

多くの企業は、リスク管理の機能不全という「症状」だけを問題視して、その背後にある「病因」に目を向けていない。(略) 実際に行われている対応は、「コンプライアンス意識を持って仕事をして欲しい」と精神論を唱えるか、「〇〇対策委員会」「△△マニュアル」のようにリスク管理制度を積み増しするなどの弥縫(びほう)的な措置にとどまりがちである。——具体的事例と著者の検証に基づき、わかりやすい説明で問題点を提示している。他山の石として何度も読み返す価値があると思う。

それでは、どうして不祥事対策がうまくいかないのだろうか。

企業は、不祥事を防止するために重層的なリスク管理制度（内部統制を含む）を既に整備している。それなのに不祥事が起きるのは、失敗学のスイスチーズモデルが示すように、様々なリスク管理の仕組みが、何らかの「病因」によって機能不全に陥ってしまうからである。

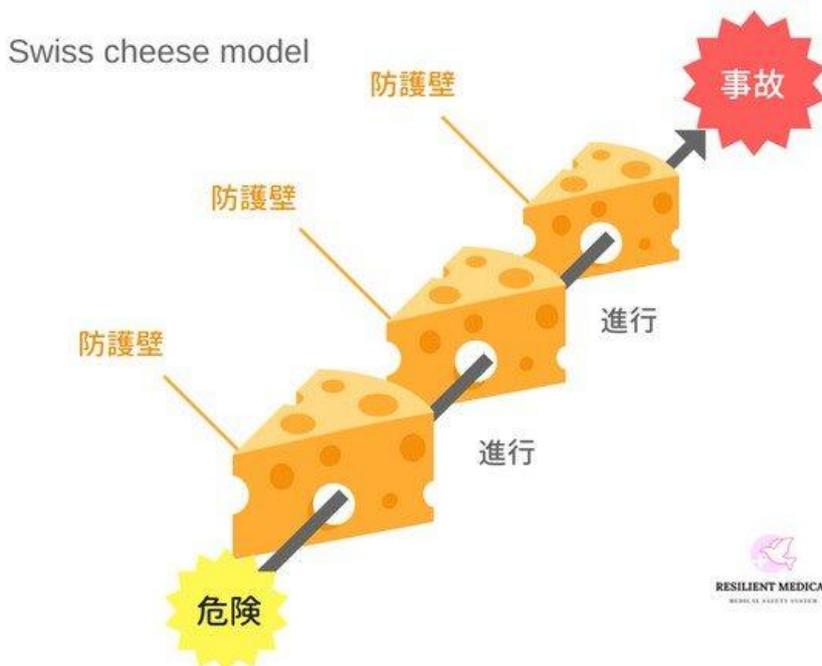
病気を根本的に治療するには、「症状」を緩和する対症療法だけでは足りず、その「病因」を除去することが必要である。しかし多くの企業は、リスク管理の機能不全という「症状」だけを問題視して、その背後にある「病因」に目を向けていない。

実際に行われている対応は、「コンプライアンス意識を持って仕事をして欲しい」と精神論を唱えるか、「〇〇対策委員会」「△△マニュアル」のようにリスク管理制度を積み増しするなどの弥縫(びほう)的な措置にとどまりがちである。肝心の「病因」が手付かずでは、将来的にリスク管理が再び機能不全に陥ることは避けられない。

~~~~~

スイスチーズモデル

スイスチーズモデルは、事故は単独で発生するのではなく複数の事象が連鎖して発生するとしたものです。その概念を図にしたものが以下の図になります。



通常、事故が想定される場合には、いくつかの防護壁を設けているものです。ここでいう「防護壁」とは、当該危険に対して設けるすべての安全対策を含みます。それは物理的な対策の場合もありますし、知識や技術的な対策の場合もあるでしょう。さらに組織的な安全への取り組みも防護壁といえます。そしてその防護壁を重複することによって事故を防止して、安全を維持しようとするのです。

しかし事故は、これらの防護壁の脆弱な部分や連鎖的なエラーの隙を通過していきます。

いずれにしても事故とは、これら様々な防護壁の穴をすり抜けて、結果的に発生する事象そのものといえます。スイスチーズモデルを提唱したジェームズ・リーズンは、このような事故のモデルをチーズの穴に例えて可視化したのです。

~~~~~

#### ◆アクリフーズの農薬混入事件

アクリフーズは、2012年4月に成果主義に基づく新人事制度を導入した。職能ランクの中で能力や貢献度に応じて5段階に評価し、その評価を昇給や賞与に反映させる一方で、それまで支給していた家族手当や早出・遅出手当を廃止するという内容であった。甲の勤務評価は低く、それまで**26万円だった賞与が7万円に減った**とされる。

甲は、10月3日から11月5日にかけて、計16日にわたって製造ラインに侵入し、ラインを流れる食品計22個に農薬を吹き付けた。犯行に用いた農薬入りの香水スプレー瓶は、作業着の袖口、ズボンの後ろポケット靴下の中などに隠して持ち込んだ。

その一方で、問題の群馬工場が、他の食品工場と比較して特に劣っていたわけではない。同工場は、一般社団法人日本冷凍食品協会の認定を受けており、2009年には食品安全マネジメントシステムに関する国際規格ISO22000も取得していた。言い換えれば、**従業員による毒物混入を想定した監視体制が未整備という問題は、国内の食品業界に共通していた**のである。

このように対応が放置されていた理由として、監視体制の強化にはコストが掛かることおよび従業員が「会社側は我々を疑うのか」と反発することの2件が挙げられる。ちなみに、コスト面に関しては、本事件の反省を踏まえた対策として、**アクリフーズでは監視カメラの増設(5台→172台)やICカードによる入退室管理システムの整備などに約10億円を投じた**とされる。

さらに、食品業界では、「冷凍餃子中毒事件は、食の安全に対する意

識が薄い中国だから発生したのであって、日本で同様の事件が起きることはあり得ない」との認識が一般的であった。毒物混入のリスクを知識として承知していても、事件が現実発生するかも知れないという危機感が欠落していたのである。

その根底には、勤勉性・協調性・遵法意識・忠誠心などの日本人の特質に基づき、国内の製造現場のモラルは高いという安心感が存在した。しかし現実には、派遣社員やパートなど雇用形態が多様化した上に従業員の出入りも激しく、外国人労働者の比率も増えているため、「国内工場だから大丈夫」という発想は希望的観測にすぎなかった。

冷凍食品はスーパーの特売商品とされることが常態化していて、小売業者からの値下げ圧力が非常に強い。アクリフーズでも、売上が着実に増加する一方で利益率は低迷しており、2011年から生産性向上活動に取り組んでいた。その一環として、人件費を削減する目的で成果主義を導入したものと推察される。

ただし、これはアクリフーズに限った話ではないようだ。グローバルスタンダードの名の下に人件費削減を正当化する狙いで成果主義を導入した結果、従業員のモラル低下を招き、本事件のような不祥事を引き起こしたケースが散見される。まさに自業自得と言うしかない。

### 〈不祥事の発生〉

従業員による農薬混入を防止できず、事件発覚後も対応の遅延やミスが頻発したこと

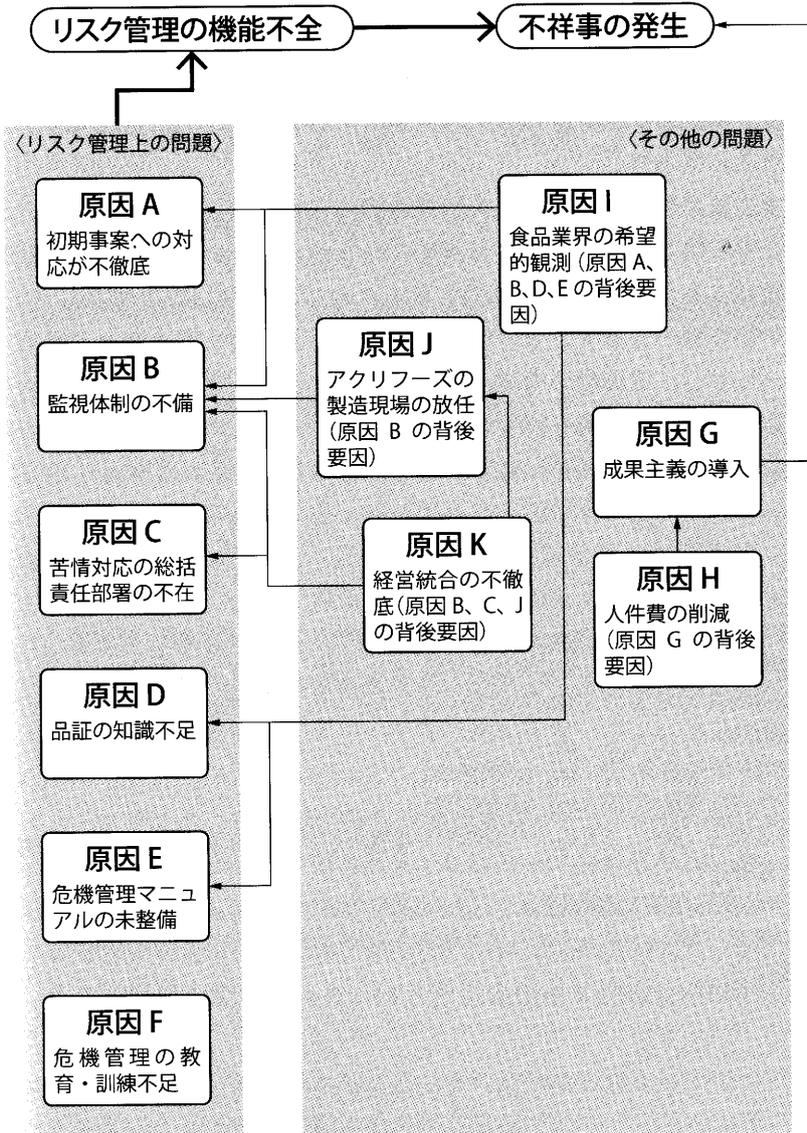


図1.1.2 事件の原因メカニズム

#### ◆NHK 職員によるインサイダー取引事件

この報道情報システム上でニュースを作成する手順は、以下のとおりである。

- ① 記者やキャップ（ニュース取材部門のグループ長）が「素原稿」を作成する。
- ④ デスク（原稿作成の責任者）が記者とやり取りして「素原稿」に手を加え、ほぼ完成した形の「(素)原稿」を作成する。
- ③ 事実確認などを行った上で、デスクが完成させた原稿を「汎用化」する。

報道情報システム内の情報は基本的に共有されるが、「密原稿」と指定されたものは、特定のパスワードを知る者しか閲覧できない。ただし、アクセス権着であれば誰でも密原稿のタイトルを読むことが可能であったので、密原稿に指定する際には、その内容が推測されないように仮のタイトルを付すことが通例であった。

放送部のディレクター（番組の企画から取材、制作、放送まで一括して担当する責任者）

第3の問題点は、報道部門の優越意識である。3人が所属していた報道部門には、「良い報道をしていれば、お金や情報にルーズでもかまわない」という唯我独尊的な発想が存在し、杜撰な情報管理や不十分な倫理教育の温床となっていた。その背景には、業務運営や人事に関して、部門ごとの縦割り構造が非常に強かったことが挙げられる。

ちなみに、この報道部門の体質については、他部門のNHK職員からも、「報道」と言えば何でも許してしまう「報道至上主義」が一番の問題。倫理研修などでも、記者連は「取材」といって参加しないことが多い」（第三者委員会（2008）、98頁）、「NHKの報道にいて、何か特権意識を持つようである。（中略）不祥事はほとんど報道職員であり、営業や技術の職員は非常に迷惑している。報道職員に対する徹底的な研修と意識改革を望む」（前岡 102 頁）と厳しく批判されている。

NHKでは、2004年に制作費不正支出事件など一連の不正経理事件が発覚し、NHK会長が国会に参考人招致され、受信料不払い運動が発生するなど厳しい社会的批判を受けた。この事件がトラウマとなり、コンプライアンス関係の人員・予算のほとんどを不正経理防止対策に充てるようになった。

2007年当時のNHKでは、不正経理防止のための施策が重層的に積み上げられ、膨大かつ形式主義的な書類作成作業の負担があまりに重く、現場の職員が疲弊するまでに至っていた。その反面、インサイダー問題のような未経験の不祥事リスクへの対応は、全く放置されていたのである。

NHKのように不祥事対策が形式主義に陥り、過剰な文書作成を要求して社員を疲弊させる問題は多くの企業で生じている。こうした現場の「コンプライアンス疲れ」にも注意する必要があるだろう。

## ◆中国電力島根原子力発電所の点検時期超過事件

2003年に中国電力は、**保守部門の一部を分社化してエネルギー・ニューテック社（以下、「ENT」）を設立した。**設立時のENTの体制は16人（うち中国電力からの出向者は9人）であったが、2004年時点では63人（同50人）に増強された。こうして多数の人員をENTに移籍したことで、**保守部門の戦力が二分されてしまったのである。**

これまで保守部門だけでやっていた仕事をENTと分担すれば、互いの業務のすり合わせが必要となる上に、仕事内容が重複する部分はどうしても生じるため、**効率が悪くなることば避けられない。**また、ENTにも管理部門が必要となるので、**それだけ現場で働く人手が削られてしまう。**

しかも、ENTが設立された2003年は、前述のとおり原子力発電所への規制が強化された年であった。ただでさえ保守部門が繁忙になっていた時期に、**分社化が行われて効率が落ちたことが、現場の人手不足をさらに悪化させたのである。**こうした問題が続出した結果、ENTは2007年に事業清算されてしまった。

それにしても、**どうしてENTを設立したのだろうか。**中国電力では、技術継承、品質向上、海外の原子力発電所建設への参入などを設立目的に掲げていたが、**あえて分社化するほどの話ではない。**

実は、当時の電力業界では、分社化が一種のブームになっていたのである。中国電力でも、ENTだけでなく、計15社をこの時期に設立していた。このように日本企業では、**「同業他社がやっているから我が社でも」といった横並び意識で経営判断がなされることが珍しくないようだ。**

このケースのように、島根原子力発電所では、**不適合の報告が励行されていなかった。**その事情については、「**あらためて機能試験を実施して機器の健全性を確認したので報告の必要はないと判断した**」「**類似機器の点検結果やこれまでの経験から有意な劣化がなく、問題がないと判断した**」「**点検計画表がメーカーの推奨する取り換え頻度を超えた過剰な内容となっているので、取り換え不要と判断した**」などと説明されている。

分かりやすく言えば、**「実質的に安全性が担保されているのだから、報告しても手間が余計に掛かるだけで意味がない」として、報告手続を履行しないことを自己正当化していたのである。**その背景に存在したのは、「**手続面に多少の不備があっても、目標が実質的に達成されていれば問題ない**」とする「**実質重視型の組織文化**」である。

一般のプラントでは、点検の必要性が高い機器については周期的に点検管理を行う「**time-based maintenance 方式**」で、必要性が小さい機器に対しては問題が生じた時に処置する（＝故障したら取り換える）

「**condition based maintenance 方式**」で対応している。原子力発電所といっても、発電用タービンを回す蒸気を原子炉で生成すること以外は一般のプラントと大きな違いはなく、同様の使い分けを行っている。

不祥事の発生により社会的批判を受けた企業は、社会的正当性を回復するために再発防止対策を進めることが急務となる。ところが、一般の人々は情報量や専門知識が不足しているため、不祥事の原因についての世間の認識が、本当の原因とは異なっていることが少なくない。

こうした場合に企業側としては、社会的正当性の回復が必要である以上、世間が認識している原因への対応を優先せざるを得ない。さらにその対策は、素人である一般市民にも分かりやすいものでなければならぬため、**監視機能の強化や手続の追加などに偏りがちになる。「〇〇対策室を設置する」「監視対象を□□件に増やす」「△△マニュアルを作成する」**などがその典型である。

もしも島根原子力発電所のケースのように、本当の原因が業務負荷と処理能力の乖離であった場合にはどうなるだろうか。監視機能の強化や手続きの追加をすれば、現場の業務負荷をさらに増やして、状況を悪化させることになりかねない。浅薄なマスコミ報道によって煽られた「世論」に近視眼的に迎合することの危険性を経営者は自覚すべきであろう。

#### ◆東海ゴム工業の労働安全衛生法違反事件

自動車業界では、前述のジャストインタイム方式の関係で一斉に夏季休暇を取ることにしており、松阪製作所でも8月11日から19日まで操業を停止する予定だった。この休止期間中にアキュムレータの補修工事を実施すれば、供給面への悪影響を最小限に抑えることが可能だった。

ところが、法律がそれを許さなかった。労働安全衛生法の第88条には、変更届の提出を当該工事の開始日の30日前までと規定しており、対策会議が開かれた8月6日の時点では間に合わなかった。そこで、担当課では労基署に届出せずに工事を強行したのである。

著者が調べたところでは、東海ゴム工業はコンプライアンス態勢の構築にかなり努力しており、むしろ先進的な企業と言ってよい。同社の行動憲章にも、「公正、透明、自由な競争ならびに適正な取引を行う。法令、ルールを遵守し、政治、行政との健全かつ正常な関係を保つ」と明記していた。その一方で、行動憲章の前提となる基本理念について、「お客

様の満足をすべての活動の原点とする」と規定し、顧客満足を最優先に掲げていた。

労働関係法令を遵守しようとするれば、アキュムレータの予定外の修理により、顧客である自動車業界に大変な迷惑を掛けるおそれがある。かくして**コンプライアンスと供給責任を両立できないジレンマに陥った担当課では、コンプライアンスを犠牲にして、供給責任を優先するトレードオフを選択**してしまった。

海外の不祥事と比較すると、日本の場合には、個人の利得ではなく、会社や顧客に貢献したいという気持ちが動機となって不祥事を起こすケースが少なくない。供給者としての強い責任感が引き起こした本事件は、まさに日本型不祥事の典型と言えよう。

以上の説明を読んで、多くの読者は、「変更届を 30 日前に提出せよ、アキュムレータの寿命を縮めるような自主検査をせよと法律に規定しているのは、実務に対する無理解も甚だしい」と感じたことだろう。著者も初めはそう思ったが、労働行政当局に問い合わせると、意外な事実がげかび上がった。

確かに労働安全衛生法第 88 条には、工事開始日の 30 日前までに変更届を提出することを義務付けている。しかし現実の運用としては、本件のように事業者側に特段の過失がなく、やむを得ない事情が存在する場合には、30 日以内でも届出を受理するのが通例ということだった。したがって、労基署にきちんと相談していれば、夏休み期間中に問題の補修工事を適法に実施できたのである。

また、定期自主検査についても、アキュムレータを運転したままで検付してよいとされる。言い換えれば、定期自主検査では、アキュムレータを停止して細部まで念入りに調べることまで要求しておらず、**担当課が不勉強でそう思い込んでいただけ**であった。

何とも拍子抜けする話だが、**行政法規の運用は非常に複雑**なので、こうした誤解が生じることは避けられない。だからこそ、行政当局が念入りに指導しなければならないのだが、労基署側の対応は親切丁寧とはいい難かったようだ。担当課では、日頃から**労基署担当官の硬直的姿勢**に戦々恐々としており、まともなコミュニケーションが取れていなかったという。

#### ◆新銀行東京の巨額損失事件

新銀行東京は、民業圧迫の問題を回避するために、地方金融機関の手法である「**リレーションシップ・バンキング**」（企業との長期継続的關係に基づく貸出）ではなく、「**トランザクション・バンキング**」（企業の財務データに基づく貸出）を志向した。同行の融資は、原則無担保・第

三者保証不要で、スコアリングシステムにより企業の財務データを自郵審査することが特徴であった。

それに対して新銀行東京の場合には、チェックシートに基づく現地調査を実施していたが、申込後3日以内に審査結果を出すことにしていたため、調査時間が絶対的に足りなかった。さらに、人件費削減の関係で出張所の社員数を減らしており、現地調査に充てるマンパワーも不足していた。

こうした審査体制の不備を見越して、粉飾した決算書類を提出するケースが続出したのである。虚偽の決算書類の作成を請け負う悪質ブローカーまで出現していたらしい。これではスコアリングシステムが機能しなくなるのは当然である。

新銀行東京では、2005年8月から預金通帳の入金状況を確認するなどの対策を取ったが、依然として実績デフォルト率が想定デフォルト率を大きく上回り、抜本的な改善にはつながらなかった。**要するに、審査能力が弱くて決算書類の嘘を見抜く力がない新銀行東京では、トランザクション・バンキングというビジネスモデルの実現は最初から無理だったのである。**

甲代表執行役は、世界有数の優良企業であるトヨタ自動車で様々なプロジェクトを成功させた経験から、トヨタ式経営の実践者と自負していた。新銀行東京についてはビジネスモデルの作成段階から関与し、いわばプロジェクトマネジャーとして全面的に差配を振るっていた。

その一方で、甲には銀行業務の経験がなく、融資実務に関する知識が不足していたため、**デフォルトの大量発生が審査能力の不足という同行の本来的な欠点に由来していることを理解できなかった。**その結果、自ら作成したビジネスモデルに固執し、経営方針の転換が遅れたのである。

確かにトヨタ式経営の強さには定評があるが、銀行業は全く異質な業種である。しかも中小企業金融は、銀行業務の中でも特に難しい分野とされており、新銀行東京の代表執行役に甲を選定したこと自体が不適であった。トヨタ式経営に対する過剰な期待感が人選の失敗を招いたと言えよう。

以上のとおり、**取締役の中には銀行業務の経験者が一人も含まれていない。**融資実務に無知であったために、デフォルトの大量発生がビジネスモデルの根幹にかかわる問題であることを認識できなかったのである。さらに、**甲以外はいずれも社外取締役であったので、経営実態に対**

する理解も乏しく、甲の説明を一方的に聴取するだけになっていた。

こうした不祥事を誘発したのが成果主義である。新銀行東京では、中期経営目標に基づき融資残高を早急に拡大するため、営業専担に対して**月額1億3,000万円という厳しい融資ノルマ**を課すとともに、ノルマの達成度に応じて年間最大200万円を支給するという**成果手当制度**を導入した。この制度の問題点は、融資実行後にデフォルトが発生しても、営業専担の責任にはならないとしたことである。

銀行としては、デフォルトの可能性が高い企業に融資すべきではない。しかし、**営業専担の立場とすれば、相手構わずに融資すればするほど自分の報酬が増大する。つまり、社員個人の利害と組織の利害が相反する状況を成果手当制度が作り出したのである。**その結果、決算書類の信頼性に疑問がある場合でも、見て見ぬふりをして融資を進めるケースが続出した。その行き着いた先が、営業専担と相手企業の共謀による詐欺事件であった。

第2の留意点は、成果主義的な社内制度が営業専担のモラルハザードを誘発したことである。**成果主義の長所として、「企業と社員個人のベクトルを一致させること」が喧伝されているが、実際はそれほど単純なものではない。**

成果主義の下では、社員が自らの利益を追求する過程で、あえてリスクの高い行動を選択したり、コンプライアンスに违背する行動を取るなど企業の長期的利害を損なうリスクが付いて回る。わかりやすく言えば、会社を犠牲にしても自分の利益を追求しようとする社員を生み出しかねないということである。

著者は決して成果主義を否定するものではないが、成果主義をうまく機能させるには、並々でない管理能力が必要とされる。管理者の実力がそのレベルに達していなければ、成果主義の比重をほどほどに抑えておく方が賢明であろう。

#### ◆大王製紙会長による特別背任事件

問題の貸付は、連結子会社の常勤役員に甲が電話で金額を指示し、甲の個人口座などへ送金させる形で行われた。その際に資金の用途を説明しなかったばかりか、貸付について他言しないように命じていた。

会社法は、『取締役が自己又は第三者のために会社と取引をするときは、取締役会の承認を受けなければならない』と規定している。本貸付についても、取締役会の承認が必要であったが、いずれも事前に取締役会に諮(はか)られることばなかった。また、貸付について金銭消費貸借契約書

を作成したのは振込後であり、返済能力の確認などの与信審査や、担保設定などの債権保全措置も行われていなかった。

そのため、甲を有罪とした東京地裁判決は、**甲の指示を受けて貸付を実行した7社の役員に対しても、「取締役としての任務を果たしていないのであって、共犯者として責任の一端を負うことはもとより否定できない」（傍点著者）と厳しく批判している。**

興味深いことに、大王製紙は、事件直後の12月に、過去5年間にわたる有価証券報告書の訂正を発表した。訂正事項は本事件とは全く無関係であり、繰延税金資産の計上額の訂正、固定資産売却取引の取り消し、非上場関係会社株式の減損損失の計上、関係会社への貸付金と債務保証などに対する事業損失引当金の計上、そして子会社における固定資産の減損の5件となっている。いずれも過年度の会計監査では適正とされていたものを、大王製紙にとって不利な方向に訂正していた。

事件直後の微妙な時期に、こうして大がかりな決算訂正を行った背景について、「不正貸付事件の関係で金融庁が調査に入る前に、トーマツ側があわてて過去のウミを出してしまおうとした」と指摘されている。つまり、トーマツの会計監査が厳正でなかったのは、不正貸付の一件だけでなく、それまでも大王製紙に有利な解釈を続けていたのである。

その背景となっているのが、我が国の会計監査の制度的欠陥である。現行制度は、**会計監査の受益者は一般投資家であるが、会計監査人に報酬を支払うのは被監査企業というねじれ状態**である。公認会計士・監査審査会は、これを「**インセンティブのねじれ**」と呼んでいる。被監査企業側が会計監査人を選任し、その報酬を決定している以上、監査法人側が被監査企業に迎合しがちになるのは当然と言えよう。

経理部や監査法人は、創業家への遠慮から、問題の貸付について監査役会に報告するのを怠っていた。しかし、2011年3月期の有価証券報告書には、甲に対する短期貸付金の期末残高2,350百万円と、創業家のファミリー企業に対する短期貸付金（実質は甲への短期貸付金）の期末残高1,700百万円がはっきり記載されていた。**財務会計に関する基礎知識さえあれば、異常な貸付状況を読み取ることば容易だった**のである。

しかし、3人の社外監査役（丁・戊・己）は、有価証券報告書を読まなかった。丁と戊は弁護士、己が元官僚という経歴で、財務会計については無知だったためである。**監査役とは名ばかりで、経理部や監査法人が用意した文書に承認のハンコを押すだけの存在**でしかなかった。さらに、社外役員としての適格性の面でも問題を抱えていた。

社外役員の「社外」とは、外部の人間であればよいというものではな

い。経常監視の機能を果たすためには、経営者からの独立性が不可欠とされている。しかし丁と己は、創業家の乙とは**高校の同級生**という間柄であり、独立した立場とは言い難かった。さらに、丁は弁護士として大王製紙と顧問契約を結んでおり、己も役員報酬を主な収入源としていたので、大王製紙との嫁が切れたら生活に困るといふ点では社内役員と変わりなかった。

#### ◆オリンパスの不正会計事件

オリンパスでは、損失分離スキームで隠蔽した損失を処理するため、余剰資金を運用してキャピタルゲインを獲得しようとした。その中でも最大規模の案件が、ITベンチャー事業を手掛けるITXである。オリンパスは計841億円を投資し、最終的にはITXを子会社化するまでしたが、ITXが手掛けた新事業のほとんどが失敗に終わった。投資収益で簿外損失を解消するどころか、**逆に約519億円もの損失を計上**することになった。

その間に利息や外部協力者への報酬の支払などで簿外損失は積み増しされ、2003年の段階で1,177億円に達していた。事件関係者は、期待を掛けていたITXへの投資が失敗に終わったことで、もはや投資収益による損失補填の見込みはないとあきらめ、自分たちの責任を問われない形で損失を解消する計画に移行した。

損失解消スキームIは、ヨーロッパ・ルートの損失解消を目的としていた。その手法は、ベンチャー企業のa社・b社・c社（以下、「国内3社」）の株式をオリンパスやGCNVが偽装ファンドから高額で買収し、その売却益によって簿外損失を補填するというものである。この会計処理によって、オリンパスの財務には多額の「**のれん**」（**取得価格と被取得企業の資産との差額**）が発生する。それを順次償却して償却損を計上することで、損失を目立たないように小分けにして処理しようとしたのである。

ウッドフォード解任事件は、さらに不可解である。前述のとおり同人は事前に報告書を送付しており、取締役たちは不正会計の疑いが濃厚なことを認識していた。それにもかかわらず、ウッドフォードを解任して、不正会計の中心人物と示唆されていた甲を後任社長に据えたことは疑惑の隠蔽に等しい。

取締役会がこうした不可解な対応を続けていた背景として、ワンマン経営者の甲への迎合が挙げられる。

甲は、2001年以來10年間にわたって社長を務め、2011年にウッドフォードが社長に就任した後も、前述のとおりCEOとして実権を握り続けていた。その間、甲が人事権を行使して、自分に批判的な人物を次々と排除したことにより、社内はイエスマンばかりになっていた。取締役会でも、甲があらかじめ了解した事項については、誰一人として口を差し挟もうとしなかったのである。

~~~~~

掣肘せいちゅう

名〕（宓子賤が二吏に字を書かせ、その肘をひっぱって妨げたという「呂子春秋 - 審応覧具備」の故事から）そばから干渉して自由な行動を妨げること。また、その妨げ。

~~~~~

第3の留意点は、オリンパスが潤沢な余剰資金を保有し、その中に預金や証券投資の形で損失分離スキームを組んでいたことである。

オリンパスの2007年3月期の連結決算（訂正前）では、1兆918億円の総資産のうち「現金及び預金」と「投資有価証券」の合計が4,332億円に達していた。逆に言えば、これほどの余剰資産がなければ、長期間にわたって巨額の「とぼし」を続けることはできなかった。オリンパスは世界シェアの7割を握る内視鏡事業という「孝行息子」を有しているが、その潤沢な利益が経営者を甘やかして「放蕩親父」にしたとは皮肉な話である。

近年、多くの日本企業が膨大な内部留保を蓄積している状況は、放漫経営を容易にしているという点で重大なリスクと考えられる。こうして使い道のない巨額の資金を遊ばせていられるのも、やはり企業統治の形骸化により経営に緊張感が失われているためであろう。

#### ◆中日本高速道路の笹子トンネル事故

このように横流方式が陳腐化した上に、建設当時の天井板構造に詳しい技術者が退職していくに連れて、天井板の維持修繕に関するノウハウも次第に失われていった。その傾向を助長した要因として、中日本高速道路では、技術伝承を組織的に進めるシステムを社内に整備しておらず、個々人に任せきりにしていたことが挙げられる。

#### ◆上尾保育所における児童死亡事故

それにしても、 $\alpha$ の保護者はどうしてモンスターペアレントと化したのだろうか。猪熊弘子氏の『死を招いた保育』は、「クレマーというけれど、今どきの保護者は当たり前には様々な要求をしてくる。上尾保育所では職員がそれを正面から真摯に受け止めることができなかったから、 $\alpha$ の保護者はエスカレートしていった可能性がある」（猪熊（2011）、111頁）と指摘している。

クレームに対して保育所側で毅然とした対応をせずに**迎合を重ねたことが、相手のさらなる増長を招いた**のである。その背景として、保育所のトップである所長がリーダーシップを発揮していなかった問題が挙げられる。

上尾保育所では、所長が短期で異動することが多く、存在感が希薄であった。ただでさえ役所には事なかれ主義が蔓延している上に、どうせすぐに異動すると職員から思われているのでは、所長がリーダーシップを揮(ふる)うことは難しく、**とりあえず話を収めようと弥縫(ひほう)策**に走ったのは無理もない。4歳児クラスの担任保育士に対するサポートを放置した件も、職員に細かい指導をすべきでないとして所長が遠慮していたのであろう。

普通の組織であれば、こういう時には中間管理職が上級管理職を盛り立てて、チームの立て直しを図るところである。

#### ◆東京ドーム遊戯施設「舞姫」の死亡事故

触診が省略されるようになった契機は、乗客からのクレームである。「舞姫」の座席は乗客2人が並んで腰掛ける構造であったが、搬機の幅が1,250mmと広く、奥座席の安全バーを触診するには、係員が身体を乗り出す必要があった。その際に手前座席の乗客に触れたとクレームがなされたことが契機となり、段々とアルバイトが触診に消極的になっていったのである。

東京ドーム社では、**乗客からのクレームの処理を現場任せにしていたため、こうした問題が生じていたことを把握していなかった**。ちなみに、「舞姫」の運行管理規定には、「運転開始の合図〔ベル・ブザー等〕は、安全を確認してから行うこと」とあるだけで、**どうやって安全確認をするかという具体的な手法は明確にされていなかった**。

2000年10月、「舞姫」製造業者のX社から東京ドーム社に対し、「「舞姫」では、係員が直接安全バーを閉めるか、あるいは係員が安全バーを揺すってロックを確認すること」という注意情報がもたらされた。翌2001年3月には、「出発時に安全バーが正しくロックされなかったこと

が原因で、大柄の男性客がカーブで搬機から投げ出されて死亡する事故がドイツで発生」という続報が届いた。ドイツの「舞姫」型遊戯施設で、本事件と全く同じパターンの死亡事故が発生していたのである。

X社では、ドイツでの事故の反省を踏まえて、**安全設備の追加について東京ドーム社に提案**した。この段階で、安全バーのロックを電氣的にモニターしてランプの点灯や音声で表示するシステムや、ロックが掛からないと搬機がスタートできないように制御する機器（インターロック）を整備していれば、本事故を未然に防止できたであろう。

この提案に対して東京ドーム社は、「こちらでは、2人のオペレーターで安全バーのチェックを行っているので必要ない」として、**X社の提案を退けた**。しかし実際には、前述のとおり安全バーの確認をしていたのは発車係一人であった上に、具体的な確認方法も提示していなかった。**東京ドーム社では、現場の運用をよく理解していなかったために、せっかくの注意情報を活用できなかった**のである。