

「衝撃のスペースシャトル事故調査報告」～NASAは組織文化を変えられるか～

澤岡 昭、中災防新書 018、216 頁

ISBN4-8059-0954-4 (定価 900 円 + 税) 2004 年 7 月 23 日 発行



〔目次〕

- 第一章 コロンビア号の空中分解事故
- 第二章 コロンビア号事故調査報告書
- 第三章 NASAの組織文化から見た事故原因
- 第四章 宇宙政策の転換
- 第五章 チャレンジャー号爆発 - 1986 年
- 第六章 アポロ計画 - なせば成る
- 第七章 CANDO文化の象徴
- 付録

米国のスペースシャトル「チャレンジャー」が1986年1月28日、フロリダ州ケネディ宇宙センターから打ち上げられた直後に爆発、乗組員7人全員が死亡し、有人宇宙飛行史上最悪の事故が発生した。早速、米国大統領直命の調査委員会が設置されて、詳細な原因調査が行われた。その調査結果によれば、技術が巨大化すればする程、その技

術をコントロールしなければならない人間の組織も巨大化し、その中で個々人の責任が次第に不明確となっていくという組織上の問題が明らかとなった。さらに、技術と組織の両面において、全体を把握するのが徐々に困難になり、小さな設計ミスや小さな無責任が積み重なり、度々行われた警告も無視されてこの大きな悲劇を招いたことが教訓として残った。つまり、このチャレンジャー事故は、技術的な欠陥が致命的ではなく、巨大技術における人間の欠陥（ヒューマンファクター問題）が致命的だったと言える事故であったにもかかわらず、その悪夢がスペースシャトル「コロンビア号（2003年2月1日）」で再び発生した。

本書の著者は、多くの宇宙実験プロジェクトに参加し、現在、国際宇宙ステーションの産業利用プロジェクトの責任者を務めた経験から、NASAの内側から眺められる立場にある。NASAから公開されたコロンビア号調査事故報告書を基に、事故の組織的原因（Organizational Cause）として、これまでの成功体験に頼り、「要求通りにシステムが稼動しない原因を解明する試験のような適切な技術的作業を省略していること」「重要なリスク情報に対して迅速な対応を妨げたり、専門的意見の批判を抑制したりするような組織的な障壁があること」「計画全体が統合的に行われていないこと」「非公式の命令や意思決定が増大していたこと」「安全確保を損なう文化的特質と組織的慣習が増大していたこと」等、リスク情報に目をつぶってでも目先の仕事を優先させる風土や大きな組織での意思疎通の難しさを再認識させる記述となっている。

先行出版された著者の「日本企業はNASAの危機管理に学べ（扶桑社、2002年刊）」とともに安全管理者に示唆を与える一冊である。