

教育・保育施設等における
事故防止に向けた調査検証チーム

報告書

令和3年12月

鳥 取 県

〔教育・保育施設等における事故防止に向けた調査検証チーム会議〕

目 次

1	はじめに	1
	(1) 検証の目的	
	(2) 調査・検証の方法	
	(3) 検証会議の開催実績	
2	本事案の経過及び検証にあたっての視点	3
	(1) 本事案の概要及び経緯	
	(2) 本事案発生の状況	
	(3) 本事案発生後の本園の本児保護者に対する対応及び本園と県とのやり取り	
3	課題・問題点	16
	(1) 本事案発生当時における本園の安全・危機管理体制	
	(2) 本園の園児に対する認識	
	(3) 本事案発生直後における本園の対応	
	(4) 本事案が発生した日以降における本園の本児保護者への対応	
	(5) 本事案に対する本園組織としての対応	
	(6) 本事案に対する学校法人の対応	
	(7) 本事案に係る情報の公表及び関係機関との調整	
	(8) 本事案に対する県の対応	
4	学校法人・本園及び県における改善の取組状況	27
	(1) 学校法人・本園の取組	
	(2) 県の取組	
5	再発防止に向けた提言	29
	(1) リスクマネジメント	
	(2) クライシスマネジメント	
	(3) コミュニケーション	
	(4) 安全管理の徹底	
6	おわりに	34

1 はじめに

(1) 検証の目的

教育・保育施設等における事故防止に向けた調査検証チーム会議（以下「検証会議」という。）は、令和2年12月に鳥取市内の私立幼稚園（以下「本園」という。）において発生した園児熱傷事故（以下「本事案」という。）について、その事実関係の把握、熱傷を負った園児（以下「本児」という。）及びその保護者に対する対応を含めた本事案に係る発生原因の調査・分析及び再発防止策の検討を行い、本事案と同様の事故が二度と発生しないよう、教育・保育施設に対して提言を行うことを目的とする。

また、私立幼稚園を所管する県の対応について、本事案に係る県の対応や本園への指導・助言の状況を踏まえ、同種の事故に対する予防の観点から、県内の教育・保育施設等に対する安全体制のあり方等について検証を行うものである。

なお、検証会議での検証は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。

[検証チームの構成]

区分	所属・役職	氏名
委員長	鳥取大学地域学部副学部長	塩野谷 斉（しおのや ひとし）
委員	医療法人石谷小児科医院院長	石谷 暢男（いしたに のぶお）
	奥本法律事務所弁護士	奥本 正和（おくもと まさかず）
	社会福祉法人鳥取福祉会保育部長	森田 明美（もりた あけみ）
事務局	子育て・人財局長	中西 朱実（なかにし あけみ）
	子育て・人財局子育て王国課	川上 裕子（かわかみ ひろこ）

(2) 調査・検証の方法

検証会議では、第1回会議を令和3年9月9日に開催し、以降、本事案関係資料の確認・整理、現地調査、本児保護者及び本事案に関係する幼稚園関係者（以下「本事案関係者」という。）への聴き取りを実施し、それらを踏まえて確認できた範囲において検証を行った。しかし、検証会議が求めた本事案の当事者である教諭及び本事案発生直後、現場へかけつけた教諭への聴き取りは、本園園長等から「心的外傷後ストレス障害（PTSD）等で、現在も本園においてケアをしているため、応じることができない」旨の申入れがあり、実施できなかった。そのため、本事案が発生した際の状況（本児と教諭が衝突した状況及び本事案発生直後の状況・初期対応等）について、当事者等へ直接確認することは叶わなかった。

その後、本事案発生前から発生に至る状況及び発生後の対応等に係る課題を明らかにし、再発防止のために必要な改善策の検討を重ね、「教育・保育施設等における事故防止に向けた調査検証チーム報告書」（以下「本検証報告書」という。）として取りまとめたものである。

なお、個人情報保護の観点から検証会議は非公開とし、本検証報告書については、個人が特定されないよう配慮した。

①関係資料の検証

担任の教諭（以下「担任」という。）名義で作成され、理事会に提出・報告された

事故報告書（以下「本園事故報告書」という。）、本園から県へ提出された書類、県において作成した記録、令和3年7月12日及び14日に県が実施した任意の現地調査（以下「任意現地調査」という。）の結果報告等の資料を基に検証を行った。

② 本事業関係者等への聴き取り

令和3年9月16日開催の第2回検証会議において、本児保護者に対して聴き取りを行い、続いて第4回から第6回検証会議において、本園園長や本園設置者である学校法人（以下「学校法人」という。）理事長等から聴き取りを実施した。

③ 本園現地調査

令和3年9月28日開催の第3回検証会議において、検証チーム構成員が本園を訪問し、本事業発生当時及び現在の状況を調査・確認した。

(3) 検証会議の開催実績

	開催日	場所	主な議題
第1回	令和3年9月9日	とりぎん文化会館 第3会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事案の概要について ・ 本事業発生後の対応について
第2回	令和3年9月16日	県庁議会棟 特別会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本児保護者に対する聴き取り
第3回	令和3年9月28日	本園	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本園現地調査
第4回	令和3年10月14日	とりぎん文化会館 第3会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本園園長に対する聴き取り ・ 県が取り組んだ改善事項について（事故報告ルートの見直し、処理状況の見える化）
第5回	令和3年10月21日	とりぎん文化会館 第3会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学校法人理事長（以下「現理事長」という。）に対する聴き取り ・ 教育・保育施設等における安全管理研修会の実施方針について ・ 県が取り組んだ改善事項について（私立幼稚園運営状況調査の実施）
第6回	令和3年10月28日	とりぎん文化会館 第2会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 学校法人理事（本事業発生時の理事長（以下「前理事長」という。））に対する聴き取り（文書） ・ 教育・保育施設等における安全管理研修会の実施（案）について ・ 県が取り組んだ改善について（体制の見直し）
第7回	令和3年11月25日	とりぎん文化会館 第3会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本検証報告書の骨子案について ・ 鳥取県版「教育・保育施設等における児童の車両送迎に係る安全ガイドライン」（案）について
第8回	令和3年12月9日	とりぎん文化会館 第3会議室	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本検証報告書（案）について ・ 鳥取県版「教育・保育施設等における児童の車両送迎に係る安全ガイドライン」（案）について ・ 教育・保育施設等における安全管理研修の実施について

第9回	令和3年12月23日	県庁議会棟 特別会議室	・本検証報告書(案)について ・教育・保育施設等における安全管理 研修の実施について
-----	------------	----------------	--

※ 「前理事長」とは、本事案発生当時における理事長のことで、令和3年5月まで理事長の職務にあった。なお、「現理事長」とは、令和3年6月に就任した新理事長(令和3年3月より理事長代理に就任)のことである。

(参考) 県による任意現地調査

県は、任意現地調査を実施し、本事案の事実関係を調査した。

本園に保管されていた書類を確認したところ、保育日誌に相当する学級日誌に「○○(本児名) やけど」との記載と本事案発生当日の経過や本児保護者とのやり取り等を記したメモ7枚が残されていたが、事後の検証を可能とするものではなかった。

【任意現地調査の概要】

- 1 調査実施日 令和3年7月12日及び14日
- 2 調査の概要 本事案の状況把握を行うため、園に保管されている日誌等の一次資料を基に県が現地調査を実施
- 3 調査の結果
 - ・本事案の事実内容を確認する一次資料がほぼなく、詳細の確認ができなかった。
 - ・事故発生時において対応の拠り所となる「学校事故対応に関する指針(H28.3.31付文科省局長通知)」(以下「国指針」という。)の存在を園の関係者が不知であったことから、同指針に基づく事故発生後の調査(基本調査)は行われていなかったと判断した。
 - ・法定上私立幼稚園に対する県の指導監査権限がないことから、類似施設である幼保連携型認定こども園における指導監査において、事故発生の対応として確認することとされている、「職員会議録」「研修等復命書」「施設内研修に係る記録」「苦情処理簿」「施設内安全点検簿」「事故報告(日常の事故をまとめたもの)」及び「ヒヤリハット綴り」の確認をしたところ、本園では作成されていなかった。

2 本事案の経過及び検証にあたっての視点

(1) 本事案の概要及び経緯

① 本事案の概要

令和2年12月14日午前、本園において熱した柚子ジュースの入った、蓋をしていないやかんを持ち、自クラスへ運んでいた担任と本児が廊下で衝突し、担任が持っていた柚子ジュースが本児にかかり熱傷を負ったものである。

なお、本児は、令和3年1月13日に県外特定機能病院で「右前胸部熱傷、熱傷後潰瘍」、令和3年1月22日に県内地域医療支援病院で「右顔面・頸部浅達性第2度熱傷(約2%TBSA※1)、右頸部・前胸部・肩部深達性第2度熱傷(約3%TBSA)」と診断されている。

※1 TBSA: Total Body Surface Areaの略で、全体表面積のこと。

② 施設の概要

本園は、明治後期に創立された長い歴史を持つ私立幼稚園であり、概要は、以下のとおりである。

(令和3年5月1日時点)

所在地	鳥取市
認可定員	220名
在園児数	113名
職員数	園長(1名)、副園長(1名)、教諭・講師(11名)、事務員(1名)、用務員等(6名)

③施設の平面図

本事案が発生したのは、2階トイレ前の廊下(窓側)であり、本園の平面図は、図1(P5参照)のとおりである。

④本児の情報

年齢：5歳8カ月で、年長クラスに在籍(本事案発生当時)

身長等：身長 約108cm、体重 約16kg(令和2年9月4日時点)

服装：トレーナー、長袖Tシャツ、肌着、長ズボン

⑤本事案発生当日の本児在籍クラスのスケジュール

- 8:30 登園 クラス入室
クリスマスカード作り、バザーの品物作り
- 11:00 片付け、クリスマスオペレッタ(※2)の練習
- 12:00 給食
食べた子から部屋あそび、クリスマスカード名前書き
- 14:00 降園

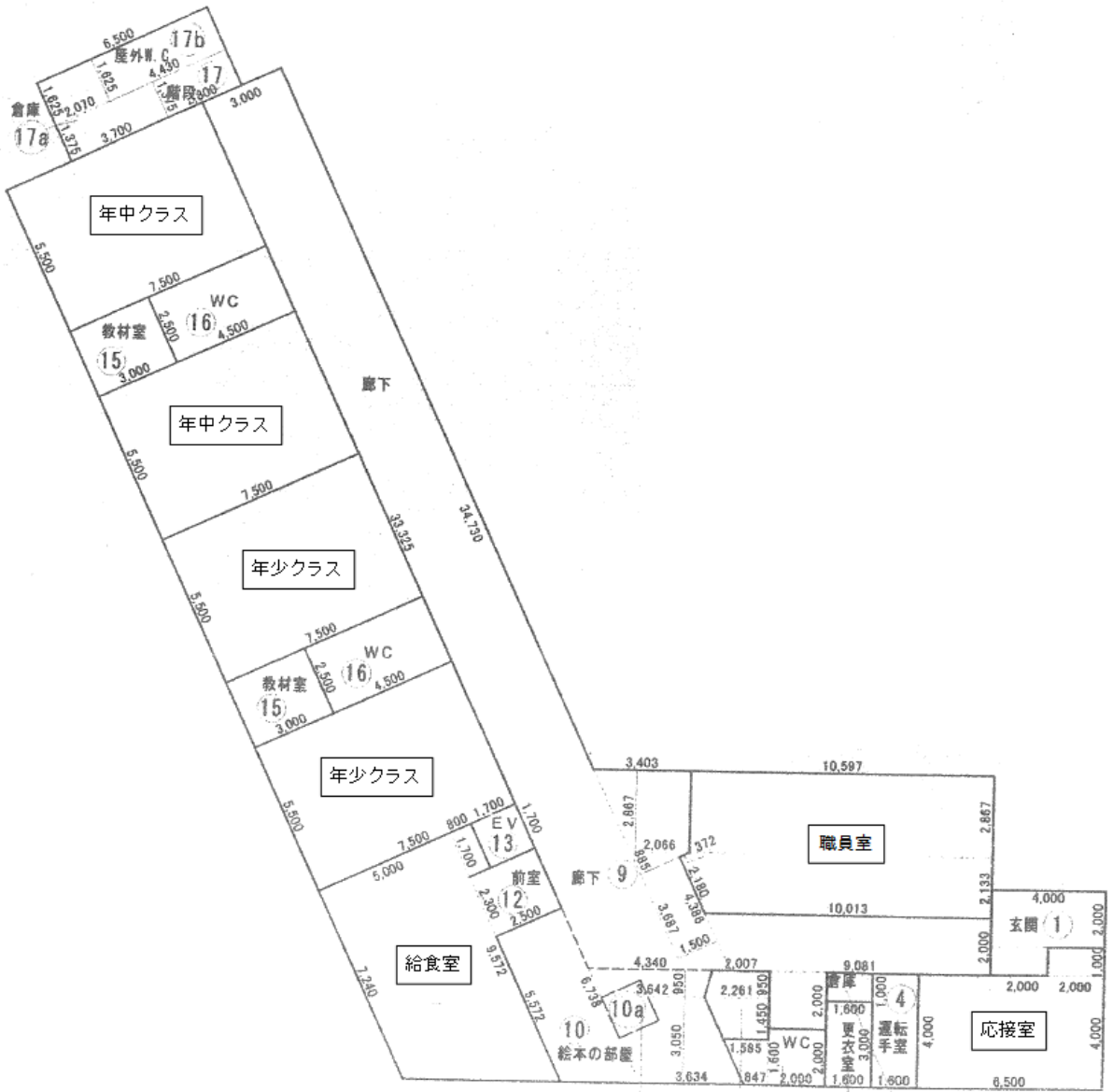
※2 オペレッタ：音とダンスとセリフで表現する遊戯のこと。

(図1：本園平面図)

【2階平面図】



【1階平面図】



(2) 本事業発生の状況

令和2年12月14日9時30分頃に、本児が在籍する年長クラス（以下「本児クラス」という。）園児数名から柚子ジュースが飲みたいとの声があり、担任は、クラスにある柚子シロップと水道水をやかんに入れて柚子ジュースを作るため、同じ階の満3歳児クラスのキッチンに運び、やかんを温めた。

本事業発生の状況は、本園事故報告書において、以下のとおり整理されている。

<p>9時40分頃 又は 9時45分頃 【本事業発生】</p>	<p>○本児と満3歳児クラスから本児クラスに柚子ジュースを運んでいた担任が廊下で衝突し、熱した柚子ジュース（推定温度60℃）が本児にかかり、熱傷を負う。 ○その際、やかんは蓋をしていない状態であった。</p>
	<p>○担任の声と本児の泣き声を聞いた主任の教諭（以下「主任」という。）が本事業発生現場にかけつけ、担任とともに本児の対応にあたり、担任が本事業発生現場真横のトイレ（以下「現場横トイレ」という。）へ本児を抱きかかえて運んだ。 ※初期対応において本児の服を脱がせているが、服を脱がせた場所は、本園事故報告書内において、「シャワー室」という記載と、「事故現場真横のトイレ」という記載が混在しており、特定は困難。 ○担任は、現場横トイレの水道で対応を行おうとしたが、患部をしっかりと水で冷やすため、すぐに園児をシャワー室に抱きかかえて移動し、患部の状態を見ながら流水で2～3分冷やした。 ○主任は、本児クラスとは別の年長クラスへ補助職員を呼びに行き、本児クラスの保育を依頼し、その後、職員室へ行き本園園長に報告し、本園園長はすぐに本児の母親（以下「母親」という。）へ連絡した。また、事務員はシャワー室へ氷水を運んだ。 ○担任が主任へ救急車を要請した方がよいのではないかと小声でお願いするが、本児に聞こえてしまい「嫌だ」と言わせてしまうことになった。「お母さんを呼ぶからね。大丈夫。お母さんと病院に行こうね。」という本児がうなずいたことから、救急車の要請は行わなかった。 ○担任は、低体温症を防ぐため、本児の体を拭き、タオルの上から服を着せ、抱きかかえて氷水で患部を冷やし、様子を見ながら冷やし続けた。 ○本児が泣き止み落ち着いて話ができるようになったことから、本児と担任は職員室へ移動し、その後は、主任が本児の体を毛布でくるんだ状態で抱きかかえ、患部を氷水で冷やししながら母親が到着するのを待った。</p>
<p>10時10分頃</p>	<p>○母親が本園に到着したことから、本園園長は、母親へ本事業の発生状況を説明し、本児のかかりつけ医で園医でもある小児科にすぐに診察してもらえるよう架電した。 ○母親と本児2人が、車で小児科へ向かった。</p>
<p>13時20分</p>	<p>○小児科から本園へ、「皮膚科への紹介状を出した」と連絡があった。</p>
<p>14時</p>	<p>○本児の父親（以下「父親」という。）から本園へ、「小児科から紹介状が出て、皮膚科へ通院することとなった」旨、連絡を受ける。</p>
<p>19時</p>	<p>○本園園長と担任が、父親に謝罪及び本事業の発生状況を説明するため父親の勤務先を訪問した。 〔父親からの意見・発言〕 ・子どもが廊下を走ることは当たり前のことで、このような事態が起こることは予測できたはずである。 ・熱いものを持ち運ぶことが間違っている。 ・みんなが着席をした状態で柚子ジュースを飲む時間を作るのはどうか。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・詳しい状況がわからないまま、雨の中、母親と本児だけで病院へ向かわせることはあってはならない。 ・教諭等に対して信頼はゼロでこのままでは本園へ預けられない。卒園までの3カ月で信頼を取り戻してほしい、また期待している。 ・本児の熱傷の症状は軽度である。
--	---

<本園と本児保護者との意見の相違>

ここで、本園と本児保護者の主張が異なる点を並記する。

項目	本園の主張	本児保護者の主張
①柚子ジュースの温度	・推定温度 60℃	・60℃は、皮膚がめくれる温度ではない
②母親へ対する本事案発生状況の説明	・本園園長は、母親へ本事案の発生状況を説明	・本園園長から説明は受けていない
③受診のための小児科への架電	・本園園長は本児のかかりつけ医で園医でもある小児科にすぐに診察してもらえよう架電	<ul style="list-style-type: none"> ・母親が本園に到着した時点では、病院への架電はされていなかった ・病院の手配がされていると思っていた母親からの「どの医療機関を受診すれば良いか」との問い合わせを契機に、本園園長、主任及び担任は受診する医療機関の検討を始め、最終的に本園園長が本児のかかりつけ医で園医でもある小児科と決定し、架電
④本園園長と担任の父親勤務先への訪問（本事案発生当日 19 時）	・本園園長と担任が、父親に謝罪及び本事案の発生状況を説明するため父親の勤務先を訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・父親は「本園は本事案の状況を説明する義務と謝罪をする必要がある」と本園に申入れ（事故発生当日 14 時） ・本園園長と担任が、父親に謝罪及び本事案の発生状況を説明するため父親の勤務先を訪問
⑤本園に対する本児保護者からの発言（本事案発生当日 19 時）	・卒園までの3カ月で信頼を取り戻してほしい、また期待している	・期待しているという発言はしていない
⑥熱傷の程度	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚科受診後及び事故発生当日 19 時の保護者面談において、本児保護者から軽度と聴取 ・皮膚科受診後、「本事案発生翌日は通院後、登園する」旨も併せて聴取 	・決して軽度とは言っていない

<本事案発生時から医療機関受診までの検証>

項目	本園事故報告書	本事案発生当日に作成され、本園に残されている記録
①発生日時	・「令和2年12月14日9時40分頃」という記載と「9時45分頃」という記載が混在	・「10時45分頃」と記載されたメモが存在
②柚子ジュースの温度	・「推定60℃(12月24日の実証結果温度57.4℃)」	・記録なし

③初期対応した者	・「担任と主任」	・記録なし
④初期対応の状況	・「現場横トイレの水道で対応を行おうとしたが、患部をしっかりと水で冷やすため、すぐに園児をシャワー室に抱きかかえて移動した。上の服を脱がせて火傷部分を確認し、流水で2～3分しっかりと冷やした。」	・「2階保護者シャワー室で上の服を脱いで水で冷やす」と記載されたメモが存在
⑤本児の服を脱がせた場所	・「担任が現場横トイレへ本児を抱きかかえて運ぶ。駆けつけた主任と服を脱がせる。」という記載と「現場横トイレの水道で対応を行おうとしたが、患部をしっかりと水で冷やすため、すぐに園児をシャワー室に抱きかかえて移動した。上の服を脱がせて火傷部分を確認し、流水で2～3分しっかりと冷やした。」という記載が混在	・「2階保護者シャワー室で上の服を脱いで水で冷やす」と記載されたメモが存在
⑥救急車の要請	・「担任が主任へ救急車を要請した方がよいのではないかと小声で問い合わせたところ、本児に聞こえてしまい「嫌だ」と言わせてしまうことになった。「お母さんを呼ぶからね。大丈夫。お母さんと病院に行こうね」というと本児がうなずいたことから、救急車の要請は行わなかった。」(※3)	・救急車を要請した形跡は確認できなかった ・その他の記録なし
⑦初期対応～母親が本園に到着するまでの対応	・「担任は、低体温症を防ぐため、本児の体を拭き、タオルの上から服を着せ、抱きかかえて氷水で患部を冷やし、様子を見ながら冷やし続けた。本児が泣き止み落ち着いて話ができるようになったことから、本児と担任は職員室へ移動し、その後は、主任が本児の体を毛布でくるんだ状態で抱きかかえ、患部を氷水で冷やししながら母親が到着するのを待った。」	・「上の新しい服を着た後、氷で服の上から冷やす」、「職員室へ移動し、お母さんの到着まで冷やす」と記載されたメモが存在
⑧医療機関への受診	・「母親が本園に到着したことから、園長は、母親へ本件事案の発生状況を説明し、本児のかかりつけ医で園医でもある小児科にすぐに診察してもらえるよう園長が架電した。」	・記録なし

	母親と本児2人が、車で小児科へ向かった。」	
--	-----------------------	--

- ※3 令和3年1月29日に、本事案について、年長クラス及び年中・年少クラス保護者を対象に、2回に分けて実施された保護者説明会（以下「保護者説明会」という。）では、園は、「救急車の音、存在は、園に残る子どもたちにとって大きな動揺と不安を与えるから」、「当初、火傷に対する認識が重傷ではないと認識していたため」と説明している。

本事案の発生状況及び本事案発生時から医療機関受診までの状況については、本園の主張と本児保護者の主張が相違等しており、任意現地調査及び検証会議における本事案関係者聴き取りにおいても、その事実の認定はできなかった。

- 任意現地調査では、本事案当日の経過を示したメモ1枚が添付された学級日誌のほか、本事案発生日から令和3年1月7日までの本児保護者とのやり取りを示したメモ3枚及び本事案発生日から令和3年3月31日までの本事案の対応の経過を記したメモ3枚を確認した。これらのことから、本事案発生当時において、本事案関係者による何かしらの情報収集が行われた様子は窺われたが、事後の検証を可能とする記録は残されていなかった。

また、検証チームによる聴き取りが本事案関係者全員に対して実施することができなかったほか、県が収集した資料においても、本園と本児保護者双方の認識の相違が散見されたため、双方の記録・主張等を並記している。

<学校法人、本園園長及び担任の代理人弁護士から父親に送付された書簡>

令和3年1月7日付けの学校法人、本園園長及び担任の代理人弁護士から、父親に宛てられた受任通知（※4）によると、「この事故の原因は、担任の過失によるもの」と記載されている。また、本事案後の本園の対応が不十分であった点は認めているが、「医療の専門家でもなく医療的措置についての対応に限界があったことはご理解下さい」と、父親に対し理解を求めている。

また、本児保護者が本園に求めた、本園事故報告書の書き直しについては、「担任の認識を基に本園の責任において作成したものであり、認識に食い違い等があれば、別に意見書を提出されて対応されるべきと考えていることから応じることはできない」こと、理事会議事録の閲覧、同録音の開示については、「法的に開示すべき根拠はなく、いずれも本園の内部的な意思決定にかかる私的自治に関するものであり断る」旨、通知されている。

- ※4 受任通知：弁護士が、学校法人、本園園長及び担任の代理人に就任した旨を父親に対し、通知した書簡のこと。

(参考：学校法人における理事会議事録等の非開示対応について)

学校法人における情報公開については、平成17年11月24日に施行された情報公開規程（以下「学校法人情報公開規程」という。）にその取扱いが規定されている。

学校法人情報公開規程では、本園に在籍する園児の保護者はもちろんのこと、県の区域内に住所を有する者であれば、書面により開示の申し出ができるものとされ、「個人に関する情報」や「公にすることにより、法人その他の団体（国及び地方公共団体を除く）又は個人の権利、競争上の地位その他正当な利益を害するおそれがあるもの」など個人、法人に不利益が生じる場合を除いて、原則、開示するものと規定されてい

る。

また、開示決定等に不服があった場合は、開示決定等を知った日の翌日から起算して60日以内に、学校法人に対し、書面により異議の申出をすることができ、異議の申立があった場合、学校法人は、遅滞なく必要な措置を講ずる（不服審査会等）とともに、書面により回答するとも規定されている。

本事案に係る本児保護者からの口頭による開示申出については、上記受任通知において非開示の旨が通知されている。しかし、受任通知において示された非開示理由が学校法人情報公開規程第8条（非開示情報）のどの項目に該当するのかは、文書非開示決定通知書が存在しない上、理事会議事録においても確認できないため、詳細は不明である。

<令和3年1月29日開催の保護者説明会（反訳記録（※5）を基に整理）>

本事案の原因及び初期対応について

本事案の原因は、「熱いやかんの蓋をしないまま持ち運ぼうとしたことであった。温める場合は飲む適温でガスコンロの火を止めるべきでありました。また、事故当日は温めすぎであったため、このような場合は適温になるまで運ばず、子どもの手の届かないところに置いておき、飲む直前に運び、子どもたちへ提供する必要があったといえます。」と担任の過失によるものと説明し、その上で、本園の反省点として、「万が一事故が発生してしまった場合に備えての危機管理マニュアル、教諭等一人一人の危機管理に対する意識が不十分であったと思っています。」「改訂前のマニュアルでは火傷に関する記載がありませんでした。反省しています。」と説明している。

また、救急車を要請しなかった理由として、「救急車の音、存在は、園に残る子どもたちにとって大きな動揺と不安を与えるから」とし、これは「蜂の事故（※6）で救急車を要請した際、救急車が去った後、残された健常な子どもたちが大パニックになり、泣いたり取り乱したりと、救急車の与える影響はかなり大きいと実感した経験があったため」、「当初、火傷に対する認識が重傷ではないと認識していたため」と説明している。

本園職員の医療機関への同行について

本児が医療機関を受診する際に本園職員が同行しなかったことについては、「事故発生の状況を医師に伝えるためにも、母親だけではなく、職員同伴の下、病院へ向かうべきであったと思っています。事故当日は、火傷が重傷ではないと認識していたため、母親に状況をお伝えする形をとり、保育を優先する判断を取りました。この点も深く反省をしています。」と説明している。

※5 反訳記録：令和3年1月29日に、本事案について、年長クラス及び年中・年少クラス保護者を対象に、2回に分けて実施された保護者説明会における発言録のこと。

※6 蜂の事故：令和2年10月27日午前、年中クラスの園児47名が5名の教諭に引率され、園外保育の一環として鳥取市内の公園で自然遊びを行っていたところ、園児7名（うち、1名は降園（帰宅）後判明）と教諭2名が蜂に刺され、現場において蜂に刺されたと確認された園児6名と教諭2名は命の危機があるとして、救急搬送された事故。なお、蜂に刺されていないとされた園児のうち1名は、降園（帰宅）後、9か所刺されていることが判明した。

(3) 本事業発生後の本園の本児保護者に対する対応及び本園と県とのやり取り

本事業発生後の本園の本児保護者に対する対応及び本園と県とのやり取りは次のとおりである。

【本園の本児保護者に対する対応】

本園事故報告書、本事業関係者が作成したメモ（以下「本園作成メモ」という。）、本児保護者から提供された資料及び検証会議における本児保護者等からの聴き取りを基に、次のとおり整理した。

日 付	本園の整理	本児保護者の整理
令和2年 12月14日	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚科受診後、母親から「明日から通園する」旨を聴取 ・本園園長と担任が19時に謝罪、詳しい状況説明のため、父親の勤務先を訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ・皮膚科受診後、本園園長から母親に領収書の提出依頼の架電 ・その際、母親から本園園長に対し、「本事業を本園職員全員で共有し、危機管理体制を見直した上で、今後どのように再発防止をしていくか話し合い、その結果を報告してほしい。また、全保護者に対し、本事業を報告する」よう申入れ ・19時頃、本園園長と担任が謝罪のため、父親の勤務先を来訪
12月15日	<ul style="list-style-type: none"> ・担任が15時半に本児自宅を訪問 	<ul style="list-style-type: none"> ・担任が本児自宅へ本児の荷物を持参、謝罪
12月16日	<ul style="list-style-type: none"> ・15時半に担任が母親へ本児の様子を尋ねるため架電 	<ul style="list-style-type: none"> ・記載、発言なし
12月17日	<ul style="list-style-type: none"> ・17時20分に母親から本児の様子を伝える電話があり、担任は改めて謝罪 	<ul style="list-style-type: none"> ・17時頃に母親が当日のクリスマス会に本児が欠席する旨を架電 ・その際、担任から「本日のクリスマス会において本児のためお祈りする」との発言（謝罪はなかった）
12月18日	<ul style="list-style-type: none"> ・17時に本園園長が母親へ架電（県内地域医療支援病院へ入院することを伺う） 	<ul style="list-style-type: none"> ・本園園長から架電があり、本児が県内地域医療支援病院へ入院した旨を報告 ・その際、12月14日に本園に対し申し入れた本事業について職員での話し合いを行ったか問い合わせを行ったところ、「クリスマス会があり忙しいので、まだ話はできていない」との回答
12月19日	<ul style="list-style-type: none"> ・本園園長が本児の入院する県内地域医療支援病院（以下「本児入院先」という。）へ架電し、お見舞いに伺う旨を病棟へ連絡 ・13時半に本園園長と担任が本児入院先を訪問したが、母親と面会できなかった。本児へ渡したかったものを、看護師から渡してもらうよう依頼 ・前理事長外2名が父親の勤務先を訪問し、父親、本児の祖父母へ謝罪。その際、父親から本児入院先及 	<ul style="list-style-type: none"> ・前理事長外本事業関係者等3名が謝罪のため、父親の勤務先を来訪 ・本児の熱傷の程度を記録した写真を見た来訪者のうち理事（現理事長）は「これはすぐ救急車を呼ばないといけないほどだ」と発言

	び母親へ架電しないしてほしい旨の申入れ（本園作成メモ）。以降、父親が対応（※7）	
12月20日	・本事案に関する臨時理事会を開催	・記載、発言なし
12月21日	・全園児保護者へ「12月14日に起きた保育中のやけど事故について」と題した手紙を配布 ・本園園長が父親の勤務先へ架電し、上記手紙を配布したことを伝達。その際、父親から本児入院先及び母親へ架電しないほしい旨の申入れ（本園事故報告書）以降、父親が対応（※7）	・本園園長から、12月21日の終業式の日本園から全保護者へお便りを配布する連絡があったが、内容についての話は何もなかった ・全保護者に配布された手紙には、本児保護者の承諾もなく本児氏名が記載されていたほか、本事案の状況もわからない簡易な記載（本児保護者が希望したものではなかった）
12月22日	・13時40分に担任が本児クラスの園児が書いた手紙を届けるため、父親の勤務先を訪問 ・父親が不在であったため、父親の勤務先職員から父親へ渡してもらうよう依頼	・記載、発言なし
12月24日	・前理事長が父親及び本児の祖父と面談し、事故の状況を説明	・前理事長、本園園長及び担任が、緊急理事会の内容を報告するため、父親の勤務先を来訪
12月26日	・前理事長、本園園長及び担任が父親の勤務先を訪問し、父親及び本児の祖父母に対し、本事案が発生した際の詳細説明及び本園事故報告書（案）の意見照会を行う	・記載、発言なし
12月30日	・前理事長が父親及び本児の祖父へ報告（報告内容は未記載）	・前理事長が、定例理事会の内容を報告するため、父親の勤務先を来訪
令和3年 1月5日頃	・記載、発言なし	・本園へ保護者説明会の開催について架電。その際、本園園長より今後の連絡は代理人弁護士を通じるよう申入れ
1月7日	・本児保護者より架電。その際、代理人弁護士を依頼したことを報告	・記載、発言なし
1月14日	・母親から本児に関する連絡	・記載、発言なし
1月28日	・14時30分から母親と本児について打ち合わせ	・本児の様子、傷口の対応について、母親が本園を訪問。その際、本園から面談を録音させてほしい旨の申入れ
1月29日	・保護者説明会を開催	・保護者説明会において、軽度であるとか、毎日電話していた等、保護者の認識と異なる説明
2月1日	・記載、発言なし	・本事案後初めて、本児が本園へ登園（本児保護者所有の自家用車の車内から本園を見学）。本園園長等に車内に本児がいることを伝達するも、直接、様子を確認することはなかった

2月2日	・記載、発言なし	・本園職員から母親に対し、「本児が来たくなければ、それでいい」との発言
2月17日 又は 2月18日	・前理事長は本児父親から「本園の抜本的改革の請願」（請願者：本児保護者外4名、署名：267名分）（※8）を受領（本児父親が前理事長宅へ請願を持参）	・記載、発言なし
2月19日	・記載、発言なし	・理事会に対し、「本園の抜本的改革の請願」（請願者：本児保護者外4名、署名：267名分）を提出
2月27日	・本児保護者より「本事案関係者から詰め寄られた」との申入れ	・母親は、学校法人理事会において本園園長の進退が決議（※9）されたことを知った本事案関係者から2月19日に前理事長へ提出した請願について詰問される
2月以降 （時期不明）	・記載、発言なし	・本児に対し、挨拶をしてくれる職員がいる一方、目が合うと顔をそむけたり、すれ違ったのに声もかけず素通りする職員もいた ・本園職員から母親に対し、「本児が嫌なら無理にとは言わない。来たくなかったらそれでもいい」との発言。「もっと来てほしい気持ちを伝えてほしい、行きたいなと思えるような声かけをしてほしい」との母親の申し出に対し、本園職員から「もう精一杯やらせてもらっています。これ以上はもうできません」との発言
4月26日	・記載なし	・現理事長外理事1名が理事長就任の挨拶のため、父親の勤務先を来訪

※7 本園に残された記録が一致しないため、正確な日付は不明であるが、父親からの「本児入院先及び母親へ架電しないしてほしい旨の申入れ」以降、本園の対応は父親が行っている。

※8 これまでにも危機管理の欠如から生じたと思われる事件があったほか、令和2年10月に発生した園外保育児における蜂の事故後も改善が見られていないことなどを理由として、「本園園長の辞任を求めること」「本園全体で危機管理を徹底し安心安全な幼児教育を行うこと」について、2月9日付けで本児保護者を世話人代表として267名の署名とともに、「本園の抜本的改革を求める請願」を前理事長に提出（2月17日又は18日）している。

※9 令和3年2月19日に開催された学校法人理事会において、「本園の抜本的改革を求める請願」の報告とともに、本園園長の解雇が決議されたが、2月28日の理事会において、2月19日に決議された本園園長の解雇は取り消された。

【本園と県とのやり取り】

園作成メモ及び県（子育て・人財局子育て王国課）の記録を基に、次のとおり整理した。

日 時	本 園	県 (子育て・人財局子育て王国課等)
令和2年 12月14日	・本事故発生（軽傷と判断し、県に対し事故報告はなし）	—
12月16日	・県に対し、教育・保育施設等事故報告（以下「事故報告」という。）（第1報）をメール提出	・事故報告（第1報）受領するも、熱傷の程度及び医療機関の受診結果が不明であるため、診断内容を事故報告に記載するよう指示
12月23日	・県に対し、本児保護者との関係悪化により、本児の診断内容を把握できない旨を架電	・本園に対し、事故報告に診断内容を記載して報告するよう指示
12月25日	・県に対し、修正した事故報告（第1報）をメール提出	・修正された事故報告（第1報）を受領した上で、入院中の本児の状況を本児保護者から聴き取り、事故報告に追記するよう指示
12月28日	・県に対し、事故報告に係る国通知の送付を依頼 ・その後、再修正した事故報告（第1報）をメール提出	・本園に対し、事故報告に係る国通知をメール送付 ・再修正された事故報告（第1報）を受領
12月28日 ～ 令和3年 1月15日	—	・本園に対し、電話にて、状況（本児の状況、退院見込、今後の治療予定）を逐次、聴取 (12月29日～1月3日は年末年始休日)
1月18日	—	・国へ事故報告（第1報）をメール提出
1月19日	—	・本園を訪問し、指導・助言（危機管理マニュアルへの熱傷対応の追加、クラス内で加熱調理を行う場合の事故防止策の策定について指導・助言）
2月上旬	・県に対し、見直しを行った危機管理マニュアル（案）を提出	・本園に対し、提出された危機管理マニュアル（案）の内容が学校事故対応に関する指針（以下「国指針」という。）等に沿った内容となっているか確認すること及び保護者や園医から意見聴取することを助言
2月12日	—	・学校法人調査（安全点検表を整備すること等を指摘）
2月15日	—	・本園を訪問し、指導・助言（以下の点について指導・助言。①見直しをされている危機管理マニュアル（案）の内容について、予防策の追記及び保護者や園医の意見を反映すること、②カセットコンロの使用や管理方法を見直すこと、③本事故の要因分析をしっかりと行い、改善策を講じるとともに、再発防止を含めた危機管理の体制整備を図ること）
2月17日	・県に対し、事故報告書（第2報）をメール提出	・事故報告（第2報）受領するも、報告内容（要因分析）が不足していたため、県において、これまで本園から聴き取った内容等を整理の上、修正案を示す旨を連絡

2月19日	—	・県において不足事項を追記の上、修正した電子ファイルを本園へ送信するとともに、事故報告(第2報)は本児保護者の了解を得ることが必要なため、本児保護者から了解を得るよう指示
3月9日	・県に対し、本児保護者の了解が得られた事故報告(第2報)をメール提出	・事故報告書(第2報②)受領後、本児状況等について本園園長へ確認
3月15日	—	・国へ事故報告(第2報)をメール提出
3月16日	—	・国から県に対し、以下の点について指示・依頼 (①事故報告(第1報)の期限内報告、②事故報告(第2報)の報告内容に係る修正) ・併せて県から、本園の危機管理マニュアルの提供を依頼
3月26日	・県の訪問指導・助言の際に、以下の点について情報提供 (①東部地区の園長会において本事案を説明、②鳥取赤十字病院の協力の下、救急講習を実施、③看護師雇用の検討、④本園ホームページ改修の検討)	・本園を訪問し、指導・助言 (以下の点について指導・助言。①見直しをされている危機管理マニュアル(案)に、救急搬送及び医療機関受診の判断基準等を明記すること、②園運営等について、保護者が意見を表明できる仕組みを構築すること)
4月15日	・県に対し、国の修正指示を反映した事故報告書(第2報)をメール提出	・修正された事故報告書(第2報)を受領するも、危機管理マニュアルが添付されていなかったため、本園に対し、危機管理マニュアルを督促
4月22日	・県に対し、危機管理マニュアルを持参	—
4月30日	—	・国に対し、修正された事故報告(第2報)及び危機管理マニュアルをメール提出

3 課題・問題点

(1) 本事案発生当時における本園の安全・危機管理体制

本園の教育方針は、「『遊びの保育』を通して豊かな感性、創造性、社会性、科学的で豊かな観察力を身につけること」である。また、目指す子ども像の一つに、「意欲をもって主体的に生活を創造していく子ども」とある。

このように、子どもの主体性を重要視していることから、園児が「ジュースを飲みたい」と希望すれば、日常的に、教諭等が各クラスに備えられたカセットコンロ等でジュースを作り、園児に飲ませるという保育(以下「ジュースの提供」という。)を行っているものの、本園において策定されている食育に関する計画(以下「食育計画」という。)にはこれらの取組は盛り込まれていない。

また、ジュースの素となるシロップ(以下「シロップ」という。)は、各クラスに、園児の手が届く場所に保存されていたほか、カセットコンロについても各クラスにそれぞれ備えられており、シロップに関する衛生管理マニュアル及びカセットコンロ等

の火や熱を発する器具等を取り扱う際の安全管理マニュアルは未策定であり、園内研修や各取扱いについて教諭等間において共有された形跡は確認できなかった。

なお、本事案発生当時、他クラスのカセットコンロが故障していたことから、本児クラスのカセットコンロはそのクラスに貸し出されており、本児クラスの柚子ジュースは満3歳児クラスに設置されているキッチンで調理された。

一方、危機管理全般については、平成28年11月5日付けで「危機管理マニュアル（教職員の心構え）」が策定されており、その構成は次のとおりである。

【「危機管理マニュアル（教職員の心構え）」（平成28年11月5日策定）】

I	事故発生時の対応
1	保育中（園舎・園庭・バス・園外）の子どもの安全 ⇒発熱、元気がない、擦り傷・切り傷、棘、打撲、骨折、鼻血、虫刺され、嘔吐について記載
2	登園時、降園時、送迎時、通園バス
3	食物アレルギー
II	感染症 ⇒第一種～第三種伝染病に分類される感染症ごとに出席停止基準を記載
III	自然災害 ⇒大雨、洪水、暴風、土砂、台風、大雪、地震、津波、竜巻が発生した際の対応について記載
IV	個人情報の取り扱い
V	不審者対応

なお、任意現地調査において、ヒヤリハット事例を綴った簿冊等が存在しなかったことから、本事案発生当時は、ヒヤリハット事例を収集していなかったものと考えられる。

【参考：県内保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応に係る研修等の実施状況調査結果】

令和3年9月に、県内すべての保育施設等（保育所、認定こども園、地域型保育事業所、幼稚園、届出保育施設、病児・病後児保育事業所）308施設を対象に、事故防止及び事故発生時の対応に係る研修等の実施状況について、アンケート調査を実施したところ、296施設（回答率：96%）から回答があった。

〔調査結果概要〕

- ①事故防止・事故発生時の対応に係る園内研修を実施している施設
272施設（92%）
- ②職員からヒヤリハット事例の報告を収集している施設
291施設（98%）

〔県ヒヤリハット報告集計件数〕

区分	R2年度	R1年度	H30年度
保育施設等	12,977件	11,588件	10,617件

- ③ヒヤリハット事例を基にした対策を行っている施設
262施設（89%）

④研修の実施方法の事例

- ・赤十字幼児安全法支援員の認定を受けた園職員（看護師）を講師とした園内研修を実施
- ・法人内リスクマネジメント委員会に各園の担当者が出席し、委員会で検討された内容を持ち帰り、職員間で共有
- ・職員各自が各種マニュアルを確認し、事故等（事故、ヒヤリハット）が発生した際には、職員間で話し合いの場を設ける
- ・外部事業者に研修を委託

⑤ヒヤリハットの活用事例

- ・その都度、終礼において職員間で共有
- ・法人において、全施設の統計を集計し、要因分析や傾向、対策等を取りまとめ、施設間で情報共有
- ・再発防止の観点から、全職員が閲覧できるようヒヤリハット報告書を職員室に掲示

<課題・問題点>

①食育計画の策定

園児が採取等してきた果実等から作られたシロップを素としたジュースの提供は、食べ物への興味や関心を高める食育の観点において重要な取組であると考えられる。しかしながら、計画性なく単に園児の希望に応じてジュースの提供を行うのではなく、取組目的を明確にした上で、季節ごとにどういった果実でジュースを作って飲むかなど、園児や保護者に理解できるよう本取組を食育計画にあらかじめ盛り込んだ上で取り組むことが望ましかった。

②ジュース・シロップに関する衛生管理マニュアルの策定

第3回検証会議において、本園現地調査を行った際、図2のようにシロップが園児の手に届く場所に保存されていることが確認された。後日実施した本事案関係者からの聴き取りでは、「きちんと蓋をしたものが置かれており、それについては、子どもたちは触らない。年少の時代から注意喚起を行っているので、触るようなことは無いと思っている。」との説明があったが、園児がシロップを保管瓶の蓋を開けて異物等を混入させる可能性や不測の事態により園児がシロップの瓶に衝突等し、瓶が落下・破損する可能性が完全に排除されるものではない。

このような状況を踏まえ、本園はあらかじめシロップに関する衛生管理マニュアルを策定し、職員間で共有の上、これらの取組を実施すべきであった。

(図2：シロップの保管状況例)



③カセットコンロをはじめとする火や熱を発する器具等を取り扱う際の運用マニュアルの策定

本園では、幼稚園教育要領に定められている「和やかな雰囲気の中で教師や他の幼児と食べる喜びや楽しさを味わったり、様々な食べ物への興味や関心をもったりするなどし、食の大切さに気付き、進んで食べようとする気持ちが育つようにすること」を実践するため、各クラスにカセットコンロ等を備え、日常的に園児の目の前で調理を行う特色ある教育を行っているが、火気を取り扱った教育を実施していない施設と比べ、事故が発生する潜在的リスクは非常に高かったと考えられる。

一方、運用面においては、火や熱を発する器具等の使用に関する運用マニュアルは策定されておらず、専ら職員の裁量により運用されていたことから、火や熱を発する器具等を使用する際における統一的な事故防止策（例：器具と園児の距離、防護柵等の設置等）は実施されていなかったと考えられる。

また、本事案発生の要因の1つである「カセットコンロの使用」についても定められていなかった。

このような状況を踏まえ、本園はあらかじめ火や熱を発する器具等を取り扱う際の運用マニュアルを策定し、職員間で共有の上、運用すべきであった。

【参考：火や熱を発する器具等の使用を伴う保育・教育活動の実施並び施設への看護師配置に係る実態調査結果】

令和3年7月に、県内すべての保育施設等（保育所、認定こども園、地域型保育事業所、幼稚園、届出保育施設）297施設を対象に、火や熱を発する器具等の使用を伴う保育・教育活動の実施状況及び看護師の配置について実態調査を実施したところ、244施設（回答率：82%）から実施又は配置している旨の回答があった。

〔調査結果概要〕

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| ①火や熱を発する器具等の使用を伴う保育・教育活動の実施施設数 | 163施設（55%） |
| ②活動実施マニュアル作成施設数 | 17施設（6%） |
| ③事故応急処置マニュアル作成施設数 | 56施設（19%） |
| （うち、熱傷に特化したマニュアル作成施設 | 12施設（4%） |
| ④看護師配置施設数、配置人数 | 100施設・117人（34%） |
| ⑤火や熱を発する器具等の使用を伴う保育・教育活動の事例 | |
| ・季節ごとの餅つきやおいり作り | |
| ・クラス内でカセットコンロ等を使用したピザやカレーづくり | |
| ・園児が育てた野菜を収穫した後のクッキング | |
| ・室外での焼き芋づくり | |

（2）本園の園児に対する認識

本園現地調査及び本事案関係者からの聴き取りにおける説明によると、本園では、「園児が年少時の頃から危険事項・禁止事項について、繰り返し注意喚起を行っているため、園児は危険なこと、禁止されていることは行わない」という認識の下に、保育等を実施していることが窺えた。

本園全職員がそのような認識下にあったため、保護者説明会反訳記録によると「園児

が、おたまですくいだしやすいう蓋を日頃からしていない状態で温める」という運用がされており、本事案発生時も、担任が図3の蓋をしていないやかんで熱した柚子ジュースを持ち運んでいた。

(図3)



大きさ：直径17センチ、高さ14センチ

重量：665グラム

素材：アルミ製

<課題・問題点>

○職員間における園児に対する正しい認識の共有

第3回検証会議において、本園現地調査を行った際、次のようなリスクを伴う状況が確認された。

(リスクを伴う状況)

- ・園児の手が届く場所にシロップを保存（異物混入等のおそれ）
- ・園児の手が届く場所に千枚通し、大人用はさみ及びカッターナイフを保管（けがのおそれ）
- ・倉庫が無施錠（保管物品による窒息のおそれ）
- ・窓側に高く積まれた園具（窓からの転落のおそれ） 等

このような施設管理は、「園児が年少時の頃から危険事項・禁止事項について、繰り返し注意喚起を行っているため、園児は危険なこと、禁止されていることは行わない」という認識の下に行われていると考えられるが、本事案発生によりその認識が誤りであったと判断される。

このような状況を踏まえ、子どもは衝動の塊であり、不測の事態等により、いつ事故が発生しても不思議ではないという園児に対する正しい認識に改め、職員間で共有すべきである。

(3) 本事案発生直後における本園の対応

本園事故報告書、保護者説明会反訳記録及び本事案関係者からの説明によると、本事案発生直後、担任と駆けつけた主任は、まず、現場横トイレへ本児を抱きかかえて運び、トイレに設置されている底の深い流しであるスロップシンクの蛇口からの流水で柚子ジュースがかかった部位を冷やそうとしている。

しかし、現場横トイレ内のスロップシンクで適切な処置ができなかったことから、次に担任は、本児を抱きかかえ、同階シャワー室（本事案発生現場から約10m先）へ連れて行き、2～3分間流水で冷やしている。

この処置過程において、本児の服を脱がしているが、服を脱がせた場所については、

本園に残されている記録内で一致していないため、不明である。

また、処置の最中、担任と主任は救急車の要請を検討しているが、①本児が拒否したこと、②他の園児が動揺すること、③熱傷の程度を軽傷と認識していたため、救急車は要請しないこととし、母親へ連絡した。

母親が到着後、本園園長は本園の保育を優先することとし、本児と母親2人が小児科へ向かった。

なお、教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン（以下「国ガイドライン」という。）に基づく事故状況の記録は、任意現地調査等において確認することはできなかった。

<課題・問題点>

①熱傷に対する初期対応

本事案の初期対応では、まず現場横トイレのスロップシンクにおいて処置をしようとしている。事故発生後、速やかに初期対応を行おうとする行動は評価できるが、スロップシンクは、通常、掃除用モップや雑巾を洗う設備であり、熱傷に伴う感染症の危険性を増幅させる可能性があり、不適切であったと考える。

また、対応した職員が熱傷の程度を軽傷と認識していたため、本児の服を脱がせた上で、シャワー室で熱傷部分を2～3分冷やしたとしているが、本県作成の「小児救急ハンドブック」によると、熱傷の範囲が大人の手のひらより大きい場合、服などは無理に脱がさず、服のまますぐに流水（水道水）や氷水を入れたナイロン袋やタオルで10分以上（可能なら30分）冷やすこととなっており、この点も不適切であったと考える。

このような状況に至ったのは、「危機管理マニュアル（教職員の心構え）に火傷の対応が規定されていなかったため」と、県が本園を訪問し、指導・助言した際に本園から説明を受けているが、日常的に火気を取り扱い、他の施設と比べ、事故が発生する潜在的リスクが高かったことから、それを正しく認識し、危機管理マニュアル（教職員の心構え）に反映しておくべきだった。

②救急車の要請

本事案では、本児が拒否したこと、他の園児が動揺すること及び熱傷の程度を軽傷と認識していたため、本園は救急車を要請しなかった。

小児科受診後の本児の治療経過（皮膚科へ紹介状が出され、一定期間、皮膚科において治療が行われた後、県内地域医療支援病院へ入院）を鑑みると、熱傷の程度を軽傷と認識していたため、本園が救急車を要請しなかったという対応は理解できる。

ただし、一般的に救急車の要請についての検討は、受傷児本人の状況で判断すべきであり、受傷児本人の意思や他の園児が動揺するからなどといった周辺状況を判断材料にすることはあってはならない。

③小児科への本園職員の同行

本事案では、本園職員は園の保育を優先することとし、本児と母親2人が小児科へ向かっているが、仮に軽傷であったとしても、事故発生の状況を正確に医師に伝えるためにも、本園職員は小児科へ同行すべきであった。

また、受任通知に記載されているように「医療の専門家でもなく医療的措置につ

いての対応に限界があった」ことを認識しているのであれば、不測の事態が発生することも考えられることから、本園に母親を呼び出すのではなく、あらかじめ本園職員が小児科へ連れて行き、小児科で母親と合流することも選択肢の一つとして考えるべきであった。

④国ガイドライン及び国指針の認知

国ガイドラインによれば、事故の程度に関わらず、事故発生現場は二次的な事故が発生する可能性がある場合を除き、片付け、物の移動等を行わないものとされているが、事故発生直後に事務員が掃除を行っている。仮に、二次的な事故が発生する可能性があると判断した上での対応としても、写真等に事故発生現場の状況を記録しておくべきだった。

また、職員は、事故が発生したその日のうちにできる限り早く事実を記録することとされてもおり、その際は、①ボールペンなどの、修正できない筆記用具で、紙に、手書きで記録する、②一人ひとりが個別に記録する、③記録する前や記録している最中には、他の職員と相談しない、④書き終わったものを他の職員に見せない。他の職員が書いたものを見ない。書いた内容について話をしない、⑤書き終わったものは、施設・事業所による保管の他、地方自治体との情報共有を図る、⑥書いた後、本人が「間違った」「書き忘れた」場合には、元の記録用紙を加筆、修正するとともに、地方自治体との情報共有を図るものとされているが、任意現地調査等において確認できた記録は1名分のみであった。

このような対応を行った原因は、本園園長をはじめとする本園職員が国ガイドラインを不知であったためである。

なお、重大事故（死亡事故、治療に要する期間が30日以上を負傷・疾病を伴う重篤な事故等）のうち、被害児童生徒等の保護者の意向を踏まえ、学校の設置者が調査が必要と判断した事故については、国指針に基づき着手する必要があるが、本事案では、国指針についても不知であったため、基本調査の実施については検討されていなかった。

（4）本事案が発生した日以降における本園の本児保護者への対応

本事案が発生した日以降における本園の本児保護者への対応は、2（3）「本事案発生後の本園の本児保護者に対する対応及び本園と県とのやり取り」のとおりである。

<課題・問題点>

①本児保護者とのコミュニケーション

本児保護者と本事案関係者からの聴き取り等を踏まえると、本事案発生直後からの本園の保護者に対する対応が、本児保護者が望む寄り添った対応と認識されなかったため、本児保護者の本園に対する不信感や疑念が生じたと推測される。このような状況に至らないよう事故を起こした本園は誠意をもって本児保護者への対応をしなければならなかったが、12月24日に本児保護者から訴訟を示唆されたことから早い段階で保護者との交渉窓口を弁護士に依頼し、結果、本児保護者は本園と直接連絡等を取ることままならない状況となり、令和3年2月9日付けの「本園の抜本的改革を求める請願」に繋がった。

なお、前理事長の記録によれば、本事案発生後3日目又は4日目頃に本園園長から「念のため弁護士に相談しておく（又はした）」との報告を受けている。

特に、12月21日に本園が全園児保護者へ「12月14日に起きた保育中のやけど事故について」と題した手紙を本児保護者の了解なく配布したこと、国指針に反し、1月29日に本児保護者に説明内容について了解を得ることなく保護者説明会を開催したことについては、十分なコミュニケーションが取られている状況であれば、異なった結果になっていたと考えられる。

また、訴訟に移行するおそれがあったことから学校法人が令和3年1月から代理人弁護士を依頼し、学校法人・本園の窓口を代理人弁護士に指定したこと、本児保護者の窓口となっていた前理事長が退任したことにより、本児保護者は本園との直接の繋がりが断たれ、孤立状態になったと考えられる。

本児保護者の聴き取りにおいて「感情的になったこともあった」と伺っているが、学校法人・本園は、国ガイドラインに基づき、事故の発生状況等についての確な報告及び必要な情報提供を行い、本児保護者の意向を丁寧に確認しながら誠意を持って粘り強くコミュニケーションを取っていくべきだった。

(5) 本事案に対する本園組織としての対応

本園事故報告書は、当初、理事会へ報告するものとして担任名で作成されている。また、本園事故報告書の事故発生前後の経過には、救急車を要請しなかったのは、担任、主任及び本児のやりとりで判断したように記載されている。

さらに、令和3年1月7日付けの学校法人、本園園長及び担任の代理人弁護士から、父親に宛てられた受任通知には、「この事故の原因は、担任の過失によるもの」と記載（検証会議における本園園長からの聴き取りでは、「責任は園長が負う」旨を発言）されている。

<課題・問題点>

①本園組織としての体制と対応

本園で起こった事故の報告書は、本来は園として、責任者である本園園長名で作成されるべきものである。令和3年1月7日付けの学校法人、本園園長及び担任の代理人弁護士から、父親に宛てられた受任通知には「担任の認識をもとに本園の責任において作成したもの」とされていることから、担任個人に責任を負わせるものとなってはならない。なお、この報告書は理事会においても報告されているが、担任名義であることについて理事会では是正されていない。

緊急時の対応について最終的に誰が何の判断をするか、役割分担や手順等を定め、訓練や研修を行い、もしものときに備えておくべきものである。本事案では、本園園長が最終判断をし、小児科への連絡等を行っているが、本事案発生当時、熱傷事故が発生した際の対応マニュアル等が存在せず役割分担や手順等が定められていなかったことから、初期対応を行う過程において混乱が生じていた。

緊急時においては、指揮系統の的確さと職員間の連携なくしては適切な対応・処置はできない。

②事故の責任

園で起こった事故は、どんな小さな事故でもそれは園の責任である。子どもの命を預かっている施設は、登園時と同じ元気な姿で保護者の下に園児を返すことが基本である。それだからこそ、幼児・教育施設等は常日頃から安全研修を行い、危機管理体制を構築して日々研修や訓練を行っているのである。子どもを預かる施設で

は、事故は必ず起こるものであるが、正しい知識に基づく研修等を適切に実施することで、多くの現場では事故は防げるものとして、努力を続けている。

(6) 本事案に対する学校法人の対応

学校法人の対応を確認するため、学校法人に対し、本事案発生以後の理事会議事録の文書開示の請求を行い提供いただいた。理事会において、事故対応及び改善に向けた取組について協議されているものの、当該議事録では、対応の詳細についてまで確認することができなかった。

<課題・問題点>

①学校法人の事故及び保護者への対応

本事案関係者及び本児保護者からの聴き取りによると、本事案発生当日の夕方、前理事長は本園園長から「今日、教師の不注意で園児にやけどを負わせてしまった」と報告を受けているが、熱傷の程度を尋ね返すと「大丈夫そうである」という本園園長の言葉でやけどが軽度であると認識したため、「何か動きがあれば報告するように」という指示にとどまっている。

その後、幼稚園関係者からの情報提供により、本児の熱傷の状況及び本園の本児保護者に対する対応等における事態の重大さを認識した前理事長は、令和2年12月19日に学校法人役員2名と父親の勤務先を訪問し謝罪を行い、理事会としては、翌日20日に開催した臨時理事会で本事案を知ることになった。その後、前理事長は、理事長の辞任意向を示した3月まで本児保護者の思いを受け止め真摯に対応し、本児保護者からは「我々に寄り添った対応をいただいていた」と聴き取っている。

その一方で、訴訟に移行するおそれがあったことを理由に、学校法人は代理人弁護士を依頼し、学校法人・本園の連絡窓口を代理人弁護士に指定し、本児保護者との直接的なコミュニケーションを断っている。

また、学校法人・本園と本児保護者の関係性が悪化した後に理事長に就任した現理事長は、そのような状況もあり、理事長に就任後、本児保護者とは令和3年4月26日に一度面談したのみとなっている。

このような状況を踏まえると、学校法人・本園は、訴訟に備えた対応と本児保護者とのコミュニケーションを切り分け、国ガイドラインに基づき、事故の発生状況等についての的確な報告及び必要な情報提供を行い、本児保護者の意向を丁寧に確認しながら誠意を持って粘り強くコミュニケーションを取っていくべきだった。

②設置者である学校法人と本園の関係

理事会議事録、本事案関係者及び本児保護者からの聴き取りに基づき整理を行うと、次のような課題・問題点が判明した。

<課題・問題点>

- ・ 理事会は、入園や卒園、園児募集といった重要事項を審議する際のみで開催されることが常態化しており、開催頻度は少なかった。
- ・ 理事会では、常任理事である本園園長から重要事項の報告を受けることが中心となっており、危機管理等について、理事等が深い議論をすることはなかった。
- ・ 理事等の中に幼児教育の専門知識を有する者が本園園長の他にもいるが、これ

まで本園運営について理事会から指示等を行うことはほとんどなかった。

(7) 本事案に係る情報の公表及び関係機関との調整

本事案発生当日に本児保護者から申入れのあった本事案に係る全保護者への連絡について、本園は、「12月14日に起きた保育中のやけど事故について」と題した手紙を、12月21日に全園児保護者に対し配布した。また、本児保護者が早期開催を求めている保護者説明会の開催（1月29日）も、当該事故に係る新聞報道（1月22日）の後になるなど、在園児の保護者に不安や心配を増幅させるものとなった。

<課題・問題点>

①在園児の保護者への説明

保護者間に憶測による誤った情報が広がることを防止するためにも、熱傷を負った本児以外の保護者に対して、本園から速やかに事実に基づく正確な情報を伝えることが必要であった。

しかし、本園から全園児保護者に配布された手紙は、事故発生から1週間を経過してから発出されていること、また、本児保護者への了承を得ずに、本児の氏名や症状等を記載しており、プライバシーの配慮に欠けるものであったこと、併せて本事案発生の原因について記載もなかった。

事前に、本児保護者の意向を確認し、説明内容について承諾を得た上で、不明な点はその状況も併せて伝え、断片的な情報を発信して誤解を与えることがないように、説明責任を果たすことが必要であった。

②情報の公表及び関係機関との調整について

情報の公表や報道などの外部との対応については、本園と学校法人で調整の上、対応窓口を一本化し、情報に混乱が生じないように事実を正確に発信することが必要である。

また、状況によっては、事故後の対応や施設運営に本園が専念できるよう、対応窓口を学校法人に一本化する等の調整も必要であった。

(8) 本事案に対する県の対応

本事案が発生した日以降における本園の本児保護者への対応は、2(3)「本事案発生後の本園の本児保護者に対する対応及び本園と県とのやり取り」のとおりである。

<課題・問題点>

県は本事案発生後、適宜、本園に対し助言・指導を行っているが、県の対応と国ガイドライン及び国指針を比較・整理した結果、次のような課題・問題点が判明した。

①事故報告（第1報）受領時

県は、国が国ガイドライン・国指針を策定した際やその後の事故防止の徹底等注意喚起の都度、国ガイドライン・国指針を県内全施設へ周知していたことから、本園が国ガイドライン・国指針を当然に既知のものとして対応を行っていたが、実際は不知であった。

このことを踏まえ、県は事故報告（第1報）受領時に、本園が国ガイドライン・国指針を不知である可能性を考え、国ガイドライン、国指針に基づいた対応を徹底

するよう、次の項目について、あらかじめ本園に対し、指導・助言すべきだった。

(指導・助言すべきだった事項)

〔国ガイドラインに基づく事項〕

- ・ 本事業関係者一人一人が状況を時系列に記録するなどした適切な記録の作成
- ・ 重大事故に遭った子どもの保護者に対し、発生状況等についての的確に報告し、保護者の意向を丁寧に確認しながら誠意を持って対応すること

〔国指針に基づく事項〕

- ・ 事故に遭った子どもの保護者の意向を踏まえた基本調査の実施
- ・ 保護者説明会の開催等、事故に遭った子ども以外の保護者への説明の際には、あらかじめ保護者の意向を確認し、説明の内容について承諾を得た上で実施すること

また、県は、12月16日に本園から事故報告（第1報）を受領した後、約1か月間、記載内容の確認等に時間を費やしている。しかし、事故報告（第1報）の国への提出期限は、原則事故発生当日（遅くとも事故発生翌日）とされており、本園から事故報告が提出された時点で事故発生から2日経過していたことを鑑みると、たとえ内容が不十分であったとしても、受領当日中に国に対し、事故報告（第1報）を提出すべきだった。

②本児保護者と本園の関係性が悪化していることを把握した時

県は、令和2年12月23日に、本園から、本児保護者との関係悪化により、本児の診断内容を把握できない旨を聞き取っている。また、県は、令和3年1月12日に本児保護者と面談した際、令和2年末に本園が代理人弁護士を立て本園と直接話ができない状態となった旨を聞き取っている。

県は、本園と本児保護者間の連絡が円滑に行えるよう留意する必要があると、国指針において、施設から支援の要請があった場合、県は、その求めに積極的に応じることとなっていることから、本園と本児保護者との関係悪化を把握した時点で、本園に対し、支援（コーディネーターの派遣等）を求めるよう助言することも考えられた。

また、このような状況下では、職員もサポートを必要としていることも考えられることから、県は、本園に対し、職員が心のケアの専門職への相談ができるよう配慮するよう併せて助言すべきだった。

③本事業発生から1か月後

県は、令和3年1月18日に国へ事故報告（第1報）を提出した後も、本事業に係る詳細情報の収集に膨大な時間を費やしており、最終的に令和3年4月30日に、本園が作成した危機管理マニュアルを添付した上、国へ事故報告（第2報）を提出している。

しかし、事故報告（第2報）の国への提出期限は、事故発生から原則1か月以内程度とされており、県が行ったこの運用は明らかな誤りである。県は、本事業発生から1か月後である令和3年1月14日までに、仮に報告の内容が不十分であったとしても国へ事故報告（第2報）を提出、その後、必要に応じて国に対して、修補すべきだった。

4 学校法人・本園及び県における改善の取組状況

(1) 学校法人・本園の取組

①理事会開催頻度の増

学校法人は、理事会の開催頻度を見直し、概ね月1回、定期的に開催し、以前より積極的に本園の運営に関与しようとしている。

②「園内で使用する調理器具の使用マニュアル」の策定

県の訪問指導・助言を受け、「園内で使用する調理器具の使用マニュアル」が、令和3年4月に策定されている。本マニュアルには、本園の活動で頻繁に利用するカセットコンロ及びホットプレートの使用方法について記載がされている。

本マニュアルの策定に伴い、これまで各クラスに備えられていたカセットコンロは撤去され、一元管理の下、原則、調理は給食室で行われることとなった。

③「園舎園庭見回り隊」の運用

理事1人、評議員1人、保護者1人及び教諭2人で構成する「園舎園庭見回り隊」の運用を令和3年4月から開始し毎月実施されている。

※なお、複数の視点から施設等の安全点検を行うことは有意であるが、専門的知識による視点を追加するという観点から、幼児教育・保育の専門家や園医等の小児科医、園遊具の安全性について専門的知識を有する者等を構成員に追加するよう検討していただきたい。

④「鳥取赤十字病院との連携協定に関する協定」の運用

令和3年10月5日に鳥取赤十字病院と協定を交わし、新たな体制構築を図っている。

(協定内容)

- 1：幼稚園医としての検診実施
- 2：病院職員による教職員、保護者に対する講演会の実施
- 3：緊急時、幼稚園教職員で判断がつかない事態に対する受診相談
- 4：園内外の行事での不測の事態が発生した際の救急受入
- 5：病院の患者や医療従事者の応援

⑤本園職員による救急救命士資格の取得

本園職員1名が救急救命士資格を取得し、安全管理体制の強化を図っている。

⑥「危機管理マニュアル（教職員の心構え）」の改正

令和3年2月17日及び4月20日付けでそれぞれ改正が行われ、指揮権を明示化するとともに、「やけど」の対応等も追加されている。

【参考：危機管理マニュアル（教職員の心構え）2021.4.20より抜粋】

- やけど
- ①やけどの場所・範囲を確認する。
 - ②流水ですぐに冷やす。（15分から30分）
服を着ている場合は無理に脱がそうとしないでそのままシャワーで冷やす。
 - ③やけどの範囲が広い場合や水膨れができている場合は救急車を要請する。

⑦ヒヤリハット事例を記録・収集

これまで収集していなかったヒヤリハット事例を令和3年2月から記録・収集し、職員会議で共有する一方、理事会に報告する等により事故防止に取り組んでいる。

(2) 県の取組

①事故発生時における報告の迅速化（別紙1）

特定教育・保育施設等において、死亡または治療に要する期間が30日以上の重大事故（骨折など、負傷した時点で30日以上の治療期間を要するかどうか不明である事故を含む）が発生した場合、原則事故発生当日（遅くとも事故発生翌日）に第1報を、さらに原則1か月以内に、第2報は県を經由して国に報告することとなっている。

本事案では、県から国への報告時期が大幅に遅延していたことから、重大事故の発生を迅速に把握し、報告の遅延防止、事故後の対応を適切に実施するための改善を行った。

（具体的な改善内容）

- 報告ルートの見直しによる適正化及び周知徹底
 - ・施設・事業者からの報告を市町村に併せて、県子育て王国課にも直接報告する見直しを行い、報告の迅速化を図った。
 - ・令和3年8月5日付けで「特定教育・保育施設等における事故の報告等について（通知）」を各市町村及び幼稚園、届出保育施設などすべての特定教育・保育施設に発出し、報告等の徹底を図った。

②子育て王国課の体制見直し（別紙2）

施設・事業者から事故報告受領後、速やかに子育て王国課内で共有を図るため、保育施設等事故報告データベースによる運用を令和3年7月7日から開始し、担当者以外の職員であっても、事故報告事務等の進捗状況を把握できるよう「見える化」を図った。

併せて、死亡または治療に要する期間が30日以上の重大事故等の現場確認や支援が必要な場合の、子育て王国課内の職員体制と分掌事務（現地指導、事故情報の記録、保護者及び報道対応、保育継続のための支援など）を再整理し、万一の事態に即応できる体制を整えた。

また、データベースによる事故事案の一括管理により、施設名、事故発生日、事故の状況、事故発生の要因等の収集した事故データを分析し、施設等へのフィードバックを図る予定である。

③教育・保育施設等を対象とした安全管理研修会の実施（別紙3）

教育・保育施設等のうち、「火や熱を発生する器具等の使用を伴う保育・教育活動の実施並び施設への看護師配置に係る実態調査」の結果（P 19参照）によると、看護師を配置している割合は約3割にとどまっていることから、県内全教育・保育施設等を対象として、医師を講師とした事故発生時における初期対応や危機管理体制を学ぶ安全管理研修会を令和3年度中に実施することとしている。

また、教育・保育施設等に勤務する全職員の資質向上を図るため、計画的に県主導による研修会を定期的に行い、受講状況を確認の上、未受講である職員に対し研修会を受講するよう働きかけていく。

④私立幼稚園運営状況調査の実施（別紙4）

これまで、私立幼稚園に対しては学校法人調査（※10）を実施してきたが、保育所、幼保連携型認定こども園と同等の視点で私立幼稚園の運営状況を調査するため、新たに認可基準の順守状況、安全管理状況等を調査する「私立幼稚園運営状況調査」を令和3年11月から開始している。

（主な調査項目）

- | | |
|------------|----------------------|
| ・認可基準の遵守状況 | 幼稚園設置基準、教育課程等 |
| ・安全管理 | 学校安全計画、危機管理マニュアル、訓練等 |
| ・運営状況等 | 学校保健計画、健康診断、環境衛生検査等 |

※10 学校法人調査について

県は、私立学校法第6条の規定に基づき、平成28年に「学校法人調査実施要領」を定め、3年に1回、実地検査を実施している。

それ以前は、「私立高等学校運営費補助金等調査」の1メニューとして書面調査を実施していたが、調査対象施設（補助金を交付していない各種学校を追加）や調査項目（学校内でのいじめ・体罰問題等の追加）の見直しを行い、補助金調査とは別の独立した調査として再整理した。

5 再発防止に向けた提言

（1）リスクマネジメント

①事故モデル「スイスチーズモデル」

英国の心理学者ジェームズ・リーズンが提唱した事故モデル「スイスチーズモデル」によれば、事故は単独で発生するものではなく、複数の事象が連鎖して発生するとされている。

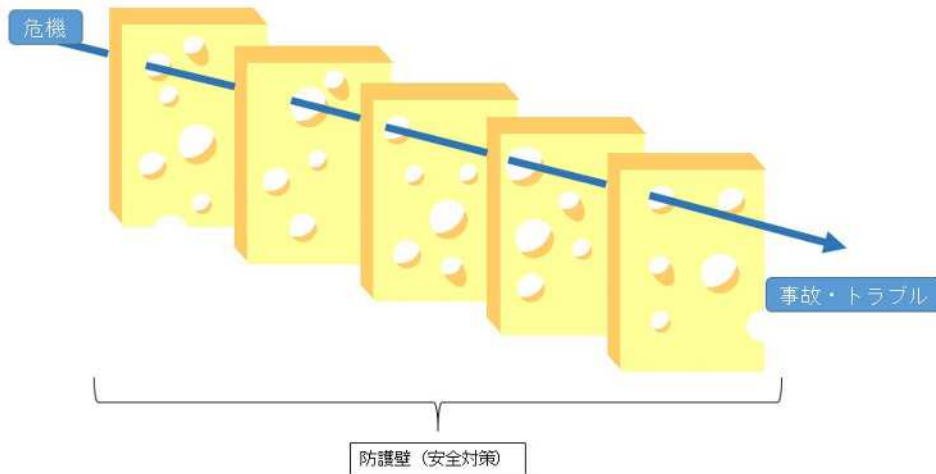
通常、事故が想定される場合には、いくつかの防護壁（安全対策）を設けているが、図3のように、これら対策の脆弱な部分や連鎖的なエラーといった「穴」を次々に通過してしまうと、事故・トラブルに至ることとなる。

その対策としては、そもそも防護壁（安全対策）の穴をつくらないことが重要であり、まず施設・事業者において、内部のみならず、外部（幼児教育・保育の専門家や園医等の医療従事者）からの視点によるヒヤリハット事例を収集・分析するなどし、どのような弱点が各施設にあるかを平時から把握すべきである。

また、防護壁（安全対策）を何枚も重ねて立てることにより、事故をほぼ限りな

く防止できることから、安全管理に関する最新の正しい知識・情報の習得や事故発生時における初期対応等の実技を取り入れた研修を定期的に全施設職員が受講すべきである。

(図3：スイスチーズモデルのイメージ)



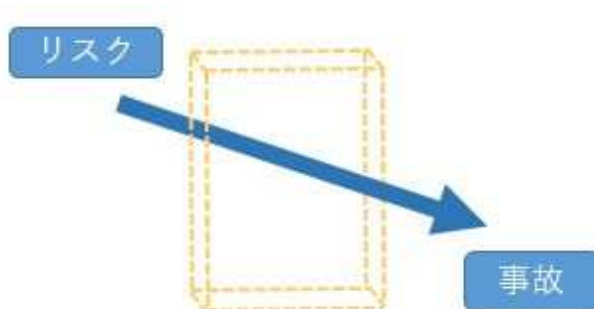
②本事案の場合

クラス内で日常的にカセットコンロを使用していたこと、本事案発生時は柚子ジュースを他のクラスにあるキッチンで温め、蓋をしないで運んでいたこと、本児と担任が廊下で衝突したことが重なり事故に至った。

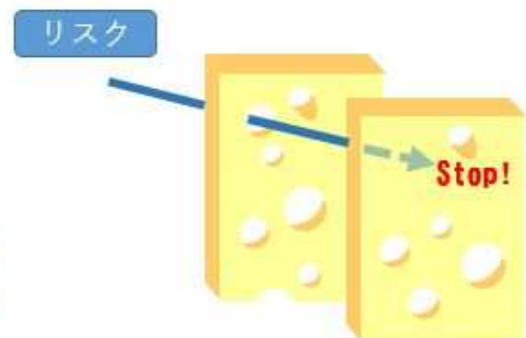
そもそも本園に防護壁（安全対策）はあったのか。カセットコンロを使用するための運用マニュアル等は存在せず、柚子ジュース・シロップの保管瓶は園児の手の届く場所に置かれ、衛生管理マニュアルも存在しなかった。防護壁がなければ、事故は起こるべくして起こる。園の危機管理全般については、平成28年11月5日に「危機管理マニュアル（教職員の心構え）」が策定され、保育中の事故発生時の対応を示しているが、火傷に係る記述はなく、園児のそばで火を扱うことに危険性があるとは認知していない。これまでの教育・保育中に、ガラスが壊れてヒヤリとする、或いは、カッターナイフを手に取り遊んでいたなど、子どものちょっとした動きやはずみでハッと、ヒヤリとした経験はなかったのか。

まず園は、事故が起こらないように防護壁（安全対策）そのものを作るということに注力しなければならない。

(本事案発生時の本園の状況)



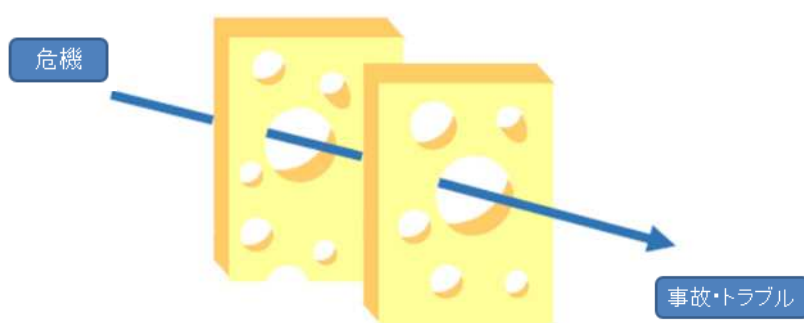
(望まれる姿)



次に、子どもは予期しない行動をするものだと十分に認識し、危険性を認知した上で、防護壁（安全対策）を講じなければならない。

クラス内でカセットコンロを使用する際は、コンロから一定程度園児と距離を取る。あるいは、安全柵を設置してコンロに近づけないようする。ジュースを温める温度はコップに入れて園児がすぐ飲める程度の温度とする。やかんは蓋をする。もちろん運ぶ時もしかりである。園児がジュースを飲むときは、みんなが座って落ち着いて飲ませるなど防護壁（安全対策）を講じなければならない。

しかし、防護壁を講じていても、対策の脆弱な部分や連鎖的なエラーといった「穴」が繋がると、事故が起こってしまう。



だからこそ日頃から、子どもの命を預かる施設という認識の下、ヒヤリとしたことハットしたことを職員間で共有し、その経験を安全対策に活かし緊張感をもって子どもに接しなければならない。

この防護壁（安全対策）は、施設長が責任をもって構築しなければならない。施設長は、安全研修等を通じて、この防護壁（安全対策）を何枚も重ねて事故防止に努め、全職員で共有しなければならない。また、ヒヤリハット事例を収集・分析して、日頃からどのような危険が潜んでいるのか把握し、危険を取り除き、安全管理に関する最新の正しい知識や情報を習得していかなければならない。

併せて、施設内の設備の安全確保のため、年齢別のチェックリスト等を作成する等により定期的に点検し、職員で共有化を図るとともに、その結果に基づいて速やかに問題のある個所の改善を行うことが必要である。

また、実際に事故が起こった際には、施設全体が動転している状況下においても冷静な対応が可能となるようあらかじめ研修等を行い、備えていなければならない。

（２）クライシスマネジメント

安全管理に関する最新の正しい知識・情報の習得により、事故はほぼ限りなく防止できるが、その一方において、事故は必ず発生するという認識の下、事故が発生してしまった際に、迅速に対応し、できる限り事故の影響を少なくできるよう、あらかじめ対策を講じておくことも重要である。

重大事故が発生することにより、重大事故にあった子の保護者はもとより、他の保護者にも多大な心理的不安を与えることが考えられる。また、事故が発生した際、施設・事業者は大きく混乱することも想定される。

これらを踏まえ、施設・事業者は、県・市町村の助言の下、事故発生の際の対応マニュアル等をあらかじめ整備しておくべきである。

また、県・市町村は施設で有事が発生した際は、国指針及び国ガイドラインに基づき必要な支援を適切に行うべきである。

(3) コミュニケーション

施設・事業者は、幼児教育・保育の安全性に対する基本的な姿勢や考え方について、保護者へ説明の上、理解を得ることや、施設運営等における疑義又は施設・事業者の考えと異なる意見を保護者から聴取するなどを通じ、保護者との相互理解を促進することが重要である。

施設職員と保護者とでは、知識や立場の違いなどから、同じように子どものことを想っていても、認識に違いが生じる場合がある。こうした見方や意見の違いについて、率直に意見交換を行い、両者が同じ想いで子どもの安全で健やかな成長を目指して協調しあえるよう、日ごろから施設・事業者は保護者とコミュニケーションや情報共有を密にするようすべきである。

また、教育・保育体制のあり方について、それぞれの施設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職員一人ひとりが自覚し、よりよい幼児教育・保育環境が提供されるよう努めるべきである。

そのほか、施設の活動中に発生した事故については、治療期間が30日未満であるとの医療機関の診断がある場合を除き、速やかに行政機関に対して事故報告を行い、行政機関とコミュニケーションを取りながら、その後の対応を適切に行うべきである。

(4) 安全管理の徹底

県は、本事案に伴い県内の教育・保育施設等の安全管理の状況を調査している。

- ・「県内保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応に係る研修等の実施状況調査」
- ・「火や熱を発する器具等の使用を伴う保育・教育活動の実施並び施設への看護師配置に係る実態調査」

これら調査結果では、事故防止・事故発生時の対応に係る園内研修を実施している施設や職員からヒヤリハット事例の報告を収集している施設の割合は9割を超えているものの全てではない。また、本園以外にも約5割の施設がカセットコンロやホットプレートなどを使用していることが判明しているほか、看護師を配置している施設の割合は約3割である。

また、本事案とは直接関係しないが、令和3年7月に他県で発生した保育施設の送迎車両内において、取り残された児童が死亡する事案に関連した調査についても実施している。

- ・「保育施設等における送迎バス運行に関する実態調査」

県は、これらの調査結果と本事案の調査・分析結果等を踏まえ、検証会議の目的である再発防止策を実行・実践し、本事案と同様の事故が二度と発生しないようにしなければならない。施設を対象とした巡回指導や研修会の開催などにより、施設における事故の防止や事故の発生時の対応等に必要な知識、技能等に係る取組を支援すべきである。

令和3年12月には、医師の視点で施設において留意すべき点や事故発生時の初期対応等についての教育・保育施設等における安全管理研修会を動画方式で実施しているが、今後もこのような取組を積極的に行い、各教育・保育施設等が自主的に学習・研修していくことができる環境を促す必要がある。

また、県は、指導監督基準に適合させるよう指導を徹底し、子どもの安全に必要と認める事項については、改善状況の確認の徹底、勧告や公表などの行政処分を行うなど、施設における改善が迅速かつ十分になされるよう指導監督の徹底を図るべきであることから、新たに私立幼稚園（幼稚園型認定こども園を含む）を対象に令和3年11月から実施している私立幼稚園運営状況調査において、子どもの安全を確保するため、保育所・幼保連携型認定こども園と同等の視点で、運営状況を確認し、改善すべき点は改善するよう積極的に指導されたい。

6 おわりに

教育・保育施設では、事故は必ず起こるものである。しかし、だからといって、起こるから仕方がない、やむを得ないということではない。基本的に事故は防げるものだという認識が不可欠である。それが実際に多くの事故を防ぐことにつながる。逆に、我が園は大丈夫だと考えるべきではない。それが事故につながることになる。

この度検証の対象となった事故は、直接には担当が蓋をしていない熱いやかんを持ち歩いたことに大きな原因がある。しかし、蓋をしていなければ常にこのような事故が起こるというわけではない。あるいは、本児が廊下を走らなければ、このような熱傷に至ることはなかったであろうが、そもそも子どもは走るものである。事故は偶然の積み重ねによって起こるのであり、教育・保育に責任をもつ立場の者は、それを知って事前に注意を怠らないことに尽きるのである。

本園は、鳥取県内において長い歴史をもつ教育・保育施設の1つである。その『110周年記念誌』あるいは、その前の『百年史』には、これまでの保育実践に向けた真摯な取り組みが語られている。そして同時に、多くの卒園生や関係者から、本園の保育を支持し期待する声も寄せられている。しかし、そのような伝統ある園でも事故は起こるし、逆に、長い歴史の中でそれを経験する機会はむしろ多いのかもしれない。

本検証会議における事故検証は、容易なものではなかった。直接事故現場にいた担任及び主任からの聴き取りが、諸事情からできなかった。本園に残された関係資料も多くはなかった。加えて、本園と本児保護者の間には事実認識の相違があり、両者に不信感があったことも否めない。しかしそれでも、本事故検証から、県内教育・保育施設の事故防止に向けて、多くの教訓を得ることができた。

例えば、ヒヤリハットを含めたリスクに関する認識の職員間共有、事故が起きた際の適切な初期対応、事故状況を速やかに記録に残すことなどの重要性である。そして、行政機関への迅速で適切な報告に際しては、保護者と施設との十分な信頼関係が不可欠なことである。それがなければ、怪我の状況について必要な情報が得られず、その後の対応も困難になる。

ならば、教育・保育施設ではこれから何をすべきか。それらの課題克服へ向けての研修の充実は特に強調されてよい。事故直後の初期対応に関する基本的な研修などは県当局が企画し、それぞれに保育理念などが異なり事故リスクにも違いがある施設の実態に即した研修は、施設内や関係団体による実施も期待される。保護者とのコミュニケーションスキルに関する研修にも、日頃から施設内外で取り組む必要がある。

その際、小児科医、幼児教育・保育研究者、経験ある他施設の実践家、弁護士などの外部の専門家の助言を求めることも有益である。保育現場への看護師配置の促進も有効であろう。加えて、重大事故が発生した際に県や国への報告を迅速に行うためには、県当局による条件整備を引き続き進めていき、その手続きを各施設に周知していくことが不可欠である。

各幼児教育・保育施設並びに関係機関においては、本報告書の意図をくみ取り、不幸な事故が生じないよう、誠意と努力と忍耐をもって活動に取り組まれるよう期待したい。

令和3年12月23日

教育・保育施設等における事故防止に向けた調査検証チーム
委員長 塩野谷 齊

第202100116346号
令和3年8月5日

各市町村保育行政担当課長 様

幼稚園、届出保育施設にも同様の内容を通知

鳥取県子育て・人財局子育て王国課長
(公 印 省 略)

特定教育・保育施設等における事故の報告等について (通知)

特定教育・保育施設等における事故の報告等の取扱いについては、平成30年6月6日付第201800057804号で通知しているところではありますが、この度、別添のとおり事故報告等の取扱いについて一部改正しましたのでご了解ください。

各市町村におかれては、特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、届出保育施設（鳥取市のみ）及び地域子ども・子育て支援事業を実施する施設・事業者に周知していただきますようお願いいたします。

なお、平成30年6月6日付第201800057804号通知については、本通知の施行に伴い廃止します。

記

従来の
「施設・事業者⇒市町村⇒県」
という報告ルートを見直し、迅速化を図った。

1 主な改正概要

- ・第1報の国への報告について迅速に対応するため、施設・事業者からの報告は市町村に併せて、県子育て王国課にも報告することとした。（中核市である鳥取市の施設・事業者は施設種によっては鳥取市のみへの報告の場合あり。）
- ・やむを得ず速やかに事故報告書が提出できない場合は電話により報告を行うこととした。
- ・土日祝日の連絡体制を追記

新たに公用携帯を1台整備し、土日祝日であっても対応するよう改善を図った。

2 関連通知 (国通知)

【事故報告関連】

- ・特定教育・保育施設等における事故の報告等について
(平成29年11月10日付内閣府、文部科学省、厚生労働省通知)

【事故対応関連】

- ・教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドラインについて
(平成28年3月31日付内閣府、文部科学省、厚生労働省通知)
- ・「学校事故対応に関する指針」の公表について (通知)
(平成28年3月31日付文部科学省初等中等教育局長通知)
- ・「学校事故対応に関する指針」に基づく適切な事故対応の推進について (通知)
(平成28年12月21日付文部科学省初等中等教育局長通知)

子育て・人財局子育て王国課
保育・幼児教育担当 北岡、内藤
電話：0857-26-7150

教育・保育施設等における事故発生時の事故報告及び地方自治体の対応について

令和3年8月5日
鳥取県子育て王国課

1. 事故報告

(1) 報告の対象となる施設・事業の範囲

- ①特定教育・保育施設（認定こども園、保育所及び私立幼稚園）
- ②特定地域型保育事業（小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業及び事業所内保育事業）
- ③地域子ども・子育て支援事業（延長保育事業、放課後児童クラブ、子育て短期支援事業、一時預かり事業、病児保育事業及びファミリー・サポート・センター事業に限る。）
- ④届出保育施設

(2) 報告の対象となる重大事故の範囲及び報告の取扱い

- ①重大事故の範囲
 - 死亡事故
 - 治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等（意識不明（人工呼吸器を付ける、ICUに入る等）の事故を含み、意識不明の事故についてはその後の経過にかかわらず、事案が生じた時点で報告すること。）
 - 救急搬送を要すると判断される程度の事故等であった場合（次の例示のような事故が想定されるが、他の事例も含む。）
 - （例示）・プール活動、水遊びによる事故
 - ・アレルギー疾患によるアナフィラキシー症状
 - ・熱傷（やけど）
 - ・屋外活動時の事故
 - ・遊具による事故
- ②報告の取扱い
 - 第1報による報告

上記①に該当する場合に提出。（国事故報告様式の表面のみ記載）
やむを得ず速やかに事故報告書（国様式）の提出ができない場合は、電話により報告を行うこと。なお、その場合も別途、事故報告書（国様式）を作成し提出すること。
また、報告対象として判断に迷う場合は、子育て王国課に相談すること。
 - 第2報による報告

第1報での報告内容に状況の変化や事故発生の要因分析や検証結果を追記して提出。（国事故報告様式の表面に追記及び裏面に記載）

(3) 報告期限

- 【第1報】原則事故発生当日（遅くとも事故発生翌日）
- 【第2報】原則1か月以内程度とし、状況の変化や必要に応じて、追加の報告を行うこと。
また、事故発生の要因分析や検証等の結果については、でき次第報告すること。

(4) 報告のルート

①特定教育・保育施設、特定地域型保育事業者及び延長保育事業者

第1報	施設・事業者 → 市町村（鳥取市を含む） → 県民福祉局 → 子育て王国課 ↳ 子育て王国課 → 国 ※事故発覚及び国報告の遅れを防ぐため、事業者は市町村にあわせて、子育て王国課にも報告 ※東部5市町は直接子育て王国課へ報告
第2報	施設・事業者 → 市町村（鳥取市を含む） → 県民福祉局 → 子育て王国課 → 国 ※東部5市町は直接子育て王国課へ報告

②幼稚園（特定教育・保育施設以外）

第1報	施設・事業者 → 子育て王国課 → 国 ※子育て王国課は報告内容を当該施設所在市町村へ報告
第2報	

③届出保育施設

<鳥取市以外>

第1報	施設・事業者 → 県民福祉局 → 子育て王国課 ↳ 子育て王国課 → 国 ※事故発覚及び国報告の遅れを防ぐため、事業者は県民福祉局にあわせて、子育て王国課にも報告 ※東部4町は直接子育て王国課へ報告 ※子育て王国課は報告内容を当該施設所在市町村へ報告
第2報	施設・事業者 → 県民福祉局 → 子育て王国課 → 国 ※東部4町は直接子育て王国課へ報告

<鳥取市>

第1報	施設・事業者 → 鳥取市 → 国 ↳ 子育て王国課
第2報	※鳥取市（中核市）は、本来であれば子育て王国課への報告は不要であるが参考送付とする

④放課後児童クラブ及びファミリー・サポート・センター事業

第1報	施設・事業者 → 市町村（鳥取市を含む） → 子育て王国課 ↳ 子育て王国課 → 国 ※事故発覚及び国報告の遅れを防ぐため、事業者は市町村にあわせて、子育て王国課にも報告
第2報	施設・事業者 → 市町村（鳥取市を含む） → 子育て王国課 → 国

⑤子育て短期支援事業及び病児保育事業

<鳥取市以外>

第1報	事業者 → 市町村 → 子育て王国課 ↳ 子育て王国課 → 国 ※事故発覚及び国報告の遅れを防ぐため、事業者は市町村にあわせて、子育て王国課にも報告
第2報	事業者 → 市町村 → 子育て王国課 → 国

<鳥取市>

第1報	事業者 → 鳥取市 → 国 ↳ 子育て王国課
第2報	※鳥取市（中核市）は、本来であれば子育て王国課への報告は不要であるが参考送付とする

⑥一時預かり事業

<鳥取市以外>

第1報	事業者 → 市町村 → 県民福祉局 → 子育て王国課 ↳ 子育て王国課 → 国 ※事故発覚及び国報告の遅れを防ぐため、事業者は市町村にあわせて、子育て王国課にも報告 ※東部4町は直接子育て王国課へ報告
第2報	事業者 → 市町村 → 県民福祉局 → 子育て王国課 → 国 ※東部4町は直接子育て王国課へ報告

<鳥取市>

第1報	事業者 → 鳥取市 → 国 ↳ 子育て王国課
第2報	※鳥取市（中核市）は、本来であれば子育て王国課への報告は不要であるが参考送付とする

※施設・事業者から報告を受けた市町村は、適宜消費者庁消費者安全課に報告（消費者安全法に基づく報告）を行うこと。

(5) 土・日・祝日の連絡体制

土・日・祝日に事故が発生した場合は、以下の連絡先への電話報告に加えて、電子メールまたはファクシミリにより事故報告書（指定様式）を提出する。

電話（土日祝日のみ） 0 8 0 - 5 7 2 8 - 5 9 3 3
 メールアドレス kosodate@pref.tottori.lg.jp
 ファクシミリ 0 8 5 7 - 2 6 - 7 8 6 3

(6) 報告様式

国様式による

(7) 公表等（国通知抜粋）

都道府県・市町村は、報告のあった事故について、類似事故の再発防止のため、事案に応じて公表を行うとともに、事故が発生した要因や再発防止策等について、管内の施設・事業者等へ情報提供すること。併せて、再発防止策についての好事例は内閣府、文部科学省又は厚生労働省へそれぞれ情報提供すること。なお、公表等に当たっては、保護者の意向や個人情報保護の観点に十分に配慮すること。

また、(4)により報告された情報については、全体として内閣府において集約の上、事故の再発防止に資すると認められる情報について、公表するものとする。

2. 事故発生時の地方自治体の対応

- 「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン【事故発生時の対応】（以下、「ガイドライン」という）」に基づき、以下の対応を行う。
- 事故発生時の対応に係る施設種毎の地方自治体の役割分担は、ガイドラインに基づき以下のとおりとするが、県と市町村は必要に応じて連携して対応する。

- ・特定教育・保育施設、特定地域型保育事業者、延長保育事業者、放課後児童クラブ、ファミリー・サポート・センター事業、子育て短期支援事業(鳥取市以外)、病児保育事業(鳥取市以外)、一時預かり事業(鳥取市以外)・・・【市町村】
- ・幼稚園(特定教育・保育施設以外)・・・【県】
- ・届出保育施設(鳥取市以外)・・・【県】
- ・鳥取市の届出保育施設、子育て短期支援事業、病児保育事業及び一時預かり事業・・・【鳥取市】

【関係者への連絡】

- ・役割分担に基づき対応
- ・可能な限り早期に職員が施設・事業者を訪問
- ・地方自治体内の各部署、関係機関への連絡
- ・施設・事業者がガイドラインに沿った対応を行っているか確認
- ・事故後の教育・保育の継続に支障がないか確認
- ・支障がある場合、他の施設での受入の要請等により、施設・事業者の運営を支援

【教育・保育の継続】

- ・施設・事業者がガイドラインに沿った対応を行っているか確認
- ・事故後の教育・保育の継続に支障がないか確認
- ・支障がある場合、他の施設・事業者での受入の要請等により、施設・事業者の運営を支援

【事故状況の記録】

- ・状況を時系列に記録する等適切に記録できるよう助言・指導

【保護者への対応】

- ・施設・事業者と保護者の間でトラブルが発生しないよう配慮する

【報道機関への対応】

- ・報道機関への対応窓口の一本化
- ・報道機関への対応の留意点等について、施設・事業者へ助言

【事実関係の整理】

- ・施設・事業者の職員の記録や現場確認の結果をとりまとめて事実関係を整理

【明らかな危険要因への対応】

- ・全ての施設・事業者に対し、危険要因について周知する

【事故後の検証】

- ・死亡事故等の重大事故について検証を実施

【参考】 根拠通知等

【事故】

- 「学校事故対応に関する指針」の公表について（通知）
(平成 28 年 3 月 31 日付文部科学省初等中等教育局長通知)
- 「学校事故対応に関する指針」に基づく適切な事故対応の推進について（通知）
(平成 28 年 12 月 21 日付文部科学省初等中等教育局長通知)
- 教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドラインについて
(平成 28 年 3 月 31 日付内閣府、文部科学省、厚生労働省通知)

【国報告】

- 特定教育・保育施設等における事故の報告等について
(平成 29 年 11 月 10 日付内閣府、文部科学省、厚生労働省通知)

教育・保育施設等における安全管理研修会の実施について

1. 開催方法等

- ・開催方法：動画配信方式（各施設には、年内を目途に研修をしていただく）
⇒各施設でのフォロー研修等にも活用できるようDVDも配布
- ・対象施設：市町村、保育所、認定こども園、幼稚園、地域型保育事業所、届出保育施設（約300施設）
- ・講師等：鳥取県立中央病院医師
子育て王国課職員
- ・研修時間：2時間程度（想定：医師90分、行政説明30分）

2. 研修項目

- 1) 医師の視点から施設において留意すべき点や事故発生時の初期対応について
⇒（例）児童へ接する際の心構え、施設内で危険になりやすい箇所の紹介、事故発生時の初期対応（応急手当（やけど、ハチ、ヘビ等）、救急車要請の目安等）
- 2) 事故が発生した際の関係機関への報告について
- 3) 事故発生後の対応について

3. 研修受講に伴う県の対応

- ・研修を受講した記録が残せる研修手帳等を作成し、全職員に配布
- ・全職員が研修を受講した施設に対し、ステッカー・認定書等を授与するとともに、県ホームページにおいて公表
- ・本研修会を鳥取県保育士等キャリアアップ研修（保健衛生・安全対策分野）及び自然保育安全管理研修に指定

4. その他

- 本研修は全ての施設において受講いただくよう呼びかける。
- 施設に対し、研修受講後、職員間で話し合った気づきや内容をまとめたレポートと受講時の写真を子育て王国課へ報告するよう求める。

私立幼稚園運営状況調査の概要について

令和3年11月から私立幼稚園に対して、保育所・幼保連携型認定こども園と同等の視点で、認可基準の遵守状況、安全管理状況等を確認する私立幼稚園運営状況調査を実施します。

1 調査概要

全ての私立幼稚園を対象に、保育所・幼保連携型認定こども園の監査と同じ水準で、認可基準の遵守状況、安全管理状況、運営状況等を実地及び書面で調査し、適切な園運営となるよう、助言、改善指導を行う。

(1) 調査対象 私立幼稚園（幼稚園型認定こども園含む）全16園

(2) 主な調査項目

[認可基準の遵守状況]

- ・幼稚園設置基準を遵守しているか。
- ・教育課程等については、幼稚園教育要領に基づき行われているか。

[安全管理]

- ・園児の安全の確保を図るため、学校安全計画及び危機管理マニュアルを作成し、訓練など、職員が適切に対処するために必要な措置を講じているか。
- ・重大事故が起きた場合は、事故報告を県担当課及び設置者に行っているか。
- ・設置者は事故報告を受けて、園児の保護者の意向を踏まえ、事故の調査の実施が必要か判断しているか。

[運営状況等]

- ・園児及び職員の心身の健康の保持増進を図るため、学校保健計画を作成し、健康診断、環境衛生検査等を行っているか。
- ・アレルギー疾患を有する園児については、「学校のアレルギー疾患に対する取り組みガイドライン」に基づき、学校生活管理指導表等を活用しながら、学校生活を安心・安全なものにするための取り組みを図っているか。

(3) 調査方法

学校法人調査の実施に合わせて3年毎の周期で実地調査を行い、その他の年度においては書面調査を実施する。また、必要に応じて再調査を実施する。

2 今年度スケジュール

10月15日 実施要綱、調査様式、調査に当たっての着眼点を作成し、各幼稚園へ送付

11月16日～2月中終了予定 実地調査開始（未移行園全5園は実地対象）

3月中 調査結果通知 改善が必要な事項をとりまとめてHPで公表し、各園に注意喚起

(参考) 保育所等の監査

令和3年度の保育所等の監査は、新型コロナウイルス感染症の感染状況を鑑み10月から実施。約300施設等を対象に監査を行う。（鳥取市内の施設は鳥取市が監査を実施）