

産業保安に関する自主行動計画 ヒヤリハット事例集

No.

2026年9月3日更新

42	現象	管理職が工事現場の安全パトロールを行っていたとき、構内道路に駐車していた協力会社従業員の車両ダッシュボード上にインパクトドリルのバッテリー（リチウムイオンバッテリー）が載っていたので是正指導した。（閉め切りの車内、直射下による高熱でバッテリーが発火する可能性あり）
	発生日	2025年9月17日（水）
	発生時間	10:30
	勤続年数	不明
	原因	車両ダッシュボード上にバッテリーを放置して高温となり発火する可能性あり。
41	対策	・⑦バッテリー管理場所を直ちに是正するよう指導 ・⑦工事安全協力会を通じ、各工事会社へバッテリー管理方法を注意喚起 ・コンビナート他社火災事例の紹介、車両ダッシュボード上でリチウムイオンバッテリーを搭載した機器を放置して車両火災に至った事例を社内及び協力会社へ注意喚起
	現象	ローリーへのLPG 積込み終了後、出構時に車輪止めを格納せずローリー車を発進させ車輪止めを破損させた事案
	発生日	2026年3月
	発生時間	6:00
	勤続年数	10年以上
	原因	うっかりミスによる。
	対策	従来は車輪止めの設置は充填係員、取り外しはローリー乗務員が行うものとしており、車輪止めの設置タイヤは助手席側としていた。今回対策として、車輪止めの設置、取り外しの両方をローリー乗務員が行うこと、車輪止めを設置するタイヤを運転席側に変更した。更に車輪止めにロープとフックを取り付け、設置中は運転席ドアハンドルにフックを引っ掛けることとした。

40	現象	タンクローリー積場フレア配管からガスが少量漏洩した。
	発生日	2025年7月26日
	発生時間	9:00
	勤続年数	不明
	原因	当該フレア配管にはペテロラタム系防食テープを使用していたが、油分が抜けていたため防食効果がない状態となり腐食が進行し、ガスが漏洩したものと考えられる。また、当該部分は配管外面の確認が容易にできない状態にあった。
	対策	・ガス漏洩に対する処置として、フレア配管に仕切り板を入れ、その後配管を交換した。 ・タンクローリー積場及びその他の基地内の類似箇所の点検を行い、補修を行っている。
39	現象	大型船入港前に、棧橋前面水域に漂流ブイを確認した。接岸作業時に障害となる可能性があり、入港作業への影響が懸念された。
	発生日	2026年2月3日
	発生時間	7:40頃
	勤続年数	15年以上
	原因	令和6年能登半島地震(2024年1月1日発生)に伴う港湾設備の影響および復旧工事の実施により、漂流物(ブイ等)が発生しやすい環境となっていた。また入港前における水域状況の確認が定型的チェック項目として明確化されていなかった。
	対策	・船舶代理店へ連絡し、入港前に漂流ブイの移動と回収を実施。 ・入港前確認項目として「前面水域の漂流物有無の目視確認」をチェックリストへ追加。関係者へ周知し、入港前の事前確認の徹底を図った。

38	現象	小型船への給水監視業務中、船側から「給水終了」の合図を受けたため、事務所へ給水ポンプの停止を依頼した。ポンプ停止後、棧橋にある給水元バルブの閉止に向かったところ、本来は給水元バルブの操作は当社所員が行うこととなっているにもかかわらず、船員が給水元バルブを操作していた。
	発生日	2025年7月26日
	発生時間	12:30
	勤続年数	1年未満
	原因	指示の不良、監督・指導の不足。
37	対策	・船側に再発防止の徹底を依頼 ・当該バルブの注意喚起表示が経年劣化していたため、新しい物へ交換した。
	現象	内航バース備え付けのライフジャケット（膨張式・腰巻タイプ）に、何らかの理由でカートリッジボンベが取り付けられていなかった。
	発生日	2025年7月1日
	発生時間	不明
	勤続年数	1年
	原因	ライフジャケットの不備。
36	対策	使用可能なものを着用。使用前にボンベの有無を点検することとした。
	現象	
	発生日	
	発生時間	
	勤続年数	

	現象	新受電室・特高受電設備環境ヒヤリ
	発生日	2024年(令和6年)7月30日(火)
	発生時間	午前中
	勤続年数	35年
	原因	特高受電部エリアの東側フェンスに雑草(ツル)が郊外より延びてきており、放置しさらに伸びると受電ブッシングの碍子に接触し、地絡事故が発生、構内の買電系がすべて停止するのではないかとヒヤッとした。
36	対策	構外の廃材置き場(屋外)よりツルが伸びてきており、廃材置き場には侵入ができないほど廃材が積まれ、ツルの除去ができない状況のため、できる範囲でツルを除去し除草剤を散布した。
	現象	労災事故(不休業):工事協力会社社員のタンク頂部での体調不良。 工事の協力会社社員がタンク頂部(タンク高さ:約40メートル)へ休憩を挟まずに一気に昇り、タンク頂部に着いてから体調不良を訴えた。当日の天気は曇り、気温は27.4℃、WBGT値は26.5℃(警戒)。
	発生日	2024年(令和6年)6月17日(金)
	発生時間	11:50頃
	勤続年数	11年
	原因	作業員(罹患者)がタンク頂部(約40メートル)の高所まで休憩をせず、検査機材(重量物)を持って一気に階段を昇ったこと。
35	対策	・タンク頂部へ昇る際は、必ず休憩を入れながら登ることを関係者へ周知。 ・熱中症予防の「体調自己チェックシート」における体調確認。

34	現象	倉庫にてコードレスブロアが梱包されている段ボールが棚から持ち上げた際、段ボール上に置かれていたスペーサープレート（金属製、20 枚程度）が落下し、左肩にぶつかった。（負傷なし）
	発生日	2024年（令和6年）11月12日（火）
	発生時間	9:50頃
	勤続年数	3年未満
	原因	・作業者は段ボール上にスペーサープレートが置かれているのを知らなかった。 ・段ボールが置かれていた場所が目線より高い位置にあり、上部が見えなかった。
	対策	・段ボールの上に物を置かないように変更。 ・運搬する際は、上に物が置かれていないことを確認し運搬する。 ・段ボール置き場の変更を検討。
33	現象	新規登録タンクローリーの1台が入構した。容器載せ替え→車検→新規登録後、初充填であった為、基地にてローリータンク内のLPG・酸素の濃度測定を実施した結果、当社基準値外「LPG:80%」「酸素:5%」であった。（濃度はVol%）
	発生日	2024年（令和6年）10月8日（火）
	発生時間	9:00頃
	勤続年数	10年以上
	原因	当ローリー所有運送会社へ聞き取りを実施したが、原因究明には至らなかった。
	対策	検査後、初充填のローリーは「ガス封入証明書」のみの確認とはせず、当基地マニュアルの通り、充填前にローリータンク内のLPG・酸素の濃度測定を実施する。

32	現象	定時の構内巡視中、着臭ポンプ室内に立ち入ろうとしたところ室内に窒素が充満している恐れがあることに気が付いた。当日は停電作業中で空気圧縮機が運転できず計装エアのバックアップとして窒素を使用しており、着臭ポンプ室内の空気式計器・自動弁より排気された窒素により室内が酸欠状態となっている恐れがあった。
	発生日	2024年(令和6年)9月1日(日)
	発生時間	9:30頃
	勤続年数	10年以上
	原因	思い込み。
31	対策	二方向の扉を開放し、室内の換気を実施した。
31	現象	配管ラック上の小口径LPG配管検査工事において、検査を進める中で隣接する16BLPG配管架台接触部のSUS板金と配管防食テープとの境目に腐食箇所を発見した。追加検査を実施した結果、常用圧力での計算必要厚さを下回る残肉厚であった。
	発生日	2024年(令和6年)1月19日(金)
	発生時間	15:00頃
	勤続年数	14年
	原因	・架台接触部のSUS板金のズレ。 ・小口径配管の架台接触部検査は実施していたが、大口径は肉厚に余裕があることから未実施であった。
31	対策	1. 応急対応 ・腐食減肉箇所のFRP 補修を実施。また、配管補修までの間、当該配管系の常用圧力を下げ、それを下回る運転圧力で運用した。(県に了承を得て軽微変更届提出) 2. 恒久対応 ・5月の連休期間中に減肉箇所を含む配管の部分取替補修を行った。 3. 再発防止策 ・補修配管に予めペトロラタム防食を施し、腐食防止対策を強化。 ・類似配管の接触部検査を2024年度に計画。

30	現象	普段通行しない場所で作業をしたとき、配管貫通部のグレーチングの隙間が足が入るほど広く、足を踏み外したら大ケガにつながると思いヒヤリとした。
	発生日	2023年(令和5年)9月25日(月)
	発生時間	11:50頃
	勤続年数	30年
	原因	設備のレイアウト不良。
	対策	グレーチングの隙間を塞ぐ踏み抜き防止板を作成して設置した。
29	現象	ホース接続後の気密検査を実施しようとガス側ホースの接続完了を確認する前に自動弁を開けてしまい、手動弁と自動弁間の残圧ペーパーがガス側ホース先端フランジより漏洩してしまった。すぐに自動弁を閉止して漏洩を止めた。液漏洩なし。
	発生日	2023年(令和5年)10月11日(水)
	発生時間	8:20頃
	勤続年数	1年未満
	原因	本来、液・ガスホース接続完了確認後に自動弁操作を実施する手順であったが、初の単独作業で緊張していたために慌ててしまい、自動弁を操作してしまった。
	対策	操作前に手動弁と自動弁間の残圧がないことを確認するとの手順をマニュアルに追加して手順等の理屈を含めて教育を実施し、再発防止を図ることとする。併せて、同事例に関して所内周知し、注意喚起することとする。

28	現象	既設ダクトの搬出作業 作業者がダクト下部を手で持ち搬出していた。一旦H鋼上の突起部にダクトを置いた際、底が抜け(腐食の為)ダクトとH鋼の間で手を挟んだ。(右第3指開放骨折:全治5週間 不休業)
	発生日	2022年(令和4年)8月23日(火)
	発生時間	13:30頃
	勤続年数	15年
	原因	・本来の搬出はダクトを手で持たずナイロンスリングを使用して行うが、当該部は搬出方向に柱があった為、作業性を考慮しダクト片側の下部を手で持っていた。 ・明確な作業基準が定められておらず、また、作業責任者も含め危険を認識できていなかった。
27	対策	・工事協力会社に対し、作業人数(4名)、ダクト切断長さ2.4m(≒100kg)以下、作業要領(両端にナイロンスリングを掛けレバブロックを緩めながら搬出し、手で持つ作業の廃止かつ床へ降ろす際は枕木使用等)の明確化を図った。 ・当所として安全管理は工事請負会社に頼るのではなく、当所が直接確認を行わなければ災害を撲滅する事は困難であると考え、以下対策を継続実施中。 ①危険を伴う工事作業時の立会い 各工事のリスクが高い作業を把握し行程管理する事で危険作業のスタートアップ時に現場立会を行い施工要領に沿った手順と安全状態を確認。 ②工事安全対策会議のブラッシュアップ 危険作業に特化した安全作業チェック表に基づき作業手順・安全管理状況・リスクアセスメント内容等を細部まで工事会社と相互に確認、ディスカッションを実施。 ③KYの繰り返し教育(1人1人の危険予知レベル向上) 所内:これまでのケガ事象やその他事例等を基に毎週水曜日の昼礼時に実施。 工事会社:所内安全担当による入構者教育時に上記類似のKY活動を実施。
	現象	イソブタン出荷終了時に閉止するバルブ(2B)を「閉」にしたが、完全に閉止されていなかったためイソブタンが微量にフレア切りされていた状態であった。
	発生日	2022年(令和4年)11月8日(火)
	発生時間	8:30頃
	勤続年数	2年
	原因	ハンドル回しを使用して実施したが、確実に閉止したことの確認を怠った。
	対策	確実な開閉確認の実施、複数名での開閉確認の実施

26	現象	寒波襲来による転倒(想定のヒヤリハット)
	発生日	2023年(令和5年)1月25日(水)
	発生時間	8:30頃
	勤続年数	30年
	原因	①前日からの大寒波襲来による構内道路の積雪や凍結 ②陸上出荷場に残雪がある状態で転倒リスクが高い状況
25	対策	①場内の自転車通行・使用禁止 ②陸上出荷場への転倒防止の注意喚起指示 ③陸上出荷場の除雪を指示 ④凍結防止の強化を指示 ⑤陸上出荷場スロープ部の凍結防止対策として融雪剤(無塩タイプ)を購入
	現象	コースタルタンカー荷役終了後のローディングアーム内脱圧時、閉止すべきコースタル側の液受入バルブが僅かに開いており、コースタル側配管の残ガスが放出し続けた。船員がすぐに気が付きバルブを閉止して放出は止まっていたが、通常より脱圧音が大きかったことから船長に確認したところ、当該事象が判明した。
	発生日	2022年(令和4年)9月30日(金)
	発生時間	11:30頃
	勤続年数	不明(船員)
25	原因	船側のバルブ確認不足
	対策	・船長に対して嚴重注意を行った。 ・船員のバルブ操作状況を所員も確認する。 ・通常と異なる脱圧音を確認した時点で作業を中断する。

24	現象	LPGタンクローリー積場ローディングアーム接続中のローリー発進によるアームカップリング損傷
	発生日	2021年(令和3年)12月8日(水)
	発生時間	6:23
	勤続年数	他社の移動監視者、勤続1年
	原因	タンクローリー乗務員がボタンオーダーでの入構手続き後、プロパン出荷専用の積場に入場し何回も積込みスタートを試みたが、積込スタートが出来ず、基地係員がこの積場ではボタンは積めないと説明したが、乗務員はプロパンオーダーでの入構と思い込んでいたことで納得いかない様子だったので、基地係員は事務所にオーダー内容を再確認するため、一旦積場を離れた。 この間、ローリー乗務員は禁止されているローリー右側(アーム接続の反対側)を通行し、左側ローディングアーム離脱状態の確認を怠り、接続された状態のまま積場を出ようとローリーを発進させたため、アームカップリングが損傷し、アームがローリーより強制分離されたため、ローリー内の残ガスが一瞬噴出した。 (ローリー緊急遮断弁作動により瞬時に噴出停止)
	対策	・入構する各運送会社へ概要・原因について文書で周知し再発防止の徹底を図った。 ・現状の通行禁止看板を大きく目立つように再設置を行う。 ・当該運転手へ基地遵守事項、積込み手順等の再教育を受講するよう伝え、基地保安技術管理者が承認するまでは構内の一人作業を禁止する措置を講じた。
23	現象	工業用バルクローリーへの充填が終了し計量したところ、オーダー 10ton に対し 7ton しか充填されていなかった。基地側のバルブ開閉状態に異常はなかったが、ベーパーラインに液が入っていた。ローリー側のバルブを確認した結果、通常は閉止であるはずの液ラインのバイパス弁が開放していたため、液がバイパス弁からベーパーラインへ流れていたことが判明した。
	発生日	2021年(令和3年)7月27日(火)
	発生時間	15:00頃
	勤続年数	不明(ローリー乗務員)
	原因	ローリー乗務員が荷下ろし先でローディングアームを取り外す際、液ラインのバイパス弁を開放していたが、その後バルブ操作を戻し忘れていた。
	対策	・不足分(約 3ton)を追い積みし、出構させた。 ・基地所員とローリー乗務員による充填前後及び充填中の確認を徹底する。

22	現象	外航ローディングアーム塗装作業の為に足場を設置していた際、作業員2名が同フロア上で異なる作業(作業員A:単管パイプ(6m)の建地ジョイント作業、作業員B:隅に屈んで番線巻付作業)を行っており、作業員Aが短管パイプを一旦降ろそうと斜めに傾けた際に重量バランスを崩し、パイプ端部が屈んで番線巻付作業をしていた作業員Bの後頭部に当たり被災。※ヘルメットとヘッドバンドの隙間から被災(不休業、全治5日間)
	発生日	2021年(令和3年)7月30日(金)
	発生時間	11:50
	勤続年数	約2年
	原因	1. 同一フロアでの異なる作業の同時施工(足場板固縛作業と建地設置作業の同時施工) 2. 作業責任者と作業員の指示及び声掛け不足 3. 作業員Aの作業手順逸脱(※作業員Bの番線巻付けが優先)
21	対策	【原因1の対策】 ①建地設置作業と床板固縛作業の同フロア場での同時施工禁止 ②作業手順書、リスクアセスメントへ追記し標準化 【原因2の対策】 ①周囲への声掛けを徹底し、注意喚起を図る ②作業手順書、リスクアセスメントへ追記し標準化 【原因3の対策】 ①作業関係者を対象とした再教育及び対策会議実施 ・上記対策周知・ルール遵守の重要性・過去の災害事例等によるKY活動 ・安全管理体制の見直し(作業手順書・リスクアセスメント) ・パイプの仕様変更(長さ:6m⇒5m、重量:16kg⇒13kg) <当所での対策> 【監視強化】工事担当者と安全係員にて作業状況の監視を実施(期間限定) 【周知教育】入構教育資料へ本事象の内容を追加し共有化を図る 【水平展開】 ①作業前ミーティングにて他の工事会社への情報共有(同時施工禁止、声掛け強化)を実施 ②本事象の注意点を構内パトロールの確認項目へ追加
	現象	LPG外航船受入作業時に当社低温タンク内圧が急上昇した。
	発生日	2021年(令和3年)7月26日(月)
	発生時間	16:00頃
	勤続年数	19年(報告者)
21	原因	本船受入ラインアップのミス(本船タンク圧力保持用リターンガスラインの環境設定ミス) ※本船側は事実確認はしたもののミスとは認めず。
	対策	・当該船長並びにチーフオフィサーへ厳重注意。 ・以降受入時に於ける本船側とのコミュニケーションの充実化とラインアップの再確認の徹底。 ・この事象を機に基地側が起因するトラブル事象でない場合の対応策を共有。

20	現象	ローリ出荷場の側溝に設置してあるグレーチングのわずかな段差に躓き転倒しそうになった。(想定のヒヤリハット)
	発生日	2021年(令和3年)7月15日(木)
	発生時間	4:10
	勤続年数	22年
	原因	わずかな段差に気づかなかった。
19	対策	・当該グレーチングの段差に注意喚起のペイントを実施。 ・水平展開として構内の躓きそうなわずかな段差に注意喚起のペイントを行った。注意喚起のペイントはローリ出荷場の踏み台、作業棟出入口の段差に実施。
	現象	防災訓練実施の際、消防車での防災活動担当者(委託警備会社社員)の以下ヒヤリ事象。① 筒先担当者の放水姿勢が出来ていない状態であったが、元バルブ操作者がバルブを開放した。② 水圧によりホースが振られ、危うく転倒しそうになりヒヤリとした。
	発生日	2020年(令和2年)6月19日(金)
	発生時間	14:45
	勤続年数	委託会社社員 約3年
19	原因	・元バルブ操作者の知識、認識不足。 ・緊張や焦りによる判断力の低下。
	対策	・消防車の取扱い方法や基本訓練の再教育実施。 ・計画的訓練に加え、理解度評価表を基とした個人スキルの明確化。 ・所員教育のみに偏らず、委託会社への教育体制充実化を図る。

18	現象	外航棧橋ローディングアーム点検整備工事において、工事に伴う廃材を階段で搬出作業中に作業員2名のうち1名が誤って転倒、持っていた廃材が落下し下方の別の作業員に当たり負傷した。
	発生日	2020(令和2年)年11月13日(金)
	発生時間	11:50
	勤続年数	経験年数32年(被災者)
	原因	① 階段昇降時に両手が塞がり手摺が持てない状態で、かつ足元が見にくい体勢で重量物を運ぼうとした。 ② 重量物を持った人が複数人階段にいた。(一時的に上下作業状態) ③ 資機材はホイスまたはロープを使用して搬出する予定だったが、作業員に周知されていなかった。 ④ 監督者より作業指示がない状態で作業員が搬出作業を行った。 ⑤ 監督者が別の持ち場にいたため、搬出作業を直接監視できていなかった。
	対策	・両手がふさがった状態での階段昇降禁止。 ・重量物を手で持った状態での階段昇降禁止。 ・上下作業禁止の徹底。 ・実施する工事に係る要領・作業手順の作業員への周知徹底。 ・工事責任者の指示による要領・手順に従った作業の徹底。 ・安全管理手順の見直し。
17	現象	低温貯槽の昇降階段を歩行中、手に持っていた工具袋の持ち手の紐が突然外れ、袋が十数階下まで転がり落ちた。袋の落下に伴い、中に入っていた点検用具類が約30m下の地上に落下した。なお、作業員や設備に被害はなかった。
	発生日	2020年(令和2年)9月8日(火)
	発生時間	14:00
	勤続年数	10～15年
	原因	工具袋の紐の結び目が経年劣化により解けていた。
	対策	・工具袋の使用前に点検を行う。 ・劣化が見られるものは使用しない。 ・階段下に人がいない、近づいていないことを確認し昇降する。

16	現象	草刈り(集草作業)に従事する下請業者作業員が休憩後、車両に乗り込むため駐車場へ移動したとき、突然下肢の筋痙攣を起こし、熱中症の疑いで緊急搬送された。発症者は、病院にて軽い熱中症と診断され点滴により回復したが、2日から3日の自宅療養となった。
	発生日	2020(令和2年)年8月18日(火)
	発生時間	15:30
	勤続年数	72歳男性
	原因	① 請負者監督が当日の暑さ指数を把握していなかった。 ② 暑さ指数に配慮した適切な休憩・休息が取られてなかった。(休憩・休息の取得は個人任せ) ③ 高齢者に関する適切な作業管理がなされなかった。 ④ 熱中症対策備品が常備されてなかった。
	対策	・暑さ指数の予報確認の徹底。 ・熱中症防止対策備品の充実。 ・暑さ指数計の常備。 ・作業員別の作業強度に配慮した管理の徹底。 ・暑さ指数に適した作業時間の設定。 ・暑さの順化期間の設定。 ・給水・塩分補給の徹底。 ・健康チェックを適切に行うよう徹底。
15	現象	工事立会(2階)の際、取り外し式の手摺りに体重を預けようとし、何となく確認すると、固定部分の腐食が進んでおり、万が一破損し、転落したらと思うとヒヤリとした。
	発生日	2019年(令和1年)10月16日(水)
	発生時間	10:30
	勤続年数	約5年
	原因	現場パトロール時の見落としや腐食の進行状態把握の甘さ。
	対策	応急処置: 注意喚起及び落下防止策を図る。 恒久対策: 緊急工事にて対応し、パトロール時の点検箇所へ追加。

14	現象	プロパンヒーター内を点検中、渡り歩廊の根本腐食に気付いた(下側から確認)。万が一腐食が更に進み、落下したらと思いヒヤリとした。
	発生日	2019年(令和1年)12月11日(水)
	発生時間	14:00
	勤続年数	約13年
	原因	渡り歩廊は使用頻度が少ない為、発見が遅くなった。
13	対策	応急対策: 使用禁止とした。 恒久対策: 補修工事を行い、パトロール時の点検箇所へ追加。
	現象	充填口でMIX積みのローリーのタンク圧力が高かったため、ローリー側の液・ガス元弁「開」、ローディングアーム(以下、L/A)側の液元弁「閉止」、ガス元弁「開」にし、ガス回収を開始した。ガス回収後、計器室担当者へ連絡し、充填開始したが液パルス未到来の警報により異常停止した。
	発生日	2019年(令和1年)5月25日(土)
	発生時間	12:30
	勤続年数	入社3年未満
13	原因	充填担当者はガス回収後、L/A側の液元弁を「開」にすることを忘れて充填開始した。
	対策	・充填担当者に手順の再教育を実施。 ・充填開始前の指差呼称にて、バルブ状態の確認を徹底。

12	現象	入退管理システムの無線局の登録に有効期限があることを知らず、再登録申請を怠り失効させた。
	発生日	2019年(令和1年)5月24日(金)
	発生時間	15:00
	勤続年数	15年(現業務経験年数6年6ヶ月)
	原因	直接原因:無線局再登録申請の未実施 間接原因 ① 無線局の再登録に関して有効期限があるとの認識がなかった。 ② 無線局再登録が必要との認識がなかった。 ③ 法規制等管理状況確認表に入退管理システム無線局に関する記載がなかった。
	対策	① 改めて無線局の登録を実施した。 ② 法規制等管理状況確認表に入退管理システム無線局に関する表記をした。
11	現象	設備の2階でバルブ閉止作業を行った後、バルブ状態識別を行う為「閉札」(プラスチック製)をかけようとした。その際、足元が床ではなくグレーチングであった為、隙間をすり抜けて1階まで落下した。今回はプラスチック製であった為問題なかったが、万が一、金属製などの工具で、且つ、下に作業者等がいたらと考えるとヒヤリとした。
	発生日	2018年(平成30年)10月15日(月)
	発生時間	10:30
	勤続年数	3年5ヶ月
	原因	次の作業の事が頭にあり、慌てていた。 大丈夫だろう(危険はないだろう)と思い深く考えていなかった。
	対策	・作業前確認(KY・上下作業等)の再周知。 ・作業中は「作業中看板」を設置する。 ・グレーチング上へウエスなどを敷き落下防止策を講じる。 ・常日頃より周囲の状況把握・手元確認・緊張感を持ち作業を行うよう習慣化する。

10	現象	ローリー運転手が、予約の選択ミス(勘定先・届先等)に気付かないまま空車秤量済みの「出荷指図書(受付時プリントアウト)」を持って充填口へ入構した。出荷担当者が、出荷指図書と「充填チェックリスト(運転手持参)」の内容を照合したところ、内容に相違があり、予約を間違えて選択したことに運転手も気付いた。 ※その後、正しい予約オーダーに変更し積込実施。
	発生日	2018年(平成30年)12月17日(月)
	発生時間	9:50
	勤続年数	不明
	原因	ローリー運転手の予約選択時の確認不足、思い込み。
9	対策	・充填員による出荷指図書と充填チェックリストの内容確認の徹底 ・積場での口頭による運転手とのオーダー相互確認 ・運転手(運送会社)への受付、予約選択時の注意喚起
	現象	外航船用ローディングアームの工事が完了した為、工事用足場上から電動ウィンチで工具が入った工具箱を荷降ろししていたところ、工具箱の取手が外れ工具箱が落下した。落下した衝撃で工具箱の蓋が開き中の工具が飛散し、その中の工具一つが約3m離れた場所で作業していた作業員の後頭部(ヘルメットの上から)に当たった。
	発生日	2018年(平成30年)8月24日(金)
	発生時間	14:30
	勤続年数	当事者:3名 勤続年数10~20年
	原因	① 工具箱を固縛せずに取手にワイヤーをかけて荷降ろしを行った。 ② 作業区画を設けずに作業した。 ③ 工具箱を工具袋に入れず、そのまま荷降ろしを行った。 ④ 介錯ロープは使用していたが、目を離した際に工具箱が風で振られ仮設足場に接触した。
	対策	作業従事者に対して、当該事案の説明及び保安全管理に関する再教育を実施した。 講じた対策は、次の通り。 ① 工具袋の有効な活用 ② 工具箱等、蓋が開き易い物品に対する個縛の徹底 ③ 電動ウィンチの設置位置の変更(足場中央へ移動) ④ カラーコーンによる作業区画の明示及び関係者への周知 ⑤ 吊り荷への介錯ロープの適切な運用 ⑥ 緊急連絡体制の再構築及び関係者への周知 ⑦ 吊り下げ作業時の監視の徹底

8	現象	ブタン球形タンク上方からガス漏洩音がしたため、タンクトップに上り確認したところブタン出荷液戻り配管の遮断弁用減圧弁の圧力計から計装空気が漏洩していた。
	発生日	2017年(平成29年)11月16日(木)
	発生時間	11:00
	勤続年数	5年
	原因	減圧弁の圧力計が腐食・劣化により破損し、破損部から計装空気が漏洩した。
7	対策	・圧力計を予備品と交換した。 ・計画的な交換及び著しい腐食を発見した場合に交換を実施する。
	現象	＜BOG処理設備の付属配管外面腐食によるピンホールの発生＞ ブタンBOG処理設備の圧縮機が停止した状態において、13:30分頃に設備保全担当者がコンデンサ設備周辺を通ったとき、異臭を感知したため、コンデンサ設備周辺の点検した結果、ブタンレシーバ加圧ラインからの少量のLPガス漏洩を発見した。
	発生日	2017年(平成29年)9月16日(土)
	発生時間	13:30
	勤続年数	13年
	原因	配管腐食の原因は、運転中に結露した水分、或いは断熱材の隙間から浸入した雨水により生じた水溶性腐食と判明した。漏洩が発生した配管のエルボ部は、最下部にあたり、水分が絶えず滞留する環境にあったことから、錆こぶが生成され、その錆こぶと母材界面との間に水が溶け込んだ溶存酸素による酸素濃淡電池が形成されて局部腐食が進行し、貫通孔が生じたものと推測される。特に、塗装を施す炭素鋼の場合には局部的な塗膜破壊部がアノードとなり、その周囲が広いカソードとなって塗膜破壊部にアノード電流を生成して、局部腐食速度が速くなったものと考えられる。今回の腐食は、炭素鋼の保温配管の外面に発生する保温材下腐食(CUI)と断定した。
	対策	① 保安係員が不具合配管系内の残ガス処理を行い、ガス漏洩を停止させた。 また、安全を確保するため、系内のガス置換を行なうと共に、仕切り板を挿入して縁切りした。 ② 腐食配管の取替えを実施した。 ③ 類似箇所の総点検を実施した。 ④ 配管の断熱材を撤去した。 ⑤ 配管腐食箇所の防災塗装および防食テープを施工した。 ⑥ 配管全般における検査の方法及び点検周期の再検討を行なった。

	現象	配管ラック上部筋交腐食の写真を撮ろうとカメラ画面に注視しすぎ、周囲の配管架台プレスに膝をぶつけた。
	発生日	2017年(平成29年)3月30日(金)
	発生時間	14:00
	勤続年数	7年
	原因	カメラ画面に注視しすぎたため、周りの障害物に気が付かなかった。
6	対策	・意識が集中すると、周囲の意識が希薄になることの危険予知行動教育を行った。 ・当該障害物入口3箇所に「足元注意ヨシ(配管・プレス・凹凸有り)」看板を意識付けのため設置し、注意喚起を見える化した。 ・配管プレスハザードマップを作成し、所員全員へ周知し、作業場や通路以外の場所への立入作業をする際は、周囲の状況を指差呼称にて確認後に実施するよう安全教育を実施した。
	現象	ガス用ローディングアーム先端の脱圧を行っていたところ、ブロー弁から液が出てきた。
	発生日	2015年
	発生時間	
	勤続年数	
	原因	先端弁のシート漏れ。
5	対策	荷役時の脱圧注意、先端弁のシート部整備。

4	現象	LPGローリー車が充填終了後出庫する際、構内で走行不良となり立ち往生となった。
	発生日	2015年
	発生時間	
	勤続年数	
	原因	LPGローリー車の燃料系統の故障。
3	対策	車両の定期点検を念入りに行うように全出入り運送会社へ要請した。
	現象	点検でエアーコンプレッサー室内にいたとき、ドレン排出配管に躓いた。
	発生日	2015年
	発生時間	
	勤続年数	
	原因	基礎のコンクリートと配管が同系色であった為、配管に気付くのが遅れ躓いた。
	対策	転倒防止対策(ドレン排出配管にトラテープ貼付)を行なった。
	現象	
	発生日	
	発生時間	

2	現象	プロパンLPG圧縮機の停止操作において、二段側ロッド用の内部油導管継手ろう付け部に亀裂が生じ、内部油が漏えいした。
	発生日	2015年
	発生時間	
	勤続年数	
	原因	経年劣化により、内部油導管の継手ろう付け部に亀裂が生じた。
	対策	工事担当者と現場確認を行い直ちに点検業者へ対応を依頼し、翌日復旧。
1	現象	LPGローリー充填終了後のベーパーアーム取り外し時、ベーパーアームを取り外し収納場所に戻す際に、アームスイベルジョイント部に左手小指を挟んだ。
	発生日	2015年
	発生時間	
	勤続年数	
	原因	左手を無意識状態(慣れ)でスイベルジョイント部に置き、作業をしてしまった。
	対策	ローリー作業での注意喚起を指差呼称実技訓練に併せて実施した。 スイベル部に手を置いて操作できないよう設備改造を行った。