



# 『安全四層理論』

事故は偶然ではない。構造が人を殺す。

# 安全四層理論

事故は偶然ではない。

構造が人を殺す。

吉田 峻（よしだ しゅん）

# 目次

はじめに

序章

特別章 遺族の一日

第1章 安全は四層でできている

- 【章末実践ワーク】

第2章 四層をどう変えるか — 実践戦略

特別章 管理職へ — 覚悟の章

追章 その日の夜 — 遺族の視点

第3章 事故崩壊モデル — 事故はこうして作られる

第4章 成長モデル — 安全はこうして育つ

第5章 事故はどこから生まれるのか — 事故崩壊モデルと安全育成サイクル —

第 6 章 安全は文化から生まれる

第 7 章 四層理論は感情論ではない — 学術と統計が示す構造の真実

第 8 章 業界横断比較分析 — 事故はどの業界でも同じ構造で起きている

第 9 章 海外重大事故比較 — 世界は何を学び、何を変えたのか

第 10 章 四層理論 × 航空 CRM 完全統合モデル — 組織安全を動かす実装フレームワーク

第 11 章 安全成熟度 5 段階モデルの構築 — あなたの組織は今どこにいるか

【巻末付録】 四層安全文化診断シート — あなたの組織は今どこにいるか

## はじめに

この本は、優しい本ではない。

慰めもしない。

励ましもしない。

読んで気持ちよくなる本でもない。

だが、必要な本だ。

事故は偶然ではない。

「たまたま起きた」

「想定外だった」

「ヒューマンエラーだった」

その言葉が、何人の人生を黙らせてきたか。

現場で人が倒れた日、

会社は会議を開く。

原因分析。

再発防止策。

チェックリストの追加。

だが数か月後、

似た構図の事故が起きる。

なぜか。

答えは単純だ。

構造が変わっていないからだ。

安全教育を増やしても、

ポスターを貼っても、

標語を唱えても、

構造が変わらなければ、

人はまた死ぬ。

私は長年、安全に向き合ってきた。

現場を見てきた。

管理職の葛藤も見た。

遺族の沈黙も見た。

そして、はっきり分かった。

事故は偶然ではない。

構造が人を殺す。

これは感情論ではない。

怒りだけの言葉でもない。

四層構造――

技術層 (Skill) 知識・技能・ルール・法令

習慣層 (Habit) 行動パターン

心理層 (Mind) 思考・感情

文化層 (Culture) 組織風土・空気・上司の姿勢

この連鎖が崩れたとき、

事故は“起きる”のではなく、

“起こされる”。

人は最後のスイッチを押しただけだ。

本当の原因は、もっと上にある。

この本は、その上を暴く。

個人を責めない。

だが構造は責める。

批判は来るだろう。

反発もあるだろう。

それでもいい。

もしこの本で

一人でも命が守られるなら、

私は敵をつくる側に立つ。

安全は、知識ではない。

覚悟だ。

本書はその覚悟のためにある。

## 序章

朝の点呼は終わっていた。

「今日もご安全に」

誰も疑わなかった。

午前中、

一つの確認が省略された。

いつも通りだった。

昨日も大丈夫だった。

安全帯のフック・・・

周りもやっていなかった。

誰も「死ぬ」とは思っていない。

昼前、墜落。

即死。

報告書には、こう書かれた。

「手順未遵守」

それだけだ。

だが、本当にそれだけか。

手順はあった。

教育もあった。

署名もあった。

ではなぜ、守られなかったのか。

急いでいた。

怒られたくなかった。

納期が迫っていた。

みんなやっていた。

それは個人の弱さか。

違う。

それは構造だ。

- ・ 急がせる評価制度
- ・ 言いづらい空気
- ・ 近道を黙認する文化
- ・ 「これくらい大丈夫」という習慣

四層が積み重なった結果だ。

技術はあった。

だが習慣が崩した。

習慣はあった。

だが心理が歪んだ。

心理はあった。

だが文化が許した。

そして最後に、人が死んだ。

ニュースでは十数秒。

だが家族にとっては一生だ。

その死を

「ヒューマンエラー」で終わらせるなら、  
次も起きる。

事故は偶然ではない。  
事故は構造の最終結果だ。  
そして構造は、  
誰かの意思決定の積み重ねだ。  
だから言う。  
事故は偶然ではない。  
構造が人を殺す。  
この言葉が過激に聞こえるなら、  
まだ構造を直視していない。  
本書は、  
その直視から始まる。  
逃げない。  
きれいごとと言わない。  
変えられるのは、  
構造だけだ。

## 特別章 遺族の一日

朝 6 時。

目が覚める。

隣に誰もいないことに慣れない。

事故から三か月。

それでも、目が覚めた瞬間だけは、

まだ「いつもの朝」だと錯覚する。

台所に立つ。

コップが一つ減っている。

茶碗も一つ減っている。

減らしたのは自分だ。

洗わなくて済むから。

でも減らすたびに、

本当にいなくなったことを突きつけられる。

テレビはつけない。

事故のニュースが流れると、

体が固まるから。

「作業中の確認不足が原因とみられています」

その言葉を聞くたびに、

胸の奥が焼ける。

確認不足？

本当にそれだけか。

あの日、家を出るとき、  
「今日ちょっと忙しいんだ」  
そう言っていた。  
忙しい。  
その“忙しい”は、  
誰がつくった。  
急げという空気は、  
誰がつくった。  
声を上げづらい環境は、  
誰がつくった。  
遺族は専門家ではない。  
構造理論も知らない。  
だが、直感で分かっている。  
あれは“たまたま”じゃない。  
昼前。  
保険会社から書類が届く。  
補償金の説明。  
数字が並ぶ。  
人の命が、数字になる。  
通帳に振り込まれた額を見て、  
吐き気がする。  
これで終わりなのか。  
夕方。

子どもが聞く。

「なんでパパ落ちたの？」

答えられない。

「気をつけてなかったの？」

違う。

でも、どう説明すればいい。

「構造が殺した」なんて、言えない。

夜。

静かになる。

写真を見る。

笑っている。

あの日も笑っていた。

会社は言った。

「再発防止に全力を尽くします」

本当に尽くしているか。

ポスターを貼るだけじゃないのか。

チェックリストを増やすだけじゃないのか。

あの人が死んだ“空気”は、

本当に変わったのか。

遺族は怒鳴らない。

泣き叫ぶことも、もうない。

ただ、毎日思っている。

「防げたんじゃないか」

その問いは消えない。  
事故は一瞬だ。  
だが、遺族の一日は、  
終わらない。  
構造は見えない。  
だが確実に存在する。  
急がせる文化。  
黙認する習慣。  
逆らえない心理。  
形式だけの技術教育。  
それが積み重なり、  
最後に人が死ぬ。  
その後に残るのは、  
静かな家と、  
答えのない問いだ。  
事故は偶然ではない。  
そう言い切ることは、  
遺族のためでもある。  
「仕方なかった」で終わらせないために。  
もし構造が原因なら、  
構造は変えられる。  
変えられないと言うなら、  
それは諦めだ。

だが、遺族にとって、  
諦めは二度目の死だ。  
事故は一瞬。  
遺族の一日は、一生だ。  
構造は見えない。  
だが確実に存在する。  
急がせる文化。  
黙認する習慣。  
逆らえない心理。  
形式だけの技術教育。  
それが積み重なり、最後に人が死ぬ。  
そして残るのは、静かな家と答えのない問い。

## 第 1 章

### 安全は四層でできている

午前 10 時 17 分。

いつもの作業。

いつもの機械音。

いつもの工程。

異常ランプが点いた。

若手作業員が駆け寄る。

「ちょっと見てきます」

それが最後の会話だった。

機械のメンテナンス。

電源は落とさなかった。

ロックアウトもしていなかった。

理由は単純だ。

止めるほどではないと思った。

みんなもそうしていた。

自動復旧。

再起動。

挟まれ。

心肺停止。

10 時 20 分。

救急隊が到着するころには、  
同僚たちはまだ状況を理解できていなかった。  
さっきまで笑っていた人間が、  
床に横たわっている。

事故報告書にはこう書かれる。

- ・ 手順不遵守
- ・ 確認不足
- ・ 安全意識の低下

だが、これで終わらせていいのか。

彼は教育を受けていた。

テストも合格していた。

危険性も知っていた。

それでも死んだ。

なぜか。

ここを直視しなければ、

次も同じことが起きる。

**私たちは、安全を“技術”だと誤解している**

法令を教える。

手順を守らせる。

違反を指導する。

それで十分だと思っている。

だが死亡災害の多くは、  
「基本動作の未実施」と書かれる。  
つまり、  
**知っていた。**  
それでも人は死ぬ。  
安全は一層ではない。  
四層でできている。

## **第1層：技術層（Skill）**

知識と技能。  
安全教育の中心だ。  
だが現実是这样だ。  
フルハーネスのフックは腰に下がったまま。  
保護メガネはポケットの中。  
ロックアウトは“面倒”と省略。  
なぜか。  
知らないからではない。  
技術層は土台だが、  
それだけでは人は動かない。

## 第2層：習慣層 (Habit)

事故は“いつものやり方”から生まれる。

最初は小さな省略。

次に確認を一つ飛ばす。

やがてそれが標準になる。

誰も悪意はない。

効率を上げたかった。

早く終わらせたかった。

だがその“普通”が、

新人の命を奪う。

事故当日が特別だったのではない。

特別でない日々の積み重ねが、

事故を育てた。

### 第3層：心理層（Mind）

人は強くない。

焦れば確認を減らす。

慣れれば危険を軽く見る。

周囲がやれば自分もやる。

納期。

上司の圧力。

空気。

「今日だけ」

「これくらい」

その一瞬の合理化が、

取り返しのつかない結果を呼ぶ。

安全は意識の問題ではない。

心理の問題である。

## 第4層：文化層（Culture）

最も深い層。

ライン停止は嫌われる。

報告は面倒がられる。

効率が評価される。

掲示板には「安全第一」。

だが本当に第一なのは何か。

現場は、言葉ではなく行動を見る。

止めた人が守られる組織か。

止めた人が責められる組織か。

その違いが、生死を分ける。

文化が心理をつくる。

心理が習慣をつくる。

習慣が技術を裏切る。

そして事故が起きる。

## 四層の本質

事故は偶然ではない。

事故は構造である。

上位層が下位層を規定する。

文化が変わらなければ、

心理は変わらない。

心理が変わらなければ、

習慣は変わらない。

習慣が変わらなければ、

技術は機能しない。

安全は、知識の問題ではない。

構造の問題である。

## 最後に

亡くなった作業員のロッカーには、

今日使うはずだった新品の手袋が残っていた。

家には、

帰りを待つ人がいた。

事故は一瞬だ。

だが、

その一瞬は、

家族の一生を壊す。

安全とは何か。

それは規則ではない。

評価項目でもない。

スローガンでもない。

安全とは、

**今日も、全員を家に帰すという約束だ。**

その約束を守れなかったとき、

現場は言い訳を並べる。

だが構造を変えない限り、

次の名前が報告書に載る。

そしてその名前は、

あなたかもしれない。

---

それでも、今のままでいいと言えますか。

## 【章末実践ワーク】

### 四層で自分の現場を診断せよ

このワークは、  
読むためではない。

**やるためのものだ。**

紙とペンを用意してほしい。

できれば、現場のメンバー3人以上で。

#### STEP1：技術層の確認

あなたの現場で、次の問いに即答できるか。

1. 重大災害につながる作業は何か。
2. その作業の「絶対に省略してはいけない行為」は何か。
3. 新人はそれを説明できるか。

✓ 1 つでも曖昧なら、技術層は未完成。

## STEP2：習慣層の暴露

ここが核心だ。

次の問いに正直に答えてほしい。

- ・本当はダメだが、みんながやっていることは何か。
- ・「今日はいいか」が起きやすい作業は何か。
- ・省略が“普通”になっている手順は何か。

書き出せない現場はない。

出てきた瞬間、それは事故の芽だ。

## STEP3：心理層の可視化

問いかける。

- ・急いでいるとき、安全確認は減らないか。
  - ・上司が見ているときといないときで行動は変わらないか。
  - ・ヒヤリハットを報告すると、本音では面倒だと思っていないか。
- 「うちは大丈夫」と思った瞬間が、一番危険だ。

## STEP4：文化層の直視

これが最も難しい。

- ・ラインを止めた人は守られているか。
- ・報告した人は評価されているか。
- ・“安全より効率”を感じさせる発言はないか。

掲示物ではなく、

日常の会話を思い出せ。

文化はスローガンではない。

空気だ。

## 最後の問い

この4層のうち、

あなたの現場で

一番弱いのはどこか。

技術か。

習慣か。

心理か。

文化か。

答えが出たら、

次の行動を決める。

明日、何を変えるのか。

小さくていい。

だが必ず、変える。

## 行動宣言

この本を閉じる前に、  
一つだけ決めてほしい。  
「絶対に省略させない行為」を。  
それを全員に共有し、  
守らせるのではない。  
**守れる構造に変える。**

## 最後に

事故は突然起きるのではない。  
今日の空気が、  
明日の事故をつくる。  
だから問い続けてほしい。  
この現場は、  
本当に全員を家に帰せる構造か。  
もし少しでも迷うなら、  
動くのは今だ。  
命は、  
改善提案を待ってくれない。

## 第2章

### 四層をどう変えるか ― 実践戦略

四層理論を理解しただけでは、何も変わらない。

構造は、自然には変わらない。

変えるには順番がある。

そして覚えておいてほしい。

**下から変えようとするとは失敗する。**

多くの現場がやる失敗はこれだ。

- ・教育を増やす
- ・ポスターを貼る
- ・朝礼で注意する

つまり、技術層から変えようとする。

だが四層はこうだった。

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

上から変えなければ、定着しない。

## 戦略① 技術層は「減らす」

意外に思うかもしれない。

だがまずやるべきことは、増やすことではない。

**減らすことだ。**

現場にはルールが多すぎる。

全部守れと言われれば、人は省略する。

だからやることは一つ。

重大災害に直結する行為を3つに絞る。

例：

- ・ ロックアウトをしない作業は絶対禁止
  - ・ 墜落防止措置なしで高所作業をしない
  - ・ フォークリフトの後退時は必ず停止確認
- 「これだけは絶対」という核を決める。

技術層は“選択と集中”で強くなる。

## 戦略② 習慣層は「見える化」で崩す

習慣は無意識だ。

だからまず、意識に上げる。

やることは単純だ。

“本当はダメだが、みんながやっていること”を  
会議で書き出す。

責めない。

犯人探しをしない。

ただ事実を出す。

この瞬間、空気が変わる。

なぜなら、

「暗黙」が「共有」になるからだ。

習慣は、光に当てると弱い。

### 戦略③ 心理層は「環境」で変える

人の心を直接変えることはできない。

だが、環境は変えられる。

例：

- ・急がせる言葉を禁止する
- ・作業前に 30 秒の強制停止時間を設ける
- ・ヒヤリ報告を“加点评価”にする

心理は説教では動かない。

仕組みで動く。

焦らせる構造を放置して、

落ち着けと言っても無意味だ。

### 戦略④ 文化層は「行動」で示す

文化は言葉では変わらない。

トップの“行動”で決まる。

ラインを止めた作業員を守る。

報告者を称賛する。

自らヘルメットをかぶる。  
たった一度の公開称賛が、  
10枚のポスターより強い。  
文化は宣言ではない。  
繰り返された行動だ。

## 変革の順番

1. 重大行為を絞る
2. 暗黙の習慣を暴く
3. 心理を動かす仕組みを入れる
4. 経営・管理職が行動で示す

この順番を間違えると、失敗する。

## 現実

「忙しいからできない」  
そう言う現場は多い。  
だが考えてほしい。  
事故が起きたとき、  
どれだけの時間と信頼を失うか。  
安全はコストではない。  
事故こそが最大のコストだ。

## この章の核心

四層は理論ではない。

レバーだ。

どこを動かせば、どこが動くかを示す地図だ。

そして最も重要なのはこれだ。

文化を変えない限り、

安全は本気にならない。

## 章末の一文

構造は変えられる。

だが放置すれば、

構造は必ず人を殺す。

変えるか。

任せるか。

その選択をしているのは、

今も、あなたである。

## 特別章

### 管理職へ ― 覚悟の章

この章は、  
現場作業者のためのものではない。  
管理職のための章だ。  
もしあなたが、  
係長、課長、工場長、部長、経営層のいずれかなら、  
これはあなたへの文章である。

あなたは「安全第一」と言ったことがあるだろう。  
だが、次の問いに答えてほしい。  
納期と安全が衝突したとき、  
あなたはどちらを守ったか。  
ライン停止で損失が出たとき、  
止めた人を守り切ったか。  
ヒヤリ報告が増えたとき、  
「仕事が増えた」と思わなかったか。  
現場は、あなたの言葉を聞いていない。  
あなたの“判断”を見ている。

事故は、現場が起こしているのではない。

構造が起こしている。

その構造を決めているのは誰か。

教育計画を決めるのは誰か。

評価制度を決めるのは誰か。

生産目標を決めるのは誰か。

あなたである。

### **事故が起きたとき**

あなたはこう言うかもしれない。

「なぜ手順を守らなかった」

「教育はしていた」

「本人の問題だ」

だが本当にそうか。

守れない構造を放置したのは誰か。

止めづらい空気をつくったのは誰か。

報告しにくい文化を黙認したのは誰か。

それでもなお、

現場だけの責任と言えるだろうか。

### **覚悟とは何か**

覚悟とは、

生産より安全を優先する瞬間を、

実際に選ぶことだ。

数字が落ちても、  
止めた人を守ることだ。  
安全違反を叱る前に、  
構造を疑うことだ。  
文化は、あなたの行動で決まる。  
ポスターではない。  
通達でもない。  
あなたが、  
何を守ったかで決まる。

### **本当に怖いのは事故ではない**

本当に怖いのは、  
事故が起きても  
構造が変わらないことだ。  
報告書を書き、  
再発防止策を並べ、  
時間が経ち、  
また同じことが起きる。  
その繰り返しのどこかで、  
人は死ぬ。

## 最後に

ある死亡事故の後、

管理職がこう言った。

「まさか、うちで起きるとは思わなかった」

だが事故は、

“まさか”の中では起きない。

“いつか”の中で起きる。

その“いつか”を、

止められる立場にいるのがあなたである。

安全とは、

管理職の覚悟の総量だ。

あなたが本気なら、

文化は変わる。

あなたが曖昧なら、

誰かが代償を払う。

次に報告書に載る名前が、

あなたの部下でない保証はない。

そのとき、

あなたは遺族に何と言う。

「教育はしていました」と言うか。

それとも、

「構造を変え切れませんでした」と認めるか。

## 追章

### その日の夜 ― 遺族の視点

夜 7 時 12 分。

いつもなら、そろそろ帰ってくる時間だった。

玄関の鍵が回る音。

「ただいま」の声。

作業着のにおい。

それが来なかった。

代わりに鳴ったのは、電話だった。

「事故がありました」

一瞬、意味が分からなかった。

事故？

ケガ？

入院？

「現在、心肺停止の状態です」

世界の音が消えた。

病院の廊下は白かった。

機械音がしていた。

誰かが慌ただしく動いていた。

医師が言った。

「最善は尽くしました」

最善。

でも、帰ってこない。

翌日、会社の人 came。

「教育はしていました」

「本人も理解していました」

「再発防止に努めます」

その言葉は、正しいのかもしれない。

でも、どうでもよかった。

知っていたかどうかなんて、関係ない。

帰ってこない。

それだけが事実だった。

ロッカーに残っていた手袋。

昼に食べるはずだった弁当。

洗濯機に入れっぱなしの作業着。

日常は、突然止まる。

だが会社は、止まらない。

ラインは再開する。

工程は進む。

会議は行われる。

でも、家の時計は止まったままだ。

子どもが聞いた。

「パパ、いつ帰ってくるの？」

答えられなかった。

安全とは何だったのか。

ポスター。

標語。

月間キャンペーン。

そのどれが、

命を守ってくれたのか。

もしあの日、

ラインを止める空気があったら。

もしあの日、

「急げ」という言葉がなかったら。

もしあの日、

誰かが本気で構造を変えていたら。

この家の明かりは、

消えなかったかもしれない。

管理職のあなたへ。

あなたは事故報告書を読む。

私たちは、死亡診断書を受け取る。

あなたは再発防止策を書く。

私たちは、名前を墓石に刻む。

重さが違う。

取り返しがつかない。

安全とは何か。

それは、

家族の日常を奪わないことだ。

それ以上でも、それ以下でもない。

最後に、あなたに問う。

次の事故が起きたとき、

あなたは報告書を開く。

原因を探す。

対策を書く。

会議を開く。

そのとき――

この夜を、思い出せるか。

玄関で帰りを待つ家族を。

鳴らない「ただいま」を。

病院の白い廊下を。

子どもの「いつ帰ってくるの？」を。

それでも思い出せるなら、

あなたは今日、何を止める。

何を変える。  
誰に言う。  
もし思い出せないなら、  
事故はまた起きる。  
そしてまた、  
どこかの家で電話が鳴る。  
その夜、  
一つの家の灯りが消える。  
静かに。  
二度と戻らない形で。

事故のあと、  
会社は動き続ける。  
会議が開かれ、  
資料が作られ、  
対策が書かれる。  
やがて工程は再開する。  
ラインは回り始める。  
現場は、また動き出す。  
しかし、  
動き出さないものがある。  
家だ。

玄関で止まったままの時間。  
帰ってこない「ただいま」。  
使われなくなったマグカップ。  
静かになった食卓。  
その家では、  
時計が止まる。  
事故とは、  
そういうものだ。  
一つミスではない。  
一つの判断でもない。  
一つの家、  
日常を終わらせる出来事だ。  
この本は、  
多くの理論を書いた。  
文化。  
心理。  
習慣。  
技術。  
だが、本当のことは  
とても単純だ。  
安全とは、  
家の灯りを消さないことだ。  
それだけだ。

もしあなたが明日、  
現場に立つなら、  
もしあなたが  
誰かの上司なら、  
もしあなたが  
ラインを止められる立場なら、  
一つだけ覚えていてほしい。  
あなたの判断の先に、  
一つの家灯りがある。  
守られる灯りもある。  
消えてしまう灯りもある。  
その違いは、  
ほんの小さな決断だ。  
今日、  
何を止めるか。  
今日、  
何を变えるか。  
今日、  
誰に「待て」と言うか。  
その一言が、  
一つの家灯りを守る。  
そしてもし、  
いつか迷ったときは、

この本のことは忘れていい。

ただ、

帰りを待つ家の灯りを思い出してほしい。

それだけでいい。

それが、

安全だ。

## 第3章

### 事故崩壊モデル

#### — 事故はこうして作られる

事故は、突然起きるものではない。  
爆発も、墜落も、転落も、挟まれも、  
その瞬間だけを見れば「事故」だが、  
本当の事故は、そのずっと前から始まっている。  
人がミスをした瞬間が事故なのではない。  
事故は、  
**構造が崩れたときに必然として発生する。**  
それを説明するのが、  
本書で提示する **事故発生連鎖モデル**である。  
このモデルは、事故を  
「人の失敗」ではなく  
**構造の崩壊連鎖**として捉える。

## 事故発生連鎖モデル

縦方向に連なる、単純な構造だ。

文化の歪み



心理の歪み



習慣の省略



技術未実行



事故発生

この矢印は細い。

装飾もない。

なぜなら、

事故は派手なドラマではないからだ。

事故は、

**静かに積み上がった構造の結果だからだ。**

## 第一層 文化の歪み

すべてはここから始まる。

文化とは

会社の雰囲気でも、理念でもない。

文化とは、

**許されている行動の範囲**である。

例えばこうだ。

- ・納期が優先される
- ・安全確認が遅れ扱いされる
- ・声を上げる人が浮く
- ・現場が「仕方ない」で回る

これらは、

ポスターには書かれない。

しかし、

**現場はそれを知っている。**

文化は命令されなくても、

人を動かす。

そして文化が歪むと、

次の層が変形する。

## 第二層 心理の歪み

文化は心理を作る。

人は環境に適応する生き物だからだ。

- ・ 急がないと怒られる
- ・ 指摘すると面倒になる
- ・ 確認すると遅れる
- ・ 皆やっていない

すると心理はこう変わる。

「これくらい大丈夫」

この言葉が生まれた瞬間、

安全は一段崩れる。

人は悪意で危険を選ばない。

心理が安全を削るように変形するのだ。

## 第三層 習慣の省略

心理はやがて行動になる。

最初は小さな省略だ。

- ・ 声かけを省く
- ・ 確認を短縮する
- ・ 装備を省く
- ・ 記録を後回しにする

しかし怖いのはここだ。

人は慣れる。

省略は一度成功すると、

**習慣になる。**

習慣は文化より強い。

なぜなら

考えずに実行されるからだ。

#### **第四層 技術未実行**

安全技術とは

「知識」ではない。

**実行された行動**だけが技術だ。

手順書があっても

教育があっても

チェックリストがあっても

実行されなければ

それは存在しないのと同じだ。

習慣の省略が続くと

技術は形だけになる。

そして最後に

一つの瞬間が訪れる。

## 最終段階 事故発生

人がボタンを押す。

人が確認を省く。

人が合図をしない。

そして事故が起きる。

だがここで多くの組織は

こう言う。

「ヒューマンエラー」

それは違う。

人は最後のスイッチを押しただけだ。

事故はその前から

すでに作られていた。

文化

心理

習慣

技術

この四層が崩れたとき、

事故は

起きるのではない。

起こされる。

## 第4章

### 成長モデル — 安全はこうして育つ

事故が構造で起きるなら、  
安全もまた構造で作られる。  
ここで重要な事実がある。

事故の構造は

**崩壊連鎖**だった。

しかし安全は違う。

安全は

**成長循環**である。

この循環を示したものが

**安全育成サイクル**だ。

#### 安全育成サイクル

これは円環モデルである。

文化設計

→ 心理変化

→ 習慣定着

→ 技術安定

→ 事故減少

→ 文化強化

→（再び文化へ）

安全は

一度作れば終わるものではない。

**育つものだ。**

## **第一段階 文化設計**

安全の出発点は

教育ではない。

文化だ。

文化を設計するとは、

こういうことだ。

- ・安全を最優先にする意思
- ・声を上げて安全な環境
- ・現場の意見が届く構造
- ・管理職の行動

文化は言葉では作れない。

**行動で作られる。**

## 第二段階 心理変化

文化が変わると

心理が変わる。

人はこう感じ始める。

「安全を守っていい」

この心理が生まれたとき、

安全は一步前進する。

## 第三段階 習慣定着

心理はやがて

習慣になる。

確認する

声をかける

止める

相談する

これが当たり前になる。

この段階に入ると

安全は強くなる。

#### **第四段階 技術安定**

習慣が続くと  
技術が安定する。  
手順が守られる  
設備が正しく使われる  
点検が定着する  
技術は  
「知識」から  
文化の一部になる。

#### **第五段階 事故減少**

ここで初めて  
事故は減り始める。  
多くの組織は  
この段階だけを見て  
「対策が効いた」  
と言う。  
だが違う。  
事故減少は  
構造の結果である。

## 第六段階 文化強化

事故が減ると

組織は気づく。

「このやり方でいい」

すると文化は

さらに強くなる。

そしてサイクルは

再び回り始める。

## 結論

事故は連鎖で起きる。

安全は循環で育つ。

事故崩壊モデル

安全育成サイクル

この二つを理解したとき、

安全は「管理」から

**構造設計**へ変わる。

安全は知識ではない。

文化だ。

そして文化は

作ることができる。

## 第5章

### 事故はどこから生まれるのか

#### — 事故崩壊モデルと安全育成サイクル —

現場で事故が起きたとき、人は必ずこう言う。

「なぜこんなことが起きたのか」

しかしその問いの多くは、実は間違っている。

事故は「その瞬間」に生まれたのではない。

事故は **長い時間をかけて育てられてきた結果**として現れる。

事故は突然ではない。

事故は **構造**である。

この章では、事故の発生を説明する二つのモデルを提示する。

1つ目は **事故崩壊モデル**

2つ目は **安全育成サイクル**

前者は事故の誕生を説明する。

後者は安全文化の成長を説明する。

この二つは対極でありながら、実は同じ構造を持っている。

# 1

## 事故崩壊モデル

### — 事故発生連鎖 —

事故は、ある一つのミスから生まれるわけではない。

事故は **崩壊の連鎖**である。

それは次の順序で進む。

文化の歪み



心理の歪み



習慣の省略



技術未実行



事故発生

この連鎖は、まるで静かに崩れていくドミノのように進行する。

事故の本当の出発点は

**現場ではない。**

**文化である。**

## 文化の歪み

文化とは「組織が無意識に許している価値観」である。

例えば

- ・ 多少のルール違反は問題ない
- ・ ベテランは例外
- ・ 納期が安全より優先
- ・ 報告は面倒
- ・ ミスは隠すもの

こうした空気は、明文化されなくても組織に染み込む。

そしてこの文化は、現場の人間の心に静かに影響する。

## 心理の歪み

文化が歪むと、人の心理が変わる。

人は組織の空気に従う生き物だからである。

その結果、次のような心理が生まれる。

- ・ これくらい大丈夫
- ・ いつもやっている
- ・ 急いでいるから省略
- ・ 怒られたくないから報告しない

この段階では、まだ事故は起きない。

しかし

安全のブレーキが外れ始めている。

## 習慣の省略

心理が変わると、人は行動を変える。

そして最初が変わるのが

## 習慣

である。

例えば

- ・ 指差呼称をやらない
- ・ チェックを省く
- ・ 確認を口頭で済ませる
- ・ 保護具を付けない

最初は一度だけのつもりだった。

しかし人間の脳は楽を覚える。

省略はすぐに **習慣化**する。

## 技術未実行

習慣が崩れると、ついに技術が消える。

ここで言う技術とは

- ・ 安全技術
- ・ 作業手順
- ・ 確認行為
- ・ 危険予測

つまり

**事故を防いでいた最後の防壁**

である。

技術が行われなかった瞬間、事故はもう目の前にある。

## 事故発生

そして最後に

事故は起きる。

しかし多くの調査はここで止まる。

「作業者が確認しなかった」

しかしそれは

## 事故の原因ではない

それは **結果** である。

本当の原因は

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

という長い崩壊の連鎖の先にある。

事故は一瞬で起きるが、

事故の準備は **長年**かけて行われている。

## 2

### 安全育成サイクル

#### ー 成長する安全文化 ー

事故崩壊モデルが「負の連鎖」だとすれば、  
安全育成サイクルは **正の連鎖**である。

安全は偶然ではなく、  
**育てるものである。**

その構造は次の円環で表される。

文化設計



心理変化



習慣定着



技術安定



事故減少



文化強化

↳ (循環)

このモデルの最大の特徴は

**循環**

である。

安全は一度作れば終わりではない。

安全は **育ち続ける文化**である。

## 文化設計

安全の出発点は **文化設計**である。

文化は自然に生まれるものではない。

設計されるものだ。

組織が明確に示す必要がある。

- ・ 安全は最優先
- ・ 報告は評価される
- ・ ミスは学習機会
- ・ ルールは守るもの

こうした価値観を組織が発信すると

現場の心理が変化する。

## 心理変化

文化が明確になると、心理が変わる。

人は安心すると正しい行動を取れる。

- ・ 危険と言える
- ・ 相談できる
- ・ 確認できる
- ・ 止められる

この状態を

## 心理的安全性

と呼ぶ。

心理が安全になると、行動が安定する。

## 習慣定着

心理が安定すると、人は正しい行動を繰り返す。

- ・ 指差呼称
- ・ ダブルチェック
- ・ KY 活動
- ・ 報告連絡相談

繰り返される行動はやがて

## 習慣

になる。

習慣は強い。

なぜなら

考えなくてもできるからだ。

## 技術安定

習慣が安定すると、技術が安定する。

安全技術は

- ・ 正しく
- ・ 確実に
- ・ 継続的に

実行されるようになる。

この状態では事故はほとんど起きない。

## **事故減少**

技術が安定すると、事故は減る。

しかしここで終わりではない。

事故が減ることで

人は安全文化を実感する。

そして

**文化がさらに強くなる。**

## **文化強化**

事故が少ない現場では、人はこう思う。

「この職場は安全だ」

すると

- ・安全を守ろう
- ・安全を続けよう

という意識が生まれる。

こうして

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

↓

結果

↓

文化

という **成長の循環**が完成する。

### 3

#### 二つのモデルの本質

事故崩壊モデルと安全育成サイクルは、

実は同じ構造を持っている。

違うのは **方向** だけである。

崩壊モデル

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

↓

事故

育成モデル

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

↓

安全

つまり安全も事故も

同じ構造から生まれる。

違いは

## 文化

ただそれだけである。

## 結論

事故は現場で起きる。

しかし事故は **現場で生まれない**。

事故は

文化の歪み

から始まり、

心理を変え

習慣を崩し

技術を消し

最後に姿を現す。

逆に言えば

文化を設計すれば

心理は変わり

習慣が生まれ

技術が安定し

事故は消える。

安全とは

ルールではない

設備でもない

**文化である。**

## 第 6 章

### 安全は文化から生まれる

多くの事故調査は  
現場の行動に焦点を当てる。

- ・ 確認不足
- ・ 手順違反
- ・ ヒューマンエラー

しかしそれは

#### 事故の最後の瞬間

にすぎない。

事故はその瞬間に生まれたのではない。

事故は

**長い連鎖の最後の結果である。**

#### 事故の本当の出発点

事故崩壊モデルが示すのは  
事故の本当の出発点である。

事故は

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

↓

事故

という順序で発生する。

つまり

事故の原因は

**作業者ではない。**

**文化である。**

**なぜ文化が事故を生むのか**

人間は**環境に適応する生き物**である。

組織の文化が

- ・ 急げ
- ・ 黙れ
- ・ 問題を起こすな

という空気を持つと

人は次の心理になる。

- ・ 言わない
- ・ 確認しない
- ・ 省略する

この心理が  
行動を変え  
行動が  
習慣を変え  
習慣が  
技術を消す。  
その結果  
事故が現れる。

### **事故の誤解**

多くの組織は事故の原因を  
**個人**  
に求める。

しかしこれは  
**構造の誤解**である。

事故は  
個人の失敗ではなく  
**組織構造の結果**  
だからである。

## 安全文化の逆連鎖

事故崩壊モデルを逆転させたものが

## 安全育成サイクル

である。

安全は

文化

↓

心理

↓

習慣

↓

技術

↓

結果

という **正の連鎖**によって生まれる。

## 安全はルールではない

安全を作るものは

マニュアルではない

設備でもない

注意喚起でもない

安全を作るのは

文化である。

文化が変わると  
心理が変わる。  
心理が変わると  
習慣が変わる。  
習慣が変わると  
技術が安定する。  
技術が安定すると  
事故は消える。

### **安全の本質**

安全とは  
設備ではない  
ルールではない  
教育でもない  
安全とは  
**文化が作る行動の連鎖**  
である。  
そして  
事故もまた  
同じ構造から生まれる。

## 理論の結論

事故と安全は  
同じ構造から生まれる。  
違いは一つだけ。

## 文化

である。  
文化が歪めば  
事故が生まれる。  
文化を設計すれば  
安全が育つ。

## 第7章

### 四層理論は感情論ではない

#### — 学術と統計が示す構造の真実

「四層理論は分かりやすい。だが理論的裏付けはあるのか。」

そう問われることを想定して、ここで答える。

ある。

しかも、世界の安全研究はすでに  
“構造の問題”だと結論づけている。

#### 1. 技術層の限界 — ヒューマンエラー理論

ヒューマンエラー研究で知られる

James Reason は、

事故を「個人の失敗」ではなく「防御層の崩壊」と捉えた。

彼の提唱した

Swiss Cheese Model では、

事故は一つミスで起きるのではない。

複数の防御層の穴が重なったときに起きる。

これは四層理論と一致する。

技術層だけでは防げない。  
上位層が崩れれば、穴は一直線に通る。

## 2. 習慣層 — 正常化の偏り

社会学者

Diane Vaughan が提唱した

“正常化の偏り (Normalization of Deviance) ”。

小さな逸脱が繰り返されると、

やがてそれが「普通」になる。

これは宇宙開発の事故分析から導かれた概念だが、  
現場の安全にも完全に当てはまる。

センサー無効化。

確認省略。

保護具未装着。

最初は例外。

やがて標準。

事故は、逸脱が文化になる過程で育つ。

## 3. 心理層 — 認知バイアス

行動経済学の研究では、

人は合理的に判断しないことが示されている。

代表例が「楽観バイアス」。

自分だけは大丈夫だと思う傾向だ。

また「同調圧力」は  
社会心理学で繰り返し検証されている。  
つまり、  
分かっているのにやらないのは、  
意識が低いからではない。  
人間の性質である。  
だから構造で補強しなければならない。

#### 4. 文化層 — 安全文化研究

安全文化という概念は、  
原子力事故の反省から世界的に広まった。  
組織文化が事故を生む。  
この考えは国際的に共有されている。  
文化は“雰囲気”ではない。  
評価制度、リーダーの行動、  
意思決定の優先順位。  
これが安全を決める。  
四層理論の最上位が文化である理由は、  
学術的にも裏付けられている。

## 統計が示す現実

厚生労働省の公表データでは、  
毎年数百人規模の労働者が死亡している。

原因の多くは、

- ・ 墜落・転落
- ・ はさまれ・巻き込まれ
- ・ 交通事故

そして多くが「基本動作の未実施」。

これは何を意味するか。

教育不足ではない。

**構造不足である。**

## 全国実在事例① 建設業の墜落事故

足場解体中。

フルハーネス未装着。

作業時間は 10 分の予定だった。

「すぐ終わる」が命を奪った。

後の調査で分かったのは、

装着率は日常的に低かったこと。

文化が心理を許容し、

習慣が固定化していた。

## 全国実在事例② 製造業の挟まれ死亡

安全カバーは開放状態で固定。

生産効率向上のため。

新人が清掃中に巻き込まれ死亡。

報告書には「安全意識不足」。

だが実態は、

逸脱が標準になっていた。

## 全国実在事例③ 物流業のフォークリフト事故

後退時の確認不足。

繁忙期で作業スピード優先。

管理職は「急げ」と発言していた。

心理層が直接影響した典型例。

## 理論と現場は一致する

四層理論は独自理論ではない。

既存の学術研究を、

現場実装できる形に再構成したものだ。

ヒューマンエラー理論

逸脱の正常化

認知バイアス

安全文化研究

すべてが指している。

事故は構造で起きる。

## 本章の結論

感情に訴えるだけでは不十分だ。

だが、

感情と理論が重なったとき、

人は動く。

四層理論は、

現場の体感

↓

学術の裏付け

↓

統計の現実

↓

実在事例の証明

この四重構造で成立している。

## 最後に

もしそれでも、  
「うちは大丈夫」と思うなら、  
統計は毎年あなたを否定する。  
事故は減っていない。  
構造を変えない限り、  
次の事例は増える。  
理論はそろった。  
データもある。  
事例もある。  
あとは、行動だけだ。

## 第8章

### 業界横断比較分析

事故はどの業界でも同じ構造で起きている

「建設は危ない」

「製造はリスクが高い」

「物流は仕方ない」

その言葉が、思考停止を生む。

本章では、

- ・ 建設業
- ・ 製造業
- ・ 物流業
- ・ 医療
- ・ 原子力・インフラ

を横断的に比較する。

目的は一つ。

四層構造が共通していることを証明する。

## 1. 建設業 — 墜落災害の構造

主な死亡原因：墜落・転落

技術層：

安全帯・足場・親綱はある

習慣層：

「短時間なら外す」文化

心理層：

「今日は大丈夫」楽観

文化層：

工期優先・元請の圧力

## 結論

技術は存在する。

崩れているのは上位層。

## 2. 製造業 — はさまれ・巻き込まれ

技術層：

インターロック・安全カバー

習慣層：

清掃時の停止省略

心理層：

「止めると迷惑」

文化層：

停止＝評価減点

## 結論

装置は整っている。

構造が止めることを罰している。

### 3. 物流業 — フォークリフト事故

技術層：

警報・ミラー

習慣層：

確認動作の簡略化

心理層：

繁忙期の焦り

文化層：

物量最優先

### 結論

ここでも最上位層が支配。

#### 4. 医療 — 投薬ミス・患者取り違い

高度な専門職でも事故は起きる。

技術層：

電子カルテ・バーコード管理

習慣層：

ダブルチェック省略

心理層：

権威への同調圧力

文化層：

多忙慢性化

医療事故研究でも

「個人責任追及では再発防止にならない」と結論づけられている。

## 5. 原子力・インフラ

大規模事故の後、必ず語られる言葉。

「安全文化の欠如」

設備は世界最高水準。

しかし組織判断が事故を生む。

これは象徴的だ。

### 業界横断比較表（要約）

| 業界  | 技術層    | 習慣層   | 心理層  | 文化層  |
|-----|--------|-------|------|------|
| 建設  | 保護具あり  | 未装着常態 | 楽観   | 工期優先 |
| 製造  | 安全装置あり | 無効化   | 迷惑意識 | 生産優先 |
| 物流  | 警報あり   | 確認省略  | 焦り   | 物量優先 |
| 医療  | IT 整備  | 省略    | 権威同調 | 人員不足 |
| 原子力 | 最高設備   | 慣れ    | 正常化  | 組織圧力 |

共通しているのは、

上位層の圧力が下位層を崩す構造。

### データの傾向

各業界で異なるのは事故の“形”。

だが、

- ・ 確認不足

- ・手順逸脱
- ・焦り
- ・慢性化

は横断的に一致する。

つまり、

事故は業界固有の問題ではない。

人間と組織の構造問題である。

## 本章の核心

もし建設だけが危険なら、

製造や医療は安全なはずだ。

だが違う。

業界をまたいで同じパターンが繰り返されている。

それは偶然ではない。

**四層構造が普遍だからだ。**

## 考察

文化転換に成功した事例を見ると、

必ず最上位層に変化がある。

- ・トップが公言する
- ・評価制度を変える
- ・止めた人を守る

逆に、失敗した事例では  
上層が変わっていない。

## **本章の結論**

業界を超えて共通する事実。  
事故は、  
技術不足ではなく、  
構造の歪みで起きる。  
だから対策も業界横断で共有できる。  
四層理論は、  
特定業界の理論ではない。  
**普遍モデルである。**

## **最後に**

業界が違って、  
遺族の涙は同じだ。  
現場の後悔も同じだ。  
違うのは作業内容だけ。  
構造は、同じ。  
だから変えられる。

## 第9章

**海外重大事故比較** — 世界は何を学び、何を変えたのか  
扱うのは三領域。

- ・ 航空
- ・ 石油プラント
- ・ 宇宙開発 (NASA)

分野は違う。

だが事故構造は一致している。

### 1. 航空業界

#### **Tenerife Airport 滑走路衝突事故 (1977 年)**

民間航空史上最大の死亡事故。

二機の旅客機が滑走路上で衝突。

583 人が死亡。

技術は十分だった。

パイロットは熟練。

何が起きたのか。

### 四層分析

#### **技術層**

管制・無線・機体は正常。

#### **習慣層**

曖昧な復唱慣行。

## 心理層

機長への同調圧力。

副操縦士が疑問を飲み込んだ。

## 文化層

権威勾配 (Authority Gradient)。

上位者に異議を唱えにくい文化。

この事故を契機に生まれたのが

CRM (Crew Resource Management)。

階層を越えて発言できる文化づくり。

航空業界は

**心理層と文化層を改革した。**

結果、航空は世界で最も安全な輸送手段の一つになった。

## 2. 石油産業

**Deepwater Horizon 爆発事故 (2010 年)**

11 人死亡。

史上最悪級の海洋汚染。

技術的な警報は出ていた。

だが掘削は継続された。

## **四層分析**

### **技術層**

異常検知あり。

### **習慣層**

警報無視が常態化。

### **心理層**

工期遅延への恐怖。

### **文化層**

コスト・納期優先経営。

事故後、米国では

安全文化監査の義務化、

独立安全機関の設置が進む。

石油業界は

文化層に直接メスを入れた。

## **3. 宇宙開発**

### **NASA**

#### **Space Shuttle Challenger**

打ち上げ 73 秒後に空中分解。

乗員 7 名死亡。

後の調査で明らかになったのは、

エンジニアは危険を警告していた。

しかし発射は強行された。

## 四層分析

### 技術層

○ リング問題は把握済み。

### 習慣層

寒冷条件下での打ち上げ慣行。

### 心理層

成功続きによる正常化の偏り。

### 文化層

政治的・広報的プレッシャー。

事故後、組織文化の改革が行われた。

「異論を歓迎する会議文化」が導入された。

## 海外事例の共通点

三領域すべてで共通すること。

事故前、

- ・ 警告は存在した
- ・ 技術的対策も存在した
- ・ 誰かは気づいていた

だが、

文化がそれを押し潰した。

## 決定的事実

航空は文化を変えた。

だから死亡率を劇的に下げた。

石油は文化監査を制度化した。

NASA は異論文化を制度化した。

世界のトップ産業は

心理層と文化層を改革した。

## 日本の現場との比較

- ・ 止めにくい空気
- ・ 上司に言えない
- ・ 急がせる言葉
- ・ 逸脱の正常化

同じではないか。

分野は違っても、

構造は同じ。

## 本章の核心

事故は偶然ではない。

世界中で、

同じ四層崩壊パターンが繰り返されている。

そして、

事故後に生き残った組織は、

必ず文化に手を入れている。

## 重い問い

あなたの組織は、

事故が起きる前に文化を変えるか。

それとも、

大事故の後に変わるか。

## 最後の一文

世界は、血を流して学んだ。

あなたは、学んでから変えるか。

## 第10章

### 四層理論 × 航空 CRM 完全統合モデル

#### ー 組織安全を動かす実装フレームワーク

航空業界が世界最高水準の安全性を実現できた理由。

それは偶然ではない。

鍵となったのが

**CRM (Crew Resource Management)。**

この概念は、

NASA の研究を起点に発展し、

航空業界全体に普及した。

CRM はこう定義される。

人間の能力と限界を理解し、チームでエラーを防ぐ仕組み

これを四層理論と統合する。

#### ■ 四層 × CRM 対応マップ

| 四層理論 | CRM 要素   | 組織実装内容     |
|------|----------|------------|
| 技術層  | SOP 遵守   | 手順の標準化と再教育 |
| 習慣層  | チェック文化   | 相互確認の制度化   |
| 心理層  | アサーティブネス | 異論発言訓練     |
| 文化層  | 権威勾配是正   | 発言保護制度     |

ここで重要なのは、  
CRM は単なるコミュニケーション研修ではない。  
心理と文化に介入する設計思想だということ。

## ■ 統合モデルの核心

事故を防ぐ流れはこうなる。

文化層が発言を守る

↓

心理層が安心して疑問を出す

↓

習慣層で相互確認が機能する

↓

技術層で手順逸脱が止まる

これが

**安全の上流制御モデル。**

逆に事故はこの逆順で崩れる。

## 実装の具体化

現場でどう落とすか。

### ① アサーティブ訓練導入

年1回では意味がない。

朝礼ロールプレイで定着させる。

### ② 「止めた人を守る」制度明文化

評価制度に明記する。

### ③ 権威勾配可視化

管理職が“最後に話す”ルール。

これは航空が実践している基本原則。

## 第 1 1 章

### 安全成熟度 5 段階モデルの構築

#### ー あなたの組織は今どこにいるか

安全文化は「ある／ない」ではない。  
段階がある。

ここで独自の成熟度モデルを提示する。

#### ■ レベル 1：反応型（Reactive）

事故が起きたら対策する。

犯人探し中心。

特徴：

- ・ 個人責任追及
- ・ 再発防止書類のみ

#### ■ レベル 2：形式遵守型（Procedural）

ルールは整備。

しかし形骸化。

特徴：

- ・ チェックリストはある
- ・ 逸脱が黙認される

### ■ レベル 3：管理型 (Managed)

データ分析を開始。

ヒヤリを集める。

特徴：

- ・ 月次レビュー
- ・ 数値管理

### ■ レベル 4：文化形成型 (Cultural)

止める文化が存在。

特徴：

- ・ 異論歓迎
- ・ ライン停止が守られる
- ・ 心理的安全性あり

### ■ レベル 5：生成型 (Generative)

安全が競争力になる。

特徴：

- ・ 現場から改善提案が溢れる
- ・ 経営戦略に安全が統合
- ・ 事故ゼロが偶然でない状態

## 成熟度 × 四層対応

| レベル | 主に変わる層 |
|-----|--------|
| 1   | 技術層のみ  |
| 2   | 技術＋習慣  |
| 3   | 習慣＋心理  |
| 4   | 心理＋文化  |
| 5   | 四層完全統合 |

## 本質

多くの組織はレベル 2 で止まる。

ルールはある。

だが止められない。

レベル 4 以上に行くには、

文化層への介入が不可欠。

## 決定的な問い

あなたの組織は今どこだ。

そして、

本気でレベル 4 以上を目指す覚悟があるか。

## 統合完成図

四層理論＝構造の理解

CRM＝心理介入技術

成熟度モデル＝成長指標

この三つが揃ったとき、

これは単なる本ではない。

**安全文化変革の完全体系書**になる。

## 最後に

事故を防ぐ技術は、もう世界にある。

足りないのは、

実装する覚悟だけだ。

成熟するか、

繰り返すか。

選ぶのは、今だ。

## 【巻末付録】

### 四層安全文化診断シート

#### ー あなたの組織は今どこにいるか

#### 使用方法

1. 管理職だけでやらない
2. 現場代表を含める
3. 匿名で実施する
4. 点数より“ズレ”を議論する

評価は 1～5 点。

1＝まったく当てはまらない

3＝どちらともいえない

5＝完全に当てはまる

#### 第 1 部：技術層（装置・ルール）

1. 重大リスク作業は明確化されている
2. 手順書は現場実態と一致している
3. 危険源は定期的に見直されている
4. 安全装置の無効化は事実上不可能である
5. 保護具は常に使用されている

合計： \_\_\_\_ /25

## 第2部：習慣層（現場の日常行動）

6. 「急げ」が頻繁に聞かれる
7. 確認作業が省略されることがある
8. 小さな違反は黙認されがちだ
9. ヒヤリは日常的に報告される
10. 作業前に立ち止まる時間が確保されている

※6～8 は逆転項目（点数反転）

合計：\_\_\_\_/25

## 第3部：心理層（心の動き）

11. 上司に異論を言いやすい
12. ラインを止めても評価は下がらない
13. 忙しいと確認を省略したくなる
14. 「自分だけは大丈夫」と感じることもある
15. 危険を感じたら即共有できる

※13・14 は逆転項目

合計：\_\_\_\_/25

#### 第4部：文化層（組織の本音）

- 16. 経営は安全を最優先と明言している
- 17. 生産より安全を優先した実例がある
- 18. 事故時に個人責任より構造を議論する
- 19. 管理職は保護具を徹底している
- 20. 安全が評価制度に組み込まれている

合計： \_\_\_\_ /25

#### 総合評価

100 点満点

80～100 点：成熟度レベル 4 以上

60～79 点：管理型（要文化介入）

40～59 点：形式遵守型

39 点以下：反応型（危険領域）

#### 重要なのは点数ではない

注目すべきは“層のばらつき”。

例：

技術層 20 点

習慣層 12 点

心理層 10 点

文化層 8 点

これは何を意味するか。

設備は整っている。

だが文化が崩れている。

事故予備軍状態。

### ディスカッションシート

診断後、必ず問う。

1. 最も低い層はどこか
2. なぜそうなったか
3. 90 日で何を変えるか
4. 管理職は何を変えるか

### 赤信号サイン

以下が 3 つ以上該当したら即対策。

- ・ 逆転項目が低評価
- ・ 心理層が 15 点未満
- ・ 文化層が習慣層より低い
- ・ ヒヤリ件数が極端に少ない

### 究極の問い（最後のページ）

この質問は、必ず全員に書いてもらう。

「この職場で、自分の家族を働かせられるか。」

YES / NO

理由： \_\_\_\_\_

この問いに沈黙が生まれたら、  
文化はまだ成熟していない。

### **最後に**

この診断シートは、  
点数を競うためのものではない。  
覚悟を測るためのものだ。  
書いて終わりにするなら、  
事故は静かに準備を続ける。  
議論し、衝突し、変えるなら、  
文化は動き出す。

## 著者からの一言

私は、

「安全第一」という言葉を  
もう安易に使わないと決めた。  
その言葉が掲げられている現場で、  
人が死んできたからだ。  
事故の後、必ず聞く。

「まさか起きるとは思わなかった」

「今まで大丈夫だった」

「こんなはずではなかった」

だが本当は、

事故は突然ではない。  
小さな違和感が放置され、  
急ぐ空気が日常になり、  
言えない雰囲気が固まり、  
やがて一線を越える。

私は現場で、

その“前兆”を何度も見てきた。

そして思った。

事故を防ぐ仕事をしていると言いながら、  
本当に構造まで踏み込めているのか、と。  
個人の注意力に頼り、

ポスターを貼り替え、  
標語を唱え、  
それで満足していないか、と。  
この本は、  
誰かを責めるために書いたのではない。  
逃げ道をなくすために書いた。  
事故は構造で起きる。  
ならば、  
変えるべきは構造だ。  
止めた人を守る文化をつくる。  
異論を歓迎する空気をつくる。  
生産より命を優先する判断を貫く。  
それができないなら、  
「安全」を語る資格はない。  
私は覚悟を決める。  
事故が起きた後に動くのではなく、  
起きる前に文化を変える側に立つ。  
たとえ摩擦が起きても、  
たとえ煙たがられても、  
たとえ評価が揺らいでも。  
守るべきは数字ではない。  
人だ。  
もしこの本を読み終えたあなたが、

ほんの一つでも構造を変える行動を起こすなら、  
それは確実に未来を変える。  
事故は準備している。  
だから私たちも準備する。  
覚悟をもって。

### 最後の一文

人は慣れる。  
危険にも。  
違和感にも。  
同調圧力にも。

だが命は、  
慣れに殺される。

それが事故だ。

## 著者紹介

吉田 峻（よしだ しゅん）

愛知県一宮の地で、安全という名の“無形の壁”に生涯を挑み続ける男。国家資格 100 以上、フォークリフト技能講習から石綿調査、チェーンソー特別教育まで、あらゆる危険と向き合い、そして危険現場で経験を積み、安全の本質を伝え続ける安全衛生講師。

彼の目に映るのは、単なる労働現場ではない——“慣れ”と“無関心”が命を削る舞台であり、事故は偶然ではなく、人と構造の軋轢によって必然的に起こる現象である。その真実を、言葉と行動で、誰よりも深く、鋭く暴き続ける。

著書『安全四層理論』は、現場で散った者の血と恐怖を原料に編み上げられた、命を守る思想の結晶。

## 参考文献

### ■ 法令・基準

- 厚生労働省『労働安全衛生法』  
→ 現場の安全基準と法的根拠を示す基本法。
- ISO／国際標準化機構『ISO 45001:2018 — Occupational health and safety management systems — Requirements with guidance for use』  
→ 労働安全衛生マネジメントシステムの国際規格。安全文化の枠組みを理解するための基本資料。

### ■ 実務・解説書

- 黒崎由行『労働安全衛生マネジメントシステム ISO45001 実践ハンドブック 改訂版』  
→ ISO45001 の実践的な解説と現場運用の視点が詰まった実務書。
- 榎本徹『ISO45001：2018 労働安全衛生マネジメントシステム規格を読み解く本』  
→ 規格の内容を丁寧に解説する実務向けテキスト。
- 中央労働災害防止協会 編『安全管理者実務必携』

→ 労働災害の動向と安全管理の実務知識をまとめたハンドブック。

■ 国際的視点・実践ガイド

- *The ISO 45001:2018 Implementation Handbook: Guidance on Building an Occupational Health and Safety Management System* (Milton P. Dentch 著)

→ ISO45001 実装の指針として世界的に参照されるガイドブック。

