

# 安全衛生チェックリスト

## (金属製品製造業)

※ 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)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"/>
(7)安全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"/>
(8)安全衛生対策を付記した作業手順書を作成していますか。……………	<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)作業開始前に体操を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3 墜落災害の防止対策

- |   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) 高さ2m以上の箇所で作業を行う場合には、安全な足場を設けていますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 高所作業は、保護帽(墜落時保護用)、安全帯を着用させていますか。……  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 高さ1.5m以上の箇所への昇降は、安全な昇降設備を設けていますか。…  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 足場の組立て等の作業に従事する労働者に特別教育を実施していますか。<br>※一定の種類、規模の足場については、足場の組立て等作業主任者の選任が必要となります。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 4 金属加工機械等による災害の防止対策

- |   | はい                       | いいえ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) 機械間の通路は、幅80cm以上としていますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 機械の修理・掃除・検査・給油・調整の際に機械を停止させていますか。……<br>また、表示板の取付等により修理中の不意の起動を防止していますか。…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 機械の定期自主検査を実施し、記録を作成していますか。……  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 作業者は、巻き込まれのおそれのない服装となっていますか。……  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 作業者は、安全靴を履いていますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 「動力プレス機械、シャー」   |                          |                          |
| (1) プレス機械作業主任者を選任していますか。(5台以上の場合)……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) プレス作業主任者に、安全装置の点検等の職務を行わせていますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 安全囲い、光線式安全装置等の安全装置を設けていますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 金型、刃部、安全装置の取付け取り外し、調整等は特別教育を受講した者に行わせていますか。……                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 安全装置の切替えキーを保管する者を定め、キーを保管させていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 1年以内ごとに特定自主検査(プレス)、定期自主検査を実施していますか。…                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 作業開始前点検を実施していますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 「ボール盤等」   |                          |                          |
| (1) 巻き込まれのおそれのある機械は、手袋の使用を禁止していますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 回転する危険性のある加工材は、バイス等で固定していますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 研削盤等のストローク端には、柵、覆いなどを設けていますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 「研削盤」   |                          |                          |
| (1) と石の取替え、取替時の試運転は、特別教育修了者に行わせていますか。   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) と石には、規格に適合した覆いを設け、適切に調整していますか。……  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 調整片の取付け等により「と石」と覆いとの間隔は、10mm以下としていますか。                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) ワークレストとと石の隙間は3mm以内に調整していますか。……  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 始業前に1分間以上(取替時は3分間以上)、試運転を実施していますか。…                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (6) 側面を使用する目的の研削と石以外は、側面の使用を禁止していますか。…  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (7) 携帯用研削盤は、ハンドルを設ける等により安定した姿勢で作業していますか。                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## 6 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"/>

## 7 クレーンによる災害の防止対策

	はい	いいえ
(1)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)クレーン及び玉掛け用具は、作業開始前に点検していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)作業開始前に関係者で作業方法を打合せしていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)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"/>
(8)つり荷とともに運転者が移動する場合は、安全な場所を歩かせていますか。…	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9)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"/>
(10)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"/>
(11)荷受け場所のまくら、歯止めは適切ですか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12)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"/>
(13)クレーンの月例検査、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"/>
※つり上げ荷重3t以上の場合は、有効期間内に性能検査を受検していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14)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"/>

## 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)水や油がこぼれたまま放置していませんか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)滑りにくい靴を履かせていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)滑りやすい箇所では、台車を使用していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)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 職業性疾病予防対策

	はい	いいえ
(1)有機溶剤作業主任者を選任し、氏名及び職務内容を掲示していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※特別有機溶剤については、特定化学物質作業主任者を選任していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)有機溶剤作業主任者に作業方法の決定・指揮等の職務を行わせていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※特別有機溶剤は、特定化学物質作業主任者に職務を行わせていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)使用する有機溶剤の区分、有害性等を掲示していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※特別有機溶剤は、物質の名称、人体に及ぼす作用、保護具を掲示していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)局所排気装置等の換気装置を設けていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)労働者に防毒マスク等の保護具を使用させていますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)屋内作業場において第2種有機溶剤を使用する業務等は、……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6月以内毎に作業環境測定を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7)有機溶剤の貯蔵場所は、関係労働者以外の者を立入禁止とし、……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
蒸気を屋外に排出する設備を設けていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10 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を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)化学物質を使用する業務の従事労働者に、特殊健康診断を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
※有機溶剤健康診断、特定化学物質健康診断		
(4)粉じん作業に従事する労働者に、じん肺健康診断を実施していますか。……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5)赤外線・紫外線にさらされる業務、騒音作業、振動業務に従事する労働者に行政 通達による特殊健康診断を実施していますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6)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"/>
(7)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"/>
(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"/>

## 11 危険・有害要因の除去・低減

はい いいえ

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (1) 危険性又は有害性等の調査(リスクアセスメント)を実施していますか。……  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 化学物質を取扱う作業は、安全データシートを見やすい箇所に備えていますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) リスクアセスメント担当者は、教育を受講していますか。……         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 作業標準の作成時等に危険・有害要因の除去・低減措置を実施していますか。  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 12 安全衛生教育

はい いいえ

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| (1) 免許・技能講習及び特別教育等の有資格者を計画的に育成していますか。…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (2) 雇い入れ又は作業内容を変更した労働者に安全衛生教育を実施していますか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (3) 金属加工機械の取扱い方法等について、関係労働者に教育していますか。…… | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (4) 玉掛け業務従事者に定期的に安全教育を実施していますか。……       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (5) 粉じん業務に従事する労働者に特別教育(準)を実施していますか。……   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |