

# 港湾工事等の安全対策について

---

令和5年5月

北陸地方整備局 港湾空港部

工事安全推進室

1. 全国港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況
2. 管内港湾空港関係直轄工事における労働災害発生状況
3. 令和5年度 北陸地整 港湾空港部 事故災害防止重点項目について
4. 事故事例データベース
5. 事故発生時の連絡体制について

## ○港湾空港関係 直轄工事「死亡事故の発生について」

他地整局 : R4.9.5に防波堤築造工事において甲板員1名が死亡する事故が発生  
 →R2dより3年連続で死亡事故が発生 (内1件は北陸局管内で発生)

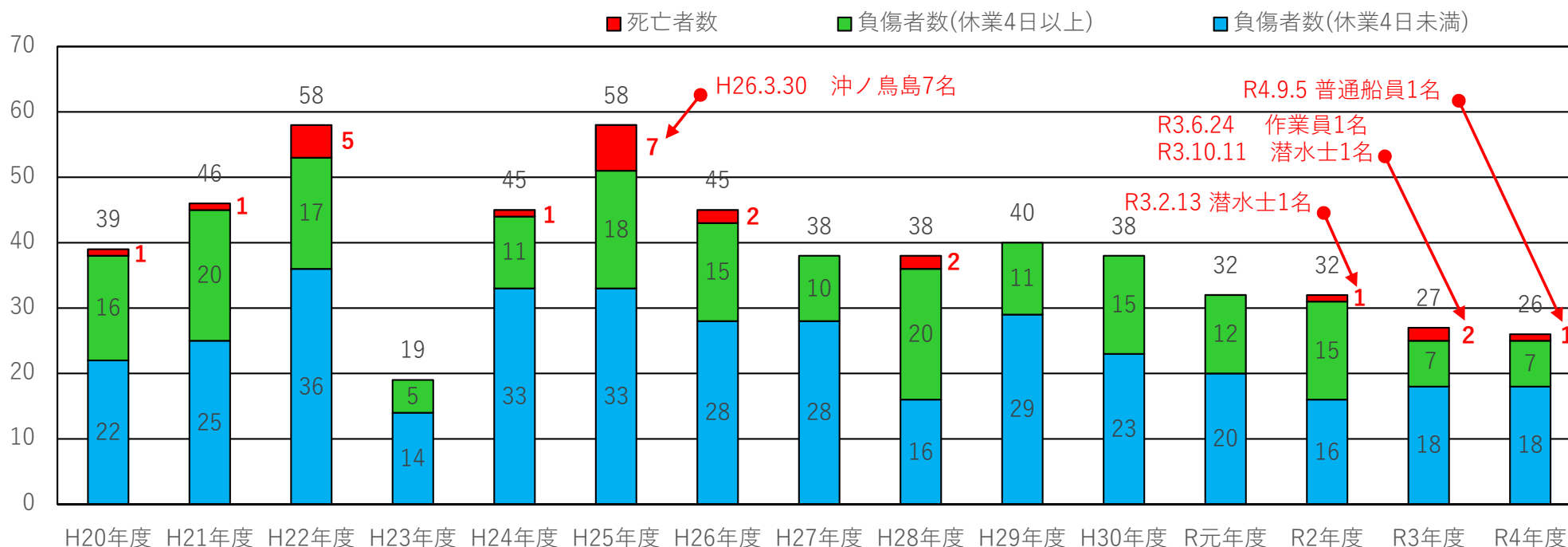
## ○令和4年度 (令和4年4月～令和5年3月)「工事中事故負傷者数」

- ・休業4日以上 7人 (前年度同期は7人)
- ・休業4日未満 18人 (前年度同期は18人)

○令和5年度は、各局において受発注者双方の取組みで“事故撲滅”を目指す

令和5年3月31日現在

港湾空港関係直轄工事の死傷者数の推移



# 1.【全国】 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況

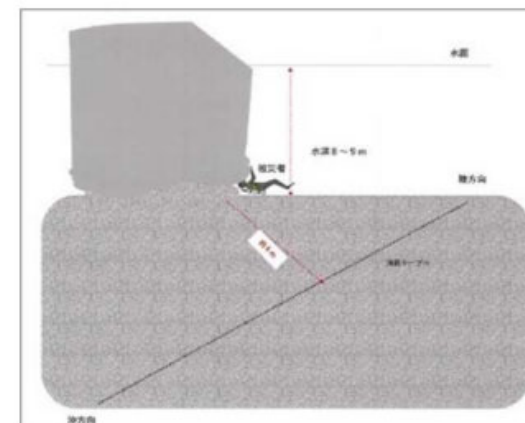
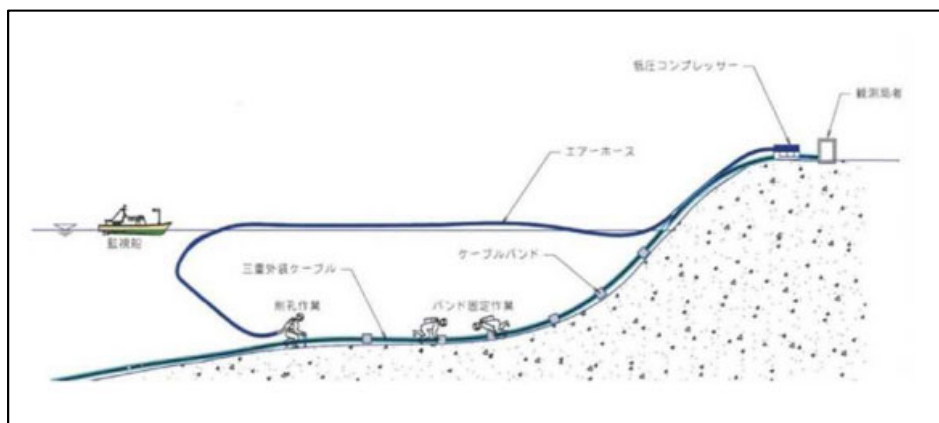
## 【被災の経緯（令和3年2月13日発生）】

波浪観測装置用の海底ケーブルを防護（サドルバンドによる固定）するため、被災者を含む潜水士3人がスクーバ式潜水を行っていた。

潜水士2人が潜水終了した後、地上監視から排気を確認できない状態で浮上が遅いため、別の潜水士（スタンバイダイバー）が捜索をしたところ、水深8～9mの岩場に引っかかっている被災者を発見した。

## 【事故要因】

- ①ボンベによる潜水は必ず2人で行動することとされていたが、遵守されていなかった。
- ②潜水作業中、相手の状況確認が不十分であった。
- ③作業手順を周知していたが、十分な理解ができていなかった。
- ④監視員を配置していたが、異常の発見が遅れた。



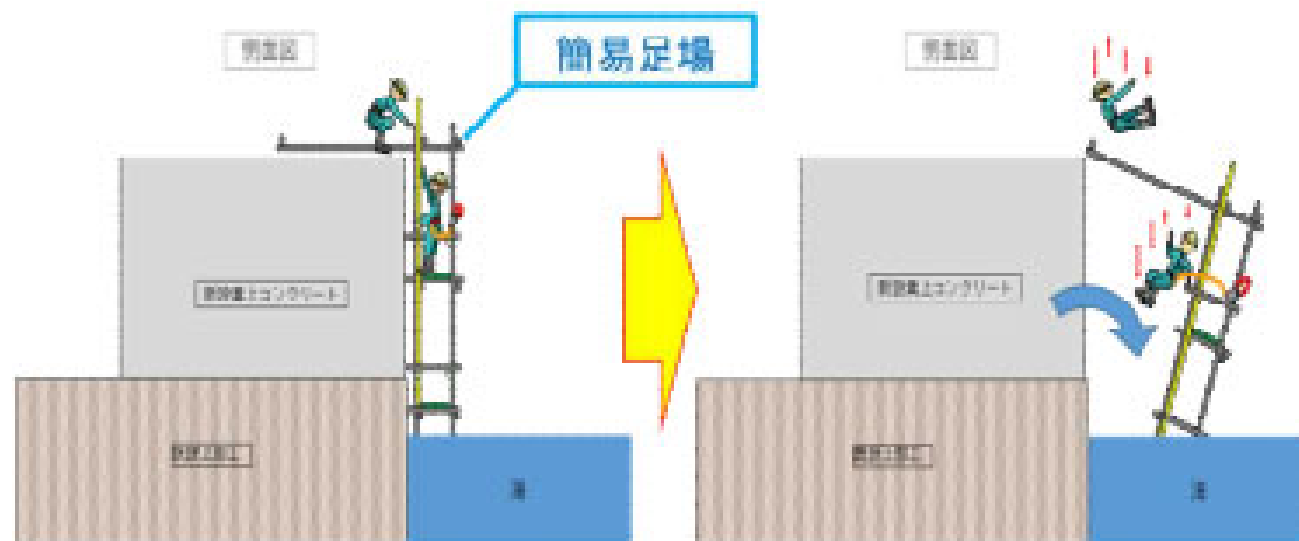
# 1.【全国】 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況

## 【被災の経緯（令和3年6月24日発生）】

防波堤の新設コンクリート上で型枠組立におけるホームタイの締め付け作業を行っていた。ホームタイ締め付けには簡易足場を使用していたが、設置時にゆすっても動かなかったため、ワイヤーでの固定を行わなかった。簡易足場上での作業中、動揺により簡易足場が動き被災者とともに海中へ落下した。

## 【事故要因】

- ①簡易足場の固定対策を行っていなかった。
- ②嵩上コンクリートと調整コンクリートとの段差部に簡易足場の固定金具の一部が引っかかり、鉛直荷重の一部を支えてしまい、水平抵抗力（摩擦力）が低下。
- ③足場自重と作業員による型枠締め付け作業や港外側へもたれ掛かる等の動きにより、港外側に水平力が作用し、嵩上コンクリート正面と、簡易足場の単管との間に作用していた鉛直荷重による水平抵抗力（摩擦力）を超える足場状態となり港外側に落下した。





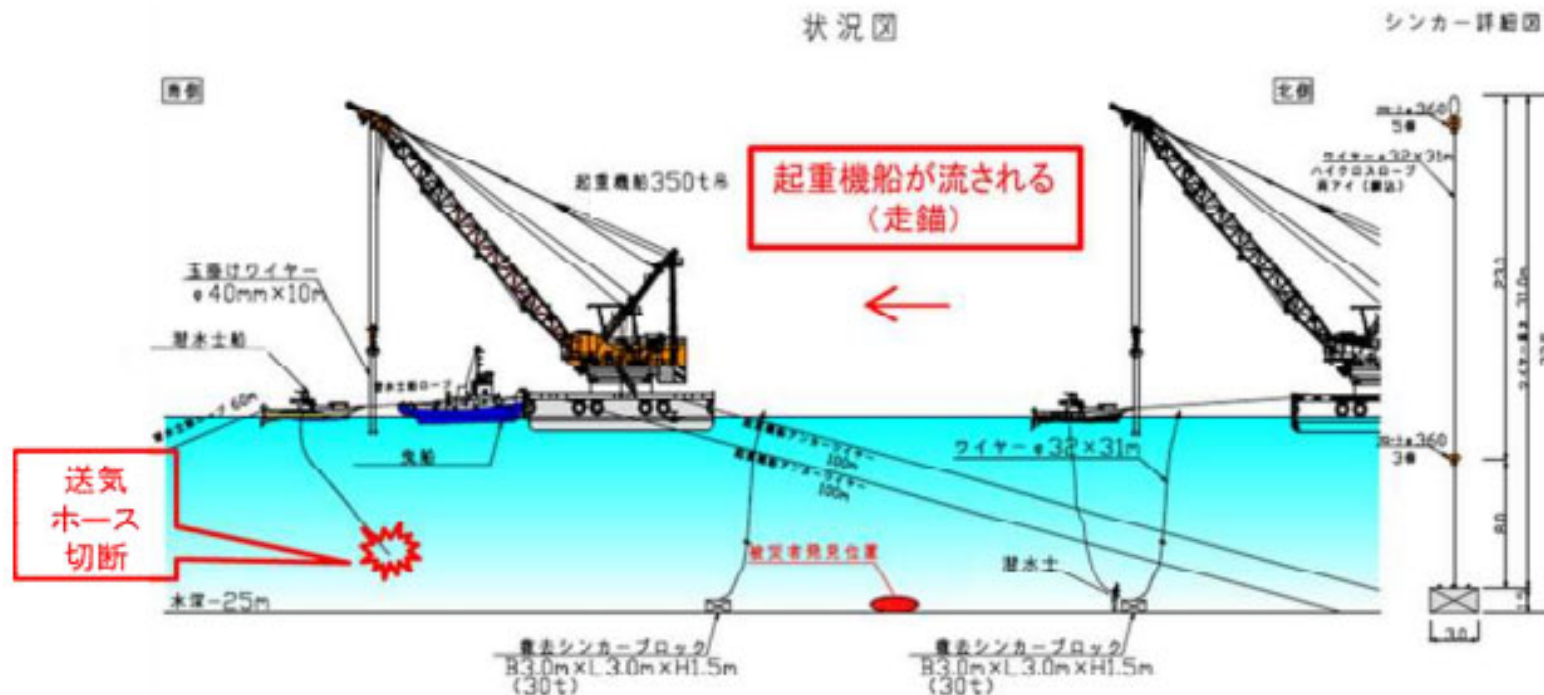
# 1.【全国】 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況

## 【被災の経緯（令和3年10月11日発生）】

防波堤築造工事において、シンカーブロックの撤去作業中に潜水士の送気ホースが切断する事故が発生したものの。作業開始時は、北西5~8m/sの風であったが、作業途中から北15m/s以上の風に変わり、起重機船が南西方向に動き始めた。潜水士から水中電話で着底連絡あり、送気確認後、ブロック確認を行うタイミングで、「何かに引っかかっている、ワイヤ-を伸ばしてくれ。」という連絡を最後に潜水士との通信が途絶。

## 【事故要因】

- ①天候の急変の可能性をある程度予見できたが、予報より早く天候が急変することを想定せず作業を行った。
- ②起重機船アンカー長100mでは、外力（風速）の増加に対して把駐力が確保されなかったことが、事故後の検証で（計算）明らかとなった。
- ③送気ホース切断後、ヘルメット式潜水士が自力で浮上するための緊急浮上用装置（予備ボンベ）等が装着されていないなかった。
- ④作業計画段階において急な強い風が吹くことに対するリスクを考慮したアンカー長にしているか確認していなかった。



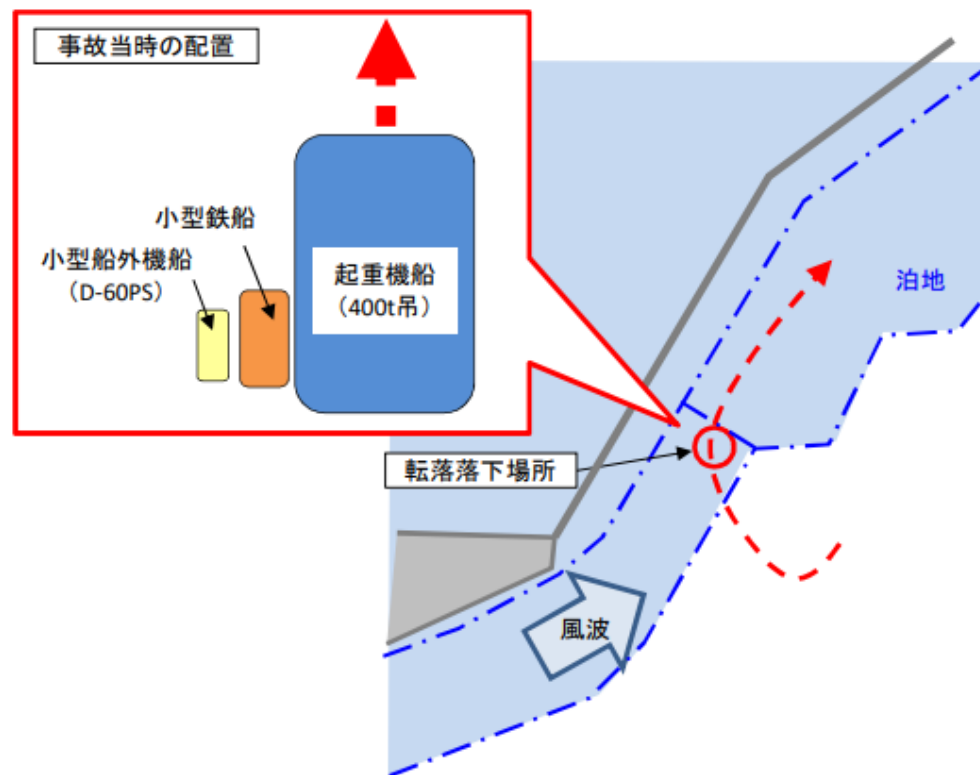
# 1.【全国】 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況

## 【被災の経緯（令和4年9月5日発生）】

防波堤築造工事の現場への移動中に、小型船外機船に乗っていた作業員が海に投げ出され、一時行方不明となった後、遺体で発見された。

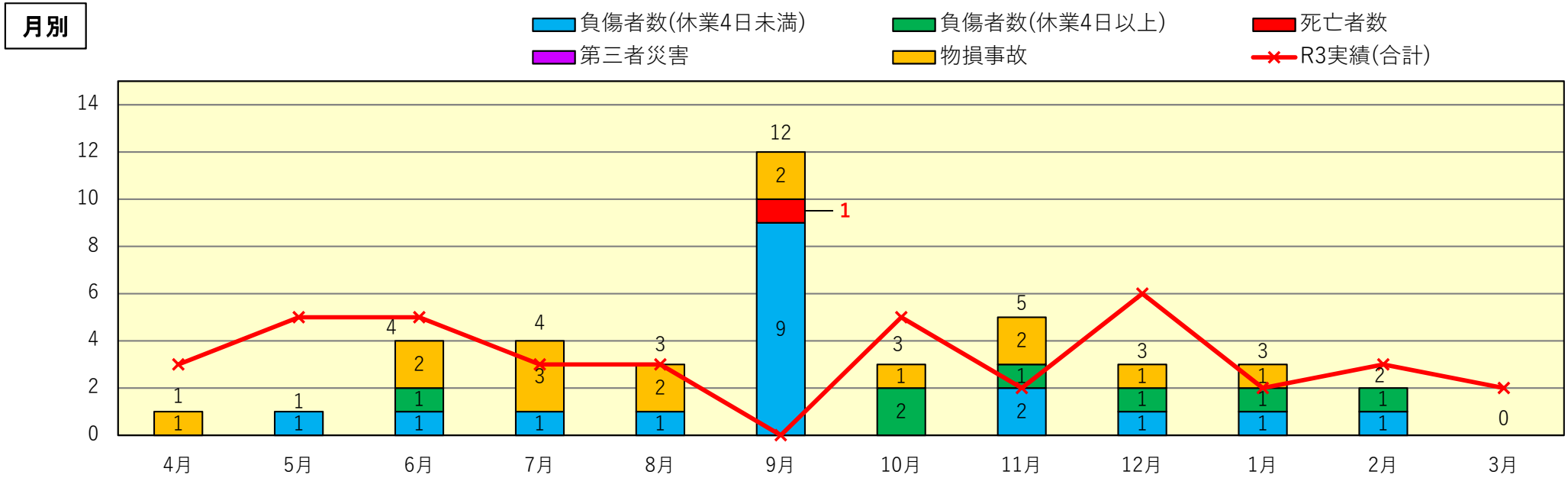
## 【事故要因】

- ①風波に脆弱な小型船外機船（軽量FRP船）を起重機船に横付け係留したまま航行したこと。
- ②航路内において航行中に横付け係留（曳航）物を解放したこと。
- ③当日の予定に無い作業（小型船外機船に切り離し）において、作業の責任者を定め相互の連絡合図が行われず、作業員による独自の判断がされたこと。
- ④横付け係留（曳航）にあたって、係留船舶に対する見張りを立てなかったこと。
- ⑤被災者が落水した際、ライフジャケット（膨張式）が機能していなかったこと。
- ⑥落水した被災者が作業船団から離されてしまい救助に時間を要したこと。



# 1.【全国】 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況

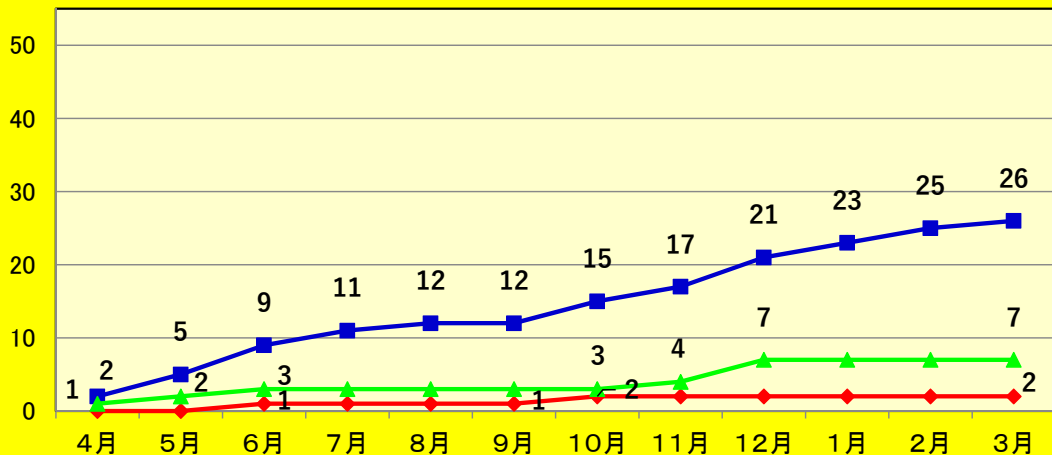
## 令和4年度 全国港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況



### 死傷災害発生数(累計)の比較

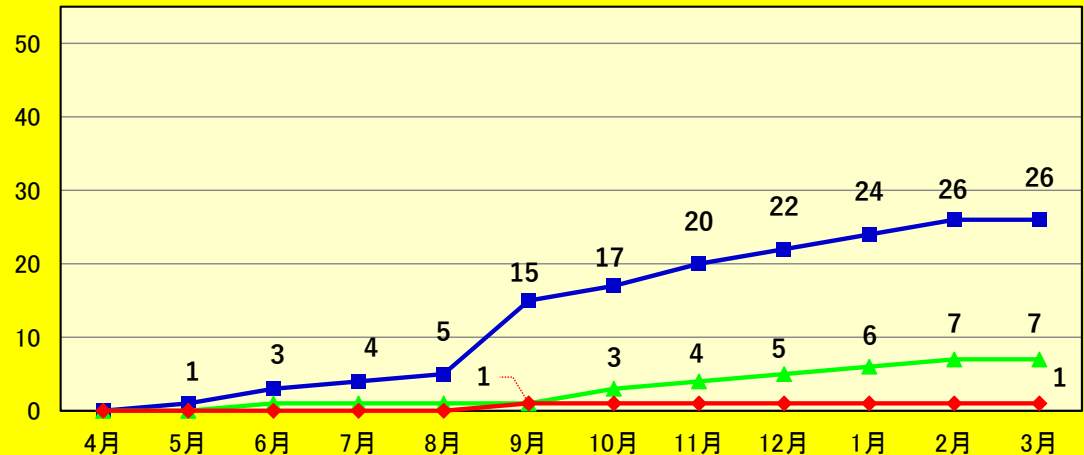
令和3年度

死亡者数(内数) 死傷者数 休業4日以上(内数)



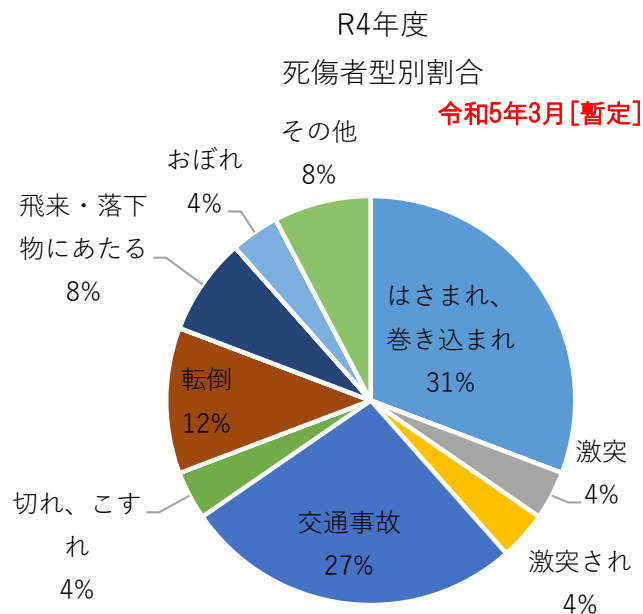
令和4年度

死傷者数 休業4日以上(内数) 死亡者数(内数)



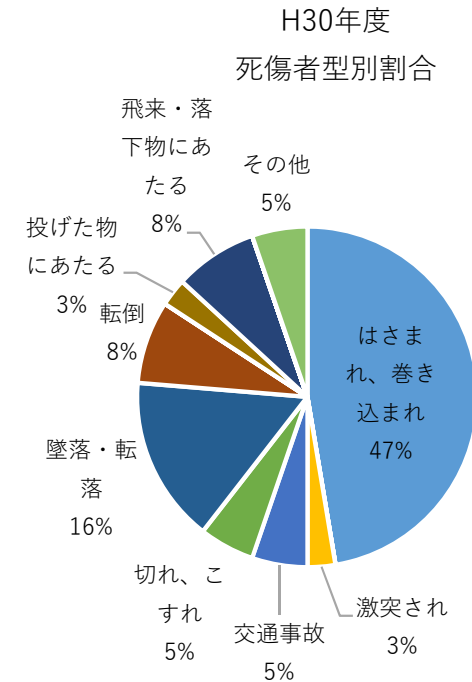
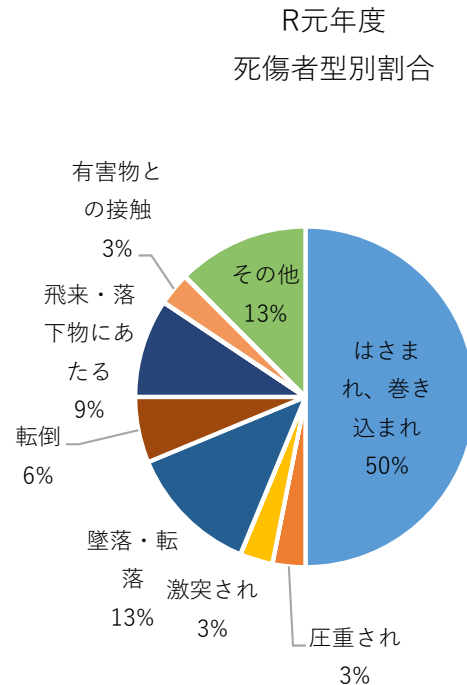
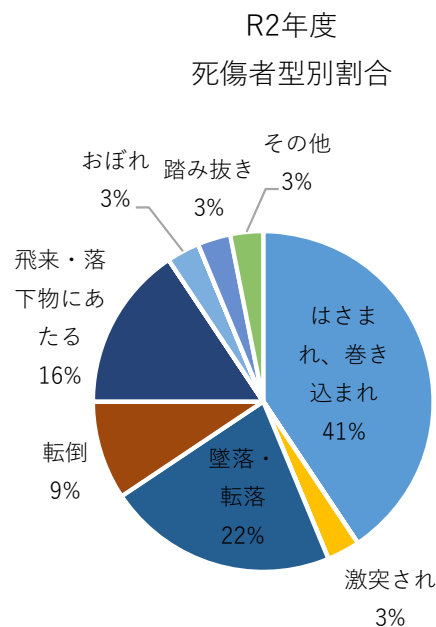
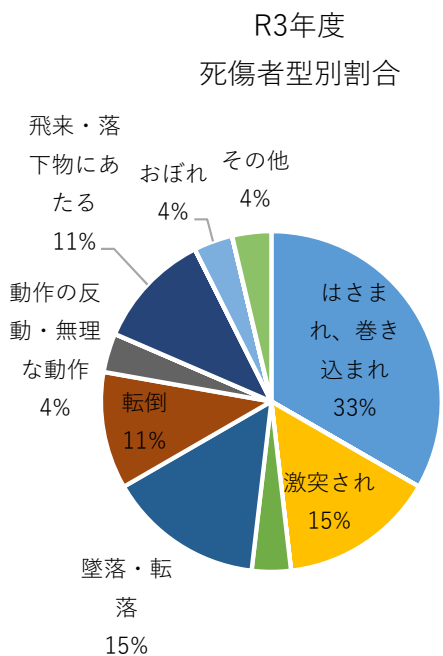


# 1.【全国】 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況



事故の型	H30年度 死傷者数	R元年度 死傷者数	R2年度 死傷者数	R3年度 死傷者数	R4年度 死傷者数	合計 死傷者数	構成比 死傷者数
はさまれ、巻き込まれ	18	16	13	9	8	64	41%
圧重され		1				1	0.6%
激突					1	1	1%
激突され	1	1	1	4	1	8	5%
交通事故	2				7	9	6%
切れ、こすれ	2			1	1	4	3%
墜落・転落	6	4	7	4	4	21	14%
転倒	3	2	3	3	3	14	9%
動作の反動・無理な動作				1		1	1%
投げた物にあたる	1					1	0.6%
飛来・落下物にあたる	3	3	5	3	2	16	10%
崩壊・倒壊							
おぼれ			1 (1)	1 (1)	1 (1)	3 (3)	2%
有害物との接触		1				1	0.6%
高温の物との接触							
異物（眼、耳、鼻）							
踏み抜き			1			1	0.6%
その他	2	4	1	1 (1)	2	10 (1)	6%
合計	38	32	32 (1)	27 (2)	26 (1)	155 (4)	100%

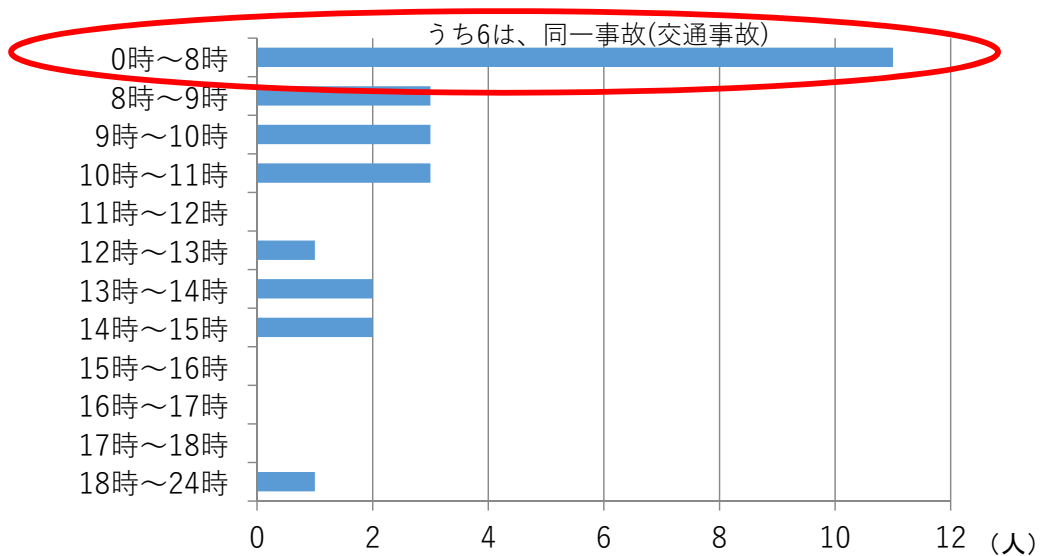
※（ ）内は死者数



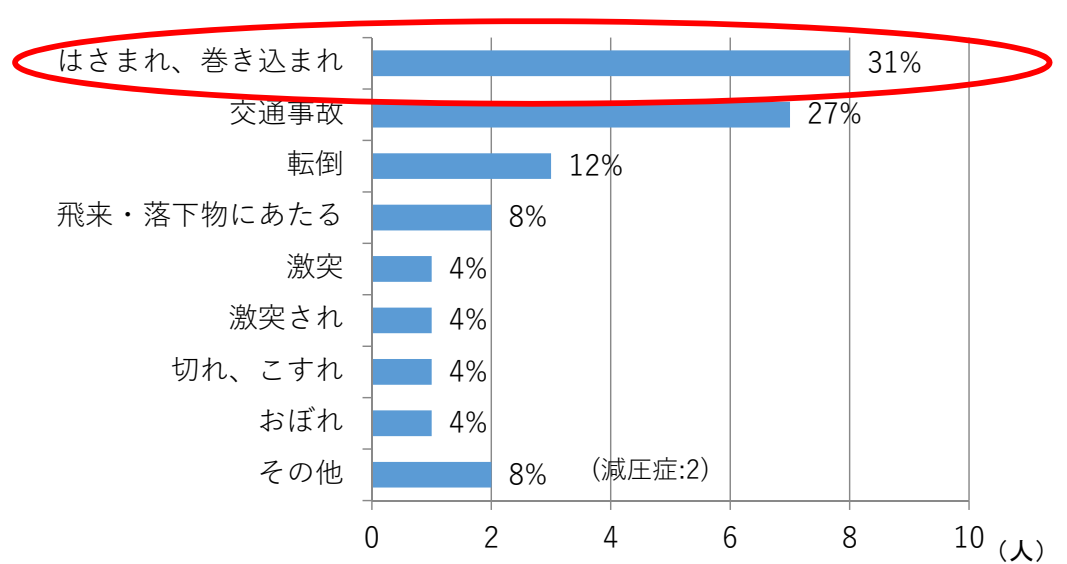
# 1.【全国】令和4年度 港湾空港関係直轄工事における死傷災害発生状況 国土交通省

## ■ 令和4年度工事事故発生状況

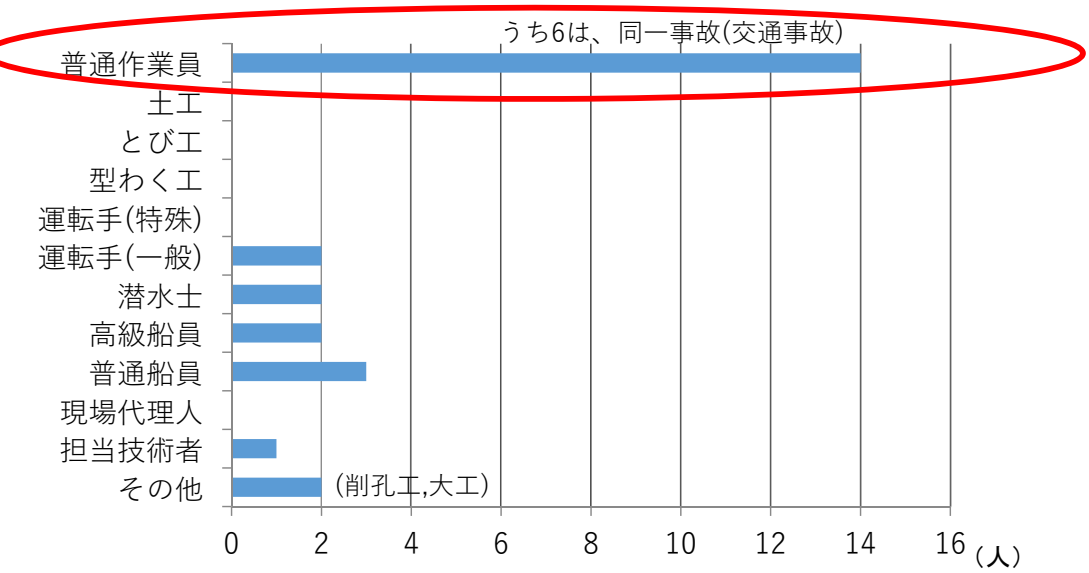
### 時間別発生状況



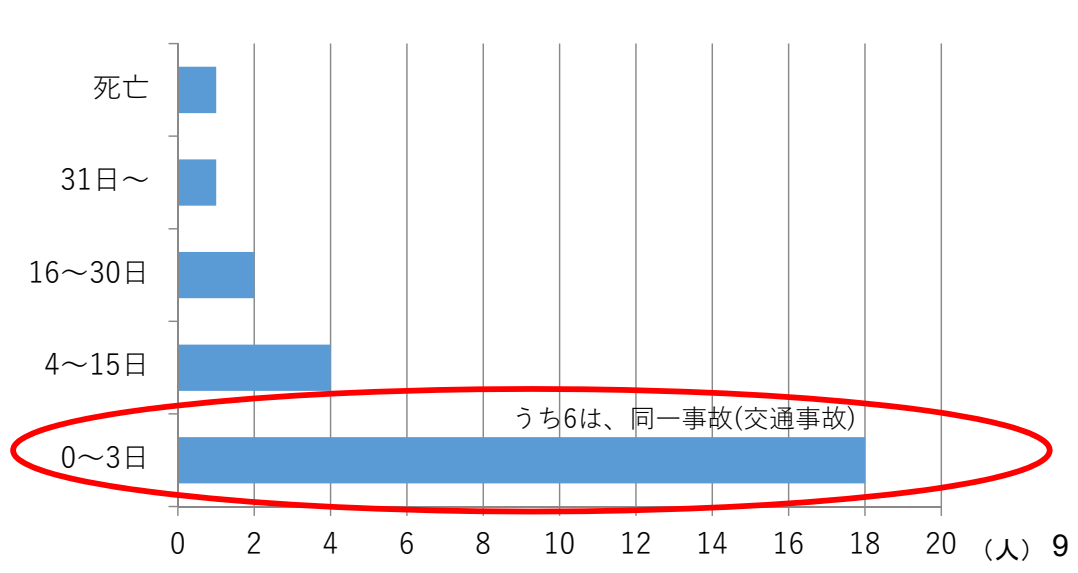
### 事故の型別の事故件数



### 職種型別



### 事故による休業日数



## 2.【管内】 港湾空港関係直轄工事における労働災害発生状況

### ■ 過去13年間の労働災害発生状況の推移(平成22年度～令和4年度)

○死亡事故が発生した平成22年度は、8件の人身事故が発生。

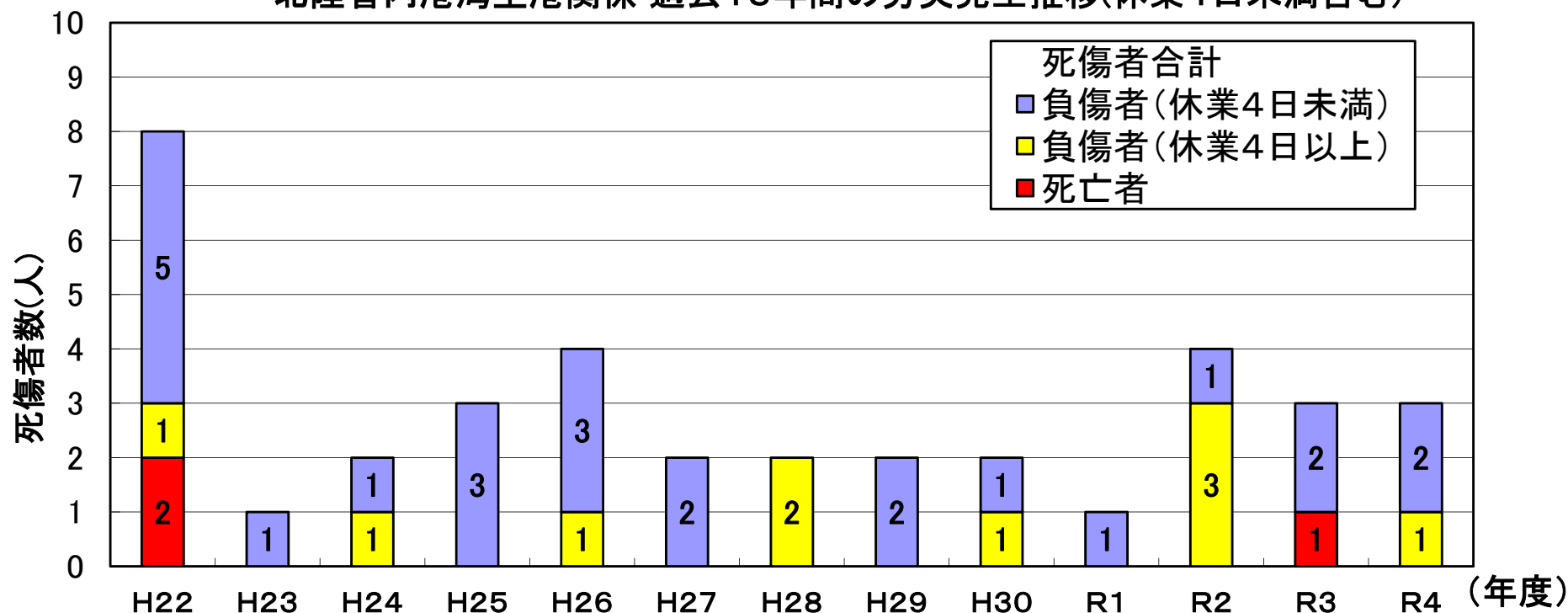
○管内において、平成22年に2名(1件)、令和3年に1名(1件)の死亡事故が発生。

→北陸管内では、過去13年間で3名の方がお亡くなりになる事故が発生しています。

更にはこの間、毎年度事故災害が発生している状況にあります。

令和5年3月31日現在

北陸管内港湾空港関係 過去13年間の労災発生推移(休業4日未満含む)



## 2.【管内】 港湾空港関係直轄工事における労働災害発生状況

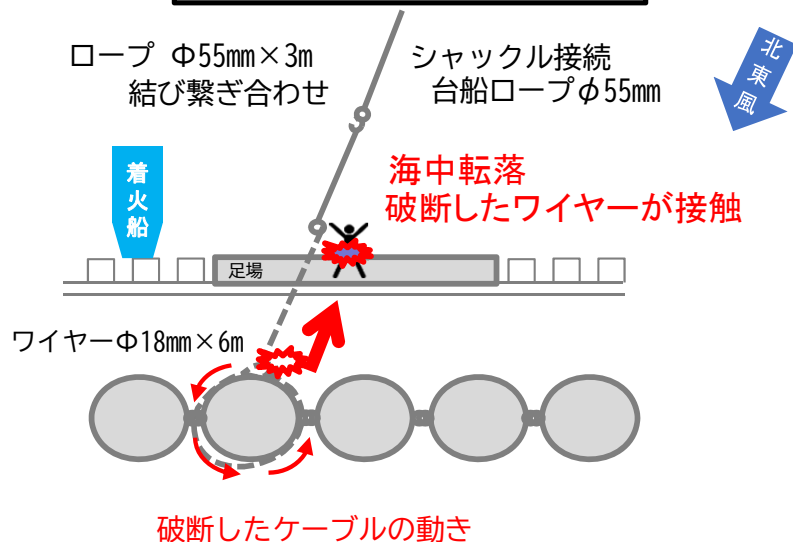
### 【被災の経緯（令和4年10月2日発生）】

鋼管矢板打設にあたり地中障害物（コンクリート杭）を撤去するため、海上からクレーン付き台船により回転切削圧入機を打設済鋼管矢板（反力杭）に設置後、係留解除作業を行ったところ、クレーン付き台船の係留ワイヤーの先端が破断し、近くにいた作業員の左脇腹に接触し海中に落下。

### 【事故要因】

- ① ワイヤーの管理状況が不適切
- ② 安全点検が不十分
- ③ 安全性に問題のあるワイヤーを使用
- ④ 安全管理に対する意識が企業・現場作業員ともに低かった
- ⑤ 船舶・機械・工具等の持ち込み時・始業前点検について、さらなる下請けに対する指導が必要 【着火船船長（被災者）が担当外作業をした】
- ⑥ 被災者は担当外の係留ロープ解除作業を行おうとした
- ⑦ 被災者は係船ロープ付近が危険な場所であることを認識しつつも、ワイヤーを外せるタイミングだと勘違いした
- ⑧ 危険場所における安全教育が不十分
- ⑨ 安全教育訓練のさらなる下請けに対する指導が必要

○事故発生時状況イメージ



○事故発生時状況





## 2.【管内】 港湾空港関係直轄工事における労働災害発生状況

### 【被災の経緯（令和4年11月27日発生）】

これは、令和4年11月27日に岸壁築造工事において、集水桝につなぐヒューム管の延長調整のため標準管(φ400・長さ2.43m・重さ306kg)を4本のバタ角材上(台木)に設置し、エンジンカッターで切断していた。12時15分頃、ヒューム管切断完了の瞬間、ヒューム管が動き、エンジンカッターの回転しているブレードにヒューム管が接触し、その反動でエンジンカッター本体が跳ね上がり、切断していた作業員（被災者）の右目上脛と右頬に接触し負傷した。

### 【事故要因】

- ①ヒューム管の設置および固定方法が不適切であったこと。
- ②作業手順書の記載内容が具体性に欠けていたこと。
- ③当該作業に対する安全指導が不十分であったこと。

### ○事故発生時状況



長手のヒューム管が内側に傾き、回転しているエンジンカッターに接触し、反動でカッター本体が跳ね上がり、顔に当たって被災した。





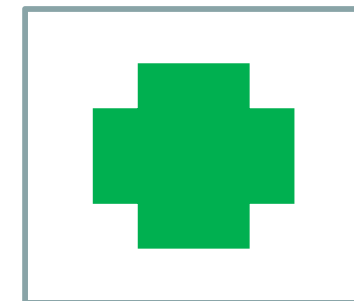
## 【キーワード】

「工事等を進めるうえで最優先すべきことは安全である」

## 【事故災害防止重点項目】

管内及び全国の直轄工事における過去の事故災害発生状況や発注予定の工事等から以下を重点項目とする。

- ① 墜落・転落事故防止
- ② おぼれ、潜水作業時の事故防止
- ③ 作業船等の係留作業時の事故防止
- ④ はさまれ・巻き込まれ、落下物による事故防止
- ⑤ 物損公衆災害防止
- ⑥ 熱中症の発症防止物損

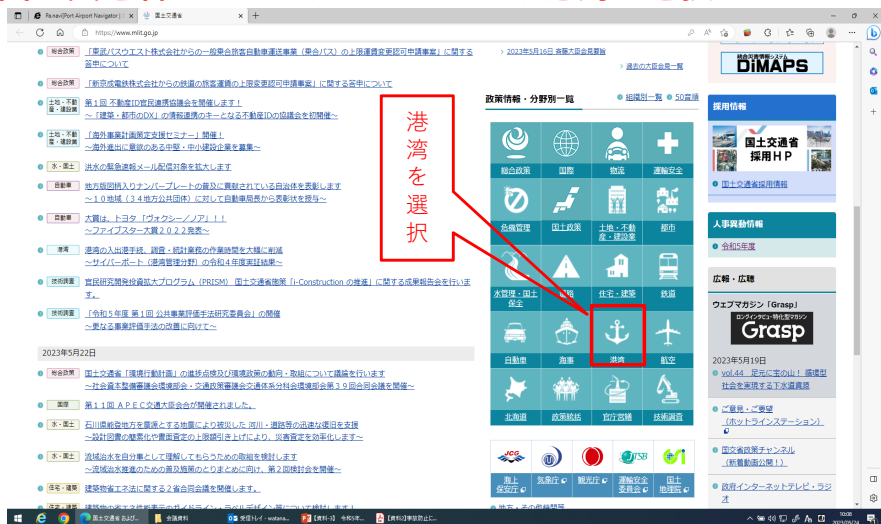


# 4. 事故事例データベース

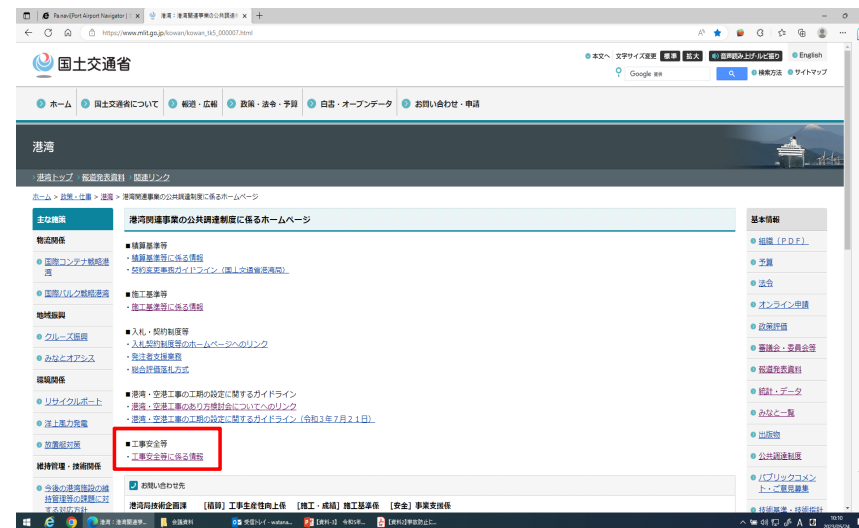
○事故の発生要因、再発防止策等の共有・活用を目的として、近年において**全国の港湾空港関係直轄工事・業務**で発生した事故を事例として整理し、発注者のみならず受注者等においても共有・活用が図られるよう資料を、国土交通省港湾局のホームページで公表しています。

○また、北陸地方整備局 港湾空港部管内で発生しました事例は、北陸地方整備局 港湾空港部のホームページでも公表しております。

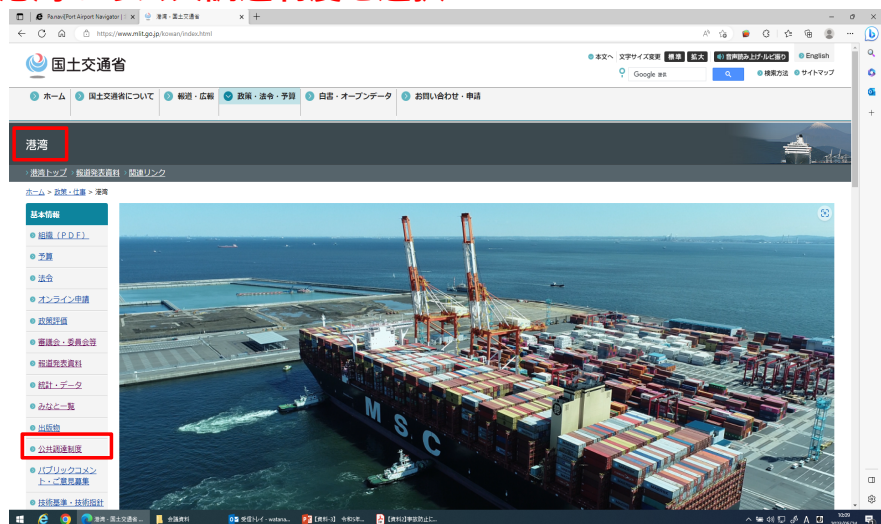
## ①国土交通省 HPのトップページより港湾を選択



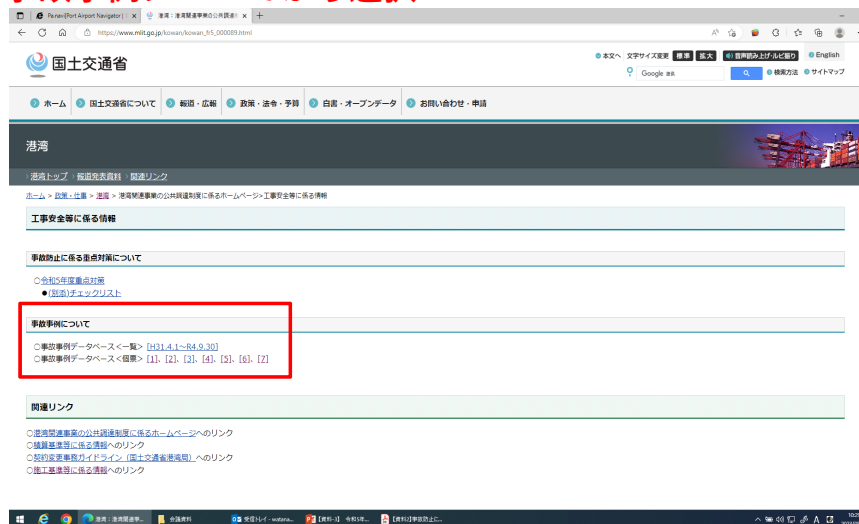
## ③工事安全等に係る情報を選択



## ②港湾から公共調達制度を選択



## ④事故事例についてから選択



# 4. 事故事例データベース

## 【事故データベース〈一覧〉例】

事故事例データベース〈一覧〉

H31.4.1~R4.9.30 (参考) 個票  
掲載情報

No.	事故種類	事業区分	発生場所	工種	工程(その他)	作業名	作業名(その他)	事故の型(その他)	事故の型(その他)	事故分類	被災経緯	事故原因説明	事故防止対策	発生日	職種	経験年数	年令	休業日数区間	休業日数				
	物損事故	港湾工事	陸上	09:杭及び矢板		47:杭及び矢板打		23:その他( )	23:その他( )	1399:その他	仮置きしてある鋼管杭(φ1,000mm・L=20.5m)をクローラークレーン(200t)にて吊り上げた際に寄振れが発生し、それを止めるために鋼管杭を地面に接地させ、衝撃を与えたことにより玉掛け用具が吊り金具から外れ、鋼管杭が転倒した。 12:45安全打合せ、13:50事故発生	①鋼管杭の吊り上げ速度が遅かった。 ②玉掛け用具の禁止行為(玉掛け用具に衝撃荷重が働くようなクレーン操作)を行った。 ③クレーン作業に対して十分な指導・教育を怠っていた。 ④作業手順書のとおり作業が行われていないことを見逃した。	①元請職員及び作業員に対して、玉掛け用具の取扱説明書の周知及び寄振れが生じた場合の対応について、安全教育を徹底する。 ②クレーンの吊上げ動作及び作業時間等の管理を徹底する。 ③合図者は、クレーン運転手から見やすく、作業状態がよく分かる位置で合図を行うことを徹底する。 ④元請職員において、作業員の不安全行動を確認した場合に注意喚起ができる体制を整える。	平成31年4月4日 13時50分頃									
	人身事故	港湾工事	陸上	Z1:上部工		07:材料、資材等の運搬(陸上)		08:はさまれ、巻き込まれ	08:はさまれ、巻き込まれ	1199:取扱運搬等:その他	支保工材に玉掛けをするため支保工に乗り、支保工の上部を片手で掴み、クローラークレーンから吊り下げられていた玉掛け器具を体を乗り出して揺めとしたところ、支保工材が被災者側に倒れ、被災者の腹部が支保工材に挟まれ負傷した。 08:45 作業開始、13:55 事故発生	①支保工(H鋼)の上に乗って玉掛け用スリングロープをからき込むため、上向きで身を乗り出して作業を行った。 ②支保工(設置組立)の作業手順書はあるが、玉掛け方法の詳細まで記載していなかった。	①支保工(H鋼)の上に乗って玉掛け作業を行わない。玉掛け用具を手の届く位置まで下ろしてから戻し込む。 ②外力が加わっても倒れないように、支保工材を固定する。 ③作業手順書に玉掛け方法の手順を追記して周知徹底する。	令和1年5月3日 13時55分頃	潜水送気員	12年 01月	58:16~30	22					
	物損事故	港湾工事	海上	Z1:上部工		14:船舶等の接舷・係留		23:その他( )	23:その他( )	1399:その他	ハーフSEP台船左舷側側スバット付近(水面)から作動油が流出。搭載していたオイルフェンスを拡張し、油吸着マットで油を回収した。 7:30~14:50 施工区域内で受梁コンクリート用の底枠支保工設置用のプラットフォーム取付作業。 14:50~15:30 作業が終了し、ハーフSEP台船の4本のスバッドを上げ、4号埠頭へ帰港準備。 15:40 帰港のため、曳船で右舷側に回頭時、左舷側側スバット付近(水面)から作動油の流出を確認。	①作業による振動及び作業船の経年劣化。	①船員及び専門メカニックの複数人の中で、多角的な目で点検する。また、溶接部の点検に注視し確実に点検を実施する。 ②油圧配管に関しては腐食、劣化等の点検を実施するが、溶接部に関しては溶接検査を実施する。外観点検に加え、点検履歴、スバッドの稼働履歴、修復履歴を確認し点検を行う。また、溶接部に関しては溶接検査後、新規に防食塗装を行う。 ③内部スバットは外部スバットの中であるため、日常的な目視点検が困難。このため、作業開始前の油圧点検に加え、スバット稼働時にも油圧の動きに異常がないか確認を行う。	令和1年5月10日 15時40分頃									
	人身事故	港湾工事	海上	06:地盤改良		40:土砂、石材等の海上投入		08:はさまれ、巻き込まれ	08:はさまれ、巻き込まれ	1104:取扱運搬等:支保脚等の係留、甲板作業中	本船(トレミー船)に土運船を引き付けるための引き付けロープをとる際、土運船移動ワイヤーが張り、ロープを受け取ろうとしていた船員の右足すねにあたり、負傷した。 7:00 作業開始、9:53 事故発生	①土運船移動作業中の被災者自身の判断により危険箇所へ立ち入ったこと、引き付けロープを受け取るようとしている時に、三船団(トレミー船、土運船、ガット船)の異なる移動により、土運船の移動ワイヤーが張り右すね部に接触した。 ②被災者が危険箇所へ立ち入ることを確認せずに、引き付けロープ用の補助ロープを被災者に渡した。	①土運船移動作業時は作業員指揮者から作業従事者全員に無縁で指示を行い、各自が待機に就いたら指差呼称をする。 ②土運船の甲板上にトラテープを貼り危険箇所を明示し、土運船移動作業中には危険箇所への立入を禁止とする。 ③ワイヤーロープと干渉しないよう土運船船尾側の手摺りを切断する。 ④作業員従事者全員が安全当番を交代で行うことで安全当番の再構築する。 ⑤作業員従事者全員で作業状態の確認を行い、不安全行動を見逃さないようにする。	令和1年5月30日 9時53分頃	高級船員	27年 04月	51:10~3	0					

## 【事故データベース〈個票〉例】

事故事例データベース〈個票〉

No.133

**基本情報**  
 発生場所: 港湾工事  
 発生日時: 令和4年6月24日  
 発生時刻: 10時09分頃  
 発生状況: 風速(m/s)約10(強風) | 風向(方位) | 気温(℃)約20

**被災者**  
 性別: 男 | 年齢: 43歳 | 職種: 作業員 | 経験年数: 10年 | 休業日数: 0日

**被災経緯**  
 現場作業中、資材を吊り上げるため作業員2名が乗ったトラックを後方へ後退中へ発生した。被災者は、トラックの手前から後方へ移動するため移動する際、仮置きされていた型枠材に接触転倒、転倒した際、仮置きされていたセンサーポールで頭部を強打した。  
 2:40 作業終了 機械内付、2:50 制限区域外へ移動、3:00 事故発生

**原因**  
 ①仮置きした風を通すメッシュフェンスを(300×300×500)に固定する構造だったが、予想を超える強風を受けた場合の対策ができていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスは、風速の増大に伴って強風域や台風級の接近などの異常気象が予想される場合に適切に対処できるように事前に確認し、事前に確認した安全率(構造計算上の余裕の安全率ではなく)を高めるなどの対策がとれておらず、受注者の対策が十分ではなかった。

**発生状況**  
 仮置きしたメッシュフェンスの構造図と現場写真の比較図が示されている。

**現場状況**  
 現場写真と現場図が示されている。被災者の位置、型枠材、センサーポール、資材、駐車スペース、現場事務所が示されている。

**事故防止対策**  
 ①作業員に対しては、現場での作業手順、固定式(ルーラータイプ)、ハログラフタイプ、手巻巻揚機、移動式(ルーラータイプ)、手巻巻揚機と資材ヤードのレリットを安全な、安全距離、連動警報付(カラーコーン、コーンバーで警報)を確保し、資材ヤードに行く路上に、支援的な資材が設置され、歩行線と仮置きスペースを区分する。資材等の安全設備(リフト等)が設置されていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスの危険性の認識が不足していた。

事故事例データベース〈個票〉

No.134

**基本情報**  
 発生場所: 港湾工事  
 発生日時: 令和4年6月24日  
 発生時刻: 10時09分頃  
 発生状況: 風速(m/s)約10(強風) | 風向(方位) | 気温(℃)約20

**被災者**  
 性別: 男 | 年齢: 43歳 | 職種: 作業員 | 経験年数: 10年 | 休業日数: 0日

**被災経緯**  
 現場作業中、資材を吊り上げるため作業員2名が乗ったトラックを後方へ後退中へ発生した。被災者は、トラックの手前から後方へ移動するため移動する際、仮置きされていた型枠材に接触転倒、転倒した際、仮置きされていたセンサーポールで頭部を強打した。  
 2:40 作業終了 機械内付、2:50 制限区域外へ移動、3:00 事故発生

**原因**  
 ①仮置きした風を通すメッシュフェンスを(300×300×500)に固定する構造だったが、予想を超える強風を受けた場合の対策ができていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスは、風速の増大に伴って強風域や台風級の接近などの異常気象が予想される場合に適切に対処できるように事前に確認し、事前に確認した安全率(構造計算上の余裕の安全率ではなく)を高めるなどの対策がとれておらず、受注者の対策が十分ではなかった。

**発生状況**  
 現場写真と現場図が示されている。被災者の位置、型枠材、センサーポール、資材、駐車スペース、現場事務所が示されている。

**事故防止対策**  
 ①作業員に対しては、現場での作業手順、固定式(ルーラータイプ)、ハログラフタイプ、手巻巻揚機、移動式(ルーラータイプ)、手巻巻揚機と資材ヤードのレリットを安全な、安全距離、連動警報付(カラーコーン、コーンバーで警報)を確保し、資材ヤードに行く路上に、支援的な資材が設置され、歩行線と仮置きスペースを区分する。資材等の安全設備(リフト等)が設置されていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスの危険性の認識が不足していた。

事故事例データベース〈個票〉

No.135

**基本情報**  
 発生場所: 港湾工事  
 発生日時: 令和4年6月24日  
 発生時刻: 10時09分頃  
 発生状況: 風速(m/s)約10(強風) | 風向(方位) | 気温(℃)約20

**被災者**  
 性別: 男 | 年齢: 43歳 | 職種: 作業員 | 経験年数: 10年 | 休業日数: 0日

**被災経緯**  
 現場作業中、資材を吊り上げるため作業員2名が乗ったトラックを後方へ後退中へ発生した。被災者は、トラックの手前から後方へ移動するため移動する際、仮置きされていた型枠材に接触転倒、転倒した際、仮置きされていたセンサーポールで頭部を強打した。  
 2:40 作業終了 機械内付、2:50 制限区域外へ移動、3:00 事故発生

**原因**  
 ①仮置きした風を通すメッシュフェンスを(300×300×500)に固定する構造だったが、予想を超える強風を受けた場合の対策ができていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスは、風速の増大に伴って強風域や台風級の接近などの異常気象が予想される場合に適切に対処できるように事前に確認し、事前に確認した安全率(構造計算上の余裕の安全率ではなく)を高めるなどの対策がとれておらず、受注者の対策が十分ではなかった。

**発生状況**  
 現場写真と現場図が示されている。被災者の位置、型枠材、センサーポール、資材、駐車スペース、現場事務所が示されている。

**事故防止対策**  
 ①作業員に対しては、現場での作業手順、固定式(ルーラータイプ)、ハログラフタイプ、手巻巻揚機、移動式(ルーラータイプ)、手巻巻揚機と資材ヤードのレリットを安全な、安全距離、連動警報付(カラーコーン、コーンバーで警報)を確保し、資材ヤードに行く路上に、支援的な資材が設置され、歩行線と仮置きスペースを区分する。資材等の安全設備(リフト等)が設置されていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスの危険性の認識が不足していた。

事故事例データベース〈個票〉

No.136

**基本情報**  
 発生場所: 港湾工事  
 発生日時: 令和4年6月24日  
 発生時刻: 13時44分頃  
 発生状況: 風速(m/s)約10(強風) | 風向(方位) | 気温(℃)約20

**被災者**  
 性別: 男 | 年齢: 43歳 | 職種: 作業員 | 経験年数: 10年 | 休業日数: 0日

**被災経緯**  
 現場作業中、資材を吊り上げるため作業員2名が乗ったトラックを後方へ後退中へ発生した。被災者は、トラックの手前から後方へ移動するため移動する際、仮置きされていた型枠材に接触転倒、転倒した際、仮置きされていたセンサーポールで頭部を強打した。  
 2:40 作業終了 機械内付、2:50 制限区域外へ移動、3:00 事故発生

**原因**  
 ①仮置きした風を通すメッシュフェンスを(300×300×500)に固定する構造だったが、予想を超える強風を受けた場合の対策ができていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスは、風速の増大に伴って強風域や台風級の接近などの異常気象が予想される場合に適切に対処できるように事前に確認し、事前に確認した安全率(構造計算上の余裕の安全率ではなく)を高めるなどの対策がとれておらず、受注者の対策が十分ではなかった。

**発生状況**  
 現場写真と現場図が示されている。被災者の位置、型枠材、センサーポール、資材、駐車スペース、現場事務所が示されている。

**事故防止対策**  
 ①作業員に対しては、現場での作業手順、固定式(ルーラータイプ)、ハログラフタイプ、手巻巻揚機、移動式(ルーラータイプ)、手巻巻揚機と資材ヤードのレリットを安全な、安全距離、連動警報付(カラーコーン、コーンバーで警報)を確保し、資材ヤードに行く路上に、支援的な資材が設置され、歩行線と仮置きスペースを区分する。資材等の安全設備(リフト等)が設置されていなかった。  
 ②仮置きしたメッシュフェンスの危険性の認識が不足していた。



# 4. 事故事例データベース

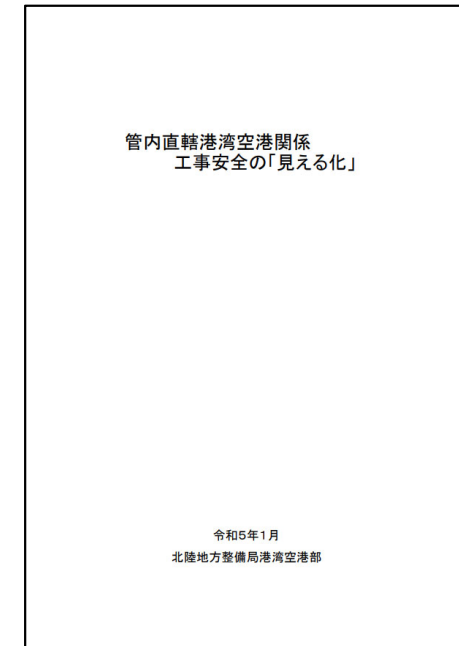
## ①北陸地整港湾空港部 HPのトップページより品質向上説明会配布資料を選択



## ②管内直轄港湾空港関係工事安全の「見える化」を選択



## ③「見える化」資料表紙



## ④掲載資料例「事例一覧表」

発生順	発生日時	事故(災害)の状況	作業の種類	死亡・負傷の別	被災の性質および休業日数	職種および経験年数	事故の型	事故の要因
1	R4.5.24 (水) 3:00頃	被災者は、現場詰所付近の作業ヤードにおいて、残材を処分するためのトラックを後方へ誘導すべく、トラック助手席から降り、誘導するために移動する際、設置されていた型枠材に踏き転倒、転倒した際、近くに設置されていたセンサーポールと接触を強行した。(小松市長病院で「右側顔部外傷と診断。)	25土工	—	—	1.打撃傷 転倒工 (40歳) 9年0ヶ月	2.転倒	【人的要因】 作業員が現場詰所周辺は、空港境内の施工場所と異なり危険性がないものと油断・軽視した。 【物的要因】 作業する箇所に照明が無く暗い状況で作業をした。 産業物コンテナに行く道路上に、支障となる資材が仮置きされ、歩行路と仮置きスペースを区分けする、資材等の安全設備(リケード等)が設置されていなかった。 【管理的要因】 受注者として現場詰所周辺での危険性の認識が不足していた。
2	R4.7.27 (水) 10:20頃	引船が岸壁で係留作業を進めていたところ、同岸壁に接触し、上部コンクリート一部と車止めを損傷させた。	5.渡渡・係留	—	—	—	公共災害(物損事故)	【人的要因】 接岸に際し、甲板の乗組員(自員)と船長の意思疎通が不十分であった。 【物的要因】 — 【管理的要因】 船長に対して、新海港の特徴や接岸する岸壁の情報提供が不十分であった。
令和4年度	R4.7.27 (水) 13:43頃	ダンプトラック(白)が、現場から土砂処分のため処分場に向かっている最中、車線変更(中央車線から左車線)の際、走行中の普通乗用車の右側前方に、ダンプトラックの左側面が接触した。 ダンプトラックは3車線の中央を走行しており、普通乗用車は左の車線を走っていた。	25土工	—	—	—	公共災害(物損事故)	【人的要因】 1) ダンプトラックの左側の死角に普通乗用車が入り、確認しづらかったことがあるが、ダンプトラック運転手の側方不注意が原因である。 【管理的要因】 2) 元請として、日々入れ替わるダンプトラック運転手への交通法規の厳守などの指導が不足していた。 3) 元請とダンプトラック運転手との間で運搬経路上における危険箇所や通行上の注意点等の共有ができていなかった。
4	R4.8.1 (月) 12:30頃	熱中症 作業終了後、体調不良を訴えたため、熱中症の疑いがあると判断し、救急車で搬送し、処置。	—	—	—	—	—	【人的要因】 — 【物的要因】 — 【管理的要因】 現場におけるワイヤーの安全点検が不十分であった。 安全上に対する認識が低く、更なる下請けに対する指導が必要であった。
5	R4.8.6 (土) 0:30頃	プレジャーボートが釣りから帰港中、航路(13m)渡渡工事において航路外に設置した浮上等号フローター一管に衝突。	—	—	—	—	—	【人的要因】 — 【物的要因】 — 【管理的要因】 —
6	R4.10.2 (日) 14:30頃	クレーン付台船の係留解除作業を行ったところ、クレーン付台船の係留ケーブルの先端が破断し、近くにあった作業船船長の足指に接触し海中に落下。作業船船長1名が負傷したためである。	8.及び8.負傷	1.打撃傷 4.骨折 休業日数 25日	高船員 (44歳) 11年11ヶ月	4.飛来、落下物にあたる	【人的要因】 作業船船長(被災者)が担当外の作業をした。 【物的要因】 安全栓の問題があるワイヤーを使用した。 【管理的要因】 現場におけるワイヤーの安全点検が不十分であった。 安全上に対する認識が低く、更なる下請けに対する指導が必要であった。	

## ⑤掲載資料例「是正項目」

是正前	是正後
ドレーン上での支掛け作業時足元が不安定である。	足場を設置した。
実使用のワイヤーに絡んだ高線ケーブルが巻かれていた(写真の点検結果)。	ワイヤーを仕分けし、使用不可の物は撤去した。
鉄軌道の端が浮いていて危険である。	鉄軌道の裏りに土のうを設置し、スロープを作った。
クレーン機の通路において、注意喚起の表示がない。	注意板を設置した。
発電機に取扱者の表示がない。	取扱者を明示した。
足場におけるワイヤーの安全点検が不十分であった。	黄色線で注意明示した。

## 5. 事故発生時の連絡体制について

○事故が発生したら、必要な措置を取った上で、速やかに監督職員に報告(第一報)

→「**30分ルール**」の徹底 (時間外、夜間も同様)

○報告の際には、分かっていること、分からないことを明確に

→曖昧にしない。分からないことは分かり次第で可

⇒上記について、作業員含め周知徹底をお願いしたい

いつ、どこで、だれが、どうした

【工事・業務現場】

【事務所】

【整備局】

【国土交通本省】

関係機関

事務所関係者(幹部)

防災・危機管理課

第一報

・港湾・海岸・空港工事→港湾局  
(報告事案)  
・死傷又は物損事故  
・公衆に損害を及ぼした事故  
・社会的に関心が高いと思われる事故

受注者

第一報

監督員等

第一報

局内関係者(幹部)

工事安全推進室

第二報以降

・空港工事 → 航空局  
(報告事案)  
・人身事故(休業4日以上)  
・空港の運用へ影響を及ぼす物損事故  
・公衆に損害を及ぼした事故  
・その他空港の運用へ影響を及ぼす事故



第一報～終報まで直接報告する！

事故発生から30分以内に本省まで報告

