

年 月 日

関係各位

大田地域産業保健センター  
〒143-0024 東京都大田区中央 4-31-14  
東京都大森医師会館内  
電話 3772-2402 FAX 3777-7622  
担当者 加藤 幸子

高ストレス者面接指導に係る書類送付について

時下、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

さて、「高ストレス者面接指導に係る書類」を送付いたしますので、面接当日は必ずご持参願います。また、書類の記入につきましては、別紙をご一読頂き記入漏れのないようお願い致します。

記

1. 「医師による面接指導申出書」（様式地4）
2. 「労働時間等に関するチェックリスト」（様式地5）
3. 「ストレスチェック実施状況報告書」（様式地5の2）
4. 「面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書」（様式地6）
5. 「健康相談記録票」（様式地7）

の5点を必ずご記入の上ご持参願います。

面接指導当日は、上記の5点の書類のほか、必ず事業主健診の「健康診断結果票」もご持参下さい。

記入漏れ等がありますと面接出来ない時があります。

書類は全てボールペンでご記入ください。

1. 医師による面接指導申出書（様式地4）

提出が法定されております。面接指導は本人の申し出がなければ出来ません。全てご記入ください。（特に事業者・所属・氏名等は必ずご記入ください）

2. 労働時間等に関するチェックリスト（様式地5）

全てご記入ください。

3. ストレスチェック実施状況報告書（様式地5の2）

全てご記入ください。

4. 面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書（様式地6）

対象者欄（対象者・氏名・所属・性別・年齢・勤務状況）をご記入ください。

5. 健康相談記録票（様式地7）

事業場・相談者欄をご記入ください。

※「面接指導結果報告書」は後日送付いたします。

様式地4

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）  
（労働安全衛生法第66条の8の2第1項、労働安全衛生規則第52条の7の2）
- ： 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45時間以上100時間未満
- ： 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 労働時間等に関するチェックリスト

(31.4.1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
- 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
- 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時間以上～100時間未満の申し出者
- 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時間以上～100時間未満の者(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)
- 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45時間超の者

- 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)  時間/月
- 時間外・休日労働時間  時間/月
- 通勤時間(片道)  時間  分
- ②労働日数等
- 総労働日数(実績)  日/月
- 所定休日数  日/月
- 有給休暇・欠勤日数  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"/>

当社で採用したストレスチェック調査票及び高ストレス者の選定方法は以下のとおりです。

1 ストレスチェック調査票

- : ① 職業性ストレス簡易調査票（57項目）
- : ② 職業性ストレス簡易調査票（簡略版）（23項目）
- : ③ その他

（その他にチェックされた場合には、下記事項のうち該当するものにチェックをしてください。

- : I 職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目を含んでいる
- : II 当該労働者の心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目を含んでいる
- : III 職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目を含んでいる

※ 高ストレス者に対する面接指導の利用を希望する事業者は上記のいずれかにチェックをお願いいたします。

2 高ストレス者の選定方法

高ストレス者の選定方法について、該当するものにチェックをしてください。

- : ① 調査票のうち、「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が高い者
- : ② 調査票のうち「心理的な負担による心身の自覚症状に関する項目」の評価点数の合計が一定以上の者であって、かつ、「職場における当該労働者の心理的な負担の原因に関する項目」及び「職場における他の労働者による当該労働者への支援に関する項目」の評価点数の合計が著しく高い者

作成者

氏名 事業場名 連絡先	
-------------------	--

## 様式地 6 面接指導結果報告書及び事後措置に係る意見書

## 長時間労働者関係 ・ 高ストレス者関係 【該当するものに○】

面接指導結果報告書			
対象者	氏名	所属	
		男・女	年齢 歳
勤務の状況 (労働時間、 労働時間以外の要因)			
疲労の蓄積の状況 【長時間労働者のみ】		0. (低)	1. 2. 3. (高)
心理的な負担の状況 【高ストレス者のみ】		(ストレスチェック結果) A. ストレスの要因 _____ 点 B. 心身の自覚症状 _____ 点 C. 周囲の支援 _____ 点	(医学的所見に関する特記事項)
その他の心身の状況		0. 所見なし 1. 所見あり ( )	
面接 医師 判定	本人への指導区分 ※複数選択可	0. 措置不要 1. 要保健指導 2. 要経過観察 3. 要再接触 (時期: _____ ) 4. 現病治療継続 又は 医療機関紹介	(その他特記事項)

就業上の措置に係る意見書				
就業区分	0. 通常勤務 1. 就業制限・配慮 2. 要休業			
就業 上 の 措 置	労働時間 の短縮 (考えられるもの に○)	0. 特に指示なし		4. 変形労働時間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		
	労働時間以外 の項目 (考えられるもの に○を付け、措置 の内容を具体的に 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	
措置期間	_____ 日・週・月 又は _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日			
職場環境の改善に 関する意見 【高ストレス者のみ】				
医療機関への 受診配慮等				
その他 (連絡事項等)				

医師の所属先	年 月 日 (実施年月日)	印
	医師氏名	

※ 本報告書及び意見書は、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）及び同規則第 52 条の 18 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心理的な負担の状況、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。

大田 地域産業保健センター

実施日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分																									
実施場所																										
相談対応者	担当産業医等氏名																									
ワンストップサービス	1. 該当する (〇〇産業保健総合支援センター ・ 地域産業保健センター) 2. 該当しない																									
事業場	事業場名																									
	所在地																									
	担当者	職名： 氏名： 電話： FAX：																								
	業種																									
	従業員数	(男： 人) (女： 人) (計： 人)																								
	その他	企業名 ( ) 労働者数 ( 人) 産業医数 ( 人) うち 総括産業医 ( 有 ・ 無 )																								
相談者	1 事業者・担当者等      2 本人(労働者)      3 その他																									
	職名・職務内容： 氏名： (本人の場合：年齢 歳 性別：男・女)																									
相談内容	(該当事項に○)																									
	<table border="0"> <tr> <td>1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>4 健康相談 (その他)</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>5 健康診断の結果についての医師の意見聴取</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>6 長時間労働者に対する面接指導</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>7 高ストレス者に対する面接指導</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> <tr> <td>8 その他 ( )</td> <td>(対象者</td> <td>名)</td> </tr> </table>			1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(対象者	名)	2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象者	名)	3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(対象者	名)	4 健康相談 (その他)	(対象者	名)	5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者	名)	6 長時間労働者に対する面接指導	(対象者	名)	7 高ストレス者に対する面接指導	(対象者	名)	8 その他 ( )	(対象者
1 健康相談 (脳・心臓疾患リスク者保健指導)	(対象者	名)																								
2 健康相談 (メンタルヘルス不調者相談・指導)	(対象者	名)																								
3 健康相談 (ストレスチェック相談・指導)	(対象者	名)																								
4 健康相談 (その他)	(対象者	名)																								
5 健康診断の結果についての医師の意見聴取	(対象者	名)																								
6 長時間労働者に対する面接指導	(対象者	名)																								
7 高ストレス者に対する面接指導	(対象者	名)																								
8 その他 ( )	(対象者	名)																								
相談・指導内容																										
*メンタルヘルス不調の労働者に対する相談・指導の場合 受診勧奨 有 ・ 無																										
備考	事業場訪問 有 ・ 無																									