

山形村保育施設等重大事故検証委員会
報告書

令和6年3月

山形村保育施設等重大事故検証委員会

目 次

はじめに

第1章 検証の目的・方法	・・・	1
第1 検証の目的	・・・	1
第2 検証委員会の設置及び検証方法	・・・	1
1 委員構成	・・・	1
2 検証方法	・・・	1
3 検証委員会の開催状況と内容	・・・	2
第2章 事故の概要・経緯	・・・	2
第1 事故の概要	・・・	2
1 本件園児について	・・・	2
2 施設の概要	・・・	2
3 発生時の保育状況	・・・	4
4 事故発生日時及び当時の気象状況	・・・	4
第2 事故当日の状況	・・・	5
第3 事故後の園や村の対応	・・・	6
第3章 検証	・・・	7
第1 事故原因	・・・	7
第2 問題点	・・・	7
1 本件ピンセットの使用、保管及び取扱について	・・・	7
2 園内での「自由遊び」の実施方法等について	・・・	8
3 事故後の対応について	・・・	9
第3 小括	・・・	10
第4章 再発防止策及び今後への提言	・・・	10
第1 運営全般について	・・・	10
1 園	・・・	11
2 職員	・・・	11
3 保護者との関係	・・・	11
4 行政	・・・	11
第2 器具・遊具の利用・取扱について	・・・	11
1 器具の使用	・・・	11
2 器具の備え付け方法	・・・	12
3 利用にあたっての「決まり事」の策定	・・・	12
4 マニュアルの作成・記載	・・・	12

第3	救急対応について	・・・	12
第4	事後対応について	・・・	12
1	調査・報告書の作成	・・・	12
2	保護者への説明等	・・・	13
3	ヒヤリハット事例の共有・対応	・・・	13

おわりに

はじめに

令和5年10月12日（木）、山形村立山形保育園の園庭において、保育中に年長児が重傷を負う事故が発生しました。

山形村では事故発生を重く受け止め、国の関係府省連名により出された「特定教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について」に基づき、事故の再発防止を目的に「山形村保育施設等重大事故検証委員会」を設置しました。

園児は、命に別状はありませんでしたが、受傷時の病院受診後、専門的な病院に救急搬送され、一時はICUで治療されました。

同年10月20日（金）に退院され、現在は元気に通園を再開されていますが、辛い思いをされたご本人と、不安な思いを抱かれた保護者の方に深いご心痛を与える事態となったこと、安心・安全であるべき保育園において今後も発生してはならないことであることから、検証委員会ではこの重大事故について、事実関係の把握や、可能な限りの発生原因の分析及び検証を行い、検証委員の専門的分野である弁護士、医師、教育・保育関係者、学識経験者の立場から、再びこのような事故が発生しないよう必要な再発防止策を検討し、早急に講ずべき改善策について提言をまとめました。

本報告書が、保育施設等における事故の再発防止と安全・安心な保育の実現につながっていくことを強く願っています。

山形村保育施設等重大事故検証委員会
委員長 安藤 雅樹

第1章 検証の目的・方法

第1 検証の目的

山形村の公立保育園で起きた園児の重傷事故について、第三者である検証委員会が事実関係の把握を行い、事故にあった園児やその保護者の視点に立ち、発生原因の分析を行い、必要な再発防止策を検討し提言するためのものであり、特定の組織や個人の責任の追及、批判及び関係者の処罰を目的とするものではない。

第2 検証委員会の設置及び検証方法

1 委員構成

◇委員は、保育施設等における重大事故の再発防止に知見のある以下の5名をもって構成する。弁護士 1名、医師 1名、教育・保育関係者 2名 学識経験者 1名

◇委員の任期は調査審議の結果を報告又は建議するまでの日とする。

◎委員長 ○副委員長

No.	氏名	所属団体等	区分
1	◎安藤 雅樹	長野県弁護士会所属	弁護士
2	鈴木 直美	松本協立病院 小児科医師	医師
3	○生田 恵津子	松本短期大学 幼児保育学科 教授	教育・保育関係者
4	海野 暁光	長野県保育連盟会長	教育・保育関係者
5	中山 文子	長野県公認心理師・臨床心理士協会所属 公認心理師	学識経験者

(敬称略)

2 検証方法

- ① 検証に当たっては、保育園や関係機関から事故に関する情報の提供を求め、その情報を基に、検証委員会が必要に応じてヒアリングを行うほか現地調査等を実施し、事故の発生原因の分析及び再発防止のために必要な改善策を検討する。
- ② 個人情報保護の観点から、会議は非公開で行うこととする。
- ③ 検証委員会は、検証結果と再発防止の提言をまとめ、村に報告する。
- ④ 村は、個人情報の保護及び保護者の意向に十分配慮したうえで、検証委員会から提出された報告書を公表することとする。

3 検証委員会の開催状況と内容

第1回	令和5年11月21日(火) 午後1時半～	・検証委員会の目的の確認、共有 ・事故の状況について ・今後の進め方について
第2回	令和5年12月26日(火) 午後1時半～	・事故現場確認 ・追加資料に基づく検証
第3回	令和6年1月26日(金) 午後1時半～	・園長からの聞き取り ・追加資料に基づく検証 ・報告方針の協議
第4回	令和6年2月20日(火) 午後2時半～	・報告書作成に関する協議

第2章 事故の概要・経緯

第1 事故の概要

1 本件園児について

- ①年齢 6歳5か月 (年長児)
- ②性別 男
- ③身長・体重 116.1cm、21.4kg (令和5年9月発育測定の結果)
- ④入所年月日 令和3年4月1日 (入所 2年6か月)
- ⑤当該園児の様子 (保育園関係者からの聞き取りによる)
活発な方。特に配慮の必要な子どもではなかった。

2 施設の概要

- ①施設名 山形村立 山形保育園
- ②所在地 長野県東筑摩郡山形村3875番地2
- ③建物の概要
 - ・建築年 平成24年8月 (平成24年度)
 - ・鉄骨平屋建て
 - ・敷地面積 1,679,659 m²
 - ・建物面積 290,134 m²
 - ・床面積 280,929 m²
- ④事業開始年月日 昭和39年4月1日
- ⑤施設の種類等
 - ・施設の種類 認可保育所
 - ・施設の設置者 山形村

・施設の管理者 山形村

⑥開所時間 午前7時15分～午後6時45分

⑦定員 280人

⑧運営職員

・職員数 令和5年4月1日時点で45人（事故当時は46人）

・10月12日 事故当時の職員配置と保育経験年数

（カッコ内は山形保育園での経験年数。いずれも経験年数は事故当時。）

園長	40年6ヶ月(1年6ヶ月)	
主任	34年6ヶ月(30年6ヶ月)	
副主任	35年6ヶ月(33年6ヶ月)	
事務	4年6ヶ月(3年6ヶ月)	
未満児(0歳児)		
もも1組(3人)	担任 2年6ヶ月(2年6ヶ月)	担任 32年6ヶ月(30年6ヶ月)
	担任 R5.9より採用(1ヶ月)	
未満児(1歳児)		
もも2組(4人)	担任 1年6ヶ月(1年6ヶ月)	担任 13年6ヶ月(6ヶ月)
	担任 3年6ヶ月(3年6ヶ月)	担任 14年6ヶ月(14年6ヶ月)
もも3組(4人)	担任 28年6ヶ月(28年6ヶ月)	担任 8年6ヶ月(6ヶ月)：派遣
	担任 16年6ヶ月(2年6ヶ月)	担任 11年6ヶ月(8年6ヶ月)
未満児(2歳児)		
さくら1組(2人)	担任 5年6ヶ月(5年6ヶ月)	担任 3年6ヶ月(3年6ヶ月)
さくら2組(2人)	担任 30年6ヶ月(29年6ヶ月)	担任 6年6ヶ月(6ヶ月)
さくら3組(2人)	担任 27年6ヶ月(3年6ヶ月)	担任 11年6ヶ月(2年6ヶ月)
年少児(3歳児)		
たんぼぼ組(2人)	担任 12年6ヶ月(4年6ヶ月)	担任 20年6ヶ月(8年6ヶ月)
ひまわり組(2人)	担任 14年6ヶ月(12年6ヶ月)	担任 15年6ヶ月(5年6ヶ月)
ちゅうりっぷ組(2人)	担任 36年6ヶ月(21年6ヶ月)	担任 33年6ヶ月(14年6ヶ月)
年中児(4歳児)		
あさがお組(2人)	担任 14年6ヶ月(10年6ヶ月)	担任 15年6ヶ月(8年6ヶ月)
ゆり組(2人)	担任 9年6ヶ月(8年6ヶ月)	担任 3年6ヶ月(2年6ヶ月)
あやめ組(2人)	担任 11年6ヶ月(4年6ヶ月)	担任 1年6ヶ月(6ヶ月)
年長児(5歳児)		
りんどう組(2人)	担任 32年6ヶ月(32年6ヶ月)	担任 6ヶ月(6ヶ月)
すみれ組(2人)	担任 29年6ヶ月(28年6ヶ月)	担任 10年6ヶ月(9年6ヶ月)
すずらん組(2人)	担任 11年6ヶ月(6年6ヶ月)	担任 26年6ヶ月(10年6ヶ月)
給食		
管理栄養士	15年6ヶ月(3年6ヶ月)	
調理員	9年6ヶ月(5年6ヶ月)	調理員 17年6ヶ月(5年6ヶ月) 調理員 11年6ヶ月(11年6ヶ月)
調理員	3年6ヶ月(3年6ヶ月)	調理員 15年6ヶ月(3年6ヶ月) 調理員 3年6ヶ月(3年6ヶ月)

3 発生時の保育状況

(1) 園の状況

令和5年4月1日園児数 単位：人

(カッコ内は令和5年10月12日時点所属園児数)

組	男	女	計
未満児もも1組	1 (2)	1 (5)	2 (7)
未満児もも2組	2 (2)	9 (9)	11 (11)
未満児もも3組	3 (3)	7 (8)	10 (11)
未満児さくら1組	3 (4)	4 (5)	7 (9)
未満児さくら2組	3 (3)	5 (5)	8 (8)
未満児さくら3組	3 (3)	5 (5)	8 (8)
年少児たんぽぽ組	10 (10)	11 (11)	21 (21)
年少児ひまわり組	9 (10)	11 (11)	20 (21)
年少児ちゅうりっぷ組	9 (9)	11 (11)	20 (20)
年中児あさがお組	10 (10)	9 (9)	19 (19)
年中児ゆり組	10 (10)	9 (9)	19 (19)
年中児あやめ組	10 (10)	9 (9)	19 (19)
年長児りんどう組	8 (8)	10 (10)	18 (18)
年長児すみれ組	9 (9)	9 (9)	18 (18)
年長児すずらん組	8 (8)	10 (10)	18 (18)
合計	98 (101)	120 (126)	218 (227)

(2) 本件園児在籍のクラスの状況

すずらん組。男児8名、女児10名が所属していた。

担任は2名。

本件当日は担任が会議に出席していたため、代替保育士1名がフォローしていた。

4 事故発生日時及び当時の気象状況

① 事故発生日時

令和5年10月12日（木曜日） 午前10時50分頃

② 発生場所

山形保育園 園庭

③ 気象状況

令和5年10月12日（木曜日） 午前10時50分頃

・天気 晴れ ・気温 15.1℃ ・湿度 63% ・風向風速 北東 0.9m/s

※役場観測局データ（発生場所から 南東直線距離約 700m 標高 661m）

第2 事故当日の状況

No.	時間 (概要)	内容
1	9:20	年長児は、畑において活動。
2	9:50	「自由遊び」の時間として園庭で遊んでいた。
3	10:00	園庭では、未満児、年少児、年長児の総勢79名が遊び（うち年長児は48名）、保育士は約17名が見守っていた（うち年長児保育士4名）。 年中児は散歩のため保育園に不在であった（11時頃に帰園）。
4	10:00～10:50	年長児担当の職員のうち2名（本件園児のクラス担任であった）は、支援会議に出席していた。
5	10:20	別の園児が、ピンセット（保育園において飼育しているカエルに餌をあげるために、飼育箱の下の箱に置かれていた。金属製。全長約25センチメートル）を、職員の許可を受けた上で、餌となる虫を探すために持って園庭に出た。
6	10:30	さらに別の園児が園庭においてピンセットを用いて地面に絵を描いていた。
7	10:40	別の園児から借り受けた本件園児がピンセットを持ち、木の下で虫をつまんでいた。
8	10:45～10:50	園庭遊びを終えた園児が室内に戻りつつあり、職員も室内に戻る園児の手助けをしたり、室内に入って保育や給食の準備のための片付けにあたるなどしていた。園庭にいた職員は数名であった。
9	10:50 過ぎ	本件園児が園庭内の滑り台を滑った。 そのときに持っていたピンセットが右眼瞼付近に刺さったものと考えられる。
10	10:55	本件園児と、本件園児と一緒に遊んでいた園児がクラスの部屋に戻り、職員（担任）に対し、本件園児がピンセットを持って滑り、ピンセットがあたって目から血が出ていることを伝えた。本件園児は意識状況に問題はなく、自立歩行や受け答えもできていた。 職員2名が怪我及び状況確認を行い、同部屋において応急措置を行った。
11	11:05	職員が本件園児を事務室まで歩いて連れて行き、園長に報告するとともに、右眼上瞼を清浄綿で拭き、腫れも見られたため氷嚢で冷やした。
12	11:10	職員より本件園児保護者へ連絡。
13	11:20	本件園児保護者から連絡を受けた本件園児の祖母が車で迎え、松本市立病院を受診した。これに職員は同行しなかった。 その後、脳に出血があることが判明し、子ども病院に救急搬送。MRI検査の結果、穿通性脳挫傷及びくも膜下出血が判明した。

写真1 全体の位置関係

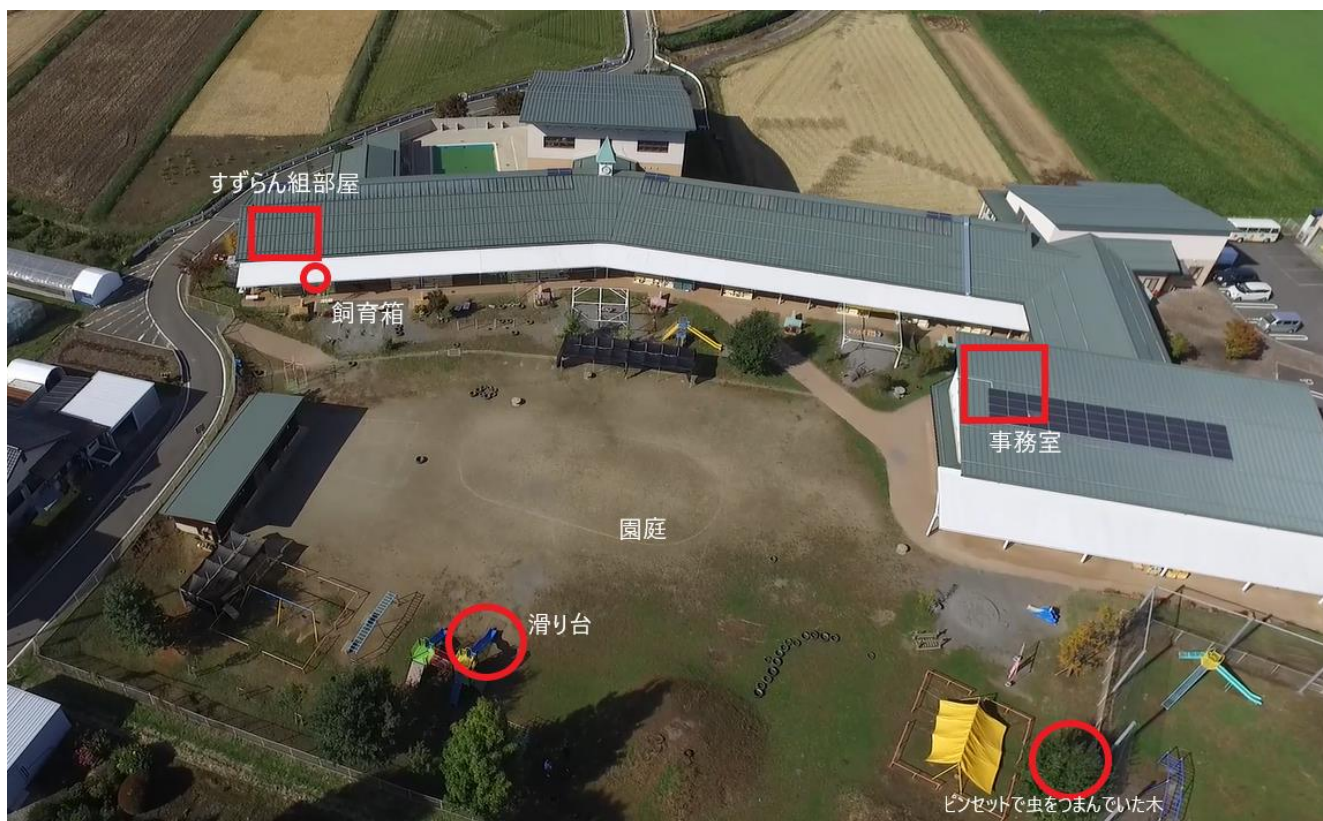


写真2, 3 本件ピンセット



第3 事故後の園や村の対応

(1) 令和5年10月13日

松本福祉事務所等への事故報告

園全職員に事故報告

(2) 同月16日 職員会開催、山形村議会への事故報告、本件園児保護者との協議

(3) 同月18日 松本福祉事務所、教育委員会への事故説明

(4) 同月19日 村議会全員協議会

- (5) 同月20日 保護者説明会開催
- (6) 同月21日 園による園庭安全点検
- (7) 同月23日・25日・11月1日
職員会
- (8) 11月1日 園内事故防止マニュアル改正
- (9) 同月24日 園内事故防止対策改正、講師を招いて園内環境について研修会
- (10) 令和6年1月26日
講師を招いて研修会

第3章 検証

第1 事故原因

本件事故の場면을直接目撃していた職員が存在しないため、本件園児の受傷状況を正確に特定できるものではないが、他の園児の説明等を踏まえると、保育園建物デッキのカエル飼育箱下の箱に備え付けられていたピンセットを別の園児が持ち出し、それを本件園児が手に入れ、これを持ったまま滑り台で滑るという流れの中で受傷したものと考えられる。

なお、滑り台における滑り方について、事故後、外部に向けて本件園児が腹ばいで頭から滑り降りた可能性があるなどの説明がなされた経緯があるが、本委員会においては、滑り方がそのような特殊なものであったかは確認できなかった。

第2 問題点

1 本件ピンセットの使用、保管及び取扱について

(1) 本件ピンセットの使用

ア 本件ピンセットは全長25センチメートルと長く、また金属製で先が尖ったものであって、そもそも保育の現場において利用することが相当なものであったか、疑問がある。

本件ピンセットは虫を触れない園児が飼育する蛙に虫の餌をあげるために使用していたということであるが、仮にピンセットを使用するとしても、プラスチック製の短いものを利用することで足りたものと考えられる。

イ なお、本件ピンセットは保育園の備品として購入して導入されたものではなく、職員が令和5年度になって私物を持ってきたものであるとのことであり、このことから備品としての導入について十分な検討がなされたものであるか疑問が持たれる。

(2) 本件ピンセットの保管・取扱

ア 本件ピンセットは飼育箱の下の箱に置かれ、容易に持ち出し可能な状況にあった。年長児はもちろん、それ以外の園児も手の届く場所に置かれていたものである。かかる保管及び取扱状況は、不適切なものであったと言わざるを得ない。

イ 当該クラスでは持ち出す際に職員の許可を得ることをルール化し、園児らに説明し

ていたとするが、園庭に持ち出したのは本件園児とは別の園児であるところ、その園児が本件園児に貸して保持する者が変わっていている。上記ルールが職員や園児達の意識を含めて徹底されていたものとは認めがたい。

ウ 本件ピンセットは、年長児はもちろん、それ以外の園児も手の届く場所に置かれていたものであって、持ち出す際に承諾を得るというルール化及び説明のみによりコントロールしきれぬものと考えすることは不適當であった。

(3) 本件ピンセットに対する認識

ア 当日、職員により園児の自由遊びの様子について写真撮影が行われているところ、本件ピンセットで地面に絵を描いている園児の様子も撮影されている。

イ このことから、本件ピンセットの取扱について、特別注意を要するものとしては職員や周りの園児も考えていなかったことが推測される。

園において、園児に危害が生じかねない物品であることを意識されていなかったことは大きな問題と言わざるを得ない。

2 園内での「自由遊び」の実施方法等について

(1) 園児の主体性を重んじた保育という理念について

ア 本保育園では、6年前頃から、園児の主体性を重んじた保育を目的とするとの理念を掲げ、そのための取り組みや研修を行うなどされてきた。

イ しかしながら、園からの聞き取り、職員に対して行ったアンケート、保護者会における保護者の意見等、本委員会の調査過程で表れた事情から鑑みるに、その理念を実現するための組織作り、組織運営等が十分になされていたか疑問である。

現場の職員の十分な理解のもとで理念の共有がなされているとは認めがたく、現場との間で乖離が生じ、ひいては現場での規律が緩んでルールが曖昧になり、また職員間の意識共有も不十分であったと考えられる。

ウ 「自由遊び」についても、園児の成長のためという保育の目線で、現場の規律の中の「自由」であるべきところが、単に園児が好き勝手に遊ぶところを自由にさせるという意識になっていなかったか、疑問を抱かざるを得ない。

(2) 職員の配置数・連携について

ア 国の保育士配置基準では、4・5歳児では子どもおおむね30人に保育士1人となっており、当日の人員配置は国の配置基準の範囲内である。

園庭にいた年長児は48名で、年長児担当職員が4名対応していたとのことであり、職員の絶対数が足りていなかったとは考えられない。

イ ただ、本件事故の起きた時間は園庭での自由遊びから徐々に室内に戻る時間と重なっており、職員が目が行き届かなかった可能性がある。

また、事故当日に、朝から外部の社協の園内見学や、3歳児歯科指導、年長児の支援会議、消防署の施設点検が行われており、特に年長児の支援会議に本件園児の属する組の担任2名が出席していたことは、これをカバーする非常勤職員が配置されていたことを考慮しても、本件事故の背景として一定の影響はあったと考えられる。

ウ もっとも、これらの影響があるとしても職員数が極端に不足していたわけではないことから、職員間の連携が取れていれば見守りは可能であったと思われる。

この点、本件事故後に作成された各職員の報告書等に鑑みると、職員間の横の連携が取れていたか、子どもを見守ることのフォローをしあう関係ができていたか、疑問であり、ひいては保育にあたる職員の意識に緩みがなかったか、またマネジメントに問題がなかったかが問われるところである。

(3) 事故の瞬間の把握

本件事故の際に、本件園児は他の園児と共に3名ほどのグループで行動していたものの、本件事故時にその見守りをしていた職員はいなかった。

事故は、本件園児と一緒に遊んでいた園児が、本件園児が怪我をしたことを支援会議から教室に戻ってきた担任の職員に申告したことによって発覚したものである。

事故の瞬間あるいはそれに近接した時間に現場での状況把握ができなかったことが、怪我の程度の正確な評価を妨げ、適切な事故対応ができなかったことにつながったと言える。

3 事故後の対応について

(1) 現場での対応

ア 園策定にかかる「救急対応時マニュアル」(令和5年4月1日策定)によると、事故発生時には状況の確認及び必要な処置をしつつ、緊急を要する場合には119番をして救急車を要請する、また、保護者に連絡をし、救急車が必要のない場合にはどこの医療機関にかかるか相談をして決定し、当該医療機関に連絡をし、保育士が付添い受診することとされている。

イ 本件事故の際は、本件園児らより担任に対し受傷の訴えがあった後、職員ら数名により応急処置がなされ、園長にも報告がなされた。その後、本件園児の保護者に連絡をし、保護者が病院に連れて行った。この際に職員の同行はなかった。

ウ この点、本件園児らからの訴えの段階で、受傷の場所が目の付近という身体の枢要部であったこと、滑り台で保持していたピンセットが顔に当たったという重大な受傷をした可能性がある事故態様であることを確認したことからすると、119番連絡をして救急対応を求めることも考えられた。

エ また仮に119番連絡をしないとしても、保護者が病院に連れて行くにあたって職員が同行し、事情説明及び治療経過の確認等にあたるべきであった。

オ 以上の経緯からすると、本件において適切な救急対応がなされたものとは認められない。

園において、マニュアルの内容の理解も含め、日常より危機管理や救急対応についての意識共有がなされていたかも疑問である。

(2) 調査

ア 園において、本件事故原因を究明するための職員等への聞き取り、各職員による本件事故時の行動に関するメモの作成は一応なされているものの、その成果として作成された書類は不十分なものであり、翻って各種調査も十分なものであったか疑問を抱かざるを得ない。

イ 園においてまとまった経過報告書等は作成されていない。当日撮影された写真の横にメモを書き加えた書類はあるものの作成者及び作成の経過も書面上明らかではなく、

本件事故時に職員がどこにいたかについてまとめた図面も不十分なものであったなど、十分な検証が行われたとは思われない。

上述の各職員が作成したメモについても、福祉事務所からの指示を受けて作成されたものの、事故後1週間以上経過した後になってのことであり、またその内容は本件事故時に自身がどのような行動をしていたのか簡単に記載したものであって、不十分であると言わざるを得ない。このメモを園において確認の上、補充・整理したということもなく、単に封筒に入れて保管されていた状況であった。

ウ さらに、当該園を所管する村教育委員会や担当課等においても、事故の原因究明のために職員等からの聞き取り調査等を主導的に行ったり、園に対し積極的な調査や報告書作成を指示・指導されたものとは認められない。

(3) 説明・公表

ア 本件事故後にマスコミ等への公表がなされているが、本件事故状況に関する十分な調査が行われないままなされたものであった。前述の通り、本件園児が「腹ばいで滑り台を滑った」との事実は真偽不明なものであるが、これを前提とした公表・説明がなされた。

イ 本件事故から8日後に園により保護者説明会が開催されたが、前述の通り同日までの調査が不十分であったことを反映して、保護者からの不満が複数寄せられることとなったものと考えられる。

また、事故原因等の説明に対してのみならず、園の理念に対しても保護者の不安が述べられるなどしており、日頃から園において保護者との関係作りが十分できていたか、疑問を抱くところである。

第3 小括

以上検討したとおり、本件事故原因及び問題点はいくつか挙げられるが、特に以下の2点が大きなものとして指摘される。

第1に、本件ピンセットを園児が自由に持ち出すことができる環境下において利用していたこと、その取扱方法について園において園児らに対して適切な注意喚起や意識共有ができていなかったことが挙げられる。

第2に、園庭での自由遊びにおいて、職員の見守りが十分でなかった。その要因としてはクラス担任が対応を要する会議に出席していたことも挙げられるが、より重要な点として、担当を超えた職員間の連携が取れていなかったと考えられること、また全ての園児に目を配るという基本的な意識が不足していたと考えられること、さらに園児の主体性を重んじるという理念が一人歩きしていて、実際の現場の運用が追いついていないと思われることなどが挙げられる。

第4章 再発防止策及び今後への提言

第1 運営全般について

1 園

園児の主体性を重んじた保育という理念自体は正しいものの、これが現場との間で乖離が生じていることは深刻な問題である。

そのためにはマネジメントについて抜本的に見直す必要がある。園長を初めとする管理職は現場からの意見を聞き、理念を現場にどのように落とし込めるかを日々検討しながら運営にあたるよう心がけ、そのためのシステム作りを行わなければならない。

また、本件事故において安全管理に問題があったことを認識し、グループディスカッションを行うことなどを含めて安全管理に関する具体的な職員研修が必要である。

さらに、内部のシステムの見直しはもちろんのこと、外部の第三者評価委員会やアドバイザーの導入なども検討されるべきである。また、公開保育の実施や保護者による保育参加の再開など、透明性をもった保育が望まれる。

2 職員

現場の職員は、園児の成長のためという保育の基本を再確認して意識を新たにするとともに、保育の現場において危険を伴う場面があることを再認識し、そのための職員間での情報共有や連携、必要な提案を行わなければならない。この点、セクショナリズムに陥ることなく自らの担任・担当に関わらず広く保育する園児に目を配るという基本を確認する必要がある。

職員間の風通しを良くし、連携が取れる関係性を築くことが必要であり、園としてもそのための話し合いの機会を設けるなど、環境整備に努める必要がある。

3 保護者との関係

園においては、家庭と協働して園児を育てるという観点から、日頃から保護者に対し保育理念・方針等について説明し意見交換を行うなど、保護者との信頼関係の構築に努めることが求められる。

4 行政

所管である山形村教育委員会・役場担当課においては、保育園から小学校、中学校と子どもの成長のための連続した機関の一つとして捉えた取り組みを行うべきであって、園に運営を一任するという姿勢ではなく、積極的に関与し、運営上の問題点の把握、組織の人員配置、環境整備への予算措置等を含めて長期的な視点を持って対応していかなければならない。

第2 器具・遊具の利用・取扱について

1 器具の使用

園児が取り扱うにあたって、相当の注意を要する器具を保育現場において備え付けるにあたっては、保育の目的に照らして必要かつ適切なものであるかという観点から、ことさらに注意して検討すべきである。

本件ピンセットについて言うと、より侵襲性の低い器具で足りることなどから、保育の現場で使用する器具としては不適切であった。

既に園では使用されていないとのことであるが、今後も再使用することのないようにされたい。

2 器具の備え付け方法

園児が取り扱うにあたって相当の注意を要する器具を保育現場において備え付けるにあたっては、備え付ける方法・場所についても慎重に検討する必要がある。

本件ピンセットは、園児の誰もが手に取ることができる場所に置かれ、さらにひもで台に繋げて固定するなどの配慮をすることもなく、持ち運びが容易に可能な状況に置かれていたものであって、不適切な備え付け方法であった。

3 利用にあたっての「決まり事」の策定

(1) 取扱に注意を要する器具や遊具を利用する場合には、その管理や利用について十分な配慮が必要であり、その決まり事について、園児とも十分に話し合う必要がある。

年長児ともなれば、決まり事を定めるにあたって園児が主体的に関わることも、決まり事に対する理解を深めることのみならず、その心身の成長のためにも有用である。

(2) どのような決まり事を策定するかについては園の保育方針や設備、環境等によって変わるところであるが、園・職員においては、保育の現場において危険を伴う場面があり得ることを改めて認識し、職員間で風通し良く意見交換をすることが必要である。

(3) また、決まり事を策定した場合には、適宜保護者にその経緯を含めて伝え理解をしてもらう、家庭でも園児に対し話をしてもらうなどの工夫も必要である。

4 マニュアルの作成・記載

園では、本件事故後「事故防止マニュアル」を改訂し、「園内」「園庭」の項目を設けて本件事故を踏まえた器具・遊具の取扱を含んだ記載を付け加えている。また、「保育園の園内事故防止対策」を改訂している。

マニュアル等に明記することは望ましいことではあるが、言うまでもないことながら運用が肝要であることを十分認識し、職員において研修の機会を設けて読み直したり、マニュアル等が遵守されているかの定期的な確認作業を行い、その実効性を担保することが必要である。

第3 救急対応について

本件事故の際に救急対応マニュアルに則った対応がなかったことを大きな問題として捉え、改めて救急対応マニュアルの確認を行うとともに、危機管理の研修を行うなど、職員間で救急対応時の対応についての話し合いを定期的に行うべきである。

第4 事後対応について

1 調査・報告書の作成

事故が起きた場合には、当該園児の受傷等の状況の確認、目撃園児・職員・保護者その他関係者からの聞き取り等を行い、また受傷箇所や現場等の写真撮影をして状況の保全をするなど、早期に事故状況を把握・保全することが重要である。

その上で得た情報を整理して報告書にまとめ、関係者への報告資料、保護者への説明資料、マスコミへの公表資料等を作成する必要がある。

かかる過程を経ることにより原因究明がなされ、被害園児や保護者らに対する適切な対応ができ、ひいては再発防止につながるということを理解されたい。

2 保護者への説明等

園は、被害園児の保護者に対して、事故発生時から可能な限り速やかにその段階で把握している情報を適切に説明する説明義務を負っていることを強く認識する必要がある。

他の通園する園児の保護者を含めた保護者への説明や公表等にあたっては、保護者が不安を抱いていることを理解し、その段階でのできる限りの事故状況の把握や原因究明、再発防止策等を前提として、資料とともに十分な説明等がなされるべきである。

3 ヒヤリハット事例の共有・対応

事故発生時はもちろん、本件のような重大事故に至らなかったいわゆる「ヒヤリハット」事例が保育現場においては数多くあると考えられる。

園では本件事故以前もヒヤリハット事例の確認は行われていたようであるが、本委員会で確認した限りではその集積・共有方法等は不十分なものであった。

該当する事例が生じた場合に、それを体験した職員において報告書を作成するなどして管理職に報告し、園はこれを必要に応じて職員がいつでも見られる場所に図示するなどして職員に共有し、その対応策の情報交換をするなどのシステム作りをすることが必要である。

○おわりに

以上の通り、本件事故の経過及び原因究明について報告するとともに、再発防止の視点について提案する。

当委員会としては、被害園児の心身の回復を望むとともに、本件事故の経過を踏まえ、二度と本件のような事故が起きることのないよう、再発防止に尽力されることを望むものである。

以 上

山形村立山形保育園において発生した重大事故の検証等に関する報告書

山形村 保育施設等重大事故検証委員会

事務局 山形村子育て支援課

長野県東筑摩郡山形村 3817 番地 1

電話 0263-98-5600

FAX 0263-50-5611