

ヒューマンエラーは裁けるか

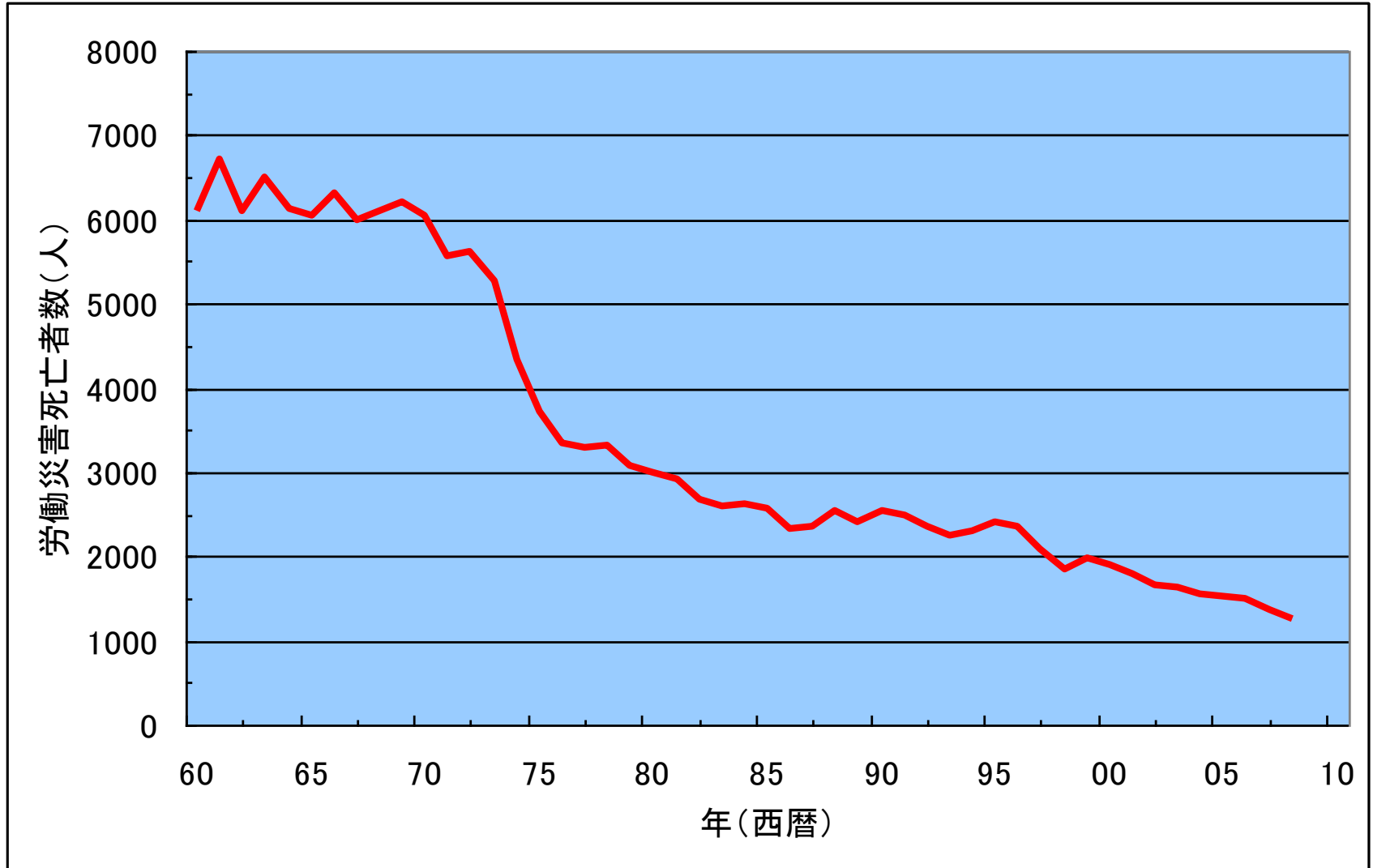
宮城学院女子大学
教授 大橋智樹

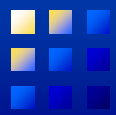
ヒューマンエラー防止対策思想の変化

- 『責任**追及**型』のヒューマンエラー対策
 - 本人の責任を追及し、配置転換などで対策を終了
 - ⇒ エラーの原因を個人に帰属させるため、有効な再発防止にならない
- 『原因**追究**型』のヒューマンエラー対策
 - 条件さえそろえば、誰もがエラー起こすという思想に基づき、背後要因を追究
 - 対策を“水平展開”→同種のエラー発生を防ぐ
- ヒューマンエラー対策は『原因追究型』にシフトしつつある



成果あり: 労災死亡者数は減少





業務上過失致死傷罪

- 刑法第211条：
 - 業務上必要な注意を怠り、よって人を死傷させた者は、五年以下の懲役若しくは禁錮又は百万円以下の罰金に処する。
(以下、重過失致死罪に関する記述を省略)
- 業務とは：
 - ①社会生活上の地位に基づき、
 - ②反復継続して行う行為であって、
 - ③法益侵害のおそれがある(生命身体に危険を生じ得る)もの
- では、業務上必要な注意とは？
 - “唯一無二の解”は存在し得ない

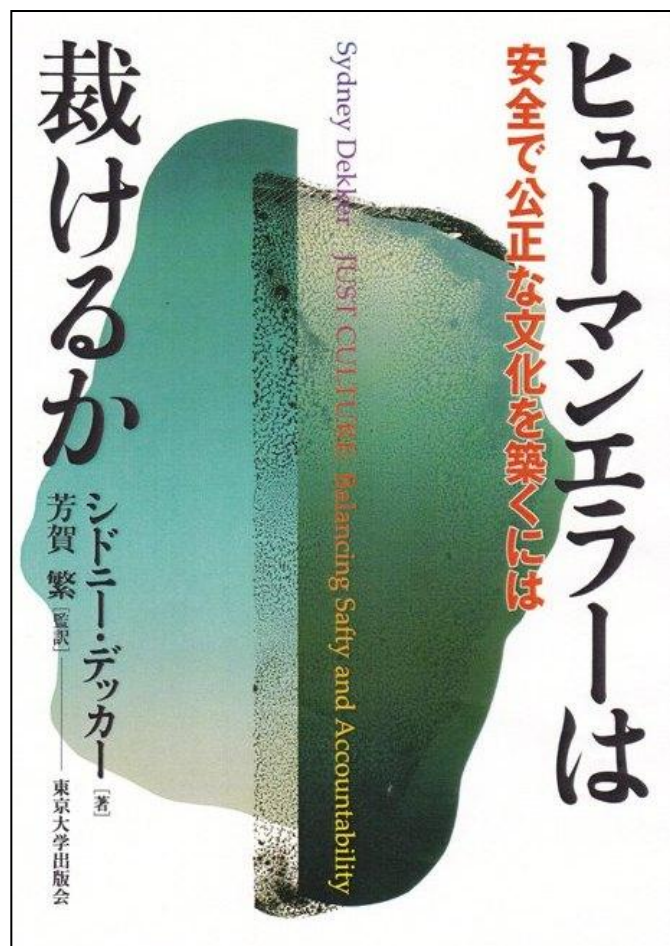


業務上過失致死傷罪に関する報道

- 朝日新聞データベース「聞蔵」から抽出
 - 検索条件: 見出しおよび本文に「業務上過失」を含む
 - 検索対象: 朝日新聞、本社版、直近3ヶ月間
 - 調査結果: 66記事、28事案
 - 救難ヘリ墜落事故、ショベルカー轢死事故、水上スキー衝突事故、名松線自走事故、ジェットコースター死傷事故、古書店事故、カテテル医療事故、近鉄線脱線事故、配膳用エレベータ事故、医師免許取消関連、配管工事爆発事故、大牟田タクシー事故、関門海峡船舶衝突事故、下関化学工場爆発事故、フェリー転覆事故、大野病院医療事故、高円寺居酒屋火災、東名飲酒事故、TBSカート事故、韓国射撃場火災、福知山線脱線事故、大雪山系遭難事故、世田谷養護施設窒息死、明石歩道橋事故、身体拘束ベルト医療事故、苫小牧ボート転覆事故、横須賀船舶衝突事故、脂肪吸引医療事故
 - 全てがその原因にヒューマンエラーを含むと考えられる



ヒューマンエラーは裁けるか 安全で公正な文化を築くには



シドニー・デッカー 著

監訳 芳賀 繁

翻訳 芳賀繁, 藤村まこと, 山浦一保,
大谷華, 榎本隆司, 大橋智樹,
増田貴之

監修 池田良彦, 佐々木潤, 本江彰

特別寄稿 柳田邦男

発行 東京大学出版会

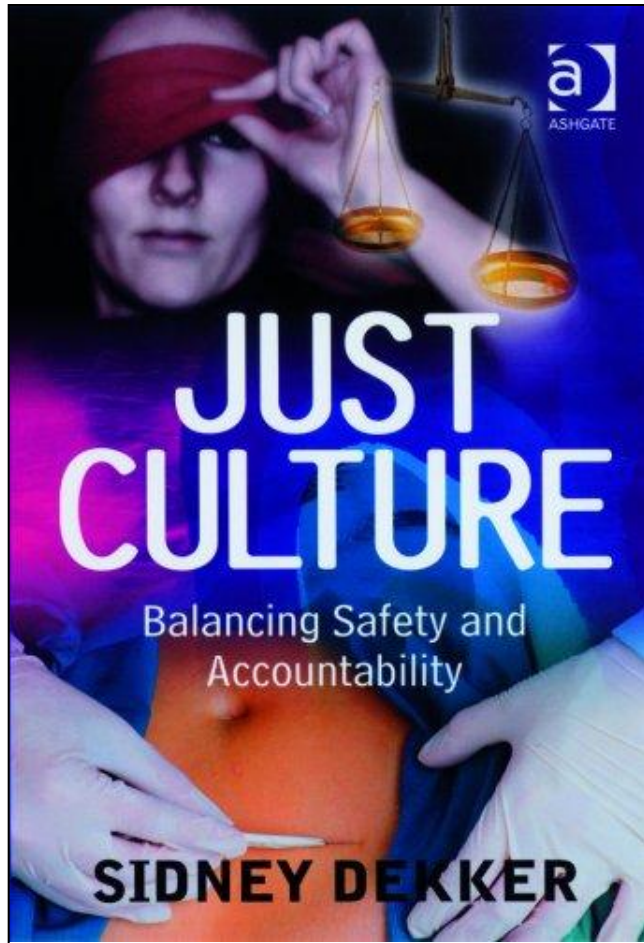
2009年10月30日

※明日の朝日新聞に書評が掲載される予定



JUST CULTURE

Balancing Safety and Accountability



- ルンド大学教授(スウェーデン)
- オランダで産業組織心理学と実験心理学の修士号
- 米オハイオ州立大学で認知システム工学の博士号
- インストラクター・パイロットの資格も



目次

推薦の言葉(柳田邦男)

まえがき

プロローグ:看護師のエラーが犯罪となる時

第1章 なぜ公正な文化が必要なのか？

第2章 失敗をとがめるべきか許すべきか？

第3章 報告の重要性と報告のリスク

第4章 情報開示の重要性と情報開示のリスク

第5章 すべての失敗は同等か？

第6章 後知恵による責任追及

第7章 悪いことをしていなければおそれる必要はない？

第8章 検察官がいなければ犯罪は存在しない

第9章 裁判は安全を害するか？

第10章 公正さを追及する裁判の関係者たち

第11章 公正な安全文化に対する三つの問い

第12章 「個人かシステムか」から「システムの中の個人」へ

第13章 公正な文化を構築するためのアプローチ

エピローグ

監訳者による解説とあとがき



事故の“原因”

- かつては事故の背景に神または悪魔の意思があると考えられていた
- 20世紀初頭になって人々は事故を不幸な時空の偶然とみなし始めた
- TMIとテネリフェ以降、事故はある特定のリスクが十分に管理されていなかった証拠とみなされるようになった
→ 誰が責任者なのかを探す方向に社会を導いた
(まえがき)



看護師マーラの医療事故

- 医師の手書き処方箋(事件後に行方不明に):
 - 「40ml+キシロカイン200mg=10ml=4mg/ml, 合計50ml」
 - 医師の意図: ブドウ糖溶液40mlと濃度20mg/mlのキシロカイン10ml (20mg/ml, 5mlシリンジ2つ分)とを混ぜると4mg/mlのキシロカイン溶液ができるので、これを50ml投与すること
 - マーラの解釈: ブドウ糖溶液40mlと濃度200mg/mlのキシロカイン10ml (200mg/ml, 5mlバイアル2つ分)を混ぜると4mg/mlのキシロカイン溶液ができるので、これを50ml投与すること
- マーラのみが起訴され、有罪判決(執行猶予つき)を受けた

司法は真実を明らかにできない

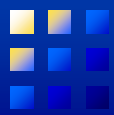
- 司法の“ストーリー”：
 - マーラが処方箋を読み間違え、計算ミスをし、(シリンジではなくてバイアルの)間違った箱を取り出し、調剤をしたことが女児の死の原因である
- マーラが明らかにしたかった“真実”：
 - 読みにくい処方箋に基づいて調剤をした際に計算ミスをした。さらに、いつも使っていたバイアルへの指示だと疑わなかった。他の看護師のダブルチェックも受け、確信を持って調剤をした。ということ。
- マーラの失望：
 - 女児の死亡の背後にある真実に学ぶことを望んでいたが、それが司法システムでは明らかにできない

(エピローグ)



専門家はどうするか

- 航空管制官：「おい、オルメタだからな！」
- ベテラン機長：「インシデントについて、自分から情報を提供するなんてことはしませんよ」「トラブルに巻き込まれるのがイヤだから・・・みんな、私と同じ」
- 裁判を避けたがる。なぜなら、判決はどれも、公正でなく、安全性を改善するものでもでもないから
 - － 被害者は処罰が軽すぎると感じる
 - － 起訴された専門家はスケープゴートにされたと感じる
 - － 組織はメディアの注目を不当に浴びたと感じる
 - － 審理では実務上のあらゆる機微やニュアンスが無視される



公正な文化を育てるために

- 公正な文化に必要なこと
 - (二度と同じようなことが起こらないために) 学習することができるようにすべてを開示すること
 - 「公正」であるためには、(正直に話したからといって)すべてが許容されるわけではないこと
- 両者の間で起こる摩擦こそが公正な文化を育てる
- 明確な境界線があるわけではないので、許容するかしないかを誰が決めるかという問題が重要

(1章)

開示(報告)させるための工夫

- 報告は重要
 - システム上の変化をもたらすことで、作業環境を改善し、危険な出来事の再発を防止する
- 報告は難しい
 - 何を報告するか？
 - 起点はどこで、終点はどこか？
- 報告はリスク
 - 報告した結果がどうなるか未知
 - 悪い結果に巻き込まれるのが怖い
 - 報告しても組織は何もしないから、報告する意味がない
- 報告させるには？
 - 報告システムへのアクセスを最大化する
 - 不安を最小化する

(3章)



後知恵バイアスを避けよ

- 結果が悪かったことを知ることは、その結果をもたらした行動をどのように見るかに影響する
 - 因果関係を簡略化しすぎる
 - 結果の見込みを過大評価する
 - 規則や手続きに対する「違反」を過大評価する
当事者に与えられた情報のその時点での重要性、関連性を誤判断する
 - 失敗(行動)と結果を釣り合わせる
- 後知恵を使って判断すれば、人間のどんな行動にも欠陥があり、分別に欠けるように見えるものである。評論家は常にその事実には注意を払い続けることが重要(イギリスの事故調査委員長)

(6章)



公正な文化と線引きの問題

- 適法と違法を分ける境界線を客観的に定義することはできない。法律家が上手に論じれば、どんな行為でも意図的違反または過失にできる
- ポイントは：
 - どこに引くかではない。誰が境界線を引くか
 - その際に、どんなルール、価値、習慣、言葉、そして正当性を用いるのか
 - その「誰か」が検察官なのか同業者の委員会なのかは要点ではなく、それについて透明性と合意を得ることが公正な文化の要点

(7章)



複数の視点が必要である

- 公正な文化は、1つの事例を説明するのに常に複数のストーリーを用意する
 - (裁判のように)ある視点からのストーリーを語ることは、必ず別の視点からの見方を排除することになる
 - 世界は複雑である—そのことを受け入れなければならない。そして、自分に何ができるかをそこから学ばなければならない
- 公正な文化を築こうとするときには、真実の、あるいは客観的な説明に到達することが重要ではない。以下の**2つの要件を同時に満たす**説明に到達する必要がある
 - 説明責任に対する要求が満たされる
 - 学習と改善に寄与すること

(8章)



公正な文化に対する3つの問い

- 組織や社会において、許容できる行動と許容できない行動との間の線引きを誰がするのか
- 行動が許容できるかできないかの判断において、当該領域の専門知識domain experienceが果たすべき役割は何か。どこで果たすべきか
- 司法による介入に対して、どのように安全データを守るか

(11章)



ヒューマンエラー防止の視点

- 古い視点：ヒューマンエラーはインシデントの**原因**
 - 当事者を定職にしたり、再教育したり、警告したり、告訴したり、である。あるいは、自動化を進めることで人間を重要な役割から外すなども
- 新しい視点：ヒューマンエラーは原因ではなく**症状**
 - 設備のデザイン、手続きの有効性、目的間の競合や生産への圧力の存在を検討する
- 疑問：単にシステムの責任にすることができるか
 - システムの改良では完全になくすことができない余地がある。個人かシステムかではなく、むしろ、私たちはシステムの中の個人の関係や役割を理解する必要がある

(12章)



公正な文化を構築するためのアプローチ

公正な文化を構築する
ための
段階的アプローチ

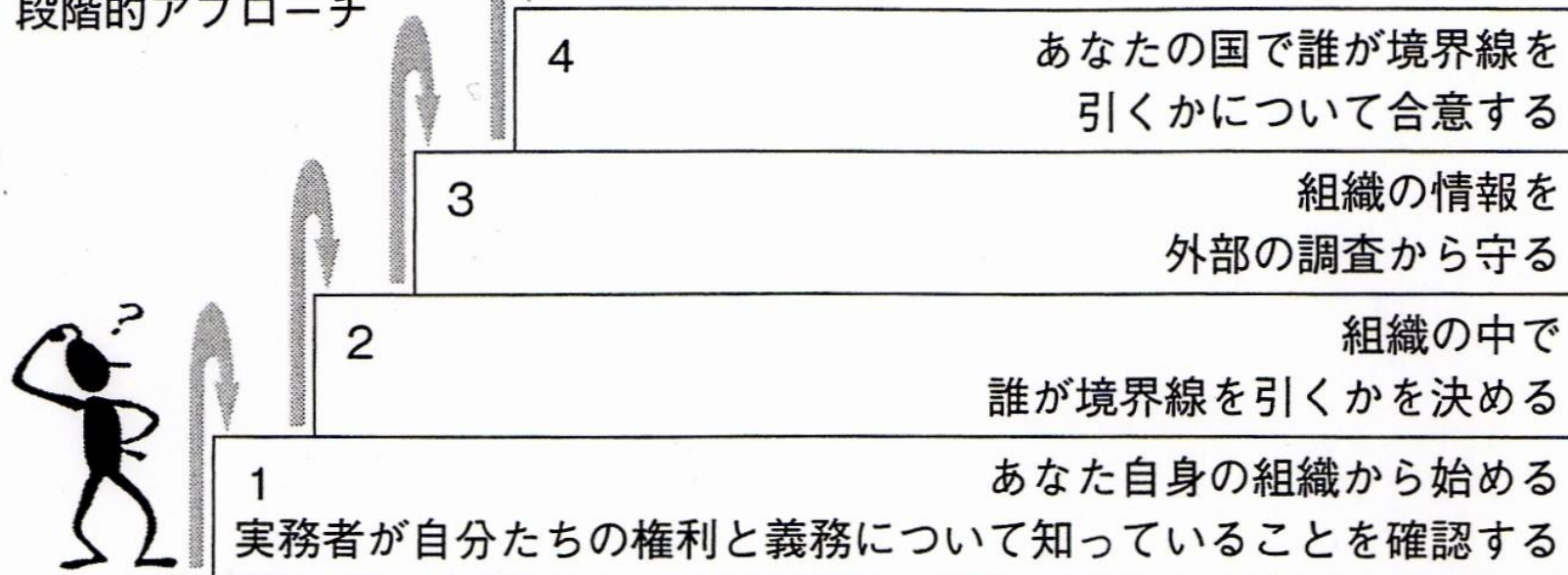


図 13-1 公正な文化を構築するための段階的アプローチ

段階が上がるごとに難しくなるが、一つひとつの段階が公正な文化に向かう着実な進歩になる。



本書の重要な指摘

- 単に「ヒューマンエラーを裁くな」という主張ではない
- ヒューマンエラーに**どう対処するか**、そして、**どう防ぐか**を考える大事な提言
- 1. ヒューマンエラーが起こってしまった場合
 - 次の要件を同時に満たす説明に到達する必要がある
 - 説明責任に対する要求が満たされる
 - 学習と改善に寄与すること
- 2. ヒューマンエラーの予防を考える場合
 - 単にシステムの責任にすることはできない
 - 個人か、システムか、ではない
 - **システムの中の個人**の関係や役割を理解する必要あり



ヒューマンエラーへの対処(特に裁判)

- 論点1: 議論を分ける
 - 業務上過失致死傷罪を廃止すべきかどうかの議論
 - 業務上過失致死傷罪が現存する状況で、専門家の過失を裁判でどう扱うかの議論
- 論点2: 再発防止に役立たない＝意味がない？
 - “口を閉ざす(＝情報を開示しないor説明責任を果たさない)”ことは憲法に定められた権利(自己負罪拒否特権)。裁くことは“口を閉ざす”ことを助長する。“口を閉ざす”ことは再発防止に役立たない。したがって、過失を裁くことは意味がない
 - では、再犯率の高い犯罪があったとして、その罪を裁くことは意味がないか？と問われたら・・・
- 論点3: 罪を問う過失と、罪を問わない過失
 - 誰が、どこに、何を根拠に線を引くのか
 - 裁判では、結果の重大性(致死か致傷かは明らかに違う)。再発防止では、結果の重大性は原則として無関係で潜在的なリスク内在性が重要



ヒューマンエラーの予防

- 論点：“システム論(＝原因究明型)”の先へ
 - － 著者の提案
 - 失敗に対する不公正な反応は、悪い行為が原因であることはめったにない。**関係の悪さの結果**である。良好な関係こそが公正な文化に向かう大きな一歩
 - － 情報開示, 誠実さ, 責任感, 役割分担, コミュニケーション, 期待と義務について明確にすること, お互いから学ぶこと
 - 「公正」「文化」は扱いにくい, 「関係」なら築ける。少なくとも半分はあなたの手の内にある
 - － 最後になって急に“精神論的”色彩が強くなる。「対策」としては**具体性に欠ける**
 - － 大橋の提案：“特性対応型”対策の構築