

みて、うまくいかなければ少し修正をするといったフィードバック手がかりを頼りに行動している。

論理的に正確な判断が要求されるような場合は機械に任せ、大局的な判断が要求されるような場合は人間が行う。

2.4 組織的アプローチ、システム的アプローチの必要性

人間をシステムや組織全体の中にある一個のエージェントとみなす。一個のエージェントが起こすミスそのものを問題としない。組織全体あるいはシステム全体で、それが重大なミスにつながらないようにする。

3. もし、事故が起こったら

3.1 事故後の処理を

システム復旧への対処 事故が生じたときの体制を
事故当事者に対するサポート 事故防止につながる取組みがメンタルなサポートに

3.2 事故を教訓とする

「学習モデル」の考え方。

当事者はたまたま、その事故に遭遇したに過ぎず、他者がその立場になれば、誰でも事故を起こした可能性がある。したがって、当事者を罰するのではなく、事故原因を明らかにし、事故防止を目指す。事故を今後の学習に活かす。

Cf.懲罰モデル：事故の当事者に問題ありとして、事故当事者を罰したり、解雇することによって問題解決を図る。このモデルでは、事故は無くならない。

「パブリックインタレスト」の考え方

航空機事故などでは、公共の利益を優先し、事故当事者を免責にする。事故当事者の責任を追究すると、自分に不利な証言を避けるため、事故の原因の隠蔽につながってしまう。それよりも、免責を与え、事故原因を究明し、今後の事故防止に役立てる。結果的には、将来発生するかもしれない数百名の犠牲者を出す事故が防げ、公共の利益につながる。

参考図書（順不同）

中島和江・児玉安司 2000 ヘルスケアリスクマネジメント - 医療事故防止から診療記録開示まで - 医学書院

松尾太加志 1999 コミュニケーションの心理学 - 認知心理学・社会心理学・認知工学からのアプローチ - ナカニシヤ出版

大山正, 丸山康則 (編) 2001 ヒューマンエラーの心理学 麗澤大学出版会

山本善明 2001 日本航空事故処理担当 講談社+ 新書

芳賀繁 2001 ミスをしない人間はいない - ヒューマン・エラーの研究 - 飛鳥新社

芳賀繁 2000 失敗のメカニズム - 忘れ物から巨事故まで - 日本出版サービス

山内桂子・山内隆久 2000 医療事故 - なぜ起るのか, どうすれば防げるのか - 朝日新聞社

海保博之 2001 失敗を「まあ、いいか」にする心の訓練 小学館文庫

海保博之 1999 人はなぜ誤るのか 福村出版