

## 保育・教育の価値とリスク、深刻事故予防

掛札逸美（心理学博士）

★センターのウェブサイト：「保育の安全」で検索 <https://daycaresafety.org/>

★Facebook：上のサイトの一番上にリンク（動画配信も。毎日更新）

### 1. リスク・マネジメント＝価値とリスクの天秤を使うこと ≠事故（ケガ）をなくすこと

・自園の活動、行事について、子ども一人ひとりの成長発達に沿った価値を説明できますか？

↑ これを説明できて初めて、「価値に付随する、受容すべきリスク」と「価値のないリスク」を分けることができる

× 「ずっとしてきた活動から」「伝統だから」

・今、社会が想定している（命の）リスクや（園、職員の）責任が価値を上回っていませんか？

★詳しくは：「保育の安全」サイト→「コミュニケーション」  
→「A-1. 価値とリスク：保育における真のリスク・マネジメント」（一番下に置いてある『保育ナビ』の記事は必読）  
同サイト→「安全」→「2-1 遊びと危機管理」と「5-1 命を奪う危険性の高いケガ」

もっとも広い意味での  
リスク・マネジメント

価値とリスクは、常に天秤の上  
＝活動のほぼすべてはこちら

ケガやケンカ等 = 育ちと学び

「活動として適切でないもの」を  
明確に見分ける = 質向上



### 2. 安全、安心、責任を切り分ける

- ・安全（客観的）：物理的／環境として具体的につくる。具体的で効果のある行動をする（気をつける、見守る、緊張感をもって取り組む…は主観的な「つもり」。脳にはできない。具体的で効果のある行動ではない）
- ・安心（主観的）：その人が特定の状況／状態をどう感じるか（安心⇔不安）。一人ひとり異なる。  
遺伝子（変えられない）＋ 知識（増やせる） ＋ 経験（諸刃の剣）  
すべきこと、してはいけないこと、不要なこと
- ・責任（社会的）：責任の有無＝すべきことをしたか、してはいけないことをしていなかったか  
責任の重さ＝前例、裁判例、報道等によって変化していく  
一方、できないことを「できる」と考える／言うのは無責任

★参考資料：安全と安心の違いは、『子どもの命の守り方』（エイデル研究所）に詳しく。

★責任を保護者に手渡す。「保育の安全」→「コミュニケーション」

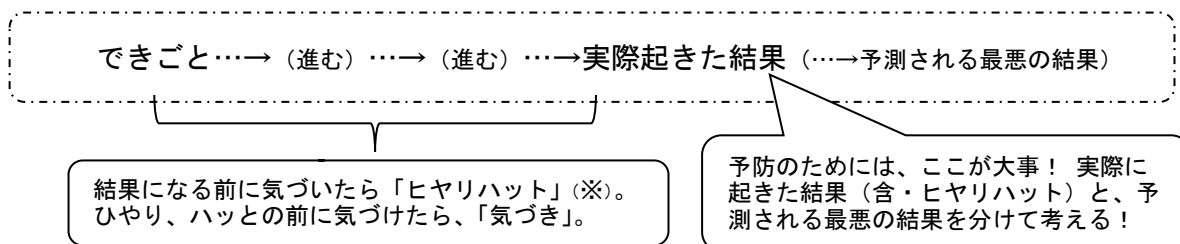
巻き添え交通事故、感染症、自然災害等で「絶対、予防します！」と考えて／言っているのか？

### 3. ところで、事故／深刻事故ってなに？：結果が深刻？ できごとが深刻？

- ・子どもが50センチの高さから落ちたら、すべて深刻事故？ …無傷だし…
- ・交通事故はすべて深刻事故？ …いや、車体にぶつかっただけだから…
- ・他児の首にすずらんテープを巻きつけて遊んでいたら？ …止めたから…

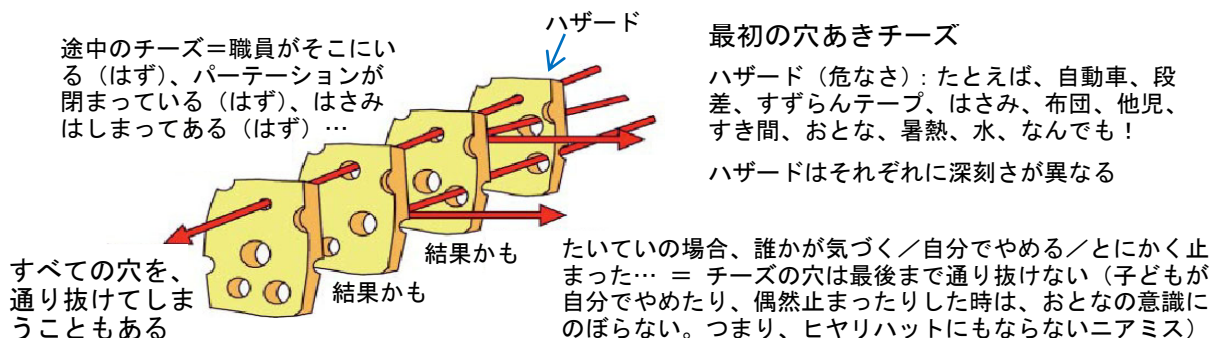
「(深刻) 事故」という言葉は便利ですが、考え始めるとやっかいです。なので一歩さがって

❖ 起きたできごと(事象) と 実際の結果／最悪の結果 を分けて考える習慣を！



上の図の見方を変えると…

スイス・チーズ・モデル (James Reason, 1990)



※「ヒヤリハット」は日本語。英語ではすべて「ニアミス near-miss」(結果に至らなかったもの全部)。ヒヤリハットという言葉があるために、ヒヤリ、ハツとしたものだけが「大事なできごと」であるかのように思われてしまう。実際には、もっと前に「冷静に気づいて」止めていたニアミスや、誰も気づかず、でも結局、結果につながらなかったできごとが山ほどある。「ヒヤリハット」、実は困った言葉

**ハザード**：危害となる(潜在的な)力を持ったものすべて  
(明らかに「危ないもの」だけではない。そして、子どもにとっては、すべてがハザード！ 子どもは危なさを知らないから ←悪いことではない！)

**リスク**：ハザードによって人に危害が及ぶ可能性。チーズの穴をすり抜けて、人に危害が及ぶ確率(ハザードが園環境になればリスクはゼロ。チーズに穴がなければリスクはゼロ…だが…実際は必ず穴が開いている)

★参考資料：ハザードとリスクの詳しい解説は、『子どもの命の守り方』(エイデル研究所)。ハザードとリスクの誤った定義(「リスクは冒険や挑戦の対象」で「ハザードは価値と関係ない危険性」等)も同書に

#### 4. 以上を頭に置いて、園（＝他人の子どもの命を仕事として預かる専門家）の責任を定義

- ・ 深刻なハザードを放置 → 深刻な結果：100%おとなの責任

例：ムダで危険なすき間（絞扼）。ムダで危険な高さに子どもが登れる状態（転落）。あらゆる水

- ・ 深刻なハザードに伴うリスクを軽視（チーズに穴） → 深刻な結果：100%おとなの責任

例：熱中症を含むすべての災害。0、1歳のうつぶせ寝。睡眠チェックをしない。プールで監視を常時していない（監視をしても…）。窒息リスクが高いものを食べさせる。食物がなんであれ食べさせ方が危険。発達段階に合わない活動をさせる

× 「少しの間だから」「子どもはやらないから」。根拠のない「大丈夫」

健康や安全では、  
根拠のない「大丈夫」  
を言わない！

- ・ ハザードと無関係に、チーズのスライスに大穴＝目を離し続ける

→ 深刻な結果：100%おとなの責任

例：取り残し、置き去り、閉じ込め、いないことに気づかない…結果、起きたすべて

▶ 子ども全員を見切れずに起きたことは、すべて職員の責任？

「事故が起きた瞬間を見ていなかった」は、すべて職員の責任？

- ・ 保育者の職務は子どもを監視することではない
- ・ 日本の保育士配置基準（そのための補助金）は、ぎりぎり過ぎる

- ・ 事故後に重症化リスクを軽視 → 深刻な結果：100%おとなの責任

例：頭部や腹部を打っている（らしい）、骨折の可能性があるのに受診しない。救急要請しない

- ・ 繰り返す深刻事故 → ハザードとリスクがわかっていたはず！ → 責任が重くなる

例：プールで監視がおらずに死亡。うつぶせ寝させ、睡眠チェックをせずにおいて0～1歳児が死亡

- ・ 睡眠と食事には、生き物として絶対必須の価値がある

睡眠中の死亡、食事時の誤嚥窒息は、予防と事故後対応でおとながすべき責任を果たしたか  
誤嚥は責任+前例があるかどうか（×丸のままのミニトマトやブドウ、白玉、節分の豆等）

★詳しくは：「保育の安全」サイト→「安全」各項目。事故後対応は「1 救急。保育の安全シート」と5-1

#### 5. 価値、安全、安心、リスク、ハザード、責任、遺伝子、知識、経験

プールや災害  
でも同様に考  
えてみて！

例：睡眠中：睡眠は生き物にとって不可欠な価値。でも、特に生後12か月未満の子どもはリスクが高い（＝知識）

- ・ すべきこと（責任）をすれば安全を確保できる確率が上がり、職員、保護者の安心を守る
- ・ ところが、「この子はうつぶせのほうがよく寝る」「ずっとこれで大丈夫だったんだから」と言う職員や園長もいる（＝経験の悪影響が、知識と責任を軽視 ※）
- ・ すべきことをしておらずに深刻な事故になったら、職員と施設長が責任を問われる。「仰向けにしたほうが」と言った（考えた）職員がいれば、その職員の心も壊れる

補足：睡眠チェックは一人ひとりの子どもの「いつも」を知り、「いつもと違う」に気づく作業。

「呼吸チェック」「SIDSチェック」（＝生きていかどうかチェック）ではない！

※詳しくは：「保育の安全」→「その他」→「掛札（文章、翻訳）」→『保育通信』4～6月

## 6. ところで、子どものケガは？ ケガをしたらずべて園のせい？

子どもの育ちにとって、「ケガにつながるできごと（転ぶ、つまづく、すべる、ぶつかる、落ちる等）」は不可欠。でも、育ちに不可欠なできごとによるケガであっても重傷はふせぎたい。また、価値のないケガ、ムダなケガ、保育・教育として間違っていて起きたケガは予防すべき

大事

「日々の教育・保育においては、乳幼児の主体的な活動を尊重し、支援する必要がある、子どもが成長していく過程で怪我が一切発生しないことは現実的には考えにくいものです。」（内閣府のガイドラインの前文、2016年）

ただし、ケガにつながるできごとが常に、同じ程度のケガ、同じ場所のケガになるわけではない

例：同じ段差でつまづく（できごと）→ 転ぶかどうか、転んだ場合にケガするかどうかは、その時々さまざまな条件による

**ケガ（結果）の深刻さ／軽さは、できごとの価値／深刻さと直結しない！**

★詳しくは：「保育の安全」→「安全」→「2-1 遊びと危機管理」「5-1 命を奪う危険性の高いケガ」

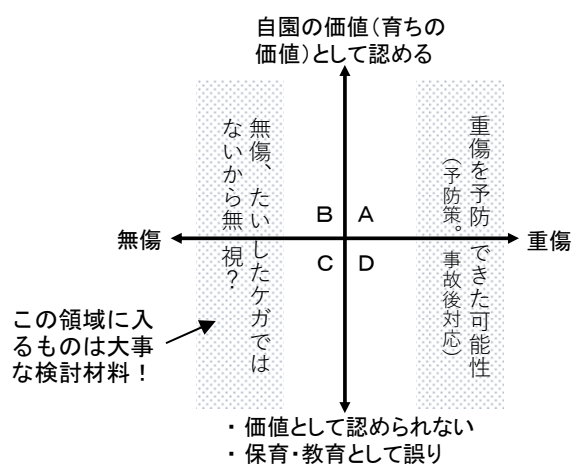
だから、価値とリスクの天秤が自園の中で明確に使われていなかったら、以下の議論はできない

誤った考え方「ケガになったから、これは間違っていた」

誤った考え方「ケガにならなかったから、このできごとは起きてOK」

適切な考え方「保育・教育として適切な状態で起きたのだから、ケガは起きる」（ケガそのものについては謝罪しても、できごとについては謝罪しない）

適切な考え方「保育・教育として不適切なできごと、（または）子どもの育ちに合わないことをしたのだから、ケガになったかどうかではない。報告して、具体的に検討する」



個々の活動、活動によって起こるできごとについて、左図の縦軸の判断ができていますか？  
（＝この資料の1、「価値を説明できるか？」）

- ・職員が見ていて、ケガになりそうだったところを止められた！＝最高の検討事例
- ・おとなは見えておらず、ケガになった。←検討のしようがない

★詳しくは：「保育の安全」→「コミュニケーション」  
→「A-6 子どものケガを保護者に伝える」  
同「コミュニケーション」→「A-1. 価値とリスク」  
（一番下に置いてある『保育ナビ』の記事は必読）

- ・育ちにとって価値あるできごと？ ケガや園の責任のリスクが価値を上回っていない？
- ・保育の質
  - －月齢、発達に合っていた？
  - －子どものその時の状態に合っていた？（例：今朝は数人が落ち着かない）
  - －その時の環境条件に合っていた？（例：雨の直後に遊具にのぼる）
- ・公園環境や道路環境など、園や職員以外の責任？

## 7. 「気づき」を活かす。では、ヒヤリハット報告や事故報告書は？

★詳しくは：「保育の安全」→「安全」→「2-6. ヒヤリハットを集める、活かす」

- 食物アレルギー対応食で、納品～調理～配膳 の間に「誤りに気付いて止められた！」  
→ 気づけたのは、園のルールがあって、ルール通りに行動したから？ それとも幸運？
- ✕ 食べてしまった → すべてのチーズの穴を抜けてしまったのだから、検討しようがない
- 取り残し、置き去り、閉じ込めは、深刻な結果にならなかったものすべてが大事  
→ 園にある確認ルールが機能しているか、チェックするチャンス！

- ✕ 「気づけた」のは、偶然、運がよかったから → 運がなくても気づける確認ルールを
- そこで気づくようにルールがあったから気づいた
- 今回は運がよかった。でも、その運（偶然）がなかったとしても、気づくようなルールはその後にあったから、気づけたはず

- ・ 報告書は「たくさん書けばいい」「項目を埋めればいい」ではない  
⇒自治体に出す報告書は「始末書」なので、とにかく埋める
- ・ 「予防できる」「予防しなければ」という事例の場合、効果のある予防法を  
→ 予防に役立たない予防法もどき、「埋めるだけ」の反省文を書かない  
→ 事例を報告した人が1人で対策を考えない！  
→ 反省は対策ではない！ 「こうすればよかった」ではなく、「こうしよう」
- ・ 「連携」「立ち位置」「見守り」「声がけ」等、決まり文句を並べて、「予防できるつもり」にならない！
- ・ すべてが先生たちの責任ではない。自治体、保護者の責任もある

### 附 なにが「チーズのスライスの穴」？

できごとによって違う！ → 予防の鍵もできごとによって違う

- ・ 運、確率（事故＝意図せずに起きたできごと。宝くじと同じで運もある）  
たとえば、子どもの死亡が容易に起こる他の条件（下）が揃っていても、実際は、めったに起こらない。逆に、下の条件はすべて揃っていても、「今日、この時に限って！」も起こりうる
- ・ モノ、環境上のハザード。または、リスクを避けるための物、設備がない  
例：階段の上の柵、子どもの手が届かない位置の鍵、子どもが開けにくい鍵など
- ・ 子ども自身の行動。未就学児の場合、ほぼ制御不可能と考えるべき。子どものせいにはできない
- ・ 保護者の行動と認知。送迎時の危険な行動。職員を委縮させる言動。楽観バイアス等 ※
- ・ 施設長、職員の行動。明らかなモノ、環境上のハザードを放置する等
- ・ 施設長、職員の認知。楽観バイアス。言えない集団圧力。気づきを良しとしない文化等（いわゆる「温度差」ではない）

※楽観バイアス：自分／自分たちは大丈夫」と、自分たち側のリスクを低く見積もるバイアス（ものの見方の歪み）。リスク（チーズの穴をすり抜けていく確率）は同じでも、「自分たちは大丈夫」と感じてしまうのが人間

## 掛札逸美

心理学博士（社会／健康心理学）：専門は安全の心理学、コミュニケーションの心理学

- 「保育の安全」サイト（「保育の安全」で検索。下の2つのリンクもここにあり）：  
<https://daycaresafety.org/>
- Facebook ページ（新型コロナ関連の情報、ひな型等）：<https://www.facebook.com/daycaresafety/>
- 「3000万語の格差と関連情報」サイト（「新潟1歳児3対1」報告書やZoomマニュアル、研修会資料等もそれぞれのタブに）：<http://kodomoinfo.org/>

## 略歴

1964年生まれ。筑波大学卒。（公財）東京都予防医学協会広報室に10年以上勤務。

2003年、コロラド州立大学大学院心理学部応用社会心理学科に留学。健康心理学を専攻。2007年1～2月、世界保健機関（WHO）協力機関・カロリンスカ研究所／医科大学公衆衛生学部社会医学部（ストックホルム）が開催する「国際傷害予防集中コース」（5週間）受講。2008年2月、心理学博士号取得。同5月卒業、帰国。

2008年6月から2013年3月まで、産業技術総合研究所特別研究員。

2013年4月、NPO法人保育の安全研究・教育センター設立・代表理事。2020年3月、NPO格を返上し任意団体化。

## 委員等

「平成27年度 教育・保育施設等の事故防止のためのガイドライン等に関する調査研究事業検討委員会」委員（内閣府、厚生労働省、文部科学省）

「千葉県社会福祉審議会児童福祉専門分科会施設部会 保育に係る重大事故検証委員会」委員長（2016年12月26日～2017年8月31日）。現在も同委員。

## 主な（共）著書、訳書

