

消防ヒヤリハットデータベース事例情報シート

【事例概要について】



1. 事故・ヒヤリハットの別	事故
2. 体験した事例の名称	針刺し事故（傷病者に使用した点滴針）
3. 体験した事例の中心的要素	救急活動時に傷病者が、使用した点滴針を不注意等により誤って、救急隊員が手に刺してしまった。
4. 体験した事例の原因・理由	使用后すぐに廃棄する針を救急車内に放置していたため。

【体験した事例の直接的な原因について】



1. 体験した事例の直接的な原因	情報入力に問題があった。
------------------	--------------

【体験した事例について】



1. 発生日時	平成 20 年 6 月 14 日 午前 8 時頃
2. 発生した当時の天候	わからない
3. 発生した活動現場	屋外：病院駐車場の停車した救急車内
4. 体験した事例の種類	回答者が、自分自身で負傷した。
5. 事故の程度（ヒヤリハットの場合、仮に負傷したときの程度）	軽傷
6. どのようなことが起きたのか（起きそうになったのか）	その他：少量の出血を伴う刺し傷（病院で血液検査を実施）
7. 事例体験時の活動	救急、現場活動終了時 []
8. （7の活動中） どのような作業中に発生したか	その他：病院へ引継後
9. 同様の体験は、これまでにどの程度の頻度で体験していますか。	初めて体験した。

10. 事例体験者の属性（回答者は当事者A）

○当事者A	年齢[33]歳、勤続年数[15]年、現場経験年数[1]年、階級[消防士長]、同様の活動 [1年に数度]、任務 [機関員]
○当事者B	年齢[38]歳、勤続年数[20]年、現場経験年数[10]年、階級[消防士長]、同様の活動 [1年に数度]、任務 [隊員]
○当事者C	年齢[]歳、勤続年数[]年、現場経験年数[]年、階級[]、同様の活動 []、任務 []
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	Bが	傷病者に使用した点滴針を車内に放置した	
経過2	Aが	車内清掃している時、車内に放置されていた針に誤って触れて	
経過3	Aが	左手第2指付け根付近に針を刺してしまった	
経過4			
経過5			
経過6			
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いませんか？

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いませんか？

危険情報を把握、予見できなかった。危険事象の対応方法を知らなかった。集中力、注意力がなかった。個人装備が不適切だった。周囲の視界が確保できていなかった。後方からの監視が行き届いていなかった。他隊(員)との連携活動がうまくいかなかった。

○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。	いいえ
・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。	いいえ
・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。	はい
・活動中に起こりうる危険について認知していなかった。	はい
・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。	はい
・装備・資機材の使用方法が誤っていた。	はい
・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。	いいえ

○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。	はい
・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。	はい
・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。）	はい

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。	はい
・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。

いいえ

【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

今回の事故事例においては、感染症等の危険もあり特に注意しなければならないと全救急隊員に再発防止を呼びかけた。

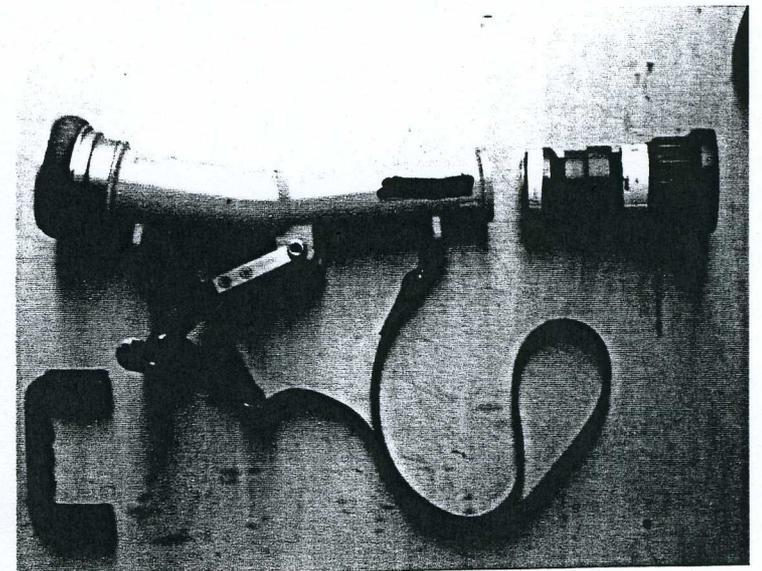
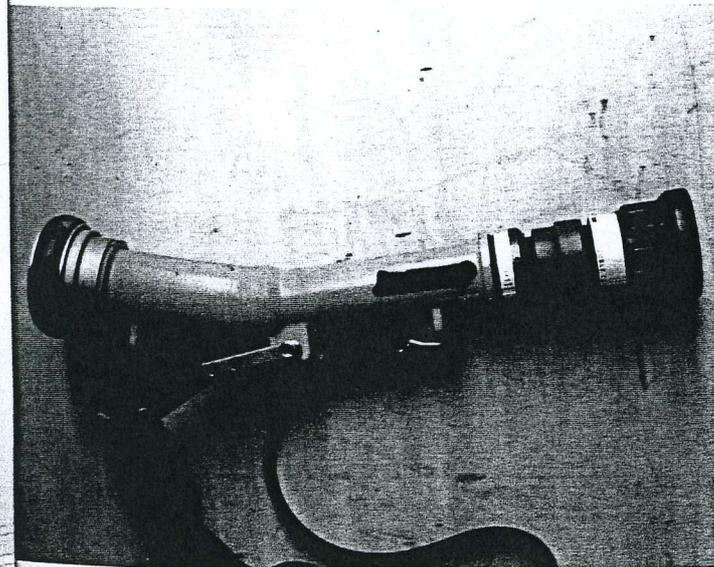
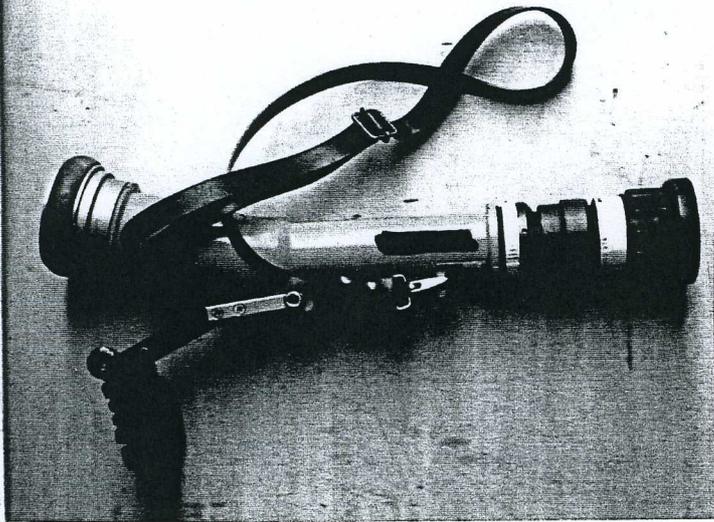
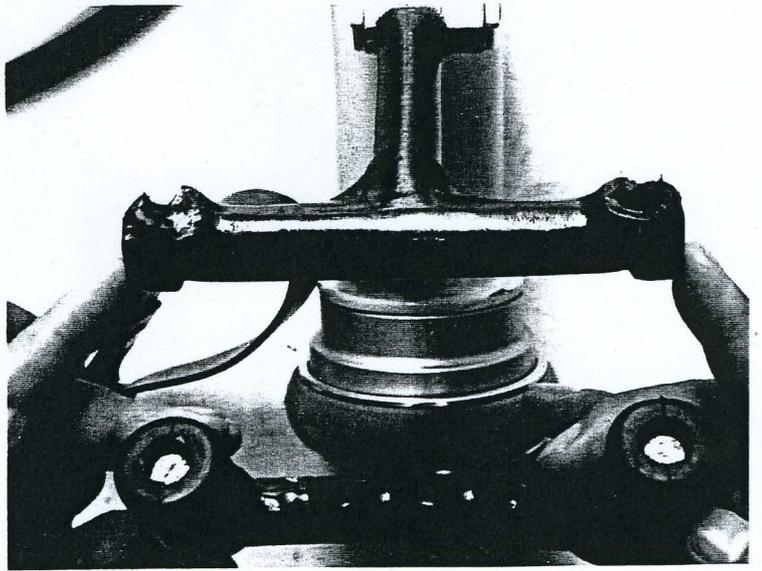
○装備・資機材の対策について

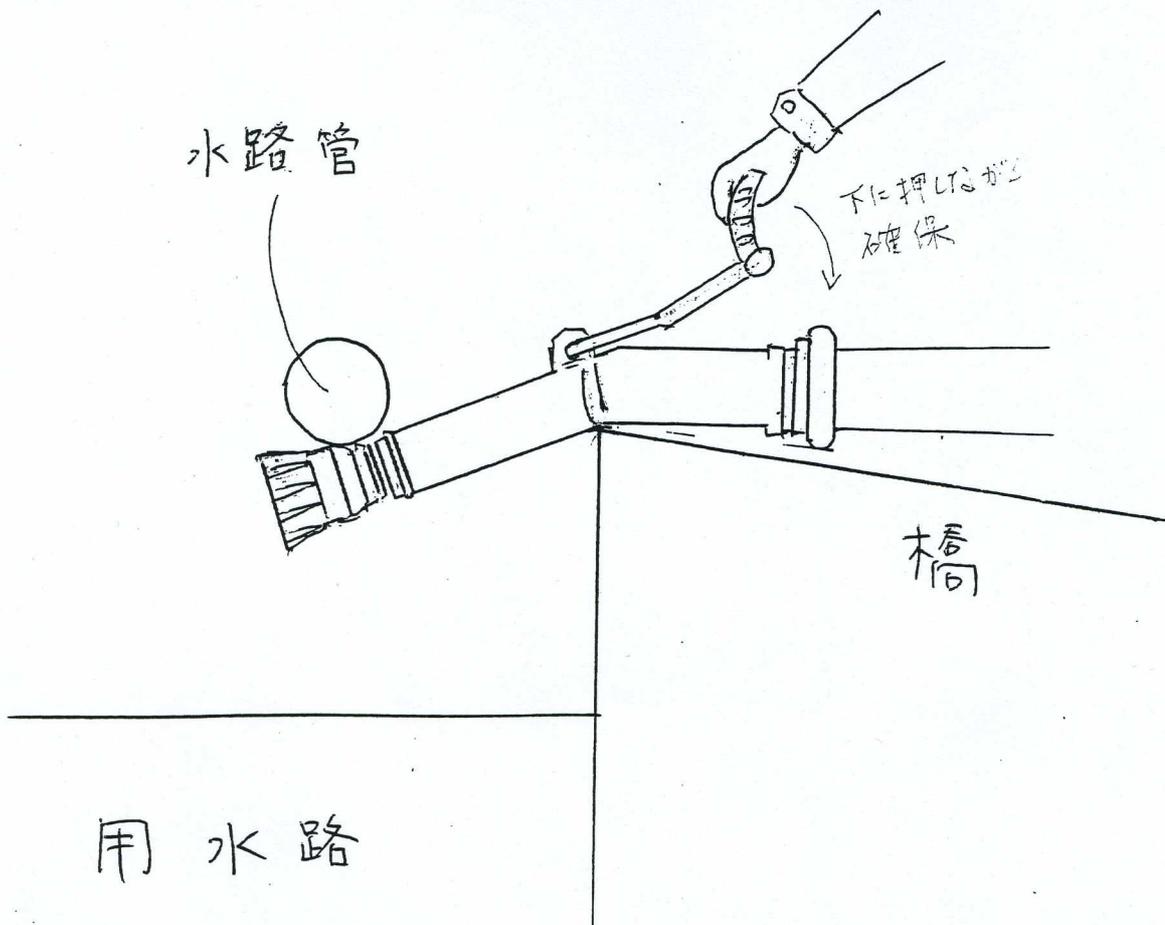
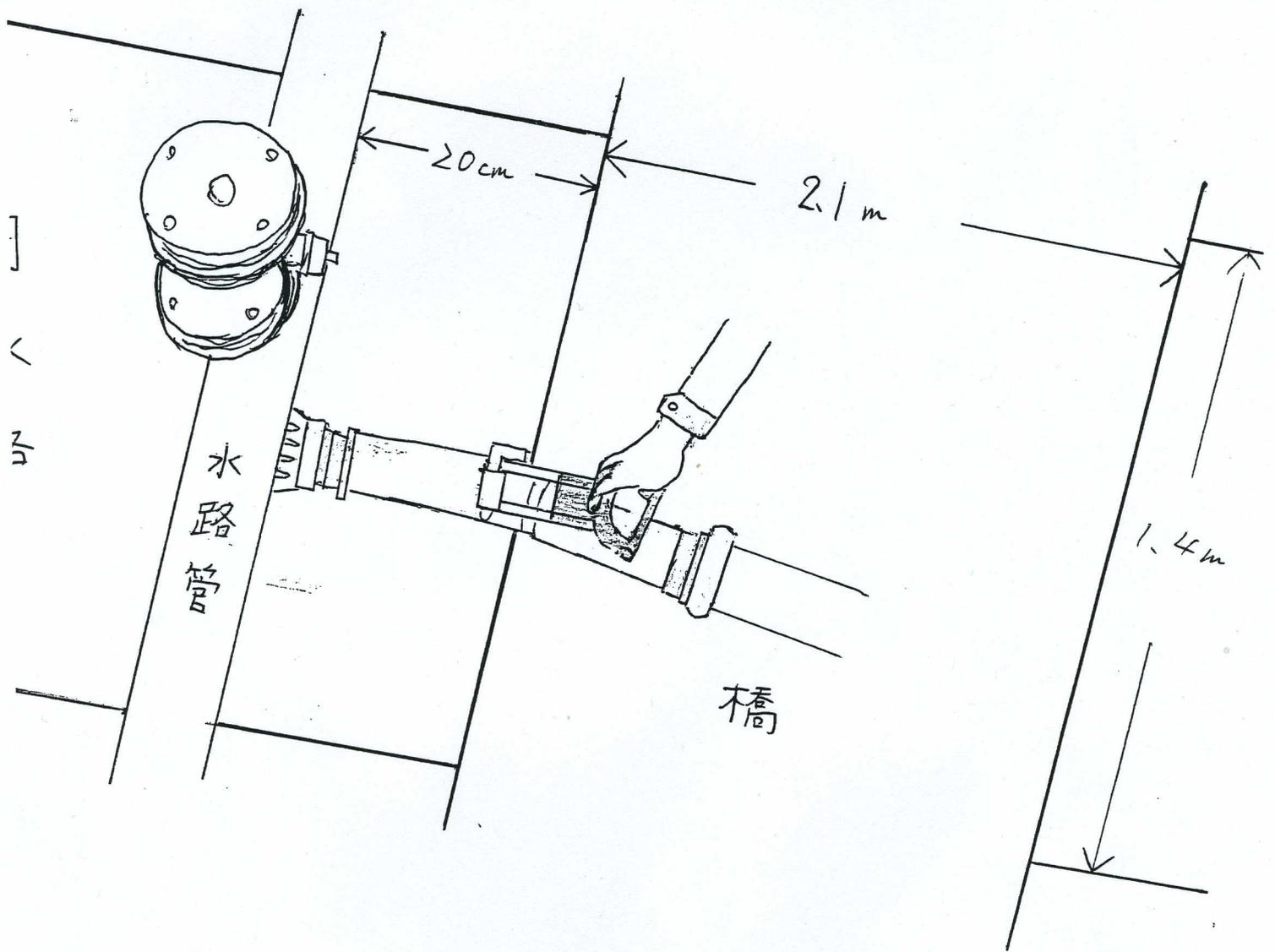
針等の感染性の産業廃棄物は、使用后速やかに廃棄することの再度徹底。

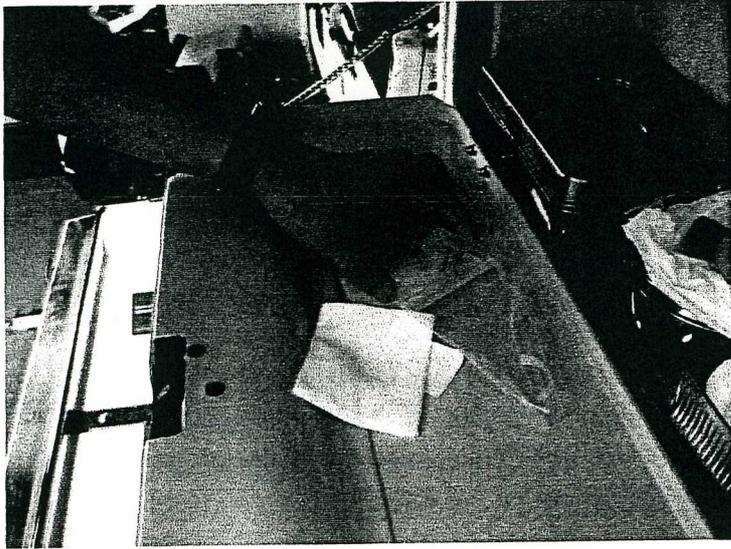
○活動環境の対策について

○指揮・情報伝達の対策について

隊長、隊員間での報告・連絡・相談の徹底。

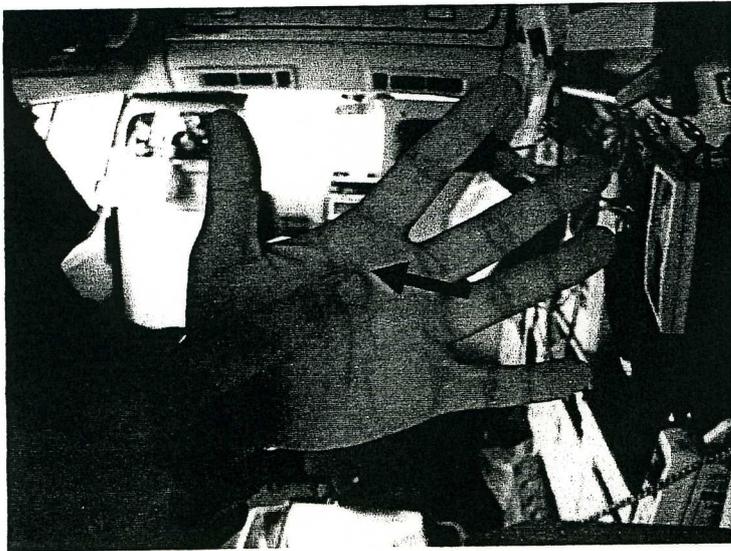






(写真4)

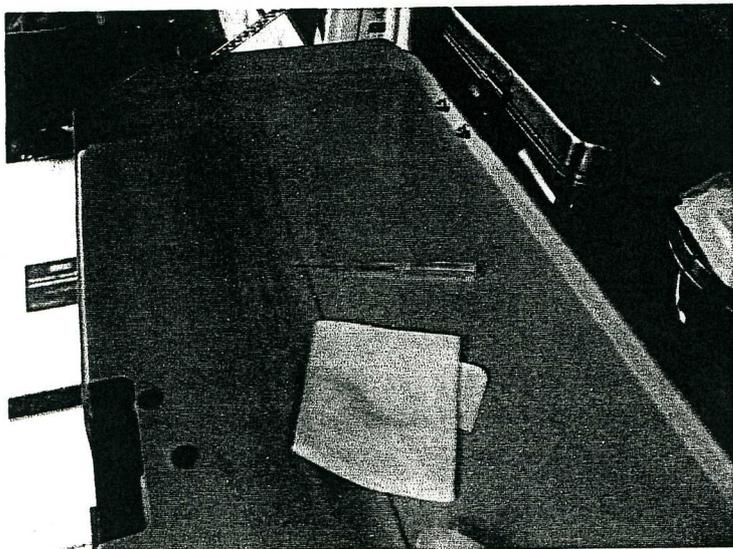
積載物の片付けをしようと積載物を
掴んだところを再現1



(写真5)

留置針が紛れていたことに気がつか
ず積載物を掴み、左手掌部に留置針が
刺さり負傷したところを再現

(負傷部位略図と同写真)



(写真6)

救急車内の積載物の中を確認し留置針
の状況を再現