

.....

.....

.....

1

10. ヒヤリハット体験当事者の属性（回答者は当事者A）

○当事者A	年齢[32]歳、勤続年数[9]年、現場経験年数[7]年、階級[消防士]、同様の活動[頻繁]、任務[隊員]
○当事者B	年齢[32]歳、勤続年数[7]年、現場経験年数[5]年、階級[消防士長]、同様の活動[頻繁]、任務[車長]
○当事者C	年齢[25]歳、勤続年数[7]年、現場経験年数[5]年、階級[消防士]、同様の活動[頻繁]、任務[隊員]
その他 (当事者が4人以上の場合)	

11. 事例発生の経過。

	誰(何)が	なにをした	その他・備考など
経過1	ABC	火災建物5階部に到着	火炎を確認
経過2	B	ベランダ側への転進を指示	
経過3	B	ベランダからの進入を指示	各隊員は進入を了承
経過4	ABC	床を這わなければならない程、室温が高くなった。天井下の煙中に間欠的に炎が現れた	
経過5	B	進入口より約2m進入した時点で退避を指示	
経過6	ABC	直後に被災、炎に包まれる	
経過7			
経過8			
経過9			
経過10			

【その事例発生時の状況について】

.....

○事故の場合：事故が起きたのはどうしてだと思うか？

ヒヤリハットの場合：ヒヤリハットで済んだのはどうしてだと思うか？

避難・退避がうまくいかなかった。他隊(員)との連携活動がうまくいかなかった。その他：人命救助に急を要する状況から、援護注水体制の確立をまてなかった。

○心理・体調について

a. あせりを感じていた

・早く、現場到着や、活動をしなければならないという“あせり”を感じていた。	はい
・被害拡大が消防活動を上回っており“あせり”を感じていた。	はい
・周辺の野次馬などにより“あせり”を感じていた。	いいえ

b. 注意力が欠如していた

・1つの事象に集中し、他の事象への注意力を欠いた。	いいえ
・活動終息（鎮火等）や活動内容が些細だったため注意力を欠いた。	いいえ
・体調不良や疲れにより注意力を欠いた。	いいえ

c. 経験・知識が不足していた。

・活動内容が、自己の能力や技量を超えていた。	いいえ
・活動中に起こりうる危険について認知していなかった。	いいえ
・活動に対する経験が不足していた。	はい

d. 心身の不調があった

・体調が悪かった。	いいえ
・悩み事があった。	いいえ

○装備・資機材について

e. 資機材の故障・不具合があった。

・装備・資機材自体に問題があった。	いいえ
・装備・資機材の使用方法が誤っていた。	いいえ
・装備・資機材の対処能力を超えていた。	いいえ
・必要とする装備・資機材がなかった。	はい

○活動環境について

f. 障害物や自然環境（雨・濃煙）によって視界がさえぎられた。

・障害物（建物等）のため周囲の状況が見えなかった。	いいえ
・特異環境（煙、暗闇、降雨等）のため周囲の状況が見えなかった。	いいえ

g. 行動しにくい環境だった。

・狭隘な場所であった。	いいえ
・暑かった（寒かった）。	いいえ
・野次馬が多かった。	いいえ
・現場周辺の地理に不案内だった。	いいえ

h. 足場が悪かった。

・足元が躓いたり滑りやすかった。	いいえ
・足元の強度が不足していた。	いいえ

○指揮・管理について

i. 適切な指示が得られなかった（適切な指示を与えられなかった）。

・活動指示が得られなかった。（無線が通じない等。）	いいえ
・指示内容に誤り・偏りがあった。	いいえ
・指示内容が実施困難であった。（周辺環境に、隊員技量の把握に欠けた。）	いいえ

k. 関係者間の情報伝達・役割分担が不十分だった。

・隊員の連携が不十分だった。	いいえ
・隊員が不足していた。	いいえ

○その他

l. その他の理由があった。

--

【事故発生後の取り組みについて】

.....

○注意力欠如、焦り等の対策について

使命感のみにとらわれることのないよう、各個人により安全管理の徹底を図る。

○装備・資機材の対策について

○活動環境の対策について

フラッシュオーバーなどの前兆等、座学により周知徹底を図る。

○指揮・情報伝達の対策について

○負傷事故事例：団地建物火災5階部への検索進入で、フラッシュオーバーで被災（同様の体験は、初めて体験した。）

(06F0004)

・発生日時 :平成14年3月 午後5時頃

経過	現場の状況	隊員A	隊員B	隊員C	隊員D	備考
		車長／消防士長 ・年齢32歳 ・勤続 7 年 ・現場 5 年 ・同様の活動:頻繁	隊員／消防士 ・年齢32歳 ・勤続 9 年 ・現場 7 年 ・同様の活動:頻繁	隊員／消防士 ・年齢32歳 ・勤続 7 年 ・現場 5 年 ・同様の活動:頻繁	不明	
1	火災、防火造建物への出動					要救助者の存在が明らかであった。 人命救助の使命感に駆られ、援護注水なしで進入した 火炎を確認
2	出場途上、ベランダより、要救助者が手を振っていたとの無線を傍受					
3	現場到着時					
4	玄関は火炎により進入不能、通報より反対側のベランダが進入可能との情報あり					
	現場到着時、玄関にホースが1線しかなかった。 また、ベランダ側へのホース延長が十分ではなく、準備に時間を要した。					
5	人命検索の為、出火した建物へ進入					
6	火災建物5階部に到着					
7	ベランダ側への転進を指示					
8	B、Cにベランダからの進入、Dに待機を指示	隊員は進入を了承				
9	ベランダから検索進入	ベランダに待機				
10	床を這わなければならない程、室温が高くなった。天井下の煙中に間欠的に炎が現れた	進入口より約2m進入した時点で退避を指示				
11	フラッシュオーバーが発生	直後に被災、炎に包まれる フラッシュオーバーにより火傷・熱傷を受ける。				

◎負傷事故が起きたのはどうしてだと思うか？

○直接的な原因:状況判断に問題があった。

- ・人命救助に急を要する状況から、援護注水体制の確立をまてなかった。
- ・他隊(員)との連携活動がうまくいかなかった。
- ・避難・退避がうまくいかなかった。

◎負傷事故が起きた背後要因

(心理・体調について)

- ・早く、現場到着や、活動をしなければならないという“あせり”を感じていた。
- ・被害拡大が消防活動を上回っており“あせり”を感じていた。
- ・活動に対する経験が不足していた。

(装備・資機材について)

- ・必要とする装備・資機材がなかった。

◎負傷事故の対策例

注意力欠如、焦り等の対策:使命感のみにとらわれることのないよう、各個人により安全管理の徹底を図る。
活動環境の対策:フラッシュオーバーなどの前兆等、座学により周知徹底を図る。