アンケート

**※項目を変更していますので記入にあたり御注意ください。**　　　（『安全衛生管理活動計画書』と併せて提出をお願いします。）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業場名 |  |
| 所在地 | 連絡先Tel　　　　（　　　　） |
| 事業の種類 |  | 在籍労働者数 | 人 |

**メンタルヘルス対策・リスクアセスメント等の実施に関する取組状況**※該当箇所の記号に○印を付してください。

|  |
| --- |
| **Ⅰ メンタルヘルス対策の実施状況について****１　事業場におけるメンタルヘルス対策について次のいずれかを実施していますか。**（複数選択可）　　　ａ：労働者のストレスチェックの実施　　　　　　　ｂ：衛生委員会等での調査審議　　　ｃ：｢こころの健康づくり計画｣を策定　　　　　　　ｄ：｢事業場内メンタルヘルス推進担当者｣を選任　　　ｅ：労働者へのメンタルヘルス教育研修を実施　　　ｆ：管理監督者へのメンタルヘルス教育研修を実施　　　ｇ：事業場内産業保健スタッフへの教育・情報提供　ｈ：職場環境の評価及び改善の実施　　　ｉ：健康診断後の保健指導時にメンタルヘルスケアを実施 ｊ：職場復帰支援プログラムを策定　　　ｋ：社内のメンタルヘルスケア窓口の設置　　　　　ｌ：社外のメンタルヘルスケア窓口の設置ｍ：地域産業保健センターを活用したメンタルヘルスケアの実施ｎ：産業保健総合支援センターを活用したメンタルヘルスケアの実施ｏ：医療機関を活用したメンタルヘルスケアの実施ｐ：他の外部機関を活用したメンタルヘルスケアの実施ｑ：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**２　１の内容で「準備中」の項目があれば、その記号を記載してください。**記号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　メンタルヘルス対策を実施するために困難な要因があれば具体的に記載してください。　　　（困難要因等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　**３　産業医等の助言を得ながら事業場のメンタルヘルスケアの推進の実施を担当する「事業場内メンタルヘルス推進担当者」を選任していますか。**　　　ａ：はい（職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　ｂ：いいえ**４　上記１及び２のいずれにも記入がない事業場が回答ください。**（複数選択可）　　　貴事業場において、メンタルヘルス対策を実施していない理由、又は障害となっている要因は何ですか。　　　ａ：取組み方がわからない　　　ｂ：専門スタッフがいない　　　ｃ：必要性を感じない　　　　　　　ｄ：経費がない　　　　　　　　ｅ：労働者の関心がない　　　　ｆ：その他（　　　　　　　　　　　）　**５　事業場のメンタルヘルス対策を推進する担当者のための**ストレスチェック等の職場におけるメンタルヘルス対策・過重労働対策等（厚生労働省ＨＰ）　　　**養成講習の受講を希望しますか。**　　　ａ：希望する（担当者職氏名　　　　　　　　　　　　）検索職場におけるメンタルヘルス対策　　　ｂ：希望しない |
| **Ⅱ 鳥取産業保健総合支援センター（以下「ｾﾝﾀｰ」という。）におけるメンタルヘルス対策に係るアンケート**１　センターのメンタルヘルス対策支援について　　ａ：利用してみたい　　ｂ：内容だけ知りたい　　ｃ：興味がない　　　　ｄ：既に利用している２　「ａ」又は「ｂ」を選択された事業場の情報はセンターへ情報提供いたしますのであらかじめ御了承ください。後日、センターから御案内いたしますので、その際の事業場担当者の所属、氏名を御記入ください。（左記Ⅲについても同様とさせていただきます。）　所属・氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）鳥取産業保健総合支援センターＨＰセンターでは国の委託により、無料でメンタルヘルス対策に係る研修や相談、個別訪問支援を行っています。検索鳥取産保 | **Ⅲ 両立支援に関するアンケート**１ 治療と職業生活の両立支援に取り組んでいますか　ａ：取り組んでいる　ｂ：内容は理解しているが取り組んでいない　ｃ：内容が分からない２ 左記の**鳥取産業保健総合支援センター**において、事業場内体制の整備、両立支援プランの作成、関係者からの相談対応など、無料で支援を行っています。**鳥取産業保健総合支援センター**の利用を希望しますか。　ａ：希望しない　　ｂ：希望する（下記へ記載下さい）所属・氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）鳥取労働局両立支援サイト両立支援に係るリーフレット（企業や治療中の患者への相談窓口を記載しています）などを紹介しています。検索鳥取労働局　両立支援 |
| **Ⅳ リスクアセスメント等の実施状況について****「リスクアセスメント等」（ＲＡ）とは**職場に潜在している**危険性や有害性（ハザード）**を特定し、**労働災害の「発生可能性」**と**災害の「重篤度」**から**危険又は有害の度合い（リスク）**を見積もって、優先度を決定し、優先順にリスク低減措置を行う安全対策です。（リスクアセスメント等は「ＲＡ」とも表現します。）**１　リスクアセスメント等を実施していますか。**　　　ａ：実施している⇒質問２へ　　　ｂ：実施準備中　　　ｃ：検討中⇒質問３へ　　　ｄ：実施予定なし**２　１で「実施している」、「実施準備中」とされた事業場が回答ください。**　　**①**　リスクアセスメント等の実施体制等の整備について　　　⑴　総括安全衛生管理者等、事業の実施を統括管理する者（責任者）がリスクアセスメント等の実施を統括管理していますか。　　　　　ａ：はい（ＲＡ統括管理者職名　　　　　　　　　　）　ｂ：いいえ　　　　＊「危険性又は有害性等の調査等の実施に関する指針（以下、ＲＡ指針）」においては、リスクアセスメント等統括管理を行うのは、事業の実施を管理する者にすべきとされています。　　　　⑵　リスクアセスメント等の実施管理者を選任していますか。　　　　　ａ：はい（ＲＡ実施管理者職名　　　　　　　　　　）　ｂ：いいえ　　　　＊ＲＡ指針においては、リスクアセスメント等の実施管理者は、安全・衛生管理者、安全衛生推進者等から選任すべきとされています。　　**②**　安全衛生委員会等（安全衛生に関する会議等を含む）におけるリスクアセスメント等の実施等の調査審議について　　　⑴　安全衛生委員会等の調査審議事項としてリスクアセスメント等に関することを規定していますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　　＊安全衛生委員会等で調査すべきＲＡに関する事項としては、調査の実施状況、調査結果に基づく措置の実施状況、今後の予定等があります。　　　⑵　安全衛生委員会等において、①の審議事項について、審議を行っていますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　　　　　ｃ：予定している（　　　　年　　　月）　　**③**　リスクアセスメント等の実施予定について**（ＲＡ実施開始日：平成　　　年　　　月より実施）**　　　⑴　労働者への危険が予測される作業・有害物等を選定し、危険性又は有害性（ハザード）を特定していますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　　　　　ｃ：予定している（　　　　年　　　月）　　　　＊ハザードの特定にあたっては、機械設備等の仕様書、作業マニュアル、ＳＤＳ（化学物質安全性データシート）等を入手し実施することが求められています。　　　⑵　⑴で「はい」と回答された事業場に質問します。特定されたハザードについて、リスクの見積りを行っていますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　⑶　⑵で「はい」と回答された事業場に質問します。見積もられたリスクについて、低減措置を検討していますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　⑷　⑶で「はい」と回答された事業場に質問します。優先度の高い（リスクが高い）ハザードについて、設備改善など⑶による低減措置を講じていますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　⑸　リスクアセスメント等を実施した結果について記録を残していますか。　　　　　ａ：はい　　　　　　　　ｂ：いいえ　　　　＊リスクアセスメント等を実施しても残るリスクを残存リスクと言います。これら残存リスク等に対する継続かつ適切な対応を行うために、実施結果については記録を残す必要があります。**３　１で「ｃ：検討中」、「ｄ：実施予定なし」とされた事業場が回答してください。（複数回答可）**　　　リスクアセスメント等を実施していない理由は何ですか。　　　　　ａ：取組み方がわからない　　　　ｂ：専門スタッフがいない　　　　ｃ：必要性を感じない　　　　　ｄ：経費がない　　　　　　　　　ｅ：労働者の理解がない　　　　　ｆ：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　**４　全ての事業場に質問します。リスクアセスメント担当者**検索リスクアセスメント教材リスクアセスメント等関連資料・教材一覧（厚生労働省ＨＰ）　　　**養成講習の受講を希望しますか。**　　　　　ａ：希望する　　　　　　　　　　ｂ：希望しない |

〔平成30年度版〕