

## 消防ヒヤリハットデータベース事例回答シート

### 【事故概要について】

1. 事故・ヒヤリハットの別	事故
2. 体験した事例の名称	強風時、ドアの開放により、救急車運転席側ドア連結部ボディーを変形させた事例
3. 体験した事例の中心的要素	運転席側のドアを開放し、取手を持ったまま下車しようとした際に、強風にあおられ手を放し、ドアが限界を超えて開き、連結部ボディーを変形させる。
4. 体験した事例の原因・理由	下車する際に、取手をしっかりと保持していなかったため、強風にあおられた際に耐えられず、手が離れた。その結果、ドアが限界を超えて開き変形した。強風に対する危険予測が欠けていた。

### 【体験した事例の直接的原因について】

1. 体験した事例の直接的な原因	行動の意志決定に問題があった。(大丈夫だろうと思った。)
------------------	------------------------------

### 【体験した事例について】

1. 発生日時	平成28年12月6日 午後8時頃
2. 発生した当時の天候	晴れ
3. 発生した活動現場	屋外: 搬送先病院の救急搬入口付近停車場
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
6. どのようなことが起きたのか(起きそうになったのか)	転倒
7. 事例体験時の活動	救急撤収
8. (7の活動中)どのような作業中に発生したか	その他: 搬送後の出動準備中
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[29]歳、勤続年数[5]年、現場経験年数[5]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[44]歳、勤続年数[22]年、現場経験年数[22]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[34]歳、勤続年数[12]年、現場経験年数[12]年、階級[消防士長] 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。



	誰が(何が)	なにをした	その他・備考など
経過1	Aが	傷病者を院内に搬入後、出動準備をしていた。	
経過2	BとCは	病院内で救急活動報告書を作成していた。	
経過3	Aが	出動準備完了後、運転日誌を記載するため運転席に乗車する。	
経過4	Aが	運転日誌の記載が完了したため、再度資器材を確認しようと下車する。	
経過5	Aが	風にあおられドアが変形する。	
経過6			
経過7			
経過8			
経過9			
経過10			
経過11			
経過12			

【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？

周囲の視界が確保できていなかった たまたま、事故になった その他：人や物がなかったためドアが当たる等の事象が発生しなかった。

○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。	はい
・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。	はい
・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。	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。	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。

--

【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

○装備・資機材の対策について

○活動環境の対策について

○指揮・情報伝達の対策について

◆事故・違反発生状況

日 時	平成28年12月6日（火）20時15分頃
場 所	病院救急搬入口
道路事情等	病院敷地内
事故等の概要	<p>救急車にて、出動時、院内に傷病者を搬入後、出動準備態勢を整え、再度、不備がないか確認するため運転席のドアを全開にし、取手を持ったまま下車しようとした際に、風にあおられドアが限界を超えて開き変形する。</p> <p>発生時、隊長及び隊員は病院内にて救急活動報告書を記載していた。車両に戻った際に、機関員から、運転席側のドアが風にあおられ変形した旨の報告を受け確認する。</p>

