

## 年間安全衛生管理計画作成のためのチェックリスト（小規模事業場用）

このチェックリストは、あなたの事業場での年間安全衛生管理計画を策定するにあたって、取り組むべき主要な項目を挙げたものです。

チェックリストで「いいえ」の項目は、必ず改善し、年間安全衛生管理計画で継続して実施しましょう！

### 1. 安全衛生管理体制

※該当する□（はい・いいえ）にチェックして下さい。

	はい	いいえ
(1) 年間又は月間の安全衛生活動の目標を決めていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 経営首脳による安全パトロールを実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 安全衛生推進者は選任されていますか。…………… (常時使用する労働者数が10人以上50人未満の場合)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 一定の危険有害業務に作業主任者を選任していますか（はい作業等）……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 労働者から安全衛生に関する意見を聞く機会を設けていますか。…………… (常時使用する労働者数が50人未満の場合)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. 日常的安全衛生活動

	はい	いいえ
(1) 作業開始前に安全衛生ミーティングを開催していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 4S（整理・整頓・清掃・清潔）活動を推進していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 危険予知訓練（KYT）、危険予知活動（KYK）を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) ヒヤリ・ハット事例を把握し、確実に改善していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 労働者は安全衛生活動に積極的に参加していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. 法令に基づく危害防止措置

	はい	いいえ
(1) はいや荷台からの墜落・転落防止措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) フォークリフトによる災害の防止措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 移動式クレーン等による災害の防止措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) トラックへの荷の積卸し作業による災害の防止措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 機械設備の定期自主検査・作業開始前点検を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. 交通労働災害防止活動

	はい	いいえ
(1) 交通労働災害防止のためのガイドラインにより管理を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 労働者に交通安全教育を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. 危険・有害要因の除去・低減

	はい	いいえ
(1) 危険性又は有害性等の調査等（リスクアセスメント）を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) リスクアセスメント担当者への教育を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 作業標準の策定時に危険・有害要因の低減・除去の措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. 安全衛生教育

	はい	いいえ
(1) 免許・技能講習及び特別教育について有資格者を計画的に育成していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 新規雇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) 危険有害業務に従事する労働者に能力向上教育を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7. 作業環境・職業性疾病予防対策

	はい	いいえ
(1) 腰痛の予防対策を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 熱中症の防止措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 8. 健康保持増進対策・メンタルヘルス対策（ストレスチェックを含む）・過重労働対策

	はい	いいえ
(1) 定期健康診断は定期（深夜業務従事者は6月以内ごと）に実施されていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 有害業務従事者に特殊健康診断を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 健康診断の有所見者に事後措置を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 労働者に健康教育、健康相談等を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 労働者のメンタルヘルス対策（ストレスチェックを含む）を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 長時間労働者に対し面接指導等を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 全面禁煙、空間分煙等により、受動喫煙防止対策を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 年間安全衛生管理計画作成のためのチェックリスト（労働者 50 人以上用）

参 考

このチェックリストは、あなたの事業場での年間安全衛生管理計画を策定するにあたって、取り組むべき主要な項目を挙げたものです。  
チェックリストで「いいえ」の項目は、必ず改善し、年間安全衛生管理計画で継続して実施しましょう！

## 1. 安全衛生管理体制

※該当する□（はい・いいえ）にチェックして下さい。

	はい	いいえ
(1) 年間又は月間の安全衛生活動の目標を決めていますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 経営首脳による安全パトロールを実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 安全管理者、衛生管理者、産業医は選任されていますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 一定の危険有害業務に作業主任者を選任していますか（はい作業等） ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 安全衛生委員会は定期に開催されていますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 安全衛生管理規定等は整備されていますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. 日常的安全衛生活動

	はい	いいえ
(1) 作業開始前に安全衛生ミーティングを開催していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 4 S（整理・整頓・清掃・清潔）活動を推進していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 危険予知訓練（KYT）、危険予知活動（KYK）を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) ヒヤリ・ハット事例を把握し、確実に改善していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 労働者は安全衛生活動に積極的に参加していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. 法令に基づく危害防止措置

	はい	いいえ
(1) はいや荷台からの墜落・転落防止措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) フォークリフトによる災害の防止措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 移動式クレーン等による災害の防止措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) トラックへの荷の積卸し作業による災害の防止措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 機械設備の定期自主検査・作業開始前点検を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. 交通労働災害防止活動

	はい	いいえ
(1) 交通労働災害防止のためのガイドラインにより管理を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 労働者に交通安全教育を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. 危険・有害要因の除去・低減

	はい	いいえ
(1) 危険性又は有害性等の調査等（リスクアセスメント）を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) リスクアセスメント担当者への教育を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 作業標準の策定時に危険・有害要因の低減・除去の措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. 安全衛生教育

	はい	いいえ
(1) 免許・技能講習及び特別教育について有資格者を計画的に育成していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 新規雇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) 危険有害業務に従事する労働者に能力向上教育を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. 作業環境・職業性疾病予防対策

	はい	いいえ
(1) 腰痛の予防対策を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 熱中症の防止措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8. 健康保持増進対策・メンタルヘルス対策（ストレスチェックを含む）・過重労働対策

	はい	いいえ
(1) 定期健康診断は定期（深夜業務従事者は6月以内ごと）に実施されていますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 有害業務従事者に特殊健康診断を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 健康診断の有所見者に事後措置を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 労働者に健康教育、健康相談等を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 労働者のメンタルヘルス対策（ストレスチェックを含む）を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 長時間労働者に対し面接指導等を実施していますか。 ……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>