

◆

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 )                               |
| 3. 出張に伴う負担<br>(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 )    | — ( 3 )                               |
| 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 ) | — ( 3 )                               |
| 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 |
|---|----|---|------|---|------|---|------|

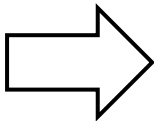
(3) 総合判断

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。

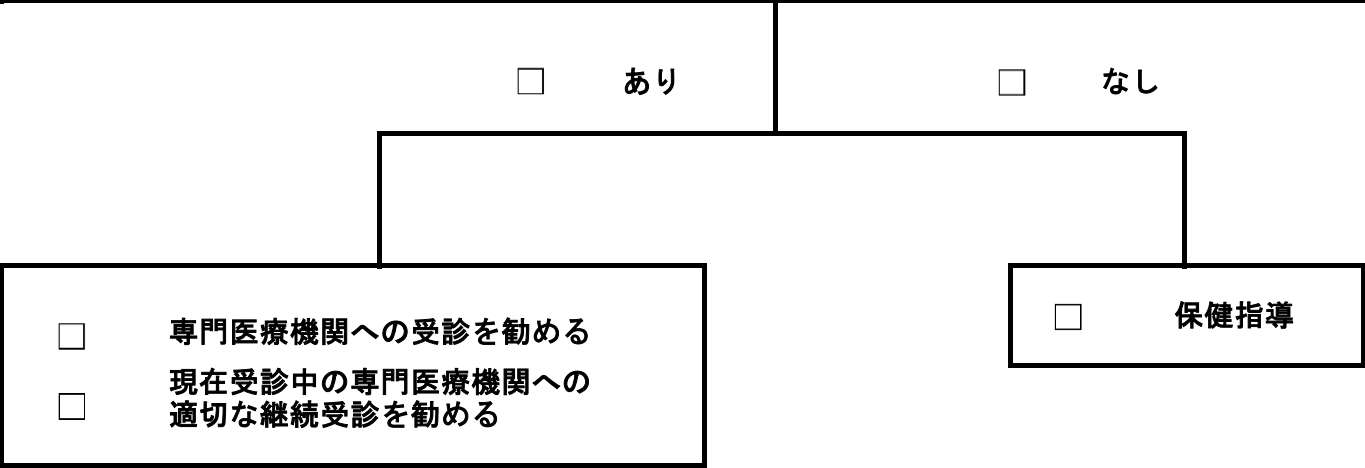
|    |                                                            |                              |                             |
|----|------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| A1 | この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈ん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 

昭・平

 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<br><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"/> 特にしない <input type="checkbox"/> 努めて歩く程度 <input type="checkbox"/> 積極的に歩く                                                                                                                               |
| 食習慣<br>(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<br><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       |     |                                                                    |