

# 令和6年(度)安全衛生管理推進計画書 (運輸業用)

|      |
|------|
| 整理番号 |
|      |

**必ず「令和6年度版」による様式で作成していただき提出してください。  
詳細等については管轄の監督署へお問い合わせください。**

|                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| 事業場所在地                     | TEL ( )                        |
| 代表者職氏名                     | 担当者職氏名                         |
| 労働者数(派遣を含む)<br>(うち、外国人労働者) | 男 名 ( ) 女 名 ( ) 計 名 ( ) 労働保険番号 |
| 業種<br>(事業の概要)              | 府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号      |

**労働者数を忘れず記入してください。  
(企業全体ではなく該当事業場の労働者数を記入)**

## 安全衛生活動の実施計画 (独自に作成したものを添付する場合には、下表には「別添のとおり」と記入してください。)

労働安全衛生規則第21条(安全委員会の付議事項)・第22条(衛生委員会の付議事項)

| 重点対策事項 | 具体的実施計画 | 実施予定月 |
|--------|---------|-------|
| (1)    |         | 月     |
| (2)    |         | 月     |
| (3)    |         | 月     |
| (4)    |         | 月     |
| (5)    |         | 月     |
| (6)    |         | 月     |

**取組例等を参考に安全衛生活動の年間計画を記入してください。  
なお、社内様式で作成している場合には「別添のとおり」等と記入の上、作成した実施計画を添付してください。**

## 安全衛生管理等の状況

1. 労働災害(通勤災害を除く)発生状況(過去3年)(注:( )内には交通労働災害を内数で記入すること。)

| 年 別                   | 死亡          | 休業4日以上 | 休業1日~3日 | 計      | 不休災害   |
|-----------------------|-------------|--------|---------|--------|--------|
| 令和3年(度)               | 名 ( )       | 名 ( )  | 名 ( )   | 名 ( )  | 名 ( )  |
| 令和4年(度)               | (交災 名)      | (交災 名) | (交災 名)  | (交災 名) | (交災 名) |
| 過去3年間無災害の場合は、無災害開始年月日 | 平成・令和 年 月 日 |        |         |        | (交災 名) |

**過去3年間の労働災害発生状況について記入してください。**

**過去3年間、不休災害を除き、死亡・休業災害がない場合は、無災害開始年月日を記入してください。**

2. 安全衛生管理体制

(1) 各管理者等の選任状況等 (労働安全衛生規則第2条・第4条・第7条・第13条・第12条の2)

| 種 別                | 氏 名 | 選任年月日 | 種 別   | 氏 名 | 選任年月日 |
|--------------------|-----|-------|-------|-----|-------|
| 総括安全衛生管理者          |     |       | 産業医   |     |       |
| 安全衛生管理者<br>(1種・2種) |     |       | 衛生推進者 |     |       |

**各級管理者等の選任状況と安全衛生委員会等の状況について記入してください。**

(2) 安全衛生委員会等を組織し、月1回以上開催していますか  
(50人以上の事業場) (労働安全衛生規則第23条)

|    |     |       |
|----|-----|-------|
| はい | いいえ | 該当しない |
|----|-----|-------|

(注: については、選任状況に変更が生じた場合、所轄の労働基準監督署に様式3号による選任報告の提出が必要です。)

3. 車両等の保有台数

|         |   |                            |   |           |   |
|---------|---|----------------------------|---|-----------|---|
| 大型貨物自動車 | 台 | 中型・普通貨物自動車                 | 台 | ワゴン等の商用車  | 台 |
| けん引自動車  |   | <b>各車両等の保有台数を記入してください。</b> |   | 地運搬車      | 台 |
| フォークリフト | 台 | 移動式クレーン                    | 台 | その他の荷役等機械 | 台 |

4. 第14次労働災害防止対策

|   |                                     |     |               |
|---|-------------------------------------|-----|---------------|
| (1) 転倒災害対策(ハード・ソフト両面からの対策)に取り組んでいますか  | はい                                  | いいえ |               |
| (2) 「高年齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」に基づく取組を実施していますか   | はい                                  | いいえ |               |
| (3) 外国人労働者を雇用していますか   | はい                                  | いいえ |               |
| (4) (3)において「はい」の場合のみ記載願います。<br>母国語に翻訳された教材、視聴覚教材を用いるなど<br>外国人に分かりやすい方法で安全衛生教育を行っていますか | はい                                  | いいえ |               |
| (5) 対応すべき健康   | <b>(1)～(10)の取組状況等を確認し、をつけてください。</b> |     |               |
| (6) 通知対象物質  |                                     |     |               |
| (7) (6)において「リスクアセスメントの結果に基づいて、危険又は健康障害を防止するため必要な措置を実施していますか                           | はい                                  | いいえ |               |
| (8) 熱中症災害防止のために暑さ指数を把握していますか  | はい                                  | いいえ |               |
| (9) 正社員以外への安全衛生教育を実施していますか  | はい                                  | いいえ |               |
| (10) (労働者数50人未満の事業場の方にお聞きします)<br>ストレスチェックを実施していますか                                    | はい                                  | いいえ | 労働者数<br>50人以上 |

5. 労働安全衛生マネジメントシステム等の取組(JIS Q 45001及びJIS Q 45100)

|  |  |     |        |
|--|--|-----|--------|
| (1) 事業者は、安全衛生方針を表明し、労働者に周知にしていますか                            | はい   | いいえ |        |
| (2) 安全衛生に関する目標を立てていますか                                       | はい   | いいえ |        |
| (3) 安全衛生に関する計画を立てていますか                                       | はい   | いいえ |        |
| (4) 安全衛生計画の実   | <b>(1)～(8)の取組状況等を確認し、をつけてください。</b>                         |     |        |
| (5) 労働災害・事故・ヒヤリ  |  |     |        |
| (6) 化学物質のうち通知対象物質 <sup>(1)</sup> に係るSDSを取得していますか             | はい   | いいえ | 取扱物質なし |
| (7) 通知対象物質 <sup>(1)</sup> に対する危険性又は有害性等の調査及び結果に基づく措置を講じていますか | はい   | いいえ | 取扱物質なし |
| (8) (1)～(7)について、定期的に見直しを                                     | <b>作業現場等で使用されている化学物質が「通知対象物質」に該当していないかこちらのサイトでご確認ください。</b> |     |        |
| ( )通知対象物質は検索サイト等で確認で   |  |     |        |

ラベル表示・SDSによる通知対象物質の確認はこちらをクリック

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」

6. 有害業務による健康障害防止対策(注:「局排」とは局所排気装置、プッシュプル換気装置のこと。)

| 有害業務の有無<br>(有無に)       | 有害業務が有の場合に記載してください。<br>(具体的な名称等を記入) |      |        |        |                 |                            |                 |
|------------------------|-------------------------------------|------|--------|--------|-----------------|----------------------------|-----------------|
|                        | 有害物質名等                              | 作業名等 | 従事労働者数 | 局排     |                 | 結果                         | 特殊健康診断          |
|                        |                                     |      |        | 作業環境測定 | 結               |                            |                 |
| 有機溶剤業務                 | 有・無                                 |      | 名      | 有・無    | 実施<br>未実施<br>不要 | 第1管理区分<br>第2管理区分<br>第3管理区分 | 実施<br>未実施<br>不要 |
| 特定取扱粉じ                 |                                     |      |        |        |                 |                            | 実施<br>未実施<br>不要 |
| (「有」の場合は下記9の記載をお願いします) | 無                                   |      |        | 有・無    | 未実施<br>不要       | 第1管理区分<br>第2管理区分<br>第3管理区分 | 未実施<br>不要       |
| 上記以外                   | 有・無                                 |      | 名      | 有・無    | 実施<br>未実施<br>不要 | 第1管理区分<br>第2管理区分<br>第3管理区分 | 実施<br>未実施<br>不要 |

該当する有害業務等の有無を確認し、業務がある場合は各項目に記入してください。

7. 定期健康診断実施状況

|   |  |     |    |   |       |
|---|--|-----|----|---|-------|
| (1) 定期健康診断を実施している                             | (1) ~ (4) の実施状況等を確認し、をつけてください。   |     |    |   | いいえ   |
| (2) 定期健康診断の結果について医師等からの意見聴取を実施していますか          |  |     |    |   | いいえ   |
| (3) 健康診断                                      | 一般健康診断結果報告書の提出は労働者50人以上の事業場のみ義務がありますが、有所見率(異常のあった方の割合)は規模に関係なく全ての事業場で確認してください。 |     |    |   | 対象者なし |
| (4) 令和5年健康診断結果報告書の提出(50人以上の事業場)(労働安全衛生規則第52条) | 提出済  | 未提出 |    |   | 該当しない |
| 有所見率(%)                                       | 3年   | %   | 4年 | % | 5年    |
|   |  |     |    |   | %     |

(注: 有所見率は、労働者の規模に関わらず記入してください。)

8. 過重労働による健康障害の防止(労働安全衛生法第66条の8関係)

|                       |  |       |
|-----------------------|--|-------|
| 過重労働による健康障害防止のための総合対策 | 知っている  | 知らない  |
| (1) 前年1~12月<br>月80時間超 | 長時間労働の実績等について、をつけてください。<br>面接指導の実施が「有」の場合は実施者数も記入してください。 |       |
| (2) 令和5年の面接指導の実施の有無   | 実施   | 未実施   |
|                       | 対象者なし  | 対象者なし |

9. メンタルヘルス対策(労働安全衛生法第66条の10関係)

|   |                                 |           |
|---|---------------------------------|-----------|
| (1) 安全衛生委員会等においてメンタルヘルス対策の調査審議  | 審議あり                            | 審議なし      |
| (2) メンタルヘルスを理由とした休業者の有無、人数、休業日数の把握  | 把握あり                            | 把握なし      |
| (3) こころの健康づくり計画の策定  | 策定している                          | 策定していない   |
| (4) 事業場内メンタルヘルス推進担当者の選任   | 選任している                          | 選任していない   |
| (5) メンタルヘルスに関する教育研修   | 実施                              | 未実施       |
| (6) 常時使用する労働者   | (1) ~ (11) の取組状況等を確認し、をつけてください。 |           |
| (7) 面接指導(高ストレス者が申し出た場合)   | 実施                              | 未実施       |
| (8) 面接指導の結果による医師からの意見聴取、就業上の措置  | 実施                              | 未実施       |
| (9) ストレスチェック結果の集団分析及びその結果を活用した職場環境改善  | 実施                              | 未実施       |
| (10) 仕事上の不安・悩み・ストレスの相談先   | 相談先あり(社内)                       | 相談先あり(社外) |
| (11) 山形産業保健総合支援センターの支援を希望しますか(無料)<br>*「希望する」に○を付された場合は、労働局より山形産業保健総合支援センターに対しその旨お伝えします。 | 希望する                            | 希望しない     |
|   |                                 | 既に利用      |

10. 粉じん障害防止対策(第10次粉じん障害防止総合対策)

|  |                                |        |
|--|--------------------------------|--------|
| (1) 粉じん作業はありますか                                    | ある                             | なし     |
| (2) アーク溶接作業はありますか                                  | ある(屋内)                         | ある(屋外) |
| (3) 金属等の研磨作業はありますか                                 | ある(屋内)                         | ある(屋外) |
| (4) 粉じん作業を行うとき                                     | (1) ~ (7) の取組状況等を確認し、をつけてください。 |        |
| (5) 「保護具着用管理責任者」を選任していますか                          | はい                             | いいえ    |
| (6) 「たい積粉じん清掃責任者」を選任していますか(粉じん則第24条 粉じん作業を行う屋内作業場) | はい                             | いいえ    |
| (7) 就業時・離職時を含むじん肺健康診断を実施していますか                     | はい                             | いいえ    |

11. 化学物質対策

|  |                                |     |     |       |
|--|--------------------------------|-----|-----|-------|
| (1) 皮膚等障害化学物質を取り扱う業務に従事する労働者に対し、皮膚障害等防止用保護具を使用させていますか(令和6年4月より義務化) | はい                             | いいえ | 準備中 | 該当しない |
| (2) 化学物質管理者を選任していますか(令和6年4月より義務化)<br>*選任要件: RA対象物質製造事業場            | はい                             | いいえ |     | 該当しない |
| (3) 保護具着用管理責任者を  | (1) ~ (4) の取組状況等を確認し、をつけてください。 |     |     | 該当しない |
| (4) 金属アーク溶接作業に従事する労働者の呼吸用保護具のフィットテストを実施していますか(令和5年4月より義務化)         | はい                             | いいえ |     | 該当しない |

12. 荷役作業安全ガイドライン

|                               |                                   |     |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----|
| (1) 運輸事業者として実施すべき安全対策を講じていますか | はい                                | いいえ |
| (2) 荷主等が実                     | 12、13の各項目について、取組状況等を確認し、をつけてください。 |     |

13. 荷役作業時の付帯業務に係る、荷主等との書面契約

|            |               |                |         |
|------------|---------------|----------------|---------|
| ・書面による締結済み | ・書面による締結をする予定 | ・書面による締結の予定がない | ・該当事案なし |
|------------|---------------|----------------|---------|

#### 14. 転倒災害防止対策

|  |    |     |
|--|----|-----|
| (1) 作業用通路や作業場所の段差、突起物、継ぎ目等の解消を図っていますか          | はい | いいえ |
| (2) 作業用通路や作業場所の床面の水濡れ、油污れ等の除去を行っていますか          | はい | いいえ |
| (3) 台車等の障害物を作業用通路や作業場所から除去していますか               | はい | いいえ |
| (4) チェックリストを活用した職場巡視、職場の環境改善を図っていますか           | はい | いいえ |
| (5) 転倒危険個所の表示等の危険の「見える化」を図っていますか               | はい | いいえ |
| (6) ストレッチや転倒予防のための運動に取り組んでいますか                 | はい | いいえ |
| <b>冬期における転倒災害防止対策</b>                          |    |     |
| (1) 凍結等による転倒防止のため転倒しやすい場所の「危険マップ」を作成し、周知していますか | はい | いいえ |
| (2) 除雪・消雪剤の散布による安全な通路を確保していますか                 | はい | いいえ |
| (3) 室内通路や作業場所の雪による床面の水濡れ等を除去していますか             | はい | いいえ |
| (4) より滑りにくい履物の使用やポケットに手を入れて歩かない等について教育していますか   | はい | いいえ |

#### 15. 高齢労働者に対する安全と健康確保対策

|                                       |    |     |
|---------------------------------------|----|-----|
| (1) 高齢労働者の健康や体力の状況を把握していますか           | はい | いいえ |
| (2) 加齢による身体機能の低下等に合わせた職場環境の改善を行っていますか | はい | いいえ |
| (3) 加齢による身体機能の低下等に合わせた作業負担の低減を図っていますか | はい | いいえ |
| (4) 個々の労働者の健康や体力に応じた作業内容の見直しを行っていますか  | はい | いいえ |
| (5) 大きくて見やすい表示等の作業環境の改善を図っていますか       | はい | いいえ |

#### 16. 交通労働災害防止のためのガイドライン

##### (1) 管理体制

|   |    |     |
|---|----|-----|
| 交通労働災害防止に係る管理者(安全管理者、運行管理者、安全運転管理者等)を選任していますか | いる | いない |
|---|----|-----|

##### (2) 交通労働災害防止に係る管理者の職務の励行

|   |    |               |
|---|----|---------------|
| ア 交通労働災害防止の安全衛生計画を作成していますか  | いる | いない<br>(イへ進む) |
| 過   |    | ない            |
| 基   |    | ない            |
| 定   |    | ない            |
| イ 労働  |    |               |
| 拘束  |    | ない            |
| 運転時間、走行時間、休憩時間、連続運転時間、最大積載量等の管理について、<br>運転時間、走行時間、休憩時間、連続運転時間、最大積載量等の管理について、  | いる | いない           |
| 連続運転時間は、4時間以内となるよう管理していますか(1回連続10分以上、かつ、合計30分以上の休憩を与える)   | いる | いない           |
| 休憩時間は、継続11時間以上与えるよう努め、9時間を下回らないよう管理していますか   | いる | いない           |
| ウ 走行管理等   |    |               |
| 走行経路の調査、走行計画の作成等により、適正な走行計画を作成していますか  | いる | いない           |
| 乗務記録、タコグラフ等による適正な走行管理を行っていますか   | いる | いない           |
| 走行前点検、長距離の場合の途中点検、走行後点検等の必要な措置を講じていますか  | いる | いない           |
| 点呼等において、運転者の服装、履物、体調等のチェックを行い必要な措置を講じていますか  | いる | いない           |
| 異常気象、天災等が発生した場合の連絡体制や待機場所等について方針を示していますか  | いる | いない           |
| 最大積載量の遵守、偏荷重のない積載、荷崩れ等防止措置を講じていますか  | いる | いない           |
| 荷役作業における身体負担を減少させるための適切な荷役用具・設備の備付け等を実施していますか   | いる | いない           |
| 荷主・元請等と運送事業者が協働し、適切かつ安全な運行の確保に努めていますか   | いる | いない           |
| エ 教育等の実施、意識の高揚等   |    |               |
| 労働者に対して、雇入れ時教育・交通危険予知訓練・災害事例講習等を行っていますか   | いる | いない           |
| オ 運転者認定制度等の導入   |    |               |
| 山形労働局においては、各事業場において一定の教育を受けた者や認定試験に合格した者に対してのみ運転業務を認める「運転者認定制度」を設けるよう指導していますが、この制度を<br>・設けている<br>・今後設ける予定( 年 月頃)<br>・設ける予定はない |    |               |

14～18の各項目について、取組状況等を確認し、該当するものに付してください。  
ただし、17は労働者数50人未満の事業場のみご記入ください。

#### 17. 治療と仕事の両立支援について

|  |      |       |      |
|--|------|-------|------|
| (1) 治療と仕事の両立支援のためのガイドラインを知っていますか   | はい   | いいえ   |      |
| (2) 治療と仕事の両立を実現しやすい体制づくり・環境整備を図る計画を策定していますか  | はい   | いいえ   |      |
| (3) 山形産業保健総合支援センターの支援を希望しますか(無料)<br>*「希望する」に○を付された場合は、労働局より山形産業保健総合支援センターに対しその旨お伝えします。 | 希望する | 希望しない | 既に利用 |

#### 18. 地域産業保健センターの利用等 (規模50人未満の事業場に限る。)

|   |      |       |
|---|------|-------|
| (1) 地域産業保健センターを利用していますか                 | はい   | いいえ   |
| (2) (1)を「いいえ」と回答した場合、今後利用を希望しますか (原則無料) | 希望する | 希望しない |