

最近の主な事故・トラブル等について

平成24年度に当社のPCB廃棄物処理施設において発生した事故・トラブル、労働災害等のうち主なものは次のとおりである。事故・トラブル等が発生した場合は、各事業を所管する自治体に速やかに報告し、指導を受けつつ、それぞれについて原因の究明を行うとともに、作業、設備、管理等の観点から再発防止対策を講じている。また、他事業所に情報提供を行うことにより、類似トラブルの発生の防止に努めている。

○排出管理目標値超過等に関連するもの

事業所	件名	発生日	操業状況
豊田	管理目標値を超えるおそれのあるベンゼンの排出	平成24年9月12日 (9月13日判明)	操業中 (活性炭交換作業後の運転再開時)
東京	排水中DXNs分析結果の自主管理目標値超過	平成24年8月8日 (9月20日判明)	操業中 (定期モニタリング)

○運転・設備に関連するもの(施設内漏洩を含む)

事業所	件名	発生日	操業状況
北九州	第2期施設溶剤蒸留室内での洗浄液の漏洩	平成24年9月22日	操業中 (通常操業中)
豊田	タンクローリーからのSD受入時に圧抜き管からSDが漏洩	平成24年7月11日	操業中 (薬剤受入作業時)
東京	コンデンサ破碎排気オンラインモニタリングPCB濃度高高	平成24年4月19日	操業中 (通常操業中)

○労働災害

事業所	件名	発生日	操業状況
東京	空加熱カゴが台車から落下し右足首負傷	平成24年7月24日	操業中 (通常操業中)

I 排出管理目標値超過等に関連するもの

1. 管理目標値を超えるおそれのあるベンゼンの排出

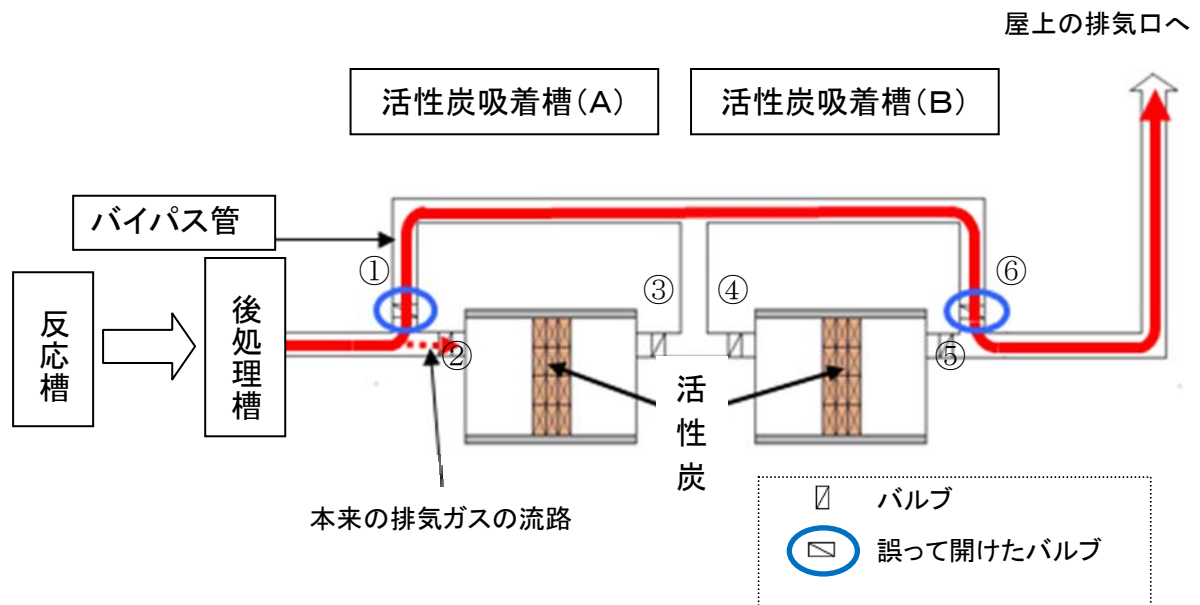
(豊田事業所、平成 24 年 9 月 12 日発生、同 13 日午前 0 時 50 分発見)

(1)概要

平成 24 年 9 月 13 日午前 0 時 50 分頃、巡回点検中の作業者が屋上の 3-2 系の排気ラインのシールホット付近で芳香臭がするのに気がついた。濃度測定を行うため 6 階の 3-2 系用具入れに検知管を取りに行った際、3-2 系活性炭吸着槽のバイパス管のバルブが開いていることを発見。直ちにバルブを閉めた。

3-2 系活性炭吸着槽入口で測定したところベンゼン濃度が 20ppm(約 70mg/m³)であったことから、排気ガスは豊田市との協定に基づくベンゼンの管理目標値(50mg/m³)を超過していたおそれがある。

なお、屋上排出口では(バルブを閉めた後であったため)不検出であり、また、敷地境界における環境測定の結果は異常なしであった。



(2)原因

① 直接原因

- ・ 活性炭の入れ替え作業が終わって、運転再開のためバルブ②、③、④及び⑤を開ける際に、本来開ける必要のないバルブ①及び⑥についても誤って開けてしまったため、反応槽の後処理槽から出たベンゼンを含む排気ガスの大部分が活性炭吸着槽を経由せず、バイパス管を通して屋上の排気口から大気に放出された。
- ・ 操作するバルブ(②、③、④及び⑤)と操作してはならないバルブ(①及び⑥)がすぐ近くにあり、いずれも同じ形状・色のバルブであったほか、開けてはいけないバルブが簡単に開閉できる状態であった。

② バルブ操作を誤った主な原因

- ・ 「さわるな札」を取り外す行為と弁操作を行う行為がセットで行われるケースがほとんどであったため、「さわるな札」を外す際に、一連の作業の流れの中でバルブを開けてしまった。
- ・ 通常行っている設備のフロー図による事前確認をしなかった。

- ・ 通常チェックを行なう班長が作業を行ったため、ダブルチェックがなされなかった。
- ・ 通常行っている指差呼称をしなかった。
- ・ 「さわるな札」は通常は操作してはいけない設備に取り付けるものであるが、操作せず、取り付ける必要のない設備に付けたように、その取り扱いルールの認識が薄れていた。

(3) 対策

○活性炭交換工事時における運転再開のためのルール化

- ・ 各排気処理施設の活性炭交換作業後の運転再開に際しては、当社がチェックシートにより再チェックを実施した後、運転会社に運転再開を指示をするルールとした。

○バイパス弁の誤操作防止対策

- ・ バイパス管を有する全ての排気処理設備に誤操作防止のため、バイパス弁を容易に操作できないよう、ハンドルを取り外すなどの緊急対策を実施した。
- ・ 液処理排気を対象とした活性炭吸着槽の排気管には、注意喚起のため、外部へ排出されることを示す表示を行った。

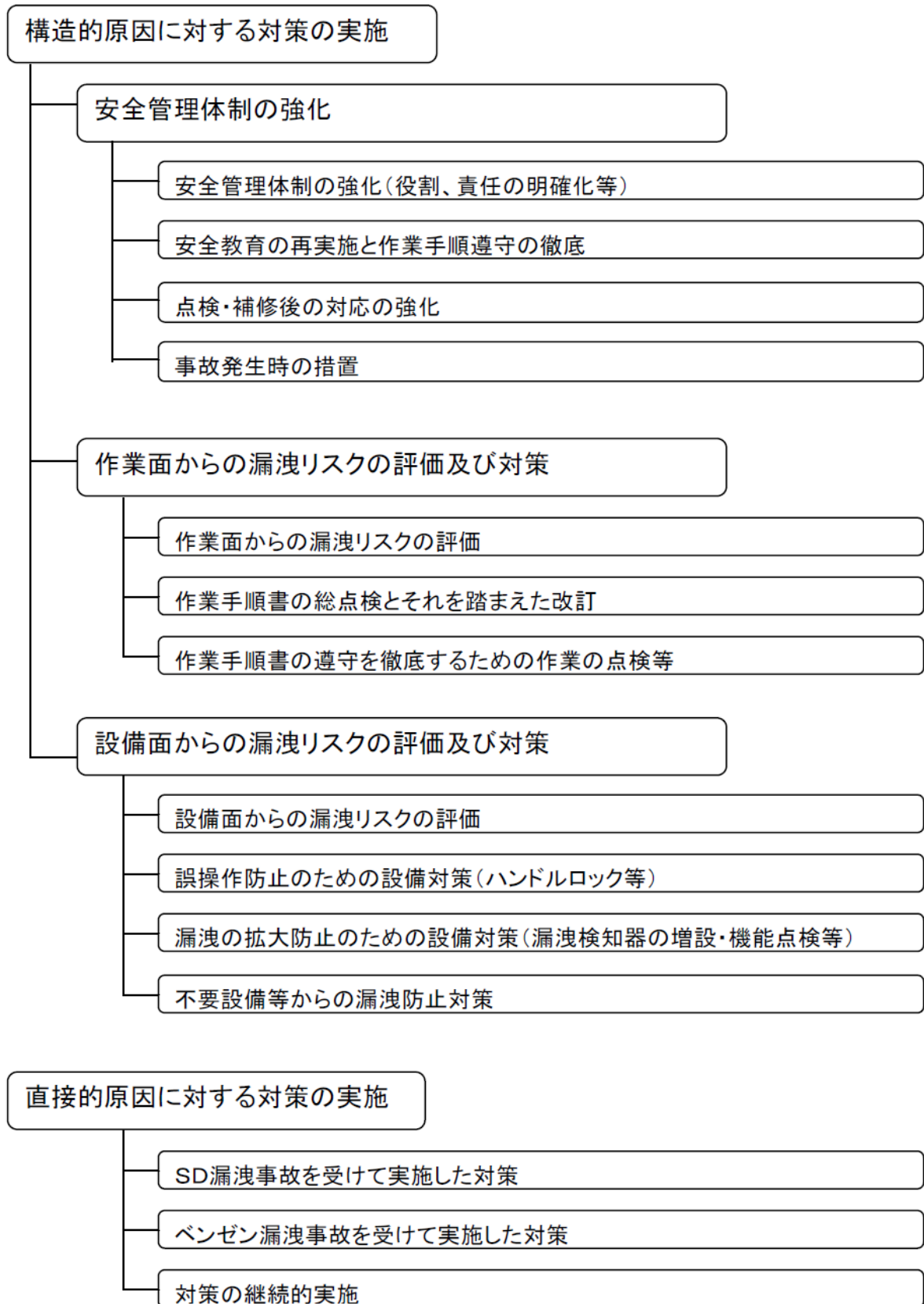
○ベンゼン濃度測定

- ・ 平成19年に発生させたベンゼン濃度排出管理目標値超過の事故以降、実施することとした週1回のベンゼン濃度測定に加えて、液処理排気を対象とした活性炭吸着槽の活性炭交換後の最初の液処理時に、排気中のベンゼン濃度測定を行うことを作業手順書に明記した。事故以降の活性炭交換時には、毎回測定を実施している。

(4) 改善計画書の提出

- 豊田事業所では、度重なる施設内漏洩事故が発生したことから、その対策として平成22年度に「豊田事業所再生計画」のとりまとめを行い、同様の漏洩事故を二度と起こさないという決意のもと、対策を継続的に行なってきたにも拘わらず、平成23年12月の施設内でのPCB漏洩事故、昨年7月にSD(金属ナトリウム分散体)剤の漏洩事故(後述)、9月には本件事故を発生させたところ。
- 同様の事故を二度と起こさないために、これらの事故の直接的原因に対する改善策とともに、その背景となる構造的な原因に対する改善策として安全管理体制の強化並びに作業面、設備面の両面から漏洩リスクを評価した上での対策実施に取り組むため、「改善計画書」を策定して本年3月13日に豊田市及び環境省に提出した。(「改善計画書」の概要は次図参照)
- 今後も、当社に安全管理を行う全責任があること、及び本社・事業所・運転会社が一体となってこの責任を遂行していくべきものであることを強く意識し、取り組みを実施していくこととしている。

豊田事業に係る改善計画書(平成 25 年 3 月 13 日提出)の概要



2. 排水中 DXNs 分析結果の自主管理目標値超過

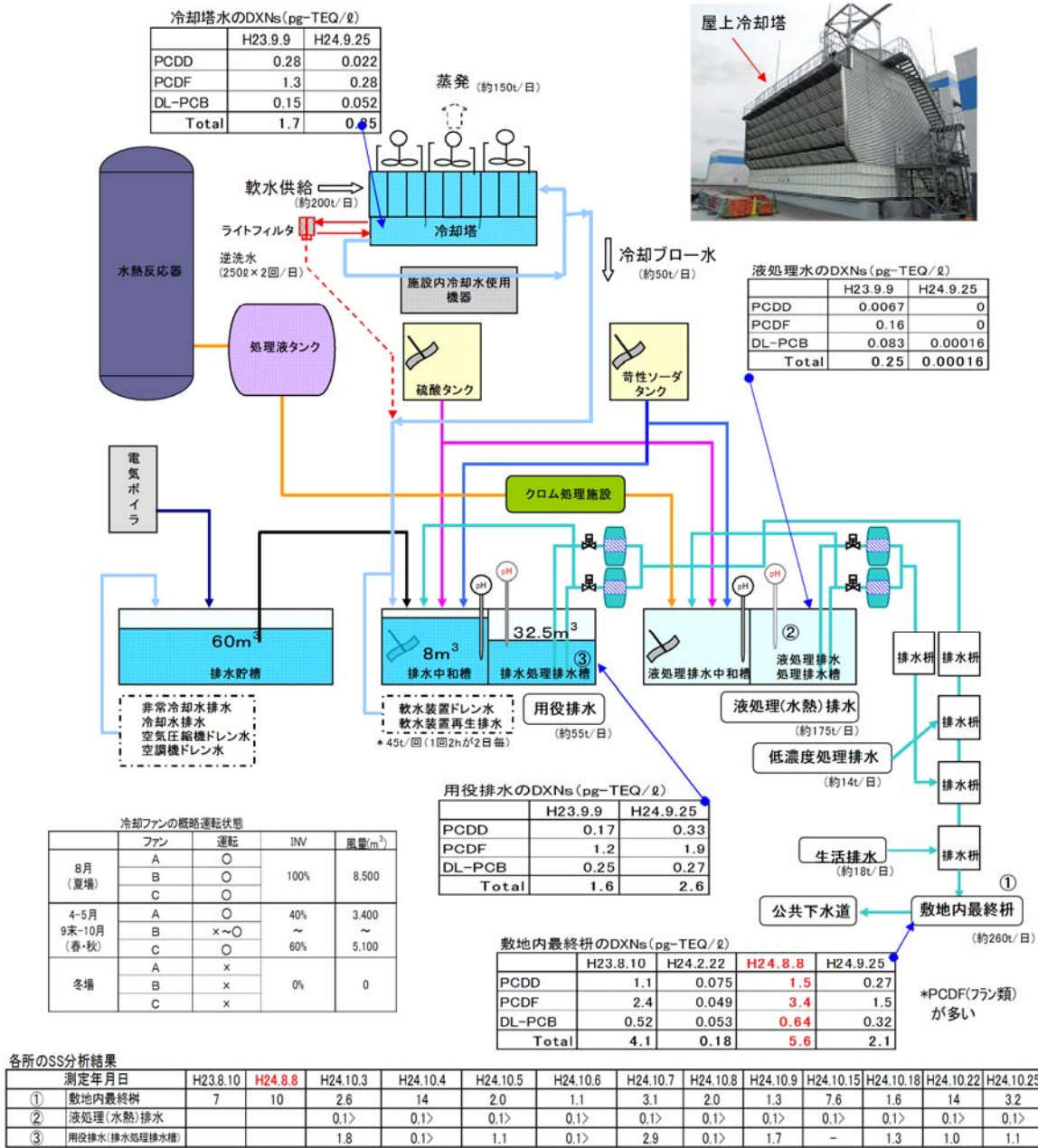
(東京事業所、平成 24 年 8 月 8 日発生、同 9 月 20 日分析結果判明)

(1) 概要

平成24年8月8日(水)に敷地内最終放流柵で採水した排水中ダイオキシン類(以下、DXNs)分析結果が自主管理目標値 5pg-TEQ/ℓ(法規制 10pg-TEQ/ℓ)を超える 5.6pg-TEQ/ℓだったことが、9月20日の分析結果報告で判明した。

速やかに再サンプリングを実施するとともに、応急対策として、発生経路と思われる用役排水の排水ろ過器(活性炭)を通常片側運転から両側運転に切替え、用役排水の出口(排水柵)に仮設活性炭(カゴ)を追加し、各排水に関しDXNs 濃度と関連性がある浮遊物質(SS)を分析、監視するとともに、冷却塔付属のライトフィルターを停止し、用役排水の排水ろ過器の活性炭は全量交換を行った。(次図参照)

再サンプリングの結果は、2.1pg-TEQ/ℓで自主管理目標値以内だった。



排水系統及びダイオキシン類の測定結果

(2)原因

発生原因は、各所分析結果より冷却塔系統の用役排水であることが判明、各異性体を確認したところ、フラン類(PCDF)の値が高いことから、大気中の微量のDXNsが屋上に設置されている大型の開方式冷却塔周辺より冷却水に混入し、冷却ブロー水やライトフィルター逆洗水と一緒に用役排水に排出されたものと推察している。また、用役排水は、排水ろ過器(活性炭)を通り最終放流枘に至るが、この活性炭の機能も低下していたと考えられる。

冷却水への混入原因は、夏期の冷却塔上部冷却ファンは100%運転しており、周辺大気に含まれる微量のDXNsが冷却ファンを介し冷却水に補足されたと思われる。

尚、昨年の同時期に同じ風向きで自主管理値以内ながら比較的高いDXNsが検出されていることから、気象条件との関連性もあると思われる。

(3)対策

今回実施した対策及び今後の管理方針を次表に示す。

排水中 DXNs 対策

今回実施した対策	用役排水ろ過器	用役排水ろ過器の活性炭を全量交換した。次の定期点検時(5月頃)は、ろ過器内部の点検と活性炭の分析を行い、必要に応じて交換を行う。
	ライトフィルター	ライトフィルターの運転を停止した。(夏場発生する藻対策用であり冬場は運転不要) 尚、夏場に発生する藻の対策としては、ライトフィルターではなく、事前の薬剤の注入方式を採用する。
	排水管理	SS分析による監視強化を行った。
今後の管理方針(夏期の冷却塔対策として、冷却水管理・排水管理に係わる設備面及び管理面の強化を図る。)	冷却水管理強化(冷却塔)	毎年の定期点検(5月頃)で、冷却塔内の清掃を行い、SS除去を徹底し、夏場の冷却塔のフル運転に備える。
		冷却塔ファンが100%運転となる夏期(7~9月)は冷却水ブロー量を増やし、冷却水中のSSを下げる。(電気伝導度の管理値を下げ、低濃縮倍率で運転する。)
		現在は週一回行っている最終放流槽の社内水質分析(SS含む)について、夏期(7~9月)は、用役排水槽と冷却塔水のSS分析も行き、DXNs と相関するSS分で監視を強化する。
	排水の管理強化(用役排水槽)	毎年の定期点検時に用役排水槽(中和槽及び排水処理排水槽)の清掃を計画し、実施する。
		夏期の排水サンプリングについて、最終放流槽以外に用役排水槽、液処理排水槽を追加し、監視を強化する。分析項目は従来同様(SS含む)とし、DXNs との相関を確認する。

なお、分析結果報告が通常より遅れたことに関し、分析会社におけるモニタリング計画の確認不足や勘違いがあったことから、以下の再発防止対策を行った。

- ① 報告書作成(環境計量士)後は、速やかに報告・確認が出来るフローに変更した。
- ② 今後は、分析会社と当社間でメール受信管理表を作成し、相互管理する。

Ⅱ 運転・設備に関するもの(施設内漏洩を含む)

1. 第2期施設溶剤蒸留室内での洗浄液の漏洩

(北九州事業所、平成 24 年 9 月 22 日発生)

(1)概要

平成 24 年 9 月 22 日(土)午前6時頃、運転会社作業員が日常点検中に、溶剤蒸留室1階床面に液溜りを発見した。直ちに、漏洩箇所を調査したところ、同室3階のスラッジコレクターB蓋部から洗浄液が漏洩し、オイルパンを溢れて2階及び1階へ漏出していることを確認した。

運転会社作業員は、速やかに、漏洩防止措置及び漏出物の回収・拭取りを実施した。

①漏洩物

- ・ 洗浄液(NS クリーン(NS220P) : 第4類第3石油類)
- ・ 漏洩量: 約 20 リットル(内約 1 リットルがオイルパンから溢出)
- ・ PCB濃度: 約 11%

②その他

- ・ 人的被害なし
- ・ 外部への漏洩物の流出なし
- ・ 換気排気の外部への影響はなし(オンラインモニタリングで確認)

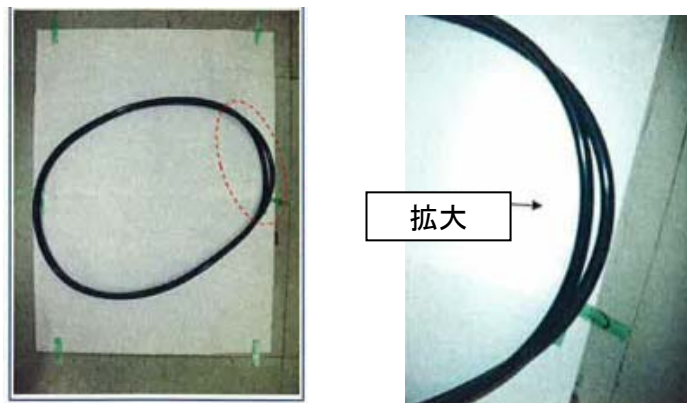
③その後の措置

- ・ スラッジコレクターB の使用中止(A に切り替え)
- ・ Oリングを新品に交換(他の同様設備も含む)

(2)原因

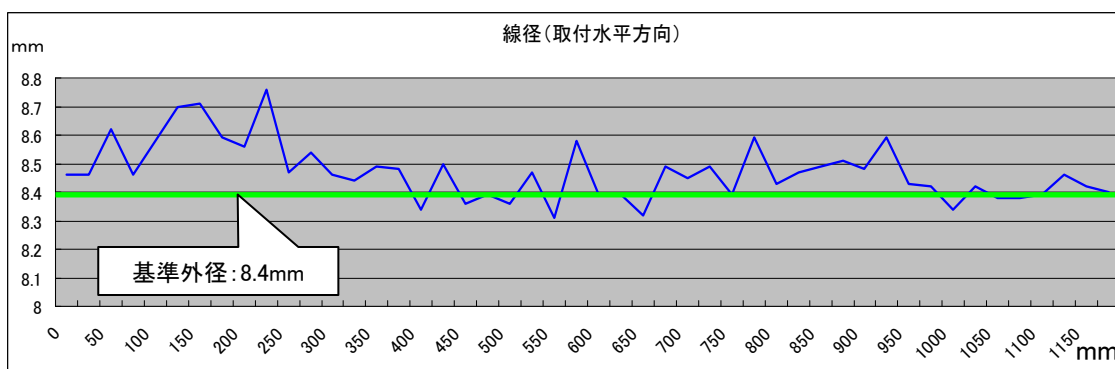
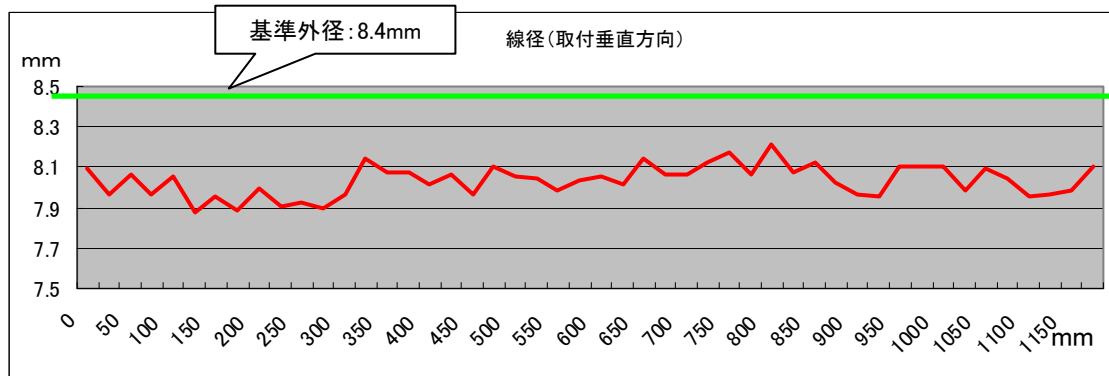
スラッジコレクターB蓋で漏洩時使用していたOリングを調査した結果、以下の理由から、3年間の使用によるOリングの塑性変形によるシール不備が原因であると推定した。

- ① Oリングに深い傷又はむくれ傷等の痕跡が確認できなかったことから、作業員による蓋固定時の作業ミスはないものと判断した。
- ② 下の写真のとおりOリングの全長比較では新品に比べ約 10mm 長くなっていることが確認された。



Oリング全長比較

次図のグラフは、Oリング上に起点を設定し、周上に一定ピッチで寸法を測定したものの。全体的にOリングの変形が認められ、図中の50～250mmの範囲で垂直方向が特に小さく、その分水平方向が大きくなっており、特につぶれが激しい部分が存在している。この範囲が、周りに比べ蓋と容器溝との間でOリングのあたり方が弱くなっていたため、液面が上昇した洗浄液が漏出したものと推定される。



Oリング外径比較

本スラッジコレクターでは、バイトン製Oリングを使用しており、選定上の問題はなかったと考えているが、開閉頻度が高いところで、3年間交換しなかったことが漏洩原因となったと考えられる。

(3) 対策

【漏洩箇所スラッジコレクター一部の対策】

①スラッジコレクターの更新

新設備は、漏洩防止対策として旧設備から以下の点を改善した。

- (a) 蓋の固定は工具を使って確実にを行うため、レバー式からボルト締め式とした。
- (b) 液面検知計を取り付け、液面監視を強化した。
- (c) リークチェック用窒素ガス封入装置を取り付けた。

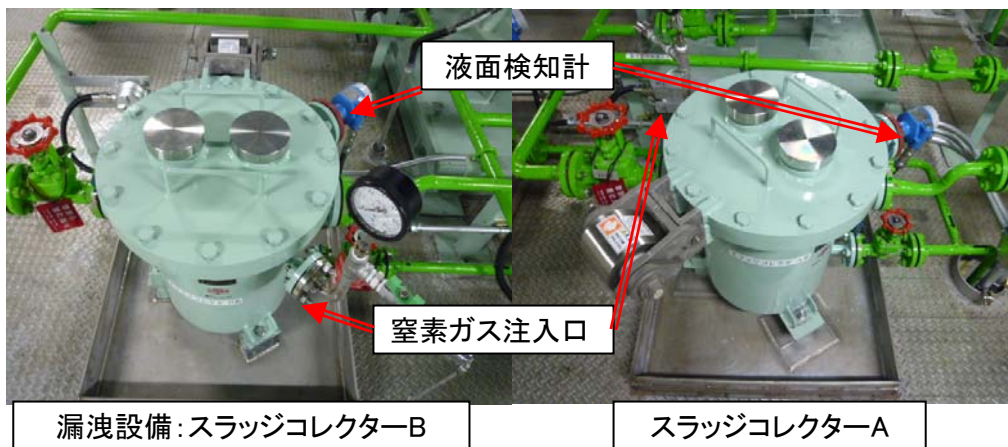
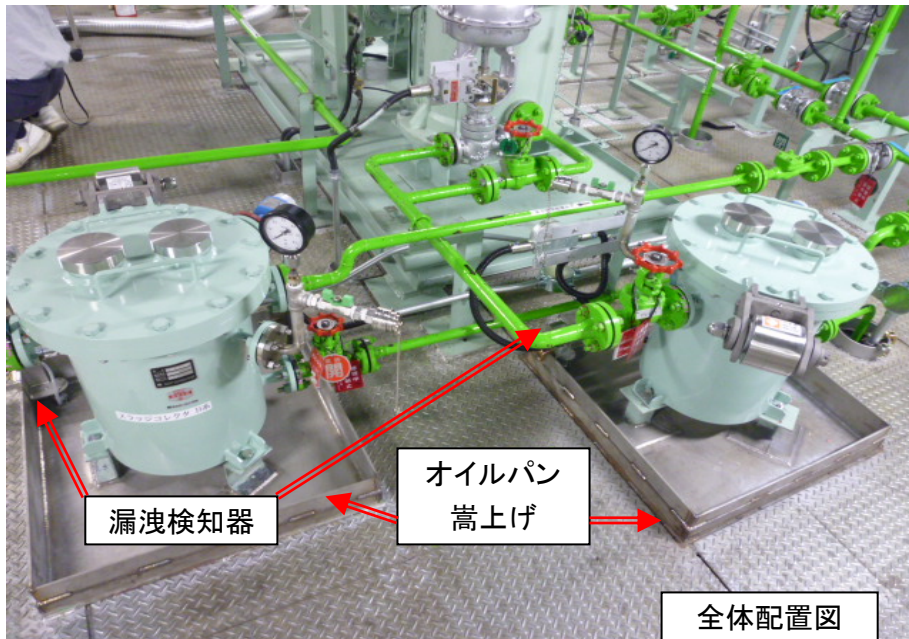
②漏洩対策

(a) オイルパンの改造

スラッジコレクターA及びBのオイルパンの高さを50mmから100mmに嵩上げし、溜め容量をこれまでの2倍にした。

(b) 漏洩検知器の設置

スラッジコレクターA及びBのオイルパンにそれぞれ漏洩検知器を設置した。



③管理強化策

(a) Oリング交換基準の設定

Oリング交換管理基準を定め、平成24年11月22日より運用を開始した。

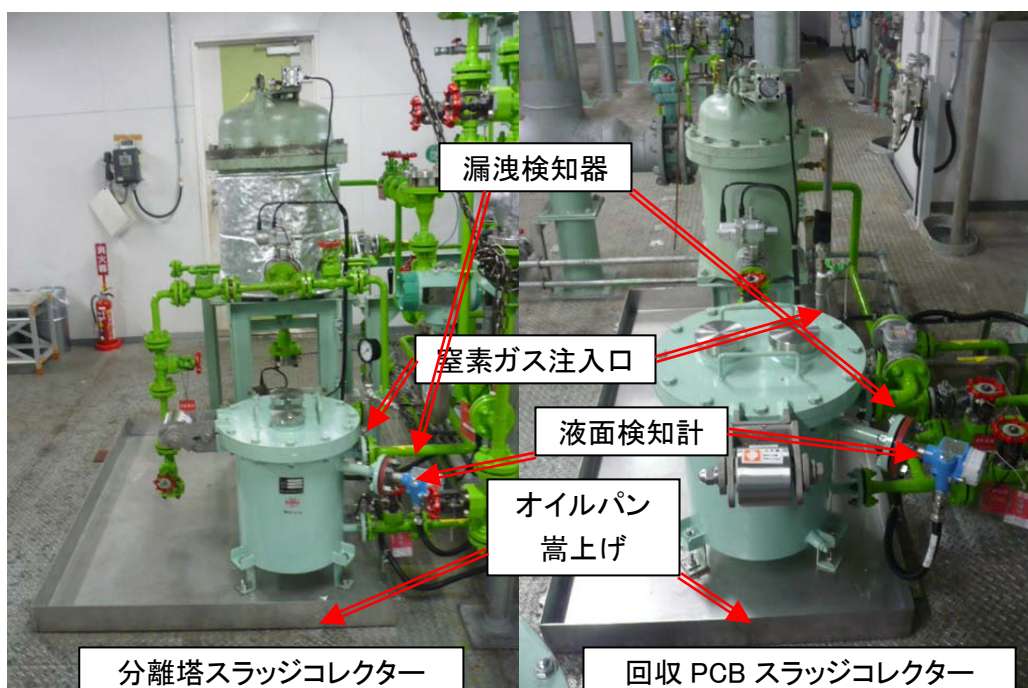
(b) 新設スラッジコレクター管理手順書の作成

液面検知、リークチェック等を盛り込んだ新たな手順書を作成した。

【他類似箇所への展開(水平展開)】

①同種スラッジコレクター更新及びオイルパン改造(1期溶剤蒸留室)

今回、漏洩箇所と同種の1期溶剤蒸留室のスラッジコレクターを更新し、オイルパン容量の倍増、漏洩検知器の設置も行った。



②管理強化策

(a) Oリング交換管理基準

類似箇所についても、Oリング交換管理基準に基づき平成24年11月22日より運用を開始した。

(b) 開放点検時のリークチェック

類似箇所においてリークチェックができなかったものについても、窒素配管を整備し、開放点検時のリークチェックを実施することとした。

2. タンクローリーからのSD受入時に圧抜き管からSDが漏洩

(豊田事業所、平成24年7月11日発生)

(1) 概要

平成24年7月11日9時30分頃、SD(金属ナトリウム分散体)剤搬入用のタンクローリーが到着した後、受入配管を接続し(接続作業は、作業指揮者、作業者の2名で実施。当日は他に研修者1名が見学)、10時10分にタンクローリーから「SD受入槽」へのSD剤の送液を開始した。

11時28分に、作業途中の休憩を終えた作業者が「SD受入室」に戻った際、床にSD剤が漏洩していることを発見した。直ちに送液を中止し、漏洩したSD剤の回収作業を行った。

回収量は約230Lで、全てSD受入室内の防油堤内に留まっており、外部には流出していないことから、周辺環境への影響はなかったと考えられる。

ドレンポット及び圧抜き配管



SD剤が漏出した圧抜き配管

「SD受入室」内の床の様子



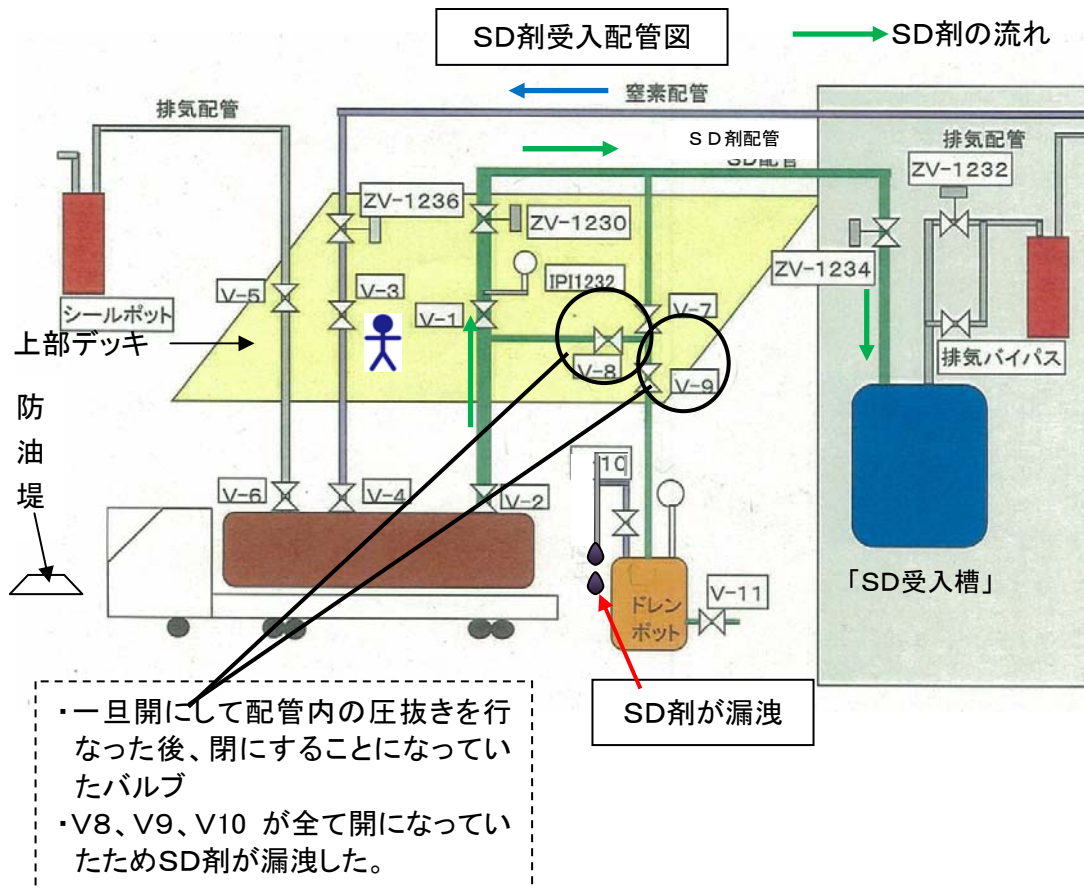
防油堤(漏洩したSD剤はこの内側(堤の向こう側)に留まっていた。)

(2)原因

① 漏洩発生の原因

SD剤の送液作業には約90の作業工程があり、そのうちの1工程であるV-8、V-9バルブの閉作業を忘れたことによる漏洩であり、原因は以下のとおり。

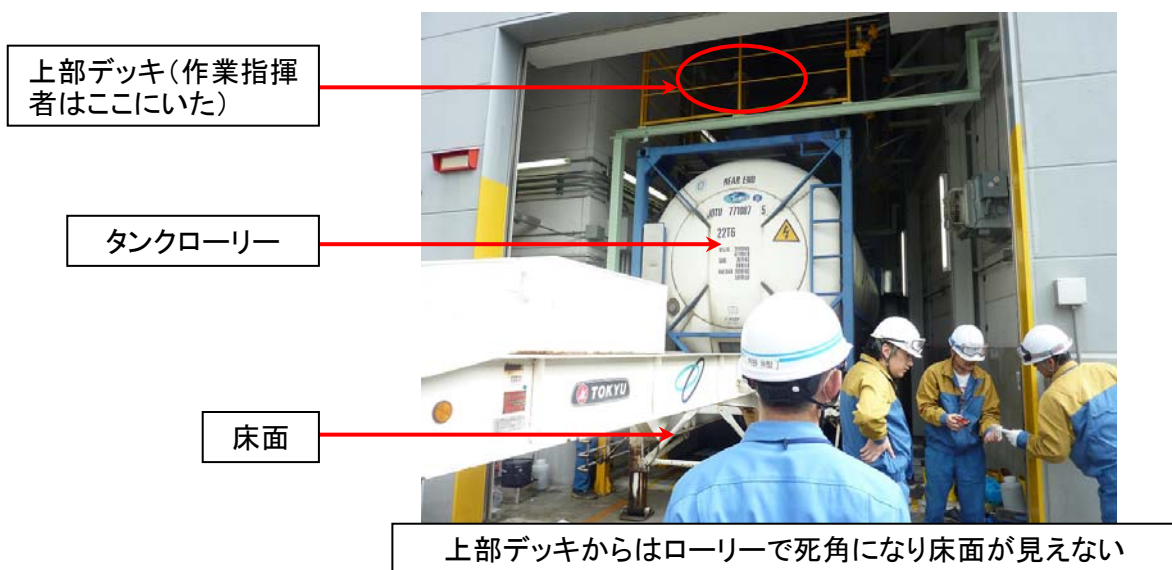
- ・ 作業指揮者が手順書を見ていなかったため、自らの作業であるバルブを閉め忘れた。
- ・ 作業指揮者、作業者の役割分担が手順書に記載されていなかった。
- ・ 作業者は、作業指揮者の指示にしたがってタンクローリー上のバルブの開閉とホース類の接続を行っていたが、手順書を研修者に渡したため、作業指揮者のバルブ閉め忘れに気がつかなかった。
- ・ バルブの開閉の状態の視認性が悪かった。



② 漏洩の発見が遅れた原因

送液が開始された以降は、送液完了までの約 2 時間はバルブ操作等の作業はないことから、送液中は作業指揮者と作業者が交代で監視を行っていた。

監視中は上部デッキで送液の監視を行っており、タンクローリーで死角になっていたため、床面の漏洩に気がつかなかった。



(3)対策

- SD剤受入れ作業に係るチェック体制の強化
 - ・ 毎回当社職員が立会い、運転会社作業員2名で実施する作業について、作業手順書どおりに作業が実施されるかどうかを確認し、チェックしながらSD剤の受入れを実施することとした。
 - ・ 受入作業後に、運転会社が「SD受入実績記録」を作成することとした。
- SD剤受入の作業手順書の改訂
 - ・ 作業員2名の役割分担を明確にし、「作業指揮者」を「作業責任者」に名称変更した。
 - ・ SD剤受入前に管内の空気を追い出す圧力抜き弁(V-10)を閉じる手順を追加した。
 - ・ 手順を1工程毎にチェックし、更にステップ毎のバルブ状態のダブルチェックを行うことを追加した。
 - ・ SD剤受入作業中は、ドレンポット周辺を監視することを明記した。
- 漏洩検知器の増設等
 - ・ 万一漏洩した場合でも早期発見するため、ドレンポットの圧抜き管の下に設置した大型トレイに漏洩検知器を取り付けた。
- 送液方向のバルブとドレンポット方向のバルブのハンドルの一体化
 - ・ 送液方向のバルブとドレンポット方向のバルブを操作するハンドルを一体化し、かつどちらかのバルブにハンドルを取り付けた場合には、閉にしなければ取り外せない構造とし、両方のバルブが同時に開いたままの状態にはならないようにした。

(4)改善計画書の提出(再掲)

- 豊田事業所では、度重なる施設内漏洩事故が発生したことから、その対策として平成22年度に「豊田事業所再生計画」のとりまとめを行い、同様の漏洩事故を二度と起こさないという決意のもと、対策を継続的に行なってきたにも拘わらず、平成23年12月の施設内でのPCB漏洩事故、昨年7月に本件事故、9月にはベンゼン漏洩事故(既述)が発生させたところ。
- 同様の事故を二度と起こさないために、これらの事故の直接的原因に対する改善策とともに、その背景となる構造的な原因に対する改善策として安全管理体制の強化並びに作業面、設備面の両面から漏洩リスクを評価した上での対策実施に取り組むため、「改善計画書」を策定して本年3月13日に豊田市及び環境省に提出した。
- 今後も、当社に安全管理を行う全責任があること、及び本社・事業所・運転会社が一体となってこの責任を遂行していくべきものであることを強く意識し、取り組みを実施していくこととしている。

3. コンデンサ破砕排気オンラインモニタリング PCB 濃度高高

(東京事業所、平成24年4月19日発生)

(1)概要

平成24年4月19日(木)2時59分、コンデンサ破砕局所排気系統オンラインモニタリング(以下 OLM)が PCB 濃度高高警報(0.048 mg/Nm³)を検知した。

排気中の PCB 濃度については、活性炭槽の中間部で OLM 測定・監視しており、排気出口

の環境保全協定値である $0.01\text{mg}/\text{Nm}^3$ 以上が検出された場合にPCB濃度高警報が発報し、インターロックが作動、同系統の機械設備及び排気ファンが停止となる。

警報直後に排気口を塞ぎ、排気のオフラインサンプリングを実施したが、測定値は $0.0005\text{mg}/\text{Nm}^3$ 未満であり、外部環境への影響はなかった。

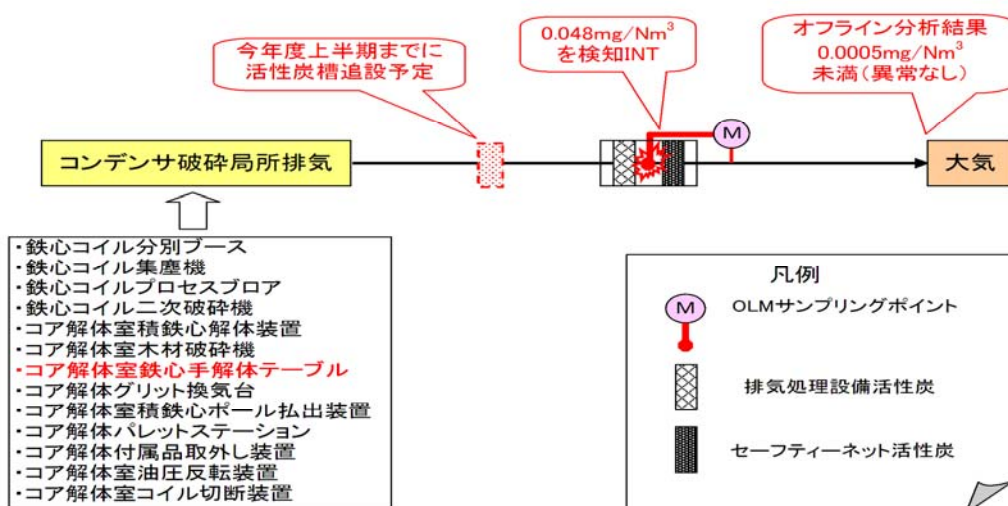
(2)原因

活性炭槽は4月7日に全量を新炭に交換しており、健全な状態で管理していた。

当日は、3階のコア解体室鉄心手解体テーブルでトランス部品を解体作業しており、この時間帯にはサンダーを使用して鉄板に付着した紙の除去を行っていた。サンダー作業により高濃度PCBを含む排気ガスが瞬間的に発生し、高高警報に至ったものと推定している。これまで、このような非定常のサンダー作業は少なく、難しい作業の場合は各作業長に報告し、作業方法を含め指示に従うこととしていたが、今回は十分に協議されてなかった。

(3)対策

- サンダーは使用禁止とし、工具を現場から撤収、現場表示した。
- 紙等付着物の除去が困難な場合は速やかに上長へ報告し、JESCOと作業方法を協議・決定することとし、周知した。
- 当該排気系統を増強すべく、活性炭槽の増設を実施した。



コンデンサ破砕局所排気系統図

Ⅲ 労働災害

1. 空加熱カゴが台車から落下し右足首負傷

(東京事業所、平成 24 年 7 月 24 日発生)

(1) 概要

1階加熱炉室前(洗浄室側通路)で作業員A(被災者60代)がハンドウォーカー(以下ウォーカー)で絶縁紙用加熱カゴの取出しと仮置き作業を行っていた。別の作業員Bはハンドリフター(以下台車)を使用し、スラリー製造設備へ供給するためにミル室へ運び、空の加熱カゴで戻り、ウォーカーで降ろすため待機した。被災者がウォーカーを操作し、台車の傍を通過したとき、空の加熱カゴが台車上のローラーをすべり落ち、被災者の右足首に触れ打撲した。(空の加熱カゴは重量約105kg、サイズ650×650×900mm、落下時の高さは約430mmだった。)

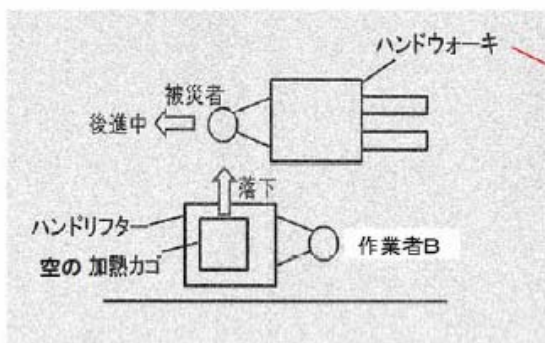
午後から加熱終了カゴ取出しとミル室への運搬が重なり、作業効率を考え二人で分担することにしたが、ウォーカーが1台のため、運搬は台車とした。

直ちに病院へ搬送、結果は「右足アキレス部圧挫創」との診断で帰社し、業務に従事した。帰宅後、被災者が自宅近傍の病院で再診察、MRI検査の結果、骨にひびが見られるとの診断で、ギブスを装着しての治療となった。

(2) 原因と対策

原因と対策を下表に示す。

	原因	対策
管理面	<ul style="list-style-type: none"> ①作業効率化を考え、通常使用しない台車を使用した。 ②作業方法を変更する場合の報連相が不足した。 ③作業手順で明確でない部分があり、作業方法が複数あった。 	<ul style="list-style-type: none"> ①作業手順、方法変更時の許可ルールを明確にし、周知徹底した。 ②手順、方法を明確化、SOPを改定した。 ③台車使用時の始業前点検を徹底した。 ④台車使用時の注意事項に関する再教育及び安全訓示等による再徹底
設備面	<ul style="list-style-type: none"> ①台車上ローラー部にわずかな傾斜があり、滑りやすい状態だった。 	<ul style="list-style-type: none"> ①当該台車は加熱班での使用を禁止した。 ②類似台車(2台)の点検と改善を実施した。
行動面	<ul style="list-style-type: none"> ①作業員Bが台車のストッパーを外すタイミングが早かった。 ②被災者が後ろ向きで周辺の確認が十分で無かった。 	<ul style="list-style-type: none"> ①ストッパー取外しタイミングの再徹底 ②ウォーカー操作時の周囲確認とすれ違い時の声掛け確認を周知徹底した。



被災時の概略図



1階加熱炉室前(被災場所)

被災状況の再現写真

ハンドリフター(台車)

労働災害の発生状況

各事業におけるトラブル事象について

(平成24年度に発生し、監視委員会等で報告されたもの)

○北九州事業所

発生年月日	件名	概要	種別	連絡公表区分
平成24年9月22日	第2期施設溶剤蒸留室内での洗淨液の漏洩	スラッジコレクタB蓋のパッキンが劣化によりシール不良となり洗淨液が漏洩(約20リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅲ未満
平成25年2月1日	第1期施設2次洗淨室内での洗淨液の漏洩	洗淨液系統に窒素を注入するホースが外れ洗淨液が逆流して漏洩(約10リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅲ未満

○豊田事業所

発生年月日	件名	概要	種別	連絡公表区分
平成24年7月11日	タンクローリーからのSD受入時に圧抜き管からSDが漏洩	弁操作を誤ったため、SD(金属ナトリウム分散体)の送液時に防液堤内で漏洩(約230リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅲ未満
平成24年9月12日 (9月13日判明)	管理目標値を超えるおそれのあるベンゼンの排出	排気中のベンゼンを吸着する活性炭槽のバイパス弁を誤って開放したため、管理目標値(50mg/Nm ³)を超える恐れのあるベンゼンを含む排気ガスを排出	排出管理目標 値超過等	Ⅱ

○東京事業所

発生年月日	件名	概要	種別	連絡公表区分
平成24年4月19日	コンデンサ破砕排気オンラインモニタリングPCB濃度高高	サンダーを使用して鉄板に付着した紙の除去作業中、高濃度PCBガスが発生	運転・設備 (オンラインモニタリング)	Ⅲ未満
平成24年4月22日	大型トランス解体時の絶縁油漏洩	絶縁油拔出時に内部の異物により抜油弁が詰まり、油が残留した状態で解体したため絶縁油が漏洩(約80リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅲ未満
平成24年7月24日	空加熱カゴが台車から落下し右足首負傷	空の鉄製加熱カゴ(重量105kg)が運搬用台車から落下し、足首を挫創	労働災害 (休業)	Ⅲ
平成24年8月8日 (9月20日判明)	排水中DXNs分析結果の自主管理目標値超過	敷地内の最終放流枡における排水サンプリング分析の結果、協定に基づくダイオキシン類の自主管理目標値5pg-TEQ/lを超える5.6pg-TEQ/lであったことが判明	排出管理目標 値超過等	Ⅲ
平成24年8月23日	コンデンサGB系排気オンラインモニタリングPCB濃度高高	コイル破砕時に高濃度PCBガスが発生、当該活性炭の破過時間が短縮	運転・設備 (オンラインモニタリング)	Ⅲ未満
平成24年10月30日	コンデンサ破砕排気オンラインモニタリングPCB濃度高高	木材破砕機から高濃度PCBガスが発生	運転・設備 (オンラインモニタリング)	Ⅲ未満
平成24年11月16日	コンデンサ破砕排気オンラインモニタリングPCB濃度高高	鉄心ブロックをセーバソーで切断時に高濃度PCBガスが発生	運転・設備 (オンラインモニタリング)	Ⅲ未満

○大阪事業所

発生年月日	件名	概要	種別	連絡公表区分
平成24年8月23日	定検作業中に熱中症発症	作業員が休憩後に作業に戻ったところ、腰から背中にかけて痙攣を発症 ※次回監視会議にて報告予定	労働災害 (不休業)	Ⅲ未満
平成24年9月25日	TCB/PCB蒸留塔ボトム循環及びライン閉塞	TCB/PCB蒸留工程の第1塔、第2塔の立上げ作業時に塔底循環ライン等の閉塞が発生 ※次回監視会議にて報告予定	運転・設備 (運転異常)	Ⅲ未満

○北海道事業所

発生年月日	件名	概要	種別	連絡公表区分
平成24年5月4日	コンデンサ手解体装置 集液ボックスからの洗浄液の漏洩	使用済み洗浄液を集液するボックスの出口側の不具合によりオーバーフローし室内漏洩(約35リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅳ
平成24年6月7日	計器用変成器(小型トランス類)の予備洗浄作業における洗浄液の漏洩	洗浄液の給液ホースを抜液ホースと誤認して外したため室内漏洩(約30リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅳ
平成24年9月4日	減容圧縮機油圧ユニットポンプ作動油のオイルパンへの漏洩	油圧ユニットポンプの部品の緩みにより、作動油が室内漏洩(約5リットル)	運転・設備 (施設内漏洩)	Ⅳ
平成25年3月14日	計器用変成器上蓋切断作業における解体作業員の右人差し指指尖部の損傷	中型切断機での切断作業中に切断物を支えていたところ、手を滑らせて帯鋸刃に巻き込まれ、指先(約1cm)を損傷	労働災害 (不休業)	Ⅲ

※北海道事業所の「区分Ⅲ・Ⅳ」は、「北海道PCB廃棄物処理事業に関する通報連絡及び公表基準」の区分による。

(参考)北海道増設工事に伴うトラブル

発生年月日	件名	概要	種別	連絡公表区分
平成24年9月6日	高所作業車からの落下	高所作業車から降りようとした際、ステップを踏み外し、高さ1.3mから落下し、後頭部を打ち硬膜下血腫を発症	労働災害 (休業)	Ⅰ
平成24年11月9日	内部単管足場からの落下	内部単管足場を使って降りようとした際、足を滑らせ、高さ1.6mから飛び降り、踵を骨折	労働災害 (休業)	Ⅰ

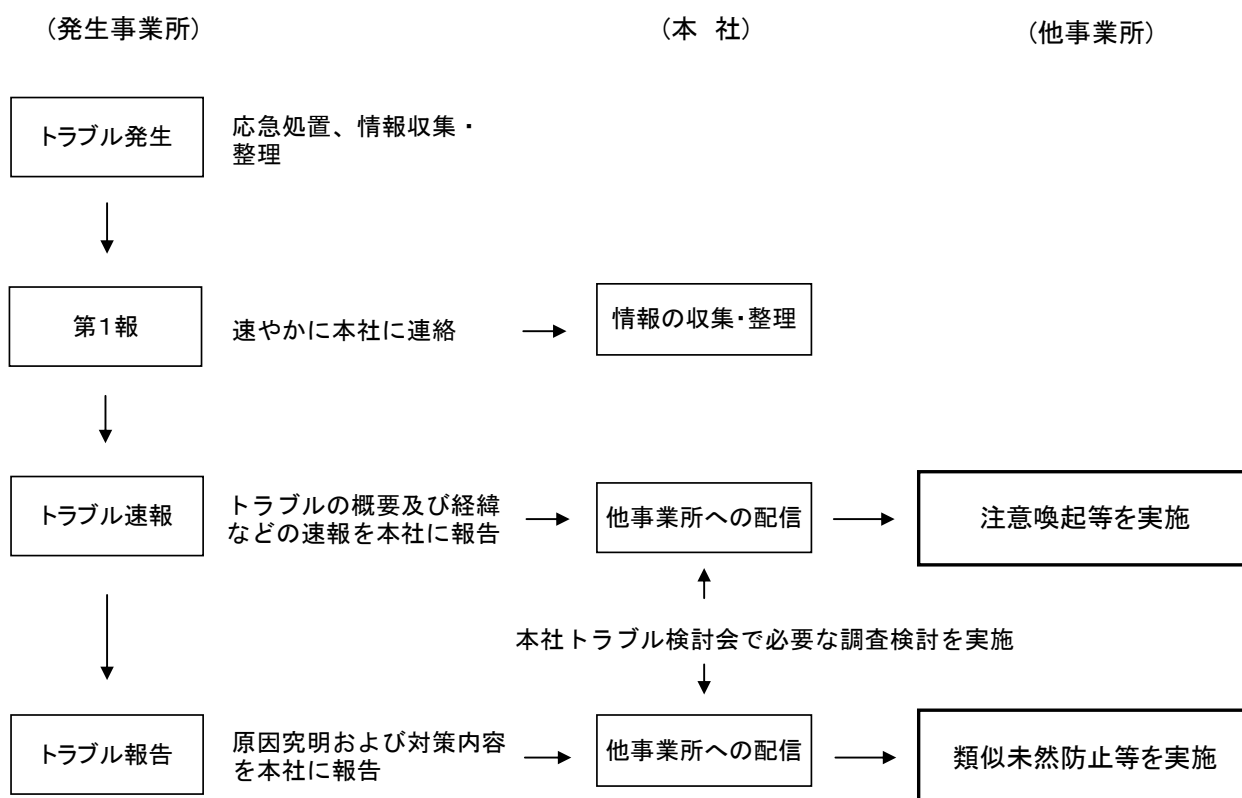
※北海道増設工事に伴うトラブルの連絡公表区分は、「増設工事及び試運転期間中に発生したトラブル等の通報連絡区分」による。

○トラブル発生に伴う各事業所への水平展開について

●水平展開の実施状況

事業所で発生したトラブル情報は本社に報告され、各事業所には本社より速やかに情報を配信し、類似トラブルの未然防止対策などの水平展開がされる。

●社内の水平展開フロー図



【「環境安全トラブル連絡・公表ガイドライン」の概要】

(平成22年6月22日改定)

区分	行政への通報 ・連絡の方法	公表方法	対象事象
I	直ちに通報	速やかにJESCOのHPにて公表(必要に応じプレス発表)	PCB等法令で定める有害物質の施設外流出・排出、火災・爆発、施設の損壊、人身事故・重大な労働災害等
II	夜間・休日を問わず速やかに通報	1ヶ月以内にJESCOのHPにて事象概要を公表	排出管理目標値超過又はそのおそれ等
III	平日休日を問わず昼間できるだけ早い時間に通報等	事業だより等で事象概要を公表	環境への特段の影響はないが、第三者に不安感を与える下記事象 ・PCB等有害物質の施設内漏洩(少量、セーフティネット内に留まったものを除く。) ・休業災害等

※ 区分Ⅲ未満の事象については、地元の所轄監督官庁の意向等も踏まえ、必要に応じ、各事業所が連絡・公表を行うこととする