



内容

I. 巻頭言

II. 第49回見学会記

III. 編集後記

I. 巻頭言 「品質保証研究会について」 (品質保証研究会 HP 会長挨拶より)



会長 阿部弘亨

私たち品質保証研究会は、原子力産業分野で品質保証を専門とする会員の方々により構成され、品質保証関連分野に関する調査研究を行っています。原子力に限定されない様々な分野の専門家との交流を通し、会員相互の啓発と協力関係の強化を図り、原子力施設の安全性と信頼性のより一層の向上に寄与する品質保証のあり方を探究する研究会です。その活動は多岐に渡り、講演会の開催、見学会の実施、ニュースの発行、さらにサブグループとして二つの定例研究会により独自のテーマを深掘りする活動を行っています。そして、先進的な品質保証活動を行っている産業分野の経験と知恵を学び、原子力分野への展開を図っています。これまでに、航空宇宙、鉄道、医療、

教育等の産業分野の講師により、品質管理、ヒューマンファクター、人間工学、安全管理等の幅広い領域に渡る知見や失敗学を吸収してきました。

さて、紙面をにぎわす様々なニュースを分析すると、コミュニケーションの不足や行き違いに端を発していると思えるものが多々あります。技術分野に置き換えれば、一人の技術者(あるいはグループや部署)の暗黙知が他者と共有されていないこと、形式知としてまとめられていないこと、ということではないでしょうか。品質保証活動は、消費者に品質と安全が保証された製品やサービスを届けるために必要不可欠な活動であり、そのためには関連する情報が「形式知」化され、知が共有される必要があります。いわば、ある製品やサービスに関与するステークホルダーにとって関連する情報が known-known(知っていると知っていること)であることが求められます。

知的財産を守る意味で「形式知」化しないという選択肢もあり悩ましいところがあるかもしれませんが、企業活動の第一義は消費者に安全と安心を提供することにあり、ここに品質保証活動の重要な意味があると考えています。

品質保証研究会では、一層の品質向上に向け精力的な研究活動を続けてまいります。私たちの活動にご興味いただける方の参加も歓迎いたします。今後とも皆様方のご支援とご協力をお願い申し上げます。

Ⅱ. 第49回見学会記「ANAホールディングス株式会社」

1. はじめに

2024年1月30日(火)に品質保証研究会 第49回見学会を、ANAホールディングス株式会社で実施した。(以降、ANAと記す)

航空業界のANAでの安全に対する取組みを学ぶべく、今回は以下2つを見学した。②については、ANAの社内外向け研修の中から管理監督者向けの安全文化を組織として醸成していくための研修を選定した。

① 見学:ANAグループ安全教育センター(ASEC)

② 講義&意見交換:「TEAMで安心を育てる ～「仕組みと行動」を支える組織の安全文化～」

(講師は、ANAビジネスソリューション株式会社 ヒューマンエラー対策専属講師の松本氏)

当日は、研究会から、①:19名、②:25名が参加し、ANAで実施されている安全への取り組みを過去の事故事例等を展示した安全教育センターの見学と安全文化醸成のための講義を通じて学ぶことができ、有意義な見学会となった。

2. 見学会スケジュール(11:00～16:00)

11:00～12:00 ANAグループ安全教育センターの見学@東京都大田区(一般見学に参加)

12:00～14:00 移動他

14:00～16:00 講義&意見交換:「TEAMで安心を育てる ～「仕組みと行動」を支える組織の安全文化～」@東芝川崎事業所

(謝辞:講義の冒頭と最後に、手柴副会長より実施)

3. ANAについて

1952年に日本ヘリコプター輸送株式会社として発足し、1957年に社名を全日本空輸株式会社に、2013年にANAホールディングス株式会社に変更し、現在に至る。

ANAグループでは、全役職員が日常の業務を遂行する上で規範となるべきANAグループ安全理念(以下)を定め、この理念の下、ANAグループ全体で航空の安全を追及している。

- ・安全は経営の基盤であり社会への責務である
- ・私たちはお互いの理解と信頼のもと確かな仕組みで安全を高めていきます
- ・私たちは一人ひとりの責任ある誠実な行動により安全を追求します

「世界最高水準の安全性確保」を実現していく土壌となる安全文化の醸成のために、ANAグループ安全教育センターや各種教育・研修などを充実させ、一人ひとりが、自ら安全を担っていることを自覚し、全てのグループ社・各職場で安全が最優先されるべく取り組んでいる。研修の頻度は、全役職員が約5年に1回、入社・配属時、5年経過前後の中堅社員、管理職昇格時、等の各階層別にANAグループ全員を対象に実施している。

4. ANA安全教育センターの見学

ANA グループ安全教育センターは、若手社員からの「過去の事故(*)を風化させない施設が必要である」との提案に基づき 2007 年に創設され、ANA グループの人財育成の拠点を ANA 総合トレーニングセンター(ANA Blue Base)に集約することを機に

2019 年にリニューアルオープンされた。

「(現実に起きた)事故と向き合い」、「(事故を経験したご遺族や先輩の)心と向き合い」、「(共に自ら安全を作り込む)仲間と向き合う」という 3 つのコンセプトのもと、受講者が主体的に参加できる安全教育を提供し、自らの職場で安全行動が体现できるよう取り組んでいる。

(*) 契機となった事故は 1971 年 7 月 30 日の雫石衝突事故

出典:ANA ホームページ



ANA グループ安全教育センターは、継想シアター、誓いの空、アクティブラウンジで構成されており、見学もその順で実施された。

・センター入口

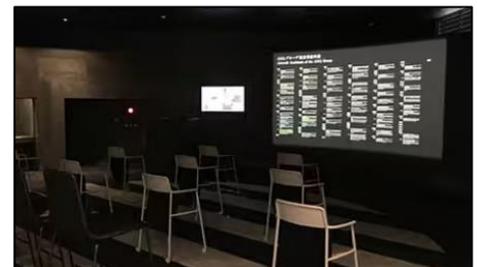
「安全を刻む時計」として 1971 年 7 月 30 日の雫石衝突事故から経過時間を表示。見学当日は 52 年 6 か月であった。これは、“私たちは決してこの期間を【ゼロ】に戻さないことを誓うため”のもの。

・継想シアター

「事故と向き合う」コンセプトのもと、導入空間とシアター空間がある。

導入空間では、ANA グループ安全理念の掲示とともに、雫石衝突事故の事故機体の一部が展示され、事故の衝撃とその悲惨さを体感する空間となっていた。展示品の一部については、2007 年の創設の前年に現場を捜索し見つけたものとのこと。

シアター空間では、映像や事故グラフィックを通じて二度と繰り返してはならない航空事故の悲惨さを、事故や教訓から学び自分事として事故と向き合える空間となっていた。映像では、ANA が発生させた航空機事故のうち、雫石衝突事故を含む人が亡くなられた 6 件の事故に関して、当時の事故に携わった OB や遺族の証言をもとに映像化し、事故の悲惨さが伝わる内容となっていた。映像の最後は、事故対応された方が遺族や社会から受けた言葉(非難や励ましの言葉)や後進へのメッセージで締められていた。



OB から後進へのメッセージの一例は以下。

出典:ANA ホームページ

- 航空輸送にとって、“安全”は目標や方針でなく絶対的なもの
 - 安全は単に掛け声だけで得られるものでなく、ひとつひとつの業務の着実な積み上げの結果が表に出てくるもの
 - 事故は過去のものではなく、自分が何ができるのかを考えることが大事
- また、この空間には、ANA が経験したハイジャック事件 10 件の概要も掲示されていた。

・誓いの空

事故を経験した先輩方の想いが閲覧できるようになっており、その想いと向き合い、心の中で先輩方と対話する空間となっていた。中央には、ANAグループ安全理念と受講者一人ひとりの安全行動宣言を表示する「継承の柱」が設置されていた。

・アクティブラウンジ

「仲間と向き合う」コンセプトのもと、人はエラーを起こすものと考え、ヒューマンエラー体験や仲間とのワークショップを通じて、新たな気づきを感じ、職場で安全行動の体現をしていくための空間となっていた。見学では、ヒューマンエラー体験例として以下が紹介された。その他のエラー体験コンテンツも展示されており、参加者が手に取ったり触れたりしながら学べる空間であった。



出典:ANA ホームページ

- 記憶に関するエラーとして、駐車禁止マークの事例。日本人が間違ふ理由として、右利きが多いため斜線「/」の方と間違ふ。マークが No Parking の『N』からきていると理解しておけば(諸説あり)、正しく記憶できる可能性があることから、背景を知ることがエラー防止に重要な事例でもある。

また、この空間では、墜石衝突事故等の部品や資料や最近の事例(パイロットの飲酒問題、パネル落下事案など)も展示されており、いろいろな事例が学べる空間でもあった。



ANA グループ安全教育センター 参加者 19 名

5. 講義 「TEAM で安心を育てる ～「仕組みと行動」を支える組織の安全文化～」

講師: 松本 理一郎氏

所属: ANAビジネスソリューション株式会社 営業本部 研修事業部 参与

略歴:	
1985年	全日本空輸株式会社入社 整備本部配属 機体工場 定時整備二課勤務 一等航空整備士(確認整備士)として 機体整備業務に従事
1993年	成田メンテナンスセンター 管理室 管理課
1996年	整備本部 整備事業部 ITチーム
1998年	空港本部 フライト・コントロール・センター 主席部員
2000年	機体メンテナンスセンター 第一整備部 主席整備士
2006年	総合安全推進室 安全推進部 副部長
2010年	オペレーション・マネジメント・センター ダイヤマネジャー
2012年	Peachアビエーション株式会社 安全監査部 副部長
2014年	株式会社エアージャパン 整備監理室長
2019年	AIRDO株式会社 安全監査部長
2021年	ANAビジネスソリューション株式会社 営業本部 研修事業部 現在に至る



(1) はじめに

航空業界では早くからヒューマンエラー対策に取り組んできたが、個々の対策だけでは限界がある。未然防止対策を進め、更なる安全への取り組みを行って、事故・不具合のない「安全・安心」の組織を構築するためには、個々の再発防止対策に加え、その組織が抱えている風土を見直し、トップから一般の社員に至るまで、全員が同じベクトルで組織として安全への取り組みを行う必要がある。組織として「安全」の文化・風土を創るために、何をすべきなのか。

安全文化の欠如による事故事例、4つの安全文化、TEAMの考え方など、仕組み作りや個人の行動の基盤となる安全文化を組織として醸成していくためのヒントを提供する。

誰かが安全に関する良い活動をした際に、みんながよくやったと言いあえるような風土、TEAM にすることが重要である。

(2) 安全の定義とまさかを防ぐには

航空業界の安全の定義は「事故がないこと」ではなく、「危険性が許容可能な水準以下に管理されていること」。事故があるはずがないではなく、事故があるかもしれないが前提。周りのもの全てに危険要素(まさか)があり、その危険に対して回避し続けること(危険が顕在化してもこれを行うなど計画を立てておくこと)が大事である。自分はちゃんとやっているから、部下がやってくれているはずだから、ちゃんと訓練しているから、大丈夫ではなく、まさかを減らし準備する必要がある。想定外は意外と想定できる。まさかを防ぐためには、一人ひとりでは限界があり、TEAM で防ぐことが重要である。

(3) 連鎖するエラーを食い止めるために

■人間は誰でもエラーする

ヒューマンエラーをゼロにすることはできない。なぜなら、脳が原因であるからである。脳は CPU1個と同じで、何回も回路を回している状態で、その中でエラーが発生する。エラーの例として、以下。

感覚受容: 見間違い「錯視、錯覚」。例えば、視覚について、人の見える範囲は正面から左右約 100° だが、正確に対象を認識できるのは正面から上下左右約 2°。正面から上下左右約 30° は色とおよその形が分かる程度。

また脳は見たとおりに認識しない。幼い時は 1 文字ずつ読むが、成長するにつれ固ま

り推測して判断するようになり(パターン認識)、思い込みや早とちりに要因となる。

選択認知: 思い込み

判断 : 判断間違い。例えば、人は過去の記憶から似たものを探す。まっさらから新しいものを考えるのは難しい。バイアスがかかることもある。自分の都合が良いものを優先して取るなど。

行動 : 言い間違い、操作間違い

記憶 : 失念、記憶違い。例として、駐車禁止マークの事例。

訓練してもヒューマンエラーはゼロにすることはできないが、ヒューマンエラーの影響をコントロールすることは可能である。

■ヒューマンエラーの影響をコントロールするためには

一つのヒューマンエラーで事故が起きることは稀であり、いくつかのヒューマンエラーがチェーンのように連鎖して事故や不具合は起こる。当事者が起こしたヒューマンエラーなどの事象(不可避点)のみに焦点をあてるのではなく、それまでに発生したエラーのチェーンを切ることが事故防止につながる。

事故を未然防止するためには、事故の要因分析が大事であり、その手法としてシェルモデル(SHELモデル)がある。作業員自身(Lo)を取り巻いているヒューマンファクター(S・H・E・L)との間に不整合が生じるとエラーが発生するという考え方である。

- ・S: SOFTWARE(手順書・マニュアル)
- ・H: HARDWARE(工具・部品など)
- ・E: ENVIRONMENT(作業環境)
- ・L: LIVEWARE(上司・部下等関係者)
- ・Lo: LIVEWARE OWN(本人)

航空業界では、ボイスレコーダーが普及してから、事故時のやりとりがわかるようになり、パイロットは正常に対応しているが事故が起こっていることなどが分かるようになった。そのため、メンテナンス方法、燃料や天気の状態、貨物の場所のように、様々な観点で分析し原因を探ることが大事なのである。

また、未然防止・再発防止をするために、事故に対する考え方も重要である。事故に対して責任追及ではなく、以下のようなステップで原因究明することが大事である。

事故発生⇒何が起きたか⇒なぜ起きたのか⇒どうすれば良いか⇒対策は何か(再発防止・未然防止)

(4) 組織事故

航空業界でヒューマンエラーの後に問題となったのが、組織的な問題。その事例が、2018年のボーイング 737 MAX8 の墜落事故である。事故事象は、離陸直後に機体の姿勢をコントロールする装置が誤作動し制御しきれずに墜落したもので、直接原因は装置の誤作動であったが、それが顕在化する前に対策できなかった主な原因は以下で、HE(ヒューマンエラー)以外は、組織の問題であった。

- ・他社より早く市場に出すために、他の機種システムを流用。
- ・新しいシステムを使っていないので、パイロット訓練を不要とした。
- ・整備士がセンサーの取り付け角度を間違った。(HE)
- ・直前の便で不具合があったが、事故が発生した機体の機長に伝えなかった。(HE)
- ・副操縦士は、試験の不合格者であった。
- ・誤作動時の対応ができなかった。(HE)
- ・事故の原因はわかったが発表を遅らせた。その結果、5カ月半後に同様の事故が発生した。

ルールを軽視する風潮、自己中心的な考え、この程度は大丈夫だろうとの考えなど、組織として不安全行動の連鎖が事故を招いた事例で、組織の安全文化意識が欠如していた。

(5) 安全文化

ANA では安全を管理する取組みとして、経営トップから従業員まで全員で取り組む安全管理システム(SMS)があり、PDCAをまわしながら、全社で取り組んでいる。安全文化とは、安全が何よりも優先される組織と個人の価値観と行動様式であり、その意識を持つために、事故が発生した場合どうなるかなど、恐れのお気持ちを正しく伝えることが大事である。

■4つの安全文化

安全文化を構成する4つの文化があり、これを醸成させる仕組みを作り、仕組みを活かす確かな行動を継続することが大事である。4つの文化とそれを創るために大事なことは以下。

➤ 報告文化(発信する)

- ・免責性: 報告者が責任を問われないこと。
- ・秘匿性: 誰が報告したかが見えないようにする。
- ・独立性: 第三者が分析すること。
- ・簡易性: どんな内容でも報告できること。
- ・貢献性: 報告に対し御礼を伝えたり褒めること。
- ・フィードバック: 報告者に措置を伝えること。

ANAでは、ヒヤリハットとそれ以外の何でもを報告しており、整備部門では年間ヒヤリハット:

約7,000件、それ以外: 約1,000件(TAKOシステム: Team ANA Knowledge Operation)、報告されている。

➤ 学習文化(受信して学ぶ)

- ・知識・技能を高めることが奨励され、皆がそれに応える。
- ・過去の教訓が報告され、皆がその教訓を積極的に生かす
- ・学習する機会を提供する。
- ・安全に関する情報は、個人差がでないように組織が責任をもあって提供する必要がある。
- ・恐れを正確に伝えること。(ANAではグループ約4万4千人に対して繰り返し正しく恐れることを伝えている)

➤ 柔軟な文化(柔軟に対応する)

- ・マニュアルに従った対応に加えて、イレギュラーや不足の事態が発生した時に柔軟に対応することを認める文化が必要。ただし、なんでもOKではなく、マニュアルを理解してあなただからOK。
- ・自ら考えて正しいと思うことを行うこと。

柔軟な文化の事例として、東日本大震災の際、指揮命令系統が絶たれたヘリコプターのパイロットが自主的に対応したり、コンビニが本部の指示を受けずに店の製品を配ったなど。

➤ 公正文化(フェアに)

- ・エラーに対して不利益な取り扱いはせず、故意の違反は見逃さない
- ・人が関与する安全実態を測るためには人の話に頼らざるを得ない。つまり、報告文化が必要。
- ・報告した人が非難を受けないで済むように保護することが必要。

ANAでは、ヒューマンエラーと判断できれば、懲戒など不利益な取り扱いをしないようにしている。

上記以外で安全文化を創るために大事なのが、タイムプレッシャーへの対応である。立ち止まるよう勇気を組織で後押し、安全を最優先した結果、遅延など生じても会社はそれを容認し、関係者が下した判断を尊重することである。みんなが「よく言った」と言える風土が安全文化が醸成できている。

(6) TEAMとは

ANAグループでは、従来、親会社、子会社の関係であったが、個々が頑張っても運航のパフォーマンスがあがらない、また個社毎のルールや品質のばらつきも不安全要素となることから、グループ体制を見直し、ANAグループをTEAM運営することになった。TEAM運営には、TEAM企業の目的とエアラインの目的を一致させる必要があり、以下が大事となってくる。これを実施しながら世界のトップクラスの強いTEAMを目指している。

- ・共通のビジョン(目標)に向けて共に働く
- ・個々の能力を組織(Team)の目標に合致する
- ・個人の潜在的な能力を引き出し、大きな成果を生み出すための風通しの良い組織にする

(7) TEAMで安心を育てる

安心は安全の先にある。安全は提供側の理論であり、安心は利用する側の理論である。安心を得るには、安全に加えて信頼が必要となる。信頼を得るには、安全に実績を積み重なるとともに、人の信用、つまり人づくりが重要となる。一緒に仕事をする者同士が信頼しあい、信頼できる仲間と共通のモラルを育てることが大事である。この活動を個社ではなくグループ(Team)でやることで良くなった。お客様からすると全てがANAグループ。良いTEAMになるためにANAで取り組んでいる内容は以下。

- ・教育訓練を共通化し、グループ全体で取り組んでいる。
- ・グループ共通のベーシックマナー集を作成。これは基本的に身に着けなければならない心構えとそれに伴う動作で、先輩から伝承されてきたものを文章化し、基本のやり方、教訓、なぜすべきなのか、なども記載している。整備士でこれを知らない人はいない状態と作っている。
- ・セルフモニターとして指差呼称の実施。確認する内容を意識して行うことが大切で、例えば、「レバーロック良好」の場合、レバーがあるだけでなく、ロックされていることをきちんと確認する。ルールができた背景を理解し行動することも大事。
- ・恐れを知った上で、メモを取る、手順をみる、当たり前のことをしっかりする。品質を作り込むとともに、他の部門の業務も理解することも大事。
- ・積極的なコミュニケーションのためにアサーションに取り組んでいる。アサーションとは誠意あるおせっかい。気づいたことや思ったことは躊躇せずに口に出すことで事故防止につなげている。例えば、思い込みなどは自分では止められない。人に言ってもらうことが大事でグループ内に浸透させるのに2年くらいかかった。グラウンドスタッフが整備士に言うとナイスアサーションと御礼をいう。組織の縦や横の関係でも、積極的にアサーションしている。

良いTEAMができると、自分でエラーチェーンをつくらない、自分のエラーを仲間に渡さない、自分が気づいたらエラーチェーンを切る、TEAMでエラーチェーンをきることができ、結果、事故等が減っていき、安心につながっていく。

良いTEAMを創るためのグッドサイクルがある。結果の質⇒TEAM関係の質⇒思考の質⇒行動の質⇒結果の質、のサイクルがあるとす。まず、悪いサイクルとして、結果の質に重点を置くと、事故発生時にTEAM関係の質:押しつけや一方的な命令になり、思考の質:やらされ感を感じ、行動の質:相手のエラーに気づかなくなり、ヒューマンエラーの連鎖となる。事故時に出るセリフは「やっぱりね」。

グッドサイクルは、TEAMの関係の質に重点を置く。協働、認め合う信頼、一緒に考えることができれば、思考の質: 納得感、興味関心がでて、行動の質: 自発的に行動、発信することでエラーチェーンがきれ、結果の質: 信頼性や品質が向上する。よって、TEAM関係の質を上げることが重要となる。

TEAMに誰一人、「TEAMのその他大勢の人」はいない。メンバーにそれぞれの役割があるが、上下関係は作らない方がよい。誰もがリーダーシップを発揮できるようにしかけることが必要である。

安心・安全な組織づくりのために、以下のように仕組みと行動の両輪が必要である。仕組みと行動を共有しTEAMで安心を育てることが大事である。

- ・行動するための仕組み: 守りやすいルール/エラーが起こりにくい仕組み/気づきを発信したくなる仕組み
- ・仕組みを支える行動: ルールや仕組みを守って確実な作業・行動、気づきを個人個人が発信

そして、最後に、安全は経営の基盤ということで、トップが安全最優先をコミットメントし強い熱意で牽引するとともに、しっかりした安全文化の土台に、仕組みと行動を共有することで、安全・安心な組織が成り立つのである。

(8) 質疑応答・意見交換会

主要な質疑応答・意見交換を以下に示す。

Q1: 最近の不正ではトップの安全に対する意識が問題となる事例がある。ANA ではトップの姿勢としてどんな活動をしているか？また、雫石衝突事故の風化防止として、10年、20年目などのメモリアルの活動があれば教えてほしい。

A1: トップの姿勢ではないが社の取組みが大きく変わったのは、スターアライアンスに加盟して監査方法が劇的に変わったのがきっかけである。日本の監査と異なり、欧米式監査は監査の要求事項が公表されており、それに合致しないといけない。そこから変わってきてコンプライアンスができたり、やめよう、とめようという社風になった。それが進化して、正しく恐れるようになったから、強くなった。1971年の雫石衝突事故、1999年の61便ハイジャック事件が7月に起きたことから、毎年7月を「航空安全推進・航空保安強化月間」としている。安全月間では、安全の討議等の活動を行い、お客様や社員の尊い命が失われた事故を忘れないようにしている。あと、恐れを正しく伝え続けることが大事。

Q2: 私たちの職場では、安全文化のPDCAをまわすために現状把握としてアンケートを実施しているが、ANAでは自分たちの状況をどのように把握されているのか？

A2: ANAでは、安全意識の定着度合は外部のアンケートを活用しており、毎年職場毎に0.1ポイントでも上がるよう課題を与えて活動している。あとは、ヒヤリハットなどについて、低レベルのものまで挙げている。内容として命が救われたというものもあれば滑って転んだものもある。これには2つの効果があり、リスクが転がっていることを把握できることと、それ拾う感覚を育てられること。これがヒヤリなんだ、リスクなんだとみんなに見せることで私もそれを拾わないといけないんだと変わってくる。この取組みも非常におもしろいので、報告のレベルを落とすとともに情報を共有することが良い。

Q3: TEAMの中にはこれくらい知っていて当然などという人がいる。そういった中で、TEAMとしていい職場を創ったり安全文化を醸成するためにどうしていけばよいか？

A3: 一度にできないため、4つの安全文化のようにそれぞれから対応することが大事。報告しようよ、ヒヤリハットを出そうよなど。ヒヤリハットをなぜ出したかをアンケートすると、人から知らせた方がいいと言われたが多い。よって、みんなで行った方がいいんじゃない、書いた方がいいんじゃないという文化を創ると、情報も拾えるようになるし報告する文化を更に良くすることになる。あとは、安全に対してやったことを認める。よくやったよと言ってあげるとみんなも真似するようになる。

Q4: 仕組みと一人ひとりの安全文化のところで、現場のどこをおさえると安全文化醸成につながるのか。効果を得やすい現場のキーマンは？どこに声をかけるとよいか？

A4: 一般的に組織は、放っておいても賛同:2割、何言っても反対:2割、どっちつかず:6割。反対の人には納得してもらうことが大事。働きかけを継続する必要あり。6割は様子を見ていて優勢な方につく。新入社員は真っ白なので、正しい訓練をすると味方になる。

Q5: 原子力は周辺自治体からの信頼を得ることが大事。当社の場合、直接にお客様に接する人と工場にいる人では外部の声の感じ方に温度差があるが課題。ANA では窓口の方はお客様から直接にクレームを受けるがバックオフィスの方はそうでない。温度差を均等にする取り組みがあるか？

A5: 面白い取組みとして、給与明細にお客様のお褒めの言葉やお叱りの言葉を記載している。また、お客様の声は、社内ウェブで公開しているので誰もがみれるようになっている。これらの活動でお客様の声が伝わるようにしている。

6. 見学会を終えて

今回の見学会は、従来の見学会とは異なり、ANAグループ安全教育センターの見学とヒューマンエラー対策研修の1テーマであるTEAMで安心を育てる講義を聴講することで、ANAグループ全体で取り組んでいる安全文化醸成の活動を学ぶことができ、非常に良い見学会となったと感じた。参加者の声として、正しく恐れを伝えることの大事さ、仕組みやツールだけでなく人と人のつながり・人づくり・組織内の信頼感の大事さ、4つの安全文化とアサーションの大事さ等感じることができ、またそれにどう取り組んでいけばよいかのヒントも学ぶことができた。

最後に、本見学会という貴重な機会を与えてくださったANAの皆様のご厚情に深く感謝申し上げます。



講義 松本講師と参加者 25名

(記録;高次)

Ⅲ. 編集後記

この冬、例年より暖かいように感じネットで検索してみると、実際に記録的な暖冬で、日本の平均気温は平年を大きく上回り、過去 2 番目の高さであるとの記事があった。

一方、去年の夏は暑かったと記憶している。気象庁によれば今年の夏(6~8 月)も地球温暖化に加え、南米ペルー沖の海面水温が上がるエルニーニョ現象の影響で、全国的に気温が高くなり、猛暑日が増えると予想されており「4 月ごろから暑くなる可能性があり、十分な熱中症対策をしてほしい」とある。

2023 年に UAE で開催された「国連気候変動枠組条約第 28 回締約国会議(COP28)」では、初めて原子力が気候変動に対する解決策の一つとして正式に明記されたとのことで、エネルギー安全保障の確保や CO2 排出削減の観点から、原子力エネルギーの活用に世界の注目が集まっているとのこと。日ごろの天気から地球温暖化に思いをはせてみて、あらためて、身近な人々が将来において幸福に過ごせるよう、安定したエネルギーを共有することへの使命をできる限り全うしたいと考えるものである。

安定したエネルギーを共有するためには安心・安全が達成される仕組みや行動が不可欠であると考えている。今回の ANA ホールディングス見学会・講演でお話された、安全文化を構成する4つの文化要素(報告文化)(学習文化)(柔軟な文化)(公正文化)の取り組みと、その安全の先の「安心を得るには、安全に加えて信頼が必要となる。信頼を得るには、安全に実績を積み重なるとともに、人の信用、つまり人づくりが重要となる」を実践することを心がけたい。

(編集: J.T)

以上