

## 長時間労働者に対する面接指導を希望される方へ

長時間労働者に対する面接指導を希望する場合は、まずは下記の「1. 健康相談・面接指導利用申込書(様式地1)」をダウンロードし、必要事項を記入したらFAX【054-348-7734】で清庵地域産業保健センターへ申し込みをしてください。後日、清庵地域産業保健センターで内容を確認(受付)し、面接指導の日時・会場等をお知らせします。

面接日時等が決まりましたら、下記の2～5の書類をダウンロードして所定の日時まで記入・送付してください(本人の同意があれば「健康診断結果票」も含む)。

なお、面接指導が終わりましたら、その内容を確認後、本人宛に「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書」等の書類を郵送します。

### 記

1. 健康相談・面接指導利用申込書(様式地1) ※事業場記入
2. 医師による面接指導申出書の写し(様式地4) ※本人記入
3. 労働時間等に関するチェックリスト(様式地5) ※事業場記入
4. 疲労蓄積度のチェックリスト(長時間労働者用) ※本人記入
5. 心身の健康状況、生活状況の把握のためのチェックリスト(長時間労働者・高ストレス者用) ※本人記入
6. 直近の健康診断結果票(本人の同意が必要)

健康相談・面接指導 利用申込書

事業場	事業場名	
	所在地	〒
	労働者数	(男: 人) (女: 人) (計: 人)
	事業内容	
	代表者	職名: 氏名:
	担当者	職名: 氏名: 電話: FAX:
	企業の情報*	企業名 ( ) 労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )
相談内容 (希望するものに○)	1 労働者の健康管理(メンタルヘルスを含む)に係る相談 (対象者 名) 2 健康診断の結果についての医師の意見聴取 (対象者 名) 3 長時間労働者に対する面接指導 (対象者 名) 4 高ストレス者に対する面接指導 (対象者 名) 5 その他( ) (対象者 名)	
事業場訪問	1 希望する 2 希望しない	
その他連絡事項等		

※ 申込事業場が企業の支店、営業所、工場等の場合、当該企業の情報を記入してください。  
 なお、本事業は中小企業の小規模事業場を優先的に対象といたします。総括産業医が居る企業の小規模事業場は支援対象外といたします。(平成31年度から適用)  
 ※ 「総括産業医」とは、企業における名称の如何に関わらず、企業内の事業場の産業保健活動について総括的に指導を行う産業医のことを指します。  
 ※ 労働者本人からの申込みの場合は、担当者欄にご本人の氏名を記入のうえ、氏名の後ろに「本人」と注記してください。  
 ※ 本用紙に記載された個人情報、産業保健活動総合支援事業の目的以外には使用いたしません。

\* 下記事項をご確認いただき、チェックをしてください。

- |  |   |
|--|---|
|  | チェック欄   |
|  | はい いいえ  |
| 1 全項目に漏れなく記入しています。   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 事業場は50人未満です。   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 当社に総括産業医は居ません。   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 健康相談・面接指導は治療目的ではないことを理解しています。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5 本事業の実施に必要な個人情報の提供について同意します。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6 「保健指導結果の取得について労働者の同意を得ている。」又は<br>「事業場から労働者に当該事業場における心身の状態の情報を取り扱う方法及び<br>当該取扱いを採用する理由を説明している。」 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 上記に相違ありません。  | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

様式地 4 (例)

医師による面接指導申出書

令和 年 月 日

事業者 殿

所 属

氏 名

私は労働安全衛生法に定める医師による面接指導の対象となる者として、下記のとおり面接指導を受けることを希望します。

記

1 面接指導の区分 (いずれかにチェック)

- : 1月あたり80時間を超える時間外・休日労働  
(労働安全衛生法第66条の8第1項、労働安全衛生規則第52条の2第1項)
- : 上記以外の長時間労働等  
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第2項)
- : 高度プロフェッショナル制度適用者で、1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下  
(労働安全衛生法第66条の9、労働安全衛生規則第52条の8第3項)
- : 高ストレス者  
(労働安全衛生法第66条の10、労働安全衛生規則第52条の15)

2 面接指導を受ける医師 (いずれかにチェック)

- : 地域産業保健センターの医師
- : 自分が希望する医師

3 面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項

様式地5（例）労働時間等に関するチェックリスト

(R1. 5. 1 改正)

- 1 氏名  性別  男  女 年齢  歳
- 2 所属事業場名・部署  役職
- 3 雇用形態  正社員  契約社員・パートタイム等  派遣労働者
- 4 労働時間制等  変形労働時間制または裁量労働制の適用  
(該当項目をチェック)

- 長時間労働者向け面接指導の対象者  高ストレス者向け面接指導の対象者

上記に該当の場合、以下についても該当事項をチェック

(高度プロフェッショナル制度適用者以外)

- 時間外・休日労働時間が月80時間超の申し出者（医師のみ）
- 時間外・休日労働時間が月80時間超の者（申し出者でない者）
- 新たな技術、商品又は役務の研究開発に係る業務に従事する者（以下「研究開発業務従事者」という。）  
であって、時間外・休日労働時間が月100時間超の者（医師のみ）
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の申し出者（医師のみ）
- 研究開発業務従事者であって、時間外・休日労働時間が月80時間超～100時間以下の者（申し出者でない者）
- 時間外・休日労働時間が月45時間超の者
- その他の者：  
(高度プロフェッショナル制度適用者：(いずれも医師のみ))
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間超の者
- 1週間当たりの健康管理時間が40時間を超えた場合におけるその超えた時間が1月当たり100時間以下の申し出者

- 過去の面接指導（  なし  あり ・ 過去の指導年月 年 月 ）  
前1か月間について

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・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）

作成者

氏名	<input type="text"/>
事業場名	<input type="text"/>
連絡先	<input type="text"/>

## 疲労蓄積度のチェックリスト（長時間労働者用）

・あらかじめ労働者の皆様はご記入してください。

(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. 仕事中、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
---	----	---	------	---	------	---	------

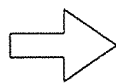
(3) 総合判断

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

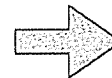
※ 上記(1)、(2)のチェックリストでは、糖尿病や高血圧症等の疾病がある方は判定が正しく行われないう可能性があるので、「心身の健康状況、生活状況等の把握のためのチェックリスト(例)」(23頁)等のチェック結果も含めて評価を行ってください。



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



面接指導結果報告書の「疲労の蓄積の状況」欄との対応関係
0
1
2
3

※ 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。

【注】 医師又は他の産業保健スタッフは、疲労蓄積度のチェック結果の取扱いについてはマニュアルの13ページ(2)①を参照してください。

## 心身の健康状況、生活状況の把握のためのチェックリスト (長時間労働者・高ストレス者用)

・労働者の皆様は該当する□にレ点を記入してください。定期健康診断の結果があれば、ご持参ください。  
 なお、理学的・神経学的所見欄（下記の※）は医師が記入します。

- 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    其後の受療（  あり、  なし）

■定期健康診断などの所見（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  
 その他のストレス関連疾患（心身症）（            ）

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	

■生活状況（アルコール、たばこについては、最近の変化についても確認）

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） 最近の変化：（            ）
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う    本/日×    年 最近の変化：（            ）
運動	<input type="checkbox"/> 特にしらない <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日あたり    平日：    時間    /    休日：    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・保健指導に役立てます。

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					

<参考：高ストレス者の場合に留意すべきストレス関連疾患（心身症）>

部位	主な症状
呼吸器系	気管支喘息，過換気症候群
循環器系	本態性高血圧症，冠動脈疾患（狭心症，心筋梗塞）
消化器系	胃・十二指腸潰瘍，過敏性腸症候群，潰瘍性大腸炎，心因性嘔吐
内分泌・代謝系	単純性肥満症，糖尿病
神経・筋肉系	筋収縮性頭痛，痙性斜頸，書痙
皮膚科領域	慢性蕁麻疹，アトピー性皮膚炎，円形脱毛症
整形外科領域	慢性関節リウマチ，腰痛症
泌尿・生殖器系	夜尿症，心因性インポテンス
眼科領域	眼精疲労，本態性眼瞼痙攣
耳鼻咽喉科領域	メニエール病
歯科・口腔外科領域	顎関節症

日本心身医学会教育研修委員会編 1991 心身医学の新しい診療指針，心身医学，31 (7)，p57 をもとに作成