

環境図を使ったヒヤリハット意識の向上

—SHELL モデルを用いて—

氏 名：三田 美穂子

目次

序論	2
第1章 問題の背景と園の課題	2
第1節 保育施設での事故の現状	3
第2節 ヒヤリハット	3
第3節 SHELL モデル	4
第2章 保育事故軽減のための取り組み	5
第1節 園の現状	5
第2節 「ヒヤリハットに関するアンケート」の実施と考察	6
第3節 検証	12
第3章 検証結果	14
第1節 結果からの考察	14
第2節 検証結果総評	17
第4章 再検証	18
第1節 ヒヤリハット書式の修正	18
第2節 検証後アンケート結果より考察	21
今後の展望	24
引用文献	25
参考文献	25

序論

保育施設で働く保育士が何よりも大切にすることは子どもたち一人ひとりの健やかな育ちである。又同時に保護者のもとへ無事にお返しすることも大切なことであり、こどもの「いのち」を守ることがもっとも重要である。保育所保育指針解説（厚生労働省, 2018）では「保育中の事故防止のために、こ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」としている。保育現場では、子どもの安全を守るために、マニュアルやガイドライン、行動のフローチャートなどを準備し、全職員が共通した認識を持てるようにしている。その中でも重大事故の発生防止のため、ヒヤリハットをいかに活用していくかが大切であると考えている。

しかし、実際はヒヤリハットが挙がってきていても、事故件数減少に繋がっているかどうかは疑問である。あい・あい保育園麻布十番園では、2021年度5月に入り、1歳児クラスの軽度事故報告数が4件、事故報告が1件と多く、園の課題として抽出した。1歳児クラスから挙がっていたヒヤリハット数は5月に6件であり麻布十番園の他クラスと比較すると倍の件数あった。この点からもヒヤリハット件数と事故件数減少がそのままイコールにならないと考えるが加えて1歳児は発達特性から、かみついたりひっかき、物を投げるなどがおこりやすいと考えられるものの、年齢のせいにはせず事故を防止していくという意識をもたなければならない。ヒヤリハットを活かし、事故件数を減らしていくためには何が必要なのか検証が必要であると考えている。気が付いたヒヤリハット全てを挙げて振り返るための時間と機会を確保することが難しい仕事であることは間違いなく、いかに簡易的にヒヤリハットを申告し、振り返り、共有していく際に考察していけるかが、現場での課題の解決につながると考えた。

第1章 問題の背景と園の課題

クラス運営をしていくうえで、保護者との相互理解は欠かせないものである。その関係を深めるために日々努めて働きかけているが、保育事故ひとつで今まで築き上げてきた信頼は簡単に崩れてしまう可能性がある。

前田・前川・三木・戸江は、「事故は、園児・保護者等の利用者や職員を傷つけることはもちろん、保育園と園児・保護者の間の信頼関係を何らかの形で傷つけること、また傷つけかけたことについての全てを事故とみなす」〔前田・前川・三木・戸江（2004）p. 246〕と解釈している。先にも述べたがこどもの「いのち」を守ることがもっとも重要でありその前提があった上ですべて

の活動が成り立っている。子どもの事故はあつてはならないと、強い思いで事故を無くしていく工夫をし続けなければならない。

第1節 保育施設での事故の現状

保育士等は日々、安心・安全な保育のために注意を払っているが、保育事故は毎年発生しているのが現実である。

最新の内閣府の発表では（2021年6月18日発表）「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。死亡したり治療期間が30日以上に及んだりした重大な事故の報告件数は2015件」とのことであった。まず1年間に保育施設で5人の死亡事故が起こっており、これはなくすべきである。その時の子どもの、保護者の、保育士の、関わりのある全ての人の思いはいかばかりかと察するに余りある。死というものが保育施設のとなり合わせにありえるということも痛感するところではあるが、保育施設の事故報告が義務化されたのが近年であるということが驚きであり、別の側面から見ればこれから大いに改善の余地が残されている分野であると考ええる。

又、発表の中で「(事故件数は) 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。」とあるが、発表を行った内閣府の担当者は「(事故報告件数が増加しているのは) 事故が増えているのではなく、報告制度が浸透している結果」と説明している。内閣府の担当者が述べたように、ただ件数が増えている点にのみ注目するのではなく、保育園側の意識が高まり保育事故の対策の取り組みも増えていると考えられる。保育園の安全対策として、重要になってくることは安全な環境であると共に、子どもたちの遊びを制限することなくいられる環境であること、保育士自身が危険に対する知識を持ち対処法を知ることである。

第2節 ヒヤリハット

ヒヤリハットとは、重大な災害や事故には至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例の認知をいう。文字通り、「突発的な事象やミスにヒヤリとしたり、ハッとしたりするもの」である。

田中（2016）は『保育士による安全保育』で「園児は、自分自身で身の安全を守れないので、子どもの周りに居る保育士が常に安全について配慮することが求められる。事故防止のためには、保育園、全職員による安全文化の醸成が必要である。その為には、園の方針として、子どもの安全は保育園における最重要課題と位置づける。（中略）ヒューマンエラーを引き起こした背景を分析・検討することが、再発防止や安全性の向上のためには重要である」と述べている。ミスは起こるとしたうえで、分析・検討の重要性を説いている。分

析・検討していく際にこの調査では「ハインリッヒの法則」に倣い、ヒヤリハットを用いて行う。実際の保育室内でおこった、おこる可能性があった事例に対して話し合うという方法を用いて分析・検討していくことで防げる事故に対する気づきが増えるのではないかと仮定する。

「ハインリッヒの法則」とは1件の重大な事故の背後には、29件の軽い事故があり、300件のヒヤリハット事例が存在するという考え方である。例えば2020年度の保育施設での死亡事故は5件である。この事故の裏には1500件以上のヒヤリハットが潜んでいる。



図1 「ハインリッヒの法則」

「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」（2018年）では、「日頃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、学び合う組織づくりが課題といえる」としている。

第3節 SHELL モデル

表1 「SHELL モデル」

S	Software(ソフトウェア)	手順書やマニュアル、規則など
H	Hardware(ハードウェア)	機器や機材、設備、施設の構造など
E	Environment(環境)	温度や湿度、照度など
L	Liveware(当事者)	インシデントに関与した本人
L	Liveware(当事者以外)	当事者以外のチーム、同僚など

SHELL モデルは、人間の能力や特性、そしてその周辺の要素・環境においての事故要因分析に用いられる分析手法である。航空事故に関して1972年に

Elwin Edwards によって作られたモデルをもとに、1975 年にオランダ航空の Frank H Hawkins が発展させたものである。これが日本では徐々に医療・介護分野でも応用されていった。

保育では、田中（2011）が保育事故用 K-SHEL とし、K を取り入れた。また、寺町（2021）も「保育所の危機管理～チームで守る子どものいのち」（港区研修）内で「重大事故の原因は一つではなく重大事故の防止策も一つではない」とし、多角的な事故分析と二重三重の予防措置をとるために SHELL モデルを使用することを推奨している。SHELL のうちの H（Hardware）は徹底的に見直すことが可能であるため、できる防止策をしておくためにも必要であると述べている。関川（2016）は「事故の再発防止のための事後的な検証」の中で SHELL 分析を用いている。関川は、事故報告は事故発生の要因分析をした上で、改善策を記述するとし、要因分析に SHELL モデルを使用する方法を伝えている。

このように保育でも要因分析に用いられており、今回の環境図と共に用いることにより、共有する際に「何故」という要因について考えるきっかけにする。

今回の麻布十番園の環境図にも SHELL モデルを組み入れている。要因分析の視点を加えて事故について考えるように要因を記入し、改善には物的環境調整、人的環境調整、ルールの徹底や変更の 3 つのうちどの分野であるかを簡単に分ける。

例えば、転倒事故があったと仮定する。転倒した要因が発達段階に合わない保育計画の実施のために起こった場合の要因は S（Software）である。床が滑りやすいことが要因となる場合は H（Hardware）、床に散乱した玩具が要因となる場合は E（環境）、事故の予見をせずに保育士が悪路で子どもを呼び寄せたなど、当事者が要因となる場合は L（Liveware 当事者）、子どもの機嫌が悪く、感情の制御ができていない状態で起こった場合は要因が①（Liveware 当事者以外の人）となる。

第 2 章 保育事故軽減のための取り組み

第 1 節 園の現状

表 2 に園児数を示す。定員 70 名の中規模の保育園である。

表 3 に 1 歳児クラスの 4 月から 6 月の事故報告件数を示す。

表2「あい・あい保育園麻布十番園 園児数」

2021年11月

0歳児		1歳児		2歳児		3歳児		4歳児		5歳児	
定員	在籍										
6	6	12	12	13	9	13	7	13	7	13	9

表3「2021年度1歳児クラス事故報告件数」

月	ヒヤリハット	軽度事故報告	事故報告	合計
4月	6	0	0	6
5月	6	4	1 *A	11
6月	7	3	0	10

A：0歳児の事故報告だが、対応が1歳児の担任だったため数字に入れている

4月に軽度事故報告、及び事故報告が0件であるが、慣らし保育を長くされるご家庭が多く、長時間保育の園児数が少なかった影響もあると考えられる。その後の5月で事故件数が増加し、1歳児クラスの課題として表出する。ヒヤリハットとは本来事故になる前の気づきであるので、ヒヤリハット数が多ければ多いほど事故発生を抑える効果に繋がると期待されるものである。ヒヤリハット件数が、イコールとして事故発生件数減少に表れていない理由として、多くのヒヤリハットを挙げる時間が捻出できないことやそのヒヤリハットを使った共有や振り返り、要因分析ができていないことが考えられ、ヒヤリハットを事故減少につなげていく必要があるといえる。

第2節 「ヒヤリハットに関するアンケート」の実施と考察

ヒヤリハットの現場での活用状況を知るためにあい・あい保育園の系列園9園にアンケート調査を行った。アンケート項目は、各園のヒヤリハット報告数、軽度事故報告数、事故報告数の他、ヒヤリハット提出についてのルールや活用法などについてであった。アンケート実施期間は令和2年8月～令和3年11月であった。

表4に各園のヒヤリハット報告数、表5に各園の軽度事故報告数、表6に事故報告数を示す。図2に麻布十番園のヒヤリハット件数と事故報告数を示す。図3に初台園、図4に祐天寺園、図5に錦糸町園、図6に高砂園、図7に東葛西園、図8に要町園、図9に西小岩園のものを示す。各園のヒヤリハット報告数と軽度事故・事故報告数を比較してみたが、ヒヤリハットが多く提出されて

いる園とそうでない園の事故発生数との規則性は特には見いだせなかった。つまりヒヤリハット報告数が多いと事故が減る、という関係にはない。

表7に各園のヒヤリハットに関するルールや活用方法を示した。「ヒヤリハット提出の際のルールの有無」を尋ねたところ、全園が「ヒヤリハット提出枚数に制約がある」と回答していた点に注目する。ヒヤリハットした事例を書類に残し、検討し共有するのが目的であるが、「〇枚以上提出」と決まっている園は調査をした全園であった。これは数を指定しないと一定の数も提出されないという現状を示しており、ヒヤリハットした場面すべてを挙げられていないことがわかる。その背景について「活用できていない理由」の問いの答えとして、時間がないという現状がある。又、共有も職員会議や回覧などの場で行われているが、分析をする機会が少ないと考えられる。事例について要因の分析を共有しないままではヒヤリハットを活かしきれない。

表4「ヒヤリハット報告数」

ヒヤリハット	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月							
麻布十番	6	7	6	6	6	7	9	12	13	12	4	7	3	5	6	9	3	1	5	2	5	5	
初台	9	9	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	8	7						
祐天寺			1	1	1	1	0	0	0	0	0	4	5	5	5	5	5						
錦糸町	5	1	7	2	0	1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
高砂園	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
東葛西										0	0	1	0	0	0	4	6						
要町園	1	6	3	6	3	6	3	8	3	8	3	0	3	2	3	8	3	2	4	2	5	3	2
西小岩	6	1	0	1	6	1	1	4	4	1	7	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1

表5「軽度事故報告数」

軽度事故報告	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	
麻布十番	0	1	4	3	3	2	2	4	0	4	4	1	2	3	2	0	
初台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
祐天寺			3	5	2	2	2	4	3	3	0	2	1	1	1	0	
錦糸町	2	1	3	4	6	9	5	1	4	4	2	2	4	2	2	4	
高砂	3	3	4	1	1	8	0	2	4	1	4	1	1	1	1	6	
東葛西									3	6	4	3	3	2	2	2	
要町園	9	9	9	1	1	5	3	2	0	3	4	5	5	5	2	2	1
西小岩	0	0	0	0	1	5	2	1	5	2	2	1	2	1	2	1	7

表6「事故報告書数」

事故報告	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
麻布十番	0	1	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0
初台	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
祐天寺			0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
錦糸町	0	0	0	2	4	3	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0
高砂	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
東葛西									0	3	0	0	0	0	0	0
要町園	2	2	1	4	2	1	0	1	0	1	0	0	3	1	1	2
西小岩	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0

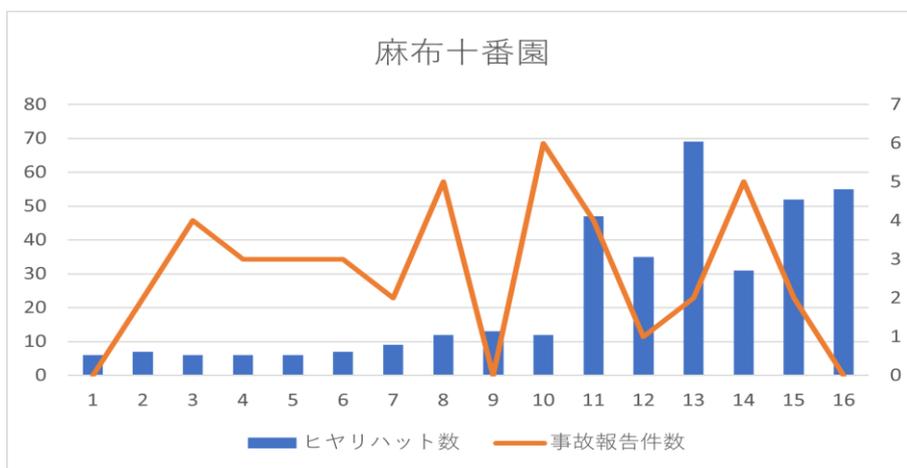


図2「麻布十番園ヒヤリハットと事故報告数」

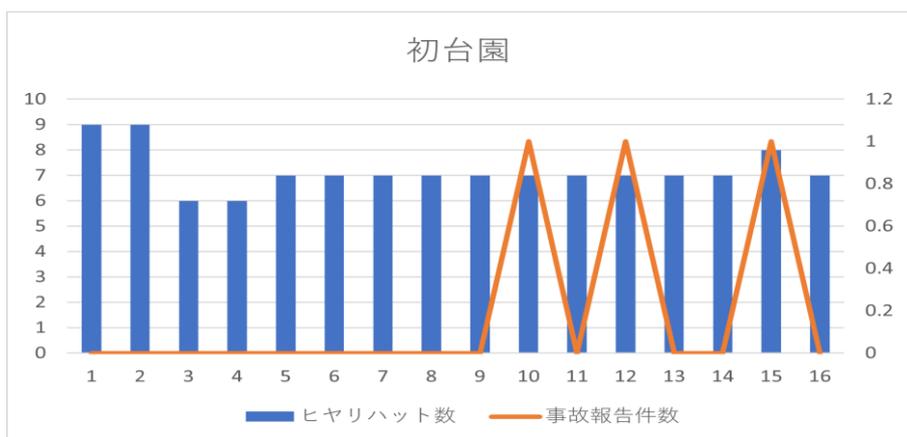


図3「初台園ヒヤリハットと事故報告件数」

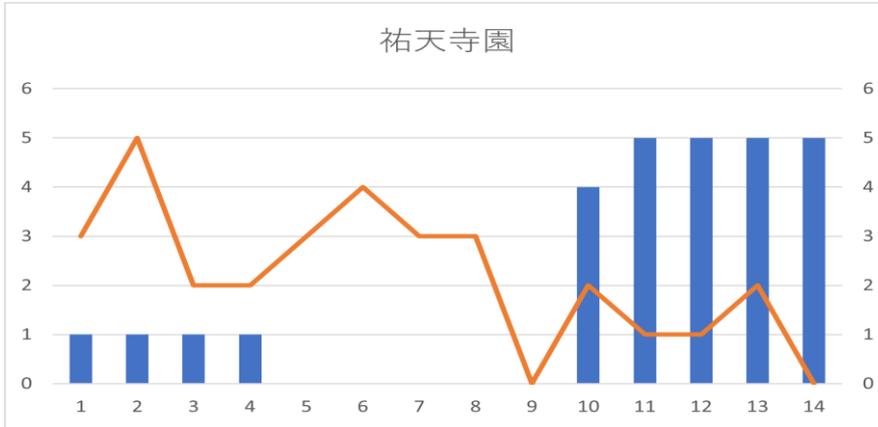


図4「祐天寺園ヒヤリハットと事故報告数

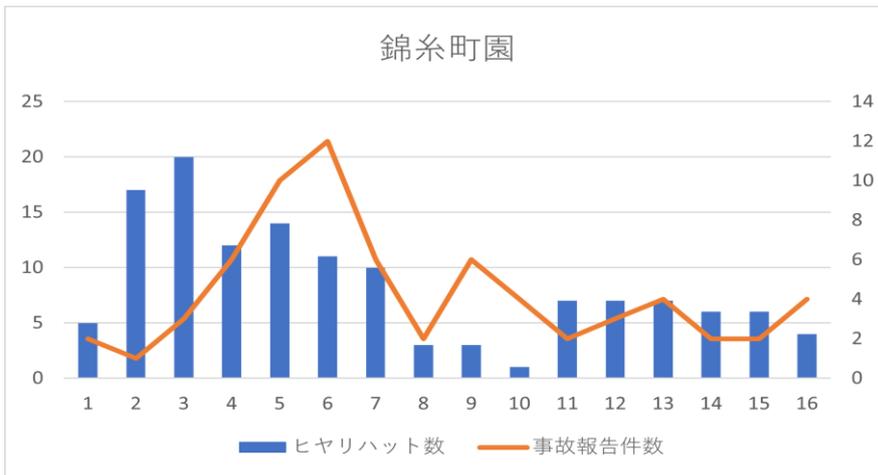


図5「錦糸町園ヒヤリハットと事故報告数

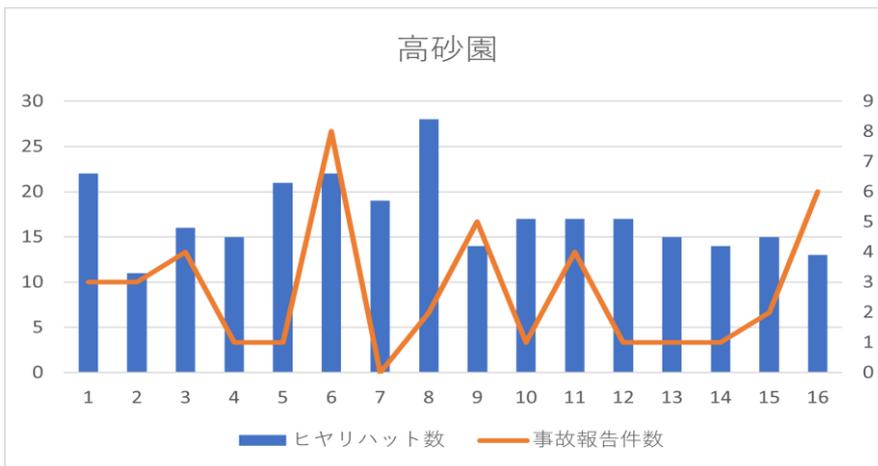


図6「高砂園ヒヤリハットと事故報告数

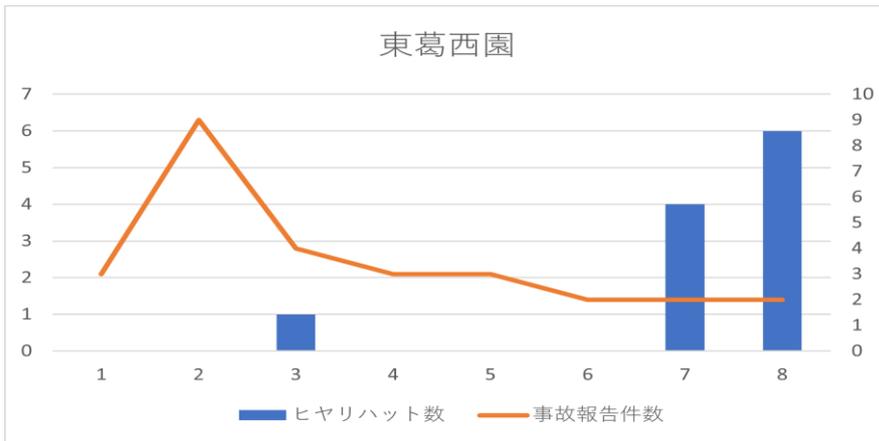


図7「東葛西園ヒヤリハットと事故報告数

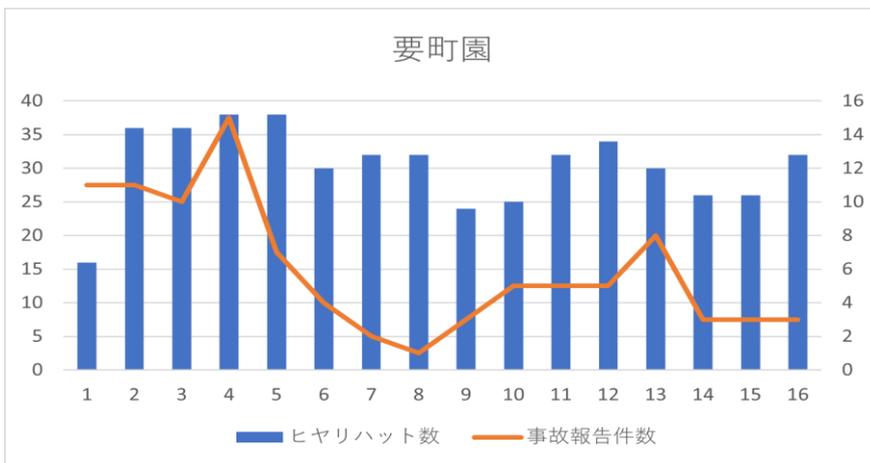


図8「要町園ヒヤリハットと事故報告数

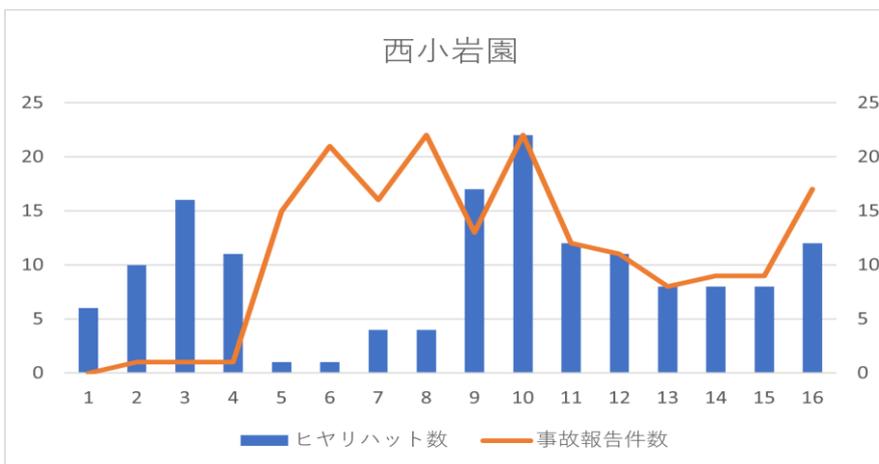


図9「西小岩園ヒヤリハットと事故報告数

表7「ヒヤリハットに関するアンケート」

● ヒヤリハットの記入のルールがあるか	
・各クラスで〇枚以上提出（1・2枚）	9
・ヒヤリハットのハザードマップ作成	1
・毎週水・金昼礼後の5分間で記入	1
・複数担任はペア同士で話し合い、共有してから提出	1
・気が付いた時に記入	1
● 共有方法	
・職員会議	7
・多発時にはその時に分析	4
・回覧	3
・昼礼	3
・掲示	1
● 活用できていない理由	
・件数が少ない	3
・時間がなく後回しになっている	6
・ヒヤリハットの認識がない	4
・特になし	1
● 事故が起こる（起こしやすい）環境（人・物・空間）の改善に必要なことは何か	
・具体的な対策案	1
・個々の危険に対する意識向上、考え方の向上	6
・環境を積極的に整備（玩具の量・スペース確保・配置変えなど）	4
・話し合い、分析、全体共有、共有しやすい仕組み	7
・共通認識をもつ	2
・チーム力（声の掛け合い等）	2
・個々の保育力・保育の質	4
・当事者意識	2
・園内研修	2
・時間	2
● 今後していきたいヒヤリハットの活用方法	
・カンファレンス	3
・統計をとる（曜日・時間・活動内容・場所等）	6
・特になし	1
・ヒヤリハットの枚数を増やす	3
・5W1Hに基づいた分析	1
・ハザードマップの活用	2
・ヒヤリハットと捉える基準を統一	2

第3節 検証

第2節のアンケート調査では、保育現場でヒヤリハットが提出されているが、義務的になっていること、時間的な問題から検討ができていないことが明らかになった。そこで、短時間で簡単にヒヤリハットを挙げられる書式を作成し、麻布十番園で書式を導入してその効果を検証する。

ここでは、あい・あい保育園麻布十番園での保育事故減少のための取り組み方法を示す。オリジナルの環境図を用いて、ヒヤリハットを簡単に短時間で挙げられるようにすること、挙げたヒヤリハットについて共有し要因分析をし、振り返りを行うこと、振り返りを行うことによる保育者の意識の変化を聞き取りによって確認することの3点に取り組む。

＜保育事故減少のための取り組みの方法＞

- ①環境図を用いて視覚的に見てわかりやすくし、記入を簡単にすることで時間を短縮する。
- ②SHELL分析法を書式に取り入れ、事故原因を考える。
- ③共有と振り返りをすることにより保育者の保育事故に対する意識を向上させる。

＜取り組み①②＞

・SHELL(L)モデルを取り入れた環境図を用いて、ヒヤリハット事例の報告と共有、振り返りを行う。

1:対象者

1 歳児クラスに関わる全ての保育士
(担任2人・派遣社員・0歳児担任)

2:クラスの環境図を用い、ポイントにシールを貼る。

赤：実際に事故が起こった場所

インシデントのレベルのものだけでなく怪我や事故に繋がらなかったが実際に起こった事例（転んだが怪我もなく本人もケロリとして立ち上がった・足に物を落としたが軽量のやわらかい物だったので大事に至らなかったなど）も含めてここに表す。

黄：ヒヤリハットが起こった場所

緑：予測して行動した場所

ヒヤリハットを予測し、人的環境や物的環境などを前もって変えようと行動したものを表す。

3:いつ・どのように行うのか

シールを貼るタイミング：各自の仕事終了時

1～2分でシールを貼る。

SHELL モデル記入：特別に記入すべきと思う事例を記入する。

4:共有

翌日の14時頃保育室内で口頭で共有する。

担当の保育士が全員揃っていなくても行う。

5:期間

2021年6月14日から6月30日まで。

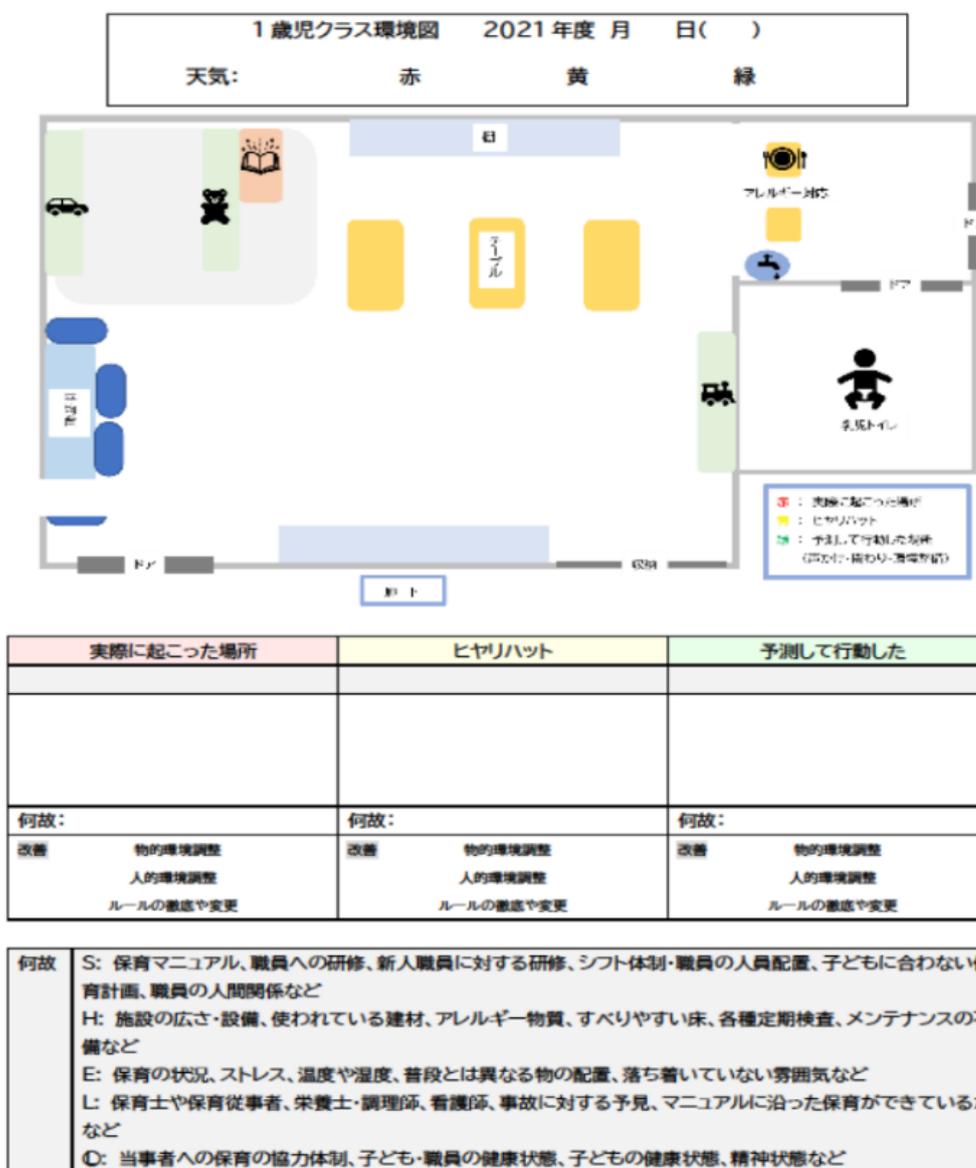


図 10 「1歳児クラス環境図」

《取り組み③》

- ・振り返りを行うことによる保育者の意識の変化を聴き取りによって確認する

①方法

6月30日までの環境図を用いたヒヤリハットの共有と振り返りが終わった後、ヒヤリハットの共有と振り返りを行った保育者4名に聞き取りを行う。

第4節 結果予測及び課題のゴール

検証の結果予測

①数値的予測（シールの数）

実際に事故が起こった印（赤）とヒヤリハット（黄）が多いところからのスタートだと予測する。その後、共有をしていくことにより、声掛けが増え、それぞれが事前に気づき環境に働きかける行動（緑）が増えていくと予測する。

②保育士の動き予測・実感

話し合いが増えていき、そのことによって日常からヒヤリハットやそうなる前の段階での気づきを躊躇なく声に出し共有しようとする姿が増える。

その他の場面でのコミュニケーションをとる姿も増えていく。

そうすることにより、声のかけあいが増え自分自身の視野が広がり視点が増える。保育士同士の動きを観察するようになり逆に見られている意識も出てくる。行動一つひとつを考えてするようになる。

・課題のゴールの設定

今回の検証により得たいものは、事故件数の減少に繋がるよう要因分析を通して考察を行えるようになることと、ヒヤリハット報告を簡易的な方法で行い共有しやすい環境を確保することの2点である。ヒヤリハットの検証を通して共有するという行為を増やすことにより風通しが良くなり保育士同士での声かけ、指摘のし合いに躊躇することを減らしていく。事故を一人ではなく組織で防げるようになることである。その姿は事故防止だけにとどまらず日常のあらゆる場面で必要な姿である。又、その結果防げる事故が増え、事故件数の減少へとつながる。

第3章 検証結果

第1節 結果からの考察

(1) 取り組み①②の結果

表8の「1歳児クラス事故報告件数」では環境図を使用したことによりヒヤリハットとして挙げられた件数が増加しているのがわかる。6月の前半月で3

件起こっていた軽度事故が減少傾向であることがわかる。表9の「シールの色別個数推移」では赤・黄・緑の数の推移に特徴は見られなかった。検証期間が短く特徴がでるまでには至らなかったと考える。

表8「1歳児クラス事故報告件数」

月	ヒヤリハット	軽度事故報告	事故報告	合計
6月 環境図 なし (半月)	7	3	0	10
6月 環境図有 (半月)	33	1	0	34
7月 環境図変更	25	0	0	25

*ヒヤリハット数は環境図に記したものと書面にしたもの、両方の数

表9「シール色別個数推移」

シール色別個数 推移

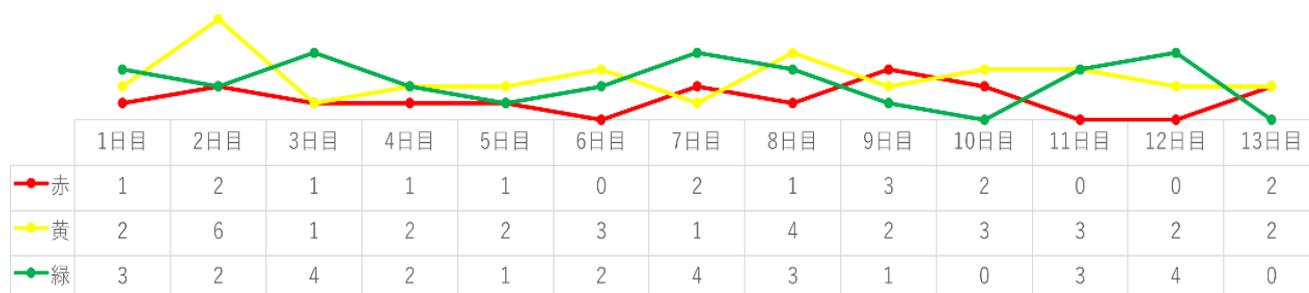


図11の「1歳児クラス環境図 色別分布図」では、貼り終えたシールを色別に環境図に添付した。そうすることで事故が起こる場所が図として明確となる。又、全色同じ場所に添付されていることがわかるが、それは環境図にすることで事故が起こりやすい場所がわかり、それにより事故を防ごうという意識が見て取れ、実際に動けたという成果が表れている。

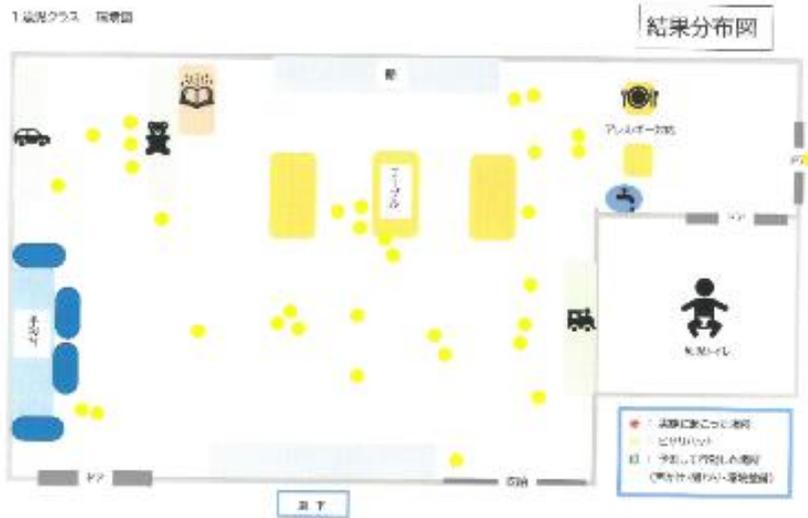
(2) 取り組み③の結果

検証後検証に携わった1歳児クラスに関わる保育士4名に聞き取りを行った。全員の一致する意見として保育事故に対する意識が持てたということ、この機会により皆でのコミュニケーションが活発になって意見をしやすくなったというところを評価していた。そのことにより、課題のゴールであった「風通しが良くなり保育士同士での声かけ、指摘のし合いに躊躇することを減らしていく。事故を一人ではなく組織で防げるようになる」といった点での成果を得られたと考える。

1歳児クラス 環境図



1歳児クラス 環境図



1歳児クラス 環境図



図 11 「1歳児クラス環境図色別分布図」

*各色別に場所がわかるように分布図にする

表 10 「対象職員 聞き取り結果」

	自身の認識・行動について	1歳児クラス全体について
保育士A (7年目)	<ul style="list-style-type: none"> ・意識するように変化 ・予測して動く事が大切 	<ul style="list-style-type: none"> ・共有する時間を持つことで保育中でも声のかけ合いがでAきるようになった
保育士B (2年目)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の認識が甘いと知った ・声をかけやすくなった 	<ul style="list-style-type: none"> ・共通認識が具体的になった ・予測の部分の声のかけ合いが増えた
保育士C (副主任)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分が予測して動いていることを再認識した 	<ul style="list-style-type: none"> ・技術（ヒヤリハットの発見）はさほど変化はみられない ・保育の方法を知ろうとする動きがでた ・意識をし、共有しようのする姿勢がみられた
派遣 (ベテラン)	<ul style="list-style-type: none"> ・パターンがわかるようになった ・意識できるようになり、予測しての動きが増えた 	<ul style="list-style-type: none"> ・それぞれが意識の変化を感じた ・環境（レイアウト・玩具など）について話し合うようになった ・活動内容が変わった 身体を動かす・手先の遊びなど活動の質について話し合うようになった
	環境図・分布図について	SHELLモデルについて
保育士A (7年目)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故が起こる場所がわかった ・予測の大切さがわかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・はじめはE（環境）が多かったが気づけるようになり整えられた ・理由を考えるようになった
保育士B (2年目)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故が起こる場所がわかった ・図で表すと一目瞭然 ・緑にどうにかしようという気持ちが見える 	<ul style="list-style-type: none"> ・取り組みを進めると自然と要因分けを行うようになった ・原因がはっきりして予防につながる
保育士C (副主任)	<ul style="list-style-type: none"> ・赤が多いことに気が付いた ・保育士の意識が高まったの見える ・緑を増やすために共有続ける 	<ul style="list-style-type: none"> ・原因がわかり振り返りきっかけとなった。難しくなかった ・予測した行動をピックアップすることが初めて。共有時に伝わる
派遣 (ベテラン)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故の起こる場所、保育士の意識がある場所が見える ・毎日行う意義と共有の意義を感じそれを実践できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・要因分けをすることで、事故の性質について考える訓練になった

第2節 検証結果総評

今回の検証では期間が短期間であったことから数値では明確な変化などは読み取れなかった。しかし、聞き取り調査で取り組みに関わった職員がヒヤリハットの共有と振り返りの意義を感じていた発言をしていたことから、事故に対する意識の変化があったと考えることができる。葛野・加藤(2020)が「小さなことも話し合える風通しの良い職場では、多くの「ヒヤ

リハット」が出され、保育観の共有がなされているのである。(中略) その点を共有できるようにすることが大事なのではないだろうか。自分では気づかなかった留意すべき点を、他保育士の気付きから共有し、自分のものとしていくことで、事故のリスクが減るだけでなく保育士自身の保育スキルも上がっていくのである。」としている。

また、「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」(2019)では「日頃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合い、学び合う組織づくりが課題といえる。」としている。共有し、語り合い学び合う組織づくりという点では十分な成果と言える。今後は更に園全体として組織づくりを広げていくことが大切だと感じた。

第4章 再検証

第1節 ヒヤリハット書式の修正

《あい・あい保育園麻布十番園でのヒヤリハット報告書の在り方》

第2章、第3章では、麻布十番園で新たなヒヤリハット報告書の書式を導入して、その検証を行った。その結果をもとに改善したヒヤリハット書式と改善点を図12に示す。図13に要因分析を更に丁寧にできるように修正したヒヤリハット報告書を示す。

図12の「環境図+SHELL分析」は環境図の中にSHELL分析を直接書き込むことにより時間の短縮ができ、更に視覚的にわかりやすく、共有しやすく修正した。図13のヒヤリハット報告書は逆に時間を有するものである。気になる事例に対して時間を使い、皆で考え、改善点を見つけ出す際に有用であるものとした。

今回、1歳児クラス対象におこなった検証について、対象となった職員からの要望もあり園全体で取り組みを継続していくこととなった。

より簡単にヒヤリハットを挙げられるようにし、共有する部分を大切にするために何点か改良を行った。最も大切にすべきは職員間での共有であり、語らう、学び合う環境にしていくこととする。

今回の検証を行っている際に、他クラスの職員から、1歳児クラス担当の職員が集まって話をしている姿が増えていると感じていたと報告があった。同時に事故報告が減っていることから「共有の大切さ」を感じていたという。当事者ではない職員も実感として感じていたことで園全体として取り組む際に「共有」を最初から意識して行っていた。

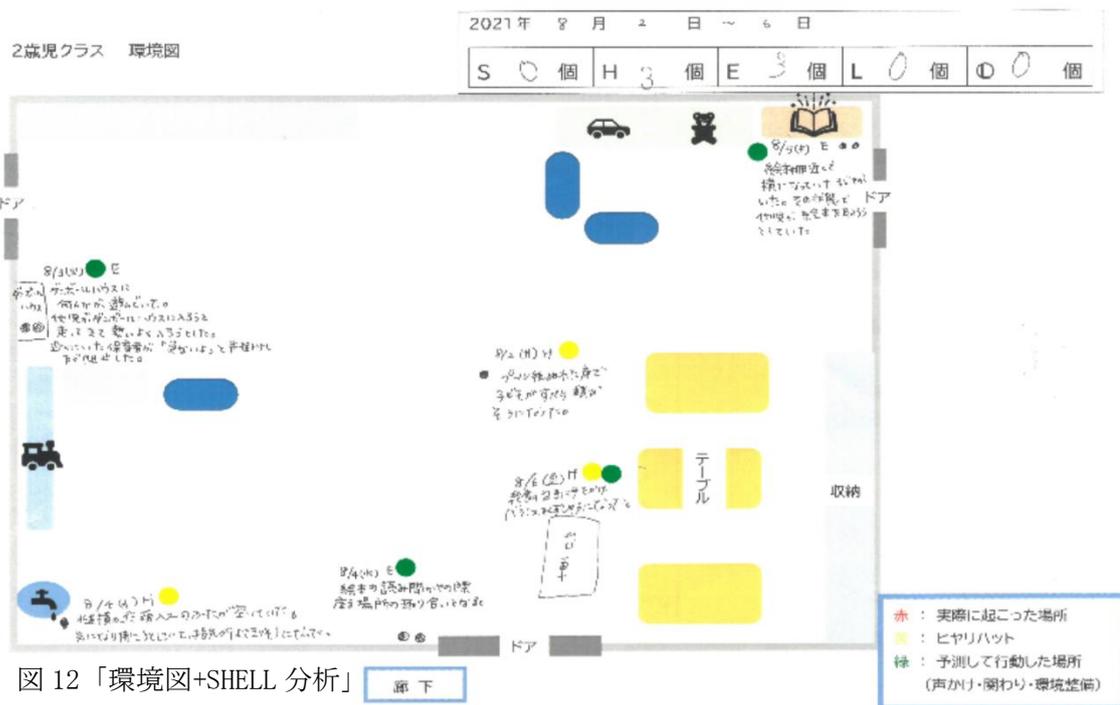


図 12 「環境図+SHELL 分析」

表 11 「SHELL〇モデル」

SHELLモデル		
S	Software (ソフトウェア)	保育マニュアル、職員への研修、新人職員に対する研修、シフト体制・職員の人員配置、子どもに合わない保育計画、職員の間関係など
H	Hardware (ハードウェア)	施設の広さ・設備、使われている建材、アレルギー物質、すべりやすい床、各種定期検査、メンテナンスの不備など
E	Environment (環境)	保育の状況、ストレス、温度や湿度、普段とは異なる物の配置、落ち着いていない雰囲気など
L	Liveware (当事者)	保育士や保育従事者、栄養士・調理師、看護師、事故に対する予見、マニュアルに沿った保育ができているかなど
〇L	Liveware (当事者以外の人)	当事者への保育の協力体制、子ども・職員の健康状態、子どもの健康状態、精神状態など

ヒヤリハット		■記録日	年	月	日
施設名	あい・あい保育園 麻布十番園	施設長	主任	記録者	
記録者					
対象施設	組	歳児	ふりがな	園児名	
発生場所 発生活動	/				
事故発生日	年	月	日	()	時 分
発生場所 状況	環境図				
	表記				
	該当園児 ●				
	対応者 ▲				
	他児 ○				
	他職員 △				
	指摘環境 ☆				
事故 発生状況					

要因 分析	S	(ソフトウェア)マニュアル・研修・体制・配置・保育計画・職員の間関係等の不備
	要因	
	H	(ハードウェア)広さ・設備が不適切
	要因	
	E	(環境)温度・湿度・環境設定・保育状況に問題あり
	要因	
	L	(当事者)対応者・該当園児に原因
	要因	
	(L)	(その他の人)サブなど他の職員・他児らが原因
要因		
主な要因	理由	

* SHELLそれぞれの要因があるか。なければ無と記入

原因分析	
再発防止の ための 取番品	

図 13 「ヒヤリハット報告書」

表 12 「環境図の改良点」

	検証で使⽤した環境図	改良後の環境図
環境図	部屋の環境図とSHELLモデルの記入欄が記載	部屋の環境図のみ
SHELLモデル	環境図と同じシートに記入欄があり要因分析を行う	環境図のシールを添付したポイントに直接要因分析を書き入れる
事例の説明	SHELLモデル記入欄に赤・黄・緑それぞれ1つ記載 口頭で説明	環境図に簡単に書き入れる 口頭で説明
枚数	1日1シート	1週間で1シート
共有	毎日14時頃	毎日14時頃
通常のヒヤリハット	環境図とは別にそれぞれが作成	月に1つの事例をあげ、皆で話し合い記入

第2節 検証後アンケート結果より考察

表 13 「1日のうちでヒヤリハットに気づく回数の変化」

・乳児クラス担当者6名

	ほとんどない	1回	2回	3回	4回以上
取り組み前	0	1	2	3	0
取り組み後	1	4	1	0	0

・幼児クラス担当者3名

	ほとんどない	1回	2回	3回	4回以上
取り組み前	0	0	2	1	0
取り組み後	0	0	1	2	0

表 14 「ヒヤリハットの共有について」

・対象 9 名 できていない 1 点<できている 5 点と数値化しての平均値

	取り組み前	取り組み後
クラス内で共有	2. 5	3. 4
口頭でクラス外の保育士と共有	2. 3	3. 7
報告書に記入	1	4. 3

表 15 「ヒヤリハットに関する行動の変化」

・保育者 9 名 できていない 1 点<できている 3 点と数値化しての平均値

ヒヤリハットで心がけて行動できていたこと	取り組み前	取り組み後
日常の環境整備	1. 2	2. 3
組織的な対応	1. 6	2. 3
子どもへの働きかけ	1. 7	2. 6
保育中の確認と注意	1. 4	2. 6
共有	1. 6	2. 6

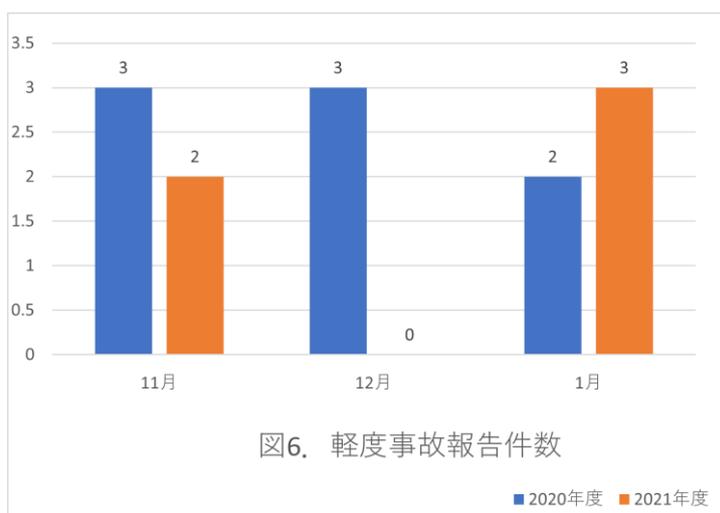


図 14 「2020 年度・2021 年度の軽度事故報告件数」

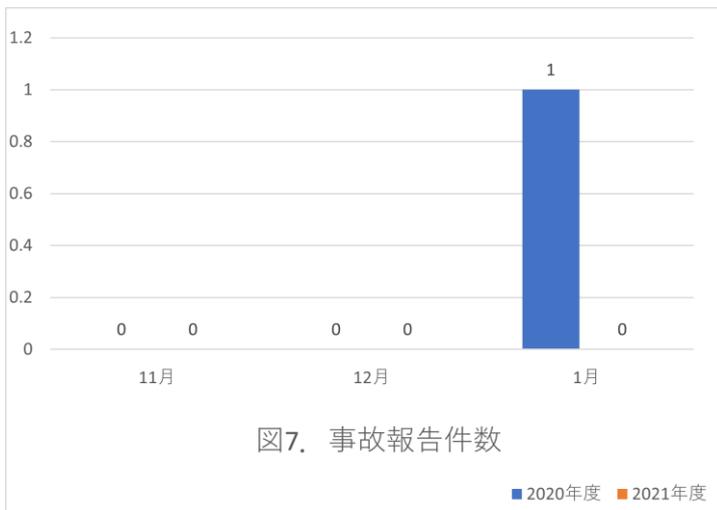


図 15 「2020 年度・2021 年の事故報告件数」

事故報告件数	11月	12月	1月	合計
2021年輕度事故報告数	3	3	2	8
2022年輕度事故報告数	2	0	3	5
2021年事故報告数	0	0	1	1
2022年事故報告数	0	0	0	0

修正したヒヤリハット書式を使用し、その後アンケートを行った。
 表 13 の「1 日のうちでヒヤリハットに気づいた回数の変化」については、乳児クラス担当の保育者はおおむね取り組み後の方が減っており、幼児クラス担当の保育者は増えている。乳児クラスについては常にヒヤリハットが起りやすい月齢であることから考え、共有することによって気が付き環境を変える行動ができていてヒヤリハット数が減少したと推測できる。又、幼児クラスでは、かみつきや転倒などが発達段階で起りにくくなっていることで、今までヒヤリハットに関する意識が低かったところから、SHELL 分析を用いたことで視点が増えて気づきに繋がったと推測する。「ヒヤリハットになる前に気づき環境を変える行動についての変化」についてもアンケートを行ったがこちらは全員行動が増えたと回答している。

表 14 の「ヒヤリハットの共有について」のアンケート結果からは、クラス

内だけでなく、関係する数名と共有ができるようになっていくことがわかる。特に、制限のもと記入していたヒヤリハット報告書の件数については取り組み前と後では大きく変化があったことがわかる。

表 15 の「ヒヤリハットに関する行動の変化」を見ると、要因分析を通して考察をし、共有する。なにより行動にできていることがわかる。行動に反映できていることが何よりも成果といえる。

図 14・図 15 では 3 か月ではあるものの、取り組み前と後の事故報告件数を比べ、減少傾向にあることが確認できている。

今後の展望

今回の取り組みをきっかけに、ヒヤリハットに限らずタイミングを見つけて共有を図っている姿が増えていると感じている。共有できる関係性になったことで保育内容について話し合い、わからない部分は長に尋ね更にそれを具体的な行動へと落とし込むという姿勢が見られるようになった。子どもの対応や活動の進め方、つまりは保育のスキルの部分は保育士によって違っているため施設長、主任をはじめ経験者、年配者が都度伝えていきたいものである。しかし実際にその場で同じ経験をしている者同士が確認し合えることは理解に近づけ、行動に表れやすい環境であると言える。その点から、一人の力ではなく、周りの人と、そして組織で動くことの有用性に気が付いて更にコミュニケーションをとるようになった。園全体の保育の質向上に良い影響があるため、今後も継続できるよう、考え、理解して行動できる園を目指していきたい。

引用文献

- ・厚生労働省（2018）『保育所保育指針解説』 p, 301
- ・前田佳代子 前川絵美 前川由香 三木知子 戸江茂博(2004)「保育園におけるリスクマネジメントの取り組み2—SHELLモデルによる分析—」57号 日本保育学会大会発表論文集 p. 246
- ・内閣府発表（2021. 6. 18）「保育施設で5人死亡20年、事故報告は最多に—内閣府」『jiji.com』 <https://jijicom/jc/article?k=2021661801134&g=soc>
- ・田中哲郎（2016）『保育士による安全保育』日本小児医事出版社
- ・保育科学研究(2014) 田中哲郎『子どもの視座に立った保育—安全・安心・望ましい保育施設—』
- ・内閣府（2018）（2019）「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
https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyoiku_hoiku.html
- ・田中哲郎（2011）『保育園における事故防止と安全管理』日本小児医事出版社
- ・寺町東子（2021）港区研修「保育所の危機管理～チームで守る子どものいのち」
- ・関川芳孝（2016）「事故の再発防止のための事後的な検証」厚生労働書平成28年度保育所等事故予防研修
- ・葛野真恵 加藤智子（2020）「「ヒヤリハット」から見える保育についての考察」42号 千葉敬愛短期大学紀要 p, 33

参考文献

- ・内閣府子ども・子育て本部（2019）「平成30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」
- ・菊池春雄 菊野雄一郎 奇季（2017）「安全な教育環境：ヒューマン・エラーにおけるアフォーダンスと心の理論の要因」23(1), p. 57-69
- ・牧野桂一（2013）「保育現場における安全管理と危機管理のあり方」8号 筑紫女学園大学・筑紫女学園大学短期大学部紀要 p. 189-201
- ・横田典子（2019）「保育現場の危険事例と保育者の意識に関する考察—「ヒヤリハット」事例のデータベース化と安全チェックリストの作成に向けて—」1号 岡崎女子短期大学 子ども好適空間研究 p. 46-55
- ・葛野真恵（2019）「保育所における乳児の保育事故を考える ヒヤリハットから」千葉敬愛短期大学総合子ども学研究所年報 p. 55-64