



アイルランド ダブリン湾へ静かに注ぐフィー川ほとりの情景

英国 Cranston 特別調査報告書

～ 小型ボート海難救助事案対応から学ぶ ～

2026年2月5日、英国政府は、2021年11月24日にドーバー海峡で発生した小型ボート海難事案に関する「The Cranston Inquiry Report（以下、**特別調査報告書**という）**※**」を公表しました。本特別調査は、当該事案における当局の対応を検証し、得られる教訓を整理したうえで、同様の事象の再発リスクを低減するための提言を示すために設置されたものです。

※ <https://www.gov.uk/government/publications/the-report-of-the-cranston-inquiry>

《記事ポイント》

2021年11月24日未明、フランス側からドーバー海峡を渡航しようとしていた小型ボートが転覆し、30名を超える死者を出すという事案が発生しました。

■ 事故の本質

「未救助」を「救助済み」と誤認した構造的失敗

- 現場は連日の大量越境対応により、慢性的な人員不足と疲労が限界
- 複数の不備（体制・情報・連携）が重なり、誤認で捜索を打ち切る

■ 主要課題

- 資源不足：慢性的な有資格者不足に加え、翌日の対応を見据えた「資源温存」が救助資産の投入遅延
- 情報の断片化：海上・航空でシステムが異なり、各機関が持つ情報が組織として一元化・統合せず
- 組織的先入観：「通報者は状況を誇張する」という根強い先入観が、迅速な危険度評価を阻害

■ 今後の教訓

- 制度的裏付け：現場の努力任せにせず、需要予測に基づき人員・予算を確保する仕組みの構築
- 共通状況図の整備：関係機関（沿岸・国境警備隊等）が同一情報を共有できる単一の仕組みと役割分担の明確化
- 救助能力の再定義：大規模・低温・多言語といった複合条件に対応できる専門技術と訓練の強化

《記事本文》

本稿では、英国特別調査報告書の内容を踏まえ、事案の概要、背景、露見した課題、そこから得られる教訓について見ていきたいと思えます。なお、本稿は、海難救助機関の対応に焦点を当てるものであり、不適切な小型ボートによる渡航そのものの防止策など、海難事故の発生抑制に関わる論点については取り上げていません。

1 事案概要

2021年11月24日未明、フランス側からドーバー海峡を渡航しようとしていた小型ボートが転覆し、30名を超える死者を出すという事案が発生しました。

当時、英国側の救助機関は、転覆した小型ボートからの通報を受けて捜索救助対応を行いました。結果として要救助者全員を救助することができませんでした。本特別調査の検証によれば、この対応の経過には、当直体制、情報処理、関係機関との連携、現場への指示など複数の段階で不備が認められ、それらが重なり合って、最終的に未救助の状態が「救助済み」と認識される事態に至っています。以下、これらの状況を順に整理します。

本件の対応に関わった英国側の主要な機関は次のとおりです。海難救助の主管機関は沿岸警備隊(運輸省所管)であり、その下にいくつかの海上救助調整センター(MRCC)が置かれ、各担当海域における救助対応を指揮・調整しています。本件は、ドーバー海峡を担当するMRCCが対応に当たりました。実際の海難救助活動には、沿岸警備隊のほか、国境警備隊の海上部門(内務省所管)と、民間の救助ボランティア組織が関与しており、加えてドーバー海峡を挟んで対岸のフランス側の捜索救助機関との連携も行われます。

事案当時のMRCCの体制について、班長以下3名が当直勤務していました。そのうち正規の資格を有していたのは班長1名のみで、他の2名は研修中の職員(うち1名は一部の業務のみ担当できる者、もう1名は実務を任せられない段階にあった者)でした。本来推奨される配置人数(実務担当者3名)を満たしておらず、当直班長は12時間の勤務を通じて休憩を取ることができていませんでした。また、本来であればMRCC上席指揮官が当直班長の判断を確認する仕組みになっていましたが、当日はこれが機能していませんでした。

当時、ドーバー海峡では本件の転覆ボートを含む複数の小型ボートが渡航を試みており、MRCCはそれら一隻ごとに対応を行っていました。通報の受付、位置情報の確認、フランス側機関との連絡、現場の船舶や航空機への指示など、これら複数の対応業務が一度に集中する状況にありました。こうしたなか、事案管理用システムへの記録には遅延が生じ、また海上部門と航空部門が同じシステムの異なるバージョンを使用していたため、部門間で情報を十分に共有することも困難でした。また、通報者との連絡に用いるスマートフォン(メッセージアプリでのやりとり)についても、運用方針、職員への訓練、通信記録の保存方法が定まっておらず、情報整理上の不備が重なる結果となりました。これらが重なった結果、同じ小型ボートに関する情報が別々の事案として扱われ、同一の事案について重複した記録や分散した記録が生じることとなりました。

また、当時の対応では、関係機関への対応指示も十分に行われませんでした。沿岸

警備隊と国境警備隊（海上部門）との間で役割分担を定めた取決めが存在せず、これらの機関と民間救助ボランティア組織との三者による合同訓練も実施されていない状況のもとで、当該の海難事案に対する正式な捜索計画は策定されず、現場に向かったヘリコプターに対しても、沈没しかけたボートや海面の人を捜索する事案である旨が伝えられませんでした。捜索対象、捜索範囲や捜索間隔といった具体的な指示も与えられないまま、ヘリは現場に向かうこととなりました。

こうした状況のもとで、当直班長は、巡視船が別事案で救助した小型ボートを当該の海難事案のものと誤って同定しました。これにより、実際にはまだ救助されていない当該の海難事案のボートが「救助済み」であると認識される事態が生じ、結果として当該転覆小型ボート及び海面の要救助者は救助されないまま死亡しました。

その後の対応としては、当該の海難事案は当夜のうちに「解決済み」として扱われ、24日昼の12時57分に付近航行船舶が周辺の海域で複数の遺体を発見したとの通報を受けるまで、要救助者の捜索は行われませんでした。

本件は、事故当時の対応だけを切り取って評価することはできません。当時、ドーバー海峡では小型ボートによる越境渡航が連日大量に発生しており、英国側の救助機関は事故当時の前後を含めて、長期間にわたる極めて高い負荷の下で活動を続けていました。本件は、こうした状況のなかで発生した事案として捉える必要があります。2021年11月中旬以降、ドーバー海峡では小型ボートによる越境が非常に活発化していました。当時の記録によれば、11月16日には約1,200人、11月20日には827人が対応の対象となっており、22日には大量越境への対応を協議する会議まで開かれました。さらに、本特別調査の報告によれば、11月23日午後6時22分の時点で、翌24日にかけて数百人規模が英国の捜索救助担当海域に到達するおそれがあるとの情報が、関係機関の間で共有されていたとされています。つまり、本件は静穏な状況下で突然起きた単発の事故ではなく、長期間にわたって続いていた大量救助事案のなかで発生した複合的な事案であったといえます。

2 課題

(1) 資源不足

第一の課題は、構造的な資源不足です。本件で問題となったのは、当時の人員配置の不足という個別の出来事にとどまりません。特別調査は、MRCCにおける人員不足が2021年11月以前から存在しており、そのリスクが繰り返し認識されていたにもかかわらず、有効な是正措置が取られていなかったと指摘しています。慢性的な不足が放置されたまま、特定の夜に高負荷の事案が集中することで対応力が限界を超える、という構造的な脆弱性があったといえます。

また、現場で活動する船舶や航空機の投入判断にも、構造的な制約がありました。当夜は、翌24日の日勤帯にも多数の小型ボート事案が見込まれていたため、限られた資源をどこまで投入するかという判断を迫られる状況にありました。報告書では、「翌日の重い当直への備えとしての資源温存」が、より適した救助資産（特に民間救助ボランティア組織が運用する救命艇）の追加投入に慎重になる背景の一つであったと説明されています。これは、長期にわたって高負荷が続く状況下で、現場の判断が常に「明日のための温存」と「今夜の対応」とのいずれを優先するかという選択を迫られることを意味しており、本件で露見したのは、単発の事案への対応力不足ではなく、長期高負荷事案に対する備えの不足であったといえます。

(2) 情報錯綜と複数機関との調整

第二の課題は、情報を統合する仕組みの不在と、複数機関の連携枠組みの未整備です。本件で問題となったのは、情報量が多かったことそのものではなく、それらを一元的に整理・統合する仕組みが組織に備わっていなかったことです。事案管理用システムの記録手順、海上部門と航空部門の使用システムのバージョンの統一、通報者との連絡に用いるスマートフォンの運用方針、いずれも事前に整備されていませんでした。その結果、同じ事案に関する情報が別々に処理され、誰がどの情報を持っているのかが組織として把握できない状態が生じていました。これが最終的に、当直班長による誤同定と「救助済み」誤認の温床となりました。

加えて、本件には沿岸警備隊、国境警備隊、民間救助ボランティア組織、フランス側の搜索救助機関など、複数の機関が関与していたにもかかわらず、これらの機関の間で役割分担を定めた取決めや合同訓練が整備されていないという根本的な問題がありました。誰がどこまでの情報を共有し、誰がどの段階で判断責任を持つのが、平時から明確化されていなかったということです。本件は、単なる現場の混乱ではなく、複数機関が関与する複合事案に対する組織横断的な連携枠組みが、平時から整備されていなかったことを示したものといたします。

(3) 事象に対する現場救助技術の不足

第三の課題は、想定を超える事象に対する救助技術の備えの不足です。ここでいう「技術」とは、単なる操船技量や発見能力にとどまりません。沈没しかけた小型ボートや海面の要救助者を前提とした搜索計画の策定、多数の要救助者への対応、優先順位付け、低水温下における生存可能限界の評価、小型ボートからの遭難通報の扱いなどを含む、より広い意味での救助技術です。これらは、通常の搜索救助対応の延長で対応できるものではなく、夜間・低温海域・多言語・多数同時案件といった複合条件のもとで機能する、別個に強化された能力として整備されている必要があります。本件は、こうした能力が組織として確立されていなかったことを露呈させた事案でした。

さらに、組織内部の認知の問題も、対応の遅れに影響しました。報告書は、沿岸警備隊内に「小型ボートからの通報者は遭難の状況を誇張しがちだ」という認識が広く存在しており、それが最悪の事態を前提にした対応を遅らせたと指摘しています。これは個別の判断ミスではなく、組織内に定着した先入観が、危険度評価そのものを歪めていたことを意味しています。本件で必要とされたのは、技術的な能力の強化に加えて、最悪の事態を前提に行動するという救助文化の確立であったといたします。

3 教訓

以上の課題から得られる教訓は、いくつかの点に整理できます。

第一に、長期にわたって続く大量事案に対しては、現場の努力や臨時の対応だけでは限界があるということです。人員不足が慢性的に認識されていたにもかかわらず、十分な是正がなされていなかったことは、本件の重大な背景でした。したがって、将来の同種事案に備えるためには、平時から需要を予測し、必要な人員・資産・予算を制度的に確保する仕組みが必要です。特別調査が、不足が予見される場合には所管省庁に速やかに報告し対応を求めるべきと提言しているのも、この点を踏まえたものです。

第二に、情報が多いことよりも、情報を統合できないことの方が危険であるという

ことです。本件では、情報不足ではなく、むしろ多すぎる情報が複数の経路から流入し、それを整理・統合する仕組みが追いつきませんでした。そのため、同一事案の重複した記録や誤認が生じました。今後は、重複した事案を照合・統合するための技術投資、関係者全体で共有できる単一の状況図の整備、記録の即時性、複数の機関の間での共有手順の明確化（沿岸警備隊と国境警備隊との間の役割分担を定めた取決めの整備を含む）が不可欠です。

第三に、通常の救助技量だけでは対応できない複合事案が存在するということです。多数の要救助者への対応、海中の要救助者への対応、低温における生存可能性限界の評価、遠隔地からの位置情報の処理、多言語による通報への対応などは、通常の捜索救助対応の延長ではなく、別個に強化すべき能力です。特別調査が、海中における多数の要救助者の優先順位付け手順の正式な導入、関係機関による合同訓練の継続、国際機関に対する同様の手順の国際的な導入の働きかけ、小型ボート事案に対応するための訓練の強化を提言していることは、この点を裏づけています。

4 まとめ

本件で特に強調したいのは、これが単一の要因による失敗ではなく、複合的な事案であったという点です。人員不足、情報の輻輳、複数の関係機関との調整の難しさ、そして救助技術上の不足というそれぞれの問題が重なり合い、最終的に「未解決の海難事案」が「解決済み」と認識されてしまいました。この意味で、本件は単なる一件の海難ではなく、制度、運用、人的資源、資格体制が同時に試された事案であったといえます。

また、本件を通じて、雇用要件や資格要件の重要性も改めて浮かび上がります。人数が足りていても、有資格者が不足していれば実効的な対応力は確保できません。逆に、少数の有資格者に過度な判断負担が集中すれば、全体として脆弱になります。当時、当直班長が12時間の勤務中に休憩を取ることができず、疲労困憊の状態にあったとされていることは、これを象徴的に示しています。したがって、今後同種事案への備えを考える際には、単なる増員ではなく、資格保有者の確保、継続的な訓練、引継ぎ可能性、上席指揮官による判断確認体制の整備といった質的な側面まで含めて考える必要があります。

最後に、本件は、「起こってほしくない事象」が一度きりの例外として起きたのではなく、繰り返され得る条件の中で発生したことを示しています。だからこそ、このような事案については、単に結果を悼み、関係者を非難して終えるのではなく、何が制度上の限界であり、何が運用上の限界であり、何が組織文化の問題であったのかを丁寧に振り返ることが大切です。本特別調査の意義は、悲惨な結果を記録したことだけではなく、回避可能であったかもしれない失敗を構造として言語化したことにあります。重大事故は、単一の原因によってではなく、複数のエラーが重なって発生するものです。本件もまた、そのような典型的な経過をたどった事案として位置づけられます。今後、同様の事象を繰り返さないためには、複合事案への備え、雇用・資格体制の見直し、情報統合能力の強化、そして最悪事態を前提に行動する救助文化を、平時から不断に点検し続けることが重要であることを、特別調査報告書が示しています。

（日本海難防止協会ロンドン事務所長 立石良介）