

■昇降機事故連絡票(事業者用)

※No.	
※受信	年 月 日

取扱注意

事業者名	(名称) 〇〇工業(株) (業種) 製造事業者	担当部署	〇〇部〇〇課	担当者名	江麗 平太		
TEL	XXXX(XXX)XXXX	FAX	XXXX(XXX)XXXX	e-mailアドレス	XXX@XXX.co.jp		
○建築物の情報(必要に応じて計画概要書等を添付のこと)							
名称	〇〇ショッピングセンター	所在地	XXX 都・道・府(県)	XXX 区・市	町・村 XXX 〇-〇		
所有者	(株)〇〇	管理者	(株)〇〇	建築主	(株)〇〇		
設計者	〇〇建築設計	工事監理者	〇〇建築設計	施工者	〇〇建設(株)		
構造	S造一部RC造	階数	地上 4 階・地下 1 階	高さ(m)	18m		
延べ面積(m ²)	20,000m²	用途(建築物)	物品販売店舗	用途(事故部分)	物品販売店舗		
建築確認	当初 済証年月日	19XX 年 XX 月 XX 日	実施機関	XXX市			
(計画通知)	最終 済証年月日	19XX 年 XX 月 XX 日	実施機関	XXX市			
中間検査	合格証年月日	年 月 日	実施機関				
	指定工程						
完了検査	済証年月日	19XX 年 XX 月 XX 日	実施機関	XXX市			
○昇降機の情報(直近の定期報告書等を添付のこと)							
昇降機の区分	エレベーター/エスカレーター/小荷物専用昇降機/無届出(摘要:)						
運行管理者	(株)〇〇管理	製造者	〇〇工業(株)	機種・型式	XX-XXX		
型式適合認定	有/無	認定年月日	年 月 日	認定番号			
構造方法等の認定	有/無	認定年月日	年 月 日	認定番号			
建築確認	建築物と同時申請/別申請/無届出						
	当初 済証年月日	年 月 日	実施機関				
	最終 済証年月日	年 月 日	実施機関				
完了検査	済証年月日	年 月 日	実施機関				
昇降機定期検査・報告	前回	20XX 年 XX 月 XX 日	検査	20XX 年 XX 月 XX 日	報告受理		
判定結果(特記事項)	指摘無/指摘有(摘要:)				指定報告間隔	1年	
検査実施者氏名	管理 次郎		所属	(株)〇〇ビルサービス	認定番号	XXXXXXXX	
事故機の点検状況	前回	20XX 年 XX 月 XX 日	点検	保守業者	(株)〇〇ビルサービス	点検頻度・方法	月1回、JIS〇〇による
○事故の状況(構造詳細図等事故発生箇所の分かる図面を添付のこと)							
発生日	年月日	20XX 年 XX 月 XX 日	時刻	19 時 00 分ごろ	発生場所	1階から2階へ向かう上りエスカレーター	
人的被害	被害者 計	5 名	死者	0 名	重傷者	0 名	
	中等傷者	0 名	軽傷者	5 名			
被害者	年齢	性別	被害の程度	被害状況	備考		
A	68 才	男/女	死/重/中等/軽	転倒により足・手に擦過傷	全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療		
B	45 才	男/女	死/重/中等/軽	転倒により足に擦過傷	全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療		
C	30 才	男/女	死/重/中等/軽	転倒により足に擦過傷	全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療		
D	28 才	男/女	死/重/中等/軽	転倒により足・手に擦過傷	全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療		
E	8 才	男/女	死/重/中等/軽	転倒により足・手に擦過傷	全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療		
事故の状況等	事故の内容	XXX市にある〇〇ショッピングセンターの1階から2階に向かう上りエスカレーターにおいて、買い物客が階段上の左端に寄せて荷物を置いていたところ、階段とスカートガードのすき間に荷物が巻き込まれ、安全装置が作動し、緊急停止した。当時6名の買い物客がエスカレーターを利用していたが、うち5名の利用者が急停止による慣性力で進行方向に転倒し、足又は手に全治1週間の擦過傷を負い、病院で治療を受けた。					
	事故発生までに既に行われていた安全対策・是正措置	・定期点検を実施し、不具合は無かった					
	基準不適合等があればその内容	なし					
応急対応	救助	実施者	ショッピングセンター警備員	摘要	警備員により119番通報し、駆けつけた救急隊員により〇〇病院に搬送、治療を受ける。		
	復旧・修理等	実施者	(株)〇〇ビルサービス	摘要	機械装置に不具合が生じていないことを確認後、安全装置を復旧し、作動状況の点検による安全確認後、使用を再開した。		
	応急措置の状況	実施者	(株)〇〇ビルサービス	摘要	作動状況の点検による安全確認が完了するまで使用を中止した。		
	現場調査等	警察	有/無	担当署	XXX警察署		
		消防	有/無	担当署			
		特定行政庁	有/無	担当部局	XXX市〇〇局建築指導課		
事故原因	<input type="checkbox"/> 設計不良 <input type="checkbox"/> 製造不良 <input type="checkbox"/> 使用部品又は材料の不良 <input type="checkbox"/> 経年劣化 <input type="checkbox"/> 表示の不備 <input type="checkbox"/> 据付・施工の不良 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (以下詳細を具体的に記述) 利用者が階段上の左端に寄せて荷物を置いていたため、階段とスカートガードのすき間に荷物が巻き込まれ、安全装置が作動し、緊急停止した。安全装置に機能異常等は無かった。						
再発防止策	<input type="checkbox"/> 製造の中止 <input type="checkbox"/> 輸入の中止 <input type="checkbox"/> 販売の中止 <input type="checkbox"/> 製品の改良 <input type="checkbox"/> 製造工程の改善 <input type="checkbox"/> 品質管理の強化 <input type="checkbox"/> 製品の回収 <input checked="" type="checkbox"/> 製品の点検・修理 <input checked="" type="checkbox"/> 消費者に注意喚起 <input checked="" type="checkbox"/> 表示の改善 <input type="checkbox"/> 特に措置しない <input type="checkbox"/> その他 (以下、今後製造するもの及び既存品に対する再発防止措置の詳細を具体的に記述)						

<ul style="list-style-type: none"> 既出荷品全数について、当該部分のすき間が適切に管理されているか緊急無料点検を実施。 所有者、管理者向けに安全使用のための啓発パンフレットを作成し、配布。 製品の安全な利用方法を知らせる表示シールを作成し、所有者、管理者に配布するとともに、新規出荷分から製品に貼付。 			
同一機種によるこれまでに発生した類似事故	無・有(3 件)※本件を除く	これまでにを行った自主リコール実績	無・有()実施時期:20XX年XX月) 摘要:踏段踏段間のすき間の無料自主点検
当該機種の製造等時期	19XX年XX月XX日～ 年 月 日 (製造/輸入/販売)	当該機種の製造等数量	XXX (単位: 台)
事故原因調査実施機関	(名称) (連絡先)	事故部品等の保管機関	(名称)(株)〇〇ビルサービス (連絡先)XXXX(XXX)XXXX
事故を認識した経緯等	(認識した経緯)今回応急措置を行った(株)〇〇ビルサービスのサービス部〇〇氏からXX月XX日に事故についての通報があった。	認識した日時	20XX年XX月XX日14時00分ごろ
備考			

注1) 平面図、配置図、構造詳細図、現場写真その他事故状況の把握に必要な資料を添付して下さい。

注2) 被害者欄等が不足する場合は別紙に記入し、添付して下さい。

注3) 太枠内は記入しないで下さい。

※ご記入に当たっては、以下の注意事項について予めご了承下さい。

- 本事故情報収集制度は、事故の再発・未然防止に役立てるための調査です。調査結果は国土交通省ホームページで公開いたします。なお、本制度は事故に遭われた方々の個別救済制度ではありません。
- 各項目の記入は、分かる範囲で記入して下さい(ただし、項目の記入内容等が著しく不足している場合等、受付できないことがあります)。
- 公開にあたって、事故内容の要約のみでは事故の内容が不明瞭であると思われる場合等、表現を追加・修正することがあります。
- 受付した情報をもとに、製造者等に問い合わせや調査依頼を行うことがあります。
- 個々の情報に対してのご回答や調査状況のご報告は行っておりません。