



安全衛生

あれこれ

37

増田労働衛生コンサルタント事務所
所長 増田稔久

安全衛生リテラシーの向上を！（その2）

本年もよろしくお願ひします。

幼児の「車内置き去り事件」が重大な社会問題となつています。新聞によると、ある関係する刑事裁判において、検察側は「（被告人の）注意義務は初歩的で常識的だった」と論告したとありました。その記事の「初歩的」を見て、以前に読んだ『新しい装いの労働者不注意論の克服のために…働く者とその安全(1)…労働災害・職業病をなくすために』（狩野広之他著・日本労働者安全センター編・発行 昭和60

年）を思い出しました。

労働災害が発生した時「初歩的ミスをした被災者の不注意」が原因と聞くことがあります。確かに、事故の最後のきっかけは被災者の単純なミスだったかもしれませんが、しかし、そのようなミスをせざるを得ない事態に追い込まれた背景に基本的な原因があるはずで、「初歩的ミス（不注意）」を災害原因とする考えは誤りであるとする考え方です（別掲※印）私は「初歩的ミス」と聞いた時「専門的ミス」つてありますか？と問い

（別掲）

種類	項目	説明のポイント
安全衛生	4S	安全衛生は4Sに始まる。「転倒災害プロジェクト」の基本対策も4Sである。4Sの職場は危険に気付きやすい。
	正常性バイアス	自分にとって都合の悪い情報を無視したり、過小評価したりしてしまう人の特性。災害要因を軽く見ていないか自問して欲しい。似た言葉に「楽観バイアス」がある。
	※災害不注意論	災害を被災者の不注意とする誤った考えがある。不注意は人が故意に不注意になるのではなく、自然法則的に不注意という現象が起こると考えるべきである。不注意は「原因」ではなく、むしろ「結果」として受け止め、不注意を起こした真の原因を追究しなければならない。
	組織事故	ジェームズ・リーズンによる「事故の原因を個人に限定することは適当でなく、その原因は組織にある」との組織事故論の考え。説明に「スイスチーズ・モデル」を使ったことで話題に。（参考「組織事故」ジェームズ・リーズン著 日科技連出版社発行）
	4M	事故の基本原因の調査は、Man（人間要因）Machine（機械設備要因）Media（作業の情報、方法、環境などの要因）Management（管理上の要因）の4つのMから行う。（参考『新しい時代の安全管理のすべて』大関親著（元愛知労働局長）中災防発行）最近、6M（+Mission、Money）を聞いたことがある。
	指差し呼称	指差し呼称が旧国鉄でルール化されて今年で111年。正しい指差し呼称はミスを1/6にするとの実験結果がある。この実践は生きる知恵。
	KYT	昭和53年からゼロ災小集団活動としてKYT研修会（中災防等）が始まった。感受性、集中力、意欲の向上を目指している。交通KYも有効。
	ヒヤリハット	「あなたの記述が仲間を救う」をタイトルとした「ヒヤリハット（想定を含む）ノート」を見たことがある。
	止める・呼ぶ・待つ	トヨタが始めた異常処理の大原則。「自動化生産システムの非定常作業における安全対策のためのガイドライン」（平成9年）にも記された。
ポケテナシ	トヨタで始まり、広がっている安全活動。寒くなると、ついポケット手をやってしまう。詳しくは、本誌令和3年11月号に掲載。	
衛生	FASTで救命	脳卒中の前兆を「Face顔、Arm腕、Sound声」で気付き、速やかに（Time）対応。中高齢労働者の健康対策としても知っておきたい。

掛けています。さて、先月に引き続き

「安全衛生リテラシーの向上に役立てて欲しい情報」

（後半）を一覧表にまとめてみました。

