



安全文化について もう一度考えてみる

立教大学現代心理学部 芳賀 繁

マニュアル主義の弊害

- × 一定水準の安全を担保するにはマニュアルは便利なツール
- × しかし安全はマニュアルだけでは守れない
- × すべてをマニュアル化してマニュアルを守りさえすればよいとする考えは

事故現場を離れて出勤した運転士たち
指令の指示がないと避難誘導しない乗務員
指示待ち社員
細かいことまで上司にお伺いをたてる社員
細かいことまで上司にお伺いをたてる社員
社員を生む

安全文化の4つの要素

(リーズン『組織事故』 p.271, 1997/1999)

1. 報告する文化 Reporting culture
2. 正義の(公正な)文化 Just culture
3. 柔軟な文化 Flexible culture
4. 学習する文化 Learning culture

柔軟な文化とは

- × 組織の柔軟性とは変化する要求に効率的に
適応できる文化を持つことである
- × 高信頼性組織では中央集権型の管理から権
力分散型の管理に切り替える能力がある
- × 柔軟な文化のポイントは、緊急時における第
一線への権限移譲
- × 事前に共有された価値観がその成否を決める

震災時によりパフォーマンス
を発揮した組織の特徴

ヒューマンファクターズのパラダイムシフト

- システムの構成要素の中で人間がもっとも脆弱
- 事故の大半はヒューマンエラーによって起きる
- ヒューマンエラーを分析して対策することがシステム
の安全確保に最も重要



- システムは本質的に危険なもの
- 人間と組織の柔軟性がシステムを安全に機能させている
- 失敗の原因と成功の原因は別物ではない
- レジリエンスを高める方策が安全確保に重要

レジリエンス(弾力性/復元力)

レジリエンスは、災害から回復する能力に加えて、組織の存続とその基本的目標の達成のために、脅威を予期し、回避するための組織活動をマネジメントする特性を含む。事故が起こりうるエリアの近くを、常に危険なエリアの外側にいる状態を保ちながら航海するために組織的な活動の舵をとる能力。

レジリエンスエンジニアリングは組織のレジリエンスを分析・評価・モニタし、それを改善し、管理に関わる変更や決定がレジリエンスに及ぼす影響を予測する。

レジリエンス工学の特徴

レジリエンスの物差しの一つは、洞察する能力、すなわち、リスクが形を変えて現れることを失敗や被害が生じる前に予見する能力 (Woods & Hollnagel, 2006)

レジリエンス工学の考え方の一つは人間をシステムの安全性を脅かす要素とせず、本質的に危険なシステムをやりくりしながら安全に運転させること (Dekker, 2006)

想定力
ヒューマンエラーより
日常の作業実態を重視

「インシデントから学ぶ」の落とし穴

- × 事故やインシデントやニアミスなど、うまくことが運ばなかった事象に注目し、その原因を探り、その原因を取り除くことで再発を防止することに着眼が置かれる。ここには、「成功の原因と失敗の原因は異なる」という「別原因仮説」がある
- × 高度な社会技術システム(根拠もその典型)の中で働く人々は、変化する環境や条件、時には事前に想定できなかった状況の下で、様々なシステム要求(治療、収支バランス、効率性、患者満足)を満たすべく日々努力している。それには弾力的な判断、的確な予測、柔軟な適応、すなわちレジリエンスが求められる。たいていはうまくことが運ぶが、時には悪い結果がもたらされることもある

安全マネージャは日常の業務実態を見よ

- × リスク(安全)マネージャには失敗事例しか情報が届かない
- × 失敗事例と成功事例は紙一重の関係にあり、1件の失敗の前に多数の成功体験が繰り返されている可能性がある
- × 成功体験(現場第一線での柔軟な対応)の中に潜むリスクを見つけて対策する必要がある

高リスク領域で働くプロ達の社会的使命

- × 安全、かつ、便利で快適で安価なサービスを求められる事業者と実務者は、安全とサービス(に伴う危険)を天秤にかける難しい仕事を利用者・社会から負託されている
- × リスクの存在を前提にしてそれをマネージすることが重要 (Safety II)
- × そのマネジメントに失敗したとき、それを責めるより、そこから学ぶ姿勢が大切

「罰する文化」の問題点

- × 予期せぬ外乱に対して臨機応変に対応し、危機を乗り越えるための最大限の努力をすることは望ましい(レジリエンス)
- × しかし、それが悪い結果に終わった場合に結果責任を問われて罰せられるなら、マニュアルと上からの指示に従っているほうが無難
- × 安全マネジメントの失敗が後知恵で裁かれるなら、リスク管理者はリスクを知らない方が得になり、リスクアセスメントを阻害する

英雄も一歩間違えれば犯罪者？

- × ハドソン川で乗客に死者が出たら、サレンバーク機長は罪に問われたか？
 - + 管制官の指示(他の空港への着陸を要請)を無視した
 - + マニュアルにない危険な不時着水を試みた
 - 日本なら業務上過失致死罪で起訴？
 - 離陸を許可した管制官も罪に問われる可能性？

医療ミスに対する刑事告発の例

- × 2000.3.02 京大付属病院で筋ジス患者死亡
 - + 人工呼吸器の加湿器に精製水と間違えてエタノール
 - + 看護師1名起訴, 医師らには不起訴。裁判で看護師の有罪確定
- × 2004.12.17 福島県立大野病院で産婦死亡
 - + 帝王切開後, 前置胎盤を剥離しようとして出血多量
 - + 産科医が起訴されるが一審で無罪判決。控訴断念
- × 2010.5.28 神奈川県で新生児の足の指3本切断
 - + 二宮町で自宅分娩で生まれた男児が低体温症になり, 救急搬送された秦野市の病院で保育器をヘアドライヤーで加温している間にやけど。
 - + すぐに救急手配しなかった助産師を書類送検
- × 2011.11.30京大付属病院で透析器具を間違えて患者死亡
 - + 腎不全の治療を受けていた患者の脳死肝移植の手術後に, 病棟で腎臓用でなく肝不全の患者に使う器具を装着
 - + 医師2名と看護師1名を書類送検

公正な文化(JUST CULTURE)とは

- × Just: (形) 公正な, 公平な, 正義の
- × Justice: (名) 裁き, 裁判, 司法, 公正, 正義
- × 起きてしまったことから最大限の学習をし, それによって安全性を高めるための対策を行うことと同時に, 事故の被害者や社会に対して最大限の説明責任を果たすこと。この二つの目的を実現するための挑戦を続ける組織文化(デッカー『ヒューマンエラーは裁けるか』)

公正な文化と賞罰

- × 現場の実務者が置かれている状況(日常および「その時」の), 作業の実態, 判断や行動に求められた時間的余裕, 設備・装置の性能と使いやすさ, その時利用可能な資源/支援などを十分に理解した上で, 同じ仕事をしてる他の実務者たちが納得できる賞罰がなされることが肝要
- × 規制当局や世論をなだめるための生け贄にしてはならない
- × 誠実に勤務に励む実務者を腐らせる甘さがあってもならない
- × エラーや違反を報告することが報告者の不利益になってはならない

後知恵バイアス

結果が悪かったことを知ることは, その結果をもたらした行動をどのように見るかに影響する

- × 因果関係を簡略化しすぎる
 - × 結果の見込みを過大評価する
 - × 規則や手続きに対する「違反」を過大評価する
(マニュアルと実際の活動の間には常にギャップがある)
 - × 当事者に与えられた情報のその時点での重要性, 関連性を誤判断する
 - × 失敗と結果を釣り合わせる
(もし結果が悪ければ, それをもたらした行動も悪いものだったに違いないと考える)
- (『ヒューマンエラーは裁けるか』, p.114-116)

厳罰の「脅し」は安全を阻害する

- × 注意力だけでは事故を防げないのだから一罰百戒で注意力向上に期待することができない
- × 事故の要因となったエラーをなくする
- × ヒヤリハット報告が問題ではない!
 - + オランダでインシデント報告半減
- × リスクを減らすための厳罰主義も同様の弊害を及ぼす
 - + 竹ノ塚駅長と本社の運転課長補佐は不起訴
 - + JR西日本の山崎前社長裁判はカーブでのリスクを認識していたか否かで争われた

人知れず任務に励む人々

「ハドソン川の英雄」サレンバーガー機長は「人知れず任務に励む大勢の人々」の中の一人だった。
(サレンバーガー著『機長, 究極の決断』)

- + 東日本大震災でも, 住民の避難・誘導に, 被災者の救助・治療に, 避難所の運営に, ライフラインの復旧に, 公共輸送機関の運転再開に, 多くの実務者が人知れず任務に励んだ
- + 多くの医療者も日々人知れず任務に励んでいる

公正な文化がないと・・・

- × 第一線はリスクを報告しなくなる
- × 上はリスクを知ろうとしなくなる
- × 中間層は何でも上にお伺いをたてる
- × 下に対してはマニュアル遵守ばかり強調する
- × 下は自ら考え行動しなくなる(指示待ち)



しなやかな対応ができない現場

つまり報告する文化も柔軟な文化もなくなる

「学習する文化」への道

- × 強くしなやかな現場力, すなわち柔軟な文化/組織のレジリエンスの前提として公正な文化が必要
- × 公正な文化は報告する文化の前提でもある
- × 報告する文化, 公正な文化, 柔軟な文化がそろって初めて真の学習する文化が生まれる

事故やインシデントから学ぶだけではない。成功体験, 日常業務の実態, 現場の「調節」から学ぶ必要。

参考文献

- 組織事故 一起こるべくして起こる事故からの脱却**
J. Reason (1997) 塩見弘(監訳)日科技連, 1999
- ヒューマンエラーは載けるか ー安全で公正な文化を築くには**
S. Dekker (2008) 芳賀繁(監訳)東京大学出版会, 2009
- ヒューマンエラーを理解する ー実務者のためのフィールドガイド**
S. Dekker (2006) 小松原明哲・十亀洋(訳)海文堂, 2010
- 組織事故とレジリエンス ー人間は事故を起こすのか, 危機を救うのか**
J. Reason (2008) 佐相邦英(監訳)日科技連, 2010
- レジリエンスエンジニアリング ー概念と指針**
E. Hollnagel, et al. (2006) 北村正晴(監訳)日科技連, 2012

ご清聴ありがとうございました

