

第6回 「なぜなぜ分析」ワンポイント応用編

ここでは、拙著の本に紹介していない応用編について、紹介したいと思います。（ただし、いつか活字になるかも(?)しれません。お約束できませんが……）

あわせて、「なぜなぜ分析」の基本については、ぜひ当社ホームページ、インフォメーションに記載の書籍等をご覧ください。

2005年12月29日

有限会社 マネジメント・ダイナミクス

小倉仁志

jin-ogura@management-dynamics.co.jp

ヒューマンエラーを分析する際の「なぜ」の矛先

最近ヒューマンエラーに関するトラブルが多くなっていることから、今回はそんなトラブルの場合のお決まりのパターンについて紹介しようと思います。

今まで様々な企業のヒューマンエラー事例を見たり、聞いたり、一緒に分析したり、してきました。

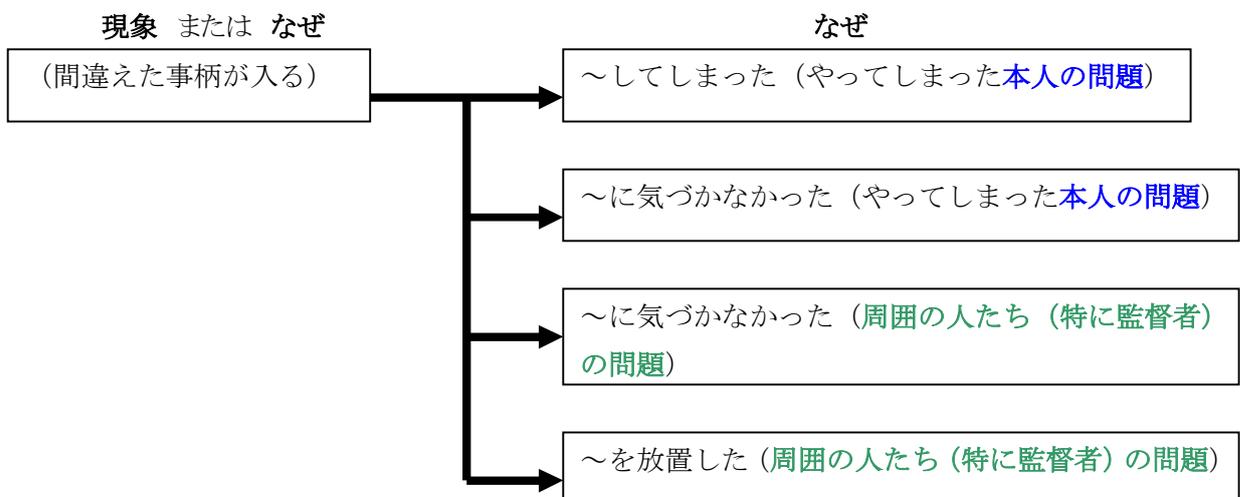
それらを通じてわかったことは、単独で失敗してしまう場合や複数の人たちが関係して発生する場合など発生した時の状況は様々ですが、どのヒューマンエラーの場合も機械同様に、特有の原因追求のパターンがあるということです。

それが、以下に示したものです。大きくは2つに分かれ、一つはエラーをしてしまった本人の問題、もうひとつはその周囲の人たち(特に管理・監督者の問題)です。

そして、それぞれについて、さらに以下のように細分化して考えていきます。

ただし、以下の事柄の全てに渡って分析するかどうかについては、そのときの事情(前提条件)により決定していきます。

もちろん、「～に気づかなかった」については、「気づかなかった」のか、「気づけなかつた」のか、「気づきづらかつた」のか、といった観点からさらに分けて考えていくことになります。



お断りしておきますが、ここに「本人の問題」「周囲の人たちの問題」と示してありますが、これは決して、この人たちの責任追及をするために示したのではなく、この人たちの作業の仕方・手順や

管理のあり方、表示のしかた、モノの置き方、設備のあり方、教育のあり方、採用のあり方、評価のあり方などにメスを入れるために、クローズアップしただけのことです。

なぜならば、要因を考えていく際には、できるだけ具体的に絞り込んでいかないと、より具体的かつ的確な再発防止策が出てこないからです。

(余談ですが、このような分析を実施する際には、決して人を追い詰めるようなことを絶対にしてはなりません。そんなことをすると、かえって真実から逸れていくものです。もっとも、刑事事件に発展してしまった場合は、そうは行きませんが……)

ぜひ、参考にして頂き、的確な再発防止策を導き出していただければ幸いです。