

調査結果検討会の議事録（第1回から第3回）及び第4回調査結果検討会における各委員からの意見等

消防本部 総務課

- 1 消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第1回）結果 . . . P 1
- 2 消防 職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第2回）結果 . . . P 5
- 3 消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第3回）結果 . . . P 13
- 4 消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第4回・書面会議）における各構成員の
表決について . . . P 16

消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第1回） 結果

1 開催日時

令和元年12月16日（月曜日） 13時30分～15時50分

2 開催場所

宝塚市消防本部 3階 会議室

3 出席者

(1) 構成員（4名）

一般財団法人消防防災科学センター研究開発部 上席主任研究員 渡辺 雅洋

堺筋共同法律事務所 弁護士 藤原 航

兵庫県消防学校 消防教育専門員 松本 知人

神戸市消防局警防部 救助・特殊災害担当課長 吉田 克己

(2) 消防本部（7名）

消防長 石橋 豊

企画管理担当次長 尾西 義信

部隊指揮調整担当次長 高橋 康宏

総務課長 荻野 直人

救急救助課長 高田 隆平

救急救助課係長 今里 豊（事務局）

総務課係長 北川 達也（事務局）

4 検討結果

事務局による事故概要説明、訓練場視察の後、訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会報告に対する検討を行った。

各構成員の意見については、次のとおり。

(1) 事故発生要因と対策構築の手法として、「4M4E分析」という、原因に4つのM

(Man (人間)、Machine (資機材・装備)、Media (環境)、Management (指揮・管理))、

対策に4つのE (Education (教育・訓練)、Engineering (訓練施設・資機材・装備)、

Enforcement (強化・徹底)、Example (事例共有)) を当てはめていくという手法が

あるので、それに基づいた分析をしてはいかがか。(藤原)

(2) レッドゾーンに入る余地が十分あるにもかかわらず、確保ロープが接続されてい

なかった。これが仮に接続されていたら、こういう事故は防げたのではないか。

(藤原)

- (3) 事故当時、安全主任者がB塔ではなく、C塔を見ていた。どこにゴム弾が着くのかというところを重視して、1投1投、気にすべきものが見られていなかったのではないか。それは受傷隊員の問題というよりも、組織的な、安全教育面も含めた問題ではないか。(藤原)
- (4) 受傷隊員は3投目も非常に危ない投げ方をされている。自己確保ロープを着けているにしても、かなり危険なことをしていた。しかも4投目に関しては、ロープは着けていなかったことは、安全教育の点が問題ではないか。(藤原)
- (5) 確保ロープの重要性、安全主任者の適正な対応、そして受傷隊員自身の投てきのやり方に問題があるのではないか。(松本)
- (6) 万が一、転落する場合を想定して、マットやネットを設置し、二重、三重の安全管理措置や安全体制を、組織として講じる必要がある。(松本)
- (7) 安全管理の基本は自己管理であるという隊員教育は、組織が行い、最終的に隊員自身が意識を変えていく必要がある。(松本)
- (8) 今から訓練を行う隊員を、誰も見ていなかったことが問題である。(吉田)
- (9) 訓練指揮者がC塔側へ「今から投げるぞ」と周知した後、受傷隊員に対して「周知したから今から投げろ」という指示がない中、受傷隊員は投げたのか。そうなのであれば、訓練上の流れが悪い。仮にそこで「投げろ」と指示があったのであれば、受傷隊員に注目が集まり、転落した状況を見るのが可能であったと考えるが、当時の状況が不明瞭であることが気がかりである。(吉田)
- (10) 指揮を中心とした訓練の流れが全然見えてこない。(吉田)
- (11) 1投目、2投目の時、誰かから危険だと指摘があり、自己確保を付けろという指示もあった。このことから、受傷隊員の動きは危険だという認識があった。認識があったから3投目までは自己確保をつけていたが、4投目、元の位置に戻った時、自己確保がついていないとなったときに、「その状態でどうするのか、自己確保を元に戻さないのか」という声かけはなかったのか。(吉田)
- (12) 訓練の流れ、指揮者も含めた安全管理者の役割、訓練をやるときの注意事項の示達、今からやる訓練はこんな訓練なのでこういうことをするという指示、それらは当然あっただろうが、その時に、ここは必ず誰かが見なければいけない注意するべ

- きところだ、という重点項目の指示もあつたのかが不明確である。(吉田)
- (13) 投げるという訓練を下の地面で練習するというのが、やはり必要だったのではないか。塔の上でいきなり1投目を投げるよりも、地面で練習して「十分にいける」という状況ですればよかつたのではないか。なぜ高所でいきなり投げる訓練をする必要があつたのか。(藤原)
- (14) 投げるのが訓練の目的ではなくて、中州救助が目的だということだが、やはり前提となる個別動作も訓練であるのは間違いないので、そこは分解して、安全性を確保して徐々に上げていくという、そういう発想が必要なのではないか。(藤原)
- (15) 兵庫県消防学校の救助科においては、今回の事故を受け、隊員、指導員ともにより一層の安全管理に努め、レッドゾーン云々というのを抜きにして、危険だと思えば、必ず自己確保を着けなさい、危ない行動をしたとき、不安全行動があつたときには中止しなさいと徹底した。(松本)
- (16) 消防学校では、レベルの違う人たちが多くおり、救助科でもできる教育生もいれば、あまりできない教育生もいるので、そこは一回リセットしてやり直すという体制をとらせている。(松本)
- (17) 普段、訓練をするときは、自己確保をしないとイケないイメージの場所なのに救助訓練用の施設なのでブルーゾーンのところはやらなくていいという考え方に基づいて、事故当時は自己確保はされていなかったということで、それは一定、作業場という設定ができるということは承知している。ただ、そのなかで訓練という特別な投てきの訓練とかをやるときにも、同じ考えに基づいてしていなかったと感じる。他市の消防本部でも同じような考え方で、ブルーゾーンであれば投てきのときはしなくていいという考え方なのか。もし、しているのであれば、自己確保をしていなかったことはルール意識の甘さがあると思う。(渡辺)
- (18) 神戸市では、投てきをするということが滅多にない。手で投げて中州救助の設定をするということ自体があまりやらないことで、塔間を何か投げるとか、塔間に投げて何か作業をする、自分の体を使って何かをするというのがなかなかない。兵庫県消防学校においてそういう訓練を実施するため、訓練を実施したのだろうが、それが手段ではない。要は中州で人を助けるための仕組みを覚えてほしいというような、そういう訓練だと感じているので、そこまでこだわらなくてよかつたのにと結果的に感じる。(吉田)

(19) 訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会調査報告書（案）第5章のところで役割分担が書いてあるが、受傷隊員は小隊長で班長となっている。消防学校の救助科に入校する人が、なぜ班長を担ったのか。班長は指揮者であり、訓練上の指揮者だと思うが、指揮者は一步引いたところで全体を把握しながら訓練を進めるといふ役割のはずが、一步引かない立ち位置でプレーヤーになっている。

（吉田）

(20) 小隊長の勉強を事前の訓練の中でやる必要はなかったのではないか。受傷隊員とは違う人が小隊長で、一步引いたところで見るといふ立場の人がいれば、もしかしたらその人が見ていたかもしれない。訓練の目的に合わせて役割を変えていくということも大事である。（吉田）

(21) レッドゾーンに入る可能性があれば自己確保をして、そうでなければなくていい。「自己確保をしなくていいゾーン＝しなくてもいいゾーン」というような認識しかなければ、結局何の意味のレッドゾーン、ブルーゾーンの区別があるのか。それが形骸化していた可能性があると感じる。大きく体を動かす動作といった、ブルーゾーンであったとしてもレッドゾーンに行く可能性が十分ある状況にもかかわらず、ブルーゾーンにいるので自己確保しなくていいという、硬直的な発想はとるべきでない。（藤原）

(22) 事故当時は設定されていなかったが、本日の訓練場視察において単管に頑丈に取り付けられていた赤く太い自己確保ロープが、受傷隊員に取り付けられていなかったことが、非常に疑問である。1投目、2投目も受傷隊員と他の隊員とだけが繋がっていたということだが、これももしかしたら2人とも落ちている可能性がある。

（藤原）

(23) 兵庫県消防学校においても、今回の事案と近いような訓練想定は実施するが、安全管理上における今までの経緯を踏まえて、自己確保ロープを設定したり、開放部に柵を設置し、仮に前に行ったとしても次に柵で止まるようにして、二重、三重の安全管理を踏まえたうえで訓練を実施している。（松本）

5 次回以降の開催日について

(1) 第2回：2月12日（水）13時30分から15時30分まで

(2) 第3回：3月18日（水）13時30分から15時30分まで

以上

消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第2回） 結果

1 開催日時

令和2年2月12日（水曜日） 13時30分～15時50分

2 開催場所

宝塚市消防本部 3階 会議室

3 出席者

(1) 構成員（3名）

一般財団法人消防防災科学センター研究開発部 上席主任研究員 渡辺 雅洋

堺筋共同法律事務所 弁護士 藤原 航

神戸市消防局警防部 救助・特殊災害担当課長 吉田 克己

(2) 消防本部（7名）

消防長 石橋 豊

企画管理担当次長 尾西 義信

部隊指揮調整担当次長 高橋 康宏

総務課長 荻野 直人

救急救助課長 高田 隆平

救急救助課係長 今里 豊（事務局）

総務課係長 北川 達也（事務局）

4 検討結果

前回の検討結果を踏まえた、訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会報告に対する検討を行った。

各構成員の意見については、次のとおり。

(1) 事故発生要因における4M4E分析のMan（人間）について

ア 4M4E分析の進め方について、消防職員は自己責任に完結しやすいところがある。実はそればかりではなく、トータル的に共同で考えることによって原因を突き詰めることができる、再発が防げるということで、4M4E分析があるが、答えがあるようで実はない。これを機に、消防の組織の中で考え、再発防止に活かすということが一番の目的であり、それに活かせるのであれば、この線に沿ってやればよい。（渡辺）

イ この訓練は、受傷隊員のために実施した訓練であり、学校に派遣されるから上手にできないといけないという、プレッシャーがあったのではないか、ということを書き加えておけば、後々同じような場面があったときに参考になるのではないか。(渡辺)

(2) Machine (訓練施設・資器材・装備) について

ア 資器材の保有と、資器材を適切に使用していたかということは別である。例で言えば、リードロープが一つあり、安全ネットは使用されずに収納されていたと書かれている表現でよい。ただ、保有していればよいということではなく、有効に使われていたのかということは、後に検証できるようにしておかなければならない。今回の訓練想定においては、塔間に要救助者がいることから、安全ネットを展開していなかった、と書き加えればよいのではないか。(渡辺)

イ 資器材は保有していたが、有効活用されていなかったことが問題だと感じる。それは Man の要因とか、環境の要因とか、指揮管理の要因と非常に密接に関係するもので、有効活用されていない原因が何かということと、中州救助訓練における安全ネットの使用に関する検証について、具体的に考えていく必要がある。

(藤原)

ウ 今回の訓練では、マットもネットも使用可能であったと思う。そこは適正に使用するべきだと対策に記載すればよいのでは。(吉田)

(3) Media (環境) について

ア この場所は7メートルの場所であることが書かれていない。今回、一番の原因は高所作業中に転落したということなので、そこは書くべき事項である。(渡辺)

イ 環境要因として、投てきの訓練を高所環境で行う必要があったのかどうか検討してはどうか。(藤原)

ウ 単管に関する記載はあるので問題ないが、セーフゾーンとレッドゾーンについて、大体の面積と、端部からの距離などを記載してはどうか。(渡辺)

エ 高所作業にも関わらず、端部に柵がされていないことは要因として大きい。

(吉田)

オ 単管が上部にあった場合、投てきの際は単管を意識してしまう者もいるのではないか。(吉田)

カ 訓練目標とは別に、時間、技術、小隊長としての任務といった訓練項目が出た

り、言われたりと、一度の訓練で多くのことを一気にやってしまう環境に追いやられていたのではないかと感じる。(吉田)

キ 投てきをしてもブルーゾーンにとどまれるから自己確保をしなくてもよいという心理状況になっていた可能性がある。ブルーゾーンとレッドゾーンについて、ルール面だけでなく環境要因として、硬直的な運用につながった可能性があるのではないか。(藤原)

(4) Management (指揮、管理) について

ア 訓練指導と安全管理指導の具体的な役割とは何か。安全管理の中でも誰が何をやらなければならないのか、明確に決まっていなかったと感じるが、決まっているのであれば記載し、記載がないのであれば決まっていなかった旨を記載されたい。また、災害現場での安全管理は自己責任で、訓練時の安全管理は隊長の責任であると聞いたことがあるので、整理願いたい。(渡辺)

イ ブルーゾーンであったとしても、体を大きく動かすのであれば自己確保はしなければならないことについては、現場指揮者や安全主任者の指示という項目、組織全体の安全対策の項目、その両方に絡んでいる。現場指揮者の管理が徹底されていなかったということだけでなく、個別訓練の前段階において、組織全体での共有や、安全管理における訓練が徹底されていなかったと感じる。(藤原)

エ 訓練指揮者、安全主任者等の役割分担の明確化が不足していたと記載されているが、報告書では役割分担できており、分担が明確になっていないことはないと感じる。むしろ、担当者が指示できていないと感じる。(吉田)

オ 自分の身は自分で守るのは基本である。また、災害現場における部下の力量を、訓練時に把握することも当然必要である。その認識において訓練する中で、「隊員を過信する」という表現については違和感がある。「お任せ」にしていたとならないような表現がよいのではないか。(吉田)

(5) Education (教育・訓練) について

ア この項目における再発防止策はこのとおりでよい。これらの整理ができたことを今後取り組んで、事故を繰り返さないための対策や仕組みを積み上げていくということが大きな目的である。今後の教養訓練資料として、ひとつひとつの対策について、もう少し細かく書き加えて消防本部として取り組んでいくことを意識していただきたい。(渡辺)

イ 今までの4Mのところを網羅できるような内容が入っており、新たに安全管理を主眼とした訓練を実施する、どんな段階的な部分でも実施する、これらを実施することができれば事故は起こらないと感じる。(藤原)

(6) Engineering (訓練施設・資機材・装備) について

ア この項目では、装備の物理的な物について、どう使っていくのかという使用状況の記載がされていない。それらは Education の項目に当たるのかもしれないが、物は保有しているが使用していないことが本件の事件だと考えるので、装備するというだけではなく、時間がかかってでも面倒でもそれを使うという訓練と教育が大事になる。(藤原)

イ Machine の項目にも使用状況を記載した方がよい。(藤原)

ウ 保有していることと、活用することとは別のものであるため、改良と整備とは別に、活用という言葉を入れて、適切に対策するということを記載した方がよい。
(渡辺)

エ 安全管理にフェイルセーフとフールプルーフというキーワードがある。訓練環境において危険が生じない状態、わかりやすい状態を構築(フールプルーフ)し、仮にエラーが発生しても取り返しがつく仕組み(フェイルセーフ)を考える。この2つのキーワードがどの項目にあてはまるかはわからないが、どこかに記載した方がよい。(渡辺)

オ 適切かどうかわからないが、中州救助訓練を実施する際に、要領や役割分担がわかる資料があり、いつでも見られる状態であったならば、焦りや時間管理、心の準備を整えられることができたのかもしれない。要綱やマニュアルといった仰々しいものではなく、活動隊員がちょっと見て確認しておくような状況が必要ではないか。(吉田)

(7) Enforcement (強化・徹底) について

ア 職員個人の安全意識を高めるための活動の強化・徹底については、これまでと同じことをするのではなく、更に注意をして強化すべきものは何かということの整理が必要である。訓練の組み立て方や訓練に至るまでのステップについて、更に議論すべきだとか、情報共有すべきだということが、いずれ挙げられると考える。具体的に今回の事故でいうと、安全管理、訓練全体のスケジュールの話、役割徹底について等を考えられるような項目があればよい。(渡辺)

イ 安全管理において、誰それは関係ないが必ずA塔を見ておくといった役割を全うすることを明確にすれば、意識が変わってくると考える。(渡辺)

ウ 今回の事故において、安全主任者が何をすべきかが徹底できていなかったため、4投目の状況を誰も見れていなかったことにつながる。人間心理として、物を投げたらその先を見てしまうのはわかるが、それでもその先を見るのではなく、見るべきものは隊員であると訓練する。安全管理の役割分担を徹底し、具体的に伝えるといったことを強化・徹底しなければならない。(藤原)

エ 私の所属では、毎月1回必ず所属で安全管理者が会議をすることが決まっている。30分だけでも実施し、自分の部署でも違う部署でも、発生したヒヤリハットについて、原因などの話をする。規程を改正し、毎月本部への報告を義務付けたので、必ず実施しなければならない。(吉田)

オ 訓練時はしっかり計画をたて、先に情報共有をする。実施直前には、訓練内容、指揮者と安全管理者が誰で、危険箇所はどこだということをブリーフィングする。訓練が終わればデブリーフィングする。この意識づけ、習慣づけが大事だと感じる。(吉田)

カ 所属長を筆頭に、安全管理者、救助隊員だけでなく、所属で決められた者が毎月集まって会議をする。救助隊員だけで実施すると、当たり前なのでこんなのはいいという話になったりすることがあるので、各分野の担当者が集まるのがよいと感じる。(吉田)

(8) Example (事例共有) について

ア 今回の事故についてヒヤリハットデータベースに紹介したいと考えているが、消防組織は事故やトラブルを隠したがる傾向があると感じる。情報収集の目的は、再発防止である。事例を人に伝えることで、どこかで起きるかもしれない事故を防げる、という考えを理解していただきたい。その意味で事故事例やヒヤリハット事例は宝だと考える。危険だと思ったことが実際にトラブルに発展したのであれば他人に共有するといった、安全のために活用する風土づくりや雰囲気醸成して、職員が情報提供しやすい仕組みを作ることが、全体的に取り組んでいくことだと記載していただきたい。(渡辺)

イ 雰囲気づくりでいうと、ハードルを下げて発言しやすい環境を作る。事例は新聞記事でも何でもよく、気付く力、分析する力を養うことが重要であり、何でも

話しあえる場を設けることが大事である。とはいえ、正直な意見が率直に出るわけではないので、帰署途上の車内だとか、休憩中にお茶を飲みながらという場面で意見を吸い上げることができればよいと感じている。(吉田)

(9) その他再発防止通知文書について

この報告書において、要因と対策を列挙し課題を抽出されているが、結果的には消防の動きが小さくしてしまうという目線を持つべきと考える。消防が安全安心のために活動するにあたり、通知文書は補助となるものであり、活動を抑制してしまうのは本末転倒であるということを理解していただきたい。(渡辺)

(10) 4M4Eマトリックスについて

ア マトリックスは、再発防止の要因や対策を整理するもので、作ったら終わりではない。今後、これを基にして様々な取組みを行うことができるのであれば、この内容でよい。(渡辺)

イ 隊員の訓練は、教育に集中しがちであるが、要因はそればかりではなく、他のことを取組むことで大幅に改善することもある。マトリックスにおいて、それらを視覚的に表現することができる。(渡辺)

ウ 様々な面で段階的に対策を講じるという意味で非常に良い整理である。(藤原)

エ KYTやヒヤリハットが、どの項目にも関連しているため重複記載されているが、問題ない。(渡辺)

オ 要因と、要因に対する対策について、今までに出た意見を更に上乘せしたらどうか。例えばManの項目の上部に要因を書き出すと、対策が見やすい・書きやすくなっていくのではないか。要因と対策を別々のシートに書き出すのではなく、一枚のシートに集約することで、見やすくなるのではないか。(吉田)

(11) 時系列について

ア 時系列表は、各隊員が何をしていたのか時系列的に整理し、1枚ものにすることで、順を追って全体を追うことができる資料である。事故発生に至るまでの、発生防止のポイントを抜き出すことができる。将来、この事故を知らない職員でも、この時系列を見て「この時点でこれをすれば、事故を防げたのではないか」「指摘事項がないのに事故が起こったのは、何か足りない部分があるからなのでは」などと考えることができる資料、材料になることを期待する。(渡辺)

イ スイスチーズモデルという、1つの穴だけ見ても向こう側は見えないが、たま

たま開いていた穴が重なりあって向こう側が見えてしまう場合があり、事故も偶然が重なって発生するという考え方がある。どこか一つでも穴を防ぐことができれば、事故は防ぐことができ、何カ所かは事故発生に至るまでに気を付けるべきポイントがあって、そのポイントに気付くことが狙いである。(渡辺)

ウ 現場にいた全員について、1枚の時系列表に簡潔にまとめられればいいのだが、多くの隊員が関係しているため複雑になる。何人かに絞っていった結果、突き詰めていくと受傷隊員1人だけの時系列になり、意味のないものになる。多くの人間が関係しているため、例えば16人全員の表を作成し、その中で特に関係しているものを二重に作成すればよいのではないか。この資料を作るルールはなく、結局は再発防止のために、他の隊員が活用できる資料になればよい。(渡辺)

エ 訓練実施前に、何に注意して訓練を進めるかといった、事前に申し合わせることを記載してもよい。(渡辺)

オ 仮に詳細な時系列を追加で作成するのであれば、受傷隊員から3投目は違う方法で実施したいという申し出があったことなど、事故直前の様子を詳しく書いた方が、誰が何をすればよかったのか、様々な視点で見ることができるのではないか。(藤原)

カ 先日、自分の所属においても事故が発生した。元々の訓練計画も大した訓練ではなく、往来がある中での2つの係が交わった訓練にもかかわらず、管理職がっていない状況での事故であった。問題点は、訓練計画段階で当日の状況が見えていたのか、見る人が見ていたのかという点と、訓練当日は計画どおりに進んでいたのかという点である。訓練前に計画が訂正された、人員も急遽増員した経緯があった、計画が計画通りに進まなかった、訓練中も安全管理員が不足していたなどと、計画段階、訓練直前、訓練中、時期に応じて様々な要因が隠れており、これだけでなく前段階も考えられる。大きな事故が発生した場合は、掘り下げるのが大事だと感じる。(吉田)

キ 受傷隊員が4回目の投てきを実施する際、「投げます」「いきます」などの合図があった、といった事項をできるだけ詳細に記載していただきたい。また、さかのぼって計画段階にも記載していただきたい。(藤原)

(12) リスクアセスメントについて

ア リスクアセスメントとは、小さな事故でも大きな災害でも発生するまでの要所

要所を時系列（イベントツリー）として表示し、事故がどの程度の確率で起きるのか、どのような災害が起き、どのような被害が発生するのかを考えていくことの整理だと認識している。（渡辺）

イ リスクアセスメントとして訓練時に発生する事故を想定すると、起こりうる事故はどんなものか、起こった場合どのようなトラブルになるか、ということ把握する必要がある、今回の事故にあてはめると、絶対に避けなければいけなかったという整理になる。今後、同様の訓練を実施する場合は、リスク、危険があることを理解して訓練を組み立てていくことを事項として盛り込む必要があると考える。（渡辺）

ウ 例えば、建築会社において重大な労災事故が発生し、リスクアセスメントをどうするのかということに関して、訓練に置き換えると、訓練において想定されるリスクを書き出して、そのリスクが起こったときにどういう事態になる可能性があるのかなど、リスク自体を評価する。さらに、起こる可能性があるものを書き出して、リスクを顕在化させ、特に命にかかわるようなリスクに関しては、どんなに手間がかかるとしても安全を優先する。リスクの細分化と評価、それを対策に役立てるといった位置づけのものを一覧表にするといった手法もある。（藤原）

エ リスクアセスメントの実践については、何人かのグループを作ってリスクを書き出し、危険予知がどれだけできているか、リスクをどのくらい把握しているのかを認識することが重要である。自分では理解しているつもりでも、何人かで話をすると気づいていないこともあり、それに気付くことがリスクアセスメントの重要性であるので、取り入れることは良いことである。（吉田）

(13) 事故原因の検討について

事故原因について、記載されているように言い切ってしまうことには疑問を感じる。正しいことはわからないので、確かな事実を基にして、考えられる可能性について列挙する方法がよいのでは。（渡辺）

5 次回以降の開催日について

第3回：3月18日（水）13時30分から15時30分まで

以上

消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第3回） 結果

1 開催日時

令和2年3月18日（水曜日） 13時30分～15時00分

2 開催場所

宝塚市消防本部 3階 会議室

3 出席者

(1) 構成員（3名）

堺筋共同法律事務所 弁護士 藤原 航

兵庫県消防学校 消防教育専門員 松本 知人

神戸市消防局警防部 救助・特殊災害担当課長 吉田 克己

(2) 消防本部（7名）

消防長 石橋 豊

企画管理担当次長 尾西 義信

部隊指揮調整担当次長 高橋 康宏

総務課長 荻野 直人

救急救助課長 高田 隆平

救急救助課係長 今里 豊（事務局）

総務課係長 北川 達也（事務局）

4 検討結果

これまでの検討結果を踏まえた、訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会報告に対する検討を行った。

各構成員の意見については、次のとおり。

(1) 第8章 事故調査結果について

ア 第2 健康状態について

受傷隊員が週休、夏期休暇は取得されていると記載されているが、時間外勤務の有無について記載されていない。時間外勤務をしていないことは第3章に記載されているが、この項目においても記載した方がよい。（藤原）

イ 第3 投てき作業について

一連の動作の中で転落に至ったとは、リードロープの影響無く転落した可能性

もあるという解釈でよいか。(藤原)

ウ 第6 総合的な事故の原因と要因について

(ア) 要因は、複雑に絡んでいるため、単に要因としてまとめる方がよい。また、指揮者と安全主任者に関する要因について、記載を増やした方がよい。

(藤原)

(イ) 訓練においては指揮者の指示により進行されるにも関わらず、いつの間にか転落したという状況になっているのが問題である。(吉田)

(ウ) 受傷隊員が投てき後にバランスを崩したことは要因であっただろうが、平地での訓練を重ねて、自信をもって投てきできる状態であったならば、過度なプレッシャーを抱えることもなかったと考えられる。(藤原)

(エ) 「右足首にリードロープが絡まった状態で、訓練塔上から地上へ7メートル転落し」と記載されているが、右足首にリードロープが絡まった状態で転落した事実は認定されていないため、正確な表現に改められたい。(藤原)

(2) 第9章 事故再発防止対策について

ア 第1 隊員に対する安全管理教育による事故再発防止対策について

「安全主任者の適切な訓練時の措置を徹底」とは、安全主任者のための訓練を実施するという認識でよいか。(松本)

イ 第4 安全管理対策の強化、徹底による事故再発防止対策について

本市においては、一定基準の災害に監察隊が出動して、出動隊の監察をすることになっている。現場指揮隊長は監察隊の指摘事項を取りまとめて、監察隊に報告し、後日結果が全職員に公表される体制を構築している。これにより組織の意識改革ができ、積み重ねられていると感じている。(吉田)

5 報告書の成果物に対する確認事項 (消防本部)

(1) 報告書の作成にあたり、本検討会において検討した意見を明らかにするため、構成員の皆様からいただいた意見を要約し、報告書の末尾に添付させていただくことをご了承願います。

なお、意見者名は記載せず、意見が報告書のどの個所に反映させたかを記載します。

(2) 本検討会の総括評価の記載を、藤原先生に依頼していることをご了承願います。

(3) この第3回をもって、本検討会は終了します。最終的に出来上がった報告書につ

いては、後日改めて構成員の皆様へ送付します。

以上

消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第4回・書面会議）回報用紙

名前 消防防災科学センター 渡辺雅洋

日付 令和2年5月22日

議案

訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会の調査報告書について

表 決 （どちらかに○印をお願い致します。）
承認
意 見 欄
これまで発言してきたことは、報告書案に反映されています。 修正意見はありません。

注1 表決については、該当欄に○印を付してください。

注2 ご意見がある場合は、意見欄にご記入ください。

注3 事務局あてメールにて回報をお願いします。

(回報先：m-takarazuka0093@city.takarazuka.lg.jp)

消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第4回・書面会議）回報用紙

名前 藤 原 航

令和2年5月22日

議案

訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会の調査報告書について

表 決 （どちらかに○印をお願い致します。）
<input checked="" type="checkbox"/> 承認 ・ 不承認
意 見 欄
<p>当職が、4度の会議において述べた意見は全体的確に反映されていることを確認いたしました。</p>

注1 表決については、該当欄に○印を付してください。

注2 ご意見がある場合は、意見欄にご記入ください。

注3 事務局あてメールにて回報をお願いします。

(回報先：m-takarazuka0093@city.takarazuka.lg.jp)

消防職員の死亡事故に係る調査結果検討会（第4回・書面会議）回報用紙

御名前 神戸市消防局 吉田克己
令和2年5月22日

議案

訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会の調査報告書について

表 決 （どちらかに○印をお願い致します。）
<input checked="" type="radio"/> 承認 ・ <input type="radio"/> 不承認
意 見 欄
<p>「訓練中における消防職員死亡事故発生に伴う調査委員会の調査報告書」については、事務局案のとおり承認させていただきます。</p> <p>この報告書が、二度と事故を発生させない風土作りに生かされますことを願っております。</p>

注1 表決については、該当欄に○印を付してください。

注2 ご意見がある場合は、意見欄にご記入ください。

注3 事務局あてメールにて回報をお願いします。

(回報先：m-takarazuka0093@city.takarazuka.lg.jp)