

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)		
共催機関名	失敗学・組織行動研究会	レベル	基礎	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エラーとの相互作用による問題点が明らかになる。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。まとめとして事例研究を通じて得た現時点での知見を仮称「組織失敗学」として体系化し、実用化の試みを紹介する。						

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(1)	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14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 (組織内の権威勾配の影響の中で)	2	産業:組織集団のリスクコミュニケーション	組織集団が陥る社会的「組織ストレス」の存在を家電メーカーでの事例で紹介する。組織ストレスの解消の過程でリスクコミュニケーションの効果が組織の生死を決まると言われている。組織集団の危機管理意識(安全・安心の追求)と社会が求める安全・安心の意識には危機意識が一致したところで論じられる傾向が強いが、ここには大きなギャップが存在するとの認識をもとに「リスク認知の研究」や「リスクコミュニケーション研究」へのヒントを探る。			竹下 隆	
	3	航空・宇宙:エアバス300の名古屋空港事故	ハイテ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、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。			石橋 明	
	4	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。			曾根 邦彦	
失敗事例 (行政の不作為との係わりの中で)	5	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2002.3年に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	4月21日	共通講義棟 3号館 第1講義室	中田 邦臣	
	6	産業:欧米に遅れたアスベスト対策	アスベスト問題が2005年6月アスベストメーカーからの一般市民に健康被害があるとの謝罪発表を契機に行政と当該産業界の問題から、一般市民全体の問題として発展した。海外の対策から遅れる事、約20年その要因を行政サイドの動きも織り込んだ組織行動の視点から探求し、今後の課題へ言及する。			加藤 豊	
	7	産業:協和香料化学事件	国際機関で認証されていて、国内では未認可であった食品添加物を使用していた事件が顕在化し、社会問題化した。その中でも倒産に追い込まれた本事件を振り返り、法制度や香料業界の再発防止策など行政の不作為にも触れながら、事件の背後に潜む誘発要因の抽出と一般化を試みる。			茂木 真	
失敗事例	8	メディア:報道現場における誤報事件	報道の現場で、誤報リスクがなかなか消えない。日本だけでなく米国でも起きているさまざまな事例を紹介しながら、その原因分析すると同時になにが課題か、失敗研究のてがかりとする。			牧野 義司	
失敗事例 (市民社会との係わりの中で)	9	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、事例をもとに検証する。	5月12日	共通講義棟 1号館 304教室	濱田 逸郎	
	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	「専門家」の失敗はなぜ起きるのか	近年起きる失敗の中には、「専門家」による判断の誤りが原因であるものが少なくない。素人より知識や経験があるはずの「専門家」が、なぜ失敗を招く判断をしてしまうのか。その原因を探るため、専門家社会における評価の仕組みや、専門家と社会との関係の変化について触れるとともに、今後の社会に求められる専門家のあり方などについて解説する。			高橋 祐一郎	
	12	失敗と市民参加	適切な処置をすれば収束可能であった失敗が、市民の意思を軽視し、不適切な対応をしたばかりに、社会に大きな影響を与えるほどに膨張した例が増えている。そういった失敗の再発を防止するため、市民の意思を抽出し、社会に反映させることが可能な手段である「市民参加型テクノロジー・アセスメント(pTA)」の考え方や手法を解説し、遺伝子組換え作物の安全性や公共工事をテーマとした日本の実施例を紹介することによって、失敗と市民参加との関係について論じる。			高橋 祐一郎	
失敗事例	13	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プロジェクトマネジメントの視点で事故の現象や背景を分析することで、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。組織内で発生した公開しにくいときやエビデンスの少ない事故での、原因究明や事故からの学びを得るための一方法を提案する。			近藤 哲生	
失敗事例	14	産業:ダイヤモンド・プリンセス号火災事故	2002年10月に三菱重工横浜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、それまで同種の火災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	5月19日		濱田 逸郎	
まとめ	15	まとめ:仮称「組織失敗学」実践の試み	当研究会の失敗事例研究を通じて得た知見をベースに仮称「組織失敗学」として体系化し、その思想に沿ってJOC臨界事故の事例、中小企業で実践例での検証を通して、今後の「組織失敗学」研究促進への課題提案を行う。			中田 邦臣	