

令和7年度

## 沖縄県保育スキル向上研修 事故防止及び安全対策

特に重大事故が発生しやすい場面  
及び不適切な保育の防止について



### 担当講師

【講師名】

**實方 徹平**  
じつかた てっぺい

【講義実績】

- ・沖縄県保育スキル向上研修
- ・沖縄県子育て支援員研修
- ・大分県保育士等キャリアアップ研修
- ・愛知県保育士等キャリアアップ研修
- ・宮古島市保育士等キャリアアップ研修
- ・東京都子育て支援員研修

【プロフィール】

約10年の保育士の実務経験及び多数の保育所を運営する社会福祉法人の管理部門責任者としての経験から、保育指針に基づく保育については、造詣が深い。また、複数の指定保育士養成施設の講師として、講義を数多く担当し、保育指針に関する専門知識も豊富である。

## お伝えしたいこと



## 研修資料

### ■ 研修資料

- ・ 東京リーガルマインド作成パワーポイント

### ■ 参考資料

- ・ 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り組み】  
(本教材では「**ガイドライン**」という)
- ・ 各種事故防止検証報告書



## はじめに① 事故防止に関する保育指針の確認

保育指針は、下記のように事故防止に関し、重大事故が発生しやすい場面との対策の必要性を規定しています。

【保育所保育指針 第3章3(2) 事故防止及び安全対策】  
イ 事故防止の取組を行う際には、特に、**睡眠中**、**プール活動・水遊び中**、**食事中**等の場面では重大事故が発生しやすいことを踏まえ、子どもの主体的な活動を大切にしつつ、施設内外の環境の配慮や指導の工夫を行うなど、**必要な対策**を講じること。



そこで、以下、重大事故が生じやすい場面ごとに、具体的対策等を検討していきます。

## はじめに② 死亡事故発生状況

(認定こども園、認可保育所等及び認可外保育施設)

	平成 29年	平成 30年	令和 元年	令和 2年	令和 3年	令和 4年	令和 5年	令和 6年	計
睡眠中	5	8	4	1	1	2	4	2	27
プール活動・水遊び	1	0	0	0	0	0	0	0	1
食事中	0	0	0	2	0	1	1	1	5
その他	2	1	2	2	4	2	1	0	14
合計	8	9	6	5	5	5	6	3	47

出典 「内閣府子ども・子育て本部「教育・保育施設等における事故報告集計」より東京リーガルマインドが作成

死亡事故は、減少しているが無くなってはいない。  
また**睡眠中**の事故が圧倒的に多く、**食事中**の事故が次に多い。  
この点から、睡眠中の事故防止の注意点、そして、食事中やプール活動中の事故防止の注意点を学ぶ必要がある。

# 第1章 睡眠中の事故防止

## ■ 参考資料

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り組み】  
(本教材では「**ガイドライン**」という)



## 1-1 窒息リスクの除去

事故防止ガイドラインはP1で**窒息リスクの除去の方法**を具体的に記載している。

- ・ 医学的な理由で医師からうつぶせ寝をすすめられている場合以外は、乳児の顔が見える**仰向けに寝かせることが重要**。  
何よりも、**一人にしないこと**、寝かせ方に配慮を行うこと、安全な睡眠環境を整えることは、窒息や誤飲、けがなどの事故を未然に防ぐことにつながる。
- ・ **やわらかい**布団やぬいぐるみ等を使用しない。
- ・ **ヒモ**、またはヒモ状のもの(例:よだれかけのヒモ、ふとんカバーの内側のヒモ、ベッドまわりのコード等)を置かない。
- ・ **口の中**に異物がないか確認する。
- ・ ミルクや食べたもの等の**嘔吐物**がないか確認する。
- ・ 子どもの数、職員の数に合わせ、**定期的に**子どもの呼吸・体位、睡眠状態を点検すること等により、呼吸停止等の異常が発生した場合の**早期発見**、**重大事故の予防**のための工夫をする。



## 1-2 子どもの呼吸等の定期的な確認

出典：大阪市

「事故防止及び事故発生時対応マニュアル」みまもりP4

**チェックポイント** ☒

**2 睡眠中の観察**

ー 特に、預かり初期は注意深い見守りを！ ー

☐ 0・1 歳児はうつぶせ寝を見つけたら、仰向けにする

☐ 0 歳児は5分毎  
1 歳児以上は 10 分毎 ] に観察する

**項目**

- ・名前の確認・顔色・唇の色
- ・呼吸状態の有無（呼吸音・胸の動き）
- ・呼吸の様子（快・ゼーゼー・苦づまり）
- ・熱感（体に触れて体温・発汗等）
- ・体位

☐ その都度、継続時観察表に記録する



多くの有益な注意事項が記載されており、非常に参考になります。



### 【演習】

以下の事故防止トレーニングシートから、事故予防をする上で注意すべき点を考えてみましょう。



## 2-1 事例の問題点の具体的検討

前のシートの事例で、窒息等の事故の予防をする上で注意すべき点を**幅広く自由**に考えてみてください。

- ・
- ・
- ・
- ・
- ・
- ・

## 2-2 問題提起→同僚性



前のシート事例で、仮に「**カーテンを閉めていては子どもの顔色が見えないのでカーテンは開けておいた方がいい**」と思った保育士（最近この保育園に転職してきた）がいたとします。

ただ、この保育園では、子どもが眠りやすいようにと開園以来いつもカーテンをしめていた（**暗黙の了解**）というような場合、

その保育士は、園内の会議や日常の保育に際して、この疑問を発言することができるでしょうか。

発言した方がいいとは思っても、事実上は、なかなか、**困難**ではないでしょうか。

この点、園内の会議等で一般の保育士が自分の疑問を遠慮なく言える職場環境にするには、どのようにすべきでしょうか。

この点の検討に役に立つのが「**同僚性**」という考え方です。

## 2-3 「同僚性」という考え方



**同僚性**とは文言的には、単に同じ職場にいるという関係である。

これに加えて

お互いに業務の**質を高め合う**という職員間の**関係**を意味することもある。本研修で重要なのは、この意味である。

これを

保育士等にあてはめると、お互いの保育実践に関心をもち、日常的な対話等を通して、保育の質の向上を目指すという関係になる。

これを

日常の対話や園内研修にあてはめると、保育に関する課題に関して、**遠慮することなく意見をぶつけ合う**ことである(但し尊重はする)。

この「**同僚性**」という考え方に対して、保育指針やその解説がどのように規定しているかを次に検討します。

## 2-4 同僚性に関する保育指針解説の記載

**同僚性**について、保育指針解説は、下記のように記載しています。

### 【保育指針解説 第5章 3(1)】

初任者から経験を積んだ職員まで、全職員が自身の保育を振り返り、自らの課題を見だし、…(略)…**互いの専門性を高め合う努力と探究を共に**積み重ねることが求められる。……(略)……同じ保育所内の職員間において、日常的に若手職員が育つよう指導や助言をして支え合っていく関係をつくるとともに、日頃から対話を通して子どもや保護者の様子を共有できる**同僚性**を培っておくことが求められる。



上記解説の「**互いの専門性を高め合う努力と探究**」というところに同僚性の意味が込められている。「専門性を高め合う」ということは、「**遠慮なく意見が言える**」という意味で、まさしく「**同僚性**」である。

## 2-5 同僚性に関する保育指針解説の記載

### 【保育指針解説 第1章 3(4)】

自己評価は、保育士等が個別に行うだけではなく、保育を行っている様子を保育士等が互いに見合ったり、子どもの行動の見方や自分の保育について話し合ったりするなど、保育士等間で行うことも重要である。保育士等が、それぞれの作成した指導計画を踏まえ、……(略)……尊重しながら率直に話し合う中で、……(略)……課題などに気付いたり、子どもについての新たな見方を取り入れたりする。このような取組は、保育所における職員間の同僚性や職員全体の組織としての専門性を高めることにつながっていく。

上記の解説の中で「尊重しながら率直に話し合う」という点が重要である。「率直に」とは、「意見をぶつけ合う」という意味で、これが同僚性である。日常の保育の話し合いから同僚性が必要である。

## 2-6 先輩・上司との関係での同僚性

前のシートの事例で、同僚性に関して問題になるのは、先輩・上司との関係、具体的には、先輩・上司の保育に対して後輩・部下が意見を自由に言うことができるか、という問題です。

皆さんの保育所では、このような同僚性まであるでしょうか。

これは、非常に困難なことと思われます。

方法の一つとして、保育所の行動規範として、この点を明確に記載することが考えられます。(一般職員の場合は会議等で施設長や本部に提案する。)具体的には、

子どもに適切な保育を提供する点から言えば、先輩も上司も同一のレベルにあることを明確に記載し、自由に意見を言えるようにすることです。

言いづらい場合の相談窓口(法人本部、第三者等)を設置することも、間接的には効果があり、検討に値すると思われます。



## 2-7 自園の同僚性の確認

同僚性があれば、保育の質も向上し、事故も防ぐこともできます。

### 【 検討事項 】

皆さんの保育所では、「同僚性」は、どの程度ありますか。先輩・後輩、上司・部下との関係でも「同僚性」はあるでしょうか。

具体的に考えてみてください。

また、「**同僚性**」を高めるため、どのようなことをしたいと思いますか。

## 参考 同僚性の実践事例集

国は、保育の質、保育士の専門性の向上のための取り組み事例を公開している。

非常に参考になる事例が多い。



### こども家庭庁HP

「子どもを中心に保育の実践を考える」

～保育所保育指針に基づく保育の質向上に向けた実践事例集～の「**事例1, 2**」は、同僚性を具体的に実践する事例である。読む価値のある事例である。



## 第2章 プール活動・水遊び中の事故防止

### ■ 参考資料

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り組み】

(本教材では「**ガイドライン**」という)



### 1-1 プール活動・水遊びの注意点①

ガイドラインは、プール活動・水遊びの際に注意すべきこととして下記のように規定している

#### 【事故防止ガイドライン P2】

##### イ プール活動・水遊び

- プール活動・水遊びを行う場合は、**監視体制の空白が生じない**ように専ら監視を行う者とプール指導等を行う者を分けて配置し、また、その役割分担を明確にする。
- 事故を未然に防止するため、プール活動に関わる職員に対して、子どものプール活動・水遊びの監視を行う際に見落としがちなリスクや注意すべきポイントについて**事前教育**を十分に行う。



## 1-2 プール活動・水遊びの注意点②

ガイドライン(P2)は、プール活動・水遊びの際に注意すべきポイントとして下記のように規定している。



- ・ 監視者は監視に**専念**する。
- ・ 監視エリア全域をくまなく監視する。
- ・ 動かない子どもや不自然な動きをしている子どもを見つける。
- ・ 規則的に視線を動かしながら監視する。
- ・ 十分な監視体制の確保ができない場合については、**プール活動の中止**も選択肢とする。
- ・ 時間的余裕をもってプール活動を行う。等



## 1-3 プール活動・水遊びの注意点③

**も** ちろん配置！ 水遊びには監視役

**プール活動・水遊び安全チェックポイント**



安全対策の確立



**監視体制の確立**

監視者が監視に専念できる体制作り



**緊急体制の確保**

心臓蘇生法・AED 操作研修及びシミュレーション研修の実施  
(状況に応じた役割分担の訓練)



**乳幼児の特性とリスク**

10cmの深さでも溺れることがある



★安全を最優先に考え、十分な監視体制が確保できない場合は、プール活動の中止も選択肢とする

大阪市「みまもり」P6より

上記には多くの有益な注意事項が書いてありますので、必ず読んでおいて下さい。

## 2-1 事例検討

### 【ある認可保育園の8月上旬のできごとである】

この保育園は規模が在園児69名の私立認可保育園(以下A園という)であった。

事故の概要、詳細は、次ページ以下のようなものであった。

出典: X市の事故検証報告書より、東京リーガルマインドが研修用に改編

## 2-2 事例・事故の概要

X市のHPに掲載されている事故の検証報告書を元に、東京リーガルマインドが研修用に改編

平成〇〇年8月〇〇日、A園の4歳児クラスに通う本児(以下X児という)が、午後のプール活動実施中に浮いているのが見つかり、意識不明・心肺停止の状態であったため、心臓マッサージ、人工呼吸、AEDを使用した救命措置を行ったところ、心拍及び自発呼吸を再開したが意識が戻らないため救急搬送された。

しかし、救急搬送先の病院にて翌日未明に死亡した事例である。

平成〇〇年8月〇〇日のB市天気概況

天 気: 晴れ

最高気温: 36. 3度 最低気温: 25. 0度 平均気温: 29. 6度

## 2-3 事例:プール・水遊びの死亡事故①

当日 9:00	X児登園。保護者記入に連絡帳にはプール利用「〇」、少し咳ありとの記載があった。
9:20	散歩スタート。
10:00	園長、市主催の研修会出席のため外出
10:15	散歩より帰園。
10:30	プール活動(X児含む) (X児の状況:普段と変わった様子なし)。
11:10	プール活動終了
11:30	昼食(給食献立・X児の摂取状況) もやしニラ磯和え(半分食べる) アジ塩焼き(2/3食べる) その他、特に普段と変わるところはなかった。
12:00	午睡就寝 (X児の午睡時の状況:少し咳あり)
15:00	おやつ(X児の摂取状況:いつもよりより、幾分少なめであった。)



## 2-4 事例:プール・水遊びの死亡事故②

15:20	X児が他児と一緒にプール活動開始。プールには本児を含め4才児2人、5才児9人が入っていた。プール配置の保育士は1人。プールの水深は浅いところで24cm、深いところで66cmであった。
15:25	4才児3人がプールに入る
15:30	さらに3才児6人がプールに入り、合計20人になる。 プール配置の保育士は2人になった。
15:45	【遊具片付け】 2人の保育士がやぐらの上に乗せてあった滑り台の片づけを開始。(一旦プールの中に置く) 以後子どもの監視に専念する者はなかった。
15:48	【事故発生】 2人の保育士で滑り台をプールの外に置く。1人の保育士が園舎に戻る。 残った1人の保育士が、園児の「あっ」と驚く声と同時に振り向くと、X児が水に浮いていることに気づいた。(水深は55cm)



## 2-5 事例:プール・水遊びの死亡事故③

- 15:50 保育士が救助し、プール出入用の戸板の上に運ぶ  
騒ぎに気付いた0歳児クラス担当の看護師が駆けつける  
自発呼吸がなかったため看護師による心臓マッサージ及びAED使用  
(AEDは、「使用の必要ありません。心臓マッサージと人工呼吸を続けてください。」とのアナウンス)  
保育士による人工呼吸(マウス・トゥ・マウス)の実施
- 119番通報:市消防指令センター入電(15時54分)  
おやつに食べた固形物を吐き出したが、水の吐き出しはなかった。  
〇〇県小児医療センターよりドクターカー派遣  
心拍再開、自発呼吸再開、引き続き意識は不明



## 2-6 事例:プール・水遊びの死亡事故④

- 16:04 消防隊到着  
救急車によりX児を小児医療センターへ搬送



- 16:15 X児搬送の救急車が、小児医療センターに到着

- 翌日  
3:43 X児死亡。



## 3-1 事例の問題点の具体的検討

### 【事故再発防止の取組みの問題点】

本事例の事故の再発防止のための取組み(**原因分析**)に関して、問題となるのはどのような点か。

事故当事者の責任だけでなく関連するものを**幅広く自由**に考えてみてください。

**原因分析**に関し、参考になる考え方は**SHELLモデル**である。

## 3-2 原因分析の必要性和方法

プール・水遊び中等の事故の防止には、そのヒヤリ・ハット事例や実際に起きた事例の**要因を検討・分析し、対策を実施する**ことが必要です。

### 【保育指針解説第3章3(2)】 事故防止及び安全対策

重大事故の発生防止のため、あと一歩で事故になるところであったという、ヒヤリ・ハット**事例の収集**及び**要因の分析**を行い、必要な**対策**を講じるなど、**組織的**に取組を行う。

プール・水遊び中等の事故の**要因の分析**として個人・当事者の不注意等に原因を求めることは必要としても、これだけでは不十分です。

さらに、幅広く原因を**分析**し、効果的な**対策**を検討すべきです。

この点で参考になるのは、重大な事故の分析と再発防止の方法である**SHELLモデル**です。

これをプール活動・水遊び中の事故に応用することもできます。

## 3-3 SHELLモデルの概要

人間(中心の L : Liveware )の行動は、それを取り巻く**4つの要因**(ソフトウェア(Software)、ハードウェア(Hardware)、環境(Enviroment)、人間(周辺のLiveware))がお互いに影響し合って決まってくると考えます。

4つの要因は自分(本人)で直接変えることはできませんが、そこに**ひそんでいるリスクを把握**し、分析することで、自分の対応や関わり方を変えて、事故の発生等を最小限に食い止めることが可能になります。

「SHELLモデル」は、「(事故や虐待等が)何故起こったか」を分析して、再発防止につなげるための**原因分析の方法**です。実際の事故でなく**ヒヤリ・ハット事例**を分析すれば、事故の防止に役立ちます。

この分析方法をプール活動・水遊び中の事故の原因分析に応用し、対策を立てると効果があります。

これを理解しておくと、役立ちます。



## 3-4 SHELLモデルの意義

### 重篤な事故が発生しやすい業界が用いる検証方法の適用・応用

病院や医療、航空に関する業界などは、保育業界に比べると死亡等の重篤な事故が発生しやすい業界とされています。

これらの業界でヒヤリハットを検証し、事故防止対策を講じる際に使用されている検証方法が「**SHELLモデル**」です。

#### SHELLモデルとは

事故発生が重大事故に発展する可能性が高い航空業界が最初に使用しその後、医療業界など重大事故が発生しやすい業界が、事故防止対策に取り入れている事故の検証の方法です。

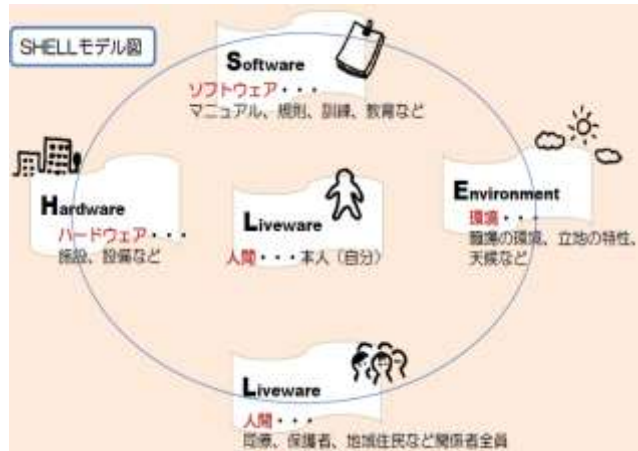
#### 保育業界に応用すると

保育中の事故やミス等の原因を当事者個人にのみ責任を問わず、「**SHELLモデル**」に基づいて広範囲に分析し、要因分析を行うことになります。

この方法を用いることにより、事故再発防止の効果が上がります。



### 3-5 SHELLモデルのイメージ図(4つの要因)



SHELLモデルの考え方

SHELLモデルは人間の行動は、それを取り巻く4つの要因(ソフトウェア、ハードウェア、環境、人間)がお互いに影響し合って決まってくるという考え方からきています。

出典:保育施設のための防災ハンドブック(経済産業省)

### 3-6 SHELLモデルの保育への応用

#### SHELLモデルを、保育業界に、応用、あてはめてみると

	項目	内容
S	ソフト面	マニュアル、研修、職員配置等
H	ハード面	施設、設備等
E	環境面	保育の状況(合同保育等)
L	人的面	保育士、保育従事者、職員等の状況
L	他の人的面	子どもの事故当日の健康状態など、体調に関すること、他の保育士の協力面

出典: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(内閣府等)

## 3-7 事例分析①

この事例の原因をSHELLモデルの5つの視点で分析してみよう。

	項目	原因分析	対策
S	ソフト面		
H	ハード面		
E	環境面		
L	人的面		
L	他の人的面		

## 分析の一例

分析の一例として、  
本事例の検証報告書に記載  
されている**検証委員会の提言**  
を確認してみます。

【提言の内容を参考に自園のチェックをしてみよう。】

## 4-1 検証委員会の提言

提言1

### プール実施における職員配置及び監視体制の徹底

国の通知や国のガイドラインで示すよう、プール活動の実施においては、2人以上の保育士等の配置を徹底し、うち1人は監視のみに徹する職員とすべきである。

監視のみに徹する職員については、プール監視中においては、その他の業務を行ってはならない。

そのためには、子どもや保育士だけではなく、誰が見ても監視者と分かる目印を必ず身に着けるべきである。（例：ビブス、たすき、腕章、帽子等の着用）また、プール活動を実施する際の監視に徹する職員については、緊急時にプール外への連絡を取ることができるよう準備すべきである。（例：笛、携帯電話、インカム、拡声器等の携帯）

【自園のチェック】

【提言の内容を参考に自園のチェックをしてみよう。】

## 4-2 検証委員会の提言

提言3

### 異年齢児、同一プール同時利用の原則禁止

異なる年齢の子どもが同一プールを同時に利用することは相当の危険が生じる。3歳児、4歳児、5歳児の体格差が、大人の年齢差による体格差とは比べ物にならないことについて、特定教育・保育施設等の関係者にあつては、当然、承知のことと推察する。

ましてや、この年代の子どもの発達・成長度合いの違いは、同じ年齢であっても月齢だけで大きな差となるもので、年齢が異なる場合には、かなり大きな差となって現れる。

例えばプールの中で体の大きな5歳児がはしゃいでいるときに、3歳児とぶつかった場合にはどのようなこととなるのか、たやすく想像することができる。指導・監視を行う者にとっても、プール内で年齢が異なる子どもの対応を同時にすることは、非常に困難なものとする。

したがって、異なる年齢の子どもが、同一のプールを同時に利用することは、原則禁止すべきである。

自園のチェックは次のページ >>>

【提言の内容を参考に自園のチェックをしてみよう。】

## 4-3 検証委員会の提言

提言3 つづき

【自園のチェック】

【提言の内容を参考に自園のチェックをしてみよう。】

## 4-4 検証委員会の提言

提言4

**午後(食事摂取後・午睡後を含む)のプール実施における体調管理の徹底**

午後のプールの実施は必ずしも否定するものではないが、体力面から見る子ども(特に幼児期)の15時と、大人の15時では、全く異なることを念頭におき、午後にプールを実施する際には、子どもの体調管理に十分努めるべきである。

.....

また、昼食やおやつ摂取後のプールの実施や過度な運動等においては、発達途上である子どもの身体、特に消化器官から考えると、摂取物の未消化による逆流等を起因とする窒息を起こす危険性が排除できないため、摂取後少なくとも1時間以上空けるべきである。

また、午睡後のプール実施においては、子どもが心身ともに完全に覚醒しているかの確認も重要である。午睡後起き抜けの状態の子どもにあたっては、思わぬ事故に遭うおそれが存在することを理解すべきである。

以上の点から考察するに、保育士が子ども一人ひとりの健康状態を確認する

次ページにつづく >>>

【提言の内容を参考に自園のチェックをしてみよう。】

## 4-5 検証委員会の提言

### 提言4 つづき

ことは時間を要し、その後の保護者の迎えの時間を考慮すると、午後に行うことができる活動としては、汗取りの温水シャワー程度が相当である。

【自園のチェック】

【提言の内容を参考に自園のチェックをしてみよう。】

## 4-6 検証委員会の提言

### 提言7

### 危機管理マニュアルの対象施設の拡大及び内容の改訂

市においては、公立保育所用として危機管理マニュアルを作成し、公立保育所以外の市内特定教育・保育施設等にも参考配布しているが、この危機管理マニュアルは、プールに特化したものではないため、プール実施に係る記述は少ない。

.....

一方、各施設においては、プールの構造や実施状況は様々であると考えられるため、市が作成する危機管理マニュアルを基本として、各施設が責任を持って「自分たちの施設ではどのように子どもたちの安全を守っていくのか」を十分に検討し、実践していくことが大切である。

【自園のチェック】

## 5-1 事故発生時の対応①

事故発生時の対応に関し、ガイドラインは下記のように記載している。

【事故防止ガイドライン P2 1(1)①】

イ プール活動・水遊び

- 施設・事業者は、職員等に対し、**心肺蘇生法**を始めとした応急手当等及び**119番通報**を含めた緊急事態への対応について教育の場を設け、緊急時の体制を整理し共有しておくとともに、緊急時にこれらの知識や技術を活用することができるように日常において実践的な訓練を行う。

【事故防止ガイドライン P7 (2)】→職員の資質向上

各施設・事業者においては、子どもの安全確保に関する研修に参加することを基本とするとともに、全ての職員は、**救急対応(心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等)の実技講習**、事故発生時の対処方法を身につける実践的な研修を通じて、事故防止に係る職員の資質の向上に努める。



## 5-2 事故発生時の対応②

【事故防止ガイドライン P7 (2)①】

○ 実技講習

**救急対応**(心肺蘇生法、気道内異物除去、AED・エピペン®の使用等)について、実技講習を**定期的**に受講し、施設・事業者においても訓練を計画的に行う。

○ 119番通報

119番通報が円滑に行われるよう通報訓練を行う。その際、園庭での活動中、園外活動中、プールでの活動中等、場所や場面、職員の配置の状況を変え、**実践的なもの**となるよう工夫して実施する。



【まとめ】

救急蘇生法の研修は**すべての**職員が受けておく必要がある。

そして一度受けただけでなく、**定期的**に研修を受講し、事故が起きた際にはいつでも十分なスキル、知識で対応できるようにしておくことが必要である。

## 5-3 心肺蘇生やAEDの参考サイト

東京消防庁 乳児の心肺蘇生(AED使用を含む)  
[https://www.youtube.com/watch?v=YiJBM\\_4FTo0](https://www.youtube.com/watch?v=YiJBM_4FTo0)



東京消防庁 小児の心肺蘇生(AED使用を含む)  
<https://www.youtube.com/watch?v=RfQkMBqso2c>



北海道愛別町 心肺蘇生とAEDの仕様手順(乳児の場合)  
<https://www.town.aibetsu.hokkaido.jp/01/06/03/912>



神奈川県平塚市 AEDを使用した救命処置の手順(小児用)  
<https://www.city.hiratsuka.kanagawa.jp/common/200094871.pdf>



当然ですが、定期的に、実際に訓練を受けることが重要です。

## 参考 同僚性とSHELL分析との関係

「同僚性」とは、同じレベルの保育士同士の関係に加え、先輩・上司との関係においてもお互いの保育実践に関心を持ち、日常的な対話(反対意見を含む)を通して、保育力の向上を目指すという関係です。

したがって、これは職場環境の問題といえます。

これをSHELLモデルに当てはめると「環境面」の問題になります。

SHELL分析において、環境面を検討する際に、職場環境として同僚性があつたかどうか、が検討されることになります。

### その結果

上記の事例において、「異年齢の子どもと一緒にプール活動を行うことは危険である」という疑問を持つ保育士等が、

その疑問を保育の場や会議で、言い出しにくい状況にあつたとしたら、

再発防止のために「職場や会議の人的環境面、雰囲気」を再度検討することになると思われます。

## 第3章 食事中の事故防止

### ■ 参考資料

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り組み】  
(本教材では「**ガイドライン**」という)



### 1-1 事故防止のためのガイドライン

#### ポイント

食事中の重大事故(食物アレルギー)について事故防止ガイドラインで確認する。

#### 詳細

【事故防止ガイドライン 1(1)①】(P4～P5)

#### オ 食物アレルギー

- アレルギーについて施設・事業所での配慮が必要な場合、保護者から申し出てもらい、幼稚園等の学校においては学校生活管理指導表を、**保育所**においては**アレルギー疾患生活管理指導表**を配付し、提出してもらう。

食物の除去については、**医師の診断に基づいた**同表を基に対応を行い、完全除去を基本とする。

- 主要原因食物である鶏卵、牛乳、小麦は安価で重要な栄養源であるため、食事の献立に組み込まれる傾向にあることから、主要原因食物に対する食物アレルギーの子どもが施設・事業所にいる場合、除去食又は代替食による対応が必要。

……以下略……(**重要なので必ず読んでください。**)



## 1-2 実施体制のチェック項目

### ポイント

アレルギー対策の実施体制をチェックしてみてください。。

### 詳細

- ①アレルギー対応委員会が設置されているか。( )
- ②アレルギー対応委員会には様々な職種の職員が参加しているか。( )
- ③アレルギー事故予防に関するマニュアルがあるか。( )
- ④アレルギー事故予防に関する職員の役割分担が決まっているか。( )
- ⑤アレルギー事故予防に関し職員間の連携が図られているか。( )
- ⑥その他の医療機関等との連携があるか。( )
- ⑦医師の指示に基づく保育所における生活管理指導表を用いているか。( )
- ⑧子どものアレルギーに関し、保護者とは対応開始前に面談をしているか。( )
- ⑨面談では、担当保育士に加え、管理職、看護師、栄養士等も参加しているか( )

その他、自園の状況に合わせたチェック項目も検討する。  
(「アレルギー対応ガイドライン」P14～17, 21～22)参照



## 2-1 事例検討:牛乳アレルギー事故

子ども11人、保育士3人で1、2歳児クラスの保育をしていた(認可保育所)。新年度の4月上旬の出来事で3人の保育士のうち、保育士Bは昨年まで同一法人の系列保育園に勤務しており、子どものことを十分に知らなかった。

当日  
9:30

保育士ACが子どものそばにつき、朝のお集まりをしていた。保育士B(昨年まで同一法人の系列保育園に勤務)がおやつテーブルについていた。その保育所のいつもの手順で牛乳アレルギーのある本児を一番に呼び、一人だけ先におやつにするようにした。

・保育士Bは「一人だけ先におやつにする」のは、牛乳除去すべき子どもだからということの意識がなかった。(知らされていなかった。)

・牛乳を飲ませる前のアレルギーチェック表が無記入だった。

・3人の保育士同士で、子どもの「アレルギーに関し」、声を掛け合うことがなかった。



9:40

保育士Bが本児に、牛乳を飲ませてしまった。

本児が飲んでいるのを保育士Aが気づき大声を出した。保育士Bも気づき飲ませるのをやめた。

## 2-2

## 事例：牛乳アレルギー事故

- 9:45 ・本児に、アレルギー反応があらわれ、皮膚に蕁麻疹が出て、また嘔吐し、呼吸が困難になった。
- 9:47 保育士Bが園長にすぐに報告した。  
（仮に、園長は、保育園から車で15分ほどの法人本部にいて、研修を受講中であった場合はどうか。）
- 9:52 本児の様子を見た園長は、アナフィラキシーショックに近い状態と思い、事務職員Xに救急車の要請（119番通報）を指示し、また、保育士BにX児の保護者から預かっているエピペン®を打つことを指示した。しかし保育士Bは、エピペン®を打とうとしたが、研修を受けたのが5年前で、打ち方を忘れてしまい、不安で打てない状況であった。



## 2-3

## 事例：牛乳アレルギー事故

- 9:56 園長は、別の保育士にエピペン®を打つことを指示しようとしたが、誰が、いつ研修を受けているのか分からない状況で、指示できなかった。結局、救急車が到着するまで、エピペン®を打つことができなかった。
- 10:05 救急車が到着。園長が、救急隊員に状況を説明（状況を説明するのは、誰が適切か）
- 10:08 X児を救急車により病院に搬送（救急車に同乗する者として適切なのは誰か）この間、新卒の保育士Cは、何をしていたかわからず、自分が担当している子どものそばにいただけであった。
- 11:00 病院での治療により、X児は、大事に至らずに済んだ。病院より、もう少し搬送が遅れたら大変だったかもしれない。エピペン®は、打った方がいい、と言われた。



## 2-4

## 事例：牛乳アレルギー事故

その後 園長は、エピペン®を打てなかったことをはじめ、今回の対応が、適切かつ迅速に行えなかったことを反省し今後どのように対処していくべきか悩んでいる。

また、保育士Bは、X児に牛乳を飲ませてしまったことや、エピペン®を打ってあげられなかったことを非常に反省し、研修不足だった自分を責め、保育士を辞めようか、とも考えている

保護者に対しては、いつ、誰が、どのように連絡報告するのが適切か。



出典：こども家庭庁HP(内閣府)：教育・保育施設等における事故情報データベースより弊社が研修用に作成

## 2-5

## 事例の問題点の具体的検討

### 【事故防止の取組みの問題点】

本事例の事故の再発防止のための取組みに関して、考えられる点、問題となるのは、どのような点か。

事例に関連するものを、直接、間接の原因等から、**幅広く自由**に考えてみてください。



このような問題を検討する際の考え方として、**SHELL分析・モデル**が参考になります。

# 再掲 SHELLモデルの意義

## 重篤な事故が発生しやすい業界が用いる検証方法の適用

病院や医療、航空に関する業界などは、保育業界に比べると死亡等の重篤な事故が発生しやすい業界とされています。  
これらの業界でヒヤリハットを検証し、事故防止対策を講じる際に使用されている検証方法が「**SHELLモデル**」です。

### SHELLモデルとは

事故発生が重大事故に発展する可能性が高い航空業界)が最初に使用しその後、医療業界など重大事故が発生しやすい業界が、事故防止対策に取り入れている事故の検証の方法です。

### 保育業界に應用すると

保育中の事故やミス等の原因を当事者個人にのみ責任を問わず、「**SHELLモデル**」に基づいて広範囲に分析し、要因分析を行うことになります。  
この方法を用いることにより、事故再発防止の効果が上がります。

2-6

## SHELLモデルの5つの視点で分析

### SHELLモデルの 5 つの視点で分析

	項目	分析
S	ソフト面	
H	ハード面	
E	環境面	
L	人的面	
L	他の人的面	

### 3-1

## アレルギー事故発生時の対応 エピペン®を使用するタイミング

### ポイント

**緊急性の高い13症状**に該当する症状がある場合、ただちにエピペン®を使用する。

### 詳細

#### 緊急性の高いアレルギー症状はあるか？ 5分以内に判断する

##### 全身の症状

- ☐ ぐったり
- ☐ 意識もうろう
- ☐ 尿や便を漏らす
- ☐ 唇が腫れにくいまたは不規則
- ☐ 唇や爪が青白い

##### 呼吸器の症状

- ☐ のどや胸がしめ付けられる
- ☐ 声がかすれる
- ☐ 犬が吠えるような咳
- ☐ 息がしにくい
- ☐ 持続する強い咳き込み
- ☐ ゼーゼーする呼吸

##### 消化器の症状

- ☐ 持続する強い(がまんできない)お腹の痛み
- ☐ 繰り返し吐き続ける

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」P36参照

### 3-2

## エピペン®の使い方に関する講習等

### ポイント

エピペン®の使い方に関するサイトは、下記のようなものがある。

### 詳細

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン動画」

(下記アドレス)でエピペン®の使い方が動画(厚生労働省)で説明されている。

<https://www.youtube.com/watch?v=pJOAM8dE7WU>

<https://www.youtube.com/watch?v=axFou4QgB-4>

「VIATRIS エピペンサイト」教職員・保育士・救急救命士のためのページ

<https://www.epipen.jp/>

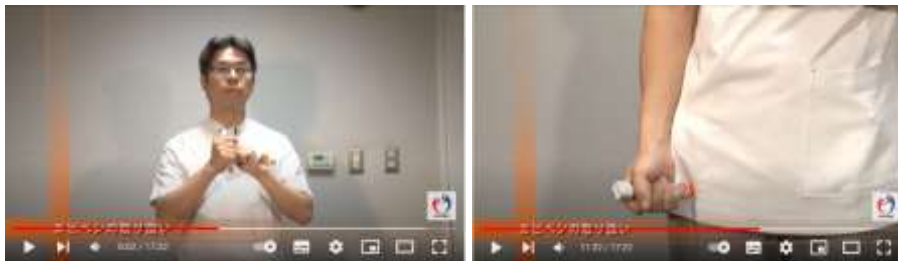
その他、HPに有用なサイト、動画等があります。是非参考にして下さい。

### 3-3 エピペン®の使い方（動画）

#### ポイント

下記はエピペン®の使い方に関する（厚生労働省）動画の一例です。  
是非視聴してみてください。。

#### 詳細



### 3-4 エピペン®の使い方

#### ポイント

いざという時に正しくエピペン®を使用するためには、日頃からの練習が不可欠である。

#### 詳細

「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」  
P12参照照



保育所におけるアレルギー対応ガイドラインのご案内より

### 3-5 判断および対応

#### ポイント

「迷ったら打つ！」

#### 詳細

エピペン®を打つことは誰でも躊躇するが、命にかかわることもあり、**迷っているヒマはない**。  
エピペン®を打つことで子どもの体に悪いことは起きないが、打たないことで悪いことが起きる可能性がある。

## 第4章 虐待・不適切な保育の防止

#### ■ 参考資料

「保育所や幼稚園等における虐待の防止及び発生時の対応等に関するガイドライン」(こども家庭庁)

(令和5年5月、令和7年8月改訂)

(本教材では「**ガイドライン**」という)

## 1-1 検討事例①

(下記の事例は報道をもとに、弊社が研修用に編集したものである。)

【事例】 A保育園では、下記のような状況があり、県と市による特別監査が実施され、県の指導と改善計画の提出を求められた。

- ① 泣き止まない子どもを「うるさい」と言って、イヤー、イヤーと泣き叫ぶ園児をトイレに連れていき、ドアを閉め1人で放置したり、事務室に鍵をかけて放置したりした。
  - ② 園児を「おい、お前」などと高圧的な態度で呼びつけた。
  - ③ 子どもが外に出るのを防ぐための手を無理やり引っ張ったり、叩いたりした。
  - ④ 午睡時に寝付けなかった園児にはベッドでじっと横になるように強制したりしていた。
- このような行為をしていたのは、  
主任保育士を中心として一般の保育士数人であった。



## 1-2 検討事例②

### 【経緯、状況】

- ・ この事態が判明したのは、県の担当部署に対して、匿名(その保育所の一般の保育士の可能性が高い)で通報があったからである。
- ・ 県の聞き取りに対し、ある保育士は虐待の認識はなかったと言い、別の保育士は職員が急に辞め、仕事がとても忙しかったと言い、主任保育士は、園長のしつけに対する強い要望からこのような行為をした、と言っている。
- ・ 他の一般の保育士は、このような保育は、おかしいとは思ったが 言い出しにくかったと言っている。
- ・ この保育園には、虐待防止のマニュアルもなく、また保育の質に関する職員会議等も行っていなかった。
- ・ さらに、自己評価も実施していなかった。





## 1-3 再発防止の考え方・方法

このような虐待・不適切な保育の再発防止の検討には、**原因を探究**することが必要。**ガイドライン(令和7年8月版)P10**は下記のように記載している

当該事案が、市町村等において虐待等と判断されたかどうかにかかわらず、今後のより良い保育の実施を目指し、同様の事案が生じないための環境を整備することが重要である。

そのため、個別の事案だけに焦点を当てた改善の検討を行うのではなく、**その背景にある原因を理解した上で**、保育所等の**組織全体として**改善するための方法を市町村等とともに探ることが重要である。



この点で参考になるのは、重大な事故の原因探求・分析と再発防止の方法である**SHELLモデル**である。



## 再掲 SHELLモデルの意義

### 重篤な事故が発生しやすい業界が用いる検証方法の適用

病院や医療、航空に関する業界などは、保育業界に比べると死亡等の重篤な事故が発生しやすい業界とされています。

これらの業界でヒヤリハットを検証し、事故防止対策を講じる際に使用されている検証方法が「**SHELLモデル**」です。

#### SHELLモデルとは

事故発生が重大事故に発展する可能性が高い航空業界が最初に使用し、その後、医療業界など重大事故が発生しやすい業界が、事故防止対策に取り入れている事故の検証の方法です。

#### 保育業界に応用すると

保育中の虐待や不適切な保育の原因を当事者個人にのみ責任を問わず、**「SHELLモデル」**に基づいて広範囲に分析し、要因分析を行うことになります。この方法を用いることで、虐待や不適切な保育の防止の効果が上がります。

## 2-1 SHELLモデルの5つの視点で分析

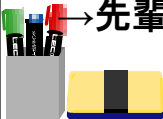
### SHELLモデルの5つの視点で分析

	項目	分析
S	ソフト面	
H	ハード面	
E	環境面	
L	人的面	
L	他の人的面	

## 2-2 虐待・不適切な保育の原因

SHELLモデルから虐待・不適切な保育の原因を考えると、次のような原因が考えられる。

- ①S ソフトウェアの観点→虐待対応マニュアルがない等
- ②H ハードウェアの観点→保育室の密室性等
- ③E 職場環境の観点→保育士等の職員数が不十分等
- ④L 本人の観点  
→保育士等個人の理解の問題(しつけのつもりでやった)
- ⑤L 本人以外の人的観点  
→先輩保育士の対応を真似た、園長の考えに従った等



## 2-3 保育士等本人の観点（L）

子どもの人権や人格尊重の観点に照らし、どのようなかわりが虐待かを保育士本人が理解していない等。

【検討事例の主任保育士や数人の保育士が該当】

【今後、保育所としてどのようなことをすべきでしょうか。】



## 2-4 本人以外の人的観点等（L）

職場(保育所)の上司等が一定の行為(強いしつけ等)を求める等。

【導入の事例の園長が該当】

【今後園長は、としてどのような行動をとるべきでしょうか】



## 2-5 職場環境の観点（E）

保育所の職員数が十分でなく、子どもに余裕をもって関われないなどの、虐待を誘発する状況にある等

【皆さんの保育所ではどうでしょうか。】

【今後、保育所としてどのような対応をすべきでしょうか。】



## 2-6 ソフトウェアの観点（S）

虐待を禁止するマニュアルがない、職員会議の議題にもならず、研修もない等

【検討事例の保育所】

【皆さんの保育所ではどうでしょうか。今後保育所としてどのような行動をとるべきでしょうか】



## 2-7 ハードウェアの観点（H）

保育所の立地、保育所の建物、保育室の構造などハードウェアの観点からの問題

検討事例の保育所】



【皆さんの保育所ではどうでしょうか。今後保育所としてどのような行動をとるべきでしょうか。】



## 3-1 虐待の意義の確認、具体化

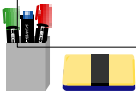
ガイドラインの（P4～5（令和7年8月改訂版）

ガイドラインは、以下のように「虐待」について一定程度、具体的にしている（一例）。

【類型】	【内容の一例】
身体的虐待	首を絞める、殴る、蹴る、投げ落とす、激しく揺さぶる、熱湯をかける、ご飯を押し込む、布団蒸しにする、縄などにより拘束する、逆さ吊りにする、ご飯を押し込む、一室に閉じ込める、戸外に閉め出す、意図的にこどもを病気にさせる行為等 
性的虐待	下着のまま放置する、必要の無い場面で裸や下着の状態にする、子どもへの性的行為、性的行為を見せる、性器を触る又は触らせる、ポルノグラフィの被写体にする等
ネグレクト	食事を与えない、おむつを替えないなどひどく不潔にする、泣き続けるこどもを放置する、体調を崩しているこどもに必要な看護を行わない、こどもにとって必要な情緒的欲求に応えない（愛情遮断）、他の保育士等の職員が虐待等の行為を行っているのを放置する等
心理的虐待	言葉による脅し、暴言、無視、他のこどもとの著しく差別的扱い、こどもの自尊心を傷つけるような言動を行う（どうしてこんなことができないの等）、感情のままに大声で叱責する、こどもを無視したり、拒否的な態度をとる等 

## 3-2 検討課題・問題提起

皆さんの同僚の保育士あるいは、上司の保育士が園児に対して虐待行為(泣いている子どもを一人でトイレに閉じ込める等)をしている場合  
皆さんは、市町村や児童相談所にすぐに  
通告しますか。  
また、どのような行動をしますか。



## 3-3 市町村等への通告義務(改正)



【児童福祉法第33条の12】

**被措置児童等虐待**を受けたと思われる児童を**発見した者**は、速やかにこれを都道府県知事または市町村長に**通告しなければならない**

上記の「被措置児童等虐待を受けたと思われる児童」とは、児童養護施設等の職員から虐待を受けた児童で、  
これを発見した者(同僚の職員が多いと思われます。)市町村、児童相談所等に通告しなければならないという義務がありました。

これが改正され

保育士等の場合は、このような義務はなかったですが、**令和7年4月の改正で**、「被措置児童等虐待」の定義に、「保育所等の職員から虐待を受けた児童」も含まれることになり、  
それを発見した者(**同僚の保育士等が多い**と思われます。)は市町村等に通告する義務が課されました。**(令和7年10月1日施行)**

### 3-4 市町村等への通告の具体化(保育所等の組織)

それでは、具体的な通告は、どのように行うべきでしょうか。  
以下のガイドラインP9～10(令和7年8月版)の記載が参考になります。

- 虐待と疑われる事案を保育所等で発見した場合には、保育所等は状況を正確に把握するとともに市町村 や都道府県に設置されている相談窓口や担当部署に対して、把握した状況等を速やかに情報提供・相談し、今後の対応について協議する必要がある。
- その際に基本となるのが、「隠さない」「嘘をつかない」という誠実な対応である。そうした誠実な対応 は、管理者等が日頃から行うべきことであり、こどもや保護者への適切なケアを含め、そのような対応が 早期に行われないことは、改善の機会を遅らせ、こどもに対して大きな不利益を与え続けることになる。
- こうした対応を**組織として行うこと**が重要であり、施設長・園長、副施設長、副園長、教頭、主幹保育教諭、主任保育士、副主任保育士といった施設のなかでのリーダー層の意識と適切な対応が必要不可欠である。……

### 3-5 市町村等への通告の具体化(保育士等の個人)

- また、保育所等が組織として適切な対応を行わない場合、虐待と疑われる事案の発見者は**一人で抱え込まず**に速やかに市町村や都道府県に設置されている相談窓口や担当部署に相談することが重要である。

なお、公益通報者保護法第5条には、公益通報をしたことを理由として、降格、減給その他不利益な取扱いをしてはならないと規定されている。

加えて、改正児童福祉法第33条の12第6項においても、虐待を通報した職員は、通報をしたことを理由に解雇その他不利益な取扱いを受けないことが規定されており、

保育士が虐待と疑われる事案を発見した場合には、速やかに自治体に通報いただきたい。

### 3-6 市町村等への通告義務の基本的考え方

このような通告義務の基本的考え方、つまり目的はどのような点にあるでしょうか。以下のガイドラインP2(令和7年8月版)の記載が参考になります。

○ なお、上述のとおり、今般の改正は、こどもや保護者が不安を抱えることなく、安心して保育所等や幼稚園等に通う・こどもを預けられるようにするため、保育所等や幼稚園等の職員による虐待について、通報義務を設け、虐待の未然防止や発生してしまった場合の対応を法定化するものである。

よって基本的には、

**虐待を行った職員を罰することを目的としたものではなく、保育の改善を目的とするものである**

ことから、各施設、各自治体におかれては、その趣旨を十分に理解の上、必要な対応を行っていただきたい。

## 4-1 不適切な保育の考え方・概念 ガイドライン(令和5年5月版)

**ガイドライン**は虐待との関係で、不適切な保育を下記のように整理しています。

↓  
(「虐待等」と「虐待等と疑われる事案(不適切な保育)」の概念図)

こどもの人権擁護の観点から望ましくないと考えられるかわり

虐待等と疑われる事案(いわゆる「不適切な保育」)

虐待等

虐待

- 身体的虐待
- 性的虐待
- ネグレクト
- 心理的虐待

この他、こどもの心身に有害な影響を与える行為



## 4-2 ガイドラインの概念の具体化

ガイドライン(令和5年5月版)は、いわゆる不適切な保育を「虐待等と虐待と疑われる事案」に限定し、さらに「子どもの人権擁護の観点から望ましくないと考えられる関わり」に区別している。

これにより

不適切な保育の意義が一定程度明確になり、保育現場での少しでも気になる行為が不適切な保育になるのではないかという心配、保育活動の萎縮の危険が少なくなった。

そして「子どもの人権擁護の観点から望ましくないと考えられる関わり」は、日々の保育実践、振り返りの場で改善されることを期待している。

○ 保育所保育指針解説において「子どもの人権に配慮した保育となっているか、常に全職員で確認することが必要である」と示されているとおり、日々の保育実践の振り返りに当たっては、常に「子どもにとってどうなのか」という視点から考えていくことが何より大切である。

自らのかかわりや施設の保育が「子どもの人権への配慮」や「一人一人の人格を尊重」したものとなっているかを振り返る際には、例えば、保育士会チェックリスト等を活用することが考えられる。

## 4-3 参考になる資料

不適切な保育・子どもの人権擁護の観点から望ましくない関わりの具体例を検討するのに役立つ資料（振り返りのツール）として下記のものがある。

次シート以下具体例を記載する。



保育所・認定こども園等  
における人権擁護のため  
のセルフチェックリスト  
～「子どもを尊重する保育」のために～  
(全国保育士会)



## 4-4 子ども一人一人の人格を尊重しない関わり

### 【不適切と思われる関わりの具体例】

(登園時に)母親から離れない子どもに、「ずっとママに抱っこされていたら、**恥ずかしいよ**」と言う。



### 【適切な関わりへのポイント】



## 4-5 一人ひとりの子どもの育ちや家庭の環境を考慮しない関わり

### 【不適切と思われる関わりの具体例】

お風呂に入っていない子どもや提出物が遅れた子どもに対して、「きのう、お風呂に入れてもらわなかったの」や「〇〇君のお母さん、いつも忘れて困るね。」と否定的なことばがけをすること。

### 【適切な関わりへのポイント】



## 4-6 差別的な関わり

### 【不適切と思われる関わりの具体例】

クラスの皆で帰りの支度をしている際に、なかなかできない子どもに  
「〇〇ちゃんは、早くできないのね。ダメな子になっちゃうよ」と言うようなこと。

### 【適切な関わりへのポイント】



## 第5章 安全計画の策定



## 1-1 安全計画策定の義務化

保育所等における子どもの安全は、当然確保しなければならない。特に、窒息による死亡事故や子どもが送迎バスに置き去りにされ死亡するとう事故が続けて起きている点からもなお更である

そのためには

安全計画を策定することが必要である。  
しかし、安全計画の策定は、法令上義務化されていなかった。

そこで

児童福祉施設及び運営に関する基準が改正され、保育所等は安全計画を策定しなければならなくなった（令和5年4月より）。

## 1-2 安全計画策定の規定の内容

児童福祉施設及び運営に関する基準の新しい規定

（安全計画の策定等）

第6条の3

1 児童福祉施設（助産施設、児童遊園及び児童家庭支援センターを除く。以下この条及び次条において同じ。）は、

**児童の安全の確保**を図るため、当該児童福祉施設の設備の安全点検、職員、児童等に対する施設外での活動、取組等を含めた児童福祉施設での生活その他の日常生活における安全に関する指導、職員の研修及び訓練その他**児童福祉施設における安全に関する事項についての計画**（以下この条において「**安全計画**」という。）を策定し、当該安全計画に従い必要な措置を講じなければならない。

次ページに続く……



## 1-3 安全計画策定の規定の内容

### 児童福祉施設及び運営に関する基準の新しい規定

#### (安全計画の策定等)

##### 第6条の3

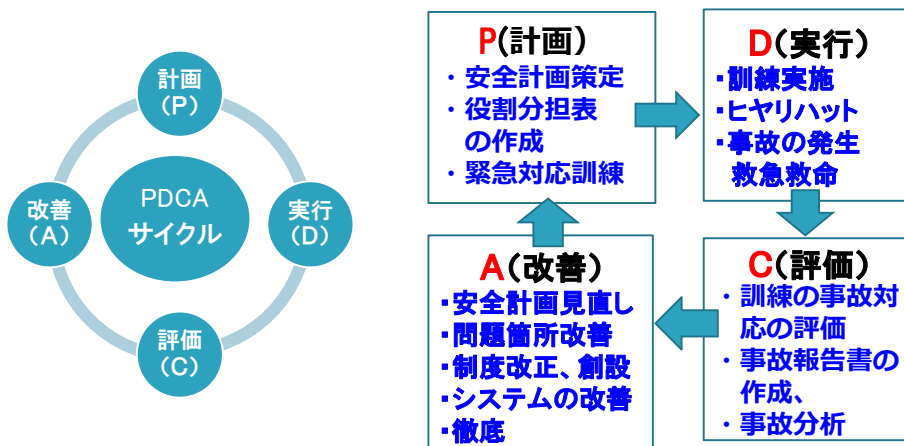
- 2 児童福祉施設は、職員に対し、安全計画について周知するとともに、前項の研修及び訓練を定期的に実施しなければならない。
- 3 保育所及び児童発達支援センターは、児童の安全の確保に関して保護者との連携が図られるよう、保護者に対し、安全計画に基づく取組の内容等について周知しなければならない。
- 4 児童福祉施設は、定期的に安全計画の見直しを行い、必要に応じて安全計画の変更を行うものとする。※



※いわゆるPDCAサイクルである。

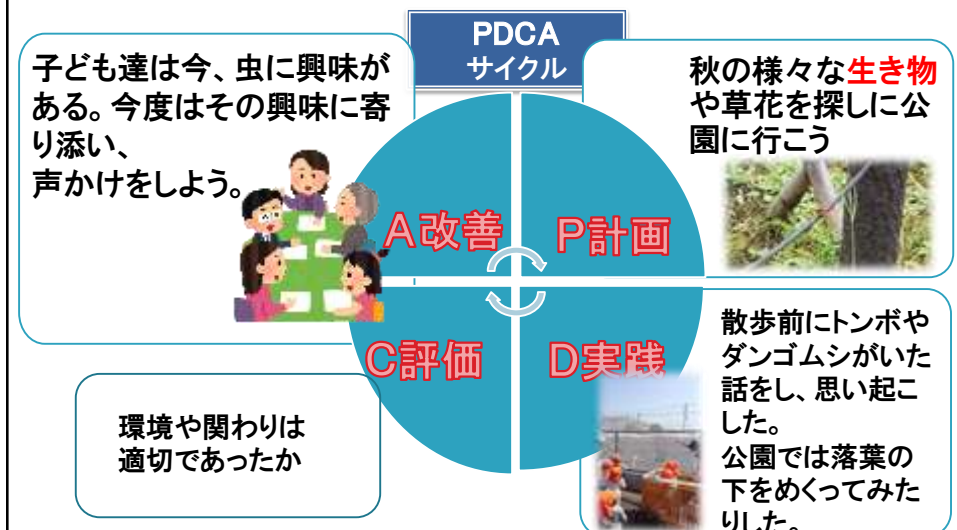
## 1-4 PDCAサイクルのイメージ

PDCAサイクル:業務を継続的に見直し改善していく手法



このシステムを事故の再発防止に活用！

## 参考 保育の場面でのPDCAサイクル具体例



## 1-5 保育所安全計画例

安全計画の策定は、条文だけでは具体的に安全計画を策定することは困難な場合もあることから、国は、「**保育所等における安全計画の策定に関する留意事項等について**」という事務連絡を発し、安全計画の策定の具体例を示しています（令和4年12月15日）。



保育所等における安全計画の策定に関する留意事項についてのP15以下に保育所安全計画の具体例が、非常に具体的に記載されています。

非常に参考になるので必ず参照し、自らの園の安全計画策定に活用してください。

## 1-6 保育所安全計画例の主な内容

### 【PDCAサイクル】

この研修で説明した**PDCAサイクル**については、2ページ目の下から3行目に直接**PDCAサイクル**という文言があります。

「**PDCAサイクル**の観点から、定期的に安全計画の見直しを行うとともに、必要に応じて安全計画の変更を行うものとする。」と記載し、この方法の重要性を示しています。

### 【SHELLモデル分析】

P4の④に**再発防止の徹底**が記載されています。具体的には、ヒヤリ・ハット事例の収集及び要因の分析を行い、必要な対策を講じることが記載されています。

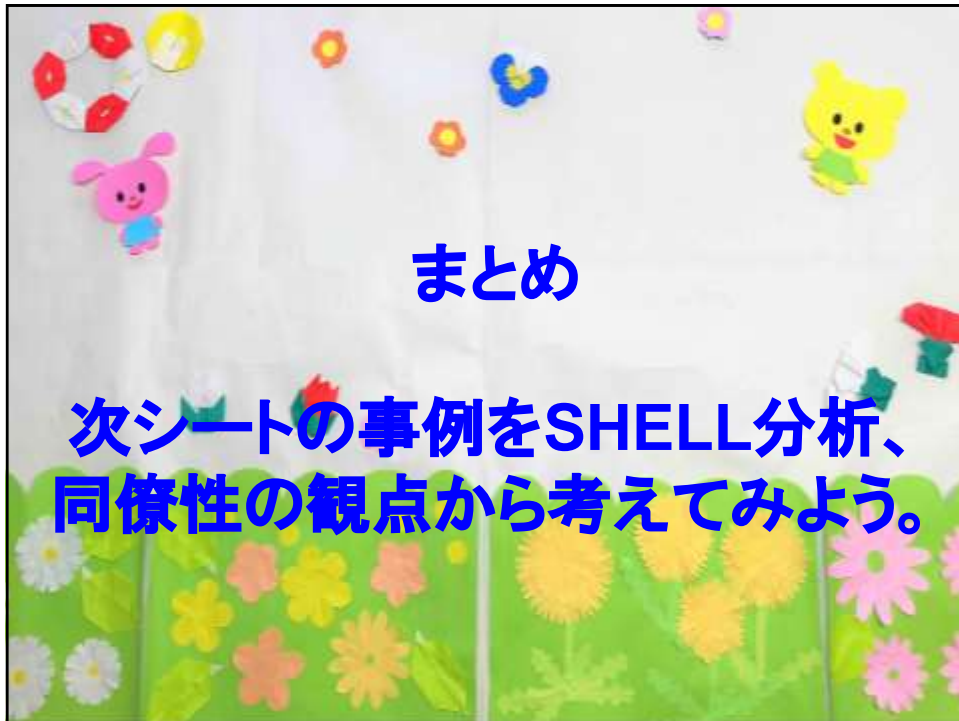
これがまさに、**SHELL分析**です。

この研修では、すでに説明しています。非常に重要な分析方法ですので、必ず確認しておいてください。

## 1-7 安全計画の具体例(PDCAサイクル)

一例として、マニュアルの策定・共有と訓練のテーマ・取り組み等について、記載します(PDCAサイクルの具体例)。

分野	策定時期	見直し(再点検)予定時期	掲示・管理場所
重大事故防止マニュアル	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 午睡	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 食事	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> プール・水遊び	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 園外活動	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> バス送迎(※実施している場合のみ)	年 月 日	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 降園(※必要に応じ策定)	年 月 日	年 月 日	
災害時マニュアル	年 月 日	年 月 日	
119番対応時マニュアル	年 月 日	年 月 日	
救急対応時マニュアル	年 月 日	年 月 日	
不審者対応時マニュアル	年 月 日	年 月 日	



## まとめ

次シートの事例をSHELL分析、  
同僚性の観点から考えてみよう。

### 1-1 検討課題：重大事故事例



送迎バスに放置されたまま熱中症になり死亡した事例です。（報道をもとに弊社が**研修用に改編**）

- 8:00 認可保育園に通うA君が朝のお迎えのバスに乗る。運転手1人だけで他に保育士等の職員の同乗はなかった。また、このバスに乗る予定の子どもは5人であったため、乗車児童名簿に子どもの名前は、記載していなかった。
- 8:15 保育園に到着する。本来降りてくるはずのA君は降りて来なかったが、降りてきた際に運転手は点呼をしなかった為、気がつかなかった。
- 8:20 運転手はバスに鍵をかけ園に入り、園長でもあるので園長業務についた。
- 8:30 A君のクラスで朝の点呼が行われた。担任保育士は、保護者から欠席の連絡がなかったが運転手が園長であるので園長と一緒にいると思い、しばらくすれば、クラスに来ると思っていた。その後担任保育士はA君がいないことを忘れてしまった。（その後A君は約9時間送迎バスの中に放置された。）
- 17:30 運転手兼園長が帰りのバスの準備をしようとし、駐車場に停まっているバスを開け中を見たところ倒れているA君を発見、直ちに病院に搬送したが死亡が確認された。

※ その保育園には、送迎バスは、運転手と付き添いの保育士で運行する、乗車時は名簿に記入するというマニュアルがあったが、守られていなかった。  
保育士の中には、園長が一人で送迎するのは危険である、と思っている者もいたが、園長に対しては、言い出しにくい状況であった。



## 1-2 SHELLモデルの5つの視点で分析

### SHELLモデルの5つの視点で分析

	項目	分析
S	ソフト面	
H	ハード面	
E	環境面	
L	人的面	
L	他の人的面	

## 1-3 最後に

皆さんが勤務する保育所で、最近発生した事故、あるいは、ヒヤリ・ハット事案を

- ・SHELLモデルで分析し、
- ・保育所の同僚性についても検討し、
- ・再発防止の具体的対策

を検討してみてください。

何か、事故防止対策で新たな発見はあるでしょうか





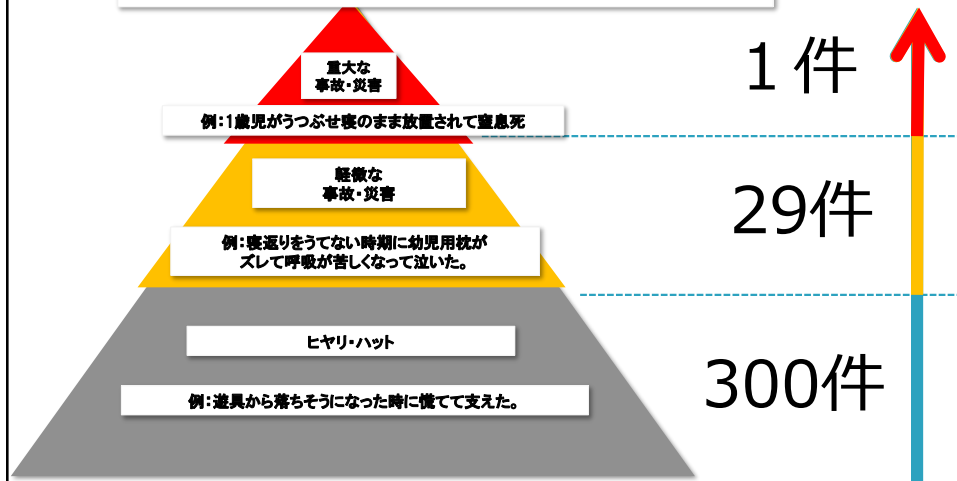
## 参考 ハインリッヒの法則

### 1-1 ハインリッヒの法則①

意義	労災事故の統計から、 『重大な事故が1件発生するまでには、その前に軽微な事故が29件発生し、その前に小さな事故が300件、起きている』という考え方。 ハインリッヒという人物がこの法則を提唱。
事故防止への効果	『大きな事故の前には予兆があり、その予兆を見逃さず適切に対応をしておくと、大きな事故を予防することができる』
保育所の事故防止への応用	『幸い、事故には至らなかったが、ヒヤットする場合やハットする場合がある。また、軽微な事故もある。その後の大きな事故を防止するには、これらに対する対応が重要である』

## 1-2 ハイน์リッヒの法則②

ヒヤリ・ハット事案は軽微な事故に当たる



## 1-3 ヒヤリ・ハット集

ヒヤリ・ハット集を使ってハイน์リッヒの法則を応用してみましょう。

勤務する保育所のヒヤリ・ハット集を使って分析してみましょう。  
もしヒヤリ・ハット集を作成していなければ、直ちに作成し、作成している保育園はさらに充実させましょう。  
ヒヤリ・ハット事例が少ない場合は、ヒヤリ・ハットが見えていない可能性があります。対策が必要です。

300の小さな事故が、ヒヤリ・ハット集に記載すべき事故です。

ヒヤリ・ハット集記載の事実は、事故防止対策の宝庫です。