

# 事故等発生（処理）報告書

## 本報告の対象期間

---

令和5年8月 ～ 令和5年11月

## 報告日程 及び 報告案件数

---

1. 総務文教常任委員会 令和5年12月5日(火)  
報告案件数なし
2. 厚生消防常任委員会 令和5年12月6日(水)  
報告案件数：4件 (No.1～No.4)
3. 経済建設常任委員会 令和5年12月7日(木)  
報告案件数：1件 (No.5)

恵庭市組織マネジメント推進本部

(事務局：総務部職員課)

# 事故発生要因の分類について

発生した事件・事故について、当事者及び所管課による詳細な分析を通して複合、若しくは潜在している事故等発生原因の明確化をはかる。

また、明確化された発生要因別に対処方策を講じることにより、今後における同類事故の再発防止や新たな事故発生防止の取り組みを推進する。

今回の事件・事故等件数 5 件 / 今年度の累計件数21件

## 1.事故の種別

| 事故等分類              | 今回 | 累計 |
|--------------------|----|----|
| A.自動車運転に関する事件・事故   | 1  | 6  |
| B.市関連施設の事故         | 1  | 2  |
| C.事務的ミスに関する事故      | 1  | 10 |
| D.保育園・学童クラブ等における事故 | 1  | 2  |
| E.その他事故            | 1  | 1  |
| 合計                 | 5  | 21 |

## 2.事故の発生要因（原課分析）

| 大区分                  | 小区分                  | 今回 | 累計 |
|----------------------|----------------------|----|----|
| 1.人的要因               | ① 決裁等チェック機能不全        |    | 2  |
|                      | ② 認識・確認不足            | 4  | 15 |
|                      | ③ 理解不足               |    |    |
|                      | ④ 知識（スキル）不足          |    | 1  |
|                      | ⑤ 引継ぎの不徹底            |    | 2  |
|                      | ⑥ 慣れ・過信              | 1  | 5  |
|                      | ⑦ コミュニケーション・連携不足     | 1  | 5  |
|                      | ⑧ 性格・行動              |    | 1  |
|                      | ⑨ その他                |    |    |
|                      | 小計                   | 6  | 31 |
| 2.設備・ツール(道具)・手順等不備要因 | ① 機器等の故障・整備不良        |    |    |
|                      | ② 機器等の操作性が悪い         |    | 1  |
|                      | ③ 煩雑な手順・事務フロー        |    | 2  |
|                      | ④ マニュアル未整備・未更新       |    |    |
|                      | ⑤ 研修不足               |    |    |
|                      | ⑥ 不適切なファイリング、データ管理   |    |    |
|                      | ⑦ その他                |    |    |
|                      | 小計                   | 0  | 3  |
| 3.環境要因               | ① 調整不足               | 1  | 1  |
|                      | ② 残業常態化、業務集中疲労、集中力欠如 |    | 2  |
|                      | ③ 整理整頓されていない執務環境     |    |    |
|                      | ④ 危険箇所の見過ごし          | 1  | 3  |
|                      | ⑤ 作業導線の不備            |    |    |
|                      | ⑥ その他                | 1  | 1  |
|                      | 小計                   | 3  | 7  |
| 合計                   |                      | 9  | 41 |

【厚生消防常任委員会所管案件】

|                            |                                                                                                                                             |           |       |            |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|------------|
| <b>1</b>                   | 発生・発覚日時                                                                                                                                     | 令和5年9月13日 | 所管部・課 | 生活環境部生活環境課 |
| 件名                         | エコバスによる人身事故                                                                                                                                 |           |       |            |
| 市民等への直接的影響                 | 身体・生命に危険が及ぶ可能性があった。車両に損傷を与えた。                                                                                                               |           |       |            |
| 状況                         | エコバス側に一時停止規制がある市道交差点において、一時停止後にバスを直進させた際、左手方面から走行してきた普通乗用車に接触した。バス運転手の確認不足が事故の原因である。<br>乗用車、及びバス乗客の計3人にけがはなかった。またこの事故により、これ以降の当該バスの運行を中止した。 |           |       |            |
| 事故対応                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・直ちに警察と消防に救急車の出動要請をした。</li> <li>・負傷者がいなかったことから救急搬送は行われなかった。</li> </ul>                               |           |       |            |
| 原因分析                       | 行った（今後行う）改善措置                                                                                                                               |           |       |            |
| 1-②認識・確認不足<br>3-④危険箇所の見過ごし | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ドライブレコーダーの映像や状況説明をもとに再発防止や法令遵守、交通安全の徹底を指導した。</li> <li>・運行事業者と市の担当課との連絡体制の再確認を行った。</li> </ul>        |           |       |            |

|                                 |                                                                                                                                                                              |           |       |          |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------|
| <b>2</b>                        | 発生・発覚日時                                                                                                                                                                      | 令和5年8月28日 | 所管部・課 | 保健福祉部福祉課 |
| 件名                              | 子育て世帯等臨時特別給付金の誤支給                                                                                                                                                            |           |       |          |
| 市民等への直接的影響                      | 返還の手数をお掛けすることになった。生活設計に影響を与えた。                                                                                                                                               |           |       |          |
| 状況                              | 子育て世帯等臨時特別給付金の支給事務において、転入した世帯に係る前住所地への住民税課税状況調査を行わなかったことから、住民税課税者を支給対象者として決定し給付金を支給していたことが、令和5年4月実施の会計検査院検査によって指摘された。<br>誤支給（決定）の内訳<br>令和3年度分 14件 1,400千円<br>令和4年度分 3件 300千円 |           |       |          |
| 事故対応                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・誤支給に係る国庫返還金1700千円は令和5年10月11日に支払いを完了した。</li> <li>・誤支給に関して受給者に向けては、年内に文書や電話により謝罪するとともに給付金の返還を依頼する。</li> </ul>                          |           |       |          |
| 原因分析                            | 行った（今後行う）改善措置                                                                                                                                                                |           |       |          |
| 1-②認識・確認不足<br>1-⑦コミュニケーション・連携不足 | 支給事務に関して、対象者の抽出時に対象除外とすべき世帯の抽出を失念したことによるものであることから、世帯のチェックを確実に行う。                                                                                                             |           |       |          |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                    |            |       |          |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|----------|
| <b>3</b>              | 発生・発覚日時                                                                                                                                                                                                                                            | 令和5年11月10日 | 所管部・課 | 保健福祉部保健課 |
| 件名                    | 夜間休日・急病診療所の休診                                                                                                                                                                                                                                      |            |       |          |
| 市民等への直接的影響            | 身体・生命に影響を与える可能性があった。                                                                                                                                                                                                                               |            |       |          |
| 状況                    | 同日20時の夜間休日・急病診療所受付開始時間に当番医師が出勤しなかったことから、医師等への電話連絡を試みたが繋がらなかったため、翌朝6時30分までの診療を中止した。これにより、来所者1名と電話された方1名の計2名に影響がでた。<br>当番医師が勤務日の確認を失念したことが原因である。                                                                                                     |            |       |          |
| 事故対応                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所看護師や事務員が、当番医師本人や勤務する医療機関に複数回架電するもつながらなかった。</li> <li>・恵庭市医師会事務局も夜間で不在のため連絡がつかなかった。</li> <li>・所管課はこれ以上の対応は困難と判断し、当日の診療を中止、近隣の夜間診療を行っている医療機関を紹介することにした。</li> <li>・来所者と電話された方には千歳市の夜間休日診療所を案内した。</li> </ul> |            |       |          |
| 原因分析                  | 行った（今後行う）改善措置                                                                                                                                                                                                                                      |            |       |          |
| 1-②認識・確認不足<br>3-①調整不足 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所管課では、恵庭市医師会の緊急連絡先を把握するとともに、医師不在等の不測の事態発生時の対応フロー図を作成し、職員間で共有した。</li> <li>・恵庭市医師会では、派遣医師への事前の再確認を徹底することにした。</li> </ul>                                                                                      |            |       |          |

|                        |                                                                                                                                                                                                                 |            |       |              |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|--------------|
| <b>4</b>               | 発生・発覚日時                                                                                                                                                                                                         | 令和5年10月30日 | 所管部・課 | 子ども未来部子ども政策課 |
| 件名                     | 学童クラブでのおやつ提供                                                                                                                                                                                                    |            |       |              |
| 市民等への直接的影響             | 保護者に不安を与えた。                                                                                                                                                                                                     |            |       |              |
| 状況                     | 10月22日を賞味期限とするお菓子を児童9名に提供した。9名のうち4名が開封し、うち2名が完食した。お菓子の袋には、賞味期限を10月とする紙を貼付していたが、指導員が袋裏面の賞味期限年月日の確認を怠ったことが誤提供の原因である。<br>なお、4名の児童に健康被害は確認されなかった。                                                                   |            |       |              |
| 事故対応                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・提供したお菓子を直ちに回収し、他のおやつと取り換えた。</li> <li>・保護者全員に賞味期限切れおやつを提供した旨のメールを送信した。</li> <li>・児童のお迎え時に、保護者に謝罪をした。</li> <li>・期限切れおやつ提供事案が再発していることから、改めて再発防止の徹底を全学童クラブに指導した。</li> </ul> |            |       |              |
| 原因分析                   | 行った（今後行う）改善措置                                                                                                                                                                                                   |            |       |              |
| 1-②認識・確認不足<br>1-⑥慣れ・過信 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・賞味期限の月別に分けて保管し、お菓子袋には賞味期限切れ月日を記載した紙を貼付する。</li> <li>・期限切れが近いお菓子の早期の提供を徹底する。</li> <li>・支援員によるWチェックを徹底する。</li> </ul>                                                       |            |       |              |

## 【経済建設常任委員会所管案件】

|                     |                                                                                                                                                         |           |       |        |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|--------|
| 5                   | 発生・発覚日時                                                                                                                                                 | 令和5年9月19日 | 所管部・課 | 建設部建築課 |
| 件名                  | 市営住宅改修工事中の事故                                                                                                                                            |           |       |        |
| 市民等への直接的影響          | けがによる身体の痛み、日常生活の不便、通院による負担の増加。                                                                                                                          |           |       |        |
| 状況                  | 市営住宅給水設備切替工事において、市住1階の廊下にある床下点検口を開けてピット内で作業をしていたところ、入居者の1人が点検口から転落し左胸肋骨1本を骨折、通院による治療となった。<br>施工事業者は工事に際して、点検口周辺に安全対策のガードを設置していたが、入居者が誤って転落してしまった。       |           |       |        |
| 事故対応                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・直ちに作業員により近隣の医療機関に搬送し治療が行われた。</li> <li>・事業者より連絡を受け、市は直ちに謝罪に伺った。</li> <li>・事業者も被害者への謝罪を行い、医療費などの負担をした。</li> </ul> |           |       |        |
| 原因分析                | 行った（今後行う）改善措置                                                                                                                                           |           |       |        |
| 3-⑥その他（特定入居者への配慮不足） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ガードの設置のほか、カラーコーンやバーの設置による通行止め、点検口上に板を被せる転落防止措置を講じた。</li> <li>・同類事故の再発防止のために事業者への指導、及び関係職員への情報共有を図った。</li> </ul> |           |       |        |