

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

古川 久敬

(九州大学大学院人間環境学研究院)

浦 聖子

(九州大学大学院人間環境学府)

1 本研究の問題意識

組織の発展と存続に関わるさまざまな「問題事象」のなかでも、規範からの逸脱や無知、職務中のミスや事故、といった個人レベルの問題事象(Robinson & Bennet, 1995)は、日常的に発生する事柄であるため、問題性が看過されやすく、職場全体に蔓延する可能性を持っている。

ほとんどの組織において、こうした個人レベルの問題事象は、個々の成員のモラルや職務能力に帰属されてしまい、談合や隠蔽といった集団レベルの問題事象(Robinson & Bennet, 1995)のように、組織全体の問題として取りあげられ、その防止策が検討されることは少なかった。

雇用形態の変化に伴うパートタイマーの増加などにより、異なる職歴や学歴を持つ人々が、異なる勤務時間帯で、同じ職場に勤務することが多くなった近年では、成員同士が規範や職務に関する共通の知識と理解を持ちにくく、個人レベルの問題事象はさらに発生しやすい状況になっているといえよう。

同じ職場に働く成員同士が、自らの職務上の経験について話し合い、その経験から獲得した知識と理解を共有すること、すなわち「経験からの学習の共有」が、規範からの逸脱や無知、職務中のミスや事故といった個人レベルの問題事象を抑制する効果について、検討を行う必要性が高まっている。

加えて、「経験からの学習の共有」は、他者が経験した職務上のトラブル、ミス、あるいは事故を、個々の成員が模擬経験し、モデリング学習(Blanton, Buunk, Gibbons, & Kuyper, 1999)を行う機会となるため、それらの問題に適切に対応できる問題対応コンピテンシーの獲得にも、重要な影響を及ぼしていると考えられる。

コンピテンシーとは、個人が自らの知識を効果的な行動へと顕在化し、最高水準の成果をあげる能力のことを指しており、直接的な経験だけでなく、モデリング学習を通して獲得されていく能力であるといわれている(古川, 2002)。

「経験からの学習の共有」を促進する職場の雰囲気、あるいは組織風土を明らかにすることで、個人レベルの問題事象の防止策となるような組織の介入方法と、高い問題対応コンピテンシーを持つ人材育成の方法が見出されるであろう。

本研究は、以上の問題意識を持ち、(1)「経験による学習の共有」がもたらす問題事象の抑制効果、(2)「経験による学習の共有」が個々の成員の問題対応コンピテンシー獲得に及ぼす影響、そして、(3)「経験による学習の共有」を促進する職場の雰囲気と組織風土、という3つの事柄について検討を行う。

2 調査の目的と主な内容

(1) 調査の目的

本研究は、規範からの逸脱や無知、職務中のミスや事故といった、組織で発生する個人レベルでの問題事象に注目し、成員同士が、お互いの職務上の経験について話し合う「経験による学習の共有」が、そうした問題事象の抑制と、個々の成員の問題対応コンピテンシー獲得にもたらす効果を明らかにすることを目的としている。

加えて、「経験による学習の共有」を促進する職場の雰囲気と組織風土を明らかにし、個人レベルの問題事象の防止策となるような組織の介入方法と、高いコンピテンシーを持つ人材育成の方法についても検討を行う。

そのため、実際に組織に所属し、職務活動に従事している成員を対象として、ふだんの職務活動の中で行われている「経験による学習の共有」、個人レベルでの問題事象が発生する程度、個々の成員の問題対応コンピテンシーのレベル、そして、職場の雰囲気と組織風土、といった事柄についての調査を実施する。

調査を実施するにあたり、主に以下の3つの仮説を持って臨む。

- 仮説 1 各成員が、上司や同僚と「経験による学習の共有」を活発に行っている職場ほど、規範からの逸脱や無知、職務中のミスや事故などの個人レベルでの問題事象が発生する頻度は低いであろう。
- 仮説 2 「経験による学習の共有」が活発に行われている職場に所属している成員は、そうでない職場に所属している成員にくらべて、問題対応コンピテンシーが高いであろう。
- 仮説 3 ふだんから、成員の職務能力や態度に関する明確な要求水準を提示しており、コミュニケーションの開放性が高い職場ほど、成員同士の「経験による学習の共有」は活発に行われているであろう。

(2) 調査の主な内容

主に以下の2つの調査を行う。

第一に、福岡県内の病院に勤務している看護師を対象として、ふだんの職務活動の中で行われる「経験による学習の共有」の程度、個々の看護師の問題対応コンピテンシーのレベル、および、各看護師が所属している職場の雰囲気と病院の組織風土、といった事柄に関する質問紙調査を行う。

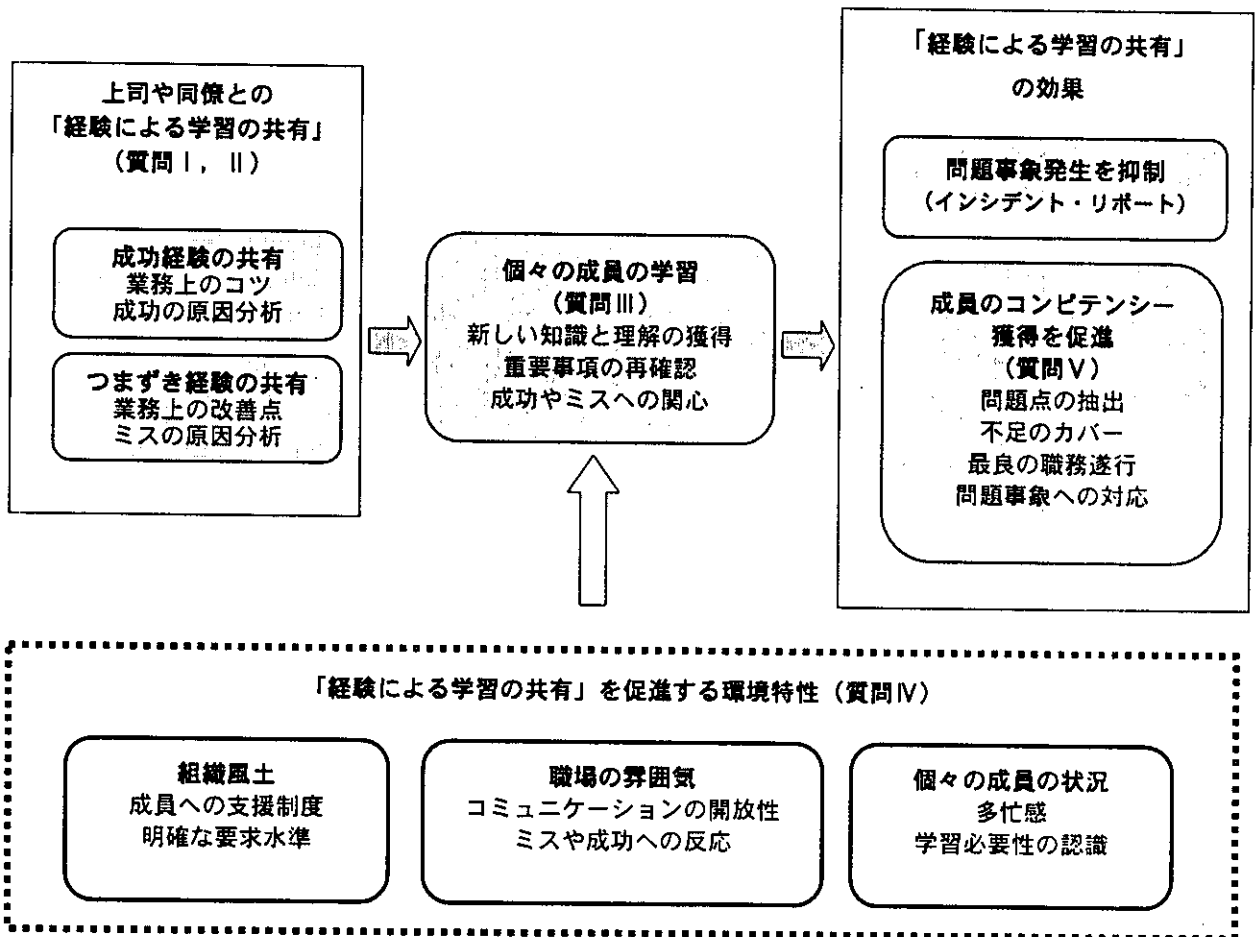
そして第二に、対象となる看護師が所属する病院内でこれまでに発生した、ミスや事故の深刻度や規模の大きさに関する内容分析を行う。

多くの病院では、看護業務中に発生したミスや事故に関する報告書（インシデント・リポート）の提出と保管が制度化されており、これらの内容分析を行うことによって、各看護師が所属している職場の雰囲気と、問題事象の発生との関連を比較検討することが可能となる。

3 本研究のモデル

本研究のモデルを Fig. 1 に示し、検討する事柄に関する質問の主な内容を以下に示す。

Fig. 1 「経験による学習の共有」とその効果に関するモデル



○上司や同僚との「経験による学習の共有」(質問Ⅰ, Ⅱ)

「経験による学習の共有」とは、日常的な職務活動のなかで、各成員が同じ職場の上司や同僚と、お互いの職務上の経験を話題にすることを指している。

調査対象となる看護師が上司や同僚と共有する経験として、成功経験(各自が獲得した業務上のコツ、過去の成功経験の原因分析)、および、つまずき経験(各自の業務上の改善点、過去のミスや事故の原因分析)の2つをあげ、それぞれの経験に関する話し合いが各看護師の間で行われている程度を質問する。

○個々の成員の学習（質問Ⅲ）

「経験による学習の共有」が行われることで、各看護師には、(1)職務上の新しい知識と理解の獲得、(2)職務活動における重要事項の再確認、そして、(3)成功やミス防止への関心の高まり、といった直接の効果がもたらされると考えられる。

○「経験による学習の共有」を促進する環境特性（質問Ⅳ）

病院全体に、看護師の自己学習を支援する制度や職務能力に関する明確な要求水準が設定されているか否か、職務上の経験に関するコミュニケーションが開放的に行われるような職場（科、病棟）づくりがなされているか否か、という問題は、看護師同士の「経験による学習の共有」に関わる重要な環境特性である。

そして、各看護師が感じている多忙感や学習必要性もまた、「経験による学習の共有」に関わる環境特性であると考えられる。

○「経験による学習の共有」の効果 その1（インシデント・レポート）

「経験による学習の共有」が行われることが、実際に、個人レベルの問題事象の発生を抑制しているか、ということについて検討を行う。

そのため、対象となる看護師が所属している科や病棟ごとに、これまでに起きた職務中のミスや事故に関するインシデント・レポートを提出してもらい、「経験による学習の共有」が行われている程度と問題事象の発生率との関連、および、発生した問題事象の深刻度との関連について調べる。

○「経験による学習の共有」の効果 その2（質問Ⅴ）

「経験による学習の共有」が、成員のコンピテンシー獲得にもたらす効果について検討を行うために、看護師のコンピテンシーを表す事柄として、(1)職務に関する問題点の抽出力、(2)不足のカバー力、(3)最良の職務遂行力、そして、(4)問題事象への対応力、の4つを設定し、各看護師がこれらのコンピテンシーを備えている程度について質問を行う。

参 考 文 献

- Blanton, H., Buunk, B. P., Gibbons, F. X., & Kuyper, R. 1999 When better than others compare upward: Choice of comparison and comparative evaluation as independent predictors of academic performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 420-430.
- 古川久敬 2002 コンピテンシーの学習 JMAM コンピテンシー研究会編 『コンピテンシーラーニング』 日本能率協会マネジメントセンター
- Robinson, S. A., & Bennet, R. 1995 A typology of deviant workplace behaviors: A multidimensional scaling study. *Academy of Management Journal*, 38, 555-572.

(資料：調査票)

看護師のみなさんに対する意識調査

私たちの研究室では、病院の方針や職場の雰囲気、ふだんの看護活動に関する看護師さんの考え方や看護業務への取り組み方に及ぼす影響について、研究を行っています。

今回、〇〇病院に勤務しておられる看護師のみなさんに、アンケート調査を行わせていただくことになりました。

次のページからは、みなさんの看護活動に関する考え方や看護業務への取り組み方について、お尋ねします。

お答えいただいた内容は、看護師さん全体の傾向として分析するものであり、個人の回答を公表したりすることはありません。もちろん、他の看護師さんたちに公表することはありません。

どうぞ、本調査にご協力をお願いいたします。

九州大学大学院人間環境学府 社会心理学第一研究室

下の欄にあなたの所属と、〇〇病院での勤続年数をお書きください。

病棟	科
〇〇病院に勤務し始めてから	年 目

Ⅰ 看護業務に関連する職場の雰囲気について — 上司との会話 —

あなたが現在勤務されている科（病棟）の雰囲気についてお聞きします。

下記の質問項目(1)～(22)に述べられている事柄が、あなたの科（病棟）の看護師さん達と上司の方々（科長さん・主任さん）の間で見られる程度を、「非常に多く見られる」から「全く見られない」までで、○をお付けください。

○仕事上のコツや工夫を話題にする程度

非常に多く見られる かなり多く見られる ある程度見られる まれに見られる 全く見られない

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| (1)上司と看護師の会話で「こうすれば上手くいく」という仕事のコツが話題になる。 | | | | |
| (2)各看護師が、仕事のコツや工夫している点について上司に質問する。 | | | | |
| (3)各看護師が、自分なりの仕事のコツや工夫している点を上司に教える。 | | | | |
| (4)自分の仕事が上手くいったとき、その理由を上司と看護師と一緒に考える。 | | | | |
| (5)他の看護師が仕事を順調にこなせる理由を、上司と看護師と一緒に考える。 | | | | |
| (6)上司と看護師の会話で、評判がよい他の科（病棟）や病院の仕事ぶりが話題になる。 | | | | |
| (7)上司に教わった仕事のコツや工夫している点を、各自が実践してみる。 | | | | |
| (8)評判がよい他の科（病棟）仕事の進め方を、上司と看護師と一緒に実践してみる。 | | | | |
| (9)評判がよい他の病院の仕事の進め方を、上司と看護師と一緒に実践してみる。 | | | | |
| (10)新しい仕事の進め方を実践した結果や感想を、各看護師が上司に報告する。 | | | | |

○仕事上の問題点や改善点を話題にする程度

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| (11)各看護師が、どうしても上手くこなせない仕事について、上司に相談する。 | | | | |
| (12)各看護師が、自分の仕事の進め方に改善すべき点がないか、上司に質問する。 | | | | |
| (13)上司と看護師の会話で、各自の仕事の進め方の改善すべき点が話題になる。 | | | | |
| (14)仕事が上手くこなせないとき、その理由を上司と看護師と一緒に考える。 | | | | |
| (15)各看護師が、上司から指摘された問題点を改善するように努める。 | | | | |
| (16)ミスや不明な点が発生したとき、各看護師がすぐに上司に知らせる。 | | | | |
| (17)ミスが発生した状況とその原因を、上司と看護師と一緒に考える。 | | | | |
| (18)上司と看護師の会話で、どうしたらミスを防げるか、ということが話題になる。 | | | | |
| (19)上司と看護師の会話で、他の科や他の病院で生じた事故、ミスが話題になる。 | | | | |
| (20)他の科や病院での事故、ミスを参考に、自分達のあり方を上司と一緒に見直す。 | | | | |
| (21)ミスの発生を防ぐため、上司と看護師がお互いの仕事の状況を把握しあう。 | | | | |
| (22)上司と看護師の会話から、仕事上のミスを減らすための具体案が見出される。 | | | | |

II 看護業務に関連する職場の雰囲気について 一同僚との会話

ここでもあなたが勤務されている科（病棟）の雰囲気についてお聞きします。
 下記の質問項目(1)～(22)に述べられている事柄が、科長さんと主任さんをのぞいた、同じ科（病棟）の同僚の看護師さん同士の間で見られる程度を、「非常に多く見られる」から「全く見られない」までで、○をお付けください。

○仕事上のコツや工夫を話題にする程度

非常に多く見られる かなり多く見られる ある程度見られる まれに見られる 全く見られない

- (1)看護師同士の会話で、「こうすれば上手くいく」という仕事のコツが話題になる。
- (2)看護師同士で、仕事のコツや工夫している点について質問しあう。
- (3)看護師同士で、自分なりの仕事のコツや工夫している点を教えあう。
- (4)仕事が上手くいったとき、その理由を看護師同士で一緒に考える。
- (5)看護師同士の会話で、評判がよい他の科（病棟）の仕事ぶりが話題になる。
- (6)看護師同士の会話で、評判がよい他の病院の仕事ぶりが話題になる。
- (7)他の看護師に教わった仕事のコツや工夫している点を、各自が実践してみる。
- (8)評判がよい他の科（病棟）の仕事の進め方を、各自が実践してみる。
- (9)評判がよい他の病院の仕事の進め方を、各自が実践してみる。
- (10)新しい仕事の進め方を実践した結果や感想を、看護師同士で報告しあう。

○仕事上の問題点や改善点を話題にする程度

- (11)どうしても上手くこなせない仕事について、看護師同士で相談する。
- (12)自分の仕事の進め方に改善すべき点がないか、看護師同士で質問しあう。
- (13)看護師同士で、各自の仕事の進め方の改善すべき点を指摘しあう。
- (14)仕事が上手くこなせないとき、その理由を看護師同士で一緒に考える。
- (15)各看護師が、同僚から指摘された問題点を改善するように努める。
- (16)ミスや不明な点が発生したときは、すぐに他の看護師に知らせる。
- (17)ミスが発生したら、発生した状況とその原因を看護師同士で一緒に考える。
- (18)看護師同士の会話で、どうしたらミスを防げるか、ということが話題になる。
- (19)看護師同士の会話で、他の科や他の病院で生じた事故、ミスが話題になる。
- (20)他の科や病院での事故、ミスを参考に、看護師同士で自分達のあり方を見直す。
- (21)ミスの発生を防ぐため、看護師同士でお互いの仕事の状況を把握しあう。
- (22)看護師同士の会話から、仕事上のミスを減らすための具体案が見出される。

Ⅲ 他の看護師や上司とのやりとりから感じることに

他の看護師さん達や上司の方々との日常的なやりとりから、あなた自身が感じていることについてお聞きします。

下記の質問項目(1)～(22)に述べられている事柄が、あなたの実感にあてはまる程度を、「非常によくあてはまる」から「あてはまらない」までで、○をお付けください。

○他の看護師とのやりとりについて感じていること

非常に よくあて はまる	かなり よくあて はまる	ある程度 あて はまる	少し あて はまる	あてま らない
--------------------	--------------------	-------------------	-----------------	------------

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| (1)仕事に関する新しい知識や考え方を、他の看護師から学ぶことが多い。 | | | | |
| (2)他の看護師とのやりとりから、仕事に役立ちそうな情報を得ることが多い。 | | | | |
| (3)他の看護師とのやりとりから、仕事上の重要事項を再認識することがある。 | | | | |
| (4)仕事の進め方のバリエーションを、他の看護師から学ぶことが多い。 | | | | |
| (5)患者さんや仕事状況の急変時の対処法を、他の看護師から学ぶことが多い。 | | | | |
| (6)他の看護師とのやりとりから、看護師の責任を再認識することがある。 | | | | |
| (7)他の看護師に相談を持ちかけることで、協力を得られることが多い。 | | | | |
| (8)他の看護師とのやりとりを通して、仕事環境が改善されていくことがある。 | | | | |
| (9)他の看護師から、ミスや事故に関する情報を得ることが多い。 | | | | |
| (10)他の看護師から、ミスや事故の防止策について学ぶことが多い。 | | | | |
| (11)他の看護師とのやりとりを通して、ミスを防ごうという気持ちが強くなる。 | | | | |

○上司とのやりとりについて感じていること

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| (12)仕事に関する新しい知識や考え方を、上司から学ぶことが多い。 | | | | |
| (13)上司とのやりとりから、仕事に役立ちそうな情報を得ることが多い。 | | | | |
| (14)上司とのやりとりから、仕事上の重要事項を再認することがある。 | | | | |
| (15)仕事の進め方のバリエーションを、上司から学ぶことが多い。 | | | | |
| (16)患者さんや仕事状況の急変時の対処法を、上司から学ぶことが多い。 | | | | |
| (17)上司とのやりとりから、看護師の責任を再認識することがある。 | | | | |
| (18)上司に相談を持ちかけることで、協力を得られることが多い。 | | | | |
| (19)上司とのやりとりを通して、仕事環境が改善されていくことがある。 | | | | |
| (20)上司から、ミスや事故に関する情報を得ることが多い。 | | | | |
| (21)上司から、ミスや事故の防止策について学ぶことが多い。 | | | | |
| (22)上司とのやりとりを通して、ミスを防ごうという気持ちが強くなる。 | | | | |

IV. 現在勤務しておられる病院や科（病棟）の状況について

あなたが現在勤務しておられる病院、および科（病棟）の状況についてお聞きします。

下記の質問項目(1)～(27)に述べられている特徴が、勤務している病院や科（病棟）にあてはまる程度を、「非常によくあてはまる」から「全くあてはまらない」までで、○をお付けください。

○病院の状況

非常に よくあて はまる	かなり よくあて はまる	ある程度 あて はまる	少し あて はまる	全く あては まらない
--------------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| (1)私の病院では、看護師ひとりひとりの技術向上を積極的に支援している。 | | | | |
| (2)私の病院では、看護師が利用できる教育制度が充実している。 | | | | |
| (3)私の病院では、円滑に仕事が進められるような環境が整えられている。 | | | | |
| (4)私の病院では、最良の経営方法や管理方法を見出すために努力している。 | | | | |
| (5)私の病院では、経営や管理上の問題に、看護師の意見も取り入れている。 | | | | |
| (6)私の病院には、勤務年数や能力に応じた看護師の等級制度がある。 | | | | |
| (7)私の病院は、看護師に求める能力や知識の水準を明らかにしている。 | | | | |
| (8)私の病院では、優れた看護師に対して、それに見合った報酬が与えられている。 | | | | |

○科（病棟）の状況

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| (9)私の科（病棟）では、各メンバーの仕事に対する考え方を理解し合っている。 | | | | |
| (10)私の科（病棟）では、他の看護師から仕事に関する情報が多くもらえる。 | | | | |
| (11)私の科（病棟）には、仕事上の質問や意見を言い出しやすい雰囲気がある。 | | | | |
| (12)私の科（病棟）では、看護師全員に、発言する機会が設けられている。 | | | | |
| (13)私の科（病棟）では、看護師全員でのミーティングが行われている。 | | | | |
| (14)私の上司は、部下の看護師の意見を聞き、とりいれる姿勢を持っている。 | | | | |
| (15)私の科（病棟）では、看護師全員がミスや問題を率直に報告している。 | | | | |
| (16)私の科（病棟）では、ミスや問題を全員の問題として考える雰囲気がある。 | | | | |
| (17)私の科（病棟）では、ミスから今後の予防策を見出す努力がされている。 | | | | |
| (18)私の科（病棟）には、ミスを前向きにとらえ、活かそうとする雰囲気がある。 | | | | |
| (19)最良の看護を提供することに、科（病棟）の看護師がよせる関心は高い。 | | | | |
| (20)仕事の結果として得られる報酬に、科（病棟）の看護師がよせる関心は高い。 | | | | |
| (21)人事考課で高い評価を得ることに、科（病棟）の看護師が寄せる関心は高い。 | | | | |

○個々の看護師の状況

非常に よくあて はまる	かなり よくあて はまる	ある程度 あて はまる	少し あて はまる	全く あてはま らない
--------------------	--------------------	-------------------	-----------------	-------------------

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| (22)やるべき仕事が多く、看護師1人1人が常に忙しさに追われている。 | | | | |
| (23)1人の看護師が抱えている仕事の量はかなり多い。 | | | | |
| (24)看護師が、看護に関する知識や技術を勉強する時間を持つことは難しい。 | | | | |
| (25)看護師全員が、もっと看護に関する知識や理解を深める必要がある。 | | | | |
| (26)忙しい状況でも、多くの看護師が看護に関する勉強をしようと努力している。 | | | | |
| (27)自分自身の知識量や技術のレベルに、多くの看護師が危機感を持っている。 | | | | |

V 看護業務に関するあなた自身の理解と実践の程度について

看護業務に関連するあなたの理解と実践の程度についてお聞きします。

下記の質問項目(1)～(47)に述べられている事柄を、あなた自身が身につけ、実践できていると思う程度を、「非常によくできている」から「できていない」までで、○をお付けください。

○職務に関する問題点の抽出力

非常に
よくでき
ている

よく
できて
いる

かなり
できて
いる

少し
できて
いる

できて
いない

- (1)患者の状況に応じて、特に注意すべき点を見極めること。

--	--	--	--	--
- (2)仕事内容に応じて、特に注意すべき点を見極めること。

--	--	--	--	--
- (3)患者にとっての最良の看護とは何か、という情報収集を行うこと。

--	--	--	--	--
- (4)患者の状況に応じた、最良の看護計画を立てること。

--	--	--	--	--
- (5)看護業務における自分なりの疑問点や問題点を、明確にすること。

--	--	--	--	--
- (6)自分の看護知識や看護技術について、改善すべき点と課題を明確にすること。

--	--	--	--	--
- (7)医療を取り巻く環境と問題点について、幅広い知識を持つこと。

--	--	--	--	--
- (8)看護業務の優先順位を判断し、的確にひとつひとつ実施すること。

--	--	--	--	--
- (9)看護業務の全体的な流れと手順を完璧に把握すること。

--	--	--	--	--
- (10)医師や患者に対し、看護師として適切な態度と行動をとること。

--	--	--	--	--
- (11)勤務している病院の方針と、看護師に求められる役割を完璧に理解すること。

--	--	--	--	--

○不足のカバー力

- (12)自らの看護技術と知識の向上のために、幅広い情報収集を行うこと。

--	--	--	--	--
- (13)看護業務で行き詰まったとき、それを解決するための的確な行動をとること。

--	--	--	--	--
- (14)勤続年数に応じた技術や知識の水準に達するために必要な学習を行うこと。

--	--	--	--	--
- (15)病院内、あるいは病院外での教育プログラムを十分に活用すること。

--	--	--	--	--
- (16)看護師のための教育制度に関して、上司や同僚に新しい提案を行うこと。

--	--	--	--	--
- (17)自分一人では困難な看護業務を完璧にこなすために、周囲に協力を頼むこと。

--	--	--	--	--
- (18)看護業務に必要な器具、備品などを完璧に準備すること。

--	--	--	--	--
- (19)器具や備品が不足している場合、補充のために必要な手続きをとること。

--	--	--	--	--
- (20)業務時間内にすべての業務を終えられるように、的確な時間配分をすること。

--	--	--	--	--
- (21)業務の進め方や勤務形態について、上司や同僚に新しい提案を行うこと。

--	--	--	--	--
- (22)看護師全員の意見や不満をまとめ、上司に提案すること。

--	--	--	--	--
- (23)職場や業務に関する看護師全員の意見を、上司に提案すること。

--	--	--	--	--

○最良の職務遂行力

非常に
よくでき
ている

よく
できて
いる

かなり
できて
いる

少し
できて
いる

できて
いない

- (24)業務において、次に起こる事態を予測し、的確な行動をとること。
- (25)患者さんの心理状態にぴったりと適した看護を実施すること。
- (26)患者さんの状況に合わせて、最良の看護を実施すること。
- (27)同僚の立場や人間性を尊重しながら、的確なサポートを行うこと。
- (28)仕事に関して自分なりの目標を立て、その目標を達成すること。
- (29)病院や科全体の目標を完璧に理解し、その目標達成に貢献すること。
- (30)科の看護師全員の状況を把握し、それを乱さずに自分の業務をこなすこと。
- (31)同じ科の看護師、あるいは他の科の看護師との信頼関係を保つこと。
- (32)最良の看護を実施するために、自分なりの創意工夫をすること。
- (33)他の看護師と、お互いの看護業務の結果についてフィードバックし合うこと。

○トラブルへの対応力

- (34)看護中にミスや事故が発生したとき、冷静に必要な処置を行うこと。
- (35)同僚や上司、医師に対して、ミスや事故の発生を的確に伝達すること。
- (36)ミスや事故が発生した原因について、客観的な分析をすること。
- (37)ミスや事故が発生した原因を、上司や同僚、医師に的確に説明すること。
- (38)発生したミスや事故を参考にして、その予防策を新しく見出すこと。
- (39)ミスや事故の予防策について、上司や同僚に意見を求め、とり入れること。
- (40)ミスや事故の予防策が妥当なものかどうか、客観的に評価すること。
- (41)ミスや事故が生じた際の対処方法を、文章などにまとめること。
- (42)患者とトラブルが生じてても、看護師として適切な態度と行動をとること。
- (43)同僚や上司、医師に対し、患者とのトラブルの発生を的確に伝達すること。
- (44)患者とのトラブルが発生した原因について、客観的な分析をすること。
- (45)患者とのトラブルを参考に、患者に対する最良の対応方法を見出すこと。
- (46)患者トラブルの予防策について上司や同僚の意見を求め、とり入れること。
- (47)患者とのトラブルが生じた際の対応方法を、文章などにまとめること。

質問は以上で終了です。

お手数ですが、もう一度最初から見直して、所属の書き忘れや回答のもれがないか、お確かめ下さい。お忙しいなかご協力いただき、本当にありがとうございました。

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

藤井 利江

(九州大学大学院人間環境学府)

山口 裕幸

(九州大学大学院人間環境学研究院)

組織において失敗情報を共有することの重要性と難しさ

ミスや失敗をなくし、安全な組織運営を行うことは、組織が関心を持つ最重要事項の一つである。組織におけるミスや失敗を完全になくそうとする試みは多々あるが、残念ながらミスや失敗を全くしない人間は存在せず、根絶は不可能に近い。個々の組織成員が最善の努力を尽くしていても、個人や組織を取り巻く様々の要因によりミスや失敗は生じてしまうことがあるのである。失敗の原因は多岐にわたっており、Table 1 のように分類される (畑村, 2000)。

Table 1 失敗原因の分類(畑村, 2000)

1) 無知
→失敗の予防策や解決策が世の中にすでに知られているにも関わらず、本人の勉強不足によって起こす失敗。
2) 不注意
→十分注意していれば問題がないのに、これを怠ったために起こってしまう失敗。
3) 手順の不順守
→決められた約束事守らなかったために起こる失敗。
4) 誤判断
→状況を正しく捉えなかったり、状況は正しく捉えたものの判断の間違いをおかしったりすることから起こる失敗。
5) 調査・検討の不足
→判断する人が、当然知っていなければならない知識や情報を持っていないために起きる失敗や、十分な検討を行わないために生じる失敗。
6) 制約条件の変化
→何かを作り出したり、あるいは企画するとき、必ずあらかじめある種の制約条件を想定してことを始める。 そのときに、始めに想定した制約条件が時間の経過と共に変わり、そのために思ってもみなかった形で好ましくないことが起こるという失敗。
7) 企画不良
→企画、ないしは計画そのものに問題がある失敗。
8) 価値観不良
→自分、ないしは自分の組織の価値観が、周りと同じではないときに生じる失敗。
9) 組織運営不良
→組織自体が、きちんと物事を進めるだけの能力を有していないケースでの失敗。
10) 未知
→世の中の誰も、その現象とそれに至る原因を知らないために起こる失敗。

このように、失敗は“心ならずも生じてしまうもの”であるため、組織の安全管理ではミスや失敗を少しでも減らすために、生じてしまった失敗をどう扱うか、そしてそれらの失敗にどう対処するかが重要となってくるといえる。

ハインリッヒの労働災害における発生確率についての法則(ハインリッヒの法則)では、1件の重大災害の陰には29件のかすり傷程度の軽災害があり、その陰にはさらに300件のケガはないがヒヤットとする体験があるとされている。このことより、組織における深刻な問題事象の発生を防ぐためには、深刻な問題事象が生じる以前の小さなミスや失敗を見逃したり、隠蔽してしまったりすることなく、その初期段階で十分な対処を行う必要があると考えられる。

そこで、有効となるのが“組織における失敗情報の共有”である。組織において積極的に失敗情報を共有することにより、生じてしまったミスや失敗に初期の段階で気づいて対処することが

でき、深刻な事態への発展を防ぐことが可能となる。加えて、失敗情報の共有により、個々の成員が失敗経験から得た知識を組織全体で共有し、学習することができるため、多くの失敗を予測し、未然に防ぐことが可能となる。

しかしながら、組織において失敗情報を共有することは容易なことではない。近年、企業や組織による事故や不祥事といった問題事象の発生が相次ぎ、重大な問題となっている。これらの問題事象の中には、組織において小さなミスや失敗が共有されることなく見過ごされ、あるいは隠蔽された結果、重大な問題へと発展してしまったものが少なくない。三菱自動車工業のクレーム情報隠蔽問題、日比谷営団地下鉄の脱線事故などは、その最たるものといえるであろう。

三菱自工では、年間で数万件寄せられるの苦情、クレームの処理のために下図のようなシステムを設けていた(Fig.1)。しかしながら、窓口である品質保証部ではクレーム情報を仕分けし、「不具合の特定が難しく、また保安基準に抵触するかどうかの判断に時間のかかるクレーム情報」には「Hマーク(秘匿、保留)」を付け、長年にわたって隠匿していた。その数は、1998年以降の2年半だけで5万~6万件で、エンジン停止事故や燃料漏れ事故等の情報も含まれていた。

社内では普段から、河添社長自ら「リコールを積極的に出すこと」と促していたにも関わらず組織成員による隠匿は行われ、その事実を社長が知ることはなかった。この事例より、安全を軽視し、不利な情報を共有せずに隠蔽する組織体質が露わとなった。

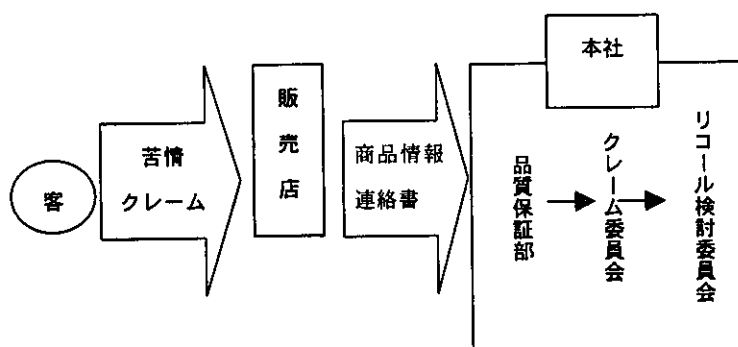


Fig.1 三菱自工のクレーム処理システム

また、2000年に起こった日比谷営団地下鉄の脱線、衝突事故は、死者5名、負傷者61名を出す大惨事となった。1986年に京急東横線で、同様の脱線事故(ケガ人のない軽微な事故)が生じていたが、日比谷線ではその事故を教訓に厳重な安全管理、事故対策を行うことはなかった。営団は、事故対策を講じなかった理由を「事故情報を鉄道各社で共有する仕組みがなかったため」としているが、この事例からも安全軽視の組織姿勢、情報を共有しようとしにくい組織風土が窺える。

三菱自工のクレーム情報隠蔽問題、日比谷営団地下鉄の脱線事故の事例より、組織は情報の非共有、隠匿の危険を常に内包しており、情報を遮断する壁を作りたがるものであるといえ、組織における失敗情報の共有はたいへん困難であることがわかる。

ここでは、失敗を最小限に抑え、失敗の生起を未然に防ぐために有効であると考えられる“組織における失敗情報の共有”に焦点をあて、失敗情報の共有を困難にしている要因として失敗情報の特性と組織の風土について検討する。

失敗情報の共有を困難にする要因－失敗情報の特性と組織の風土－

すでに述べたように、失敗情報の共有は組織の安全管理のための有効な手段であるといえるが、組織において失敗情報を共有することは非常に困難なことである。多くの場合、個々の組織成員は失敗をしても組織に報告しないか、報告しても見過ごされ、失敗はそのままにされる。これにより、さらに大きな問題に派生したり、他の組織成員が学習の機会を失ってしまったりすることになるのである。以下、失敗情報の共有を困難にしている要因として、失敗情報の特性と組織の風土について述べていく。

失敗情報の特性について

失敗情報の共有を困難にしている要因として、まず失敗情報そのものが持つ特性を挙げることができる。失敗情報の特性について、畑村(2000)は Table2 のように整理している。

Table2 失敗情報の特性 (畑村、2000)

1)失敗情報は伝わりにくい
→失敗は、伝達されていく中で減衰していく。
2)失敗情報は隠れたがる
→人は失敗が表に出ること、人に知られることを極端に嫌う。
3)失敗情報は単純化したがる
→失敗情報は、伝達されていく中で、その経過や原因が極めて単純な形でしか伝わらない。
4)失敗原因は変わりたがる
→失敗に関わる人々の利害によって、失敗が意図的に歪曲化される。
5)失敗は神話化しやすい
→失敗に関する一面的な偏った見方が、知識化を困難にする。
6)失敗情報はローカル化しやすい
→1つの場所で起こった失敗は、他の場所へは容易に伝わらない。

こうした特性のため、失敗情報が組織において共有されることは困難であるといえる。このような特性を補い、失敗情報の共有を可能にするためには、組織全体を包括的、客観的に把握、管理する役割の存在が不可欠であるといえる。

組織の風土について

失敗情報の共有を困難にしている要因として、次に、組織の風土を挙げることができる。失敗情報の共有のためにはまず、失敗した個々の組織成員が組織に失敗を報告する必要がある。しかしながら、先に述べたように組織成員は失敗を報告せず、そのままにしてしまうことが少なくない。これは、失敗によって個人の責任を追及する組織の風土の影響によるものと考えられる。失敗をすれば減点される、責任を特定、追及される、というような傾向の強い組織では、まず間違いなく成員は些細な失敗を報告しようとはしないであろう。

失敗情報の共有が可能な組織風土を育成するためには、組織において失敗を“起こりうるもの”として受け入れたうえで、努力の欠如や不注意等による失敗、また同じ過ちの繰り返しについては厳しく対処し、一方で、失敗から得られる新たな情報、知識の獲得、及びその活用を高く評価する姿勢を示す必要がある(失敗知識活用研究会研究報告書, 2002)。重要なのは、失敗をした個人を特定し罰することではなく、失敗を重大な問題に発展させないこと、未然に防ぐことである。

また、失敗情報から得られる知識の活用の有効性を理解し、失敗の原因、背景を明らかにしようとする姿勢を示すことも、組織における失敗情報の共有を促すことにつながるであろう。

失敗情報の共有を可能にし、共有した失敗情報を組織の安全管理に有効に活かすためには、失敗に関して個人の責任を追及するのではなく、初期段階での失敗の報告を促し、失敗が重大な問題へと発展しないよう対処すること、および失敗の本質や原因を探り、以降の失敗を未然に防ぐ対策について検討する組織の姿勢が不可欠であるといえる。

以上の事柄より、組織における失敗情報の共有に関して、次のような仮説を導いた。

- 仮説 1 組織において失敗情報の共有を積極的に行うことで、深刻な問題事象の発生を減らすことが可能となるであろう。
- 仮説 2 失敗情報の特性と組織の風土は、組織における失敗情報の共有に重要な影響を及ぼしているであろう。
- 仮説 3 失敗情報の特性のため、組織全体を包括的、客観的に把握、管理する役割の存在は、組織における失敗情報の共有を促すであろう。
- 仮説 4 個人の責任を追及し、罰する傾向の強い組織の風土は、組織における失敗情報の共有を困難にするであろう。
- 仮説 5 失敗情報から得られる知識の活用の有効性を理解し、失敗の原因、背景を明らかにしようとする組織の風土は、組織における失敗情報の共有を促すであろう。

今後の研究では、組織における失敗情報の共有を困難にしている要因と考えられる失敗情報の特性と組織の風土が、失敗情報の共有に及ぼす影響に関する仮説 1～仮説 5 について検討を行い、組織における失敗情報の共有を促すために有効な方略に関する示唆を得たいと考えている。

参 考 文 献

週刊ダイヤモンド 2000.8.26号 追求「日本の安全」が危ない！ 徳丸壮也

畑村洋太郎 2000 失敗学のすすめ 講談社

文部科学省ホームページ <http://www.mext.go.jp/> 失敗知識活用研究会研究報告書（2002/08/10）

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—

山口 結花
(九州大学大学院人間環境学府)

山口 裕幸
(九州大学大学院人間環境学研究院)

本論の概要

近年、乳製品会社の食中毒問題や電力会社の不祥事など企業による問題事象が発生している。このような問題事象はなぜ発生するのであろうか。また、このような問題事象を未然に防止することは不可能であったのであろうか。

本章では、健全な企業経営を阻害する要因を「リスク」として捉え、「リスク」の発生を防止し、最小限に抑えること及びリスクが発生した場合の対応策も包含する取り組みとして「リスクマネジメント」を取り上げる。まず、深刻な問題に至る以前に、リスクを発見し、対処していくためのリスクマネジメントのあり方が、企業の問題事象の防止に与える要因に関して、先行研究のレビューを行い検討する。次に、レビューによって得られた知見に基づき、リスクマネジメントを進める体制整備の際の重要な要因として、組織風土の改善とリスクマネジメントに取り組む際の視点（①組織防衛の視点、②顧客・社会の安全、満足提供の視点）の問題に焦点を当てながら、効果的なリスクマネジメントのあり方に関する提言を行う。

1 リスクとは？リスクマネジメントとは？ — 分類と定義 —

1 リスクとはなにか？リスクの分類

「リスク」とは健全な企業経営を阻害する要因として定義することができる（厚生労働省，2002）。そして、リスクの大きさは《リスクの大きさ＝損失発生頻度×損失の大きさ》として表される（日本損害保険協会，2001）。また、リスクは以下のように分類される（小名川，2002を改変）。

- (1)顧客上のリスク：潜在的に組織に存在し、対処を怠った結果、表面化しなくとも顧客間で組織への信頼が失墜し、組織の存続を脅かす要因へと結びつきやすいリスク。
 - ・欠陥商品の製造、販売→その結果、消費者問題や訴訟へ発展する可能性をもつ。
 - ・サービスの悪さ（商品の説明の不適切さ、顧客への対応の悪さなど）→組織への信用や評判を低下させ、結果的に組織の存続を脅かす要因と成りうる。
- (2)社会上のリスク：潜在的に蔓延していたものが蓄積した結果、社会的問題として顕在化するリスク。
 - ・企業過失（環境汚染による公害問題、食中毒被害など）
 - ・企業犯罪（顧客情報の流出、売却）
 - ・経営上の不祥事（反社会的な行為、幹部間の内紛、スキャンダルなど）
 - ・知的財産権の侵害（ノウハウの流出・侵害、情報漏洩）

(3)従業員上のリスク：雇用者と被雇用者間の間で生まれるリスクで、企業が被雇用者に対する不誠実な対応の結果、内部告発等により表面化しやすいリスク。

- ・人事上のトラブル（人事考課、査定の不公平さ、不当解雇）
- ・労務上のトラブル（セクシャルハラスメント、過労死、職業病）

(4)受け身のリスク：どんなに対策を行っていたとしても、防ぐことのできないリスク。

- ・天災（地震など）
- ・企業脅迫、テロ（グリコ・森永事件など）
- ・経営不安情報（風評被害）

2 リスクマネジメントとは？

リスクマネジメントとは、「マネジメント一般の領域にある専門分野の一つであり、組織がその使命や理念を達成するために、その資産や活動に及ぼすリスクの影響から最も費用効率よく組織を守るための一連のプロセス」と定義される（鮎澤，1999）。つまり、リスクマネジメントとは、「リスク」の発生を防止し、最小限に抑えること及びリスクが発生した場合の対応策も包含する取り組みと位置づけることができるであろう。

リスクマネジメントはリスクが発生する前にあらかじめ備えておくことであり、クライシスマネジメントはリスクが発生した後に危急な状態にどのように備えるか、そのような対処の仕方があるか対策をうって実践することと区別が設けられている。しかし、リスクマネジメントの研究をレビューすると、リスクマネジメントのプロセスの中に、リスク発生後の対策を包含しているものが大部分を占めている。従って、リスクマネジメントとクライシスマネジメントをあえて分離せず、上述したようにリスクが発生した場合の対応策も包含する取り組みとしてリスクマネジメントを位置づけることとする。

II なぜリスクマネジメントが必要か ～リスクマネジメント不足が生み出す弊害～

リスクは組織の持つ内部の体質によって形成されてくる。問題先送り体質や情報が循環しない体質等を有する組織であるならば、いつの間にか潜在的にリスクは蔓延していく。このようにリスクは組織内の温床で育ち、ある日、事件や事故クレームという形で顕在化する。リスクの認識や管理に不十分な点があるならば、組織の目標達成はおろか組織の存続も危ぶまれる事態が生じることとなる。このように、潜在的にリスクを育てる組織の体質として、以下のような体質が挙げられる（小名川，2002を参考に改変）。

- (1)情報を遮断する体質：クレームなどの悪い情報や末端の意見が組織の中でよく議論されることがなく遮断され、その結果、悪い情報を社員が共有することなく事故として表面化するまで、伝わらないような体質。例) 三菱自動車のリコール隠し
- (2)緊張感が薄れる体質(安全管理のモラルが低下した体質)：品質や安全といった管理を行う際、緊張感が薄れ、安全管理に対する認識や基準が甘くなっていく体質。例) 雪印乳業の食中毒事件
- (3)トップへの依存体質(ワンマン経営)：組織の運営、企業経営の際、社長や会長といったトップの意見のみで経営方針が決定されてしまうようなトップダウン処理の会社で、部下が何も意見を述べることができない、あるいは述べることをやめてしまうような体質。例) そごうデパートの経営破綻

(4)重要なリスクを見過ごす体質：末端に対して重要な事故の情報が入っているにも関わらず、問題の原因の追及を行おうとせず、次々に事故を生み出す体質。例) アメリカのブリジストンファイヤストーン

このように潜在的にリスクを育てる組織の体質に共通するものとして、軽微な事故やその情報に関して見過ごされやすい、リスクに関する情報が職員間で共有化されていないといったことが挙げられるであろう。Heinrich(1982)は、労災事故の研究で1件の重大事故の背景には、29件の同種の軽症事故、さらに300件の同種のインシデントが存在するとしている。重大な問題や事故を防ぐために、このような組織体質の改善、すなわち軽微な事故やインシデント情報を見過ごす、また、その情報を遮断してしまう組織システム上の問題を発見し、予防的な対応を組織的に行うリスクマネジメントの取り組みが必要と考えられる。

リスクマネジメントの機能が働くことにより、組織の体質見直しや業務システムのあり方に関する見直しの機会を作り出し、リスクを早期に発見し、大きな不祥事に発展することを防ぐことへつながるであろう。従って、以下ではどのようにリスクマネジメントの実践を行うかについて、リスクマネジメントの実践プロセスを紹介する。

III リスクマネジメントの実践

1 リスクの把握

リスクマネジメントの第1段階は「リスクを把握すること」である。どのようなリスクが組織内に存在するか把握していなければ、対応策をたてることができないためである。利益の減少や社会的評判の低落など、組織にとって損害をもたらす状況に関して、組織内にどのようなリスクが現在潜んでいるのか調査を行い、把握しなければならない。リスクの把握方法として、以下4つの方法を紹介する。

(1) インシデント (アクシデント) レポート

職員からの自発的な報告を待つ方法。組織における事故の5~30%の出来事について把握可能とされている(浜島, 1991)。しかし、いくつかの問題点が明らかにされてきている。

インシデントレポートの問題点(日本看護協会, 2001)

- インシデントレポートを提出するかどうかは報告者の判断による。
- インシデントレポートの項目が明確に定義されておらず、適切に理解されていない。
- インシデントレポートには効果的な分析を行うための十分に詳しい情報が記載されていない。
- インシデントレポートはすべてのエラーの出来事に対して記入されているとは限らない。

→ 過小報告 (under reporting) となり現実を把握できない恐れがある (Spath, 1999)。

(2) オカーレンスレポート

重大な事故などあらかじめ報告すべき事故を定めておき、そのような事故が発生した場合には自発的に必ず、責任者やマネージャーに報告する方法 (Youngberg, 1998)。このレポートはエラーの有無に関わらず、重大な事態の発生を管理者が把握するために行われる。この方法では、組織における事故の40~60%の出来事について把握可能とされている(浜島, 1991)。

(3) オカーレンスクリーニング (チャートレビュー)

事前に把握する出来事について基準を作成し、その基準に合わせて該当する出来事を記録など

から収集する方法。この方法では、組織における事故の80～85%の出来事について把握可能とされている(浜島, 1991)。ただし、この方法に関しては、費用と時間が非常にかかるわりには、発見される事例が限定されるために効率的ではないとの報告もある(中島・児玉, 2000)。

(4) ホットライン

インシデント、アクシデントの中でも特に重大で緊急性を要する場合に使用するもので、リスクマネージャーに直接報告する方法。

ただし、上述したような把握方法は、あくまでも個人の自発性にゆだねられている部分が多く、隠蔽工作などが行われてしまう可能性がある。従って、自発的な報告と併用して、リスクマネージャーの組織内視察や職員からの聞き込み、過去の事故・損失記録、外部団体の情報、第三者による評価を取り入れていくことでよりリスクの把握が可能と思われる。

2 リスクの評価・分析

リスクを把握した後は、第2段階として、そのリスクを分析しなければならない。組織に重大な結果をもたらすと予測されるリスクを特定し、そのリスクが引き起こしうる損害の大きさ、そのリスクの発生頻度について、定量的または定性的に分析することが求められる。問題の防止に取り組むためには、情報を収集し把握した後、問題の背景要因を多方面から分析し、対策を講じ、組織全体に周知徹底させる必要がある。その際、人間はエラーを犯すという前提に、個人ではなく組織システムの問題として捉え、予防の視点で事故やインシデントの原因や状況の分析を行うことが重要である。リスクの分析方法は大きく(1)マクロ分析(統計分析)、(2)ミクロ分析の2つに分けることができる。

(1) マクロ分析(統計分析)

統計分析用シートの集計分析(当てはまる項目に関して、チェックを入れ、その数を集計し、分析する)により、インシデントや事故の傾向を把握することができる。この集計に基づき、それぞれの組織での発生頻度の把握が可能であり、「どのリスクを優先的に減らすための対応をとるべきか」に関する示唆を得ることができる。

(2) ミクロ分析

インシデントレポートや事故報告書によって収集された情報を分析する。SHELモデルや4M-4E方式などがある。航空業界など、複雑な機器と人間との間で事故が起こりやすい業界での事故分析によって発展してきたものである(厚生労働省, 1999)。

①SHELモデル(Hawkins, 1987):当事者である人間が最適な状態を保つためには4つの要因が影響しているということを表したものであり、人間の特性にハードを適合させるという考え方である。すなわち、人間特性を考慮してシステムを設計することが、エラーを誘引しにくく、安全なシステムの構築につながるということである。SHELモデルではすべての要素に関連しているm(management;管理)がよく見えないとされ、安全、効率、人間の健康と福祉に関係するすべての要素に管理は大きな影響を与え、組織の文化、組織風土、安全文化などを左右するといわれる管理をいれたm-SHELモデルが提案されている(河野, 1994)。