

事故のリスク一覧

[策定・更新日] 年 月 日

[実施者] 役職：理事長 氏名：河原美優

プレーに関連する事故	
事故の種類	事故を顕在化させないためのチェックポイント
施設、用具の整備に起因する事故	<input type="checkbox"/> 破損、危険な突起物の有無の確認
	<input type="checkbox"/> 倒れる危険性のある者の固定状況の確認
	<input type="checkbox"/> 緩み、腐食、水漏れの確認
施設、用具の配置に起因する事故	<input type="checkbox"/> 適切な活動人数の考慮
	<input type="checkbox"/> 安全を確保した用具の準備
	<input type="checkbox"/> 安全な導線の確保(安全な配置)
	<input type="checkbox"/> 良好な環境の確保(照明、換気など)
健康・身体能力の管理に起因する事故	<input type="checkbox"/> 無理をさせない
	<input type="checkbox"/> 睡眠不足か
	<input type="checkbox"/> 不安定な心理状態か
	<input type="checkbox"/> 心疾患はないか
	<input type="checkbox"/> 試合、競技を安全に行うためのスキルは十分か
気象状況	<input type="checkbox"/> 熱中症の予防
その他	<input type="checkbox"/> 試合、競技を安全に行うための運営人数は十分か
	<input type="checkbox"/> 特に冬季活動時、十分な準備運動を行っているか
	<input type="checkbox"/> 頭のケガの場合、軽微な事故でも注意(影響が後天性)

施設に関連する事故	
事故の形態	確認事項
転落事故	<input type="checkbox"/> 立入禁止場所の把握、施錠
	<input type="checkbox"/> 防護柵の設置
	<input type="checkbox"/> 屋上
	<input type="checkbox"/> 天窓
	<input type="checkbox"/> バルコニー
	<input type="checkbox"/> 低い手すり
	<input type="checkbox"/> 窓
	<input type="checkbox"/> ひさし
	<input type="checkbox"/> 吹き抜け
	<input type="checkbox"/> マンホール蓋の開放
衝突事故	<input type="checkbox"/> 石、金属の露出
	<input type="checkbox"/> 面取りしていない柱
	<input type="checkbox"/> 大きなガラス(視認性の確保等)
転倒事故	<input type="checkbox"/> 水漏れ(雨漏り等)
	<input type="checkbox"/> 床材の剥がれ

挟まれ事故	<input type="checkbox"/> 扉、窓等の隙間
	<input type="checkbox"/> 防火扉、シャッター
	<input type="checkbox"/> 門、側溝の蓋
	<input type="checkbox"/> その他、開口部
落下物による事故	<input type="checkbox"/> 天井材、外壁材
	<input type="checkbox"/> 天井への設置物(証明、テレビ等)
	<input type="checkbox"/> 書棚等への収容物
倒木、落枝	<input type="checkbox"/> 倒れた樹木、値の張り具合
	<input type="checkbox"/> 強風で折れた枝の落下





施設安全のチェックシート

確認日
確認者

施設名	確認項目	異常なし
共通	救護所(医務室)がある	<input type="checkbox"/>
	応急救護用品・担架がある	<input type="checkbox"/>
	AEDがあり、使用可能な状態である	<input type="checkbox"/>
	WBGT計がある	<input type="checkbox"/>
	非常口付近に障害物がない	<input type="checkbox"/>
	消火器・消火栓、防火シャッター付近に障害物がない	<input type="checkbox"/>
体育館	(活動人員数と比較して)十分な広さの競技スペースがある	<input type="checkbox"/>
	ラック付近など、導線の先に障害物や窓ガラス等がない	<input type="checkbox"/>
	床上の配線が固定されている	<input type="checkbox"/>
	壁、床面、設備等に緩み、腐食がない	<input type="checkbox"/>
	用具等に緩み、腐食がない	<input type="checkbox"/>
	観客席の策が十分な高さを有している	<input type="checkbox"/>



事故発生報告書（第\_\_\_報）

		詳細	
事故発生日時		年 月 日 ( ) 午前・午後	
事故発生場所	施設名 (住所)、発生場所		
事故の内容	事故の詳細、経緯		
	負傷者の有無、程度 負傷者 (有・無) → 有の場合、( ) 名		
事故の経緯 ※「いつ、どこで、誰が、 どうした」を明記すること	時 分	(事故発生)	
	時 分	(発見)	
	時 分	(通報)	
	時 分		
作成者	(名前)		(所属)
	(連絡先)		
作成日時	年 月 日 ( )	午前・午後	時 分



年

事故原因究明・再発防止策検討シート

リスク管理責任者 御中

所属

氏名

事故発生日時	年 月 日 ( ) 午前・午後
事故発生場所	施設名 (住所)、発生場所
事故の内容	事故の詳細、経緯
	負傷者の有無、程度 負傷者 (有・無) →有の場合、( ) 名
事故の経緯 * 「いつ、どこで、誰が、 どうした」を明記すること	(事故発生)  (発見)  (通報)
原因	
再発防止策	
コメント	

