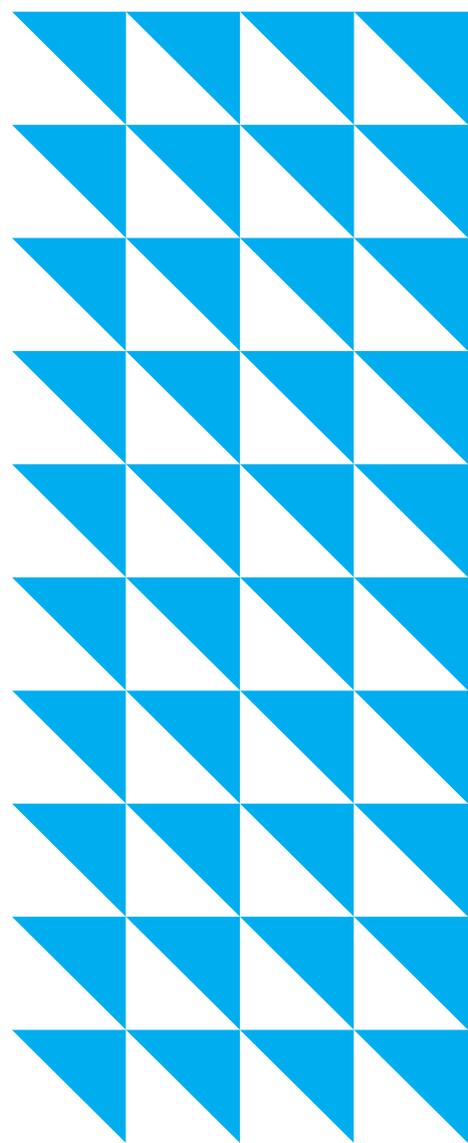




第4章

各委員による 調査結果の詳細分析及び考察



1. 調査票Ⅱ「重大事故の経験について」 調査票Ⅵ「安全に対する風土について」

宮原 大地 委員

(1) はじめに

近年、保育所での重大事故や死亡事故などがセンセーショナルな社会的話題として取りあげられることが増えてきている。一昔前に比べ、保育所内でのケガや事故に対するリスクマネジメントの意識は強くなり、必要性は認識されているようである。しかし、実際にはそのケガや事故が起こった時の予防や対応が適切に行われているかどうかは定かでない。

多様化する保育ニーズにより、保育士の仕事量が増えていることや、保育所に通っている子どもや家庭に対して不安を抱え悩んでいる保育士は多いと考えられる。そのような状況の中で、平成27年4月より「子ども・子育て支援新制度」がスタートする。先の見通しが立たず、不安を感じながら進んでいく新制度において、保育士は「大切な子どもを預かっている」ことを日々認識しながら保育していかななくてはならない。しかしながら、子どものケガや事故、ヒヤリハットはなかなか減ることがなく、完全に無くすことはできない現状にある。保育士は、子どもたちがケガや事故を起こすことのないように細心の注意を払いながら保育しなければならないと意識はしているものの、頻繁に起こる訳ではないのも事実であり、つい意識から遠ざかってしまうことがしばしばある。

保育中に起こっているケガや事故を繰り返さないためにも、そのケガや事故の予防、原因究明を行っていくことは不可欠である。子どもの命を守るためにも、全国の保育所で起こったケガや事故の原因や、今まで深刻な結果には至らなかったヒヤリハットについてできるだけ情報を共有し、事故予防に活用しなければならない。これらの情報を共有することにより、各保育所や保育士一人ひとりが、事故はいつでもどこでも起こり得るものとして意識しながら保育に従事することができ、重大なケガや事故を少しでも防ぐことができるのではないだろうか。

本稿では、調査票Ⅱ「重大事故の経験について」および調査票Ⅵ「安全に対する風土について」の調査結果を踏まえ、関連する自由記述にも触れながら考察を行い、今後の課題やあり方について検討する。

(2) 調査票Ⅱ「重大事故の経験について」(参照：26ページ)

1) 設問10：貴保育所が認可されて以来、重大な事故（死亡事故、30日以上入院事故）が発生したことがありますか

本調査の表1および図1で示すとおり、公営・民営保育所1,118ヶ所の中で「重大事故の経験あり」2.1%（24件）、「重大事故の経験なし」92.1%（1,030件）、「わからない」5.2%（58件）、「無回答」0.5%（6件）であった。「重大事故の経験あり」（24件）を経営主体別でみると公営433ヶ所中6件、民営685ヶ所中18件となっている。

本調査にて1,118ヶ所の中で過去に重大事故を起こしたという保育所が24ヶ所あることが明らかとなったが、これらの保育所には、続く設問11～14にも回答頂いた。

表1 重大事故の経験の有無（再掲）

n=1,118

項目	件数	パーセント
あり	24	2.1
なし	1030	92.1
分からない	58	5.2
無回答	6	0.5
合計	1118	100

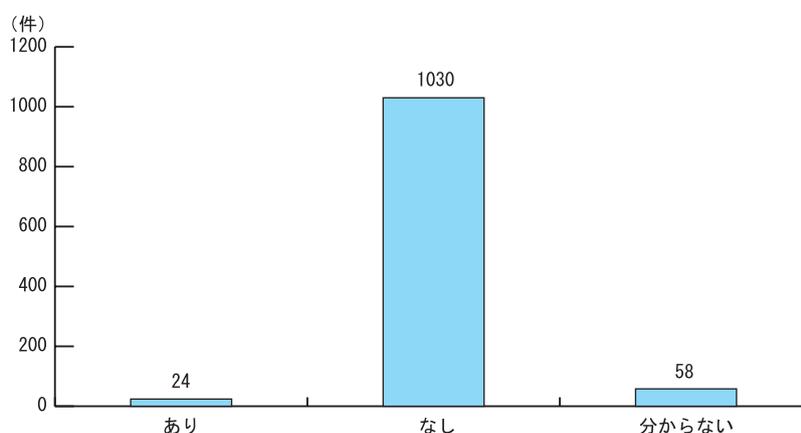


図1 重大事故の経験の有無（再掲）

2) 設問11：「それ（重大事故）はどのような出来事ですか」（複数回答可）

表2・図2で示すように、「重大事故の経験あり」（24件）の中で「死亡事故」は41.7%（10件）あり、経営主体別では公営4件、民営6件となっていた。「後遺障害が残る事故」は16.7%（4件）あり、経営主体別では公営2件、民営2件となっていた。「長期にわたる入院」は33.3%（8件）であり、経営主体別では公営1件、民営7件となっていた。「その他」12.5%（3件）であり、

すべて民営であった。

表2 重大事故の内容（複数回答）（再掲）

n=24

項目	件数	パーセント
死亡事故	10	41.7
後遺障害	4	16.7
長期入院	8	33.3
その他	3	12.5

注：複数回答のため合計は対象数と異なる

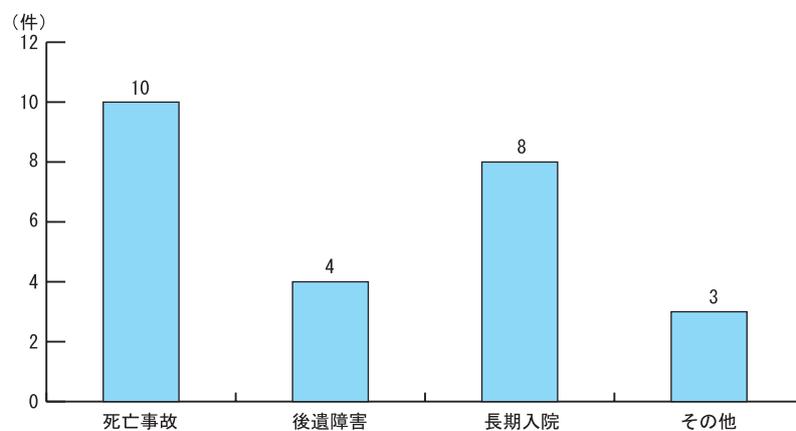


図2 重大事故の内容（複数回答）（再掲）

3) 設問12：「その原因は何ですか」（複数回答可）

表3・図3で示すように、「職員等の過失」は41.7%（10件）あり、経営主体別では公営2件、民営8件となっていた。「施設・設備の問題」は20.8%（5件）あり、経営主体別では公営1件、民営4件となっていた。「回避不可能な事故」は29.2%（7件）あり、経営主体別では公営3件、民営4件となっていた。「その他」は33.3%（8件）、経営主体別では公営2件、民営6件となっていた。

表3 重大事故の原因（複数回答）（再掲）

n=24

項目	件数	パーセント
職員等の過失	10	41.7
施設・設備の問題	5	20.8
回避不可能な事故	7	29.2
その他	8	33.3

注：複数回答のため合計は対象数と異なる

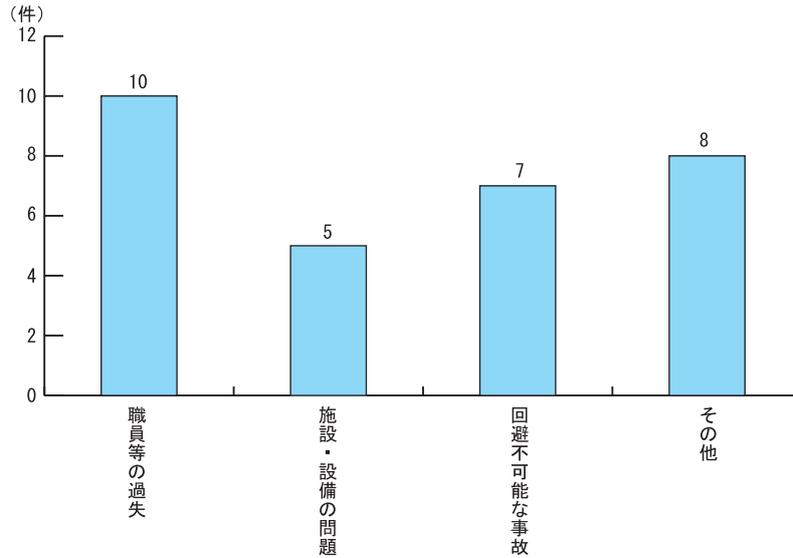


図3 重大事故の原因（複数回答）（再掲）

4) 「事故後の対応」について（複数回答可）

表4・図4で示すように「裁判になった」は4.2%（1件）で民営であった。「損害を賠償した」は45.8%（11件）あり、経営主体別では公営4件、民営7件となっていた。「職員が退職した」は4.2%（1件）で民営であった。「何もなかった」は37.5%（9件）あり、経営主体別では公営2件、民営7件となっていた。「その他」は20.8%（5件）あり、すべて民営であった。

表4 重大事故後の対応（複数回答）（再掲）

n=24

項目	件数	パーセント
裁判になった	1	4.2
損害を賠償した	11	45.8
職員が退職した	1	4.2
何もなかった	9	37.5
その他	5	20.8

注：複数回答のため合計は対象数と異なる

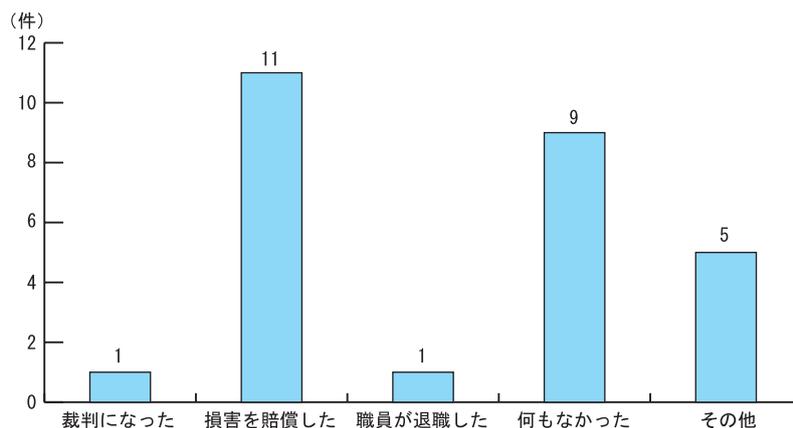


図3 重大事故の原因（複数回答）（再掲）

5) 設問14：「事故から得た教訓について」

以下では、重大事故の経験「あり」との回答において、「事故から得た教訓」の自由記述を紹介する。実際に重大事故を経験した保育所からの回答で、その内容は非常に重く、原文をそのまま紹介する。

「重大な事故に至るまでに、いくつかの前兆となる軽微な事故があったのに適切な対応をしていなかった。日頃からヒヤリハットを記録し、皆で把握し、危機意識を高める事が大切だと思います」

「不安定な位置、体制時に目を離さず、次の行為を予測する」

「保育内容（特に体育的要素）の見直しを徹底して行い、体力作りの基礎となる運動遊びを主軸にするようにした」

「子どもは予期せぬ行動をするので、あらゆることを想定して保育に取り組む」

「常にみんなで些細な事故も起きないように、子ども達の動きに油断しないよう同じ思いで気配りを強化する」

「子どもの行動を常に把握しておくこと。死角になるような場所で遊ばせないこと」

「一人一人の職員の意識改革、安全管理の重要性、職員間の情報共有の大切さ、等々沢山あります。二度と繰り返さない様に職員一丸となり頑張っています。気の休まる時がありません」

「うつせ寝は必ず直す。睡眠チェックを行い、様子観察を怠らない。布団を顔までかけない。SIDSの知識を職員全員が持ち、午睡中気をゆるめないようにする」

「送迎は、保護者の責任で必ず園までの送迎になった」

「園児が待ちきれず、他の園児の姉について行ったが、本人の保護者がくるまでは、絶対に帰してはいけないと思った」

「どんな時にでも、どんな状況でも事故は起こり得る。日常の保育を常に細かいところまで十分気を配る。命の大切さを再確認」

「一人ひとりの子どもの特性を観察し知る事で、子どもの動静を予測し把握する事。子どもが落ち着いて生活できる流れを統一する。職員同士の信頼関係を深める。日頃からの保護者と職員関係を構築しておく」

「経験からなぞらえた『分かっているであろう』『できるであろう』という常識は通用しない。手順は事前に明確にし、忠実に遂行することが基本。また事故後の保護者対応は迅速にすること。事故に対する検証は、様々な方面、様々な人材から必要」

「記入者は、事故当時在園していなかったが、子どもが頭を打った場合、外見に異常がなくても受診すること」

「ケガなど事故が起こった時は、病状を把握し、必要な時は病院で受診をする」

(3) 調査票VI「安全に対する風土について」(参照：64ページ)

図5で示すように、各設問の回答を見れば全体的に「どちらかといえばそう思う」という回答が多く見られた。各保育所の危機管理や事故予防・安全管理についての意識は全体的に高いことが伺える。中でも設問68の「各職員が、子どもを守る責任を理解している」の回答に関しては、「そう思う」が他の設問の「そう思う」と比較して回答が多いことがわかる。やはり子どもを事故やケガから守りながら、職員一人ひとりが保育に取り組んでいる意識は高いように考えられる。

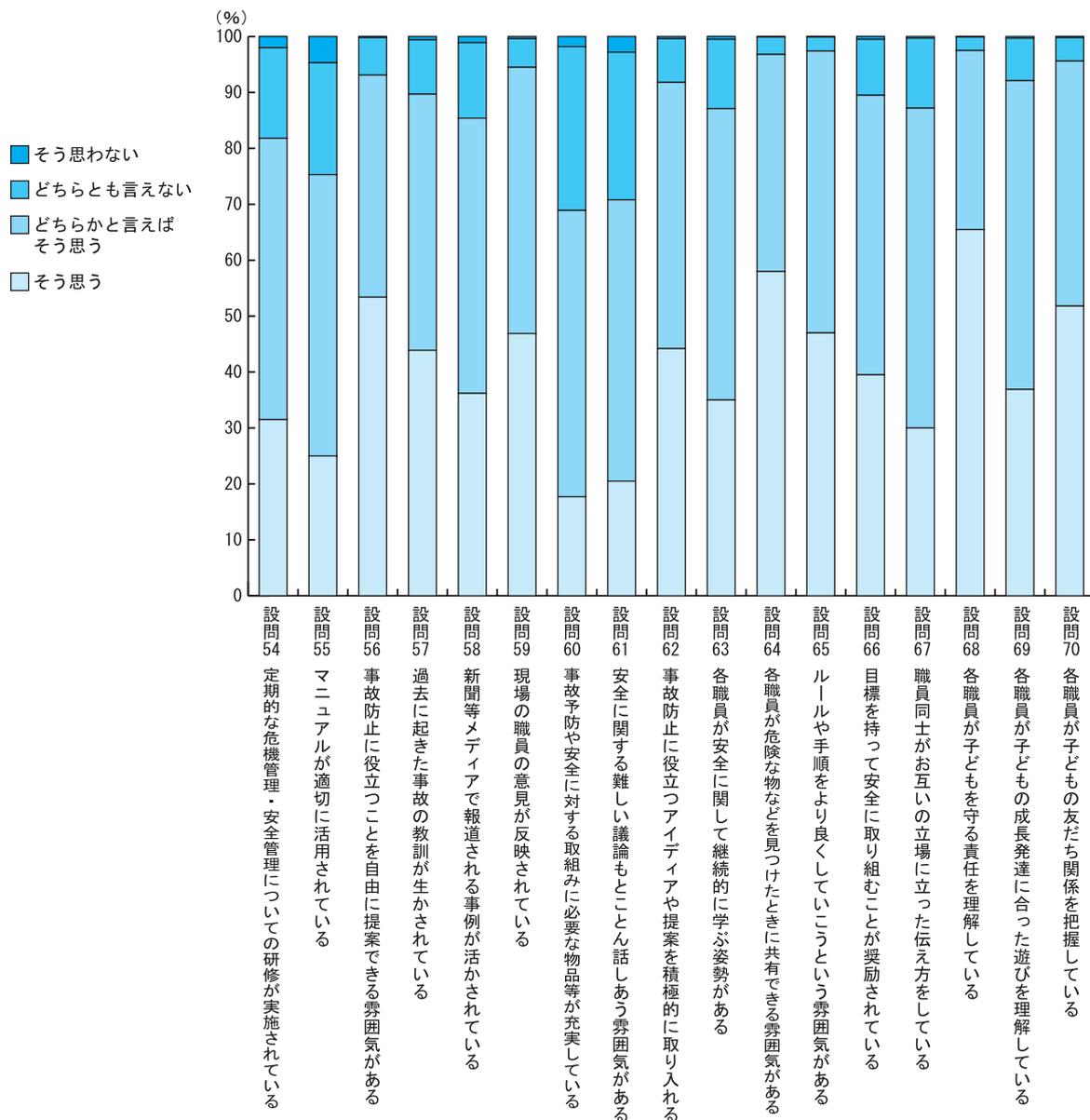


図5 安全に対する風土について（再掲）

(4) まとめ

本調査での「安全に対する風土について」の結果からも、各保育所の危機管理や事故予防・安全管理についての意識は全体的に高いと考えられる。特に、保育士の「大切な子どもの命を預かっている」という意識は非常に高く、子ども一人ひとりの発達を十分理解すると共に、年齢や健全な発達に相応しい環境を整備し、いつでも事故が生じる可能性があることに配慮しながら、園全体で事故防止対策に取り組んでいる等の自由記述が多く見られた。

一方で、保育士不足や保育士の仕事量の増加、また発達に課題を抱えた子どもの多いことや、子ども自身に体力や自己防衛力が十分備わっていないなど、多岐に渡る要因が事故予防や危険予測を難しくしているという意見も多かった。

保育士が子どもの軽微なケガまで完全に防ぐことは不可能であるが、子どもは多少のケガをしながら育つのであり、このような経験をとおして危機を回避する能力を修得していく。それでも死亡事故や後遺障害が残るような重大事故は当然ながら防ぐべきものであり、保育所が担う重要な役割である。また、仮に発生した事故の程度が重大なものでなかったとしても、結果だけを見て軽微なものとは判断するのではなく、起こった原因について職員間で十分に話し合い、解決策を考えることの大切さを自覚しなければならない。

必要なことは、子どもの行動を事前に予測すること、職員間の共通理解や情報の共有、連携・連絡・相談など声に出して言い合える職場の雰囲気、また予測できるケガや事故に対する行動・準備・環境整備や、子どもの発達にあった保育の工夫である。

年齢が下がるにつれて安全に対する保育士の責任は大きくなるため、低年齢児の場合は職員同士が常にコミュニケーションを取りながら「危険」と思われることについて話し合い、予測しながら保育することが特に重要となってくる。

また幼児の場合、自由記述の中に、ケガや事故を恐れるあまりに「禁止」が先行し、保育の取り組みを制限したり狭めたりしてしまうという内容が多く見られたが、「危ない」ことを子どもたちにも意識させるような保育をしなければ、根本的な事故の予防にはならない。いろいろな経験を通して、どんなところにも危険がたくさん潜んでいることを繰り返し繰り返し教え、子どもも保育士も危険に対する意識を自然と育むことがケガや事故の予防につながるだろう。同時に、日々の保育の中で重大なケガや事故を起こさないように、また遭わないように、日頃から身体能力を上げていく取り組みや、子ども自身が危険を回避できる力を身につけさせていくことも大切である。

保育所や保育士がどんなに細心の注意を払っても、ケガや事故を防ぐのは難しいことだが、時には保護者や近隣の方々よりご協力を頂きながら、事故予防に対する実践を積み上げ、重大事故の予防に日々最善を尽くしていくことが望まれる。

2. 調査票Ⅲ「事故予防について」(参照：29ページ)

土金 新治 委員

ほとんどの保育所では、日常保育の中で事故を未然に防ぐという意識のもと、保育に細心の注意を注いでいることと思うが、近年家庭においてはほとんど問題にならないような事故であっても、起こった場所が保育所というだけで思わぬ責任問題に発展することが多々ある。保育所生活において多くの子ども達が集団で活動しており、他児との関係により起こる事故、また大型の固定遊具などの設備による事故も多い。ここでは、保育室内の設備、安全点検の頻度、発達年齢別の安全点検の頻度、指導方法等について触れる。

(1) 設問15：室内でのピアノ、本棚、家具、下足箱等の備品の固定状況について

設問16：室内での棚、電灯等の備品の落下物防止について

1) 備品の固定状況

ピアノ、本棚、家具、下足箱等の固定状況では「全て固定している」が29.2%（平成11年度日本保育協会「保育所における乳幼児の事故防止対策に関する調査研究」（以下「前回調査」という）8.8%）、「一部固定していない」が66.5%（前回調査66.0%）、「全くしていない」が3.2%（前回調査24.1%）で、前回調査に比べ「全て固定している」が「全くしていない」を逆転している。

近年震災対策としての監査指導もあり、全国的に室内備品の固定が定着してきたことを示している。しかしながら、「一部固定していない」が前回調査と変わらず60%台ということは、固定しなければならない備品、また固定の方法についての認識の違いが出ているもので、今後は公共施設としての基準につき、さらに啓発が必要かと思われる。

地域区分別に見ると「全て固定している」保育所は、関東地区38.7%、東海地区52.7%が全国平均を大幅に上回っており、東南海地震への対策が公民問わず他地域より進んでいるものと思われる。前回調査において近畿地区公営の50.0%が「全くしていない」という数値が今回2.6%へ大幅に改善されたように見えるが、「全て固定」の10.3%は他地域に比べ依然少ない。また「全て固定している」保育所を公営・民営で比較してみると、近畿地区において公営（10.3%）が民営（16.3%）を、中国・四国地区において公営（20.3%）が民営（30.0%）を、各々下回っている。公営の場合はその自治体の考え方、財政等が大きく影響していると思われ、地域での取組みの差が大きくなっている実態がわかる。

所在地区別に見ると「全て固定している」は、都区部・指定都市では37.2%、小都市Bと町・村では19%未満で、大都市のほうが固定している保育所が多い。

「全て固定している」と「一部固定していない」保育所をあわせてみると、前回調査において都区部・指定都市の公営のみ90%以上であった結果が、今回は全ての区分で90%を超えている。

2) 設備・備品に潜む地震時の危険

建物の耐震性の確保については、自治体・法人ともに取り組むべき重要課題であり、また職員・利用者の意識啓発もさることながら、ここでは建物の中身、設備や備品の安全確保について考察したい。

① 室内で起こりうる被害

- 教具棚の転倒、移動、収納物の散乱
- ピアノ・テレビ・水槽・時計等の転倒、移動
- 窓ガラスの飛散
- 蛍光灯等照明器具の落下
- スピーカー等音響・放送機器の落下
- 出入口扉、収納扉の転倒
- ロッカー等什器の転倒、移動
- コピー、印刷機の移動
- くつ箱の転倒、移動
- 消火器の落下、転倒

② 安全な空間づくり

上記建物内に潜む危険性に対し、園児および職員の安全確保には何が必要なのか、現在の生活イメージを具体的に書き出し、室内の設備・備品の挙動を防止する対策をたてること。

ア 什器類の転倒・移動防止

什器天板と天井を支柱で固定する。支柱の場合はあくまで簡易的な対策なので、金具による固定がのぞましい。支柱で固定する場合は定期的な締め直しが必要。

イ 床と什器の間を利用した対策

什器が転倒しないように、什器の前面と床との間に滑り止めも兼ねた専用ゴムベルトを敷く。ピアノ等時折移動させることがある備品についてはこの方法を取ることで地震発生時の移動を防ぐことができる。

ウ 壁への固定

横木を壁に打ちつけ、什器を金具で固定する。

エ 什器同士の連結

ロッカーなどの什器の中には上下段、あるいは3段といった具合に分かれた棚が重ねて置かれている場合があるが、一体となって転倒するより上部の什器が倒れてくるほうがより衝撃が強く、危険であるため、連結することが望ましい。

オ 窓ガラス・照明器具の対策

ガラス飛散防止フィルム、照明器具飛散防止フィルム、額止めなどを使用する。（※自治体補助金の機能強化推進費の対象となっている）

（引用：「一から始める地震に強い保育所作り」（社）土木学会巨大地震災害への対応検討特別委員会）

（2）設問17：施設・設備等における安全点検の頻度について

安全点検の頻度については、毎日点検されているもの、月数同程度のもの、必要に応じて点検されるものなど、その設備が日常使われる頻度によって優先順位が決定され、点検の回数も変わってくるものである。

保育室、昇降口・玄関、廊下、階段、トイレ、手洗い場、調理室、事務室などは毎日使用されている場所であり、安全点検も特に重点的に実行されていた。主たる活動場所である園舎内は、おおよそ40～70%以上が毎日点検されているという結果が出ている。

園児が直接接触する場所で毎日利用する箇所は重点的に頻度の高い点検が実施され、園児が直接利用しないと思われる箇所は頻度も低く、月数同程度の点検に止まっていた。

園舎周辺・園庭の地表・固定遊具・砂場・足洗い場・ベランダ・医務室などは40～55%程度の点検率であった。ここも日常使用する割合が高い場所であるので、毎日点検するのが望ましい。倉庫などは点検率が低く（18.7%）、月に数回程度の点検を行う施設が多かった。防火設備や消火設備は、もう少し頻度を高めて万一の災害に備える必要がある。

また周辺環境については21.0%が「必要に応じて点検」との結果であるが、園舎同様の視点で点検する体制が望ましいと思われる。

（3）設問18：固定遊具の安全点検を行う担当者について（複数回答可）

固定遊具の安全点検を行う担当者（複数回答可）については、管理職を含めた保育所の担当者が56.7～78.1%で行っており、製造・設置業者・外部委託は33.7%という結果が出ている。遊具は屋外設置がほとんどであり、経年劣化による大事故の可能性が高いため、保育所組織での定期的な点検に加えて専門業者による点検が今後さらに普及することを望む。最後に施設、設備、遊具の点検について、重要と思われる点を以下に述べる。

- 1) 毎日点検が必要な箇所・週一回程度の箇所・月数回程度の箇所とそれぞれの保育所で独自のチェックリストを作成するのが望ましい。
- 2) 異常を発見した際には早期に修理する
- 3) 遊具の破損したものは直ちに片づける
- 4) 安全点検は、職員全体で分担協力して行う
- 5) 危険な薬品や刃物等は、子どもの手の届かないところ（高さ）で管理する
- 6) 砂場の深さ、遊具の角、室内備品の配置や角について定期的にチェックし整備を行う
- 7) 水場、廊下等転倒防止の視点で点検する
- 8) 散歩先など保育所の周辺環境についても、園舎同様の視点で定期的に点検する
- 9) 環境整備は、始業前、終業時に担当者を決めて確実にを行う

(引用：「保育園における事故防止マニュアル」平成23年度碧南市福祉こども部こども課)

(4) 設問19：低年齢児（0～2歳児）の室内への受入れ前に重点的にチェックしている場所・モノについて（複数回答可）

保育者が何を重点的にチェックしているかについて、誤飲・誤嚥しやすい小物（95.0%）、玩具等の破損（83.8%）、床上の障害物（79.3%）が上位に挙がっている。窒息、挫傷、転倒等の防止に対する意識が高く、日々努力している保育者並びに保育所の姿勢が出ている。

早朝保育の浸透等で限られた時間の中、個々人の意識だけでなく、シフト調整、業務分担の見直し等組織として日常業務にいかにかに定着させるかがこれからの課題である。乳児クラスでは、特に子どもの動きや目の高さで安全を確認することが基本であるが、ベビーベッドの柵・ねじの点検（52.6%）については、毎日の使用で劣化・異常が激しい箇所と思われるので、日常的にチェックする意識が必要であろう。

他の項目については、トイレ・沐浴室（46.1%）など水まわり部分、薬品の保管（39.5%）につき、置き場所の改善等すぐに見直し可能な部分と思われるので、今後更なる意識の高まりがあれば望ましい。また床面の転倒防止（53.2%）については、障害物のチェックはおおむね実施されている場合が多いが、特にハード面では床材、室内外の角を覆う緩衝材、敷布団の固さ、段差の見直し、ソフト面で上履きの使用場面等まで意識するようにしたい。

(5) 設問20：低年齢児（0～2歳児）の事故やケガが起こりやすい活動や時間帯について

自由遊び【午前】（41.1%）、自由遊び【午後】（23.9%）と現場での事故は「自由遊び」の際に多い。幼児に比し午前の時間帯に多いのは、午睡により午後の活動時間が短いためであると考えられるが、午後は短い時間で給食準備、給食、排泄、着替え、就寝と場面とグループが

目まぐるしく入れ変わり、事故のリスクが高い時間帯に変わりはない。

また園外保育中の事故（7.2%）については今回のアンケートでの数値は低いが、地域の公園によっては0～2歳児に依然配慮されていないところも多々あるため、事前の下見、地域防犯情報などを参考にしたおさんぽマップ作成など、園内と同じ意識の高さで予防を心がけるようにしたい。その保育所の取組みを地域に発信することで、園児の事故予防に地域の人が積極的に関わってくれるきっかけともなる。低年齢児については、事故を最小限におさえるために、危険なものは目に入らないところへ設置する、はしご等高さのあるものは登れないように工夫する、口頭で理解できない場合は絵や写真などで目で見てわかるようにする等、保育者や施設管理者側が「危険のあるものは除去する」認識で日々取り組んでいきたい。

（6）設問21：低年齢児（0～2歳児）の保育中に発生する事故やケガの原因について

子どもの行動を予測していない（35.6%）、職員の不注意（21.1%）、職員の不適切な立ち位置（10.6%）が上位にあり、次いで職員の連携不足（7.7%）、園児数の多さ（7.0%）、職員の人不足（5.2%）となっている。保育者は日頃から、視診や家庭からの聞き取りにより、その日の情緒や体調を把握し情報を共有することで、園児への配慮を行っている。特に乳児クラスでの見守りの際、園児への指導より職員側の意識や、事故を未然に防ぐ工夫が必要であるとの認識は、アンケートからも明らかになった。

一部屋に5～6人の保育者が常駐しており、また多様なシフト勤務により職員の入れ替わりも激しい。しかも保育士、保育支援者、看護師等職種の違う職員が多数在籍しているため、何に気を付けるべきか、立ち位置、対応のタイミング等の認識も人それぞれである。項目の一つである「事故防止マニュアルの不備」（0.8%）は、事故はマニュアルでは防げないという意識と、事故予防のマニュアル作成が進んでいない現状を示しているようだが、多数の保育者が連携して動く場面の多い乳児クラスでは特に、少なくとも標準的な保育方法の基準を各保育所で明文化することが必要と思われる。

（7）設問22：幼児（3歳以上児）に対して行っている安全指導の内容について（複数回答可）

数値の高いものから、すべり台等園庭遊具の使用ルール（95.2%）、水遊びの注意点（89.3%）、飛び出し・飛び降り注意（85.2%）となっている。遊具の種類、活動の内容、グループの年齢、保育所の周辺環境等により、重点的に指導すべき内容も多様化しているのが現状であろうが、この設問で設定した内容については、全ての項目について50%以上指導していると

いう回答であった。

また、低年齢児への配慮（80.4%）は、異年齢の園児と一緒に活動する合同保育、縦割り活動時間等今後少子化が進むと保育形態もますます多様化する中、意識の高まりを感じる数値となっている。

幼児クラスでは、子ども自身が危険回避を身に付けて行けるように、保育者は日々を計画しているのであるが、自我の芽生えとともに運動能力は発達し、予測不可能な行動に接する機会も増えていく。

（8）設問23：幼児（3歳以上児）の事故やケガが起こりやすい活動や時間帯について

設問24：幼児（3歳以上児）の保育中に発生する事故やケガの原因について

乳児クラス同様、自由遊び【午前】（40.9%）、自由遊び【午後】（32.1%）が多く、原因については行動を予測していない（41.5%）が突出しており、次いで職員の不注意（15.5%）である。

保育士の配置について国の基準では、3歳児20人に1人、4・5歳児30人に1人となっており、自由遊び中の見守りの人数を乳児クラスのように増やすことが可能な保育所は少ないのが現状である。全体の自由記述からは、幼児クラスについて「身体能力の低下」が多くの保育所で危惧されており、保育者、管理者の配慮を基本としながらも、「子ども自ら危険に対処できる力を身に付けさせたい」との願いが感じ取れた。

（9）事故予防のまとめ

以下、調査票Ⅶ―設問71「保育所における事故防止に関する自由記述」より筆者が印象に残った内容について、参考までに引用する（抜粋・一部変更）

「事故は職員が見ていても起こってしまうが、ちょっとした注意で防げる事故もある」

「何を危険と思うかには個人差、経験の差がある。だからこそ明文化が必要」

「保育者が気付かないこともあるので、主任・園長など第三者の目が必要」

「失敗を発言できる雰囲気作りがヒヤリハット事例の精度をあげる」

「日常的なほう（報告）・れん（連絡）・そう（相談）が何より大切」

「マニュアルを活かすために保護者の感受性を磨く方法が知りたい」

「事故防止マニュアルを作ったが、担当者（一部の者）以外の関心が低く感じる」

「いつ・どこで・何が起こったのかを客観的に記入するには慣れが必要」

「安全点検は、担当だけでなく職員全員でまた保護者にも依頼、一人でも多くの目で点検する」

「園舎マップに発生日時と場所を、アクシデントは赤、ヒヤリハットは黒で×印をつけ、事故の起きる場所を年齢別に把握。過去数年間の資料で、年長児だと2・3・4歳時の様子も

わかり、また年度・クラス・年齢等で防止につながる発見もある」

現場の保育士が、「園に危険なものは絶対にあってはならない」、「事故は絶対に起こしてはならない」と日頃より心掛け、従事していることが、今回の事故予防に関する調査票や事故質問票からも伝わってきた。一方で保護者は、「現実にはあり得ない」とわかっているにもかかわらず、保育現場に対して「危険のない安全な空間」を求めている。

しかしながら実際は、嘔みつきや小さなケガ、些細なケンカなどが、対応次第でクレームや苦情に至ってしまうのが常である。「小さな事故」であったはずのものが「大きな事件」になってしまうリスク過敏な社会のもとでは、「絶対に事故は起こしてはならない」という「安全性」を追求する考え方から、「事故は起こり得る」という「リスク」の考え方へ認識を転換することが必要なのではないだろうか。なぜなら、どこまで安全を追求して行っても「予想しない出来事（事故）」は発生するため、過度な不安やショックから思考停止に陥り、咄嗟の判断ができず、ずるずると事故予防の取組みが遅れる。また逆に「マニュアルがあるから大丈夫だ」という安心感により、継続的な活動が保てずにいる場合が多くなってしまっているからである。

予期せぬ事故が起こった時に大事なことは、一次的な被害（事故・ケガ）を最小限に留め、それ以上に二次的な被害（苦情・クレーム等）へと拡大させないように対応・判断を「迅速」に行うことである。そして保育所全体で改善を続ける体制を作ることが肝要である。

さらに利用者（保護者）、地域社会、行政との間で、育児に関する悩み、インフルエンザ等感染症対策、不審者などの防犯情報、地震・津波などの災害情報等に関するさまざまなリスク情報をやりとりする中で、事故予防の取組みを発信し、お互いの「信頼」を確立することが重要である。

元々リスク過敏な社会に対し、「保育所から事故予防の活動を発信することでさらに不安を煽るかもしれない」と、情報のやりとりに消極的になるかもしれないが、事故予防の内容がたとえ科学的根拠に乏しいにしても、大事なことはやりとりを続けることだと思う。たとえ事故が発生しても、それが社会的な次元にまで拡大すること（苦情、クレーム、風評被害などの二次的被害）を未然に防ぐセーフティネットとなり得るからである。

危機感を持ち続けることは、全職員に精神的な強さを求めることになるが、事故予防には不断の改善努力が何よりも不可欠である。今回の調査において、各保育所のリスク管理に関する真摯な姿勢を感じるとともに、多数の保育所において現状の取組みがこのままでいいのか、という不安を抱えて保育を実践している現状がわかった。

(引用 保育環境の整備とリスク・ガバナンスに関する研究 2010 小笠原文孝 保育科学研究)

平成27年4月より始まる「子ども・子育て支援新制度」では、①事故の発生又は再発を防止するための措置、②事故が発生した場合の措置を講ずることとされている（『特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準』（平成26年内閣府令第39号）第32条・第50条）。これにより、保育所として継続する施設、認定こども園へ移行する施設のいずれも、確認申請の際に「事故防止マニュアル」の提出が義務付けられた。第5章において安藤 哲 委員が、愛知県碧南市の重大事故事例について触れているので、今後法人独自にマニュアル作成を検討する際に参考にされたい。（参照：109ページ）

最後に、前回の調査研究（平成11年度「保育所における乳幼児の事故防止対策に関する調査研究」）における巷野悟郎委員による提言の一部を引用しつつ、締めくくりたいと思う。

「近年、社会全般で『危機管理』が強調されてきた。そのときのための普段の安全管理は無駄なように見えるが、すべてのことを考えてふだんから対策をとることの意味が大きい。それは保育者が環境に気配りすることを習慣づけるだけでなく、子ども達にとっても生活のあり方や集団生活の大切さを教えることである。安全とは、人が作るものであり、一人ひとりが考えることだということを、子どもの頃から感じとらせるような保育でありたい」。

参考文献

- 保育現場の「深刻事故」対応ハンドブック 2014 ぎょうせい 山中龍宏他
保育事故における注意義務と責任 2010 新日本法規 古笛恵子
保育所における事故防止・安全保育 2003 日本保育協会
乳児保育の基本 2007 フレーベル館 汐見稔幸他
保育園における事故防止と安全管理 2011 日本小児医事出版社 田中哲郎
事故年鑑2013 (株)アイギス 2013 脇貴志
福祉施設におけるリスク・マネジメント ヒヤリハット／傷害／発症事例報告書
兵庫県・兵庫保育協会 2014 掛札逸美
福祉施設におけるリスクマネージャーの実践 2005 全国社会福祉施設経営者協議会
碧南市「保育事故」第三者委員会報告書 2013 かしの木保育園死亡事故第三者委員会
乳児保育の環境条件と子どもの変化 2009 日本赤ちゃん学会 村上博文
保育環境の整備とリスクガバナンスに関する研究 2010 保育科学研究 小笠原文孝他
一から始める地震に強い園作り (社)土木学会巨大地震災害への対応検討特別委員会
介護施設における介護サービスに関する事故防止体制の整備に関する調査研究事業報告書 2012 三菱総合研究所
事故を未然に防ぐための職員の危機管理能力を高める 渋谷区本町第三保育園
図表で学ぶ子どもの保健 I 2010 建帛社 加藤忠明・岩田力
保育保健の基礎知識 (第8版) 日本小児医事出版 巷野悟郎
ヒヤリ・ハットの記録を活かした保育リスクマネジメント実践 2011 第55回全国保育研究大会 ちどり保育園

3. 調査票Ⅳ「事故対応について」(参照：41ページ)

岩田 力 委員

今回のアンケートの調査結果を分析及び考察するにあたって、各項目ごとのパーセントの数字に基づいて分析し、その上で自由記述の具体的な対応や今後の目標などについて、現状と方向性について考察できることを目的としたい。

(1) 回答結果と考察

調査票設問25から39が事故対応についての設問である。まず逐次その回答結果と若干の考察を記す。

1) 設問25：保育所における事故対応マニュアルの有無について

回答数1,118のうち、事故対応マニュアルを有する保育所は938(83.9%)、有さない保育所は157(14.0%)であった。表No.170に地域区分別の回答内容を示す。公営と民営を区分すると公営では373(86.1%)、民営では565(82.5%)であった。このいわゆる全国平均に比べて公営、民営共に高い地区は東海地区であり、逆に低い地区は九州地区であった。特に公営では民営よりも更に低く、今回の調査では理由は不明である。第5章に示されているように、愛知県における死亡事故の経験から、同県では事故対応マニュアルの作成とその実施が求められ、調査票Ⅶ―設問71「保育所における事故予防に関する自由記述」からも愛知県では事故の体験を共有する形での対策がとられていることがうかがわれる。一方で、九州地区からの回答例にある、「――マニュアルの大切さはもちろんですが、職員の咄嗟の判断力(臨機応変な――)も必要だと思います。マニュアルに頼っている人が多いのが悩みです。」という記述はマニュアルの有無だけでは事故予防につなげることはできないという貴重な意見である。

2) 設問26：事故対応マニュアル上の役割分担・保育体制について(複数回答可)

これは、設問25で、マニュアルがあると回答した保育所が対象となっている。表No.172に地域区分別の結果が示されている。役割分担・保育体制の書面化については87.1%で、地域区分別では82.7~92.4%と全国的に大差はないものの、前項のように東海地区では書面化はもちろん管理職不在時の体制(63.0%)、早朝・延長・夜間別の体制(37.8%)、についてのいずれもが全国(管理職不在時の体制：58.2%、早朝・延長・夜間別の体制：32.8%)よりも高い達成度である。同様に九州地区では公営において早朝・延長・夜間別体制の構築が低い(4.3%)という結果であった。理由は不明である。

3) 設問27：応急手当について、対応マニュアルに記載のあるもの（複数回答可）

前設問と同様にマニュアルを有する保育所が回答している。表No.174に地域区分別の結果が示されている。日常の保育で想定できる事故の項目を挙げてはいるが、「動植物の接触によるケガ」についての記載がある率（26.8%）は他のもの（39.8～73.3%）に比較して低く、回答者にとって設問の表現が具体性を欠く項目であった可能性がある。また、溺水に関する記載が重大事故であるにもかかわらず低めであるが、これもやはり日常保育の場で具現化する率が低いことを意味するかもしれない。

設問26と同様に、九州地区および北海道・東北地区における公営保育所では溺水に対する応急手当の記載（各々17.4%、20.5%）が他の地区（43.6～50.0%）に比較して低く、実際のマニュアルを検討しない本調査での解釈は困難である。

4) 設問28：応急手当の担当について（複数回答可）

事故を確認した職員がまず応急手当を行う事は当然であろうが、回答肢のうち「保育士（事故を確認した職員）」が90.0%であり、事故を確認した職員が必ずしも保育士ではないこともある場合を考慮すると、この部分の回答率が100%でない事は肯ける。手当の担当が看護師である率（34.1%）が低いのは配置率を考えればやむを得ないが、地区別の状況で、他地区よりも低い地区は看護師の配置がさらに低いのであろうか。

5) 設問29：保育所内で常備している救急薬品等について（複数回答可）

様々な救急薬品等が常備されているが、簡単な擦り傷などの治療法が変化していることを反映して、キズパワーパッド（商品名）が、半数を超える保育所（60.7%）において常備されていることは興味深い。AEDの常備も地域区分別で50.7～83.7%にも達している。配備の補助金が出されたことも関係するであろうが、時代の趨勢を反映している。

6) 設問30：医務室の状況について

独立した部屋を医務室として確保している保育所は少数派（23.3%）であり、およそ70%以上が事務室の一部を医務室としていた。しかし、独立した部屋を確保している保育所は民営に多く、特に北信越地区では44.1%であった。

7) 設問31：医療機関への移送について、判断は主に誰が行いますか（複数回答可）

全国、地域区分別に見てもほぼ90%において保育所長が医療機関への移送を判断するという結果である。ついで主任保育士（60.2%）であり、意思決定系統が遵守されているようである。看護師が配置されている施設では、看護師も決定に関与していることがうかがわれるが、最終

判断は保育所長であろう。

8) 設問32：移送判断に迷った時の相談先（複数回答可）

嘱託医に相談する率（63.6%）よりも保護者に相談する率（69.5%）の方が若干高い傾向がある。これは他の多くの設問と同様に複数回答可の設問であるため理由は推定とならざるを得ないが、嘱託医に相談しつつ保護者へも連絡をして最終判断をしていることがうかがえる。また、救急相談センターへ尋ねる率には地域差があるように見える（4.0～19.2%）。救急相談センターの活動度（キャパシティを含めて）によるのであろうか。都区部・指定都市の民営保育所において25.2%が救急相談センターを利用していることからそのようなことが推測される。

9) 設問33：症状別、時間帯別に受診する医療機関との連携について

択一の設問である。全国も地域区分別も、医療機関リストを作成している保育所の割合が6割前後である。医療機関リストを作成しかつ特定の医療機関と連携できる環境にあればそれが望ましいと考えられるが（29.2%）、現状は特定の医療機関との連携はない群（34.2%）と拮抗している。表No.187をみると、医療機関リストを作成していないが、特定の医療機関と連携している保育所の割合が小規模自治体になるほど多いという傾向が読み取れる。このことは、その地域に存在する医療機関の数を反映しているものと思われる。

10) 設問34：医療機関への付き添い者について（複数回答可）

複数回答可の設問であるが、実際に付き添っていくものは、保育所長（59.3%）、主任保育士（65.7%）、担任保育士（63.8%）、状況を理解している保育士（61.6%）がほぼ同様な割合で6割程度である。強いて言えば保育所長よりも主任あるいは担任保育士が付き添う場合が多い地域が見られる。医学的な視点からは、事故発生状況を理解しているものが付き添っていることが望ましい。

11) 設問35：誰が保護者への連絡を行いますか（複数回答可）

複数回答可の設問である。全国ほぼ共通で、状況を理解している保育士（47.8%）よりも担任（71.2%）あるいは主任保育士（59.6%）が保護者への連絡を行っている状況が見て取れる。保育所長も含めて、より責任ある立場にあるものが連絡をしている。

12) 設問36：事故を記録する担当者を決めていますか（複数回答可）

当然のことながら、状況を理解している保育士が記録担当者となっている保育所が多い

(75.8%)。北信越地区の公営保育所(70.8%)や近畿地区の民営保育所(70.9%)のように担任保育士が担当者となっている率の多いところもあるが、状況を理解している保育士との共同作業無くしては記録できないであろうと思われる。どのような形式の記録をしているのか、次の設問との関連で意味を考える必要がある。

13) 設問37：事故を記録するための様式はどのようなものですか(複数回答可)

全国どの地域区分を見ても、事故の記録は保育日誌ではなく事故記録簿を用いていることがわかる。保育日誌にも書くであろうが、事故であるという認識をすれば専用の記録簿に書くものと思われる。公営保育所では自治体他様式の記録簿を用い(69.7%)、民営では保育所独自様式のものを用いる傾向(82.2%)が見て取れる。

14) 設問38：事故が発生した場合、市町村に報告していますか(複数回答可)

複数回答可であるが、この設問については公営と民営で顕著な差が出た。すなわち、公営の保育所では関東地区の3施設(2.8%)を除いて全てが口頭あるいは書面にて報告をしており、しかも90%前後の率で書面報告をしていることが示された。それに対して民営保育所では事故報告をしていない場合もあり、その率も22.7~50.0%とやや幅がある。このことは軽微な事故については民営の場合市町村への報告はせず、かつ事故そのものの経験にも各保育所間で差があるためではないだろうか。詳細は不明である。

15) 設問39：保険加入状況について(複数回答可)

保険に加入していない保育所はない。公営保育所では、そのほとんどが日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度に加入し、損保会社へ独自に加入しているところのごく少数であった。表から読み取れる限りにおいて、両方へ加入している公営保育所は全国で4カ所のようにある。一方民営保育所では、両方への加入が多数にのぼっていた。

(2) 設問71—自由記述を参考にした事故対応に関する考察

事故の定義を改めて考察すると、そもそも予防可能であるか不可抗力であるかという議論の前に、事実起きてしまった事象は『傷害』であるとされる。英語のaccidentという言葉には、避けることができない、運命的なものという意味が含まれている。そのため、起こってしまったことは『injury』(傷害)であり、『accident』(事故)という避けることができないものではないという意識を喚起するためにも、特に医学の領域で論文を書く際には『accident』という言葉は使用できないとされている(山中龍宏、小児内科 39(7):1006-1015、2007)。つまり現在われわれが用いている「事故」とは、科学的に分析し、対策を講じれば、予防すること

が可能である、とすることが前提である。本項では設問71の自由記述のなかで事故対応に関して述べられているものを参考にした。

事故対応では、常に責任の所在がどこにあるのかということが保育の現場では重石となっていることが考えられる。その意味で、保育所に専任の所長がない場合、主任保育士の重圧感は相当なものであろう。事故を恐れるあまりに日常の保育が萎縮しないか心配であり、行政の見直しも必要であろう。組織としての責任の所在は指揮系統が明確であることにもつながる。重大事故が起きた場合、特にそれが人的要因によるものである場合は、第一の責任は当該保育士に帰せられるであろうが、組織としての責任は常にあるため明確な指揮系統の存在が重要となる。その意味で、事故対応マニュアルは必要である。しかし、事故対応マニュアルがあることで、事故予防対策もしているという誤解がないであろうか。設問25（参照：93ページ）のところで少し述べたが、事故はマニュアルがあれば予防できるというものではない。事故対応マニュアルは厳密には事故予防マニュアルではないということも改めて認識した。

さて、事故対応そのものに絞ってみると、設問28の応急手当の担当について、現場の保育士がともかく担当しなければならない現状で、十分な実践力が備わっているかどうか問われるところでありかつ問うていかなければならない。これは保育士養成課程の課題であるし、資格を持った者も継続的に研修を受ける必要がある課題である。このように事故対応についての回答と自由記述から浮かぶ当然の課題の一つに、保育の質の担保がある。子どもの発育と発達を保障する保育の質が、事故対応もさることながら事故予防につながるものとして追求されるべきものであろう。

4. 調査票Ⅴ「事故再発防止の取組みについて」（参照：54ページ）

安藤 哲 委員

今回のアンケートの調査結果を分析及び考察するにあたって、各項目ごとのパーセントの数字に基づいて分析し、その上で自由記述の具体的な対応や今後の目標などについて、現状と方向性について考察できることを目的としたい。

（1）回答結果と考察

1）設問40：どのような事故防止研修を実施していますか（複数回答可）

設問41：講師委託先について（複数回答可）

園内研修として「ヒヤリハット分析」はほとんど90%の保育所で行われており、その上で外部研修として講義（43.2%）や実技研修（62.3%）を行っている結果が得られた。外部講師委託ではやはり消防署に委託して行われることが多く（85.7%）、事故防止として最も身近な存在であることがうかがわれる。

2）設問42：AED使用講習を実施していますか

設問43：（AED使用講習の）受講者について該当するもの（複数回答可）

90.2%実施という回答が得られ、その対象としてやはり保育士が一番多く、95.9%に及んでいる。その対象者の中で、非常勤・パート職員が51.2%とあり、AEDの使用について保育の現場に近い保育士がいつでも出来るよう対策が講じられていることが結果として表れている。

3）設問44：乳幼児の事故防止に関する情報はどのように入手先していますか（複数回答可）

都道府県や市町村が78.0%で一番多い結果であるが、その他の項目にあるとおり、日本スポーツ振興センター（47.1%）や厚生労働省（52.7%）、あるいは新聞記事（63.5%）、保育保健関係団体（32.2%）など、幅広く情報を入手して行われていることが結果として現れ、各々の関係機関がこれからもよりよい情報を多く提供できるよう期待される。

4）設問45：「ヒヤリハット」事象について、その都度原因や経緯等を分析・検証して再発防止策を講じていますか

70%近くが行っており、日々の保育において子どもの安全を考える上で極めて効果的な方法であることが考えられる。これについては自由記述の中にもあるとおり、かなり具体的な方法で取組みが行われており、またこれに関わる会議や情報共有など、頻繁に行われている事例が

紹介されている。各保育所で実施する際、大いに参考にしながら、すべての保育所で行われることを期待する。

ヒヤリハットのチェックを毎日行っていることや、週に1回あるいは月に1回チェックしたことについて職員会議でしっかり議論し、その上で職員間の共通理解を深めていることなど、きめ細かな実践を行うことの大切さについて教えられた。

5) 設問46：安全管理マニュアルは、保育の個別場面において、標準的な実施方法を文書化し、定期的な改定や見直しを行っていますか

(省略)

6) 設問47：事故記録簿で記録している事項・内容、記録状況についてお伺いします（複数回答可）

アンケート結果にあるとおり、事故の状況について、保育所内での対応や保護者への対応などは緊密に行われているが、嘱託医との連携において、連絡時刻や指示内容についての結果は各々「あり」が20%前後であり、今後嘱託医との連携において課題を残すことになった。嘱託医契約について、各保育所の判断や市町村の対応、あるいは嘱託医報酬の問題などいろいろな課題があると思われる。それでも、保育所内の保健については、乳幼児の病気やけがから職員の健康管理に至るまで、嘱託医と幅広く関わりを持ち、適切な援助助言を頂くことで適切な保育所運営ができるので、より連携を深めていくことが必要であろう。

7) 設問48：事故記録簿の活用について

83.3%が活用しているとの回答があり、単にチェックリストでチェックするにとどまらず、過去のいろいろな事例を振り返りながら、さらに効果的な保育が行われていることが感じられた。当然とは言え、よい結果が得られたことで、現場における事故防止の努力に改めて安心感を覚えることができた。

8) 設問49：日頃から事故防止に工夫していることについて（複数回答可）

「園児受け入れ時の視診」(82.4%)と「職員間の意思伝達」(86.9%)がいずれも高い数値を得られており、日常的な事故防止の対応は、極めて高く訓練されていることがわかる。

その他の設備や施設のレイアウト、保育内容等の見直しなどパーセントでは50%前後であるが、日常的に行うことではないということからみればやむを得ない数値であろう。

それでも機会あるごとに意見交換や議論がなされていることがうかがえ、安全に対する関心

の深さがしっかりと根付いていると思われる。

9) 設問50：貴保育所で過去に起こった事故の中で最も記憶に残っている事故の有無等について

設問51：事故発生時の状況

「記憶あり・記録あり」の回答が54.3%となっている。年齢においても4、5歳児に多く発生しており、男女別では63.6%が男児であることから、行動の活発な児童に事故が多く発生している。この点は、多くの保育士にとって共通の悩みであることが自由記述の中で現れている。

先のヒヤリハットと同じく多くの記述があったが、保育現場は、子どもたちが伸び伸びと成長して欲しいという気持ちと、子どもの命の安全を守るための危機管理という両側面を受け入れなければならない。保育士が深刻なまでの大きな課題を抱えているという現実を表現したものと受け止めなければならないと思う。

10) 設問52：貴保育所で起こった事故の中で、保護者との間で問題が残った事故の有無等について

設問53：事故後、保護者との間で問題が残った事例の詳細について

調査対象者1,118件に対して169件で15.1%となっている。この数値が多いか少ないかは別として、こうした事態が1件でも起こらぬよう様々な角度から検証を加え、保護者からも信頼される保育所になるよう心がけたいものである。

(2) 自由記述からの抜粋

1) 事故防止のためのヒヤリハットの活用について

「起きた事故をすべて報告し事故データとして取りまとめる。」

「ヒヤリハットの検討や分析が必要であることを痛感した。」

「ヒヤリハットを十分に生かすことが大切。」

「毎週職員会議で「安全対策会議」を行っている。」

「建物や遊具の安全管理を毎日点検している。」

「事故・ヒヤリハットの見直し、再作成しまとめ報告し、クラス毎の事故防止チェックリストを3ヶ月毎に確認している。」

「市の危機管理マニュアルを元に、月1回の安全点検を行っている。」

「毎日ヒヤリハットでチェックし、週1回の職員会議で検証している。」

「保護者・家庭での安全に対する教育等も更なる保育所からの発信の重要性を感じている。」

「医療界に比べてヒヤリハットの必要性が薄い気がする。」

「乳児は職員の不注意での事故が多いことから、子どもの行動予測を的確に行うこと。」

「小さなけがに対しても、ヒヤリハットに記入する。」

「毎日のヒヤリハット事例を各自が提出して会議を行っている。」

「各個人で毎日ヒヤリハットを書き、毎月の職員会議で紙面で報告。」

「毎日、本日発生した（軽易な事故も）事故をヒヤリハット報告として、全員で共通理解している。」

「ヒヤリハットを記録することで、職員間で話し合っている。」

「環境の安全対策チェックリストを作成し、クラスや職員に配布し内容確認をこまめに行っている。」

「ヒヤリハットを具体的に記入していく中で安全教育につながる意識が高まっている。」

「安全点検は、担当だけでなく、職員全員で安全点検をしたり、保護者にも依頼して点検し多くの人の目で点検するようにしている。」

「事故が発生した時の対応を丁寧に行うよう（特に保護者への説明）日頃から話している。」

「事故防止には、これまでの経験が生かされるかどうかが大きく影響してくると思う。その点で、ヒヤリハットを職員一人一人が共通理解することが重要。」

「月1回の定期職員会で、ヒヤリハットを報告し、事故の起きる場所を年齢別に把握している。」

2) 事故防止と保育の取組み

「あれもこれも危険と排除することにより、子どもの危機意識の後退につながる。」

「子どもたちと一緒に考え、子ども自身が危険を回避する力を身につけていきたい。」

「危機回避と折り合いをつけながら可能な限りのびのびと遊ばせたい。」

「保育環境や危険な行動について、年齢に合った方法で子どもに知らせる。」

「事故を怖がるあまり子どもたちからいろいろな体験ができる機会をなくしてしまうことの方が重大である。」

「保育が委縮しないように取り組んでいきたい。」

「保護者との信頼関係が不可欠である。」

「危機管理意識を高めていく必要があるが、保育の取組みを制約したり狭めてしまうのは困る。」

「マニュアルやルールにとらわれず、子どもの発達や力を適切に判断し、バランスを持てる保育をする必要がある。」

「危ないから禁止するのではなく、事故防止と子どものやりたい気持ちをどう折り合いをつけるかを議論する。」

「健全な発達を遂げるに必要な環境を整備し、いつでも事故が生じる可能性があることを念

頭において取り組む。」

「子どもたちの自由を奪わないよう過度の注意や抑制のための言葉や行動が多くならなよう配慮した保育を心掛ける。」

「子どもたち自身の事故やけがを予防する力、体力づくりについて保育の中で力を入れている。」

「環境を十分に整えたうえで遊びを存分にさせていくことが、事故防止につながると考えている。」

「一人ひとりの発達を見て保育士の見守りの中で遊びを進め、危険が避けられるようにしたい。」

「子どもたちに興味や発達に合わせ、安全な環境を用意したい。」

「危険を予測できる遊びを禁止したり抑制することで、自分で危険から身を守る知恵や能力を弱くしてしまっているのではと思う。」

「未然に防ぐばかりでなく自分で防ぐ力をつけていくべきでないか。」

「危険について共通認識が大切で、安全に遊ぶ力を身につけるようにしていきたい。」

「職員間の連携や、意識や情報の共有、共通理解が改めて大切であることを感じた。」

「子どもたちの発達や要求を十分に把握したうえでの保育環境づくりができるようにしていきたい。」

「子どもの成長発達を考えたとき、基準によって活動等が制約されてしまい、自由度が減ってしまうのも良くないと考えている。

「子どもたちの体力や運動能力の低下が著しく、事故につながる場合も少なくないので、食育を含め運動能力を高める取り組みを行っている。」

5. 事故質問票について（参照：66ページ）

土金 新治 委員

（1）調査期間

今回、平成26年①8月4日～9日、②8月18日～23日、③8月25日～30日、の3期間より一つを選択とした。季節的な特徴として晴天の日が多い、自主登園が多い期間で他の期間に比べ園児数が少ない、ボランティアや実習生の受入れ、職員の夏期休暇等により保育形態が他の期間と違う、活動において水遊びやプール遊びが多いなどが考えられる。

（2）事故の発生状況

曜日別では、金曜日がやや多くなっているものの、曜日による有意な差はあまりみられなかった。男女別では、男の子（58.4%）女の子（38.4%）となり、男が女の1.5倍多く事故が発生している。年齢別にみると、0歳児（8.7%）を除き、1歳から5歳まで16.0%～20.1%の事故発生頻度となった。過去に行われた3～5歳児の発生頻度が高いことが通例だが、この調査を含め1、2歳児の事故発生頻度が年々高くなっていると感じる。

（3）発生時間帯／活動／場所

午前8時～11時（39.2%）で特に10時頃（24.7%）が多かった。午後の時間帯では、16時頃（15.2%）が多く、外遊びが多い時間帯、迎え時間の始まりもしくはピーク時の慌ただしい際に事故が多いことを表していると思われる。場所別に見ると、保育室（52.3%）園庭（22.9%）2か所でほぼ全体の7割を占める。また活動内容としては年齢を問わず自由遊び中（56.9%）が最も多い。

（4）発生する事故の状態

内出血（8.7%）、腫れ（12.9%）、擦り傷（22.8%）、切り傷（11.8%）が高い数値を示した。低年齢児クラスでは多く見られる噛みつき、打撲、転倒による事故、幼児クラスでは活動が活発になることによる打撲、転倒、衝突等による事故が特徴的だと思われる。

（5）事故の部位について

顔面（28.5%）手・腕（23.3%）足（18.8%）頭部（11.4%）が高い。活動の集団については、同年齢（65.3%）異年齢（28.1%）の順に多く発生している。自由記述で多くあげられているが、「転んだ時に手をつけず、顔面のケガが多い」「手をつけず、歯科受診の件数が増えた」

ことも最近の事故の特徴である。

(6) 目の届く範囲の保育士数

数値の高いものより2人(32.2%) 3人(26.4%)で全体の9割の事故が保育士の目の前で起こっている。

(7) 気づき

今回の質問票では、実際に起こった事故に対して保育者の「気づき」について、スペースが小さいながらも自由記述欄を設けた。400件余りの記述の中、最近の事故の傾向、また数多くの反省点より、保育者がその時(または事故後)何を事故原因と考えているかなど参考になるかと思うので、特に多かった内容につき抜粋して以下に記す。

1) 低年齢児クラス

嘔みつき

「保育者の立ち位置、活動別グループ分け、家具の配置を変更」

園児の待たせ方 並ぶ、待ち時間に起こるトラブル(引っ掻きなど)

「活動内容の見直し、小グループに分ければ防げたかもしれない」

誤飲の防止、玩具の取り合いについての対応、玩具の維持管理

「玩具の大きさ、種類、数について再考」

肘内障(他脱臼など)

「増加傾向にあるので、低年齢児の保健研修を設定、家庭からの聞き取りも再確認」

排泄介助、ケガの対応時、保護者対応時に目が離れる

「職員の連携、取決めがあいまいだった」

爪の状態、靴の大きさ(左右のチェック)の把握

「家庭との連携が必要だが、保護者の理解が得られない事例が多い」

ホール、遊戯室等普段と違う場所に移動したときの活動予測

「場面が変わる際の十分な行動予測ができていない」

活動別 安全なグループの人数と分け方

「事前に小グループに分ければ事故の発生を防げたかもしれない」

2) 幼児クラス

室内を走ることによる事故

「多数の記述は、日頃の園児指導、声掛けの難しさを表している」

固定遊具の不適切なあそびによる事故

「例 すべり台の逆登りに関する約束事等」

保育者の立ち位置

「時間帯、場所、園児数、年齢等決め事があいまい」

室内から戸外等移動場面

3) 共 通

登園時の視診、保護者からの聞き取り方

「体調不良の認識不足、職員間の伝達不足」

保育者の交代・引継ぎ時等

「文書化も必要」

異年齢の活動における子どもの行動予測

「年齢別子どもの特性把握不足」

子どもの人数に対しての保育者の適正人数

安全を考えたスペースの使い方、転倒防止材の設置

保育園での事故は家庭に比べると、施設内が十分に整理・整頓され、また什器の材質・形状の安全基準が高く、同時に保育者の日常的な努力により、発生する事故の頻度は少ないと考えられる。しかし、限られた人的環境の中、子ども達は0歳から6歳までと幅広く、判断能力も未熟であり、集団で生活することにより事故を避けることができないのも事実である。園での事故予防においては①子どもの活動が原因のもの、②保育者が原因のもの、③施設・設備が原因のもの、の3つのリスクに分けて考える必要がある。事故質問票における事例を参考に、自園において情報の共有を行い、リスクの要因分析、手順書の見直しを不断の努力で続けていきたい。また、日常保育の見直しが今後の事故発生場面や傾向変化、事故件数の増減にどのように影響していくのか、その効果を検証していくため、定期的にデータを収集していくことが望まれる。(引用：保育園における事故防止と安全管理 2011 田中哲郎)

