

## Qの確保への5つの視点



電気通信大学 教授 システム工学科  
鈴木 和幸

圓川隆夫会長のもと当学会ではQの確保・展開・創造を3本柱として活動が進められている。以下ではQの確保への5つの視点を記す。

①重大な事故の発生が未然防止によって回避できても、これは一般には当然のことと目に映るために、これを未然防止の成果として明確に認知することは容易ではない。反面、事故が発生してきびしさが認知されたとき、初めて未然防止の意義が強く指摘される。したがって、品質と安全への経営トップのリーダーシップとコミットメントがQの確保の鍵を握る。トップが安全に関する目的意識を現場に伝え続け、難問に対してはプロセスを共にする。“品質とコストはトレードオフ”とするのではなく、“品質と安全性は絶対に譲らない”という安全文化が必要である。千畳の堤も蟻の一穴で綻ぶように、安全と品質の確保には全構成員の参画と協力が必要であり、このためのトップの役割は大である。

②全部門においてPDCAが徹底して理解され実践されていること、そして、現場において本来なされるべきことがきちんとなされていることが基本である。“標準”を単なる“マニュアル”と解するのではなく、これを業務目的を達成するために必要な方法論を業務遂行者が使えるように組織知とした媒体、ととらえることが大切である。画像やデータベースがふんだんに盛り込まれたDVD媒体などの生きた標準の活用が望まれる。また、アクションが人に向かう解析は掘り下げが不十分であり、真の根本原因を究める必要がある。多くの場合、根本原因はマネジメントとその仕組みにある。

③トラブルを分類すれば、a) 過去において経験をしたもの、b) 過去において未経験なもの、に分

かれる。b) はさらにb1) 個人として未経験、b2) その個人の属するチーム・組織として未経験、b3) 一つの業界として未経験、b4) 企業・業界の枠を越えて未経験なもの、に分かれよう。昨今の品質事故は大半がb1~b3に該当する。それ故、トラブル情報を共有し同一トラブルの防止に努めねばならない。このとき同じ原因であっても死亡・骨折・かすり傷は、1:29:300の割合で生じるというハインリッヒの法則が重要となる。常に300件のインシデント情報に目を光らせ、この中から重大事故の兆候をいち早く感知する態勢が必要である。

④予測できないものは未然防止できない。この予測には機能への着目、メカニズムへの着目、ストレスへの着目、故障モードへの着目を始めとする様々な視点が考えられる。例えば、故障モードへ着目したものがFMEAである。今後はインターフェイスFMEA、購買FMEA、そしてメーカー出荷後の“ユーザーFMEA”がより重要となろう。なお、大切なことは“予測できないもの”というよりは、“予測しようとしめないもの”は予防できないという視点である。例えどんなに魅力的な企画提案であっても、それにリスク評価・未然防止の検討項目が添えられていなければ採択されないという“社内憲法”も必要であろう。

⑤急速に進む技術革新や、2007年問題などが指摘される中で、外部委託などによる技術の空洞化が加速されつつある。個々人がそして組織が常に学習し、一丸となって革新に挑む集団となり、個人技術を形式知とし、さらにこれを組織知としていく絶え間ない革新的な学習と、そのための仕掛けが必要である。