

## 重大交通事故事案発生に伴う事故再発防止対策検討結果

気仙沼・本吉地域広域行政事務組合消防本部事故再発防止対策委員会

はじめに

平成 30 年 12 月 27 日, 当消防本部所属の救急隊が傷病者を救急搬送中, 2 トントラックに追突し, 6 名の死傷者を出すという交通事故を発生させてしまいました。

本来, 圏域住民の生命, 身体を守るべき救急隊が, 結果として死傷者を出し, 傷病者搬送にも遅延を来すこととなり, 関係皆様に対しお詫び申し上げます。

特に, お亡くなりになられた方, そしてご家族の皆様に対し深くお詫び申し上げますとともに, 心よりご冥福をお祈り申し上げます。

また, 圏域住民の皆様にも多大なるご迷惑をおかけしたことに対しましてもお詫び申し上げますとともに, 事故現場にてご協力をいただいた皆様に心より感謝を申し上げます。

当消防本部では, 二度とこのような重大な事故を起こさないために, 職員が一人丸となって取り組み, 失墜した信頼を取り戻すために, 事故防止体制の整備・強化を図り, 事故が発生した要因の分析と問題点を明確化し, 再発を防止するための具体策を検討することが急務であると捉え, 平成 31 年 1 月 8 日, 気仙沼・本吉地域広域行政事務組合消防本部事故再発防止対策委員会を設置しました。

委員会では, 救急隊が発生させた交通事故について, その要因や問題点の抽出を行い, 再発防止に係る具体的方策や職員の交通事故防止に対する意識高揚に係る具体的方策を検討しました。本書は, その検討結果を取りまとめたものです。

## 目 次

- 1 交通事故の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 交通事故発生直後の措置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 3 事故再発防止委員会の開催状況・・・・・・・・・・・・ 1～2
- 4 事故発生時における消防本部の聞き取り状況・・・・・・・・ 2～4
- 5 委員会で出された事故の発生要因について・・・・・・・・ 4
- 6 事故の発生要因の分析について・・・・・・・・・・・・ 4～5
- 7 事故再発防止対策の具体的方策・・・・・・・・・・・・ 5～7
- 8 まとめ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

## 1 交通事故の概要

平成 30 年 12 月 27 日, 宮城県登米市東和町米谷地内の三陸縦貫自動車道 (以下「三陸道」という。) において, 気仙沼消防署古町出張所の救急隊が傷病者を救急搬送中, 2 トントラックに追突し傷病者の付添人 1 名が亡くなられ, 搬送中の傷病者 1 名とトラックの運転手 1 名が負傷し, 搭乗していた救急隊 3 名も負傷した。

当該事故の救急機関員は, 平成 30 年 12 月 28 日 (金) に自動車運転処罰法違反 (過失致死傷) の疑いで逮捕された。

## 2 交通事故発生直後の措置

- (1) 全署所へ事故防止及び安全確認等の徹底を口頭で指示
- (2) 救急搬送途上における, 付添い者へのシーベルト着装の必須化を指示
- (3) 全署所へ再度, 事故防止の徹底について, 文書にて指示

## 3 事故再発防止対策委員会の開催状況

- (1) 平成 31 年 1 月 8 日 (火) 第 1 回事故再発防止対策委員会
  - ア 事故の検証について
    - (ア) 事故の概要と経過
    - (イ) 事故現場到着時の状況と現場活動内容について
    - (ウ) 現状で考えられる事故の要因
  - イ 早急に改善を図る (図った) 事項について
  - ウ 各所属における事故再発防止対策について
- (2) 平成 31 年 2 月 26 日 (火) 第 2 回事故再発防止対策委員会
  - ア 衝突防止補助装置の実証実験結果について
  - イ 三陸道における緊急自動車の走行について  
(有識者に対する質問とその回答)

ウ 緊急自動車の機関員養成に関する要綱の一部改正（案）について

(3) 平成 31 年 3 月 19 日（火） 第 3 回事故再発防止対策委員会

ア 自動車安全運転センター 安全運転中央研修所 安全運転実技指導員課程について

イ 気仙沼・本吉地域広域行政事務組合消防本部 安全運転管理要綱（案）の制定について（提言）

ウ 交通事故再発防止対策検討結果（案）について

#### 4 事故発生時における消防本部の聞き取り状況

事故の要因の分析や問題点を抽出し、検証を行い、再発防止対策を講じるに当たっては、当事者となる救急隊長、救急機関員、救急隊員の 3 名からの聞き取りが重要であると捉え、事故発生当時の状況について聴取した内容を記載した。なお、救急隊員については、事故による頭部負傷の影響により、事故当日の記憶がないため聴取は行わなかった。

##### (1) 救急隊長

ア 事故当日の救急隊 3 名の健康状態について

朝のミーティング時において健康状態を確認するも体調不良等もなく、特に問題は認められなかった。

イ 傷病者の搬送状況について

エアストレッチャーを使用したために、メインストレッチャーの胸ベルトが届かず足部のみベルトで固定していた。また、頭部を固定するヘッドイモビライザーもエアストレッチャーの影響で使用できなかったことから、私と救急隊員が交代で頭部保持を実施しながら搬送していたことを覚えている。

ウ 事故発生時の乗車位置について

私は傷病者の頭側の位置にある椅子に座り、頭部を保持していたのを記憶しているが、救急隊員が前向きシートに座っていたか酸素ボンベ収納庫の前

に立位でいたか覚えていない。なお、前席は運転手である救急機関員のみであった。

エ 事故発生時の状況について

誰かが声をあげたか、衝撃音があったか、ブレーキがかけられたか覚えていない。気付いたときには自分の体が運転席と助手席の間に頭側が車両前方のほうに向く形で仰向けになっていた。

オ 傷病者の付添人について

横向きシートに座っていたのは覚えているが、シートベルトをしていたか覚えていない。なお、シートベルトの着用を依頼したかどうかも覚えていない。

(2) 救急機関員

ア 事故直前の速度及び天候状況について

速度は、時速 80 キロメートルから 90 キロメートルくらいで走行していたと思う。天候は晴れで路面の湿り等はなかったと記憶している。

イ 追い越しについて

2 車線のところで 1 度、何台か追い越し、三滝堂インターチェンジ付近の直線で路肩に避けた車両を追い越したのを覚えている。

ウ 追突した 2 トントラックの認知について

三滝堂インターチェンジ付近で車両を追い越した後、前方 100 メートルくらいのところに、追突した 2 トントラックなのか分からないが、トラックが走行していた記憶がある。

エ トラックに追突した原因について

搬送中の傷病者が気になってしまい、ルームミラーで後部を確認しながら運転していたことが原因だと思う。

オ 搬送中の傷病者が気になった理由について

傷病者は高所からの転落若しくは墜落があつて、記憶障害、背部及び前胸

部に痛みがあり、また手の痺れがあったために頭部固定器具が使用できず、  
用手で固定することとなったため、走行に伴う振動が症状を悪化させるので  
はないかと気になり、後部をルームミラーで見ている。

カ 事故をどのように認識したか

ルームミラーから前方に視線を戻した際、そこで衝突直前のトラックを認  
識し、ブレーキやハンドル操作を行おうとしたが間に合わなかった。

## 5 委員会で出された事故の発生要因について

救急隊長及び救急機関員からの聞き取り内容等により、委員会で出された事故  
の発生要因については、次のとおりである。

- (1) 救急機関員が救急救命士だったこともあり、搬送中における傷病者の容態  
が気になり、外在的前方不注意状態で運転していたため、前方を走行していた  
2トントラックに気付くのが遅れたことが事故に繋がったのではないかと。
- (2) 一般道と三陸道との空走距離の違いを十分認識しておらず、前方から目を  
離した時間と車間距離との関係で事故に繋がったのではないかと。
- (3) 三陸道上での緊急走行経験が少なかったことが事故に繋がったのではない  
かと。
- (4) 片側一車線の三陸道を緊急走行する経験不足が事故に繋がったのではない  
かと。
- (5) 救急隊長と救急隊員が後部にて傷病者の対応にあたっており、前席は救急  
機関員のみであったことが事故に繋がったのではないかと。
- (6) 三陸道は平たん路で単純走行のため、集中力を欠いた可能性があるのでは  
ないかと。
- (7) 突発的な出動指令により、突如制限された緊急走行という高度な集中力を  
要する業務に従事することで、何らかの身体的、生理的影響が事故の要因にな  
ったのではないかと。

## 6 事故の発生要因の分析について

- (1) 安全運転に対する意識が薄かったのではないか。
- (2) 交通事故に対する認識が足りなかったのではないか。
- (3) 車両の運転経験が足りなかったのではないか。
- (4) 救急機関員として指名されるまでの養成期間が短かったのではないか。
- (5) 緊急自動車を運転することの重要性の意識付けが足りなかったのではないか。
- (6) 安全運転に対する意識付けが足りなかったのではないか。
- (7) 十分な交通安全対策がとられていなかったのではないか。

## 7 事故再発防止に係る具体的方策について

事故の発生については様々な要因が考えられるが、再発防止の具体策として、従前の取り組みを含め、次のとおり提言する。

### (1) ドライブレコーダーの設置

救急車等にドライブレコーダーを設置し、交通安全対策や事故に係る発生要因の分析に役立てる。

- ア 交通事故に係る要因の分析と検証
- イ 安全運転対策に係る研修
- ウ 運転時のヒヤリハットの収集
- エ 交通安全対策

### (2) 衝突防止補助装置の設置

救急車等に衝突防止補助装置を設置するため検討を進める。

- ア 運転者の「認知」「判断」を支援
- イ 交通安全対策（前方事故防止効果）
- ウ 警報音が鳴らない運転及び装置が作動しない運転を心がけることでヒヤリハットの低減効果につなげる。



エ 安全運転に対する意識を高める。

(3) シートベルト着用の徹底

ア シートベルトの着用は、同乗者に対しても必須とし、目視により確認を行う。

イ 災害出動時には、通信指令課及び救急隊が無線交信等により、シートベルト着用の徹底と確認を相互に行う。

(4) 安全運転管理要綱の制定

安全運転及び交通事故防止を図るため、安全運転管理について必要な事項を定め、交通事故の根絶を図ることを目的とする。

ア 交通法令を遵守させる。

イ 安全運転に対する意識付けを行う。

ウ 安全運転に必要な運行管理及び労務管理を行う。

エ 運転者の安全運転に関する教育及び監督を行う。

オ 緊急自動車を運転することの重要性を意識付ける。

(5) 緊急自動車の機関員養成に関する要綱の改正

ア 機関員養成を開始する者及び機関員として運用開始する者の運転経歴等を厳しくする。

(ア) 普通機関員としての養成講習の開始は、拝命3年以上で普通免許を取得後3年以上経過している者に改める。

(イ) 機関員としての運用開始は、25歳に達した時点とする。

イ 絶対に事故を起こしてはならないことを強く意識付ける。

ウ 安全に運転するための技術を習得させ、運転に集中することを強く意識付ける。

エ 緊急自動車を運転することの重要性を意識付ける。

オ 車両の運転経験を充足させる。

カ 車両に精通させる運転教育を行う。

キ 運転者の定期的な運転技術の確認や適性に応じた安全運転に関する教育指導を行う。

(6) 安全の日（毎月 27 日）

事故の風化を防ぎ、安全最優先の職場風土づくりのために安全運転意識の見える化を行い、組織一丸となって安全運転の徹底を図る日とする。

ア 職場の安全対策の取り組みをテーマにグループ討議を行う。

イ 安全運転 8 原則及び緊急自動車運転 5 原則を唱和する。

(7) 交通安全宣誓の日（12 月 27 日）

職員全員が交通安全宣誓書に署名し、交通安全意識を高め、翌年 1 年間の交通事故防止を誓う日とする。

ア 交通事故に対する認識を高める。

イ 交通事故防止に対する意識を高める。

ウ 安全運転に対する意識を高める。

## 8 まとめ

交通事故の発生については様々な要因が考えられるが、それを助長させてしまう環境が職場内にあるとするならば、その環境を是正する体制の整備と運用、さらには職員一人ひとりの安全運転に対する意識の高揚が不可欠である。本書は、今回の交通事故に関し、一層の交通事故防止対策の構築を目指して、その核心となる内容をできる限り整理し提言するものである。

今後においても、「絶対無事故」「コンプライアンスの徹底」を安全に対する基本的な指針と位置づけ、職員一丸となって交通事故防止に関する体制を再検討するとともに、交通安全教育に携わる関係機関の協力を仰ぎながら交通安全啓発強化を促進していかなければならない。そして、圏域住民の信頼回復に努めるとともに、安全で安心な消防業務が継続できるよう邁進する。