

＜企業主導型保育事業＞ 平成28年度保育安全研修会

# 保育所等における リスクマネジメント

---

**依田 麻衣子**

(株式会社インターリスク総研 事業リスクマネジメント部 事業継続マネジメントグループ)

※本資料は公開用に抜粋したものです

# 本日のテーマ

1. 最近の事故事例
2. リスクマネジメント・賠償責任の考え方
3. 事故発生時の対応
4. 事故対応策のポイント
5. 事故報告書の書き方
6. 要因分析
7. 事故を起こさないための取組み

# 1. 最近の事故事例

# 事例 1 : 今年度発生した事故について (死亡)

## 前日

18:40 登園。特に大きな変化なく過ごしていた。

23:15 入眠する。(体勢は横向き)

## 当日

1:14 お迎えの引き渡し時に乳児の異常に気付いた。**心肺停止状態**となっていた。  
心肺蘇生、通報、AED対応を行った。(発見時、体勢は横向き)

SIDSチェック(5分おきの寝てる向き、呼吸状態等のチェック)を**うす暗い状態の中、目視のみでのチェック**であったため充分とは言えず、異常に気付くことができなかった。

**死因 : 司法解剖を行ったが不明**

**当該事故に特徴的な事項 : SIDSチェック(5分おきの寝てる向き、呼吸状態等のチェック)が十分にできていなかった**

## 事例 2 : 今年度発生した事故について (骨折)

- 14 : 15** 本児を含む女児 9 名が保育士と一緒にかけっこをしていた。本児は走り終え、小走りで手洗い場に向かっていた。本児の後方からスピードにのったまま他児が走ってきた時、不意にわき見をしたため本児に気付かず、**本児の背中にぶつかった**。その際本児は**バランスを崩し、前のめりになり手をつかずに右肩から地面に倒れた**。本児は「痛い」と言って倒れたままの状態**で右肩を押さえ泣いた**。保育士が本児に駆け寄り本児を見ると、**右頬に砂がつき、右肩の内側は少し赤くなっていた**。
- 14 : 20** 流水で右頬の砂を洗い流し、本児を事務室につれていき園長に報告した。**すぐに保冷剤をタオルで包み右肩内側を冷やした**。
- 14 : 30** 事務室でおやつを食べる。**利き手の右手をあまり使わず左手で食べた**。**右手を動かそうとすると顔をゆがませ痛がる**。
- 15 : 15** 母親に負傷の状況と受診したい旨を電話で伝えた。
- 16 : 00** 母親、園長とともに、整形外科で診察を受けた。

**症状 : 右鎖骨骨折**

# 事例3：今年度発生した事故について（骨折）

## 当日

- 14:20** 螺旋滑り台で遊び、滑り台の中央でしゃがんでいる際、保育者が声をかけながら近づくと、本児は少し興奮してしゃがんだ状態で後ずさりし、バランスを崩して落下。右肩を地面で打つ。
- 15:00** 患部を確認すると腫れていたなので冷却シートで冷やす。
- 16:00** 園服を着る際本児が肩を痛がったので、母親に病院受診をお願いする。

## 翌日

- 9:00** 整形外科を受診。骨折が判明。

**症状：右鎖骨骨折**

## 2. リスクマネジメント・賠償責任の考え方

# リスクマネジメントの基本的な考え

- ①人は必ず事故を起こす
- ②組織で事故予防に取り組む
- ③万一事故が起きても被害は最小限に

# 法的責任の整理

- 民事上の損害賠償責任

→被害者の権利、利益の補償・金銭による原状回復

- 刑事上の責任(懲役・罰金等)

→加害者の処罰・反社会的行為の防止

- 行政上の責任(行政処分)

→事業者に対し行政から課せられる処置

# 民事上の損害賠償責任

## ◆ 一般的不法行為（民法709条）

＜民法709条＞

故意又は過失によって他人の権利又は法律上保護される利益を侵害した者は、これによって生じた損害を賠償する責任を負う。

## ◆ 契約に基づく責任（民法415条）

＜民法415条＞

債務者がその債務の本旨に従った履行をしないときは、債権者は、これによって生じた損害の賠償を請求することができる。債務者の責めに帰すべき事由によって履行をすることができなくなったときも、同様とする。

# 使用者責任・土地工作物責任

## ◆使用者責任（民法715条）

### <民法715条>

ある事業のために他人を使用する者は、被用者がその事業の執行について第三者に加えた損害を賠償する責任を負う。ただし、使用者が被用者の選任及びその事業の監督について相当の注意をしたとき、又は相当の注意をしても損害が生ずべきであったときは、この限りでない。

## ◆土地工作物責任（民法717条）

### <民法717条1項>

土地の工作物の設置又は保存に瑕疵があることによって他人に損害を生じたときは、その工作物の占有者は、被害者に対してその損害を賠償する責任を負う。ただし、占有者が損害の発生を防止するのに必要な注意をしたときは、所有者がその損害を賠償しなければならない。

# 事故・ヒヤリハットの評価

**事業者に過失の無い事故でも保護者が納得するとは限らない。  
子どもの安全に対する保護者の期待はもっと高い！**

# 3. 事故発生時の対応

本パートは、

- ・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【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～
- ・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）

に基づき、作っています

# 事故発生時の段階的な対応一覧

事故発生後の段階	施設・事業者の対応
事故発生直後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心肺蘇生、応急処置</li> <li>・119番通報</li> <li>・事故の状況を的確に把握する</li> <li>・保護者へ連絡</li> </ul>
関係者への連絡	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地方自治体、法人本部へ連絡</li> </ul>
教育・保育の継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故発生現場の現状保存</li> <li>・事故に遭った子ども以外の教育・保育の継続</li> </ul> <p>※事故への対応と教育・保育を実施する職員は可能な限り分けて配置する</p>
事故状況の記録	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故現場にいた職員は、事故当日にできる限り早く記録</li> </ul>
保護者等への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事故の発生状況についての的確に報告する</li> <li>・必要に応じて、保護者説明会を開催する</li> </ul>
報道機関への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報道機関への対応窓口の一本化</li> </ul>
国、地方自治体への事故報告	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地方自治体へ事故報告</li> </ul>
事実関係の整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録の内容をもととした地方自治体からの聞き取りに対応する</li> </ul>
明らかな危険要因への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>・速やかに対応できるものについては具体的に対策をとる</li> </ul>
事故後の検証	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡事故等の重大事故以外の事故（地方自治体で検証を行わない重大事故、重大事故以外の事故）の検証を実施</li> </ul>

# 国、地方自治体への事故報告（対象施設・事業範囲）

- ・ **特定教育・保育施設**  
（認定こども園、幼稚園及び保育所）
- ・ **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）
- ・ **地域子ども・子育て支援事業**  
（一時預かり事業、延長保育事業及び病児保育事業に限る）
- ・ **認可外保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業**

出典：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】～施設・事業者、地方自治体共通～

# 国、地方自治体への事故報告 (報告対象となる重大事故の範囲)

## ・ 死亡事故

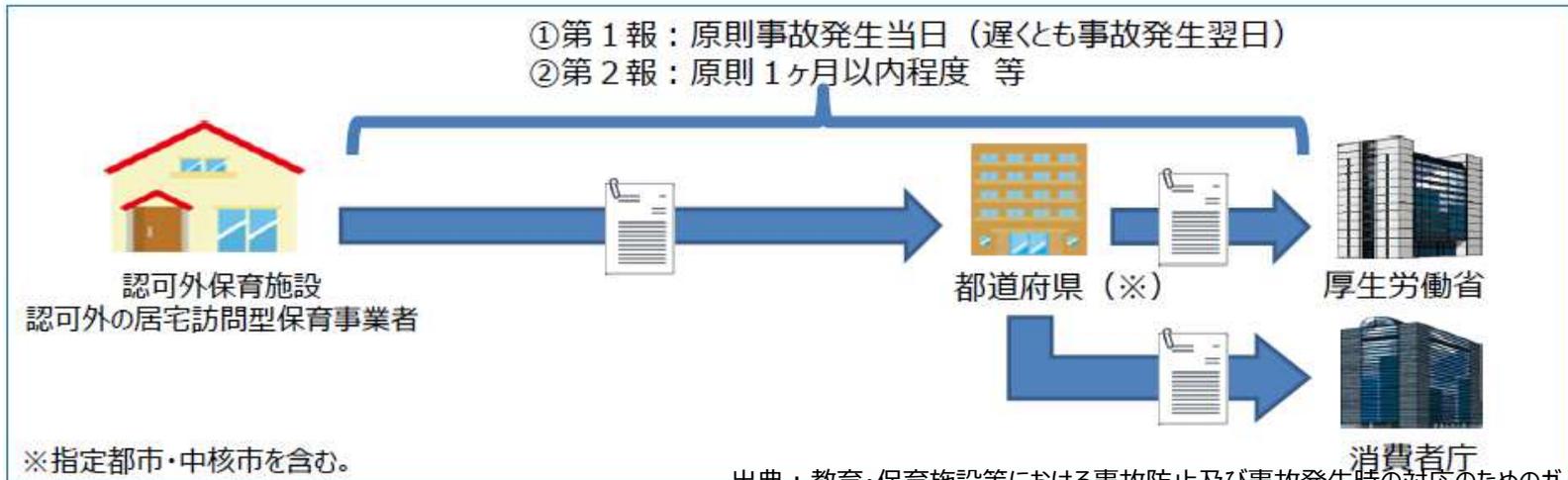
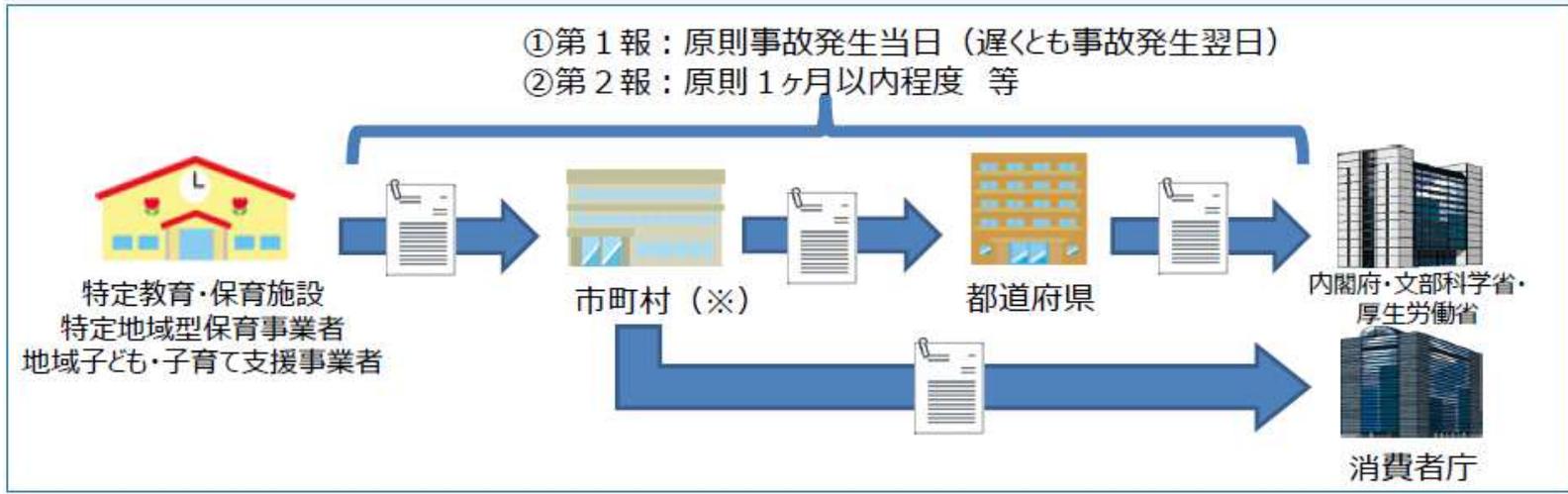
## ・ 治療に要する期間が30 日以上の負傷や疾病を伴う重篤な事故等

(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緯にかかわらず、事案が生じた時点で報告すること。)

※特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の運営に関する基準(平成26年内閣府令第39号)により、事故が発生した場合には速やかに市町村、子どもの家族等に連絡を行う必要があることに留意すること。

出典：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】～施設・事業者、地方自治体共通～

# 国、地方自治体への報告系統と報告期限



出典：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】～施設・事業者、地方自治体共通～

## 4. 事故対応策のポイント

## 事故対応体制の整備

⇒フローチャート等にまとめて、職員へ周知・徹底を図る

## 事故対応の留意点

⇒誰が何をするのか、平常時から体制・役割を決めておく

## 家族への対応

⇒家族が求めるもの  
何が紛争を招くのか  
施設の責任  
対応の心構え

## 普段からの利用者家族とのコミュニケーション

⇒問題の多くは、「事業者の説明不足」、「保護者の理解不足」に起因

# 5. 事故報告書の書き方

# なぜ事故報告書を作成するのか

**ポイント：事故報告書・ヒヤリハット報告書の収集は「責任追及」ではなく「要因追究」であることを理解すること！**

## **ポイント：事故状況記録**

事故後速やかに、事故の発生状況を記録する。

職員は、その日のうちにできる限り早く事実を記録する。

**ポイント：要因分析が行いやすいよう報告書様式を見直す！**

**ポイント：報告書様式は施設・事業者の状況や取組に応じて見直す！**

# 参考：特定教育・保育施設等 事故報告様式 <記載例>

色つきの項目：第1報

白（色なしの項目）：第2報

認可	施設・事業種別	保育所	地域子ども・子育て支援事業別	一時預かり	平成〇年〇月〇日／第〇報			
自治体名	〇〇県〇〇市			施設名	〇〇保育園			
所在地	〇〇市〇〇1-1-1			開設(認可)年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
設置者	〇〇法人〇〇会			代表者名	〇〇 〇〇			
在籍子ども数	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳以上	計		
	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇	〇〇		
教育・保育従事者数	〇〇名			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士		〇〇名		
うち常勤教育・保育従事者	〇〇名			うち常勤保育教諭・幼稚園教諭・保育士		〇〇名		
保育室等の面積	乳児室	〇m <sup>2</sup> ・	ほふく室	〇m <sup>2</sup> ・	保育室	〇m <sup>2</sup> ・	遊戯室	〇m <sup>2</sup>
	〇〇室	〇m <sup>2</sup> ・		m <sup>2</sup> ・		m <sup>2</sup> ・		m <sup>2</sup>
事故対応マニュアルの状況	無			事故予防に関する研修の直近の実施日	実施していない			

出典：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】～施設・事業者、地方自治体共通～

# 参考：特定教育・保育施設等 事故報告様式 <記載例>

事故発生日時	平成〇〇年〇月〇日		15時30分頃	
子どもの年齢・性別	1歳5ヶ月 男児	入園・入所年月日	平成〇〇年〇月〇日	
病状・死因等 (既往症)	窒息による低酸素性脳症により死亡			
	既往症：なし	病院名	〇〇病院	
発生時の体制	1歳児 3名	教育・保育従事者	2名	(うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士 2名)
発生場所	1歳児クラスのほふく室			
発見時の子どもの様子	おやつを食べている際に、本児が急に泣き出した。保育士が口内のものを出そうとしたが、嫌がっていた。保育士が口内に指を入れて、かき出していたが本児の唇が青くなったことに気がついた。背中を強く叩いたが、何も出てこず、段々、泣き声が弱々しくなった。			
発生状況	時間	内 容		
	7:30	登園。検温〇度。 本児は普段と変わらない様子で過ごす。		
(当日登園時からの健康状況、発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。なお、第1報においては、可能な範囲で記入。)	14:20	本児ほか2児が寝ている。		
	15:10	午睡から目覚め、おやつを食べる準備をする。		
	15:20	本児はケーキ(〇〇製菓××ケーキ(縦2cm、横2cm、厚さ2cm))をほおぼりながら食べるという食べ方をしていた。2つ目に手を伸ばし、食べていた。この時、担任保育士は少し離れた場所で他児の世話をしていた。 ケーキを食べた本児がびっくりした表情になった。椅子に腰掛けていて、苦しそうな様子はなかった。その後、急に声を出して泣き出した。保育士が口内のものを出そうとしたが、嫌がっていた。保育士が口内に指を入れて、かき出していたが本児の唇が青くなったことに気がついた。背中を強く叩いたが、何も出てこず、段々、泣き声が弱々しくなった。		
	15:25	看護師を部屋に呼んだ後、救急車を要請。口に手を入れ開かせた。背中を強く叩いたが、何も出てこない。泣き声が次第にかすれ声になり、体が硬直してきた。 看護師が到着した頃に、チアノーゼの症状が見られた。呼吸困難で、手は脱力した状態であると確認した。 看護師が脈をとるとかなり微弱で、瞳孔が拡大している。本児がぐったりとし、顔等が冷たいのを確認。心臓を確認すると、止まっている様感じ、心臓マッサージを行う。		
	15:33	救急隊が到着し、心肺蘇生等を実施し、病院へ搬送。		
	15:45	病院到着。意識不明であり、入院。		
	〇月〇日	意識が回復しないまま死亡。		

出典：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

# 参考：特定教育・保育施設等 事故報告様式 <記載例>

当該事故に特徴的な事項	普段は0歳児クラスで保育していたが、この日は1歳児クラスと合同で保育していた。
発生後の対応（報道発表を行う（行った）場合にはその予定（実績）を含む。）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・園の対応</li> <li>○/○ 保育園において児童の保護者と面談</li> <li>○/○ 保育園で保護者説明会</li> <li>○/○ 理事会で園長が説明</li> <li>・市の対応</li> <li>○/○ 記者クラブへ概要を説明</li> </ul>

- ※1 第1報は水色着色部分について報告してください。
- ※2 第1報は原則事故発生当日（遅くとも事故発生翌日）、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。また、事故発生の要因分析や検証等の結果については、でき次第報告してください。
- ※3 発生状況欄は適宜広げて記載してください。
- ※4 直近の指導監査の状況報告を添付してください。
- ※5 発生時の状況図（写真等を含む。）を添付してください。なお、遊具等の器具により発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。

出典：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】～施設・事業者、地方自治体共通～

# 参考：特定教育・保育施設等 事故報告様式 <記載例>

## 事故の概要

15:20 本児はケーキ（縦2cm、横2cm、厚さ2cm）をほおぼりながら食べるという食べ方をしていた。2つ目に手を伸ばし、食べていた。この時、担任保育士は少し離れた場所で他児の世話をしていた。  
 ケーキを食べた本児が急に声を出した泣き出した。保育士が口内に指を入れて、かき出していたが本児の唇が青くなったことに気がついた。  
 15:25 看護師を部屋に呼んだ後、救急車を要請。口に手を入れ開かせた。背中を強く叩いたが、何も出てこない。泣き声が次第にかすれ声になり、体が硬直してきた。  
 看護師が到着した頃に、チアノーゼの症状が見られた。呼吸困難で、手は脱力した状態であると確認した。  
 看護師が脈をとるとかなり微弱で、瞳孔が拡大している。本児がぐったりとし、顔等が冷たいのを確認。心臓を確認すると、止まっている様と感じ、心臓マッサージを行う。  
 15:33 救急隊が到着し、心肺蘇生等を実施し、病院へ搬送。  
 15:45 病院到着。意識不明であり、入院。  
 ○月○日 意識が回復しないまま死亡。

※ 個人情報に配慮の上、事故の背景が見えるように概要を記載してください。

## 事故発生の要因分析

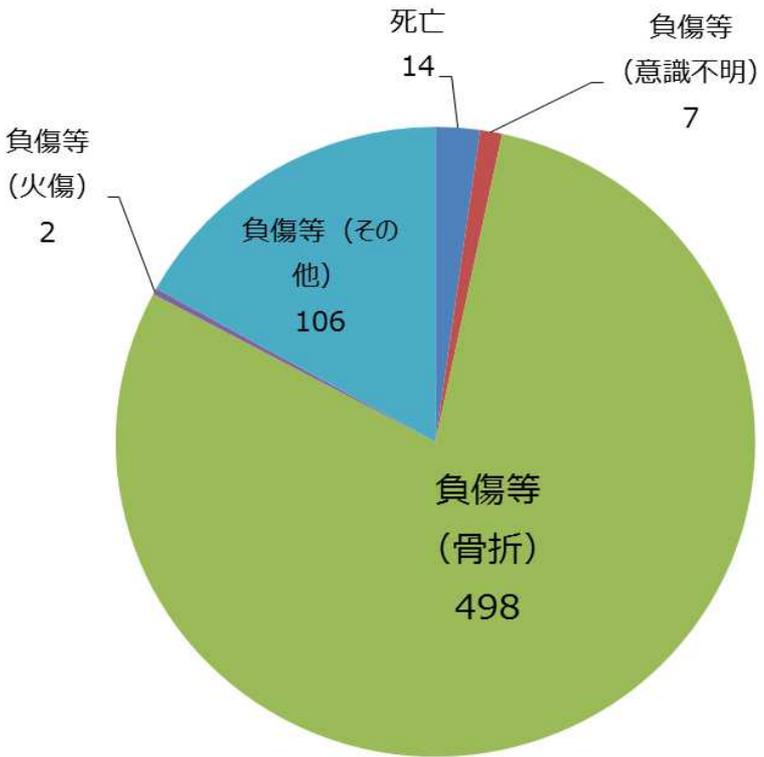
要因	分析	再発防止のための改善策
ソフト面 (マニュアル、研修、職員配置等)	・保育場面の移行期に留意がされておらず、事故防止マニュアルの整備ができていなかった。	・事故防止マニュアルを整備し、研修の実施により職員に周知を行う。
ハード面 (施設、設備等)	・面積基準として、ほふく室の基準3.3㎡は満たしていなかった。	・2歳未満児の1人あたりの面積を3.3㎡以上確保する。
環境面 (教育・保育の状況等)	・おやつは担当保育士が選んでいたが、おやつを選ぶ明確な基準はなかった。	・おやつ選定におけるチェック体制を強化する。 ・適切な大きさに切り分け提供するなどの配慮が必要な食材であることなど、職員間での必要な情報の共有をする。
人的面 (担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士の状況)	・おやつの際、担当保育士の見守りが十分ではなかった。	・保育者が食事の際の危険性を再認識し、見守りを怠らないように配慮する。
その他	・事故が起こった後に、事実関係の記録が行われていなかった。	・事故が起きた場合には、記憶が鮮明なうちにその経過を早期に把握し、特定の記録者が管理、時系列でわかるように整理する。

出典：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】～施設・事業者、地方自治体共通～

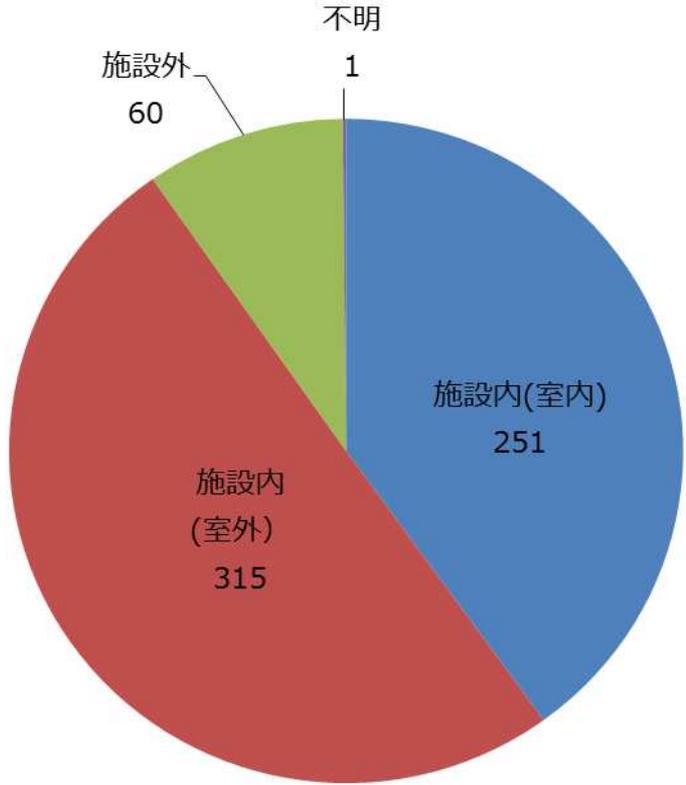
## 6. 要因分析

# インシデント情報収集と分類

どの事例を要因分析していくかを見極めるために、事故類型の分類が必要



＜受傷原因別発生状況＞



＜受傷場所別発生状況＞

出典：「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表及び事故防止対策について  
(内閣府子ども・子育て本部) を元にインターリスク総研作成

# 要因分析の目的と方法

## 要因分析の目的

事故・インシデントの的確かつ効果的な分析を行うことにより、システムやプロセスを改善する取組みを通じて、より安全で質の高いサービスを提供

## 要因分析の方法

1. 起こったことと、それに至るまでの「**事実の流れ**」を正確に書き出す
2. どのプロセスに**問題事象**（通常は複数）があったかを特定する
3. 各々の問題について、その問題を誘発した**背景要因**を追及する
4. 重要と考えられる改善すべき要因（**改善課題**）を特定する
5. 特定した改善課題について適切な**改善措置**を行う

# 要因分析のポイント

- ・ポイント：事故発生までのプロセスを追究し、本質的な問題点を把握する
- ・ポイント：視点を分けて（「利用者要因」「職員要因」「管理・環境要因」の3つの視点で）分析を行う

# 事故発生の変因分析 (SHEL分析)

	項目	内容
S	ソフト面	マニュアル、研修、職員配置など法人・施設内のシステムに関わるもの
H	ハード面	施設、設備に関わる「物的変因」
E	環境面	教育、保育の状況等照明や居室の空間など利用者の生活環境および職員の労働環境を含む環境に関わる「物的環境変因」
L	人的面	人間＝職員の技・知識・心理的変因および利用者本人の心身状態などに関わる「人的変因」

出典：地方自治体による教育・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（通知）

# 7. 事故を起こさないための取組み

# 再発防止・事故予防のための対策

## ルールと実務の一致

⇒運営マニュアルは毎年見直しをはかり、実態を踏まえ実施可能なものとし、実務との齟齬が発生しないようにすることが重要

## 記録の作成・活用

⇒個々の子どもたちに対して提供した内容を正しく確実に記録することの意味や目的を改めて確認することが重要

## 危険予知訓練（KYT）の実施

⇒「危険」に気づく能力（気づきの感性）を高めるために合理的に確立された教育・訓練手法であり、イラストを見ながら、現場に潜むさまざまな「危険」をグループで協議し、想定される事故と防止策を出し合い、行動目標を設定する。自発的な防止策の策定プロセスを通じ、職員一人ひとりの「気づきの感性」を高めることが可能。

# 危険予知訓練（KYT）の実施

## KYT基礎4ラウンド法

**1 R 現状把握**

（どんな危険がひそんでいるか）

**2 R 原因追求（これが危険のポイント）**

**3 R 対策（あなたならどうする）**

**4 R 目標設定（私たちはこうする）**

## 8. その他

# 小児性愛者（ペドフィリア）の存在について

**幼児等を対象とした特殊な性愛・性的嗜好を持つ者を指す。**

**下記トラブルが発生している**

- ・ 保育士が園児にわいせつな行為をし携帯電話で撮影**
- ・ 保育士が着替えをしていた園児の裸を撮影**
- ・ 保育士が午睡中に昼寝をしていた園児の下着を脱し撮影**

**MS&AD**

## **MS&AD Insurance Group**

### **株式会社インターリスク総研 事業リスクマネジメント部**

〒101-0062 東京都千代田区神田淡路町2-105ワテラスアネックス

Tel : 03-5296-8918 / Fax : 03-5296-8941

<http://www.irric.co.jp>