

ヒヤリハットの書き方・書かせ方

片桐利真

岡山大学大学院自然科学研究科 (工学系)

〒700-0082 岡山市津島中 3-1-1, tkata@cc.okayama-u.ac.jp

1. 大学においてヒヤリハットが必要な理由

1.1 安全衛生の役割分担

大学でも企業でも、安全衛生は経営者から現場の末端まで皆が取り組むべき課題です。しかし、皆が同じ視点で一様に取り組むものではありません。それぞれの立場や職制(研究室での役割分担)により、異なった視点で異なる取り組みをしなければなりません。学部学生や作業者は自分の担当作業を指導者の指示通りに安全に遂行しなければなりません。教官や大学院の学生(=指導者)は学生や後輩の安全に責任を持ち、具体的な指示や必要な処置をしなければなりません。管理者は職場の安全衛生のために必要なルールを定め、設備を整えなければなりません。さらに、管理者は事故や危険の組織外への影響についても責任を持ち、説明責任を持ちます。

雪印食品の事件を挙げるまでもなく、最近現場のたった一人の社員の不正が企業を殺す時代です。したがって、トラブルのなかでも大学組織外への影響の懸念される事例は深刻であり、その対応は重要な課題です。組織の構成員一人一人は職制にかかわらず(たとえ学生でも)、自分の職場=研究室の安全に責任を持たなければなりません。管理者は現場を知らなかったでは済まされません。どんなに完璧なルールを定めたとしても、学生にそれを守らせなければ指導者や管理者としての責任を果たしたことはありません。教官としての責任を果たすためには学生ヘルールを守らせなければなりません。また、経営者はそのような安全を守るような環境や設備を整える責務をもちます。

現場の指導者(教官・先輩学生)及び作業(後

輩学生)は安全を最適化する責任を持ちます。現場は設置された安全設備の運用(ソフト)を最適化することにより、効率的に利用しなければなりません。安全の達成には設備(ハード)と運用(ソフト)の両方を欠かせません。どちらか片方が欠けても安全な環境を維持できません。

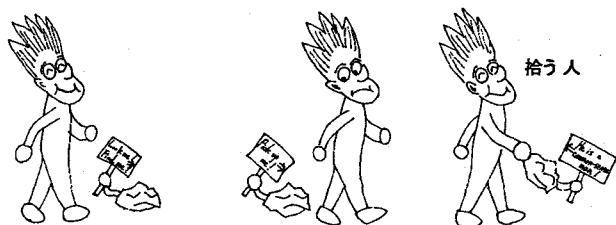
安全の主体は全構成員です。トップダウンだけでボトムアップがなければ安全に対して脆(もろ)い職場になります。一方、ボトムアップだけでトップダウンがなければ危(あやう)い職場になります。

ヒヤリハット事例とは、けがや損害は無かったけれども、作業者がヒヤッとしたとかハッとしたというような一歩間違えば事故につながる恐れのある事例のこと一般を指します。作業中の危険行為だけではなく、歩いていてつまずいた、通路で他人とぶつかりそうになった、等の事例も全てヒヤリハットです。

ヒヤリハット事例への対策はトップダウンで行なうことの難しい対策です。全てのヒヤリハット事例をトップに集めて処理・対策しようとするのは、その件数の膨大さと多様さゆえに技術的に不可能です。また、それぞれの職場に固有の事情を理解していないと、適切な対策をたてられません。そのため、ヒヤリハット活動での現場の指導者が重要な役割をはたします。まさに「安全は現場から」と言われるゆえんでもあります。

個人の資質=センスや意識は現場の具体的な安全の達成に必要な素養です。安全に対する個人の対応は、(1)危険に気付き対策する人、(2)気付くけど対策をとらない人、(3)まったく気付かない人、に3分割できます。残念ですがこの個人的な資質や素養は

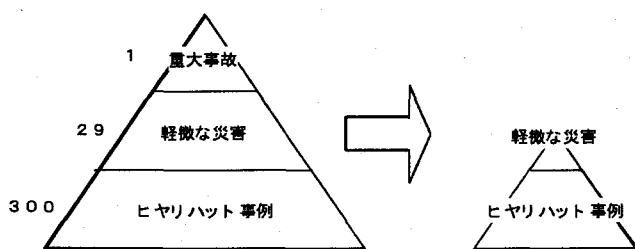
人それぞれ大きく違います。労働安全衛生関係の法律は、このセンスに乏しい人でも安全に働けるための職場を作るための基準です。大学という職場では、その構成員は現在または未来の指導者です。企業等の職場において幹部候補生となる大学生や大学院生、あるいは彼らを育てる大学教員には指導者としての高度な安全センスを求められます。



安全はセンスと実行力の問題

1.2 ヒヤリハット対策の有効性

ヒヤリハット事例への対策の有効性はハインリッヒの法則（1931年）という事故発生の頻度に関する保険工学的な発想に基づく経験則により支持されています。産業災害において1件の重大事故（大きな事故）の背景には29件の軽微事故（細微小災害）があり、その後ろには300件のヒヤリハット事例（被害のないトラブル）があるという考え方です。この他にもバードの法則、タイ・ピアソンの法則などいろいろな産業災害や事故事例の解析により、ヒヤリハット事例と重大事故の関連は統計的に検討されています[田辺和俊「ゼロから学ぶリスク論」日本評論社、2005年]。いずれにせよ、軽微災害への対策やヒヤリハット事例への対策は、重大事故を未然に防ぐ方法として有効です。



ハインリッヒの法則: ヒヤリハット事例を減らせば重大な事故も減らせる

ヒヤリハット事例への対策は、起きてしまった事故の対策をとるのではなく、事故の種を未然に潰します。大事故や法的な規制に対して必要最小限の対策を施すことを「守りの安全対策」と呼ぶのなら、ヒヤリハットへの対策は「攻撃的な安全対策」と呼べます。ヒヤリハットへの対策のメリットは何よりも事故を未然に防ぐことにあります。事故の種を潰すための対策のコストは、事故による被害や後処理のコストに比べて小さいので、経営的にも大きなメリットを持ちます。

2. ヒヤリハット活動を妨害する要因

2.1 危険と不安の混同

危険を正しく理解するためには、その発生確率（リスク）と被害や悪影響の大きさを考える必要があります。どのくらいの確率で事故は起こるのか。事故が起こったときどのような被害が想定されるのか。この2つの要素をもとに危険を考えることにより、危険を定量的に理解・評価できます。このような考え方により、危険は「被害額」の様な金銭的価値や「人的損害」等へ数値化され、他の危険との間でも比較可能になります。

一方、我々は未然の危険を「不安」と言う直観的な尺度で計ります。危険と不安は全く異なったものです。この不安は個人の経験や履歴により左右される主観的なものです。小さな危険でも過大に評価する場合や、大きな危険を見過ごすこともあります。

そして、困ったことには、人は理ではなく情で動きますから、その危なさを危険ではなく不安で判断し、その不安に基づき行動します。そのため、真に対策をとらねばならないことを後回しにして、些細なことへ貴重な人的金銭的資源を投入することになります。

2.2 安全第一の罠

作業現場において「安全第一」は最も正しい、とされています。これに異を唱えると、袋だたきにされます。学生向けの化学の実験のテキストにも「Safety, First, Last, and Always」[J. W. Zubrick, "The Organic Chem Lab Survival Manual, 4th Ed"]

Wiley, New York, 1997, pl.]と書かれています。一方、指導者の立場でこの標語を見ると、安全第一というたてまえに対して「本音」の存在に気づきます。安全に関しては、たてまえと本音、理想と現実の間に大きなギャップが存在します。このギャップは何に起因しているのでしょうか。このギャップはどのような意味を持っているのでしょうか。

安全第一という考え方は、安全をひと括りにすることにより、危険を定性的に捉える考え方です。危険を定量的には捉えていません。危険の確率や被害の大きさを切り捨てて、危険というものを「とにかく排除すべきもの」とします。このとき危険は不安と同一視されます。この考え方は、限られた人的資源や経済的資源の適切な運用を邪魔します。

管理者や指導者の安全と作業者の安全は異なります。作業者の安全第一は無条件に正しい、と言っても差し支えありません。一方、管理者や指導者は安全第一を唱えさせても、自分は唱えてはいけません。共通の目的としての「安全」は達成されるべきものです。しかし、その達成のための指導者と作業者の役割は異なります。「安全第一」を唱えることは時に指導者の思考停止を招きます。

この「安全第一」と同じように作用するのが「できることからやる」です。安全第一の第一を英訳するとfirstです。これは「できることからやる」を正当化します。指導者には「やるべきことからやる・なすべきことから行う」が正しいはずですが、限られた人的・金銭的資源の有効利用には、「やるべきことからやる」べきです。しかし、人間は易きにながれます、特に煩雑な安全に関するような仕事は関わりたくありません。そのようなときに安全第一というスローガンは危険の定量化を切り捨て、「できることからやる」を正当化し、当たり障りのないその場限りの対策を正当化します。そして抜本的な対策や本当に必要な対策を邪魔します。また、できることをやったのだからという言い訳を生み、自己満足を生みます。そして、本質的な問題の隠蔽につながります。

2.3 ゼロリスク幻想

危険対策には、防止対策と局限対策に分類されません。すなわち事故発生を未然に防ぐ対策と発生した事故の被害を最小限にする対策です。これら2つの対策がバランスよく施されることにより、事故を防ぎ、事故による被害を最小限にします。日本人は防止対策を重要視する一方で局限対策を軽視する傾向を持ちます。大学は非定常的な作業（研究）を未熟練者（学生）が行うのですから、トラブルは起こると考えるべきです。トラブルの発生防止対策は極めて困難です。

大学や研究所での「実験」は「生産」に比べて小スケールであるため、発生防止は難しくても局限化は容易です。部屋の中の水素爆発による火災は事故でも、試験管の中の水素への着火による「ピコッ」は事故ではありません。小さなスケールでの研究は量的だけではなく、質的にも重大事故にはつながりにくいものです。

しかし、トラブルは無くすることができる、という考え方、すなわちゼロリスク幻想は、事故防止対策への過剰な傾倒、極限化対策の軽視を産みます。安全対策の目標は「安全」の達成であり、事故の発生防止ではありません。事故の発生防止は安全を達成するための手段の一つです。事故の発生防止という手段を目標にすることは本末転倒です。

2.4 コミュニケーションの齟齬：大丈夫か？の罨

学生実験で遠くの方から「ガチャン」とガラス器具の割れる音がします。思わず「大丈夫か？」と声を掛けます。このとき「大丈夫です」以外の返事は、返ってきません。極端な話、ガラスの破損にともない破片で指を切っただけでも、「大丈夫です」と答えてしまいます。トラブルを起こしたことを周りに知られたくない。大げさにしたくない。知らせなくても済むなら知らせたくない。要するにトラブルを起こすのは恥である、と考えてしまうことによります。

トラブル発生時には「大丈夫か？」と声を掛けてはいけません。「怪我はないか？」と具体的に、Yes or No で答えられるような問い掛けをしましょう。動転している人は「大丈夫か？」という抽象的な問い掛けでは「怪我をしました」などの問い掛けとは

異なる言葉を使った返事をとっさにできません。さらに「恥」を感じると、おうむ返しの「大丈夫です」と返事をしてしまいます。このようにとっさに答えにくい問い掛けをして誤解を招いてしまうコミュニケーションの齟齬（そご）を、私は「大丈夫か？の畏」と呼んでいます。

2.5 帰属意識の階層性

恥は所属の階層性を持ちます。自分自身の失敗を自分に対して恥と感じる人は希です。また、家族や親しい友人に失敗を知られても「恥」と感じる程度は比較的小さいものです。一方で、それほど親しくない人に知られることは「恥」として大きな苦痛を伴います。自分の失敗ではなくても、身内の失敗も「恥」と感じます。大きな苦痛を伴わない「恥」を感じる範囲は、自分の所属を意識している範囲です。

大学のスタッフや研究室に配属された学生は研究室への強い帰属意識を持ちます。その研究室内限定で失敗を公開することには、失敗をした本人もその指導者も大きな苦痛を感じません。一方、これを所属学科や所属学部やその事務官、あるいは大学の安全センターを通して大学全体に知らせることには大きな苦痛を感じます。事故を起こすことよりも、身内の恥を晒すことや事故発生を他の研究室に知られることを恥とします。

この苦痛は、大学への帰属意識を強めることにより緩和されます。そのためにはコーポレーションとしての大学アイデンティティを確立し、帰属意識、あるいは極端な言葉で言えば組織への忠誠心を育てなければなりません。しかし、大学では、任期制の導入や人材の流動化により、このような帰属意識はますます持ちにくく、持たせにくくなっています。一般企業でもリストラなどによる人材の流動化は、不安全な状態を誘発する要因とされています。契約と仁義、前者は理・後者は情です。安全のような本業ではない部分で人を動かすには情が重要です。

2.6 責任転嫁

責任と言う言葉は重く感じられます。上昇志向の強い人にとって、責任をとれる立場になるということは自分の権限の及ぶ範囲を広げること、版図拡大

ですから非常によろこばしいことです。でも現状を維持していこうという人には、できるだけ避けたい、できれば逃げたいものです。特に、減点式勤務評定において、その傾向は強くなります。失点を避け、責任から逃れるために、前例の踏襲、原因のすり替えをほとんど無意識に行なってしまいます。

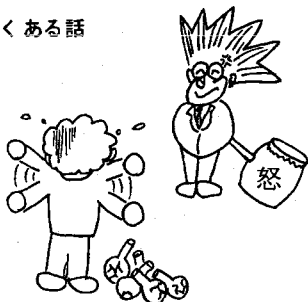
前例の踏襲は責任から逃れるもっとも簡単な方法です。前例を踏襲すれば、それにより何か問題が起きてもその責任（罪）はその前例を作った人のものになります。新しい方法や提案を行い、それが問題発生の原因となった場合には、提案者は責任を負うこととなります。このような責任により能動的な活動が阻害される職場組織では、構成員は自己実現を達成できません。そのため、構成員は給料を稼ぎに来ている状態になり、その仕事へのモチーフは下がります。このような職場は病んでいます。

現状での不都合を明らかにした場合は、当然ながらその対応を要求されます。不都合を解消するための何らかの対応を提案しなければならなくなります。対策を提案した場合にはそれに起因した責任を問われることとなります。それなら不都合を明らかにしないほうが、平穩無事に過ごせると考えます。この機序により不都合（ヒヤリハット事例）そのものも隠蔽します。

同様に、潜在危険に対し対策をとらない理由付けとして、原因のすり替えも行われます。これも無意識に行ってしまう怖さを持ちます。特に対策費用の観点から、原因の所在を発災者の道徳的・道義的な問題と位置づけます。例えば、暗い構内で交通事故が起きたとき、暗いから街灯をつけるべきだという意見に対して、本当の原因は暗いことではなく交通マナーであると言う反論はこれにあたります。ルールを守れば事故は起こらなかったはずだ、というコメントは、実はその発災現場の管理者の具体的対策の無さを示すものです。「ちゃんとやる」「気をつける」「ルールを守る」という対策を認めることは、指導者の敗北です。

3. ヒヤリハット報告書の書かせ方

よくある話



「こわれちゃった?」、じゃなくて「こわしちゃった」だろ。センセーは君のことを怒っていないからな。何がまずかったのかなあ?。「運が悪かった?」。なるほどね。続けて5つも壊すのは、かなり運が悪かったんだろうなあー。いや、センセーは怒ってないってば。「間が悪かった?」。そりゃ、続けて5つも壊すのは、かなり間も悪かったんだろうなあー。泣きながら言い訳しなくてもいいからな。センセー怒ってないしい。言い訳はもういいから、どうしたら再発防止できるのかを考えてごらん。「ちゃんと気をつけて作業するう〜?」。センセーしまいにゃ怒るよ!。

ヒヤリハット報告書には2種類あります。実際にヒヤリとしたりハットしたような事例をそのまま報告する「生タイプ」と、その事例の原因解析を行い、その対策をまとめる「加工タイプ」です。

生タイプは報告しやすく、書く方も他人事のように書けるので、事例の収集は容易です。また、責任ある立場の人によりその対策をたてられるので、対応のばらつきを許されない、中央集権的な組織運営の求められる職場で採用されます。具体的には病院や技能職の多い工場で行われます。この場合、現場発の対策案は別途「改善提案」の形で管理者や指導者に上げられ、審査された後に実行されます。

一方、加工タイプの報告書の作成は原因解析と対策提案を含むため、その作成に頭を使います。また報告者は「我が事」として取り組まざるを得ないため、なかなか気軽に書けません。書かせる際の障壁は大きくなります。同じ職場で多種多様な現場を抱える組織では、その現場固有の事情をも勘案しなければならないため、このような加工タイプの報告書を求められます。大学は研究室を単位とする分権的な組織ですから、ヒヤリハット報告を全学的なものとして運用し、安全教育の一貫と位置づけるのならば、加工タイプにするべきです。

このような加工タイプのヒヤリハットは、もはや単なる事故報告書ではありません。事故再発防止のための起案書です。そのヒヤリハット報告書を作成

する人はそのヒヤリハット事例の先生です。指導者はその報告者から学ぶ立場です。決して事故の発生を責め、責任を問うてはいけません。事故を起こした者を特定するよりも事故原因を特定し、その対策をたてることを優先すべきです。

良いヒヤリハット報告書は、そのヒヤリハット事例の発生した現場だけでなく、広く他の現場でも考慮すべき内容を含むものです。指導者はそのような「他の現場への波及効果」を期待できるようなヒヤリハット報告書を書かせるように指導することを望まれます。そのために、指導者は他の現場にも興味を持ち、想像力を持たなければなりません。

3.1 どのヒヤリハット事例を俎上に乗せるか。

中規模の研究室で経験するヒヤリハット事例の全てを報告書にすることは物理的に無理ですし、無意味です。指導者は、本当に必要なヒヤリハット事例を選び、丁寧に指導し、ヒヤリハット報告書を書かせなければなりません。どのような事例を取り上げるべきでしょうか。

一番まずい選択は「書きやすい事例」を書かせるというものです。確かに一度は経験するために、書きやすい事例をかかせるという指導法はあります。でも、それは「指導者候補生」への指導としてはいかがなものでしょうか。人は易きに流れます。大学生レベル以上の方への課題は、いろいろな要素を持ちそれを勘案しなければならない、難しい事例を与えるべきであると考えます。時間をかけても良いから、そのような課題を解くことは、真の教養を必要とする作業であり、将来の指導者候補である大学生に向けた課題であると思います。

課題として、(1)解決は無理とあきらめられているような問題、(2)事例の日常化により無意識にあきらめているような問題、を選びましょう。このような課題は、大きな危険を内包していることが多く、その解決案は大きな波及効果を持ちえます。そのような課題を見つけだし、引っ張り出し、俎上にのせることこそ、指導者の力量です。

3.2 ヒヤリハット報告書の書式

ヒヤリハット報告書には3つの内容が必要です。

(1) ヒヤリハット事例報告：いつ、どこで・だれが・なにをしたら・どうなったか、のまとめです。

(2) 要因分析：ヒヤリハット事例の直接原因、間接原因、を解析しまとめたものです。

(3) 対策：その場で行なった応急処置と要因分析を基にした抜本対策の2項目に分けて記述しましょう。書式は本稿最終ページの例を参考にしてください。

(1) ヒヤリハット事例報告：「いつ、どこで、だれが、どうしたら、何が起きたか？」はマスト項目です。どれか一つが欠けてもヒヤリハット事例報告にはなりません。

レポートや報告の基本は「再現性」です。ヒヤリハット報告書ではどのようなトラブルが、どのような状況で発生したかを読み手に完璧にかつ簡潔に伝えられなければなりません。すなわち、報告書を読んだ人の頭の中でそのヒヤリハット事例の発生の様子が詳細まで想像・再現できることを求められます。そのためには5W1H（いつ、どこで、だれが、どうしたら、何が起きたか？）を整理して記述すること、に加えて「記述的に書く」ことを求めます。

記述的に書く、というと何か難しく聞こえますが、要するにできるだけ具体的に書く、ということです。例えば、「三角フラスコをこわした」よりも「カゴに入った4個の三角フラスコを机の上からカゴごと床に落として割った」のほうがより具体的でありより記述的です。何が起きたかについて、具体的なイメージを読み手に与えます。

発災者にとって記述的に書くことは、自分の失敗をあからさまに書くことであり、トラブルの被害や規模を自覚・他覚することにつながりますから、判りやすく書きたくない、柔らかな表現に置き換えたい、被害を明確にしたくない、と考えます。そのためヒヤリハット報告書を記述的に書かせるためには、指導者としての「技術＝スキル」を必要とします。

(2) 要因分析；記述的に事故を語らせることに成功したら、トラブルの内容とその原因を関係づける危険要因分析を行いましょう。いろいろな方法があります。例えば、「魚の骨図」はトラブルを魚の頭に見

立てて、その原因や環境を思いつくかぎり書きだしていく方法です。また「5回の「なぜ？」を繰り返す」というものがあります[若松義人監修「トヨタ式であなただの仕事は変わる！ 自分「カイゼン」術」宝島社、2004]。いずれの場合も、要因分析図中に同じ項目が何回も現れます、あるいは同じ内容を異なる言葉で表しています。それはまとめましょう。このようにして作成した要因分析図の中で、枝分かれの中心になっていたり多くの現象の原因になっていたりする項目を見つけましょう。それが見つけたかった「トラブルの原因」です。

トラブル発生要因に目が行きがちですが、トラブルの拡大要因にも目を向けましょう。先にも述べたように、事故対策として防止対策だけでなく局限対策も重要です。トラブルを顕在化させた要因はトラブルをより大きなものにする潜在的な要因です。退治しましょう。

また、それらの発災に関わる要因は設備的なもの（ハード）か組織や作業のやり方に関するもの（ソフト）かについても留意しましょう。多くの場合はその両方を原因とします。しかし、人の心や行動の保守性ゆえにソフトよりもハードを重視します。要因分析を終えれば、もう対策は立ったようなものです。

(3) 対策：対策提案を発災者任せにはいけません。改善案を現場の作業員から引き出すことは大変難しいことです。指導者は要因分析にも関わり、対策提案においてもイニシアティブをとりましょう。ただし、主役はあくまでも現場の人です。指導者は作業員のアイデアを引き出す「起爆剤」として、動きましょう。「例えば、こんな事例の時に、こんな対策が有効であったよ」と類似の、しかし異なる事例と対策を示し、作業員をのせましょう。

対策提案はできるだけたくさん考えましょう、考えさせましょう。トラブルの要因分析に成功していれば、沢山のトラブル発生要因や拡大要因を把握しているはずですが、それらの全てに対策を考えましょう。それらのうちでもっとも有効な対策を選択するのは指導者の役割です。このとき、「すぐできる対策

からやる」の畏に引っ掛からないように注意して下さい。「やるべき対策」を選んで下さい。

作業者に対策をたてさせると、「今後はキチンとやる」という案を必ずと出しますが、これを対策として認めてはいけません。何でキチンとできなかったのかを具体的に、記述的に探りましょう。その上でその作業をキチンとできるようにするための対策をたてましょう。記述的な原因分析を完了していれば「キチンとする」という曖昧な対策は出てきません。もし正しい手順で装置の操作を行わなかったのがトラブルの原因なら、「キチンと操作する」ではなく、正しい手順書を作成しこれをラミネートしたうえで装置のすぐそばに置きましょう。フルプルーフを目指した対策を選択して下さい。

大学は学生という作業者の出入りの激しい現場です。毎年、研究室のメンバーの3割から7割が入れ替わる現場です。年ごとに学生の質も変わります。知的レベルの高い初心者は根本的な勘違いや、熟練者には想像もできない非常識なケアレスミスをよくします。そのためにも安全対策はフルプルーフを目指してください。

3.3 ヒヤリハット対策の実施

さて、ヒヤリハット報告書を書かせました。これで終わりではありません。ヒヤリハット報告書を書かせ、改善案や対策を出させたら、それを必ず実施させなければいけません。指導者は対策を採用する姿勢、取り組む姿勢を見せなければなりません。だからこそ、指導者は対策立案に積極的に関わり、実行可能な有効な対策提案を示させなければなりません。対策提案を任せきりにしたら、物理的に金銭的に不可能な対策を採用してしまいます。

簡単そうな対策でも、実際には特殊な道具を必要としたり、設備の使用ルールの変更を必要としたりするために、実施困難な場合もあります。その時は、次善の案を建て、実施して下さい。そのような困難を数多く経験することはあなたの現場の指導者としての経験値を押し上げます。

4. さいごに

国立大学は平成16年4月より国立大学法人となりました。教官は教員になり公務員ではなくなりました。大学の労働安全衛生を定めた法律は人事院規則から労働安全衛生法に変わりました。本来はこれに伴う大きな変更点は化学物質や粉体を取り扱う局所排気設備に関するもので、その他の大変更の必要はなかったはずでした。しかし実際には、その前年度・平成15年度には、どの大学でも労働安全衛生やその法律に対して様々な対応をとらざるをえなくなりました。

なぜ、大学の安全衛生には改善の余地が生じたのでしょうか。大学の安全衛生は20年前に比べて悪くなっていったためであると、私は思いません。それよりも、社会の要請のレベルが年々高くなって来たために、相対的に大学の安全衛生のレベルは下がってしまった＝「取り残されてしまった」と認識しています。「安全は達成されたときに崩壊がはじまる」[安全と安心の科学 村上陽一郎 集英社新書の帯から]という言葉はある意味で正鵠を射ています。企業は産業災害の抑制のために、現場の地道な努力＝ボトム・アップ型の活動を展開してきました。それぞれの現場には固有の事情があります。それを意識した対策により、着実な前進を展開しています。多くの大学の安全衛生対策は緊急を要したため、トップ・ダウン型の経営・管理主導のものでした。しかし、莫大なお金を投資して最新・最高の安全設備を導入し、ひとときはある安全レベルに到達したとしても、トップダウン型の対策や施策は現状維持に留まり、また社会の要請から遅れてしまうことになります。安全衛生のレベルを上げ続けるためには大学にも現場のボトム・アップ型の活動とそれを支える管理・経営・教育体制を必要とします。

そのようなボトムアップ型の活動のひとつとしてヒヤリハット活動の導入を、是非御検討下さい。

本稿は平成17年10月5日に岡山大学保健環境センター主催の安全衛生講習会での講演「ヒヤリハットの書き方-書かせ方」の内容を元に作成しました。

ヒヤリハット報告書

報告日：平成 年 月 日

いつ	どこで	だれが
何が起きたか		
被害・損失	処置情況	
原因分析 ・思考 ・認知 ・動作 ・体調 ・環境 ・その他	応急対策案	
	抜本的対策案	
現場教官コメント・指示	職制上位者コメント・指示	

原因分析は、以下の選択肢の中から選んでください。該当するものがないときは書き加えてください。

思考： 忘れた；予想しなかった；大丈夫だと思った；思い違いをした

認知： よく見えなかった；気がつかなかった；見落とした；複雑でわかりにくかった

動作： やりにくかった；無理をした；いらんことをした

体調： 疲れていた；イライラしていた；心配事があった；飽きていた

環境： 乱雑であった；保護具をしてなかった；保護具がなかった；