

トラブル事象等について

1. 前回監視円卓会議以降のトラブル事象について

前回の監視円卓会議（平成 27 年 3 月 26 日開催）以降、北海道及び室蘭市に報告し、公表したトラブル事象（区分Ⅰ～Ⅳ）は以下の 2 件でした。

・前回の監視円卓会議以降に報告・公表したトラブル事象（概要版を添付する）

| 事 象 | 発生日 | 区分 |
|---------------------------------|---------|----|
| 1.（増設）屋内サービスタンク供給配管からの重油の漏洩 | 1 月 5 日 | Ⅲ |
| 2.（増設）暖房用真空温水機内部確認中のダストによる両眼の外傷 | 4 月 8 日 | Ⅲ |

・ 1 件目については、1 月 13 日に第 1 報、2 月 10 日に第 2 報、3 月 10 日に第 3 報、4 月 10 日に第 4 報・最終報を報告しております。

※：事象区分の考え方

| 区分 | 該当する事象 |
|----|---|
| Ⅰ | (1) 緊急時マニュアルで定める緊急事象・異常現象 (2) 休業 4 日以上 of 労働災害 |
| Ⅱ | (1) 協定で定める排出管理目標値を超過又は超過するおそれが生じた場合 (2) 3 日以下の休業に係る労働災害 |
| Ⅲ | (1) 環境への特段の影響はないが、地域住民や保管事業者等に不安感を与える事象 (2) 不休災害 |
| Ⅳ | (1) 環境への特段の影響はないが、環境保全上の留意が必要な事象 (2) 0.5 mg/kg の超える PCB を含む油のオイルパン内の漏洩 (3) 微傷災害（区分Ⅰ～Ⅲに該当しない軽微な労働災害） |

2. 不具合事象等の公表件数について

前回の監視円卓会議以降、北海道及び室蘭市に 17 件の不具合事象と 14 件の不具合事象未満を報告し、PCB 処理情報センターにて公表しております。

| 対象期間 | 不具合事象 件数 | | 不具合事象 未満件数 | | 報告・公表日 |
|----------------------|-------------|----|---------------|----|------------------|
| | 当初 | 増設 | 当初 | 増設 | |
| 平成 27 年 3 月 1 日～31 日 | 5 | 0 | 1 | 1 | 平成 27 年 4 月 10 日 |
| 平成 27 年 4 月 1 日～30 日 | 2 | 2 | 1 | 2 | 平成 27 年 5 月 13 日 |
| 平成 27 年 5 月 1 日～31 日 | 4 | 0 | 1 | 2 | 平成 27 年 6 月 10 日 |
| 平成 27 年 6 月 1 日～30 日 | 3 | 1 | 6 | 0 | 平成 27 年 7 月 10 日 |
| 計 | 14 | 3 | 9 | 5 | |

平成27年1月に発生したトラブル事象について（1／1）

| | | 区分Ⅲ |
|---------------------|---|-----|
| 件名 | 屋内サービスタンク供給配管からの重油の漏洩（第4報・最終報） | |
| 発生日時 | 平成27年1月5日(月) 8時16分頃 | |
| 発生場所 | 増設施設 東側周辺道路 屋内サービスタンク重油供給配管 リリーフ弁（非管理区域） | |
| 環境への影響 | なし（漏洩した重油にPCBが含まれておらず、速やかに回収できた。） | |
| PCB 汚染の可能性 | 漏洩発見から拭き取り・回収作業完了まで作業員への接液はなく、人への影響はなかった。 | |
| 概要（時刻は頃） （応急措置等） | <p>【設備概要】 増設施設の屋内サービスタンクは、温水ボイラ用とプラズマ炉バーナ用の2種類を有している。サービスタンクまでの供給系統は、（屋外）重油タンク→移送ポンプ→ストレーナー→流量計→[非常用発電機用燃料小出槽への分岐]→（次の分岐配管にリリーフ弁が付いている）→フレキシブルホース→（建屋内）→[温水ボイラ用オイルサービスタンク、プラズマ炉バーナ用重油サービスタンク]となっている。</p> <p>漏洩したリリーフ弁は、増設建屋内が火災となって建屋内の温度が上昇した際に、危険物配管内の圧力が上昇してフランジ等から危険物が漏れて火災を拡大するおそれがあることから、万一の際に危険物配管内の圧力を下げるために設置されたものである。</p> <p>今回の事象は、リリーフ弁の蓋と本体の接合面から重油がしみ出たものであった。</p> | |
| | <p>【時系列】</p> <p>1/5 8:16 巡回点検中の運転会社(MEPS)受入班員がリリーフ弁から重油が漏洩しているのを発見。直ちにMEPS受入作業長にPHSにて連絡した。</p> <p>8:20 MEPS受入作業長よりJESCO増設側運転管理課員に連絡。連絡を受けたJESCO運転管理課員がリリーフ弁を調査し、リリーフ弁頭部の蓋の緩みを確認。蓋を増し締め（最初は手締め、その後治具による締め）したところ、重油の漏洩は停止した。</p> <p>8:25 漏洩停止後、リリーフ弁及び配管の油しみと重油供給配管を吊しているサポートの基礎部分の油溜まりを吸着マット及びウェスでふき取り、重油がしみ込んだ土壌及び積雪についてはスコップ等で除去し、ペール缶に回収した。また、作業中にグレーチング等から側溝内に落下した積雪についても敷地外への重油流出防止のため回収した。さらに土壌内への重油の浸透を防止するため、オールドライ(油吸収砂)を漏洩範囲にまいた。</p> <p>10:00 これらの漏洩した重油のふき取り及び回収作業等が完了した。</p> <p>なお、建屋暖房用の温水ボイラ用サービスタンクは、暖房期間中は約1時間半で燃料切れとなるため、これ以降、重油供給再開まで増設建屋の暖房が停止した。</p> <p>1/6 9:40 危険物配管変更工事(リリーフ弁の取り外しと閉止フランジの設置)の終了を受けて、室蘭市消防本部による工事の完了検査を受検。10:50に合格証が発行された。</p> <p>10:55 行政立会いの下、ポンプを起動して屋内サービスタンクへの重油供給を再開した。</p> <p>12:30 降雨等による重油の土壌浸透を防止するため、漏洩した土壌(4m×2m)の上にシート養生を実施した。</p> <p>13:28 1系プラズマ分解炉の立ち上げを開始した。</p> | |
| | <p>【漏洩状況】</p> <p>漏洩箇所は、リリーフ弁の頭部に付いている蓋と本体の接合面であった。ここはテフロン製ガスケットでシールされているが、蓋が緩んでいた。</p> <p>リリーフ弁頭部から漏洩した重油は配管を伝わって垂れる際に北風により地面及び雪上へ拡散しており、おおよその漏洩範囲は、4m×2m=8m²であった。漏洩した重油量は明確ではないが、漏洩・飛散の状況から、漏洩量は数リットルと推定される。</p> <p>漏洩発見から拭き取り・回収作業完了まで作業員への接液はなく、人への影響はなかった。なお、漏洩液はA重油であり、PCBは含まれていない。</p> | |
| 事象による影響 （安全への配慮） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 応急措置として、漏洩発見直後に増設建屋への重油供給を停止した。 ・ プラズマ溶融炉は年末年始のため、両系とも停止中であった。1/5より1系プラズマ溶融炉を昇温する予定であったが、重油供給再開後に昇温を開始した。なお、2系プラズマ溶融炉は2月14日より昇温を開始し、同月15日より溶融を開始した。 | |

| | |
|----------|---|
| 発生原因 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 取り外したリリーフ弁をメーカーに送付して詳細に調査したが、特に異常は見られなかったとの報告であった。リリーフ弁のメーカーからの調査結果は以下の通り。 <ol style="list-style-type: none"> ① 持ち帰ったリリーフ弁を調査したが、特に異常はなかった。 ② また、蓋を増し締めして圧縮空気で気密試験を実施したが、漏れることはなかった。 ③ 蓋の緩みについては他の使用箇所でもそのような報告はなく、通常の使用で緩むことはありえない。(参考:蓋の材料:SCS13、弁体の材料:SUS304 と表記は異なるが、ともに 18Cr-8Ni のオーステナイト系ステンレスである。SCS13 が鋳物であるため名称が異なるが、熱膨張係数に違いはなく、気温差等で緩むことは考えにくい。また、同じ成分のため腐食防止にもなっている。) ④ 弁に異常がないので、念のためパッキンを交換して、再度取付けることとした。 ・ メーカーからは異常なしの報告を受けたが、実施した気密試験が圧縮空気を用いたものであったことから、重油を用いて再度気密試験を実施するよう依頼したが、圧縮空気の方が漏れ確認には有効であることから、リリーフ弁の一次側に加えて、二次側の気密試験を圧縮空気で行い、蓋部からの漏れがないことを確認した。 ・ 以上のとおり、リリーフ弁の健全性に問題が認められず、設備面で緩みの要因が無かったことから、施工時の締付不良等、管理面における不備があったものと推定する。 |
| 再発防止対策 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上流側の供給ポンプを動かしたところ、リリーフ弁頭部から重油が漏洩することが確認されたため、応急措置として供給ポンプを手動モードに切り替え、停止した。 ・ その後、消防法に基づく危険物配管の変更許可を受け、道・市のご了解を得た上で、漏洩したリリーフ弁を取り外して閉止フランジを取り付けることにより、屋内サービスタンクへの重油の供給を継続した。この時のリリーフ弁の機能は、重油移送ポンプの吐出側に設置されているリリーフ弁(漏洩したリリーフ弁と異なるメーカーのもの)で代用した。このリリーフ弁の逃がし先は重油タンクに接続しており、また、重油タンクの気相部は大気解放されていることから、機能的には問題ないものであった。 リリーフ弁を取り外している間、増設建屋にて火災が発生した場合はリリーフ弁下部のドレン弁(通常閉)を開け、仮設ドラム缶にて重油を抜く手順とした。なお、仮設ドラム缶は設置箇所近傍に設置した。 ・ 増設施設の屋外重油供給配管は平日の巡視点検としていたが、休日(年末年始期間を含む)も巡視点検を実施することとした。(添付チェックシート参照) ・ メーカーでの原因調査の結果、蓋部の締め付けが良好であればリリーフ弁からの漏れがないことが確認されたことから、危険物配管の変更許可手続きを経てリリーフ弁を再取付けし、原状に回復させた。再取付け後の再発防止対策は以下のとおり。 <ol style="list-style-type: none"> ① 設備面では、蓋部の締め付け時に緩み防止剤を用いて、緩み防止を図った。 ② 管理面では、蓋部に合いマークを取付けて毎日の巡視点検時に確認する。また、年1回の定期点検時にリリーフ弁の点検を実施し、ガスケットを交換するものとする。 ・ 再取付け前日の 4/9 に、漏洩した範囲の表土の入れ替えを実施した。 ・ プラズマ溶融炉の補修工事等により両系停止となった 4/10 に、リリーフ弁の再取付け工事を実施し、消防検査に合格後、復旧した。(工事状況写真参照) ・ 上記対策をもって、対応完了とする。 |
| 水平展開 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 重油供給配管に付いているリリーフ弁の蓋を確認したが緩みはなかった。 ・ 原因究明の結果が判明した時点で、必要に応じて水平展開を実施する。 ・ なお、当初施設には重油供給配管にリリーフ弁は付いていない。 |
| 連絡・公表の状況 | <p>【事象区分の判断】 本件は平成 26 年 4 月 15 日に発生した「非常用発電機燃料小出槽供給配管からの重油の漏洩」と類似の事象であり、緊急異常事態のおそれがなかったこと、漏洩液に PCB が含まれていないこと、一般的な「用役」には燃料も含まれること、などから、区分Ⅲの1②「PCB 等法令で定める有害な物質に該当しない用役の施設外への流出」に相当するとして、区分Ⅲの位置付けとした。</p> <p>【対外対応】 1/5 8:33~8:57 消防本部・予防課、胆振・環境生活課、室蘭市・環境課、道・循環型社会推進課に電話第一報連絡。 9:04 JESCO 本社に電話第一報連絡。 9:10~20 室蘭市環境課による施設外へ流出の有無についての立入調査。 9:55~11:30 胆振及び室蘭市による協定に基づく立入検査。</p> |

10:00～11:30 室蘭市消防本部による立入調査。
 14:55～ 室蘭市消防本部に、漏洩したリリーフ弁の取り外しと閉止フランジの設置工事の実施について説明し、ご了解をいただいた。
 15:55～16:20 胆振、室蘭市及び道庁に電話第二報。上記工事の実施と、取外したリリーフ弁の機能については重油移送ポンプ吐出側のリリーフ弁で代替させることの対応について説明し、ご了解をいただいた。

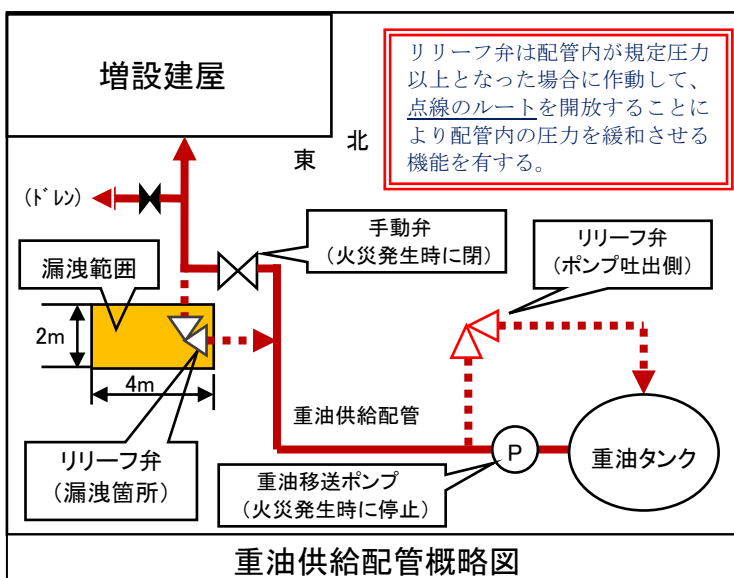
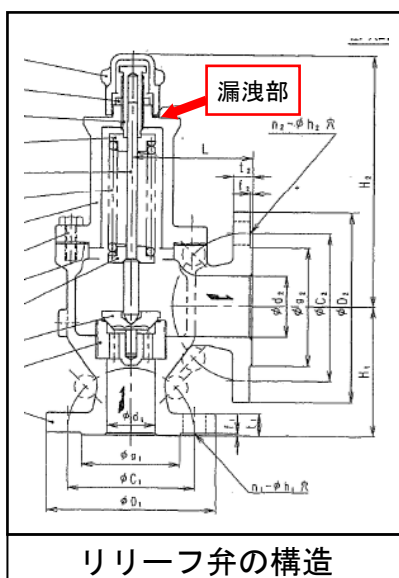
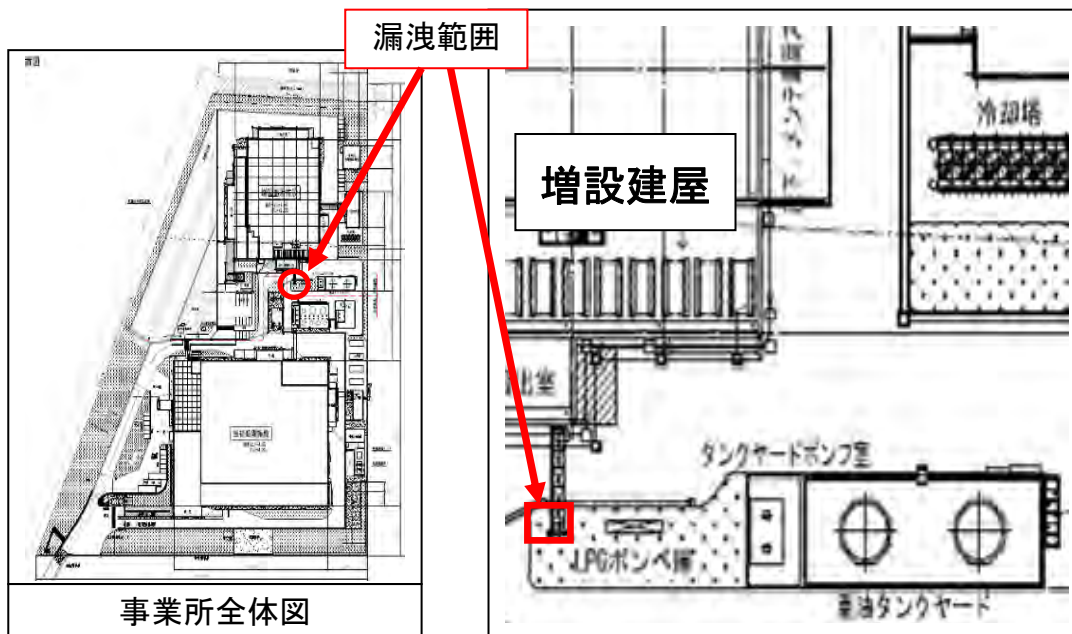
1/6 9:40 室蘭市消防本部による危険物配管工事の完成検査を受検。
 10:00～11:00 胆振及び室蘭市による協定に基づく立入検査。
 10:50 室蘭市消防本部より完成検査合格を受信。
 10:55 胆振及び室蘭市の立会いの下、重油供給を再開。

4/10 10:40～11:20 胆振及び室蘭市による協定に基づく立入検査。
 11:10～11:20 室蘭市消防本部による危険物配管工事の完成検査を受検。
 11:45 室蘭市消防本部から完成検査合格の連絡を受け、11:55リリーフ弁の運用を再開。

【報告・公表】「通報連絡・公表の取扱い」に基づく報告として、1/13、2/10、3/10及び4/10に報告書を北海道及び室蘭市に提出し、PCB処理情報センターに配備した。

件名 屋内サービスタンク供給配管からの重油の漏洩（第4報・最終報）

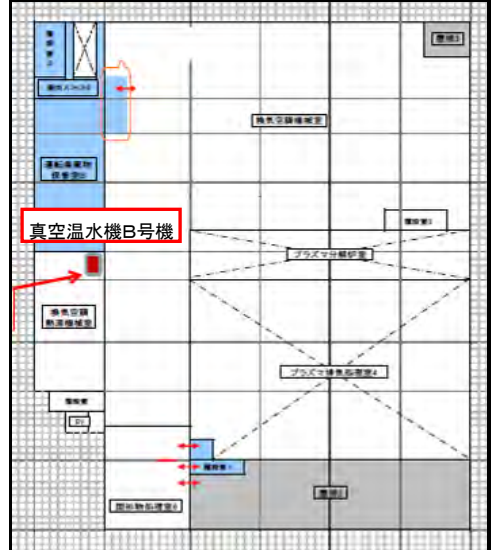
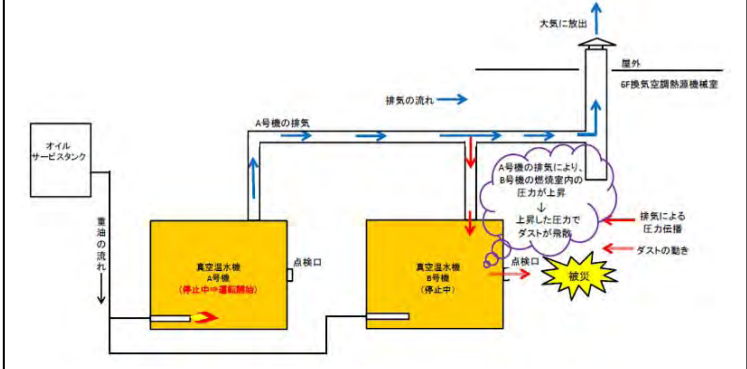


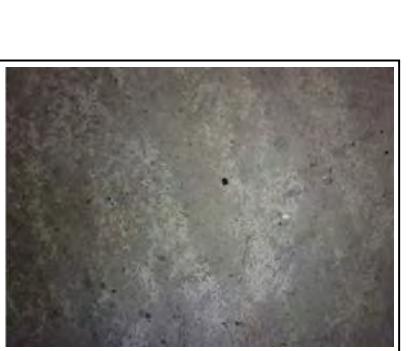
図・写真



平成 27 年 4 月に発生したトラブル事象について (1 / 1)

| | | 区分Ⅲ |
|---------------------|--|-----|
| 件名 | 暖房用真空温水機内部確認中のダストによる両眼の外傷 | |
| 発生日時 | 平成 27 年 4 月 8 日(水) 15 時 40 分頃 | |
| 発生場所 | 増設処理施設6階 換気空調熱源機械室 真空温水機(温水ボイラ)B 号機(管理区域外) | |
| 環境への影響 | なし | |
| PCB 汚染の可能性 | PCB 非含有のダストである。 | |
| 概要(時刻は頃) (応急措置等) | <p>【概要】 真空温水機は、増設建屋内の暖房用として A 号機、B 号機の 2 機が設置されており、負荷に応じて自動運転を行っている。これら真空温水器はボイラー則で規制されるボイラーや圧力容器に該当せず、ボイラー技士の選任等の規制の対象外である。 4/7 の夕方、真空温水機 B 号機でばい煙濃度異常が発報した(8 秒で自然復旧)ことから、安全のため B 号機を停止し、A 号機のみでの運転とした。 4/8 の朝、関係者で協議した結果、当日の午後からメーカーによる B 号機の点検を実施することとした。その後、点検の実施状況の確認として、真空温水機の内部を運転管理課(増設)の監督員(58歳男性)が確認した際に被災した。 なお、真空温水機の排ガス中にPCBは含まれていない。</p> <p>【時系列】(時刻は頃) 4/7(火) 17:54 真空温水機 B 号機でばい煙濃度異常が発報(8 秒で自然復旧)。 その後、安全のため B 号機を停止し、A 号機のみでの運転とした。 4/8(水) 朝のミーティングにて関係者で協議した結果、当日の午後からメーカーによる B 号機の点検を実施することとした。 14:20 JESCO2名、MEPS2名の立会いの下、メーカー4名の体制で点検作業を開始した。この時 A 号機は単独で自動運転状態であった。 15:30 燃焼用バーナや燃焼用空気ダンパなどの点検後、真空温水機 B 号機本体内部(燃焼室内)を確認するため、火炉視窓(点検口)の保護カバー及び閉止プラグを外してガラス窓を取り付ける作業を開始した。(運転中はガラス窓への影響を考慮して、ガラス窓の代わりに閉止プラグを取り付けている。) 15:40 メーカー作業員が点検口の閉止プラグを取り外し、点検口内をブラシ等で清掃した後、被災者が本体内部を覗き込んだ時に、自動運転状態で停止中であった A 号機が運転を開始した。A 号機と B 号機の排気ダクトは合流して一つの煙突に繋がっており、A 号機の運転開始に伴い、A 号機からの排気が B 号機側へ流れ込み、B 号機内部の圧力を高めた。これにより、B 号機本体内部に堆積し、清掃により剥がれ落ちたダストが、開放していた点検口から噴出し、被災者の目に入り、受傷した。 15:45 被災後直ちに、同時に作業していた JESCO 職員が被災者を更衣室まで連れて戻り、すぐに目を洗浄した。その間、増設副所長・安全対策課長(→所長)・安全対策課員へ連絡した。 16:10 安全対策課員が社有車で被災者を日鋼記念病院へ搬送した。(16:19 到着) 16:25 同病院にて診察。診断結果は「両角結膜異物、両角膜びらん、結膜炎」で、両眼(特に右眼)に異物が入った状態であり、洗浄処置が行われた。 16:45 治療が終了した。経過が良ければ 1~2 日で治癒するであろうとの診断であった。 17:30 被災者が事業所へ帰着した。(右目にガーゼを当てているが、左目で見えている状態。9 日(木)の会社時は右目のガーゼも外し、両目で見えていた。) 4/10(金) 16:00 日鋼記念病院で再診察を受けた結果、この時点で受傷は軽快し、治癒終了との診断であった。</p> | |
| 事象による影響 (安全への配慮) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 応急措置として、B 号機の点検口にガラス窓を取り付け、開口部を保護カバーで閉鎖し、点検作業を中断した。また、B 号機の点検終了(4/16)まで A 号機のみでの単独運転とした。 ・ 真空温水機は、厳寒期は2台運転であるが、事象発生時は春・秋の1台運転期間中であり、操業や事務作業への影響はなかった。 | |
| 発生原因 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 真空温水機 A 号機の燃焼ガスが B 号機に流れ込んだ際、被災者が点検口を覗いていた。 ・ B 号機が停止中であったことから、本来着用すべきゴーグルを着用していなかった。 ・ 作業前の準備として A 号機を停止すべきであったが、B 号機が停止していることから影響ないと判断し、そこまでの対策に気づかなかった。 | |

| | |
|----------|---|
| 再発防止対策 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 本事象を事業所内に周知し、安全意識の高揚を図った。 ・ 停止中の機器であっても運転中の機器と接続部がある機器については、運転中の機器と同様の保護具を着用することとした。具体的な対応は以下のとおり。 ① 新規入構者教育資料を改定し、液体取扱、粉体取扱並びに開口作業時におけるゴーグル着用の徹底を追記して作業員への徹底を図った。 ② 「作業における事前打合せ記録」のチェック項目「開放点検作業」に、保護具装着と関連機器の停止を追加した。 |
| 水平展開 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当初施設にも真空温水機があることから、上記と同様の対策を講じた。 |
| 連絡・公表の状況 | <p>【事象区分の判断】通報連絡・公表区分別表：区分Ⅲ第2項「不休災害：休業を要しないが、病院加療が必要な労働災害」に該当する事象である。</p> <p>【対外対応】</p> <p>4/8 16:15～16:42 胆振・環境生活課、室蘭市・環境課、道・循環型社会推進課、室蘭労働基準監督署に電話第一報連絡。（16:30 JESCO本社に電話第一報連絡。）</p> <p>21:40 道・胆振・市・労基にメールにて状況を報告。</p> <p>4/9 13:00～14:15 胆振・環境生活課1名、室蘭市・環境課2名による立入検査（現場及び関係書類）を受検。</p> <p>14:20～14:50 労基・第三方面主任監督官に安全対策課長及び課長代理から状況説明。</p> <p>4/10 18:00 道・胆振・市・労基にメールにて治癒終了を報告。</p> <p>【報告・公表】「通報連絡・公表の取扱い」に基づく報告として、5/13 に報告書を北海道及び室蘭市に提出し、PCB処理情報センターに配備した。</p> |

| | | |
|---|--|---|
| 件名 | 暖房用真空温水機内部確認中のダストによる両眼の外傷 | |
| 図・写真 | | |
|  <p>増設施設 6階管理区域図</p> |  <p>被災時の真空温水機の状態</p> | |
|  <p>被災時の状況（再現）</p> |  <p>火炉視窓（点検口）閉止後</p> |  <p>被災場所床面（黒粒がダスト）</p> |

平成26年度におけるトラブル状況及びヒヤリハット活動状況について

1. 平成26年度の「トラブル」「不具合」「ヒヤリハット」「きがかかり(体験)」の状況

| 平成26年度 トラブル・不具合・ヒヤリハット・きがかかり 月別報告状況 | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|-----|
| 区分 | | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
| 区分Ⅰ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 区分Ⅱ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 区分Ⅲ | | 増1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 当1 | | 0 | 0 | 増1 | 0 | 0 | 3 |
| 区分Ⅳ | | 0 | 0 | 0 | 0 | 当1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 不具合 事象 | 当 | 3 | 1 | 5 | 8 | 4 | 3 | 4 | 6 | 5 | 4 | 6 | 5 | 54 |
| | 増 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 0 | 14 |
| 不具合 未済 | 当 | 0 | 1 | 5 | 3 | 7 | 2 | 4 | 3 | 6 | 5 | 2 | 1 | 39 |
| | 増 | 2 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 1 | 1 | 21 |
| ヒヤリ ハット | 当 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 増 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| きがかかり (体験) | 当 | 11 | 20 | 20 | 13 | 20 | 22 | 19 | 5 | 14 | 15 | 21 | 20 | 200 |
| | 増 | 8 | 3 | 6 | 1 | 5 | 2 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 49 |

○ ヒヤリハット例の概要を次ページに記載します。

2. 年度別の「トラブル」「不具合」「ヒヤリハット」「きがかかり(体験)」の状況

| 年度別報告状況 | | | | | | | | | |
|-----------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 区分 | | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 | 25年度 | 26年度 | 合計 |
| 区分Ⅰ | 当 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 0 | 0 | 0 |
| 区分Ⅱ | 当 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 0 | 0 | 0 |
| 区分Ⅲ | 当 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 6 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 1 | 2 | 3 |
| 区分Ⅳ | 当 | 4 | 5 | 15 | 4 | 3 | 2 | 1 | 34 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 0 | 0 | 0 |
| 不具合事象 | 当 | — | 45 | 90 | 69 | 93 | 58 | 54 | 409 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 22 | 14 | 36 |
| 不具合事象未済 | 当 | — | 88 | 119 | 77 | 70 | 64 | 39 | 457 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 37 | 21 | 58 |
| ヒヤリハット | 当 | 22 | 8 | 18 | 9 | 2 | 1 | 1 | 61 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 6 | 4 | 10 |
| きがかかり(体験) | 当 | 105 | 122 | 213 | 161 | 132 | 169 | 200 | 1102 |
| | 増 | — | — | — | — | — | 41 | 49 | 90 |

○ トラブル報告は、当初施設は20年5月から、増設施設は25年9月9日から集計しています。

○ 不具合事象報告は、当初施設は21年12月17日から、増設施設は25年9月9日から集計しています。

3. 仮想きかかりの月別／年度別提出状況

危険予知活動の一環として、仮想きかかりの提出を奨励しています。

26年度及び過去の月別・施設別の提出状況は、以下の通りです。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----|----|----|----|-----|
| 平成26年度 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
| 当初施設 | 53 | 80 | 79 | 85 | 69 | 78 | 81 | 65 | 62 | 73 | 89 | 82 | 896 |
| 増設施設 | 60 | 67 | 62 | 69 | 66 | 69 | 71 | 70 | 68 | 67 | 67 | 67 | 803 |
| 年度推移 | 20年度 | 21年度 | 22年度 | 23年度 | 24年度 | 25年度 | 26年度 | 合計 | | | | | |
| 当初施設 | 186 | 428 | 818 | 700 | 591 | 745 | 896 | 4364 | | | | | |
| 増設施設 | — | — | — | — | — | 774 | 803 | 1577 | | | | | |

○ 増設施設のヒヤリハット・きがかかり活動は、25年4月から開始しています。

4. 平成26年度に発生したヒヤリハットの事例を報告します。

【当初施設】

日時：平成26年4月6日(日) 21時45分頃

内容：低濃度分析室で、パスツールピペットに乳豆（チクビ）を取り付ける際に、パスツールピペットが割れて、指を切った。

原因：① 取り付け時に力み過ぎた。

② パスツールピペットにひびが入っていた可能性が考えられる。

対策：① 乳豆取り付け時は、パスツールピペットのくびれから上の部分を持って取り付けるよう周知徹底した。また、切創防止のため、インナー下履き手袋を着用することとした。

② パスツールピペット使用前にひび等がないか目視確認を行うこととした。



作業状況（再現）



パスツールピペット



乳豆（チクビ）

カラーシリコン乳豆 2ml 5個入 黄のみ
色で試薬の区別ができます

【増設施設】

日時：平成26年10月24日(金) 16時45分頃

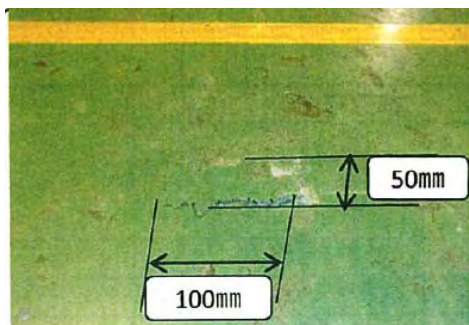
内容：荷捌室で、フォークリフトを前進させたとき、車輪止めを外し忘れ、床を損傷させた。

原因：① 車輪止めを外したつもりだった。

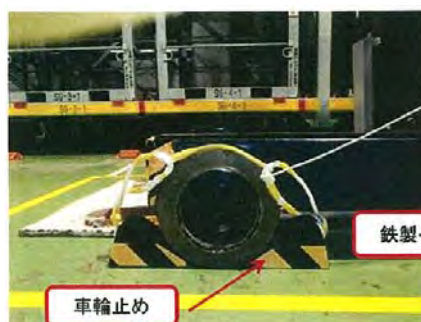
② 運転席から車輪止めの場所が見えなかった。

対策：① 車輪止めを鉄製からゴム製に変更し、損傷防止を図った。

② 車輪止めから運転ハンドルまでロープを張り、注意喚起をした。

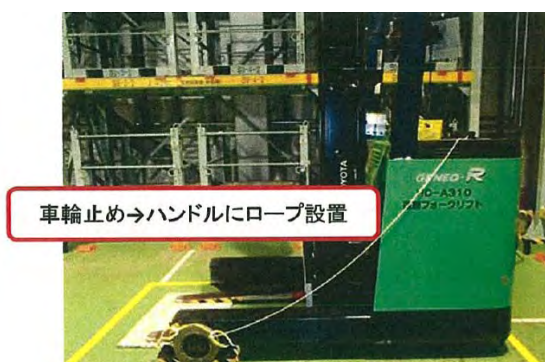


損傷状況



鉄製→ゴム製に変更

対策①（車輪止めの材質の改善）



対策②（車輪止めの注意喚起方法の改善）