

コロナ禍の中だからこそ考えたい学校危機管理

平成 23(2011)年 3 月の東日本大震災から 9 年立った今年、新型コロナウイルス(COVID-19)による世界的災厄(以下、「コロナ禍」)が進行途上です。平成 7(1995)年 1 月の阪神淡路大震災では学校が災害の避難所(災害後に体育館や仮設住宅での生活回復を行う場所)となることを定着させました。東日本大震災は緊急避難所(災害時の差し迫った危機から脱するための場)としての学校や学校が安全でない場合の避難の在り方に課題を投げかけました。まだ、コロナ禍は現在進行形で収束が見通せませんが、学校の危機管理について一度立ち止まって考えて再度コロナ禍を見つめ直してみましよう。

1. 危機プロセスから考える 3 つの危機管理

学校の危機管理を考えた場合、危機の事前と只中、事後の 3 点で以下のような区分けが提示できます。

【事前】 予防的危機管理 (リスク・マネジメント)

【只中】 狭義の危機管理 (クライシス・マネジメント)

【事後】 危機介入 (クライシス・インターベンション)

(1) 予防的危機管理

まず、リスク計算に基づいた予防的な危機管理(リスク・マネジメント)について考えてみましょう。リスクとは危機が起きる確率のことです。リスクは確率ですので数字化できるわけで、費用や労力などのコストの割り当てをあわせて計算可能です。これらを“リスク・コスト”と呼び、経営(PDCA サイクルに基づくマネジメント)や経営資源(人・物・金・情報)の配分につなげて危機管理を考えることが可能です。予防的危機管理は学校において学校経営の日常的課題といえます。

例えば、地震や津波は 100 年単位の期間で生じますから、一定のリスク計算ができるという想定範囲の危機ともいえます。しかし、今回のコロナ禍は過去の前例がなく予測ができない、つまりリスクとして計算ができなかった事態です^{注 1}。事実、大災害は平均での議論が不可能なべき分布という独特の発生頻度が示されるため、リスクの計算が成立しに

くくなります。このようなリスク計算ができない場面を危機管理における不確実性といいます。不確実性での危機は想定外の危機と普通はありえない人為上の間違いなどからなるとされ、“起こってみないと分らない”し“予防ができない”危機です。

予防ができない不確実性の危機の下では PDCA での対応も落ち着くまでは不可能となります。今のところコロナ禍は“いつ収束するのか？”や“医療崩壊なども含めてどの程度の致死率となるのか？”などがまだ分かっておりません。状況が顕在化しきっておらず、リスク計算すらできない現時点で学校にできることは限られているといえます。また、なにより新型コロナウイルス感染症が知道府県知事に対応責務のある感染症に指定（感染症予防法における指定感染症）されたので、この対応はほぼ学校経営を担う設置者や校園長ではコントロールできない性格を持つことが分るでしょう。

（2）狭義の危機管理

危機の只中に行われるクライシス・マネジメントについて考えてみましょう。日本では警察官僚の故佐々淳行氏がクライシス・マネジメントを「危機管理」と訳したため、事件や事故が起こった際の警察などの対応と「危機管理」がイコールとなってしまいました。そのため、“発生後の被害を少なくする”ことに力点が置かれるクライシス・マネジメントだけでは危機管理の全体の話がしえないので、ここでは「狭義の危機管理」と表現いたします。

佐々氏の「悲観的に準備し楽観的に対応すべし」という指摘があるように事前に危機を起きる前提で準備を行い（コストを支払い）、起きた際に冷静にクライシス・マネジメントをすることとなります。21世紀当初より“日本では事前にリスク管理を予防と理解しすぎる傾向があり、危機自体が予防されるはずである”と思いつく問題が指摘されています。例えば、「ひやり・はっと」と呼ばれるハインリッヒの法則などからこのことを考えてみましょう。この法則は大きな事故の30倍の件数で小さな事故が起こり、さらに300倍の件数で事故直前で留まった未然の危機が起きるとの経験則です。事故直前の状況や小さな事故を評価して改善・フィードバックを行うことで“大事故は件数を減らせる”と考えるわ

けです。それでも、確率論として小さな事故も大きな事故もいつか起きると理解できます。

“危機を起こりにくくする”防災の発想だけではなく“危機の被害を少なくする”という減災の発想を常日頃持つ必要性を示唆します。

ところで、我が国の学校での事件・事故は訴訟において教職員の過失認定で初めて被害者が救済される制度を取っています。逆に言えば学校の事件・事故は被害者救済に重きを置いた場合、“学校が事前に事件や事故を防ぐことができる”はずなので“教職員のどれかの過失や故意があった”という認定をせざるをえない社会制度であるともいえます。この仕組みは結果として学校の無謬性(中世欧州の聖書を「絶対間違わない」と考えるような思い込み)ともいえる安全神話とそれが崩れた際に教職員の責任追及を過酷に行うことの原因となっているように感じます。しかし、東日本大震災による津波被害で“事前に子ども全員が避難できる緊急避難場所が確保できない”という判断から壊滅的な死者をだした事例が生じました。また、このような災害は“津波てんでんこ”つまり“みんなではなく津波はとにかく自分の命のことだけ考えて逃げなさい”という全滅よりも生存率を優先する減災の発想どうしても必要な災厄があることを思い知らされました。

このような、減災の発想はダメージ・コントロールともいわれ医療などのトリアージなどの発想ともつながる視点です。今回のコロナ禍は「医療崩壊しなくとも感染者1%致死率」が想定される点が恐ろしい特徴です。100年前の「スペイン風邪」を例に取れば3年間かけて日本人の6割ぐらいが感染してはじめて、コロナ禍は今の感染症予防法1類のレベルから5類のインフルエンザ並みの恐ろしい病気に再定義できるのかもしれませんが。3年間学校を閉鎖し続けることは不可能ですので、コロナ禍を完全に防ぐではなく、減災の発想で付き合い合っていないといけない状況も見通さねばならない印象です。

(3) 危機介入

危機が終わった後の社会生活を取り戻すことや、心や身体の回復問題などを支え日常を取り戻す課題を危機介入(クライシス・インターベンション)と呼びます。医療や福祉、心理学などで提示されている概念となります。阪神大震災以降の日本の学校については避

難所の解散や学校再開の後の安定した学校運営を取り戻すことが課題となりました。しかし、コロナ禍は病気の問題が一息ついたとしても心や身体の後遺症を抱えた人の支え方やかなり大きな経済的悪影響、加えて国際関係の険悪化など今の時点では測りしえない課題が多数想像されます。もっといえば、コロナ禍が長期化した際に、長期化に負けない心と身体を支えるためにコロナ禍継続時にもこの発想は求められる恐れもあります。このあたりは、もう少ししたところでカウンセリングやソーシャルワークの専門家のご意見をお聞きしたいと思います。

2. コロナ禍の投げかける狭義の危機管理と危機介入課題

現在、コロナ禍の只中といえますが、そこでの危機管理とともに、ある程度これが収束または収束しきれなくとも学校が再開となった後の日常の取り扱いとして考えられる課題を考えてみましょう。

(1) 従来の災害と異なる特殊性

コロナ禍が今までの学校をめぐる危機管理事態と最も大きく異なるといえる点は外科的治療を課題とするような災害（火事、地震、事故、津波、暴力など）ではなく、感染性治療・防疫を課題とする災害であるという点です。外科的治療を課題とするような災害はインフラの復旧や負傷者の治療を速やかに多人数を投入して対応することが可能な性質を持ちます。そのため解決の時間的見通しや人間関係の絆の強調が可能でした。しかし、感染症治療や防疫を課題とする今回のコロナ禍は時間的見通しの持ちにくさや長期化ゆえの経済や食糧危機、人間関係のつながりにいったん隔離や社会的距離（ソーシャルディスタンス）を取る必要を有する点が今まで経験したことのない特異性といえます。この場合、絆の強調とは逆に差別との差が曖昧な区別が必要になる点も気になる所です。

感染症のパンデミック研究やバイオテロ研究などは病態や治療・予防法の議論が中心で蔓延した時にどのように対応が可能か十分な事前検討を行いきれていなかったように思われます。例えば、米軍はあくまで思考実験的な凶上演習としてゾンビを題材とした演習

（「CONOP8888」）を行い、また同様の国際戦略の研究書（邦訳『ゾンビ襲来』）などが例外的に存在します。いずれも“急速な人員の投入での危機の縮小”という外科治療的従来の手法がむしろ状況を悪化させやすく、人権などの扱いを通じて対応の在り方に賛否が生じやすい問題を提示しています。今の世界的混乱の予測だけはなされて対策の議論はできていなかったのかなあと感じます。手探りで危機と向き合う以上、PDCAや「たら・れば」を用いてはならない事態であると感じられます。

（２）指定感染症という教育では対応不能な仕組み

コロナ禍での学校の位置づけについて考えてみましょう。感染症ですので予防と適切な治療の枠組みがまず課題といえます。学校保健安全法や同施行規則が判断の根拠とする感染症予防法は1～5類の分類ごとの感染症対策の考え方の区分けを設けています。令和2年1月に「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令」で新型コロナは指定感染症として扱われ都道府県知事による強制的な入院（措置入院）などの取り組みが可能となる病気と定義されました。医療現場の隔離や保健所での連絡義務などはこの法令を根拠としており高度で特別な扱いがなされているところです。

学校における出席停止としてよく見かける季節性インフルエンザ（新型と鳥インフルエンザ以外のもの）や麻疹、風疹、アデノウイルスなどの結膜炎はこれらよりレベルが大幅に低い5類にあたります。新型コロナが指定感染症であるかぎり、多くの学校は積極的な措置はできないでしょう。感染症1類とともに経営される学校を手探りで形づくっていく必要があります。繰り返しになりますが、PDCAも効率も「たら・れば」も使うことを許されない状況です。

（３）仮にコロナを封じ込めえなくとも、どこかで社会も学校もしっかり再開が必要

ところで、経済も教育も半年以上“ロックダウン”に近い状況がなされた場合を想像してみてください。経済も教育も再開されない状態が続けば当然、生じる損害・不利益はあまりに大きく膨らんでいきます。経済死も餓死も想像すれば「致死率1%の病気」とのお付き合いで生じる不利益と比べて“まだまし”と判定される時期と社会・学校の再開の仕

方が遠からず議論されます。総合的に害の少ない方針を決断する状況といえます。そこで、学校での対応マニュアルを設定し、コロナの実害が生じても狭義の危機管理と危機介入を駆使しながら何度も学校の再開を続けるタフさを求められるといえます。

今は議論になっていませんが、コロナ禍の本当の怖さは病気自体の致死率よりも現時点ですでに世界経済に破壊的な影響を与えた点にあるように考えられます。不景気に対し、国の財政政策がなければ失業率が高まり、失業率はほぼそのまま自殺率の増加に関連すると言われています。世界的な不景気は日本の失業率に影響しかねない状況で、このままでは子どもと家庭に多大な影響を与えかねません。病気が命の問題に関わることと同様に経済は命の問題にも関わります。リスクは別のリスクと交換をして、まだましなものを選択する問題（リスクのトレードオフ性^(注2)）です。だからこそ、日本も世界もコロナ禍の致死率を背負った上での日常生活の再開（経済活動の再開）を考えないといけないのかもしれない。その際に、減災の発想と危機介入つまり病と心のケアが可能な学校という社会基盤は大きな特有の社会貢献ができるはずです。

すこし過剰な楽観かもしれませんが一言加えさせてください。今の時点で我が国の新型コロナの致死率は他の先進国より低く、死者数も不思議なほど低いことが示されています。移民などの日本語を母国語としない子女も含めてほとんど悉く日本に住む子どもは学校で“靴箱で靴と上履きの履き替え”や“マスクやハンカチ、ティッシュの持参”，“うがいや手洗い，歯磨き，咳エチケット”などの指導を受けています。世界的に珍しい養護教諭（School Nurseではなく YOGO Teacher と訳されます）が保健室で健康教育と保健指導を行ってくれて、何かあれば医療福祉につなげてくれます。また、給食だけでなく食育を栄養教諭という専門職が担ってくれます。今現在のコロナ禍はいままでの教育の国際比較が主とした“先端的な学校がどこまで先端的なことができるか？”ではなく“全ての子どもを支える全ての学校で、一番リスクの高い子どもをどこまで支えることができるか？”を問いかけているのではないかといえるでしょう。日本人としての自画自賛かもしれませんが後者つまり社会の底支えに重きをおいた日本の学校は世界最高だと筆者は信じていま

す。だからこそ、この災厄を他国と比べて上手く乗り越えることができると楽観的に期待しています。

注1．毎年3000人前後が亡くなるインフルエンザや平成14年に発生した致死率1割近いSARS（重症急性呼吸器症候群）、平成24年に発生し致死率3割以上に及ぶMARS（中等呼吸器症候群）など事前に起きたリスクの参考とすることができたのかもしれませんが。しかし、今回のコロナ禍は先進国でも感染爆発が起き、先端医療を行った場合（日本でのクルーズ船の対応より計算）は1%程度の致死率となるものの、医療崩壊を起こした場合、先進国であっても2割程度の致死率になる点が事前予測を不可能にしたものといえます。ウイルスの概念が発見される以前の100年前に世界的な感染爆発を起こしたいわゆるスペイン風邪は3年にわたり世界に猛威を振るい人口の4~6割の感染によってやっと終息したといわれています。

注2．このような課題をゼロリスクの追求が別のリスクを生む問題として表現されます。例えば、2001年9月のニューヨーク同時多発テロにより、その後に飛行機利用をやめた人が飛行機よりもより事故リスクが高まる自動車での移動に移ったことで、テロの飛行機の犠牲者よりも多くの交通事故死者につながったと推測できることが指摘されています。