

## メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣事業実施要領

### （目的）

**第1** この事業は、公立学校共済組合山形支部（以下「支部」という。）組合員のメンタル不調の予防及び早期発見・早期対応を図るため、支部長が所属所等へ「メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー（以下「アドバイザー」という。）」を派遣し、組合員本人や管理職等の相談に応じることにより、組合員の心の健康づくり及び所属所のメンタルヘルス対策を支援することを目的とする。

### （派遣対象）

**第2** 派遣対象は支部組合員（以下「組合員」という。）とする。

### （派遣場所）

**第3** 派遣場所は原則として組合員の所属所とする。ただし、組合員がアドバイザーの勤務地へ出向いて相談を受けることもできるものとする。

### （アドバイザーの支援内容）

**第4** アドバイザーの支援内容は次のとおりとする。

- （1）組合員本人の心の健康づくりの支援及び心の悩みに関する相談・助言
- （2）管理職等に対する組合員への相談対応等に関する相談・助言
- （3）管理職等に対する所属所のメンタルヘルス対策に関する相談・助言

### （派遣アドバイザー）

**第5** アドバイザーはスクールカウンセラーの業務経験を有する臨床心理士又はそれに準ずる者とする。

### （実施方法）

**第6** 実施方法は、次のとおりとする。

#### （1）派遣申込

アドバイザーの派遣を希望する所属所長は、原則として派遣希望日の2週間前までに、「メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣申込書（様式1）」を支部長に提出する。

#### （2）派遣決定

支部長は、アドバイザーと日程等を調整の上、派遣を決定し、「メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣決定通知書（様式2）」により所属所長に通知する。

### (3) 実施報告

所属所長は、アドバイザーによる支援業務終了後、速やかに「メンタルヘルス(心の健康づくり)アドバイザー派遣事業実施報告書(様式3)」を支部長に提出するものとする。

- 2 組合員がアドバイザーの勤務地へ出向いて相談を行う場合も、派遣と同様に取り扱うものとする。

### (経費)

**第7** アドバイザーへの謝金は1時間あたり6,000円とし、交通費は別途規定する額を支給するものとする。ただし、謝金と交通費を合わせた額は、1日あたり30,000円を上限とする。

### (個人情報の保護)

**第8** アドバイザーは、当該事業実施に当たって知り得た個人情報を、相談者の承諾なく第三者に知らせてはならない。

### 附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

### 附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

様式 1

第 号  
年 月 日

公立学校共済組合山形支部長 殿

所属所名 \_\_\_\_\_

所属所長名 \_\_\_\_\_

メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣申込書

下記のとおり、メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザーの派遣を希望します。

記

派遣場所			
派遣希望日時	相談予定者	主な相談内容	
年 月 日 ( ) : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他( )	
年 月 日 ( ) : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他( )	
年 月 日 ( ) : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他( )	
連絡担当者	職氏名	電話番号	

【お申込みについてのご注意】

事前にアドバイザーとの日程調整が必要ですので、正式依頼の前に公立学校共済組合山形支部（山形県教育庁福利厚生課内）健康管理担当（電話023-630-2882）あてご連絡ください。

様式2

公立山形第 号  
年 月 日

所属所長 殿

公立学校共済組合山形支部長

メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣決定通知書

年 月 日付け 第 号で申込みのあった、メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣については、次のとおり決定しました。

1 派遣日時

年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで

2 アドバイザー氏名

様式3

第 号  
年 月 日

公立学校共済組合山形支部長 殿

所属所名 \_\_\_\_\_

所属所長名 \_\_\_\_\_

メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザー派遣事業実施報告書

下記のとおり、メンタルヘルス（心の健康づくり）アドバイザーによる支援が終了したので報告します。

記

派遣場所			
派遣アドバイザー氏名			
派遣日時	相談者	主な相談内容	
年 月 日 ( ) : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他( )	
年 月 日 ( ) : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他( )	
年 月 日 ( ) : ~ :	職名・人数	1 組合員本人のメンタルヘルス 2 所属所のメンタルヘルス 3 その他( )	
連絡担当者	職氏名	電話番号	