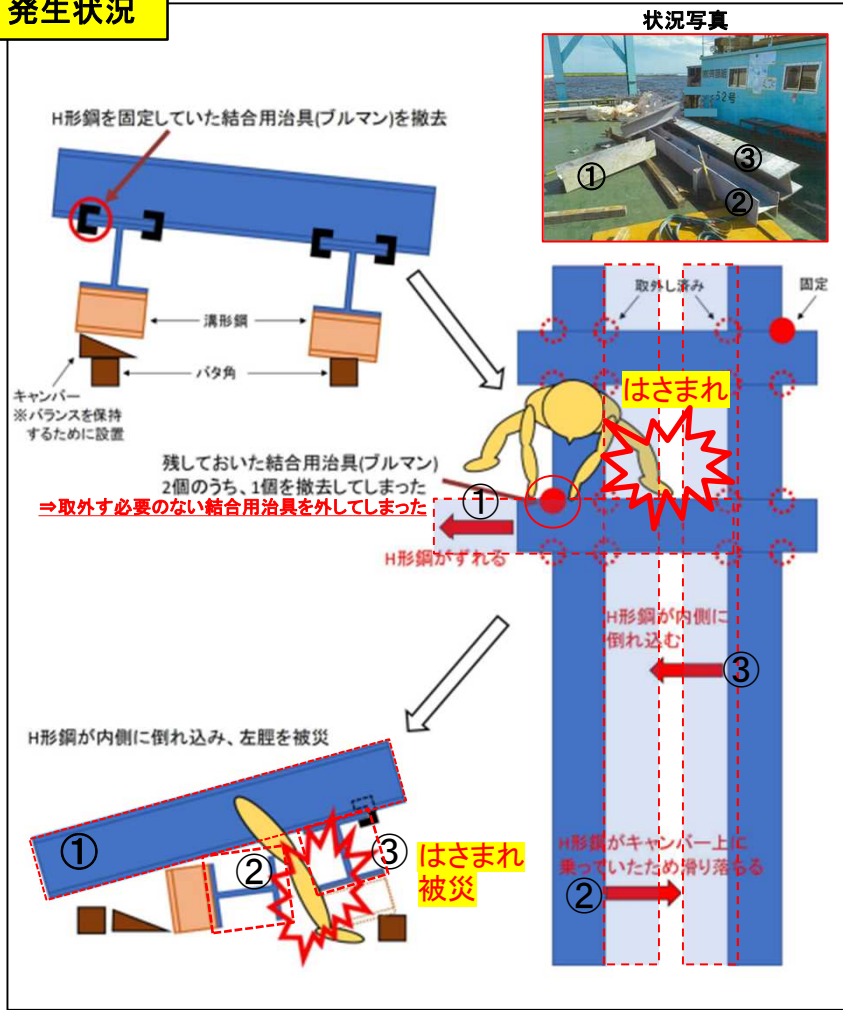


令和6年度 事故発生事例 鋼材への足はさまれ

【工事概要】~~~~~
・護岸(防波)築造工事 ・事故発生日: R6.7.8 15:30頃

【事故概要】~~~~~
クレーン付台船の甲板上で、仮設材(H形鋼)の解体作業中を行っていた。
ガイド材の取外す必要のない結合用治具を取外した際、バタ角上のH形鋼が内側に倒れ込みH形鋼に跨って作業していた左足をはさみこみ負傷。

発生状況



【事故発生原因】

- 【人的要因】
- ・被災者が作業手順を間違えて解体した。
 - ・鋼材等の重量物の取扱経験が少ない作業員(経験年数2年)を一人で作業させてしまった。
 - ・不安定な状態のH形鋼に跨って作業していた(作業姿勢が不適切であった)。
- 【物的要因】
- ・大組状態のガイド材を仮置きする際、バランスを取るためバタ角上にキャンバーを設置した。
 - ・ガイド部を取外した後、不要となったキャンバーを取外さず不安定なままの状態では結合治具(プルマン)を取外した。

【事故防止のポイント】

- 【人的要因】
- ・鋼材解体の作業手順が「積装解除」の作業手順書内に記載されていたので、別途「鋼材解体」の作業手順書を作成する。
 - ・作業指揮者の指示の下、重量物の取扱経験年数をもとにした適切配置(ペア)で作業を行う。
 - ・鋼材解体時等のはさまれ・巻き込まれ災害に対する安全教育を実施する。
- 【物的要因】
- ・解体物の仮置きは、H形鋼の下に受け架台等を設置し、安定する状態での仮置きを計画する。
-
- ・鋼材解体時には、解体物の安定を確認しながら解体する。

令和6年度 事故発生事例

クレーン解体作業中のワイヤー激突され

人身事故(工事関係者)
負傷者2名
(左中指示指開放骨折と左手中指挫創)

国土交通省
関東地方整備局
港湾空港部

概要版

【工事概要】~~~~~

・岸壁改良工事 ・事故発生日:R6.7.23 11:50頃

【事故概要】~~~~~

支障物撤去で使用していたせん孔削孔機の解体作業時にカウンターウエイト取り外しをカウンターウエイト脱着用シーブを使用して行っていたが、シーブが破損してワイヤーが外れたその際、ワイヤーの張り等を確認するために近くで作業を行っていた作業員2名が外れたワイヤーに当たり被災した。

発生状況



【事故発生原因】

【人的要因】

・カウンターウエイトを地切りするまで、ワイヤーの近くに作業員がいた。

【物的要因】

・カウンターウエイト取外し時に使用していたカウンターウエイト脱着用シーブが破損した。

【事故防止のポイント】

【人的要因】

・クレーン上部から降りるタイミングを、カウンターウエイトが地切りされたタイミングではなく、ワイヤー緊張状態を確認後に変更する(作業手順の変更)。

【物的要因】

・カウンターウエイト脱着用シーブの点検要領および交換時期の確認を行う。
・カウンターウエイト脱着用シーブについて、適切に点検および交換を行う。
・当分の間、別のクレーンを使用してカウンターウエイトを取り外す(作業手順の変更)。

令和6年度 事故発生事例 航空灯火接触破損(公衆災害)

【工事概要】

・監督補助業務

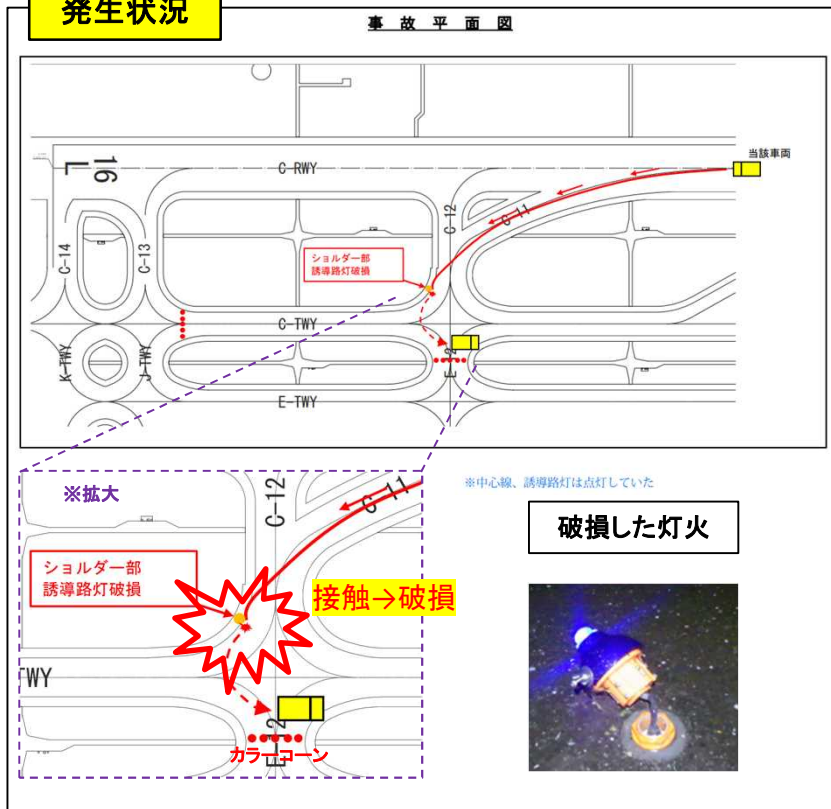
・事故発生日時: R6. 11. 2 2:40頃

【事故概要】

空港施設及び地盤動態観測調査にて設置されたカラーコーンの状況を確認するため、監督補助員の運転する車両がC11からC12に進入し、カラーコーン設置位置(E12)に寄り付く途中であった。

本来ならば、C12誘導路の中央を走行すべきところ、ショルダー付近を走行し、さらに、降雨による視界不良となる状況で灯火との距離の把握を誤ってしまった結果、航空灯火(誘導路燈)に接触し破損させた。

発生状況



事故発生原因

【人的要因】

- ・C11 からC12 誘導路に進入の際、カラーコーン設置場所(E12)を視認しようとして、わき見運転をしながら走行を続けたため、本来ならば誘導路のセンター付近を走行しなければならない所、ショルダーに接近してしまった。
- ・他の施工エリアを移動した際は、高速脱出誘導路を走行したが、事故発生時は単独で誘導路を走行したため、誘導路形状の誤認識で灯火に近接してしまった。
- ・複数の施工エリアを移動する作業において、作業日毎の現場作業手順および走行ルートが調査受注者から監督補助員に正しく伝わっていなかった。

【物的要因】

- ・降雨による視界不良の中、通常スピード(30km/h 以内)を出していたため中心線灯火および中心線標識から逸脱していることに気付くのが遅れた。
- ・視界不良時に走行操作補助(ナビシステム)が装備されていない車両を利用した。

【管理的要因】

- ・社内ルールとして中心線灯火および中心線標識に沿って走行することを決めていたが、高速脱出誘導路から誘導路の形状変化について安全教育不足であった。また、安全教育を毎月実施していなかった。
- ・複数の施工エリアを移動する作業において、不明確な現場作業ルートの確認体制に不備があった。
- ・監督補助員が E12 施工エリアが無人的となるのが保安上問題と判断し、単独で他の施工エリアから E12 施工エリア(カラーコーン設置位置)に走行してしまった。

事故防止のポイント

【人的要因】

- ・常に中心線灯火および中心線標識付近を走行する事を意識して運転を行う。
- ・人為的ミスを防止するために、施工区域内の移動が多い業務においては受注者からの予定に記載された図に走行ルートを書き込み、夜勤リーダーが確認する。

【物的要因】

- ・雨天時は普段よりスピードを落とし中心線灯火および中心線標識を意識する。
- ・複数の施工エリアを移動する作業時には、ナビシステムを装着した車両を利用して補助的に確認しながら運転を行う。

【管理的要因】

- ・制限区域内の滑走路および複雑な誘導路等において毎月安全教育等を徹底する。また、理解度の確認を行う。
- ・担当者が監督補助業務内容を把握していなかった。そのため、業務内容を再教育する。

令和6年度 事故発生事例 仮設航空灯火ケーブル切断(公衆災害)

概要版

【工事概要】~~~~~

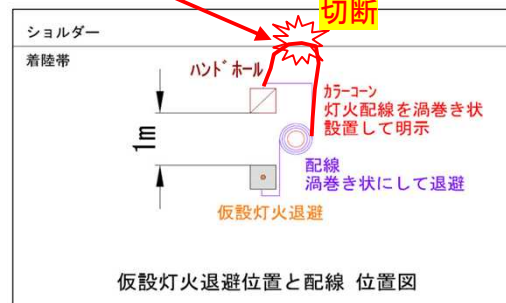
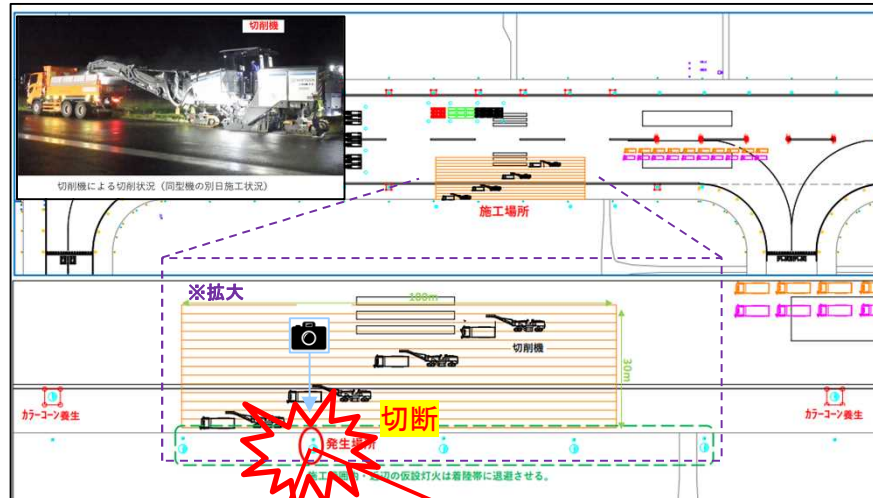
・滑走路等維持工事

・事故発生日時：R6. 11. 7 0:00頃

【事故概要】~~~~~

夜間作業にて、滑走路舗装大規模補修施工範囲の仮設灯火を着陸帯に一時退避させた後、切削機にて舗装を切削したところ、着陸帯に一時退避させた仮設灯火の配線がショルダー上に残っていたため、切削機にて配線を切断した。

発生状況



※ハンドホールからの配線は本来着陸帯にあるべきだったが、配線の一部がショルダー上に残っていた。

事故発生原因

【人的要因】

- ・作業員が仮設灯火及び配線を着陸帯に一時退避させる際、配線がショルダー上に残ってしまった。
- ・切削機のオペレータが、切削範囲に仮設灯火の配線が存在していることに気が付かなかった。

【管理的要因】

- ・仮設灯火退避位置と配線の置き方を、明確にできていなかった。
- ・切削機のオペレータが、切削範囲に仮設灯火の配線が存在していることに気が付かなかった。

事故防止のポイント

【人的要因】

- ・仮設灯火及び配線が、ショルダー上にないことを確認する。
- ・ショルダーを切削する際は、切削機の進行に合わせて切削機の脇に前方確認担当者を配置し、配線が無いか確認する。

【管理的要因】

- ・仮設灯火退避位置と配線の置き方を、明確に設定する。
- ・ショルダーを切削する際は、切削機の進行に合わせて切削機の脇に前方確認担当者を配置し、配線が無いか確認する。

令和6年度 事故発生事例 航空灯火接触破損(公衆災害)

【工事概要】~~~~~

・施工状況確認補助業務

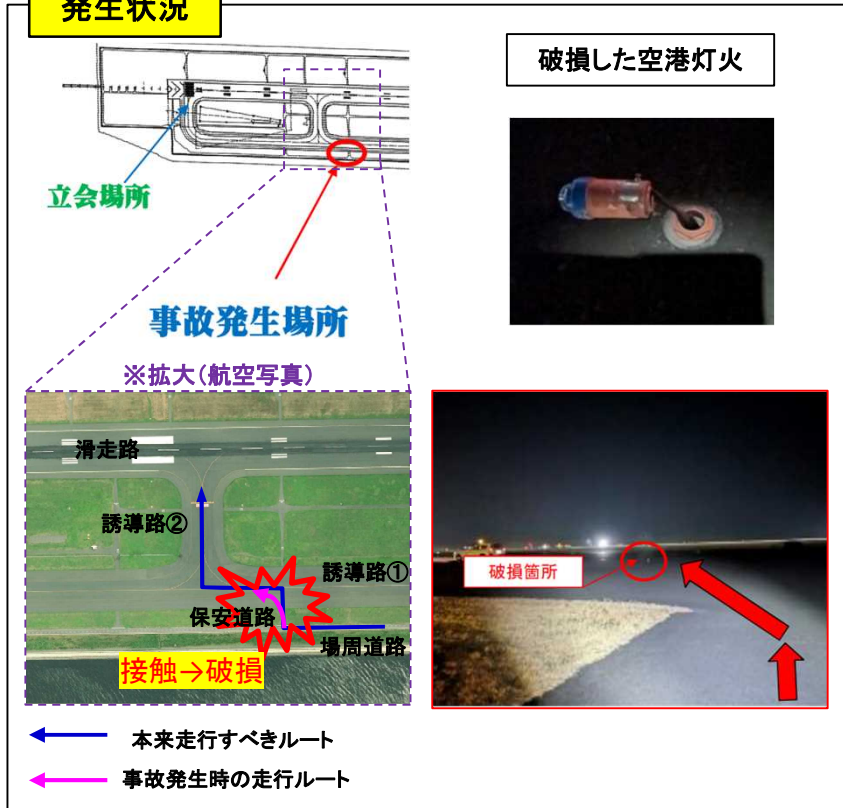
・事故発生日時:R7. 1. 30 0:05頃

【事故概要】~~~~~

滑走路維持管理等工事における施工状況確認の立会業務のため、滑走路内の工事現場に向かう途中であった。

場周道路から保安道路に右折し、誘導路①に侵入しようとした際に、誘導路中心線まで到達してから左折すべきところ、誘導路ショルダー一部を走行しながら左折してしまった。その際、空港灯火(ショルダー灯)が消灯しており認識することができず、車のタイヤに接触して破損してしまった。

発生状況



事故発生原因

【人的要因】

- ・誘導路に進入した際に誘導路中心線まで到達する前に左折した。
- ・空港灯火(ショルダー灯)が消灯されており空港灯火(ショルダー灯)の位置を認識できなかった。

【管理的要因】

- ・制限区域内チェックリストの立会現場に立ち入る走行ルートにおいて、危険因子の有無を確認する項目がなかった。
※危険因子: 航空灯火、オープンしている滑走路・誘導路の横断
- ・維持管理工事受注者と当日の立入走行ルートが共有されていなかった。

事故防止のポイント

【人的要因】

- ・場週道路、保安道路から誘導路及び滑走路に進入する際は必ず最短距離で中心線まで走行する。
- ・場週道路、保安道路より航空機走行区域に進入する際に空港灯火(ショルダー灯)が消灯されている場合、天候等で空港灯火(ショルダー灯)が確認しづらい場合等は空港灯火(ショルダー灯)位置を目視で確認する。

【管理的要因】

- ・制限区域内立入前チェックリスト内にKY項目欄を設け記入をする。
- ・作業日当日の走行ルートについて、受注者と情報共有する。

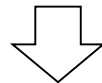
令和6年度 トラブル発生事例 左手中指の挟まれ

概要版

【工事概要】~~~~~
・主橋梁部上部工事 ・事故発生日：R6.4.18
【事故概要】~~~~~
主塔歪調整作業で使用した歪調整材の撤去作業時に、撤去部材（約27kg）の鋼板を作業足場上へ仮置きし、吊り用ロープを外す際に作業床と撤去鋼板の間に左手中指を挟み負傷した。

発生状況

歪調整材の撤去作業時に撤去部材（鋼板）を作業足場上へ仮置き



【事故発生原因】

人的要因)

- ・手指が挟まれる可能性が有る場所へ手指を添えていた。
- ・二人作業としていた所、撤去部材を作業床上へ降ろしたタイミングで一人が次の撤去材取り外し作業へ移った。

物的要因)

- ・調整材の吊りロープが取れ難い状態だった。

管理的要因)

- ・慣例的に扱っている仮設材で置き方・取扱いに関する手順書が無かった。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・手指が挟まれる可能性が有る場所へ手指を添えない。止むを得ず手指を添える必要が有る際は、りん木を使用して挟まれるリスクを無くす
- ・作業開始時に指示された作業内容・作業方法・作業人員を守る。

物的要因)

- ・歪調整材を置く際は、「りん木(枕木)」を使用する。

管理的要因)

- ・取扱い手順書を作成する。



令和6年度 トラブル発生事例

杭打機のアタッチメントが作業員の足元へ落下

概要版

【工事概要】~~~~~

- ・道路切廻し工事
- ・事故発生日: R6.4.23

【事故概要】~~~~~

道路切廻し工事の掘削時に首都高のフェンス基礎が露出したため、簡易土止めを実施していた。
土留の支持として、溝形鋼([100×50×5×7.5)を2人で杭打機を使用して施工をしていた。
打設後に杭打機を持ち上げた際にアタッチメントが共あがりして、補助をしていた作業員の左足の小指の付け根に落下して負傷した。

発生状況



杭打機全体(24.5kg)



打設後、杭打機を持ち上げた際にアタッチメントが共あがりして外れ、作業員の左足に落下



落下したアタッチメント(5.0kg)

※本来は、本体を持ち上げた際にアタッチメントのみ杭に残る

【事故発生原因】

人的要因)

- ・アタッチメントが共あがりすることはない、という思い込み。

物的要因)

- ・落下リスクに対して、防護措置を行っていなかった。

管理的要因)

- ・元請職員の安全確認不足や、アタッチメントの落下について危機管理を行っていなかった。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・アタッチメントが共あがりする要因と、防止対策を含めた作業手順を作業手順書に記載し、作業員に周知する。

物的要因)

- ・杭打機を使用して杭を打ち込む際には、甲プロテクターを使用し足元を防護する。



是正前



是正後

管理的要因)

- ・初回サイクル時の元請け職員の確認や、杭打機を使用した作業がある場合は、KY時にアタッチメントが落下する可能性があることを毎回注意喚起する。

令和6年度 トラブル発生事例

止め金具研り作業時に破片が作業員の左目に当たった

概要版

【工事概要】~~~~~

・岸壁工事 ・事故発生日：R6.5.17

【事故概要】~~~~~

上部コンクリート型枠組外しの準備作業を実施していた。
防眩材アンカーフックの止め金具(M6mmボルト)を外すため、タガネとセットハンマーを使用し、止め金具を叩いて折る作業をしていた。
止め金具を叩いて折る作業をしていた際に、止め金具が切れて破片が飛散し、作業員の左目に当たり負傷したものである。

発生状況



【事故発生原因】

人的要因)

・研り状況を確認するため、保護メガネの掛け外しを繰り返して、止め金具の取外しをしていた最中、保護メガネを掛けて行う場面で掛け忘れが起きた。

物的要因)

・止め金具をタガネとハンマーで叩いて曲げる作業方法だった。

管理的要因)

・作業手順書及び「保護メガネの着用ルール」を指導していたが、未使用による被災が発生した。(着用はしていた)

【事故防止のポイント】

人的要因)

・作業員同士で保護メガネの使用状況を「指差し呼称」で確認する。
・型枠組外し時、保護メガネ着用の安全標識を作成して作業場所に掲示する

物的要因)

・防眩材アンカーフックの固定、取外し方法の見直しを行い、止め金具を叩いて曲げる作業が発生しない方法に変更する。

管理的要因)

・朝礼時、参加者全員が対面で向かい合い保護具着用の指差し呼称で確認を行う。

令和6年度 トラブル発生事例

ダンプの後部あおりに指をはさんだ

【工事概要】~~~~~

・岸壁改良工事 ・事故発生日：R6.5.24

【事故概要】~~~~~

場内整備作業として撤去する樹に土砂が入らないようにするため土のう袋で仮蓋をする作業を実施していた。
土のう袋で蓋をする作業が終了し、片付作業として2tダンプの後部あおりを二人で上げていた。
その際にあおりのシャフト部と上部受けに右手指をはさみ負傷した。

発生状況



あおりを閉める時、シャフトに指が触れていおり、
自分の指をはさんでしまった



【事故発生原因】

人的要因)

- ・あおりを閉める時、シャフトに指が触れていた
- ・自分の指が挟まれると思っていなかった。
- ・あおりを閉める時、挟まる位置に指が触れていた。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・あおりを閉める時は、手がシャフトに触れないことをルール化する。
- ・2t, 4tダンプトラック使用者には、あおりの開閉方法を教育する。
- ・シャフトから離れた位置に手をかけて作業をする。



是正前



是正後

令和6年度トラブル発生事例

ホースが暴れ作業台から転落

概要版

【工事概要】~~~~~

- ・地盤改良工事
- ・事故発生日：R6.6.7

【事故概要】~~~~~

地盤改良のための取水作業を実施していたところ、水中ポンプから水がでなかったため被災者とは別の作業員が分電盤のスイッチのオンオフを行った。水がでるようになったため別の作業員は車両誘導を行っていたが、水中ポンプのホース先端からサイフォン現象によって水が出たままになっていた。気付いた被災者は可搬式作業台に乗りホース先端を定位置に戻そうとしたが、急にホースが暴れ被災者の体に接触し作業台から転落し負傷した。

発生状況



- ・水中ポンプの先端ホースを地面に垂らした状態でポンプを稼働オンオフ実施
- ・サイフォン現象により水が出たままとなり、被災者がホース位置を移動
- ・移動時にホースが暴れ、被災者に接触し作業台から墜落



【事故発生原因】

人的要因)

- ・水中ポンプのホース先端を地面に垂らしたままの状態水中ポンプを稼働させたことで、サイフォン現象が発生し、ホース先端から水が漏れた。

物的要因)

- ・落下リスクに対して、防護措置を行っていなかった。

管理的要因)

- ・水中ポンプの点検を行う作業について、作業手順を定めていなかった。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・水中ポンプの稼働時は、ホース先端を散水車に入れた状態で水中ポンプを稼働させる。

物的要因)

- ・水中ポンプの稼働を伴わない作業を可搬式作業台上で行う際は、可搬式作業台の両側にセーフティバーを設置し、水槽に固定した単管パイプに墜落制止用器具のフックを掛けて作業を行う。

管理的要因)

- ・水中ポンプ点検時の作業手順を定め、周知する。
- ・可搬式作業台上で水中ポンプを稼働させる際は、必ず散水車を横付けし、開口部が発生しないようにして作業を行うよう指導する。

令和6年度 トラブル発生事例

型枠組立作業にて型枠加工のために沿えていた左手を丸ノコで負傷

概要版

【工事概要】~~~~~

・主橋梁部上部工事 ・事故発生日：R6.6.13

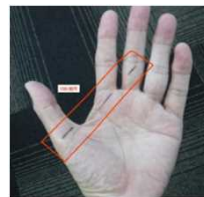
【事故概要】~~~~~

主橋梁上部張出架設部の箱桁内にて型枠組立作業行っていた。
丸ノコを使用して型枠加工をする際、被災者は近くにあった可搬式作業台(簡易足場)を型枠切断の作業台として使用した。
丸ノコ切断方向に左手を添えて型枠材を押えていたため、左掌の親指・人差し指・中指を切り負傷した。

発生状況



- ・型枠組立は、一部現場合わせの部分があった
- ・現場合合わせのため、型枠の微調整(0～2cmの切断作業)を型枠設置場所付近で作業(本来の製作場所とは異なる)し、被災



負傷詳細

【事故発生原因】

- 人的要因)
- ・右手で丸ノコを持ち、切断方向前面を左手で支えて丸ノコを操作した。
- 物的要因)
- ・型枠を切断する際は枕木等を使用することになっていたが、しゃがまずに立ったまま使用できる立馬を用途外であるが使用した。

【事故防止のポイント】

- 人的要因)
- ・切断方向の前面に手を添えないなど、正しい丸ノコの使用方法を周知する。
- 物的要因)
- ・型枠加工時に立馬など用途外のもを作業台に使用しない。また、安定した状況で作業するために作業台を設置し、その上に型枠を置いて丸ノコを使用する。型枠は釘止めあるいは万力等により固定する。



是正前



是正後

令和6年度 トラブル発生事例

エレベーター扉修理中にワイヤーと滑車の間に左手小指先端が巻き込まれた

概要版

【工事概要】~~~~~

- ・主橋梁部上部工事
- ・事故発生日：R6.6.19

【事故概要】~~~~~

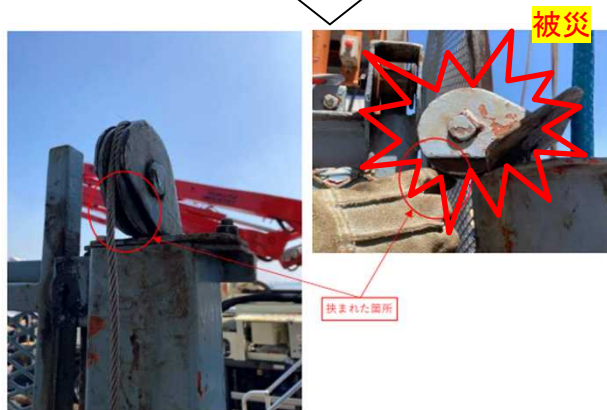
主橋梁上部へのエレベーターの扉が通常どおり開かない不具合が発生し、扉の修理を行っていた。
クレーンで扉を半分吊り上げ、扉に装着されているワイヤーを緩ませて扉上部の蓋を外したところ、ワイヤーの錘が引っかかっていることを確認。
錘の引っかかりをとる作業中、錘が落下し、ワイヤーにテンションがかかりワイヤーと滑車の間に左手小指先端が巻き込まれ負傷した。

発生状況



- ・錘が引っかかった状態のため外そうとしていた。
- ・錘を外すため鉄筋棒で叩いたりしていた。
- ・錘が落下した際、ワイヤーにテンションがかかり、ワイヤーと滑車の間に左手小指先端が巻き込まれ被災

修理状況



【事故発生原因】

人的要因)

- ・専門性のない作業として作業員に対応を指示した。
- ・引っかかっているワイヤーを外すため、扉錘と繋がっているワイヤーや滑車に手をかけた状態で、鉄筋棒でおもりを叩いたりしてワイヤーの引っかかりを取ろうとした。

物的要因)

- ・当該扉の動きが悪いためワイヤーの入れ替えと調整を専門技術者に依頼し行っていたところであるが、ワイヤーの固定部分が滑車付蓋の穴に引っかかった。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・エレベーター点検業者を手配して専門業者による整備を行う。
- ・巻き込まれる可能性がある箇所や物に触れた状態で作業を行わない様に教育する。

物的要因)

- ・月例点検時の点検項目になかったため、扉の開閉部の作動状況を点検項目に入れて、動作不良が無い点検を行う。

令和6年度 トラブル発生事例

潜水士船上のアンカー移動作業中に指をはさんだ

概要版

【工事概要】~~~~~

・護岸(防波)築造工事 ・事故発生日:R6.6.20

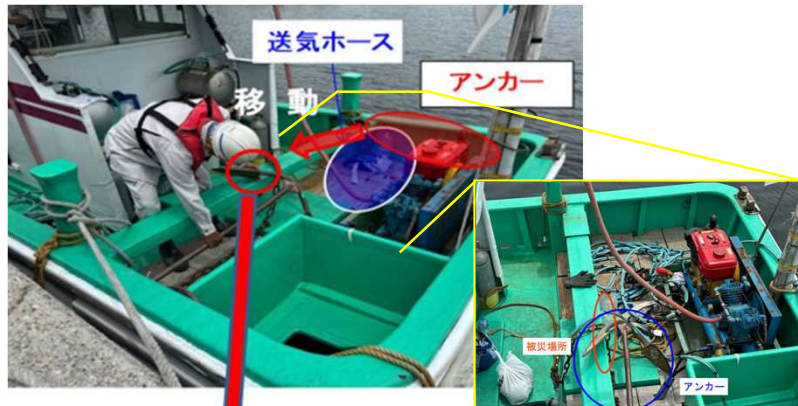
【事故概要】~~~~~

シンカーブロック撤去作業において、潜水士の潜水準備のため船尾側船上においてあるアンカー(鉄製 約20kg程度)と送気ホースが干渉していたため、被災者(送気員)がアンカーを移動させていた。

アンカー移動中に潜水士船の梁とアンカーの間に左手指を挟み負傷した。さらに、船上での応急処置後、熱中症が発症した。(重症度 I)

発生状況

○送気ホースがアンカーに干渉していたため、送気ホースを動かすべく、アンカーの移動作業を行った。(※保護手袋未着用)



【事故発生原因】

人的要因)

- ・アンカー移動作業で指をはさまれると想定していなかったため、鋭利な箇所を持った。
- ・被災者は新規入場時に持病について無しの報告をしていたが、実は糖尿病であり、虚偽の報告をしていた。
- ・被災者は普段食べている朝食をとらずに作業に従事した。

物的要因)

- ・送気ホースとアンカーの配置が近接していた。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・アンカーの取扱方法の教育を実施する。朝礼・KY時の作業員体調確認を徹底する。
- ・すでに入場している作業員に対し、持病を含めた健康状態の再確認を行う。今後の新規入場者についても本内容を説明した上でヒアリングを徹底する。
- ・熱中症について再度安全教育を実施する。

物的要因)

- ・作業船上の機材配置を干渉しない位置に変更する。

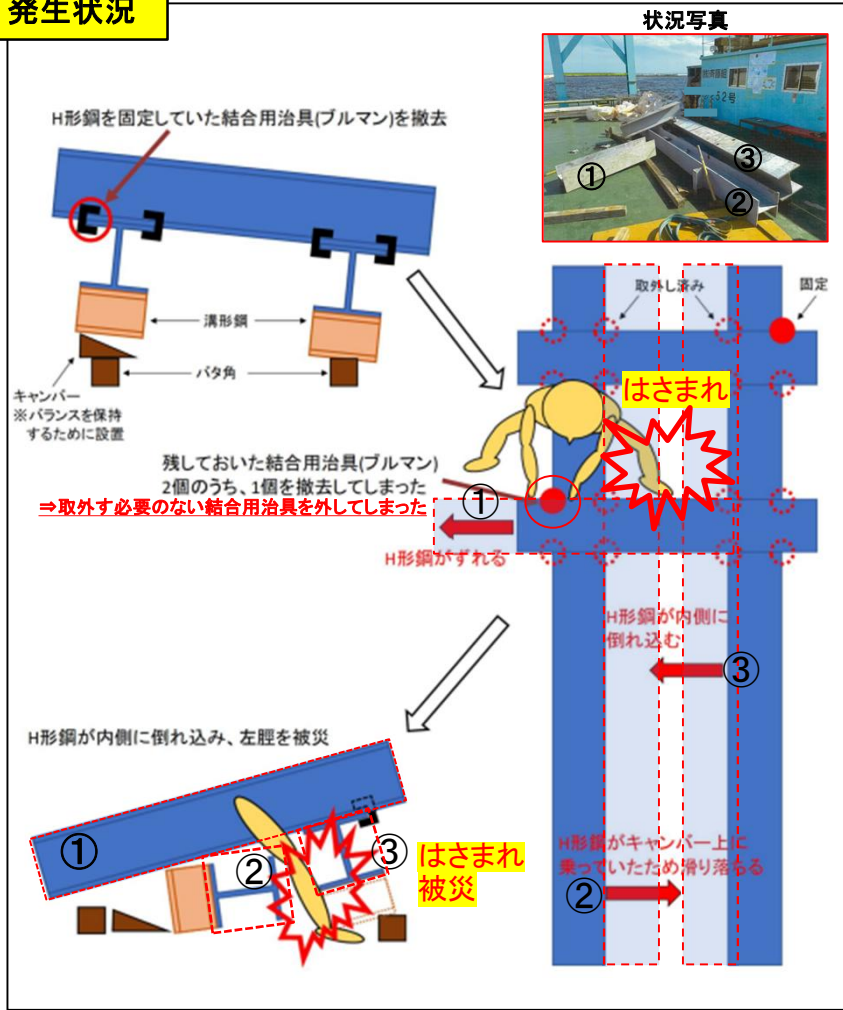
※糖尿病疾患の朝食抜きは、血糖値のコントロールが効かず、汗をかけるなくなるため熱中症にかかりやすい。

令和6年度 事故発生事例 鋼材への足はさまれ

【工事概要】~~~~~
・護岸(防波)築造工事 ・事故発生日:R6.7.8 15:30頃

【事故概要】~~~~~
クレーン付台船の甲板上で、仮設材(H形鋼)の解体作業中を行っていた。
ガイド材の取外す必要のない結合用治具を取外した際、バタ角上のH形鋼が内側に倒れ込みH形鋼に跨って作業していた左足をはさみこみ負傷。

発生状況



【事故発生原因】

【人的要因】

- ・被災者が作業手順を間違えて解体した。
- ・鋼材等の重量物の取扱経験が少ない作業員(経験年数2年)を一人で作業させてしまった。
- ・不安定な状態のH形鋼に跨って作業していた(作業姿勢が不適切であった)。

【物的要因】

- ・大組状態のガイド材を仮置きする際、バランスを取るためバタ角上にキャンパーを設置した。
- ・ガイド部を取外した後、不要となったキャンパーを取外さず不安定なままの状態に結合用治具(プルマン)を取外した。

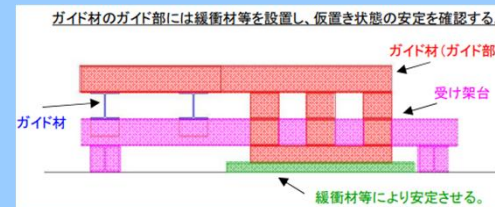
【事故防止のポイント】

【人的要因】

- ・鋼材解体の作業手順が「積装解除」の作業手順書内に記載されていたので、別途「鋼材解体」の作業手順書を作成する。
- ・作業指揮者の指示の下、重量物の取扱経験年数をもとにした適切配置(ペア)で作業を行う。
- ・鋼材解体時等のはさまれ・巻き込まれ災害に対する安全教育を実施する。

【物的要因】

- ・解体物の仮置きは、H形鋼の下に受け架台等を設置し、安定する状態での仮置きを計画する。



- ・鋼材解体時には、解体物の安定を確認しながら解体する。

令和6年度 トラブル発生事例

ブレーカーとアンカー筋の間への指のはさまれ

概要版

【工事概要】~~~~~

- ・道路切廻し工事
- ・事故発生日：R6.7.12

【事故概要】~~~~~

構内周回道路切廻しに伴い、中央北連絡橋側の逆L型看板の基礎の撤去作業を行っていた。
基礎の撤去を足場上でブレーカーを使用して人力にて研っていたところ、ブレーカーの先端が滑り手前に露出していた逆L型看板のアンカー筋に左手中指を負傷した。

発生状況



ブレーカー(20.0kg)



ブレーカーの先端が滑り手前に露出していたアンカー筋に左手中指を挟んだ



【事故発生原因】

人的要因)

- ・水平研りの状態となっておりブレーカーが滑る可能性があるという意識が薄く、アンカーに指を挟む可能性があるとの認識が薄かった。

物的要因)

- ・ブレーカーによりコンクリートを研る際に指等が挟まれる可能性のあるアンカー筋を切断していなかった。

管理的要因)

- ・研りを行った際に、ブレーカーとアンカー筋に挟まれるリスクについて、注意喚起を行っていなかった。

【事故防止のポイント】

人的要因)

- ・水平研りとならないよう徹底する。(足場と研り面の高低差を無くすよう管理する)
- ・突出したアンカーおよび鉄筋に指等を挟んで、けがをすることをリスクを認識させる。「作業手順書に記載」

物的要因)

- ・ブレーカーのノミの先端から持ち手までは800mmあるが、ノミの長さ200mmを基準として、それを超えないようにアンカー筋および鉄筋を切断する。「作業手順書に記載」

管理的要因)

- ・作業手順の周知会およびKY時に事故事例を基に注意喚起を行う。

令和6年度 事故発生事例

クレーン解体作業中のワイヤー激突され

概要版

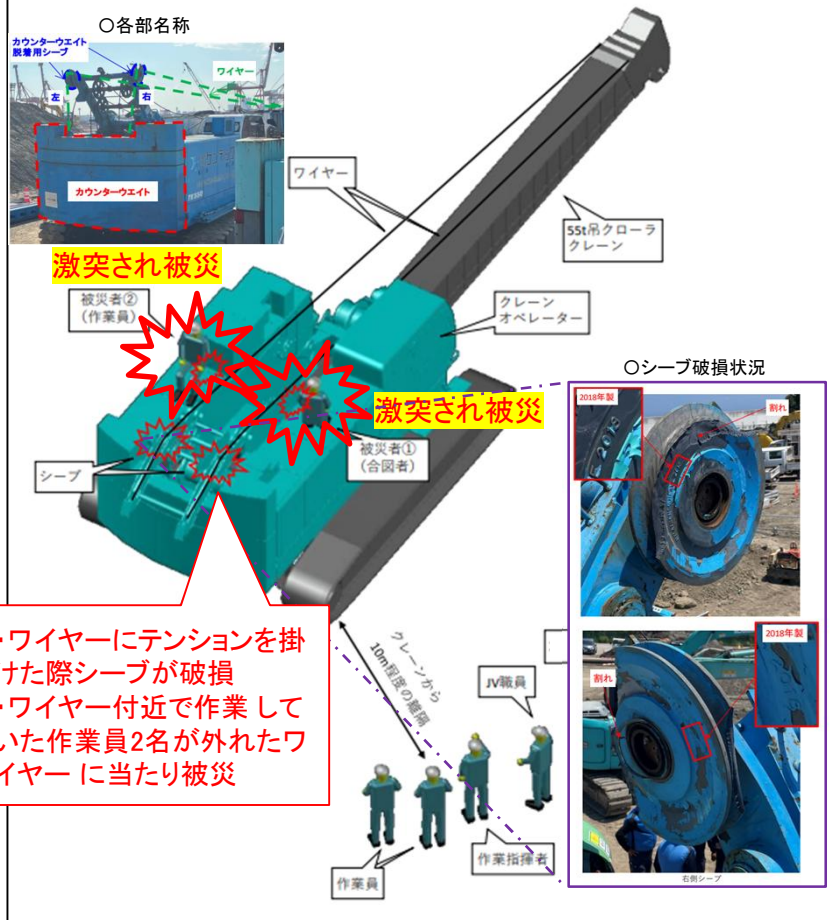
【工事概要】~~~~~

・岸壁改良工事 ・事故発生日：R6.7.23 11:50頃

【事故概要】~~~~~

支障物撤去で使用していたせん孔削孔機の解体作業時にカウンターウエイト取り外しをカウンターウエイト脱着用シーブを使用して行っていたが、シーブが破損してワイヤーが外れたその際、ワイヤーの張り等を確認するために近くで作業を行っていた作業員2名が、外れたワイヤーが左手に当たり負傷した。

発生状況



【事故発生原因】

【人的要因】

- ・カウンターウエイトを地切りするまで、ワイヤーの近くに作業員がいた。

【物的要因】

- ・カウンターウエイト取り外し時に使用していたカウンターウエイト脱着用シーブが破損した。

【事故防止のポイント】

【人的要因】

- ・クレーン上部から降りるタイミングを、カウンターウエイトが地切りされたタイミングではなく、ワイヤー緊張状態を確認後に変更する(作業手順の変更)。

【物的要因】

- ・カウンターウエイト脱着用シーブの点検要領および交換時期の確認を行う。
- ・カウンターウエイト脱着用シーブについて、適切に点検および交換を行う。
- ・当分の間、別のクレーンを使用してカウンターウエイトを取り外す(作業手順の変更)。

令和6年度 トラブル発生事例 鋼材への足はさまれ

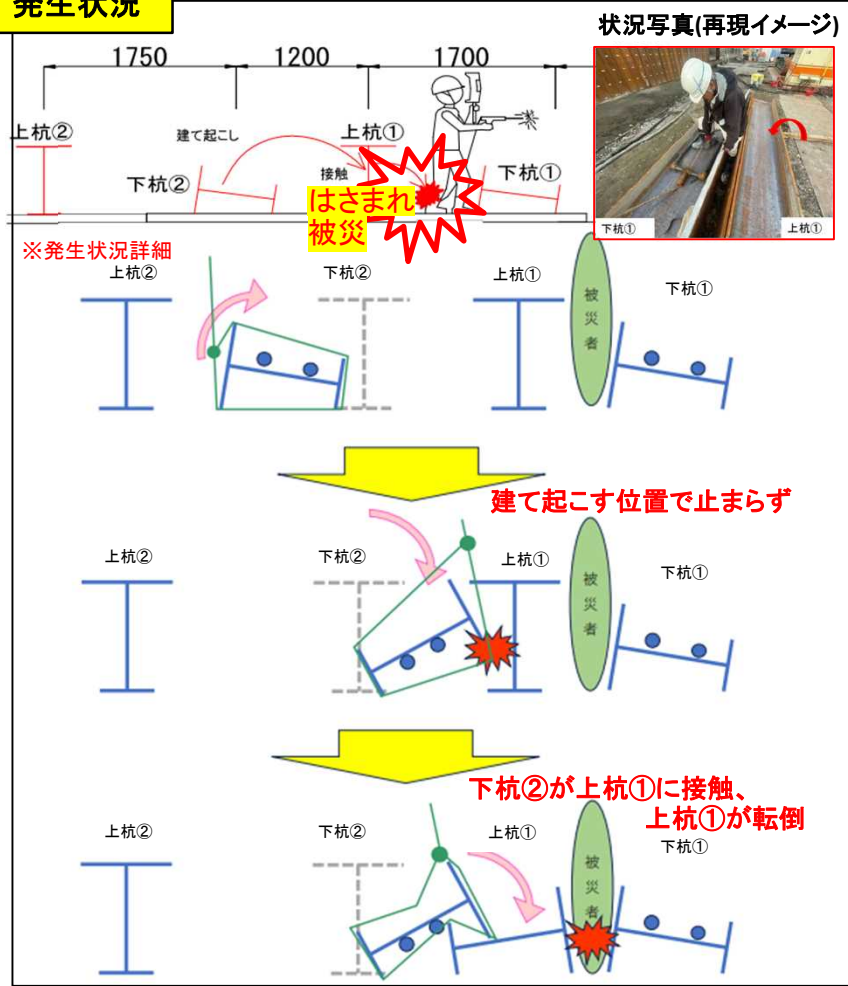
【工事概要】~~~~~

・胸壁築造工事 ・事故発生日:R6.11.8 16:02頃

【事故概要】~~~~~

横たわっていた下杭②をクレーンで建て起こす際、建て起こす位置で止まらず、隣に仮置きしていた上杭①に接触し、上杭①が転倒した。上杭①と下杭①の間で、ウォータージェット配管(以下WJ配管)の溶接作業段取りを行っていた被災者の左足がはさまれた。

発生状況



【事故発生原因】

【人的要因】

- ・杭建て起こしのための吊り作業をしている近くでWJ配管の溶接作業を行っていた。
- ・吊り作業を行う際は3m以上の人払いをする必要があったが、完全徹底していなかった。

【物的要因】

- ・杭同士の離隔が狭く、杭建て起こし時に反対側に傾いた際に隣に置いてある杭に接触した。

【管理的要因】

- ・杭の倒し・建て起こしに関する作業手順を、作業手順書に詳細に記載していなかった。
- ・翌日の立会段取りのため、WJ配管の溶接作業完了後に建て起こすよう打合せしていたが、協力会社への具体的な安全指示及び作業計画が十分ではなかった。

【事故防止のポイント】

【人的要因】

- ・建て起こし作業エリアの立入禁止措置を行い明示する。

【物的要因】

- ・杭建て起こし作業を行う場所を限定し、十分な離隔を確保する。
- ・杭建て起こし時、反対側に傾かず建て起こした状態で杭が止まるよう転倒防止対策を行う。(杭が単独で自立させても転倒させない対策)

【管理的要因】

- ・業手順書に杭の倒し・建て起こし及び転置に関する作業手順を詳細に記載して周知徹底する。
- ・立会段取り等、通常と異なる手順となる場合は、事前に協力業者を交えて手順の再確認をすることを現場のルールとする。(日々の打合せで確認するとともに、安全教育訓練等で繰り返し教育。)

※再発防止対策として、杭は山留め材の上に置き、ブルマンで固定し転倒対策を行う

令和6年度 トラブル発生事例

街路灯の地中配線をバックホウにて引っかけて損傷

概要版

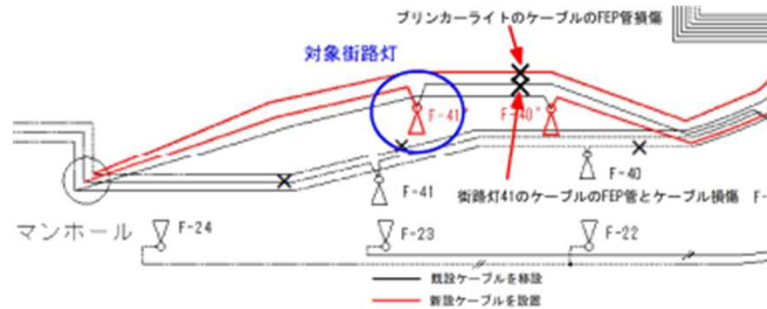
【工事概要】~~~~~

- ・道路切廻し工事
- ・事故発生日: R6.11.11

【事故概要】~~~~~

道路拡幅工事で掘削作業を実施していた。
その際に、本工事にて新設および移設した街路灯の地中配線をバックホウにて引っかけて損傷させた。
(※損傷は軽度で街路灯は点灯、他の電気通信設備にも影響無し)

発生状況



【事故発生原因】

【人的要因】

- ・埋設管近接作業時の作業員の埋設管に対する注意が希薄であった。

【管理的要因】

- ・作業手順書に埋設管近接の掘削方法について具体的な内容が記載されていなかった。
- ・刃先監視員を配置していたものの、役割について具体的に指示していなかった。
- ・道路端部の位置(掘削範囲)を明示していたが、埋設管の位置や人力掘削の範囲を明示していなかった。

【事故防止のポイント】

【人的要因】

- ・埋設管近接作業前のKY時に必ず埋設管の位置と掘削方法の確認を行い、埋設管に対する意識づけを行う。

【管理的要因】

- ・作業手順書に掘削方法、注意喚起方法について具体的な手順を記載する。
- ・刃先監視員の役割を作業手順書に記載し、明確にする。
- ・埋設物の位置と人力掘削範囲を地上に明示 元請職員し、誰が見ても埋設管があること、人力で掘削をしなくてはならない範囲がわかるようにする。

※再発防止対策

- 埋設管からの離隔500mmまでは人力掘削
- 刃先監視員が埋設物の位置、重機掘削位置を確認し、オペレーターに指示
- 埋設位置は元請職員、職長で確認しながら、スプレーまたは棧木で明示 地上に埋設管からの離隔500mmをスプレーにて明示