



日乗連ニュース

ALPA Japan NEWS

www.alpajapan.org

Date 2006.05.11

No. 29 - 39

発行: 日本乗員組合連絡会議・ALPA Japan
幹事会
〒144-0043
東京都大田区羽田5-11-4
フェニックスビル
TEL.03-5705-2770
FAX.03-5705-3274
E-mail:office@alpajapan.org

「システム性事故について」 日乗連の主張掲載される！

(朝日新聞 2006年4月26日付朝刊 私の視点)

日乗連は、従来から「事故調査は再発防止を目的とすべきで、個人責任追及は事故調査の障害となる」と主張してきました。

日航907便ニアミス判決を契機に我々の主張を社会に広める取り組みを行いました。4月26日付、朝日新聞に日乗連AA(事故解析)委員長の投稿が掲載されました。その主旨は以下の通りです。

「航空機事故など巨大システム事故調査のあり方として最も重要な事は、背景や要因を調査してシステムの不備を洗い出し、適切に改善する事であり、そのためには事故関係者から可能な限り、詳しい情報が提供されなくてはならない。事故当事者が法的責任を厳しく追及されれば、有効な証言は得られにくくなる。その結果、システムの不備に対する根本的な改善も難しくなる。個人責任の追及に終始する事は、再発防止につながらず、社会の利益にもならない」

(裏面参照)



◆システム事故 失敗カバー策どう組み込む



た点を高く評価したい。

円滑な航空管制には、航空に関する法律や規則が適切というだけでは不十分である。「周辺要素」として、①管制機材や航空援助

施設などの施設類②航空交通に無理が生じない管制空

域の設定③管制官の教育や

周知情報④作業環境や勤務

実態——などが適切に機能

していなければならない。

◆ ◆

今回の事故は、①類似し

た便名の航空機が複数飛行

していた②三宅島の噴火で

付近の空域が制限された結

果、混雑していた③空中衝

突防止警報装置(TCA

S)が作動した場合の対処

法が、明確に規定されてい

なかつた④本来なら、ニア

ミスは3分前に出るべき管

制レーダー画面上の警報

が、設計上の問題から約2

分30秒も遅れて出たことな

ど、言い間違いをしやす

い条件が多かつた。管制官も

部下を实地訓練中で、集中力が低下しやすかつた。こんな状況で起きた「言い間違い」を、「不注意だった」として処罰するので、再発防止を実現するのは容易ではないだろう。

人間の失敗を注意力だけで防止することは不可能である。失敗することを前提にして、それをカバーする方策がシステムの中に組み込まれていなければならない。巨大システムを設計する際の基本である。原発、化学工場、銀行などのシステムは、そうした思想に基づいて設計されている。

人間はシステムの中では非常に限定的な役割を担っているにしか過ぎない。システム性事故が発生した際に、最も重要なことは、背景や要因を調査してシステムの不備を洗い出し、適切に改善することだ。そのためには、事故関係者から可能な限り、詳しい情報が提供されなければならない。事故当事者が法的責任を厳しく追及されれば、有効な証言は得られにくくなる。その結果、システムの不備に対する根本的な改善も難しくなる。個人責任の追及に終始することは、再発防止につながらず、社会の利益にもならない。

◆ 日本学術会議は昨年6月、事故調査体制のあり方について、「事故の当事者がなぜ最後の引き金を引いたかを明らかにし、同種事故の再発防止への教訓を得ることが、社会正義にもつながる」と提言した。実行行為者を処罰して社会の沈黙化を図ろうとする現行の法制度を見直し、事故の再発防止を優先させようとする画期的な指摘だ。

◆ 今回の判決をきっかけに国民の間に「システム性事故」に対する正しい認識が広がり、社会の利益につながることを期待したい。

静岡県焼津市の上空で01年1月に発生した日本航空機同士の異常接近(ニアミス)により多数の乗客・乗員がけがをした事故で、東京地裁は業務上過失傷害罪で起訴されていた2人の管制官に無罪判決を出した。

この事故は、管制官が便名を言い間違え、降下指示を出したことが原因とされた。だが実態は「システム性事故」である。判決が、現場の担当者を処罰すべきではない、と明確に判断し

た。今回の事故は、①類似した便名の航空機が複数飛行していた②三宅島の噴火で付近の空域が制限された結果、混雑していた③空中衝突防止警報装置(TCA S)が作動した場合の対処法が、明確に規定されてい

なかつた④本来なら、ニアミスは3分前に出るべき管制レーダー画面上の警報が、設計上の問題から約2分30秒も遅れて出たことなど、言い間違いをしやす

い条件が多かつた。管制官も部下を实地訓練中で、集中力が低下しやすかつた。こんな状況で起きた「言い間違い」を、「不注意だった」として処罰するので、再発防止を実現するのは容易ではないだろう。

人間の失敗を注意力だけで防止することは不可能である。失敗することを前提にして、それをカバーする方策がシステムの中に組み込まれていなければならない。巨大システムを設計する際の基本である。原発、化学工場、銀行などのシステムは、そうした思想に基づいて設計されている。

◆ 人間はシステムの中では非常に限定的な役割を担っているにしか過ぎない。システム性事故が発生した際に、最も重要なことは、背景や要因を調査してシステムの不備を洗い出し、適切に改善することだ。そのためには、事故関係者から可能な限り、詳しい情報が提供されなければならない。事故当事者が法的責任を厳しく追及されれば、有効な証言は得られにくくなる。その結果、システムの不備に対する根本的な改善も難しくなる。個人責任の追及に終始することは、再発防止につながらず、社会の利益にもならない。

◆ 日本学術会議は昨年6月、事故調査体制のあり方について、「事故の当事者がなぜ最後の引き金を引いたかを明らかにし、同種事故の再発防止への教訓を得ることが、社会正義にもつながる」と提言した。実行行為者を処罰して社会の沈黙化を図ろうとする現行の法制度を見直し、事故の再発防止を優先させようとする画期的な指摘だ。

◆ 今回の判決をきっかけに国民の間に「システム性事故」に対する正しい認識が広がり、社会の利益につながることを期待したい。

◆ 航空事故の解析活動を20年以上続けている。46歳。