



福知山線尼崎脱線事故追悼と安全の集い ～鉄道事業者の社会的責任を考える～ (その1)

1. JR 福知山線尼崎事故から4年となる4月25日に、事故現場より数キロ南に位置する尼崎市文化センター・アルカイク・ホールで午前中に追悼行事がありました。午後には、隣接するアルカイク・ホール・オクトで標記の集いが開かれ、日乗連より1名が参加しました。
2. 最初に4・25ネットワークの世話人、浅野弥三氏の「鉄道事業者の社会的責任を考える」という、この日のメイン・テーマが話されました。
「事故調の報告書は要因を列挙してくれたが、原因について述べているものではないと認識している。」これが要点でした。
事故被害者の要望としては次の主要項目があるとされていました。
 - 1) 説明責任
被害者には事故調査の経緯を適宜説明するべきである。
 - 2) 真相究明
運転手がスピードを出しすぎたからカーブを曲がりきれず脱線転覆した。それで納得できるものではなく、なぜ運転手がスピードを出しすぎたのか、なぜ過大速度を制限する装置は設置されていなかったのか等、事故の原因を正確に分析すべきと考える。
 - 3) 記録の保持
被害者遺族の経緯を残し、将来の遺族のケアに役立てるシステムが是非必要と考える。
3. 柳田邦男さんは「安全な社会の新しい潮流～被害者の視点の意義～」と題して講演をされました。主たる内容は、
 - 1) 事故調の進化
日本では、1960年代は責任論が中心で、悪い奴が誰だという論議が中心であった。被害者感情は充足するかもしれないが、事故調査にはプラスにはならなかった。1970年代には航空事故調査委員会ができ、ヒューマンファクターが注目されるようになった。1986年にはICAO事故調査マニュアルができ、パイロット・エラーは(世界的には)過去の用語となった。1990年代に犯罪被害者が行政に訴え行政が動き出したことも関係し、2000年代になって、被害者の視点が注目されるに至った。またエラー責任からの開放が進み、JALでは安全報告について処罰なしとして、報告を活用することに重点を置いている。907/958ニアミス裁判に関する昨年シンポジウムでは、刑事処罰優先国家には厳しい要求が出された。US Airwaysのバードストライクによるハドソン川不時着水事故では、この飛行機を受け持った管制官は、他の飛行機の動きを処理しながら、緊急事態の飛行機に的確に情報を

提供していた。しかしながらコールサインの間違いは各所にあり、これは何ら事態を悪化させていなかった。

事故では加害者は誰かは実ははっきりしていない。悪意を持った故意の加害者は別だが、真相究明が遺族感情にも合致している。

2) 被害者の視点

情報提供を十分に行うべきである。

NTSB は重要な情報は開示している。

日本では、刑事捜査が優先されるので、被害者が柵の外に置かれてきた。

サバイバル・アスペクト、日本にはこの概念は無かった。犠牲者の減少、被害軽減など教訓の読み取りを深くし、根底にあるものを見るのは被害者の視点である。

エラーを減らすには、働く者が意欲を持って働ける環境が必要である。

風化を防ぐことも必要である。事故調査・捜査が終わると証拠は破棄する傾向にある。

目に見える形で残すのが良い。

3) 被害者の連帯

公害被害者から連帯が広がった。

生活空間事故（回転ドア、エレベーター、プール排水口、エスカレーター、湯沸かし器）など多発の傾向にあった。

港区のエレベーター事故では、2年経っても情報が提供されなかった。

しかし、時代の流れとしては被害者の声を聞く傾向にある。

マスコミ報道にも問題がある。「単純ミス」では駄目だ。

4. 畑村洋太郎さんは「失敗学から危険学へ」と題して1時間30分の講演をされました。

ごく一部を紹介します。

1) 失敗危険はどこに潜んでいるか

○ 形骸化した伝え方の弊害

企業の萌芽期ではマニュアルは抜けも多いが何とか繋がっている状態で、これが発展期には色々なことが豊かにまとわりついて分量が多くなる。

成熟期になるとマニュアルは整理され無駄なくできているが周りのことは分からないという状態になる。衰退期になると見かけは一応整っているが、実はとてもひ弱になっている。ある時予期せぬ外乱が来るとぶつ切れになる。

○ 組織の役割分担と実際

若い組織では各人が自分の仕事と思う領域が重なっており、抜けがない。その結果コンフリクトが起こることもある。古い組織では、遠慮のかたまりとなって、コンフリクトは起こらないが、結局誰もやらない領域が多くなってくる。その結果、～俺のせいではない～事故発生という流れになる。

○ 人間と機械・システムの関係

メカトロニクス化が進むと、当然機械が分担すると人間が思っている領域と実際に機械が分担する領域にズレが生じ、この隙間が多くなる傾向にある。

この機械は安全なはずという思い込みと機械の実際の分担の隙間に事故が発生する。

(その2に続く)