

平成27年度地域保健総合推進事業

平成 27 年度

「市町村保健活動調査」

「市町村保健センター及び類似施設調査」

調査結果報告書

市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントに関する調査

市町村保健センター及び類似施設の利用実態等に関する調査

平成 28 年 3 月

日本公衆衛生協会



## はじめに

近年、医療機関では、医療の安全管理や医療事故の発生予防・再発防止等の観点から、アクシデントやインシデントに関する情報収集や分析を行うとともに、厚生労働大臣の登録を受けた登録分析機関に報告を行っています。この報告内容は同機関によって、発生要因や背景を分析され、広く医療事故防止に資するよう、報告件数や発生状況、具体的な事例などが収載された報告書が公表されています。一方、市町村の保健部門において、地域住民を対象とした保健活動や健康増進事業のなかでアクシデント・インシデントが発生した場合、どのような対処を行っているのか、また、予防策や再発防止策に関してはどう検討されているのかは、これまであまり共有されることはありませんでした。

そこで、当委員会では、「市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントに関する調査」をテーマに「市町村保健活動調査」を実施しました。この調査では、アクシデントの定義として「業務に関連して（通勤途上を含む）、住民・来所者や職員（非常勤・アルバイトを含む）への悪い影響が発生し、治療や処置、その他のなんらかの対応を要した事例とします。なお、職員の故意によるものは含めないこととします。」とし、インシデントの定義として「もう少しのところでアクシデントが発生しかねない状況であったが、悪い影響が発生するに至らなかった事例や未然に防止された事例とします。その後の観察を要した事例を含めます。」としました。質問の内容としては、アクシデント・インシデントの報告方法、職員用のマニュアルや研修の存在、過去に発生した事例の概要などをお尋ねしました。

調査結果の詳細は各項にて詳述いたしますが、調査の結果得られたデータからは、アクシデント発生時の報告方法を決めている市町村は5割、アクシデント・インシデントに関するマニュアルがある市町村は1割弱といった、さまざまな現状と課題が明らかになりました。

同時に実施した「市町村保健センター調査及び類似施設調査」では、保健センター等の役割・機能を再確認するため、全国の保健センターが現在どのような職員配置を行っているのか、どのような施設形態であるのかなどの実態を明らかにすることで、今後の保健センターの支援のあり方を検討する基礎資料となることを目的といたしました。

当委員会では、今後ともこうした取り組みを積極的に行い、市町村における保健活動のますますの発展に寄与してまいります。より多くの皆さまにご理解を賜りますよう、この場をお借りし、お願い申し上げます。

最後になりましたが、ご多忙の折、調査にご協力をいただきました市町村担当課の皆さまに、心からお礼申し上げますとともに、皆さまのますますのご活躍を祈念いたします。

平成 28 年 3 月

公益財団法人健康・体力づくり事業財団  
市町村保健活動調査・保健センター等調査研究委員会  
委員長 増田 和茂

# 目次

はじめに	3
第1章 調査の目的と概要	7
第2章 市町村保健活動調査結果	11
1 人口規模	12
2 健康増進部門に配置されている担当者数	13
3 職場の管理者等への報告が行われるようになっている項目（問1）	14
4 「問題が発生した」ときの報告方法（問2、問2-1）	15
5 「結果的に何もなかった」ときの報告方法（問3、問3-1）	16
6 アクシデントに対する職場の取り組み（問4）	17
7 アクシデント・インシデントに関するマニュアル（問5、問5-1）	18
8 アクシデント・インシデントに関する研修（問6、問6-1～4）	19
9 過去5年間に把握できているアクシデント・インシデント事例（問7、問8）	21
10 アクシデントやインシデントに対する全庁的な取り組み（問9、問9-1）	22
11 対応を大きく見直すきっかけとなったできごと（問10）	26
12 人事異動・人事交流のある部門（問11）	27
13 アクシデント・インシデント発生事例（問12）	28
14 アクシデント・インシデントの代表的事例（問12）	29
第3章 考察	43
1 市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントの実態について（鳩野洋子）	44
2 市町村による対応に関連する要因（尾島俊之）	46
3 アクシデント・インシデント事例について（島田美喜）	48
4 マニュアルについて（鳩野洋子）	52

<b>第4章 市町村保健センター及び類似施設調査結果</b> . . . . .	<b>65</b>
1 施設の種別 (F 3) . . . . .	66
2 保健センターの開設年次 (F 2) . . . . .	66
3 施設形態 (F 4) . . . . .	67
4 複合相手先の内訳 (F 8) . . . . .	67
5 施設の床面積 (F 5) . . . . .	69
6 常勤職員の職種 (F 6) . . . . .	70
7 施設長 (F 7) . . . . .	71
<b>巻末資料</b> . . . . .	<b>73</b>



# 第1章 調査の目的と概要

## 研究（調査）の目的

近年、医療機関では、アクシデント・インシデントに関する情報収集や分析を行うとともに、厚生労働大臣の登録を受けた専門機関に報告を行っている。これらの報告件数や発生状況、具体的な事例などの情報は集積・公表され、医療の安全管理や医療事故の発生予防・再発防止等に役立てられている。市町村保健部門では、さまざまな活動を行っているが、これまでアクシデント・インシデントに関する情報の共有はあまり行われてこなかった。

そこで本調査では、市町村保健部門が地域住民を対象とした保健活動や健康増進事業等を実施するなかで、どのようなアクシデント・インシデントに遭遇しているのか、またその対処法や予防策・再発防止策に関しては、どのような検討がなされているのかを明らかにすることを目的に実態把握を行うこととした。

また併せて、市町村保健センター（以下、「保健センター」）の役割・機能を再確認するため、全国の保健センターの職員配置や運営・管理方法等について調査を行い、その実態を明らかにし、今後の保健センター支援のあり方を検討することを目的にした。

## 調査方法と対象

郵送による質問紙調査として実施。

調査票は次の2種類に分けて行った。

### ①「市町村保健活動調査」

市町村単位で、主に保健・健康増進等を担当する部署の課長・課長相当職に記入を依頼した。

### ②「市町村保健センター及び類似施設調査」

市町村の各保健センター及び類似施設ごとの調査とし、当会のデータベースに基づき、各施設ごとに調査票を送付し、記入を依頼した。

上記の調査票は、当会の市町村データに基づき（平成27年11月現在）、市町村ごとに各担当課へ送付した。

## 調査の時期

平成27年12月9日から平成28年2月8日を調査期間とし、11月1日現在の状況の記入を依頼した。

## 調査対象と回収率

全国市町村（東京23区は便宜上、市として計上）1,741自治体に質問紙を郵送し、1,302自治体から回答を得た。回収率は、74.8%。なお、回収率向上のため、未回答市町村に対しては平成28年1月8日に回収督促（ハガキ送付）を行った。

## 分析方法

アンケート集計ソフトウェア「ASSUM for Windows」ver5.80を用いた。



### 都道府県別回収率（市町村単位）

都道府県	発送数	回収数	回収率（%）
01 北海道	179	137	76.5
02 青森県	40	32	80.0
03 岩手県	33	27	81.8
04 宮城県	35	23	65.7
05 秋田県	25	19	76.0
06 山形県	35	29	82.9
07 福島県	59	39	66.1
08 茨城県	44	39	88.6
09 栃木県	25	20	80.0
10 群馬県	35	32	91.4
11 埼玉県	63	51	81.0
12 千葉県	54	46	85.2
13 東京都	62	42	67.7
14 神奈川県	33	26	78.8
15 新潟県	30	28	93.3
16 富山県	15	9	60.0
17 石川県	19	14	73.7
18 福井県	17	12	70.6
19 山梨県	27	20	74.1
20 長野県	77	55	71.4
21 岐阜県	42	37	88.1
22 静岡県	35	29	82.9
23 愛知県	54	52	96.3
24 三重県	29	22	75.9

都道府県	発送数	回収数	回収率（%）
25 滋賀県	19	13	68.4
26 京都府	26	17	65.4
27 大阪府	43	30	69.8
28 兵庫県	41	32	78.0
29 奈良県	39	30	76.9
30 和歌山県	30	15	50.0
31 鳥取県	19	15	78.9
32 島根県	19	14	73.7
33 岡山県	27	19	70.4
34 広島県	23	14	60.9
35 山口県	19	13	68.4
36 徳島県	24	13	54.2
37 香川県	17	16	94.1
38 愛媛県	20	18	90.0
39 高知県	34	16	47.1
40 福岡県	60	40	66.7
41 佐賀県	20	12	60.0
42 長崎県	21	16	76.2
43 熊本県	45	25	55.6
44 大分県	18	16	88.9
45 宮崎県	26	20	76.9
46 鹿児島県	43	30	69.8
47 沖縄県	41	28	68.3
全体	1,741	1,302	74.8

（平成 28 年 2 月 8 日現在）



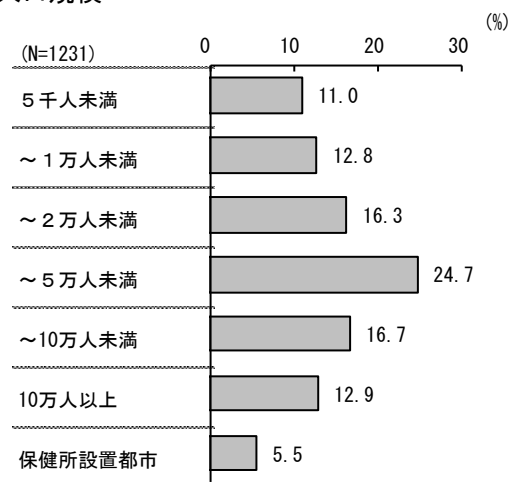
## 第2章 市町村保健活動調査結果

市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントに関する調査

# 1 人口規模

回答のあった市町村の人口規模は、「2万～5万人未満」が24.7%で最も高く、次いで「5万～10万人未満」(16.7%)、「1万～2万人未満」(16.3%)となっている。また、「保健所設置都市」は5.5%となっている。

●人口規模



注1) 人口規模が無記入の場合は、住民基本台帳に基づく人口（平成27年1月1日現在）：総務省を用いた。

注2) 下記を保健所設置市（特別区含む）として集計した。

■指定都市（地方自治法第252条の19第1項に定める20市）

札幌 仙台 新潟 さいたま 千葉 横浜 川崎 相模原 静岡 名古屋 浜松 京都 大阪  
神戸 堺 岡山 広島 福岡 北九州 熊本

■中核市（地方自治法第252条の22第1項に定める45市）

旭川 函館 青森 盛岡 秋田 郡山 いわき 宇都宮 前橋 高崎 川越 越谷 船橋 柏  
八王子 横須賀 富山 金沢 長野 岐阜 豊田 豊橋 岡崎 大津 豊中 高槻 平塚  
東大阪 姫路 西宮 尼崎 奈良 和歌山 倉敷 福山 下関 高松 松山 高知 久留米  
長崎 大分 宮崎 鹿児島 那覇

■政令で定める市（地域保健法施行令第1条の3に定める7市）

小樽 町田 藤沢 四日市 呉 大牟田 佐世保

■東京23区

## 2 健康増進部門に配置されている担当者数

健康増進部門に配置されている人数についてみると、①保健師（常勤）は「1～4人」（28.8%）、「5～8人」（29.6%）の割合が高く、非常勤は「0人」（31.8%）、「1～4人」（28.5%）で高くなっている。平均値は、常勤が11.1人、非常勤が1.6人となっている。

②管理栄養士・栄養士（常勤）は「1人」（44.6%）の割合が高く、平均値は1.8人となっている。非常勤は「0人」の割合が高くなっている。③健康運動指導士、④健康運動実践指導者、⑤医師、⑥歯科医師、⑦看護師、⑧歯科衛生士、⑨その他保健医療専門職については、常勤、非常勤ともに「0人」の割合が高くなっている。

実人数は、「6～10人」（23.9%）が最も高く、平均値は19.0人となっている。

N=1231		0人	1人	5人	9人	13人	17人	21人以上	無回答	平均値（人）	標準偏差
（%）											
①保健師／常勤		0.3	28.8	29.6	14.9	9.1	5.4	10.3	1.5	11.1	18.3
①保健師／非常勤		31.8	28.5	4.6	1.4	0.2	0.3	0.2	33.1	1.6	3.1

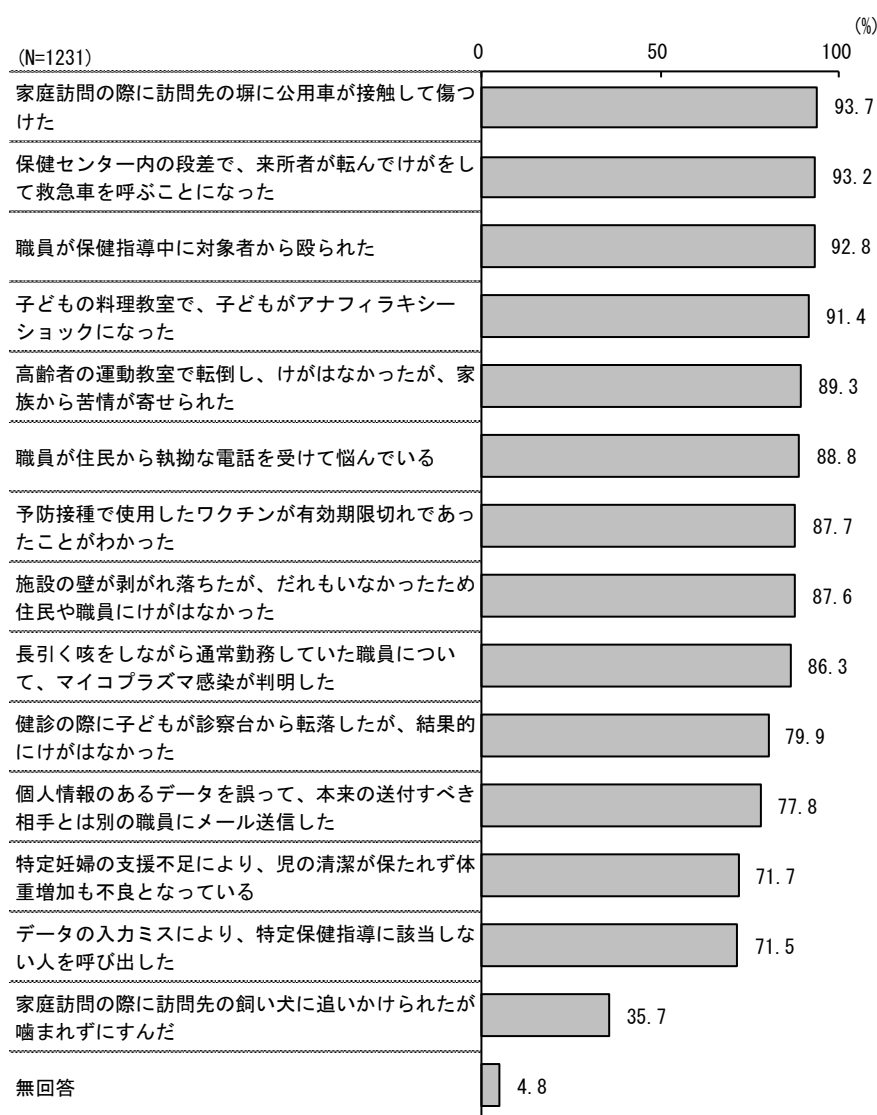
N=1231		0人	1人	2人	3人	4人	5人以上	無回答	（平均値）	標準偏差
（%）										
②管理栄養士・栄養士／常勤		9.4	44.6	20.4	8.9	3.2	5.6	7.9	1.8	2.3
②管理栄養士・栄養士／非常勤		35.0	17.4	5.9	2.9	1.9	2.5	34.4	1.0	2.0
③健康運動指導士／常勤		61.7	3.3	1.1	0.2	0.1	0.2	33.4	0.1	0.5
③健康運動指導士／非常勤		54.4	1.7	0.4	0.2	-	0.1	43.1	0.1	0.6
④健康運動実践指導者／常勤		63.0	1.5	0.8	0.1	-	0.3	34.3	0.1	0.7
④健康運動実践指導者／非常勤		55.5	0.6	0.2	-	-	-	43.7	0.0	0.2
⑤医師／常勤		62.1	1.8	0.4	0.2	0.3	0.7	34.4	0.2	1.6
⑤医師／非常勤		52.6	2.8	0.4	0.2	0.2	0.8	43.0	0.3	2.6
⑥歯科医師／常勤		63.8	1.4	0.3	-	0.1	-	34.4	0.0	0.2
⑥歯科医師／非常勤		54.6	1.1	0.1	0.2	0.2	0.5	43.4	0.5	9.3

N=1231		0人	1人	3人	5人	7人	9人以上	無回答	（平均値）	標準偏差
（%）										
⑦看護師／常勤		49.6	16.4	2.5	0.8	0.1	0.3	30.3	0.5	1.3
⑦看護師／非常勤		35.3	16.0	4.8	2.9	1.5	2.5	37.0	1.6	3.7
⑧歯科衛生士／常勤		51.3	15.0	1.8	0.6	0.4	0.1	30.8	0.4	1.0
⑧歯科衛生士／非常勤		43.5	8.9	2.2	1.3	1.1	1.9	41.2	0.9	2.5
⑨その他保健医療専門職／常勤		51.7	11.3	1.8	0.2	0.6	1.3	33.1	1.8	22.9
⑨その他保健医療専門職／非常勤		45.3	8.3	2.4	0.7	0.1	0.8	42.4	0.7	2.6

N=1231		0人	1人	6人	11人	16人	21人	26人	31人以上	無回答	平均値（人）	標準偏差
（%）												
実人数		0.2	17.7	23.9	12.0	7.0	6.7	4.3	11.9	16.2	19.0	39.1

### 3 職場の管理者等への報告が行われるようになっている項目（問1）

次のようなアクシデント・インシデントが発生した場合、職場の管理者等への報告が行われるようになっている項目は、「家庭訪問の際に訪問先の塀に公用車が接触して傷つけた」（93.7%）、「保健センター内の段差で、来所者が転んでけがをして救急車を呼ぶことになった」（93.2%）、「職員が保健指導中に対象者から殴られた」（92.8%）、「子どもの料理教室で、子どもがアナフィラキシーショックになった」（91.4%）で9割以上となっている。また、「家庭訪問の際に訪問先の飼い犬に追いかけられたが噛まれずにすんだ」は35.7%で、最も低い割合となっている（複数回答）。



#### 4 「問題が発生した」ときの報告方法（問2、問2-1）

##### 1) 「問題が発生した」ときの報告方法を決めているかどうか（問2）

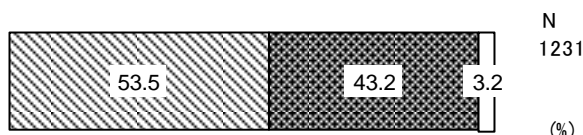
「保健センター内で住民がけがをした」などのときの報告方法を「決めている」は53.5%、「特に決めていない」は43.2%となっている。

人口規模別でみると、「決めている」は、人口規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向にあり、10万人以上の自治体では73.6%、保健所設置都市では73.5%となっている。

##### 2) 報告方法の形式（問2-1）

報告方法を「決めている」と回答した自治体の報告方法の形式は、「口頭および文書」（74.5%）の割合が高くなっている。

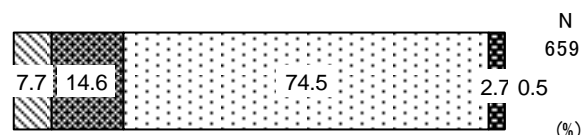
● 「問題が発生した」ときの報告方法



【凡例】

- ▨ 決めている
- ▩ 特に決めていない
- 無回答

● 報告方法の形式



【凡例】

- ▨ 文書
- ▩ 口頭および文書
- 無回答
- ▩ 口頭
- ▩ その他

● 人口規模別「問題が発生した」ときの報告方法

	件数	決めている	特に決めていない	無回答
全体	1231	659	532	40
	100.0	53.5	43.2	3.2
5千人未満	136	43	88	5
	100.0	31.6	64.7	3.7
～1万人未満	157	66	86	5
	100.0	42.0	54.8	3.2
～2万人未満	201	101	93	7
	100.0	50.2	46.3	3.5
～5万人未満	304	164	135	5
	100.0	53.9	44.4	1.6
～10万人未満	206	118	82	6
	100.0	57.3	39.8	2.9
10万人以上	159	117	32	10
	100.0	73.6	20.1	6.3
保健所設置都市	68	50	16	2
	100.0	73.5	23.5	2.9

## 5 「結果的に何もなかった」ときの報告方法（問3、問3-1）

### 1) 「結果的に何もなかった」ときの報告方法を決めているかどうか（問3）

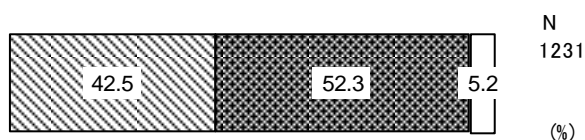
「健診の際に子どもが診察台から転落したが、結果的にけがはなかった」などのときの報告方法を「決めている」は42.5%、「特に決めていない」が52.3%となっている。

人口規模別で見ると、「決めている」は、人口規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向にあり、10万人以上の自治体では62.3%、保健所設置都市では73.5%となっている。

### 2) 報告方法の形式（問3-1）

報告方法を「決めている」と回答した自治体の報告方法の形式は、「口頭および文書」（53.7%）の割合が高くなっている。

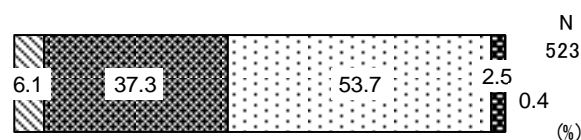
●「結果的に何もなかった」ときの報告方法



【凡例】

- ▨ 決めている
- ▩ 特に決めていない
- 無回答

●報告方法の形式



【凡例】

- ▨ 文書
- ▩ 口頭および文書
- ▧ 口頭
- ▦ その他
- 無回答

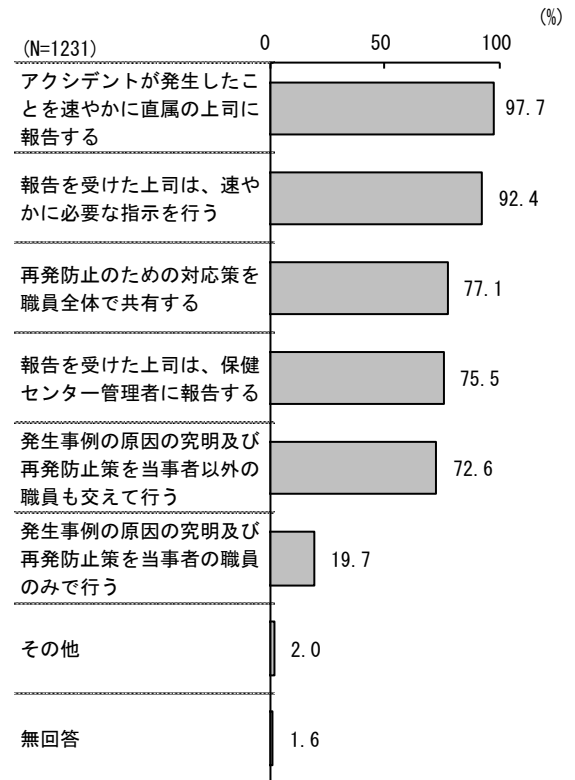
●人口規模別「結果的に何もなかった」ときの報告方法

	件数	決めている	特に決めていない	無回答
上段：実数				
下段：%				
全体	1231	523	644	64
	100.0	42.5	52.3	5.2
5千人未満	136	33	96	7
	100.0	24.3	70.6	5.1
～1万人未満	157	45	105	7
	100.0	28.7	66.9	4.5
～2万人未満	201	73	118	10
	100.0	36.3	58.7	5.0
～5万人未満	304	127	164	13
	100.0	41.8	53.9	4.3
～10万人未満	206	96	98	12
	100.0	46.6	47.6	5.8
10万人以上	159	99	48	12
	100.0	62.3	30.2	7.5
保健所設置都市	68	50	15	3
	100.0	73.5	22.1	4.4



## 6 アクシデントに対する職場の取り組み（問4）

「保健センター内で住民がけがをした」といったアクシデントに対する職場の取り組みについてたずねたところ、「アクシデントが発生したことを速やかに直属の上司に報告する」（97.7%）、「報告を受けた上司は、速やかに必要な指示を行う」（92.4%）が9割台で高くなっている。また、「発生事例の原因の究明及び再発防止策を当事者の職員のみで行う」は19.7%で最も低くなっている（複数回答）。



## 7 アクシデント・インシデントに関するマニュアル（問5、問5-1）

### 1) マニュアルの有無（問5）

アクシデント・インシデントに関するマニュアルの有無は、「ある」が8.4%、「ない」が90.3%となっている。

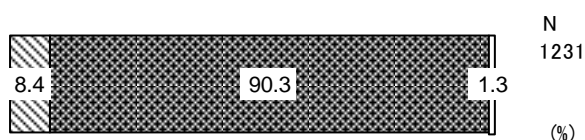
人口規模別でみると、マニュアルが「ある」は、保健所設置都市（45.6%）の割合が高くなっている。

アクシデント・インシデントに関する研修への参加状況（問6）別でみると、マニュアルが「ある」は、「研修に参加している」（29.5%）で高くなっている。

### 2) マニュアルの必要性（問5-1）

マニュアルが「ない」と回答した自治体にマニュアルの必要性についてたずねたところ、「検討していない」が63.2%で最も高く、次いで「必要がある」が25.1%となっている。

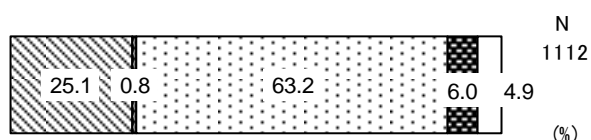
#### ●マニュアルの有無



【凡例】

- ある
- ない
- 無回答

#### ●マニュアルの必要性



【凡例】

- 必要がある
- 必要がない
- 検討していない
- その他
- 無回答

#### ●人口規模別マニュアルの有無

	件数	ある	ない	無回答
上段：実数				
下段：%				
全体	1231	103	1112	16
	100.0	8.4	90.3	1.3
5千人未満	136	-	135	1
	100.0	-	99.3	0.7
～1万人未満	157	8	149	-
	100.0	5.1	94.9	-
～2万人未満	201	7	192	2
	100.0	3.5	95.5	1.0
～5万人未満	304	11	290	3
	100.0	3.6	95.4	1.0
～10万人未満	206	20	182	4
	100.0	9.7	88.3	1.9
10万人以上	159	26	129	4
	100.0	16.4	81.1	2.5
保健所設置都市	68	31	35	2
	100.0	45.6	51.5	2.9

#### ●研修への参加状況別マニュアルの有無

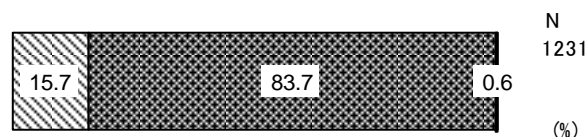
	件数	ある	ない	無回答
上段：実数				
下段：%				
全体	1231	103	1112	16
	100.0	8.4	90.3	1.3
参加している	193	57	131	5
	100.0	29.5	67.9	2.6
参加していない	1030	46	977	7
	100.0	4.5	94.9	0.7

## 8 アクシデント・インシデントに関する研修（問6、問6-1~4）

### 1) 研修への参加状況（問6）

アクシデント・インシデントに関する研修への参加については、「参加している」が15.7%、「参加していない」が83.7%となっている。

人口規模別でみると、「参加している」は、人口規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向にあり、10万人以上では27.7%、保健所設置都市では36.8%となっている。



#### 【凡例】

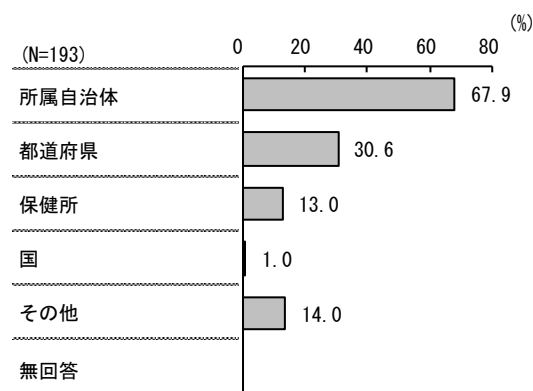
- 参加している
- 参加していない
- 無回答

### ●人口規模別研修への参加状況

	件数	参加している (%)	参加していない (%)	無回答 (%)
上段：実数 下段：%				
全体	1231 100.0	193 15.7	1030 83.7	8 0.6
5千人未満	136 100.0	9 6.6	125 91.9	2 1.5
～1万人未満	157 100.0	11 7.0	145 92.4	1 0.6
～2万人未満	201 100.0	19 9.5	182 90.5	-
～5万人未満	304 100.0	45 14.8	259 85.2	-
～10万人未満	206 100.0	40 19.4	165 80.1	1 0.5
10万人以上	159 100.0	44 27.7	113 71.1	2 1.3
保健所設置都市	68 100.0	25 36.8	41 60.3	2 2.9

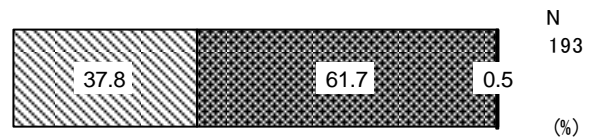
### 2) 研修の主催者（問6-1）

研修に参加している自治体に、研修の主催者をたずねたところ、「所属自治体」が67.9%で最も高く、次いで「都道府県」が30.6%となっている（複数回答）。



### 3) 研修の参加状況 (問6-2)

研修に参加している自治体に、研修への参加状況をたずねたところ、「毎年参加している」が37.8%、「過去に参加したことがある」が61.7%となっている。

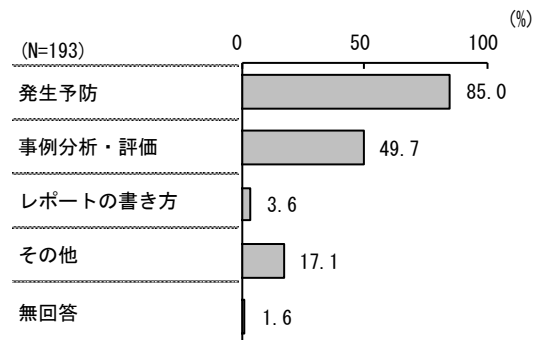


#### 【凡例】

- 毎年参加している
- 過去に参加したことがある
- 無回答

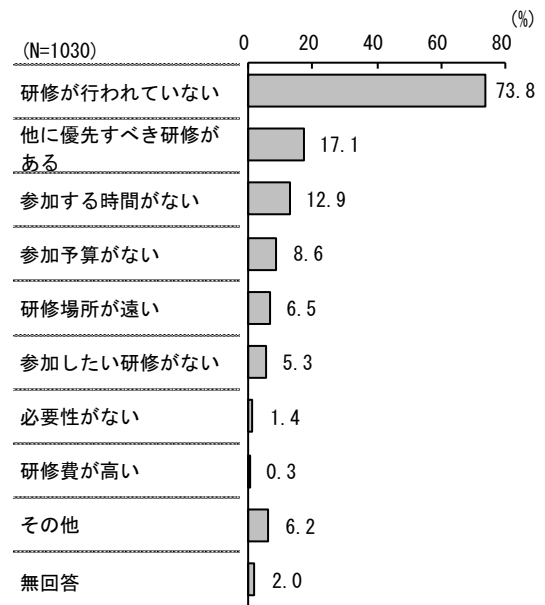
### 4) 研修の内容 (問6-3)

研修に参加している自治体に、研修の内容をたずねたところ、「発生予防」が85.0%で最も高く、次いで「事例分析・評価」が49.7%となっている（複数回答）。



### 5) 研修に参加していない理由 (問6-4)

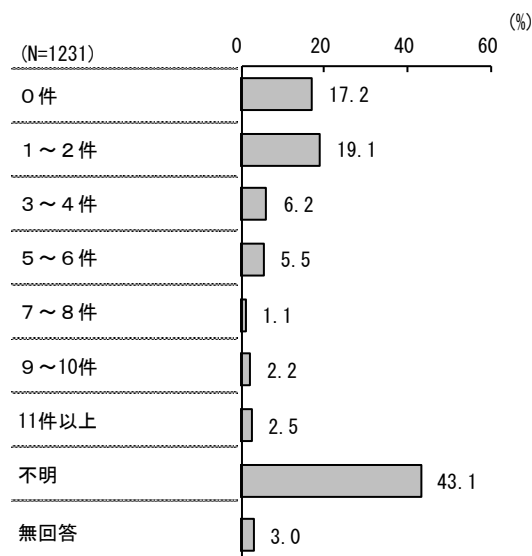
研修に参加していない自治体に、その理由をたずねたところ、「研修が行われていない」が73.8%で最も高く、次いで「他に優先すべき研修がある」が17.1%、「参加する時間がない」が12.9%となっている（複数回答）。



## 9 過去5年間に把握できているアクシデント・インシデント事例（問7、問8）

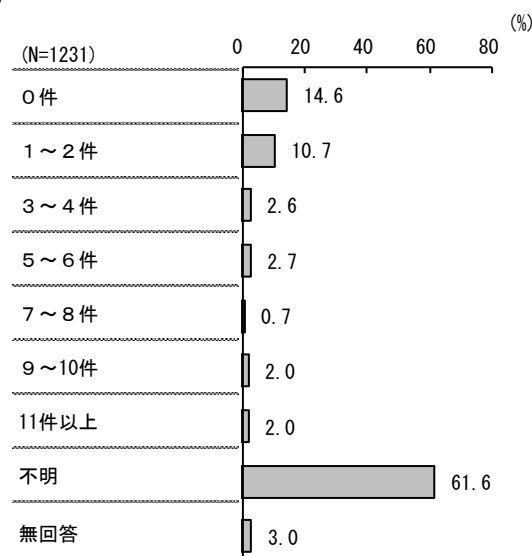
### 1) 過去5年間に把握できているアクシデント事例（問7）

過去5年間に把握できているアクシデント事例は、「不明」が43.1%となっている。「把握している」は53.9%で、うち「1～2件」が19.1%で最も高く、次いで「0件」が17.2%となっている。



### 2) 過去5年間に把握できているインシデント事例（問8）

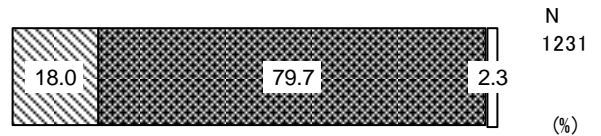
過去5年間に把握できているインシデント事例は、「不明」が61.6%となっている。「把握している」は35.4%で、うち「0件」が14.6%で最も高く、次いで「1～2件」が10.7%となっている。



## 10 アクシデントやインシデントに対する全庁的な取り組み（問9、問9-1）

### 1) アクシデントやインシデントに対する全庁的な取り組み（問9）

アクシデントやインシデントに対する全庁的な取り組みは、「ある」が18.0%、「ない」が79.7%となっている。



【凡例】

- ある
- ない
- 無回答

人口規模別でみると、全庁的な取り組みが「ある」は、人口規模が大きくなるほど割合が高くなる傾向にあり、10万人以上の自治体では37.7%、保健所設置都市では44.1%となっている。

#### ●人口規模別全庁的な取り組み

	件数	ある	ない	無回答
上段：実数				
下段：%				
全体	1231	222	981	28
	100.0	18.0	79.7	2.3
5千人未満	136	9	125	2
	100.0	6.6	91.9	1.5
～1万人未満	157	8	146	3
	100.0	5.1	93.0	1.9
～2万人未満	201	18	180	3
	100.0	9.0	89.6	1.5
～5万人未満	304	45	252	7
	100.0	14.8	82.9	2.3
～10万人未満	206	52	148	6
	100.0	25.2	71.8	2.9
10万人以上	159	60	94	5
	100.0	37.7	59.1	3.1
保健所設置都市	68	30	36	2
	100.0	44.1	52.9	2.9

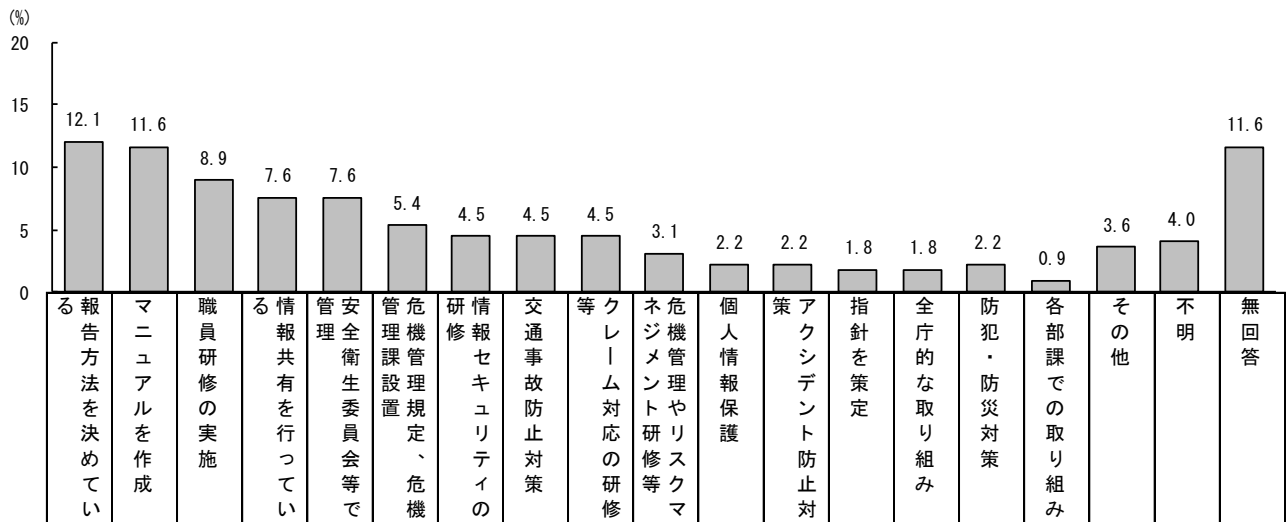
アクシデント・インシデントに関する研修への参加状況（問6）別でみると、全庁的な取り組みが「ある」は、研修に「参加している」が56.0%であるのに対し、「参加していない」は11.0%にとどまっている。

#### ●研修への参加状況別全庁的な取り組み

	件数	ある	ない	無回答
上段：実数				
下段：%				
全体	1231	222	981	28
	100.0	18.0	79.7	2.3
参加している	193	108	80	5
	100.0	56.0	41.5	2.6
参加していない	1030	113	897	20
	100.0	11.0	87.1	1.9

## 2) 取り組みの時期や内容 (問9-1)

アクシデントやインシデントに対する全庁的な取り組みが「ある」と回答した自治体に、取り組みの時期や内容を自由記述でたずねた。分野別で集計してみると、「報告方法を決めている」27件(12.1%)や「マニュアルを作成」26件(11.6%)、「職員研修の実施」20件(8.9%)が多くなっている。



代表的な回答は以下のとおりである。

### 【報告方法を決めている】

開始時期	内容
平成24年度	「報告・連絡・相談シート」を導入し、部下から上司への報告・連絡・相談を徹底。上司はこれらに対し方針等を示すことで事務の効率化と市民サービスの向上を図っている。
平成17年	市職員服務規程により事故等の報告を行うことになっている。
—	直属の上司にまずは口頭で、次に再発防止のための方策も含めて文書で報告する。

### 【マニュアルを作成】

開始時期	内容
平成27年4月	危機管理監が配置されたことにより町の要綱を策定した。それに合わせて保健センターの個別マニュアルを作った。
平成17年頃	公用車事故、情報セキュリティ対策、防災危機管理対策など個別のマニュアルがあり対応している。
平成21年度	針刺し損傷等、血液暴露マニュアルを作成。情報の取り扱いについては全庁的なマニュアルがある。
平成25年4月	職員不祥事防止行動指針を定める。

**【職員研修の実施】**

開始時期	内容
平成 22 年頃	個人の危機管理や予防対策への意識向上のための研修。
平成 24 年頃	ヒヤリ・ハット事例についての研修。

**【情報共有を行っている】**

開始時期	内容
平成 17 年頃	アクシデント・インシデント事例について、管理職またはメールによるインフォメーションにより全職員で共有している。
平成 26 年頃	自治体内での事例をまとめて情報共有を図っている。
平成 15 年 3 月	職員全体のための「暴力行為対策ガイドライン」を作成。ヒヤリ・ハット事例の検討。

**【安全衛生委員会等で管理】**

開始時期	内容
昭和 50 年	市事故防止策委員会を設置し、行政事務に関連して発生した事故に対応している。
—	市職員労働安全衛生管理規定の下、委員会が組織され、公務災害の防止と職場環境の向上を図るため、ヒヤリ・ハット報告を作成している。

**【情報セキュリティの研修】**

開始時期	内容
平成 22 年頃	情報セキュリティ研修を全職員対象に実施している。
—	情報セキュリティの研修（業務上：情報機器を取り扱う上で注意すべきことを学ぶ。情報セキュリティに関する市役所のルールの概要を知る）。

**【交通事故防止対策】**

開始時期	内容
平成 17 年頃	交通事故防止の研修会および事故報告書の提出。
—	公用車の事故等に関しては、決められた様式での報告を行っている。また他の事例においても、速やかに上司への口頭・文書での報告を行うようにしている。

**【クレーム対応の研修等】**

開始時期	内容
平成 19 年 10 月	行政対象の暴力対応専門官の配置。
平成 18 年 4 月	不当要求行為等対策についての要綱を作成した。



**【危機管理やリスクマネジメント研修等】**

開始時期	内容
—	リスクマネジメント、事務ミス防止、個人情報の取り扱い、交通事故対応等、発生予防、危機管理について、以前より研修会を開催している。
平成 22 年度	全庁的にコンプライアンスを前提とした危機管理体制の構築に向けた取り組み方針が示され、リスクマネージャーの設置、リスク管理の体制づくりが行われた。
平成 22 年	危機管理に関する要綱制定、毎年 2 回の危機管理週間が決められており、各所属に研修等の取り組みを行い報告する。
平成 21 年	危機管理ハンドブックを全職員に配付、研修を実施している。

**【個人情報保護】**

開始時期	内容
平成 23 年 3 月	「福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン」を作成し、毎月 1 日に職員にメール配信し、注意喚起を呼びかけている。
平成 26 年 6 月	発送文書における過誤防止策。

**【防犯・防災対策】**

開始時期	内容
平成 15 年頃	本庁舎建物に警備保障会社のセキュリティ導入。
平成 25 年 8 月	発生した大雨災害に伴う河川水位レベルに応じた訓練等。
—	町の地域防災計画で状況に応じた対策が示された。

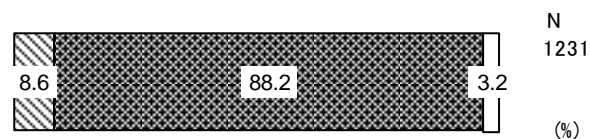
**【その他】**

開始時期	内容
平成 25 年頃	職場ごとに月 1 回オフサイトミーティングの実施。
—	行政経営システムに登録して全庁的に把握している。
—	施設内外保全調査を毎年行い点検・整備している。施設内に関してもアクシデントを未然に防ぐ対策は実施している。
平成 24・26 年度	事務処理ミス再発防止対策を施行し、事務処理ミス防止対策が新たに施行された。

## 11 対応を大きく見直すきっかけとなったできごと（問10）

アクシデントやインシデントへの対応を大きく見直すきっかけとなったできごとがあったかどうかをたずねたところ、「ある」が8.6%、「ない」が88.2%となっている。

見直すきっかけとなったできごとがあった時期については、「平成27年」ごろが19.8%で最も高くなっている。



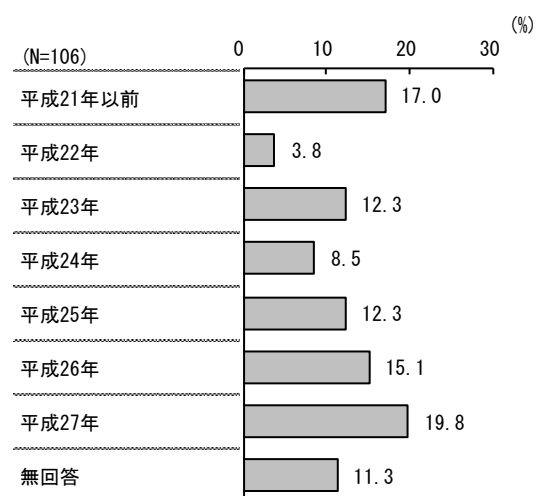
【凡例】

■ ある

■ ない

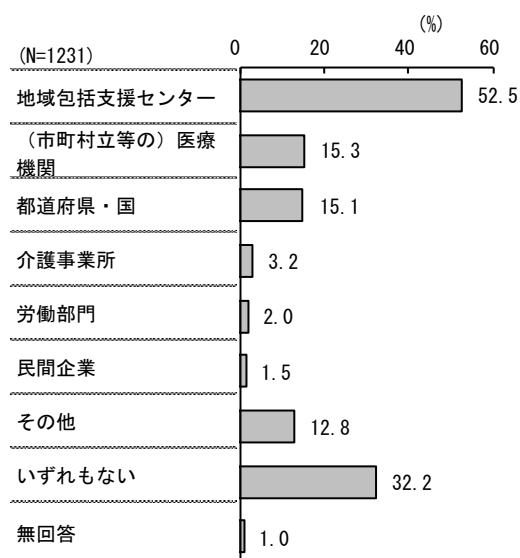
□ 無回答

### ●見直すきっかけとなったようなできごとがあった時期



## 12 人事異動・人事交流のある部門（問11）

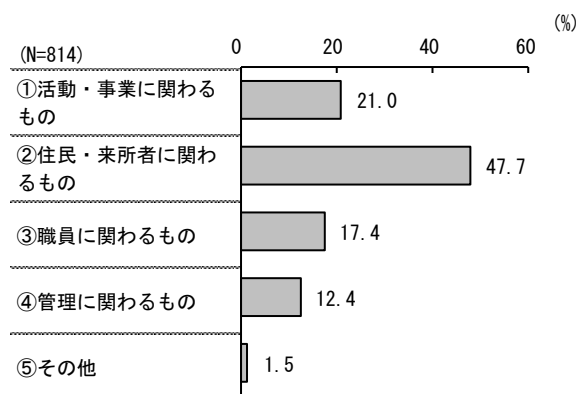
保健センターや健康増進部門と、他の部門との間の人事異動・人事交流についてたずねたところ、「地域包括支援センター」が52.5%で最も高く、次いで「(市町村立等の)医療機関」が15.3%、「都道府県・国」が15.1%となっている。また、「いずれもない」は32.2%となっている（複数回答）。



### 13 アクシデント・インシデント発生事例（問12）

アクシデント・インシデント発生の代表的な事例について、3つまで記入してもらったところ、489の自治体から814事例の記入があった。

発生事例は「②住民・来所者に関わるもの」が47.7%で最も高く、内訳をみると「転倒・転落」（21.5%）、「けが」（15.2%）の割合が高くなっている。



件数	①活動・事業に関わるもの	人違い	誤った対応	個人情報関係	②住民・来所者に関わるもの	暴力	施設の破壊行為	私物の紛失	転倒・転落	けが	誤飲・誤嚥	感染症関連
814	171	29	62	80	388	16	10	11	175	124	22	30
100.0	21.0	3.6	7.6	9.8	47.7	2.0	1.2	1.4	21.5	15.2	2.7	3.7

③職員に関わるもの	交通事故	労災関連	暴力	感染症関連	④管理に関わるもの	故障・機器・設備の	施設管理上の	有効期限切れ	⑤その他
142	100	32	5	5	101	38	27	36	12
17.4	12.3	3.9	0.6	0.6	12.4	4.7	3.3	4.4	1.5

上段：実数  
下段：%

## 14 アクシデント・インシデントの代表的事例（問12）

発生事例を種類別に代表的なものをまとめた。

I	種類	活動・事業に関わるもの—「人違い」
H	①概要	同姓同名の受診票を誤って配付
	②場所	がん検診会場
	③状況	通常、受診票は個別郵送しているが、申込が検診日間近だったため、検診当日に会場で配付したところ、同姓同名の別人の受診票だった。このミスに検診受付の最後に気がつき、対象者に生年月日を口頭で確認をした。
	④対処	受診票の書き直しと受付データの変更。年齢により検診費用が異なっていたため過剰徴収分を返金。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> 受診票を打ち出す際に氏名で検索していたこと、会場で受診票を渡す際に本人確認を行っていなかったこと。 <b>対策：</b> (1)受診票を打ち出す際に生年月日で検索する。(2)会場での受診票配付は対象者と一緒に氏名・住所・生年月日を確認する。

I	種類	活動・事業に関わるもの—「人違い」
H	①概要	別人への採血未遂
	②場所	成人健診での採血場所
	③状況	採血待ちの方々へ氏名で呼びかけたところ、「はい」と答え採血の椅子に座った方に、再度スピッツを見せて確認したところ別人だった。
	④対処	再度氏名を確認し誤っての採血には至らなかった。対象者は外国人だった。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> 外国人の受診者は年々増えており、届け出の氏名・読み仮名と日常的に使用している氏名は異なることがたびたびある。呼ばれると、とりあえず「はい」と返事してしまう方も少なくない。 <b>対策：</b> (1)氏名を受診者自身に話してもらう。(2)スピッツに貼ったシールをしっかり見て本人であることを確認してもらう。

I	種類	活動・事業に関わるもの—「誤った対応」
H	①概要	精神自立支援医療判定事務の過誤
	②場所	保健センター
	③状況	精神自立支援医療申達事務において、所得判定にあたり非課税世帯の場合、本人のみの収入額で判定すべきところを、世帯構成員すべての収入を合算した額で判定していた。病院職員からの負担額変更についての問い合わせによって発覚した。複数の申請者に医療費の過払いが生じていることがわかった。
	④対処	管理者に報告後、担当者の交代時にさかのぼり判定を再確認のうえ、県に報告し指導を受けた。指導に基づき、対象者への謝罪と説明、支払い額の確認、受給者証の再交付等を行うとともに、県や医療機関等を通じて本人の過払い分の精算が行われた。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> 準備期間の短いなかでの大規模な機構改革による異動と人手不足、引き継ぎの不十分さ。引き継ぎを受けた者がともに勘違いした理解をしており、ダブルチェックの機能が果たせなかった。 <b>対策：</b> 県の支給認定実施要項に基づく事務手続きを再確認すること。前任者により事務の再研修。係内での過誤状況と再発防止対策の共有。

I	種類	活動・事業に関わるもの—「誤った対応」
H	①概要	予防接種使用済針の使用（BCG）
	②場所	保健センター内の接種室
	③状況	当番医の医師2名のうち、接種担当の医師が定刻に来なかったため、待機している住民のことを考慮して問診担当の医師が接種を行った。遅れて接種当番医が到着し交代したが、使用済針と未使用針の配置を伝達していなかったため、使用済針を再度使用・接種した。
	④対処	使用済針を使った接種者への謝罪、感染症等の検査を市内医療機関で受けてもらった。
	⑤原因と再発防止策	原因：使用済針と未使用針の明確な表示がなかった。 対策：予防接種における人員配置、物資設置場所等の変更を行い、全面的な見直しを行った。

I	種類	活動・事業に関わるもの—「個人情報関係」
H	①概要	感染症の個人情報が入った封筒の誤配（直接投函）
	②場所	個人宅
	③状況	担当地区内の団地の対象者の玄関ポストに、結核の接触者検診の受診票と勧告書を直接投函することになっていたが、1つ上の階の部屋に誤って投函した。誤配された方から保健センターに連絡があり、誤配が判明した。
	④対処	(1)誤配宅を訪問、書類を確認した（所属長一部長、区長等）。 (2)担当者は所属長に誤配の報告。 (3)対象者に誤配の事実を連絡し、説明と謝罪。 (4)対象者宅に担当者と所属長が訪問し、改めて謝罪するとともに書類を渡し再発防止策を伝える。 (5)担当者は部長等に経過を書面で報告。 (6)部内各課、係長会等で事故報告し、注意喚起した。
	⑤原因と再発防止策	原因：平日の日中は不在の対象者のため、原則手渡しの書類を玄関ポストに投函することで対応した。しかし、投函先の玄関に表札等がなく、十分確認せず投函した。 対策：手渡しが困難な場合、簡易書留で送付する。また封筒の宛先、氏名等は必ずダブルチェックを行う。

I	種類	活動・事業に関わるもの—「個人情報関係」
H	①概要	DV被害者の住所をDV加害者に伝える
	②場所	保健センター
	③状況	DV加害者の夫より、妻の分の予防接種通知が届かないと電話連絡があり、予防接種担当者がDV被害者の妻の住所を聞かれ回答した。住民情報の確認は住民基本台帳で行うが、対象者はDV対象者表示に気づかなかった。
	④対処	予防接種担当者が市内関係課と緊急会議を開き、DV被害者の緊急避難等の対応について話し合った。DV被害者へは市が誤ってDV加害者に住所を知らせたことを説明し謝罪した。DV被害者を一時避難させる対応も併せて行った。
	⑤原因と再発防止策	原因：(1)夫から妻の住所を聞かれることに対して、担当者はDV等の存在を疑問に思わなかったこと。(2)住民基本台帳で確認時に、DV被害者は警告表示がなされているが、画面の下部だったため気づかなかった。 対策：課内で発生状況を周知・共有し、全庁内でDV被害者対応会議を開催し、住民基本台帳における警告表示（基幹システム）が赤字で記載されるように変更し、見逃し防止を強化した。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「暴力」
H 発生事例の内容	①概要	住民どうしのけんか
	②場所	保健センター
	③状況	町内の知的障がい者（療育手帳 B）が歩行時に、聴覚障がい者が運転する自転車と衝突した。警察から、自転車を聴覚障がい者が運転していたため、保健センターに仲介してほしいと来所した。聴覚障がい者の代理人は知人の職員が行い話をしていて、聴覚障がい者が謝罪を希望し知的障がい者に頭を下げたところ、知的障がい者は大きく怒鳴りながら、聴覚障がい者の胸ぐらをつかみ胸と頭をたたいた。担当保健師 1 人が知的障がい者を押さえ、別の職員へ応援を依頼し、1 人は知的障がい者を押さえ、1 人には警察へ通報を依頼した。警察からの事情聴取等を保健センターで行った。
	④対処	本人の言い分を聞きなだめる。知的障がい者は自転車事故の影響で右下腿、右肘、右膝を痛み、町内の医療機関の外科を受診。その後、数日経ってから家族と精神科を受診した。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> (1)知的障がい者に関しては、元々5年前から相談を受けており、父親や頼りにしている年配の方、知人が次々に亡くなり、相談できる環境が減ってきていた。(2)身体状況としては、左膝の靭帯を痛めたり、心筋梗塞、過呼吸等の症状が出現しはじめていた。(3)町内の作業所に通所するが、工房の職員やメンバーとのトラブルがあり、長くは続けられない状況だった。(4)自転車事故がきっかけで、本人の感情のコントロールの難しさが著明に出現した。 <b>対策：</b> (1)知的障がい者の精神的な安定を図るとともに、家族との情報共有を行う。(2)聴覚障がい者については、自転車利用の制限。(3)また保健センターでの話し合いは開放的な相談室で行い、すぐに職員を呼べる体制とする。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「暴力」
H 発生事例の内容	①概要	家庭訪問（要保護児童）時の住民からの暴力
	②場所	訪問先の玄関
	③状況	1週間以上安否確認のできない家庭に訪問を続けていた。当日（夜）は玄関で母親が面接に応じた。児を登校させるよう、母親本人が体調不良ならば医療機関を受診するよう勧めたところ、突然台所から包丁を持ち出しおどしてきた。
	④対処	児の安全（健康状態）は確認されたため、当日は引き上げ、以後は関係機関（福祉生活保護担当、児童相談所、警察）と連携。訪問も男性職員とのペアで行うこととした。防刃ベストの購入。 ※後日、児童は保護となった。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> 訪問のタイミングが、事象が深刻化してからであったため、母親は追い詰められた思いがあり、暴力で訴える形となったと思われる。 <b>対策：</b> (1)虐待案件では避けられないものもあるが、児童相談所が遠方にある当町の場合、要保護児童対策地域協議会の対応範囲がどうしても広がるため、より早い段階でのケース会議の開催、関係機関との連携強化を図った。(2)また、困難なケースの場合、訪問・面接の際の複数対応等を取りまとめた。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「暴力」
II	①概要	新生児訪問の依頼電話に対し、父親が来所し怒鳴る
	②場所	保健センター
	③状況	産前からうつ状態を感じさせるような状況を電話で把握していたため、産後の訪問について日程調整の電話をした。母親の体調不良等の理由から、訪問日が延期になり決まっていなかったため、複数回電話したことに父親が怒り保健センターに怒鳴りこんできた。
	④対処	訪問等保健サービスによる支援を申し出るが、母親の体調が悪く気持ちが落ち込んでいることを理由に支援を拒否された。予防接種や乳児健診について医療機関の受診を勧めた。 ※後日、受診は問診票等で確認した。
	⑤原因と再発防止策	原因：父親より「こちらから連絡するから待ってほしい」と言われていたが、1週間後に再連絡した。このことで苦情の電話が入ったが、上司に報告せず来所時に十分な対応ができなかった。 対策：丁寧な説明と同意を得る努力をする。苦情に対しては上司にタイムリーに報告する。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「施設の破壊行為」
II	①概要	保健センターのガラス破損
	②場所	保健センターの駐車場
	③状況	保健センター内の駐車場でスケートボードをしていた地域住民が、スケートボードでガラスを割ってしまった。
	④対処	加害者より隣接の施設職員を通じて、また警備会社から担当職員に連絡が入り、担当、課長、警備員で現場確認し簡易処置をした。状況を支所長、区長に報告。ガラス処理については加害者負担で修理した。
	⑤原因と再発防止策	対策：保健センター開設当初より、保健センター敷地入口にカラーコーンを設置して自動車等は侵入できないようになっているが、人や自転車については侵入できるため、対策を講じるのは困難である。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「私物の紛失」
II	①概要	教室参加者の財布の紛失
	②場所	保健センターの保健指導室
	③状況	保健指導室の隣の調理室で調理実習をしている際、保健指導室が空になった時間帯がある。会食で保健指導室に戻った際に、教室参加者の財布紛失の事実が判明した。
	④対処	管轄の警察署へ当事者が被害届を出した。
	⑤原因と再発防止策	原因：教室参加者の荷物を置いた保健指導室が空になった時間帯があり、人が自由に出入りできる状況にあった。 対策：外部からの侵入を防止するため、隣の調理室へ移動する際には、保健指導室は施錠することにした。



I	種類	住民・来所者に関わるもの—「転倒・転落」
ロ	①概要	子どもの窓からの転落
	②場所	保健センターの3階廊下の窓
	③状況	集団予防接種を行っていた際、同伴していた保護者が目を離したときに、子どもが窓枠に登り転落した。
	④対処	屋外にいた他の保護者がその現場を見ていたため、早期に気づくことができた。幸いにも、転落した場所が植栽であったため、大事に至らなかった。
	⑤原因と再発防止策	<b>対策：</b> (1)窓は床から1メートルほど高さがあったが、柵を新たに設置した。(2)保護者に対し、子どもから目を離さないように繰り返し周知を行った。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「転倒・転落」
ロ	①概要	介護予防教室の高齢者の転倒
	②場所	保健センターのホール
	③状況	介護予防教室時に椅子から立ち上がり・椅子に座る体操を実施していたところ、椅子に上手に腰かけることができずに臀部より転倒した(尻もち)。
	④対処	転倒者のバイタル、身体状況を確認。本人は「ケガなどはない」という話で経過を見ることにした。担当者から上司へ状況・対応を報告。本人の帰宅後に状況確認。翌日は状況確認のため訪問した。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> 椅子を立ったり座ったりする動作の過程で、椅子の位置がずれてしまうなど、転倒リスクが高まる状況があった。 <b>対策：</b> (1)参加者が椅子を押してもずれないように、椅子の後ろにテーブルを設置することで、椅子のずれが最小となるように、椅子の位置や参加者の立ち位置等を検討するなど、体操の内容全体を見直した。(2)参加者の身体状況(既往歴含む)を事前に確認する。無理しないように適宜、声かけや見守りを行う。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「けが」
ロ	①概要	地域住民の急性心不全
	②場所	保健センターの玄関前
	③状況	冬季に、外出先から友人の自動車から帰ってきた地域住民が、保健センターの玄関前で降車し、徒歩で自宅に帰ろうとしたところ、急性心不全で倒れてしまった。
	④対処	人口呼吸、AEDの実施、救急車の要請・搬送を行った。
	⑤原因と再発防止策	<b>対策：</b> AEDをセンターに設置する。冬季などの寒い季節の外出時の防寒対策を呼びかける。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「けが」
H	①概要	調理実習での熱中症
	②場所	保健センターの調理室
	③状況	夏季に、冷房の効きが悪く換気能力も不十分な調理室において、加熱調理を行っていたところ、参加した児童が熱中症による体調不良を起こした。
	④対処	児童を風通しのよい涼しい別の場所へ移動させて、水分補給を行った。児童の家庭への連絡。救急車の要請・搬送を行った。
	⑤原因と再発防止策	原因：換気が不十分ななか、加熱調理を実施したため。 対策：熱中症予防対策のためのチェックリストを作成・活用する。チェックリストには「調理実習前：(1)内容、献立の検討、(2)参加者の体調管理」「調理実習中：(1)参加者の体調管理、(2)調理室の環境管理」「熱中症を疑う症状が見られた場合の対応」を掲載している。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「けが」
H	①概要	特定健診における採血後の内出血
	②場所	保健センター
	③状況	特定健診で採血後、刺入部の腫脹や痛み、しびれが出たと電話連絡を受けた。訪問で当日夕方に本人の話を伺い、内出血の状態を確認した。
	④対処	病院受診をしていたため、主治医に連絡し状況の確認を行う。内出血による腫脹や痛み、しびれは継続的に様子を見て対応することを助言いただく。あわせて採血事故の賠償保険請求を行い対応した。
	⑤原因と再発防止策	原因：採血時に血管を突き破り血管下へ内出血した。 対策：採血後の止血指導の徹底、止血しにくい場合には止血バンドを使用することにする（委託事業所と協議）。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「けが」
H	①概要	運動教室の参加者のけが
	②場所	体育館
	③状況	数人ずつのチームに分かれてジャンケンリレーを実施。合図でスタートし、両者が向かい合ったところでジャンケンを行い、勝者はそのまま前進し、敗者は自身のチームに戻り次の人にバトンタッチをするという運動。敗者が振り向いて戻る際に、肘が相手の肋骨に当たった。肋骨骨折の診断で、3週間の安静指示あり。
	④対処	加入している保険会社に報告し、保険請求の手続きを行う。担当の保健師は、指導員（外部講師）、看護師（嘱託）に状況を確認する。保健師間でも情報共有する。 ※担当の保健師は常に教室にはりついていない。
	⑤原因と再発防止策	原因：勝敗を伴う運動だったため、参加者は力が入ってしまったと思われる。 対策：参加者の年齢や体力などを考慮した運動プログラムになるよう、指導者へ依頼する。参加者への注意喚起（体調不良などでは無理をしないことなど）も毎回行う。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「けが」
ロ	①概要	利用者が水中に沈んでいる状態で発見され、その後死亡した
	②場所	健康増進センター内のリハビリプール
	③状況	利用者はリハビリプールにおいて、歩行運動を行っていた際に倒れたと見られる。付き添いの人だったが、離れた場所におり気がつかなかった。プールのそばには監視室があり、室内には2人の監視員がいたが、管内放送準備を行っていたため倒れたところを見ていなかった。
	④対処	利用者の意識および呼吸がないことから救急車を要請。CPR（胸部圧迫）と人工呼吸を繰り返し、その間、AEDを使用。救急隊到着後、救急隊に引き継いだ。
	⑤原因と再発防止策	原因：利用者の持病、監視体制の問題、職員研修の問題、介助、リハビリプールのあり方。 対策：プールの監視体制について、監視員への再教育制度、監視体制の見直し、有資格者の常駐、障害者利用の再確認、障害者の利用について。

I	種類	住民・来所者に関わるもの—「誤飲・誤嚥」
ロ	①概要	がん検診での胃バリウム検査時の誤嚥
	②場所	検診車内
	③状況	胃がん検診希望者だったが、高齢者であり円背姿勢で立位の姿勢も不安定だったため、検査しないほうがよいことを説明したが、本人の希望が強く実施することとなった。検査時、危険を伴う場合は中止するよう検診車内のスタッフにも伝えていた。実際に検査を開始すると、咳込みはじめたためすぐに中止した。
	④対処	検診センターの医師にすぐに診察してもらっても、少量の誤嚥だったため様子観察とし、検診会場でしばらく待機してもらった。その後、症状もなく医師の診察後、帰宅許可が出たので自宅に帰ってもらった。同日夕方、電話にて体調確認し体調不良の訴えなし。何か異常を感じた場合はすぐ連絡してもらおうこととした。その後の連絡はなし。
	⑤原因と再発防止策	原因：年齢が高齢だったこと、立位姿勢から見て胃バリウム検査には不応者だったと考える。 対策：(1)胃バリウム検査の不応な状態について、文書にてお知らせする。(2)検診会場では、心配な方については医師の診察を受けてもらう。(3)また、問診でのダブルチェックを行い、検査が実施できるかどうか複数の目で確認する。(4)高齢者の胃バリウム検査は、かかりつけ医への相談を勧める。(5)胃バリウム検査のデメリットについても、十分周知する。

I 種類		住民・来所者に関わるもの—「感染症関連」
H 発生事例の内容	①概要	予防接種委託医療機関での予防接種の誤接種
	②場所	医療機関
	③状況	アクトヒブ、プレバナー、B型肝炎ワクチンビームゲン、ロタリックスの予防接種を受けに来た2か月児に、接種医が口頭で「右上腕に4種混合です」と伝えたのを聞き、児の右上腕に本来接種予定のない4種混合を接種した。
	④対処	<p>■医療機関での対応</p> <p>被害者の母に対して謝罪し、副反応出現時はすぐに病院に報告するように依頼した。本来、3か月児以降に接種するワクチンを2か月児に接種したことを説明した。保健所には翌日に電話で報告。報告書を市に提出するよう助言を受けたため、市に報告書を提出した。</p> <p>■市町村での対応</p> <p>被害者に対しては、医師より誤接種の報告を受けたことを伝え、児の体調を確認した。今後の予防接種のスケジュールを確認する。医療機関に対しては、予防接種間違いの手引きを利用して一連の流れを確認するよう依頼した。</p>
	⑤原因と再発防止策	<p>原因：対象児の予防接種の種類を再確認を行わなかったこと。</p> <p>対策：(1)医師、薬剤師、看護師が児の年齢、月齢と予定の予防接種の内容を十分に確認することを再度徹底する。(2)医師会長および市内の予防接種協力医療機関へ予防接種誤接種報告と注意喚起を促す。</p>

I 種類		住民・来所者に関わるもの—「感染症関連」
H 発生事例の内容	①概要	1歳6か月児健診の受診者にリンゴ病患者がいた
	②場所	保健センター
	③状況	1歳6か月児健診の間診において、リンゴ病を疑われる児がおり、診察の結果リンゴ病の感染が濃厚とのことだった。
	④対処	1歳6か月児健診の来所者全員に電話連絡を行い、受診者の中にリンゴ病の疑いのある児がいたこと。感染の時期は過ぎていたこと。妊娠している方は産婦人科で相談することを周知した。
	⑤原因と再発防止策	<p>原因：感染症疑いの受診者の対応が統一されておらず、他の受診者と接触してしまった。</p> <p>対策：(1)感染症を疑われることを把握した時点で帰宅を求める。または別室での対応を行う。(2)健診の案内文に発熱・発疹等の感染症が疑われる場合は、健診の受診を控えるよう記載する。(3)健診会場の入口にも感染症が疑われる場合は受診を控えるよう掲示する。</p>

I 種類	住民・来所者に関わるもの—「感染症関連」
①概要	4 か月児健診においてノロウイルスの集団発生
②場所	保健センター
③状況	<p>市民より 6 日前の健診受診後の胃腸炎に関する電話の問い合わせが 2 件あり、健診当日の状況から以下の 2 点が判明した。(1)当日は無症状で問診を通過したが、「昨日 7 回嘔吐し、血尿が出ている」と問診票に記載があった児がいた。(2)整形外科診察にて、診察中に下痢便が出た児がいた。汚れたタオルはすぐに破棄・交換した。医師はエタノールを主成分とする速乾性手指消毒薬で消毒した。※(1)と(2)はいずれも健診の前半に受診した児だった。</p> <p>次に、受診児家庭および従事者の健康状況調査を行った。その結果、受診者 84 名（双子 1 組含むため 83 家族）中、児もしくは家族またはその両方が発症したのは 43 家族（51.8%）、従事者 28 名中 7 名（25.0%）が発症していた。発症者総数は 111 名にのぼり、発症家族は健診受付番号の前半に集中していた。児の発症後に家庭内で二次感染する例も多く、健診後の約 1 週間以上にわたり発症が続いた。発症者のうち希望者には検便を実施し、検便 47 件中 40 件（85.1%）が、ノロウイルス陽性であり、遺伝子型（GⅡ）も一致した。</p>
Ⅱ 発生事例の内容 ④対処	<p>&lt;保健所の対応&gt;</p> <p>■把握日当日</p> <p>(1)調査：受診者 84 名とその家族および従事者 28 名全員に電話で聞き取り調査を行い、状況を説明し謝罪のうえ、検便希望の有無を確認した。</p> <p>(2)消毒：健診会場・物品を徹底的に消毒した。</p> <p>■把握日の翌日</p> <p>(1)保健センターでの健診の 1 週間中止を決定。受診予定者に電話および文書で連絡し、会場にお詫び文書を掲示した。</p> <p>(2)記者発表：市役所庁内および市議会に報告後、実施した。</p> <p>■把握から 1 週間以内</p> <p>(1)家庭訪問：お詫びと感染状況把握のため、了解を得られた 32 家庭を訪問し、今後の対策と注意点を説明した。</p> <p>(2)再発防止策の検討：医師会等の協力を得て、乳幼児健診検討委員会を緊急開催し、再発防止策を策定し健診再開に備えた。</p> <p>(3)賠償の検討：「保健福祉事業の医療等業務総合賠償保険」を契約している保険会社と協議を始めた。</p> <p>■把握から 1～2 か月</p> <p>(1)受診児家族への経過報告：84 名全員の家族にお詫び文書を、後日、全容説明と今後の対応文書、併せて検便実施者には結果報告を郵送した。</p> <p>■把握から 2～7 か月</p> <p>(1)賠償の案内：保険会社と協議の結果、「検便の結果から、市の損害賠償責任は免れない」と認定を受け、84 名全員の家族に、賠償についての案内文書を郵送した。医療機関受診の際の医療費や、交通費の領収書等の返送を依頼した。</p> <p>(2)賠償の手続き：請求があった家族に賠償契約のため、家庭訪問などを行った。慰謝料、医療費、交通費、付き添い看護料として合計 75 名に支払い、その後全対象者への賠償を終了した。</p>

	⑤原因と再発防止策	<p><b>対策：</b>本事例の原因や対策等を検証し、「感染症予防マニュアル」を作成した。</p> <p>■市民への予防啓発の強化：健診案内文、市の広報誌、ホームページ等の広報や医療機関へのポスター掲示にて、感染性疾患罹患の恐れがある場合は、来所を延期するよう啓発する。</p> <p>■受付前の健康チェックの強化：厚生労働省「保育所における感染症対策ガイドライン」に基づき、受付時の看護師によるチェックを強化する。児・家族が基準に当てはまる場合、当日の受診・利用を断る。</p> <p>■感染症発生動向の把握と周知：感染症発生動向週報の定点数値を確認し、感染性胃腸炎、インフルエンザ等の流行状況を把握し、従事者に周知する。</p> <p>■感染経路の見直しと対策：(1)医師は診察ごとに使い捨て手袋を交換した。(2)おむつ交換時は使い捨てシートを必ず使用し、使用後は所定のゴミ袋に廃棄すること、使用後のおむつは各自ビニール袋に入れて持ち帰り、おむつ交換後は手指の消毒・洗浄を行うことを会場に掲示する。</p> <p>■従事者への呼びかけ：(1)健康管理に留意し、体調不良の際は出務を控える。(2)健診前後に石鹸を用いて、流水で手洗いを行う。</p> <p>■環境整備：(1)温度（夏季 25～28℃、冬季 18～20℃）・湿度（50～60％）管理と健診実施前・中・後の換気を徹底する。(2)汚染時に備え、専用バケツに使い捨て手袋、エプロン、雑巾、次亜塩素酸消毒液をセットしておく。(3)使用物品等は、定期的に消毒する。</p>
--	-----------	---

I	種類	職員に関わるもの—「交通事故」
II	①概要	職員の自転車と住民の自転車による事故
	②場所	交差点
	③状況	歩道のある道路を職員が乗る自転車が走っており、路側帯のある道路から高齢者が乗る自転車が出てきて、職員の自転車の後輪に高齢者の自転車の前輪がぶつかり、高齢者の自転車が転倒した。
	④対処	高齢者はすぐに起き上がることができたが、下腿部に擦過傷あった。保健センターの近くだったため、センターで傷の処置をして帰宅してもらった。この間、応答等に著変なく経過。氏名や連絡先を確認し、2日後に状況確認の電話連絡をした。
	⑤原因と再発防止策	<p><b>対策：</b>訪問時自転車を使用することが多いため、事故予防に留意する。雨天時は雨合羽を使用する。暗くなり出したら早めに灯火して通行する。時間にゆとりをもって出発する。遅刻しそうな際は遅れる一報をしてから出かける。スピードを出しすぎないようにする。タイヤの空気ブレーキ、サドルの高さなど安全確認してから出かける。高齢者、児童、幼児を見かけたら特に注意する。</p>

I	種類	職員に関わるもの—「労災関連」
II	①概要	着ぐるみを着用した職員の転倒事故
	②場所	大学キャンパス
	③状況	学園祭で健康教育、がん対策をPRしていた際、職員の入った着ぐるみめがけて複数の学生が飛びかかったため転倒した。職員はむち打ち状態となり、他の職員が救急車を要請し病院へ搬送した。
	④対処	労災としての手続きを行うとともに、大学へ申し入れを行い当該学生の直接的な謝罪を要求した。
	⑤原因と再発防止策	<p><b>対策：</b>着ぐるみを着用している時は、背中側の動きが見えないため他職員が周囲の学生の動きをチェックすることとした。</p>

I	種類	職員に関わるもの—「感染症関連」
H	①概要	医療廃棄物の回収中の針刺し事故
	②場所	感染性廃棄物を保管する部屋（保健所内滅菌消毒室）
	③状況	医療廃棄物の一時保管容器から、滅菌消毒室にある医療廃棄物の回収容器に移し替えていたところ、左手がビニール袋に触れて中の翼状針の先が左手拳に刺さった。
	④対処	患部を流水で流した。保健所長、所属長に報告した後、エイズ治療拠点病院である医療機関を受診した。
	⑤原因と再発防止策	医療廃棄物の移し替えが発生しないよう、回収容器に直接入れることにした。針刺し防止カバー付翼状針を使用していたが、不完全にカバーを使用していたため、確実に防止カバーをつけて針回収専用容器に捨てるように変更した。マニュアルを変更し、検査に携わる職員への周知徹底を図った。

I	種類	職員に関わるもの—「感染症関連」
H	①概要	水痘の出現前の看護学生の赤ちゃん訪問
	②場所	訪問先
	③状況	看護学生は体調不良ではなかったため、家庭訪問に同行したが、訪問の3日後に水痘と診断された。
	④対処	母親に事情を説明し謝罪、αグロブリンの接種を大学側の支払い（保険）により行った。
	⑤原因と再発防止策	実習前に看護学生の予防接種履歴の確認、抗体のない（低い）場合の予防接種の徹底を行う。

I	種類	管理に関わるもの—「機器・設備の故障」
H	①概要	検診受診者のフィルムが撮影できていない
	②場所	市内の検診会場
	③状況	結核検診、胃がん検診を検診車による集団検診方式で実施しているが、検診終了後フィルムを確認したところ、委託先から撮れていないものがあると連絡が入った。
	④対処	対象者に個別に連絡し、他会場での再受診を依頼した。また、原因について文書等でまとめ、おわび文とともに配付した。委託先に原因調査を依頼し、再発防止対策を報告してもらった。
	⑤原因と再発防止策	<b>原因：</b> フィルムを巻き込んでしまった機器上のトラブルと、途中で機械を開けてしまいフィルムが感光してしまった人為的ミスが重なり発生した。 <b>対策：</b> 検診は異なるものの2か月で2回同じような事例が発生したため、委託先に再発防止対策を求め、担当者も内容確認を行った。

I	種類	管理に関わるもの—「機器・設備の故障」
H	①概要	電源が切れ温度管理ができず、ワクチンを処分
	②場所	保健センター
	③状況	保健センター内で実施した保健事業で電気調理器を使用した際にブレーカーが落ちたが、ワクチンの収納庫の電源については確認していなかった。
	④対処	気がつくまでに週末をはさんで4日かかり、気がついたときにすぐにワクチンの収納庫内の温度確認を行った。適切に管理できていないと判断されたワクチンは廃棄処分とした。
	⑤原因と再発防止策	原因：電気調理器の使用について配慮が欠けていた。 対策：日ごろからワクチンの収納庫および収納庫のある部屋のブレーカー確認を行う。毎週決められた曜日にワクチンを病院へ持っていく際に温度等を点検していたが、事案が発生した週に限り職員の都合で点検を行っていなかった。今後は必ず決められた日を行うこととした。

I	種類	管理に関わるもの—「施設管理上の事故」
H	①概要	保健センターの壁面タイルが一部剥落
	②場所	保健センター内のトイレ
	③状況	トイレ壁面のタイルが一部剥落し、床面に落下・破損した。剥落・落下時にトイレ使用者はおらず、けが人はなかった。
	④対処	タイルの剥落部分のほかにも危険箇所がないか、施設内の全トイレについて専門業者による再点検を実施した。その結果、剥落には至っていないが、下地面から浮き上がっている部分が数箇所確認されたため、剥落前にすべて張り替え補修を実施した。
	⑤原因と再発防止策	原因：経年劣化（建設から28年を経過）によるものと考えられる。 対策：建物、設備など老朽化による不具合は、今後も発生する可能性があるため、随時施設内の安全点検を実施し、可能な限り事故発生前に対応を図るようにする。

I	種類	管理に関わるもの—「有効期限切れ物資の使用」
H	①概要	有効期限切れワクチンの接種
	②場所	保健センター
	③状況	接種日当日に、看護師、医師、担当者がワクチンを確認することになっていたが、失念していた。後日、ワクチン管理（毎月末）の際に有効期限切れワクチンがあったことが発覚した。
	④対処	担当者は上司に報告、担当医師と保健所へ連絡と報告、製造元への確認（ワクチンの有効性）を行った。被接種者への健康状況の確認と謝罪。理事者への報告。報道機関への発表とホームページへの掲載。
	⑤原因と再発防止策	原因：毎月ワクチンの有効期限切れの有無をチェックしていたが、次回接種までの有効期限の確認が不足していた。また、当日の確認も不十分だった。さらに、ポリオワクチンの期限が近いという案内書がきていたが認識が不十分だった。 対策：ワクチン管理の手順を見直した。チェック表や上司への報告など。



I	種類	その他
H	①概要	施設内の不審者
	②場所	保健センター
	③状況	不審者が施設内の更衣室や控室、視聴覚室等を物色していた。職員が声をかけると館外へ逃げていった。
	④対処	館内で情報共有し、交番に相談のうえ、館長を中心に不審者対応マニュアルを作成し、職員に周知した。
	⑤原因と再発防止策	対策：保健センターなどのいわゆる公共施設を狙った盗難目的の不審者だと思われる。不審者対応マニュアルに基づいて、複数の職員で対応することを決め、館内のあちこちに「関係者以外立ち入り禁止」の貼り紙を行った。

I	種類	その他
H	①概要	乳児健診でのアナフィラキシーショック
	②場所	保健センター
	③状況	乳児健診の際、保護者（父）への問診で、試食の説明とアレルギーの有無を確認。卵・小麦は量は控えているが、ふだん食べさせているとのことであった。試食に含まれるアレルゲン等を説明する。実際に食べさせるかは保護者が判断する。父は何口か食べさせ、そのまま保育園へ子どもを連れて行った。
	④対処	1時間後に体中をかいていると、保育園から父が連絡を受け、子どもを連れて来所した。そのうちぐったりとしてきたため救急車を要請するも、父の自動車で行くほうが早いと判断し医療機関へ搬送した。職員が同行。別職員が医師に情報提供し、抗ヒスタミン注射を行い瞬時に回復した。
	⑤原因と再発防止策	原因：父がアレルギーの程度（重度）を把握していなかった。保健師が父の話だけで食べさせることを止めなかった。 対策：アレルゲンとして多い食物を試食メニューから外す。食物アレルギーのわかっている子どもは、試食をさせないよう指導する。初めて食べる食材は、アレルギーのない子どもも含めて注意して与える。

I	種類	その他
H	①概要	施設への夜間侵入
	②場所	保健センターを含む複合施設
	③状況	3階建ての施設において、無施錠であった可能性のある1階入口から侵入者があり、防犯装置が作動。警備会社が内部で寝ていた侵入者を発見して警察に通報した。内部各室は施錠されており実被害はなし（盗み目的ではなかった）。
	④対処	市長に報告し、施設の構成組織と情報共有を行った。
	⑤原因と再発防止策	原因：複合施設であり夜間の利用者も多いため、一度施錠した出入口が解錠されていた可能性がある。 対策：各施設の管理者を集めて、施設管理体制の再確認と強化を行いこまめな施錠、構成組織間の声かけ、最終退出者による施錠確認と日誌への記録を行う。



## 第3章 考察

## 1 市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントの実態について

九州大学大学院医学研究院 鳩野洋子

本調査は、日本において初めて実施された、全国の市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントの実態を把握する調査である。

医療機関においては、アクシデント・インシデントに関わらず、それらが発生した場合は日本医療機能評価機構（厚生労働省委託）に報告することが求められており、また発生の予防や再発の防止に向けて組織内で医療安全に関わる委員会等も設置されている場合が多い。一方、市町村保健センターでは、医療機関と同様に人の命に関わる事案を扱うことが多いにもかかわらず、これらに関わる取り組みが話題にされることは少なく、また報告等の仕組みも整備されていない状況に対しての問題意識からこの調査を実施した。

アクシデント・インシデントが発生した場合の職場の管理者等への報告の有無に関してみると、救急車を呼ぶ状況や、子どもが事業の中でアナフィラキシーショックになったといった、人命に関わる事態に関しては100%報告がされることを想定したが、そうになっていなかった。このような状況では組織的な対応が必要になる場合も多いことから、管理者への報告は本来、必須と考えられる。

この状況の要因として本調査結果から考えられることは、アクシデント・インシデントのセンター内での報告や共有は、それが「決まり」や「仕組み」として定まっているか否かに影響されているということである。先述した報告の有無に関して、家庭訪問の際に訪問先の扉に公用車が接触して傷つけた場合が93.7%と、報告される割合は最も高くなっていた。交通事故に関わることは自治体内での報告の手順が定められている場合が多いことも耳にする。この報告割合の高さはそれを反映している結果と考えられる。

その観点で本調査の仕組みに関わる設問をみると、「問題が発生したときの報告方法」の「決まりがある」場合は半数程度で、また「報告方法」も「口頭のみ」が14.6%である。アクシデント・インシデントに関する「マニュアルを有している」場合は1割以下で、「全庁的な取り組みがある」のも2割以下という回答であり、医療機関と対比させると、アクシデント・インシデントに対応する決まりや仕組みの準備状態の薄さが確認される結果となった。

この状況が、そのニーズがない、すなわちアクシデント・インシデントが発生していないためであれば理解できるが、そうではないことも明らかとなった。発生した具体的な事例の記載をみると、予防接種における対象者の取り違い、検体の取り違い、来所者の転倒による骨折、乳児のベッドからの転落、感染、書類送付ミスなどのプライバシー侵害など、重篤な状況も生じている。ただし、発生頻度に関しては、発生件数の問いで「不明」が4割強と最も多いこと、回答があった場合でも0件からアクシデントの最大が200件、インシデントの最大が150件とばらつきが大きいことから、判断は困難である。ただし、重篤な事態が保健センターでも生じていることは、十分認識されるべきであると考えられる。

この回答のばらつきが生じている原因について考えると、アクシデント・インシデントの概念は保健領域においては必ずしも広く認識されていないために、捉え方の違いが生じていることによること

が考えられた。アクシデントであればまだしもインシデントが5年間で全く発生していないということは考えがたい一方で、アクシデント・インシデントが集積している保健センターがあるのも現実的ではないように思われるからである。このような認識に影響する要因としては、それに注意を向けるような場の有無、すなわち研修等の実施や参加が関係すると思われる。研修への参加状況の回答で、「参加している」は15.7%であり、参加していない理由で最も多いのは「研修が行われていない」であり、次いで「他に優先すべき研修がある」であった。アクシデント・インシデントに関して理解を深める場や機会がないのが実情といえるだろう。

以上の結果から、市町村保健センターにおいてもアクシデント・インシデントが発生している状況に鑑み、それに関する認識と対応の準備状態を高める必要があると考えられた。その方向性としては、3点考えられる。

まず、どのようなアクシデント・インシデントが生じているのかを知ることである。その理解により、当該保健センターでも発生の可能性があるアクシデント・インシデントを想定することが必要である。医療機関に関するアクシデント・インシデントに関しては、報告義務によりその発生状況が集積され、インターネット上で公開し共有されるシステム化が行われているが、そのシステムがない現在の状況においては、本調査の事例の活用が望まれる。

2点目として、理解と並行して自所の自治体内での事例の集積を実施すべきであろう。これは管理者の意思があれば大きな困難は伴わないと考えられる。そのための報告様式については、参考の欄に転載した報告書の書式等が参考になると思われる。

3つ目が認識を高める場の必要性である。保健センターで勤務する専門職の中で最も多い保健師の基礎教育では、国家試験出題基準から考えても、アクシデント・インシデントの予防や発生時の対応の教育は薄いことが想定される。また、基礎教育では架空の状況設定となるため、具体的な対応に関しては、それぞれの保健センターの状況に応じた実施が効果的であると思われる。しかし回答でもみられたように、このテーマに特化した研修の実施は現実的ではない。そのため、まずは事例が発生した場を捉えて、その予防や対応に関して検討する場を設けることや、他の研修等が実施される中でこのテーマへの認識を高めるような時間を短くても設定することを考慮することが必要と考えられた。

## 2 市町村による対応に関連する要因

浜松医科大学健康社会医学講座 尾島俊之

アクシデントやインシデントについて、ある程度の対応体制ができている市町村と、あまり対応体制ができていない市町村があることが明らかとなった。そこで、そのような市町村間の差に関連する要因について考察した。

まず、人口規模との関連は明らかにみられた。「問題が発生した」ときや、「結果的に何もなかった」ときの報告方法の取り決め、アクシデント・インシデントに関するマニュアル、研修への参加、全庁的な取り組みについて、人口規模が大きくなればなるほど、実施割合が高くなっていった。人口規模が大きいほど、多数の業務についてそれぞれ担当者を決めて体制を構築することができると考えられる。また、人口規模が小さい市町村では、アクシデント・インシデントの発生頻度が低く、また関係する職員数も少ないため、あらかじめ労力をかけて体制を構築するよりも、必要な際に臨機応変に対応する方が現実的であるという側面もあると考えられる。

アクシデント・インシデントへの対応に関するオッズ比（ある要因があると、何倍、取り組みが行われやすいかを示す指標）を、人口規模のみを調整してロジスティック回帰分析により求めたところ、関連の強い要因と弱い要因とが明らかとなった（次頁の表を参照）。

これらの中で、全庁的な取り組みを行っている市町村では、マニュアルの整備や研修の参加が行われている市町村が非常に多い結果であった。全庁的な取り組みとして、いずれの内容も15%未満の市町村で行われているだけであり、多様な取り組みが行われている状況であった。そして、なんらかの全庁的な取り組みが行われていることが、保健センターや健康増進部門での取り組みを推進している状況がうかがわれた。

アクシデントやインシデントへの対応を大きく見直すきっかけとなったようなできごとがある市町村では、ない市町村よりも、種々の取り組みが行われている結果であった。特に、マニュアルの整備や研修の参加との関連は強かったが、報告方法の取り決めとの関連はあまり強くはなかった。しかしながら、表には示していないが、対応を大きく見直すきっかけとなったできごとがある市町村においても、マニュアルの整備21.9%、研修の参加32.1%は非常に低い状況であり、しっかりした体制整備が望まれる。一方で、「問題が発生した」ときの報告方法の取り決め69.0%、「結果的に何もなかった」ときの報告方法の取り決め57.1%は相対的には実施割合が高く、見直すきっかけにより取り決めが行われたことがうかがわれた。

研修参加をしている市町村では、マニュアルの整備、報告方法の取り決めが行われている市町村が有意に高い結果であった。研修参加により取り組みが推進されている可能性が考えられた。

人事交流等との関連については、介護事業所との人事交流等があると「問題が発生した」ときの報告方法の取り決めが有意に高い結果であった。介護事業所における取り組みの波及効果が表れているのであろうか。また、都道府県・国との人事交流があると、研修の参加が有意に高いという結果であった。研修の情報が入りやすいことや、都道府県・国が主催する研修会への参加要請等に呼応して参加している可能性が考えられた。調査前に考えていた医療機関との人事交流についてはほとんど関連

がみられなかった。

以上、アクシデントやインシデントについての市町村の対応には、人口規模、全庁的な取り組み、研修参加等との関連が強いことが明らかとなった。

表 アクシデント・インシデントへの対応に関するオッズ比

目的変数	説明変数	オッズ比	95% 信頼区間		p
			下限	上限	
「問題が発生した」ときの報告方法の取り決め					
	全庁的な取り組み	<b>2.48</b>	<b>1.73</b>	<b>3.57</b>	<b>0.000</b>
	大きなできごと	<b>1.62</b>	<b>1.02</b>	<b>2.56</b>	<b>0.040</b>
	医療機関との人事交流	0.98	0.70	1.36	0.889
	介護事業所との人事交流	<b>2.02</b>	<b>1.01</b>	<b>4.02</b>	<b>0.046</b>
	地域包括支援センターとの人事交流	1.23	0.96	1.58	0.108
	都道府県・国との人事交流	1.12	0.80	1.57	0.518
	民間企業との人事交流	0.72	0.27	1.93	0.511
	労働部門との人事交流	<b>0.45</b>	<b>0.20</b>	<b>1.06</b>	<b>0.067</b>
	その他の人事交流	1.20	0.84	1.72	0.326
	何れかの人事交流	<b>1.38</b>	<b>1.07</b>	<b>1.78</b>	<b>0.015</b>
	研修参加	<b>2.84</b>	<b>1.94</b>	<b>4.17</b>	<b>0.000</b>
「結果的に何もなかった」ときの報告方法の取り決め					
	全庁的な取り組み	<b>2.33</b>	<b>1.66</b>	<b>3.27</b>	<b>0.000</b>
	大きなできごと	1.42	0.91	2.20	0.121
	医療機関との人事交流	1.00	0.72	1.39	0.994
	介護事業所との人事交流	<b>1.91</b>	<b>0.97</b>	<b>3.74</b>	<b>0.061</b>
	地域包括支援センターとの人事交流	1.18	0.91	1.52	0.207
	都道府県・国との人事交流	1.09	0.78	1.54	0.612
	民間企業との人事交流	0.82	0.29	2.32	0.706
	労働部門との人事交流	<b>0.30</b>	<b>0.12</b>	<b>0.74</b>	<b>0.009</b>
	その他の人事交流	<b>1.41</b>	<b>0.98</b>	<b>2.02</b>	<b>0.061</b>
	何れかの人事交流	<b>1.25</b>	<b>0.96</b>	<b>1.62</b>	<b>0.099</b>
	研修参加	<b>2.85</b>	<b>1.99</b>	<b>4.08</b>	<b>0.000</b>
マニュアルの整備					
	全庁的な取り組み	<b>8.26</b>	<b>5.02</b>	<b>13.59</b>	<b>0.000</b>
	大きなできごと	<b>2.79</b>	<b>1.57</b>	<b>4.96</b>	<b>0.000</b>
	医療機関との人事交流	0.85	0.47	1.54	0.590
	介護事業所との人事交流	2.41	0.75	7.71	0.138
	地域包括支援センターとの人事交流	<b>0.60</b>	<b>0.37</b>	<b>0.98</b>	<b>0.041</b>
	都道府県・国との人事交流	1.35	0.80	2.28	0.267
	民間企業との人事交流	1.19	0.32	4.51	0.795
	労働部門との人事交流	0.90	0.30	2.73	0.852
	その他の人事交流	0.89	0.47	1.68	0.727
	何れかの人事交流	0.71	0.45	1.11	0.133
	研修参加	<b>6.84</b>	<b>4.27</b>	<b>10.98</b>	<b>0.000</b>
研修の参加					
	全庁的な取り組み	<b>8.60</b>	<b>5.95</b>	<b>12.43</b>	<b>0.000</b>
	大きなできごと	<b>2.36</b>	<b>1.49</b>	<b>3.74</b>	<b>0.000</b>
	医療機関との人事交流	0.92	0.59	1.43	0.717
	介護事業所との人事交流	1.64	0.69	3.90	0.263
	地域包括支援センターとの人事交流	1.24	0.88	1.75	0.209
	都道府県・国との人事交流	<b>1.72</b>	<b>1.16</b>	<b>2.54</b>	<b>0.006</b>
	民間企業との人事交流	1.67	0.59	4.73	0.333
	労働部門との人事交流	1.13	0.45	2.86	0.790
	その他の人事交流	<b>1.60</b>	<b>1.05</b>	<b>2.44</b>	<b>0.029</b>
	何れかの人事交流	1.16	0.82	1.63	0.400

注. 人口規模のみを調整して、ロジスティック回帰分析により算定。  
説明変数は、それぞれについて算定。

### 3 アクシデント・インシデント事例について

東京純心大学看護学部 島田美喜

#### I 市町村保健センターに関わるアクシデント・インシデント事例

本調査では市町村保健センターに関わるアクシデント・インシデント発生事例について、代表的なものの記載を依頼したところ、489自治体から814事例の記載があった。事例は内容別に5項目に分類された。それぞれの項目について発生事例の内容を概観する。

##### 1. 活動・事業に関わるもの

この項目は「人違い」「誤った対応」「個人情報関係」に関する事例が分類された。

###### 1) 人違い

人違いでは、保健センターが発出する健診や予防接種等の通知を本来の対象者以外（対象年齢違いや健診結果の取り違え、異なった健診の通知など）に送付してしまったという事業実施前のことから、実施の段階では対象者を取り違える、同姓同名の別人に受診票を渡す、別人に採血しそうになったなど活動や事業実施中に起きた事例があった。

###### 2) 誤った対応

誤った対応では、予防接種に関することが多く、ワクチンや接種間隔、対象年齢などの間違い、使用済み針を再度使用してしまった等の事例が報告された。その他、誤った料金徴収、健診の全項目が完了していないのに帰宅させてしまった、住民以外に母子健康手帳を交付した、住民への誤情報の伝達などが報告された。事例の中には、健診や事業参加者に対して職員が不用意に発した言葉によって住民が傷つき、職員が謝罪するという経緯に至ったということもあった。

###### 3) 個人情報

個人情報関係では、「人違い」によって起こった通知の誤送付で、健診結果等の個人記録が他人の知るところになった、健診の対象者名簿を紛失した、家庭訪問記録を一般ゴミとして廃棄してしまったなどが報告された。事例にはDV被害者であることに気づかず、加害者に住所を伝えてしまい、被害者を一時避難させる措置が必要になったという例もあった。

##### 2. 住民・来所者に関わるもの

この項目には「暴力」「施設の破壊行為」「私物の紛失」「転倒・転落」「けが・発症」「誤飲・誤嚥」「感染症」の7つに事例が分類された。

###### 1) 暴力

暴力では、職員が住民から暴言、暴力、物損など職員が被害を受けた事例が多く報告された。住民はそれまでに職員と関わりのあるケース（本人や家族によるもの）が多いが、突然近隣の住民が侵入してきて暴れるという例もあった。その他、保健センター内で住民同士がけんかし、警察へ通報する事態になった例もあった。

###### 2) 施設の破壊行為



施設の破壊行為では、故意による施設破壊や自動車の誤操作、ボール遊びなどによるものなどが報告された。その他、郵便物の無断開封という例もあった。

### 3) 私物の紛失

私物の紛失では、財布などの貴重品から、靴やコートの紛失や取り違いが報告された。

### 4) 転倒・転落

転倒・転落は今回のアクシデント・インシデント発生報告数で最も多い。

具体的には、保健センター内の事業参加者が階段や廊下、トイレなどで転倒・転落した事例が報告された。特に、乳幼児健診や離乳食教室などの子どもに関する教室では、診察台、身長計、ベッド、遊具から落下する例が多い。また、成人・高齢者の運動教室や介護予防教室での転倒例も多く、骨折してしまった例もあった。トイレ内に関しては6件の事例が報告され、成人がトイレ内の段差などでつまずいたり、滑ったりという他に、ベビーベッドから子どもが落下した例もあった。

保健センター外では、駐車場での例が多い。また各種検診で検診バスを使用した際に、バスの階段を踏み外して転落した、レントゲン台から足を踏み外して転倒したという例もあった。

### 5) けが・発症

けが・発症は転倒・転落について発生が多い。運動教室での体操中の接触や打撲、捻挫、骨折などが発生している。栄養教室での調理では、包丁によるケガや火傷が起きている。乳幼児健診などの健診や教室では保護者が目を離し、子どもがドアに手を挟む、走り回って机や椅子にぶつかる、子ども同士でぶつかる、一人で外に出て行ってしまふなどの事例が報告された。また、各種教室時に体調不良で対応した例やプールで意識混濁を起こした例などもあった。

### 6) 誤飲・誤嚥

誤飲・誤嚥では、胃がん検診でのバリウムの誤嚥が17件と多い。その他、乳児がフードモデルのかけらを誤嚥したという事例もあった。

### 7) 感染症

健診時に感染性胃腸炎、風邪によるおう吐や下痢などで健診会場が汚染され、なかにはノロウイルスの集団発生につながった事例が報告された。この事例では、受診した児・家族と健診従事者合わせて111名が発症する事態となっている。

## 3. 職員に関わるもの

この項目は「交通事故」「労災関係」「暴力」「感染症関係」に関する事例が分類された。

### 1) 交通事故

交通事故では、公用車による事故が圧倒的に多い。家庭訪問や出張の際の職員による自損事故がほとんどであるが、接触事故では相手方の不注意によるものも多い。また職員が運転して、教室利用者を送迎中に起こした事故もあった。

### 2) 労災関係

労災関係では、家庭訪問先で犬にかまれた事例が多く発生している。そのほか、健診等事業の準備の時に折りたたみ机に挟んで骨折する、転倒して捻挫するなど事例も起こっている。

### 3) 暴力

暴力では、家庭訪問時に対象者から殴打される、刃物で刺されるなど深刻な事例が報告された。言葉での暴力を受ける例もあった。

#### 4) 感染症関係

感染症では予防接種時の針刺し事故のほか、健診時に胃腸炎に感染したなどの報告があった。

#### 4. 管理に関わるもの

この項目は「機械・機器の問題」「施設・設備や管理上の問題」「有効期限切れ物資の使用」に関する事例が分類された。

##### 1) 機械・機器の問題

機械・機器の問題では、運動トレーニング機器のボルトが消耗していて正常に動かなかった事例や消毒機器の故障などがあった。そのほか、胃がん検診時に撮影ができていなかった例、AEDの更新漏れなども報告された。

##### 2) 施設・設備や管理上の問題

施設・設備の問題では、保健センターの壁や屋根、天井、トイレ壁面の剥落・落下、空調の故障、雨漏りなどが報告された。その他、夜間侵入者や施設内の施設などを物色している不審者が発見されるなどの例もあった。

##### 3) 有効期限切れ物資の使用

有効期限切れ物資の使用では、予防接種ワクチンの有効期限切れ使用が最も多い。ほとんどの市町村においては、予防接種は医療機関委託で実施しており、事例発生後は委託医療機関への注意喚起や医師会を通じて安全対策の周知などを図っている。

#### 5. その他

その他の事例として、実習中の看護学生が赤ちゃん訪問に同行に、3日後に水痘と診断された例や保健センター作成物の誤記載、盗難などの例が報告された。

## II 事例のまとめとして

### 1. 全体を通して

今回の調査では、代表的な事例について3つまで記入を依頼したが、報告内容は多岐にわたり、市町村保健センター業務の多様さを現す結果となった。市町村保健センター利用者はおおむね健康な住民であり、事業内容も健診（検診）や健康増進のための教室が多く、ハイリスク者向けの活動・事業はあまり実施されていないが、このような状況においてもこれだけのアクシデント・インシデントが発生していたことに注目すべきである。

### 2. 活動・事業に関すること

活動・事業に関することでは、予防接種に関わるアクシデント・インシデントが多く報告された。ほとんどの市町村では、予防接種の実施は医療機関委託で、通知の名簿作成、発送は市町村、と役割分担がされているところが多いだろうと思う。この一連の作業段階のどの工程でもインシデント報告がされている。予防接種業務は医療機関であったとしても、委託の場合の事業責任は市町村にある。関係機関と連携したアクシデント・インシデント防止策が望まれる。

また、職員の不用意な発言や個人情報保護に関することは日頃からの職員のモラル、意識に関わる

事例である。特に個人情報保護に関して、情報漏洩の場合にはその情報がどのように利用されるかが、ひいては犯罪に使われる可能性などもある。行政は個人情報の宝庫と言っても過言ではない。アクシデント・インシデントを防止するために組織としての意識向上が重要である。

### 3. 施設管理に関すること

今年度の市町村保健センター施設調査では、平成14年以前に開設した施設が1,660施設で82%を占めている結果である（66ページを参照）。アクシデント・インシデント事例で壁や屋根、天井、トイレ壁面の剥落・落下、空調の故障、雨漏りなど、施設の老朽化に伴うとも考える事例が発生している。転倒、転落も施設設備が影響しているものもあり、日頃からの施設管理によって未然に事故を防ぐことはもちろんのこと、施設の安全性の確保が望まれる。老朽化に対応するためには莫大な予算が必要になるが、安全性を確保するためにも国の補助金等での支援が望まれる。

### 4. 感染症

施設利用者や職員も含めた感染症に関する事例も多く報告された。事例の中には乳幼児健診などルーティン化した事業において発生しているものも多い。今までやってきたからではなく、こうした事例を参考に事業の進行を改めて見直し、アクシデント・インシデントを防止する機会をもつことが重要である。

## 4 マニュアルについて

九州大学大学院医学研究院 鳩野洋子

マニュアルがあると回答した 103 自治体 (8.4%) うち、29 自治体からマニュアルの送付があった。その内容を大きく分類すると、①健康危機も含めてアクシデント・インシデントが生じた際の指針や対応を一つの事象だけでなく、広く、あるいは複数記載したもの ②限定された事象に特化した対応を記載したもの ③事故等が発生した際の応急処置の手順や報告方法を記載したもの ④事故等発生の際の報告や記録の手順のみを記載したもの、に分類された。

①の健康危機も含めてアクシデント・インシデントが生じた際の指針や対応を広く記載したものの中で、扱われている事象はマニュアルによって異なるが、大規模災害、感染症、食中毒、薬の副作用といった厚生労働省が示す健康危機の内容のほか、活動や事業に関わるイベントや事業参加者の事故、職員に関わるものとしてコンプライアンスや不祥事、管理に関わるものとして不審者の侵入、盗難、停電、施設内の設備の故障や破損時の対応等であった。

記載内容やその書式をみると、【参考資料 1：茨城県古河市】のように、想定される事象ごとに、発生予防と緊急時の対応の観点から、そのサービスが提供される環境等に関わる「施設・設備・用具」、実際の活動展開時に関係した確認しておくべき事項である「活動」、そして活動の中でアクシデント・インシデントが生じた際への対応に関する「救急体制」に関してチェックリスト形式で示しているのがあった。

【参考資料 2：滋賀県守山市】では、A4判用紙 1 枚の中に、アクシデント・インシデント事象（不審者の侵入や薬の盗難・副作用等）に関して、それにより影響が想定される業務名、どのような影響が生じることが想定されるかとともに、具体的な対応の手順（いつ、誰が、どのようにという内容の具体的な記載）、準備しておくべき物、必要な連絡先とその連絡方法、連絡責任者がまとめられていた。

これとともに、実際に発生した場合の対応フローを準備している、【参考資料 1：茨城県古河市】の「予防接種誤接種時対応フロー図」のようなものもあった。

このような、簡潔かつ具体的なマニュアルの例として、【参考資料 3：愛知県豊橋市】も参考になる。このマニュアルでは、不審者の発見・侵入に対して実際にどのように声かけをするか、何を観察すべきであるのかに関して、時系列にまとめられている。アクシデント・インシデント発生時の保健従事者の心理状態を考えると、当事者として不安定な心理状況になることが想定され、このような工夫は参考になると考えられた。

なお、今回の調査で、アクシデント・インシデントに関する報告が書面上でなされていない自治体が多いことも明らかとなった。報告の書式として、【参考資料 1：茨城県古河市】の中にある「危機事象発生報告書」の報告様式なども参考になると思われる。

②限定された事象に特化した対応を記載したものの事象は、医療安全全般にわたるものや針刺し事故への対応といった医療に関わるもの、健診や運動実技を伴う事業時のアクシデント・インシデントに向けたもの、食物アレルギーへの対応などのほか、窓口トラブルも含めた保健従事者の暴力被害の

防止を目的としたもの、情報セキュリティに特化したものがみられた。これらのマニュアルは、ある事象に特化しているということから、記載内容が①のものよりも詳述されている特徴がみられた。

そのうち、ある自治体の針刺し事故への対応マニュアルは、当該保健センターの業務内容や、疾病の治療ガイドラインの変更などを契機に複数回の改訂が実施され、それに伴い、事故発生時の対応フロー図や、医療機関の状況や参考となるデータも最新のものに変更が行われていた。このように、一度作成したら終了ではなく、状況に応じて見直すことが「活きた」マニュアルにつながると思われた。

また、【参考資料4：新宿区】で作成されている保健従事者の暴力被害の防止のためのマニュアルも、同様に見直しが行われ、改訂が継続しているマニュアルである。このマニュアルは、目次からもわかるように、I～IVまでの章において、暴力の捉え方や基本的な考え方、暴力が生じる要因や発生した際の影響、具体的な防止策、被害発生時の対応等がまとめられ、参考として、具体的な相談時の注意とともに、職場環境、保健従事者自身がその予防に向けて行うこと、問題行動をチェックしリスクをアセスメントできるアセスメントシート、相談申し送り票、被害報告書等もセットになっている。マニュアル一冊で保健従事者に対する暴力に関わる基本的な知識の習得とともに、すぐに実行可能な対応や、活用可能な記録のひな形がまとめられており、研修等にも活用可能なマニュアルとなっている。

【参考資料5：埼玉県三郷市】の「成人健康診査等事故等対応マニュアル」は、委託事業において事故が発生した場合を想定し作成されたもので、受託者の役割、救済措置、事故発生時の報告のフロー、事故報告書が作成されている。直営事業に関わるマニュアルが多いなか、受託者の役割が具体的に記述されていることに特徴がある。委託される市町村保健福祉事業が増えてきているなか、委託事業受託者にアクシデント・インシデント時に求める事項については、委託契約書の中ではここに示されたような具体的な内容を記述することは困難と考えられるため、このようなマニュアルの形で具体的に示すことも今後の行政の保健専門職の役割の一つとなるだろう。

いくつかのマニュアルの例を示したが、マニュアルといっても、アクシデント・インシデントが生じた際の行動を伝えることを主眼としていると考えられるものから、そのような行動をとる根拠等の知識の獲得が可能になることも含めて作成されているものなど、様々であった。必要な内容は、想定されるアクシデント・インシデントによって異なると思われる。

マニュアルには、それに関わる従事者の行動の質を一定に保つ意義がある。特に、新任者等がいる保健センターではそれを準備する必要性は高いと思われる。資料を参考に、その準備の必要性についての検討が行われることが望まれる。

● 薬品による副作用などの健康被害  
{代表的な事故事例}

- ・ 予防接種の副作用
- ・ 予防接種の誤接種

施設・設備・用具	<input type="checkbox"/> 各医療機関での接種にあたり、注意事項をまとめ周知しているか <input type="checkbox"/> 予防接種する医療機関の施設が、接種後の副作用に対応できる環境が整えられていることを把握しているか
活動	<input type="checkbox"/> 予防接種受診者に副作用等の説明は十分か <input type="checkbox"/> 予防接種の際のチェックリストは活用しているか (チェックリストは別紙1参照) <input type="checkbox"/> 予防注射接種医療機関との契約書は適正に取り交しているか <input type="checkbox"/> 「古河健康被害検討委員会」において接種後の副作用について協議されているか
救急体制	<input type="checkbox"/> 緊急時の保護者への連絡体制は整備されているか <input type="checkbox"/> 医薬品 (救急箱) の準備はできているか <input type="checkbox"/> 保健所との連携はとれているか <input type="checkbox"/> 医療機関との連携はとれているか <input type="checkbox"/> 予防接種接種発生時はフロー図 (別紙 2) のとおり対応しているか <input type="checkbox"/> 予防接種事故公表基準内規 (別紙 3) は遵守しているか

医療機関用

**事故防止のためのチェックリスト (受付から問診まで)**

予防接種を適正に行うために、確認は医師のみが行うのではなく、複数人が分担し、かつ責任の所在を明確にしてチェックを行えるような体制を整えておくことが重要です。

以下のチェック項目をご参照ください。

**受付時の確認事項**

- ① 対象者を住所・フルネーム・年齢・生年月日で確認
- ② 予防接種の種類と回数を確認する。
- ③ 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。
- ④ 接種歴を確認する。母子健康手帳は必ず確認をする。
- ⑤ 直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
- ⑥ 予診票の質問事項がすべて回答されているか確認する。
- ⑦ 検温を行い、記録する。

**問診時の確認事項**

- ① 対象者を住所・フルネーム・年齢・生年月日で確認
- ② 予防接種の種類と回数を確認する。
- ③ 対象者がワクチンの対象接種年齢であるか確認する。
- ④ 接種歴を確認する。母子健康手帳は必ず確認をする。
- ⑤ 直前の予防接種実施日からの間隔を確認する。
- ⑥ 接種前の検温を確認する。
- ⑦ 予診票の記載に漏れ等があれば確認する。
- ⑧ 診察を行い、体調を確認する。
- ⑨ 医師署名欄にサインをする。
- ⑩ 保護者 (又は本人) 承諾サインをもらう。

**事故防止のためのチェックリスト（保管の確認）**

予防接種を適正に行うために、確認は医師のみが行うのではなく、複数人が分担し、かつ責任の所在を明確にしてチェックを行えるような体制を整えておくことが重要です。

以下のチェック項目をご参照ください。

**ワクチン保管の確認事項**

- ①それぞれのワクチンの添付文書に従い、適正に管理する。
- ②ワクチンを種類別に整理し、使用予定数を確保しておく。
- ③有効期限までの日数が長いものは奥に、短いものは手前におく。
- ④保管庫の温度を記録する。（温度計・補助電源がついた保管庫を使用する。）

**有効期限切れのワクチンや保管状態が適切でない  
ワクチンは直ちに破棄をする**

**事故防止のためのチェックリスト（接種前から接種後まで）**

予防接種を適正に行うために、確認は医師のみが行うのではなく、複数人が分担し、かつ責任の所在を明確にしてチェックを行えるような体制を整えておくことが重要です。

以下のチェック項目をご参照ください。

**接種前の確認事項**

- ①ワクチンの種類と有効期限を確認する。（ワクチン外観も確認）
- ②保護者（又は本人）に対象者の最終確認をする。また、ワクチンの種類と有効期限を保護者と一緒に確認する。

**※有効期限については、接種前に予診票左上に記録する**

- ③ワクチン吸引前によく降り混ぜる。
- ④ワクチンの接種量を確認する。
- ⑤接種方法を確認する。

**接種後の確認事項**

- ①接種終了後の注意事項を説明し、副反応にそなえ接種後30分は待機させる。
- ②使用済み注射器は適正に廃棄する。
- ③予診票を回収したか確認する。
- ④予診票、診察カルテ、母子健康手帳などに接種日、メーカー名、ワクチンロット番号、接種量、医療機関名などを記録する。
- ⑤母子健康手帳返却時、保護者（又は本人）に内容を確認させる。

第5節 危機管理事象発生時報告（危機管理監）

危機事象発生報告書

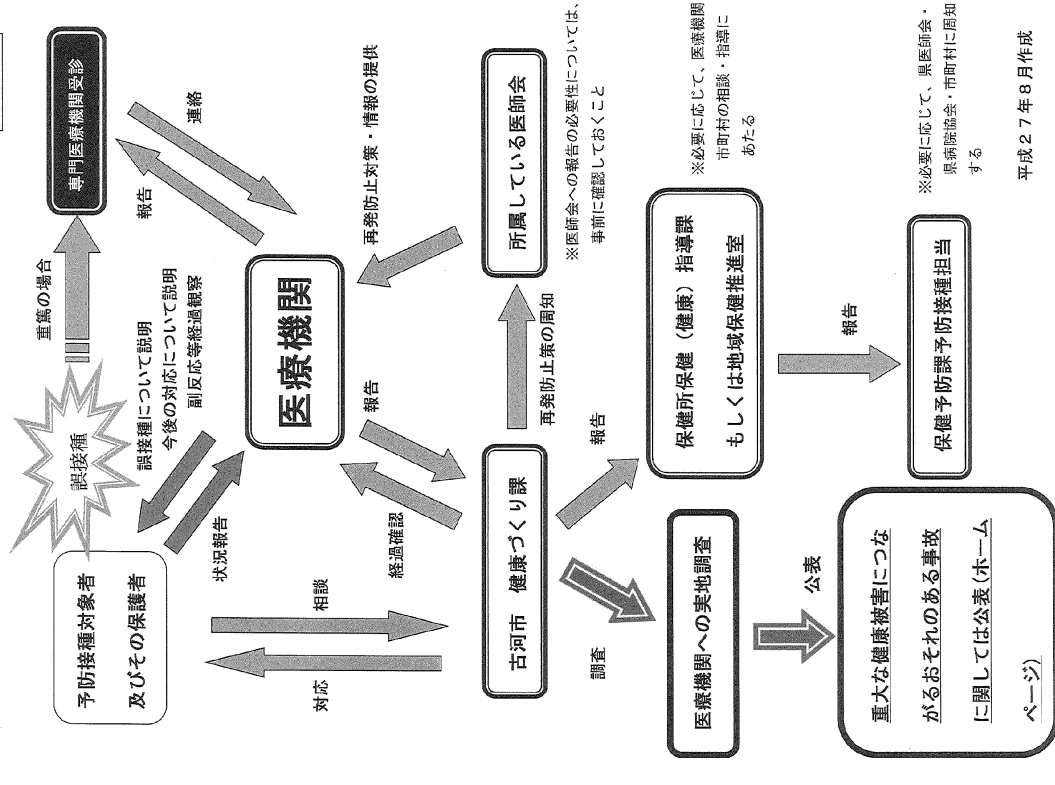
報告年月日	平成 年 月 日 ( )	所 管 課 部 課
担当職氏名	連 絡 先	
発生日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分	
発生場所		
危機事象の概要	【概要】 【原因】	
被害の状況	【被害内容】 【拡大の可能性】	
緊急対応	【対応内容】 【関係機関への連絡】 【マスキングへの対応】	
今後の対応		

危機管理防災課受付	平成 年 月 日 ( ) 時 分
-----------	------------------

添付書類：位置図、被害状況概略図、写真等（第一報時は、写真添付省略可）  
※ 緊急を要する場合は、電話での報告や手書きメモでの報告でも

予防接種誤接種時対応フロー図

古河市



平成27年8月作成



【参考資料2：滋賀県守山市】

様式1 事項別危機管理マニュアル【対応】（部局課用）

作成日：平成26年4月1日  
 部署名：すこやか生活課  
 作成者：  
 内線：

部局課名 健康福祉部 すこやか生活課	健康福祉部 すこやか生活課	整理番号 胃がん検診による健康被害	8
レベル 2	2	胃がん検診業務	
予想される 不測の事態		利用者の身体的被害	
影響が及ぶ 業務名		【造形剤（バリウム）による副作用・誤嚥発生の場合】 (1) 従事者は、副作用発生の状態により応急処置を行う。（場合に よっては、心肺蘇生を行う。） (2) 従事者は、すこやか生活課担当に利用者の副作用の状態を報 告し、必要により救急機関に連絡する。 (3) 副作用の状態により救急車を要請した場合、従事者は病院へ同行する。 (4) すこやか生活課は、利用者を昇降口とともに、発生状況を家族に 説明し、その後の状況を確認する。	準備物 血圧計等 緊急連絡簿
対応策1 （代替手段） いつ 誰が 何を どうする			
対応策2 （代替手段） いつ 誰が 何を どうする			
連絡体制	連絡先・担当者名・電話番号	連絡方法	連絡責任者
対策本部へ （危機管理課）	危機管理課 課長	口頭	すこやか生活課長
すこやか生活課	すこやか生活課 課長	口頭	受託先の従事者
救急車	湖南広域消防局	電話	従事者・担当者等
利用者家族	利用者の家族	電話	すこやか生活課長
			緊急連絡簿による

※部局内の連絡体制については、別紙による。

【参考資料3：愛知県豊橋市】

不審者対策マニュアル

不審者発見・侵入

1. 不審者の足止め

2. 親子で避難させる（安全な場所を瞬時に判断）

↓ 連絡

「110番へ通報する」

電話番号「0110」を押す

「事件ですか？事故ですか？」

1. 「不審者です。」
2. 状況を詳しく伝える。
3. 「保健所子ども保健課です。」
4. 「中野町字中原100番地」
5. 「電話番号 39-9151です。」  
（子ども保健課課長補佐席）
6. 「私は、0000です。」

- 7 -

<対応3> 隔離・通報する

- ① 別室（相談室など）に案内し、隔離する。
- ② 暴力行為の抑止と退去の取得をする。
  - ・ 複数の職員で対応する。
  - ・ 言動に注意し、問合を取りながら取得する。
- ③ 警察「110番」（電話番号0110番）に通報するとともに、全職員に周知する。

<対応4> 警察が到着するまでの注意  
所特品に注意する

- ・ 不審者が興奮しないように、丁寧に落ち着いて対応する。
- ・ 凶器を隠し持っている可能性があるため、手の動きに注意する。

<対応5> 子どもと保護者の安全を守る

- 避難誘導
  - ① 会場入り口の施設
  - ② 会場内に侵入した場合は、他の場所へ避難

<対応6> 事後の対応や措置をする

- ・ 事件・事故対策本部を発動し、事後の対応や措置を機能的に行う。
- ・ 記録をとる。
- ・ 心のケア一に努める。

◎ 不審者対応マニュアル

子どもや保護者に危害が及ぶ恐れがあるという事態では、生命や安全を守るために、極めて迅速な対応が必要。まず、丁寧に冷静に対応し、相手の心を落ち着かせるように努力し、別室に案内し隔離、同時に「110番」（電話番号0110番）への通報や職員への緊急連絡、協力要請などを行う。特に、暴力的な言動がある場合には、職員自身の安全のため適当な距離をとるなど留意しながら、暴力の抑制に努める。隔離できない、暴力の抑制が困難である場合には、直ちに、他の職員と協力し、組織的かつ迅速に子どもの安全を守るための具体的な対応をする。

<対応1> 声掛けをする

- 不審者かどうか見分けるポイント
  - ① 声を掛けて、用件をたずねる。
    - ・ 用件が答えられるか。また、正当なものか。
    - ・ (保護者と名乗った場合) 子どもの年齢やクラス名などが答えられるか。
    - ・ 職員に用事がある場合は、用件を聞いておく。
  - ② 不自然な場所に立ち入っていないか。
  - ③ 凶器や不自然な物を持っていないか。
  - ④ 不自然な行動や暴力的な態度は、見られないか。

<対応2> 退去を求める

- 来所目的が、あいまいな場合や不自然な場合は、丁寧に対応する。
  - ① 事務室に連絡し、協力を求める。
  - ② 言葉や相手の態度に注意しながら、丁寧に退去するように説得する。
  - ③ 次のような場合は、不審者として「110番」（電話番号0110番）へ通報する。
    - ・ 受付を無視し、無理に立ち入ろうとする。
    - ・ 退去の取得に応じようとしない。
    - ・ 暴力的な言動をする。

目次

I	相談業務における暴力被害に対する基本的考え方	1
II	相談業務に関する基本的事項	2
	1 相談業務とは	2
	2 相談業務の原則と進め方	2
III	暴力被害に関する基本的事項	3
	1 暴力とは	3
	2 暴力による被害	3
	3 暴力の影響	3
IV	相談業務における暴力	5
	1 相談業務の特徴と暴力が生じる要因	5
	2 暴力が相談員と職場に与える影響	6
	3 相談業務における暴力・暴力被害についての認識	7
V	具体的防止策	
	1 組織としての対応	8
	2 職員一人ひとりの取組み	11
	3 相談業務における対応	11
VI	暴力被害発生時の対応	
	1 対応の基本と原則	17
	2 緊急時の対応	17
	3 正確な情報の把握と管理	19
	4 受傷者、受傷者の家族、関係職員、住民への対応	22
	5 暴力を行った者への対応	23
	6 訴訟等の注意事項	24
参考	1 第三者からの相談でおきたいこと	25

2	訪問前におきおきたいこと	26
3	セックス通話者からの電話対応	27
様式	1 職場環境チェック票	28
2	暴力被害防止自己チェックリスト	29
3	暴力被害防止のための問題行動等に関する情報シート	30
4-1	相談者申し込み票	31
4-2	相談者申し込み票	32
5	相談業務中の暴力被害発生報告書	33

参考 1

第三者からの相談でおさえおきたいこと

1. 相談者からの苦情等の訴えを十分に聞き、主訴を確認する。
2. 起こっている問題の事実関係を客観的に伝える。
  - (1) いつごろからか
  - (2) 起きた事象の日時
  - (3) 問題行動の内容（大声、暴力、騒音、不潔行為など）
3. 相談者の思い込みや先入観を取り除く。
  - (1) 聞いていて「おや？」と思ったことを言語化して確認する。
4. 本人と相談者の関係を確認する。
  - (1) 住まいの位置関係
  - (2) 立寄
  - (3) 本人以外の家族との関係
  - (4) 居住年数など
5. 本人の生活歴、病気の有無、近隣への行動等、わかる範囲で聞く。
6. 本人にアプローチする上で関係のとれる人は誰か、問題解決のキーパーソンになれる人は誰か、家族はいるか、親類はいるかなどを確認する。
7. 緊急性の有無を確認する。
  - (1) 病状の緊急性
  - (2) 近隣への攻撃性
  - (3) 生活維持の上での緊急性
8. 本人と関わりのある機関とその内容についての確認。
9. 相談者が今までに相談した機関はどこか、コメントはどうだったか。
10. 話を十分受け止めた上で、最終的に、保健所・保健センターとしてできること、保健所・保健センターとしては、本人の精神保健の問題を解決しつつ地域生活を支援するという立場で関わること伝え、相談者の理解を得るようにする。
11. 本人のプライバシー保護には十分留意する。
12. 相談者のプライバシー保護にも十分配慮する。

I. 相談業務における暴力被害に対する基本的考え方

健康部及びその職員は、いかなる暴力も許さない。

職場での相談業務中における暴力は、さまざまな形で現れる。その形態には、大きく分けて身体暴力、精神的暴力（言葉の暴力など）、性的暴力、社会的暴力などがある。中でも身体暴力は、生命の危険や身体障害に結びつくことが多く、大きな問題である。暴力は、個人の尊厳を侵害するばかりでなく、相談業務の質と効率の低下を招く。組織としていかなる暴力も容認しないことを表明する。

健康部は、組織として暴力被害の防止に一貫して取り組む。

質の高い相談業務を実施していくためには、安全な労働環境と責任ある対応が約束されなければならない。暴力は容認しないという認識のもとに、あらゆる面から一貫した安全対策を組織として、実施する必要がある。また、万一の場合は、被害にあつた当事者のみならず、周囲の者に対しても組織的に十分な対応を行うことが必要である。

健康部職員は、暴力被害の防止について常に意識をもち、防止対策の実践に努める。

職員は、一人ひとりの意識と取り組みが暴力被害を未然に防ぐ職場をつくることを認識し、暴力被害の防止対策に関心をもち、その実践に努めることが必要である。

暴力と感じたら暴力、我慢しないで声をあげる。  
暴力被害にあった人を、組織として支え守る。  
防止につながる風通しの良い職場環境をつくる。

従来、暴力を受けても、職業意識や職場環境からそれを表明したり、相談したりすることができにくい状況にあった。しかし、暴力は自分自身がその瞬間不快であったり、また、この手引きに定義したようなことがあるが、我慢せず、我慢せず、必ず報告して職場内で話し合い解決していかなければならないという認識をもつことが大切である。

様式2

暴力被害防止自己チェックリスト (氏名 )

チェック項目		H	年度
		4~9月	10~3月
全体的	暴力被害防止の手引きを年1回は熟読し、対応に迷った時は手引きを確認している。		
様式	ケースについては、ミーティングなどで積極的に報告し、係内で相談方法を検討を行い、暴力被害防止に努めている。		
通常	すべての初回相談者及び、地区担当変更時には「暴力被害防止のための問題行動等に関する情報シート」を利用し、暴力のリスクの有無を確認して引き継いでいる。		
管理	担当が替わるときには、相談者申し送り票を使用し、ケースの概要を把握できるようにしている。		
	軽微なものを含む暴力被害が生じた際は、手引きに添って速やかに「暴力被害発生報告書」に記入し、上司に報告・検封している。		
	記録は簡潔にし、早めに上司に報告している。		
	記録は所定の位置に保管している。		
	ケース台帳を作成している。		
	「暴力被害防止のための問題行動等に関する情報シート」の項目で、「有」が一つ以上あった場合は、相談記録票に扶込み、わかりやすくしている。		
	常に訪問場所、帰庁時間を職員と明らかにしている。		
訪問	携帯電話及び防犯ブザーを必ず持参している。		
	時間外の訪問や、帰庁時間が遅くなる場合は、必ず上司に相談・報告している。		
	複数で訪問する必要がある対象者については、必ず複数で対応している。		
	相談室に入る時は周りの職員に声をかけている。		
面接	予定以上に相談が長時間に亘る時は、一旦退室し、上司に報告・相談をしている。		
	面談は、閉庁時間内に行い、万が一時間外に行なう場合は、事前に上司に相談・報告している。		
	危険が切迫したと感じた場合は早めに切り上げるか、逃げている。また危険が予測されるような面談は速急に中止している。		
合 計 点			
平 均 点			

自己評価の目安	評価点
必ず実行した	4
ほとんど実行した	3
実行したり、しなかったりした	2
ほとんど実行しなかった	1
まったく実行しなかった	0

様式1

職場環境チェック票

実施場所 ( )  
 実施年月日 ( )  
 報告者 ( )

場所	項目	チェック	対策	
職場全体	① 照明は明るい			
	② 死角になる場所がない			
	相談室	① 職員の目が届く		
		② ドアは外開き		
		③ ドアを閉めても中の様子が外からわかる		
		④ 出入り口が2ヶ所ある		
	⑤ 緊急警報ボタンが設置されている			
	⑥ 照明は明るい			
	⑦ 室内は整理整頓されている			
	⑧ 私上に、武器となりそうなおものは置いていない			
⑨ 酒気帯び者などに対し、相談を断る貼り紙をしている				
⑩ 掛け時計がある				
相談カウンター	① 職員の目が届く			
	② カウンターの上に武器となりそうなものを置いていない			
	③ カウンターの安全面での配置に考慮している			
診察室など	① 事業で使用しないときは、施錠している			
	② 緊急警報ボタンが設置されている			
	③ 相談業務にふさわしくない部屋は使用していない			
正面玄関	① 酒気帯び者などに対し、相談を断る貼り紙(看板)をしている			
	② 用のない人の入館を断る貼り紙をしている			
	③ 閉庁時間(8:30-17:00)の案内を出している			
裏玄関	① 職員のみ使用としている			

暴力被害防止のための問題行動等に関する情報シート

取扱注意

氏名 生年月日	平成 年 月 日		住所 新市区 ( )	電話	項目	年 月 日 ( 歳 )		過去 1 年間の状況	時期・程度・回数等
	有	不明							
暴力行為	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 物を壊す	<input type="checkbox"/> 過去	<input type="checkbox"/> 他人への暴力	<input type="checkbox"/> 最近	2 セクシャルハラスメント	<input type="checkbox"/> 現在	<input type="checkbox"/> 3 その他
暴力的脅迫	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 □での脅迫	<input type="checkbox"/> 過去	2 体を使つての脅迫	<input type="checkbox"/> 最近	3 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 現在	<input type="checkbox"/> 子どもの頃
虐待の既往	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 身体的 (加害者・被害者)	<input type="checkbox"/> 過去	2 性的 (加害者・被害者)	<input type="checkbox"/> 最近	3 心理的 (加害者・被害者)	<input type="checkbox"/> 現在	<input type="checkbox"/> 子どもの頃
酒・薬乱用	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 酒 (過去・最近・現在)	<input type="checkbox"/> 過去	2 薬 (過去・最近・現在)	<input type="checkbox"/> 最近			
衝動性	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 肉体的衝動行動	<input type="checkbox"/> 過去	2 言葉による衝動行動	<input type="checkbox"/> 最近	3 意図的影響/気分の変容	<input type="checkbox"/> 現在	<input type="checkbox"/> 子どもの頃
近隣等のトラブル	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	(過去・最近・現在)	<input type="checkbox"/> 過去		<input type="checkbox"/> 最近			
危険物	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 ナイフ、爆発物等の保管	<input type="checkbox"/> 過去	2 ナイフ、爆発物等の所持	<input type="checkbox"/> 最近	3 その他	<input type="checkbox"/> 現在	
精神薬品治療状況に関するリスク	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 未治療	<input type="checkbox"/> 過去	2 治療中断	<input type="checkbox"/> 最近	3 その他	<input type="checkbox"/> 現在	
疾病によるリスク	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	1 反社会性人格障害	<input type="checkbox"/> 過去	2 注意欠陥・多動性障害	<input type="checkbox"/> 最近	3 境界性人格障害	<input type="checkbox"/> 現在	<input type="checkbox"/> 子どもの頃
その他	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明		<input type="checkbox"/> 過去		<input type="checkbox"/> 最近			
特記事項									

【参考資料5：埼玉県三郷市】

成人健康診査等事故等対応マニュアル

- 1 趣旨
 

このマニュアルは、市が委託する健康診査・がん検診等で、事故又は事故の疑いのある事象（以下「事故等」という。）が発生した場合の実施機関、受託者及び市の対応等について、必要な事項を定めるものとする。
- 2 受託者等の役割
  - (1) 実施機関の役割
 

ア 受診者から直接又は受託者を通じて事故等の発生の連絡を受けた場合は、受託者の協力を得て状況等の調査を行い、健康診査等事故等報告書（別紙様式）を市及び受託者に提出する。また、受診者から直接連絡を受けた場合は、受託者及び市に電話等により連絡も行う。

イ 状況等の調査に当たっては、事故等の発生時の状況、事故等による健康被害の症状等その他事故等の発生に関連する項目を調査する。なお、採血部位及び外傷の程度（発赤、腫脹、出血等）やその変化については、直接観察することが望ましい。

ウ 状況等の調査の結果、医療受診が必要と判断した場合は、直ちに受診者に対し、受診の勧奨を行う。また、医療受診について、積極的に受け入れられるものとする。
  - (2) 受託者の役割
 

ア 市から事故等の連絡を受けた場合は、直ちに実施機関にその旨を伝え、実施機関が状況等の調査を行う際には積極的に協力をを行う。

イ 事故等の対応については、市に積極的に協力するとともに、下記（3）イに定める三郷市健康診査等事故等対応検討委員会設置の際には、代表者の参加及び専門的知識を有する医師の推薦を行う。
  - (3) 市の役割
 

ア 受診者から直接事故等の発生の連絡を受けた場合は、直ちに受託者にその旨を伝え、受託者からの相談等の対応を行う。

イ 実施機関から健康診査等事故報告書の提出を受けた場合は、直ちに事故等の対応を検討し、市長が必要と認めるときは、三郷市健康診査等事故等対応検討委員会を設置する。
- 3 救済措置
 

事故等の救済措置は、委員会の協議内容を踏まえ、市が加入している賠償保険及び医薬品副作用被害救済制度等を活用し、迅速に対応するものとする。

様式(2)(1)ア関係

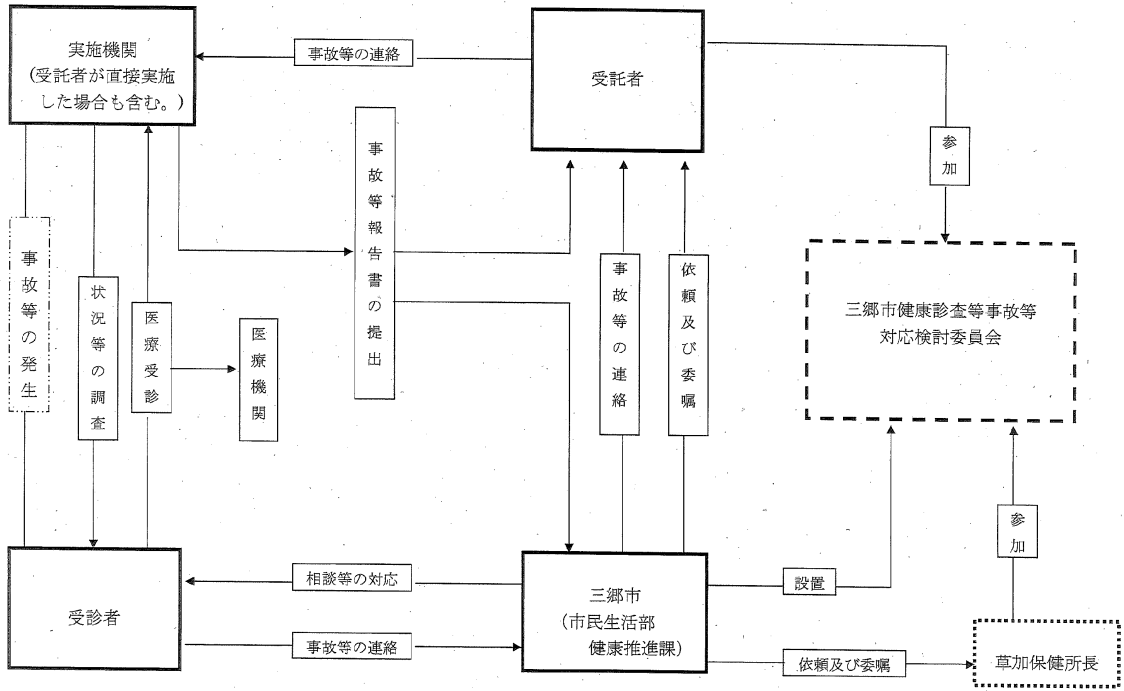
健康診査等事故等報告書

報告日：平成 年 月 日		報告者 第 報 明 人 頭 平	
受診者 氏名	(男女)	年 月 日	日生 ( 歳)
連絡先	住所：三郷市 ( 自宅 携帯 勤務先等 ) 電話：		
健康診査・検診内容 区分	1. 集団 (受診 No. ) 2. 個別 (医療機関名 )		
種別	1. 健康診査 ( 特定 長寿 (後期高齢) 75歳 雑療増進 30歳代 ) 2. がん検診等 ( 胃がん 肺がん 大腸がん 乳がん 子宮頸がん 肝がん )		
受診日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分
健康診査・検診内容の特記事項の有無 (アレルギー・基礎疾患など)			
1. なし			
2. あり ( )			
発生時刻 平成 年 月 日 (午前・午後 時 分)			
状況及び経過 (症状の観察内容、主訴等を含む)			
予後 (※)	1. 死亡 (死亡の危候あり) 日間, 月 日 (入院日) ~ 月 日 (退院日) 2. 重篤 (入院日数: 日間, 月 日 (入院日) ~ 月 日 (退院日)) 3. 入院 (病院名: 日間, 月 日 (初診日) ~ 月 日 (終了日)) 4. 通院 (通院日数: 日間, 月 日 (初診日) ~ 月 日 (終了日)) 5. 後遺症 (病院名) 6. その他 ( )		
転帰 (※)	1. 回復 ( ) 2. 未回復 ( ) 3. 不明 ( )		

○この報告書は、事故又は事故の疑いがある事象の発生後直ちに健康推進課へ提出してください。  
○上記報告書中の (※) 欄については、経過観察後の報告 (第2報以降) で差し支えない。  
<市受付記入欄>

受付日時	平成 年 月 日 (午前・午後 時 分)	受付者氏名
------	----------------------	-------

健康診査等事故等発生時の対応概要







## 第4章 市町村保健センター及び 類似施設調査結果

市町村保健センター及び類似施設の利用実態等に関する調査

## 1 施設の種別（F3）

発送件数2,939件（そのうち廃止等は62施設）のうち、回答のあった2,280施設の種別をみると、「保健センター」が2,025施設で88.8%を占め、「類似施設」が255施設で11.2%となっている。

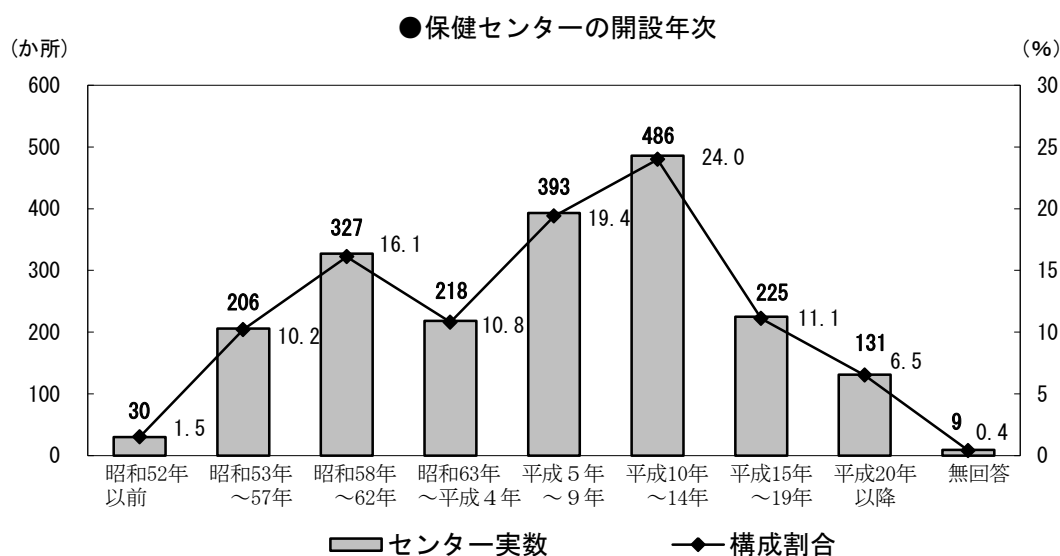
類似施設の内訳をみると、「老人福祉センター」が60か所で2.6%、「健康増進センター」が26か所で1.1%、「国保健康管理センター」が25か所で1.1%、「地域福祉センター」が24か所で1.1%などとなっている。

●施設の種別

件数	市町村保健センター	類似施設							
		母子健康センター	農村検診センター	国保健康管理センター	老人福祉センター	地域福祉センター	健康増進センター	その他	
2280	2025	14	2	25	60	24	26	104	上段：実数
100.0	88.8	0.6	0.1	1.1	2.6	1.1	1.1	4.6	下段：%

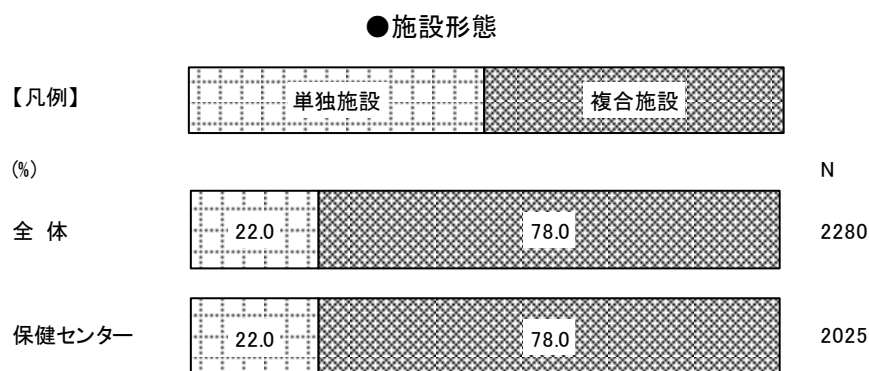
## 2 保健センターの開設年次（F2）

回答のあった保健センターの開設年次を5年ごとでみると、平成14年以前に開設した施設数は1,660施設で82.0%を占めている。開設施設数が減少し始めた「平成15年～19年」は11.1%（225施設）、「平成20年以降」は6.5%（131施設）となっている。



### 3 施設形態（F4）

施設形態についてみると、保健センターでは、「単独施設」が445施設で22.0%、「複合施設」が1,580施設で78.0%となっている。



(注)「全体」は、「保健センター」と「類似施設」の合計。以下、同じ。

### 4 複合相手先の内訳（F8）

保健センターにおいて、複合相手の内訳を大きく分類すると、「福祉関係」が70.5%（1,114施設）で最も高く、次いで「その他」が53.8%（850施設）、「医療関係」が26.7%（422施設）となっている（複数回答）。

●複合相手先の分類

	件数	福祉関係	医療関係	その他	無回答
上段：実数 下段：%					
全体	1778	1247	476	949	33
	100.0	70.1	26.8	53.4	1.9
保健センター	1580	1114	422	850	29
	100.0	70.5	26.7	53.8	1.8

## 1) 福祉関係の複合相手

保健センターにおける福祉関係の複合相手は、「社会福祉協議会」が53.3% (594施設) で最も高く、次いで「地域包括支援センター」(45.2%、503施設)、「デイサービスセンター」(28.6%、319施設)となっている(複数回答)。

### ●福祉関係の複合相手

	件数	社会福祉協議会	地域包括支援センター	デイサービスセンター	ファミリーサポートセンター	子育て支援センター	老人福祉センター	ボランティアセンター	在宅介護支援センター	小規模作業所等	障害児通園施設等	保育園・保育所	その他
上段：実数 下段：%													
全体	1247 100.0	668 53.6	556 44.6	362 29.0	196 15.7	175 14.0	141 11.3	103 8.3	67 5.4	65 5.2	16 1.3	334 26.8	
保健センター	1114 100.0	594 53.3	503 45.2	319 28.6	177 15.9	158 14.2	125 11.2	90 8.1	61 5.5	56 5.0	14 1.3	310 27.8	

## 2) 医療関係の複合相手

保健センターにおける医療関係の複合相手は、「診療所」(29.1%、123施設)と「休日・夜間診療所」(29.1%、123施設)が最も高く、これらに次いで「訪問看護ステーション・センター」(23.7%、100施設)、「医師会・歯科医師会」(22.7%、96施設)と続いている(複数回答)。

### ●医療関係の複合相手

	件数	診療所	休日・夜間診療所	訪問看護ステーション・センター	医師会・歯科医師会	健診センター	歯科診療所	病院	薬剤師会	看護協会	その他
上段：実数 下段：%											
全体	476 100.0	137 28.8	132 27.7	113 23.7	104 21.8	68 14.3	52 10.9	36 7.6	34 7.1	3 0.6	31 6.5
保健センター	422 100.0	123 29.1	123 29.1	100 23.7	96 22.7	59 14.0	47 11.1	25 5.9	32 7.6	3 0.7	27 6.4

### 3) その他の複合相手

保健センターにおけるその他の複合相手は、「役場（所）」が46.6%（396施設）で最も高く、次いで「その他」が38.7%（329施設）となっている（複数回答）。

#### ●その他の複合相手

上段：実数 下段：%	件数	役場（所）	公民館	図書館	コミュニティセンターや集会所	温泉施設（温泉のみ）	児童館	フィットネスセンター	プール（温水含む）	等シヨツピングセンター	その他
全 体	949 100.0	430 45.3	121 12.8	107 11.3	98 10.3	94 9.9	61 6.4	56 5.9	56 5.9	17 1.8	370 39.0
保健センター	850 100.0	396 46.6	103 12.1	96 11.3	82 9.6	75 8.8	58 6.8	47 5.5	47 5.5	17 2.0	329 38.7

## 5 施設の床面積（F5）

保健センターの入っている建物全体の床面積は平均で3,039.8㎡となっている。また、建物全体に占める保健センター部分の面積は平均で1,087.3㎡となっており、割合にすると35.8%となっている。

#### ●平均床面積と面積割合

	建物全体（㎡）	保健センター部分の面積（㎡）	面積割合（%）
全 体	3052.2	1079.0	35.4
保健センター	3039.8	1087.3	35.8

## 6 常勤職員の職種（F6）

保健センターに常勤する職員は全体で26,076人おり、そのうち「保健師」が44.4%（11,585人）で最も高く、次いで「事務職」（30.9%、8,049人）、「栄養士」（6.7%、1,739人）などとなっている。

また、常勤職員がいない保健センターは28.0%となっており、平成26年度調査（26.9%）と比較しても大きな差はみられない。

### ●常勤職員実数と構成割合

全体

常勤職員職種	職員実数（人）	（%）
全体	28,199	100.0
保健師	12,224	43.3
事務職	8,692	30.8
栄養士	1,853	6.6
（うち管理栄養士：再掲）	1,547	5.5
看護師	920	3.3
歯科衛生士	406	1.4
医師	185	0.7
助産師	108	0.4
放射線技師	83	0.3
理学療法士	68	0.2
作業療法士	37	0.1
歯科医師	14	0.0
その他の保健・福祉・医療職等	2,587	9.2
その他の職員	1,022	3.6

保健センター

常勤職員職種	職員実数（人）	（%）
全体	26,076	100.0
保健師	11,585	44.4
事務職	8,049	30.9
栄養士	1,739	6.7
（うち管理栄養士：再掲）	1,461	5.6
看護師	835	3.2
歯科衛生士	394	1.5
医師	172	0.7
助産師	102	0.4
放射線技師	74	0.3
理学療法士	63	0.2
作業療法士	32	0.1
歯科医師	13	0.0
その他の保健・福祉・医療職等	2,222	8.5
その他の職員	796	3.1

### ●常勤職員の有無（平成26年度調査との比較）

平成27年度

	件数	常勤職員なし	常勤職員あり
上段：実数			
下段：%			
全体	2280	643	1637
	100.0	28.2	71.8
保健センター	2025	567	1458
	100.0	28.0	72.0

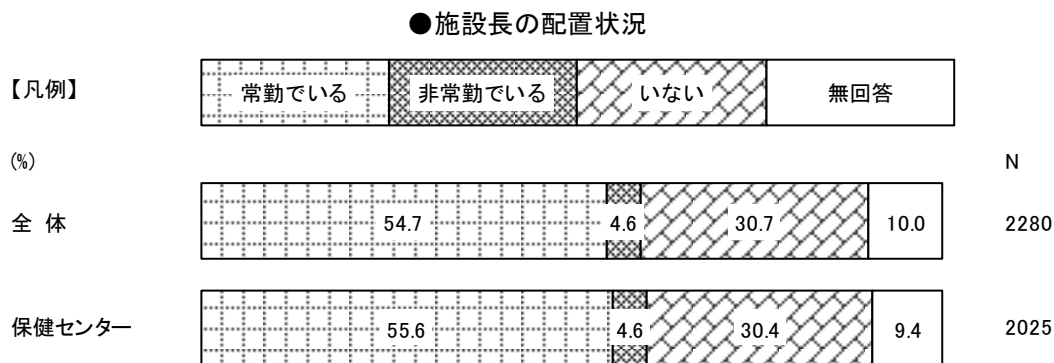
平成26年度

	件数	常勤職員なし	常勤職員あり
上段：実数			
下段：%			
全体	2474	673	1801
	100.0	27.2	72.8
保健センター	2210	595	1615
	100.0	26.9	73.1

## 7 施設長（F7）

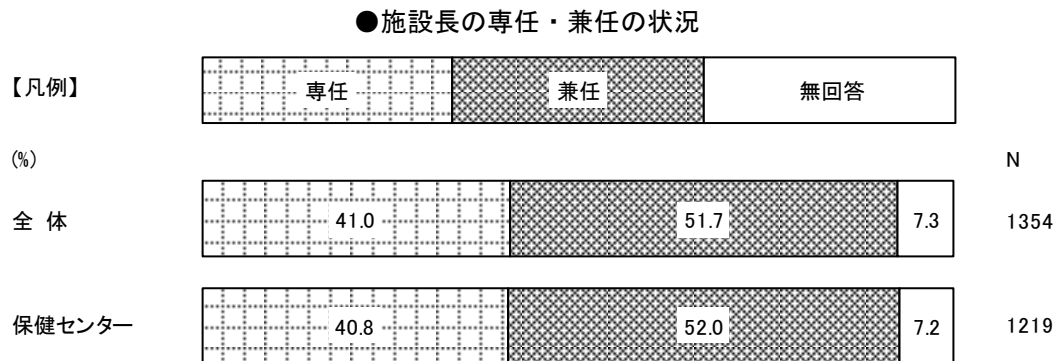
### 1) 施設長配置の有無と任用形態

施設長の配置状況をみると、常勤の施設長が配置されている保健センターは1,125施設で、全体の54.7%を占めている。これに非常勤の施設長が配置されている94施設と合わせると、1,219施設、60.2%となる。



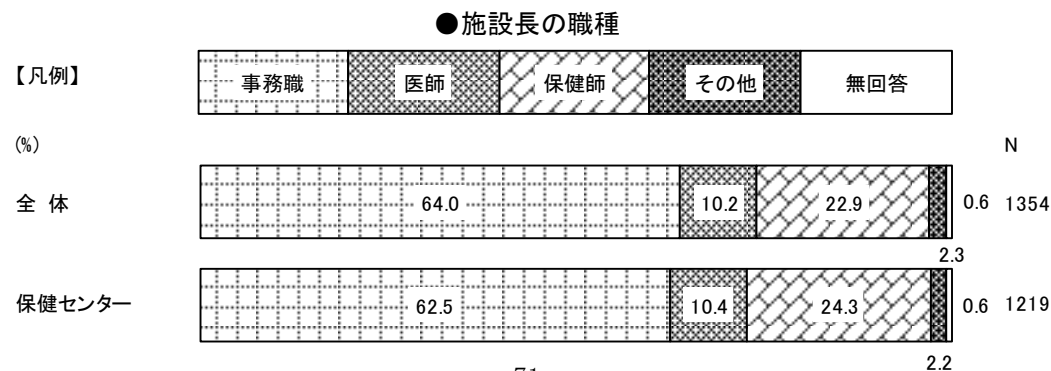
### 2) 施設長の専任・兼任の状況

常勤・非常勤にかかわらず施設長を配置している保健センター1,219施設のうち、専任の施設長が配置されているのは497施設で40.8%、兼任の施設長が配置されているのは634施設で52.0%となっている。



### 3) 施設長の職種

施設長の職種をみると、施設長を配置している保健センター1,219施設のうち、「事務職」と回答したのは762施設で62.5%を占めている。次いで「保健師」が296施設で24.3%となっている。



#### 4) 施設長の職制

保健センターの施設長の職制は、「課長職相当」が62.5%（762施設）で最も高くなっている。これに「部長・次長職相当」「課長補佐職相当」を合わせた管理職は88.3%（1,076施設）を占めている。

##### ●施設長の職制

	件数	部長・次長職相当	課長職相当	課長補佐職相当	係長職相当	その他	無回答
上段：実数 下段：%							
全体	1354 100.0	196 14.5	826 61.0	156 11.5	67 4.9	88 6.5	21 1.6
保健センター	1219 100.0	178 14.6	762 62.5	136 11.2	61 5.0	64 5.3	18 1.5



# 卷末資料

平成 27 年度 市町村保健活動調査票

市町村保健センター（類似施設を含む）調査票

平成 27 年度  
市町村保健活動調査票

一市町村保健センターにおけるアクシデント・インシデントに関する調査—

>>> お願い <<<

本調査は、毎年、日本公衆衛生協会を委託元に「地域保健総合推進事業」の一環として全国の市町村を対象に実施しております。この調査で得られた回答は、市町村保健センターに関する基礎データとなるものです。お忙しいところ恐縮ですが、本年度も調査へのご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

〔記入者情報〕

貴都道府県名 \_\_\_\_\_

貴市区町村名 \_\_\_\_\_ 貴市区町村コード \_\_\_\_\_

ご担当部署名 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 課 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_ ご担当者の職名 \_\_\_\_\_

ご連絡先電話番号 \_\_\_\_\_ (内線) \_\_\_\_\_

FAX 番号 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

※ この調査票は、平成 27 年 11 月 1 日現在の状況を、各市町村で 1 部ご記入ください。

実施主体：一般財団法人 日本公衆衛生協会  
調査実施：株式会社 社会保険研究所  
(株式会社 サーベイリサーチセンター)

「調査内容」に関すること：株式会社 社会保険研究所  
企画第一部 担当：弓嶋 (ゆづ) 電話 03-3256-8934

調査票の再発行に関すること：株式会社 サーベイリサーチセンター  
電話 0120-941-727 担当：山村・平野

一般財団法人 日本公衆衛生協会

〔アクシデント・インシデントについて〕

この調査で、「アクシデント」と「インシデント」とは、次のような事例を指すこととします。

- ◆アクシデントの定義  
業務に関連して（通勤路上を含む）、住民・来所者や職員（非常勤・アルバイトを含む）への悪い影響が発生し、治療や処置、その他のなんらかの対応を要した事例とします。なお、職員の故障によるものは含めません。
- ◆アクシデントの例：家庭訪問の際に訪問先の場に公用車が突っ込んで傷つけた。  
運動教室で転倒した参加者が怪我をした。
- ◆インシデントの定義  
もう少しのところどころでアクシデントが発生しかねない状況であったが、悪い影響が発生するに至らなかった事例や未然に防止された事例とします。その後の観察を要した事例を含めません。
- ◆インシデントの例：施設の壁が割れけがをしたが、住民や職員にけがはなかった。  
個人情報のあるデータを誤って、送付すべき相手とは別の職員にメールした。

※本調査で調査いただいたアクシデント・インシデントに関する事例の内容は、個別の市区町村が特定できる形では公表いたしません。

【人口規模】

F1. 貴市町村の人口をご記入ください。 人口 \_\_\_\_\_ 人

1. はい    2. いいえ

F2. 貴市町村は保健所設置市ですか。

【担当者】

F3. 健康増進部門に配置されている職種とその人数（常勤/非常勤）をご記入ください。いない場合は「0」とご記入ください。

	常勤	非常勤	常勤	非常勤
① 保健師	人	人	人	人
② 管理栄養士・栄養士	人	人	人	人
③ 健康運動指導士	人	人	人	人
④ 健康運動実践指導者	人	人	人	人
⑤ 医師	人	人	実人数 ( _____ ) 人	

2

問4 「保健センター内で住民がけがをした」といったアクシデントに対する職場の取り組みはどのようなものですか。(Oはいくつでも)

1. アクシデントが発生したことを速やかに直属の上司に報告する
2. 報告を受けた上司は、保健センター管理者に報告する
3. 報告を受けた上司は、速やかに必要な指示を行う
4. 発生事例の原因の究明及び再発防止策を当事者の職員のみで行う
5. 発生事例の原因の究明及び再発防止策を当事者以外の職員も交えて行う
6. 再発防止のための対応策を職員全体で共有する
7. その他 ( )

問5 アクシデント・インシデントに関するなんらかのマニュアルはありますか。(Oは一つだけ)

1. ある → 問6へ
  2. ない → 問5-1へ
- ※差し支えなければマニュアルを同前の封筒でお送りください。

問5-1 マニュアルの必要性についてはどのように考えていますか。(Oは一つだけ)

1. 必要がある
2. 必要がない
3. 検討していない
4. その他 ( )

問6 アクシデント・インシデントに関する研修に参加していますか。(Oは一つだけ)

1. 参加している → 問6-1へ
  2. 参加していない → 問6-4へ
- 問6-1 研修の主権はどこですか。(Oはいくつでも)
1. 所属自治体
  2. 保健所
  3. 都道府県
  4. 国
  5. その他 ( )

問6-2 研修の参加状況はどのくらいですか。(Oは一つだけ)

1. 毎年参加している
2. 過去に参加したことがある

問6-3 研修の内容はどのようなものですか。(Oはいくつでも)

1. 発生予防
2. レポートの書き方
3. 事例分析・評価
4. その他 ( )

4

問1 たとえば、次のようなアクシデント・インシデントが発生した場合、職場の管理者等への報告が行われるようになっていきますか。報告する項目にOをつけてください。(Oはいくつでも)

1. 保健センター内の段差で、来所者が転んでけがをして救急車を呼ぶことになった
2. 子どもの料理教室で、子どもがアフィラキシーショックになった
3. 予防接種で使用したワクチンが有効期限切れであったことがわかった
4. 家庭訪問の際に訪問先の扉に公用車が接触して傷つけた
5. テータの入カミスにより、特定保健指導に該当しない人を呼び出した
6. 高齢者の運動教室で転倒し、けがはなかったが、家族から苦情が寄せられた
7. 職員が保健指導中に対象者から殴られた
8. 職員が住民から執拗な電話を受けて悩んでいる
9. 長引く咳をしながら通常勤務していた職員について、マイコプラズマ感染が判明した
10. 特定妊婦の支援不足により、児の清潔が保たれず体重増加も不良となっている
11. 健診の際に子どもが診察台から転落したが、結果的にけがはなかった
12. 個人情報のあるデータを誤って、本来の送付すべき相手とは別の職員にメール送信した
13. 家庭訪問の際に訪問先の飼い犬に追いかけられたが噛まれずにすんだ
14. 施設の壁が剥がれ落ちたが、だれもいなかったため住民や職員にけがはなかった

問2 「保健センター内で住民がけがをした」などときの報告方法は決めていますか。(Oは一つだけ)

1. 決めている → 問2-1へ
  2. 特に決めていない → 問3へ
- 問2-1 報告方法はどのような形ですか。(Oは一つだけ)
1. 文書
  2. 口頭
  3. 口頭および文書
  4. その他 ( )

問3 「健診の際に子どもが診察台から転落したが、結果的にけがはなかった」などときの報告方法は決めていますか。(Oは一つだけ)

1. 決めている → 問3-1へ
  2. 特に決めていない → 問4へ
- 問3-1 報告方法はどのような形ですか。(Oは一つだけ)
1. 文書
  2. 口頭
  3. 口頭および文書
  4. その他 ( )

3

問 12 アクシデント・インシデント事例がありましたら、個人が特定されないように、以下に記入をお願いします。(代表的な事例を3つまでご記入ください)

I 発生事例の種類 (○は各項目一つだけ)	
①活動・事業に関わるもの	1. 人違い 2. 誤った対応 3. 個人情報関係
②住民・来訪者に関わるもの	1. 暴力 2. 施設の利用行為 3. 私物の紛失 4. 転倒・転落 5. けが 6. 誤飲・誤嚥 7. 感染症関連
③職員に関わるもの	1. 交通事故 2. 労務関連 3. 暴力 4. 感染症関連
④管理に関わるもの	1. 機器・設備の故障 2. 施設管理上の事故 3. 有効期限切れ物資の使用
⑤その他 ( )	
II 発生事例の内容(自由記載)	
①発生したこと	[ ]
②発生した場所	[ ]
③発生した状況	[ ]
④発生後の対応	[ ]
⑤発生原因と再発防止対策の内容	[ ]

～ ご協力 ありがとうございました ～

問 6-4 研修に参加していないのはどんな理由からですか。(○はいくつでも)

- 1. 研修が行われていない
  - 2. 必要性がない
  - 3. 研修場所が遠い
  - 4. 参加予算がない
  - 5. 研修費が高い
  - 6. 参加する時間がない
  - 7. 参加したい研修がない
  - 8. 他に優先すべき研修がある
- どのような内容を希望していますか。
- ( )
9. その他 ( )

問 7 過去5年間に貴市町村の保健センターまたは健康増進部門で発生して把握できているアクシデント事例は何件ですか。概数でも結構です。(○は一つだけ)

- 1. ( ) 件
- 2. 不明

問 8 過去5年間に貴市町村の保健センターまたは健康増進部門で発生して把握できているインシデント事例は何件ですか。概数でも結構です。(○は一つだけ)

- 1. ( ) 件
- 2. 不明

問 9 貴市町村では、アクシデントやインシデントに対して全庁的な取り組みはありますか。(○は一つだけ)

- 1. ある → 問9-1ハ
- 2. ない

問 9-1 いくつかからどのような取り組みが行われているのかを簡単に教えてください。

- ( )

問 10 貴市町村では、アクシデントやインシデントへの対応を大きく見直すきっかけとなったようなことはありますか。(○は一つだけ)

※「ある」場合には、差し支えなければ、問 12 の事例の欄にお書きください。

- 1. ある (平成 年 月 日)
- 2. 特にない

問 11 貴市町村では、保健センターや健康増進部門と、下記のような部門との間の人事異動・人事交流はありますか。保健専門職のほか、事務職の人事異動も含まれます。(○はいくつでも)

- 1. (市町村立等の) 医療機関
- 2. 介護事業所
- 3. 地域包括支援センター
- 4. 都道府県・国
- 5. 民間企業
- 6. 労働部門
- 7. その他 ( )
- 8. いずれもない

市町村保健センター（類似施設を含む）調査票

市町村保健センター（類似施設含む）調査帳票

この帳票は、前回調査の貴市区町村の回答が記入してあります。変更や訂正等があれば直接「赤色」のペン等で訂正してください。なお、空欄箇所は、前回調査で無回答の箇所ですので、ご記入ください。  
 (注) 貴施設が既に廃止、もしくは保健センターとして使わなくなった場合は、調査票の全体に×印をつけて、ご返送ください。詳しくは緑色の用紙「調査票のご記入にあたって」をご参照ください。

市町村コード

都道府県名

市区町村名

施設名

施設郵便番号

施設住所

施設電話番号

施設 Fax 番号

開設年月

施設全体の延べ床面積

m<sup>2</sup> 保健センターのみの延べ床面積

m<sup>2</sup>

施設の種別

施設形態

複合相手施設



複合相手施設に追加があれば、下記の該当箇所に○印をお付けください。(○印はいくつでも)

1. 福祉関係	2. 医療関係	3. その他
1. 地域包括支援センター	1. 病院	1. 役場(所)
2. デイサービスセンター	2. 診療所	2. 公民館
3. 老人福祉センター	3. 歯科診療所	3. 図書館
4. 在宅介護支援センター	4. 休日・夜間診療所	4. 児童館
5. 障害児通園施設等	5. 訪問看護ステーション・センター	5. フィットネスセンター
6. 小規模作業所等	6. 健診センター	6. コミュニティセンターや集会所
7. 社会福祉協議会	7. 医師会・歯科医師会	7. 温泉施設(温泉のみ)
8. ボランティアセンター	8. 薬剤師会	8. プール(温水含む)
9. 保育園・保育所	9. 看護協会	9. ショッピングセンター等
10. 子育て支援センター・ファミリーサポートセンター	10. その他 ( )	10. その他 ( )
11. その他( )		

施設に常駐している職員数(訂正の他、ブランクの箇所にも人数をご記入ください)

職種	常駐職員数	職種	常駐職員数
事務職	名	理学療法士	名
医師	名	作業療法士	名
歯科医師	名	歯科衛生士	名
保健師	名	放射線技師	名
助産師	名	その他の保健・福祉・医療職等	名
看護師	名	その他の職員	名
栄養士	名		
(うち管理栄養士:再掲)	(名)		

施設長の有無と職種・職制(該当する箇所に○印をお付けください)

有無	1. 常勤でいる(a.専任 b.兼任)	2. 非常勤でいる(a.専任 b.兼任)	3. いない
職種	1. 事務職 2. 医師 3. 保健師 4. その他( )		
職制	1. 部長・次長職相当 2. 課長職相当 3. 課長補佐職相当 4. 係長職相当 5. その他( )		

ご協力 ありがとうございました

平成 27 年度  
「市町村保健活動調査」  
「市町村保健センター及び類似施設調査」  
調査研究委員会名簿

役 名	氏 名	所 属
委員長	増田 和茂	公益財団法人健康・体力づくり事業財団
委 員	尾島 俊之	浜松医科大学健康社会医学講座
委 員	島田 美喜	東京純心大学看護学部
委 員	鳩野 洋子	九州大学大学院医学研究院
委 員	弓場 英嗣	株式会社社会保険研究所

(五十音順)



平成 27 年度地域保健総合推進事業  
「市町村保健活動調査」  
「市町村保健センター及び類似施設調査」  
調査結果報告書

平成 28 年 3 月

編集・発行：日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1 丁目 2 9 番 8 号

ホームページ <http://www.jpha.or.jp/>

※無断転載および複製を禁じます。



