

# 交通労働災害自主点検表

点検日 年 月 日

令和 年 月 日に発生した労働災害について、下記のとおり自主点検を実施しましたので報告します。

事業場名			
所在地			
点検者職氏名		業種	
電話番号		労働者数	

下記事項の該当するものに○印を付してお答えください

1. 交通労働災害防止のための管理体制等	
(1) 交通労働災害に関する管理者を選任していますか	はい・いいえ
(2) 事業場のトップが交通労働災害防止の観点を含めた安全衛生方針の表明をしていますか	はい・いいえ
上記方針に基づき交通労働災害防止に係る目標が設定されていますか	はい・いいえ
目標達成のための安全衛生計画が作成されていますか	はい・いいえ
(3) 安全衛生委員会等で交通労働災害の防止に関する事項について調査・審議していますか	はい・いいえ
2. 適正な労働時間等の管理及び走行管理等	
(1) 自動車運転者の労働時間等の改善のための基準(労働省告示第7号)を知っていますか	はい・いいえ
貴事業場の実態について以下に記入してください	
1日の拘束時間:最大( )時間、 休息时间:最大( )時間	
運転時間:1日平均( )時間、 連続運転時間:最大( )時間	
(2) 適正な走行計画の作成をしていますか	はい・いいえ
作成している場合、次の事項が記載されていますか	
・ 走行の開始、終了の地点及び日時	はい・いいえ
・ 拘束時間、運転時間及び休憩時間	はい・いいえ
・ 走行に際して注意を要する箇所の位置	はい・いいえ
・ 荷役作業の有無及び作業時間	はい・いいえ
・ 走行経路及び経過地の出発・到着の日時の目安 (戸別配送、タクシー等走行経路の特定が困難なものを除く)	はい・いいえ
(3) タコグラフにより乗務状況を把握していますか	はい・いいえ
(4) 乗務開始前に点呼を行っていますか	はい・いいえ
点呼を行っている場合	
・ 疾病、疲労、飲酒等により安全な運転のできないおそれの有無について報告させていますか	はい・いいえ
・ 乗務開始前24時間の拘束時間が13時間を超える者について睡眠時間の状況を確認していますか	はい・いいえ
(5) 荷役作業をさせる場合、次の措置をとっていますか	
・ 事前に荷役作業の有無、運搬物の重量等を確認し、十分な休憩時間を確保していますか	はい・いいえ
・ 身体負担を減少させる適切な荷役用具・設備の備え付けは実施されていますか	はい・いいえ