

リスクセンス・組織診断システム

DF技術部会 2019・6・27

梅里泰正

【Ⅳ】経営者が自組織に対し知りたいこと

- ①自組織で、不祥事は発生しないか
- ②自組織の状態は、良好か
- ③自組織の問題点・改善点は
- ④採った施策の進捗状況は
- ⑤各種のマネージメントは、正常に機能しているか
マネージメント：組織の「目標、案件、プロセス」を管理し、
組織の目標を達成する事

リスクセンス・組織診断システム

リスクセンス・システムとは

【Ⅰ】(理論)

【Ⅱ】(診断結果と対処) 【Ⅲ】(リスクセンスシステムの活用)

11項目による診断

健全

①健全な組織とは

問題

①問題ある組織とは

②劣化防護壁の抽出、
修復

- ①事故発生メカニズム
- ②11防護壁による診断
- ③組織診断の仕方
- ④事故原因と防護壁
- ⑤各種マネジメントシステムと「組織健全性」

- ①不祥事の発生が防げる
- ②事故(再発)防止
- ③不祥事の予兆管理
- ④不祥事の公になることの防止
- ⑤実施施策の進捗管理
- ⑥各種リスクの発生確率
(横国大の研究)

リスクセンス・組織診断システム

A. 事故・クレームが起こらない健全な組織の検討

- * 過去発生した多くの事例より;

 - 事故・クレームの「根本原因分析」: R C 分析

- * この事故・クレーム発生を防げる

 - 「組織」のあるべき条件: 「11防護壁」を設定

B. 11防護壁により: 「健全な組織」の診断・効能

- ① 組織が健全か否か

- ② 不祥事発生を防げる

- ③ 不祥事の予兆管理が可能

- ④ マネージメントの進捗管理

- ⑤ 組織の問題点・修正点の明確化

I 一②: 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為に記録まで規定した国際規格

I — ②

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。

I ー③ 11防護壁 組織の健康診断ポイント

	診断項目	組織診断のポイント
Learning 自律的に学ぶ姿勢	L1: リスク管理	それぞれに適したリスク管理をしているか？
	L2: 学習態度	トラブル経験、周囲に学んでいるか？
	L3: 教育・研修	常に維持・更新され効果を上げているか？
Capacity 基礎体力 (自ら監視)	C1: モニタリング組織	トップに直結した独立した組織か？
	C2: 監査	効果をだしているか？
	C3: 内部通報制度	内部通報制度は周知され、機能しているか？
	C4: コンプライアンス	コンプライアンス意識が浸透し、行動しているか？
Behavior 前向き積極的な行動力	B1: トップの実践度	方針をだし、自ら実践しているか？
	B2: HH/KY	効果をあげているか？
	B3: 変更管理	それぞれに適した変更管理をしているか？
	B4: コミュニケーション	「報・連・相＋反」の双方で行われているか？

I ー③ 組織にとっての11の防護壁の意味合い

★リスクセンスシステムの事故防止策は；

過去の事故原因を総括し、個別の事故をどう防ぐかではなく、事故（不祥事）が発生しない組織の条件(防護壁)を決定し、維持することにある。

★防護壁11で決めている内容は：

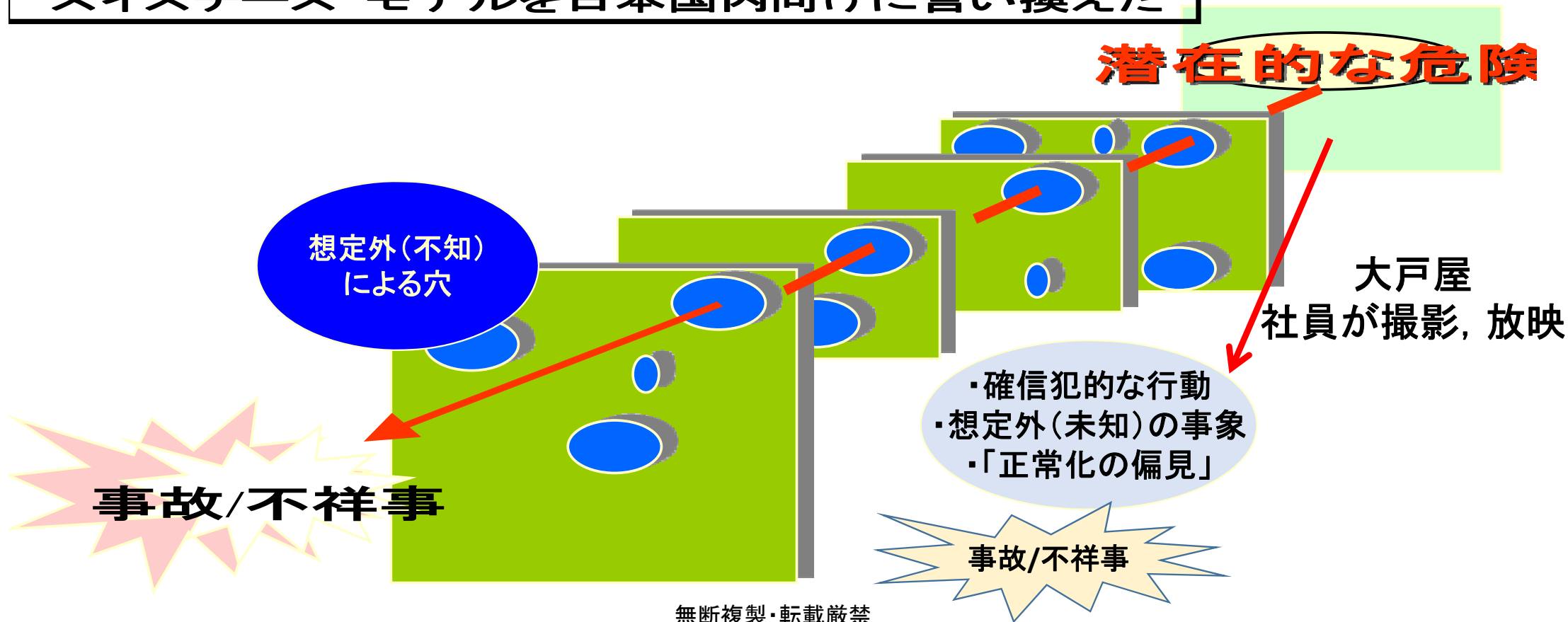
- * 過去発生の事故を総括(L1)
 - * 対策事例を学び、研修し（L2,L3）、
 - * 事故を起こさないという考え方をトップを含め、組織として徹底し（C1,C2,C4,B1,）
 - * 起こりそうな状況をお互いに監視し（C2,C3,C4,B4）
 - * 起きていることを、お互いに注意し（C1,C2,C3,C4,B4）
 - * 起こり易いヒヤリハットを注意し、危険予知能力を高め、（L3,B2）
 - * 変更に対する問題を分析、認識し（L1,B3）
 - * 連絡を密にすることで、誤解などを避ける（B4）
- （11防護壁の機能を上記に表現）

11項目が4以上であれば、 高所作業での事故防止につながる根拠

梅里さんの 視点	事故防止のための組織の中の個人の行動	11項目の内、4以上が必要な項目
個人が原因 の事故	工事当日、危険予知会議において ①工事現場にて、当日の作業の段取り打ち合わせ。 ②過去発生した作業ごとの事故例を抽出。 ③その防止策を個別に思い起こす。 ④注意しながら、その作業を行い、再発を防止する。	①B4:コミュニケーション ②③④ L1:リスク管理(リスクを知る)L2:過去の失敗に学ぶ、L3:教育・研修、
組織が原因 の事故	事故毎に、どのように防ぐかではなく、組織が不祥事を発生しない状態に維持するために、決められた11防護壁に従って、個人も行動（➡ 右の欄の①から④に関する行動	①＊過去発生の事故を総括、＊対策事例を学び、研修し、 ＊起こりそうな状況をお互いに監視し ＊起きていることを、お互いに注意し、＊連絡を密にすることで、誤解などを避ける。（L1,L2,L3:B4） ②事故を起こさないという考え方をトップを含め、組織として徹底し（B1: トップの実践度、C2: 監査） ③＊起こり易いヒヤリハットを注意し、危険予知能力を高め（B2:HH/KY/5S） ④変更に対する問題を分析、認識(B3:変更管理)

I - ①、② 組織エラーの発生モデル 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



組織に問題 → 個人が事故を起こす

芳しくないマネジメント（行き過ぎた施策や不作為の施策などや不十分な遵法・安全配慮義務施策他）

芳しくない人の身体的、生理的などの
ヒューマンファクター
の状況

芳しくない、設備や技術など、ハードウェア
の状況

不十分な教育、不適切なマニュアルなど、
ソフトウェアの状況

良くないコミュニケーションなど芳しくない
ヒューマンウェアの状況

ヒューマンエラーの誘因となる組織内の芳しくない行動環境

不適切な知
覚・認知工程

不適切な知覚・認知工程

不適切な記憶・判断工程

スキルベースの定常的な、慣れた、反射的な行動

ルールベースの“非定常的な”規則に基づく行動

ナレッジベースでの慣れない“新規”の行動

意図的違反、正
常化の偏見

スリップ(うっかりミス)

ラプス(うっかり忘れ)

ミステイク(思い違い)

バイオレーション(意図的違反など)

不適切な行動

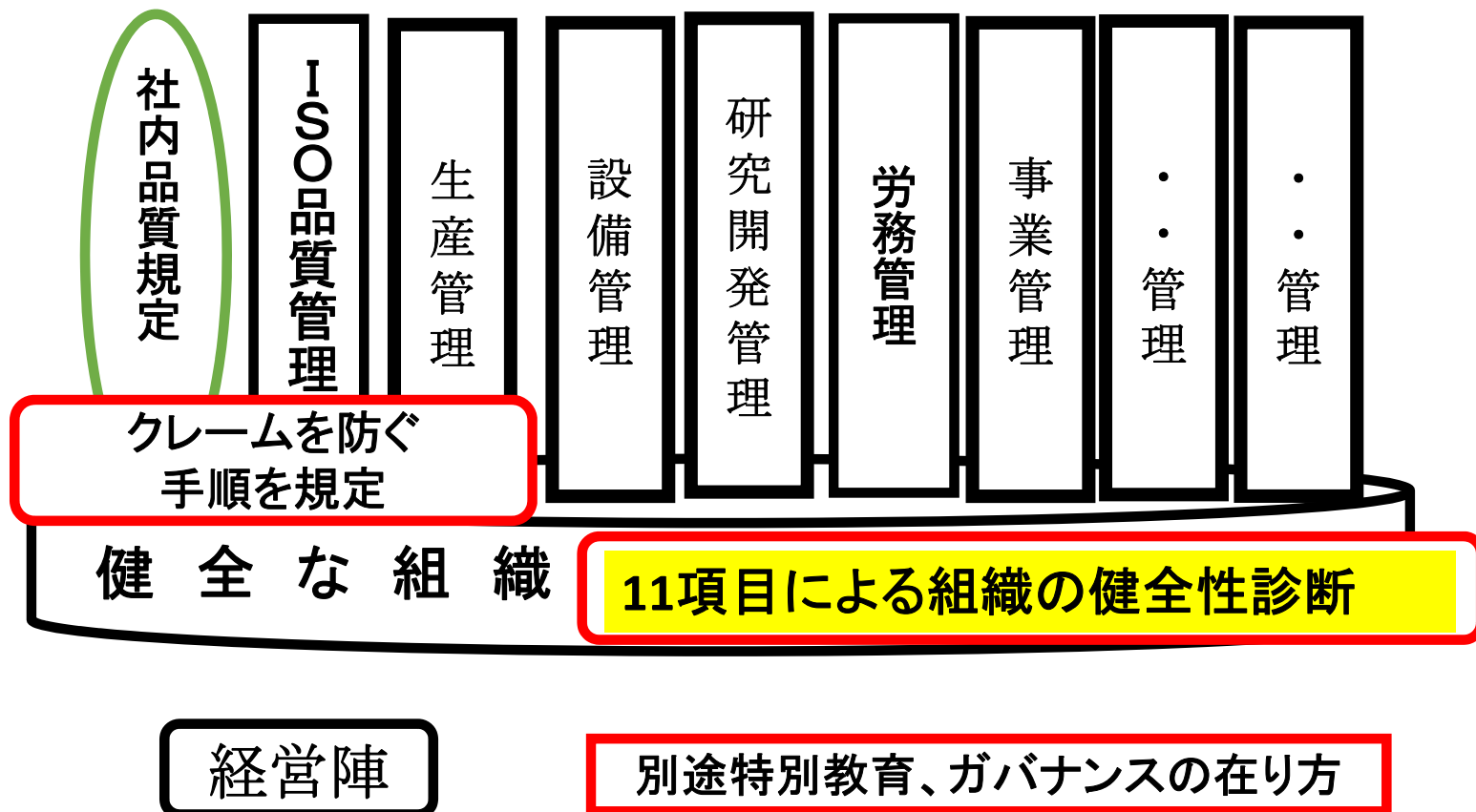
事故・不祥事

品質不祥事の発生メカニズム

各マネージメントの基本は、組織の健全性

1. 各マネージメントシステムでは：
 - * 組織の健全性を確保する。
 - * 各マネージメントの具体的作業を正しく実行する。
2. 組織の健全性は、すべて共通のPDCAの要求に基付き、規定されている。
3. 具体的作業は、その目的に応じ規定されている。

I－⑤ 各種マネジメントと組織診断との関係



＊ 健康診断とリスク診断との対比

- ・「組織の健全性」を診断するのが、リスクセンスシステムである。
- ・健康診断は、身体が病んでいるかをチェックします。
病気と診断されれば、各部位の機能チェックなどにより、
病気を確定される。
- ・リスクセンス診断は、組織が病んでいるかを診断します。
組織が健全性であれば事故も防げ、マネージメントも
正しく機能します。

I —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、経営管理者に対し、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、各階層内でのばらつき
- * 職場の3階層間での評価のばらつき：
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：組織のレベルチェック
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。

Ⅱ－２ 防護壁の修復または改定内容

1. クレーム・不祥事が発生した時の、何時もと違った作業や発生状況の時系列的表現；VTA法による解析
2. ミスをした人に関連した、作業環境、組織環境、作業手順規定、使用機器・ハード況、人間関係：M－SHELL法による解析
3. M－SHELL法による分析結果から、クレーム・事故が顕在化しないであろう、11の防護壁のあるべき姿

【Ⅲ】リスクセンスシステム活用

- ①不祥事の発生が防げる
- ②事故(再発)防止
- ③不祥事の予兆管理
- ④不祥事の公になることの防止
- ⑤実施施策の進捗管理
- ⑥各種リスクの発生確率

(横国大の研究)