

## <未然に防止できるか>

東京大学大学院 工学系研究科  
機械工学専攻 社会連携講座 特任教授  
濱口哲也

はまぐち てつや/1960年生まれ。86年東京大学大学院工学系研究科産業機械工学専攻修士課程修了後、株式会社日立製作所入社、磁気ディスク装置の研究・開発・設計などに携わる。2002年東京大学大学院工学系研究科産業機械工学専攻助教授に就任。07年より現職。

### 「言い訳」は、失敗の真因である

顧客に安心と安全を提供することは、企業にとって経営の大前提といえます。どうしたら、失敗を防止し、提供する安心・安全のレベルを上げることができるでしょうか。

濱口：人は同じ過ちを繰り返したり、過去の失敗と似通った形の失敗をしたりします。だからこそ、「過去のふり見て、未来のふりを直す」ことが大切なのですが、過去の失敗を糧に未来の失敗を防止するのは、簡単ではありません。

私たちはしばしば、既に起きた失敗の結果だけを取り上げて、二度と失敗してはいけませんといいますが、しかし、それでは失敗を防ぐことはできません。

どうすれば、失敗の再発を防止できるでしょうか。

濱口：起きた結果事象だけを見ていては、その奥にある失敗の真因にたどり着くことはできません。求められるのは、真の原因を解明し、そこから上位概念にさかのぼって対策を打つことです。

人は、何らかの考えの下に行動を起こします。つまり、失敗の真因は、人の頭の中にあります。そこで、失敗の動機的原因を分析して、そのように考えないようにしたり、あるいは、そうなりかけても、本人が気付けるようにすることが、失敗を防ぐカギになります。

何か具体例はありますか。

濱口：医療の現場には、過去の失敗を記したインシデントレポートがあります。本来、これは、医療事故防止に向けた組織の宝でなければいけないのですが、単なる結果報告や始末書に終わっている例が少なくありません。

例えば、配薬ミスに関する次のような報告書があります。「ある日、看護師は、入院患者AとBを昼食のために食堂に連れていった。まず、AとBに昼食を配膳し、次に食前薬を手渡す作業を行ったが、看護師は薬箱からB用の薬を取り出して、Aに手渡してしまった」。

病院側はこの報告書を受けて、薬を配るときはよく確認するよう看護師に厳重注意し、看護師は「以後、十分注意します」と反省して終わりました。しかし、反省して終

わらせてしまっは、本人の成長はあっても、組織の成長は望めません。看護師個人への責任追及によって、なぜ、そうしたミスが起きたのかが見えなくなってしまうからです。

**確かに、人に責任を帰した途端に、失敗の真因を探る作業がストップしますね。**

**濱口：**責任者を厳罰に処することは、あたかも未来の失敗の抑制になると考えられがちですが、それは違います。悪意を持って行われた犯罪行為は別として、一般的にいつて意図的な失敗はないからです。

海外では、原因究明と責任追及の分離が行われています。先に原因究明から入り、刑事責任の追及の必要性があるときに限って、最後に責任追及をします。それに対して、日本では、概して個人の責任追及から入ることが多いんですね。

**二度と同じ失敗を起こさないようにするには、どうしたらいいのでしょうか。**

**濱口：**失敗情報の文書は、できるだけ本人の意思や感情を交えながら、なぜ、そのような行動を取ったのかという背景、行動の脈絡などを書くことが大切です。これを真の原因あるいは動機的原因と呼んでいます、なかなかできるものではありません。「真の原因を書き残せ」といわれると、敷居が高いと感じてしまうからです。そこで、私は敷居を下げるために、「言い訳を書き残せ」という表現を使っています。

言い訳というと、責任逃れに聞こえるかもしれませんが、そうではありません。なぜ、それをやってしまったのか。言い訳を語ることは、失敗の真の原因を語ることになるのです。

**配薬の事例でいうと、どのような言い訳が語られたのでしょうか。**

**濱口：**以下は、一部フィクションを加えた報告書です。「看護師は、いま思えば、Aさんに薬を手渡す際、『Bさんですね』と問いかけたところ、『ハイ』という答えが返ってきたので、安心して手渡してしまった。よく考えれば、お二人ともご高齢で顔が似ていたことに加えて、二人とも入院したてであったため、看護師は二人の顔と名前を完全に覚えていたわけではなかった。さらに、二人とも耳が遠く、入れ歯を外していたため、なおさら区別を付けることができなかった」。

ここから「耳が遠いお年寄りには、全ての質問に『ハイ』と答える可能性がある」ということが導き出されます。このほか、「多数のお年寄りを顔で正確に見分けるのは難しい」「入れ歯を外せば、別人のように変わってしまう」「そもそも多数の入院患者の顔を覚えるのは不可能である」といった真の原因をあぶり出すことができるのです。まずは病院の全職員が、これらの真の原因を共有していることが、再発防止には重要なのです。

**これらの真の原因から、さらに重要な上位概念を導き出すことができるのですね。**

**濱口：**そうですね。失敗のカラクリや、成功のカラクリを一言にして上位概念と呼んでいます。まず、失敗のカラクリから考えてみましょう。これだけ多くの真の原因、つまり失敗の要因が存在することが分かると、次のことが容易に考察されます。ベッドには名札が付いていますので、そこに寝ている患者が誰であるかは識別できますが、ベッドから立ち上がったら最後、それこそ食堂という場所で、何も対策なしで患者を識別するのはそもそも不可能なのです。そこで、「ベッドから離れたら、もはや患者識別不能である」と

いう失敗のカラクリが導き出されます。

次は、成功のカラクリを考えてみましょう。失敗のカラクリを反転すれば、成功のカラクリが導き出されます。失敗のカラクリが前述の通りであるならば、成功のカラクリは「ベッドから離れる際は名札をぶら下げろ」です。

これがこの件に関する再発防止策となるのです。今回失敗した看護師が反省することだけが再発防止策ではなくて、その失敗が誰にでも起こり得ることを知り、組織のシステム改善につなげることがさらに重要な再発防止策なのです。

## 未然防止は発明である

それでは、再発防止に対して、未然防止とはどういうことをいうのでしょうか。

**濱口**：再発防止とは、同じストーリーの失敗を防止することをいいます。それに対して、まだ、起こったことがない失敗を事前に想定して、それが生じる前に防止するのが未然防止です。多くの会社は、再発防止には力を入れますが、未然防止ができていない会社は多くはありません。

失敗を未然に防ぐには「想定すること」が一番良い方法です。ところが、「想定しなさい」といわれると敷居が高いので、私は「フィクションを語れ」といっています。

具体的にはどういうことでしょうか。

**濱口**：先ほどの報告書で、入れ歯を外していたという部分だけは、実は私が考えたフィクションです。真の原因の部分にもフィクションを入れたのです。その狙いは、未来の失敗を念頭に置き、失敗を未然に防止することにあります。

まだ起きていない失敗を未然に想定できるかどうか。それは、発明と同じくらい困難だといえます。つまり、未来の失敗を発明しない限り、失敗を未然に防止することはできないからです。

語られたフィクションの原因を組織が共有すれば、未来の失敗を防げるということですね。

**濱口**：はい。さらに大切なのは、先ほどの失敗のカラクリをさらに上位概念にもっていくことです。上位概念にもっていくというのは一般化するということです。一般論でいい表すことによって、異なる事例への展開が可能になるからです。「ベッドから離れたら患者識別不能」、という表現は、今回の失敗に限り成立する表現であり、もっといえばこの表現からは医療分野の事例しか想定できません。

ここで、ベッドを名札、患者を本体といい換えてみましょう。「本体と名札を分離したらID識別不能」と失敗のカラクリが一般化されました。この一般化された表現は、もはや医療分野だけの話ではなくなり、他の分野にも展開され、下位概念である事例を想定できるようになるのです。

例えば、何かの容器があったとしましょう。その容器の中身が何であるかという名札（ラベル）が容器のフタにだけ貼り付けられているとしたら、フタをあけたら最後、中身がわからなくなる、ほかの名札が付いているフタをかぶせてしまったら最悪であると、フィクションを語ることができます。そこで、「本体と名札が分離可能になっている、全ての容器を見直せ」というように、まだ、起きていない失敗を防止する、未然防止策

が生まれてくるのです。

**上位概念にさかのぼることにより、未来の失敗を予測するのですね。**

**濱口：**ええ。まとめると、未然防止には、「なぜそんな失敗をしたのか？」という背景や脈絡、つまり真の原因、動機的原因を考えるプロセスが問われます。その次に、つまり何に注意しなければならないのか、という事故の本質を表す上位概念を導出するプロセスが求められるのです。

さらにそれを一般化すれば「それなら、例えば～のところでも起こる可能性がある」と仮想事例(フィクション)を語って対策を打つという、未然防止活動が可能なのです。

**失敗の未然防止において、ほかに大切なことはありますか。**

**濱口：**自分の頭で考えるということです。ところが、マニュアルが全てだと考え、マニュアルにさえ従っていれば大丈夫だと錯覚している人が少なからずいるんですね。それでは、「外乱」が飛び込んできたときに対応できません。

ある大手企業の人材育成担当者から聞いたのですが、新しく課長になった社員が「課長職のマニュアルをください」といつてきたそうです。何をするにもマニュアルに頼る、一億三千万人総マニュアル時代がやってきたといえるかもしれません。

**なぜ、マニュアル化が進むのでしょうか。**

**濱口：**ミスが起きないように、全てのことをルールや決まりで管理しようとするからです。しかし、いつもマニュアルでうまくいくとは限りません。状況変化や思いがけない事態をマニュアルで管理することはできませんし、ましてや、まだ発覚していない問題、あるいは問題点すら分からないような問題をマニュアルで管理することは不可能です。

マニュアルはあくまでも作業手順書ですから、例えば、装置の原理や仕事のカラクリ、管理を行う理由などは書いてありません。すなわち、マニュアルに従うにしても、マニュアルの行間を読み、なぜ、マニュアルにそのように書かれているのか、なぜ、その作業手順でなければいけないのかなど、原理や理由、メカニズムにさかのぼって考える必要があります。頭の中までマニュアル化されてはいけません。

**マニュアルさえ守っていれば大丈夫だ、という気持ちがいけないのですね。**

**濱口：**その意味で、コンプライアンスの誤訳が横行していることも気になります。コンプライアンスの直訳は、「追従性」であって、社会通念や倫理を尊重し、社会からの要請に自ら進んで柔軟に対応することと考えるべきです。ですから「法令」という概念でも、「遵守」という概念でもありません。それを、法令遵守と誤訳し、法令を守ることと考えているから、法令さえ守ればいいとなる。それでは、マニュアルさえ守っていればいいという考え方と同じなんですね。

## 自ら課題をつくり出せる社員

**組織内に失敗の再発防止・未然防止の仕組みを構築するには、どうすればいいのでしょうか。**

**濱口：**一般の人が、先ほど説明したような失敗の真因を網羅した報告書をつくるのは簡単ではありません。一例として考えられるのは、プロのリスク管理者を置き、その人が本人にヒアリングをして、上位概念を導き出すやり方です。このほか、リスク管理室を設置す

るのも一案だと思います。

それから、失敗の再発防止・未然防止には、組織の壁を超えた失敗事例の共有が大切になりますが、その際、知識の伝達を阻害する要因として、セクショナリズムの問題が出てきます。この縦割り組織の弊害にどう対処するか。また、上司と部下の関係性などから、失敗情報は下から上へは伝達されにくいという特性を持ちますが、この“評価の壁”をいかに乗り越えるか。説明してきたように、未然防止には、他人の失敗や過去の失敗から仮想の失敗を導き出す必要がありますが、それには、知識も組織も水平展開が求められることを忘れてはいけません。

**人材育成については、いかがでしょうか。**

**濱口：**大切なのは、考える社員を育てることです。気になるのは、物事を考えるにあたって、問題と課題をごちゃごちゃにしている人が多いのではないかと、ということです。

私は、問題とは望ましくないこと、課題とは望ましいことであると定義しています。今の日本の会社を見ていると、問題の管理はできるけれども、課題を考えられる人はなかなかいません。起きた問題を解決することばかり考えて、新たに課題を設定することができないのではないかと思います。求められるのは、自ら課題をつくり出すことのできる社員なのです。

**それは、日本の弱点でしょうか。**

**濱口：**日本には、反省という大変いい文化があります。しかし、勘違いしてはいけないのは、反省したら終わり、謝ったら終わりではない、ということです。その点、アメリカ人は、失敗を論理的に分析します。そして、未来に知識を残すことを考えるのです。

反省は、省みるという字を書きます。未来に向けて教訓を生かすという前向き の意味が込められているんですね。そのことを踏まえて、本当の反省文化を育成するためには、反省の弁を述べたあとに、前向きな提案をすることではないかと思います。大切なのは、未来に二度と同じ失敗をしないことです。そのためにどんな知識を残すことができるのか。いかに前向きな提案ができるか。そこまでできて、初めて本当の反省に到達したといえるのではないのでしょうか。