

日常の「気づき」を深刻な結果の予防に活かす〔1〕

## ～「できごと別」どんなことに気づき、報告・共有するか～

この〔1〕の稿では、今まで「アクシデント」「インシデント」「ヒヤリハット」といった、わかるようでわからない区別をされていたものを、できごと別に線引きし直し、できごと別に「どんなことに気づき、報告・共有するか」を明確化します。

そして、この稿の次に書いていく原稿では、報告・共有した内容をどのように深刻な結果の予防や保育の質の向上に活かしていくかを書きます。さらに、「年度初めの保護者向けリスク・コミュニケーション」の原稿にもつなげていきます。

★あなたの施設（法人、企業等。以下略）では、「アクシデント」「インシデント」「ヒヤリハット」の定義は明確ですか？ すべての職員が同じ定義で報告・共有をしていますか？ ちょっと考えてみてください……。 「あいまいだな」「みんな同じ、じゃない」ということでしたら、以下の内容はあなたの施設の役に立つと思います。

★あなたの施設では、「事故報告書」や「受診報告書」として自治体等に提出した内容を中心に予防を検討していますか？ ならば、以下の内容はあなたの施設の役に立つと思います。

ただし、ここから先を読む前にまず絶対（！）、NPOサイトのトップページ下部「参考文献」にある『保育界』の連載6回分をお読みください。以下は、連載で書いた内容の続きであり、実際にフセンを使って気づきを集めている園の取り組みをもとにした続きです。

読んでいない方は、『保育界』の連載へ…。

連載を読んだ方は、次へどうぞ。

注) この一連の原稿の内容は、責任追及や原因追求を目的とする検証とはまったく異なります。あくまでも、次に起こるかもしれない深刻事故を予測し、予防するためのものです。日常の気づきであれ死亡事故であれ、何を目的とするかによって見方や考え方はまったく変わります。

★「ヒヤリハット」は忘れる。「事故（受診）報告書」も忘れる

まず、「アクシデント」「インシデント」「ヒヤリハット」という言葉を、以下、忘れてください。こうした言葉は（日本語としては）定義があいまいですし、たとえ明確に定義をしたとしても、すべてのできごとに同じようにあてはめられる概念ではありません。

また、事故（受診）報告書は一種の始末書として自治体に提出するものです。「深刻な結果を予防する」という視点から見て、受診事例が特に重要なわけではありません。ですから、「受診するかしないか」も、以下、忘れてください。

★これから使う言葉

- ・できごと：睡眠中の異常、水の中の異常、食物アレルギー、誤嚥・誤飲、窒息、高所からの転落、衝突、転倒、飛び出し、取り残し、かみつき・ひっかき…といった「起こったことの名前」。
- ・深刻な結果：できごとが、死亡、重症、重傷、後遺障害（含 PTSD）等の結果に至ること。
- ・気づき：以下、「ヒヤリハット」という言葉は使わず、「気づき」と言います。読み進んでくだされば、その理由はわかります。日常の小さな気づきの中にも、深刻な結果の予防につながるものがたくさんあるからです。「ヒヤリ」「ハット」したことだけが大事なわけはありません。そして、保育中の「ヒヤリ」や「ハット」には個人差もあります。

\*\*\*\*\*

1. 睡眠中の異常

何に気づき、報告・共有するか

- ★ 窒息につながるすべての危険。日常的にある。「これ、危ないな」  
（子どもの体位、周囲の物、環境）
- ★ 子どもの体調の異常。日常的にある。「あれ、ちょっとおかしいな」

日常の気づきとは無関係な「死亡の予防対策」

- ★ あおむけ寝で窒息の危険等がなくても、呼吸停止、心停止等は「いつでも、誰にでも起こりうる」。異常の早期発見行動 → 睡眠チェック

保育施設から報告される死亡の中で一番多いのが、睡眠中の死亡です。日本には死因調査システムがありませんから、睡眠中の死亡のうち本当にどれだけが「原因不明の突然死（原因がわかった死亡を除いたもの）」であるかは実際のところ、わかりません。

これは逆に言うと、「対応を誤れば、保育施設の過失を容易に疑われかねない」ということでも

あります（最終的に過失と認定されるかどうか、ではありません。過失を疑われる、そこがすでに大きなリスクです）。死亡の予防のために何をするか、呼吸停止や死亡が起きた時に何をするか、という考え方が必要です。これは、保育施設で働く人の心と仕事を守るためであり、結果的に、守れるはずの命を守るためです。

### ★日常の中で気づき、報告・共有する★

#### 1) 窒息につながる危険に気づく（特に乳児）

例

- ・明らかに敷き布団に顔をつけた「うつぶせ」で眠っている
- ・掛け布団が顔にかかっている
- ・口の中に物が入っている
- ・吐瀉（としゃ）している
- ・首のまわりにヒモ状の物がからまっている
- ・やわらかい物を顔の横に置いている ……等

#### 2) 子どもの様子が「いつもと違う」ことに気づく（「体調が悪い」とわかっている子ども以外）

- ・呼吸がおかしい
- ・鼻が詰まっている、咳をしている
- ・いつもときげんが違う、いつもより寝入りが悪い ……等

1) に気づいたら、もちろんそのハザード（危険）をすぐに取り除きますが、「大丈夫だったから、言わなくていい」ではありません。気づきは報告・共有して、同じことが起こらないようにし、起きた時には早く気づけるよう、クラス内、園内でチェック方法を明確化します。子どもが死亡した時に「窒息が起きていた」となれば、過失を問われかねないからです。保育者にとっても「あの時、～していれば」と後悔の感情を増やしてしまいます。

2) は、睡眠チェック表などに特記事項として書いておき、翌日にも引き継ぐ内容です。もちろん、その日の午睡中は特に観察をして、迎えの保護者にも様子を伝え、「家でもみてあげてください」と伝えましょう。

1) も2) も、報告・共有した職員が叱責されるような気づきではありません。『保育界』の連載に書いた通り、「気づいてくれてありがとう」「報告してくれてありがとう」とまわりから言われて当然の気づきです。そして、対応方法は報告・共有した職員だけでなく、園全体で考えます（ですから、『保育界』で書いたように、「反省」「対応策」「予防策」の欄がある「ヒヤリハット報告書」など必要なく、フセンで十分なのです）。

### ★日常の気づきと無関係のもの★

睡眠中の場合、日常の気づきと無関係な深刻事例もあります。あおむけに寝ていて、上に挙げたような窒息の要因はまったくないにもかかわらず、突然、呼吸停止等の異常が起こる場合です。

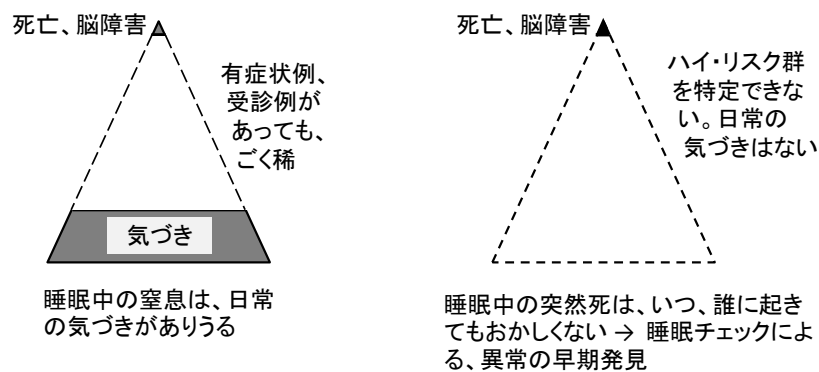
こうした異常に関しては、「いつ、どこで、誰に起こるかわからない」のですから、「私たちの園でも、今日、誰かに起こるかもしれない」という前提で、起きた異常に一刻も早く気づき、救急対応をするしかありません。これが「睡眠チェック」の役割です。

●上の2つはまったく異なる：「ハインリッヒの図」で考えると…

事故の世界では、よく「ハインリッヒの法則」と呼ばれるものが登場します。「あるできごとによって起きた死亡の背景には、同じできごとによる軽傷やヒヤリハットがたくさんある」「軽傷やヒヤリハットを検討することで、深刻な結果を予防できる」というものです。もともと米国の産業安全の世界が発祥で、機械の事故や生産ラインの事故を観察して出てきた概念です。

けれども、この法則を「法則」としてうのみにすると、**保育施設の深刻事故予防は対策を間違えます**。睡眠中の死亡の場合、確かに「窒息死」の背景には、死亡には至らなかったものの気づいた危険や、気づきもしなかった危険がたくさんありえます（下左図）。けれども、「少し息ができなくて受診した」という事例はありえません（ハインリッヒの法則に合わない）。**事故（受診）報告書を中心に**見ていたら、睡眠中の窒息死の予防は意識にも**のぼらない**でしょう。

また、突然死には「突然の呼吸停止」「突然の心停止」以外、予兆も何もありません（下右図）。「この子、呼吸が今日はおかしいな」という気づきが、その子の様子を特に注意して見守る行動に結びつき、早期の救急対応につながるということもあるかもしれませんが、因果関係は明らかではありません。予兆を探したり、どの子が危ないかを推測したりすることに労力を注いでも（突然死の原因がまだわからない今の時点では）ムダですから、とにかく死亡を予防するための**早期発見！** そのための睡眠チェックが重要です。



- ★保育現場で過失を問われかねない「睡眠中の窒息死」の予防は、日常の気づきから。
- ★「原因不明の突然死には気づきも何もない」という前提で、早期発見のために睡眠チェックをどの職員も同じく行う。

\*\*\*\*\*

## 2. 水の中の異常

何に気づき、報告・共有するか

- ★ 溺水につながりかねない子どもの行動 → 気づき、報告・共有する
- ★ 水まわりのケガにつながる気づき → 気づき、報告・共有する
- ★ 水まわりのケガ → 気づき、報告・共有する

} 5と6の「ケガ」へ

日常の気づきとは無関係な「死亡の予防対策」

- ★ 水死は静かに起こると考える。「助けて！」(予兆やSOS)があると思い込むのは危険。「いつでも、誰にでも起こりうる」→ 監視係は異常の早期発見に努める (動かない子ども、異常な動きをしている子ども)

水の中の異常は、1の「睡眠中の異常」と共通しています。

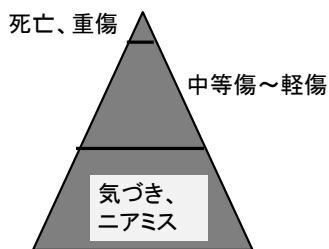
プール活動中や水遊び中は、気づきがたくさんあります。「AちゃんがBちゃんを押して、Bちゃんが転び、しばらく水の中で動かなかった」「Cちゃんがシートの上を走って、滑って転んだ」「DちゃんがEちゃんの顔に水鉄砲で水をかけた」等々。

「Bちゃんが水の中で動かなかった」は、水死につながりかねない気づきかもしれません。けれども、プール活動中や水遊び中の気づきのほとんどは、水死ではなく、「ケガにつながったかもしれない」できごとの気づきです。そこは明確に分けて考えます。

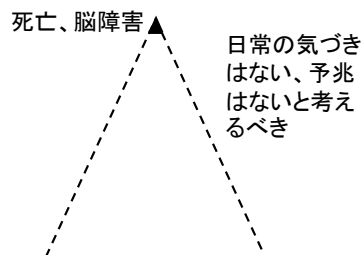
まず、水死に「明らかな予兆」があると思わないでください。最終的には「息ができない」「肺に水が入る」等による溺れで死亡するとしても、人間は溺死の前に「助けて！」とは言いません(言えません※)。てんかんの発作や熱中症、別の何かの理由でふっと子どもの意識が薄れて沈むとすれば、溺れの過程はととても静かに起こります。

※ NPOサイトの「トピックス」→「溺れは溺れているように見えない」

ですから、水の中の異常も睡眠中同様、死亡を予防するための「一刻も早い異常の発見と救急対応」が重要なのです(下右図)。プール活動や水遊び活動の監視係が不可欠なのは、このためです。監視係は、ケガの危険(下左図)を見ているのではありません。



プールや水遊び中のケガは、すべてありうる(「ケガ」の項を参照)。この中に「溺れ」につながる危険の気づきもあるかもしれないが...



プール、水遊び中の異常や死亡は、いつ、誰に起きてもおかしくない → 監視による、異常の早期発見

とにかく「水の中で動かない」「異常な動きをしている」子どもを早くみつけることが監視係の仕事です。元気に跳ね回っている子どもは生きていますから、危険があったとしてもそれはたいていケガ(下左図)の危険です。「押した」「滑った」「転んだ」「ふざけた」といった行動にばかり監視係が目を向けていると、いつの間にか沈んで動かなくなっている子ども(前ページ右図)を見逃します。

※「トピックス」→『『見えない』を体験する実験』

言うまでもなく、事故(受診)報告書を中心に見ていたのでは、睡眠中同様、水死の予防も検討できません。

★プール活動中、水遊び中は、監視係を置くことが必須。ただし、「ケガの予防につながる気づき」をするのが仕事ではない。「水の中の異常は、いつ、どこで誰に起こるかわからない」という前提で、水中で動かない子ども、動きがおかしい子どもを一刻も早くみつけることが仕事。

★プール活動中、水遊び中の気づきは、「ケガ予防」の気づきが主。

\*\*\*\*\*

### 3. 誤嚥窒息(食物、玩具等)、ヒモなどによる窒息

何に気づき、報告・共有するか

★ 誤嚥窒息や窒息の危険 → 気づきは日常にたくさんある

✕ 報告・共有されていない。気づいてさえいないかも ✕

✕ 受診事例もなく、「いつも出る」「窒息死なんて起きない」と気づきを軽視 ✕

★ 「窒息が100%解除できるわけではない」→ 気づきを報告・共有、活かす

・ 食事：なんでも詰まる

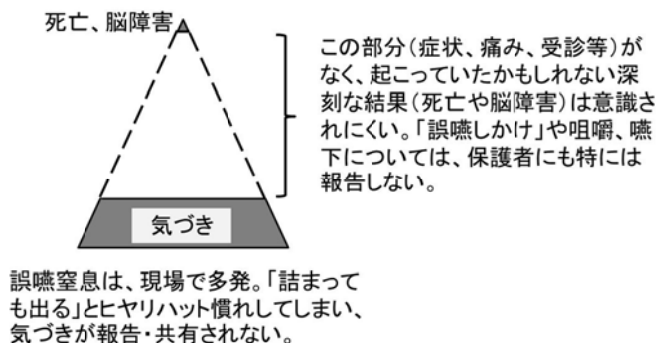
・ 玩具：「これ、やっぱり危ないよ」…「大丈夫！」…「え、大丈夫かな…」

・ 小物、テープ、シール、落ちているもの、取れているもの等：「見つけた！」

各種の窒息は、死亡や脳障害といった深刻な結果につながりうるできごとです。けれども、事故(受診)報告書だけを見ていたのでは、予防につながる窒息の気づきはありません。事故(受診)報告書は、まず出ないからです。「ヒモが引っかかって窒息しそうになったが解除した。ヒモの跡が首についたので受診した」というような事例ならありそうですが…。

各種の窒息のほぼすべては、「詰まりかけた(窒息しかけた)けれど、その状態が解除できて、まったく大丈夫だった」か、「解除できず、死亡した」「解除できず、脳に障害が残った」か、どちらかです。つまり、ハインリッヒの図で言うならば、窒息は真ん中がまったくない「白か黒か」

のできごとなのです（=もともとのハインリッヒの法則に合わない）。



そして、窒息の大部分は「大丈夫だった」ですから、どうしても「ヒヤリハット慣れ」が起きます。「子どもが出すから大丈夫」「出るから大丈夫」という気持ちです。でも、小児の気道内異物除去の方法をしっかりと学んでいてその通りにしたからといって、「100%出る」保証はありません。子どもが何かを口に入れるのは一瞬のできごと。そして、詰まるか詰まらないか、詰まったとして出るか出ないかは、おとなの努力もありますが、もうひとつ、「確率の問題」でもあります。ごくわずかではあっても、「出ない確率がある＝死亡、脳障害」ということは、頭の中に入れておくべきです。

保育現場で起こる誤嚥窒息は大きく3つに分けられ、それぞれ気づきのポイントが異なります。

### 1) 食物

食物は「なんでも詰まる」としか言いようがありません（※）。小さければ小さいで詰まり、大きければ大きいで詰まる。ただ、切り口が円（どう切っても切り口が円になるのが球）の食べ物、ツルンとした食べ物は、より詰まりやすくなります（※）。それ以外にも、パサパサした食べ物を補水なしで食べさせるなど、詰まりやすくなる条件はたくさんあります。

※ NPOサイト、トップページ下の「参考資料」→『ヒヤリハット／傷害／発症事例集』

（公益社団法人兵庫県保育協会）

※ 「トピックス」→「誤嚥と誤飲の新しい基準：玩具を中心に」「各種の誤嚥と誤飲」

一人ひとりの子どもの咀嚼や嚥下の状態、たとえば「今日は、これが詰まった」「今日は、これでゲボツとなった」「最近、どんどん詰め込む」「嚙まないで飲み込む」といった気づきをメモしておく、「今日の献立は…。この子には、この食べ物はこういうふうにあげたほうが良い」という予測と対策を立てることができるでしょう。

子ども一人ひとりの様子を観察して、気づきをクラスの中、園の中で報告・共有する行動ですから、これも「気づいてくれてありがとう」「伝えてくれてありがとう」と言われてしかるべき気づき、「明日はこうしよう」と皆で対応を考える材料になる気づきです（本人が反省して、対応を

考えることではない)。保護者にも咀嚼や嚥下の状態を積極的に伝えていく材料になるでしょう (この部分は、保護者に伝えるリスク・コミュニケーションの原稿につながります)。

## 2) 玩具

「今、遊んでいる月齢の子どもたちの口に入るサイズで、はまりやすい形で、とれにくい形 (主に球形の塊状) の玩具」は、詰まる危険性があります (※)。子どもには個性がありますから、「5歳児だから大丈夫」と一概には言えません。今、目の前で遊んでいるこの子たちでどうか、という話です。

※「トピックス」→「誤嚥と誤飲の新しい基準：玩具を中心に」「各種の誤嚥と誤飲」

「この小さい卵のおもちゃ、Aちゃんが口に入れてたよ。やっぱり片づけよう」「この前、Bちゃんがゲボッてなった。出たからよかったけど…」こんな話が出た時に、「大丈夫！」とおっしゃる方が必ずいます。「大丈夫、私たちが見ているから」「大丈夫、いつも出すでしょ」…、**本当に「大丈夫」と言っているのかどうか考えてください。**窒息は100%、解除できるとは限りません。もし、大丈夫ではない時が来てしまったら…? 「あの時、私が『大丈夫』と言ったから」と思っても、後悔先に立たずです。

「これ、口に入ってた」「やっぱり危ないよ」、とても大事な気づきであり、報告・共有が必須です。「大丈夫」と言いたくても、「ありがとう。そうだね、ちょっと考えよう」と話し合いを試みてください。**口に入るサイズの玩具はすべて捨てて、と言っているわけではありません。**乳児にとっては、口の中に入れることも育ちに必要な作業のひとつです。その作業を安全に、思う存分させてあげるにはどうすればいいか、保育の視点から考えてください。それは、保育者の安心にもつながります。

## 3) 床に落ちている小物、テープ、シール、破損物、ゴミ等

できごととしては、誤嚥窒息だけでなく誤飲 (飲み込む) にもつながりますが、「床の上に落ちている物に気づく」「そこらに放置されている物に気づく」「破損している物に気づく」という意味では、とても大事な習慣づけになります。

乳児はなんでも口に入れます。保護者が落としたもの、保育者が落としたもの、年長クラスから持ってきたもの、子どものからだに付いていた気管支拡張剤テープ、髪ゴムの飾り、かばんについていたキーホルダー、古くなって壁からはがれたセロテープ、はがれかけている棚の名前テープ、椅子からはがれたネジ、ホチキスの針、画鋸…。どんなものでも乳児は口に入れますし、喉にはさまったり、気道に入ったり、飲み込んだりといった結果になります。

「落ちているもの」の報告・共有は、気づきの報告・共有の中では一番簡単です。落ちていたものを付箋に貼って「～に落ちていました」と書くだけ。中には、「うわあ、そんなものが落ちていたの? 危なかったね!」ということもあります。たいして危なくはないでしょうけれども、部屋の隅で大きな大きなフワフワの綿ぼこりがみつかったことも…。



「こんなものをみつけたよ!」と、まるで宝探しのような気持ちにもなり、落ちていたものも減り(床がきれいになり)、時には「でかした! よくみつけてくれた!」「ネジが取れていたの?良かった、気がついて!」ということもあるのが、こうした事例です。保護者に危険を伝える材料にもなります。そして、保育者が続けていると、子どもたちも「先生、こんなのが落ちていたよ」と教えてくれるようになるようです。ゲーム感覚で、「拾い物競争」にしてしまうのもひとつの方法でしょう。

\*\*\*\*\*

#### 4. 食物アレルギー

何に気づき、報告・共有するか

- ★ アレルゲン曝露事例 (症状の有無、受診の有無を問わず) → 報告・共有
- ★ アレルゲン曝露しそうだった、ミスした (従来のヒヤリハット) → 報告・共有
- ★ 「いつもと違う (と思う)」「献立と実際が一致しない」「(何かが)一致しない」  
→ 結果的に大丈夫でも、アレルギーと関係なくても、報告・共有習慣をつける
- ★ ミスそのものだけでなく、ミスを起こしやすくしている原因や、ミスの見逃し  
→ 「こう変えたら」「こう決めたら」ミスは減るかも、ミスに気づきやすくできるかも、というアイデア
- 調理中に見えなくなってしまうアレルギー食材は、「今日のアレルギー対応食は、調理室の中でダブル・チェックが必要だ」という意識を持つ  
(日常の気づきではなく、献立作成段階と当日の意識と行動)

さて、ちょっとややこしいのが食物アレルギーです。

食物アレルギーをハインリッヒの図で示すと、無症状からアナフィラキシーによる死亡まで全部ある…。

ちょっと待ってください。食物アレルギーは、一人ひとりの子どものからだの特性です。ここまで取り上げてきたできごとや、次に取り上げるできごと(ケガ)のように、誰にでも起きる可能性があり、その時の条件で結果が異なる、というタイプのできごとではありません。ハインリッヒの図は、食物アレルギーには適用できないと考えたほうがよさそうです。

食物アレルギーの予防を考える場合、発症の有無や受診の有無といった線引きには意味がありません。「症状が出なかったからヒヤリハット」? 「受診しなかったからヒヤリハット」? 違います。

アレルゲン(アレルギー反応を引き起こすタンパク質)に曝露(ばくろ)したら、つまり、ア

レルゲンにさらされたら、その後、発症したかしないか、症状が軽いか重いかにかかわらず、「アレルギー曝露事例」として数えましょう。ここで「誤食したら」と書かないのは、アレルギー曝露には「食べる」だけでなく、「触る」や「吸い込む」もあるからです。

(※ たとえば、小麦粉を使った活動の時に接触や吸入が起こります。ただ、接触や吸入の場合、症状が出なければ「曝露した」とはわからないと思いますが…)

食物アレルギーのある人がアレルギーに曝露した時に症状が出るか出ないかは、その人のその時の体調やさまざまな内的条件によります。症状が出ることそのものは、外からコントロールできません。たとえば、「アレルギー食材を口にしてしまった後、吐き出させて口をゆすぐこと」にまったく意味がないとは言いませんが、「それをすれば必ず症状が出なくなる、軽くなる」わけではないのです。また、薬を塗ったり飲ませたり、エピペンを打ったりというのはすでに治療(対症療法)であって、症状が出ることそのものをコントロールしているわけではありません。

(※ これと対比して考えるとすれば、環境面からのコントロールが可能なケガの場合でしょう。たとえば、ジャングルジムの周囲に衝撃吸収材を敷くか、敷かないか。ジャングルジムの4段目から落ちた時にどう落ちてどこを打つかは、その時の子どもの姿勢などの条件によりますから、アレルギー曝露同様、コントロールできません。でも、地表面に衝撃吸収効果のある素材を敷いていた場合と敷いていない場合とでは、同じ「後頭部を打った」であっても結果は大きく違います。アレルギー曝露の場合は、この「衝撃吸収材」にあたるコントロール方法が存在しないのです。)

食物アレルギーを持つ子どもがアレルギーに曝露したら(誤って口にしたら、触ったら、吸い込んだら)、症状が出ようが出まいが、受診しようがしまいが、それらはすべて「曝露事例」として園内(法人内、企業内)では報告し、数を数えましょう。

なぜなら、そういった事例は、

★(もともと軽症とされている子どもであっても)その子の、その日の体調が異なっていたら、深刻になっていたかもしれない、

または

★(もしも、別の重症の子どもで起きたなら)深刻になっていたかもしれない、という潜在的に深刻な事例だからです。受診した事例(受診/事故報告書を書いた事例)や、発症して保護者に伝えた事例だけを数えていたら、「起きていたかもしれない深刻事例」を過小評価することになります。

言い換えるところということになります。「この子は軽いアレルギーだから、間違っってちょっと食べても大丈夫」ではないのです。たとえば、家ではアレルギー物質の含まれる加工食品を知らずに食べていて、抗体価が次第に上がっているかもしれません。次に、園でアレルギーに曝露したら重症になるかも…。

それ以上に、「この子は軽いから」と考えてしまうと危険なのは、次の点です。つまり、この子どもに対する食事提供の誤りを「この子は軽いから」と見逃して忘れていたら、重症になりうる

他の子どもに対する食事提供で同じ誤りをする危険性を高めてしまうのです。

アレルギー曝露が起きた場合には、症状の有無、症状の軽い重いに関わらず、「曝露事例」として扱い、起こった過程を細かく検証しましょう。どこでミスが起き、どのようにミスが見逃され、曝露に至ったかを明らかにして、ミスのポイントや見逃しのポイントをできる限り減らす取り組みにつなげるのです。

けれども、**食物アレルギー対策で気づくべき点は、曝露事例だけではありません。**

#### 1) アレルギー曝露事例

#### 2) アレルギーに曝露しそうだったが気づいて止めた事例

「食べそうになった」「手を伸ばしそうになった」「取り違えそうになった」等

#### 3) 混入、曝露につながりかねない「不一致」や「いつもと違う」という気づき

#### 4) ミスを起こしやすくしている原因、ミスの見逃し

保育現場では通常、2)が「ヒヤリハット」と呼ばれます。でも、3)や4)の気づきもありますし、実は大事です。2)は調理室から出てきた後の過程で「あ！」と気づく場合が多い、つまり、気づいて修正することが容易。ところが、3)や4)の中にはもっと上流（納品や調理の段階）の混入やミスが含まれます。上流で気づかずに食事の中にアレルギーが入ってしまったら、下流（配膳）では対処のしようがないのです。

たとえば、納品された食材を確認している時に、「あれ？ いつものハンペンと違う袋だよ」と気づく。練り物等の加工食品は、ブランドが違えば原材料も違う可能性が大です「違うね。原材料を確認してみよう」「同じだ。大丈夫だ」。気づいて、確認をして、大丈夫だったから終わり、ではありません。「今日は、いつもと違うブランドのハンペンが納品されました。確認したら原材料は同じでしたが、ブランドが違ったので報告します」と**事務室に伝えてください。**

そして、「なぜ、ブランドが違ったのか」「違う品を納品する時は、ひと声かけて」と**業者にも伝えましょう。**こういった報告・共有は、「違う物が納品されることもある」という**気づき**を、調理室だけでなく**すべての職員が持つ、とても良い機会になります。**

また、アレルギーと関係があってもなくても、献立表にある内容と実際にトレイに乗っているものが少しでも違ったら、それだけでなく何か違ったから、「違った」という**事実**を共有・報告します。「アレルギー児には関係がないから」や「大丈夫だから」ではありません。食物アレルギー児の結果がどうこうではないのです。納品から調理、配膳、食事、後片づけの流れ全体の中で、「あれ？ これ、違うよ」と**言い慣れる**、「ちょっと確かめてくるね」と**確認することに慣れる**。そして、確認したら大丈夫だったという場合が多いけれども、「うわ、違った！ 気づいてよかった」「確認してよかった」という場合も**必ずある**、その**事実**に慣れる、これが**重要な**のです。

食物アレルギー対策は、納品から後片付けまで、長い過程の中で複数の人が関わります。それぞれの手順の中でミスを減らすことも大事ですが、人間は**必ずミスをする生き物**ですから、過程

全体の中で「ミスに気づく」「ミスを報告・共有する」システムを作ることも不可欠です。

これは「〇〇先生がミスをした」と責任を追及して責めることではありません。誰でも必ずミスをするのですから、「みんな、同じミスをする可能性がある」という前提で、「ミスに気づく」行動、そして、「責める責められるではなく、ミスを活かす気持ちで報告・共有する」という行動に慣れなければ、ミスは減らせませんし、食物アレルギー事例は減らせません。

そして、曝露事例でも、曝露しかけた事例でも、「いつもと違う」気づき事例でも同じですが、「このポイントでミスがあった」とわかったら、そのポイントの上流でミスを起こしやすくすることが起きていないか、そのポイントの下流でミスが見逃されていなかったか、といった点もしっかり検証しましょう。責任追及ばかりしていると、責任を追及されやすい弱い立場の人だけが責められて終わり、根本的な原因になっている箇所まで原因追求がいかないということになりかねません。それでは、ミスのもぐらたたきが続くだけです。

たとえば、アレルギー対応食と非対応食をまったく同じ見た目に作っていたら？ 調理時の混入や配膳間違いを誘発します。そして、調理の時点で混入が起きていたり、調理時の配膳がそもそも間違っていたりして、かつ見た目が同じだったら、その後、いくらチェックをしても無意味です。アレルゲン曝露が起きた場合、どこでミスが起きたのかもわからないでしょう。

また、アレルギー食材が調理の段階でしか見えないものである場合（例：溶かし入れる小麦粉）、調理中に混入してしまったら、そこから先のチェックはすべて無意味です。こういった食材が含まれる献立の日には、調理室内でアレルギー対応食と非対応食の分離を複数回チェックしなければなりません。

\*\*\*\*\*

## 5. 外傷（保育活動中に起こるケガ。高所からの転落）

何に気づき、報告・共有するか

- ★ 高い所から落ちた（ケガの有無、受診の有無を問わず） → 報告・共有
- × 「落ちたけどケガをしなかった」は、ヒヤリハットではない。「転落事例」 ×
- ★ 無傷であっても、転落事例は転落事例として数える
- ★ 高い所にいる子どもに、職員が誰もついていない → 重要な気づき

園内や園庭でケガを起こすできごとの大部分（衝突、転倒、刺す、はさむ、擦る、かみつ、ひっかき、ケンカ）は、まず命を脅かしません。

けれども、園庭遊具など高所からの転落は、命を奪う可能性があります（1メートル、2メートル）

ルからの転落死亡事例もあります)。ですから、高所からの転落は、「2メートルから落ちたけど大丈夫だった」ではありません。2メートルはもちろん1メートルぐらいであっても、**ケガの有無、受診の有無に関わらず、「転落事例」として数えておいてください。**あくまでも「落ちた」という事実が重要であり、結果は「打ち所が良かったから大丈夫だっただけ」であり、死んでいてもおかしくはなかったからです。

（無症状でも無受診でも、アレルギー曝露したら「曝露事例」として数えておく食物アレルギーと同じ考え方です。）

高所からの転落は、「落ちたけれども大丈夫だった」を「ヒヤリハット」にしてはいけない。そうすると、転落予防に活きる**気づき**は、「**落ちなかったけれども、落ちていたかもしれない**」できごと、です。たとえば、「2歳のAちゃんが、複合遊具の高さ1.2メートルの渡り廊下の開口部に一人で立っていた。横に誰もついてなかった」「気づいたら、1歳のBちゃんがジャングルジムに足をかけて登りかけていた」といったものです。

「誰もついていなかった」「登りかけていた」、つまりその**気づきの瞬間**までは、職員が誰もその子どもを見ていなかったということです。結果的に転落してもしなくても、「**職員が見ていなかった**」というのは**非常に深刻な問題**です。落ちた時に誰も見ていなければ、ケガをしようとしまいと、保護者に状況を説明できず、「そんな所に子どもがいたのに、なぜ見ていなかった」と**信頼を失う深刻なリスクを負う**ことになるでしょう。

子どもが多少でも高い位置にいる時には、職員の視野に必ず入っている、最低限その点を保証するためには、「誰も見ていなかった事実」に気づくことが第一歩となります。「大丈夫だったから」と忘れてしまってはいけません。保育現場でよく言われる「立ち位置」を単なる呪文に終わらせず、実際に声をかけあって、せめて高い位置に子どもがいる時にはつく、すぐ横にはつけないで見ている、そのために活かす**気づき**です。

\*\*\*\*\*

## 6. 外傷（保育活動中に起こるケガ。高所からの転落以外）

何に気づき、報告・共有するか

★ ケガになったかならないか、受診したかしないかではなく…

「**私たちの保育として、これは適切だったか？**」と考える → 皆で検討

★ 「**私たちの保育として、これは適切。ここまでは子どもたちにさせる価値がある。**

そして、この活動をすれば、この程度のケガは当然起きる」

→ **保育の価値とそれに伴うリスクを保護者に伝えていく材料**

ケガは、子どもが成長するための大切な作業のひとつです。子どもはケガや痛みから、「これはやめよう」「これ以上はダメ」といった行動の加減（程度）を学びますし、「こういうふうにすれば、痛くない」「ケガしない」と行動を修正していきます。ケガをしない、痛みを感じないというのは、子どもが学びの機会を持たないということです。こういった学びは、おとなになってから理屈で教えられて「わかる」ことではありません。自分のからだ、自分と他人のからだ（例：ケンカ）をもってしか学べないことなのです。そして、行動やケンカの結果（＝ケガ）が、たいいていそれほど大きくなならない子どもの時代に学ぶことは、とても大事です。

ところが今、保育施設で一番「してはいけない（させてはいけない）」と考えられているのが、**子どものケガ**。小さなすり傷でも「目に見え」、「子どもが痛みを感じ」、「跡が残るかもしれない」から、保護者が気にする、そして保育者も気にします。これまで取り上げてきた1～4と比べてください。ケガはなにしろ頻度が多く、受診する事例も多く、受診しなくても保護者にも伝える**必要があり、保護者が気にすること**なのです。

その結果、保育施設で「ヒヤリハットを集めましょう」と言うと、**ケガのヒヤリハットばかり**になります。かみつきやひっかけ、ケンカも含まれます。そして、対応策というと「見守ります」「注意します」「教えます」「そばにつきます」「止めます」ばかり…。これでは、飽きてしまうのも当然です。そもそも予防できるはずがなく、予防しなくていいものまで、あたかも予防しなければいけないように扱い、あたかも予防できるかのように扱っているのですから、対応策も予防策も出てくるわけがありません。

保育活動中のケガは、高所の転落でなければ、ほぼ子どもの命をおびやかしません。では、**ケガはなんでもしていいのか、**というと…、そうではなさそうです。詳しい内容はこれから書いていく原稿や、保護者とのリスク・コミュニケーションの原稿に譲りますが、これまで私が保育現場から教えていただいていたことをざっとまとめると次のようになります。ケガやケガになりそうだったできごとの気づきには大切な意味があるのです。ただし、「ケガそのものを予防すること」は、論点ではありません。

### 1) 自分たちの保育として適切な活動をしていた

自分たちの園、クラスの保育として適切な活動をしており、その中でケガが起きたのであれば、それは「**不可避なケガ**」である（ケガの予防策を考える必要はない）。

たとえば、年長クラスの子どもたちが園庭の真ん中を元気に駆け回っている時、誰かが転んだとします。転ぶこと自体は防げませんし、防ぐ必要もありません。そして、転んで打ち所が悪ければ、骨折ぐらいは当然します。それは「不可避」です（この点を年度初め、保護者に明確に伝える必要があります。そして、ことあるごとに伝えていきます → リスク・コミュニケーションの原稿に続きます）。

また、跳び箱の活動に向けて運動遊びから始め、低い段数を跳び、だんだん高い段数にしてい

く。その過程で突き指や骨折ぐらいは当然起こります。これも「不可避」です。

こうしたケガを絶対に防ぎたいと言うなら、からだを動かす活動をさせない以外に方法はありません。

## 2) 自分たちの保育として不適切な活動をしていた

自分たちの園、クラスの保育として不適切な活動、月齢や成長発達に合わない活動や指導をしていたのであれば、ケガになった事例であれ、ケガが起きそうだったという気づきであれ、ケガとは無関係な気づきであれ、いずれも「保育として」検討する必要があります。

たとえば、運動遊びも何もしてこないまま、突然、「跳び箱を跳んで」と年長の子どもたちを指導したら、これは不適切です。また、明らかにつまづく物がある場所、ぶつかる場所でかけっこをさせるのも不適切です（障害物として扱うのなら別かもしれませんが…）。

「ケガをしなかったのだからいいでしょ」ではありません。ケガの予防自体ではなく、なぜ、そのような活動をしていたのか、それが不適切だとすれば、どうすればよかったのかを考えることです（この内容は、次の原稿等に詳しく書きます）。

ここでは「自分たちの保育として適切な活動」「不適切な活動」という点がとても大切になります。一般的な保育として適切か不適切か、と言っているのではありません。「自分の園」「自分のクラス」「今、目の前にいる子どもたち」として適切なのか不適切なのか…。すなわち、これがあなたの園、クラスの保育方針そのものになります。

「私たちは今、この子どもたちにここまでの活動をさせる。なぜかという、この活動にはこれだけの価値があるから。でも、この活動をさせれば、これだけのケガのリスクが必ずついてくる」、自分たちの保育の「今、ここまでさせるライン」を明らかにするためにも、保育活動中のケガや、ケガになりそうだった気づきは役に立つのです。そしてこれが、「私たちが子どもたちにさせる活動の価値と、その活動に付随するリスク」を保護者に伝える基本となります。

こういう見方で考えると、同じクラスの中でも保育者によって意見がまったく違うことがおおいにあります（実際に話し合ってみると本当に違うのです！）。でも、同じクラスの中で保育の方法や方針が違っていたら、保育自体がうまくいきません。保護者に対する説明も保育者ごとに違ってしまいうでしょう。それでは、クラスとして、園として運営がうまく行っているとは言えないと思います。保育者によって意見が違うこと自体が悪い、同じにするべきだ、とは言っていない。こうした「違い」がある、という事実を明らかにして、違いは違いとしてクラスの共通点となる「保育方針」を作っていく。その材料として、活動中のケガ事例や、ケガになりそうだった事例は、具体的に役立つのです。

子どもがまだまったくできないこと、子どもにはまったく学びにならないことをさせて、子どもがケガをすることは、できる限り防ぐべきだと私は思います。けれども、子どもが頑張ればできること、頑張ろうと思えること、子どもの学びになることをしてケガをするなら、保護者も、

保育者も、社会もそのケガを受容する必要があります。ただ、「これは必要なこと」と言うためには、「今、目の前の子どもたちに私たちはこれをさせよう。なぜかというところ…。そして、この活動にはこのリスクがあるから、結果が深刻にならないようにするには…」と考えられなければなりません。その視点からすると、ケガや、ケガにつながりそうだったという気づきには、大きな意味があるのです。

**かみつikyひっかき、ケンカも同様**です。「私たちの園では、かみつikyひっかき、ケンカは一切させません」というのであれば、そのような線引きで考える必要があります。一方、「私たちの園では、子どもたちの関わりを見守りながら介入します。すぐに止めることはしません」というのであれば、かみつikyひっかき、ケンカが単発的に起こること、それによるケガは受容していくこととなります。とはいえ、同じ子どもが何度も同じ子どもから…となると話は変わってくるでしょう。いずれにしても、まずは自分たちの園の「保育」と「線引き」を決め、それを保護者に伝えることが不可欠です。

こうして見ていただくと、**6のケガだけは、結果（ケガ）や気づきの線引き自体が、園やクラス、年度、子どもの育ちによって変わる**こととなります。けれども、1～5はそのようにはなりません。なぜなら、1～5は、**深刻な結果が明らかにあり、その結果が子どもに起きてしまった場合、子どもの学びにはまったくならない**からです。

#### 〔おまけ〕

ケガこそハイインリッヒの図があてはまり、「小さいケガを予防する努力をすれば、大きなケガを予防できる」のでは？

保育活動中にきわめて深刻な外傷が起きるのは高所からの転落ぐらいです。ですから、5で書いた通り、「子どもが高い所にいるのに誰もついていない」という気づきを活かすことができれば、死亡や重傷の予防につながる可能性があります（次ページ左図）。

一方、6に書いたできごとは、そもそも深刻な結果がほぼ起こりません（次ページ中図）。そして、できごとが違えば、対策もまったく違います。たとえば、ドアの指はさみをいくら検討しても、睡眠中の突然死はもちろん、高所からの転落も予防できないのです（できごと別に考えれば、下中図は何種類もできるでしょうし、できごと別に気づきの活かし方が考えられるはずです。でも、深刻な結果がほぼ起きない以上、私はその必要性を感じません）。そして、たとえばドアの指はさみは、そもそも本当にそこまでして予防すべきことなのか。子どもが転ばないようにするべきなのか。転ぶのはあたりまえ。転んだら骨ぐらい折るかもしれない、その事実をなぜ保護者も社会も受容できないのか。

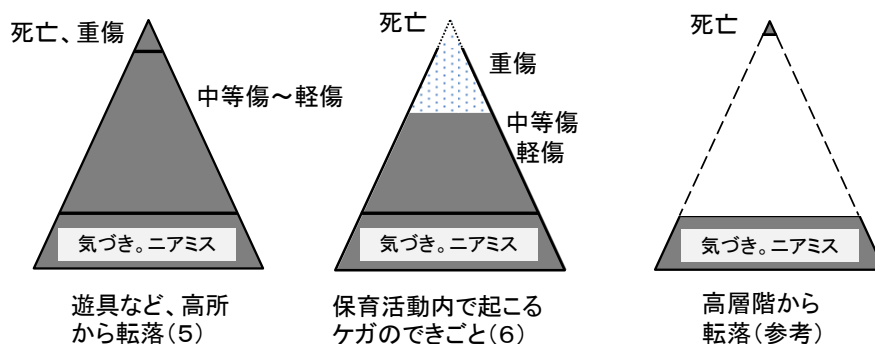
「保護者に言われるから」「痛いから」…、確かにそうです。でも、そういったことに気をとられている陰で、1～5のようなできごとの気づきには目に行かないのが実状です。「ケガなんかど



うでもいい」と言っているわけではありません。優先順位を間違っているのです。

この2つのハインリッヒの図を見ていただければ、「小さなケガを検討して予防することが、大きな事故を防ぐことにつながる」という漠然とした考え方自体、事実合わないこと、予防に活かさないことは、おわかりいただけると思います。

ついでに言うと、同じ「高所」でも高層階から転落する事例は、同じ転落事例でも、また図が違い、誤嚥の図に似ています(下右図)。軽傷や無傷はほぼありません。「ベランダに出る鍵を開けていたよ」「ベランダに一人で出ている」「窓の脇のベッドで飛び跳ねていた」「柵に登って、窓から外を見ていた」…、ドキリともしないようなこんな気づきを活かさないと転落(≒死亡)は防げないのです。



## おわりに

このようにできごと別に分けて考えると、それぞれのできごとについて、気づくべき点、報告・共有すべき点、報告・共有のしかた等がすべて違うということがわかっていただけたと思います。

「では、報告書の書式は、いったいどうしたらいいのか」…、そう考えた方もいらっしゃると思います。それは「続き」になりますが、事故(受診)報告書以外は、別段、書式もなにも要りません。「書式を埋めること」に意味があるのではなく、「気づいて、報告・共有して、活かすこと」にこそ意味があるのですから。

まずは「事実を書くことに慣れる」「出すことに慣れる」、そして、園の中を「気づいてくれてありがとう」「報告してくれてありがとう」という空気に変えていくためにも、私は『保育界』に書いたフセン方式をお勧めします。フセン方式の実際を次に書きます。