

トラブル事象等について

1. 前回広域協議会以降 10 月末までに発生したトラブル事象

前回の広域協議会（平成 20 年 8 月 27 日開催）から 10 月 31 日までの間に、
区分 のトラブル事象が 2 件発生した。これらの概要を別紙に示す。

なお、区分 以上のトラブル事象はなかった。

・ 10 月末までに発生したトラブル事象

事 象	発生日	区分
1. 真空超音波洗浄槽配管バルブからの溶剤漏れ	9 月 7 日	
2. 大型トランス蓋切断作業における右薬指の挫創	9 月 22 日	

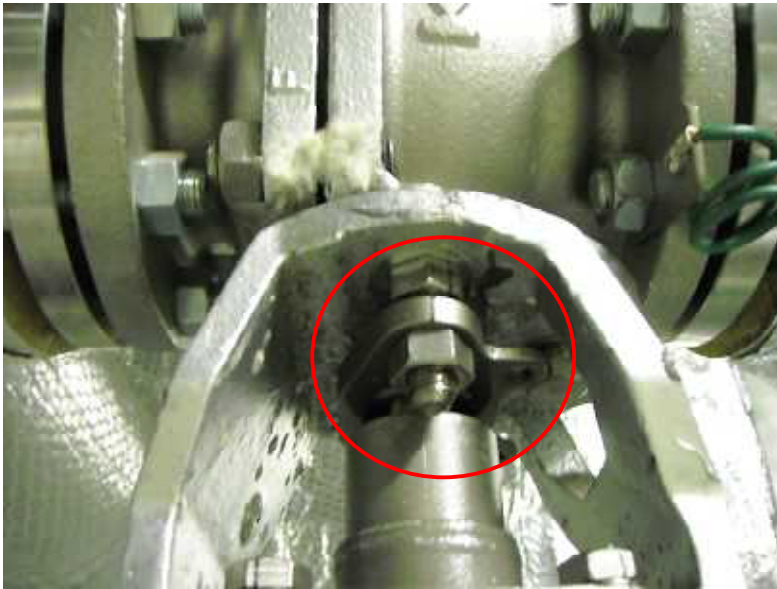
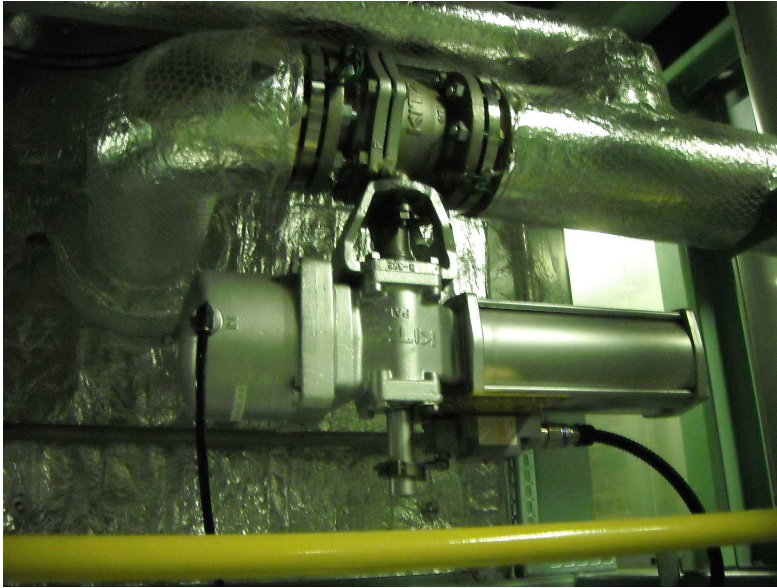
平成 20 年 9 月に発生したトラブル事象 (1 / 2)

	区分
件名	真空超音波洗浄槽配管バルブからの溶剤漏れ
発生日時	平成 20 年 9 月 7 日 (日) 14 時 10 分頃
発生場所: 機器	真空超音波洗浄エリア 1 階 (レベル 3) の第 5 洗浄槽 A の配管バルブ
概要	真空超音波洗浄エリア 1 階の床面に溶剤が 5 ~ 6 リットル程度漏れているのを巡視員が発見した。漏れた箇所は第 5 洗浄槽 A の配管ラインに接続しているバルブのグランド部からであった。
応急措置	<ul style="list-style-type: none"> ・ 14 時 10 分頃に第 5 洗浄槽 A の溶剤供給バルブ (ボール弁型) から溶剤が漏れていることを確認した。確認後、現場運転員より中央制御室運転員に連絡した。当該ラインは第 2 再生溶剤ラインであり、PCB を含まないラインであった。 ・ 14 時 58 分頃から漏洩油の拭取り作業を開始した。 ・ 15 時 15 分頃にバルブ周りの保温材を外し、バルブ開閉動作により状況確認した。その結果、バルブグランド部からの漏洩であることを確認したため、増締めにより漏洩を停止した。 ・ 17 時 44 分頃に漏洩油 (約 5 ~ 6 リットル) の拭取り作業は終了した。 ・ なお、9 月 4 日に第 2 再生溶剤の分析を実施しており、分析結果は検出下限値 (0.01mg/kg) 未満で、卒業判定基準値の 0.5mg/kg より十分低い値であった。
事象による影響	<ul style="list-style-type: none"> ・ 設備起動前の発見であったため、運転への影響はなかった。
原因及び復旧	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当日午前 5 時 12 分と 6 時 34 分に第 5 洗浄槽 A に溶剤を給液しているが、そのときには漏れはなかった。 ・ 当該バルブの開閉作動の繰り返しにより、グランド部のシールが緩んだために漏洩したものと考える。 ・ 真空超音波洗浄エリアの当該バルブと同型のバルブについて、グランド部の締め付け状態を動作確認し、異常がなかったことから運転を開始した。
再発防止対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当該バルブと同型のバルブについて、グランド部の締め付け状態を動作確認した。 ・ 巡視点検において、締め付け状態 (がたつき) の確認を実施している。
水平展開	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本年 10 月に実施する定期点検において、同型バルブに緩み防止の補強工事を実施する。
連絡・公表の状況	<p>区分 に該当する事象であるが、危険物漏洩の観点から室蘭市消防本部に当日中に連絡した。</p> <p>本件は、10 月 10 日に道と市に定期報告するとともに定期報告書を PCB 処理情報センターに配備した。</p>

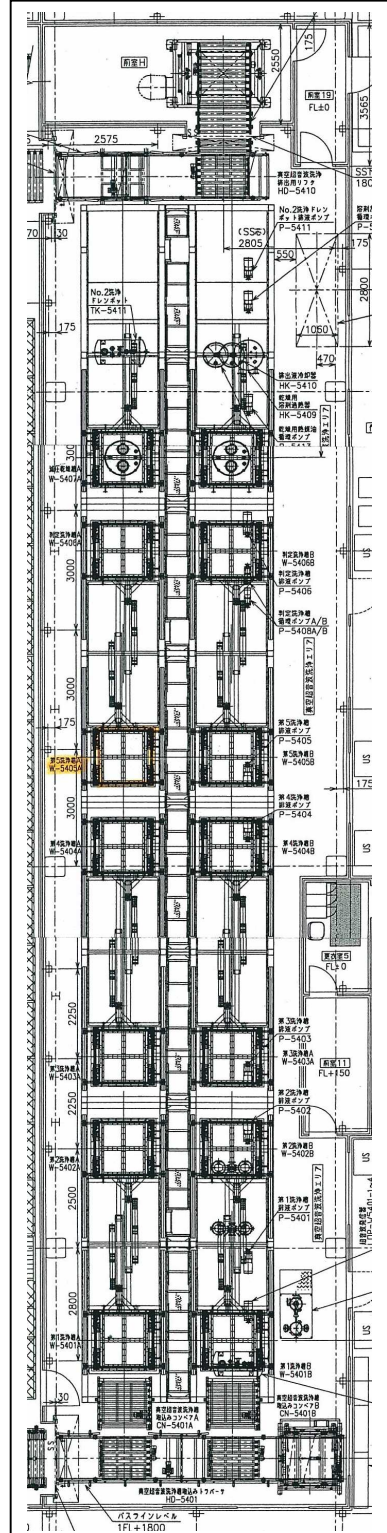
件名

真空超音波洗浄洗浄槽配管バルブからの溶剤漏れ

図・写真



漏洩したバルブの写真

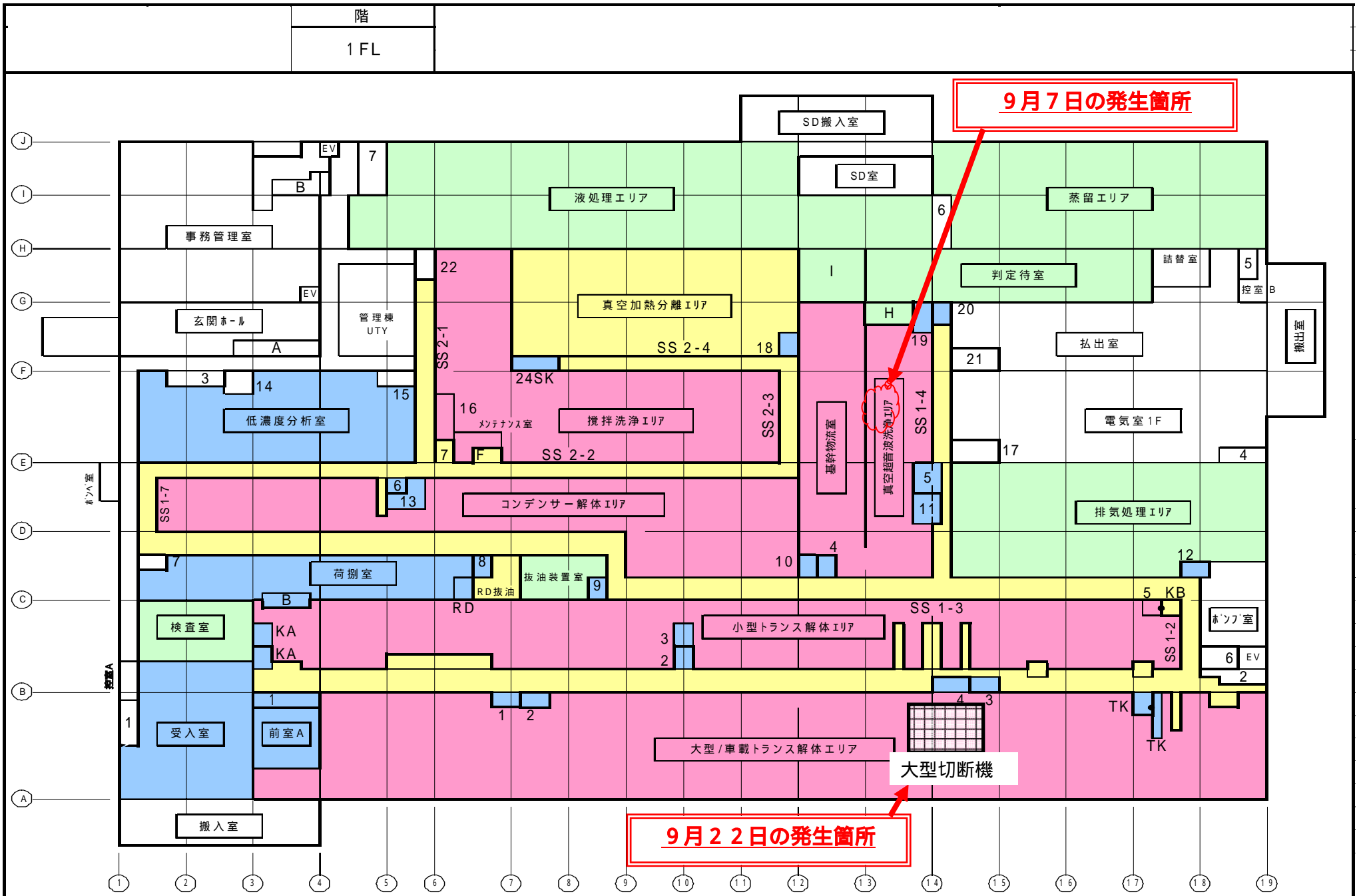


真空超音波洗浄ライン図

階
1 FL

9月7日の発生箇所

9月22日の発生箇所



平成 20 年 9 月に発生したトラブル事象 (2 / 2)

	区分
件名	大型トランス蓋切断作業における右薬指の挫創
発生日時	平成 20 年 9 月 22 日(月) 10 時 25 分頃
発生場所：機器	大型 / 車載トランス解体エリア (レベル 3) の大型切断機 (蓋切断装置)
概要	10 時 25 分頃に大型トランス蓋切断時、上蓋切断片 (約 45kg) が鋸刃ガイドローラに押しつけられ (本来は上蓋に当たらないようセッティング)、そのため切断片を手で引き抜こうとした際に定盤と切断片との間に指を挟み、罹災した。
応急措置	10 時 30 分頃に救護室にて応急処置 (消毒) をした。 10 時 50 分頃に日鋼記念病院に搬送した。診断結果は右環指挫創 (骨折及び神経障害異常は無)、通院不要であった。 13 時 00 分に職場に復帰した。
事象による影響	レベル 3 所定の保護具である手袋 (綿手、ラテックス手袋 × 2、化学防護手袋)、化学防護衣等に破損は無く、罹災者の PCB 汚染は無し。また、運転への支障も無かった。
発生原因	<ul style="list-style-type: none"> ・ 作業面 <ul style="list-style-type: none"> 切断完了時に大型切断機鋸歯のガイドロールが上蓋切断材料を押しつけた状態で外力が加わっていた。 切断材料と干渉する位置にガイドロールがセットされていた。 外力の加わった重量物の切断材料を手で引き抜いた。 材料の下に介物を入れないで切断材料の下に手を入れて引抜き作業を行った。 鋸歯の破損防止を考慮し、鋸歯を上昇させない状態で作業を行った。 ・ 管理面 <ul style="list-style-type: none"> 全体での危険予知は行ったが、当該作業の危険予知が不十分であった。 禁則事項の内容に不備があった。 本作業の手順書の内容に不備があった。 当該作業における安全配慮が不足していた。
再発防止対策	<ul style="list-style-type: none"> ・ 重量物の移動運搬制限荷重を 20 kg 以下とし、材料の下に手を入れないことを禁則事項としてルール化した。 ・ 想定外の事象を発見確認したときには、一旦立ち止まって上司に報告・相談をし、指示を仰ぐことを徹底した。 ・ 手順書及び禁則事項の見直しと教育を実施した。
水平展開	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大型切断機のセッティング作業時の確認項目をリスト化し、教育を行う。 ・ 禁則事項を洗い出し、作業手順書に反映させる。
連絡・公表の状況	<p>発生当日の 13 時に室蘭労働基準監督署に連絡した。また、発生時は不休災害 (区分) と微小災害 (区分) の区分がはっきりしなかったため、区分として当日中に北海道及び室蘭市の関係部署に連絡した。その後、通院の必要がないことから微傷災害に相当するものとして区分 (定期報告) として区分を確定した。</p> <p>本件は、10 月 10 日に道と市に対し定期報告するとともに、定期報告書を PCB 処理情報センターに配備した。</p>

