

# 腰痛チェックリスト

項目	チェックポイント	判定	項目	チェックポイント	判定
作業環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>作業台(面・位置)は適切か。</li> <li>座席、イスは適切か。</li> <li>照明は適切か。</li> <li>作業衣、保護具、靴は適切か。</li> <li>作業場が暑いか(日射、高熱、高温)。</li> <li>作業場が寒いか(屋外、早朝、夜間、冷凍、冷蔵、冷房)。</li> <li>作業場の湿度は適切か。</li> <li>身体に冷たい、寒い風(気流)が当たるか。</li> <li>そのときに受ける部位は?( )</li> <li>そのときの強さは?( )</li> <li>振動、衝撃、動揺を受けるか。</li> <li>そのとき受ける部位は?( )</li> <li>そのときの振動・衝撃・動揺の性質は?(粗細)</li> <li>作業空間が狭く、作業動作が妨げられるか。</li> <li>足場は安定しているか。</li> <li>体を支えたり、もたれかかったりできるか。</li> <li>墜落、転倒、落下物などの危険に気を配る必要があるか。</li> <li>ディスプレイ、表示盤などを注視する必要があるか。</li> </ul>		重量物の取り扱い方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>重量物を上げたり、降ろしたりすることがあるか。</li> <li>重量物を押すことがあるか。</li> <li>重量物を引くことがあるか。</li> <li>重量物を保持することがあるか。</li> <li>重量物を抱えることがあるか。</li> <li>同一動作を繰り返すことがあるか。</li> <li>重量物を持ち上げることがあるか。 そのときの高さの範囲は?( ~ )</li> <li>重量物を持ち運ぶことがあるか。 そのときの距離の範囲は?( ~ )</li> <li>複数の人間で重量物を取り扱うことがあるか。 そのときの人数は?( ~ )</li> <li>補助機器を使って重量物を取り扱うことがあるか。 そのときの補助機器の名称は?( )</li> </ul>	
			時間	<ul style="list-style-type: none"> <li>重量物取り扱いの時間が毎日あるか。</li> <li>重量物取り扱いの時間が毎日ではないがしばしばあるか。</li> <li>重量物取り扱いの時間がときにはあるか。</li> </ul>	
作業時間・作業密度・休息条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>作業手順に過度の慎重さが求められるか。</li> <li>作業手順が多く、複雑か。</li> <li>職場の人間関係はどうか。</li> <li>拘束時間は?( 時間/日)</li> <li>実働時間は?( 時間/日)</li> <li>休憩時間は?( 回/日で、合計 分/日)</li> <li>一連続作業時間は?( ~ )</li> <li>残業時間があるか( ~ 時間/月)</li> <li>交代制勤務があるか。</li> <li>そのときの勤務の種類は?( )</li> <li>深夜勤務があるか( 回/月)</li> <li>作業速度は適切か。</li> <li>作業速度にムラがあるか。</li> <li>作業量にムラがあるか。</li> <li>作業内容における拘束性が強いのか。</li> <li>手休めや小休止ができるか。</li> <li>休憩時間に休憩が十分に取れるか。</li> <li>代替要員がいるか。</li> <li>年休、有休、生理休暇、産休が取りにくいのか。</li> </ul>		作業時間・作業密度・休息条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>中腰になることがあるか。</li> <li>前かがみになることがあるか。</li> <li>しゃがむことがあるか。</li> <li>ひざをつくことがあるか。</li> <li>立てひざをすることがあるか。</li> <li>体をねじることがあるか。</li> <li>立っていることがあるか。</li> <li>イスに座ることがあるか。</li> <li>床に座ることがあるか。</li> <li>つま先で立つことがあるか。</li> <li>立位で膝を曲げることがあるか。</li> <li>重心を移動することがあるか。</li> <li>一定の時間、同じ姿勢・体位を保つことがあるか。</li> <li>姿勢や体位の変換を自由にできないことがあるか。</li> <li>下肢を使って操作することがあるか。</li> <li>両足に均等に力を入れないで片足に力が掛かることがあるか。</li> <li>乗物に乗務することがあるか。</li> <li>特異な姿勢(腹ばい、仰臥位、かがみこみ)をすることがあるか。</li> </ul>	