

No.35
January.2007



NSnet News

第54～55回ピアレビューの実施

第86～89回安全キャラバンの実施

第54回ピアレビューの実施

ピアレビューの実施結果（長所及び改善提言）は、ホームページに詳しく記載されています。
是非、ご覧下さい。（<http://www.gengikyo.jp/katsudo/NSnetJigyoTop.html>）

● 第54回ピアレビューの概要

回	実施時期	会員名・事業所名	所在地	施設分類
54	H18.7.31～8.11	関西電力(株) 高浜発電所	福井県大飯郡 高浜町	発電炉



▲ レビュー状況（ミーティング）



▲ レビュー状況（現場観察）

第55回ピアレビューの実施

● 第55回ピアレビューの概要

回	実施時期	会員名・事業所名	所在地	施設分類
55	H18.10.16～10.27	九州電力(株) 川内原子力発電所	鹿児島県 薩摩川内市	発電炉



▲ レビュー状況（チームミーティング）



▲ レビュー状況（現場観察）

第86回安全キャラバンの実施

第86回安全キャラバンの実施概要は、ホームページに記載されています。

是非、ご覧下さい。(<http://www.gengikyo.jp/katsudo/NSnetJigyoTop.html>)

回	実施時期	会員名・事業所名	安全講演会講師	講演テーマ
86	H18.9.8	日本原子力研究開発機構 核燃料サイクル工学研究所	慶應義塾大学 理工学部 管理工 学科 助教授 岡田 有策 氏	「ヒューマンエラー・マネジ メントの展開」

● 日本原子力研究開発機構 核燃料サイクル工学研究所 安全キャラバン <安全講演会>



▲ 岡田 有策 氏

- 安全管理や品質管理上のトラブルを引き起こす可能性があるヒューマンエラーを防止するための仕組み（ヒューマンエラー・マネジメント・システム：HEMS Human Error Management System）を確立することは、現在の企業・組織における重要な課題の一つである。そのシステムが担う役割は、過去におけるトラブルを詳細に分析し、そのトラブルの再発を防ぐ（再発防止）だけでなく、将来におけるトラブルの発生可能を抑制させる（未然防止）ことにまで拡張されなくてはならない。
- 再発防止においては、トラブルを導いたヒューマンエラーの発生メカニズム、すなわちヒューマンエラーの原因となった PSF（行動形成要因：Performance Shaping Factors）を的確に抽出し、分析評価することが必要である。このとき、より詳細かつ広範囲な視点から PSF を検討することが、効果的な再発防止策を導くことにつながる。PSF の抽出方法はこれまでもいくつも提案されているが、いずれの手法においても、その利用者、すなわち解析者の技量・経験がその成果に多大な影響を与える。
- トラブル分析に関しては、単に手法を知れば十分であるといった認識だけでは不十分で、分析手法の経験者やヒューマンファクターの専門家のレクチャーなどを受け、原因分析・要因分析において実質的成果を得ることができるよう、各組織において分析者・評価者の教育を行うことを薦める。



▲ 講演会の様子

第87回安全キャラバンの実施

第87回安全キャラバン講演会の状況を紹介します。

回	実施時期	会員名・事業所名	安全講演会講師	講演テーマ
87	H18.10.5	三菱重工業株式会社 高砂製作所	NPO法人 科学技術倫理フォーラム 代表 杉本 泰治 氏	「原子力業の倫理と説明責任について」

● 三菱重工業株式会社 高砂 安全キャラバン <安全講演会>

● なぜ倫理か

米国で、20世紀前半にプロフェッショナル・エンジニア (PE) 制度が生まれ、やがて「公衆優先」の技術者倫理が明らかになった。安全確保の潮流のなかでとらえると、その意義が見えてくる。技術者は、社会から、科学技術を人間生活に利用する業務を行なう権限を授けられ、条件として、社会規範 (= 法と倫理) を順守する (= コンプライアンス) 義務を負う。

● 原子力業の倫理・安全文化・説明責任

もんじゅナトリウム漏れ事故(1995)、使用済燃料輸送容器データ改ざん問題(1998)、JCO 臨界事故(1999)、東京電力トラブル隠し(2002)、関西電力美浜配管破損事故(2004)、という発生順に、行政庁ないし原子力安全委員会の調査報告を検討すると、考え方の筋道と問題点が見えてくる。

● 組織のなかの個人

国鉄名古屋ブルートレイン激突事故(1982)、JR 尼崎脱線事故(2005)を比べる。労務管理の違いにかかわらず、共通する何かがある。一般論として、科学技術の産物に、組織が関わり、事故・不祥事の発生には、組織のなかの個人の意識が決定的に関わる。

● 倫理の方法を求めて

コミュニティに倫理を定着させる方法があるとよい。確信的な経営者が企業内の倫理に成功している例は少なくないが、移植可能なシステムにはなっていない。学生対象のものは、必ずしも企業向きでない。講演やセミナーで片付くことなく、自助努力を必要とする。



▲ 杉本 泰治 氏



▲ 講演会の様子

第88回安全キャラバンの実施

第88回安全キャラバン（臨時安全キャラバン）講演会の状況を紹介します。

回	実施時期	会員名・事業所名	安全講演会講師	講演テーマ
88	H18.10.13	株式会社東芝 京浜事業所	金沢工業大学 工学部 教授 札野 順 氏	「元気の出る技術者倫理－技術者が 共有すべき価値とは何か－」

● 株式会社東芝 京浜事業所 安全キャラバン <安全講演会>



▲ 石川理事長

安全講演会に先立ち、日本原子力技術協会石川理事長より「歴史にみる職業倫理」と題して中国の史官（歴史などを記録する官職）のエピソードを交えて職業倫理に関する示唆に富む講話がありました。

- 技術者・研究者の倫理とその特殊性
- 技術者倫理と企業／組織倫理
- 技術者倫理と価値共有プログラム
- 提言：価値共有を目指した技術者倫理プログラムの構築に向けて



▲ 札野 順 氏



▲ 講演会の様子

第89回安全キャラバンの実施

第89回安全キャラバン講演会の状況を紹介します。

回	実施時期	会員名・事業所名	安全講演会講師	講演テーマ
89	H18.11.16	原燃輸送株式会社	コンピュータソフト開発(株) 主管 小島 重雄 氏	「コロンビア事故の教訓と組織の安全風土」

● 原燃輸送株式会社 安全キャラバン <安全講演会>



▲ 小島 重雄 氏

- コロンビア事故報告書によると、事故の物理的原因として、断熱材落下による左翼前縁の熱防護システムの裂目、組織的要因として安全情報の伝達を妨げたり、専門的意見の相違を抑圧する組織的障壁があったこと、計画を横断的・統合的に管理していないことや組織の規則に則らない意思決定プロセスの存在などがあった。
- 事故原因の一つとして、NASAの組織的な問題が、大きく取り上げられており、NASAの安全文化の欠如が、この事故の大きな原因になっている。また、事故の教訓として、①組織文化、安全文化の実態把握と改善、②独立した安全評価体制、③リスク情報の伝達・利用の改善が必要であった。
- コロンビア事故報告書は、我が国の安全文化、安全風土の改善に対しても、非常に参考となる教訓、改善策を提示している。また、米海軍の良好事例（ミスからの学習、少数意見の奨励など）から、組織の安全風土を構築する方法として、①意思決定プロセスの民主化、独立した安全評価体制の導入、②誤った意思決定を招く組織風土のチェック、③後追いの対応ではなく、リスクの予見とリスク対応能力の準備と組織化が必要である。



▲ 講演会の様子



インターネットで当協会及びNSネット事業部の詳しい活動内容をご紹介します。
<http://www.gengikyo.jp/>

(表紙写真 / 寒中のいちいの実(札幌市) 原技協職員撮影)

NSnet News No.35 2007年1月号

〒108-0014 東京都港区芝四丁目 2-3 NOF 芝ビル 7階 (旧いすゞ芝ビル)
有限責任中間法人 日本原子力技術協会 NSネット事業部
TEL:03-5440-3604 FAX:03-5440-3607

