

# 「本田保育園のヒヤリハット事例収集と再発防止について」

東京都 社会福祉法人葛飾福祉館  
本田保育園

園長 内藤 清美 (保-35期)

## 1、本田保育園の紹介

葛飾区は、東京都23区の中で3番目の工場集積地であり、多種多様な業種が操業している。それら一つひとつは、物作りに誇りと熱意を持っている。空き缶からブリキのおもちゃを作った戦後間もない頃からこれまで、高い加工技術で素晴らしい製品を作り続けており、世界に日本産業の質の高さを広めた中核となった地



本田保育園 外概

域ともいわれている。

葛飾区では、43園の公立保育所のうち4園の民間委託がなされている。当園はその内の一つであり、平成21年度より社会福祉法人葛飾福祉館が運営を受託している。当法人の歩みは、昭和41年に東京下町のこの地に、セツルメント事業の発想を根底にコミュニティセンターとしての保育をめざして「四つ木児童ルーム」を開設した時から始まる。昭和43年には「こひつじ保育園」を開設、当初は無認可園としての運営であったが、昭和49年5月に東京都より認可を受けた。そして同年10月、社会福祉法人葛飾福祉館を設立した。

公設民営である本田保育園は、公がもたらす安定性と民が持つ熱という両者の良い面を活かすことで、「こどもの幸せはみんなの幸せ」の保育理念のもと、より良い保育サービスを提供することをめざしている。運営委託から3年目を迎えており、現在は1歳児から就学前までの園児111名が通園している。

## 2、ヒヤリハット事例集の取り組みを始めた経緯

運営委託が始まった年は、否応無く公立保育所時代との比較をあらゆる面でされた。当然、新しい体制における職員たちの一挙一動は保護者の関心の的となった。にもかかわらず、個々の職員の経験差がもたらす意識や行動の違いが目立つという状況にあった。全体的に、共通理解のもとに保育にあたるのが十分にできておらず、一つひとつの保育に対しての意識や温度差が見られた。ベテランの職員と経験の浅い職員の意識や視点の違い（経験の浅い職員が不十分）がある一方で、ベテランの職員の経験と勘に頼る傾向が、めざす保育の妨げになっている面もあった。子どもとの基本的な関わりにおいて、いかに職員が共通の価値観や視点をもって取り組んでいけるかが課題であった。

この課題に取り組むにあたり、その要因として具体的に見えていた事象があった。基本的な「ハウ・レン・ソウ（報告・連絡・相談）」が不十分であったということである。この事象がもたらすマイナス面として、大きく2つのことが考えられた。1つ目は、園そのものの信頼に関わるということである。職員間の伝達ミスや保護者への報告不足等、それが職員個人のミスであっても園全体の評価へとつながり、結果として園の信頼を失うということもあり得る。その重大さを、職員一人ひとりが理解をして日々の業務にあたることができているかという懸念もあった。2つ目は、園児の事故等につながりかねないということである。1つの小さなアクシデントについての共有がなされていなかったことで、より大きな事故を引き起こしてしまう可能性がある。事故や怪我についての完全な予防は困難であっても、子どもの行動の予測や日頃の環境整備に配慮すること、職員がイメージをもつことで、その可能性を少しでも下げて発生を防げるケースが多々あると考えた。このようなことから、「ハウ・レン・ソウ（報告・連絡・相談）」が不十分であることの改善を、優先課題として取り組むこととした。

## 3、園におけるヒヤリハット事例の収集～活用の仕組み～

その日に起きた事故や怪我、ヒューマンエラー等は、1日の報告会（終礼）で発表することとして位置づけた。各クラスから事故等の経緯や対応を報告しあうとともに、当番等の都合で出席できなかった職員には、チェック項目を設けた終礼ノートに目を通すことを義務付けた。職員全体で問題の共有ができるように徹底し、意識づけにつなげた。さらに、毎日の報告内容を1か月単位に1枚の紙（「ヒヤリハット表」）にまとめることとした。表面には、各クラスの報告より、事故や怪我の発生しやすい場所・時間帯等をまとめた。裏面には、職員に周知が必要な事例について、当事者または該当クラスより事故・怪我等の発生状況の内容・対応・結果を記入したものをまとめた。この資料を基に、会議の中で話し合いの時間をもち、安全対策の共通理解に努めている。

加えて、「1件の重大な事故の背景には、同

### ヒヤリハット表 月分

子ども用トイレ	大人用トイレ	事務所	玄関	れもん	病後児室	調理室	
廊下		園庭		プール		ホール	
保育室		園庭		プール		ホール	
下		園庭		プール		ホール	
上		園庭		プール		ホール	
園外		園庭		プール		ホール	

【その他のケガ】

上園の人数と【その他のケガ】をあわせると  
 月のケガは 件でした。( 月は 件)

【ひよこ組】

【つぼみ組】

【幼児】

ヒヤリハット表 表面(フォーマット)

種の29件の軽度の事故、事故には至らなかった同種の出来事が300件存在する」ということを示したハインリッヒの法則に基づき、活動の根拠にヒヤリハット事例を集め、各職員が経験した情報を会議の中で発表する等して共有化している。この際には、決して当事者となった職員の人格を否定してはいけないこと、互いに批判しないこと、自分の見方に固執しないこと等を約束としている。

#### 4、園内の研修について

当園では、危機管理研修を行っており、他園のものも含め実際に起こった事故事例を題材にケース検討をしている。研修の際には当法人理事長より、「事故については、わが身に置き換えて想像してみるように。いつものように送り出したわが子が、いつもと同じように帰ってこない現実がどれだけ重たいかを。」との話を職員にし、自分たちが大切な命を預かっているという意識を強く持つこと、危険に対して敏感になることの大切さを認識することをうながしている。

取り扱っている事故事例の1つを以下に紹介する。

##### 事故事例(他園の事例)

###### 「園児の行方不明」

※4才児25名(当日5名欠席)、担任2名のクラス

10:30 散歩から戻り自由遊びとなる(この際人数確認はしていない)

11:35 給食の時間となり人数確認し、1名の園児がいないことに気づく  
園内外を探したが行方不明

12:10 警察に捜査依頼

12:25 絵本棚の下に隠れていた所を発見  
(絵本棚が廊下の死角に設置されていることを事故前に指摘されていた)

###### <どこに問題があったのか(ケース検討の結果出てきた意見)>

- ・散歩後の人数確認が抜けていた(給食までの1時間以上人数把握がされてい

かった)。

- ・死角になる位置に絵本棚が設置されていることを指摘されていたにもかかわらず、そのまま放置していた。
- ・遊ぶ場所が広範囲に及び(ホール・園庭・廊下)、担任2名では把握しきれなかった。
- ・絵本棚の下に入る遊びが園児間で常態化していたにもかかわらず、特に対策をとっていなかった。

このようなケース検討を行いながらも、残念ながらこれに近い出来事が当園でも起こってしまった。新入園児を迎えた慌ただしい4月、ホールでの遊びを終えた2歳児クラスが食事のために部屋へ戻る際、次にホールを使用する4歳児の集団の中に1人の園児が紛れてしまった。担任はそのことに気づかず、部屋に戻ってしまった。その状況に気づいた他のクラスの担任が、園長の元に園児を連れてきた。園長は担任の早急な気づきを期待しながら園児を預かるが、担任は食事の準備で一人ひとりにエプロンの着用をうながす時まで(園児が園長の元にきてから20分後)気づけなかった。

他のクラスに紛れてしまったこの園児には、他のクラス担任と園長が付き添っていたため行方不明になるようなことはなかったが、これが仮に園外で起こりそのクラスの担任しかいないような状況であったら、大きな事故が発生した可能性もある。はからずとも、ケース検討で取り扱っているものが、当園と決して無関係ではないことを実感できた。保育現場での職員の危険を察知する、イメージする能力という点で、課題を再認識する出来事となった。

#### 5、今後の展望

集まった事故や怪我の情報等をヒヤリハット表のマップ上に展開し、さらにグラフにより傾向を示す等の工夫により、安全対策の共通理解という点では、運営委託1年目と比較し「ハウ・レン・ソウ(報告・連絡・相談)」の重要性の意識づけが強まったとは思われる。しかし、先ほ

ど紹介した出来事があったように、個々の職員が1つの事象から起こりうる事故等をどれだけイメージできるか、という点ではまだまだ課題がある。

今後は、「なぜそれが起きたのか」を突き詰めて考えていく「なぜなぜ」5回などの手法も採り入れることで、取り組みの強化をはかっている。

きたい。設備面においても、同じ場所で怪我につながった時には安全対策をスピーディーに行うなど、ハード面での対応も徹底していきたい。また、保護者にとって不安なく子どもを預けていただけるよう、自分たちの保育を定期的に振り返りながら、より安心と安全をめざした共通理解にこだわっていきたいと考えている。