

葉山町特定教育・保育施設等重大事故検証委員会
報告書

平成30年3月

葉山町特定教育・保育施設等重大事故検証委員会

目 次

はじめに	1
第1章 検証の目的・方法	2
1. 検証の目的	2
2. 検証委員会の設置及び検証方法等	2
(1) 委員構成	2
(2) 検証方法等	3
(3) 検証委員会等のスケジュール	3
第2章 事案の概要・経緯	4
1. 事案の概要	4
(1) 死亡児童	4
(2) 経緯	4
(3) 死因	4
(4) 施設の概要	4
①施設名	4
②所在地	4
③建物の概要	5
④事業開始年月日	5
⑤施設の種類等	5
⑥開所時間	5
⑦定員等	5
(5) 運営職員	5
(6) 発生時の保育状況	6
(7) 当日の気象状況等について（平成28年12月13日 16:00現在）	6
(8) 事故当日の状況（国への報告事項）	7
(9) 事故当日の状況（子ども育成課による保育従事職員からの聞き取り内容）	8
(10) 保護者からヒアリングした事案の状況など	10
(11) 見取り図	12
(12) 県の指導監査の状況	12
(13) 救急隊の状況	13
(14) 事案発生後の保育園の対応状況	14
第3章 課題と改善策	15
1. 保育における重大事故等防止	15
(1) 安全な遊びを保障する環境	15

①保育環境整備	15
②保育内容の工夫による事故予防	15
2. マニュアルの整備と活用	16
(1) 事故対応に関するマニュアル内容	16
①受診に関するマニュアル内容	16
②救急車要請や連絡	16
(2) マニュアルの活用	16
①マニュアルの周知	16
②マニュアルに沿った行動	17
3. 職員研修と園児への教育	17
(1) 職員研修	17
①研修の実施	17
②計画的な研修の実施	17
(2) 園児の安全教育	18
①計画的な安全教育	18
②安全教育の方法の改善	18
4. 事故報告と事後分析	18
(1) 記録	18
①紙面による記録の在り方	18
②情報伝達、引継ぎ	19
(2) これまでに発生した事故や苦情の分析	19
①事故検証	19
②保護者の受け止め（苦情など）への対応	20
5. 外部意見の聴取と活用	20
(1) 保護者からの意見	20
①保護者の意見聴取について	20
②保護者の意見への回答について	20
(2) 外部機関、第三者からの意見聴取	21
①外部機関からの意見	21
②第三者評価	21
6. 本事故後の対応	21
(1) 事故直後の対応	21
①容態の観察	21
②受診、救急車要請	21
(2) 事故対応の判断	22
①医療従事者配置	22
②園長の役割	22

(3) 事故発生当日の保護者（遺族）への連絡	22
①事故発生についての保護者への連絡	22
②事故内容についての保護者への説明	23
(4) 事故（死亡事故）後の保護者対応	23
①記者発表など事後対応	23
②事故検証委員会のシステム	24
第4章 提言	25
1. 保育所に向けて	25
(1) 安全を視点にした保育計画	25
(2) 安全安心のマニュアル整備	25
(3) マニュアルの運用	25
(4) 安全な保育、緊急対応に向けた研修	25
(5) 園児の安全教育	26
(6) 記録の在り方	26
(7) 事故の検証	26
(8) 保護者からの意見聴取	26
(9) 外部、第三者からの意見聴取・評価受審	26
(10) 医療従事者との連携	27
(11) 事故時の報告	27
2. 地方自治体、国に向けて	27
(1) 検証委員会の在り方	27
(2) 死亡事故時の遺族対応	28
(3) 遺族への支援	28
第5章 おわりに	29
(1) 事故予防の取り組み強化	29
(2) 情報共有の実践	29
(3) 事故対応方法の変更	29
(4) 医療従事者の配置	29
(5) 外部・第三者の意見聴取	30

はじめに

教育・保育施設等における重大事故に関して、平成28年3月に関係府省連名による通知「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」が出されました。その中で特定教育・保育施設や特定地域型保育事業等は市区町村が検証を行い、国は自治体からの検証報告を踏まえて再発防止策を検討するという方針が示されました。

こうした状況下、葉山町立葉山保育園において、平成28年12月、保育中に転倒した男児が帰宅した後に死亡するという事故が発生しました。葉山町では国の方針に従い「葉山町特定教育・保育施設等重大事故検証委員会」を設置し、定期的に検証委員会を開催してまいりました。

お子さまを亡くされた保護者の気持ちに思いをはせると、胸がつまりますが、一人のお子さまの死を無駄にすることなく、きちんと検証するべく事故に向き合うことが本検証委員会に求められた使命です。検証委員会では、この事故を予防するためにはどのような人的、物的環境が必要だったのか、どのような配慮があれば最悪の事態に至らなかったのか、ということ、多様な分野の委員が専門的な見地から意見交換し、丁寧に検討してきました。この検証が、このような事故を二度と繰り返さない体制を整えるために活用され、今後の葉山保育園と葉山町の保育施設全体の保育の質を高めていく一歩となることを願っております。

加えて、本検証報告書は、葉山保育園、葉山町への提言のみならず、神奈川県、国への提言も含んでおります。子どもに向き合う保育士が、精いっぱい現場で頑張っているにもかかわらず事故が起こることがあります。そのような事故を防ぐ仕組みを整え、事故予防の知見を積み重ね活かしていくために、国、地方自治体、現場となる保育所が協働することが求められます。葉山町の重大事故に関する検証結果をここに公にすることにより、広く我が国の保育の安全を担保する一助となることを願ってやみません。

葉山町特定教育・保育施設等重大事故検証委員会
委員長 吉田 眞理

第1章 検証の目的・方法

1. 検証の目的

葉山町内の「特定・教育保育施設」、「特定地域型保育事業」、「地域子ども・子育て支援事業」における子どもの死亡事故等の重大事故について、事実関係の把握を行い、死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って発生原因の分析を行うことにより、必要な再発防止策を検討する。

なお、検証については、事故発生の事実把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するためのものであり、関係者の処罰を目的とするものではない。

2. 検証委員会の設置及び検証方法等

(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次の5名をもって構成する。学識経験者 2名、保育関係者 1名、医師 1名、弁護士 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。

区分	氏名	所属団体等
学識経験者 (委員長)	よしだ まり 吉田 眞理	○小田原短期大学 副学長 保育学科長
保育関係 (副委員長)	はぎわら けいぞう 萩原 敬三	○一般社団法人 神奈川県保育会 理事長 ○神奈川県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検証委員会委員
医師 (委員)	いあい みずえ 井合 瑞江	○県立こども医療センター医師 (障害児入所施設局長)
弁護士 (委員)	いけむね かなこ 池宗 佳名子	○神奈川県弁護士会所属
学識経験者 (委員)	ふだもと あきこ 札本 晃子	○元横浜市公立保育所園長 ○元横浜市子ども青年局 保育運営課課長補佐 ○元鎌倉女子大学短期大学部初等教育学科 准教授 (保育専門)

(2) 検証方法等

①検証の目的

検証に当たっては、施設・事業者や関係機関等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、現地調査等を実施し、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委員会の公開

プライバシー保護の観点から、原則として、会議は非公開で行うこととする。

③検証の報告

検証委員会は、検証結果と再発防止の提言をまとめ、町に報告する。

④報告書の公表

町は、プライバシー保護及び保護者の意向に十分配慮した上で、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) 検証委員会等のスケジュール

検証委員会及びご遺族様へのヒアリングを次の日程で開催した。

日 時	検証委員会等	内 容
平成29年8月24日（木） 15:00～17:00	第1回検証委員会	○ 検証委員会の設置について ○ 認可保育所「葉山保育園」の児童死亡事案について ○ 今後の検証の進め方について
平成29年10月5日（木） 14:00～16:00	第2回検証委員会	○ 現場視察 ○ 前回の質問及びヒアリング事項の確認 ○ 意見交換
平成29年11月30日（木）	ご遺族様へのヒアリング(郵送)	○ 検証委員会からの質問事項の送付 (質問事項をご遺族様へ郵送)
平成29年12月21日（木）	ご遺族様からヒアリングに対する回答書提出	○ ご遺族様から質問事項に対する回答書提出 (ご遺族様が子ども育成課窓口へ提出)
平成29年12月21日（木） 14:00～16:00	第3回検証委員会	○ 事実関係の確認について ○ 検証方法の検討について ○ 意見交換
平成30年1月25日（木） 14:00～16:00	第4回検証委員会	○ 検証場面の分析、再発防止策の検討について ○ 意見交換
平成30年2月15日（木） 14:00～16:00	第5回検証委員会	○ 提言内容の確認について ○ 報告書のまとめについて ○ 意見交換
平成30年3月19日（月）	書面会議	○ 報告書の内容の承諾について

第2章 事案の概要・経緯

1. 事案の概要

(1) 死亡児童

- 年齢 6歳6ヶ月
- 性別 男
- 入所年月日 平成24年4月1日（入所4年8ヶ月）

(2) 経緯

- 平成28年12月13日（火）16時頃、園庭で追いかけてっこをしていた6歳男児が園庭と保育室の間にあるデッキの通路上を走り、デッキに置いてあるサッカーゴールの網に足をとられ転倒した。
転倒後、保育士が駆け寄り、怪我がないか全身の状態を確認した。
本児は意識、受け答えもハッキリしていたが転倒直後のため、室内で安静にしていた。
- 児童の様子を伝えるために保育士が保護者に連絡したが、繋がらなかったため、留守番電話に折り返しの連絡を伝言し、保護者の迎えを待つ間、検温や水分補給を行い見守りを続けた。
18時過ぎ、保護者（祖母）に引渡しを行った。
- 19時過ぎ、容態が悪くなり自宅より救急搬送されたが、翌14日（水）5時12分に搬送先の病院で死亡が確認された。

(3) 死因

- 後日、遺族からのヒアリングで死因が腹部打撲による「臓器損傷による出血性ショック」ということを知った。

(4) 施設の概要

①施設名

葉山町立葉山保育園

②所在地

神奈川県三浦郡葉山町堀内2050番地の9

③建物の概要

鉄筋コンクリート3階建の1階部分で保育所を開設

1階	葉山保育園
2階	葉山町教育委員会
3階	葉山町教育研究所、ことば・きこえの教室、たんぽぽ教室

保育室の面積

乳児室	ほふく室	保育室	遊戯室	園庭
66㎡	7㎡	177㎡	216㎡	436㎡

④事業開始年月日

昭和48年4月1日（平成18年10月1日に現在の施設に移転）

⑤施設の種類の等

- ア 施設の種類の 認可保育所
- イ 施設の設置者 葉山町
- ウ 施設の管理者 葉山町立葉山保育園

⑥開所時間

- ア 平日 7:30～19:00（18:30から延長保育）
- イ 土曜日 7:30～17:00

⑦定員等

- ア 定員 100人
- イ 保育年齢 未就学児（生後57日以上～）
- ウ 在籍児数 129人（平成28年12月現在）

内 訳 (人)

クラス名	りす		うさぎ	ぱんだ	きりん	らいおん	
年齢	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	計
登録児数	7	22	22	22	27	29	129

(5) 運営職員

職種・雇用形態別内訳 (人)

職種	常勤	非常勤	アルバイト
保育士	13（園長含む）	6	19（輪番で6）
看護師			2（輪番で1）
調理員	1（栄養士）		10（輪番で4）
事務員		1	
用務員	1		

保育士としての経験年数内訳 (人)

年数	常勤	非常勤	アルバイト
25年以上	1	1	
20年～24年	1		
15年～19年	2	1	2
10年～14年	3	3	3
5年～9年	1	1	13
5年未満	5		1

※全ての保育士は、保育士又は幼稚園教諭の有資格者。

(6) 発生時の保育状況

内訳

(人)

年齢	当日	発生時 (16時)		配置基準 ※	
	出席児童数	児童数	保育士数	最低限必要な保育士数	保育士1人が保育できる児童数
0歳児	6	6	8	2	児童3人：保育士1人
1歳児	21	19		4	児童6人：保育士1人
2歳児	21	18	4	3	
3歳児	22	21	2	2	児童20人：保育士1人
4歳児	25	23	2	1	児童30人：保育士1人
5歳児	27	24	3	1	
合計	122	111	19	13	

※児童福祉施設の設備及び運営に関する基準

(7) 当日の気象状況等について (平成28年12月13日16:00現在)

- 天気 曇り
 - 気温 14.5℃
 - 湿度 82.6%
 - 風向・風速 東北東・0.5m/S
 - 日の出・日の入 6:42・16:30
- (葉山消防署へ確認)

(8) 事故当日の状況 (国への報告事項)

平成28年12月13日 (火)

9:00頃	○登園。検温で36.5℃。 ○午前中、普段と変わらず元気に過ごす。
12:00頃	○給食完食。室内でクリスマス製作。
15:20頃	○おやつ完食。
15:40頃	○帰りの会終了。外遊び。
16:00頃	○ベランダに置いてあるサッカーゴールに足を取られ倒れた。 ○「大丈夫？」と聞くと「うん」とうなずく。室内に入り横になってお迎えを待つ。時々お茶を飲んだり、保育士が手足を触る。
18:20頃	○祖母お迎え。
19:45頃	○家で様子を見るが顔色が悪いので救急車要請。内臓出血、手術。

平成28年12月14日 (水)

5:12	○死亡。
------	------

(9) 事故当日の状況 (子ども育成課による保育従事職員からの聞き取り内容)

平成28年12月13日 (火)

9 : 00頃	○祖母の送りで登園。検温で 36.5℃。 ○午前中、普段と変わらず元気に過ごす。
12 : 00頃	○給食を完食した。
12 : 30頃	○給食後は室内でクリスマス製作を行った。
15 : 20頃	○おやつを完食した。
15 : 40頃	○5歳児クラスの帰りの会が終了。 ○帰りの会を終了したクラスから順次、園庭の外遊びを始める。 ○外遊びは、5歳児 24人、4歳児 23人、3歳児 21人の合計 68人に対して、保育士 6人が見守りをしていた。
16 : 00頃	○園庭で追いかけっこをしていた本児が園庭と保育室の間にあるデッキの通路上を走り、デッキに置いてあるサッカーゴールの網に足をとられ転倒した。自分で立ち上がる。 ○見守りをしていた保育士 B と保育士 A が駆け寄り、本児に身体の痛いところ、ぶつけたところ無いかの声掛けに本児は「大丈夫」と返答した。 ○保育士 A は本児の体を手で触れて全身をチェックした。 手足からの出血などは確認できなかった。 左肩から転んだため、左腕を回させて痛みの無いことを確認した。 痛みの訴えは無かったが「ねむい」と言って、途中、寝転がる仕草もしていた。 保育士 A は早番のため、保育士 C に見守りを引き継ぐ。 職員室で執務をしていた園長に転倒と転倒後の対応を報告した。 ○園長は、デッキに座っていた本児の様子を見に駆けつけた。 声掛けに対する受け答えはしっかりしていた。 ○保育士 C は、デッキで座っていた本児が「寒い」と言ったので、ホールに自分の上着を取りに行かせた。 ○職員室での会議を終えた保育士 D は、クラスに戻ったところ、保育士 C から転倒の報告を受ける。 現在、上着を取りに行っていると聞いたので、ホールに向かうと、図書コーナーで本児を見つけた。本児が上着を着ていたので「寒いのか?」と聞くと、自分から「転んじやった」と言ってきた。 「どこか痛いところある?」と聞くと、「おなかかな?」と答えたので、本児のシャツをめくって、おなか全体を手で触れたり、手足をブラブラさせたが、気になるところは確認できなかった。

16:30頃	○本児はデッキでしばらく座っていたが、外で遊ぶ様子がなかったの で、「眠いの」と聞くと、「うん」と言った。室内に入りマットの上で横 になった。
16:45頃	○本児に「大丈夫？」との声掛けに「のどが痛い」との訴えがあつた ので、手洗いをして、2回うがいをさせた。 ○保育園でも11月下旬から嘔吐などによる欠席児童がでており、本 児の顔色、おなか、寒いなどの症状から、吐きかぜの可能性を疑い、 吐いた場合を想定し、洗面器やティッシュを用意した。
17:00頃	○保育士Dは、祖母に状況を伝えるため電話をしたが、留守 番電話に「眠っていて、いつもと様子が違うので、折り返しの連絡 がほしい」と伝言を残した。 ○お迎えを待つ間、保育士Dと保育士Eが交互に見守りをし、しば らく横になっていると、寝入ってしまった。 手足をさすったり、検温3回(36.4℃)を行った。
18:20頃	○祖母が迎えに来る。 ○保育士Dは、転倒があつたことを謝罪した。 ○保育園では吐きかぜが流行しており、吐いた場合を想定し見守りを していたことを伝えた。 ○祖母の車の後部座席にませ帰宅した。
19:45頃	○家で様子を見るが顔色が悪いので救急車要請。病院Aへ搬送。
22:18頃	○病院Aでは治療ができないので、病院Bへ転送。

平成28年12月14日(水)

5:45頃	○母から保育士Dと保育士Eに本児が亡くなった旨の連絡を受けた。
6:00頃	○警察から園長に本児が5時12分に搬送先の病院でお亡くなりにな ったこと、保育園の現場検証を行う旨の連絡を受けた。

(10) 保護者からヒアリングした事案の状況など

1. (お子さまの当日の様子や降園後の自宅までの車中の様子、自宅到着時や救急車を呼んだ時の様子をお教えてください。)

朝はいつもと変わらず、走る様子もあり元気に登園した。

いつもは6時半頃の降園だが用事があったため6時10分頃迎えにいった。

教室入ってすぐのところで横になり自分のジャンパーをかけられ顔面蒼白の状態の本児がいた。

担任より以下の話があった。

「ウッドデッキ上にある、近づいてはいけないサッカーゴールにつまずいて転倒したと思われるが、誰も転倒した様子を見ていない、私たちは会議に出席していたため見ていない、アルバイトは外にいたが見ておらず、どのようにして転んだかわからないが痣や外傷はない、転んでから眠る様子があったり、寒いと言ったり、喉が痛いと言っていることを言っていた」

「看護師の方が診て、吐く様子もないし、脈がある、危険な状態ではない」

家で様子を見るように言われ本児の靴と荷物を持って車に乗った。

車中で本児の母である娘と連絡した。娘は肺や脳に影響があるかもしれないから救急車要請をと言ったが、看護師が様子を見るように言ったこともあり、20時に開く救急外来に連れて行くことにした。

帰宅した時も本児は変わらずぐったりしており、車からベッドへ抱っこして運んだ。

ポカリスエットをストロー付きの容器で一口飲ませ、それ以上は飲まなかった。

その後うんちと本児が言葉を発したため抱っこしてトイレへ連れて言った。

本児のぐったりした様子や顔面蒼白の顔色を見た本児の伯母が異変を感じたため救急車を要請した。

2. (検証委員会では、お亡くなりになった原因など、確定した情報がありませんので、病院の医師から説明を受けた内容についてお教えてください。)

<病院 B、死亡後>

外傷により臓器損傷し、出血性ショックによって亡くなったと思われる。詳しい原因究明は病院ではできない。

<司法解剖結果>

腹部打撲による臓器損傷による出血性ショック

3. (保育園への今後の再発防止について 今後、再発防止に向けて検証委員会への意見や議論してほしい内容などがありましたらお教えてください。)

<意見>

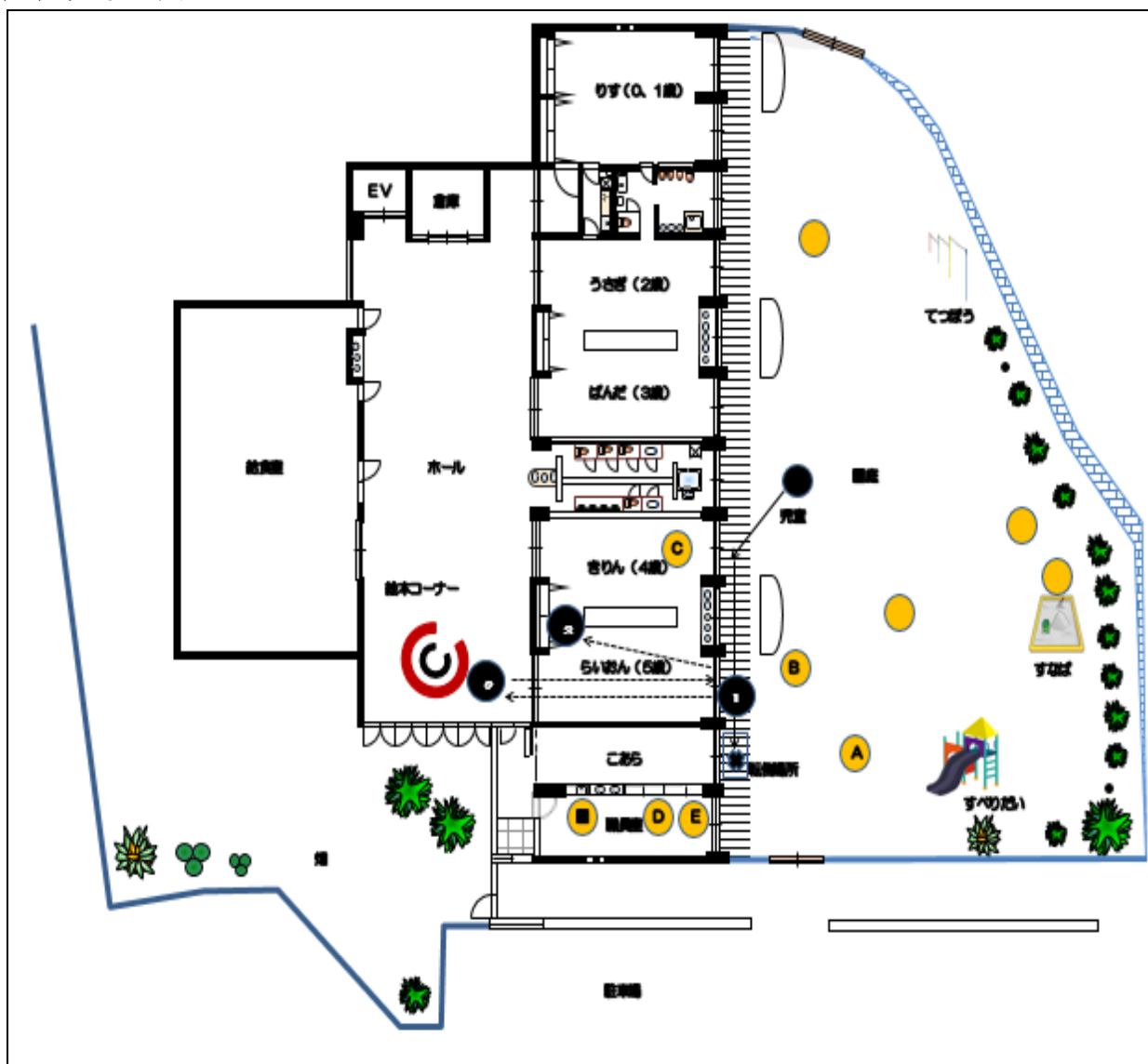
- ① 当事者でもある子ども育成課が事務局を務めているということが大変遺憾。
- ② 記者発表で町長と話し合った内容が発表されなかった。書面にてその理由を提示してほしいと伝えたが、これも果たされていない。
- ③ 園の保護者へ対しての説明について遺族への連絡なしで保護者に対して行った。
- ④ 説明会開催の遅れについて、遺族の意向などと発言され大変遺憾。

⑤ 事務局の担当部署の変更を切に願う。

<再発防止に向けて>

- ① 事故予防対策マニュアルの見直し（内容の詳細化、明確化、アルゴリズム化等）
- ② 事故予防対策マニュアルに沿った対応の徹底。（常勤、非常勤、アルバイト、パートに対してのマニュアル教育、危険予知トレーニング等）
- ③ 怪我や事故時の救急要請の実行
- ④ 緊急連絡先への連絡の徹底
- ⑤ 日頃からの保護者保育士間との緊急時対応についての確認、提示、実行。（事故予防対策マニュアルの保護者への配布等）
- ⑥ 監視カメラの設置（転倒についても確かな情報はなく、事実はわからないため、客観的事実を得るため）
- ⑦ 危険な場所のない環境（入ってはいけない場所を作ることに問題がある）
- ⑧ 連絡方法の見直し（事故発生時は、連絡が取れるまで連絡すべき）
- ⑨ 医療従事者の配置

(11) 見取り図



(12) 県の指導監査の状況

平成 27 年 3 月 9 日に、県が葉山保育園の指導監査を行った。4 項目の文書指摘があった。

- ① 児童福祉施設最低基準に基づき、児童の入所時の健康診断を実施してください。
改善済（園医に依頼し実施しています）
- ② 子どもの健康に関する保健計画を作成してください。
改善済（保健計画を作成しています）
- ③ 保育所による自己評価が行われていないので、改善してください。
改善中（自己評価の基準を作成し、実施できるように努めます）
- ④ 消火訓練を児童福祉施設最低基準に基づき月 1 回以上実施してください。
改善済（毎月実施しています）

(13) 救急隊の状況

①入電日時

平成28年12月13日(火) 19時35分

②事故概要

6歳男児は同日の19時頃、喉の痛み及び胸苦しさを訴え、顔面蒼白な状態であったため祖母が救急要請をしたもの。

③時間経過

19時35分	入電
19時36分	指令
19時36分	出場
19時43分	現場到着
19時54分	現場出発
20時13分	病院Aへ到着
22時14分	病院Aを出発
22時44分	病院Bへ到着

(14) 事案発生後の保育園の対応状況

日時	ご遺族に対して	在園児・保護者に対して	保育園・子ども育成課
12月14日（水）	○弔問	○事故の報告（掲示）	○国や県に事故報告書の提出
12月15日（木）			○県を通じて国に事故報告
12月15日（木） ～			○メンタルが不安定な保育士に休養と人員サポート ○状況把握のため保育士への聞き取り ○マニュアルの再確認、職場の安全点検の実施（施設、遊具）
12月18日（日） 12月19日（月）	○通夜・葬儀の参列		
12月21日（水）	○経緯の報告		
12月22日（木）		○事故の報告（個別通知） ○心のケアの相談窓口を設置（1月中）	○記者発表（事故報告）
12月27日（火）	○保育士と面談		
1月20日（金） ～			○保育園の全職員に改善のためのアンケート調査を実施、対応の協議（継続中） ○マニュアルの見直しの協議（継続中）
1月26日（木）		○保護者会に現状の報告	
2月9日（木） ～ 2月24日（金）		○保護者に現状の報告（6回）	
3月25日（土）	○卒園式に列席いただく		○卒園式
5月26日（金）	○検証委員会実施の確認		
6月7日（水）			○記者発表（検証委員会）
6月8日（木）		○検証委員会設置の報告	

○ 再発防止を目的とした検証を実施したい旨を死亡児童の保護者に伝えたところ、「検証を実施して構わない」との回答を得て、検証委員会を設置した。

○ 事案の発生以降、保育所では改善の取り組みを始めているが、今後、警察の調査結果や検証委員会の報告書を踏まえ、再発防止のために必要な措置を講じることが、より安全で安心な保育園の運営体制を確保することに関わってくる。

第3章 課題と改善策

本事故の最大の課題は、本児の体調の変化について、転倒との関係を疑わず、吐き風邪が流行っていることと結び付けてしまい、受診の必要性を再度検討しなかったことである。何度も本児の様子を保育士が確認していることから、いつもと違う様子には気づいていたと考えられる。ここに至るには、いくつかの日常的な課題が伏線としてあった。委員会では、その課題を順番に検証していった。

1. 保育における重大事故等防止

保育所は本来、子どもが安全に過ごせる場であり、保護者が安心して子どもを託せる場なくてはならない。しかし、葉山保育園では園児が事故後に死亡に至る事故が起きてしまった。重大事故等防止として何が足りなかったのか、事故発生時の対応はどのようにしたらよかったのか、検証委員会で議論し、葉山保育園における本案件を取り巻く課題と改善策を以下のように整理した。

(1) 安全な遊びを保障する環境

① 保育環境整備

●課題

本児の転倒した理由は、追いかけてこの最中に園庭と保育室の間にあるデッキに駆け込み、そこに置かれたサッカーゴールに躓いたことである。

保育所としては、園児に通らないように指導していたということであるが、保育室の廊下とつながっており、園児が入る可能性のある廊下に障害物となるサッカーゴールが置かれていたことに課題がある。

▲改善策

子どもへの指導や教育にのみ頼るのでなく、子どもが自分の身を守ることは危険回避ができる力が育つことを見通した危険のない環境をつくる必要がある。園内全体を安全な環境にすべく点検することや、園全体の安全な保育環境の整備・改善、運用の取り組みが必要である。

② 保育内容の工夫による事故予防

●課題

本事故は、子どもの注意力が低下する夕方に発生している。本児は年長クラスであり、午睡がなくなっているが、その点への配慮がなかった。

▲改善策

夕方に行う遊びについては子どもの状況を勘案して保育内容を構成することが求められる。年長児においても、午睡に代わる午後の休息は必要であると考えるので、午後に落ち着いて過ごし心身を整える時間を作ることを求めたい。

2. マニュアルの整備と活用

葉山保育園では、事故予防対策マニュアルは揃っていたことを確認した。検証委員会では、その内容を吟味するとともに、どのように活用できていたのか、精査した。

(1) 事故対応に関するマニュアル内容

事故対応のマニュアルの記述内容が以下のように漠然としている。

① 受診に関するマニュアル内容

●課題

現状のマニュアルには、医療機関の受診に至る具体的な手順や目安が、明確に記載されていない。また、症状の判断として、時間経過の項目がない。

▲改善策

園長に報告し、二人以上の保育士で確認する、気になる点があれば病院に連れて行く、などマニュアルに記載していく。園長不在の時、誰が判断をするのか明記する。

(園長不在時は、主任保育士がすべて権限をもち采配することが適切であろう)。

マニュアルに、症状の判断として、一回見ただけの判断ではなく、時間経過の中で、どのように変化しているのかという具体的な内容を記述する。

また、どのような怪我でも自己判断せずに、病院に連れて行くように心がける方が良いと考えられる。

② 救急車要請や連絡

●課題

事故発生時の連絡、通報ができる体制を準備しておくことになっているが、医療機関の確認や保護者への連絡など、誰が何をどのように行うかまでの詳細や役割分担が決められていない。

▲改善策

どのような状況で救急要請や医療機関への受診を行うか、具体的なフローチャートなど詳細な役割分担が掲載された読みやすいマニュアル作成が必要である。

(2) マニュアルの活用

マニュアルはあるだけでは意味がない。葉山保育園においては、マニュアルの活用に課題があったと検証委員会では考えた。

① マニュアルの周知

●課題

マニュアルの研修や周知も一部の保育士(正規)に留まっている。保育園に従事する全保育士がマニュアルを熟知するまでには至っていない。

▲改善策

緊急時には適切な対応ができるよう、保育士は行動基準やマニュアルを理解し、マ

マニュアルに沿って自分たちの保育の中身の点検・見直しを行う。
年に1回以上の、マニュアルの見直し及び勉強会やマニュアルに沿った園内研修を行う。

②マニュアルに沿った行動

●課題

本事故の場合に、複数の保育士で子どもの状態をマニュアルに沿って確認するなど、職員間の情報共有がなかった。アルバイト保育士など、色々な保育士とマニュアルに沿って情報共有がなされなかった。園長の指示待ちのところがあったのではないか。マニュアルには、救急車依頼の目安の項に、顔色が悪く、ぐったりとしているという内容があるが、本事故ではこれを行っていない。

▲改善策

少しでも気になったら、職員間でマニュアルを確認し、情報を正確に伝えあう。現状の判断で大丈夫かどうか、他の保育士にも見てもらう。事故時の連絡の方法などのマニュアルについて、全ての職員が分かっているようにする。

3. 職員研修と園児への教育

(1) 職員研修

怪我及び事故対応などについての職員研修が不十分であったことの結果として、今回の事態を招いたのではないかと検証委員会では考え、葉山保育園の研修体制について確認した。

① 研修の実施

●課題

怪我及び事故対応のためのマニュアルの確認や応急処置などについて、保育士等職員の安全教育が徹底していない。

▲改善策

職員のスキルアップや若手保育士へのフォローと育成が必要である。事故や怪我を想定した園研修や予告なしの避難訓練を行い、職員の意識を高める。他園の取り組み事例を調査し、それらを参考にした研修をする。

日頃から職員に対し、医療従事者から園児の安全教育、感染症、怪我などに関する研修を行い、怪我や病気に対して意識を高めるようにする。

② 計画的な研修の実施

●課題

内部研修を定期的に行っていない。職員を育成するための計画的な研修計画を作成していない。

▲改善策

全職員年に1度、救急法の研修を受ける。緊急時に適切に対応できるよう職員の研修

を計画的に行う。

(2) 園児の安全教育

本来、子どもは怪我をして育つものである。また、子どもは思いもよらない行動を取る場合がある。本児が転倒した場所は、葉山保育園として、園児に通らないように指導していたということであるが、徹底できていなかった。本事故は園児の不注意が主因ではないが、この事故を契機として、園児自身も危険の回避が自らできるような教育を心がけることも必要であろう。

① 計画的な安全教育

●課題

園児に園内にある危険について、徹底できていなかった。園児がどのような危険行動をとるかの予測が十分でなく、環境整備や保育士の働きかけなどに課題があった。

▲改善策

子どもが自らの身を守ることの大切さを理解できるような働きかけや声掛けなど保育士が子どもの発達の特徴を捉え、日々の生活の中で学ぶ機会を持つようにする。集会などの機会も利用していく。

② 安全教育の方法の改善

●課題

安全教育は、口頭の注意以外に効果的な方法の工夫をしていない。安全教育に対する認識が十分でなく、子どもに理解できる工夫や行動予測が不十分だった。

▲改善策

園の約束、危険事項等は、分かりやすい言葉で、又子ども自身が気づき意識していけるよう伝えていく。園の約束、危険事項等を子どもが理解できるような伝え方や発達を捉えた行動予測を保育士が行い、適切な働きかけ等を工夫していく。その際、絵やパネルシアターなど視覚的な教材なども活用する。

4. 事故報告と事後分析

(1) 記録

本事故では、記録の不備が目立った。記録の方法や引継ぎについて大きな課題があることがうかがわれた。

① 紙面による記録の在り方

●課題

事故については、具体的な内容や時間経過を残すことになっているが、本件は事故として扱っていないため、事故報告書などの記録はしていなかった。また、病気（吐き風邪）として扱っていたが、傷病連絡票（見守りの記録）も作成していなかった。

病院に行かない軽傷の怪我は、傷病連絡票を作成しないなど、報告書の作成ルールが曖昧であった。保護者への連絡事項として、園の入退記録に経過を記入したのみであ

る。

▲改善策

小さい事故でも、必ず事故としての記録を残す。傷病連絡票（見守り記録）の作成を徹底する必要がある。また、時間経過を軸として、何をしたか手当や観察記録を書く。

②情報伝達、引継ぎ

●課題

本事故について、引継ぎは口頭のみであった。また、職員間のコミュニケーションや情報共有が不足している状況にある。職種を越えて、情報や意見交換する時間や機会が少ない。

会議は長く、結論がないまま、または、結論が先延ばしだったり、曖昧だったりする場合が多い。

事故（ヒヤリハットを含む）原因の分析と事故予防方法の検討をし、全職員に注意を喚起することになっているが、一部の職員の検討に終始し、園全体としての動きになっていない。

園長、主任までの情報共有は出来ているが、保育士が話し合うまでは至っていない。

▲改善策

情報共有を活発にするための方法を工夫する。園児の怪我や体調不良については紙面による記録をもとに、共通理解をする。

毎週、毎月末、事故防止のための安全会議を設置する。

報告・連絡・相談の徹底、集まった情報を精査し、職場内で共有すべき情報をもれなく伝達する方法を決めておく。

(2) これまでに発生した事故や苦情の分析

遺族である保護者からは、以前本児が骨折をした際の対応についてもヒアリングで課題提起があった。検証委員会では、この点に着目した。

①事故検証

●課題

以前に本児が被害者となった事故の検証が不十分で、子どもの安全につなげることが出来なかったことに課題がある。当該事故は鎖骨骨折であったがその対応でも救急車要請をしないで、園の車での受診であった。

▲改善策

事故や怪我を丁寧に検証し、同じことを繰り返さないために保育方法、保護者への連絡方法、緊急時対応を常に見直すことが必要である。

②保護者の受け止め（苦情など）への対応

●課題

鎖骨骨折であったが、初期治療が不適切だったために、その後の治療に保護者は時間も労力もかかり児童は身体的・精神的苦痛を味わったという。救急車要請をしていれば適切な処置を迅速に受けられたという保護者からの訴えが聞かれた。

「保護者（遺族）からのヒアリング」

▲改善策

事故報告があった内容について、園長へ報告書を出した時に、保護者がこの事故について、何を言って、何を求めているのかという保護者の思いを、書いておく必要がある。

事後に保護者から話しがあったものは、苦情対応の記録として、別にとっておく。苦情対応記録のみではなく、ちょっとした日々の苦情の対応も記録はとっておき、改善につなげる必要がある。

5. 外部意見の聴取と活用

(1) 保護者からの意見

本事故において保護者は葉山保育園に対して不信感を持っていたことがうかがえた。保護者の不満や不信感に耳を傾けることができていたのか、検証委員会で確認した。

①保護者の意見聴取について

●課題

保護者の意見や要望の把握や対応方法が決まっていない。

▲改善策

苦情受付箱を活用する。保護者から意見、要望を受けた職員は園長に報告する。

保護者とゆっくり話をする機会をつくる。（個人面談など）誰がどんな方法で対応するか、ルールを作る。

②保護者の意見への回答について

●課題

意見箱や保護者からのクレームなどに対して、組織として対応出来ていない。結論がないまま、曖昧な回答が多い。

▲改善策

現状困難なものは出来ない理由を丁寧に説明し、理解してもらうように努める。意見箱に入れられた意見については、園長、主任が回答するとともに全員職員に周知する。保護者に向けては、毎月の園便り、掲示で必ず返事をする。

安全会議の結果（ヒヤリハット）も保護者への開示をするとよい。

(2) 外部機関、第三者からの意見聴取

葉山保育園では、自らの実践を客観的に振り返ることが少なかったのではないかと
いうことを、検証委員会はマニュアルの内容や事故の経緯から推察した。

①外部機関からの意見

●課題

外部機関の意見を聞く仕組みが整っていない。

▲改善策

外部の意見は、保育所が見落としている問題点を発見できる機会となることが多く、
謙虚に受け止め早期対応を心がける。保護者と向き合う姿勢、体制をつくる。

②第三者評価

●課題

保育の状況を第三者が評価する仕組みを利用していない。

▲改善策

社会福祉施設第三者評価を受ける必要がある。

6. 本事故後の対応

(1) 事故直後の対応

事故発生直後から祖母の迎えが来るまで、本児の容態をどのように観察し対応につ
いてどのように判断したのか、検証委員会では繰り返し確認した。

①容態の観察

●課題

本児の寝ている時の訴えから、園内で胃腸炎等が流行っており、吐き風邪と思いつ
み、事故との関係を考えていない。

▲改善策

転倒した場合は、腹部外傷も考えなければいけないので、時間をおいて何度も容態
を観察し、記録する必要がある。

複数の保育士などが意見を交換し、少しでも心配なことを感じたら、情報を共有する。

②受診、救急車要請

●課題

転倒直後は、受け答えもしっかりしていたため、切迫した状況がないと判断をし、緊
急性や医療機関への受診の必要性を考えなかった。転倒後の子どもの普段と違う様子
に対応し、園で受診や救急要請をしないと判断したことに課題がある。

いつも元気な児童が転倒後はおとなしく横になって「眠い寒い」と言っているという、
普段と違う様子を感じていながら、医療機関への受診をしていない。

▲改善策

転倒した時に腹部等を打ったことを考えて、「眠い寒い」という事に関して、受診を検討した方が良い。園児の怪我や異変には、たとえ保育士が問題ないと感じた場合でも、医師の判断を仰ぐことが求められる。

(2) 事故対応の判断

葉山保育園では、事故の初期対応において判断に不十分さがあったと考えられる。葉山保育園では、看護師はパートで配置の曜日と時間が限られている。遺族である保護者から今後配置すべきとの要望がある。

①医療従事者配置

●課題

マニュアルでは、園長（園長補佐）は、受診の必要性を判断する。また、看護師が勤務している場合は、助言を求めることになっていたが、この時間帯は、看護師が勤務していなかった。

事故当日は看護師が不在時間であったことが、受診の判断を誤らせたのではないかと、意見を遺族から頂いた。

▲改善策

医療従事者がいない場合は経過を見て、疑わしい時は、医療機関に受診するようにしていく。

医療従事者の配置について、看護師の時間数を増やす、又は専任の看護師配置も検討する。

医療従事者の配置がない時間帯は、小さな事故でも医師の判断を仰ぐ。パート看護師を配置する場合は、事故の多い10時と16時を中心に配置する。

②園長の役割

●課題

園長が受診の判断をするという決まりになっているが、保育士からは転倒直後の報告のみで、園長へ全ての情報が報告されておらず、的確な報告ができていない。園長に報告はしていたが、判断までは仰いでない。

▲改善策

保育士から園長に全ての情報を的確に、時間間隔を置いて複数回報告するとともに、園長自身が子どもの様子を確認し、疑わしい場合は小さな異変でも園長の責任で医療機関につなげる。

(3) 事故発生当日の保護者（遺族）への連絡

事故発生についての葉山保育園から保護者への連絡に不手際があったことが分かった。

①事故発生についての保護者への連絡

●課題

第一連絡先である母親への連絡がなかった。祖母に連絡したが、1回連絡しただけで、留守番電話への録音のみであった。

▲改善策

園からの緊急連絡は、保護者が登録した緊急連絡先にまず連絡すべきである。緊急性が疑われる場合等には、留守番電話でなく連絡が取れるまで連絡をするべきである。そして、留守番電話で済ませることはあってはならない。

②事故内容についての保護者への説明

●課題

マニュアルでは、保護者に事故の発生状況、怪我の程度、医療機関の診察など、内容の説明することになっているが、保護者が保育士から聞いた説明と町が説明した内容に食い違いがある。

保護者のヒアリングからは、園長に何かやってもらったことには触れられていない。保護者（遺族）が園長のことに触れてないのは園長に対しての印象がないのではないか。園長がこのケースをコントロールしているように見えない。

▲改善策

事故発生日の引き渡しでは、保護者が納得する説明をする必要がある。正確に説明するために、経過表や傷病連絡票などに記録し、それをもとに保護者に説明をする。事故報告書には保護者とのやり取りも記録しておく。怪我などについて、保育士から保護者に伝える時は、園長が同席し、事実を丁寧に説明し、説明内容や保護者とのやり取りの正確な記録を文書として残すべきである。園長不在時に、事故や怪我について保護者に説明をする時は、2名以上の保育士で行う。園長が不在の場合も保護者に何をどのように伝えるか、保育士が園長に確認するとともに、園長の責任で伝えることが求められる。

葉山保育園は、町立保育所なので町が事故対応に動いているが、本来は園長が中心になって全責任を負って課題解決に取り組むべきである。

(4) 事故（死亡事故）後の保護者対応

保護者（遺族）へのヒアリングからは、本児が死亡後の葉山保育園の保護者（遺族）への対応に不信感を募らせていることが分かった。

①記者発表など事後対応

●課題

「記者発表する内容は町側が用意した内容で強行し、在園児保護者への説明会も保護者（遺族）へ連絡をしないで開催していた。（保護者（遺族）からのヒアリング）」というご遺族からの意見がある。

▲改善策

このような意見があることから、ご遺族の気持ちへの配慮の仕方について課題がある。ご遺族に対しては、その気持ちを傾聴する、気持ちを受け止めるなど、最大限の配慮が求められる。

②事故検証委員会のシステム

●課題

本件は町立保育園における事故であるため、当事者でもある葉山町子ども育成課が検証委員会事務局を務めていることについて、大変遺憾であるという遺族感情がある「保護者（遺族）からのヒアリング」。

検証委員会でも、ご遺族からのヒアリングから、検証自体への信頼を得にくいように感じた。

▲改善策

公立（市町村立）保育所における事故検証については、県などの第三者が行うことが適切であり重大事故の検証制度や方法について、国に改善を求めたい。

なお、転倒時の状況などの事実がわからないので、客観的事実を得るために監視カメラの設置が必要であるという遺族からの要望がある。委員会でも討議を重ねた。監視カメラの設置は有効な手段ではあるものの、プライバシーの観点や設置箇所の問題等から、設置する事を改善策に記載するまで至らなかった。これが積み残された課題である。防犯カメラの必要性について、葉山町及び園内でさらに、十分に検討することが求められる。

第4章 提言

保育所など、教育・保育施設で子どもが危険な目にあうことはあってはならない。今回の事故を受けて、葉山保育園のみならず我が国の保育現場、それを管理する行政(地方自治体、国)への提言をまとめた。

1. 保育所に向けて

今回の教訓から、保育現場で改善すべき点、配慮すべきことについて提言する。子どもの安全は最優先かつ最重要事項である。すべての教育・保育施設で留意されたい。

(1) 安全を視点にした保育計画

- ① 保育環境の点検やマッピングによる園内の事故ポイント視覚化、ヒヤリハットの収集の日常的かつ定期的な実施が求められる。それにより、事故の起きやすい活動、時間、場所、年齢等の傾向について把握し、対応や対策について検討を行うとともに、安全を視点として保育内容を組み立てていく必要がある。
- ② 日案、週案、月案の指導計画に事故防止の配慮を盛り込み、子ども個人についても、怪我やヒヤリハットを蓄積し、行動傾向を把握して個別の安全対策をとる。

(2) 安全安心のマニュアル整備

- ① マニュアルの取り扱いに注意しつつ、園で働く全員が閲覧できる場所に配架する。
- ② 誰もがわかりやすいマニュアルであるかという視点で、日ごろから見直しをする。
- ③ マニュアルの内容は具体的に記述する。漠然とした方向性や意識の問題を述べるのではなく、どのようなときに、だれが何をどのようにするのかを明確に記述する。
- ④ マニュアルに具体的かつ細かな取り決めを記述していくことも必要である。
- ⑤ マニュアルとともに、プロセスを目視できるフローチャートを作成し、見やすい場所に掲示する。

(3) マニュアルの運用

- ① 緊急時に適切な対応ができるよう、日常的にマニュアルの点検・見直しを行う。
- ② 定期的にマニュアルの勉強会やマニュアルに沿った園内研修を行う。
- ③ マニュアルに該当しない場合でも、判断に迷う場合は、救急車を要請したり、医療機関(医師)の判断に任せたりする。

(4) 安全な保育、緊急対応に向けた研修

- ① 緊急時に適切に対応できるよう職員の研修を計画的に行う。
- ② 全職員が年に1度、救急法の研修を受ける。
- ③ 事故や怪我を想定した園研修や予告なしの避難訓練を行う。
- ④ 他園の事故や安全への取り組み事例を学ぶ研修をする。
- ⑤ 医療従事者による応急処置、怪我、感染症などについての専門的な研修を受ける。

(5) 園児の安全教育

- ① 危険回避能力を高めるよう園児の安全教育を心がける。
- ② 園の約束、危険事項等は、日常的に分かりやすい言葉で伝え続ける。
- ③ 安全教育は、絵やパネルシアターなど視覚的な教材を有効活用していく。

(6) 記録の在り方

- ① どのような傷病でも、必ず記録を残す。
- ② 記録用紙には傷病発生時の記録のみではなく、時間の経過を追った症状を記録する。
- ③ 記録により収集した情報を精査し、職場内で共有する。
- ④ 事故報告の内容には、保護者の思いや訴えも記録する。

(7) 事故の検証

- ① 小さな事故や怪我についても、日常から検証する習慣を持つ。
- ② 同じ事故を繰り返さないために事故検証結果を全職員が共有する。
- ③ 上記検証を生かし、保育方法、保護者への連絡方法、緊急時対応を見直す。

(8) 保護者からの意見聴取

- ① 保護者から意見・苦情・要望は教育・保育施設をよくしていくため、安全な施設にしていくために傾聴し、改善に努力する。
- ② 保護者から意見・苦情・要望を聞いた職員は必ず園長に報告する。
- ③ 保護者に向けては、毎月の園便り、掲示等で必ず保護者からの意見・苦情・要望に対する返事をする。
- ④ 個人面談など保護者とゆっくり話をする機会を多くつくり、信頼関係の醸成や情報の収集、子どもの体調把握に努める。
- ⑤ 保護者と向き合う姿勢、体制をつくる。
- ⑥ 保護者から意見・苦情・要望を誰がどのような方法で日常的に収集し、対応するか、ルールを作る。

(9) 外部、第三者からの意見聴取・評価受審

- ① 外部組織、関係機関、第三者からの意見を聴取する機会を定期的に設ける。
- ② 外部の意見は、謙虚に受け止め早期対応を心がける。
- ③ 教育・保育施設のうち社会福祉施設は、社会福祉施設第三者評価(社会福祉法第 78 条)を受審するように努める。

(10) 医療従事者との連携

- ①園児の怪我や異変には、たとえ保育士が問題ないと感じた場合でも、医師の判断を仰ぐことが求められる。
- ②利用者の家庭がホームドクターを持つことを推奨し、園児の怪我や体調については、日ごろから教育・保育施設がホームドクターと連携する。
- ③医療従事者の配置について努力する。
- ④医療従事者の常勤配置がない場合は、事故の多い10時と16時を中心に配置する。

(11) 事故時の報告

- ①事故直後に保育士から園長へ全ての情報を的確に報告し、時間間隔を置いて複数回報告する。(園長自身も子どもの様子を確認する)。
- ②保護者への事故連絡は、登録している連絡先に連絡し、つながらない場合のみ次の連絡先に連絡する(基本の遵守)。
- ③直接保護者と話ができるまで連絡をし続ける。
- ④事故についての保護者への報告は、保護者が納得する説明をしていく。
- ⑤事故報告書には保護者とのやり取りも記録しておく。
- ⑥経過表や傷病連絡票などをもとに保護者に説明をする。
- ⑦園児の怪我や体調不良などを保護者に知らせる時は、園長が同席する。
- ⑧事故の保護者への説明は複数の保育士で行う。
- ⑨園長(代理の主任)の同席が無理な場合は、保護者に何をどのように伝えるか、保育士が園長に確認するとともに、園長の責任で伝える。
- ⑩保護者への報告についての記録を文書に残す。

2. 地方自治体、国に向けて

今回の事故検証においては、委員会の運営や活動に不具合を感じるがあった。このようなことは検証の深まりや正確さの妨げとなる。子どもの死亡事故を極限まで減らし、亡くなったお子さまの死を無駄にしないために、検証の在り方などについて、地方自治体と国に提言する。

(1) 検証委員会の在り方

- ①公立(市町村立)保育所における事故検証については、都道府県による実施が第三者としての公平性から適切であると考え、制度の改善を国に求めたい。
- ②死亡した児童を診察した医師や救急搬送した隊員、警察の検証委員会への参加が必要である。制度の改善を国に求めたい。
- ③診断書など事故関係の情報を委員会に開示することが必要である。制度の改善を国に求めたい。

- ④検証報告書の記述内容や様式が地方自治体により様々で、全国で共有できる資料となるには不足である。全国の関係者で共有・活用しやすい報告書の共通様式の国による提示を希望する。

(2) 死亡事故時の遺族対応

今回の検証において、町によるご遺族の気持ちへの配慮の仕方について課題があることがわかった。加えて、この配慮は町のみでできることではないことも分かった。

- ①死亡事故は地方行政、特に多くの小規模市町村にとっては、初めて出会う案件である。小規模市町村が遺族に十分な対応をすることは難しい。都道府県において、遺族を支えて対応したり、市町村を後方支援したりするチームを派遣することが望ましい。
- ②公立（市町村立）の教育・保育施設においては、事故当事者と検証委員会事務局が同じとなる。これが遺族感情にそぐわず、検証に理解を得られにくい。制度の改善を国に求めたい。

(3) 遺族への支援

- ①公立（市町村立）の教育・保育施設においては、事故当事者と遺族のケアを担うべき組織が同じであるために、市町村が遺族に配慮しようとしても、感情的なもつれにつながりかねない。市町村以外の第三者が遺族のケア、特に心のケアをする制度構築が求められる。
- ②遺族への支援として、適切な時期にカウンセリングにつなげたり、当事者グループを紹介したりするなど、遺族を社会資源に繋げる仕組みが求められる。
- ③検証委員会との両輪として、死亡事故遺族に支援者を派遣する事業など、遺族支援の取り組みを都道府県、国に求めたい。

第5章 おわりに

事故はいつ発生するかわからない。本検証委員会では、事故現場となった葉山保育園からの情報収集、葉山保育園への改善申し入れとその改善状況進捗の把握を繰り返しながら検証にあたった。

事故後1年以上が経過した。検証委員会が立ち上げられてから半年が経ち、葉山保育園に変化が見られる。事故を取り戻すことはできないが、葉山保育園は、検証委員会とのやり取りを繰り返しながら改善に努めている。ここにその一端を紹介することで、検証成果の一步を確認し、今後の葉山保育園のさらなる改善に期待したい。

(1) 事故予防の取り組み強化

- ① 園内のヒヤリハットマップを作成し、視覚的に危険予知をする取り組みを始めている。
- ② 保育内容について、時間帯、子どもの年齢や体調、1日の流れを勘案して休息を適宜入れるなどの工夫をしている。
- ③ 年長児においても、疲労を勘案し、午睡に代わる休息を日課にした。
- ④ 職員がクールダウンできる空間や時間をとり、心の余裕を持って保育を行うように努めている。

(2) 情報共有の実践

- ① 園児の怪我などがあった場合は、休憩室に園長が掲示している。
- ② 職員会議（月1回）、クラス会議（月1回）、ケース会議（月1回）、ヒヤリ・食育会議（月1回）、安全会議（月末月1回）、5分間ミーティング（毎日）で情報共有をしている。
- ③ 職員会議でたくさんの議題を取り扱うのを改め、会議の種類や方法を目的別に見直しを行った。
- ④ 伝達事項、5分間ミーティングの内容は各クラスのノートで周知している。
- ⑤ 日々の園生活で気付いた事などは、漏れがないようにボードで連絡している。

(3) 事故対応方法の変更

- ① 園長自身が子どもの様子を確認し、園長の責任で医療機関につなげている。
- ② 疑わしい場合は小さな怪我や異変でも医療機関で受診している。

(4) 医療従事者の配置

- ① 看護師の配置時間数を大幅に増やし、事故の多い10時前後と16時前後を中心に配置することになった。
- ② 平成30年度予算増額を計上した。

(5) 外部・第三者の意見聴取

- ① 福祉サービスの質の向上のため社会福祉施設第三者評価を受審することになった。
- ② 平成30年度予算を計上した。

このように、検証委員会の進行と並行して葉山保育園の改善が進んでいる。「あれがなかったら」「あの時こうだったら」「誰々がこうしていれば」など考えてしまうことは人の常である。しかし、これからの考えた場合、冷静になって現実と向き合い、前に進んでいかなければならない。

命を失ったお子さんや遺族となった保護者のことを思うと胸が詰まるが、この検証が少しでもご遺族の無念さに寄り添うものであるとともに、ささやかでも今後の我が国の教育・保育施設の安全の担保に資することを検証委員一同が願っている。