

2020年 1月9日

(配布先)

施工担当部署長・建設所長・設備部長
副部長、副所長、統括工事長(建築・土木)
安全長・安全主任
S・BLC関西社
関西支店取引業者災害防止協議会

関西支店

安全環境部長



既往歴や持病のある作業員の適正配置等について(要請)

関西支店管内において、別紙のとおり、ヒヤリハット災害が発生しました。鳶工が、ジブクレーン解体作業中の高所で、私病による発作で意識を失い倒れたというものです。幸い、頭部への強打、負傷はありませんでした。被災者は、クレーンステージ上でフルハーネス型安全帯を使用していましたが、運転台との開口があり、下部作業床(6階)迄の高さは12m以上ありました。仮に安全帯不使用で開口部側に転倒していたら、重篤な事態となった事が十分に予想されます。

今回の事例を真摯に受け止め、当社と取引業者(直接雇用主)が作業員個々の健康状態の把握につとめ適正配置について、各々の立場で責任をもって対応するように要請します。

- ・ 新規入場者アンケート用紙の記入は、正確を期す事
- ・ 「健康状態に関する項目」について、検討の余地があれば当社担当者と十分に協議する事

以 上

統計外No,89
 部門 **関西支店**
 部署 _____

(休業1日)(怪我なし)
 (私病)

災 害 速 報

資料1

鳶工てんかんで意識を失って倒れる

(ジブクレーン解体作業中にてんかん発作が起った。)

略称 _____

工事所在地 _____

工事名称 _____

TEL: (_____) Fax: (_____)

工期	～
請負金	億 万円

工事長 _____

工事長 _____

発 生 日 時	災 害 ・ 事 故 発 生 状 況			経 験 年 数	
R2年 1月 6日(月) <input type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 1時 5分頃	13:00 ジブクレーン解体作業のため、ジブクレーンのステージ上(6FL+12.63m)に被災者を含め鳶工3名指導員2名が上がった。 13:05 被災者が、ジブクレーンのステージ上にて、ジブクレーンのワイヤーの巻取り作業中ロープを解釈している時 てんかん発作が起き、意識を失って倒れた。			7年 9カ月	
被災者氏名(ふりがな) (_____) (23才)	13:10 被災者の意識が戻った。 13:25 被災者自身でジブクレーンから下りて、仮設事務所に戻った。 発生場所 ※1次・2次(雇用業者)は把握していた。 当社への報告なし。			作業所勤務日数 575日	
所属及び職種 1次業者名 兼喜会 <input checked="" type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員 災防協 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入 互助会 <input checked="" type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入 雇用業者名 (2次) 職種 (鳶工)				当該作業関係労働者数 9名 (被災者所属グループの人数を記入)	
受傷部位 てんかん(持病あり)	発注者	JV状況	その他の記事 2016年2月(19歳)時点で発症 1月6日 発症時よりかかり付け病院へ行ったが受付時間外であった為、 救急(脳神経外科)対応が可能な〇〇病院で診察(問診・脈の確認等) を受け現状は問題なしとの受診結果→1/7朝にかかり付け病院にて受診後仕事を休む。	病院名	
工程進捗状況				TEL	
現在の主工事 仕上工事中 全体工期進捗 82 %	会 社 副 本 安 部 署 長 長 社 長 部 長 環 境 本 部 印 座				



資料2

作業所名	安全・環境 新規入場者アンケート	元請確認欄	
		続責者	担当者

このアンケートは、ケガ等の緊急事態発生時の連絡先確認、元請の安全衛生管理の基礎資料として使用します。
元請で保管責任者が適正に管理・保管します。

※事前に二重線枠内を本人が記入 ⇒ 雇用事業主(代行者)が確認 ⇒ 作業所へ提出 ⇒ 受入教育受講

フリガナ		血液型	性別	生年月日	年齢
氏名		型 Rh(+・-)	男・女	(西暦) 年 月 日	才
現住所	都・道 府・県	市・郡 区	電話番号		
緊急連絡先	続柄〔配偶者・親・子・兄弟・姉妹・()〕 名前〔 () 〕		電話番号		
一次会社名	雇用主 (あなたが給料をもらう会社の名前) (次)				
あなたは事業主または一人親方ですか	はい (事業主 ・ 一人親方) ・ いいえ				
(上で「はい」と答えた方) 労災保険に特別加入していますか ☆特別加入していないと、ケガをしても労災保険の適用はありません。この現場で働く場合は、特別加入してください。	加入済 ・ 未加入				
あなたは雇用通知書または雇用契約書をもらっていますか	もらっている ・ いない				
あなたは技能実習生・建設就労者・特定技能に該当しますか	はい (技能実習生 ・ 建設就労者 ・ 特定技能) ・ いいえ				
あなたの職種はなんですか	型枠大工・葺工・土工・鉄筋工・左官工・塗装工・鍛冶工・他()				
上記の職種についてのはいつごろですか(経験年数)	(西暦) 年 月 (年 ヶ月)				
直前の就労作業所は	当社 ・ 他社 ()				
あなたの職長さんの名前は	〔 () 〕				
あなたのグループの作業主任者の名前は	〔 () 〕				
あなたのグループの作業指揮者の名前は	〔 () 〕				
あなたの身体の具合の悪いところがありますか	はい (どこが :) () いいえ				
あなたが受けた健康診断実施日(定期検診)はいつですか	(直近) (西暦) 年 月 日				
あなたの血圧は	最高: 最低:				
特殊健康診断〔有機溶剤・じん肺・()〕実施日は	(直近) (西暦) 年 月 日				
あなたは安全帯(墜落制止用器具)を持っていますか	はい(胴ベルト・フルハーネス)(一丁掛・二丁掛) ・ いいえ				
あなたの安全帽には墜落時保護用ライナー(発泡スチロール等)が入っていますか ☆清水建設では、墜落時保護用安全帽着用が規則です。	はい ・ いいえ				
ヘルバンドの準備はよいですか	はい ・ いいえ				
あなたはこの現場に来る前に送出し教育を受けましたか	はい (年 月 日) ・ いいえ				
あなたは「建退共制度」を知っていますか	知っている ・ 知らない				
所有資格	※所有資格は□にVチェック 記載の無い資格は記入してください。(免)は免許、(技)は技能講習、(特)は特別教育 注:資格証は本証を携帯してください。写しを求められた場合は提出してください。				
<input type="checkbox"/> クレーン・5t以上(免)	<input type="checkbox"/> 足場の組立等(技)	<input type="checkbox"/> 車両系建設機械〔整地・掘削等〕(技)	<input type="checkbox"/> 法定職長・安責者教育		
<input type="checkbox"/> 移動式クレーン・5t以上(免)	<input type="checkbox"/> 建築物等の鉄骨組立等(技)	<input type="checkbox"/> 車両系建設機械〔基礎工用〕(技)	<input type="checkbox"/> クレーン・5t未満(特)		
<input type="checkbox"/> 大型特殊自動車(免)	<input type="checkbox"/> 酸素欠乏危険作業(酸欠、硫化)(技)	<input type="checkbox"/> 移動式クレーン〔1t以上5t未満〕(技)	<input type="checkbox"/> 高所作業車〔10m未満〕(特)		
<input type="checkbox"/> 大型自動車(免)	<input type="checkbox"/> 有機溶剤取扱い(技)	<input type="checkbox"/> 高所作業車〔10m以上〕(技)	<input type="checkbox"/> 酸素欠乏・硫化水素危険作業(特)		
<input type="checkbox"/> 地山の掘削(技)	<input type="checkbox"/> 玉掛け(技)	<input type="checkbox"/> アーク溶接(特)	<input type="checkbox"/> 特定化学物質等(技)		
<input type="checkbox"/> 土止支保工(技)	<input type="checkbox"/> ガス溶接(技)	<input type="checkbox"/> 車両系建設機械〔整地・掘削等〕(特)	<input type="checkbox"/> 石綿作業(特)		
<input type="checkbox"/> コンクリート造の工作物(5m以上)の解体等(技)	<input type="checkbox"/> 車両系建設機械〔解体用〕(技) (3t未満:特)	<input type="checkbox"/> 足場の組立て等(特)	<input type="checkbox"/> 低圧電気(特)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> フルハーネス作業(特)		
雇用事業主(または代行者)の確認	上記確認	年 月 日	確認者氏名(印またはサイン)		

「当社は建設業の社会保険加入を推進しています。未加入の方は加入の手続きを行って下さい！」

受入教育時に確認のうえ記入	*** 入場に当たっての誓約 ***		
	<p>【安全衛生】</p> <p>1. 私は高所作業では適正な安全帯(墜落制止用器具)を必ず使用します。</p> <p>2. 私は墜落時保護用ライナー入りの安全帽を使用します。</p> <p>3. 私は作業所ルール、注意事項を厳守します。</p> <p>4. 私は無資格作業は行いません。</p> <p>5. 私はケガ又は身体の具合が悪くなった時は、すぐに必ず職長を通じて事務所に届け出ます。</p> <p>6. 私は作業終了時には必ず整理・整頓を行います。</p>	<p>【環境】</p> <p>私は環境保全のため次の活動や改善に取り組みます。</p> <p>1. 私は水・土・空気等を、きれいに保つため、ゴミ、有害物等は指定場所へ集め、散らかることを防ぎます。</p> <p>2. 私は限られた資源の金属、木、紙等の無駄を無くし、繰り返し使用し、出たゴミは分別再資源化に努めます。</p> <p>3. 私は温暖化ガス削減のため、アイドリングストップ、節電、省燃費運転を行います。</p>	
	<p>・私は業務中の私的撮影、業務に関する写真や業務上知り得た情報をLINE等のSNSやインターネット等への投稿は行いません。</p> <p>・私は反社会勢力と一切係わりのないことを誓います。反社会勢力から協力等、係わりを求められた時は速やかに報告します。</p> <p>・この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、私が不利益を被ることとなっても、異議は、一切申し立てません。</p> <p>・貴社において必要と判断した場合に、ここに記載した個人情報警察に提供することについて同意します。</p>		
入場年月日	年 月 日	氏名(自筆サイン)	

【所管部署確認欄】社会保険加入状況 ※所管部署が現場巡回時に確認する欄です。

	健康保険	厚生年金	雇用保険
雇用主	加入・未加入・適用除外	加入・未加入・適用除外	加入・未加入・適用除外
個人	加入・未加入・適用除外	加入・未加入・適用除外	加入・未加入・適用除外