

20021428

厚生労働科学研究研究費補助金
労働安全衛生総合研究事業

組織内の「問題事象」に潜む心理メカニズムの解明に基づく
人間特性を考慮した安全衛生管理システムの開発研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 古 川 久 敬

平成15年(2003年)4月

目次

I 総括研究報告

- 古川久敬 組織内の「問題事象」に潜む心理メカニズムの解明に基づく人間特性を
考慮した安全衛生管理システムの開発研究 1

II 分担研究報告

1 「問題事象」の発生契機とそのエスカレーション

- 山口裕幸 組織の問題事象の発生メカニズムに関する社会心理学的研究
－ 鉄道事故の事例分析を通して － 7

- 池田 浩・古川久敬 組織成員のモラルハザードの発生に関する心理メカニズム
の研究 17

- 吉原克枝・古川久敬 組織のモラルハザード予防のための管理システムの開発 . . . 25

2 「問題事象」の兆候とそれについての認知および評価

- 山浦一保 企業組織における安全行動基準の理解と実行の乖離を生む心理機制
の研究 31

- 三沢 良・山口裕幸 集団規範の実効性に関する実証的研究 － 組織の文化や
規範はメンバーの行動傾向をどれほど規定するのか？ － 47

3 「問題事象」に対する指摘と whistle blowing 行動

- 藤村まこと・古川久敬 組織における whistle blowing の促進要因に関わる
心理学的研究 59
(資料1) 調査票 (資料2) 分析結果の補足資料

4 「問題事象」の未然および再発防止方略について

- 古川久敬・浦 聖子 職場における失敗経験の共有が問題事象の抑制に及ぼす
効果 83
(資料) 調査票

- 藤井利江・山口裕幸 組織における失敗情報の共有を困難にする要因に関する
研究 95

5 日常的なリスクマネジメントについて

- 山口結花・山口裕幸 リスクマネジメント研究に関するレビュー
－ リスクマネジメントの基本的考え方と実践 － 99

- 野上 真・古川久敬 中間管理者のリーダーシップ行動と従業員の安全モラル . . 111

III 研究成果の刊行に関する一覧表 117

IV 研究成果の刊行物・別刷 119

I 総括研究報告

組織内の「問題事象」に潜む心理メカニズムの解明に基づく人間特性を考慮した安全衛生管理システムの開発研究

主任研究者 古川久敬 九州大学大学院人間環境学研究院 教授
分担研究者 山口裕幸 九州大学大学院人間環境学研究院 助教授

I 本研究の目的

1 本研究で明らかにすること

本研究の主な目的は、次の5点である。

(1) 組織内の各種の「問題事象」に注目し、それらを引き起こす個人やチームの心理メカニズム（看過、隠ぺい、虚偽報告などを含む）を明らかにすること。

(2) 問題事象の兆候や、発生した問題事象に対する個人や集団の「とらえ方」（例えば過小評価や過大評価など）や「反応」（例えば警告や告発などの whistle blowing）に潜む心理的メカニズムを、実証的に明らかにすること。これについては、個人やチームの認知と反応のタイプと特徴を分類し、適切な整理を行うことをめざす。

(3) 組織内の問題事象の克服や自浄作用の心理メカニズムについて明らかにすること。これについては、特に、個人や集団による失敗やつまずきの経験とそれの前向きとの共有が、その後の問題事象の防止や対応に及ぼす積極的な効果性について検討する。

(4) 問題事象の予防、発生に対する個人や集団の心理的反応において、組織風土やマネジメントシステムの特性が及ぼす影響について、リスクマネジメントの視点も参考にしながら、実証的に明らかにすること。

(5) 上記の研究知見を総合して、人間特性を考慮し、反映させた安全衛生管理システムの試行的開発を行うこと。

2 「問題事象」について

本研究では、組織内の「問題事象」に注目する。問題事象とは、反社会性、不祥事、不正など組織内で発生する非倫理的な問題とともに、事故やルール違反などの不安全にかかわる問題のことを指している。

すなわち、明確な外的基準がないことから、その判定において幾分の曖昧さを伴っているいわゆる企業倫理(ethics)から、遵守すべき規則や規定が明確なコンプライアンス(compliance)までを含んでいる。そしてそのような問題事象を引き起こす当事者は、単独個人であるときもあれば、集団によるときもある。

3 本研究の特色について

本研究では、以上の点を心理学の観点から明らかにする。この数年でも、周知の通り、様々の種類の組織において「問題事象」が多く発生している。これらは、業務従事者に対してはもとより、一般生活者や消費者に対しても重大な損害や危害をもたらす問題であり、社会的な要請として、未然防止策が強く求められている。

これらの「問題事象」への対応策として制度や規則の強化が論じられることが多い。しかしその実効は、「従業員や作業チームの持つ心理特性」の的確な把握なくしては期待できない。「問題事象」の発生には、「個人」と「チーム」固有の心理機制が確実に関与している。慣行や慣例への追随、職場規範への無反省な同調、事態の重大性についての過小評価、匿名性の高まり、視点の固定化などである。こうして、これらの心理機制の発生条件と作用の科学的な解明は急務であるといつてよい。

ただし本研究では、これらについて議論を行うにあたって、個人の視点からの分析にとどまることなく、組織の視点にも立ち、組織外の環境変化を斟酌しながら検討する。

この数年来、景気の低迷も加わって、厳しさを増す経営環境は、我が国のほとんどの組織に対して事業構造や組織編成の変更とともに、効率性とコスト削減を強く求めるようになってきている。競争の原理や、収益性の原理が全面に押し出てきている。その結果として、個人や職場に業務負荷の増大をもたらし、また下請け・孫請けの増加、アウトソーシングの促進などを通じた組織構造の重層化・幅轄化を促進させている。

確かにこれらの進行は、組織にとって、一方では不可欠のことであるものの、悩ましいことに、得てして企業倫理やコンプライアンスを脅かす原理や現実として、個人や集団の思考や行動に大きな影響を及ぼす。

これらのことを念頭に置いて、個人や集団の心理や行動が、今日進行している環境変化と組織・業務体制の変更によって、どのように増幅される可能性があるかを検討し、解明する。

II 平成14年度に行った研究

1 問題事象の類型化および問題事象の進行に関するモデルの設定

平成14年度は、研究全体を構造化するために、「問題事象」の類型化を行い、次いで種々の問題事象の進行にかかわる主要な心理的メカニズムについて Fig. 1 に示すとおりに整理を行った。そしてこの Fig. 1 に示されている問題事象の進行モデルを研究枠組みとして個別の研究に取り組んだ。それらの概要については下記の通りである。

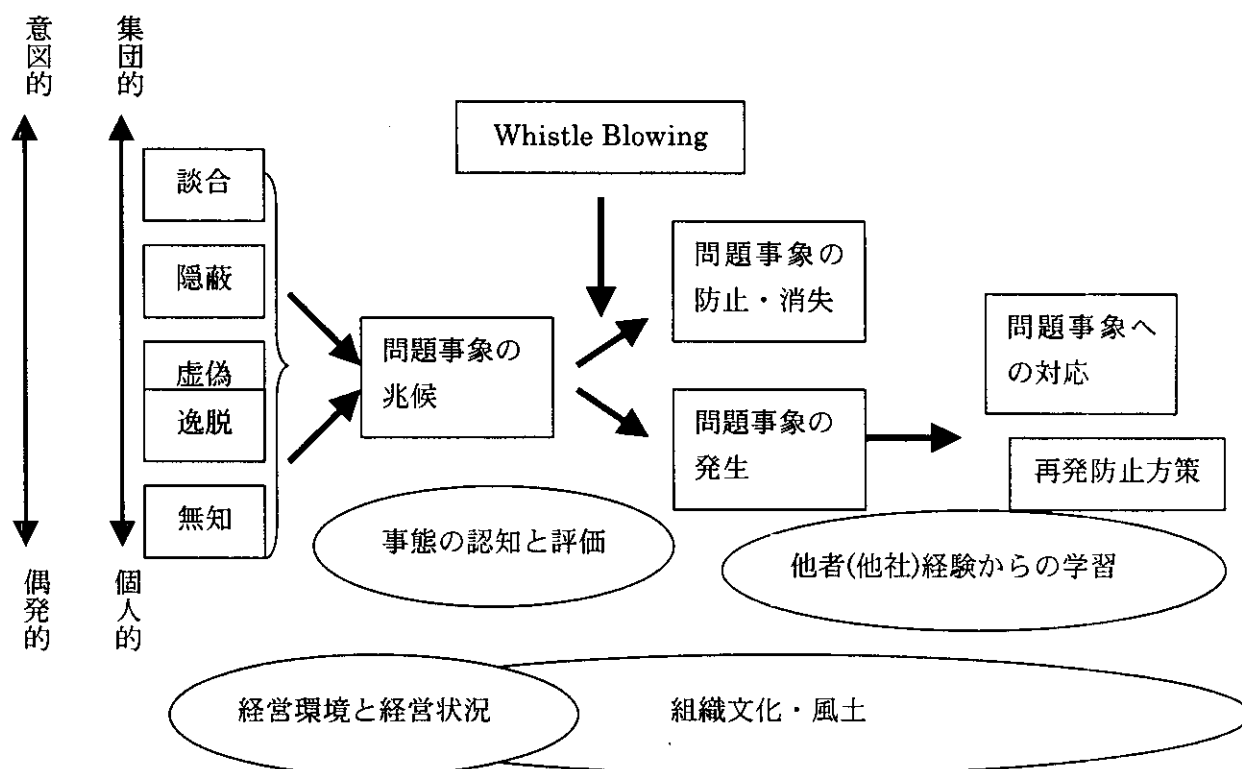


Fig. 1 組織における「問題事象」の類型と進行に関するモデル

2 「問題事象」の発生契機とそのエスカレーション

問題事象は、個人の「無知」や「逸脱」に端を発することが多いと考えられ、またかなり偶発的なものであろう。しかしながら、これらが軽微であることや個人的範囲であることのために看過されつづけることで、当事者は、例えば味をしめたり、問題を過小に考えたりして、その逸脱が習慣化し始めることが考えられる。そうすると、「虚偽」や「隠ぺい」にさえもエスカレートしてしまう。また偶発的であったものが、次第に意図的なものに質を変えたり、また個人的なものが集団的なものにシフトし、「談合」などの構造的な問題にも進展していく。

問題のエスカレーションについては、これとは異なる心理メカニズムによって発生することも考えられる。すなわち、味をしめるなどの強化によってではなく、いったん「虚偽」や「隠蔽」を行ったとしたら、それが既成事実として働き、それらを隠し通さざるを得なくなり、その後の判断や行動に作用して、なかなかその問題から抜け出せなくなることが指摘されている。

この心理的現象は、“knee-in-the-big-muddy”現象としても表現され、先行する行動が、その後の行動に制約をかけ、行動のエスカレーションを生み出すことが指摘されてきている(最近ではStaw, 1997のレビューがある)。筆者ら(1989)も、行動の「自己呪縛現象」としてかつて既に実証研究を行っているが、来年度においてこの点の実証研究にも取り組みたい。

なお、問題事象の発生契機に関連して本年度は、鉄道の事故防止や安全確保を例として問題事象の発生メカニズムを考察した山口裕幸の研究、およびモラルハザードの発生契機について池田浩・古川久敬および吉原克枝・古川久敬の論考において検討し、基本的な仮説を提示した。

3 「問題事象」の兆候とそれについての認知および評価

問題事象が継続し、次第に表面化してくるようになると、当事者以外にもそれについて気づくことになる。ただ周囲の他者が気づいたとしても、これが指摘を受け、是正や改善に向けて動きが始まるかといえれば必ずしもそうではないことも多いと推察される。

これには、当該組織の文化や風土がどのような特性を持っているかだけでなく、最近の厳しさを増している経営環境や、当該組織の経営状況のいかんが大きな影響を持つことが考えられる。現に、平成14年度に発生した企業不祥事のいくつかは、この観点からも議論することができる。

また、問題事態の認知や評価については、現実には、事態に近い者（当事者）ほど、その事態を甘くとらえたり、事態の重大さを過小評価することが考えられる。この心理的現象は、これまでほとんど注目されることもなかったので、筆者らの論考(Kaminori & Furukawa, 2001)を除いて十分な議論がなされておらず、したがって実証的研究もほとんどないが、今後において是非取り上げたい重要なテーマである。

なお、これらの点に関連して本年度の研究では、山浦一保の論文において、知識や認識の水準と現実の行動との乖離現象について、事例研究と関連づけながら取り上げ、その発生契機について仮説を提示した。また、三沢良・山口裕幸の論文においては、組織の持つ文化や風土の差異が成員の認識と行動傾向を左右することを明らかにした。

4 「問題事象」に対する指摘と whistle blowing 行動

問題となるべき事象が持続的に発生し続ける事態をみて、関係者（観察者）はどのような反応や行動をみせるであろうか。これについては、かつてから whistle blowing（警笛行動）の研究がなされてきている。これは昨年、国内外において、大手企業の不祥事に関係して示された行動であり、社会的に大きな関心を呼んだ。

そこでは、whistle blowing は、「内部告発」という重くて重大な行為としてとらえられている。しかし、筆者は、組織の現実的な問題事象のことを考慮し、その継続的発生を未然に、あるいは軽微なうちに防止するという視点に立つと、whistle blowing を、まさに本来のやや軽い意味を持つ「警告」という意味でも用いることが望ましいと考えている。

この問題の指摘に関連して、本年度は、藤村まこと・古川久敬の論文において whistle blowing に関する文献的研究とともに、病院組織における問題事象に対する whistle blowing の促進要因について実証研究を行った。

5 「問題事象」の未然および再発防止方略について

問題事象は、極力未然に防止するように務めることはもちろんのことであるが、「ヒヤリ、ハット」までで止まらずに、やはりどうしても発生してしまうことになりやすい。組織においては、万一問題事象が発生した場合、それへの適切な対応だけでなく、その後の再発防止のための取組みも必要にして不可欠である。

本研究では、日常業務の中で、成員が互いに問題事象にかかわる体験（経験）に関心を持ち、それについて意見交換等をより多くしている職場ほど、基本的な職務の学習が進んでいることはもちろん、不定期で突発的な仕事、あるいはトラブルや異常事態に対する対応についても確実な学習が進んでいると予測している。またその経験は、組織内のものだけでなく、他組織のものでも同様の効果を持っていることも予測している。

この点を確認するための理論的考察と調査については、病院の看護部を対象として古川久敬・浦聖子によって実施され、現在分析中である。このテーマについてはまた、藤井利江・山口裕幸の論考においても検討し、仮説を提示した。なお、これらの研究によって得られる知見は、組織における倫理や安全に関する成員向けの教育研修において基本的な示唆を提供してくれるものと考えられる。

6 日常的なリスクマネジメントについて

組織における問題事象の防止や的確な対応は、当該組織における日常的なリスクにかかわるマネジメントのあり方が強いかわりを持っていることが考えられる。

この点に関して本研究では、今年度、山口結花・山口裕幸の論文でリスクマネジメントの基本的考え方と関連研究のレビューを行った。また、野上真・古川久敬の論文では中間管理者のリーダーシップのあり方と問題事象発生との関連性にかかわって仮説の提示を行った。

7 倫理面への配慮

本研究を進めるにあたって、聞き取り調査あるいは質問票調査に際しては、事前に組織の責任者に目的を明確に説明し、十分な理解を得たのちに実施した。また、回答者のプライバシーや人権の保護に十分配慮した質問を行うことに心がけた。さらには調査データの分析や報告に際しては、個人や職場・組織が特定されることのないような配慮を行っている。調査結果については、調査等の実施組織に対して確実にフィードバックを行うこととしている。

8 健康危険情報

研究を推進していく中で、特に健康に危険を及ぼすようなことは認められなかった。

9 参考文献

Jennings, M. M. 2003 *Business ethics*. (4th Ed.) Thomson.

Naoko Kaminori & Hisataka Furukawa 2001 Why does the underestimation of seriousness occur? : The effect of prior knowledge on the seriousness estimation of the incident. Paper presented at the 4th Conference of the Asian Association of Social Psychology, Pp.162-164.

Pirie, I. 2000 The social politics of business ethics. J. Barry *et al.* (Eds.) *Organizational and management*. Chap.11, Pp.198-213. Business Press.

Staw, B. M. 1997 The escalation of commitment: An update and appraisal. In Z. Shapira (ed.) *Organizational decision making*. Chap. 9, Pp. 191-215. Cambridge Univ. Press.

吉山尚裕・古川久敬 1989 意思決定に伴う自己呪縛現象に関する実験的研究. 九州大学教育学部紀要, 34 巻 2 号, 129-135.

II 分担研究報告

組織の問題事象の発生メカニズムに関する社会心理学的研究 －鉄道事故の事例分析を通して－

山口 裕幸

(九州大学大学院人間環境学研究院)

本報告の概要

本稿では、組織の問題事象の発生メカニズムについて社会心理学的視点から明らかにすることを目指して展開している研究活動の現時点（2003年2月初旬）における成果を報告する。はじめに、本研究の目的を確認して、本研究のオリジナルな視点を明確にしなが、実証研究に取り組む際の理論的枠組みを提示する。それに続いて、本年度取り組んだ実証研究活動のうち、鉄道交通機関における事故報告書の内容分析について、中間点の現時点で得られている成果の報告を行う。

なお、組織の問題事象とは、事故や手違いなど、いわゆる「失敗」を犯してしまうことに加えて、事故を隠蔽するなど、犯した失敗に対する事後処理を誤ることの両者を含む概念である。本稿で報告する内容は、主として「失敗」を犯してしまう側面に重心をおいている。報告する実証研究の対象が鉄道事故であり、公共交通機関組織であるため、本稿では「事故」という表現を一貫して用いる。

本研究の目的

本研究の目的は、第一に、労務現場における事故が、いかなるプロセスを経て発生するのか、その発生メカニズムを明らかにすることである。その際、当事者の個人レベルの特性（職務遂行能力、性格、認知や知覚の特性、健康状態、等）と、組織レベルの特性（勤務体制や組織規範・文化の特性、情報伝達システムや意思決定システム、等）との相互作用によって生み出される効果に注目する社会心理学的視点からアプローチする。すなわち、個人レベルの特性と組織レベルの特性が組み合わさって生まれる（事故を引き起こす）影響力に注目する観点から検討を試みるものであり、そこに本研究の特色がある。

本研究の第二の目的は、事故を防止するより有効な方策を検討し、具体策を提案するところにある。ここでも、発生メカニズムの解明と同様、個人特性と組織特性の相互作用が生み出す効果について重視しながら検討を進める。そのためには個人特性を職務課題に照らし合わせて多面的にかつ精確に測定するスケールと組織特性の診断スケールの開発が必要になってくる。測定・診断するだけでなく、事故防止に向けていかなる方策があるのか、具体的なソリューションの提供につながる取り組みを目指している。

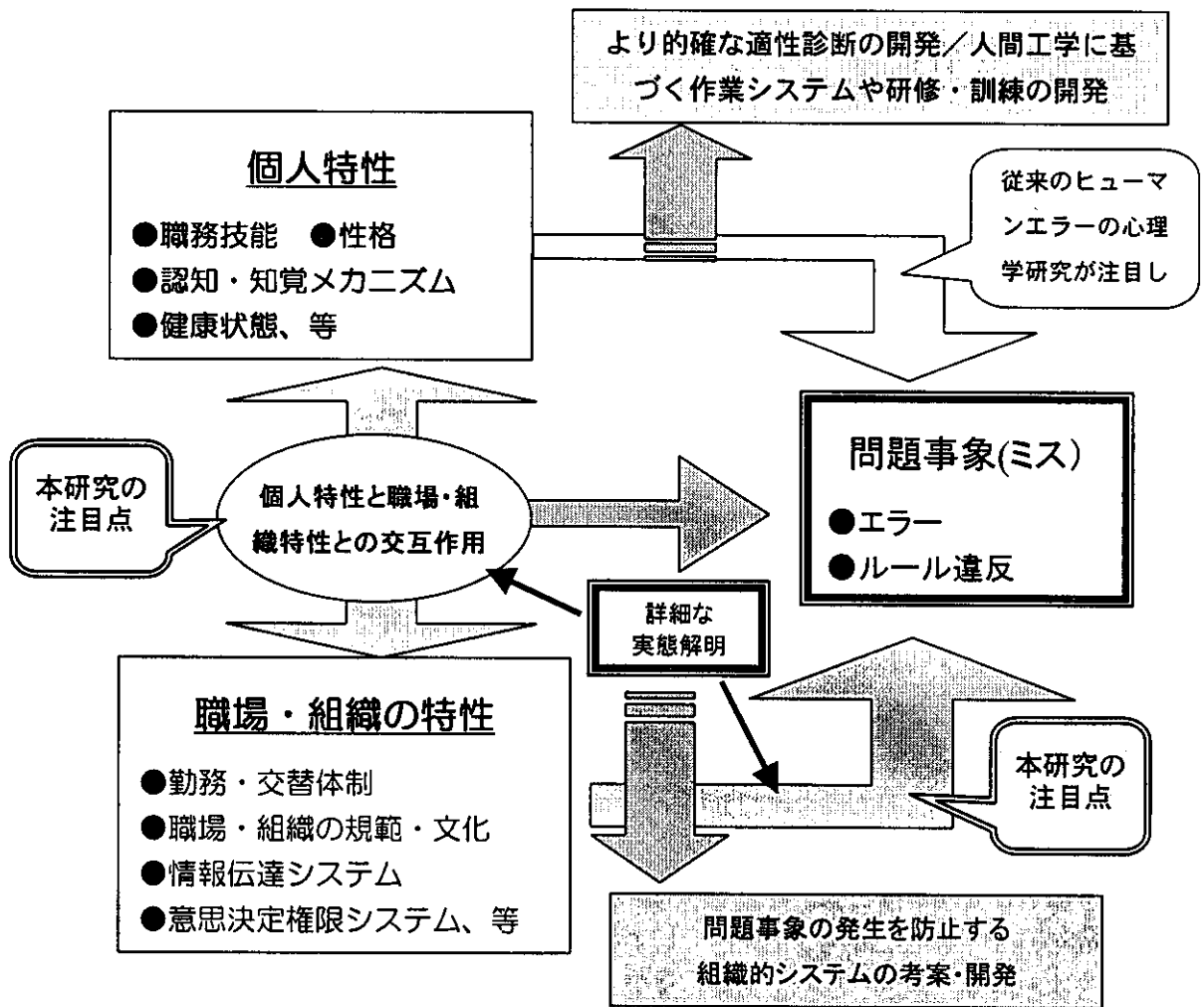


Fig.1 本研究の理論的枠組み

これらの目的達成のためには、事故発生の実態・実情の解明に際して、事故を引き起こした当事者個人の要素だけでなく、組織レベルの要素についても注目する取り組みが必要であるし、組織状況の特性が個人に及ぼす影響特性にも注目する必要がある。以下に、本研究の理論的な枠組みを実証的取り組みと関連づけながら説明する (Fig. 1 参照)。

実証研究に取り組む際の理論的枠組み

従来、事故の発生メカニズムに関する研究の多くが、人間の認知や知覚の特性、あるいは職務遂行能力や健康状態、さらには性格特性等の個人レベルの特性による影響に注目したアプローチを採ってきている (正田, 1988, 1997; Reason, 1993; 大山・丸山, 2001)。個人レベルの特性による影響に関しては、錯覚などの知覚や認知メカニズムの影響 (海保, 1999; 松尾, 2001) や性格の影響 (安藤, 2001)、など、詳細な検討がなされてきている。こうしたアプローチはより安全な作業環境の実現に寄与する優れた成果をあげてきた。自動列車停止装置 (ATS) の開発などはその一例であろう。

また、組織レベルの諸特性がエラーを誘発する側面にも注意を払うべきであるという指摘がなされている(Reason, 1998; 山内・山内, 2000; 芳賀, 2000; 岡本, 2001)。たとえば、組織風土の影響(三沢・山口, 2003; 鎌田・上瀬・宮本, 2002)や、コミュニケーションの取り方の影響(山内・山内・山口, 2001)あるいは、職務課題の多重性・多様性や職務環境の不十分さの影響(山内, 2001)などである。確かに、医療や福祉の現場、公共交通機関の現場は、秒刻みの職務遂行を必ずしも快適とはいえない環境のもとで、正確にこなしていくことが求められている。「うっかり失敗した」ではすまされない職務でありながら、組織がシステムとして持っている諸特性の影響ゆえに事故が誘発される側面への配慮が十分にはなされてこなかったことは、研究上の重要な克服課題と言えるだろう。本研究でもこの視点は重視する。

こうしたいずれかのレベル単独の影響にも関心を払いつつ、事故を誘発する心理特性や状況特性に関する研究と、事故を防止する対策は多様に試みられてきている。にもかかわらず、医療場面での事故報告は頻々となされているし、長年にわたって事故解消に取り組んできた鉄道交通においても事故を根絶できない。起こってしまうと人命にかかわる事態に直結しかねないために現場の悩みは深い。人間はエラーを犯す動物であると言う前提に立ったリスクマネジメントの取り組みは重要な役割を果たすものと期待される。本研究プロジェクトではリスクマネジメントの視点からのアプローチも展開しており、それについては別稿にて報告する。

さて、本研究がもう一点看過できない視点として注目するのは、個人特性と組織特性とが相互作用して事故を誘発するフェイズの存在である。ひとつの仕事に完遂しないと次の仕事への集中が高まらない性格を持つ人が、複数の職務を同時に並列処理しなければならないような職場に配属されると、その性格と職場の特性があいまって失敗につながりやすくなることは十分にありうる。もちろん、逆に、組織や職場の特性と個人特性とが適合して効率的で事故のない職務遂行を実現する場合もある。個人レベルの特性と組織レベルの特性とは必然的に相互作用して、それ独自の効果をもたらすことになる。この側面に注目した取り組みはこれまでほとんどなされてこなかったが、多種多様な対策と真摯な努力によっても、鉄道事故の発生頻度が一定程度まで減少した後、維持されてしまう原因の根底には、この両者の相互作用の問題が存在する可能性がある。本研究では、この相互作用が生み出す影響特性に注目した独自の視点から分析を行って、より効果的な事故防止方策の検討を試みる。

実証的取り組みの報告

なぜ鉄道事故を対象とするのか

本稿で報告する鉄道旅客運輸の業界では、長年にわたる事故防止への取り組みによって、極めて安全性の高い交通を実現している。ある意味で産業界における事故防止の優等生とさえいえるだろう(丸山, 2001)。しかし、先にも指摘したように鉄道事故が無くなったわけではない。安全装置の開発・設置、運転士の教育訓練等の努力・工夫によってある程度まで事故を減少させることができて、それ以上にはなかなか改善されないのが実情である。一度発生すると惨事を招きかねないこともあって、鉄道事故の発生をさらに抑制すること、言い換えると、事故防止に関するさらなるブレークスルーをもたらす取り組みは、現場の切実な目標となっている。

鉄道事故の発生に関して、その原因はほとんどの場合、運転士個人の要因に帰属されやすい。丸山(1986)によれば、鉄道事故の原因は大きく3つの要素によって分析できるという(Table 1)。

Table 1 鉄道事故の主要発生因子（丸山（1986）より）

第1因子	意識水準低下 「ウトウト・ボンヤリ」、「信号確認忘れ」、「オーバーラン」
第2因子	故障や突然の異常 「車両の異常」、「運転中の異常」
第3因子	誤判断 「停車位置通過」、「停車位置の間違い」

この他に、ホーム上での客のうろつきや危険行動もあげられている

現場の安全管理者の認識としては、高度な安全装置を備え、運転士にも繰り返しシステマティックに教育・訓練を行っている以上、意識水準の低下などもってのほかであるとともに、緊急事態への対処法は身につけているはずであるとの思いが先に立ち、誤判断も本人の注意散漫によるものだと結論づけたい気持ちが働く。管理者の方が組織内での権力関係で上位にあることが、勢い運転士の個人責任への帰属を助長してしまう。

しかし、「起こしてはいけない」という緊張感が、不安や焦りをかきたて、訓練の場や平静にしていればなんなく対処できた状況への対応を誤ることもありうる。責任感が強く几帳面な性格の運転士が、駆け込み乗車の客への対応のために、列車運行のタイムテーブルから逸脱して運転をしているとき、所属する職場における到着時刻の遅れに対する規範の違いは、その後の運転士の行動に影響を及ぼす。許容的な規範の職場であれば平静に行動できても、厳格な規範の職場であれば、必要以上に緊張して焦り、判断を誤る危険は高くなってしまう。

個人レベルの特性と組織レベルの特性の組み合わせが生み出す危険性に注目する視点は、個人レベルと組織レベルのそれぞれ単独の影響に焦点を当ててきた研究を越えて、独自の知見をもたらすことが期待される。鉄道事故防止への取り組みは長年にわたる系統的な取り組みが行われており、現場においても記録を残し、そこから学習しようとする動機づけが高い。過去の事故事例について詳細な記録が存在し、分析が可能である。また、事故の実情に対して率直に情報公開する態度も醸成されてきている。運転士個人の責任という視点からの分析が主流だったのに対して、組織レベルの特性との相互作用という観点から、事例を分析し、運転士や管理者の見解を分析することは、新たな事故防止への取り組みの示唆をもたらすことが期待される。この点について理解を得ることのできた組織を対象に実証研究の取り組みを進めてきている。

研究協力組織

九州旅客鉄道株式会社（JR九州）運輸部の協力によって、聞き取り調査を実施するとともに、JR九州南福岡運転区管轄路線内における1987年（昭和62年）から2002年（平成14年）にわたる全事故報告記録（運転士による事故発生前後の詳細な状況の報告及び事故原因の主観的分析等）の提供を受けて内容分析を行っている。

JR九州では、運転士の技能向上と緊急事態への対処、事故防止を重視して、ほぼ1月おきに研究訓練を実施している。その際、「人間はエラーを犯す動物である」という前提に立って、事故

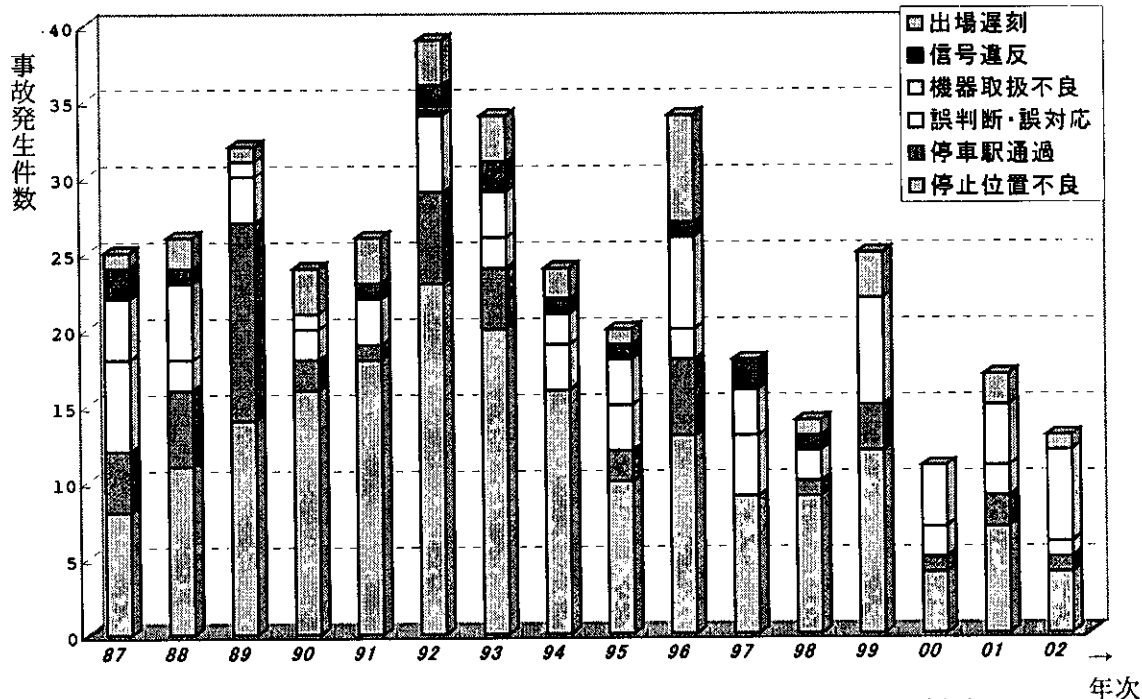


Fig.2 南福岡運転区における事故発生頻度の15年間の推移

を起こしてしまいやすい状況を繰り返し説明し、事故発生の主たる原因として、運転士の注意力低下を重視している。ただ、早朝から深夜に及ぶ勤務の中で、不規則な交替時間による過労、睡眠不測の影響を排除することができず、対応に苦慮している。人員の増強は経営環境の厳しさから期待できず、いきおい、精神的な指導が中心になりがちで、管理者は潜在的に指導の限界を感じている。なんとか、より一段の事故件数減少を実現したいという動機づけは高く、研究協力体制をとることになった。

事故発生頻度の時系列的推移

JR九州南福岡運転区では、「停止位置から1メートル以上通過(未着)しての停車」および「所定到着時刻から1分以上の遅れ」を事故と規定している。提供された事故報告記録書に基づいて1987年から2002年にかけて南福岡運転区内で発生した事故件数を、その内容を大別して示したのがFig.2である。年によって変動はあるものの、事故件数はほぼ一定しており、これ以上は少なくならないのではないかと思わせる「底打ち」状態を呈しているといえるだろう。とはいえ、事故が絶えず一定程度発生することを容認することのできる仕事ではない。事故防止へのさらなる検討が必要とされるゆえんである。

なお、一般に想像される停車すべき駅の通過や、脱線、人身事故などの鉄道事故よりも極めて軽微とみなせるエラーも「事故」として扱われていることには留意すべきであると思われる。JR東海など他の組織ではもっと緩やかな規定の運転区もあり、事故に対する態度という面では、南福岡運転区は非常に厳しい態度をとっているといえる。しかも、この厳しい態度は当該運転区の伝統であり、誇りであるという認識が組織メンバー間で共有されていることを、区長および助役らの聴き取り調査の過程で確認した。より多くのメンバーを対象にして客観的に直接測定したのち、より正確な判断をすべきであるが、事故記録の内容分析に取り組むに際して、軽微な事故に対しても厳しく対処する組織規範の影響に留意しながら作業を進めた。

聴き取り調査の結果概要

聴き取り調査は、2002年11月に2回、12月に2回、2003年2月に1回、計6回を実施してきた（今後も継続予定）。調査対象者は、本社運輸部の安全管理・教育担当者、南福岡運転区の区長、助役等の安全管理者、総数12名である。

この聴き取り調査は、来年度の構造的質問項目に基づくインタビューの基礎を作るためのものであり、自由意見交換の形式をとった。事故発生の原因について多様な観点から言及してもらいながら、事故防止の取り組みの実情と、その限界・問題点についても尋ねた。聴き取り調査の結果の概要は以下の通りである。

事故発生の原因について

- (1) 集中力持続の難しさ 優れた自動制御システムが完備され、現在では駅に到着するときと出発するときだけ集中力を高めれば安全運行できるようになっている。ところが、かえって運転中の集中が途切れ、疲労による睡魔にとらわれたり考えごとにふけてしまったりして、肝心の駅構内で集中力までもが低下してしまい、事故につながっているケースが最近目につく。航空機運行で指摘される、いわゆる「アンダーロード」現象と同類の問題なのかもしれない。

⇒人間の認知メカニズムへの帰属 ⇒対処法：厳しい叱責・処罰

- (2) 個人の性格的な問題 事故を起こした運転士を調べていくと、最初の事故を起こした後、無事故を続けている者は少ない。発生する事故のうち、60%はリピーターによるものである。ただし、リピーターが不真面目でいいかげんな仕事をしているというわけではなく、むしろ真面目すぎるほど真面目な運転士がリピーターには多く含まれている。運転士採用に際して適性検査も行っているが、内田クレペリンのみであり、もっと多面的な適性検査が必要かもしれない。

⇒個人の性格への帰属 対処法 ⇒対処法：叱責や処罰の他に特になし。

- (3) 運転や研究への慣れ 列車の運転自体は動作も限られており比較的短期間で習熟できる。慣れてくると事故を起こすのではないかという危機感が低下する。また、実際、事故はほとんど起きないので、いいかげんな手順で運転したり、手抜きなどして約束を守らなかったりしても、結果オーライの無事故状態が継続することが多い。指差呼称や線路脇の大きな注意看板などの工夫は、そうしたことへの対処であるが、これも慣れてくるとおざなりになってきて、真の効果をもたらさない。研修にも頻繁に参加させているが、どうしても繰り返しの内容になりがちで、技能の向上には資するものの、研修への慣れが生じて、事故防止に最も鍵を握る自己を律して注意の集中を絶やさない厳しい態度の醸成には逆効果になっているのかもしれない。

⇒人間の「慣れ」が生む不注意に帰属 ⇒対応策：点呼時の注意の徹底。しかし、ここでも慣れのメカニズムは働く。

- (4) 管理者側と運転士側の認識の相違 事故を防止するには面倒くさくても一定の手順を守って作業を進めることが肝要であることはいうまでもない。管理者側は、問題を検討して、運転士の安易な作業手順スキップを防止するためのアラーム装置を開発し、巨額の設備投

資を行って設置した。設備導入の当初は順調に推移していたが、約1年後に現場に行ってみると、装置の電源が切れ、使用されなくなっていた。叱責すると、運転士からは、アラームがうるさく(気になって)、かえって手順を間違えるなどの問題が生じてきたので、あえて作動しないように電源を切ったという返事があった。運転士には、円滑に仕事を進めるための作業プログラムが自らの頭脳にインプットされており、外的に逐一支持を受けることは、円滑な作業を阻害する側面のほうが大きかったのかもしれない。この事例だけでなく、管理する側と運転士の側とでは、どちらも安全を目指しているのに、そこへ辿り着くための方法において、見解の相違がよく見られる。その相違を過小評価してきたことが、事故を根絶できないことにつながっているのかもしれない。

⇒立場の違いによる問題への認知の相違に帰属 ⇒対応策：運転士の意見を良く聞く、管理者と現場の双方向コミュニケーション。

事故防止取り組みの実態と限界

- (1) 心理メカニズムの罨 これまでも指摘されてきた知覚に生じる錯覚や緊急時のパニック、一時的に処理すべき情報がオーバーフローする問題などについては、実態をよく研究し、そうした事態が発生しやすい条件と、それへの対応策を運転士に教育し、訓練してきた。しかし、その他にも、違和感を覚えているのに見過ごす心理、リスクを過小評価する心理など、事故の発生過程に介在する人間ならではの心理メカニズムの影響は多岐にわたる。しかも、いくら教育・訓練しても、「わかっているのに落ちてしまう罨」に似ていて、現実場面での対応は難しい。
- (2) 失敗にばかり注目しすぎ？ 管理者側は、事故を起こす原因を追求し、その原因を取り去ることで事故防止をしようと試みてきた。したがって、研修などで留意すべき事柄として教えることも、それを怠るといけない、という失敗回避指向に偏りすぎていたかもしれない。もしかしたら、10年以上にわたって事故を一度も起こさずに運転業務を完遂している運転手の行動分析にこそ、事故防止の秘訣が潜んでいるのかもしれない。すなわち、こうすればうまくやれる、という成功接近指向の対策へと視点を移す必要があるかもしれない。
- (3) 事故の規定が厳しすぎる 小さなエラーの延長線上に大きな事故があるという発想で軽微な事故でも厳しく追及してきたが、事故の定義をもっと緩やかにすることによって、到着時刻の遅れやホーム上での客の予測不可能な行動への対処なども、運転士の自律的な対応能力を育成・促進することが可能になるのかもしれない。ただし、「これくらいはいいだろう」という甘えた心理や、「今回は大目に見てもらおう」という隠蔽心理が醸成されることも想像されるため、どちらが事故防止に有効なのか、一概には言えない。
- (4) 精神論しかないのか 結局、運転士一人一人がしっかり集中を保つように願うしかない。リピーターの多さも考慮するとき、運転士の採用に際して、もっと多種多様な適性検査を行って、集中力に持続性のある人材を見極めるようにする事が大切である。ただ、人間はエラーを犯すことから避けられないので、バックアップシステムについて、もっと工夫が必要だ(こうした見解は複数の管理者から聞かれたが、具体的なバックアップシステムの話になると、これまでの工夫の有効性に限界があった点へと議論が逆戻りしてしまうことが多かった)。

聴き取り調査の結果に関する現時点のまとめ

基本的に、運転士の個人レベルの特性に事故発生の原因を帰属する傾向が非常に根強い。現時点では管理者への聴き取りが主であるので、組織レベルの特性の影響についてはほとんど話題にのぼらない。また、質問してみると、組織レベルでは最善を尽くしているという認識が真っ先に示される。しかし、そうした個人レベル特性に事故発生の原因を求めたうえでの対策には明らかに限界が存在することも強く自覚されていることがうかがえた。聴き取り調査に応じてくれた管理者の多くは、集中力など個人レベルの特性に原因を求める限り、結局は精神論的な叱咤激励や訓示に依存することになってしまい、それでは問題は解決できないことに気づいている。今後は、事故を体験した運転士へのインタビューと、一度も事故を起こさずに長期間運転に従事してきた運転士に事故回避方略を尋ねる等して、さらに異なる視点から、事故発生のメカニズムの解明と、それに対する事故回避のメカニズム解明へもアプローチしていくことにする。

事故報告記録の内容分析の中間報告

提供された自己報告記録は15年間に渡る大部の記録である。しかも、記載内容もTable 2に示すように多岐にわたっており、全体を通した内容分析にはまだ時間がかかる。現時点では、事故発生過程で重要な働きをしている要素の性質を把握するうえで重要なキーワードを選定するために第1回目の内容通読作業の段階である。この作業によって、タグをつけて出現頻度をカウントするのにふさわしい言葉を選定している。また、事故の性質によるカテゴリ分けも行っている。

Table 2 事故記録掲載内容（2002年度版）

1. 事故種別	2. 発生日時	3. 発生場所
4. 列車（種別・号車・両編成）	5. 動力車	
6. 速度種別	7. 牽引定数	8. 閉塞方式
9. 運転作業	10. 保安機器	11. 車掌乗務の有無
12. 事故原因（事故発生の直接的客観的原因）		
13. 事故概況（客観的記述）		
14. 日頃の勤務態度（自己反省）		
15. 最近の事故歴		
16. 関係者（事故を起こした当事者）		
17. 最近の勤務状況		
18. 事故状況の詳細な報告（時系列的記述と図解も入る）		
19. 事故の問題点（事故発生原因に関する主観的な原因の究明）		
20. 事故の背後要因（その原因の背後にある関連状況の報告）		
21. 事故の対策（それまでに当該運転区において実施していた事故防止対策活動）		
22. この種の事故に対して現行実施している主たる対策		
23. 事故に対する当事者の対策（今後の対応）		
24. 本人直筆の始末書		
25. 運転区において最近実施してきた教育訓練の実績		

その結果について、現時点で報告できるのは以下の通りである。

事故発生過程で重要な働きをしている要素のキーワード

- (1) 睡魔 運転中に眠気に誘われたことが事故を誘発したと言及した報告は多数にのぼる。とりわけ、しっかりしなければならないという自覚があったにもかかわらず、負けてしまったというニュアンスを表現するために、「睡魔」という言葉が使われるようである。また、不規則な勤務体制に起因する疲労が睡魔の原因とする主張も一部散見される。これは、組織レベルの特性の影響を考えるうえで示唆を与える。
- (2) 妄想 考えごとをしていたために運転への注意が浅薄になったことを報告する事例も多数のぼっている。この際、その考えごとのほうに強く引き込まれていたことを表現するために妄想という言葉が使われているようである。
- (3) 勘違い 通常やりなれた方法とは異なる対応をすべきとき、例えば、日中は快速列車は通過する駅なのに、朝夕のラッシュアワーには停車する場合、6両連結なのに4両連結のつもりで停車位置を間違えたりしたときに、使用されている。
- (4) 焦り 偶然生じた時刻遅れを挽回しようとすることや、即座に的確な手順で運行を再開しなければならないなど、時間との闘いは現場にはつきものようである。順調に運行して当たり前であることと、1分の遅れでも始末書（自己記録報告書）を提出しなければならない、罰則で乗務できなくなり、収入が減るなどの条件が重なって、焦りという言葉も頻出する。

他にも、「失念」、「無意識」、「パニック」、「考えごと」、「疲労」、「異常」、「規則」等が頻出する言葉としてチェックされている。ただし、内容分析をする場合、それぞれの言葉が登場する文脈によって一定の意味的な違いが存在することもあるので、今後注意しながら分析を続ける。

なお、これら事故報告記録は、いわゆる始末書的性格を強く持っていることも、読みながら認識せざるを得ない。したがって、個人レベルの特性に事故原因を帰属する反省の色彩の強い文脈に偏る傾向が否めない。本研究の主眼である個人レベルと組織レベルの相互作用によって生まれる特性の影響を明らかにするためには、勤務体制や処遇、職場の規範、リスクマネジメントのシステムなど、組織レベルの特性を把握することに一層取り組む必要がある。

おわりに

鉄道事故の原因究明と防止対策は、基本的に個人レベルに集中してきた。現時点での聞きとり調査の結果や自己報告記録の内容分析の途中経過を見る限り、個人レベルへの原因帰属の呪縛はことのほか強そうである。このことは、医療や福祉の現場でも同様であろう。鉄道関係は、長年にわたる事故防止の取り組みを通して、「人間はエラーを犯す動物である」という前提での検討が進んできただけ、まだましかもしれない。いずれにしても、こうした個人レベル特性への原因帰属では、効果的な事故防止策の創出には限界があることも、また聴き取り調査の結果が教えてくれるところである。引き続き、鉄道事故の防止を目指した戦いの現場に入り込みながら、もっと組織レベルの特性の解明に注力して、組織レベル特性と個人レベルの特性との相互作用が生み出す事故誘発のメカニズムにさらなる究明のメスを入れていくことにする。

引用文献

- 安藤寿康 2001 自然とエラー—性格心理学の立場より 大山正・丸山康則(編著) 『ヒューマンエラーの心理学』 Pp.131-137.
- 芳賀 繁 2000 『失敗のメカニズム』 日本出版サービス
- 海保博之 1999 『人はなぜ誤るのか—ヒューマンエラーの光と影』 福村出版
- 鎌田晶子・上瀬由美子・宮本聡介 2002 組織風土と違反の容認～因果モデルを用いた検討 産業・組織心理学会第18回大会発表論文集 170-173.
- 丸山康則 1986 危険評価の研究 『横浜経営研究』 vol.IV(4).
- 丸山康則 2001 交通事故—心理学から見た安全対策 大山正・丸山康則(編著) 『ヒューマンエラーの心理学』 Pp.80-115.
- 正田 亘 1988 『ヒューマン・エラー』 エイデル研究所
- 正田 亘 1997 『人間工学<増補新版>』 恒星社厚生閣
- 松尾太加志 2001 ヒューマンエラーへの認知工学的アプローチ BME (Biomedical Engineering), 15, 43-50.
- 三沢 良・山口裕幸 2003 集団規範の実効性に関する実証的研究—出勤時刻に関する集団規範と実際の出勤行動傾向— 九州大学心理学研究 vol.4, 223-232.
- 岡本浩一 2001 核燃料臨界事故—社会心理学的考察 大山正・丸山康則(編著) 『ヒューマンエラーの心理学』 Pp.53-77.
- 大山正・丸山康則 2001 『ヒューマンエラーの心理学』 麗澤大学出版会
- Reason, J. 1993 The human factor in medical accidents. In C. Vincent, M. Ennis, & R. J. Audley (Eds.), *Medical Accidents*, Oxford: Oxford University Press.
- Reason, J. 1998 Organizational controls and safety: The varieties of rule-related behaviors. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71, 289-304.
- 山内桂子・山内隆久 2000 『医療事故—なぜ起こるのか、どうすれば防げるのか』 朝日新聞社
- 山内桂子・山内隆久・山口裕幸 2001 病院では他者の誤りを指摘できているか?—医療場面のコミュニケーションに関する考察— 日本心理学会第65回大会発表論文集 Pp.919.
- 山内隆久 2001 医療事故—組織安全学の創設— 大山正・丸山康則(編著) 『ヒューマンエラーの心理学』 Pp.13-52.

組織成員のモラルハザードの発生に関する心理メカニズムの研究

池田 浩

(九州大学大学院人間環境学府)

古川 久敬

(九州大学大学院人間環境学研究院)

本研究では組織における「問題事象」に潜む組織成員の倫理観に焦点を当てる。近年、相次ぐ企業不祥事に関する事例を取り上げ、組織成員の倫理観が麻痺するメカニズム、そして倫理観が生成（維持・強化）されるメカニズムについて議論する。

1 近年多発する企業の不祥事

近年、相次ぐ企業の不祥事がマスメディアにおいて報道され、我が国の経済も揺るがす勢いである。そして、我々消費者にとって馴染みのある企業の不祥事が内部告発によって明るみになり、国民の多くが不安や不信感をあおる一方である。

例えば、雪印食品や日本ハムによる牛肉偽装事件は、狂牛病対策の制度を利用して、外国産牛肉を国産と偽り政府に買い取らせ、さらに販売する食肉産地を偽るという事件であった。このような不祥事は、消費者の信頼こそが企業の生命線であるにもかかわらず、それに背くものであった。この他にも、消費者の信頼を失墜させるような不祥事が発覚している。そのいくつかを例に挙げ、その概略を見ることにしたい。

(1) 雪印集団食中毒事件

雪印乳業大阪工場の低脂肪乳を飲んだことにより 6000 人を超える食中毒症状の被害が出た。また、同社において、余った材料を再利用するための「調整乳タンク」と仮設パイプを連結するバルブ内から、黄色ブドウ球菌が検出された。これは、工場の作業基準に定めた洗浄作業を怠ったため、バルブ内に付着した乳固形物に菌が繁殖したと見られている。手抜きやルール違反など、食品工場では考えられない「安全」軽視の管理実態が明らかになった。一方で、大阪市の調査直前、製造ラインの「ふき取り検査」をするなど、証拠隠しとも受け取れる行為も判明した。

(2) 三菱自動車リコール隠し事件

三菱自動車が車の欠陥情報を隠蔽し、リコールの届け出を怠っていたことが、社員や関係者の告発で発覚した。道路運送車両法に基づき行政処分を受けた。

(3) 雪印食品国産牛肉偽装事件

雪印食品が、政府の狂牛病対策の制度を利用して、外国産牛肉を国産と偽って政府に買い取らせていた事実が、下請け会社の社長の内部告発によって発覚した。前年度起きた雪印グループによる不祥事から、雪印食品は閉鎖することになった。

(4) 日本ハム国産牛肉偽装事件

農水省が行った狂牛病対策の国産牛肉買い取り事業に対して、日本フード（日本ハムの子会社）の輸入牛肉混入疑惑が発覚した。さらに、南日本ハムからは、輸入豚肉などを使った加工食品に、鹿児島県産の「黒豚使用」などの不正表示をして製造・販売していたことがわかり、日本ハムグループの隠蔽・偽装工作が発覚した。

(5) 東京電力自主点検記録改ざん事件

東京電力が所有する 13 の原発で、1980 年代後半から 90 年代にかけて、自主点検でひび割れ

などのトラブルを見つけながらも、検査結果、修理記録の改ざんや虚偽記載など 29 件の不正を行っていたことが、経済産業省原子力安全・保安院の調査で明らかになった。さらに、東京電力は、ひび割れを内部告発によって知りながらも、それを隠し、具体的な対策もうたないまま運転を続けていた。

2 企業不祥事の事例が示唆すること

これらの不祥事を起こした企業についてさらに見てみると、第 1 に、不祥事の背後にはいずれの企業組織も極端な利益至上に走っていた（上原, 2002）。これは、バブル経済の崩壊に伴う長期不況や急速な IT 化の進展、さらには企業業績の低迷などから、多くの企業は人員削減を中心とするリストラをするに至った。これに呼応するように、多くの企業で成果主義が導入され、成員に対して業績達成への強烈的なプレッシャーがかけられ、資本主義に必須な倫理観を置き去りにした。

第 2 に、不祥事に対するリスクマネジメントの観点から考えると、いずれの不祥事も緊急事態発生時に経営上層部に対し不正発覚などのマイナス情報が迅速に報告されていなかった。これによって、経営陣の適切な判断と対応が遅れ、危機を最小限に抑えることに失敗している。換言すると、企業不祥事が発生する企業において共通する点として、情報が現場からトップに上がってこない極めて風通しの悪い風土であったと見ることができる。

第 3 に、トラブル隠しや隠蔽、虚偽報告などの事件は、組織における経営者レベルだけではなく、現場の従業員レベルによる違法・不正行為が原因であったとも言える。これは、従業員の組織倫理観の欠如、すなわちモラルハザードを色濃く反映しているものと思われる。

3 企業不祥事の原因と対策—アンケート調査が示唆すること

このような企業不祥事を世間一般の企業人は、どのように見ているのか。経済広報センターが実施した「企業不祥事に関する企業人 1000 人緊急アンケート調査」によると、第 1 に、「企業不祥事についての印象について」は「どんな企業でも不祥事を起こす可能性がある」（39.7%）と、「あってはならないことだ」（39.4%）と各々 4 割程度の選択率を占めていた。

第 2 に、「不祥事の原因」に対しては、「企業風土に問題がある」（53.8%）や「経営者の自覚が乏しい」（53.1%）の選択率が上位を占め、これらに次いで「企業倫理、企業行動基準が明確でない」（36.9%）、「社内のチェック体制が整備されていない」（33.8%）が選択されていた。

そして、第 3 に、「不祥事の再発防止のためにすべきこと」は、「問題があれば指摘できる企業風土に改善する」（57.8%）、「社内のチェック体制を整備する」（48.1%）、そして「企業倫理、企業行動基準を具体的に策定する」（37.2%）などが選択されていた。

これらのアンケート調査の結果から、「企業風土」など長年組織が培ってきたものや、経営者自身の自覚、さらには経営者だけでなく従業員をも含めた「企業倫理観」などが重要視されていると見ることができるであろう。

4 企業不祥事に潜む組織成員の企業倫理観

近年、多くの企業組織が、先の企業不祥事からの教訓としてコンプライアンス（法令遵守）体制強化の必要性を認識し始めている（梅津, 2001; 田村, 2002）。その重要な取り組みとは、法令遵守を基礎とした組織体制の整備と組織成員の組織倫理観の育成である。

現代の企業活動は多様化しかつ複雑化していることに加え、急速な速さで変化している。このような状況下では、組織成員が個々の企業活動が正しいかどうかを、的確に判断することが難しくなっている（田中，1998）。したがって、組織成員は、さまざまな状況において自らの倫理観に基づいて行動することが一層求められている。

（１）組織における倫理観

組織成員の倫理観について議論する前に、まず倫理観の概念を従来の先行研究に基づいて整理したい。従来、企業倫理観については、多くの研究者によってさまざまな定義がなされている。例えば、中村（2001）によると企業倫理とは「企業内における人間行動ならびに社会における企業行動に関し、厳格な倫理的基準に基づく諸要件の充足を求め、その達成にとって有効なあらゆる具体的な措置を積極的に推進しようとする社会的行動（p.59）」と広義に定義している。また、田中（1998）は、「ビジネスにおける誠実性である（p.24）」と定義し、またそれは人間としての「個人倫理」と専門職倫理を含む「職業倫理」、そして企業理念などに基づく企業活動にかかわる「組織倫理」の3つの要素を基盤としている（田中，1998）。また、3つの倫理観は、行動する立場によって重要視する倫理観が異なる。例えば、医師や公認会計士といった専門職の人々は、その職業に関わる倫理観を最も重要視するであろう。また、企業組織に従事する成員は、組織に基づいた組織倫理観を最も重要視すると考えられる。

以下の議論では、企業組織における不祥事を対象とするため、倫理観の中でも主に組織倫理観について議論していく。

（２）組織成員の組織倫理観のメカニズム

コンプライアンス（法令遵守）に基づいた企業組織における倫理観の確立に関する議論は、主に経営学者によって主張されている（田中，1998）。そして主にコンプライアンスを確立する体制や制度、取り組みに関する提言については数多く存在するものの、企業組織成員の倫理観が麻痺するモラルハザード（倫理観の欠如）のメカニズムについては十分な研究がなされてきているとは言いがたい。一方、組織成員の倫理観が生まれる（維持・強化）メカニズムについても、断片的に議論されているにすぎない。

企業組織における安全衛生管理システムを構築するためには、多くの問題事象の発生に関わる組織成員の倫理観について着目する必要があるであろう。そして、倫理観の取り組みの中でも、組織体制や制度、あるいは倫理綱領といったハード面だけでなく、従来看過されてきたモラルハザードの生起、あるいは倫理観が生成（維持・強化）されるソフト面についても十分に考慮する必要があると思われる。

そこで本研究では、主に社会心理学の立場から組織成員の倫理観の欠如、そして生成メカニズムについて議論し、そしてそれに影響を与える組織内外の諸要因について整理し、仮説を設定する。本研究において仮定する組織成員の倫理観のメカニズムを Fig.1 に示す。

経営不振 まず、不祥事を犯した企業は、極めて「経営不振」にあった。例えば、雪印食品やエンロンのなどの不祥事は、組織の経営が極めて悪化しているときに起きている。特に、雪印食品による牛肉偽装事件では、不景気といった経済状況も手伝って、国の買い上げ制度を悪用し利益を上げようとしたものだった。また、エンロンの事例においても極度な経営危機から派生した不正経理であると見ることができる。このように、極めて経営危機状態に瀕する企業において、組織成員は組織のみならず自己を防衛しようとするのが考えられ、モラルハザードを引き起こす前提条件であることがうかがえる。