

内閣府 令和4年度子ども・子育て支援調査研究事業

**教育・保育施設における事故に至らなかった事例の  
収集・共有等に関する調査研究**

**報告書**

令和5年3月

株式会社 日本経済研究所



教育・保育施設における事故に至らなかった事例の  
収集・共有等に関する調査研究

< 目 次 >

第1章	本調査研究事業の背景と目的	1
第2章	「意見交換の場」での専門家からの意見聴取	2
第3章	「ヒヤリ・ハット事例の収集と共有を効果的かつ効率的に行う方法」 のとりまとめ	6
第4章	教育・保育施設等におけるヒヤリ・ハット事例集の作成	10
第5章	医療分野における取組の研究と教育・保育現場への適用	12
巻末資料	教育・保育施設等におけるヒヤリ・ハット事例集	23

## 第1章 本調査研究事業の背景と目的

教育・保育施設等におけるいわゆる「ヒヤリ・ハット事例」のうち、命の危険につながりかねないような事例が行政や他の施設と共有されることは、事故防止を図る上で重要である。

死亡や重大事故（治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等）については、施設から自治体を通じて国に報告を求めているところ、ヒヤリ・ハット事例については、どのように事例を収集・共有すればよいのか、その方法について認定こども園や幼稚園、保育所の各団体や、事例の収集を先行的に行っている地方公共団体のご協力を得て、検討を行った。

検討に当たっては、上記の各団体を構成員とする「意見交換の場」を開催しており、その場でも出された意見も本報告書に掲載している。

併せて、本調査研究では、上記の各団体のご協力を得て、実際に発生したヒヤリ・ハット事例を収集して事例集としてまとめ、本報告書の巻末資料として添付している。

なお、教育・保育の現場にさきがけて「リスク評価・分類」に取り組んでいる医療の現場では、患者の身体に与える影響の程度によってヒヤリ・ハット事例や事故を評価・分類し、そのレベルに応じて医療安全推進のための委員会等で対策を検討し、改善策を講じるといった流れが確立している。

そのため、今回作成したヒヤリ・ハット事例集では、こうした医療分野における取組を参考に、各事例を重大さの程度、すなわちリスクに応じて評価・分類するといった試みを行うとともに、教育・保育分野でも、各施設でヒヤリ・ハット事例が発生した場合に、リスクのレベルに応じて評価・分類を行い、改善策を講じていくという一連の取組を取り入れるに当たっての課題についても検討・整理している。

## 第2章 「意見交換の場」での専門家からの意見聴取

### 1 「意見交換の場」の開催目的

ヒヤリ・ハット事例の収集と共有を、現場の負担等を考慮しつつ、効果的に行うための手法について取りまとめるに当たり、認定こども園や幼稚園、保育所の各団体、事例の収集を先行的に行っている地方公共団体のご意見をお聴きすることを目的として、「意見交換の場」を開催した。

### 2 「意見交換の場」の実施方法

#### (1) 参加団体

認定こども園や幼稚園、保育所の各団体、事例の収集を先行的に行っている地方公共団体の合計10団体

なお、ファシリテーターは、大妻女子大学 家政学部児童学科 石井 章仁 准教授に務めていただいた。

その他、オブザーバーとして、内閣府子ども・子育て本部の参加を得た。

#### (2) 開催日

2023年2月21日(火) 17:00～18:30

#### (3) 開催手段

以下の会場での参加とオンラインでの参加の併用により開催した。

株式会社日本経済研究所（東京都千代田区大手町一丁目9番2号  
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ15階）会議室

### 3 各団体から頂いた主な意見

意見交換会の場で、各団体からご発言いただいた内容のうち、主なものは以下のとおりであった。

#### (1) ヒヤリ・ハット事例に関する共通認識の確認

- ヒヤリ・ハット報告は事故報告とは異なり、各施設や各自の自主性に基づいて行われるのがよい。事後の処置を含め、主体性を持って行わなければ、効果は上がりにくいものであることも考えれば、強制的に行政に対して報告させるという方法には違和感を覚える。各施設や各自の取組を後押しするような、あるいは高めていくような形でのアプローチを取っていただきたい。
- 事例報告を行うことによって、職員間に行き過ぎた責任を負わせることなく、安全対策の強化のために実施しているものであるという認識の共有が必要ではないか。
- こどもは成長の過程で危ないこともする。そのため、こどもの成長を考えるうえでは、ヒヤリ・ハットはどうしても避けられないこともある。様々なことに挑戦させることも必要である。その結果、ヒヤリ・ハットはたくさん発生する。ヒヤリ・ハットにたくさん気づく園はよい園だということも自治体に分かってほしい。
- 保育士もそうだが、安全ばかりを言われることで萎縮してしまっている部分がある。危険と隣り合わせのところもあるが、事故予防策をしっかりと行っていくという土台のうえで保育ができるとうい。

#### (2) ヒヤリ・ハット事例の収集に関すること

##### <各施設での取組>

- 軽微なヒヤリ・ハットについても全て報告を上げているという園もあれば、重大なものについては職員会議の中で話し合うが、軽微なものについては職員が閲覧できるような形でファイリングしているという園もあった。事故につながらなければよいということではなく、軽微なものでもきちんと見てもらうことで職員たちの目を育てることができる。
- 当園では、1枚の模造紙に園舎を描き、どこで事故が起きたか、起きそうかということを書いた付箋を貼って示している。その付箋には、いつ、どこで、などの情報を書いている。時間をかけないようにということを意識しながら行っている。

- 当園では、きちんとした報告書を作るのは後でも構わないので、まずは提出しやすい環境をつくることを考えている。簡単なメモ書き程度の用紙を職員の休憩室などの様々な目につく場所に置いて、気付く度に記入して出してもらい、その後、内容を聴取し、時間がなければ、主任が代わりに提出するといったことをしている。
- 見失い事例なら見失い事例、けが事例ならけが事例などの事例ごとに分類し、記入者に重大さの水準に応じて、レベル分けするなどのリスク分析を行ってもらうことが考えられる。
- 記録フォーマットの共通は、今後に生かす意味で必要である。
- 現場には負担になるかもしれないが、写真が1枚あれば、百聞は一見にしかずでイメージが分かり、共通理解が容易になる。
- 収集した数が多くなり過ぎると分析と整理が難しくなるため、そのあたりは考えながら収集する必要がある。フォーマットを作って、そこに書き込むという、現場の負担にならない方法がよい。

#### <行政や教育・保育団体による取組>

- 団体などによる安全管理の研修などにおける事例の収集も有効である。研修に参加する時点である程度の問題意識があるので、より有効的な事例の収集ができる。研修についても全国規模というよりは、各都道府県規模、あるいはさらに小さな自治体規模で収集することによって、地域性のある事例の収集も可能である。
- ヒヤリ・ハット事例の収集に関しては、相当な数の事例を集めてもさばき切れるのかという問題や、活用できるのかという問題が出てくる。重大事故から逆算するという考え方も必要であろう。一つのアイデアとして、国に集められた重大事故につながりそうな事例を集めるという手法はどうか。
- 共通フォーマットを検討するのがよい。園内職員会議のヒヤリ・ハット共有で使用したデータと提出するデータが違っても同じものを何度も作らなければならなくなる。収集する内容がある程度まとまった段階で、フォーマットの共通化も必要になる。
- 各施設がヒヤリ・ハットで活用できるようなエクセルのシートのようなものでも構わない。希望する園がそのような共通の書式を使用し、同じ項目について報告するようにすれば、負担感は少なくなる。

### (3) ヒヤリ・ハット事例の共有に関すること

- ヒヤリ・ハット事例を分析すると、時間帯や場所、季節、地域性にも様々なものがあることがわかる。共通的事例について言えば、「くう、ねる、みずあそび」で最も事故が起こると言われているが、このようなことに関する共通した事例も出てくる。どれほど注意して分けても、隣のこどものものを食べてしまうという事例もある。また、見失い事例や異物を口に入れるような事例もある。
- ヒヤリ・ハット事例を外部と共有する場合は、氏名等の取扱いにルールを設けて、個人情報の漏えいに当たらないような約束をしておくことが必要。
- 個人情報保護の配慮を行いながら、各市町村の保育会等での合同研修や合同会議で情報共有を図りたい。可能ならば小学校や放課後児童クラブなどの施設との情報共有も行い、地域内での危険箇所の共有にもつなげていきたい。

### 第3章 「ヒヤリ・ハット事例の収集と共有を効果的かつ効率的に行う方法」のとりまとめ

次頁以降では、第2章で記述した「意見交換の場」での参加団体のご意見を参考に、「ヒヤリ・ハット事例の収集と共有を効果的かつ効率的に行う方法」をとりまとめた。

重大事故については、その全数について、施設から自治体を通じて国に報告を求めており、ヒヤリ・ハット事例についても、重大事故と同様に行政が全数を把握すべきではないかという指摘もある。

このことについて、意見交換の場で参加団体にご意見をお聴きしたところ、各施設で発生したヒヤリ・ハットの全数を義務として行政に報告させることは保育職員の負担軽減の観点から適当ではなく、また効果という観点でも、各施設の自主性に任せ、主体性を持って取り組んでもらう方が効果が上がりやすいというご意見があった。

こうしたことを踏まえ、ヒヤリ・ハット事例の全数を義務として施設から行政に報告させることは必ずしも適当でないとの考えに基づき、次頁以降に掲載している「ヒヤリ・ハット事例の収集と共有を効果的かつ効率的に行う方法」をまとめた。

## ヒヤリ・ハット事例の収集と共有を効果的かつ効率的に行う方法

### ヒヤリ・ハット事例に関する共通認識の確認

#### ヒヤリ・ハット事例の収集・共有は、事故予防の観点から非常に重要

- 1件の重大事故の背後には、重大事故に至らなかった29件の軽微な事故が隠れており、さらにその背後には300件のヒヤリ・ハットが隠れているという「ハインリッヒの法則」がある。この法則から、ヒヤリ・ハット事例が施設内で報告され、改善策の共有が図られることは事故を予防する観点から非常に重要であることがわかる。
- ヒヤリ・ハット事例を収集し、共通する事例について、有効な改善策が共有されることによって乳幼児の命を守ることができる。

#### 安全対策を強化し、保育職員が安心して教育・保育に当たれる環境を作る

- また、事故を予防することは、乳幼児だけでなく、乳幼児を預かる保育職員を守ることにもつながる。
- ついては、ヒヤリ・ハット事例の収集は、保育職員に行き過ぎた責任を負わせるために行うものではなく、安全対策を強化し、保育職員が安心して教育・保育に当たれる環境を作るために実施しているものであるという意識の醸成が必要である。

#### こどもが安心して遊びに没頭できる環境を整えるためにも必要

- もっとも、こどもは心身の発育発達段階に応じて自らの限界に挑戦するものである。
- そして、その挑戦を通して危険に関する予知能力や事故の回避能力など安全に関する身体能力などを高めていく。「危ないから」とすべて先回りして排除してしまうと、こどもがこれらの能力を高める機会を阻害してしまう。
- こどもの挑戦とは関係のないところで発生する、遊具の不備などによる事故は防がなければならないのは当然だが、こどもが挑戦できる余地を残す限りヒヤリ・ハットの発生を完全になくすことは難しい。
- そのため、ヒヤリ・ハットが発生することは必ずしも悪いことではなく、こどもが安心して遊びに没頭できる環境を整えるために必要な取組の一環として、ヒヤリ・ハットを収集し、改善につなげていくという意識が大切である。

## ヒヤリ・ハット事例の収集に関すること

### 各施設での取組

#### 保育職員が多くのヒヤリ・ハットに気づき、報告されることが推奨される

- 施設内でヒヤリ・ハット事例を収集し、要因分析の上、事故対策を講じることはガイドラインに定められており、各施設が自主性を持って取り組んでいくことである。
- 前述のとおり1件の重大事故の背後には300件のヒヤリ・ハットが隠れていることから、保育職員が一つでも多くヒヤリ・ハットに気づき、報告されることが推奨される。

#### 参考例をもとに、効率的にヒヤリ・ハット事例を収集する工夫を考える

- あまり時間をかけ過ぎず、施設内で効率的にヒヤリ・ハット事例を収集するため、以下のような方法を採用している施設の例がある。

- ① 園舎を描いた模造紙を事務室に貼り出し、保育職員がヒヤリ・ハットに遭遇する都度、付箋を貼り、「いつ」、「どこで」、「何が起きた」などの具体的なヒヤリ・ハットの内容をその付箋に書き込んでもらい、園長や主任などがまとめて記入様式に清書する。
- ② 提出しやすい環境を作るため、職員の休憩室などの目に付く場所にメモ用紙と箱を置いておき、保育職員がヒヤリ・ハットに気が付いた都度、記入し、箱に投函してもらう。その後、園長や主任などが記入した職員に内容を聞き取り、記入様式に清書する。

#### 効率的に記録するため、あらかじめ各施設で共通の様式を用意しておく

- ヒヤリ・ハット事例を効率的に記録するため、あらかじめ施設内で共通した様式を用意しておくことよい。
- その際、現場の写真が貼付されていると職員間での共通理解が進みやすいため、記録様式に写真を貼付できる欄も設けておくことよい。

## ヒヤリ・ハット事例の共有に関すること

### 教育・保育団体に求められる取組

#### 教育・保育団体が各施設のヒヤリ・ハット事例をとりまとめ、

#### 「ヒヤリ・ハット事例集」として共有

- 各施設で共通するヒヤリ・ハット事例やそれにかかる改善策を、各施設の枠を超えて共有することができれば事故防止に有効である。
- そのため、教育・保育団体が各施設から任意でヒヤリ・ハット事例について提供を受け、とりまとめて「ヒヤリ・ハット事例集」として共有する取組も有益である。
- また、地域ブロックや都道府県単位等で収集することで、地域性のある事例の収集と改善策の共有が可能になる。
- 例えば、教育・保育団体などが主催する安全管理研修などの場で、各施設からヒヤリ・ハット事例を数例ずつ持ち寄り教材とする方法は、現場への負担が少なくなるとともに、地域や団体での事例収集が可能になる。
- なお、各施設からヒヤリ・ハット事例について提供を受ける際には、関係児童や保育者の氏名等の個人情報の取扱いにルールを設けるほか、施設名や施設が特定できる情報の取扱いには留意する。

### 自治体に求められる取組

#### ヒヤリ・ハット事例の提供を求める際に必要なこと

- 都道府県や市町村へ提供された事例の共有については、教育・保育団体による共有と同様に有効であると考えられるが、自治体から提供を求められることで、過度に委縮する施設もあるという声が聞かれる。施設から提供を受ける頻度や量について、引き続き十分に現場への配慮が求められる。

## 第4章 教育・保育施設等におけるヒヤリ・ハット事例集の作成

### 1 ヒヤリ・ハット事例集の作成のねらい

ヒヤリ・ハット事例が施設内で報告され、改善策の共有が図られることは、事故を予防するうえで非常に重要である。そのため、認定こども園や幼稚園、保育所の各団体、事例の収集を先行的に行っている地方公共団体のご協力を得て事例を収集し、「教育・保育施設等におけるヒヤリ・ハット事例集」（以下、「本事例集」という。）としてとりまとめた。

なお、教育・保育の現場にさきがけて「リスク評価・分類」に取り組んでいる医療の現場では、ヒヤリ・ハット事例や事故を患者の身体に与える影響の程度によって評価・分類し、そのレベルに応じて医療安全推進のための委員会等で対策が検討され、改善策が講じられるといった流れが確立している。

そのため本事例集では、こうした医療分野における取組を参考に、ヒヤリ・ハット事例集の作成の過程で収集した事例を、重大さの程度すなわちリスクに応じて評価・分類するといった試みを行うとともに、こうした取組を教育・保育分野で取り入れるに当たっての課題についても検討・整理した。

### 2 本事例集の主な対象者と構成

本事例集は、各教育・保育施設が職員に対し園内で事故防止対策の研修を行う際に活用する、あるいは行政や教育・保育団体がヒヤリ・ハット事例集を作成する際に参考にさせていただくことを想定している。

今回収集したヒヤリ・ハット事例は、以下の場面ごとに並べて掲載している。

- (1) 送迎バスに関するもの
- (2) 園外保育に関するもの
- (3) 園内（室外）保育に関するもの
- (4) 園内（室内）保育に関するもの

誤嚥、睡眠中、水遊び中の事故などは、度重なる注意喚起がなされているが、昨年、一昨年と、送迎バスに園児を置き去りにし亡くなる事故が発生したことを受けて、各団体には特に、こどもの所在や行動を一時的にでも把握できなくなった事例、例えば送迎バスへの置き去りや、園外保育での見失い・行方不明の事例を中心に、事例の提供を依頼した。

### 3 本事例集の掲載

本事例集は、本報告書の巻末資料として位置づけている。

また、本報告書及び本事例集は、以下のホームページに掲載しており、誰でも自由にダウンロードすることが可能である。

■ 株式会社日本経済研究所のホームページ

「内閣府 令和4年度子ども・子育て支援調査研究事業

教育・保育施設における事故に至らなかった事例の収集・共有等に関する調査  
研究報告書」

<https://www.jeri.co.jp/parenting-r5/>

## 第5章 医療分野における取組の研究と教育・保育現場への適用

### 1 医療分野における事故防止の取組についての研究

#### (1) 医療分野での事件事例の収集、公表

医療業界では、1999年に医療事故が相次いで発生したことをきっかけに、医療安全に対する技術や教育、管理体制等が整備されるようになった。

現在、医療の安全のための再発防止を目的として、原因を調査するために医療機関が自主的に医療事故を調査し、再発防止に取り組むことを基本とする「医療事故調査制度」

(平成26年6月18日に成立した医療法の改正に盛り込まれた)があり、医療事故が発生した場合には、遅滞なく、当該医療事故の日時、場所及び状況その他厚生労働省令で定める事項を民間の第三者機関(医療事故調査・支援センター)に報告することが義務付けられている。

その後、速やかに院内事故調査を行うが、その際、医療機関は医療事故調査等支援団体(都道府県医師会、大学病院、各領域の医学会など複数の医療関係団体で構成)に対して、医療事故調査を行うために必要な支援を求めることができ、原則として外部の医療の専門家の支援を受けながら調査を行う。院内事故調査の終了後、調査結果を遺族に説明し、医療事故調査・支援センターにも報告する。

医療事故調査制度の対象となる「医療事故」の範囲は、以下のとおりである。

	医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が予期しなかったもの	<b>制度の対象事案</b>	
管理者が予期したもの		

※過誤の有無は問わない。

出所：一般社団法人日本医療安全調査機構HP

([https://www.medsafe.or.jp/modules/medical/index.php?content\\_id=2](https://www.medsafe.or.jp/modules/medical/index.php?content_id=2))

## (2) ヒヤリ・ハット事例の収集、公表

医療機関や薬局のヒヤリ・ハット事例は、公益財団法人日本医療機能評価機構により収集され、うち一部が「共有すべき事例」として抽出、公表されている。

### ■ 医療事故情報収集等事業

- ・公益財団法人日本医療機能評価機構では、2004年度から、医療安全の推進を目的として医療事故情報やヒヤリ・ハット事例の収集などを行う医療事故情報収集等事業を実施。本事業に参加するかどうかは医療機関の任意。

<https://www.med-safe.jp/>

- ・月に1回程度、医療機関に対して医療安全情報を提供している。
- ・収集した医療事故等の情報やその集計、分析の結果を報告書として取りまとめ、定期的な報告書や年報として公表している。

[https://www.med-safe.jp/pdf/year\\_report\\_2021.pdf](https://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2021.pdf)

- ・テーマを決めて、「最新の分析テーマ」として分析、公表している。
- ・事例検索ができるようになっている。

### ■ 薬局ヒヤリ・ハット事例収集・分析事業

- ・全国の参加薬局から事例を収集し、分析して情報提供を行っている。本事業に参加するかどうかは薬局の任意。事務局は公益財団法人日本医療機能評価機構。

<http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/index.html>

- ・報告された事例の中から、特に広く医療安全対策に有用な情報として共有することが必要であると思われる事例は「共有すべき事例」として選定し、事例のポイントを付してホームページに掲載している。(2021年に提供した「共有すべき事例」は36件。全体報告件数は127,937件。抽出率0.02%)
- ・年報を作成している。

[http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/year\\_report\\_2021.pdf](http://www.yakkyoku-hiyari.jcqh.or.jp/pdf/year_report_2021.pdf)

- ・テーマを決めて、「最新の分析テーマ」として分析、公表している。
- ・事例検索ができるようになっている。

### (3) 医療現場での取組

「独立行政法人国立病院機構（以下、「国立病院機構」という。）における医療安全管理のための指針」（令和2年3月27日）をもとに、全国140の病院を一つの組織として運営する国立病院機構の取組を整理すれば、以下のとおりである。

#### ア 医療事故とヒヤリ・ハット事例の定義

- ・医療事故とは、医療に関わる場所で医療の全過程において発生する人身事故一切を包含し、医療従事者が被害者である場合や、廊下で転倒した場合なども含む。（前述した、「医療事故調査制度」の対象となる事案とは異なる。）
- ・ヒヤリ・ハット事例とは、患者に被害を及ぼすことはなかったが、日常診療の現場で、“ヒヤリ”としたり、“ハッ”とした経験を有する事例をいう。具体的には、ある医療行為が、①患者には実施されなかったが、仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予測される場合、②患者には実施されたが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合を指す。

イ 患者影響レベルの指標

発生した医療事故やヒヤリ・ハット事例が患者にどの程度の影響を与えたかを区分するもの。レベル0からレベル3 aまでをヒヤリ・ハット事例、レベル3 bからレベル5までを医療事故とする。

影響レベル	内 容	障害の程度及び 〔継続性〕
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合(仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された)	なし
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に影響を及ぼすに至らなかった場合	なし
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	なし
レベル3a	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置(消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの)が必要となった場合	軽度 〔一過性〕
レベル3b	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	中・高度 〔一過性〕
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	高度 〔永続的〕
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	死亡

※影響レベル3aまでが「ヒヤリ・ハット事例(=インシデント事例)」、レベル3b以上が「医療事故」

出所：「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」

(<https://nho.hosp.go.jp/files/000173052.pdf>)

なお、「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」には、次頁のとおり患者影響レベル毎の具体的事例も掲載され、各病院は、本指標や具体的事例に基づき、発生した医療事故等がどの患者影響レベルに該当するのかについて整理を行うこととされている。

患者影響レベルについて（事例毎整理）

※ 影響レベル3・aまでを「ヒヤリ・ハット事例」、レベル3・b以上を「医療事故」とする。

影響レベル	内容	医療行為に係る事例	管理上の問題に係る事例
レベル0	誤った行為が発生したが、患者には実施されなかった場合（仮に実施されたとすれば、何らかの被害が予想された）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誤った薬を手にしたが、患者に実施する前に気付き実施されなかった事例・手術・検査・処置・リハビリ・麻酔等時に患者や部位を取り違えそうになったが、実施前に気付き実施されなかった事例</li> </ul>	
レベル1	誤った行為を患者に実施したが、結果として患者に被害を及ぼすに至らなかった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・薬を過剰投与したが軽微な過剰で患者への影響が考えられない事例、あるいはそもそも患者への影響が考えられない種類の薬剤の過剰投与であった事例</li> <li>・人工呼吸器加湿器への多酵素洗浄剤の未希釈での使用（患者への影響がなかった事例）</li> <li>・インフルエンザワクチンの重複摂取</li> </ul>	
レベル2	行った医療又は管理により、患者に影響を与えた、又は何らかの影響を与えた可能性がある場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・輸液ポンプの点検ミスによる誤動作を原因とする高カロリー輸液の急速投与や薬の過剰投与により患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例</li> <li>・検査・処置・リハビリにおける患者や部位の取り違えにより患者への影響があり、又は影響を与えた可能性がある事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落（出血はなく、検査でも顕著な所見はなく追加的処置等は必要なかった事例）</li> <li>・廊下の段差でつまずいたことによる転倒（顕著な所見等はなかった事例）</li> <li>・患者の問題行動（自殺企図、暴力、離院等）</li> <li>・留置針による患者あるいは訪問者の針刺し事故</li> </ul>
レベル3・a （軽度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった簡単な治療や処置（消毒、湿布、鎮痛剤投与等軽微なもの）が必要となった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介助中の患者の痛みの訴えに明らかな骨折はなかったが熱感・腫脹があり患部を冷やす等の処置を行った事案</li> <li>・医療機器の誤操作等による軽度の損傷・熱傷</li> <li>・気管内吸引処置時の消毒薬の間違いによる患者の不快感</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落による軽度の外傷や挫傷</li> <li>・介助中に発生した軽度の外傷等（配膳時トレーの顔面への接触等）</li> <li>・説明不足などにより、患者が危険区域に浸入し軽度の外傷や挫傷を負った事例</li> <li>・患者間の暴力による軽度の外傷</li> </ul>
レベル3・b （中・高度）	行った医療又は管理により、本来必要でなかった治療や処置が必要となった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・重心患者等の介助中に発生した骨折（原因が明確でないものを含む）</li> <li>・尿道バルーンカテーテル交換時、心臓カテーテル検査造影時、内視鏡使用時、胃ろうチューブ交換時等の穿孔</li> <li>・胃ろうチューブの腹腔内留置による腹膜炎の発症</li> <li>・I V Hカテーテルの誤挿入による気胸の発生</li> <li>・手術の際のガーゼ異残等異物遺残（除去により永続的な障害は生じなかった事例）</li> <li>・手術中における手術目的以外の臓器損傷</li> <li>・尿管鏡生検時の尿管損傷</li> <li>・点滴のテープ圧迫固定を原因とする皮ふ組織壊死</li> <li>・薬剤に係る過剰投与、誤薬、調剤ミス等による副作用で重篤な事例</li> <li>・経管栄養チューブの気管への誤挿管による呼吸状態悪化</li> <li>・手術・麻酔等における、患者や部位の取り違え</li> <li>・人工関節のインプラットの左右間違い</li> <li>・異型輸血の実施</li> <li>・手術実施時に使用した骨蠟の脊柱管内浸入による脊髄障害</li> <li>・手術中の体位固定・圧迫による腓骨神経麻痺（足骨のしびれ等）</li> <li>・入院中に発生した重度な（筋膜[Ⅲ度]、筋層[Ⅳ度]に届く）褥創</li> <li>・人工妊娠中絶失敗による妊娠継続</li> <li>・脳室ドレーンの自己抜去による緊急手術</li> <li>・胎盤娩出時の子宮内はんにによる大量出血</li> <li>・F O Y、抗ガン剤の血管外漏出による皮膚壊死</li> <li>・精神科患者の食事時の窒息</li> <li>・その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期された合併症による重篤な事例で、警鐘的意義を有すると認める事例</li> <li>・手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されていなかった合併症で重篤な事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落による骨折、急性硬膜下血腫の発生、呼吸状態悪化による一時的な人工呼吸器装着</li> <li>・プレールームでのマットによる窒息（一時的な人工呼吸器の装着）</li> <li>・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で重篤な事例</li> <li>・絶縁被覆の剥がれた止血摂子の使用による熱傷</li> <li>・食品由来のアレルギー予防のため禁止食品としてのオーダーが指示されていたが、誤配膳によりアナフィラキシーショックが発生した事例</li> <li>・精神科患者の病棟等からの飛び降りによる骨折</li> </ul>

影響レベル	内容	医療行為に係る事例	管理上の問題に係る事例
レベル4	行った医療又は管理により、生活に影響する重大な永続的障害が発生した可能性がある場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カテーテル穿刺による仮性動脈瘤形成を原因とする下肢切断</li> <li>・手術の際の異物遺残により重大な永続的障害が発生した事例</li> <li>・手術中の神経損傷を原因とする回復の見込めない筋力の低下</li> <li>・人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による低酸素症脳障害や意識障害</li> <li>・左乳房切除術後の病理組織検査による良性腫瘍であることの判明</li> <li>・重要な徴候等の見落としを原因とする下肢ガス壊疽による下肢切断</li> <li>・骨盤内リンパ節郭清術中の左腎動脈損傷による左腎臓摘出</li> <li>・心臓ペースメーカーのリード感染から両側眼球摘出に至った事例</li> <li>・その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期された合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例で、警鐘的意義を有すると認める事例</li> <li>・手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されていなかった合併症により、永続的障害が発生した可能性がある事例</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落により永続的な人工呼吸器の装着が必要となった事例</li> <li>・転倒・転落による骨折が原因で寝たきりとなった事例</li> <li>・酸素吸入中の患者がベッドからの転落したことによる意識喪失・人工呼吸器装着</li> <li>・バルーンカテーテル使用患者の転倒によるカテーテル閉塞を原因とする膀胱ろう造設</li> <li>・麻酔管理ミスによる低酸素脳症を原因とする意識障害</li> <li>・誤嚥、又はその疑いによる窒息を原因とした永続的な意識障害や植物状態</li> <li>・プレールームでのマットによる窒息を原因とする永続的な人工呼吸器装着</li> <li>・留置針による針刺し事故で肝炎等永続的な有害事象が発生した可能性がある事例</li> <li>・帝王切開による新生児重症仮死状態での出生により障害が残る可能性がある事例</li> <li>・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とした有害事象で永続的障害が発生した可能性がある事例</li> <li>・自殺企図により患者が病棟等から飛び降りたことで重度の障害（永続的な意識レベルの低下等）が発生した事例</li> </ul>
レベル5	行った医療又は管理が死因となった場合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人工呼吸器の装着ミス、チューブのゆるみ等による患者の死亡</li> <li>・体位交換時の気管内挿管カニューレ逸脱による死亡</li> <li>・抗ガン剤の過剰投与による副作用を原因とする死亡</li> <li>・ニフレック投与による腸閉塞発生など薬の副作用を原因とする死亡</li> <li>・手術中の異常出血による多臓器不全等による死亡</li> <li>・心臓カテーテル施行時の冠動脈破裂・心タンポナーデによる死亡</li> <li>・手術後の肺塞栓による死亡</li> <li>・リスクの低い妊産婦の死亡</li> <li>・その他、手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期された合併症による死亡で、警鐘的意義を有すると認める事例</li> <li>・手術・検査・処置・麻酔等にもなう予期されていなかった合併症による死亡</li> <li>・手術後30日以内の死亡</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・転倒・転落による頭蓋骨骨折や呼吸状態の悪化等による死亡</li> <li>・入浴中の溺死</li> <li>・誤嚥、又はその疑いによる窒息を原因とする死亡</li> <li>・熟練度の低い者が適切な指導なく行った医療行為を原因とする死亡</li> <li>・入院中の自傷行為による死亡</li> <li>・患者の自殺</li> </ul>

※ 本表は、それぞれのカテゴリーにおけるいくつかの例を示したものである。

出所：「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」

(<https://nho.hosp.go.jp/files/000173052.pdf>)

ウ 各病院における医療安全管理体制の整備について

医療安全管理に向けて、各病院では以下の体制が整備されている。

- 「医療安全管理規程」の策定及び改定（医療安全管理委員会が策定）
  
- 「医療安全管理委員会」の設置（副院長、診療部長又は医長、薬剤部長又は薬剤科長、看護部長、事務部長、医療安全管理者、医薬品安全管理責任者、医療機器安全管理責任者、医療放射線安全管理責任者等により構成）
  
- 「医療安全管理室」の設置（組織横断的に当該病院内の安全管理を担うために設置。医療安全管理者、医療安全推進担当者、医療安全管理者を補佐する者及びその他必要な職員により構成し、室長は原則として医療安全管理委員会における委員長）
  
- 「医療安全管理室」への「医療安全管理者」の配置（医療安全管理者の養成を目的とした研修で、通算して40時間以上の研修を終了した者）
  
- 各部門への「医療安全推進担当者」の配置

エ 各病院における医療安全管理のための具体的方策

各病院における医療安全管理のための具体的方策の一つとして、「ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析」が挙げられている。以下は、その抜粋である。

2 ヒヤリ・ハット事例の報告及び評価分析

(1) 報告

ア 院長は、医療安全管理に資するよう、ヒヤリ・ハット事例の報告を促進するための体制を整備する。

イ ヒヤリ・ハット事例については、当該事例を体験した医療従事者が、その概要をヒヤリ・ハット体験報告に記載し、翌日までに、医療安全推進担当者に報告する。

ウ 医療安全推進担当者は、ヒヤリ・ハット体験報告等から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握し、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載して、医療安全管理室に提出する。

エ ヒヤリ・ハット体験報告を提出した者に対し、当該報告を提出したことを理由に不利益処分を行ってはならない。

オ ヒヤリ・ハット体験報告は、医療安全管理室において、分析・検討が終了するまで保管する。

(2) ヒヤリ・ハット事例について効果的な分析を行い、医療安全管理に資することができるよう、必要に応じて、当該事例の原因、種類及び内容等をコード化し、評価分析を行う。

(3) ヒヤリ・ハット事例集の作成 各病院においては、ヒヤリ・ハット事例を評価分析し、医療安全管理に資することができるよう、事例集を作成する。なお、事例集については、ヒヤリ・ハット体験報告に基づき、定期的に事例の追加記載を行い、関係職員への周知を図る。

出所：「独立行政法人国立病院機構における医療安全管理のための指針」

(<https://nho.hosp.go.jp/files/000173052.pdf>)

## 2 教育・保育分野における「リスク評価・分類」活用の可能性についての検討

### (1) 現状

現状では、教育・保育分野では、医療分野における「リスク評価・分類」の取組は行われていない。認定こども園や幼稚園、保育所の各団体にも確認したが、当該団体が把握している範囲では、「リスク評価・分類」の取組を取り入れている園は確認できなかった。

### (2) 医療分野における取組からの学びと教育・保育分野への適用イメージ

医療分野においては、ヒヤリ・ハット事例や事故は、患者の身体に与える影響の程度によってレベルが評価・分類され、そのレベルに応じて医療安全推進のための委員会等で対策が検討され、改善策が講じられるといった流れが確立している。

一方、教育・保育分野では、これまでこうした取組の蓄積がないため、こどもへの影響の程度に応じて事例の分析や改善策を講じるようにするためには、こうした取組が事故防止に効果的かつ効率的であるという認識が広がる必要がある。

そこで、まずは、ヒヤリ・ハット事例の施設内での収集と共有を行うに当たり、事例のリスクの程度を分類して発生傾向を把握し、事故が起こりやすい状況になっていないか、事前の気づきの一助にするといった取組から始めることが考えられる。

そのため、前述した国立病院機構の「患者影響レベルの指標」を参考に、教育・保育分野におけるヒヤリ・ハット事例のリスク分類の案を、以下のとおり検討した。

#### ■ ヒヤリ・ハット事例の「教育・保育分野におけるリスク分類」の案

影響度レベル	傷害の程度	説明
レベル0	実害なし	間違ったことがこどもに実施される前に気づいた場合
レベル1	実害なし	間違ったことが実施されたが、こどもには変化がなかった場合
レベル2	実害なし	間違ったことが実施され、一時的な観察が必要となったり、安全確認のために検査が必要となったが、治療や処置の必要がなかった場合
レベル3	軽度	間違ったことが実施され、本来必要でなかった治療や処置（消毒、湿布、鎮痛剤投与等の軽微なもの）が必要となった場合

### (3) 教育・保育分野への適用を検討するに当たっての今後の方向性

医療分野で行われている「リスク評価・分類」の取組を教育・保育分野に適用するに当たっては以下のような課題が考えられ、今後議論・検討していく必要がある。

#### ア リスク評価・分類の取組の目的・必要性の理解

医療分野では、「患者影響レベルの指標」を設定し、発生した医療事故やヒヤリ・ハット事例が患者にどの程度の影響を与えたかを、この基準に基づき整理している（レベル0からレベル3 aまではヒヤリ・ハット事例、レベル3 bからレベル5までは医療事故）。

他方で、教育・保育分野においては、現状、「リスク評価・分類」の取組は行われておらず、教育・保育現場にこれらの取組を展開していくためには、まずは「リスク評価・分類」を行う目的や必要性についての認識が、関係者間で深まる必要がある。

#### イ 教育・保育分野におけるリスク分類の精緻化

医療分野においては、概ね共通した「患者影響レベルの指標」が使用されている。もっとも完全に統一されているというわけではなく、施設ごとに少しずつ記載が変更された独自の指標が用いられている。また、発生した事故やヒヤリ・ハットがどのレベルに該当するのかが分かるように、患者影響レベルごとの具体的事例を掲載した資料もある。

前頁では、国立病院機構の「患者影響レベルの指標」を参考に、「教育・保育分野におけるリスク分類」の案を示したが、教育・保育現場を熟知した有識者や当事者団体からも意見を聴取し、より教育・保育分野に適した内容となるように調整を加えていく必要がある。また、レベルごとの具体的事例も併せて示していくことができれば、発生したヒヤリ・ハットがどのレベルに該当するのかの判断に資すると考えられる。

なお、教育・保育分野においても、参考となりうるモデルは示しつつ、各施設で使いやすいように調整できる余地を残しておくことも必要であると考えられる。

#### ウ 「リスク評価・分類」に応じた対応を行うための取組体制の構築

医療分野においては、例えば、国立病院機構の傘下の病院であれば、病院内でヒヤリ・ハット事例の報告書が提出されると、「各部門に配置された医療安全推進担当者が、報告書から当該部門及び関係する部門に潜むシステム自体のエラー発生要因を把握の上、リスクの重大性、リスクの予測の可否及びシステム改善の必要性等必要事項を記載し、医療安全管理室に提出する」といった対応がなされることとなっている。

教育・保育現場においてリスクの重大性に応じた評価・分類を行っていくに当たっては、医療分野でいう医療安全推進担当者や医療安全管理室に相当する役割を担う組織や役職を置くなどの仕組みづくりが必要となる。

#### エ ヒヤリ・ハット事例のリスク分類に必要なスキルの育成

同じく国立病院機構の傘下の病院を例にとれば、院長の指名により選任された各部門の医療安全推進担当者が、病院内に設置された医療安全管理室の指示のもと、ヒヤリ・ハット報告の内容の分析、そして、その一環としてリスクの重大性の判断を行うとされている。

リスク評価・分類を行う人によってその結果が異なってしまえば、ヒヤリ・ハット発生後の対処方法も異なってしまふ。リスク分類の評価・分類導入に当たっては、誰が評価・分類を行っても概ね同じ結果となるよう、上記イのとおりリスク分類の記載を分かりやすくかつ具体的にしておくほか、リスク評価・分類の方法や注意点についての研修を行うなど、保育職員のリスク評価・分類のスキル獲得・向上に向けた取組も必要となる。

巻末資料 教育・保育施設等におけるヒヤリ・ハット事例集

本報告書は、株式会社日本経済研究所のホームページ (<https://www.jeri.co.jp/>) に掲載し、公開しています。

内閣府 令和4年度子ども・子育て支援調査研究事業  
教育・保育施設における事故に至らなかった事例の収集・共有等に関する調査研究  
報告書

令和5（2023）年3月  
株式会社 日本経済研究所

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-9-2  
大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階  
TEL : 03-6214-4600