

「ヒヤリ・ハット」活用の 手引き

—確かな安全・安心のもと、教育活動を展開していくために—

平成18年3月

「島根県医療的ケア実施体制整備事業」運営協議会

はじめに

—確かな安全・安心のもと、教育活動を展開していくために—

医療技術の進歩をはじめとする社会的な背景の変化により、近年「医療行為」は、徐々に規制緩和されつつあります。

国におけるここ数年の動向をみると、厚生労働省通知「ALS 患者の在宅医療の支援について」（平成 15 年 7 月）による家族以外の者によるたんの吸引の許容、同通知「盲・ろう・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて」（平成 16 年 10 月）による教員によるたんの吸引をはじめとする三行為の許容、同通知「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」（平成 17 年 3 月）による家族以外の者によるたんの吸引の許容、同通知「医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条の解釈について」（平成 17 年 7 月）による原則として医行為ではないものの明示がなされています。これらの規制緩和は、ある一定の安全性の確認の上に行われており、該当する多くの人たちのQOLが高まることに繋がりました。しかし、関係者による最大限の危機管理体制が整備されなければ、一転して事故を招く危険性にさらされることとなります。

島根県においては、平成 17 年 3 月に「島根県医療的ケア実施体制ガイドライン」を発行し、県内の盲・ろう・養護学校に在籍する医療的ケアを必要とする児童生徒が「安全」な教育環境のもと、「安心」して学習できるようにするための医療的ケア実施体制の指針を示しました。同ガイドラインにより、盲・ろう・養護学校における医療的ケアの「理念」やその実現のために必要な取り組み等については明確にできましたが、危機管理体制の在り方については、十分に示すことができませんでした。

そこでこのたびは、医療機関や建設・建築、航空、発電所等の産業界における危機管理体制の基盤となっている「ヒューマンファクター」や「リスクマネジメント」の考え方を基本として『『ヒヤリ・ハット』活用の手引き』を発行することとしました。本手引きの作成をとおして、盲・ろう・養護学校における危機管理体制の更なる向上の必要性を、改めて強く感じました。

盲・ろう・養護学校における危機管理体制の整備は、医療的ケアを必要とする児童生徒の安全はもちろん、在籍する全ての子どもたちの安全の保障に資するものです。本手引きが、日々の学校生活の中に潜む「危険要素」を一つでも多く取り除くことに繋がり、真に「安全」、「安心」な教育環境を実現していくことができることを期待しています。

平成 18 年 3 月

島根県教育庁高校教育課長 松永賢誕

目 次

はじめに

第1章 ヒヤリ・ハットについて知ろう

- | | |
|-------------------|---|
| 1. ヒヤリ・ハットの定義 | 1 |
| 2. ヒヤリ・ハットの意義 | 3 |
| 3. ヒヤリ・ハットの記録に向けて | 6 |

第2章 ヒヤリ・ハット事例を記録しよう

- | | |
|-----------------|----|
| 1. ヒヤリ・ハットの様式 | 9 |
| 2. ヒヤリ・ハットの記録方法 | 10 |

第3章 事例をもとに危機管理体制を高めよう

- | | |
|-----------------|----|
| 1. ヒヤリ・ハットの分析 | 13 |
| 2. 具体的対応策の立案 | 16 |
| 3. ヒヤリ・ハットの活用方法 | 19 |

第4章 事例を広く生かしていこう

- | | |
|---------------|----|
| 1. 県教委への報告の意義 | 20 |
| 2. 県教委への報告の流れ | 20 |

第5章 アクシデントへの対応

- | | |
|------------------|----|
| 1. アクシデントのとらえ | 22 |
| 2. アクシデントへの対応と報告 | 23 |

参考資料

- *ヒヤリ・ハット記録用紙
- *ヒヤリ・ハット分析表（例）
- *アクシデント報告書（例）
- *ヒヤリ・ハット活用の手引きの概要（プレゼンテーション資料）

参考・引用文献

おわりに

作成者一覧



第1章

「ヒヤリ・ハット」について知ろう

1. ヒヤリ・ハットの定義

(1) ヒヤリ・ハットとは

「ヒヤリ・ハット」は、安全管理に用いられる用語です。医療機関や建設・建築現場など、生命上の安全性が強く求められる分野では、以前から多く使われています。教育の分野では、盲・ろう・養護学校における「医療的ケア」を必要とする子供たちへの対応に係って、危機管理体制を強化していく上で、近年用いられるようになってきました。一般的に「ヒヤリ・ハット」という用語は、次のような意味合いで使われています。

日常の指導や行為の中で、「ヒヤリ」としたり「ハッ」とした経験のことを指し、その行為や状態が見過ごされたり、気付かずに実行されたりしたときに、何らかの事故に繋がる恐れのあるもの。

(2) 類似の意味をもつ語句

◆『インシデント』

一般的には、「ヒヤリ・ハット」と同義として用いられており、思いがけない出来事であって、それに対して適切な処置が行われない場合には、事故を引き起こす可能性がある事象のことを指します。また、インシデントについての情報を把握・分析するための報告書を「インシデントレポート」といい、「ヒヤリ・ハット報告書」、「ニアミス報告書」と表現される場合もあります。

◆『アクシデント』

「事故」を意味します。危険な状態に気付かなかつたり、適切な処置が行われなかつたりすると傷害が発生し「事故」に至ります。

◆『リスクマネジメント』

リスクマネジメントとは、「マネジメント一般の領域にある専門分野の一つであり、組織がその使命や理念を達成するために、その資産や活動に及ぼすリスクの影響から、もっとも効率よく組織を守るための一連のプロセス」のことを指します。

医療機関では、医療事故を未然に防止するために各部門レベルの体制を整備するとともに病院全体として組織的な体制を構築し、リスクの把握、分析、対処及び評価を継続的に行うことを意味しています。

リスクマネジメントは、①リスクの把握②リスクの分析③リスクへの対応④対応の評価という一連の問題解決プロセスで行われます。

(3) ヒヤリ・ハットの定義

医療的ケアについては、当該児童生徒への医療的ケアを実施する場合、事前に各校において「想定される問題事象」や「緊急対応マニュアル」等を作成し、危険の予測と「その危険を避けるための手立て」及び「万が一の事態が生じた場合に大事に至らせないための手立て」を講じます。しかし、事前の検討は、あくまでも机上での想像による作業であるため、動き始めてから実施前には想定できなかった危険な場面に直面したり、見落としがちなミスや状況に気付いたりすることは少なくありません。

一般的な「ヒヤリ・ハット」の意味は、先に述べたとおり「ヒヤリ」、「ハッ」とした“経験（実際に起こったこと）”を指しますが、ここでは“経験”に加え、事前には予測できなかった危険な状況への“気付き”をその定義に加えています。

平成17年3月に発行した「島根県医療的ケア実施体制ガイドライン」の23ページでは、『ヒヤリとする前の気付きであれば「想定される問題事象」に加え、実際にヒヤリ、ハッとした出来事であれば「ヒヤリ・ハット集」に加えていきます』と説明していますが、「ヒヤリ・ハット集」に加えて分析したものも最終的には「想定される問題事象」に加えて危機管理の新たな視点としていくことから、両者を区別することなく、同様に扱っていくこととします。

したがって、島根県の盲・ろう・養護学校における「ヒヤリ・ハット」については、次のように定義することとします。

日常の指導や行為において、事前には想定していなかった危険な状態への新たな気付きや、実際に「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたりした経験のことを指し、その行為や状況が見過ごされたり、気付かずに実行されたりしたときに、何らかの事故に繋がる恐れのあるもの。

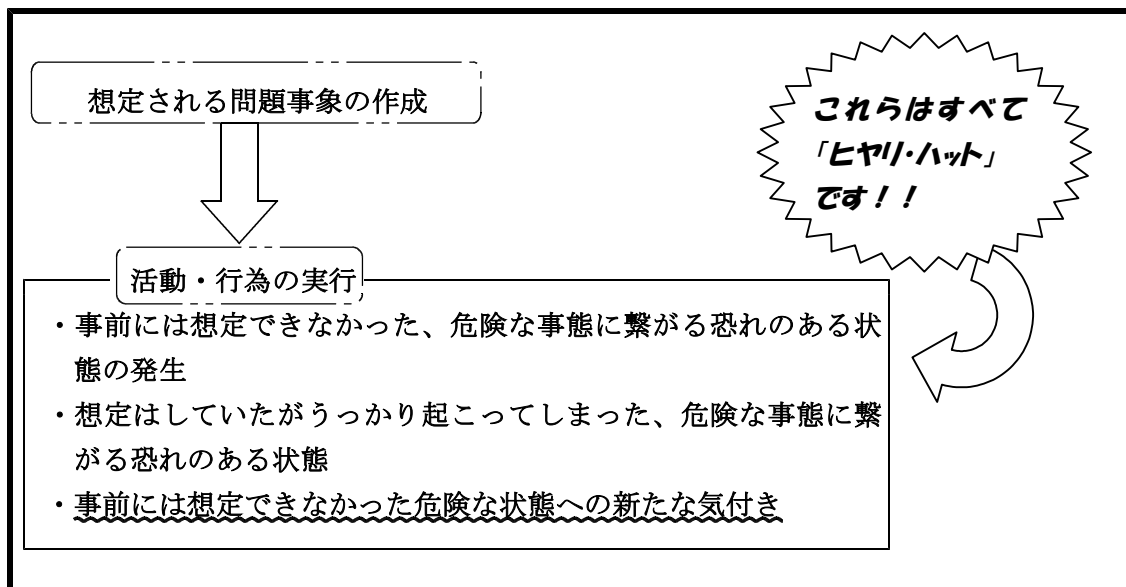


図1： 島根県の盲・ろう・養護学校におけるヒヤリ・ハットの定義

2. ヒヤリ・ハットの意義

(1) ヒューマンファクター

私たちは、日々の教育活動を行っていく上で、常に可能な限りの安全対策を講じ、適切かつ慎重に活動を展開していく訳ですが、あらゆる危険を想定した取り組みであったとしても、万が一の事態が起こりうる可能性を拭い去ることはできません。このことを定義付けている考え方として「ヒューマンファクター」があります。

ヒューマンファクターとは、「人間や機械等で構成されるシステムが、安全かつ効率よく目的を達成するために、考慮しなければならない人間側の要因」を指しますが、その基本として「人間は良くなるとういう気持ちがあるからミスを犯す可能性がある」という考え方があります。ここで言う「良くなるとういう気持ち」とは、①自分が楽をしようとういう気持ち（→手抜き、気のゆるみ等がミスを招く）②誰かのためになろうとういう気持ち（→思いが強いが故に視点が狭くなる等によりミスを招く）③一生懸命に仕事をしようとする気持ち（→頑張りすぎるが故に許容量を超え、疲労を招くこと等によりミスを招く）…等々を意味します。

すなわち、事故は起こって当たり前のものであるということを前提に考える必要があることを示しています。当然のことですが、「起こって当たり前だから仕方がない」と捉えるのではなく、起こる可能性は必ず存在するのだから、何かを行うときには必ず“想定される問題事象”を考え、危機を回避するための最大限の努力をしなければならないと捉えることが大切です。

(2) ミスを起こす人間の特性

では、本来ミスを犯してしまう生き物である人間の特性とは、どのようなものなのでしょう。次にエラーに関する人間の情報処理の認知特性をいくつか紹介します。

1) ある情報は前後の脈絡を加味して解釈される

例えば「リコーダー—オリナカー—ハーモニカ」と書いてあった場合、中央には「オリナカ」と書いてあるのですが、前後の脈絡から楽器の名称が並んでいるととっさに判断するため「オカリナ」と解釈をしてしまうようなことです。同様に「B」という情報を期待している人のところに「D」という似かよった音声指示が来ると、その人は「B」と解釈してしまう可能性があります。

2) 適当な解釈を加えて納得する

一般に人間は、複数の情報を集めて相互の情報に矛盾があると不安になります。そこで、不安低減のために自分なりの解釈を加えて安心する傾向があります。例えば1999年に横浜の病院で起こった患者取り違え事故では、ある医師は手術室に来た患者の髪の毛の長さが金曜日に会った時と比べて短いことに気付いていましたが、土日の間に散髪をしたに違いないと自分なりの解釈をして納得してしまいました。

3) 記憶は頼りにならない

一般に記憶は保持されることが難しく、時間と共に忘れていってしまいます。また、一度得た記憶が曖昧になると、今までの経験や場の状況から複数の新たな情報が加わって、再び思い出した情報が本来得ていた情報と違ったものになってしまう場合もあります。

4) 危機意識は時間と共に薄れる

どんなに強い危機意識を感じて「よし気をつけよう」と思っても、時間と共に風化してしまう傾向があります。

5) もともと保守的で変化を嫌う傾向がある

例えば古い手順が新しいものに変更になった場合、積極的に古い手順を忘却する必要がありますが、今までそれで問題なかったのだから…との意思も荷担し、一般的に積極的な忘却は困難です。また、古い手順は人間の学習効果によって身に付いてしまっているため、緊急時やぼんやりしている場合には、古い手順の方が思い出されて間違ってしまう場合があります。

6) 認知力、判断力は疲労と共に低下する

このことは、敢えて解説するまでもないでしょう。認知力、判断力だけでなく、あらゆる能力は疲労と共に低下してしまいます。

(3) ハインリッヒの法則

先に述べたとおり、事故が起こる可能性は必ず存在するものだということを前提とした上で、その発生を防ぐため、私たちは最大限の努力をしなければなりません。そのためには、事故発生の構造を把握しておく必要があります。

この事故発生の構造を示す考え方として、アメリカ合衆国のハインリッヒ (Herbert Wilhelm Heinrich) が 1931 年に提唱した「ハインリッヒの法則」があります。「ハインリッヒの法則」では、1 件の重大な事故の裏には、29 件の軽微な事故と 300 件のニアミスがあるということを示しています。

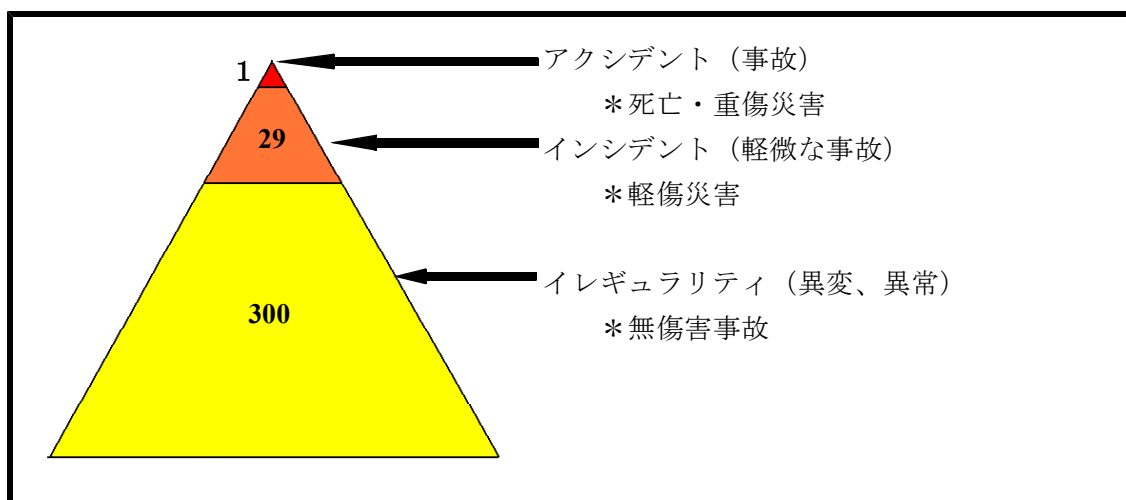


図 2 : ハインリッヒの法則

(4) ヒヤリ・ハットの意義

図2に示す1件の重大な事故の裏に29件の軽微な事故があるとするれば、29件の軽微な事故を早い段階で把握・分析し、適切な安全対策をすることによって1件の重大な事故の発生を未然に防ぐことができるはず。同様に300件の無傷害事故を早い段階で把握・分析し、適切な安全対策をすることができれば、1件の重大な事故及び29件の軽微な事故の発生を未然に防ぐことができるでしょう。

このように、ヒヤリ・ハットの意義は、無傷害事故や軽微な事故を的確に把握・分析し適切な安全対策をすることによって、“人間である以上「起こって当然」の事故”を、可能な限り防ごうとすることにあるのです。

(5) 本県におけるヒヤリ・ハットの意義

以上が一般的なヒヤリ・ハットの意義ですが、島根県の盲・ろう・養護学校における「ヒヤリ・ハット」には、先に示した県としての定義にしたがって、さらに“事故発生以前のまだ気付かれていない危険因子”への気付きを加えて考えます。日々の活動の中に潜んでいる危険要素を一つ一つ明らかにしていくことで、事故の発生そのものをなくしていこうとするところに、本県が定義する「ヒヤリ・ハット」の意義があります。

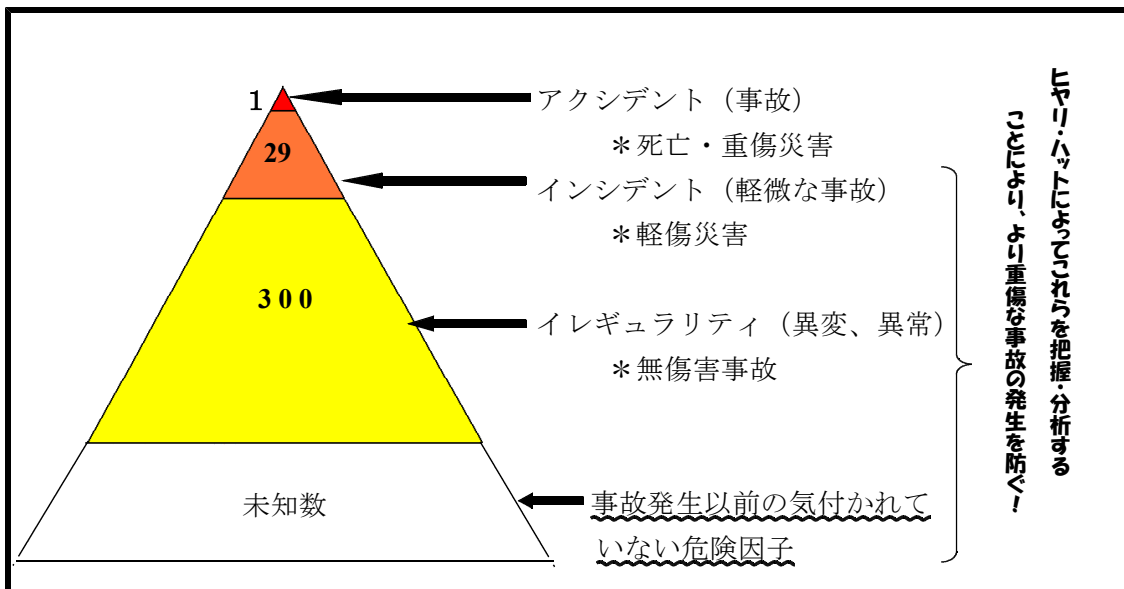


図3： 本県が定義するヒヤリ・ハットの範囲

(6) ヒヤリ・ハットを阻害する考え方

以上のような理念の周知を図り、ヒヤリ・ハットを機能させていくためには、ヒヤリ・ハットに係る研修の実施が必要不可欠であることは言うまでもありませんが、ヒヤリ・ハットへの意識を高めていく上で、次のような考え方があることを危惧しています。

それは、『ヒヤリ・ハットは危機管理意識・体制の不備を表すものである』という考え方です。

こうした考え方は、「ヒヤリ・ハット事例」が仮に起こったとしても、それを公にすることを阻害してしまいます。一度起こったヒヤリ・ハット事例は、その原因を分析し、何らかの対策を講じなければ、再び起こる可能性は極めて高いと言わざるを得ません。同じ人が二度起こさないとしても、誰かがまた起こしてしまいます。したがって、一度起こったヒヤリ・ハット事例を関係者間で共有することは、とても重要なことなのです。

また、事前に「想定される問題事象」として、全ての危険因子を洗い出すことは、まず不可能であるといってもよいでしょう。したがって、実際に動き出してから気付く危険因子は必ずあるはずであり、実施後「ヒヤリ・ハット事例」が一件も出てこないということは、危機管理意識が弱いと言わざるを得ません。「事前の危険把握がしっかり出来ているので、うちはヒヤリ・ハット事例がない」というように、ヒヤリ・ハット事例が無いことを良しとする考え方は、非常に多くの危険性をはらんでいると言えます。すなわち「ヒヤリ・ハット」は、関係者の危機管理意識の高さを証明するものであり、決して学校の危機管理体制の不十分さを示すものではありません。

このようにヒヤリ・ハットは、実際には『危機管理体制の不備を表すものである』という考え方の全く対極にあるものであり、より安全な医療的ケアの実施体制を確立していくための極めて重要な資料なのです。

3. ヒヤリ・ハットの記録に向けて

(1) 対象とするヒヤリ・ハット事象の範囲

次に、医療的ケアに係るヒヤリ・ハット事象のみを記録するのか、従来、学校保健委員会で取り扱っているような内容も含めて取り組むのかという問題があります。

この『「ヒヤリ・ハット」活用の手引き』は、「はじめに」で述べたように、平成15・16年度の2年間にわたって取り組んできた「島根県の特殊教育諸学校における医療的ケアに関する事業運営協議会」によってまとめた「島根県医療的ケア実施体制ガイドライン」がベースとなっています。そして、同ガイドラインで十分に示すことができていない状況とその重要性から、このたび「ヒヤリ・ハット事例の活用」について、新たに本手引きを作成しました。したがって経緯から考えると、医療的ケアに係る内容に限定する方が自然かもしれません。

しかし、そもそも今までの医療的ケアに係る一連の取り組みは「医療的ケアを必要とする児童生徒が安全に安心して教育を受けることができる環境を保障し、その可能性を最大限に伸ばしていく」ことを目的としています。この目的に照らし合わせたとき、医療的ケアに係る内容のみを対象とすることで、本当に安全に安心して教育を受けることができる環境を保障できるのかという問題があります。また、現在、医療的ケアを必要としない児童生徒については、安全に安心して教育を受けることができる環境が本当に十分に保

障されているのかという問題もあります。「ヒヤリ・ハット」の考え方は、まだ教育の分野には十分に普及しておらず、現在の危機管理体制は決して十分であるとはいえない状況だと考えています。

また、ヒヤリ・ハット事象に気付いた場合、それが医療的ケアに係る内容かどうかを考え、記録するかどうかを取捨選択するという労力が学校教育の向上にプラスになるのかどうかということを考える必要があります。

こうした状況から考えると、医療的ケアを必要とする児童生徒の教育を保障するためには、医療的ケアのみの危機管理体制では不十分であり、医療的ケアに係って導入されることとなった「ヒヤリ・ハット」を学校全体の危機管理体制の向上に繋げていくことが大切であると考えます。したがって、対象とするヒヤリ・ハット事象の範囲は、医療的ケアに係る内容に限定することなく、広く学校における教育環境・教育活動全般を対象とすることとします。

対象とするヒヤリ・ハット事象は、医療的ケアに係る内容のみではなく、学校における教育環境・教育活動の全般を対象とする内容のものです。

(2) まずは意識を高める研修

このようにヒヤリ・ハットは、医療的ケアを安全に実施していく上で、ひいては盲・ろう・養護学校における全ての教育活動を安全に実施していく上で、無くてはならないものなのです。しかし、いくら様式を整えたり体制を整備したりしても、「危険に気付く意識」が希薄であれば、ヒヤリ・ハット事例が記録されることは困難です。

危機管理には、ある程度の知識が必要不可欠と考えますが、その知識以上に重要なことは、各場面で「こうした条件下では見落としがち」、「もし〇〇だったら◇◇かもしれない」等と考えることによる危険への気付き、すなわち危険予測に係る「想像力」です。

したがって、まずは校内の医療的ケア推進委員会等や学校保健委員会を核として校内研修を実施し、「ヒヤリ・ハット」の理念の周知を図って一人一人が「ヒヤリ・ハット」を前向きにとらえることができるようにしていくことが重要です。

また、意識は、考える機会の頻度に比例して高まっていくと思われることから、単発の校内研修だけでなく、日々の放課後に一日の教育活動を振り返って、危険な状況がなかったかを確認する時間を設ける等の工夫をしていくことが望まれます。

なお、ヒヤリ・ハットの周知等に当たっては、本冊子の参考資料として、概要をまとめたプレゼンテーション資料を掲載していますので、校内研修等の際に御活用ください。

(3) 危険を察知するためのポイント

私たちが、ヒヤリ・ハット事象の記録をとっていくための大前提として、危険だと感じるためのポイントを把握しておく必要があります。危険を感じる要素には、大きく分けて1) 環境、2) ケアに当たる人、3) ケアを受ける人、4) 管理体制の四つがあると思われます。それぞれの要素についての視点は次のとおりです。

1) 環境についての視点

①医療機器、教材教具等の状態

- ・正しく作動するか。故障や破損が心配される状態はないか。
- ・利用しやすい構造になっているか。
- ・万が一故障した場合の予備はあるか。

②場所の状態

- ・緊急時に速やかな対応ができる場に位置しているか。
- ・突起物等はないか。倒れやすい物の配置はしていないか。
- ・整理整頓がなされているか。快適な環境づくりはなされているか。

③表示の状態

- ・手順等の表示がなされているか。
- ・表示は、分かりやすい状態か。誤解を招くような恐れはないか。

2) ケアや指導に当たる人についての視点

- ・事前に必要な知識や技能は十分な状態にあるか。
- ・無理な対応をしていないか。(当該児童生徒のフローアから車椅子への移動の際に一人で抱える、業務の集中による加重負担など)
- ・自身の健康状態はどうか。衛生管理状態はどうか。
- ・対応が形骸化していないか。

3) ケアや指導を受ける本人の理解等についての視点

- ・当該児童生徒の認知力等を十分把握した上での対応をしているか。(車椅子での移動が可能であり、危険に対する判断が十分ではない生徒が2階の階段近くで一人になる可能性があるなど)
- ・当該児童生徒自身の誤った対応は起こらないか。(鼻腔留置の管を自分で引き抜いてしまう可能性があるなど)

4) 管理体制についての視点

- ・万が一の事態が発生した場合の緊急対応マニュアルは作成されているか。
- ・何らかの異状があった場合の連絡体制は整っているか。
- ・定期的な点検、見直し等を行うことになっているか。
- ・危機管理に係る研修の実施等、教職員の危機管理意識を高める取り組みがなされているか。
- ・複数の人によるチェック体制は、整っているか。
- ・関係者間の意思疎通が図られているか。

以上の視点は、危険要素の全てを網羅している訳ではなく、例を示したに過ぎません。まずは、危険察知のための視点は何かを一人一人が意識することが大切です。また、一人一人の意識を高めていくためには、互いに刺激し合い、助け合うことができる集団の力が必要不可欠です。

一人一人が危険な事象に気付き記録していくことが、「ヒヤリ・ハット」活用の第一歩であり、その基盤となるものが“ためらうことなく伝え合うことができる職場づくり”であることを忘れてはなりません。

第2章

ヒヤリ・ハット事例を記録しよう

1. ヒヤリ・ハットの様式

「ヒヤリ・ハット」に係る理解啓発を図ることができたら、いよいよヒヤリ・ハット事例を記録しましょう。「ヒヤリ・ハット」事例の記録様式については、平成17年3月に発行した「島根県医療的ケア実施体制ガイドライン」の中にも参考資料として一例を挙げていますが、記述すべき内容が多く、まだ「ヒヤリ・ハット」自体が普及していない段階では、記入にあたってかなりの負担感を与えるものと思われます。

そこで、このたび新たに他県での取り組み例を参考として以下のような記録様式を作成しました。各欄の設定意図等は、次のとおりです。

表1： ヒヤリ・ハット事例の記録様式

整理番号 _____				
ヒヤリ・ハット記録用紙				
日付	記入者	ヒヤリハットの状況	対応・処置	原因考察と防止策
平成 年 月 日				

①日付

ヒヤリ・ハット事例を記載した後、長期にわたって分析・改善策の検討がなされず放置された状態になることが無いよう、取り組みの目安になると考えています。

②記入者氏名

先にも述べたとおり「ヒヤリ・ハット」は、関係者の危機管理意識の高さを証明するものであり、決して学校の危機管理体制の不十分さを示すものではありません。ましてや、氏名を明記することによって個人の責任が追及されることは決してありません。

ヒヤリ・ハット事象の経験者または新たな危険要素への気づきがあった者は、「ヒヤリ・ハットの状況」や「対応・処置」について、その要点を記入しますが、その事象の原因を分析したり予防策を立てたりする際に、更に詳しい状況が必要となったり、重要だと思っているポイントが人によって違っていたりすることがあります。

こうした場合、記入者氏名が記述されていることで、必要に応じて不足している情報を後から入手することができます。

③ヒヤリ・ハットの状況

ヒヤリ・ハット事象が起こった際には、その具体的な状況や周囲の状況の要点を記し、新たな危険要素に気付いた際には、その具体的な状況を記入します。時間帯や場所が重要な要素になる場合もあります。対象となるヒヤリ・ハット事象について重要だと思われる情報が何かを考慮して記入することが大切です。

④対応・処置

ヒヤリ・ハット事象が起こった際には、その事象に対してどのような対応・処置を行ったかを記し、新たな危険要素に気付いた場合には、その危険要素に対してどのような対応・処置を行ったのかを記入します。

⑤原因考察と防止策

ヒヤリ・ハット事象や新たな危険要素が、どのような理由で発生したのか、また、どのような理由で発生する可能性があるのかということについて可能な範囲で記述します。また、それを受けて必要な防止策について思いつくことがあれば記入します。

いずれも可能な範囲で結構です。記入が困難であれば空欄のままでも構いません。その場合、後日速やかに検討会等の場において協議し、分析を行いましょう。

2. ヒヤリ・ハットの記録方法

(1) 記録の方法

ヒヤリ・ハット事象の記録方法については、各校の実情に応じて記録しやすい方法を選択してもらって構いません。要は記入しやすく、危険要素への“気付き”を促進できる方法を工夫して取り組んでいくことが大切なのです。

以下に、ヒヤリ・ハットの記録方法の一例を挙げておきます。

－ ヒヤリ・ハットの記録方法の例 －

1) 表1に示す記録用紙を何枚か束にしてファイルリングで留め、職員室、各教室等に掛けておく。



2) ヒヤリ・ハット事象を経験した人、危険因子への新たな気付きがあった人がファイルリングから用紙をとり、必要事項を記入する。

* 放課後に各学級で振り返りの時間を設けることができれば、意識する時間ができ記録の機会が増えると思われます。



3) 記入したヒヤリ・ハット事象について、学級内等、特に関係が深いと思われる関係者間で共通理解を図っておく。



4) 記録した用紙を保健室内に設置している「ヒヤリ・ハット事例収集箱」に入れる。
* この時、養護教諭や保健主事等に簡単な状況説明を行うことが理想です。



5) 内容に応じて校内の「医療的ケア推進委員会」または、「学校保健委員会」で報告・検討を行う。

* 委員会は、定期開催日を決めておいた上で、緊急性のある内容であれば臨時に開催するという方法が望ましい。

(2) 記録の例

次に「ヒヤリ・ハット事例」の記入例を、以下に示します。

表2： ヒヤリ・ハット事例の記入例1

ヒヤリ・ハット記録用紙				
日付	記入者	ヒヤリ・ハットの状況	対応・処置	原因考察と防止策
平成 17年 7月 11日	山 陰 花 子	導尿時間直前に本人のカバンを開けたところ、カテーテルのサイズが術後本人が使用しているサイズと違うカテーテルであることに気付いた。	導尿をせず保護者に連絡し、本来使用しているサイズのカテーテルを持ってきてもらった。	自宅に予備が無く、その日の必要数を持参していた。登校後、すぐに保健室でダブルチェックを行うようにする。また、保護者に予備を依頼し、あらかじめ学校に保管しておくようにする。

表2の記入例1に示す事例の場合、手術を行ったため術前とはサイズの異なるカテーテルを使うことになっていました。このように、従来と比べ使用する道具や手順等に変更が生じた場合には、特に注意が必要です。記入者が気付かず実施した場合、出血を来す事故に繋がっていたことが予想されます。

また、仮に「…カバンを開けたところカテーテルが入っていなかった」という場合、既に想定してあらかじめ学校に予備のカテーテルを保管していた場合には、ヒヤリ・ハットになりませんが、学校に予備のカテーテルを保管していない場合にはヒヤリ・ハットになります。

表3： ヒヤリ・ハット事例の記入例2

ヒヤリ・ハット記録用紙				
日付	記入者	ヒヤリ・ハットの状況	対応・処置	原因考察と防止策
平成 17年 6月 3日	島 根 太 郎	教室移動の際、渡り廊下を走っていた生徒が別棟廊下に入った途端に転倒した。当日は雨が降っていて渡り廊下が少し濡れていた。	頭等を打った様子はなく、生徒にけがはなかったのでそのまま特別教室に移動させた。別棟入り口の廊下が濡れていたため雑巾で拭いた。	別棟の廊下は濡れると滑りやすくなる構造。渡り廊下から各棟への入口に足ふきマットを置く。児童生徒には廊下を走らないように指導し、注意を促す。

表3の記入例2に示す事例の場合、幸いにもけがはありませんでしたが、打ち所が悪ければ受診を必要とする事故に繋がっていたことが予想されます。「けががなくて良かった」で済まらず、同様の転倒が起きないように対策を講じることが大切です。

また、実際に転倒が起きていない場合にも、廊下が濡れて滑りやすくなっている状況があれば、ヒヤリ・ハットと捉え、転倒事故の未然防止策を講じる意識が大切です。

表4： ヒヤリ・ハット事例の記入例3

ヒヤリ・ハット記録用紙				
日付	記入者	ヒヤリ・ハットの状況	対応・処置	原因考察と防止策
平成17年9月16日	特別太郎	夜間、自宅にて呼吸困難になり救急車で搬送し入院した。	保護者から状況について説明を受けた。	原因、メカニズムは不明。在校中に発生することも想定して対応をマニュアル化する。

表4の記入例3に示す事例の場合、学校外で起きた出来事であるため、一見ヒヤリ・ハットとは無関係の出来事であると思われます。しかし、今回はたまたま家庭で起きた状態であり、同様の事態が校内で起こることは十分に考えられます。本事例のように、「もし学校で起こったら」と想像することで、あらかじめ“大事に至らせないための緊急対応マニュアル”を作成することができます。

このように、学校外での出来事についても、同様の事態が校内で発生することが十分に考えられ、何らかの対策を取らなければ事故に繋がるということが予想される状況であれば、ヒヤリ・ハットと捉えて、未然の防止策を講じる姿勢が大切です。

表5： ヒヤリ・ハット事例の記入例4

ヒヤリ・ハット記録用紙				
日付	記入者	ヒヤリ・ハットの状況	対応・処置	原因考察と防止策
平成17年11月24日	島根花子	給食時、〇〇さんに摂食指導(きざみ食)を行っているが、むせることが多い。	食事の際の姿勢保持や一度に口に含む量を調整しているが、その後もむせることはある。	そしゃく・嚥下機能が低下しているのかもしれない。主治医等と相談し機能を再度把握することにより食形態を検討する。

表5の記入例4に示す事例の生徒の場合、「むせる」ことは珍しくないようです。「むせる」こと自体は、誤嚥防止機能が働いていることを意味しますが、食べた物が食道ではなく気管の側に入り込もうとする状況が頻回に起きていることを意味しており、楽しいはずの食事の時間が苦しい時間になってしまうだけでなく、誤嚥による肺炎等に繋がる可能性があります。また、そしゃく・嚥下機能が低下している場合、むせることなく誤嚥を繰り返している場合（Silent aspiration サイレント・アスピレーション）もあります。

このように、日常的に見られることであっても、実は非常に危険な状況が起こっている場合もあります。このような危険に気付くためには、専門的知識や専門家との連携等が必要であり、ヒヤリ・ハットは意識だけの問題ではないということが感じられます。

第3章

事例をもとに危機管理体制を高めよう

1. ヒヤリ・ハットの分析

(1) 分析の意義

ヒヤリ・ハット事象を記録することで、記録者のその事象に対する危機管理意識は、随分高まることが期待されます。また、記録されたヒヤリ・ハット事例の共通理解を図ることで、関係者の危機管理意識も高まるでしょう。しかし、先にも述べたとおり本来人間は、その特性からミスを行ってしまう生き物であるため、意識を高めるだけでは、事故の発生リスクを拭い去ることはできません。事故発生リスクを可能な限り無くしていくためには、人間の特性を前提としたヒヤリ・ハット事例の分析を行い「意識」だけではなく、環境の改善、システムの改善、使用機器の改善等の具体的・物理的な次の一手を客観的に考え出すことが大切です。

(2) HawkinsのSHELモデル

第1章に示した人間の特性は、本来人間がもっているものですが、この特性を理解した上でシステムや物理的環境を整えていくことによって、ミスの発生可能性を軽減していくことは可能です。すなわち、ミスは、人的要素と他の要素が絡み合うことによって発生するのです。このことを表す図に、1972年にイギリスの学者であるエドワードが原型を提案し、1975年にKLMオランダ航空の機長であったホーキンスが改良を加えて完成させた「HawkinsのSHELモデル」があります。

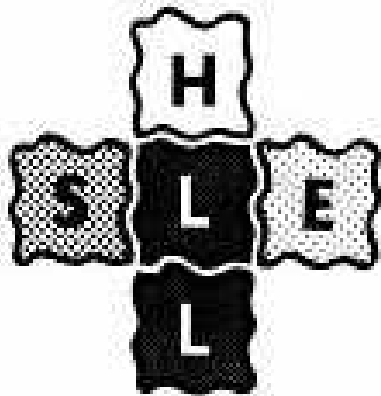


図4 HawkinsのSHELモデル

図4の中央にある「L」は、Liveware のことであり事故に関わった当事者を表します。同様に各アルファベットが表す意味は次のとおりです。

「S」 Software =ソフトウェア

*マニュアル、規定などシステムの運用に関する形にならないもの（職場の慣習、説明書等）

「H」 Hardware =ハードウェア

*医療機器、器具、設備、施設の構造等

「E」 Environment =環境

*物理的環境（照明、騒音、空調）だけではなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境

「L」 Liveware =当事者以外の人々 ※下の「L」

*事故に関わった他のスタッフや関係者(当事者以外の人々も実は当事者であるという考え方)

各アルファベットを囲う凹凸の枠は、各要素の諸特性を表しており、言うなれば一律でない不完全さを表しています。図4は、ミス（ヒューマンエラー）は、中心にある当事者がもつ要素（凹凸）とこれを取り囲む各要素（凹凸）が合致せず、隙間が空いたところに発生するというメカニズムを説明しています。

(3) 分析の視点

図4の「Hawkins の SHEL モデル」が示すとおり、ヒヤリ・ハットは、人その他の要素の相互作用によって引き起こされるものです。したがって、危機管理体制の改善には、当事者のみに解決の糸口を求めるのではなく、他の要素との関係上にあるものは何なのかという視点で、ヒヤリ・ハット事例を分析する必要があります。

ヒヤリハット事例の分析の際には、「Hawkins の SHEL モデル」が参考になりますが、さらに、このモデルを医療機関における事故発生のメカニズムとして改良された図として東京電力技術開発本部技術開発研究所の河野龍太郎氏が示した「P-mSHELL モデル」(図5)があります。

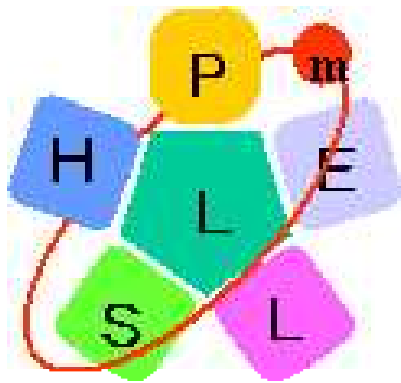


図5 P-mSHELLモデル

「L」 Liveware =当事者 ※中央の「L」

「S」 Software =ソフトウェア

*マニュアル、規定などシステムの運用に関わる形にならないもの(職場の慣習、説明書等)

「H」 Hardware =ハードウェア

*医療機器、器具、設備、施設の構造等

「E」 Environment =環境

*物理的環境(照明、騒音、空調)だけではなく、仕事や行動に影響を与える全ての環境

「L」 Liveware =当事者以外の人々

*事故に関わった他のスタッフや関係者(当事者以外の人々も実は、当事者であるという考え方)

以上は「Hawkins の SHEL モデル」と同様の意味を表しますが、新に「P」 Patient =患者自身に係る要素を加え、各要素を「m」 management =マネージメント(管理)する体制が重要であり、事故発生に大きく関わっていることが示されています。

盲・ろう養護学校におけるヒヤリ・ハット事例の分析にあたっては、図5の「P-mSHELLモデル」をもとに、「P」=患者を「S」 student =児童生徒と捉えたいと、各関係を探っていくことが有効であると考えます。なお、事故は、一つの単純なエラーや問題点から発生するのではなく、複数の要素が二重三重に重なり合い、次々と連鎖した最終的結果として発生すると言われていています。

(4) 分析の方法

ヒヤリ・ハット事例の分析は、まずは各事例毎に行う必要があると考えています。また、一事例の分析では分からなかった事故の発生要素が、複数の事例を比較検討することで見えてくる場合があります。したがって、分析は各事例毎の分析を基本とし、複数の事例の相関関係から再度分析を行うことが大切でしょう。

1) 一事例の分析

一つのヒヤリ・ハット事象が記録された場合、まずは最も関係のある関係者間で共通理解を図り、危険を回避するための速やかな対処を行うことが大切です。また、後日、「ヒ

ヤリ・ハット事例分析表（例）」等を用いて更に深い分析を行い、定期的で開催する校内委員会において、その後の対応の評価を行うことが大切です。一つ一つの事例の分析にあたっては、次の3つの視点に留意して行いましょう。

- ①「ヒヤリ・ハット事例分析表(例)」に示す管理体制面、施設設備面、表示や慣習面、活動環境面、人的要因面、児童生徒の理解力等の各視点で、因果関係と具体的対応策を検討する。
- ②即対応できることは何かを把握する（把握したら即実行）。また、その事象の問題の根っこがどこにあるのかを把握する。
*「即対応できること」＝「問題の根っこ」なのかどうかを見極める。
- ③解決策を関係者の意識改革や意識向上のみに求めない。意識の向上を求める場合には、意識を向上させるためのシステムの改善や表示等の物理的対応が行われることが必要。

2) 分析対象事例の選別

校内関係者間にヒヤリ・ハットの意識が浸透してくると、記録されるヒヤリ・ハット事例はどんどん増えてくるでしょう。記録者は記録する事例について、最も関係のある関係者間で共通理解を図り、上記①②③の視点で速やかな対応を行います。その後のより深い分析については、全ての事例について行うことが困難になってくるのが予想されます。

こうした場合、更に深い分析を行う対象事例を選別する必要が生じてくると思われます。分析対象事例の選別にあたっては、図6に示す3つの視点に留意して行い、問題の把握や対応が不十分だと思われる事例について、より深い分析を行いましょう。

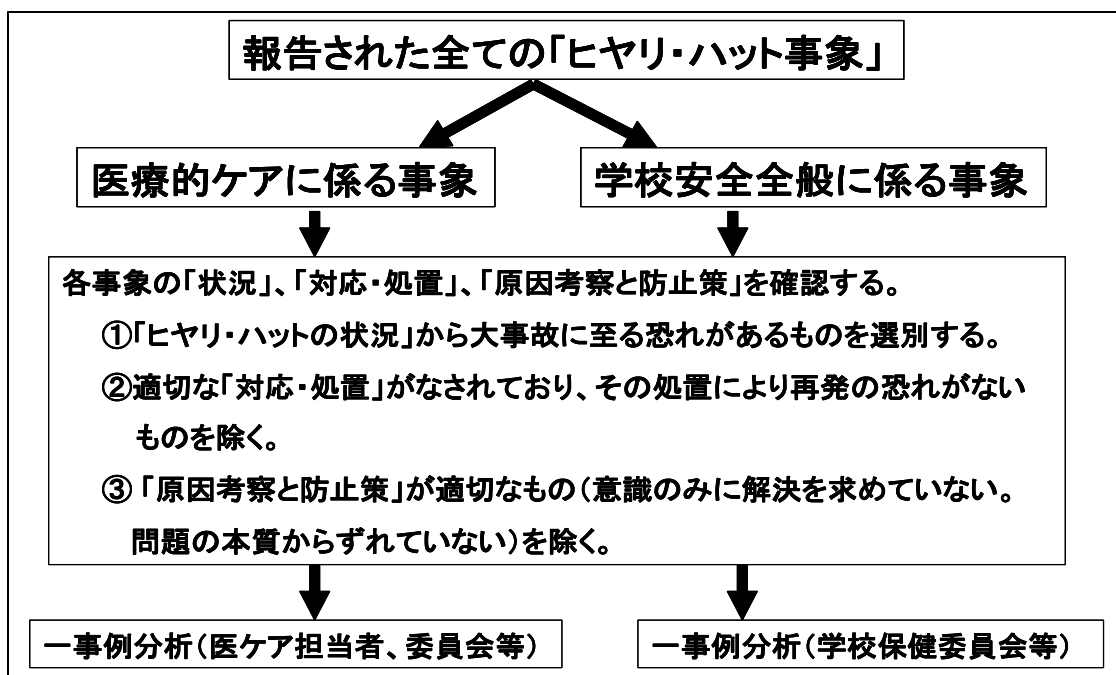


図6 分析対象事例の選別

3) 他職種の専門家を交えた分析

病院や一部の企業には、リスクマネージャーといういわばヒヤリ・ハット事例分析の専門家があり、リスクマネージャーを中心とした危機管理がなされています。

学校現場においては、養護教諭や保健主事等を中心とし、「医療的ケア推進委員会」または、「学校保健委員会」の場において検討します。なお「学校安全全般に係る事象」については、その内容に応じて生徒指導部や総務部等の参画が必要となるでしょう。

図5に示す「P-mSHELLモデル」を参考とすることで、ある程度の分析は学校関係者のみでも可能であると思われませんが、医師等の参画によって、更に深い分析が可能になると考えられます。

4) 複数事例の整理と分析

医療機関や製造、建設・建築業界等においては、一事例の分析を基本としつつ、複数の似かよった事例の共通点から構造上等の問題点を明らかにしていくことを重視しています。本県の盲・ろう・養護学校においても、多くのヒヤリ・ハット事例が記録されるようになれば、複数事例の分析が必要となりますが、まずは、一つ一つの事例を的確に分析し、適切に対処していくことが大切です。

複数事例の分類については、まず、「医療的ケアに係る事象」とその他の「学校安全全般に係る事象」に分けることができますが、それ以降の分類の仕方は、決して一様ではありません。医療機関においては、まず手順のある事象とその他の突発的な事象に大別されますが、その他にも「活動内容」や「時間帯」、「場所」、「児童生徒の実態」等、分析の視点に合わせて分類方法を工夫しましょう。また、複数の角度からの分類・分析を試みることによって危険への新たな気づきが得られることがあります。

また、本県の盲・ろう・養護学校におけるヒヤリ・ハット事例では、“実際には起こっていない危険な状態への新たな気づき”を含んでいます。「実際に起こった事象」と「想像の段階である事象」を区別することなく複数事例の分析を行った場合、場合によっては分析結果に狂いが生じることも考えられるため、注意する必要があります。

2. 具体的対応策の立案

当然のことながら、ヒヤリ・ハット事例は、その分析により具体的対応策が編み出されなければ意味がありません。エラーを防止するための基本的考え方は、次の4つの段階に分解することができます。

(1) 具体的対応策の種類

1) 危険を伴う活動自体を減らす。

活動の必要性を無視して考えれば危ないことは全くしない、取りやめるという方法もあります。しかし、もともと必要な活動だから実施してきたのであって、そう簡単にはいかないことが殆どではないかと思われれます。ならばその活動・行為自体の実施回数を減らすことはできないかを考えます。

2) 各活動においてエラー発生の確率を低減する。

エラー発生の確率を低減するためには、まず「エラーを誘発しにくい環境にする」ことが大切です。具体例としては、スイッチの色分けや手順の分かりやすい表示（重要ポイントの強調等）、取っ手をつけて持ちやすくし身体的負担を軽減すること、滑り

やすい場所にマットを敷くこと、整理整頓等があります。

また、エラー発生の可能性を予測する能力を身に付ける対策も重要です。具体的には「想定される問題事象」の作成、研修の実施等があります。また、チェックリストの作成やメモを取る習慣を身に付ける等、記憶に頼らない方法を積極的に取り入れること、連絡帳や活動記録、直接的な情報交換等による情報の共有体制の確立、安全の立場から分からないことは分からないといえる職場の雰囲気づくり等も重要です。

3) 多重のエラー防護壁を設ける。

①想定される問題事象を作成する。②チェックリストを作成し、それをもとにチェックをする。③一人ではなく複数の関係者によるチェックを行う（同時に複数で行う方法、一人がチェックした後、もう一人が同じチェックをする方法）等がこれにあたります。

4) それでも発生することを前提として、被害を最小限にする策を備える。

転落をしないための方策を立てたうえで、それでも転落してしまう場合に備え、安全ネットを張ったり、転んでも怪我をしないようにラバークッションを張る等がこれにあたります。また、緊急時対応マニュアルの作成や万が一の場合により早く救急車に乗り込むことができるよう教室配置を考える等もこれにあたります。

なお、本県の盲・ろう・養護学校においては、教員定数の活用による看護師配置が可能となりましたが、「看護師がいるから何かあっても大丈夫」という意識的な誤解が一部にあるようです。当然のことながら看護師配置は、「4）」にはあたりませんので、「看護師がいるから何かあっても大丈夫」ではなく、まずは「何かを起こさないための具体的方策」を立てようとする一人一人の意識と努力が必要です。以上の4段階を参考に、二重三重の具体的な発生防止策を立てましょう。

(2) 分析及び対応策の立案例

次に「ヒヤリ・ハット事例」の分析例を、以下に示します。

次頁の表6の分析例1に示す事例は、P11の「表2 ヒヤリ・ハット事例の記入例1」に示した事例を分析表に基づいて分析したものです。表中の具体的対応策として**太斜字体**で記入している部分については、分析によって新たに加わった対応策を示しています。

分析前は、「登校後、すぐに保健室でダブルチェックを行うようにする」「保護者に予備を依頼し、あらかじめ学校に保管しておくようにする」という二つの対応策を講じていましたが、分析によって、まず「導尿管カテーテルに限らず登校後のチェックと予備の保管を行うようにしよう」という一事例への対応に止まらない視点が加わりました。

ソフトウェアについての視点では、このたびは看護師による気づきがあったことにより事故を未然に防ぐことができましたが、“もし看護師が見過ごしてしまったら…”という観点から、気づきを促すための表示やチェック表の必要性が確認されました。

また、保護者に対して「術前のサイズのカテーテルを別の場所に移すこと」等を依頼するという対応策が加わりました。このことは、家庭内における導尿の際に同様の取り違えが発生することを防ぐことにも繋がるでしょう。ただし、保護者等の関係者に対応策を依頼する場合には、良好な関係を維持できるよう十分な配慮が必要です。

表6： ヒヤリハット事例の分析（一事例分析）例1

ヒヤリ・ハット事例分析表		
整理番号 23 平成17年 7月14日(金)		
◆対象となるヒヤリ・ハット事例： 導尿時間直前に本人のカバンを開けたところ、カテーテルのサイズが術後本人が使用しているサイズと違うカテーテルであることに気付いた。導尿をせず保護者に連絡し、本来使用しているサイズのカテーテルを持ってきてもらった。		
検討項目	現状及び原因分析	具体的対応策
m=マネジメント (管理体制)	・想定される問題事象を作成することになっている。 ・登校時に、学校でケア時に使用する必要な物の確認をすることになっていなかったため、導尿の直前に気付く。	・登校後、すぐに保健室でチェックを行うようにする。 ・導尿用カテーテルに限らず、家庭からケアに使用する器具等を持参する児童生徒については、登校後チェックを行うようにする。
H=ハードウェア (器具、設備、構造等)	・手術により、術前と術後で導尿時に使用するカテーテルのサイズが変わった。	
S=ソフトウェア (手順書、表示、慣習等)	・看護師は、カテーテルのサイズが変更になったことは、連絡により把握しているが、特に表示等はしていない。	・登校時のチェックについて、チェック表への記入またはチェック項目の明確な表示をしておき、サイズを確認する意識を喚起する。 ・また導尿時も同様のチェックができるようにしておく。
E=環境 (活動環境)	・予備のカテーテルは、学校に置いていない。	・保護者に予備を依頼し、あらかじめ学校に保管しておくようにする。 ・導尿用カテーテルに限らず、家庭からケアに使用する器具等を持参する児童生徒については、学校で予備を保管する。
L=人 (本人及び関係者)	・保護者が、カテーテルのサイズを間違えて術前のサイズのカテーテルをカバンに入れてしまった。 ・導尿は看護師が対応することとなっているが、複数によるチェックは行っていない。	・保護者に、術前のカテーテルを別の場所に移すこと等を依頼する。 ・登校時、保健室では複数の者によるダブルチェックを行う。
S=児童生徒 (当該児童生徒)	・対象生徒自身がカテーテルのサイズを確認することは困難である。	

表7： ヒヤリハット事例の分析（一事例分析）例2

ヒヤリ・ハット事例分析表		
整理番号 18 平成17年 7月14日(金)		
◆対象となるヒヤリ・ハット事例： 教室移動の際、渡り廊下を走っていた生徒が別棟廊下に入った途端に転倒した。当日は雨が降っていて渡り廊下が少し濡れていた。頭等を打った様子はなく、生徒にけがはなかったのでそのまま特別教室に移動させた。別棟入り口の廊下が濡れていたのを雑巾で拭いた。		
検討項目	現状及び原因分析	具体的対応策
m=マネジメント (管理体制)	・学期毎に安全点検を行っているが、把握できていなかった。	・安全点検の視点の見直しを行う。
H=ハードウェア (器具、設備、構造等)	・雨が降ると渡り廊下が濡れてしまう。 ・濡れると廊下は滑りやすくなる構造になっている。	・入口（入ってすぐのところ）にパイプ椅子を置き、渡り廊下からその生走走って入れないようにする。
S=ソフトウェア (手順書、表示、慣習等)	・表示等は特に設けていない。 ・廊下を走らないようにという指導は日常的に行っている。	・渡り廊下から各棟への入口付近または入口に置いたパイプ椅子に注意を促す張り紙をする。
E=環境 (活動環境)	・渡り廊下から別棟の入口付近は薄暗く、濡れているかどうかは分かりにくい。 ・足ふきマット等が無く、渡り廊下で靴の裏を濡らしたまま別棟の廊下を歩くことになる。	・渡り廊下から各棟への入口に足ふきマットを置く。
L=人 (本人及び関係者)	・近くにはいたが、廊下を走っている生徒を制止できなかった。	・「走るな」というだけでなく、なぜ走ってはいけないかを日常的に伝えていく。
S=児童生徒 (当該児童生徒)	・渡り廊下を走っていた。	・濡れると滑りやすくなることを伝え、児童生徒に廊下を走らないよう注意を促す。

表7の分析例2に示す事例は、P11の「表3 ヒヤリ・ハット事例の記入例2」に示した事例を分析表に基づいて分析したものです。

分析前は、「足ふきマットを置く」「児童生徒に廊下を走らないように注意を促す」という二つの対応策を講じていましたが、分析によって、まず今まで学期毎に行ってきた安全点検でなぜ把握できなかったのかという観点から、安全点検の視点の見直しを行う必要

性が確認されました。

また、“足ふきマットを設置すれば児童生徒に活用されるのか？”、“今までも指導は行ってきたが廊下を走る生徒は多い”等の観点から、「表示による注意喚起」や「指導方法の再考」、「パイプ椅子を置くことによって、走ったまま直進できない必然性のある環境作り」という対応策が新たに加わりました。

3. ヒヤリ・ハットの活用方法

(1) 活用の流れ

ヒヤリ・ハット事象の記録から検討委員会に至るまでの流れの例は、P 10 に示していますが、検討後の対応については、以下のようになります。

1) 検討結果をまとめる。

参考資料として掲載している様式例を参考に記入したものをもととし、基本的には、ヒヤリ・ハット記録用紙の「原因考察と防止策」の欄に付け加える形で記入します。

2) 検討結果に基づく改善策を実行する。

具体的改善策が明確になったら、できるところから速やかに対応しましょう。

3) 2) と同時に検討結果を公表する。

内容にもよりますが、校内全体での共通理解を図ることが基本です。方法としては職員朝礼での報告、職員会議での報告、各学部毎の報告、保健室前等の掲示板への掲示、おたより形式での配布等が考えられるでしょう。

また、関係する保護者等に、検討結果と今後の対応を伝達することも大切です。

4) 後日、改善策による対応の評価を行う。

改善策が適切であったかどうかを、見直す機会をもつことが大切です。定期的開催する「医療的ケア推進委員会」または、「学校保健委員会」が、評価の場となるでしょう。

チェック項目等を作成した場合には、そのチェック項目が完全なものであるとの認識ではなく、他に必要なチェック項目はないのか等、作成してなおその項目自体を見直そうとする意識が大切です。人間は、改善策を立てた時点から、そのとおりに実行することに意識が移行しがちです。改善策の立案と共に、危険を察知しようとする意識が風化することのないよう、常に改善策を評価する姿勢をもちましょう。

(2) 活用方法の工夫

ヒヤリ・ハット事例の検討は、その検討そのものに大きな研修効果があります。したがって、危機管理に係る校内研修においては、「ヒヤリ・ハット事例」を用いる方法が考えられます。

例えば、教職員を何グループかに分け、ヒヤリ・ハットの一事例を配布します。各グループでは、渡されたヒヤリ・ハット事例について「原因考察と防止策」の検討を行います。最後にグループ毎に検討結果を発表し、発表に対して、他グループの教職員からの質疑応答や協議を行い、内容を深めていきます。

このような工夫によって、ヒヤリ・ハット事例の分析と研修を同時に行い、校内教職員全体の危機管理意識や危機管理体制を高めていくこともできるでしょう。

第4章

事例を広く生かしていこう

1. 県教育委員会への報告の意義

県内の各盲・ろう・養護学校の様々な状況は、それぞれに異なっている部分もありますが、一方である程度似かよっている部分もあります。各校で記録される「ヒヤリ・ハット事例」についても、各校独特の内容もあれば、他校においても同様の事例がある（起こり得る）と思われる内容もあるでしょう。記録・分析された「ヒヤリ・ハット事例」は、その学校の危機管理体制をさらに高めていくための、貴重な財産です。

各校における危険要素への気付きは、様々であると思われるため、もし各校で記録・分析された「ヒヤリ・ハット事例」を関係各校で共有することができれば、その事例によって、危険要素への新たに気付きが得られたり、学校関係者の危機管理意識の更なる向上を図ることができたりすると考えられます。

このように、「ヒヤリ・ハット事例」を関係各校の共有財産とすることは、非常に有意義なことであり、それを実現するためには、各校で記録・分析された「ヒヤリ・ハット事例」を県教委へ報告してもらう必要があります。

2. 県教育委員会への報告の流れ

こうした理由から、県教委が「ヒヤリ・ハット事例」共有財産化のための中継点となり、各学校の「ヒヤリ・ハット事例」を集約して、関係各校へ発信するというしくみを考えました。具体的な流れは次のようになります。

①ヒヤリハット事例が発生した学校が、「医療的ケア推進委員会」または、「学校保健委員会」で事例の検討を行う。



②検討結果をひヤリ・ハット記録用紙に加筆し、県教委へ送付報告する。

※P 6 の表 1 に示すヒヤリ・ハット記録用紙は、巻末の参考資料から分かりますとおり、4枚でA 4用紙1枚のサイズになります。必要事項を記入したヒヤリ・ハット記録用紙を並べて複写し、A 4サイズとします。（4事例が揃わなくても構いません）

※巻末の参考資料のうちA 4用紙1枚に6事例を記入するタイプの記録用紙を使用する場合には、その用紙の複写でも結構です。

※県へ報告するヒヤリ・ハット記録用紙の記入者欄は、消してもあっても構いません。もちろん、そのままでも結構です。

※県教委への送付報告は、原則として夏季、冬季、年度末の各長期休業に入るまでに行ってください。したがって、年間3回の報告となります。それ以上に報告していただくことは、差し支えありません。



③県教委は、各ヒヤリ・ハット事例について必要に応じて更なる分析を行う。



④県教委がヒヤリ・ハット事例を集約し、関係各校へヒヤリ・ハット事例を配布する。



⑤関係各校は、届いたヒヤリ・ハット事例を「ヒヤリ・ハットファイル」にその都度追加して綴る。

※「ヒヤリ・ハットファイル」は、県教委から配布します。



⑥ヒヤリ・ハットファイルに追加されたヒヤリ・ハット事例について、各学校において共通理解を図り、適切に活用していく。

※適切な活用の方法としては、自校で作成している「想定される問題事象」の内容を確認し、今まで含んでいなかった視点であれば新たに「想定される問題事象」に追加記入して関係者への周知を図ったり、危機管理に係る校内研修会の事例検討で活用したりすること等が考えられます。

今後、以上のような手続によって、ヒヤリ・ハット事例を広く活用していきます。

盲・ろう・養護学校に在籍する全ての子どもたちが、安全な教育環境の中で、安心して教育を受けることができるように、各学校関係者のご理解、ご協力をお願いします。

第5章

アクシデントへの対応

1. アクシデントのとりえ

(1) 一般的なアクシデントのとりえ方

「アクシデント」には、様々なとりえ方があります。P4の「図2 ハイインリッヒの法則」に示されているように、「アクシデント」＝「大事故（死亡・重傷災害）」というとりえ方をする場合や、程度にかかわらず「何らかの傷害が発生した場合は全てアクシデント」とする場合があります。また、たとえ傷害が無くても非常に大きな傷害に繋がる危険性を含んでいるミスが発生であれば「アクシデント」ととらえる場合もあります。このように全国共通の具体的な定義はありませんが、「インシデント」に比べ重大な事象であるというとりえになっている点は、共通しています。

(2) とりえを分ける意義

このように「アクシデント」のとりえ方は様々ですが、そもそも「アクシデント」と「インシデント」を分けて考えるのはなぜでしょうか。

医療機関や建築・建設業界等では、大きな事故に繋がりがねない事例が数多く報告されるため、その中からより緊急度、重要度の高い事例を選び出して速やかに対応していく必要があります。本来であれば予想される傷害の程度にかかわらず報告された全ての事例について速やかに検討したいところですが、現実的には困難な話であり、実情から最も効果的・効率的な危機管理のシステムを構築する必要があったという状況でしょう。そのうえで、より速やかに緊急度、重要度の高い事例を選択して把握・分析を行うため、事例収集の時点から「アクシデント」と「インシデント」を分け、各人の認識から処理過程に至るまで区別して取り組まれています。

(3) 本県の盲・ろう・養護学校におけるとりえ

学校で起こった事故（アクシデント）については、従来より教育委員会への報告が義務付けられており、その事故の程度は「児童又は生徒が傷害を受け又は死亡した場合」となっています。この「傷害」の程度については、具体的な定めはありませんが、入院や一定期間の通院が必要となる傷害であれば間違いなく報告の対象となります。

このことから、本県の盲・ろう・養護学校における「アクシデント」は、「従来から行っている事故報告に相当する程度の傷害が発生した場合」ととらえており、本冊子によって従来のとりえからの発想の転換を求めるものではありません。したがって、それに満たない程度の事象が「インシデント」（ヒヤリ・ハット）となりますが、「アクシデントに比べ『インシデント』は、緊急度・重要度が低い」ととらえるのではなく、「どちらも重要且つ緊急に対応すべき事象であり、その中でも輪を掛けて重要な事象が『アクシデント』である」ととらえることが大切です。

2. アクシデントへの対応と報告

「ヒヤリ・ハット」事象については、先に示したとおり原則として年3回夏季、冬季、年度末の各長期休業に入るまでに行うこととしますが、「アクシデント」の報告については、発生後速やかに行う必要があります。

アクシデントが発生した場合、まずは緊急時対応マニュアルにしたがって事故発見者から速やかに一連の処置を行い、当該児童生徒の安全の確保に全力を注ぐことが大切です。また同時に、他の児童生徒の安全確保や精神的ケアを行い、当該児童生徒の保護者に対しては、速やかに連絡を取ってアクシデントの事実を的確に伝えることが重要です。

その後、担当課（室）あてに、速やかに第一報を行います。島根県立特殊教育学校規程（島根県教職員 人事関係法令要覧掲載）の第42条においては「校長は、学校に関係のある重要又は異例の事件が発生した場合は、すみやかにその状況その他参考事項を教育委員会に報告しなければならない。」と定められており、そのアクシデントの内容が交通事故や食中毒等であれば教育庁保健体育課、生徒指導に係る内容であれば教育庁義務教育課生徒指導推進室、その他の内容であれば教育庁高校教育課特別支援教育室あてに報告することとなります。

また、第一報の後、校内において速やかに事故の分析と今後の対応策（改善策）を検討し、同様の事故の発生を防止するとともに、先に示した担当課（室）あてに紙面による詳細の報告を行います。分析にあたっては、「ヒヤリ・ハット事例分析表」を用いることで、多面的な分析が可能となるでしょう。報告様式については、特に定めはなく、アクシデント（事故）発生からの対応を時系列で示したのものや、「市（町村）立小・中学校管理規則の例」（島根県教職員 人事関係法令要覧掲載）の様式第14号「児童（生徒）の事故報告書」を参考にまとめられた文書により報告されています。また、本冊子の参考資料として「アクシデント報告書（例）」を載せていますので、報告文書の一資料として活用するほか、校内での整理に役立ててください。

なお、島根県教育委員会では、平成14年1月に「学校危機管理の手引～危機管理マニュアル作成のために～」を作成しており、各内容ごとの「未然防止のポイント」や「発生時の対応の流れ」等を示していますので、再度確認の上、今後の危機管理体制の強化に積極的に活用してください。

參考資料

◆参考・引用文献

- 1) 日本肢体不自由教育研究会：「医療的ケアの課題への対応」 2005.8
- 2) 社団法人 日本看護協会：「盲・聾・養護学校における医療的ケア実施対応マニュアル」 2005.3
- 3) 川村治子：「ヒヤリ・ハット 11,000 事例によるエラーマップ完全本」 2003.7
医学書院
- 4) 日本育療学会：「育療 1 6」 1999.9
- 5) 田中正博：「実践 自治体の危機管理」 2003 時事通信社
- 6) 中田亨：「ヒューマンエラーは、なぜ起こる？ どう防ぐ？」 2006.2 産業技術総合研究所デジタルヒューマン研究センター <http://staff.aist.go.jp/toru-nakata/humanerror.html>
- 7) 河野龍太郎：「医療のヒューマンファクター工学について」 2002
http://www.medicalsaga.ne.jp/tepsys/MHFT_topindex.html
- 8) 「島根県医療的ケア実施体制ガイドライン」 2005.3 島根県の特殊教育諸学校における医療的ケアに関する事業運営協議会
- 9) 社団法人 日本看護協会：「組織でとりくむ医療事故防止－看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン－」 1999.9
- 10) 島根県教育委員会：「学校危機管理の手引－危機管理マニュアル作成のために－」 2001.1

おわりに

本手引きの作成は、医療的ケアの実施体制整備に係る一連の取り組みの一つです。しかし、「ヒヤリ・ハット事例」は、医療的ケアに限らず学校現場全般には多く潜んでいると思っただ方がよいでしょう。ヒヤリ・ハットの導入によって、これまでの医療的ケアに係る一連の取り組みが、「実は学校全体の危機管理体制の向上に繋がる」ということを確認し、改めてこの取り組みの重要性を感じました。

ヒヤリ・ハットの運用には、関係者一人一人の「意識」が欠かせません。しかし、他業界では以前から導入されている「ヒューマンファクター」や「リスクマネジメント」の考え方を学ぶことで、“「意識」だけでは子どもたちを守っていけない”ということを感じました。真の「安全」を得るためには、関係者の「意識」とそれを支える具体的な対策、システム作りが重要です。

ヒヤリ・ハットの『関わる人間の「意識」を重要視しつつもそれだけでは「安全」を築くことができない』という点は、熱い思いを原動力としつつも、それだけでは子どもの成長を支えていけない「教育」そのものと似ていると感じます。また、真に安全な環境の実現を目指すとき、『それぞれの関係要素がもつ特性を的確に把握し、各関係要素相互の関連性に“広くかつ細かく”視点を充てていく必要がある』という点も「教育」そのものと相通じるものがあります。もしかすると、ヒヤリ・ハットに係る取り組みは、学校の危機管理体制を高めるだけでなく、教育活動全般の向上に繋がっているかもしれないという可能性を感じます。

医療的ケアと同じく、ヒヤリ・ハットもまた、目指していることは「子どもたちの教育を保障し可能性の伸長を図っていく」ことであり、そのための前提となる手立てなのです。しかし、ヒヤリ・ハットによる危険要素の解決への取り組みは、使い方によっては過剰な危険防止策によって成長の機会を奪い、可能性の芽をつみ取ることに繋がりがかねない危険性をはらんでおり、この点も理解しておく必要があります。

ヒヤリ・ハットによる危機管理体制の向上もまた、真に目指しているのは「子どもたちの教育を保障し可能性の伸長を図っていく」ことであるという大前提の理念を一人一人が念頭に置き、「安全」で「安心」な学校づくりに取り組んでいきましょう。



◆「島根県医療的ケア実施体制整備事業」運営協議会委員

◎運営協議会委員

- 伊 達 伸 也 (東部島根心身障害医療福祉センター院長)
河 原 仁 志 (国立病院機構松江病院小児科医長)
葛 尾 信 弘 (島根県医師会学校医部会副部長)
高 梨 信 子 (島根県立看護短期大学助教授)
岩 田 至 正 (島根県立松江緑が丘養護学校保護者)
片 平 登代彦 (島根県健康福祉部医療対策課医事・医療従事者確保グループ主任)
勝 部 肇 (島根県立松江清心養護学校長)
藤 井 恭 郎 (島根県立益田養護学校長)
森 脇 賢一郎 (島根県立松江清心養護学校教諭)
森 山 美佐子 (島根県立松江緑が丘養護学校教諭)
熊 谷 潤 子 (島根県立江津清和養護学校養護教諭)
渡 部 綾 子 (島根県立松江緑が丘養護学校養護教諭)
小 川 美裕子 (島根県立出雲養護学校看護師)
松 浦 輝 子 (島根県立松江緑が丘養護学校看護師)

◎事務局

- 松 永 賢 誕 (島根県教育庁高校教育課長)
児 山 治 正 (島根県教育庁高校教育課特別支援教育室長)
原 広 治 (〃 副主査)
石 原 敏 彦 (島根県教育庁高校教育課企画人事グループ企画人事主事)
荊 尾 玲 子 (島根県教育庁保健体育課体育・健康教育グループ指導主事)
門 脇 みずほ (島根県教育庁高校教育課特別支援教育室指導主事)
梅 田 英 樹 (〃)
中 村 厚 子 (〃)
森 山 眞 治 (〃)