

根本的な事故原因（危険因子の同定）

このような痛ましい事故が二度と起こらない様にするには、事故の原因を丁寧に分析・解析し主因を見つけ出すことであり、その主因に対して必要な対策を十分に講じることである。

私(悠生君の父親)は、社会・生活環境に潜む死亡や疾病発症リスクを分析・解析し、そこで認められたリスクの対応に関し、支援・指導(リスクアセスメント)を行う専門家(社会医学系専門医・指導医)である。そのため2名体制での悠生君の誘導は、この専門的立場からの視点も反映されていた。

また今回の事故後の専門的な検証を行うのに必要な情報を得るため「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」に対して情報提供を求めている。

これらの視点から、現在提供を受けた情報において、後ろ向き（事後）に本事故に関するリスクの特定を行うと、事故の主な原因(危険因子の同定)は以下の3つが挙げられる。

まず、

①安全のための児童の誘導には職員が2名で行う事との取り決めたがあったが、その取り決めが破られ、職員が単独で対応していたこと。

さらには、

②禁止されていた単独での送迎が、度々、行われていたこと(月に1~2回程度)。これは安全のための取り決めが破られた状態が続いている事を意味する。すなわち、重大(死亡)事故を起こし施設側(違反していた職員)がその状況を隠しきる事が不可能になるまで、

③続けてきたことである。

二度とこのような事故を起こさない様にするためには、上記のような状況をより詳しく、丁寧に検討していく必要がある。

① 安全のための児童の誘導には職員が2名で行う事の取り決めが破り、職員が単独で対応していたこと

まず職員2名での誘導が必要であった事を施設側（事故を起こした当該従業員も含め）が認識していたのかを確認する必要があったが、その点においては「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」側は以下内容において認めている。

▶2名の職員で誘導対応していたことを施設側は認めている。

当社では、児童が乗った送迎用の自動車事業所に到着した後、各児童を事業所内へ誘導する際は、2名の職員で対応することになっておりました。

(事故報告書(令和5年1月16日作成)より一部抜粋)

また、事故を起こした当該従業員も2名での誘導が安全対策に関する取り組みとして決まっていた事も熟知していたことを施設側は認めている。

▶事故を起こした当該従業員も、その対応方法に関しては熟知していたことを施設側は認めている。

■■■■も、本件事故が発生するまでは、児童を乗せた普通乗用自動車が事業所に到着した際は、携帯電話で事業所内にいる職員を呼び寄せるか、児童が乗っている後部座席のチャイルドロックはしたまま、自動車のドアの鍵を掛けて、インターフォンで事業所内の職員を呼び出し、2名の職員で誘導業務に当たっておりました。

(事故報告書(令和5年1月16日作成)より一部抜粋)

▶しかしながら、事故当日、当該従業員はこの熟知していた安全対策に関する取り決めを破り単独での誘導を行っている。

ところが、■■■■は清水君ともう一人の児童を後部座席に乗せたまま事業所に到着した後、事業所内の職員を呼び寄せようとはせず、単独で清水君を誘導しようとして試みました。

(事故報告書(令和5年1月16日作成)より一部抜粋)

次に、職員 2 名での対応が、何故、「飛び出しのリスクを有する」児童の誘導にとって重要であるのかの再確認する必要がある。

< 何故、誘導に 2 名以上の職員で誘導する事が大切であるのか？（リスク同定） >

「飛び出しの衝動」を有する児童に対応するための施設は、児童の誘導には 2 名以上の職員で対応するのは一般的であり、安全確保のためには最も重要な点である。では何故、この職員 2 名以上での誘導が大切なのかについて以下の様に解析した。

1) 職員 2 名での児童の誘導は、「飛び出しの衝動」の出現予防に強力な効果を持つ

衝動的に飛び出しを行う児童であっても、この衝動が出現するには理由がある。この「飛び出しの衝動」が出現するのは、当該児童が飛び出すことが可能と考える隙を見つけた時のみであり、その飛び出し可能な隙が見つからない時は、「飛び出しの衝動」そのものが出現してこない。

実際に児童が「飛び出しの衝動」が出現したときは、誘導する職員の間隙をついて飛び出すのであり、職員自体にタックルなどをして無理やり飛び出すための隙を作り出すようなことはしない。

従って、職員 2 名で誘導することに関し最も大切な事は、この隙を作らない様にするこゝとであり、児童に「飛び出しの衝動」が出現してくることを抑制することである。

これに対し、「アルプスの森(代表：宇津慎史)」は常日頃から、児童の誘導は 2 名で行っていると述べており、実際、事故報告書にも 2 名の職員で対応することになっていたと記載している。

▶ 上記理由から遺族は、施設側に対して、この「一瞬のスキ」を誘導時に作らないことが悠生君にとってどれほど大切かを当該従業員が理解していたかについて質問している。施設側からの回答は以下の内容であり、当該従業員はこの「一瞬のスキ」が如何に危険であるかを知っていたとの事であった。

「一瞬のスキ」がいかに危険であるかの十分な認識についてですが、本件事故当日の■■■■はこのことを理解しつつも、行動が伴っていませんでした。

(回答書(令和 5 年 3 月 16 日作成)より一部抜粋)

▶ また送迎時の車内での様子に関し確認をしているが、以下内容の回答が「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」から届いた。

当日の清水君が、靴と靴下を脱いでいたことも含め、普段と異なる様子は無かったとの認識です。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

従って、職員2名での児童の誘導は、「飛び出しの衝動」の出現予防に強力な効果を持つが、単独で誘導する事により、「飛び出しの衝動」の出現予防効果を無効化したことが解る。

→ いつもと変わらない様子(特に興奮していたわけでない)であった悠生君に、単独での誘導を行ったことで、「危険な隙」が出来てしまい「飛び出しの衝動」を抱く状況を作り出したことが解る。

2) 誘導時、児童の体を支持する為に必要な力を分散できる

2名の職員が対応するため、「飛び出しの衝動」自体が抑えられるため、誘導時に児童の体を支持するのに必要な力がかなり抑制される。

さらには、対応している職員一人が必要な力を分散することができるので、職員が必要な力や運動量が極端に減ることに繋がる。

従って、誘導員が単独でいかに強く悠生君の腕などを掴んでいようが、単独での誘導ではほぼ意味を持たない。

▶ 当該従業員は、誘導時、悠生君の腕を両手でしっかり掴んでいたとの事であるが、この掴んだ方法に関しても詳細な解析が必要である。施設側からの説明では以下内容となっている。

■が両手で清水君の腕を持っていた際の強度は、清水君が振りほどこうとしても容易には振りほどくことはできない程の強度で、それなりの強さとなります。

清水君が■の両腕を振り払った際の対処については、■によれば振り払おうとしても簡単には振り払うことはできない強度でしっかりと持っていたため、想定していなかったとのことです。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

▶ 当該従業員が悠生君の自動車からの降車時に、悠生君の腕をしっかり持っていたとしても、今回の事故における当該従業員の持ち方では、次の瞬間、このしっかり掴んでいた状

態は容易に消滅したと考えられる。

■■■■は、清水君の荷物二つを右肩に背負っていました。

■■■■は両手で、清水君の前方からその右腕をしっかりと持っていました。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

降車時に当該従業員の両手が悠生君の右腕を掴んでいたとしても、この従業員の肩には二つの荷物を背負っていた。当日の悠生君の荷物は1つであったことから、この2つの荷物は悠生君の荷物と、もう一人の同じ送迎車に乗っていた子供も物と考えられ、2つのリュックを背負っていた状態であったと思われる。

従ってこれらの荷物は、容易に当該従業員の肩を滑り落ち、肘や前腕まで荷物が移動する状況であり、その状況では当該従業員の腕に力を入れることを妨害する(解剖学的に、腕は伸側を妨害されるのに比較し屈側を妨害される方がより握力維持に問題が生じるが、この荷物の滑り落ちる状況は、腕の屈側を妨害する状況に陥る)。

すなわち、悠生君が自分の右腕を動かすだけで、容易に当該従業員の力は減弱してしまう状況であったことが解る。

従って当該誘導員の悠生君への対応は、誘導時、継続的にしっかりと悠生君の体を支持することが出来るような状況ではなかったことが解る。すなわち、送迎時に事故が無い様に腕をしっかりと持つのであれば、送迎時において継続的に腕をしっかりと持てる状況を確保していなくてはならない。しかしながら、当該従業員が行ったこの持ち方では、送迎時において継続的に腕をしっかりと持つことは出来ない。

▶ より丁寧に誘導方法におけるリスクの同定を行うには、この時の状況を再現し録画で確認しながらの、当該従業員の行動解析が必要になる(事実、当方から「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」ため、悠生君の誘導においてどのような持ち方をしていたのかを詳しく尋ねているが(令和5年1月19日作成文章)、文章のみの情報では上記に記載した解析程度しか出来ていない)。

そこで私達遺族は、説明会での録画の必要性を訴えた。しかしながら、「アルプスの森(代表：宇津慎史)」は説明会を開催しても、録画することは過度の露出にあたり、今後の安全対策を講じるのは別問題であると自己判断している。

従って現行では「アルプスの森(代表：宇津慎史)」から、安全対策を講じる為のリスク分析に必要な情報提供を十分に受けることは困難である。

当社としては、説明会における録画に同意することはできません。

(4) 安全対策等について

当職による令和5年5月10日付ご連絡における「現在、当事業所の関係者が刑事事件の取調対象となっているため、過度の対外的な露出は控える必要があります。」について、安全対策を講じる為の重要な行動は拒否する等と批判されておりますが、このご批判の趣旨は理解できかねます。

当社は、安全対策を講じないとは申しておりません。過度の対外的な露出を控えることと、今後の安全対策を講じることは別問題であり、両立するものと考えております。

(回答書(令和5年7月7日作成)より一部抜粋)

3) 職員1名の守備範囲を小さくすることになる。

職員2名で誘導することにより、誘導時「飛び出し」が起きた時の守備範囲が半分になること。この守備範囲が半分になる事で、急な「飛び出し」に対し機敏に反応することが可能になる。

単独での誘導を行う場合においては、この急な「飛び出し」に対し機敏に反応することが必要であるため、専門的な知識が必要になってくる(ある意味、誘導を2名体制で行うという事は、専門的な知識を持たなくても対応できる術である)。

▶ 従って、当該従業員がこの専門的な知識を有していたのかの判断する必要があった。そこで「アルプスの森(施設長:宇津慎史)」側に、当該従業員が悠生の誘導を安全にできると考えた理由を尋ねたところ以下の回答があった。

当社は、■■■■が令和4年7月に入社する以前から知的障がい者と接した経験が豊富にあり、かつ同人は大阪府が実施した強度行動障がい支援者養成研修基礎研修及び実践研修を履修していたため、清水君の誘導業務は可能であると考えておりました。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

この回答からは、当該従業員は専門知識も経験も十分に有していたとのことであった(厳密に言えば、高度行動障害支援は自傷他害への対応であるが、衝動的な行動に対する対応と

言う意味では専門的研修を受けていたと言える)。

▶ 従って専門的知見の基、取り決められた安全対策を実施しなくても、当該従業員が、充分代償可能な別の安全対策を講じていた可能性も想定された。そのため、悠生君が走り出した時に、再度、悠生君の身体を確保する術をどのように考えていたのか、アルプスの森（施設長：宇津慎史）」側に問い合わせた。その回答は以下内容であり、飛び出すリスクは知っていたにも関わらず、飛び出した後の対応は考えていなかったことが判明した。

清水君が職員の腕を振り払って走り出した際に、再度確保できるための対策についてですが、このような対策は特に行っておりませんでした。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

これにより、当該従業員はリスクを承知の上で決められた安全対策を行わず、リスクに対する対応も行っていなかったことが判明した。

またこの守備範囲の同定にも当該従業員の行動解析が必須になる。悠生君の頭が向いていた方向、手や足が向いていた方向、悠生君の走り出す状況、および誘導を担当した従業員の状況など詳細な動きが解らなくては十分な守備範囲の同定は行えない。

その為、詳細なリスク評価は出来ていない。詳細なリスク評価にはやはり説明会で、状況を再現し、録画する事で事故当時の行動に関して解析を行う必要がある。

4) 施設の玄関のドアは施錠されており、ドアの開錠を単独で試みると児童の身体確保状況に隙がうまれる。

職員2名で誘導することにより、施設ドア開錠時においても1名は確実に児童の体を抑えておくことが可能になる。

しかしながら単独での誘導は、施設に入る為のドアを開錠するタイミングにおいても、当該従業員が悠生君の腕を両手でしっかり持つという事自体が不可能になることが容易に想像される。

▶ 単独での誘導は、悠生君の腕や体をしっかりと掴んでいないタイミングが生じることが前提になっていることが解る。

すなわち、当該従業員、送迎時において継続的に腕をしっかり持つことが出来ないタイミングを作ることが、単独での誘導では前提となっていることが解る。

5) 他の職員への連絡と、児童の追跡が同時に可能

職員1名で対応しようとする、「飛び出し」の事象が発生した時、「飛び出した児童」の追跡を行いながら、他の職員への連絡を同時に実施することが不可能になる。その結果、追跡も他の職員への応援要請もともに不十分な状態に陥る。

さらには本事故の様に、他にも対応が必要な児童がいた場合において、1名しかいない職員が追跡のためにその場を離れることで、さらなる悲惨な事故に繋がる可能性が高まる。

一方、職員2名で対応した場合、この飛び出した「児童に対する追跡」と「他の職員への連絡」が同時に可能になる。

従って、当該従業員が行った単独での誘導は、以下の状況悪化要因も生み出した。

- ▶ ・他の職員への十分な連絡を行うことができず、十分な応援を呼べなかった。
- ▶ ・悠生君の追跡を十分に追う事が出来ず、行方不明に陥る状況を作り出した。
- ▶ ・送迎車に乗っていた他の児童を、車内に放置する状況を作り出した。

*しかしながら、「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」側は、事故の経過に関し詳細な説明を拒んでいるため、上記の状況に関しての十分な検討は出来ていない。

6) 一度に対応しなくてはならない業務が減るので、比較的、落ち着いて対応可能

実際には単独での誘導を行っており、一度に処理しなくてはいけない業務が一度に押し寄せてきてしまった状況に陥った。

- ▶ ・他の職員への連絡が出来ず、落ち着いて行動が出来なかったため追跡時に転倒した。
- ▶ ・他の職員へ電話をかけ、電話自体は繋がっていた状態であっても会話がまともに成立しなかった。
- ▶ ・現実としてはあり得ない方向に悠生君が走り去ったと考え追跡を行った。その結果、まともな追跡は出来ておらず、行方不明な状況を作り出す結果になった。

*「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」側は、事故の経過に関し詳細な説明を拒んでいるため、上記の状況に関しての十分な検討は出来ていない。

②単独での送迎が保護者には、秘密裏に度々行われていたこと

悠生君の母親は、何度も児童発達支援管理責任者である宇津雅美氏に、送迎車から施設への誘導に気を付ける必要があり、職員2名での対応が必須であることを述べ続けてきた。

実施に支援学校の先生方や、他のデイサービスの職員、支援相談員の方が参加する会議においても上記内容は繰り返し説明され続けてきた。

特に「アルプスの森(代表者：宇津慎史)」の施設の前は交通量の多い車道があること。さらには大きな川もあり、川を見つけたら危険を認知できないので飛び込む可能性が非常に高いこと。すなわち、悠生君が飛び出してしまったら、交通事故で事故死するか、川で溺死する可能性が非常に高いことも宇津雅美氏に、重々説明してきた。

事実、事故後に私達遺族は、以下内容の文を「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」に確認している。ただしこの時点では私達遺族は、施設長は宇津兄弟の兄(宇津雅美)であると認識していたため、ここでの施設長の記載は実際には施設長の兄(宇津雅美)を意味する。

施設長自体は日頃から、悠生君を見失う事は施設の立地上、交通事故か水難事故に会う事を意味する事を述べていたので、当方としては施設側がこの状況を理解していると安心していましたが、施設長弟のこの電話での対応は、その状況を理解していなかった可能性を示唆し得る。従って、施設長弟が悠生君の特性を、この電話の時点において、どのように理解していたのか明記して頂く必要がある。悠生君の特性を理解していたのが、施設長のみで施設長弟を含め、他の従業員に共有できていなかったのであれば、組織としての構造的問題が浮上すると思われる。

(「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」への質問(令和5年1月19日作成))

この質問に関しても回答は以下内容であった。

書面に記載の「施設長」は宇津雅美(以下「宇津」)を指すものと思われますが、宇津は施設長ではありません。施設長は当社の代表者宇津慎史(以下「代表者」)です。

代表者は、清水君が行方不明になると死亡することを含め重大事故に繋がるという事は認識しておりました。

(回答書(令和5年3月16日作成)より抜粋)

従って少なくとも、施設長は悠生君が行方不明になることは、直接、「死」に繋がる可能性が高いことは理解していたとの事であった。

一方、「アルプスの森（施設長：宇津慎史）」からの回答には以下内容が記載されていた。

■が単独で児童を誘導するようになったのは令和4年9月頃からであり、その後は本件事故が発生するまで、月に1, 2回の割合で続いていました。

当社は、各従業員に対し、2名体制の確保を厳守するように命じており、これは遵守されているものと考えていたため、送迎の都度、確認していたものではありません。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

さらには、以下内容の記載も行っている。

ただ、宇津は現場レベルにおいて、各職員が決められた手順を遵守していなかったことまでは認識しておりませんでした。今後は再発防止のため、当社の各職員が、決められた手順を遵守していることを相互に確認することが重要と考えております。

(回答書(令和5年3月16日作成)より一部抜粋)

すなわち事故を起こしたのは、当該従業員が取り決めを独断で勝手に破っており、その事は事故を起こすまで数回にわたり行っていたが、宇津兄弟はこの従業員が行っていた行動は知らなかったとしている。

しかしながら我々施設利用者(保護者)は、事故を起こした当該従業員に対して契約を行っている訳ではなく、「アルプスの森（施設長：宇津慎史）」に対して契約を行っている。すなわち、当該従業員が如何に宇津兄弟に対し、秘密裏に決められた安全対策を行わず、危険な誘導を行っていたとしても、遺族としては契約を締結した相手側の「アルプスの森（施設長：宇津慎史）」が保護者に対して秘密裏に危険な単独での誘導を繰り返していたという事実は変わらない。

各職員が決められた手順を遵守していることを相互に確認することが重要であるとして、その確認が今後の事故を未然に防ぐ対策だとしている。しかしこの対策の立案において、専門家や第三者の意見は、勿論、遺族の意見も一切反映されておらず、事故を起こした施設が(安全対策において不十分であったことが立証された施設が)自己判断しているに過ぎない。

従って、遺族としては保護者に秘密裏に危険な行動を繰り返してきた組織である「アルプ

スの森（施設長：宇津慎史）」が、上記の取り決めを行ったことで、事故の翌日から問題なく通常運営を続行していることに違和感を覚える。遺族としては、安全対策を実施すると言ふ発言自体に全くの信頼が担保出来ていない施設が、自己判断のみで十分に安全対策に関し対応したとしている。

リスク分析の視点からすると、何故、当該従業員が単独での誘導を行ったかの分析・解析を行っていないことも非常に問題である。

当該従業員は、応援を呼ぶよりもリスクを冒してまでも、単独での誘導を当該従業員は選択している。特にこの行為が、違反行為であることを当該従業員が認識していたことはアルプスの森（施設長：宇津慎史）」からの回答書で判明している。

何故このような選択を行ったのかを把握する為には、職場環境などの詳細な分析が必要になるが、「アルプスの森（施設長：宇津慎史）」からの協力を得ることは出来ず、これに関する分析は現在、不十分な状態に陥っている。

③隠蔽し続けてきたこと

秘密裏に安全のための取り決めが破られた状態が続いており、死亡事故を起こし施設側がその状況を隠蔽する事が不可能になるまで放置されていた。

従って、死亡事故を起こすまで待っていたような状況であった。過去の同様の「ヒヤリはっとケース」の再確認及び解析・分析が必要である。

(安全対策に関し最低限必要と思われること)

本事故を真摯に受け止め、二度と同じような事故を起こさない様にするためには、事故の詳細情報が必要であり、専門家によるリスク分析が必須である。

特に事故を起こした施設は、事故に対する認識が甘く、安全対策が不十分であったことを立証している状態であるため、その現状を謙虚に受け止める必要がある。

すなわち安全対策を自己判断で完結するのは、最も危険な行為であり、専門家の意見を聞き入れる必要があると考えられる。

そこで私達遺族は専門的な視点から、必要な情報を提供することで今後の安全対策構築に貢献可能と考え、以下の質問を「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」に送っている。

今回の重大事故を起こした施設にも関わらず、施設は通常通りの運営を行っていたと認識しているが、その期間、この重大事故に対して、施設利用者及び保護者などに対しての説明や対策はどの様に行っていたのかを明確にして頂きたい。

悠生君に関し、自動車から施設への移動(出入り)のタイミングは最も危険であり、2名体制で行う事で安全を確保する事が大切であることは、今まで散々にわたって確認してきている。しかしながら、今回の事故はこの決まりが守られなかったことで起こっている。

従ってマニュアルの徹底を促すのみでは不十分であり、この対策が出来ていない状況下においてもなお、通常運営をしているのであれば、悠生君に対してのみでなく、現在利用者に対しても誠意が欠如した運営を続けていることになる。その点に関しての考えをお聞かせ願いたい。

(質問書(令和5年1月19日作成)から一部抜粋)

しかしながら、「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」からの返答は以下内容であり、積極的に安全対策を講じるつもりがなく(積極的に安全対策を講じる為には、専門的なリスク分析が必須である)、安全対策に関し専門家の意見を反映する事もなく、自己判断でのみ解決しようと考えている事が解る。

当社としては、本件事故は極めて痛ましい事件であり、二度と今回のような事故が発生しないように再発防止策を定め、これを全ての職員が遵守することが重要であると考えております。

施設利用者のみならず、行政等へは十分に説明を行っておりますし、今後質問等があれば可能な範囲で説明は行っていく予定です。

(回答書(令和5年3月16日作成)から一部抜粋)

マニュアルの徹底を促すのみでは不十分であると当方は論じているにも関わらず、「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」は、具体的な再発防止策を提示していない（事故翌日から通常運営を行っているのであるから、この再発防止策は事故翌日には既に作成されており、従業員全員に通知してはならない。現実的には不可能であり、上記記載内容は、施設側が主張する安全対策ですらまともに機能していない事を立証しているに過ぎない）。

今回の事故が発生した原因は、従業員がX君を送迎車から建物内へ誘導する際に、事前に決められた遵守事項を守っていなかったことにあります。

遵守事項は、担当する従業員が毎回遵守しなければならないのは言うまでもありませんが、当事業所は今回の事故を受けて、担当の従業員に任せきりにするのではなく、日頃から従業員同士は勿論のこと、代表者も含め、相互に確認し合うことが重要であると考えております。

(「アルプスの森(施設長：宇津慎史)(令和5年7月7日閲覧)から一部抜粋)

「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」は安全対策講じる上において重要な専門家などの意見を反映するような行動は一切取っていない。そのため、現在、「アルプスの森(施設長：宇津慎史)」の行っているとする安全対策に関しては、客観的根拠に乏しい状態に陥っている。

事実、専門家にリスク分析を依頼しておらず、事故を起こした施設(安全対策に関し不十分であったことを立証している施設)が、自己判断のみで十分な安全対策を行っていると言っている状況である。

さらには従業員同士(代表者も含め)、遵守事項を相互に確かめ合うとしているが、具体的な方針が提示されていないまま、運営を継続している状態である。少なくとも、この相互に遵守事項を確かめ合う方法をとるのであれば、まず今まで何故、相互に確かめ合う事が出来ていなかったのかを確認する必要がある。

すなわち、まずは従業員が相互に確認しにくい状況に関しての洗い出し作業を行う必要がある、構造的に問題があるのであれば、その構造的問題の解決を優先して行う必要がある。この洗い出し作業を行うことで、初めて従業員が相互に確実に確認する方法を具体的に決定していくことが可能になる。

さらには、この従業員が相互間に確実に確認する方法を獲得するには、従業員通しの明確な役割分担を決めていなくては意味を成さない。

1999年の横浜市立大学で起こった患者取り換え事故は、複数のスタッフが確認していたにも関わらず、スタッフ間での明確な役割分担が決定されていなかったために発生した事故である。従って、リスク分析を行ったうえで、具体的な役割分担まで決定しておかなくて

は、正常性バイアスに対して脆弱な状況のまま放置することになり、十分な安全対策を講じているとは言えない。

そのような状況であるにも関わらず、施設は現行の内容で十分な安全対策を実施していると認識していることが伺える。

当社は、施設利用者に対し、本件事故の結果を報告し、再発防止に努めることは説明しております。現在、単独での誘導業務は行っておらず、職員各自が相互に注意するようにしております。

(回答書(令和5年3月16日作成)から一部抜粋)

またここでの検討は、あくまでも、後ろ向きに(事後に)リスク因子の検討を行なっているため、死亡に直結したリスク因子の同定作業しか行っていない。しかしながらその同定作業であっても「アルプスの森(施設長:宇津慎史)」から必要な情報を充分には得られていない状況であり、十分にリスク因子の同定が行えているとは言えない。

実際に十分な安全対策を行うのであれば、「危険性及び有害性の特定(リスク因子の同定)」に加え、さらに「特定した危険因子、有害因子ごとのリスク見積もり」「対応すべき優先順位及びリスク低減方法の検討」を行って初めて、「リスク低減方法の導入」して「評価」を行い、PDCA(Plan:計画、Do:実行、Check:測定・評価、Action:対策・改善)サイクルにのせる必要がある。

「アルプスの森(施設長:宇津慎史)」の行っているとする現行の安全対策の内容は、リスク分析(客観的解析データ)に基づいておらず、組織内の自己判断でのみ完結している。その結果、正常性バイアスの影響が非常に強く、その内容は疑問を待たざるを得ない。