

FAX : 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇労働局健康安全課 行き

職場の安全衛生自主点検表

点検実施日 平成 年 月 日

事業の種類	<input type="checkbox"/> 福祉事務所 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 通所・短期入所介護事業 <input type="checkbox"/> 訪問介護事業 <input type="checkbox"/> 認知症老人グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者福祉事業 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ） 該当する業態にレを入れてください。
施設の名称	(TEL _____)
施設の所在地	都道府県 _____ 市区町村 _____
代表者職氏名	
点検者職氏名	
労働者数	全労働者数 男 _____ 名・女 _____ 名・計 _____ 名 （内 50歳以上の労働者数 男 _____ 名・女 _____ 名・計 _____ 名）

この自主点検表は、自社の安全衛生管理体制、作業方法、安全衛生教育の実施状況等について自主的に点検を行い、労働災害を防止する上での問題点を洗い出し改善するためのものです。該当する項目にチェックをしてください。

- ・「はい」にチェックした項目については、現状維持はもとよりさらなる充実に努めてください。
- ・「いいえ」にチェックした項目については、速やかに改善を行ってください。
- ・本点検表は、行政運営以外の目的に使用することはありません。

1 労働災害の発生について

- ①過去3年間の間に休業1日以上労働災害が発生したか。 した していない
- ②①で「した」の場合、何件発生したか。 _____ 件
- ③①で「した」の場合、どのような労働災害が発生したか
（具体的に： _____ ）
- ④労働災害が発生した場合は、原因を究明して対策を講じているか。 はい いいえ
- ⑤④で「いる」の場合、どのような対策を講じているか（複数回答）。
 設備の改善 ・ 作業方法の改善 ・ 教育の実施 ・ 作業手順書の改善 ・ 表示の改善
 その他（ _____ ）

2 安全衛生管理体制等について

- ①衛生推進者、衛生管理者、産業医を選任しているか。
- ・衛生推進者を選任しているか。 はい いいえ
 - ・衛生管理者を選任しているか。 はい いいえ
 - ・産業医を選任しているか。 はい いいえ
- ②衛生委員会又は安全衛生に関する事項について意見を聴く場を設けているか。 はい いいえ
- ③②の委員会、意見を聴く場を毎月1回以上定期的に開催しているか。 はい いいえ
- ④1年以内毎に1回、労働者に対し、一般健康診断を実施しているか。 はい いいえ

3 安全衛生教育について

- ①新規に雇入れや作業転換をした者に、教育を実施しているか。 はい いいえ
②施設の管理的な従業員に、教育を実施しているか。 はい いいえ

4 腰痛対策について

- ①使用する機器・設備、作業方法等実態に即した作業標準を作成しているか。 はい いいえ
②腰痛予防のための教育を実施しているか。 はい いいえ
③一般健康診断のほか、重量物取扱い作業、介護作業等腰部に著しい負担のかかる作業に常時従事する労働者に対しては、当該作業に配置する際（再配置する場合を含む。）及びその後6月以内ごとに1回、医師による腰痛の健康診断を実施しているか。 はい いいえ
④適切な介護設備、スライディングシート、リフト等の福祉機器を導入しているか。 はい いいえ
⑤介護者の年齢や体力に応じた職務配置をしているか。 はい いいえ
⑥特定の介護者に作業が集中しないよう配慮しているか。 はい いいえ
⑦利用に便利でくつろげる休憩設備を設けているか。 はい いいえ
⑧必要に応じて腰部保護ベルト・腹帯などを使用させているか。 はい いいえ

5 転倒、転落災害防止について

- ①床面、階段及び通路はつまづきや滑りの原因となる凸凹や水漏れ、ゴミのない状態になっているか。 はい いいえ
②階段には滑り止め、手すりを設置しているか。 はい いいえ
③床面、階段及び通路は、通行に十分な明るさが保たれているか。 はい いいえ
④照明器具の清掃を定期的に行っているか。 はい いいえ
⑤階段のすべり止めが、はがれていないか。 はい いいえ

6 4S（整理・整頓・清掃・清潔）活動・KY（危険予知）活動について

- ①現在「4S活動」を実施しているか。 はい いいえ
②「4S活動」は手順を決めて定期的に行っているか。 はい いいえ
③「4S活動」には施設長のリーダーシップの元で行っているか。 はい いいえ
④現在「KY活動」を実施しているか。 はい いいえ
⑤「KY活動」は手順を決めて定期的に行っているか。 はい いいえ
⑥「KY活動」には施設長のリーダーシップの元で行っているか。 はい いいえ

7 その他の災害防止対策実施について

- ①職場の安全パトロール巡視を行っているか。 はい いいえ
②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るか。 はい いいえ

8 高年齢労働者への配慮事項について

- ①可能な限り段差を解消するとともに、段差のある場所は注意喚起の表示をしているか。 はい いいえ
②作業場及び通路に適切な照明を設けているか。 はい いいえ
③見通しの悪い角には、カーブミラー等を設置しているか。 はい いいえ
④作業者が自主的に作業のスペースや量をコントロールできるようにしているか。 はい いいえ

記入いただいた自主点検表はFAX（ ）にて2月28日までにお送り
くださいますようお願いいたします。