

信楽高原鉄道衝突事故の問題点

京都大学 柴田 俊忍

平成3(1993)年5月14日10時25分頃、第三セクター信楽高原鉄道(SK R)の線路上において、SK Rの列車(4両編成)とJR西日本(JR-W)の列車(3両編成)とが正面衝突し、42名が死亡、614名が負傷するという事故が発生した。

(1) 事故の概要 上りSK R列車が信楽駅を出発しようとした際、出発信号機が「赤」信号であったにも拘わらず、小野谷信号場との連絡体制の無いまま手信号で10時25分頃発車(所定時刻より約11分延発)した。一方、基生川駅下りJR-W列車は10時19分頃(同約3分延発)出発し、小野谷信号場を通過した後、上り列車と衝突した。

(2) 事故の背景 同年4月25日から信楽町で開催された「世界陶芸祭」への参加者の輸送手段としてJR列車の乗り入れが計画され信楽線にすれ違い場所=小野谷信号場が作られた。完成が3月8日で、同日鉄道総研の合格証が発行されている。乗り入れ列車の運転士を対象に机上教育(4/4~4/6)と乗り入れ訓練(4/8~4/12)が行われた。

(3) 事前トラブル 事故の起きた5月14日までに次の4件のトラブルが発生している。(A)4月8日、亀山CTCセンターの表示盤に小野谷信号場と基生川駅間に列車の在線表示と上り表示灯が点灯したままのトラブル。(B)4月12日、(A)と全く同じ現象のトラブル。(C)5月3日、14日の事故と全く同じ信楽駅の出発信号の「赤」固定。(D)5月7日、亀山CTCセンターの指令員が基生川駅の下り列車の発車信号ボタンの圧下の失念と、下り列車運転士の信号不確認による列車出発のトラブル。

(4) 事故の問題点 鉄道の歴史は事故の歴史、と言われるほど、事故を教訓として種々の事故・災害防止のための技術や設備が改良されて今日の鉄道になった。本事故の問題点は(A)新しいシステムでのハザード除去のための基本が守られなかったこと、(B)双方の列車が多数の憶測の下で出発・衝突に至ったこと、(C)多数のインシデント(事前トラブル)を見逃した体質、等があげられる。

心身医学から見た交通事故事例とその治療

東京大学大学院
医学系研究科ストレス防御・心身医学 熊野 宏昭

交通事故は、その結果としての身体的外傷が重症である場合はもちろんのことであるが、たとえ軽症であったとしても、様々な心身医学問題を来す。

Mayou Rらが、188名の多重外傷患者及び頸椎捻挫患者(頭部外傷及び15分以上の意識消失を認めない者)を、3ヶ月、1年、5年と追跡した結果が報告されている。その結果、受傷直後には5分の1の患者が情緒の不安定化や強い恐怖を伴う事故の記憶に悩まされ、1年後には4分の1の患者が不安・うつなどの情緒障害、外傷後ストレス障害(PTSD)、運転・乗車恐怖のいずれかの病態に悩まされていた。そして5年後でも、8%にPTSDが、28%に運転・乗車恐怖が認められた。これらのうち、特に日常生活への障害の程度が大きいPTSDの発症は、1年後、5年後とも、受傷直後に強い恐怖を伴う事故の記憶に悩まされたことと強く関連しており、さらに5年後では、受傷直後の情緒不安定、5年後における身体的問題の存在も関連していたが、元来の情緒の不安定さや補償問題の有無との関連は認められなかった。

PTSDは従来治療に難渋することが多かったが、近年心療内科・精神科領域では、EMDR(眼球運動による脱感作と再構成法)という効果的な治療法が利用されるようになった。この治療法は、心的外傷となった記憶場面を思い浮かべながら左右に目を動かすといった単純な技法が中心になっているが、いつまでも受傷当時のままの鮮明さで患者を悩ませ続ける外傷的記憶を「思い出」に変え、再出発を可能にする効果がある。

一方で、他科(特に整形外科)から心療内科に紹介されてくる交通外傷患者の中には、補償神経症と言ってよいケースも含まれている。このようなケースは、まずは患者の持つ不満や攻撃性を受容し良好な治療関係を築いた後、紹介元とのチーム医療、行動療法などによって症状の軽減を図るとともに、ソーシャルワークによって社会復帰を積極的に進めるように働きかけていくことで改善に向かうことが多い。