

令和元年8月29日

教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議年次報告 (令和元年)

教育・保育施設等における事故防止対策については、平成28年3月に「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)において、特に重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項や、事故が発生した場合の具体的な対応方法等について、各施設・事業者、自治体における事故発生の防止等や事故発生時の対応の参考となるような取組を示し、国によりその周知徹底が図られている。例えば、平成29年度、保育士等の処遇改善加算の要件としてキャリアアップ研修が創設されたが、その研修分野の1つである「保健衛生・安全対策」の中で「ガイドライン」について取り上げることとなっている(平成29年4月1日雇児保発0401第1号「保育士等キャリアアップ研修に実施について」)。また、保育士養成課程においても同様に教科目「子どもの健康と安全」が、「ガイドライン」等を踏まえた内容とされている(平成30年4月27日子発0427第3号「指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について」の一部改正について)。

平成29年5月から、有識者会議においては、教育・保育施設等における死亡事故等の検証報告について実施自治体からヒアリングしており、この内容を踏まえて、同年12月、午睡リスク予防や「ガイドライン」の周知徹底等に関する緊急提言を行った。そして、平成30年7月、内閣府の事故情報データベースの傾向分析の他、ガイドラインの周知徹底などの再発防止策について、はじめて「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有

識者会議年次報告（以下「年次報告」という。）（平成30年）を取りまとめたところである。

死亡事故等の検証報告は、個人の責任追及ではなく、再発防止につなげることが目的だが、検証を実施する個々の自治体にとっては、先行事例の少ない中、単独で模索している状態にあり、支援する必要があるため、平成29年から内閣府においては検証の実施経験のある自治体と、実施予定等の自治体が一堂に会し、検証実施上の問題点の共有や意見交換を図るため、「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証実施等自治体による情報共有会議（以下「情報共有会議」という。）」を開催している。引き続き、このような取組を通じ、検証の意義や方法に関して、現場の理解を深めていく必要がある。

本年10月から認可外保育施設等を含めた教育・保育施設等について、幼児教育・保育無償化が実施される。これに伴い、教育・保育施設等の質向上についての社会的関心が高まっており、重大事故防止に向けた関係者の更なる取組の強化と、自治体及び施設・事業者による事故報告、事故についての事後検証の確実な実施が求められている。こうしたことから有識者会議における重大事故防止策の検討についても重要性が増している。

年次報告では、各年の「教育・保育施設等における事故報告集計（以下「事故報告集計」という。）」を用いて、傾向を分析している。今回は、平成27年から30年の事故報告集計における施設別・年次別事故件数を積み上げて集計を行い、年次報告（令和元年）を取りまとめた。年次報告（平成30年）では主に死亡事故について、地方自治体が行った検証報告のヒアリング等を踏まえて、注意喚起及び提言を取りまとめたが、年次報告（令和元年）では昨年を取りまとめ時に当有識者会議において選定した「骨折」をテーマとして、

新たに聞き取り調査を行い、再発防止策の提言を行うこととした。

なお、施設別・年次別以外の事故件数の積み上げは、昨年、平成27年から29年までの3か年分を集計したが、今後の取りまとめは、原則、3年毎に直近3か年分の事故報告を集計することとしている。

この他平成30年における政府の動きとしては、4月に、プール活動・水遊びに関して消費者庁から意見が公表された。また、11月には保育施設における事故対策やそれに関する監査の実施方法等について総務省行政評価局から勧告が行なわれ、内閣府は文部科学省および厚生労働省とも協力して、安全な保育環境の確保に努めることとしている。

目的等

1. 目的

この報告書は、全国の施設・事業者、地方自治体及び国における重大事故、特に死亡事故の防止に資する注意喚起を行うことを目的として策定している。

2. 事故件数等について

教育・保育施設の死亡事故及び負傷等(治療に要する期間が30日以上)の負傷や疾病)の地方自治体から国への事故報告については、平成27年4月(子ども・子育て支援法施行)から、内閣府、文部科学省及び厚生労働省の三府省通知により、地方自治体に依頼しているところであり、これにより報告のあった事故件数を毎年集計して、事故報告集計として公表している。

ここに掲げる死亡事故の件数は、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのものであり、その他の認定こども園等は平成27年4月からのものである。

また、死亡以外の負傷等の件数は、今回は死亡事故の件数と同様に、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのもの、その他の認定こども園等は平成27年4月からのものである。なお、これらの事故報告の詳細については、「事故情報データベース」として、内閣府のホームページに掲載している。

3 . 死亡事故等の検証について

平成 28 年 4 月から、認可権限等を踏まえ各所管の地方自治体により全ての死亡事故について検証を行うこととしており、S I D S や死因不明とされた事例も事故発生時の状況等について検証を行う。なお、地方自治体において検証が必要と判断した事例（例えば意識不明等）についても検証を行うこととされている。

地方自治体による検証報告は、平成 29 年 2 月に初めて国へ提出され、その後令和元年 7 月末までに合計 21 件提出されている。当有識者会議においては、このうち 16 件の検証報告についてヒアリングを実施しており、平成 29 年 12 月には、年次報告を待たずに、速やかに注意喚起すべき睡眠中の事故防止に関して、施設・事業者及び行政に対して発信したところである。平成 30 年 7 月には、検証報告のヒアリングを踏まえて、事故の傾向分析の他、死亡事故の防止のための「注意喚起事項」などを取りまとめ、年次報告（平成 30 年）を発信している。

死亡事故の件数

1. 死亡事故の件数について

死亡件数は、 2 のとおり、施設類型別によって集計の始期が異なるが、平成 27 年から平成 30 年までの死亡件数は 44 件(平成 27 年 14 件、平成 28 年 13 件、平成 29 年 8 件、平成 30 年 9 件)であった。

平成 27 年から平成 30 年までの死亡件数 44 件について施設別に見ると、その他の認可外保育施設が最も多く 26 件、次いで認可保育所の 11 件、幼保連携型認定こども園及び家庭的保育事業は各 2 件、小規模保育事業、病児保育事業及び地方単独保育施設が各 1 件であった。

	H27	H28	H29	H30	計	%
幼保連携型認定こども園	1	0	1	0	2	4.5%
認可保育所	2	5	2	2	11	25.0%
小規模保育事業	1	0	0	0	1	2.3%
家庭的保育事業	0	1	0	1	2	4.5%
病児保育事業	0	0	1	0	1	2.3%
地方単独保育施設	1	0	0	0	1	2.3%
その他の認可外保育施設	9	7	4	6	26	59.1%
計	14	13	8	9	44	100%

その他の認可外保育施設は、企業主導型保育施設、地方単独保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業以外の認可外保育施設。

2. 再発防止等について

平成 30 年における死亡事故 9 件のうち病死 1 件を除く 8 件は、いずれも 0 歳・1 歳児の睡眠中の事故である。これら睡眠中の事故と発見時の体位がうつぶせ寝であった、施設への預けはじめの時期であった、他の業務を行い当該児をみていなかったなど、過去に発生した事故と同様の状況が見られた。「教育・保育施設等における事故防止及び事

故発生時の対応のためのガイドライン（平成 28 年）」「注意喚起（平成 29 年）」「年次報告（平成 30 年）」等において、度々注意喚起・提言を行ってきたが、依然として、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が不十分であったり、ガイドラインが必ずしも現場の職員まで行き渡っていない、或いは行き渡っていても各職員が内容をよく認識していないと考えられる。このため、国及び自治体は年次報告（平成 30 年）ガイドライン（平成 28 年）の内容について、あらゆる機会を通じて周知徹底を行うことを進める必要がある。また、平成 28 年 3 月 31 日府子本第 191 号等「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」によって、地方自治体が検証を実施する際の考え方、検証の進め方等を通知した。その周知徹底を図るために、平成 29 年より情報共有会議を開催し、事後的な検証実施（実施予定等を含む。）自治体を招集し、検証実施状況、検証実施における問題点等の共有、必要な意見交換を行い、各自治体における検証委員会の効果的、効率的な運営を促進している。令和元年 6 月開催の第 3 回情報共有会議において、検証の困難な点として、保護者の心情に十分配慮しながら行う必要があるが、事故から日が浅く保護者の気持ちが落ち着いていない場合もある中でいかに協力を得るか、家庭での子どもの状況等についての情報をいかに得るかが挙げられた。これについて、検証の目的は再発防止にあることを丁寧に説明していくことや、保護者も時間の経過とともに真実が知りたいなど意向が変化することがあるなどの意見があった。また、事故時の情報収集やその際の連携の困難について、特に警察の捜査や裁判との関連から検証を見合わせていたところ、事故発生から時間が経過してしまったことや、事業者の証言と警察の捜査により得られた情報に違いがあったことなどが挙げられた。検証報告が訴訟の資料となることも考えられ、自治体が設置した検証委員会の委員

に負担感が大きいこと、死因不明のまま検証を進めて報告を取りまとめた場合、その後、警察の捜査や裁判手続きにおいて検証結果と異なる事実が明らかになった場合に、検証結果に対して疑問が生じてしまうのではないかと、という意見もあった。これに対して、時間が経過すると関係者が事故当時の事実関係について記憶が薄れてしまうことや、職員の異動や退職等により関係者の接触が難しくなる場合もあることから、検証委員会の立ち上げは遅れるとしても、一定の事実関係については事故直後に聴取調査を行い、整理しておくことの重要性が共有された。さらに、自治体が施設や事業所に対して行う指導監査の都度、同様の文書指摘を繰り返しても一向に改善されないという監査の形骸化の問題が挙げられ、これに対して、改善のため同じ指摘が2回続くと改善勧告等の手続きに進むルールとした自治体があったことが共有された。また、平成29年度補正予算で措置されたうつぶせ寝を感知するセンサー等の導入費用の補助について、事業者からの要望が多く、継続をお願いしたいとの声があった。

負傷等の件数

1. 負傷等の件数と再発防止について

負傷等(治療に要する期間が30日以上)の件数は次表のとおりである。

施設類型によって集計の始期が異なるが、平成27年から30年までの負傷等の件数は4,341件(平成27年613件、平成28年862、平成29年1,234件、平成30年1,632件)であった。

平成27年から30年までに報告を受けた負傷等の事案4,341件について施設別に見ると、認可保育所が最も多く2,430件、次いで放課後児童クラブの1,298件、幼保連携型認定こども園は308件であった。負傷等4,341件の内容を見ると、骨折事故が最も多く3,575件と、82%をしめている。昨年度の年次報告では、死亡事故をとりあげ、特に重大事故が発生しやすい睡眠中、プール活動・水遊び、食事中について、事故防止に取り組むよう注意喚起・提言を行った。これに続いて今年度の年次報告では、骨折事故の事例について聞き取り調査を行い、再発防止策の提言を行うこととした。

	H27		H28		H29		H30		計		%	
		うち骨折		うち骨折		うち骨折		うち骨折		うち骨折		うち骨折
幼保連携型認定こども園	12	8	51	45	72	54	173	146	308	253	7.1%	7.1%
幼稚園型認定こども園	3	2	8	6	7	5	19	14	37	27	0.9%	0.8%
保育所型認定こども園	2	2	11	10	10	9	40	31	63	52	1.5%	1.5%
地方裁量型認定こども園	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3	0.1%	0.1%
幼稚園	13	12	20	17	24	21	40	36	97	86	2.2%	2.4%
認可保育所	342	266	469	368	727	587	892	711	2,430	1,932	56.0%	54.0%
小規模保育事業	1	1	1	1	6	5	14	11	22	18	0.5%	0.5%
事業所内保育事業(認可)	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	0.0%	0.0%
一時預かり事業	0	0	0	0	2	0	1	1	3	1	0.1%	0.0%
子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業)	0	0	2	2	5	5	1	1	8	8	0.2%	0.2%
子育て短期支援事業	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0.0%	0.0%
放課後児童クラブ	228	196	288	259	362	332	420	356	1,298	1,143	29.9%	32.0%
企業主導型保育施設			0	0	2	2	6	6	8	8	0.2%	0.2%
地方単独保育施設	8	8	3	2	8	5	7	5	26	20	0.6%	0.6%
その他の認可外保育施設	3	2	8	6	7	4	17	10	35	22	0.8%	0.6%
計	613	498	862	717	1,234	1,030	1,632	1,330	4,341	3,575	100%	100%

その他の認可外保育施設は、企業主導型保育施設、地方単独保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業以外の認可外保育施設。

2. インタビュー調査の概要

- 教育・保育施設における4 - 6歳児の戸外活動における骨折事故 -

本報告では、事故報告発生件数が多い「4歳から6歳までの戸外活動における骨折事故」に焦点をあて、事故に至るプロセスについて聞き取った。事故につながる要因を抽出し、事故防止に必要な対策を提言し、重大事故の防止に役立てる。

対象は、平成27年から30年までに報告があった保育所における4歳から6歳までの幼児の戸外活動中の骨折事故である。調査の趣旨を説明して同意が得られた4事例について実施した。園庭での骨折事故2件（4歳，6歳）、公園での骨折事故2件（4歳，5歳）である。園庭での骨折事故は、木に登って落下した事故と、走ってきた他児との衝突による事故である。公園での骨折事故は、2件とも固定遊具からの転落による。

平成30年11月から31年3月までの期間に調査者が施設を訪問し、事故発生時に保育を行っていた保育者(3事例)、園の責任者(1事例)にインタビューを行った。事故に至るプロセスを詳細に聞き、RCA（根本原因分析法）iiに基づいて「なぜ、事故が発生したのか」を尋ねることを繰り返し、背景要因を探った。

3. 要因分析

4つの事例の聞き取り結果を、要因分析の手法に基づきソフト面、ハード面、環境面、人的面の4つの側面から検討した（「表1 SHEL分析」参照）。ここでは個人情報保護のため、4つの事例を個々に取り上げて分析することはせず、総合的な考察を行う。

表 1 SHEL 分析

項目	内容
ソフト面	マニュアル、研修、職員配置などに関わるもの
ハード面	施設、設備、遊具の状況などに関わる「物的要因」
環境面	教育、保育の状況等照明や居室の空間など子どもの生活環境および職員の労働環境を含む環境に関わる「環境要因」
人的面	担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関わる「人的要因」＝職員のスキル・知識・心理的要因および利用者本人の体調、健康状態など

出典：関川芳孝(2016)「事故の再発防止のための事後的な検証」

なお、ソフト面、人的面に関して、本年次報告における用語の定義は、次のとおりである。

S(ソフト、システム)要因としては、ソフトやシステムの問題がある場合をいう。ここでのシステム・エラーとは、組織として定めるべきマニュアル等が作成されていない、保育者間の引継ぎや伝えあいのルール・役割分担が明確でない、あるいはこれらを指導する OJT や外部研修が組織として行われていないことから職員が習得していない、などである。

L(リブ・ウェア)人的面から考えられる要因としては、保育者等のヒューマンエラーがある。ヒューマンエラーとは、人の要因によるものであり、決まっているルールを守らなかったり、うっかり見過ごしたり、これぐらいなら大丈夫と、漫然とした意識から生じる危険である。

ヒューマンエラーが要因とみえる事故も、ミスを誘発しやすい環境要因、さらにはその背景にシステムエラーがあることが多く、システムがヒューマンエラーの発生に影響

を及ぼしている。またシステムエラーは、人の要因から引き起こされているなど、要因は相互に関連を持ち、絡み合っ事故は発生している。

(1) ソフト面

マニュアルや規則、研修の実施や職員配置などについてみると、いずれの園も、事故予防指針の作成、事故予防に関する研修の受講、基準に則した職員配置をしている。

だが、事故に至ったプロセスを詳細に尋ねたところ、以下の要因が浮かんできた。

【要因 1】異年齢合同での園外活動に関する事故予防のルールが、職員間で明確になっていない。

(事例) 5歳児クラスと1歳児クラスが合同で公園に行き遊んだ際に、1歳児クラスの一人が公園から出て行こうとしていることに5歳児担当の保育者が気づき、対応していた。5歳児の活動から保育者の目が離れたその間に、5歳児の一人が通常は利用しない遊具にとびのぼろうとして、落ちて骨折をした。

負傷事故発生時の年齢構成をみると、異年齢構成による発生が最も多く、保育所では約半数を占めるⁱⁱⁱ。年齢の異なるクラスが合同で活動することは、体験の幅がひろがり、異なる年齢の子ども同士の相互作用を通した育ちあいもみられる。しかし子どもの発達差が大きいことから、細やかな目配りが必要である。事例では、1歳児が公園の外に出て行こうとすることに対応している間、5歳児の見守りに隙間が生じ、年長児の骨折事故につながった。保育者は事前に子どもに対して言葉掛けをしており、年長児がまさかこのような

行動をとるとは思っていなかったとのことであった。異年齢児が合同で行う活動では、年長児は年少児からの憧れやモデルとなることも多くあり、同一年齢の子ども同士の遊びの場面とは異なる姿を見せることがある。またこの時は、5歳児クラスに進級して初めての園外活動であったことから、クラス全体が高揚していることは、保育者も察知していた。このような年長としての意識が高まっている時期に、異年齢との関わりを大切にした取組を行う際は、年齢ごとの活動とは異なる個々の子どもの状況を把握して、適切な環境の構成や配慮を行うことが重要である。具体的なルールが明確にされておらず、もっぱら保育者の判断に任されている状況は、事故につながる要因となりやすい。

事故の要因として、急いでいた、まさかと思っていた、というヒューマンエラーが挙げられる。その背景に、環境構成上の配慮不足や、異年齢合同での活動の際のリスクが職員間の共通認識となっていないことから、保育者の危険予測が十分でなかったということがある。保育者のヒューマンエラーのみならず、組織としてのリスクマネジメントが課題となる。事故防止のルールを明確にすること、保育者が園外活動中に予測するべきリスクについて全体で共通理解を図ることなどによって、保育者が危険を予測できるような組織運営を十分に行うことが、事故予防につながる。従って、日頃の保育のなかで、異年齢合同での活動の際の危険予測に関する指導（OJT）や、保育者間の声のかけ合いやルールについて研修等を通して習得させるというソフト面に関するシステム改善が必要である。

【要因 2】 公園の固定遊具で遊ぶ際に、それぞれの子どもの発達や特性に応じた遊具の使用方法について、保育者間で確認するルールとなっていなかった。

（事例） 事前に言葉掛けをしており、子どもが遊ぶことはないだろうと保育者が思ってい

た高い雲梯に、子どもが飛びつこうとして失敗し、骨折した。

(事例) 行き慣れた公園の固定遊具で遊んでいた際に、いつもとは異なる難しい遊び方に挑戦して、落ちて骨折した。

公園の固定遊具は、幼児の特性や発達過程に合わせて作られたものとは限らない。

意外性や多様性に富んだ環境であることが、子どもの好奇心や想像力を喚起し、遊び方を工夫し、挑戦するなどの子どもの意欲的な活動につながることも多くみられる。子どもにとって、自分が「できるか、できないか」という挑戦を伴う遊びや遊具は非常に魅力的なものであり、そうした遊びを通し、失敗を繰り返すことも含めて、育っていく部分も大きい。ただ、慣れない遊具や初めての遊びでは、他の子どもの遊びに刺激を受けて、その子どもには難しい、保育者にとっては予想外の行動をとってしまうことも起こりうる。

子どもが意欲的に遊びに取り組んでいるときにその主体性を尊重することの大切さを踏まえた上で、特に公園など園外で遊具を用いて遊ぶ際には、保育者間で常に確認し合うというリスクコミュニケーションを図ることが重要になる。具体的には、遊具に破損はないか、子どもの発達過程や、注意力、自分をコントロールする力、ルールを覚えておく力などは、年齢だけでなく個人差やその時々状況にも大きく左右されることに留意して、子どもの遊んでいる姿を保育者間で確認し合う。

また、初めての場所や、危険につながる遊び方が予想される遊具などがある場所では、子どもと共にどんなことが危険につながりそうかあらかじめ考え、その場に応じた安全の確認の仕方や遊具の使用に関する約束事を決めることなども考えられる。

保育者が事前に確認しておくべきこと、遊びの最中に生じるリスクを考えて留意すべきこ

とを整理しておくことは、安全な環境を整えるうえで基本的な取組だが、一人一人の保育者によって意識や理解にズレが生じてしまうと、子どもの挑戦や遊び方の把握が不十分であったり、事故の発生を予測できないことがある。したがって、要因1と同様に、園内のルール作りや指導(OJT)・研修等のシステムを改善することによって、ヒューマンエラーを防ぐことが課題となる。事故防止のためには、遊びを始める前や、保育の振り返り等において、一人一人の子どもの発達や変化について気がついたことを話し合い、安全管理上留意すべきことについて、繰り返し、具体的に職員間で確認することをルール化し、これを徹底させるという組織としての取組が必要である。

(2) ハード面

今回取り上げた事例では、固定遊具に欠陥などの不具合があり事故につながったというハード面の要因はみあたらなかった。

なお、園内の設備、遊具の状況などについては、いずれの園も定期的な点検を行っていたが、園外については、活動に入る前に保育者間でその場を確認しあっていない。組織運営上のルールが明確でないということは、システムエラーともいえよう。

(3) 環境面

クラス全体の子どもの気持ちが高揚している時などは、いつもとは異なる環境であり、子どもがこれまでと異なる行動をとることなどを予見して対応をとることが必要となる。

【要因3】 戸外遊びにおいて、子どもの気持ちが高揚している状況にあったが、その時々
の状況に対応した保育の流れや保育者の位置等について、全体としての保育者間の連携

がとられていなかった。

(事例) 年長に進級してすぐで、クラス全体が高揚していた。進級後初めての戸外活動時に、子どもたちは意欲的に遊んでいた。その環境で保育者は事前に声をかけていたが、突然、いつもは遊ばない高い雲梯に飛びつこうとするという、保育者が予見していなかった危険な行動をとって、失敗して骨折した。

(事例) 運動会の練習後であり、クラスの子どもの気持ちが、いつもよりも高揚していた。そこで公園の固定遊具でいつもとは異なる難しい遊びに挑戦して、骨折事故が起きた。

(事例) 就学を間近に控えてクラス全体が高揚していた。年長児の一人が得意な泥団子の続きを早くやりたくて、手が届かない物置の上に置いてあった泥団子を木に登って自分でとり、降りてくる途中で落ちて、骨折した。

戸外での自由遊びという環境では、自分の興味や関心に応じて挑戦しようとする意欲が高まり、ダイナミックに遊びを展開する子どもがいる。また、進級してすぐや就学を目前にしている時期は、クラス全体が高揚し、自分の力を発揮しようと工夫したり、挑戦して、いつもとは異なる行動をとることがある。特にこのような時期の戸外での自由遊びという環境は、子どもの好奇心を引き出し、時として事故につながるような大胆な行動をとらせることがある。このような事故につながりやすい環境にあって、保育者が低年齢の子どもや怪我への対応、室内にいる子どもに気をとられて、好奇心にあふれている子どもを見守ることができる位置にいなかった。クラスが高揚した環境での子どもの動きを十分に予見した対応ができなかったことが、事故の要因として浮かんでくる。

なお、骨折するか否かは、骨に対する衝撃力の強さで決まる。転落での骨折事故を防止するには、転落した高さ、着地した部分の性状（コンクリート、土、砂、ウッドチップなど）の情報が必要である。また、高所に登っての転落であれば、高所へのアクセスのしやすさが問題であり、どうやって高所に登ったかの情報も必要となる。園外活動の事故防止のためには、事故が起こる前に、日ごろからこうした情報を把握した上で、安全な環境の確保に努めることが重要である。

【要因 4】他の子どもたちが活発に活動している中で、その遊びに参加しないで動き回らずに遊んでいる子どもに対する、安全で安心できる環境が構成されていない。

（事例）夕方の園庭での自由遊びの際に、他の子どもたちが走り回って動的な遊びに夢中になっているとき、そこに加わずに立っていた子どもに、走ってきた子どもがぶつかり、立っていた子どもが転んで骨折をした。

園庭遊びなど、子どもが活発に動き回る環境では、子ども同士の衝突がおきることがある。なかでも夕方の園庭での自由遊びの時間帯は、降園の準備や保護者への対応・片付け等で保育者はあわただしい。保育所での負傷等は、午前中に次いでこの時間帯が多い^{iv}。活発な遊びをしている子どもたちに保育者の注意が向いて、動き回らずに遊んでいる子どもへの配慮が不足しがちとなることもある。加えて、この時間は、活発に動き回っている子どもも、疲れなどから集中力が落ち周囲の子どもの動きへの注意が散漫になることもある。保育者は、こうした環境であることを意識し、子ども同士の衝突事故が起こらないように環境の構成に配慮することが求められる。動的な場になじめず、静かな遊びをしたい

子どもの思いをくんで、安心できる環境を子どもと共に作ることは、安全の確保の観点からも重要である。

このような環境要因と相互に作用して、一人一人の子どもの行動や内面は変化する。その変化は目に見えにくいことから、保育者はいつもどおりと思い、子どもの行動や活動に与える影響を予測することができないことがある。ヒューマンエラーが環境要因と関連し、戸外遊びにおける安全な見守り体制の不十分さというシステムエラーにつながる。

子どもの発達や内面の動き、具体的な日々の行動について、保育者が語り合うことが子どもの行動の予測につながる。他のクラスも含め、園の保育者が相互に子どもについて語り合うという習慣や機会が少ないと、子どもの変化を見過ごして事故につながりやすくなる。

繰り返しになるが、一人一人の子どもにとって安心・安全な環境構成が不十分という問題は、このような保育者間のリスク・コミュニケーション不足という要因、園として事故防止の指導が十分でなかったというシステム要因とも絡んでいる。

(4) 人的面

保育者のスキル・知識・心理的要因など人的な面についてみると、いずれも保育の専門性・経験を重ねた保育者であった。しかし、ある子どもに注意が向く状況が生じると、子ども一人一人の心の動きや行動を察知することが不十分となり、安全のために必要な対応を鈍らせてしまう。保育の専門性が高く、経験を重ねた保育者であっても、不注意やうっかりミスなどのヒューマンエラーは起こりうる。また、保育の専門性が高く、経験を重ねた保育者であるからこそ、自らの保育に自信があり、「これくらい大丈夫」と考えてしまう

こともある。

【要因 5】安全に関するルールはあったが、これぐらいであれば大丈夫という保育者の見通しで保育を進めていた。子どもの行動とその見通しがずれて、事故が発生した。

(事例) 保育者間では、怪我の手当などで子どもの安全を確保できない状況の時は、子どもたちの遊びをいったん止めるというルールを決めていた。しかしこの時には、小さな怪我で手当もわずかな時間に終わるとの見込みから、他の子どもたちの遊びを止めなかった。その間に、子どもがいつもとは異なる難しい遊び方に挑戦し、遊具から落ちて、骨折した。

【要因 6】保育者より先に園庭に出る子どもがいる時に、他クラスの保育者に声をかけるなどしてチームとして子どもを見守る体制に、隙間があった。

(事例) 先に園庭に出た年長児が、子どもには手が届かない物置の上に置いて乾かしてあった泥だんごを木に登ってとり、団子もちながら木から降りる際に、落ちて骨折した。担当保育者は、子どもに順次、園庭に移動することを促していたため、この子どもの行動を見ていなかった。園庭にいた他クラスの保育者は自分のクラスの子どもに対応しており、年長児の見守りはしていなかった。

【要因 7】安全に気をつけて行動するよう、子どもへの声かけ等が不足していた。

(事例) 子どもがそのような行動をとることを保育者が予期していなかったため、保育者は、その場面では子どもに注意を促す声かけをしていない。

遊びの目当てを持ち、新たな遊びに挑戦したり、自分で工夫してやりとげようとする子どもの主体性や意欲を尊重することは大切である。しかしこのような際には、初めての遊びに挑戦しようとしたり、急ぐ子どもに言葉をかけて送り出すなど、子どもが自身で安全への見通しを持って活動できるよう配慮することが重要である。

いずれも保育の専門性が高く、経験を重ねた保育者だが、事故の際には「低年齢児に注意が向いていた」「他児の怪我の処置をしていた」「担任が室内の子どもに対応していた」など、子どもの見守りに隙間が生じていた。このように保育者が本児の状況を見ていなかった、あるいは見てはいたが子どもの状況に即応した対応がとれない位置にいたことで、事故が発生している。また、日頃から「動きが活発である」「前のめりで遊びにチャレンジしている」「活発な遊びの中にも加わらず、動きまわらずにいる」などの子どもの行動傾向については把握していたが、「まさか、高い雲梯に飛びつくとは思わなかった」「このタイミングで初めてのダイナミックな活動にチャレンジするとは思わなかった」「走ってきた子どもと衝突するとは思わなかった」など、保育者にとって思いがけない行動であった。あるいは「これぐらいなら大丈夫だろう」という保育者の見通しによって、見守りの隙間が生じている間に、事故が発生した。

このようなヒューマンエラーから発生する事故を防ぐためには、具体的な場面での指導（OJT）や研修による個人の資質向上が求められる。また、明確な申し合わせをしていないことなど、クラス運営や園全体のシステム上の要因もあろう。ミスがおきやすい環境であったとしても、保育者相互のチェック、声かけやコミュニケーションがなされるチームワークやシステムが十分であれば、予防できる事故もある。

4．事故防止について

骨折事故後に丁寧な見直しを行ったという一方で、事故防止を強調することが過度な遊びの制約につながり、子どもの主体性を尊重する保育の妨げになるのではないかという葛藤もきかれた。

だが、保育中の事故は繰り返し発生しており、これぐらいであればという思い込みが、重大な事故につながることもある。ハインリッヒ（1931）は、1件の重大事故の背景には29件の軽微な事故があり、さらにその背景には300件のヒヤリ・ハットする出来事が存在する、という「ハインリッヒの法則」を発表している。重大事故を防ぐためには、保育中に起きた事故を重く受け止め、保育者等が自ら検証し、改善点を明らかにして、全職員で取組むことが必要である。安全な環境の確保は教育・保育における基本原則であり、子どもの主体性を尊重した保育を行うためにも、安全に関する適切な対応が求められる⁹。

このために、本報告では、可能な範囲で事故の際に保育を行っていた保育者自身に、なぜ発生したのか、どのような流れで至ったのか、という問いかけを繰り返した。

事故の態様は、遊具等からの落下、子ども同士の衝突であった。子どもの好奇心が高まり初めての遊びや場面に挑戦しているなど、いつもと異なる状況は、主体的な遊びが活発に展開される場面であるが、一方で子どもは遊びに夢中になっていることから、ダイナミックな活動や探求は危険をはらんでいることに気づかず、重大事故につながるような場面が潜んでいる。保育者がこのような状況を察知した対応をしていない、大丈夫と思い込んでいた等のヒューマンエラーが、事故につながりやすい。保育の慣行を見直し、いつも通りと保育者が思っているでも子どもの視点に立つと異なる環境であることや、

一人一人の思いや行動を場面ごとに理解し、保育者間で子どもの状況を確認し合い保育者の位置・声かけ・見守りを点検する。また子ども自身の事故回避力を高めることも重要であり、その場面での子どもへの言葉かけや安全に関する指導、遊具の使用等について子どもと話し合ったり、ルールを設けることを検討する。こうした取組は安全を確保する上で

重要であり、主体性を尊重する保育を行うためにも、一人ひとりの保育者に求められるものといえる。

保育者個人の課題にとどめず、システム・マネジメントの課題として考えることも重要である。安全に関するマニュアルはあるが、これを具体的な目の前の場面に置き換えて実践する保育者のスキルが漠然としていたり、職員間のリスク・コミュニケーション不足によって、保育者の配置・保育の流れ・保育者間の引き継ぎなどにシステムエラーが生じていることがある。例えば、園の環境の中にある危険や、予想される子どもの行動の把握が十分でないままルールが作成されていると、職員の問題意識や理解が曖昧になったり、保育場面で具体的な指導がないことから、保育者は「気をつけてみているつもり」であっても、危険についての対応が不十分なことがある。

日ごろからヒヤリハットする保育場面に気づき、事故防止の教訓を日頃の保育の中で語りあい、学びあう組織づくりが課題といえる。とりわけ、重大事故につながりかねない事例については、保育者個人が経験したことにとどめずに、園全体で事故の要因分析を行い、保育のプロセスを全体として見ることで、より一層の注意や配慮が必要な点に気づき、改善策を考えることができる。さらにこれを契機に類似のことについても考える機会とする。このためには施設長の責任の下にリーダーがマネジメントを行うことが

重要である。リーダーは保育者のリスク・コミュニケーションや保育場面での対応について具体的に指導し(OJT)、研修等を行って全職員に安全に関するスキルを習得させる。

子どもの自発性や発達を保障しながら重大事故を防ぐためには、個人の専門性と組織のマネジメントという2つの観点から具体的な対応を検討していくことが重要である。

以下に、今回の事例分析から明らかになった事故防止の観点を8点に整理し、提示する。例示は、各園の状況に応じて安全に関する計画・取組等を検討する際の参考として示すものである。

保育所保育指針^Ⅵに義務づけられているとおり、事故防止は、施設長の責任の下に、全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に行う。

なお提言は、有識者会議においてこれまでの死亡事故検証報告のヒアリング等を踏まえて検討されたものである。

(1)安全マニュアルの確認・見直しや研修等を通じた全職員の安全に関するスキルの習得

(例示)

- ・ヒヤリハット報告・事故報告を踏まえ、定期的に安全マニュアルを見直す。
- ・安全に関する園内・園外の研修等に、全職員が参加する。
- ・事故発生時の救急対応や役割分担、園内の連絡体制、保護者への対応や事後対応等について、ガイドラインを参考に、誰が何をするか平常時から具体的に決めて、職員室などに掲示する。
- ・クラスや係など、小グループでの打ち合わせの際に、安全に関して意見を述べ合い、

自ら改善すべき点を具体的に挙げ、関連する安全マニュアルを確認する。

- ・個々の職員が危険と感じた場面や力所を伝え合う。

(2) 保育者間の声のかけ合いによる役割の明確化

(例示)

- ・全体を掌握する、個別の子どもに対応するなど、場面に応じて役割分担を明確にする。
- ・今、行われている遊びの状況や、子どもの様子について、保育者間で伝え合い、子どもの活動を予見して、事故防止の対応をする。
- ・各保育者の立ち位置や保育の流れについて、事前に確認する。
- ・予想していなかった出来事が起きた場合は、子どもの行動に応じて柔軟に対応する必要があるが、保育者間で声をかけあい、周囲の保育者への引き継ぎ、主任・所長等へ確認・報告する等を行い、見守りの隙間を作らない。

(3) 異年齢合同の活動・園外活動など、日頃とは異なる状況への事前の確認と職員間の連携

(例示)

- ・異年齢合同の活動・午前中の戸外活動・夕方の自由遊びの場面で事故が多いことを全職員が理解し、相互に声をかけ合って注意を喚起する。
- ・他クラスと合同の場での活動の際には、保育者の位置や役割を決めておく。
- ・長時間保育等、複数の職員が入れ替わって保育を行う際には、担当していた時間の子どもの様子や動きについて丁寧に伝えながら、引継ぎを行うようにしていく。
- ・個々の子どもの発達過程や姿について、日頃からクラスを超えて相互に伝え合い、理解しあう。

- ・遊具や遊びについて気づいたことを、他クラスの保育者に対してもその場で伝え合う。
- ・子どもの見守り等についての引き継ぎを確実に行う。

(4) 園外も含めた遊具・設備の点検

(例示)

- ・公園など園外で遊ぶ際には、事前に遊具・設備を点検する。
- ・遊具・設備等の安全点検表を作成する。

(利用方法の例)点検時に表に記入する。危険箇所の共通理解をする等

(点検箇所の例)遊具・設備の破損部や年齢・発達に合っているか等

(5) 一人一人の子どもの発達や姿を確認し対応するための職員間の対話、計画作成・点検

(例示)

- ・朝の打ち合わせ・午睡時・退勤時など、日常的に子どもの行動や発達、ヒヤリハットについて保育者間で語りあう時間を設定し、対話の他にもノートやボードの活用など方法を工夫する。
- ・指導計画作成の際には、一人一人の子どもの具体的な行動を語り合い、発達の見通しや行動についての予見を保育者間で共有する。
- ・園庭や公園での活動、夕方の自由遊びの時間帯など、活動の場や時間帯を具体的にあげ、年齢や発達の特性を考慮して、安全指導計画を作成する。
- ・計画やマニュアルについて、最新の通知や検証報告書などと照らし合わせ、また現在の園の状況や子どもの実態に合っているかを職員間で確認し、見直していく。

(6) 子どもの興味や好奇心が旺盛で高揚している状況の察知とその対応

(例示)

- ・子どもの好奇心や活動を支持しながら、自身で安全な行動をとれるよう言葉をかける。あるいは声かけをしないことが望ましい場面では、近くで見守る。

(7) 環境になじめない子どもが安心できるためのスペース等の工夫

(例示)

- ・他の子どもたちの遊びになじめなかったり、落ち着かない子どもの思いをくんで、保育者が一緒に、子どもが安心して遊ぶことができる環境や居場所を見つけられるようにする。
- ・動的な活動と静的な活動などの遊びの内容や、登園・食事・着脱・降園などの生活の流れに応じて、子どもの動きを予想し、動線に配慮して、遊びの環境を作ったり、場づくりの工夫をする。スペースを区切る、仕切りを利用する等の工夫をして、一人一人の子どもに応じた安心できる場や空間を確保していく。

(8) 子どもとの安全に関する話し合いや約束事、安全に関する指導

(例示)

- ・子どもが安全について関心をもち、心身の機能を高めていくことができるよう、年齢に応じた具体的な言葉かけや指導について、指導計画作成の際や活動前に保育者間で確認する。
- ・日々の生活や遊びの場面で、どんなことが危険につながりそうかを、子どもと一緒に考える。その場に応じた安全の確認の仕方や遊具の使用に関する約束事を子どもと一緒に決めたり、ルールを設ける。

- ・保護者との懇談会やおたより等を通して、家庭でも子どもの安全について関心をもって協力をしてもらおう。
- ・地域の関係機関と連携して、子どもが安全について学ぶことができる体験の場をつくる。

【注】

ⁱ 発生時の年齢構成は、年齢が上がるほど増える傾向にあり、5歳児クラスが最も多い(内閣府(2018)「平成30年度教育・保育施設における重大事故防止策を考える有識者会議年次報告」, p21) 発生時状況では屋外活動中が最も多い(同上,p23)

ⁱⁱ RCA (Root Cause Analysis)は、不具合や事故が発生した後に、事故から原因をたどってゆき、背後にある真のシステムや人的な原因を探る方法。医療安全で再発防止のために、よく用いられている。

ⁱⁱⁱ注 と同様 p20

^{iv}保育所における負傷事故の時間別をみると、保育所の午前中が106件、夕方(16時頃～夕食提供前頃)が92件となっている(同上)

^v幼保連携型認定こども園教育・保育要領 第3章 健康及び安全「幼保連携型認定こども園における園児の健康及び安全は、園児の生命の保持と健やかな生活の基本となるものであり、第1章及び第2章の関連する事項と併せ、次に示す事項について適切に対応するものとする。その際、養護教諭や看護師、栄養教諭や栄養士等が配置されている場合には、学校医等と共に、これらの者がそれぞれの専門性を生かしながら、全職員が相互に連携し、組織的かつ適切な対応を行うことができるような体制整備や研修を行うことが必要である。」

保育所保育指針 第3章 健康及び安全 「保育所保育において、子どもの健康及び安全の確保は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所全体における健康及び安全の確保に努めることが重要となる。」

^{vi} 幼保連携型認定こども園教育・保育要領 第3章2(1)「在園時の事故防止のために、園児の心身の状態等を踏まえつつ、認定こども園法第27条において準用する学校保健安全法第27条の学校安全計画の策定等を通じ、全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行うこと。」

保育所保育指針 第3章3-(2)-ア「保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、施設内外の安全点検に努め、安全対策のために全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行うこと。」

【引用文献】

関川芳孝（2016）「事故の再発防止のための事後的な検証」厚生労働省平成 28 年度保育所等事故予防研修

H.W. Heinrich (1931) *Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach*, McGraw-Hill (= 1951, 三村起一監修 『災害防止の科学的研究』日本安全衛生協会)

【参考資料】

内閣府（2016）「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」

内閣府（2017）「幼保連携型認定こども園教育・保育要領」, 文部科学省（2017）「幼稚園教育要領」,

厚生労働省（2017）「保育所保育指針」

厚生労働省（2019）「保育所等における園外活動時の安全管理に関する留意事項」

国立研究開発法人産業技術総合研究所「安全指導のポイント」, 「点検・管理のポイント」