

保育事故防止にアプローチした実践研究

氏 名：ペリス 絵美

## 目次

序論	2
第1章 中之島園における現状と課題	3
第1節 中之島園の現状	3
第2節 課題と改善方法	4
第2章 課題の実施	6
第3章 結果と考察	8
第1節 実施後の結果	8
第2節 考察	9
今後の課題	11
引用文献	12
参考文献	12

## 序論

保育園で大切なお子様をお預かりする際に重要なことは、子どもの成長を育むとともに、朝預かったお子様を保護者のもとに無事にお返しすることである。その為にも子どもたちにとって保育施設は、家庭に代わる「もうひとつの家」であり、安心・安全で過ごせる場でなくてはならない。

日々保育者は細心の注意を払って保育に取り組んでいるが、残念ながら保育事故は毎年起きているのが現実である。内閣府は2021年6月18日、2020年に全国の保育施設などで発生した事故により5人が死亡したと発表した。前年からは1人減少した。死亡したのは0～4歳児で、食物の誤飲による窒息事故が3人を占めた。重大な事故の報告件数は2015年で、前年より271件増加した。事故の報告を施設に義務付けた15年以降増え続けており、過去最多を更新した。実際は事故件数が増加したのではなく、報告制度が浸透している結果であり、全国の施設での事故への意識が高まっている証拠であると示した。

田村佳世(2015)は、「保育における安全管理及び危機管理に関しては、幼保連携型認定こども園教育・保育要領、(以下、教育要領)幼稚園教育要領、(以下、教育要領)保育所保育指針(以下、保育指針)によって設備基準、安全管理、安全対策、保育士の配慮すべき事項、子どもへの安全教育において記されている。また、厚生労働省「福祉サービスにおける危機管理(リスクマネジメント)に関する取り組み指針」では、福祉サービスにおける危機管理の基本的な視点として「より質の高いサービスを提供することによって多くの事故が未然に回避できる」という考え方(quality improvement: QI)が明示されている。つまり、保育における安全管理及び危機管理の在り方は、保育の質を高めて子どもを危険から守り、保育の目的を達成すべきという考え方にある」と述べている。〔田村(2015), P79〕

中之島園でも、これまで起こった事故をもとに分析・検証し、二度と同じ事故は起こさないように改善策を見つけ、保育の質を高めながら事故予防に努めるとともに、再発防止への取り組みを行うことにした。

## 第1章 中之島園における現状と課題

### 第1節 中之島園の現状

#### 【受診事故・軽度事故・ヒヤリハット件数】

中之島の2020年4月から2021年度5月までの保育事故件数を見ると、事故報告件数は7件、軽度事故報告書が17件と、事故の多さが問題であった。

事故報告件数は2020年6月に2件（1歳3か月1名・1歳6か月1名）、12月に3件（2歳3か月2名・9か月1名）、2021年5月に2件（11か月・1歳2か月）。7件中6件は転倒による上唇小帯切傷であり、口腔内のケガとなるため歯や歯茎に異常がないか確認のため、歯科医を受診したことによる。発生場所は戸外3件（2歳3か月2名・1歳6か月1名）、保育室内3件（1歳3か月1名、9か月1名、2歳5か月1名）であった。また残りの1件については離乳児に対しての牛乳提供1件（11か月）となった。

軽度事故報告は17件あり、転倒や打撲は9件（負傷部位は膝や顔の擦り傷）、噛みつきは次いで8件となった。発生場所は戸外が3件（1歳2か月1件、1歳10か月1件、2歳6か月1名）室内が14件（1歳1,2か月各1件、1歳4か月4件、1歳5か月2件、1歳7か月から1歳10か月まで各1件、2歳4か月1件、3歳0か月1件）である。このことから事故・軽度・ヒヤリハットの件数の中でも戸外よりも室内での件数が多いこと、ヒヤリハット件数については81件。月平均5.8件と少ないこともわかった。

【表1】保育事故報告・軽度事故・ヒヤリハット件数（2020.4-2021.5）

2020年	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
事故	0	0	2(1)	0	0	0	0	0	3(1)
軽度	0	0	0	1(1)	1(1)	3(2)	4(4)	2(2)	1(1)
ヒヤリ	5(5)	5(5)	4(3)	4(4)	6(6)	4(2)	5(2)	7(3)	8(6)

2021年	1月	2月	3月	4月	5月	計
事故	0	0	0	0	2(2)	7(4)
軽度	1	0	0	4(3)	1	17(14)
ヒヤリ	6(5)	6(4)	4(1)	8(7)	8(6)	81(60)

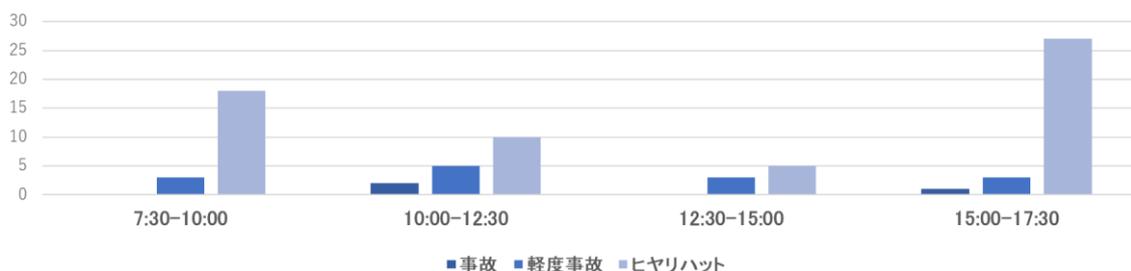
※全体（室内）

表1の事故件数で、戸外より室内での事故が多いのは、中之島園は園庭のない保育園になるため、子どもたちの保育利用時間の中で戸外に出る時間は午前中の1時間程度であり、戸外よりも室内で過ごす時間の方が圧倒的に長いため、室内での事故件数が戸外よりも多いのがわかる。

### 【室内での受診事故・軽度事故・ヒヤリハット件数：時間帯の検証】

次に室内の保育事故件数を時間帯で見ると、①午前中の設定保育前後、②食事後から午睡に入るまで、③午後からの夕方の合同保育の時間帯に受診事故（転倒）が発生していた。この3つの時間帯では、子どもも保育者も一斉に動く時間であり、特に保育者が次の準備に取り掛かり慌ただしく動く時間であるため、配置や役割が曖昧になってしまい、子どもから手が届かない場所にいる可能性が高く、実際の事故に繋がっていたと考えられる。また事故件数に対して、ヒヤリハット件数が10時から12時半にかけて少ないのは、この時間は特に年齢別での保育が多い為、他クラスの保育者の視点が入りにくい時間帯ということが考えられた。

【表2】 室内の事故・軽度・ヒヤリハット時間帯



## 第2節 課題と改善方法

### 【アンケート調査の実施】2021年5月

これまで起こった事故の月齢・時間帯・内容を記載し、防ぐことができる事故であったか、不慮の事故であったかどうか、改善策は何かを調べるために、全保育者7名（正規職員・パート職員含む）にアンケート記述調査を実施した。すると保育事故の約94%以上が「防ぐことができる事故」であったと回答した。「防ぐことができる事故」として、噛みつき、保育者不注意が100%、押す（叩く）が97%、転倒・打撲が80%であった。「不慮の事故」として上がった項目は、戸外で走っていて転倒した等であった。

また、なぜ保育事故が繰り返し起こってしまうのかの問いに対して、日々の忙しさに追われ、ヒヤリハットなど記録できていない、職員間で事故を検証し改善策をしっかりと話し合えていないことが問題にあることが明らかとなった。

月齢別からみた事故件数では、1歳1か月から1歳6か月の月齢の事故・軽度・ヒヤリハット件数が多いことにも気づく機会となった。月齢別での事故件数では、1歳1か月から1歳6か月の期間は一人ひとりの発達に違いはあるが、伝い歩きから一人歩きへ移行していく時期でもあり、歩行が確立していない不

安定な時期でもある。発達段階により、能動的に動き回る動作が増えるために、見守る範囲が広がり、とっさの際に防ぎきれずに事故に至ることが多く、事故件数が増えていると考えられる。

### 【課題の明確化】

保育事故件数の大半が防ぐことができる事故だったことに対して、保育環境を改善し保育事故を減らすことが課題として上がる。具体的に人的環境・場所的環境・時間的環境の3要素から課題を検証し改善していくことにした。

### 【改善のポイント】

人的環境：子ども・保育者

- ①保育者の配置と役割
- ②一斉に行動することで起こる密集
- ③子どもの発達や内面の理解の把握（以下、同様）

場所的環境：配置場所・行動の導線

- ①導線
- ②遊び・食事・午睡場所などの配置

時間的環境：時間帯

- ①午前中：設定保育前後
- ②午前中：食事から午睡まで
- ③午後：夕方の合同保育

保育所保育指針解説書では、保育者の専門性の1つに、「保育所内外の空間や物的環境、様々な遊具や素材、自然環境や人的環境を活かし、保育の環境を構成していく技術」があげられている。清水（2019）は「話し合いに必要なことは、見える化である。保育者が自らの保育を計画や記録の形で、写真や動画などの映像が有効である」と述べている。今回は保育事故件数が多かった保育室内での1歳児クラスの食事終了時間から午睡に入るまで、どのような動きをしているのか、ビデオ撮影したものを使用し、カンファレンスを実施することにした。

## 第2章 課題の実施

### 【ビデオカンファレンスを活用する】

#### 【場面の状況】

1歳児8名、保育者2名。1歳児の食事終了時間帯から、トイレへ行き排泄・着替えを済ました後、午睡場所まで移動する。この時間は特に食事からトイレ、着替えと子どもと保育者が最も多く移動する時間帯であり、配置、役割が曖昧になり、実際に転倒し受診する事故、また嘔みつきも起こっていた。

#### 【改善前】

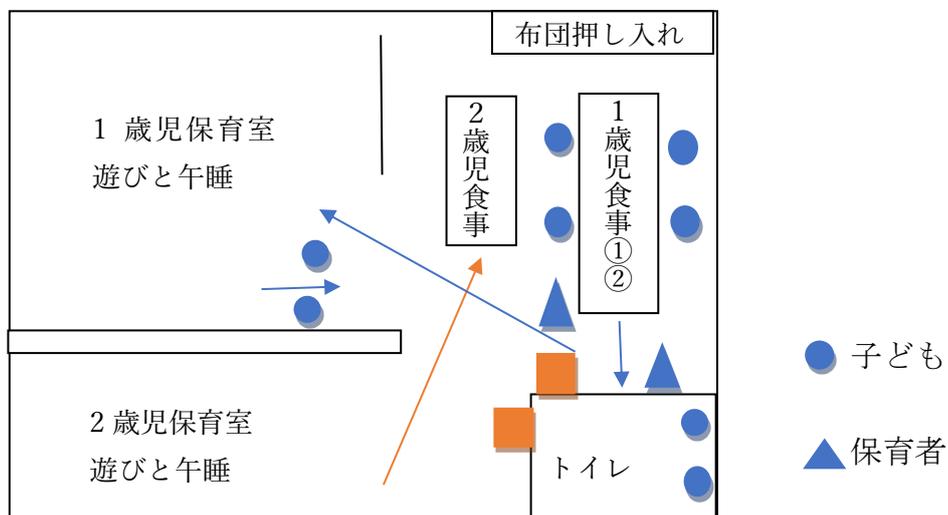


図1 1歳児クラスの保育環境

#### 【問題点および課題点】

- ・ 人的環境…食事・トイレ（着替え）・午睡と3つの役割を2人の保育者が行き来している。  
2歳児と密が発生している。
- ・ 場所的環境…食事・トイレ・午睡の場所と3つの環境配置  
2歳児と導線が混同している。
- ・ 時間的環境…子どもが移動する同じ時間帯に、保育者も次の準備にとりかかっている。（雑巾や着替えセット）  
食事時間が20分の子どももいれば、50分かかっている子どももいる。

### 【改善後】

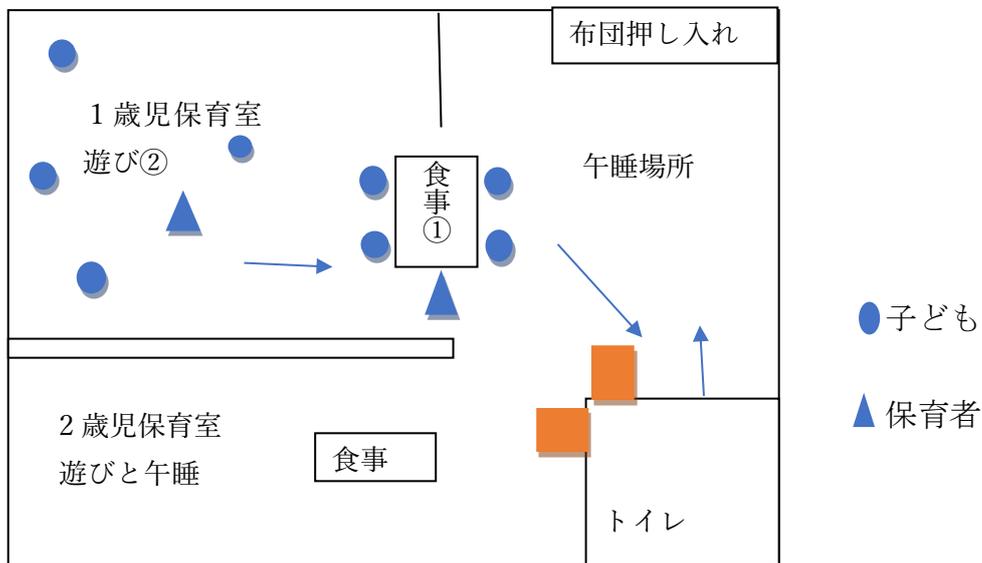


図2 1歳児クラスの保育環境

- ・ 人的環境…すぐ眠くなる子、登園時間がはやい子を把握し、生活リズムに合わせて2グループに分ける。  
食事・トイレ（着替え）・午睡場所へはグループごとに行動することで、保育者の役割や配置を明確化する。
- ・ 場所的環境…2歳児との食事場所を分ける。  
食事・午睡の場所を見直し、導線をスムーズにする。
- ・ 時間的環境…子どもが遊んで落ち着いている時間帯に、これから必要になる事前準備をする。（雑巾や着替えセット）  
一人ひとりの喫食量を把握し、食事時間を30分程度にする。

改善後は、配置・役割が明確化され、小グループで行動することにより、子ども一人ひとりに落ち着いて関わられるようになる。また、子どもが落ち着いている時間帯に、保育者が次に必要な準備を行うことで子どもから目が離れることがなくなり、事故も未然に防ぐことが出来るようになる。食事面では、吉本和子の著者「乳児保育 一人ひとりが大切に育てられるために」等を参考にしながら話し合う機会を持ち、一人ひとりの喫食状況の把握や、子どもの主体性を大切にした食事の進め方を学び合うことで、保育者の意識や介助の仕方に変化が表れた。

この時間のヒヤリハットや実際に起きた転倒・噛みつきなどを分析・検証したことによって、保育者の配置や役割の曖昧さ、導線の混同や密になる時間帯

があったということが問題点であることが明らかになり、人・場所・時間といった環境別に問題点を1つずつ明確化し改善していった。また、動画を撮影したことで、自分とは違った視点に気づき、事故防止の視点や子ども主体の保育の視点に気づいたことにより、1つ1つの課題の改善に対してアプローチしやすく、カンファレンスを通じた話し合いも充実し、環境別に取り組んだ効果があったといえる。

### 第3章 結果と考察

#### 第1節 実施後の結果

##### 【事故件数・軽度事故件数・ヒヤリハット件数】

取り組みをはじめた6月から12月までの受診事故件数は1件、軽度事故は8件、ヒヤリハット報告件数は242件、毎月30件以上と大幅に増えた。受診事故は、扉の危険防止対策の不備による扉の指詰め1件(1歳8か月)、軽度事故は戸外での転倒3件(1歳6か月、1歳3か月、2歳5か月)、室内での転倒2件(1歳4か月、1歳5か月)、噛みつき3件(2歳5か月3件)となった。時間帯では、受診事故が設定保育後の時間帯1件、軽度事故は設定保育時間3件。午後からの時間帯3件となった。防ぎきれていない事故はあるが、取り組みをはじめて半年が経過した現在、事故件数は75%減、軽度事故は0.25%減と成果が出ている。また、ヒヤリハット件数は6倍増加となった。

【表3】取り組み前後の保育事故・軽度事故・ヒヤリハット件数



#### 第2節 考察

##### 【職員の意識の変化】

取り組み前より受診事故件数が減ってきていることは、園の課題を保育者一人ひとりが意識し、保育環境改善を行ってきた成果だと言える。さらに事故予防への意識が強まり、ヒヤリハットの意義を理解したことも大きな成果となった。また、ねらいや内容の議論を深める根底となるのは保育理念を理解していることが大前提である。清水（2019）は、「質の確保は指針等を守ること、すなわち子どもの経験（ねらい及び内容の「内容」）を保障することである。」と述べている。カンファレンスで指針やマニュアルを再確認したことや、理念の因数分解から子どもにとっての「保育者の立場」を一人ひとり意識したことも、子どもの本質的な諸相=重要な点はどこにあったのかを気づく視点に繋がり、PDCA サイクルを活用した継続的カンファレンスで対話を重ねることにより、自分とは違った視点に気づき、環境改善への検討が充実し、事故予防改善へ向け意識の変化があったことが考えられる。

保育所における自己評価ガイドライン（2020.3 改訂版）1-（1）日常の保育の過程に位置づけられる「保育内容等の評価」によると、「保育内容等の評価において保育士等が保育を振り返ることや直感的に感じ取っていたことを意識化することにつながります。こうした個々の実践の中で得られた子どもや保育についての気づきや理解は、振り返りの過程でのより深い省察や他の職員との語り合いなどを通じて、整理されたり関連付けられたりすることで、次第に体系的なものとなっていきます。」と述べられている。

この一連の流れは、保育者個人によって行われるものと、園として行われているものが、相互に関連しながら、自分自身や他の保育者の保育実践を省察することによって、職員間の相互作用が促され、多様な視点から子どもや保育について見直し、保育への意欲を高め、事故予防に対する意識も高まったと考えられる。（図3）

### 保育の過程に位置づけられる保育内容等の評価

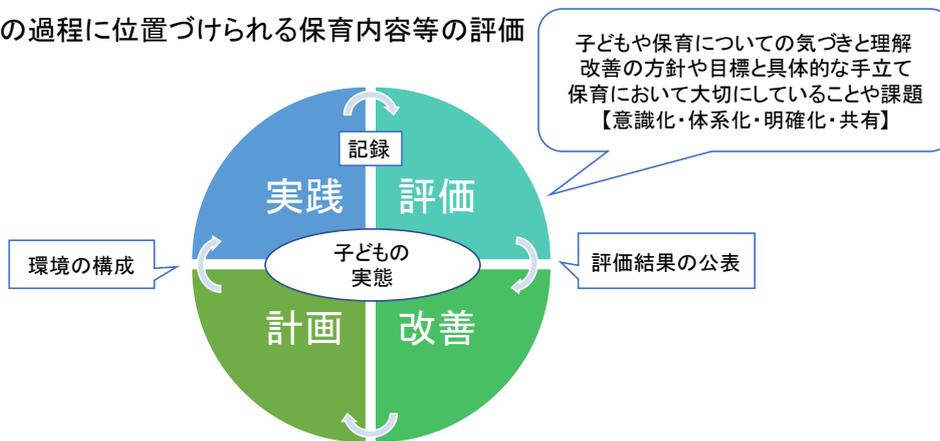


図3 PDCAサイクルの重要性

「保育所における自己評価ガイドライン（2020改訂版）P3

### 【まとめ】

今回の調査は、保育事故を減らすことを課題として、保育事故が実際に起こっていた時間帯や年齢、そして人・場所・時間といった環境別に分け分析・検証し、改善策を実施していった。この取り組みの中で、保育者一人ひとりが「不慮の事故」として終わらせずに、未然に防ぐための改善策を考え、保育事故を減らしていこうとする全職員の意識の変化があったと感じる。また、年齢別で活動する時間帯は、他の保育者の視点が入りにくい時間帯であることから、動画カンファレンスを活用して情報を視覚化し、経験年数が様々な職員で共有できたことは、課題改善策として大きな効果をもたらした。そして、環境別の問題点を多角的な視点から改善することができ、保育事故防止にアプローチした実践研究として保育事故件数減少の成果が表れたといえる。

今回の取り組みの成果は、保育者一人ひとりの事故予防に対する意識や多角的な視点の向上によって環境別の改善に繋がり、今後の保育においても、安心・安全で質の高い保育を提供していくことができると考える。

### 今後の課題

### 【専門的知識及び技術の修得】

保育所保育指針第5章1-(1)保育所職員に求められる専門性の中で、それぞれの職務内容に応じた専門性を高めるため、必要な知識及び技術の修得、維持及び向上に努めなければならないと明記されている。今回の取り組みの中で、職員だけでは気づくことができない視点があり、他園の保育者の視点から環境改善に繋がったケースもあった。1つは配置基準以上の保育者で保育をおこなうことがあたりまえで、保育者を増やすと安全であるという間違った考えが先に立ち、保育事故予防の視点の見落としが多かったこと、そして、ヒヤリハットの重要性を理解できておらず、ヒヤリハット件数が少なかったことである。これは「あたりまえ」が常習化し、疑問を持つことができなかったことが考えられる。今回のように第三者の立場から客観的に見てもらうことも大切であると同時に、気づく視点が広げられるように、様々な学びが必要であることも確認できた。コロナ禍の状況の中で、内部・外部研修に思うように参加できなかったこともあるが、キャリアアップ研修に参加した職員から新しい知識の情報を共有し、全体の保育の質を高めていきながら保育事故を防ぐ多角的な視点が持てるようにしたい。また、系列園があることを強みとし、自園だけでなく他園の視点も定期的に取り入れていきたい。

### 【継続した取り組みの必要性】

上山、倉盛、杉村は「子どもの様子や保育の状態を見ながら環境を調整することは保育者の専門性である。ゆえに怪我を減らす具体的な取り組みとその評価を含めた保育者のリスクマネジメントを検討することは、保育者の専門性としての環境調整の実際を明らかにすることにつながる。」〔(2017.8), p48〕と述べている。今回は6月から12月までの約半年間での検証であり、まずは事故予防の取り組みの第1段階(初期の取り組み)としての成果として捉え、今回の環境改善がその時期の子どもたちに最適だったとしても、一人ひとりの成長によって、発達段階や情緒面等、保育事故の発生要因や環境改善はその都度違ってくる。また防ぐことができなかった事故についても、引き続き検証を継続していく必要がある。今後も、子どもの内面の理解に努め、個別最適化された保育環境を整えていくことで保育事故を未然に防ぎ、保育者の質を高めながら安心・安全に過ごせる保育園作りを目指していきたい。

## 引用文献

- ・厚生労働省（2018） 保育所保育指針 P. 38-39 フレーベル館
- ・内閣府子ども・子育て本部（2019）「令和元年教育・保育施設等における事故報告集計」の公表及び事故防止対策について
- ・田村佳世（2015）「保育所における子どもの安全・危険に関する研究動向」愛知教育大学 幼児教育研究 第18号 P. 79
- ・葛野真恵（2019）保育所における乳児事故を考える-ヒヤリハットから- P. 55
- ・清水益治（2019）令和保育の実現に向けた園内研修「研究所だより 31号」社会福祉法人日本保育協会 保育科学研究所 p. 5-6
- ・貞松 成（2021）5月給与文面 カンファレンスの意義
- ・上山瑠津子、倉盛美穂子、杉村信一郎（2017）「保育における組織的なリスクマネジメントを通じた環境調整」 p. 48
- ・学独立行政法人日本スポーツ振興センター（2019）災害共済給付状況
- ・厚生労働省（2020）「自己評価ガイドライン」1（1） p. 3

## 参考文献

- ・厚生労働省（2002）「福祉サービスにおける危機管理（リスクマネジメントに関する取り組み指針）」
- ・山本広志（2014）保育所における事故の分析 山形大学紀要（教育科学第16巻第1号別刷）
- ・研究所だより 31号（2019）特集：園内での研修・研究の取り組みについて
- ・文部省（2017）幼稚園教育要領フレーベル館
- ・西野経子・阿部好恵（2020）「保育の質」の向上のために必要な要素に関する研究-保育者へのアンケート調査から-帯広大谷短期大学紀要 第57号
- ・田村佳世（2017）「安全管理・危機管理に関する保育者の専門性」愛知教育大学
- ・上山瑠津子・杉村信一郎（2018）保育における子ども理解の研究動向-保育者の認知過程の観点から-（幼年教育研究年報 第40巻）
- ・貞松貞（2020.3-2022.1）給与文面
- ・田中哲郎（2013）子どもの視座に立った保育-安全・安心・望ましい保育施

設一元国立保健医療科学院障害保健部長

- ・ 渡辺直美・河崎信樹（2015）民間部門による保育所運営をめぐる日米比較（上）いかにして保育の質の確保は可能か（関西大学「経済論集」第65巻第2号）
- ・ 厚生労働省（2018）「保育所等における保育の質の確保・向上に関する基礎資料」
- ・ 足立区教育委員会就学前教育推進担当 伊瀬玲奈編集（2018）「あたりまえ」を見直したら保育はもっとよくなる 学研プラス社
- ・ 大阪市こども青少年局 保育施策部 保育企画課（2021.6）「保育施設等における 離乳の進め方」
- ・ 辻井 正（2014）「子どもの自尊と自律を育てる保育環境」 オクターブ社
- ・ 瀧川光治 動画「子どものやりたい気持ちを発揮させる環境づくり-はじめに+乳児編-」
- ・ 吉本和子（2002）「乳児保育」 一人ひとりが大切に育てられるために エイデル研究所
- ・ 大内田 真理（2017） 「乳幼児保育室の環境構成から保育を考える」（3）