

施設向け重大事故予防ガイドライン（下書き）

全体の背景

(1) 「見守る」「気をつける」「注意する」ではない安全ガイドラインの必要性

子どもの傷害予防における見守り（supervision）の効果について、世界保健機関（WHO）は、「見守りについては、定義も明確ではなく、効果も研究されていない」としている [1]。日常生活における子どもの傷害予防を、保護者及び子どもの要因から長年研究しているカナダのグループによると、家庭であっても子どもがまったく保護者の視界に入っていない（まったく見守られていない）状態にいる時間もある [2]。

人間の注意（attention）を研究するさまざまな実験から、人間は「目の前で起きているできごとであっても、（他のことに気をとられていると）気づかない」ことが事実として明らかになっている（性格、性別、IQ 等とは無関係） [3]。脳は 24 時間 365 日、常に注意をあちこちに向け変えている状態（次から次へと気をとられている状態）にあり、たとえば、保育現場で子どもたちを「見守り続ける」ことは不可能である（逆に、特定の子どもたちだけを見守り続けることができたとしたら、周囲の他の子どもたちの状況に気づく〔注意が向く、気をとられる〕ことができず、より危険でさえある＝注意散漫であることも、人間にとっては必要）。

長年にわたり、保育現場に限らず、多くの分野の安全はその場にいる者が「気をつける」「見守る」「注意する」ことで解決すべきであると言われてきた。しかし、心理学や脳科学が明らかにしてきたように、それはそもそも不可能であり、「見守るよう心がける」必要はあるとはいえ、子どもの命を守ることには実質的に直結しない。また、保育現場の人員配置を見るならば、個々の子どもに職員がつくことは不可能であり、たとえば遊具からの転落の直前に気づいて近くから駆け寄ったとしても、転落とその結果（無傷である場合もあるが、骨折や死亡に至る場合もある）を防ぐことは、ほぼ不可能である [4]。

このように、人間にとって不可能であることを、あたかも有効な安全の手段であるかのようにして遂行すべしと要求され、「気をつけていなかったから」「見守っていなかったから」「注意していなかったから」と保育者がそしりを受けることは避けねばならない（言うまでもないが、保育・教育として不適切な行動を保育者がしたり、子どもにさせたりした場合には、その責を負う）。

一方、保育者の仕事は、子どもを見守ってケガをさせないでおくことではない。子どもが活発に活動し、新しいことに挑戦し、世界を広げていくための支援をすることが保育者の仕事である。子どもが成長・発達し、「できる」と「できない」の間を行ったり来たりしながら「できるようになっていく」過程の中では、当然のようにケガは起こる。そもそも、「痛み」が生物の個体にとって必要不可欠な生存のシグナルであり、子ども自身、痛みというシグナルをもとに自分の命を守ることを学んでいく事実を考えれば、命にほぼ関わらないこうした

ケガは予防する必要がない。しかしながら、現今の日本社会では、「子どもにケガをさせないこと」ばかりが保護者、保育者の視野に入っているのが現状である。

そして、保育現場で起こりうる重大事象（死亡、脳障害、PTSD を含む深刻な後遺障害）の大部分は、ケガではない。睡眠中の死亡、窒息、誤嚥、誤飲、溺れ、食物アレルギー等が未就学児の命を奪っていることは、報告からも明らかである（ケガ〔外傷〕の中で、重大な結果をもたらす確率が高いのは、高所からの転落）。こうした事象の場合、未就学児は自分自身で命を守ることができない。転倒や衝突、かみつき、ひっかき、ケンカといった事象によって生じるケガのような学びもない。よって、保育者が「重大事象は起こりうる」という予測のもと、予防行動をとることが不可欠となる。

(2) ガイドラインとマニュアルの違い

以下、重大事象の予防のためのガイドラインを記述するが、これはあくまでもガイドライン（「すべき」という推奨）であり、マニュアル（取扱説明書のような行動の指示書）ではない。

保育施設は、それぞれに施設的环境、人員条件（数、質）が異なり、**全体的かつ共通のマニュアルを作成することはできない**。また、施設の保育・教育の方針によって、許容するリスクの程度が異なる。保育や教育は元来、マニュアルを作り得ない領域であるから、この点はガイドラインという位置づけとならざるをえない。

しかし、危険をチェックする行動や子どもの状態をチェックする行動のように、明らかにマニュアル化できる部分については、**本ガイドラインをもとに各園がマニュアルを作るべき**である。この時、「マニュアル」とは指示書であるから、誰が読んでも解釈が変わらず、同じ行動をとれる内容、書き方であることとしなければならない（9を参照）。すなわち、「**できる限り**」「**なるべく**」ではなく、「**必ず**」「**絶対**」という表現である。この点を考慮すると、前項で述べた「気をつける」「見守る」「注意する」に意味がないという点は、より明確になるであろう。「気をつける」「見守る」「注意する」は、それをする個人の解釈に依ってしまい、マニュアルに入れるべき行動としては不適切なためである。

1. 睡眠中

（背景）

睡眠中の突然死（明らかな窒息死等ではないもの）を「事故」と呼ぶことには、問題がないわけではない。しかし、他人の子どもを預かっている施設において、子どもの命に起こる重大な事象であり、預かっている側の職員の心とその後の仕事にも大きな影響を与えるという点において、ここに取り扱うものである。

睡眠中の確認行動（睡眠チェック、午睡チェック）については、疫学的な効果の裏付けは

なく、あおむけ寝にかえることについても、「寝返りを打てるのであれば、（苦しい時には）自分で横や上を向くであろうから、途中であおむけにかえる必要はない」という医学界の意見がある。

まず、乳児の突然死のように発生確率と発生頻度が共に非常に低い重大事象の場合、予防行動の効果を支持する疫学研究をすることは容易ではない（年ごとの増減を統計学的に検討できないため）。また、本邦には死亡の原因や経緯を精査・登録するシステムがなく、死亡診断書の質も保証されていない [5]。効果の裏付けとなる疫学的検討は、こうした背景要素の改善も考慮に入れつつ、また、乳児の睡眠中の死亡に関する研究の進展も見ながら、今後、取り組んでいくべき課題である。

一方、寝返りをできる乳児が、必ずしもうつぶせ寝からあおむけ寝に自分でスムーズに移行できるものではない点は、現場の保育者にとっては自明である。「寝返りを打てる」とは、あくまでも「寝返りを打てるようになっていく」過程を指すのであって、ある日突然、「寝返りを打ち始めて、その日のうちに 100%必ずできるようになる」ものではない。よって、「寝返りを打てるようになった乳児は、うつぶせ寝のままでもよい」とは言えない。

保護者に対しては推奨されていない午睡（睡眠）チェック、及びあおむけ寝への体位変換を、子どもを預かる施設で行う理由は明確である。「預かっている子どもの死亡リスクを下げ努力をする」「（現時点では原因が不明であるため）ランダムに起こる突然の異常事態に即座に対応する」、この 2 つをもって施設の社会的責任を果たすためである。

睡眠中の窒息死については過失が問われる例もあり、予防は社会的責任として当然である。一方、窒息の要件が排除されたとしても、「うつぶせ寝にさせていた」「うつぶせ寝になっていた」ことで過失を問われかねない現状である（*）。保育者にとっても、「あの時、あおむけ寝にさせていたら」「あの時、もう少し早く気づいていたら」という後悔の念を強く残しかねない要因を取り除くべきである。

* 2014 年以降、厚生労働省の報告には、「睡眠中の死亡のうち何人がうつぶせ寝で発見された」と記載されており、それ以前の事例についても遡って、うつぶせ寝の人数が報告されている。また、最近の睡眠中の死亡報道には「うつぶせ寝で発見された」という表現がみられる。この背景には、2013 年 10 月 27 日の新聞報道 [6] があると考えられるが、こうした報告・報道をもって、「うつぶせ寝、即過失」と直後のニュース等でみなされない状況、そのような短絡的な印象を社会に与えない状況を作るためには、すなわち、厚生労働省が施設の安全行動としてうつぶせ寝の体位変換を必要とみなさないのであれば、厚生労働省自身が、この統計に 2014 年から「うつぶせ寝」を入れた理由を明確に説明した上で、「うつぶせ寝であっても問題はない」「体位変換は必要ない」との見解を示すべきである。

（2016 年 3 月 29 日加筆：上のコメントはあくまでも下書きとして書いたもの）

睡眠中に関するガイドライン

(1) 概要

- ・睡眠中及び午睡中は、子どもの異常にできる限り早く気づき、即座に対応できるよう、乳児クラスは複数人、幼児クラスであっても常時一人は、職員が必ず在室すること。ここで言う「職員」を有資格者とするかどうかは、検討を要する（午睡時は、連絡帳等を書く時間にあてられる場合が多いため）。

* 乳幼児の睡眠中の異常事態は、突然死や窒息死だけではない。また、乳児のみが突然、異常事態に陥るわけでもない。

- ・在室する職員のうち最低一人は、仮に他の作業中であっても、眠っている子どもたちの側から背中を向けていること（背を向けない）。
- ・以下の行動については、その日専任の係を決めることが望ましいが、不可能な場合は、各人の作業・行動を観察しあい、「〇〇先生、お願いします」「わかりました」と明確に応答を行ったうえで、確認行動を継続する。

* 午睡中は事実上、記録等の記入時間、製作時間とされている施設が多く、午睡チェックをすることでこうした作業が遅れると現場から指摘される。これは、「安全確保をできない人員配置」「過剰な作業量」が社会的に容認されているということであり、施設の人員配置増加に向けて改善すべき点である。「作業時間が足りなくなるから、安全確保行動をすることはできない」「する必要はない」という論理が成り立つべきではない。また、「人員が足りなからうが、とにかく安全を優先させなさい」という論理も、保護者からの要求が多く、保育以外の作業量が増えている現状では困難である点を理解するべきである。

(2) 乳児の窒息リスクの除去（各施設がマニュアルを作成し、実行する）

以下の点を含む乳児の窒息リスクの除去を、睡眠前及び睡眠中に行う。

- ・うつぶせ寝（腹部を下にした体位）（*）
- ・やわらかい布団やぬいぐるみ等
- ・ヒモ、またはヒモ状のもの（例：よだれかけのヒモ、ふとんカバーの内側のヒモ、ベッドまわりのヒモ、ベビー・センサーのコード）
- ・口の中の異物
- ・ミルク等の吐瀉

他にも窒息リスクに気づいた場合には、マニュアルに記入する。

* 米国等では、からだが横を向いた体位も危険と指導されている。

(3) 乳児の突然死リスクの低減（各施設がマニュアルを作成し、実行する）

- ・うつぶせ寝（腹部を下にした体位）

(4) 乳児のあらゆる異常に速やかに気づくためのチェック（各施設がマニュアルを作成し、実行する）

- ・子どもの数、職員の数に合わせ、定期的な（例：5分、10分おき等）チェック時間を設定する。
- ・タイマーを用いてアラームを鳴らし、チェック時間ごとにすべての子どもの呼吸、体位、睡眠状態などをチェックする。

* タイマーを用いないと、「5分ごとのつもり」が容易に10分、20分になる。使っている現場でも、タイマー音で子どもが目覚めることはほぼない。

- ・非常に静かに眠っている子どもも少なくないため、チェックでは目視だけではなく、児に軽く触れる。チェックする職員がうわの空にならない方法としても推奨される（8を参照）。軽く触れることで、子どもが深い眠りに陥られないことも有効と言われている。
- ・「何時何分にチェックをした」とチェックシートに記入する

* 今、現場で使われているチェックシートには、「何時何分に（全員を）チェックした」とだけ記入するものと、一人ひとりの子どものについて体位や状況を入れるものがある。また、後者の場合、一人ひとりをチェックしながら記入している施設と、全員チェックし終わった後に記入している園がある。一人ひとりチェックしながら記入するのであればよいが、全員をまわった後にまとめて記入するのでは、記入間違いや記入漏れ、逆に「休みの子にチェックを入れてしまう」事象も起こりうる。体位に関しては、うつぶせ寝でないことが基本であるのだから、特記事項以外は個人の記載は不要であろう。つまり、「何時何分にチェックをした。特記事項は…」という記載のみで良いということになる。

（2016年3月29日加筆：体位を書き込む欄があって「うつぶせ寝」と記入している園も少なくない。これは、うつぶせ寝の容認となるのではないか。）

(5) 睡眠／午睡チェックをしない年齢クラスの場合

職員が必ず一人は在室し、異常にできる限り早く気づける体制をとる。在室職員が部屋を出なければいけない場合には、内線などで代替職員を確保してから出る。

(6) ビデオ録画

異常事態が起きた場合の記録の補助とするため、睡眠中及び午睡中は、(特に乳児クラスで)ビデオ録画をしておくことが望ましい。

2. プール活動、水遊び

（背景）

水は命を数分で奪う物質（環境）である。その危険性に鑑み、ライフセーバー等のトレーニングも行われている。にもかかわらず、子ども施設ではプール活動を行うことが社会的に当然とみなされ、専門のトレーニングも受けない職員が、夏季の過酷な環境の中で、また職員の休暇によって担任等が欠ける人的条件の中で、プール活動、水遊びを実施しているのが現状である。

監視が欠けることによって職員等が過失に問われた水死事例を受けて、今夏から、プール活動中に「専ら監視をする者」を置くこととされている。しかし、施設において監視者が監視のみを行うことは、現実には非常に難しい点を考慮し、人員配置の増加の検討を行うべきである。

プール活動、水遊びは、指導者1名と監視者1名で行えるものではない。たいてい、「その日はプールに入れない子ども」がおり、その子にプールサイドで水遊びをさせるのであれば、これをみる保育者1人が必要となる。トイレ等の理由で、保育者が子どもを連れて行かなければいけない事象は頻繁に発生する。この時に、指導者、監視者、プールサイドの水遊び担当のいずれも離れることができない以上、最低4人の配置が必要となる。これが職員の中だけで可能な施設は、あったとしてもきわめて限られており、結果的にたいていは施設長や主任、看護師等が常に監視の責を負うことになる。プール以外の場所で緊急事態が起きた時のことを考えると、この態勢は望ましくない。

しかし、このような制約条件の下において、「専ら監視をするものを置く」ということになった。監視が欠けている状況で水死が起これば、施設及び、又は職員の過失責任を問われることから、以下のような行動を最低限する必要がある。

プール活動中、水遊び中に関するガイドライン

（1）専ら監視を行う者を置く（各施設がマニュアルを作成し、実行する）

監視を行う職員は、指導を行わない。監視者は、生きて動いている子どもを見るのが仕事ではなく、水の中で動かない子ども、異常な動きをしている子どもをみつけるのが仕事である。指導者とはまったく異なる行動をする者である

乳児でも監視者を置く。乳児の場合、周辺にいる保育者の数が多いため、「誰かが見ているはずだ」という錯覚を起こすため。

（2）監視者が監視に専念できる条件を整備する（各施設がマニュアルを作成し、実行する）

監視者が、プール横で監視に専念できるよう、「監視者」であることを明示する服装をする、または目印を身につける（蛍光ベスト、たすき等）。これにより、監視者が明らかにわかるよ

うにし、かつ、監視者が他の職員から別の用を頼まれないようにする。

監視者が万一、監視場所を離れなければいけなくなった場合は、監視者であることを明示した目印を代替者に必ず手渡す。手渡された者は、その時点から監視に専念する。

同時に、監視者の熱中症を防止する方策をとる。

(3) 監視要員を確保できない場合は、当日であっても中止する

監視は、施設の社会的責任を課せられた者として最重要の立場であり、誰でもいいから立たせておけばいいというものではない。監視要員を確保できない場合は、その日のプール活動を中止する。保護者には、プール活動、水遊びを始める時期の前に、その旨のリスク・コミュニケーション(*)を行っておく。

自治体等も保護者に同様の通知をして、「プールをしない」「中止した」ということで、施設が保護者から理不尽な態度をとられないように啓発を通じた支援する。

* リスク・コミュニケーションとは、起こりうる事象（リスク）について、関係者に情報を伝え、意見交換をしていくことを指す。この場合は、施設におけるプール活動に付随する重大事故のリスク、重大事故のリスクを下げる自施設の取り組み等を保護者に伝え、たとえば、「監視者が確保できない日はプール活動を中止する」といった点に同意を求めることが含まれる。

公共プールで未就学児の死亡が頻発していることから、水の安全は、保護者に対する消費者安全教育としても重要である。

(4) プール活動、水遊びの前後にイベント等を入れない

プール活動や水遊びの開始時と終了時は職員の作業が増え、水周辺から監視の目が離れやすい。また、余裕をもっていても、予定よりも時間が遅れやすくなる。プール活動や水遊びの前後に他のイベントや、準備・片づけの多い特別教室を入れると、プール活動、水遊び活動の開始時、終了時の職員に焦りが生じ、リスクを上昇させるため、そうしたイベント、活動は入れない。

「水に入っているのだから涼しいだろう」と考えられがちだが、高い外気温と強い日射の中で行うプール活動中、水遊び中は子どももおとなも体力消耗が激しい点を考慮するべきである。

(5) ビデオ録画

プール実施中は、監視者を映像に含む全景のビデオ撮影を行うことが望ましい。水死の場合、最終的には溺死であっても、どのようにして死亡するに至ったかという過程を解剖などから理解することは、ほぼ不可能である（最初のきっかけは心臓？ 脳？ 他の疾患？ 乾性溺水？）。また、俗説とは異なり、溺れに至る推移は静かに起こりうるということも、公共

プール等の監視カメラ画像からわかっている。

監視者の責務は、あくまでも「水の中で動かない子ども」「異常な動きをしている子ども」をみつけることであり、多様な「最初のきっかけ」をすべて把握することは不可能と考えるべきである。

ビデオ撮影をしていれば、過程を理解する一助にはなるであろうし、監視者が監視をしていたという証拠にもなる。

3. 誤嚥（食事中）

（背景）

未就学児の咀嚼と嚥下は、発達過程にあり、安定していない。一方で、家庭における子どもの食の劣悪化が進み、月齢に合った食事、食材を家庭で食べておらず、施設で初めて多様な食事をするという事例も増えており、誤嚥のリスクは上昇している。「どのようなものでも詰まる可能性はある」という予測のもとで行動することが不可欠である。

誤嚥（食事中）に関するガイドライン

（1）個々の児の咀嚼と嚥下の情報共有を行う

児の食事行動、咀嚼、嚥下は、その日の体調や機嫌などによっても変化する。職員（とりわけ調理員）の間でも食事前に情報共有を行う。保護者から聞き取った当日の児の健康状態もこの時に再度、共有することが望ましい。

一方、保護者との情報共有を密にし、家庭でどんなものを、どのような状態（サイズ、煮方など）で食べているかを聞き取る。家庭における食の質が低い場合には、園の献立も例にとって指導を行い、誤嚥のリスクを伝える。

家庭における食事内容については、自治体、保健所なども積極的に関与、支援する。

（2）継続的観察を行う

食事の際に介助を必要とする月齢児はもとより、自身で食べることを練習中の月齢児、または自立して食べられる年齢児であっても、ふだん食べている食材が気管に入り、むせることや詰まることが考えられる。そばにつく保育士はそれらを想定して、介助または／および観察をすべきである。

注意点の例としては、「食べるスピード、一回の量（詰めすぎない）、口の中に残っていないか、ビックリさせない、慌てさせない（急がせない）、汁物や水分を交互に与える、食事中に眠くなっていないか、立ち歩きなどないか」などが挙げられる。（2016年3月29日加筆：

「急に息を吸い込んだ時」が危険であるため、驚かさなだけでなく、「笑っている時」や「泣いている時」に食べさせない、食べている最中に「笑う」「泣く」が起きた時には詰まらないかどうかを観察する。立ち歩きも、ちょっとした衝撃で飲み込んでしまうことがある。）

また、保育所の保育士配置数が 1 保育士に対して複数児である中で、介助と観察を同時に継続して行うことは極めて難しい点を、園、保育士、保護者、社会が認識すべきである。

また、給食時間に保育士と一緒に食事をとることは、一緒に食べることによる食事のマナーや器具（箸やスプーン、椀など）の使い方、楽しみにもつながるが、月齢によっては介助に専念するために子どもと別に食事をとる体制も必要である。また、食事の中の雑務（片付けや掃除）は並行して行わず、全員がすんだ後にすべきであり、子どもによって食べ終わる時間に差が出ることを想定し、担任間の配置と業務分担を明確にすべきである。

何人の子どもに 1 人の保育者がつくか、保育者が子どもと一緒に食事をするかどうかなど、食事介助の方法は施設によって異なる。また、子どもの咀嚼・嚥下に対する保育者の観察スキル、介入スキルも個人差が大きい。もっぱら食事介助につくべき（特に乳児）と考えていても、保育者の休憩時間確保、午睡時の作業（連絡帳、製作等）を考慮すると、子どもと一緒に食事をせざるをえない状況もある。

食事時の誤嚥は、迅速な気づきと観察、救急対応が不可欠である事実に鑑み、施設の状況に応じた方法で、子ども（特に乳児）が食べている時には継続的観察を行う。これは、補食時も同様である。

(3) これまでに誤嚥窒息事故が起き、過失を問われる可能性のある食材（例：白玉、丸のミニトマト等）については、自治体、法人、企業として「施設がこの食材を出す理由（行事食等）」を保護者に説明し、誤嚥リスクに対して理解を求める（または、食べさせないでほしいという希望を入れる）。これもリスク・コミュニケーションの一例である。

* 保護者や職員が「危険だから提供しないでほしい」「誤嚥窒息が起きた時、その場にいる職員として責任をとれない。自治体は責任をとってくれるのか」と言っているにもかかわらず、提供し続けているケースがあるため。「わかっていたのに提供していた」「危険を指摘されていたのに提供していた」のであれば、過失責任を問われかねない。

(4) ビデオ録画

異常事態が起きた場合の記録の補助とするため、（特に乳児クラスで）ビデオ録画をしておくことが望ましい。

4. 誤嚥（玩具、小物等）

（背景）

乳児がなんでも口に入れてみる、また、幼児であっても「ごっこ遊び」などで口に玩具を入れるのは当然のことである。誤飲につながっても、ボタン電池 [7] や磁石 [8] のようなものでなければ、ほぼ排泄されるであろう。しかし、口に入って喉頭部や気道を閉塞するサイズ、形状のものについては、誤嚥窒息のリスクがあるとして取り扱う必要がある [9]。誤嚥は、救急対応に効果がない場合もあり、「いつも出るから（出すから）大丈夫」は危険である。

子どもの嚥下や窒息は世界でもほとんど研究がなく、子どもがなんでも口に入れる可能性がある以上、**事故事例等から「これは危険」と言うことはできても、「これならば安全」と言うことはできない**。事故事例から学び、閉塞するサイズ、形状の玩具や物については、現場から排除することが望ましい。

しかし、本邦には、EUにあるような具体的な玩具、遊具の安全基準 [10] が存在しておらず、窒息死を起こした玩具 [11] やそれに類似する玩具が施設で多数使われているのが現状である。誤嚥窒息を起こさない安全な玩具を増やすためにも、施設からハザード情報を関係省庁やメーカーに上げていく積極的な取り組みが必要である。

一方、子どもが誤嚥につながる物を身につけている場合もある（たとえば、髪ゴムの飾り、キーホルダー、気管支喘息の発作予防のためのテープ、家や外から持ってきたビー玉や石など）。また、保護者が誤嚥につながる物を施設内に落としていくことも少なくない。これらは、施設側のみの努力で排除できないため、施設だけでなく自治体も通じたリスク・コミュニケーションが不可欠である。すなわち、保育施設は集団生活の場であり、他の子どもの安全、尊厳を考慮した行動をするよう、自治体等が施設利用者に伝える必要がある。

誤嚥（玩具、小物等）に関するガイドライン

(1) 「子どもは何でも口に入れる」を前提に、玩具の選定を行うべきである。

特に乳児（0～2歳）では、手に持った物は必ずと言ってよいほど口に運ぶ発達上の特性がある。誤飲チェッカー（*）を通過する大きさの物は、「乳児のいる室内に置かない」「持ち込まない」「手にふれない場所に置く」を徹底する。手先を使う遊びには、部品がはずれない工夫をしたものを与えるべきである。

3歳以上児のクラスでは、手先を使うこまかな経験も必要であることから、使い方のルールと落ち着いた環境設定と担任の管理のもとで経験をさせたい。一方、3歳以上児であっても、児によってはさまざまな物を口に入れる場合があり、そのクラスにあった対応が必要である。

* 従来の誤嚥チェッカー（直径39ミリ）に入らない物でも、咽頭部にはさまることによる窒息が起こることから、この基準を策定したEUでは、誤嚥に関してはすでに

基準を新しくしている [10]。本邦でも、「飲みこめないサイズの玩具が咽頭上部にはさまり死亡した事例」が起きている [11]。

(2) 窒息しかけた玩具等があった場合、施設内ですぐに情報を共有し、その玩具を除去する。また、これまでに窒息事例があるものと類似の形状については、自施設における危険の認識がない場合でも、除去する。この時、「幼児だから口に入れない」といった先入観ではなく、今、クラスにいる子どもたちの特性を考えること。

(3) 飲み込みかけた、窒息しかけた玩具等があった場合、メーカー等にハザードとして報告し、また、別途公表することで、他施設に注意喚起を行う。

(4) 玩具や保育室内で使用する小物等を購入する際には、安全基準や安全テストの実施有無について取次業者やメーカーに問い合わせる（そのような情報を添付するよう求める）。説明等が不明瞭な場合は、自治体担当者や地域の消費生活センターに相談をしたうえで、購入を検討する。

(5) 玩具や保育室内で使用する小物等を購入した際には、取扱説明書と購入先情報をファイルし保管する（電子的保存でもよい）。納品時の写真も撮影し、保管することが望ましい。取扱説明書のうち、対象年齢と保守（メンテナンス）方法、耐用年数については、職員に説明を行うとともに、遊具や什器に直接情報を表示するなどを行うことが望ましい。

5. 食物アレルギー

（背景）

食物アレルギーは本来、子どものからだの特徴であり、睡眠中の突然死同様、その発症を「事故」と呼ぶこと自体には問題がある。しかし、「食べさせない」「触れさせない」としたものを摂食、ものに接触するに至ったという点においては「事故」であり、ここで取り扱う。

基本的な食材（例：卵、小麦、乳）のアレルギー児が在園する場合、その児にとってのハザードを園の全員の食事から全除去することはできない。つまり、除去食または代替食を確実に作り、確実にその児に届け、確実にその児がその食事のみを食べるようにすることが必要となり、これらはすべて関与した人間（献立を立てた者、納入業者、調理師、保育者）の行動に任される。食物アレルギーの誤食（児がアレルギー食材を口にすることは、一連の行動のどこかでミスが起き、そのミスが最後まで見逃されたことに他ならない。

また、誤食だけでなく、接触や吸入（例：小麦粘土、小麦粉、製作等に使われる牛乳パック）といった、他のアレルゲン曝露も同様である。以下では食事提供について述べるが、こ

うした曝露経路についてもマニュアルの作成と行動が必要である。

* 子どもが発症しなければ「ヒヤリハット」とみなされがちだが、アレルギー児が摂食・接触・吸入した以上、深刻な結果になりえたのであるから、これはヒヤリハットではなく「誤食事例（未発症）」である。

人間からミスをゼロにすることが不可能である以上、**ミスが起こる（起こりやすい）箇所を明らかにし、ミスを減らす取り組みをし、ミスに気づくシステムを作るプロセスを確立する必要がある。**給食調理設備、提供体制は施設によってまったく異なるため、このプロセスを確立するためのガイドラインが必要となる。施設は、このガイドラインに沿って、自施設のマニュアルを作成し、行動をする。

以下の食物アレルギー対策は、2つの視点から行う必要がある。1）調理中またはそれ以前に混入した場合、その後の除去確認が不可能または困難な食材（例：小麦粉、コップに移した後の牛乳と豆乳）、2）調理・配膳後でも除去の確認が容易な食材。1に該当する食材の場合、除去の確認は調理中にのみ可能であり、調理中の混入や盛りつけ間違いが起きた場合には、その後のチェックでは確認が一切不可能である。

食物アレルギーに関するガイドライン

(1) 自施設で「ミスが起こる箇所」を明らかにする（各施設でマニュアルを作成、実行）

食事提供の全過程で起こりかけたミス、起きたが気づいたミスを報告し、自施設でミスが起こる箇所を明らかにするシステムを作る（この手順を自施設でマニュアル化）。集中調理センターの場合は、センター内でこれを行う。

起こりかけたミス、起きたが気づいたミスとは、「取り違えそうになった」「間違っ入れてたが（置いたが）気づいた」「メニューと実際が違うことに気づいた」など、誤食に至らないすべての気づきを指す。ミスがここでは起きやすいという気づきも含む。誤食が起きた場合、症状の有無にかかわらず検討するのは当然である。

食事提供の過程とは、献立作成、納入、調理、配膳（調理室から出る配膳）、配膳（クラスの配膳）、後片づけと掃除、である。外部から食事を搬入する場合は、搬入、配膳、後片づけと掃除を指す。園外活動も同様。

(2) 自施設で「ミスを減らす方法」をマニュアル化する（各施設でマニュアルを作成、実行）

(1) で明らかになった「ミスが起こる箇所」の情報をもとに、それぞれのミスを減らす方法をマニュアル化する。ミスを減らす方法の例は、次の通り。

・環境やモノの面（例）

- a) 材料等の置き場所、調理する場所が紛らわしくないようにする。
- b) 材料を入れる容器、提供するトレイの色や形を明確に変える。

- c) 除去食、代替食は見た目が明らかに違うものにする。
 - * 調理作業のしやすさと子どもの命を考えるのであれば、除去食、代替食は見た目が明らかに違うものにするべきである。その児が生涯、その食材を食べることができない可能性を考えるのであれば、これは健康と多様性に関する教育の一環でもある。
- d) ゴマ、ソバ、ピーナッツなど、劇症化しやすく、給食に使う必要の低い食材は最初から使わない。

・人の面（例）

- a) ミスが起りやすい箇所、ミスが致命的になる箇所（例：ひとつの鍋には小麦粉を入れ、もうひとつには入れない。ワゴンから出して子どもに配膳する）では、一人で作業を行わない。これはミスを減らすだけでなく、当該職員の行動に責任がないことを明らかにするためでもある。
- b) 献立の文書を一本化し、万が一、原本を書き換えた場合には、すべてのコピーを破棄して書き換えた原本のコピーを配布し直す。複数あるコピーに加筆や修正をすると、加筆修正していないものや書き間違いしたものが発生する。
- c) 保護者に原材料チェック等を依頼する時は、製品の原材料欄を（拡大）コピーして渡す。別途入力すると、打ち間違いや抜けが発生する。
- d) まったく注意を払えない職員については、「ミスを起こす可能性がある」という前提で対処する。トレーニングや教育は必要だが、場合によってはこの前提をもって他の職員が対処することも必要。
- e) 突き合わせチェック（献立とアレルギー表、アレルギー表と現物、等）を行う時は、8に記載した行動を行う。

(3) 自施設で「ミスに気づく方法」をマニュアル化する（各施設でマニュアルを作成、実行）

(1) で明らかになった箇所のうち、特に重要な箇所（例：調理で代替食を調理・取り分けする時、ワゴンで調理室から保育者に受け渡す時、クラスで配膳する時）を決め、アレルギー表と現物の突き合わせチェックを行う。人間はミスをする生き物であるから、突き合わせチェックは必ず複数の箇所で行う。

この時、先の「溶けて見えなくなってしまう小麦粉」のような場合、アレルギー食材は見えないため、見た目が非アレルギー食と同じであれば調理後の突き合わせチェックは形骸化し、無意味である点（＝誤食が起こる確率が上昇する）を理解し、これに対応できる複数のチェック箇所を設ける。

* 形骸化したチェック行動を続けていると、チェック行動全体が形骸化する点にも留意。

突き合わせチェック（献立とアレルギー表、アレルギー表と現物、等）を行う時は、8に記載した行動を行う。

(4) ビデオ録画

アレルギーの誤食が起きた場合、「どこでミスが起きたか」を明らかにすることは、容易ではない。特に、調理を委託業者が行っている場合は、責任が業者にあるのか園にあるのかわからず、トラブルに発展する可能性が大きい。

そのため、調理中は調理室内をビデオ録画しておくことが望ましい。これは、調理師が責任を果たしていることを証明するためのものである。調理室内での録画は、室温・湿度等録画条件が難しいが、調理室から出てくる時の突き合わせ時もビデオ録画されているとよい。

食事中についてはビデオ録画をすでに推奨している。

6. 保育中のケガ（外傷）、特に高所からの転落

（背景）

子どもが心身の成長・発達を遂げる中では、ケガ（外傷）はつきものであり、施設であれ家庭であれ、ケガが起こらないようにすることは不可能である。また、子どもが集団で過ごす環境の中でかみつき、ひっかき、ケンカが起こるのも当然である。保育者の仕事は、プロとして保護者に代わり子どもの心身の成長・発達を促すところであり、子どもがケガをしないように見張ることではない。結果的に、保育者が見ていない状況下でもケガは十分に起こりうる。

まずこの点を、リスク・コミュニケーションで保護者に伝えることが必要であり、施設ですり傷、切り傷さえも負わせたくないという保護者は、子どもを施設に預けない選択をできるべきである。一方、子どもの学びとしてケガを活動範囲に当然のこととして含み入れている施設は、積極的にその保育活動を進め、活動に賛同する保護者の子どもを受け入れていくことになる。国、自治体などもこの点を保護者に明確に伝えるべきである。そうしなければ、保育の潜在力は発揮されず、子どもの豊かな成長・発達は保証されない。

しかし、保育者のもとにありながら成長・発達にそぐわない活動をして、子どもが「する必要のないケガ」をすることは可能な限り避けるべきである。また、高所（遊具）からの転落のように、園児の死亡事例もある事象の発生も可能な限り防ぐべきである。特に、たとえ高所からの転落であっても、結果が深刻となる（頭部、腹部などを直撃する）ケースは確率的に高くないため、転落自体は現場で頻発しているもののヒヤリハットとみなされ、処理されがちである。しかし、転落が発生した場合、結果がどうなるかは確率に支配されるものであるから、結果が無傷、軽傷だったからよい、という考え方をしてはならない。

外傷に関するガイドライン

(1) 転落が起こりうる遊具等の周辺には、衝撃吸収効果がデータとして示されているマット等を敷くことが推奨される。メーカー、販売者は販売時にデータを示すこと。

(2) 遊具を購入する際には、必要に応じて安全基準や安全テストの実施有無について取次業者やメーカーに問い合わせる（そのような情報を添付するよう求める）。説明等が不明瞭な場合は、自治体担当者や地域の消費生活センターに相談をしたうえで、購入を検討する。

(3) 遊具を購入した際には、取扱説明書と購入先情報をファイルし保管する（電子的保存でもよい）。納品時の写真も撮影し、保管することが望ましい。取扱説明書のうち、対象年齢と保守（メンテナンス）方法、耐用年数については、職員に説明を行うとともに、遊具に直接情報を表示するなどを行うことが望ましい。

(4) 遊具の使用中にハザードや重大事故のリスクを発見した場合には、速やかにメーカーに通知することを推奨する。

(5) 手作りの遊具（古タイヤ、ロープ、木造の家等）については使用歴の他、安全な管理と使用のマニュアルを作成し、保護者にも使用について同意を得る。

* 手作りの遊具の場合、重大事故が起きた場合、その製作・使用の責任を問われる可能性があるため。

(6) 成長・発達に伴うケガ（外傷）のリスクについて、保護者と十分なリスク・コミュニケーションを行う。特に、入園前のリスク・コミュニケーションで「ケガが起こりうること」について了解を得ておくこと。

(7) 重大事象につながりかねなかったケガ、ヒヤリハット、ハザードの気づき、保育上の誤りの気づきがあった場合には、すぐに報告し、重大事象を予防する具体的な方策を検討する。ケガがあった場合は当然だが、ケガにはつながらなかった気づきの場合でも、保護者に事実と検討した方策を伝え、保護者の意見を聞き、信頼関係の醸成につなげるべきである。

* 個々の保育園の保育方針は、具体的な日々の行動選択として保護者に開示される必要がある。それによって、保護者は園の方針を理解することができる。

7. その他

ヒモ等による窒息、道路への子どもの飛び出し、園内や園外で起こる置き去りや取り残し等も、子どもの命に関わる危険性がある。これについては、ハザードおよびリスクの共有を園内、クラス内で行い、必要に応じて行動マニュアルを作成、保護者とのリスク・コミュニケーションを行う。

施設、遊具、玩具、什器等（ハード面）は、国土交通省のガイドラインや、現在、JIS 化作業が進められている「ISO/IEC ガイド 50」を用いてチェックと改善を進める。

* 飛び出しや駐車場における事故は、登降園時に発生しやすいため、保護者がハザードとリスクを理解し、安全行動をすることが不可欠。

8. 声出し指差し確認の励行

声出し指差し確認は、日本の鉄道や医療の分野で日常的に行われているが、その効果も実験等で次第に明らかになりつつある [12, 13]。視線を意識的に対象に向ける、自分がしている行動と対象を明確化する、突き合わせ行動の場合は両者の言っていることを照合するといった点で、効果があると考えられる。現場で実証実験を進めていく必要はあるが、単純な目視（声を出さない、指を差さない）よりも効果的であろうことは明らかであるため、行動として推奨する。

(1) 食物アレルギーの確認行動時

食物アレルギーの場合、誤食につながる事象はすべて人為ミスである。たとえば、食材の混入、食材の取り違い納品、調理時の混入や取り違い、調理室から出ていく時の置き違いや取り違い、配膳時の置き間違い、食事中及び食事前後の子どもの行動などで起こる。よって、食物アレルギー予防は「人間はミスをする生き物であり、ミスが起こる以上、ミスを減らし、ミスにどこかで気づける、ミスが見落とされないシステムを作る」ことが不可欠である。

各園が自園の給食提供手順のどこにミスが起こりやすいか（環境要因、製品要因、人的要因）を明らかにし、そこでのミスを減らすために取り組む。ここでは、取り違いや置き違いが起きにくい環境・製品設定（場所を変える、色を変える等）も重要である。

一方、ミスに気づくひとつの方法として、献立チェックの段階から調理、配膳の各所で、声出し指差し確認、それに対する復唱を行うことが推奨される。これは、うわの空の状態や他のことに気をとられた状態でチェックをすることを、極力避けるための方法である。

(2) プール監視時

プール監視は、監視者にとって過酷な作業となる。その場に立って目視をしているだけで

は、すぐに他のことに気をとられる、うわの空になる。これを避け、自分が今、意識を特定の子どもに向けたこと、その子どもは異常な状態にないと確認したことを自分自身に「言い聞かせ」、うわの空になってしまいがちな自分の意識を「我に返す」ため、声出し指差し行動を活用すべきであろう。

(3) 人数確認時

置き去りや取り残しを防ぐためには、子どもの移動前後で、置き去りや取り残しのリスクが高い時に保育者が声を出し、指を差しながら、人数確認をすべきである。顔を名前が一致していない時期（年度初めなど）は、数を数えるだけでなく、名前を呼びながら（名前の一覧表を見ながら。ただし、子どもに返事をさせる必要はない）指差し行動をするべきであろう。

(4) 睡眠チェック時

睡眠チェックも、無言で目視のみをしていたのではうわの空になり、チェック行動として機能しないリスクがある。「この子の睡眠状態をチェックしている」ということを、チェック者が自分自身に意識させるため、子どもに軽く触れ、「〇〇ちゃん、大丈夫だね」といった声を（自分に向かって）出すべきである。

(5) 鍵かけ時、玩具などの個数確認時

園内外を区切る扉、用具室や布団庫の扉等は確実に施錠する必要がある。また、縄跳び、ハサミ、ビー玉といった、子どもにとってハザードとなりうる物も数を確認して収納する必要がある。こうした行動の時も、うわの空で「鍵をかけたつもり」「数を数えたつもり」にならないよう、明確に声を出すべきである。

9. マニュアル作成の例

（京都の法人保育園の食物アレルギーマニュアルの作成を手伝った時の例。法人には掲載について許可をとってあります。）

例1：調理途中の工程で除去食を取り分ける時は、声に出して確認する。

→（掛札コメント）「声に出して確認する」とは、どうやって？ 一人で？

→（修正後）調理途中の工程で除去食を取り分ける時は、調理している人が、他の2人に声に出して知らせる。他の2名は取り分けたことを目で見確認し復唱する。

例2：おかわり時。カウンターに置き（蓋をつけ、食品が混ざらないように）大人が入れる。

アレルギー対応のおかわりは、配膳時と同じ色のお盆に乗せ、お皿にラップをかけ、名前を記入。「〇〇くんの△△（献立）のおかわり、もらいます」と声をかけ、給食職員から職員へ手渡し。

- （掛札コメント）どこへ置く？ 手渡し時には声をかけるだけ？ 返事は要らない？
- （修正後）おかわりを配膳時と同じお盆に乗せ（アレルギー児の名前とその子のトレイの色がここに書いてある）、お皿にラップをかけ、名前を記入してカウンターの南側に置く。他のおかわりは、食品が混ざらないように蓋をつけ、カウンターの北側に置き、おとなが入れる。
「〇〇くんの△△のおかわり、もらいにきました」「〇〇くんの△△のおかわりはこれです。「はい、〇〇くんの△△のおかわりはこれですね」と職員が給食職員に声をかけ手渡しをする。

例3：献立表通り作る。もし変更した場合は、その日の給食閲覧メッセージカードに変更を記入し、保護者にもわかるようにする。

- （掛札コメント）「変更しない」と言ったら徹底する。「変更するな」と言っておいて「もし変更したら」では、ルールにならない。
- （変更後）献立通りに作る。
発注者側のミスで違うものが届いた時などで変更せざるをえない場合は、その日の給食閲覧メッセージカードに変更を記入し、保護者にもわかるようにし、口頭でも変更部分を保護者に伝える（変更の基準を明確化）

参考文献

1. World Health Organization. (2008). World Report on Child Injury Prevention. (p.11 参照)
2. University of Guelph (Canada) の Dr. Barbara A. Morrongiello のグループの研究
3. Simons, D. & Chabris, C.F. (2010) The Invisible Gorilla: And Other Ways Our Intuitions Deceive Us.
4. 2011年、渋谷区立本町第三保育園でジャングルジムを使って実施した落下実験（人形を使用）の結果。NPO 法人保育の安全研究・教育センターのウェブサイト→トップページの一番下「参考資料」→一番下の文書。<http://daycaresafety.org/articles.html>
5. 山中龍宏、掛札逸美 (2008). 「傷害による死亡情報の収集内容についての検討」『厚生労働省科学研究費助成金（子ども家庭総合研究事業）』分担研究
6. NPO 法人保育の安全研究・教育センターのウェブサイト→「ニュース」→「2013年」→「事故、傷害、ヒヤリハットの事例」の当該記事にスキャンした記事を掲載
7. 情報は複数出ているが、たとえば「東京都商品等安全対策協議会報告 子供に対するコイン形電池等の安全対策」<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2015/12/20pcg100.htm>

8. NPO 法人保育の安全研究・教育センターのウェブサイト→「トピックス」→「各種の誤嚥と誤飲」
9. NPO 法人保育の安全研究・教育センターのウェブサイト→「トピックス」→「誤嚥と誤飲の新しい基準：玩具を中心に」
10. European Standard EN 71-1:2005+A8
11. 日本小児科学会「傷害速報」(<http://www.jpeds.or.jp/modules/injuryalert/>) の 47 など
12. Shigemori, M., Sato, A., Masuda, T., & Haga, S. (2013). Human Error Prevention Effect of Point and Call Check Used by Railway Workers in Japan. In Rail Human Factors: Supporting Reliability, Safety, and Cost Reduction.
13. 笠原, 島崎, 石田他. (2013). 看護師の内服与薬業務における誤薬発生要因の検討. 人間工学, Vol 49, 62-70.