

令和4年度 群馬県教育・保育のステップアップ研修

危機管理・リスクマネジメント

<講師>

株式会社 フォーサイトコンサルティング

代表取締役 浅野 睦

(一般財団法人 リスクマネジメント協会 理事)

自己紹介

浅野 睦（あさのまこと） 昭和38年10月生まれ

株式会社フォーサイトコンサルティング 代表取締役

一般財団法人リスクマネジメント協会 理事

リスクマネジメント・危機管理を専門とする経営コンサルタント。

大手流通業本部勤務から米国系金融機関を経て、96年に開業。

リスク全般、危機管理、事故防止、コンプライアンス、BCP等を中心に、各組織のリスクマネジメント体制づくり、リスクマネジメント委員会運営、調査、リスク分析・評価、アセスメントおよび研修、講演活動を行う。

今までに関わったリスク案件数(調査・評価・研修等)は、3000件以上。

横浜市福祉サービス第三者評価制度・評価調査員研修カリキュラム策定および講師

東京都福祉サービス第三者評価制度の設計に関わり現在に至る。(第三者評価経営ワーキング委員)

保育士等キャリアアップ研修講師(群馬県・栃木県・千葉県・埼玉県・山形県・宮城県)

<マスコミ等実績>

TV番組『ビジネス・ブレイクスルー』(レギュラー出演)

NHKラジオ第一『ニュースジャーナル』出演 NHKラジオ第一『ラジオあさいちばん』出演

著書:『得意先管理・与信管理の実務』(日本実業出版社)

『写真でわかる臨床看護技術』(インターメディカ社)

『現場担当者が考えるべき68のリスク』共著(新建新聞社)

『BCPの実効性を高める災害対応シミュレーション』(日本医療企画)など多数

<理念>

「リスクに強い人づくり」「リスクに強い組織づくり」「リスクに強い地域づくり」

研修概要

保育におけるリスクマネジメントの意義

保育現場におけるリスクマネジメントの実践

危機管理体制の構築

体系的に学ぶところと
実践に活かすところがありそう
だな・・・



保育におけるリスクマネジメントの意義



リスクマネジメントの必要性と考え方



「心の安全基地が冒険心を守る」という考え方

保育におけるリスクとは？

事故、加害行為（他者の故意により園児に危害を生じさせる行為）、災害、食中毒、感染症、情報漏えい・流出・紛失、権利侵害など

リスクマネジメントとは、リスク出現による影響を許容できる範囲まで最小化するための準備を組織的に行うこと

リスクの出現とマネジメント領域(基本的な考え方)

発生の予防と対応(主に事故予防)

予見	要因分析	対策	効果検証	対応
どんな時に 何が起きる?	どうなると 発生する?	どうやって 防ぐ?	ひやっと しない?	最悪を 防ごう

発生を前提とした計画(主に自然災害対応)

想定	影響度分析	対策	訓練・演習	対応
何が起きると 考える?	発生すると どうなる?	影響を少なく するには?	機能 するか?	最悪を 防ごう

時間の経過

リスク出現



では、園児・保護者・保育者にとって 許容できないリスクとは どのようなものでしょうか？

園の過失で生じる重大事故

死亡事故はもちろん、
脳外傷、目のケガ、顔の傷、跡が残る傷、後遺症のあるケガ、内臓破裂、
四肢手指等の切断、神経断裂、誤嚥・誤飲、窒息、溺水、熱中症・低体温症、
やけど、ショック、毒物（洗剤、漂白剤、消毒剤など）の誤飲、行方不明、
不審者からのいたずら、重篤な感染症（園内感染）、中毒、感電などは、
明らかに許容できないリスクと言える。
さらに、最近では不適切な保育も大きなリスクとなりうる。

園のリスクと責任の範囲

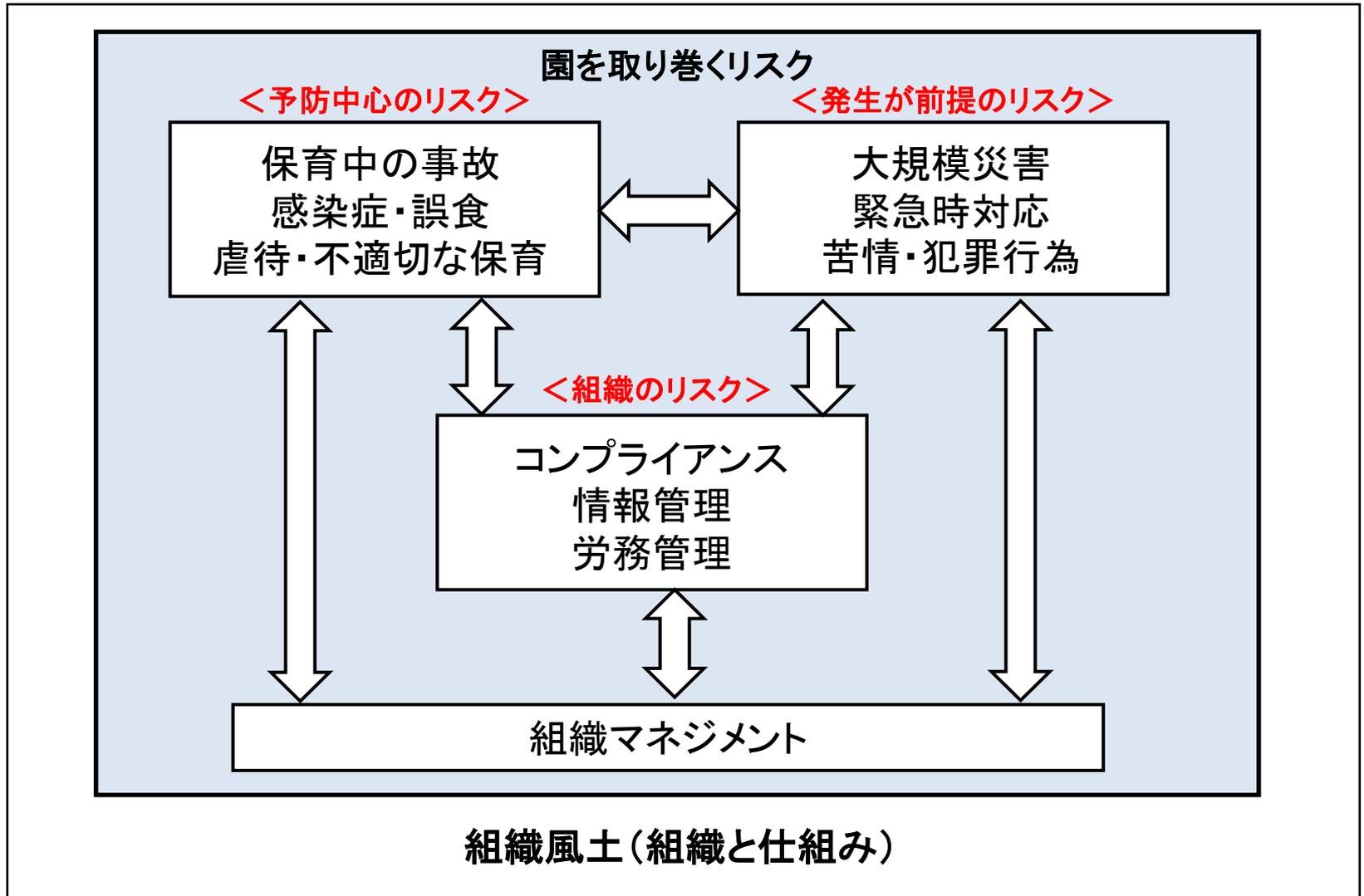
リスクの予見性

(リスクの出現があり得ると考えられる度合い)

(対策の取りようがあるかどうか)
予防可能性

	低い	高い
高い	再発について 事業所の責任大	事業所の責任大 (過失あり)
低い	事業所の責任小	説明と同意

保育・児童分野における リスクマネジメント体系図

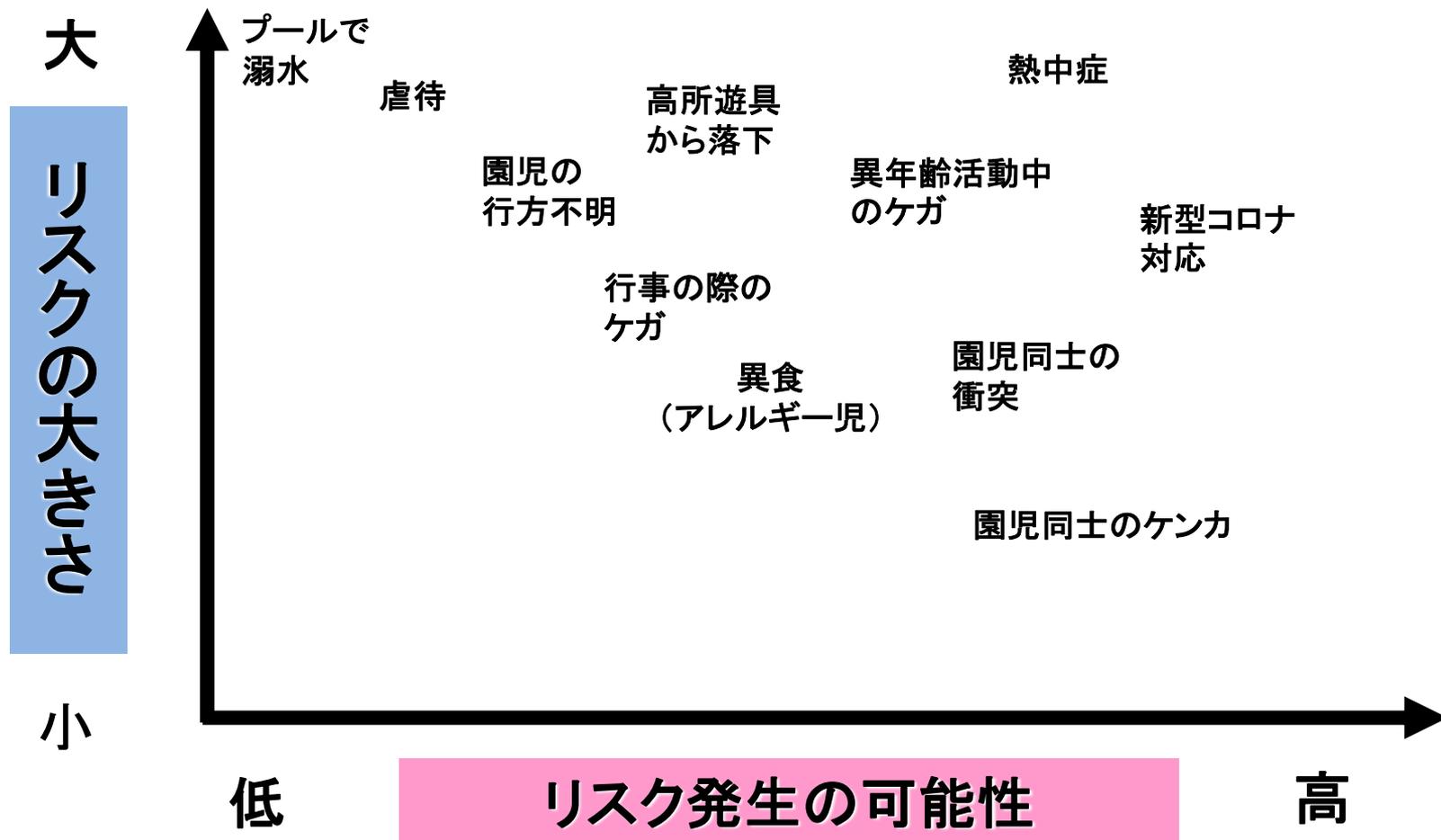


保育現場におけるリスクマネジメントの実践



リスクマップでリスクを認識する

【4歳児のリスクマップ例(保育中のリスク)】



【演習】

重大事故が発生しやすい場面(シーン)とその事象例をあげてください。

場面(シーン)	事象例(ありがちな原因も含め)
例 午睡中 (特に低年齢児)	うつぶせ寝や、布団・タオル、食べ物の残りや異物等が口に入ってしまうことによる窒息。

リスクマップでリスクを認識する

【 児クラスのリスクマップ】

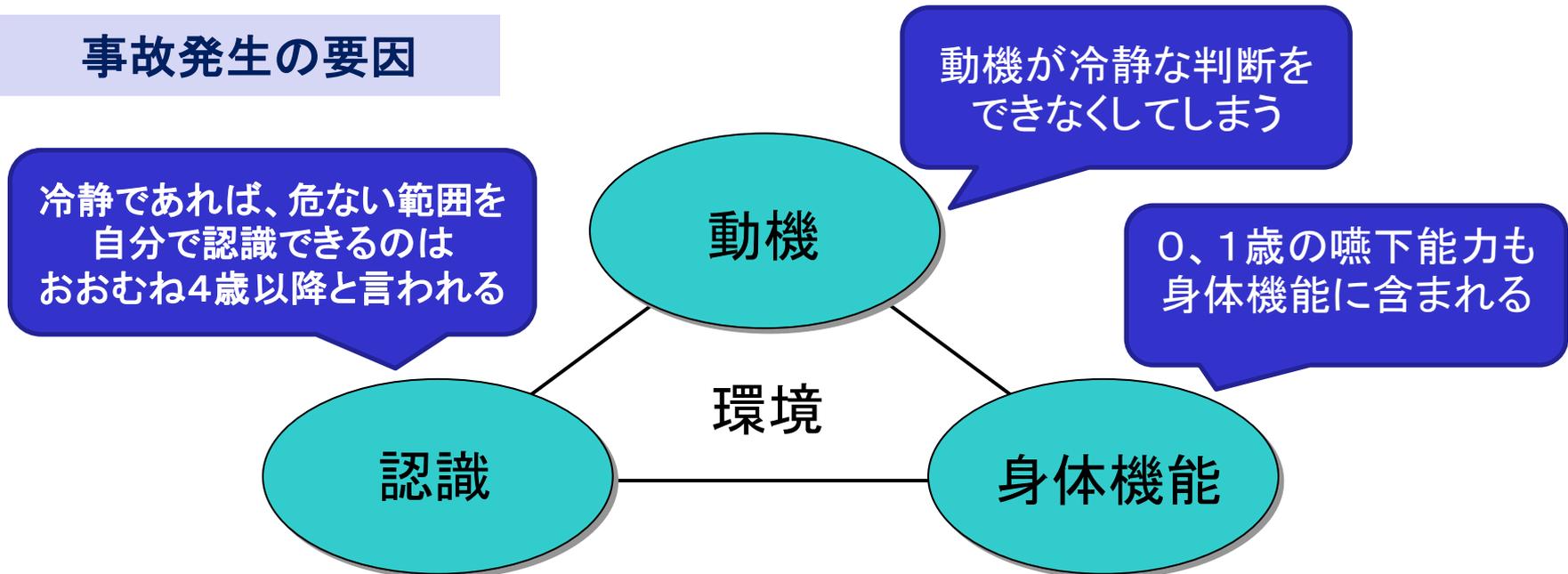


子どもの事故はなぜ起きるか？

(事故事例) 以下の事故の防止策をどのように考えますか？

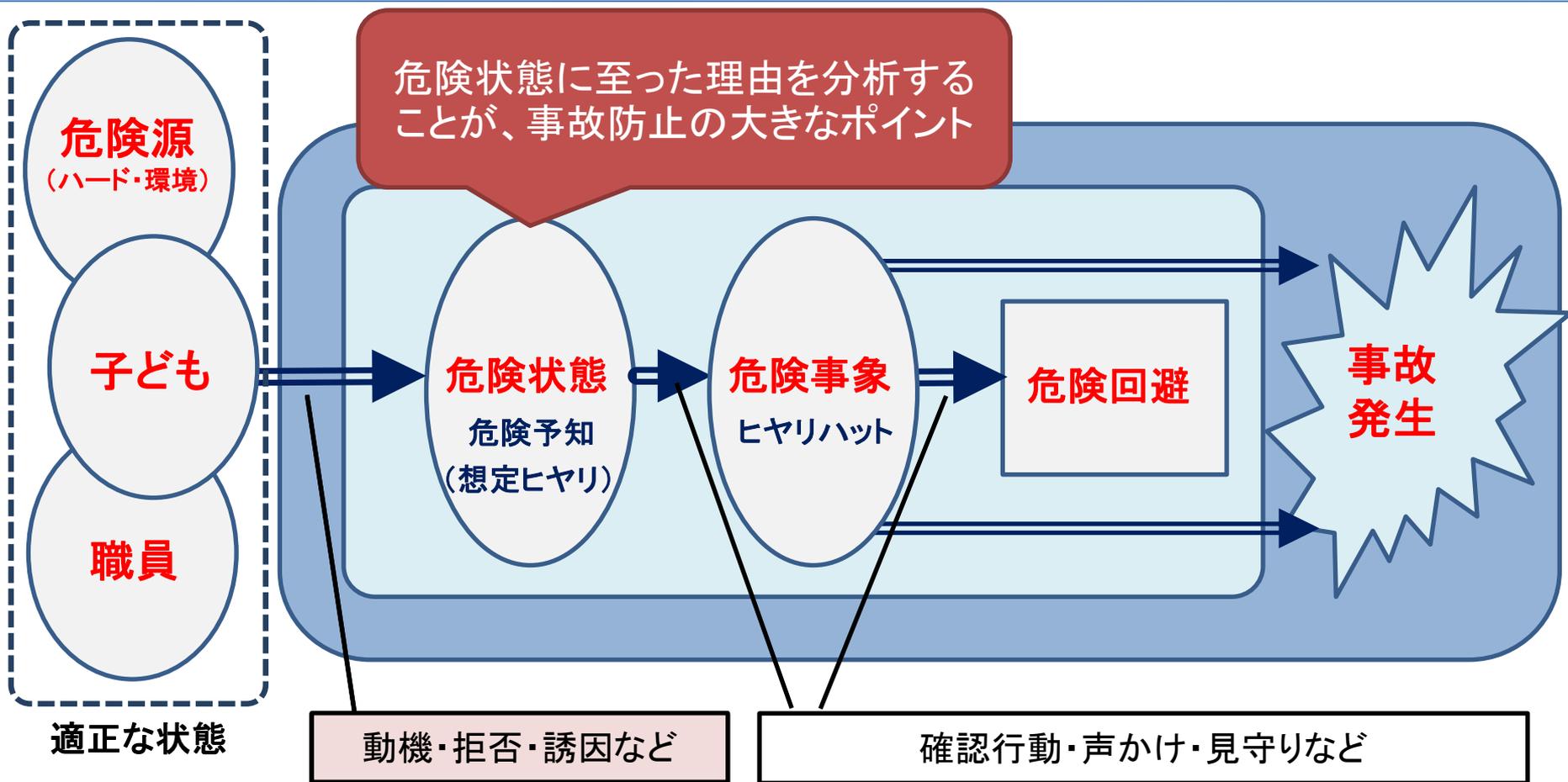
鬼ごっこをして遊んでいた5歳児Aが、鬼から逃げるため砂場に入り込んだところ、砂に足をとられてバランスを崩した。砂場で遊んでいた2歳児Bにぶつかり、AとBとが一緒に倒れたところ、Bが砂場の角に手をつき、右手首を骨折した。

事故発生の要因



もしこのケースが、5歳児が砂場に入り込んだだけ(ケガなし)だったら？

事故発生メカニズム



危険源とは、危害を引き起こす潜在的な根源のこと。

例) 高さ(段差) 鋭利なもの 隙間 紐状 回転物 水分 口に入る形状 菌 動植物など

事故とヒヤリハット

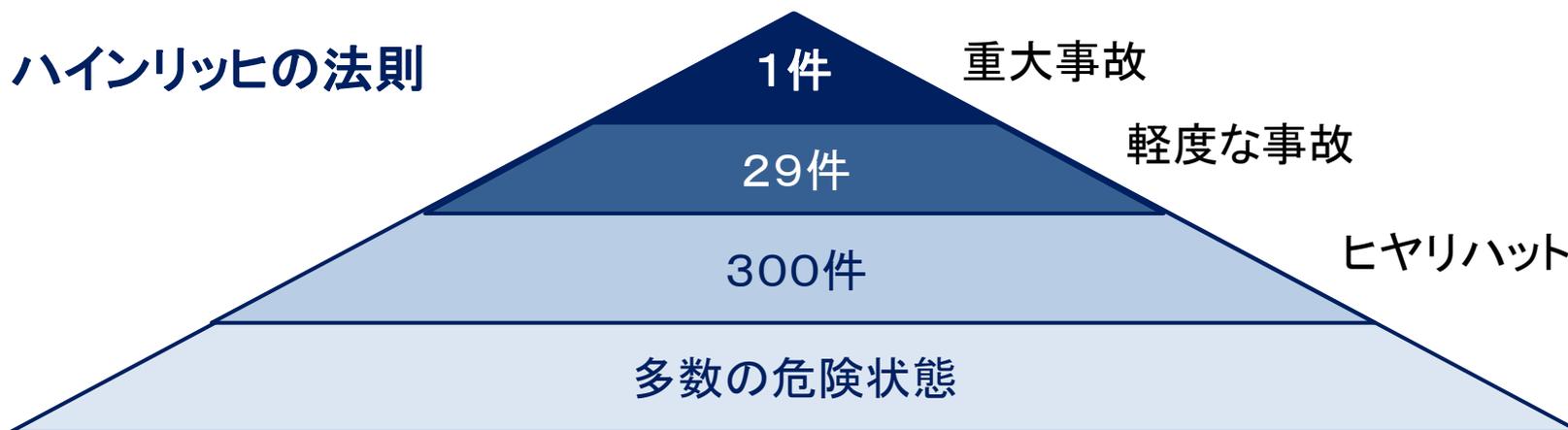
事故とは、思いがけず起こった悪い出来事

主な例: 死亡、ケガ(処置や経過観察を必要とするもの)、誤飲、溺水、行方不明、持ち物の紛失、食中毒、誤食(アレルギー児等)、プライバシーの侵害等

重大事故(死亡や全治30日以上の負傷・疾病等の事故)は、国に報告義務あり

ヒヤリハットとは、事故やケガなどに至らなかったものの、一步間違えば事故等につながる可能性が考えられる事象や状態(職員が積極的にあげるもの)

なぜヒヤリハット報告が大切なのか?



演習

次の事象は、事故でしょうか？ヒヤリハットでしょうか？
または報告しなくてよい出来事でしょうか？

1. 公園で鬼ごっこ中に木の根っこに足をとられて、転んだ。(けがなし)
2. すべり台を滑っていて、着地の時に尻もちをついた。(けがなし)
3. 制作活動で使ったビニールが共有スペースに置きっぱなしになっていた。
4. ある園児の着替えを別の園児の袋の中に入れてしまった。
(他の職員が気づいた)
5. 園児が紙を丸めて鼻の中に入れて遊んだ。(鼻血ではない)
6. 園児が消毒液をなめた。
7. 公園で遊んでいる時に、地域の人に話しかけられそうになった。
8. 小麦アレルギーの子が小麦粘土で遊びそうになった。
9. 職員が園児を抱っこして歩いていた時、段差につまずいた。
10. 給食中に園児が眠りかけていたが、担当職員は気づいていなかった。

👉 これらの事象から、どのようなことを学びますか？

ブレイクアウトセッションを使った演習

この研修ではZoomのブレイクアウトセッションという機能を使ってグループに分かれた演習(意見交換)も行います。

この機能の練習を兼ねてお互いに自己紹介などを行っていただきます。
次の2点について、グループ内で順番に話をして意見を交換し合ってください。

1. 自己紹介
2. 先ほどのヒヤリハット演習を振り返っての感想



重大事故予防のために

次の事例は、それぞれある園(他県)で昨年度実際に発生したことです。
このような事例を参考にして、園児の置き去りについて意見交換を行いましょう。

1歳児12名、保育者3名

公園からの帰り道、140m歩いたところで、同じ公園で遊んでいた他園の保育士が「男の子が1人残っています」と知らせてくれた。保育者が公園に戻り、当該児を連れて帰った。(当該児は他園の玩具を使用して他園の子どもと一緒に遊んでいた)

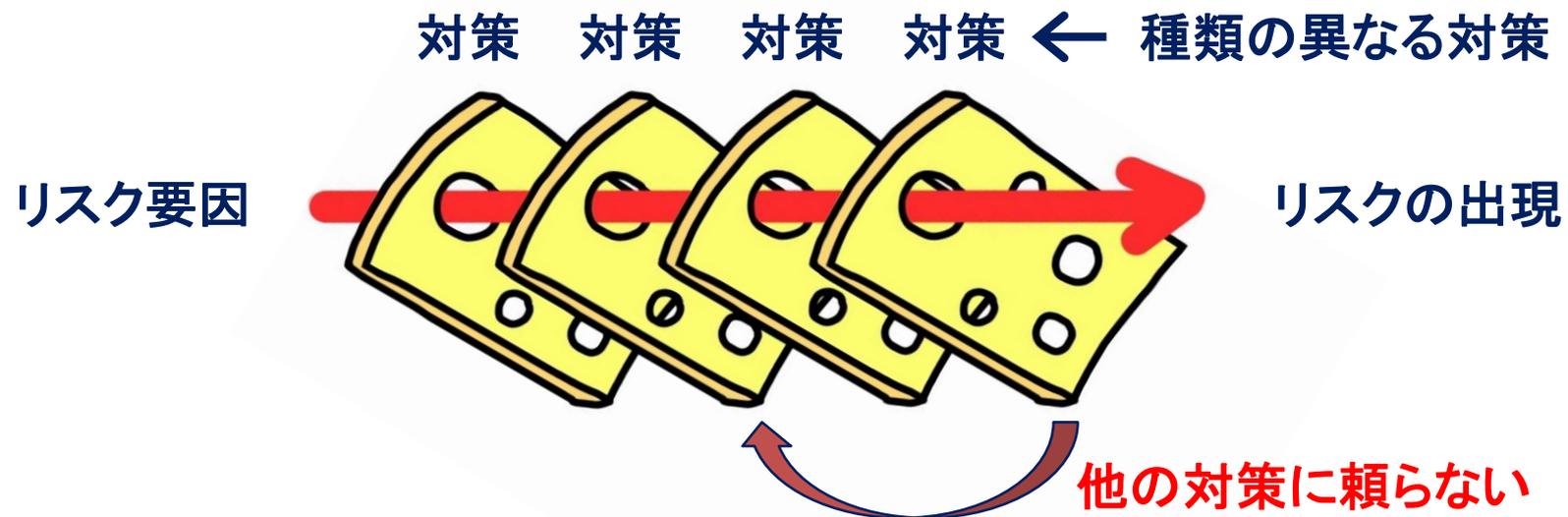
帰園時の人数確認後、出発までに時間がかかり、その間に本児は別の場所に移動していたが、気づかなかった。出発を待つあいだ、待っている園児の様子を見るはずの保育士が別の園児の対応をしていた。

0歳児4名、1歳児8名、保育者4名

公園からの帰園時は保育者2名が先に6名の子どもを連れて出発した(ベビーカーに3名、徒歩2名、おんぶ1名)。残った保育者は、人数確認の時、先に出発したベビーカーの座席にあったリュックを園児と思い、7名が出発したと思っていた。途中で合流した際に1名いないことに気が付き保育者2名で探しに戻った。公園にいた親子が発見し、その親に保護されていた。保育者1名が人数を確認し、他の保育者に伝えなかった。先に出発した保育者2名と、後から出発した保育者2名の間で、園児数の共有が行われていなかった。

エラー対策の考え方 (1つの対策に頼らずに連鎖を断ち切ること)

<スイスチーズモデル(安全対策の考え方)> ジェームズ・リーズン理論
一つひとつの安全対策を穴の空いたスイスチーズに例え、対策は1つの手段に頼るのではなく、複合的な対策を機能させるべきとした理論

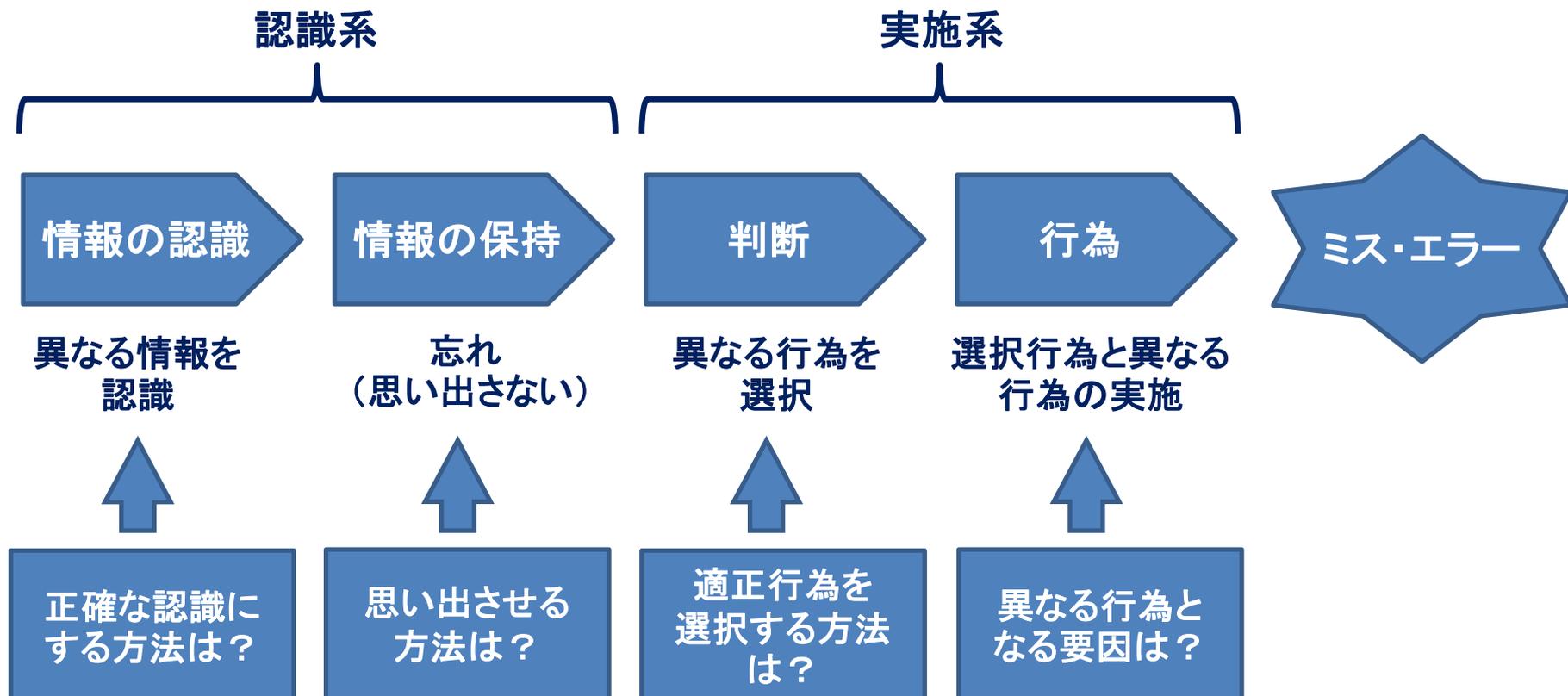


1つ1つの対策を独立して機能させること

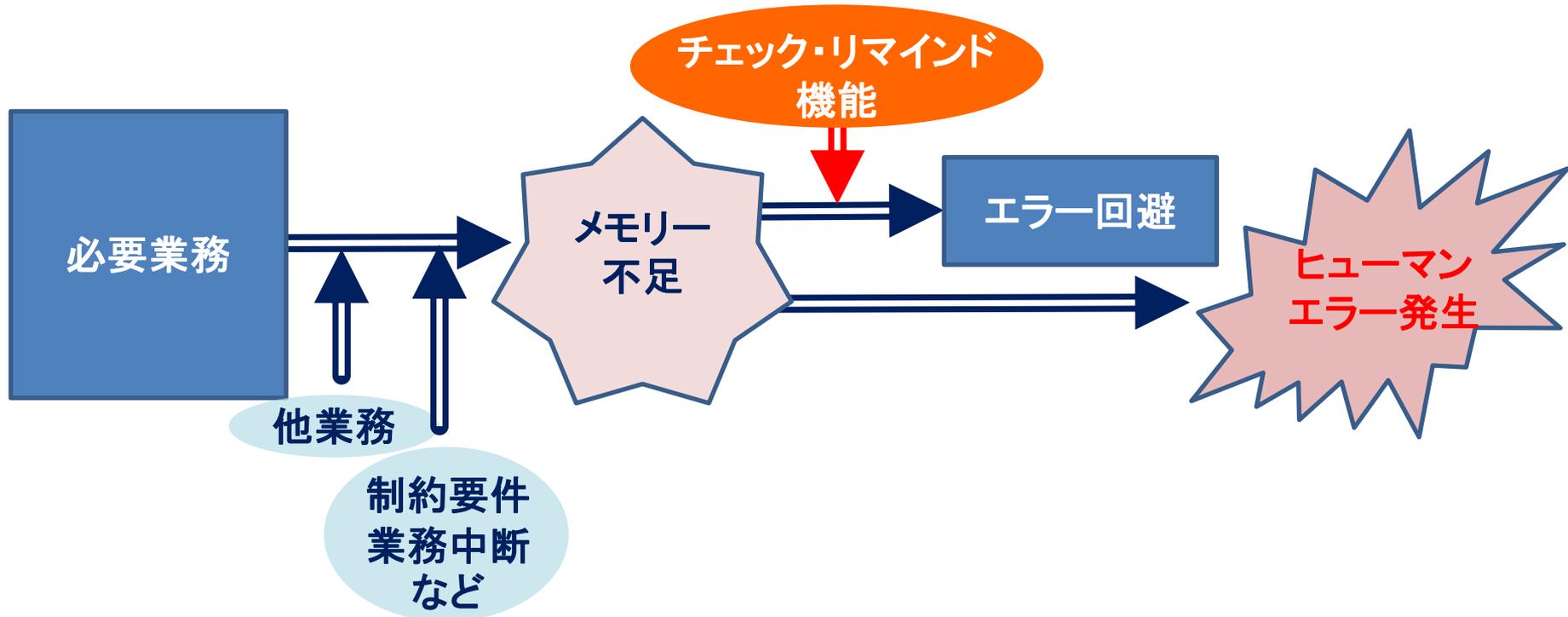
※「エラーは起こりうるもの」だからチェックするのだという認識が必要

ヒューマンエラーの基本分析

■ヒューマンエラーの基本分析は、**ミス**のプロセスを4つに分けて分析する



ヒューマンエラー発生メカニズム



- ・「他業務」「制約要件」「業務中断」などの別要因を排除できるか？
- ・メモリー不足を補う方法はないか？
- ・チェック・リマインド機能を強化する方法はないか？
- ・エラーが生じにくい業務方法にできないか？

「空きメモリーの量は」は熟練度に影響する

例

空きメモリー
で確認する



熟練ドライバー

やるべきことが
長期記憶化している

運転のことで
精一杯



初心者ドライバー

やるべきことが
まだ短期記憶の状態

※エラー防止のためには、熟練度によってできた「空きメモリー」を作業の確認に使用すること

日頃、どのようなチェックリストを使用していますか？

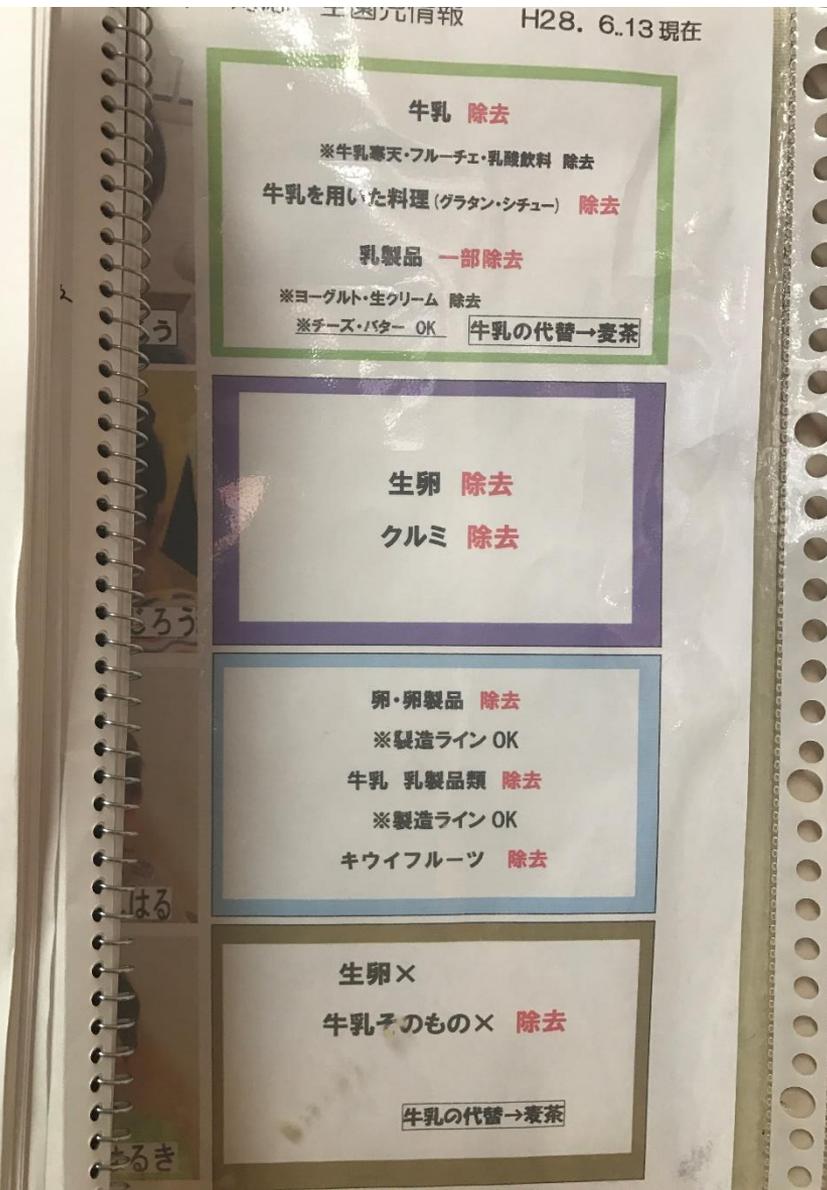
<エラー防止に役立ちにくいチェックリスト例>

番号	内容	チェック	上長確認
1	園児の名前を確認する	✓	✓
2	必要に応じて内容をチェックする	✓	✓
3	確認すべき要素を網羅する	✓	✓
4	マニュアルを参照する	✓	✓
5	フローに沿って正確に行う	✓	✓

このチェックリストのどこを改善しますか？



色分けによってヒューマンエラーを防ぐ仕組みの例



リスク評価の心理特性(正常性バイアス)

人は、自分の都合のいいように理由づけをしてリスクの評価を変えてしまう。

「これくらいは大丈夫」「今まで問題なかった」「今、忙しいから」「人がいないから仕方ない」など

人は、リスクがあるとわかっているにもかかわらず、そのリスクを認めたくないと感じると自分で受け入れやすい情報を重視し、リスクの認識を避けようとする



しかし、リスクは容赦なく現れる

※事故のリスクだけでなく、災害や法令違反などあらゆるリスクに共通する心理特性

確実にリスクを少なくする方法を講じて初めて、リスクがマネジメントされる

個人的なことであれば本人の問題で済むが、
事業所職員としての行動となると責任問題となることがある

どうやって解決すればよいか？

👉 ① 客観的な眼を入れる ② リスクを見える化する ③ 適正行動を習慣化する

「不適切な保育」になってしまう背景・要因

不適切な保育になってしまう背景や要因には、さまざまなことが考えられますが、大きく分けると「職員個人の認識」と「職場環境」の問題があると言えます。それぞれどのようなことが問題だと考えられますか？

<職員個人の認識の問題>	<職場環境>
(例)しつけの範囲と思っている	(例)保育に余裕がない

原因分析と対策の考え方

原因分析に必要な「なぜ？」という問いかけ

① なぜ起きたのか？を問う

個人が対策を講じるための「なぜ？」



原因調査・原因解明
原因が判明したら、その原因をできるだけ少なくする

② なぜ防ぐ仕組みがなかったのか？を問う

リスクマネジメント
で必要な「なぜ？」



管理システム上の欠陥を探す
予防するための仕組みについて是正措置をとる

危機管理体制の構築



事故後の対応

【事例】 ある日の午後、5歳児クラスで自由遊びの時間に子どもたちが園庭に出るため、急いで階段を降りていたところ、女児Aが階段の最後の1段のところで足をひねってしまった。痛そうにして床にうずくまったので、すぐに担任が駆け寄り、痛む箇所(足首)を確認した。担任はAに、「足、ひねっちゃったの？ 痛かったねえ」と声をかけたが、Aはしばらく何も言わず、担任が足首付近をさすっていた。少し経ってから、他の園児が「Aちゃん、どうしたの？」と近づいてきたが、Aは「もう大丈夫」と言って歩き出した。特に痛みがなさそうに見えたので、担任はそのまま通常の保育に戻った。ところが降園後、母親から電話があり、「帰宅して娘が足が痛いと言うので、病院に連れて行ったところ、足首がはく離骨折していると診断された」という連絡が入った。

【問題】 このケースからどのようなことを学びますか？

事故発生後の対応の基本（医療機関受診のケース）

- ① 応急処置（処置する職員が他の職員に応援を要請）
- ② 複数人で子どもの状態確認
- ③ 医療機関受診（首から上のケガなどは、医療機関へ）
- ④ 一次報告（責任者・保護者・関係者への連絡）
- ⑤ 事故に遭った子ども以外の園児への対応
- ⑥ 記録
- ⑦ 事故情報の窓口一本化（対応責任者の明確化）
- ⑧ 保護者・関係者への説明とお詫び
 - ※園にとって不都合な事実がある場合も、漏らさず説明すること
- ⑨ 関係機関への連絡（横浜市への連絡も必ず行うこと）
- ⑩ 事故調査委員会設置（影響が大きい事故の場合）

事故当事者（職員）のメンタルケアも重要

不審者対応の考え方

不審者とは、正当な理由がなく
園内や園の関連施設に立ち入ったり、
立ち入ろうしたりする者



この園は、
対策がしっかりして
いるなあ

安全管理を可視化する

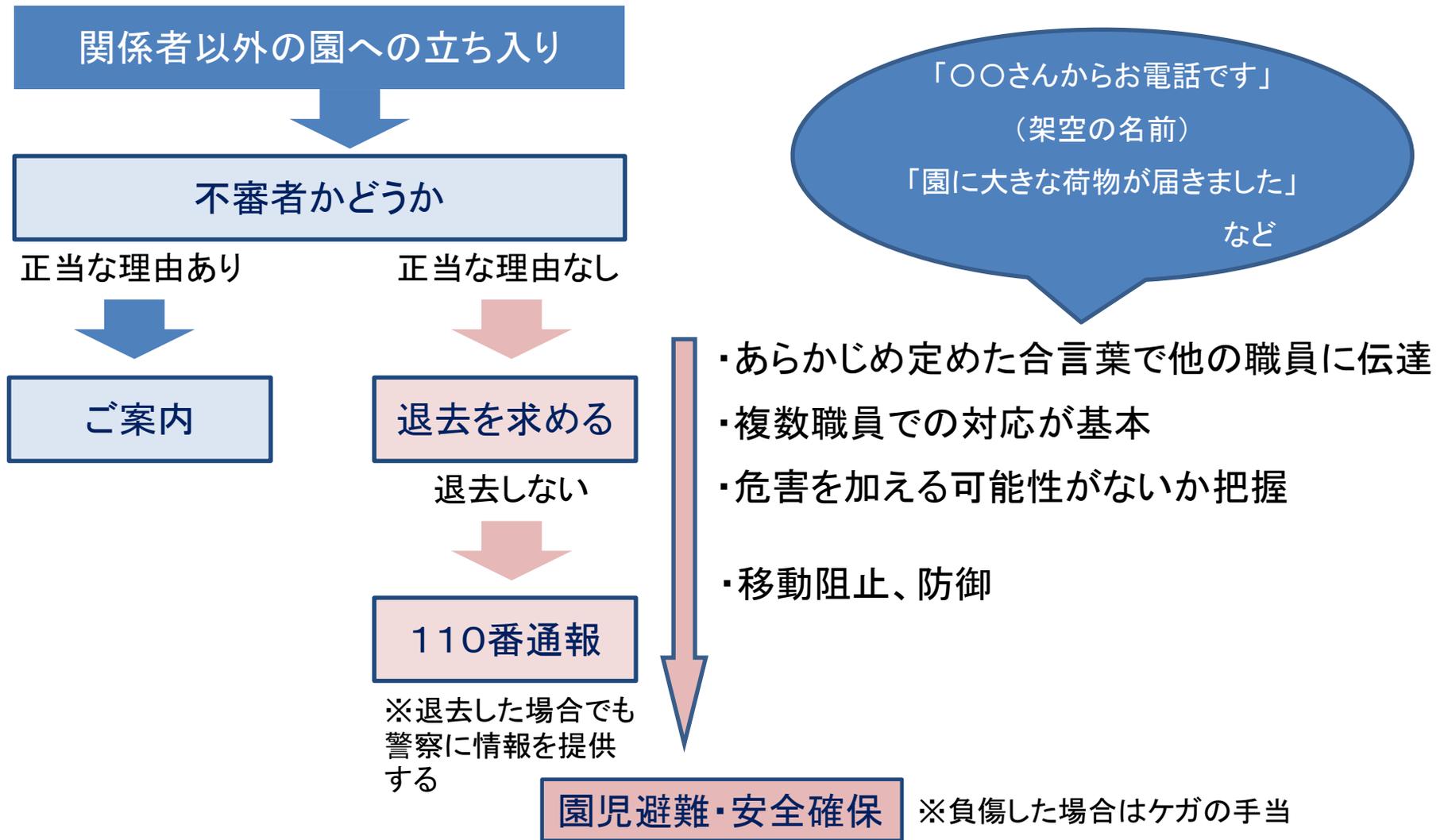
<ハード対策>

関係者と判別できるツール類、施錠システム、防犯カメラ、インターホンの使用、
柵や塀、通信設備(外部・内部向け)、防犯ブザー、ホイッスル、さすまた、催涙スプレー
※保護者がお迎えに来た時に、一緒に入ってくるといった案件が発生している など
保護者に対して園の安全対策を周知し、園の出入りの時に気を付けてもらうように伝達するなど、
保護者を巻き込んだ安全対策を行う必要あり

<シミュレーション訓練の実施>

シミュレーションを行う際は、園長や主任などが不在の場合や、朝夕などの職員が
少ない時間帯も想定して実施する

不審者の園への立ち入り対応フロー



園児、関係者の心のケア

大規模災害発生！ その時あなたはどう動く？



事例

保育園に0歳児と2歳児を預けている保護者が帰宅困難になったものの、被災して数時間後に、何とか園にお迎えに駆け付けました。

さて、園の職員はどのように対応するとよいのでしょうか？

従来の防災計画に「事業継続」の考え方を導入する

(子育ての適切な環境をできるだけ早く復旧させること)

BCP = Business Continuity Plan (事業継続計画)

BCPとは、災害や事故などの緊急事態が発生した場合でも、事業の継続または早期再開が果たせるように、メンテナンスを行うための事前計画のこと



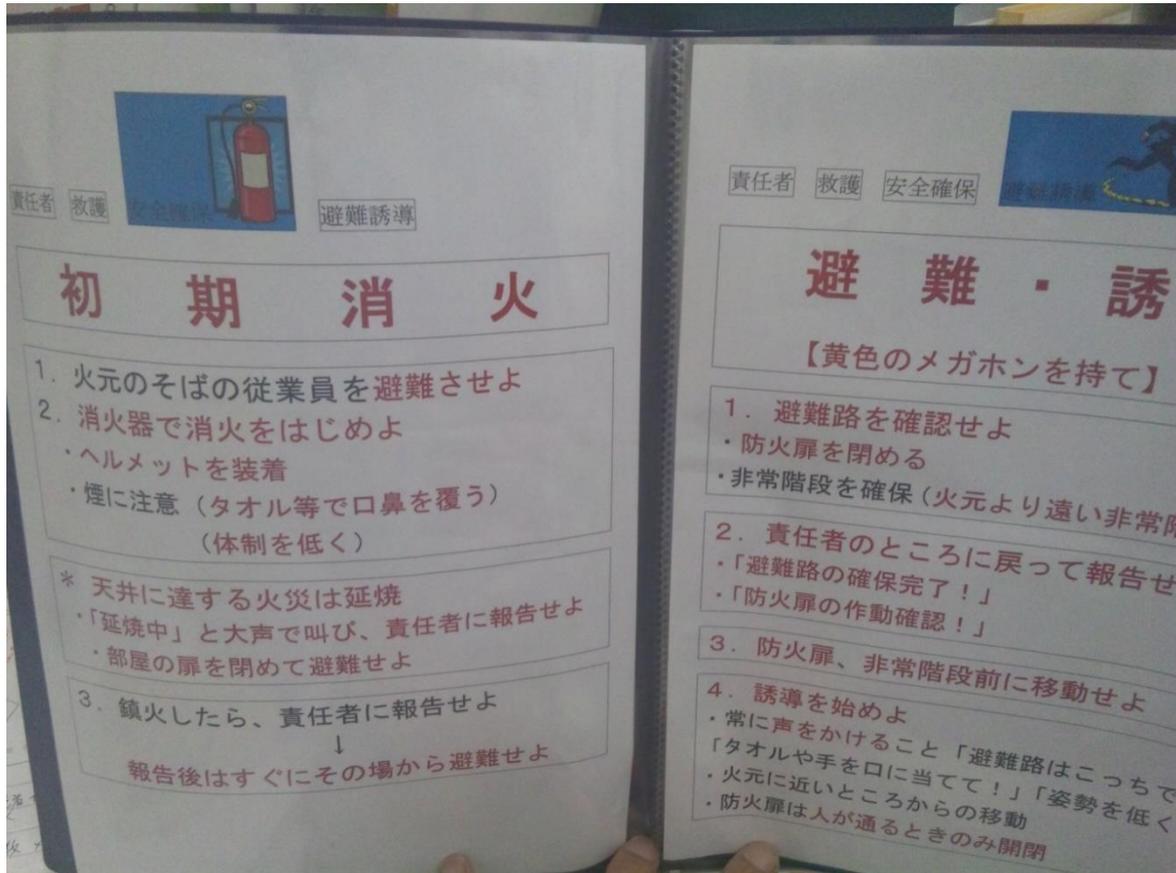
大規模災害発生シミュレーション

午後4時過ぎ、突然保育室の床を突き上げるような大きな地震が発生しました。その後の揺れが激しく、備品などは散乱し、どこかの窓ガラスが割れたようです。他の職員に指示を出す必要があります。さて園長としてどのような行動をとりますか？

- 自分自身と職員の身の安全は確保できるか
- 子どもたちに対して、どのように声を掛けるか
- 被災した直後、指示がなくても各自が何をすればよいかわかっているか
- 園にいる子どもと帰宅した子どもの確認など、子どもの状況を把握できるか
- 二次被害を防止するための安全確認を行うことができるか
- 避難経路などが把握できているか(適切に確保できるか)
- 保護者との安否確認方法を定め、実際に動かすことができるか
- 保護者が迎えに来た場合に、どのような対応をするか
- 関係機関などに対して、何をどのように連絡をすることになっているか
- 電力などのライフラインが停止した際の対応ができるようになっているか
- 職員の帰宅参集基準が決まっていて、実際に職員はその行動ができるか
(例:職員がすぐに家に帰りたいと言った場合どのように対応するか)

実効性の高いマニュアルづくり

職員の行動はカード型マニュアルにする
(1つの行動につき1枚のマニュアル)



現場に備え付けられた
チェックリスト例



災害発生時に必要な行動は、紙に書いておくことが有効

地震発生直後

災害発生

安全確保

POINT

大きな揺れを感じたら

- 転倒落下物、窓ガラス、薬品などから離れる。
- 机の下などにもぐり、落下物から頭を守る。
- ドアを開け、出口を確保する。
- 火気を使っているときは、火を消す。
- 揺れがおさまるのを待つ。

会社（ビル）内

- 周辺の状況に注意し、身の安全を確保する。
- 塀、電柱、自動販売機などから離れ、落下物にも注意する。

通勤中

- 落下物から身を守り、

揺れがおさまったら

初期対応 → **避難**

POINT

初期対応

- 冷静に、落ち着く。
- 負傷者の救護や初期消火に協力した後、被害状況を災害対策本部へ連絡する。
- 余震の可能性もあるため、慌てず、しばらく様子を見てから、避難場所に移動する。

避難する時の注意点

- 火災の場合は、煙を吸わないよう、タオルなどで口を覆う。
- エレベーターは使わずに階段で移動する。

エレベーター内

- すべてのボタンを押し、停止した階の状況を見極めながら避難する。
- エレベーター内に閉じ込められた場合は、「非常用呼び出しボタン」等で外部と連絡をとる。

駅や電車内

- 電車内では、つり革、手すりにしっかりつかまり、電車が止まっても線路には出ない。

落ち着いたら

家族の安否確認 → **会社へ安否報告**

POINT

避難場所

- 職場付近の避難場所
- 自宅周辺の避難場所
- 家族との待ち合わせ場所

memo

待機

POINT

安全が確認されるまで会社にとどまる

- 余震が落ち着き、帰宅手段の安全が確認されるまで無理に帰宅せず、原則として会社や避難場所へととどまること。
*大津波警報発令時は、発生から最低6時間とはとどまる。
- 徒歩で帰宅する場合の目安は10km以内。
- 幹線道路を使い、同一方面の者と帰宅する。

帰宅困難者用の防災備蓄品

- 毛布
- シート
- 簡易トイレ
- カロリーメイト
- 水

地震発生後の移動について

- 災害時の歩行速度は約2.5km/度、10kmを移動するには、4要する。
- 日没後の行動は危険であり、不罪に巻き込まれる可能性もある。1人での行動は避けること。

※勤務地の日没時刻を記載

地域防災に興味を持ち、関係性をつくっておく

地域の防災訓練に参加してみる



災害食試食訓練(食事提供訓練)

被災状況確認・対策本部立ち上げ訓練

設備点検訓練、通信訓練(安否確認など)

地域の合同連携訓練

避難場所開設訓練など



風水害リスク対応の基本は、「平時の情報収集」と「タイムライン情報」

「平時の情報収集」の重要ポイント

- ・平常時から最新の「水害ハザードマップ」で地形的リスクを確認する
※園の周辺の「土砂災害警戒地域」「浸水想定地域」を必ずチェック
(今までの風水害の多くは実際の被害がハザードマップの通りになっている)
※大きな河川よりも支流の方がリスクが大きい
- ・リスクの高いエリアは、具体的な行動計画をつくり、周知を行う。
(周知は職員だけでなく、保護者へも事前に行うこと)
- ・対策本部と現場の指示命令系統を明確にする
(現場が明確な基準で行動できるようにする)



「タイムライン情報」の重要ポイント

- ・風水害行動のポイントは、「安全なうちに安全な場所に移動すること」
※「そろそろ危ない」と感じる頃の行動は遅いことが多い
- ・大きなリスクの判断基準は、「はん濫警戒情報」と「土砂災害警戒情報」
- ・気象庁HPの「高解像度降水ナウキャスト」などを確認する
- ・国交省HPの河川氾濫情報を確認する



研修まとめ

今日の研修全体を振り返り、これから園でどのようなことを実践しようと思うかを書き出してください。

重大事故が発生しやすい場面【演習回答例】

主な場面(シーン)例	事象例(ありがちな原因も含め)
睡眠中 (特に低年齢児)	うつぶせ寝や、布団・タオル、食べ物の残りや異物等が口に入ってしまうことによる窒息。
食事中	飲み込めないものを飲み込むことによる窒息。危険なものを誤って飲み込むことによる窒息、中毒など。
	アレルギーのある子どもの誤食。(変更時、おかわり時、他児の食事への興味などで発生しやすい)
先の尖ったものを使用中	箸、フォーク、鉛筆、木の枝など、先の尖ったものを持ったまま遊び、自身または他児を誤って突いてしまう。
プール、水遊び場での溺水、転倒	溺水。水深の浅いところで寝転んで遊んでいた子どもの上に他児が覆いかぶさるなど。(溺れる時、子どもは声が出せない)
ドア・回転物近くでの遊び	ドアや窓などの近く、回転物の近くで遊んでいて、手指や足などを挟まれる事故。
夏の日中の遊び	長時間、水分の補給や休憩をとらないまま遊び続け、熱中症になる。熱くなった園庭の金属(遊具など)に触れてやけどなど。
園庭での遊び	複数の子どもと夢中になる遊びをしている最中の事故。高所遊具からの転落事故。紐状のものが首に絡まれ窒息。
散歩中や行事など、園外での活動中	交通事故や接触事故。行方不明、置き去り(その後の事故、トラブル)普段、遊ばない環境での転倒、転落、挟まれ事故など。

Any Questions?



ご質問があれば、お願いします。