

2017. 6. 12

リスクセンス方式について

梅里泰正:リスクセンス研究会

説明内容

- 1: リスクセンス研究会主旨
- 2: リスクセンス方式の定義
- 3: 正常状態11項目; 防護壁の決め方
- 4: 診断方法・診断時期
- 5: 重大事故・クレームの発生原因
- 6: 組織エラーの起こりやすい要因
- 7-1: ISOとリスクセンス方式の比較
- 7-2: ISOシステムが不評な理由
- 8: 組織事故発生メカニズム
- 9: リスクセンス検定の活用事例
- 10: 目指すべき「正常・健全な組織」
- 11: 「正常・健全」と感じられる組織

1;リスクセンス研究会主旨

I : 各分野経営経験者の経験・知識を生かす

- ① 今までの経験をベースに考えて、本方式が企業にとって役に立ちそうか。
- ② 社会に広めることによって、クレームを防ぐことが出来るか。組織の健全化が出来るか。
- ③ 本方式の指導員を増やす。

II : DFの社会貢献、活性化

- ① 本方式を各企業・経営陣に説明し、社会に貢献する。
- ② 結果として、DF技術グループの活性化につなげたい。

* 横浜国大協件提案；

「経営者が使いたくなるリスク低減手法の開発」

2; リスクセンスシステムの定義:

*** 組織が健全であるか否かをチェックするシステム**

1. 組織が原因の事故例から、11の判断基準

2. 組織構成員(3階層)によりチェック

3. 回答内容からの判断: 基準値よりのずれ

- 「組織の状態」は徐々に悪化するため、**予防・保全**が可能。
- 組織が「**正常・健全**」であれば、重大事故やクレームは顕在化しない。

3; 正常状態11項目; 防護壁の決め方、 (正常状態判断基準)

- * 過去の多くの事故例から事故の組織原因を分析:
20~30項目の事故原因抽出**
- * 因数による原因の分析、常時監視できる最大値より、
正常状態を示す11項目(防護壁)を決定。**

常に監視していきたい11の防護壁と診断の視点

	診断項目	診断の視点
Learning 自律的に学ぶ姿勢	L1リスク管理(リスクを知る)	組織にとって新しい事柄(プラントの新設や新製品の開発等)や「B3変更管理」で対象としない重大な事柄(プラントの大改造や生産方法の大幅な変更等)に対し、それぞれに適したリスク管理を行なっているか
	L2学習態度(水平展開)	自他の失敗事例に学ぶ姿勢があるか
	L3教育・研修	教育・研修制度が導入され、効果を挙げているか
Capacity 基礎体力 (自ら監視)	C1モニタリング組織	組織事故を防ぐためのトップに直結した独立した組織があるか
	C2監査	ガバナンス向上のための各種監査を実施し、組織の経営目的を達成しているか
	C3内部通報制度	内部通報制度等のホットラインがあり、機能しているか
	C4コンプライアンス	不正は許さないとか、安全は全てに優先するという組織のトップの決意が明確にされ、実践されているか
Behavior 前向き積極的な行動力	B1トップの実践度	組織のトップは自ら掲げた方針・目標を率先垂範し、各職階層において掲げられた方針・目標がブレークダウンされ実施されているか
	B2HH/KY	ヒヤリハット(HH)活動や危険予知(KY)活動が効果を挙げているか
	B3変更管理	組織にとって変更する事柄(プラントの改造や生産方法の変更、製品の改良など)に対し、それぞれに適した変更管理を行なっているか
	B4コミュニケーション	報・連・相+反(報告・連絡・相談を受けた時に相手に反応すること、例えば報・連・相の内容に対し、反復し同意する、反論や反発し合意形成に努めるなどを行う)の双方向のコミュニケーションが行われているか

4; 診断方法、診断時期

判断の仕方:

* 職場の3階層、一般実務者、中間管理者、上級管理者に対し、11の防護壁の機能状況を6段階評価(注)で採点:

4段階未満の防護壁

* 経営者層、中間管理職、現場職の3階層で、評価のばらつき:

バラツキが大きい項目

* リスクセンス度の高い人による6段階評価:

4段階未満の防護壁

診断時期:

* 定期的に、または組織に異常を感じた時。

5: 重大事故・クレーム発生の原因と防護策

- **重大事故・クレーム発生原因;**

 - 直接的な原因; 作業員

 - 間接的な原因; 組織の状態

- ①: **直接的な原因:**

 - * 直接作業をしている作業員が要因。

 - * 防護策;

 - ・社内規定;

 - それまでの事故経験を分析し、事故発生を防ぐ作業の仕方・手順など決めたもの。

 - ・ISO;

 - 作業規定に加え、クレーム発生時にトレースバックのための記録まで規定した国際規格

②: 間接的要因

* 「組織の状態」が要因

* 防護策;

リスクセンスシステムにより、組織を正常・健全に保つ。

- 個人のミスの裏には、必ず組織上の問題が介在。
- 組織が「正常健全な組織」であれば、重大事故・クレームは発生しない。
- 組織の状態は徐々に変化・悪化する。
- 健康診断と同様に、定期的ないしは異常を感じた時、診断し、治療することで、正常に戻すことが可能。

6: 組織エラーの起こりやすい要因

- * 行き過ぎたコスト削減策
- * 収益重視策
- * ルール順守より、納期厳守
- * 安全教育より、残業での生産性
- * リスクアセスメントを十分行う時間がない
- * 管理職と一般実務者間のコミュニケーション不足

7-1: ISOとリスクセンス方式の違い

・ISO規格

直接作業により発生する事故・クレームを防止する規格。

過去の経験より、作業手順・内容を規定することで、事故・クレームを防止。
事故トレースバックに必要なデータの保存も規定されている。

・リスクセンスシステム

組織状態が原因で発生する「事故・クレーム」を防止するシステム。

事故・クレーム発生原因から、組織が正常な状態であるか、を診断する11項目(防護壁)を抽出。
定期的に、ないしは何かおかしいと感じた時、組織の状態を11項目で診断し、
防護壁と軽微なズレのうちに修正することで、重大な事故・クレームに
発展することを防ぐシステム。

7-2; ISOシステムが不評な理由。

- **主な不評の内容:**

多くの企業において、品質が変わらないのに仕事量が増えた。

- **原因;**

- ISOの規定内容の理解不足、
- 「試験」に対する日本人の国民性

品質レベルを規定するものではない

試験には、
カッコの良い解答を、落ちてはならぬ

★現状を箇条書き、作業を減らすことを。

8

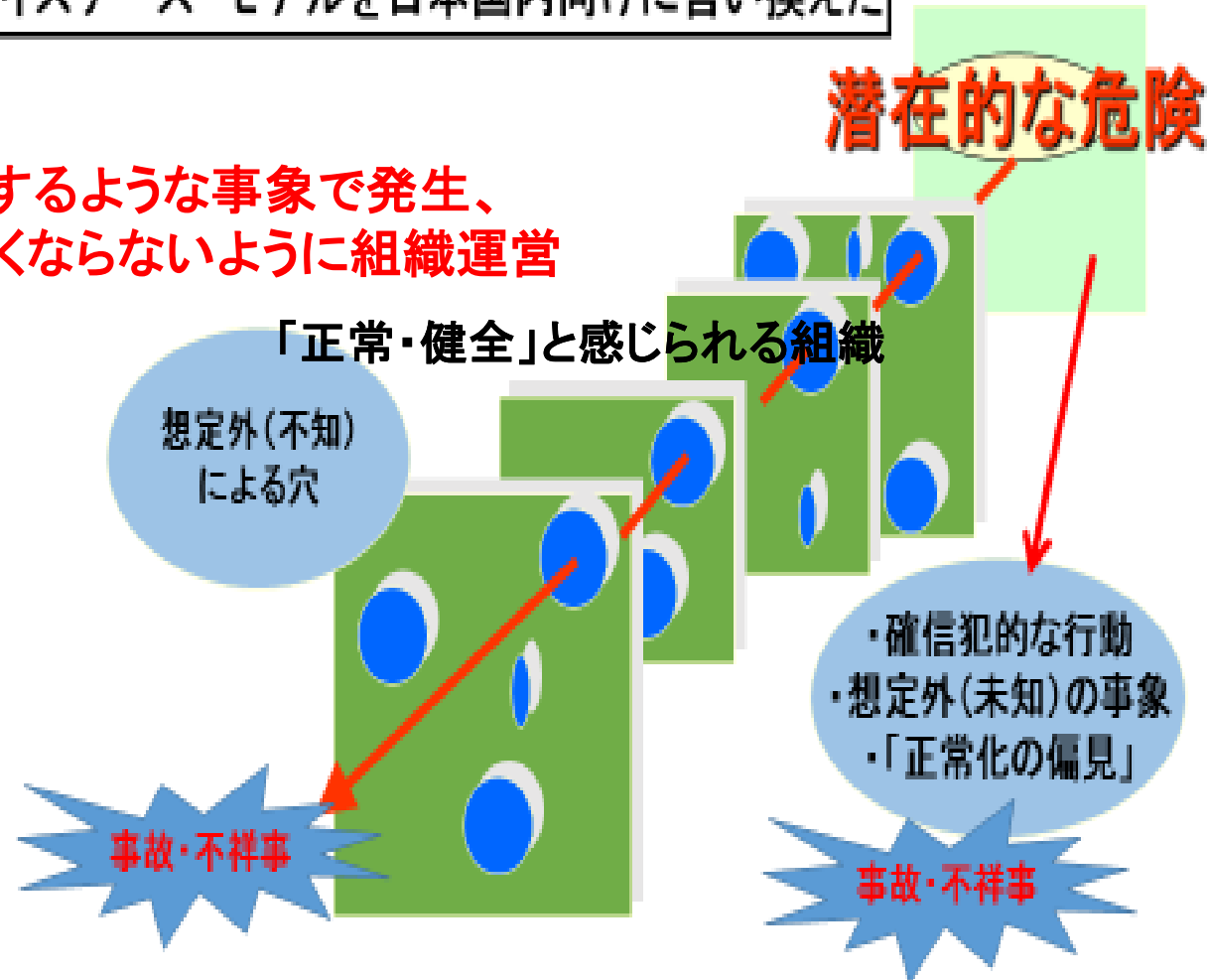
組織事故の発生メカニズム(防護壁モデル)

スイスチーズモデルを日本国内向けに言い換えた

ハインリッヒの法則

事故は2~3防護壁を貫通するような事象で発生、
リスクセンスにて、穴が大きくならないように組織運営
すれば事故は起きない。

1件の重大事故:
29件の中規模事故
300件の微細事故
1~2枚の防護壁
不機能;ヒヤリハットで修復



9; リスクセンス検定の活用事例

- * 組織診断：問題点抽出
- * 組織風土改革の推進状況のチェック
- * 新組織発足時（JVなど）の組織のチェック
- * ISOなどのマネジメントシステムの補完
- * 事故再発防止施策の組織への浸透度チェック
- * 新設する安全研修センターのメニューへの採用
- * 労働安全衛生活動の推進度の定点観測
- * 小集団活動とリンクさせた、安全文化の向上

10：目指すべき「正常・健全な組織」

11項目にて、正常と判断される組織

組織のトップは、組織を健全に維持し成長させるために

- ・ 組織の目的を明確にして(B1:トップの実践度)
- ・ 良いコミュニケーション(B4:コミュニケーション)の下で
- ・ 組織の構成員が組織の目標を達成できるような業務遂行力を維持できる
よう仕組みをつくり、維持し、(L3:教育・研修、C4:コンプライアンス)、且つ
- ・ 変化に対応できるよう(B3:変更管理)組織を運営している。

特に、組織運営上のリスクへの対応(L1:リスク管理)に対し、

- ・ 過去の失敗に学ぶ(L2:学習態度)ことと
- ・ 身近に起きる小さいエラーに注意を払う(B2:KY・ヒヤリハット)とともに、
- ・ エラーが起きないようにまた起きた場合、直ちに対応できるように
組織運営(C1:モニタリング組織、C2:監査、C3:内部通報制度)している。

11:「正常・健全」と感じられる組織

各個人が尊重される組織			やりがいのある組織	
生き生きと活動出来る組織			一致団結を感じられる組織	
自分たちで考え、行動できる組織			成果の共有を感じられる組織	
学ぶ気持ちを持ち続けられる組織			全員で考えるムードのある組織	
企業の発展を我がものとして考えられる組織			全員で理解して行動できる組織	
人間関係が良好			相互に助け合える組織	
組織員が元気ある集団			情報の共有が出来る組織	
決断力、行動力に加え、計画性、論理性			改善が出来る組織	
利益が出たら見返りも、頑張ったらねぎらいも出せる組織			ミスを責めない文化がある組織	
顧客のメッセージ・ニーズに敏感な組織			悪い情報も報告できる組織	
適材、適所、適数				