

令和 8 年 度 安 全 衛 生 管 理 計 画 書

(別添)

労働基準監督署長殿

事業場の名称	労働保険番号	都道府県	所轄	管轄	基幹番号			枝番号			被一括番号			事業の種類		労働者数				
															男	女	人	計	人	うち外国人
代表者職氏名	総括安全衛生管理者職氏名				選任報告書提出日			年	月	日	衛生管理者職氏名				選任報告書提出日			年	月	日
所在地	安全管理者職氏名				選任報告書提出日			年	月	日	産業医氏名				選任報告書提出日			年	月	日
	安全管理者、衛生管理者能力向上教育の実施年月日				安全衛生推進者職氏名			受入派遣事業場数		社	受入派遣労働者数		人		構内請負事業者数		社	請負事業者労働者数		人
TEL																				

1. 安全衛生管理に関する基本方針		3. 前年度計画の実施結果の評価			危険・有害業務に関する把握・管理状況			()内に主な有害業務名を記入してください。(例: 塗装)		
2. 安全衛生管理目標					木材加工用機械使用業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) 動力プレス機械使用業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) フォークリフト運転業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) フォークローダー運転業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) クレーン運転業務(5トン以上) (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) クレーン運転業務(5トン未満) (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) 移動式クレーン運転業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) 玉掛け業務 (<input type="checkbox"/> 有(人)・ <input type="checkbox"/> 無) アーク溶接作業(自動を含む) (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) ガス溶接作業 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 乾燥設備取扱作業 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 車両系建設機械等保有状況 掘削用機械(機体重量3トン以上) _____ 台 基礎工事用機械(機体重量3トン以上) _____ 台 締め固め用機械 _____ 台 高所作業車(高さ10メートル以上) _____ 台 不整地運搬車(積載量1トン以上) _____ 台 安全衛生教育の実施状況 雇入れ時の安全衛生教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 職長教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 熱中症予防対策に関する教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 腰痛予防対策に関する教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 健康の保持増進に関する教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 喫煙に関する教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 丸のこ等取扱い作業従事者教育 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無)			ポイラーの取扱いの業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) 小型ポイラーの取扱いの業務 (<input type="checkbox"/> 有(台)・ <input type="checkbox"/> 無) 特定化学物質取扱業務 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 有機溶剤取扱業務 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 鉛業務 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 粉じん業務 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 酸素欠乏危険場所 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 石綿取扱業務 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 騒音職場 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) 振動工具取扱作業 (<input type="checkbox"/> 有()・ <input type="checkbox"/> 無) チェーンソー _____ 台 チェーンソー以外の振動工具 _____ 台		
4. 労働災害の発生状況 (過去3年間)		年別	令和5年	令和6年	令和7年	7. 安全対策の取組状況				
区分	死亡	人	人	人	1 転倒災害防止対策の取組を実施していますか (<input type="checkbox"/> 施設等の改善・ <input type="checkbox"/> 作業前体操や教育等の実施・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
	休業4日以上	人	人	人	2 荷役作業にかかる安全ガイドラインの取組を実施していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 荷主等ではない)					
	休業4日未満	人	人	人	3 産業用機械によるはさまれ巻き込まれ対策の取組を実施していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 産業用機械は無い)					
	合計	人	人	人	4 エイジフレンドリーガイドラインに基づく対策の取組を実施していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
	休業日数合計	日	日	日	5 介護施設において腰痛予防対策を実施していますか (<input type="checkbox"/> 介護リフト等を使用している・ <input type="checkbox"/> 腰痛予防体操等実施・ <input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> 介護施設ではない)					
	労働損失日数	日	日	日	6 視聴覚教材や母国語を用いて外国人労働者への災害防止の教育、正社員以外への安全衛生教育の実施していますか (<input type="checkbox"/> 両方とも実施・ <input type="checkbox"/> 外国人労働者への災害防止の教育のみ実施・ <input type="checkbox"/> 正社員以外への安全衛生教育の実施・ <input type="checkbox"/> 両方とも実施していない)					
	延労働時間数	時間	時間	時間	8. メンタルヘルス対策の取組状況					
	度数率				1 労働者の心の健康確保について衛生委員会等で調査審議していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
	強度率				2 労働者の心の健康確保に関する実態把握を行っていますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
無災害継続状況		年 月 日 から継続中			3 メンタルヘルス推進担当者を選任していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
1. リスクアセスメントの実施状況		設備・機械 RA (建設業は墜落転落に関する事含む) <input type="checkbox"/> 全ての部門で実施している <input type="checkbox"/> 一部部門で実施している <input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 実施予定(年月頃) 作業環境管理 RA (化学物質を含む) <input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない <input type="checkbox"/> 化学物質を取り扱っていない <input type="checkbox"/> 実施結果に基づく措置を講じている <input type="checkbox"/> 一部について結果に基づく措置を講じていない <input type="checkbox"/> 措置を講じていない <input type="checkbox"/> 実施予定(年月から)			4 「心の健康づくり計画」を策定していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
2. 化学物質管理にかかわるラベル表示やSDSの交付・入手状況		<input type="checkbox"/> 義務化された化学物質以外も、表示、交付(・入手)している <input type="checkbox"/> 義務化された化学物質のみ表示、交付(・入手)している <input type="checkbox"/> 表示、交付(・入手)していない			5 労働者の心の健康確保に関する社内教育を行っていますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
3. 熱中症災害防止のために暑さ指数(WBGT)を把握していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			6 労働者の心の健康問題に関する相談窓口を設けていますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
4. 勤務間インターバル制度を導入していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			7 上記の取組に高山産業保健総合支援センターの利用を希望、同センターにその旨を連絡してよろしいですか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					
5. 過重労働による健康障害防止対策の取組状況		1 過重労働対策について衛生委員会等で調査審議していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 2 労働者が医師による面接指導を申し出しやすいよう工夫していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 3 医師による面接指導の対象とする労働者の範囲を社内で定め、周知していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)			9. ストレスチェック制度の導入・取組状況					
6. 治療と仕事の両立支援の取組状況		1 治療と仕事の両立支援について基本方針・具体的な対応方法などルールを作成していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 2 労働者・管理者に対して両立支援に関する研修を実施していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 3 相談窓口を設けていますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 4 上記の取組に高山産業保健総合支援センターの利用を希望、同センターにその旨を連絡してよろしいですか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)			1 ストレスチェックを実施していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 2 集団集計・分析を実施していますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ) 3 集団集計・分析結果の職場環境改善への活用をしていますか (<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ)					

労働災害を未然に防ぐためにリスクアセスメントを実施しましょう。

月別安全衛生管理計画表

	活 動 項 目					
	安全衛生管理体制に係る重点実施事項	設備・機械等に係る重点実施事項	安全衛生教育に係る重点実施事項	作業環境管理に係る重点実施事項	健康確保に係る重点実施事項	メンタル・過重労働対策に係る重点実施事項
	前年度計画の実施結果の評価・反省点	前年度計画の実施結果の評価・反省点	前年度計画の実施結果の評価・反省点	前年度計画の実施結果の評価・反省点	前年度計画の実施結果の評価・反省点	前年度計画の実施結果の評価・反省点
実 施 月	<ul style="list-style-type: none"> ・管理組織、作業標準は整備されているか。 ・安全衛生意識の高揚を図っているか。 ・職場の安全衛生点検は計画的に行われているか。 ・上記反省点を反映させること。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">重点実施事項</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・設備・機械等に関し、リスクアセスメントを実施しているか。 ・フォークリフトの使用に問題はないか。 ・上記反省点を反映させること。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">重点実施事項</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・雇入れ時等の安全衛生教育は充実しているか（正社員以外、外国人労働者も含む）。 ・有資格者は充足しているか。 ・上記反省点を反映させること。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">重点実施事項</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・有害業務（化学物質を含む）に関し、リスクアセスメントを実施しているか。 ・作業環境測定結果に基づく改善の必要はないか。 ・上記反省点を反映させること。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">重点実施事項</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康診断（雇入れ時、定期、特殊）の実施計画を策定しているか。 ・受動喫煙防止対策をどのように計画的に進めるか。 ・上記反省点を反映させること。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">重点実施事項</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・メンタル対策、過重労働による健康障害防止対策を実施しているか。 ・ストレスチェック制度を実施しているか。 ・上記反省点を反映させること。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;">重点実施事項</div>
令和8年 4月						
5月						
6月 <small>全国安全週間 準備期間</small>						
7月 <small>全国安全週間</small>						
8月						
9月 <small>全国労働衛生 週間準備期間</small>						
10月 <small>全国労働衛生週間</small>						
11月						
12月 <small>年末年始無災害運動</small>						
令和9年 1月						
2月						
3月						

策定した安全衛生管理計画に基づき安全衛生管理を実施しましょう！