

平成23年労働安全衛生特別調査(労働災害防止対策等重点調査票)
個人票

厚生労働省

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
(プレプリント)		
1	2	3

[記入上の注意]

- この調査票は全部で **3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23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

(4) 職種(注6)

販売従事者	1
サービス職業従事者 (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)	2
輸送・機械運転従事者 (定置・建設機械運転従事者を除く)、 通信機器操作従事者、 電話応接事務員、 郵便・電報外務員	3
定置・建設機械運転従事者、 包装従事者	4
保安職業従事者、 運搬・清掃・包装等従事者 (郵便・電報外務員、包装従事者を除く)	5
管理的職業従事者	6
上記に該当しない職種	7

(2) 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
派遣労働者(注4)	4
臨時・日雇労働者(注5)	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がある方をいいます。

(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) 「派遣労働者」とは、労働者派遣法に基づく人材派遣会社から派遣された方をいいます。

(注5) 「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方をいいます。上記の「正社員」、「契約社員」、「パートタイム労働者」、「派遣労働者」に該当しない方は、こちらに○をつけてください。

(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 あなたの勤務形態はどれですか。主なものにひとつ○をつけてください。

日勤勤務 ^{注7}	1
夜勤勤務 ^{注8}	2
交代制勤務 ^{注9}	3
隔日勤務 ^{注10}	4
その他の勤務	5

8

2 あなたは、過去6か月間(平成23年5月1日から平成23年10月31日まで)を平均して1月当たり4回以上午後10時から午前5時までの時間帯に業務に従事しましたか。

☆ 勤務した時間(時間外労働を含む。)が一部でも上記の時間帯にかかったことがある場合には1回と数えてください。

従事した	1
従事しなかった	2

9

3 あなたの過去1か月間(平成23年10月1日から平成23年10月31日まで)における、時間外・休日労働^{注11}は何時間程度でしたか。

100時間超	1
80時間を超え、100時間以下	2
45時間を超え、80時間以下	3
45時間以下(0時間を除く)	4
時間外労働はなかった	5

10

4 あなたは、過去6か月間(平成23年5月1日から平成23年10月31日まで)に医師による面接指導等^{注12}(※1)を受けましたか。

面接指導等を受けた	1	
受けなかった	医師の判断で受けなかった	2
	面接指導等を受けるようにとの通知がなかった	3
	自分で判断して受けなかった	4
	面接指導等の制度がない・制度があるかわからない	5
	45時間を超える時間外労働はなかった	6

11

面接指導等の後で、何らかの改善措置がありましたか。あった場合には1~5について該当する番号すべてに○をつけてください。(複数回答可、6を回答の場合は不可)

あった	就業場所の変更	1
	作業の転換	2
	労働時間の短縮	3
	深夜業の回数の減少	4
	その他	5
なかった		6

12

(※1)

面接指導のほか、保健師による保健指導、チェックリストにより疲労蓄積度を確認すること、産業医による事業場に対する助言指導などを含みます。

5 現在の自分の仕事や職業生活に関する事で、過去1年間(平成22年11月1日~平成23年10月31日)に強い不安、悩み、ストレスに感じている事柄がありますか。

ある	1
ない	2

13

(1) 相談するとしたら、どこに相談したいですか。主なものひとつに○をつけてください。

相談したい	事業所内の相談窓口	1
	事業所内の産業医	2
	外部の医療機関	3
	外部の相談機関	4
	その他(家族・同僚など)	5
相談したくない		6

14

(2) 相談内容を事業所に通知されてもよいと考えますか。

本人の同意の有無にかかわらず、通知してよい	1
本人が同意すれば、通知してよい	2
通知されたくない	3
わからない	4

15

Ⅲ 定期健康診断に関する事項

1 あなたは、過去1年間(平成22年11月1日～平成23年10月31日)において会社が実施する定期健康診断^{注13}を受診しましたか。

受診した	2回受診した	1
	1回受診した	2
受診しなかった		3
定期健康診断がなかった		4

16

☆ 左記で選択肢1又は2を回答した方のみ、ご回答ください。

(1) あなたは定期健康診断の結果、異常の所見(有所見)がありましたか。

検査結果の通知を受けた	異常の所見があった	1
	異常の所見がなかった	2
検査結果の通知を受けていない		3

17

(※2)
ここでいう保健指導とは、日常生活面での指導、健康管理に関する情報提供、健康診断に基づく再検査又は精密検査、治療のための受診の勧奨などをいいます。

(2) あなたは医師又は保健師による保健指導(※2)を受けましたか。

受けた	1
受けなかった	2

18

☆ 喫煙の有無にかかわらず、以下のすべての設問にご回答ください。

Ⅳ 喫煙に関する事項

1 あなたは職場でたばこを吸いますか。

はい	毎日吸う	1
	ときどき吸う	2
いいえ	職場では吸わない	3
	たばこは吸わない	4

19

☆ 左記で選択肢3又は4を回答した方のみ、ご回答ください。

あなたは、過去6か月間(平成23年5月1日から平成23年10月31日まで)において、職場で他の人のたばこの煙を吸引すること(受動喫煙)で、不快に感じる事又は体調が悪くなったことがありますか。

はい	1
いいえ	2

20

2 あなたの職場では、職場で他の人のたばこの煙を吸引すること(受動喫煙)への防止対策が講じられていますか。

講じられている	1
講じられているが、不十分である	2
講じられていない	3

21

3 あなたは職場における全面禁煙について、どのように思いますか。

全面禁煙 ^{注14} を積極的に行うべきである	1
空間分煙 ^{注15} を行えば十分である	2
時間分煙 ^{注16} を行えば十分である	3
全面禁煙・空間分煙・時間分煙のいずれも行う必要はない	4
わからない	5

22

4 あなたは、職場における喫煙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)

事業所全体を禁煙とすること	0 1	喫煙室と非喫煙場所との境界等の気流を測定する ^{注21} こと	0 8
喫煙室 ^{注17} を設け、それ以外は禁煙とすること	0 2	浮遊粉じん、一酸化炭素濃度等の濃度を測定 ^{注22} し、空気環境の状態を把握すること・周知すること	0 9
喫煙コーナー ^{注18} を設け、それ以外は禁煙とすること	0 3	喫煙者に対する禁煙指導を実施すること	1 0
会議、研修の場所を禁煙とすること	0 4	喫煙対策の担当者、担当部署を決めること	1 1
禁煙タイムを実施すること	0 5	喫煙対策のための委員会等を設置すること・開催すること	1 2
喫煙室又は喫煙コーナーにたばこの煙を排気する装置(換気扇)等 ^{注19} を設置すること	0 6	その他	1 3
喫煙室又は喫煙コーナーにたばこの煙を除去する装置(空気清浄装置)等 ^{注20} を設置すること	0 7		

23

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。)