



安全衛生通信

【令和6年4月号】

北海道労働局



化学物質に関する法令改正(抜粋)

新たな化学物質規制に関し、労働安全衛生関係政省令が本年4月1日から全面施行となりました。今回は改正項目の中から以下の2項目についてご案内します。

1 化学物質管理者の選任の義務化

(1) 選任が必要な事業場

リスクアセスメント対象物を製造、取扱い、又は譲渡提供をする事業場

- ・ 個別の作業現場毎ではなく、工場、店社等の事業場単位での選任となります。
- ・ 事業場の管理状況に応じ、複数名の選任も可能です。

(2) 選任要件

リスクアセスメント対象物を製造する事業場

→化学物質管理者講習の修了者又はこれと同等以上の能力を有する者

リスクアセスメント対象物を製造する事業場以外の事業場

→上記の者のほか、必要な能力を有する者（上記の講習に準ずる講習を受講している者から選任することが望ましいとされています。）



2 保護具着用管理責任者の選任の義務化

(1) 選任が必要な事業場

リスクアセスメント結果に基づく措置として労働者に保護具を使用させる事業場

(2) 選任要件

- ・ 保護具着用管理責任者教育を受講した者（以下の要件に該当する者でも本教育を受講することが望ましい）
- ・ 化学物質管理専門家の要件に該当する者
- ・ 作業環境管理専門家の要件に該当する者
- ・ 労働衛生コンサルタント試験に合格した者
- ・ 第一種衛生管理者免許又は衛生工学衛生管理者免許を受けた者
- ・ 特定化学物質、鉛、四アルキル鉛、有機溶剤の作業主任者技能講習修了者
- ・ 安全衛生推進者養成講習の修了者及び安全衛生推進者の選任に関する要件に該当する者

上記の詳細が記載されている厚生労働省のリーフレットは、左のQRコードからダウンロードできます。



総括安全衛生管理者・安全管理者・衛生管理者・産業医選任報告

総括安全衛生管理者・安全管理者・衛生管理者・産業医選任報告
(様式第3号)を提出する際には、次の事項に留意してください。

※ 上記の選任すべき事由が発生しましたら14日以内に選任し、遅滞なく報告が必要です。

- ① 事業場の名称
この記載欄には、法人名及び支店名(工場名)を記載してください。
正しい例 : ○○株式会社 ○○支店
不備の例 : ○○株式会社 (支店名等なし)
○○支店 (法人名なし)
- ② 総括安全管理者又は安全管理者の場合は**経歴の概要学歴、職歴、勤務年数等を記載してください。**
- ③ 専属の別
専属は事業場に所属している者です。
- ④ 専任の別
安全管理者等の選任された業務以外を行う場合は「兼職」です。
- ⑤ 安全管理者の選任報告
厚生労働大臣が定める研修の修了証など写しを添付してください。
- ⑥ 衛生管理者の選任報告
衛生管理者免許等の写しを添付してください。
- ⑦ 産業医の選任報告
医師免許(写)及び産業医になることができることを証明する書類(写)
- ⑧ 事業者職氏名
法人代表者又は事業場代表者の**記載漏れがないか確認**

様式第3号 (第2条、第4条、第7条、第13条関係)(表面)

総括安全衛生管理者・安全管理者・衛生管理者・産業医選任報告

労働保険番号	<input type="text"/>	労働者数	<input type="text"/>
事業場の名称	事業の種類	市内労働又は有業業務(労働基準法施行規則第18条各号に掲げる業務)に従事する労働者数	人
事業場の所在地	郵便番号()	市内労働又は労働基準法施行規則第18条第1号、第2号から第5号まで若しくは第9号に掲げる業務に従事する労働者数	人
電話番号	<input type="text"/>	労働者数	計 <input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>		
被選任者氏名	<input type="text"/>		
選任年月日	生年月日	選任の別	<input type="checkbox"/> 1. 専属 <input type="checkbox"/> 2. 兼職
安全管理者又は衛生管理者の場合は担当すべき職務	専属の別	<input type="checkbox"/> 1. 専属 <input type="checkbox"/> 2. 兼職	
総括安全衛生管理者又は安全管理者の場合は経歴の概要	専任の別	<input type="checkbox"/> 1. 専任 <input type="checkbox"/> 2. 兼職	
産業医の場合は医師番号等	<input type="text"/>		
フリガナ	<input type="text"/>		
前任者氏名	<input type="text"/>		
担任、前任等の年月日	参考事項	<input type="text"/>	
年 月 日	事業者職氏名		受付印
労働基準監督署長殿			



QRコードから様式をダウンロードできます

この情報の詳細については、管轄の労働基準監督署までお問い合わせください。