**安全衛生自主点検票**

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29年7月14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27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28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[x] 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26年 | ／ | 平成27年 | ／ | 平成28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」をご存知ですか。　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ　[ ] 参加中　[ ] 参加希望
 |
| 1. 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドラインをご存知ですか。**＊**　　　　　　[ ] はい　[ ] いいえ
 |

**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[x] 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. ストレスチェックについて

平成28年（度）のストレスチェックについて1. 実施しましたか。　　　[ ] はい　平成　　年　　月　　　　[ ] いいえ
2. 実施結果報告書の提出をしましたか。　　　　　　　　　　　[ ] 提出した　[ ] 提出していない　[ ] 提出予定

＊報告書は、事業場ごとに提出の必要がありますので本社でまとめて報告することはできません。　平成29年（度）のストレスチェックについて[ ] 計画している　→　　　　月頃実施予定[ ] 実施の予定なし「実施予定なし」の場合　⇒　実施が困難な理由で下記に該当する事項に[x] をしてください。（複数回答可）[ ]  ストレスチェック制度を知らなかった[ ]  実施に向けた取り組み方がわからない[ ]  実施体制、実施方法について、（安全）衛生委員会で合意が得られない[ ]  実施者が見つからない[ ]  外部実施機関が見つからない**＊**[ ]  面接指導を行う医師が見つからない[ ]  経費がかかる[ ]  その他（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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）の利用を希望しますか。　　[ ] はい（支援センターへの事業場名、担当部署の提供を承諾する）　[ ] いいえ　[ ] 利用中・利用済宮城産業保健総合支援センターでは、メンタルヘルス対策促進員が職場を訪問し、相談機関等についての情報提供やメンタルヘルス対策に係る体制づくりなどを**無料**でアドバイスする支援事業を実施しています。ご希望の場合は、事業場名、担当部署をセンター宛情報提供させていただきます。（後日センターから連絡させていただきます。）
 |
| 1. パワーハラスメントについて
	1. 管理監督者等へのパワーハラスメント防止に関する教育・研修を実施していますか。　　　　　[ ] はい[ ] いいえ
	2. パワーハラスメントに関する事業場内の相談体制を整備していますか。　　　　　　　　　　　[ ] はい[ ] いいえ
	3. パワーハラスメント予防対策と、起きた場合の対処方法を策定・周知していますか。　　　　　[ ] はい[ ] いいえ
 |

**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
 |

**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[x] をしてください。（複数可）[ ]  WBGT測定器を所有している 　[ ] 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[x] 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使用していますか。　　　　 　　　　　 　　　 [ ] 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. 危険箇所の表示による「危険の見える化」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」による危険予知能力、注意力の向上に取り組んでいますか。　　　　　　　　　　　[ ] はい[ ] いいえ
 |
| 1. 「ヒヤリハット活動」による危険箇所の共有、除去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. 作業マニュアルを労働者に周知、教育していますか。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 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2-9-47　　電話　0229-22-2112

古川労働基準監督署　安全衛生課　　担当　・菊池