～航空局からのお知らせ～

[2025年5月13日]

★米国運輸安全委員会（NTSB）が公表した Accident Report について（BK117C2）

2024年3月に米国インディアナ州で発生したエアバス・ヘリコプターズ式 BK117C2 型機におけるテールローター制御の重大な故障によるハードランディング事案について、米国運輸安全委員会（NTSB）は、整備士によるテールローターの T ボルトの不適切な取り付けが原因とする Final Investigation Report を公表しました。（<https://data.ntsb.gov/carol-repgen/api/Aviation/ReportMain/GenerateNewestReport/193891/pdf>）

当該 Report によると、救急ヘリコプターとして運航していた同ヘリコプターは、離陸のためエアタクシーしていたところ、突然、パイロットはペダルに力を感じ、機体が意図せず右ヨーイングを始めたため、左ペダル操作を行ったものの反応がなかったことから、緊急着陸を行ったとのことです。この事故で胴体、テールブーム、垂直安定板、水平安定板、テールローターアセンブリ及びメインローターブレード1枚に重大な損傷が発生しましたが、搭乗していたパイロット1名と同乗者2名に怪我はありませんでした。

調査の結果、テールローターのピッチチェンジベルクランクとピッチチェンジスライダーを接続する T ボルトが飛行中に外れていたことが判明しました。（この T ボルトが外れるとテールローターのピッチ制御が喪失します。）

さらに調査した結果、整備士が当該 T ボルトに隣接する部品のトラブルシュートのために当該 T ボルトを取り外しましたが、その後、別の整備士が T ボルトを取付けるためのボルトを指で締めただけ（仮止め）で、必要なトルク調整や安全ワイヤーの取り付けは行わなかったことが判明しました。

T ボルトを取り外した整備士は、取り外しは一時的なものとして整備記録を作成せず、当該機が運航再開される前の最終的な取り付け確認も行われなかったとして、NTSB は記録の不備がこの見落としの一因となったと結論付けました。

なお、調査報告書では、航空機の整備・点検中に生じたミスが、飛行中の緊急事態や死亡事故につながり、システム又は部品の故障は、ゼネラルアビエーションにおける死亡事故の最も一般的な要因の一つとし、同様事案の再発防止策として、過去に NTSB が発行した Safety Alert 「Mechanics Manage Risk and Follow Procedures (SA-022)」から引用して、以下のように記述して

います。

- 善意と意欲を持ち、経験豊富な整備士であってもミスを犯す可能性があることを忘れないでください。

適切なリスク管理の実践について学び、それを遵守することで、悲劇な結果につながる可能性のある一般的なエラーを防ぐことができます。

- 人間の疲労に関連する安全上の危険性を理解し、生活における疲労の原因となるものを排除するよう努めてください。疲労は、物忘れ、判断力・注意力の低下など、安全な作業を遂行する能力を妨げる要因につながります。
- メンテナンスの対象となる機器及びメンテナンス中に（作業を容易にするために）取り外したり、緩めたりした周辺部品の安全性とセキュリティに特に注意してください。
- メーカーの指示を遵守し、作業が指定どおりに完了するようにしてください。作業を行う際は、常に最新の指示書やマニュアルを参照し、不明な点がある場合は他の有資格者に質問してください。
- メンテナンスを実施した者とは別の有資格者に、メンテナンスを受けた重要な機器の安全性とセキュリティを点検してもらってください。
- 定期点検を徹底してください。すぐに対応が必要な項目は、後回しにせず、必ず対処してください。

追加の情報については、<https://www.nts.gov/Advocacy/safety-alerts/Documents/SA-022.pdf> をご参照願います。

※メールアドレス変更や配信停止の場合は、お手数ですが本メールに返信する形でご連絡をお願いいたします。

国土交通省 航空局 安全部安全政策課

MAIL : hqt-kogataki@mlit.go.jp

TEL : 03-5253-8111

小型航空機安全対策係（内線 50135）

特定操縦技能審査担当（内線 50136）

～X（旧 Twitter）もやっています～ https://twitter.com/mlit_kogataki