

福知山線脱線事故調査報告書に関わる検証メンバー会合（第6回）

議 事 録

日時：平成23年4月15日（金）14：00～15：25

場所：運輸安全委員会委員会室（東京都千代田区）

○菅井総務課長

ただいまから、第6回「福知山線脱線事故調査報告書に関わる検証メンバー会合」を開催いたします。各メンバーの皆様方におかれましては、ご多用中にもかかわらず、ご出席いただき、誠にありがとうございます。また、本日はオブザーバーといたしまして、国土交通省の総合政策局安心生活政策課の東井課長にご出席いただいております。若干遅れていますが、鉄道局の鉄道業務政策課の長谷川課長にもご出席いただく予定となっております。

議事に入ります前に、配布資料の確認をいたします。まず、配席図でございます。そのあとに議事次第、メンバーリストとなっております。また、そのあとに、資料1「検証報告書(案)」、それから資料2といたしまして「検証報告書の要約版(案)」、それから資料3といたしまして、「運輸安全委員会の今後のあり方についての提言」となっております。

それでは、これからの進行を安部先生にお願いしたいと存じます。

○安部氏

それでは、第6回の検証メンバー会合を開催いたしたいと思っております。本日が最後の会合になると思っておりますが、よろしくご審議の程、お願いいたします。

本日は、3時50分頃に国土交通大臣にお会いする予定になっておりますので、その関係上、こちらの時間を3時20分前後に終了したいと思っております。短い時間ではありますが、ご協力をよろしくお願いいたします。

それではお手元に配布されております資料1をご覧ください。ご覧になっていただきたいと思っております。「JR西日本福知山線事故調査に関わる不祥事問題の検証と事故調査システムの改革に関する提言」ということで、2009年12月にこの検証チームが発足いたしました。それから約1年4ヶ月検証作業をやってまいりまして、本日こういう形で原案がまとまりました。第1議題は、まず、この報告書についてご確認いただくということになります。

検証報告書のうち第1部につきましては、前回大阪でやりましたときにご承認いただいております。すなわち、ページ数で言いますと60ページまで、頭から60ページまでは既にご承認をいただいております。その際、その後の事態で何か大きな新しい事実が出てきたりした場合には、第1部についても追加で修正・付記をするということを申し上げていきましたが、その後、例えば、山口元事故調委員が神戸地裁で山崎元社長の刑事裁判の中で証言をされました。私もその日、地裁に行つてまいりまして、山口委員の証言内容について聞いてまいりましたが、特に大きく第1部に反映させるような新しい事実は出てまいりませんでした。この裁判以外に、特に、新たな事実は出てまいりませんでしたので、第1部につきましては、これを修正・変更する必要はないと判断しております。それで、第1部につきましては、これで確定ということにさせていただきたいと思っておりますが、如何でございましょうか。そういう扱いでよろしいでしょうか。

○各検証メンバー

はい。

○安部氏

それでは第1部につきましては、これで確定ということにさせていただきます。

なお、第1部に関わりまして、第1部はJR西日本側の問題点ヒアリングメンバーが中心となって取りまとめたわけですが、検証作業の一環として、運転士へのアンケート調査を行いました。既に、その結果につきましては中間報告という形で公表しておりますが、その後、本日に向けまして、一定の分析と評価を行ってまいりまして、これが最終的にまとまりました。第1部に関連する部分ですので、この点につきまして、まとめの責任者としてやっていただきました大森さんのほうから簡単にご説明をいただきたいと思っております。それでは大森さん、よろしくお願いいたします。

○大森氏

添付の付録-1-2を見ていただきたいのですが、この運転士アンケートは前にも公表しています。最終ということで、まとめといいますか、そういうものをちょっと付け加えるということで、今回「総評」という形で冒頭に入れております。それと記述のほうも、補充をしたという形で記入追加をしました。

アンケートは関西大学の菅准教授とか運輸安全委員の方々の協力を得ましてまとめました。概略を申し上げますと、総評として、上のほうに書いてありますように、5年ほど経過しているということでもあります。その間にいろんな知識とか入って正確に反映されていない部分があります。しかし100%ではないけれど、完全ではないですが、ゼロでもない。60から70%ぐらいの確率で実情を示していると思っております。①から⑦まで書いてありますけれども、①のほうで曲線部の速度超過の経験の有無を問うています。これによりますと、5人に1人ぐらいが、程度は軽いですけれども、速度超過をしている。②でその理由を尋ねましたところ、ヒヤリハットと言いますか、ヒューマンエラー、そこら辺で超過をしたということが書かれております。③は手前の直線区間でどの程度の速度超過があったか、合計しますと6.9%であります。これも軽微の速度超過です。④では脱線の危険、そういう認識があったのかどうか、これは43%ぐらいの人があったとしておりますけれども、これは5年経過しておりますので、そこら辺を考慮して考える必要があると思っております。それから⑤ダイヤに関しましては、9割を超える方が余裕がなかったと回答しています。⑥日勤教育に関しましても8割を超える方からプレッシャーがあったということになっています。最後ですけれども、ヒヤリハット等が発生していた。これは事故調査報告書の建議に書いてありますように、インシデントに関する情報を総合的に分析して、うまく利用していく必要がある。こういうことが確認できたかなということでもあります。以上です。

○安部氏

どうもありがとうございました。既に集計結果につきましては公表しておりますが、その解説といいたいでしょうか、それを冒頭につけたということでございます。こういうことでアンケート結果については、取りまとめを終わったということにいたしたいと思っております。よろしいでしょうか。

はい、どうもありがとうございました。

それでは、第2部、今日の一番重要な議題ですが、第2部の議論に移りたいと思います。61ページからずっと続きまして、最後が150ページまで続いております。このうち、第1章と2章の原案の作成は主として柳田先生にご尽力いただきましたので、その意図しているところ、狙いといった点を中心に柳田先生からご説明いただきます。では柳田先生、よろしく願いいたします。

○柳田氏

今までの全体会議あるいは分科会でかなりくわしく突っ込んでおりましたし、また取材されている方々も前回の全体会議、それ以前の会議で大体理解していただいていると思いますので、今日は時間の制約もありますので、ポイントになるのは何であるかというところに絞ってお話をしてみたいと思います。

簡潔にまとめてみますと、大きく分けて事故調査の今後のあり方については、8項目ぐらいあるのです。1つは鉄道事故における調査の方法論、これをより明確にする。具体的には航空分野におけるICAOの事故調査マニュアル、それを参考にしながら、かなり科学的、合理的な方法論を確立してそれに準拠してやるべきではないかという提案です。

それから、以後は中身になるわけですが、その中身になることを第2点目に、組織事故という視点で取り組む必要がある。運輸事故の場合は規模が大きくて組織も大きくて、航空にしる、鉄道にしる、船舶にしる、身近な日常の事故と違って、大規模な組織の中で起こったメカニズムをみると、90年代以来新しいキーワードとなっている組織事故という視点で分析する必要があるということです。

3番目はそういう中で起こったヒューマンエラー、運転士や保守点検やさまざまな現場の作業員のヒューマンファクターの問題というものをしっかりと背景分析をする。例えばなぜなぜ分析するとか、SHEL分析するとか、そういう視点できちんと納得のいくような形で、ヒューマンファクターを位置づけていく、そういう視点が必要だということです。

4番目に、これは非常に重要なのですが、防ぎ得た条件、これがあればこの事故は防ぎ得た可能性が高いという問題をどう扱うかということでもあります。既に発表されている事故調査報告書では、ATS-Pがなかった問題について重視して、第3章の「事実を認定した理由」のところでは、詳細に分析をしているのですが、第4章「原因」のところでは全く触れていない、そこに特に被害者の目からみると、一体どういう意味を持ったのか、なぜ身内が死ぬような状況に追い込まれたのか、それを防ぐ手立てはなかったのかという疑問に対して、事故調査報告書が明快な答えを出してくれなかったという不信感にもつながっていたわけです。防ぎ得た条件についてはこれからどう扱ったら良いか、従来の事故調査というのは直接的な原因、そして背景にあった関連要因というものを指摘するぐらいだったわけで防ぎ得た条件というものは、言うならば原因に関係ないということでもまとめのところではあまり触れないことが多かったわけです。ですが、やはり事故の再発防止、あるいは広く安全性向上のシステムを作るという大きな事故調査の目的から言えば、これは大変重要な問題であるから、これからはそれを例えば事故の寄与要因（コントリビューティング・ファクター）として位置づけるのか、あるいは独立して防ぎ得た要因として、事故原因と並列して書くのが良いのか、これは運輸安全委員会において、今後煮詰めて、マニユ

アルなどで明記していくということを望みたいということです。

5番目ですが、設置法の改正に伴って、被害が生じたり、拡大した条件についても調べろということになったことで、最初の例としてJR西日本の事故でも調べたわけです。かなりサバイバル・ファクターについては、被害にあった方々がどのような状況の中で死亡したり、怪我をしたかを調べて、例えば車両構造や内装の問題やいろいろなことを指摘したわけですが、これからそういう視点からの調査をより充実し、深いものにしていただきたいということです。

それから6番目ですが、これも新しい問題です。事故というのは、目に見えてわかったその事故特有の原因や関連要因だけを調べていたのでは、本当の意味での再発防止に広く取り組むというところになかなかつながりにくい。同じ事故が起こることは防げても、今度は全く違う形の事故が起こるおそれがある。したがって、事故調査の中では、事故原因に関係なくとも、その組織が抱えていたさまざまなリスク要因が明らかになったら、それもしっかりと報告書の中で述べて、踏み込んだ安全提言をすべきではないかということが、この6番目の組織の安全文化についての調査を重視しようというところなのです。しかし、この安全文化に踏み込むということは事故調査委員会の能力で全てやりうるのかどうかという問題も関わってきますので、さしあたりは運輸安全委員会の可能な範囲で取り組むにしても、より幅広く深く取り組むには、例えば行政に任せるのか、あるいは第三者機関のような別組織でやるのか、そのあたりは、今後運輸安全委員会において議論していただきたいと、こういうスタンスを残しておきました。

それから7番目も新しい提起ですけれども、被害者の視点を重視する必要があるということです。これはサバイバル・ファクターを調査する上では当然、被害者の問題というのは視野に入るわけですが、しかし、サバイバル・ファクターだけではない被害者が直面する問題というのは大変多岐にわたります。それが、事故調査機関が全てを抱え込むことは不可能でありますけれども、そういう問題を視野に入れながら被害者の気づきや被害者の意見、あるいは安全への提言、そういったことも事故調査機関においてしっかりと押さえながら事故の全体像を把握し安全提言をしていくというこういう意識と取り組み方が必要であろうということです。この被害者の視点の中には、被害者の支援ということも当然入ってくるわけです。アメリカでは、事故調査機関であるNTSBが全体のコーディネータと指揮をするという立場で、実働部隊は関係機関がやるわけですが全体を統括するのは事故調査機関がやるというシステムになっていますけれども、やはり行政機関のさまざまな歴史的な背景や経過、そして法制度などの違いからそのまま日本に持ち込むということはかなり無理があるであろう。しかし、それが重要であるということは間違いないから、こういったことについても今後関係機関の中でしっかりと位置づけと取り組み方を明確にしていく必要があるということ提言いたしました。

8番目は事故調査報告書の構成です。事故調査報告書というのはこれまでは専門家がわかれば良いと言っても差し支えないくらい大変読み取りにくいものになっていました。これを広く被害者やあるいは一般の研究者、一般国民が理解できるような努力が必要であって、そのためには情報の開示とか報告書のスタイルとか、さまざまな取り組みが必要なわけで、また報告書が決まったり、あるいは途中経過を開示するときにしっかりと情報の重要性、どういう形でどういうふうに説明したらわかりやすいかという情報の専門官、事故調査に絡む情報開示の専門官（コミュニケーション・スペシャリスト）というのも必要であろうというようなことにまで踏み込んで提言

しております。

事故調査そのものに絡む問題としては以上8点ほどあるわけですが、特にこの中で新しい取り組みであり、重視していただきたいという意味で絞りこむと、4点ございまして、第1点は組織事故の視点から調査に取り組むということ、第2点は防ぎ得た条件、JR西日本の事故ではATS-Pの問題が大変大きくクローズアップされましたけれど、それに象徴されるように防ぎ得た条件というものを事故調査の中でしっかりとらえてそれを明示していく、それが大きな目的である安全性の向上へつながっていくという考え方です。それから第3点は組織の安全文化にまで踏み込んでほしいということです。JR西日本では風土というような表現を使っていますけれど、風土というのはちょっととらえにくい、何となく漠然とした感じがあるので、ICAOなどでも組織の安全文化とは何かという定義もありますので、そういったことを参考にしながら踏み込む視点、あるいはアイテムといったことを明確にした上でこの安全文化の問題点を解明していくという取り組みをしてほしいということです。それから第4点は被害者の視点を重視していくということです。この以上4点が今回の検証作業の中で是非とも強調して今後の運輸安全委員会の中で取り組んでほしい革新的な問題だと我々は認識しております。

また、こうした事故調査の取り組み方とは別に大きな制度的な枠組みについては、警察庁における刑事捜査との関係、つまり事故調査と刑事捜査の競合関係なのか、協力関係なのか、それぞれの目的も違えば、性格も違う中でどのようにすれば、一番良いのか、やはり事故というものの全貌を明らかにし安全な社会を作っていくという上では、双方それぞれに重要な役割を果たすわけだけれど、それがバッティングしあってはいけません。そこをどう調整するかという問題については、別途その件についての項目を作りましたので、メンバーの1人である佐藤健宗先生にご説明いただければと思います。そして、また全体的に大きな枠組み、制度的な枠組み、あるいは今後広く社会に訴えていくような問題、そういったものについては座長の安部先生に最後に締めくくっていただければと思いますが、事故調査に関する検証の作業と絞り込んだ提言の部分はそういうことです。

○安部氏

どうもありがとうございました。柳田先生には2月、3月と時間の大半をこれにつき込んでいただきまして、大変充実した内容の起案をしていただきました。本当にありがとうございました。

それでは佐藤先生、第2章のうち、起案いただきました刑事捜査と事故調査の関係の部分につきまして、コメントをお願いします。

○佐藤氏

それでは私のほうから事故調査と刑事捜査の関係について、報告書にどのようにまとめたのか、説明させていただきます。ご存知のように事故調査というのは再発防止が目的であり、一方それに対して刑事捜査というのは個人の刑事責任の追及のための証拠集めが目的であります。したがって双方の目的は違うわけです。ただし究極的にはそれぞれの活動を通じてより安全な社会を実現していくという点で目指すものが一致する面もあるというふうに整理をいたしました。そこで、まず両者が適切に協力しあうという関係はどうしても必要であろうと。特に事故直後の現場にお

いて、警察が現場保存し、それに対して事故調査機関が適切に協力をすると、知識を提供するということは大変必要なことであろうというふうに思います。ただその一方で双方の目的が違うことからくる分離の必要性もあると思われまます。特に鑑定嘱託については、これまでは運輸安全委員会が作成した報告書全体が警察に対して鑑定書という形で証拠として提出をされるというふうになっていましたが、これでは事故調査と犯罪捜査の関係が不明確ではないかと指摘される声もありましたので、今後の運用のあり方として運輸安全委員会としては鑑定を受ける対象を事故の客観的な面の調査ということに限定して、つまり事故調査報告書の実情情報に限って鑑定嘱託に回答するというふうな方向で両者の関係を見直していく必要があるのではないかとというようなことを提言として盛り込みました。それから最後に組織責任の問い方なのですが、先ほど柳田先生からも組織事故という指摘が何度も何度もありました。多くの運輸分野の事故では組織事故の様相を呈するケースが多いと思います。しかしその場合に、エラーを侵した現場の作業員や直属の上司などに絞って個人責任としての過失責任を問うのは果たして妥当なのかというふうなことが議論になっております。現在、日本では組織を直裁に処罰する法律はありません。しかしながら諸外国では懲罰的損害賠償であるとか組織を直接処罰する刑法であるとか、ああいうふうな制度もございませす。さらに組織的に原因がある場合に個人だけを裁くということのバランスの問題、さらにはヒューマンエラーについての研究の到達点などを勘案しながら今後わが国において、組織事故の場合に誰がどのような責任を負うのが適切なのか、ということについて広く社会的に議論が進むことを期待したいというふうに思っております。以上でございます。

○安部氏

どうもありがとうございました。今、お二人にご説明いただいたのは140ページまででありまして、以上を受けまして141ページからは最後のまとめの第3章になります。

第3章では、まず、運輸安全委員会の今の状況がどうなっているのかということを中心に141、142ページで書いております。142ページからは、平成20年10月に運輸安全委員会が発足したのですが、発足以降、事故調時代とは違いましていろいろな改革を積極的に進めております。142から146ページあたりまでは、この間、運輸安全委員会が改善・改革したことを簡単に説明してあります。そして、146ページの真ん中の3.以降のところ、運輸安全委員会に対して是非改革を実施して欲しいという項目を、検証メンバーの1年4ヶ月にわたる検証作業を踏まえて、11項目ほどに整理をして列挙してあります。これらを運輸安全委員会のほうで受けとめていただいて、今後改革を行っていただきたいと思います。

以上が第3章までの本文の概要ですが、その後参考資料と付録をつけてあります。すなわち、150ページの次に1枚白紙のページがありまして、その次に別紙資料及び付録というページをつけてあります。これらの資料のうち、頭に1が付いている資料は、前回既に公表したのですが、2-II-①のところ今回新しく提示させていただいた資料ということになります。それから付録につきましても、付録-1-1、1-2は、前回既に出してありまして、今回付録-2-1と2-2が続いております。特に付録-2-1と2-2は、1年4ヶ月前にこの検証メンバー会合を発足させましたときに、大森さんのほうから是非、福知山線事故の調査報告書の要約版があるのではないかとのご意見が出ておりました。つまり、あまりにも大部で、叙述の仕方も長

くて非常にわかりにくいと。それをコンパクトにまとめた要約版がいるのではないかという問題提起がありました。運輸安全委員会事務局のほうで、それを受けとめていただいて付録－２－１及び２－２を作成いただきました。これにより、大部の福知山線の事故調査報告書の全体がわかりやすくなるのではないかと考えております。特に、一番最後のページに収録されていますが、大野首席事故調査官を中心にチャート図を作っていただきました。この図は、福知山線の事故調査報告書で指摘された事項が原因、建議や所見にどのように繋がっているのかをわかりやすく整理したものです。これは私たちが調査報告書の検証作業を進める際に、思考を整理していく上で、非常に有益で役に立ちました。

なお、本日の会議のためにこの報告書をプリントアウトしたあと、事実関係に不正確な部分が1箇所あることがわかりました。129ページです。真ん中からちょっと上に「④行政など公的機関などの被害者への対応のあり方」という部分がありますが、お手元にお配りしていますとおり、もともとの129ページでは、「犯罪被害者については、既述のように、支援に関する基本法が作られたが、事故については、いまだそのような基本法も基本計画もない」という表現をしておりましたが、実は交通安全対策基本法などにそういう基本計画があるということを見落としておりました。それで、このように断じてしまうと問題があるということで、この部分の2行目の「犯罪被害者については」から「いまだそのような基本法も基本計画もない。」という部分については、削除させていただき、「事故被害者への支援に関する国の責務や施策については、交通安全対策基本法やその基本計画等が、さらに、事故発生時において国が行うべき活動については、災害対策基本法に基づく基本計画において定められているが、その支援体制や具体的な活動内容については明確に定められていない。」を追加したいと思います。併せて、その次のパラグラフの真ん中あたりの、「しかし、少なくとも法律を作って被害者支援の一般原則を決め、」というところも削除させていただいて、「しかし、少なくとも被害者支援の一般原則を決め、」と修正させていただきます。交通安全基本法などの中に、そういう被害者についての言及部分がありますので、問題はそれをより具体化していくことが大事だと考えます。この部分について、以上のように訂正をさせていただきたいと思います。

以上が第2部の全体的な概要ですが、合同分科会のほうでは、これを何回も検討いたしまして基本的には意見の調整が終わっておりますが、永井先生と畑村先生には合同分科会にご参加いただいておりますので、お二人の先生から総括的なご意見をいただきたいと思います。

それでは、永井先生、お願いいたします。

○永井氏

私、関西の方の合同分科会とかヒアリングとかいろいろな作業には参加できなくて、申し訳ありませんでした。メールでは逐一膨大なメールの件数が回ってきまして、チェックしきれない面もあったかと思うのですけれども、ある意味では客観的に見ていたのかなという気がします。

それで、基本的に私は工学部出身で、エンジニアリング的なセンスからいろいろと見てきていたわけですが、基本的にヒューマンファクターとかヒューマンエラー、サバイバル・ファクターというところが結構大事なと思って聞いておりました。例えば、運転士アンケートでもありましたけれども、制限速度をオーバーするのが散見されている。そういったいくつかの現場

的な問題を企業の上の方がどうとらえるかということで、ひとつは日勤教育という負の面があったかと思うのですが、一方ではそういった現場のヒューマンファクターなり、ヒューマンエラーをどういうふうに吸い上げて安全、経営とかそういった面に生かしていくかということの視点がちょっとなかったのかなということで、検証報告書内では、安全文化ですか、組織事故をどういうふうにとらえて、安全文化をどういうふうに見直していくのかということところが、かなり新しい視点であるかなと思います。それでインシデントとか、ヒヤリハットをどういうふうに安全のために生かしていくかという視点が、全く新しい画期的な提案ではないかなと思います。

それから、サバイバル・ファクターに関して言いますと、実は自動車では、事故時の安全が今までメインでして、衝突安全とか事故時安全とか言い方があります。一方で、航空機とか鉄道は、事故が起こらないことを前提にいかにニアミスを減らすかとかそういった観点の言わば予防安全と言っていますけれども、いかに事故をなくす技術を磨き上げるかという観点でした。自動車と鉄道と航空機はちょっと違っていて、私はエンジニアリングの観点から、横断的な観点で見えていて、自動車の方も最近やっとぶつからない自動車はどうあるべきかという観点でやっていますけれども、鉄道は逆にぶつからないことを前提にやってきたのですけれども、ぶつかった場合、事故時の安全も考えましようということが出てきたのが、福知山線の事故以来で、鉄道のエンジニアも自動車の専門家のところに行って、ぶつかったときにどういう問題がありうるかということを勉強し始めているということがありますけれども、そのときに被害者の視点というのは、非常に重要ではないかなということで、これも今回の提言と言いますか、検証の中で触れられているので、今後の工学、エンジニアの面へこの提言を生かしていければ、非常に有益ではないかなと思って、ある意味で大変素晴らしい画期的な提言ではないかなという気がします。

それ以外にも、いろいろあるのですが、エンジニアリングの観点から言いますと、そういった点が前向きな検証報告書として評価したいと思います。

○安部氏

どうもありがとうございました。畑村先生お願いいたします。

○畑村氏

僕も関西の方に行くのは、何回かしか行けなかったけれども、メールで送られて来るのは全部見ていて、随分本当に大変な作業をやっているのだなと思って、1年半でようやく終わるのかという感じがしています。それで、僕はこれをやっていて、先ほど柳田先生からの説明があった、この第2部のほうのものが、画期的で、ものすごく大事なのだということをとっても思っているのです。これは例えば、初めのうち、このとおりの言葉ではなっていないような気がするのですが、原因というものをどこまで原因だと考えるかというような、それを考えているうちに、組織事故というような観点なしにこれを見ているのは、それ自身で本物に近づいていけなくなってしまうのだという認識がはっきり出てきたように思うのです。

組織事故というような言葉や視点というのは、1990年代ぐらいに相当はっきりと意識されて出てきたようなもので、それが前の事故調査報告書とかその他それまでのものみんなにこういう視点が欠けていた分が、みんながこれ何だかおかしいと思っていた部分は、そこだったのでは

ないかなという感じがするのですね。そういうものを入れて、後半提言になっていくわけですが、そういうものができていったのが、僕は大進歩だという感じがしています。

それで、先ほど柳田先生が言われた言葉で、組織事故の視点とか、事故を防ぎ得た条件とか、安全文化とか、被害者の視点とか、こういうものって前のものにどうしてこれが抜けていて、あれで報告書という感じでよかったのだからかと思うぐらい大事なものが抜けていたのだなど、それが今回入ってきたというので、何かとてもほっとしたという感じがしています。

それから、もうちょっと違うところで、これでもまだ抜けているのではないかということがあるのです。この時点では、ここまでしかいけないのですけれども。それは、みんな起こってほしくないことだと、起こらないようにということは一生懸命考えるけれども、起こった後どうするかというごく当たり前の視点が、今までのこういう調査の報告書とかそういうものに、いつも抜けているような気がしていたのですけれども、今回そういうものが入ってきているのですね。

○安部氏

軽減の問題ですよ。

○畑村氏

そうですね。そういうことがすごく大事で、ほしくないことというのは、ないことになってしまっただけけれども、ほしくないことでも、起こったときにそれをどう取り込んで考えていくかというのがすごく大事だということがあるように思います。

それから、もう一つは、今回これをやっている一番最後のところで、大震災が起こってしまったわけで、それでいろいろなことが起こっているわけですが、ここでやっていた議論と考えがもう例えば、2年か3年早く世の中に伝わっていたら、今回の震災に対する考え方も変わるぐらい大きなことを言っているのではないかというふうに見えてしょうがないのです。それはどういうことかという、起こってほしくないことだけれども、起こったことを数のうちに入れて、こういう事故とか技術とか社会との関係とか、そういうものの中にそれをどれだけちゃんと取り込んで、みんなが判断をしていくかというそのことを真正面からとらえたものになっているような気がするのです。ですからそういう意味で、今回ここでやっているものというのは、事故の扱い、これだけ言っているわけではなくて、災害とかそういうものまでひっくるめて、この視点を持たないといけないという、この時期でないと作れなかったというか、一番大事なときにこれが出てきているような気がします。

それから、一番最後に、それこそ「動態保存」なんていう不思議な言葉がわからないよね、という話になったのですけれども、僕は動態保存が大事だと言うのだけれども、そんな変な言葉わからないよと、そういう議論がありました。まことにそれで、壊れてしまったものを動態でみると言っただけで、そんなの見えないと言われてしまえばそうなのですけれども、それは本当に事故が起こっているその状態をみんなが直接にちゃんと見たり感じたりして、それがいったい何なのかというのが、機能している状態でみんなに伝わるようにしないと、こういう事故って結局、報告書のようなものにだけなったのだと、本当に学ばなければいけないことが学べないよと、そんなことだったのですが、そういうようなことも考えると随分これは大事なことをたくさん議論し

たのだというふうに思っています。以上です。

○安部氏

133ページのところに、畑村先生ご提起の「動態保存」については、定義を含めて入れております。どうもありがとうございました。

○柳田氏

ちょっと補足を。

○安部氏

はい、どうぞ。

○柳田氏

少し補足させていただきます。検証報告書の第2部84ページの表Ⅱ-1事故の因果関係モデルによる分析、そして、89ページヒューマンファクター分析、これは数ページにわたります。そして、93ページ、表Ⅱ-3事故の因果関係モデルによる分析と3つのロジックフローの図表があるわけですが、これは事故調査報告書が明らかにした事実それだけではなくて、我々が検証作業の中で関係者のヒアリング、あるいはJR西日本がこれまでご遺族・負傷者に説明してきた資料等々、参考にしてそれらも分析の要素にしました。これは、特にヒューマンファクター分析などは、大変長い表で分析していますけれども、これは元々ある事故調査報告書を書き直そうとか、反論しようとか、そのためにやったのではなくて、問題点をしっかりとらえるには、我々なりに事故の構造をとらえる必要があるということで作ったわけです。そして、また今後も参考にさせていただきたいというわけで、運転士1人のヒューマンエラーが事故の要因として、直近の背景要因を上げるだけではダメなのだと、SHEL分析なんかでも管理層における、あるいは経営層における問題というの、しっかりとフローの中でとらえていかなければいけない。それは現実に分析したら、何が見えてくるのかということを具体的に示すために作ったわけです。そういった意味で、我々苦勞して作ったわけですが、また議論もあるかもしれませんが、目的はこれで新しい事故原因を解明したというわけではないということを確認させていただきたいというのが1つです。

それから、さらに3つほど申し上げたいのですが、1つは、リスク認識の問題です。事故調査報告書には大変画期的なことを指摘しているにも関わらず、それがほとんど目立たない、灰の中のダイヤモンドになっているところがある。それは何かというと、現場R304の曲線部におけるリスク認識がなかった。つまり、運転士はプロであって、そんなところに100km/hを超えるようなスピードで突っこんで行くことはありえないということで、そうした事態を想定外にしておいたわけです。これは、事故調査報告書でそういうことの前例がなかったり、あるいはリスク要因として認識するのが、業界や行政の中で無理であっても結果が極めて重大な場合には、それを重要なリスクとして認識して安全対策を立てなければいけない。また、事故調査報告書の中でも指摘しなくてはならないということでクローズアップする必要があるというのが、我々の検証

会合の議論で出てきた問題なのです。これは非常に重要な新しい問題のとらえ方、リスク要因のとらえ方であるわけです。これまでは、行政でも業界でも、鉄道で言えば、いろいろなリスク要因があって、例えば分岐点における脱線の可能性とか実例とか、あるいは信号無視であるとか、そういうものがたくさん起こっていて、それを優先すべきだというのはそれなりに論理的根拠があって、曲線部におけるスピードオーバーによる脱線転覆というのは、ほとんど前例がないから、これは3番手ぐらいで良いと、こういうような発想だったわけですが、しかし、多い少ないというよりは、起こった結果の大変な重大性という観点からいくと、これはしっかりと事故調査の関連要因として位置づけて、安全への提言をしなければいけない。これは、事故調査報告書の第3章の「事実を認定した理由」の中ではきちんと論じているし、述べているわけです。ところが、残念なことにそれが原因のところ一言も触れない、整理されないまま、スーッと通ってしまっているために、ほとんど目立たなかった。そういう点を我々の視点から言うと非常に強調したわけで、これは何も鉄道事故だけではなくて、日本のさまざまな複雑なシステムにおいて、これから大変大きな視点になるし、論点になると思うのです。

ちなみに今大きな問題になっている福島第一原発の場合、ある地震・津波の想定条件があって、それがかなり低かった。それ以上超えるのはなかったであろうということで、対策は除外されていたし、また今、畑村先生が言っていましたように、万が一そういう事態が起こったときに、それではどうするかという次の点についてまで考えていなかったということで、2段構えの想定空白があったわけです。起こることの空白、起こった場合の対応の空白、そのために大混乱が起こるというわけで、この点は、先ほど申し上げた8項目の中では、防ぎ得た条件とか、組織の安全文化の中で見えてきたときに、しっかりと位置づけなくてはいけない。これは私が一番強調したかったところなのです。

2つ目は、起きた事故の原因や関係要因や防ぎ得た要因など、何らかの関係のあるもの以外であっても、放っておくと事故を引き起こす要因について、事故調査の過程で把握したものについては、報告書の中ではっきりと指摘して、改善すべき勧告なり提言をすべきだということです。そういう取り組みをしないと、巨大事故、悲惨な事故を防止するという意味でなかなか事故調査が功績を挙げられないということになってしまいます。過去においても事故の原因指摘というのがあって、それなりの対策が取られていたけれども、これまでは原因というのは非常に狭く絞っていたものですから、そうした合わせて見えてきた、直接原因には結びつかないけれども、重要なリスク要因に対する勧告や提言というのがなかった。そういうところについて、これからは、しっかりと目を向ける必要があるということで、これが日本の行政の中で、しっかりとした位置づけがなされると、安全な社会作りへの取り組みがかなり変わってくるのではないかと考えているのです。

それから第3点目ですけれども、ここで縷々、大変膨大な検証報告書を書きましたのは、実はこういった検証作業というのは、今まで前例がなかったものですから、せつかく事故調査のあり方について論じるなら、鉄道だけではなくてあらゆる組織事故において、参考になるような文献として皆さんに参照してほしい。ある意味では、教育・訓練とかあるいは研究者の入門編とか、そういう幅広い利用のされ方をするには、縷々曰く因縁を述べる必要があるだろうということで、段々長くなったわけでございまして、そうでなくても私は長い原稿を書きがちなのですが、今後

を考えながら、テキストブックを作るような気持ちもかなりはたらい、丁寧に書いたというわけです。もう専門家は先刻ご承知というようなことで簡単にまとめてしまつては、余り共有されないのではないかと、そういうことをございます。以上3点をございます。

○安部氏

お二人からご意見をいただきましたが、ほかにいかがでしょうか。

○佐藤氏

せっかくオブザーバーとして、東井課長に来ていただいております。この中、国土交通省総合政策局の公共交通における被害者への支援のあり方の検討会、その検討会がほぼ検討が終わつたのではないかと聞いておりますが、そのあたりの目途とそこでなされた議論との関係で、何か検証報告書に付け加えるべきとか、補足すべき点がもしもありましたら、お教え願えればと思います。

○東井安心生活政策課長

総合政策局の東井でございます。今、佐藤先生からご指摘いただきましたとおり、被害者支援の関係につきまして、昨年から調査と検討ということで進めております。実はこちらの検討、さらに消費者庁のほうでも事故調査機関の検討が行われているということで、関係する会議が3つあるという中で、我々は被害者支援ということに着目してご議論してまいりました。概ねまとまったということでは実はまだなくて、いろいろご議論いただいて、論点と方向については大体共有はできているのですけれども、まさに今度4月中にまた一度お集まりいただいて、しっかりとまとめの案というのを見ていただきながら、ご議論いただくという状況になってございます。その上で、また、必要に応じて5月に入りまして、まとめていただくというような段取りで考えているという次第でございます。従いまして、さきほどご指摘いただいております被害者支援の具体的な内容、どうやっていくのだと、どう活用していくのだというようなことにつきましては、ここでご指摘していただきましたことを踏まえて、しっかりと結論の中に入れていきたいというふうに思っております。

○安部氏

他に第2部関係でお気づきの点はないでしょうか。

○検証メンバー

意見なし。

○安部氏

それでは、第2部はこういうことをご了解いただいたということにさせていただきます。先ほど1箇所修正提案させていただきましたが、それも含めまして、表紙のページに「(案)」がございいますが、これを取らせていただくということによろしいでしょうか。

○検証メンバー

意見なし。

○安部氏

それでは1年4ヶ月余りの作業の結果として、検証チームの報告書についてご了解いただいたということにさせていただきたいと思います。

つきましては、私たちは事故調の報告書が長いとか、わかりにくいとかいう文句を言ってきたのですが、私たちの報告書もずいぶん長いものになってしまいました。それで、昨年の12月頃から要約版を作成しようということで、それを作り始めました。資料2として付けているのがそれです。これは、小椋さんに作成を担当していただきましたので、小椋さんのほうから簡単な構造と中身についてご説明させていただきたいと思います。

○小椋氏

私は被害者という立場でこの検証に関わりましたが、何らかの被害に遭う者というのは、ある日突然事故に巻き込まれるので、基本的に事故調査のこととか、加害企業の成り立ちとか組織問題などに興味があって被害者になるわけではないんです。事故に遭った日から、無理矢理そういったことに直面しなければならないという厳しい状態の中にいるのですけれども、そういう日々の生活の中で、事故調査報告書について読み解きたいという思いがある反面、なかなかそこまで個人のエネルギーを費やして、事故原因や加害企業と向き合うということが難しい状況の中にあるのも現実です。しかし、それでもやっぱり・・・知りたいという、そういうジレンマの中で私も過ごしてきた1人だと思っています。この200ページ近くある検証報告書の詳細を知りたいけれども、関心はあってもなかなか読み解くことが難しいだろうという人たちのために、200ページのものを、目次のような形でまず全体像を知っていただきたいという思いで、この要約版の作成に取りかかりました。

第1部に関しましては、漏えいの問題点と結論、影響があったのか、なかったのか、こういうところが一目でわかるように示しているつもりです。その中で影響があったというものに関して、被害者とか鉄道の一般のユーザーが興味を持っていただければ、本編を参照していただき、その部分の結論に至る道筋について詳しく読んでいただければと思っています。

第2部のほうでは、事故調査の理論構築の骨組みを記述して解説しているつもりです。事故調の報告書やJR西日本の説明による具体的な中身をベースにして、組織事故という概念を理解してもらいたいという願いで、要約してあります。説得力のある分析表が本編にたくさんありますので、そういったところに関しては、12ページ、13ページのところに四角く囲ってあるように、本編参照というのを促すようにしました。このあたりに関しましては、事故調査とかJR西日本という鉄道会社の問題だけではなくて、組織の問題、組織論として、安全文化に関わる多くの経営者の方に読んでいただきたいなという思いもありまして、まず短いものを読んでいただいた上で、興味をもってもらい、本編に導いていく役ができればうれしいなと思って作らせてもらいました。

○安部氏

ありがとうございました。わかりやすい、すばらしい要約版を作っていただきまして、今日は報道関係の方もたくさんみえておりますが、本文は大部でなかなか読むのが大変だという場合、まず要約版をざっと見ていただいて、骨格をご理解いただいてから、本文を読んでいただいたらよりわかりやすくなるのではないかと思います。それでは、検証メンバーの報告書に関わる議題は、以上をもって議論を終わりたいと思います。

次の第2議題ですが、先ほど冒頭申し上げましたように、3時50分から大臣にお会いをして提言書をお渡しするということになっています。そもそも、この検証メンバー会合は2009年9月に、JR西日本と事故調との不祥事が発覚した後、当時の前原国土交通大臣のほうから、検証チームを作って徹底的に検証するよという指示があり、運輸安全委員会のほうでそれを受けて、後藤委員長の名前で我々が指名をされて、こういう作業に入ってきたという経過がございます。最終的にこういう形の報告書になりましたので、その取り扱い方として、国土交通大臣のほうへ提言書をお渡しして、運輸安全委員会の改革あるいは日本の事故調査制度を改革していただきたいということをお示しすることが必要だというふうに思いましたので、資料3の提言書を作成しました。資料3につきましては、今お認めいただいた検証報告書の最後の部分、146ページから150ページまでに書かれている11項目の提案を骨格にして、あまり小さいことまで大臣のところにもっていくわけにはいきませんので、11項目の中の比較的重要と思われる部分について、さらにエッセンスをまとめたのがこの資料3です。中身につきましては、今申し上げた本文のほうの11項目をベースにしておりますし、これも既にご検討いただいておりますので、(案)を取らせていただくということによろしいでしょうか。

○検証メンバー

意見なし。

○安部氏

それでは、これをのちほど大臣のほうに提出することにいたしたいと思います。議題として議論すべき事項は以上です。あと20分ばかり時間がありますので、今日は最後の機会になりますので、メンバーの皆さんに、1年4ヶ月を振り返っていただいて感想なり、総括的なご意見をいただきたいと思います。では、浅野さんのほうからお願いします。

○浅野氏

時間もないようですから、簡単に申し上げます。内容的には言うことありません。私も結構、全体会合、分科会等で自分の主張すべきところはさせていただきました。私自身は、非常にこの成果について期待をしておりますし、これからは運輸安全委員会のほうでの対応に関心を強めていきたいと思っております。なお、一言だけ申し上げますと私はこの1年少々、同時並行的にJR西日本との対応(4・25ネットワークとJR西日本との「課題検討会」)の中で、ここは運輸安全委員会、事故調査の立場としていろいろ提言申し上げるという意図、もう一つの課題検討会はJR西日本のこれまでの事故に至る組織・構造に関わる問題を協議してまいりました。それ

が縦糸と横糸という関係になって現在に至っております。私は、事故から6年になりますが、遺族としての立場、それも意識しつつ、この事故を社会的な問題としてはっきりさせていく、それが遺族・被害者の基本的な責務であるという認識で進めてきたつもりです。そういう意味では、今回のこの提言書、あるいは我々直接JR西日本とやり合っている両方がからみ合って、これから加害事業者本体がどうあるべきかという問題も決して軽視される問題ではありません。事故調査委員会がいくらどんなにしようと本当に安全になるのは本体です。事業体が本当に反省をしてどう改善をしていくか。そうでなければ、いくら周りが安全についてどうのこうのと言ってみたってならないわけですし、その意味では私が思っていた一定の責務を果たすという一つの大きな節目を両方でもって果たせたのではないかと、そういう機会を作っていただいたこの場、あるいはまとめていただいた有識者の方々に本当にお礼申し上げたい。それだけ申し上げて終わります。ありがとうございました。

○安部氏

木下さん、お願いいたします。

○木下氏

木下でございます。検証メンバーに選ばれて、1年ちょっと参加させていただきましたけれど、仕事上なかなか細かい部会等には出席できない状況もございました。私も浅野さんと同様にJR西日本との課題検討会に参加しておりまして、皆さんも大変ご多忙の中、特に注目いただいていると思うのですが、私自身もこの1年ちょっとは疲れたかなというのが正直なところでございます。何度か柳田先生とか畑村先生からもこの調査報告書の内容については非常に画期的なものが組み入れられていると、私自身もそう考えております。ただ、これを調査の視点だけで使うのではなくて、加害企業がなぜそういう事故がおきたのかとか、そういう分析にも十分使ってやっていく必要があるのかなというふうに考えております。特に課題検討会のほうでは加害企業と被害者がそれぞれ向き合って直接的な意見であるとか課題点をピックアップして議論してきたわけでございますけれども、やはりその中ではどうしても一つ一つの個々のポイントについての議論に留まっていたのかなと。特に組織事故としてのとらえ方、それと安全文化のとらえ方、やはりその視点が加害企業としては抜けている点なのかなと。今現在もそれはちょっと感じている部分がございます。実際問題JR西日本においては不適切な社員の行動であるとか、不適切な安全管理体制による事故が、まだ頻発しているわけでございます。そういう現実をとらえた上で、この検証の報告書を加害企業ももう一度見直して、もう一度リセットして組織のあり方というのを検討していただければと思います。以上です。

○安部氏

ありがとうございました。大森さん、お願いいたします。

○大森氏

まず、報告書の検証チームに被害者を参加させる英断を下された当時の前原国交大臣に感謝を

申し上げたいと思います。私、検証チームに参加しまして被害者の視点もですけれど、一般の民間人の視点で検証報告書に関して意見を言わせていただきました。時間もありませんので、3点ほど言いたいのですけれども、まず第1点は、第3章でATSがあれば事故は防げたと書いてあるのに、なぜ原因に書いていないのかと。これに関しましては柳田先生からお話がありましたけれども、私は原因とか寄与要因とかあまりそういうことは意識していなくて、当然書くものと思ってこういうことを言ったのですが、それに関しましては第2部の133ページ、ここで以下のように書かれています。「事故を防ぎ得た条件は結論の章で、事故に関わる重要な要因として明確に記述するとともに、必要な提言を行うことが必要である。」つまり、ATSの未設置は寄与要因であるが事故発生の重要な要因として結論の章に書いて提言を行う、こういうことをはっきりと書いていただいています。それから、現状の把握が不十分ということで、運転士アンケートを実施いたしましたけれども、これに関しても、本検証報告書の109ページに、「曲線部のリスクは組織の対応が懲罰的なものではなく、ミスを自由に申告できる職場環境になっていれば、管理者も問題を把握し安全対策を講じることもできたであろうが、JR西日本はそうではなかった」と書いています。

つまり、JR西日本の安全管理における予兆管理は機能していなくて、速度超過におけるヒヤリハットが顕在化していれば、リスク分析等で大幅な速度超過の危険認識はできたのではないかと、このように書かれています。まさにそのとおりで、そこにJR西日本の安全管理の大きな欠陥があったということです。

次の第2点目としましては、事故調査報告書は原因が運転士のヒューマンエラーのみと、これを見まして運転士1人に責任転嫁して、一件落着しようとしているように見える。当然、組織として幹部の責任があるのだろうとこういう思いを抱いて、また3章、4章全体に原因が書いてあるという事故調の説明に疑問を持っていました。この報告書は2章、3章では詳細に調査、分析して書いてある。その相互関係をフローチャート等で明示して要約版的なものを作れば、もっとわかりやすくなるのではないかとというようなことを考えていました。それで要約版作成ということをやったのですけれども、それ相応の理由がなければ難しいということで、しかし、その代わりに事務局のほうで簡単な解説みたいなものを作っていただいています。非常に感謝しております。これも本文の137ページでは、「事故調査報告書の結論部分の記述に当たっては、関係要因と発見した事実（リスク要因も含む）などを、単に列記するのではなく、例えば「直接的要因」「寄与要因」「背景要因」や「被害を発生・拡大した要因」「事故を防ぎ得た条件」「その他、見出した安全阻害要因」などに分類して記すほうが、組織事故の全容を把握しやすくなる。」こういうふうに書いてあります。

それから、もう一点だけ言わせていただきますけれども、第3点目に、この検証過程において、運輸安全委員会のメンバーの皆さんですね、いかに真面目で優秀かということがよくわかりました。この皆さま方が、何の気兼ねもなく自由闊達に能力が発揮できるような体制づくり、そういうことが重要だと思います。

それと、もうひとつ私が感じたことは、業界による安全文化の理解度に差があると感じました。鉄道業界、航空業界、私は建設業界ですけれども、安全の基本的な考え方・理念は同じだと思うのです。そこら辺がちよっと違うというか、そういうことを感じました。これは、やはり国と

か行政の更なる指導が必要ではないかと、そういうふうに感じました。以上です。

○安部氏

ありがとうございました。それでは、次は被害者の関係で小椋さん、お願いいたします。

○小椋氏

手短に、最後に一点、運輸安全委員会の皆様にお話ししたいことがありまして、事故調査というのは日本の未来とか社会の安全を構築し、被害を受けて困難な状況にいる人たちとどう向き合うのかという意味でも非常に重要な仕事をしておられると思います。今回は、私が鉄道事故の被害に遭ってこういう形で参加させていただきましたけれど、事故に遭ってから6年間や、特にこの検証作業はものすごい労力を使った1年半でしたが、6年間という時間、私の青春のけっこう大事な時間を費やしたかなと思っています。

私は教育の問題はとても大切だと思っていて、例えば小学校1年生の子供が6年経つと中学生になって、将来自分がどんな仕事をしようかなという考えを持つには十分な期間だと思うのです。安全な社会を作っていくという意味でも、消防とかレスキュー、警察官のように、人の命を守る仕事とか安全な社会を作っていく仕事として、子供たちが事故調査官とか分析官とかになりたいという選択肢があってもいいと思うのです。事故調査はこの国にとって必要なことなんだ、その結果は社会に還元していかなければならないことなんだということを、運輸安全委員会が今すぐではないにしても将来的に計画して行って、エデュケーションを行っていかなくてはならない。あつという間に6年という時間は経過しますので、5年10年と積み重ねた教育を基に、国の安全のために貢献したいなという子供たちが出てきて社会が変わっていく、そしてそれに対して予算が取れて、さらにのびのびと仕事ができる形になっていくのではないかと。今回検証したことがこうしたことにも使われれば意味があることだと思いますので、そういった視点も是非検討していただければうれしいなと思います。

○安部氏

ありがとうございました。それでは、三井さん、お願いいたします。

○三井氏

2年前の10月だったと思います。要望書を持ってこちらに伺ったのが本当に遠いことのように思えます。よく日本人にありがちと言われるのが、「水に流す」とか、「台風一過」とか、「すぐに忘れてしまおうとしてしまいがちだ」と言われますけれども、今回のこの検証作業では、本当にじっくりと、そして、がっぷりと四つに組んで取り組むという機会をいただきました。被害者視点を取り入れるという意味でも、私は負傷者の家族の立場ですけれども、参加させていただけたことに本当に感謝しております。また、こういうことに関しては普通の一般国民、市民ですから、議論に必死でついていながら学ばせていただきました。それから、被害者視点ということに関しましては、たぶん私の立場というのは、最初から、柳田先生がよくおっしゃる「2.5人称」的な立場だったのだと思います。そういう立場にあつて、本当にこの場で発言して良いも

のかと思いながらも、やはり（被害者）サポートの重要性についてはずっと気になっていましたので、議論に加わらせていただきました。柳田先生がそのあたりを言及してくださって、本当にいろいろ難しい局面もありましたが、座長の安部先生はじめ、皆さまが辛抱強く受けとめてくださり、皆で深く議論を重ねられたことに感謝申し上げます。

しかしながら、毎回申し上げますように、この中での女性は唯一私だけです。普段は、地域の男女共同参画センターのセンター長もしているのですが、日本の社会というのは、世界の先進国の中でも稀にみる、重要な場面やポジションでの女性の参画率が低い国と言われています。この国での男女共同参画社会の実現への推進は難しいようです。また、特に、運輸安全委員会での調査は、工学的な部分がメインであるとも思いますので、そういうところでの女性の参画率が低いように思えます。今後は、女性のさらなる参画、今でしたらヒューマンファクターなどの調査項目も入ってきておりますので、細やかで柔らかな感性も含んだ調査が、これからもなされていくことを願っております。

また、4月1日付で（被害者支援の）窓口も設置されたということですが、そういうところでも細やかで柔らかな感性が生かされていけば良いと思います。というのは、航空機事故や鉄道の事故で被害に遭われる方の、その約半数は女性だと思うからです。ここでの議論に出てこなかった「声なき声」が、まだまだあると思います。私もそれを十分に伝えきれなかったことでは、本当に力不足を感じておりますが、これからもそういう点を加味していただいて調査がなされていくことを願ってやみません。そして、特に130ページにある「コミュニケーション・スペシャリスト」とか、それから129ページに書いていただいた、アメリカのNTSBでは、TDAとかが即座に立ち上がって、アメリカレッドクロス（赤十字）やNPOとかと連携しながら被害者へのサポートをしているというところも、今後、ぜひご検討いただければと思っています。この辺りのことは、まだまだこれからだと思っています。

大規模事故や大災害というのは本当に予行演習などありません。さっき小椋さんもおっしゃったように、いきなりその中、災禍に巻き込まれていってしまう。（被害者は）何もわからないながらも、大変な状況に遭ってしまったことから、何かせずにはおれない、何かを伝えずにはおれないし、また、何かが継承されていってほしいと切に願わずにはおれません。それで、苦しみながらでしたが、「伝えたい思い」を訥々（とつとつ）と話し、「少しでも今後のお役に立てるものならば」という思いで参加させていただいてきました。

最後に、検証メンバーに入れていただいて、運輸安全委員会の皆さまや事務局の皆さまと身近に接しさせていただき、その「真摯な姿勢」を感じさせていただきました。それは、やはりこうやって一緒に密に過ごさせていただかなければ、気付かなかったことでもあります。このことも、今後、（この事故のこととともに）お伝えしていきたいと思います。物事の本質を「見る」ということは、いろんなことを「知る」ことでもあると再認識いたしました。このようにして私の1年半が終わろうとしていますが、今後ともどうかよろしく願いいたします。本当にありがとうございました。

○安部氏

中島さん、お願いします。

○中島氏

中島です。1年半ほど、この検証チームに参加させてもらいまして、いろいろな有識者の方、並びに運輸安全事務局の方々に協力していただき、検証を終えたということは感無量です。被害者の立ち直るひとつの過程として、真の事故の原因究明を経て、事故の再発防止がされるということが一つの立ち直る過程だと思います。それに準ずるような事故調査報告書、再発防止になるようなもの、そういうものが何よりも重要であると、私はこの1年半の間に携わってきて思いました。また感じたことは、現代社会は非常に高度な技術システムとかに支えられていて、そういう中で想定外の事故、災害が起これると、その防止にはやはり組織的な分析やヒューマンファクター的な分析要素が非常に重要だと、検証に携わって思いました。今後、運輸安全委員会の方には、ヒューマンファクター的な分析とか組織的な分析というところにご尽力いただいて、真の事故防止に役立つような事故調査報告書、並びに被害者視点に立った事故調査というのに基づいて検討していただきたいと思います。どうも1年半ありがとうございました。

○安部氏

坂井さん、お願いします。

○坂井氏

坂井です。私は事故調査の専門家でもありませんし、ヒューマンファクターの専門家でもありませんし、鉄道事業に関わるものでもありません。ですから、元々日本の鉄道事故の調査の仕組みがどのようなものであるとか、どういう機関がどういう調査をされているのかということ全く知りませんでしたし、興味もありませんでした。たまたま福知山線の事故の被害者になりましたから、事故調査というものが身近なものにはなりましたが、それでも表面的な理解しかできていなかったのかなと思います。今回、この検証メンバーに入れていただいて、事故調査に関して非常に勉強させていただきました。その反面、大したお役に立てなかったということは申し訳なく思っております。事故調査というのは、同じような事故の再発防止という上で非常に重要な役割を担うものだと思います。再発防止のためには事故を風化させてはいけないということがありますけれども、風化させないためには、忘れてはいけない、継承していかなければいけないということだと思いますが、ただ忘れてはいけないもの、継承していけないものといふものは立場によって違うのだらうなと思います。鉄道事業者ですとか、専門家というのは悲惨な現場の光景を忘れてはいけないし、そこから再発防止策を考えて実行していけないといふことが当然あると思います。そのときに事故調査報告書ですとか、あるいは動態保存された車両、そういう物が役に立つのだらうなと思います。ただ、一方で私も含めて専門家でない者にとっては、少し違う議論があるのかなと、この検証メンバーのテーマとは別かもしれないけれども思っております。例えば、悲惨な事故の光景というのをいつまでも覚えておかなければいけないのかと。それは一般の人にとっては非常にづらいことだと思うので、そういうものを求めていくのとは別の、風化を防ぐ方法を考えていかなければいけないと思っております。特別に意識をしないで普通に暮らしているだけで、その事故の教訓というものが生活の中に生きています。そういう生活の文化になっていくようなことが必要なのではないかなと思います。これも広

い意味では再発防止になるのではないかと思います。

この福知山線の事故というのは、救助ですとか、事故の調査ですとか、あるいは被害者のケアも含めて非常にさまざまな分野で社会の膨大な資源が投入されていますから、この事故を社会全体で受けとめていかなければいけないという思いは、私は強く持っています。そういう意味で私も被害者ということですからずっと関わっていかざるを得ない立場ですから、微力ではありますが、私なりにできることを考えて、今後もやっていきたいと思っています。

○安部氏

「有識者」の方々からも一言いただきましたのですが、時間がなくなってまいりました。あとで、記者会見のときに、またご意見をいただきたいと思っていますので、これでひとまず会議を終了させていただきます。

最後に、座長としてのまとめということで、5点ほど申し上げたいと思います。

検証メンバーが検証に費やした時間は、公式の会議だけでも130時間、それ以外にいろんな資料のチェック等を含めると、たぶん200時間を超えるような時間が投入されたのではないかと思います。

まとめの1番目としまして、運輸安全委員会から委嘱のあった課題、また、検証メンバーが当初設定した課題については、ほぼ検証ならびに提言作業をやり終えたと考えております。

2つ目は、今回、遺族や被害者の皆さんがメンバーに入ったことは大変大きな意味があったと思っています。それぞれのメンバーが、いろいろな想いがある中で、冷静な目で検証作業をしていただきました。一方、事故調査機関である運輸安全委員会側も、検証作業の過程でのやり取りを通して、被害者の立場や視点についてある程度の理解が、進んだのではないかとこのように考えています。

3つ目ですが、運輸安全委員会事務局、特に梅沢分析官を長とするチームの皆さん、高橋さん、渡部さん、浜西さんには、裏方としてメンバー間の連絡、会議室の手配、資料準備など全面的にご協力いただきました。私たち検証メンバーは、必要な資料や情報の入手に困るといったこともなく、気持ちの良いバックアップ体制を組んでいただいたと思います。

4つ目ですが、私たちが150ページの検証報告書の中で伝えなかったメッセージが大きく2つあります。1つは、1年半前、スキャンダラスな不祥事が発覚し、事故調が社会的信頼を大きく失う事態となったわけですが、検証の結果、福知山線事故に関する事故調査報告書の内容が歪められた事実はなかったということが確認できたということです。もう一つは、JR西日本から働きかけを受けた事故調側にも弱点があったわけで、翻って、我が国の運輸の安全を向上させるためには、運輸安全委員会にしっかりしていただく必要がある。社会の負託に応じていただく必要があるということで、11項目の改革提言をさせていただいたということです。

5つ目として、運輸安全委員会の今後の改革課題は大きく3つあると考えます。第1は、先ほど柳田先生からありましたように、ICAOなどが提案している事故調査手法を積極的に取り入れて、より充実した事故調査を行っていただきたいということ。第2は、調査活動と調査結果について一層の情報公開を推進していただきたいということ。情報公開の推進によって、情報がオープンになりますと、委員会の独立性もそのことで明確になり、担保されることになると考えま

すので、是非これを進めていただきたい。第3は、鑑定嘱託の取り扱いが改善をしていただきたい。これはICAOなどとの国際的な関係の中でも大きな宿題として残っていました課題ですので、この機会に是非解決をお願いしたいと思っています。以上の3つを柱に我々11項目の提言をいたしましたので、運輸安全委員会にこれを真摯に受けとめていただいて、改革にまい進していただきたいと思います。以上、座長としてのまとめの発言とさせていただきます。

後藤委員長、一言いただけるでしょうか。

○後藤委員長

最後に運輸安全委員会から一言ご挨拶をさせていただきます。平成21年の9月、元委員による情報漏えい等の問題があったことについての国土交通大臣からの発表に続き、その年の12月から検証メンバーの皆さま方にご参集いただき、検証作業を進めていただいております。

これまで6回の全体会合の他、事故調査当時の膨大な資料の確認や多数の関係者からのヒアリング、また、30回以上におよぶ分科会の開催など、ご多忙の中、土日ともいわず検証のために貴重なお時間をいただき、また、特に被害に遭われた方やそのご家族の方々には、事故を思い起こす大変つらい作業でもあったかと存じますが、長期にわたり熱心に検証をしていただき、深く感謝申し上げます。

それと同時にこのような問題を生じさせてしまったことにつきまして、改めて皆さまにお詫び申し上げます。

本日、情報漏えい等の問題に係る検証結果とともに、運輸安全委員会のあり方についての提言も取りまとめいただきました。

提言の中に記載されているとおり、検証の作業を行う中で、我々自身で実施できる改善については順次進めているところでありますが、引き続き調査の進捗状況の公表などの充実による事故調査の透明性の確保、被害者の方々を読者として想定したわかりやすい事故調査報告書の作成、本年4月から被害者対応窓口の職員を指名したところですが、被害者対応の充実、組織問題をより適切に捉えた事故調査の実施など提言の中でご指摘いただいたことの実現に委員会を挙げて取り組み、運輸安全委員会が国民に信頼されるより良い事故調査機関となりますよう改革に努めてまいりたいと思います。どうもありがとうございました。

○安部氏

どうもありがとうございました。それでは、これをもって検証メンバーの最後の会合といたしたいと思います。検証メンバーの皆様、1年4ヶ月の間、大変ご協力ありがとうございました。それでは、総務課長のほうにお返しします。

○菅井総務課長

それでは、これで第6回の検証メンバー会合を終了いたします。本当にどうもありがとうございました。

以上

＜会合が時間切れとなったため、会合で発言できなかった検証メンバーのコメントについて、大島国土交通大臣への提言書手交後、同日16時10分から行われた検証メンバーによる記者会見（中央合同庁舎第3号館5階 国土交通省会見室）での発言内容を添付する。＞

○安部氏

検証メンバーの方で、さきほどの会議の中で、検証作業を終えての印象と申しましょうか、感想と申しましょうか、発言されていないメンバーがおられましたので、まずその方々からご発言をいただいた上で、質疑応答に入っていきたいと思っております。それでは佐藤弁護士、まずトッパッターでお願いいたします。

○佐藤氏

検証メンバーの佐藤です。中座いたします関係で先にお話しをさせていただきます。まず今回検証を終えて何点かありますが、1つはですね、この事故の遺族や負傷者、その家族の皆さんを含んで一緒に検証をやったということが大変よかったと思っております。遺族や負傷者、その家族の皆さんのこの事故から受けた衝撃、そして、この事故を自らの問題として受けとめる主体性、そういうことを、それはエネルギーですね、そういうことを踏まえて、みんな一生懸命検証をやれたと思っております。そして、その結果、遺族や負傷者、その家族の皆さんにも納得をいく検証報告書になれたということで、概ね検証の方向性に間違いがなかったのではないかという思いを私は強く思っております。もう1つは、情報の漏えいとか報告書の歪曲ということについては、働きかけがあったことによって、どのような影響があったのかということについては、私もたくさんのヒアリングに立ち会い、自らヒアリングを行った者として、ほぼ検証作業としては、やるべきことはやったのではないかという実感を持っております。3つめは、この報告書の第2部の中で、今後の事故調査はどうあるべきなのか、そして報告書はどうあるべきなのか、さらには、事故調査と刑事事件捜査の関係でどうあるべきなのかということについて、これまでいろいろと研究をし、また内外の最先端の知見をも盛り込んで作り上げたと、今後の事故調査と安全を考える上での重要な出発点になると自負しております。ぜひ、メディアの皆さんにもそういうことを含めて、一度じっくりとお目通しを願いたいとお願いをする次第であります。私のほうからは以上です。

○安部氏

引き続きお願いします。

○永井氏

永井です。大学では、機械工学で車両工学、自動車、鉄道、そういったもののダイナミクスとか安全関係の教育なり研究をしています。それで、そういった観点から、立派な、かなり突っ込んだ検証報告書ができたかなと思っています。安全技術が進歩していても、どうしてもやはり人間の問題が残ってですね、それをどう使いこなすか、鉄道、まあ運転士だけではなくて、そういう人を管理する運転管理者ないしトップの経営者、どういったふうにして、それを、安全を担保して、経営に生かしていくかという、そういった技術を使いこなすようなところが場合によっ

ては欠けている面があったのではないかということで、そういったことを今後は、安全技術に生かしていくと同時に、どう教えていくか、教育していくかという観点でやっていきたいなと思っています。いくら立派な検証報告書を作っても、それをいかに生かしていくかということが大事で、先ほど大臣も国民の安全と命を守っていくのだと力強いお話をされていましたけれども、大学にいる、いわゆる有識者という立場ではなくて、それをいかに今後の日本の交通安全の行政に生かしていく、また技術の発展に生かしていくという立場でやっていきたいなと思っています。私もいくつか行政とかに多少関与している面もありますので、そういったところに生かしていければいいかなと。かなり突っ込んだ、本質的な議論がこの検証報告書に入っていると思っていますので、これを生かしていきたいなと思っています。以上です。

○畑村氏

畑村です。これに入っているのは、多分、僕、失敗学というのをやっているから入ってくれたのだと思いますが、1年半前にこれのメンバーになってやってほしいというときに、いくつかのことをお話ししました。それはほとんどのこういう事故の報告書とか、それから調査の結果とかいうのは、何がどんな原因で何が起こってどうだったかというのを、客観的と称して記述がしてあるけれど、何かみんなが、何かおかしいというふうに感じながらそういうものを取り扱っている。これは何だろうかという、普通にみんなが思うような疑問点、それからどんな疑問があって、それがどんなふうなのかというのに答えるという、そういう視点がほとんど欠けたまま、専門的な事柄できちんと客観的なことを記述するのが事故調査のあり方なのだという、そういうステレオタイプの考えで、ものを見ていたから、みんなが腑に落ちなかったのではないかというふうに思いました。それで今回のこの検証をするときには、納得性というのを大事にするというのと、当たり前と思う疑問というのは、こんな疑問とこんな疑問があって、それは実は調べてみるとこうだったというようなところに持って行かないと、本当に次にその事故を生かして、同じようなシナリオの事故が起こらないようにすることができないのではないかということを行いました。まことにそういう視点からみると、今回のこの検証したものの報告書というか提言書というか、これはそういう疑問に思うようなことというのがほとんどきちんと取り扱われているように思います。その中で、例えばその企業の文化というのを考えなければいけないとか、それから組織事故というような見方をしなくては、きちんとした取り扱いにならないとか、そういうようなことがこの提言書の後半の部分にはきっちり出ています。そしてこれは多分ものすごく画期的なことで、これから先の日本と、もしかすると世界かもしれませんが、こういう事故を取り扱うときに、こういう視点でこういうものを見なくては、みんなが納得するものにならないよということの、きちんとした指針を出しているように思っています。これを大事にして、そして生かしていくことが、この事故で亡くなった人、それからこれで障害を受けてずっと苦しんでいる人、そういう人に報いることになるのではないかと思っています。

○柳田氏

私は事故や災害の問題の取材者として、取り組んでもう半世紀ぐらいになるのですが、いろんな事故を見てきて、そしてその原因究明、原因の解明っていうのが、かつては非常に曖昧な

形で行われたし、あるいは原因が特定されても、その事故の直近の運転士とか、あるいはパイロットであるとか、整備士であるとか、管制官であるとか、そういう人の過失というレベルだけで終わっていた時代が長く長く続いたわけですが、この十数年ぐらい、いろいろと研究者たちが国際的に事故のとらえ方について新しい理論構築を行って、研究レベルではかなり進んでも、現実の実務レベル、つまり事故調査機関とか行政とか、そういうところでは必ずしもそうになっていなかった。事故というものは誰か一人のミスで起こるということはむしろ少なく、いろいろな要素が絡んで起こってしまう。そのいろいろな要素が絡むってどういうことかという、組織の中でいろいろなリスク要因がある。それが繋がって、まるで迷路ゲームをすり抜けるようにして、繋がって最後に誰かがジョーカーを引くような形でミスをすると、それが破局になるという、その構造の全体をとらえないと、本当の安全対策に結びつかない。一人の人間を罰したり、一人の人間の過失を責めたりするだけでは、本当の安全は得られない。これは理屈ではわかりやすいのだけど、現実には事故調査をして、背景の要因は何だろうかというのを探る作業と、それを因果関係で結びつける作業というのはなかなか難しい。これは捜査であると、法廷で公判維持に必要な証拠、相当実証性がないとダメなわけです。その捜査の文化というものが、暗黙のうちに事故調査にも影響を与えていて、背景要因を探ろうとしても、これは原因に直結しない、その因果関係を証明しにくい。だからこれはそこまでは突っ込めないという形で曖昧になってしまって、結果、やはり個人レベルの問題、あるいはこのJR西日本の問題であれば、事故を起こした運転士のそういうストレスの背景にあった教育訓練体制、具体的には日勤教育の歪んだあり方、そこで止まってしまうわけです。組織としてどうであったかっていうことに踏み込まない、あるいは踏み込まないという。だけど、それは刑事捜査における因果関係、あるいは実証性とはまた違う、安全のために、再発防止のためにするには、因果関係の証明よりは、これはどう見たってリスク要因として重視しなくてはいけない。今回は直接原因に繋がらなくても、それが次の事故の要因になり得るといようなものもたくさん見えてくるわけです。それは既刊の事故調査報告書を読むと、そういう事実は分析の項では洗い出しているのだけれど、しかし、それを事故の重要なポイントとしてきちんとまとめ、安全提言に結び付けるような形で明記しないまま終わってしまう。このあたりを改革しないと、幅広く安全対策を導くことができない。そこに切り込んだのが組織事故という視点であったり、組織文化まで切り込むべきであるとか、あるいはヒューマンエラーの背景をきちっとロジックフローでとらえて、経営管理の部分まで遡って調べよというようになったわけです。そのあたりの問題のとらえ方がこれからの日本の運輸機関や、あるいは広く産業事故、そういったものに、共通のものとして定着すれば、日本の安全文化はかなり変わってくるに違いないと思うのです。

それからもう1つ重要なことは、このテキスト（検証報告書）、つまり全文を、丁寧に読んでいただきたいと思うのです。そうすると、例えば情報漏えい問題1つ取っても、事故調査報告書に影響はなかったというところに結論は出ましたけれど、それでよかったということではない。やはり厳正中立であるべき事故調査の過程において、事故調査委員が原因事業者とまったく個人的な事情で情報漏えいをするというような形は、これはあってはならないわけです。透明性、客観性という視点からあってはならない。だから結論だけを問題にされると、その本質的なところが見えてこない。だから丁寧にそのあたりの文脈を読んでいただきたいと思うのです。いろいろ

と事故調査のあり方について、箇条書きにすれば、さっき言ったように主なものだけでも8つありました。その中でも特に注目してほしいのが4点だと申しあげましたけれど、それを単に機械的に4項目を挙げるだけじゃなくて、その究極のねらいは何かというと、事故というのはやはり人間社会の中で起こり、加害側も、被害に直面する側も人間の社会であり、事故というものをそういう人間の事故として見ることによって、また全体像のつかみ方が変わってくるわけです。単に工学的な因果関係だけで事故が起こり、対策を立てれば良いという問題ではなくて、そこで生まれた悲劇、自ら命を落としたり、あるいは大事な肉親を失ったり、あるいは重傷を負って生涯それを引きずっていかなくてははいけないような、そういうさまざまなことをやはり事故調査においても視野に入れると問題のとらえ方が変わってくるし、事故原因に対して幅も広がってくる。そういう見方が大事なのです。ですから、この今回の提言書が第2部において非常に長くなったのは、そういう文脈のとらえ方がとても大事であるということと、過去の教訓をどういうふうに今回の事故を見る上で生かしていかなくてははいけないとか、相当多角的に論じて、それを読むことによって、これから一般の産業界においても、一種の安全問題を考えるテキストブックになるような意味で詳しく書いたというわけなのです。

これは報道に携わる皆さんも、取材の掘り下げ方という意味では、ヒューマンエラーのなぜなぜ分析をぜひ読んでほしい。そうすると、取材するとき、そして報道の記事を書くとき問題のとらえ方や焦点のあて方が変わると思います。例えばJR西日本の事故が05年の4月25日に起こった直後、何人かの記者の方々に取材されたりしたときに、サバイバル・ファクターということが、こういう事故の場合には1つの大事なポイントになるよというようなことを申し上げたのですが、誰もその言葉を知らなかった。怪訝そうな顔をしておられたのです。中には、こういうことをおっしゃった方もいました。サバイバル・ファクターで車両の構造なんかをがっちりを作ったり、あるいは内装をしっかりとすると、重量が重くなってエネルギーの損失になり、それは京都議定書におけるエネルギーの無駄使いを止めるということに反するのではないかというようなことまで記者の方がおっしゃるのを聞いて、私はびっくりしたのですね。そういうとらえ方をすること自体がちょっと私には想定外だったのですけれど。やっぱり人の命というものを考えるときに、1人でも救えなかったかという視点、そういう視点から事故というものを考えると、ただ106人が亡くなった、運転士を入れて107人になる、あるいは500数十人の方が重軽傷を負ったという、このマクロな数字でとらえるのではなくて、1人ひとりみんな違うのですね、そこで直面する問題というのは。その1人ひとり違うこと、これは言うならば、107人が亡くなったということは、1人が亡くなった悲劇が107件同時に起こったという、今回の震災で言えば、2万7000人の方が亡くなった、行方不明になっているけれど、これは1人の人でも家族にとっては大事件なわけです。それが2万7000件も同時に起こったという大変なことなのです。それぞれ物語があるのです。そういう目で事故というものをみると、解明しなくてははいけない問題というのは非常に幅が広いし、また遺族支援の問題というのも当然考えなくてははいけないということになってくる。アメリカにおいては、NTSBが、まずは90年代前半に、試験的に広報部門に家族支援のセクションを作りまして、取り組みだしたのです。そして90年代後半、96年には航空事故分野について、家族支援をNTSBが主導権を持って関係機関、これはもうペンタゴンからFBIから全部含めて、指揮をするというような、そういう体制を作ったわけで

すけれど、その背景には、大西洋上でのTWA機の爆発事故、これはテロではなくて、燃料タンクの問題だったわけです。その悲惨さですね、そして海上での空中分解だったから、遺体収容も時間がかかる、家族が大変な混乱に陥る。今回の津波でやられた、ああいうのに近いようなことが起こって、もう家族に対して、行政として国家として、やはり何か手を差しのべなくてはいけないというようなことが大きな問題になって、そして90年代に起こったTWA機の事故のときの混乱もあって加速されたのですね、遺族支援の問題が。事故調査の中に家族支援まで入れるのはどうなのかというのは、当然疑問が出てきます。それはそれで正当な根拠があります。なぜならば、事故の原因を冷静、客観的に調べて、安全対策を立てるとというのが事故調査機関の使命であるならば、遺族支援は別の行政がやればいいじゃないかというのは、これはこれで根拠があるわけですけど。しかし、やっぱり、事故調査という形で真っ先に関わった事故調査機関の活動が、そこで混乱している遺族の姿、あるいはずっと時間が経ってからも引きずるさまざまな問題があるのが見えてくるわけです。それを知らん顔して、私は調査するだけ、原因を調べるだけというので良いのだろうかということも、また一つの理由になるわけです。だから支援体制を組むにしても、事故調査機関も一つの役割を果たすべきではないか、こういうことをしきりに検証作業の中で議論しました。家族を亡くした方、負傷された方、そういう方々が7名入っておりますので、いろんな立場から率直に意見を出し合って、まとめたわけですけど、アメリカの制度をそっくり導入することは、全体の法体制なり、行政のシステムが違いますから、妥当ではないってことは書きましたけれど、では何もしなくていいのかっていうと、そうではないのだからということ。どの項目を見ても、かなり突っ込んだ議論をやってしまして、こういう議論を公的な機関、行政機関の中で今までやったことはありません。本当に前例のない取り組みです。しかも、我々検証メンバーは、過半数が直接事故の被害者であるわけで、そういう方々と、専門的な学者、研究者と、本当にお互い対等になって、かなり徹底的な議論をしました。専門家だから上に立つとか、そういうことなしにして議論を交わしました。そして何度書き直したかわからないぐらいの検証をしました。途中経過、我々、何も皆様に申し上げなかったのは、どんどんどんどん推敲していく過程の中で変わるものですから、途中で中途半端なことをお話したのは誤解を生むし、とんでもない影響を与えかねないので、あえて伏せさせていただきました。なにも秘密裏にやったということではないのです。率直に意見を交わして、より良いものを作っていく過程の中で、どうしてもそれを避けられなかったということなのです。私としては長年、事故調査、災害調査などに関わってきて、それなりに考えを深めたところや、資料もたくさんあったりして、そんなものをあと何年生きるかわかんないような歳になって、少しは生かして、皆さんに共有していただきたいなという思いで、せっせとこの素案作りに関わったわけです。本当に皆さん、丁寧に議論してくれたし、事務局も、ものすごく文献、調査、あるいは分析、細部にわたって精査してくれまして、個人的な思い込みなんかが入り込まないように、ちゃんとその事実間違いのないようなものをベースにして、理論を構築していったわけです。本当に共同作業っていうのをこんなに、突っ込んで議論しながらやった経験は初めてです。

それからもう一つは、この分厚い検証報告書、これは我々検証メンバーが自分で書いたものです。検証メンバーの皆さんが手分けして書いたものです。通常、審議会とか検討会とかいいますと、役所の事務局で素案を書いて、それをメンバーが議論して、いろいろ修正していくというよ

うな作業になるわけです。また事故調査委員会、運輸安全委員会にとっても、事故調査報告書の素案は事故調査官が書き、そしてそれを委員会で審議して、いろいろと意見を付けたり、注文を付けたり、加除、訂正したりしていくわけですが、最初のドラフトの段階から、みんなで手分けして書いて、そして議論を重ねていったという、これも異例なことだと思います。そんなところでございます。

(以下、記者会見での質疑については省略)

以上