

人間はミスをする。管制官も人間だから、どんなに注意してもミスからは逃れられない。勿論、出来るだけミスが起きないように配慮した業務処理方式が定められ、十分な教育訓練が行われ、様々なモチベーション維持策が取られている。

しかし、管制ミスの根絶は可成りハードルの高い課題である。特に例外的な状況、例えば暴力団発砲事件で警察や報道関係のヘリが多数飛行していた為、最終進入中の小型機の存在を失念し、離陸待機中の旅客機に滑走路に入る許可を出してしまった、と云うようなミス無くすのは難しい。人間の短期記憶には限界があり、幾ら気を付けるよう注意したり頑張れと叱咤激励したりしても解決出来る問題ではない。また、システム化を進めれば管制官のミスは減るが、システムの設計製造や保守運用のミスは無くならないし、ヒューマン・マシン・インターフェイスと云う新たな問題も発生する。

勿論、管制業務には至る所にダブルチェック等の安全の為の手順が定められているし、情報システムには妥当性チェックの機能が組み込まれている。だから、もし小さなミスをして、それだけで重大な結果になる事は非常に少ない。しかし、極くまれだが、ミスにミスが重なり、事故に繋がる可能性のある重大インシデントが発生する事がある。根絶は不可能でも出来るだけミスを減らし、他のミスと複合して問題が大きくなるように、定められた安全手順を守る努力は必須である。

経験則だが、広く受け容れられているハインリッヒの法則によれば、事故1件の背後には、事故になりそうな重大なインシデントが30件、更にその背後にはヒヤリとしたりハッとしたりと云う軽微なミスが300件は起きている筈だ。だから、航空界のみならず様々な業界で、現場で起きた軽微なミスの情報を匿名で提供して貰い、統計的に分析して再発防止策を講じる安全報告制度が導入されている。

しかし、聞くところによれば我が国では安全報告は非常に少ないと云う。匿名ではあっても発信者が誰だか判ってしまう事が多く、ミスの責任を追及される懸念があるからだろうか。

我が国には、航空事故調査の結果は再発防止の為にのみ使われるべきだと云う国際的な合意に反し、刑事上の責任追及の根拠にされると云う法制度上の問題がある。勿論、自己の不利益になる供述を強要されないと云う憲法で保障された権利はあるが、日常的に頻発していると思われる軽微なミスを自ら積極的にオープンにし、再発防止策に活用すると云う安全文化の醸成こそが喫緊の課題であろう。

数年前、ある産婦人科医が重症患者を死なせてしまった事故で業務上過失致死罪に問われた為、多くの病院でリスクの高い治療を行う産婦人科が閉鎖され、産婦人科を志す医師が激減した事があった。多くの救急外来が瀕死の重症患者の受入を躊躇するようになり、病院を盪回しにされて亡くなると云う不幸な事態も起きていると云う。医療において厳密な責任追及を行うと、リスクのある患者を引き受ける病院や医師が減り、患者の安全性が逆に低下すると云う実に困った逆説的現象である。

「失敗学」を提唱した学者が原発事故の調査委員会の委員長に任命されたり、第二次世界大戦における日本軍の敗因を戦略研究家達が分析した「失敗の本質」が再版されたりして、失敗に関する関心が高まっている。

「原子力村」では航空における安全管理システム(SMS)に対する関心が高まり、手本にしようとする学習機運さえ生まれている。航空業界には安全性向上の優れた理論を持ち、安全報告制度など情報共有の仕組みを運用してきた長年の実績がある。それらを十分に活用し、失敗の経験をオープンにする安全文化を定着させる事で有効な再発防止策が取られれば、ミスの多くは回避出来、仮に起きたとしても他のミスを誘発して重大な結果には繋がる事がないようになるのではないだろうか。