別記様式１

面　接　指　導　申　出　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　安全衛生責任者

（所　属　長）　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　印

　群馬県教育委員会事務局等職員ストレスチェック実施要領に基づき実施された、ストレスチェックの結果において、高ストレス者と判定されましたので、医師による面接指導の申し出を行います。

　申し出にあたり、以下について同意します。

　１　ストレスチェック結果について事業者（群馬県教育委員会教育長）へ提供すること

　２　医師による面接指導の結果、必要に応じ就業上の措置を講ずることがあるということ

　３　就業上の措置の有無及び講じた内容について、所属の産業医に情報提供すること

添付書類　・ストレスチェック結果通知の写し

別記様式２　**面接用チェックシート**　　　　　　　　　　この用紙に記入し面接当日に持参してください。

所属　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　歳　　　男・女

＜勤務の状況＞　わかる範囲で記入してください。

面接指導前1週間　　　　（期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日）

時間外勤務　　　　　時間／週　　（週38時間45分を超える時間外勤務時間）

　　　　　　　　　　　　労働日数　　　日・休日数　　　日・有給休暇　　　日・病休　　　日

通勤時間　　　　時間　　分（通勤方法　　　　　　　　　　　）

＜勤務状況・特記事項＞

＜主たる業務の内容＞

＜既往歴＞

＜現在治療中の疾病＞

＜以下についてあてはまるものにチェックをしてください＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | そうだ | まあ  そうだ | やや違う | 違う |
| 1）労働時間（残業時間）が長い | □ | □ | □ | □ |
| 2）不規則勤務である | □ | □ | □ | □ |
| 3）拘束時間の長い勤務である | □ | □ | □ | □ |
| 4）出張が多い業務である | □ | □ | □ | □ |
| 5）交替制勤務が多い | □ | □ | □ | □ |
| 6）深夜勤務が多い | □ | □ | □ | □ |
| 7）人間関係のストレスが多い業務である | □ | □ | □ | □ |
| 8）作業環境について |  |  |  |  |
| 温度環境が良くない | □ | □ | □ | □ |
| 騒音が大きい | □ | □ | □ | □ |
| 9）精神的緊張性の高さについて |  |  |  |  |
| 自分または他人に対し危険度の高い業務 | □ | □ | □ | □ |
| 過大なノルマのある業務 | □ | □ | □ | □ |
| 達成期限が短く限られている業務 | □ | □ | □ | □ |
| トラブル・紛争処理業務 | □ | □ | □ | □ |
| 周囲の支援のない業務 | □ | □ | □ | □ |
| 困難な新規・立て直し業務 | □ | □ | □ | □ |
| 10）業務に関連しないストレスについて  （家庭の問題等） | 高い□ | | 低い□ | |

別記様式３　　**勤務状況報告書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載日：　　　　年　　月　　日

医師による面接指導の実施にあたり、該当職員の労働時間及び業務の内容等について報告します。

|  |
| --- |
| **＜該当職員＞**  職名　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　歳　　　男・女 |
| **＜勤務の状況＞**  ●期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　日）1ヶ月間とする  時間外勤務　　　　　時間／月　　（週38時間45分を超える労働時間）  　　労働状況　　　労働日数　　　日　　休日数　　　日  有給休暇取得　　　日　　時間　　病気休暇取得　　　日　　時間  その他職免・欠勤等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）    **●**過去半年間の月80時間を超える時間外勤務  　　　　　　　　　□なし・□あり（長時間労働に係る医師面接□なし・□あり）    **●**現所属勤務年数　　　　　　年　　　月 |
| **＜業務内容＞**事務分掌・校務分掌・役職・担当教科等 |
| **＜特記事項＞** |

　所属名

安全衛生責任者

（所属長）　　　　　　　　　　印

**＊ストレスチェックの結果通知の写しを添付**

別記様式４　　**面接指導結果報告書**

所属　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　歳　　　男・女

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **面　接　指　導　結　果** | | | | | | | | |
| ストレス  チェック  の結果 | 心身のストレス反応 | | | 点 | | | | 時間外勤務の状況  　　　時間／月  過去半年間の月80時間を超える時間外勤務  　□なし・□あり（医師面接　□なし□あり） |
| 仕事のストレス要因 | | | 点 | | 点 | |
| 周囲のサポート | | | 点 | |
| 勤務の状況（労働時間、労働時間以外の要因） | | | | | | | | |
| 心理的な負担の状況 | | | | | | | | |
| その他の心身の状況・治療中の疾病□なし□あり（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 判定  本人への  指導区分 | | □措置不要　　　　□要経過観察  □要再面接（時期：　　　　　　）  □現病治療継続または医療機関紹介 | | | | | 特記事項 | |
| **就業上の措置に係る意見書** | | | | | | | | |
| 就業上の措置 | | | □措置不要  □就業制限・配慮  □要休業  □その他（　　　　　　　　） | | 内容  □業務負担の軽減  □時間外勤務の制限　　　時間／月まで　□時間外勤務の禁止  □深夜業の回数の制限　　　　　□その他 | | | |
| 措置期間　　　　日・週・月　　または　　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | |
| 職場環境の改善に関する意見 | | | | | | | | |
| 上司からのサポートに関する意見 | | | | | | | | |
| 医療機関への受診配慮等 | | | | | | | | |
| その他（連絡事項等） | | | | | | | | |

**実施年月日　　　　　　　　　　医師の所属先　　　　　　　　　　　　　　医師名**

**年　　　月　　　日**　　　　　　　　　　**印**

別記様式５

事　後　措　置　状　況　報　告　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

実施責任者（教育次長）　様

（福利課衛生管理者扱い）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名

安全衛生責任者

（所属長）　　　　　　　　　　印

　　　　ストレスチェック制度における、医師による面接指導該当職員への就業上の措置等について、

下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当  職員 | 氏　名 |  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 就業上の措置の  有無 | □ なし（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ あり | | | | | |
| 措置期間 |  | | | | | |
| 就業上の措置の  具体的な内容 | 時間外勤務の制限や業務負担軽減などの具体的な内容について記載する | | | | | |
|  | | | | | |
| その他  対応等 | 就業上の措置の他、該当職員への助言等を記載する | | | | | |
|  | | | | | |