

2023年（令和5年）度研究報告書

児童福祉分野における死亡事例等の  
重大事案防止に関する文献研究  
—防止のために必要な学際的知見と理論—

研究代表者 井上 直子（堺市子ども相談所）  
共同研究者 増沢 高（子どもの虹情報研修センター）  
田附あえか（子どもの虹情報研修センター）  
緒方万里子（子どもの虹情報研修センター）  
竹下 由茉（子どもの虹情報研修センター）  
松崎 友美（子どもの虹情報研修センター）

社会福祉法人 横浜博萌会

子どもの虹情報研修センター

（虐待・思春期問題情報研修センター）

2023 年（令和 5 年）度研究報告書

児童福祉分野における死亡事例等の  
重大事案防止に関する文献研究  
—防止のために必要な学際的知見と理論—

社会福祉法人 横浜博萌会

子どもの虹情報研修センター

（虐待・思春期問題情報研修センター）



# 目 次

## 第1部 児童福祉分野における死亡事例等の重大事案防止に関する文献研究

### —防止のために必要な学際的知見と理論—

I . 本研究の問題意識	1
1. 児童福祉領域のミッションと児童虐待対応の難しさ	1
2. 虐待による死亡事例における判断の誤りとその影響	2
II . 人間の判断とそのエラー	4
1. はじめに:本章の構成及び重大事案の定義	4
2. 人間の判断や思考、認知のエラーの背景に関する学術的知見の概観	5
(1) 人間の判断と重大事故	5
(2) 人間は間違える:判断のエラーの背景	5
(3) 関係のなかで生きる人間とそのエラー:社会心理学的観点から	7
(4) 人間には限界がある:認知科学的観点から	13
(5) 人間はあまり考えたくない:行動経済学の観点から	18
(6) 思いこみによる判断:ステレオタイプとバイアス	24
3. これまでの重大事故とその学び:国内外の重大事故を例に	28
(1) 判断、認知、思考のエラーが現実には及ぼす影響とその改善策:国内外の重大事故を例に	28
(2) 国内外の児童福祉領域における判断、認知、思考のエラーに関する先行研究	33
4. 判断のエラーをなくすには	35
(1) バイアス矯正とは	36
(2) 集団的浅慮に対抗するために	38
(3) 組織行動論の観点から:『組織のメンバー皆で的確に判断し、迅速に行動するには —社会心理学的視点で考えてみる—』(山口裕幸教授のご講演より)	38
III . 児童福祉領域への提言	49
1. 認知バイアス・集団意思決定の視点から見る児童福祉領域	49
2. 児童福祉領域における重大事案の予見の困難性	49
3. 原因を追究し因果関係を本当に見出だすことはできるのか	50
4. 違和感を見出し、取り扱うには何が必要か	51
5. 心理的安全性が保障された場の必要性	52
6. さいごに	52
文献一覧	54
重大事故リスト一覧(事例番号①～⑳)	59

第2部 2023年の児童虐待に関する文献一覧

表1. 2023年の児童虐待に関する書籍(和書) .....	90
表2. 2023年の児童虐待に関する書籍(訳書) .....	90
表3. 2023年の児童虐待に関する雑誌特集号 .....	91
表4. 2023年の児童虐待に関する論文 .....	93
執筆者一覧 .....	99

## 第1部

児童福祉分野における死亡事例等の  
重大事案防止に関する文献研究  
—防止のために必要な学際的知見と理論—

# I. 本研究の問題意識

## 1. 児童福祉領域のミッションと児童虐待対応の難しさ

児童家庭福祉に携わる支援者の業務の全ては、子どものウェルビーイングのためである。その対象は全ての子どもと子どもの養育者や地域に向けられ、適切な養育ができるよう支援し、子どもの健やかな成長と発達を支え、より良い人生を享受できることを目的とする。そして、時に子どもへの虐待やネグレクトが疑われ、危機的状況にあるような場合には、児童相談所（以下、児相）が中心となって、子どもの保護を視野に入れて介入する必要がある。この際には子どもの状態や家族の状況等を把握し、虐待等につながるリスクを評価した上で、子どもを保護すべきか否かの迅速な判断の如何が、極めて重要な作業の一つとなる。しかし現行のリスクアセスメントの精度や保護の判断の適切さにおいては、未だ不十分で重大な問題を抱えている現状がある。

2004年に国の社会保障審議会児童部会（現こども家庭審議会児童虐待防止対策部会）の下に「児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会」が設置され、全国の児童虐待による死亡事例等の分析・検証が始まり、毎年報告書が公開されている（2024年3月現在第19次報告書）。また、2007年の児童虐待の防止等に関する法律（以下、児童虐待防止法）の改正では、国及び地方公共団体に対して「児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行う」ことを責務とした。これ以降、地方公共団体は、虐待による死亡事例は全て調査検証の対象とし、特に重大事例が発生した場合は検証委員会を立ちあげて検証し、その結果を報告書としてまとめ、公開するようになった<sup>1</sup>。これらの報告書を読むと、必ずといってよいほどリスクアセスメントの不備や子どもの保護に関する判断ミスの指摘が繰り返されているのである。

しかしこのことは日本だけに止まらない。子ども虐待の防止は、世界的な難問題の一つと言っても過言ではない。虐待等の子どもの搾取は、家庭内の密室、あるいは人目の届かない閉ざされた場で起きており、多くの場合は、その懸念を抱いた人々の通報によって、当該の子どもと家族への公的な対応がはじまることになる。通告を受理した児相等の保護機関は、その懸念が現実であるか否か、あるいはそうした懸念が起こる可能性があるかを判断し、必要な手立てを講じることが求められる。しかし閉ざされた空間で起きている事態の緊急性や深刻さのリスクを評価し、介入の是非を判断することは極めて難しい作業であり、そこには高い専門性を必要とするのである。

---

<sup>1</sup>原則公開となっており、子どもの虹情報研修センターで閲覧可能となっている。2008年度から2022年度までで、総計226報告書が公開されている。

## 2. 虐待による死亡事例における判断の誤りとその影響

日本では、児童虐待防止法が制定された2000年以降、児相を中心に児童保護施策に本格的に取り組み始めた。その後も児童虐待の通告件数は増加し、児相で働く児童福祉司は多忙を極めるようになった。しかし虐待による死亡事件は後を絶たない。そして死亡事例が発生するたびに当該児相が行った「評価・判断」が適切であったかが問われ、アセスメント不足による判断の誤りとみなされ、児相が批判的になることが相次いだ。これらの社会的批判は新たな施策や法改正に影響を与え、48時間以内の目視による安全確認やリスクアセスメントシートへの記入の徹底など、児相の運営指針などに加えられる業務要請は増え続けた。これらが児童福祉司の業務負担を重くし、現在に至っている。増加し続ける通報への対応による多忙さに加え、こうした要請は児相等のソーシャルワーカーにやりがいを喪失させ、残念ながら日本でも児相等児童虐待に携わる支援者の成り手の減少を招いている。

虐待等の事実認定、重症度評価、対応の選択といったソーシャルワーカーの「判断」は、より客観的で分析的な推論を行うべきとの考え方が一般的である。しかし近年の脳神経科学や認知心理学は、人間の脳が行う「判断」は、論理的思考に基づく分析的な推論と感情や経験則に基づく直観的な推論の両方につながりあって行われており、直観的推論に伴う「感情」が判断や意識決定に効果的に関与していることを明らかにしている。ただ直観的推論には、確証バイアス（25ページに後述）などの思い込みや、ヒューリスティック（18ページに後述）につきものの認知のゆがみ等によるエラーが生じやすい。初めに判断したことと反する情報を受け入れず、回避や忘却が生じがちで、こうしたエラーは児童保護においては時に命取りとなってしまう。

これを解決していくためには、人間の判断におけるバイアスやヒューリスティックを十分に理解、自覚し、その時々判断に対して常に批判的な振り返りを行い、間違いに気づいていくことが必要である。その際、最良の予測因子は子どもと家族の過去から今に至る行動経過であることを認識して、批判的にアセスメント修正に取り組むことである。そして批判的な振り返りを繰り返すことは、実践と事例からの学びを充実させ、ソーシャルワーカーの専門性の核となる判断能力を高めていくことにもつながっていく。

ソーシャルワーカーのバイアスやヒューリスティックによるエラーの背景には、職員の不足や情報共有システムの不備など体制上の問題だけでなく、組織からソーシャルワーカーへの手続き厳守の要請、組織自体のバイアスなど様々な組織的要因が関係している。しかし例えば、虐待による死亡事例等の検証の報告書をみると、どの対応に問題があったかなど、支援者の判断ミスや行動上の問題が明らかにされている。そして打ち出される改善点は、再びミスを犯さないように監督や指導を強化するといった方針につながってきた。

一方で、個人に比べて組織そのものに内在する課題には十分に検討が及んではない。ソーシャルワーカーの判断と実践に影響を与えている組織の問題についてもっと目を向けるべきだろう。

本研究の問題意識はここにある。人間の判断におけるバイアスやヒューリスティックによるエラーが問題視されるのは、航空事故、医療事故、原発事故など、起きてはならない事故の防止をミッションとしている領域であり、これらに関する研究が盛んに行われている。本研究は、海外も含めてハイ

リスク分野におけるヒューマンエラーとそこに作用する組織の影響等についての理論や知見を網羅し、児童福祉分野の実践に資することをねらいとする。

## II. 人間の判断とそのエラー

### 1. はじめに：本章の構成及び重大事案の定義

本研究は児童福祉領域の重大事案防止のために必要な知見や理論を概括し、児童福祉の実践現場に活かす提言を行うことを目的としている。では「**重大事案**」とは何か。他の領域では「**重大事故**」と称されることも多いが、一般的には事故という言葉がさす事象は大変幅広い。例えば、国土交通省の立場からは、「自動車事故報告規則（昭和26年運輸省令）第2条に規定する事故」であるとし、15の基準を設けている<sup>2</sup>。航空機の「事故」の定義は、航空法第76条で定められており、①航空機の墜落、衝突又は火災、②航空機による人の死傷又は物件の損壊、③航空機内にある者の死亡（国土交通省令で定めるものを除く。）又は行方不明、④他の航空機との接触、などとされる。保育所における重大事故としては、内閣府が、死亡事故および治療に要する期間が30日以上を負傷・疾病を伴う重篤な事故等を例として、報告するように通知している。

児童福祉領域における重大事案については、その予防のために分析を行うことが法定されている。**児童虐待防止法第4条第5項**では、国及び地方公共団体に対し、「児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例の分析を行う」とともに、子ども虐待の防止等のために必要な事項について調査研究および検証を行うこととされている。このため**児童福祉領域における重大事案とは、「児童虐待を受けた児童がその心身に著しく重大な被害を受けた事例」**を中心とすると言ってよいだろう。いずれの領域の例にせよ、対象者が死亡またはそれに準ずる被害を被ったときの事態が重大事案あるいは重大事故であると規定されている。

本研究が取り扱う重大事案は、児童福祉領域における虐待による死亡等重大事案である。事故の背景の理解に寄与する学術的知見及び関連領域における実践的知見を概括することによって、重大事案の防止に寄与することを目的とする。第II部では、まず、重大事案あるいは重大事故が起きる背景の要因の一つである、人間の判断や思考、認知のエラーの背景に関する学術的知見を概括する。次に、本研究は、児童福祉分野における重大事案の防止が目的ではあるものの、例えば航空機・鉄道やロケット、医療や保健など、他領域における人命や生活に関する重大事故の背景の理解や防止に関する実践的知見は、児童福祉領域に何らかの示唆を与えてくれると考えられる。そこで第II部後半では、他領域における重大事故の調査結果から、人間の判断、思考、認知のエラーが実際にどのような事故の背景となるかという実例と、それぞれの実例から導き出された予防、対応法について概観する。

---

2 1) 自動車転覆、転落、火災を起し、又は鉄道車両（軌道車両を含む。）と衝突し、若しくは接触したもの、2) 10台以上の自動車の衝突又は接触を生じたもの、3) 死者又は重傷者を生じたもの、4) 10人以上の負傷者を生じたもの、など15の基準が示されている。

## 2. 人間の判断や思考、認知のエラーの背景に関する学術的知見の概観

### (1) 人間の判断と重大事故

重大事故が生じた場合、どのような原因で生じたのかについての検証が行われることは少なくない。事故や災害の基本要因は、4つのMが関係しているとされる考え方がある。米国国家運輸安全委員会 (National Transportation Safety Board; NTSB) によれば、Man (エラーを起こす人的要因)、Machine (機械設備の欠陥、故障などの機械的要因)、Media (作業の情報、方法、環境などの環境要因)、Management (管理上の要因) の4つの要因が事故の基本要因であり、事故調査はこの4Mのどこにエラーが生じていたかという観点から行われる。もちろんどれか一つということではなく、重大な結果が生じた事故になればなるほど、複数の要因が重複していることも少なくない。

表 1 事故や災害の基本要因：4つのM

Man(エラーを起こす人的要因)
Machine(機械設備の欠陥、故障などの機械的要因)
Media(作業の情報、方法、環境などの環境要因)
Management(管理上の要因)

現在では、事故の背景要因として、組織が設定している経営の理念や目標 (Mission) が、安全性の確立を積極的に推進するものになっているか否か、また、財務状況や安全投資 (Money) が健全であったか否かなどの問題を視野に入れた背景要因の分析が行われているとされるが (国土交通省, 2011)、その基本となる、表1の4つのMのうち、本研究ではまず Man(エラーを起こす人的要因) に着目する。いわゆるヒューマンエラーと言われるものである。ヒューマンエラーとは、「要求されたパフォーマンスからの逸脱」(Meister, 1971) であると定義される。国際民間航空機関 (The International Civil Aviation Organization ; ICAO) のヒューマンファクター訓練マニュアル (国際民間航察機関, 2000) によれば、具体的にヒューマンファクターとして考えるべきこととして、人間の能力の限界、マン・マシン・システム、健康、疲労、睡眠、選抜等が示されており、人間には、「能力の限界や特質があり、それに反すること・限界を超えることを行かせた場合、要求されたことができずにヒューマンエラーを起こす、という見方」が表されている (小松原, 2003)。本研究では、この「人間の限界ある能力」を心理学や認知科学の観点から検討を行う。

### (2) 人間は間違える：判断のエラーの背景

人間は誰しも、誤りのないように判断したいと考えているだろう。その判断が人の生命や安全に大きく関わるとすればなおさらである。重大な事故の原因は、集中力が欠如していたから、熱心に仕事に取り組まなかったから、能力や技能が不足していたから発生するのだとしばしば捉えられる。慎重に考えれば、注意深く判断すれば、時間をかければ、人間は間違えない、と想像するかもしれない。しかし、人間は間違える。このことはこれまでに、様々な科学的知見が明らかにしていることである。

本章では、これまでの心理学や認知科学などが明らかにしている、人間の判断の誤りの背景について、①疲労、サーカディアンリズムなどの**生物学的要因**、②同調、権威への服従、集団意思決定などの**社会心理学的観点からの理解**、③注意、記憶、認知の特徴などの**認知科学的観点からの理解**、④ヒューリスティックなどの**行動経済学の観点からの理解**、の4つの観点から、主要な文献に基づいた知見を紹介する。

## 1) 人間は生き物だから：生物学的要因とサーカディアンリズム

各種の事故の生起背景については、様々な実態調査が行われている。例えば、山内ら（2019）を元に紹介してみよう。この調査は、過重労働と事故およびヒヤリハットとの関連を明らかにすることを目的に実施された。国内の重大労働災害58件の分析を実施した結果、過重労働が疑われる事故事例は、業種別では道路貨物運送業、土木工事業、その他の建設業が多いこと、事故の型は交通事故が顕著に多いことを明らかにし、さらに、発生時刻では午前3～5時が多いこと、また労働災害の原因となった過重労働の種類では、深夜帯を含む勤務および拘束時間が長い勤務が多いことを示している。

この調査結果は、次の生物学的観点から説明できるとされる。生物は、地球の自転による24時間周期の昼夜変化に同調して、ほぼ1日の周期で体内環境を積極的に変化させる機能を持っている。人間においても体温やホルモン分泌など体の基本的な機能は約24時間のリズムを示すことがわかっており、この約24時間周期のリズムは**概日リズム（サーカディアンリズム）**と呼ばれる（厚生労働省，2024a）。サーカディアンリズムの主な機能は、眠りと体温をコントロールすることであり、体温が高い時には集中力が高く、活動性も高くなり、機能的に動くことができるが、体温が低くなった時には眠気を感じ、注意力が低下する。平均的な成人は体温が夜明け前に低くなる（河野，2014）。深夜から早朝における事故の発生が多いのは、こうした生理学的特徴に加えて、夜間運転、日中の睡眠等による体内時計のリズムの乱れがもたらす概日リズム（サーカディアンリズム）機構の変調が背景の一つであると考えられている（国土交通省，2013）。深夜や明け方にまで及ぶ労働が人間の判断に負の影響を与え、事故につながるのは、こうした人間の生理学的な特徴によるのである。

## 2) ヒヤリハットと疲労

ヒヤリハットとは、ひやりとするような、重大な事故になりかねないような事象が起こったが、幸い事故の発生には至らなかった事象のことを指す。ハインリッヒの法則（1：29：300。分析により導かれた労働災害の発生比率を指す）では、1件の重大事故の裏に、29件の軽傷事故、300件の無傷事故（ヒヤリハット）があると言われており、この300のヒヤリハットを集め、事前の対策と危険の認識を深めることで、重大な事故を未然に防ぐ活動が推進されている（厚生労働省，2024b）。先ほど取り上げた山内ら（2019）の調査では、国内30,000人の労働者を対象として、職務要因、生活要因、過去半年間の業務中のヒヤリハット、および過去1年間の業務中の事故（墜落、転倒、激突、交通事故など）に関するオンライン調査を実施している。その結果、分析対象

者 18,682 人のうち、29.1%の者が業務中のヒヤリハットを、5.0%の者が業務中の事故を報告したことがわかった。ヒヤリハット経験は、運輸・郵便業および医療・福祉で有意に多かった。多重ロジスティック回帰分析の結果、ヒヤリハットについては週当たり労働時間が41時間超の労働者で有意なオッズ比が確認された。オッズ比とは、「あるイベントが起きる確率」と「起きない確率」の〈比〉を示すものである。したがってこの結果は、週労働時間が41時間を超えるとヒヤリハットが起りやすくなることを示している。すなわち、素朴な印象からも理解しやすいことだが、長時間労働による寝不足や生活リズムの崩れを背景にした、体内時計のリズムの乱れによる概日リズム（サーカディアンリズム）機構の変調や過労は、様々な事故につながる恐れがあることが明らかなのである。

山内らの調査は我が国の全業種を対象としており、結果として、対象となる事故状況は交通事故が多くを占める考察となっている。では福祉領域に関する示唆はどうだろうか。先ほどあげたように、ヒヤリハット経験は、運輸・郵便業および医療・福祉で有意に多かったとされているが、ヒヤリハット事例発生に対する労働時間の直接的な影響は、運輸・郵便業で有意な結果となったが、建設業および医療・福祉では有意とならなかった。医療、福祉領域のヒヤリハットは、労働時間の直接的な影響の結果生じるとは言えない、ということになる。しかしながら山内ら（2019）の大規模調査の結論では、「いずれの業種においても、長時間労働が高ストレスと睡眠問題を引き起こし、それらが労働者の疲労を介して、ヒヤリハット事例の発生につながることを示唆された」とまとめられ、実践的な示唆として、事故につながる過労、睡眠の問題、高ストレスなど、生物学的な変調を引き起こす事柄の影響の高さを重視し、労働環境の改善を求めている。

児童福祉領域における重大事案に関する調査は、先述のとおり、各都道府県市町村を中心に行われており、それぞれの事件の発生背景に関する課題が示されている。その課題は多岐にわたり、支援者の労働時間、ストレス、睡眠時間や過労は極めて重要な要素ではあるものの、それらが直ちに事故の発生に影響するわけではない。このことを踏まえながらも、人間は生物であり、適切な労働環境の維持が事故防止のもっとも基本にあることを本節で示しておきたいと考える。

### **(3) 関係のなかで生きる人間とそのエラー：社会心理学的観点から**

さて、人間は体調が整い、疲労感も少なく、睡眠時間が十分であったとしても、エラーを起こすことがある。気力も満ち、集中力も高まり、経験も知識も豊富であったとしても、判断を間違えることもある。なぜだろうか。人間の判断の誤りを引き起こすさらなる事柄について、社会心理学では、個人と集団のあり方の観点から、様々な実験と理論が展開されている。本節では、社会心理学の教科書的な基本文献およびその出典元を参照しながら、その蓄積を概観する。

#### **1) 同調行動**

最初に、いくつか日常的な例を挙げてみることにする。感染症が流行している時節の外出時、車内の全員がマスクをしている中でひとりだけマスクを忘れた時の居心地の悪さ。部内のミーティングで大勢が同意しているときに、自分一人だけ異なる意見をどうしても言い出せない圧迫

感。これらの現象は、社会心理学では「同調 conformity」という概念で説明される。アッシュ (Asch, 1955) は、線分の長さを比較判断するというきわめて単純な課題を実施し、この同調の存在を明らかにした。出された課題は、実験参加者の誤答の発生率を見ると、集団圧力をかけられない場合には、1%に満たないほど簡単である。しかし集団圧力条件下では、多数者の判断に同調した誤答が、全判断の32%にも達した (岡, 2016)。まわりの人がみな自分とは違う判断を示したとき、それが誤りであることが明白であっても、人は周囲の人の判断に引きずられることを実証したのである (池上, 2008a)。人は、自分の判断に確信を持っていたとしても、周りが異なる判断をしている場合、周りの判断に従ってしまうのである。

ではなぜそのようなことが起こるのか。ドイチェとジェラルド (Deutsch & Gerard, 1955) によれば、人が同調する理由は2つある。一つは、人は正しく反応したいと思っており、それには他者の情報が有益だからである。もう一つは、人は他者から好かれたい (拒否されたくない) と思っており、それには規範から逸脱しないようにする必要があるからである (池上, 2008a)。

## 2) 権威勾配・権威への服従

自分の意見を言い出せない心理的要因は他にもある。ミルグラム (Milgram, 1974) はアイヒマン実験と称される服従実験を行った。教師役の実験参加者が、実験者の命令に従って、生徒役に電気ショックを与えるのだが、参加者は実験者に服従し、どこまで大きなショックを与え続けるのかが検証された。結果は、40人の実験参加者の約6割が、実験者である教師役の命令に従って、最大値の450ボルトに達するまで送電続けた。これは、生徒役が非常な苦痛を表現し、ついには何の反応もしなくなるレベルの電圧であった。この実験参加者は、地方紙の広告で募集した20歳から50歳までのアメリカ人男性で、職業も様々な普通の人たちだった (山岸, 2015)。

この研究は、研究者の倫理的問題をめぐって激しい論争を巻き起こしたが、**権威を持った人に発言するのは難しく、指示されると従ってしまうという傾向が人間に備わっているという重大な発見**をもたらした。ミルグラムはこの原因を、状況的圧力によるものと考えた。人は権威あるとみなす人の指示には、意に反して従ってしまう。これを**権威勾配**と呼ぶ。普段は責任感のある人も、権威の下にあるヒエラルキーの中に身を置くと、自身を他者の要求を行う代理人と考えるようになり、自分の行為を権威ある人に責任転嫁するのである (山岸, 2015)。このような他者の行動を自分の望むように変え得る力を**社会的勢力**と呼ぶが、社会的勢力には複数の種類があり、ミルグラム実験における教師 (大学教授) は、正当勢力 (影響を与える正当な権利を持っている) と専門勢力 (卓越した知識や技能を持っている) の融合であると理解できる。他には、報酬勢力 (報酬を与える力を持つ)、強制勢力 (罰を与えられる力を持つ)、また参照勢力 (被影響者が影響者に好意を寄せていることによって生まれる力) があるとされるが (山岸, 2015)、正当で専門的な勢力を持つものに対して、人が発言をすることは、例え自分が正しく判断していたとしても、かくも難しいものであることが示されていると言えよう。

表2 社会的勢力の種類（山岸，2015より作表）

正当勢力(影響を与える正当な権利を持つ)
専門勢力(卓越した知識や技能を持つ)
報酬勢力(報酬を与える力を持つ)
強制勢力(罰を与えられる力を持つ)
参照勢力(被影響者が影響者に好意を寄せていることによって生まれる力を持つ)

### 3) 集団浅慮

個人が集団に異を唱えるのが困難であるとするれば、集団で話し合えることが重要なのではないかと思ひ当たるかもしれない。三人寄れば文殊の知恵、とはよく言われるが、多くの人が活発に意見を出し合えば、正しい判断に近づくだらうと考えるのも、また素朴な直観である。複数の人が話し合いにより共通の決定を下す事態一般は、**集団意思決定**と呼ばれるが（山本，2001）、グループダイナミズムの研究者であるジャニス（Janis,1982/2022）は言う。「集団は、個々人と同様に欠点を持っている。集団は人間のもっとも良い面と同じように、もっとも悪い面ももたらすことができる」。

集団意思決定の研究の中には、一人ひとは優れた人が集まっているにもかかわらず、愚かな意思決定へと人々を導く集団過程を明らかにしているものがある。ジャニスはその主著『集団浅慮 *Groupthink*：政策決定と大失敗の心理学的研究』（1982/2022）において、groupthink という概念を提示している。この概念の日本語訳は**集団浅慮**または**集団思考**とされているが、groupthink はもともと、イギリスの作家ジョージ・オーウェルが小説『1984』<sup>3</sup>で使った“doublethink”や“crimethink”という言葉をもとに、不快な含意が意図的に込められており（Janis,1982/2022）、本研究では訳書の題名に従って**集団浅慮**という訳語を用いることにする。

ジャニスは、ピッグス湾事件、朝鮮半島北部への侵攻、真珠湾攻撃への準備、ベトナム戦争の拡大、そしてウォーターゲート事件の失敗事例という、米国政府が意思決定を誤った大きな失敗事例を分析し、これらの背景には**集団浅慮**があったと結論づけた。また、キューバ危機への対応およびマーシャルプランの策定という2つの成功事例も分析し、これらの事例では**集団浅慮**に陥らずに優れた意思決定を行ったことから、**集団浅慮**の防止策を考案した（松井，2020）。

**集団浅慮**は、「人々が凝集性の高い内集団に深く関与したとき、メンバーが全員一致を強く求めることによって、他のとりうる行為を現実的に評価するという動機づけを無視してしまうときに人々が引き込まれる思考様式」（Janis, 1982/2022）と定義される。要するに、個人で考えた意

3 『1984』 *Nineteen Eighty-Four* とは、ジョージ・オーウェルによって書かれたディストピア小説。核戦争であった第三次世界大戦を経て、1984年現在、3つの超大国によって分割統治された世界が描かれる。絶えず戦争が繰り返されており、本作の舞台となるオセアニアでは、市民は貧しく、思想や言語などのあらゆる市民生活に統制が加えられ、「テレスクリーン」という装置や町中に仕掛けられているマイクを使って常に監視されている。「2足す2は5である」といった、反し合う二つの意見を同時に持ち、それが矛盾し合うのを承知しながら双方ともに信奉する思考能力を意味する“ダブルシンク double think”、「戦争は平和である」といった、矛盾した二つのことを同時に言い表す表現である“ダブルスピーク double speak”、国家のイデオロギー（作中ではイングソックと呼ばれる）に反する、自由や平等などの思想を意味する“犯罪思考 crimethink”など、痛烈な社会的風刺に富んだ造語が多く見られる。

見や合意よりも、凝集性の高い集団で考えた時の方が、愚かな結論を出してしまうことを指す。ジャニス『集団浅慮』の冒頭で、1961年に起こったキューバのピッグス湾事件を分析している。ピッグス湾事件とは、1400人のキューバ人亡命部隊が、米国海軍、空軍、CIAの支援のもとに、キューバのピッグス湾に侵攻した事件である。革命政府の転覆を目的とし、優れた軍事の専門家数名が含まれる集団が立てたとされる計画だったが、3日間の戦闘の末、亡命部隊は、大きな犠牲を出し、「完膚なき失敗」を負って敗退した。このような結果に終わったのは、集団浅慮の結果であるとジャニスは分析している。ジャニス（Janis, 1982/2022）によれば、集団浅慮は、

- ①自分たちこそが唯一、正しい判断力を有していると過信した
- ②批判的な情報の価値を軽視するとともに、そのような外部情報を支持するメンバーを疑問視した
- ③その結果、他の集団や情報から孤立し、誤った最初の仮定や、それに基づく決定を変更できないまま、行動に突き進んでしまった

というプロセスによって生じるとされた。

集団浅慮は過ぎ去った時代の愚かしい結末に過ぎないのではない。三沢（2016）は、集団浅慮の枠組みは、実際の組織や不正や不祥事が起こった時に、その背景と意思決定過程を探るうえで、有用な分析の枠組みとなると指摘し、1986年に起こったスペースシャトル・チャレンジャーの事故を例に挙げている。松井（2020）は、ピッグス湾事件の集団意思決定における主要な問題を、集団浅慮の考え方をういて図式化し、2011年3月11日に発生した福島第一原子力発電所における事故に関する集団的思考のモデルと比較して論じている。①異なる意見を取り入れずに自己検閲が働かず、②リスク情報を議論の俎上に挙げるのを阻止する状況、または情報伝達が不十分な状況が起り、③社会からのプレッシャーがかかっている状況下で生じた、とされる集団浅慮のあり方は、現代の重大事故の理解にも用いることができるだろう。

ジャニスは集団浅慮を要約して次のように述べる。

*政策決定の内集団のメンバー間に愛想のよさや団結心が増せば増すほど、独立した批判的思考が集団浅慮によって置き換えられる危険度が増大し、外集団に向けられた非合理的で非人間的な行為をもたらすであろう。*

重大な判断のエラーが、集団内の対人関係の悪さによって生じる議論不足や情緒的ストレス等を背景とする場合もあるだろう。最近の知見では、集団浅慮が生じる先行条件、徴候、意思決定過程の特徴に関する因果関係については十分な証左が得られておらず、特に集団凝集性は必須の要件ではないという見解もある（三沢, 2016）。しかしながらここでは、団結心の高さや集団への忠実性といった、集団の良き側面と想像される状況によっても、引き起こされる可能性があることを記しておく。

#### 4) 集団極性化：リスクシフトとコーシャスシフト

集団による意思決定は、他にも極端な結果を呼ぶことがある。**集団極性化**、あるいはリスクシフト、コーシャスシフトと呼ばれる現象である。一般的には、何かを決定する際に、一人で考えるよりも、集団で話し合っただけの方が、より多くの観点や視点から検討されて、より有力な情報が見出され、無難な結論に至ると考えるだろう。しかし、この素朴な期待もまた、実現するためには高いハードルがある。ストーンナー (Stoner, 1961) は、決断にリスクを伴うような選択ジレンマ課題を用いて、①個人で決定したあとに、②集団で討議して決定をし、さらに、③再び個別で同じ問題に回答する、という手続きで実験を行った。その結果、**集団討議をしたほうが、リスクの高い選択となる**ことを発見した。山岸 (2015) の課題の例を次にあげる。

ある婚約したカップルが、最近、根深い意見の食い違いに直面した。結婚カウンセラーは幸せな結婚は可能だが保証できないとアドバイスした。カップルは結婚するかどうか迷っている。

さて、そのカップルに、リスクを伴う選択であるこの結婚を勧めるのは、良い結果になる確率が何パーセント以上である場合だろうか。そのパーセンテージを考えてほしい——このような内容をはじめとする、12個の課題に取り組んでもらったという実験である。

手続きは、①個別に回答した後に、②6人の集団で討議を行う。そののちに③再び個人で回答をさせる、というものである。個人で決めるよりも、集団で決める方が無難な結論に至るとすれば、①最初の回答のパーセンテージよりも、②集団決定のほうがより高い数値になるはずだ。幸せになる確率が少しでも高い場合に結婚を勧めるのが、より安全でより無難だからである。しかし結果は、集団討議前は、男女ともに50%以上の成功確率がなければ勧めない、という回答だったにもかかわらず、集団討議をして決めた結果は、50%以下でも勧めるという、リスクなものとなった。さらに、③討論後に個別に戻って、再度回答させても、やはり50%を下回るリスクな結果となった。集団討議を経ると、結婚が良い結果になるかどうかの確率が半分以下であったとしても、えいやとばかりに、結婚を勧めてしまう、ということになる。しかも、いったん集団討議においてリスクな決定に傾いた選択は、個別の決定になっても戻らず、集団決定の影響が残るという結果が見られたのだ。

このように、集団で討議した場合の決定が、一人で考えて決定したものよりもリスクな決定になるという現象は、リスクシフトと呼ばれる。ワラックとコーガン (Wallach et al, 1962) によって追試されたが、同様の結果であった。

では、集団討議後の決定は、常にリスクの高い選択に傾くのだろうか。モスコビッチとザバロニ (Moscovici & Zavalloni, 1969) は、時にはより安全な選択をとる傾向が強まることも生じうることを見出した。もともと安全志向の高い人たちが集まっている場合には、集団討議後には、より安全な決定が導かれたのだ。これは集団極性化現象のなかのコーシャスシフトとして理解されている (山岸, 2015)。

これら2つの知見から言えることは、集団討議前に多数を占めていた意見は、討議を通じてよ

り極端に変化するるのである。これを**集団極性化**と呼ぶ。集団極性化が生じる背景としては、自分の持っている意見が他の多くの人たちと同じ意見であることがわかると、それぞれが自分の考えに自信を持ち、よりいっそうその考えが強化され、集団決定がより極端になるという、**社会的比較説** (Sanders & Baron, 1977) や、自分の意見を支持するような、自分が思いもつかなかった論拠が提示されると、より自分の考えに確信を持ち、全体の意見もより極化するという、**説得的論拠説** (Burnstein & Vinokur, 1977) などが知られる。

## 5) 心理的拘泥と共有情報効果

集団による討議が、よりよい結果に至らない原因は他にも示されている。例えば**心理的拘泥**という現象である。結論に至ったあとで、この決定に誤りがあったかもしれない、と気づいたとしても、すぐにその結論を撤回しようとはせず、その決定にこだわってしまうことはないだろうか。決定までに費やしてきた議論の長さや労力を惜しんだり、自分たちが話し合いに関わって決めたのだというプライドから、たとえ明らかな誤りを指摘されていたとしても、決定が変更出来なくなる、これが心理的拘泥と呼ばれる現象である。

集団的な討議が難しくなる背景はまだ他にもある。例えば、討議に参加しているメンバーのなかの幾人かが、ものごとの決定に必要で重要な情報を持っていたとする。これらの情報が討論の場に提示され、きちんと扱われて検討されれば、優れた選択肢となる。しかし残念ながら、集団による討議においては、参加しているメンバーが持っているすべての情報が等しく考慮され、検討されるわけではない。討議前に、参加者がすでに共通して保有している情報 (**共有情報**) は、一部の人が持っている情報 (**非共有情報**) よりも、多くの時間を割いて討議されやすいことが知られている (Stasser & Titus, 1985)。これは**共通情報効果 (共有情報バイアス)** と呼ばれ、集団討議が適切で公正な判断につながらない一因となっている。

共通情報効果が生じる原因としては、メンバーの多くが事前に共有する情報は確率論的に話題に上りやすいこと、他のメンバーが同じ情報に言及することで、その情報に社会的な正当性が付与されることなどが挙げられている (三沢, 2016)。

個別に有している有用かもしれない情報を、討議の場で活かすにはどのようにすればよいのだろうか。これまでの研究から、**非共有情報は、討議の後半で言及されることが多い**ことがわかっている (Larson, 1997)。そこで討議の時間は十分に確保されることが望ましい。また、p37で後述するように、あえて別の角度からの意見や新たな観点からの見解を提示するように奨励するという、議論の進め方自体の工夫も重要である (三沢, 2016)。

また、集団における議論では、ある1人の意見でそれまでの議論の流れががらりと反転するかのようになることもある。少数者の意見が多数者に影響を与えることも多く、これは**少数者影響過程**と呼ばれる。山口 (2016) のまとめによると、フランスの社会心理学者モスコヴィッチ Moscovici, S は次のように考えたと言う。

もし、多数者が影響を及ぼし少数者は影響を受けるという一方的な関係だけならば、つまり社

会や集団の中の多数者の意見や態度に少数者の側が同調することばかりが起こるのだとしたら、社会に変化は起こりえないし、集団もずっと昔の状態のままが続くだろう。しかし、現実には社会は変化し、集団も形成と崩壊を繰り返している。社会や集団の中では、多数者が少数者に影響を及ぼす一方的な方向だけでなく、少数者が多数者に影響を及ぼして多数者の行動や態度を変化させるプロセスも存在するはずだ。

モスコヴィッチらは、6種類の彩度や色調の異なる青色のスライドを準備し、実験参加者にその色を答えさせるという実験を行った。実験では6人の実験参加者が集められたが、実はそのうち2名はサクラであり、ある特定のスライド数枚を見ると、必ず「緑」と回答した。さて、残りの4名がどのように回答するだろうか。「ブルー・グリーン・パラダイム」(Moscovici, Lage, & Naffrechoux, 1969)と呼ばれるこの実験の結果は、明確なものであった。サクラがいない場合は、ある特定のスライドは「緑である」と回答する実験参加者はほとんどいなかったが、サクラが「緑」という回答をした場合、その判断の影響を受けて、「緑」と回答した参加者は8%に上った。さらに、サクラが緑と答えるスライドをランダムにするという条件を加えると、その一貫性に乏しい回答条件では、1.3%程度しか「緑」と回答しなかったのである。つまり、ある特定のスライドが提示されたときに、「緑である」と回答するといった、少数者(サクラ)の一貫した確信に満ちた態度が、多数者に影響を及ぼして、態度を変えることにつながるのだと、モスコヴィッチは指摘した(山口, 2016)。

現在では、一貫した態度のみでは少数者が多数者に影響を与えるわけではないということが知られている(山岸, 2015)。どれほど重要な意見を言おうとも、少数者が多数者によって、自分たちとは異なる価値観を持っている異端者であると認識されるならば、単なる変わり者として軽視されるだろう。ネメス(Nemeth, 1989)によれば、重要なのは、問題となる争点以外は、多数者との共通点を備えていることであり、また、主張内容が論理的であり、利害関係がないことなども必要であるとされる。

#### (4) 人間には限界がある：認知科学的観点から

##### 1) 人間の認知能力の限界

これまで、人々がよく話し合えばよりよい判断や結論に至る、というのは、素朴すぎる考えであり、人間の集団過程には様々な心理的影響があることの一部を示してきたが、重要な判断を行う際に、人々に対して、「よく考えなさい、注意深くありなさい」と伝えることもあるだろう。「注意」や「確認」は、よりよい判断にとってもっとも重要な要素であることは広く信じられている。しかし、人間がよく注意したり確認したりすることによって、判断のミスやエラーはどれほど防げるのだろうか。本節では、河野(2014)を参考にしながら、人間の認知的側面から、判断に影響を与える背景について論ずる。

## 2) 注意したくても限界がある

注意とは、一部の刺激を取り入れ、それ以外のものごとを排除する心的能力である。何らかの情報を感覚器官から取得するときだけに関わるのではなく、行動、記憶、思考や情動を制御する働きをもつ（河西・川原, 2015）。人間は、周囲にあるあらゆるものに注意を払っているわけではない。刺激を何らかの基準によって選択しているのであり、これは**選択的注意**と呼ばれる。大勢の人ががやがやと話している中で、自分の名前が聞こえるとふと耳を澄ますだろうし（**カクテルパーティ効果**と呼ばれる）、車列の中に赤い回転灯が光っている車があれば、そちらに眼をやるだろう。その際には、他の大勢の人の会話の内容や、他の多くの車や交通にまつわる情報は気にならなくなり、注意を払った対象にのみ、関心を集中するかのようになる。この心的働きにより、人間は、自分にとって重要な情報を獲得し、他の情報は無視する。他の大勢の人の会話の中に、たとえ翌日の予定に関する重要な情報があったとしても気づかないし、車両の回転灯に気を取られて、曲がるべき道を過ごしてしまうかもしれない。

このように、選択的注目の結果、他の情報が無視されてしまう事象は、**非注意性盲目** *inattention blindness* と呼ばれる。非注意性盲目は、1979年に行われたネイサー Neisser, U. の実験によって見出され、1999年に追試された「見えないゴリラの実験 *Invisible Gorilla Experiment*」という有名な実験によって実証された。見えないゴリラの実験は、チャブリス Chabris, C. とサイモンズ Simons, D. によって実施され、『錯覚の科学』*The Invisible Gorilla* (Chabris & Simons, 2010/ 2014) において紹介されている。

この実験では、参加者は短い映像を見るように指示された。映像では、白いシャツを着たチームと黒いシャツを着たチームがバスケットボールをパスしていた。参加者は、白いシャツのチームが行ったパスの数を数えるように指示された。ビデオの視聴後、参加者はいくつかの質問をされるが、その中に一つに「選手以外に何か目についたものはありますか？」というものが含まれていた。実は、映像では、ゴリラの着ぐるみを着た人が中央に立ち止まり、胸を叩いて通過していた。ゴリラが映像に登場していた時間は約9秒間という十分な長さだった。しかし42%の被験者が、そのゴリラの存在に気付かなかった。それどころか、ゴリラがいたことを明かされると、自分がこんなにも明白なものを見落としていたことに驚きを現した。

この見落としは、予期しないものに対する注意力の欠如から起きる、とチャブリスらは説明している。個人の注意は、特定のタスクに集中すると、予期せぬ出来事をまったく見逃してしまう可能性がある。パスを数えることに集中すると、目の前に立つ大きなゴリラの存在に気づかなくなるのだ。

このほかにも知覚の研究からは、驚くほど多くのケースで、人が目に見える明らかな物理的環境の変化を見落としてしまうこと（**変化盲**）なども見出されている（Bazerman, & Moore, 2009/2011）。

## 3) 覚えていたくても限界がある

注意を等分に払うことも困難だが、さらに、記憶の観点からも、人間が注意できる容量、覚

えていられる容量には限界があるとされる。アメリカの心理学者 Miller (Miller, 1956) によれば、人間が短期記憶に保持できる情報の数は  $7 \pm 2$  であるとされる。つまり、5 から 9 の情報のまとまりしか一時的には保持できない。このまとまりは「チャンク chunk」と呼ばれ、その範囲はマジカルナンバー 7 と称される。例えば、何らかの認証のためにパスワードを求められた際、「5731294」という値であれば、なんとか一時的に記憶して、入力することはできるだろう。数字の一つ一つがチャンクであり、この数字は 7 桁なので、保持できる情報の量の範囲内だからである。しかし「1973070520040514」となると、一度に覚えて入力するのはずいぶんと困難である。16 チャンクあるため、保持量を超過する。その際には、半分ずつ覚えて入力する、繰り返し唱える、などの工夫が必要となる。しかし、例えば 1973 年 7 月 5 日生まれの人がいて、その子どもが 2004 年 5 月 14 日生まれだったとしよう。とたんにこの 16 桁の数字を入力することは簡単になる。自分の誕生日と子どもの誕生日という 2 つの情報にチャンキング chunking され、2 チャンクの情報となるからである。

マジカルナンバー 7 が示すように、人間の短期的な記憶の容量には限界がある。短期記憶とは、何かの情報を記録してから追想するまで、数秒から 1 分以内の記憶 (通常は 15 ~ 30 秒程度) であり、情報量は入力されたままの状態を保ち、側頭葉の海馬に蓄えられる。長期記憶は、大脳皮質に蓄えられ、記憶容量が大きい記憶である。昨日の夕飯は何を食べたか、1 週間前のサッカー大会の試合にはスコア 3 - 2 で勝利した、などの近時的な記憶から、かつて通っていた小学校の名前や、戦国時代の武将の名前など、数週から数年以上に及ぶ、すでに獲得された過去の出来事に対する記憶も含まれる。

「注意」が主に関係するのは短期記憶である。短期記憶という呼称は、時間的な観点から名づけられているが、記憶の内容や機能に着目すると、ワーキングメモリー (working memory 作動記憶) と呼ばれる。先ほどのパスワード入力の例で言えば、あたかも、パスワードを一時的に覚えるための器のようなもので、作業台の広さは  $7 \pm 2$  チャンク程度の広さが通常である。人間は、「よく注意するように」と言われて、何かを提示されたとしても、ワーキングメモリーの容量を超えると、記憶のための器の容量が不足してしまう。そもそも覚えておくことができないのだ。

#### 4) 人間は認知的儉約家

次に考えたいのは、人間が「考えること」についてである。いろいろな判断をするとき、人間は考える。よい判断となるように、考え続ける。考えることは、ほかの生き物と比べて、人間固有の特技であるようにも見える。

しかし、社会心理学や認知科学の立場から見れば、人間はあまり考えることを好んでいるわけではないようだ。Fiske & Taylor (1991) は、「人は考えることをできるだけ避けようとする、認知的儉約家」であると指摘する。考えるのは疲れる。多く考えること、深く考えること、考え続けることは、時間や認知的労力をたくさん必要とする。認知的儉約とは、人間が社会的刺激の情報処理に必要以上の努力を投入せず、常に認知的資源を節約するように動機づけられていることを示した言葉である (及川, 2016)。

さてどのような方法で人間は節約を行うのだろうか。それは、スキーマ schema という、いわば認知的な枠組みが活用される。Bransford & Johnson (1972) は、スキーマに関する一連の実験を提示している。まずは以下の文章を読んでみていただきたい。

手順は極めて簡単だ。まず、ものに応じていくつかのグループに分ける。もちろん、場合によって1つにしてもよい。次の手順に進むための装置がない場合は、どこか別の場所に行く必要があるが、そうでなければ、準備は万端だ。重要なのは、一度にやりすぎないことだ。多すぎるよりは、少なすぎる方がましである。このことは一見あまり重要には思えないけれど、多すぎる場合には、事がすぐに面倒になりかねない。ミスは高くつく。適切にやりとげるには、アレコレ試してみる必要があるのだが、すぐに慣れる。最初は手間がかかるように思えるかもしれない。しかしすぐに生活の一部になるだろう。近い将来に、この作業が必要でなくなる日が来るとは思えないが、その先もそうだと誰にも言えないだろう。

以上は、何の「作業」についての記述だろうか。

多くの人が一読しただけでは分からないかもしれないが、これは「洗濯」についての記述である。そう言われて、読み返してみると、確かに洗濯について書かれていると肯首するだろう。

Bransford らによる実験は、3つの条件で実施された。①この文章を読む前に、「これから読む文章は洗濯についてのものです」と示された前提示条件、②この文章を読んだ後に、「以上の文章は洗濯についてのものでした」と示された後提示条件、そして、③前にも後にも示されなかった無提示条件、の3つである。これらの条件のもと、被験者らは、読んだ文章の理解の程度を自己評価し、また読んだ文章をできるだけ正確に想起するように求められた。そして、①前提示条件群、②後提示条件群、③無提示条件群における、理解率と想起率の平均に差があるかどうかを検討した。その結果は、理解率と想起率ともに、①の前提示条件のほうが、他の②や③のどちらよりも有意に高かった。この結果は、あらかじめ何についての文章であるかという枠組みがあれば、その文章を理解したり、記憶して思いだしたりすることが、容易になるということを示している。つまり、「洗濯」についての描写である、と知ったらすぐに、頭の中には「洗濯」という理解の枠組みができることになる。この枠組みが、あたかも文章を理解する上でのガイドラインのように働き、理解や記憶を促すのである。

社会的な判断を行う際に人間は、対象に対してもともと持っている知識内容に強く影響を受ける。あるいは「既存知識の枠組みに合うように情報が選択され再構成されるといってもよい」(池上, 2008b)。このような既存知識の枠組みのことを Bartlett (1932) はスキーマ schema と呼んだ。スキーマとは、「過去の反応または過去の経験の能動的な体系化(組織化)であり、うまく適応した有機的反応ならどれにでも常時作動していると考えられるもの」と定義される(Bartlett, 1932)。すなわち、特定の概念、その属性、その他の概念との関係などを表象する膨大な知識構造を指す(及川, 2016)。

スキーマには、3つの特徴があるとされる。(a) 無意識の心的構造である、(b) 過去の知識で

構成されたものである、(c) 長期記憶は過去の映像ではなく、**能動的な知識構造**からなる (Reason, 1990/2014)。能動的、という言葉に注目したい。長期記憶は能動的であり、自ら働きかけ、変化していく知識からなるのである。

判断にスキーマの影響があることを、多くの場合、人間は自覚していない。例を挙げよう。ある夏の日、サッカーの試合に出場した直後の選手に、「水筒が欲しい」と言われれば、迷いなく、水やお茶などの飲み物の入った水筒を渡すだろう。熱いコーヒーの入った水筒を渡したり、箱に入った新品の水筒をプレゼントしたりはしない。これは、多くの人間は、過去の経験からサッカーについてのスキーマを持っており、運動量の多い汗をかく競技で、競技後の選手はのどが渴いていると、即座に予測できるからである。しかし、試合直後に急に、「花が欲しい」と言われたら、何を渡したらよいのか反応に戸惑ってしまうだろう。大半の人のサッカーについてのスキーマには、花と関連するものは含まれず、即座に判断できないからである。

このような人間の認知の特徴は**オートマシィ (自動性)** と呼ばれる (池上, 2008b)。スキーマに基づいて自動的な判断を行うことによって、私たちは限界ある認知的資源を節約でき、日常生活は非常に円滑になる。ものごとをあまり深く考えずに、あたかも自動操縦のような段取りで進めていくことが出来る。試合直後の汗だくのサッカー選手には、冷たい飲み物の入った水筒を渡すし、翌日が遠足だという日に、子どもが「水筒が欲しい」と言えば、(遠足に持っていく水筒が欲しいのだと即座に判断して、) そのありかを探そうとする。当日にはお茶を入れて子どもに持たせるだろう。遠足のスキーマに、水筒は合致するからである。子どもに、「明日は理科の実験があるから水筒が欲しい」と言われたなら、直ちに水筒を渡すことができるだろうか。何のための実験か、大きさはいかほどか、何を入れるのかと、あれこれと考える必要があるだろう。理科の実験という枠組みから、適切な水筒とその中身を自動的に推測することは大抵の場合困難であり、自動的な判断は難しくなる。そうすると、状況を整理し、確認する必要がある。自動操縦の思考ではなく、努力と認知的なエネルギーを要する思考となる。

オートマシィのプロセスは日常生活を“省エネ”で過ごすには大いに役立つ仕組みである。しかし、オートマシィのプロセスは、物事を解釈する際に、以前の経験の一般的特性に合わせる傾向があり、このことが記憶を呼び起こす際にバイアスを生じさせることがある。オートマシィ的思考は便利ではあるが、深刻なエラーやバイアスと紙一重となりうるのだ。このことについては、ヒューリスティックスという一連の研究で広く理解されており、次節で詳述する。

さらに、先ほど、スキーマは過去の記憶の能動的な体制化であると指摘した。つまり、スキーマを構成する主要素である過去の記憶は、そのまま再生されているのではなく、作り変えられているとされるのだ。この考え方は、記憶研究の分野では、**虚偽の記憶** false memory に関する研究として蓄積がなされているが、**ゲシュタルト心理学**の主張にも通じる。ゲシュタルト心理学とは、ヴェルトハイマー Wertheimer, M.、コフカ Koffka, K.、ケーラー Kohler, W. らが種々の知覚現象の理解を通して生んだ心理学の考え方であり、全体性や構造に焦点を置いた人間の精神の理解を唱えている。とりわけ、全体の枠組みから外れた小さな不整合は見過ごされ、時間の経過とともに、記憶された「生の姿」は、対象者にとっての「まとまりある姿」に近づくべく、歪ん

でいくという考えが示されている。この論点は、人間に起こる記憶の不確かさ、虚偽の記憶や目撃証言の記憶といった応用的な心理学の分野において、現代にいたるまで広く研究されるテーマにつながっていくことになるが、ありていに言えば、人間は、自分の持っている物事の見方の枠組みに沿った情報を選択して取り入れ、小さな不整合は見過ごし、さらにいったん記憶したのも、時間の経過とともにその姿を自分の枠組みにあったものに変えていってしまうのである。日々の人間の認知やそれに基づく判断は、かくも不確かであやふやな枠組みによって行われている、とも言えよう。

## (5) 人間はあまり考えたくない：行動経済学の観点から

人間は、合理的な判断や意思決定を行うものだと素朴に考えられているものの、本論考で何度も繰り返し示す通り、実はそうではない。このことに関連して、経済行動学という分野が実践的な見地から人間の認知やそのエラーについての考え方を示している。

経済学がターゲットとする経済活動の場面においても、人間の行動はしばしば非合理的である。例えば、採算を度外視した行動を選択したり、自分の利益を捨てて、利他的行動を選択したりすることがある。「人は経済合理性を求めているはずだ」という仮定・前提とともに、このような「非合理的な行動」について考える際に、経済学では**限定合理性** bounded rationality という概念を用いる (Simon, 1976; 1997)。限定合理性とは、人がどんなに合理的な行動を取ろうとしても、さまざまな制約条件によって、あくまで限定された合理性しか持ち得ないことを示す。判断や選択に用いることのできる情報は常に断片的であり、不完全な予測に頼っており、さらに判断のための仮説や予測の創出も限定的であるからだ。

では限定合理性しか持ち合わせない人間が、意思決定を行う際、どういったプロセスをたどるのだろうか。人間の認知やそれに基づく判断には、スキーマに合致する程度に応じて、自動性を帯びたものと熟考を要するものの2種類があると先述した。経済行動学の分野では、前者をシステム1、後者をシステム2と呼ぶ。ノーベル経済学賞を受賞したダニエル・カーネマン氏が主著『ファスト&スロー』(Kahneman, 2011/2014)で論じているのだが、システム1は別名「速い思考」、システム2は「遅い思考」と称され、書籍のタイトルの「ファスト」とは、直感的かつ自動的に行われる速い判断をさし、スローとは、論理的で計算などを伴いじっくりと行われる判断を示す。システム1は、直感的で無意識的な判断であり、エラーを多く含む判断である。システム2は多くの労力を要するので、必要な時にしか(あるいは、必要な時にでも!)登場しないのである。これまで本論で繰り返し示してきたとおり、認知的節約家である我々は、日常生活の大半をシステム1に頼って過ごしている。システム1は一般的には有用である。けれども、ときには深刻な系統的バイアスを生じさせ、かくして人の意思決定は必ずしも合理的(規範的)ではなくなるのだ(樋口, 2016)。

さて、システム1が用いる方略は、ヒューリスティックスと呼ばれる (Tversky & Kahneman, 1974)。ヒューリスティックスとは、認知資源を節約するために人間が用いる、簡便で直感的なさまざまな判断方略をさす(池上, 2008b)。ヒューリスティックスはいくつかのタイプに分類されている。本節では、代表的な2つのタイプを紹介する。

## 1) 利用可能性ヒューリスティック availability heuristic

利用可能性ヒューリスティック (Tversky & Kahneman, 1973) とは、思いつきやすさ、思い出しやすさで発生頻度を判断するクセをさす。思い出しやすければ、その事柄はよく起こっていると考える、というものである。カーネマンの例を紹介する。

考えてみてほしい。アメリカにおける同時多発テロ事件の後、2002年以降のアメリカ合衆国において、人々の生活を脅かすものは何だろうか。あるいは、1年間で人が亡くなる原因として思い浮かぶものは何だろうか。

アメリカ人に聞いてみると、生活の脅威はイスラム過激派である、と考えている人が、約半数に及んだという。しかしイスラム過激派による殺害は、芝刈り機による事故死の5分の1、ベッドからの転落死の70分の1に過ぎない。別の例を見てみよう。ニューヨーク世界貿易センタービルへの旅客機激突のテロのあと、飛行機に乗ることは危ない、と考える人が急増した。しかし皮肉なことに、翌1年間に激増したのは、交通事故死であった。飛行機をやめて車で移動する人が増えたことが背景にある。交通事故で1595名が死亡し、飛行機の搭乗によって亡くなったのは約250名であったと言う (Kahneman, 2011/2014)。

人間は、客観的データが示すものとはほとんど関係なく、自分が思い出しやすいこと、利用しやすい情報に頼って、直感的な判断を行うのである。よく目にする情報や衝撃的な出来事は、記憶に残りやすい。記憶に残っている事象ほど、頻度や確率の判断の道標にしてしまうのである。最近に起きた出来事や印象深かった出来事など、記憶のなかでも自分がアクセスしやすい情報を判断の基準に用いることが、利用可能性ヒューリスティックが生じる要因である。

## 2) 代表可能性ヒューリスティック representativeness heuristic

代表可能性ヒューリスティックとは、限られた事例(標本)の代表性に基づいて、その事例があるカテゴリーに属する可能性や生起確率、頻度を直観的に判断・予測する方法である。つまり、ある事象が特定カテゴリーの中で代表的、典型的である場合、その事象が起こる可能性や確率を過大評価しやすい意思決定プロセスのことを指す。その例として、カーネマンら (Tversky & Kahneman, 1974) 次の4つの例を挙げている。

### ① 事前確率の無視／基準率の無視

事前確率の無視／基準率の無視とは、事前にわかっている確率(事前確率／基準率)を無視して、代表性の情報に基づいて確率判断を行うことを意味する。カーネマンらの例を示す。

ある街のタクシーの色は2種類で、青が全体の15%、緑が85%であることがわかっている。ある晩、タクシーによるひき逃げ事件が起きた。加害者は青タクシーであるとの目撃証言を得た。しかし現場の状況から、目撃者は色を見間違える可能性が指摘された。そこで、この目撃者の証

言がどれくらい正確かを同様の状況下でテストしたところ、正しく色を判別できる確率は80%にとどまり、20%は逆の色を答えることが明らかになった。

さて、目撃者の証言通り、加害者が青タクシーである確率はどのくらいだろうか。(Tversky & Kahneman, 1980)

タクシーの色を正しく認識する確率が80%あるなら、青タクシーが加害者である確率も80%だと直感的に考えるかもしれない。しかし、もともと青タクシーは街全体のタクシーの15%に過ぎない少数派の存在である。このことを考え合わせて確率を計算すると、青タクシーが加害者である確率は41%となる。

カーネマンらがあげている、他の例もあげる。

実験1) ジャックという45歳の男性がいる。ジャックは、100人のグループのうちの1人であり、このグループは、30人がエンジニアで70人が弁護士である。

さてジャックは4人の子がいる既婚者である。性格は保守的で、注意深く、野心的であるとされる。政治、社会問題には興味がない。趣味は日曜大工、ヨット、数学パズルである。

さて、ジャックがエンジニアである可能性は何パーセントくらいだろうか。

実験2) ジャックという45歳の男性がいる。ジャックは、100人のグループのうちの1人であり、このグループは、70人がエンジニアで30人が弁護士である。

さてジャックは4人の子がいる既婚者である。性格は保守的で、注意深く、野心的であるとされる。政治、社会問題には興味がない。趣味は日曜大工、ヨット、数学パズルである。

さて、ジャックがエンジニアである可能性は何パーセントくらいだろうか。

(Kahneman, 2011/2014)

カーネマンらの調査によれば、結果は、実験1のストーリーを聞いても実験2のストーリーを聞いても、どちらにせよ、「エンジニアと回答する確率が高い」というものであった。よく考えると、実験1では、エンジニアは全体の30%おり、実験2では全体の70%いる。ベースレート（基準値）に差があるのだから、当然、実験1のほうが、実験2よりも、エンジニアである確率は低くなるにもかかわらず、被験者はその確率を全く考慮しなかったのである。このように、人は、極端で、非常に目立つ一つあるいは少数の事例をもとに、一般化して判断する傾向がある。上記に示された事例の場合は、後半部に記載されているジャックの性格に関する記述が、一般に信じられているエンジニアの性格の典型例と合致するため、この情報に注目が集まり、前半に示されているエンジニアの人数比の情報（基準値）は、無視されてしまうということである。

他の典型例もあげてみる。こちら、事前知っている確率を無視して、後から出てくる確率にだけ注目してしまう傾向を示している。

ある恐ろしい感染症が発生した。この感染症にかかる確率は10万人に1人であることがわかった。いま、あなたがその感染症にかかっているかどうか調べたところ、検査の結果は陽性だった。検査の信頼性は90%であるとされる。実際に感染している確率はどのくらいだろうか？

90%だ、と回答する人が多いようである。それで、自分は恐ろしい感染症にかかってしまったのだ、と悲嘆に暮れてしまうかもしれない。しかしこれはヒューリスティクスによる早計である。90%という検査の正確性を考える前に、感染症に罹患する割合が0.001%であるため、感染症にかかっている確率はきわめて低いものとなる。

もう少し具体的に説明すると、例えば、100万人の人がいたとしよう。感染者数は、100万人のうち、10万分の1なので、10人である。よって感染していない人の数は、100万-10となり、99万9千990人であると予測される。検査の信頼性は90%であるため、感染者のなかで、正しく陽性と判定される人は、10人のうちの90%、すなわち9人となる。一方、誤って陽性と判定される確率は10%あるので、陽性と誤診される人は、非感染者999,990人の10%、つまり9万9千999人となる。まとめると、信頼性90%の検査の結果、陽性と判定される人は、9（真の感染者）+99,999（偽の感染者）=100,008人となるが、そのうち本当に感染している人は9人なので、9人/100,008人=0.000089となる。検査結果が陽性の人で、実際に感染症にかかっている人の割合は、約0.009%に過ぎない。つまり、検出力が90%を誇る精度の高い検査の結果であったとしても、検査の対象となっているもともとの病気にかかる確率が非常に低ければ、やはり、その病気にかかっている確率は低い。この場合は、検査結果陽性者が約1万人に対して、真の感染者は約1人なのである。計算によれば、このような結果が導かれるにもかかわらず、多くの人は、検査結果を踏まえて、感染症にかかってしまったと悲観する。これが事前に知っている確率（事前確率/基準率）を無視して、後から出てくる確率にだけ注目してしまう認知傾向なのである。

## ② 標本サイズの無視

標本サイズを無視して、大標本の母集団で成立する分布が、小さいサイズでも成立すると考えてしまうことがある。これを**標本サイズの無視**と呼ぶ。

例えば、プロ野球の大谷翔平選手の活躍を見たアメリカ大リーグのスカウトが、日本に大挙してやってくる、ということが起こったとしよう。大谷という代表例を見て、日本の野球選手はみんな大谷のような選手だと思ったからである。しかしもちろん、大谷は日本を代表する野球選手だが、日本人選手の平均を体現しておらず、「外れ値」である。外れ値という小さな標本を見て、全体を推測してしまった、という認知バイアスであると見なされる。

あるいは、XとYのどちらの電子機器を購入しようか迷った時に、その製品の不具合の発生について確かめたとする。X機は6件、Y機は200件の不具合が報告されている。あなたはどちらの機を買おうとするだろうか。多くの人は、X機の方を選択しようとするかもしれない。しかし、実際にはこれだけの情報では選択できない。例えば、X機はあまり人気がなく50機しか売れて

おらず、対して Y 機は人気があり、10,000 機売れていたとすれば、不具合発生の確率は、X 機が 12% に対し、Y 機は 2% である。このように、標本のサイズが提示されていないにも関わらず、5 や 200 といった数値が提示されていることによって、あたかも客観的な判断を下しているような錯誤を犯すことがある。これも代表性ヒューリスティックの一例である標本サイズの無視の例である。

### ③ 少数の法則

別の例をあげてみる。コインを投げるとき、回数を多く投げると、表と裏が出る確率は半々となることがわかっている。この現象は、多くの実験をすれば、観測されるデータの平均は、真の平均に近づくことを示しており、**大数の法則**と呼ばれる、統計学や確率論の基本定理の一つである。

では、コインを 6 回投げて、出る表裏の予測を試みる。「表表裏裏表裏」のいわば「半々パターン」ほうが、「表表表表表表」の「全部表パターン」よりも、出る確率が高いと判断したくないだろうか。しかし、実際には、大数の法則は多くの実験を行うことが条件なので、試行回数が少ない場合には偏った結果となってしまうことが多い。全部表パターンが出現する可能性もそれほど低くはない。しかし我々は、「半々パターンになる」と予測してしまうことが多い。これは、半々パターンの方が、全部表パターンよりも、コインを多数回投げた時の並び順とよく似ており、代表性が高いためである。試行回数が少ないにもかかわらず、大数の法則が当てはまると錯覚する、というこの錯誤を、カーネマンらは、大数の法則をもじって、**少数の法則**と呼んでいる。

### ④ 連言錯誤

**連言錯誤**とは、2 つ以上の事象が同時に起こる確率を、それらの中でもっとも確率の低い事象の生起確率よりも、高く積もることをいう（樋口, 2016）。カーネマンら (Tversky & Kahneman, 1983) がとりあげたもっとも有名な例が「リンダ問題」である。次の質問に答えてみて頂きたい。

リンダは 31 歳、独身で、積極的に発言する非常に聡明な人です。大学では哲学を専攻し、学生時代には差別や社会正義の問題に関心を持っていました。また、反核運動に参加していました。

現在のリンダについて推測する場合、(A) と (B) のどちらの可能性が高いと思いますか？

(A) リンダは銀行員である。

(B) リンダは銀行員で、フェミニスト運動もしている。

それぞれの肢が選択された平均を出してみると、回答の傾向としては (B) の方が高くなることがわかっている。しかし少し考えてみて頂きたい。リンダが銀行員である可能性と、リンダが銀行員でフェミニスト運動家である確率は、どう考えてみても、単なる銀行員である可能性のほ

うが高い。しかしながら、(B) であると回答する確率があがるのは、リンダが差別や社会正義に関心があるというような個人情報に関する描写が、銀行員の代表例からは説明が難しいが、フェミニストの代表例を仮定すれば説明ができるためである、とされる。これは連語錯誤と呼ばれる、代表性ヒューリスティックの例である。

以上のように、人間は自分が見聞きしたもののなかで、代表的なもの、印象に残るものが生じる頻度を高く見積もる、という傾向を持っている。この認知的エラーのために、実際にどの程度生じるのか、という客観的なデータは霞んでしまうのである。

このようにヒューリスティックスは人間の判断に不可思議な影響を与える。他にも、係留と調整ヒューリスティックス (樋口, 2016) やシミュレーション・ヒューリスティック (池上, 2008b) などの種類がある。係留と調整ヒューリスティックとは、想像のつかない判断を求められた際に、何らかの基準 (係留点 = アンカー) から調整を行って判断をするというものである。カーネマンら (Tversky & Kahneman, 1974) の例に基づいて解説すると、国連加盟国におけるアフリカ諸国の割合を推測する、という問題に回答してもらうのだが、先行して「65%より大きいか」という問を設定する場合と、「10%より大きいか」という問を設定する場合を作り、その後、割合を推定してもらう。結果は、先行する問いの数値が65%の場合には、国連加盟国に占めるアフリカ諸国の割合は、平均45%であると推測される一方で、10%と提示した場合には、平均で25%であると推測された。すなわち、先行した問の設定数値 (65 や 10) は、正解とは全く関係ないにも関わらず、それが係留点<sup>4</sup>となり、調整も行われずに推測の基準値となり、判断に影響を与えることを示したのである。

また、シミュレーション・ヒューリスティックと呼ばれるヒューリスティックもある。例えば、欲しいものを買うときに、手持ちのお金が10円足りなかったときと、1000円足りなかったときでは、10円足りなかったときのほうが悔やむ気持ちが強くなるのではないだろうか。10円であろうが1000円であろうが不足には違いないのだが、10円不足のほうが、お金が足りたときの場合のことを想像しやすい (シミュレーションしやすい) からであるとされ、シミュレーション・ヒューリスティックと呼ばれる。

### 3) ヒューリスティックスが利用されるのはどういうときか？

我々は日々暮らす中で、膨大な数の推論を繰り返しており、そのすべてにヒューリスティックスが用いられるわけではない。入念な処理をしないとき (自動的処理をするとき) ほど、ヒューリスティックスを用いた推論がなされやすいことがわかっている。樋口(2016)のまとめによれば、例えば利用可能性ヒューリスティックの場合には、認知的負荷がかかっているときや、正確さへの動機づけが低いとき、また、ポジティブなムードのときなど、入念な処理をしない (要するによく考えない) ときほど、事例の思い出しやすさに基づいた推論がなされることがわかっている。「一連のヒューリスティック研究は不確実な事象の生起確率や生起頻度、価値の推定は必ずしも合理

4 係留点 (アンカー) とは、もともと船・気球などをつなぎとめておく場を指す。

的に行われておらず、我々の選択や判断は時に深刻なバイアスを生じさせることが数々の実験によって指摘されているのである。

## (6) 思いこみによる判断：ステレオタイプとバイアス

さて、判断のバイアスが生じるのは、前節に記した状況のみにとどまらない。社会心理学や認知科学では、ステレオタイプ、あるいはバイアスといった研究領域で、人間の判断にエラーが生じる現象について論じている。ステレオタイプやバイアスは、広範囲にわたって長い間論じられてきた分野であるが、本節ではその基本的な枠組みについて提示し、人間の判断や推論に与える深刻な影響について論じる。

### 1) ステレオタイプとは

自分が所属している集団のことを**内集団**と呼び、それ以外のことは**外集団**と呼ばれる（山岸，2015）。日本に住む多くの日本人は内集団が日本人であり、外国の人は外集団となる。内集団よりも外集団のほうがわかりにくいので、その人々を認知しようとするときに起こる、性別、人種、年齢などに基づいた区別を**社会的カテゴリー化**と呼ぶ（山岸，2015）。

これは一般的な動きであるが、その際に、内集団のメンバーで広く共有される固定概念、すなわちステレオタイプに頼ったカテゴリー化が行われることがある。これがしばしば問題となることが多い。「日本人はみな几帳面だろう」「アメリカ人はみな野球が好きだ」「ブラジル人はみなサッカーが上手い」「イタリア人はみなお洒落だ」というように、過度に一般化されたイメージにもとづいた判断が行われ、集団成員の個別の多様な特性が無視、あるいは考慮されずに判断してしまうのである。

ステレオタイプは、民族間、文化間等の深刻な紛争に影響を与える問題であり、古くから社会心理学などで様々な知見が蓄積されてきた。本節では、その中でも、ステレオタイプが人間の解釈や判断に与える影響について、簡単に概観する。

### 2) ステレオタイプは人間の判断にどのような影響を及ぼすのか

人間の行為は、その人の特性、状況、文脈によってさまざまな解釈をすることができるが、一つの解釈を構築するのに十分な情報が得られない場合には、行為者の所属集団のステレオタイプに沿った解釈がなされやすくなるとされる（浅井，2016）。

例えば、下の文章を読んでみてほしい。唐沢（2023）が紹介している、有名な社会心理学の実験である。

ドクター・スミスは、アメリカのコロラド州立病院に勤務する腕利きの外科医。仕事中は常に冷静沈着、大胆かつ細心で、州知事にまで信望が厚い。ドクター・スミスが夜勤をしていたある日、緊急外来の電話が鳴った。交通事故のけが人を搬送するので執刀してほしいという。父親が息子と一緒にドライブ中、道路から谷へ転落し、車は大破、父親は即死、子供は重体だと救急隊

員は告げた。20分後、重体の子どもが病院に運び込まれてきた。その顔を見てドクター・スミスはアッと叫び、そのまま茫然自失となった。その子はドクター・スミスの息子だったのだ。さて、交通事故にあった父子とドクター・スミスの関係は？

いくつかの正答が考えられるが、もっともシンプルな答えは、ドクター・スミスと亡くなった夫が夫婦だった、というものである。ドクター・スミスは女性で、搬送された子どもの母親だったというわけだ。しかしながら、この考えはすぐに思い浮かばないことが多い。その背後には、ドクター・スミスは男性である、と思い込む無意識の心の動きがある。政治家にも信頼の厚い、「腕利きの外科医」は男性である、というステレオタイプがあり、このために、ドクター・スミスが女性である可能性が思い浮かびにくくなっているのである。

続いて、次の2つの文章の組を見て頂きたい。

1 主婦が誰かを叩いた。

建築作業員が誰かを叩いた。

2 白人が友人の背中を鉛筆の後ろでつついた。

黒人が友人の背中を鉛筆の後ろでつついた。

1では、主婦が叩いた程度は「平手打ち」であると考えられるのに対して、建築作業員は「拳で殴った」と解釈されやすくなることがわかっており (Kunda & Sherman-Williams, 1993)、2では、行為者が黒人の場合の方が、白人の場合よりもより攻撃的な行為であると解釈されることがわかっている (Sagar & Schofield, 1980)。これらの結果は、全く同じ行為であったとしても、建築作業員あるいは黒人は攻撃的である、という付与されたステレオタイプによって、解釈が異なることを示しており、ステレオタイプが認知に与える影響を端的に示している。

### 3) 仮説確認型判断と仮説確認バイアス

このように、ステレオタイプにそった判断は、無意識に行われるものであり、合理的な理由もない。しかも、その判断は**仮説確認型判断**あるいは**仮説確認バイアス**によって、より強化される。仮説確認型判断あるいは仮説確認バイアスとは、**知らず知らずのうちに持っている思い込みをもとに、それに見合う事実を無意識に選択して認知することをさす**。単に**確認バイアス**と呼ばれることもある。先に、人間の記憶は能動的に構成されると述べたことを思い出して頂きたい。人はステレオタイプに一致した情報をより多くより強く記憶する。自分の持つステレオタイプを肯定するような手掛かりに注意が向き、それによって印象を形成するのである。

ダーリーとグロス (Darley & Gross, 1983) は、確認バイアスに関する有名な実験を行っている。小学生の女兒の様子を記録した映像を見て、女兒の学力レベルを判断する、という実験である。映像は前半と後半に分かれており、前半には女兒が自宅周辺で遊ぶ様子が、後半には教師の

質問に答える様子が収められている。実験参加者の半数は、前半だけを見て、女兒の学力レベルを判断するよう求められ、残りの半数は、追加で後半の映像も見た後に、判断するよう求められる。前半の自宅周辺の様子映像は、2種類用意されている。実験参加者は、女兒が富裕層の居住地区に住んでいることが示唆される映像を見る群（裕福映像群）と、貧困地区に住んでいることが想定される映像を見る群（貧困映像群）のいずれかに割り当てられる。映像の後半は共通であり、女兒の学力レベルに差があると推定できるような情報は含まれておらず、学力が高いと思われる情報と低いと思われる情報の両方が含まれていた。

結果は、貧困映像群は、裕福映像群よりも、女兒の学力を低く見積もった。さらに、貧困映像群は、後半の映像の中から、自分の判断、すなわち、貧困地区に住んでいる子どもは学力が低い、というステレオタイプに合致するような情報を積極的に見て取っていた。実際の映像には、学力が高いと思われる情報と低いと思われる情報の両方が提示されていたにもかかわらず、女兒の正答の数は少なかった、とか、出されていた問題が簡単だったなど、映像の中から、学力の低さを裏付けるような情報をより多く集めていたのだった。これが確証バイアスと呼ばれる認知のバイアスであり、自分でも気づかないうちに、偏見やステレオタイプの補強を促す一因であるとされる（浅井, 2016）。人間の認知の特徴には、無数にある状況や情報の中から、自分の判断が正しい、という「証拠」を無意識に集めてしまう可能性があるのだ。

#### 4) 楽観性バイアス

楽観的である、ということは、人格としての好ましさを示していると感じるかもしれない。しかし判断——特に重大な決定における楽観性は、時に取り返しのつかぬものとなることもある。カーネマン（Kahneman, 2011/2014）は、アメリカの起業におけるデータを示し、起業家たちは、実際は新規企業の約35%しか存続しないにも関わらず、「自社と同じような企業」が成功すると考える確率は60%程度、さらに自社のことになるとさらに高確率で成功すると予測することを示している。実に、起業家の81%は自社の成功率を70%以上と見積もり、かつ失敗の確率はゼロだと豪語した者が33%に達したと述べられている。

これらの現象は**楽観性バイアス**と称され、認知バイアスが重大な役割をとっている。カーネマン（Kahneman, 2011/2014）によれば、システム1の特徴が色濃く反映されているのである。目標に過度に集中し、一度立てた計画が係留点（アンカー）となり、基準率を無視する、といった傾向や、自分がしたことやできることばかりを見て、他人の意図や能力を無視してしまうこと、自分の知っていることを強調し、知らないことを無視するなど、認知的バイアスの傾向によって生じているとされる。楽観性、といった言葉でイメージされるような感情や性格に紐づくものというよりも、自信過剰の状態になってしまうような認知的バイアスが大きく影響しているのである。ちなみに、意思決定にあたっては、楽観的であることはリスクになりうるが、実行する段になったら、良い効果を導く、とカーネマンが指摘していることも合わせて記しておきたい。

これまで、人間の判断、思考、認知について、様々な領域の知見を紹介しながら、判断や思考、それに基づく行動には、様々なエラーが起こりうることを提示してきた。本研究のねらいは、こ

これらの知見を重大事故の発生とその予防に寄与することにある。では、実際に、上述のような人間の心理や認知の特徴は、どのような事故の背景となるのだろうか。次節から見ていくこととする。

さらにまなびを深めたい方へ

池上知子・遠藤由美（編著）(2008). グラフィック社会心理学. サイエンス社

Kahneman, D. (2011) . *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux. 村井章子・友野典男 (2014) . ファスト&スロー：あなたの意思はどのように決まるか？. 早川書房.

北村英哉・内田由紀子（編）(2016) . 社会心理学概論. ナカニシヤ出版.

河野龍太郎（2014）. 医療におけるヒューマンエラー第2版. 医学書院.

山岸俊男（監修）(2015) . カラー版徹底図解 社会心理学：歴史に残る心理学実験から現代の学際的研究まで. 新星出版社.

### 3. これまでの重大事故とその学び：国内外の重大事故を例に

本章では、他領域における重大事故の調査結果から、ヒューマンエラーが背景となる事象の実例とそれぞれの実例から導き出された予防、対応法について概観する。

今回、人命にかかわる重大事例の領域としては、児童福祉や心理学とも関連の深い医療保健領域、また、事故調査とその結果や提言に基づく安全文化の醸成に先進的に取り組んでいる航空領域とする。特に航空機の領域は、重大事故が発生すると、その調査が速やかに徹底的に行われる仕組みが成り立っており、またその結果がシステムの改善や教育に反映される<sup>5</sup>。

航空事故は、複合的な要因によることが指摘されているが、その約50%以上（飯島・津田，2016）、データによっては70～80%はヒューマンエラーが関与していると報告されている（神田・石田，2000）。例えば、タイムプレッシャー下におけるワークロードの増加はその筆頭に挙げられている。タイムプレッシャー、すなわち時間的に緊迫している状況下においては、エラーが増大するとされているのだ（小川他，2019）。森川（2010）は、1989年にカナダで起きた航空機事故を例に、タイムプレッシャーがいかに人間の判断にマイナスの影響を与えるかについて仔細に論じている。他にも、航空事故に関するヒューマンエラーとしては、本論で述べている確証バイアスなどの心理学的バイアス、情報提示のまずさ等のインターフェイスの設計不良、またシステムの複雑化や設計思想の把握の難しさ、自動化への過信などがあげられている。

#### （1）判断、認知、思考のエラーが現実に及ぼす影響とその改善策：国内外の重大事故を例に

本節では、航空機や医療における重大事故の分析結果から、下記の3つの点が背景としてあげられている典型的な事例を抜粋して紹介し、「Ⅱ. 2. 人間の判断や思考、認知のエラーの背景に関する学術的知見の概観」で示された心理学的知見を具体的な事例として提示することを目的とする。なお、本報告書の巻末には、航空機や医療における重大事故とそれらの事故に関係する心理学的概念が、出典と共に一覧で掲載されている。本文中にはカッコ内に、一覧に対応する事例番号が掲載されているので、出典を含むより詳細な情報を得たい場合には、巻末を参照されたい。

##### 1) 注意・非選択性盲目

医療事故においても航空機事故においても、人間の注意の欠陥が重大な事故につながっている事例がある。

---

5 本論冒頭にも示したが、わが国における航空機の「事故」の定義は、航空法第76条で定められており、①航空機の墜落、衝突又は火災、②航空機による人の死傷又は物件の損壊、③航空機内にある者の死亡（国土交通省令で定めるものを除く。）又は行方不明、④他の航空機との接触、などとなっている。これらの事故が生じると、設置法に基づいて、国土交通省に運輸安全委員会が設置される。その目的は、①事故に伴い発生した被害の原因を究明するための調査を適確に行う、②これらの調査の結果に基づき必要な施策又は措置の実施を求める、③もつて事故が発生した場合における被害の軽減に寄与すること、である（運輸安全委員会設置法第二条）。つまり、事故が起きるとただちに法に基づく調査が行われ、原因が究明され、その結果に基づいて、事故再発防止のための施策が検討され、その意見が国に申し述べられ、施策に反映する仕組みとなっているのだ。

1988年に起きたアロハ航空243便の機体破壊事故（事例番号⑦）では、機体に疲労による亀裂が生じていたが、検査では発見されず、飛行中に機体の屋根の一部が剥がれ落ちてしまったことにより発生した。

アロハ航空は、耐空性改善命令（Airworthiness Directive; AD）に従って、指定されたラップ・ジョイントの点検を実施した。ADとは、航空機の設計や部品に何らかの欠陥が見つかり、全ての機に危険を及ぼす可能性があると判断された場合に、アメリカ連邦航空局（Federal Aviation Administration; FAA）が修理や点検などを行うようにと出す命令で、このADには必ず従うことが法律で定められている。事故後の調査で、アロハ航空の整備担当者は、ADに従って渦電流検査を実施したと証言したが、検査記録は残っていなかった。さらに、このADの指示にも問題があった。ADの本来の意図は、亀裂のあった部品全体を交換することだった。しかし、アロハ航空は、亀裂のあった部分のみ交換すればよいと解釈していた。部品全体の交換は非常に労力のいる作業であったこともこの解釈に影響した可能性がある。実際に事故機では、部品の一部が修理されていた。一方で、事故機の破片を調査したところ、修理されずに残っていた疲労亀裂が部品から多数発見された。

なぜ、亀裂が見逃されたのか。注意機能の観点から見ると、作業が非常に単調であったことが一つの要因と考えられる。例えばADで指示された検査の場合、検査員は命綱をつけて胴体上部に上り、塗装された胴体表面にある約1300か所の部品を照明の明かりで一つ一つ丁寧に目視確認する必要があった。そして、亀裂が見つければ約360か所の部品を検査する必要があった。これは人間の注意機能が働く範囲としてはあまりに数が多すぎるうえに、時間としても環境としても過酷な状況であったことから、注意が行き届かず、検査の際にミスが生じたと考えられる。

他にも、人間の認知的特徴が事故を招いた例がある。1978年のユナイテッド航空173便の事故（事例番号③）では、目的地に近づいた際に「ドン！」という大きな音とともに機体がガタガタと揺れた。車輪が降りたときの振動であったが、着陸には、車輪のギアがロックされていることが必要であった。しかしながら操縦席では、車輪のギアがロックされると点灯するはずのインジケーター・ランプが一つだけ点灯していないことが確認された。機長は管制に無線連絡をして、「問題を確認するまで、飛行時間を延長したい」と要請し、ポートランド郊外上空で旋回飛行に入り確認作業を行った。いくつかのチェックでは問題が見られなかった。しかし機長は、車輪が固定されていない状態での着陸には大きな不安があるため、車輪が固定されているかどうかの確認を何度も何度も行った。機長が車輪の問題に囚われてしまい、旋回を長時間続けてしまった結果、ユナイテッド航空173機は残燃料を失い、やがて墜落に至った。航空機関士からも燃料が減ってきているという報告を受けていたが、過度に集中をしていた機長は、それに気がつかなかったとされる。

機内マニュアルによれば、このような状態では、（それが可能であれば）飛行場上空を低空飛行し、管制塔に目視確認を要請することになっていた。これで確認が得られれば、車輪を支える脚は正常に下りているとみなして着陸してよいとされていた。だが、この管制塔による目視確認は行われず、そもそも管制塔への要請自体がなされなかった。また、目視でロックを確認するシ

システムも備えられており、この目視インジケータによって確認ができれば、「機長の裁量により」着陸することが許されていた。このチェックは、実際に機関士により行われ、結果は「正常にロックされている」であった。事故後の調査でも主脚は正常にロックされており、そのまま着陸ができただろうとされている。

この事件は、機長が車輪のロックの確認に過度に集中し、視野が狭まり、注意が限定されてしまったこと、いわば非選択性盲目が生じたことが原因の一つであると考えられる。そのため、1人の判断や考えに決断を預けず、周りの人間もチーム一丸となって判断し、行動ができるようなチーム作り、また、リーダーにも公平に意見し、リーダーもきちんと聞き入れるというような、権威的ではないチーム作りが重要である。

同様の背景が考えられる事件は他にもある。2005年にイギリスで起こったエレイン事例（事例番号⑱）では、副鼻腔炎の手術のために施された麻酔中の気道確保がうまくいかず、患者の血中酸素飽和度が悪化した。複数の医師らは標準的な手続きに従って、様々な手法を試したものの、気道の確保はできず、患者の容体は極めて危険なレベルに達した。手術室にいた看護師は、通常の手順であれば次に指示されるであろう、気管切開の準備を自発的に整えて、それを医師チームに伝えた。しかし、医師らは看護師の言葉に一瞬振り返っただけで反応を示さず、お互いに早口で何かを言いながら、自分たちが考える気道確保方法の作業に没頭した。気管切開の準備から8分後に気道は確保されたが、酸欠状態が長引いたために患者の脳は壊滅的なダメージを受け、やがて患者は死に至ったという事例であった。

1973年に起こった、リビア航空機撃墜事件（事例番号①）も、人間の心理的な視野狭窄とチーム作りのエラーが背景の一端にあるとされる。リビアのトリポリを出発し、ベンガジ経由で、エジプトのカイロに向かっていて、リビア・アラブ航空（現在のリビア航空）114便は、計画の航路から徐々にズレて飛行し始めた。ズレに気づいた機長はクルーに確認を取ったが、言語的なハンディキャップにより、コミュニケーションがうまくとれなかった。また航路は厚い雲に覆われていたために目視ができず、さらにカイロの管制のレーダーも故障していたため、管制官も114便の位置を確認できず、航路のズレはどんどん悪化し、第三次中東戦争中の当時、イスラエルが占領していたシナイ半島のスエズ湾にまで近づいてしまった。スエズ湾に正体不明の機が近づいていることに気づいたイスラエル空軍は、戦闘機を2機発射させ、強制着陸をさせようとして国際的な慣習による合図を送り、さらに機首前方を射撃したが、114便は着陸しなかった。その時、114便のパイロットは、雲の切れ間から地形を目視し、ようやく自機が領空侵犯をおかしていることに気づいた。そして、パニックを起こして目的地に戻るべく機体を方向転換しようとした。これを、逃亡の意志であると見なしたイスラエル空軍は114便に銃撃を加えた。114便は砂漠へ緊急着陸を試みたが、着陸前に機体が爆発し、乗客乗員の大半である108名が死亡した。この事件は、航空機のクルーも戦闘機側も、事態の把握ができずに疑心暗鬼となり、緊急事態によって心理的視野が狭窄し、いくつもの誤認や思い込みが生じて、銃撃による民間機の墜落という、最悪の結果となった。

このように人間の認知能力における注意の機能は時に、視野を狭め、重大なリスク情報さえも

排除してしまう。この時、人間は注意が散漫だとか、怠惰であるとかではなく、一生懸命に任務を果たそうと、必死で作業をしているのである。真剣に真摯に対応しようとしたにも関わらず、事故は起きる。だからこそ、重大な物事を扱う際には一人の判断能力だけに頼るのではなく、周りの人間も含めたチームの意見も受け入れられるようチーム作りを徹底する必要がある。また、マニュアルが決まっているならば、その通りに遂行するということが重要であることを、全メンバーに徹底していなければならないことがわかるだろう。

視野が狭まり、他の重篤な事態を見落としてしまうということは、児童虐待対応においても起きうる事態である。マニュアルを確立し遵守することと、チーム内に職位や経験等によって権威勾配があったとしても、チームメンバーが互いに自らの意見を述べ、他の意見に耳を傾けるといった認識を日頃から確立し、関係性を築いておくことが、危機的状態の対応においても極めて重要だと思われる。

## 2) 認知バイアス（ヒューリスティックス・確証バイアス）

多くの人の命の安全にかかわる航空現場において、慎重かつ論理的な判断の重要性は自明の事柄であろうが、実際にはこの判断に認知バイアスが生じ、重大事故に繋がった事例も少なくない。

アメリカ合衆国で1982年に起きた、エア・フロリダ90便墜落事故（事例番号⑤）はその一つである。この事故は、エア・フロリダ90便が、激しい吹雪の中で離陸した直後、ポトマック川にかかる橋梁に激突し、氷結した川に墜落した事故である。この事故の原因は、エンジン防水装置が起動しておらず、翼に雪や氷が付着した状態で離陸を開始したために、機体が離陸に必要な速度に至らなかったことであったと明らかになっているが、副操縦士は離陸滑走開始直後から機体の異常を察知し、機長に伝えていた。しかし、機長は、エンジン計器のパラメーターがいつもと異なっていたことを低気温の影響であると結論付け、副操縦士の訴えをふまえた原因追究を行わなかったとされている。事故報告書では、機長が実際に低気温の影響だと信じていたことが推定されており、思い込みに基づいた、事実の早急な解釈（ヒューリスティック）が行われていたといえるだろう。

医療現場においても、同様の現象が大惨事につながったケースがみられる。1999年、横浜市立大学附属病院で起きた患者取り違え事故（事例番号⑬）では、手術室にて複数の医師が本来の担当患者と外見や病変所見が異なることに気付いたものの、「頭髪の変化は散髪によるもの」「臓器の所見の変化は説明しうる事象」と解釈し、患者の取り違えが生じているという結論に至らずに誤った手術が行われた。

また、2000年に京都大学医学部付属病院で起きたエタノール誤注入事故（事例番号⑭）では、滅菌精製水を注入すべきところに消毒用エタノールが注入されたことで患者の容態が急変し死亡する事故が発生した。この事例においても、医師や看護師は普段と異なる患者の様子に気付いたが、患者が中枢性の呼吸障害で死亡する可能性がある疾患の重篤な状態であったことから、他の原因を追究せずに処置を行っていた。

これらの事例では、医療者の「患者の取り違えや誤注入が生じるわけがない」という経験的・

直感的な思い込みから、状況に違和感をおぼえていたにもかかわらず「手術室にいるのは担当患者である」「患者の急変は、患者が抱えている疾患によるものである」といった考えに沿った解釈が行われたことが事故の要因の一つであったと考えられる。目の前にある状況の中から、自分の理解や解釈に合致する情報のみを取り出して、合致しない情報を検討しない、確証バイアスが生じていたと推測できる。

日本では、これらの医療事故が社会問題化するなかで、「医療事故は医療者個人の注意により防ぐことができる」という考え方から、「人間の判断・思考・行動はエラーが起こりうる」という前提のもと「組織が安全を確保できるシステムを整備すること」にシフトした。厚生労働省が2002年に提唱した「医療安全推進総合対策」でも、医療事故を人的要因・物的要因・環境要因が相互に関連して生じるものとして捉える方針が明記され、医療機関の組織的な安全管理体制の構築と、事件事例等の収集と分析を全国的に行う動きに繋がり、現在に至っている（厚生労働省、2002）。

### 3) 意思決定と権威勾配

医療事故においても、航空事故においても、重大事故はチームワークのほつれが大きな要因の一つとなっているとされる。先ほど提示した、エレイン事例（事例番号⑱）では、危険な状態に陥った患者の措置について、看護師は自発的に、最終手段であり、そしておそらく最良の判断であったと思われる気管切開の準備を整えて、それを医師チームに伝えている。しかし、医師らは自分たちの対応法に固執し、看護師の言葉に耳を傾けることはなかった。

航空機事故のなかにも、コミュニケーションやチームワークの欠如が致命的な結果を導いてしまった例は複数ある。1989年にカナダ・ドライデン近郊で起こった、オンタリオ航空1363墜落事故（事例番号⑧）は、離陸待機中に生じた翼への着氷や降雪によって、航空機がバランスを崩し、離陸に必要な揚力を得ることが出来なかったために、滑走路の向こうに墜落した（森川，2010）。しかし、離陸待機中すでに、翼への降雪は、客室乗務員らによって確認されていた。けれども、その事実は、離陸の遅延や天候条件の悪化などによって多大なプレッシャー下におかれ、「不機嫌そうでうんざりしているようだった」機長に、伝えられることはなかった（森川，2010）。

1977年のスペイン領カナリア諸島の一つの島にある空港で起こった、テネリフェ空港滑走路衝突事故（事例番号②）は、乗客乗員併せて583名の死者を出した、航空事故史上最悪の事故である。大型のボーイング機同士が滑走路上で衝突した事故であるが、副操縦士や機関士は、別の航空機が滑走路にいることに気づいていたにも関わらず、機長に強く進言ができなかったことが原因の一つであるとされる。

先述の1978年のユナイテッド航空173便の事故（事例番号③）にせよ、エア・フロリダ90便墜落事故（事例番号⑤）にせよ、これらの事故に共通して言えるのは、チームの中で一番権力を有している責任者である医師や機長が、様々な状況下のもと、チームの他のメンバーの意見に耳を傾けなかったり、あるいは、チームの他のメンバーが、目の間の事態は文字通り致命的な方向に進みうることを察しつつも、上長に対して、自分の意見を強く言えなかったりしたことが背景

にある、ということである。本論で述べてきた、権利勾配の中、重大な意思決定に必要な情報が十分に共有されなかったのである。

チーム内のコミュニケーションによって、大事故を回避した例もある。2009年に起きたUSエアウェイズ1549便不時着事故（事例番号⑳）では、ニューヨーク上空を飛行中の航空機の両エンジンに、鳥が同時に衝突するという極めて稀な不運の中で、エンジンが2機とも停止した。航空機は、わずかに残る電力を使った操縦のみが可能である、滑空状態となり、その高度はどんどん低下していった。しかし、機長の冷静な判断と卓越した操縦技術、そして副機長との信頼感に満ちた協働作業によって、市街を流れるハドソン川に無事に不時着し、全員が無事避難をとげた。この事故は『ハドソン川の奇跡』という邦題で映画化され、バードストライクによる両エンジン消失から不時着に至るまでの、コックピットにおける2分30秒ほどの会話も、逐語録として公開されているが、機長と副機長が、冷静かつ確で、機長が判断の責任を負うことと、副機長との間に対等な会話や関係を保つことの両立が可能であることを示している。

これらの事故を受けて、現在、航空機分野では、チーム内のコミュニケーションを円滑にするための訓練が徹底的に行われており、コックピット／クルー・リソース・マネジメント（Cockpit/Crew Resource Management; CRM）訓練と呼ばれる。乗員間のより良い連携 Crew Coordination を通じてヒューマンエラーを防ぎ、チーム・パフォーマンス Crew Performance を向上させ、航空機事故を防止する能力を習得化することを目的とした訓練であり、内容が進化しつつ発展を遂げている。事故が生じた際に、徹底した調査が行われ、その結果をもとに、施策や状況改善への具体的で有効で実行可能な勧告や意見が提示され、実行される、というループは、航空機分野の安全文化の醸造の基礎となっているのである。

## （2）国内外の児童福祉領域における判断、認知、思考のエラーに関する先行研究

これまで他分野における重大事案を考えてきたが、本節では、人間の意思決定や判断に及ぼす認知的、心理学的特徴が、特に児童福祉分野における意思決定や判断に及ぼす影響を与えるのか、ということについての先行研究を概観する。

アメリカの児童福祉の専門家である、シュタインとザプニッキ Stein, T. J. & Rzepnicki, T. L. は、1983年に『児童福祉インテーク』*Decision Making at Child Welfare Intake* (Stein & Rzepnicki, 1983/1988) という文献において、児童保護の「意思決定過程のモデル」という見出しで、以下のよう記している。長文であるが、引用してみたい。

児童福祉の歴史の中で、伝統的にワーカーは、子どもにとって「最善の利益」（ベスト・インタレスト）を保障するような決定を下すことを求められてきた。「最善の利益」という基準の中には、色々な価値が含まれている。それぞれ意向としてはよいのだが、意思決定をする際には、色々な価値があることがかえって足を引っ張ることになる。価値というものは、本来、理想的であるよりは、むしろ現実的で達成可能な目標を反映していなければ、ものごとを決定しなければならない人にとって拠り所とはならない。というのも、意思決定過程の基準や規則を明確にしていくときの基礎となるものは、

価値だからである。価値が、今の知識や技術では達成することのできない理想を反映しているとすれば、それを実現する方法さえもわからないということになる。……（中略）…… 子どもの「最高の利益」を判断の基準として、親の適性を評価するように言われれば、ワーカーは途方に暮れてしまう。医療、愛情、教育、親からの監護（スーパービジョン）、住居といったニーズについて、子どもの成長を最大にするための「最低の基準」（ミニマム・スタンダード）が考えられるが、その「最低の基準」と、「最高の利益」という理想との間の隔たりに、ワーカーは呆然とするのである。これではワーカーは、身動きが取れなくなってしまう。一定の基準を用いて決定を下すように言われても、どうすることが理想を実現することなのかを示されていないのである。それで、児童福祉機関のワーカーは、意思決定をする際に、個人的な偏見や価値観を持ち込むことになる。

……（中略）……

児童福祉機関のスタッフがおこなう決定は、子どもやその家族の生涯に重大な影響を及ぼす。ワーカーの判断がそういった決定の根拠になって、その結果、家族の自主性が低下したり、家族のプライバシーが制限されたり、時には親と子が引き離されたりすることになる。ワーカーの判断によってそうなるのであれば、そういった損失を上回る利益が家族にもたらされるということが証明されなければならない。

シュタインとザプニッキは、オースティン Austin, C. D. (1981) を引用して、このように続ける。「ところが、『専門家の判断というのは、（意思決定をするには）不正確で一致していないことがよくある』、ということが実証されている」。

池田（2017）は児童虐待の意思決定に関する海外の動向を概観するために、米国、英国、カナダ、オーストラリアの4か国において、1978年から2015年までの期間に公表された44の論文について、マトリックス方式によるレビューを行い、意思決定のプロセスにおいて、専門家間でコンセンサスが一致していないこと、また、援助モデルよりも「過去の経験」や「価値観」に依拠し、「主観的な解釈」による意思決定がなされていることを指摘している。文献レビューにおいても、先述のオースティンの指摘と重なることが見出されていると言えるだろう。

ワーカーが重要な選択を行う時の指針となる原則に関する研究は、アメリカではすでに1980年代にして、かなりの数が行われてきた、とシュタインとザプニッキは記している。しかし、「残念ながら、不変の原則は、まだ見いだされていない。個人の価値観や偏見が明らかに意思決定過程に影響を及ぼすことはわかっているが、厄介なことにその程度はわかっていない」と述べている。

シュタインとザプニッキは、個人の価値観や偏見が決定に力をもたないようにするために、意思決定のプロセスを支える細かなフローチャートを示し、丹念に解説している。このような指針は初心者の実践の方向性を示すうえで有用であると同時に、「ツール普及による広範囲な改革よりも、現場の複雑さに対処できる能力を高めていくことが最優先課題」（Gillingham & Humphreys, 2010）であるとの指摘もある。

本研究で概観してきた諸概念は、決定に影響力をもちかねない「個人的な価値観や偏見」を、現代の視点から解説したものであると言えよう。医療保健分野や航空機分野など、他の重大事件事故同様、

児童福祉領域の重大事件事故にも、価値観や偏見は、大いに影響をしているのである。

#### 4. 判断のエラーをなくすには

ここまでのところ、人間の判断は、個人で行うものであれ、集団で行うものであれ、一定のエラーが生じるものであることを前提に、認知的バイアスや集団意思決定におけるエラーの観点などから概説してきた。では、いったいどうすれば、このエラーを減じることができるのだろうか。本章では、児童福祉分野における重大事案の予防の観点から、これまでに論じられている、心理学的、行動経済学的なヒューマンエラー防止の知見についての検討を深め、最後に、心理的安全性というキーワードを用いて論じる。

本節を始める前に、一つの前提を示しておきたい。相馬・都築（2014）は「本当にヒューリスティックスは間違いなのか」という議論を提示している。まず原（2006）は、児童相談におけるエキスパートの意思決定の特徴を明らかにするために、半構造化面接を用いた質的研究を実施した。その結果、エキスパートは、問題解決についてのスキーマが発達していることを明らかにしている。問題解決スキーマを用いることによって、ヒューリスティックスのネガティブな側面の抑制が可能になると想定し、このスキーマを公的に共有することの重要性を指摘している。熟達した専門家による問題解決は、例えスキーマに合致した、システム1が起動した判断であったとしても、そのメリットがデメリットを上回る、という指摘は、実践的な感覚からは首肯できる点もある。

カーネマン（Kahneman, 2011/2014）は、「エキスパートの直感は信用できるか」という点について論じており、「経験豊富な専門家が主張する直観はどんなときなら信じてよいのか」という問いに答えるプロジェクトに何年も取り組んだ。その結果、「有効である可能性の高い直感といんちきである可能性の高い直感を区別することはおおむね可能だ」とする結論を出している。ではどのようにして区別するのだろうか。ある人は、この区別の基準は、専門家が下した判断に対する自信の高さだ、と思いつくかもしれない。しかし思い出してみると、人間は自分が見出したストーリーに合致する考えや情報だけを取り上げる傾向（＝確証バイアス）がある、ことが指摘されていた。これでは、「根拠のない直感にひどく自信を持つ」結果となりかねない。カーネマンらは、主観的な自信は信用できないとすれば、直感的な判断の妥当性を何によって評価すべきか、そうした判断が本物の専門知識やスキルに裏付けられているのはどんな場合だろうか、と検討した。その結果、次の2つの点が示された。①「十分に予見可能な規則性を備えた環境であること」、②「長期間にわたる訓練を通じてそうした規則性を学ぶ機会があること」。すなわち「一定の規則性が存在しない状況では、直感は信用できないのである」。一定の規則のない中でのシステム1の判断は、間違いである可能性が高いことが示されており、予測可能な規則性を備えた環境以外での、専門家の直感は、やはり信じるに足りないのだとしている。現実社会は、ほとんどが予測不可能であり、専門家にとって一見同じように見える事態でも、辿る結末は極めて多様であろう。児童福祉領域を含む現実の世界で、エキスパートの直感（＝ヒューリスティック）が実践上の道しるべとしてじゅうぶんに信頼に足る状況は、かなり稀であると言わざるを得ない。

相馬・都築（2014）によれば、「本当にヒューリスティックスは誤りなのか」という問題は、意思決定研究で論争を巻き起こしているが、現在では、ヒューリスティックスは意思決定の誤りであることが、以上の議論でも示されるとおり、多くの研究者に認められているとされる。本研究でも、ヒューリスティックスをはじめとする、人間の意思決定におけるエラーは意思決定バイアスであり、改善すべきものと想定して、議論を進めたいと思う。さらに、この論争では、ある研究領域で検討されているヒューリスティックスを他の研究領域で検討されているものへと、過度に一般化することによる誤りがあると考えられる、と指摘されている。本研究では、社会心理学や認知科学、行動経済学の蓄積を、児童福祉分野で生じている課題の理解と対応に援用することを試みている。多くの場合は、実験状況において見いだされた種々の知見を、現実世界の現場における意思決定に拡大して検討することには慎重かつ丁寧な議論が求められることは言うまでもない。

### （1）バイアス矯正とは

バイアス矯正（debiasing）とは、意思決定バイアスを改善する手続きを指す（Bell, Raiffa, & Tversky, 1988）。相馬・都築（2014）は、Stanovich（1999）を紹介して、バイアス矯正の研究流派を概観し、(a) 改善主義（Meliorists）、(b) 弁明主義（Apologists）、(c) 技法主義（Technologists）の3つに分類している。相馬・都築（2014）によれば、改善主義者は、優れた方略を学習することでバイアスを改善しようと試みている。それとは反対に、弁明主義（Apologists）の立場によれば、人工的な課題や抽象的な課題（例えば、確率推論でのベイズ推定）を用いると、多くの課題で人々は合理・規範な水準を獲得できないと主張し、非現実な課題設定を排除しようとする立場をとる。弁明主義者は、ヒューリスティックスが自然な環境・状況においては、進化論的に適応的であり、自然な状況において最善な結果を得ると主張している。3つ目の技法主義では、外的技法を使用することによって、バイアスを改善しようとする。技法主義は、決定ツール（例えば、意思決定支援システム、決定分析、統計モデル）を使用することによって、判断が規範基準に近づき、最善な意思決定を得られると仮定している。ここではカーネマン（Kahneman, 2011/2014）にしたがって、バイアスは改善できるものである、という仮定に基づき（改善主義）、バイアス矯正の方略として研究が行われているものをいくつか紹介する。

カーネマン、スロヴィックとスロヴェスキーが編集するヒューリスティックに関する大著『不確実性下における判断：ヒューリスティックとバイアス』*Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*.（Kahneman, Slovic, & Tversky, 1982）では、第Ⅷ部として「改善の手続き」という章をもうけ、複数のバイアス矯正に関する文献を提示している。中でも改善主義の立場をとる Fischhoff（1982）は、一般的なバイアス矯正として、

- (a) バイアスが潜む局面で警告を出すこと、
- (b) バイアスがどの方向に作用するかを示すこと、
- (c) バイアスを決定者に説明すること、
- (d) 訓練、フィードバック、コーチング、その他の広範囲なトレーニングを提供すること

といった4つの方略を提言している。

バイアスを克服できるトレーニングとは、どのようなものだろうか。カーネマン (Kahneman, 2011/2014) は、特に楽観性バイアスに対するトレーニングの例を挙げている。死亡前死因分析 (premortem) と呼ばれる方法である。プロジェクトが始動する前に、「いまが1年後だと想像してみてください。私たちは先ほど決めた計画を実行しました。すると大失敗に終わりました。どんなふう  
に失敗したのか、5 - 10分でその経過を簡単にまとめてください」という呼びかけを行い、関係者全員で話しあう、という方法である。集団による討議は、ある方向性にまとめればまとまるほど、それに反する疑念を出しにくくなり、とりわけリーダーが自分の意向を明らかにしていると、それに反する意見は出にくくなる。その方針に賛同するものの声ばかりが大きくなるのだが、死亡前死因分析の利点は、その懐疑的な見方を遠慮なく提示できることになり、それによって、定まってきた方向性の落とし穴やいまだ検討されていなかった点を明らかにすることにある。

このような方法を提示する一方で、カーネマンは、「死亡前死因分析」は万能ではないことを強調し、少なくとも楽観主義というバイアスのかかった計画への損害をいくらか低減できるだろうと示唆している。カーネマンは、楽観性バイアスの矯正を含めて、意思決定のエラーを減じるのは非常に困難であるとし、その理由について、以下のように整理している (相馬・都築, 2014)。

- (a) 意思決定の結果が出るまでには時間がかかり、何らかの結果が出たからといって、その原因のある特定の行動に帰することは容易ではないこと、
- (b) 意思決定を下す環境には曖昧性があり、フィードバックの信頼性が損なわれること、
- (c) 通常、もし違う意思決定がなされていたら、どんな結果になっていたかを示す情報はないこと、
- (d) 最も重要な意思決定はそれぞれがユニークなので、学習の機会はほとんどないこと

他にも、バイアス矯正を行ったとしても、その場では効果が一定程度見られたとしても、持続的な効果は難しく、一定期間たつとバイアスが回復してしまうことなどもあげられている。

人間の認知的バイアスに対応するのは、かくも困難であることを踏まえたうえで、唐沢 (2023) は、偏見の低減に向けて、という見出しのもと、以下のように述べている。

偏見がもたらす問題を知り、それを少しでも低減しようという動機を持つこと、そして、自分の考えや信念、また言動に対して、より注意を向け、意識していなかった偏見を意識することがポイントです。ステレオタイプや確証バイアスの働きを知ることは、意識しないまま保持したり表明されたりする偏見への気づきを促します。気づけば、そして、偏見が良くないと思っているなら、反省したり、不用意な発言はしないよう気をつけるでしょう。これは地道なことですが、一人ひとりが積み重ねることで、少しずつでも社会から、偏見的な判断や言動が減ることにつながります。

これまでに述べてきたように、人間の判断には、拭うことのできないエラーの可能性がある。これまでの心理学関連領域が積み重ねてきたそれらの知見を、少なくとも知っておくことは、エラーの低

減への第一歩であろう。

## (2) 集団的浅慮に対抗するために

では、集団意思決定におけるエラーに対抗するにはどのような方法があるだろうか。河野(2014)は、生じるエラーのなかには、システムの設計に起因するものが多いことを示しつつ、ヒューマンエラーの対策について述べた中で、リーダーのあり方を重視している。

- ・リーダーは批判的な評価者としての役割をとり、成員が反対意見や疑問点を出すよう鼓舞しなければならない。
- ・リーダーは最初から自分の好みや希望を述べて、偏った立場にあることを明らかにしてはならない。
- ・複数の集団に、同じ問題について政策決定させる。
- ・集団内に逸脱者の役割を取る人をおいたり、下位集団に分かれて審議したりすることも有効である。

ジャンスは『集団浅慮』(Janis, 1982/2022)の結部において、集団浅慮が生じないようにするための知見を述べている。「集団浅慮のもっとも破壊的な効果は、集団の隔絶、過度な指示的リーダーシップ、その他の未熟な合意を生み出す条件を排除することによって対抗できる」。そして、ジャンスはこうも述べている。

グループ内の合意が常に望ましいわけではないという認識を明確にすることである。この率直な認識によって、何人かのメンバーが、(略)批判的質問を提起するように仕向ける心理的枠組みを採用することが可能となる。(略)グループが最終決定をする前に、すべての観点を検討するためにまだ何も話していない人から聞くことを求めるかもしれない。

集団のメンバーで話し合い、出した決定や結論は、常に正しいわけではない。出した結論に対抗するような情報はないのか、現状を説明できる他の仮説はないのか、集団外の人たちに説明した時に、納得してもらえる内容なのか、など、様々な角度からの検討を持続的に続けることが求められるのである。

## (3) 組織行動論の観点から：『組織のメンバー皆で的確に判断し、迅速に行動するには—社会心理学的視点で考えてみる—』(山口裕幸教授のご講演より)

集団における判断や行動のよりよいあり方については、組織行動論の観点からの知見も大いに役立つと考えられる。キーワードとなるのは、組織コミュニケーションと心理的安全性である。本節では、山口裕幸教授(京都橘大学/2023年当時九州大学)が、本研究のために準備した講演録を紹介する。山口教授は、医療組織、教育組織、交通・運輸・電機・情報産業等の各種企業組織、および官公庁組

織の現場の問題解決を指向したアクション・リサーチに取り組み、現場におけるチーム力を育成するためのマネジメントや、組織に「心理的安全性」を醸成するためのコミュニケーション行動に関する研究を専門とする。チームによる的確で効率的な課題遂行、および創造的な問題解決を促進する条件について、示唆されることが多いと考えられる。

講演は2023年9月に、「組織のメンバー皆で的確に判断し、迅速に行動するには－社会心理学的視点で考えてみる－」というテーマで実施された。重大事案の発生の際には、児童相談所等における判断の的確さや迅速さに問題があったのではないかという指摘がなされることがあり、実際に「組織的な判断と行動」は、的確さや迅速さを欠くことに繋がる場合も多い。そのなかでも、より柔軟で的確かつ迅速な組織的判断と行動を実現していく手立てについて考えていく、ということが講演の目的であった。

講演は、1) 組織で活動することが個人にもたらすメリット・デメリット、2) 様々な組織的問題・事故・不祥事の実例、3) 組織とその成員たちをエラーやミスに誘導する集団心理、4) 様々な組織的問題・事故・不祥事が繰り返し発生する理由、5) 将来にわたって持続可能性が高く健全な組織に備わる特性、6) 組織の持続可能性と個人の心身の健康を高めるマネジメント、7) 鍵を握る「心理的安全性」の醸成、の7項目で構成された。ここではポイントとなる部分について記述する。

### 1) 組織で働くことが個人にもたらすメリットとデメリット

人が組織で働く理由は、「そこにメリットがあるから」である。それは何であろうか。人が組織で働くメリットは、

- ①個人で働くよりも皆で協力することで一層大きな成果をあげることができる
- ②役割を分担することで効率的に仕事を遂行できる
- ③組織・集団の一員としての自己概念を得る
- ④所属する集団を持つことで孤独感や孤立する不安から解放される
- ⑤責任感や団結心等の情緒的連帯感を醸成し心理的満足感を得る

の5つに整理することができる。

一方、組織で働くことにはデメリットもある。このデメリットが実際の組織的な問題、不祥事といったものに結びつく。デメリットとしては、

- ①個人のベストパフォーマンスが発揮されにくい
- ②役割を分担することで自己の責任を果たすことに過大な関心が集中する
- ③組織全体の利益のために個人の権利を我慢する
- ④権力者の意向を忖度し自己の主張を控える

が挙げられる。

④について少し詳しく述べてみる。組織では職階によって必ず権限の強弱が生まれるため、権力者の意向を付度して自己の主張を抑えるということが起こりうる。社会心理学ではこの現象を「**多元的な無知**」と呼ぶ。これにより個人レベルでは問題視されるはずの行動が、チームレベルではとられていくことになる。多元的無知は、問題とされるはずの行動が維持される事態を招く。直近の事例でいうと、ある大手芸能事務所の経営者の長期にわたる犯罪行為が彼の権力への付度によって指摘されず、継続されたことがあげられる。個人に尋ねればそれは問題だと答えるもののそれを口にすべきでないという付度することは、どの組織でも頻繁に起こりうることである。

組織で働くことのデメリットは、組織とその成員たちをエラーやミスに誘導する原因となり得る。すでに挙げたもの以外にもそのような心理現象はいくつかあり、そのうちの一つが、「**集団の極性化**（本文 11p 参照）」である。これは、集団で話し合いをした際に極端な結論に結び付くことを指す。また「**グループシンク**（集団浅慮）（本文 9p 参照）」は、スペシャリストの集まりが互いの意見を支持しあうが、実は一般の人々からみると理解しがたいような、本当に愚かしいようなことが社会的な地位のある人たち、専門家の集団によって決定されていくという現象を指しこれもエラーやミスにつながる。さらに、「**心理的拘泥現象**（本文 12p 参照）」とは、一度始めるとやめたほうがいいと考えても継続する状態を指す。他にも、組織におけるコミュニケーションが阻害される現状として、「**隠されたプロフィール現象**」「**アンカリング**（本文 23p 参照）」「**時間経過に伴う硬直化現象**」「**サイロ化現象**」「**茹でガエル現象**」といった用語があげられる。

このほかにも「**チームエラー**」「**分業に伴うエラー・ミス**」「**コミュニケーション・エラー**」があり、チームで行っているからこそ起こるエラー、分業に伴うエラーやミスといったものはどうしても避けられない。これについては3)でより詳しく説明する。

これらの現象に目を向け、組織内において的確に迅速に行動しようとしても、どうしてもそれを阻害する要因が多くあるということを認識して頂きたい。

## 2) 様々な組織的問題・事故・不祥事にはどんなものがあるか

本節では、前節で説明した種々の現象を、実際に起きた事件・事故・不祥事にそって解説したい。（\*講演内では実際に生じた事件事故等が言及された。）

組織的問題が生じるときその背景には課題が山積みであり、解決は簡単なことではない。組織は基本的に個人が協力することで、5人の力が7人分に、10人の力が15人分になることを期待するわけだが、そのようなこともほぼ起こり得ない。まれに例えばスポーツ界で、それほど物理的環境が充実しない学校、部員数も決して十分ではないようなチームが大活躍することがある。これはまさに、メンバーの力が協力を通じてそれ以上になったとすることができる。実際にそのようなことが起きることもあると認められる一方で、これはきわめて珍しく最初から期待すべきものではない。集団になれば、そこにはネガティブな力動が働くことは多い。次節から、それらについて説明をする。

## 3) 組織とその成員たちをエラーやミスに誘導する集団心理

エラーやミスにつながる集団心理として、「**社会的手抜き**」現象、責任性分散仮説、フリーライドイ

ングの3点を挙げて説明する。

「**社会的手抜き**」現象とは、仲間がいるのでついホッとして気がゆるむようなことを指す。「社会手抜き」現象は援助行動、つまり人が人を助けること、あるいは人を助けるべきときに助けないことについて研究する過程で見出されている。その状況に多くの人が遭遇すると、誰か他の人が行くだろうと考えることが起き、援助できる人が多ければ多いほど実際に援助行動をとる人は少なくなる、という現象を指す。

これは、**責任性分散仮説**という言葉でも説明される。自分一人しか援助行動をとることができなくなればその行動は容易に実行され、むしろその状況で援助行動をとらないことは難しい。しかしその場に人が多くいるほど、なぜ自分がそれをやらなければいけないのか、他の人がやってくれたらよいのではないか、という気持ちが生じる。周囲に多くの人がいれば、自分が行かなくても他の誰かが行くのではないか、と思うようになる。特に、他者が努力していることにより組織全体としては課題を達成できるだろうと考えて自分は手を抜くことを、社会心理学では**フリーライディング**と呼ぶ。これらの心理的な現象は集団においては潜在的に働くことを認識し、だからこそ役割を決めるといった工夫を行う必要がある。

次に、**チームエラー**という考え方がある。チームエラーには3つの段階があるとされる。第1段階はエラーの発生に気づかない状態、検出の失敗である。第2段階は**指摘の失敗**とよばれ、これがチームエラーの重要な要因である。エラーの検出に成功した場合、それを指摘することが必要になるものの、なかなか実行されないということが、日本でも看護師を対象にした大規模な調査研究で明らかとなっている。指摘をするかしないかは時と場合による、と考えている人が多い。自分よりも先輩、職位が上の人、あるいは専門領域が異なる人に対しては指摘が実行されないことが多いとされる。看護師の例で言うならば、医師や薬剤師への指摘がなされにくい。理由としては、人間関係の悪化を懸念する、職務権限上の秩序を守ることが優先される、といったことが挙げられている。指摘に成功したうえでの第3段階は、訂正の失敗である。エラーはチーム全体で回避していく必要があるが、実際には望ましい行動よりも人間関係の悪化を恐れる気持ちや、職場の秩序に倣う気持ちが優先され、訂正の失敗に至ることがある。

#### 4) なぜこれらの問題・事故は様々な組織で繰り返し発生しなかなか解決されないのか

ではなぜ、これらの問題・事故は様々な組織で頻発し、解決が困難なのであろうか。まず、「個人」の心理に注目して考えた場合、例えば将来のことより現在のことで精いっぱいである、生活の糧を得るために働かねばならない、といった状態にあり、その仕事にどのような意味、意義があるのかということを考えられなくなっていくことがある。これを「**視野の狭隘化**」と呼ぶ。また、責任を追及されないことに腐心し、仕事はとにかく片付けていくものであると考えることや、リーダーシップとは「命令で部下を動かすこと」であると誤解する、といった「**思考の硬直化**」が生じうる。本来、命令的なリーダーシップは緊急時のみに適用すべきものであり、通常の業務においては部下が自分で考えて判断し、行動できるということが求められるのだが、誤解に基づくリーダーシップのもとではそれができなくなっていく。部下の方は指示がなければ判断できず、身動きがとれなくなる、というのが

現実の日本の組織状況である。

この状況下では、互いに遠慮し、忖度し、黙り込むことになり、認知バイアスやヒューリスティックに依存した安易な状況判断がなされる。これが組織のコミュニケーションを脆弱なものにしていく。組織のコミュニケーションは血流に例えられ、血流が滞れば身体の至る所で不具合が生じるのと同様に、組織のコミュニケーションが脆弱なものとなれば、組織における不具合が生じてくるのである。

組織コミュニケーションという血流が滞った状況において、上意下達で行うべきことを下ろしてくるということは成功しない。それは例えれば、薬を用いて何らかの不具合を対処しようとすることに近いが、血流が改善されなければ、薬が切れた時にはまた同じことが生じる。まずは血流を回復していくことが求められる。それはすなわち心理的安全性を高めていくことと表現できる。

個人の認知過程の特性に関して認知心理学の領域では多くの研究が行われており、これらをまとめたカーネマンとツベルスキーのモデルについては、すでに本文の 18p から概説している。本節では講演の内容を通して、より深い理解を試みる。

人間の情報処理においては大きく 2つのプロセスが同時並行的に働く。一つは、システム 1 と呼ばれる自動的な情報処理過程を指す。情報を入力すると瞬時に判断するシステムである。もう一つは、システム 2 と呼ばれる統制的な情報処理である。こちらは、意識を集中して慎重に考える方法である。

我々の日常生活では、基本的には多くの場合が自動的な情報処理であり、多くの人が自動的な情報処理過程に身をゆだねているということになる。しかし、ここに身をゆだねている限りは、個人レベルでエラーやミスを防ぐことは難しいと言わざるを得ない。なぜならば、この自動的な情報処理過程、すなわちシステム 1 は、我々が危機に陥らないようにということを最優先として働くプロセスだからである。

例に挙げて説明すると、なぜ誰もが良くないと思っているにも関わらず、偏見はなくなるのだろうか。例えば、「よそ者を見たら泥棒と思え」という表現がある。これは見知らぬ人に会ったときに泥棒だと思っておけば、自分たちが危機に陥ることはないということを指す。これは、昔は食料が乏しく、非常に苦しい状況下で貯めておいた食料を他の集落からきた人間に奪われてしまうということが繰り返し経験されていたことに由来する。長い年月をかけて経験してきたことが、親から子へ、子から孫へというかたちで引き継がれているものである。このような状況において、我々の瞬時の状況判断は自分の身を守るために働くのであって、必ずしも正しい判断をするものではない。そのため、相当に危うい事柄もシステム 1 では自動処理として判断を行う。瞬時に働くため、回避しようと思っても簡単には実行できないのだ。

人間の情報処理のプロセスにおいては、物事に取り組むときのフレーミング、つまり成功した場合の利益の側面に注意を向けるか、失敗した場合の損失の側面に注意を向けるか、ということが問題になることもある。「サンクコスト」と呼ばれるが、もう失敗だとわかっているにもかかわらず、ここまでこれほど投資したのだから、もう少し頑張ればと考えることを指す。基本的には利益と損失の両方を考えるわけだが、どちらを大切にするのか、ということである。ミスをなくす、損を出さないというフレーミングで話し合いをすると、ほとんどが決裂する。しかし、どうしたら利益が出せるのかという観点でお互いが話し合いをすると、満足できるものではないにせよ、何らかの利益を生み出す話し合いがで

きる。

他によく起こりがちなのが「正常性バイアス」である。これは、明白に危機的状況が迫っているにもかかわらず、自分は大丈夫、そのようなことは起こらないと考えることを指す。災害時に「避難してください」と言われても「自分は大丈夫」だと言って避難しない、災害が起こった時の備えをしないといったことが「正常性バイアス」にあたる。他にも、「確証バイアス（本文 25p 参照）」「後知恵バイアス」「真理の錯誤効果」といった認知バイアスも見られる。

組織において繰り返し生じる問題に対して、個人に責任感を抱かせることで解決を図るというアプローチは成功しないと言ってよい。個人は認知システムから逃れることはできず、この認知システムは例外的な状況下において、個人が自分を守ろうとする力として働く。そこで重要となるのが、組織の経営管理者である。

問題の解決には、組織経営者、管理者、マネジメントの視点から考えるということが求められる。「組織経営者・管理者」の心理に注目すると、従来の組織管理のあり方とは、規則と権力、統制で支配するものだった。つまり、ルールを守るための権力構造で組織を動かしていくやり方だったわけだが、これに則って運営された組織では、時間の経過が硬直化を招き、機能不全へと陥っていく。

組織心理学の歴史を振り返れば、学術的な観点からの研究は 1900 年代から始まるが、それまでは経験則を重視し、成功例を手本にして組織を動かしていくことが主だった。しかしこれでは、世間の変化に適応していくことが求められる組織にとって困難が生じる。組織は変化できなければ、生き残ることができない。日本に存在する組織全体をみても、変化は継続している。

このような時代においては、権力者たちが変化をつくりだすことができるというのが最も望ましいことであるが、現実には組織構成員の心理的リアクタンスと呼ばれる「自分のことは自分で決めたい」という自立自主性の欲求に影響を受ける。つまり、他者から動かされる状態はどうしてもそこに抵抗が生じ、対抗するのである。このような現実が 1980 年代後半からみられるようになってきたことにより、組織の成員が自らの問題として組織の環境適応を考える必要がある、とされるようになった。組織コミュニケーションを健全で闊達なものへと変革することが、組織の持続的成長可能性を高める鍵となるのだ。「学習する組織」論を核とする新しいアプローチが求められ、従来の骨組みも守りつつ、そこに血を通わせていく取組みが重要になる。

我が国において組織のあり方を考えるうえで、「日本の組織とその成員に見られる特徴」を理解することは重要である。概略すると、日本では相手の気持ちを察して相手が心地よく過ごせるように努めることが一般的であり、仮にその相手がもう二度と会うことはないような人であったとしても、快適な場を創り出すという心根で接するべきだ、というのが重視される教えである。日本では特にこの傾向が強い。そのため、対話と調整が必要だと言われても、対話そのものが開始されにくく、危機に気づくことも難しい。

組織のマネジメントを考える側は、これらの特徴に注意したうえで対処を検討する必要がある。この対処を考える際に、エドモンドソンが 1999 年の論文で打ち出した、**心理的安全性** psychological safety という概念は有用である (Edmondson, 1999)。この心理的安全性はエドモンドソンが言及する前から使われている概念であり、自分の意見を安心して表現できる状態を指す。それまでとエドモン

ドソンの主張で異なるのは、これを組織の全員で共有しておくことが重要だと述べた点にある。なぜなら、仮に10人のうち3人が自分の意見を言うことができる、と感じていたとしても、残りの7人が言わない方がいいだろう、と考えれば、3人の側も7人が言わないことに引きずられ、意見の表明にブロックがかかることが生じうるからである。大切なのは、組織の誰もが意見を表明することについて、それをきっかけに関係性が崩れることはないと思えることである。自分の意見が拒絶されない安心感を抱くことのできる環境が求められる。意見を言って攻撃されるような環境下では、誰も自分の意見を言わない。

欧米の個人主義について前に述べたが、実は個人主義だからこそ物を言わないということも起こりうる。つまり、発言することで自分という個人が不利になるならば発言せず、自分にとって都合のよい状態をつくるためならば意見を主張するのである。そのため欧米でも組織の硬直化はみられており、組織は変化を起こそうと努力している。しかしそれが簡単には進まなかったことから、エドモンドソンは心理的安全性という概念を提示し、互いに指摘し、互いにそれを感謝するチームの醸成の必要性を示した。組織の硬直化を個人の認知の問題とせず、組織全体で共有する価値観、風土、文化の課題としたのである。

「もの言う恐怖」は発話を躊躇させ、リスクを覆い隠し、安全を脅かす」と言われる。組織で仕事をすれば、会議に出席するというのはよくあることだろうが、その場面で自分の意見を率直に言うことを控えることはよく起こる。例えば、あの上司がきつと嫌な顔をすると考え、自分が不利になるのではと思うと発言をしなくなるため、たとえリスクの存在に気付いても、「もの言う恐怖」がそこに存在する限り、それが顕在化することはない。そのため、心理的安全性を組織内に根付かせることが求められる。この「もの言う恐怖」を軽減していく鍵」となるものとして、「闊達なコミュニケーションの実現」「気づいたことは気兼ねなく指摘し合えるチームへ」「不安や恐れから解放され積極的な相談を可能に」の3点が挙げられる。

## 5) 将来にわたって持続可能性が高く健全な組織に備わる特性

高い健全性が形成され、かつそれが持続する組織に備わる特性として①成員の高いモチベーションとワーク・エンゲージメント、②社会的責任を認識したコンプライアンスと安全文化、③自律的な創造的組織改革を促進する心理的安全性の3点が挙げられる。

①成員の高いモチベーションとワーク・エンゲージメントは、ハイパフォーマンスを実現するために必要となる。この実現には、骨組み重視、つまり指示命令が主流の根性論やノルマ重視の教育では限界がある。個人がモチベーションを高めて仕事に取り組むことのできる環境づくりが重要となる。

②社会的責任を認識したコンプライアンスと安全文化は、社会からその組織の存在意義を認めてもらうために必要となる。児童福祉の例をあげると、児童相談所がなくなれば子どもたちはとても心配な状況に置かれるが、その存在はあまりにも当然なものでその意義を振り返る機会は少ないかもしれない。組織のメンバーが、自分の仕事は社会にとってどのような意義があるのかを感じる必要がある。

③自律的な創造的組織改革を促進する心理的安全性は、高い持続可能性を維持するために必要となる。組織を世間に適応させるためには、変化を起こしていかなければならない。世間の変化にあわせ

て、むしろ時代を先取りして時代を牽引するようなかたちで組織を変化させていくことが重要である。そのためには先を見据えつつ、今ここで起こすべき変化を組織内で共有できるようにしなければならない。以上3点のうち、最も基盤となるのは③の心理的安全性であると考えられる。例えば児童相談所のような人の安全を守る組織は、必ず持続させる必要がある。そのためにも、そこで働く個人がよりよい仕事のできる環境が求められるだろう。

## 6) 組織の持続可能性と個人の心身の健康を高めるマネジメント

組織のメンバーがよりよい仕事をするための鍵は、「コンテンツ」「タスク・プロセス」「メンテナンス・プロセス」「メンタルモデル」の4つに分けて考えることができる。

「コンテンツ」とは達成すべきタスクを指し、「タスク・プロセス」は目標を明確にして予定を管理し、手続きを明確に共有する取り組みを指す。これら4つの鍵は氷山に例えられる(図1)。コンテンツとタスク・プロセスは、水面から上にある目に見えるものである。そのため、この「コンテンツ」と「タスク・プロセス」は注目されやすい。

ところが実際、目標の明確化や予定の管理を実現するにあたっては、水面下にあって直接は見えない「メンテナンス・プロセス」(チームの雰囲気・風土、対人間の関係性(信頼、依存)、メンバーの参加度合い、気持ち、対人関係リーダーシップ)が重要となる。メンテナンス・プロセスが「コンテンツ」や「タスク・プロセス」を下支えしているため、ここをうまく機能させなければチームは課題を達成できない。また「メンタルモデル」とは、「メンテナンス・プロセス」が成熟していく過程で意識されないような価値観や言語化されない知識や技術を指す。「メンテナンス・プロセス」に働きかけることが、優れたチームマネジメントにつながっていくことを理解するべきである。

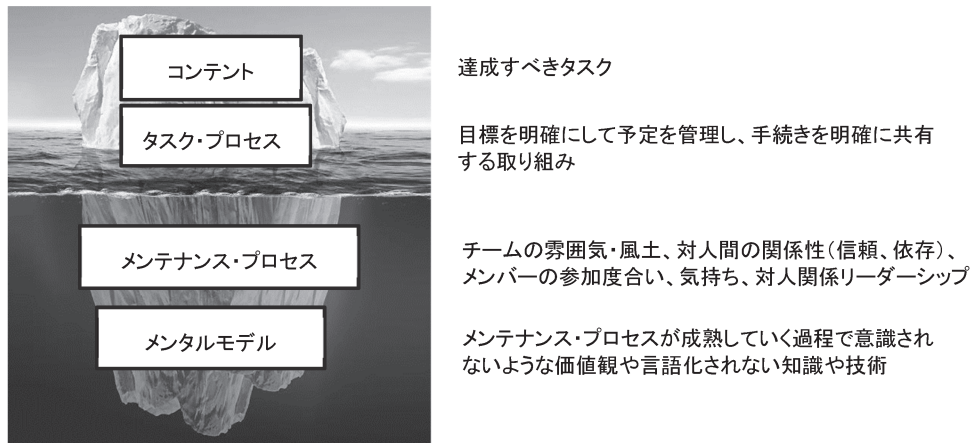


図1 マネジメント活動の氷山モデル (講演資料より作図)

### 7) 心理的安全性を醸成し支える行動とは—Edmondson (2012/2014) の主張を踏まえて—

最後に、組織コミュニケーションの血流を豊かに、活発にしていく、すなわち心理的安全性が形成された組織のコミュニケーションを実現するには何が重要かということについて考える。

まずは職場における対話の機会を増やす工夫が必要である。かつての日本では、仕事が終わってから飲みに行くという場が対話の役割を果たしていたが、現代社会においてはそれが難しく、そのために対話の機会をもつことをあきらめてしまう場合がある。一方で、就業時間内で対話の機会を増やす工夫をしている企業はあり、例えば週に1回は組織のメンバーで昼食を一緒に食べるという取り組みが挙げられる。この場合は仕事の話をするというより、お互いの考え方を知ることや機会とすることが大切である。誰もが話題を提供できるようなテーマを決めて、互いの考えを披露するような対話の場を設けるとともに、聞き手にまわることの重要性が強調される。また、これとは別に one-on-one のコミュニケーション形式も注目され、ここでは一対一で、二人だけで話をするといわれる。

また、エドモンドソンはインクルーシブ・リーダーシップを重視する。組織で仕事をしていると、例えば若者から高齢者までともに働くという場合がある。そのような多様性に富む場合でも、チームで取り組む、つまりメンバー全員を包括していくような働きかけのことを指す。心理的安全性を共有できる素地として、インクルーシブ・リーダーシップを発揮することは重要になる。リーダーシップというと、管理職がとるべき行動のように思われるかもしれないが、「シップ」はもともと、心構えのことを指す。そのため、特定の職位にある人だけの問題ではないのだ。

また、失敗から学ぶことは重要である。失敗したことを話題にするというのは話し手も聞き手も居心地が悪く、難しいものだが、それでも失敗について忌憚なく話し合えることが望まれる。ねぎらいや受容、認めることを中心に心がけることが基本的に大切である。これを意識化し意図的に活性化していくことが、心理的安全性を高めていく取り組みとしてとても重要である。

心理的安全性についてそれを醸成し支える行動として、エドモンドソンは以下の8点を挙げている。

- ①直接話ができる言動をとる
- ②自分が持っている知識の限界を認める

- ③自分もよく間違ふことを積極的に示す
- ④参加を促す
- ⑤失敗は学習するチャンスであることを強調する
- ⑥具体的ですぐ行動に移せる言葉を使う
- ⑦望ましい行動はどこまで、どこからは行き過ぎなのか、その境界線を明示する
- ⑧境界を越えて行き過ぎた態度をとった場合、その責任をメンバーにとらせる

実際に行動する際にはブレーキがかかるような項目もあるが、それでも、ここに挙げられた8点すべてを心がけていくことが重要である。①から⑥は、安心感をもって心理的に安全な環境をつくっていくことの必要性を示す一方、⑦と⑧に関しては、安心して発言、行動できる組織環境を重視するとは言っても、個人が考えなしに取り組み、その結果として失敗が積み重なることを容易に看過することはできないという考え方に基づく。

心理的安全性とは、単なる仲良し集団をつくることではない。心理的安全性の高い組織は、場合によっては言いにくいこと、言われるとつらいことでも、お互いに伝え合うことができる状態を指す。それが、安全確保へ挑むチームづくりに結びついている。

心理的安全性を高める手立てとして、先述の通り、定例の懇話会のようなものを実施し、ダイアログを活性化すること、そのうえで一対一での話し合いにも取り組むことが挙げられる。あるいは感謝カードを交換し、お互いに感謝やねぎらいを伝えあい、これが成熟してくると他者に対する期待もカードに書いて交換する、といった取り組みを実際に行っている企業もあり、効果が出ている。ポイントは、誰に対しても自分から話しかける、声をかけるということである。こちらが話しかければ相手も返してくれる、という前提に基づく行動である。人間は返報性という社会性を身につけているため、あいさつをされれば自然とあいさつを返す習慣がそこにはある。言うならば、これは人間の本性であり、これに基づく働きかけをしていくことが重要となる。

## 8) まとめ：的確な組織的判断と迅速な行動の基盤づくりの出発点

的確な組織的判断と迅速な行動の基盤づくりの出発点としては、「対話（ダイアログ：dialogue）の機会を増やす工夫を」「聞き手にまわることを優先して」「ときどきは一対一（one-on-one）で意見交換を試みる」「自分から話しかける」「ヒヤリハットや失敗の経験も率直に話題にする」「敬意を示す声かけと態度を忘れない」が挙げられる。

表3 的確な組織的判断と迅速な行動の基盤づくりの出発点

---

対話(ダイアログ：dialogue)の機会を増やす工夫を  
聞き手にまわることを優先して  
ときどき是一对一(one-on-one)で意見交換を試みる  
自分から話しかける  
ヒヤリハットや失敗の経験も率直に話題にする  
敬意を示す声かけと態度を忘れない

---

ここまでなぜミスやエラーが起こるのかについて述べられてきたが、それを克服するためには、心理的安全性をつくっていくことが重要である。これは決して簡単なことではないがダイアログの機会を増やす工夫について、何かないかなと考えてみるのが重要である。例えばある企業では、自動販売機が置いてある談話スペースのような場所に大きな世界地図を貼って、「あなたが今までに行ったことのある場所にあなたの名前のピンを指してください」と誘っている。ピンが刺さっているのを他の人が見ると、「あなたの行ったあの国ってどんなところなの」と雑談が始まる。ダイアログというのは、言ってみれば雑談、おしゃべりだと思えばよい。そのための工夫を考えてみるのが重要となる。そしてこのダイアログにおいては、話すことももちろん大切だが、聞き手に回ることの必要性も強調される。

加えて、一对一で話をするのも重要であり、これが組織内の問題を解決へと向かわせる効果もある。one-on-oneで最もスムーズな取組みができるのは、管理職と部下との一对一である。仮にこれを部下と部下で実施しようとする場合、one-on-oneとはいうものの何を話すべきなのかよくわからない、という状況が起こり得る。one-on-oneの場合は、どちらかが進行的な役割を取り、もう一人が話を聞いてもらう役割をとるほうがうまくいくことが多い。また、前で述べた通り聞き手に回るということは優先されるが、声掛けは自分から行うことが求められる。

最後に、組織においては、基本的には誰かのエラーやミスは責めない姿勢が重要である。本人はすでに自分の失敗や責任を自覚していることの方が多いため、その失敗から学びましょうという姿勢を大切にすることが求められる。失敗を責め、次はしっかりやれということを終着点にすれば、そこには萎縮しか残らない。失敗からどのように学ぶかを大切にすべきであろう。

さらにまなびを深めたい方へ

山口裕幸 (2020). 組織と職場の社会心理学. ちとせプレス.

山口裕幸 (監修) (2023). そうだったんだ! 心理的安全性. 永岡書店.

山口裕幸 (編) (2024). チーム・ダイナミックスの行動科学: 組織の生産性・安全性・創造性を高める鍵はどこにあるのか. ナカニシヤ出版.

### Ⅲ. 児童福祉領域への提言

これまで、人間の判断や意思決定に関する学際的知見をまとめ、他分野における重大事故を参照しながら、人間の判断やエラーがいかに重大な帰結へとつながるかを検討し、結果を真摯に振り返りながら取り組まれてきた、予防策や再発防止策について学んできた。本章では、これらの知見に基づき、児童福祉領域への提言を述べる。

#### 1. 認知バイアス・集団意思決定の視点から見る児童福祉領域

児童家庭福祉の目的は、子どものウェルビーイングのためであり、全ての子どもの健やかな成長と発達を支え、より良い人生を送れるよう支えることである。そして、子どもの置かれた状況が、生命の危険をもたらす成長・発達を著しく阻害するものとなれば、社会が介入し、子どもの保護とその後の支援について、責任をもって対応しなければならない。

日本では、児童相談所を中心に、市区町村の児童福祉部門、社会的養護を担う施設や里親等、子どもに関わる支援者が、家族と協働してこの重責を担うことになる。この過程において、その子どもの人生の岐路に立つような極めて重い判断が求められることになる。具体的には、通告を受理するか否か、子どもの被害に関する評価、子どもを保護するか否か、代替養育につなげるか否か、里親か他の施設種別か、その後の子どもの危機的状況の評価など、いずれも子どもの人生に深くかかわる、さらには命に関わる判断が求められる。

これらの判断に誤りがあるてはならないと誰もが思うし、そこで下した自分たちの判断は正しいと確信もしがちである。しかし、人間の判断力には限界があり、エラーが生じがちであることを、本報告で取り上げた多くの研究が教えている。

この領域に携わる支援者は、まずこの事実を認め、人間が下す判断の性質について理解する必要がある。その上で、より適切な判断をするためにどうしたらよいかを学ぶ必要がある。

#### 2. 児童福祉領域における重大事案の予見の困難性

児童福祉領域における「虐待による死亡等重大事案」を100%予見して防ぐというのは、懸命に目指すべきではあるものの困難な課題である。まさに「人間は間違える」。まずは、そのことを事実として、誰しもが心に留めておかねばならない。

特に子どもと関わる分野の仕事は、間違った判断が重大な結果につながる可能性のあることを認識する必要がある。その時点の判断ではすぐに重大事案にはなっていないとしても、掛け違えた方向性で走り出してしまい、勢いのついたドミノ崩しのように起こってくる事柄が連鎖し、そのうち止めようもなくなり、その結果重大事案につながるということは起こり得る。

児童福祉の現場で起こりうる事象を、本研究で取り上げた知見から振り返ってみたい。たとえば、子どもが入所している施設からの家庭引き取りに際して、段階をおった支援が進んでいるとする。時

間をかけて、ようやく外泊を行うまでに至っていたにもかかわらず、ある時、子どもが外泊から施設に逃げ帰り、「家族と一緒にいるのがつらい」と訴えた。しかしながら、児童相談所や施設は、すぐにこの子どもの訴えを取り上げず、保護者に外泊の生活の振り返りを行うよう促すのに、時間がかかることがある。このような事例では、それまでの家族支援のプロセスにかけた時間や労力を踏まえて、すぐに判断を変えることができないという、心理的拘泥が生じていることが考えられる。

別の例もあげてみる。支援機関が定期的に面談をしていた子どもが、怪我をしたために医療機関を時間外受診したとする。程度が軽微であったために、治療後は自宅に帰った、という連絡が児童相談所に届いた。帰宅後の夜、その子どもの親の激しい叱責の様子を目にした近隣住民から通告があり、児相は受理をしたものの、家庭訪問をして安全確認するかどうかを、翌朝の会議を待って判断することにした。その矢先、別の病院から、その子どもが重大な怪我を負い、救急搬送されたという連絡が入った——というようなことが起こったとする。この場合は、最初の「軽微な怪我」という報告にばかり気をとられ、「親の激しい叱責の様子」は軽く捉える確証バイアスや、きっと大丈夫だろうという正常化バイアスが働いていることが考えられる。

他にも、例えば、子育て不安が高く、時間を問わず頻繁に支援機関に連絡をとる保護者がいたとしよう。支援機関はその対応に苦慮していたが、ようやく定期的な面談が成立し、支援が軌道にうまく乗り出したかのように見えた。その矢先、その保護者がある支援者に「つらい、子どもを預かってほしい」と訴えた。その支援者は、それまでの経過とその時の保護者の様子から、一時的なレスパイトケアは有効かもしれないと考えたものの、上司や支援機関に保護者の思いや自分の判断をうまく伝えられず、また支援機関も母親の訴えを意味ある情報としてしっかりと捉えようとしなかった。その翌日、子どもが救急搬送される事態になった。この場合も、自動的な思考からなるヒューリスティックや「うまくいっているはず」のケース進行を再検討する機会を取る必要は現時点ではない、とみなすような同調圧力が、判断のエラーの背景にあるのかもしれない。

児童福祉領域では、ある時点での判断において、「今までは育児も完璧で母から SOS を出してきたから」「送迎状況も良く、休みも連絡してくる」と一部分の楽観的な報告のみで物事をとらえ、正常化バイアスが働き、すぐに重大事案につながらないだろうと認識しがちになることがある。場合によってはその認識が、組織として、子どもをめぐる出来事を意識下に追いやることになり、重大事案の予見がさらに困難になる。扱われなかった出来事は、時間が経つにつれ、子どもの不適応行動、無力感、非行、家庭内暴力や家庭内の DV の進行などさまざまな問題を含むようになり、さらに重大事案の予見の条件を複雑に込み入ったものになっている。

### 3. 原因を追究し因果関係を本当に見出だすことはできるのか

泣き声や怒鳴り声、争いあう音、子どもの様子、子どもの訴え——このような違和感を感じさせる、表に出た事柄（通告）が見られると、早期に働きかけを行うことができる。これが最悪の結果へ向かう事柄の連鎖を断ち切り、その後の家族間の展開が変わりうるきっかけになることは考えられる。但

し、その時の働きかけ方は、熟考して動く必要がある。ドミノの道筋を少しずつずらしていくという考え方、つまり働きかけをおこなうことで、子どもの安心安全を保障し、最悪の結果に向かう道筋をずらしていくというやり方をとるべきである。

事柄に対しての違和感があるのに、今は様子を見ようと誰も働きかけをせずにそのまま放置（見守り）していると問題が問題と呼ばれ、虐待から非行や家庭内暴力へ、さらにそれに伴う家族崩壊などへと発展し、どこから関わっていけばいいのか困惑する状態になることは、よく体験する。関わるということはまるで何重にも絡まった糸の塊を根気よく一つ一つほどいていく作業に似ている。糸の塊は小さいほどほどきやすいし時間もかからない。糸が絡み合った状況でほどけなくなった塊の重圧を受け、その結果として弱き者が犠牲になる。

支援のはじまりが早期であるほど、その時の問題の焦点がわかりやすくなり、手立てが見出しやすくなる。ただ、早期の働きかけをしたことで重大事案を完全に防ぐことになるのかは、誰もすぐには証明できない。その働きかけがどのような影響を及ぼしているか、その結果がわかるまで長い年月がかかる。一生かかってもその答えは見出せないかもしれない。しかし、我々はそれを信じ、希望を持って働きかけを行い、歩むしかない。

#### 4. 違和感を見出し、取り扱うには何が必要か

人間は、たとえ指標（マニュアル）に沿って動こうと思っても見落とす、あるいはその通りの行動ができるとは限らない。また、児童福祉の現場が対人業務である限り、自分自身の生物学的要因や培ってきた認知の傾向が、面接や関わり方において、事態の捉え方の感覚・判断に影響をもたらすことは否めない。実際に安全確認に行った際の報告で「顔に傷はありませんでした」と報告を受けたが、「もう一度明るいところで様子を確認して」と指示すると、顔に傷が確認されたといったことがある。この場合、現場では、視野狭窄や希望的観測による認知のゆがみが生じていたと考えられる。

また、個人は集団のなかで生きる存在という側面がある。その場にいる人間構成やどの社会の価値観のもとに生きているかは、その個人の認知、判断に少なからず影響を与えている。そのため、立場の強い一人の意見や判断、あるいはその逆の多数派の意見や判断が、組織全体の判断となりやすい。こうしてなされた組織決定は、一部の視点でしか物事を見ておらず、見落としやそれに伴うインシデントを招く確率を上げてしまう。

なるべくいろいろな角度からの多くの意見や感覚を拾い上げ、検討されることが必要である。特に声の小さい、発言しにくい人の意見を拾いあげることが重要である。また、管理職やスーパーバイザーは、担当者や関わる専門職の意見にうまく耳を傾け、拾いあげ、その中で方向性を見出していけるよう働きかけることが重要な役割となる。

支援者個人においては、重要な何かを見過ごさない、気づきの感覚（違和感）を鍛え、その感覚に鋭敏になり、それが何かを意識化し、言語化していく、自己覚知の力を養うことが必要である。

## 5. 心理的安全性が保障された場の必要性

多くの意見が集まる組織であるためには、そこが支援者自身の失敗や弱音を言える場であり、特に管理職やスーパーバイザーに本音を言える場であるといった、いわゆる心理的安全性が保障された場であることが鍵になる。その上で、子どもにとって「最善の利益」であろう共通の目的を推進する結論が出せる場であるということが重要である。また、迷いがあるなら、結論が適切であることを確信するために、何度も会議や話し合いを行う勇気が必要である。

安全確認や一時保護が必要と思われる場合であっても、それを躊躇することがある。そのときは躊躇の背景にある要因を言葉にし、自明にすることが大切となる。「職員体制を組みにくいから」「子どもが保護に応じてくれないかもしれないから」「保護の説得に時間がかかりそうだから」「保護者の激しい執拗な反発が予想されるから」「一時保護所が満杯状況だから」「今まで築いてきた保護者との関係性がこわれるから」などと、理由を正直にまず言葉にし、自明にし、その上で改めて話し合い、安全確認及び一時保護の適切性を検討し、必要と判断するなら、行動するべきである。

ここに例としてあげたフレーズは見事に認知的なバイアスにつながり、判断を鈍らせる要因となるものである。しかし、そのフレーズは、無視されたり、回避されたり、都合のよい言葉で置き換えられやすい。こうしたフレーズがバイアスの背景となりえることを、会議等で取り上げ、支援者全員で理解を共有すべきである。

また、ルールや手順を示したマニュアル等の指標を決めるだけでは不十分である。さらにマニュアル遵守だけを目的とし、評価の基準にすることは間違っている。そうではなく、それらをいかに運用するかを話し合うことこそが肝要となる。指標があってもその通りに動けないときはあり、その際には、マニュアルに従わなかったことを責めるよりも、なぜそのように動けなかったのかを問い、熟考することが大切である。

## 6. さいごに

児童福祉の現場では、子どもの命やその尊厳が左右される大きな危険と隣り合わせに仕事をし、そのなかで職員は懸命に努力している。一方で、児童虐待に携わる支援者やその組織における無力感や疲弊感が大きな課題になっている。それは虐待等でトラウマを抱えた子どもや保護者に関わる上での困難さ、トラウマの二次受傷、トラウマの並行プロセスなどといった支援過程によるものだけではない。虐待による子どもの死亡等の重大事案の発生による、それが防げなかった支援者や組織に対する社会的非難も大きな要因である。そして社会的非難を回避するためにより厳しいルールやマニュアルを作り、その遵守要請も、やりがいを失わせ、無力感や疲弊感を増幅させてしまう。こうした組織はトラウマによる影響をさらに拡大させていく悪循環に陥り、機能不全となってしまう。

こうした組織では、個人個人が「何をいってもどうしようもない」という空気が色濃く流れている。また、人の営みを扱う仕事であるにも関わらず、こなすだけの仕事になったことで、心が機械的、平板化して、視野狭窄を起し、本論で問題にしている様々なバイアスに支配され、上滑りする、ある

いは身動きがきかない状態になってしまう。

自分たちの組織が、「子どものウェルビーイング」や「子どもの権利を擁護していく」目標を見失っていないか、組織がどのような状態になっているかの点検は繰り返し必要であるし、常に組織はエンパワーを受けながら健全なパワーとコントロールを身につける努力をしなければならない。

また、ここで述べられてきたことは、当該の組織の問題だけでなく、その組織を取り巻く社会にとっても必要な認識となる。個人、組織、社会との関係が、より上位が下位を責め立て、困難を強いるような関係性でなく、決して弱き者が犠牲にならないよう、互いが支え、希望を持ちながら前に進んでいく関係性でありたい。

## 文献一覧

- 青島未佳・山口裕幸（2021）．リーダーのための心理的安全性ガイドブック．労務行政．
- 浅井暢子（2016）．ステレオタイプ 北村 英哉・内 田由紀子（編）．社会心理学概論．ナカニシヤ出版，33-51.
- Asch, S. (1955) . Opinions and social pressure. *Scientific American*, 193, 31-35.
- Austin, C. D. (1981) . Client Assessment in Context. *Social Work Research and Abstract*, 17 (1) , 4-12.
- Bartlett, F. C. (1932) . *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- Bazerman, M. H. & Moore, D. A. (2009) . *Judgment in Managerial Decision Making*. (7th ed.) Wiley. (長瀬勝彦 (訳) . (2011) . 行動意思決定論：バイアスの罠．白桃書房.)
- Bell, D. E., Raiffa, H. & Tversky, A. (1988) . *Descriptive, normative, and prescriptive interactions in decision making*. Cambridge University Press, 9-30.
- Bransford, J. D. & Johnson, M. K. (1972) . Contextual prerequisites for understanding: Some investigations of comprehension and recall. *Journal of Verbal Learning & Verbal Behavior*, 11 (6) , 717-726.
- Burnstein, E., & Vinokur, A. (1977) . Persuasive argumentation and social comparison as determinants of attitude polarization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13 (4) , 315-332.
- Chabris, C. & Simons, D. (2010) . *The Invisible Gorilla: And Other Ways Our Intuitions Deceive Us*. Harmony. (木村博江 (訳) . (2014) . 錯覚の科学．文藝春秋.)
- Darley, J. M. & Gross, P. H. (1983) . A hypothesis-confirming bias in labeling effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44 (1) , 20-33.
- Deutsch, M. G. & Gearard, B. (1955) . A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51 (3) , 629-636.
- Edmondson, A. C. (1999) . Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44 (2) , 350-383.
- Edmondson, A. C. (2012) . *Teaming: How Organizations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. Jossey-Bass. (野津智子 (訳) . (2014) . チームが機能するとはどういうことか——「学習力」と「実行力」を高める実践アプローチ．英治出版.)
- Fischhoff, B. (1982) . Debiasing. In Kahneman, D. P., Slovic, P. & Tversky, A. ( Eds. ) . *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge University Press, 422-444.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1991) . *Social cognition* (2nd ed.) . Mcgraw-Hill Book Company.
- Gillingham, P. & Humphreys, C. (2010) . Child Protection Practitioners and Decision-Making Tools: Observations and Reflections from the Front Line. *British Journal of Social Work* , 40 , 2598-2616.

- 原佳央理 (2006) . 子ども虐待ケースの援助に携わる専門家の意思決定の特徴——児童相談所の熟達した専門家の IF-THEN ルールの分析を通して——. 関西学院大学社会学部紀要, 101, 127-136.
- 樋口収 (2016) . 社会的推論. 北村 英哉・内田 由紀子 (編) 社会心理学概論. ナカニシヤ出版.
- 飯島朋子・津田宏果 (2016) . 航空機運航乗務員のヒューマンエラー防止の取り組み. 日本航空宇宙学会誌, 64 (4) , 117-123.
- 池田紀子 (2017) . 児童虐待の意思決定に関する海外の研究動向—実践の質の向上に向けた示唆. ルーテル学院研究紀要, 50, 77-78.
- 池上知子 (2008a) . 集団ダイナミクス. 池上 知子・遠藤 由美 (編) グラフィック社会心理学. サイエンス社, 236-237.
- 池上知子 (2008b) . 社会的推論. 池上 知子・遠藤 由美 (編) グラフィック社会心理学. サイエンス社, 43-61.
- Janis, I. L. (1982) . *Groupthink: Psychological Studies of Policy Decisions and Fiascos*. Boston: Houghton Mifflin. (細江 達郎 (訳) (2022) . 集団浅慮—政策決定と大失敗の心理学的研究. 新曜社.)
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (eds.) (1982) . *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge University Press.
- Kahneman, D. (2011) . *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux. (村井章子・友野典男 (2014) . ファスト&スロー：あなたの意思はどのように決まるか?. 早川書房.)
- 神田直弥・石田敏郎 (2000) . 航空機事故とヒューマンファクター. オペレーションズ・リサーチ, 45 (11) , 574-579.
- 唐沢かおり (2023) . 偏見の心理学. 心理学ワールド, 101, 42-43.
- 河西哲子・河原純一郎 (2015) . 選択的注意. 生体心理学と精神生理学, 32 (1) , 1-3.
- 河野龍太郎 (2014) . 医療におけるヒューマンエラー第2版, 医学書院.
- 小松原明哲 (2003) . ヒューマンエラーのメカニズムとその対応を巡って—ヒューマンファクター研究の現状と課題—. 安全工学, 42 (3) , 148-154.
- 厚生労働省 (2002) . 医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1y.html#no2> (2024年2月13日取得) .
- 厚生労働省 (2024a) . e-ヘルスネット 体内時計. <https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/heart/yk-039.html> (2024年4月15日取得) .
- 厚生労働省 (2024b) . ヒヤリハット活動でリスクアセスメント. <https://jsite.mhlw.go.jp/hyogoroudoukyoku/var/rev0/0045/8117/hiyarihat.pdf> (2024年4月15日取得) .
- 国土交通省 (2011) . J R 西日本福知山線事故調査に関わる不祥事問題の検証と事故調査システムの改革に関する提言. 福知山線列車脱線事故調査報告書に関わる検証メンバー・チーム. <https://www.mlit.go.jp/jtsb/fukuchiyama/kensyou/fu04-finalreport.pdf> (2024年5月17日取得) .
- 国土交通省 (2013) . 自動車運送事業に係る交通事故要因分析検討会報告書 (平成24年度) [第2分冊]

- 過労運転による事故を防止するための対策（中間整理）．国土交通省自動車局． [https://www.mlit.go.jp/jidosha/anken/03analysis/resource/data/h24\\_2.pdf](https://www.mlit.go.jp/jidosha/anken/03analysis/resource/data/h24_2.pdf) (2024年4月15日取得) ．
- 国際民間航察機関 (ICAO) (2000) ．ヒューマンファクター訓練マニュアル．財団法人航空振興財団．
- Kunda, Z. & Sherman-Williams, B. (1993) ．Stereotypes and the construal of individuating information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19 (1) , 90-99.
- Larson, J. R. (1997) ．Modeling the Entry of Shared and Unshared information into Group Discussion: A Review and Basic Language Computer Program. *Small Group Research*, 28 (3) , 454-479.
- 松井亮太 (2020) ．集団思考 (groupthink) とは何か．日本原子力学会誌 ATOMO Σ , 62 (5) , 272-276.
- Meister, D. (1971) ．*Human Factors, Theory and Practice*. Joho Wiely & Sons.
- Milgram, S. (1974) ．*Obedience to Authority*. New York: Harper & Row.
- Miller, G. A. (1956) ．The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63 (2) , 81-97.
- 三沢良 (2016) ．組織と集団過程 (3) 集団思考．北村 英哉・内田 由紀子 (編) 社会心理学概論．ナカニシヤ出版, 202-203.
- 宮地尚子 (2019) ．トラウマ医療人類学．みすず書房．
- 森川佳世 (2010) ．ある航空機事故から学ぶヒューマンエラーについての考察—全て組織への警鐘—．埼玉県女子短期大学紀要, 22, 183-196.
- Moscovici, S., Lage, E., & Naffrechoux, M. (1969) ．Influence of a consistent minority on the responses of a majority in a color perception task. *Sociometry*, 32 (4) , 365-380.
- Moscovici, S., & Zavalloni, M. (1969) ．The group as a polarizer of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12 (2) , 125-135.
- Nemeth, C. J. (1989) ．Differential contributions of majority and minority influence. *Psychological Review*, 93 (1) , 23-32.
- 野坂祐子 (2019) ．トラウマインフォームドケア．日本評論社．
- 小川剛史・高橋風河・池内航・高橋信 (2019) ．タイムプレッシャー下での意思決定時のヒューマンエラーの発生機構に関する実験的研究．ヒューマンインターフェイス学会論文誌, 21 (3) , 315-324.
- 及川昌典 (2016) ．社会的認知 北村 英哉・内田 由紀子 (編) 社会心理学概論．ナカニシヤ出版, 17-32.
- 岡隆 (2016) ．社会心理学の古典的研究 (2) 周りの人びとが間違っている、それに同調するか: アッシュの同調実験．北村 英哉・内田 由紀子 (編) 社会心理学概論．ナカニシヤ出版, 12-13.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge University Press. (十亀 洋 (訳) (2014). ヒューマンエラー 完訳版．海文堂出版.)
- Sagar, H. A. & Schofield, J. W. (1980) ．Racial and behavioral cues in Black and White children's perceptions of ambiguously aggressive acts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39 (4),

590-598.

- Sanders, G. S., & Baron, R. S. (1977) . Is social comparison irrelevant for producing choice shifts? *Journal of Experimental Social Psychology, 13* (4) , 303-314.
- Stasser, G., & Titus, W (1985) . Pooling of unshared information in group decision making: Biased information sampling during group discussion. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 1467-1478.
- Stanovich, K. E. (1999) . *Who Is Rational?: Studies of individual Differences in Reasoning* . Psychology Press.
- Stein, T. J. & Rzepnicki, T. L. (1983) . Decision Making at Child Welfare Intake: *A Handbook for Practitioners*. New York: Child Welfare League of America. (芝野松次郎 (監訳) . (1988) . 児童福祉インテーク：意思決定のための実践ハンドブック. ミネルヴァ書房.)
- Stoner, J. A. F. (1961) . A comparison of individual and group decisions involving risk. Unpublished master's thesis, Massachusetts Institute of Technology, Sloan School of Management.
- 相馬正史・都築誉史 (2014) . 意思決定におけるバイアス矯正の研究動向. *Rikkyo Psychological Research, 56*, 45-58.
- Simon, H. A. (1976; 1997) . *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organization*. New York, NY: Macmillan. 3rd and 4th eds. New York, NY: Free Press.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973) . Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology, 5*, 207-232.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974) . Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science, 185* (4157) , 1124-1131.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1980) . Causal Schemas in Judgments Under Uncertainty. In Fishbein, M. ed. *Progress in Social Psychology*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 49-72.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1983) . Extensional versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review, 90*, 293-315.
- Wallach, M. A., Kogan, N., & Bem, D. J. (1962) . Group influence on individual risk taking. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 65* (2) , 75-86.
- 山岸俊男 (監修) (2015) . カラー版徹底図解 社会心理学：歴史に残る心理学実験から現代の学際的研究まで. 新星出版社.
- 山本眞理子 (2001) . 社会認知ハンドブック. 北大路書房.
- 山口裕幸 (2016) . 第75回 ひとりの行動が社会変動に結びつくとき (4) 一少数者影響過程の実証研究を参考に一. <https://www.ogis-ri.co.jp/column/kr/271.html> (2024年4月16日取得) .
- 山内貴史・梅崎重夫・平岡伸隆・高橋邦彦 (2019) . 過重労働を背景とする事故関連事例の分

析．平成 30 年度労災疾病臨床研究事業費補助金 統括研究報告書．<https://www.mhlw.go.jp/content/000615116.pdf>. (2024 年 3 月 30 日取得) .

## 重大事故リスト一覧（事例番号①～⑳）

### 重大事故事例と関連がある心理学的関連概念一覧

用語名	内容	当てはまる事例番号
確証バイアス	自らの信念にあった情報ばかりを集め、反証情報に注目しない傾向	①、⑥、⑨、⑪、⑫、⑬、⑭、⑮、⑯
権威勾配	上のものと下のものの地位の差が大きいこと	②、③、⑤、⑧、⑮、⑲
サーカディアンリズム	眠りと体温をコントロールする体内の生活リズムのこと	⑦
ヒューマンエラー	人間が犯す間違いのこと	④、⑥、⑦、⑩、⑱、㉑
正常性バイアス	自身にとって都合の悪い情報を過小評価する傾向	⑨、⑪、⑯、⑱
心理的安全性	率直な発言をしても罰されることがない安心できる状況	②、③、⑤、⑧、⑨、⑮、⑲、㉑
ツァイガルニク効果	達成できた事柄よりも、達成することができなかった事柄や中断している事柄の方が強く意識に残ること	③、⑲
タイムプレッシャー	時間的に切迫している状況で感じる心理的負荷	②、⑤、⑧
楽観性バイアス	自分にとって好ましくない状況において、他者よりも自分の状況を楽観的に評価する認知バイアスのこと	②、④、⑤、⑧、⑨、⑩、⑰
注意資源の配分不足（注意欠損）	注意資源の容量制限や配分の不足によって注意が向けられないこと	②、⑦、⑨、⑪、⑲
解放困難バイアス	失敗した物事から注意をそらすことが困難であること	③、⑲
時間感覚の麻痺	通常なら正常に判断できる時間経過が過集中やバイアスにより分からなくなる現象	③、⑲
傍観者効果	自分以外に多数の人間がいる場合には、人間は率先した行動を起こさないという現象のこと	⑬
社会的手抜き	個人で作業するときよりも集団で作業する場合に作業量が低下する現象	⑭
意思決定の天秤モデル	人は心理的空間において天秤にかけるようにして物事の意思決定をしていること	⑭
誤認識	あとで見れば正確に識別できたものを違うものととらえてしまったり、見落としてしまったりすること	②、④、⑪、⑮、⑰、㉑
同調	人が意識せずとも集団や他者の規範・期待に沿って行動すること	⑫

## 重大事故リスト一覧

<b>①リビア航空機撃墜事件（1973年2月21日 シナイ半島（当時イスラエル占領地）上空）</b>
<b>概要</b> 1973年2月21日、ベンガジに寄港していた、リビアのトリポリ発ベンガジ経由エジプト・カイロ行きのリビア・アラブ航空（現在のリビア航空）114便は、カイロに向けて離陸した。114便はシディバラニを経てアレクサンドリアのカルムを通過する予定であったが、シディバラニを通過したあたりから114便の航路は次第に計画ルートからずれ始めた。副操縦士がカリムを通過したと管制官に報告した時には、114便はすでにカイロを通り過ぎ、カルムの東南東約100マイル（約150km）の位置を飛行していた。さらに、カイロアプローチ管制のレーダーが故障していたため、管制官も114便の位置を確認できず、114便からの無線標識信号が受信できないとの通知を管制官が受けていた頃、114便は既にスエズ湾に近づきつつあった。スエズ湾に近づく114便をレーダーで捕捉したイスラエル空軍は、2機のF4ファントムII戦闘機を緊急発進させた。イスラエル空軍のパイロットは侵入機の114便を強制着陸させるべく、国際的慣習で合図を送り、これに反応を示さない114便の機首前方に機銃を撃ったが、強制着陸の意図は最後まで伝わらなかった。その頃、厚い雲が一瞬だけ晴れ、114便のパイロットは、ようやく自機が第三次中東戦争でイスラエルが占領していたシナイ半島上空を飛行しており、領空侵犯していることに気づいた。114便のパイロットはパニックを起こし、カイロへ向かうべく、方向転換を図ってランディング・ギアを引き上げた。これを視認した戦闘機のパイロットは、114便が逃亡しようとしていると判断し、閃光弾を発射した後、M61バルカンで銃撃を加えた。損傷を受け砂漠へ緊急着陸しようとした114便は、着陸前に右ランディング・ギア付近が爆発し、現地時間の午後2時10分にスエズ湾の東約10マイル（約15km）の付近に墜落した。この墜落により乗員8名、乗客105名のうち、副操縦士と乗客4名は生還、108名が死亡した。
<b>事故の推察される背景</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・国際的慣習の合図に反応を示さなかった。</li><li>・航路を疑い始めた機長が航空機関士にフランス語で懸念を口にしたが、フランス語の流暢でない副操縦士には何も言わなかった。</li><li>・副操縦士がイスラエル軍の戦闘機をリビア軍戦闘機と誤認したこと。</li></ul>
<b>関連する心理学関連概念</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・航空機のクルーも戦闘機側も事態が把握できないことに対してそれぞれ<b>確証バイアス</b>が生じていた</li></ul>
<b>事件事故から得た教訓や対応など</b> この事例は、航空機のクルーも、戦闘機側も事態が把握できず疑心暗鬼に陥っていた。そして思い込みによっていくつもの解決のヒントを見落としてしまっていた。緊急事態に陥ると人の物事の判断に対する視野は狭くなる。 また最悪の事態を避けるためにも、撃墜という手段は避けなくてはならない。このため、軍隊による民間機への不用意な攻撃を抑制する法整備が行われた。
<b>出典（文献）</b> マシュー・サイド (2016). 失敗の科学. ディスカヴァー・トゥエンティワン. デビッド・ゲロー (著)・清水保俊 (訳) (1997). 航空事故 増改訂版. イカロス出版.

<b>②テネリフェ空港滑走路衝突事故 （1977年3月27日午後 スペイン領カナリア諸島のテネリフェ島にあるテネリフェ空港の滑走路）</b>
<b>概要</b> スペイン領カナリア諸島のテネリフェ島にあるテネリフェ空港の滑走路上で、ジャンボ機同士が離陸準備中に衝突した。両機の乗客乗員644人のうち583人が死亡し、生存者は乗客54人と乗員7人であった。

事故を起こしたパンナム機と KLM オランダ航空機は両機とも、リゾート地であるカナリア諸島のグラン・カナリア空港を最終目的地としていたが、途中で、爆弾を仕掛けたという電話により空港が臨時閉鎖したという連絡を受けた。それによりパンナム機、KLM 機を含め、多くの旅客機が近くのテネリフェ島のテネリフェ空港に代替着陸するよう指示されたため、空港は混雑し、誘導路上にまで他の飛行機が駐在している状態であった。そのおよそ 2 時間後、グラン・カナリア空港に対するテロ予告は虚偽であることが明らかになったため、同空港の再開が告知された。

KLM 機は離陸に向けて、滑走路を逆走して端まで移動した。KLM 機がこの移動を行っている最中に、濃霧が発生し視界が悪化した。KLM 機は 180 度転回し、その位置で航空管制官からの管制承認を待つはずだったが、KLM 機の機長はブレーキを解除し離陸滑走を始めようとしたため、副操縦士は管制承認が出ていないことを指摘した。そのときパンナム機の方は滑走路を移動し始めたタイミングであった。

KLM 機の副操縦士は機長の指示を受けて管制塔へ連絡し、「離陸準備完了」「管制承認をお願いします」と言った。管制官は KLM 機の「飛行計画（ルート）」を承認した。承認されたのは飛行計画、つまり出発後の経路についての許可であったが、KLM 機の機長はこの承認を「離陸承認」と誤認した。音声記録では、ルート承認を得た KLM 機の副操縦士が、管制官へ「我々は離陸します」と送信している。管制官は、KLM 機に「OK、離陸を待機せよ。」とその場で待機するよう伝えたと、その指示はパンナム機の「(KLM 機の離陸は)だめだ」という警告と重なって雑音となり、KLM 機の機長には管制官の「OK」のみが聞き取られた結果、KLM 機の機長は離陸許可をもらったと誤認した。管制官はパンナム機に対し「滑走路を空けたら報告せよ」と伝え、パンナム機も「OK、滑走路を空けたら報告する」と回答した。このやりとりにより、パンナム機は、自機がまだ滑走路にいたという警告が KLM 機に伝わったと考えていた。

KLM 機の機長が離陸許可を得たと誤認した後、管制官とパンナム機の交信を聞いていた KLM 機の航空機関士が、滑走路にまだパンナム機がいるという懸念を抱き「まだ滑走路にいたのでは?」と機長に問いかけたが、機長は「何だって?」と返し、再度、機関士は「まだパンナム機が滑走路にいたのでは?」と問うも、上司である機長に「大丈夫さ!」と否定され、機長は離陸を中断しなかった。機関士もそれ以上は機長に何かを言うことはなく、自ら管制塔に確認することもなかった。副操縦士も、何も言わなかった。結果、離陸のための滑走を開始した KLM 機とパンナム機が向かい合うかたちで衝突し、炎上するという事故に至った。

#### 事故の推察される背景

- ・管制塔の音声にサッカー中継と思われる音声混じっていた。管制官らが勤務時間中に観戦しそちらに注意が向いていたため管制がおろそかになった可能性がある。
- ・濃霧がさらに悪化すると滑走路が閉鎖される可能性が高く、機長が焦っていた可能性がある。
- ・離陸前、機関士は「パンナム機がいるのでは?」と進言したが、機長は離陸を実行した(松原,2015)。機長は、機関士の上司であり KLM において経験と権威があるパイロットだったため、機関士は重ねて口をはさむことをためらった。こうしたクルー間の権威勾配によって、機長の思い込みが正されなかった。
- ・この事故以前は、航空界における訓練や審査は、他の乗員の手助けなしに、あらゆる故障や悪天に対処できる技能を身に付けることを目的に行われ、それを確認する場が審査であった(山田,2015)。つまり、乗員間のコミュニケーションに着目した訓練はなされていなかった。
- ・コミュニケーションの失敗による状況認識の喪失があった。誤解を招きかねない用語、「OK, …STAND BY FOR TAKE-OFF」(「離陸待機せよ」の意)を管制官が使用した。つまり OK と答えたのちに「離陸は待て」の意を発信した交信であったが、KLM 機の機長は「STAND BY FOR TAKE-OFF」が聞き取れず、離陸許可が発出されていると誤認し、離陸許可を受けずに離陸滑走を開始した。

#### 関連する心理学関連概念

- ・管制官らがサッカー中継に気を取られたことによる**注意資源の配分不足（注意欠損）**
- ・機長と航空機関士の間に**権威勾配**があり、**心理的安全性**が脅かされていたため、強く意見を言えなかった
- ・聞き取りづらい状況で誤解を招きかねない用語が用いられたことによって生じた**誤認**

<p><b>識</b></p> <p>・虚偽のテロ予告による遅延や濃霧などで生じた<b>タイムプレッシャー</b>を背景にした、機長の<b>楽観性バイアス</b></p>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>今では全パイロットが受講を義務づけられている Cockpit Resource Management(以下 CRM)訓練は、この事故を受けて開始された。</p> <p>この事故を通じて、航空事故の原因は機長の指揮・決断能力にあるだけでなく他の乗員の行動様式にもあることがわかったことから、ユナイテッド航空が1981年に事故を未然に防ぐためのプログラム開発を始めた。その訓練プログラムが上記の Cockpit Resource Management(CRM)と名づけられたものである。(山田,2015)。</p> <p>CRMの要素の中に Trans-cockpit Authority Gradient(以下 TAG)という概念がある。和訳すると操舵室内権限勾配で、「あの先輩は、とても優しくて話しやすい。」という状況だと TAG が低いといえる。この概念はこの事故がきっかけで注目された(松原,2015)。</p> <p>CRMは、事故防止に一定の効果を上げ、パイロットのモラル及び運航効率の向上に役立った。CRMは徐々にチームワークを向上させるための教育技法としてとらえられるようになってきた。もちろんチームワークは重要であるが、本来の目的は安全性を向上させることにある。</p> <p>「TAKE-OFF」の用語は管制承認時には使用を避けること及び管制承認と離陸許可の発出は適切な時間間隔を設けること、等が勧告されている(運輸安全委員会,2009)。</p> <p>一方で、これらの取組みにもかかわらず、「テネリフェ」関連事故は消失していない(垣本,2001)。</p>
<p><b>出典 (文献)</b></p> <p>Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)</p> <p>Edmondson, C. A. (2019). <i>The Fearless Organization</i>. John Wiley &amp; Sons, Inc. (野津智子(訳) (2021). 恐れのない組織. 英治出版株式会社.)</p> <p>松原克征 (2015). ボーイング 787 と航空基礎. <a href="https://www.leading-sn.waseda.ac.jp/wp-content/uploads/2015/06/5th-colloquium2015.pdf">https://www.leading-sn.waseda.ac.jp/wp-content/uploads/2015/06/5th-colloquium2015.pdf</a>. (取得: 2024年3月25日).</p> <p>山田光男(2015). TEM理論と航空機の安全運航に関する一考察. <a href="https://repository.exst.jaxa.jp/dspace/bitstream/a-is/555826/1/AA1540141003.pdf">https://repository.exst.jaxa.jp/dspace/bitstream/a-is/555826/1/AA1540141003.pdf</a> (取得: 2023年12月22日).</p> <p>柴田伊冊 (2019). 危機管理と日本語による表現—航空用語(英語)との比較からの一考察—. 総合危機管理(3), 69-77.</p> <p>運輸安全委員会 (2009). 航空重大インシデント調査報告. <a href="https://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/rep-inci/AI2009-1-2-JA8904-JA8020.pdf">https://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/rep-inci/AI2009-1-2-JA8904-JA8020.pdf</a>.23. (取得: 2024年3月19日)</p> <p>垣本由紀子(2001). 航空における情報取得とパイロットエラー. 国際交通安全学会, 26(2), 38-47.</p>

<p><b>③ユナイテッド航空 173 便の悲劇 (1978 年 12 月 28 日ポートランド郊外)</b></p>
<p><b>概要</b></p> <p>ユナイテッド航空 173 便は、1978 年 12 月 28 日の午後、ニューヨークのジョン・F・ケネディ国際空港からオレゴン州のポートランド空港に向けて離陸した。コックピットには 3 人のクルーがいた。機長のマルバーン・マクブルームは飛行経験 25 年以上のベテランだった。副操縦士のロッド・ビービは勤務年数 13 年、5000 時間以上の飛行経験があり、航空機関士のフォレスト・メンデンホールは勤務年数 11 年、飛行経験は 3900 時間で 3 人ともベテランであった。</p> <p>途中のデンバーで短時間のストップオーバーを経て、14 時 47 分に最終目的地のポートランドに向けて飛び立った。17 時 10 分頃、ポートランドの管制から空港への進入許可が出たためマクブルーム機長はランディング・ギアのレバーを下げた。通常はこれでスムーズに車輪が下りて定位置にロックされる。しかし、このときは「ドン!」という大きな音とともに機体がガタガタと揺れた。ギアがロックされると点灯するはずのインジケーターランプが一つだけ点灯していなかった。機長は管制に無線連絡をして、「問題を確認するまで飛行時間を延長したい」と要請した。管制はすぐさま「方位 100 度へ左旋回してくだ</p>

<p>さい」と指示を出した。173 便はその通り空港南方へ向かい、ポートランド郊外上空で旋回飛行に入った。</p> <p>クルーは確認作業を始めた。機体下の車輪がロックされているかは目視できないため、代わりのチェックをいくつか行った。航空機関士は客室から窓越しに主翼上面にボルトのような突起（車輪がロックされていると出る仕組みになっている）が出ているか確認した。サンフランシスコにあるユナイテッド航空の運航整備管理センターに連絡を取るなど様々な手を尽くした。そしてすべての状況から考えて、車輪は正しくロックされていると思われた。</p> <p>しかし機長はまだ不安だった。車輪なしでの着陸は大きなリスクを伴うため、責任ある機長として車輪が出ていることの確認が欲しかった。173 便にはデンバーを発った時点で4万6700ポンド（約1万6500リットル）の燃料が積まれていたが、毎分210ポンド（70リットル強）の燃料を消費するため、旋回飛行ができる時間は限られていた。</p> <p>航空機関士は繰り返し機長に残燃料が少ないこと知らせていたが、機長はそれに対して反応せず、車輪の問題を考えることに囚われていた。その結果、燃料が尽き、機体は墜落した。</p> <p>燃料切れのため火災は発生しなかったが、乗員乗客189人中、航空機関士、客室乗務員責任者1人、および乗客8人の計10人が死亡し、21人が重傷、3人が軽傷を負った。</p> <p>機内マニュアルによれば、このような状態では、（それが可能であれば）飛行場上空を低空飛行し、管制塔に目視確認してもらうこととなっていた。これで確認が得られれば、脚は正常に下りているとみなして着陸してよい（ただしその後のタクシングは禁止）とされていた。だが、この管制塔による目視確認は行われなかった（管制塔への要請自体がなされなかった）。また、機体に備えられた目視インジケータ（DC-8主脚では主翼上面に棒状の突起が出る）を、キャビン窓ガラスを通して確認することとなっており、これが確認できれば、「機長の裁量により」着陸することが許されていた。このチェックは実際に機関士により行われ、結果は「正常にロックされている」であった。事故後の調査でも主脚は正常にロックされており、そのまま着陸ができたであろうとされている。</p> <p>しかしこのとき既に機長の頭の中では、「右主脚はロックされていない」、「接地したとたんに脚は引っ込んでしまう」、その結果として「胴体着陸が不可避である」、という考えが支配的となっていた。当該フライトでは副操縦士が操縦を担当していたので、ファイナルでのギアダウン操作は機長が行ったが、自身で行ったこの操作に際して、事故後の聴取において、「このときのただならぬ異常音と振動、その後の異様な機首の振れなど、すべて経験したことの無いものだった」と証言しており、目視用インジケータでの確認程度では胴体着陸となるであろうという考えを容易に変えられるものではなくなっていたと考えられている。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機長は残燃料よりも車輪の問題の答えを探すことに必死になっていた。</li> <li>・機長は問題を解決することに集中しすぎるあまり、時間の感覚が抜け落ちていた。</li> <li>・航空機関士は機長に残燃料を知らせたが何の反応も得られなかったが、強く意見を伝えなかった。</li> <li>・173便と同じDC-8機種は1年前にもランディングギアに問題が発生し、同様の状況で事故を起こしていた。</li> </ul>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・その場で車輪の問題が確認できなかったことによって生じた<b>ツァイガルニク効果</b>、<b>解放困難バイアス</b>とそれによって引き起こされた過集中による<b>時間感覚の麻痺</b></li> <li>・機長と航空機関士の間に<b>権威勾配</b>があり、<b>心理的安全性</b>が脅かされたため、強く意見を言えなかった</li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>人間の時間感覚は、長年パイロットをしているプロフェッショナルでも時として歪み、冷静さを失うということ。また、周りのクルーは状況によっては立場を超えて、強く意見を言わなければならない。</p>
<p><b>出典（文献）</b></p> <p>マシュー・サイド (2016). 失敗の科学. デイスクヴァー・トゥエンティワン.      デヴィッド・ビーティ (著)・小西進 (訳) (2002). 機長の真実. 講談社.</p>

④ニュージーランド航空 901 便エレバス山墜落事故  
(1979年11月28日午後 南極大陸のロス島にあるエレバス山腹)

**概要**

ニュージーランド航空 901 便が、南極大陸のロス島にあるエレバス山の山腹に墜落し、乗客 237 人と乗員 20 人、合わせて 257 人全員が死亡した事故。南極で起きた最初の民間航空機事故であり、ニュージーランド航空にとっては設立以来最悪の事故となった。捜索活動は悪天候により難航したものの、可能な限り遺体と遺品が回収された。

ニュージーランド航空 901 便は南極観光飛行を目的とした不定期便であった。1979 年は 11 月に 4 回の飛行が計画され、当フライトがこの年最後のフライトだった。

901 便は、南極のマクマード基地まで飛行する予定であった。マクマード基地は、アメリカ合衆国の南極観測基地である。マクマード基地にはアメリカ海軍の航空交通管制センターが併設されており、通称「マック・センター」と呼ばれていた。

オークランド空港を離陸した 901 便は、計画通り順調に飛行し、マクマード湾に向けて降下を続け、610 メートルまで降下した。直後に作動した対地接近警報装置に機長はすばやく対応したが、間に合わず、機体はロス島に衝突した。

衝突まではあっという間の出来事だったため、乗務員には無線でメッセージを送る機会は無かった。発見された機体の残骸は、1.6km 以上の範囲にわたって散乱し、その状況から水平飛行に近い姿勢の巡航速度で墜落したことが判明した。

事故の直接的な原因は、地平線の区別がつきにくい空域を低高度で飛行したこととされ、パイロットのミスであると結論づけられた。しかしその後の調査で、乗員に知られることなく飛行経路のデータが修正されていたことや、マクマード基地の管制官が、事故の直前に降下を許可したことが明らかとなり、航空会社の責任が認められた。

また、この事故の調査においては、王立調査委員会が、ニュージーランド航空の証拠隠滅や秘匿工作を主張し法廷論争に発展した。この事故以降、ニュージーランド航空は南極観光飛行を行っていない。

**事故の推察される背景**

- ・事故調査委員会は、不適切な低空飛行を行った乗員の判断が事故原因と結論づけた。しかし、事故の背景に複数の要因が関係していたことから、この結論には疑問が呈された。そして、王立委員会による新たな調査が行われ、乗員に知らせずに飛行経路のデータが修正されていたことが主たる原因とされた。さらに王立調査委員会は、航空会社の不適切な管理手順が事故につながったとし、事故の隠れた要因は航空会社と関係当局の安全に対する姿勢にあるとも指摘した。
- ・ニュージーランド航空の作成した飛行計画には、マクマード基地の経度の座標などに誤りがあり、パイロットにも誤った情報が与えられ、それに基づいて訓練が繰り返し行われていた。事故の 2 週間前にニュージーランド航空は誤りに気付いたが、機長も他の乗員も、事前の情報に誤りがあったことや、そのために飛行計画が修正された事実は知られていなかった。「エレバス山にまっすぐ進むように飛行計画を立て、それをパイロットに知らせなかった地上職員の過ちが、この惨事の最大かつ事実上の唯一の原因である」と結論づけられている(Reason,2008/2010)。
- ・機長は悪天候の中、雲の切れ目を見つけ、予定よりも早く高度を下げようとした。事故当時、ホワイトアウト現象が発生していたとみられ、機長が高度の異常に気づくことが妨げられた。
- ・ニュージーランド航空は低高度での旋回飛行を南極観光飛行の見せ所としていた。観光飛行で低空飛行が繰り返されていたにもかかわらず当局による指導もなかった。
- ・王立委員会の報告書では、一般的に事故の背景には複数の要因が存在すると述べた上で、本事故に至った要因として 10 項目を挙げた。報告書は、担当者個人の問題というよりも、航空会社の不適切な管理手順が事故につながったとしている。

**関連する心理学関連概念**

- ・ホワイトアウト現象による高度の誤認識
- ・低空飛行の危険性に対する楽観性バイアス
- ・航空会社の不適切な管理手順によるヒューマンエラー

**出典 (文献)**

Reason, J. (2008). *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic*

Recoveries. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)  
NZ History. New Zealand Ministry for Culture and Heritage. Hearing the news - Erebus disaster. <https://nzhistory.govt.nz/culture/erebus-disaster/hearing-the-news> (2024年3月12日取得)

### ⑤エア・フロリダ 90 便墜落事故

(1982年1月13日午後 アメリカ合衆国・ポトマック川)

#### 概要

アメリカ合衆国のワシントン国際空港を激しい吹雪のなか離陸したエア・フロリダ 90 便が、離陸直後に氷結したポトマック川に架かる橋梁に激突、川に墜落した航空事故である。

乗員乗客 79 人のうち 74 人と橋梁上の自動車内にいた 4 人の計 78 人が死亡、客室乗務員 1 人と乗客 4 人が救助された。

事故当時は米国を歴史的寒波が襲い、数日にわたって低温が続き、自動車が路上で立ち往生するなど日常生活にも支障をきたしていた。ワシントン国際空港は正午に滑走路が使用可能となったが、再びいつ閉鎖になるかわからない状況であった。

この事故の原因は、エンジン防水装置を作動させなかったために、通常より遅い誤った速度で機体が離陸したことによる。離陸直後、機体は失速し、ポトマック川橋梁をかすめて渋滞中の自動車数台を巻き込み、氷の張った川面に墜落した。(なお、エア・フロリダ航空はこの事故を発端に経営が悪化し、事故発生から 2 年後に倒産している。)

副操縦士は、冷たい雨(氷晶雨)が降るなか、除氷が不完全であることに気付いていたが、離陸を中止すべきであると、機長に進言できなかったとされる。離陸前の機長と副操縦士のやりとりについて、副操縦士は、「おかしくありませんか?」と計器の異常を伝えるも、機長は「大丈夫だ」と返答している。副操縦士は「それは違うと思う。でもあっているのかもしれない」「私には(それがあっているのか)わからない」と述べたものの、機長から「落ち着け」と返され、その後は懸念を機長に指摘することはなく、懸念を曖昧にしたまま離陸していた。

#### 事故の推察される背景

・エンジン防水装置の使用方法を誤ったこと。エンジン始動のチェックリストに際して、該当項目を副操縦士が読み上げたが、機長は“OFF”と答えている。

・翼上に雪氷が積もっていたにもかかわらず離陸の決断をしたこと。

・離陸作業の初期に、機長が異常なエンジン計器の読みに注意をとられて、離陸を中止しなかったこと。

・副操縦士はエンジン計器の異常を何度も訴えたが、機長はそれを無視するか、または「問題なし」とした。副操縦士は機長に行動を直接的に提案しないまま「沈黙」というかたちで機長の意見を間接的に否定しようとしながらも、機長の「そんなことはわかっている」という雰囲気のある返事から、態度を軟化させてしまい、自分の懸念を強く主張できなかったと考えられる。副操縦士が計器の異常と自分の意見を直接的に繰り返し伝えていれば、このような悲劇は起きなかった可能性がある(清水,2023)。

・機長は寒冷地に不慣れであった。冬季運航の経験が限られていたこと。

・降雪の中で離陸許可受領まで時間を要したこと。

#### 関連する心理学関連概念

・機長と副操縦士の間に**権威勾配**があり、**心理的安全性**が脅かされていたため、強く意見を言えなかった

・**タイムプレッシャー**を背景とし、計器の異常に対して機長の**楽観性バイアス**が生じた

#### 出典 (文献)

Edmondson, C. A. (2019). *The Fearless Organization*. John Wiley & Sons, Inc. (野津智子(訳) (2021). 恐れのない組織. 英治出版株式会社.)

清水沙矢香 (2023). 誰がどう話せば相手に正しく伝わるのか「言語的スタイル」から探る会話術. <https://www.e-falcon.co.jp/column/hr/kaiwa-jyutsu>. (取得：2024年3月19日)

運輸安全委員会 (2009). 航空重大インシデント調査報告. <https://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/rep-inci/AI2009-1-2-JA8904-JA8020.pdf>. (取得：2024年3月19日)

Aviation Safety Network. ASN Aircraft accident Boeing 737-222 N62AF Washington-National Airport, DC(DCA) [Potomac River]. <https://aviation-safety.net/database/record.php?id=19820113-0>. (取得：2024年3月12日).

## ⑥ギムリー・グライダー (1983年7月23日オンタリオ州のレッドレーク上空)

### 概要

エア・カナダ 143 便が飛行中に高度約 1 万 2000m で燃料切れを起こし、警報装置が作動後まもなく全ての動力を失った事故。

事故の発生当初、パイロットたちは近くのウィニペグへ緊急着陸することを考えたが、降下率を計算すると到着が不可能だとわかった。そこで、かつてカナダ空軍のパイロットであったクィンタル副操縦士が、より近いところにギムリー空軍基地があることを思い出し、同機はそちらへ向かうこととした。

ギムリー飛行場へ向かいながら、ピアソン機長とクィンタル副操縦士は、着陸の際にサイドスリップを実行する可能性について話し合った。サイドスリップとは、飛行機の片翼を上部前方に傾け、横滑りしながら降下する操縦方法で、高い技術をもったパイロットが、グライダーや、軽飛行機をすばやく小さな飛行場に下ろすときに使う方法の一種である。これが、燃料切れからエンジンの停止した 143 便が最終的にとった手段であり、その結果 1 人も死者を出すことなく不時着に成功する。しかし一歩間違えれば乗務員 8 名と乗客 61 名の命が失われる可能性があった。

原因は、実に単純な「計算ミス」だった。モントリオールから飛び立つ前、143 便の燃料タンクには 7,682 l が残っていた。必要燃料量は 2 万 2300kg であるため、7,682 l を kg に換算し、補給する燃料を決める必要がある。しかしこの l から kg への換算をする際に、単位をポンドと誤った。1 ポンド=約 0.453kg なので、同機には必要な燃料の半分以下しか入っていなかった。

奇跡の生還を果たした同機は、損傷が軽微であったためたった 2 日で修理を終えて再び路線に復帰し、「ギムリー・グライダー」のニックネームをつけられることとなった。

### 事故の推察される背景

・「燃料搭載量情報システム(FQIS)」は、燃料搭載量の状況をパイロットに提示するが、事故当時の 143 便の FQIS は動作に異常をきたしていた。

・必要な燃料の重量を計算する過程は正しかったが、その重量を給油する際の容積に換算するにあたって、キログラムとリットルの換算に使う比重ではなく、ポンドとリットルの換算に使う比重で計算してしまった。これにより、本来 2 万 2300kg になるはずだった燃料が、1 万 116kg しか入れられず、上空で燃料切れを起こし、墜落の危機へとつながった。

・メートル法への移行の最中であった。FQIS が故障していたため、給油後に事故機の航法装置には燃料搭載量として“22300”が手動入力された。装置のプログラムはメートル法に基づく処理を行っていたため、燃料搭載量は 22300 キログラムと解釈されて目的地まで十分に足りる量と処理した。

・給油担当者も 2 名のパイロットも同じ過ちをしたため、数回にわたって検算するも問題は発見されず燃料の致命的不足に気づくことはなかった。

### 関連する心理学関連概念

・燃料搭載量の計算に対する**確認バイアス**、**ヒューマンエラー**。

### 出典 (文献)

Tinsley, H.C. & Dillon, L.R. & Madsen, M. P. (2001). *How to Avoid Catastrophe. Harvard Business Review*. (DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部(訳). (2019). 意思決定の教科書. ダイヤモンド社, pp.63-86.)

林祐 (2020). 第 42 回 残燃料なし!. <https://aegis-cms.co.jp/639>. (取得：2024年3月22日)

<p>⑦アロハ航空 243 便の機体破壊事故 (1988 年 4 月 28 日午後 アメリカ合衆国ハワイ州)</p>
<p><b>概要</b> アロハ航空のボーイング 737 型機がヒロ国際空港からホノルル国際空港へ向けて飛行していたところ、胴体の前方上部が突然分離した事故。幸い操縦が可能であったため、緊急降下を行いマウイ島のカフルイ空港に緊急着陸した。しかし空中で外に投げ出され行方不明となった客室乗務員 1 名が死亡と認定。残りの搭乗者 93 名全員は生還した。事故調査の結果、事故機の胴体には無数の疲労亀裂があり、飛行中にそれらが急速に拡大・結合したことで胴体が分離したと推定された。事故機は世界中の 737 型機で 2 番目の経年機で、亀裂が発生し見逃された背景として設計や整備に関する多くの問題点が浮き彫りになった。アロハ航空はハワイの島々を結ぶ短距離路線を高頻度で運航していた。アロハ航空 243 便もこのようなハワイ諸島の定期便の一つだった。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b> ・1981 年 11 月に機体の検査が行われているが、その検査が適切に実施されなかったことが示唆されている。渦電流検査が行われ、2 人の検査官が独立した目視検査を行ったにもかかわらず、検査官が検出可能な亀裂を発見できなかった理由はいくつか考えられるが、目視検査タスクに関連する人的要素が挙げられる。人は重要なタスクを遂行する力を持つことができる。しかし、同じ作業を繰り返し実行するように求められた場合、結果への期待、退屈、作業の長さ、検査作業中の孤立感などの環境条件は、パフォーマンスに影響を与える。 ・保守や点検には、人間の行動に対する概日リズムの影響も関係する。作業は夜間に実施されることが多く、パフォーマンスの正確さに影響を与えたと考えられる。</p>
<p><b>関連する心理学関連概念</b> ・夜間の作業に対するサーカディアンリズムの影響によるヒューマンエラー ・同一単純作業を目視による確認で行ったことによって生じた<b>注意資源の配分不足（注意欠損）</b></p>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b> 本事故を受けてアメリカ合衆国では全機疲労試験が義務化されるなど各種法制度が強化され、経年機の安全対策が進んだ。 FAA(Federal Aviation Administration; 米連邦航空局)は監督不十分を指摘され、老朽機体の検査の徹底したプログラムを作成することとなった。また、この事故に至るまで、FAA は航空機の耐久性設計、製造管理について航空機メーカーの指導監督にも関与していた。しかし、立場の二面性の影響を懸念する見解から、以降 FAA は運航安全審査分野業務に徹すようになった。 この事故をきっかけとして、広域疲労損傷を防止するため、構造寿命を設定し、寿命までの間は広域疲労損傷が発生しないことを実証するよう要求されることとなった。 安全委員会は航空業界における検査には、反復的かつ詳細な作業を行う人間に実質的に依存する検査方法が含まれていることを懸念した。安全委員会は、非常に広い領域を検査したり、反復操作を実行して非常に小さな欠陥を見つけたりする現在の方法を改善するための研究が必要であると考えている。また、広いエリアや多数の反復作業を伴う航空構造物の検査は、可能な限り自動化する必要があるとしている。そうでない場合は、開発された他の技術により、そのような作業に人間のパフォーマンスに固有の潜在的なエラーが排除または最小限に抑えられる必要がある(NTSB,1989)。</p>
<p><b>出典（文献）</b> Reason,J.(2008).The Human Contribution:Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries.佐相邦英(監訳)(2010).組織事故とレジリエンス:人は事故を起こすのか、危機を救うのか.株式会社日科技連出版社。 渡利邦宏(2006).航空界におけるヒューマンエラーとその防止策.海と安全,531,46-50. 寺田博之・小林英男(2023).アロハ航空機の胴体天井吹き飛び.<a href="https://www.shippai.org/fkd/cf/CB0071009.html">https://www.shippai.org/fkd/cf/CB0071009.html</a>(2024 年 2 月 28 日取得) National Transportation Safety Board (NTSB)(1989). Aircraft Accident Report--Aloha Airlines, Flight 243,Boeing737-200,N73711,near Maui,Hawaii,April 28,1988. <a href="https://">https://</a></p>

## ⑧ オンタリオ航空 1363 便墜落事故

(1989年3月10日午後 ドライデン地域空港から約1km離れた森)

### 概要

オンタリオ航空が運航する旅客定期便の航空機が、離陸の直後に空港から約1km離れた森林に墜落した事故。離陸待機中に主翼が着氷したことによって十分な揚力が生まれず、そのまま降下し墜落に至ったものとされている。機体は大きく3つに分断され、乗客・乗員69名のうち、乗客21名と、機長・副操縦士を含む乗務員3名の24名が死亡したが、生存者のなかに乗務員がいたほか、目撃者もいたことから当時の気象や機内の状況は聴取しやすいなかで、原因究明が進められた。

その日、機長と副操縦士は、マトニバ州ウィニペグ国際空港から、オンタリオ州の北部ドライデン空港を経由地として、オンタリオ州サンダーベイ空港への飛行を2往復する勤務が予定されていた。彼らは、7時25分発の1363便に備えてウィニペグ空港に本社した。機長は、2か月前に当該便で使用するフォッカー社28型機の機長になったばかりだった。

1363便は7時49分、定刻よりも20分遅れてウィニペグを離陸した。目的地に到着後、折り返し便である1363便の飛行計画では旅客55名中52名が最終目的地ウィニペグまで搭乗する予定だった。

ドライデン空港で1363便は、燃料補給と貨物・旅客を搭載した。このとき、他社便の欠航により、予定より多くの搭乗客が1363便を利用することが判明する。機長はこのままでは加重であり、出発できないと判断し、オンタリオ航空の運航管理室を通じて別会社に対して追加旅客を降ろす様に要請したが、オンタリオ航空の運航管理室は機長の要請を退け、搭載燃料を相応分抜くよう指示をしてきたことで、機長はかなりいらだっていた様子であったとの証言がある。この事態に対応するため、運行時間に遅れが出ることとなり、それによる焦りがあったためか、二人の操縦士は通常は行うべき出発前の外部点検をしなかった。

1363便のドアが閉まった時、駐機場は雪で薄く覆われ、翼にも6~12mmほどの雪が積もっていた。午後12時3分、予定より1時間遅れて滑走路に向かったが、雪はさらに激しさを増していた。副操縦士は、ウィニペグへの飛行の許可を要請したところ、この交信が完了する前に、一機のセスナ機がドライデンへの優先着陸を要請してきた。セスナ機は悪天候による緊急性を訴えており、機長は、一度はセスナ機側の上空待機を要請したが、結局は1363便が滑走路手前で6分間の待機をせざるを得なかった。雪のため視界が悪くなっている中、セスナ機が着陸し、それを待って1363便は離陸準備に入った。

このころ、客室内では乗客も客室乗務員も雪や翼の上にはうっすら積もっている雪があることを認識していた。特に移動のため搭乗していたオンタリオ航空の乗務員はその状況について担当客室乗務員に警告している。しかしながら、その報告が操縦室になされることはなかった。

1363便は滑走路の東端まで移動し、離陸に向けてエンジンスロットルをfullまで上げた。予定より1時間10分遅れの15時頃、離陸したかに見えたが、機体は上がり切れず、再度機体を持ち上げる操作が試みられたものの、既に滑走路を過ぎており、そのまま激しい火炎と黒い雲とともに機影は見えなくなり、墜落が確認された。

### 事故の推察される背景

・機長に関わらず全てのエアラインスタッフの中には少なからずタイムプレッシャーが存在する。タイムプレッシャーはあらゆる方向から、関連する人間の正常な判断を鈍らせていく。本事故機は、予定された時刻に離陸できない状況にあった。

・遅延と厳しくなる気象条件、通常と異なるオペレーションは、機長にプレッシャーをかけた。このプレッシャーを受けた機長と朝からともに過ごし、彼の言動の変化を身近に感じていた客室乗務員は、副操縦士とともにネガティブな影響を受けたと言える。

・機長と部下との権威勾配が大きすぎたことも考えられる。さらに、予定外の搭乗客への対応において、機長は自らの判断と提案を却下されていることから、機長もまた別の権威勾配の渦中にいたことが推察される。

<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機長と部下たちの間に<b>権威勾配</b>があり、<b>心理的安全性</b>が脅かされていたため、いらだっている機長に雪が翼に積もっていると意見を言えなかった</li> <li>・<b>タイムプレッシャー</b>を背景とし、操縦士二人に<b>楽観性バイアス</b>が生じて、出発前の外部点検を怠った</li> </ul>
<p><b>出典（文献）</b></p> <p>Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)</p> <p>森川佳世 (2010). ある航空機事故から学ぶヒューマンエラーについての考察—全ての組織への警鐘. 埼玉女子短期大学研究紀要, 22, 183-196.</p>

<p><b>⑨ユナイテッド航空232便不時着事故&lt;リカバリー事例&gt;</b>  <b>(1989年7月19日 アイオワ州のスー・シティーのスー・ゲートウェイ空港)</b></p>
<p><b>概要</b></p> <p>ユナイテッド航空 232 便が飛行中に殆ど制御不能に陥り、アメリカ合衆国のスー・ゲートウェイ空港に緊急着陸を試みて大破炎上した航空事故。</p> <p>15時16分、232便は第2エンジンが故障し、それにより3系統の油圧システムの配管がすべて切断された。この確率は10億分の1以下とされ、考えられない事態に対処するためのマニュアルはなかった。45分後、232便は空港に着陸、大破した。285名の乗客および11名の乗員のうち、乗客174名と乗員10名は生還した。</p> <p>油圧システムが破壊されて14秒後、機体は右に38度も傾いた。そのときヘインズ機長は、左の第1エンジンの出力を絞り、第3エンジンの出力を最大にした。すると右翼が水平方向に戻ってきた。パイロットたちは、乗客に非番で偶然にも搭乗していたフィッチ機長がいることを知らされ、彼を呼び入れた。フィッチ機長は、スロットルレバーを操作した。彼らが航空機をどうにか空港に誘導したことで、全員ではなかったものの多くの乗客らが生還することができた。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故が起きたタイミングが、現地の病院の日勤と夜勤の交代時刻と偶然一致し、日勤と夜勤の両方が負傷者の手当てに当たることができた。</li> <li>・その日は月に一日だけの第185アイオワ空軍州兵が任務についている日であった。232便の到着を、285名の訓練された州兵も待ち構えていた。</li> <li>・空港の救急サービス、「スーランド救急サービス」は、3年ごとに防災訓練を行っていた。1987年の訓練では、大型ジェット機が墜落するというシナリオですべてのことをリハーサルし、訓練した。</li> <li>・ユナイテッド航空は、毎年、客室乗務員に対して、緊急着陸について教育している。UAL232便の客室乗務員は、若手から、ベテランまで、この訓練を受けてきた。</li> <li>・ユナイテッド航空は、1981年からCRMプログラムを導入していたに。その主目的は、問題が発生した場合に、操縦室内の誰もが、意見を言えるようにパイロットたちを教育することにあった。</li> <li>・金属疲労。ファンディスクが見つかり疲労割れなどの欠陥が存在していたことがわかり、金属学的調査の結果、疲労亀裂はディスクボア内面にある欠陥から始まっていることが判明した。事故までの17年間、このファンディスクは計6回の精密部品検査を受けていたにもかかわらず、この欠陥は超音波、マクロエッチ法及び実運航に入ってから蛍光浸透探傷検査などでも見逃されたまま残ったのである。その原因として①吊り下げられたディスクボアの全面を目視できるように回さなかった②つり下げケーブルがかかっている部分への粉末現象材の適用が不適切だった③ボア部に亀裂が発見されることはまれなので重要検査領域とは考えられていなかった、という可能性がある。ファンディスクに生じた亀裂を発見困難にした要因について、さまざまな議論がなされることとなった。</li> </ul>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・客室乗務員間や操縦室内で<b>心理的安全性</b>が確保されていたためスムーズな対応ができた</li> <li>・点検における<b>楽観性バイアス</b>や目視確認で起きた<b>注意資源の配分不足（注意欠損）</b></li> </ul>

<p>・油圧システムがまさかすべて破壊されるとは想定されていなかったというという<b>確証バイアス、正常性バイアス</b>。</p>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b>      驚異的なリカバリーには、運が必要である。関係者の驚異的なプロフェッショナルリズムを決して軽んじているのではない。運というものが重要な役割を果たしたのは事実である(Reason,2008/2010)。      小さな欠陥でもできるだけ早期に発見しないと、後に大きな問題となってしまう。点検を怠ると、大きな災害を招く。</p>
<p><b>出典 (文献)</b>      Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)      中尾政之 (2023). DC10 第 2 エンジンの脱落によるユナイテッド航空機事故. <a href="https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000219.html">https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000219.html</a>. (取得: 2024 年 2 月 28 日)      藤原源吉 (1996). 最近の疲労破壊による航空機事故と疲労基準改定案. 材料, 45(1), 2-8.</p>

<p><b>⑩BAC1-11 による航空事故</b>  <b>(1990 年 6 月 10 日 イギリス・オックスフォードのディドコッド上空)</b></p>
<p><b>概要</b>      ブリティッシュ・エアウェイズ 5390 便の飛行中に、不適切に装着されていた操縦席の窓ガラスが吹き飛び、機長の半身が機外へ吸い出され、機内が急激な減圧に陥った事故。同機が 5200 メートルまで上昇したとき、操縦室の風防ガラスが吹き飛び、さらに機長が吸い出されそうになった。客室乗務員のニジェル・オグデンは機長を引き戻そうとしたが、機長の足が、操縦席のパネルと操縦桿の間に挟まって引っかかった状態で、うまくいかなかった。一方、副操縦士は減圧、機体から吸い出されそうになっている機長、25 度傾きながら旋回降下する機体という多重の緊急事態に直面していた。乗務員のジョン・ヒュワードは監視用補助席に座ってシートベルトをして、オグデンと一緒に機長の足を抱えた。      副操縦士がなんとか機体の速度を落としたことで、機長の体がずれて、操縦室の中から機長の顔が見えるようになった。機長の目は見開かれたままで、生きていた兆候はなかった。副操縦士は、たとえ機長が死んでいようとも、オグデンとヒュワードに機長を放すという意味で、頭を振った。もし機長を放してしまうと、体がエンジンにぶつかって、エンジンが損傷する危険性があったのである。それだけでなく、機長の体は、操縦室の窓にポッカーり空いた穴を部分的に塞いでくれたからでもある。      副操縦士は着陸に慣れているガトウィック空港への着陸を要請した。高度約 90 メートルまで降下したとき、機長の足がぴくりと動き、機長はまだ生きていかもしれないという希望が湧いてきた。彼は骨折、打撲と凍傷、そしてショック状態だったが、彼は 5 か月後に、仕事に復帰したのである。      BA5390 便は、午前 7 時 55 分に着陸した。乗客はショックを受けていたが、怪我もなく、飛行機から降りた。結果的に、怪我を負ったのは機長と乗務員のみであったが、一歩間違えれば大惨事となりかねない事態であった。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b>      ・事故の前日、夜勤を務めた経験の長いマネージャー整備員は一人で窓ガラスを交換したが、窓を固定する 90 本のボルトのうち、新品と交換した 84 本が正規のサイズよりも少し細いサイズのものだった。手順書を確認しなかったうえ、倉庫が暗かったために商品番号も確認できず、交換前のボルトと用意したボルトを目視で確認し同じだと判断して取り付け、のちの確認作業でボルトの頭が通常的位置よりも少し落ち込んでいたことに気づけなかった。それにより、倉庫の担当者から当該ボルトの指示があったにも関わらず、それに従うことにならなかった。      ・マネージャーは次の日の夜勤では別の窓を交換したが、昨晚とは違うボルトを使っていることも不思議に思わなかった。      ・マネージャーの判断は、他の第三者の確認を経ずに完結する仕組みとなっていた。そのため、ボルトの強度が足りず、気圧差で一気に窓が吹き飛んでしまった。</p>

<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボルト交換を夜間暗い倉庫で行ったことによるヒューマンエラー</li> <li>・ボルトの種類の確認に対する<b>楽観性バイアス</b></li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>ほんの些細な「安易な判断」と「注意散漫」が飛行安全に直結し、人命を危険にさらすことにつながる。命を預かっていることを肝に据え、手順を必ず確認し、決められたことに沿って作業をしなければならない。</p>
<p><b>出典（文献）</b></p> <p>Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)</p> <p>Japanese Aerospace Quality Group (2013). 飛行安全教育ガイダンス文書作成チーム. 宇宙及び防衛分野の組織におけるガイダンス文書(その 2)ー飛行安全教育ー. <a href="https://jaqg.sjac.or.jp/document/2022/2_RobustQMS_Guidance_FlightSafty_20130801r2.pdf">https://jaqg.sjac.or.jp/document/2022/2_RobustQMS_Guidance_FlightSafty_20130801r2.pdf</a>, 17.</p>

<p><b>①①ダナ・ファーバーがん研究所における投薬ミス事故</b>  <b>(1994年11月4日 アメリカ合衆国</b>  <b>ハーバード大学医学部附属ダナ・ファーバーがん研究所)</b></p>
<p><b>概要</b></p> <p>ハーバード大学医学部附属ダナ・ファーバーがん研究所で行われていた、がんに対する試験的治療に参加した患者1名が死亡、1名が心不全となった医療事故。</p> <p>乳がんと診断されたベツィ・レーマンは、ダナ・ファーバーがん研究所での治療を決めた。一方、モーリーン・ベイトマンも、ダナ・ファーバーの同じ試験に参加した。</p> <p>レーマンとベイトマンは3クール目の治療を受けるべく、同時期にダナ・ファーバーに入院した。ベイトマンはそこで、治療の副作用によって重症の心不全を発症した。近接する病院のICUに転送されるも、蘇生処置を受けたことで一命をとりとめた。</p> <p>レーマンも同様に副作用の影響を受けており、これまでの副作用に比べて著しく強いと訴えていたものの、ICUでの治療を要するほど重症ではなく、近いうちに退院予定となっていた。レーマン自身は自分の体調に自信がないまま退院させられることに強い不安を感じており、退院前日の12月3日午前11時、退院の取り消しを相談するためソーシャル・ワーカーに電話をかけ、留守番電話に不安な思いを残していた。同日12時前にソーシャル・ワーカーがレーマンに折り返しの電話をかけたが、応答がなかった。同日12時15分、病室を訪れた看護師が急変した状態のレーマンを発見した。蘇生処置を施されるも、そのまま帰らぬ人となった。</p> <p>医療事故が発覚したのは、レーマンが死亡してから約2か月後のことだった。試験データの整理を担当していた施設の職員が、その試験における処方箋に誤った投薬量が書かれており、実際に誤った量の抗がん剤が投与されていた事実を発見した。処方箋を書いたのはフェロー2年目であった担当医で、彼は1クール4日間で投与すべき治療薬の全量を、1日分の量と誤解して処方箋を書いた。担当した薬剤師はその処方箋に疑問を抱き、担当医とともに試験プロトコルを見て投薬量の妥当性を検討したものの、量の誤認に気づくことができなかった。20ページに及ぶプロトコルの11ページには治療薬の1日量が1gであることが明記されていたが、1ページ目に書かれた要約には、1日量が4gであるとも読み取れる記載になっていたのである。2人は1日の処方量が多いことについて「大量の抗がん剤でがん細胞を叩き、骨髄抑制は幹細胞移植でリカバーしようというのが治療の目的だからだろう」という結論に達した。他の上級医は、この処方方の誤りに気付かずに確認サインを行い、複数の看護師も薬剤用量が多いことに気付かず、オーダー通りに投与を行った。ダナ・ファーバーの職務規定では、「看護師が投与薬剤の量を確認する、疑問を持ったなら主治医に連絡をとる、医師と意見が食い違ったら投与を拒否する」といった米国の看護師に課せられた義務について明記されていなかったのである。また、病棟にはプロトコルが置かれていなかったため、病棟看護師も気付かなかった。検査室では血液検査が行われ、異常値を示していたが、データは臨床試験保存カルテ用のみ記載され、患者カルテには記載されなかった。これらの結果として、過剰投与が認識されるまで、診療</p>

に関わった約 25 名の職員が誰一人として異常に気付かず、レーマンとベイトマンには抗がん剤のサイクロフォスファミドが 1 日分予定量の 4 倍も過剰に投与されるに至った。事件をメディアが大きく扱ったのは、ダナ・ファーバーが世界最高レベルの医療機関だったことだけが理由ではない。亡くなったレーマンはボストン・グローブ紙で健康・医療部門の記者を務めており、難解な医療知識を平明に解説し、病者への同情と共感に満ちた記事を書くことで知られていた。本件は、彼女の同僚記者が報道したことで、世間の関心を集めることになった。

#### 事故の推察される背景

事後検証より、治療計画書のプロトコルの記載が曖昧で、疑問に思った医師や薬剤師は誤認識した投与量が正しいというこじつけ解釈を行っていたことが推察された。また、処方箋を確認した上級医や看護師など、各医療者個人のチェックや医療者間の相互チェックが十分になされていなかった。加えて、副作用の強さを訴えるレーマンの容態の深刻さを医療者が正しく評価しておらず、重大な手違いが起きている可能性を十分に追及しなかったことも、事故の背景要因として考えられる。

これらの要因の根底には「医療従事者は誤りを犯さない」という考えが医療者と患者の中にあつたことや、エラーの連鎖を引き起こすリスクを管理するシステムや問題発生時の原因究明と改善プログラム（QAP：quality assurance program）の構築など、組織的な取組みが欠如していたことが考えられている。

#### 関連する心理学関連概念

- ・担当研修医や薬剤師の投薬量に対する**誤認識**や**確認バイアス**
- ・上級医や看護師らの**注意資源の配分不足（注意欠損）**
- ・レーマンの容態の悪さに対する**正常性バイアス**

#### 事件事故から得た教訓と対応など

米国では、この事例をきっかけに、医療過誤が生じる背景に組織的な課題があるという前提が広まった。JCAHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations：医療施設認定合同機構）は医療事故の事例収集と防止に乗り出し、医療機関に事故の原因究明を義務付けた。米国医師会は医療事故防止を推進するため、全米患者安全基金（NPSF：National Patient Safety Foundation）を設立した。米国医学研究所 Institute of Medicine が「To Err is Human」（訳「人は誰でも間違える」）と題する委員会報告を発表し、医療事故を組織の問題として捉えることを提言したことをうけ、米国連邦政府も「省庁間横断・医療の質改善タスク・フォース（Quality Interagency Coordination Task Force；QuIC）」を設立し、米国における医療体制の見直しや病院管理の基準変更など、具体的な患者安全対策の方向性を示した。これらの動きにより、アメリカ全体の病院管理基準が変化し、医療事故が医療者個人の過失でなく、組織の問題として捉えられるようになっていった。

ダナ・ファーバーでは、「QAP の改善」「看護師の権限を強める」「三重の薬剤確認」など、医療の質を守るための組織体制の構築が行われ、その他のがん治療専門施設の約 7 割も抗がん剤の誤投与を防ぐシステムの導入や見直しをおこなった。

#### 出典（文献）

Edmondson, C. A. (2019). *The Fearless Organization*. John Wiley & Sons, Inc. (野津智子 (訳) (2021). 恐れのない組織. 英治出版株式会社.)

阿久津祐子 (2022). 医療安全のための組織のレジリエンスエンジニアリングを考える—様々な安全文化に関する概念を参考に—. 北海学園大学大学院経営学研究科研究論集, 20, 49-65.

藤澤由和 (2002). 医療安全国際動向—政策的動向および施策とその方向性—. 保健医療科学, 51 (3), 118-123.

増成直美 (2013). 投与過誤事件における医療従事者の法的責任—抗がん剤の投与に着目して—. 日本赤十字九州国際看護大学紀要, 12, 1-12.

李啓充 (1997). 医学会新聞 連載 市場原理に揺れるアメリカ医療【番外編】ダナ・ファーバー事件(1). [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old\\_article/n1997dir/n2235dir/n2235\\_07.htm](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1997dir/n2235dir/n2235_07.htm). (取得：2024 年 1 月 23 日)

李啓充 (1997). 医学会新聞 連載 市場原理に揺れるアメリカ医療【番外編】ダナ・ファーバー事件(2). [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old\\_article/n1997dir/n2237dir/n2237\\_05.htm](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1997dir/n2237dir/n2237_05.htm). (取得：2024 年 1 月 23 日)

李啓充 (1997). 医学会新聞 連載 市場原理に揺れるアメリカ医療【番外編】ダナ・ファーバー事件(3). [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old\\_article/n1997dir/n2242dir/n2242\\_04.htm](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1997dir/n2242dir/n2242_04.htm). (取得：2024年1月23日)

## ⑫ガルダ航空機事故 (1996年6月13日午後 福岡県福岡市にある福岡空港)

### 概要

本事故は、離陸を急遽中止した航空機に生じた機体の損傷や火災により、3名が死亡した事故であるが、脱出時の集団行動のあり方において、心理的概念との関連がみられると考えられる。

インドネシア・バリ島デンパサールを経由し、同国の首都ジャカルタに向かう計画であったガルダ・インドネシア航空 865 便は、午後 0 時 8 分に滑走路で離陸ローテーションを開始した直後に右翼第 3 エンジンが故障した。機長は離陸中止を決断し実行したが、すでに機体が数フィート浮上しており、滑走路内で止まり切れずにオーバーランした。右翼の着陸装置が燃料タンクを貫通したために炎上した。この事故で乗員 15 名・乗客 260 名、合わせて 275 名のうち 3 名が死亡し、乗員 2 名・乗客 16 名の計 18 名が重傷、91 名が軽傷を負った。また、救助活動や消火活動に従事していた消防士のうち 53 名がジェット燃料に長時間接触したことによる化学熱傷を負った。

死亡した 3 名はそれぞれ座席番号 34K、35J、35K と機体右側に着席していたが、34K、35K の 2 名については右側着陸装置が胴体を直撃した衝撃で即死しており、35J の乗客は気を失い焼死したと推測されている。その他の乗客は機体が全焼する前に脱出したが、脱出時に客室乗務員による避難誘導が十分に行われなかったとの指摘が多く乗客らからあがった。これは乗客の大半が日本人であり、一部の客室乗務員の呼びかけが乗客に十分に伝わらなかったものと報告書は推測している。

本事例は異常な危機事態で、2～3 分で脱出しなければ確実に死に至る事態であった。被災者の証言から、事故発生直後、機内が激しく損傷したことがわかる。ただ機内前方 3 分の 1 程度は破損の程度が少なかったようである。しかしそれより後方では天井が落下したり、荷物や座席が飛んだり、足下からバーナーのように火が吹き付けてきたり、黒煙で 1m 先も見えなくなり、また呼吸も困難になった。特に最後部では機体が折れ非常口へ向けて上り坂になっていたり、壁や天井にまわりをふさがれたりして脱出も難しかったことがうかがえる。死者が出たのも最後部である。

### 事故の推察される背景

- ・離陸を中断した機長の判断が適切でなかった。機長は「離陸を中断しなければ空港周辺にある建物に衝突するおそれがあるため離陸の中断を決意した」と証言した。しかし、離陸を中断した時点で離陸決心速度を超過してローテーションを開始していたことに加え、事故機はエンジンの 1 基が停止しても安全に離陸が持続できる状態であった。
- ・同種の事故は多く発生しているが、極端に短い時間で事故の規模と安全に離陸できるかを正確にパイロットが判断することは非常に困難であるとの考え方もある。

### 関連する心理学関連概念

- ・機長が、既に離陸決心速度を超過していたにも関わらず、離陸を中断してしまった**確証バイアス**
- ・脱出時の混乱を生じさせる原因の一つである**同調**

### 事件事故から得た教訓や対応など

本事故では、機体損傷が激しかった後方座席ほど、家族や同僚、友人からの援助を受けた割合が高く、リーダーシップを発揮する人の割合も高かった。一方、左主翼上の機体中央付近の非常口から 260 名中 117 名の乗客が脱出しており、他者に対する同調や追従があって激しい混雑が生じたことがわかっている。また、密度が高い状況では、被災者は、自分は理性的であるが、他者は非理性的な行動をしたと知覚する傾向があることが明らかになった。さらに上述のように、機体中央の非常口で激しい混雑が生じたことから、危険知覚よりも密度の高さの方が群集の混乱に影響することも示された(釘原,2022)。

このほかにも、緊急事態の乗客の脱出行動においては、慣れ親しんだ人に接近すること、搭乗口から逃げようとする、光がある安全な世界に逃げる向光性があること、日常指導的立場にある人が緊急時でもリーダーシップをとり、複数のリーダーが協力し、リーダ

ーシップの集中化が生起すること、同調と服従が起こること、脱出に対する固着があること、腰が抜けて立てないこと、緊急時を認めようとせずパニックに陥ることが特徴として挙げられている(上野ら,2007)。

#### 出典 (文献)

釘原直樹 (2022). グループ・ダイナミックス-集団と群集の心理学-. 有斐閣.

上野由貴・中易秀敏 (2007). 航空機における緊急避難行動のアンケート調査に基づく要因分析. 甲南大学紀要. 工学編, 54(1), 19-45.

### ⑬横浜市立大学附属病院での患者取り違い事故

(1999年1月11日 神奈川県・横浜市立大学附属病院 第1外科)

#### 概要

手術室への患者受け渡しの際に患者の取り違いが発生し、その後も見逃されたまま、両患者にそれぞれ本来行うべき手術と異なる手術が施された事故。

事故発生当日の1月11日、第1外科病棟の入院患者3名の手術が、同時刻(午前9時)から予定されていた。そのため、1人の病棟看護師が2人の患者A(心疾患患者)・B(肺疾患患者)を同時に手術室に移送し、続いて残りの1名の移送も担当した。

手術室交換ホールにて、AとBを手術室看護師に患者を受け渡す際、病棟看護師は2名を並べて「AさんとBさんです」と伝えた。手術室看護師は前日にA・Bと面談していたが、目の前の患者がAかBか区別できなかった。しかし、後輩看護師が近くにいたため、術前訪問をしていたのに患者の特定ができないことを恥ずかしく思い、明確な名前確認を行わず不安を抱いたまま、誰か気づいてくれるだろうという考えもあり、AをBと認識して、Bの手術担当看護師に引き渡し、BをAの手術担当看護師に引き渡した(医療安全推進者ネットワーク, 2004)。それぞれの手術担当看護師は術前訪問をしておらず、各担当患者とは面識がなかった。手術室看護師がAに「Bさんよく眠れましたか」と声をかけたところ、Aが「はい」と答えたため、このやりとりを見ていたBの手術担当看護師はAをBと判断し、Bの手術を行う部屋に移送した。続いてAの手術担当看護師がBに「Aさん寒くないですか」と問いかけたところ、Bは「暑くはないね」と答えた。Bの肺手術を予定していた手術室に運ばれたAの肺には、Bと同じところに嚢胞様病変が認められたため、術前所見と大きな矛盾はないと判断され、嚢胞切除が行われた。Bの主治医2名を含む執刀医3名は、Aに麻酔用のマスクが装着された後に手術室に入室し、手術後に気管内チューブを抜いた際にAの顔を見たが、主治医2名とも患者の入れ替わりに気づかなかった。当該病院第1外科では主治医4人で1人の患者の診療に携わる「主治医グループ制」がとられており、患者に対する責任の所在が曖昧で、主治医が責任をもって患者の顔を知りえるシステムになっていなかった。

Aの心臓手術を予定していた手術室では、麻酔を始めた際に麻酔科医が患者の外見の違いに気づいた。また、肺動脈圧などの数値や心臓所見が術前と異なっているため、麻酔科医とAの主治医でもある執刀医2名が患者の取り違いの可能性について議論をしたが、頭髪の変化は散髪によるもので、肺動脈や心臓所見の変化は説明しうる事象と解釈した。その後入室した外科医も、患者がAと異なる印象を受けて「違うのではないか」と言ったが、そのまま手術が実施された。

手術後、ICU医師が診察時に患者が入れ替わった可能性に気づいた。Aに「Bさん」と呼びかけると「はい」と返事があったが、「お名前は何ですか」と続けて聞いたところ、「Aです」と返答があり、患者の取り違いが確認された。

#### 事故の推察される背景

本事例では、名前を呼んで返事をした人を当該患者として認識するなど、患者識別の方法が不適切だったことが事故の要因として考えられる。事後検証では、患者識別における問題点として、「患者の顔などの特徴をよく知らない医師や看護師が医療行為に関与している」「麻酔開始前に主治医が患者識別を行わない」といった点を指摘したほか、「手術スケジュールや看護師の勤務体制の都合で、複数患者を1人の看護師が同時に手術室へ移送する」など、組織のシステム上の欠陥があったことも問題点として挙げている。

また、手術時に複数の医療者が患者の外見や所見に違和感をもちつつも、想定していた手術と適合するように所見を捉え(確証バイアス)、外見の違いを都合の良いようにこじつけ解釈をしていたことは、事故の背景における心理学的要因と推察される。

<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の取り違えの可能性に対する医師らの<b>確証バイアス</b></li> <li>・手術室看護師の不安はあったが誰かが気付くだろうと思った<b>傍観者効果</b></li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>事故調査委員会による調査で、主治医グループ制、手術スケジュールの決定方法、看護師の勤務体制など、病院組織のシステム上の欠陥から生じたと考えるべきとされ、病院は「手術スケジュールの調整や移送手順の改善」「麻酔科医や看護師による患者確認方法の改善」「主治医による患者確認」等、指摘されたことに基づきシステムの改善をおこなった。</p> <p>また、事故調査委員会は、患者をよく知った者が移送や引継ぎに携わることや、治療に関わる医師の責任体制を確立することの重要性を指摘し、部門間の意思疎通と連携を行いながら治療をおこなうことを提言した。</p> <p>日本では、この事故以前、医療事故は個人の注意で防ぐことができるという見方が主流だったが、この医療事故が社会問題となったことで、組織的な医療安全が注目されるようになった。</p>
<p><b>出典（文献）</b></p> <p>医療安全推進者ネットワーク (2004). 医療判決紹介 No.25「市立大学付属病院での患者取り違え事件」. <a href="https://www.medsafe.net/precedent/hanketsu_0_25.html">https://www.medsafe.net/precedent/hanketsu_0_25.html</a> (取得：2023年9月5日).</p> <p>加藤淳 (2018). 看護師のヒューマンエラーによる医療事故に関する事例研究. 人間生活文化研究, 28, 595-608.</p> <p>河野龍太郎 (2022). 医療におけるヒューマンエラー第2版——なぜ間違える どう防ぐ. 医学書院.</p> <p>横浜市立大学医学部付属病院の医療事故に関する事故調査委員会 (1999). 横浜市立大学医学部付属病院の医療事故に関する事故調査委員会報告書. <a href="https://www.yokohama-u.ac.jp/kaikaku/bk2/bk21.html">https://www.yokohama-u.ac.jp/kaikaku/bk2/bk21.html</a> (取得：2023年9月5日)</p>

<p><b>⑭京都大学医学部付属病院エタノール誤注入事故</b> (2000年3月2日 京都府・京都大学医学部付属病院)</p>
<p><b>概要</b></p> <p>17歳女性患者が装着していた人工呼吸器の加湿器チャンバーに滅菌精製水を補充すべきところ、消毒用エタノールを誤注入し、患者の容態が急変、死亡に至った事件。</p> <p>新人看護師Aが患者の呼吸器に補充する滅菌精製水の残量が少なくなっていることに気づき、業務に支障をきたさないよう、なくなる前に替えのボトルを探した。いつも置いてある調乳室（当時、物品倉庫として使われていた）には見当たらず、副看護師長に尋ねたところ、「調乳室の床に置かれているものも同じ滅菌精製水だ」と言われ、調乳室に白いポリタンクが置かれているのを確認した。当時、病棟で使用されていた滅菌精製水と消毒用エタノールのポリタンクは、その大きさ・色・材質・形状が似ていた。</p> <p>日勤終了時刻を過ぎても業務が残っているなか、患者の滅菌精製水がなくなっていることに気づいたAは、急いで調乳室にあった白いポリタンクを患者のベッドサイドに運び、ポリタンクから注射器で吸い取って加湿器に注入した。仕事を引き継いだ別の看護師4名も、ラベルを確認することはなく、同じようにポリタンクの液体を補給していたところ、患者の容態が悪化、死亡した。ポリタンクは呼吸器の下に置かれ、ラベルが見えない状態で、タンクをワゴンの下から引き出さない限り、違いを見分けることはできない状況だった。</p> <p>患者は以前より中枢性の呼吸障害で死亡する可能性がある進行性脳変性疾患の重篤な状態で、人工呼吸器の継続使用を要するようになっていた。エタノール誤注入後、医師や看護師は人工呼吸器のアラームや患者の容態変化、普段と異なる呼吸器の様子などに気づいたが、原因を追究せずに痰の吸引や体位交換、カニューレ交換等の処置にとどめ、医師も採血結果や患者の症状から敗血症による急変と考えていた。</p> <p>また、本件事故当時、病棟では看護師の人員不足で入職1年目など経験の乏しい看護師が多く配置されるなか、あらゆる難病を抱える患者が入院しており、看護師には複雑かつ高度で、緊急性の高い看護対応が求められていた。このような状況下で、3交代勤務という</p>

<p>過酷な勤務形態を行い、常時2～3時間の残業を強いられ、慢性的な精神的・肉体的疲労により、注意力や集中力が低下するという状況であったことが、裁判でも認められた。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b>  滅菌精製水と消毒用エタノールのポリタンクは形状等が似ており、物品の置き場所が定まっておらず、倉庫の床に雑然と置かれていたことや、ポリタンクを呼吸器下に設置するとラベルが見えなくなっていたことから、ミスを引きやすい環境であったことが事故の要因として挙げられる。  また、対応したのが新人看護師で、その日の日勤と深夜勤を担当しており、その他の各看護師も過酷な労働負担が続いていて、精神的・肉体的疲労や「タイムプレッシャー」があったことが指摘されている。事故に至るまで複数の看護師による引継ぎ作業が行われていたが、その作業において「信頼の原則」や「意思決定の天秤モデル」が安易に適用されていたことは、ポリタンクの確認不足を招いた背景として推察される。  さらに、重篤患者の急変時には敗血症を疑うという「効率的」「経験的」な判断をおこない、急変の原因を追究せずに処置を行っていた。この点に関しては、医師が敗血症と診断したことの合理性が裁判において認められているが、背景には確証バイアスという人間の認知特性が働いていたと捉えられる。</p>
<p><b>関連する心理学関連概念</b>  ・ポリタンクの形状をみて、滅菌精製水だと思い込んだり、いつもと違う患者の様子に気付いたが、敗血症と思い込み、原因を追究しなかった<b>確証バイアス</b>  ・複数の看護師が引き継いでいたが、ポリタンクを確認するなどの作業を怠り、違いに気づかなかった<b>社会的手抜き</b>  ・作業負担軽減という利益と医療ミスを天秤にかけ、都合のいいほうを選択してしまった<b>意思決定の天秤モデル</b></p>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b>  この事例は横浜市立大学附属病院での患者取り違い事故に続いて医療事故として注目され、日本において組織的な医療安全の重要性に目が向けられる一つの契機となった。  事例情報からは、その後の教訓や対応についての記載は見受けられなかったが、安全という観点から物品を管理するなど、人間の認知特性に合わせて環境を整え、エラーを誘発する原因を解析して対策を立てるべきと思われる。</p>
<p><b>出典（文献）</b>  加藤淳 (2018). 看護師のヒューマンエラーによる医療事故に関する事例研究. 人間生活文化研究, 28, 595-608.  河野龍太郎 (2022). 医療におけるヒューマンエラー第2版——なぜ間違える どう防ぐ. 医学書院.  厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 (2011). 平成23年度国公立大学附属病院医療安全セミナー 我が国の医療安全施策の動向. <a href="https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cqm/ingai/seminar/pdf/2011/002_watanabe_koseirodo.pdf">https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cqm/ingai/seminar/pdf/2011/002_watanabe_koseirodo.pdf</a>. (取得:2023年9月19日).  京都地判平成18年11月1日裁判所HP参照(平成13年(ワ)第2820号). <a href="https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=33797">https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=33797</a> (取得:2023年9月19日取得).  奥津康祐・安藤郁子・滝沢美智子 (2008). ヒューマンファクタ工学の観点からの事例分析——消毒用エタノール取り違い事故裁判例から. 上武大学看護学部紀要, 3, 27-36.  Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)</p>

<p><b>⑮神経性毒性薬ビンクリスチン脊髄内誤投与事故</b>  (2001年1月4日 イギリス ノッティンガム  クイーンズ・メディカル・センター (QMC))</p>
<p><b>概要</b>  急性リンパ白血病からほぼ回復していた18歳の男性患者に対し、誤って神経毒性薬ビンクリスチンが脊髄内に投与された事故。治療では2種類の化学療法薬を用いる予定で、一つ目は髄腔内注射、二つ目は静脈内注射での投与が定められていた。この処置は、高度専</p>

<p>門研修医(specialist registrar)の監督の下で、専門研修医(senior house officer)によって行われ、高度専門研修医が2つの薬剤を続けて専門研修医に渡し、専門研修医は誤って2つとも髄腔内に投与した。専門研修医は、この処置は以前に一度経験したのみであり、脊髄内へのピンクリスチン誤投与によって起きる、不可逆的な神経組織の損傷について理解していなかったが、高度専門研修医はこの専門研修医が処置や患者の病状について精通していないことを知らなかった。</p> <p>専門研修医は高度専門研修医から、静脈投与と脊髄投与の薬が入ったパッケージを2つ受け取った。2つ目の薬剤を手渡された際に、前回の経験では注射器は一つしか使わなかったことを思い出して疑問に感じたが、「この患者は他の患者と治療段階が異なるか、治療方針が違うのだろうか」と推測した。専門研修医は高度専門研修医に「ピンクリスチンを脊髄投与ですか？」と尋ねたが、高度専門研修医から肯定の返事があり、処置を続行した。処置の直後にエラーが発見され、直ちに緊急処置が施されたが、患者は3週間以内に死亡した。</p> <p>関与した高度専門研修医はこの病院に来てまだ3日目で、専門研修医を監督する業務は本来の担当範囲ではなかったが、他の医師も不在の状態であり、手の空いている高度専門研修医もいなかった。また、この高度専門研修医は前職場で化学療法の経験がなかった。加えて、前職場では投与経路の異なる薬剤が同時に用意されることがなく、色分けされた箱に入っていたが、クイーンズ・メディカル・センター(QMC)の薬局で製造する注射器には、薬剤の投与経路を黒色の同じフォントで表示してあり、より大きな太字で薬剤名と容量が記載されていて、投与経路の表記が目立たなかった。さらに、シリンジの形状も似ているところが複数あった。薬剤師は2つの薬剤を別々に病棟へ送る旨をメモに残していたが、病棟へは同じタイミングで運ばれていた。</p> <p>QMCではピンクリスチンを脊髄に誤って投与することの危険性は認識されており、治療計画の作成時には、薬静脈投与と脊髄投与の薬を別のパッケージで保管し、投与も別日に行うという工夫がされていた。しかし、この患者は決められた日に来院しないことが多く、この日も、患者とその祖母は事前連絡もなく予定外に来院した。このためベテランの医師は不在となっていた。患者は二回に分けて来院することも嫌がったため、医療者は、患者を病院側が指定した時間に来院させることは難しく、薬の投与を目的に二度の来院を促すことは現実的ではないと認識し、静脈投与薬と脊髄投与薬の双方を同日に投与できるよう、工夫を「書き換え」て、さらには同じパッケージで準備することになった。この工夫を選んだ関係者にも、直接的に事故を引き起こした高度専門研修医にも、患者の役に立ちたいという「思いやりの致命的集中」(ジェームズ・リーズン, 2015)があった。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬剤に関する重要な事項の記載が強調されていないなど、物理的バリアの不備があったうえ、高度専門研修医は前職場での経験との相違があったことも重なって、注射器にある注意書きを見逃した。</li> <li>・QMCに勤務し始めたばかりの高度専門研修医は、専門研修医が治療について精通していない状態であることを知らされておらず、事故時には他の医師も不在の状態であり、若い医師に対する監督や指示の不備があった。</li> <li>・専門研修医が「ピンクリスチンを脊髄投与ですか？」と問いかけたが、高度専門研修医はその問いの重要性に気づくことができず、権威勾配によるコミュニケーションエラーが生じていた。</li> </ul>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・専門研修医の2つ薬剤を渡された疑念に対する<b>確証バイアス</b></li> <li>・瓶の表記や形状が類似しており投与経路が異なることが分かりにくかったことにより生じた<b>誤認識</b></li> <li>・高度専門研修医と専門研修医の間に<b>権威勾配</b>があり<b>心理的安全性</b>が脅かされていたことによる<b>確認不足</b>(専門研修医が投与経路に疑問を感じたが、高度専門研修医に明確な意見を述べなかった)</li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>ジェームズ・リーズン(2015)は、本事例から検討される対応方法として、エラーが発生する可能性が高い状況を理解して、それを避けるための注意深さを身につけさせることを挙げており、「3つのバケツモデル」が示された。</p> <p>ジェームズ・リーズンによれば、不安全行動が起きる確率は、3つのバケツの中にある「厄</p>

介もの」によって規定される。第一のバケツは関係する個人の状態であり、第二のバケツは状況の特徴を反映し、第三のバケツはタスクそのものもつエラーの起こりやすさである。第一のバケツの「厄介もの」は、知識不足、生活におけるネガティブな出来事、体調不良といったもので、第二のバケツでは、引継ぎ、ハラスメント、必要資源の不足といったものがある。第三のバケツの「厄介もの」はあまり認識されていないが、エラーがよく起きるのは、タスクの最後に近い段階や、必要な手順のすべてが終わらないうちにタスクの主要な目的が達成された場合などがある。

ジェームズ・リーズンは、バケツがいっぱいであっても不安全行動が起きないことはあり、バケツに水がほとんどなくとも不安全行動が起きることはあり、あくまで確率的な話であるとしたうえで、エラーを誘発する条件を教えることで、注意深さを習得させ、ある状況でのエラーのリスクを大まかでも前もって評価できるとよいだろうと考えている。まず、エラーは起こりうる、という心構えのうえで、タスクに取り掛かる前に、その場面における「厄介もの」を確認する。第一のバケツを評価するにあたっては、特に新しい同僚の知識や経験を把握することが求められる。また、事故は、思い込みと、「思いやりの致命的集中」で引き起こされることも考慮しておかなければならない。それらに基づき、対応計画を準備することで、予想される問題への対処が可能となる。ある場面で、すべてのバケツがいっぱいだ、と評価される時は、最新の警戒が必要となる、と述べている。また、Toft (2001) は、報告書に各部署の業務体制やプロトコルのあり方などについて改善点を提言している。中でも、コミュニケーション面での改善点については、何か不具合があると感じた職員は、たとえ相手が上級職であろうと異議を唱えられるよう、組織内のコミュニケーションを促進すべきであることを指摘した。

#### 出典 (文献)

Reason, J. (2008). *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)

Toft, B. (2001). External Inquiry into the adverse incident that occurred at Queen's Medical Centre, Nottingham, 4th January 2001.

#### ⑯9・11 同時多発テロ事件

(2001年9月11日朝 アメリカ合衆国  
ロウアー・マンハッタンのワールドトレードセンター  
バージニア州アーリントン郡のペンタゴン (アメリカ国防総省本庁舎)  
ペンシルバニア州ストーニークリーク郡区)

#### 概要

複数の航空機が国際テロ組織アルカイダにハイジャックされ、日本人 24 人を含む 2977 人が犠牲となったいわゆる「アメリカ同時多発テロ」事件。

アメリカ合衆国から出発した旅客機 4 機が、テロリスト合計 19 人にハイジャックされた。そのうちアメリカン航空 11 便とユナイテッド航空 175 便の 2 機はワールドトレードセンターへと向かい、アメリカン航空 11 便がノース・タワー(北棟)に、ユナイテッド航空 175 便がサウス・タワー(南棟)にそれぞれ突入した。

南棟、北棟は崩壊し、破片とそれに伴う火災は、47 階建てのワールドトレードセンタータワーを含むワールドトレードセンター内のすべての建物への一部または全体への破壊を引き起こしただけでなく、周囲 10 か所の大型構造物に甚大な損傷を与えた。

3 機目のアメリカン航空 77 便はペンタゴンに墜落し、建物が部分的に崩壊した。4 機目のユナイテッド航空 93 便は、乗員乗客がハイジャック犯の拘束を試みた結果、ペンシルバニア州ストーニークリーク郡区の野原に墜落した。

#### 事故の推察される背景

事後検証により、5つの機関 (CIA (中央情報局)、FBI (連邦捜査局)、NSA (国家安全保障局)、国務省とその一機関の移民帰化局)が、テロの予兆と捉えている情報をつかんでいたにもかかわらず、それらを生かせなかったことが明らかになっている。2001年6月には、オサマ・ビンラディンによる組織的な計画の可能性が浮上し、民間の航空大学に複数の生徒を送り込んでいる可能性が報告されていたのだが、緊急事態に関係組織が合同で対応するための統一マニュアルなども作成されていなかったため、その可能性に対す

<p>る情報共有の連携は取られなかった。</p> <p>また、本件の発生前から、多数の報告書やアル・ゴア副大統領の航空保安特別委員会が、米国の航空システムが安全面で穴だらけであることを示す広範にわたる証拠を提示していたにもかかわらず、必要な対策が取られなかった (Bazerman&amp;Watkins,2021)。個人レベルでは、未来に起きる可能性のある危機の被害を割り引いて考えるという、正常化バイアスを克服できず、抜本的な改革の必要性を軽視した可能性が指摘されている。</p> <p>当時の米国では、機内整備によるセキュリティ強化よりも、不審者を事前に取り押さえる搭乗前検査の方が重要であるとの声が大半を占めていた。ここには、事前に取りしまりさえすれば機内でドアを開けるテロリストはいないだろうという確証性バイアスが働いていたと考えられる。そのため米国同時多発テロでは、機長がコックピットへ続くドアを開けてしまい、操縦桿を奪ったテロリストたちにより、航空機はワールドトレードセンタービルへ激突する事態となった。</p>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前のテロ情報に対する<b>正常性バイアス</b></li> <li>・コックピットドアの施錠に対する<b>確証バイアス</b></li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓と対応など</b></p> <p>2001年11月19日、ブッシュ大統領は空港手荷物検査の検査員を政府職員とし、すべての携行手荷物の検査を要求する航空保安法に署名した。また、新しい政府機関、運輸保安庁がつくられ、空、陸、海を旅行する国民の安全確保のために、セキュリティチェックを行うようになった。この新組織には連邦職員となる手荷物検査と、何百人もの空港警備管理者の選抜、採用、訓練、監督を行うための一年間が与えられた(Bazerman&amp;Watkins, 2021)。</p>
<p><b>出典(文献)</b></p> <p>Bazerman, H. M. &amp; Watkins, D. M. (2004). <i>PREDICTABLE SURPRISES: The Disasters You Should Have Seen Coming, and How to Prevent Them.</i> (奥村哲史(訳) (2021). 予測できた危機をなぜ防げなかったのか?-組織・リーダーが克服すべき3つの障壁-. 東洋経済新報社.)</p>

<p><b>⑰リナーテ空港衝突事故 (2001年10月8日午前イタリア (ミラノ))</b></p>
<p><b>概要</b></p> <p>視界50mの濃霧の中、スカンジナビア航空機SK686便とセスナ機が滑走路上で衝突し、両機に搭乗していた全員が死亡したほか、コントロールを失った686便が続けて衝突した手荷物管理棟の地上職員8人が死傷した。</p> <p>午前7時35分発予定のスカンジナビア航空機SK686便はイタリアのミラノからデンマークのコペンハーゲンに向けて出発しようと、リナーテ空港の滑走路を走り出した。その際、滑走路上にセスナ機を視認し、離陸しようと機首を引き起こすべく操作を行ったが、わずかに浮上したところでセスナ機に激突。その後、スカンジナビア航空機は9秒ほど飛行したが、左エンジンが破片を吸い込んで出力が落ち、コントロールを失って空港内の手荷物保管倉庫に衝突、炎上した。手荷物管理倉庫は屋根が落ち、崩壊。管制塔は濃霧のため3分間も事故に気付かず、救急隊の出動が遅れた。スカンジナビア航空機には104名の乗客と6名の乗務員、セスナ機にはドイツ人の乗務員2名と乗客2名が乗っていたが、これら全員が死亡したほか手荷物保管倉庫にいた4名も死亡。</p> <p>事故の前日にも、同じようにR5誘導路とR6誘導路を間違えて滑走路に進入しようとした機が滑走中の他機とニアミスを起し、あわや大惨事になるところだったがその事故の調査中に本件が発生した。</p> <p>なお、2004年4月16日、ミラノの裁判所はこの事故についてリナーテ空港の責任者と管制官に8年の懲役刑、前管制責任者と前空港長に6年6か月の懲役刑の有罪判決を言い渡している。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故当時、空港は濃霧で視程は50m程度と視界不良であった。それにより、セスナ機は、誤った所在地を管理官に告げ、本来進むべきR5誘導路ではなくR6誘導路に誤進入し、他機によって使用中の滑走路に迷い込んだ。そしてその誤進入に管制もパイロットも気づかなかつた。さらに、濃霧のため、セスナ機のパイロットは686便に気がつかず、ス</li> </ul>

<p>カンジナビア航空機も衝突の直前までセスナ機を視認できなかった。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リナーテ空港は数年前に地上レーダーを導入していたにもかかわらず、事故の発生当時は使用していなかった。</li> <li>・誤進入検知センサーは誤作動が多いため止められていた。</li> <li>・セスナ機が見えないほどの霧の中で、しかも通常使用されている地上レーダーが停止されていたという条件下での離陸は、危険が伴っていたと思われる。</li> </ul>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・視界不良（濃霧）による<b>誤認識</b></li> <li>・<b>楽観性バイアス</b>により、地上レーダーや誤進入検知センサーを停止させていたこと</li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>整備のために地上レーダーの運用を停止するときはその期間飛行の停止も行うべきである。指示を受けたからといって、安全を確保せずに実施すると、他人の過失のために事故に巻き込まれることがある。また、はっきりとした情報無しで、周囲の環境をよく確認せずに行動に出ると、大きな事故を招く。毎日のようにしている作業でも、毎回安全確認が必要である。</p>
<p><b>出典（文献）</b></p> <p>Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか、株式会社日科技連出版社.)</p> <p>中尾政之(2023). 濃霧のため空港で旅客機とセスナ機が衝突. <a href="https://www.shippai.org/fk/d/cf/CA0000292.html">https://www.shippai.org/fk/d/cf/CA0000292.html</a> (取得：2024年1月23日)</p>

<p><b>⑱ユーバーリンゲン（2002年7月1日午後 ドイツ南部のユーバーリンゲン上空）</b></p>
<p><b>概要</b></p> <p>バシキール航空 2937 便と DHL611 便が、上空高度 10790m で空中衝突し、2 機ともユーバーリンゲン近郊のボーデン湖北岸付近に墜落した。71 名死亡。</p> <p>衝突の 50 秒前に、2937 便と 611 便の双方の空中衝突防止装置が他方の機影を捉えた。衝突 43 秒前、管制室に 2 つある警報装置のうちの一つの警報装置が作動。管制官は両機の接近に気がつき、2937 便に「交錯する機があるので早急に高度を降下せよ」と指示したが応答はなかった。衝突 36 秒前、双方の航空機衝突防止装置（TCAS）が警告を発し、611 便では降下、2937 便では上昇を指示した。衝突 29 秒前、管制官は再度 2937 便に降下するよう指示した。2937 便の TCAS は、管制官とは逆に「上昇」を指示していたが、2937 便の乗員は管制官の指示に従って降下を開始し、一方で 611 便の乗員は TCAS の指示に従って直ちに降下を開始した。その後、レーダーでバシキール 2937 便が降下を始めたことを確認した管制官は、衝突は避けられたと判断した。衝突 8 秒前、管制官は別の航空機の進入管制に戻った。その対応を終え、再びレーダーの前に戻ってきてようやく事故に気がついたのである。</p> <p>このドイツでの空中衝突は、2001 年 1 月 31 日に起きた、日本航空 907 便と日本航空 958 便とのニアミスと似た構造を持っていた。衝突防止装置を信頼するとニアミスは起こらないはずであり、ニアミス後に提出された勧告は、衝突防止装置に従うべきだ、というものだった。国際民間航空機関に同様の事故を防止するために調査を求めたにもかかわらず、611 便と 2937 便の衝突事故に至った。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当時、同空域を管制していたスイスの管制会社の設備は電話回線の不調を抱えていた。さらには接近警報の不調もあり、事故当時はメンテナンスのため作動していなかった。管制官は事故機とは別の航空機の対応にもあたっており、その便が着陸する空港への電話連絡を試みるも電話回線の不調から障害が発生し、この復旧を試みている間に両機が接近したため異常接近に気づくのが遅れた。</li> <li>・2937 便の TCAS は上昇を指示したが管制の指示は降下であり、矛盾する 2 つの指示のうち管制の指示に従った。他方 611 便は TCAS の指示に従った。結果、同高度にいた両機ともが降下した。</li> <li>・事故当時、スイス領空全域及びドイツ領空南部を管制していた管制官は 1 人であった。</li> </ul>

<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故は避けられたと思い込んだ管制官に生じた<b>正常性バイアス</b>。</li> <li>・機器の不調や管制官の人手不足などによる<b>ヒューマンエラー</b></li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>スイス政府は、ユーバーリンゲンで開かれた慰霊式典に出席し、事故原因の一部は同社の航空管制に責任の一端があると認め、事故の遺族に対する過失に応じた補償を行う用意がある意思を明らかにした。</p> <p>管制官の指示と TCAS の指示が相反する場合、いずれを優先すべきかの国際的な基準はなかったが、航空業界ではこれを機に「TCAS に従うこと」という国際的なルールが設けられた。</p>
<p><b>出典（文献）</b></p> <p>Reason, J. (2008). <i>The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries</i>. (佐相邦英(監訳). (2010). 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか. 株式会社日科技連出版社.)</p> <p>中尾政之(2023). 濃霧のため空港で旅客機とセスナ機が衝突. <a href="https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000292.html">https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000292.html</a> (取得：2024年1月23日)</p> <p>AFP BB News (2007). 妻子を航空事故で失い管制官刺殺のロシア人受刑者が減刑で釈放. <a href="https://www.afpbb.com/articles/-/2312052">https://www.afpbb.com/articles/-/2312052</a>. (取得：2024年4月16日)</p> <p>Bundesstelle für Flugunfalluntersuchung (2004). Investigation Report AX001-1-2. <a href="https://web.archive.org/web/20070123052035/http://www.bfu-web.de/cln_003/nn_53140/EN/Publications/Investigation_20Report/2002/Report_02_AX001-1-2_C3_9Cberlingen_Report%2CtemplateId%3Draw%2Cproperty%3DpublicationFile.pdf/Report_02_AX001-1-2_%C3%9Cberlingen_Report.pdf">https://web.archive.org/web/20070123052035/http://www.bfu-web.de/cln_003/nn_53140/EN/Publications/Investigation_20Report/2002/Report_02_AX001-1-2_C3_9Cberlingen_Report%2CtemplateId%3Draw%2Cproperty%3DpublicationFile.pdf/Report_02_AX001-1-2_%C3%9Cberlingen_Report.pdf</a>. (取得：2024年4月16日取得)</p> <p>国土交通省 (2002). ドイツにおける航空機の空中衝突について. <a href="https://www.mlit.go.jp/singikai/koutusin/koku/hoan/5/images/sankou6.pdf">https://www.mlit.go.jp/singikai/koutusin/koku/hoan/5/images/sankou6.pdf</a>. (取得：2024年4月16日取得)</p> <p>齊藤了文 (2002). 航空機空中衝突. Matrix: 海上交通システム研究会ニューズレター, 36, 37-39.</p> <p>外山智士 (2002). 事故詳細. <a href="https://www.eonet.ne.jp/~phantom/civil_aviation/cadb/wadr/accident/20020701a.htm">https://www.eonet.ne.jp/~phantom/civil_aviation/cadb/wadr/accident/20020701a.htm</a>. (取得：2024年4月16日)</p> <p>フジテレビ (2019). 2機の航空機が空中で衝突!史上最悪の航空機事故. <a href="https://www.fujitv.co.jp/unb/contents/190523_1.html">https://www.fujitv.co.jp/unb/contents/190523_1.html</a>. (取得：2024年4月17日)</p>

<p><b>⑱緊急気道管理における判断ミス事故（エレイン事例）</b>  <b>（2005年3月29日 イギリス）</b></p>
<p><b>概要</b></p> <p>2005年3月29日、37歳女性患者（エレイン・プロミリー）は数年来悩まされていた副鼻腔炎の手術を受ける予定だった。耳鼻咽喉科の執刀医は30年を超える経験を積んだベテランで、麻酔科医も16年のキャリアがあった。麻酔科医による手術前の診察で、患者には先天性頸椎癒合があり、首の動きが少し制限されていることが確認されており、気管挿管の困難さを予測する指標ではグレード2であった。しかし、これらは麻酔中の気道確保に特別な問題が生じることを示唆するものではないと判断され、気管挿管を避け、喉頭マスクで気道確保することになっていた（後の調査でこの選択は妥当であるとされている）。</p> <p>手術開始時、麻酔薬を注入し、呼吸補助のためラリンジアルマスク（喉頭に挿入して気道を確保するマスク）の挿入が試みられたが、麻酔による顎の筋肉の硬直でマスクが入らなかった。これは想定内の現象であり、麻酔科医は麻酔薬を追加投与して顎の筋肉を緩めたうえで、よりサイズの小さいマスクを2種類試した。しかし挿入できず、麻酔開始から2分後、患者はチアノーゼを起し始め、血中酸素飽和度の低下が認められた。麻酔科医は鼻と口を覆う酸素マスクの使用を試みたが、肺に酸素が入らず、この場合の標準的な処置である気管挿管（気管内に直接チューブを挿入する方法）に切り替えた。筋弛緩薬を投与して顎の筋肉を完全に弛緩させ、チューブの挿入を試みたが、気管が目視できず、挿管は非常に困難な状態であった。この時、患者の血中酸素飽和度は脳に深刻なダメージを引き起こす恐れがあるレベルまで低下していた。他の麻酔科医や耳鼻咽喉科の執刀医も駆け</p>

つけ、看護師も3人待機していた。最終手段である気管切開（喉を切開して直接チューブを気管に挿入する方法）も選択肢であり、看護師が気管切開キットを用意して「気管切開キットの準備ができました」と医師に伝えたが、3人の医師は一瞬振り返っただけで反応を示さず、引き続き口からチューブを通そうと、互いに早口で何か言いながら作業に没頭していた。患者の心拍数はさらに低下し、顔色も青紫になると、医師はますます口からの気道確保に躍起になり、気管挿管や新たなラリンジアルマスクの挿入を試みた。酸素欠乏状態になってから約20分、気管切開の準備から8分経過後に気管挿管用ラリンジアルマスクの挿入に成功し、患者の酸素飽和度の改善がみられたが、長い酸素欠乏状態により、患者の脳には壊滅的な損傷が生じていた。患者は手術室からリカバリーエリアに移されたが、その際、医師はリカバリーエリアの看護師への引継ぎを十分に行わないまま、次の手術へ向かった。患者の状態を考えると集中治療室でのケアが適切であり、その後集中治療室への移送が行われたが、患者は昏睡状態のまま、4月11日に死亡した。

**事故の推察される背景**

医師たちはミス之余地がない緊急事態で心拍数が劇的に高い状態におかれ、強いストレス下による人間の生理反応で視野が狭まり、認識力が低下していた（非注意性盲目）。一方、看護師は「自分よりも権威あるベテランの医師たちが気管切開という選択肢を考慮していないはずがない」と思い、「声をかけることで医師たちの集中力をそいで事態の悪化を招くのでは」「自分には思いもよらない理由があって気管切開が選択肢から外されているのかも」と考え、気管切開のことを再度伝えることに躊躇しており、医師—看護師間の権威勾配や、心理的安全性の欠如が推察される。

**関連する心理学関連概念**

- ・ 医師たちが気道確保にとらわれた、**ツァイガルニク効果**、**解放困難バイアス**
- ・ 気道確保に集中するあまり、経過時間や気管切開の準備を見落とした**注意資源の配分不足（注意欠損）**や**時間感覚の麻痺**
- ・ 看護師たちと医師たちの間に**権威勾配**があり、**心理的安全性**が脅かされたため、再度の気管切開を提案できなかったこと

**事件事故から得た教訓や対応など**

本事例では医師は緊急事態のなか、問題解決に集中して時間経過に気づいていなかったようだった。Harmer (2005) は、気道確保に時間を要することは、肺の換気ができなくなって低酸素脳症を招くことに繋がるため、何らかの形で定期的に時間経過の情報を提供するようなシステム構築と、スタッフ誰もが安心して治療法を提案したりできるような、良好なコミュニケーションの雰囲気確保が重要であると提言した。

**出典（文献）**

マシュー・サイド (2016). 失敗の科学. デイスクヴァー・トゥエンティワン.  
 Harmer, M. (2005). The Case of Elaine Bromiley. <https://emcrit.org/wp-content/uploads/ElaineBromileyAnonymousReport.pdf> (取得：2023年10月10日)

**②⑩US エアウェイズ 1549 便不時着水事故<リカバリー事例>**

(2009年1月15日午後 アメリカ合衆国

ニューヨーク市マンハッタン区付近のハドソン川)

**概要**

乗員乗客 155 人を乗せた US エアウェイズ 1549 便にバードストライクが発生し、エンジンが左右ともに停止。機長は「ラガーディア空港に引き返す」ことを管制官に告げ、空港は着陸準備に入り、管制官からは 13 番滑走路への着陸が促された。しかし、機長は空港までたどり着けない可能性があるかと判断を修正し、ハドソン川へと向かったうえ、乗客へ「衝撃に備えよ」と指示を出し、1549 便はハドソン川に不時着した。

事故当日のニューヨークの気温はマイナス 6 度であり、無事に着水という奇跡の後、冷たい水が流れ込んでくる機内では、再び命の危機が迫った。乗客は真っ暗の中を緊急脱出し、身を切るような寒さにさらされることとなった。その中で、機長と乗務員らは決められた手順に沿い、機内の毛布や救命胴衣を回収しつつ乗客へ配布し、逃げ遅れを防ぐべく機内を確認するなど冷静に対処した。

エンジン出力を失った 1549 便は音もなく滑空してきたため、気づかない人も多かったというが、155 名全員は無事に避難し、救助された。

<p><b>事故の推察される背景</b></p> <p>機長は、CRM(事例②62 ページを参照)で、他のパイロットを訓練する重要な役割を担っていた。コミュニケーション、リーダーシップ、意思決定を重視するそのプログラムに熱心に関わっていた事実から、乗務員が不安なく発言できる必要性を理解していたと言えるだろう。機長らが心理的に安全な環境で仕事をしてきたことが、深刻な結果を防いだと考えられる。さらに、1549 便の乗務員たちも、スレット(脅威)・アンド・エラー・マネジメントと CRM についての訓練を積んでいた。どちらのプログラムでも考え方と判断の仕方を教えられる。CRM は、乗務員に対しては何かおかしいと感じたら率直に機長に伝えることを、機長に対してはクルーの懸念に耳を傾けることを教えるプログラムである(Edmondson,2022)。</p>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <p>・機長と乗務員らの間に<b>心理的安全性</b>が確保されており、適切なコミュニケーション、意思決定が行われたと考えられる。</p>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>心理的安全性が欠けていると、何気ない会話にさえも支障を来しうる。その例は枚挙にいとまがない。心理的安全性は規律正しさと組み合わせさせて初めて、最良の結果を手際よく得ることが可能になる(Edmondson,2022)。</p> <p>航空機で異常が発生した場合には、まずは速やかに安全な場所に機体を下ろさなければならぬ。また、航空機で異常が発生した場合は、不時着を想定し飛行中は早めに安全姿勢の確保、不時着後は迅速な避難誘導が必要である。ハード面での対策を十分にとったとしても、運航中の問題を完全になくすことは不可能で、万が一その問題が起きた際には、機長や副操縦士の判断が重要になる。事故があった際、すぐに管制官に報告することが第一だが、管制官は現場の状況を詳細に把握するのが難しい。事故後、乗員が乗客に適切な指示を出し、伝われば悪条件下でも円滑な避難ができる。(中山,2017)。</p>
<p><b>出典 (文献)</b></p> <p>Edmondson,A.,C.(2019).The Fearless Organization.野津智子(訳)(2021).恐れのない組織.英治出版株式会社.</p> <p>中山光成(2017).公共交通機関の事故・災害発生時における避難行動に関する研究. <a href="https://tcue.repo.nii.ac.jp/records/806">https://tcue.repo.nii.ac.jp/records/806</a>.(2024 年 3 月 22 日取得)</p> <p>産経ニュース(2009).【N Y 旅客機事故】「プロの仕事」英雄機長に喝采. <a href="https://web.archive.org/web/20090212102541/http://sankei.jp.msn.com/world/america/090117/amr0901170134001-n1.htm">https://web.archive.org/web/20090212102541/http://sankei.jp.msn.com/world/america/090117/amr0901170134001-n1.htm</a>.(2024 年 3 月 22 日取得)</p> <p>久保健一(2016).「ハドソン川の奇跡」を生んだ 2 人の”即断”. <a href="https://business.nikkei.com/atcl/report/15/070300016/090400036/(2024 年 3 月 14 日取得)">https://business.nikkei.com/atcl/report/15/070300016/090400036/(2024 年 3 月 14 日取得)</a></p>

<p><b>②1 アシアナ航空 214 便着陸失敗事故</b> (2013 年 7 月 6 日午前 サンフランシスコ国際空港)</p>
<p><b>概要</b></p> <p>アシアナ航空のボーイング 777-200ER 型機が、サンフランシスコ国際空港への着陸に失敗し、炎上した事故。死亡したのは 3 名で、2 名はシートベルト未着用で、機外に放り出されたことによる。1 名は着陸時の衝撃で頭を強打したことが原因。他の乗員や乗客は脱出したが、181 人が負傷した。</p> <p>当時サンフランシスコ空港は非常に混雑しており、着陸しようとしたところ管制官から高度を高く維持するよう指示された。いざ着陸の許可が下りたとき、高度は通常より高かったためパイロットは自動操縦のいわゆる「ただちにおりるモード」に切り替えようとしたが、高度計の設定に誤りがあり、反対に「ただちにあがるモード」になってしまったため、さらに高度が上昇した。そこで副操縦士は自動操縦を解除したものの、速度制御はまだ自動になっていると思っていたが、実際には、一連の操作の中で速度制御が自動でなされないモードに切り替わっていた。そのため降下とともに速度が著しく低下し、着陸のやり直しを試みたものの間に合わず、滑走路に接触、炎上した。</p>
<p><b>事故の推察される背景</b></p> <p>事故直後、乗客は機内にとどまるようにと乗務員から不適切な指示があった。また、副操縦士が着陸に必要な高度と速度を適切に保つことができなかった。操縦を担当していた</p>

<p>副操縦士の経験不足、ならびに機長も教官としての資格を取り終えたばかりであったことも要因として考えられる。(荒井,2018)</p> <p>滑走路は当時、着陸機を誘導する際に使用する装置の一部が改修で運用停止中であった。機械技術の向上に伴って、航空機操縦の自動化が進められているが、自動操縦技術は、複雑な運行をより容易に行うことを可能にする一方で、操縦技能の低下が懸念される。この事故も、自動操縦への過度な依存による手動操作技能の低下が、要因となった可能性があるとして事故調査が進められた。</p> <p>2014年6月24日、米国の国家運輸安全委員会は、天候は良好で、風はほとんど無い状況であったことから、同事故の発生要因には、操縦士の操縦ミスが大きく関与していたと断定した。</p>
<p><b>関連する心理学関連概念</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機長、副機長の経験不足によるヒューマンエラー</li> <li>・速度制御モードへの誤認識</li> </ul>
<p><b>事件事故から得た教訓や対応など</b></p> <p>国家運輸安全委員会は、「操縦士が自動操縦システムについて十分な理解をしていないままに、これに過剰依存していた」と指摘した。ほぼ全ての航空会社においても、操縦の自動化が進められているため、航空産業全体として取り組むべき課題であると考えられる。自動化に対応した訓練や技能評価法の在り方について検討し、同問題解決に向けた対策を進めていく必要がある。(初谷・中村,2015)</p> <p>最悪の事故を防ぐために機長と副操縦士の役割分担が重要であり、有用なのがCRMである。元は Cockpit Resource Management の略であったが、最近では Crew Resource Management と呼ばれる。よくコミュニケーションをとり、クルーの総合能力による最善の意思決定をし、安全で効率的な運行を実現することを目的として、現在は医療現場へも波及している(松原,2015)。</p>
<p><b>出典 (文献)</b></p> <p>Edmondson, C. A. (2019). <i>The Fearless Organization</i>. John Wiley &amp; Sons, Inc. (野津智子(訳) (2021). 恐れのない組織. 英治出版株式会社.)</p> <p>荒井 政大 (2018). 安全・信頼性工学(3-2). <a href="https://str.nuae.nagoya-u.ac.jp/wp-content/uploads/2021/03/20180614-Anzen2.pdf">https://str.nuae.nagoya-u.ac.jp/wp-content/uploads/2021/03/20180614-Anzen2.pdf</a>. (取得：2024年3月25日).</p> <p>初谷友希・中村隆宏(2015). フライトデータを用いた航空機操縦の技能習熟評価と訓練効果への影響について. <a href="https://www.kansai-u.ac.jp/Fc_ss/common/pdf/bulletin005_10.pdf">https://www.kansai-u.ac.jp/Fc_ss/common/pdf/bulletin005_10.pdf</a>. (取得：2024年3月25日)</p> <p>松原克征 (2015). ボーイング 787 と航空基礎. <a href="https://www.leading-sn.waseda.ac.jp/wp-content/uploads/2015/06/5th-colloquium2015.pdf">https://www.leading-sn.waseda.ac.jp/wp-content/uploads/2015/06/5th-colloquium2015.pdf</a>. (取得：2024年3月25日).</p> <p>日本経済新聞 (2013年7月7日). アシアナ機事故、重体・重症49人 死亡2人は16歳. <a href="https://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0701T_X00C13A7CC1000/">https://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0701T_X00C13A7CC1000/</a> (2024年3月2日取得)</p> <p>読売新聞(2013). アシアナ機着陸時、滑走路の誘導システム停止中. <a href="https://web.archive.org/web/20130710220537/http://www.yomiuri.co.jp/world/news/20130707-OYT1T00880.htm?from=ylist">https://web.archive.org/web/20130710220537/http://www.yomiuri.co.jp/world/news/20130707-OYT1T00880.htm?from=ylist</a> (取得：2024年3月14日)</p>

## 重大事故一覧 参考文献

- AFP BB News (2007) . 妻子を航空事故で失い管制官刺殺のロシア人受刑者が減刑で釈放 . <https://www.afpbb.com/articles/-/2312052>. (2024 年 4 月 16 日取得)
- 阿久津祐子 (2022) . 医療安全のための組織のレジリエンスエンジニアリングを考える—様々な安全文化に関する概念を参考に—. 北海学園大学大学院経営学研究科研究論集, 20, 49-65.
- 荒井政大 (2018) . 安全・信頼性工学 (3 - 2) . <https://str.nuae.nagoya-u.ac.jp/wp-content/uploads/2021/03/20180614-Anzen2.pdf>. (2024 年 3 月 25 日取得) .
- Aviation Safety Network. ASN Aircraft accident Boeing 737-222 N62AF Washington-National Airport, DC (DCA) [Potomac River]. <https://aviation-safety.net/database/record.php?id=19820113-0>. (2024 年 3 月 12 日取得) .
- Bazerman, H. M. & Watkins, D. M. (2004) . PREDICTABLE SURPRISES: The Disasters You Should Have Seen Coming, and How to Prevent Them. (奥村哲史 (訳) (2021) . 予測できた危機をなぜ防げなかったのか?- 組織・リーダーが克服すべき 3 つの障壁 . 東洋経済新報社.)
- Bundesstelle für Flugunfalluntersuchung (2004) . Investigation Report AX001-1-2. [https://web.archive.org/web/20070123052035/http://www.bfu-web.de/cln\\_003/nn\\_53140/EN/Publications/Investigation\\_20Report/2002/Report\\_02\\_\\_AX001-1-2\\_\\_C3\\_9Cberlingen\\_\\_Report%2CtemplateId%3Draw%2Cproperty%3DpublicationFile.pdf/Report\\_02\\_AX001-1-2\\_%C3%9Cberlingen\\_Report.pdf](https://web.archive.org/web/20070123052035/http://www.bfu-web.de/cln_003/nn_53140/EN/Publications/Investigation_20Report/2002/Report_02__AX001-1-2__C3_9Cberlingen__Report%2CtemplateId%3Draw%2Cproperty%3DpublicationFile.pdf/Report_02_AX001-1-2_%C3%9Cberlingen_Report.pdf). (2024 年 4 月 16 日取得)
- デヴィッド・ビーティ (著)・小西進 (訳) (2002) . 機長の真実 . 講談社 .
- デビッド・ゲロー (著)・清水保俊 (訳) (1997) . 航空事故 増改訂版 . イカロス出版 .
- Edmondson, C. A. (2019). The Fearless Organization. John Wiley & Sons, Inc. (野津智子 (訳) (2021). 恐れのない組織 . 英治出版株式会社.)
- 藤澤由和 (2002) . 医療安全国際動向—政策的動向および施策とその方向性—. 保健医療科学, 51 (3) , 118-123.
- フジテレビ (2019) . 2 機の航空機が空中で衝突! 史上最悪の航空機事故 . [https://www.fujitv.co.jp/unb/contents/190523\\_1.html](https://www.fujitv.co.jp/unb/contents/190523_1.html). (2024 年 4 月 17 日取得)
- 藤原源吉 (1996) . 最近の疲労破壊による航空機事故と疲労基準改定案 . 材料, 45 (1) , 2-8.
- 初谷友希・中村隆宏 (2015) . フライトデータを用いた航空機操縦の技能習熟評価と訓練効果への影響について . [https://www.kansai-u.ac.jp/Fc\\_ss/common/pdf/bulletin005\\_10.pdf](https://www.kansai-u.ac.jp/Fc_ss/common/pdf/bulletin005_10.pdf). (2024 年 3 月 25 日取得)
- Harmer, M. (2005) . The Case of Elaine Bromiley. <https://emcrit.org/wp-content/uploads/ElaineBromileyAnonymousReport.pdf> (2023 年 10 月 10 日)
- 林祐 (2020) . 第 42 回 残燃料なし! . <https://aegis-cms.co.jp/639>. (2024 年 3 月 22 日取得)
- 医療安全推進者ネットワーク (2004) . 医療判決紹介 No.25「市立大学附属病院での患者取り違い事件」. [https://www.medsafe.net/precedent/hanketsu\\_0\\_25.html](https://www.medsafe.net/precedent/hanketsu_0_25.html) (2023 年 9 月 5 日取得) .
- Japanese Aerospace Quality Group (2013) . 飛行安全教育ガイダンス文書作成チーム . 宇宙及び

- 防衛分野の組織におけるガイダンス文書（その2）—飛行安全教育—. [https://jaqg.sjac.or.jp/document/2022/2\\_RobustQMS\\_Guidance\\_FlightSafty\\_20130801r2.pdf](https://jaqg.sjac.or.jp/document/2022/2_RobustQMS_Guidance_FlightSafty_20130801r2.pdf), 17. (2024年3月10日取得)
- 垣本由紀子 (2001). 航空における情報取得とパイロットエラー. 国際交通安全学会, 26 (2), 38-47.
- 加藤淳 (2018). 看護師のヒューマンエラーによる医療事故に関する事例研究. 人間生活文化研究, 28, 595-608.
- 国土交通省 (2002). ドイツにおける航空機の空中衝突について. <https://www.mlit.go.jp/singikai/koutusin/koku/hoan/5/images/sankou6.pdf>. (2024年4月16日取得)
- 河野龍太郎 (2022). 医療におけるヒューマンエラー第2版——なぜ間違える どう防ぐ. 医学書院.
- 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 (2011). 平成23年度国公立大学附属病院 医療安全セミナー 我が国の医療安全施策の動向. [https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cqm/ingai/seminar/pdf/2011/002\\_watanabe\\_koseirodo.pdf](https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cqm/ingai/seminar/pdf/2011/002_watanabe_koseirodo.pdf). (2023年9月19日取得).
- 久保健一 (2016). 「ハドソン川の奇跡」を生んだ2人の”即断”. <https://business.nikkei.com/atcl/report/15/070300016/090400036/> (2024年3月14日取得)
- 釘原直樹 (2022). グループ・ダイナミックス - 集団と群集の心理学 -. 有斐閣.
- 京都地判平成18年11月1日裁判所 HP 参照 (平成13年(ワ)第2820号). [https://www.courts.go.jp/app/hanrei\\_jp/detail4?id=33797](https://www.courts.go.jp/app/hanrei_jp/detail4?id=33797) (2023年9月19日取得).
- 李啓充 (1997). 医学会新聞 連載 市場原理に揺れるアメリカ医療【番外編】ダナ・ファーバー事件 (1). [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old\\_article/n1997dir/n2235dir/n2235\\_07.htm](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1997dir/n2235dir/n2235_07.htm). (2024年1月23日取得)
- 李啓充 (1997). 医学会新聞 連載 市場原理に揺れるアメリカ医療【番外編】ダナ・ファーバー事件 (2). [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old\\_article/n1997dir/n2237dir/n2237\\_05.htm](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1997dir/n2237dir/n2237_05.htm). (2024年1月23日取得)
- 李啓充 (1997). 医学会新聞 連載 市場原理に揺れるアメリカ医療【番外編】ダナ・ファーバー事件 (3). [https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old\\_article/n1997dir/n2242dir/n2242\\_04.htm](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n1997dir/n2242dir/n2242_04.htm). (2024年1月23日取得)
- 増成直美 (2013). 投与過誤事件における医療従事者の法的責任—抗がん剤の投与に着目して—. 日本赤十字九州国際看護大学紀要, 12, 1-12.
- 松原克征 (2015). ボーイング787と航空基礎. <https://www.leading-sn.waseda.ac.jp/wp-content/uploads/2015/06/5th-colloquium2015.pdf>. (2024年3月25日取得).
- マシュー・サイド (2016). 失敗の科学. ディスカヴァー・トゥエンティワン.
- 森川佳世 (2010). ある航空機事故から学ぶヒューマンエラーについての考察—全ての組織への警鐘—. 埼玉女子短期大学研究紀要, 22, 183-196.
- 中尾政之 (2023). DC10第2エンジンの脱落によるユナイテッド航空機事故. <https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000219.html>. (2024年2月28日取得)
- 中尾政之 (2023). 官制トラブルから旅客機と貨物航空機が空中衝突し、乗員乗客71名が死亡.

- <https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000436.html>. (2024年4月16日取得)
- 中尾政之 (2023) . 濃霧のため空港で旅客機とセスナ機が衝突 . <https://www.shippai.org/fkd/cf/CA0000292.html> (2024年1月23日取得)
- 中山光成 (2017) . 公共交通機関の事故・災害発生時における避難行動に関する研究 . <https://tcue.repo.nii.ac.jp/records/806>. (2024年3月22日取得)
- National Transportation Safety Board (NTSB) (1989) . Aircraft Accident Report--Aloha Airlines, Flight 243, Boeing737-200, N73711, near Maui, Hawaii, April 28, 1988. <https://www.ntsb.gov/investigations/AccidentReports/Reports/AAR8903.pdf>. (2024年3月12日取得)
- 日本経済新聞 (2013年7月7日) . アシアナ機事故、重体・重症49人 死亡2人は16歳 . [https://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0701T\\_X00C13A7CC1000/](https://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0701T_X00C13A7CC1000/) (2024年3月2日取得)
- 産経ニュース (2009) . 【NY旅客機事故】「プロの仕事」英雄機長に喝采 . <https://web.archive.org/web/20090212102541/http://sankei.jp.msn.com/world/america/090117/amr0901170134001-n1.htm>. (2024年3月22日取得)
- NZ History. New Zealand Ministry for Culture and Heritage. Hearing the news - Erebus disaster. <https://nzhistory.govt.nz/culture/erebus-disaster/hearing-the-news> (2024年3月12日取得)
- 奥津康祐・安藤郁子・滝沢美智子 (2008) . ヒューマンファクタ工学の観点からの事例分析——消毒用エタノール取り違い事故裁判例から . 上武大学看護学部紀要 , 3, 27-36.
- Reason, J. (2008) . *The Human Contribution: Unsafe Acts, Accidents and Heroic Recoveries*. (佐相邦英 (監訳) . (2010) . 組織事故とレジリエンス: 人は事故を起こすのか、危機を救うのか . 株式会社日科技連出版社 .)
- 斉藤了文 (2002) . 航空機空中衝突 . Matrix: 海上交通システム研究会ニューズレター , 36, 37-39.
- 外山智士 (2002) . 事故詳細 . [https://www.eonet.ne.jp/~phantom/civil\\_aviation/cadb/wadr/accident/20020701a.htm](https://www.eonet.ne.jp/~phantom/civil_aviation/cadb/wadr/accident/20020701a.htm). (2024年4月16日取得)
- 柴田伊冊 (2019) . 危機管理と日本語による表現—航空用語 (英語) との比較からの一考察—. 総合危機管理 (3) , 69-77.
- 清水沙矢香 (2023) . 誰がどう話せば相手に正しく伝わるのか「言語的スタイル」から探る会話術 . <https://www.e-falcon.co.jp/column/hr/kaiwa-jyutsu>. (2024年3月19日取得)
- 寺田博之・小林英男 (2023) . アロハ航空機の胴体天井吹き飛び . <https://www.shippai.org/fkd/cf/CB0071009.html> (2024年2月28日取得)
- Tinsley, H.C. & Dillon, L.R. & Madsen, M. P. (2001) . *How to Avoid Catastrophe*. Harvard Business Review. (DIAMOND ハーバード・ビジネス・レビュー編集部 (訳) . (2019) . 意思決定の教科書 . ダイヤモンド社 , pp.63-86.)
- Toft, B. (2001) . External Inquiry into the adverse incident that occurred at Queen' s Medical Centre, Nottingham, 4th January 2001.
- 上野由貴・中易秀敏 (2007) . 航空機における緊急避難行動のアンケート調査に基づく要因分析 . 甲南大学紀要 . 工学編 , 54 (1) , 19-45.

- 運輸安全委員会 (2009) . 航空重大インシデント調査報告 . <https://www.mlit.go.jp/jtsb/aircraft/reports/inci/AI2009-1-2-JA8904-JA8020.pdf>,23. (2024 年 3 月 19 日取得)
- 渡利邦宏 (2006) . 航空界におけるヒューマンエラーとその防止策 . 海と安全 , 531, 46-50.
- 山田光男 (2015) . TEM 理論と航空機の安全運航に関する一考察 . <https://repository.exst.jaxa.jp/dspace/bitstream/a-is/555826/1/AA1540141003.pdf> (2023 年 12 月 22 日取得) .
- 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会 (1999) . 横浜市立大学医学部附属病院の医療事故に関する事故調査委員会報告書 . <https://www.yokohama-cu.ac.jp/kaikaku/bk2/bk21.html> (2023 年 9 月 5 日取得)
- 読売新聞 (2013) . アシアナ機着陸時、滑走路の誘導システム停止中 . <https://web.archive.org/web/20130710220537/http://www.yomiuri.co.jp/world/news/20130707-OYT1T00880.htm?from=ylist> (2024 年 3 月 14 日取得)

## 第2部

### 2023年の児童虐待に関する文献一覧

表1 2023年の児童虐待に関する書籍 (和書)

著者・編者	書籍名	出版社
秋田真志, 古川原明子, 笹倉香奈 (編著)	赤ちゃんの虐待えん罪 : SBS(揺さぶられっ子症候群)とAHT(虐待による頭部外傷)を検証する!	現代人文社
藤森和美, 野坂祐子	子どもへの性暴力 : その理解と支援 第2版	誠信書房
橋本なずな	10歳で私は穢された	双葉社
平野恵久	進化する児童相談所 : 地域とともに歩むアウトリーチ型の連携・協働をめざして	明石書店
本庄豊	児童福祉の戦後史 : 孤児院から児童養護施設へ	吉川弘文館
細川昭々, 今一生	さよなら、子ども虐待	創元社
池田紀子	スクールソーシャルワーカーの支援開始の判断と支援行動の関連性 : 児童虐待事例の支援に焦点をあてて	風間書房
井上寿美, 笹倉千佳弘	自分で自分を不幸にしない : 「性的虐待」を受けた女性の語りから	生活書院
石井光太	教育虐待 : 子供を壊す「教育熱心」な親たち	早川書房
磯谷文明, 山崎新 (編著)	DV・児童虐待事件処理マニュアル	新日本法規出版
伊東ゆたか	子どものトラウマを理解し、癒やす : トラウマインフォームドケアとARCの枠組み	岩崎学術出版社
唐田順子	乳幼児虐待予防のための多機関連携のプロセス研究 : 産科医療機関における「気になる親子」への気づきから	遠見書房
川越正平 (編著)	医師アウトリーチから学ぶ地域共生社会実現のための支援困難事例集 : セルフ・ネグレクト、8050問題、ひきこもり、虐待、ヤングケアラーへの対応	長寿社会開発センター
小林雅彦	民生委員・児童委員のための子ども・子育て支援実践ハンドブック	中央法規出版
子どもの虐待防止センター	子ども虐待の今を考える : 子どもの虐待防止センター30周年記念誌	子どもの虐待防止センター
夾竹桃ジン	新・ちいさいひと : 青葉児童相談所物語(12)	小学館
三谷はるよ	ACE(エース)サバイバー : 子ども期の逆境に苦しむ人々	筑摩書房
大岡由佳 (編著)	トラウマインフォームドサポートブック : 犯罪、虐待、いじめ、DV、災害などの被害者支援のために	中央法規出版
齊藤章佳	子どもへの性加害 : 性的グルーミングとは何か	幻冬舎
佐野みゆき	事例から見る社会的養護の子どもを守る法律相談Q&A	全国社会福祉協議会
佐々木大樹	暴力を手放す : 児童虐待・性加害・家庭内暴力へのアプローチ	金剛出版
柴田収	毒親絶縁の手引き : DV・虐待・ストーカーから逃れて生きるための制度と法律	紅龍堂書店
嶋守さやか, 田中ハル	虐待被害者という勿れ : 虐待サバイバーという生き方	新評論
竹中力	子どもを大切にしない国ニッポン : 元児童相談所職員の考察と提言	石風社
東京都社会福祉協議会児童部会専門職委員会心理職グループ	児童養護施設の現場でいきる心理職 : 東京都における児童養護施設心理職の取組みから	東京都社会福祉協議会児童部会専門職委員会心理職グループ
綱島庸祐, 川畑隆 (編) 鹿深の家 (著)	児童養護施設鹿深の家の「ふつう」の子育て : 人が育つために大切なこと	明石書店
内海聡	児童相談所の闇 : 闇から抜け出すために何を始めるのか	巧代宝書房
内海新祐	「ケア」を謳わないケア : 児童養護施設・心理職の視点から	言視舎
和田一郎, 鈴木勲	児童相談所一時保護所の子どもと支援 : ガイドライン・第三者評価・権利擁護など多様な視点から子どもを守る 第2版	明石書店
横道誠 (編著)	信仰から解放されない子どもたち : #宗教2世に信教の自由を	明石書店
吉田菜穂子	里親になりませんか : 子どもを救う制度と周辺知識 改訂版	日本法令
吉川ぼんび	機能不全家庭で死にかけた私が生還するまで	晶文社

表2 2023年の児童虐待に関する書籍 (訳書)

著者・編者	書籍名	出版社
Caffaro, John V. (著) 溝口史剛 (訳)	きょうだい間虐待によるトラウマ : 子ども・家族・成人サバイバーの評価と介入戦略	明石書店
カロリーヌ・リンク (作) ザビーネ・ビュヒナー (絵) 亀岡智美 (監訳) 宮崎直美 (訳)	キツネくんのひみつ : ゆうきをだしてはなそう	誠信書房
Jenifer Wakelyn (著) 御園生直美, 岩崎美奈子 (監訳) 佐藤明子 (訳)	里親養育における乳幼児の理解と支援 : 乳幼児観察から「ウォッチ・ミー・プレイ!」の実践へ	誠信書房
Kicki Hansard(著) 白井 千晶(監修・訳) 性暴力サバイバーの妊娠出産ケア・プロジェクトチーム(訳)	性的虐待を受けた性暴力サバイバーの妊娠出産期の支援 : 助産師、ドゥーラ、その他の医療従事者のためのガイド	ともあ
Pat Beesley (著) 引土達雄, 三輪清子, 山口敬子, 御園生直美 (監訳) 海野桂 (訳)	養親・里親の認定と支援のためのアセスメント・ガイドブック : パーマネンシーの視点から子どもの人生に寄り添うためのヒント	明石書店
Pete Walker(著) 牧野 有可里, 池島良子(訳)	複雑性PTSD 生き残ることから生き抜くことへ	星和書店
Robbie Duschinsky, Kate White(編) 筒井亮太(訳)	アタッチメントとトラウマ臨床の原点 : ジョン・ボウルビー未発表重要論集	誠信書房

表3 2023年の児童虐待に関する雑誌特集号

雑誌名・巻号	特集名	特集の目次	著者
チャイルドヘルス 26 (3)	知っておきたい子ども虐待と社会的養護 ～一時保護のその先は？～	企画の言葉 (1) 子ども虐待のいま (2) 里親、特別養子縁組と法律 (3) 児童相談所における里親子支援の現状 (4) 親と子の関係を描くということ ～子どものための養子縁組「特別養子縁組」の現場から～ (5) 子どもたちが暮らす施設はいま (6) いま、子どもたちへ温もりを ～社会的養護児童を家庭的養育へ・里親リクルー～ (7) 医療者に求められる里子・養子のいる家庭の支援 (8) 養親に対するペアレント・トレーニングの経緯から (9) 虐待を受けた子どもへのケア (10) 社会的養護を受ける子どもたちの今後 ～保護から養育へのパラダイムシフト～	石崎信子 宮本信也 中瀧明子 渡邊直 星野寛美 山崎知克、岩崎美奈子 河内美舟 石崎信子 吉川恵美 奥山真紀子 加賀美尤祥
チャイルドヘルス 26 (9)	知ってる？ 子どものアドボカシー	企画の言葉 1 なぜいま子どものアドボカシーなのか？ 2 小児科医と子どものアドボカシー～病院勤務医の視点から～ 3 小児科医と子どものアドボカシー～地域医療の視点から～ 4 アメリカ小児科レジデント研修におけるアドボカシー教育 5 虐待と子どものアドボカシー 6 福祉と子どものアドボカシー 7 保健と子どものアドボカシー 8 教育と子どものアドボカシー 9 貧困と子どものアドボカシー 10 これからの子どものアドボカシー～子どもの医療・保健にかかわる専門職が子どものこえを社会の声にするために～	伊藤健太 伊藤健太 利根川尚也 関口志乃・工藤紀子・ 仲島大輔 曾田志穂 小橋孝介 高平由 堀内清華 住友剛 武内一 余谷暢之
チャイルドヘルス 26 (11)	子どもへの性虐待・性暴力 ～子どもを性被害から守るには～	企画の言葉 1 子どもへの性虐待に対する他国の取り組みと日本の現状 2 家庭内の大人による子どもへの性虐待 3 性虐待・性暴力被害児の発見方法と第一発見者が子どもに聞き取る方法 4 医療者による性虐待の発見 5 司法面接 6 系統的全身診察と緊急避妊・緊急性感染症予防 7 顔見知りの大人による子どもへの家庭外性虐待 8 家庭内でのきょうだい間の性的問題 9 家庭外における子ども間性加害被害 10 見知らぬ人による子どもへの性暴力 11 子どもの性的搾取画像（児童ポルノ） 12 性的人身取引 13 性虐待・性暴力被害児に対する専門的治療 14 きょうだい間性加害児・子ども間性加害児に対する専門的治療	山田不二子 山田不二子 山田不二子 工藤久美子 溝口史剛 櫻井真子 溝口史剛 小坪淳子 田口めぐみ 今西洋子 西田理恵 Jordan Greenbaum (訳・山田不二子) 川村百合 亀岡智美 阿部恵一郎 季節子 田中久 大倉賢亮 船木雄太郎 吉田博美 羽野嘉朗 大木幸子 佐藤剛 遠田千春 有村めぐみ 藤井 康弘 進藤 千絵 今井 弘晃 坂井 隆之 田中れいか 高橋久雄 山田俊一 福本啓介 川瀬信一 永野咲
月間生徒指導 53 (10)	生徒を「性被害」から守るために	「性暴力公署」をなく 隠される子どもたち 性暴力の加害者とならぬために 学校で性被害を受けた子どもへの対応と場のケア 先生が気づけるべきハラスメントについて 性被害の早期発見のために、知っておくべきこと、すべきこと 学校で行う性被害を受けた子どもへの対応と場のケア 児童虐待防止に関わる近年の動向 子ども虐待による死亡事例を防ぐために留意すべきポイント——保健師の強みを活かすために——	山田不二子 川村百合 亀岡智美 阿部恵一郎 季節子 田中久 大倉賢亮 船木雄太郎 吉田博美 羽野嘉朗 大木幸子
保健師ジャーナル 79 (2)	特集 虐待から子どもの命をどう守るのか	子どもの安全を共に考えるパートナー—児童福祉司が保健師に期待すること 和木町における母子保健と児童福祉が連携するための保健師の取り組み 宮崎県における児童相談所保健師の取り組み——中と外をつなぐ活動の見える化 社会的養護の実情と里親委託の推進を中心とした今後の課題 一時保護の実情と課題 民法等改正後の特別養子縁組審判の実情について 論壇「子どもたちが「心の痛み」を語れるように」 養頭エッセー—子どもが「そだつ」ということ、それでもやっぱり「お母さん」	佐藤剛 遠田千春 有村めぐみ 藤井 康弘 進藤 千絵 今井 弘晃 坂井 隆之 田中れいか 高橋久雄 山田俊一 福本啓介 川瀬信一 永野咲
家庭の法と裁判 42	特集：社会的養護の実情 ——家庭での養育が困難な子の福祉	社会的養護の実情と里親委託の推進を中心とした今後の課題 一時保護の実情と課題 民法等改正後の特別養子縁組審判の実情について 論壇「子どもたちが「心の痛み」を語れるように」 養頭エッセー—子どもが「そだつ」ということ、それでもやっぱり「お母さん」	進藤 千絵 今井 弘晃 坂井 隆之 田中れいか 高橋久雄 山田俊一 福本啓介 川瀬信一 永野咲
児童養護 53 (3)	子どもの育ちと地域 —子どもの自立と地域で生きること—	特集 【子どもの育ちと地域】子どもの自立と地域で生きること レポート1 子どもの育ちを支える拡大ネットワーク レポート2 地域とともにつくる社会的養護と自立支援を支える仕組み レポート3 子どもの自立と地域について、退所後支援の視点より レポート4 そだちの環境をひろく—子どもへの信頼、地域への信頼 総括論文 子ども、若者の人生をともに	高橋久雄 山田俊一 福本啓介 川瀬信一 永野咲
児童養護 53 (4)	子どもの育ちと地域 —子どもの育ちを支える拡大ネットワーク—	特集 【子どもの育ちと地域】子どもの育ちを支える拡大ネットワーク レポート1 子どもの育ちを支える拡大ネットワーク レポート2 子どもの育ちを支える拡大ネットワーク レポート3 また見ぬ舞合と縁のつながり レポート4 子どもたちの自立について思うこと レポート5 社会的養護の子どもを支え、育む拡大地域ネットワーク 座談会 子ども、育ちと地域 安全で安心でき、癒される施設文化 「普遍」を求めてゆくを難しのなかで、ほんの少し意識していること 私たちの大切な場所：いつの日か思い出したくなる風景をめざして 安全で安心でき、癒される施設文化 社会的養護における記録、当事者への記録の開示とその留意点 医療と福祉の連携で母子を支える：一般社団法人「あんしん母と子の産婦人科連絡協議会」をたずねて すべての子どもの「夢」を拓くために ※CINII及び公式HPから一部文献情報が取得できず、上記のほか掲載記事が含まれる可能性あり	横田千代子 サヘル・ローズ 増沢高 飯塚高美 楢原真也 江藤望生 浅田浩司 畑山麗衣 増沢高 増田康平 井上真子 岡田美沙子 石塚かおる 遠瀬順子 阿久津美紀 土淵美知子 加瀬達 加瀬達 堀澤信 赤池裕
児童養護 54 (1)	施設文化を考える	安全で安心でき、癒される施設文化 社会的養護における記録、当事者への記録の開示とその留意点 医療と福祉の連携で母子を支える：一般社団法人「あんしん母と子の産婦人科連絡協議会」をたずねて すべての子どもの「夢」を拓くために ※CINII及び公式HPから一部文献情報が取得できず、上記のほか掲載記事が含まれる可能性あり	土淵美知子 加瀬達 堀澤信 赤池裕
児童養護 54 (2)	施設文化を考える	健康的な施設文化とは何か：「何気ない」日常を育むために チーム支援で積み重ねる職員と子どもとのつながり：継続的な信頼関係の構築をめざして 退所児童と施設や職員とのつながり つながり支え合える施設文化の醸成（じょうせい） 社会的養護における記録、デジタル時代における子どもたちの記録の管理 聖霊愛児園 統括施設長 安川実（やすかわみのる）氏をたずねて 人と人との「つながり」を大切に 子どもの夢の場所 成るおもしろ ※CINII及び公式HPから一部文献情報が取得できず、上記のほか掲載記事が含まれる可能性あり	土淵美知子 加瀬達 堀澤信 赤池裕 田畑一郎 増沢高 阿久津美紀 安川実、土淵美知子 松本幸治

<p>子どもの虐待とネグレクト 24 (3)</p>	<p>特集 産後ケアと子ども虐待予防 —当事者の声なき声を拾いあつめて</p>	<p>母子保健の強みをどう発揮するか 特集にあたって 産後ケア：子どもの虐待の予防のために 産後ケア事業の法制度から実践に向けて 小児科と産後ケア 世田谷区の産後ケア事業：産生から現在、そして未来への架け橋 乳児院における産後ケアについて JapSCANのこれから 企画趣旨：児童虐待対応における心理職の歴史的展開 児童相談所における心理職の仕事と役割 市区町村の子ども虐待対応における心理職の役割：地域で生活する子どもと家庭の支援として 児童養護施設における心理職の活動 子ども虐待対応における児童心理治療施設の現状と心理職の役割 フostering機関の現状と課題：心理職の取り組みという視点から 小児病院での虐待対応における心理士の役割：チーム医療の中の活動を中心に 子ども虐待問題をきっかけとめて進む心理職 子ども虐待領域で活動する心理士の役割：私の職業経験と照らして 「こころをつなぐ」日本子ども虐待防止学会第28回学術集会ふくおか大会を開催して 特別講演 児童の性的虐待の刑事手続きにおけるベスト・プラクティス：アメリカからの教訓 特別講演 子ども・若者を守るための傾聴文化の創造：英国の子どもアドボカシーから学ぶ 特別講演 子ども虐待対応のパラダイムシフト：子どもと家族が意思決定の中心となるシステムを想像してみよう 大会企画シンポジウム 社会的養護のもとにある子どもへの介入・支援における複雑性 性的外傷後ストレス障害診断の意義：児童福祉領域におけるトラウマ関連疾患診療の普及に向けて 大会企画シンポジウム 「サポートプラン」を用いた市区町村のケースマネジメントを 考える：家族と割り、読える支援に向けて 大会企画シンポジウム 福岡市における社会的養育の進展とこれから：官民共働の家庭 養育から予防的支援へ 教育講演 自傷と市販薬乱用の理解と援助 乳幼児にとっての家庭養育の重要性：最近の研究から得られたエビデンスと政策・ 実践への示唆</p>	<p>上野昌江 渡辺好恵 中板育美 福岡富士子 井原優子 多賀谷悦子 棚田唐里子 岩佐嘉彦 増沢高・菅野道英 井原優子 八木安理子 若松亜希子 高田治 長田淳子 山本悦代 森茂程 西澤裕 小川厚 トム ライオン・仲真紀 子・一宮里枝子 シエン・ダリンプル・ 朱留里美 リサ マーケル ホルグ イン・畠山由佳子・藤 林武史 山下洋・山根謙一・堀 川直希・大江美佐里・ 加茂登志子 福井充・畠山由佳子・ 笹井康治・小泉誠・辻 本直子 松崎佳子・池田佐知 子・上鹿渡和宏・福井 充・橋本愛美・中村み どり・松崎剛・大神嘉 松本俊彦 チャールズ・H・ジー ナー・ネイサン・A フォックス・チャール ズ・A・ネルソン・高橋 恵里子</p>
<p>子どもの虐待とネグレクト 25 (1)</p>	<p>特集 子ども虐待対応における心理学と心理職の役割</p>	<p>【巻頭に】 薄れる記憶 【親子をみる視点】 【親子をみる視点】 トラウマとアタッチメントを視野に入れた親子への支援 逆境・トラウマを乗り越える子育て技術 子育てに苦しむ母を支援する——記憶がもたらす苦しみ メンタライジングに注目した親子への心理的支援 【支援の現場から】 周産期メンタルヘルス支援の現場から——「子どもを愛せない」親の臨床 乳幼児精神保健の臨床から——深刻な関係性の問題への評価と介入 保育現場での親子の関係性支援 発達障害の親をめぐる発達臨床——ACEトラウマの視点から 児童福祉施設での臨床——情緒応答性の視点から 児童精神科での親支援としてのPGIT 精神科臨床の現場から——心理教育を通じた親支援 依存問題のある人の家族支援とPTSD トラウマへのソマティック・アプローチの効果——MY TREEにおける瞑想とヨーガ 【エッセイ】 密かな願い「赦し認めあって生きたい」 ふたたびこころが自在に動くために 逆境と子育て——母親役割を分ち合う社会へ 親と子の二つの窓を聞き、回復に向かう交流の場所へ 特集にあたって 複雑性PTSD——疾患概念と診断基準 複雑性PTSDを診るときに心がけていること 複雑性PTSDの体験世界と接し方の基本を知ろう 複雑性PTSDとトラウマインフォームドケア 複雑性PTSDの心理教育——心理教育テキスト『今を生きるヒント』の紹介 複雑性PTSDに対するトラウマ焦点化治療 複雑性PTSDに対するSIAIR Narrative Therapy 複雑性PTSDに対する身体志向心理療法のアプローチ 精神科一般外来での複雑性PTSD診療 子どもの複雑性PTSD——アセスメント、診断、治療的アプローチ 潰されて終わって壊れる——サバイバーの私が複雑性PTSDを克服した過程 複雑性PTSDの神経生物学——逆境的小児期体験（ACEs）と心的外傷後ストレス症 （PTSD）の研究からの考察 文学と複雑性PTSD——『八つ墓村』・『拳銃』・『嵐が丘』 マルトリートメントとレジリエンス——その言葉が生まれた背景にあるもの いま、子育て中の親に必要な支援——「親を被害者にしない」支援のヒント集 から マルトリートメント・虐待とトラウマインフォームドケア 加害者の容容可能性をひきだすための対話 虐待を受けた子どもへの支援 アタッチメントと児童虐待 学校における子どもの貧困と児童虐待の理解と対応——背景を読み解いて支援するた めのスクールソーシャルワーク実践—— 虐待を予防する保護者支援プログラム</p>	<p>菅田正人 加茂登志子 橋本和明 大河原美以 西村 肇 久保田智香・高橋恵理 矢・菅江繪子 青木豊 青木紀久代 山崎知克・野村節三 生地新 細金奈奈・木原望美・ 小平雅基 大江美佐里 安斎真弓 森田ゆり 村瀬嘉代子 田中千穂子 鎌田洋美 山下洋 山澤治 伊藤真紀子 山本眞紀子 相澤仁 新田司 鈴木秀洋 秋野佳子 原田誠一 金吉晴 青木省三 原田誠一 鎌田洋美 汗栗比呂美・他 飛鳥井望 丹羽まどか 牧野有可里 辻上伸浩 林みつ穂 小石川真美 堀弘明 高橋正雄 藤高陽介・細川大雅 吉澤一弥 守村洋 中村正 渡部雪子 北川直</p>
<p>子どもの虐待とネグレクト 25 (2)</p>	<p>特集 第28回学術集会（ふくおか大会）</p>	<p>大会企画シンポジウム 社会的養護のもとにある子どもへの介入・支援における複雑 性的外傷後ストレス障害診断の意義：児童福祉領域におけるトラウマ関連疾患診 療の普及に向けて 大会企画シンポジウム 「サポートプラン」を用いた市区町村のケースマネジメントを 考える：家族と割り、読える支援に向けて 大会企画シンポジウム 福岡市における社会的養育の進展とこれから：官民共働の家庭 養育から予防的支援へ 教育講演 自傷と市販薬乱用の理解と援助 乳幼児にとっての家庭養育の重要性：最近の研究から得られたエビデンスと政策・ 実践への示唆</p>	<p>山下洋・山根謙一・堀 川直希・大江美佐里・ 加茂登志子 福井充・畠山由佳子・ 笹井康治・小泉誠・辻 本直子 松崎佳子・池田佐知 子・上鹿渡和宏・福井 充・橋本愛美・中村み どり・松崎剛・大神嘉 松本俊彦 チャールズ・H・ジー ナー・ネイサン・A フォックス・チャール ズ・A・ネルソン・高橋 恵里子</p>
<p>こころの科学 229</p>	<p>親子を支援する ——トラウマと愛着の視点から</p>	<p>【巻頭に】 薄れる記憶 【親子をみる視点】 【親子をみる視点】 トラウマとアタッチメントを視野に入れた親子への支援 逆境・トラウマを乗り越える子育て技術 子育てに苦しむ母を支援する——記憶がもたらす苦しみ メンタライジングに注目した親子への心理的支援 【支援の現場から】 周産期メンタルヘルス支援の現場から——「子どもを愛せない」親の臨床 乳幼児精神保健の臨床から——深刻な関係性の問題への評価と介入 保育現場での親子の関係性支援 発達障害の親をめぐる発達臨床——ACEトラウマの視点から 児童福祉施設での臨床——情緒応答性の視点から 児童精神科での親支援としてのPGIT 精神科臨床の現場から——心理教育を通じた親支援 依存問題のある人の家族支援とPTSD トラウマへのソマティック・アプローチの効果——MY TREEにおける瞑想とヨーガ 【エッセイ】 密かな願い「赦し認めあって生きたい」 ふたたびこころが自在に動くために 逆境と子育て——母親役割を分ち合う社会へ 親と子の二つの窓を聞き、回復に向かう交流の場所へ 特集にあたって 複雑性PTSD——疾患概念と診断基準 複雑性PTSDを診るときに心がけていること 複雑性PTSDの体験世界と接し方の基本を知ろう 複雑性PTSDとトラウマインフォームドケア 複雑性PTSDの心理教育——心理教育テキスト『今を生きるヒント』の紹介 複雑性PTSDに対するトラウマ焦点化治療 複雑性PTSDに対するSIAIR Narrative Therapy 複雑性PTSDに対する身体志向心理療法のアプローチ 精神科一般外来での複雑性PTSD診療 子どもの複雑性PTSD——アセスメント、診断、治療的アプローチ 潰されて終わって壊れる——サバイバーの私が複雑性PTSDを克服した過程 複雑性PTSDの神経生物学——逆境的小児期体験（ACEs）と心的外傷後ストレス症 （PTSD）の研究からの考察 文学と複雑性PTSD——『八つ墓村』・『拳銃』・『嵐が丘』 マルトリートメントとレジリエンス——その言葉が生まれた背景にあるもの いま、子育て中の親に必要な支援——「親を被害者にしない」支援のヒント集 から マルトリートメント・虐待とトラウマインフォームドケア 加害者の容容可能性をひきだすための対話 虐待を受けた子どもへの支援 アタッチメントと児童虐待 学校における子どもの貧困と児童虐待の理解と対応——背景を読み解いて支援するた めのスクールソーシャルワーク実践—— 虐待を予防する保護者支援プログラム</p>	<p>菅田正人 加茂登志子 橋本和明 大河原美以 西村 肇 久保田智香・高橋恵理 矢・菅江繪子 青木豊 青木紀久代 山崎知克・野村節三 生地新 細金奈奈・木原望美・ 小平雅基 大江美佐里 安斎真弓 森田ゆり 村瀬嘉代子 田中千穂子 鎌田洋美 山下洋 山澤治 伊藤真紀子 山本眞紀子 相澤仁 新田司 鈴木秀洋 秋野佳子 原田誠一 金吉晴 青木省三 原田誠一 鎌田洋美 汗栗比呂美・他 飛鳥井望 丹羽まどか 牧野有可里 辻上伸浩 林みつ穂 小石川真美 堀弘明 高橋正雄 藤高陽介・細川大雅 吉澤一弥 守村洋 中村正 渡部雪子 北川直</p>
<p>教育と医学 71 (1)</p>	<p>子ども・家庭への支援の新展開と課題 ——子ども虐待対応を中心に</p>	<p>【巻頭に】 薄れる記憶 【親子をみる視点】 【親子をみる視点】 トラウマとアタッチメントを視野に入れた親子への支援 逆境・トラウマを乗り越える子育て技術 子育てに苦しむ母を支援する——記憶がもたらす苦しみ メンタライジングに注目した親子への心理的支援 【支援の現場から】 周産期メンタルヘルス支援の現場から——「子どもを愛せない」親の臨床 乳幼児精神保健の臨床から——深刻な関係性の問題への評価と介入 保育現場での親子の関係性支援 発達障害の親をめぐる発達臨床——ACEトラウマの視点から 児童福祉施設での臨床——情緒応答性の視点から 児童精神科での親支援としてのPGIT 精神科臨床の現場から——心理教育を通じた親支援 依存問題のある人の家族支援とPTSD トラウマへのソマティック・アプローチの効果——MY TREEにおける瞑想とヨーガ 【エッセイ】 密かな願い「赦し認めあって生きたい」 ふたたびこころが自在に動くために 逆境と子育て——母親役割を分ち合う社会へ 親と子の二つの窓を聞き、回復に向かう交流の場所へ 特集にあたって 複雑性PTSD——疾患概念と診断基準 複雑性PTSDを診るときに心がけていること 複雑性PTSDの体験世界と接し方の基本を知ろう 複雑性PTSDとトラウマインフォームドケア 複雑性PTSDの心理教育——心理教育テキスト『今を生きるヒント』の紹介 複雑性PTSDに対するトラウマ焦点化治療 複雑性PTSDに対するSIAIR Narrative Therapy 複雑性PTSDに対する身体志向心理療法のアプローチ 精神科一般外来での複雑性PTSD診療 子どもの複雑性PTSD——アセスメント、診断、治療的アプローチ 潰されて終わって壊れる——サバイバーの私が複雑性PTSDを克服した過程 複雑性PTSDの神経生物学——逆境的小児期体験（ACEs）と心的外傷後ストレス症 （PTSD）の研究からの考察 文学と複雑性PTSD——『八つ墓村』・『拳銃』・『嵐が丘』 マルトリートメントとレジリエンス——その言葉が生まれた背景にあるもの いま、子育て中の親に必要な支援——「親を被害者にしない」支援のヒント集 から マルトリートメント・虐待とトラウマインフォームドケア 加害者の容容可能性をひきだすための対話 虐待を受けた子どもへの支援 アタッチメントと児童虐待 学校における子どもの貧困と児童虐待の理解と対応——背景を読み解いて支援するた めのスクールソーシャルワーク実践—— 虐待を予防する保護者支援プログラム</p>	<p>菅田正人 加茂登志子 橋本和明 大河原美以 西村 肇 久保田智香・高橋恵理 矢・菅江繪子 青木豊 青木紀久代 山崎知克・野村節三 生地新 細金奈奈・木原望美・ 小平雅基 大江美佐里 安斎真弓 森田ゆり 村瀬嘉代子 田中千穂子 鎌田洋美 山下洋 山澤治 伊藤真紀子 山本眞紀子 相澤仁 新田司 鈴木秀洋 秋野佳子 原田誠一 金吉晴 青木省三 原田誠一 鎌田洋美 汗栗比呂美・他 飛鳥井望 丹羽まどか 牧野有可里 辻上伸浩 林みつ穂 小石川真美 堀弘明 高橋正雄 藤高陽介・細川大雅 吉澤一弥 守村洋 中村正 渡部雪子 北川直</p>
<p>精神医学 65 (8)</p>	<p>複雑性PTSDの臨床</p>	<p>【巻頭に】 薄れる記憶 【親子をみる視点】 【親子をみる視点】 トラウマとアタッチメントを視野に入れた親子への支援 逆境・トラウマを乗り越える子育て技術 子育てに苦しむ母を支援する——記憶がもたらす苦しみ メンタライジングに注目した親子への心理的支援 【支援の現場から】 周産期メンタルヘルス支援の現場から——「子どもを愛せない」親の臨床 乳幼児精神保健の臨床から——深刻な関係性の問題への評価と介入 保育現場での親子の関係性支援 発達障害の親をめぐる発達臨床——ACEトラウマの視点から 児童福祉施設での臨床——情緒応答性の視点から 児童精神科での親支援としてのPGIT 精神科臨床の現場から——心理教育を通じた親支援 依存問題のある人の家族支援とPTSD トラウマへのソマティック・アプローチの効果——MY TREEにおける瞑想とヨーガ 【エッセイ】 密かな願い「赦し認めあって生きたい」 ふたたびこころが自在に動くために 逆境と子育て——母親役割を分ち合う社会へ 親と子の二つの窓を聞き、回復に向かう交流の場所へ 特集にあたって 複雑性PTSD——疾患概念と診断基準 複雑性PTSDを診るときに心がけていること 複雑性PTSDの体験世界と接し方の基本を知ろう 複雑性PTSDとトラウマインフォームドケア 複雑性PTSDの心理教育——心理教育テキスト『今を生きるヒント』の紹介 複雑性PTSDに対するトラウマ焦点化治療 複雑性PTSDに対するSIAIR Narrative Therapy 複雑性PTSDに対する身体志向心理療法のアプローチ 精神科一般外来での複雑性PTSD診療 子どもの複雑性PTSD——アセスメント、診断、治療的アプローチ 潰されて終わって壊れる——サバイバーの私が複雑性PTSDを克服した過程 複雑性PTSDの神経生物学——逆境的小児期体験（ACEs）と心的外傷後ストレス症 （PTSD）の研究からの考察 文学と複雑性PTSD——『八つ墓村』・『拳銃』・『嵐が丘』 マルトリートメントとレジリエンス——その言葉が生まれた背景にあるもの いま、子育て中の親に必要な支援——「親を被害者にしない」支援のヒント集 から マルトリートメント・虐待とトラウマインフォームドケア 加害者の容容可能性をひきだすための対話 虐待を受けた子どもへの支援 アタッチメントと児童虐待 学校における子どもの貧困と児童虐待の理解と対応——背景を読み解いて支援するた めのスクールソーシャルワーク実践—— 虐待を予防する保護者支援プログラム</p>	<p>菅田正人 加茂登志子 橋本和明 大河原美以 西村 肇 久保田智香・高橋恵理 矢・菅江繪子 青木豊 青木紀久代 山崎知克・野村節三 生地新 細金奈奈・木原望美・ 小平雅基 大江美佐里 安斎真弓 森田ゆり 村瀬嘉代子 田中千穂子 鎌田洋美 山下洋 山澤治 伊藤真紀子 山本眞紀子 相澤仁 新田司 鈴木秀洋 秋野佳子 原田誠一 金吉晴 青木省三 原田誠一 鎌田洋美 汗栗比呂美・他 飛鳥井望 丹羽まどか 牧野有可里 辻上伸浩 林みつ穂 小石川真美 堀弘明 高橋正雄 藤高陽介・細川大雅 吉澤一弥 守村洋 中村正 渡部雪子 北川直</p>
<p>精神科看護 50 (3)</p>	<p>特集 マルトリートメントと虐待、親と子それ ぞれのレジリエンス</p>	<p>【巻頭に】 薄れる記憶 【親子をみる視点】 【親子をみる視点】 トラウマとアタッチメントを視野に入れた親子への支援 逆境・トラウマを乗り越える子育て技術 子育てに苦しむ母を支援する——記憶がもたらす苦しみ メンタライジングに注目した親子への心理的支援 【支援の現場から】 周産期メンタルヘルス支援の現場から——「子どもを愛せない」親の臨床 乳幼児精神保健の臨床から——深刻な関係性の問題への評価と介入 保育現場での親子の関係性支援 発達障害の親をめぐる発達臨床——ACEトラウマの視点から 児童福祉施設での臨床——情緒応答性の視点から 児童精神科での親支援としてのPGIT 精神科臨床の現場から——心理教育を通じた親支援 依存問題のある人の家族支援とPTSD トラウマへのソマティック・アプローチの効果——MY TREEにおける瞑想とヨーガ 【エッセイ】 密かな願い「赦し認めあって生きたい」 ふたたびこころが自在に動くために 逆境と子育て——母親役割を分ち合う社会へ 親と子の二つの窓を聞き、回復に向かう交流の場所へ 特集にあたって 複雑性PTSD——疾患概念と診断基準 複雑性PTSDを診るときに心がけていること 複雑性PTSDの体験世界と接し方の基本を知ろう 複雑性PTSDとトラウマインフォームドケア 複雑性PTSDの心理教育——心理教育テキスト『今を生きるヒント』の紹介 複雑性PTSDに対するトラウマ焦点化治療 複雑性PTSDに対するSIAIR Narrative Therapy 複雑性PTSDに対する身体志向心理療法のアプローチ 精神科一般外来での複雑性PTSD診療 子どもの複雑性PTSD——アセスメント、診断、治療的アプローチ 潰されて終わって壊れる——サバイバーの私が複雑性PTSDを克服した過程 複雑性PTSDの神経生物学——逆境的小児期体験（ACEs）と心的外傷後ストレス症 （PTSD）の研究からの考察 文学と複雑性PTSD——『八つ墓村』・『拳銃』・『嵐が丘』 マルトリートメントとレジリエンス——その言葉が生まれた背景にあるもの いま、子育て中の親に必要な支援——「親を被害者にしない」支援のヒント集 から マルトリートメント・虐待とトラウマインフォームドケア 加害者の容容可能性をひきだすための対話 虐待を受けた子どもへの支援 アタッチメントと児童虐待 学校における子どもの貧困と児童虐待の理解と対応——背景を読み解いて支援するた めのスクールソーシャルワーク実践—— 虐待を予防する保護者支援プログラム</p>	<p>菅田正人 加茂登志子 橋本和明 大河原美以 西村 肇 久保田智香・高橋恵理 矢・菅江繪子 青木豊 青木紀久代 山崎知克・野村節三 生地新 細金奈奈・木原望美・ 小平雅基 大江美佐里 安斎真弓 森田ゆり 村瀬嘉代子 田中千穂子 鎌田洋美 山下洋 山澤治 伊藤真紀子 山本眞紀子 相澤仁 新田司 鈴木秀洋 秋野佳子 原田誠一 金吉晴 青木省三 原田誠一 鎌田洋美 汗栗比呂美・他 飛鳥井望 丹羽まどか 牧野有可里 辻上伸浩 林みつ穂 小石川真美 堀弘明 高橋正雄 藤高陽介・細川大雅 吉澤一弥 守村洋 中村正 渡部雪子 北川直</p>
<p>指導と評価 69 (1)</p>	<p>特集② 児童虐待</p>	<p>【巻頭に】 薄れる記憶 【親子をみる視点】 【親子をみる視点】 トラウマとアタッチメントを視野に入れた親子への支援 逆境・トラウマを乗り越える子育て技術 子育てに苦しむ母を支援する——記憶がもたらす苦しみ メンタライジングに注目した親子への心理的支援 【支援の現場から】 周産期メンタルヘルス支援の現場から——「子どもを愛せない」親の臨床 乳幼児精神保健の臨床から——深刻な関係性の問題への評価と介入 保育現場での親子の関係性支援 発達障害の親をめぐる発達臨床——ACEトラウマの視点から 児童福祉施設での臨床——情緒応答性の視点から 児童精神科での親支援としてのPGIT 精神科臨床の現場から——心理教育を通じた親支援 依存問題のある人の家族支援とPTSD トラウマへのソマティック・アプローチの効果——MY TREEにおける瞑想とヨーガ 【エッセイ】 密かな願い「赦し認めあって生きたい」 ふたたびこころが自在に動くために 逆境と子育て——母親役割を分ち合う社会へ 親と子の二つの窓を聞き、回復に向かう交流の場所へ 特集にあたって 複雑性PTSD——疾患概念と診断基準 複雑性PTSDを診るときに心がけていること 複雑性PTSDの体験世界と接し方の基本を知ろう 複雑性PTSDとトラウマインフォームドケア 複雑性PTSDの心理教育——心理教育テキスト『今を生きるヒント』の紹介 複雑性PTSDに対するトラウマ焦点化治療 複雑性PTSDに対するSIAIR Narrative Therapy 複雑性PTSDに対する身体志向心理療法のアプローチ 精神科一般外来での複雑性PTSD診療 子どもの複雑性PTSD——アセスメント、診断、治療的アプローチ 潰されて終わって壊れる——サバイバーの私が複雑性PTSDを克服した過程 複雑性PTSDの神経生物学——逆境的小児期体験（ACEs）と心的外傷後ストレス症 （PTSD）の研究からの考察 文学と複雑性PTSD——『八つ墓村』・『拳銃』・『嵐が丘』 マルトリートメントとレジリエンス——その言葉が生まれた背景にあるもの いま、子育て中の親に必要な支援——「親を被害者にしない」支援のヒント集 から マルトリートメント・虐待とトラウマインフォームドケア 加害者の容容可能性をひきだすための対話 虐待を受けた子どもへの支援 アタッチメントと児童虐待 学校における子どもの貧困と児童虐待の理解と対応——背景を読み解いて支援するた めのスクールソーシャルワーク実践—— 虐待を予防する保護者支援プログラム</p>	<p>菅田正人 加茂登志子 橋本和明 大河原美以 西村 肇 久保田智香・高橋恵理 矢・菅江繪子 青木豊 青木紀久代 山崎知克・野村節三 生地新 細金奈奈・木原望美・ 小平雅基 大江美佐里 安斎真弓 森田ゆり 村瀬嘉代子 田中千穂子 鎌田洋美 山下洋 山澤治 伊藤真紀子 山本眞紀子 相澤仁 新田司 鈴木秀洋 秋野佳子 原田誠一 金吉晴 青木省三 原田誠一 鎌田洋美 汗栗比呂美・他 飛鳥井望 丹羽まどか 牧野有可里 辻上伸浩 林みつ穂 小石川真美 堀弘明 高橋正雄 藤高陽介・細川大雅 吉澤一弥 守村洋 中村正 渡部雪子 北川直</p>

表4 2023年の児童虐待に関する学術論文

(この年に『厚生労働科学研究成果データベース』にて公表された、児童虐待に関する厚生労働省研究事業の報告書を含む)

著者名	表題	雑誌名など
安部 計彦	ドイツの子ども家庭支援システムから考える子ども虐待対応 —子どもの虐待防止に児童相談所は必要か—	西南学院大学人間科学論集 18 (2), 27-50
赤間 健一, 稲富 憲朗	児童養護施設職員の就職動機に関する研究	福岡女学院大学紀要. 人間関係学部編 (24) 7-14
青木 智子	ASD(発達障害)を知るための「星と波描画テスト(SWT)」: 障害は虐待等の経験に由来するのか、本人の持つ特性なのか	平成国際大学論集 27, 1-22
有村 大士	障害児(その疑い)の虐待予防のための研究	令和3(2021)年度 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究
浅井 清美, 富士 翔太, 船田 直輝, 佐藤 希海, 武井 美優, 古川 琴音, 菅原 未来	表情, 音声のデータを利用し人工知能でAI予測体調観察	人工知能学会全国大会論文集第37回 (2023), 1-2
坂東希	非行行動のある少女の自己理解と変化を支える—児童自立支援施設におけるグループ実践から—	子ども学 11 69-89
千葉 千恵美	児童虐待防止にむけた子育て支援: 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護児童事例の検証に関する専門委員会(第17次報告)の分析から	高崎健康福祉大学紀要 (22), 177-196.
遠藤 太郎, 古荘 純一	子どものトラウマと複雑性心的外傷後ストレス障害: 日本小児精神神経学会推薦総説	日本小児科学会雑誌 127 (4), 549-556
淵脇 千寿保	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相と法 第二報告: 児童を取り巻く性犯罪周辺立法の構造—刑法における性犯罪の保護法益論から	法政論叢 58 (2), 153-169
藤井 茜, 巷岡 祐子, 河野 達夫, 榎園 美香子, 楢殿 文香理, 陣崎 雅弘	全身骨単純X線写真のみでは見逃しうる胸骨分節脱臼/骨折: 虐待症例における教訓	日本小児放射線学会雑誌 39 (1), 47-51
藤井 和郎	いじめ加害者支援の必要性 ~児童虐待といじめの関連から~	吉備国際大学研究紀要(人文・社会科学系) (33), 141-151
藤阪 希海	マルトリートメント研究における子どもの不在: 学校教師から児童へのかかわりに関する研究の現状と今後の課題	共生学ジャーナル 7, 115-136
藤田 智子, 大貫 孝学	2000年代以降の児童虐待防止政策と家族の統治	三田社会学 28 74-86
藤原 武男	健康格差が生じる要因: 子ども期の逆境体験に着目した生物学的・社会経済的メカニズム	日本医師会雑誌 151 (10), 1765-1768
二村 玲衣	地域里親会活動に内在する里親支援と教育福祉: X県里親会支部役員へのインタビューをもとに	人間教育と福祉 (12), 1-13
波田 莖 英治	児童心理治療施設の課題	聖和短期大学紀要 (9) 41-45
林 弘正	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相と法: 総括コメント	法政論叢 58 (2), 203-213
何 星雨	日本における児童虐待の概念の変容と学校教育の展開: 中国の児童虐待予防教育への示唆	学校教育学研究論集 (48), 83-92
日比 麻記子, 下田 茉莉子, 滝沢 龍	对人的逆境体験を持つ成人のメンタルヘルスサービス利用に影響を与える要因の概観	東京大学大学院教育学研究科紀要 62 561-570
日沖 美乃里	里親制度における委託前の子どもと里親の交流の位置づけに関する文献研究	淑徳大学大学院総合福祉研究科研究紀要 30 75-91
弘田陽介	リスク社会と個人化の中で親性を育む	大阪公立大学教育学研究室・教育学論集 48 1-14
本勝 仁士, 清水 寿代	親の共感性及び寛容性と不適切な養育の関連: 不適切な養育低群と高群の比較検討	幼年教育研究年報 45 69-76
堀場 純矢	児童養護施設職員の労働問題と労働組合の役割: 労働組合の有無別のアンケート調査から	大原社会問題研究所雑誌 (775) 2-21
堀場 純矢	児童養護施設で働くことになった経緯と仕事のやりがい	医療福祉政策研究 6 (1), 69-79
伊部 恭子	社会的養護経験者がふりかえるケアに関する評価: 全国調査の自由記述回答から	佛教大学 社会福祉学部論集 19, 115-136
市川 久美子, 高橋 秋絵, 大谷 利恵, 玉木 敦子	心理社会的ハイリスク妊産婦に支援を行う訪問指導員がメンタルヘルス研修・コンサルテーションを受ける意味	神戸女子大学看護学部紀要 8, 1-9
飯塚 瑞季, 大澤 真奈美, 行田 智子	乳幼児虐待予防に向けて市町村保健師が支援の必要な「気になる親子」を判断するためのアセスメントの視点	日本地域看護学会誌 26 (3), 31-42
飯村 愛	乳児院看護師の役割—歴史的変遷からの考察	日本女子大学大学院紀要. 家政学研究科・人間生活学研究科 29, 173-181
池田 いぶき, 栗原 慎二	教育的アプローチで虐待を受けた子どもたちを救えるのか: フィリピン施設を参考にして	学校教育実践学研究 29 1-7
生駒 妙香	臨床助産師による特定妊婦との関わりの実践の現象学的研究—母子とその周りもみる—	日本助産学会誌 37 (2), 114-125
今井 大二郎	子育て世帯訪問支援事業の課題と展望 ~家庭訪問型子育て支援Home-Start との比較から~	駒沢女子短期大学研究紀要 56, 13-20
井上 直美, 後藤 登志枝, 鬼頭 菊恵, 井上 薫	乳児院における家族応援会議の実践: 社会的養護を必要とする子どもと家族	乳幼児医学・心理学研究 31 (2), 139-146
石井 美智子	親権の再考—児童虐待の問題を中心に—	明治大学社会科学研究所紀要 61 (2), 45-60
石井 陽子, 富田 早苗	養育里親における活動満足感と活動負担感の関連要因: 横断研究	日本公衆衛生雑誌 70 (10), 708-717

磯部 香	現代中国における「しつけ」「児童虐待」研究の動向	高知大学学校教育研究 5, 119-124
板倉 憲政	小児期逆境体験に関する概観：親のACEsが子育てに与える影響に焦点を当てて	岐阜大学教育学部研究報告, 人文科学 71 (2), 115-123
糸田 尚史	若手児童心理司が子どもの認知検査等を意欲的に学べる研修プログラムの開発：北海道・札幌市児童相談所児童心理司基礎研修の試み	現代行動科学会誌 39 72-72
伊藤 進, 竹島 泰弘	小児神経分野の医療安全は、新しいステージへ	脳と発達 55 (2), 114-116
岩瀬 さくら, 小澤 永治	ペルーの児童養護施設に関する研究動向と自立支援の課題	九州大学総合臨床心理研究 14 85-91
柿木 祐輝	児童養護施設入所児童の意見を聴くことの現状と課題 — 児童養護施設職員へのインタビュー調査を通して —	社会福祉実践分析研究報告書 3-8
角和 麻衣子, 高平 小百合	幼児期からの負感情経験項目の抽出	玉川大学教育学部紀要 (22), 99-116
神元 隆賢	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相：企画趣旨説明	法政論叢 58 (2), 133-135
加藤 尚子	児童養護施設における不適切な懲戒行動の防止に関する研究	日本社会事業大学研究紀要 69, 115-130
川端 有子	ミシェル・マゴリアン『おやすみなさい、トムさん』を読む—虐待する母親の呪縛を解く	日本女子大学大学院紀要, 家政学研究科・人間生活学研究科 29, 253-260
河村 有教, 鈴木 翔, 中尾 優花, 甫立 あおい, 森 木の実	「望まない妊娠及び赤ちゃんの遺棄」と内密出産の問題について	多文化社会研究 9 363-379
川浪 祐太, 江原 寛昭	児童自立支援施設におけるリービングケアの現状と課題 (II)	滋賀大学教育学部紀要 72, 89-100
川崎 千恵, 大夢賀 政昭	児童相談所業務における専門職の役割認識とアセスメントの視点の比較	保健医療科学 72 (3), 258-270
菊池 美奈子, 重年 清香, 加藤 直子	養護教諭を対象とするトラウマインフォームドケア：教育プログラム研修の実施と評価	梅花女子大学看護保健学部紀要(13) 10-21
木野村 樹里	「愛」で虐待は防げるか?：児童虐待事件に関する新聞記事のフレーム分析	総合人間学 17, 96-112
木下 直俊	虐待に苦しむ子どもと家族のために、子どもの治療者・支援者ができること	小児の精神と神経 63 (1), 25-33
北 千恵	児童相談所における特定妊婦等の産後の支援：関係機関とともに親子の命を支えるには	自殺予防と危機介入 43 (2), 35-38
北川 清一	脱家庭的養育と児童養護施設実践のソーシャルワーク化研究序説 — 「社会福祉学の視点」から構想する「家族支援」の方略と実践環境の整備 —	治学院大学社会学部付属研究所研究年報 53, 37-51
北村 由美	子ども虐待と愛着	関西大学人権問題研究室紀要 (85), 81-89
木内 さくら	児童養護施設を対象とした第三者評価による養育の質の評価：子どもの権利擁護の視点に着目して	評論・社会科学 (146), 127-143
小平 かやの	児童相談所における傷つきを抱えた親子への支援	トラウマティック・ストレス：日本トラウマティック・ストレス学会誌21 (1), 59-64
小柴住 まゆ子	ステップファミリーに対するソーシャルワーク実践にむけた支援ツールの展開構想：ストレングス・レジリエンスモデルに焦点化して	福山女子大学研究論集：人文科学篇・社会科学篇・自然科学篇 54, 39-51
河野 美江 (研究代表者)	DV・性暴力被害者の医療と連携した支援体制の構築のための研究	令和4(2022)年度 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究
頃安 玲穂, 田淵 紀子, 毎田 佳子, 南 香奈	地域で働く熟練助産師が訪問時に児童虐待やそのリスクを発見する際の視点	日本助産学会誌 37 (2), 126-138
越納 美和, 清水 ゆかり	地域・在宅看護師と助産師の連携による被虐待児の家族支援の検討	平成医療短期大学紀要 (16), 17-23
公益社団法人日本小児科学会	虐待による乳幼児頭部外傷(Abusive Head Trauma in Infants and Children)に対する日本小児科学会の見解	日本小児科学会雑誌 127 (3), 498-507
厚生労働省	一時預かり事業の実施状況に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社)
厚生労働省	身近な相談先としての利用者支援事業(基本型)及び地域子育て支援拠点事業等のあり方等に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：株式会社 野村総合研究所)
厚生労働省	児童館における支援を要する学齢児童の居場所づくり及び支援体制に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：PwCコンサルティング合同会社)
厚生労働省	社会的養育推進計画の適切な指標設定に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：学校法人 早稲田大学)
厚生労働省	新たな在宅支援体制の構築に向けた各種事業の運営基準の策定に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：株式会社 日本総合研究所)
厚生労働省	人口減少地域等における児童家庭支援センターを活用した地域家庭支援のあり方に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：一般社団法人 共生社会推進プラットフォーム)
厚生労働省	里親・ファミリーホーム・施設のあり方の検討に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書(受託：株式会社 エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所)

厚生労働省	社会的養育推進における在宅指導措置のあり方に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
厚生労働省	児童養護施設や乳児院の小規模化・地域分散化における本体施設のバックアップ体制に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：株式会社 エヌ・ティ・ティ・データ経営研究所）
厚生労働省	特別養子縁組推進のための環境整備に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：株式会社 HITONOWA）
厚生労働省	一時保護所職員に対して効果的な研修を行うための調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：株式会社 日本総合研究所）
厚生労働省	一時保護所の設備・運営基準策定のための調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
厚生労働省	アドボケイト（意見・意向表明支援）における研修プログラム策定及び好事例収集のための調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
厚生労働省	保護者支援プログラムのガイドライン策定及び好事例収集のための調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社）
厚生労働省	要保護児童等に関する情報共有システムの効果的な活用方法及びその他のシステムとの効果的な連携のための調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：株式会社 野村総合研究所）
厚生労働省	児童相談所における ICT や AI を活用した業務の効率化に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：株式会社 野村総合研究所）
厚生労働省	SNS を活用した児童虐待等に関する相談の効果的な運用に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：株式会社 リベルタス・コンサルティング）
厚生労働省	ヤングケアラーの支援に係るアセスメントシートの在り方に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：有限責任監査法人トーマツ）
厚生労働省	児童相談所における虐待による乳幼児頭部外傷事案における安全確保策に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：有限責任監査法人トーマツ）
厚生労働省	児童相談所や一時保護所等における保健師の効果的な活用に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社）
厚生労働省	保育所等における要支援家庭等への支援の在り方に関する研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：PwCコンサルティング合同会社）
厚生労働省	児童相談所における要保護児童等の援助事例の実態に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：有限責任監査法人トーマツ）
厚生労働省	市区町村におけるヤングケアラー把握・支援の効果的な運用に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：有限責任監査法人トーマツ）
厚生労働省	警察からのいわゆる「面前DV」に係る通告の収集・分析に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：有限責任監査法人トーマツ）
厚生労働省	母子保健における児童虐待予防等のためのリスクアセスメントの実証に関する調査研究	令和4年度厚生労働省子ども・子育て支援推進調査研究事業報告書（受託：国立研究開発法人 国立成育医療研究センター）
久保 美抄, 鎌田 佳奈美, 池田 友美	医療機関における小児看護師の虐待報告に関する全国調査	日本小児看護学会誌 32 (0), 84-91
國石 洋, 山田 光彦	思春期の社会経験剥奪による眼窩前頭皮質-扁桃体経路の小領域特異的なシナプス機能変化	日本薬理学雑誌 158 (1), 47-50
草間 吉夫	ポスト児童養護施設を考える	新島学園短期大学子ども学研究論集 (9) 25-33
李 璟媛, 吳 貞玉, 森田 美佐	韓国の教員養成課程の大学生におけるしつけと虐待に関する認識	岡山大学大学院教育学研究科研究集録 183 49-60
松永 大介	児童養護施設における被措置児童等施設内虐待に関しての考察：テキストマイニング分析を交えて	純心現代福祉研究 (27), 19-31
松島 暢志	コロナ禍における虐待に関する大学生の意識	比治山大学・比治山大学短期大学部教職課程研究 9, 148-155
光田 信明	第25回長野県母子衛生学会学術講演会 特別講演 社会的ハイリスク妊娠と子育て	長野県母子衛生学会誌 25 25-36
宮野 幸子, 岡本 理恵, 山田 裕子	乳幼児を持つ母親の対人態度と子育て支援サービスへの要望との関連	Journal of wellness and health care, 46(2), 37-48
宮崎 正宇	児童養護施設におけるケアの連続性とその課題：リービングケアとアフターケアに着目して	倉敷市立短期大学研究紀要 (66), 39-46

森 和子	40年以上にわたり多くの里子を育ててきた里親のライフストーリー	文京学院大学人間学部研究紀要 (24), 93-107
森岡 満恵	子ども虐待予防教育の普及と阻害要因 一被虐待経験のある生徒に配慮した授業の構築—	日本福祉大学大学院福祉社会開発研究 18, 51-62
森 俊二	〈研究ノート〉LGBTQの子どもの児童養護施設職員への対応をめぐって：自主ゼミ（森ゼミ）実践報告から学ぶ	成城大学教職課程研究紀要 (5) 11-17
森田 悦史	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相と法 第一報告：民法（家族法）と児童虐待の問題点について—親権・監護権・懲戒権を中心として—	法政論叢 58 (2), 137-152
長江 美代子	切り離せないDV・虐待・性暴力の支援をつなぎ次世代を守る	子ども学 (11), 90-111
仲山 正志, 井上 景	健全な子ども育成を目指してⅢ：運動の楽しさ・子ども虐待の基礎理論への原点回帰	甲南女子大学研究紀要 59, 159-170
日本法政学会	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相と法：質疑応答	法政論叢 58 (2), 215-219
西田 志穂, 西村, 実希子	救急外来を受診する子どもと家族の状況と行われている看護に関する文献検討	共立女子大学看護学雑誌 10, 75-81
西川 勝利	社会的養護と保護が必要な子どもの人間関係に関する一考察	子ども・子育て支援 研究センター年報 12, 13-21
西山 智之	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相と法 第三報告：家庭内における性的虐待への対応策の検討—刑事政策的側面から—	法政論叢 58 (2), 171-188
野田 夕月奈, 大守 伊織	就学時期のセクシュアルハラスメントに関する文献研究	岡山大学教師教育開発センター紀要 13, 315-325
野上 有紀子, 中村 由紀, 五月女 哲也, 清川 裕貴, 朴沢 美生, 築野 沙絵子, 笹川 祐輝, 鈴木 絢子, 花崎 美華, 中島 努, 大島 邦子, 齊藤 一誠, 岩瀬 陽子, 早崎 治明	一時保護所に保護中の被虐待児童の歯種別う蝕罹患状況に関する報告	日本障害者歯科学会雑誌 44 (1), 10-18
野間 俊一	トラウマ、解離と摂食障害	日本摂食障害学会雑誌 3 (1), 22-27
野々宮 京子, 村山 恭朗	地域で勤務する保育士／保健師が実施したペアレント・プログラムの効果検証	発達心理学研究 34 (3), 119-130
野坂 祐子	保育におけるトラウマインフォームドケア：トラウマが幼児におよぼす影響と育ちを支える環境づくり	子ども学 / 白梅学園大学子ども学研究所「子ども学」編集委員会 編 (11) 47-68
大重 耕三	児童相談所と協働したトラウマケア体制整備の取り組み：岡山県子どもの心の診療ネットワーク事業を通じて	トラウマティック・ストレス 21 (1), 65-69
尾立 素子	人道開発支援現場での性的搾取・虐待からの保護 —2000年以降の進捗と課題	平和研究 60, 125-150
大西 将史, 廣澤 愛子, 大西 薫	保護者によるエデュケーション・マルトリートメントの生起・維持に 関与する要因と消失・改善に 関与する要因の検討：—福祉・医療・教育現場の専門家に対するインタビュー調査から得られた事例の質的分析—	福井大学教育実践研究47, 75-86
大石 千歳	家庭内での子どもへの体罰の必要性認識に影響する要因の検討：自由記述データの分析に基づいて	東京女子体育大学東京女子体育短期大学紀要 58, 63-74
大川 聡子, 眞壁 美香, 金谷 志子, 上野 昌江	10代初産母親の逆境的小児期体験（ACE）の特徴と育児中の心身の健康、経済的状況との関連	日本地域看護学会誌 26 (1), 4-12
大迫 秀樹, 白澤 早苗	乳児院における小規模化・地域分散化、高機能化・多機能化に伴う早期からの連続性を持った心理的ケア	福岡女学院大学大学院紀要：臨床心理学 20, 37-44
大塚 類	児童養護施設で暮らすことを支えるリズム：措置後数ヶ月の幼児のエピソードから考える	キリスト教社会福祉学 55 86-97
朴 順龍, 姜 民護	韓国における児童虐待事犯教育プログラムの効果に関する統合的アプローチ	評論・社会科学145, 91-106
斎藤 学	児童期の虐待によるPTSDの治療	アディクションと家族 38 (1), 24-34
斎藤 学	性的児童虐待と近親姦	アディクションと家族 38 (1), 35-41
斎藤 学	少女の売春と近親姦	アディクションと家族 38 (1), 42-47
斎藤 学	児童虐待に関する加害者治療モデル：精神医学の現場から	アディクションと家族 38 (1), 57-61
斎藤 学, 中村 俊規, 沼田 真一	近親姦虐待と成人期精神障害	アディクションと家族 38 (1), 62-71
齋藤美重子, 佐藤真弓	ケアラー・ケア認知4類型とケア実践との関連—全国成人アンケート調査の結果から—	川村学園女子大学研究紀要 34, 175-185
齋藤 由里佳, 岡永 真由美	助産師外来におけるハイリスク妊産褥婦に対する妊娠前から行う育児支援の検討	岐阜県立看護大学紀要 23 (1), 63-74
坂本 保子	地域における子育て支援に関する現状と課題 — 子育てサロンを利用している母親の育児ストレス —	八戸学院大学紀要 66 75-85
佐藤 昌司, 北村 俊則	シンポジウム2：両親のメンタルヘルスと新生児虐待	日本周産期・新生児医学会雑誌 58 (4), 693-704
千賀 則史	子ども虐待への心理社会的統合的アプローチの意義と可能性	同朋大学大学院文学研究科研究紀要 (18), 250-229
泉水 祐太	児童養護施設における施設職員の虐待に対する認識：X施設の調査から	武蔵野短期大学研究紀要 37, 27-31
渋谷 光美	フィリピンのNGOによるストリート・チルドレンへのケアサポート（第二報）：性暴力被害児の裁判事例を通じた検討	羽衣国際大学人間生活学部研究紀要 18, 1-12

新藤 こずえ	Child and young adult care leavers with disabilities in social care in Japan	上智大学社会福祉研究 47, 56-76
新野 清人, 亘 雄也, 畠田 昇一	虐待による頭部外傷が疑われた乳児症例における眼球後極部網膜前出血の長期残存は視機能予後不良に関与する	小児の脳神経 48 (1), 71-76
篠原 拓也	児童虐待が疑われるケースにおけるスクールソーシャルワークの課題	東日本国際大学研究紀要 28 (1), 143-153
白井 千晶	里親の複数養育の現状と課題について：里親委託率の上昇に伴う今後のあり方	人文論集 73 (2), A1-A17
正保 正恵	性的虐待事例からのバックキャストにより構築する包括的性教育としての「親性教育」：トラウマ・インフォームド・ケアを手掛かりとして	日本家政学会家政学原論研究 (57) 10-19
曾田 里美	児童養護施設で暮らす子どもの生い立ちへのかかわり 全国の児童養護施設に対するアンケート調査から	神戸女子大学健康福祉学部紀要 15, 19-30
宋 丹丹	「産まない」ことを願う石の習俗 —近代における産育習俗を中心に—	総研大文化科学研究 (19), 214(47)-198(63)
菅田 理一, 鈴木 崇之	市区町村要保護児童対策地域協議会に関する研究の動向 —2017年から2021年における文献の検討をもとに—	鳥取看護大学・鳥取短期大学研究紀要 (86), 57-64
杉山 登志郎	トラウマ処理を学び臨床を拓けよう	小児の精神と神経 63 (3), 211-221
鈴木 勲, 太田 研, 和田 一郎	児童自立支援施設入所児童の児童期逆境体験に関する基礎的研究	社会保育実践研究 7 21-30
鈴木 勲, 太田 研, 和田 一郎, 仙田 考	児童相談所一時保護所の人材育成に関する基礎的研究	社会保育実践研究 7 9-20
鈴木 玲	子供の虐待死を防ぐために：全国の死亡事例の分析を通じた一考察	わかやま子ども学総合研究センタージャーナル (4), 13-19
鈴木 崇之, 黄 倩	国連子どもの権利委員会による児童虐待対策法制に対する評価と改善点の指摘 —日本と中国に対する国連子どもの権利委員会総括所見報告書の比較検討から—	東洋大学大学院紀要 59, 71-101
鈴木 崇之, 黄 倩	日本と中国における要保護児童および児童虐待の定義の比較検討に関する一考察	ライフデザイン学研究 18, 111-130
鈴木 崇之, 菅田 理一	児童相談所一時保護所職員等による被措置児童等性的虐待の現状と課題 —新聞記事と事件検証報告書の検証を中心として—	ライフデザイン学研究 18, 131-148
立花 良之 (研究代表者)	特定妊婦に対する支援の均てん化に向けたアセスメントツール及び多職種連携地域支援プログラムの開発と社会実装についての研究	令和4(2022)年度 厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 成育疾患克服等次世代育成基盤研究
田口 寿子	医療観察法対象者のトラウマ：実子殺事例の治療経験から	司法精神医学 18 (1), 45-50
高田 紗英子	児童養護施設におけるトラウマインフォームドケアの実践：入所児童へのアセスメントに着目して	カウンセリング研究 56 (1), 13-24
高田 祐介	児童養護施設におけるステップファミリー支援の実践	離婚・再婚家族と子ども研究 5, 93-98
高木 真理子	虐待予防のための子育て講座の検討	豊岡短期大学論集 (19), 115-123
高原 稔, 高橋 英樹	「新しい社会的養育ビジョン」における児童養護施設の方向性に関する検討—パネル調査で確認された入所児童の実態からの考察—	社会福祉学 64 (2), 14-26
高橋 大輔	児童福祉法28条の成立史—旧児童虐待防止法2条を中心として—	人文社会科学論集 (2), 137-148
高橋 有紀	被虐待児保護のための法的判断枠組み(心理的虐待を中心に) —イギリス法を手掛かりとして—	早稲田法学会誌 73 (2), 1-51
高井 由起子, 寅屋 壽廣, 西山 直子	児童相談所職員と家庭児童相談員の連携のあり方に関する基礎的研究：両職員へのアンケート調査における自由記述からの考察	教育学論究 14, 11-19
高岡 昂太 (研究代表者)	児童虐待対応におけるリスクアセスメントのためのデータ収集基盤構築とAIを活用したリスク評価に向けた研究	令和3(2021)年度 厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究 (政策科学推進研究)
武田 順子	心理社会的ハイリスク妊産婦へ地域助産師が行うケアの認識と実践	岐阜県立看護大学紀要 23 (1), 39-49
瀧井 綾子, 伊藤 大輔	社会的養護施設初任職員の入所児童養育に対する効力感および職務適応状態を向上させる要因の検討	ストレスマネジメント研究 19 (1), 13-23
田村 美由紀	子どもの安全と日本版DBS (Disclosure and Barring Service) の導入について	淑徳大学短期大学部研究紀要 66, 51-62
田中 駿登	子どもに対する性的虐待の訴因における日時の概括的記載について	社会安全・警察学 9, 53-65
谷口 由希子	児童養護施設で生活する子どもの主体的な選択と支援の仕組み：子どもの意見表明権に着目して	名古屋市立大学大学院人間文化研究科人間文化研究 (39) 57-68
田附 あえか, 大塚 育	児童養護施設における心理職による教育支援のための教育研修プログラムの構築と試行	大正大学カウンセリング研究所紀要 (46), 47-58
寺田 千栄子	学校の長期休業時に求められる要保護児童対策地域協議会の役割について—新型コロナウイルス感染拡大に伴う一斉休校時の支援の実態調査から—	地域創生学研究 6 73-86
友田 明美	虐待(マルトリートメント)が子どもの脳に及ぼす影響	脳神経外科ジャーナル 32 (6), 362-367
恒川 丹, 望月 隆之	児童養護施設におけるチームワークに関する研究：テキストマイニングによる肯定的・否定的認識の分析	田園調布学園大学紀要 (17), 41-55
宇田 智佳	児童養護施設で暮らす子どもたちの家族をめぐる〈語り〉：家族の再構築に向けた実践に着目して	家族社会学研究 35 (1), 32-43
宇田 智佳	児童養護施設におけるトラブルの構築過程：「トラブルのマイクロポリティクス」に着目して	子ども社会研究 (29) 161-181

上淵 真理江	産業会社組織における産業カウンセラーとしての共依存と嗜癖と虐待と再現性への援助	共立女子短期大学文科紀要 (66) 1-6
上田 裕美	ケアリーバーへの居場所の支援に関する考察-アフターケアを行う事業所への調査から-	大阪教育大学紀要 総合教育科学 71, 267-282
漆畑 貴久	【シンポジウム】コロナ禍における家族の諸相と法 第四報告：児童虐待への法的対応の現状と課題—虐待者に対する刑事的対応を中心として	法政論叢 58 (2), 189-202
歌川 望結, 初澤 宣子	児童虐待の早期発見のために保育者養成段階の学生に求められる視点	桜の聖母短期大学紀要 47, 35-40
和田 一郎	児童自立支援施設入所児童の児童期逆境体験に関する基礎的研究	社会保育実践研究 (名寄市立大学保健福祉学部社会保育学科) 7 21-30
渡辺 令子	保育所等における児童虐待の予防に繋がる早期からの子育て支援—園長を対象としたインタビュー調査の分析から—	児童発達支援研究 5・6, 55-67
山田 不二子 (研究代表者)	児童虐待対策における行政・医療・刑事司法の連携推進のための協同面接・系統的全身診察の実態調査及び虐待による乳幼児頭部外傷の立証に関する研究	令和3(2021)年度 厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究
山田 容	児童虐待対応の方向性	滋賀社会福祉研究 (25), 5-10
山口 敬子	子ども家庭福祉におけるソーシャルワーク専門職の質的向上に関する一考察—イギリスにおける児童ソーシャルワーカーの質的向上に関する取り組みに着目して—	福祉社会研究 23号 61-76
山口 季音	児童養護施設の進路支援とその課題	至誠館大学研究紀要 10 81-89
山本 真知子	里親制度における子どもアドボカシーの課題と展望：ピアサポートとピアアドボカシーに焦点を当てて	人間関係学研究：社会学社会心理学人間福祉学：大妻女子大学人間関係学部紀要 24 65-75
山根 純佳	書評 上野加代子著『虐待リスク 構築される子育て標準家族』	福祉社会学研究 (20), 264-267
山下 華歩, 山崎 圭子, 松岡 あやか, 金子 政時	母子保健コーディネーターが捉える母親達の悩みの実態	南九州看護研究誌 21 (1), 9-16
山下 浩	児童相談所からみえる児童虐待と精神医学との関連	精神神経学雑誌 125 (2), 103-115
矢野 洋子, 柳生 ななせ, 安東 綾子, 小川 耕平	児童虐待防止に関する取り組みの現状と課題：保護者と子どもへの支援に向けて	九州女子大学紀要 60 (1), 123-133
吉澤 一弥	多職種協働を促進する「拡張性」概念の検討—「ストップ虐待・親支援のあり方検討会議」の次に向けて	日本女子大学大学院紀要 家政学研究科・人間生活学研究科 29, 245-252
吉澤 一弥, 西 智子	多職種グループセッションにおける拡張的ダイナミズム—「ストップ虐待・親支援の在り方検討会議」の振り返りから	日本女子大学紀要 家政学部 70, 1-8

## 執筆者一覧

※現所属 【 】内は担当章

### 研究代表者

井上 直子（堺市子ども相談所）【Ⅲ】

### 共同研究者

増沢 高（子どもの虹情報研修センター）【Ⅰ】

田附 あえか（子どもの虹情報研修センター）【Ⅱ】

緒方 万里子（子どもの虹情報研修センター）【Ⅱ－3】

竹下 由茉（子どもの虹情報研修センター）【Ⅱ－3】

松崎 友美（子どもの虹情報研修センター）【Ⅱ－4】



2023年（令和5年）度研究報告書

児童福祉分野における重大事故防止に関する文献研究  
—防止のために必要な学際的知見と理論—

2024年（令和6年）11月14日発行

発行 社会福祉法人 横浜博萌会  
子どもの虹情報研修センター  
(虐待・思春期問題情報研修センター)

編集 子どもの虹情報研修センター  
〒245-0062 横浜市戸塚区汲沢町983番地  
TEL. 045-871-8011 FAX. 045-871-8091  
mail : info@crc-japan.net  
URL : <https://www.crc-japan.net>

編集 研究代表者 井上 直子  
共同研究者 増沢 高  
田附あえか  
緒方万里子  
竹下 由菜  
松崎 友美

印刷 (株)シーケン TEL. 045-893-5171