

失敗のしくみ ～うっかりミスの原因と対策～

立教大学現代心理学部 芳賀 繁



『失敗』を完全イラスト図解！
「あ、間違えた！」「あ、忘れた！」
—みなさん、日々いろいろな失敗
をしていると思いますが、どんな脳
の作用によって起こるのか？ 失
敗しやすい人とは、どんな人なの
か？ 何とか防げないものなの
か？

本書は、失敗の原因別分類から発生
のメカニズム、予防対策、活かし方・つき
あい方まで、イラストで愉快地解説した、
ビジネスに、生活に役立つ一冊です。

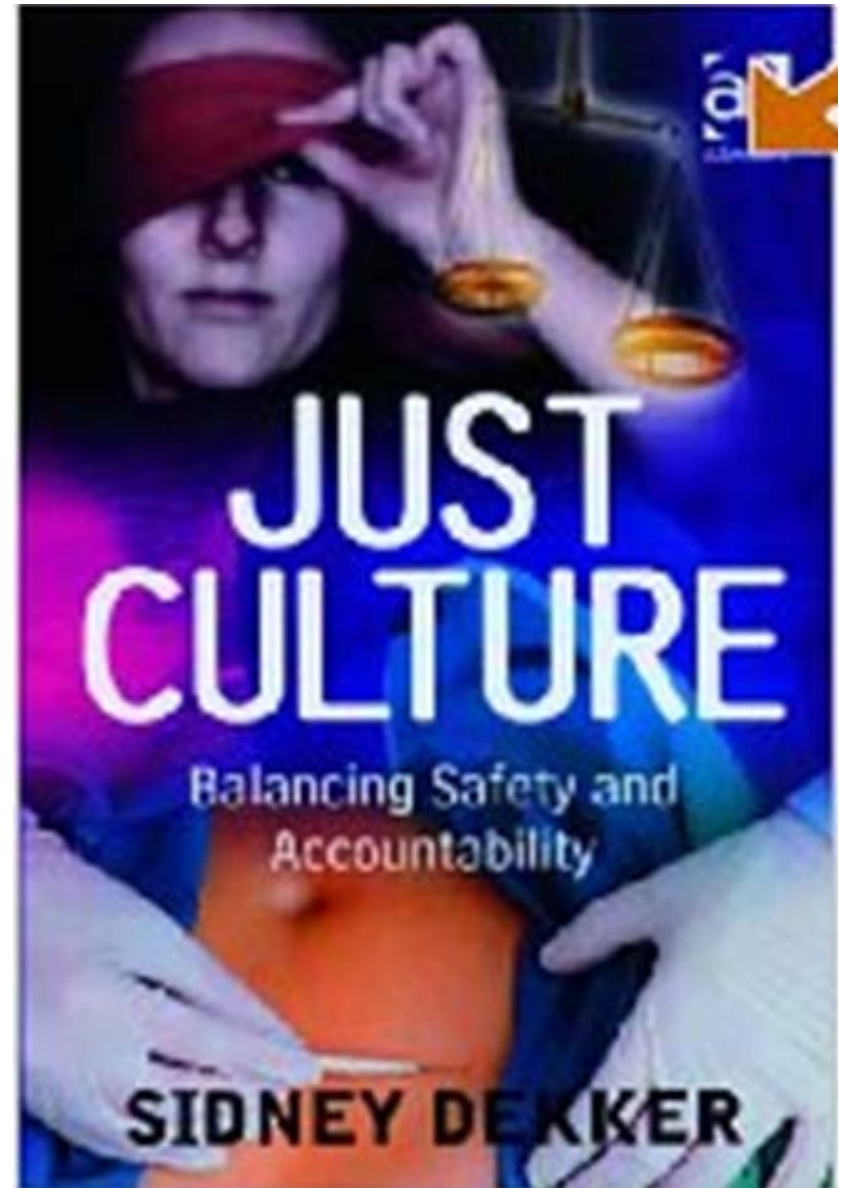
日本能率協会マネジメントセンター

Just Culture

Balancing Safety and Accountability

Sidney Dekker
Lund University, Sweden

Published in 2007 by
Ashgate Publishing Ltd.



The Importance, Risk and Protection of Reporting (Chap.3)

- 報告する価値のあるもの(reportworthiness)は何か
 - 「すべての安全に関するできごと」「ひどいことになる可能性があったが、ならなかったこと」
 - 報告の要点は、「組織が学ぶことに寄与する」こと
- 現場の判断は経験に基づいてミスや有害事象に背後の理由や深刻さを評価できる
 - しかし経験は「ノーマル」の感覚を鈍らせる。素人が新鮮にノーマルを問い直すこともある
 - 立場の違う利害関係者が考える「報告する価値」は参考になる
- 倫理的には、「疑わしきは報告せよ」

When Reporting becomes Dangerous

- Just cultureでは、報告者は非難されないはず・・・組織にとって、学習するメリットがあるから
- それでも人が報告しないのは、結果への不信感
 - 上位者の反応
 - 報告者の権利と義務
 - 情報が外部に漏れる可能性
 - 報告した結果が分からないので、不確実性を恐れる
 - 結果が悪いものであるならば、そうした結果に巻き込まれるのを恐れる
 - 組織が報告に関して何もしないことを知っているので、報告する利点がない

What if Reported Information Falls into the Wrong Hands?

- 民主主義では、情報の自由(freedom-of-information)は法制度で守られている。マル秘文書以外には外部からアクセスできる(政府機関は特に)
 - 国営の航空会社, 病院, 事故調査機関も政府組織であり、自由な情報アクセスの対象となる
- 情報開示の可能性→不確実性が増す→報告の意志をくじく。公共に曝されると、単純化、歪曲、誤った使用がなされる。
- 情報を守る必要
 - 例)ノルウェーの航空法「提供した人に対する犯罪訴訟の証拠として使ってはならない」。事故報告を読むことはできるが、誠意をもってなされた証言を証拠に使わない

Are all Mistakes equal? (Chap.5)

- Technical vs Normative Errors
 - 多くの職業における区分...どのようにして失敗や事故を扱うかによる。
- 社会学者Charles Boskの発見:: 医師たちは技術的／規範的とエラーを区分している。
 - 組織(およびそれを取り巻く社会)が起こったエラーに対処する準備をどのように行うか対して、この区分は大きな違いをもたらす。

Technical errors: Errors in a role

- 専門家の技術的な失敗...役割は果たしているが、技術が(課題が要求する)水準以下
 - 例:パイロットのハードランディング
- ただし、技術的エラーは”仕事の知恵“を伝える機会として見られる
- 技術的エラーの2条件
 - 頻度と深刻さが経験を経るとともに減少すべき
 - 学習や改善への機会を否定されるべきではない

Errors and the Importance of Reporting and Disclosure

- Just Cultureが重要だと信じているオペレーションの世界では、実務の中で起こりうる全ての問題を知って予期することはとても難しい
 - 技術的エラーの可能性は結果として完全になくなることはない
 - Just Cultureにとって報告・開示・議論・学習に対する義務は重要なポイント
- しかし誠実さと開かれた説明は多くの専門家にとって危険
 - 技術的エラーは、説明責任に対するより深刻な結果を伴って、容易に規範的エラーに転じうる

後知恵バイアス

- 実際の結果が悪かったと知ることが結果をもたらした行動をどう見るかに影響する
 - － 結果が悪くなればなるほど、より失敗を見ようとし説明を求める
 - － 事故後、人々が失敗したりすべきこと、避けるべきことを見つけるのは容易
 - － 後知恵によって重大だと判明したデータの失われたかけらについて判断するのは容易
 - － 後知恵によって予見・予期すべき明らかな損害を見つけるのは容易
- 後知恵バイアス:どのように過去の出来事を判断するかに深い影響を持つ。その意味するものは、
 - － 因果関係の簡略化
 - － 結果の見込みの過大評価
 - － “違反した”ルールや手続きの過大評価
 - － 提示されたデータの重要性・関連性の誤判断
 - － 失敗の重大性と結果の重大性を釣り合わせる

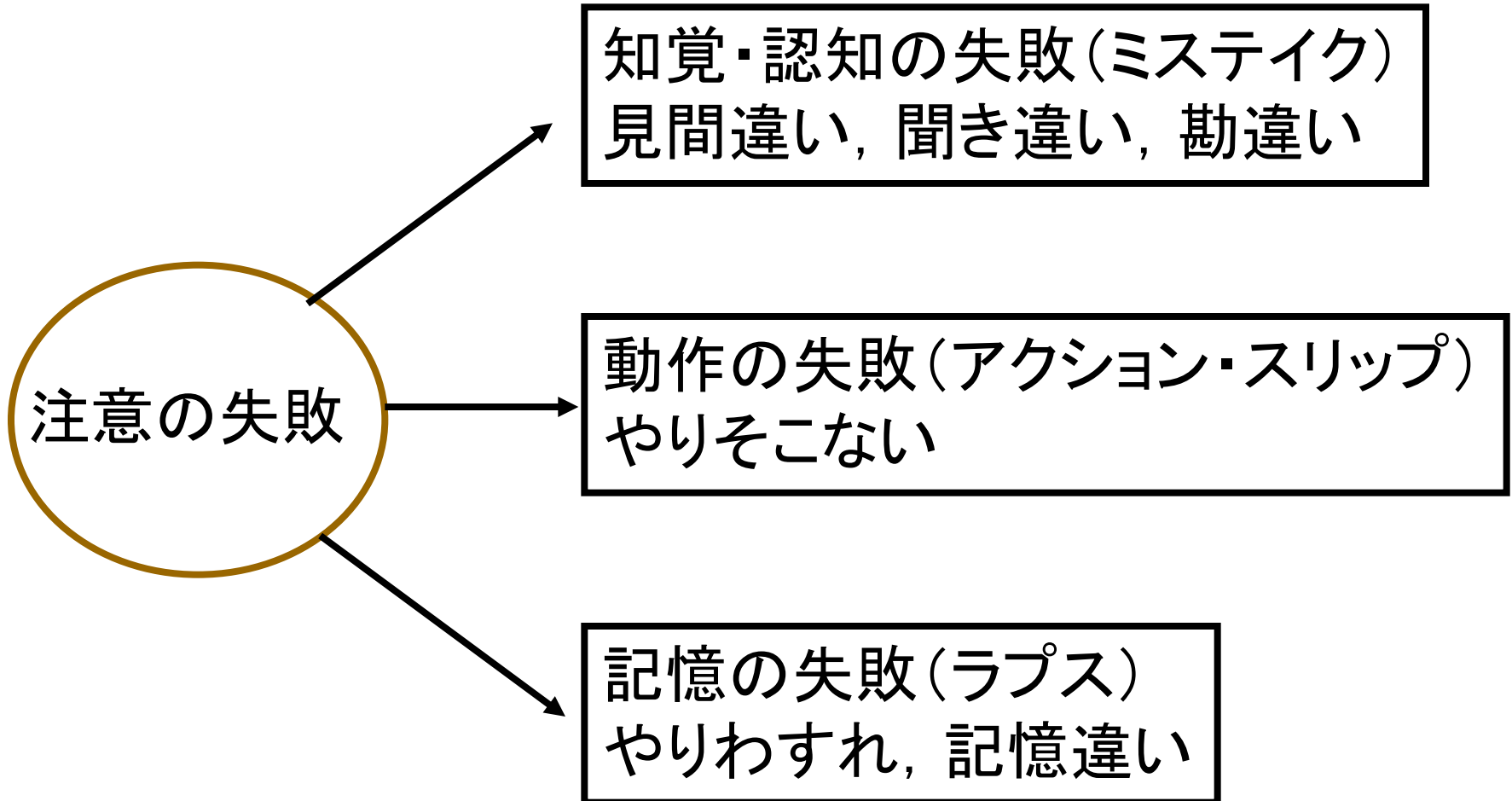
許容されるエラーと許容されない過失

- 「どこに境界線があるのか？」よりも「誰が線を引くのか」が重要
- 一つの事故の背後には「唯一の真実」があるのではなく、「複数の視点からの複数の説明(物語)」がある。
- 安全マネジメントの失敗は犯罪か
 - TMI(1973), Tenerife(1977)以来, 社会はアクシデントを偶然の, コントロールできないイベントではなく, 誰かがリスクマネジメントに失敗した証拠とみなすようになった。

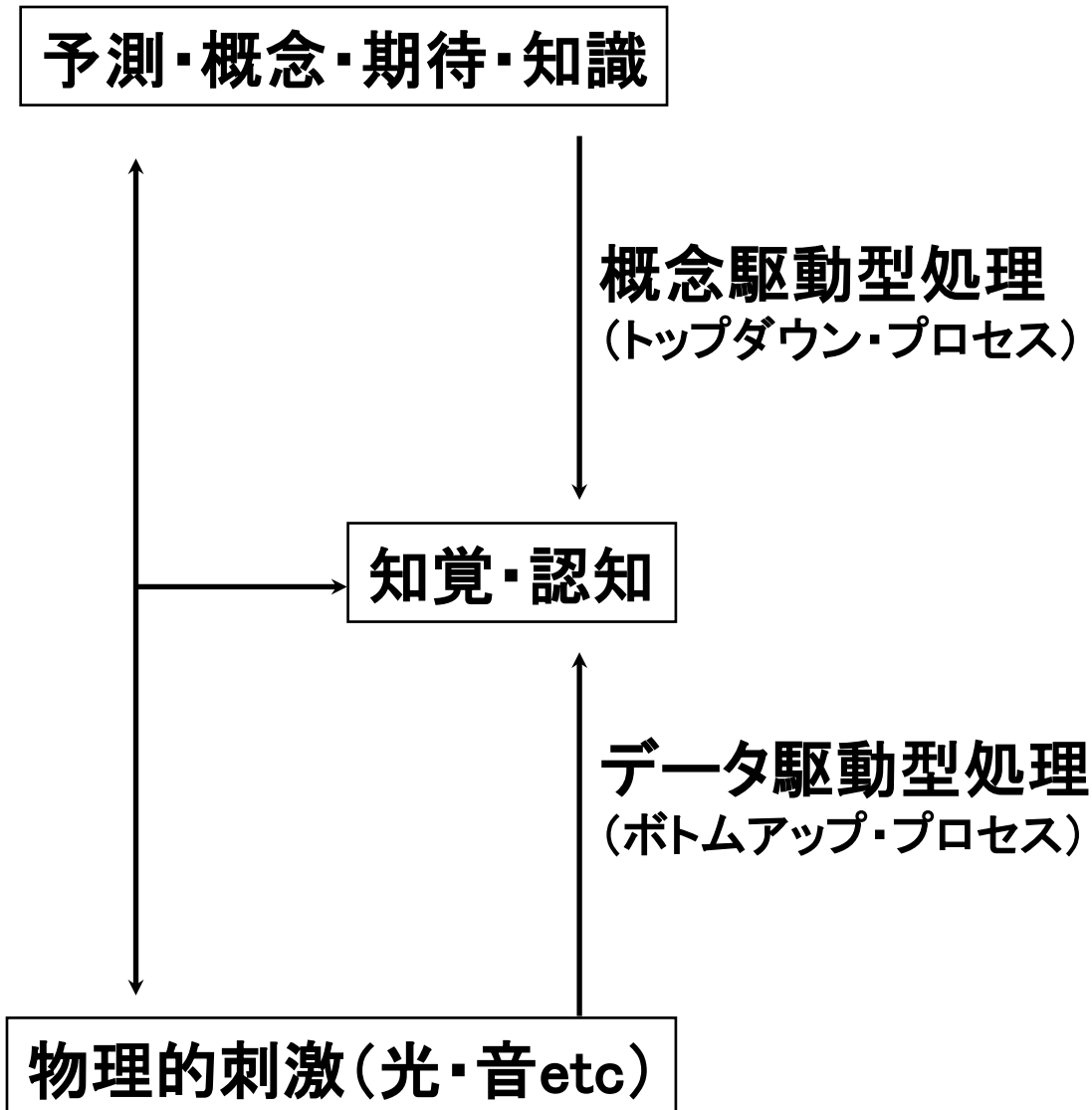
失敗のしくみ

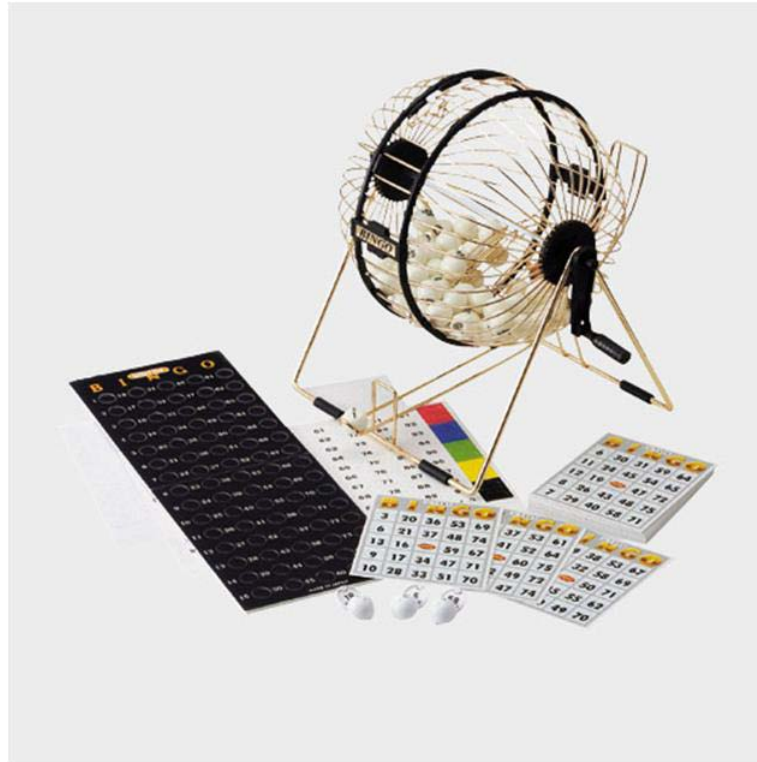
うっかりミスの原因と対策

うっかりミスを引き起こす 4種類の失敗



ミステイクの要因 強すぎるトップダウンプロセス

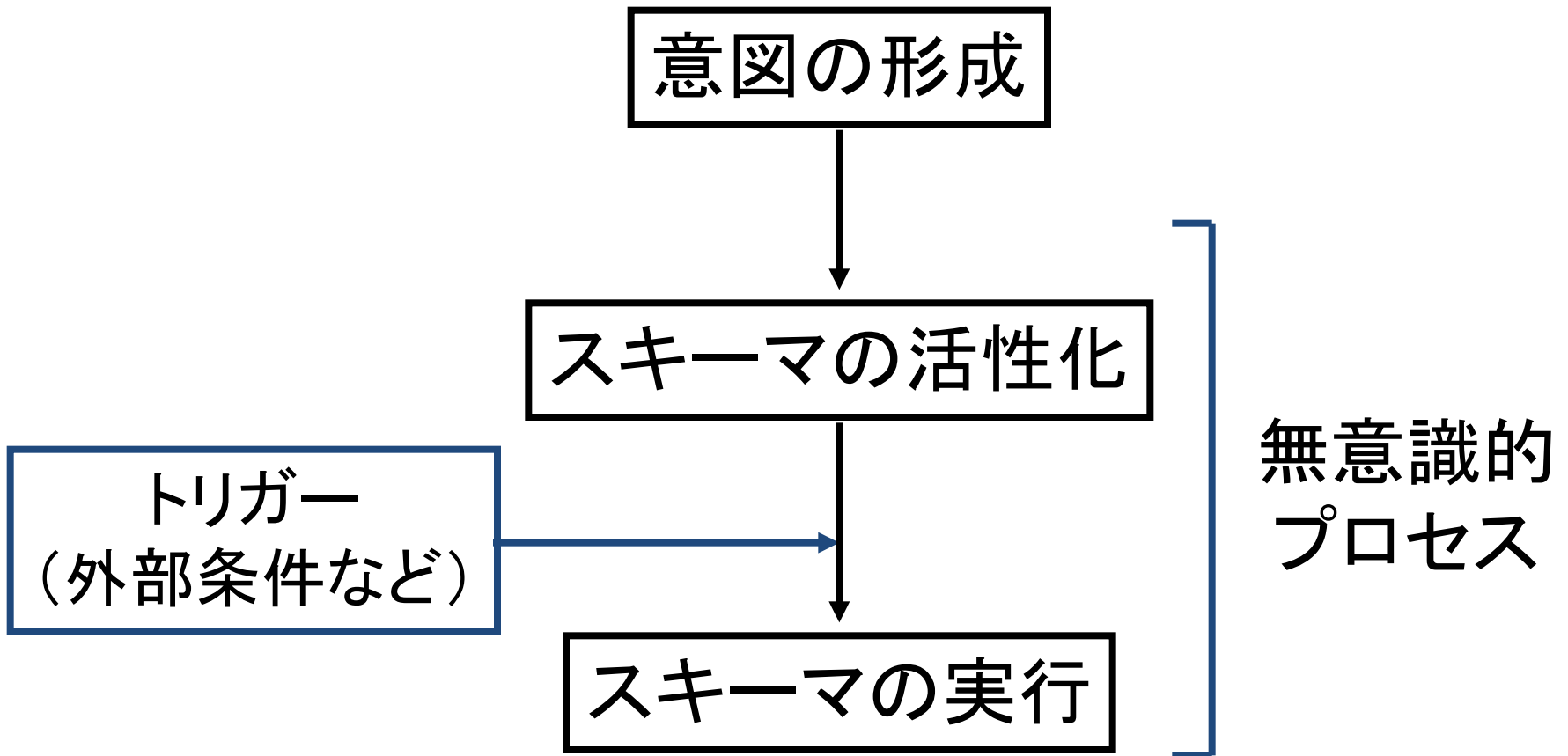




○の中に文字を入れて
言葉を作ってください

○ンゴ

記憶された動作パターン(スキーマ)が活性化し、
きっかけ(トリガー)によって実行される



スリップ発生のメカニズム

強いスキーマによる乗っ取り

習慣的にからだが動いてしまうミス

妨害で混乱

動作の流れの途中で妨害が入ったあとにおかすミス

意図の見失い

動作の意図を途中で忘れてしまう

取り違え

動作の対象に対する注意が不足して起きる

スキーマの混線

途中で別のスキーマに乗り換えてしまう

無意識的モニターの狂い

動作の省略、繰り返し、逆転

急速書字スリップ

- ひらがなの「お」をできるだけ速く、しかし間違えないように書いてください。

記憶の3段階と記憶の失敗

1. 記銘

－ 覚えること

注意しなければ
記憶に残らない

2. 保持

－ 記憶を保つこと

長く思い出さない
でいると思い出せ
なくなる

3. 想起


－ 思い出すこと

自発的に思い出
すのは難しい

注意の特性

- ある部分に注意を集中すると他の部分は不注意になる
- 注意の集中を強めるほど、注意の範囲は狭くなり、不注意の部分が広くなる
- 注意の全体量は一定の限界がある
- 覚醒水準が低下すると注意の全体量は減る
- 受動的な注意と能動的な注意がある
- 視覚より聴覚の方が受動的注意を引きやすい

注意してもミスは防げない

 システムを改善する
↑

1. Man: 教育, 訓練, 配置
2. Machine: 道具, 機械
3. Media: 仕事の手順, やり方, 情報伝達, 連絡方法
4. Management: 管理, 監督, 経営

事故の要因は うっかりミスだけではない

1. 意図しないエラー

人間工学的
問題分析

2. 不安全行動
意図的リスクテイキング
行動 と安全規則違反

心理学的問
題分析

安全マネジメントを通じた予防

事故が起きてからでは遅い！

- 現代の産業・交通システムは大きなリスクを内包している
- リスクをゼロにすることはできない
- 小さな綻びからリスクが顕在化する
- 綻びを発見し繕う不断の努力が事故を予防する
 - リスク(安全)マネジメント

リスクアセスメント・予防安全には「報告する文化」が不可欠

- 安全への気づき・ヒヤリハットを積極的に報告しよう
 - 「おっと危なかった今度から気をつけよう」ではダメ
- 報告を受ける側は：
 - 誰でもミスをすることを前提に
 - 報告内容を賞罰に絡めない
 - 匿名でも報告できる
 - 報告者へのフィードバック
 - 必要な対策を迅速にとる

安全装置を付けても安全への意欲がなければ事故は減らない

安全への「やる気」が大切

安全を組織全体のトッププライオリティとして位置づけること



- マネジメントへの信頼
- 仕事に誇りを持つこと
- 仕事が楽しいこと
- 家族を大切にする気持ち



安全に仕事を成し遂げることに對する強い意欲

禁止するばかりの安全対策は逆効果

参考書



失敗のメカニズム
日本出版サービス

¥1,900

角川ソフィア文庫

¥629



失敗の心理学
日経ビジネス人文庫

¥667



事故と安全の心理学
東京大学出版会

¥3,360



医療危機管理の実際
メディカル・サイエンス・
インターナショナル

¥3,150

ビデオ教材


VITEC
DVD
NEW

医療KYT研究会 編

医療における 危険予知訓練活用マニュアル

医療KYT実践教材の決定版!!
企画・指導 医療KYT研究会 (50音順)
委員 小澤章子 北里大学病院 麻酔科医師
田地直子 厚生中央病院 副看護部長
戸田由美子 東名厚木病院 医療安全管理室 室長
花井恵子 北里大学病院 医療安全管理者
座長 安井はるみ 社団法人 神奈川看護協会 医療安全対策課 課長
監修 芳賀 繁 立教大学 現代心理学部心理学教授 博士
DVD版 各巻 税込32,550円

関連商品: クリニカルKYT (KYT導入向け)



企業内教育ビデオ ヒューマンエラー対策

ハガにゃん教授の自分でできるヒューマンエラー対策10

= High-vision 制作 =

DVD / VHS
各巻 税込 49,875円

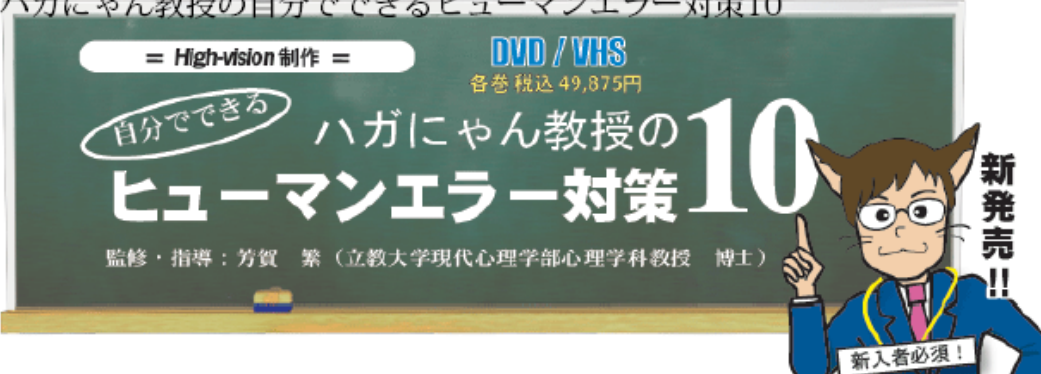
自分でできる

ハガにゃん教授の ヒューマンエラー対策 10

監修・指導: 芳賀 繁 (立教大学現代心理学部心理学教授 博士)

新発売!!

新入者必須!



芳賀 繁先生の安全指導メソッドを主柱に、安全に対する基本的な心構えや、事故の原因となるヒューマン・エラーや不安全行動についての基本的な知識や考え方、その防止策について、「いまどき」の新入者や指導者にも、やさしくわかりやすくワンポイント形式にまとめました。

安井電子出版: <http://www.yasui-ep.co.jp/>