

平成31年(度)安全衛生管理計画及び実施結果報告書【一般用】

事業場所在地	〒 - -			【TEL - -】
事業場名	業種 (主要製品等)			
事業者職・氏名	担当者職・氏名			
労働者数 (内パート労働者数)	男 ()	女 ()	計 ()	人
	派遣労働者 実習生の就労状況	派遣労働者 技能実習生	社	人
構内下請事業場の有無	有・無	有の場合 社	人	協力会社等の安全衛生協議会等の有無
				有・無

* 以下、平成31年(度)の安全衛生管理計画の内容と平成30年(度)の実施結果についてご記入ください。
 なお、独自に年間安全衛生管理計画を作成している場合や記入しきれない場合は、資料を添付することにより、記載欄への記入を省略していただいても結構です。ただし、独自の様式を添付する場合であっても、下記の各項目が記載されていない部分についてはご記入願います。

【1 平成31年(度)の安全衛生方針等】

経営トップの安全衛生に関する基本方針	
年間安全衛生目標・スロガン	

重点施策	重点事項	実施責任者	実施予定月
安全衛生管理体制の確立・拡充	(法令に基づく体制整備、リスクアセスメント導入のための体制整備等、組織づくりの予定)		
自主的安全衛生活動の推進	(危険予知活動、ヒヤリハット活動等の自主的な安全衛生活動の内容)		
機械災害防止対策等機械設備の安全対策、点検・検査他	(機械によるはさまれ防止等の安全対策や設備の点検及びリスクアセスメントの実施予定)		
資格取得、教育・訓練等	(法定資格の取得計画、安全衛生教育等の実施予定)		
墜落・転落災害防止対策等	(高所作業における安全対策、安全帯(墜落制止用器具)の使用等取組の内容)		
転倒災害防止対策等	(「転倒災害防止プロジェクト」に基づく取組等転倒災害防止対策の実施予定)		
その他安全衛生に関する事項(健康保持増進を含む)	(安全大会等の開催、熱中症予防対策、腰痛予防対策等の実施予定)		

* 独自に安全衛生に関する計画を作成されている場合であって写しを添付される場合は、本欄への記載は「別添資料のとおり」としていただいで結構です。

【2 労働災害発生状況（各年1～12月）】

項目	死亡	休業4日以上	休業1～3日	合計	不休(休業0日)
平成29年	人	人	人	人	人
(内派遣労働者等)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
構内下請労働者	人	人	人	人	人
平成30年	人	人	人	人	人
(内派遣労働者等)	(人)	(人)	(人)	(人)	(人)
構内下請労働者	人	人	人	人	人

* ここでいう派遣労働者等とは、派遣労働者と技能実習生のこととします。

【3 基本的な安全衛生管理体制の確立・整備】

(1) 安全衛生管理組織の整備等

項目	有無及び計画内容等				
	安全衛生管理規程の作成	有	改訂予定	年月・予定無	無
安全衛生委員会等の設置	有	開催頻度	回/月・年	無	平成 年 月に設置予定

労働者数50人以上の事業場はご記入ください。

(2) 安全衛生スタッフの選任

項目	選任の有無	選任数	未選任の場合選任予定年月	監督署への選任報告の有無	作業場への巡視頻度
総括安全衛生管理者	有・無	人	年 月	有・無	回/週・月
安全管理者	有・無	人	年 月	有・無	回/週・月
衛生管理者	有・無	人	年 月	有・無	回/週・月
産業医	有・無	人	年 月	有・無	回/週・月

労働者数50人以上の事業場はご記入ください

(3) 安全衛生推進者(衛生推進者)の選任

選任の有無	未選任の場合、選任予定年月	関係労働者への周知の有無
有・無	年 月	有・無(無の場合は遅滞無く周知してください)

労働者数10人以上50人未満の事業場はご記入ください。

【4 労働安全衛生マネジメントシステム及びリスクアセスメントの導入状況】

(1) 導入状況

項目	実施状況	未実施の場合の計画内容
労働安全衛生マネジメントシステムの実施状況(JISQ45001, JISQ45100等)	実施・未実施	導入予定有(年 月頃導入予定)・検討中・無
リスクアセスメントの実施状況(化学物質に係るリスクアセスメントは除く)	実施・未実施	導入予定有(年 月頃導入予定)・検討中・無

(2) リスクアセスメント実施・定着状況

項目に対する取組の時期(年)に該当するに欄に 印を付けてください。(複数回答可)				
項目	~28年	29年	30年	31年予定
実施管理者を選任し、教育を実施するなど実施体制を整備している(見直しを含む)				
安全衛生委員会の調査審議事項としている(委員会規程に明記している)				
リスクの特定・見積り・低減措置検討の実施記録を作成している				
リスクの低減措置を実施している				

上欄4-(1)で「実施」を選択した事業場のみご記入ください。

* 化学物質に係るリスクアセスメントは、後記9「化学物質対策の取組状況」にご記入ください。

【5 自主的安全衛生活動(職場・現場で実施している安全衛生活動の内容について)】

4S等活動	危険予知活動(KY)	安全提案制度
ヒヤリハット活動(報告)	安全衛生パトロール	指差呼称
災害事例検討会	その他()	その他()

* 実施又は本年に計画している安全衛生活動に 印を付してください。記載以外の活動があればその他()内に記入してください。

【 6 交通労働災害防止対策の推進】

(1) 交通労働災害防止の管理者の選任状況

項 目	選任等の有無	無の場合、計画内容等
交通労働災害防止の管理者の選任	有 ・ 無	選任の予定 有 (年 月) ・ 無
交通労働災害防止教育の実施	有 ・ 無	教育実施の予定 有 (年 月) ・ 無

労働者が自動車、バイク、トラック等を運転する業務がある事業場はご記入願います。

(2) 平成 31 年 (度) 交通労働災害防止の主な取組予定

--

* 「交通労働災害防止のためのガイドライン」(平成 30 年 6 月改正)を参考にしてください。

【 7 荷役作業時の労働災害防止に係る連携等】

事業場構内において、陸運事業者等による荷の積卸など荷役作業の有無	有 ・ 無
----------------------------------	-------

上欄の荷役作業「有」の場合、下欄にご記入願います。

項 目	取組の有無	無の場合、計画内容等
荷役作業担当者の選任	有 ・ 無	選任の予定 有 (年 月) ・ 無
陸運事業者との安全衛生協議会等の設置	有 ・ 無	設置の予定 有 (年 月) ・ 無
荷役作業の有無の事前通知	有 ・ 無	今後取組の予定 有 (年 月 から) ・ 無
荷役作業時の役割分担	有 ・ 無	今後取組の予定 有 (年 月 から) ・ 無
墜落災害防止のための施設等の設置	有 ・ 無	設置の予定 有 (年 月) ・ 無

* 貴社の構内で荷役作業を行う陸運事業者の運転者等に対する労働災害防止対策を記入願います。

【 8 有害業務の管理状況】

		有 害 業 務 の 管 理 状 況					
有機溶剤	業務内容		従事者数	人	作業主任者の選任		有 ・ 無
	作業環境測定の実施	有・無	管理区分(*)	()	()	31年(度)の予定	月 月
特定化学物質	業務内容		従事者数	人	作業主任者の選任		有 ・ 無
	作業環境測定の実施	有・無	管理区分(*)	()	()	31年(度)の予定	月 月
粉じん	業務内容		従事者数	人	特別教育の実施の有無		有 ・ 無
	作業環境測定の実施	有・無	管理区分(*)	()	()	31年(度)の予定	月 月

上記の有害業務がある事業場のみ記入願います。

* 作業環境測定の管理区分の 及び のカッコ内にはそれぞれの評価作業場数をご記入ください。

【 9 化学物質対策の取組状況】

	実施の有無	導 入 予 定
化学物質に係るリスクアセスメントの実施状況	実施・未実施・該当なし	有 (年 月 頃導入予定) ・ 検討中 ・ 無
「ラベルでアクション」の取組状況	実施・未実施・知らない	有 (年 月 頃導入予定) ・ 検討中 ・ 無

【 10 受動喫煙防止対策の取組状況】

	取組の有無	方 式	取組予定
受動喫煙防止対策の取組	有 ・ 無	全面禁煙・空間分煙	有 (年 月 頃) ・ 検討中 ・ 無

【 11 健康診断結果状況】 平成 30 年(度)の健診結果と平成 31 年(度)の健診予定

		平成 30 年度の結果						31 年 (度) の 予 定
		対象者数	受診者数	有所見者数	結果報告書の提出	医師からの意見聴取	事後措置の実施状況	
一般健康診断		人	人	人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	月
特殊健診	じん肺	人	人	人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	月
		人	人	人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	月
		人	人	人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	月
		人	人	人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	月
		人	人	人	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	月
	じん肺	人	人	人	有 ・ 無			月

【12 長時間労働（過重労働）に対する健康障害予防対策の状況】

	制度の有無	申出の要件（ ）	面接指導の対象としている月の時間外・休日労働時間（ ）		
医師による面接指導の実施状況	有・無	有・無	ア 月100時間超	イ 月80時間超	ウ 月45時間超

面接指導制度を導入している事業場のみ、ご記入ください。

平成30年(度)面接指導実施状況（複数回答可）

長時間労働の把握状況	月の時間外・休日労働時数	月45時間超～80時間	月80時間超～100時間	月100時間超
		有・無	有・無	有・無
医師による面接指導に対する労働者からの申出		有・無	有・無	有・無
面接指導の実績		有・無	有・無	有・無
産業医への長時間労働者に対する情報提供		有・無	有・無	有・無
労働者への労働時間等の情報の通知		有・無	有・無	有・無
事後措置の実施状況		有・無	有・無	有・無
産業医への事後措置の実施状況の情報提供		有・無	有・無	有・無

【13 メンタルヘルス対策の取組】

（該当する選択肢に 印を付けてください。）

ア	メンタルヘルス対策の担当者を選任している
イ	衛生委員会等において調査審議を行っている
ウ	事業場に労働者からの相談窓口（事業場外窓口を含む。）を設置している
エ	「心の健康づくり計画」を策定している
オ	セルフケア、ラインケアなど4つのケアを推進している
カ	産業医との連携（地域産業保健センターの活用を含む。）を行っている
キ	労働者及びライン管理者等に対する教育（外部機関の活用を含む。）を行っている
ク	ストレスチェックを実施している 検査結果等報告書の提出（有・無） 集団ごとの分析の実施（有・無） 集団分析結果を職場環境の改善に活用している（有・無）
ケ	上記ア～クの取組なしの場合 【今後の取組予定】 有（ 年 月頃） ・ 検討中 ・ 無

*上記クのストレスチェックについては、平成27年12月1日から労働者数50人以上の事業場は義務化されております。

【14 治療と職業生活の両立支援導入状況】

（1）導入状況

	制度の有無	今後の導入予定	平成30年(度)の利用実績
両立支援制度の導入状況	有・無	無・有 年 月頃	有・無 人

両立支援制度を導入している事業場のみご記入願います。

（2）両立支援制度の内容（該当番号に 印を付けてください）

ア	就業規則などに治療と仕事の両立支援に関する規定を整備している
イ	両立支援の相談窓口を設置している
ウ	管理者、労働者、労働衛生スタッフなどに対して、両立支援に関する研修（教育）を実施している
エ	主治医に対して労働者（患者）の業務内容を提供している又は制度がある
オ	主治医から労働者（患者）の就業上の措置（留意事項）を意見として提供を受けている又は制度がある
カ	三重産業保健総合支援センターなど外部機関を活用している
キ	その他（ ）

【15 三重産業保健総合支援センターによる支援（利用は無料）】

	希望の有無
上記13のメンタルヘルス対策の取組に関して	希望する ・ 希望しない
上記14の治療と職業生活の両立支援に関して	希望する ・ 希望しない

*「希望する」を選択した事業場に対しては、同センターから、直接ご案内申し上げますのでご承知願います。