

安全衛生自主点検表

徳島労働局労働基準部健康安全課

本自主点検は、それぞれの事業場における安全衛生管理活動をご確認していただくためのものです。

別添の「安全衛生自主点検表 点検事項」に基づき、下記1～7の該当する点検項目の右側にレ点等をご記入いただき、点検してください。

点検が完了しましたら、ご記入いただきました自主点検表を、郵送、FAX、メール等により当課あてご提出いただきますようご協力をお願いいたします。

ご提出いただける場合には、「事業場名」、「所在地」、「代表者職氏名」、「担当部署連絡先」の各欄に記入いただくなくても構いません。

また、ご提出いただきました自主点検表は、行政目的以外に使用することはありません。

ご不明な点がありましたら、徳島労働局健康安全課あて(TEL:088-652-9164)あてお問い合わせいただきますようお願いいたします。

<ご提出先> 徳島労働局健康安全課 FAX:「088-622-3570」

Mail:「kenkouanzenka-tokushimakyoku@mhlw.go.jp」

事業場名		所在地	
代表者 職氏名		担当部署 連絡先	部署名 TEL
点検年月日	令和 年 月 日	労働者数	男性 名、女性 名、合計 名 企業全体 名

●貴事業場が行っている事業内容について、以下の中から当てはまる番号を右欄へ記載をお願いします。

① 製造業 ② 建設業 ③ 運輸交通業 ④ 農業 ⑤ 林業 ⑥ 商業 ⑦ 教育・研究業 ⑧ 医療業 ⑨ 社会福祉・介護 ⑩ 接客娯楽業 ⑪ ①から⑩以外の事業	
--	--

●貴事業場における労働災害防止対策について

以下の1から7における質問につきまして、それぞれの右欄で該当する口にレ点(数値)の記載をお願いいたします。

1 労働者の作業行動に起因する労働災害防止対策の推進

(1) 転倒災害防止のため取り組みを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(2) <商業、医療業、社会福祉・介護業に該当しパート・アルバイト・派遣等非正規労働者がいる場合に回答> 正社員以外(非正規労働者等)への安全衛生教育を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(3) <介護・看護を行う事業場のみ回答> ノーリフトケアを使用していますか。	<input type="checkbox"/> 使用している <input type="checkbox"/> 使用していない

2 高齢労働者(60歳以上)の労働災害防止対策の推進

<高齢労働者が働いている場合のみ回答> エイジフレンドリーガイドライン(「高齢労働者の安全と健康確保のためのガイドライン」)に基づく安全確保の取り組みを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
---	--

3 業種別の労働災害防止対策の推進

(1) <運輸交通業に該当する場合に回答> 陸上貨物運送事業における荷役作業の安全対策ガイドラインに基づく安全確保の取り組みを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(2) <建設業に該当する場合に回答> 墜落・転落災害防止のためのリスクアセスメントを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(3) <製造業に該当する場合に回答> 挟まれ巻き込まれ災害防止の取り組みを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(4) <林業に該当する場合に回答> 「チェーンソーによる伐木等作業の安全に関するガイドライン」に基づき安全確保の取り組みを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない

4 多様な働き方への対応、外国人労働者等の労働災害防止対策の推進

<外国人労働者が働いている場合に回答> 母国語に翻訳された教材、視聴覚教材を用いるなど外国人労働者が理解できる方法で災害防止の教育を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
---	--

5 労働者の健康確保対策

(1)－1 過重労働防止のための対策を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(1)－2 貴事業場の労働者で年次有給休暇を1人平均何%取得できていますか。	<input type="checkbox"/> 70%未満 <input type="checkbox"/> 70%～99% <input type="checkbox"/> 100%
(1)－3 週労働時間 40 時間以上の労働者のうち、週労働時間 60 時間以上の労働者は何名いますか。	<input type="checkbox"/> ()名 <input type="checkbox"/> いない(0名)
(2) 勤務間インターバル制度(終業時刻と始業時刻の間を一定時間空ける制度)を導入していますか。	<input type="checkbox"/> 導入している <input type="checkbox"/> 導入していない
(3) メンタルヘルス対策に取り組んでいますか。	<input type="checkbox"/> 取り組んでいる <input type="checkbox"/> 取り組んでいない
(4)－1 ストレスチェックを実施していますか。	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
(4)－2 ストレスチェック結果をもとに集団分析し、この分析結果を活用して職場環境改善を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(4)－3 仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスがあると申し出た労働者は何名いますか。	<input type="checkbox"/> ()名 <input type="checkbox"/> いない(0名)
(5) 労働者に産業保健サービスを提供していますか。	<input type="checkbox"/> 提供している <input type="checkbox"/> 提供していない

6 化学物質等による健康障害防止対策 化学物質の製造又は取扱を行っている場合にご記入ください。

(1)－1 化学物質の入った容器のラベル表示は行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(1)－2 化学物質の製造取扱を行う労働者に SDS を交付していますか。	<input type="checkbox"/> 交付している <input type="checkbox"/> 交付していない
(1)－3 化学物質の SDS を譲渡先、または提供先に交付していますか。	<input type="checkbox"/> 化学物質を譲渡、提供していない <input type="checkbox"/> 交付している <input type="checkbox"/> 交付していない
(2) 製造取扱している化学物質のリスクアセスメントを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 行っている <input type="checkbox"/> 行っていない
(3) リスクアセスメント結果に基づいて災害防止対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 講じている <input type="checkbox"/> 講じていない

7 熱中症防止対策

(1)－1 作業場における WBGT 値(暑さ指数)の把握がされていますか。	<input type="checkbox"/> 把握している <input type="checkbox"/> 把握していない
(1)－2 WBGT 値に基づく適正な作業管理を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 実施している <input type="checkbox"/> 実施していない
(1)－3 異常時に速やかに病院への搬送や救急隊の要請ができる体制を整備していますか。	<input type="checkbox"/> 整備している <input type="checkbox"/> 整備していない

