

【新聞記事】

重機にひかれ作業員死亡
 廃棄物処理業
 の産業廃棄物中間処理場で「男性作業員が重機にひかれた」などと119番通報があった。
 別の作業員が運転する重機の車体に足などをひかれ、搬送先の病院で死亡した。事故当時、
 は屋外の作業場で複数人で廃棄物の仕分けを行っていたという。同署が労災死亡事故として調べている。

※事故発生場所や時期等を特定されないことがないように黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	重機（バックホウ）
災害の種類（事故の型）	はさまれ、巻き込まれ
被害者数	死亡者数：1人（70代）

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- ① 重機と作業員が接触するおそれのある箇所には、立入禁止区域を設ける
- ② 誘導者を配置してその者に機械を誘導させる
- ③ 重機の運転者に対し、運転開始前に周囲の安全を確認するように教育する
- ④ 運行経路、立入禁止措置、誘導者の配置、合図等の作業方法に関する作業計画を策定し、関係者に周知徹底する

産業廃棄物処理施設において、産業廃棄物の選別作業中、派遣労働者がドラグ・ショベルにひかれ、死亡



発生状況

この災害は、派遣労働者が派遣先の産業廃棄物処理施設において、産業廃棄物の選別作業を行っているときに発生したものである。

この選別作業は、主に建築物解体現場から運ばれてきた産業廃棄物をドラグ・ショベルおよびホイールローダーにより木材、プラスチック、金属等に大まかに分類した後、さらに手作業により細かく分別する作業である。

災害発生当日、派遣先労働者である作業員AとB、派遣労働者である作業員CとDの計4人で選別作業を行っていた。

選別作業が一段落したところで、Aの指揮により、廃プラスチックの積み込み作業を行うため、CとDは金属類の集積場所へ移動し、AとBは、廃プラスチックを運搬するためのトラック進入路を確保する作業にとりかかった。Bがホイールローダーを運転し、トラックの進入路に当たる箇所に散乱していた廃棄物を1カ所にかき集めるとともに、分別コンテナの前に止められていたドラグ・ショベルをトラックへの積込用とするため、トラック進入路付近まで移動させようとAが運転し、左旋回の後、2mほど前進させたところ、金属類の集積場所で作業していたCをドラグ・ショベル右側のクローラでひいたものである。Cはすぐに病院に搬送されたが、死亡した。Aはドラグ・ショベルを運転する際、周囲の状況をよく確認していなかった。

この事業場では、作業員が行う作業場所でドラグ・ショベルおよびホイールローダーを運行していたが、運行経路への立入禁止措置の実施、誘導者の配置等の接触防止措置等を講じておらず、作業計画も策定していなかった。

なお、CとDは選別作業に係る安全衛生教育を派遣元、派遣先のいずれでも受けていなかった。

原因

この災害の原因としては、次のようなことが考えられる。

- 1 作業員と運転中のドラグ・ショベルとの接触防止措置を講じていなかったこと
ドラグ・ショベルの運行経路への立入禁止措置を講じておらず、また、誘導者も配置していなかった。
- 2 ドラグ・ショベルの運転者が運転前に行うべき周囲の安全確認が不十分であったこと
- 3 作業計画が策定されていなかったこと
ドラグ・ショベルによる作業に際し、作業計画が策定されておらず、かつ、関係作業員へ当該機械の運行経路、立入禁止区域等が周知徹底されていなかった。
- 4 関係作業員に対して安全衛生教育を行っていなかったこと
派遣先の作業場所には、ドラグ・ショベル、ホイールローダー等の運行により、当該機械との接触による危険があるにもかかわらず、派遣元および派遣先ともに派遣労働者に対して安全衛生教育を実施していなかった。

対策

同種災害の防止のためには、次のような対策の徹底が必要である。

- 1 作業員とドラグ・ショベル等との接触防止措置を行うこと
ドラグ・ショベル、ホイールローダー等と作業員が接触するおそれのある箇所には、立入禁止区域を設ける、または誘導者を配置してその者に機械を誘導させる必要がある。
- 2 ドラグ・ショベル等の運転者に対し、運転開始前に周囲の安全を確認するよう教育すること
運転者に対し、作業員が機械へ接触するおそれがない等、周囲の安全を確認したのち運転を開始するよう教育を行う。
- 3 作業計画を策定し関係者に周知徹底すること
ドラグ・ショベル、ホイールローダー等の機械を用いて作業を行う場合には、運行経路、立入禁止措置、誘導者の配置、合同等の作業方法に関する作業計画を策定しなければならない。さらに、作業計画の内容を関係作業員に周知徹底する必要がある。
なお、策定する作業計画では、機械による作業と手作業による分別作業との混在作業は避けるようにする。
- 4 派遣労働者に対し安全衛生教育を実施すること
派遣労働者に対し、一般的な安全衛生教育を派遣元において行うとともに、従事する作業に係る危険性、労働災害防止の方法等についての安全衛生教育を派遣先において行う。

全産連労災発生情報 No.202008-1 「ダンプカーが処理場内の作業用の穴に転落し、運転席部分が近くにあったショベルカーと衝突」

【新聞記事】

●ダンプカーが転落し運転手死亡
業廃棄物中間処理施設で、約5以下の作業場に荷台の汚泥を下ろす作業をしていたダンプカーが作業場に転落。作業場の近くに止めてあったショベルカーと衝突し、ダンプカーを運転していた
間もなく死亡した。
ブカーは停止した状態で、荷台を上げて作業していた。

※事故発生場所や時期等を特定されないことがないように黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	トラック
災害の種類（事故の型）	墜落・転落
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

① 運行経路などについて作業計画を定めること

あらかじめ運行経路、作業方法等について作業計画を定め、関係作業者に周知するとともに、計画に基づいた作業を確実に実行させる。

② 車両の転倒・転落防止の措置を行うこと

車両の転倒および転落を防止するため、運行経路については必要な幅員を確保する、ガードレール等を設置する、荷台後ろの扉のロック解除の確認を徹底する、誘導者を配置することなどの措置を講ずる。

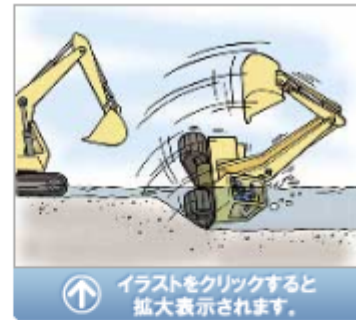
③ 安全管理体制を整備すること

労働災害の危険が多い場所は、作業責任者の配置などの安全管理体制を整備するとともに、作業開始前の綿密な打ち合わせを実施する。重機の運転者に対し、運転開始前に周囲の安全を確認するように教育する。

④ 運転者などの能力向上教育を実施すること

運転者などについては、一定の周期で能力向上教育を実施し、過信などによる運転操作を行わないよう教育訓練する。

採石現場でドラグ・ショベルの移動中、沈殿池に転落



発生状況

この災害は、採石現場においてドラグ・ショベルが沈殿池に転落したものである。

この現場では、市街地およびその近郊の田畑から砂利を採取した後の穴を埋め戻すための土砂を採取しており、現場には2～3台のドラグ・ショベル、ブルドーザー、ブレーカーなどが配置されている。

災害発生当日の午後は、ダンプカーでの搬出が予定されていなかったため、作業員Aは土砂採取場所や運搬経路の整備、沈殿池に溜まった水を排出する配水管と排水柵の設置を行うことになり、まず同僚Bがドラグ・ショベルを柵の近くに移動させていたが、途中で水深約1.5mの沈殿池にドラグ・ショベルの片側のクローラが落ち約15度傾いてしまった。

そこで、ワイヤロープで繋いで別のバックホーで引き上げることにし、傾いたドラグ・ショベルの運転は経験の長いAが行うことになった。

Aは、ドラグ・ショベルに乗り込むと直ぐに「ワイヤロープを外してくれ」というので、他の者が危険なので制止したが、再度外すよう指示があったので、ワイヤロープを外したところ、まもなく機体はさらに傾き、横転し、運転席が沈殿池に水没してしまった。

その後、さらに別のドラグ・ショベルを持ってきて、2台で引き上げたがAは作業服に操作レバーが引っ掛かったまま窒息死していた。

原因

この災害の原因としては、次のようなことが考えられる。

1 ドラグ・ショベルの操作技能を過信したこと

災害の直接的な原因は、被災者が同僚の制止を聞かずに自分の操作技能を過信し、転落防止のため他のドラグ・ショベルに接続していたワイヤロープを解かせ、自力でドラグ・ショベルを引き上げようとしたことである。

2 沈殿池の水位が上昇していたこと

ドラグ・ショベルが沈殿池にはまり込んだ原因としては、前夜の雨で水位が上昇していてドラグ・ショベルの通り道と沈殿池との区画が明確でなかったことがあげられる。

3 ドラグ・ショベル等の運行経路が定められていなかったこと

ドラグ・ショベルを移動させていた通路は一年ほど前までは使用されていたが、新道が完成してからは使用されていない道で、かつ、沈殿池に接近していたのに使用禁止などの措置を行っていなかった。

4 作業の指揮者がいなかったこと

この現場については、会社の常務が管理していたが常駐はしておらず、当日も朝に作業の指示をしたのみで現場を離れており、一作業員が作業の指示をするなど作業の指揮が明確に行われていなかった。

【新聞記事】

労災事故で男性死亡
 産業廃棄物中の施設で、同社従業員が破砕機に挟まれ、死亡しているのを別の従業員が見つけた。
 屋外に置かれた破砕機前の足場から、木製の板を投げ入れる作業をしていた。破砕機は成人男性が入れるほどの大きさだった。署が詳しい状況や事故原因を調べている。

※事故発生場所や時期等を特定されないことがないように黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	動力運搬機（破砕機）
災害の種類（事故の型）	はさまれ、巻き込まれ
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- ・回転部に巻き込まれるおそれが想定される箇所には、覆い、囲い、あるいは巻き込み防止ブロック等を設けること。
- ・危険源の近くには手が届く範囲に非常停止スイッチを備える
- ・機械の掃除等の作業を行う際、作業者に危険を及ぼすおそれがある場合は、機械の運転を停止させ、電源ロックを励行すること。
- ・設計時、設備導入時等に、導入設備における作業（非定常作業を含む）に係るリスクアセスメントを実施し、潜在的危険有害性を把握し、その除去低減対策を講じること。
- ・回転部に巻き込まれるおそれのある箇所に近寄らないよう、作業者に徹底させること。
- ・事業場で定めた「安全に係るルール（安全5項目：回転部には近づかない、点検補修時には電源ロックを行う、補修時は3人以上で作業を行う、報・連・相の徹底等）」が確実に履行されるよう、対応時の体制の明確化、電源ロック実施作業に係るチェックリストの作成等、労働災害防止の方法等についての安全衛生教育を行い、安全管理体制の整備を図ること。

【類似事故】

投入コンベアを停止させずにローラ 一部の掃除を行っていたところ、右 腕から胸のあたりまでを巻き込まれ た



発生状況

被災者は、単独で、破碎機の投入コンベアのリターンローラー部に付着した石膏粉を、ワイヤブラシを用いて擦り落として除去する際、投入コンベアを停止させずに作業したため、リターンローラー部とコンベアベルトの間に、ワイヤブラシごと右腕から胸のあたりまでを巻き込まれたもの。

原因

この災害の原因としては、次のようなことが考えられる。

- 1 投入コンベアのリターンローラー部に、覆い、囲い、あるいは巻き込み防止ブロック等が設けられていなかったこと。
- 2 投入コンベアのリターンローラー部を掃除する際、当該コンベアの運転を停止しなかったこと。
- 3 投入コンベアのリターンローラー部を掃除する際、リターンローラー部に巻き込まれるおそれがあるにもかかわらず、皮手袋を着用したこと。
- 4 事業場における「安全に係るルール（安全5項目：回転部には近づかない、点検補修時には電源ロックを行う、補修時は3人以上で作業を行う、報・連・相の徹底等）」が定められているが、それが順守される体制（補修時は3人以上で行うとされているが、誰が補修作業に加わるのが明確になっていないこと等）となっていなかったこと。

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

【新聞記事】

■作業車から転落、男性死亡
 作業車両の荷台から、
 頭を強く打ち、搬送先の病院で
 死亡した。
 両は除草作業の移動中で4人が
 乗車。
 右カーブを曲
 がる際に転落した。同署が原因
 を調べている。

※事故発生場所や時期等を特定されないよう黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	作業車両
災害の種類（事故の型）	墜落・転落
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- ① 原則としてトラックの荷台には作業者を乗車させないこと。別途作業者の移動のため自動車等を使用する。
- ② 道路交通法の適用のない場所において、作業車両の荷台に作業者を乗車させて走行させる必要がある場合は、車両の動揺により、作業者が転落する恐れのない箇所に乗車させること。なお、荷台にあおりのないトラックの荷台には、作業者を乗車させてはならない。
 また、道路交通法の適用される道路においては、積載している貨物を看守するための最少限度の人員を除き、荷台へ乗車させてはならないこととされているので、留意のこと。
- ③ 作業車両の荷台に作業者を乗車させて走行させる場合には、発進させる前に、荷台に乗車させた作業者の状態(乗車箇所、姿勢等)の安全を確認し、当該作業者に対して発進の合図を行ってから、車両を発進させること。

トラックの荷台から転落



発生状況

荷台の後方にあおりのないトラックの荷台に、作業者を乗せて走行していたところ、荷台に乗っていた作業者が、荷台後方から転落して死亡した災害である。

被災者は、造園工事等を営む(株)甲造園に雇用される作業者である。

災害発生当日の作業内容は、作業者4名で、ゴルフ場の芝張替えを行うものであった。

当日の作業を終えた(株)甲造園の作業者らは、現場事務所へ戻るため、資材等の運搬のための2トンダンプトラック(定員3名)に乗車した。

運転室には3名しか乗車できないため、作業者Aが荷台に乗車して出発した。

当該ダンプトラックは、荷台の左右側方にあおりを備えており、両方のあおりを閉じた状態であったが、荷台の後方のあおりについては、作業の都合により、取り外したままであった。

運転手は、しばらくダンプトラックを走行させたあと、一時停止し、さらに走行させたあと荷台にAの姿が見えないことに気付いた。

そこで、前に一時停止した場所まで戻ったところ、Aが仰向けに倒れており、間もなく死亡した。

原因

[1] 荷台の後方にあおりのないトラックの荷台に、作業者を乗せて走行させたこと。

[2] 一時停止のあと発進させる際に、荷台に乗車している作業者の状態を確認せず、当該作業者に対して発進の合図を行わなかったこと。

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

【新聞記事】

◆作業事故で男性死亡

コンクリートを破砕する機械に胸を挟まれたと、同社関係者から119番があった。病院に搬送されたが、約1時間後に死亡した。

他の作業員1人とコンクリートを破砕中、はさみ部分に鉄骨のような物が挟まり、機械が動かなくなっただため、外そうとして体を挟まれたらしい。

※事故発生場所や時期等を特定されないことがないように黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	重機（小割圧砕機）
災害の種類（事故の型）	はさまれ、巻き込まれ
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- ・作業者が重機の可動個所に立ち入る際は、エンジンキーを抜き取る等、可動する装置を停止するよう徹底すること。
- ・重機と作業者が接触するおそれのある箇所には、立入禁止区域を設ける。
- ・立入禁止措置、誘導者の配置、合図等の作業方法に関する作業計画を策定し、関係者に周知徹底する。
- ・非定常作業についても作業マニュアルを定めて、関係作業者の教育を行うこと
- ・労働災害の危険が多い場所は、作業責任者の配置などの安全管理体制を整備するとともに、作業開始前の綿密な打ち合わせを実施する。重機の運転者に対し、運転開始前に周囲の安全を確認するように教育する。
- ・重機の運転者については、一定の周期で能力向上教育を実施し、過信などによる運転操作を行わないよう教育訓練する。

【類似事故】

はさまった木切れを取り除き作業中にフォークリフトのバケットが降下してはさまれる



↑ イラストをクリックすると拡大表示されます。

発生状況

この災害は、廃棄物の処理を行っている会社内において、廃棄物をフォークリフトでトラックに積み込む作業中に発生したものである。

この会社では、一般ごみ及び産業廃棄物を会社内の広場で解体用機械で解体・分解したのち、廃棄物の種別ごとに区分し、トラックでごみの処分地に運搬する業務を行っている。

この日は、日曜日であったが、被災者は、午前9.00に出勤し、前日に処理し切れなかった廃材を、フォークリフトを使ってトラックに積み込む作業を開始した。

この作業を開始してまもなく、バケットからこぼれ落ちた木切れがフォークリフトのリフトシリンダーにはさまり、バケットが下降しなくなった。

そこで、被災者は、運転席から降りてフォークリフトの正面に回ってバケットの下に入り込み、バールを使ってはさまっていた木切れを取り除こうとしていたところ、バケットが急に降下してきて胸部及び腹部を打撲した。

原因

この災害は、廃棄物の処理を行っている会社において、廃棄物をフォークリフトでトラックに積み込む作業中に発生したものであるが、その原因としては次のことが考えられる。

1 直接的な原因

この災害の直接の原因は、安全な措置をとらないまま、はさまっていた木切れを取り除くため、被災者がフォークリフトのバケットの下に入ったことであり、このような作業を行う場合には、万一バケットが降下しても安全なように安全ブロック等を使用することが必要である。

2 間接的な原因

経営者の安全管理についての認識が希薄であったこと、フォークリフトの運転技能講習を修了した者がいなかったこと、フォークリフトの特定自主検査が一度も実施されていなかったこと等があげられる。

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

【新聞記事】

工場内で鉄柱落下、男性死亡
 業廃棄物処理業
 の工場内で、フォークリフトから鉄柱1本が落下し、
 下敷きになった。
 搬送先の病院で死亡が確認された。
 労災事故として調べられている。
 鉄柱は長さ約150センチ、直径約60センチ、重さ約1.2トン。
 別のフォークリフトを運転していたが、鉄柱が落下した時には降りていたとみられる。

※事故発生場所や時期等を特定されないよう黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	フォークリフト
災害の種類（事故の型）	飛来・落下
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- ・フォークリフトの荷の積載にあたっては、偏荷重にならないように、荷の積み方、荷の重心位置を的確に決めて行うこと。
- ・フォークリフトの運転においては、急発進、急停止、急旋回等は荷くずれを起こしやすいことに留意すること。
- ・フォークリフトの作業範囲内にほかの作業者がいる場合は、誘導者を配置してこの者に定められた合図を行わせることにより接触の防止を図ること。
- ・作業計画を決めるにあたっては、通常作業のみならず突発的、臨時的な作業についても決めておくこと。
- ・フォークリフト運転者、パート作業者等に対し、随時、作業の変化等に対応するよう安全教育を実施すること。

【類似事故】

フォークリフトの積荷が落下し、パート作業者に激突



発生状況

災害が発生した事業場は、アルミサッシ製造工場の構内下請けとして作業員28名(うちパート作業員12名)でサッシ素材の梱包、出荷等を主に請け負っているものである。

梱包場所において請け負っている作業の内容は次の手順のとおりである。

- [1] 押出機により製造され後処理された長さ4～5mのアルミサッシ素材を金属性パレット(長さ4.5m、幅0.7m、高さ0.7m)に入れ、クレーンにより集積場所へ運搬し、パレットを4段積みにする。
- [2] フォークリフトによりパレットを素材梱包場所へ運搬する。
- [3] 素材をビニールで梱包する。
- [4] 梱包された素材が入っているパレットをフォークリフトにより出荷場所へ運搬する。
- [5] パレットをフォークリフトによりトラックへ積み込む。

[1]の工程の中で端数となったサッシ素材の4段に積まれたパレットを、[2]の工程の梱包、出荷するために設置した4段積みパレットの奥へフォークリフトにより移動する作業が生じ、災害はこのときに発生した。

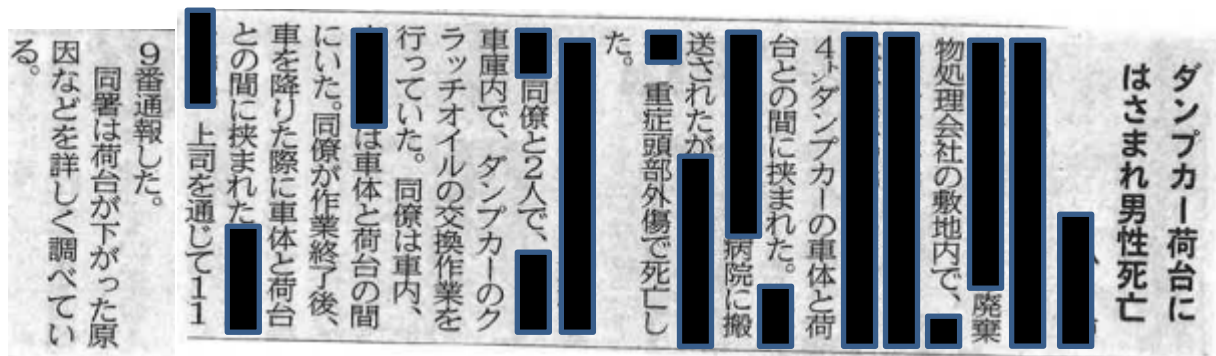
奥へ移動設置するためには、手前に設置された4段積みパレットをいったん横へ移動させることが必要なため、フォークリフトにより積載し、後進して、その後前進させたところ、梱包のため不良品の素材を片付けていたパート作業員を前方に発見し、フォークリフト運転者が急ブレーキをかけた瞬間、フォークに積載していた最上段のパレットが前方へ落下し、パート作業員に激突した。

原因

- [1] 4段積みパレットの重量は下段から95kg、130kg、30kg、130kgと重心が高く、しかもフォークの根元までパレットが入っていない不安定な状態であったこと。
- [2] フォークリフト作業範囲へほかの作業員が立ち上がったこと。
- [3] 前方に、ほかの作業員を発見したため急ブレーキをかけたこと。
- [4] フォークリフトとの接触防止のための誘導者を配置しなかったこと。
- [5] 端数となった素材の整理作業は通常作業ではなく、このための作業手順が確立されていなかったこと。

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

【新聞記事】



※事故発生場所や時期等を特定されないことがないように黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	トラック
災害の種類（事故の型）	はさまれ・巻き込まれ
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

1 安全支柱等の使用

車両系荷役運搬機械、車両系建設機械のショベル、アーム、荷台等の下で修理・点検等の作業を行う場合には、安全支柱、安全ブロック等を使用すること。

2 緊急時等の連絡体制を整備

緊急事態等発生の場合の会社への連絡及び応援体制を確立し、全員に周知徹底しておくこと。

3 安全管理体制の整備等

点検整備の体制を確立するとともに、交通安全を含めた安全管理体制を整備し活動の活性化を図ること。

また、自動車運転者に対し、点検整備を含めた教育訓練を行うこと。

【類似事故】

ダンプカーの荷台下で修理作業中荷台が降下



発生状況

この災害は、ダンプカーの運転中に故障したクラッチの修理のため、被災者がダンプカーの荷台下で作業を行っていたところ、荷台が降下し、被災者が荷台を持ち上げるアームと車体の間にはさまれたものである。

被災者は、災害発生当日の作業が終了して会社に向かう途中で運転していたダンプカーのクラッチが故障したので、相前後して現場を離れた同僚のダンプ運転者2人に無線で連絡しその応援を得て修理作業を行った。

被災者は、最初にクラッチの空になっているオイルタンクにオイルを補充したがクラッチが作動しなかった。

次いで、同僚の助言でエア抜きをするため、荷台を上げて車体と荷台の間に入りモンキースパナでクラッチブースターのネジを緩めてエア抜きを、同僚は運転席でクラッチを10数回踏み空気を押し出そうとしたがクラッチは回復しなかった。

その時、荷台が降下してきて、被災者は荷台を持ち上げるアームと車体の間に挟まれ、約40分後に外傷性循環ショックで死亡した。

原因

この災害の原因としては、次のようなことが考えられる。

- 1 被災者は、修理のため荷台を上げる時上方に電線があり、それに接触するのをおそれて荷台を仰角約25度で止めたこと。
- 2 電線まではまだ距離があったので、同僚が荷台を上げるように言ったので、被災者がレバーを操作したが故障等があったため荷台が上がらなかったこと。
- 3 会社では、安全ブロックが使用できないときには、車載の輪止めを使用するように指導していたのに使用しなかったこと。
- 4 間接的な原因としては、午後6時を過ぎており、日没後で周囲が暗くなっていたこと、もともと車両の点検整備が不十分であったこと等があげられる。

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

【新聞記事】

汚水タンク清掃中の
 男性死亡
 産業廃棄物
 処理業者
 の焼却廠
 敷内で「汚水タンクで作業員2
 人が倒れた」と11日通信報が
 あった。
 搬送先の病院で
 死が確認された。40代の同僚
 男性も一時意識不明となり病院
 に搬送されたが、命に別条はな
 いという。
 汚水タンクは幅と深さが1・
 5メートルほど、産業廃棄物の処理
 過程で出る汚水をためておくた
 めのもの。1人でタ
 ンクに入り清掃していたとい
 う。40代男性は「
 を救助
 するためタンクをのぞき込んだ
 際に意識を失った。署は2人が
 汚水から発生したガスを吸い込
 んだ可能性がある」とみている。

※事故発生場所や時期等を特定されないことがないよう黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	有害物
災害の種類（事故の型）	有害物等との接触
被害者数	死亡者数：1人 休業者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- 1 作業開始前に沈澱槽内の沈澱物の状況等を確認するとともに、作業場所の有害物を適正に測定し、作業計画を定めること
- 2 作業中は作業場所の換気を継続して行うこと
- 3 作業主任者を配置してその職務を的確に行わせること
- 4 作業員に対して安全衛生教育を徹底すること
- 5 安全衛生管理体制を整備し、安全衛生活動を実施すること

【類似事故】

ホテルの汚泥沈殿槽の清掃作業中に 硫化水素中毒



発生状況

この災害は、ホテルの地下汚泥沈殿槽内において清掃の準備作業に従事していた作業員2名が硫化水素を吸入して意識障害を起こし、また、その救出に当たった作業員1名も同様に硫化水素を吸入し中毒になったものである。

当日は、沈殿槽内清掃の初日で、午前中は槽内の排水、堆積汚泥の攪拌等を行い、午後1時20分頃から槽内の作業環境測定が行われた。

その後、被災者Aはジェット洗浄による汚泥除去作業のため、被災者Bは清掃前の現況写真撮影を行うため、別々のマンホールからほぼ同時に槽内に入った。

その直後に、汚泥が多量に堆積した箇所に降り立ったBが意識を喪失した。

AはBを救出しようとしたが、自分も気分が悪くなったためマンホール外に居る作業員に救助を求めた。

Aから救助を求められた現場責任者Cは、A、Bを救出するためマンホール内に入ったが自分も気分が悪くなり倒れた。

その後、3名は、他の作業員等に救助されホテルの医務室に運ばれ、救急処置が施された結果いずれも回復した。

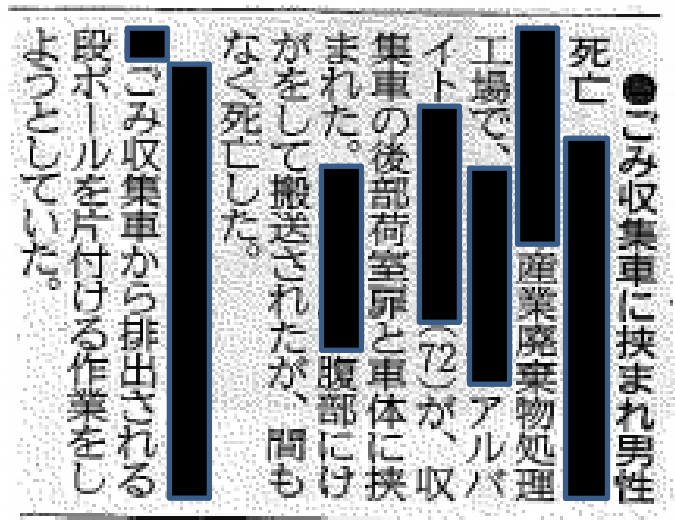
原因

この災害の原因としては次のようなことが考えられる。

- 1 汚泥沈殿槽内に硫化水素ガスが滞留していたこと
- 2 作業環境の測定方法が不適切であったこと
- 3 汚泥沈殿槽内の換気を十分に行わなかったこと
- 4 作業主任者の職務を十分に行っていなかったこと
- 5 救助作業時に空気呼吸器等を使用させていなかったこと

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

【新聞記事】



※事故発生場所や時期等を特定されないことがないように黒塗りを施しています。

機械設備・有害物質の種類（起因物）	動力運搬機（収集車）
災害の種類（事故の型）	はさまれ・巻き込まれ
被害者数	死亡者数：1人

【同類事故防止対策】

厚生労働省「職場のあんぜんサイト」より

- 荷室扉を上げ、その下に入って作業を行う場合は、安全支柱等を使用すること
- 作業員に対し、点検作業に関する教育を行うこと
- 作業指揮者を指名し、以下の職務を行わせること
 - ① 作業手順を決定し、作業を直接指揮すること
 - ② 扉が不意に降下することによる危険を防止するために、使用する安全支柱等の使用状況を監視すること

【類似事故】

被災者は、ウイングルーフトラックのシリンダー付近からの油漏れ点検作業を行っていたところ、降下してきたウイングに挟まれた



発生状況

整備工場にて、ウイングルーフトラックの油漏れ箇所の特定を指示された被災者は、予め上げられていた左ウイングと荷台パネルの間から身乗り出し、同僚に荷台後方にあるウイングを上下させる押しボタンの操作を依頼した。

被災者は、同僚にウイングの全開（上げの操作）から四分の一程度まで下げの操作を4～5回行わせ、ウイングが全開する度に止めさせ、ウイング上下用シリンダーに通じている油圧ホースの接続部に油落とし用スプレーを1～2秒噴射した後、同僚を持ち場に返した。尚、この時、ウイングは全開した状態であった。

数分後、整備工場の工場長が当該ウイングルーフトラックの前方へ行くと、ウイングが閉じて（下がって）おり、被災者がウイングと荷台前部のパネルの間に挟まれ、手足がだらんと下がり、呼びかけにも反応がなかった。また、油圧用の油が車両の側面に勢いよく噴出していた。

原因

この災害の原因としては、次のようなことが考えられる。

- 1 直接原因としては、ウイングを上げ、ウイングの下に入って修理作業を行うにあたり、安全支柱等を使用しなかったこと。
- 2 間接原因としては、以下の3点が挙げられる。（1）ウイングの油圧シリンダー用ホース接続金具が、油圧ポンプからのホースにウイング収納時（ウイングを閉じた状態）に常時接触しており、走行時の振動により接続金具がホースを損傷し、油圧用油が漏れ、シリンダーの油圧力が一気に抜けたと認められること。（2）ウイングの油圧シリンダー用ホース金具を取り外す、若しくは緩める作業を行ったと推定されること。（3）故障時は、「ウイングの油漏れ作業の特定のみを行う」という作業内容が徹底されていなかったこと。

資料出所：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）