

消防ヒヤリハットデータベース事例回答シート

【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	救急隊員の使用済み点滴用留置針による針刺し事故。
3. 体験した事例の中心的要素	医療用廃棄物（点滴用留置針）を一般ゴミ用ビニール袋に捨て、危険予知を怠り安易な処理方法をとった。
4. 体験した事例の原因・理由	当該救急事案は、勤務時間外に及ぶ活動となり、車両清掃ができず、点滴用留置針も救急車内の一般ゴミのビニール袋に捨てたまま、上番に車両引継ぎを行ったことから、引き継がれた上番隊員がゴミ袋を片付ける際、保護キャップの付いていない留置針に気付かなかった。

【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	
------------------	--

【体験した事例について】



1. 発生日時	平成 21 年 6 月 3 日 午前 7 時頃
2. 発生した当時の天候	曇
3. 発生した活動現場	屋内：庁舎車庫内で救急車両の車内清掃中での事故。
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）	軽傷の怪我をしていた（させていた）だろう。
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：救急車内のゴミの片付けで使用済み注射針を刺したもの。
7. 事例体験時の活動	その他： []
8. （7の活動中） どのような作業中に発生したか	その他：救急車両の車内清掃中ゴミの片付け中の事故。
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. 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[26]歳、勤続年数[4]年、現場経験年数[4]年、階級[消防副士長]、同様の活動[頻繁]、任務[機関員]
○当事者B	年齢[39]歳、勤続年数[14]年、現場経験年数[11]年、階級[消防司令補]、同様の活動[頻繁]、任務[車長]
○当事者C	年齢[37]歳、勤続年数[12]年、現場経験年数[]年、階級[消防士長]、同様の活動[頻繁]、任務[機関員]
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	当事者B	使用済み医療廃棄物（点滴用留置針）を部下に廃棄を指示する。	
経過2	当事者C	廃棄を指示されたが、一般ゴミに捨てたまま上番隊員に車両を引き継いだ。	
経過3	当事者A	次の日車内清掃で一般ゴミを片付ける際、針に気付かず下肢に刺傷を負う。	
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えるか？

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えるか？

危険情報を把握、予見できなかった。たまたま、事故になったその他：一般ごみに点滴用留置針が紛れ込んでるとは想像できなかった。

○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。	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。	いいえ

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 방법이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。	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。

はい：前日の当番救急隊が医療用廃棄物（点滴用留置針）を一般ゴミ用ビニール袋に捨て、危険予知を怠った安易な処理。

【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

事故後、全職員に事故の発生と再発防止に努めることの注意喚起を周知し、さらに全救急隊ごとで緊急会議を開催し、医療廃棄物処理に関する処理を厳重に行う意識や処理方法を再確認し事故防止に努めている。

○装備・資機材の対策について

現有の救急資器材で十分なものと考えられ、日頃の訓練や研修で誤りのない資器材の取り扱いを全職員に習得させる。

○活動環境の対策について

本件については、安易な医療廃棄物処理が原因となった注意力欠如によるものであり、全隊、全職員に注意を呼びかけ、再発防止に努める。また、救急車内の一般ゴミの処理方法についても検討し改善する。

○指揮・情報伝達の対策について

救急出場が時間外に及ぶものとなり、上番への車両引継ぎ等に追われ注意力が欠如したことが原因となっており、各隊の隊長には「指示を出したら、結果報告を受ける。」までが責任であることを指導した。