

安全衛生活動にご活用下さい！報告の必要はありません。

太田労働基準監督署

安全衛生課

Tel 0276-58-9729

## 職場の安全衛生自主点検表

点検実施日 令和 年 月 日

事業の種類	<input type="checkbox"/> 製造業（主な製造品 ） <input type="checkbox"/> 鉱業 <input type="checkbox"/> 建設業 <input type="checkbox"/> 運輸交通業 <input type="checkbox"/> 貨物取扱業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 林業 <input type="checkbox"/> 畜産水産業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 金融保険業 <input type="checkbox"/> 教育業 <input type="checkbox"/> 通信業 <input type="checkbox"/> 保健衛生業（社会福祉業を含む） <input type="checkbox"/> 接客娯楽業（飲食業を含む） <input type="checkbox"/> 清掃と畜業 <input type="checkbox"/> 官公署 <input type="checkbox"/> その他の業種（具体的に： ） 該当する業態にしを入れてください。
施設の名称	(TEL - - )
施設の所在地	
代表者職氏名	
点検者職氏名	
労働者数	全労働者数 男 名・女 名・計 名 内50歳以上の労働者数（ 名）

この自主点検表は、自社の安全衛生管理体制、作業方法、安全衛生教育の実施状況等について自主的に点検を行い、**労働災害を防止する上での問題点を洗い出し改善**するためのものです。該当する項目に**チェック**をしてください。

○「はい」にチェックした項目については、現状維持はもとよりさらなる充実に努めてください。

○「いいえ」にチェックした項目については、速やかに改善を行ってください。

### 1 安全衛生管理体制等について

- |   |  |  |
|---|--|--|
| ①安全衛生に関する管理者、産業医を選任しているか。               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |
| ・安全管理者を選任しているか。（工業的業種では必要）              | } 50人以上で選任義務   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・衛生管理者を選任しているか。                         |  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・産業医を選任しているか。                           |  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ・安全・衛生推進者を選任しているか。 10人以上50人未満で選任義務      |  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②安前衛生委員会又は安全衛生に関する事項について意見を聴く場を設けているか。  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |
| ③②の委員会、意見を聴く場を毎月1回以上定期的に開催しているか。        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |
| ④1年以内毎に1回、労働者に対し、一般健康診断を実施しているか。        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |
| ⑤特定・有害業務に関する健康診断は実施しているか 例 有機溶剤等を使用する業務 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |
| ⑥ストレスチェックは行っていますか。（50人以上は義務50人未満は努力義務）  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |  |

### 2 安全衛生教育等について

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ①新規に雇入れや作業転換をした者に、教育を実施しているか。         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ②新規採用機械、設備及び取扱い機械、設備の取扱う際に教育を実施しているか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③施設の管理的な従業員に、教育を実施しているか。              | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④事故時等における応急措置及び退避に関する教育を実施しているか。      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤作業手順書、非定常時の作業標準は作成しているか。             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥作業開始前に点検整備をおこなっているか。                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦無資格者に対し免許、技能講習、特別教育の取得を行わせているか。      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑧再教育の時期の基準は決められていますか。                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

### 3 腰痛対策について

- ①腰痛防止ガイドラインは知っているか。 はい いいえ
- ②腰痛予防のための教育を実施しているか。 はい いいえ
- ③労働者の年齢や体力に応じた職務配置をしているか。 はい いいえ
- ④休憩設備を設けているか。 はい いいえ
- ⑤必要に応じて腰部保護ベルト・腹帯などを使用させているか。 はい いいえ
- ⑥同一作業姿勢を長時間取らせないようにしているか。 はい いいえ
- ⑦ひねり、前かがみ、中腰等の不自然な作業姿勢を取らせないようにしているか。 はい いいえ
- ⑧不自然な姿勢を取らざるを得ない場合や反復作業を行わせる場合には、休憩・休止を  
はさんだり、他の作業と組み合わせることにより、できる限り連続しないようにして  
いるか。 はい いいえ
- ⑨重量物の取扱作業を、できる限り少なくしているか。 はい いいえ

### 4 転倒、転落災害防止について

- ①作業通路は明示していますか。 はい いいえ
- ②床面、階段及び通路はつまづきや滑りの原因となる凸凹や水漏れ等はないか。  
(床面の水たまり、氷、油、ゴミ等は放置せず、その都度取り除いているか。) はい いいえ
- ③階段には滑り止め、手すりを設置しているか。 はい いいえ
- ④床面、階段及び通路は、通行に十分な明るさが保たれているか。 はい いいえ
- ⑤確認してから次の動作に移ること、走らないことが徹底されているか。 はい いいえ
- ⑥踏み台、ハシゴ、脚立は、安定した場所で、正しい使用方法で使用されているか。 はい いいえ
- ⑦作業現場の環境に合った耐滑性があり、つまづきにくい作業靴を着用させているか。 はい いいえ
- ⑧ヒヤリ・ハット情報を活用して、転倒しやすい箇所の危険マップ等を作成して周知し  
ているか。 はい いいえ
- ⑨「STOP！転倒災害プロジェクト」は知っているか。 はい いいえ

### 5 災害防止活動4S（整理・整頓・清掃・清潔）活動・KY（危険予知）・リスクアセスメントについて

- ①現在「4S活動」を実施しているか。 はい いいえ
- ②「4S活動」は手順を決めて定期的に行っているか。 はい いいえ
- ③現在「KY活動」を実施しているか。 はい いいえ
- ④「KY活動」は手順を決めて定期的に行っているか。 はい いいえ
- ⑤現在リスクアセスメントは実施しているか。 はい いいえ
- ⑥リスクアセスメントの見直しを定期的に行っているか。 はい いいえ

### 6 高齢労働者への配慮について（50才以上）

- ①年齢・個人差を配慮して仕事の内容・強度・時間等を調整しているか。 はい いいえ
- ②熟練者にありがちな慣れによる事故を防ぐ工夫をしているか。 はい いいえ
- ③警告音の音程、音調は聞き取りやすくする工夫をしているか。 はい いいえ
- ④作業者が自主的に作業のスペースや量をコントロールできるようにしているか。 はい いいえ
- ⑤可能な限り段差を解消し、段差のある場所は注意喚起の表示をしているか。 はい いいえ
- ⑥作業場及び通路に適切な照明を設けているか。 はい いいえ
- ⑦見通しの悪い角には、カーブミラー等を設置しているか。 はい いいえ
- ⑧強い筋力を要する作業や長時間にわたって筋力を使用する作業を減らしている  
か。 はい いいえ
- ⑨呼吸が乱れるような速い動作を伴う作業や瞬時の判断を必要とする作業をなくす  
とともに、緊急の場合でも、過度な作業負荷がかからないようにしているか。 はい いいえ
- ⑩高温多湿作業場所での作業中は、巡視を頻繁に行って、暑熱環境や健康状態等を  
確認しているか。 はい いいえ

以上で自主点検は終了です！