

長時間労働者への面接指導

チェックリスト(医師用)

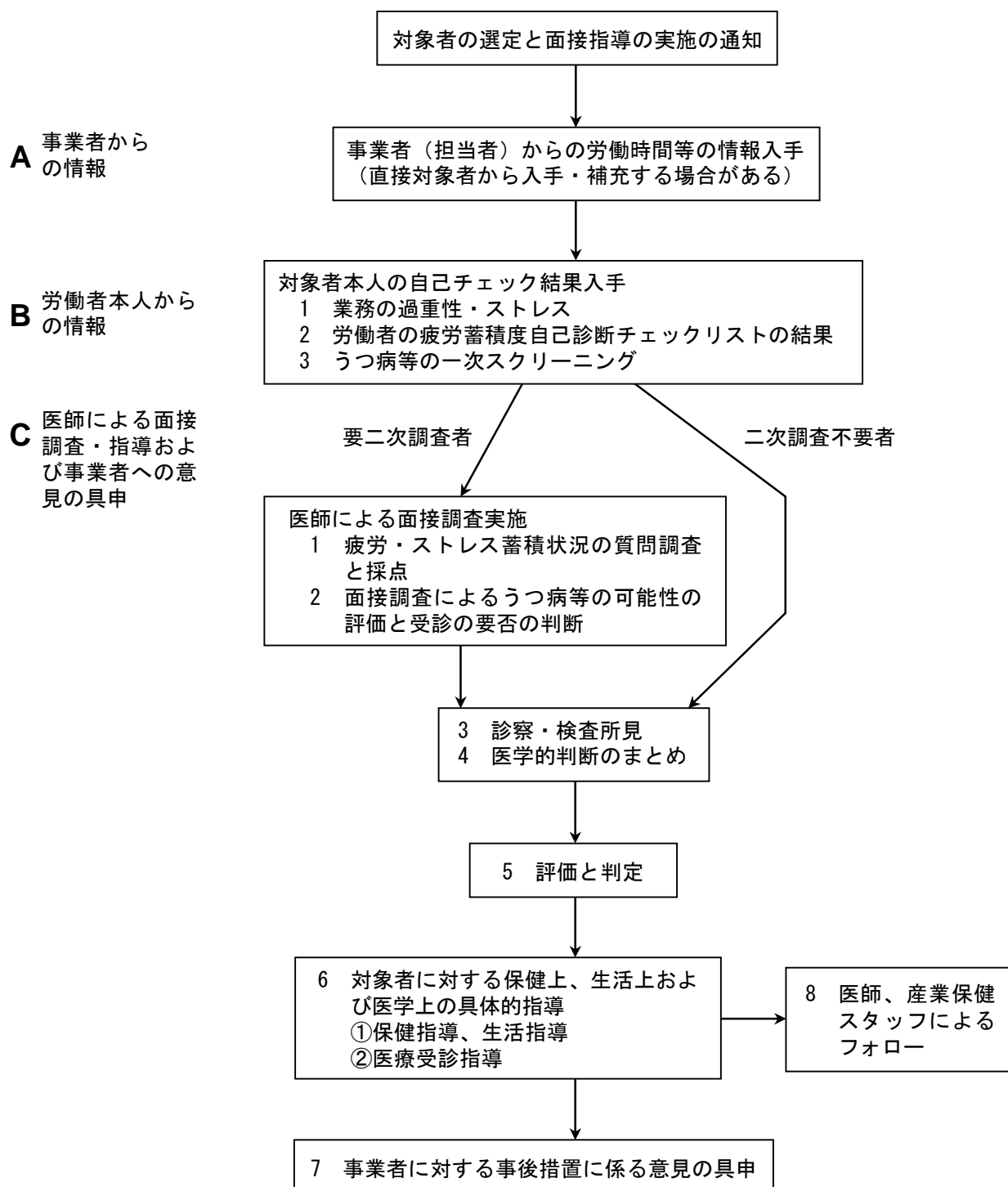
本チェックリストは、改正労働安全衛生法に基づく
面接指導を医師が適切に行うためのものです。

平成18年3月

過重労働対策等のための
面接指導マニュアル・テキスト等作成委員会

面接指導の手順と進め方

- 面接指導の手順と進め方の概略を示したものです。具体的な手順はチェックリストの各項目毎に記載されています。また、詳しくはマニュアルを参照してください。
- 必要により、面接指導の目的である、5（評価と判定）、6（保健・生活・医療指導）、7（事業者への意見の具申）および結果報告書・意見書が正しく記入できる範囲で手順項目の一部を修正・省略しても結構です。



長時間労働者への面接指導

チェックリスト (医師用)

以下の情報は個人情報であり、プライバシーに十分配慮すること。

- 時間外・休日労働月100時間超の申し出者
- 時間外・休日労働月80時間超の申し出者
- 会社または事業場の基準該当者
 - 時間外・休日労働月100時間超の者
 - 時間外・休日労働2～6月平均月80時間超の者
 - 時間外・休日労働月45時間超の者
- その他の者：
- 過去の面接指導（ なし あり ・ 直近の年月 年 月 ）
（あらかじめ人事・労務担当者等にチェック・記入してもらう）

面接指導日

平成 年 月 日

面接医師

医師の所属

A 事業者（人事・労務担当者）からの情報

（あらかじめ人事・労務担当者等にチェック・記入してもらう）

- 1 氏名 性別 男 女 年齢 歳
- 2 所属事業場名・部署 役職
- 3 情報源 事業者からの情報 本人からの聴取（該当項目をチェック）

前1か月間について

平成 年 月 日 ～ 月 日

- | | | | |
|--------|------------|--|------|
| ①労働時間等 | 総労働時間（実績） | <input type="text"/> | 時間／月 |
| | 時間外・休日労働時間 | <input type="text"/> | 時間／月 |
| | 通勤時間（片道） | <input type="text"/> 時間 <input type="text"/> 分 | |
| ②労働日数等 | 総労働日数（実績） | <input type="text"/> | 日／月 |
| | 所定休日数 | <input type="text"/> | 日／月 |
| | 有給休暇取得日数 | <input type="text"/> | 日／月 |
| | 欠勤日数 | <input type="text"/> | 日／月 |

③業務内容（責任性などを含む）、上司からの情報（あれば）

B 労働者本人からの情報

(あらかじめ労働者本人が別紙①の面接指導自己チェック票に記入したもののまとめ。
産業保健スタッフ等に記入してもらってもよい)

1 業務の過重性・ストレス

(面接指導自己チェック票1の「そうだ」、「まあそうだ」の該当項目をチェック)

- 1) 長時間労働 2) 不規則勤務 3) 拘束時間 4) 出張 (国内 海外)
 5) 交替制勤務 6) 深夜勤務 7) 人間関係 8) 作業環境 (温度 騒音)
9) 精神的緊張性 (危険度高 過大ノルマ 短い達成期限 トラブル・紛争処理
 支援なし 困難な新規・立直し業務)

2 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの結果

(面接指導自己チェック票2に記入の点数、該当項目をチェック)

- 自覚症状の評価 点 I (0~4点) II (5~10点) III (11~20点) IV (21点以上)
- 勤務の状況評価 点 A (0点) B (1~2点) C (3~5点) D (6点以上)

総合判断の判定 点

点数	仕事による負担度
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 うつ病等の一次スクリーニング

(面接指導自己チェック票3の該当項目をチェック)

危険性 低い 高い (調査票5項目中2つ以上「はい」のある人)

1

疲労・ストレス蓄積状況の質問調査と採点

「B2 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリストの結果」の総合判断で4点以上、あるいは「B3 うつ病等の一次スクリーニング」で「危険性が高い」と判定された労働者に対しては、次の全ての項目について医師が直接質問し、チェックする（医師が必要と認めた場合、上記以外の労働者について実施してもよい。）。

(1) 仕事の負担度

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
1 非常にたくさんの仕事をしなければならない	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
2 時間内に仕事が処理しきれない	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
3 一生懸命働かなければならない	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
4 かなり注意を集中する必要がある	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
5 高度の知識や技術が必要な難しい仕事だ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
6 勤務時間中はいつも仕事のことを考えていなければならない	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
7 からだを大変よく使う仕事だ	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④

(2) 仕事のコントロール度

	そうだ	まあそうだ	ややちがう	ちがう
1 自分のペースで仕事ができる	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
2 自分で仕事の順番・やり方を決めることができる	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
3 職場の仕事の方針に自分の意見を反映できる	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④

(3) 職場の支援度

	非常に	かなり	多少	全くない
次の人たちはどのくらい気軽に話ができますか				
1 上司	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
2 職場の同僚	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
あなたが困った時、次の人たちはどのくらい頼りになりますか				
3 上司	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
4 職場の同僚	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
あなたの個人的な問題を相談したら、次の人たちはどのくらい聞いてくれますか				
5 上司	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④
6 職場の同僚	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④

採点

(1) 仕事の負担度	①、②	が		個 男6個以上、女5個以上で要チェック	<input type="checkbox"/>
(2) 仕事のコントロール度	③、④	が		個 2個以上で要チェック	<input type="checkbox"/>
(3) 職場の支援度	③、④	が		個 5個以上で要チェック	<input type="checkbox"/>

※要チェック項目の内容について指導・対策確立が必要で、後の評価と判定、指導および事後措置の意見に反映させる。

2 面接によるうつ病等の可能性の評価と受診の要否の判断

「B3 うつ病等の一次スクリーニング」で「危険性が高い」と判定された労働者に対して、次の全ての項目について直接質問し、チェックし事後措置を行う。

A1	この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
A2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合、下記の質問に進む。

この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

A3	毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
A4	毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
A5	毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」で、A1～A5の回答のうち少なくとも3つ以上「はい」がある。

うつ病の疑いあり

次の（ア）、（イ）のいずれか、あるいは両方が、
 （ア）うつ病の症状のために、仕事や生活上の支障がかなりある。
 （イ）死にたい気持ちについてたずね、死についての考え、または死にたい気持ちが持続している。

あり

なし

- 専門医療機関への受診を勧める
- 現在受診中の専門医療機関への適切な継続受診を勧める

保健指導と経過観察

3 診察・検査所見

面接指導を受ける全ての者に対して、定期健康診断の結果を活用しつつ、初診時に準じ直接問診し、チェックし、評価・判定・指導等に役立てる。理学的・神経学的所見欄（※）以外は産業保健スタッフの協力を得てもよい。

- 既往歴、現病歴（基礎疾患） 特になし
 高血圧、 糖尿病、 高脂血症、 肥満、 痛風ないし高尿酸血症、
 脳血管疾患、 虚血性心疾患、 不整脈（ ）、 肝疾患（ ）、
 腎疾患（ ）、 がん（ ）、 その他（ ）

罹患経過：発症 年頃 後の受療（ あり、 なし）

- 定期健康診断、人間ドックなどの所見（受診日： 年 月 日）

--

- 主訴、自覚症状 特になし
 頭痛・頭重、 めまい、 しびれ、 歩行障害、 動悸、 息切れ、 胸痛、
 むくみ、 抑うつ気分、 興味・意欲の低下、 不安感、 思考力の低下、 もの忘れ、
 食欲低下、 不眠（入眠障害、断続睡眠・中途覚醒、早朝覚醒、熟睡感喪失など）、 疲労感
 疲労蓄積の症状および本人が考えている疲労蓄積の原因

症 状	
原 因	

■生活習慣

アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> ビール大びん（換算） 本／日（ 日／週）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う 本／日× 年
運動	<input type="checkbox"/> 特にしなない <input type="checkbox"/> つとめて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的にする
食習慣 （複数チェック可）	<input type="checkbox"/> 肉が好き <input type="checkbox"/> 魚が好き <input type="checkbox"/> 野菜が好き <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 塩辛いものが好き <input type="checkbox"/> 甘いものが好き <input type="checkbox"/> 薄味が好き
睡眠時間	1日平均（休日を含む） 時間

■一般生活におけるストレス、疲労要因：

--

■検査所見等

検 査 所 見	血圧	／	mmHg	
	脈拍	／分		不整脈： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	体重		kg	
	身長	cm	BMI：	ウエスト周囲径： cm
	その他			
理学的所見（※）				
神経学的所見（※）				
その他				

4 医師による医学的判断のまとめ

(まとめに必要な場合に記述する)

業務の過重性等	
メンタルヘルス	
生活習慣病等	
その他	

5 評価と判定

(以上の所見を医学的に判断し該当項目をチェック)

(1) 評価：別紙②面接指導結果報告書の“疲労の蓄積の状況”と“配慮すべき心身の状況”の判定に用いられる

ア 脳血管疾患 及び イ 心臓疾患

	なし	あり		
		軽	中	重
(ア) 脳・心臓疾患のリスク要因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出血性脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虚血性脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
虚血性心疾患など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(イ) 疲労の蓄積の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ウ) 勤務による心身への負荷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(エ) 指導の必要性	なし		あり	
生活	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
就業	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
医療機関受診	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

ウ メンタルヘルス

	なし	あり		
		軽	中	重
(ア) 疲労・ストレスの蓄積の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(イ) うつ状態など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ウ) 指導の必要性	なし		あり	
生活	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
就業	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
専門医療機関受診	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

(2) 判定

(定期健康診断の判定に準じて区分する)

ア 診断区分

- 異常なし
 要観察 精密検査 (不要 要)

要医療

対 象 疾 病

<input type="checkbox"/> 脳・心臓疾患	
<input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調	
<input type="checkbox"/> 上記以外の健康障害	

イ 就業区分

- 通常勤務
 就業制限 労働時間短縮 時間外労働(残業)制限・禁止
 変形労働時間制(深夜業)禁止 配置転換
 その他

要休業

ウ 指導区分

- 指導不要
 要保健指導(生活指導を含む)
 要医療指導

6 対象労働者に対する保健上、生活上および医学上の具体的指導の進め方

(以上の所見の医師としての判断に従って行う)

- 不要
 要(以下は例示であるが、該当項目をチェックし、指導を実施する。)
- 1 面接結果に基づいて過重労働による脳・心臓疾患発症のリスク等の説明と指導
 - 2 業務上の指導(面接指導による診断区分、就業区分、指導区分による)
 - 3 日常生活に関する指導(生活習慣、生活習慣病の指導)
特に 睡眠時間の確保
 正しい生活リズムの確立
 - 4 ストレスへの気づきの指導
 - 5 ストレスへの一般的保健指導
 - 6 ストレス対処技術の指導
 - 7 カウンセリング受診の説明と勧奨
 - 8 専門医療機関への受診勧奨と紹介
 - 9 自覚と自主努力、受療努力の重要性の認識と指導
 - 10 その他

7 事業者に対する事後措置に係る意見の具申

(前出の所見の医師としての判断に従って行う)

不要

要 (以下は例示であるが、面接指導結果に基づいて該当項目をチェックし、根拠をもって具申する。)

1 労働時間の短縮 (時間管理の徹底)

7 フォローアップ体制の確立

2 面接指導結果による診断区分、就業区分、指導区分の説明と対処

8 過重労働総合対策、メンタルヘルスケア、産業保健等の管理体制の確立、促進と強化

・配置転換 ・休業 ・休暇 ・休養の付与

9 人事・労務管理体制の確立

・医療機関受診機会の授与 ・交替制勤務

10 作業環境管理の徹底

・深夜業の禁止 ・その他

11 作業管理の徹底

3 業務上の負荷の軽減

12 健康管理の徹底

4 職場のストレスの軽減・解消

13 衛生委員会等の充実と活用

5 快適職場の形成

14 労働衛生教育等の充実

6 事業場外資源や家族との連携の強化

15 その他

8 医師、産業保健スタッフによるフォロー

(必要に応じ必ずフォローする)

不要

要

か月後

か月毎

その他

9 外部機関への依頼

(必要に応じ依頼先を記録しておく)

不要

要

外部機関名	TEL
担当医師	TEL

10 面接指導を実施するに当たり配慮した事項

(配慮した場合、該当項目をチェック)

1 対象労働者の個人情報の適正な取扱い

2 事後措置に関連した事業場の実態把握

3 その他

11 その他

1 情報保管者名

(保管者名を記入の上チェック)

2 事業者への面接指導結果報告書と事後措置に係る意見書

(別紙②に記入して提出した場合チェック。コピーを添付しておく。)

長時間労働による健康障害防止のための 面接指導自己チェック票（例）

（産業保健スタッフ等の協力を得るとよい）

長時間労働による健康障害防止のため、労働者は労働安全衛生法に基づいて、事業者が行う医師による面接指導の受診が義務づけられています。

このチェック票は、医師による面接指導を受ける労働者本人が、あらかじめ自己チェックし、必要事項を記入した上で医師または下記の提出窓口に提出し、医師の判断・指導に役立てるものです。

正しく判断して記入して下さい。

氏名		所属・職場	
----	--	-------	--

記入年月日	平成 年 月 日
-------	----------

あなたの面接指導日は、次のとおりです。

平成 年 月 日（ 曜日）	午前・午後	時 分～	時 分
---------------	-------	------	-----

このチェック票の提出窓口：

--

このチェック票の提出期限：

平成 年 月 日	または	<input type="checkbox"/> 面接指導時に持参
----------	-----	-----------------------------------

この自己チェック票は、面接指導を担当する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、守秘義務のある医師等が一般の診療録（カルテ）に準じた取扱いを行うので、医師等から事業者にもそのまま開示されることはありません。医師から事業者へは、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が別途提出されることになります。回答された内容の確認や訂正など個人情報の取扱いについてのご意見やご質問があれば、ご遠慮なく面接指導の担当者 までご連絡ください。

1

あなたの仕事の過重性・ストレスについて自分の感じていることをお答え下さい。

(該当項目をチェックしてください。)

	そ う だ	ま あ そ う だ	や や 違 う	違 う
1) 労働時間（残業時間）が長い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 不規則勤務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 拘束時間の長い勤務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 出張が多い業務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
頻度	日 回 / 月			
出張先	<input type="checkbox"/> 国内 <input type="checkbox"/> 海外（時差： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし）			
5) 交替制勤務が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) 深夜勤務が多い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 人間関係のストレスが多い業務である	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) 作業環境について				
温度環境が良くない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
騒音が大きい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) 精神的緊張性の高い業務である				
自分または他人に対し危険度の高い業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過大ノルマのある業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
達成期限が短く限られている業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
トラブル・紛争処理業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
周囲の支援のない業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
困難な新規・立て直し業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 あなたの疲労蓄積度をチェックして下さい。

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)	<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)

〈自覚症状の評価〉 各々の答えの () 内の数字を全て加算して下さい。

合計 点

I	0～4点	II	5～10点	III	11～20点	IV	21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	<input type="checkbox"/> ない又は適当 (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 (★1)	<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)
7. 仕事についての身体的負担 (★2)	<input type="checkbox"/> 小さい (0)	<input type="checkbox"/> 大きい (1)	<input type="checkbox"/> 非常に大きい (3)

★1：深夜勤務の頻度や時間数などから総合的に判断して下さい。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言います。

★2：肉体的作業や寒冷・暑熱作業などの身体的な面での負担

〈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下さい。

合計 点

A	0点	B	1～2点	C	3～5点	D	6点以上
---	----	---	------	---	------	---	------

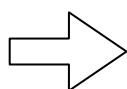
(3) 総合判断

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、あなたの仕事による負担度の点数(0~7)を求めてください。

仕事による負担度点数表

		勤務の状況			
		A	B	C	D
自覚症状	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病がある方は判定が正しく行われぬ可能性があります。



あなたの仕事による負担度の点数は

点(0~7)

判 定	点 数	仕事による負担度
	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

面接指導結果報告書 及び 事後措置に係る意見書（例）

本報告書および意見書は、改正労働安全衛生規則第52条の6の規定（事業者は面接指導の結果の記録を作成し、これを5年間保存すること。当該記録は労働者の疲労の蓄積の状況、心身の状況、事後措置に係る医師の意見等を記入したもの）に基づく面接指導の結果の記録に該当するものです。プライバシーに留意して、チェックリストから加工して記載し事業者に提出する。

面接指導結果報告書						
対象者	(社員番号)		所属	部	課	
	氏名		男・女	年齢	歳	
疲労の蓄積の状況	0. なし 1. 軽 2. 中 3. 重		特記事項			
配慮すべき心身の状況	0. なし					
	1. あり					
判定区分	診断区分	0. 異常なし 1. 要観察 2. 要医療		事後措置として 指導・勧告 の必要性	0. 不要	1. 要
	就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限 2. 要休業			<input type="checkbox"/> 必要事項	
	指導区分	0. 指導不要 1. 要保健指導 2. 要医療指導			<input type="checkbox"/> 下記意見書に記入	

医師の所属先	年 月 日（実施年月日）	印
	医師氏名	

事後措置に係る意見書			
就業上の措置	労働時間の短縮	0. 特に指示なし	4. 変形労働制または裁量労働制の対象からの除外
		1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで	5. 就業の禁止（休暇・休養の指示）
		2. 時間外労働の禁止	6. その他
		3. 就業時間を制限 _____ 時 分 ~ _____ 時 分	
就業上の措置	労働時間以外の項目 （具体的に記述）	主要項目	a. 就業場所の変更 b. 作業の転換 c. 深夜業の回数の減少 d. 昼間勤務への転換 e. その他
		1)	
		2)	
		3)	
	措置期間	_____ 日・週・月 （次回面接予定日 _____ 年 月 日）	
	医療機関への受診配慮等		
	連絡事項等		

医師の所属先	年 月 日（実施年月日）	印
	医師氏名	

事業所長	人事	部長	課長

本チェックリストは、厚生労働省からの委託により財団法人産業医学振興財団において作成されたものです。本チェックリストはホームページからダウンロードし、医師、事業場等で自由に利用できます。ただし、独占的又は営利目的での利用、作成趣旨に反するなど著しく不適當と認められる利用はご遠慮ください。