

## 長時間労働による健康障害防止のための 自己チェックリスト

長時間労働による健康障害防止のため「医師の長時間労働者への産業医または面接指導実施医師による面接指導実施規程」または「医師以外の長時間労働者への産業医による面接指導実施規程」に基づき、面接指導を実施します。つきましては、自己チェックリスト(様式3)及び面接指導に係る申出書(様式2)を健康管理センターへ提出してください。

フリガナ		所 属	
氏 名			
生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	記入日	令和 年 月 日

提出先：

健康管理センター(内線5022・5118)

提出期限：

令和 年 月 日

このチェックリストは、面接指導を担当する産業医または面接指導実施医師があなたの健康状態を正しく把握する目的でお尋ねするものです。回答された内容は、守秘義務のある産業医または面接指導実施医師が一般の診療録(カルテ)に準じて取扱いますので、産業医または面接指導実施医師から大学にそのまま開示されることはありません。産業医または面接指導実施医師から大学へは、就業上必要な措置の内容を中心に記載した面接指導結果報告書を別途提出します。回答された内容の確認や訂正、また、個人情報の取扱いについてご質問等あれば、ご遠慮なく健康管理センターへご連絡ください。

## 1

あなたの仕事の過重性・心身および生活の状況についてお答えください。

(該当項目に○または記入をしてください。)

勤務状況	交代制勤務をしていますか？ ( はい いいえ )
	前月、平均して何時頃に出社していましたか？ ( 時 分頃 )
	前月、平均して何時頃に退社していましたか？ ( 時 分頃 )
	現在は平均して何時に出社していますか？ ( 時 分頃 )
	現在は平均して何時に退社していますか？ ( 時 分頃 )
	※出社、退社時間の記入が難しい方は、勤務開始・終了時間を記載してください。
	片道の通勤時間はおおむねどのくらいですか？ ( 片道 時間 分 )
	通勤手段は何ですか？(徒歩・自転車・公共交通機関・自動車・他_____)
	仕事による負担を感じますか？ ( はい いいえ )
	自分で仕事を調整できますか？ ( はい いいえ )
	職場内での支援はありますか？ ( はい いいえ )
	自分または他人に対し危険度の高い業務ですか？ ( はい いいえ )
	過大ノルマのある業務ですか？ ( はい いいえ )
	達成期限が短く限られている業務ですか？ ( はい いいえ )
	トラブル・紛争処理業務ですか？ ( はい いいえ )
	困難な新規・立て直し業務ですか？ ( はい いいえ )
	仕事に関して気になること・考慮してほしいことなどがあれば記載してください。 ( )
体調	仕事による体調の変化はありますか？ ( はい いいえ )
	前月、平均して何時頃に就寝していましたか？ ( 時 分頃 )
	前月、平均して何時頃に起床していましたか？ ( 時 分頃 )
	現在は毎日、何時に就寝していますか？ ( 時 分頃 )
	現在は毎日、何時に起床していますか？ ( 時 分頃 )
	寝つきが悪い、日中の眠気など、睡眠に関して問題がありますか？ ( はい いいえ )
	治療中の病気はありますか？ ( はい いいえ )
仕事以外の状況	仕事以外で時間を取られることはありますか？ ( はい いいえ )
	仕事以外で強いストレスを感じることはありますか？ ( はい いいえ )
	この事業場の業務以外に仕事をしていますか？ ( はい いいえ )
その他	面接指導において、相談したいことがあれば記載してください。 ( )

## 2

あなたの疲労蓄積度をチェックしてください。

このチェックリストは労働者の仕事による疲労蓄積を、自覚症状と勤務の状況から判断するものです。

(1) 最近1か月間の自覚症状について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. イライラする	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
2. 不安だ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
3. 落ち着かない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
4. ゆううつだ	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
5. よく眠れない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
6. 体の調子が悪い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
7. 物事に集中できない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
8. することに間違いが多い	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
9. 工作中、強い眠気に襲われる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
10. やる気が出ない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
11. へとへとだ (運動後を除く) ★1	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
12. 朝、起きた時、ぐったりした疲れを感じる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
13. 以前とくらべて、疲れやすい	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
14. 食欲がないと感じる	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)

★1:へとへと:非常に疲れて体に力がなくなったさま

〈自覚症状の評価〉 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算してください。

**合計 点**

I	0~2点	II	3~7点	III	8~14点	IV	15点以上
---	------	----	------	-----	-------	----	-------

(2) 最近1か月間の勤務の状況について、各質問に対し最も当てはまる項目をチェックしてください。

1. 1か月の時間外労働間 (時間外・休日労働時間を含む)	<input type="checkbox"/> 適当 (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い (3)
2. 不規則な勤務 (予定の変更、突然の仕事)	<input type="checkbox"/> 少ない (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	—
3. 出張に伴う負担 (頻度・拘束時間・時差など)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	—
4. 深夜勤務に伴う負担 (★2)	<input type="checkbox"/> ない又は小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
5. 休憩・仮眠の時間数及び施設	<input type="checkbox"/> 適切である (0)	<input type="checkbox"/> 不適切である (1)	—
6. 仕事についての身体的負担 (★3)	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
7. 仕事についての精神的負担	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
8. 職場・顧客等の人間関係による負担	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)
9. 時間内に処理しきれない仕事	<input type="checkbox"/> 少ない (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い (3)
10. 自分のペースでできない仕事	<input type="checkbox"/> 少ない (0)	<input type="checkbox"/> 多い (1)	<input type="checkbox"/> 非常に多い (3)
11. 勤務時間外でも仕事のことが気にかけて仕方ない	<input type="checkbox"/> ほとんどない (0)	<input type="checkbox"/> 時々ある (1)	<input type="checkbox"/> よくある (3)
12. 勤務日の睡眠時間	<input type="checkbox"/> 十分 (0)	<input type="checkbox"/> やや足りない (1)	<input type="checkbox"/> 足りない (3)
13. 終業時刻から次の始業時刻の間にある休憩時間 ★4	<input type="checkbox"/> 十分 (0)	<input type="checkbox"/> やや足りない (1)	<input type="checkbox"/> 足りない (3)

★2: 深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断してください。深夜勤務は、深夜時間帯 (午後10時～午前5時) の一部または全部を含む勤務をいいます。

★3: 肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担をいいます。

★4: これを勤務間インターバルといいます。

〈勤務の状況の評価〉 各々の答えの ( ) 内の数字を全て加算してください。

合計 点

A	0点	B	1~5点	C	6~11点	D	12点以上
---	----	---	------	---	-------	---	-------

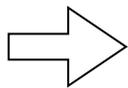
### (3) 総合判断

次の表を用い、(1) 自覚症状の評価、(2) 勤務の状況の評価結果から、あなたの疲労蓄積度の点数 (0~7) を求めてください。

#### 疲労蓄積度点数表

		勤務の状況 【2- (2)】			
		A	B	C	D
自覚症状 【2- (1)】	I	0	0	2	4
	II	0	1	3	5
	III	0	2	4	6
	IV	1	3	5	7

※糖尿病や高血圧症等の疾患がある方の場合には判定が正しく行われない可能性があります。



あなたの疲労蓄積度の点数は

点 (0~7)

判定	点数	疲労蓄積度
	0~1	<input type="checkbox"/> 低いと考えられる
	2~3	<input type="checkbox"/> やや高いと考えられる
	4~5	<input type="checkbox"/> 高いと考えられる
	6~7	<input type="checkbox"/> 非常に高いと考えられる

3

最近のあなたのご様子についておうかがいします。次の質問を読んで「はい」「いいえ」のうち、あてはまる項目をチェックしてください。

毎日の生活に充実感がない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これまで楽しんでやれていたことが、楽しめなくなった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
自分が役に立つ人間だと思えない	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
わけもなく疲れたような感じがする	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ