

化学・生物総合管理の再教育講座(講義内容)

前期

科目No.	403	科目名	リスク学事例研究3			サブネーム	組織行動学による失敗事例の検証(その1)		
連携機関名	失敗学・組織行動研究会	レベル	中級			講義枠	土曜日	講義時間	10:00～11:30,11:50～13:20, 14:00～15:30,15:50～17:20
科目概要	多くの産業事故や不祥事について、組織行動学の視点で検証すると、似通った組織構造上の問題点やヒューマンウエアとの相互作用による問題点が明らかになる。これらの事故や不祥事を通してリスク管理に有用な対応案を論じる。失敗事例としては、宇宙・航空・医療までの幅広い分野から著名な事例を取り上げ、それらを組織行動学の視点から解析し、再発防止に資する試案を紹介する。またまとめとして、市民参加の方策と組織行動の視点からの多角的なエラーマネジメント論を紹介する。								

サブタイトル	No	講義名	講義概要	講義日	教室	講師名	所属
はじめに	1	組織行動研究へのいざない	失敗を活かすための分析や対策誘導などの手法に関する研究の展開の中から派生的に組織行動に関する関心が深まり、繰り返される事故のメカニズムがあきらかとなってきた。現時点での組織行動に関する研究成果を軸に、15回の講義を概括する。	4月15日	共通講義棟 1号館 304教室	石橋 明	失敗学会組織行動分科会
失敗事例研究	2	産業：ダイヤモンド・プリンセス号火災事故	2002年10月に三菱重工(株)長崎造船所で建造中の客船で発生した大規模火災事故について、それまで同種の失火事件が続発する等火災事故の危険性が顕在化していたにもかかわらず、本件火災の発生を抑制、あるいは被害の拡大を防止できなかった組織上・構造上の問題点について論じる。			濱田 逸郎	
	3	産業：産業界で蔓延する保全データ捏造事件	原子力・石油精製・化学の業界等でここ数年相次いで顕在化した保全データ捏造事件を組織事故の視点から論じ、行政の不作為にまで言及する			中田 邦臣	
	4	航空・宇宙：コロンビア号の事故	ハイトク技術を駆使した宇宙開発で、事故のトリガーとなるのはいつも基礎的な技術の問題であったり、重要性の見落としによってやり過ぎされた仔細な問題であったりすることが多い。その背景には、組織行動の基本的な問題が潜んでおり、これらに焦点をあてて論じる。			石橋 明	
	5	産業：JCO臨界事故	組織事故解析手法の一つであるVTA(Variation Tree Analysis)法となぜなぜ分析法(Why Why Analysis)を活用して、JCO臨界事故を解析し、方法論の有効性とリスク対応案を論じる。	4月22日	共通講義棟 3号館 105教室	中田 邦臣	
	6	産業：関西電力美浜原発事故	2004年8月に関西電力美浜原子力発電所において発生した二次系配管破損事故について、破損した配管部分が点検リスト漏れにより28年間点検されず、また、関係者がその件を把握した後も数ヶ月有効な対策が取られなかった原因として、発電所を運営する事業者側と点検業務を受託した企業側とのインターフェイスの問題点に着目して論じる。			中田 邦臣	
	13	メディア：緊急時広報の失敗学	危機管理経営の重要性とそのための広報機能の重要性を確認し、企業不祥事における危機管理広報の実際を、成功事例と言われている旭化成延岡工場火災事故を事例に検証する。			濱田 逸郎	
	8	産業：新製品開発プロジェクトの失敗	製品開発の失敗メカニズムと失敗からの学びを明らかにする。 ¹ 新製品の開発競争で、遅れを取り戻すために戦略受注し、旧来製品の技術者が兼務でプロジェクトを運営する。人・物・金・時間等の制約への配慮不足から、大幅納期遅延・大赤字で納入された。」という事例を検証する。			近藤 哲生	
	9	メディア：報道現場における誤報事件	報道の現場で、日航機墜落事件での生存者数や北朝鮮からの拉致被害者帰国などをめぐり様々な形での誤報が起きている。報道につきまとう記者の思いこみ、タイムプレッシャー、過剰なスクープ狙いといったヒューマンエラーや情報操作に踊らされるリスクなどがあり、現場ジャーナリストが分析・検証しながら課題を探る。	5月13日	共通講義棟 1号館 304教室	牧野 義司	
まとめ	10	医療：院内感染事件	1999年に東京で発生した"セラチア菌"による院内感染は、翌年、大阪でも発生し、さらに翌年、東京の病院で繰り返された。最初の東京での教訓を伝えるための報告書は全国に配布されたが、全く活かされなかった。この原因を医療現場の組織行動の問題として論ずる。			川路 明人	
	11	不正会計：エンロン事件	2001年12月に米国の巨大企業エンロン社は不正経理によって巨額の損失を隠蔽していたことが発覚して倒産した。その原因を、エンロン社の問題に限定せず、会計監査法人の事業活動の多角化、資本市場の仕組みについても検証して論ずる。			曽根 邦彦	
	12	情報：航空管制システムのダウン事故	2003年3月1日に起きた航空管制システムのダウン事故について、当時の新聞、雑誌等の少ないエビデンス情報をもとに事故の現象や背景を分析する。分析結果をもとにプロジェクトマネジメントの視点で事故発生メカニズムをシナリオ化し、実際に起きていたであろう組織行動上の失敗原因を推理する。			近藤 哲生	
	7	産業：航空・宇宙：エアバス300の名古屋空港事故	ハイトク旅客機の事故の問題において自動化の落とし穴、訓練・マニュアル整備の不備、「ユーザーオリエンテッド(使い勝手)」の3つの視点から非を問うのではなくて、技術の未検討部分に対する予見性と組織の対応の重要性を説く。	5月20日	共通講義棟 1号館 304教室	石橋 明	
	14	失敗と市民参加	社会に影響を与えた失敗の原因は、無知や情報不足というよりは、特定の専門知の偏重や市民の意思の軽視にある。そこで、市民の意思を社会に反映する手段である「市民参加型テクノロジー・アセスメント」の考え方と、遺伝子組換え作物の安全性や公共工事等の国内の実施例を紹介することで、失敗と市民参加の関係を論じる。			高橋 祐一郎	
	15	ヒューマンファクターとエラーマネジメント	ヒューマンファクターを総論的に展開する。人間能力の変動性やヒューマンエラーの不可避性などを指摘しながらエラー対策を検討し、当事者エラーと組織エラーの概念を説明する。そこで事故事例から得られる組織要因を指摘し、組織的対応の重要性を説く。			石橋 明	