

産業医による産業保健活動の実施について

☆助成の対象は、原則として産業医が事業場に出向いて行う職場巡視、保健指導等の活動です。
また、職場巡視の結果を踏まえておこなう助言・指導文書の作成等の活動も、助成の対象となります。

〈助成対象となる1回分の活動として、認められるもの、認められないものの例〉

○	職場の巡視、産業保健担当者や労働者からの情報収集を行うこと、さらにこれらの結果の整理を行うこと
○	事業場において、労働者への保健指導、長時間労働者への面接指導等を行うこと
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、作業環境測定結果を評価し、作業環境改善に関する助言・指導を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、作業環境測定結果を評価し、作業環境改善に関する助言・指導を取りまとめること
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、作業環境測定結果を評価し、作業方法の改善に関する助言・指導を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、作業環境測定結果を評価し、作業方法の改善に関する助言・指導を取りまとめること
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、健康診断の結果就業上の措置が必要な労働者について、本人と面談の上、就業上の措置についての意見を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、健康診断の結果就業上の措置が必要な労働者について、本人と面談の上、就業上の措置についての意見を取りまとめること
○	最近行った職場巡視の結果を踏まえ、長時間労働者への面接指導を行うとともに、その結果に基づく事後措置、事業場における健康管理に関する助言・指導を取りまとめること
×	職場の巡視を行わないまま、その事業場以外の場所において、労働者への保健指導、長時間労働者への面接指導を行うこと
○	最近行った職場巡視、職場の管理者との情報交換、労働者との面談結果等を踏まえ、メンタルヘルス不調労働者の主治医と連携しつつ、不調者の就業上の措置についての助言・指導を取りまとめること
×	職場巡視を行わないまま、メンタルヘルス不調労働者との面談結果や職場の管理者との情報交換等を踏まえ、不調者の就業上の措置についての助言・指導を取りまとめること

※活動の内容によっては、助成金の支給が認められない場合もありますので、事前に産業保健推進センターにご相談ください。

〈産業保健活動実績報告の記載例〉

実施年月日	活動内容	具体的な活動内容	活動時間数	選任産業医 確認欄
2008.11.5 14:00～17:00 (1回目)	1(職場巡視)、 4(面接指導)	工場と事務所内の巡視をした後、長時間労働者3名に面接指導を実施。事業者に対し、事後措置について意見具申。	3時間30分	印
2008.12.3 14:00～17:00 (2回目)	3(健康相談)、 6(その他)	上欄の職場巡視の結果を踏まえ、自医院にて、メンタルヘルス不調が改善しつつある長期休業者と面談。後日、主治医との情報交換を経て、職場復帰支援プランへの助言を求め、事業者に意見書を提出。	面談時間30分、 情報交換・意見書 作成等2時間	印

様式第4号

独立行政法人
労働者健康福祉機構理事長 殿

報告・支給申請

事業場の所在地	〒 _____ TEL _____	
事業場の名称	(フリガナ) _____ (印)	
事業者(代表者)の職・氏名	_____ (印)	
労働保険番号	都道府県 所掌 管轄 基幹番号	枝番号
	_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-	_____-_____-_____-

平成 _____ 年度小規模事業場産業保健活動実施報告・助成金支給申請書
(新規・継続2・継続3・変更)

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金支給要領第8条又は14条の規定により、下記のとおり報告します。

1 登録番号

登録番号	_____
------	-------

2 産業保健活動実施状況

実施年月日	活動内容 (下欄の番号内容に該当する番号に○を付与(複数回答可))						具 体 的 内 容	活動時間数	選任医師 確認欄
	1	2	3	4	5	6			
									(印)
									(印)
									(印)
									(印)
【活動内容】 1 職場巡視 2 健康診断の結果に基づく保健指導 3 健康教育・健康相談 4 長時間労働者への面接指導等 5 衛生教育 6 その他									
活動内容集計欄									

3 振込先

① 銀行名	_____	② 銀行コード	_____-_____-_____-	③ 支店名	_____ 支店	④ 支店コード	_____-_____-_____-
⑤ 1.普通 2.当座	_____	⑥ □座番号	_____-_____-_____-_____-_____-_____-				
⑦ □座名義人	(フリガナ) _____						

※共同選任産業医への振込依頼書(写)又は領収書を必ず添付すること。

4 審査結果

実施回数 × 21,500円

産業医との契約額 円

支給決定額 円

助成・海外 支援課長	助成・海外 支援班長	助成・海外 支援担当

様式第4号

独立行政法人
労働者健康福祉機構理事長 殿

報告・支給申請

事業場の所在地	〒 _____ TEL _____									
事業場の名称	(フリガナ)									
事業者(代表者)の職・氏名	⑩									
労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号		

平成 年度小規模事業場産業保健活動実施報告・助成金支給申請書
(新規・継続2・継続3・変更)

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金支給要領第8条又は14条の規定により、下記のとおり報告します。

1 登録番号

登録番号	
------	--

2 産業保健活動実施状況

実施年月日	活動内容 (下欄の番号内容に該当する番号に○を付与(複数回答可))						具 体 的 内 容	活動時間数	選任医師 確認欄
	1	2	3	4	5	6			⑩
	1	2	3	4	5	6			⑩
	1	2	3	4	5	6			⑩
	1	2	3	4	5	6			⑩
【活動内容】 1 職場巡視 2 健康診断の結果に基づく保健指導 3 健康教育・健康相談 4 長時間労働者への面接指導等 5 衛生教育 6 その他									
活動内容集計欄									

3 振込先

① 銀行名		② 銀行コード		③ 支店名		支店	④ 支店コード	
⑤ 1.普通 2.当座		⑥ □座番号						
⑦ □座名義人	(フリガナ)							

※共同選任産業医への振込依頼書(写)又は領収書を必ず添付すること。

様式第4号

独立行政法人
労働者健康福祉機構理事長 殿

報告・支給申請

事業場の所在地	〒 _____ TEL _____	
事業場の名称	(フリガナ)	
事業者(代表者)の職・氏名		
労働保険番号	都道府県 所掌 管轄 基 幹 番 号	枝 番 号

平成 年度小規模事業場産業保健活動実施報告・助成金支給申請書
(新規・継続2・継続3・変更)

小規模事業場産業保健活動支援促進助成金支給要領第8条又は14条の規定により、下記のとおり報告します。

1 登録番号

登録番号	
------	--

2 産業保健活動実施状況

実施年月日	活動内容 (下欄の番号内容に該当する番号に○を付与(複数回答可))	具 体 的 内 容	活動時間数	選任医師 確認欄
	1 2 3 4 5 6			
	1 2 3 4 5 6			
	1 2 3 4 5 6			
	1 2 3 4 5 6			
【活動内容】 1 職場巡視 2 健康診断の結果に基づく保健指導 3 健康教育・健康相談 4 長時間労働者への面接指導等 5 衛生教育 6 その他				
活動内容集計欄				

3 振込先

① 銀行名		② 銀行コード		③ 支店名	支店	④ 支店コード	
⑤ 1.普通 2.当座		⑥ □座番号					
⑦ □座名義人	(フリガナ)						

※共同選任産業医への振込依頼書(写)又は領収書を必ず添付すること。