

補足説明資料

大 森 重 美

<JR西の働きかけ等による報告書への影響の検証>

① 詳細は④で説明

普通であれば、{報告書に記述の昭和49年以降に事故例が5件あるので、「ハインリッヒの法則」等の考え方から「急曲線部におけるスピードオーバーによる脱線の危険性」は予見できた}となるはずである。(2件としても予見可となるはず)

事故例2件に限定して検討し、予見可→予見否として、ATS設置の必要性の予見が困難としているところに、作為がある。

2枚のコピーミスとされている「函館線のATSがあれば事故は防げた」という資料を考慮すれば、「予見可」はさらに確定的になる。

②報告書の内容・論調を検証していけば、事実をわかりやすく書いて再発防止としようとしているのか、事実を曲げて、わかりにくく書き、何かを画策しようとしているのかが明らかになる。そして、具体的に報告書の疑義のある内容(疑わしい内容)を検証していけば、おのずとJRとの癒着の影響、及び、事故調委員自らの意図・作為も明らかになると考える。

この報告書は、「事故発生曲線部にATS-P・ATS-SWがなかった」という主事実(主原因)を目立たないように画策している。

その狙いは、JR・国交省に責任追及が及びにくくすることであったと考える。(詳細は後述)

疑義のある内容としては、下記のようなものである。

- ATS-P、SWの未設置を主事実(主原因)として、あげていない。
- 予見(認識)可→予見(認識)否としている。
- 事故発生曲線部のATS-P、SWの未設置が、わかりにくい記述となっている。
わかりやすく、書き直すべきである。
 - 3.10.2 尼崎駅～宝塚駅間におけるATS整備に関する解析
 - 2.13.8.1 ATS-S形及び旧ATS-B形のSW化 2.13.8.2 SW曲線速照機能の整備
 - 2.13.8.6 福知山線拠点P整備の工事施工
- 経過報告(2005.09.06)のATS未設置がはっきりわかる記述が、中間報告書(2006.12.20)及び最終報告書(2007.06.28)のどこにも記述されていない。
そして、経過報告は最終報告書に添付されていない。 等

<事故調査報告書の内容について>

③この報告書は、「事故発生曲線部にATS-P及びATS-SWがなかった」という第1位の事実に、「予見」というファジーな要因を付属させて、主原因(事故発生に影響を与えた主事実)から引きつり下ろしているところに、作為がある。(ATS未設置を抑え込んでいる。)言い換えると、事故調は、報告書は科学的根拠に基づいて作成されるべきと言いながら、ファジーな要因を、肝心な原因に付属させて論じているところに、疑義がある。「予見困難」については、「ATS-P及びATS-SWがなかったこと」の要因として、後に展開すべき。事故発生に影響を与えた主事実(主原因)は、「事故発生曲線部に、ATS-P及びATS-SWがなかったこと」を明記するのは当然である。

「事故発生曲線部にATS-PもATS-SWもなかった。」は事実である。

また、「事故発生曲線部において、運転士がスピードオーバーをした。」も事実である。

そして、「事故発生曲線部において、ATS-PもATS-SWもなかったから、運転士がスピードオーバーをなし得た。」も事実である。

言い換えれば、「事故発生曲線部において、ATS-PまたはATS-SWがあれば、運転士はスピードオーバーができず、事故は発生しなかった。」も事実である。

第1位の事故発生に影響を与えた事実(原因)は「ATS-P及びATS-SWがなかったこと」であり、「運転士のスピードオーバー」は第2位の事故発生に影響を与えた事実(原因)である。

P-5 A. フロー図参照

- ④「事故発生曲線部に、ATS-PもATS-SWもなかった。」ことの要因として、
Ⅰ.「JR西の認識(予見)」Ⅱ.「ATS設置が義務化されてなかった」Ⅲ.「画一的路線単位別設置」
を論じた報告書とすべきである。

Ⅰ. JR西日本となった昭和62年以降の、事故例2件に限定して予見を論じることに作為がある。
「JR西の認識(予見)」については、最終報告書では、JR西日本となった昭和63年以降の
事故例2件のみを取り上げて、{事故例が2件しかなかったから予見困難}としている。
しかし、報告書には国鉄であった昭和49年以降、事故例が5件あったと記述してある。
昭和49年4月以前、あるいは私鉄も含めれば、もっとあるはず。
普通であれば、{報告書に記述の昭和49年以降に事故例が5件あるので、「ハインリッヒの法則」
等の考え方から「急曲線部におけるスピードオーバーによる脱線の危険性」は予見(認識)できた}
となるはず。(2件としても予見可となるはず)

P-6 B. 事故例と予見分析参照

予見可→予見否として、ATS設置の必要性の予見が困難としているところに、疑義がある。
2枚のコピーミスとされている「函館線のATSがあれば事故は防げた」という資料を考慮すれば、
「予見可」はさらに確定的になる。

(事故調も、未提出資料の件は了解済みだったのでは)

P-7,8 C. 予見の考察参照

P-9 D. JRへの提言参照

また、重要な予見性の可否を判断するには、考察内容も少なく、あまりにもお粗末な解析で
あることにも疑義がある。

P-10,11 E. 予見分析不十分参照

そして、報告書としては、JRが「予見困難」と言っているのだから、「予見可能な方策」を示すべき。

・従来の予兆管理の徹底 ・リスクアセスメントの導入 ・インシデントの十分な活用 等

この報告書は、予見困難を是としながら、予見に対する改善策を指導していない。

JRは予見が困難だったといっているのだから、報告書としては、再発防止策としての
予見可能な方策を示すべきである。

また、再発防止策は応急処置だけでなく、是正処置(根底にある原因の改善)を指導する。
(例えば、インシデントの活用の指摘だけでなく、なぜ活用されないかに踏み込んだ指摘
(できているかどうかの確認システムの確立等))をすべきである。

事故調委員は技術には詳しいのだろうが、分析能力・安全管理の理解が浅いと感じる。
(難しいなら、信頼のおける第三者に依頼すべき)

Ⅱ. 「ATS設置が義務化されていなかった」ことについては、「事故発生曲線部に、ATS-P
及びATS-SWがなかったこと」の大きな要因であるが、ほとんど論じられていないところに
作為がある。

この事故を教訓に、「義務化」についても下記事項を「第4章原因」で論じた報告書とすべきである。

・大事故がなかったから仕方ない。 ・怠慢 ・危険度考慮のスポット的義務化 等

そして、報告書としては、「事故発生曲線部にATS-P、ATS-SWがなかった」ことが主原因であり、
それを受けて、早急に義務化を図ったと、わかりやすく記述すべきである。

国交省にも大事故が発生してからの義務化では遅い、という再発防止の観点から反省を促す
報告書とすべきである。聖域を設けてはダメである。

官は大事が起きる前の予見(予兆管理)の理解が浅い。

なにか大事がおきてから対応すれば、それでも責任追及はされない、という感覚が強い。

(一つの重大事故発生を待つ姿勢はダメ。予兆管理を徹底させて事故を未然に防ぐ努力をすることが重要)

国交省は最終報告書の7.参考事項のP-249にあるように、平成18年(2006)3月24日に
「ATS等の機能向上の義務付け等」を実施している。重要な改善点である。

義務付けに関して、どのような議論(反省も含めて)があったのかも、報告書に記述すべき。

(ATS未設置がクローズアップされなかったから、国交省は粛々と義務化できたのではないか。)

(ATS未設置の抑え込みは、事故調が配慮したか、国交省が黙認したかの疑問を感じる。)

(報告書・大臣への建議は、国交省の誰が最終確認して、OKとなっていたのか。)

S元委員はJRに利用され、自分はやましいことはないと言っているが、報告書のとりまとめの立場にあった人物としては、お粗末な言い訳である。報告書がATS未設置を隠そうとしている、論調がわからないはずがない。知らぬ存ぜぬではすまない。その責任は重い。
この事故発生の要因として、過去からの事故調とJRとのなれあい体質も、少なからず影響していると考える。

Ⅲ.「画一的路線単位別設置」については、列車転覆危険率・過密ダイヤの重要路線等を考慮した、優先度の観点から、ATS設置を実施すべきであった旨を論じる。

画一的な計画は、官によく見受けられる発想である。改善する必要があると考える。

- ⑤ATS未設置がはっきりわかる記述のある、「経過報告」が最終報告書に添付されていない。
また、重要な緊急改善指摘事項の「第1回の建議」は、最終報告書の「添付1」資料として最終巻末に添付しているところに疑義がある。(国交省に遠慮したのでは)
報告書の本文に、堂々と記述すべきである。

決定的な作為は、以下の通りである。

最終報告書の「第7章参考事項」のうち、「7.2国土交通省が講じた措置」の「(3)ATS等の機能向上の義務付け等」は{1.2.3及び別添1参照}となっている。

{1.2.3}は{経過報告及び建議}であり、{別添1}は{第1回建議}である。

{第1回建議}のP-252の(ATs等の機能向上)には、事故発生曲線部のATS未設置の事実は記述されていない。宝塚駅での分岐器に係るスピードオーバーの記述のみである。

そして、文頭には{経過報告に記述したとおり---}と、手を打ってある。

最終報告書に、経過報告は添付されていない。

つまり、ここまでの資料では、事故発生曲線部のATS未設置が原因でATS設置の義務化に至ったということがわからない。

経過報告は国土交通大臣に提出すべきものであり、うっかりしていたという言い訳はとおらない。

「ATS未設置が原因でATS設置の義務化に至った」ことを、わかりにくくする作為がある。

{経過報告}のP-6の2行、P-7の下から4行には「事故現場を含む福知山線尼崎駅～宝塚駅間については、停止信号冒進防止、曲線速度超過防止、分岐器速度超過防止、停車駅誤通過防止等の機能は、いずれも使用開始に至っていなかった。」という、「事故発生曲線部にATSは未設置だった」とはっきりわかる記述がある。

ここまでたどっていかないと「ATS未設置が原因で義務化した」とわからない。

何層にも階層を設けて、肝心なことを不明確にするテクニックを感じる。

「第1回の建議」については、以下の通りである。

この報告書は、重要な改善点である「ATS等の機能向上」(わかりやすく言えば「速度制限対応のATS設置を指導せよ」)を第1回の建議(2005.09.06)として国交省に示しながら、最終報告書では「添付1」資料として最終巻末に添付している。

最終報告書の「第5章建議」に堂々と記述すべきである。(国交省に遠慮したのでは)

第1回建議(2005.09.06)の指摘事項が、一番重要で緊急に改善する必要があったものである。

そして、国交省は、「ATS等の機能向上の義務付け等」を実施し、「速度制限装置設置を義務付け」を粛々と実施している。(2006.03.24)

手っ取り早く応急処置は完了しているが、義務付けに関しては、あまり論じられていない。

報告書としては、重要な改善事項である「ATS等の機能向上」「速度制限装置設置の義務付け」に関してもっと論じ、その経緯がわかるような最終報告書とすべきである。

- ⑥経過報告(2005.09.06)のATS未設置がはっきりわかる記述 P-6の2行、P-7の下から4行の「事故現場を含む福知山線尼崎駅～宝塚駅間については、停止信号冒進防止、曲線速度超過防止、分岐器速度超過防止、停車駅誤通過防止等の機能はいずれも使用開始に至っていなかった。」が、中間報告書(2006.12.20)及び最終報告書(2007.06.28)のどこにも記述されてない。経過報告は最終報告書に添付されていないから、上記の文章を最終報告書に記述すべきである。

⑦単純事故ではない。

「第4章原因」の記述を充実させる必要がある。「第4章原因」のまとめを踏まえての、「第5章建議」「第6章所見」への展開とすべきである。事故調委員の分析能力・総括能力の低さなのか、意図的にATS未設置にふれていないのかの疑問を感じる。

<事故調査制度の改善点について>

⑧裁判意識過剰にならず、事実をわかりやすく記述する。

⑨この報告書は、国交省への遠慮が見受けられる。独立組織とすべきである。

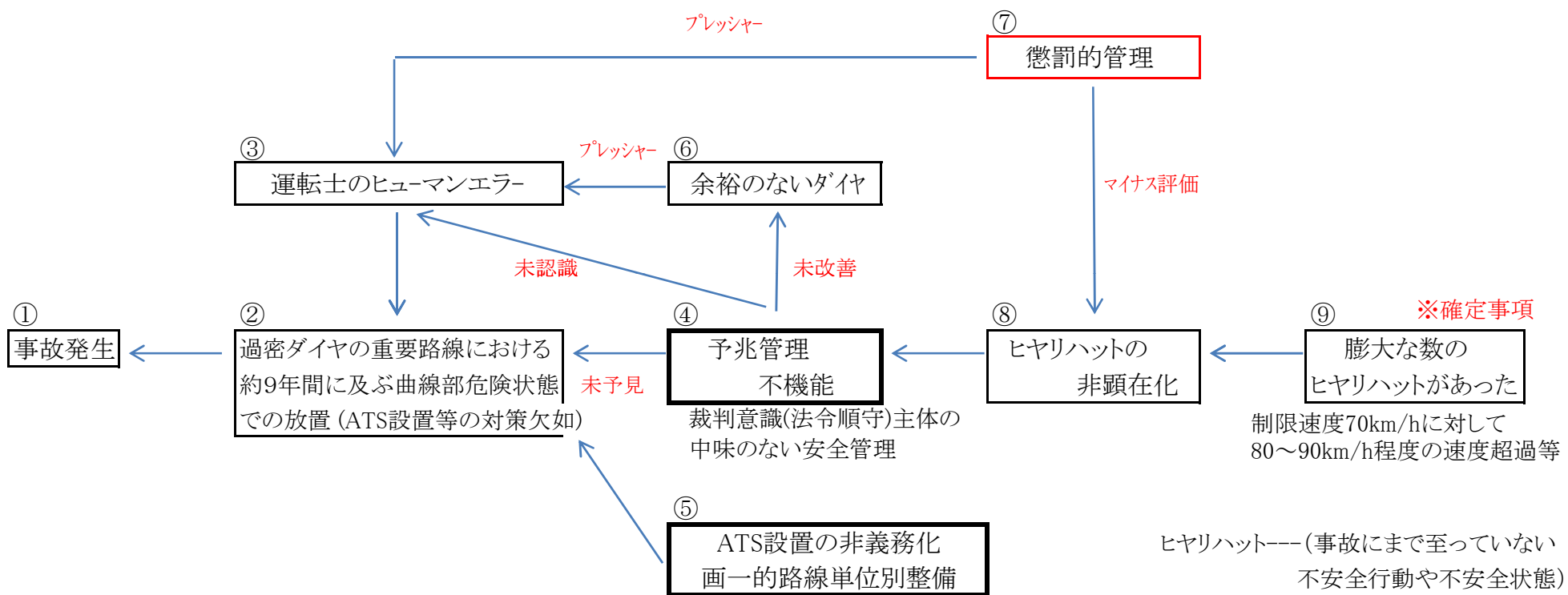
⑩事故調査報告書の目的外使用禁止

⑪兵庫県警は、事故調に「事故原因の鑑定」を委嘱していた。これは再考すべき。鉄道の専門的な調査の委嘱は、やむ負えないが、それを踏まえての責任追及は県警・検察が実施すべきである。

経過事項一覧表

2005.04.25	事故発生
2005.09.06	経過報告 第1回建議 癒着
2006.03.24	国交省ATS設置義務化
2006.12.20	報告書案(意見聴取会用)
2006.01.20	遺族に事故調説明---すべてのATS設置完了まで、電車を通すなど発言。
2007.02.01	意見聴取会
2007.06.28	最終報告書 第2回建議
2007.07.07	遺族に事故調説明---原因にATS未設置をなぜ書かないと発言。
2007.08.04	JRへ「予見対策」の提言
2008.09.08	県警10人を書類送検
2008.09.19	第1回 神戸地方検察庁への意見陳述
2008.10.07	神戸地検 JR西本社を搜索
2008.10.10	第2回 神戸地方検察庁への意見陳述
2009.05.27	神戸地検 JR西本社・山崎氏自宅を再搜索
2009.07.08	神戸地検 山崎氏1人を起訴

A. 事故発生フロー図



※事故の背景に「懲罰的管理」がクローズアップされてくる。

B.事故例と予見分析

神戸地検への提出書類(2008.09.19)

中小規模事故例 5件(曲線部における速度超過による脱線)

1	昭和49年4月	鹿児島線	R300mnにおいて速度超過で内側に脱線	乗客7名負傷
2	昭和50年10月	信越線	R350mnにおいて速度超過で外側に脱線	乗務員3名負傷
3	昭和51年10月	函館線	R300mnにおいて速度超過で外側に脱線(貨物列車)	乗務員2名負傷
4	昭和63年12月	函館線	R300mnにおいて速度超過で外側に脱線(貨物列車)(酒気帯び)	?
5	平成8年12月	函館線	R300mnにおいて速度超過で外側に脱線(貨物列車)(仮眠)	?

※事故例は、枝葉を削ぎ落とせば、すべて「曲線部における速度超過による脱線事故」である。

※昭和45年3月以前の国鉄における発生件数の確認をお願いします。

私鉄における発生件数も確認願います。

ヒヤリハット(インシデント)---多数←マイナス評価等で顕在化しにくかった。

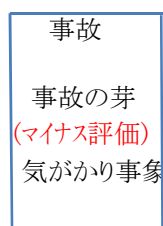
- 1 中小幅(90km/h前後)なスピードオーバー(事故調報告書 P-178)
- 2 ブレーキの操作遅れ
- 3 ブレーキの効きが悪い(事故調報告書 P-246)
- 4 制限速度(70km/h又は120km/h)忘れ
- 5 余裕のないダイヤによるスピードオーバーの常態化
- 6 どこから曲線部か分かりにくい(事故調報告書 P-246)
- 7 速度計不良(事故調報告書 P-250)
- 8 既設ATSの誤作動等の改善放置によりATSを設置したくない

※事故発生以前に、事故発生曲線部において、「なにか危ない・不安全・改善点」等の有無のアンケート調査を運転士に実施願いたい。

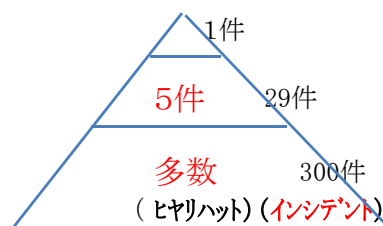
(真実を答えるか、疑問ですが---)(アンケート結果は直接、地検へ郵送)

予見分析

中小規模の事故が5件も発生しているのだから、「曲線部における速度超過による脱線の危険」を予見(認識)できるし、しなければならない。



JRの区分



ハインリッヒの法則

C. 予見の考察

神戸地検への提出書類(2008.10.10)

<予見>の考察(約9年間に及ぶ危険状態の予見、平成8年の急曲線変更時は除く。)

予見できたかどうかの問題になっているが、予兆管理で「これこれが発生する」という具体的な事象にまで言及するのは一般的には難しいし、そこまで具体的に言い当てる必要はない。

「落書きを放置しておく凶悪犯罪が多発する」を例に取って考察してみると以下の様である。

落書き(ヒヤリハット)を厳しく取り締まれば、凶悪犯罪(重大事故)の発生は減少する、といわれている。

予兆管理で「落書き放置が凶悪犯罪の頻発につながる。」と予見しても、発生するであろう凶悪犯罪が、ピストルによるものか、ナイフか、あるいは毒物かまで特定するのは困難だし、そこまでする必要はない、ということと似ている。

この曲線部に限定して考察してみると、予兆管理等と関係なく、一般常識の範囲内で「速度超過による脱線の危険」は、鉄道マンであれば、なおさら容易に「不安全要素が多く、発生すればその影響は大きい」と認識(予見)できたし、しなければならなかった、と考える。事故調の口述にあるように、安全推進部長は、「速度超過による脱線の危険」の範囲までは認識(予見)していた。

しかし、「速度超過による脱線を具体的な危険要素とは認識(予見)していなかった。」ということである。言い換えると、「事故発生曲線部において、速度超過をするとは思っていなかったし、緊急のATS設置にまで思いが至らなかった。」と言いたいのだろう。(要確認 私の推察) 常套手段の逃げ口上であるが。

「速度超過による脱線の危険」の範囲までは認識(予見)していたことで十分である。「運転士が速度超過をする、しない。あるいは、ATS設置の必要性」まで、初期段階で限定する必要もないし、意味もない。
(予兆管理で自ずと限定されてくる。)

「速度超過による脱線の危険」の範囲までは認識(予見)しているのだから、予兆管理を理解していれば、事故例が5件もある「速度超過による脱線の危険」を考慮して、画一的な路線単位別の整備ではなく、曲線部危険個所の優先度の観点から、脱線の危険度が大きく、また過密ダイヤの重要路線である事故発生曲線部の整備が、真っ先にクローズアップできたはずである。そして、早期に、なんらかの速度超過防止対策の必要性(ATC設置・最高速度超過対策・余裕のあるダイヤに変更・速度制限順守の徹底・標識整備・運転士のヒューマンエラー-要注意等)に迫られたはずである。

また、予兆管理が機能していれば、ATC設置の緊急性等がクローズアップされ、約9年間も、なんの防止対策もされることなく、曲線部が危険な状態で放置されることはなかったと考える。マイナス評価等がなく、多くのヒヤリハット等が顕在化して予兆管理が有効に機能していれば、「運転士のヒューマンエラーに起因する速度超過による脱線」ぐらいまで絞り込んで予見できたと考える。

そして、予見を困難にしていたのが、JRが実施していたお粗末な予兆管理の結果だった、ということであるから始末が悪い。自分で自分の首を絞めておいて、苦しかった、と言っているようなものである。予兆管理を十分に実施(70~80%)

して、それでも事故が発生したというのであれば、仕方がないと許せるが、あまりにもお粗末な予兆管理(20~30%)を継続しておいて、胸を張って「予見できなかった」と主張している姿勢は、なにか他の意図を感じて、許容できるものではない。事故直後の事故原因としての「置き石発表」を連想させる。私は土木の作業所で約20年間勤務しており、作業所長も約10年間こなしてきましたが、その経験で以下のことはいえる。「予兆管理の理解が浅く、のんびりしている作業所長の現場では事故が多い。」

以上、予見に関して考察しましたが、予兆管理に対して、まったく理解も見識もなく、漫然と実施していて(20~30%)予見できなかったというのと、細心の注意を払って(70~80%)、それでも予見できなかったというのを、同等にしてはならない。今回のJR事故の場合は、前者であり、その点を十分に配慮願いたい。例をあげると、農水省の汚染米の検査においても、検査日を事前通知していたということであるが、これでは検査にならない。検査する意味がまったく理解されていない。検査したという既成事実(証拠としての書面主義)のみに重きを置いた馬鹿げた手法をとっている。本来ならば、検査日を事前通知としていた責任を問うべきであるが、まったくそんな兆しもない。これと類似の事件は数限りなくあり、本来責任を問われる人物は退職・天下りして無罪放免というケースが多い。このことは、世の中を白けさせており、司法の存在価値にも疑問を抱く。

その原因は、事件が起きる前の「予見の不備」に切り込まないからだと思います。「予見の不備」に切り込んで罪を問わないから、類似の事件が後を絶たない。「予見」というとなにか難しく聞こえるが、言い換えれば、「事件が発生する前にそれを認識し、防ぐ努力(予見努力)」をしていたかどうか、という簡単なことであるが、その立証はそんなに難しいのだろうか。「予見」立証が難しければ、難しくないように、法令・システム等を改善すべきだと思いますが。類似の事件を絶つために、「予見の不備」に切り込んで、罪を問いたただいていただきたい。時代が要請していると思います。

この事故を総括すれば、20年に及ぶJRの「半官半民の企業体質」から、溜まりに溜まっていた「膿」が、一気に噴き出した感がする。随所に、「えっ、本当か、信じられない。」と一般の考え方からズレた言動が見られます。JRにとっての「安全」は、工場生産時等の「安全第一」とは違います。JRにとっての「安全」は、「人命の安全運送」ということであり、その「人命の安全運送」そのものがJRの仕事であり、製品である。製品である「人命の安全運送」を危険な状態で約9年間も放置していた事実は、不良な危険製品をリコールもせず、約9年間も放置していたことと同等である。「稼げ」という号令のもと、本来第一であるべきJRの製品(人命の安全輸送)の品質をいい加減にして、利益追求第一で走っていた姿勢は、「手抜き不良製品を製造して、不当な利益の確保」をしていたのと同様である。数百人の乗客の命が「若い運転士の腕一本でどうにでもなった。」というシステムは、空恐ろしい気がします。

<このような重大事故(曲線部における大幅な速度超過による脱線)を
予見できなかった対策として以下の提言を行う。>

「ハインリッヒの法則」によれば、1件の重大事故の背景には、29件の中小事故があり、300件のヒヤリハット(事故にまで至っていない不具合)がある。

簡単に言えば、大事故の背景には多くのヒヤリハットがある。

このヒヤリハットを放置しておく、積み重なって大事故となる。

これは重大災害における常識的な考え方であり、安全教育・安全対策等に広く活用されている。

今回の{曲線部における大幅なスピードオーバーによる脱線事故}に至るまでには数限りないヒヤリハットがあったと考えるのが一般的(常識)である。

スピードオーバー 0件とか、よくわからないということなど、これは異常である。

この事故のヒヤリハットとしては、以下のような事項が考えられる。

- ①中小幅なスピードオーバー②ブレーキの遅れ③ブレーキの効きが悪い④制限速度(70or120)忘れ
- ⑤余裕のないタイヤによるスピードオーバーの常態化⑥どこから曲線部かわかりにくい
- ⑦速度計不良⑧既設ATSの誤作動等に対する改善放置→ATSを付けたくない

そして、この重大事故を予見できなかったのは、ヒヤリハットを報告として提出しにくい企業体質のため、その情報が幹部にまで届いていなかったか、認識していても放置していたからである。

つまり予見できなかった原因は、報告のマイナス評価などにより、予見体制が機能していなかったJRの企業体質にあった。

その結果、曲線部におけるATSによる速度超過防止対策等の欠如となり、事故発生に至ったものである。

したがって、建議にあるようにインシデント等の把握及び活用方法の改善をはかり、事故の芽報告・予兆管理等を有効に機能させることが、かかる重大事故を予見可能にする、効果のある対策である。

国交省が事故例がないからATS設置の義務化をしていなかったというのは、まあそうかと思うが、JRが事故例がないから予見できなかったと言うのはおかしい。

また、国交省も事故例がないから予見できなかったというノテンキな姿勢ではなく、もっとアンテナを張って、前向きの姿勢で対応すること。

例えば、原子力発電所において事故例がないから予見できず、事故が発生したという言い訳はできないだろう。

事故対策審議室、安全推進有識者会議で検討願います。結果は公表願います。

特に、先ほど言った、「予見できなかった原因は、報告のマイナス評価などにより、予見体制が機能していなかったJRの企業体質にあった」という点は、事故対策審議室で念入りに検討(現状分析をして有効に機能させるための改善点の指摘)願いたい。

また安全推進有識者会議においては、「予見しにくい(事故例が少ない)事故を未然に防ぐ対応策」というテーマで検討願いたい。

※ JRはリスクアセスメントを導入し
一応、面目は保った。

E. 予見分析不十分

神戸地方検察庁への提出書類抜粋 2008.10.10

<検討・確認要望事項>

以下の事項を検討・確認願います。

2. 事故調査報告書 P-229,231

事故調解析の、以下の内容の詳細な検討を願いたい。

「2.13.8.4に記述したように①安全推進部長は曲線で速度超過すれば脱線することがあり得ることは理解していたと口述していること、---②同社には曲線区間における速度超過による事故の危険性の認識があった可能性が考えられる。しかし、2.20.2.1に記述したように、③同社が発足した昭和62年4月以降の曲線区間---2件の死傷者のない列車脱線事故のみであったことから、④安全推進部長が曲線区間における速度超過による脱線を具体的な危険要素とは認識していなかった旨口述している(2.13.8.4参照)ように⑤同社がその危険性を曲線速照機能の整備を急ぐことが必要な緊急性のあるものと認識することは必ずしも容易ではなかったものと考えられる。」

<考察・反論>

①,②より事故調は、「曲線部の速度超過による脱線の危険性」の範囲まで、安全推進部長は予見(認識)ができている、と認めている。

③について、昭和62年4月以降の同社発足以後の事故例(2件)に限定して、このような重要な予見性の可否を解析しているのはおかしい。

国鉄時代の昭和45年4月以降では、5件も発生している。

昭和45年3月以前の事故、私鉄の発生事故件数も含めて考察すべきである。

③~④において、「2件の死傷者のない列車脱線事故のみであったことから---危険要素として認識していなかった。」という安全推進部長の口述は、予兆管理をまったく理解していない時代遅れの逃げ口上である。

2件も発生しているのだから認識(予見)しなければならない。

死傷者が出る(重大事故発生)まで対応しないという、官の思考そのものである。(JRは民間企業であって、官の自治体等ではない。)

重大事故が発生する前に、予兆管理を徹底させて事故を未然に防ぐというのが、現代の安全に対する考え方の基本である。

④について、「具体的な危険要素の認識(予見)」まで絞り込んでできたかどうかの立証は、水掛け論になって難しいと思うが、「曲線部の速度超過による脱線の危険性」の範囲までは予見(認識)できている。

解析内容の「曲線速照機能の緊急整備にまで思いが至らなかった」を是と

認めても、「曲線部の速度超過による脱線の危険性」の範囲までは予見(認識)できていたにもかかわらず、なんの防護策もとらず、ヒューマンエラーを生じる危険のある、若い運転士の力量のみに頼り、放置していたことに過失がある。

⑤この記述は、「具体的な危険要素の認識(予見)」まで絞り込んでできたかどうかは難しいから、認識は容易でなかった、と結論付けている。

「曲線速照機能の整備を急ぐことが必要な緊急性のあるもの」と、そこまで

具体的に認識(予見)できなくても、「曲線部の速度超過による脱線の危険性」の範囲までは予見(認識)できていれば十分である。

「曲線部の速度超過による脱線の危険性」は予見(認識)していたのだから、予兆管理の理解があり、予兆管理が有効に機能していれば、「ヒューマンエラーを生じる危険のある、若い運転士の腕一本の力量のみに頼るのではなく、ATS設置に限らず、なんらかの速度超過防止策を講じるべきである。」という思いに至ったはずである。

百歩譲って、速度超過防止策が緊急性のあるものと認識できなかったとしても、約9年間の長期に及び、過密路線という中で、なんの対策も講ずることなく放置していたところに過失がある。検討願います。

3. 「予見(認識)が容易でない」という解析の考察 鉄道事故調査報告書 P-134,229,231

①② 安全推進部長は、「曲線部での速度超過による脱線の危険は予見(認識)できていた」と口述している。事故調の解析でも、それを認めている。

③④ しかし、同社が発足した昭和62年4月以降、2件の死傷者のない列車脱線事故のみであったことから、「曲線区間における速度超過による脱線を具体的な危険要素」との予見(認識)はできなかった。

安全推進部長の言い分を100%是と判断しての、以下の解析はおかしい。

⑤ 同社がその危険性を曲線速照機能の整備を急ぐことが緊急性のあるものと認識することは必ずしも容易ではなかったものと考えられる。

と結論付けている。重要な予見性の可否を判断するには、考察内容も少なく、あまりにもお粗末な解析である。予見性の可否について、詳しく検討願いたい。

考察内容の{しかし、同社が発足した昭和62年4月以降、2件の死傷者のない列車脱線事故のみであったことから、「曲線区間における速度超過による脱線を具体的な危険要素」との予見(認識)はできなかった}の詳細な検討を願います。