

災害事例及び措置 情報 (平成18年1月~12月)

中部近畿産業保安監督部

番号	災害等発生鉱山管轄産業保安監督部名	県名	発生日時間	鉱種	鉱山労働者数 A:9人以下 B:10~49人 C:50人~99人	災害事由	罹災者数(人)				原因となった装置・施設等	危険有害要因 (ハザード)の内容	災害概況	リスクマネジメント実施状況(発生前) この項目は平成17年度以降の災害のみ	原因	対策	詳細情報	
							死亡	重傷		軽傷								計
								4週間以上	4週間未満									
1	中部	三重	H18.1.23	石灰石	C	外・転倒				1	1	棒ヒータの配線	足場不良	罹災者は選鉱係プラント運転要員として作業に従事していた。当日は20時頃、選鉱プラント粗砕系統パトロール点検のためNo11BC横点検通路を歩行中、ベルトヘッド駆動部付近の返りベルト打ち上げ散水用の凍結防止のため設置していた棒ヒータの配線に足を引っ掛け、転倒した際に右膝を通路床でうち罹災した。	現況調査における危険要因の洗い出し及びリスクレベルの低減措置に基づき危険を認識するための保安意識の向上対策を保安規程に盛り込んでいた。また、残留リスクを低減するための対策として、保安集会時の保安統括者からの保安注意や作業前ミーティング時の上席者からの保安注意を行っていた。	凍結防止用棒ヒータの配線が弛んだ状態で、かつその一部が通路にはみ出た状態のまま放置されていたこと。	作業開始前には、必ず作業箇所及びその周辺の点検を行い、特に足場については十分行うことが重要である。本災害の対策としては次のとおり。 ・固定金具による配線弛み防止対策の実施。 ・夜間照明器具(白熱灯)の通路先端部への追加設置。 ・パトロール等歩行時の足元確認及び指差呼称実施の徹底。 ・通路上の不用品及び落鉱片付けの徹底。	概要図18-1
2	中部	岐阜	H18.2.13	石灰石	D	外・墜落				1	1	タンク内	作業方法の不備	生石灰積み込み場タンク内のタンクレベル(サウジング計)が、サウジングのウエイトがタンク内サンに引っかかり過負荷になっていたため、タンク内部に入って取り外すことにした。タンク内部へ入った罹災者は、昇降タラップと壁側サンに足を掛け、ウエイトを引き外したところ外れた反動でウエイトが中央寄り揺れ戻り、それによってバランスを崩し、落下した。その際、約1m下の補強用梁をまたぐ形で落下し、股間を強打した。	非定常作業において措置内容を保安規程で定めていたが、十分とはいえなかった	・安全帯不着用であったこと。 ・ひとり作業であったこと。 ・レベル計のウエイトが引っ掛かりやすい構造となっていたこと。	作業前には、作業方法の確認が重要である。また、設備面で不具合の改善が必要である。本災害の対策としては次のとおり。 ・タンク内に入る場合は2人以上で作業する。 ・タンク内に入る場合は安全帯と命綱を使用する。 ・タンク内に入る場合は製品タンク内足場を確保して行う。 ・レベル計のウエイトが引っ掛かることのないよう、位置をタンク中央部に移動した。	概要図18-2
3	中部	岐阜	H18.3.8	石灰石	D	外・墜落				1	1	車両系鉱山機械又は自動車のため(ダンプトラック)	荷台の確認方法	罹災者は当日、工場構内の精鉱・砕石・オイルコークス等の横持ち搬送作業に従事していた。オイルコークスを3車搬送後、フレコン搬送作業を依頼され、ショベルオペレーターと打合せのため貯鉱場へ向かった。オペレーターは別の場所で積み込み作業中であつたので、罹災者は野積みフレコンの付近にダンプトラックを停車し、荷台の洗車が必要か否か運転席横のタラップを使用して確認した。荷台確認後タラップから降りようとしたときに右足を滑らせ、右手で握っていた把手だけでは体を支えきれずに墜落し、罹災した。	ダンプトラックの荷台確認については実施していなかった。	・タラップにかけた右足が滑った。 ・体の固定が不適当で、バランスを崩したときに片手では支えきれなかった。 ・停車位置の近くに野積みされたフレコンがあり、タラップから降りるときフレコンに降りるか地面に降りるか躊躇した。 ・専用の点検台(2基既設)を使用しなかった等荷台確認の方法が不適当だった。 ・点検方法の検討及び注意力が不足だった。	・荷台の確認は荷台を上げるか専用の点検台を使用し目視で行う。 ・停車位置は足場が良く、周りに障害物のない場所とする。	概要図18-3
4	中部	愛知	H18.3.31	非金属	A	外・火災						たき火	消火の不徹底	(罹災者:68歳、請負、罹災程度:左足首骨折、肋骨当日最低気温0℃と冷え込んだので、朝7時頃タンクの運転手6名がたき火をして暖をとる、積み込み時間前に火のついた木を足で散らばして消し仕事にかかった。午後10時頃から北北西の強風が吹き出し、燃えかすか風で近くの採掘区域境の目印に並べておいた伐採木に飛び火し、さらにその付近の立木も燃え始めた。ダンプの運転手が火災に気づき午後12時頃消防署に電話した。消防車が到着し、直ちに消火にかかり、約2時間燃え続けた。	本災害を予測していなかったため、実施していなかった。	・火気使用区域が明確でなかった。 ・たき火の後始末をしっかりと行わなかった。 ・採掘場内はダンプトラック運転手であれば時間外であっても立入が可能であった。 ・火気の取扱いについて関係者に周知徹底がなされていなかった。	・鉱山内はたき火をはじめ、火気厳禁とする。 ・保安規程を見直し改訂した。 ・鉱山立入業者の無断立入を厳禁とし、安全作業を遵守する事項の誓約書を書かせた。 ・緊急時の対応を考えた災害シミュレーションを実施した。	無
5	中部	岐阜	H18.5.15	金属	D	内・粉じん				1	1	モルタル吹きつけ機	急結材ホースの復旧作業	急結材(カルシウムアルミネート鉱物系:アルカリ性粉末)が固化したことにより、ホースが閉塞したため作業を停止した。急結剤がコンクリート経路へ投入される先端部から順次調べたところ、添加ホース内まで閉塞していることが判ったので、ホースを交換しようとした。しかし、予備品が見つからなかったため、エアスイッチを切りにして、ホースを外し、ハンマーで叩きほぐした後、ホースを取り付けて圧縮空気で詰まりを吹き飛ばそうとエアブローする作業を繰り返していた。何度か作業を繰り返した後、詰まりが取れないため、共同作業者と2人で詰まっていると思われる箇所を切断した。(このとき、エアブローは切状態であると錯覚していたが、実際は入っていた)切断した箇所よりもまだ内側にまで急結剤が詰まっていたため、ホースを叩きつけて詰まりを取ろうと考え、右手にホース先端を持ち重機の方へ動いたとき、詰まっていた急結剤が突出し、顔面にかかった。このとき、急結剤の一部が左眼に入った。直ぐに現場で洗顔し、病院へ搬送した。	・アルカリ性粉末の危険性について、教育不足であった。 ・閉塞時の清掃作業について、必ず圧力を抜いてから清掃することを周知徹底不足であった。 ・保護メガネの種類について指定していなかった。	・閉塞時の清掃作業は、必ず圧力を抜いてから清掃するという作業手順が周知徹底されていなかった。 ・保護メガネは使用していたが、吹付作業に適した保護メガネ(ゴーグル)を使用していなかった。 ・アルカリ性粉末の危険性について教育不足であった。 ・予備ホースが常備されていないかった。	・閉塞時の清掃作業の再教育 ・作業手順書の改訂 ・作業手順の教育 ・吹付作業でのゴーグル使用を義務付け ・アルカリ性物質の危険性について、教育を実施 ・予備ホースを常備 ・指差呼称の重要性を再教育 ・エアードライヤーの能力アップ	概要図18-5
6	中部	愛知	H18.8.29	非金属	A	外・車両系自動車	(1)				(1)	車両系鉱山機械又は自動車のため(ダンプトラック)	周囲未確認	災害当日は朝からダンプトラック6台と重機(パワーシャベル)1台で採掘跡の埋戻作業を行っていた。午前11時に罹災者のダンプトラックが埋戻し場所に到着して、土砂をダンプしたが、荷台に土砂が残っていたため、重機の運転者がクラクションで合図をしたところ、罹災者がダンプトラックから降りてきた。このクラクションの合図を次に待機していたダンプトラックの運転者が埋戻し箇所に進入してよい合図と勘違いして後退したため、後退中のダンプトラックの後にいた罹災者にひかれた。	ダンプトラック運転手の教育は請負業者の配車係が一般の運転者に対する注意事項を説明していたが、鉱山ではダンプトラック運転手は非鉱山労働者であるため十分な教育を行っていなかった。	・加害者のダンプトラック運転者が後方を十分に確認せずに後退したため ・埋戻し作業に係る作業手順が明確でなかったため	・埋戻し作業に係る作業手順を明確にするともに、鉱山労働者及び関係者に周知した。 ・ダンプトラック運転手が鉱山内に入るときは保安教育を十分に実施し、その記録を保存することとした。	詳細情報18-6
7	中部	岐阜	H18.12.12	石灰石	D	機械のため				1	1	顆粒状消石灰自動包装机	機械停止義務の不履行	当日罹災者は、8時30分から消石灰袋詰の作業場において、一人で顆粒状消石灰自動包装机を用いて顆粒状消石灰の計量・袋詰め作業を行っていた。顆粒状消石灰自動包装机は計量装置、袋詰め装置、搬送ベルト、袋綴じ装置で構成され、計量後袋詰めされたポリ袋は、搬送ベルトにより袋綴じ装置へ送られる。	保安教育では、保安重点目標(回転体に手を出さない等)を掲げ、社内委員会でも周知を行い、更にフンポイントKYを行っていた。設備面では回転部の保護カバー、警標、立ち入り禁止対策について十分でなかった。	装置を止めずに手を差し入れて、ベルトの位置を修正しようとしたこと。 作業標準に不良品処理についての記載が無く、また作業標準の周知が十分でなかったこと。 社内委員会・工場ミーティングの内容が作業者へ十分周知されていなかったこと 罹災者や所属部署の保安に対する意識が低かったこと	当該設備回転部に保護カバーの取付、立ち入り禁止保護策、警標の設置 作業標準の見直し、改訂の実施、全作業員への周知徹底 職場会議の定期的実施 安全意識高揚活動の実施 類似箇所の改善	詳細情報18-7