

調査表（ 荷主、配送先、元請事業者用 ） 平成 年 月 日提出

本調査表は、貴事業場構内等において、陸運事業者の労働者が荷役作業中に被災した労働災害について調査するものです。所要事項を記載の上、労働基準監督署宛に提出していただきますよう、ご協力お願い申し上げます。

貴事業場名				貴事業場の業種			
住所			労働者数	人	災害発生日	平成	年 月 日

A 労働災害発生時、貴事業場は以下のうちどれに該当しましたか。

<input type="checkbox"/> 発荷主(荷を送る側)	<input type="checkbox"/> 着荷主(荷を受け取る側・配送先)	<input type="checkbox"/> 陸運元請事業者
-------------------------------------	---	----------------------------------

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. 指名した荷役災害防止のための担当者に対し、必要な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
発生後	<input type="checkbox"/>	実施していない	<input type="checkbox"/>	実施した

問B-3. 貴事業場構内等での荷役作業の「有無」、「内容」、「役割分担」について、陸運事業者へ事前に通知しましたか。また、どのように通知しましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	通知していなかった	<input type="checkbox"/>	通知していた	<input type="checkbox"/>	運送引受書など	<input type="checkbox"/>	安全作業連絡書
				どのように?→		その他【		
発生後	<input type="checkbox"/>	通知していない	<input type="checkbox"/>	通知した	<input type="checkbox"/>	運送引受書など	<input type="checkbox"/>	安全作業連絡書
				どのように?→		その他【		

問B-4. 安全な作業手順を省略されないよう、弾力的な荷の着時間を設定しましたか。

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

問B-5. 陸運事業者からの荷役作業の安全に関する改善要望に対し、改善につなげましたか。

発生前	<input type="checkbox"/>	改善のため対応していなかった	<input type="checkbox"/>	改善につなげていた	<input type="checkbox"/>	要望がなかった
発生後	<input type="checkbox"/>	改善のため対応していない	<input type="checkbox"/>	改善につなげた	<input type="checkbox"/>	要望はない

問B-6. 荷役作業場所の巡視・点検を実施しましたか。

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-7. 陸運事業者が不安全な方法で荷役作業を行っていた際、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-8. 貴事業場で、陸運事業者が行う荷役作業についての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-9. 荷役作業を行う場所について、安全な荷役作業が行える状況に保持しましたか。

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

C 貴事業場が実施した具体的な改善について、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C-1. 荷役作業場所・移動経路の改善について(複数選択可)

↓発生前

↓発生後

荷役作業に必要な広さの確保	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
荷役作業場所の床の凹凸や段差の改善	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
床面の防滑対策の実施	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
照明の照度の改善	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
荷役作業場所の混雑の緩和	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
整理整頓の実施	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
雨風の当たらない荷役作業場所の確保	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
安全な通路の確保	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
通路の死角部分へのミラー設置	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
その他の対策【具体的に記入： 】	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した

問C-2. 墜落危険個所の改善について(複数選択可)

↓発生前

↓発生後

墜落防止柵の設置	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
昇降設備の設置、踏み台・昇降用具の用意	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
安全帯を取付ける設備の設置	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
その他の対策【具体的に記入： 】	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した

問C-3. 荷役運搬機械などの改善について(複数選択可)

↓発生前

↓発生後

安全な荷役運搬機械(フォークリフト、クレーン、コンベアなど)の用意	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
安全な荷役運搬用具(台車など)の用意	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
その他の対策【具体的に記入： 】	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した

問C-4. その他(複数選択可)

↓発生前

↓発生後

休憩設備の設置	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
安全な作業方法などについて、陸運事業者と協議する場の設定	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した
その他の対策【具体的に記入： 】	<input type="checkbox"/>	していた	<input type="checkbox"/>	した