

ヒューマンエラーによる組織の機能不全

－ マートンの逆機能、バーナードの権限不受容、第3の機能不全論 －

Organizational Dysfunction by Human Error

赤 岡 広 周

分野：経営組織論

キーワード：組織、ヒューマンエラー

I 序

組織におけるリスクは、競合他社の新規参入、代替品、法制度の変更、為替変動など、様々な要因によってもたらされる。

事故は、リスクの一例である。事故が発生した組織では、刑事責任、顧客離れ、イメージの低下など、多岐にわたるダメージを負うことがある。今日、企業の社会的責任に対する要請は高い。事故防止策の策定は、組織存続のためにも重要なポイントといえる。

事故は、自組織の組織成員が引き起こす場合と、そうではない場合に二分される。例えば、自社工場において、バーナーの火の不始末で火災事故が発生した場合、事故原因は自社の作業員にあるといえる。しかし、休日の工場での落雷火災は、自然災害というべきケースである。自社の作業員に責があるとはいえない。また、近隣で発生した火災の延焼も、自社の作業員に責があるとはいえないケースである。

II 組織成員の意図的な違反行為

さらに、自組織の組織成員が引き起こす事故は、成員の意図的な違反行為によるものと、そうではないものに二分される。

なお、「成員の意図的な違反行為」には、「成員の悪意による違反行為」と、「悪意によらない違反行為」がある。本論では、「成員の悪意による違反行為」

は取り扱わない。「成員の悪意による違反行為」とは、組織に損害を与える目的で、成員が違反行為に及ぶケースを指す。例えば、適切な温度管理が必要な倉庫で、作業員が組織に損害を与えるために温度設定を変えるケースがあてはまる。このようなケースは、事故とはいえない。このため、本論では除外している。

本論でいう「成員の意図的な違反行為」は、成員が悪意なく、定められた作業手順を意図的に改変することを指す。例えば、複数回のチェックを手順書で指示しているにもかかわらず、チェック回数を省略するケースがあてはまる。あるいは、機器の配線を行う際、事前に電源を切るよう定められているにもかかわらず、電源 ON のまま作業を行うケースなども挙げられる。

複数回のチェックは、相応の理由があって規定されたものである。代表的な理由としては、見落としの予防が挙げられる。仮に1度目のチェックで異状を見落とししたとしても、2度目のチェックで異状に気付き、適正に処置することができるかもしれない。通常、複数回のチェックによって、異状を検知する精度を高めることができるだろう。

あるいは、1回のチェックでは、確証が得られない場合もある。例えば、開発中のため動作が不安定な機器をチェックするケースが挙げられる。不安定な機器は、見かけ上正常に作動する時と、正常に作動しない時がある。従って、1度チェックを行うだけでは信頼性を確認できない。1度目のチェックの際には正常に動作したものの、2度目のチェックの際には異状を生じる場合があるからである。チェックを繰り返すことによって、信頼性を確認する必要がある。現場の判断で規定のチェックを省略すると、トラブルのもととなる。

悪意はないものの、作業員が意図的に所定の手順を無視するパターンとして、Reason (2005) は、(1) 日常的な違反、(2) スリルを感じるための違反あるいは楽観的な違反、(3) 状況に依存した違反を指摘する。

(1) の日常的な違反は、手間を減らすため、作業を早く完了させるため、自己顕示のために行われる。具体的には、面倒なのでマニュアルを確認しないで作業を行うケース、早く終わらせるために所定のチェック作業を省略するケー

スなどが該当する。また、職場によっては安全具を装着することを恥と考える風潮がある場合がある。そのために、所定の安全具を装着せずに作業を行うケースなども、日常的な違反の一例である。

(2) のスリルを感じるための違反・楽観的な違反としては、飛び乗りやスピード違反などが挙げられる。作業用車への乗降は、作業用車が完全に停止してからと定められているにも関わらず、停止直前の作業用車に飛び乗るケースが挙げられる。また、徐行が定められている箇所において、多分大丈夫だろうとスピードを超過するケースもあろう。

(3) の状況に依存した違反は、所定の手順書が作業現場の実態と乖離しており、手順書に即して作業を完了することが困難な場合に発生するとされる。手順書では、常に2人以上で作業するよう定められていたとしても、業務の繁閑によっては遵守困難となることがある。

Ⅲ 成員の意図なき違反行為

前段では、「成員の意図的な違反行為」として、組織成員が意図的にルールから逸脱した行為を行うケースを述べた。組織成員には、破壊目的などの悪意はない。しかしながら、組織成員はそれが規定違反であることは承知している。規定違反であることを知りながら、違反行為に及ぶケースである。

組織では、「成員の意図的な違反行為」がある一方で、「成員の意図なき違反行為」が生じることがある。「成員の意図なき違反行為」は、以下の二種類に分類される。

第1に、何がルール違反であり、何がルール違反ではないのか、成員が知らなかったケースである。作業のルールは、手順書などのドキュメントに明文規定されている。ドキュメントを熟読すれば、何がルール違反なのか、答えは得られると考えられる。

しかしながら、たとえ作業の最中に疑義が生じたとしても、その都度、作業を中断してドキュメントを参照することは現実的ではない。そもそも、作業員自身が、おや、と疑問に思わなければ、作業員はドキュメントを参照する必要

すら感じないだろう。

さらに、疑問を解決するためのドキュメントが、現場に揃っているとは限らない。現場には、日常的な現場作業に関するドキュメントのみ常備され、上位規定は管理職の机にしかないというケースもあろう。反対に、現場に膨大な量のドキュメントが備えられ、どこに何が記載されているかわからないというケースもある。

仕事の仕方は、ドキュメントを読んで覚えるものばかりではない。日々の業務のなかでの経験や、先輩や上司から教わる OJT も多い。先輩や上司が、間違った仕事の仕方を教えた場合、作業員はそれがルール違反であることを知らず、違反行為を日常的に繰り返すことになる。そして、後から配属された新人作業員も、同様に不適切な作業手順を覚え、違反行為を繰り返すようになる。ルールからの逸脱が現場ぐるみで常態化している箇所では、このような「成員の意図なき違反行為」が横行しやすいといえる。

第2に、ヒューマンエラーのケースである。成員は、正しいルールに即して作業を遂行しようとしていたが、意図なく、ルールに適合しない行為を行った場合を指す。

このパターンの違反行為としては、うっかりミスが代表的である。うっかりミスは、度忘れや錯覚など、人間の生理的特性が引き金となって発生する。人間行動には付き物といえるものである。うっかりミスは、日常生活においても、組織活動においても発生しうる。

日常生活のなかで発生するうっかりミスとしては、忘れ物、料理中のケガ、自動車の運転ミスなど様々なケースが挙げられる。日常生活におけるうっかりミスが、必ずしも軽微な被害にとどまるとは限らないものの、広範な影響を危惧するには及ばないだろう。

これに対して、組織活動のなかで発生するうっかりミスの場合、同僚、組織、利害関係組織、あるいは社会に影響を及ぼす可能性を考慮しなければならない。業務中のうっかりミスが、広範囲に深刻な影響を生じさせた例としては、過去の原子力事故などがある。

但し、こうした事故の原因は、うっかりミスを起こした当事者のみに帰せられるものではない。うっかりミスの背後に、うっかりミスを誘発する要因が存在することがあるためである。例えば、似たようなスイッチが多数並んでいる操作パネルを操作中、スイッチを見間違えて操作したために事故が生じるケースが挙げられる。直接の事故原因は、スイッチを間違えた作業員にある。しかしながら、見間違いやすい操作パネルの設計にも問題はありといえる。

あるいは、現場における長時間労働や人員削減の結果、作業員が疲労のまま作業に従事していたために、うっかりミスを生じさせ、事故に至るケースもある。このような事故の場合も、直接の事故原因は作業員にある。しかし背後には、長時間労働や人員削減といった、管理上の問題が存在するといえる。

Reason（前掲書）は、作業員のヒューマンエラーを誘発する背景として、組織的要因および作業環境要因の存在を指摘する。コスト削減や、安全軽視といった経営姿勢（組織的要因）は、作業現場における人手不足や教育不徹底といった問題（作業環境要因）を生む。そして、それが作業員のヒューマンエラーを誘発する。

但し、作業員のヒューマンエラーは、直ちに事故を発生させるとは限らない。単純なケースでいえば、作業員自身が間違いに気付いて修正することがある。あるいは、他の作業員が間違いに気付いて、指摘または修正するケースもある。これらの人的なエラーチェックは、公式化されている場合もある。指差確認、複数回のチェック、複数人数によるチェックなどの義務づけが代表例である。

さらには、事故防止装置が用意されている場合もある。事故防止装置とは、作業員の誤った操作等が、事故に至らないようにするものである。作業員の操作が異常であった場合、機器側でエラーメッセージや警報を発したり、強制停止または補正するなどによって危険を回避するものである。これらの事故防止装置は、多重化のうえ設置されることもある。事故発生率の低減に効果的である。

しかしながら、人的チェックや事故防止装置も、事故防止に対して万能では

ない。第1に、複数回のチェックや複数人数によるチェックをすり抜けることがある。チェックに関わった全員が、誤りを見落すケースが代表的である。

あるいは、現場独自にチェックの省略が常態化しているケースもあろう。裏手帳あるいはダブルスタンダードと呼ばれる状況である。現場における怠慢や、安全意識の欠如など、規律のゆるみが背景にある場合もあるが、先に述べたとおり、組織成員に悪意がない場合もある。現場が恒常的に慌ただしく、規定どおりのチェックを行ってはいは納期を守れない場合などが該当する。

第2に、新種の事故に対して、既存の人的チェックや、事故防止装置の有効性は限られる。事故防止のための人的チェックや、事故防止装置には、過去の事故の教訓から生まれたものも少なくない。新種の事故は想定外であったり、事故防止策が新たなタイプの事故を生み出すこともある。

IV マートンの機能不全論

前段で述べたように、組織成員のヒューマンエラーは、事故の一要因である。事故は組織に多大な悪影響を与え、組織目的の達成を阻害する。ヒューマンエラーは、組織の機能不全をもたらす一要因といえる。

一方、マートンやバーナードは、組織が機能不全となる要因についての指摘を行っている。

マートンの機能不全論は、官僚制の逆機能に着目したものである。官僚制組織では、規則万能、自己保身、秘密主義、前例主義、権威主義、画一化、繁文縟礼、セクショナリズムといった傾向を強く示し、組織の機能不全を生じる。

官僚制組織の場合、成員は規則に即した行動を求められる。個々の成員の業務範囲および裁量範囲は限定されている。規則上の定めのない事項については、取り扱うことはできない。規則に即した行動を求められているため、規則上の定めのない事項の取り扱いは、規則からの逸脱を意味するからである。業務範囲も裁量範囲も限定されているため、このような逸脱は認められない。

組織の規模や専門性の程度によっては、官僚制組織は合理的である。しかし、官僚制は、組織運営上の不都合を生じることがある。また、外部から問題

視されることもある。赤岡（2009）は、サービス組織における「顧客志向」「制度志向」という対立軸を用いて、官僚制組織の特性を示している。行政、鉄道、電話会社など、公益性の高いサービスを提供する組織（公益サービス組織）の場合、不特定多数の顧客に対して、公平な取扱を行うことが要請されている。また、多数の顧客対応を迅速に行うことも求められる。

このため、公益サービス組織では、詳細な取扱規則が定められている。取扱を統一することにより、取扱の公平性の確保を目指している。また、顧客対応の迅速化が図られる。接客を行う第一線の現場係員は、取扱規則に沿った顧客対応を行うよう指示されている。公益サービス組織は、制度志向の比重が高い組織といえる。

しかし、今日の公益サービス組織では、顧客に対して無関心であることは許されない。伝統的には、対応が悪いと言われがちであった公益サービス組織においても、顧客志向の比重は徐々に高まりつつある。

しかしながら、公平・迅速な取扱を旨とする、公益サービス組織の社会的使命は変わらない。このため現場係員は、組織の定めた規則を遵守することを求められつつも、眼前にいる顧客の要望に添うよう、努力しなければならない。現場係員は、顧客志向と制度志向の二重拘束の状態におかれているといえる。

他方、家庭教師やインテリアコーディネーターなどのサービス分野では、顧客個別の対応となる。個々の要望に応じた対応が求められる。事前に定められた画一的な規則に即して、サービスを提供することは適切ではない。顧客志向のサービスである。

V 官僚制とヒューマンエラー

先に述べたとおり、公益サービス組織の現場係員は、規則に則した顧客対応を求められている。一方で、現場係員は、必ずしも規則を使いこなせるとは限らないという問題がある。

規則は改訂されることがあるが、現場係員への周知徹底は容易なことではない。まず、手続き上の困難が挙げられる。規則改訂を知らせるFAXを本社か

ら各現場に送信し、周知徹底を指示するだけでは不十分である。交代勤務を行っていたり、管理者が常駐しない現場を抱えている組織では、周知徹底は難しい。さらに、現場係員はこれまで、旧ルールに従って行動している。旧ルールが長年の慣性となり、現場係員が新ルールに適応できない場合がある。

また、規則は、経年とともに複雑化する傾向をもつ。環境変化は組織にコントロールできないので、規則は環境変化に対応すべく改訂される。大規模な改訂は負担も大きいため、例外規定やただし書きの追加によることも少なくない。結果として規則は、通常の現場係員には使いこなせないほど複雑・肥大化する。

複雑・肥大化した規則の全てを、普通の人間がマスターすることは難しい。しかし現場係員の場合、顧客対応の際には、適切な規則を用いることと、迅速に対応することの双方が求められる。その都度、ルールブックを確認することは現実的に難しい。現場係員は、規則をマスターして、使いこなすことが求められている。

暗記と使いこなすこととは別問題である。たとえ規則を丸暗記したとしても、必要な時に速やかに記憶から取り出せなければ意味がないからである。規則が複雑・肥大化している状況では、ルールブックには、普段使わない規則も多く含まれている。普段使わない規則とは、ルーティンワークでは必要ないが、まれに発生する難しい取扱の際に必要となるものである。

しかしながら、普段使わない規則は忘れるものである。まれに必要となった時に、使いこなすことは難しい。対処できない時は、ルールブックを確認する必要がある。ルールブックには、どう取り扱うべきか書かれているからである。まれに、規則でも想定していない事態が起きる場合もある。その場合、現場係員は、上席者の指示を仰ぐ必要がある。

この場合、以下のような問題が発生しうる。第1に、普段のルーティンワークとは違う状況であるにもかかわらず、現場係員が違いを見落とし、普段通りの規則をそのまま用いて処理しようとするケースである。Reason（前掲書）が指摘する「重要な違いの見落とし」である。

「重要な違いの見落とし」は、様々な業種の作業現場で起こりうる。例えば航空業の場合、数カ年計画での航空機の改造が始まった直後などに起こりうる。この時期、航空機メンテナンス工場には、多数の未改造機とごく少数の改造施工済み機体が混在している。作業員はこれまで、未改造機の整備をルーティンワークとして続けてきた。改造施工済み機体はごく少数しかない。作業員は、改造施工済み機体に対し、従来どおりの未改造機向けの整備を誤って行う可能性がある。

サービス窓口であれば、現場係員が、例外規定の適用を誤るケースなどが挙げられる。一例として、レジャーチケットの払い戻しのケースを取り上げる。

規則上、キャンセル料が免除されるケースが、10パターン規定されているとする。例えば悪天候の場合、交通機関の運休の場合などが挙げられるだろう。10パターンに該当しない理由でキャンセルを希望する場合は、キャンセル料が発生する。

このうち、よく発生する取扱は10パターンのうち7パターンだけであるとする。現場係員は、7パターンについては取り扱いに慣れているため、正しく処理することができるだろう。しかし、ごくまれに残りの3パターンに該当するケースが発生することがある。現場係員は、例外が適用されるケースであることを忘れており、「例外適用不可」として誤った取扱をすることがある。

第2に、公式化の程度の高い組織では、規則体系は複雑化しがちである。複雑な規則の全てを現場係員が使いこなすことは難しい。規則の全てについて、組織が教育研修を行ったり、周知徹底することも現実的ではない。

結果として、現場係員は、規則の一部を知らないまま業務にあたることになる。社員教育・研修は、日常的に必要となる規則が優先となる。現場では、日常のルーティンワークで頻用する規則と、滅多に使わない規則への二極分化が発生する。

現場係員は、組織が定めた規則に沿って業務を遂行しようとしている。しかしながら、自身が知らない規則に沿って業務を遂行することは不可能である。現場係員は、自分が知っている規則のみに沿って業務を遂行するといえる。

現場係員が知る規則とは、第1に組織が教育研修を行った規則、第2に教育研修では教わらなかったものの、これまでの業務中に使った規則などに限られる。一部には、自主的にルールブックを読むなどして、教育研修で教わらなかった規則も習得しようとする、熱心な現場係員も存在するだろう。

通常は、一度も触れたことのない規則に沿って業務を遂行することはできない。結果として現場係員は、意図なき規則違反を犯すリスクを抱えながら、業務にあたることになる。

Chen (2000) は、旅行代理店の店頭サービス業務を対象とした調査研究において、店頭で取り扱う商品体系および規則体系が複雑化している現状を指摘している。そのうえで、現場係員の負担軽減のため、現在、現場で使用されている規則体系を「現場係員が習得すべき部分」と「バックオフィスが担当すべき部分」に二分するよう提言している。

「現場係員が習得すべき部分」とは、日常のルーティンワークで頻出する規則を指している。一方の「バックオフィスが担当すべき部分」は、日常業務では減多に発生しない取扱にかかる規則を指している。

「現場係員が習得すべき部分」は、十分な教育・研修によって、現場係員に周知徹底しなければならない。一方、「バックオフィスが担当すべき部分」は、現場係員がマスターすることを求めない。代わりに、バックオフィスの担当者がマスターする。そして、現場でルーティンワーク以外の取扱が発生した際には、現場係員は即断せずにバックオフィスに問い合わせを行い、取扱方を照会することとされている。これによって、現場係員への負担の集中は軽減されるとしている。

Chenの提言は、普通の人間が処理できる情報量には限りがあることを踏まえている。情報の過負荷を緩和する方策を示す、有益なものである。しかしながら、有効な方策としては不十分な点も残る。

先に述べたように、組織が規則全体の一部を現場係員に習得させていない場合、現場係員は自身が知る規則に沿った行動しかできない。Chenの提言では、現場係員は、自身が知らないタスクや、聞いたことがないタスクに直面した場

合、自身で対処せずバックオフィスに照会することとされている。

先に述べたレジャーチケットの払い戻しの例では、組織は、キャンセル料が免除される例外的取扱として10パターンを規定している。このうち、日常業務で頻出するパターンは7パターンである。残りの3パターンは、滅多に発生しないパターンであった。Chenの提言に従うと、組織は、現場係員に対して7パターンのみ周知徹底するべきとされる。

残りの3パターンは、現場係員には教えるべきではないとされる。現場における情報の過負荷を避けるためである。そして、窓口で3パターンに該当するケースが発生した際には、現場係員はバックオフィスに連絡し、キャンセル料を収受すべきかどうか照会することとされている。

この仕組みは、以下の点で問題が残る。組織としては、キャンセル料が免除される例外的取扱を、10パターン制定している。しかし現場係員は、10パターンの例外的取扱のうち、7パターンしか把握していない。即ち現場係員は、例外的取扱をすべき残りの3パターンを知らないということである。知らない3パターンに該当する事案が発生した際、現場係員は原則ルールに従ってキャンセル料を収受しようとするであろう。自分が把握している7パターンの例外に該当しないからである。

この場合、現場係員はバックオフィスに問い合わせることもない。問い合わせる必要を感じないからである。結果として係員は、規則上例外的取扱を行うべきところ、例外を適用せずに原則ルールどおりの取扱を行ってしまう。

これは規則に反した取扱である。しかし係員には、規則に違反する意思はない。ヒューマンエラーの一種である。ヒューマンエラーの結果として、組織目的の達成は阻害される。¹⁾

1) 上の例では、収受すべきでないキャンセル料を収受してしまう。規則を正しく習得している現場係員はキャンセル料を収受しないので、取扱いの公平を欠く。しかし、誤扱いを受けた顧客はルールを熟知しないことが多いから、このヒューマンエラーは表面化せず、長期に何度か繰り返されることがある。ところが、時に顧客が、何らかの情報で誤扱いに気づき、クレームを提起して問題化することがある。組織はリスクを抱えることになる。

VI バーナードの機能不全論

バーナードによると、個人は、個人の動機の充足を目指して行動する。組織は、2人以上の成員の活動や諸力からなるシステムであるから、組織の目標や目的達成のためには、組織成員の協働意志と貢献を得ることが不可欠である。個人的な動機を充足するためには、組織の一部として行動することが有利と判断した場合、個人は協働意志をもつ。さらに、組織に対して貢献しようとする。

個人の協働意志と貢献を得るために、組織は個人に対して誘因を提供しなければならない。誘因としては、賃金、ステータス、評価、人間関係、作業における自律性、満足感などが挙げられる。

さらに組織は、個人の態度や動機を変更する必要がある。これは説得と呼ばれる。説得の方法としては、強制力を行使する、協働が合理的であることを説く、教育や宣伝をするなどが挙げられている。

組織は、2人以上の成員の活動や諸力からなるシステムである。協働の成果を得るためには、成員間の調整が必要である。調整の際、権限は重要な役割を果たす。調整のためには、権限が受容されることが必要である。権限が受容されない場合、組織は機能不全に陥る。

VII ヒューマンエラーが、権限受容を阻害する

組織には、成員が守るべきルールが存在する。ルールは、組織から成員に対する命令である。組織では、権限によってルールの遵守を求めている。ルールを遵守させるために、組織では成員に対し、給与ややり甲斐のある仕事といった誘因を与えている。さらに組織では、社員教育などを行い、成員に対してルールを周知し、ルールに従う必要性を説く。これは説得と呼ばれる。成員がルールに従う場合、組織では権限受容が成立しているといえる。

しかし、成員が与えられた誘因に満足しており、組織の権限を受容し、組織が定めたルールに沿った行動を行おうとした場合であっても、組織が適切に機能するとは限らない。成員のヒューマンエラーは、組織の機能不全に至る一要因である。ヒューマンエラーの影響によって、ルールからの逸脱が生じること

があるからである。

謹厳実直な成員や、意欲的な成員であってもヒューマンエラーは起こしうる。ヒューマンエラーは、人間の生理的特性とタスク環境の特性によって発生する。それゆえ、本人の意思とは関わりなく発生するからである。

さらに、ヒューマンエラーの責任は、必ずしもヒューマンエラーを起こした本人のみに帰せられるものではない。組織側の問題が、成員のヒューマンエラーを誘発するケースも多々あるからである。

ヒューマンエラーの要因は、多種多様である。このうち、人間の生理的特性を表象するものとしては、認知の失敗、記憶の失敗などが指摘されてきた。(Reason、前掲書)

認知の失敗としては、聞き間違いや見落としなどが挙げられる。薬品の名前を聞き間違えて、よく似た他の薬品と取り違えるヒューマンエラーや、警報ランプを見落とすヒューマンエラーなど、危険なヒューマンエラーもある。薬品を間違えたことによって有毒ガスが発生したり、警報ランプの見落としによって爆発事故が発生すると、組織には多大な被害が発生することがある。組織は機能不全に陥る。

しかし聞き間違いや見落としは、必ずしも作業員本人の責任とは言えない場合もある。作業員が過酷な労働条件下で働いているために、疲労から聞き間違いや見落としが生じる場合もある。あるいは、組織が作業完了のタイムリミットを決めており、間に合わせようとした作業員が、焦ってエラーを起こす場合もある²⁾。あるいは、警報ランプの設置場所に問題があり、直射日光と干渉して点灯がわかりにくいために、見落としが生じる場合もある。このように、組織側が作業員のヒューマンエラーを誘発するケースも多く存在する。

2) 組織が作業完了のタイムリミットを定めている一方、組織が定めた所定の作業手順を遵守すると、作業に時間がかかりすぎ、タイムリミットに間に合わない場合がある。

所定の作業手順とタイムリミットは、いずれも組織の命令である。成員は受容することを求められている。

この場合、タイムリミットに間に合わせるために、所定の作業手順を現場独自に省略することがある。これは、成員が片方の命令を受容し、もう片方の命令を受容としないのである。

VIII 結

本研究では、組織目標が達成されないパターンとして、まずマーソンの逆機能論と、バーナードの権限不受容による機能不全について述べた。さらに、組織目標が達成されない第3のパターンとして、組織成員のヒューマンエラーによる機能不全に言及した。

ヒューマンエラーは、人間の生理的特性とタスク環境の特性に起因する。このため、誰でもヒューマンエラーを起こしうる。成員本人の意志に反して、ヒューマンエラーは発生する。組織に対する貢献意欲が高い成員や、勤勉な成員であっても、ヒューマンエラーを発生させる可能性がある。

歴史的にもヒューマンエラーは、いくつかの重大事故の引き金となってきた。ヒューマンエラーは、組織に多大なダメージを与え、機能不全に陥れることがある。事故防止の観点から、昨今、ヒューマンエラーの分析は活発化の傾向にある。しかし工学的・心理学的なアプローチが先行するいっぽう、組織論的見地による検討は比較的低調であったといえる。今後、組織の第3の機能不全論として、ヒューマンエラーの影響に着目した分析が求められよう。

【参考文献】

- 赤岡広周 (2009), 「サービス組織の窓口業務」『経済学研究』59 (1), pp. 103-146.
- Barnard, C. I. (1938), *The Functions of the Executive*, Harvard University Press. (山本安次郎・田杉競・飯野春樹訳『新訳経営者の役割』ダイヤモンド社、2001)
- Chen, A. C. (2000), *Human Error Analysis for Customer Service Quality: An Ergonomic Approach toward Service Quality Improvement*, Ph. D. Dissertation, State University of New York at Buffalo.
- Merton, R.K. (1949), *Social Theory and Social Structure: Toward the Codification of Theory and Research*, Free Press. (森東吾他訳『社会理論と社会構造』みすず書房、1961)
- Reason, J. (2003), *Managing Maintenance Error: A Practical Guide*, Ashgate Publishing. (高野研一監訳『保守事故』日科技連出版社、2005)