

各種事例から危機管理を考える (失敗事例を中心に)



H24/1/30

J P S N 理事

山下勇男

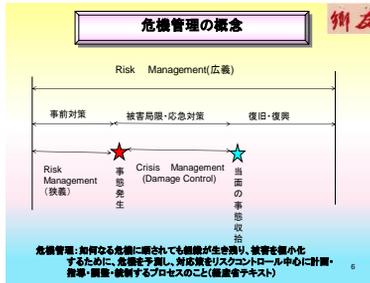


実施項目 御友

- 危機管理の概念等
- 危機管理上の論点
 - 東日本大震災
 - 雷印乳業食中毒事件等
 - 参天製菓異物混入事件
 - チリ発塵事故
 - 牛肉ミート偽装事件
 - その他の事例
- 危機管理の要諦等

1 危機管理の概念等 御友

- 危機管理の概念
- 危機対応の考え方



危機対応の考え方 御友

- あらゆる事態を想定
- 緊急対応策
- 訓練の実施等
- 正確な状況把握
- ダメージの最小化・事態の早期収拾

危機発生

危機管理の原則 御友

- 危機の未然防止、事態発生時の被害の極限の為の事前対策 (危機管理は将来の危機に対する先行投資)
- 事態発生時の被害の極限と拡大防止等 (これから紹介する事例は、事態発生後の対応が主体であるが、本来的には危機を未然に防止・抑止すべきである。)

課題 御友

さるHPに掲載されていた事例研究

A社: 目薬に毒物を入られた脅迫受け、店頭から回収、早期に公表し、市民の協力により犯人逮捕

B社: A社同様の包装のため店頭から回収

C社: ビニール包装のため混入不可能と記者会見し、回収もせず

マスコミは、A社を誉め、B社をけなし、C社は報道せず⇒どの社の危機管理が真っ当?

II 危機管理上の論点 御友

(説明する事例)

- 東日本大震災(福島第一原発事故をメイン)
- 雷印乳業食中毒事件等
- 参天製菓異物混入事件
- さる製紙メーカーの決断
- チリ発塵事故奇跡の救出
- ミートホープ品質表示偽装事件
- トップの果敢な決断
- 初期対応の重要性
- コーポレートガバナンスが重視され始めた事例
- 予備、バックアップ
- スペースシャトル・チャレンジャー事故
- 東海村JCO臨界事故

綱要

(1) 今次大震災の危機管理上の論点

1 福島第一原発事故中間報告(平成23年12月26日)の問題点と危機管理上の論点

(1) 問題点概観
 (2) 事故発生後の政府諸機関の対応の問題点
 (3) 福島第一原発における事故後の対応に関する問題点
 (4) 被害の拡大を防止する対策の問題点
 (5) 不適切であった事前の津波・シビアアクシデント対策
 (6) その他

2 上記以外の問題点と危機管理上の論点

11

綱要

政府事故調中間報告問題点概観

① 事故発生後の政府諸機関の対応の問題点
 OFCの機能不全、関係組織の連携不十分等

② 第一原発の事故後の対応に関する問題点
 発電所や東電本店の対策本部が本来の役割を果たさず→1号機ICの誤認、代替注水不手際

③ 被害の拡大を防止する対策の問題点
 モニタリングシステムやSPEEDI(福島県環境放射能影響予測システム)、実効性ある避難計画や訓練、国内外への情報提供不十分

④ 事前の津波対策及びシビアアクシデント対策の不備
 設計上の想定を上回る津波考慮した対策なし

12

綱要

1 政府諸機関の対応の問題点

(1) 問題点

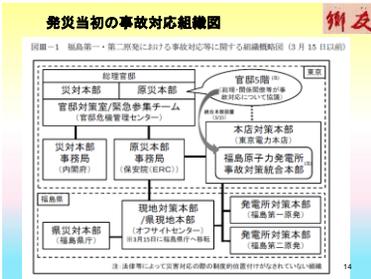
① 現地対策本部
 ・オフサイトセンター(OFC)の機能不全
 ・現地対策本部への権限委任の問題

② 震災本部
 ・官部内:官部6階、地下危機管理センターに分離
 ・情報収集
 本来は、東電から緊急時対応センター(ERC)経由で官部へERC:積極的な情報収集せず
 ・現地所在の原子力安全保安官の行動

③ 原子力緊急事態宣言の発出:1時間以上の遅れ(事故調報告)

④ 首相の12日早朝の現地視察の是非等

13



綱要

1(2) 危機管理上の論点

- ・ 指揮系統の一元化(非凡の二将よりも凡将を選ぶ)
- ・ 情報の集約と共有
- ・ 意思決定者(機構)と事務局(ERC)の分離
- ・ 法やマニュアルにない統合本部の設置の是非(俄仕立組織、役割の異なる組織の統合)
- ・ 緊要機関(OFC)の位置や具備すべき機能等
- ・ 各機関の積極的な任務の遂行が前提
- ・ 原発所在の保安検査官の事故対処への寄与?(事故調査報告:職責を果たさず、逃げ回っていたも同義)
- ・ 軽重緩急の判断の適否
- ・ リーダーシップとは

15

綱要

2 第一原発事故後の対応

(1) 問題点

① 1号機:ICの作動状態の誤認
 ・ 操作員がIC(復水器)が作動しているものと誤認
 → 初動対処の遅れ
 ・ 作動状況に疑念を持った職員の見聞が不適切

② 3号機:代替注水
 ・ 代替注水の手順の誤りと情報共有体制不備
 ・ 幹部社員の指示なしで実施、自分で問題解決との意識
 ・ 早期代替注水に関する危機感欠如
 (混乱の極みであってもバッテリー枯渇を懸念すべき、事態把握不十分)

16

綱要

2(2) 危機管理上の論点

- ・ 初動対処の重要性(初動の誤りは決定的)
- ・ 今何をすべきかの判断とその判断を左右する最重要情報の認識
- ・ 危機対応教育・訓練の欠如等(重要性に関する認識不足、操作未熟、ダブルチェック)
- ・ 意思決定権者と決定事項

17

綱要

○ 初動対処の失敗!
 (初動の失敗は致命的である!)

原発事故への初動対処は?

※ 発生直後に

- ① 冷却システム復旧
- ② ペント
- ③ 代替注水(海水)が出来ておれば、ここまで悪い状況にはならなかったのでは?

地震16時間後にメルトダウン(東電5月16日発表)
メルトスルーの可能性も(IAEAへの報告書6月7日)

※ 対処のためのマンパワーが不足していたのではとの意見もある。

18

綱要

○ 何故、初動対処は失敗したか?

① 冷却システムの再起動
 非常用電源の機能喪失(配置や防護の不適切)
 電気車の事前配置もなく、確保もできず

② ペントや海水注入等の処置
 ※ シビアアクシデントマニュアルでは現場で判断

- ・ 1号機の注水遅れ(14時間以上経過)
- ・ 電源を必要としない代替注水では十分ではないと判断して消防車による注水を判断するも、担当が未指定、自衛消防隊に能力も技術なし
- ・ 1号機のペント遅れ
- ・ 決断の遅れ:全電源喪失11日1537、所長ペント発表(12日0006)
- ・ 現場は躊躇したとの見方もあるが、事故調は否定
- ・ 事故調の見解:IC作動状況の誤認が原因
- ・ 実施の遅れ(ペント開始:12日14時頃)
- ・ 手動による弁閉閉手確認、放射線量、余震、避難状況準備の絶対的不足(事故調)とICの誤認識

19

原発収束に向けた当面の取り組み(改訂版)

工程表(ステップ)の詳細と目標達成状況	目標	状況
燃料冷却	原子炉停止状態 (使用済燃料棒貯蔵)の確保	達成済
放射性物質の 放出抑制	放射性物質の減少 地下水・海洋汚染拡大防止	10月達成
廃炉・除染	廃炉の進捗 廃炉作業の確保	11月達成
収束対策	廃炉対策の確保 廃炉作業の確保	10月達成
生活環境確保	環境改善計画	達成済
作業員の健康確保	健康確保の充実 作業員の健康確保	達成済
関係者の理解	関係者の理解の確保	達成済

発表	3月11日1446
座席決定	3月下旬
工程発表	4月17日(5月17日&6月17日改訂)→11月17日

危機管理上の論点(4)

4 悲観最悪の原則:不測事態対処
(1) 不測事態シナリオの策定と未公表
平成23年12月31日Y紙報道(次スライド)
発生直後に内閣府原子力委員会が策定
「福島第一原発の不測事態シナリオの案」
首相に提出
最悪の事態が起きても避難する余裕はあり、
パニックを防ぐため公表せず
・ 策定したことは妥当
・ 潜蔵懸念大なる4号機に耐震補強工事→回避
・ 未公表は問題ではないか?
・ 極めてセンシティブな問題を如何に説明するか?
トッリーダーの職責

原発事故 最悪のシナリオ

首都圏の避難想定

原子力委員 3月25日に報告書

危機管理上の論点(4-2)

(2) 国際原子力事象評価尺度の
段階的引上げは何故なのか?
事故直後=IV
3月18日=V
4月12日=Ⅴへ

・ 事故の過小評価姿勢
・ 事後の対策に影響はなかったか?

危機管理上の論点(4-3)

(3) 避難指示、警戒区域の設定等
住民の避難とベントとの整合性は?
指示権者は?
次第に厳しく規制するのは何故?
(知事2km11日2050-3km圏内と県内避難11日2123-
10km圏内12日0544-20km圏内12日1825)
状況の変化はあったのか?
SPEEDIは何故活用されなかった?
(SPEEDI:緊急時迅速放射能影響予測ネットワークシステム)
・ 最悪の事態を想定していたのならば、
当初から区域の拡大をすべきでは?
(参考)米国:当初80km圏内、10/8 20km圏内に縮小

危機管理上の論点(5-1)
福島原発対策本部議事録の未作成

1 NHK報道(平成24年1月22日)で判明
①原子力災害対策本部の設置:3月11日1903
事務局:経産省保安院(ERC)
会議開催21回
議事録はなく、1頁の議事次第のみ
公文書管理法:重要な会議の議事録を作成
②官房長官(23日):基本的に実施すべき事項
政府として調査、議事内容に関する情
報を収集して作成するとの方針

危機管理上の論点(5-1(続))
福島原発対策本部等議事録等の未作成
震災議事録作成有無調査(27日Y紙夕刊)

連番	会議名	議事概要	議事録
1	原子力災害対策本部(官報)	x	x
2	政府東京電力統合対策室(経産省、原発相)	△	x
3	原発事故経済被害対応チーム8担当閣僚	○	x
4	福島原発対策本部(官報)	x	x
5	被災者生活支援チーム(防災相)	x	x
6	官部緊急参画チーム(内閣危機管理監)	○	x
7	各府省連絡会議(官房長官)	○	x
8	経済情勢に関する検討会(官報)	○	x
9	電力供給に関する検討会(官房長官)	△	x
10	電力改革及び東京電力に関する閣僚会議	○	x

議事録:会議などの発言内容が判明。議事録:議事内容や参加者などの発言をまとめたもの
公文書管理法:本館が所蔵している資料は、2011年4月1日施行
表月内に作成議事録(27日新聞掲載)

危機管理上の論点(5-2)
福島原発対策本部議事録の未作成

2 危機管理上の論点
①事実の隠蔽?とは思いたくないが...!
②リーダーたる者、歴史の批判に耐えるべし。
③事実検証のために最も重要な文書(財産)、
後世に対する責任、国民に対する裏切り
④官房副長官:昨年4月に、作成指示にも関わらず
⑤多忙(保安院)だったとの謂いは、言い訳に過ぎぬ
⑥組織権限の不明確、縦組織の乱立、官僚の活用なし
⑦危機管理以前の問題、杜撰という他なし

危機管理上の論点(6)

5 危機管理は人が組織か?

○ リーダーの具備すべき機能
危機管理に係る(本部)訓練実施の要

○ システム構築、組織

危機管理上の論点(7-1) 御反

○ 民心の安定

- 難しい問題を解り易く説明納得させる能力
 - ★専門家の意見は聞かせても自らの決断 (責任逃れと受け取られる事は回避すべき)
 - ★情報小出しの愚
 - ★教員の愚昧を如何に伝えるべきか
- 国民に安心感を与える指導者像は 責任感、自信、不屈心、顔貌に出る

○ 長期・連続作戦への対応

- 当面作戦と次期作戦の並走 当面の処置をしつつ、次の段階の作戦を検討
- トップを如何に休ませるか

48

危機管理上の論点(7-2) 御反

- 機能麻痺した自治体への対応: 今後の課題
- 国難(ピンチ)をチャンスに変える方策の案出
- 次なる危機に備えて真摯な検証を!

49

危機管理上の論点(8-1) 御反

東日本大震災: 石巻市大川小の避難対応

1 状況概要

- ① 1446地震直後: 全児童校庭に集合
- ② (避難情報あるも)校庭で40分ほど待機 (この間教職員間で議論)
- ③ 1530頃(東側の)松原を津波が超えた」との広報車の放送を聞き、学校西側の高台に向かう。(生存男性教諭: 裏山に向かわず、如何なる経緯で西へ移動したか不明)
- ④ 1546分頃津波にのまれ、児童74人と教職員10名が死亡・行方不明

50

危機管理上の論点(8-2) 御反

東日本大震災: 石巻市大川小の避難対応

2 危機管理上の論点

- ① 市教委の説明(平成24年1月22日保護者者説明会)
 - ・避難マニュアルに明確な避難場所の記入なし
 - ・教職員の危機意識不足
 - ・過去の経験から津波が来ないとの思い込み
 - ・津波情報を得るも、適切な避難行動出ず
- ② リーダーの責任・判断ミス、決断力 (どう対応するか議論ばかりで結論出ず、高山は決して子供が登れない山ではない)
- ③ 市教委の前年指導(二次避難場所設定=高台)に従わず

51

(1)大震災以外の事例の危機管理上の論点 御反

(説明する事例)

- 1 危機管理を巡る最近の動向
- 2 雷印乳業食中毒事件等
- 3 参天製菓製品回収事件
- 4 さる製紙メーカーの決断
- 5 テリ鉱山落盤事故奇跡の救出
- 6 ミートホープ品質表示偽装事件
- 7 トップの果敢な決断
- 8 トップ対応の重要性
- 9 コーポレートガバナンスが重視され始めた事例
- 10 牙痛、バックアップ
- 11 スペースシャトル・チャレンジャー事故
- 12 東海村JCO臨界事故

52

(1)危機管理を巡る最近の動向 御反

- 1 コーポレート・ガバナンス(企業統治)重視
 - ・反社会的行為企業(偽造、隠蔽、粉飾、不正経理、不正取引等)一市場から退場
- 2 コンプライアンスに対する厳しい姿勢
- 3 内部告発の増加
- 4 マスコミ対応等の巧拙による差異 大 (IT時代の特性!)
- 5 トップの決断が問われるケース
- 6 消費者・住民監視、弱者無視に対する厳しい姿勢
- 7 社内のリスク管理意識一経営者の注意義務違反
- 8 企業の組織的責任が問われ始めている。—法人罰則設? 企業幹部の刑事責任の追及(有罪確定事件・事故) (ホテルニューグランド、ミドリ十字、三菱自動車、パロマ工業、エクスランド、JR西福知山線事故(1審無罪判決1/11))

53

(2)雷印乳業食中毒事件 御反

事件の概要

- ・2000年6月25日 大阪、和歌山で食中毒症状発症
- ・6月27日1100 : 病院から保健所へ届出
- ・雷印乳業品質保証センターへ同様の訴え
- ・6月28日: 食中毒被害相次ぐ
- 1300: 保健所大坂工場立入検査
- 2100: 大阪市、製造自粛・回収・公表を指導
- ・6月29日 低脂肪乳自主回収開始
- ・7月1日: 社長記者会見ブドウ球菌確認の発表
- ・7月2日: 大阪市大坂工場の無期限営業禁止処分
- ・9月18日: 大阪市:北海道大樹工場製粉乳が原因と発表
- ・被害者数: 約1.5万人 損失額: 589億円

54

雷印乳業食中毒事件(2) 御反

危機管理上の論点

- ① 製品回収、公表決断、記者会見等の遅れ: 28日の市の指導後”慶”の17時間”経過”していた。
- ② 社内基準を上回り本来廃棄すべきを、加熱殺菌で安全と判断し、再利用
- ③ 社長発言の稚拙さ、決断力のなさ等
 - ・「君、それは本当か?」「私は寝ていないんだ。」等
- ④ 自社製品に対する過信が悪影響か?
- ⑤ 5年前にも八雲工場で食中毒事件発生
- ⑥ 通常の苦情等と判断して対処一被害拡大
- ⑦ 責任逃れからくる事実の隠蔽、情報伝達の手不届(社長には丸二日)

(2-1)雷印食品の牛肉偽装事件 御反

○ 事故概要

2001年10月-国営冷凍庫で豚肉を牛肉と偽装

- 11月6日: 朝上牛肉の買上会議、そして買上
- 11月上旬: 偽装指摘の匿名情報本社へ、調査するも発見に至らず
- 11月下旬取材受け
- 2002年1月29日: 農水省畜産課長、社長記者会見で本社の関与否定
- 1月29日外務省調査委員会設置、調査により偽装判明
- 食肉專業からの撤退と社長等の解任発表
- 2月28日: 会社の4月解散決定(4月23日解散)

○ 危機管理上の論点

- ① コンプライアンス
- ② 内部告発への対応
- ③ 初期対応(機会見、現場・本社の連携、トップリーダーの責任・自覚)

55

(3)参天製薬製品回収事件 御反

事件概要

①2000年6月14日朝、同社社長宛に、脅迫文(現金2000万円要求、異物混入の目録同封)

②同社:直ちに警察へ通報し、出張中の社長に連絡して傳社を促し、夕方には対応チームを立上。
新パッケージの開発、記者会見や社告の準備に着手

③翌16日午後3時、犯人は現金授受現場に不出現、同社は厚生省にリコール決定を報告し、午後7時には記者会見、社告が事件の概要と一般目録約250万個を回収すると発表した。自社のWebサイトにも社告

57

参天製薬製品回収事件(2) 御反

④事件発生3日目(16日)
朝刊各紙に社告、お客様相談室の回線増設

⑤4日目
店頭からの全対象製品の撤去を完了。
MRも応援に回り、全社を挙げての緊急体制

⑥ 事件発生9日目(6月22日)、Webサイトで、店頭撤去完了の報告と新パッケージの製品を6月末から製造開始すると発表

58

参天製薬製品回収事件(3) 御反

危機管理上の論点

①迅速な意思決定と公表
②社長決断
警察への通報、リコール準備指示
消費者・患者視点での対応
危機管理チームの立上
③一時的減益はあるものの結果的に顧客の信用・信頼回復、株価値上がり増益
*米國J&J社の鎮痛剤「タイレノール」事件(1982年)も同様に適切に対応(次VG)

59

参考:J&J社のタイレノール事件 御反

○事件概要
1982年9月 J&J社の医薬品部門で全米の主力商品であった家庭用鎮痛剤「タイレノール」にシアン化合物が混入され、シカゴを中心に7名が死亡

○J&J社の対応 (消費者への責任第一主義)
・全「タイレノール」商品の回収
・マスコミを通じた積極的な情報公開
・新聞への書面広告の掲載
・対策チームの設置

○事件対応に高い評価、予想を遙かに超える速さで市場での信頼や業績回復

60

(4)さる製紙メーカーの決断 御反

①新入社員の提案:工場の熱源が〇〇ガスのみに依拠→ガス会社にトラブルあった場合自力操業が出来ない。他の熱源での対応を準備すべき。

②役員会で議論、膨大な予算を伴うので不可能との結論に落ち着きかけた際に、役員の一人在社員提案を受け入れるよう発言し、激論の末数年計画で実施を決定

61

さる製紙メーカーの決断(2) 御反

③1993年の〇〇沖地震に際しては、被災後1週間で事業再開

危機管理上の論点

①予備手段、最悪の場合の対応を予め準備(近年BCP計画が重視)
*擔保ジャパンBCP計画策定ならば企業保険料1割引き(H23/1/14Y紙新刊)

② 社員提言の採否、企業風土

62

(5)チリ鉱山落盤事故奇跡の救出 御反

概要

①2010年8月5日チリ北部サンホセ鉱山落盤事故 地下約700m 作業員33名

②8月22日:落盤地点までドリル掘削、33人無事のメモ、避難所食料や水備蓄

③8月29日:救出用立坑掘削開始
3本目9月19日

④10月9日:立坑、作業員の居る坑道到達

⑤10月13日:救出用カプセルにより全員帰還

63

チリ鉱山落盤事故奇跡の救出(2) 御反

危機管理上の論点

①現場監督の秀でたリーダーシップ
②作業員の団結力
③最新の科学技術力の駆使
④救出に対する国家の強い意志
⑤地上での万全な準備と態勢の構築
⑥現場の状況に応じた臨機応変な処置
⑦最悪の場合の備え・対策
⑧極限状況の作業員に対する細心の配慮
※編: <http://jpress.ismedia.jp/articles/-/4688>

64

(6)ミートホープ品質表示偽装事件 御反

概要

・2007年6月20日 品質偽装新聞報道

・社長:工場長の相談を受け、あるなら使ったら良いと工場長の責任であるかのごとき発言

・翌日は自ら指示と前言を翻す

・偽装開始時期も変転、他にも偽装実施と次から次へと不正発覚

・不正を招いた原因が消費者にあるかのような発言等

65

ミートホープ品質表示偽装事件(2)

記者会見で、当初は否定していたが、同席の長男に促されて自分の関与を認めた。

危機管理上の論点

- ①元工場長の内部告発が発端
- ②情報の小出し→消費者の不信
- ③トップの責任転嫁姿勢

(7) トップの果敢な決断

事例
西部警察2003ロケ現場で見物人負傷事件(2003年8月12日)

- ・俳優の運転する自動車が見物席に突入し、5人が重軽傷
- ・マスコミ他社の報道過激
- ・安全管理上改善すべき点は多々あるもの、当日専務、翌日社長が現場に赴き謝罪と記者会見(製作中止を決断)

参天鏡集の遺物混入事件
既示
J&J社の鎮痛剤「タイレノール事件」
既示

(8) 初期対応の重要性

○失敗例
パロマ瞬間湯沸器事件
排気ファンの動作不良(一次的にはメンテナンス業社の不正改造が原因)によるCO中毒死亡事件発生→社内・サービス業者に注意喚起のみ→CO中毒の更なる拡大→社長等の起訴→企業のダメージ拡大→H22年5月有罪判決(予見し得た、回避義務も有り)

(9) コーポレートガバナンスが重要され始めた事例性

- ①米エンロン社(総合エネルギー取引 & ITビジネス)の破綻
2001年12月、巨額の不正経理・不正取引明らかになり、負債総額310億ドル
- ②米ワールドコム社(大手通信会社)の破綻
粉飾決算、CEO救済? 負債総額410億ドル
- ③日本でも西武鉄道、カネボウ、ライブドアの有価証券報告書虚偽記載問題が発覚

(10) 予備、バックアップ等の重要性

○システムダウンによる混乱事例

- ①東京航空交通管制部:平成15年3月17日
・200便以上欠航、1400便以上30分以上の遅れ、約27万人に影響
・バックアップ用の別のシステムが外部と接続されておらず、手動でデータ入力
- ②東証の処理システムダウン:2005年11月1日
・午前中の株式売買が出来ず
・設定ミスの発見できず
・バックアップ体制なし、ゲートウェイサーバー6台と少な

③米国東部大停電:2003年8月14日

- ・1箇所を送電設備のトラブルが米国東部に波及
・5000万人影響、電話、地下鉄、交通信号等停止大混乱
- ・FE社の不適切な状況把握、不十分な樹木伐採
・信頼度コーディネーターの不適切な判断支援
・広域波及は想定外
- ・発電・送電設備の予備設備への投資抑制
- ・大小300社の規模の異なる発電・送電・配電会社間の連結で複雑→1社のトラブルのドミノ倒し現象(懸念されていた)

* 災害等によるシステムダウンへの対応の必要性

(11) スペースシャトル・チャレンジャー事故

1 事故の概要
1986年1月28日 打上から73秒後の分解
乗員7名全員が死亡

2 事故原因
右側固体燃料補助ロケット接合部密閉用のリングの不具合→高温ガス漏出→ブローバイ

危機管理上の論点

- ①リングの設計以上の過酷条件下での打上
企業技術者の要求が認められなかった
技術者の良心はどうあるべきか?

危機管理上の論点

- ②打上決定会議への状況報告
技術者やNASA技術者の一部の反対が報告されず
- ③リングの欠陥改善なされず
NASA技術者の改善要求に応じず
- ④打ち上げに執着?
予算削減圧力を受けていたNASAが
当日夜の大統領演説を追い風に
したかった?
(中止の決断は難しい!)

(12) 東海村JCO臨界事故

I 事故概要
1999年9月30日 JCO社の核燃料用ウラン精製工程で臨界事故発生20時間継続、被爆死亡2名、1名重体

1035 警報
1115 臨界事故発生可能性科学技術庁への報告
1152 核燃料搬送のため緊急車出動
1230 東海村村長の独断により屋内退避呼び掛け
1240 総理報告
避難要請・報告、屋内退避および換気装置停止呼びかけ、通行規制、運転見合わせ、陸自への災害派遣要請等の措置

JCO職員は当初誘殺一促されて連鎖反応停止作業実施
10月1日0630発生

2 事故原因
社慣な作業管理工程
国の管理規定に沿った正規マニュアルではなく裏マニュアルを使用(ステンレス製パケツ、形状管理を無視)

危機管理上の論点

- 違法精神の欠如
裏マニュアルにより国の規定に反した作業管理を永年実施
- 安全性無視、危機管理以前の問題
- 作業員に対する教育不足
臨界、ウランの毒性、放射能被曝についての十分な知識のない者が作業していた。
- 監督官庁への隠蔽体質
問題点改善の動きもあるも実現されず、隠蔽し、安全経視の管理職重用の弊

75

III 危機管理について

- 危機管理の要諦
- 危機時のトップリーダー
- 指揮の要訣 (略)
- 状況判断の基本的要件 (略)

76

危機管理の要諦

- 「急報・最悪の原則」と「準備の周到」
事態認識の原則 (軽重緩急)、牛刀割鶏
- 状況判断の基本的要件: 何を何時決心すべきか
- 優先順位の適切な決定
- 指揮官は決断する動物 (果敢なる決断! 寡拙速)
- 権限の集中
- 初期対応に遺憾なきを期せ(先制・主動権を!)
- 努力の統合
- 状況把握: 鳥の目・虫の目、大観・詳察
- 情報の迅速・集約と共有
- 危機を覚知し得る感性・嗅覚の研鑽

(JPress掲載小生論文等から)

77

危機時のトップリーダー

- 決断力、説得(明)力、先見力
- ピンチをチャンスに
- 大局観
- 主動性の奪回
- 逐次組織的対応へ
(組織は平凡な人を集めて、非凡な成果を出させるためにある。)
- 分権と集権
- 臨機応変の指揮ができるマニュアルを熟知した指揮官を
- 平時と有事のリーダーの在り様!

78

危機時のトップリーダー

日本のリーダーにふさわしい
国会議員・地方自治体の首長 (産経新聞・FNN調査)

- 橋下徹大阪市長 21.4%
- 石原慎太郎都知事 9.6%
- 岡田克也副総理 8.3%
- 前原誠司民主党政調会長 6.2%
- 野田佳彦首相 3.6%

79

危機時のトップリーダー2

- 責任の重みに耐えるべし
- No1とNo2: 同一行動しない原則
- 指揮権の継承順位の明確化
- 本部に指揮官が所在する意味
- 強力なリーダーシップ
- 自らの言葉で語れ!
- 指揮官は焦点に位置せよ!
- 国民に安心感

80

村山富市の証言録

- 本会議での「初めて」発言
「早朝のことで、初めての経験だから」と発言
→物議醸す、本人は舌足らずと弁明(203p)
- 官邸に緊急事態に直ちに対応できるだけの態勢がなかった。(203p)
- 当日正午消防庁長官からの報告を受けて、
「従来の慣行に促われんで良いから、やらなきゃいかん必要なことは全てやってくれ。内閣が責任を持つ」と指示(197p)

* スリーマイル島原発事故:カーター大統領はNRCのデント氏に全権委任、自らは責任取る姿勢

81

危機時の広報の心得

(危機による更なるイメージダウンを防止)

- 嘘は厳禁
- 言えないことは言えないと言うべし
- 知ったかぶりは厳禁
- ミスリード的指図を慎む
- 逃げない・待たせない
- 締め切り時間への配慮
- オフレコの活用
- 資料は先手を打って配布
- 率直な謝罪、失敗は素直に陳謝、再発防止的
- 解雇条件付きの発致方式
- 記者会見:スポークスマンは一人に
- 経営トップの参画を示す
- 早く、出来るだけ多く、事実を
- マスコミを敵に回すな
- 各社に対する公正な対応
- 十分な準備

82

指揮の要訣

- 部隊の確実な掌握
- 明確な企図
- 適時・適切な命令により行動を律す
任務達成

留意事項

- 統制を最小限(自主裁量の余地)
- 良好な統御
- 確実な状況の把握
- 実行の監督

83

郷友

状況判断の基本的要件

任務を基礎とし、何を、いつ、決定すべきかを妥当に判断すること。

↓

状況判断は、**不断に変化し、かつ推移する状況に即応する**ように、**継続的に行わなければならない。**

- 作戦の進展に伴い、必要な事項を適時に判断
- 既に結論を得た事項についても、その結論に影響した**要因の変化に応じて所要の修正**

※ 状況判断に当たっては、状況並びに部隊の地位及び特性等に応じて、考察すべき要因の時間的・空間的範囲を適切に選定

54

郷友

御静聴有難う御座いました

URL: <http://yamashita-teruo.my.coocan.jp/>
 Email: yamashita-teruo@mbp.nifty.com

平和と安全ネットワーク(JPSN)を宜しくお願い致します。
<http://www.jpsn.org/index.htm>

55

郷友

幕僚活動の9原則

- 1 事態認識の原則
- 2 目的・方針・指導要領の原則
- 3 事実・根拠の原則
- 4 “すぐやる”の原則
- 5 悲観・最悪の原則
- 6 統一・協力の原則
- 7 集中の原則
- 8 記録の原則
- 9 一歩前進の原則

56

郷友

初 動 情 報

1440	発出
1540	東電緊急連絡室
1600	最初のメール到着
1605	初動方針「シリアンポイントフェニックスに基づき、海軍システム再稼働のための電源確保が中心(16時20分~16時30分)
1624	東電緊急連絡室
1640	1号機緊急点検(車庫点検)実施(電源システム)
1700	最初の電話 104へ連絡開始、海水も注入、東電は、詳しく説明、事態の推移を見守ることに
1800	電力が不足(緊急連絡室) 1号機、2号機が稼働開始
1820	電力が不足(緊急連絡室) 3号機が稼働開始
2000	福島県知事(緊急連絡室) 1号機、2号機が稼働開始
2100	東電電力の海水電機システムセンター(1号機)稼働(1号機)稼働開始、3号機稼働開始
2120	東電緊急連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
2200	東電電力の海水電機システムセンター(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
2300時	連絡室 ベンシの緊急連絡室へ送
40	東電緊急連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
45	1号機 緊急連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
120	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
130	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
200	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
340	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
414	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
420	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始

57

郷友

430	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
720	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
730	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
820	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1011	1号機稼働
1420	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1425	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1514	東電「緊急連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始」
1620	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1720	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1800	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1805	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1820	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1840	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1940	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1950	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
1955	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
2000	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始
2005	連絡室(1号機)稼働開始(1号機)稼働開始

58

郷友

5月16日読売新聞朝刊

福島第一1号機
炉心溶融 津波4時間後

4号機
3号機の waters flow in

59

郷友

冷却系津波前に一時停止

東電が詳細データ

60

郷友

電力供給地帯再開

東電が電力供給再開

61

郷友

海水注入中断問題

原発所長の判断

62

H23/4/9 読売新聞記事から

避難する原子力事故の比較

93

読売新聞記事から

水素爆発は想定外

最悪の事態 考慮の必要なし

94

危険は避けられる!

15m堤防水門 村救う

死者ゼロ不明1人

95

危険は指摘されていた! (巨大津波、原子炉電源喪失)

読売新聞記事から

96

読売新聞記事から

津波最大想定に 対処

地層痕跡も重視

97

国際原子力事象評価尺度と事故例

レベル	深刻な事故	チェルノブイリ原発事故 (旧ソ連、1986年)	福島第一原発 (4月12日決定)
7	深刻な事故	チェルノブイリ原発事故 (旧ソ連、1986年)	
6	大事故	—	
5	所外へのリスクを伴う事故	スリーマイル島原発事故 (米国、79年)	3月18日引上げ
4	所外への大きなリスクを伴わない事故	CO2臨界事故 (茨城県東海村、99年)	事故直後の評価
3	重大な異常事象	パンデロス発電所火災事故 (スペイン、88年)	
2	異常事象	坂東東浜原発2号機高圧発生直後停機 (福井県美浜町、91年)	チェルノブイリ(約10日間): 520万テラベクレル
1	逸脱	高速増殖炉もんじゅナトリウム漏れ事故 (福井県美浜町、95年)	福島第一-原発(初期の数日): 37万-63万テラベクレル (放射性ヨド曝露)
0	尺蠖以下	—	

INES

98

SPEEDIが活用されなかった結果: 避難線に差 (H23.12.14Y紙)

読売新聞記事から

避難場所線量に差

99

警戒区域等警戒態様

月日	時刻	指示等
3月11日	1446	発災
	2050	福島県知事: 2km圏内の避難要請
	2123	総理避難指示: 第一原発3km圏内、3-10km圏内屋内避難
3月12日	0544	総理避難指示: 第一原発10km圏内
	1536	1号機水素爆発
	1739	総理避難指示: 第二原発10km圏内
	1825	総理避難指示: 第一原発20km圏内
3月14日	1101	3号機水素爆発
3月15日	1100	20-30km圏内屋内避難
3月25日		屋内避難地域に自主避難呼び掛け
4月11日		20km圏外に計画的避難区域設定の意向表明(官房長官)
4月22日		警戒区域、計画的避難区域、緊急時避難準備区域の設定
6月18日		特定避難勧奨地点の指定(これ以降も逐次に指定)

100

警戒区域等の設定

11月25日現在

警戒区域	設定	解除
警戒区域		ステップ2完了後
計画的避難区域		同上
緊急時避難準備区域	4月22日	9月30日
特定避難勧奨地点	(282世帯)	

101

郷友

避難区域の再編
(ステップ2達成に伴う避難区域の見直し) 12月17日Y紙

政府が検討している新たな区域

区分	特徴	基準となる 使用放射線量
長期帰還困難区域	帰還まで5年以上かかるとみられる地域	50mSv・総経
居住制限区域	除染を進め、20mSv・総経程度で数年かかると思われる地域	20mSv・総経
解除準備区域	在留期間の短縮が可能、帰還できる地域	20mSv・総経未調整

102

郷友

(123.12.3Y 東電中間報告書) 検証委員会の意見

項目	東電報告書	検証委員会の意見
地震による重要機器への影響	重要な機能を有する機器は安全機能を保持できた	現時点では影響はないと判断するが、今後の調査で確認が必要
1号機の非常用送電手段が乏しく、発電機停止の連鎖状態	送電手段が乏しく、発電機停止の連鎖状態	情報共有の点は今後の大きな課題
各号機のベントや注水の実施	各号機で手動によるベントや注水を行った	全電源を喪失した場合の対応手順を詳細に定めておく必要があった
津波対策	津波の試算はあくまで仮想的な波源に基づく試行に過ぎず、実際に発生すれば津波ではなかった	結果として被害を避けず、津波をより真実に考えておくべきだった。国、専門家も改めて大きな反省が必要
過酷事故対策	想定をはるかに超える巨大津波により、事故進展に追いつけなかった	全電源喪失といった事故の想定を行わなかったことは、結果として想定が不十分だった

103

郷友

平時と有事におけるリーダー論

○大統領等に国家緊急権
○戦時内閣 WW II 英国チャーチル首相
○共和制ローマ 独裁官 (dictator)
あらゆる領域に及ぶ強大な権限を有する政務官であり、国家の非常事態に1人だけ任命期間限定

○日本: 談合社会・話し合い・コンセンサス重視?
有事も同じシステムでやるのか??

104

郷友

冷温停止(ステップ2達成)宣言(12月16日)

◎工程表の10課題と達成状況

事故収束に向けた課題	ステップ1 (12月17日)	ステップ2 (12月17日)	達成時期
冷却水供給の確保	安定した供給	十分な安定供給	10月
汚染水の流出抑制	放射能の低減	全体の減少	10月
放射能の低減	放射能の低減	全体の減少	10月
汚染水の流出抑制	放射能の低減	全体の減少	10月
大気・土壌への放出抑制	放射能の低減	全体の減少	11月
建物の安定・補修	放射能の低減	全体の減少	11月
原子炉の冷却	放射能の低減	全体の減少	11月
作業員の健康管理改善	放射能の低減	全体の減少	12月
放射線測定装置などの整備	放射能の低減	全体の減少	12月

冷温停止状態 炉心溶融した原子炉の安定化を示す基準として、政府と東電が7月の工程表で設定した。通常は冷却水が100度未満となり、原子炉のふたを開けられる状態という意味で「冷温停止」という用語を使うが、福島第一原発には当てはまらない。

106

郷友

警戒区域等の設定(4月21日)

SPEEDIの予測結果(4月26日発表)上巻

Y紙 107