

## 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の□に✓を付けてください。

|                           |                                      |                                     |                                     |
|---------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 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ください。 合計 点

A 0点 B 1~2点 C 3~5点 D 6点以上

### 総合判定

1.2の結果を次の表を用い、自覚症状、勤務の状況の評価から、  
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 |   |   |   | 判定 | 点数  | 仕事による負担度    |
|------|-----|-------|---|---|---|----|-----|-------------|
|      |     | A     | B | C | D |    |     |             |
| 自覚症状 | I   | 0     | 0 | 2 | 4 | 判定 | 0~1 | 低いと考えられる    |
|      | II  | 0     | 1 | 3 | 5 |    | 2~3 | やや高いと考えられる  |
|      | III | 0     | 2 | 4 | 6 |    | 4~5 | 高いと考えられる    |
|      | IV  | 1     | 3 | 5 | 7 |    | 6~7 | 非常に高いと考えられる |

※ 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。

あなたの仕事による負担度の点数は 点 (0~7)

### 疲労蓄積予防のための対策

あなたの仕事による負担度はいかがでしたか？本チェックリストでは、健康障害防止の視点から、これまでの医学研究の結果などに基づいて、仕事による負担度が判定できます。負担度の点数が2～7の人は、疲労が蓄積されている可能性があり、チェックリストの2. に掲載されている“勤務の状況”の項目（点数が1または3である項目）の改善が必要です。個人の裁量で改善可能な項目については自分でそれらの項目の改善を行ってください。

個人の裁量で改善不可能な項目については、上司や産業医等に相談して、勤務の状況を改善するように努力してください。

なお、仕事以外のライフスタイルに原因があって自覚症状が多い場合も見受けられますので、睡眠や休養などを見直すことも大切なことです。疲労を蓄積させないためには、負担を減らし、一方で睡眠・休養をしっかり取る必要があります。

## 労働者の疲労蓄積度自己診断チェックリスト

疲労が蓄積すると心身の健康状態の低下を招き、健康障害を引き起こすことがあります。  
 下記のチェックリストを活用して、あなたの仕事による疲労蓄積度を把握し、改善に役立ててください。

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定するものです。

記入年月日 年 月 日

## 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の□に✓を付けてください。

|                         |                                     |                                   |                                   |
|-------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 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ください。 合計 点

I 0~4点 II 5~10点 III 11~20点 IV 21点以上