

**企業のリスクマネジメント
社外役員が果たすべき役割は何か？
(提言)**

2015年6月5日

一般社団法人ディレクトフォース

企業ガバナンス部会

小研究会② リスクマネジメントチーム

目次

1. はじめに	3
2. 事業リスク	4
(1) リスクの分類	
(2) 現代的なリスクへの考察	
3. 事例研究	7
(A) 石油化学工業	
(B) 建設業	
(C) 鉄道事業	
(D) 飲食業	
4. 事例研究から得られた共通の背景	24
(1) 共通の背景と要因	
(2) 企業存続の要因	
(3) 重要課題—現代的リスクへの対応	
5. 社外役員が果たすべき役割は何か（提言として）	28
6. おわりに	33

①メンバー：才田芳照、白方 純、鶴谷信之、長崎文康、西村康裕、平井隆一、藤村俊夫、山田光彦

②メンター：宇佐見昌尚、富沢 進、松島 博

1. はじめに（問題意識）

化学工場等の装置産業において、今になって重大事故が多数発生したり、同様の事故が繰り返されるのはなぜか？ また、かつては素晴らしい企業として世間から称賛されたワタミやゼンショーなどが、今やブラック企業として世間から非難を浴びるようになったのはなぜか？

これらの疑問に答えるため、私ども企業ガバナンス部会小研究会②リスクマネジメントチームは、昨年11月から独自の研究を重ね、4領域の事例研究を踏まえ、企業のリスクマネジメントにおいて、社外役員が果たすべき役割について、今日一定の結論を得たのでご報告する。

2. 事業リスク

(1) リスクの分類

はじめに、企業・事業を取り巻くリスクにはどのようなものがあるのか、伝統的なリスクと現代的なリスクファクターに分けて考察した。

①伝統的な事業リスクファクター

a. 起業のリスク

資金調達、起業予算管理、起業スケジュール管理

b. 操業のリスク

安全・安心、品質と納期、適切な人事労務管理

c. 法令遵守のリスク

コンプライアンス違反、製造物責任、公害

d. マーケットのリスク

ビジネスモデルの変容、製品需要の変動変容、市況と為替の変動、原料資材の調達問題とコスト変動

e. パートナーのリスク

合併相手の脆弱化、変容

f. 政治的リスク

政治体制の変容、法令税制、公租公課の変化、海外事業資産及び駐在員へのテロ攻撃、政治的な労働争議、進出先でのサボタージュ

②現代的な事業リスクファクター

g. 企業文化及び組織の変容リスク

押れから来る組織と組織運営の陳腐化・劣化がもたらす現場のリスク対応力の減退と企業体力の減衰

合成の誤謬に陥るリスク、全体最適より部分最適が優先される結果生じる経営判断ミス。

組織内コミュニケーションの欠如、不足による企業文化、経営理念の不徹底及びリスクマネジメントの劣化

ベストプラクティス伝承の喪失による現場力と技術力の減衰。

人材育成と教育訓練のシステムの陳腐化・劣化（新しい人材と新しい革袋）

企業体力の減衰につながる創造性、商品開発力の減退

社会環境変容に関する企業の感性減退に因る経営判断ミス

h. 広義のレピュテーションリスク

企業の社会的責任への対応不足 (Philanthropy, CSR, Sustainable Development の軽視)

企業環境及び社会通念の変容への対応不足 (女性登用、母性保護、Work-Life-Balance, 社会的弱者の任用、儲け過ぎ批判、高額役員報酬、低配当と巨額休眠現金、Cyber Security 対応不足による情報漏洩、企業統治の取り組み不足 等)

(2) 現代的なリスクへの考察

① 環境と時間的変化に伴う組織目的の形骸化

上述したリスクファクターに関してリスクを特定しその対応策を迅速に実施し、かつ関係先と迅速な情報伝達、共有できる組織体制が整備されているかの問題意識を常に持って組織体制を review する事が肝要であると思う。

活力が有って緊張感の漲っている組織も環境の変化や時間の経過と共に組織の目的が忘れられ形骸化されやすくなり、構成員の運営もルーティン化され組織の目的が不明瞭になってしまう。実際の運営に当たっては危機管理責任者が設けられて権限と責任が明確にされて運営される事が危機即応の為に必要である。押れから来る組織と組織運営の陳腐化、劣化が齎す現場のリスク対応力の減退が企業体力の減衰の一つの現象と見るべきと思う。

② 合成の誤謬

各組織が目標を設定して達成に邁進し成果を挙げても全体として最上の結果を出していない状況や、相反する方向に邁進して結果として全体としての成果を挙げないような状況は合成の誤謬であり、部分部分の最適を追求して全体の最適がないがしろにされる経営判断のミスと思う。一組織が利益追求のあまり法令違反を犯して結果として組織全体が危機に陥る事例も多々見られる。 トップから下は横一線の様な flat structure は迅速な意思決定に有効であり、また現場の情報がトップに早く伝わるという利点は有っても、横の情報連絡が悪くなり蝸壺化現象で部分最適が優先されやすくなる弊害が有ると思う。 又多岐に渡る事象、情報をトップが全て掌握管理することも判断ミスを生みやすくさせると云える。

③ 理念と文化の共有性

日本には世界的に稀有な100年以上の歴史を有する老舗企業が数多く存在しており、これら企業や事業が長年に渡って生きながらえて来た背景に確固とした永続性と普遍性をもった経営理念に加えて長年に渡って伝承される企業文化が存在する事を指摘できる。

理念と文化が共有されて初めて同一方向に向けて組織の総合力が発揮される。共有の為には組織内で双方向にコミュニケーションが円滑に為されていなければならない。理念は折節毎に刷り込まねば忘れられるので創業の歴史を辿る事や創業地

を定期的に訪ねる事なども理念と文化の伝承に役立つと思う。

④ 暗黙知の伝承

ハインリッヒの法則と云われている現象、即ち一つの事故の背後には29のヒヤットしたりハットした失敗の類例が有り、其の背後には300の失敗の原因が隠されていると考えれば、ミスや失敗の原因を一個人や一組織のレベルで埋没させずに組織内の何らかの欠陥と考えてのコミュニケーションを通じて対策を練る事が失敗の再発を防ぐ事に繋がる。合理化の為の人員削減と熟練技術者の退職によって失敗からの教訓と共に現場におけるベストプラクティスが伝承されにくくなっていくのが現場の現実であり、どうやって現場力を保持するかの課題に取り組んでいかねばならないと思う。現場の暗黙知を如何にして形式知に変えて伝えていくかが少子高齢化と熟練技術者の定年退職の流れの中で増々重要になり、現場力と現場の技術力、危機即応力の保持の為に必要であると思う。

IT化の進捗で効率性、利便性は増し、機器の稼働状況の monitoring 能力は増すが現場での問題解決や危機への即応力は教育訓練で身に付けさせる必要が有る。然しながら2000年代半ば以降の世界的な資源・エネルギーの開発ブームに伴って世界中で技術者不足の現象が起きている。特に理工系学生の操業現場勤務忌避の現象が目立っており、新しい人材育成の為の新しいシステムが整備されているのかに留意する必要が有ると思う。

⑤ 広義のレピュテーションリスクへの感性

時勢の変遷、社会と消費者の動向に敏感に反応して、needs/seeds を汲み取って商品やビジネスモデルを開発、創造する組織になっているのか、又その目的の為に総合力を発揮できる体制、文化になっているのか？社会環境の変容に対応して事業の進出撤退縮小が遅滞なく経営判断として検討される組織体制、文化になっているのか？上記「h. 広義のレピュテーションリスク」に関する感性が高いか？ 問題意識が組織内で共有されて対策が取り組まれているのかが広義の経営上のリスクマネジメント項目であると思う。

(山田光彦)

3. 事例研究

(A) 石油化学工業

装置産業は、大規模設備・多様なプロセスを擁するものであるだけに、ひとたび事故が発生すると、人命にかかわる災害に直結する。また、事故災害は規模が拡大し、一工場・企業内にとどまらず、環境面を含め、地域社会に多大な影響を及ぼす可能性が大きい。

代表的装置産業である石油化学工業において、平成 23 年 11 月から平成 26 年 1 月にかけて 4 件の爆発死亡事故が発生した。各社とも、事故の背景・原因を究明するとともに、再発防止策を策定するため、事故調査（対策）委員会を立ち上げ、報告書をまとめ公開している。当研究会として、4 件の『事故調査報告書』と、こうした事態を受けて設置された石油コンビナート等における災害防止対策検討関係省庁連絡会議が平成 26 年 5 月にまとめた『石油コンビナート等防災関係省庁連絡会議報告書』を精査するとともに、名古屋大学・千葉科学大学主催の『第 4 回装置産業のリスク管理ミニ・シンポジウム』に参加して認識を深め、背景・原因および対策について考察した。

(1) 事故の概要

- ① 東ソー南陽工場：塩ビモノマー製造施設爆発事故（23 年 11 月）
塩ビモノマー製造施設の緊急放出弁故障修理中にガス漏えいし、爆発火災発生。死者 1 名。
- ② 三井化学岩国工場：レゾルシン製造施設の爆発事故（24 年 4 月）
工場内蒸気発生プラント停止により、レゾルシン製造施設も緊急停止し冷却開始したが、その後の緊急停止スイッチ解除により、酸化反応器に分解熱・分解ガスが発生して爆発。死者 1 名負傷者 21 名。
- ③ 日本触媒姫路製造所：アクリル酸製造施設爆発事故（24 年 9 月）
全面停電工事終了後、再開作業中にタンク内温度が上昇、貯蔵液が突沸して蒸気爆発火災発生。死者 1 名負傷者 36 名。
- ④ 三菱マテリアル四日市工場：多結晶シリコン製造施設爆発事故（26 年 1 月）
水素精製装置から取り外した水冷熱交換器の開放洗浄作業中に爆発火災発生。死者 5 名負傷者 13 名。

(2) 背景・原因

上記 4 件の重大事故は、いずれも、緊急シャットダウンやスタートアップ、設備の

保守作業中などの「非定常作業」中に発生しており、『石油コンビナート等防災関係省庁連絡会議報告書』は、直接・間接原因について、以下のような共通点を指摘している。

① リスクアセスメントの内容・程度が不十分

- ・緊急シャットダウンや保全等の非定常作業時、設備・運転方法変更時、異常反応や事故等の緊急時を想定してのリスクアセスメントが不十分。
- ・危険物や取り扱う物質の化学反応への理解不足。
- ・リスクアセスメントが不十分であった結果、非定常作業時や緊急時を想定しての安全装置等の設備設計や、マニュアルの作成・体制整備が不適切。

② 人材育成・技術伝承が不十分

- ・リスクアセスメントを行い、保安をリードする人材不足、緊急時対応能力の低下。
(マニュアルの背景にある危険物の性質や化学反応・プロセスに対する理解不足、装置の設計思想の原理原則の理解不足などの know-why の不徹底による)
- ・職場としての安全意識や危険予知能力（リスク感性）、異常認識能力の低下。
(団塊世代の退職や設備自動化による、多様な事故トラブル等の経験者の減少)
- ・人的対応能力の低下をサポートするマニュアル（事故防止の知識が暗黙知）・説
備対応が不十分。

③ 情報共有・伝達不足や安全衛生への取り組みの形骸化

- ・設計条件が運転部門に十分に伝達されていなかった。
- ・社内外の過去の受傷事案や異常反応の発生事案の再発防止策の水平展開が不十分。
- ・緊急時対応も想定しての体制整備や安全装置等設備の設計設定が不十分。

こうした大規模な事故が頻発する背景には、少子高齢化に伴う雇用・就業構造の変化、グローバル化とそれに伴う企業競争の激化、産業の成熟化、IT 化の進展など、わが国全体の社会・経済環境の構造的な変化がある。これは、企業・職場レベルにおいても、設備の老朽化に加えて、企業文化の硬直化、狎れからくる組織運営の陳腐化・劣化、リストラ・人員削減と技術伝承不足、職場におけるタコツボ化、コミュニケーションの欠如などとして現れてきている。こうした変化は構造的であるだけに、一朝一夕では解決できない課題が多い。

(3) 対策

『石油コンビナート等防災関係省庁連絡会議報告書』は、上記の背景・原因を受けて、「石油コンビナート等における重大事故防止のための特効薬はない。事業者が安全確保に向けた責任を十分認識し、過去の事故に学びつつ、想像力を最大限に働かせ、安全確保に向けた地道な取り組みを積み重ねていくことが最大の事故防止策である。」として、業界団体および関係省庁の連携・支援強化を推進するとともに、事業者が取り組むべき事項として、経営トップが事故防止・安全確保に対する強い意識を持ち、その強いリーダーシップのもと、安全確保体制の整備、リスクアセス

メントの徹底、人材育成の徹底、社内外知見の活用などの事故防止対策を推進することが不可欠であると述べている。

わが国を取り巻く社会経済環境や職場の在り様が大きく変化する中で、装置産業も他の産業と同じように、競争を生き抜くため必要なコスト削減を要請されているが、事故災害の撲滅・減災を実現し、もって企業の社会的責任を全うしていくためには、企業が置かれている状況を正しく認識し、取り巻く社会環境の変化をよく読み、経営トップの強烈なリーダーシップのもとで安全活動を推進し、リスク感性を磨き、人材を育成していくことが不可欠である（下記具体的対処方針）。当たり前のこと、必要なことをキッチリ実行して、それぞれの役割を着実に果たすことが求められている。こうした安全文化は、経営者・従業員が変わっても、継承・継続されなければならない。

【具体的対処方針】

① 経営トップが安全に対する強い意識を持ち、その強いリーダーシップの下で安全活動を推進する。

(a)企業文化・組織風土

- ・安全無事故を第一として、業務品質の改善がコスト削減につながるという認識を共有する企業文化・組織風土を確立する。
- ・本質安全を希求する企業風土の醸成を top management 以下の組織内に浸透させる
- ・危機発生時には、現場責任者の権限で必要な対策を講ずることを周知する。
- ・判断に迷ったときは、最も安全と認められる行動をとらなければならない。

(b)安全の仕組み

- ・適切な経営資源（設備・人材・投資＝安全関係予算の確保）の投入や役職階層に応じた権限の明確化を図り、安全確保体制を整備する。
- ・現場での安全管理の枠組み（PDCA を回す仕組み）を確立する。
- ・過去発生した事故・再発防止策の周知徹底、業界内・他業界との交流による社内外知見の活用・情報の水平展開を間断なく実施する。
- ・重大事故発生時には、外部有識者による事故調査委員会を設置し公表する。

(c)安全への思い（意思）

- ・自分の職場から怪我人を絶対に出さないという強い決意。
- ・「やれでやる」のではなく、『やるでやる』の意識を持つ。
- ・安全を他人任せにしないこと。自分の問題と考えること、考えさせること。

② リスク感性を磨く。

(a)リスクアセスメントの徹底

- ・ISO31000 リスク管理の原則規定を組織立って繰り返し推進する。
- ・定時定点チェックでPDCAを実施し、リスク・マネジメントの質の維持・向上を図る。

- ・機械本質安全技術と化学本質安全技術の諸要素を十分に理解し、設備の製造から稼働に至るまでの各段階において、リスクを特定し対応策を組織内で共有する。
- ・非定常作業時や緊急時、設備や運転条件、組織・人員変更時には、リスクアセスメントを実施して、標準を改定し周知する。

(b)暗黙知の形式知化の推進

- ・カン・コツーマニュアルの作成等。

③ 人材を育成する。

(a)誰を育成するか

- ・トップマネジメント層の意識付け
- ・リスクアセスメントを主体的に実施し安全をリードする安全技術者、安全に強い管理者を育成する。
- ・職場、個人レベルのリスク感性を涵養する。
- ・現場と本社が一体となって組織全体が参加しての教育訓練を実践する。

(b)何を教えるか。

- ・ベストプラクティスの伝承により現場力・技術力を復活させる。
- ・マニュアル手順の背景にある原理原則の理解といった know-why を促進する。
- ・事故事例のデータベース化で知見を共有体験させる。
- ・体感学習を推進する。
- ・マニュアルでは伝えきれない五官で感ずる危険の兆候の伝承を図る。
- ・あらゆる活動は陳腐化を免れないとの前提に立って、知恵を出し、実行する。

安全は、それで十分ということがない。今日の安全は、明日の無事故を保障しない。事故災害は、人の生命に直接影響する。

安全に関する原則的な考え方、安全確保のために必要な施策は、リスク・マネジメント全般に通用する。

【参考文献】

- ① 『危険物のリスク管理』危険物・保安 2014 増刊号 長谷川和俊著
- ② 『東ソー南陽工場事故調査報告書』
- ③ 『三井化学岩国大竹工場事故調査報告書』
- ④ 『日本触媒姫路製造所事故報告書』
- ⑤ 『三菱マテリアル四日市事業所事故調査報告書』
- ⑥ 『石油コンビナート等における災害防止対策検討関係省庁連絡会議報告書』
平成 26 年 5 月 内閣官房他
- ⑦ 『リスク管理における本質安全技術—福島原発を検証する—』
第 4 回装置産業のリスク管理ミニ・シンポジウム講演梗概集 長谷川和俊

⑧ 『労働災害をゼロにするための方策』

第4回装置産業のリスク管理ミニ・シンポジウム講演梗概集 白崎彰久

⑨ 『大規模災害の頻発要因に関する調査研究』－2005年－産業安全研究所

巻末付録

【参考1：リスク管理の枠組み（ISO31000）】

【参考2：リスク管理の実施（ISO31000）】

【参考3：労働災害をゼロにするための方策（中災防MS審査センター所長白崎彰久）】

【参考4：大規模災害の頻発要因に関する調査研究－2005年－産業安全研究所】

【参考5：監督官OBのつぶやき】

（長崎文康）

(B) 建設業

(1) 災害発生状況

建設業における死亡災害の発生状況は、平成 25 年度が 342 人で前年比 25 人減（6.8% 減）と過去最少となつてはいるが、全産業全体の 1,030 人の中でワーストワンであることには変わりない。労働災害は足場、斜面、屋根、開口部、階段、梯子などからの「墜落・転落」災害が多発しており、死亡災害の約半分（46.8%）、死傷災害の約 3 分の 1（34.8%）を占めている。近年これらの割合はほとんど変化していない。

具体的な災害事例としては、

- ・ 足場、屋根、開口部付近等での作業中に手すりがない等の墜落防止措置の不備による墜落

が多数を占めるが、このほか

- ・ 路肩が崩落して運転中の建設機械ごと斜面を転落
- ・ 後進してきた建設機械に作業中の労働者がはさまれる
- ・ 移動式クレーンで釣り上げ、搬入中の資材が落下して労働者に激突、などがある。

以上のような原因で死亡災害が発生している訳であるが、これら多発している災害の事故に応じた対策として、「厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課建設安全対策室」が平成 25 年 11 月 14 日に、各建設業関係団体に安全課長名で要請した内容は、以下のようなものである。

- ① 高さ 2 メートル以上の箇所での作業時の手すり等の措置を講じた作業床の設置の徹底、および作業床を設けることが困難な場合の安全帯の使用の徹底
- ② 梯子使用時の上部及び脚部の固定等の転位防止の徹底、及び昇降時の親綱又は安全ブロック及び安全帯の使用の勧奨
- ③ 車両系建設機械に接触する恐れのある場所や移動式クレーンの作業半径内への立入禁止の徹底
- ④ 足場におけるメッシュシート、幅木等の飛来落下防止措置の徹底
- ⑤ 木材加工作業における携帯用丸のこ盤の使用作業従事者への安全教育を通じた歯の接触予防装置等の使用の徹底、及び手工具の安全な使用の徹底

⑥凍結等により滑りやすい作業床、路面で作業する場合の耐滑性、屈曲性に優れた作業靴の勧奨

残念ながら、2014年1月7日現在の平成25年度における休業4日以上建設業での死傷災害の件数は前年を上回っており、3年連続の増加となる可能性が高くなっている。厚生労働省では、引き続き、各建設現場での統括安全衛生管理の徹底、足場からの墜落・転落防止措置の徹底、「より安全な措置」の普及促進、足場の設置が困難な屋根上等の高所作業での墜落防止措置や、墜落時の衝撃が少ないハーネス型の安全帯の普及を図ることとしている。

上記のように、厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課建設安全対策室が各建設業関係団体に要請している内容は、すべて「〇〇〇の徹底、〇〇〇の勧奨」という表現で統一されており、具体的な対策とは言い難い内容となっていると言わざるを得ない。

それでは、実際の所、各作業所では日々どのようにして死亡災害ゼロに向かって、努力しているのかを、述べてみたい。

(2) 作業所における新規入場者安全教育

建設現場は竣工に向けて日々変化していく。言い換えれば、安全施設は工程が進むに従って日々変化しており、昨日安全だったところが今日には危険箇所となるのが建設現場であり、毎日の安全朝礼時に職能ごとに、危険箇所の周知徹底を図り、注意を喚起することが肝要である。又新規入場する職種の人々に対してはきめ細かい新規入場者安全教育を必ず実施、徹底をすることが非常に重要である。

(3) 作業所における本来のあるべき災害再発防止策

- ①作業所における統括安全責任者としての作業所長の『安全に対する感性』が極めて重要。安全施設を徹底したからと言って、死亡災害がゼロにはならない。作業所で働く人々にとって、作業所長並びに作業所長の感性を引き継いでいる部下のすべての建設作業員への安全に対する気配り、鋭い危険予知能力が災害ゼロの達成に寄与するところ大である。

言い換えてみると施工品質が優れている建物と安全成績はリンクしている、とも言えるのではないか。すなわち建設現場で働く全ての作業員が竣工に向けて後世に残る建築物を建てようとする熱意が、安全成績にリンクしていると言えるのではないかと思えてならない。

- ②安全に対する感性の鋭い統括安全責任者に指導を受けた社員が引き継いでゆくのと同時に、それぞれの職種の親方が次世代の親方を育てるといふ循環に繋がっていると感じる。
- ③作業所長以下建設会社の社員の工程管理（段取り）の良し悪し、作業所内の整理整頓が

徹底しているかどうか、日々の作業終了時に場内の清掃が徹底されているかどうか、がポイントである。整理整頓の悪い作業所は施工品質も、安全成績も両方とも悪くなる傾向がある。

- ④各職（土木・建築・設備）の協力会社の職長を含む人々が、作業所長以下の元請施工会社の社員への信頼関係度合いが高いかどうか安全衛生成績に大きく影響する。
- ⑤建設作業員の健康管理及び日々の体調管理の徹底をどこまできめ細かく対応しているか、が安全衛生品質に大きく影響する。体調不良や精神面（油断）によっても事故は起きる。
- ⑥東南アジアでは、以前は普通に竹や木製の仮設足場が使われていた。これは、安全の面では不安定で危険度は高いが、不安定が故に返って慎重な行動をとることも確かであった。日本の作業所においては、かなり以前から鋼製仮設足場になっているが、残念ながら墜落事故はゼロになっていない。それはすなわち安全施設が完備していれば安全だ、とは言えないことである。

人間の行動は時に想定外の、あるいは勘違いの行動から墜落などの事故が起こり得るからである。

（才田芳照）

(C) 鉄道事業（JR北海道）

(1) トラブルの連鎖

- 2011/ 5 石勝線で特急スーパーおおぞら 14 号が脱線炎上
 - 6 居眠り運転、信号誤作動、車両の発煙、システム障害など相次ぐ
 - 9 中島社長が失踪し、6 日後に遺体が小樽市沖で発見される
- 2012 貨物列車や普通列車の脱線、特急列車のオイル漏れが相次ぐ
- 2013/ 7 函館線で特急北斗 14 号のエンジンから出火
 - 8 函館線で貨物列車脱線事故
 - 9 運転士がミス隠しの為 ATS をハンマーで破壊
 - 9 函館線大沼駅構内で貨物列車が脱線
 - 9 函館線大沼駅構内でレール異常の放置が発覚、国交省が特別保安監査開始
 - 10 ATS を破壊した運転士を「出勤停止 15 日」の処分とし、除雪作業に配置転換
 - 11 ダイヤ改正、運行トラブルを減らすには減速、減便が不可欠と判断
 - 11 国交省の監査妨害を目的にレール検査データを改竄していたと NHK が報道
- 2014/ 1 2 代目社長の坂本真一相談役の遺体が余市港で発見
 - 1 レール異常の放置・改竄問題で役員・社員 75 名を処分
 - 1 道警が ATS を破壊した運転士を逮捕
 - 2 改竄問題で本社など関係 5 カ所が道警の家宅捜索を受ける
 - 4 社長に島田修・元常務、会長に JR 東日本・元常務の須田征男が就任
- 6 江差線で貨物列車脱線事故
- 2015/ 2 函館線で貨物列車衝突事故
 - 4 青函トンネル内で、特急スーパー白鳥 34 号が発煙、乗客乗員 120 名が徒歩で避難

(2) JR北海道連続脱線事故の背景

① JR 北海道の成立ち

北海道の鉄道は、明治時代から主として石炭輸送のため貨物線として発達したことから旅客数が極端に少ないことから、全国平均より遥かに貨物の輸送比率が大きい。従って列車の車両重量が大きいこと、電化が進んでいないこと、また、北海道特有の現象として冬場の積雪や凍上があり、結果、関東地区などの線路に比べ、レールが損傷し易いのが実態。

分割民営化以前、全道路線の66%が赤字だった。民営化の際は毎年500億円の赤字が予想されたので、本部として国からの補助金を支給し、この運用益を以って赤字補填する予定だったが、実際には250億円の運用益しか出せない金額の補助金しか配分されなかった。結果毎年250億円の赤字が恒常的に出て、コスト削減に努めたが巨額の赤字は消しようが無く、「学習される無気力」状態に陥ってしまった。

② 墮落した保線現場

かつては10km毎に線路班（10人/班）を配置して競争していた時はミリ単位で調整できていたのが、徐々に合理化されると共に保線管理の質が落ちて行った。特に線路班制度が廃止されて以降、モラルが低下した。1970年に検査班と作業班に分割された組織が1987年に再度統合されたが、受持ち範囲は減員したのにも拘らず以前の38kmから57kmに拡大した。現場が頑張っても、管理が追い付かず結果諦めムードが現場社員に蔓延した。

③ 馴れ合う経営陣と労働組合

北海道の労組は『動労』の流れであったが、分割民営化を期に労使対立から協調へと路線転換を行った。13,000人いた組合員が労組の協力により7,100人にすんなり減るなどしたので、経営陣は組合に対し恩義を感じた。結果組合員のことは組合任せになり、経営陣は組合員管理については全くアンタッチャブルに。そして、不祥事が起こっても甘い組合員処分となり、現場がモラルハザードを起こした。例えば、2013年9月に運転士がハンマーでATSを破壊した事件があったが、結局この運転士はクビにされず、15日間の出勤停止、除雪作業への配置転換の軽い処分ですんでしまった。これ以後、現場に「何をやっても許される」風潮が拡がり、規律が緩んで行った。

④ 夢の犠牲になった安全運行

JR北海道に於いて長年技術部門のTOPに君臨した人物が車両開発に重点を置き1990年代に「振り子車両」を開発し、カーブでも減速せずに走行できる車両を開発、時間短縮に成功した。その一方で、このTOPは保守・補修・維持には関心を示さずいた為、現場の意識が低下した。2011年頃から自慢の振り子車両が整備不良から故障が続いた為減速・減便となり、結果廃されて行った。

⑤ 労働組合に分断された職場

当初JR総連系であるJR北海道労組の組合員の加入割合は84%と圧倒的多数を占めていて、ほんの数%だけだったJR連合系のJR北労組に対して、イデオロギー闘争を仕掛け、平和共存路線を拒否して攻撃的だった。しかし、マスコミ対策上手な北労組は、連合系ということもあり対総連系批判を強め有利に展開するようになった。その結果、二つの組合が互いに敵対するようになり、JR北海道の労働組合員は真二つに割れてしまった。

⑥都市開発路線の功罪

JR 各社の経営目標は上場して民営化に移行することだったが、JR 北海道は 2000 年 8 月に JR 四国と共に上場を断念した。理由は、恒常的な赤字 250 億円は解消の目途が付かないため、歴代 TOP は本業の健全化は諦め、次第に副業に活路を見出すようになった。即ち札幌 JR タワーに代表される自社の資産を活かした不動産賃貸やホテルなどの新開発事業である。連結経営を標榜し、次第に本業であるはずの鉄道現場に対する経営陣の関心は薄れて行った。

⑦見過ごされた国家の責任

遡ってみると、元々貨物中心の厳しい自然環境下で全路線の 66%が赤字である JR 北海道の経営実態を知っていながら、JR 本部は当初必要な助成金の半分しか配分せず、その後も長期に亘って毎年 250 億円の赤字を垂れ流していたのに手を打たず仕舞（国交省のチェック態勢機能せず）。最近になって事故が相次ぎ、社長、元社長の 2 人を自死に追い込んだ。前後して JR 東日本から技術系人材を引き抜いて投入したり、再発防止策を指導したりした。

(3) 再発防止策

①自社の再発防止策は失敗

2011/9 に JR 北海道では再発防止策を作成したが、実行されずに終わったので、2014/1 に国交省自らが再発防止策を作成し、5 年に亘って進捗をチェックすることになった（事実上国の管理下に）。

②TOP 交替

2014/4 国交省は、須田征男 JR 東日本・元常務を会長に、島田修 JR 北海道・元常務を社長に指名し各々就任させ、経営再建を託した。

③徹底原因追及せず

2011 年から 2013 年にかけて連続事故が発生した際、JR 北海道で第三者委員会を設置して徹底的に真因（root cause）を追求し、再発防止策を検討して公表し、それを実施に移していれば 2 人目の自殺者は出なかったのではないかと。何故第三者委員会を設置しなかったか、疑問が残る。

④対策後も続く事故

その後約 1 年が経過するが、2015 年 4 月 3 日夕方 17 時過ぎに青函トンネル内において、特急スーパー白鳥 34 号の 5 号車で発煙事故が発生し、列車は緊急停止した。乗客乗員約 120 名が列車から離れ、徒歩で至近の竜飛海底駅まで避難し、さらに避難用ケーブルカーで地上に退避した。全員が地上に出たのは事故発生後 6 時間近く掛かった夜

11 時頃。2 名が体調不良を訴えて病院に搬送された。5 号車床下にあるモーターに送電する配線に過電流が発生し、被膜が焦げたのが原因で、モーターの回転数を制御する装置に異常があった可能性がある、と JR 北海道は発表しているが確定ではない。

幸い大惨事は免れたものの、トンネル内での事故は煙によって多数の犠牲者が出る危険性があるので、日常の車両点検整備に不備があったことで、再度整備内容の見直しや確認作業を入念に実行してもらわねばならない。同様の発煙事故が起こらないよう、JR 北海道では同型の 34 車両の点検をすぐさま行ったが、問題は発見できなかったと言う。

⑤国交省運輸安全委員会

2013 年 7 月に函館線で特急北斗 14 号のエンジンから出火したトラブルに関し、2015 年 4 月 23 日付けで「燃料制御装置の異常でエンジン部品が破損し、燃料などが漏れたことが原因」とする調査報告書を公表した。

過去にも同じ形式のエンジンで装置の異常によるトラブルが繰り返し起きていたが、社内で十分に共有されていなかった。調査報告書は「異常の重大性に対する認識が不十分で、的確な対策を取らなかったことがトラブル発生に繋がった」と指摘。再発防止のため、本社と現場の情報共有と、原因追求の徹底を求めた。

[具体的対処方針]

①ディフェンスライン

リスクマネジメントのディフェンスラインとして、(a)現業部門（フロント）、(b)管理部門（ライン）、(c)内部監査部門の 3 つがあるが、JR 北海道では先ほど述べた歴史的背景から、どの段階でも有効に自律的リスクマネジメントが効かなかった。

組織の抜本改革を通じて、活力ある企業風土に変革することこそが望まれる。

②TOP の姿勢の重要性

TOP の姿勢そのものが最も重要と考える。歴代社長は自分達だけで問題を抱え込まず、社長として国交省や北海道担当大臣、北海道知事らにもっと窮状を訴え説明し、財政支援だけでなく人材の派遣を求めたり、政府委員を巻き込んだ第三者委員会を設置したりと、政治的にもパフォーマンス的にももっと粘り強く、世論を動かして行く起動力になるべきであった。

③企業としての存在意義

国として、国鉄民営化の原点そのものを十分検討せずに形だけ移行し、JR 各社に委ねてしまった。公共輸送としての責務と採算性とのほざまで、JR 各社は葛藤を繰り返しているが、運営の結果発生した損失については、受益者及び国民が負担してでも事業の存続を果たすのか、それとも不採算路線はこれまでと同様切り捨てても良いのか。国や国民レベルでの真剣な議論とコンセンサスづくりが必要なのは以前と変わっていない。企業としての存在意義を明確化することが、JR 北海道の新生に必須である。

④ JR西日本の安全対策

同様の鉄道事業では、2005年4月にJR西日本福知山線の電車脱線転覆事故で、死者107名、負傷者562名の犠牲者を出した事故から今年で10年を迎えた。直後に出された「国交省航空・鉄道事故調査委員会報告書」を基に安全対策が取られてきたが、H.17年6月に社外有識者による「安全諮問委員会」が設置されH.19年7月に最終報告書が出されこれに基づく諸政策が実施に移されて行った。更に、H.24年5月に「安全フォローアップ会議」が発足、H.26年4月に最終答申が出た。この答申で「第三者による安全管理体制の検査」を強く推奨された。そこでJR西日本は検討の結果、H.27(2015)年4月15日付けのニュースリリースで、世界的に実績のある「DNV GL ジャパン」と認証検査会社と契約し、H.27年度から安全管理体制につき第三者評価を依頼し、もって往々にして社内体制のみで安全管理が十分と思われていた時代から、他社の目で見た安全管理体制評価を導入する時代へと変わって行っている。

<参考文献>

- ① 吉野次郎氏[日経ビジネス記者]2015.1.19 実践コーポレートガバナンス研究会 第56回勉強会での配布資料及び口頭説明内容
- ② 国交省航空・鉄道事故調査委員会「鉄道事故調査報告書」(JR西日本福知山線電車脱線転覆事故)2007年6月
- ③ JR西日本「安全諮問委員会最終報告書」2009年7月3日
- ④ JR西日本「安全フォローアップ会議報告書」2014年4月25日
- ⑤ JR西日本ニュースリリース「安全管理体制に対する第三者評価の導入について」2015年4月15日
- ⑥ 国交省運輸安全委員会「JR北海道函館線鉄道重大インシデント調査報告書(2013年7月6日発生)」2015年4月23日
- ⑦ 国交省運輸安全委員会ホームページ(鉄道事故)

(平井隆一)

(D) 飲食業

<はじめに>

外食業界売上トップのゼンショー（株式会社 ゼンショーホールディング 以下 Z）では、2006 年頃から、労働基準監督署（以下労基署）の指摘、国会での追及、深夜の盗難事件などから過重労働問題が表面化した。そのため 2014 年春には店舗の運営が困難となり、123 店舗で一時休業や時間帯休業、124 店舗で深夜営業など休止した。Z は、この事態を重く受け止め、同年 4 月に第 3 者委員会を設置し、原因究明と共に組織再編などの改革を行った。不祥事発生と再発防止への取り組みは、同様の問題を抱えるワタミや大庄の対応とは際立った違いがある。

Z は、さらに事後検証を目的に第三者委員会を 11 月に設置し、外部有識者によって「職場環境改善に関する報告書（2015. 3. 31）」を公表した。職場環境は著しく改善していると報告されている。

(1) 不祥事の概要

① 不祥事の発端

2006 年アルバイトの勤務形態を巡って労基署と紛議が発生した。また共産党小池晃議員が残業代不払い問題として国会質問を行った。Z は従業員を請負人とみなし、労働者ではないとする独自の議論を展開した。因みに「すき家」では店長と店員は契約社員だった。しかし採用時の求人広告や面接ではバイトとして採用しており、「請負人論」は法解釈として無理筋との評価が主流である。

なお労基署の指摘は、2012 年 13 通、2013 年 49 通であり、労働基準法違反が多数指摘されている。（注意）従業員やバイト側の主張に沿った判決と和解が出ている。

② 強盗窃盗事件多発

2010 年 Z の経営する「すき家」で強盗窃盗事件 57 件発生した。その年の飲食店舗への強盗総 件数 121 件であり、半数以上が Z グループであった。この原因は深夜勤務の一人の社員（ワンマン）オペレーションしていることが要因であった。しかし Z では盗難にあえば、無抵抗であれば安全で、盗難額は人件費より安いと判断されていた。

(2) 不祥事の原因

① 人手不足と急激な店舗増加

Z は 2011 年 4 月から 3 年間で 400 店舗超の出店をしている。新入社員と退職社員が均衡（即ち社員増が殆どない）する中で、既存社員の労働は過重とならざるを得なか

った。月間労働時間が500時間を超える社員もおり、過重労働が常態化していた

② 過重労働を是正出来ない組織上の問題

a. ガバナンス機能不全

- i. 労働組合は2011年に設立したが、労務改善要求を経営上層部していない。
- ii. 社外取締役と監査役には、弁護士、会計士、銀行OB、証券会社OBがいたが重要会議で黙認されてきた。

b. リスク情報の伝達不全

労務担当役員は過重労働実態を認識していたが、取締役会に上程することはなかった。

c. 悪しき自己責任論

労働現場の状況悪化を部下の責任として押し付ける風土があった。

② 経営幹部の思考・行動パターン

a. コンプライアンス意識の欠如

創業以来、「365日24時間営業」という成長拡大が最優先であった課題だった。この為、過重労働問題が大きな社会問題であるにも関わらず、昔ながらの通念に囚われていた。

b. 顧客満足と自己の成功体験に囚われた思考行動パターン

従業員満足度向上への意識が非常に低かった。

③ 組織風土

飲食業界では長時間労働は自然という「常識」があった。しかし企業環境の変化や社会通念の変容で、長時間労働への社会的責任が高まっていた。吉野家やマクドナルドとの競合他社との競争が激しさもあり、労働環境改善対応が非常に遅れた。

(3) 第三者委員会調査報告と提言(2014.7.31)

弁護士の久保利英明を委員長として4,28に調査委員会が発足した。そして社員581名とバイト486名のアンケート結果と幹部面談結果を行い、経営実態を調査し、以下の提言を纏めた。

① 労働環境の改善

- a. 長時間労働の絶対禁止ルール
- b. サービス残業の防止
- c. 従業員を重要なステークホルダーと位置付け人権を尊重する→社長の「宣言」とゼンショウ憲章とコンプライアンス行動方針の見直し
- d. 深夜の複数勤務体制
- e. 労働環境の重要性に関する全社教育

② 経営幹部の意識改革

- a. 研修会の定期的開催
- b. 経営幹部合宿

- ③ コーポレートガバナンス改革
 - a. 社外役員の複数性など
- ④ 担当者の権限と責任の明確化
 - a. 権限規定・業務分掌規程に見直し
- ⑤ リスク情報の伝達経路の明確の為の施策
 - a. 管理部門と営業部門長がリスク情報入手した場合、上部機関への情報伝達の義務化。リスク感度の向上。

(4) 再発防止策

第3者委員会報告の提言を踏まえて、Zは以下の再発防止策を7, 31に発表した。

① 地域分社化

全店舗（約2000）を北日本から九州までの7つの子会社管理とする。

子会社にはCOOとGMを配置し、当該地域に住ませる。

② 労務管理体制の強化

社長直轄の労政部を設置し、専任の担当者を配置した。従業員組合会と「時間管理委員会」を設置し、労使双方で毎月議論し、労働環境改善を行う。

③ ガバナンス体制の強化

常勤監査役を設置と社外取締役を招請し経営監視を強化する。

（常勤監査役が交代し京セラ元社長の西口泰夫氏が新任社外取締役に就任している）

(5) 再発防止策の結果と定着化

職場環境改善促進委員会が白井克彦氏を委員長に同年11月に設置され、本年報告書（2015.3.31）を公表した。その概要は以下の通りで、大幅に職場環境が改善されているとのことである。

- ① 残業時間の著しい減少
- ② 社員とクルーの応募者改善
- ③ 離職率の減少

<ご参考1> ワタミの事例

1. ワタミの不祥事の概要

- a. 2006年残業時間不払い問題（30分未満切り捨て方式）。北大阪労基署の是正勧告。上記内部通報者への報復人事（解雇と提訴の泥沼状態継続）
- b. 2008年6月に4月入社的女性社員が過重労働を苦に自殺した。入社2か月で月140時間余の残業時間であった。自殺した女性の両親は労災を訴えるが会社は納得せず、名古屋地裁に持ち込むが、調停決裂。なお労基署は労災を認定済み。2014年被害者側は、東京地裁に150百万の懲罰的損害賠償請求訴訟提起し現在訴訟継続中である。
- c. 介護事故発生（2012年介護老人が溺死するが病死事故と報告し、虚偽報告が発覚

する。また 2006 年床ずれ悪化老人が敗血症放置もあった。被害者の訴訟で 2160 万円の賠償命令が出ている)

d. 2015. 2. 19 介護施設で食中毒事件発生 (老人 16 人発病し 1 名死亡)

2. 調査報告書 (2014, 1, 17) 概要

a. 上田廣一弁護士 (元東京高検検事長) を委員長。アンケートと現地視察と関係書類から作成。

b. 所定労働時間の超過、労働時間の不正確記載、

c. 休暇取得不足の解消を指摘と人員不足、人件費制約制限の解消を提言。

d. 給与水準は全国平均より年 50 万円高い。離職率は飲食業界平均並みと報告。

3. 所見

a. 過労自殺訴訟事件の長期化。更に介護事業や配食事業でも不祥事露見。2012 年からブラック企業イメージ定着。26/3 月当期利益▲49 億円。27/3 当期利益▲127 億円。

b. 第 3 者委員会報告は 15 ページと簡素で、原因追求不徹底で関係者は匿名であった。

<ご参考 2> 大庄の事例

1. 大庄の不祥事の概要

a. 2007 年 8 月男性新入社員が心臓疾患で病死。過労死として死亡した両親が経営陣 4 人を相手に損害賠償請求。

b. 2010. 5. 25 京都地裁は 78 百万の支払い命令。経営幹部は給与体系と 36 協定締結を決定しており、悪意又は重大な過失と判定された。

c. 2011. 5. 25 大阪高裁判決。2013. 9. 24 最高裁判決 (確定)

(注) 初任給 196 千円は 80 時間の残業込みの給与 (虚偽採用広告の疑い) また、36 協定の時間外労働を 100 時間 (年間 6 回) に設定し、ほとんど日常化していた。

<注意: 厚労省の労災認定基準は 80 時間>

2. 所見

a. 2014 年ブラック企業大賞候補。(大賞候補は 10 社程度ある)

b. 労務管理の杜撰さと内部統制の脆弱性。

c. 第 3 者委員会報告書なし

<主な参考資料>

①ゼンショーの第 3 者委員会報告書 (2014, 7, 31)

②同職場改善に関する第 3 者委員会報告書 (2015, 3, 31)

③ワタミの第 3 者委員会報告書

④ブラック企業 (ゼンショー、ワタミ、大庄)

(西村康裕)

4. 事例研究から得られた共通の背景

(1) 共通の背景と要因

前項で述べた、業態別事例を見ると、それぞれに特有の直接原因が存在する。一方で、かかる事故・不祥事に至る背景には、業態を問わず、必ずや何か共通の要因が関係しているのではないかと推測。その観点に立って事故・不祥事の主な間接要因から共通の背景は何かを探ってみた。結果は以下の通りである。

① 企業としては、既に成熟期を迎えている。

創業時とは違い、企業規模も事業規模も拡大し、トップの目も、末端までは行き渡らない。活力が有って緊張感の漲っている組織も、環境の変化や時間の経過と共に組織の目的が忘れられ形骸化されやすくなり、構成員の運営もルーティン化され組織の目的が不明瞭になってしまう。

② 企業の成長過程・時間の経過に伴い、施さなければならない肌理細かなメンテナンスを怠っている。合成の誤謬、商品開発、人材教育、組織改編の遅れ。

本社と現場のかい離。社内の風通しが悪い事、即ちガバナンス不足による情報や人材の分散と停滞。

慣れから来る組織と組織運営の陳腐化、劣化による現場のリスク対応力の減退。

③ 社会環境の変化・社会が求めるもの（コンプライアンス・CSR）に対する察知能力と理解不足。

一組織が利益追求のあまり法令違反を犯して結果として組織全体が危機に陥る事例も多々見られる。

いわば現代的リスクが顕在化したものであり、最終的には以下の二つの要因から引き起こされたものと言える。それは、人と組織である。

① 人

経営トップから末端に至る個々人それぞれの、危機意識やリスク感性の脆弱性から生み出されているものであること。

即ち、過去からの固定観念、安全神話や成功体験、業界常識等にとらわれて、いわばリスク呆け状態に陥っていた。

② 組織

現場と本社、工場と研究所の意識・情報がかい離しており、責任の所在が曖昧で判断ミスを引き起こす状態。

内部監査部門、社外監査役、社外取締役、コンプライアンス担当部門。組織が有っても、経営に対して全く機能していない。

要は、人と組織という二つの要因が相互に作用し、事故や不祥事の起こりやすい、企業文化・企業風土が醸成されるものと思料する。

(2) 企業存続の要因

企業にとって持続的成長は永遠に追求し実現を目指すものである。

次に述べるのは、上記リスク要因と、企業永続の要因との関連性についての考察である。日経新聞の特集記事『200年企業 成長と継続』（2008年～2009年）に掲載された200年以上続いている企業57社を対象に分析した、東京リスク研究会の論文『老舗に学ぶ継続と成長の為の企業リスクマネジメント』によると、企業の成長と継続のための4要素として、以下を挙げている。

① 本業重視

企業のブランド価値や商品、伝承された差別化技術や営業のノウハウなどの強みを生かせる。すなわち研究や設備投資に際し不確定要素の高い部分を排除することが出来る。

② 時代・事業環境の変化に適応

本業を重視しつつ、従前の技術を生かして時代のニーズに合った事業にシフト。情報通信を生かして市場規模を拡大。物流の時間を短縮し鮮度の高いものを提供。etc.

③ ステークホルダーとの関係重視

従業員、顧客、取引先、投資家を含むステークホルダーとの信用・信頼関係によって、地域との良好な関係を保つ。

④ 経営者の資質

本業重視、身の丈に合った健全な経営、明確な経営理念、時代の変化に適応してゆく為の投資。社員の事業におけるベクトル合わせが出来れば企業としての推進力になる。

上記4要素と、前項の事例研究で述べられた企業群との関連性を見てみると、

① 本業重視については、JR北海道が軸足をホテル・不動産事業にシフトすることにより、もともと問題の多かった鉄道事業がさらに疎かとなり、事故が頻発する事態となったのが一つの例。

② 時代・事業環境の変化に適応の部分は、飲食サービス業に見られる過重労働問題。コンプライアンス・CSRという社会環境への対応が出来なかった例。

③ ステークホルダー

飲食サービス業において顧客が最大のステークホルダーと位置づけ、従業員がないがしろになり、問題が多発した例。

④ 経営者の資質については、全ての企業群に当てはまる。

石油化学工業においては、経営トップのリスク感性の低さ、鉄道事業においては、トップとしてすべきことに疑問を呈した。飲食業においては、社会通念に対する理解がトップとして出来ていなかった等々が挙げられる。

当然ながら、永続企業に必要とされる4要素を全て満たす企業群が、事例研究の中からは見当たらなかった。

(3) 重要課題－現代的リスクへの対応

今回の事例研究により、事故や不祥事が頻発する大きな原因は、それを起こしやすい企業文化・組織風土に有る。それらは、人と組織という、二つの要因から醸成されるものであるとの前提に立って見た。そのうえで、今後の課題・現代的リスクへの対応についてまとめてみる。

① 人

a. 企業トップの姿勢（現場のトップにも通ずる）

トップ自らがリスクに対する強い意識と感性を持ち、強いリーダーシップを発揮しながらリスクマネジメントを推進する。

b. 人材育成

現場と本社が一体となって、組織全体が参加しての教育訓練・マニュアル作成と実践。安全技術者、安全に強い管理者の育成。マニュアル手順の背景原理原則の理解。マニュアルでは伝えきれない五官で感ずる危険の兆候の伝承。

リスク管理に対する当事者意識を持たせる。

ハインリッヒの法則を念頭に、ミスや失敗の原因を一個人や一組織のレベルで埋没させずに組織内の何らかの欠陥と考えてのコミュニケーションを通じて対策を練る事。

c. 健康管理

体調不良や精神面（油断）によっても事故は起きるので、

日々の体調管理の徹底。（個人はもちろん、組織としても目配りが必要）

② 組織

a. 安全に対する投資・予算確保。適切な経営資源の投入。

b. 現場と本社の人事交流・密な連絡体制。

実際の運営に当たっては危機管理責任者が設けられて権限と責任が明確にされて運営される事が危機即応の為に必要である。

- c. 分かりやすい組織と責任体制の明確化。
- d. 機能する組織体制の構築⇒ガバナンスの強化。
リスクファクターに関してリスクを特定しその対応策を迅速に実施し、かつ関係先と迅速な情報伝達、共有できる組織体制が整備されているかの問題意識を常に持って組織体制を review する事が肝要である。
- e. 外部情報の積極的取り入れ⇒社外役員の活用。

上記の通り列挙したが、これで万全というものでは全く無い。安全にいくら費用をかけても、いくら人材を投入しても完璧はあり得ない。

人間の行動は、時に想定外の、あるいは勘違いの行動から、予測不能の事故は起こるものであるし、事故が起こって初めて認識する未知の部分がいくらでも存在するからである。

(白方 純)

5. 社外役員が果たすべき役割は何か（提言として）

企業のリスクマネジメントについて、4領域の事例研究を第3者委員会報告書をベースに行い、各事例に共通する背景と重要課題を考察した。この結果を踏まえ「企業のリスクマネジメントにおいて、社外役員が果たすべき役割は何か？」を下記の通り提言する。

1. 社外役員

(1) 役割

社外役員の基本的な役割は、社内組織のヒエラルキー構造の外にいる立場から、「社内の常識は、社会の非常識」とならぬようにコーポレートガバナンスを最適化するべく、社内取締役の業務執行を監督し助言すること。

(2) 目的

その目的は、短期的な利害得失に惑わされること無く、中長期的な視点で企業価値を向上させる為の監督と助言。その中でも企業リスクマネジメントは、対応を誤れば自社の命取りとなる、という点で極めて重要な領域。

(3) 立ち位置

その立ち位置は、自社の全てのステークホルダーズ、すなわち、株主のみならず、顧客、従業員、取引先、自社を取り巻く社会、の利益代表。

(4) 望ましい要件

社外役員の望ましい要件は、専門的な分野を持ち、かつ広範囲な知識があり、複眼思考も出来て、実務的な経験も豊富。

2. 留意すべき企業リスクファクター

(1) 伝統的なリスクファクター

社外役員として当然留意すべき基本的なリスクファクター

① 起業、② 操業、③ 法令遵守、④ マーケット、⑤ パートナー、⑥ 政治

(2) 現代的なリスクファクター

今回の事例研究の結果、特に留意すべきと考える現代的なリスクファクター

⑦ 企業文化及び組織の変容リスク

a. 環境と時間的变化に伴う組織目的の形骸化 (慣れリスクへの対応は?)

- b. 合成の誤謬 (部分最適≠全体最適、このリスク対応は?)
- c. 理念と文化の共有 (理念と文化の点で、労使の心が一つになっているか?)
- d. 暗黙知の伝承 (暗黙知の形式知化や伝承はなされているか?)

⑧ 広義のレピュテーションリスク

自社の事業規模の成長や事業領域の変化、この自社を取り巻く時勢の変遷に伴う社会通念の変化、これ等の変化に対して自社の対応は適切か?

3. 監督と助言のポイント

今回の 4 領域の事例研究を踏まえて、特に現代的な企業リスクマネジメントの重要性を念頭に置き、1. 経営トップ、2. 組織、3. 業務プロセス、4. 人事制度、5. 有事対応、の 5 項目の切り口で社外役員が果たすべき役割としての監督と助言のポイントは次の通り。

(1) 経営トップ

① 理念と文化の共有

企業理念(社是、社訓、創業理念、Our Credo、等)を社長は体現出来ているか?

② 社長

a. 現社長は適任か?

企業経営は、社長の経営意思が全てであると言っても過言ではない。自社の現状認識、問題点、解決策について、社長の経営方針は適切か、明快か、周知徹底されているか、労使の心は一つになっているか? 状況次第では、退任勧告や、後任社長候補の選任の助言も必要。

(事例: JR北海道。個人的資質の適否、平時に強いが企業再生や有事に弱い準公務員社長の連続選任の妥当性。今後は企業再生の実績ある民間社長も選択肢)

b. 社長の変身

オーナー企業のカラスは白い。社長の経営意思は、現場の隅々に宿る。社長が変わらなければ、会社は変わらない。社長が変われば、会社は変わる。状況次第で、社長の背中を押すことも必要。

(事例: ゼンショー。典型的なブラック企業だったが、適任者から成る第3者委員会の提言を社長が受入れて変身した結果、健全化の方向に舵切った好例)

③ 役員(社長以外)

非独立の役員(含、監査役、社外役員)の現実的な昇任/解任の鍵は社長が握る。抜本的な改善・改革で社長が否定的な議案は、独立社外役員の直接/間接の出番。

(事例: ゼンショー。改善前は全役員が社長に媚び諂い and/or 事なかれ対応)

(2) 組織

① 理念と文化の共有

- a. 経営トップが「安全は全てに優先する」との意識を持ち、強いリーダーシップの下で安全活動が推進されているか？

(事例： JR 北海道。車両や保線の手抜き整備が頻発、不正作業の証拠隠滅が横行)

- b. 「安全無事故を第一として、業務品質の改善がコスト削減に繋がる」との認識を共有する企業文化と組織風土が確立されているか？

(事例： JR 北海道。化学工業。建設業。 --- 其々の事故の背景)

- c. 労働組合の独善的な主義主張に振り回されて会社の理念・文化の共有尊重や正常業務の遂行に支障をきたし、従業員の幸せや会社の正常経営が犠牲になっていないか？

(事例： JR 北海道 --- 組合に借り、組合に遠慮、組合所属の社員管理を放棄)

② リスクマネジメントのディフェンスライン（i 現業部門、ii 管理部門、iii 内部監査部門）は有効に機能しているか？

(事例： JR 北海道、(3)再発防止策①②③ 機能不全。ゼンショー、役員から労組まで機能不全)

③ レピュテーションリスク

ブラック企業化していないか？

(事例： ゼンショー。ブラック企業化、法の制裁と社会の批判、短期間で一部上場、理念と文化は創業時のまま、立志伝中の経営者個人の成功体験を3万人超の従業員に強要、過度な違法残業、違法労働契約、夜勤従業員の安全軽視)

(3) 業務プロセス

① 理念と文化の共有

- a. 社長の基本方針は明快か？ この基本方針を踏まえた安全管理や品質管理の枠組みが現場に定着しているか？

(参考例： ISO 31000、PDCA 定時定点チェック、6シグマ MAIC、等)

- b. 現場を預かる課長、作業所長、班長等が、「安全は全てに優先する」との意識と感性を持ち、それが部下全員と共有出来ているか？

(事例： 化学工業、死亡事故4件。建設業、死亡災害ワーストワン)

② 事業環境の変化

自社の設備装置は年々高度化し複雑化していく。一方、自社を取り巻く社会の環境や通念は年々変化していく。これ等の変化に対して自社のリスク対応策が旧態依然ではないか？ 慣れリスクを抱えてないか？

- a. 非定常時対応のリスクアセスメント（非定常時の安全装置、マニュアル、指揮命

令体制、現場リーダー育成)は出来ているか？

(事例： 化学工業、死亡事故 4 件)

b. 事故が継続的に発生していないか？

(事例： 建設業、死亡災害連続ワーストワン。JR 北海道、車両や線路の事故頻発)

c. 事業規模の拡大と社会通念の変化に自社の業務プロセスは追従し対応出来ているか？

(事例： ゼンショー。過度な違法残業、違法労働契約、夜勤従業員の安全軽視)

③ 合成の誤謬

定常時の作業マニュアルは部分最適になりがち。非定常時に必要な全体最適のリスクマネジメントは出来ているか？

(事例： 化学工業。死亡事故 4 件)

④ 暗黙知の伝承

今あるマニュアルは万能ではない。暗黙知の形式知化や伝承はなされているか？

カン・コツ マニュアルは作成されているか？

(事例： 化学工業、死亡事故 4 件。建設業、死亡災害ワーストワン)

⑤ 「やれでやる」ではなく「やるでやる」の意識が根付いているか？ 上意下達ではなく、職場毎に一定権限が移譲され自律的リスクマネジメントが機能しているか？

(事例： JR 北海道、化学工業、建設業 --- 其々の事故の背景)

(4) 人事制度

① 人事基本方針

前述 2. 組織-①-a. b. に述べた安全に関わる理念と文化の共有の重要性が人事基本方針として明示され、その理解・実行・共有を人事評価制度と適度にリンクされる等、全従業員への安全意識の刷り込みが人事制度面に於いてもなされているか？

② 安全管理リーダーの育成

誰を育成するか、何を教えるか、の人材育成プログラムは整備・実行されているか？

③ 労務管理体制

労働環境改善への取組みが具体的に行われているか？

(事例： ゼンショー。社長直轄の労政部、専任担当者、労使協議会を毎月実施)

④ 規模と領域の変化、社会環境の変化

女性登用、母性保護、Work-Life Balance、社会的弱者の任用、内部通報等への対応が人事制度面で整備され実行されているか？

(5) 有事対応

事故や不祥事は原因者である一個人や一部門の汚点に留まることなく、全社的かつ致命的な企業ダメージとなる。かつての雪印の如く一発退場ともなり得る。

有事の場合に社外役員は、冒頭 1. に述べた役割、目的、立ち位置で、社長をはじめとする社内役員の発言行動を注視し、次の諸点に留意して監督し助言しなければならない。

① 理念の共有

企業理念に則って、社長の強いリーダーシップの下、全社一丸、謙虚に、迅速に、対応具体策を実行。

(参考例： 米国 Johnson & Johnson 社。タイレノール殺人事件 (1982 年)。毒物混入疑惑が出た自社薬品を、顧客利益第一の企業理念「Our Credo」に則り、緊急時対応マニュアル無しで全社一丸、直ちに全品回収し(\$1 億)顧客の信頼を得た)

② 具体的な対応策

a. 直接的なダメージコントロール

被害者、現場、顧客への対応は、迅速かつ適切か？

b. 副次的なダメージコントロール

従業員、地域、官公庁、マスコミ、株主への対応は、迅速かつ適切か？

c. 第 3 者委員会

有能で実績ある民間経営トップや弁護士等による第 3 者委員会の設置と提言実行。

(事例： JR 西日本 --- 社外有識者による安全諮問委員会、安全フォローアップ会議。 ゼンショー --- 地域分社化、時間管理委員会、有能社外取締役の招聘)

d. 第 3 者機関

第 3 者機関による安全管理体制評価 (事例： JR 西日本 --- DNV GL ジャパン)

(藤村俊夫)

6. おわりに

昨年11月28日の小研究会①(テーマ:「コーポレート・ガバナンスの在り方を考える」)との合同キックオフミーティングから始まり、私たち小研究会②(テーマ:「最近の事故事例から、実効あるリスクマネジメントとは何かを考える」)は、8名のメンバーと3名のメンターが、計11回に亘って侃侃諤々の議論を行い、途中「不祥事予防サブチーム」と「安全サブチーム」に分かれ、多忙な中をDFオフィスに集まり事例を研究し議論しました。

3名のメンターの皆様には、私たち8名のメンバーでは時に迷走する議論を適切な方向に導いて下さり、また、有効なアドバイスをタイミング良く授けて下さいました。彼らの存在なしには、これだけの研究成果は到底得られなかったことは明らかなです。ここに深甚の敬意を表するものであります。

また、DF・真瀬代表を始めとする事務局の皆様も、私たちの研究活動を暖かく支えて下さいました。心から御礼申し上げます。

素晴らしい能力、経験、知見、そして熱い心を持った8名のメンバーが、ひとつの目的の為に6か月の間多忙の中にも集い、研究し、議論し、ここにひとつの論文を仕上げたことは、何物にも替え難いことと考えます。

最後になりましたが、お忙しい中を本日の研究成果発表会にご出席下さった皆様、並びにこの小冊子を手にとって読んで下さった皆様に改めて心からの御礼を申し上げます。皆様のお仕事や研究に僅かでもお役に立つことができましたら、一所懸命に研究した私達にとってこれほど嬉しいことはございません。心から感謝申し上げる次第でございます。

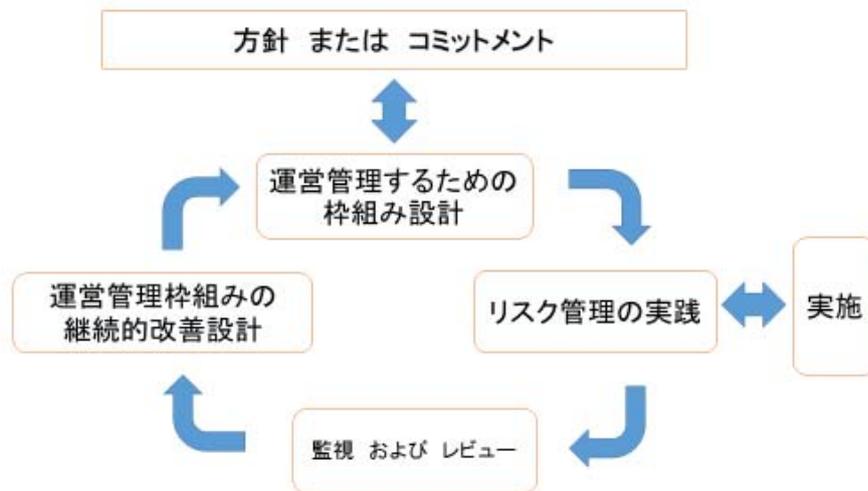
2015年6月5日

企業ガバナンス部会小研究会

巻末付録

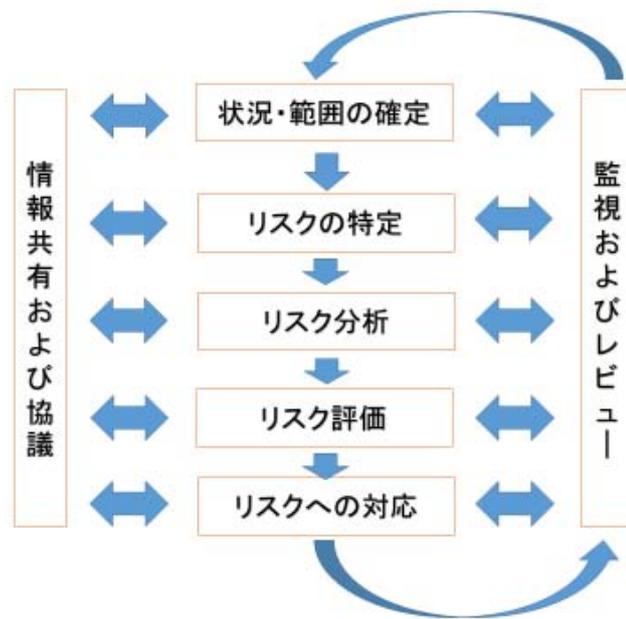
【参考1：リスク管理の枠組み（ISO31000）】

（第4回装置産業のリスク管理ミニ・シンポジウム2015千葉科学大学 長谷川和俊教授講演資料より）



【参考2：リスク管理の実施（ISO31000）】

（第4回装置産業のリスク管理ミニ・シンポジウム2015千葉科学大学 長谷川和俊教授講演資料より）



【参考3：労働災害をゼロにするための方策（中災防MS審査センター所長白崎彰久）】

（リスク管理ミニ・シンポジウム講演資料より抜粋）

《安全衛生管理の新たな視点》

- ① トップの承認型からトップ自らの主張実行型へ
- ② 慣習的な役割から責任、権限が最低限定められた役割へ
- ③ ライン長の役割の理解と自覚、そして行動へ
- ④ スタッフ主導型からライン長による自律・実施型へ
- ⑤ 管理だけから活動を含めた管理へ
- ⑥ 行事消化型計画から問題解決型計画へ
- ⑦ 部門のリスクの状況を踏まえた部門計画へ
- ⑧ 再発防止型（後追い）から危険性、有害性の特定型（先取り）へ
- ⑨ 自社だけから、協力会社、さらには海外工場まで
- ⑩ 安全衛生委員会は報告型から意見交換型へ
- ⑪ ライン長によるコンプライアンス型へ

【参考4：大規模災害の頻発要因に関する調査研究－2005年－産業安全研究所】

（ヒアリング調査とその結果より抜粋）

- ① 企業トップの姿勢との関係
 - ・ 課長クラスの人材によって職場の雰囲気に変化する、安全優良職長を配置して重視する姿勢を示している。

- ・創業者が目を光らせているうちは大丈夫だろう。巨大化して目が行き届かなくなった、または、代替わりした場合には、創業者が培った経験則が生きなくなる。
- ・トップが生産性に寄与すると理解してくれなければ、どんな安全対策であっても部下

は

勝手に動けない。

- ・責任者が単に現場を回ればよいというものではなく、何かあった時にトップがどのような

対応をするかが重要である。

- ・第一級の人材を安全担当に配置することが重要である。
- ・変化点を迎えたときに不適切な方向に変化する、あるいは変化に対応しなかった場合に

に

は、災害が再発することになるのではないか。どれを変化点と捉えて、適切に対応するか、

しないかで差が生ずる。

(2) 人員削減・予算削減との関係

- ・経費削減のため、知識と経験の熟練者をリストラして技術伝承をマンツーマンではなくマニュアル等に頼った。伝えたつもりが伝わっていなかった。
- ・採用抑制で社員の年齢構成がアンバランスな状態にある。技術伝承の受け手が不足している。
- ・以前は、他人に対する配慮や安全のための小さなコツが、人から人に直接伝える、あ

るい

は行動で示すことが出来た。今は人が減り、余裕がなくなった。

- ・効率化の追求、人員の削減から派生するマニュアル偏重傾向は今後も続くだろう。
- ・安全を担当する人員の削減によって、個々の負担が増加し、問題が生ずる場合がある。

(3) 安全教育、協力会社、その他

- ・責任者の姿勢をどうやって部下に伝えるか、上下のギャップを埋めるのが大事。
- ・事故例を見ると個人の判断ミスが多い。個人の意識が問題である。
- ・KY等を行っていても形骸化してくる。いろいろな新しい活動を考えて意識を集中させ、感性を磨くことが重要である。

・災害頻発の背景にはマニュアル化の進展があるのではないか。五官で感じる危険の兆候は

マニュアルでは伝えきれない。その結果、危険に対する感覚も鈍り、他人任せにする部分

が増えてくるのではないか。

・マニュアルにないトラブルなどへの対処方法考慮することが不足しているのではないか。

- ・安全、環境については連結ベースで監査を行い、レベルアップを目指している。
- ・構内の事故はすべて親会社の責任として扱う。

・企業の中堅幹部以上は安全第一のはずである。組織分社化、縦割り等から安全第一が伝わ

らない部分が生じているのでは？

・現場の所長が、下請けも含めて人をうまく使って調整するコミュニケーション能力に優

れていると、現場の雰囲気良くなり、事故も減る。できないと事故を起こす。

・ネットワークの整備により災害事例や問題点を全社レベルで配信可能となった。

・危険性の事前評価を行い、事故防止施策を定めて必ず守らせる、ことを強化すること

に

よって、死亡を休業に、休業を不休にというように、被害軽減を図れる。

・今の若者は、従順で決めたことは守ろうとするが、自分で考えておらず、応用できない。

・若い人であってもやる気になればできる。今の学校教育の現場では、他人のモチベー

ションを高める方向ではなく歪んだ平等主義になっており、これからの企業の安全に与え

る影響が心配である。「わが社の安全に主体的に参画している」といった意識が醸成され

にくくなるのではないか。

【参考5：監督官OBのつぶやき】

(1) 工場責任者（社長）が直接説明してくれるところは、大丈夫。挨拶のみで安全担当者

者にすぐ委ねてしまうところは、要チェック。

(2) 3Sが行き届いている、挨拶があるところは良い。必要かどうかわからないものがあるところは要注意。

【付録：参考文献・書籍、引用資料の出所一覧】

①「失敗学のすすめ」畑村洋太郎著 講談社文庫（2015年4月15日第1刷発行）

②「図解使える失敗学」畑村洋太郎著 中経出版社（2104年7月31日第1刷発行）

③「危険物のリスク管理—現状と今後—」危険物・保安2014増刊号 長谷川和俊著

- ④ 「南陽事業所第二塩化ビニルモノマー製造施設爆発火災事故調査対策委員会報告書」東ソー株式会社（2012年6月）
- ⑤ 「岩国大竹工場レジルシン製造施設事故調査委員会報告書」三井化学株式会社（2013年1月23日）
- ⑥ 「姫路製造所アクリル酸製造施設爆発火災事故調査報告書」株式会社日本触媒（2013年3月）
- ⑦ 「四日市工場高純度多結晶シリコン製造施設爆発火災事故調査報告書」三菱マテリアル株式会社（2014年6月12日）
- ⑧ 「石油コンビナート等における災害防止対策検討関係省庁連絡会議報告書」内閣官房、総務省消防庁、厚生労働省、経済産業省（2014年5月）
- ⑨ 実践コーポレートガバナンス研究会第56回勉強会での日経BP社吉野次郎氏講演配布資料「JR北海道、トップ2人の死と腐食した組織」並びに口頭説明内容（2015年1月19日）
- ⑩ 「なぜ二人のトップは自死を選んだのか／JR北海道、腐食の系譜」吉野次郎著 日経BP社（2014年4月10日）
- ⑪ 国交省航空・鉄道事故調査委員会「鉄道事故調査報告書」（JR西日本福知山線電車脱線転覆事故）（2007年6月）
- ⑫ JR西日本「安全諮問委員会最終報告書」（2009年7月3日）
- ⑬ JR西日本「安全フォローアップ会議報告書」（2014年4月25日）
- ⑭ JR西日本ニュースリリース「安全管理体制に対する第三者評価の導入について」（2015年4月15日）
- ⑮ 「JR西日本福知山線脱線事故・判決文」神戸地方裁判所（2015年1月20日）
- ⑯ 国交省運輸安全委員会「JR北海道函館線鉄道重大インシデント調査報告書（2013年7月6日発生）」（2015年4月23日）
- ⑰ 国交省運輸安全委員会ホームページ（鉄道事故）
- ⑱ 「第三者委員会報告書」株式会社カネボウ化粧品（2013年9月9日）
- ⑲ 「第三者調査結果の総括と再発防止に向けた今後の取り組みについて」株式会社カネボウ化粧品（2013年9月11日）
- ⑳ 『「すき家」の労働環境改善に関する第三者委員会調査報告書』株式会社ゼンショーホールディングス（2104年7月31日）
- ㉑ 『「すき家」従業員の職場環境改善を目的に有識者による「職場環境改善促進委員会」を本日付で設置』株式会社ゼンショーホールディングス広報（2014年11月14日）
- ㉒ 「職場改善に関する第三者委員会報告書」職場環境改善促進委員会 株式会社ゼンショーホールディングス（2015年3月31日）
- ㉓ 「外部有識者による業務改革検討委員会調査報告書」ワタミ株式会社（2014年1月17日）
- ㉔ 『「外部有識者による業務改革検討委員会」の調査報告書を踏まえた当社の対応について』ワタミ株式会社（2014年3月27日）

- ㊸ 「リスクマネジメントの教科書」 白井邦芳著 東洋経済新報社（2014年10月2日）
- ㊹ 『失敗は「そこ」から始まる』 フランチェスカ・ジーノ著 柴田裕之訳 ダイヤモンド社（2015年1月16日）
- ㊺ 「最強のリスク管理」 中島茂著 金融財政事情研究会（2014年3月4日第2刷発行）
- ㊻ 「経営戦略とリスクマネジメントー具体的事例から学ぶー」 松田千恵子氏講演レジュメ（社）ディレクトフォース監査役部会第3回研修会（2013年12月17日）
- ㊼ 「金融リスクマネジメントバイブル」 東京リスクマネージャー懇談会 金融財政事情研究会出版（2011年5月）
- ㊽ 「ブラック企業 日本を食いつぶす妖怪」 今野晴貴 文春新書（2012年11月）
- ㊾ 「ブラック企業2 虐待型管理の真相」 今野晴貴 文春新書（2015年3月）
- ㊿ 「新青年社長上・下」 高杉良 角川文庫（2013年2月）
- ㊽㉑ 「ワタミ・渡邊美樹 日本を崩壊させるブラックモンスター」 中村淳彦 コア新書（2014年12月）
- ㊽㉒ 『リスク管理における本質安全技術ー福島原発を検証するー』 長谷川和俊著「第4回装置産業のリスク管理ミニシンポジウム講演梗概集 p. 39~50」（2015年2月26日）
- ㊽㉓ 『労働災害をゼロにするための方策』 白崎彰久著「第4回装置産業のリスク管理ミニシンポジウム講演梗概集 p. 68~96」（2015年2月26日）
- ㊽㉔ 「大規模災害の頻発要因に関する調査研究」 産業安全研究所（2015年）
- ㊽㉕ 「建設業における労働災害防止対策の強化について（要請）」 厚生労働省労働基準局安全衛生部安全課長名、建設業労働災害防止協会事務局長宛 基安安発 1114 第1号（2013年11月14日）
- ㊽㉖ 「老舗に学ぶ継続と成長の為の起業リスクマネジメント」 東京リスク研究会論文（日経新聞「200年企業成長と継続」2008 - 2009、『リスクマネジメント TODAY MARCH 2010』）

以上

{付録：企業ガバナンス研究会②リスクマネジメントチーム活動記録}

2014年 11月 28日 第1回 合同キックオフミーティング
 2015年 1月 22日 第2回 全体ミーティング

2月17日 第3回 全体ミーティング
3月 3日 第1回 安全サブチームミーティング
3月 3日 第1回 不祥事防止サブチームミーティング
3月11日 第2回 安全サブチームミーティング
3月11日 第2回 不祥事防止サブチームミーティング
3月19日 第4回 全体ミーティング
4月16日 第5回 全体ミーティング
5月14日 第6回 全体ミーティング
5月21日 第7回 全体ミーティング

(完)