

「ヒヤリハット」から見える保育についての考察

A Study of Childcare Seen in Near Miss Incidents

葛野 真恵 加藤 智子

Masae KADONO・Tomoko KATO

キーワード：乳児保育

I はじめに

昨年度は研究テーマ「保育所における乳児の保育事故を考える」では、I市公立保育所1園でのヒヤリハット報告を通して、保育現場での事故発生実態を検証した。

保育現場では、保育事故を発生させないために様々な取り組みが行われており「ヒヤリハット」の検証もその一つである。

昨年度の研究報告から、一般的には休日明けや週末に事故が起こりやすいと思われていたが、大きな差は見られなかった。これは保育士が、過去の経験や学びから事故に対する配慮が功を奏したものと考察される。

また、発生時間帯については、午前中9時から11時頃まで、発生場所は屋外が多く、これは保育形態からくる保育内容に起因するものであると考えられる。このように、「ヒヤリハット」からは多くの学びがある。

そこで今回は、保育の現場で実際に書かれた「ヒヤリハット」の内容を掘り下げていく中から見えてくる、保育士の配置や動き、保育の態勢について考えていく。

II 事例より

1. 誤飲

0～4歳児の不慮の事故の死因順位1位が「窒息」である。その「窒息」の主な原因は「誤飲」とされている。「誤飲」とは、本来接種すべきものではないものを、飲み込んでしまう事を指す。乳児は手にしたものを口に入れ確認をす

る。その行為からおこる事故である。

これは、乳児保育IIの授業「6か月以上1歳未満の子どもの育ちと保育内容」の中でも取り上げられているものである。実際、乳児がどの程度の大きさの物を飲み込んでしまうのかという事を、学生に理解してもらうために、誤飲防止ルーラーと同等の大きさの図を使用し、保育室で使用する可能性の高いおもちゃなどを提示して授業を行っている。

事例1	乳児室における誤飲
年齢	10か月（0歳児）
場所	0歳児保育室
日時	6月 15時40分頃
担当者	未満児時間外当番保育士1名（正職） 時間外保育者1名
状況	普通 保育士1名は乳児1名に授乳をしていた。他の乳児1名はサークルの中で遊び、他の1名はもう一人の保育者とおもちゃで遊び、もう一人の乳児は仕切りに使っていたウレタンのバスマットの近くで遊んでいた。その乳児の口が動いていることに授乳中の保育士が気づき、もう一人の保育者に声をかけ口の中を確認したところ、5mm弱ほどのバスマットの破片のような白いものが見えた。保育者2名で急いで、口から出そうとしたが、飲み込んでしまった。

事例からの考察

本来、乳児が過ごす場である保育所、特に乳児室は誤飲の可能性を最大限に考え、おもちゃの大きさから始まり、壁面に使用するものまで配慮すべきものである。保育士は、保育が始まる前に乳児の口に入る大きさの物が床に落ちていないか確認してから乳児を受け入れることが重要であり、それが「誤飲」事故を防ぐ基本であると考えられる。しかし、事例1のように常にそこにありこれまで全く「誤飲」の対象と考えにくいもの(大きさ・形状)で「誤飲」事故が起こったという事は、いかなるものでも乳児にとっては事故につながる可能性を考え、想像して取り組む必要性を示しているのではないかと考えるものでも、劣化によっては乳児でも噛み切れる可能性があると考え、対応する必要がある。事例1の事故はその後、本児の体調等について異常がなく保護者の理解も得られたが、最悪の場合はどうなっていたであろうかと考えると、重い事例である。乳児が口に入れてしまい、飲み込んでしまったものは、二度と取り返すことは出来ないという事、それによって息が出来なくなる結果を招いたとしたら、極めて深刻な事態を招く可能性があるという事を肝に銘じて保育の環境整備に取り組むべきであろう。

2. 誤食

事例2 アレルギー児への誤食
 年齢 9か月(0歳児)
 場所 1歳児保育室
 日時 7月 10時
 (午前の水分補給時)
 担当者 主任保育士1名
 クラス担任保育士2名
 状況 普通
 麦茶にアレルギー症状があるため、本児には麦茶を与えていなかった。この日は0歳児と1歳児担任が1名ずつ休みのため主任保育士が入り保育を担当し、0、1歳児とも出席が少なかったため、1歳児クラスで合同保育を行っていた。主任保育士が午前の水分補給時に他の担任に確認せず、本児に麦茶を与えてしまう。

事例3 ミルクの誤食
 年齢 1歳0か月(0歳児)
 場所 0歳児保育室
 日時 10月 16時15分頃
 担当者 クラス担任保育士2名
 状況 多忙
 保育士1名が授乳用のミルクを2人分作り、指定の場所に置き、授乳する保育士へ声を掛け指定の場所へ置いた後、他児のミルクの温度を確認するため調乳室へ戻った。授乳担当の保育士は、調乳担当の保育士に確認せずに、他児のミルクを本児のものを取り違えて飲ませ始めた。直後に調乳担当の保育士が保育室へ戻ってきてその際に、本児のミルクが残っているのに気が付きすぐに授乳を止めた。

事例からの考察

事例2にある食物アレルギー児への「誤食」はうっかりミスでは済まされない事例である。保育所は入所の際にアレルギーの有無を確認し、献立を立て、食材の納入から調理、調理室での配膳、保育室での配膳と、乳児への食事の介助等多くの段階を経て、「誤食」への対策が取られている。その中で起こりうる事故の要因はそれぞれの段階での、勘違いや思い込み、伝達ミス、うっかり行動、失念というヒューマン・エラーがほとんどではないだろうか。

中には、子どもの思いもよらない行動が原因という事もあるだろうが、子どもの行動は年齢等を考慮し、大抵の場合保育士が想定し、それについての対応を考え対策を練って取り組まなくてはならない。

この事例の場合、保育士の配置数には問題がないものの、アレルギー児の対応を担当保育士ではなく替わりに入った主任保育士であったこと、他の年齢と合同で保育が行われていたこと、そしてクラス担任保育士皆が他の子の世話に気を取られ、代わりに入った主任保育士の行動に気付かなかったという要因が重なり合って起きた事故である。

主任保育士は当該乳児がアレルギーであったことを「失念」し、本児に麦茶を与えるという「うっかり行動」を行い、他の保育士は主任保育士の手伝いのため「大丈夫であろう」

「ヒヤリハット」から見える保育についての考察

という「思い込み」であるヒューマン・エラーが複数同時に起きた結果である。ヒューマン・エラーは起こりうると考え、どうすれば起こさずに済むのかについて、話し合う必要がある。

事例3も事例2と同様、アレルギーではないものの乳児に他の乳児のミルクを与えてしまったというヒューマン・エラーによる事故である。複数人で保育を行う時には、仕事の割り振りをして乳児の世話をスムーズに行えるようにしている。今回のように、調乳のために保育室から出て乳児から目を離す場合には、一人は保育室に残り、一人が調乳をすることはよく行われていることであり、このことについては、乳児から目が離れることからおこる事故を無くすためにも必須のことであり、望ましい保育対応であったと思う。そのような体制を取っていたという事は、日頃から保育中の事故防止の為の対応を心がけていたのであることが伺える。それだけに、この様なミスが起こることはとても残念と言える。

0歳児クラスの栄養は、各乳児の発達に添ったミルクの分量や種類が決められており、それは保護者と保育者・栄養士等の承認の下に安全に与えられなくてはならないものである。授乳という作業は、一日に複数回行われるものであり、預かる乳児の人数分が乗算される保育活動である。日常と捉えられがちな、ともしれば無意識の中に入ってしまうような活動であるからこそ、慎重に取り組むべきものであろう。

一度に複数のミルクを調乳する場合は、たとえアレルギー児がいないクラスであっても乳児一人ひとりのその日の体調を思い起こしながら調乳し、一人分ずつを作り上げ、そこにすぐさま名札を付けるなどし、その上で、他の保育士への声掛けを行い確認しあう等、幾重ものチェックをするなど、取り違えをしない方法を考えるべきである。

保護者が指定しているもの以外の物を乳児の口に入れてしまった事は、体調への異変の有無に関係なく、誤食そのものとして保育所の信用問題として、重要な事故と捉えなくてはならないのではないかと。

その後の対応として、当該保育所では ミルクを調乳した際は、すぐに乳児の名前札をミルク瓶につけ、乳児を見ている保育士への声掛けを行い、乳児を見ている保育士は、ミルク瓶と名前の確認を行うように、対応を変更して事故防止にあたり、これ以降同じ事故は起こしていない。

3. 転落・転倒

事例4 椅子からの転落
年齢 11か月（0歳児）
場所 1歳児保育室

（0、1合同保育）

日時 1月 9時15分頃

担当者 クラス担任保育士2名

状況 多忙

0歳児担当保育士は1歳児の午前のおやつを食べさせるため、他の乳児の着席を援助していた。その最中に、本児が自分で座ろうと椅子へ這いあがったところ、手が滑り椅子から転落する。転落した際に、顔をぶつけ左目横を打撲、内出血をする。

事例5 椅子からの転倒
年齢 2歳7か月（2歳児）
場所 2歳児保育室

日時 7月 11時30分頃

担当者 クラス担任保育士5名

状況 普通

本児は休みが続き、5日ぶりに登所して来た。保育士はそれぞれ各テーブルについて食事の介助を行っていた。本児が座って居た机の担当の保育士が他の子の食事の介助を行っている時に、本児が給食を食べ終えた。本児が使用したおしぼりとエプロンを片づけようとテーブルを押して椅子から降りようとしたところ、椅子ごと後方へ倒れてしまう。丁度 側を通りかかった保育士が頭を支え頭部は打たなかったが、倒れた時に舌の左わきを噛んでしまい出血する。

事例6 ベッドからの転落（未然）

年齢 10か月（0歳児）

場所 0歳児保育室

日時 10月 12時00分

担当者 クラス担任保育士2名

状況 普通

給食終了後、本児のミルクまでに時間があつたこと、食器のかたづけがあつたため、本児をベッドに座らせた。その際に遊ばせるためのおもちゃを取ろうとして柵をしないままベッドから離れようとした。それを見ていた他の保育士が「危ない！」と声を掛けたことでその場を離れることはなかったが、危うくベッドから転落させるところであつた。

事例からの考察

乳児の運動発達の面から考えると「転倒」「転落」は乳児の事故の中では多く見られるものである。乳児の事故で最悪な結果をもたらす事故は「息が出来なくなる」ことであろう。保育士は「転倒」や「転落」はその時は「うわっ!」「おっと!」という強い感情を持つが、乳児が大声で泣いたり、こぶを医者に見せ診断を貰うことで、保育士の気持ちは落ち着いてしまう事が多いように感じる。

保育所の場合、乳児が使う椅子や机、遊具などはかなり低いものを使用、設置するなどして、転落に備えており、0歳児の保育の場合は転落をしない可能性の高い子から着席をさせるという方法は当たり前の保育方法であろう。その時に乳児一人ひとりに声掛けをしながら、着席する子の方に注意が集中しないよう保育士間でも目を配り対応している。事例4の場合はまさにその状況であることが伺われる。平均的な発達に当てはめると、11か月児という事はハイハイも出来、つかまり立ちも出来る月齢であり、1月という事を考えると、保育所の生活にもすっかり慣れ、安心して保育所生活を送っている時期であると思える。保育士は、その発達過程を考慮に入れると共に、乳児一人ひとりの性格をも考えて援助をする必要があるであろう。出来ることなら着席させ

るときは一人ずつ座らせ、他の乳児は離れた場所で他の保育士が担当し、見守るという形にすることで、今回の事故は防げたのではないか。「水分補給の時間だから座ろうか」という安易な気持ちはなかっただろうか。

また、先にアレルギーの事例にもあるように、今回も0,1歳児が合同保育を行っている時に発生したものであることを考えると、乳児の出席人数や保育士の都合等で合同にする場合の注意点として、十分に考慮されるべきものであろう事と、安易に合同保育を行うべきものなのかを今一度検討すべきであろう。

事例5は椅子に座っている状態からの転倒である。今回は運よく側を他の保育士が通つたので、頭部を打たずに済んだが、これがそのまま倒れ、後頭部を強打したと考えると、恐怖さえ感じる事故である。まして、場所は机が密接して並べられており机の脚にはロックが掛けられるように金具がついており、そこに顔もしくは頭が当たれば、出血を伴う大きな怪我となったことは予測が出来る。

また、当該児は5日ぶりの登所という事が記載されている。それも事故の誘発原因の一つではないだろうか。新年度が始まりやっと落ち着いて生活を送れるようになった時期に休みが続き その休み明けの事故ということは、本児への配慮不足も言えるのではないか。実際、報告文の記述として「本児は休みが続いており、久々の登所であり、もう少し気を配り、気にかけていればよかった」と記録されている。

この事例は、各机には保育士が一人ひとり付き、食後の介助を丁寧に行っているところに発生したもので、防ぎようがなかったようなイメージではあるが、本児が食事を終えていることは分っていたのだから、本児への声掛けもしくは、担当保育士がすぐに介助が出来ない場合は、他の保育士に介助の手伝いを依頼するという方法もあったのではないか。

食後から布団へ入るまでの時間の混乱は、保育士を経験している者は十分理解できる。まして、2歳児の場合は乳児同士のいざこざも起こる可能性もある中で、トイレへの誘導も加わりどのようにその時間を事故なく過ごさ

「ヒヤリハット」から見える保育についての考察

せるかは、大きな課題である。

事例6については、「事故が起きず本当によかったね」と職員間での会話が聞こえてくるような状況である。当該保育士の記載として「ほんの一瞬だからという気のゆるみがいけなかった」とあるが、乳児は常に動いているものでありその動きは予想もつかないこともあるという事を念頭において、保育に携わらなくてはならない。まして、ベッドなど高さのある空間にあえて乗せた時は事故発生の可能性を十分に念頭において、世話をすべきであろう。他の保育士の声掛けで未然に防げたことは幸運というべきである。声掛けがなかった時に起こりうる状況は子どもに起こる最悪の状況を考えなくてはならないだろう。その時保育士は謝っても取り返しのつかない現状に直面することになることは間違いないのである。

「転倒」「転落」は乳児の身体のバランス、運動発達の上で起こりやすい事故と取らわれがちではあるが、事故発生の時に保育士にのしかかる後悔や失望感の大きさを考えた時起こさずに済む様に取り組むことは大きな意味があると考ええる。

4. かみつき

乳児保育Ⅱでも「かみつき」についての授業は「1歳以上2歳未満児の保育の内容」に取り上げられている。そこには「1歳以上2歳未満の子どもの育ち」として、言葉の発達と相手の思いへの気づきについての未熟さからくる「かみつき」につての対応を学ぶようにカリキュラムが組まれている。学生はロールプレイングを通して「かみつき」発生時の保育士の関わり方を体験し、その学びをレポートにまとめることで1歳児クラスの「かみつき」の対応を学習している。なぜなら、1歳以上2歳未満児、いわば1歳児クラスの「かみつき」はクラス全体に広がる可能性のある重大な要素を持っていると言えるからである。

次に当該保育所での「かみつき」についての保育事故を取り上げてみる。

事例7	時間外保育時でのかみつき
年齢	2歳（1歳児）
場所	1歳児クラス保育室
日時	12月 17時30分
担当者	未満児時間外当番保育士（正職）
状況	普通

時間外保育への引き継ぎの為、クラスは変わらないが、保育担当者が正職保育士の未満児当番に変わるため、伝達事項などのひきつぎを行った後、ままごと道具を出した。そこに、子どもたちが2、3名集まり座って遊びが始まった。その様な集団が2か所できていた。保育担当者はままごとと他の遊びの間にそれぞれ分かれ、3人で子どもたちを見守っていた。本児が他児の持っていたハンバーグのお皿を取ろうとして手を出したところ左手中指を噛まれてしまう。

事例8	時間外保育時でのかみつき
年齢	1歳（1歳児）
場所	1歳児クラス保育室
日時	7月 17時03分
担当者	時間外保育補助員
状況	多忙

クラス担任が時間外保育補助員へ引継ぎを終えた直後に、本児の目の前に居た1歳児が本児の右手首をかむ。当時の保育室には、クラス担任が2人、時間外担当補助員が3名居り、どの職員もトラブルの発生を確認しておらず、何の前触れもなくかみつきが起こってしまった。

事例9 かみつき
 年齢 1歳（1歳児）
 場所 1歳児クラス保育室
 日時 7月 10時40分
 担当者 フリー保育士
 状況 多忙

クラス担任が1名休みの為、フリー保育士が入りもう一人のクラス担任と2名で保育をしていた。給食準備のために、3～4人ずつトイレへ誘い担任保育士1名は介添えについた。他の子どもたちは玩具の片づけをフリー保育士と共に行っていた。本児がブロックを片づけようとして、入れ物の箱に手を伸ばしたところ、近くに居た乳児にその腕を噛まれてしまう。フリー保育士はその側に居たが、乳児同士のトラブルは何もなく防ぎようがなかった。

事例からの考察

事例7と8については通常の保育体制から時間外保育体制へと場は変わらずとも、状況が変わった時での発生として同じである。が、事例7については明らかにかみついた子の立場として考えた時、自分の持っているおもちゃを取られると感じた際に防衛本能が働き、取られまいとする思いと、1歳児特有の相手への思いへの気づきと、自分の気持ちを相手へ伝える未熟さからくる行動として「かみつき」が発生したのではないかと考えられる。

3歳になっていけばしっかりと「嫌だ」という意思を言葉で示すことができるであろうが、言葉が未熟な1歳児には言葉で伝えることはまだ無理がある。それゆえに日頃から保育士が仲介役となり、お互いの気持ちを言葉に変えて表現してあげることで、子どもが場面に応じて自分の気持ちを言葉で相手に伝える事を学習することができるのである。この保育士の関りの成果はすぐには表れるものではないが、根気よく行うことで子どもたちの成長を促すことができることは確かである。言葉で思いを伝えることが未熟な1歳児クラスの保育士の関りの基本と言える。

事例8と9にあるようになんのトラブルもない状態で突然の「かみつき」にはどうにも防ぎようがないとしか思えない状況であるが、通常のクラス保育から時間外保育への移行時に場所は変わらなくとも、担当者がクラス担任から他の担当者へ変わるなど、1歳児が「最も信頼している大人」がそこからいなくなる事への不安が「かみつき」という行動に現れる可能性を示しているのではないかと考えられる。事例9は通常の保育時間内ではあるが、担当がクラス担任ではなく、代わりに入ったフリー保育士という点で「最も信頼している大人」ではないという所が、共通していると考えられる。

フリー保育士はクラス担任が不在の時にはそのクラスの保育を担当する為、どのクラスの子どもたちとも信頼関係を築くように、日頃から関わってはいるが、乳児にとってはクラス担任とはやはり違うのである。乳児クラスへ手伝いに行く職員は乳児の気持ちを汲んだ体制を心がけるべきであろう。

5. その他

次の2つの事例は、日々保育に取り組む中でも、最もあつてはならない事例と言えるものではないだろうか。

保育士は、自分が今、現在見ている子どもが、どの場所に居て何をしているのかを一人ひとり確認しておく必要がある。その為に乳児の特性を考えての保育士の配置基準がある。

たとえ保育の状況として「多忙」であろうとも、それは保育の原点ではないだろうか。

「ヒヤリハット」から見える保育についての考察

事例 10 園庭からの逃走
年齢 2歳5か月(2歳児)
場所 2歳児庭
日時 6月 10時30分頃
担当者 クラス担任保育士3名
状況 普通

2歳児の庭は、子育て支援センターを利用する地域の方たちが出入りする門に直結している。その為、門へまっすぐ通じている。

コンクリートのスロープの前には2歳児が行かないように、プランター等を置いて日頃からの声掛けを行っている。この日、保育士は庭の砂場、滑り台、ママごと用テーブルにそれぞれつき子どもたちの遊びを見守っていた。スロープ近くで遊んでいた本児が一気にこのスロープを走り、門までたどり着いた丁度その時に、子育て支援センター利用の方が門を開け保育所へ入ろうとした。担任は声を掛けながら、本児が外へ出ないように走り寄り引き留めた。

事例 11 保育室からの逃走
年齢 2歳(1歳児)
場所 1歳児保育室
日時 11月 15時50分頃
担当者 担任保育士3名
状況 多忙

室内遊びをしている時に、他児を迎えに来た保護者が保育室の扉を開けた際に、カギをかけ忘れてしまい本児が廊下へ出てしまう。保育士1名はおやつの片づけを行っていた最中に保護者が迎えに来た為その対応をしていた。他の保育士は離れた場所で、他の子どもたちの遊びの見守りを行い、分かれて保育をしていた。その様な中、本児が保育室から出ていった事に誰も気づかなかった。一人の保育士が、保護者が帰って行ったあとに保育室の鍵が開いていることに気づきカギをかけようとした際に、本児が事務室の方へ歩いていく姿が見え、慌てて追いかけた。

事例からの考察

保育所の子どもたちは、4月入所の頃はまだ慣れていないことから保護者の元へ帰ろうとして保育室から出ようとしたり、慣れている子どもでも、園全体の落ち着かない雰囲気から保育室や園外へ出ようとするケースが見られることが多々ある。保育士は乳児の園への慣れ具合や乳児一人ひとりの個性等を見極めながら、保育士の配置や遊ぶ場所の提案等を考える必要がある。

事例10は2歳児の庭における事故につながるケースとして報告がされている。この報告に見える保育士の配置については、庭に出口がなければ問題ない配置であるが、支援センター利用の地域の方が使用する出入り口があり、その出入りが決まった時間ではないことを考えると、保育士の立ち位置について再考する必要があるだろう。庭のどこが一番危険であるか、どこが一番事故につながる可能性があるかと考えた時、保育士は砂場に居る乳児につくことより、出入り口に直結しているスロープの前に位置するべきではないだろうか。まして対象の乳児は2歳児であり、運動面での発達として「走る」という事が可能な年齢である。そのまま偶然開いた門をすり抜け走り出してしまう可能性を十分に考えて、保育士は立ち位置を決めるべきであろう。

一人の保育士がその事に気付かなくとも、他の保育士がその危険性に気づきお互いに伝え合い、その時の人数で出来る最良の配置をしていくべきではないか。

また、走り出ようとした乳児の性格も考慮すべきであろう。日々生活を共にしている保育士は、その日の戸外遊びをする乳児の一人ひとりの性格は把握しているであろうから、その子どもたちの遊びや動きを予測することは可能ではないだろうか。だとすれば、出入り口まで走り込む前に、スロープに入る前に止めることが出来たのではないかと考える。

事例11については、とても残念なケースである。保護者が迎えに来る時間帯は、保育士にとっては一番神経を尖らせなくてはならない時間帯である。迎えに来た保護者の対応に一人掛かり切りになり、通常の保育中の乳児たちへの手が一人分減るからである。たとえそ

の時間がほんの数分であっても、乳児の事故は長い時間帯の中で起こるのではなく、「あっという間」というような表現で表されるように数分、数秒の間に起こりうるからである。この事例では、「保護者がカギをかけた」という表現があるが、カギを掛けなければ乳児が出ていってしまう可能性があるのなら、保護者が入室してきた時点で施錠のお願いをするべきであったであろう。

11月という、乳児も保育所に慣れ、落ち着いて生活が出来るころであろう時期に起きたこの事故については、乳児の成長における活動の範囲の拡大とその事についての保育士の対応、そして危機管理の再考が必要であろう。

結果として、園外へ出る前に担任保育士が気づき何事もなく保育室へ戻ったが、一つ間違えれば最悪の事態も考えられる事故である。どんなに忙しい時間帯であっても、保育室から乳児が居なくなったことに、気づかないという事自体が重大な事である。本児の顔を見て、保育士は「怪我がなくてよかった」という安堵と共に「もう出ちゃだめだよ」「お母さんがカギをかけたから…」というような気持ちを持つこともある。今回のような「ヒヤリ!」とした経験を繰り返さない為にも、保育室のつくりとして鍵を掛けなければならないのであれば、その鍵の管理について担任保育士が再度確認し合い、再び同じ事故が起きないように取り組むと共に、保護者への啓蒙を繰り返す必要がある。

事例 12	ペットの事故
年齢	2歳 (2歳児)
場所	2歳児庭
日時	5月 16時25分
担当者	クラス担任保育士5名
状況	普通
おやつ後、中庭で戸外遊びをしていた。保育士1名は、大便をした子の介助をするため入室。もう1名はむかえに来た保護者対応をしていた。他の保育士はケガのないように見守りながら、遊びの中に入っていた。その様な中、本児は友達2人とベランダで飼っていたカメの水槽に行き、手を入れてしまい噛まれてしまう。	

事例からの考察

事例12について保育所生活を知っている者はつい「ふっ」とほほえましい光景として感じてしまうようなものであるが、突き詰めて考えた時、2歳児とは言え、まだまだ危険への判断が充分とは言えず、まして、免疫等で弱い状態である乳児の部屋で、直接触れるような状態でペットを飼うという事が一番の問題ではないだろうか。

生き物を飼育し、可愛がり“生”について触れさせていく活動は重要な事である。2歳児となるとそれについての興味と理解する力は十分に備わってきているはずである。その点では大いに推奨したいものではあるが、2歳児の発達に合った飼育方法を考えることと、アレルギーなどの点についての配慮が充分になされてからの取り組みとなるべきであろう。

3点の事例について考えた時、乳児の動きは突飛であると言われるが、それは日々の保育で予測が出来、予測できるように観察を行う必要があり、その予測の元、保育士の立ち位置や保育の方法を考えていくことの重要性に改めて気付かされる。保育士の配置基準が守られている中での保育であっても、保護者対応や排泄などの介助で保育士の手が取られてしまい、実際乳児を見ている保育士の数が少なくなるケースも出てくる。また、クラスの中には、動きが静かな乳児もいれば、活発に動き回る子もいる中で、保育士の動きとして“今はどの場所に位置するべきか” “どの子を重点的にだれが見るか”という事を担任間でしっかりと話し合い、確認し合い、それを職員全員に伝えておくことの重要性について再認識させられた。

III まとめ

前回の研究でも論じたことであるが、本来「ヒヤリハット」はその言葉通り、事故が発生する前に「ヒヤリ」としたこと「ハット」感じたことを、保育士間で共有することで重大な事故発生の防止に役立てることを目的としている。

保育の現場では、何事も起こらずに一日が過ぎるということはまずありえない。

保育士は、朝子ども達を受け入れる前には

「ヒヤリハット」から見える保育についての考察

必ず安全点検を行う。部屋の中で突起物はないか、子どもが見つめて口に入れてしまいそうな物は落ちていないか、劣化した玩具はないか等々保育室だけではなく、小さな子ども達が一日を過ごす中で使うであろう場所すべての点検を行っている。そして、「危ない」と思った場所を直し、危険物を排除して一日の保育が始まるのである。

「ヒヤリハット」の本来の目的を考えると、この毎日の安全点検時に「危ない」と思って直したり、排除したことを「ヒヤリハット」の項目に即して記入し全員で共有していくことが、大事なのである。この「ヒヤリハット」本来の目的を十分に理解している職場では、一日に何枚もの「ヒヤリハット」が提出されている。一か月で100枚以上の「ヒヤリハット」が提出されている現場もあるという。

しかし多くの保育現場では、事故発生後に保育士が自分の保育を振り返り改めて気づいた事を記載し提出されることがほとんどである。

その為、若い保育士の中には「ヒヤリハット」を記入すること自体を重荷に感じたり、他保育士が記入した「ヒヤリハット」を他山の石として共有することが難しくなっているように感じる。

保育士という仕事は、毎日同じ様な環境で保育することが多いと思われているが、全く同じ環境での保育は有り得ないのである。子どもたちは日々成長し、昨日できなかったことができるようになっていく。朝の母親との別れ方がうまくできなかったことが尾を引いて一日情緒が不安定な子もいる。子どもだけではなく、保育士自身の体調が悪い日もある。ほんの小さな変化が大きく影響する職場なのである。工場のように毎日同じ環境下で作業を繰り返す事が必然の仕事とは大きく異なり、思いもかけないことが毎日起ることが日常なのだ。その日常の中で、漫然と保育することなく常に緊張感をもって保育する一つのツールとして「ヒヤリハット」がある。

また、保育士は保育経験のみならず、保育士自身の人間性が大きく寄与する職業でもあ

る。同じ現場で一緒に保育する中で、若い保育士が感じるのと、経験豊かな保育士が感じるものが違うのは勿論だが、同じような経験年数を積んでいるはずの保育士でも見解の相違があることが日常茶飯事である。

例えば、庭にあいた小さな穴を見つけ「危ない」と感じ埋めようとする保育士と、確かに危ないが子ども自らが危険回避する力を身に着けるにはちょうど良い穴だと感じる保育士がいるのではないだろうか。これは保育経験だけで培われる感覚ではない。この小さな穴を見つけた時に、「ヒヤリハット」が出される職場と出されない職場の違いは何だろうか。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。

若い保育士が気付かない部分にベテラン保育士が大きな要因があると感じている時もあるであろう。その逆も然りだ。

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。

現在保育現場で出される「ヒヤリハット」の多くは小さな事故や怪我が起きてしまったときに出来るものがほとんどだが、その小さな積み重ねが重大な死亡事故を防いでいると共に、自分自身の成長に繋がっている事を忘れてはいけないのである。

そしてぜひ「ヒヤリハット」本来の意味を理解し、日常的に「ヒヤリハット」を書く習慣をつけてほしいと思う。保育士自身が「ヒヤリハット」を書くことでの学びと共に、他保育士の「ヒヤリハット」の気付きを自分のものとしていくことの重要性に気づき職員みんなが自覚し取り組んでいくことで、「ヒヤリハット」の有効性が実証される保育環境となりうるのだと思う。