

安全チェックリスト

活動を始める前に、お子さんにとって危険な場所がないか、確認を行いましょ

*活動内容やお子さんの年齢により、該当する項目だけで構いません。

*毎月最初の活動前にチェックを行い、翌月に活動報告書と一緒に事務局へご提出ください。

サポート会員（記入者）： _____ （記入日 _____ 月 _____ 日）

（ 活動：ファミリー会員 _____ 令和 _____ 年 _____ 月分 ）

	項 目	チェック✓
1	火災や地震の際の避難場所を知っていますか。	
2	119番を呼ぶ際に必要となる情報（活動場所の住所、目印となる建物）について把握していますか。	
3	緊急連絡先（ファミリー会員、事務局、かかりつけ医など）を控えていますか。	
4	階段や段差のあるところには、子どもが落ちないように対策がしてありますか。	
5	ドアがボタンと閉まらないような対策がしてありますか。	
6	たばこ、ライター、薬、化粧品、洗剤、刃物などは、子どもの手の届かないところに置いていますか。	
7	硬貨、ピアスなどの小物、あめ玉、ピーナッツなど子どもが飲み込んでしまうようなものは、子どもの手の届かないところに置いていますか。	
8	ビニール袋やラップなどは、子どもの手の届かないところに置いていますか。	
9	熱いお茶、ポット、鍋、アイロンなどは、子どもの手の届かないところに置いていますか。	
10	反射式石油ストーブやファンヒーターは、子どもの手が届かないように対策がしてありますか。	
11	浴槽や洗濯機に水を溜めたままにしませんか。浴室に鍵をかけるなど、子どもが1人では中に入れないような対策がしてありますか。	
12	子どもがベランダや窓から外に飛び出さないように、踏み台となるようなものを片づけましたか。1人で出ないように鍵をかけましたか。	
13	子どもをベビーベッドなどの高いところに寝かせる場合、転落防止のための対策はとってありますか。	
14	子どもの寝床にぬいぐるみやタオルなど、口や鼻をふさぐ危険があるものを置いていますか。	
15	子どもがうつぶせ寝になったときは、あおむけに直していますか（医師の指示がある子どもは除く）。	
16	定期的に呼吸のチェックをしていますか。 （目安：0歳児は5分毎、1歳以上は10分毎）	
17	ブラインドの紐は、子どもが首にひっかけないように、子どもが届かない高さでくくってありますか。	
18	送迎のルートは、三者面談で確認した道を通っていますか。	
19	送迎のルートで、危険な箇所はありませんか。 → ※危険な場所があるときは事務局へお知らせください。	
20	移動中は、子どもと手をつないでいますか。	
21	（自転車の場合）子ども用の安全なシートがついていますか。	
22	（自転車の場合）子どもに安全ベルトを正しく装着していますか。	
23	（自転車の場合）子どもにヘルメットをかぶらせていますか。	
24	（自転車の場合）子どもを自転車に乗せたまま、自転車から離れていませんか。	
25	活動の中で、不安なことや心配なこと、困っていることはありませんか。 → ※何かある場合は、遠慮なく事務局へお知らせください。	

ファミリー・サポート・センター事業「ヒヤリ・ハット」事例報告

チェックリストと併せてご協力ください

活動中の小さな「ヒヤリ」や「ハット」する出来事を減らすことにより、大きな事故が防げます。

提出いただいた内容は今後の安全対策に活かしてまいります。ぜひご協力をお願いします。

提出： 年 月 日

発生した時間	午前 ・ 午後 _____ 時 頃
発生した場所	<input type="checkbox"/> ファミリー宅 <input type="checkbox"/> サポート宅 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 学校・保育園等 <input type="checkbox"/> 公園等の屋外 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
お子さんの年齢・性別	_____ 歳 カ月 男 ・ 女
発生したこと 発生しそうなこと	<input type="checkbox"/> ケガをした、またはケガにつながりそうだった <input type="checkbox"/> 預かり中にお子さんの体調が悪化した <input type="checkbox"/> サービス提供上のミス（失念、時間まちがい、連絡ミスなど） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
発生したことの程度	<input type="checkbox"/> ケガや病気により、治療が必要になった <input type="checkbox"/> ケガや病気になったが、特に治療は必要なかった <input type="checkbox"/> ケガや病気になりそうだった <input type="checkbox"/> ケガや病気になるかもしれないと感じた <input type="checkbox"/> ケガや病気には直接つながらないサービス上の失敗
主な原因	<input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 家具・遊具等からの転落 <input type="checkbox"/> 衝突 <input type="checkbox"/> 危険物との接触 <input type="checkbox"/> 誤飲・誤嚥 <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> アレルギー（食物） <input type="checkbox"/> サポート会員側の原因（目を離した、電話に出ていた、ぼうっとしていた、時間を忘れた等） <input type="checkbox"/> 子どもの不安全な行動（暴れる、制止を振り切って走る、等） <input type="checkbox"/> 動物・虫 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
発生したことの詳細 ☆その時の様子について 具体的にお書きください	