**安全衛生自主点検票**

製造業以外の業種用

この点検票は、貴社の安全衛生管理年間計画書と共に平成28年7月15日（金）までに古川労働基準監督署へご提出願います。

＊安全衛生自主点検票」と「安全衛生管理年間計画書モデル様式」の電子データは、宮城労働局ホームページから入手可能です。

（関連リンク「労働基準監督署」→「古川労働基準監督署からのお知らせ」）

**事業場概要**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業場名 |  | | | 記入者職氏名 | |  | |
| 所在地 | 〒 | | | 連絡先 | | 電話  ＦＡＸ | |
| 主たる事業の内容 | |  | | 労働者数 | | 男　　名  女　　名　　　計　　名 | |
| 構内下請事業場の有無 | | 無　有  （下請の数　　　社（労働者数　　名） | | | 安全衛生指導状況 | | 実施  未実施 |
| 派遣労働者の有無 | | 無　有  （派遣の数　　　社（労働者数　　名） | | | 安全衛生指導状況 | | 実施  未実施 |
| 労働災害発生状況  (平成26年1月以降) | | 死亡災害　　件 | 休業災害　休業4日以上　　　件  休業4日未満　　　件　不休災害　　　件 | | | | |

**Ａ 安全衛生管理体制の整備について**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 安全管理者 |  | 選任年月日 |  | 選任報告 | 済　未 |
| 安全推進者 |  | 選任年月日 |  |  | |
| 衛生管理者  ※複数選任の場合は選任数分  記入 |  | 選任年月日 |  | 選任報告 | 済　未 |
| 産業医 |  | 選任年月日 |  | 選任報告 | 済　未 |

**Ｂ 平成27年度の安全衛生管理活動を振り返って**計画（Plan）-実施（Do）-評価（Check）-改善（Act）

1. 安全衛生管理活動の成果又は良かった点について　　※（記入スペースが狭い場合には別紙添付可）
2. 安全管理活動の反省点又は課題について
3. ２の反省点から課題について、今年度の安全衛生管理年間計画に反映させた事項について
4. その他　（安全衛生に関することに限らず、行政への要望、研修会のテーマへの希望など）

関係資料同封

**C　無料で利用できるサービス（厚生労働省委託事業）、認定制度の利用について**

|  |
| --- |
| 1. 中小規模事業場安全衛生サポート事業（中災防）をご存知でしたか はいいいえ利用済み今後利用したい |
| 1. 化学物質管理に関する支援事業をご存知でしたか　　　　　　　　 はいいいえ利用済み今後利用したい |
| 1. 受動喫煙防止対策助成金をご存知でしたか　　　 　　　　　　　はいいいえ利用済み今後利用したい |
| 1. 安全衛生優良企業認定制度をご存知でしたか　　　　　　　　 　はいいいえ利用済み今後利用したい |

**D 安全衛生委員会について**

|  |
| --- |
| 1. 危険性又は有害性の調査及びその結果に基づき講じる措置（リスクアセスメント）について   審議をしていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 長時間労働による健康障害防止に関する事項について審議をしていますか。　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. からだの健康の保持増進に関する事項について審議をしていますか。　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. こころの健康の保持増進に関する事項について審議をしていますか。　　　　　　 　　はいいいえ |
| 1. ストレスチェック制度に関する事項について審議していますか。 　　　　　　 　　　 はいいいえ |
| 1. 健康保持増進について計画の策定をしていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 「こころの健康づくり計画」を策定していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 事業場全体の健康の保持増進についての取り組み事項の実施状況等を評価して、   充実強化すべき事項等を次期計画に反省させていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |

**E 化学物質等のリスクアセスメントについて**

|  |
| --- |
| 1. 化学物質等の危険性又は有害性等の調査等の実施状況について |
| 1. 事業場内で化学物質を取り扱っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ （塗料、洗浄剤、加工材など、身近なものにも化学物質が使われています。）   「はい」の場合   1. その製品にSDS（安全データシート）は添付されていますか。 　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ 2. その化学物質は何ですか。法令上のイからロのどれに当てはまりますか。　（複数可） 　イ 特定化学物質・有機溶剤　　ロ イ以外のSDS対象物　　ハ その他 3. その化学物質の取扱い業務について、リスクアセスメントを実施したことはありますか。　　　　はいいいえ 4. リスクアセスメントの結果を労働者に周知していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ 5. SDSの内容を労働者に周知していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ 6. SDS対象物（③のイまたはロ）当たる場合、納入された容器などにラベル表示がされていますか。はいいいえ 7. ラベルでアクション運動をご存じですか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はいいいえ |
| ２．リスクアセスメントの実施体制等の整備状況について |
| 1. 危険性又は有害性等の調査等の実施を統括管理していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ 2. 安全管理者、衛生管理者、化学物質管理者に危険性又は有害性の調査等を実施管理させていますか。   はいいいえ   1. 危険性又は有害性等の調査担当者等に必要な教育を行っていますか。　　　 　　　　　　　　 はいいいえ |

**F 建築物等への吹き付け石綿の有無について**

|  |
| --- |
| 使用している建築物等に吹き付け石綿はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　無  「有」の場合⇒該当するものにをしてください。　　　　　　　　措置済み（除去・囲い込み）　措置予定　　未定 |

**G 腰痛予防対策について**

|  |
| --- |
| 1. 腰痛予防対策指針を知っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 腰痛予防に取組みについて |
| * 1. 腰痛予防のための教育を実施していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ   2. 腰痛予防体操（ストレッチ等）を実施していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ   3. 作業方法、作業姿勢、補助用具の活用等検討し、腰部への負担軽減を講じていますか。　　　　　はいいいえ   4. 重量物取扱い、介護作業等腰部に負担のかかる労働者に腰痛の健康診断を実施していますか。　　はいいいえ |

**H からだの健康の保持増進について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 過去3年間の定期健康診断の結果における有所見率について（受診者全員に占める有所見者の割合） | | | | | | | |
| 暦年 | 有所見者数／受診者数 | 平成25年 | ／ | 平成26年 | ／ | 平成27年 | ／ |
| 有所見者率（％） | | ％ | | ％ | | ％ | |
| 1. 定期健康診断の結果を労働者へ通知していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ | | | | | | | |
| 1. 定期健康診断の結果、所見のあった労働者への対応について | | | | | | | |
| ①衛生管理スタッフによる、医師からの意見聴取を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ  　②医師からの意見に応じた労働時間の短縮、作業転換等の事後措置を実施していますか。 はいいいえ該当なし  　③医師又は保健師による保健指導を実施していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ  　④有所見項目の改善に向けた保健指導(食生活改善、健康管理に関する情報提供)を行っていますか。 はいいいえ  　⑤労働者自身が保健指導等を踏まえた取り組みを着実に実施するよう指導を行っていますか。　　　はいいいえ  　⑥指導等を受けた労働者は、上記⑤の取り組みを実施していますか。　　　　　　　　　はいいいえ把握せず | | | | | | | |
| 1. すべての労働者への対応について | | | | | | | |
| ①健康教育、健康相談等を実施していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ  　②健康教育等の対象は、今後有所見者となることが懸念される者も対象としていますか。　　　　　はいいいえ  　③保健、健康教育等は個別の状況に応じて、労働者各自が取り組む具体内容を示していますか。　　はいいいえ  　④労働者は、健康教育等を利用した健康の保持増進に努めていますか。　　　　　　　　はいいいえ把握せず  ⑤上記①～④までの労働者の取り組み状況について、管理監督者として把握し、必要に応じ継続的な指導を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ | | | | | | | |
| 1. 「大崎 働く人の健康・体力づくり運動」をご存じですか。　　　　　　はい　いいえ　参加中　参加希望 | | | | | | | |

**I メンタルヘルス（心の健康）対策について**

|  |
| --- |
| 1. 心の健康問題に係る事業場の実態（休業者の有無、人数、休業日数等）を把握していますか。　　はいいいえ |
| 1. メンタルヘルスケアの教育について |
| ①労働者に対するセルフケアに関する教育研修、情報提供を行っていますか。　　　　　　　　　　はいいいえ  　②管理監督者に対してラインによるケアに関する教育研修を行っていますか。　　　　　　　　　　はいいいえ  　③事業場内の産業保健スタッフ等（衛生管理者等）に対する教育研修を行っていますか。　　　　　はいいいえ |
| 1. 事業場内メンタルヘルス推進担当者を選任していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 事業場外資源（外部の専門相談機関、支援機関等）を活用していますか。　　　　　　　　　　　はいいいえ   　「はい」の場合　⇒　活用している機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. メンタルヘルス対策で取り組んでいる事項はありますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 「はい」の場合　⇒　該当する事項にをしてください。（重複可）  相談窓口の設置　　　職場環境の把握・改善　　メンタルヘルス不調者の職場復帰支援 |
| 1. ストレスチェック実施を計画していますか。   計画している　→　　　　月頃まで実施予定  「実施予定」の場合　⇒　実施規程の整備はしましたか。　　　　　　　　　　　はい・整備中・いいえ  「実施予定」の場合　⇒　実施体制の整備はしましたか。　　　　　　　　　　　はい・整備中・いいえ  「実施体制整備済・整備中」の場合、予定している実施者にを付してください。（複数可）  　　　　　　　　　　⇒　実施者は　産業医　　産業医以外の医師　　看護師等　　外部機関  計画していない  制度の内容を知らない |
| 1. 職場におけるメンタルヘスル対策支援事業 （宮城産業保健総合支援センター）をご存知ですか。   はい　いいえ　利用中 |

**J 長時間労働者の健康確保について**

|  |
| --- |
| 1. 長時間労働者に対し、医師による面接指導が義務付けられていることをご存知でしたか。　　　　はいいいえ |
| 1. 面接指導の対象となる労働者を把握していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 労働者から面接指導等の申し出があった際には必要な措置を講じていますか。　　　はい　いいえ　対象無し |

**K 自社構内での荷役作業の安全確保対策について**

|  |
| --- |
| 1. 自社構内で、陸運事業者等による荷役作業はありますか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　有　　無 |

※１で「有」の場合、以下にお答えください

|  |
| --- |
| 1. 荷役作業に関する安全管理体制について |
| ①荷役作業の担当者を指名し、陸運事業者と荷役作業についての連絡調整を行っていますか。　　　はいいいえ  　②陸運事業者と連携して、荷役作業の労働災害防止対策を講じていますか。　　　　　　　　　　　はいいいえ  　③陸運事業者と合同の安全衛生協議組織を設置していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 1. 荷役作業における基本事項について |
| ①荷役作業を陸運事業者に行わせる場合、事前に通知していますか。　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ  　②荷の着時刻の指定は、余裕を持った設定（弾力的な設定）となっていますか。　　　　　　　　　はいいいえ  　③荷役作業を行う場所は、安全に作業ができる状況となっていますか。　　　　　　　　　　　　　はいいいえ  （作業に適当な広さの確保、床の凸凹、照度、荷等の整理整頓、安全通路の確保に努めていますか） |
| 1. 墜落転落防止対策について |
| ①陸運事業者等が荷役作業時に使用することができる、車両荷台への昇降設備等を用意していますか。  はいいいえ検討中  　②作業場に墜落転落を防止するための安全帯取付設備（親綱、フック等）は設置されていますか。  はいいいえ検討中 |

**L　安全衛生活動等について**

|  |
| --- |
| 1. 職場で熱中症対策を講じていますか。　（予定も可）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 「はい」の場合　⇒　該当する事項にをしてください。（複数可）  WBGT値(暑さ指数)の活用　　 　休憩場所の整備　　労働者の健康状態に配慮  定期的な水分･塩分の補給　 　　透湿性･通気性の良い服装等の着用　　労環境への適応期間の設定  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 職場における受動喫煙防止・喫煙対策を実施していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　はいいいえ |
| 「はい」の場合　⇒　該当する事項にをしてください。（複数可）  敷地内禁煙　　 　屋内に喫煙室の設置　　屋外に喫煙場所を設置　禁煙の勧奨・喫煙に関する教育  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 転倒災害防止の取組みについて |
| * 1. 通路、階段、出口に物を放置していませんか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 はいいいえ   2. 床の水たまりや氷、油、粉類などはその都度清掃していますか。　　　　　　　　　　　　　 　 はいいいえ   3. 作業靴は、作業場所に合った耐滑性があるものをしようしていますか。　　　 　　　　　 　　　 はいいいえ   4. 段差のある箇所や滑りやすい場所に注意を促す標識をつけていますか。　　　 　　　　 　　　　 はいいいえ   5. 見通しの悪い角には、カーブミラー等を設置していますか。　　　　　　　　　　　　 　　　　 はいいいえ |
| 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ますか。　　　　　　　　　　　　　　 　 はいいいえ |
| 1. 安全の見える化に取り組んでいますか　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　 　　 はいいいえ |
| 1. 「４Ｓ活動」を実施していますか。　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　はいいいえ |
| 1. 「ＫＹ活動」を実施していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はいいいえ |
| 1. 朝礼やミーティング等で災害防止への注意喚起を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　 はいいいえ |
| 1. 職場の安全パトロール等巡視を行っていますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 はいいいえ |

【自主点検票提出先】

〒989-6161　大崎市古川駅南2-9-7　　電話　0229-22-2112

古川労働基準監督署　安全衛生課　　担当　・菊池