

長時間労働者への面接指導

チェックリスト(地域産業保健センター用)

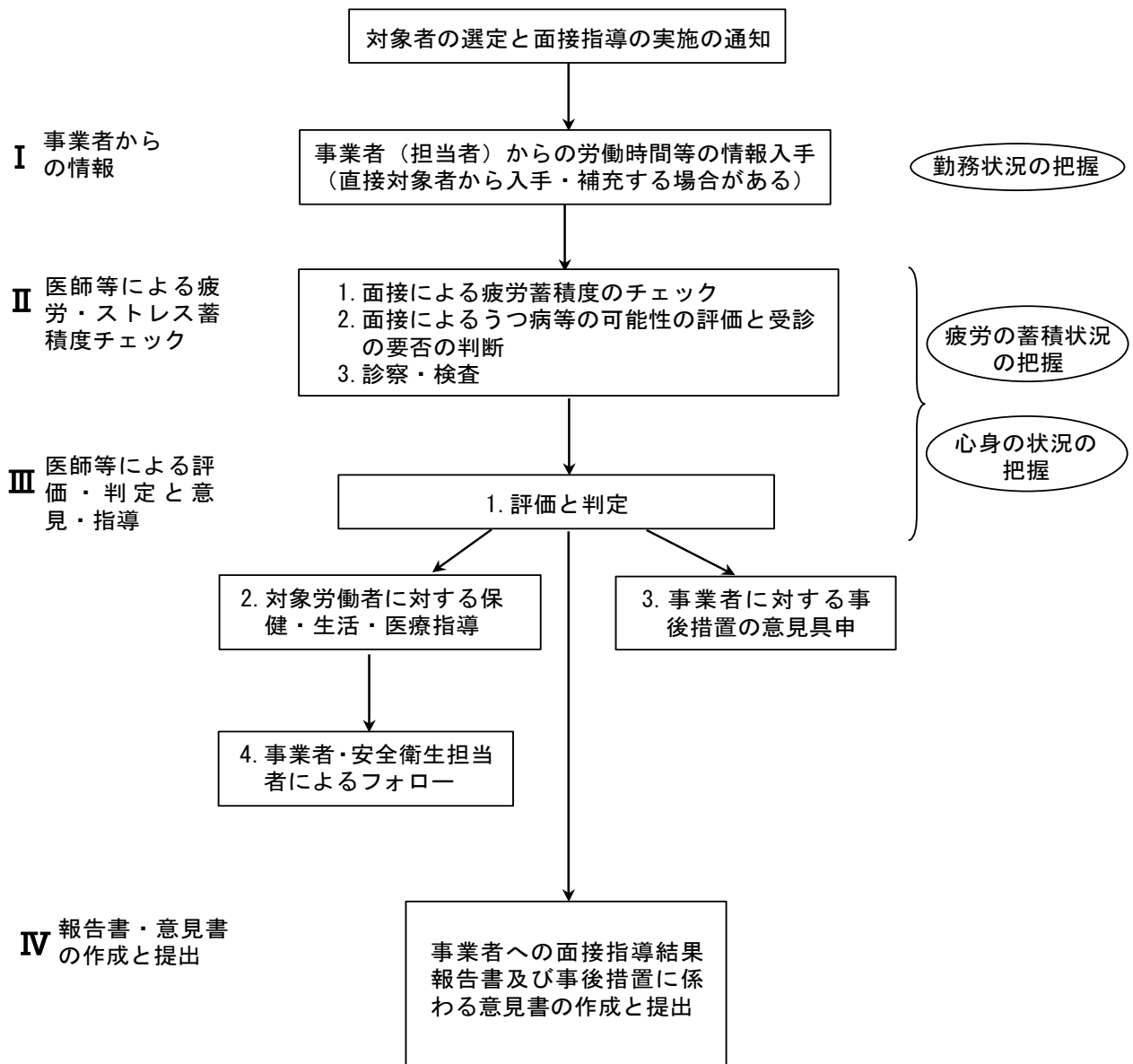
本チェックリストは、改正労働安全衛生法に基づく面接指導を地域産業保健センターの登録医等の事業場の状況を十分には把握していない医師が適切に行うためのものです。

平成20年3月

地域産業保健センターにおける長時間労働者に対する
面接指導チェックリスト(医師用)等検討委員会

地域産業保健センターの医師による面接指導 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。



II 疲労・ストレス蓄積度のチェック

1 面接による疲労蓄積度のチェック

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
---	----	---	------	---	------	---	------

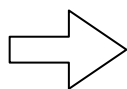
(3) 総合判断

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、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の場合には判定が正しく行われない可能性があります。



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

※ 点数が4点以上の場合には仕事の負担度が高いと考えられます。

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

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

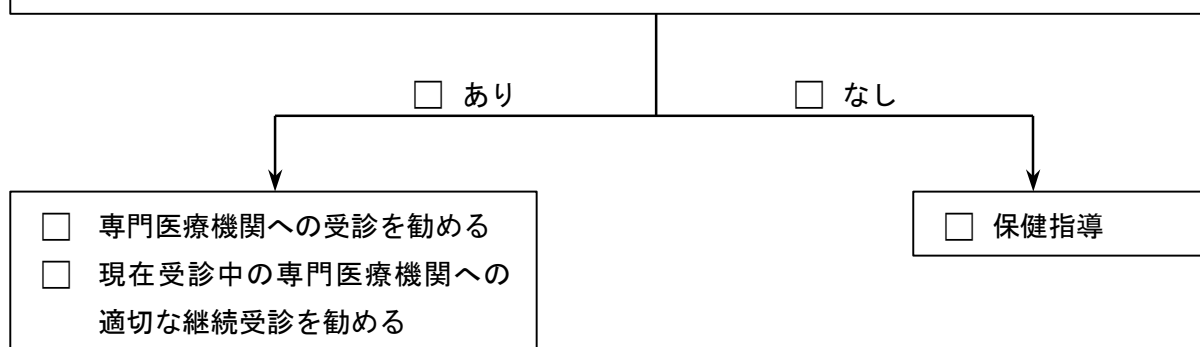
A1とA2のどちらか、あるいは両方が「はい」である場合、下記の質問に進む。

両方とも「いいえ」の場合、以下のA3からA5までの質問については省略してよい。

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、

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。



3 診察・検査所見

面接指導を受ける全ての者に対して、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。

- 現病歴（基礎疾患） 特になし
- 高血圧、 糖尿病、 脂質異常症（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 その後の受療（ 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：事後措置の意見・保健指導に役立てる

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： 腹囲： 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	

Ⅲ 評価・判定と意見・指導

1 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：Ⅳ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

	なし	あり		
		軽	中	重
(ア) 疲労の蓄積の状況	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(イ) 脳・心臓疾患のリスク要因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ウ) うつ病等	<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"/>		

(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 配置転換など
- その他

要休業

(就業制限、要休業については、事業場の事業者や産業保健スタッフから話を聞くことが望ましい。)

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

2 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、上記Ⅲの1の(2)の判定の就業区分の項を事前に記入し、医師としての判断に従って根拠をもって具申する。)
 - 1 面接結果に基づく過重労働による脳・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 特定保健指導の対象となる場合には受診を勧奨
 - 5 ストレスへの一般的保健指導
 - 6 専門医療機関への受診勧奨と紹介
 - 7 その他

3 事業者に対する事後措置に係る意見の具申

- 不要
- 要（以下は例示であるが、Ⅲの1の(2)の就業区分の項を事前に記入し、医師としての判断に従って根拠をもって具申する。）
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 労働時間の短縮（時間管理の徹底）、時間外労働制限・禁止など | <input type="checkbox"/> 4 人事・労務管理体制の確立 |
| <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 5 健康管理の徹底 |
| ・配置転換 | <input type="checkbox"/> 6 労働衛生教育等の充実 |
| ・医療機関受診機会の授与 | <input type="checkbox"/> 7 その他 |
| <input type="checkbox"/> 3 業務上の負荷の軽減 | |
- []

4 事業者、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 []

5 外部機関への依頼とフォロー

（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 |

6 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（Ⅳに記入して提出した場合、コピーを添付しておく。）

Ⅳ 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ある。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へ提出する。

面接指導結果報告書					
対象者	事業場名			TEL	
	氏名			所属	部 課
				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 1. 時間外労働の制限 _____ 時間/月まで 2. 就業時間を制限 _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分 3. 就業の禁止（休暇・休養の指示） 4. その他
	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厚生労働省及び財団法人産業医学振興財団の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相当と認められる利用はご遠慮ください。