

一般財団法人 女性労働協会 主催

令和5年度 リスクマネジメントセミナー

ファミリー・サポート・センター事業における
事故の背景要因分析例と解説

令和5年11月6日(月) 収録

MS&ADインターリスク総研株式会社

MS&AD INSURANCE GROUP

リスクマネジメント第三部
統合リスクマネジメントグループ



1. はじめに

はじめに

■ 目的

ファミリー・サポート・センター事業（以下、「ファミサポ事業」という。）の大きな目的のひとつは、依頼子どもの安全を確保することです。安全確保の上で最も脅威となるのは預かり中の事故であり、ファミサポ事業では、事故の再発防止および未然防止の対策を実施することが非常に重要です。

再発防止および未然防止の対策を検討する材料として、事故情報やヒヤリ・ハット情報が活用可能です。ただし、効果的な対策を検討するためには、表面的な要因にとらわれずに背景にある要因を明らかにすることが必要です。

本講義では、アドバイザーの方々がどう分析すれば良いかを明らかにするために、事故やヒヤリ・ハットの要因を分析する手法の解説と、事例（想定シナリオ）をもとに分析例を解説します。

本講義は、アドバイザーの方々に事故の要因分析技術を高めていただき、各センターにおいて効果的な事故の再発防止・未然防止に取り組んでいただくことを目的としています。また、当該内容を会員向けの事故防止研修の一環に取り入れるのも良いでしょう。

2. 総則

(1) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析の必要性

- 事故やヒヤリ・ハットが起きると、その関係者は発生した事故やヒヤリ・ハットと時間的・空間的に最も近くにいた人に原因があると無意識に思い込む傾向があります。その弊害として、事故やヒヤリ・ハットの根本原因はヒューマンエラーであると断定されてしまうことが多いです。
- しかし、事故やヒヤリ・ハットの背景には、ヒューマンエラーを誘発する局所的な要因が複数存在することが多く、ヒューマンエラーを事故の根本原因ととらえ、人に対する対策ばかり打っても効果が発揮されないことがあります。
- 事故やヒヤリ・ハットを減らすためには、その背景にある要因を明らかにし、当該要因を減らすまたは影響を小さくする対策が必要になります。そこで有効な対策を実施するためには、事故やヒヤリ・ハットの要因分析が必要であると言えます。

(2) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析に必要な知識や技術

- ファミサポ事業における事故やヒヤリ・ハットの背景要因を分析するためには、次の3つの知識や技術が必要になります。それぞれ必要となる理由は後述します。
 - ① ヒューマンエラー・ヒューマンファクターに関する知識
 - ② 背景要因の分析手法
 - ③ 分析対象となる事象に関する情報収集技術

(2) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析に必要な知識や技術

① ヒューマンエラー・ヒューマンファクターに関する知識

ファミサポ事業においては、人間（提供会員）が人間（依頼子ども）の預かりをしていることから、どうしてもヒューマンエラーを起因とした事故が発生しやすくなります。そのため、事故やヒヤリ・ハットの背景要因を分析する上では、ヒューマンエラーとその背景に潜むヒューマンファクター（人間要因）の基礎知識について身に付けておく必要があります。

(2) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析に必要な知識や技術

② 背景要因の分析手法

背景要因を分析する手法として以下があります。下記は多数ある手法の一例であり、背景要因を洗い出すことができる手法であれば、どのような手法を用いても特に問題ありません。

- なぜなぜ分析（連関図）
- m-SHELモデル（SHELモデル）
- 特性要因図（Fish Bone）
- 事象展開図（時系列図）
- VTA（Variation Tree Analysis）
- FTA（Fault Tree Analysis）
- 4 M 4 E

(2) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析に必要な知識や技術

③ 分析対象となる事象に関する情報収集技術

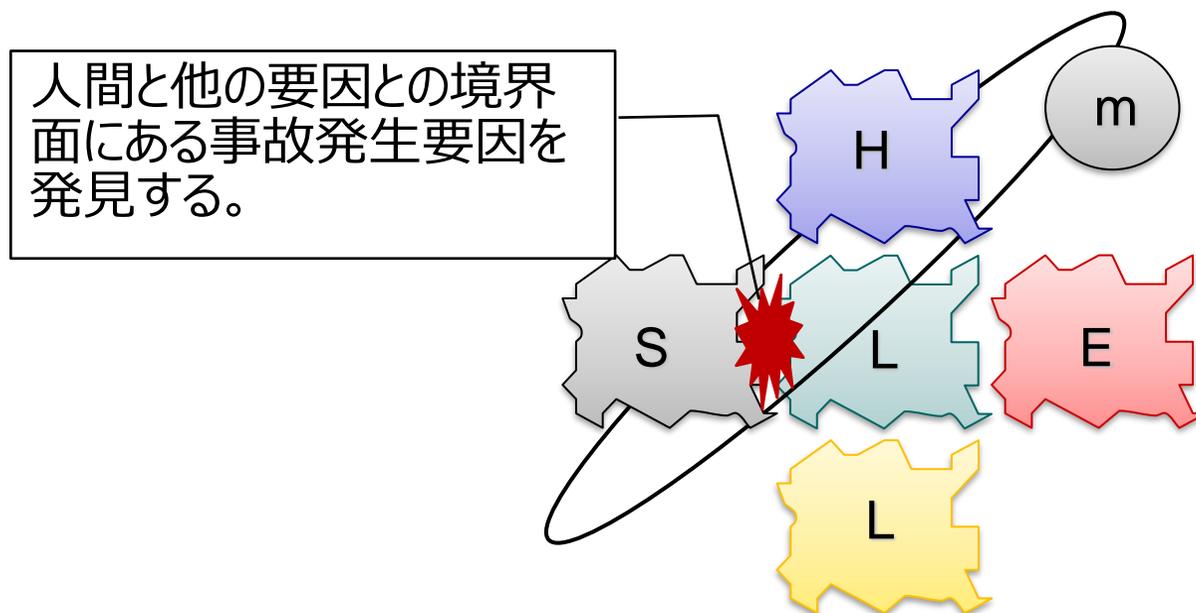
- 正確な分析を実施するためには、分析の対象となる情報を正しく把握する必要があります。情報を得る手段としては、報告書、ヒアリング、映像などの方法があります。
- 報告書
 - ファミサポ事業の現状を鑑みると報告書が最も一般的と考えられます。ただし、報告書は書き手によって内容の正確性や情報の濃淡が異なるため、ばらつきの小さい報告がアドバイザーの元に届くように工夫が必要です。例えば、報告書に選択式にしたり、記載例を載せたりが考えられます。
- ヒアリング
 - また、報告書による情報に不足を感じる場合は、ヒアリングによって情報を補う必要があります。ヒアリングにも技術が必要であり、背景要因を分析するための情報を集めることを意識しましょう。例えば時系列を整理しながらであったり、事象が発生した当時の周囲の状況、心理状況まで詳しくヒアリングしたりということが必要です。
- 報告しやすい雰囲気（心理的安全性）
 - 情報を広く集めるためには、非懲罰であることが重要です。報告者が報告することで罰せられてしまうと感じると、報告者は防衛的な行動をします。防衛的な行動とは具体的に、報告の情報量が少なくしたり、報告者に有利な情報に変えたりです。正確な情報を集めることが将来の事故削減に繋がると考えれば、非懲罰を徹底し、報告者の心理的安全性を確保することが重要でしょう。



【参考】m-SHELモデル

【参考】m-SHELモデル

- 事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析を実施する上で、m-SHELモデルの観点は重要になります。m-SHELモデルとはヒューマンファクター工学の説明モデルで、当事者である人間（中心のL：Liveware）の行動が人間自身の特性と5つの要因（「S：ソフトウェア」「H：ハードウェア」「E：環境」「L：関係者」「m：管理」）が、お互いに影響して決まることを示しています。当事者を含めた5つの要因から分析する方法で、各境界面に存在する事故発生要因を見つけようとするものです。



図：m-SHELモデルのイメージ

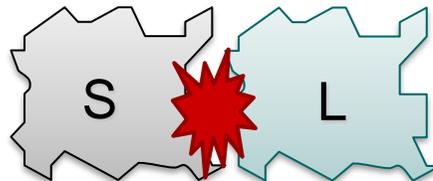
【参考】m-SHELモデル（続き）

- m-SHELモデルの観点が重要な理由は主に2点あります。
 - 1点目は背景要因の分析をする際に広い視点から分析ができるという点です。前述の通り、人間には発生した事象に、時間的・空間的に近い人に原因があると思いきってしまう特性があるため、m-SHELモデルを活用することで、分析時に人間以外の要因に目を向けることができます。
 - 2点目は対策を検討する際にも広い視点で検討ができるという点です。こちらも、対策を検討する際にはどうしても教育や周知啓発など人間への対策が思い浮かびやすいため、安易な方へ流れがちです。特に「注意する」という対策が頻発する場合は、対策の見直しが必要です。（「注意する」に効果が無いわけではありません。ただし、効果が曖昧で薄れやすいです。）

【参考】m-SHELモデルの考え方①

■ m-SHELモデルで事故の要因分析をする際の考え方

S = ソフトウェア要因

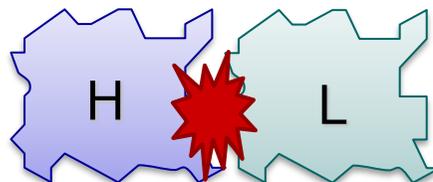


- 預かり時にすべき手順や依頼指示の内容、預かりを実施するに当たっての教育・訓練の方式などソフトウェアにかかわる要素
- 具体的な例
 - 預かり場所の危険チェックリストに漏れがあった
 - 依頼会員の登録情報に重大事項（アレルギー等）の記載がなかった
 - 事故防止のために必要だった知識・技能に関する教育・訓練を受けていない
 - 事故防止マニュアルがなかった
 - 緊急時連絡網がなかった

【参考】m-SHELモデルの考え方②

■ m-SHELモデルで事故の要因分析をする際の考え方

H = ハードウェア要因

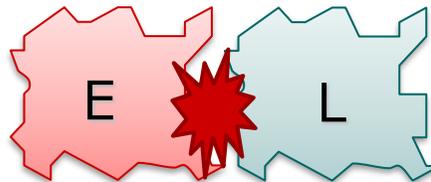


- 事故に影響を及ぼした遊具・家具・乗り物・機器・設備などハードウェアにかかわる要素
- 具体的な例
 - 遊具の難易度が預かりした子の年齢と合っていなかった
 - 子どもが危険なおもちゃで遊んでいた
 - 遊具が故障・磨耗していた
 - (踏んだら痛いものが) 足元に散らばっていた
 - 家具の角にクッションを備えていなかった
 - 危険なもの (ポット、ストーブ、コンロ、炊飯器、たばこ、ボタン、ボタン電池、豆類、マッチ、ライター、ベランダの室外機等) があった

【参考】m-SHELモデルの考え方③

■ m-SHELモデルで事故の要因分析をする際の考え方

E = 環境要因



- 預かり場の明るさや騒音、温度や湿度、空間の広さなどの環境にかかわる要素
- 具体的な例
 - 夕方で足元が暗かった
 - 工事の音がうるさくて、子どもの呼ぶ声が聞こえなかった
 - 暑すぎた（熱中症）、寒すぎた（風邪ひいた）
 - 子どもを預かるには部屋が狭すぎた
 - 商売をしており、常に電話がかかってきて、預かりに集中できない
 - （公園等）周りで大きい子どもが遊んでいて危ない
 - （送迎で）渋滞していた、車通りが多かった

【参考】m-SHELモデルの考え方④

■ m-SHELモデルで事故の要因分析をする際の考え方

L = 人的要因

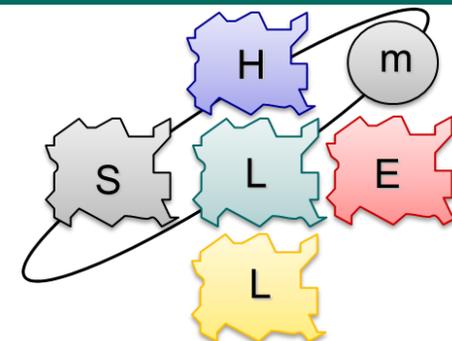


- 周囲の関係者。アドバイザー、提供会員、依頼会員、一緒に預かりをしている人、現場にいた人、子ども等の要素
- 具体的な例
 - コミュニケーションの問題（提供会員・依頼会員・アドバイザー間）
 - 子どもの同士が喧嘩をはじめてしまった
 - 不安全行動（目を離した、ちょっとだけなら大丈夫だと思った、子どもが手を振り払って逃げた等）
 - 認知機能の問題（気付かなかった、忘れていた、見えなかった、よく聞こえなかった等）
 - 体力の問題（提供会員が高齢で子どもの体力についていけなかった、疲れて過ぎて寝てしまった等）

【参考】m-SHELモデルの考え方⑤

■ m-SHELモデルで事故の要因分析をする際の考え方

M = マネジメント



- 事故の発生確率を低減するためにセンターが実施した計画、策定した運用手順など管理にかかわる要素
- 具体的な例
 - 会員登録時に、子どもの安全確保が最優先であることを両会員に徹底している
 - 両会員に対して、安全な預かりや事故を回避するための知識や技術を伝える研修を計画している
 - マッチングの際に提供会員と依頼子どもの体力差を考慮に入れている
 - 預かり予定のミスが無いようにスケジュールを管理するインターネットのツールを導入している
 - 安全に関するポリシー、手順、規則を作成し、その遵守を確認している
 - 事故やヒヤリ・ハットに関する情報を定期的に収集、分析することで、リスクを発見し、対応している
 - 定期的に事業のリスク評価を行い、改善策を実施することで、安全性を向上させている

(3) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因に対する対策立案

- 分析の目的は対策を立案し、事故やヒヤリ・ハットの発生頻度を下げたり、被害を軽減したりするためです。分析が終わったら、次は洗い出された背景要因に対して対策を検討するステップに進む必要があります。

- 対策を立案する際のポイントは、3つあります。
 - ひとつ目のポイントは複数の対策案を考えることです。
 - 対策を検討する際に誰もが陥りやすい心理的な罠として、最初に思い付いた対策が最も良いと思ってしまい、検討が広がらないことがあります。そうした思考に陥らないようにするためには、対策は最初から複数考えることが前提であると考えます。そうすることで最初の対策に縛られにくくなります。「対策はこれしかない」といった既成概念を一度取り払い、自由な発想で検討してみましょう。

(3) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因に対する対策立案

- ふたつ目のポイントは、対策を考える際には広く視点を持つことです。
 - 視点の広さについて例を挙げると、具体的にはm-SHELの6つの視点（マネジメント、ソフトウェア、ハードウェア、環境、本人、関係者）を使って検討することです。比較的思いつきやすい当事者（ヒト）に対する対策だけでなく、機器の導入やマニュアルなどで解決できる方法も検討することができます。
 - また、時間軸の広さという観点も必要です。対策の検討をすると当面や短期的な対策に落ち着きやすいですが、実施しやすい対策だけになりがちですので、中期や長期的な対策も考えることが必要です。

(3) 事故やヒヤリ・ハットの背景要因に対する対策立案

- 最後のポイントは、対策を選ぶ際には有効性と実現可能性の両方を考慮することです。
 - チェック項目を増やすなど作業量を増やす対策は、手抜きや当事者のモチベーション低下を発生させ、対策の効果が持続しない可能性があります。そのような場合、人間に頼らない機器やルールの導入が有効です。
 - また、対策は一度打たれると見直されず、どんどんと増え続ける傾向があります。対策はその有効性を定期的に評価し、効果がない場合は削減する必要があります。当事者（例えば、提供会員）の負荷が高まるとそれが遠因となって事故に繋がることもあります。最適な対策を選択するためには、有効性と実現可能性の両方のバランスを考慮することが重要です。

【参考】エラー対策の発想手順

【参考】エラー対策の発想手順

- ファミサポ事業において対策を検討する上では、預かり現場でのヒューマンエラーをどのように防ぐかが中心となります。そうしたヒューマンエラーへの対策を発想する手順として、便利な発想方法のひとつに「エラー防止対策の発想手順」があります。ヒューマンエラーの防止を検討するアドバイザーの方々は知っておいた方が良いでしょう。
- 補足説明をすると、次の通りとなります。
 - ヒューマンエラー防止対策を立案するにあたっては、番号が小さい方から段階的に考えることが必要であるという考え方です。
 - 若い番号（例：①）ほど有効性（効果）の高い対策となります。具体的に説明すると、「自転車による送迎での怪我が多いセンターにおいて当該事故を無くすためにはどうした良いか？」という課題がある場合、①の「やめる／なくす」で対策を考えると、「自転車での送迎を無くしてしまう」となります。自転車での送迎を無くしてしまえば、当該事故は無くなることが期待されます。かなり有効な対策を言えます。
 - しかし、「自転車での送迎」というセンター事業としての大きなメリットも失ってしまいます。エラー対策の発想手順は若い番号から考えると有効性の高い対策を発想することができる反面、若い番号ほどデメリット（コスト）も大きい傾向があります。
- アドバイザーの方々の役割は、このような対策の発想手順があることを知識として押さえつつ、メリットとデメリットを勘案しながら、対策を立案する必要があります。

【参考】エラー対策の発想手順

機会最小

最小確率

① やめる／なくす

② できないようにする

③ わかりやすくする

④ やりやすくする

⑤ 知覚させる

⑥ 予測させる

⑦ 安全を優先させる

⑧ 能力を持たせる

エラー発生

多重検出

被害極限

⑨ 自分で気づかせる

⑩ 検出させる

⑪ 備える

事故発生

※参考文献「実務入門ヒューマンエラーを防ぐ技術」日本能率協会マネジメントセンター
河野龍太郎編 東京電力(株)技術開発研究所 ヒューマンファクターグループ著

【参考】エラー対策の発想手順（続き）

機会最小

① やめる／なくす

ある事物において事故やヒヤリ・ハットが頻発するようであれば、事物全体の行動・手順等を見直し、その事物をやめることができないか検討する

最小確率

② できないようにする

期待されない行動を物理的に制約する

例) 子ども用サークル、ベビーゲート、チャイルドロックなど

③ わかりやすくする

単純化、標準化により認知的負担を少なくする

例) 手順・番号を書く、カバーをかける、色・形・音色を変えるなど

④ やりやすくする

行動を簡単にして、身体的負担を小さくする

例) 握りやすくする、運びやすくする、整理整頓をするなど

⑤ 知覚させる

基準以上の感覚・知覚能力を維持する

例) 飲酒、睡眠不足を避ける（自己管理）、休息させる、体力測定など

⑥ 予測させる

実際の事物の場面で、エラーの発生を予測させる

例) 危険予知（予測）訓練、日常の安全指導など

【参考】エラー対策の発想手順（続き）

最小確率

- ⑦安全を優先させる 安全を優先させた正しい判断を促す（命を預かる自覚）
例）アドバイザーが行動で示す、判断基準の明確化など
- ⑧能力を持たせる 基準以上の心身機能と職務遂行のための専門技能を維持する
例）安全管理の教育、資格・認定制度、定期健康診断など

多重検出

- ⑨自分で気づかせる 可能な限り異なった視点でのチェック機能を取り入れる
例）指差呼称、視覚だけでなく触れてチェックするなど
- ⑩エラーを検出する エラーを検出する仕組みを組み込む
例）アドバイザーが預かり場をチェック、チェックリスト、センサーの設置など

被害極限

- ⑪エラーに備える 危険を小さくしたり、代替手段を準備する
例）事故対応マニュアルの整備、保険など

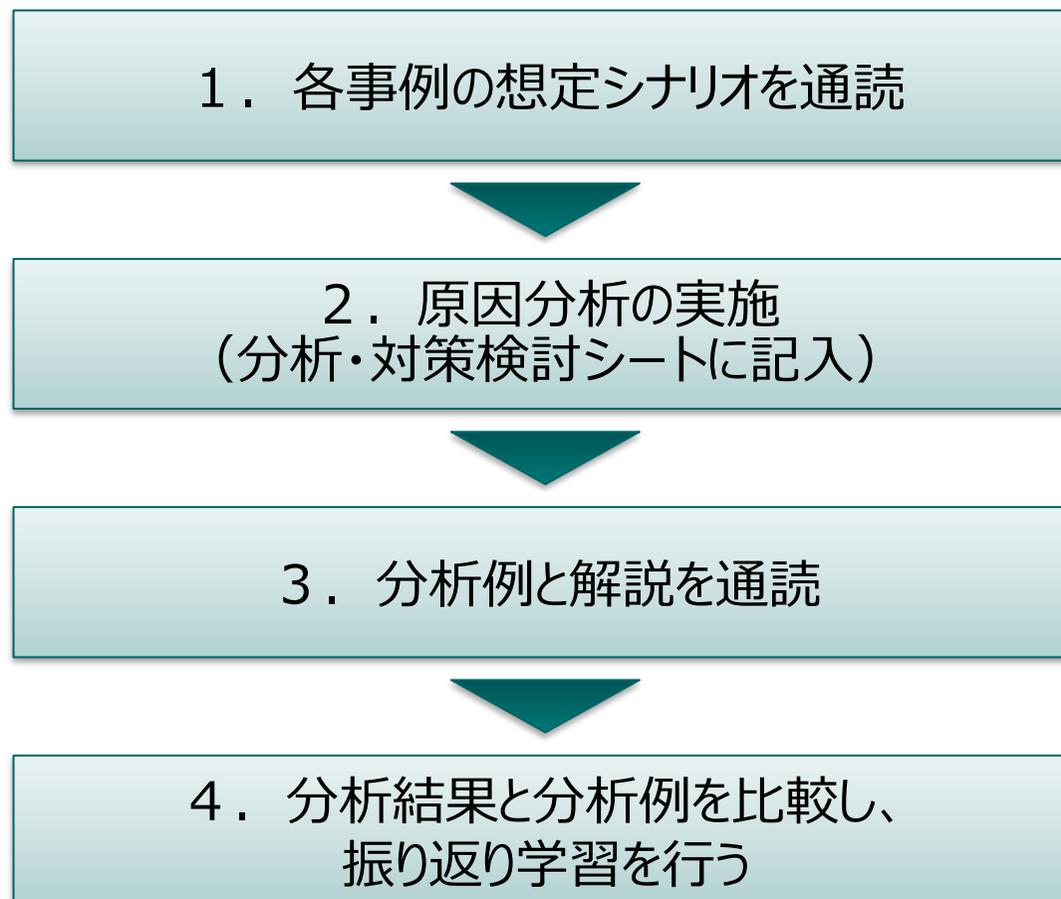
3. 事例分析と対策立案（想定シナリオ、分析・対策訓練、解説）

(1) 本章の使用方法

- 本章は、アドバイザーの方々が事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析技術を高めるための教材として作成されています。また、想定シナリオと分析・対策検討シートを用いて、会員向けの事故防止研修としても活用できます。ただし、その場合でも、アドバイザーの方々が解説例を深く理解し、会員の方々に説明する必要があるため、まずはアドバイザーの方々が事前に学習することをお勧めします。
- 使用方法として、最初に各事例の想定シナリオをお読みください。
- 次に分析・対策検討シートに、想定シナリオに対するご自身の分析・対策検討結果を記入していただきます。
- その後、分析例と解説をお読みいただき、分析で洗い出された要素で足りなかった点、分析をする際に漏れてしまったm-SHELの観点、対策として出てこなかった点などの差を明らかにしてください。
- 差があることが悪いことではありませんが、差を認識することで、アドバイザーの方々の分析・対策検討視野を拡大し、より効果的な事故の再発防止・未然防止に取り組めるようになることを目的としています。

(1) 本章の使用方法

■ 本章の活用フロー



(2) 本章の使用する分析手法

- 本章ではアドバイザーの方々が事故やヒヤリ・ハットの背景要因分析を実施する手法としてなぜなぜ分析を採用しています。
- なぜなぜ分析は背景要因分析手法の一つであり、何か問題が起きた際にその背景要因を探り、その背景要因が何故起きたのかを深掘りすることで、より根本的な要因を見つけるための手法です。問題を解決するために「何が起きたか」だけではなく、「なぜそれが起きたか」を「なぜ」「なぜ」と繰り返し追求し、要因が思い当たらなくなるまで繰り返します。
- 例えば、ファミサポ事業において同種の事故が多発している場合、なぜなぜ分析では「なぜ事故が発生したのか」という直接的な要因を見つけるところから始めます。その答えが「預かり場所に障害物があるから」となった場合、更に「なぜ預かり場所に障害物があるのか」と問い、その背景要因を探ります。このように、何度もなぜを繰り返して問題の根本的な要因を探ることで、より効果的な解決策を見つけることができます。

(2) 本章の使用する分析手法

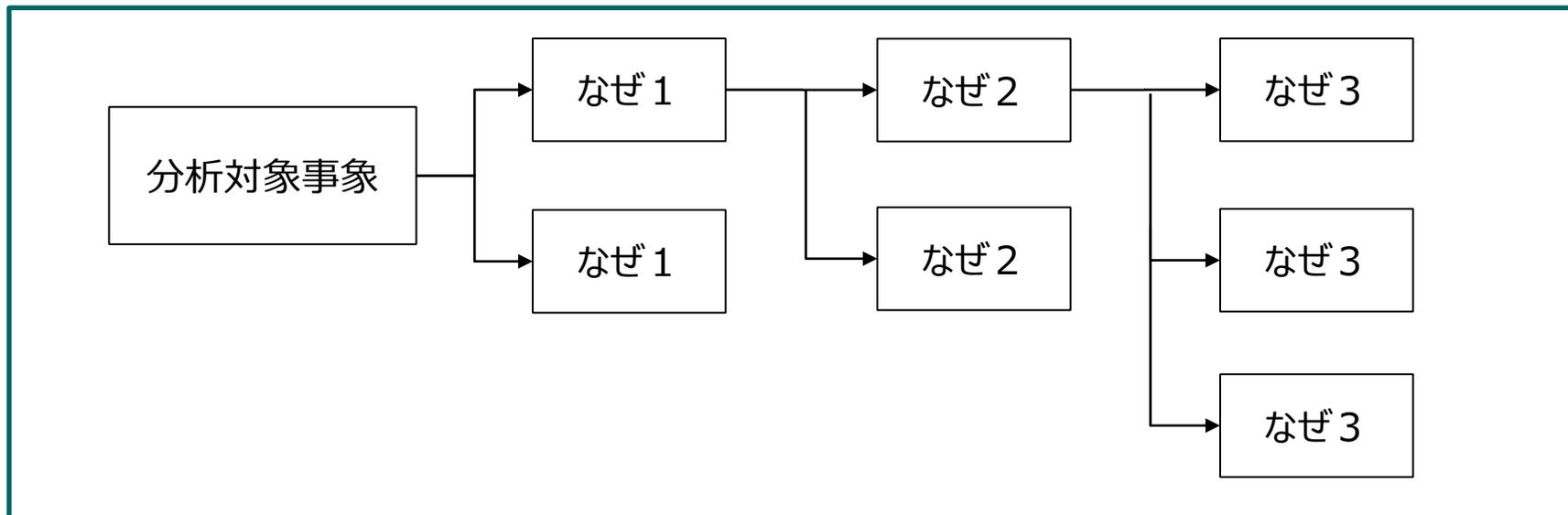
- なぜなぜ分析は「なぜ」「なぜ」と分析手法として思考しやすく、また、連関図を用いた分析結果も比較的に見やすいため、広く用いられています。
- なぜなぜ分析を実施する際に注意すべき点として、1つの要因にとらわれすぎると、他の要因を見落とす可能性があります。前述の6つの視点（m-SHELの視点）を意識しましょう。また、詳細に分析する場合は心理面などの情報も必要であるため、分析事象の当事者に参加してもらうか、事前に情報収集（ヒアリング）をしっかりと実施しておく必要があります。

【参考】なぜなぜ分析の書き方

- ① 箱を書いて、事象に直接つながる出来事を簡潔に書きます。2文になる場合はなぜの箱を分けて書きます。前後の箱を因果の流れに沿って、矢印で結びます。

■ 【留意点】

- 「なぜ1」は当時者の間違いや遅れ、気付きの問題であることが多い
- 具体的な事実関係を書く
- 「なぜ1」は可能な限り多く考える



図：なぜなぜ分析結果イメージ

【参考】なぜなぜ分析の書き方

② 「なぜ 1 」が起きた背景要因はなにか、「なぜ 2 」が起きた背景要因は何かとくりかえし、くわしい背景要因を掘り起こします。

■ 【留意点】

- 「なぜ」を 3 ～5回繰り返す
- 1つの要因にとらわれず、他の要因も探す
- 後ろの「なぜ」と前の「なぜ」が「～だから」でつながっているか確認する

③ 「なぜ」が見つからなくなるまで繰り返して、明らかになった要因に対して対策を考えましょう。

(3) 分析・対策検討シートの記入方法

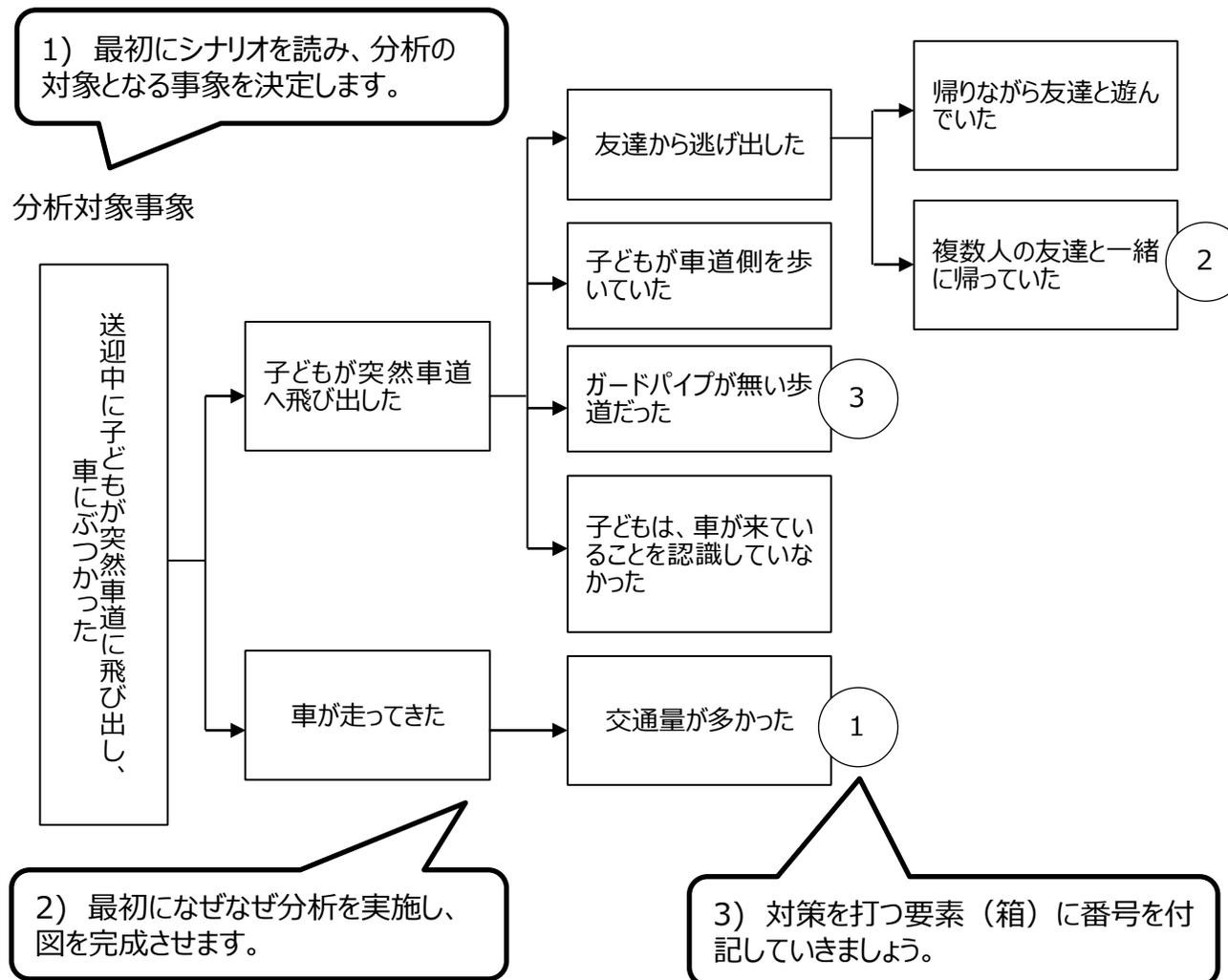
- これから分析・対策検討の演習を実施していただきます。進め方は次の通りです。
 - ① 各事例の想定シナリオを読みます。事例は全部で4つあります。
 - ② 「■分析シート」へなぜなぜ分析を記載します。
- 最初は練習として「分析・対策検討シート」の記入方法を説明と一緒に進めてみます。
 - 練習用の想定シナリオは下の枠囲いに記載の内容です。
 - 本来は事実に基づいてのみ分析をしますが、本書においては想定シナリオを使用した訓練ですので、分析結果に想定を含んでも構いません。

■想定シナリオ

- ✓ 小学生の男の子の送迎場面。複数人の友達と一緒に帰っていた。
- ✓ 依頼子どもは、帰りながら友達と遊んでいた。
- ✓ 通行していた道路は、交通量が多かったが、ガードパイプが無い歩道だった。
- ✓ 依頼子どもは、友達とふざけていて、急に友達から逃げ出した。
- ✓ 車道側を歩いていた依頼子どもは、車が来ていることを認識していなく、突然車道へ飛び出し、走ってきていた車にぶつかった。

(3) 分析・対策検討シートの記入方法

■ 分析シート（記載例）



(3) 分析・対策検討シートの記入方法

③ 「■ 対策検討シート」へ対策案を記載します。記載例は以下の通りです。

1) ひとつの要因につき、対策はひとつとは限りません。

2) 可能な限り、「実施者」や「実施期限」なども検討しましょう。

■ 対策検討シート(記載例)

番号	対策案	実施者	実施期限	採用/ 不採用
1	交通量の多い道は送迎で使用しない。	提供会員	即時	不採用
1	交通量の多い道は送迎で使用しないよう提供会員に案内する。	アドバイザー	来月の会報誌	採用
2	送迎時、友達と一緒に帰らない。	提供会員	即時	不採用
2	友達と帰る時も、騒がず静かに帰ることを依頼会員から子どもへ事前に説得する。	依頼会員	即時	採用
2	送迎時、友達と一緒に帰らないよう提供会員に案内する。	アドバイザー	来月の会報誌	不採用
3	ガードパイプが無い歩道は通って帰らない。	提供会員	即時	不採用
3

3) 対策の採用/不採用は、実現性を鑑みて、後で決定すれば良いので、まずは自由な発想で対策を検討しましょう。

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

■ 事例 1 : ソファの転倒による転落事故

① 想定シナリオ

【前提】

- 提供会員 : 65歳
- 依頼子ども : 8歳・男児・元気いっぱい
- 事故発生場所 : 預かり場所である提供会員宅の居間

【シナリオ】

- ✓ 提供会員は初めての援助活動で、活動内容は学童保育からの送迎と、依頼会員の仕事が終わって迎えに来るまでの短時間の預かりである。
- ✓ 当該センターはマッチング時に依頼会員、依頼子どもにアドバイザーが同行し、事前に預かり場所で打合せを行う。人柄・相性的に特に問題が無いことを確認したアドバイザーは初回の預かり日を決定した。

⇒次頁へつづく

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

【シナリオ】

- ✓ 事前の訪問でアドバイザーは預かり場所である居間を一通り眺めた。チェックリストは使用していない。テレビボードとローテーブルにソファセットがある普通の居間であった。整理整頓されていて、床が散らかっていることもなかったため、特に心配はしなかった。
- ✓ 依頼子どもは元気いっぱい、ふかふかしているソファが依頼会員宅には無いため、楽しみにしている様子だった。
- ✓ 預かり初日、提供会員宅についた依頼子どもは玄関で靴を脱ぎ捨てると、一目散に居間へ走っていき、ソファの背もたれの上に飛び乗った。勢い余ってソファは後方に倒れ、背もたれの上に立っていた依頼子どもはバランスを崩して顔と右肩から床に叩きつけられた。
- ✓ その時、提供会員はまだ玄関付近にいて、距離的に間に合わなかった。
- ✓ 泣きながら痛がっていたが、提供会員がしばらく付き添っていたら依頼子どもは寝てしまった。
- ✓ 間もなく依頼会員が迎えに来て、床に打った子どもの顔が腫れていたが、寝ていたため、そのまま寝かせておいた。次の日、起床すると右腕が動かなくなっていたため受診。医師から骨折（骨にヒビ）と診断。

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

② 分析・対策検討シート

■ 分析シート

分析対象事象



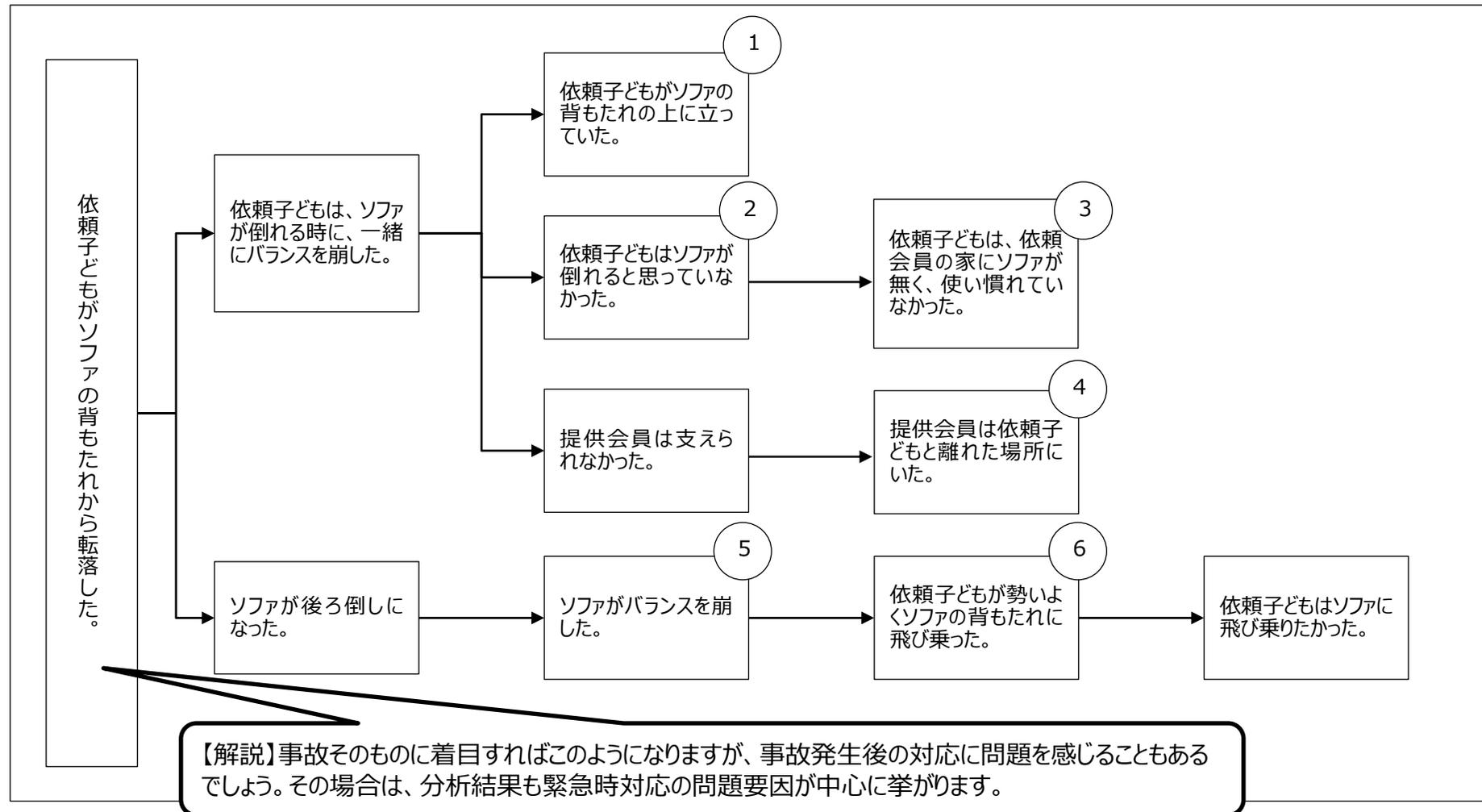
事例 1 : ソファの転倒による転落事故

動画を止めて、分析を実施してください。
(目安時間 : 15分~30分)

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

③ 分析例と解説

■ 分析シート（記載例）



事例 1 : ソファの転倒による転落事故

■ 対策検討シート

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

動画を止めて、対策を検討してください。
(目安時間 : 10分~20分)

事例 1 : ソファの転倒による転落事故

■ 対策検討シート（記載例）

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用
1	依頼子どもにソファの背もたれの上に立ってはいけないと事前に説明しておく。	提供会員	即座	採用
2	依頼子どもにソファの背もたれの上に立つと倒れる可能性があることを説明しておく。	両会員	即座	採用
2	ソファの背もたれの上に立って倒れた事例（事故事例）を会報誌・メルマガなどで会員へ周知しておく。	アドバイザー	月内	採用
3	ソファは座るものであって、遊ぶものではないことを、依頼子どもに説明しておく。	依頼会員	即座	採用
4	提供会員は依頼子どもに手が届く場所に常に位置取る。	提供会員	即座	不採用
5	子どもが飛び乗ってもソファがバランスを崩さないように壁際に寄せて配置する。	提供会員	即座	採用
5	ソファの転倒による事故を防ぐために預かり場所から撤去する。	提供会員	即座	不採用
6	依頼子どもに預かり場所で走ってはいけないと事前に説明しておく。	両会員	即座	採用
6	預かり場所にソファがある場合は、転倒による事故があることをチェックリストに入れ、両会員に周知する。	アドバイザー	即座	採用
6	預かり場所に入る際は、先に提供会員が入って安全確認するように事前に依頼子どもと約束しておく。	提供会員	即座	採用

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

■ 事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

① 想定シナリオ

【前提】

- 時期・天気 : 夏場の炎天下
- 依頼子ども : 3歳
- 事故発生場所 : 自動車送迎時の迎えに行った場所の駐車場

【シナリオ】

- ✓ 夏場の炎天下、自動車での送迎時。
- ✓ 依頼子どもを車の後部座席にあるチャイルドシートに乗せ、チャイルドシートのベルトを装着しようとしていた。

⇒次頁へつづく

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

【シナリオ】

- ✓ その車のキーには依頼子どもの好きなキャラクターのキーホルダーが付いていた。依頼子どもがそのキーホルダーのキャラクターを見たがった。
- ✓ 提供会員は「チャイルドシートのベルト装着まで待って」と説明したが、バタバタと手足を動かして暴れ、ベルトの装着ができないし、危ないので、提供会員は仕方なく車のキーごとキーホルダーを渡した。
- ✓ 後部座席で依頼子どもを座らせることに成功した提供会員は、後部座席のドアを閉め、運転席に移動した。
- ✓ 提供会員が移動する間に、子どもが誤って車のドアをロックするボタンを押してしまい、ドアがロックされてしまった。
- ✓ JAFが来るまでの30～40分間、炎天下の中、依頼子どものみで車内に取り残された。
- ✓ JAFによる救助後、熱中症等の症状が無いか、病院で受診した。

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

② 分析・対策検討シート

■ 分析シート

分析対象事象



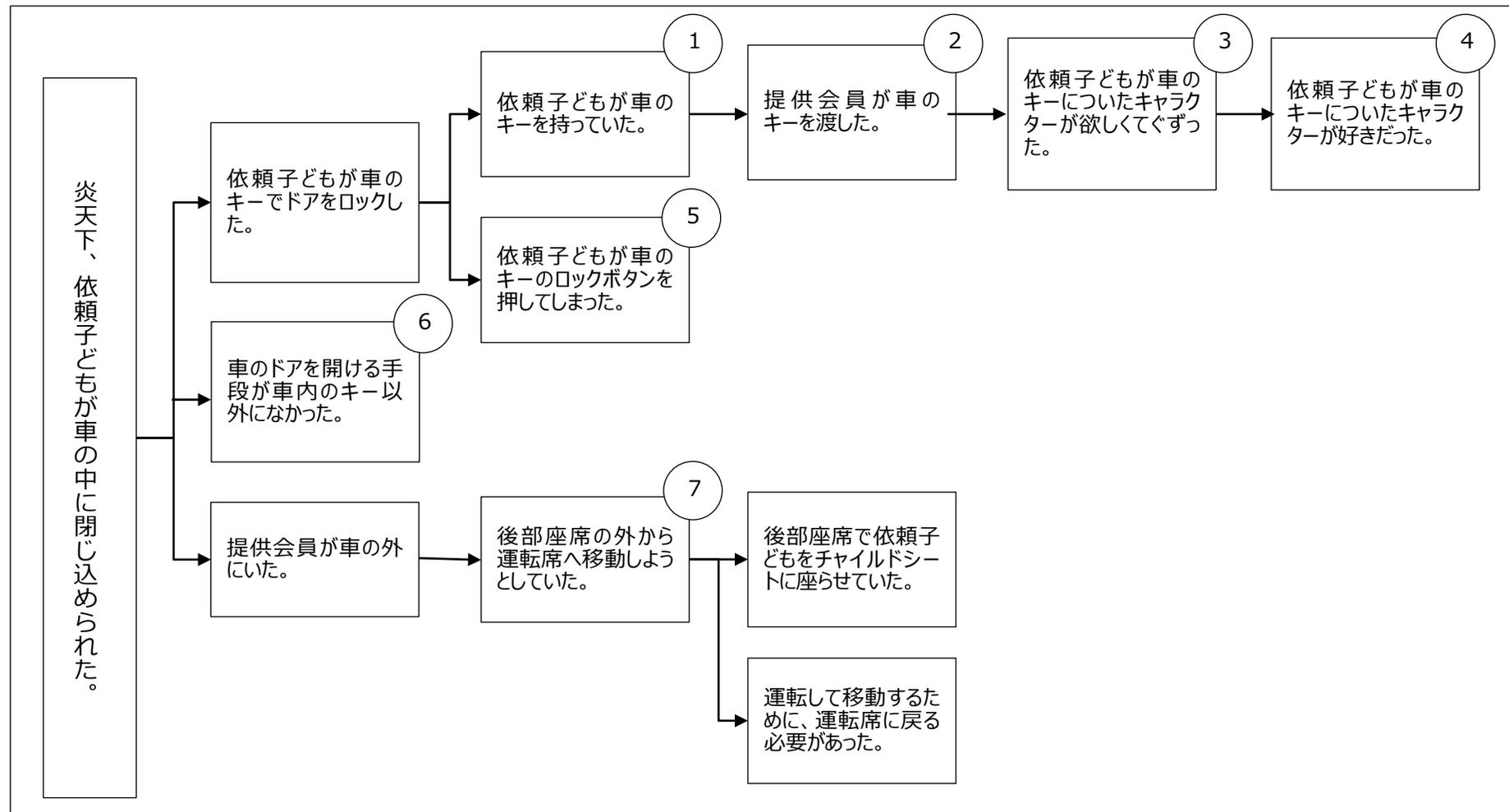
事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

動画を止めて、分析を実施してください。
(目安時間 : 15分~30分)

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

③ 分析例と解説

■ 分析シート (記載例)



事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

■ 対策検討シート

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

動画を止めて、対策を検討してください。
(目安時間 : 10分~20分)

事例 2 : 炎天下での自動車閉じ込め事故

■ 対策検討シート（記載例）

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用
1	提供会員は車の外を移動する場合は、車のキーを手元に取り戻す。	提供会員	即座	採用
2	車のキーは依頼子どもには渡さない。	提供会員	即座	採用
2	依頼子どもには、キャラクターのキーホルダーだけ渡す。	提供会員	即座	採用
2	キーを渡したことで、車の閉じ込めがあったという事例（事故事例）を会報誌・メルマガなどで会員へ周知しておく。	アドバイザー	月内	採用
3	依頼子どもがキーホルダーを欲しがってぐずっても相手にしない。	提供会員	即座	不採用
4	依頼子どもが好きなキャラクターのグッズは持たない。	提供会員	即座	不採用
4	依頼子どもがお気に入りのグッズを他に用意して、ぐずらないようにする。	依頼会員	即座	採用
4	依頼子どもが好きなキャラクターのグッズを他に用意して、ぐずられた場合も他のグッズで誤魔化す。	提供会員	即座	採用
5	車のキーを押してもリモコンが作動しないように、リモコンの電池を抜いておく。	提供会員	即座	不採用
6	ドアがロックされても開けられるように、依頼子どもを車内に置いて移動する際は、車のどこかの窓を開けておく。	提供会員	即座	採用

事例 3 : 自転車後輪への足巻き込み事故

事例 3 : 自転車後輪への足巻き込み事故

■ 事例 3 : 自転車後輪への足巻き込み事故

① 想定シナリオ

【前提】

- 天気：雨
- 依頼子ども：5歳
- 預かりの形態：保育園からバレエ教室への自転車による送迎

【シナリオ】

- ✓ 提供会員が依頼子どもを、保育園に迎えに行った。
- ✓ 保育園から習い事（バレエ教室）へ送る予定だった。

⇒次頁へつづく

事例3：自転車後輪への足巻き込み事故

【シナリオ】

- ✓ その日は、急に雨が降り出したため、雨具の準備等をするなどに時間がかかり、提供会員は保育園への到着がいつもより遅れてしまった。
- ✓ 習い事の開始時間まであまり余裕がないため、提供会員は少し焦っていた。
- ✓ 提供会員が依頼子どもを引き取ると、ヘルメットを着用させ、雨合羽を着せて、自転車後部座席に乗せた。
- ✓ この際、依頼子どもの履いている靴の面ファスナー（商品名例「マジックテープ」）が取れていたが、着せた雨合羽が足元付近まで覆っていた為、提供会員の視点からは良く見えなかった。
- ✓ また、提供会員は少し焦っていたため、早く出発したい気持ちだった。
- ✓ 自転車で走行中、いつものように足をバタバタさせていた依頼子どもの靴の面ファスナーが後輪に挟まり、それに引きずられるように依頼子どもの足が巻き込まれてしまった。
- ✓ 幸い、自転車は転倒に至らなかったが、依頼子どもは足先に裂傷を負った。

事例 3 : 自転車後輪への足巻き込み事故

② 分析・対策検討シート

■ 分析シート

分析対象事象



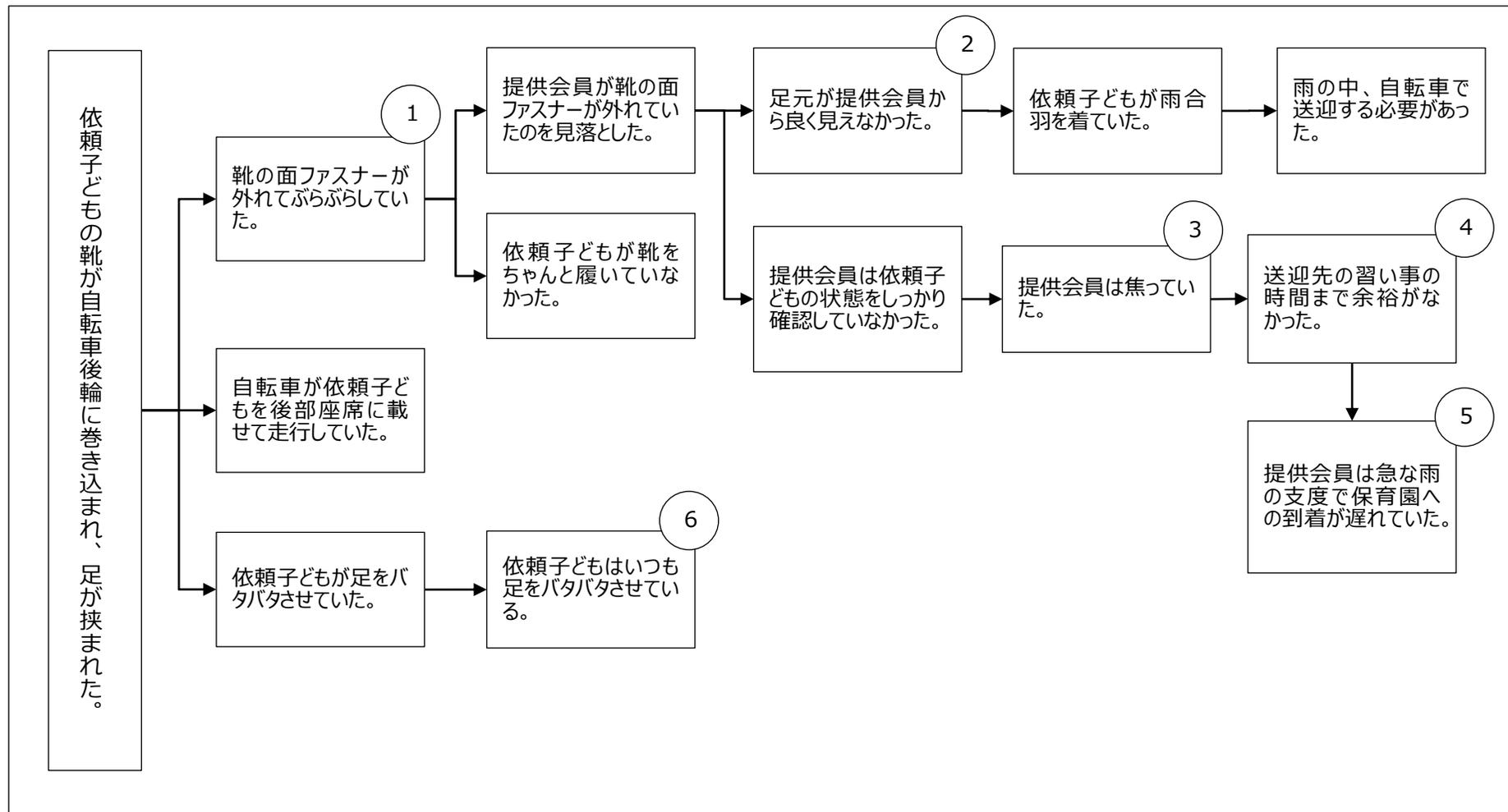
事例 3 : 自転車後輪への足巻き込み事故

動画を止めて、分析を実施してください。
(目安時間 : 15分~30分)

事例3：自転車後輪への足巻き込み事故

③ 分析例と解説

■ 分析シート（記載例）



事例3：自転車後輪への足巻き込み事故

■ 対策検討シート

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用

事例 3 : 自転車後輪への足巻き込み事故

動画を止めて、対策を検討してください。
(目安時間 : 10分~20分)

事例3：自転車後輪への足巻き込み事故

■ 対策検討シート（記載例）

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用
1	提供会員は依頼子どもを自転車に載せる際には、特に足元や紐のぶら下がりなどを確認する。	提供会員	即座	採用
1	自転車送迎時のチェックポイントをセンターでまとめて提供会員へ案内する。	アドバイザー	月内	採用
2	提供会員は依頼子どもを自転車に載せる際には、体を動かして、死角が無いように確認する。	提供会員	即座	採用
3	焦っていると感じる時は、一呼吸置くように工夫する。	提供会員	即座	採用
4	時間通りに習い事へ到着するよりも、子どもの安全確認が優先であることを意識づける。	提供会員	即座	採用
4	依頼会員は習い事へは遅刻しても問題無い旨の声かけを日頃から提供会員へ行う。	依頼会員	即座	採用
5	天気予報を調べてあらかじめ雨の準備をしておく。	両会員	即座	採用
5	雨の日は、環境の変化（暗い、濡れて滑る、服装が異なる、普段より時間がかかる）により焦りが生まれ、事故が起きやすいことをあらかじめ会員へ周知する。	アドバイザー	定期的	採用
6	日頃から依頼子どもが自転車で足をバタバタとさせている場合は、危ないから足をバタバタさせないように言い聞かせる。	両会員	即座	採用

【解説】事故の背景に当事者の心理的要因（焦り）がある場合は、複数の対策を組み合わせたり、焦り感情が発生しない（発生しても追い込まれない）ように日頃から心理的安全性を確保したりする必要があります。また環境要因（雨）は様々な事象に影響を与えるので、アドバイザーは日頃からその影響への対策を検討する必要があります。

事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

■ 事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

① 想定シナリオ

【前提】

- 時期・天気 : 冬場・雪
- 依頼子ども : 4歳・5歳の兄弟での預かり
- 事故発生場所 : 預かり場所である依頼会員宅の居間

【シナリオ】

- ✓ 冬場で外は雪が降っているため、依頼会員宅の居間での預かり。
- ✓ 4歳・5歳の兄弟を1人の提供会員で預かっている。

⇒次頁へつづく

事例 4 : ストープのそばでのボール遊びによる事故

【シナリオ】

- ✓ 室内は暖を取るために灯油ストーブが燃えている。また、ストーブの上にはやかんが置かれていて、加湿をしている。
- ✓ 当初、兄弟はストーブから離れた位置で大人しく遊んでいた。
- ✓ 提供会員はトイレに行きたいと思い、兄弟の様子を確認したが、相変わらず大人しく遊んでいるので、「トイレに行くよ」と言って席を離れた。
- ✓ 弟の泣き声があるため提供会員が急いで居間に戻ると、ストーブのそばで弟が手を押さえて泣いた。
- ✓ 兄に話を聞くと、提供会員が席を外した際に兄弟はボール投げを始めていて、ボールがストーブの上のやかんに当り、熱湯が周囲に飛び散ったとのこと。
- ✓ 熱湯の一部が弟の手にかかり、軽い火傷を負っていた。

事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

② 分析・対策検討シート

■ 分析シート

分析対象事象



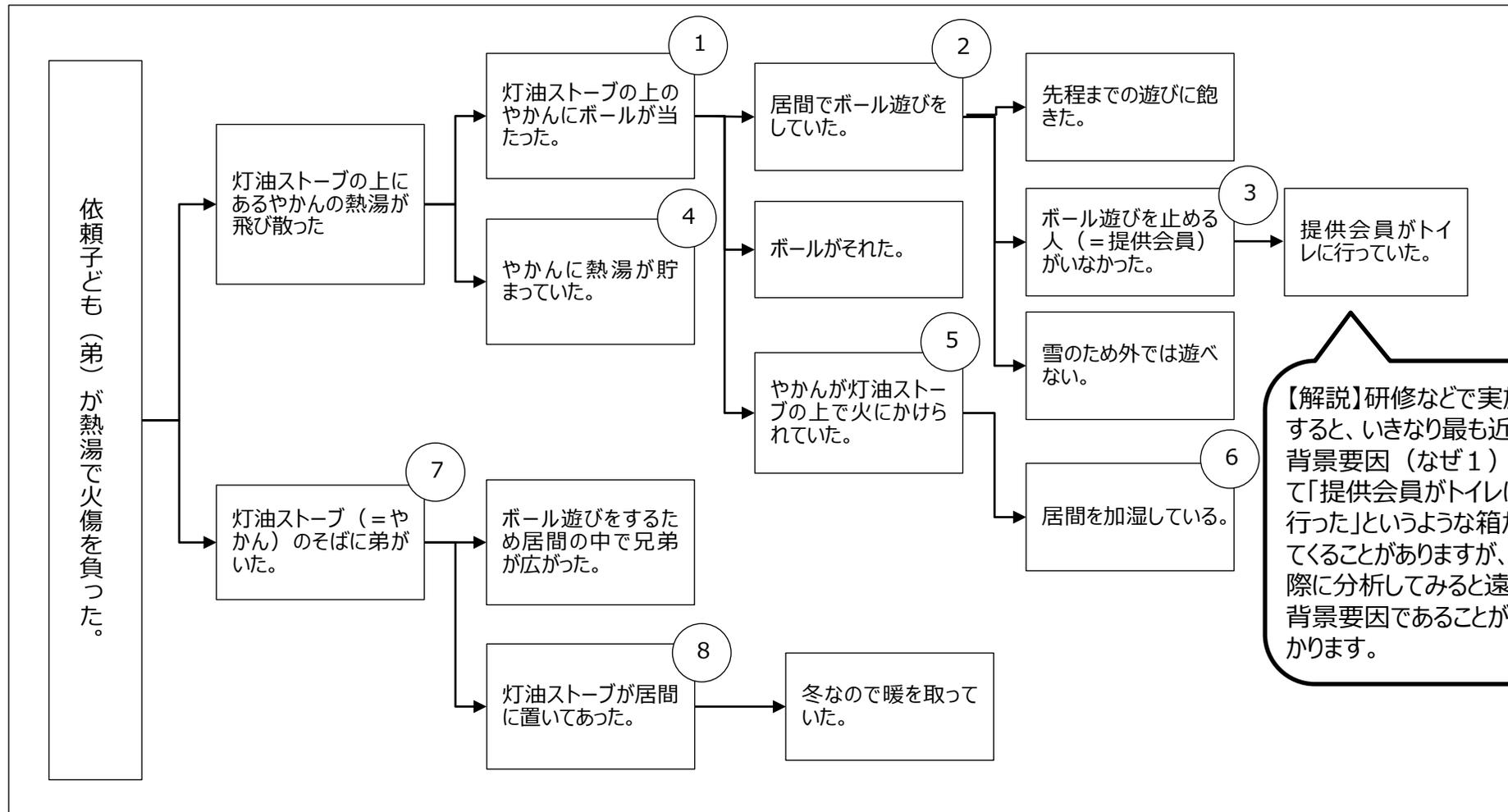
事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

動画を止めて、分析を実施してください。
(目安時間 : 15分~30分)

事例 4 : ストープのそばでのボール遊びによる事故

③ 分析例と解説

■ 分析シート (記載例)



事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

■ 対策検討シート

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用

事例 4 : ストーブのそばでのボール遊びによる事故

動画を止めて、対策を検討してください。
(目安時間 : 10分~20分)

事例 4 : ストープのそばでのボール遊びによる事故

■ 対策検討シート（記載例）

番号	対策案	誰が	実施期限	採用/ 不採用
1	居間に灯油ストーブを置く場合はゲージなどで覆う。	依頼会員	即座	費用相談
2	居間ではボールで遊ばないように依頼子どもに言い聞かせる。	提供会員	即座	採用
3	席を離れる際に、提供会員がいない間は、今のまま遊んでいてもらうように依頼子どもに言い聞かせる。	提供会員	即座	採用
4	やかんの中のお湯の量を減らしておく。（熱湯の飛散リスクを下げている。）	提供会員	即座	採用
4	灯油ストーブに火を入れない。（それ以外で暖を取る。）	提供会員	即座	不採用
5	やかんを灯油ストーブの上に置かない。（熱湯の飛散リスクをゼロにしている。ただし、灯油ストーブ転倒や直接触れるなどのリスクは減っていない。）	提供会員	即座	採用
6	居間の加湿は止めてしまう。	提供会員	即座	採用
6	居間の加湿は加湿器で実施する。	依頼会員	即座	費用相談
7	席を離れる際に、提供会員がいない間は、灯油ストーブなどの火気（危ないもの）に近付かないよう、依頼子どもに声かけをする。	提供会員	即座	採用
8	灯油ストーブは預かり場には置かない。	依頼会員	即座	不採用

【解説】寒さを防ぐために暖房器具を使用するのは当然のことなので、寒さを我慢するような対策は不採用にするのが正しいです。灯油ストーブへの対応はハード的に対策を打つか、近寄らないように伝えるなどの対策を検討します。またトイレを我慢するなどの対策も生理現象に反しているので、間違いです。

4. まとめ

まとめ

- 事故およびヒヤリ・ハットの分析および対策検討を終えて
 - 事故およびヒヤリ・ハットの分析および対策検討を実施していただいた結果、いかがでしたでしょうか？
 - 分析例や解説はあくまでも 1 つの回答例ですので、アドバイザーの方々の過去の経験や専門性によって異なる分析結果や対策案も出てきているかもしれません。また、分析を実施していただくことで、新たに気付きがあるかもしれません。
 - 子育て支援事業においては、人間の考え方の特性もあり、どうしても事故が発生した現場の方々にはばかり注目がいき、自然とそちらに原因を求めてしまう場合があります。しかし、視点を変えれば、事故の原因が管理面に起因していることもあります。また管理の方法を変えることは、個々の人に対策を打つよりも広く事業に影響を与えることが可能です。
 - 本資料に記載された分析手法や対策立案の考え方を深く理解していただき、ファミサポ事業における事故を削減していただければ幸いです。

長時間の受講、大変お疲れさまでした。