

調査表（陸運事業者用） 平成 年 月 日提出

本調査表には、貴事業場の労働者が被災した荷役作業中の労働災害について、所要事項を記載の上、再発防止対策書と併せて、労働基準監督署宛に提出をお願いいたします。

貴事業場名		災害発生日	平成	年	月	日
住所					労働者数	人

A 貴事業場の労働者が被災した荷役作業中の労働災害について、以下の質問それぞれに当てはまる項目の太枠内に○を記入してください。

問A-1. 労働災害が発生した場所はどこですか。

また、発生場所が他社の事業場の場合(※)、事業場名、住所、業種なども記入してください。

<input type="checkbox"/>	荷を積み込んだ事業場 ※	<input type="checkbox"/>	配送先の事業場や、荷を取り下ろした事業場 ※	<input type="checkbox"/>	自社(陸運事業者)の事業場	<input type="checkbox"/>	宅配・集荷先の個人宅	
							<input type="checkbox"/>	その他【具体的に記入： _____】

※事業場名 _____ →どちらか選択 荷主 陸運元請

※住所 _____

※業種(例：食品製造業、機械器具製造業、建設工事業、スーパー等)【具体的に記入： _____】

問A-2. 被災した労働者の職種は何ですか。

<input type="checkbox"/>	運転手	<input type="checkbox"/>	荷役作業員(運転手以外)	<input type="checkbox"/>	その他【具体的に記入： _____】
--------------------------	-----	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------------

問A-3. 災害発生時、被災した労働者の位置はどこですか。具体的に記入してください。

<input type="checkbox"/>	トラック上(例:アオリ上、テールゲートリフター上、荷台上)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	建物や施設(例:荷さばき場、階段、通路)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	その他(例:フォークリフト上など)【具体的に記入： _____】

問A-4. 災害発生時、被災した労働者はどのような作業に従事していましたか。

<input type="checkbox"/>	荷の積み込み中	<input type="checkbox"/>	荷の取り下ろし中	<input type="checkbox"/>	移動中(歩行中)	
					<input type="checkbox"/>	その他【具体的に記入： _____】

問A-5. 災害の原因は何ですか。(考えられることを具体的に記入してください。複数選択可)

<input type="checkbox"/>	建物や設備の要因(床面、階段など)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	荷役運搬機械の要因(フォークリフトなど)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	トラックの要因【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	荷の要因(荷姿、配置など)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	荷役用具の要因(台車、カゴ車など)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	作業方法の要因(荷の持ち上げ方、作業計画、作業指揮など)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	運行時間の要因(着時間、休憩時間など)【具体的に記入： _____】
<input type="checkbox"/>	その他の要因(作業員の健康など)【具体的に記入： _____】

問A-6. 被災した労働者は、保護帽・手袋を着用し、使用していましたか。また、どのようなものでしたか。

保護帽	<input type="checkbox"/>	未着用・不使用	<input type="checkbox"/>	着用・使用【具体的に記入： 】
手袋	<input type="checkbox"/>	未着用・不使用	<input type="checkbox"/>	着用・使用【具体的に記入： 】

問A-7. 被災した労働者が使用していた履物はどのようなものでしたか。

履物	<input type="checkbox"/>	安全靴	<input type="checkbox"/>	耐滑性のある靴(安全靴除く)	<input type="checkbox"/>	運動靴	<input type="checkbox"/>	スリッパ・サンダルなど
	<input type="checkbox"/>	その他【具体的に記入： 】						

問A-8. 災害発生時、被災した労働者が使用していた車両の種類と最大積載量はどれですか。

種類	<input type="checkbox"/>	平ボディ	<input type="checkbox"/>	ウイング車	<input type="checkbox"/>	バンボディ(ウイング車を除く)・保冷車
	<input type="checkbox"/>	タンクローリー	<input type="checkbox"/>	その他【具体的に記入： 】		
最大積載量	<input type="checkbox"/>	5トン以上	<input type="checkbox"/>	5トン未満	<input type="checkbox"/>	その他【具体的に記入： 】

B 貴事業場における荷役作業の安全対策について、労働災害の発生前と発生後、それぞれに当てはまる項目の太枠内に○を記入してください。

問B-1. 荷役災害防止のための担当者を指名しましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	指名していなかった	<input type="checkbox"/>	指名していた
発生後	<input type="checkbox"/>	指名していない	<input type="checkbox"/>	指名した

問B-2. 荷役作業を行う労働者(運転者を含む)に対し、荷役作業の安全衛生教育を実施しましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	実施していなかった	<input type="checkbox"/>	実施していた【教育時間 一人あたり 時間】
発生後	<input type="checkbox"/>	実施していない	<input type="checkbox"/>	実施した 【教育時間 一人あたり 時間】

問B-3. 荷役作業について、リスクアセスメントを実施しましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	実施していなかった	<input type="checkbox"/>	実施していた
発生後	<input type="checkbox"/>	実施していない	<input type="checkbox"/>	実施した

問B-4. 荷主等(荷主、配送先、元請事業者等)の事業場において行う荷役作業の「有無」、「内容」、「役割分担」について、荷主等へ事前に確認しましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	確認していなかった	<input type="checkbox"/>	確認していた 【確認方法： 】
発生後	<input type="checkbox"/>	確認していない	<input type="checkbox"/>	確認した 【確認方法： 】

問B-5. 不安全な荷役作業や無理な着時間設定について、荷主等に対し改善を求めましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	求めていなかった	<input type="checkbox"/>	求めていた
発生後	<input type="checkbox"/>	求めていない	<input type="checkbox"/>	求めた

問B-6. 荷役作業の内容に応じて、安全対策を講じましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	講じていなかった	<input type="checkbox"/>	講じていた
発生後	<input type="checkbox"/>	講じていない	<input type="checkbox"/>	講じた

問B-7. 運転者に荷役作業を行わせる場合、運転者の疲労に配慮した運行計画を設定しましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	設定していなかった	<input type="checkbox"/>	設定していた
発生後	<input type="checkbox"/>	設定していない	<input type="checkbox"/>	設定した