**※本票による点検結果について、同封の返信用封筒にて00月00日までに**

**送付いただきますようお願い致します。（添書等は不要です）**

**メンタルヘルス自主点検票**

本自主点検の結果について、同封の返信用封筒にて宮城労働局健康安全課あてご提出いただきますようお願いいたします。

なお、本票の電子データは、宮城労働局ホームページ内に掲載しています。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業場名 |  | 記入者職氏名 |  |
| 所在地 | 〒 | 連絡先 | TEL FAX  |
| 事業内容 |  | 労働者数 | 　 名（　　年　　月時点） |
| 派遣労働者の有無 | [ ] 無　[ ] 有（派遣会社数　　　社（労働者数　　　名） |

**【以下の各設問について、該当する□にチェックしてください。】**

**Aメンタルヘルスに係る組織体制について**

|  |
| --- |
| 1. (安全)衛生委員会を設置し、毎月１回以上開催していますか

[ ] はい　　[ ] いいえ（毎月実施していない）　　　[ ] いいえ（委員会設置なし）　 |
| 1. メンタルヘルス対策の担当者を選任していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ
 |
| 　「はい」の場合　⇒　それはどのような方ですか。該当する項目に☑をしてください。（複数選択可）[ ] 衛生管理者　[ ] メンタルヘルス推進担当者　[ ] 保健師等　[ ] 総務、人事等労務管理部署のメンタルヘルス担当者　　[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. メンタルヘルス対策に関する専門スタッフはいますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ
 |
| 1. 事業場外資源（外部の専門相談機関、支援機関等）を活用していますか。　　　　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ

　 「はい」の場合（任意記入）→活用している機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） |

**B メンタルヘルス対策について**

|  |
| --- |
| 1. (安全)衛生委員会等において、メンタルヘルス対策の樹立に関する調査審議を行っていますか。

　　　　　　　　 [ ] はい　[ ] いいえ |
| 1. 心の健康問題に係る事業場の実態（休業者の有無、人数、休業日数等）を把握していますか。

[ ] はい（衛生委員会等で定期的に報告されている）　　[ ] はい（担当部署、担当者等が把握している）　　　 [ ] 把握していない |
| 1. メンタルヘルス計画（心の健康づくり計画）を策定していますか。　　　　　　　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ
 |
| 1. メンタルヘルスに関する教育について
 |
| * 1. 労働者に対する教育研修、情報提供を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい [ ] いいえ
	2. 管理監督者に対する教育研修を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　 [ ] はい [ ] いいえ
	3. 事業場内の産業保健スタッフ等（衛生管理者、メンタルヘルス推進担当者等）

に対する教育研修を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい [ ] いいえ |
| 1. 労働者の相談窓口の設置→（[ ] 社内窓口 [ ] 社外窓口（電話相談含））　　　　　　　　　　　　　　　　　 [ ] はい [ ] いいえ
 |

**C ストレスチェックについて**

|  |
| --- |
| 1. ストレスチェックを1年以内ごとに1回定期に実施していますか。

[ ] はい（実施時期：　　　月頃）　　　[ ] 今年から実施予定(実施時期：　　月頃)　　　[ ] いいえ  |
| 1. ストレスチェックの実施体制は整備されていますか（制度担当者、実施者、実施事務従事者、面接指導医等）

[ ] はい　[ ] いいえ　　　[ ] 一部未整備　（未整備：[ ] 制度担当者、[ ] 実施者、[ ] 実施事務従事者、[ ] 面接指導医） |
| 1. ストレスチェック実施規程を作成していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　[ ] はい　[ ] いいえ
 |
| 1. 集団分析は実施していますか。　　　　　　 　　 　[ ] はい　[ ] いいえ
 |
| 「はい」の場合　⇒　集団分析結果を活用した職場環境の改善を図っていますか。 [ ] はい　[ ] いいえ |
| 1. ストレスチェック実施にあたって問題等はありますか。（ありましたか）　　　　　　　　　　[ ] はい [ ] いいえ
 |
| 「はい」の場合　⇒　該当する項目に[x] をしてください。（複数選択可）[ ] 実施者が見つからない（産業医に断られた等）　　　[ ] 実施体制が組めない　　[ ] 調査票の集計に時間を要する[ ] 面接指導医がいない（産業医に断られた等）　　[ ] プライバシー保護が困難　　[ ] 実施費用の問題[ ] その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. 職場におけるメンタルヘルス対策支援事業 （宮城産業保健総合支援センター）をご存知ですか。

　　　　[ ] はい　[ ] いいえ　[ ] 活用中又は活用したことがある |
| 宮城産業保健総合支援センターでは、メンタルヘルス対策促進員が職場を訪問し、相談機関等についての情報提供やメンタルヘルス対策に係る体制づくりなどを無料でアドバイスする支援事業を実施しています。 |

**D その他**

|  |
| --- |
| 1. これまでの点検項目以外で、メンタルヘルス等に関して実施していることはありますか。　　　[ ] 有　　[ ] 無
 |
| 「有」の場合　⇒　実施している項目に[x] をしてください。（複数選択可）[ ] 労働者のヒアリング（健康状態、メンタルヘルス等）　　　　[ ] 長時間労働者に対するセルフチェック　[ ] 長時間労働者の面接指導 　　　[ ] 職場復帰支援体制の整備　　　　[ ] 職場復帰プログラムの策定[ ] その他（ストレス緩和に関する取組を実施している場合にはご記入下さい。　　　 |
| 1. 治療と仕事の両立支援について
 |
| * 1. 治療と仕事の両立支援ガイドラインを知っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] はい[ ] いいえ
	2. 治療と仕事の両立支援のために環境整備（休暇制度、勤務制度等）に取り組んでいますか。　　[ ] はい[ ] いいえ
	3. 治療と仕事の両立支援についてご意見等があればご記入ください。
	4. 職場におけるメンタルヘルス対策支援事業 （宮城産業保健総合支援センター）をご存知ですか。

[ ] はい　[ ] いいえ　[ ] 活用中又は活用したことがある　 |
| 宮城産業保健総合支援センターでは、治療と仕事の両立支援に関する電話、面談等による相談や、スタッフによる個別訪問による支援などを無料で実施しています。 |

お忙しいところありがとうございました、以上で終了となります。

【問い合わせ・書面等提出先】

〒983-8507　仙台市宮城野区鉄砲町１　仙台第4合同庁舎1階

仙台労働基準監督署　安全衛生課

℡ 022－299－9073　　fax　022－299－9078

記入漏れがないかご確認の上、同封の返信用封筒にてご提出ください。（添書等は不要です。）

【問い合わせ・書面等提出先】

〒983-8585　仙台市宮城野区鉄砲町１　仙台第4合同庁舎8階

宮城労働局労働基準部　健康安全課　　担当　武田、早川

℡ 022－299－8839　　fax　022－295－3668