第408号)抜粋  
検査

航空機乗組員等によるアルコール検査は以下に示す方法・機器により行うものとする。

#### (1) 検査方法

a 航空機乗組員及び客室乗務員は一連の飛行<sup>※1</sup> 前後に、運航管理者、運航管理担当者及び運航管理補助者は航空機との通信に係る業務を実施する前に、整備従事者は整備作業開始前に、アルコール検知器を使用した検査を行うことにより、酒気帯びの有無を確認すること。

※1 一連の飛行とは、機内で次の飛行に向けた準備等を行うような連続する飛行(計画上又は実際の運航における飛行間の間隔が2時間以内である場合に限る。)をいう。

### 5.3. 航空会社の飲酒に係る不適切事案について

---

2019年1月時点におけるアルコール事象について以下のリンクに紹介。【付録③】

リンク：<https://www.mlit.go.jp/common/001285364.pdf>

#### 5.3.1. 不適切事案を隠す・かばうものではないこと

これまで多数の航空会社で、乗務前日の飲酒量や時間が不適切なために運航便の遅延や欠航が発生しました。こうした不適切事象を起こした対象者は、有効な航空身体検査証明を保持し、アルコール依存症ではない前提で業務を行っていました。

しかし、乗務前のアルコール検査で検知されたり、他人になりすまして検査をすり抜けようとする問題行動から、急性アルコール中毒疑いなどとされ、専門医療機関で精査されました。問題飲酒傾向にある者ほど周到に乗務前検査に引っかけられないように注意する傾向があります。また、普段飲酒機会がない者が場の雰囲気の流れに流され、一時的に問題行動を起こす場合もあります。このガイドラインは、このような規定類を守らずに問題行動を起こした者をかくまったり、アルコール依存症であることを理由に処分の軽重を決めることを目的とはせず、問題飲酒傾向にある者などが気軽に相談でき、日頃の飲酒習慣を見直し、適正な飲酒習慣を身に付け、健康を維持し安全に運航業務に就くことを目的にしています。

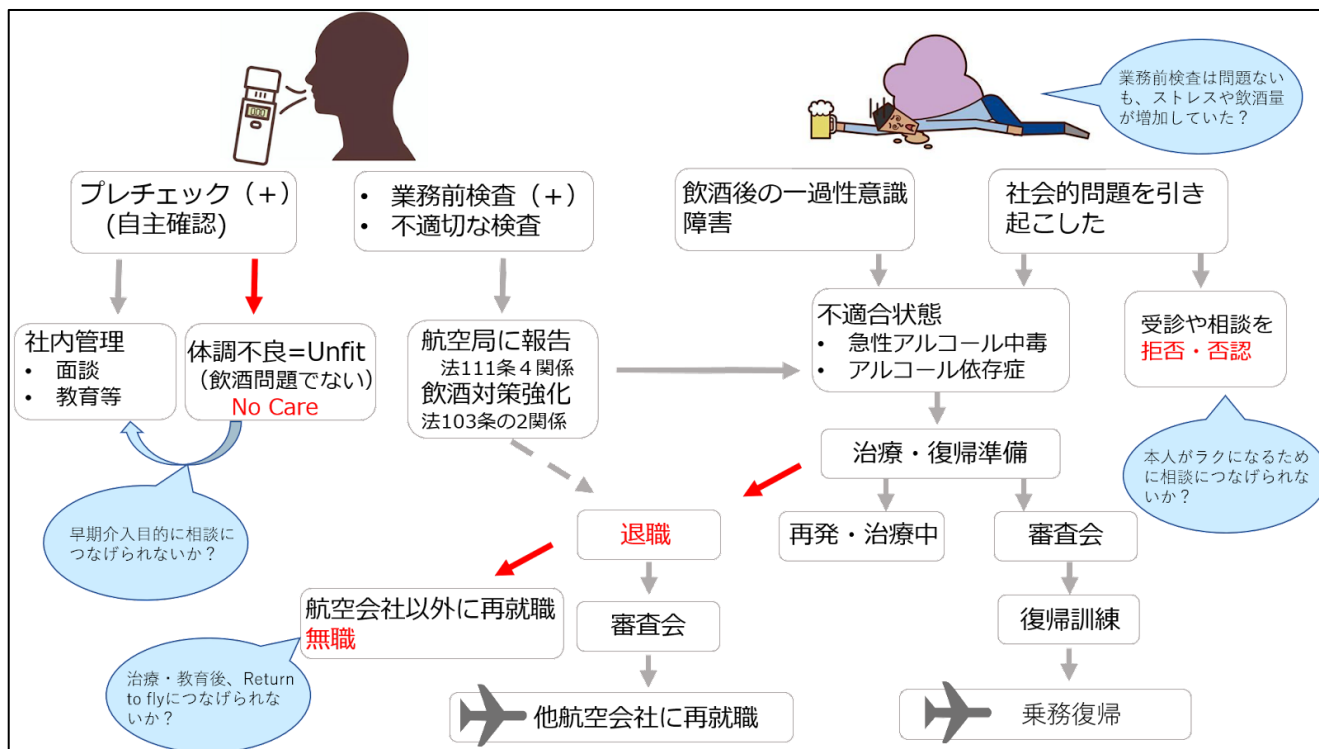
#### 5.3.2. 本邦でのアルコール問題の現状

「航空分野におけるアルコール等に係る監督体制強化」が図られ、アルコール検査が義務化されました。これにより業務前検査にて陽性反応または不適切な検査手順がなされた場合は、航空局への報告が求められます。これを避けるため、プレチェック対応を設けている航空会社も存在します。プレチェックとは、個人貸与された呼気検査機を用いて業務前に自宅や宿泊先のホテルにて自ら行う検査を指します。

プレチェックで陽性になった場合、教育や面談などを通じて社内管理する会社もあれば、体調不良としてNo Careとしている会社があります。体調不良の中にはアルコール影響によるものも含まれており、No careとしてしまうとアルコールの早期介入という点では、むしろ助けが必要な可能性のある乗員に対し、蓋をし続けている可能性があります。

また、アルコール教育の徹底や飲酒対策強化も定められましたが、航空局で把握している過去10年間のアルコール関連疾患の不適合状態は、飲酒後酩酊し救急車で病院搬送されて発覚するケースや警察介入事案で発覚する場合がほとんどです。事案によっては、社会的影響を鑑み、会社を退職し、その後日本の航空会社での再就職はできず、孤立からアルコール問題の再発事案につながる可能性もあります。さらに、社会的問題を引き起こしたり、仲間内で「あのパイロットは飲酒量が多い」と感じていても、飲酒問題として受診・相談につなぐ難しさがあります。これまで特に予防の体制が不十分であったため、このガイドラインをきっかけに体制を充実させる必要があります。

また、このガイドラインは乗務復帰への道筋を示すものですが、会社の規定違反に対する処罰や行政処分に関する事案の場合は、身体的・精神的に回復し、乗務復帰を目指すことは別に、並行して担当部署にて処分に関することが協議されることになります。



## 6. アルコールに関する基本情報

### 6.1. アルコールと依存

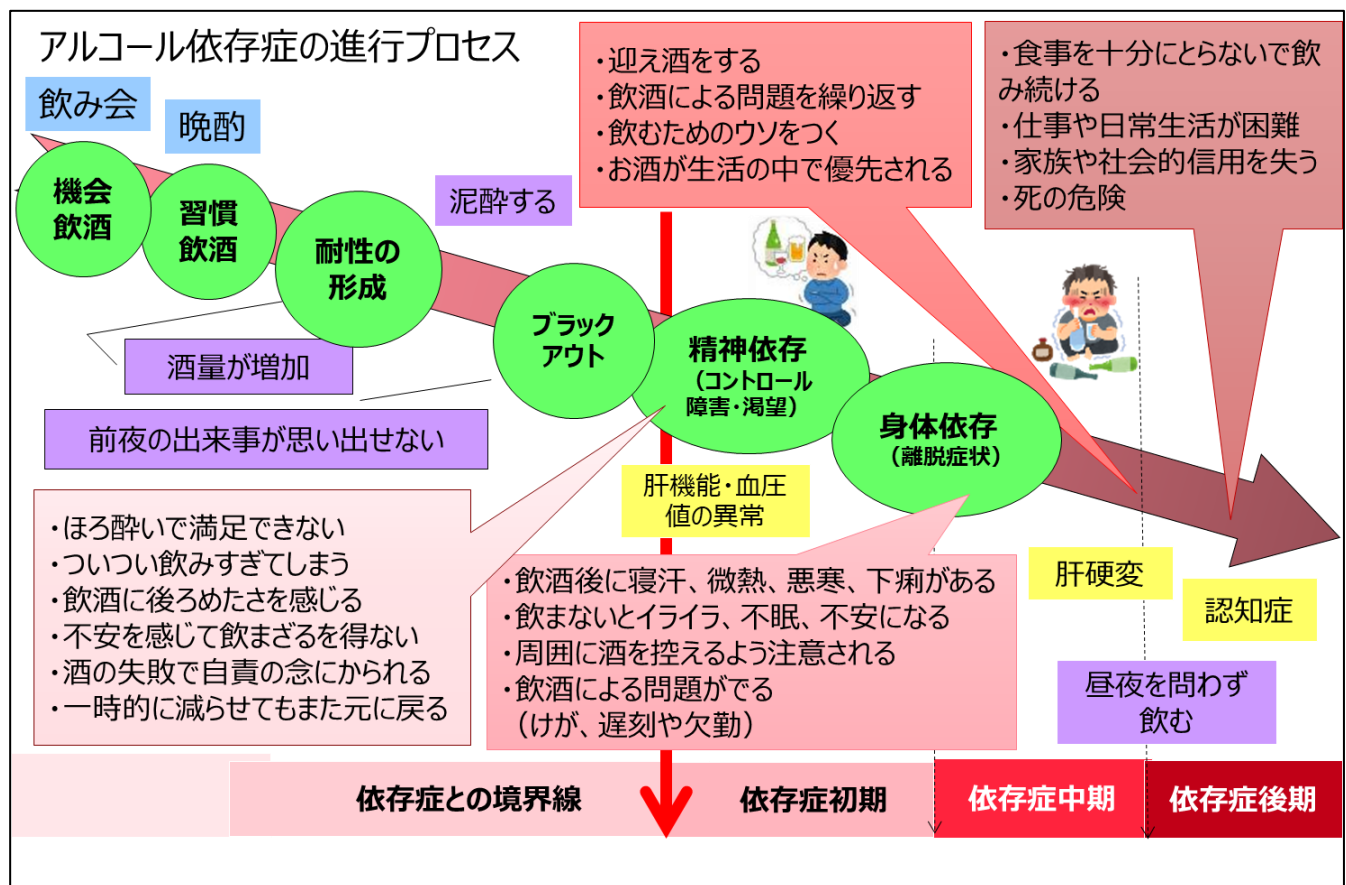
アルコールは、依存性のある薬物の一種です。飲酒を続け、耐性・精神依存・身体依存が形成され、飲酒のコントロールができなくなる状態がアルコール依存症です。アルコール依存症になると、身体・仕事・家族関係などのさまざまな問題が起きます。アルコール依存症は、酔って問題を起こすこととは異なります。

アルコールは、麻薬・覚せい剤・タバコ・睡眠薬などと同じく、依存性のある薬物の一種です。そして他の薬物と同様に、次のようなプロセスを経て依存症という病気に至ります。

習慣的に飲酒していると、まず耐性が形成されます。耐性とは同じ量の飲酒でもあまり効かなくなってくることです。いわゆる「酒に強くなってきた」状態で、少量の飲酒ではあまり効果がなくなり、同じ効果を求めて徐々に酒量が増加していきます。

そして、精神依存という症状が現れます。精神依存とは簡単に言う「酒が欲しくなる」ことです。酒がないと物足りなくなり、飲みたいという欲求を感じるようになります。さらに精神依存が強くなると、酒が切れてしまった場合、家の中を探したり、わざわざ出かけて買いに行くような行動が現れます。

耐性・精神依存が形成され、長年ある程度の量の飲酒を習慣的に続けていると、しまいには身体依存が出現します。身体依存とは、文字通り酒が切れると身体の症状が出ることで、酒を止めたり減らしたりしたときに、離脱症状と呼ばれる症状が出現するようになります。代表的な離脱症状としては、不眠・発汗・手のふるえ・血圧の上昇・不安・いらいら感などがあり、重症の場合は幻覚が見えたり、けいれん発作を起こしたりすることもあります。酒を止めるとこのような症状が出現してしまうので、症状を止めるためにまた飲酒するという悪循環となり、ますます酒を止めることが難しくなります。



どこからアルコール依存症で、どこまでが普通の酒飲みか、という線引きは、明確にできるものではありません。しかし、アルコールが依存性のある薬物の一種である以上、飲酒をしている人は誰でも依存症の回路がゆっくりと脳の中で作られていきます。つまり飲酒をしていれば、誰もが依存症になる可能性があるということです。アルコール依存症は、ゆっくりと進行していくため、依存が作られている途中では自分では気が付きませんが、しまいには飲酒によって問題があるにもかかわらず、飲酒をコントロールできなくなります。そのコントロールできない状態がアルコール依存症なのです。

飲酒による問題は、さまざまな問題があります。まず肝臓や膵臓、脳・神経などのさまざまな臓器に悪影響を及ぼします。さらに仕事に影響が出ることも大きな問題の一つです。飲酒のせいで遅刻や欠勤をした、頭が働かず仕事の効率が落ちた、朝に酒のにおいを指摘されたといった問題は、飲酒問題の代表的なものです。また、家族との関係も悪化していきます。妻・夫・子供の信用を失い、関係がギクシャクし、その結果さらにストレスをためて酒に逃げるようになります。

うつ病などの精神的な影響、事故に巻き込まれやすくなるといった問題もあります。そして、アルコール依存症になると、そのような問題があるとわかっていながら、自分では飲酒をコントロールできない状態になり、酒を減らしたり止めたりできなくなっているのです。

一方、アルコール依存症と、酔ったときに問題を起こすことは性質が異なります。それは「酒乱」であって、依存症とは違います。酔ったときにいくら問題を起こしたとしても、たまにしか飲酒しない人はアルコール依存症ではありません。逆に酔ったときに周りに迷惑をかけなくても、飲酒がコントロールできなければアルコール依存症といえます。むしろほとんどのアルコール依存症の人は、静かに酒を飲んでいるものです。

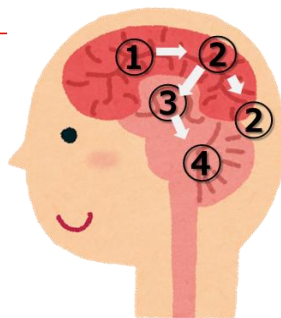
【引用：厚生労働省e-ヘルスネット <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/>】

## 6.2. お酒が体に与える影響

お酒が体に与える影響は、飲んだ経験があれば容易に想像がつくと思いますが、未成年者やまったくお酒が飲めない体質の人はきっと想像がつかないでしょう。また、お酒を分解する能力にも個人差があり、同じ量を飲んだとしても異なる影響が出る場合があります。

**アルコールによって脳が麻痺することです。**  
**少量でも、集中力・周りへの注意力・反応時間などに影響します**

- アルコールは、まず脳の理性をつかさどる部分①に影響し、気分がほぐれたり、リラックスする効果があります。
- 脳が麻痺しているため、**自分で気付かぬ内に能力が低下しています。**
- 少しでもアルコールを摂取した時、アルコールが抜けていない時は、**絶対に仕事も車の運転もしてはいけません。**



### <大脳皮質>

① **ほろ酔い** 気分がほぐれる  
抑制がはずれる

### <大脳皮質・小脳>

② **酩酊** 足元がふらつく  
「酔っ払い状態」

### <大脳辺縁系>

③ **泥酔** 酔いつぶれる  
ブラックアウト  
(記憶がなくなる)

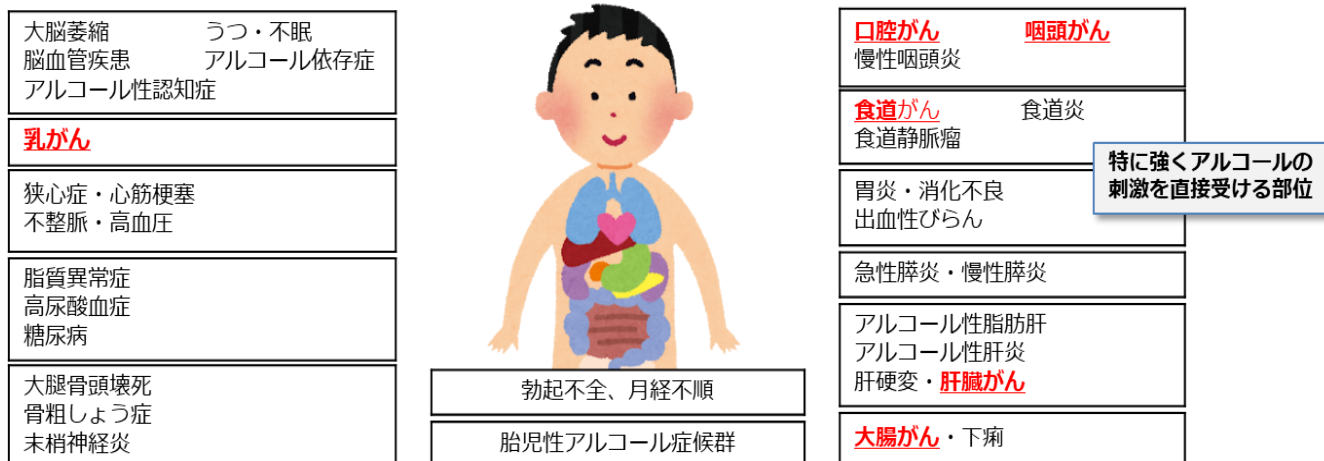
### <脳幹>

④ **昏睡** 死に至ることがある  
何をしても起きない

参考資料：厚生労働省HP e-ヘルスネット

お酒は「脳を働かないようにする」方向に働きます。飲み始めは陽気だとしても、飲む量が増えるにつれ脳への影響が大きくなり、感情が抑えられなくなったり、歩行が困難になったりして、最終的に呼吸が止まる危険も伴います。

また、アルコールは分子の大きさが水に近く、水にも油にも溶けるため、全身の細胞の中に入り込み多くの臓器に影響を与えます。世界保健機関（WHO）は、「アルコールは60種類を超える病衣の原因であり、200種類以上の病気に関連している」と指摘しています。アルコール飲料に含まれるエタノール、アルコール分解で生じるアセトアルデヒドは、「発がん性物質」といわれています。多量飲酒は、全身の臓器障害を引き起こしますので、飲酒量をコントロールすることも大切です。



アルコールは食欲を増進させ、摂取カロリーがオーバーになりがちです。その結果、体重が増加し、さまざまな生活習慣病のリスクとなります。

### 高血圧

- ✓ 飲酒量が増えると血圧が上昇
- ✓ 日本では、男性の高血圧者の1/3はアルコールが原因
- ✓ 高血圧は脳卒中リスク因子

### 脂質異常症（特に中性脂肪）

- ✓ 飲酒量に比例し肝臓での中性脂肪が増加、飲酒時の食事も影響
- ✓ 動脈硬化、糖尿病、すい炎の原因

### 高尿酸血症

- ✓ アルコール代謝により、肝臓で尿酸が増加、また尿酸の排泄を阻害
- ✓ アルコール利尿作用により、血液中の尿酸が濃縮化
- ✓ 痛風、結石、動脈硬化の原因

### 糖尿病

- ✓ アルコール摂取により、一時的に血糖値が上昇
- ✓ 多量のアルコール代謝による脂肪肝がインスリンの機能を抑制
- ✓ 糖尿病治療中の方は低血糖に注意

### 急性すい炎・慢性すい炎

- ✓ 多量飲酒の際に、すい臓の消化酵素がすい臓と周辺組織を溶解し、腹部から背中にかけて激しい痛み
- ✓ 男性では、飲酒が最大の原因（急性の50%、慢性の80%）
- ✓ すい炎から慢性すい炎、すい癌に移行



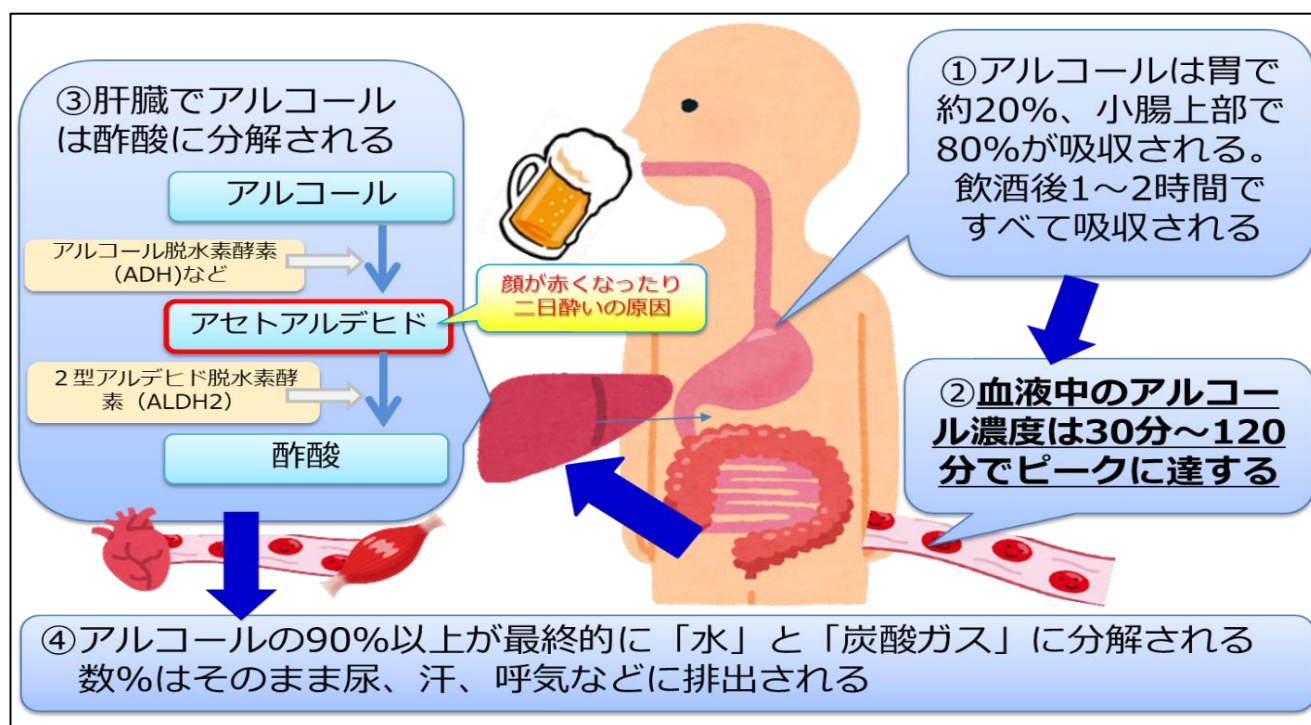
## 6.3. 急性アルコール中毒

短時間で多量に飲酒すると、「急性アルコール中毒」状態となり、生命の危険を伴うこともあり、歓迎会のイッキ飲みなどで命を落とす学生が後を絶ちません。未成年者や女性、体の小さい人、そしてお酒を分解する力が弱い（お酒を飲むと顔が赤くなる）タイプの人など、お酒の分解に時間がかかる人は注意が必要で、意識を失ったり、呼吸が止まったりする危険性があります。そのため、お酒の無理強いを控え、酔いつぶれた人がいれば、衣服をゆるめて楽にさせて、毛布などをかけて暖かくし、吐いた物が喉に詰まらないように横向けに寝かせてあげましょう。

#### 6.4. お酒（アルコール）の吸収と代謝

お酒は、胃で約20%が吸収され、残りは小腸で吸収されます。お酒を飲んだ後の30～120分で血液中のアルコール濃度はピークに達します。お酒（アルコール）を分解する速度は個人差が大きく、体調や食事内容などにも影響を受けます。


遺伝子で決まるお酒を分解する力は、II型アルデヒド脱水素酵素により決まります。この酵素が十分に働くタイプ、部分的に働くタイプ、そして全く働かないタイプの3種類の人があります。日本人の約40%は、アルコールが分解された物質であるアセトアルデヒドを分解する酵素が部分的に働くタイプで、約5%が全く働かないタイプです。そのため、こうした人たちが飲酒した場合、顔が赤くなったり、吐き気がしたり、脈が速くなったりしますので、皆さんと同じような飲み方を強要しないようにしましょう。



#### 6.5. 性別および年齢によるお酒の分解の違い

女性は、筋肉・脂肪量の違いにより、体内の水分量が男性と比較して少ないことが知られています。さらに、胃の中でお酒を分解する能力も男性より低いことから、同じ量のお酒を飲んだ場合でも血液中の濃度は高くなる傾向があります。そのため、肝臓に対する障害や脳の萎縮を引き起こしやすくなり、男性と比較して、より短い期間でアルコール依存症になる危険性があるといわれています。また、加齢によっても、お酒を分解する力が弱くなります。

特徴	アルコールによる影響
体内水分量が少ない	血中アルコール濃度が高くなりやすい
アルコール代謝能力が男性の3/4程度	早期に肝硬変やアルコール依存症になりやすい
女性ホルモンのアルコール代謝への影響	乳がん等の健康リスクを増大させる
妊娠中の飲酒は「胎児性アルコール症候群」を引き起こす	



### 6.6. アルコール依存症の診断

世界保健機関（WHO）は、世界中のどの国でも同じ診断となるように診断基準を定めていますが、説明するために簡単に表現すると以下ようになります。【ICD-10（WHO）の定めた診断基準によるアルコール依存症】

1. お酒を飲みたい気持ちがとても強い、または飲まざるを得ない気持ちが強い
2. お酒を飲む量、飲む時間などのコントロールができない
3. お酒の飲む量を急に減らす、もしくはゼロにすると症状が出現する
4. お酒を飲み続けているうちに、酔うまでに必要な量が増える
5. お酒を飲むことが生活の中心となっている
6. 良くない結果が出るのがわかっているにもかかわらずお酒を飲んでしまう

以上6つのうち1年間に3つ以上が同時に当てはまる場合に診断がつきますが、当てはめようと思えば当てはまってしまう。逆も同様に、当てはまらなと思えば当てはまらなくなってしまうので、慎重に判断する必要があります。

### 6.7. 節度ある飲酒量

定めている適正な飲酒量は、「節度ある適度な飲酒」と表現されています。お酒を飲んでも赤くならないタイプの体質である健康な男性で1日2ドリンクまでとされ、この量に相当するのは、ビール500ml、ワイングラス2杯、日本酒1合弱、焼酎0.5合程度となります。



**成人男性 2ドリンク/日、女性や高齢者 1ドリンク/日**

**分解時間が5時間位に相当する量です。**（厚生労働省 「健康日本21」より）

- 日常的な飲酒量は、この表に示す量の以下となるようにしましょう。

種類	ビール	日本酒	焼酎	酎ハイ	ウイスキー	ワイン
						
アルコール濃度 (%)	5	15	25	7	40	12
量 (ml)	中びん1本 500ml 1缶	1合	0.6合強	350ml 1缶	ダブル水割 約1杯	約1/4本
	500 ml	180ml	100ml	350 ml	60ml	約200 ml

#### 6.8. 健康を守るための12の飲酒ルール

厚生労働省e-ヘルスネットより引用

1. 飲酒は1日平均2ドリンク（= 20g）以下  
節度ある適度な飲酒を守りましょう。
2. 女性・高齢者は少なめに  
中年男性に比べて、女性や高齢者は飲酒量を控えることをおすすめします。例えば1日350mLの缶ビール1本以下を目安としてみましょう。
3. 赤型体質も少なめ(すくなめ)に  
飲酒後にフラッシング反応を起こす人をここでは赤型体質とも呼びます。この体質はアルコールの分解が遅く、がんや様々な臓器障害を起こしやすいといわれています。
4. たまに飲んでも大酒しない  
たとえ飲む回数が少なくとも一時に大量に飲むと、身体を傷めたり事故の危険を増したり依存を進行させたりします。
5. 食事と一緒にゆっくりと  
空腹時に飲んだり一気に飲んだりすると、アルコールの血中濃度が急速に上がり、悪酔いしたり場合によっては急性アルコール中毒を引き起こします。またあなたの身体を守るためにも濃い酒は薄めて飲むようにしましょう。
6. 寝酒は極力控えよう  
寝酒（眠りを助けるための飲酒）は、睡眠を浅くします。健康な深い睡眠を得るためには、アルコールの力を借りないほうがよいでしょう。
7. 週に2日は休肝日  
週に2日は肝臓をアルコールから開放してやりましょう。そうすることで依存も予防できます。

## 8. 薬の治療中はノーアルコール

アルコールは薬の効果を強めたり弱めたりします。また精神安定剤と一緒に飲むと、互いの依存を早めることが知られています。

## 9. 入浴・運動・仕事前はノーアルコール

飲酒後に入浴や運動をすると、不整脈や血圧の変動を起こすことがあります。またアルコールは運動機能や判断力を低下させます。

## 10. 妊娠・授乳中はノーアルコール

妊娠中の飲酒は胎児の発達を阻害し、胎児性アルコール症候群を引き起こすことがあります。またアルコールは授乳中の母乳に入り、乳児の発達を阻害します。

## 11. 依存症者は生涯断酒

依存症は飲酒のコントロールができないことがその特徴で、断酒を続けることが唯一の回復方法です。

## 12. 定期的に検診を

定期的に肝機能検査などを受けて、飲み過ぎていないかチェックしましょう。また赤型体質の習慣飲酒者は、食道や大腸のがん検診を受けましょう。

【引用：厚生労働省e-ヘルスネット <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/>】

## 6.9. 飲酒欲求のコントロール不良が疑われる危険なサイン

---

### 1. 見た目や行動の変化

(ア) 髪の毛はボサボサ、服装は乱れがちでだらしくなる

(イ) いつもなんとなく酒臭いなど、不潔感が漂ってくる

(ウ) 仕事でミスを連発したり、お客さんからクレームが続出したりする

### 2. 月曜日、または直前の「ポカ休」が増える

### 3. 医者からの飲酒について注意を受けても、なかなか減らせない

### 4. お酒を飲むときだけ楽しくなれる（お茶とケーキでは楽しめない）

### 5. 飲みたくなる時間が変わる（朝から飲みだすのはもっとも危険な兆候）

### 6. 休日はお酒を飲む以外にすることがない

### 7. 夕食の支度をしながらの「昼飲み」が習慣となっている

### 8. 飲み過ぎを注意されても「否認」に徹する

### 9. 飲酒をやめたくてもやめられない自分に「罪悪感」を覚える

### 10. 飲む理由を自分以外に向ける「責任転嫁グセ」がある

【参考文献：『そろそろ、お酒やみようかな』と思ったときに読む本】

## 6.10. 「わかっちゃいるけどやめられない」はなぜ？

---

私たちはなぜ適量を簡単に踏み越えてお酒を飲んでしまうのでしょうか？多くの人が、なぜアルコールという薬物にコントロール不良となっていくのでしょうか？それは、脳にとってアルコール（薬物）がもたらす「報酬」が大きいからです。そのカギを握っているのが「ドーパミン」です。ドーパミンは、やる気、元気、ハッピーな気分の素となる快楽物質です。脳の精神活動は、数十種類ある神経伝達物質がそれぞれの神経系で活性化することで起こります。脳内報酬系でドーパミンの分泌が増えると、多幸感、心地よさ、意欲向上などを自覚し、薬物への精神依存が形成されます。アルコールは、少量でも効率よく報酬系でドーパミンの分泌をうながします。また、セロトニンとオピオイドという神経伝達物質の分泌も増やすので、不安や心配などの負の感情を吹き飛ばし、苦痛を和らげることができます。この相乗効果で、情緒的には実に魅力的な薬理効果があります。こういう便利なものが安価ですぐに手に入るため、ハマりやすく、適量を簡単に踏み越えて飲んでしまうの

です。飲酒を続け、飲酒習慣が形成され、ドーパミンによる快感に慣れてくると、シラフで「さあ、今夜は居酒屋で一杯やるぞ」と思った瞬間、反射的にドーパミンがどっと出てきます。まだ就業中でもすぐ仕事を切り上げたいくなるほど、アルコールの報酬は魅力的で頭からは離れなくなってきます。お酒を飲めばまたドーパミンが出てたくさんの報酬が得られるので「もっと、もっと」と続けて飲んでいると、やがて危険なゾーンに入ってしまう。

【参考文献：『そろそろ、お酒やめようかな』と思ったときに読む本】

### 6.11.ハームリダクション

---

アルコール依存症とは、「お酒が生活の中心となり、飲酒のコントロールを失う」疾患であるため、その治療は断酒を継続することが中心となります。そのため、厳密に言えば「1滴も飲んではいけない」という結論になりますが、「お酒を飲まずにいけない!」身体・心理・環境には個人差が多くあり、突然やめることを決断できない場合もあります。

「お酒を飲まなければやっていけない」という状況で、お酒を飲むことにより対処してきた生活習慣であったのならば、むしろ急にお酒をやめることは命の危険を伴う場合すらあります。つまり、「お酒がなくなるとは生きていけない」と考え、さらに孤立してしまうので、自ら命を絶つ場合も少なくありません。では、お酒をやめることを決意できない場合は、その気になるまで治療できないのでしょうか？または、本人の意思に背いてでも治療をする必要があるのでしょうか？どちらの考え方も間違っていないと思います。ただし、日本においてはアルコール依存症を抱える人の受診率が極めて低いことだけは知っておいてください。日本では約107万人もアルコール依存症が疑われる人がいますが、精神科の医療機関に受診しているのは約4万人にとどまっています。約100万人におよぶ人が受診していない理由が、「受診するといきなりお酒をやめさせられるのではないか」という不安に起因するのであれば、工夫が必要になってきます。

具体的には、いきなりやめることはできなくても、（お酒に関係しないものであっても）相談を続け、少しでもお酒を飲むことによる害を減らすための工夫を考えて、最終的にお酒をやめることができるように支援するのです。徐々に人との関係性を育み、自分らしく回復していくという経過を見守り、安心して話せる人や安全に生活できる環境・時間が増えることにより改善していくことができます。

こうした考え方をハームリダクション（Harm Reduction）といいます。例えば、オランダで違法薬物などを注射することにより蔓延したさまざまな感染症の問題に、「使用済みの針を持参すれば、清潔な針を配布する」という施策が実施されています。税金でそのような対応をすることに対して、当初は反対意見も多かったようですが、今では感染症の問題は減少しているのです。

行動の変化に時間がかかる場合も多いですが、最も重要なことは、お酒をやめるかやめないかということよりも、相談を継続することが重要であり、お酒に関する悩みを正直に話せる人・時間・場所が大切です。

アルコール関連問題に対しては、ハームリダクションの一つとして、減酒支援があります。（「早期対応」の項を参照）

### 6.12.ブリーフ・インターベンション

---

アルコール健康障害対策基本法が2014年6月に施行されましたが、生活習慣病予防や飲酒運転、うつ・自殺対策などとも密接に関連する多量飲酒者対策は、わが国の喫緊課題となっています。多量飲酒に対する飲酒量低減法としてのブリーフ・インターベンション（Brief Intervention）は、欧米諸国では1980年代から医療現場などで数多くの研究が行われ、その有効性はすでに確立されているといえます。わが国でも、その飲酒量低減に対する有効性を確立する研究が相次いで報告されており、2013年度から特定健診・特定保健指導プログラムにブリーフ・インターベンションが減酒支援として取り入れられました。

ブリーフ・インターベンションには、定訳はないが「簡易介入」や「短期介入」と訳される。

Briefの基準： 1～3回のセッションで30分以内の介入

特徴：

① 断酒ではなく、飲酒量の減量を目標にする。

- ② 依存症の専門家ではなく、ヘルスケアの従事者によって行われる。
- ③ 依存症の患者でなく、依存症でない患者（多量飲酒者）を対象とする。
  - 生活習慣の行動変容を目指す短時間の行動カウンセリング
  - 軽度から中程度の事例には専門的な治療よりも有効
  - 重度の事例においても専門的な治療と同等の効果
  - フィードバック、アドバイス、ゴール・セッティングが主な構成要素
  - 「共感する」「励ます」「誉める」がキーワード
  - 飲酒問題の直面化は避け、健康を主なテーマとする

### 6.13.条件反射制御法

---

「頭ではわかっているのにやめられない」、繰り返してしまう逸脱行動を生じさせる欲求あるいは衝動に対し、条件反射制御法は、それらを低減させることに強力な効果をもたらす。この手法は、パプロフ学説をもとに、2006年に下総精神医療センターの平井医師が考案したものです。詳細は、以下のリンクをご参照下さい。

[https://shimofusa.hosp.go.jp/training/riron/hitonokoudougenri\\_joukenhanshaseigyohou.html](https://shimofusa.hosp.go.jp/training/riron/hitonokoudougenri_joukenhanshaseigyohou.html)

参考文献

- ・条件反射制御法入門（動物的脳をリセットし、嗜癖・問題行動を断つ！）平井慎二、長谷川直美著 星和書店
- ・やめたいのにやめられない 悪い習慣をやめる技術 小早川明子著 平井慎二監修 フォレスト出版

### 6.14.減酒支援のためのツール

---

- 標準的な健診・保健指導プログラム（2018年度版）  
厚生労働省 健康局のHPからダウンロード可能  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155.html>
- HAPPYプログラム（Hizen Alcohol Prevention Program by Yuzuriha）  
特定の研修会受講が必要  
詳細：肥前精神医療センター 教育研修  
[https://hizen.hosp.go.jp/profession/education\\_training\\_happy\\_2022\\_00001.html](https://hizen.hosp.go.jp/profession/education_training_happy_2022_00001.html)  
HPからツールの購入は可能  
<https://hizen.hosp.go.jp/about/books.html>
- 特定保健指導にも使える集団節酒指導プログラム  
特定の研修会受講が必要  
詳細：肥前精神医療センター 教育研修  
[https://hizen.hosp.go.jp/profession/education\\_training\\_happy\\_2022\\_00001.html](https://hizen.hosp.go.jp/profession/education_training_happy_2022_00001.html)  
HPからツールの購入は可能  
<https://hizen.hosp.go.jp/about/books.html>
- ABCDプログラム（Alcohol Brief Counseling for Drinkers Program）  
依存症対策全国センターHPよりダウンロード可能  
<https://www.ncasa-japan.jp/docs>
- Ultra-BI（Ultra-brief Intervention：30秒のできる「超」簡易減酒支援）  
依存症対策全国センターHPよりダウンロード可能  
<https://www.ncasa-japan.jp/docs>

- DASHプログラム (Daijinhitono Abunai Seikatsushukan Henyo Program)  
依存症対策全国センターHPよりダウンロード可能  
<https://www.ncasa-japan.jp/docs>
- SNAPPYシリーズ (Sensible and Natural Alcoholism Prevention Program for You)  
Webサイト <https://snappy.udb.jp/>
- 節酒カレンダー (適正飲酒サポートアプリ) など

#### 6.15.アルコール遺伝子検査

---

体質的にお酒を飲める・飲めないというのは、お酒を分解する力の差であり、いくつかの遺伝子で決められています。ここでは、一番影響の大きい遺伝子について説明します。

黄色人種以外の方は、お酒を分解できる力が備わっていますが、一部のアジア人は、お酒を飲むと赤くなる（つまりお酒を分解する力が弱い）遺伝子を持っていて、遺伝子で親から子に伝わります（この遺伝子の変異は、中国の山奥を中心に広がっています）。

日本人では、約半分の方が赤くならないタイプ、残りの約半分が赤くなるタイプです。赤くなるタイプの人のうち、約5%の人は、ほんの少しのお酒も飲むことはできません。アルコールを分解する能力の差だけではなく、脳がお酒にどれくらい影響を受けるかという面も重要です。つまり、分解ができる能力がある人でも、少しのお酒で脳が反応する人は少しの量で酔いが回ります。

ハーシリーズホームページ <https://www.herseries.co.jp/wrk/alchol/>

#### 6.16.アルコールに関して参考になるウェブサイト

---

- 特定非営利活動法人ASK : <https://www.ask.or.jp/article/12>  
 久里浜医療センター : <https://kurihama.hosp.go.jp/>  
 厚生労働省 e-ヘルスネット : <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/alcohol/>

#### 6.17.アルコール依存症のスクリーニングテスト

---

AUDITとは、1990年代初めに世界保健機関（WHO）がスポンサーになり作成されたスクリーニングテストです。WHOは、アルコール関連問題の低減を主導しており、その重要な手法の一つが簡易介入です。このテストは、簡易介入の対象者をスクリーニングする目的で作成されました。その対象者とは、アルコール依存症までには至っていない「危険な飲酒」や「有害な使用」レベルにある人です。

テストは、自記式で10項目からなり、各項目の回答にしたがって0点から4点の点数が付与されています。すなわち、テスト全体では最低が0点、最高が40点です。このテストの特徴の一つは、世界共通なカットオフ値を設定していないことです。このテストが使用される場所の飲酒文化にしたがい、カットオフ値を自由に変えることができます。危険な飲酒のカットオフ値は世界的には8点です。また、アルコール依存症の場合には13点にしているところが多いようです。日本では、15点あたりが妥当だと考えられています（厚労省e-ヘルスネット）。

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/alcohol/ya-021.html>

# アルコール依存症 (WHO AUDIT)

WHO(世界保健機関)のAUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test/アルコール使用障害特定テスト)ではアルコール摂取パターンが危険ないし有害な者を特定します。専門家によって行われるべきテストですが短時間で評価するための簡単な方法であるため、参考情報としての掲載です。

「危険な飲酒や有害な飲酒に対するスクリーニングおよびブリーフインターベンション」は、WHOが2011年に採択した「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」において推奨されています。

**スクリーニング**

Q) アルコール使用障害特定テスト(AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test)とは？

A) アルコール問題のスクリーニングの一つ、WHOが問題飲酒を早期に発見する目的で作成したもので、世界でもよく使われています。

**ブリーフインターベンション**

Q) 減酒支援 (Brief intervention)とは？

A) 対象者の特定の行動(この場合は飲酒行動)に変化をもたらすことを目的とした短時間のカウンセリング。海外では活動に用いられています。

【作成】厚生労働科学研究費補助金 健康増進・健康増進推進研究費  
「わが国における飲酒の有害な使用およびアルコールに関連する生活習慣病との対応に関する総合研究」  
(研究代表者: 樋口 達 国立病院機構久里浜医療センター 院長)

## 要約

- 手引きの内容を簡単に要約？
- 対象者のアルコール問題の程度を評価して、問題の程度にふさわしい適切な対応をとるために活用できます。
- この手引きの「利用者」は？
- 医師、保健師、管理栄養士等の保健指導実施者に、任意で活用いただけるものです。
- この手引きの「対象者」は？
- 特定保健診における「標準的な質問票」で、日本酒換算で1〜2杯以上のアルコールを「毎日」又は「時々」飲むと答えた人に活用することをお勧めします。これらの方々には、生活習慣病のリスクを高める飲酒の可能性があるためです。
- アルコール問題の程度を定量的に評価できるの？
- AUDITという、10の質問から構成されるスクリーニングテストを用います。
- 対象者が自ら答えを記載し、保健指導実施者がスコア化することをお勧めします。

AUDITの結果	判定	対応
0〜7点	問題飲酒ではないと思われる	介入不要
8〜14点	問題飲酒ではあるが、アルコール依存症までは至っていない	減酒支援を行う (ブリーフインターベンション)
15〜40点	アルコール依存症が疑われる	専門医療機関の受診につなげる

## AUDIT オーディット (アルコール使用障害特定テスト)

- 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？
 

0. 飲まない	1. 1ヶ月に1度以下	2. 1ヶ月に2〜4度
3. 1週に2〜3度	4. 1週に4度以上	
- 飲酒するときは通常どのくらいの量を飲みますか？ → 量の換算は裏面の表を参照してください。(以後同じ)
 

0. 0〜2ドリンク	1. 3〜4ドリンク	2. 6〜8ドリンク
3. 7〜9ドリンク	4. 10ドリンク以上	
- 1週に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？
 

0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
- 過去1年間に、飲み始めると止められなかった事が、どのくらいの頻度でありましたか？
 

0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
- 過去1年間に、普通に行えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
 

0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
- 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝起きるまで寝てしまったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
 

0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
- 過去1年間に、飲酒後悪酔いや自覚が知られたことが、どのくらいの頻度でありましたか？
 

0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
- 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか？
 

0. ない	1. 1ヶ月に1度未満	2. 1ヶ月に1度
3. 1週に1度	4. 毎日あるいはほとんど毎日	
- あなたの飲酒のために、あなた自身が他の誰かが怪我をしたことがありますか？
 

0. ない	2. あるが、過去1年間に	4. 過去1年間にありはなし
-------	---------------	----------------
- 両親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理者にたずねる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか？
 

0. ない	2. あるが、過去1年間に	4. 過去1年間にありはなし
-------	---------------	----------------

以下は、久里浜医療センターによって作られた日本人向けアルコール依存症のスクリーニングテストです。2003年に改訂されました。

# アルコール依存症 (久里浜医療センタースクリーニングテスト)

久里浜式アルコール症スクリーニングテストでは、男性は10、女性は8の質問に答えることより、**飲酒問題の有無を判定**してくれます。

## 久里浜式アルコール症スクリーニングテスト 1)

### ● 男性版 (KAST-M)

下の問いのすべてにお答えください。  
「はい」「いいえ」いずれか当てはまるラジオボタンをチェックし、「判定」ボタンをクリックすれば、自動的に点数を計算し、あなたの飲酒問題の有無を判定致します。

#### 最近6ヶ月の間に次のようなことがありましたか？

1. 食事1日1回、1日3回規則的に行っている  
 はい  いいえ
2. 糖尿病、肝臓病、または心臓病と診断され、その治療を受けたことがある  
 はい  いいえ
3. 酒を飲まないし寝付けないことが多い  
 はい  いいえ
4. 二日酔いで仕事を休んだり、大事な約束を守らなかつたことが時々ある  
 はい  いいえ
5. 酒をやめる必要を感じたことがある  
 はい  いいえ
6. 酒を飲まなければいけい人だとよく言われる  
 はい  いいえ
7. 家族に怒らすようにして酒を飲むことがある  
 はい  いいえ
8. 酒がくれたときに、汗が出たり、手が震えたり、いらぬや不安など感じることがある  
 はい  いいえ
9. 朝起きや起床の覚悟が何回かある  
 はい  いいえ
10. 飲まない方がいい、生活を連れそうだと思う  
 はい  いいえ

#### 判定結果

久里浜式アルコール依存症スクリーニングテスト  点

合計点が4点以上：アルコール依存症の疑い群  
合計点が1〜3点：要注意群(質問項目6番による1点のみの場合は正常群。)  
合計点が0点：正常群

### ● 女性版 (KAST-F)

下の問いのすべてにお答えください。  
「はい」「いいえ」の当てはまるラジオボタンをチェックし、「判定」ボタンをクリックすれば、自動的に点数を計算し、あなたの飲酒問題の有無を判定致します。

#### 最近6ヶ月の間に次のようなことがありましたか？

1. 酒を飲まないし寝付けないことが多い  
 はい  いいえ
2. 医師からアルコールを控えるように言われたことがある  
 はい  いいえ
3. せめて今日だけは酒を飲みたいと思っても、つい飲んでしまっていることが多い  
 はい  いいえ
4. 酒の量を減らそうとしたり、酒を止めようと思ったりすることがある  
 はい  いいえ
5. 飲酒しながら、仕事、家事、育児をすることがある  
 はい  いいえ
6. 私のように仕事をまわりの人がするようになった  
 はい  いいえ
7. 酒を飲まなければいけい人だとよく言われる  
 はい  いいえ
8. 自分の飲酒について後ろめたさを感じたことがある  
 はい  いいえ

#### 判定結果

久里浜式アルコール依存症スクリーニングテスト  点

合計点が3点以上：アルコール依存症の疑い群  
合計点が1〜2点：要注意群(質問項目6番による1点のみの場合は正常群。)  
合計点が0点：正常群

1) 樋口達: 成人の飲酒実態と関連問題の予防に関する研究(平成16年度総括研究報告書、樋口達), pp. 1-6, 厚生労働省科学研究費補助金健康科学総合研究事業, 厚生労働省, 2005.

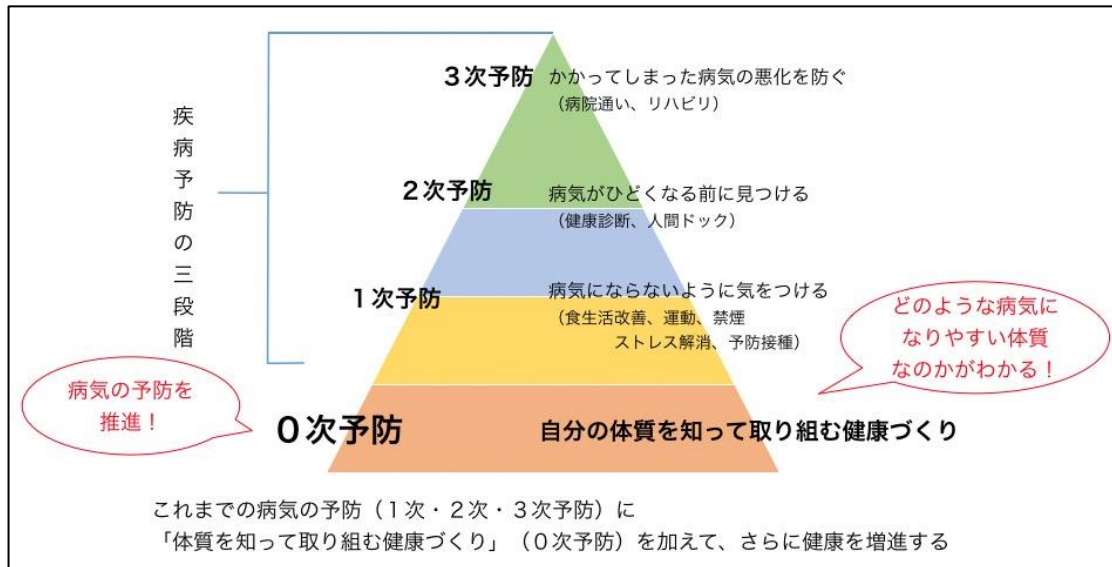
出典: 独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター <http://www.kurihama-med.jp/alcohol/index.html>

(出典: 久里浜式AUDIT: <https://kurihama.hosp.go.jp/hospital/screening/>)

## 7. ガイドラインにおける各フェーズ（0次～3次予防）の紹介

### 7.1. はじめに

アルコール依存を含めたメンタルヘルス予防は、下図のように基本的には1次から3次に分けられています。本ガイドラインもフェーズごとにそれぞれの特徴・効果を紹介し、これに加えて0次予防についても紹介します。



(出典：特定非営利活動法人 健康づくり0次クラブホームページ)

アルコール問題における1次予防は、「発生予防」です。依存症や問題飲酒の発症予防のための環境整備・教育・情報提供などを指します。アルコールに関する正しい知識の普及、適切な飲酒習慣の啓発、そして飲酒に関する相談しやすい環境の醸成は、アルコール問題の発生、進行、再発予防すべてにおいてもっとも重要だと考えられます。アルコールに関する基礎知識教育は、多くの会社において定期的に行われていると思われませんが、e-learningなどによる一方的かつ同様な内容の繰り返しにならないよう、対面形式やさまざまな機会を通じた社員への教育が必要です。セルフケア、ストレスチェックの活用、組織全体での職場環境改善、窓口設立やアルコール対策に関するセミナーなども効果があると考えられます。

2次予防は、「進行予防」です。対象者の不調を早期に発見し、適切な対応を行うことにより悪化を防ぎ、健全に飛行業務を継続することを目的とします。比較的小規模の職場では、相互モニターにより、いち早く同僚の変化に気付くと思われるかもしれません。しかしながら規模の大きい職場では、パイロットの業務の特殊性から、なかなか変化に気付くことは難しいと考えられます。そのため、親しい同僚や職場の上司は、本人の気付きに働きかけ、相談者が能動的に支援を受けてみたいと思える環境づくりが必要です。Stigma（偏見や汚名）を気にすることなく気軽に相談できる環境の中で、ピアサポーターだけでなく2次予防を担当する者が適切な対応を行うことで、状態の進行・悪化を防ぐことができます。2次予防は、教育を受けたピアサポーターだけが行うのではなく、そこにつなげるための同僚や上司の存在が重要です。

3次予防は、「再発予防」で、アルコール問題を患ったメンタルヘルス不調者の治療と職場復帰の支援です。アメリカにおけるHIMSプログラムを活用した復職率は約9割、そして再発（Slip）率は、一般では6割に対してパイロットは約15%前後という統計が出ています。高い確率での復職（Return to Work）の実現と再発防止のためには、早期介入（Intervention）と復帰への動機付け（Motivation）を通じた効果的なサポートが不可欠です。治療を行うための外部機関、そして審査会を経たライセンス発給にむけたエアラインの健康管理部門と航空身体検査医の連携が非常に重要となります。加えて、休職の長期化予防、復帰後の職場再適応のために必要な働きかけなどを行います。

## 8. 0次予防

# 0次予防

社会的、経済的、文化的な環境要因を改善し  
早期発見・早期対応を促進する

# 不調になりにくい風土・文化

心理的安全性が高い  
無意識に健康に望ましい行動がとれ、健康につながる身を置ける環境づくり

### 8.1. 0次予防とは

1次予防よりも前段階に当たることから「0（ゼロ）次予防」と呼ばれます。予防の最も新しい概念であり、早期発見、早期治療と並行して、病気の発症やリスクにつながる「環境要因」に着目し、集団における病気の発症自体を大きく減らしてしまおうという考え方です。

この概念は、1970年代循環器疾患の予防に関する研究から見出されたものです。これまで動物性飽和脂肪酸を多く摂取する習慣がなかった中国や日本において、喫煙や高血圧などの重要なリスクファクターが高く存在するにも関わらず心血管障害が起こりづらいことが注目され、個人要因ばかりではなく、社会的、経済的、文化的な環境要因も重要であるとの考え方が示され、0次予防につながっています。

### 8.2. アルコール問題は「否認の病」というが、パイロットも例外ではない

パイロットは、飲酒問題が表面化すると、ライセンスはもちろん、現在は雇用の問題に対する懸念が必ず生じます。そのため、本人やその家族、同僚などからの「気付き」があったとしても、申告が難しい心理状態のまま、結局自分自身も否認し続けてしまいます。この状況は、身体的健康面でも、メンタルヘルス面でも、何も解決がされぬまま、ますます追い込まれていってしまいます。それゆえ、早期発見・早期対応が遅れ、深刻な状況まで表面化しないことがこれまでの事例でも多くありました。

### 8.3. そもそも不調になる人を出さない風土・文化をつくる

早期発見・早期対応においては、職場の文化・風土が大きく関わります。職場での回復を評価し、その努力を認める文化の醸成が必要です。社員全体に対するアルコール問題に関する正しい知識の周知や徹底した教育（アルコール問題は医学的な疾患であることが多く、治療により回復が可能となることなど）が重要で、新入社員へのアルコール教育もその一つです。そのためには、職場の管理監督者がまず、正しい知識を身に付け、予防のための取り組みの意義を理解し、具体的に推進していくことが「はじめの一步」となります。

お酒を飲む人は、お酒を飲むことが当たり前のことだと思わず、飲まない人・飲めない人の意思を尊重する必要があります。お酒を飲まない人・飲めない人もアルコール依存症などについての誤解や偏見をなくす必要があります。何気ない言動が、お酒で悩んでいる人、飲酒習慣を変えようとしている人、治療に取り組んでいる人の妨げとなってしまうことがあるからです。

### 8.4. 早期発見・早期対応の促進に必要なこと



- アルコール問題を他人事にせず、自分自身の身近な問題として捉え、理解すること
- 気づいた時には見て見ぬふりをせず、声をかけたり、何らかの助けや手を差し伸べること
- 早期介入を受ければ、ライセンスに影響するまでに至らないこと
- 依存症と診断されても、適切な治療（回復プログラム）を受ければ審査会に合格する可能性が高いこと
- 審査会に合格した後は、条件付きで社内管理のもと復職の道はあること

これらを明示していくことで、パイロット自身やその家族、同僚などの心理的な障壁を軽減させることができます。このように、組織や航空関係者全体における心理的安全性を高めることが0次予防そのものなのです。

日本社会の飲酒に関する捉え方は寛容です。しかし、一旦アルコール問題を起こした人に対しては、切り捨てる、遠ざける、ふたをするのが一般的です。

仕方がないことなのでしょうか？ならば、起こらない環境を整えましょう！0次予防の考え方が浸透し、一人ひとりの考えが変わり、行動変容が起これば、風土、文化は変わることができると思っています。

---

## 9. 1次予防 ～アルコール依存症や問題飲酒などの未防止～

---

# 1次予防

アルコール依存症や問題飲酒の未然防止のための環境整備・教育・情報提供などを指します。

---

### 9.1. 1次予防とは

アルコール依存症や問題飲酒の未然防止を図るための前提として、「不適切な飲酒習慣や文化が不適切であることが認識されること」と「アルコールの悩みについて相談しやすい環境を整備すること」が重要だと考えられています。

アルコール依存症の1次予防は、アルコール依存症や問題飲酒の未然防止のための環境整備・教育・情報提供などを指します。アルコールに関する正しい知識を持ち、アルコールのリスクを理解することで自らの飲酒習慣を見直し、不適切な飲酒習慣を改め、アルコール依存症への進行や問題飲酒の未然防止が目的の一つです。さらには、お酒を飲まない人、飲めない人も知識を持つことで飲酒習慣を見直そうとしている人を理解し、妨げとならないようにすることもできます。

各航空会社においてはアルコールに関する基礎知識教育を対面形式やe-learning形式で行っています。さらにセルフケア、ストレスチェック、職場環境改善、ハラスメント窓口設立などがあり、アルコール対策に関するセミナーなども開催されています。しかしながら、教育を実施したり、体制を構築するだけでは全員への浸透は困難なため、職場において知識や考え方を浸透させるための活動も重要になっています。

---

### 9.2. アルコールに関するセミナー・教育プログラムの紹介

#### 9.2.1. 定期航空協会

「飲酒問題に係る専門委員会」が毎年、5月と11月にアルコールに関するセミナーを開催しています。詳細は、[www.teikokyo.org](http://www.teikokyo.org) をご参照ください。

#### 9.2.2. 特定非営利活動法人ASK（アスク）

設立以来、アルコールをはじめとする依存性薬物の問題を予防し、早期発見して治療や支援につなげ、回復を応援する社会づくりを目指して活動を続けています。参考となる多くの情報が当該法人ホームページに記載されています。

1. 飲酒運転とは何か？
2. 体内にアルコールがあると、どうなる？
3. アルコールの1単位
4. お店で飲むお酒は何単位？
5. アルコールの処理にかかる時間の目安
6. 「3単位飲酒」と飲酒運転との関係
7. セルフチェック(1) 日ごろの飲酒（入力⇒処理時間を自動計算）
8. セルフチェック(2) もっとも多く飲んだ時（入力⇒処理時間を自動計算）
9. 1日の平均アルコール消費量と死亡率
10. 理想のお酒とのつき合い方
11. 1日平均3単位以上飲酒する人のリスク
12. 節酒のためのヒント（選択⇒印刷可）
13. 酒気帯びのケーススタディ【Aさんのケース】（選択⇒解答）
14. 酒気帯びのケーススタディ【Bさんのケース】（選択⇒解答）
15. 酒気帯びのケーススタディ【Cさんのケース】（選択⇒解答）



（出典：ASKホームページ <https://www.ask.or.jp/article/724>）

### 9.3. 各社におけるアルコール教育の概要

各航空会社は、アルコール教育を行うことを航空局より義務付けられています。対象者は、経営者を含む全関係職員で、安全運航に関わる従事者、空港内車両運転者、アルコール検査の第三者確認者、オペレーション部門所属役員、安全推進会議関係者となっています。当該業務の遂行前までに受講することに加えて、リカレント教育も行っています。

（参考：航空医学研究センターウェブサイト「航空局監修 飲酒に関する基礎教育資料」）

[https://www.aeromedical.or.jp/action/insyu\\_kiso/insyu\\_kiso\\_R4-1.pdf](https://www.aeromedical.or.jp/action/insyu_kiso/insyu_kiso_R4-1.pdf)

### 9.4. 職場におけるアルコール対策の旗振り

前述のとおり、教育を実施したり、情報を発信したりするだけでは一人ひとりまで知識や考え方を浸透させることは困難なため、アルコールに関する知識を付与した「アルコール対策の旗振り役」を養成、各職場に配置し、浸透のためのさまざまな活動を実施している会社の取り組みを紹介します。

#### 9.4.1. JAL「（適飲）012サポーター」紹介

JALでは、全社員向けのアルコールに関する教育や啓蒙活動に加え、運航本部に所属するパイロット・地上職を対象として、アルコール問題の専門家による知見をもとに、アルコール問題に関する「正しい知識」の付与と「リスクの低い飲酒習慣＝012ドリンク」の理解と浸透を目的とした活動である「適飲012」に取り組んでいます。その「012ドリンク」の職場での理解と促進をサポートする「012サポーター」を各職場に配置しています。

「012サポーター」は、各職場の職制や有志から構成され、教材の作成、情報発信、勉強会の開催、会議体での意見交換などを実施しています。この活動を通じて、お酒を飲む人が健康に過ごすことができ、飲まない人・飲めない人の意思も尊重される、社員一人一人のWell-Beingを実現していくことを目指しています。

#### 9.4.2. ANA「アルコールアンバサダー」紹介

ANAグループでは、全従業員が正しいアルコール知識に基づく適正飲酒を習慣化できるよう、各組織・職場単位で計画的に活動するための推進体制を構築しています。その適正飲酒推進者として、「適正飲酒アンバサダー」制度がありま

す。各職場にマスターアンバサダーとアンバサダーを配置しており、全職場で1,000人を超えるアンバサダーを養成しました。この制度は、以下のような構成・活動内容となっています。

<b>適正飲酒 アンバサダー</b>	<p><b>【マスター・アンバサダー】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 部門内のアンバサダー養成</li> </ul> <p><b>【マスター・アンバサダー/アンバサダー共通】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● アルコール対策委員長から任命</li> <li>● 職場のプロモーション活動を「意識啓発」、「文化形成」、「風化防止」等の観点から企画・運営</li> <li>● 職場の相談役</li> <li>● 他職場のアンバサダーとの交流、意見交換</li> </ul>	<p>安全担当者 任意・希望者 組合役員 など</p>
------------------------	---	-------------------------------------

#### 9.4.3. 相談窓口

定期航空協会がアルコールに関する無料相談窓口を設けています。

### ＜アルコールに関する悩み無料相談窓口(定航協)＞



**特定非営利活動法人 ASK**

<https://www.ask.or.jp/soudan/> 

---

こちらは、定期航空協会の委託を受けて、アルコール分野で37年の実績をもつNPO法人ASKが運営するメール相談窓口です。定期航空協会加盟の国内航空会社19社に所属の社員およびそのご家族の皆様は、匿名で無料にてご利用いただけますので活用ください。

(出典：定期航空協会ホームページ)

---

## 10.2 次予防 ～早期発見・対応～

---

### 10.1.2 次予防とは

---

# 2 次予防

乗員の不調を早期に発見し、適切な対応を行うことにより悪化を防ぎ  
健全に飛行業務を継続する

## 気軽に相談できる場の提供

### 相談窓口とその利用方法、活動内容の紹介

対象者の不調を早期に発見し、適切な対応を行うことにより悪化を防ぎ、健全に飛行業務を継続することを目的とします。

職場で共に働く従業員は、いち早く同僚の変化に気付ける存在です。そのために、周囲の同僚や上司は、本人の気付きに働きかけ、相談者が能動的に支援を受けてみたいと思える環境づくりが何よりも大切です。気軽に相談できる環境の中で、2次予防を担当する者が適切な対応を行うことで、状態の進行・悪化を防ぐ可能性が高まります。

今日まで日本のエアラインが経験してきたアルコール事案を振り返ると、多くの場合において当事者に関わる家族・職場の同僚・友人は、当事者の飲酒習慣に何らかの疑問や心配を抱えながらも、どのように本人に働きかけたら良いのか、さらには当事者自身も、どこに相談すれば良いのかさえ分からず、それぞれが一人で悩んでいました。そして、その悩みが表面化したときには、すでに取り返しのつかない段階になっていて、周囲の人々はそこで初めて、当事者や家族・同僚や上司が以前からずっと悩んでいたことを知ることになるのです。

この2次予防の項では、アルコールの問題を抱えた本人、家族、同僚、上司が、気軽に相談できる窓口とその利用方法や活動内容を示し、気軽に相談できる場の提供の指針を示します。

### 10.2.対象者

---

- イライラしたり、寂しいとき、嬉しいときなどに酒量が増える人
- 休日に昼間から飲む、あるいは退屈だから飲む人
- 一人でよく飲む人
- 食事をあまりとらずに飲む人
- 最近飲酒量が増えた人、あるいは量を減らそうと思っても減らせない人
- 飲酒量をコントロールしづらくなっている人
- 深酒で記憶がなくなることが2週間のうちに3回くらいある人
- 健康診断で飲酒について医師から指導を受けている人
- 乗務前の（事前の）確認検査（呼気検査）で検知された経験があり、現在も飲酒量を気にしている人
- 上記の項目に該当する対象者が身近にいて悩んでいる家族・同僚・上司

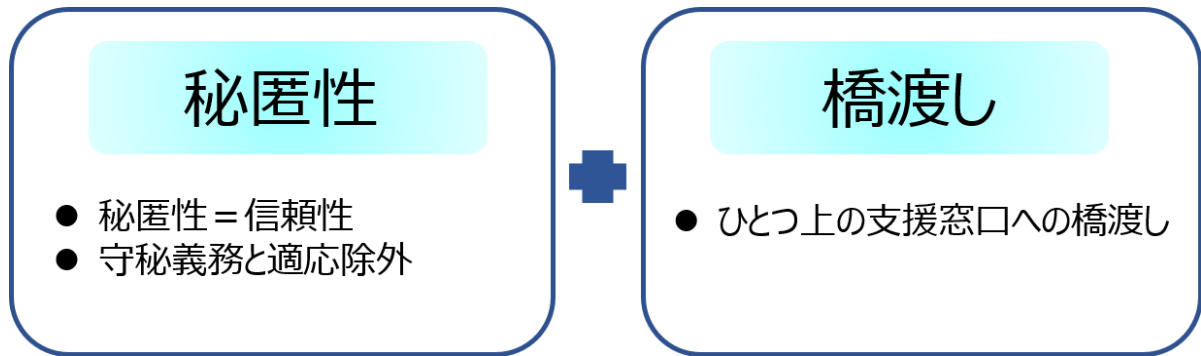
（参考：アルコール使用障害早期介入HAPPYプログラム使用マニュアル第5版）

### 10.3.早期発見・対応のために

---

2次予防を担当する者は、対象者に対して、能動的に支援を受けてみたい（気軽に相談してみたい）と思える環境づくりが何よりも大切になります。対象者がどこにも相談できずにいる一番の原因は、会社や上司に自分の状況を知られてしまうことにより、飛行業務ができなくなる、場合によっては職を失ってしまう不安があることです。

この2次予防の目的は、不調を早期に発見し、適切な対応を行うことにより悪化を防ぎ、健全に飛行業務を継続することです。そのためのキーエレメントは次の2つになります。



#### 10.3.1. 秘匿性と信頼性

対象者から相談を受けた2次予防の担当者は、相談の内容や個人名を本人の同意なしに第三者に漏らしてはいけません。対象者が安心して相談ができる環境とは、秘匿性が担保されている状態を指します。この秘匿性がしっかり守られていることが信頼性に繋がります。

ただし、相談内容が自傷または他害に及ぶ恐れがある場合、違法行為または社内規程違反にあたる場合は、相談者と担当者間の秘密保持は解除されることがあります（秘匿の適用除外）。2次予防担当者は、相談者と事前にこの秘匿の適用除外について十分説明した上で、相談を始めることが大切です。

ピアサポートや外部支援機関は、この秘匿性をしっかり担保した制度ですので、信頼性の高い相談窓口といえます。

#### 10.3.2. 適切な支援窓口への橋渡し

対象者の相談を親身に傾聴し、適切な対応を対象者と一緒に考え、状態が悪化しない方法をとらに見つけて行くのが2次予防担当者の役割です。そのためには、担当者がさらなる支援を必要と感じた場合、一つ上の支援窓口への橋渡しが必要です。

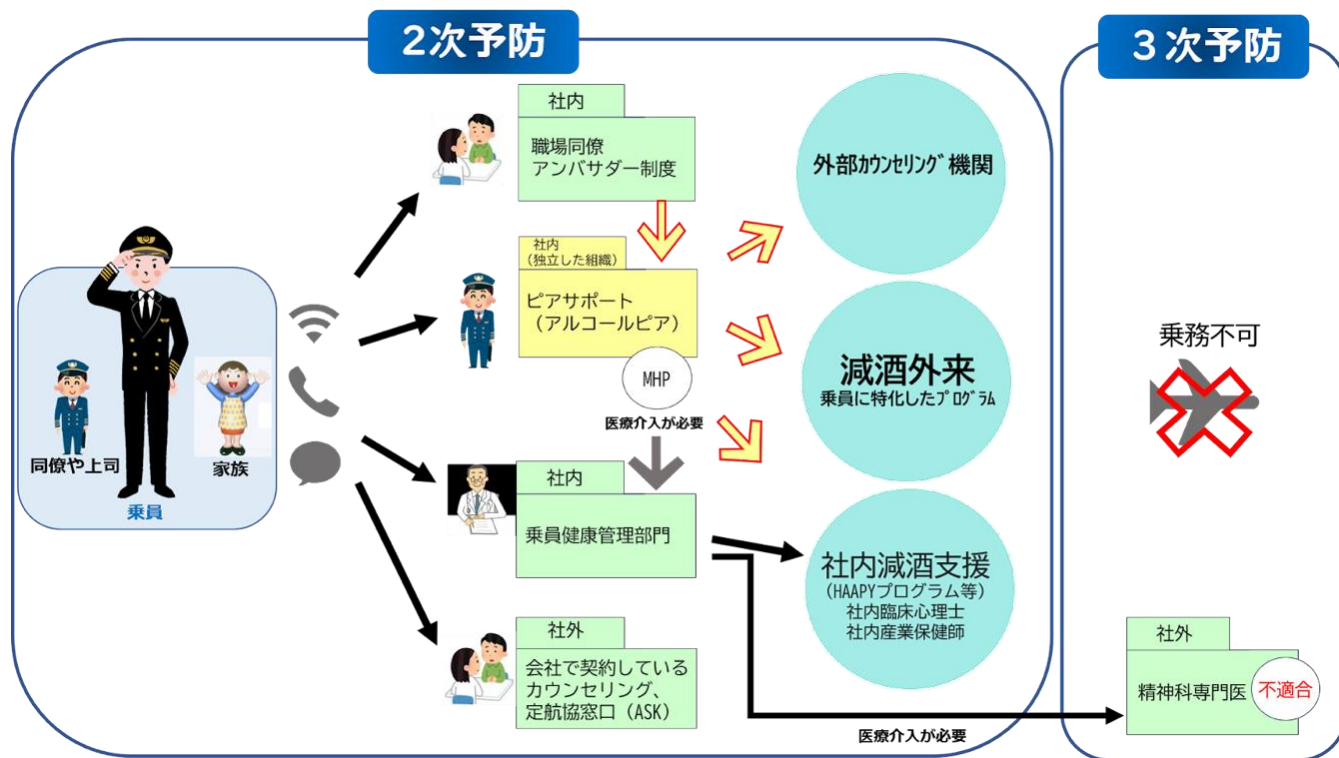
秘匿性をしっかり担保することに傾注しすぎて、対象者の状態が悪化してしまうようでは2次予防の担当者としては不適任です。対象者の話を丁寧に聴くだけでは、状態の悪化を止めることができないと判断した場合は、担当者は一人で抱え込まず、さらなる支援を受けられる一つ上の支援窓口への橋渡しを行ってください。

ピアサポート、健康管理部門、社内アルコール相談窓口、外部支援機関は、この適切な支援窓口への橋渡しの流れを用意している相談窓口です。

#### 10.4.2次予防担当者

- 職場の同僚
- 社内アルコール相談窓口
- ピアサポート
- 健康管理部門（心理師、保健師、看護師等）

● 外部支援機関 (EAP/民間カウンセリング) \*



10.5.2 二次予防担当者の役割と特徴

各担当者 役割と特徴

担当者/役割	傾聴	専門家への橋渡し	減酒支援	治療	復帰サポート
職場の同僚	△	△	×	×	×
社内アルコール相談窓口	○	○	×	×	×
ピアサポート	◎	◎	△	×	◎
健康管理部門	◎	◎	○	×	◎
外部専門機関	◎	◎	◎	○	△

10.5.1. 職場の同僚

2次予防対象者が家族以外で接する機会の多い関係者が、この「職場の同僚」になります。パイロットの場合、「職場の同僚」には、一般の会社とは異なり、飛行業務で同乗した副操縦士や機長も含まれます。一方で、この「職場の同僚」は、2次予防対象者からすると、会社や仲間に知られたくないという思いから、相談することをためらってしまう場合も散見されます。したがって、この「職場の同僚」にあたる人たちが、普段からいかに相談しやすい雰囲気を作り、「10.3. 早期発見・対応のために」で述べた2つの項目を守れるかが大切になります。いずれにしても、この「職場の同僚」は、2次予防対象者からすると最初に相談する（悩みを打ち明ける）最も身近な存在となり得ます。「職場の同僚」は、アルコールに関する専門的な知識や相談を受ける特別な教育を受けているわけではありません。いわばアルコール相談に対して素人であると言えます。仮に2次予防対象者から相談を受けた場合は、秘匿性を守ることに注意し、対象者からの相談を丁寧に聴くことに徹してください。決して自分の考えや意見の押し付けはせず、または対象者を責めたり否定したりするようなことは避けてください。簡単な対応方法を以下に示します。

- ① 相談してくれたことに感謝の気持ちを伝える

『相談してくれてありがとう』『大切な話を私に打ち明けてくれてありがとう』

② 相談内容をご本人の承諾なしに会社や他人に話さないことを伝える  
『今日話してくれたことは会社や他人に話さないので心配しないでください』

③ 対象者の話を丁寧に傾聴し、肯定的に受け止める  
『もう少し詳しく聞かせてください』 『〇〇さんはそう思っているんですね』

④ 一緒になって考える姿勢でのぞみましょう  
『何か私にできることがあったら言ってください』 『何かいい方法を一緒に見つけましょう』

そして、相談の内容が自分では対応できないと思った場合は、対象者と相談の上、ピアサポートやその他の相談窓口を一緒に探していくようにしましょう。



## アルコールの影響による行動の変化

### 酒臭

- 二日酔いで出勤したことがある
- 口臭防止剤をいつも使用している
- 同僚や顧客などの間で、酒臭についての噂がある
- 検知器検査以外のときに、周囲が酒臭をかんじることがある
- 検知器検査直前にタバコを吸ったり、ガムをかんだりする
- 検知器検査時にアルコールが検知される

### 欠勤

- 休み明けの欠勤がよくある
- 飲み会があると、事前に翌日の休暇を申請する
- 風邪や腹痛などで休む回数が他の人より多い
- 家族の病気や法事など、言い訳めいた欠勤がよくある
- 早々と有休を使い切ってしまう
- その日になって急に休み、シフトに穴を開ける

### 体調不全

- 水を飲みに行ったり、トイレに行く回数が多い
- 休憩中に、具合悪そうに横になっている
- 顔色が悪く、むくみがある
- 下痢気味で、駐車するやいなやトイレに駆け込むことがある
- 健康診断で、肝機能の異常や高血圧などを指摘されている
- 持病があり、医者から禁酒をすすめられているのに飲み続けている

### ミスや事故

- ちょっとした破損事故（ガードレールや電柱にこするなど）を起こす
- 坂道でクラッチとアクセルの操作がスムーズにできない
- ちょっとしたケガをよくする
- 物忘れによるミスや不注意な言動が目立つ

### 勤務態度など

- なんとなくイライラしている
- 仕事への意欲にムラがある
- 注意をすること、言い訳したり、けんか腰になったりする
- しつこく愚痴めいた話をし、同調を求める
- 「酒飲み」「酒に強い」「酒好き」「酒癖が悪い」などの評判が定着している
- 給料を前借りしたり、同僚からお金を借りたりする
- 乗客や顧客から接客態度などについて苦情がでる

(出典：ASK飲酒運転防止 通信スクールテキスト)

これらのアルコールの影響における行動の変化を知り、職場の同僚が早期に気付くことで、一人で悩んでいるかもしれない仲間を助ける第一歩となります。行動変容の気付きのポイントとして参考にして下さい。

#### 10.5.2. 社内アルコール相談窓口

飲酒習慣について不安を感じた時は、一人で抱え込まず各社で準備している各種窓口への相談をお勧めします。無料であり、さまざまな窓口があるのがメリットです。一方、さまざまな理由により会社に知られたくないと希望しているパイロットにとっては相談しづらい窓口でもあります。

- 社内アンバサダー制度
- 社内アルコールに関する相談窓口

#### 10.5.3. ピアサポート

ピアサポートとは、職場の仲間をサポートするために適切な教育を受けたピア（同僚）による支援体制（または制度）のことです。万が一、パイロットの正常な職務に影響を与える恐れのある不安や悩みを抱えたときはもちろん、ちょっとした心の重みや不安が芽生えた時でも、ひとりで抱え込まず、仲間に話す（相談）することで、それらを軽減・解消することを目的としています。

ピアサポートに大切なことは、ピアサポーターの教育、秘匿性の強化、透明性（独立性）の確保です。一方、前述の0次予防にも記載されているように、パイロットの自己改革も必要です。

「こうありたい」「こうあるべきだ」の風土／文化を創り上げていくために、一人ひとりが他人事にせず、ピアサポートを正しく理解し、気軽に相談する「はじめの一步」を踏み出してください。

本来、不安や悩みは放っておけば解消するということは少なく、一人で抱えるだけ、逃避または否定していても、より悪化することが多く、過去の事例でも証明しています。身体的疾患と同じです。心がけることは、早期対応（気軽な相談から専門機関による治療）です。ひとたび重篤化すれば回復までに時間や費用（損失）がかかるのも身体的疾患と全く同じです。

また、ピアサポートは、早期解決にむけた能動的な体制（もしくは制度）でもあります。パイロットがかかえる訓練・審査、事故・インシデント、アルコール事案、疾病・長期病欠などの健康問題、職場・家庭内の人間関係問題、その他の公私にわたる各種問題などについて、本人からの相談を待つだけでなく、ピアサポーターからの声掛けや同僚や上司、家族からの相談にも対応します。

しかしながら、ピアサポートは万能薬ではありません。基本、訓練された傾聴力で本人に寄り添うこと（支援）が活動の中心です。なぜなら、相談者自身の治癒力（自己解決）を信じているからです。また、より専門的な対応（治療）が必要と判断し、相談者の同意／希望があれば、MHP（Mental Health Professional）や専門機関に橋渡し（リファー）をすることもあります。

##### 10.5.3.1. 各社のピアサポート紹介

**【付録④】**を参照

- ジェットスター・ジャパン
- JAL
- ANA
- ALPA Japan／日本乗員組合連絡会議

#### 10.5.4. 健康管理部門（心理士・保健師・看護師など）

航空会社には、健康管理部門が厚生労働省および国土交通省の指導のもと設置されています。（詳細は3次予防参考資料の乗員健康管理制度に記載）。乗員健康管理専属でなくても、保健師や臨床心理士が社内に配置さ

れているところも多く、担当者がブリーフ・インターベンション（HAPPYプログラムなど）の専門的手法を学び活用することは、社内で積極的に効果的な減酒支援ができるものと期待されます。

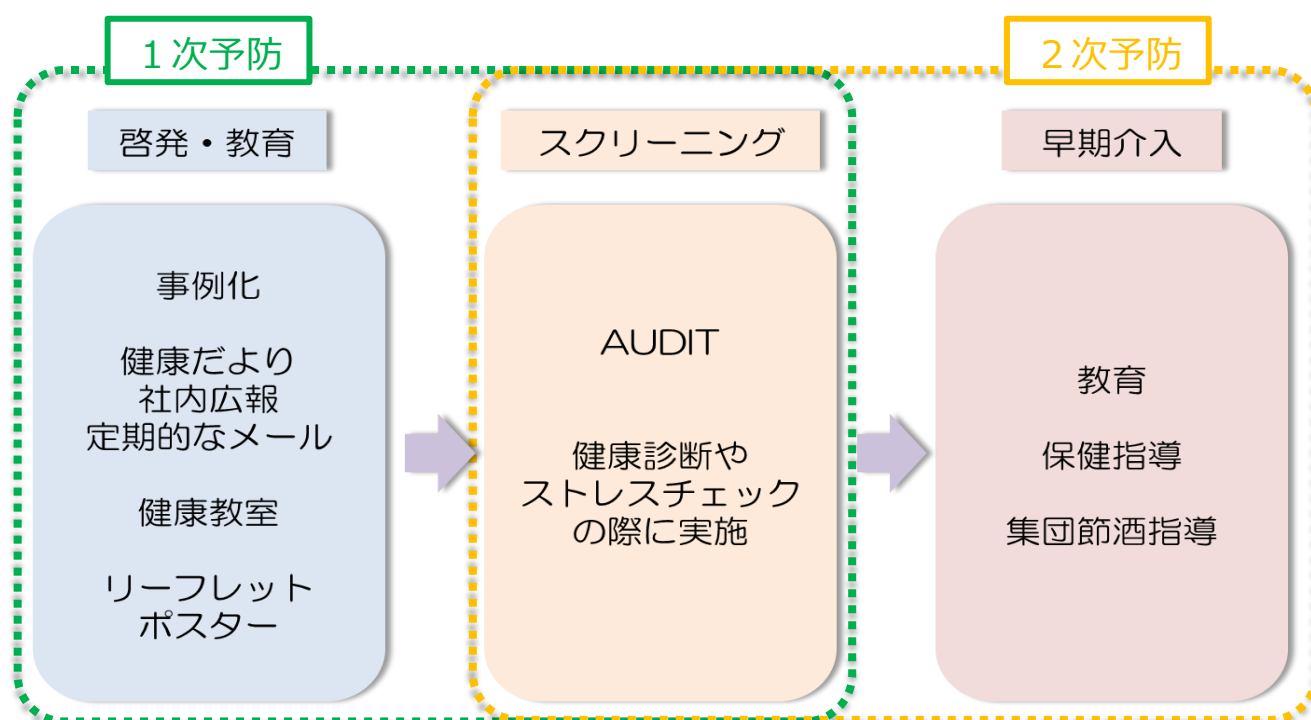
会社に知られたいくないと希望するパイロットにとっては相談しにくい窓口ではありますが、日々の勤務の中で社内の事情を理解している面識のある保健師、臨床心理士/公認心理師により、費用がかからず継続的な支援を受けられるという大きなメリットがあります。また、定期健康診断の結果に応じて生活習慣病への介入を普段から保健師が実施しているため、希望者に対して減酒支援を追加することは、生活習慣病管理にも効果的です。特に、AUDIT、尿酸、中性脂肪、 $\gamma$ -GTPなどの数値が高い場合や、飲酒習慣に関する上司面談で減酒が必要と判断した場合は、保健師や心理士（師）の積極的な介入が求められます。

医療者には、社員は『正しい知識を持っていない』、『よく理解していないから、正しい情報を伝えなければならない』、という正しい反射（Righting reflex）がありますが、まずは社員の理解の程度を把握するためにも、できるだけ話しやすいテーマに話を向けるなど工夫し、素直に話してもらうことが大事です。素直に話ができることによって、初めて解決のための同じ土俵にあがることができます。一回でうまくいなくても、在籍している限り再びチャンスはやってきます。

社内の健康管理部門の管理体制を一度見直して、パイロットが安心して利用できる2次予防の体制を強化できる方法がないか検討してみてください。

#### 10.5.4.1. 健康管理部門における具体的な予防・早期介入の流れ

1次予防からの流れを具体的に示します。



- さまざまな形式の啓発や教育を通じて、アルコールに関する基本的な知識を得る。（1次予防）
- スクリーニングにて自身の飲酒量を見える化。（1次予防～2次予防）
- 早期介入では、個人や集団に対する教育を行います。（2次予防）

以下、上図を具体的に説明します。

#### 啓発・教育について

<事例化（表面化）>

アルコール関連問題として認識されているのは、しばしば依存症レベルの重篤な問題に限られているため、以下に挙げられるような事例化が起きていても、それが不適切な飲酒に起因するものと認識されなければ対応にはつながりません。乗員部門から健康管理部門にパイロットの職場での変化について相談があることも少なくはありません。そのため、健康管理部門の保健師や臨床心理士などだけでなく、全従業員がまずは不適切な飲酒によって職場で起こる問題は何かを適切に認識することが必要です。

アルコールに関連問題の職場での事例化（表面化）の例

- 長期休業（アルコール依存症、身体症状など）
- 精神科障害（うつ病など）の回復の遅延
- 繰り返し休業
- 不定期の突発欠勤
- 体調不良による早退、遅刻
- プレゼンティーズム（出勤はするものの、業務効率が低下した状態）
- ハラスメント
- 酒席でのトラブル
- 仕事外のトラブルへの職場関係者の巻き込み
- 職場のモラルの影響

<健全な職場の飲酒風土醸成のための教育>

職場においては、すべての従業員が早期介入のターゲットであり、これは1次予防の視点からも必要不可欠なことです。教育の主目的は、あくまでも従業員の「健康回復・維持・増進」であることを明確にし、実際の飲酒習慣の行動変容に役立つものが望ましいです。

以下のような内容を「健康だより」などの形式で社内広報にて連載することや、定期的にメール送付するなどにより、知識を全従業員が共有していくとよいでしょう。

- 事例化のように「不適切な飲酒によって起こる問題」を認識
- ドリンク数の理解と飲酒量の把握
- 飲酒運航予防のためのアルコールの分解時間
- 比較的身近な身体的問題（生活習慣病、不眠など）とアルコールの関係
- 適正飲酒とその目安
- 飲みすぎないための具体的な対処法 など

<健康教室>

健康診断を受診した者全体を対象とする中で、飲酒についての話を盛り込みます。ただし、参加率が下がらないようにタイトルの工夫は必要です。飲まない人も含め全員を対象とします。

健康診断の各種結果と飲酒が一般的にどのように関連するのかを網羅する内容が望ましいでしょう。これは、健康のためにお酒を少し控えるという行為を意味付けすることになります。

<リーフレット・ポスター>

見てもらえなければ効果がないため、イラストを豊富にして、できるだけ文字は減らし、わかりやすくすることが必要です。まずは、「ドリンクの概念」の周知をします。

- 節度ある適度な飲酒：男性 2ドリンク/日、女性 1ドリンク/日
- 生活習慣病のリスクを高める飲酒：男性 4ドリンク/日、女性 2ドリンク/日

- 多量飲酒：6ドリンク/日以上

## スクリーニングについて

### <スクリーニング>

健康診断やストレスチェックの際にAUDITを実施します。

## 早期介入について

### <早期介入>

教育・保健指導・集団節酒指導に関しては、「6.14.減酒支援のためのツール」を参考にブリーフ・インターベンションを行うことが推奨されます。

### <健康診断後などの保健指導>

健康診断やストレスチェックの機会に実施したAUDITに基づいて指導します。ただし、得点の指導内容については、従業員本人のニーズや上司や同僚からの情報などに応じた柔軟な対応が必要です。

減酒支援の対象： 8～14点（標準的な健診・保健指導プログラム）

10～19点（HAPPYプログラム）

指導内容：ブリーフ・インターベンションに基づく（保健師、産業医、心理師（士）などの保健医療関係者による）

### <ストレスチェック結果のセルフケアに関する助言として>

「ストレス軽減のための飲酒が逆にストレスを高める場合があること」、「うつ病などの多くの精神疾患と飲酒との関連があること」など、飲酒を含めた生活習慣の指導としての助言を盛り込むとよいでしょう。

### <乗員健康管理における 飲酒対策のポイント>

- 全従業員に対する、アルコールに関してそれに関わる問題に関する教育、正しい知識の普及をすることが、職場の文化・風土の改善につながります。
- アルコール問題の事例化の認識ができることで、大きな問題になる前に発見できる可能性があります。
- 管理監督者や職場の上長が飲酒問題に関する知識や予防的対策に関心を持ち、率先して教育やプログラムに参加することで、部下や社員の参加を促すことになり、参加者の抵抗を下げます。
- アルコール問題がある場合の回復の道筋を構築し、対象者が安心して介入や治療に臨める環境の整備をすることで、本人から相談できる環境ができ、早期発見・早期介入につながります。
- 早期介入を行う人材の育成をすることで、「危険な使用」「有害な使用」の段階での早期介入を余裕をもって行うことができ、介入成功率も高くなります。

### <参考文献>

樋口進・杠岳文・福田貴博・武藤岳夫・田中完・遠藤光一 2019 職場のアルコール問題早期介入マニュアル 日本医療研究開発機構「アルコール依存症への地域連携による早期介入と回復プログラムの開発に関する研究」

## 10.5.5. 社外アルコール相談窓口

会社に知られたくないと希望しているパイロットにとって相談しやすい窓口です。会社と契約している場合は費用が無料になることもありますが、受診情報が会社に報告されていないかどうかは契約内容によって異なります。

- 各社の健康保険組合「健康・医療・介護」相談サービス

- 外部委託のEAP
- リカバリングマインズ

### リカバリングマインズ

#### 〈予約方法〉

- ご本人、もしくはご本人から了解を得た関係者（ピアカウンセラー、上司、など）から専用フォームからご連絡 ※ HIMS専用の予約フォームを作成します。

#### 〈カウンセリング内容〉 ※ カウンセリング内容についての秘密は守られます。

- カウンセリングを希望するに至った経緯をお伺いしながらお話を進めます。
- 飲酒習慣の改善
- 飲酒の背景にある生活上のストレスや問題を明らかにし、解決を試みる
- 依存症予備軍の場合には、依存症についての心理教育
- 必要に応じて受診先のご案内や連携

#### 〈費用〉

神奈川県横浜市関内

- ASK : <https://www.ask.or.jp/soudan/>
- 各都道府県の精神保健センター、保健所は医師の介入が必要な場合がある
  - 東京都 : <https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/sitaya/>
  - 神奈川県 : <https://www.pref.kanagawa.jp/docs/nx3/cnt/f531065/>

#### 10.5.6. 減酒外来（節酒外来）

減酒外来とは、お酒の飲む量を減らしアルコールの問題を軽減させること、健康維持のためにお酒を減らすことを目標とし、支援する診療を行う専門外来のことです。会社や周囲の人たちに知られず減酒支援を受けたいと希望するパイロットが安心して受診できる外来です。

自分でお酒の飲む量を減らしたほうがいい、と気付くことはとてもよいことです。また、そのために支援を受けることは依存症やアルコールによる問題を予防することになり、推奨できることです。そのような支援を受けながら減酒に取り組みたい・取り組もう、と思う方が支援を受けることができるよう、会社と契約しているアルコール専門クリニックや各自で調べて減酒外来を積極的に利用することは、顕在化する前の対応として推奨されます。

しかし、事務的なことではありますが、保険診療で行うために「アルコール依存症疑い」などの病名がつく可能性もあります。その場合、アルコール依存症でなくても航空身体検査マニュアルに記載されている不適合状態の病名である場合は、飛行業務停止となってしまう可能性も否定できません。折角の行動が、事務的な問題で、乗員の不利になることがないよう、安心して受診でき、パイロットの特性、航空身体検査を理解した医療機関を構築しました。

受診結果については、自費診療のため乗員健康管理医に報告する必要性はありません。しかし、社内健康管理担当者の力も借りて引き続き減酒を継続する方法は効果的でありますので、本人の意思でコンタクトを取ってください。なお、

#### 阿部メディカルクリニック

リアン（航空従事者のメンタルサポートに携わる専門家グループ）担当者が行います。

- 航空身体検査とは関係ありません
- 2023年5月以降、毎週月曜日、基本的に予約制です
- 自費診療のため病名はつきません
- 減酒支援 一回or 1サイクルにつきXXXX円程度

足立区千住河原町

阿部メディカルクリニック 公式サイト ホーム ([https://abe-medical.jp/2\\_html/index.shtml](https://abe-medical.jp/2_html/index.shtml))

#### さくらの木クリニック秋葉原

- 予約制です
- 電話予約時に運航乗務員であることを伝えてください
- 健康保険を使わない自費診療となります（病名はつきません）
- 減酒外来 診察費
  - 初診（約1時間）10,000円程度です
  - 再診（5分～15分程度）5,000円程度です
- 血液検査を行う場合は別途料金がかかります。身体検査の結果をお持ちくだされば幸いです
- 家族の同席面談が可能です

東京都千代田区神田岩本町

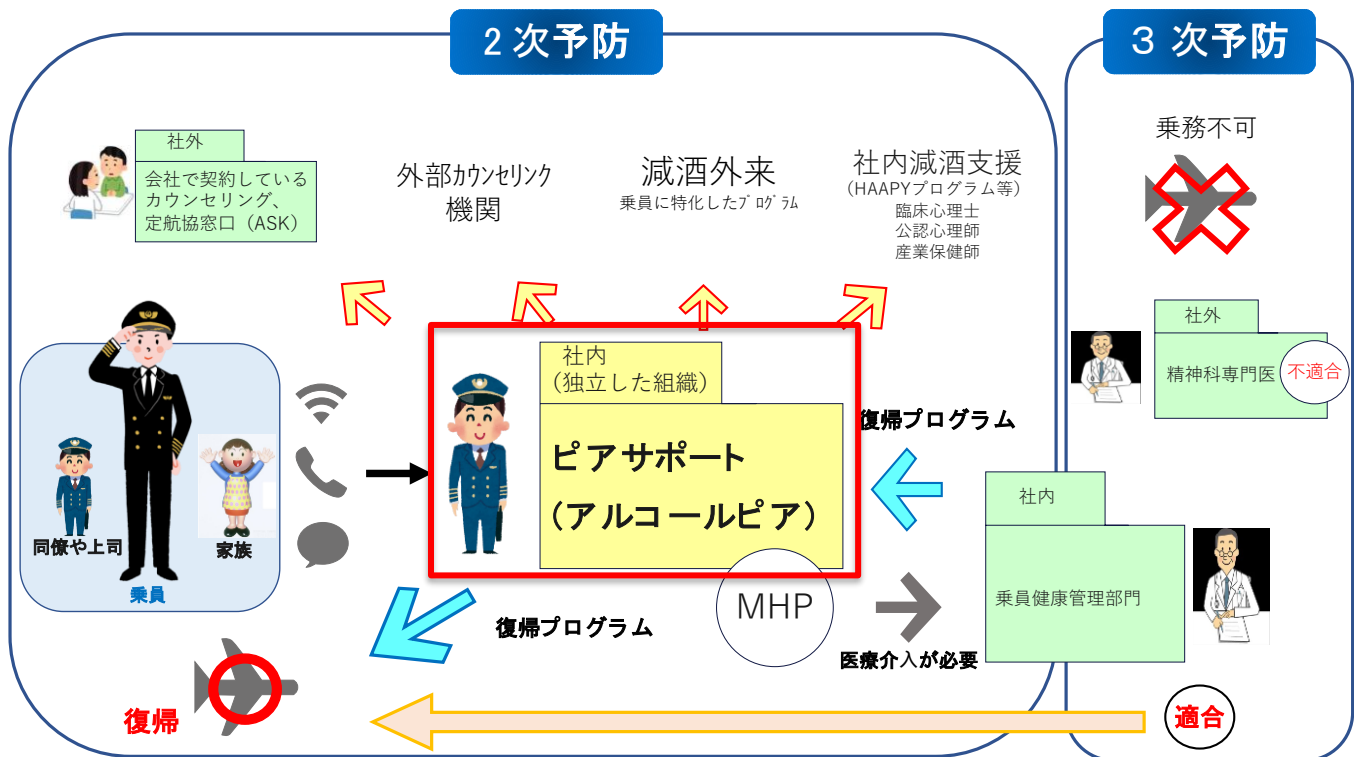
公式サイト ホーム ([http://sakuranoki-akihabara.com/reduced\\_alcohol.html](http://sakuranoki-akihabara.com/reduced_alcohol.html))

健康管理担当に現在3次予防に進んでいるパイロットは使用できません。

また、減酒外来の精神科医に、内服加療も含めた医療の介入が必要な状態と判断された場合は、早期介入が早期復帰には大事になりますので、診断書等を記載していただき、乗員健康管理医または指定医に相談してください。

#### 10.6.アルコール事象におけるピアサポートの役割

アルコール問題が顕在化したパイロットへの対応において、ピアサポート体制が非常に重要な役割を持ちます。初期段階における相談対応から、アルコールカウンセリング機関などへの橋渡し、そして実際にアルコール依存の治療が必要となった場合における治療・回復中のケア、さらに最も重要なのが復帰後におけるアフターケアです。このプロセスではHIMSPピアが当該人に寄り添うことも必要ですが、当該人が治療・回復への動機付けをしっかりと身につける（持つ）ことが最も重要になります。



以下に米国HIMSにおけるピアサポーター体制の概要を紹介します。

### 10.6.1. 米国HIMSピアモニター体制の概要

#### <基本事項>

HIMSピアサポーターは、スポンサー（支援役）としてではなく、メンター（助言役）となることが重要です。回復中のパイロットが自分の責任を回避したり、他人に嘘をついたり、再発行動を取ったりした場合、スポンサーは通常その状況を他人に話すことはありません。これに対して、HIMSピアモニターは、そのような行動をサポートチームに報告する義務を負っています。どのような場合でも、HIMSピアモニターと回復期のパイロットの双方は、ピアモニターが監視機能の役割を果たし、医療スポンサーと会社に報告することが要求されていることを覚えておく必要があります。

#### <アルコール事象に対応できるピアサポーター（HIMSピアモニター）の養成>

HIMSピアモニターとなるには、アルコールの基礎知識、橋渡しを行える専門家・専門組織の情報、依存症の治療・回復プロセス、そしてアフターケアの概要と、専門知識が多岐にわたります。米国では、HIMSベーシックセミナー、アドバンスセミナーと分けてHIMSピアモニターを養成しています。

#### <回復プロセス>

まず、回復中のパイロットが自分自身の回復に責任を持つようにします。回復に成功した人は皆、やがて自分の回復に責任を持たなければなりません。回復期間の目標は、パイロットを「強制的な断酒」から「選択的な断酒」に移行させることです。言い換えれば、外部からの監視から自己監視へ移行させるということです。しかし、外部からの支援体制としてアルコールアノニマス・断酒会への参加による継続的ケアも必要となります。責任を持って回復を優先させる例としては、パイロットのスケジュールが発表された後、できるだけ早く対面式の月例ミーティングを予定することや、セラピーあるいはピアグループのミーティングに出席できるようなスケジュールを組み、家族にアルアノン（家族支援プログラム）やその他のサポートグループへの参加を促すことなどが挙げられます。



再発（スリップ）の行動が見られたり、パイロットへの復帰が危ぶまれたりする場合は、他の人に連絡するようにしてください。スリップの兆候としては、孤立、否認、回復に関する提案の拒否、怒り、憤り、フラストレーション、焦り、回復活動への最小限の参加、自分自身のプログラムを実行する、などがあります。もし回復者のピアモニターであれば、他のピアモニターの誰よりも早く、この危険性の高い行動の微妙な兆候を察知することができるかもしれません。そして、その兆候を医師や他のチームメンバーにすぐに伝えることが重要です。すべての回復期のパイロットは、何らかの形でスリップ思考を経験することを覚えておくことが重要です。最良の対応として、「リスクのある」回復者を特定し、追加的なサポートを提供することです。医学的支援等による介入が十分に早く達成されれば、スリップを防ぐことができます。早期に介入することで、健全な断酒を再確立できる可能性が高まることも研究によって明らかにされています。

#### <回復者がピアモニターとなる重要性>

回復したばかりのパイロットは、非常に不安な状態です。アルコール依存症患者は、最悪の事態を想定し、その可能性に執着する傾向があるため、自己誘発的なストレスが健全な回復の妨げになることがあります。このような考え方や行動に対する大きな対策は、プログラムを経験したピアモニターが回復プロセスの共有と断酒について自分の経験を共有することです。この役割は他の誰よりもHIMSピアモニターによって達成することができます。ぜひ自分の経験を分かち合ってください。

また、回復過程にあるパイロットは、自分の経験や知識を分かち合うことにより、自身の回復に役立つはずですが、経験を共有しましょう。この役割は、他の誰よりもHIMSピアモニターによって達成することができます。ぜひ自分の経験を分かち合ってください。

#### <個人とHIMSプログラムの優先順位>

重要なことですが、何か問題が生じた場合には回復中のパイロットではなく、ピアサポートプログラム自体を守ることを優先してください。多くのピアモニターは、パイロット組合のメンバーです。組合員は誤った行動などにより与えられる罰則から当該人を守るというような仲間同士の絆が存在します。このような絆がHIMSプログラムの存続を脅かすようなことがないようにすることが重要です。HIMSプログラムは、組合、FAA、企業の間信頼と相互理解を伴う協働的な組織体です。

コンプライアンス違反の事例を隠すことや、スリップ事象を「隠蔽」することは、HIMSプログラムの提供というサポートを回復期のパイロットが受けることを否定することになります。協力と信頼がなければ、特定の航空会社でHIMSプログラムが廃止される可能性も十分にあります。HIMSプログラムに入っているパイロットの数だけ、まだ顕在化していないパイロットが世の中には存在し、HIMSのサポートを必要としていることを常に忘れないでください。自発的に合意したことを実行できない人のために、そのような将来のプログラム参加者を犠牲にするようなことは避けなければなりません。

#### <最後に>

HIMSピアモニターとしての役割ですが、基本的にはボランティア活動として扱ってください。回復中のパイロットがスリップといった失敗結果となってしまっても、あなたは責任を負わないことを忘れないでください。HIMSピアモニターは、断酒を続ける者を支援するグループの一部にしかすぎません。回復に大きな影響を与えることになるかもしれませんが、その結果はあなたではなく当該パイロットが決めたことなのです。どんなによい支援を行ったとしても、当該パイロットがそれに耳を傾けないのであれば何の役にも立ちません。よって完璧を求めないことです。HIMSピアモニターを続けていく過程において、スリップをしてしまうパイロットに遭遇することもあります。スリップをピアモニターが個人的に受け止めてはいけません。

ピアモニターになることで、会社の管理者、組合の代表者、ピアパイロットに対して、HIMSプログラムと物質依存からの回復の重要性について教育することができますようになります。アルコール問題を抱えたパイロットを回復に導くだけでなく、致命的な疾患を克服した人の成功例を多くの人に共有できるのです。その成功例を共有したパイロットが、いつかあなたの話に自分を重ね、支援を求めてくるかもしれません。

## 10.7.海外のピアサポートプログラムの紹介

---

### 10.7.1. 米国 Peer Support Program

ウェブサイト<https://www.alpa.org/resources/pilot-peer-support>

### 10.7.2. 豪州 Pilot Assistance Network

ウェブサイト<https://panaircrew.org/>

### 10.7.3. 英国 Speedbird PAN

ウェブサイト<https://www.speedbirdpan.com/>

## 10.8.米国HIMSの紹介

---

ウェブサイト<https://himsprogram.com/>

### 10.8.1. 米国HIMSプログラム構築（和訳）【付録⑤】

### 10.8.2. 米国HIMS FAA基準（和訳）【付録⑥】

## 10.9.Pilot Fitness Aviation Rulemaking Committee（ARC）（和訳）【付録⑦】

---

2020年度ATEC PSP WG報告書 参照

## 10.10.EPPSI

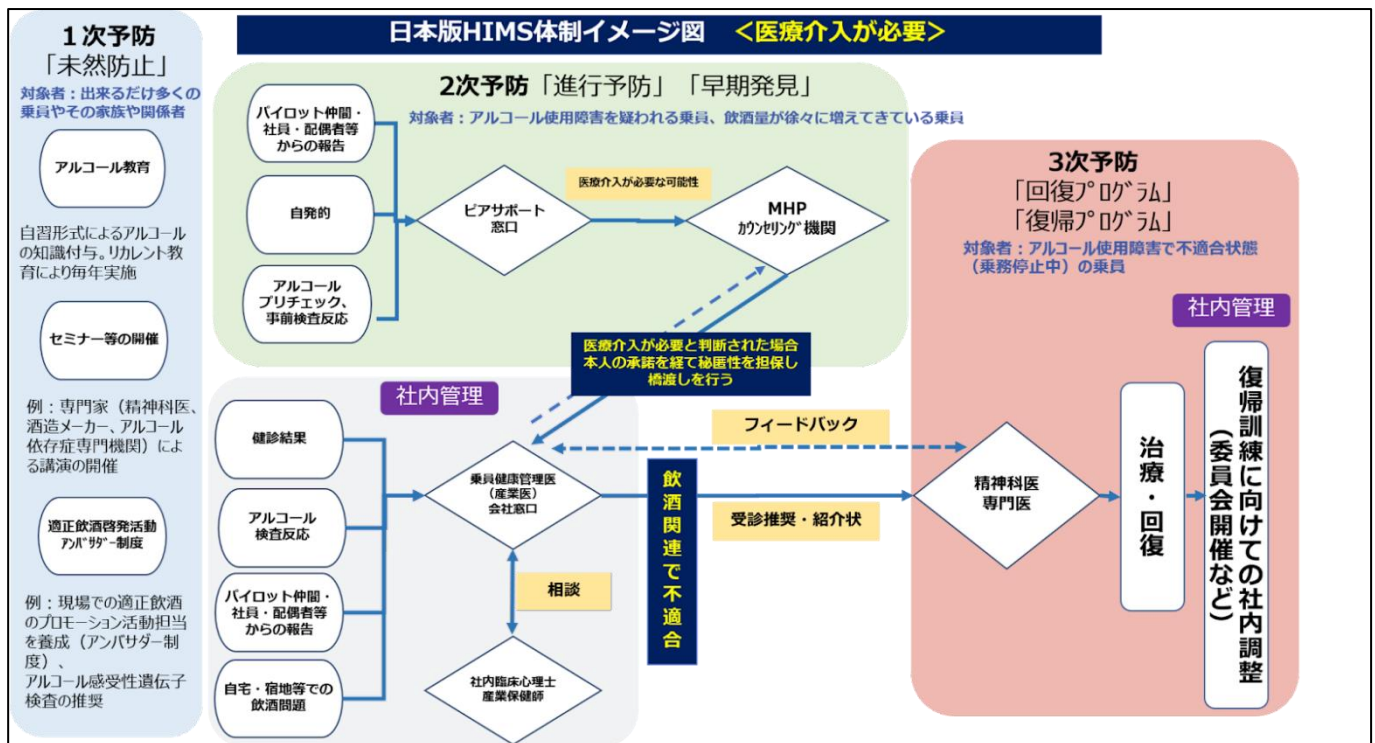
---

2020年度ATEC PSP WG報告書 参照

## 11.3次予防 ～回復プログラムの実施・職場復帰支援（HIMS）～

### 11.1.3次予防の対象者

- 1) 飲酒問題でフライトを降りているパイロット
- 2) 航空身体検査にて不適合状態：急性アルコール中毒、アルコール依存症等
  - 乗務復帰を目指している
  - 大臣判定にて条件付き合格で乗務を継続している



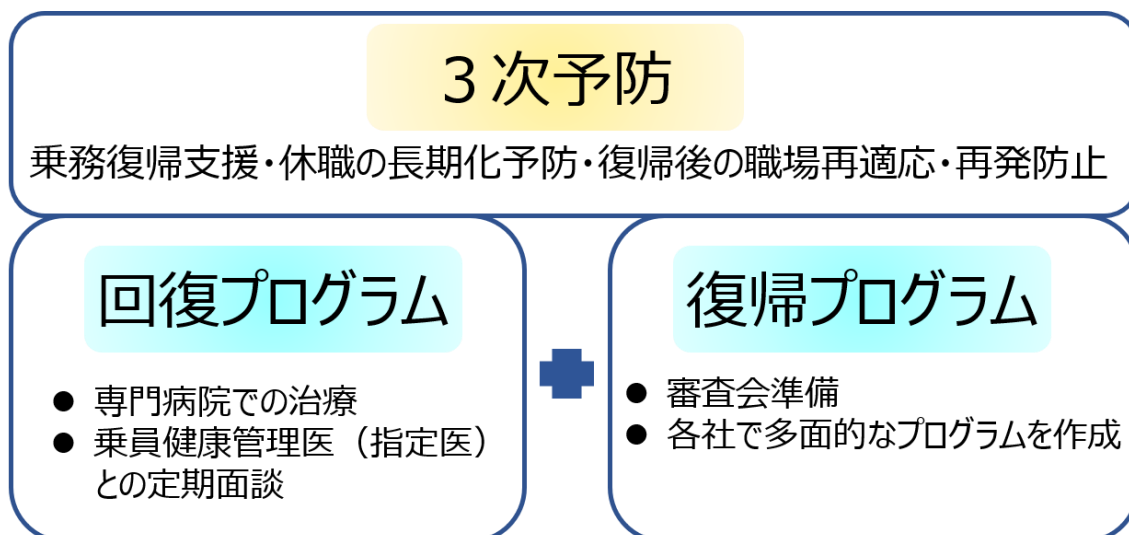
### <3次予防の入り口>

2次予防のピアサポートで約8割は問題解決するとの報告がありますが、まれにMHP（メンタルヘルスプロフェッショナル）により「医療の介入が必要」または「不適合状態（航空業務に支障がある）の可能性が高い」と判断された場合は、本人の了承を経て、秘匿性を担保しつつ乗員健康管理医に橋渡しがなされます。

乗員健康管理医の面談にて、専門診察が必要と判断された場合は、精神科専門医宛に紹介状を作成していただき受診してください。

直接パイロット自身で医療機関を受診した場合は、保険診療の都合にて不必要に病名がつくことがあり、そのことで不適合状態となる可能性や最終的に審査会に向けての準備が進まない場合もあります。乗員健康管理医を介することで、ライセンスに関わることも含めて情報のやり取りがなされるため、安心して受診することができます。相談なく受診した場合も、受診後には乗員健康管理医や指定医に報告してください（11.4.1 医療機関の主治医との連携を参照）。

状態によっても異なりますが、基本的には精神科専門医を受診してください。



3次予防は、回復プログラムおよび復帰プログラムで構成されています。乗務復帰支援、休職の長期化予防、復帰後の職場再適応、再発防止が目標です。そのためには、多面的協調的なアプローチの継続体制の構築が必要ですが、これには、航空局、会社（管理職）を含めて組織全体での支援も大事となります。

現在、パイロットが所属する会社によって、サポート体制はさまざまですが、3次予防に関わるサポート体制を紹介しておりますので、これらを参考に各会社の3次予防のサポート体制を構築してください。

ガイドラインを通じて、乗務復帰を目指すまでの過程をパイロットが理解することは、パイロットのモチベーションにもつながります。また、それらの体験を通じて、「相談をする側」から、いずれは悩みが解決することで、次は「相談を受ける側」にシフトし、体制が効果的・効率的に循環するようになり、1次・2次体制の充実につながります。さらに、飲酒問題事案は処分に関係する可能性もあります。そのため、2次予防での介入が重要であることはいうまでもありません。

3次予防に進み、審査会上申されたケースについては、ここ10年のデータでは9割が急性アルコール中毒、1割がアルコール依存症で、最終的にすべて条件付きで合格となっています。アルコール問題は、再発のリスクが高いですが、専門的治療、断酒の継続、状態の改善、社内やピアサポートなどのサポートがある体制も含め、安全であれば復帰の道を提供しています。

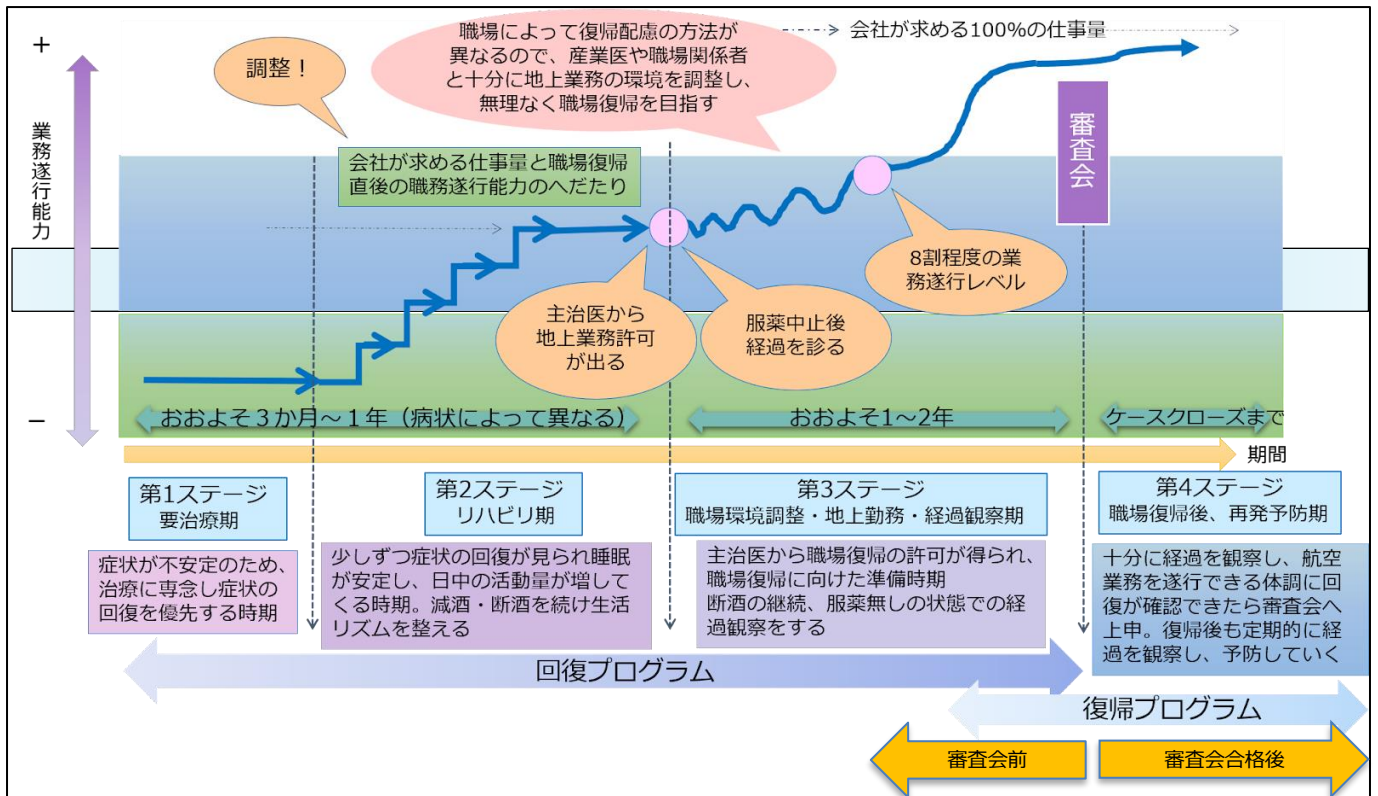
### 11.3.治療開始からFit for flyまでの流れ

プログラムの期間に関しては、個々の病状や会社規定により変動するため、あくまでも目安です。この期間のみが取り上げられて、3次予防に入ると1～2年は乗務できなくなるからと、必要な治療の介入を妨げることを2次予防でしないようにしてください。2次予防で、判断に困るときは、本人の了承を得た上でMHPや社内臨床心理士、乗員健康管理医などの専門家に相談することが必要です。

#### 11.3.1. 回復プログラム

本人に合った支援プログラムを受けて、治療的な人間関係を築き、適切な治療を受ければ回復は可能です。断酒がゴールではなく、お酒で失ってきたものを取り戻し、本来の自分自身を取り戻すことが、回復のゴールです。そして、パイロットにとってのゴールは「乗務復帰」です。

精神科専門医（または精神保健指定医）による治療やカウンセリングなど、外部医療機関にて治療を行います。乗員健康管理医または指定医は、定期適時面談などでサポートし、本人の希望があれば、ピアサポート制度の利用も紹介してください。外部カウンセリング機関を利用する場合は、治療を受けている外部医療機関の主治医との連携が必須です。



<症状が不安定なため治療に専念し、症状の回復を優先する時期>

#### 11.4. 外部医療機関での治療

##### 11.4.1. 医療機関の主治医との連携

指定医・乗員健康管理医は、パイロットが通院している主治医と連携をとることが大切です。アルコール問題も含め精神科のケースが発生したときには、精神科専門医（または精神保健指定医）が在籍する医療機関を受診させます（病態によっては心療内科もあり得る）。その際は、乗員健康管理医から審査会を含む航空身体検査制度について、詳しく記した紹介状を作成することが望ましいです。航空身体検査マニュアルについても具体的に示し、診断についてはICD-10診断が必要なことを伝え、「ICD-10精神および行動の障害 DCR研究用診断基準」を参考に診断していただくようお願いしてください。

また、将来復帰可能な状態となった時点で、主治医に、診断名だけでなく、その症状・経過・薬物療法などの詳細、転帰などを伺い、それをもとに書面を作成、審査会の判断を仰ぐことになることを認識いただくよう説明することが必要です（11.8.2検査報告書の作成のポイント/11.8.3診療情報提供書の作成のポイントを参照）。主治医との十分な情報のやり取りは、他の職種以上に重要で、もしも疑問があれば、しっかりと確認しておくことが望ましいです。ただし、主治医に乗務可否の判断までを求めるのは無理なため、審査会上申前の時点で乗務可能だろうと判断するのは、乗員健康管理医の役割になります。

##### 11.4.2. 依存症専門治療機関

精神科疾患については、審査会合格を目指すための資料の準備まで考えると、パイロットの回復プログラムの支援に理解がある病院か、指定医が主治医に理解いただけるよう、丁寧な説明や随時コンタクトを取ることが必要です。

現時点で、航空身体検査制度およびHIMSガイドラインをご理解いただいており、パイロットの回復プログラムを支援して下さる医療機関を紹介します。乗員健康管理医や指定医と相談の上、受診してください。

これらの医療機関は、ガイドライン作成メンバーが、担当者にHIMSガイドラインについて直接説明し、理解を得られているところです。今後、他地域の医療機関も増やしていく方針です。

- 独立行政法人国立病院機構 久里浜医療センター
- 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター
- 東京慈恵会医科大学附属病院
- 医療法人社団翠会 成増厚生病院
- 医療法人社団翠会 慈友クリニック
- さくらの木クリニック 秋葉原

#### 11.4.2.1.アルコール依存症の治療の概略

本人の状態より主治医が治療方針を決定しますが、アルコール依存症治療の一般的な概略を示します。

- 断酒（断酒が安定するまで2～3年はかかる）
- 断酒
- 精神・身体症状の治療
- 教育
- 薬物療法（抗酒剤、飲酒抑制剤）
- 集団精神療法（ミーティング）
  - ◇ 治療グループ
  - ◇ 自助グループ AA、断酒会、その他
- 家族教育、家族療法、家族の治療
- ネットワークセラピー
- その他

### 回復プログラム： 第2ステージ（リハビリ期）

#### 11.5.自助グループの活用

また、断酒が継続するよう通院、薬物療法、自助グループへ参加することが重要です。自助グループは、アルコールに悩む人なら、だれでも参加できます。主な組織として、Alcoholics Anonymous（AA:アルコホーリクス・アノニマス）と断酒会があります。どちらも、参加者同士がアルコールに関する自身の体験を語ることが基本です。最近では、オンラインでの開催や参加も増えてきています。

ミーティングは、同じ病気の人に出会える（自分一人ではなかった）、話が通じる人たちと話せる（酒飲みの気持ちは酒飲みにしかわからない）、上手な断酒のコツを聞くことができる（長期断酒者の話から）、自分も飲み続けたら大変なことになると気付く（重症者の話から）などの効果があります。

当事者自身によって運営される組織で、現時点ではパイロットを中心とした自助グループはありませんが、今後、当事者のAAメンバーからグループ結成がなされれば、パイロットにとってさらに参加しやすい組織となることが期待されます。

#### 11.6.外部カウンセリング機関

カウンセリングを行う者は、外部カウンセリング機関を使用する際、治療を受けている外部医療機関の主治医との連携が必須です。公認心理師法第42条2では、「公認心理師は、その業務を行うに当たって心理に関する支援を要する者に当該支援に係る主治の医師があるときは、その指示を受けなければならない。」と定められています。

## <外部カウンセリング機関>

- 一般社団法人 Recovering Minds (リカバリング マインズ) など

### 回復プログラムと復帰プログラム： 第3ステージ（職場環境調整、地上勤務、経過観察期）

回復プログラムと復帰プログラム（審査会準備と復帰プログラムの準備）が一部重なります。

#### 11.7.第3ステージでの回復プログラム

第3ステージに入り、状態の安定を確認するのに慎重な「経過観察」が必要です。また、向精神薬服用時は、中止後の「経過観察」を要します。それら経過観察のため、復帰（初回審査会申請）までには期間を要します。

復帰プログラムにおいては、会社管理職およびパイロットの理解も大切です。乗務復帰条件は、断酒継続のエビデンスと会社の理解となります。職場によって復帰配慮の方法が異なりますので、産業医や職場関係者と十分に地上業務の環境を調整し、無理なく職場復帰を目指してください。

状態が安定し、業務遂行レベルが上がってきたら、そろそろ復帰プログラムの準備を始めます。

##### 11.7.1. 断酒の継続のエビデンス

依存症治療ガイドラインでは、「依存症では治療の継続が重要である。したがって、目標をめぐって治療からドロップアウトを避ける選択肢もある。その場合当面の目標を飲酒量低減にして、うまくいかなければ断酒に切り替える方法もある。」とされていますが、パイロットの乗務復帰の条件として、断酒の継続の確認が求められます。

断酒の継続のエビデンスを証明することは難しいですが、審査会に提出するため、本人の通院歴、自助グループ参加歴、血液検査結果、誓約書、家族からの情報など、規定された形式はありませんが、方法については指定医と話し合い、エビデンスを積み重ねていく必要があります。

##### 11.7.2. 会社の理解の必要性

第3ステージでは、主治医から職場復帰の許可が得られ、職場復帰にむけた準備となりますが、職場環境調整については、会社によって復帰配慮の方法が異なるため、乗員健康管理医や会社関係者と十分に地上業務の環境を調整し、無理なく職場復帰を目指す必要があります。しかし、パイロットは、地上勤務からの復帰支援がない会社もあります。

社内には、健康適性に関し、医学および運航の両面から審議し、安全確保することを目的として、運航部門、訓練審査部門、運航乗員健康管理部門などにより構成される運航乗員健康適性委員会などが存在します。乗務復帰の可否だけでなく、復帰訓練から乗務復帰、乗務復帰後のサポートプランを立て、運航・安全に関わる部門の理解およびサポートを得られるよう検討することが必要です。この委員会は、基本的に第4ステージで開催されることが多いですが、審査会前から各部門で少しずつ準備・検討を始めることがスムーズな復帰につながります。

特に、乗務復帰をサポートする予定の上司、教官は、メンタル不調のメカニズムの理解、受け入れにあたっての心構えと対応、人事制度の説明とサポート体制について、事前に乗員健康管理医、指定医、社内臨床心理士、保健師に確認し、理解を進める準備が必要です。

また、「メンタルヘルスに関する復帰支援プログラム」の構築も推奨されます。これは、職場復帰にむけて、メンタルヘルスに関する知識とストレス対処スキルを獲得することを目標とします。知識やスキルの獲得によって、メンタルヘルス不調を予防し、自己効力感やレジリエンス、対人関係スキルを向上させて、再発防止や対処能力の充実につながることができます。

#### 11.8.初回審査会申請準備

##### 11.8.1. 審査会提出書類（アルコール使用障害の既往での新規審査会申請時の提出書類について）

審査会上申のためには、主治医である精神科専門医（または精神保健指定医）からの情報提供が必要になります。したがって、指定医・乗員 健康管理医は、早めに主治医に航空身体検査制度などについて伝え、最終的には、詳細な情報を含む書面が必要となることをあらかじめ伝えておくことが大切です。

精神疾患は同一診断名であっても、個々のケースによって症状にはかなりの差があり得ますので、本人の状態が面接可能な状態であれば、上申以前に主治医や指定医・乗員健康管理医による定期的な経過観察（例えば月1回程度）が実施されていることが望ましいです。基本的には、寛解後も同じ精神科専門医（または精神保健指定医）に定期通院を継続し、一定期間（6か月～〇年と症例によって異なります）安定していることを確認してから審査会提出します。また、飲酒事案については、寛解後約2年以上は断酒を継続していることを確認してから審査会提出することとしていますが、審査会準備について不明な点は、航空医学評価官（12.8航空医学評価官 参照）に確認してください。

検査報告書は、指定医が作成し、審査会に提出されます。主治医診断書や検査報告書、社内管理の経過報告、心理検査結果、参加したプログラムの報告など、他部門の専門家と連携し、資料を作成する必要があります。

#### 11.8.1. 検査報告書の作成のポイント（指定医が作成）

##### 【本人の情報】

注）以下の項目全てを報告。ソロフライトのみのフライト環境であればその旨を記載。

氏名： 生年月日、年齢：  
種別： 機種：  
領域： 職種：

##### 【提出理由】

例）急性アルコール中毒の既往

##### 【航空身体検査不適合または国土交通大臣による判定の結果】

例）第〇回審査会条件付合格（初回審査会〇年〇月）

厳重な社内管理を続け、次回更新申請時、精神科専門医による定期的な診察結果を提出すること。  
有効期間は短縮しない。

##### 【経過の概要】

経過が長い場合はショートサマリーを記載

##### 【既往歴】

注）出生時、発育、高熱疾患、交通事故、頭部外傷、ひきつけ、失神発作、不眠等の病歴の有無。過去の精神科入院（ある場合は、退院時要約）、治療歴について

##### 【家族歴】

例）同胞〇名の長男。妻（〇歳）、長女（〇歳）との3人暮らし。

##### 【遺伝歴】

注）自殺、問題行動、精神疾患、てんかん、片頭痛、神経疾患

##### 【病前性格】

例）過敏、強迫、自己顕示、気分易変、爆発、意志薄弱、無力、家族・学校・社会における適応性、長所、短所など

##### 【日常の様子】

例）表情、態度、言動 など

##### 【生活歴】



例) ○にて出生。私立中・高卒。中・高と○部。高校では主将。1浪後、○大○学部卒。大学では○サークル所属。  
○年結婚。○年入社。○年○型機副操縦士。○年○型機機長。趣味：○。

#### 【飲酒歴】

注) 採用時身体検査時から現在までの申告等詳細に記載。週に○回、○ドリンク程度。

#### 【経過】

発症の契機の有無、経過の詳細、治療歴など経時的（日時を記載）に詳細に記載すること。

寛解後の生活状況について：（必要に応じて）家族、所属長からの情報、今後の社内での対応策 など

#### 【心理検査】

注) 経時的結果及びその結果に基づく今後の対応を記載。結果だけでなく原本も供覧資料として提出すること。

例) うつ評価→HAM-D、BDI-II、SDS等。不安評価→HAM-A、STAI等。人格評価→MMPI、SCTなど。

アルコール依存症→BDI-II、MMPI、ロールシャッハ、クレペリン など。

#### 【血液検査結果】

例) アルコール関連：MCV、γGTP等時系列の表にして記載

#### 【その他検査】

注) 必要に応じて、神経学的検査、脳波、画像検査等。意識消失発作があれば、国空乗第630号に基づいた報告を提出

#### 【受診歴】

主治医受診の他、参加したプログラム、アフターケアグループ、サポートグループ、ストレスコーチングやピアサポートなどある場合は、参加日を時系列に記載

#### 【本人の内省状況】

注) 今までの経過・治療の振り返りや自身を振り返って、病気に対する内省及び再発予防の考え方。

### 11.8.2. 診療情報提供書の作成のポイント（主治医が作成）

- 1) 初診年月日、その後の受診年月日
- 2) 紹介元医療機関からの情報（あれば）
- 3) 診断名：注) 「ICD-10精神および行動の障害-DCR研究用診断基準」での診断名  
診断書の病名はICD10に則りFコード3桁まで記載してください。現在は症状ないと思われるため～の既往という記載とすること。ただし、人格、性格、発達障害の場合は除く。診断根拠（否定した理由）を記載すること。
- 4) 詳細な精神症状・経過  
注) 治療法 精神療法等の種類とその内容、効果など。入院治療の有無。ある場合には経緯、入院形態と入院中の治療状況、自殺念慮、自殺企図の有無、病気の極期（一番悪い時）の症状など  
注) 診療録をそのまま転記せず、要点をまとめ、重要な箇所は詳細に記載してください。  
注) 否定した根拠についても説明してください。
- 5) 薬物療法  
注) 薬物療法の有無、ある時は薬剤名、向精神薬・投与量の経過、中止時期、最高用量等を時系列にして記載してください。
- 6) 精神療法について
- 7) 最終受診時における転帰（基本は完全寛解）、残存症状、再燃の可能性等について

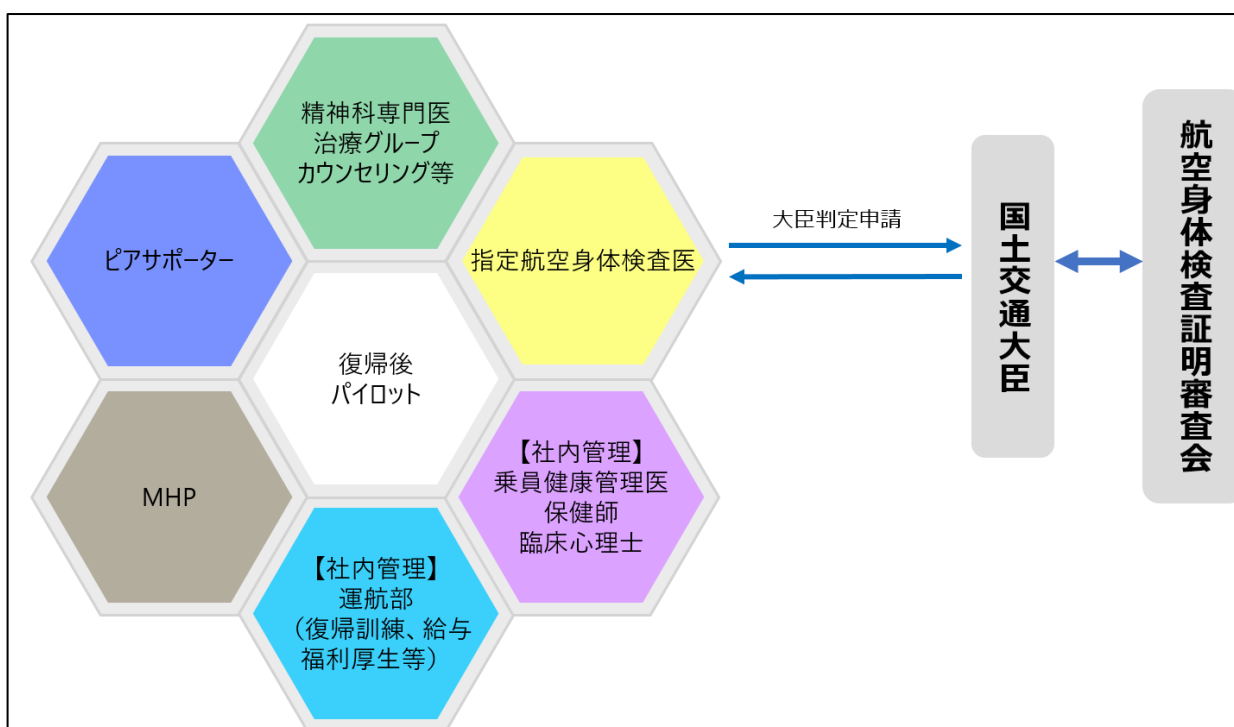
復帰プログラム： 第4ステージ（職場復帰後、再発予防期）

### 11.9.第4ステージ

十分に経過を観察し、航空業務を遂行できる体調に回復が確認できたら、指定医と乗員健康管理医と相談し審査会に申請することができます。審査会にて合格し、乗務復帰しても、審査会条件にしたがい管理を行う必要があります。条件は、社内管理を継続すること、定期的な精神科主治医の通院、断酒の継続、次回審査会提出資料の詳細など、個々の事例によって異なります。

パイロットが回復プログラムから、復帰プログラムに進んだ後も、復帰訓練や会社での「周囲の目が気になる」などの環境によるストレスなどがあります。復帰プログラムは、多方面からの理解とサポートが必要で、パイロットの本来の目的の乗務に復帰をサポートすることと、アルコール問題の再発（Slip）の予防に努めることが大切です。復帰訓練などは、パイロット同士でその不安を分かり合えるところがあるので、本人や復帰訓練にあたる教官、担当する上司などにピアサポート制度を紹介し、希望すれば3次予防でもピアサポートを活用することが望ましいです。

#### 寛解・復帰後も多方面からの理解とサポート体制が必要



## 12. 参考資料：航空身体検査について

回復、復帰プログラムに必要な航空身体検査制度、パイロットのメンタルヘルス問題の特殊性、乗員健康管理医による社内管理について、一部を抽出して記載しました。詳細は、航空局ホームページ「航空：航空従事者の医学適性や航空身体検査の証明について-国土交通省（mlit.go.jp）」にて確認してください。

＜パイロットの航空医学的な適性とは＞

医学的な飛行適性とは単に疾患がないことを意味するわけではありません。

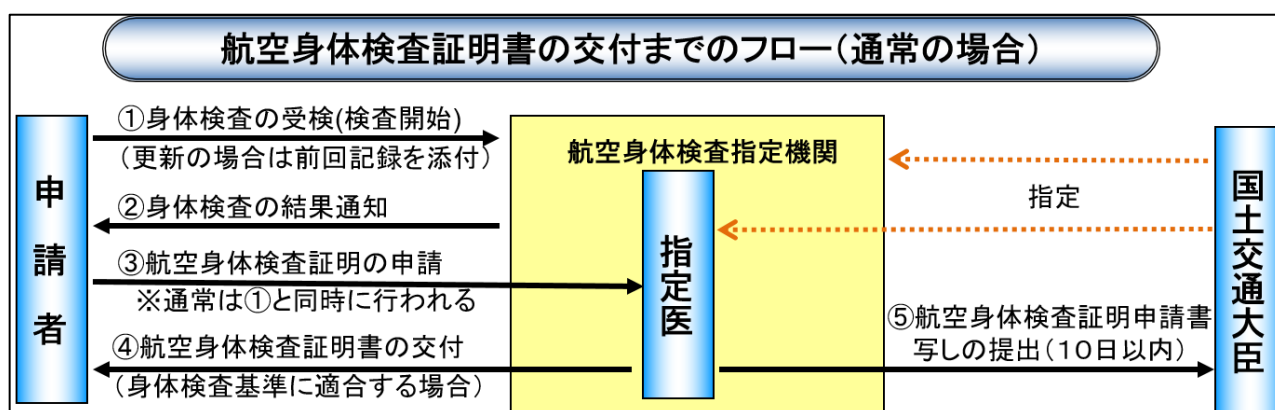
1. その飛行職務を安全に遂行しうる肉体的および精神的な能力がある。
2. 飛行中に安全な職務遂行を妨げて突発的な機能喪失（突発性機能喪失）を起こしうる疾患がない。
3. 飛行職務の遂行能力を緩徐ではあるが航空身体検査証明書の有効期間内に許容水準以下に引き下げつ可能性がある疾患を有していない。

全ての航空医学的な判断は、医学的な見解に基づいたものであり、ある程度は主観的であるため、不正確な判断が生まれる可能性はありますが、最終的な航空医学的判断は、安全をより重視したものでなければならないと考えられています。ただし、ここで理解していただきたいことは、世界中の航空身体検査の基本的指定は、あくまでも「keep them flying」であるということです。

### 12.1. 航空身体検査証明制度とは

航空従事者（航空会社のパイロットに限らず、自家用操縦士なども含む）には、航空の安全を目的として、終身的効力を有する航空従事者技能証明の制度と一定の有効期間（通常1年）を限定する航空身体検査証明の制度があります。

航空身体検査は、国際民間航空条約に準拠して、締結国が定めています。日本では航空法で定められています。航空身体検査証明とは、「航空の安全を確保するため、航空機に乗り組んで運航業務を行う操縦士等に対し、業務の遂行に必要な心身の状態を保持しているかどうかについて医学的な検査を実施し、国土交通大臣又は指定航空身体検査医（指定医）の確認・証明（航空身体検査証明）を行うものであり、有効な航空身体検査証明を携帯しなければ、航空業務を行ってはならないこと。」とされています。航空身体検査証明は、国土交通省令で定める航空身体検査基準に適合するかどうかについて検査が行われ、航空法施行規則の中でその基準が定められています。そして、航空身体検査基準の運用については、国土交通省航空局長が航空身体検査マニュアルを制定しています。航空身体検査は、国土交通大臣のほか、国土交通大臣の指定した指定医が行うこととなっており、実際には資格を有する指定医が実施しています。



(出典：航空局ホームページ 航空身体検査フロー及び国土交通大臣による判定のフロー-<https://www.mlit.go.jp/common/000017088.pdf>)

## 【関連法規】

1. 航空機に乗り組んでその運航を行う者（航空機乗組員）は、技能証明及び航空身体検査証明を受けていなければ、航空業務を行ってはならない。（法第28条関係）
2. 航空機乗組員は、航空身体検査証明を受けるためには、航空身体検査指定機関（指定を受けた医療機関等）において航空身体検査を受け、その検査結果を記載した申請書を国土交通大臣又は指定航空身体検査医（以下「指定医」という。）に提出しなければならない。（規則第61条）
3. 国土交通大臣又は指定医は、申請者がその有する技能証明の資格に係る身体検査基準（航空法施行規則別表第4）に適合すると認められる場合、当該者に対し、航空身体検査証明を行う。（法第31条、規則第61条の2の1～2）
4. 航空身体検査証明の有効期間は、当該航空身体検査証明を受けるものが有する技能証明の資格ごとにその者の年齢及び心身の状態並びにその者が乗り組む運航の態様に応じて、国土交通省令で定める期間とする。（法第32条）
5. 身体検査基準に適合しない者のうち、その者の経験及び能力を考慮して、航空機に乗り組んでその運航を行うのに支障を生じないと国土交通大臣が認めるものは、身体検査基準に適合するものとみなす。（いわゆる国土交通大臣の判定による適合者）このとき、国土交通大臣は当該者に対し、必要な検査を受けるよう指示することができる。（規則第61条の2の3）
6. 国土交通大臣の判定による適合者のうち、症状が固定している又は安定していると認められるものについては、国土交通大臣の指示のもとに指定医に判定を行わせる。（いわゆる「ケースクローズ指示」、「特別判定指示」に基づく判定）
7. 国土交通大臣は、航空機の航行の安全のため必要があると認める場合、航空身体検査証明に必要な条件を付すこと等ができる。なお、指定医が付す条件は、眼鏡に関する事項のみ
8. 航空身体検査証明書の様式、交付、再交付及び返納に関する事項その他航空身体検査証明に関する実施細目は、国土交通省令（航空法施行規則）に定められ、この命令の規定に違反した者は、10万円以下の過料に処せられることがある。（法第36条、162条）
9. 指定航空身体検査医は、申請者が偽りその他不正の手段により航空身体検査証明書の交付を受けようとしたと認めるときは、遅滞なく、その旨を国土交通大臣に報告しなければならない。（規則第61条の4の2、3）
10. 航空身体検査指定機関は、身体検査の一部を他の医療機関等を実施させることとした場合又は当該他の医療機関等を変更した場合には、その旨国土交通大臣に届け出なければならない。（規則第238条第2号の2）
11. 航空機乗組員は、アルコール又は薬物の影響により航空機の正常な運航ができないおそれがある間はその航空業務を行ってはならない。（法第70条）
12. 航空機乗組員は、第31条第3項の身体検査基準に適合しなくなったときは、第32条の航空身体検査証明の有効期間内であっても、その航空業務を行ってはならない。（法第71条）
13. 偽りその他不正の手段により航空身体検査証明書の交付を受けた者は、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。（法第149条第2項）
14. 指定航空身体検査医が第31条第3項の身体検査基準に適合しない者について、航空身体検査証明を行ったときは、一年以下の懲役又は三十万円以下の罰金に処する。（法第149条の2）

## 12.2.航空身体検査項目

---

1.医師問診 2.身長/体重/BMI 3.尿検査 4.胸部エックス線検査 5.血圧 6.安静時心電図 7.脳波 検査8.外眼部、眼球附属器及び中間透光体検査 9.眼圧・眼底 10.遠見視力 11.近見・中距離視力 13.両眼視機能 14.視野 15.色覚 16.平衡機能 17.純音聴力

(参照：航空局ホームページ 航空身体検査申請書記入要領 001476611.pdf (mlit.go.jp))

### 12.3.個人情報保護

---

航空身体検査を行うにあたり、指定医は、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）などに基づき、個人情報の適正な取扱いを行うこと（5-1）。指定医は、法令に基づく場合等を除き、申請者本人の同意を得ないで、航空身体検査証明以外の目的で、身体検査で知り得た情報を取り扱ってはならない（5-2）と航空身体検査マニュアル（国空航第323号）に示されています。

たった一回でも秘匿性が破られることで、長年にわたって構築した信頼関係を壊す可能性もあります。社内で定めた情報管理・保持などが明記された社内規約を閲覧しやすくし、パイロットの日常の健康管理において取得した個人情報の適切な取扱いが必要です。しかし、自傷他害などといった緊急性を要する際には、この秘匿性が破られることへの理解を得ておく必要があります。また、相談内容が、自傷もしくは他害におよぶ恐れがある場合、違法行為、犯罪行為の発生、または発生する可能性が高いと判断した場合、社内規程違反にあたる場合は、秘密保持は解除（秘匿の適用除外）されることへの理解を得ておく必要があります。

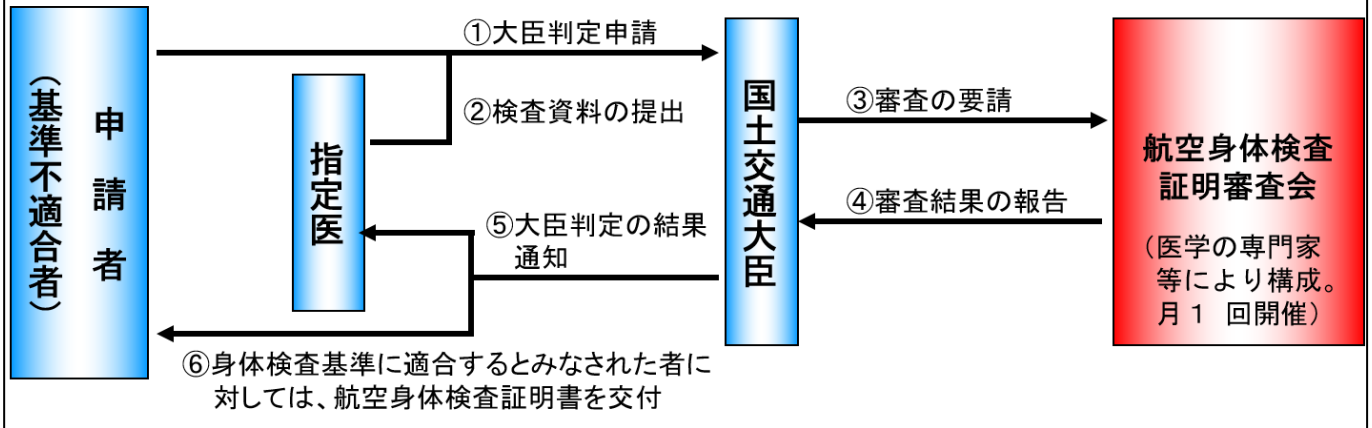
### 12.4.航空身体検査証明審査会

---

国土交通大臣が行う航空身体検査証明に関する検査基準に適合するかどうか、判定困難な事案に係る航空身体検査成績の審査及びその判定及び航空身体検査証明の実施に必要な事項に関するこの検討をすることを目的としています。委員会は、医学関係12人（内科、循環器科、眼科、耳鼻咽喉科、精神神経科、外科 各2人）航空関係1人（航空従事者1人）、行政関係1人（防衛省1人）で構成されています。

通常任期は2年であり、委員長は委員の互選により選出されます。審査会は、毎月1回開催され、医学関係者委員が6名以上の出席が必要です。会議の議決は全会一致としています。これは、航空身体検査基準に適合しないパイロットに対して、その者の経験および能力を考慮して、航空医学適性審査の結果、その不適合事項が航空安全を脅かさないと判断される場合に限り、身体検査基準に「適合するとみなす」ことができるウェイバー（Waiver）制度であり、社会的な安全に関することなので公的機関が行っています。

## 基準不適合者に対する国土交通大臣の判定フロー



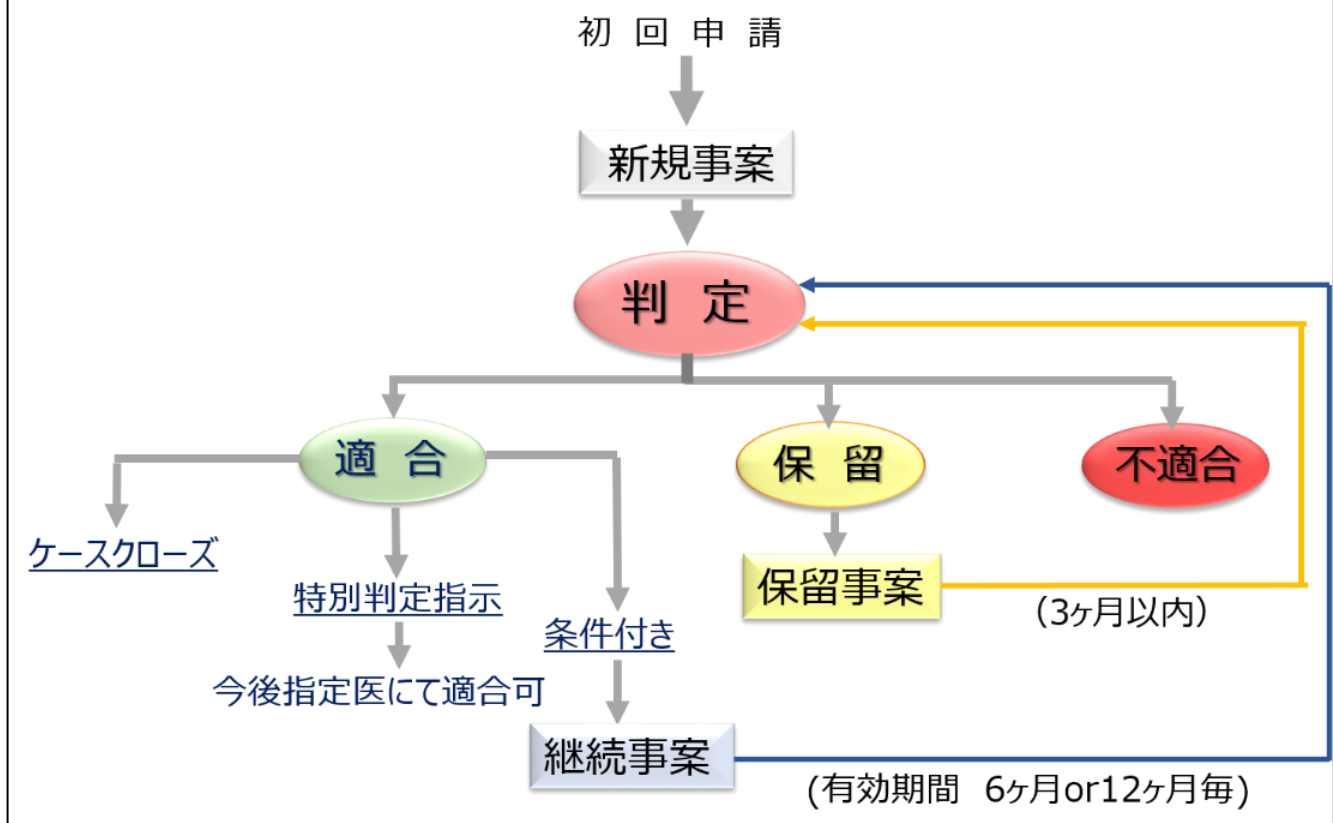
(出典：航空局ホームページ 航空身体検査フロー及び国土交通大臣による判定のフロー <https://www.mlit.go.jp/common/000017088.pdf>)

### 12.5.航空身体検査マニュアル

令和元年6月17日一部改正（国空航第323号）航空身体検査マニュアルの目的は、「このマニュアルは、航空機の安全な運航を確保する目的のために行われる航空身体検査証明において、航空機乗組員の心身の状態が航空法施行規則別表第四の「身体検査基準」に適合するかどうかについて検査及び判定を行うにあたり、その検査及び判定の方法の適正かつ統一的な運用を図るための指針である。」とされています。

「8.精神及び神経系」の記載について、以下に一部抜粋を示しますが、例えば、急性アルコール中毒からの一過性意識障害をきたした際には、意識障害の原因精査要領は、精神科領域以外にまたがるため、詳細については、指定医または乗員健康管理医に確認してください。

### 大臣判定（審査会）での判定のフォロー



## 8. 精神および神経系

### 8-1 精神病及び神経症等

#### 1. 身体検査基準

重大な精神障害又はこれらの既往歴がないこと。

#### 2. 不適合状態

2-1 症状性を含む器質性精神障害(F0)又はその既往歴のあるもの

2-2 統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害(F2)又はその既往歴のあるもの

2-3 気分(感情)障害(F3)又はその既往歴のあるもの

2-4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(F4)又はその既往歴のあるもの

2-5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群(F5)又はその既往歴のあるもの

#### 3. 検査方法及び検査上の注意

「診断上の一般注意」参照のこと。

#### 4. 評価上の注意

上記2-1から2-5に掲げる障害の疑いがある場合は不適合とする。

#### 5. 備考

5-1 上記2-3、2-4及び2-5の疾患について、身体所見及び精神所見が回復したと判断された者が、国土交通大臣の判定を受けようとする場合は、ICD10 に則った診断名(既往を含む)、治療経過及び現症を含む臨床経過、心理テストの結果等を付して申請すること。

5-2 上記5-1の者のうち、十分な観察期間を経て、航空業務に支障を来すおそれがある状態に進行しないと認められるものは、国土交通大臣の指示により、以後指定医で適合とすることを許可される。

### 8-2 パーソナリティ(人格)障害及び行動障害

#### 1. 身体検査基準

航空業務に支障を来すおそれのあるパーソナリティ障害若しくは行動障害又はこれらの既往歴がないこと。

#### 2. 不適合状態

2-1 成人のパーソナリティ(人格)及び行動の障害(F6)又はその既往歴のあるもの

2-2 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F9)又はその既往歴のあるもの

#### 3. 検査方法及び検査上の注意

3-1 「診断上の一般注意」参照のこと。

3-2 自殺未遂、自傷行為、家出、放浪、非行又は犯罪行為等の問題行動があった場合は、その動機や発生状況について慎重に検討を行うこと。

#### 4. 評価上の注意

上記3-2の問題行動があった場合であって、将来類似の行動を生ずるおそれのあるときは、不適合とする。

### 8-3 薬物依存及びアルコール依存

#### 1. 身体検査基準

薬物依存若しくはアルコール依存又はこれらの既往歴がないこと。

#### 2. 不適合状態 精神作用物質使用による精神及び行動の障害(F1)又はその既往歴のあるもの

#### 3. 検査方法及び検査上の注意

問診において、薬物やアルコールへの依存がないか、又はアルコールに関する問題行動がないか確認すること。飲酒習慣がある場合は、過去の健康診断等におけるアルコール健康障害の有無を確認すること。問診上、アルコール依存が疑われる場合は、AUDIT等のスクリーニングテストを実施し、必要に応じて専門医を受診させ、総合的に判断すること。

4. 評価上の注意 薬物は麻薬、鎮静薬、睡眠薬、幻覚剤、揮発性溶剤、その他の精神作用物質を指す。

#### 5. 備考

5-1 アルコール依存の既往歴があり経過良好な者が、国土交通大臣の判定を受けようとする場合は、十分な経過観察を行った後、ICD10に則った診断名(既往を含む)及び治療内容を含む臨床経過についての詳細を付して申請すること。

5-2 上記5-1の者のうち、十分な観察期間を経て、航空業務に支障を来すおそれがある状態に進行しないと認められるものは、国土交通大臣の指示により、以後指定医で適合とすることを許可される

(参照：航空局ウェブサイト「航空身体検査マニュアル」<https://www.mlit.go.jp/common/001476613.pdf>)

## 12.6. 顕在化

---

### 12.6.1. 急性アルコール中毒の診断基準（一般事項）

A. 急性中毒の全般基準を満たす。

B. 以下の行動上の機能障害が少なくとも1項

脱抑制、議論好き、攻撃性、不安定な気分、注意力低下、判断力低下、本人の役割を果たせなくなること。

C. 以下の徴候のうち少なくとも1項

不安定な歩行、起立困難、不鮮明な発語、眼振、意識レベルの低下（例：昏迷、昏睡）、顔面紅潮、結膜充血

### 12.6.2. 急性アルコール中毒の審査会申請での取扱い（一般事項）

一過性の急性アルコール中毒についても、本人に記憶がなく逸脱した言動があった場合は不適合となります。基本的に審査会においては、断酒を求められ、それが守られていることを定期的な面接と血液検査などで経過観察することが求められます。

### 12.6.3. アルコール依存症候群

持続期間は少なくとも1か月間であり1か月に満たないなら、過去12か月に繰り返して次の3項目以上を満たすこと。

- 摂取したいという強い欲望・強迫感
- 開始、終了、使用量の統制が困難
- 中止・減量時の離脱状態
- 耐性の証拠
- 摂取せざるを得ない時間やその効果からの回復に要する時間延長
- 有害な結果の存在にかかわらず、摂取継続

### 12.6.4. 断酒について（一般事項）

外部医療機関での治療においては、入院と外来の通院があります。重症となった場合は、断酒を目的に入院するのが安全です。通院は、断酒が安定するまでに数年間は必要です。その期間は、最低でも1年間、できれば数年間（3年くらい）は通院をすることが必要です。

アルコール依存症の治療目標は、程度の違いはありますが、「原則的に断酒の達成とその継続」です。重症のアルコール依存症や明確な身体的・精神的合併症を有する場合、または深刻な家族・社会的問題を有する場合には、治療目標は断酒とするべきであるとされています。しかしながら、本人が断酒に応じない場合には、まず説得を試み、うまくいかない場合、治療からのドロップアウトを避けるための一つの選択肢として、飲酒量低減を目標とし、うまくいかなければ、断酒に切り替える方法もあります。重症となった場合は、断酒を目的に入院するのが安全です。



軽症の依存症で明確な合併症を有しないケースでは、本人が断酒を望む場合や、断酒を必要とするその他の事情がない限り、外来にて「飲酒量低減も目標」とします。「飲酒量低減」の目安は、男性では1日平均40g以下の飲酒、女性では平均20g以下の飲酒量です（厚労科樋口班 平成28年度報告書より）。

＜アルコール依存症はなぜ断酒なのか＞

- アルコール依存者の平均寿命は52.3歳
- 10年予後の調査で4割が死亡（癌に匹敵する死亡率！）
- 死因
  - 肝硬変などの臓器障害による死亡 約3割
  - 突然死（急性心不全、脳卒中など）約2割
  - 事故死（酩酊や幻覚、けいれんなど）約1割
  - 自殺（孤独、自暴自棄、うつなどによる）
  - その他
- 社会的死
  - 飲酒により起こった問題で社会的生命を失う

（出典：参考資料 米沢 宏 2022.10.11 航空輸送技術センター講義資料より）

## 12.7.精神疾患の分類

精神医学においては、二つの主な診断分類があります。一つは、WHOによる「ICD-10（International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition）；国際疾病分類第10版」における「Mental and Behavioral Disorders；精神および行動の障害」であり、もう一つは米国精神医学会による「DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition）；精神障害の診断・統計マニュアル第5版」です。航空身体検査マニュアルは、前者ICD-10に準拠しています。判断が疑われる場合は、精神科を専門とする医師（精神科専門医または精神保健指定医）に、ICD-10診断を依頼してください。

パイロットは、その中の大部分の診断名について、現在罹患中であるか、あるいは既往のみでも、いわゆる神経症レベルの疾患の既往だけで長期間寛解状態が続いていたとしても、基準不適合と判断されてしまいます。厳しいようではありますが、既往のみで不適合なのは米国、欧州でも基本的に同様です。不適合の場合、乗務には航空身体検査証明取得のため審査会上申、審査を受け合格の判定を得ることが必要となります。

なお、審査会でいかなる病態、経過であれば合格と判定されるかについて明文化された基準は特になく、個別に審議、判定されます。そのため、依頼した精神科専門医（または精神保健指定医）には、航空身体検査について、航空の安全との関連も含め十分に説明し、通常以上に慎重に判断してもらうことが必要です。

### 12.7.1. ICD-10（一部抜粋）

#### 第5章 精神および行動の障害

F00-F09 症状性を含む器質性精神障害

F10-F19 精神作用物質使用による精神および行動の障害

F10.- アルコール使用による精神および行動の障害

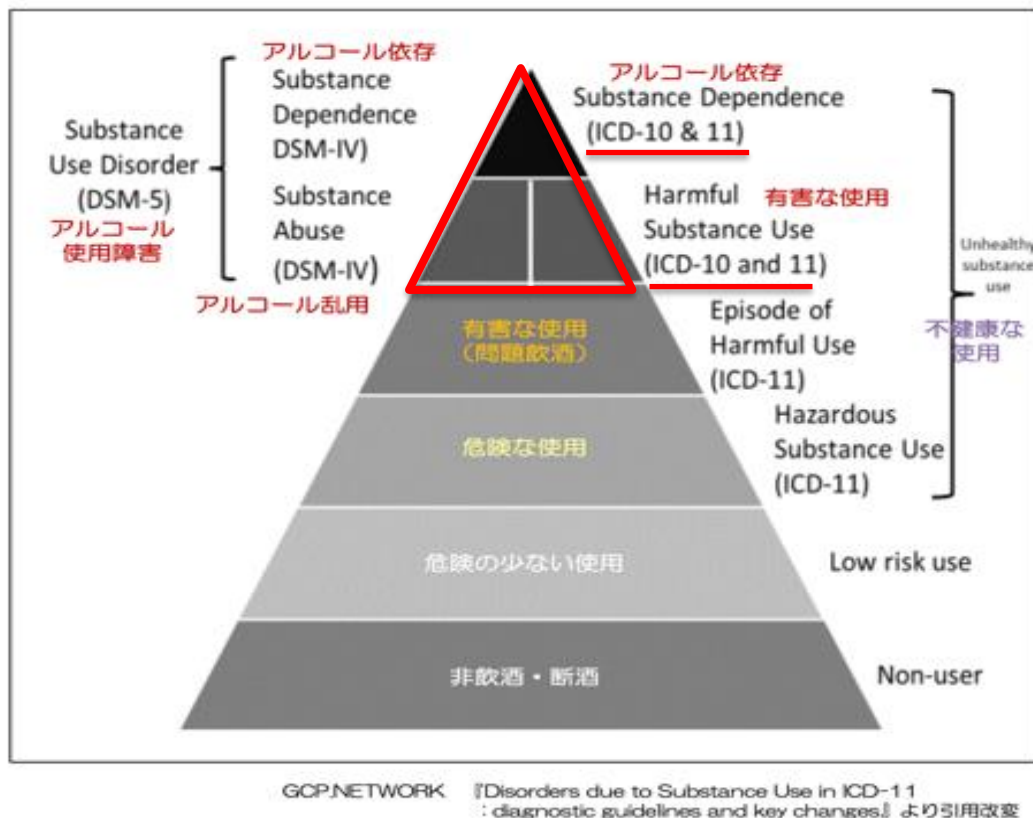
F11.- アヘン類使用による精神および行動の障害

F12.- 大麻類使用による精神および行動の障害

F13.- 鎮静薬あるいは睡眠薬使用による精神および行動の障害

F14.- コカイン使用による精神および行動の障害

- F15.- カフェインおよび他の精神刺激薬使用による精神および行動の障害
- F16.- 幻覚剤使用による精神および行動の障害
- F17.- タバコ使用による精神および行動の障害
- F18.- 揮発性溶剤使用による精神および行動の障害
- F19.- 多剤使用および他の精神作用物質使用による精神および行動の障害
  - Flx.0 急性中毒
  - Flx.1 有害な使用
  - Flx.2 依存症候群
  - Flx.3 離脱状態
  - Flx.4 せん妄を伴う離脱状態
  - Flx.5 精神病性障害
  - Flx.6 健忘症候群
  - Flx.7 残遺性および遅発性精神病性障害
  - Flx.8 他の精神および行動の障害
  - Flx.9 特定不能の精神および行動の障害
- F20-F29 統合失調症，統合失調型障害および妄想性障害
- F30-F39 気分（感情）障害
- F40-F48 神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害
- F50-F59 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
- F60-F69 成人のパーソナリティおよび行動の障害
- F70-F79 精神遅滞[知的障害]
- F80-F89 心理的発達障害
- F90-F98 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
- F99 特定不能の精神障害



## 12.8.航空医学評価官

国土交通省航空局安全部 安全政策課 乗員政策室に在籍する医師。主な業務内容は、月1回開催される航空身体検査証明審査会の準備や結果説明、航空身体検査基準や航空身体検査マニュアルなどの改正内容の検討、指定航空身体検査医、航空身体検査指定医療機関の立入検査および指導、本邦航空会社の健康管理部門および操縦士からの航空身体検査、日常の健康管理に関する医学的問い合わせ（医薬品の使用も含む）への対応などを担当しています。

特に、審査会準備に必要な書類についての問い合わせ、不適合疾患かの判断、医薬品使用についての確認などがありましたら、指定医または乗員健康管理医（乗員健康管理担当者）より航空医学評価官にお問い合わせください。

## 12.9.航空身体検査指定機関

医療法に基づく病院・診療所であること。身体検査を実施する医師が配置されていること。実務管理者が配置されていること。適正な検査体制を有することが指定を受ける要件となっています。

（参照：航空局ウェブサイト 航空身体検査指定機関 <https://www.mlit.go.jp/common/000011322.pdf>）

## 12.10.指定航空身体検査医（指定医）

航空身体検査証明制度に基づき、航空身体検査における適合・不適合を判定することのできる医師です。5年以上の臨床経験、指定機関に所属していること、国土交通大臣が行う講習会に出席することが指定を受ける要件となっています。指定医は身体検査基準・マニュアルにしたがい検査を実施し、身体検査基準に適合した者に対し、航空身体検査証明書を交付します。指定医不適合者が希望する場合は、不適合理由や申請者の現在の心身の状態などを勘案の上、大臣判定申請手続き等を実施します。

（参照：航空局ウェブサイト 航空身体検査医一覧 <https://www.mlit.go.jp/common/001590119.pdf>）

---

---

## 13. 参考資料：乗員健康管理制度（会社のサポート）

---

---

一般的に、健康管理部門とは、企業における産業保健スタッフが在籍する健康管理のための部門です。従業員の身体的な健康、そしてメンタルヘルスをサポートするのが健康管理部門の役割となっています。安全配慮義務の観点からも健康管理室の設置は有用です。安全配慮義務とは、厚生労働省によって定められた義務のことで、「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする」とされています。

それに加え、わが国では、「航空機乗組員の健康管理に関する基準」が制定され、5.7t以上の飛行機を用いて路線を定め定期運航する本邦航空運送事業者に対して、健康管理を行うことが定められています。

---

### 13.1. 乗員健康管理医

---

乗員健康管理医は、パイロットの日常の健康管理に携わる医師で、健康上の懸念があるパイロットについて航空業務停止などの措置を講じ、また、運航業務停止後の復帰可否を判定できる医師です。契約指定機関に所属する指定医は、契約元事業者の乗員健康管理医を兼ねてはいけません。産業医との兼務および非常勤契約での勤務は問題ありません。

一般に、航空医学という概念には、より基礎的な医学の領域も含まれますが、日々パイロットと接し「臨床航空医学」の領域を職務の場とする、指定航空身体検査医（指定医）や乗員健康管理医は、「航空の安全を支える」という考え方は最も大切に、存在意義でもあります。パイロットの精神面の健康を保持・増進することも、航空の安全に寄与しています。

---

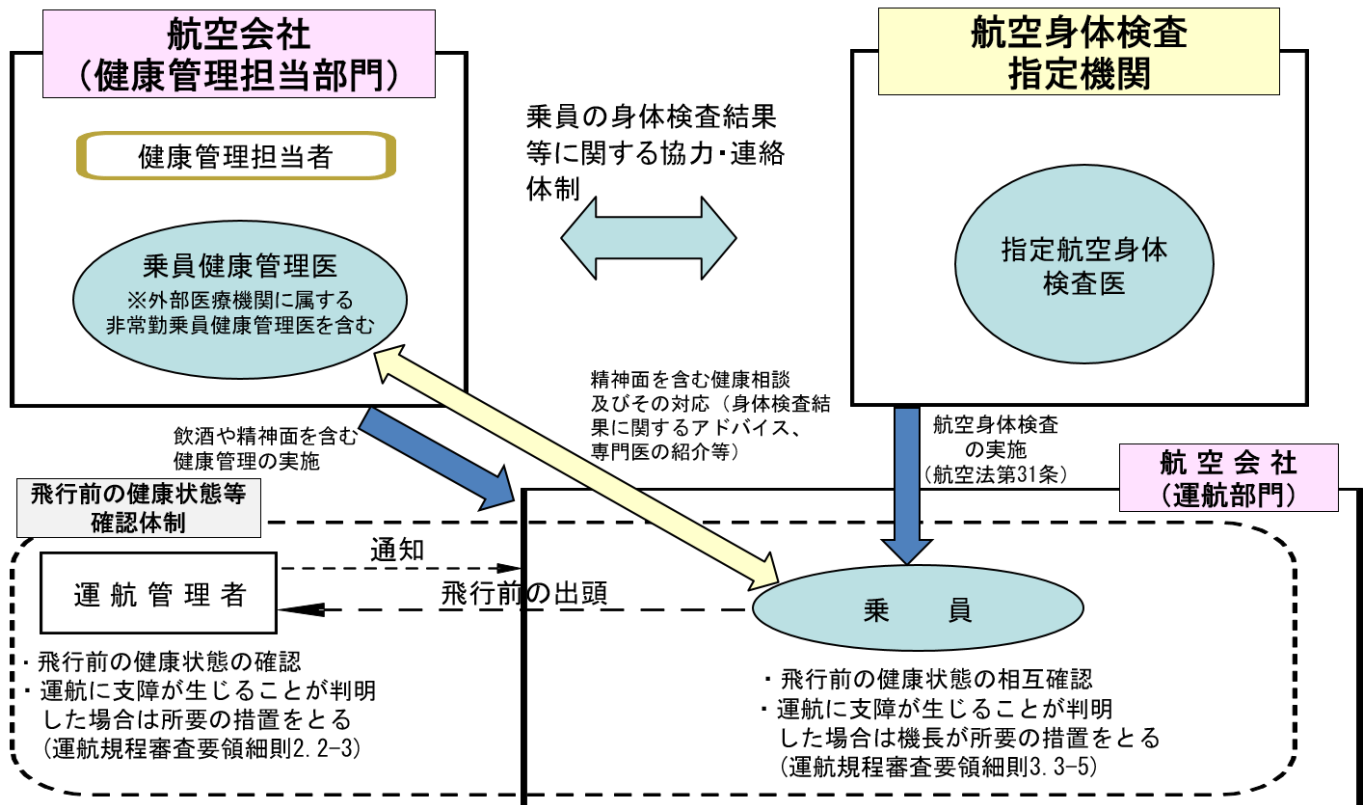
### 13.2. 航空機乗組員の健康管理に関する基準

---

平成28年6月、「航空機乗組員の健康管理に関する基準」が制定され、5.7t以上の飛行機を用いて路線を定め定期運航する本邦航空運送事業者に対して、健康管理を行うことが定められました。航空身体検査の結果や定期健康診断の結果などを把握し、証明書の有効期間の管理、必要な検査を確実に行わせるなどの日常の健康管理、航空身体検査不適合となった際の乗務制限や、その解除にあたって乗員健康管理医または指定医による確認を行うこと、乗員に対する健康相談・カウンセリングが受けられる体制整備、乗員に対して健康管理に関する講習会を開催するなどの教育などを行うよう定められています。また、航空会社の乗員健康管理医や健康管理担当者に対して、航空局主催の指定医講習会などの講習会へ出席させることも本基準で定めています。また、日常におけるパイロットのアルコール摂取状況や影響などについても、健康管理の対象と明記されています。

しかしながら、この基準に該当しない航空会社などは、「航空機乗組員の健康管理に関する基準のガイドライン」で可能な範囲で乗員の健康管理に努めることが望ましいとされています。そのため、乗員健康管理医不在の組織も多く、乗員の年齢にもよりますが、一年に一回の指定医による問診のみとなっています。さらに、身近な面談の体制があったにしても、アルコール問題や精神疾患はライセンスに影響すると考え、パイロットが乗員健康管理医になかなか相談することができないとも考えられます。

（参照：航空局ウェブサイト [航空機乗組員の健康管理に関する基準（令和4年3月29日最終改正；国空航第3037号001476615.pdf \(mlit.go.jp\)](https://www.mlit.go.jp/air/air001476615.pdf)）、[航空機乗組員の健康管理に関する基準（令和4年3月29日最終改正；国空航第3037号001476616.pdf \(mlit.go.jp\)](https://www.mlit.go.jp/air/air001476616.pdf)）



### 13.3.社内臨床心理士 (社内公認心理師)

企業の中で従業員のカウンセリング、上司相談、メンタルヘルス教育を主に行い、産業医や保健師、看護師などと連携をしながら、多面的な援助活動を行っています。また、長期的な視点に立ち、一対一の人間関係を作り、相談者の職場適応をよりよい状態に維持していくことが求められます。わが国の航空会社の乗員健康管理部門において、社内臨床心理士 (社内公認心理師) が在籍する会社は非常に限られています。精神面や減酒支援などの飲酒を含む健康管理に重要であり、今後その活躍が期待されます。

### 13.4.企業保健師/産業保健師および企業看護師/産業看護師

企業に所属し、健康と労働の調和を保つこと、経営的視点を念頭に置きつつ、健康診断の実施や健康相談、定期的な保健指導などを行っています。保健師は、看護師免許に加えて所定の保健師養成課程 (1年以上) を修了し、保健師国家資格に合格する必要があります。看護師の仕事が病気やケガを目的としたものであるのに対し、保健師の仕事は、病気やケガを未然に防ぐ「予防医療」が主となります。しかし、わが国の航空会社の乗員健康管理部門において、企業保健師/産業保健師および企業看護師/産業看護師が在籍する会社は、限られています。

### 13.5.パイロットの飲酒習慣の社内管理について

パイロットの健康そのものが企業の生産性や安全に直結しえることから、社内における健康管理は非常に重要なものとなっています。問診時に、薬物やアルコールへの依存がないか、またはアルコールに関する問題行動がないかを確認してください。また、航空身体検査の結果をもとに、AUDIT、尿酸、中性脂肪、 $\gamma$ -GTPなどの数値が高い場合や、飲酒習慣に関する上司面談で、パイロット本人が減酒を望む場合または減酒が必要と判断した場合は、乗員健康管理医や社内臨床心理士 (社内公認心理師) もしくは、企業保健師、企業看護師が本人と面談を行い、飲みすぎていることへの気付きや減酒をうながす保健指導を行います。自身で減酒の目標を立て、関係する医療スタッフ、もしくは家族や同僚など周囲へ宣言してもらい、お酒の量を減らせるよう3か月くらい寄り添い励まします。継続できるよう、場合によっては、ピアサポートの力を借りて減酒をサポートすることも効果的です。

また、飲酒に関して、職制、同僚、配偶者などからの相談があった場合は、乗員健康管理医は情報の詳細を確認し、パイロット本人と面談を行います。そして、アルコールによる精神疾患が認められた場合、専門医による治療が必要となります。そのため、外部医療機関へつなぎ、治療が行われます。パイロットの治療目標は、あくまでも「航空業務」であるため、治療後も経過をしっかりと観察し、乗務復帰をサポートします。

### 13.6.パイロットのメンタルヘルス問題の特殊性とその対応

飲酒問題にメンタルヘルス問題が関係している場合もあるため、パイロットのメンタルヘルス問題の特殊性とその対応についても、記載します。

パイロットは、航空の安全に直接関わる乗務をその業務としています。それゆえに、彼らは、精神的問題の持つ重要性について理解しています。しかしながら、パイロットのメンタルヘルス不調の早期発見は安易ではありません。理由として以下のようなことが関連しているだろうと考えられます。

- 1) 所属長、同僚などが接する（観察できる）機会自体が少ないこと。
- 2) パイロットは、社内においてそれなりのステイタスを持った職種であり、疑わしいと声を上げにくいこと。
- 3) 航空機関士も不在の2マン機において、コックピット内の状況を観察できる人は一層限定されていること。
- 4) パイロット間では、よほど明確な証拠がなければ報告しにくいこと。
- 5) パイロットは、航空身体検査で適合とされているのだから大丈夫なはずと納得されがちなこと。
- 6) パイロット自身が、防衛的であること。
- 7) 本人や周囲が、精神疾患の既往があると乗務復帰できないものと決めつけて考えがちであること。
- 8) メンタルヘルスの不調を自己申告することで、ライセンスに影響する、キャリアに影響すると恐れ、相談のタイミングが遅くなる傾向がある。

このような背景があるため、本人がどう感じているか、思っているか、考えているかを、最初から全て包み隠さず正確に話すことを求めるのは厳しいこともあり、担当する者は、当該パイロットから信頼感を得るよう努め、その中で状態を把握していくことが求められます。

さらに、同様の不安を、本人のみならず、同僚、配偶者などの家族も共有しているであろうことが推測されます。本人にとってネガティブな情報を彼らが率直に話すことは、やはりハードルの高いことでしょう。したがって、客観的な情報が容易に得られるかといえば、必ずしもそうではありません。マニュアルの中には、既往歴、遺伝歴、生活歴、日常行動についての客観的資料をできるだけ集めること、性格傾向に関して、家族、学校および社会における適応性についての客観的資料に注意することなどが求められていますが、実際には簡単ではない場合も多いです。もともと精神疾患の発生、予後を正確に予測すること自体が難しく、精神科領域では同じ診断名であっても、その予後は患者によってばらつきが小さくないことは心得ておく必要があります。

乗務時の同乗者は、原則毎回変わるため、精神的な問題を早期発見するという意味でも、復帰後の経過観察をするという意味でも、一般の地上職のような、事情を把握している特定の上司が、本人の様子を毎日さりげなく観察するなどといったことは通常不可能です。必要に応じて家族からの話の聴取や、シミュレーター訓練に参加することなども考慮し、このような制約を踏まえた上で乗員健康管理医は乗務の可否の判断をします。

パイロットは、乗務を中断している場合を除いて、原則として向精神薬の服用を禁止されています。認められているのは、時差や徹夜の乗務による睡眠の乱れに対する特定の睡眠薬の服用（酒石酸ゾルピデム、ゾピクロン、ラメルテオンのみ、副作用のないことを確認し、服用後24時間を経過するまでは航空業務に従事してはならず、一週間で2回までの頻度とする。）だけとなっています。乗務の安全との関連で、向精神薬の有害事象が懸念されるために、非常に厳しい取り扱いとなっています。海外においてはそのチェック体制を整えた上で、一部の選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が認められている国もありますが、わが国はそのような立場には立っていません。したがって、予防的に向精神薬を服用しつつ乗務するといった経過観察はあり得ません。乗務中断中の向精神薬の服用それ自体は問題となるわけでは

ありませんが、その後、相当期間服薬なく、その他の精神療法も終了し、その後の経過が問題のないことを慎重に確認してからでなければ、乗務復帰はさせられません。

精神的な問題を経験した後の乗務復帰前には、多くの人の生命を預かる業務であることが改めて意識されるなど、他職種の業務の復帰前以上に不安が生じ、逡巡してしまうことも時にはあります。

(参照：航空局ウェブサイト 航空機乗組員の使用する医薬品の取扱いに関する指針 <https://www.mlit.go.jp/common/001476614.pdf>)

### 13.7.パイロットの心理・メンタルヘルスの評価および評価者の教育

---

パイロットのメンタルヘルスは、定期的な航空身体検査にて、指定医による問診により確認されています。また、入社前の検査に心理検査が含まれることがあります。米国航空宇宙環境医学会は、指定医に対し、「広範囲の精神科評価は、有効でなく費用対効果も低い。指定医は精神面の健康問題に一層注意すること。特に、精神面の健康状態で、より一般的で発見しやすいパイロットおよび乗務のパフォーマンスに影響し得る生活上のストレスに注意して、対応すること。」を推奨しています。

指定医は、3年に1度以上の参加が求められる航空局主催の指定医講習会にて、教育を受ける機会があります。指定医の中には、精神科専門医も在籍しますが、少数であり、指定医向けの精神状態の評価やメンタルヘルスに関する一般的な知識向上の教育カリキュラムは限られています。

乗員健康管理医または指定医は、本人が気付いて受診・相談してくれるようにすること。他科の医師との連携に留意して、紹介してもらえるよう心掛けてください。所属から紹介・相談されるよう日頃から連携を心掛けることが大切です。また、面談時は、乗務の状況、乗務に関連した負担、睡眠、食欲を含む体調、飲酒状況、趣味、プライベート上の変化、心配ごとなどを確認し、心理テストで自分の傾向を認識し、訓練などのさまざまなストレスに対する対応の一助とすることも有用です。

#### 【11章の参考文献・引用資料】

- 1) Aviat. Space Environ (2012).Aerospace Medical Association Ad Hoc Working Group on Pilot Mental Health. :Pilot mental health: expert working group recommendations. Med., 83, 1184-5
- 2) 松永直樹 (2015) 労働災害とメンタルヘルス 航空事故とパイロットのメンタルヘルス. 産業精神保健 (Japanese Journal of Occupational Mental Health) 23: 2
- 3) 米沢宏 (2016).初診におけるアルコール歴の聞き方、初回面接.精神科臨床サービス 16:4
- 4) 一般財団法人 航空医学研究センターウェブサイト (aeromedical.or.jp))
- 5) 厚生労働省「労働契約法のあらまし」(2022-05-18)
- 6) 肥前精神医療センターHAPPYプログラム

## 14. 参考事例

具体的なイメージがしやすいように、架空の事例を作り、乗務復帰までの流れを記載しました。カッコ内は前述した参考となる章です。状況はそれぞれで異なり、復帰までのプロセス、治療方法はオーダーメイドになります。また、このシナリオには、行政処分や社内処分については考慮されておりませんので、あくまでも参考としてください。



### 乗員の皆さんへ

アルコール問題を含む精神疾患は、早期介入が安全との関わりと乗務復帰で重要です。安心して相談しても大丈夫です。

#### 14.1. 事例1：アルコール依存症

機種移行し、長距離国際線のフライトが多くなった(3.2/4.1.1)。時差に弱く、寝付きが悪くなったのを自覚していた。そのため入眠前の飲酒量が増え、3ドリンク以上を週4～5日は飲むようになった(6.7)。航空身体検査時にあわせて施行した血液検査にて、軽度肝機能障害、尿酸値と中性脂肪の値が高くなり、乗員健康管理室の保健師による保健指導を受けた(6.2/13.5)。ステイ中に、同僚と普段以上に飲酒し、次の日のフライト前のアルコールチェックにて検知された(5.1～5.3)。乗務を停止し(11.1)、帰国後に上司と乗員健康管理医(13.1/13.2)と面談し、精神科専門医を受診した(11.4.1/11.4.2)。診察の結果、アルコール依存症と診断された(6.6/12.6.1～12.6.3)。断酒(12.6.4)および定期通院を開始した(11.3.1/11.4)。6か月後からは、断酒会(11.5)にも参加し、規則正しい生活、運動、食欲、睡眠がとれるようになった。地上業務を開始し(11.7.2)、生活のリズムにも変化は認めず、断酒を継続していた。また、血液検査にて、肝機能や尿酸値、中性脂肪も基準値範囲内となった。乗員健康管理医とも1か月ごとに面談を行い、適時心理検査を用いたフィードバックを行った。治療開始後、2年以上断酒が継続できおり(11.7.1)、主治医からも再飲酒のリスクは低いと判断されているため、指定医が審査会申請に必要な資料をそろえて、初回審査会申請となった(11.8/12.4)。審査会の結果(12.5)は、「社内管理および断酒を継続し、次回申請時、定期的な精神科専門医の診察結果を提出すること。また、自助グループの参加を継続すること。有効期間は、全ての運用の形態で6か月とする。」で条件付き合格となった(12.5)。その結果を踏まえ、直属上司と教官と乗員健康管理医が、合格条件の詳細および復帰に際しての確認事項を共有し、復帰訓練に向けてサポートを行った(11.7.2/11.9, 13.1-13.4)。休務中にマニュアルの勉強はしていたが、2年以上のブランクやパイロット仲間との関わりを不安に感じていた。そのため、社内のピアサポートに面談を予約し、不安な点や勉強の準備をサポートしてもらった。(10.6/10.5.3)その結果、前向きに取り組むことができ、乗務復帰へ順調に進んだ。審査会条件に従い、乗員健康管理医と定期通院を継続している。断酒を継続し、時差のない国内線のフライトのみと社内で勤務配慮がされており、入眠に問題なく、乗務も問題なく継続できている。

#### 14.2. 事例2：急性アルコール中毒の既往

副操縦士。普段の飲酒習慣は、1ドリンク/日、月1回程度(6.7)であった。社内の送別会に参加し、飲酒した。帰宅中も、意識が朦朧としていたが、帰宅後に不穏状態となり、家族が救急車を要請した(6.1/6.2)。搬送先の病院にて検査の結果、急性アルコール中毒の診断(6.3/12.6.2/12.6.3)にて1泊入院加療した。退院後、乗員健康



管理医と面談し、過去にもアルコールに関連したエピソード(5.3.2)のあることが判明し、精神科専門医を紹介状され、受診した(11.4/13.5)。今回のエピソードは、急性アルコール中毒との診断で、継続受診し治療を受ける必要はないとの判断であった。断酒および乗員健康管理医と月1回の面談を1年間継続した(11.7)。内分泌疾患や、神経調節性疾患、頭蓋内病変など、他の意識障害の原因となる疾患も航空身体検査マニュアルに準じて精密検査を行い(12.5)、否定された。これらの経過および検査結果などを検査報告書にまとめ(11.8.1)、指定医が審査会に申請し(12.1)、「厳重な社内管理および断酒を続け、次回更新申請時、精神科専門医の定期的な診察、診断書を提出すること。」との条件で合格となった(12.5)。その後も体調面も問題なく、血液検査にても肝機能障害も認めない。条件にしたがい、定期的な診察、断酒を継続し、1年ごとに審査会に上申し、合格判定のもとフライトを継続している。また、社内ピアサポートに立候補しアルコールピア(9.4/10.6)として経験を活かしている。

#### 14.3.事例3：飲酒量が増えてきていて不安

---

機長、教官として職務に就いていたが、自身の訓練・審査もあり、学習量、仕事量が増えていた(3.4)。さらに、子供の受験もあり、家に帰ってもゆっくり休めず、倦怠感が持続していたため、ビタミン剤のサプリメントを飲むようになった(4.2.1)。飲酒習慣は、2単位/日 週3回程度であったが、徐々に飲酒量が増えてきていた(4.1/13.6)。また、体重が増加傾向で、物忘れによるミスが多くなったとの自覚はあったが、体調は問題なく乗務をこなしていた(6.2/10.5.1.1)。上司と面談する機会(10.5.1)があり、飲酒量が増えてきていて、家族からも心配されていることを話した。本人も飲酒量を減らしたいと思っているがなかなかうまくいかないため、専門家に相談したいものの、会社内では相談しにくいことを伝えた。そのため、本人の同意のもと、上司からピアサポートを紹介され(10.3/10.4.2)、ピアに話を聞いてもらった(10.5.3/10.5.5)。飲酒習慣についての参考資料や減酒外来(10.5.6)、外部アルコール相談窓口(10.5.5)などを紹介してもらい(10.6)、減酒外来を3回受診し、活用した。また、月1回程度ピアと面談をしている。現在、飲酒量は機会摂取のみとなり、家庭環境や仕事の負担も軽減した。ピアで紹介されたウェルビーイング向上のための5つの実践的な手法(4.1.3)も生活に取り入れ、体調も問題なく職務をこなしている。

---

---

## 15.おわりに

---

---

<公益社団法人 日本航空機操縦士協会 医学委員長 阿部 聡>

日本版HIMSを上梓するにあたって、各委員の方々が様々な障壁にぶつかるのを目の当たりにし、そのご苦労に対して心からの感謝を申し上げます。お疲れ様でした。

同時に監修の機会を与えてくださったことにこの場を借りてお礼申し上げます。

日本版HIMSは本邦においては、かなり実践的な要素を含み、本邦の航空医学を取り巻く環境のGame Changerとなりうるものに仕上がっていると思います。

さて、そのためにも、航空医学の基礎をお話しいたします。しばらくお付き合いください。

航空機乗組員は二つの法律的な根拠において航空業務を行うことができるとされています。

一つは有効な技能証明、もう一つは有効な航空身体検査証明。この二つが有効でなければ航空業務は行ってはなりません。

技能証明は航空機を操縦するにあたり、一定の技量に達したという証明であり、航空会社においては定期的な技量審査において技量の維持を図り、技能の有効性を担保しています。また、使用事業の航空機乗組員は航空機使用事業技能審査操縦士により技能の有効性が担保され、その他の事業用操縦士や自家用操縦士には2年ごとの特定操縦技能審査により審査されます。

一方、航空身体検査は40歳未満の自家用操縦士においては5年、その他の資格においては1年の有効期間とされ、有効期間を過ぎた時点で新たな検査を受ける制度となっています。

この航空身体検査のルーツはといえば、100年以上前の第一次世界大戦に遡ります。

第一次世界大戦において、英国軍は戦闘機の消耗が激しく、そのため死亡事故を精査する必要に駆られました。結果、英国では相手戦闘機や地上砲火による交戦中の死亡が2/100、戦闘機の機械的な問題によるものが8/100、いわゆるHuman factor 90/100（Medical factor 60/100）という結果が出ました。

米国では 1/721時間の死亡事故（現在は1/10万時間）のうち Human factorに起因する事故が75%という結果が出ました。

これらの分析から英国では航空身体検査を導入し、専門医官を設置したところ90%であったHuman factorによる死亡を翌年には20%、翌々年には12%まで低減できました。

こういった経緯から航空医学という分野が生まれ、現在の航空身体検査制度につながっているのです。

ちなみに我が国の航空法で航空身体検査に関連する条項は

（航空身体検査証明）

第三十一条 国土交通大臣又は指定航空身体検査医（申請により国土交通大臣が指定した国土交通省令で定める要件を備える医師をいう。以下同じ。）は、申請により、技能証明を有する者で航空機に乗り組んでその運航を行なおうとするものについて、航空身体検査証明を行なう。

2 航空身体検査証明は、申請者に航空身体検査証明書を交付することによって行なう。

3 国土交通大臣又は指定航空身体検査医は、第一項の申請があつた場合において、申請者がその有する技能証明の資格に係る国土交通省令で定める身体検査基準に適合すると認めるときは、航空身体検査証明をしななければならない。

第三十二条 航空身体検査証明の有効期間は、当該航空身体検査証明を受ける者が有する技能証明の資格ごとに、その者の年齢及び心身の状態並びにその者が乗り組む航空機の運航の態様に応じて、国土交通省令で定める期間とする。

(アルコール又は薬物)

第七十条 航空機乗組員は、アルコール又は薬物の影響により航空機の正常な運航ができないおそれがある間は、その航空業務を行ってはならない。

(身体障害)

第七十一条 航空機乗組員は、第三十一条第三項の身体検査基準に適合しなくなったときは、第三十二条の航空身体検査証明の有効期間内であっても、その航空業務を行ってはならない

ここで注意すべきは、あくまでも、航空身体検査が不適合状態になった場合の最終責任は航空機乗組員本人にあるということです。

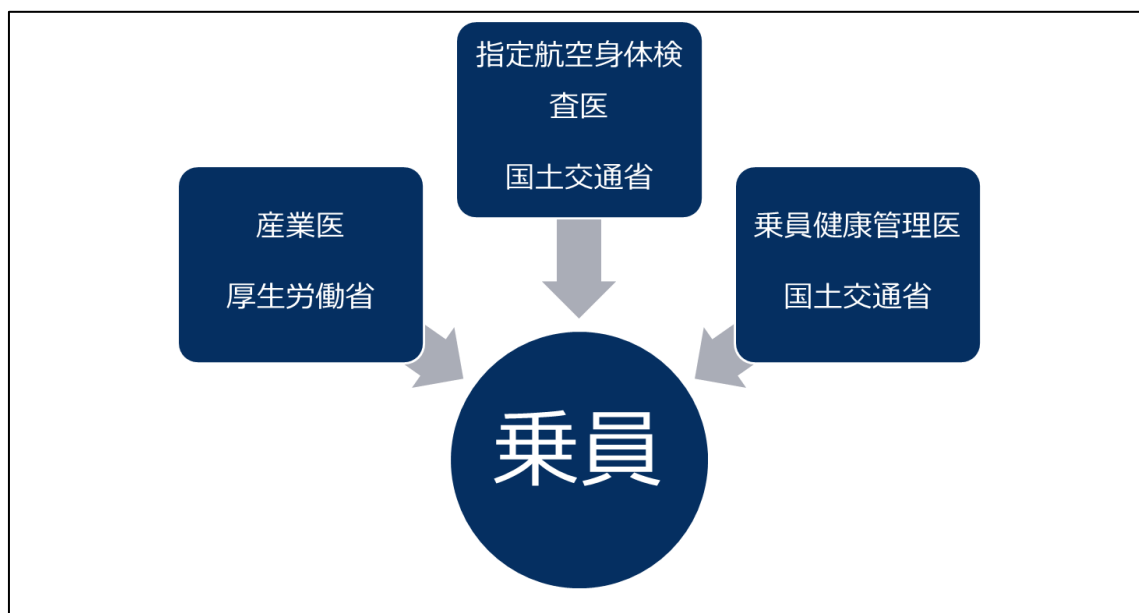
つまり、航空身体検査上の不具合が発生し指摘された場合、乗務を停止するか否かを決定する最終責任は航空機乗組員本人にあるという事です。

ただし、そうはいつでも医学的判断を航空機乗組員自身がすることは現実には不可能です。

そこで、医師もしくは航空医学に精通している者の判断が必要となってくるのですが、ここでまず、わが国独自の制度を理解する必要があります。

航空会社で乗員に関係する医師は、1) 産業医 2) 指定航空身体検査医 3) 乗員健康管理医の三者になります(自家用の場合は指定航空身体検査医のみとなります)

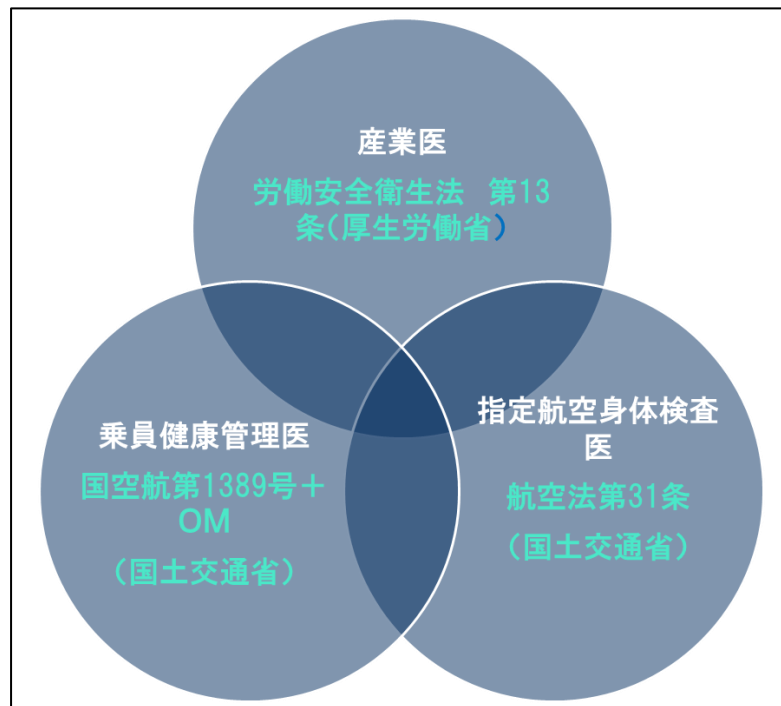
三者は法的根拠の違いにより乗員との係わり方が違ってきます。



- 1) 産業医とは労働安全衛生法 第13条 (産業医等) により規定された、職場において労働者の健康管理等を効率的に行うための代弁者です。この場合、労働者とは代表取締役社長以外の従業員をいいます。会社と乗員の関係においてあくまでも労働者側の弁護士の存在です。航空身体検査に抵触するか否かの判定には不適、労働安全衛生法にのっとった判断(過労や疾病の時に労働者の権利を守る)には適しているといえます。
- 2) 指定航空身体検査医は航空法第31条において規定され、航空身体検査基準に適合するか否かの判断、場

合によっては審査会へ上申する代理人となります

- 3) 乗員健康管理医は国空航第1389号 航空機乗組員の健康管理に関する基準により規定されます。本来は通達ですが、OMに入ったことにより、実質、法律と同じ効力を持ちます



指定医は点と点での身体検査で不具合がないかどうかのチェックが主体となります。

一方、航空会社の乗員健康管理医は航空身体検査と次回の間の線の健康管理・乗員が身体検査適合状態か否かの判断をし、乗員並びに会社に助言することが主体となります。

原則、指定医と乗員健康管理医は兼務できません。

海外では、指定医は存在しますが乗員健康管理医の制度・産業医の制度はありません。

終身雇用が原則の本邦とは違い、解雇がある意味自由にできる諸外国では、自身の不利な情報を会社と共有する文化はありません。自身の身体検査等で不具合が生じた場合にはユニオンに相談して対処するというのが通常のやり方です。

アメリカは敗者復活を原則とする多民族国家であり、すべての法律や原則は復帰への足がかりとなり、個人の権利は最大限守られます。そのため、アルコールに関する研究や、対策は省庁の壁を超えて行われ、歴史は60-70年代にさかのぼります。

1960年代から70年代という時代、世界はベトナム戦争(1964年-1975年)による暗い影の中にいました。実際の戦争に参加し帰還した兵士のみならず、銃後の社会の人々・マスコミによる残酷な情報にさらされた人々は、社会全体が病的な病理状態の中、アルコールやドラッグなどに逃げ込みました。無論、アルコール関連の航空機事故も多く見受けられました。

そのため、アメリカのNIH (厚生労働省) 主体のプログラムで全米を対象にアルコール使用障害とアルコール使用障害の予防、治療、リハビリテーションの包括的な活動が行われました。国家的なプロジェクトの一環としてFAAやNTSBもNIHと協力して動きました。

NTSBの調査によると1975-81年において定期航空運送に関して死亡したパイロットからは1例もアルコールは検知されませんでした。

一方、コミュタ航空からは6.4%、エアタクシー7.4%、ジェネラルアビエーション(G.A.)10.5%がアルコールに関する死亡事故でした。

1960年代初頭の死亡事故では3-40%のアルコール陽性率があり、ある意味激減したと言える状況でした。

1982-88年においては定期航空・コミュタ航空ともに0%であり、エアタクシー1.8、G.A.6.7%とさらに減少しました。これは、1960年代からパイロット教育プログラムが開始され、8時間ルール（The 8-hrs Bottle-to Throttle Rule: No person may act or attempt to act as a Crewmember of a Civil aircraft within 8 hours after the consumption of any alcoholic beverage）が適応されたためと考えられます。

アルコールの操縦能力への影響を調べるために、1973年Dr. Billingsetらは、実際のフライトの計器進入において血中アルコール濃度：0.4g/L,0.8g/L,1.2g/Lの3グループに分け、アルコールを飲ませつつ、血中アルコール濃度を測定しながら実験を行っています。（常にSafety PilotがTake Overできる体制で）

ILS進入時、Glide Pathからの逸脱は最小限であったが、他のセグメントにおいて、フラップの出し忘れ、夜間飛行時にライトの点け忘れ、無線周波数の誤設定などが起こりました。

結果Safety PilotによるTake Overがアルコール濃度に比例して起こっております。

1984年NTSBのレポートではより経験のあるパイロットの方がアルコールの影響を受けやすく、アルコール関連の死亡事故の26%が飛行時間1500時間以上、またそのうち2500時間以上が大半を占めました。

その後シミュレーターの導入により、さらに数多くの検証が追加されました。

多くの研究結果でアルコールによる影響は血中濃度0.2g/Lを境として明らかに増大しました。ただし、それ以下でもフライトの環境（天候・心理状態・乗員の能力・年齢・ワークロードなど）によっては、注意力に影響するというデータもあり、基本的にはアルコール・ゼロが望ましい状況です。

注：FAAは1985年から血中アルコール濃度0.4g/L以上での飛行を禁止し、検査の拒否自体でライセンスの停止もしくは剥脱としています。

（これらのレポートは、「Alcohol and Aviation Safety」Leonard E. Ross and Susan M. Ross Alcohol, Cocaine, and Accidents ©1995に載っております。）

また、FAAは数回に渡り、数千人規模のアンケート調査を行った結果、ペナルティーを大きくしても効果はないことと結論付けました。また、乗員自身はアルコール教育プログラムを受けることに対する抵抗はなく、家庭問題・経済問題・スケジュール・労働環境などの不健全により大量飲酒をしてしまう傾向がみられました。（注：FRMS以前のアンケートです）飲酒のコントロールができない乗員こそが問題で、アルコールからの脱出とそれら乗員を復帰させるためにリハビリプログラムが作られました。

HIMS（Human Intervention Motivation Study）の誕生です。

当初は、アルコール依存の乗員に対して、Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment and Rehabilitation Act in 1970（アメリカのNIH（厚生労働省）主体のプログラムで全米を対象に行われたもの）を受けることで復帰の道を開きましたが、それが、乗員に特化した形のHIMS（Human Intervention Motivation Study）に成長しました。

1993年までに1500人以上が復帰し、復帰した乗員のうち85-90%が5年後も安定して乗務を続けています。

以上の経緯より、FAAは罰則の強化よりも効果的であると結論付けています。

欧米では90年代にすでに結論が出ている話であり、現在は違法薬物の方に焦点が合っています。

本邦では重症のアルコール依存者（一般患者）に対する治療は確立されており、一定の効果を示していますが、軽症のアルコール使用障害者に対する治療法並びに社会復帰プログラム（航空機乗組員の大員判定等を含む）などは確立されていない状況です。

乗員の中に軽症の慢性大量飲酒者がどの程度存在するかは不明ですが、FAAのデータからは一般人と変わらないというエビデンスがあり、その点を踏まえ、厚生労働省のデータより推定すれば、少なくとも15%前後の乗員に対しては不安要素を抱えていると言わざるを得ません。

また、German Wingsの自殺事故をうけてICAOから勧告（Task Force on Measures Following the Accident of Germanwings Flight 9525）が発出、それをうけて本邦では独自の乗員健康管理医制度を発足させました。またFRMS(疲労リスク管理)の観点より、個々の航空会社の判断でFRMSに関して乗員健康管理医を関与させています。

しかるに、いずれもアルコールを含めたメンタルケアに関しては、欧米各国に比較すると明らかに後塵を拝していると言わざるを得ません。個々の乗員健康管理医・指定医の能力に帰するところが大きい状況です。

一方 Mental Health Screening in Aviators-AsMA Recommendations 2014年によれば自殺などに関して（AsMA:Aerospace Medical Association）

Serious Mental Health illness involving sudden psychosis are relatively rare, and their onset is impossible to predict” 「まれで予測不可能」

The working group believes that an extensive psychiatric evaluation as part of the routine pilot aeromedical assessment is neither productive nor cost effective and therefore not warranted  
「極端な精神科的な検査は非生産的でコストパフォーマンスからも正当化されない」

It is recognized that there may be barriers affecting a frank discussion of mental health issues between an aeromedical examiner and a pilot”

「パイロットと航空産業医、指定医、乗員担当がフランクにメンタルヘルスに関する問題を相談するには壁がある」

Culture exists -Highly independent, in control, fear of losing medical cert.

Successful approaches = aim to provide a “safe zone” for reporting and discussion. These approaches show increase rates of reporting and intervention

「ライセンスロストへの恐怖、高い独立性の問題。アプローチを成功させるためには『安全域』を設ける必要がある」とされています。

さらに、HIMSによればアルコール依存やアルコールの慢性大量飲酒は中脳レベルでの問題であり、他の器質的な疾病と区別するべきではないとしています。

いずれにせよメンタルな問題を特殊な問題として除外せずに、他の癌や高血圧・高脂血症などの器質的な疾病と同レベルで扱うと共に、「COMING OUT」し、「HELP」を求められる環境とシステムが必要であると思います。

繰り返しになりますが、Comprehensive Alcohol Abuse and Alcoholism Prevention, Treatment and Rehabilitation Act in 1970もHIMSも大前提に「乗員の復帰」を主眼とした制度であること、これは、文化的・キリスト教的な背景とともに、やはり、ベトナム戦争という国家レベルでのトラウマに対してどう立ち向かうかという問題に国全体が一致団結して取り組んだ結果とも言えます。脱落した人々を隔離し切り捨てるのではなく、キリスト教のいうところの「Unconditional Love :無条件の愛」を実践する場として、国全体が動いた結果であるといえます。

アメリカ空軍はさらに1996年よりThe United States Air Force Suicide Prevention Program (AFSPP)として、アルコール・薬物依存だけでなく、同一線上にあるうつ病や自殺に対して、総合的に自殺予防をするプログラムを設立しています。AFSPPは、空軍の指揮系統の全レベルで自殺の認識トレーニングを提供し、全レベルの指導者に自殺やその他の重大なストレスの兆候に注意し、適切に反応することを義務付け、自殺志願者のためのメンタルヘルスサービスの利用を特に拡大し、個々の部隊から空軍全体にわたるトラウマと政策の監視メカニズムを確立しています。

「自殺予防は私たち一人ひとりの責任である。効果的な自殺予防とは、誰かが自殺するずっと前に、援助を提供するコミュニティを作ることです。現役隊員とその家族に対する責任として、健康で健康な隊員を確保するための支援サービスのセーフティネットと、困っている人への支援を提供します。」とされ、これが空軍自殺防止プログラムの根底にある基盤です。遅ればせながら本邦では平成18年(2006年)に「自殺対策基本法」が制定されました。また、平成28年(2016年)には、都道府県、市町村に自殺対策計画を義務づけるなどを内容とする改正が行われました。AFSPPから多くの流用が観られておりますが、残念ながら実効性に乏しいのは否めません。

一方で、わが国は世界に類を見ない国民健康保険制度があり、また、労働安全衛生法ですべての労働者の基本的な人権が保障されています。さらに、乗員健康管理医制度や産業医制度により、二重三重に医療のセーフティネットが張り巡らされています。

日本版HIMSが上梓された今、今後はそういうリソースを利用しつつ、乗員の復帰へ向けた実践が待たれます。

唐の皇帝・太宗は「創業と守成と、いずれが難きや」と問いかけました。一大事業を成し遂げること（創業）と、その後に体制を維持し続けること（守成）と、どちらが困難だろうか？ということですが、ある部下はこう答えます。

「創業の時とは、群雄割拠して争いが起こります。次々に戦い続けるために、この点では創業の方が困難です」

別の部下はこう答えます

「創業の時は目的が明確で、ただ目的に向かって走り続ければことは成就します。しかし、いったんことがなると、奢りが生じ、次なる目的を見いだせず、組織の団結も弱くなってしまいます。ですから守成の方が困難です」

太宗の答えは

「私とともに戦争を戦ってくれた者たちは、創業の方が困難と言うだろう。

建国から今まで政治にかかわった者たちは、守成の方が困難と言うだろう。どちらも正しいのだが、創業は既に成った。現在は守成の時代だ。創業に貢献してくれた者への感謝は忘れずに、今後は守成の困難さに対して皆と対処していきたいと思う。」（貞観政要より）

つまり、『創業』の困難はもうすでに過去のものである。それに対して『守成』は今現在の問題である。ということで、次なる課題へ向けてみんなで努力しようという事のようにです。

HIMSの上梓で創業が終わるのか否かはわかりませんが、HIMSの延長線上に明るい航空業界の未来があることを信じて疑いません。

長いあとがきになったことお許しください。

キリスト教の無条件の愛を仏教的に言い換えれば「感謝」となることを付け加え拙文の終わりいたします。

関係された皆様・今後関係するであろう皆様に「感謝」を捧げます。