



政府統計

平成25年労働安全衛生調査(実態調査)  
個人票

厚生労働省

統計法に基づく国の統計調査です。調査票情報の秘密の保護に万全を期します。

この調査票は、統計以外の目的に使用することはありませんので、事実をありのままに記入してください。

| 都道府県番号 | 一連番号 | 個人番号 |
|--------|------|------|
| ⋮      | ⋮    | ⋮    |
| 1      | 2    | 3    |

[ 記入上の注意 ]

- この調査票は全部で4ページあります。
- 設問には複数回答可と表示がない限り、該当する番号1つに○印をつけてください。  
(複数回答可であるものは、回答欄が□のように網かけになっております。)
- 矢印(→)のあるところは、矢印に沿って質問が終わるまで回答してください。
- 特にことわりのない限り、平成25年10月31日現在における状況について記入してください。
- 過去に他の事業所で勤務されたことのある方や複数の事業所に勤務されている方についても、今回調査票の配布を受けた事業所に関する状況についてのみ回答してください。

I 性、年齢、就業形態、職種に関する事項

1 あなたの性、年齢、就業形態、職種、今の業務に就いてからの経験年数について該当するものに○をつけてください。

(1) 性

|   |   |
|---|---|
| 男 | 1 |
| 女 | 2 |

(5) 職種(注6)

|  |    |
|--|----|
| 管理的職業従事者                                     | 01 |
| 専門的・技術的職業従事者                                 | 02 |
| 事務従事者  | 03 |
| 販売従事者  | 04 |
| サービス職業従事者<br>(介護サービス職業従事者及び保健医療サービス職業従事者を除く) | 05 |
| 介護サービス職業従事者及び保健医療サービス職業従事者                   | 06 |
| 生産工程従事者                                      | 07 |
| 輸送・機械運転従事者                                   | 08 |
| 建設・採掘従事者                                     | 09 |
| 運搬・清掃・包装等従事者                                 | 10 |
| 上記に該当しない職種                                   | 11 |

(2) 年齢(満年齢)

|        |   |
|--------|---|
| 20歳未満  | 1 |
| 20～29歳 | 2 |
| 30～39歳 | 3 |
| 40～49歳 | 4 |
| 50～59歳 | 5 |
| 60～64歳 | 6 |
| 65歳以上  | 7 |

(3) 就業形態

|               |   |
|---------------|---|
| 正社員(注1)       | 1 |
| 契約社員(注2)      | 2 |
| パートタイム労働者(注3) | 3 |
| 臨時・日雇労働者(注4)  | 4 |
| 派遣労働者(注5)     | 5 |

(4) 今の業務に就いてからの経験年数

|           |   |
|-----------|---|
| 1年未満      | 1 |
| 1年以上3年未満  | 2 |
| 3年以上5年未満  | 3 |
| 5年以上10年未満 | 4 |
| 10年以上     | 5 |

- (注1) 「正社員」とは、フルタイム勤務で雇用期間の定めのない方をいいます。  
 (注2) 「契約社員」とは、フルタイム勤務で1か月を超える雇用期間の定めのある方をいいます。  
 (注3) 「パートタイム労働者」とは、一般社員(フルタイム勤務者で基幹業務を行う社員)より1日の所定労働時間が短い、又は1週の所定労働時間が少ない方で、雇用期間の定めがない、又は1か月を超える期間を定めて雇われている方をいいます。  
 (注4) 「臨時・日雇労働者」とは、1か月以内の期間を定めて雇われている者をいいます。  
 (注5) 「派遣労働者」とは、労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律に基づく労働者派遣事業を行う事業所から派遣された方をいいます。  
 (注6) 職種については裏面に解説がありますので、記入に当たって参照してください。

## II 勤務の状況に関する事項

### 1 安全衛生意識などについて

(1) あなたは、事業所が取り組んでいる労働災害防止に関する各種の対策について関心がありますか。

|                |   |
|----------------|---|
| 非常に関心がある       | 1 |
| 少し関心がある        | 2 |
| あまり関心がない       | 3 |
| 全く関心がない        | 4 |
| 事業所で対策が行われていない | 5 |

関心がある場合、今、事業場で行われている各種の対策について適切と思いますか。

|           |   |
|-----------|---|
| 適切である     | 1 |
| 適切ではない    | 2 |
| どちらともいえない | 3 |

9

10

(2) あなたは現在の職場で仕事をしていく上で、雇い入れられた・派遣されたとき及び作業内容が変わったときに安全衛生教育を受けたことがありますか。

☆ 派遣労働者の場合は、派遣元に雇い入れられたときではなく、今いる派遣先に派遣されたとき及び今いる派遣先において作業内容が変わったときに、安全衛生教育を受けたかお答えください。また、その教育は役に立っているかお答えください。

|        |             |   |
|--------|-------------|---|
| 受けた    | 大いに役に立っている  | 1 |
|        | 少し役に立っている   | 2 |
|        | あまり役に立っていない | 3 |
| 受けていない |             | 4 |

11

(3) あなたは、以下のどのような安全衛生活動に参加していますか。01～11の該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可。ただし、12を回答の場合は不可)

|                      |    |              |    |
|----------------------|----|--------------|----|
| 4S(整理・整頓・清潔・清掃)活動    | 01 | ヒヤリ・ハット事例の報告 | 07 |
| 朝・昼・終礼での安全、健康に関する講話等 | 02 | 安全提案制度       | 08 |
| 災害防止などを話し合うミーティング    | 03 | 安全パトロールの実施   | 09 |
| 作業の安全に関するマニュアル類の作成   | 04 | リスクアセスメントの実施 | 10 |
| 火災等非常時の対応・マニュアルの周知徹底 | 05 | その他          | 11 |
| 危険予知(KY)活動           | 06 | 参加していない      | 12 |

12

(4) あなたは、過去1年間(平成24年11月1日から平成25年10月31日まで)に不安全な行動をとったことがありますか。ある場合、01～09の該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可。ただし、10を回答の場合は不可)

|                      |    |                              |    |
|----------------------|----|------------------------------|----|
| 安全装置を無効にして作業した       | 01 | 保護具の不使用や不安全な服装等で作業した         | 07 |
| 安全措置(合図など)を取らないで作業した | 02 | 危険場所などへ接近した                  | 08 |
| 不安全な状態(濡れた床面等)を放置した  | 03 | その他、不安全な行為(飛び降り、不必要に走るなど)をした | 09 |
| 危険な状態(荷の積み過ぎ等)を作った   | 04 |                              |    |
| 指定外の機械や器具等を使用した      | 05 | 不安全な行動をとることはなかった             | 10 |
| 運転中の機械等の掃除や修理などを行った  | 06 |                              |    |

13

2 ヒヤリ・ハット体験について

- (1) あなたは、現在の職場で、**過去1年間(平成24年11月1日から平成25年10月31日まで)**において、労働災害につながるような「ひやり」としたり、「はっと」したりした体験(ヒヤリ・ハット体験)がありましたか。  
 また、あなたはそのヒヤリ・ハット体験をしたとき、会社(上司)に報告しましたか。  
 さらに、あなたの報告に対して、会社(上司)は原因の究明や事故防止のための措置をとるなどの対応をしてくれましたか。

|              |             |                         |   |
|--------------|-------------|-------------------------|---|
| ヒヤリ・ハット体験がある | すべて報告した     | 原因の究明や設備の改善など十分に対応してくれた | 1 |
|              |             | 対応してくれたが、十分ではなかった       | 2 |
|              |             | 全く対応してくれなかった            | 3 |
|              | 重大なもののみ報告した | 原因の究明や設備の改善など十分に対応してくれた | 4 |
|              |             | 対応してくれたが、十分ではなかった       | 5 |
|              |             | 全く対応してくれなかった            | 6 |
| 報告しなかった      |             | 7                       |   |
| ヒヤリ・ハット体験がない |             | 8                       |   |

14

- (2) あなたは過去1年間(平成24年11月1日から平成25年10月31日まで)に労働災害に被災したことがありますか。  
 また、被災した際にどのような対応をとりましたか。

|     |                  |   |
|-----|------------------|---|
| あ る | 病院に行った           | 1 |
|     | 病院に行かなかったが、休業はした | 2 |
|     | 病院にも行かず、休業もしなかった | 3 |
| な い |                  | 4 |

15

3 あなたの職業生活に関してお答えください。

- (1) あなたは現在の自分の仕事や職業生活に関する不安、悩み、ストレスについて相談できる人がいますか。また、相談できる人がいる場合、実際にその人と相談をしたことがありますか。相談できる人がいる場合には、1~8の該当する番号すべてに○をつけてください。また、実際に相談したことがある場合には、1~8の該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可。ただし、9を回答の場合は不可)

| 項 目           | 相談できる人の有無 | 相談の有無 |
|---------------|-----------|-------|
| 上司・同僚         | 1         | 1     |
| 家族・友人         | 2         | 2     |
| 産業医           | 3         | 3     |
| 産業医以外の医師      | 4         | 4     |
| 保健師又は看護師      | 5         | 5     |
| 衛生管理者又は衛生推進者等 | 6         | 6     |
| カウンセラー等       | 7         | 7     |
| その他           | 8         | 8     |
| 相談できる人はいない    | 9         |       |
| 相談しなかった       |           | 9     |

16

17

あなたが現在の自分の仕事や職業生活に関する不安や悩み、ストレスについて相談したことにより、その不安、悩み、ストレスは解消されましたか。

(最も重要な相談について回答してください。)

|                    |   |
|--------------------|---|
| 解消された              | 1 |
| 解消されなかったが、気が楽になった  | 2 |
| 解消もされず、気が楽にもならなかった | 3 |

18

- (2) あなたは現在の自分の仕事や職業生活に関することで強い不安、悩み、ストレスとなっていると感じる事柄がありますか。

|     |   |
|-----|---|
| あ る | 1 |
| な い | 2 |

19

それはどんなことですか。主なもの3つ以内で該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

|                        |   |
|------------------------|---|
| 仕事の質・量                 | 1 |
| 対人関係(セクハラ・パワハラを含む。)    | 2 |
| 役割・地位の変化等(昇進、昇格、配置転換等) | 3 |
| 仕事の失敗、責任の発生等           | 4 |
| 事故や災害の体験               | 5 |
| その他                    | 6 |

20

4 一般健康診断に関する事項

あなたは、**過去1年間(平成24年11月1日～平成25年10月31日)**において会社が実施する一般健康診断を受診しましたか。また、受診した場合、どのような指摘がありましたか。  
(派遣労働者の方は、派遣元事業所での受診状況について回答してください。)

|                |             |              |   |
|----------------|-------------|--------------|---|
| 一般健康診断を受けた     | 検査結果の通知を受けた | 「所見あり」と通知された | 1 |
|                |             | 「所見なし」と通知された | 2 |
| 検査結果の通知を受けていない |             |              | 3 |
| 一般健康診断を受けていない  |             |              | 4 |

21

5 喫煙について

(1) あなたは職場でたばこを吸いますか。

|      |   |
|------|---|
| 吸う   | 1 |
| 吸わない | 2 |

22

(2) あなたは、職場で他の人のたばこの煙を吸引すること(受動喫煙)がありますか。

|          |   |
|----------|---|
| ほとんど毎日ある | 1 |
| ときどきある   | 2 |
| ない       | 3 |

23

(3) あなたは職場での喫煙に関して不快に感じるこ、体調が悪くなることがありますか。

|       |   |
|-------|---|
| よくある  | 1 |
| たまにある | 2 |
| ない    | 3 |

24

(4) あなたは、今後、職場における受動喫煙防止対策として何を望みますか。該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可。ただし、11を回答の場合は不可)

|   |    |
|---|----|
| 敷地内を含めた事業所全体を禁煙とすること                                | 01 |
| 事業所の建物内全体を禁煙(執務室、会議室、食堂、休憩室、商談室等含め)とし、屋外のみ喫煙可能とすること | 02 |
| 事業所の内部に閉鎖された喫煙場所(喫煙室)を設け、それ以外は禁煙とすること               | 03 |
| 事業所の内部に開放された喫煙場所(喫煙コーナー)を設け、それ以外は禁煙とすること            | 04 |
| 事業所では喫煙できるが、会議、研修の場所を禁煙とすること                        | 05 |
| 事業所では喫煙できるが、一定時間の制限(禁煙タイム)を実施すること                   | 06 |
| 喫煙室又は喫煙コーナーにたばこの煙を <b>排気</b> する装置(換気扇)等を設置すること      | 07 |
| 喫煙室又は喫煙コーナーにたばこの煙を <b>除去</b> する装置(空気清浄装置)等を設置すること   | 08 |
| 喫煙に対する健康指導(たばこの害に対する教育や喫煙指導)を実施すること                 | 09 |
| 上記以外の何らかの対策を実施すること                                  | 10 |
| 何も望むことはない   | 11 |

25

— 以上で質問はすべて終わりです。ご協力ありがとうございました。—  
(封筒に入れ封をして事業所の担当者にお渡しください。)