

労働災害事故対策報告書

2017 年 10 月 4 日

■報告者■

所属:

役職:

氏名:

㊞

CRが脚立から落下し負傷した件

について

下記の通りご報告致します。

事故発生日時	2017 年 9 月 28 日 木 曜日 8:50 時頃	所属店舗コード	2628	所属店舗名	
事故発生日のシフト予定時間	8 : 0 ~ 14 : 0	事故発生店舗コード	2628	事故発生店舗名	
事故発生時責任者	AMIT	事故発生場所	店外ファサード	該当する事故発生現場に○を付けてください。→	所属店舗・ヘルプ先

①症状	②発生場所・要因	③原因
<input type="checkbox"/> 火傷 <input type="checkbox"/> 切創 <input type="checkbox"/> 打撲 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折・ヒビ <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> スープジャー <input type="checkbox"/> フライヤー <input type="checkbox"/> カレーウォーマー <input type="checkbox"/> 炊飯器 <input type="checkbox"/> タレこし中 <input type="checkbox"/> ハサミ <input type="checkbox"/> 物にぶつかる <input type="checkbox"/> 物との接触 <input type="checkbox"/> 肉鍋 <input type="checkbox"/> みそ汁 <input type="checkbox"/> 破損した備品 <input type="checkbox"/> 物に挟まる <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> マニュアル違反 <input checked="" type="checkbox"/> 無理な姿勢での作業 <input type="checkbox"/> オープナー未使用(コーン缶) <input type="checkbox"/> 床が濡れていた <input type="checkbox"/> コックシューズ未着用 <input type="checkbox"/> 不注意 <input type="checkbox"/> 備品の破損 <input type="checkbox"/> 2Sができていない <input type="checkbox"/> 声かけができていない <input type="checkbox"/> その他()

骨折・打撲 死傷病1~3日
47歳 男性 0.8年
8月残業 25.92



災害内容

傾斜のある場所で、販促物の乱れを直す際に、脚立を使用し転倒する。(一人で作業) 転倒した際に、左わき腹助骨骨折・右足首打撲を負う。

原因

高所作業(傾斜部)を一人で作業した為

災害発生店舗(臨店)対策報告

(臨店)対策日時	2017 年 10 月 4 日 水 曜 20 時頃	発生店舗コード	2628	発生店舗名	
事故発生日のシフト予定時間	8 : 0 ~ 14 : 0	対策実施職位	AM	対策実施者氏名	

改善前



改善後



現地(現場)での原因分析

- 1人で高所作業をしたため
-
-

改善報告内容(具体的に)

店舗LINEにて、高所作業(脚立を使用する作業)は一人で行わないように指導・共有を実施

これをしたら災害が起きなかったらう

(被災者コメント)

2人目が来てから10時、もしくは午後引継ぎ時間で販促チェックを行ってればよかった

発生後注意していること

(被災者コメント)

高所作業は2人で行う。1人の場合で実施出来ない時はMGRに報告をする

チェック項目

項目	内容	チェック
1	5S活動(整理、整頓、清潔、清掃、躰)の徹底による床面の水濡れ、油汚れ等の小さな清掃。障害物の除去、仕込み等の作業ができるスペース・通路の確保等による転倒・腰痛災害の防止を実施していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
2	作業マニュアルを店舗従業員に周知、教育していますか。	<input type="checkbox"/>
3	KY(危険予知)活動による危険予知能力、注意力の向上に取り組んでいますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
4	ヒヤリハット活動による危険箇所の共有、除去を実施していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
5	危険箇所の表示による危険の「見える化」を実施していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
6	店長・チーフ・(安全担当者)による定期的な職場点検を実施していますか。	<input type="checkbox"/>
7	ミーティング等で安全意識の啓発を実施していますか。	<input type="checkbox"/>
8	転倒防止に有効な靴(コックシューズ)着用の徹底はしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
9	ブルトップオープナーの使用推進(徹底)はしていますか。	<input type="checkbox"/>
10	食器破損・破片処理を素手で行わない等の、切傷防止対策を推進していますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
11	健康診断の実施(受診)をしていますか。	<input checked="" type="checkbox"/>
12	熱中症予防対策のための休憩場所・時間の確保を実施していますか。	<input type="checkbox"/>