

小売業における労働災害事例

【墜落・転落災害】

脚立に跨がって、商品棚に冬物商品を載せていたところ、体勢を崩して転落した。

棚上の商品を移動させるため、脚立を閉じた状態で壁に掛けて上ったところ、脚立が動き出し、体勢を崩して転落した。

トラックの荷台に上ろうとして、荷台の後部のステップに足を掛けたところ、足が滑って転落した。

【転倒災害】

店舗から空箱を持って屋外に出て、店内に戻ったところ、靴底が濡れていて、滑って転倒した。

従業員駐車場から店舗に歩行中、地面が凍っていて、滑って転倒した。

急いでサービスカウンターに戻ろうと、従業員用階段を走って降りていたところ、踊り場で足を踏み外して転倒した。

【台車等による災害】

材料をいれたカゴ台車を移動中、床の段差に車輪が引っ掛かり、台車が傾いて激突した。

冷蔵庫から商品を載せた台車を店内に引き込もうとしたところ、売場に落ちていた物を拾おうとしたところ、引いていた台車を止められず、足に激突した。

【食品加工用機械による災害】

店舗内にあるパン製造部門で、機械で生地を伸ばす作業中、ローラーの手前で生地が詰まったので、生地を手で押したところ、そのまま手を巻き込まれた。

店舗内でパンをスライサーでカットしていたところ、手が刃に接触して、指を切り落とした。

フライヤーで天かすを取り除く際、レバーを持っていた手が滑って油に板を落とし、油がはねて手を火傷した。

【包丁による災害】

鶏肉を包丁で切っていたところ、刃先が指に向かい、刃が指に触れて負傷した。

キャベツの千切りをしていたところ、時間に追われていて、手先がずれて、包丁が指に触れて負傷した。

このチェックリストは、事業場の安全衛生管理を進めるにあたって、事業者が取り組みすべき主要な項目を挙げたものです。

チェックリストの「いいえ」の項目は、法定の義務に該当する項目もありますので、速やかに改善し、対策を講じましょう！

安全衛生チェックリスト(小売業)

青森労働局

該当する (はい・いいえ) にチェック

1 安全衛生管理体制

| | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1)安全衛生管理規定を作成していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)年間の安全衛生管理計画を作成し、計画的に実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)経営トップの意向を踏まえた安全衛生方針を表明し、周知していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)安全の担当者(安全推進者)を選任し、安全管理を担当させていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 「労働者数50人以上の事業場」 | | |
| (1)衛生管理者を選任し、職務を実施させていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)産業医を選任し、職務を実施させていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)安全衛生委員会(衛生委員会)を毎月1回以上開催していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)安全衛生委員会(衛生委員会)の議事録を労働者に周知していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 「労働者数50人未満の事業場」 | | |
| (1)衛生推進者(又は安全衛生推進者)を選任していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)労働者から安全衛生に関する意見を聴く機会を設けていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2 日常的安全衛生活動

| | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1)朝礼、夕礼等に安全ミーティングを実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2)ヒヤリハット活動を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3)4S活動(整理・整頓・清掃・清潔)を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4)危険予知(KY)活動を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5)KYイラストシート等を活用し、危険予知訓練を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6)危険箇所の表示による「見える化」を行っていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7)本部安全衛生担当者、安全衛生スタッフによる職場巡視を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8)作業開始前に施設の安全点検を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9)作業開始前に体操を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3 転倒災害の防止対策

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 安全通路を床面等に表示していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 床は、つまずきがなく、滑りにくい材質となっていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 通路に物を置いていませんか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 水や油がこぼれたまま放置していませんか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 靴は滑りにくいものを履かせていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 滑りやすい箇所での荷の運搬は、台車を使用していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 労働者に、正しい歩行を指導していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 傾斜した箇所、階段等に滑り止めや手すりを設けていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) 冬期間は、駐車場、玄関付近、通路の除雪、融雪を徹底していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (10) 冬期間の出退勤時は、小さい歩幅でゆっくり歩くよう労働者に指導していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4 ロールボックスパレット使用時の災害の防止対策

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 基本操作について、作業手順を作成していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 複数人での取扱いは作業指揮者を指名していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 脚部を保護するプロテクター等を着用していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 走行時以外は、ストッパーを使用していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 最大積載量を遵守していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 基本的な荷の積み方について、教育を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) テールゲートリフターの昇降板に乗ったままの操作を禁止していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 使用する前に点検を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5 食品加工用機械等による災害の防止対策

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 危険な部分に安全ガード等を設けていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 開閉式の安全ガードにはインターロック機能等を設けていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 即時に操作できる位置に非常停止装置を設けていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 機械の運転時には、周囲の安全を確認し、合図を行っていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 機械の修理、掃除、給油、点検、調整等は、機械を停止させていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 機械の使用頻度、部品の耐久性を考慮して定期点検を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 墜落災害の防止対策

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 脚立や作業台は、作業に適した安全性の高いものを使用していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 高所作業は、保護帽(墜落時保護用)を着用させていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 高さ1.5m以上の箇所への昇降は、安全な昇降設備を設けていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7 交通労働災害、車両との接触災害の防止対策

- | | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) 自動車運転者に、定期的に交通安全教育を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 運転時間、休憩時間等を示した走行計画を作成し、運転者に指示していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 通路は、車両との接触しない場所を選定し、表示で区分していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 健康管理

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 労働者の雇い入れ時に健康診断を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 労働者に定期健康診断を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 健康診断結果を労働者に通知していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 健康診断の有所見者について、医師から就業上の意見を聴取りしていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 健康診断結果について、安全衛生委員会(衛生委員会)で審議していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 健康相談、健康教育等の健康保持増進対策を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 長時間労働に対して医師の面接指導を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 労働者にストレスチェック及び該当者に面接指導を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

常時使用する労働者数が50人以上の場合

9 安全衛生教育

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 免許・技能講習及び特別教育等の有資格者を計画的に育成していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 雇い入れ又は作業内容を変更した労働者に安全衛生教育を実施していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 食品加工用機械を使用する労働者に安全教育を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 衛生管理者又は衛生推進者に能力向上のための教育を受講させていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |