



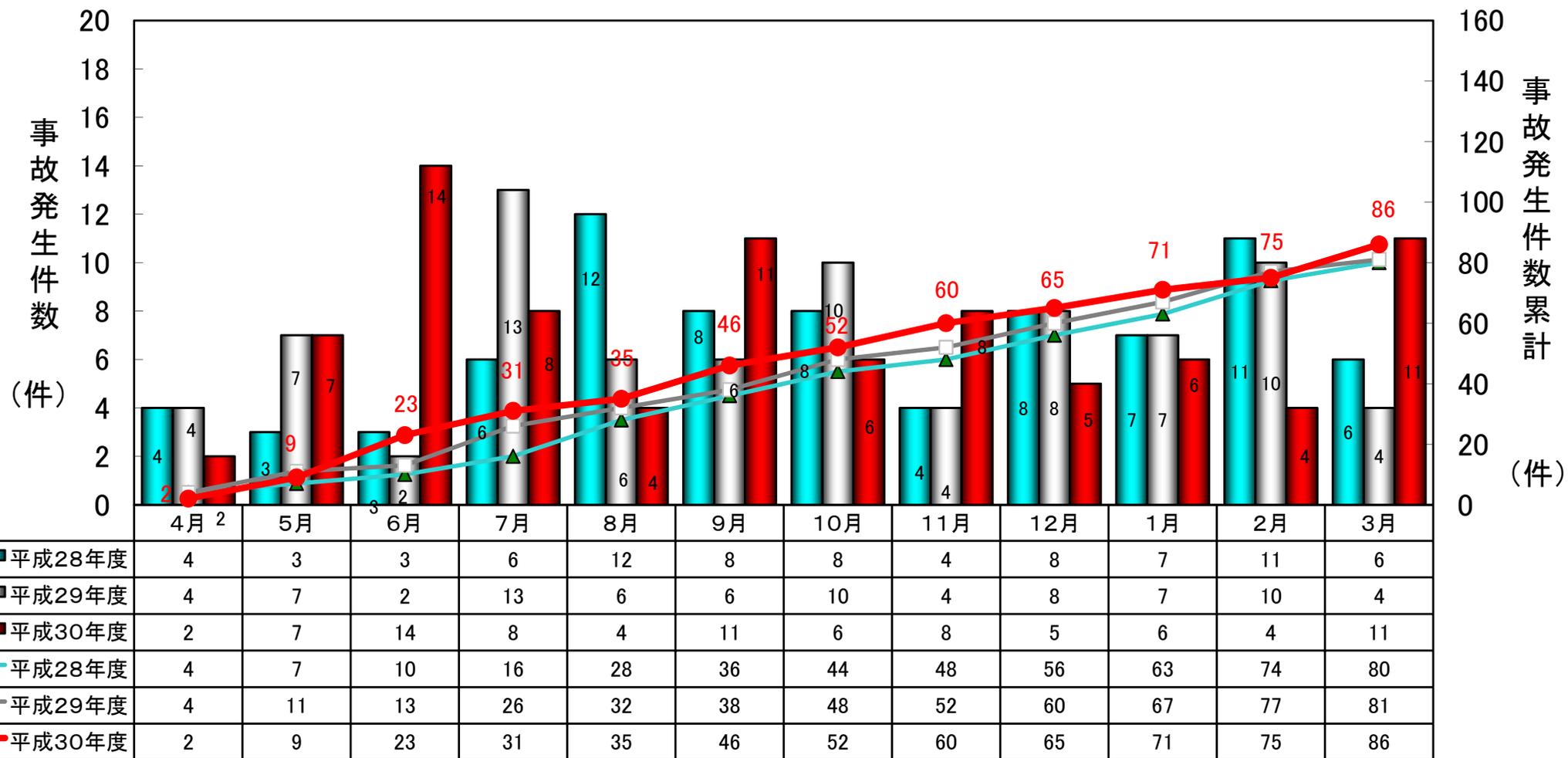
中部地方整備局管内の工事事故 発生状況について

平成31年3月31日

中部地方整備局 企画部
技術管理課

直轄工事事故発生状況

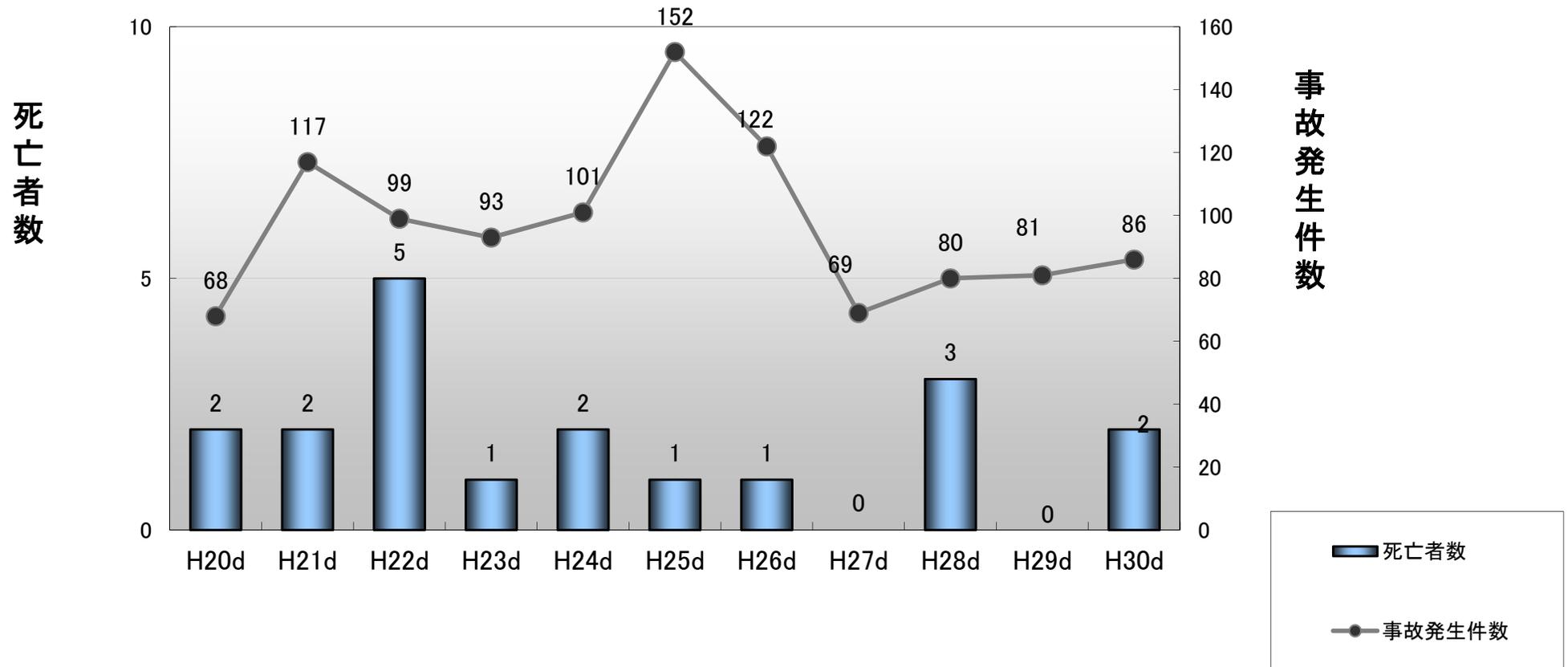
平成31年3月31日現在速報値

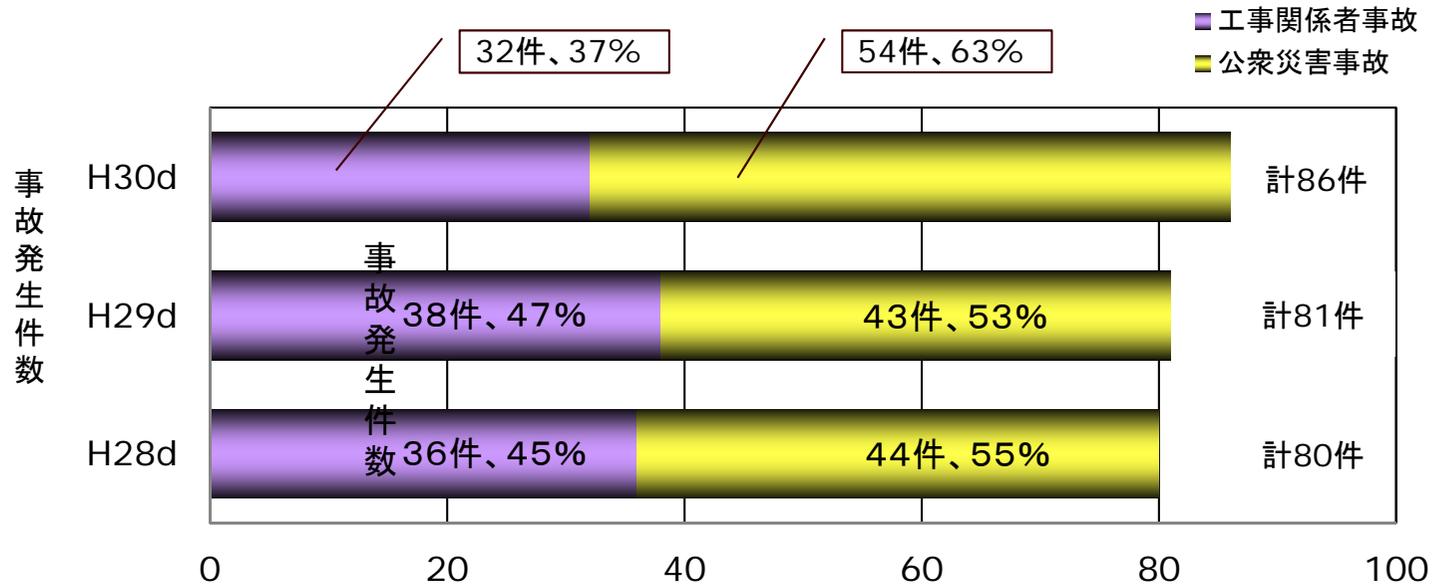


※ 直轄工事には測量・調査・コンサル業務や、役務契約における事故を含む

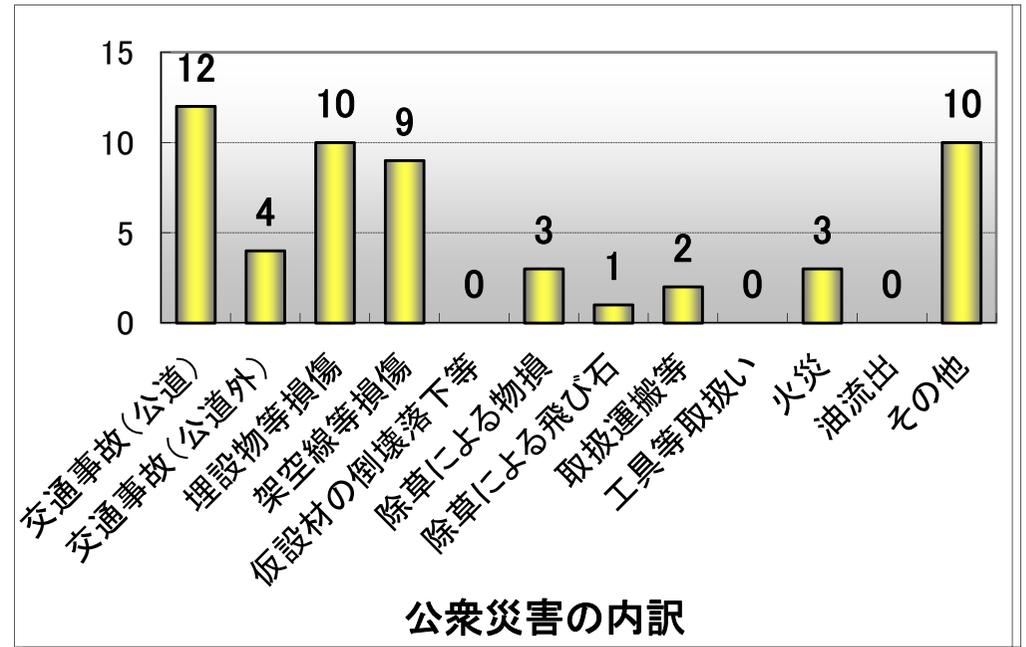
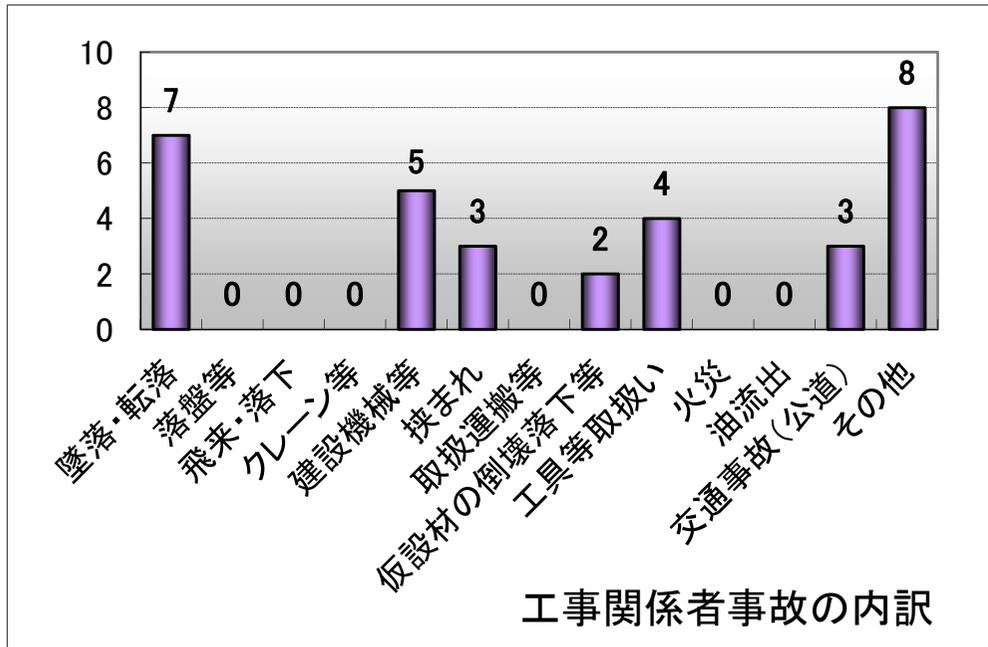
事故発生件数と死亡者数の推移

平成31年3月31日 現在速報値





工事関係者事故と公衆災害



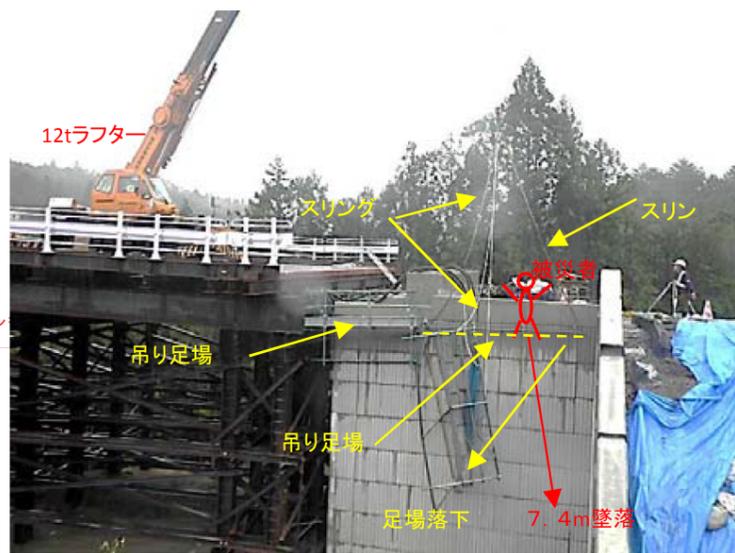
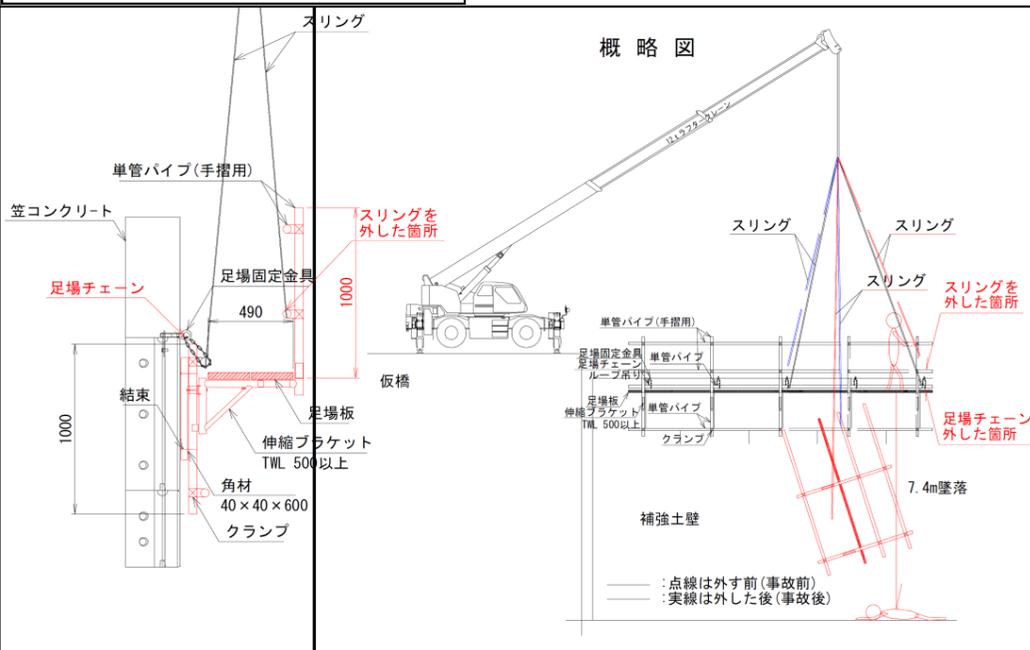
事故の概要；

補強土壁の天端コンクリート施工用の吊り足場の取り外し作業を作業員（被災者）と合図者及び12tラフターのオペレータの3名で行っていた。1スパン目の吊り足場を取り外し、合図者が外した足場をユニック車に積んで現場内の資材置場へ運搬している間に、一人になった作業員（被災者）が2スパン目の吊り足場を12tラフターでスリング4点吊りにて数cm吊り上げ、吊り足場から足場チェーンを外そうとしたところ、重心がずれていた為、作業員（被災者）が手すり側の1箇所のスリングを外し、3点吊りで足場チェーンの1箇所を取り外した際に吊り足場が傾き、7.4m下方に墜落し負傷した。

事故原因；

- ・作業員の判断で、作業手順書を逸脱して4点吊りの吊り具を1本外して作業したこと。また、作業手順書では、合図者配置のもと作業を行うこととなっていたが、合図者が現場内の資材置き場へ移動していた中で作業員の合図でクレーンOPが作業をした。
- ・新規入場者教育時、作業手順書確認時、当日KY時に安全带使用の周知を行っていたが、事故当時、安全带は装着していたものの、使用されていなかった。

◆事故発生時の状況



被害状況；
肋骨骨折、
頭部内出血

事故防止のポイント；

- ・足場作業監視員（元請）を配置し、作業手順書（4点吊りの作業遵守、合図者がいる上での作業遵守）の確認をした上で作業を行う。
- ・あわせて、配置した足場作業監視員が、作業員の安全带の使用を確認した上で、作業を行い墜落防止に努める。

事故の概要；

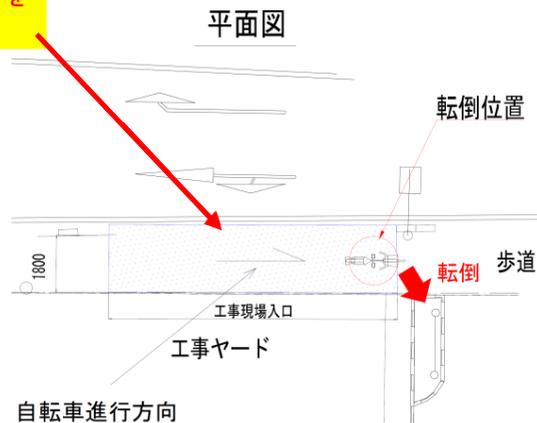
台風が翌日、当地区を通過すると予報されており、飛散物の確認、固縛を行っている中で、県道出入口敷鉄板に敷設した「滑り止めマット」が前回の台風により飛散しかけた経緯から監理技術者の判断で取り外した。取り外した後に自転車を運転していた一般者が当該箇所で転倒し、コンクリートブロックに右側頭部をぶつけ被災した。

事故原因；

- ・ 前回の台風で滑り止めマットが一部めくれた状況であったにもかかわらず、当日のKYミーティングにおいて台風対策を現場組織として対応していなかった。
- ・ 現場を管理・指示する立場である監理技術者が自らの判断で滑り止めマットの一時撤去を行い、最終確認も監理技術者本人が実施しており、現場管理及び確認体制が不十分であった。
- ・ 歩行者等の安全確保のための滑り防止対策について、強風でめくれやすい構造であった。
- ・ 工事用出入口の通行者への注意喚起が不十分であった。

◆事故発生時の状況

台風対策として滑り止めマットを一時撤去



被害状況；

右側頭部裂傷

事故防止のポイント；

- ・ 施工計画書に第三者安全通路の確保を明記するとともに、現場巡視点検簿に確認項目を設け、監理技術者と現場代理人2名で確認する。
- ・ 占用許可条件を認識し、如何なる状況においても滑り止めマットの撤去を行わず、強固な固定方法で実行する。
- ・ 施工計画書の安全管理に「第三者安全通路の確保」を明確に記載し、通行者への注意喚起の拡充として、【安全通路の段差解消】 【夜間の対応】 【注意喚起看板の明示方法】 対策を講じる。

事故の概要；

トンネル工事における吹付作業終了後、生コン車を運転してきた作業員Aがシュートを格納するため、生コン車を前進させて降車した。その後、運転手のいない生コン車が後退し、生コン車と吹付機の間で吹付機を洗浄していた被災者が挟まれた。

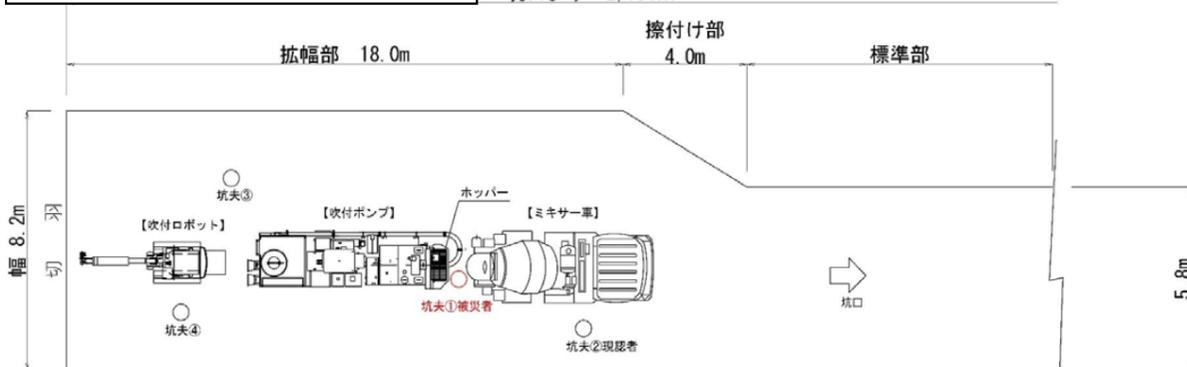
事故原因；

- ・吹付コンクリート作業時のミキサー車シュートの格納等をだれが行うのか明確になっていなかった。
- ・吹付コンクリート作業時のミキサー車の逸走防止の作業手順が明確にされていなかった。
- ・ミキサー車運転手は新規入場4日目であったため作業環境に不慣れであった。
- ・作業手順、逸走防止、坑内の購買について周知・教育が不十分であった。
- ・トンネル坑内の作業箇所の勾配が確認しづらい。
- ・作業手順の確認や輪止め使用についての徹底がされていなかった。

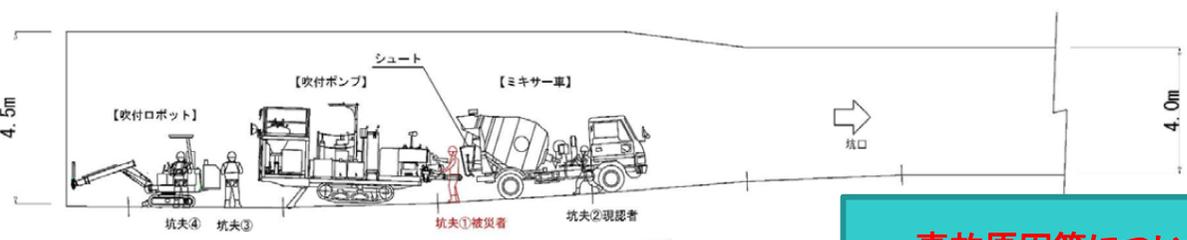
◆事故発生時の状況

平面図

坑口より 2,134m



側面図



事故防止のポイント；

- ・吹付コンクリート作業の作業手順について、ミキサー車のシュート格納、逸走行防止に関する手順を記載。
- ・新規入場者に対する作業手順教育は複数回実施。
- ・朝礼時の逸走防止ルールの唱和を行う
- ・逸走防止ルールを遵守させるため、訓練を実施。
- ・トンネル坑内の作業箇所の勾配の注意喚起看板を設置する。
- ・ミキサー車の待機場所は元請け職員が指定した所定の場所とし、看板で明示
- ・作業手順、逸走防止ルールの遵守状況を声掛けと指差呼称で確認し記録。

被害状況；

死亡

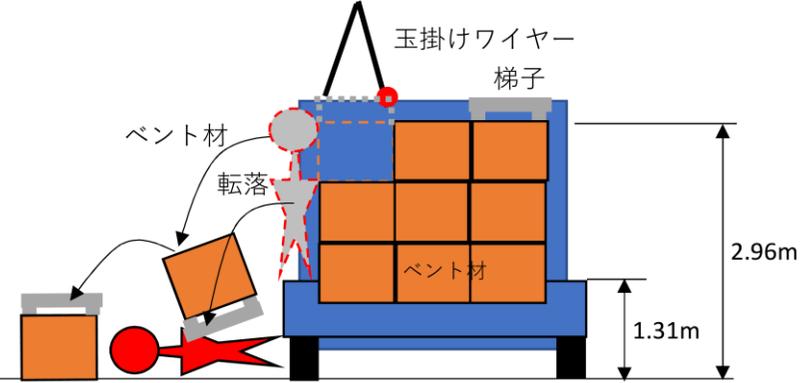
事故原因等について：警察、労基の所見が出ていないため未確定の内容です。

事故の概要；

解体したベント材（□500×500×5000）をクレーンを用いてトラックの荷台に積込んだ。玉掛ワイヤーを巻き上げた際に、玉掛ワイヤーがベント材の一部に引っ掛かり荷崩れを起こし、ベント材とともにトラック荷台から転落。

事故原因；

- ・ 作業手順書に積込みに関する記載がなかった。
- ・ 玉掛ワイヤーを介錯せずにクレーンで巻き上げた。
- ・ 荷台のあおりに乗って作業していた（ワイヤーに手の届かない位置）
- ・ 部材が連結されていないため衝撃で荷崩れしやすい状況であった。
- ・ 適正な人員配置を行っていたが、作業員の判断で配置が変更されていた。
- ・ 安全巡視が行き届いていなかった。



事故防止のポイント；

- ・ 作業手順書に積込み作業の手順を記載
- ・ クレーン、玉掛け作業の心得を現場に掲示、朝礼時に唱和

被害状況；

死亡

