

◇**事故ニュースで考える** 【排水溝に1歳児の頭部が入り意識不明(福岡)】

- ・午睡後の園児の所在確認、排水溝の施錠忘れ、出入口施錠無しのため勝手に園庭に出ていた等、何が原因だったのかを考える必要がある。
- ・園の事故は職員一人だけの責任で起きるものではないという認識をもつ。

◇**睡眠中の死亡事故**【幼児突然死症候群】←死因がわからないもの

- ・うつぶせ寝が原因と思われるが、病気なのか毛布等による窒息なのか不明なことが多い。

◇**感染症による事故** (最近では感染症は事故の部類に入っている)

- ・ノロウイルスで脳症、集団感染、仕出し弁当での食中毒などの事例が多い。
- ・乳幼児は免疫が低く、濃厚接触の度合いが多く感染症にかかりやすいため、拡大化しやすい。
- ・0157は他の感染症に比べ別格である。(カイワレ・ユッケ・ポテトサラダの事例)
- ・園の給食で生肉の提供はないが、家庭等で感染する(例えばミンチ等)確率は高く、半数近くが感染していても無症状のため、登園して菌をばらまくことになり、感染が拡大すると考えられる。
- ・嘔吐、下痢の処理の仕方や遊具等の殺菌消毒の徹底が重要である。

◇**アレルギー事故**

- ・調理場内での取り違い(成分確認をしていない)や配膳時の取り違いの事例がある。
- ・アレルギー特定原材料7品目物質(小麦 卵 えび かに 乳 落花生 そば)、準特定アレルゲン20品目(あわび、いか、いくら、オレンジ、カシューナッツ、キウイフルーツ、牛肉、くるみ、ごま、さけ、さば、大豆、鶏肉、バナナ、豚肉、まつたけ、もも、やまいも、りんご、ゼラチン)をチェックしておく必要がある。
- ・保護者が気付いていないアレルギーが園で発症する場合が増えているため、園で発症した場合には、職員が判断し、対処しなければならない。

【アナフィラキシーショック発症】→呼吸困難、顔色が青くなる、血圧低下→水分補給 エピペンの使用

【転んで頬に擦り傷】→保護者が告訴する事故(関東で2件) 業務上過失傷害の嫌疑

- ・保護者が過剰に反応する場合もあるが、事故時の園側の保護者対応に問題があることが多い。
- ・事実を正確に伝っていない(なぜこうなったのか)事故の時に不誠実な対応をしていた場合、2回目以降の対応ミスや嘘に対して怒りが増大する。
- ・大きな事故が起こると園の立場が先鋭化し、立ち位置がずれる。守るものは何かを考えることが必要。わかったことわからないことを曖昧に伝えると、隠蔽しているのではないかと不信感につながる。
- ・園の窓口を一つにして、わかることわからないことをきちんと整理して、誠意をもって伝えることを普段から職員全体で意識し、練習しておくことが大事である。

◇**個人情報の漏洩**

- ・職員の携帯番号、保護者の緊急連絡先の記された手帳を紛失したが園に伝えなかったという事例がある。結果、名簿屋に売られ、商品のDM、広告LINEが職員や保護者に一斉に届いた。
- ・対応として、保護者に対してきちんと事情説明(説明会・手紙)を行い、原因解明、再発防止に努める。

◇**事故統計・実態**

- ・乳幼児施設での死亡事故(H30)⇒認可外>認可>小規模保育園(幼稚園は0)
- ・睡眠中 食事中 水遊び この3つの場面での事故が大多数を占めている。
- ・解剖して原因がわからないもののみをSIDSと分類する。家族の合意を得られず司法解剖をすることが少ないため死因不

明とされる事例が多い。

- ・睡眠中の原因として、うつぶせ寝、覆いかぶさる、嘔吐などが多い。

◇園内事故の特殊性

【園外保育からの帰園後、幼児車内置き忘れ事故 (H19/7/27 福岡 認可外保育施設)】

- ・原因は人数確認をしておらず、一人足りないことに気づいてから見つかるまでに4,50分かかった。園児がどこにいるのか不明で、搜索範囲を広げているうちに車内にいることに気づくのが遅れた。
- ・車に乗る前に点呼しておけば…降りたことをきちんと確認しておけば…保育園に戻ってから点呼しておけば…このようなことにならなかったと考えられる。
- ・きちんと点呼することを指導していなかった管理者の責任と職員全体のつながりの中で起き得る事故である。
- ・誰か、又どれか1つでもきちんと成されていれば、事故は防げた。
- ・発見後30分経ってからの119番通報はなぜ? ⇒ 大きな事故が起こると目の前で起こった事が理解できず希望的観測をし自己保身などが働くことにより通報が遅れることがある。
- ・窒息、誤嚥の場合は、まず119番通報し心肺蘇生、AEDの応急処置をして様子を見る。途中で回復すればキャンセルすればよい。
- ・事故の原因は1つで複数の原因が数珠のように重なり事故に至る。施設内で起きる事故は職員個人の問題ではなく、組織的な問題なので組織的に対応するべきである。
- ・災害時の訓練はよく行われているが、重大事故発生時の訓練はされていないことが多い。事後の対応訓練や事故のシミュレーションをする必要がある。

◇ヒヤリハットが必要な理由

- ・経験や感覚の差を職員全体で意識的に埋め合わせていく必要性がある。
- ・将来的な事故を防ぐためのツール。
- ・管理職だけが検閲するのではなく、全職員が検閲し、共通理解することが重要である。
- ・ヒヤリハットマップ施設図を作成し、ヒヤリハットが起こったところに印をつけ、全職員で共通理解しておくことの必要性。毎年更新する。

◇園内事故の法的責任

- ・感染症の発生状況を常にリアルタイムに告知し保護者と情報共有しておく。
- ・刑事責任は法人ではなく個人に、民事責任は法人・個人ともに問われる。
- ・過失とは注意義務を怠ったことで、法的責任があることをいう。
- ・裁判になった時にガイドラインに沿って対策をとっていたかどうか問われる。
- ・行政は大きな事故が起こるとガイドラインに組み込んでいく。

◇アレルギー事故

- ・アナフィラキシー⇒喉頭浮腫(粘膜が腫れて呼吸困難になる) 血圧低下など複数の症状が一斉に起きる。
- 【調布市富士見台小学校アレルギー事故】・・・事例研修としてグループ討議を行い、その後発表する。

この事故を防ぐにはどのようにすればよかったですでしょうか？	
事例において、死亡結果を防ぐことができたポイント(原因)を箇条書きしてください。	
事前	事後
Sと担任に確認して伝えるべき	他の教員への声掛け
母の献立表へのマーキングミス	エピペンの判断をSにゆだねた
除去食の情報共有がなされていない	エピペンの存在を担任しか知らない
担任の給食献立一覧表忘れ	事故後の対応が想定されていない
担任も打ち合わせに入るべきである	Sに大丈夫かと聞いたが、担任が判断すべき
担任から母親への連絡時にエピペンを使用するか否か	保健室に行くべきである

の連絡が途中辞めになってしまった 4年担任との情報共有がなされていない エピペンの使用判断を決めておく	周囲の先生のアレルギー学習がされていない→ 判断ミス
-----------------------------------------------------------	-------------------------------

- ・エピペンを打ったのも救急車に乗ったのも校長・・・現場の状況を知っている担任が対応すべきである。
- ・養護教諭は、Sがアレルギー持ちだということを知っていたのか？いつアナフィラキシーショックだと気付いたのか？などの疑問が残る。
- ・アナフィラキシーは、どんな症状が出るのか、誰がそのアレルギーを持っているのか、エピペンがどこにあるのか、など全職員で共有する必要がある。
- ・リスクを理解し、工夫していくことが重要である。⇒学習・研修・実践などが大切なので、園での取り組みが必要になってくる。