

中小規模事業場安全衛生サポート事業 実施事項等確認書(集団支援用)

1 実施事項

この事業では、中央労働災害防止協会(以下、「中災防」という。)が貴団体に安全衛生に関する専門職員(以下、「支援担当者」という。)を派遣するなどして、次の集団支援(研修)を無償で行います。

- ① 事前打ち合わせ:支援担当者等が貴団体事務局に訪問する等により、研修のテーマ、日時、会場、研修機材の確保等について打ち合わせるとともに、貴団体所属事業場に対し集団支援への参加募集への協力をお願いします。
- ② 参加者募集:貴団体事務局において参加者を募集してください。参加者が確定しましたら、参加者名簿をお送りください。(規模と業種が分かる会員名簿等で、当日出席確認を行う場合は参加者名簿の作成・送付は結構です。その場合、おおよその参加者数を事前にお教えてください。)
- ③ 研修準備:連絡いただいた参加者数に合わせ、研修資料を作成し事前に必要な研修機材とともに送付します。
- ④ 研修の実施:支援担当者等を研修会場に派遣し、研修を実施します。受付等の業務は貴団体事務局にご協力をお願いします。
- ⑤ 個別支援の説明・勧誘:貴団体所属事業場に対し、本事業における個別事業場への支援(個別支援)についてご説明し、個別支援への参加を勧誘します。
- ⑥ 参加者に研修アンケートを配布し、研修終了時に回収してください。
- ⑦ 研修終了後 2, 3 ヶ月後を目途に、専門職員等が貴団体事務局に対し、団体としての安全衛生の取り組み状況、新たな安全衛生の問題などをお伺いすることがあります。

2 ご確認事項

本事業は、中災防が厚生労働省の補助事業を活用して実施するもので、実施結果等を厚生労働省に報告いたします。この際には、個人名や貴団体所属事業場名が特定できないように加工し、個人のプライバシー保護および貴団体の事業運営等に支障が生じない内容で報告いたします。ただし、中災防が、法令に基づく情報の開示を求められた場合を除きます。

中小規模事業場 安全衛生サポート事業 ＜集団支援＞



事業場(店舗)の方が集まる機会はありませんか。
無料で安全衛生に関する研修会を開催できます。



「中小規模事業場安全衛生サポート事業」の集団支援の概要

企業系列協会、商工会議所、商工会、同業種協同組合、工業団地などの事業場、第三次産業では店長会議など店舗の方が集まる機会を活用し、安全衛生に関する研修会を無料で実施します(集団支援)。

また、事業場(店舗)に専門家が直接お伺いし、簡単な安全衛生のチェックとアドバイスを行う(個別支援:ホームページ参照)と組み合わせることも可能です。



事業の特徴

- (1) **費用は無料** (厚生労働省の補助事業のため)
- (2) 2時間程度の研修会の開催



対象集団

労災保険加入の製造業、第3次産業、鉱業の事業場であって、労働者数が概ね100人未満の事業場を中心とする集団、団体等が対象です。

労働者数が100人を超える事業場が集団に含まれる場合であっても、集団支援は可能です。詳しくは問い合わせ先にご確認ください。

このようなテーマの研修を実施します

1. ヒューマンエラーとその防止対策
2. 転倒災害防止対策の進め方
3. 職場巡視のチェックポイント
4. 法改正対応これから進める化学物質対策
5. 管理監督者に求められる安全配慮義務
6. 安衛法改正を踏まえた労働災害防止対策
7. スライサー等による切れ・こすれ対策
8. メンタルヘルス対策の進め方
9. はさまれ・巻き込まれ対策
10. 安全・安心のための5S活動
11. 職場の腰痛予防対策
12. 保護具の適切な使用方法 など





事業場（店舗）の方が集まる機会はありませんか。
無料で安全衛生に関する研修会を開催できます。



寄せられた感想

外部研修への参加が難しい弊社にとってありがたい制度であった。

KYT とリスクアセスメントの違いがよくわかった。

他社からの参加者との討議が参考になった。

講義があっという間に感じるほど有意義だった。

【申込等に関するお問合せ】

中央労働災害防止協会 北海道安全衛生サービスセンター（〒064-0919 札幌市中央区南19条西9丁目2-25）
TEL：011-512-2031 / FAX：011-512-9612 / E-Mail：hokkaido@jisha.or.jp

WEB：https://www.jisha.or.jp/chusho/support.html または

中災防 サポート事業

検索

様式第1号

年 月 日

中央労働災害防止協会

北海道安全衛生サービスセンター 所長 殿

事業場集団の名称

代表者役職・氏名

印

中小規模事業場安全衛生サポート事業
集団支援申込書

別紙の実施事項等確認書に同意のうえ、標記事業による安全衛生に関する集団支援を下記のとおり申し込みます。

記

集团事務局所在地	〒	所属事業場数 _____ 事業場
担当者職氏名	E-mail	
担当者の連絡先	TEL:	FAX:
支援実施希望日	年 月 (上旬・中旬・下旬) 頃 (具体的な希望日がある場合 月 日 午前・午後)	
支援実施希望会場		
集团所属事業場の概要		
希望する研修テーマ (安全衛生活動において、困っていること又は今後取り組みたい事項)		

情報セキュリティ管理について

中災防は、本事業で得られた個人情報、集团情報及び事業場情報を適切に管理し、事業の効率的な運営のためにのみ使用します。法令に基づく場合を除き、貴団体の同意を得ることなく第三者へ提供することはありません。

なお、中災防としては、本事業のご利用を契機に、安全衛生活動に役立つ情報やサービスのご案内をしたいと考えておりますが、不要の場合は右の□にレ印を入れてください。 不要