

安全衛生チェックリスト

(陸上貨物運送業)

※ 該当する□(はい・いいえ)にチェック

1 安全衛生管理体制

	はい	いいえ
(1)安全衛生管理規定を作成していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)年間の安全衛生管理計画を作成し、計画的に実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)経営トップの意向を踏まえた安全衛生宣言を表明し、周知していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「労働者数50人以上の事業場」		
(1)安全管理者、衛生管理者を選任し、職務を実施させていますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)産業医を選任し、職務を実施させていますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)安全衛生委員会を毎月1回以上開催していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)安全衛生委員会の議事録を労働者に周知していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
「労働者数50人未満の事業場」		
(1)安全衛生推進者を選任し、職務を実施させていますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)労働者から安全衛生に関する意見を聴く機会を設けていますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)地域産業保健センターを活用していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 日常的安全衛生活動

	はい	いいえ
(1)安全朝礼を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)ヒヤリハット活動を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)4S活動(整理・整頓・清掃・清潔)を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)危険予知(KY)活動を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)KYイラストシート等を活用し、危険予知訓練を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)指差呼称による安全確認は励行されていますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)経営首脳による職場巡視を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8)安全衛生スタッフによる職場巡視を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)作業開始前に施設、機械等の安全点検を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10)作業開始前に体操(腰痛予防体操)を実施していますか。.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3

荷役作業における災害の防止対策

	はい	いいえ
(1) 荷の積み卸し作業は、作業指揮者に作業を指揮させていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 荷や荷台の上での作業が出来るだけ少なくなるよう作業方法を定めていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 荷や荷台の上で作業する場合には、背を荷台外側に向けず、また、荷台外側に後ずさりしないようにしていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) あおりの上で立って作業する場合には、あおりを固定していますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 安全帯が使用できる箇所では、必ず安全帯を使用していますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 耐滑性のある靴(JIS適合品等)を履かせていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 保護帽(墜落時保護用)を着用させていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 荷台への昇降は、昇降設備を使用させていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) パワーゲートに台車を載せるときは、安全な位置で作業していますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 人力による運搬は、腰部に負担とならないよう重量を制限していますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 車両から降りるときは、滑りにくい場所を選んで慎重に降りていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4

交通労働災害の防止対策

	はい	いいえ
(1) 交通労働災害防止に関する管理者を選任し、必要な教育を受講していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 休憩時間等を示した適正な走行計画を作成し、運転者に指示していますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 運行記録計を活用して、乗務状況を把握し、必要な見直しをしていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 乗務を開始させる前に点呼等で、疾病、疲労、飲酒等の有無の報告を求め、その結果を記録していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 睡眠不足が著しい、体調が不調である等正常な運転が困難な状態と認められる運転者に対しては、運転業務に就かせない等、必要な措置を行っていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 1週間連続して拘束時間が13時間を超える等、睡眠不足の累積が認められる者に対しては、必要な休憩時間の確保等の措置を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 荷役作業による運転者の疲労に配慮した十分な休憩時間を確保していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) 荷を積載するときは、最大積載荷重を超えないこと、偏荷重が生じないように指導していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 異常気象等の際には、必要に応じ、走行の中止、安全な場所での一時待機を指示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) ポスターの掲示、表彰制度、安全大会等で労働者の意識を高揚していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 自動車の点検、補修を行っていますか。……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 フォークリフト災害の防止対策

	はい	いいえ
(1) 有資格者に運転させていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 1年以内ごとに特定自主検査を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 1月以内ごとに定期自主検査を実施し、記録を作成、保存していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 作業開始前に点検を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 運行経路及び作業方法を示した作業計画を作成し、関係労働者に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 作業指揮者を配置し、作業計画に基づき作業を指揮させていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) フォークリフトの作業範囲は立入り禁止とするか、誘導者に誘導させていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) フォークリフトの運行経路と安全通路を区分していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 安全な制限速度を定めていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 運転者が見えにくい場所には、標識や反射鏡等を設置していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 労働者の昇降等に使用することを禁止していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) エンジンをかけたまま運転者が運転席から離れることを禁止していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 移動式クレーンによる災害の防止対策

	はい	いいえ
(1) 移動式クレーンは、有資格者に運転させていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 玉掛け作業は、有資格者に行わせていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 荷の形状等に応じた安全な玉掛け方法を定めていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 玉掛け用具は、荷の形状、重量に対し、適切なものを使用していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 作業開始前に、移動式クレーン及び玉掛け用具を点検していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 転倒防止対策等を示した作業計画を作成し、関係労働者に周知していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 一定の合図方法を定め、合図者を指名し、合図を行わせていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) アウトリガーは最大限に張出し、敷盤等で沈下を防止していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) 上部旋回体と接触するおそれのある箇所を立入禁止としていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) 荷の運搬経路を確認し、退避を行わせていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) 地切り時に玉掛けの状況を確認させていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) つり荷の誘導は、補助ロープ等を使用していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) 荷受け場所のまくら、歯止めは適切ですか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) 玉掛け用具の取り外しは、着地した荷が安定したことを確認していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) 移動式クレーンの月例・年次検査を実施し、記録を作成、保存していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) 保護帽を着用させ、安全靴を履かせていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 ロールボックスパレット使用時の労働災害防止対策

- | | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 基本操作について、作業手順を作成していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 複数人での取扱いは作業指揮者を指名していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 脚部を保護するプロテクター等を着用していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 走行時以外は、ストッパーを使用していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 最大積載量を遵守していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 基本的な荷の積み方について、教育を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) テールゲートリフターの昇降板に乗ったままの操作を禁止していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 使用する前に点検を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8 転倒災害の防止対策

- | | はい | いいえ |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (1) 安全通路を床面等に表示していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 床は、つまずきがなく、滑りにくい材質となっていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 通路に物を置いていませんか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 滑りやすい場所では、滑りにくい靴を履かせていますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 靴底の減り具合を点検していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 労働者に、正しい歩行を指導していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9 健康管理

- | | はい | いいえ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) 労働者の雇い入れ時に健康診断を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 労働者に定期健康診断(深夜業務従事者は6月以内ごと)を実施していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 重量物取扱い作業に従事する労働者に腰痛の健康診断を実施していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 健康診断結果を労働者に通知していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 健康診断の有所見者について、医師から就業上の意見を聴取りしていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 長時間労働者に医師による面接指導等を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 健康診断結果について、安全衛生委員会(衛生委員会)で審議していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (8) 健康相談、健康教育等の健康保持増進対策を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (9) 労働者にストレスチェック及び該当者に面接指導を実施していますか。…………… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

※常時使用する労働者数が50人以上の場合

