

南粕谷保育園やけど事故検証委員会
報告書

平成30年11月

南粕谷保育園やけど事故検証委員会

目次

	ページ
はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
1 検証委員会について・・・・・・・・	2
(1) 検証の目的	
(2) 検証委員会の設置	
(3) 検証委員会の検証方法	
(4) 検証委員会の開催日時及び審議内容概略	
2 検証について・・・・・・・・	3
(1) 事故の概要について	
(2) 発生時の状況について	
(3) 事故後の対応について	
3 原因及び課題とその分析について・・・・・・・・	12
(1) 保育室内の環境・設備等について	
(2) 配膳車を保育室内に搬入したことについて	
(3) 給食の温度について	
(4) 鍋の落下原因について	
(5) 事故後の対応について	
4 再発防止策について・・・・・・・・	15
(1) 安全管理、安全意識の徹底について	
(2) 職員連携及び保育のあり方について	
(3) 事故発生後の適切な対応について	
5 提言・・・・・・・・	17
参考	
知多市保育施設等における事故検証委員会設置要綱及び 南粕谷保育園やけど事故検証委員会委員名簿・・・・・・・・	18

はじめに

平成30年7月18日、知多市立南粕谷保育園（以下、南粕谷保育園と記す）において、給食準備中にスープの入った鍋が落下し園児がやけどをする事故が発生しました。

将来ある子どもの健やかな成長を守るべき保育施設において、このような事故が発生したことにより、やけどを負われたお子さんと保護者の方に深いご心痛を与えることとなってしまったばかりでなく、保育施設に子どもを預ける保護者の方々に対しても、安全安心に対する不安を生じさせる結果となってしまいました。

本報告書は、この事故について、事実関係の確認や発生原因の分析及び検証を行い、二度とこのような事故が発生しないよう、再発防止策を検討するとともに、今後取り組むべき課題に対し提言を行うため、取りまとめたものです。

1 検証委員会について

(1) 検証の目的

特定教育・保育施設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等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行う。

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

(内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)等通知
(平成28年3月31日付府子本第191号等))

(2) 検証委員会の設置

平成28年3月31日付府子本第191号等内閣府子ども・子育て本部参事官(子ども・子育て支援担当)等通知「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」により、地方自治体が行う死亡事故等重大事故の検証を実施する際の基本的な考え方、検証の進め方が示され、特定教育・保育施設における事故については、市町村が実施主体となって検証を行うこととされたことにより、南粕谷保育園やけど事故検証委員会を設置し、事故の検証を行うこととした。

(3) 検証委員会の検証方法

- ① 検証を行うに当たって、関係者から事故に関する情報の提供を求めるとともにヒアリング等を行い、情報の収集及び整理を行う。
- ② 関係機関ごとのヒアリング、現地調査その他の必要な調査を実施し、事実関係を明らかにするとともに発生原因の分析等を行う。
- ③ 調査結果に基づき、事故発生前・発生時の状況や発生後の対応等に係る問題点や課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策を検討する。
- ④ 事故が発生した背景、対応方法、組織上の問題等、抽出された問題点・課題を踏まえ、その解決に向けて実行可能性を勘案しつつ、具体的な対策を講ずべき主体ごとに提言を行う。

(4) 検証委員会の開催日時及び審議内容概略

① 第1回検証委員会

日時：平成30年9月27日(木) 16:00～18:15

場所：知多市勤労文化会館 及び 南粕谷保育園

審議内容

委員長・副委員長の選出、検証委員会の進め方の確認、
事故の概要説明、現場検証、関係者からのヒアリング

② 第2回検証委員会

日時：平成30年10月11日（木）17：15～19：00

場所：知多市役所

審議内容

課題抽出及び再発防止に向けた提言の検討

③ 第3回検証委員会

日時：平成30年11月8日（木）17：15～19：15

場所：知多市役所

審議内容

報告書の内容検討

2 検証について

(1) 事故の概要について

平成30年7月18日11時15分頃、給食の準備をするため、保育士がスープの入った鍋等を載せた配膳車を保育室に搬入していたところ、保育士が配膳車を止め、後方を確認している時に鍋が落下し、本児にスープがかかりやけどを負った。

事故後、すぐに保育室内の沐浴室にて流水で患部を20分程度冷やしたあと、主任保育士の自家用車にて、公立西知多総合病院に搬送し入院となった。病院に到着したのは12時10分であった。

① 当日の気象状況

晴れ 最高気温39℃ 最低気温28℃

② 施設概要

施設名：南粕谷保育園

施設・事業種別：公立認可保育所

開設年月日：昭和53年4月1日

保育室等の面積：乳児室87.9㎡ 保育室392㎡

遊戯室135.77㎡

③ 発生場所及び発生時の状況について

場所：うさぎ組

子どもの人数：12名（0歳児2名 1歳児10名）

保育従事者数：4名（0歳児担当1名 1歳児担当3名）

④ 事故発生時の子ども・保育従事者数及び配置状況
園長、主任、看護師 各1名

クラス	当日出席数	在籍数	保育士
うさぎ組 (0・1歳児)	0歳児 2名 1歳児 10名 (保育体験保護者1名)	0歳児 2名 1歳児 13名	(0歳児) 1名 (1歳児) 3名
こあら組(2歳児)	11名	12名	2名
ほし組(3歳児)	11名	12名	2名
つき組(3歳児)	11名	13名	1名
にじ組(4歳児)	28名	29名	2名
(支援)			2名
やま組(5歳児)	28名	29名	1名
(支援)			2名
合計	101名	110名	16名

⑤ 本児について

女児(当時1歳8か月)

身長: 79.4cm 体重: 9.8kg

服装: 上: 半袖Tシャツ 下: 膝までのズボン

事故発生直後の様子

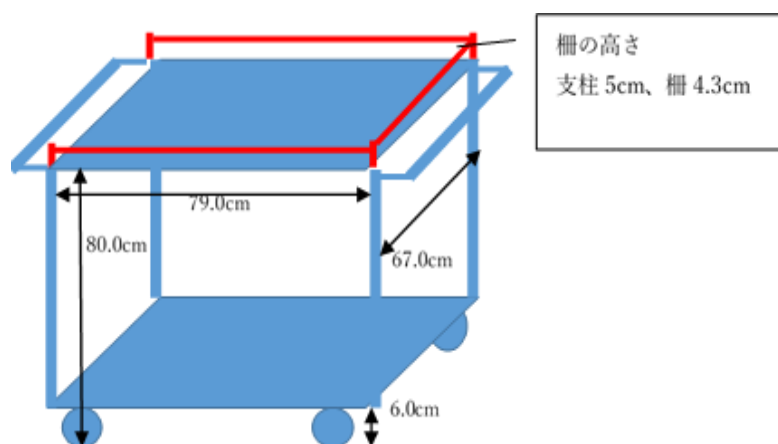
倒れて泣いていたが、自分で立つこともでき、意識ははっきりしていた。

⑥ 配膳状況等について

ア 配膳方法

給食が入った食缶や食器を乗せた配膳車を保育室内の配膳台近くまで搬入。配膳台で個別の食器に配食し、着席した児に給食を配る。

イ 配膳車の寸法



ウ 鍋の規格

大きさ：直径23cm 高さ11.5cm（蓋を除くと10.5cm）
取っ手までの高さ13cm。

重さ：392g（本体250g 蓋142g）

素材：アルミ製

エ 当日の献立

チキンライス（1歳児）、チキンライス風リゾット（0歳児）、
野菜スープ、ピーチサラダ

(2) 発生時の状況について

1歳児10名、0歳児2名に対して4名の保育士が保育をしていた。

保育士Aは給食を運ぶための配膳車を保育室に搬入し、保育士Bは子どもの手洗いに付き添い、保育士Cは保育室の一角で1歳児1人と0歳児の2人が配膳車に近付かないように付き添っていた。保育士Dはままごとコーナーで片付けながら2人の子どもをみていた。

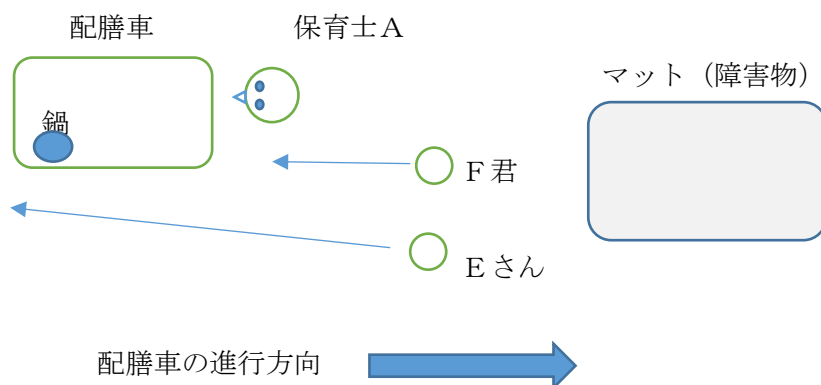
保育室入り口には段差があり、保育室内にはマットが敷かれていたことから、保育士らは、段差を乗り越えるため後ろ向きで配膳車を搬入するのが通常であった。当日も、保育士Aは、保育室入り口から配膳台までの経路におかれたマットの段差を乗り越え、後方の子どもの様子に気をつけながら、後ろ向きに配膳車を搬入していた。

そこへ、被害に遭った本児（Eさん）と1歳児（F君）が配膳車に近寄ってきた。保育士Aが、EさんとF君2人に向かって、危ないから離れるように声をかけ、一度配膳車を止めたところ、Eさんはいったんその場から離れたが、F君が保育士Aの左側そばまで近寄ってきたため、保育士Aは、F君に危ないから離れるように再度声をかけた。保育士Aは、F君がままごとコーナーへ移動したことを確認し、自身の右側から後方（進行方向）にあるマット（障害物）が気になり、後ろを振り向いた。

そうしたところ、本件事故が発生した。

Eさんの泣き声に応じて保育士Aが振り向いたところ、鍋が落下し、Eさんが鍋の中に入っていた野菜スープを顎から胸のあたりと両腕、背中の上腹部にかけてかぶり、倒れて泣いていた。

他の保育士は、Eさんが配膳車に近づいたことに気付かなかった。



① 事故発生前後の経過

時間	うさぎ組に関する内容	調理室に関する内容
7:45 頃		給食調理員が出勤、作業開始
8:30 頃		他の3人の調理員も作業開始
9:00 頃	室内での遊びを止め、片付け	
9:10 頃	おやつを食べる。	
9:40 頃	朝の会	
10:00 頃	水遊び	1・2歳児食の野菜スープ調理開始（10時前から）
		幼児食の野菜スープ調理開始 チキンライス調理開始
10:15 頃	水遊びを終えた子から順次入室し、シャワーをする。	
10:25 頃	園児全員シャワー終了	
10:30 頃	水分補給後、室内遊び	
10:37		幼児食の野菜スープ完成
10:45		1・2歳児食の野菜スープ完成
		すべての給食が完成し、検食のため園長を職員室に呼びに行く。
10:55 頃	遊戯室にいた園長は検食のため給食室に行く。	
11:00	園長、検食を終える。	
11:00 頃	部屋の片づけ及び給食準備開始	給食をクラスごとの食缶に配管
	園長、他クラスの園児の件で職員室において対応	
11:10 頃	保育士Bは手洗い場で、園児数名に対応	うさぎ組用の給食を載せた配膳車を準備
11:13 頃	保育士Aは調理員の声に気づく。	配膳車をうさぎ組前に搬入し、うさぎ組の保育士に声をかける。

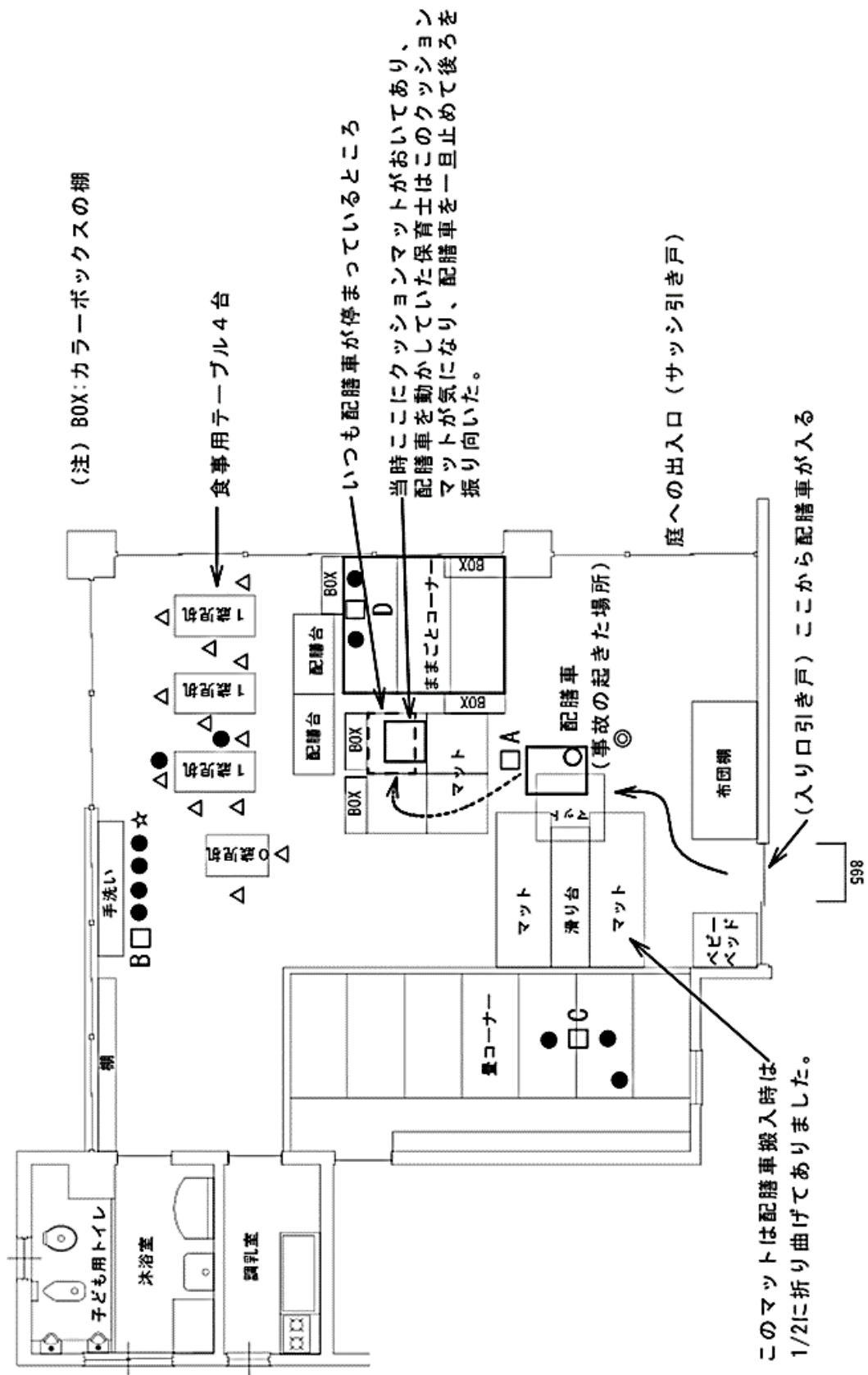
時間	うさぎ組に関する内容
	保育士Aは滑り台のマットをどかし後ろ向きで配膳車を保育室に搬入
	保育士Cは、配膳車を配置する付近にいた0歳児2人を抱きかかえ畳コーナーへ移動。 畳コーナーで1歳児1人、0歳児2人に対応
	保育士Dは、ままごとコーナーで片付け及び1歳児1人に対応(その後、事故発生時には園児Fが合流し2人となる。)
	保育士Aは、園児2人(園児E、F)が近寄ってきたため、いったん配膳車を止め、離れるよう声をかけた。(近づかないように手を大きく振った。) それでも園児Fが保育士の左側そばまで近寄ってきたので離れるよう声をかけ、園児Fはままごとコーナーへと離れていった。 その後、保育士Aは自身の右側から後方にあるマットに目を向け、進行方向に障害物があるのを確認していた。
11:15頃	事故発生:園児Eに、給食配膳車に載せてあった鍋が落ち、スープがかかり、やけどを負う。 (スープの量は1.8リットル、温度は約70℃)
	保育士Aが園児Eをすぐに抱き上げ沐浴台にて流水で冷やす。
	保育士Bはシャワーの用意をし、用意ができた所で、保育士Aがシャワー台に園児と一緒に移動をする。保育士Aは再び流水で冷やし、患部の状態をみながら途中で服を脱がして、処置を続ける。
	園長は、うさぎ組の異変を察し、すぐにうさぎ組へ行く。看護の様子を確認し看護師を呼びに行く。
11:20頃	看護師と園長がうさぎ組に到着
	看護師は保育士Bにかわり、園児Eの看護に加わる。(タオルをかけてシャワーをかける。)
11:22頃	園長が看護師に、小児科か皮膚科かどこに受診すると良いのか尋ねる。看護師は皮膚科なら田口皮膚科が早く受診できると考え、田口皮膚科を提案
11:25頃	園長は、主任を呼ぶよう事務員に指示

時間	うさぎ組に関する内容
11:30 頃	保育士Bは園児Eの母親に電話をかけ、事故状況を伝え謝罪。園長は保育士Bから電話を替わり謝罪するとともに、田口皮膚科に受診する旨説明し了解を得る。
	看護師と保育士Aは、冷やすことを止め園児を職員室へ運び、ガーゼを当て患部を保護する処置をした。園児の体温を測るとともにスプーンでお茶を飲ませた。
	園長が田口皮膚科に電話をし、症状について看護師が説明したところ、田口皮膚科より「大きい病院に行った方がよい」と提案される。
	園長は西知多総合病院へ電話をする。
	園長は、再度母親に連絡し、西知多総合病院に受診すること、直接病院へ向かっていただくことを依頼
11:35 頃	園長は主任に園児Eを連れて西知多総合病院へ向かうよう指示
	園長は幼児保育課に事故状況と西知多総合病院へ向かうことを報告
	主任の自家用車で保育士Bが園児Eを抱き、西知多総合病院へ向かう。
	園長より電話を受けた幼児保育課員は、電話を切ったと同時に帰庁した指導主事に報告
11:40 頃	指導主事は、すぐに園長へ折り返し電話をし、救急車要請を伝えるが、主任たちはすでに園を出発していた。
	園長と看護師も西知多総合病院へ向かう。
12:10 頃	主任たちは園児Eを連れて西知多総合病院の救急外来へ到着。すでに母親が待っていた。
	指導主事が病院救急外来へ到着
12:15 頃	園長・看護師が西知多総合病院救急外来に到着
	救急外来にて処置
12:30 頃	皮膚科外来に移動し処置

② 事故発生現場の位置関係図

- = 保育士
- = 子ども
- ☆ = 保護者
- △ = 椅子
- ◎ = 本児

0,1歳児 保育室 (うさぎ組)



(3) 事故後の対応について

知多市は、本件事故を受けて、直後に、全園に対し事故の概要について説明することで情報共有を図るとともに、再発防止に向けた意見聴取を行い、給食の配膳方法を見直した。

また、7月25日には園長会議を開催し、事故の要因、改善策等を話し合い、「事故対応マニュアル」等の見直しを早急に行った。

見直しの詳細は以下のとおりである。

- ① 汁物等の温度は保育室で安全に提供できる温度（40度程度）とし、配膳時に子どもがやけどをしないようにする。
- ② 給食は10時30分を目安に完成させ、検食を10時50分までに終え、温度を下げる時間を確保できるようにする。
- ③ 配膳車が廊下を移動する時、移動させる者は、周りに子どもがいないことを確認し、「ワゴン通ります」等と声をかけ、周りに知らせる。
- ④ 配膳車は、保育室には入れず、保育室外の安全な場所に停め、食缶等のみを搬入するものとする。
- ⑤ 子どもが給食準備の手洗い等を終え、着席している状態となった時点で、保育室内に食缶等を搬入する。
- ⑥ 保育室内に食缶等を搬入する時、子どもと搬入する者の距離は1m以上を開けるものとし、搬入は子どもの動きに注意し行う。
- ⑦ 怪我や容体の判断に迷った時には、救急車を要請する。園長だけで決めるのではなく、その場にいる複数の職員で最善の判断ができるようにする。
- ⑧ 事故発生時、迅速な対応ができるよう役割分担を明確にするとともに、園長や主任がいない場合も想定した役割分担を決めておく。
- ⑨ やけどを中心に、その他の怪我や病気における応急処置や初動対応について、看護師や消防士の意見を基に詳細に記述した。

また、今回のマニュアルの見直しを機に、給食だけでなく、事故発生例が多く見受けられる午睡に関しても、年齢に応じた対応例を具体的に表記するなど全体的な見直しを行った。

安全に関する研修については、これまでも、2年目保育士を対象に園長等の内部講師によるリスクマネジメント研修を毎年実施するほか、平成26年度から主任保育士による安全委員会を立ち上げ、各園からヒヤリ・ハットを持ち寄って事故防止のための検討会を行い、検討結果を各園に返すことで、危機管理意識の向上に努めてきたが、本件事故を受け、9月18日に全保育士を対象にした外部講師によるリスクマネジメント研修を実施し、危機管理に関する情報共有を図った。

3 原因及び課題とその分析について

今回の事故発生について、次の原因及び課題があったと考える。

(1) 保育室内の環境・設備等について

① 保育室内のレイアウトについて

入口付近にすべり台が設置されており、人の動きが激しい出入口付近に遊ぶスペースがあることで、衝突などの事故に繋がる要因になりかねない。また、午睡スペース・布団棚も部屋の手前に配置されていたため、食事スペースは、部屋の奥に配置せざるを得ない状況にあり、そのことが、本来保育室に入れるべきではない配膳車を入れることとなり、事故が起きた原因の一つと言える。

② 保育室内の障害物について

保育室内は園児の怪我防止のため何種類かのクッションやマットが点在しており、これらが配膳車搬入の際の障害物となり、後ろ向きで搬入していた保育士が、クッション等に気を取られていたため、園児が配膳車に近づくことに気づかなかった。

ヒアリングにおいて、当該クラスの保育士が「クッション等については子どもたちの遊びや歩行の安全性を優先していたので、なくそうという考えは無かった」と答えているが、配膳車搬入時の安全面を考慮すると、危険要因であったと言える。

③ 欠陥備品の使用について

配膳車の天板に1箇所落下防止のための柵が欠けていた。ヒアリングによれば、柵がない状態となってから、相当年数使用されていたとのことである。欠陥備品を使用し、鍋が落下しやすい状態となっていたことも事故原因の一つと言える。

(2) 配膳車を保育室内に搬入したことについて

上記(1)①の保育室内のレイアウトから、配膳車を保育室内へ搬入することが当たり前になっていた。ヒアリングにおいても園長が「0・1歳児の保育室のみ、入口から配膳台までに距離があるため、配膳車を入れていた」と答えている。

0・1歳児クラスにおいては、給食の量が少ないため、主食ならばボールに、汁物は小さい鍋に入れて搬入すれば、部屋の中に配膳車を入れなくてもよいはずであるが、この点について、安全性の観点から見直しを考えるとという発想に欠けていた。

(3) 給食の温度について

① 温度の確認について

給食の温度確認については、これまでも、調理室において給食完成時に温度計を使用し計測しているが、保育室への搬入時や園児への配膳時に計測はしていない。園長が配膳前に実施する検食も、味付けや異常を確認するものであり、温度の確認をするものではないため、園児に配膳する際は、保育士が手の感覚等で適温を見定めて給食を提供していた。しかし、調理室から保育室への搬入時の温度については、調理員も、またこれを受け取って運搬した保育士も意識が及んでおらず、今回の事故が発生したと言える。

② スープの温度が高かった理由について

本児が熱いスープを浴びることとなった原因の一つとして、事故当日は、誕生会行事があり食数が増えたこと等の理由から、通常より給食完成時間が伸びたことが挙げられる。その結果、適温に冷ますための十分な時間を確保することができず、保育室へ搬入した際のスープの温度は70度程度あった。

(4) 鍋の落下原因について

鍋の落下原因については、配膳車が傾き滑り落ちた、本児が鍋に手を掛けて落とした、の二通りの可能性が考えられる。

現場において、配膳車から鍋が滑り落ちるのにどの程度の傾きが必要か検証したところ、配膳車の片側を16cm以上上げて傾けなくてはならないことが明らかとなった。他方、本児の身長を前提とすると、つま先立ちをしなければ鍋の取っ手に手が届くことはない。なお、鍋の落下を現認した者はいなかった。

以上を踏まえると、本委員会としては、鍋の落下原因については特定困難と結論付けるよりほかない。

(5) 事故後の対応について

① 事故後受診までに約1時間が経過している点について

初期対応として、速やかにシャワーで患部を冷やすという処置は良かったが、その後の対応（看護師に確認→皮膚科に電話→総合病院に自家用車で搬送）により、受診が遅れた可能性は否定できない。

② 救急車を要請しなかったことについて

ヒアリングにおいて、園長は「本児の身体は赤みを帯びていたが、どこの医療機関に行くことが良いか判断できなかった」と答えている。判

断ができないのであればなおさら、救急車を要請するという対応が必要であった。

医療関係のマニュアルにおいては、人体の10%以上の熱傷の場合、救急車を要請することとされている。病院の診断書によれば、本児の熱傷部位は人体の7%程度であったが、事故発生後の本児の写真によれば、顎以下、胸部全体に熱傷による赤みが生じていたのであるから、速やかに救急車を要請することが妥当であったと考える。

③ 事故発生時の連絡体制

事故発生時の連絡体制について、マニュアルでは保護者への連絡、救急要請、幼児保育課への連絡を同時進行で行うものとされているが、2(2)①の時系列表のとおり、保護者及び医療機関への連絡は事故発生から15分後、幼児保育課への連絡は20分経過後であった。

事故後直ちに幼児保育課へ連絡していれば、救急車の要請を促すなど正しい判断を仰ぐことができた可能性がある。

4 再発防止策について

保育所の運営において最も大切なことは、子どもの安全を第一に考えることである。それを踏まえた上で、以下の再発防止策を提示する。

(1) 安全管理、安全意識の徹底について

今回の事故の原因は、3で詳述したとおりであるが、保育室に配膳車を搬入したこと、保育室内のレイアウト及び設備・備品等について安全対策が万全でなかったこと等は、全て、現場における危機意識が不十分であったことが原因と言わざるを得ない。

前記2(3)のとおり、事故発生後、全園において、配膳車の保育室への搬入を直ちに禁止し、最も直接的な事故原因への対策が講じられたほか、事故につながる課題について、「事故対応マニュアル」の変更等速やかな対応も執られている。しかし、更に3(1)において指摘した保育室内のレイアウトや備品の見直し等、全園において、万全な安全対策を図ることが求められる。

また、給食の温度については、やけど防止のために単に給食を低い温度で据え置くことは、菌の発生を促し、食品衛生上好ましくないため、その点に配慮した対応を求める。

幼児保育課においては、毎年、「事故対応マニュアル」の見直しやリスクマネジメント研修を行うなど、安全意識の向上を図っていたとのことであるが、全職員にその意図が浸透していなかったことは、残念なことである。多忙な保育業務の上、交替勤務など複雑な職場において、全職員に対する研修時間を捻出することは、容易ではないかもしれない。

しかし、「子どもの安全」が最優先事項であるという意識を全職員で共有することが、何よりも、保育者には求められている。そのため、各園において、毎月、ヒヤリ・ハット事例を話し合う機会や「事故対応マニュアル」を確認する機会を設けるなど、子どもの安全を第一に考える職場の風土づくりを醸成し、より一層、安全に対する意識付けを徹底することが必要である。

(2) 職員連携及び保育のあり方について

職員間の連携が不十分であったことも事故原因の一つと言える。事故当時の保育室内は、園児12名に対し、保育士は4名と配置は十分であったが、それぞれ分業的に園児に対応しており、連携の取れた一体的な保育が実施されていなかった。また、3(3)で言及した運搬時の給食の温度についても、調理員から保育士に給食を引き渡す際に、誕生会により調理完成が延びたため温度が高めである等の事情について説明がなされていれば、事故を未然に防ぐこともできた可能性がある。保育所が長時間にわたり、安全安心な環境のもと園児の保育を行う場所であることを踏まえれば、職員が緊密に連携を

取り合い、「チーム」として仕事を行うことが強く求められる。

また、保育のあり方についても、今一度振り返る必要がある。すなわち、遊びの場面では自由や自己の意思を尊重することが大切であるが、給食等の時間においては生活習慣として、一定の規律を身に着けさせることも重要である。今回、給食搬入時に園児の着席を促しつつも、事実上数名の園児が遊んでいることを容認していたことが、事故原因の一因となったことは否定できない。

以上、今回の事故を教訓に保育体制のあり方について、保育の現場において十分話し合い、職員間のコミュニケーションの取れた保育展開の大切さを保育士一人ひとりが自覚し、よりよい保育が提供されることを求める。

(3) 事故発生後の適切な対応について

安全対策をどんなに図ったとしても、事故を完全に防ぐことは困難である。万が一事故が発生してしまった場合には、その後、迅速かつ適切な対応を行うことができるよう、日ごろから危機管理意識を高める必要がある。

本件においては、速やかに患部をシャワーで冷やすという対応は適切であったものの、3(5)で詳述したとおり、その後の対応において、結果的に病院への搬送までに相当時間を要してしまった。

また、本児のご家族に対する3回の説明の中で、ご家族へ早急に説明したいという気持ちから、すべてを整理・把握せずに、不確かな説明をし、後に訂正するという事態も生じた。

事故の経過を整理・把握する際には、伝聞によって内容が変化していく危険性を十分認識した上で、当事者から事情聴取する際は、言葉や文字だけでなく、写真など可視化して行うこと、また説明に誤りがあった場合は、まずは謝罪、訂正をし、包み隠さず新事実を説明する誠実な対応をすることが求められる。

5 提言

今後、保育施設においてこのような事故の再発を防止するために、4で述べた再発防止策を徹底し、より発展的で安全な保育のあり方を検討することが必要と考える。そこで、上述した再発防止策と一部重複する部分はあるが、本委員会として次のように提言を行う。

子どもは、成長・発達過程で自分のまわりの環境から様々なものを吸収して学習していく。他方で、子どもの行動は、判断力や安全に対する認識が未発達なために、様々なリスクを内包している。保育士は、子ども一人ひとりを十分理解するとともに、安全意識を高めて、日頃から事故防止に取り組んでいかなければならない。

また、事故の発生には複数の要因や誘因が関与しているため、保育現場では安全点検を日常化させながら、子どもたちが健全な発達を遂げるための保育環境を整備していく必要がある。

最後に、被害に遭われたお子さんとそのご家族にお見舞いを申し上げるとともに、本件事故を不幸な事故として終わらせることがないよう、本委員会において、真摯に事故を検証し、再発防止策を策定したことを改めてお伝えするものである。

今後は、当該報告書を全職員において確認するとともに、本件事故を契機に見直しをした「事故対応マニュアル」及び再発防止策についてすべての職員が理解し、日々事故防止のための努力をすること、万が一事故が起こった場合には、適切かつ迅速な救急措置・救急通報を行うことができるよう日頃から備えることを提言するとともに、今後、このような事故が二度と起きることのないよう、安全安心な保育が実践されることを切に願う。

【参考資料】

知多市保育施設等における事故検証委員会設置要綱

(設置)

第1条 知多市内の保育施設等における子どもの死亡事故及び重篤な傷病を負う事故（以下「重大事故」という。）について、事実関係の把握や発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討し、提言を行うため、知多市保育施設等における事故検証委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(定義)

第2条 この要綱において「保育施設等」とは、子ども・子育て支援法（平成24年法律第65号）第27条第1項に規定する特定教育・保育施設及び同法第29条第3項第1号に規定する特定地域型保育事業所をいう。

(所掌事務)

第3条 委員会は、市長が必要があると認めるときに、次に掲げる事項を調査審議する。

- (1) 重大事故の経過に関すること。
 - (2) 重大事故の発生原因及び再発防止に関すること。
 - (3) 前2号に掲げるもののほか、第1条に規定する設置目的を達成するために必要と認められること。
- 2 委員会は、前項の調査審議を行ったときは、その結果を市長へ報告するものとする。

(組織)

第4条 委員会は、委員5人以内で組織する。

- 2 委員は、保育、医療、法律等についての専門的な知識又は経験を有する者のうちから市長が委嘱する。
- 3 委員の任期は、委嘱の日から前条第2項の規定による報告の日までとする。
- 4 重大事故の関係者又はこれらの者と直接の人的関係若しくは特別の利害関係を有する者については、委員となることができない。

(委員長及び副委員長)

第5条 委員会に委員長及び副委員長1人置く。

- 2 委員長は、委員の互選により決定し、副委員長は委員長が指名する。
- 3 委員長は、会務を総理し、委員会を代表する。
- 4 副委員長は、委員長を補佐し、委員長に事故があるとき又は委員長が欠けたときは、その職務を代理する。

(会議)

第6条 会議は、委員長が招集する。

2 会議は、委員の過半数が出席しなければ開くことができない。

3 会議の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

4 委員長は、必要があると認めるときは、委員以外の者を会議に出席させ、意見を聴くことができる。

(会議の公開)

第7条 委員会の会議は、原則として公開するものとする。ただし、委員長は、会議の審議内容に個人情報が含まれる場合又は公開することにより公正かつ円滑な会議運営が損なわれるおそれのある場合は、会議の全部又は一部を非公開とすることができる。

(秘密の保持)

第8条 委員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。その職を退いた後も、同様とする。

(事務局)

第9条 委員会の庶務は、子ども未来部幼児保育課において処理する。

(委任)

第10条 この要綱に定めるもののほか、委員会の運営に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

南粕谷保育園やけど事故検証委員会委員名簿

(50音順)

氏名	分野	所属団体等
東海林 文彦	栄養士	知多保健所管内栄養士会
白石 淑江	学識経験者	愛知淑徳大学 福祉貢献学部
福谷 朋子	弁護士	愛知県弁護士会
藤本 伸治	医師	知多郡医師会知多市医師団
三浦 チエ子	保育関係	愛知県指導保育士会連絡協議会