

各 所 属 長 殿

健康管理センター長
〔産 業 医〕
〔ストレスチェックの実施者〕

平成29年度ストレスチェックの結果等について（通知）

このことについて、別添のとおりさきに実施したストレスチェックの結果（個人あて封書）を配布しますので、貴所属職員に配付くださるようよろしくお願いいたします。

ついては、下記のとおりストレスチェックの結果に応じて、希望により面接指導又は健康相談を受けることができますので、周知をよろしくお願いいたします。面接指導又は健康相談の対象者であるか否かは、ストレスチェックの結果に記載されています。

なお、面接指導及び健康相談に関するサービスは、職務専念義務免除となりますので、希望する職員へのご配慮をよろしくお願いいたします。

また、ストレスチェックを受検した全ての職員は、下記のとおり各自、個人あて封書に同封の「結果提供同意書（様式3）」を提出するよう併せて周知してください。

記

1 産業医による面接指導

(1) 対象者	ストレスチェックの結果「高ストレス者」に該当した者のうち、 <u>産業医が面接指導を受ける必要があると認めた者</u>
(2) 申出方法	別紙「面接指導申出書（様式1）」に必要事項を記入し、押印の上、「4 書類の提出」のとおり提出してください。
(3) 注意事項	① 法人にストレスチェックの結果を提供することに同意しない場合であっても、面接指導を申し出た場合は、同意したものとして取り扱います。 ② 法人にストレスチェックの結果を提供することに同意しないが、ストレスチェックの結果について相談したい場合は、「2 保健師による健康相談」のとおり健康相談を申し込んでください。 ③ 産業医は、法人に面接指導結果を報告します。その結果、法人が必要であると認めたときは、就業上の措置が講じられる場合があります。 ④ 面接指導を申し出た職員に対して、法人が不利益な取扱いをすることは、関係法令により固く禁止されています。

2 保健師による健康相談

(1) 対象者	① <u>ストレスチェックの結果、「高ストレス者」に該当した者</u> ② ストレスチェックの結果について健康相談を希望する職員
(2) 申込方法	別紙「健康相談申込書（様式2）」に必要事項を記入し、押印の上、「4 書類の提出」のとおり提出してください。
(3) その他	健康相談の内容については、秘密が守られ、保健師及び産業医が共有し、職員の健康の確保に必要な範囲を超えて、法人に提供されません。

3 結果提供同意書の提出

(1) 対象者	<u>ストレスチェックを受検した全ての職員</u>
(2) 提出方法	個人あて封書に同封の「結果提供同意書（様式3）」に必要事項を記入し、押印の上、「4 書類の提出」のとおり提出してください。

4 書類の提出

(1) 提出期限	平成29年10月6日（金）
(2) 提出先	① 健康管理センターのボックス（病院管理課内又は大学本部棟2階学長室横） ② 健康管理センター事務室（教育研修棟1階）

[担当]
健康管理センター
西岡（内線2198）
（ストレスチェックの実施事務従事者）

面接指導申出書

平成 年 月 日

健康管理センター長 殿

所 属 名 _____

職 員 番 号 _____

職名及び氏名 _____ 印

(自 署 押 印)

私は、下記のとおり労働安全衛生法（昭和47年6月8日法律第57号）第66条の10第3項の規定による面接指導を受けることを申し出ます。

記

面接指導を希望する日時、曜日等	第1希望： 年 月 日 () : ~ 第2希望： 年 月 日 () : ~ 第3希望： 年 月 日 () : ~
面接指導に係る日程調整、実施日時及び実施場所の連絡先	電子メールアドレス (ハイフン、アンダーバー等を明記)
	電話番号 (携帯電話等) — —
	その他連絡事項
面接指導を受けるに当たり配慮を求める事項	

※事務処理欄 (以下は何も記入しないでください。)

受付年月日	受付番号	受付担当者氏名
年 月 日		

健康相談申込書

平成 年 月 日

健康管理センター長 殿

所 属 名 _____

職 員 番 号 _____

職名及び氏名 _____ 印

(自 署 押 印)

私は、下記のとおり健康相談を申し込みます。

記

健康相談を希望する日時、曜日等	第1希望： 年 月 日 () : ~
	第2希望： 年 月 日 () : ~
	第3希望： 年 月 日 () : ~
健康相談に係る日程調整、実施日時及び実施場所の連絡先	電子メールアドレス (ハイフン、アンダーバー等を明記してください。)
	電話番号 (携帯電話等) — —
	その他連絡事項
相談内容	(差支えなければ、簡単に記入してください。)

※事務処理欄 (以下は何も記入しないでください。)

受付年月日	受付番号	受付担当者氏名
年 月 日		