

- 設立年月** : 2007年1月  
**設立目的** : 過去の事故の経験とヒューマンエラーについてANAグループ全役職員が学び、一人ひとりが安全運航のために何が出来るかを考える学び舎として設立  
**安全理念** : 安全は経営の基盤であり、社会への責務である(ANAグループ)



事故の記憶を風化させない



ヒューマンエラーを体感



自分の役割を学ぶ

- 見学日時** : 2012年4月13日(金) 13:30~14:40、7月9日(月)  
**見学者** : BCP維持研メンバー(深谷、中谷、田中、小田、亀原、澤田、窪谷、國貞、竹中、金澤、篠原の11人)

**室内状況** : 大きく4つのゾーンに分れており、室内入口には墜石事故(1971年の自衛隊機と接触事故)の機体破片が展示されており、ANAの機体カラーである青色の窓枠部分が生々しく目に入る。壁に沿って大きなパネルが設置され、今までのANA航空機事故や世界の航空機事故内容(写真、状況、死傷者数等々)を掲載しており、インストラクターが事故状況や原因を分かり易く説明、そこから教訓を導き出している。ANA過去3大事故の記録ビデオが上映されるセッションでは遺族の悲痛に訴える声、ANA社員の苦渋に満ちた顔・コメント等がストレートに心に迫る。また当時の新聞記事をありのままに公開しており、「事故を風化させないために」を基に、コーナーには当時の社員たちが事故時に思った言葉が時系列順に組み込まれたパネルを配置し、その前面壁に遺族の手記が展示され、その文面には胸を打つ。最後にヒューマンエラーを疑似体験できるゾーンがあり、1時間10分は瞬間に過ぎる見学内容である。(ANAグループ社員は1時間30分程度で今までに34,000名が学ぶ)

## ■見学者の多くが持った感想、気づき、キーワード

### 1. 安全の定義「リスクを許容可能な水準の範囲内で維持・管理」に注目、関心を持った。(7人)

- 事故防止について具体的に言及し、安全対策に大きな力をいれて取り組んでいることを認識させられた。
- 安全が分かり易く定義されている。
- 一朝一夕で出て来たものでなく、長いその企業の実績に裏付けされた言葉の重みを感じた。
- 安全を定義している点が印象に残る。
- 気づきは“安全”の定義。一般的な定義(事故がないこと)、安全管理システム上の定義(リスクを許・・・)。
- 人命を長年預かってきた会社がたどり着いた言葉でとても共感でき、示唆に富んだ言葉である。

### 2. エラー、ミスの報告(者)に対し厳罰をしない！報告し易い環境をつくり、ヒヤリハット等を社員間で情報共有し、事故防止につなげるエラーマネジメントの考え方が大変参考になった。(9人)

- エラー発生時には、速やかな報告が重要であり、社員間で情報共有することの重要性を教わった。
- 「台北の離陸時ミス」原因は離陸時に台風接近で急いだため確認を怠り、誤って「工事中」滑走路に入り、作業車に撃墜。8日前に「工事中」に入った貨物機がヒヤリハット報告をしなかったことも事故に繋がった。
- 当社では厳しく叱責されるため、隠す傾向があるが、その環境づくりの重要性やエラーは管理すべきを理解。
- エラーをマネージするという発想、厳罰主義は逆効果など大変参考になった。
- 企業風土を組織、個人の双方のレベルで自ら醸造している。エラーに「厳罰」を加えない発想は特筆。
- ハインリッヒ法則の根底にある「組織の文化、風土」をANAは作り上げ、結果40年間大きな事故は無くなった。問題発生を無くすことは出来ないが、減らすためには「組織の文化、風土」の変革が必須と感じた。
- 「エラーは絶滅できない。コントロールできるのみ」は至言かと思いました。
- 人はエラーをすることを前提にし、より安全にエラーをなくすことを真面目に取り組まれていることに感銘。

- 事故の60%がヒューマンエラーで、訓練や処罰では完全になくならないが、エラーのコントロールは可能。
- エラーには必ず何か原因がある、という考えの下、エラーを起こしやすい環境や雰囲気や霧囲気を極力排除するために、社員から集まった声や事象などをマニュアルに反映している。

### 3. 過度に集中することの危険性や、タイムプレッシャーあっても基本確認作業の重要性、またコミュニケーションに一言等、具体的内容を加える「確認会話」の重要性を学んだ。(6人)

- 「エバーブレードの墜落事故」原因である車輪稼働ランプ交換への過度な動作集中や、「台北の離陸時ミス」のタイムプレッシャーから一言追加する「確認会話」不足等、大事故から3点教訓として学んだ。
- 事故事例にあったこの教訓が災害対策本部の指揮命令においても活かせるという意味で印象に残った。
- これらのことは災害時でも適用できる教訓である。
- ヒューマンエラー体験学習は、過度な集中は視野を狭めることを実感できる貴重な経験となった。
- 危機発生時に「大丈夫か?」「大丈夫です」という確認でなく、具体的な会話の「確認会話」が必要である。
- 体験学習で自分も他の見学者も”一点集中型”で”自分の必要とするものしか見ない”を認識した。
- ひとつ事に集中過ぎると他事が見えなくなり、重要事象を見逃すことに繋がる、客観/全体的見方が大切。

### 4. ANAの安全(企業)理念、安全に対する取組姿勢に感銘した。(8人)

- 安全を経営基盤とし、確かな仕組みと社員一人ひとりの意識変革に積極的に取り組んでいる結果、ANAは過去40年間大きな事故は発生していない。
- 安全(企業)理念の文言はストレートにANAグループ社員へ考え方が伝わる言葉だと感じる。
- 顧客にご迷惑が掛かってでも安全最優先の行動に対し、会社はそれを容認し関係者の下した判断を尊重する、という宣言を従業員に対し行っている。このような取り組みで安全文化の確立、維持を目指している。
- 航空会社の事故は人の死に直結するため、この教育はANAの重要な位置付と研修から強く感じた。
- 「今日の安全が明日の安全を保障するものでなく、安全にゴールはない」の言葉を聴き「危機管理、BCP維持」も同様な取り組みが必要と感じました。
- 施設の公開が社員、会社組織を動的にしていると感じ、事故はなぜ起こるかの原因を追究し続けている。
- “不安全な状態に対する不安”を大切に、他社機の事故も教訓として伝えている。
- 過去の失敗を隠さず、外部にまで公開しているANAの企業としての姿勢に関心した。
- これ程の研修施設を作り、全社員に研修を受けさせるANAグループの安全に対する取組姿勢に感銘した。
- ASECは過去の貴重な教訓の風化を懸念した経営陣の意思が伝わり、内容も自分の仕事に参考になった。
- このような施設を作り、自社従業員だけでなく、一般に門戸を開いているANAの度量の広さに感銘した。
- この研修で自分がエラー犯す可能性、それが事故誘因となる可能性を学べ、また「事故を起こす」の持つ意味を実感することを、こういう研修センターは一番求められるが、有効に作られていると思った。
- テクニクの教育ではなく、ベーシックなものを身につけさせる場で、職場に帰った時に実践出来る。
- 過去から学ぶ姿勢が大切であることが理解出来た、様々な教材から自社対策に活かす方法は効果的。
- 体験型学習は非常に効果的だと感じたため、今後の自社での研修などに取り込めないか、検討したい。
- 事故の遺族からの作文、対応に当たった社員の感想を壁一面に表示し、読むことを義務づけている点は、様々な角度から、自分たちの安全に対する責任を覚えさせるのに役だっていると思った。

### 5. その他参考になったキーワード

#### ①エラーの種類

- イ)スリップ(行為の失敗)…単純ミス、熟練によるミス、習慣的動作ミス
- ロ)ミスチック(認知)…見間違い、見落とし、思い込み、勘違い、聞き違い
- ハ)ラプス(記憶)…短期記憶の容量オーバー、20秒で忘れる(やろうとした事を話しかけられ忘れる等)

#### ②エラーレジスタンス(エラーを抑制・削減)

- ・環境改善、教育/訓練の改善、人間中心の設計、使いやすい手順書やマニュアル

#### ③エラートレランス(発生しても影響を最小限にする)

- ・セルフモニター(操作後確認、指さし呼称)、チームモニター(相互モニターとアドバイス)、警報システム、結果による気付

#### ④「安全とは単なる“言葉”ではない」→安全は“責務”である。

参考:安全とは(ANA安全管理規定)

- ・継続的にPDCA(Plan-Do-Check-Act)サイクルを回しながら、ハザード(不安全要素)の特定とリスクマネジメントを行うことにより、リスクを受容可能な水準の範囲内で維持、管理していく。