

組織における安全文化創続の視点

— リスクマネジメントの人的側面 —

吉田道雄¹

The continuing creation of safety culture in organizations : The human side of risk management

Michio Yoshida

(Received September 28, 2018)

はじめに

筆者はグループ・ダイナミックスの視点から、「組織における安全」に関わる実践的研究を進めてきた(吉田 2001a,b, 2002, 2004, 2013, 2016, 2018)。組織の安全については「安全文化醸成」の重要性が指摘される。この表現はそれなりに満足できる「醸成された状態」が存在することを予想している。しかし、組織を取り巻く環境は時々刻々と変化しており、「これで安全文化が醸成できた」という終着点はあり得ない。そうした事実を踏まえ、筆者は「安全文化創続 (continuing creation)」という概念の採用を提唱している。つまり、「安全文化」は「創り続ける」ものであり、どこまで行っても「終わり」はないのである。それも、時代や社会環境などによって、個々の組織に固有の「文化」を「創出する」ことが求められていると考える。こうした意味を込めて「創続」を重視するのである。

そこで本稿では「組織の活性化と安全文化創続」に関わる課題や問題点を指摘するとともに、その解決のための視点を提示する。

劣化する列島

「『基本』にもかかわらず守られない」という捉え方は変えた方がいい。これは、繰り返される組織の不祥事を前にして、筆者が達した結論である。現実には「『基本』だから守られない」ことを明らかにしている。われわれの日常では、「基本」を守らなくても問題が起きない確率が高いのである。

その結果として、ほとんどの人間が「基本を守らな

い」状況に慣れきっている。全国の交差点では赤信号になってから突っ込む車にあふれている。高速道路では、最高速度の100kmを超えて走る車にあふれている。さすがに「あふれている」とは言わないが、少し走っただけで携帯で話し中の車とすれ違うことはめずらしくない。それでも、そうした行為が事故に繋がる確率はおそらく「ゼロ」に近い。また取り締まりに遭遇する確率もきわめて低い。

ここでは交通ルールに限定したが、「基本」を無視しても問題が起きることが「ない」と思ってしまう。それどころか、「基本」に忠実な人間が冷笑されることすらある。そんな環境の中で生きていくと、「ルール」や「マニュアル」を頑なに守る意欲が喪失してしまう、そんな劣化が進んでいる。

安全文化創続の視点

Fail safe and Feel unsafe

Fail safe (フェイルセーフ) はすでに日本語になったと言える。装置や機器、それらを制御するシステムに問題が起きたときは安全な動作、反応をするように設計する思想である。Fail (失敗) しても safe (安全) を最優先するわけだ。今日では、安全が問われる設備や機械はほとんどがこの思想のもとに設計されている。とにかく安全第一主義なのである。

しかし、Fail safe は安全を完全に保証するものではない。現実には、こうした装置があっても事故が起きたケースは存在している。

その典型的なものとして、1999年9月に核燃料加工施設で発生した臨界事故がある。その工場では危険な物質を混合して製品を作ることから、臨界が起きる

¹ 熊本大学大学院教育学研究科 (教育学部附属教育実践総合センター)
860-0081 熊本市中央区京町本丁5番12号 e-mail:yoshida@kumamoto-u.ac.jp

ことのない装置が設置されていた。しかし、現実には「裏マニュアル」と呼ばれるものがあり、規定された工程を経ずにバケツを使用していたのである。そこに至るまでには、コストや納期の問題、さらに作業の複雑さなど様々な要因があったと思われる。いずれにしても、ハード的には100% Fail safeを保証する装置があっても、人間側の問題によって、「想定されていなかった」事故が起きるのである。

こうした事例を踏まえれば、事故を防止し安全を維持しつづけるには Fail safe だけでなく、Feel unsafe が欠かせないことがわかる。それは、「現前する問題に『気づき』、『このままではまずいのではないか』との意識あるいは感受性」である。もっとも、上記の施設でも事故を引き起こした手順が記されたものを「裏マニュアル」と呼んでいたのであるから、それが「問題であること」は認識されていた。したがって、Fail unsafe の感受性があっても、それだけでは無力なのである。

そこで重要になるのは「言いたいことが言える」環境づくりであり、また「言ったら聴いてもらえる」という信頼感である。こうした人間的な環境整備ができていなければ、Fail unsafe も意味をもたなくなる。

ともあれ、ハードに関わる Fail safe の実現だけでなく、それを使う人間もこれに対応した行動をとる必要がある。「何かおかしい」と感じたら、それは「安全に問題があるのではないか」と考えることである。そのときは、「自分の思い過ごしや間違い」といった判断をすべきではない。しかし、現実には仕事や作業工程の進行を止めることには心的な抵抗と葛藤が生まれる。もう少し様子を見てからにしようといった気持ちになる。装置や工程を止めると、その再開に時間を要したり、時間を守ることが厳しく求められたりする状況では、その圧力は大きい。これは仕事をする者としては、当然の思いである。しかし、それが重大なトラブルや事故を引き起こすのである。

こうした場合、そのままでも問題が起きない可能性はある。それに、「何かおかしい」と感じたのは、自分の思い過ごしかもしれない。しかし、そうであっても、とりわけ組織のリーダーたるものは、「危険だと」感じる方を選択することが求められる。「まあいいや。大丈夫だろう」ではリスクマネジメントにならないのである。こうして、危機を感じ取る Feel-unsafe を組織全体の価値として定着させることが求められる。機器や設備の設計と運転は、Fail-safe で、それを運用する人間は Feel-unsafe ということである。

Feel unsafe のシグナル

現実には事故やトラブルを起こした組織から情報を得ることは容易ではない。しかしながら、問題に関わっ

た関係者たちとの会話やアンケートなどをおして、事故防止に寄与するキーワードを見出すことができる。それらは「Feel unsafe、のシグナル」というべきものである。ここではその典型的なものを挙げてみよう。

こんなの初めて

こんなことは「初めて」と思ったが、作業に「支障」はなかった。そこで、そのままいつものように仕事を進めた。このときは、たまたま一人だったこともあり、だれかに確認することもできなかった。むしろ自分が「勝手に」作業を止めてはいけなそうと考えた。

いつもと違う

作業を始めて間もなく、「いつもと違うような」気がした。しかし、本当に「違っている」との確信がもてなかった。また「納期」が迫っていたため、とくに大きな「影響はない」と考えて、そのまま続けた。このケースでは、最初に気づいた時点で同僚に声をかけていれば問題は回避できていた。ただ、「そんな気のせいだろう」と言われるのではないかと思った。じつは、それまでも同じようなことがあった。

これとは違って、作業を共にしている複数の人間が「いつもと違う」と認識した事例もある。このケースでは、「仲間同士」が「影響を過小評価」していた。こうなると、「複数で確認」することが、適切でない判断に対する「確信の度合い」を高めることになる。その結果、トラブルや事故の抑止力となるべき「Feel unsafe、の感受性が減殺される。

そんなこと聴いていない

作業工程にきわめて小さな変更が加えられた。そこで周囲の仕事仲間を確認したが、だれも「聴いていない」と言う。それで、少しは気になったが、とくに問題が起きるような変更ではないと考えてそのまま仕事を進めた。それに、こうした事例は以前にもあった。そのときは事前の連絡が遅れたことが判明した。つまり過去に「問題は起きなかった」体験をしていたのである。

どこかおかしい、何となく変だ

どこがどのようにおかしいといった具体的な指摘はできないが、「何かがおかしい」と感じた。まさに「直感的」に「Feel unsafe、が喚起されたのである。しかし、その曖昧さの故に、なにかをしようという動機づけが生まれない。このときは、さらに事態が進行してから問題が顕在化するのだが、「ときすでに遅し」の状況に至っていた。

言った方がいいかな

仕事をしていれば、そのときどきで「問題を感じる」ことがある。そうした際に「言った方がいいかな」と自問する機会は少なくない。しかし、それが現実の行動に繋がるとは限らない。むしろ「こんなことまで言う」と笑われるかもしれない、「顰蹙を買うかもしれない」「迷惑がられるかもしれない」などと推測し、行動化されないままに終わることが多い。そして、その行動を思いとどまったことで深刻な問題が引き起こされる確率はきわめて低い。そうすると、さらに「発言」は抑制される。

そもそも職場全体に「つまらないこと」を「いちいち取り上げる」ことを否定的に評価する雰囲気があれば、あえて発言する意欲は生まれにくい。こうした状況が日常化するなかで、確率の低い事象が引き起こされる。それは当事者たちには「想定外の事象」と認識されるかもしれない。しかし、そこに偶発的な条件が重層的に働くとしても、そうした事象は起こり得るのである。それが確率的な事象の本質であり、「想定外」として「無視」することを許容するものではない。

もしそうだったら、命にかかわるかも

ほとんど「起きない」と思われるが、「もしそうだったら、人命に関わる事態になるかもしれない」。それほど深刻さを感じても、職場で問題を提起することを躊躇するケースもある。

あるケースでは、「たしかに問題はあるが、私が言う立場ではない」と判断したという。そこでは「だれか言わないかな症候群」と呼べるような抑止力が働くのである。問題が起きてしまったあとで、「じつは自分も心配していた」「こんなことになるなら、思い切って言えばよかった」といった声が聴かれる。こうした傾向は、個人の特性と言うよりも組織の風土の問題であることが多い。事故防止のためには「地位や立場の違い」を乗り越えることを当然とする組織の視点が必要なのである。

知識から意識へ、そして行動へ

「知行合一」という。「知っていること」と「行動」が「一致する」ことである。しかし、人間にとってその実現は至難の業である。そもそも「知行合一」という言葉の存在自身がそのことを語っている。

安全に関する「知識」がなければ、安全を確保しようがない。組織の構成員が安全に関する「知識」をもっていなければ問題が起きるのは当然である。しかし、「知識」があっても事故は起こる。その典型が飲酒運転である。飲酒して運転することが禁止されていることを知らない者はいない。しかし、新聞の小さな囲み

記事には毎日のように飲酒運転で逮捕者が出ている。そして、人命が失われる深刻なケースは大々的に報道される。それでも飲酒運転は後を絶たない。つまりは「知識」が「行動」に繋がっていないのである。まずは安全に関する「知識」を安全のために生かす「意識」が必要である。もちろん、「意識」だけでも十分ではない。「意識」が「行動」に至ってはじめて安全が実現する。

「知識」は教えればよい。あるいは「規則やマニュアル」を読むように指導すればよい。しかし、「意識」や「行動」はそうはいかない。そこには組織における人間関係や仕事に対する責任や誇りなどが関わってくる。職場における管理者のリーダーシップなども大きな影響を及ぼす。事故そのものは「個人」が起こすことが多い。しかし、その防止のためには集団と個人を同時に捉えることが求められる。

「確率」でなく「確実」を

すでに見たように、今日では多くの装置や機器は安全を考えた設計がなされている。いわゆる Fail safe, 「安全第一」の思想が重視されているのである。その結果、規則やマニュアルに書かれていることを遵守しない場合であっても重大なトラブルや事故が発生する確率はきわめて低い。その中には「ほぼゼロ」と言えるほど Fail safe が徹底したのものもある。しかし、そうした精度の高まりが、人間の「油断」の誘因となり、それがトラブルや事故を引き起こす危険性も高めることになる。

ところで、完璧と言えるほど安全の確率が保証されない領域でも人間は「確率」に依存する傾向がある。たとえば車の運転である。法律で決められた制限速度にしたがって走っている車がどれだけいるか。たしかに悲惨な交通事故が起きてはいる。しかし、それでも車の台数や走行距離が飛躍的に増加したにも拘わらず、死亡事故は相対的には減少してきた。交通事故死者数が最多を記録したのは1970年の1万6,765人である。その後は一時的な増加はあったものの、2016年の死者数は3,904人である。死者数が4千人を下回ったのは、1949年以来で67年ぶりの記録となった。交通事故で死亡する「確率」は確実に低下したのである。しかし、それが「油断」を引き起こす要因にもなり、「自分は大丈夫」という、いわゆる「正常性のバイアス」を強化する。

社会の問題であるとともに、組織にも深刻な影響を引き起こす飲酒運転も同様である。たとえばグラス1～2杯のビールを飲んで運転してもそれで直ちに事故を起こす確率だけで考えれば限りなく「ゼロ」に近いだろう。しかも、車をガードレールにぶつけたとして

も、それを他人が見て、かつ警察に通報する確率もまたきわめて低いと思われる。しかし、それはあくまで確率の問題である。

われわれは、組織の安全や人命に関わる行動を「確率」だけに頼ることは回避すべきなのである。そこでは「確実」に安全を保証するものを選択しなければならない。飲酒運転にしても、酒を口にしてから、たとえば24時間に達するまで運転しなければいい。そうすれば、少なくとも「飲酒運転」によって事故を起こすことは「確実」にないのである。

安全を確立するために採用すべきは「確率」ではなく「確実」を保証する基本である。われわれは、「確率」から「確実」へ発想を転換することが求められる。それは客観的な科学というよりも人間の心に関わっている。個々人の価値観や生き方そのものと言うこともできる。それだけに、こうした発想を組織全体に浸透させ、構成員の行動として常識化することは容易でない。

ところで厳密には、人間の行動を含めて宇宙全体で生起する事象に「絶対的なことは絶対はない」とも言える。しかし、それでも安全の確立のために、われわれには「確率」よりも「確実」を追求し続けることが求められている。

危機対応の評価

ここで筆者の台風にまつわる体験を取り上げてみよう。それは「台風の当たり年」と言われるほど多くの台風が発生したときのことである。その年の8月末から9月にかけて、熊本を3つの台風が直撃した。このうちの1つは恐怖を感じるほどの猛烈さだったようだが、その日は熊本にいなかった。その他の2つも、予報では「強い台風で警戒が必要」と伝えられていた。そうしたことから、上陸が確実と見込まれた前日に2件の予定がキャンセルされた。さらに、当日の朝方に午後の1件が中止と決まった。そして、もう1つの台風でも、前日に会議が延期された。この2つの台風によって4件の予定が流れたのである。

ところで、この2個の台風は私の周辺に限ればほとんど影響を与えなかった。むしろ「本当に台風が通過したのだろうか」と訝しがるほどだった。そうなると予定をスケジュール通りに実施していても問題は生じなかったことになる。

このときキャンセルしたものは、単なる中止に留まらず、新たにスケジュールを組み直す必要に迫られた。それも可能なかぎり速やかに決定する必要があった。そのため、日程調整には困難をともなった。

こうした事態に直面すると、「あのとき中止などせずに、やっておけばよかった」という思いが強くなる。しかし、このときこそが危機管理の正念場である。危

機管理は「結果」だけで判断すべきではない。もちろん、「問題が起きなかった」ことは喜ばしい。しかし、そうだからと言って「安全策」を取ったことを後悔してはならないのである。こうしたケースでは、まずは自分たちの決定の正しさを確認することが必要なのだ。

ここで判断を誤れば、その後に同じような状況に直面したとき、「危険で冒険的」な選択をする傾向が強まるのである。人生においても、平穏に長生きした後になって「これなら生命保険を掛けなくてよかった」と後悔などしてはならない。それは「リスクマネジメントの『こころ』」に反すると言うべきなのだ。

これまでなかった症候群

あるアトラクション施設で、車いすの男性が転落死したことがある。搭乗の際にシートベルトを装着していなかったことが直接の原因だとされた。ただ、男性の状況からベルトの装着はきわめて困難だった。施設側が事故後に話した内容から、リスクマネジメントに関わる問題点が浮かび上がる。とくに注目すべきは「これまでなかったから」という「経験の誤った評価」が生まれることである。

これまでもシートベルトをしないこともあったが、事故は起きなかった。

過去の事実が直ちに「だから大丈夫」という確信にまで至ったとは言えない。しかし、「おそらく大丈夫だろう」と判断したことは容易に推測できる。この発言からは、その時点で「心配した」気配は感じられない。しかも、以下に述べる事実は、このときが「二度目」の体験ではなく、類似した対応が少なくとも複数回は行われてきたことを推測させる。

正式なマニュアルには「障害者」は利用できないとなっていたが、強い要請があった場合には、その場で判断していいという「現場マニュアル」があった。

これがどこで作成されたかは不明である。しかし、正式なマニュアルとは異なり、「現場」だけで通用する「マニュアル」が存在していたのである。現実には、問題が起きたあとで、こうした「マニュアル」の存在が明るみに出るとは稀ではない。たかつて「裏マニュアル」という言葉があたかも流行語のように話題になったことがある。それは1999年9月に東海村で発生した臨界事故後のことである。こうしたケースでは、当事者たちはそれが問題であることを認識しながら、マニュアルに違反する行為を続けていたことになる。ここでも、そうした対応に感じた者はいるに違いない。しかし、「おかしい」と思っても、「物言えぬ」雰囲気、

あるいはある力があれば、事態は放置されることになる。

同伴していた介助者は、被害者の足が不自由であることを伝え、アルバイトが「大丈夫だ」と応えた。ただ体型上からシートベルトを締めることができなかった。

このとき搭乗者と介助者に直接対応したアルバイトは現場責任者に障害があることを伝え、どうすべきか確認した。その際に、「足が不自由である」とは言っていないようだが、責任者は搭乗することを了解した。ここでアルバイトが責任者に「確認した」ことが事実であれば、本人としては、相手を見てどうすべきか判断に迷ったのである。それでも「現場マニュアル」には「例外」が認められており、それを基に「搭乗可」としたのだろう。

こうした事故が起きると、関係者から「これまでなかったから」という声が聴かれる。人間が何らかの行動をする場合、必然的に「トラブル発生の可能性」が発生する。問題が起きる確率はゼロではあり得ない。つまりは『『これまでなかった』 = 『これからもない』』という等式は成立しないのである。現実には、むしろその確率はより高まっている可能性がある。「これまで何も起きなかった」のは単なる「偶然」か、「強運」だったと考えるべきなのだ。誰も「これまでガンに罹らなかった」から「これからもガンに罹らない」と信じる者はいない。しかしながら、安全に関しては、われわれはそうした発想を選択への誘惑に駆られるかのようだ。

重大評価の共有化

「これまでなかった」から「今後も起こらない」という発想では安全の確保はできない。それは事故の確率が高まっているサインだと捉えるべきである。ここで、「ことの重大性」評価が重要になる。われわれは、「すべて」のことがらに対して「平等」にエネルギーを割り当てることはできない。そこで、想定される事態の重さが問題になる。それは安全に関わる優先順位でもある。われわれの社会では、人命が失われたり、ケガをしたりすることが最も重大な事故である。紙が

破れたり、ものが割れたりするのは質が違う。まずは、そのことを組織全体で確認しておく必要がある。優先順位が不明確で、構成員に共有化されていなければ、危機的な事態が発生しても何をどのようにすべきかがわからず混乱をもたらすことになる。

また安全に関わるトップの態度が重要になる。「世界的には安全最優先だと言っておかないとまずいじゃないか。しかし、この競争社会に、真正直にしていたら生き残っていけない」。トップがこうした姿勢であれば、それが組織の空気に影響を及ぼす。現実としては、トップが真摯で厳しい姿勢を保持している場合であっても、その精神や方針を全体に浸透させることは容易ではない。ましてやトップに言行不一致があれば、その構成員たちが建前的な発言に沿った行動をするはずもない。「トップは、口では安全重視と言ってるが、内心はそんなものどうでもいいと思ってるんだ」。トップがこうした評価をされた組織の安全が危うくなるのは当然である。世情、巨悪ということばが使われるが、「巨善は浸透しがたく、巨悪は直ちに組織を浸食する」のである。ともあれ、組織のメンバーが「ことの重要性」を「共有化」していなければ安全が保障されるはずがない。

引用文献

- 吉田道雄 (2001a) 総論 組織の安全と人間：集団力学の視点から。電気評論, 86 (5), 16-20.
- 吉田道雄 (2001b) 組織安全の行動科学。集団力学, 18, 5-26.
- 吉田道雄 (2002) 医療事故の人的側面：組織安全と集団規範。医療経営最前線, 7, 56-58.
- 吉田道雄 (2004) 組織の安全とグループ・ダイナミックス：集団的側面から見た安全。電気評論, 89 (5), 17-22.
- 吉田道雄 (2013) 組織における安全の人的側面：グループ・ダイナミックスからのアプローチ。患者安全推進ジャーナル, 30, 36-44.
- 吉田道雄 (2016) 安全文化醸成とリーダーシップ：「集団化学」の視点から。JREA, 59 (6), 40442-40445.
- 吉田道雄 (2018) コミュニケーションのインフラ創りとリーダーシップ：組織における安全文化醸成の集団的視点。RMFOCUS, 64, 33-37.