

80期 9月 重大事故 5件

区分	事故受付No.	事故発生日	発生時間		地区名	営業所名	氏名	職種	年齢	勤続	損害程度 ・品名	休業見込 (実休業)	荷主・相手方		事故内容	
			名称	本・支店、工場												
1	重大	J8000160	2024.09.05	木 午前 15:00	関西	-	-	乗務	41	5年0ヶ月	右肩裂傷	14日	-	-	労災	乗務員が、納品先で自分の右肩に硝子を載せて手卸し作業をしようとした際、硝子が割れてその破片が右肩に刺さり裂傷を負った。
	確認日	2024/9/20	金	確認者 (安全)	-	発生要因	① 手順書には荷台作業のあと地面にて卸すよう決められていたが地面から直接卸し作業を行い簡素化していた(近道行動)。 ② 熱中症になるのを恐れ薄着になっており硝子が割れ負傷することを想定していなかった。	再発防止対策	① 荷台から地面へ卸し、地面から運ぶ手順を遵守するよう乗務員への周知、教育と確認を実施する。 ・トラック脇の地面に毛布と輪木で仮置き場所を用意し、荷台上面にて硝子を持ち仮置き場に卸す。 ・地面に降りてから硝子を手で持ち上げ荷卸し場所へ移動する。 ② 被災防止の機材を準備し乗務員に使い方の教育し着用を指示、確認する。							
2	重大	J8000163	2024.09.07	土 午前 11:10	関西	-	-	乗務	72	53年1ヶ月	配電盤 4台 破損 5,000,000円	-	-	-	貨物	乗務員が、一般道走行中、異変を感じ積荷を確認したところ荷台前方に積んでいた装置(4本)が倒れていた。ラッシングベルトが振動によりはずれ商品が転倒していた。
	確認日	2024/10/2	水	確認者 (安全)	-	発生要因	① お客様への直接配車のため、お客様での送り出し教育時、固縛用道具と積込完了後の確認はできていたが固縛方法の確認はできていなかった。 ② ラッシングによる固縛が片吊りとなっていた可能性があると考えられる。	再発防止対策	① 配車時にフック位置の確認を行い商品固縛に適した車両を選択する。 ② 固縛方法を見直し変更する。⇒検証結果より固縛方法を決め再教育、実施確認を行う。 (お客様と特性を踏まえ打ち合わせ、次回積み込み時に出向き検証)							
3	重大	J8000176	2024.09.18	水 午前 07:40	中四国	-	-	乗務	63	0年1ヶ月	左手首骨折	30日	-	-	労災	乗務員が、積込先(お客様)にて商品(樹脂パイプ)を積込準備中、積込先に設置されていた昇降台(お客様から使用禁止とされていた)を使用し、荷台から降車しようと昇降台に飛び降りた拍子に昇降台が倒れ乗務員も転倒し負傷した。
	確認日	2024/10/1	火	確認者 (安全)	-	発生要因	① 送り出し教育を面前でできない配車であり積込時の留意点を伝達できていなかった。 ② 直接使用禁止と表示されていた昇降台を使用した(使用できる状態にあった)。 ③ 昇降台と荷台との間隔が大きい状態のまま作業した。	再発防止対策	① 外部の積込先での積込時作業ルールと注意事項を配車時に伝達、維持ができる運用に変える。 ② 荷台への昇降時の作業方法の再教育を行い、実施確認を行う。 ③ 使用禁止の昇降台を撤去してもらう。							
4	重大	J8000180	2024.09.19	木 午後 14:20	中四国	-	-	作業	35	1年6ヶ月	路上変圧器 1台 破損 3,000,000円	-	-	-	貨物	作業員が、フォークリフトで廃棄物を運搬中(前進)、前方(対向)からトラックが来たため左側に寄せ離れようとしたが、道路上(置き場所ではない)に置かれた製品(変圧器)に気づかず衝突、転倒させた。
	確認日	2024/10/1	火	確認者 (安全)	-	発生要因	① 道路上に商品を置くのが常態化し、置き場表示もなく作業員間の情報共有もされていない常態化しているのに危険予知が足りなかった(障害物はないだろうという思い込み運転)。 ② 荷物を運搬しながら前進走行しており前方の視界が狭く障害物に気づけなかった。 ③ 道路における車両走行ルールが明確になっていなかった。	再発防止対策	① 前が見えない場合のリフト基本動作を忠実に実行し、荷物運搬時はバック走行を遵守する。 ② 道路の走行ルールを明確に対向車がいるときは道路脇に退避し車両を優先させる(作業員への周知と運用確認を管理者は行う)。							
5	重大	J8000187	2024.09.21	土 午後 14:30	中部	-	-	乗務	27	5年0ヶ月	右第5趾中足骨遠位部骨折	28日	-	-	労災	乗務員が、納品先において荷台にてユニットを操作し積荷(サイディング1パレット=約1.3トン)を荷台から4mほど先の地面に卸す作業を行っていた。吊上げた積荷は荷台に残されたもう1パレットと同じ方向へ卸すように作業したため片側へ荷重が全てかかる状態にあった。ユニット限界荷重を超えたと思われる卸す側のアウトリガー一柱が曲がり車両荷台が傾いたため乗務員は荷台から飛び降りたが荷台の製品が滑り落ち乗務員の足に接触、負傷した。
	確認日	2024/10/9	水	確認者 (安全)	-	発生要因	① 納品先の作業員から置き場所を指定され、急遽変更を行った。 ② 積荷重量(1トン超)であること4m先への荷卸しは限界荷重(0.6トン)を認識していたが、今までも同様の作業を行っており「できるだろう」という意識があった。 ③ 警報が鳴っていたにもかかわらず作業を続けた。 アウトリガーも最大張り出ししていたが不明	再発防止対策	① 納品先の作業員から卸し場所を指定されても可能な場所への荷卸しをしないことを乗務員へ教育する。 また、卸せる体制に段取り替えを行ってから作業を行うよう指導する。 ② クレーン基本操作と限界荷重を再教育してきているか協力会社への指導・確認を管理者は行う。 ③ 荷扱いする製品を限界荷重以内となるよう荷姿の検討する。							