



## 安全衛生 チェックリスト

### 安全衛生 チェックリスト とは

- このチェックリストは産業廃棄物処理業で働く方々の安全衛生の確保を推進するための、「安全衛生管理上の基本的・代表的な事項」をあげたものです。
- 事業場規模に関わらず、本チェックリストにある事項は実施しましょう。
- このチェックリストを用いて、基本的な事項に問題がないか、さっそく点検しましょう。

### ！ チェック項目について

- 業務内容により、該当しない項目は削除して活用してください。
- 例えば収集運搬業のみ営まれる場合は、「Ⅱ安全手順」の「Ⅲ中間処理」や「Ⅳ最終処分」の項目は不要です。

### ！ だれが点検するのか

- この点検は、事業者または管理責任者（安全管理者、衛生管理者、安全衛生推進者）が行ってください。

### ！ どのように点検するのか

- 点検表の該当する項目を一つ一つチェックしてください。チェックに際しては、点検者自らが現状を把握するか、職場の責任者をとおして確認してください。

### ！ いつ、点検するのか

- 職場の安全衛生管理の現状を把握するために、今すぐに点検してみてください。そして、問題点を改善した後、もう一度点検して、改善の効果を確認しましょう。
- 良好な状態を維持していくためには、定期的に点検を行うことが大切です。全国安全週間（7月1日～7日）、全国労働衛生週間（10月1日～7日）、年末年始無災害運動週間（12月15日～1月15日）など、機会をとらえ点検してください。

### ！ 改善に結びつけよう

- 「はい」にチェックした項目については、さらに充実に努めるとともに、「いいえ」にチェックした項目については、早速、改善してください。
- 改善に当たっては、モデル安全衛生規程に基づき、総合的、計画的に取り組み、改善の効果を確認しながら進めることが大切です。

### 評価の方法について

1. チェック内容に基づき、該当する項目にチェックしてください。
2. 「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。
3. 「いいえ」にチェックした項目については、その数を下の記入欄に入れてください。

継続的に点検を行い、「いいえ」の数がゼロになるよう改善を図りましょう。

「いいえ」の合計件数

件

# チェック 項目

該当、はい、いいえ の 欄に 印を付けてください。

チェック者

チェックした日

/ /

## I 事務所での確認(書面確認)

### I 労働安全衛生法令の順守

(1) 法的資格が必要な作業には、有資格者を配置していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 安全衛生法施行令第6条に定める作業(溶接、プレス機械、ボイラー、はい付け、はいくずし等)には作業主任者を選任していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 常時50名以上の労働者を使用する事業場においては、安全衛生委員会、安全協議会等の会議を設け活動を展開していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 入社時や配置転換時に、安全衛生教育を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 危険又は有害な業務に労働者をつかせるときは、安全又は衛生のための特別教育を実施し、記録を3年間保存していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 作業に適した作業着、保護具類を定め、使用させていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(7) 有害な業務を行う屋内作業場その他の作業場で、労働安全衛生法施行令第21条で定めるものについて、作業環境測定を行い、その結果を記録していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(8) 雇い入れ時、及びその後定期的(年1回)に健康診断を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### II 安全衛生方針・管理計画

(1) 安全衛生方針を作成し、周知していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 安全衛生管理計画を定めていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 労働安全衛生規則や社内規程を定めて、周知していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### III 作業手順の確立・策定

(1) 全ての作業について、作業手順書を作成していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 安全確認等のパトロールを定期的の実施し記録を保存していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 交通事故や緊急時の連絡体制に関するマニュアルを作成、周知していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 過去3年間の労災事故の人数、車両事故の件数が把握され、原因の解明と対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 自衛消防隊が組織されていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### IV 作業環境管理

(1) 廃棄物貯留ピット、タンク、マンホール等の作業で酸素欠乏等のおそれがあるときは、酸素濃度等を測定し、送風機による送風、保護具を装着して、作業させていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 廃油、廃塗料等を処理する場合は換気に気をつけていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 自然換気が不十分な浸透水採取孔等の点検時には、酸素欠乏防止対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## V 労働者の管理

### 安全衛生教育

(1) 廃棄物の飛散・漏洩事故等、緊急事態が発生したときの想定訓練等を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 過積載による運送の防止について、運転者、その他従業員に対する適切な指導及び監督を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 化学物質の性状等に関する教育を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) スプレー缶、カセットボンベ等排除すべき危険物を作業者に周知していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### 健康管理

(1) 1年に1回もしくは6ヶ月に1回の特殊健康診断を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 定期健康診断の結果を労働者に通知していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 長時間労働者に対し、医師による面接指導を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 健康づくり運動、メンタルヘルス対策を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 高温下、屋外等での作業時には、熱中症対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 無理のない作業計画をたて、作業員の過労防止策を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(7) 法に基づく年間の総労働時間管理等、働き方改革に取り組んでいますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## VI 保護具の着用、保護具の管理

(1) 同時に作業を行う作業員以上の数の保護具を用意していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 直接肌に接触するものは、専用化していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## VII 車輛、機械設備、用具等の管理

(1) 乗車定員が11名以上の自動車にあつては1台、その他の自動車にあつては5台以上を使用している事業所は安全運転管理者、運行管理者を設置していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 重機類等について作業開始前点検、定期自主検査を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 工具、機具類について、毎日点検を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 装置の点検表はありますか。チェックと改善は行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 車輛の点検表はありますか。チェックと改善は行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

評価欄

「いいえ」の合計点数欄

点

# II 安全手順(特に注意を要する次の内容を手順書に定めていますか)

## I 共通

(1) 指差し呼称を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 協同作業の場合、適切な合図が決められ確実に実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 協同作業の場合、作業指揮者は明確になっていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 作業前にTBM(ツール・ボックス・ミーティング)、KY活動が実施されていますか。その記録はされていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 当日の作業計画表を作成し、説明していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) WDS、容器貼付用ラベルの仕組みを運用していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(7) 機械の異常時には、機械を停止してから作業指揮者を置き処置していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(8) 騒音下での機械運転中、作業中の連絡方法をとっていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(9) メインスイッチを切る事、キーを抜く事等を作業員に徹底していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(10) 機械のスイッチキー類は、鍵をかけて保管していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## II 収集運搬

(1) 車輛乗務前に点呼によるアルコールチェック、体調チェックを実施し、記録を残していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 収集運搬車輛は、チェックリスト等に基づいて作業開始前に点検を実施し、記録を残していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 積み込み、積み降ろし作業中は、必要に応じて防じんマスク、防毒マスク、安全保護具等を着用させていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) トラック、コンテナ等にシート掛け、シート外しを行う際は、安全帯の使用や架台に乗って作業する等の転落防止策は講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 積荷は、全てシート掛けをし、飛散・落下・流出防止の緊縛をしていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 荷の滑落、崩落を予測して、安全な位置で作業をさせていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## III 中間処理

(1) 酸やアルカリ等の化学物質を処理する際に、体への付着による薬傷防止対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) プラントの運転開始時には、全員の配置と安全を確認してから行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 焼却炉や機械への投入時に、事前に危険物の有無を確認していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 排出事業者が、産業廃棄物の性状に関し正しい情報の提供、分別、表示等を行っていることを確認していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 排出事業者が、安全化処理を行っていることを確認していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 産業廃棄物の性状等の情報が判らない場合は、排出元へ返却していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(7) 産業廃棄物の性状が不明の場合、処理方法を定めるための試験を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(8) 高所作業の箇所には、転落防止柵、ネットを設置し、安全帯等を使用させていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## IV 最終処分

(1) 凹凸のある地形での重機による埋立作業を行う場合には、運転者に転落防止用のベルトを着用させていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 搬入された廃棄物の中に有害・危険物が混入していないか確認をしていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 火災消火用の覆土を用意していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

評価欄

「いいえ」の合計点数欄

点

## III 安全衛生意識の高揚

(1) 整理・整頓・清掃・清潔・しつけ(5S)を励行していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 安全朝礼、安全唱和(指差呼称)、KYT等を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) ヒヤリ・ハット活動を実施していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 職場内に安全スローガンや安全衛生関連ポスター等を掲示していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

評価欄

「いいえ」の合計点数欄

点

## Ⅳ 工場での確認(設備の安全対策)

### I 通路

(1) 作業区域と道路・経路の区分けを行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 重機の作業半径内、作業区域等への立入禁止対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 通行止め、仮置き等は表示・バリケード等の対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 同時作業防止等、重機類等との接触防止策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 配線が通路を横切らないよう対策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### II 車輛関係

(1) 運搬車を用いて直接廃棄物を投入する場合は、投入部に十分な高さの車止めがありますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

### III 装置

(1) 装置には非常停止装置を設置していますか。単独作業でも非常停止できますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 挟まれ、巻き込まれのおそれのある箇所には、覆い、囲い、スリーブ等を設けていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 騒音の発生源対策等を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 機械停止時に、第三者による不意の稼働を防止する禁止板等の措置を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### IV 荷物

(1) 置き場所の表示(種類・重量・容量等)を明確にし、境界は白線等で区切っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 火災・液体の漏洩等の際に対応できる用具は準備していますか。用具の劣化がないか点検していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 非常事態の際の連絡先等は表示されていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

### V その他

(1) ピット等への転落防止策を講じていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 有害ガスの発生に備えて局所排気装置、有害ガス検知器等を設置していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 灰出し作業等における粉じんの発生や飛散を防止する密閉化、発生源への散水、局所排気装置の設置等の措置を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 構造物は防塵型設備を採用していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 危険物等の取扱い場所では、消火設備の設置とともに、火気使用を厳禁にしていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

評価欄

「いいえ」の合計点数欄

点

# V 工場での確認(工場の安全管理状況)

毎日チェックが必要な項目です。

## I 建物の状況

(1) 分煙体制は整備されていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 経年劣化による変形・腐食はありませんか(塗装、断熱効果)。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 採光、照明は十分ですか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 粉じんはありませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## II 通路の状況

(1) 停止線・矢印等の表示は明確に識別できますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 道路標識、構内案内等は明確に識別できますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 段差・穴・へこみ・ひび割れはありませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 通行の妨げになるものが放置されていませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 油や水の飛散、ビスやクギが落ちていませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 配線が通路を横切っていませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## III 作業の状況

(1) 指差し呼称は実施されていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 重機と人の作業は分離されていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 安全監視員は配置されていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 人の流れは整然としていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## IV 重機類、フォークリフト、車輛等の状況

(1) 指定場所で一時停止をしていますか。指定された走行速度を守っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(2) 的確な指差し呼称を行っていますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(3) 必要な免許証、技能講習修了証は携帯していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(4) 荷の固定器具(ロープ、ワイヤー、ベルト等)は摩耗、断線していませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(5) 飛散防止器具(シート、ネット等)は破損していませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(6) 運転キーは差しっぱなしになっていませんか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(7) 作業場所に人が立ち入る場合は、監視員を配置していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(8) 監視員は無線・ホイッスル等重機への連絡方法を確保していますか。	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

## V 装置の状況

- |                         |                             |                             |                              |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 非常停止装置の動作確認はしていますか。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 異常な騒音、振動はありませんか。    | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## VI 保護具の使用状況

- |  |                             |                             |                              |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 適切な保護具が着用されていますか。正しく着用されていますか。               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 保護具が劣化し機能を発揮できない状況となっていないですか。不衛生な状況ではありませんか。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 必要な保護具の掲示をしていますか。                            | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 適切な保護具の着用状態が判る掲示をしていますか。                     | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## VII 荷物の状況

- |  |                             |                             |                              |
|--|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 表示以外の物が置かれていませんか。白線からはみ出しはありませんか。              | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 積み重ねの角度、段数は正しいでしょうか、上の物が傾いていませんか、下の物が潰れていませんか。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) ドラム缶、鉄箱等の破損による漏れはありませんか。パレットの破損による傾きはありませんか。   | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 容器等に油の付着はありませんか。                               | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## VIII 休憩場所

- |   |                             |                             |                              |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 従業員が休める空間となっていますか。テーブル・椅子の配置は適正ですか。破損はありませんか。テーブルの上に放置されたものはありませんか。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (2) 清潔が保たれていますか。床面に油等の付着はありませんか、壁面に汚れはありませんか。                           | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (3) 照明、換気、エアコンの状況は正常ですか。  | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (4) 掲示物は正しく貼られていますか。  | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| (5) 冷蔵庫は正しく使われていますか。外部、内部は清潔ですか。誰のものか分かるようになっていますか。保管期限は適切ですか。          | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

## IX トイレ

- |   |                             |                             |                              |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 清潔ですか、清掃担当者が決まっていて、清掃記録はありますか。現場の油や埃が床面に付着しない対策はしていますか。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|

## X 風呂・シャワー

- |                                    |                             |                             |                              |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| (1) 清潔ですか。給湯は十分ですか。不要なものは置いていませんか。 | <input type="checkbox"/> 該当 | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|

評価欄

「いいえ」の合計点数欄

点



※このチェックリストの利用方法等につきましては、(公社)全国産業廃棄物連合会 又は最寄りの都道府県産業廃棄物協会にお問い合わせください。

お問い合わせは

<http://www.zensanpiren.or.jp/disposal/07/anzenpanfu02.pdf>

公益社団法人 全国産業廃棄物連合会 TEL.03 (3224) 0811

