



マッセ・市民セミナー（NPO法人ちゃいるどネット大阪共催）

「危機管理 ヒヤリハットの仕組み・作成」

開催日：平成25年7月18日（木）

会 場：摂津市立コミュニティプラザ コンベンションホール





「危機管理 ヒヤリハットの仕組み・作成」

脇 貴志 氏
（株式会社アイギス 代表取締役）

はじめに

今日の演題は「危機管理 ヒヤリハットの仕組み・作成」ですが、実は私はヒヤリハットというテーマは苦手です。なぜかという、知らないとか、分かっていないとか、あまり経験がないというのではなくて、あまりに分かり過ぎていて皆さまの固定概念をたたき壊してしまうからです。今、皆さんが思っているヒヤリハットの仕組みは、恐らく間違っています。ヒヤリハットとは、正式名称をハイインリッヒの法則といい、300：29：1という統計上の数字でできているものです。この仕組み自体は正しいと思っています。なぜかは後で立証したいと思います。何が間違っているのかと言うと、やり方です。つまり、ハイインリッヒの法則を保育現場に使って、そのリスクをあぶり出す方法は正しいと思いますし、うまく使えば効果も上がるのではないかと思います。ただ、やり方が少しどうか、あるいは目的が少しどうかというところがあるので、そこは再点検していただきたいのです。

7

1. 「分かる」と「できる」

ヒヤリハットの話をする前に、まず、今日の研修の目的を皆さんと共有したいと思います。「分かる」と「できる」という日本語がありますが、これは全く意味が違います。皆さんは今日2時間、私の話を聞いて園に帰ります。しかし、それができるのかというと、できないのです。つまり、「分かる」ということと「できる」ということは違って、研修に参加する目的は帰って「できる」ことです。そうでなければ意味がないのです。

そういう意味で「分かる」と「できる」の間には、実は二つの「ショウカ」が必要です。一つ目は、「消化」することです。つまり、私がお話ししたこと

を皆さんの中で消化していただかなければ、現場でできるようには絶対になりません。なぜかという、私の話はほとんど抽象的だからです。具体的に帰ったらここを見てくださいとか、ここをこういうふうにしてくださいとか、柱の数を数えてくださいというようなことは言わないので、自分たちができるように考えなければいけません。

消化するとは、自分なりに理解するという事です。消化することは理解することだと思われがちですが、実は違っていて、理解するよりも大切なことがあります。それは「自分なり」ということです。皆さん、それぞれ立場が違います。例えば入職して2年目の方もいれば、5年目の方もいれば、10年目の方もいれば、園長先生もいれば、主任先生もいます。あるいは、定員が60名の園もあれば、180名の園もあります。そういう意味では、それぞれが置かれた立場で、今、私が言っていることを自分の立場に置き換えた場合にどこが使えるのか、あるいは、私が言っていることは自分たちの園には必要ない、これはすごく重要だということを見分けてほしいのです。私が言うことの全てが役に立つわけではないので、そういう意味で濃淡を付けていただきたいと思います。つまり、消化とは、それぞれの立場で自分なりに理解して、こうであれば私は帰って何をしなければならぬ、あるいは、これはしなくていいということに見分けられるようになって帰っていただきたいと思います。これが、「分かる」と「できる」の間にある一つ目の「消化」です。

もう一つは、「昇華」させることです。これは、自分の理解を更に高め、そして、今自分が何かできていたレベルをもう少し上のレベルで実現できるようにすることです。例えば今日のメインテーマであるヒヤリハットは皆さんから出たテーマですので、恐らく皆さんは今やっぴらっしゃるのでしょう。それを前提とした場合に、私が申し上げることと少し違うところがあると思うのです。そうだとしたら、自分たちがやっている仕組みに対して、これは少しまねしよう、あるいは、これはうちの園に取り入れてみようというように、更に精度を上げたり効率的にできたりすることが「昇華」するということです。

「分かる」と「できる」の間にあるのは「消化」と「昇華」です。これは私の研修に限らず、全ての研修に言えることだと思います。2時間、私の話を書記のようにすらすらと全部書いた人から、ショックな質問を受けることがあります。話が終わると前にいらっぴらっしゃって、びっしり書いたノートを握りしめて、



「脇さん、すみません、一つ質問があるのですけれども。3枚目のスライドをちょっと見せてくれませんか。メモし損なったので」と言うのです。私の話を全然聞いていないということです。そもそも3枚目は重要ではなかったりします。皆さんは私の書記ではありません。そして、今日私が話したことを一言一句漏らさず書いて、それを研修報告として出したとしても何の意味もありません。それならばボイスレコーダーで録音して出した方がより正確です。つまり、目的は何かということを外してはいけないということです。皆さんの今日の目的は、何かができるようになることです。

ほとんどの方は、私の講演を初めて聴かれるのではないかと思います。先日、研修が終わった後に、「脇さんはすごく熱を入れて話しますね」「情熱的です」「迫力がありますね」と色々と言われましたが、そもそも私の話には園児の命が懸かっています。皆さんの仕事は、園児を預かって、園児を返すことです。単純に言うと、命を預かって、命を返す仕事です。従って、安全に関してミスがあってはならないのです。ですから、通り一遍のことをやっていて、やっているつもりになっては駄目なのです。先ほど申し上げたように、結果が出なければ意味がありません。事故現場では、結果しか残りません。一生懸命やっていた、積み上げたら床から天井まで届くぐらいヒヤリハットレポートを集めていますといっても、「あなたの園が事故を起こしたのでしょうか」と言われたら終わりです。つまり、結果しか要らないのです。結果が出るための最短経路はどうすれば見つかるのかを考えていかなければいけないのです。

今日はヒヤリハットを中心にお話ししていきますが、ヒヤリハットだけではなく、保育園や幼稚園の安全は、今日のお話をご理解していただくと、ほとんど確保できるのではないかと思います。

2. 皆さんはバスのどの席に座りますか

本題に入る前に、皆さんの意識調査というか、実験のようなことをしてみたいと思います。今からバスで遠足に行きます。皆さんはどの席に座りますか。前から8列まであって、運転席から離れた窓側からA、B、C、Dの順です。好きな席を選んでください。別に正解、不正解はありません。実は8-Bを選んだ人はこういうタイプというような心理分析でもありません。お好きな席を選んでください。皆さんの席の選び方には、何となく理由がありますよね。例

えば窓際がいいとか、どうせみんなで行くのであれば最前列に座っていい景色が見たいとか、酔いやすいから真ん中の中側に座りたいとか、酔いづらいのは一番後ろの窓際だとか、いろいろな都市伝説はありますが、理由はいろいろあると思います。

それでは、次に、このバスの席の中で一番安全だと思う席を選んでください。つまり、安全を最優先した場合、皆さんはどの席に座りますかという質問です。これも正解はありません。実はこの席が一番安全だということはないのです。皆さんに聞いてみましょう。後ろの方が減りましたね。では、今度は窓際か通路側かということですが、Aが激減してCが増えるという感じですね。なぜAが嫌なのでしょう。安全な席というテーマの場合、皆さんが選んだ席には理由がありますね。その理由のことを根拠といいます。ここで、皆さんにお話ししたいことの種明かしをしますと、安全には根拠が必要なのです。

皆さんは素晴らしいと思ったのが、動物としての勘なのか、それとも何となくなのか分かりませんが、Aが激減しましたね。これはある意味、正解ではないかと思います。皆さんのお住まいから遠い所で起きた事故なのでご記憶にないかもしれませんが、昨年、金沢発の東京ディズニーランド行き的高速バスが、埼玉県と群馬県の県境の高速道路で事故に遭いました。陸援隊という会社が運営していたのですが、実はあの事故で金沢市内にお住まいの保育士が亡くなっているのです。Aの席の人はほぼ全滅でした。そうすると、高速道路上で長距離バスの事故が起こった場合、Aの席には座らない方がいいのではないかとこのようなことが理由として挙がってくるのです。そして、この場合の根拠はどこにあるかということ、事故現場にあります。要は、事故が発生した時にどの席は安全かという統計です。

もう一つ皆さんに気付いていただきたいことがあります。どうぞ好きな席に座ってくださいと言うと、Aの席に座ると言う方がかなり多かったのに、安全な席に座ってくださいと言うと、Aの席に座る人はほとんどいませんでした。二つ目の質問でAの席に座らなかった方々は、普段の生活で安全よりも何か優先しているものがあります。ここに気付いてほしいのです。これはその方々が悪いとか、劣っているという話ではありません。人間は事故を見て初めて安全を考えますが、これは順序が逆です。安全な時に安全なことを考えていなければ、安全が崩れた時に後悔しても遅いのです。



3. 安全教育の必要性

私は今日、伊丹空港からモノレールと阪急電車に乗ってきたのですが、電車を待っていると、若い男の子や学生がスマートフォンをいじりながら歩いていました。サラリーマンもそうです。スマートフォンから耳に線が延びていて、音楽を聴きながら歩いているのです。これは歩いている時の聴覚を遮断しているばかりでなく、スマートフォンをいじりながら歩くことで、視覚も3分の1になっています。こういう状態でホームを歩いている人は、もういつ死んでもいいと覚悟を決めている人です。しかし、ご本人はどうでしょうか。恐らく覚悟は決まっていないと思います。視覚もないし、聴覚も遮断されているので、「危ないですよ」と後ろから言われても聞こえないかもしれません。そして、ある日突然足を踏み外してストンと落ちるわけです。落ちたところに電車が来てはねられる、その人は死ぬ。この場合、人生でこの人に許されるミスの回数は0回です。1回そのミスをしたら、この人は死ぬのです。あなたはその覚悟で歩いているのでしょうか。これを意識させるのが安全教育です。阪神・淡路大震災の時もそうでした。町が壊れてから地震保険の加入率が上がりました。これは逆です。安全は何もない時に考えなければいけません。そして、根拠がある安全対策をしなければいけません。

私は出張が多く、羽田空港に行つて羽田空港から帰ることがほとんどですが、今日はバスで来て、バスで帰ります。なぜかというと、電車で行くと45分ぐらいかかるのが、バスだと20分で着くので早いからです。バスに乗る時、私は必ず7-D、後ろから2番目の窓際に座ります。近くに非常口があるからです。今、皆さんがなるほどと思われた、それが根拠なのです。

根拠とは何かというと、私たちの園ではこういう安全対策をしていますといった場合に、保護者がなるほどと言うか、言わないかなのです。つまり、正しい真理が根拠なのではなくて、それで説得できるかどうか、その理由なのです。7-Dは正解ではありません。安全管理に正解などないのです。ちなみに「絶対安全」と言いますが、絶対安全は世の中に存在しません。どんな地震が来ても安全だと言う所はありません。非常口が近くにあるからここに座ると言うことは一つの根拠にすぎません。ただし、私が非常口の近くに座ることは、客観的な説得力はある程度持つのではないのかと思います。

皆さんもこれから注意深く見てください。バスの非常口は、どのメーカーが

造ってもほとんど同じ所にあります。恐らく、事故の統計を集めて、どこが一番壊れにくいのかを調べた結果なのではないでしょうか。非常口のある所が事故で一番先に塞がれたら、あまり意味がありません。ですから、何か事故が起こった時に一番傷つきにくい安全な場所を選んでいるのではないかとというのが私の推測です。自動車メーカーに確認したわけではありませんが、恐らくそうなのだと思います。

こうした理由から、そこに座っていれば一番安全だという話に、なるほどと思えるのが客観的な説得力です。この「客観的」に含まれるのは、例えば事故事例などのデータです。つまり、保育所の中の安全管理に関して重要なのは、まずは事故事例を知ることなのです。起こって不思議な事故はありません。実は事故は科学的な原因のもとにつくられているものなので、科学的に防ぐことができます。事故には必ず原因があります。事故事例を勉強していただきたいのは、なぜ事故が起きたのかという視点で見ると、その事故を科学的な視点で捉えることができ、事故のポイントが分かってくるからです。

本題に入る前に、私の自己紹介をします。私は、日本全国の保育園や幼稚園で事故が起きててもめそうな時に、その事故現場に行って、この事故はこうすれば解決できるとアドバイスする仕事を11年しています。日本全国の保育所の事故データは、厚生労働省よりも私の会社の方が持っています。しかも、例えば厚生労働省に報告しなければいけないような事故以外の事故、例えば切ったとか、すりむいたとか、お母さんが苦情を言ってきたというような小さな事故のデータも全て私の会社へ入ってくるので、そうした経験を基にお話しします。私がかこれから話すことは、全て事故データを基に頭の中で考えたことなので、全て根拠があります。しかも、事故現場から導き出した根拠なので、それはそういうものなのかなという感じで聞いていただけたらありがたいと思います。

4. 危機管理といえばヒヤリハット

4-1. ハインリッヒの法則

冒頭に申し上げた300：29：1というハインリッヒの法則は、ハインリッヒという人が発見したものです。1は、例えば死ぬとか後遺障害が残るといった重大な事故です。29は、かすり傷など、命には関わらない傷を負ってしまう軽災害です。そして300は、かすり傷を負うまでには至らなくてもドキッとした



ことです。要は、事故には及ばなかったものの、事故の原因は発生していたという場合です。ある状態を見てヒヤッとしたり、ハッとしたりすることがあるために、このハインリッヒの法則は日本ではヒヤリハットの法則と呼び替えられることが多いのです。

さて、300：29：1に根拠はあるのでしょうか。ハインリッヒは工場内で起こる事故に関して統計を取ってハインリッヒの法則をあぶり出しましたが、日本でこの法則どおりに起こった事故があります。2004年の春休みに、この春から小学校1年生になるという男の子が六本木ヒルズの回転扉に駆け込み、回転扉に頭を挟まれて即死しました。これは死亡事故ですので、ハインリッヒの法則で言えば1の部分です。実はこの回転扉では、この死亡事故が起きる前にも救急搬送された子どもや大人が32人いたのです。従って、そこの警備員は300回以上ヒヤリハットしていることが分かります。このことから、ハインリッヒの法則はある程度、説得力があるというか、正しいのではないのかと思います。

そもそも、なぜハインリッヒの法則を危機管理に取り込むように保育園で言われているのかというと、300のヒヤリハットを見つけることができ、それに関して注意を喚起できたら、29の軽災害は起きない、そして、29の軽災害が起きなければ1の重大事故も起きないということになってくるからです。

ただし、ヒヤリハットの先にあるものが大事です。どういうことかと言うと、皆さんは、ヒヤリハットの法則を実践してくださいと言われてたら、恐らく次の順番でやっているのではないかと思います。ある研修に参加しました。そこでハインリッヒの法則を知り、確かに300のヒヤリハットを集めたら29の軽災害が見えるようになるかもしれないと思い、それを取り込みました。その時に必ず出る質問が「うちの園でもハインリッヒの法則を取り込みたいのですが、どんな紙でやればいいのか。専用の用紙はないのですか」というものです。そうすると、講師は待っていましたとばかりに「それがあるのです。皆さんは非常にラッキーですね。私の手元にあるのです。皆さんに差し上げますので、どうぞコピーして使ってください」と答えて、皆さんはお守りをもらうかのように大切に持って帰ります。

皆さんは人数分をコピーして職員に配り、現場でヒヤリハットしたことを記入して提出するように指示します。「一体何を書けばいいのか」と聞かれたら、「現場で事故にならなくても、ヒヤリハットしたことがあったら書いてね」



と答えます。その時、言われた側の職員は「また面倒くさいものを持って帰って」「ただでさえ記入するものが多いのに、またそんなものを書かなくてはいけないのか。講師も余計なことを言いやがって」というような感じで思うわけです。ここでは「あなたが現場でヒヤリハットしたことを記入する」というところが間違っています。

例えば保育現場において、職員個人が気付いたヒヤリハットなどに全く意味はありません。ヒヤリハットサインというものがあるそうです。ヒヤリハットサインには全員が気付かなければいけません。Aさんは気付いた、Bさんは気付かなかった、Cさんは気付いたけれども気付かないふりをしてやり過ぎたというのが一番困るのです。つまり、個人レベルに任せているものは、客観的ではなく主観的です。あなたの能力で発見してくださいと言うと、発見できる人と発見できない人が出てくるのです。恐らくこのような形でヒヤリハットを導入した園は、最初は4枚出てきたけれども、それからなかなか出てこなくなったというような問題におち当たるでしょう。

もう一つ問題があります。そもそも「ヒヤリハットのものを書け」ということが、ほとんど事後報告になっているのです。「〇〇ちゃんがハサミを持っていて手を切りました。ヒヤリハットしました」というような話になりますが、ハサミで手を切ったということは29です。つまり、300を集めると言っているのに、29を集めているのです。どうしてそうなるかを考えてみてください。最初は皆さん渋々出していたのでしょうか、1週間目は20枚ぐらい出た。それが翌週は15枚に減る。更にその翌週は8枚に減る。1か月经つと誰も出さなくなる。そして、また何かの研修に行ってヒヤリハットの話聞いて、やはりやらなければ駄目だといってまた20枚から始まる。出てこないのはなぜでしょうか。面倒くさいからでしょうか。多分、違います。出てこないのは、現場の人間が何にヒヤリハットしていいか分からないからです。

4-2. “安全基準” なしにヒヤリハットはできない

どのポイントにヒヤリハットしていいか分からないのは、保育所には安全基準がないからです。例えば、このコップは使ったらここになければいけないという基準があるとします。そして、そのコップが違う場所にあった場合、これはヒヤリハットしなければいけません。しかし、このコップは使い終わったら



ここに置いておくという決まりがないので、コップがどこにあるかと構わないのです。気の利いた人はヒヤリハットするのですが、そうなってくると、一つの問題が出てきます。ヒヤリハットは、先ほど申し上げたように全員がヒヤリハットしなければいけません。つまり、ヒヤリハットを本当にするのであれば、ヒヤリハットサインが出ているにもかかわらずヒヤリハットしなかった人が、本来はヒヤリハットしないとイケないのです。

安全基準とは、簡単に言えば正常な値の集合体です。皆さんの保育施設では、何がどうなっていることが正常ですか。そして、異常値を発見することがヒヤリハットサインですが、では、異常な状態とはどういう状態を言うのですか。簡単です。正常ではない状態が全て異常なのです。ですから、ヒヤリハットサイン、つまり異常値に反応するには、正常な状態が定義されていなければいけません。そうでなければ、異常値など存在しません。あらためてお聞きします。日本の保育施設における正常値の集合体である安全基準をどこがつくっているか、皆さんは見たことがありますか。実は、これは世の中のどこにも存在しません。厚生労働省すらつくっていません。皆さんの地区の行政は安全基準はつくっていますか。

保育施設で一番起こる子どもの死亡事故は、寝ている時の事故です。そうした場合、何歳児までチェックすればいいのでしょうか。また、どのようにチェックすればいいのでしょうか。何分に1回見ればいいかということも、普通は基準で決まっているものです。2歳児までは5分に1回見て、正常であれば記録として残すようにというのが安全基準です。しかし、そんなものはありません。厚生労働省が認可外の保育施設の安全に関してのしおりに出していますが、「午睡中は気を付けてください」と1行書いて終わりです。そんなものは基準ではありません。

要は、何がどうなっていることが正常であるのかを決めなければいけないのです。例えば、0歳児が全員寝ている部屋には最低何人いなければいけないか。世の中の基準はないのですから、これは皆さんの園で勝手に決めればいいのです。例えば1歳児クラスの午睡中には、先生が2人はいるようにすると決めたとします。これは正常な値です。その時に1人しかいなければ、これは異常です。3人いた場合は、2人以上と解釈すれば異常値ではありません。ということは、1歳児クラスの午睡中に先生が2人いなければいけないのに1人しかい

なかった時、「先生、なぜ1人なの？ もう1人の先生は？」「今日は私1人なのです」「それ園長に報告した？」というように進めなければいけないのです。つまり、基準がなければ何もできないのです。

安全に関してお話をする人は、なぜ安全基準がないのにヒヤリハットしろと言うのでしょうか。それは、実は厚生労働省が管轄している、ある業界に原因があります。看護師の業界、つまり病院です。ヒヤリハットに関しては、病院が先に実施していました。そして、これを書くことが各看護師に義務付けられています。病院のヒヤリハットには意味があります。それは厚生労働省が事細かに決めた基準があるからです。例えば注射し終わった後の注射器は、針を外してここに入れる、胴体はここに入れる、ピストンはここに入れる、針はこういう処置をして、こういうふうに捨てなければいけないということがきっちり決まっています。ということは、それ以外のことをしたら異常なのです。このように基準があるから異常に気付くのです。

皆さんがしているヒヤリハットの最大の間違ひは、安全基準もないのにヒヤリハットしろということで、それは無理なのです。自分たちの保育施設における安全基準をつくるのが先なのです。日常の保育を見直せば、安全基準など簡単にできます。ここの現場ではこうしなければいけない、あの現場ではこうしなければいけないということが出てくるのではないかと思います。

では、今まで集めた膨大なヒヤリハットのデータは全て無駄なのかというと、実は無駄ではありません。それを単なる統計として参考にするのでは全く意味がありませんが、集まったものから基準を抽出して職員間で共有すればいいのです。ある先生が見つけたヒヤリハットのポイントを安全基準として、全職員に徹底すればいいのです。皆さんが集めたヒヤリハットのレポートは無駄ではありません。その中にキラキラ光る宝石の原石があるはずなので、それは抽出して全職員で共有することが重要です。繰り返しますが、保育施設で一番あってはいけないのは、A先生は気付いたけれどもB先生は気付かなかったということです。保護者から「あの先生だったら、この事故は起きていないのではないですか」と言われたら、もう終わりです。安全とは、全ての人間が提供できなければいけない保育士の専門性です。

例えば、皆さんの大切な人が病気になって、手術をしなければいけなくなったとします。「比較的リスクの高くない手術ですから、成功率は8割以上ある



と思います」と言われ、それでも心配なので「手術中」のランプの前で待っていました。ドアが開いて先生が出てきて、「すみません、ベストは尽くしたのですが、ちょっと想定外のことが起きて、残念ながらご臨終です」と言われました。「そうですか。先生、ありがとうございます」と思って泣きながら見上げたら、先生に若葉マークが付いていました。怒るでしょう。それと保育士は同じです。「2年目だからミスしました」で許されると思いますか。「入職1年目だから、この人は見抜けなかったのです」「ああ、そうですか。だから、うちの子どもは腕がこうやってブラブラしているんですね。それは分かります」と、そんなこと分かるわけがないでしょう。

安全に関して基準をつくり、ある程度の教育をしてから現場に出さなければいけないのです。しかし、養成校はそれをしません。そもそも養成校の先生は、今、保育園の事故現場で何が起きているのかを知らないために、安全とは何かを知らないのです。

4-3. 安全の基準は事故現場からできる

おもちゃの衛生管理をしなかった場合、それから、固定遊具のネジが緩んでいないかどうかという点検をしなかった場合、発生する園児の最悪の事故は何でしょうか。

答えとして、死亡事故はあり得ます。しかし、過去20年間でおもちゃの衛生管理をしなかった、あるいは固定遊具の安全点検をしなかったために亡くなった園児はゼロです。

ちなみに、昨年保育所で亡くなった数は18人、その前の年が14人、更にその前の年が12人でした。その中のほぼ7～8割は寝ている間です。つまり、保育園の安全管理の第一歩は、0～2歳児が寝ている時に何をするかということです。それが非常に重要だということです。頻度で言えば、おもちゃの消毒をしなかったり、固定遊具を調べなかったりしたことで起きる事故の発生率と、寝ている間に起きる死亡事故の発生率は、前者の方が高いです。ただし、死亡事故にまでは至らないでしょう。なぜ私がここまで死亡事故と言っているかというと、私はこれまでに89例の死亡事故の現場に立ち会い、89人の園児を園長先生たちと一緒にこの目で見送っているのです。そして、どのように対応していくかということと一緒に検討してきましたが、保護者の方とお会いできたら

「今後の園の再発防止策についての責任者は私です。私が全責任を取りますので、何でも言ってください」と言います。そうすると、その保護者は「そんなことはしなくてもいいです」と言います。それはそうですね。自分の子どもは死んでいるのですから。「何で自分の子どもが死んだ後に、あんたのところの安全管理をきちんとしていようと言っているの。寝言は寝て言え」という感じでしよう。私も人の親ですから、それは分かります。しかし、そこで引き下がるわけにはいきません。「それはとても分かるのですが、原因を究明して、お子さまの死を無駄にしないためにも」と言うのですが、何を言っても無駄です。「だから、しなくていいって言ってるじゃん」と言われてしまいます。

しかし、それで終わるわけにはいかないのです。通います。2か月、3か月経てば話もできるようになります。そうして「あなたは本当に関係ないのに、足しげく来ていて気の毒だね」というような感じで同情してくれます。親心で教えてくれているのだと思いますが、その時必ず言われるのです。「あなた、あの時何でもすると言ったよね。でも、あんなことは言わない方がいいよ。だって、親は一つのことしか思っていないから。あなたが何でもできると言うのだったら、生き返らせて返して」。つまり、死亡事故は起こしてはいけない事故なのです。他の事故は、たとえ片腕が落ちたとしても、起きた後の対応によって何とかあります。しかし、命がなくなったら何ともなりません。事故の大きさが全く違うのです。そういう意味では、死亡事故に関する管理から先にやっていただきたいのです。

では、なぜ消毒をしろと言うのでしょうか。なぜ固定遊具のチェックをしろと言うのでしょうか。それは、それがやりやすいからです。やりやすいことが現場に落ちていたら、皆さんやります。やったら精神衛生上、楽です。しかし、死亡事故の要因は野放しなので、いつか突然起こるのです。安全管理は、皆さんの自己満足のためにするものではありません。意味があることをやっていただきたいと思います。ですから、優先順位としては、絶対に死亡事故の防止が1番なのです。

4-4. 保育園内の死亡事故の究極の原因

4-4-1. 午睡中の事故

保育園内の死亡事故は、実は三つしかありません。一つは午睡中の事故です。



これが発生確率として一番多いのですが、何が事故を起こさせるのかを考えてみましょう。

私の女友達が先日、初めて赤ちゃんを産んでママになりました。その友達を訪ねたら、ちょうど泣いている赤ちゃんをあやしていました。その子は何とか機嫌を取り戻して寝たので、ベビーベッドに寝かせました。そうして私たちは雑談を始めましたが、また泣きはじめました。お母さんはおむつを替えに行って、おむつを交換したら泣き止んで、また寝ました。「ごめんなさいね」と言って、お母さんは戻ってきました。

この一連の行動の中で、お母さんの頭の中の意識を見ていきます。子どもが泣いている時は、何かあったのではないかと、泣きやませなければいけないということで意識が高くなっています。しかし、ベビーベッドに戻して私たちのところに来た時には、寝ているから安心だ、静かにしているから安心だと思っているので意識が低くなっています。そして、また泣きはじめたら意識が高くなります。これが普通の意識です。お母さんの意識としては、それで良いのではないかと思います。

しかし、保育士の意識としては、これは最悪なのです。子どもは寝ている時に死ぬと言っていますが、それは保育士がその辺のお母さんと同じように、泣いたら意識が高まり、静かになったら意識が低くなって目を離すからです。泣いたらまた意識を高めますが、泣いた時に意識を高める必要はありますか。本人が「異常発生」といって泣いている、つまり警報を鳴らしているのであれば、こちらが何かを分かる必要は一切ありません。今は静かだから大丈夫だと思ってリラックスしている、それこそが事故の原因なのです。

0歳児が亡くなる時には、まず体の外の環境が変化しています。例えば、うつ伏せになっていたり、顔か口の上にマットが載っていたり、タオルケットが3枚重なって載っていたりして、呼吸を阻害するような変化が体の外に起きるのです。ここが重要なのですが、呼吸を止めるような変化が起きた時に死亡事故が発生するのではなく、呼吸を止めるような変化が発生して、それを周りの人が取り除かなかつた時に死ぬのです。要は現場の保育士が、寝ているから大丈夫だと思って意識が低くなっているために気付かなかつたという場合に事故が起きるのです。

0歳児の担当者の仕事は、寝ている時に意識を高め、目を離さないようにす



ることです。そのためには事故現場にある真実を知らなければいけません。寝ている時に亡くなる園児は、「苦しい」「助けて」とは言わずに静かに死んでいきます。それに気付かなかった保育士は、「うっかりした」と言います。しかし、保育士というのは、うっかりしてはいけない仕事なのです。そういう意味で危機管理とは、一言で言えば現場の保育士の意識のコントロールです。要は、気が張っているか、張っていないかということです。過去10年間における死亡事故の約75%は、園児が寝ている時に起こっています。これは保育士が目を離すからであって、なぜ目を離すのかというと、音には反応するけれども静かな音には反応しないからです。従って、事故を防止するためには、これを逆にしなければいけません。それが事故現場にある真実です。

4-4-2. プールでの事故

二つ目は、水の事故です。水の中で亡くなるということは溺死するということですが、溺死するためにはどういう状況が必要でしょうか。非常に不謹慎ですが、皆さんの園の園児が溺死するために必要な条件を全て言ってみてください。まず、呼吸が止まらないといけません。呼吸が止まるためには、口が水の中に浸からなければいけません。ということは、プールの中に水が入っていることが一つ目の条件です。そして、その水に鼻と口が同時に浸かることが二つ目の条件ですが、鼻と口が塞がれても、亡くなるにはある程度の時間が必要です。断片的、要は息継ぎができていたら亡くならないわけで、鼻と口が水の中に入っている状態が継続しなければいけません。

では、どのぐらいの時間が必要かは知りませんが、例えば3分としましょう。プールの中に水が入っていて、その水に鼻と口が浸かった状態を3分間継続したら、少なくとも心臓か肺は止まるでしょう。死にかける、あるいは死ぬという条件がこれで完成します。しかし、保育の現場においてはそれだけでは完成しないでしょう。皆さんの園のプールの時間は、プールを用意して、「あとはどうぞ自由で泳いでください、先生は向こうに行きますから」ということにはなりません。現場に先生がいます。ということは、この3分間を継続させるのは非常に難しいのです。なぜかというと、A先生とB先生がいたとして、A先生がよそ見をしている時間と、B先生がよそ見をしている時間が3分間重ならないといけない、2人が同時に目を離す時間が3分間必要だからです。1



人が他の方向を向いてぼけっとしていても、もう1人が見ていたら子どもは亡くなりません。また、2人が同時にぼけっとしていても、1人が1分後に気付いたら亡くならないのです。

複数の先生が空白の3分間を共有しなければいけないので、プールの中で溺死するという事は相当難しいのです。2人の先生がいたら2倍、3人の先生がいたら3倍、4人の先生がいたら4倍難しくなります。しかし、事故は毎年起きます。今年も既に愛知県で死亡事故がありました。私がどれだけ言っても無駄なのではないかと思えます。

プールの事故には共通していることがあります。それは深さです。深さ15～30cmで子どもは亡くなります。私は昨年冬、厚生労働省と文部科学省に真面目に言おうと思ったのですが、子どものプールの事故をなくすためには、全ての保育所と幼稚園のプールを1m50cm以上の深さにすればいいと思います。15cmだから、皆さんはこのぐらい大丈夫だと思って目を離すのでしょうか。では、その大丈夫だと思う根拠はどこにありますか。本当に15cmであれば大丈夫なのですか。

皆さんの鼻と口を塞ぐのに何センチの水が必要ですか。つまり、あなたの鼻の高さは何センチですかという話です。仮に4cmとしましょう。そうだとすれば、皆さんが亡くなるのに4cmあればいいのです。しかし、3歳児が深さ20cmのプールに入っているということは、皆さんが死ぬことのできる深さの5倍のあるところに入っているということです。なぜ大丈夫だと思うのですか。科学的根拠はないでしょう。「大丈夫だろう」は全く根拠のない感情です。「私は見ていました」と言いますが、見ていたら事故は起きません。

私はプールでの死亡事故にも何件か対応したことがあります。先生たちが泣いている現場に行くと、先生方に「見ていたのですか」と聞くと、「私が見ていれば」というような話になります。「目を離したのですか」と聞くと、「私がちょっと目を離した隙に」と言うのですが、残念ながら人は水の中で「ちょっと」では死にません。その先生方は、しばらくの間、同時に目を離していたのです。でも、亡くなってしまったのですから、そんなことはどうでもいいのです。過去のことはその次です。未来のことを考えなければいけません。

事故は、起きる前に、起こった事故事例から学ばなければいけないのです。そう考えた場合に、日常的に起きる事故であれば皆さんの園にも事例があると

思うので、そこから学べばいいでしょう。しかし、死亡事故はほとんど起きないので、死亡事故の事例だけは他から持ってきて勉強しなければいけないのです。厚生労働省のホームページにもありますし、スポーツ振興センターにもありますので、そういったところから事例を持ってきて勉強しておかなければいけません。

つまり、プール事故に関しては、水の深さが浅ければ浅いほど気を付けてなければいけないということが、事前の通達として必要になってくるということです。しかも、先ほど「大丈夫だろう」と判断したと言いましたが、実は現場の先生方は大丈夫だと判断していたわけではなく、無意識のうちに大丈夫だと思っているのです。ですから、自分が大丈夫だと思っていること自体も認識していないのです。深さ15~20cmのビニールプールに3歳児が15人入っている光景は、結構ほほ笑ましいですよ。私はこの子たちがいつ溺れるかドキドキします」と言う方がおかしいです。しかし、適度な緊張感を持って目を離さないことが重要なのです。つまり、陸の上を走っている子どもたちを見る意識と、水の中に入っている子どもたちを見る意識は、明確に違わなければいけません。これが保育の専門性です。素人はそれでいいと言ったのは、プロではないので専門性など要らないからです。そもそもお母さんが目を離して子どもが亡くなるのは、親の責任ですから仕方ありませんが、皆さんは他人の子どもを預かっているのですから、そういうわけにはいきません。

4-4-3. 誤嚥（ごえん）事故

三つ目は誤嚥です。喉に何かが詰まって窒息して亡くなる事故ですが、昨年は誤嚥事故が非常に大きく扱われました。栃木市で白玉団子の誤嚥事故が発生しました。ある保育団体でリスク管理の講義を持っている女性の先生が、保育園の中の危機管理と事故予防について本を書いているのですが、その中で誤嚥は食品の形状に関係すると言っています。球型のもの、それから切った断面が円になっているものが危ないので、保育施設の中では球型のものや断面が円になるようなものは小さく切って出すようにしましょう、ソーセージは断面が丸にならないように、縦に包丁を入れて切るようにしなさいと言っているのですが、私はそんなことを書いていたら損害賠償請求されると思います。

誤嚥防止の方法は一つしかありません。形状は問題ではありません。白玉団



子にも問題はありません。問題は現場の保育士の意識なのです。園児が口の中に入れたものは全て誤嚥リスクを伴います。皆さんも水を飲んで咳き込むことがあるでしょう。つまり、誤嚥リスクは生活上、発生する日常リスクなのです。ですから、園児一人ひとりに、よくかみなさい、よく飲み込みなさいと言ったり、その子にとって少し大きいと思ったらスプーンで割ってあげたりするなどの配慮が必要です。そういう配慮ができるかできないかは、保育士の意識ではないでしょうか。球型か断面が丸であるかはどうでもよくて、口の中に入れるものは全て危険があると考えることが必要なのです。

そうすると、給食の時間もきちんと見ておかなければいけないのですが、不思議なことに、給食の時間に発生した誤嚥事故はほとんどありません。事故事例が集中しているのは、おやつの時間です。事故が多いのは寝ている時とプールの時間だという話を聞くと、何となく分かるような気がします。今はやたらアレルギーの子もがいるので、給食は品数も多いし、量も多く、緊張感が非常に高いです。しかし、給食の時間と同じ緊張感を持って、おやつ時間に子どもたちの食事の介助をしている先生はほとんどいません。つまり、子どもがリラックスしている時に一緒にリラックスしては駄目だということです。ただそれだけなのです。

4-5. 現場の人間の脳の中に潜む事故原因

私は過去11年間で2万件を超える事故事例と向き合ってきていますが、そこから学んだことは一つだけです。そして、それは恐らく正しいと思っています。北海道から沖縄までの全ての保育施設における事故原因は共通して1か所です。それは現場の人間の脳の中です。つまり、皆さん、あるいは皆さんと一緒に働いている職員の方は、保育現場でどういう意識で子どもを見ているかということです。

例えば園庭で遊ばせている時に、自分の立っている位置を疑ったことはありますか。私の立ち位置は果たしてここでいいのだろうか、ここに私が立っていたら安全の根拠が証明できるだろうかと思ったことはありますか。先生の立ち位置は二つの要素によって決まります。一つは子ども側の要因です。子どもが何人いて、どのような遊びをしているのか、そして、今どのような状態なのかということが一つです。もう一つは、一緒に見ている職員はどこに立っている

のかということです。この二つの要素から、どこに立っていれば安全なのかが分かります。子どもの遊びは常に変化するので、一つの定点に立っていて安全であるわけがありません。ですから、その状況を判断しながら動くことができなければいけません。これも保育士の専門性です。

そういう意味では、頭の中の意識を少し変えればいいのです。保育園は危険でドキドキするというのではなくて、今の状態が安全だろうか少し思えば、それでいいのです。そして、あの子のあれが危ない、この子のこれが危ないということはチェックしなくてもよくて、自分の頭の中に「安全」というキーワードがあるかどうかを考えればいいのです。キーワードがあれば事故率はぐんと減りますし、なければ事故は発生します。死亡事故のような大きな事故の場合は特にそうですが、現場の全職員の頭の中から「安全」という意識が同時にゼロになっています。ですから、誰も気付けなかった、誰もフォローできなかったという場合に大きな事故が発生するのです。

このように、ヒヤリハットは法則としては正しいのですが、やり方を間違っていると、ちょっとどうなのだろうと思ってしまいます。皆さんの仕事は統計を集めることではないので、安全基準ができていくかどうかを考えましょう。この先生がヒヤリハットしたことは全員がヒヤリハットするという決まりをつくって、それを一つずつ、一つずつ増やしていけばいいのです。短期間で園の安全基準を完璧につくろうとしなくてもいいのです。どうせできませんから。安全は、完成することがありません。事故事例も変わるし、時代も変わっていくので、これで大丈夫だ、これでゴールだということがないのです。

ですから、今日からゆっくりと、疲れない程度にマラソンのように始めていただきたいと思います。危機管理は長距離走なので、自分のペースで走っていただきます。自分のペースで走っていたら、隣の園は結構速いペースで走っているのでは遅れるのではないと思われるかもしれませんが、それは仕方ありません。競走ではないのです。実行すれば、昨日よりも何かは安全になります。そして、絶対安全は世の中にはありません。ここまでやったら絶対に安全だ、保育士ならばそれができるといったことはないのです、それはそれでやっていただきたいと思います。



5. 失敗を形成する四つの要因

人が失敗する時の要因は、情報不足、慢心、思い込み、前提相違の四つしかありません。これが分かれば安全策が講じられるので、皆さんもこれから保育園内で事故が起こった場合には、この四つの面から分析していただくとよろしいのではないかと思います。

5-1. 情報不足

情報不足は、自分たちの置かれている状況が正確に把握できない要因です。例えば、過去10年に保育施設で起きた事故事例の統計が手元にならないために、最初にやるべきことはおもちゃの衛生管理と固定遊具のチェックだと思ってしまうのです。皆さんは、先ほどの固定遊具の話に少し違和感があったかもしれません。確かに、過去20年間で固定遊具が原因で亡くなった園児はいます。しかし、それは園側が安全チェックをしていなかったから亡くなったのではないのです。固定遊具で亡くなる場合、その要因は大きく分けて二つしかありません。一つは、園児の服装が不適切であることで、例えば首の周りにひもやフードが付いている服を着ていた場合がそうです。もう一つは、園児が遊具の通常の使い方をしていなかったことです。固定遊具で一番大きなものは滑り台ですが、階段から上って滑るのではなく、滑り台の方から上ってくる時に事故が起こるのです。そして、おまけで三つ目を付けるとしたら、それを止める人が周りにいなかったことです。ですから、固定遊具の安全点検をしていなくて、突然ジャンクルームが壊れて下敷きになって亡くなったという事例はありません。日本の商品はなかなか頑丈にできているので、そういうことはないのです。

そういう意味で、自分の置かれている状況が正確に把握できないのは、情報不足であるということです。安全に関して考えるのであれば、その反対側にある事故に関して勉強しなければいけないのです。子どもが何によって傷つくのか、保育園で起きている事故にはどういふものが多いかということをお勉強しましょう。危機管理においては、安全対策をしたければ事故情報を勉強するところから始めなければいけません。

皆さんは、前に立って偉そうに子どもがこうだとか、ああだという話をされると、「あなたは保育園で働いたこともないだろう」と思った経験はありませんか。情報不足で、保育園で働いたことのない人が、保育に関して大上段に構

えて何か言うのはおかしいのです。働くことを経験して、学術的なもので裏付けていくのが本当の学問です。子どもを育てたこともないのに、保育園で働いたこともないのに、何を偉そうに言っているのだと思う人たちがいますが、それと一緒にです。

情報不足は必ず失敗に結び付きます。つまり、皆さんがまず把握すべきことは、保育施設とは安全な場所なのか、危険な場所なのかということです。保育施設は、誰が何と言っても危険な場所です。それは私が保証します。なぜ危険な場所なのかというと、まず、子どもの体は未完成だからです。つまり、子どもは弱いのです。そして、子どもは安全に関しての判断能力を持っていません。子どもは1人でも管理が難しいのに、保育施設はわざわざ集団で預かっています。ということは、更に管理は難しくなっているということです。そして、とどめの四つ目は、そこを管理すべき保育士という国家資格を持った人たちに安全教育をしていないことです。なぜこれで安全と言えるのでしょうか。絶対に危険です。

では、どうすれば危険な場所が安全になるのでしょうか。それは簡単で、一つだけ条件を変えればいいのです。現場の保育士に安全教育を施すこと、それだけです。安全教育を施すためには、安全とはこうだ、リスクマネジメントとはこうだというようなことを本で勉強しなくてもよくて、事故がどのようにして起こるのか、それだけ頭の中にたたき込めばいいのです。そして、事故を誘発するような原因を見つけたら、それにヒヤリハットするのです。つまり、安全は事故現場からの逆算でしか考えられません。多分こんな事故が起こるからこうだろうと頭の中で勝手に考えるのならば、実際に事故が起きた現場を見た方が絶対に早いです。要はフィクションの世界ではなく、ノンフィクションの世界、リアルの世界を見た方がいいと思うのです。

そのために情報収集をしてください。今はインターネットがあるので、簡単に調べられます。「保育施設」「事故」などの言葉でニュースを検索したら、ずらっと出てきます。それを例えば1か月に1回でも、1週間に1回でも見て、死亡事故が起きていたら、死亡事故は非常に貴重な情報ですから、それを抜き出して、「こういう死亡事故が起きているよ。みんな気を付けてね。きちんと読んでね」と言って周知するだけでも相当違います。こういうことが起き得るのか、私のこの前の判断は少し危なかったのではないかと思うこともあるで



しょう。更に、それを基に職員会議をするのもいいと思います。

5-2. 慢心

慢心とは、簡単に言えばなめてかかるということです。これは情報不足から陥る心理状態です。帰ったら職員の方に聞いていただきたいのですが、保育現場で防ぎたい事故の種類は何かと聞くと、大体が転倒、転落、かみつ、引っかけ、誤嚥と答えますが、午睡中の突然死を防ぎたいという話は絶対に出てきません。なぜなら、データが頭の中に入っていないからです。

私が「厚生労働省の統計では、昨年、死亡事故は18件起きています」と言うと、皆さんメモします。でも、これは1月に出た情報です。なぜ保育に関わる人たちが知らないのか、不思議で仕方ありません。厚生労働省は誰のために出しているのでしょうか。私のためでしょうか。残念ながら、厚生労働省に出してもらわなくても、私の会社には更に細かい情報があります。これは保育関係者のためでしょう。そうだとすれば、パソコンなどを使って取りに行かなければいけないのです。情報については、もはや与えられる時代ではなく、取りに行かなければいけない時代なのです。

私は今、何のためにこの話をしているかということ、園児の安全を守ってほしいのではなく、皆さんの生活を守ってほしいからです。皆さんが安全な職場環境で働けるように、これを勉強してほしいのです。園児が亡くなると、その園児を受け持っていた人は必ず人生が変わります。私は100名弱の方の人生が変わったのをこの目で見てきました。つらくて仕方ないです。死亡事故が発生して、その原因は分からなくても、その先生は責められます。そうなった場合、少なくともその先生はご家族で町を出ます。保育施設は非常に特殊な施設で、預けに来る方も預かる方も地域の人だからです。「あそこの〇〇さん、2人目が不妊治療をしてようやくできたじゃない。その子がこの前、保育園に預けていて亡くなったんだって。その時お昼寝の現場を見ていたのは、実は△△さんのところのお嬢さんのの」。こんなことばかり言われては、町にいられなくなります。

ですから、安全管理は子どもたちのためではなく、自分たちのためにするのです。このような言い方をすると、「子どもはどうなってもいいのですか」と言われるのですが、私の立場から言えばどうなってもいいのです。心配しない



ください。皆さんがピンチに立たされないということは、現場の園児は無事だということです。要するに考え方の問題で、園児の安全を守りましょうという、やはりどこもなく他人事になりますが、それは違います。園児の安全が壊された時に一番困るのは自分自身だということを、現場の保育士の方々には分かっていたきたいと思います。

慢心の状態ができるのは、想像力が不足しているからです。危機管理の世界において想像力不足は非常に大きなポイントになるのですが、想像力を少し難しい言葉に換えると「想定」といいます。保育施設の現場で働いている職員は、それぞれ頭の中に想定があります。園児はこうなるのではないか、この2人はこうなるとけんかするから早めに止めなければいけないといったことは全て想定です。では、人間は何に基づいてこの想定を決めるかということ、一番の大きな要素は自分の経験です。ですから、事例検討会などで自分以外の人の経験を勉強し、擬似経験をしない限り、想定範囲はそれぞれの職員が自分勝手に決めているだけなのです。

ここで話が戻りますが、だから、この先生は気が付いたけれども、この先生は気付かなかったという現象が出てくるのです。気付いた先生は、それに気付かなくて前に痛い思いをしています。そして、気付かない先生は、それを経験したことがないので「このぐらい大丈夫だ」とすら思わないのです。これでは駄目でしょう。つまり、保育施設で一番やってはいけないことは、それぞれの職員が自分勝手に想定範囲を決めていることです。A先生とB先生とC先生の想定が違うということは、保護者からするとあってはならないことです。安全を提供するという力は、入職1年目であれ、5年目であれ、3日目であれ、同じでなければおかしいです。知らないから慢心する、大丈夫だと思うのです。

簡単な事例を考えてみれば分かります。皆さんの中にも、自分が受け持っている園児が誤嚥して死にそうになったことを見たことがある人がいらっしゃると思いますが、そういう人は今でもドキドキすると思います。それは経験によって慢心が崩されているからです。ですから、なめてかからないのです。園児が口の中に物を入れている時は注意深く見ておかなければいけないということを、あの時、あと一歩遅れていたら私が受け持っていた子は亡くなっていたかもしれないというような苦い経験があるから分かっているのです。しかし、経験の浅い方は、想定範囲も狭く、そして浅いです。そして、何よりも一番罪



なのは、それでいいと思っていることです。安全に関して自分ができることをやればいいと思っていますが、それは違います。要は、園の安全基準、安全レベルを決めて、それに全員が到達していなければいけないということです。あの先生には発見できて、この先生には発見できないという状況は回避しなければいけません。

生意気なことを申し上げますと、保育界は安全に関して慢心が満ち満ちていると思います。つまり、保育園は安全であるという根拠なき安全神話が取り巻いているということです。その根拠はあります。どの保育団体の全国大会に行っても、安全について考える分科会はほぼありません。あったとしても、ヒヤリハットシートやヒヤリハットマップを作るというような、どうでもいい話で、事故統計を勉強する、あるいは昨年起きた事故事例を分析してみるなどして安全のつくり方を学ぶ分科会がないのです。制度がどうだ、気になる子どもがどうだということも確かに大切だとは思いますが、気になる子どもも命があるから気になるのでしょう。どちらが優先であるかが非常に重要なポイントではないかと思います。皆さんには、私の言っていることを、目の前で園児が死亡した時に思い出してほしくありません。それでは取り返しがつかないので、模擬経験のうちに自分に言い聞かせてやっていかなければいけないと思います。

では、慢心がなくなるにはどうすればいいかということ、簡単です。「これは大丈夫なのかな」と少し考えるだけでいいのです。慢心とは、この状態は大丈夫なのかなという疑いすら持っていないことです。意味もなく、根拠もなく、このぐらいの深さならば大丈夫だろうと、頭ではなく心で思っているのが慢心です。深さ15cmのプールの水を見て慢心するのは、15cmの水でも死ぬという情報を知らないからです。従って、情報不足と慢心は非常に密接につながっているのです。

5-3. 思い込み

人間が犯す失敗の6～7割は、思い込みによるものと思ってください。そもそも人間は自己中心的な存在です。基本的には自分が正しくて、相手が間違っていると思うものです。それは人に対してもそうですし、物に対してもそうですが、要は自分を信頼し切っています。例えば機械がうまく操作できなかった場合に、ドンドンとたたいたり、ガチャガチャ動かしたりするのは、

自分は正しくて機械が間違っていると思っているからです。

最近ではICカードがあり、自動販売機で、商品を選んでからカードをかざすと商品が購入できます。先日、東京の八王子駅で、延々と違う順番で操作していたサラリーマンがいました。その順番では出ないのだよなと思いながら後ろで見ていたら、彼は何度も同じ操作を繰り返した揚げ句、機械をドンドンとたたいていたのですが、ある時操作のタイミングが合って商品が出てきて、わがもの顔をしていました。この人は恐らく次もまた同じことをするでしょう。出てこなくてイライラしている自分の操作は正しくて、この販売機が間違っている、反応が悪いなどと思っているので、この人はまた同じ失敗をします。

思い込みとは、これで正しいと思うことです。思い込みで非常に怖いのが、事故後の対応の時に思い込んでしまうことです。私は事故対応のアドバイザーであって、事故の前の対策については専門家ではありません。しかし、事故が起こった後の対応をしていると、事故が起こる前にやらなければいけないことが見えてくるから、このようにお話しすることができるのです。

事故が起こった後の対応で私が一番嫌なのは、静寂です。例えば園の中で骨折事故が起きたとします。すぐに病院に搬送して手当てをして、1日入院した後に保護者のもとに返しました。その保護者のところに、園長、所長、担当の職員で謝りに行きました。それで、事情の説明をした時に「こちらこそご迷惑をお掛けしました。もういいですよ」と言われたら、その人たちは「お父さん、怒らなかつたね。よかったね」と帰ってきて、これで終わったと思ってしまいます。そして、その後も保護者は何も言ってきません。この静寂が非常に嫌なのです。

大きめの事故が起こり、謝ってから相手が黙っている時というのは、その間は弓を引き絞っている時間だと考えた方がいいです。よく耳を澄ましてみると、キリキリという音が聞こえます。そして、それを放置していると、ある日、園にズバーンと刺さってくるのです。矢文が付いていて「訴状」と書いてあります。「あなたはあまりに誠意なき対応をしたので、私はあなたを裁判所に訴えました。あとは裁判所でお会いしましょう」という手紙です。

つまり、うまくいったとか、誠意ある対応ができたというのは、園側の思い込みなのです。誠意ある対応をしたかどうかは相手が決めることですから、「すぐに謝りに行ったから、お父さんは怒らなかつた。誠意が通じたのだ」と



考えるのではなくて、「今で本当に誠意は伝わったのかな。もう一回ぐらい行っておいた方がいいだろうな」と考えてケアしていかないと、「あなたはあの時謝っただけで終わったと思っているの？」といった話になってしまうのです。

思い込みは、事故の前も、事故の後も、人間を思考停止に追い込みます。思い込んだ瞬間、人間は考えなくなります。しかし、「もしかしたら」を考えるのが危機管理です。例えば2011年3月11日に生死を分けたのも思い込みです。津波が来るかもしれない、とにかく遠くまで、高い所まで逃げようと思って、更に、ここでも駄目なのではないかと最後まで自分自身を疑い続けた方は、今、命があり、それができなかった方は残念ながらお亡くなりになっているのだと思います。

先ほどの慢心もそうです。地震が来た後に「津波」というキーワードが出てきませんでした。これは想定範囲が違います。なぜ想定できなかったのかというと、今回亡くなった方々の世代は三陸海岸沖の津波を経験していないので、津波がどういうものか分からなかったからです。人間は経験を基に想定します。今はご丁寧にデータが出ています。大阪は地形的に見ても、津波に関しては絶対にケアをしておかなければいけないと思います。水の都と言われるところは至る所に水があるわけですから、水の恩恵を受けることもできれば、水のリスクも被るのです。リスクとリターンはコインの表裏と一緒に、逆の関係にあります。いいことだけでもないし、悪いことだけでもない、そのように考えていただくとよいかと思います。

思い込みとは、人間を思考停止に落とし込む、非常に怖い悪魔の仕業です。ですから、自分で自分をあまり信じないようにすることが重要ではないかと思えます。恐らくこれで大丈夫だけれども、万が一のことがあり得るということを考えておくことが重要だと思います。これは組織での立場が上になればなるほど重要な能力です。

5-4. 前提相違

そして、前提の相違ですが、問題解決の前提が間違っていると、必ず間違った結果が出ます。例えば保育施設の安全管理がなかなか進まなかったり、いまだに国の安全基準がなかったりするの、前提が間違っているからです。保育

業界にある、保育園は安全であるという前提は間違っています。保育園は安全ではありません。安全ではないから、何をどう考えなければいけないかという話です。保育園が安全だと思っている人の目が捨う情報と、保育園は安全ではないと思う人の目が捨う情報は全く違います。正しく申し上げると、保育施設は安全ではありませんが、そこで働く職員の方たちの努力によって、安全にすることはできます。安全ではないから諦めるのではなくて、自分たちの力で安全にすることが重要です。

皆さんが時々目にする前提で間違っているものとして、学校の前提があります。今、学校が少し揺さぶられていて、これに関しては間違っている前提が二つあります。体罰は根絶しなければならないということ、それから、いじめは根絶しなければいけないということです。教育委員会が言っているいじめ問題の撲滅などは、まさしく前提が間違っています。ですから、いつまで経ってもいじめはなくなりません。正しい前提は、いじめはなくなれないということです。

学校現場でいじめはなくならないのに、なくしましょうと言うのはおかしいです。いじめはなくなりません。いじめは必ず存在します。そして、中学生や高校生など、微妙な時期の子どもたちは、加減も分からずにいじめることがあります。ですから、本来は、いじめを早期発見して、早期対応ができるようにお願いしますと教員の皆さんに言わなければいけないのです。

いじめはあってはいけないという価値観が先に出てしまうと、どうなるのでしょうか。先日、ある小学校でいじめに関するアンケートを配った時に、40代の女性教諭は「うちのクラスにはいじめはないと書きなさい」と言ったそうです。それはいじめでしょう。いじめがあると自分の評価に傷がつくから、ひた隠しにするということです。いじめはあって当たり前だから早期発見しよう、あの子は大丈夫かと思ってアンケートを配るのと、いじめはあってはいけない、いじめが発生するクラスの担任は教師としての評価が低いと思ってアンケートを配るのとでは、どちらの先生がいじめを見る目があると思いますか。「あれは多分いじめだろうな。でもいいか、ちょっとじゃれ合っていたと後で言えばいいか」といって、全部塗り込めてしまいます。

人間が集まれば必ずいじめが起こります。そもそも職員室にもあるでしょう。先生同士が集まったところにいじめがあるのに、生徒にはいじめをなくしま



しょうと言っても、なくなるわけがありません。これは人間としての業であって、仕方ないのです。ですから、がんと一緒に、早期発見、早期解決という対応をしていかなければいけません。つまり、学校の教育現場で行われているいじめに関する対応は、前提が間違っているために間違った結果しか出ないのです。だから、いじめによる児童の自殺数は減りません。そもそもアプローチの仕方がおかしいからです。

体罰の問題も同じだと思います。皆さんは少し違和感を覚えるかもしれませんが、そもそも私は、高校生のやっている部活が強くなければいけない理由がどこにあるか分かりません。部活は学校教育の一環です。つまり、教育です。茶道部は茶道を通して、野球部は野球を通して、バスケットボール部はバスケットボールを通して、どのように人格を形成していくかを考えることが教育ではないでしょうか。強いチームをつくれれば、その人間は教育的に優れているのですか。「今のパスは違うだろう。ちょっと来い」と言って殴るのは、人間的に間違っていないですか。つまり、高校生の部活は強くなければいけないという前提が間違っているのです。プロならば分かりますが、アマチュアは人間性が先行しなければいけないのではないのでしょうか。それを指導者が分かっていること自体が問題なのではないかと私自身は思っています。

読売ジャイアンツのオーナーが、今年のシーズンが始まる前のあいさつで、「日本一よりも大切なことがあります。それは、まずジャイアンツの選手であるという自覚を持ち、プロ野球人である前に人間として、社会人としての自覚を持つことです」と言いました。野球がうまい、どんなに速い球が投げられる、どんな変化球が投げられる、どんなに速くに飛ばせるといったことはどうでもいい、それよりも前に社会人として恥ずかしくない行動をすることが日本一よりも重要だと、オーナーという、勝つことを宿命づけられた人がそう言ったのです。昔から「巨人軍たるもの紳士たれ」という言葉がありますが、要は人間性の部分が重要だと言ったのはすごいと思いました。これは前提の間違っていない訓示だったと思います。

安全管理に関して前提を間違ってしまうと、いい結果は出ません。つまり、今日のテーマであるヒヤリハットも、統計を取ることが目的ではありません。統計を取ることを目的としているヒヤリハットは、前提がずれているために結果は出ませんし、時間や労力は全て無駄になります。それを無駄にしないため



にも重要なことは、ヒヤリハットは、あくまでも自分たちの施設の中の安全基準をあぶり出すために行うということです。そうであれば意味があると思います。そうした前提を基に実施していただきたいと思います。

6. まとめ

今日話をまとめますと、事故防止には、ある程度の根拠、つまり説得力がなければいけません。そのことを頭の中に入れておいていただきたいと思います。今、自分たちの園で行っていることは、自分たちの自己満足なのか、それとも根拠があっけきちんとやっているのかは、振り返らなければいけないと思います。