

I. 基本的な考え方

今回の事故の原因は、直接的には人為的なミスによるものですが、それが事故につながることを防止できなかった設備構造や運転管理体制にも問題があったと考えます。また、事故後の関係者への連絡体制にも不行き届きがありました。これらの再発を防止するため、人為的なミスが事故につながらない設備への改良はもとより、人為的なミスを未然に防ぐために作業内容の相互確認が可能な体制とするなど、運転管理体制を強化します。さらに、改めて施設全体について総点検し、事故防止の徹底に向けて一層の改良を図ります。

なお、事故の原因となる運転操作を行った者の更迭を含め、運転管理に当たった関係者に対しては、厳正に対処します。

1. 事故の原因等

原因調査の結果、以下の事故原因や連絡体制の不行き届きが明らかになりました（詳細は「主灰コンベア破損事故の原因調査結果」参照）。

(1) 事故の原因

- ①焼却炉の下部にあるプラグの隙間から可燃分を含む灰が主灰コンベアにこぼれ落ち、
- ②主灰コンベア内や主灰サイロ内でくすぶって一酸化炭素を主体とする可燃性ガスが発生し、
- ③閉鎖空間であった主灰コンベア内や主灰サイロ内に滞留して可燃限界濃度に達し、
- ④焼却炉からこぼれ落ちた灰が火種となって着火し、一気に異常燃焼し、
- ⑤主灰コンベア内の圧力上昇を招き、破損・変形に至ったものと推定されます。

(2) 事故後の連絡不行き届きの原因

事故直後に、現場運転事務所から、緊急連絡網に定められた警察署・消防署への連絡が行われていなかったことについては、「緊急時において順次停止した場合に関係機関に連絡する」という緊急対応時の連絡要領が熟知されておらず、運転所長が

○灰コンベア内における瞬時の異常燃焼であり継続して燃えていなかったため、火災として消防へ緊急通報することは不要と思ったこと

○人的被害や事件性はなく警察への連絡は、思い浮かばなかったことが原因と判明しました。

2. 再発防止対策の基本的な考え方

事故の原因等を踏まえ、以下の基本的な考え方に立って、再発防止対策を取りまとめました。特に二度とこのような事故を起こさないよう、考えられるリスクの徹底的な洗い出しが必要とのご意見を踏まえて、改めて施設全体の総点検を行い、その結果を反映しています。

① 事故の再発を防ぐ多重の安全対策

今回の事故につながった内容（不適切な設備操作、主灰のこぼれ、灰からの可燃性ガスの発生、ガスへの引火など）について、人為的なミスや設備のトラブルが事故につながらないように、設備面で多重の安全対策を講じます。

② 運転管理体制の強化

人為的なミスを防止するため、作業内容の相互確認が確実にできる体制とすることを柱に、現場運転体制を抜本的に強化するとともに、現場に対する支援体制を強化します。また、関係者のご意見を踏まえて緊急時の連絡方法を改善し、これを徹底します。

③ 事故の発生防止に万全を期すための追加改良対策

今回の事故の教訓に基づく再発防止の観点に加えて、その他の事故の発生防止の観点も含め、施設全体を総点検し、事故につながると考えられる危険源を網羅的に洗い出しました。その上で、事故の発生防止に万全を期すため、追加的に実施する余地のある改良対策を講じます。

④ 環境省における事業監督体制の強化

環境省としての事業に対する監督体制を強化するため、省内に外部有識者による委員会を設置し、施設の安全対策や事故の再発防止に向けたきめ細かな指導・助言をいただきつつ事業の監督を行う体制とします。