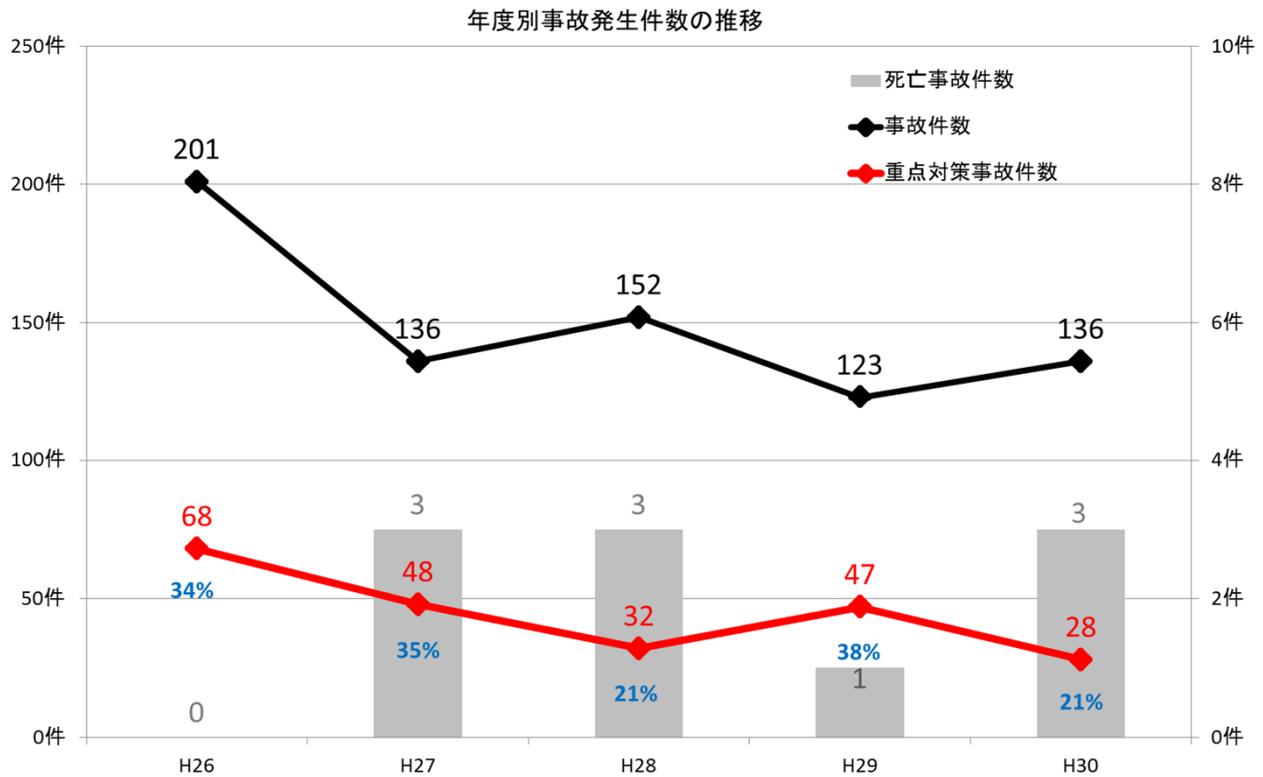


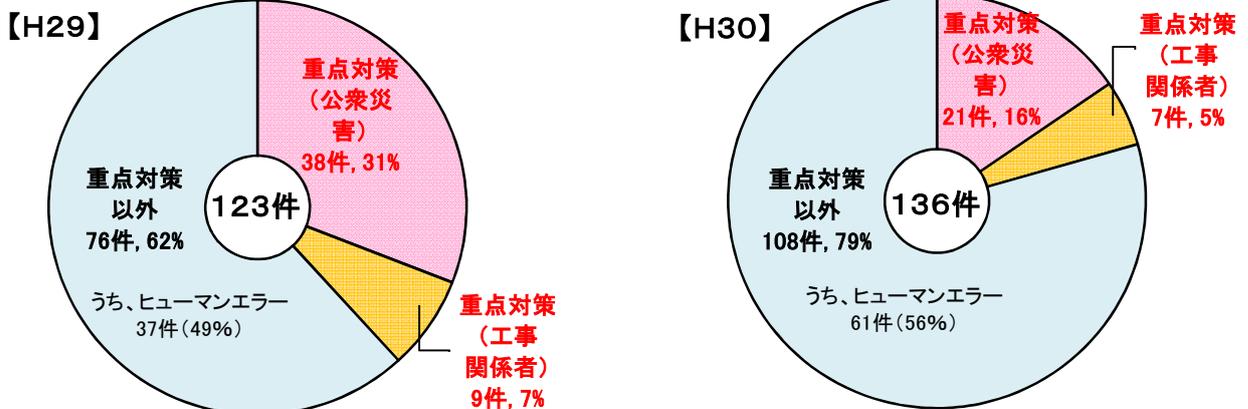
## 平成30年度直轄事故発生状況について

平成30年度の工事等事故発生件数は**136件**であり、平成29年度と比較して13件**増加**！



死亡事故についても3件発生しており、増加傾向にあるため、作業手順書の見直し、安全点検の実施やKY活動等による安全教育の再徹底等、安全対策強化に努めてください。また、3件の死亡事故のうち、**1件は熱中症によるもの**です。本格的な夏を迎える前に今一度、作業環境の整備改善についても検討し、実行しましょう。

工事等事故防止重点対策項目の事故発生全体に対する事故発生状況



事故件数は増加傾向にある一方、「工事等事故防止重点対策項目」に該当する事故は47件（38%）から28件（21%）と19件（17ポイント）減少しています。

事故の増加傾向要因としては、「**作業員等の不注意（ヒューマンエラー）**」による**事故の増加**が考えられます。平成30年度はヒューマンエラーによる事故が**61件**発生しており、重点対策項目以外の事故の**約6割**を占め、平成29年度と比較して**24件増加**しています。

# ヒューマンエラーについて

## ヒューマンエラーとは

- ヒューマンエラーは「意図しない結果を生じる人間の行為」のことです。
- ヒューマンエラーを明確に説明する事はとても難しく、ヒューマンエラーの定義や分類は未だ確立していないといえます。
- 事故を分析すると、労働災害の8割に人間の不安全な行動が含まれています（厚労省、労働災害原因要素の分析）。事故の原因は人間が直接引き起こすエラーだけではなく、人間を取りまく多くの要因、作業環境、施設や設備、教育訓練、企業の安全に対する取り組みなど多くの要因が含まれます。これらをヒューマンファクターといい、ヒューマンエラーを防止するときの大事な要因となることがあります。

## ヒューマンエラーの類型

- ヒューマンエラーのうち、安全と関わりが深い類型に以下のようなものがあります。

意図しない行為 (過失)	うっかりミス (スリップ) (例: 赤ボタンのつもりで青ボタンを押す)	実行段階
	し忘れ (ラプス) (例: 赤ボタンと青のボタンを押さなくてはならないのに、赤ボタンだけ押す)	記憶段階
	考え違い・思い込み (ミステイク) (例: 赤ボタンと青ボタンを押さなくてはならないのに、赤ボタンだけ押せばよいと思い込んでいる)	計画・試行段階
意図的行為 (故意)	意図的・意識的違反 (バイオレーション) (例: 赤ボタンの後に青ボタンを押さなくてはならないのに、青ボタンの方が近いので青ボタンを先に押す)	違反

## ヒューマンエラー防止の方策

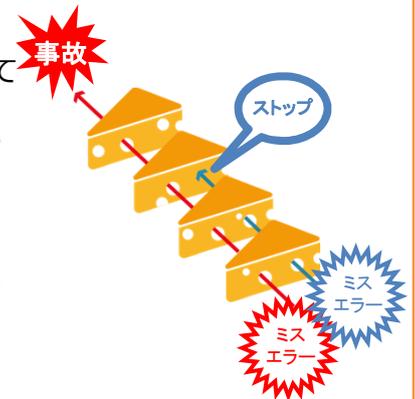
- ヒューマンエラーの防止には、一般的に右のような方策をとります。
- 適度な緊張のときはエラーの発生は少ないのですが、過度の緊張や緊張感が少なすぎるとエラーが多く発生します。また単調だと緊張が続かないことがあります。
- ヒューマンエラーが必ずしも事故の原因ではなく、様々な要因による結果であるという認識を持ちましょう。

- 1) 人が間違えないように人を訓練する。
- 2) 人が間違えにくい仕組み・やり方にする。
- 3) 人が間違えてもすぐに発見できるようにする。
- 4) 人が間違えてもその影響を少なくなるようにする。

参考：職場のあんぜんサイト（厚生労働省）

## 事故を防止するために

- スイスチーズモデルは安全管理において頻繁に引用されるモデルです。
- 事故とは何重もの防護策を通り抜けて起こるものであり、スイスチーズの穴がたまたま一直線に並んでしまった時に事故となります。
- 穴をつくらない。穴を通さない。多重に防護することによって事故リスクを低減することができます。
- 一方で、穴をふさいだり、多重の防護だけで事故を防止できるわけではありません。絶えず変わる環境に組織として柔軟に対応することも大切です。
- 絶え間ない安全管理が事故を防ぎます。



## 事故予防の実践

- KYT（危険予知訓練）によって、潜在的な危険を認識し把握する力を高めましょう。
- 自身が対策を考えて実行するKY活動（危険予知活動）を進めましょう。ひとりひとりの行動が事故を防ぎます。

人は誰でもミスを行います。例えミスをしていても事故にはつながらない環境・組織・体制にしましょう。