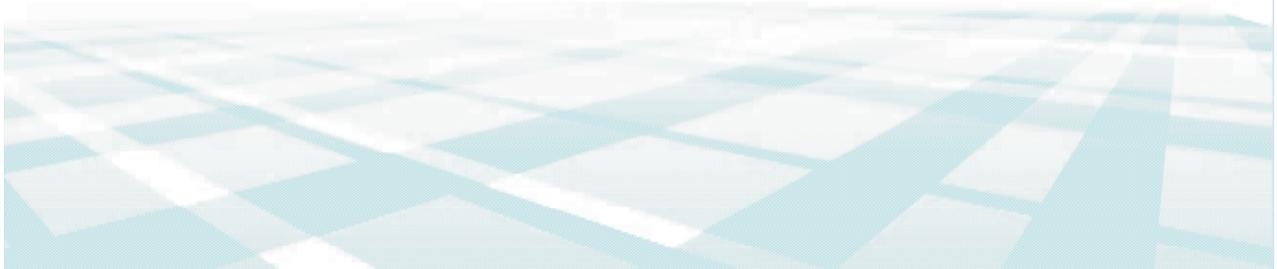




保育施設における ヒヤリハット事例集

令和6年3月
静岡県健康福祉部
こども未来課



はじめに

この事例集は、静岡県内の保育施設に提供いただいた約 3,400 件のヒヤリハット事例から、重大事故に繋がる危険性のあった事例等を抽出し、分類別に整理したものです。

事例集の活用方法としては、各保育施設が職員に対し園内で事故防止対策の研修を行う際などに参考にしていただくことを想定しています。

他園で発生したヒヤリハットと同様のリスクが自園に潜んでいないか確認する、他園での再発防止策を参考に自園の事故防止策を検討する等、事例集を有効活用いただき、事故防止に役立てていただければ幸いです。

県としては、今後も、定期的にヒヤリハット事例を収集して、本事例集を更新し、各保育施設へ提供させていただく予定です。

各保育施設におかれましては、引続き、日々の保育の中で発生したヒヤリハット事例を収集いただき、収集した事例を会議や研修の場等で情報共有し、重大事故等の発生防止に努めてください。

目 次

1. 車両送迎・登降園管理	1
2. 園外活動等	5
3. 抜け出し・見失い等	11
4. 睡眠中	15
5. プール・水遊び	19
6. 誤飲	23
7. 誤嚥	29
8. 食物アレルギー	33
9. 熱中症	41
10. 与薬	45
11. 危険な遊具・設備	49
12. 不適切保育	55

1. 車輛送迎・登降園管理

No.1 置き去り	日時	6月・登園時
	年齢	5歳児
内容	朝登園時、園バスの一番後部座席で眠ってしまっていた。外部から園児の降車を確認していた職員もいたが、小さくなって座席にすっぽりはまっていた見えなかった。同乗の保育者も気づかず降車してしまった。運転手が車内チェックの際に気づいて降車させた。保育室では担任が出席確認をし、園児がいないことに気づき、バス担当の保育者に乗車した事を聞いて迎えに出た。	
発生要因	眠っていた園児はいつも無断欠席が多く、家庭と連絡がつかないことが多い。そのため外から迎え入っていた職員も今日は休みか、と思い込んでしまって確認が不十分になってしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	無断欠席が多いため、バスから降りてこない日が多く軽視してしまった。 (外部確認職員) 後部座席まで確認したが、姿が見えなかったので全員降車したと思い込んでしまった。 (添乗職員) 確認は隅々まで行う。担任は出欠席の確認を必ず行うようにする。	
再発防止策	降車の際の確認を怠らない。安全装置を備え付け、十分に活用し、数人の目で降車後の状況確認をする。必ず出欠席者の確認をする。連絡がなく欠席している場合は園から連絡をとる。保護者にも必ず欠席の場合は連絡を入れることを伝える。	

No.2 出欠確認不足	日時	7月・登園時
	年齢	4歳児
内容	欠席児がいることに気付かず、昼前まで過ごしてしまった。気付いた時点で、園長主任に報告。欠席の連絡が入っていないことを確認。主任から母へ連絡する。つながらず、父に連絡。風邪気味で通院して、欠席とのこと。コードモンへの送信は母が忘れたのではないかということだった。	
発生要因	担任は、朝、呼名して人数確認をしたが、本児の名前を呼んだときに、返事をした子がいたため、顔を確認せずいるものだと思い込んだ。	
園内での意見 ・ふりかえり	朝の出欠確認のマニュアルを確認する。思い込みは危険。必ず目で見て確かめる。	
再発防止策	朝の視診は必ず園児の顔を確認して行う。顔を見て確認することでその日の園児の体調等も確認できる。	

No.3 出欠確認不足	日時	9月・登園時
	年齢	4歳児
内容	当園では登園していない子の確認は9時までにすることになっている。9時の時点で登園していないことは把握していたが、9時半に報告があった。	
発生要因	人数表を記入する時登園していないことは把握していたが、その時動けず報告が遅くなった。	
園内での意見 ・ふりかえり	受け入れやクラスで何かあると後回しになってしまう。1ヶ月前に保護者から欠席の連絡を受けていたことを担任が忘れていた。	
再発防止策	命にかかわることだという意識を持つ。クラスから離れられない場合は内線を使って知らせ、後回しにしない。	

No.4 抜け出し	日時	8月・登園時
	年齢	4歳児
内容	8/14は夏期希望保育期間であったため、本児にとって受け入れ部屋が違っていた。この日、本児は祖母と登園し(8:34)祖母と離れいつも通り2階保育室へと向かったが、保育室には誰もおらず不安になった本児は再び靴を履き祖母を探しに出て行ってしまった。9時登園完了であるが8:50頃本児の登園が確認できていなかったため保育者が園長に伝えると園長は本児が祖母と登園した所を見ていたが、本児が園舎内に居ないことが発覚した。保育者が探しに行くと正門横の園舎と塀の間で本児が泣いて立っていた。約20分間1人でその場に居たと思われる。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・本児の登園予定の申込時刻は7時となっていたが、最終確認の時間の9時まで気づかなかった。 ・希望保育中の登園部屋を本児の送迎者が知らなかった。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・本児が1人で正門から出ていたら大きな事故や事件に繋がっていた可能性が考えられる。 <p>このインシデント発生直後、園長より本児の保護者に時系列にて説明と謝罪を行い、全職員に共通理解を図った。当日は祖母による送りだったが、保護者(母親)には本児を保育者に引き渡して頂くようお願いをさせて頂いた。</p>	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・希望保育利用者には希望保育の流れ等を事前にお知らせする。 ・送迎予定者に登園の部屋を事前に再度伝える。又は伝わっているか確認する。 ・登園時は子どもだけで保育室に入らず、直接保護者(送迎者)から引き渡ししてもらうよう日頃から伝える。 ・登園予定時刻を大きく遅れている場合は電話連絡をする。 	

No.5 車両閉じ込め	日時	11月・登園時
	年齢	2歳児
内容	朝の登園時。母親が駐車場に車を停めて運転席から車を降り、子どもを下ろそうと反対側に回った時に、子どもが室内にあった車の鍵を押してロックし、子どもが閉じ込められた状態になった。父親にも連絡して協力してもらおう。中の子どもも驚いて大泣きしたが、30分後に内側から本児がカギを押してロックを解除した。	
発生要因	車の鍵を子どもの手の届くところに置いてあったため、内側からロックした状態になった。	
園内での意見 ・ふりかえり	11月だったので、救出のために1分1秒を争う状況ではなかったが、真夏の炎天下に起こりうる状況を考えると、迅速な対応が必要となった案件だった。	
再発防止策	車の鍵を車内に置いたり、子どもの手の届くところに置くことのないように、保護者に啓発する。	

○その他の事例

1	9:00に登園確認することになっていたが、その際に欠席連絡のない不在園児が1名いた。担任3名でそのことを把握したが、その後家庭に連絡することを忘れてしまった。10:00すぎて保護者から欠席連絡があり、こちらから確認を忘れていたことに気付いた。
2	毎朝9時までに登園がない児童、出欠席の連絡がない児童等の人数確認を行い、保護者への連絡を行っていますが、12月4日は10時まで人数確認が行えていませんでした。2歳児の園児1名がまだ登園が確認できておらず、連絡も入っていなかったことが発覚し、すぐに保護者へ連絡を行ったところ、欠席連絡をし忘れたということが確認できた。
3	朝の人数チェックの時に、記入間違いを起こし、人数に相違が出たがダブルチェックをしていたので、直ぐに記入間違いがあったことが分かった。
4	遅番保育時、幼児組と2歳児を複数の保育者で保育していた。同時刻、課外教室（体操教室）のお迎えで送迎者駐車場側前に多くの保護者が終わるのを待っていた。その様な状況の中、2歳児の子が保護者と降園する際に、友達である対象児も一緒に外に出てしまった。保育と課外教室双方の送迎が重なり、混在していた中、対象児が園外に出てしまったことに気が付かなかった。丁度対象児の保護者の方が迎えに来たときであり、駐車場で我が子の姿を確認した保護者が手を繋いで門に入ってきて「なぜうちの子が駐車場にいるのですか？」と尋ねられたことで職員が気付いた。
5	送迎者の変更についての、電話の聞き間違いがあった。

2. 園外活動等

No.6 置き去り	日時	3月
	年齢	2歳児
内容	園外保育に出かける際、園児が一人室内に取り残されてしまい、25分後遅番で出勤した職員が本児を見つける。本児の気持ちの安定を図り、その後園外保育に出かけている他児と合流をした。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・複数担任のクラスで、それぞれが他の職員が確認をしたものと思い込んでしまった。途中で確認をしたものの、声を掛け合っただけの確認はしなかった。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・チェック体制の不備 ・マニュアルの不備 ・危機管理についての個々また園全体の意識の低さ 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの見直し（職員が全員参加の見直し） ・チェック体制の強化 	

No.7 置き去り	日時	6月
	年齢	1歳児
内容	公園で嘔吐した子がいて、その子の対応に気を取られ、他の1・2歳児と一緒にカートで帰る際、人数確認を怠ったため1名を置いてきてしまう。嘔吐処理に残った職員を見つけ一緒に帰園したため大事にはいかなかった。	
発生要因	帰園する際の人数確認を徹底する。	
園内での意見 ・ふりかえり	普段とは違うトラブルが起きてしまった時こそ、職員間で声をかけ合う。	
再発防止策	普段から人数確認をくせ付けする。確認したかどうかを職員で共有する	

No.8 置き去り	日時	4月
	年齢	1歳児
内容	お散歩カートの中で、寝てしまった子に気づかず、それ以外の子を連れ2階保育室に戻ってしまった。保育室に戻った後の人数確認で、一人いないことに気づき、カートの中で寝ている園児を発見した。	
発生要因	使用したカートすべてを確認していなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	職員間での連携がとれていなかったことや、カートからおろした後の手順がきちんと周知されていなかったことが原因。	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・場面の切りかえごとの人数確認を徹底する。 ・最終確認をする職員を決め、確認が済んだことを声に出して他の職員に伝えるようにする。 	

No.9 園庭の果物	日時	11月
	年齢	3歳児
内容	園庭に落ちていたキンカンを口に入れてしまった。	
発生要因	他の園児が南園庭からきんかんを拾い、3歳児用園庭に落としてしまったのではないかと。	
園内での意見 ・ふりかえり	キンカンを拾うことが好きな子が多い為、南園庭から持ってきて3歳児用園庭に落としてしまってあったのではないかと。どのような味がするのか気になったのではないかと。	
再発防止策	キンカンを拾うことは良いが、食べることはしないように伝える。園庭に出たときに落下物がないか確認する。	

2. 園外活動

No.10 交通事故	日時	10月
	年齢	—
内 容	公園から帰園時、信号が青に変わり横断歩道を渡ろうとした時、信号無視した車が前を横切っていった。	
発生要因	信号が変わっても、周辺の車の状況に目を配るのが足りなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	左方向の車が止まったことを確認し、横断歩道に入る手前まで進んだ後に、右を見たら信号無視の車が右から左へ横切った。右が先に止まり左が後という時差式信号だったため左側に注力してしまった。青信号が短い横断歩道だったため、「早く渡らねば」という意識が先立ってしまった。	
再発防止策	信号が青になっても車が止まったことを確認してから横断歩道に入る。横断歩道以外でも園外では車の動きに注意して声を掛け合う。	

No.11 交通事故	日時	10月
	年齢	—
内 容	散歩へ行く途中、横断歩道を渡ろうと横断歩道前で一時止まった。周囲を確認していると右斜め後ろから左折しようとした車がこちら（左）にウインカーを出し横断歩道前で停止してくれたので渡ろうとすると右側道路からスピードを出したトラックがクラクションを鳴らしながら走り去っていった。横断歩道を渡る前だったので何事もなかったがヒヤリとした。トラックがクラクションを鳴らした時点ですぐに歩道端に子ども達を集めた。もう一度周囲を確認し安全が確認できたので横断歩道を渡った。散歩後主任に報告した。	
発生要因	トラックが横断歩道があるにも関わらず減速しなかった。左折しようとした車が停止してくれたので安全だと過信してしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	—	
再発防止策	より一層周囲の確認を行いながら安全に歩行できるように努める。横断歩道だからといって車が停止すると過信せず安全確認を行う。	

No.12 不注意の事故	日時	3月
	年齢	1歳児
内容	<p>託児所近くの土手を散歩中、大型ベビーカー(避難車)の前輪が道路と土手の段差にはまり保育者が手を握って止めたが大型ベビーカーの重みで手が離れてしまい、斜面を滑って行ってしまった。斜面が未舗装でデコボコしていたためガタガタとしながら滑り、近くの幼稚園のフェンス前の溝に前輪がはまりフェンスに当たるか当たらないかのところで止まる。止まった反動で大型ベビーカーに立っていた1歳児の体勢が崩れ左手・左足を負傷。</p>	
発生要因	<p>土手を散歩中に、大型ベビーカーを担当していた保育者が、子ども達に春を感じてもらいたいと思い、土手に生えていた土筆の方に目が行ってしまった。自分が担当していた子よりも他の子や植物に意識が向いてしまい、大型ベビーカーの操作が遅れてしまった。</p>	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・行き慣れた散歩道なので油断があったかもしれない。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・散歩中、担当の乳幼児の安全第一に専念する。 ・慣れている場所でも常に危険があることを意識して散歩する。また職員同士で危険箇所を確認しながら声を出していく。 ・散歩コースや散歩先の公園などの危険箇所を再把握すると共に対策を再考する。また、保育士の配置についても声を掛け合い確認し合っていく。 ・毎月、ヒヤリハット報告を提出して対策を取っているが、些細なことでも出しあい、職員で情報共有をしていく。 	

○その他の事例

1	<p>散歩の為、園児が園庭に並ぶ。その時対象児の水筒に肩掛け紐がついていないことに保育教諭が気づき、玄関に置いてくるように話した。出席数29名全員いることを確認して出発したが、園の斜め前にあるパン屋付近で対象児が園庭にいることを他クラスの保育教諭から知らされる。門を出るときに水筒を取りに戻っていた。速やかに対象児と合流する。</p>
2	<p>神社へ散歩に出かけ帰園するとき、1名見逃し、境内から出る時に気が付き全員そろって帰園できた。</p>
3	<p>散歩車で移動し、園内に戻った際、保育室前に止めた散歩車内に座り込んでいた園児に気づかず、室内に戻ってしまった。</p>
4	<p>午後の活動で散歩で消防署に向かう途中、交差点で歩行者信号が青になった為進もうとした所、ご老人の運転する乗用車が赤信号を無視して横断歩道を横切って左折していった。</p>

3. 抜け出し・見失い等

No.13 抜け出し	日時	10月
	年齢	4歳児
内容	給食前保育室からランチルームへ移動する際、抜け出す。玄関から外へ行き、門から出ようとするが電子ロックがかかっていた。反対側ごみ置き場へ続くフェンスの扉の鍵がダミーだったので気づき、自分で開けて出てしまい本児の自宅横にある叔母の飲食店兼自宅へ行く（徒歩で9分）。保育士は叔母から保育園への電話で本児が園を抜け出したことに気づいた。	
発生要因	その日は来客があり、職員室職員は来客対応していて本児が職員室横をすり抜けて外へ出て行くのに気づけなかった。ごみ置き場の扉はごみ収集業者が開けやすいように鍵がかかっている鍵をかけていた。	
園内での意見 ・ふりかえり	扉の鍵はダミーではなくしっかりと施錠するようにする。	
再発防止策	ごみ置き場の扉には常に施錠をし、業者が来る時に給食職員が開ける。9:00~15:00の間は電子ロックだけでなく、玄関のドアもロックする。	

No.14 置き去り	日時	7月
	年齢	5歳児
内容	水遊びの時に園児1名が降りてこず、3歳児クラスのベランダに取り残されているのを他の職員が発見した。水遊びの時間にクラスの子から「来ちゃダメ!」と言われて、皆と降りてこず、2Fのベランダに30分放置されていた。園児の体調の異常は見られなかった。	
発生要因	水遊びの時間にクラスの子から「来ちゃダメ!」と言われていたため皆と降りてこず、本人は皆と一緒に1Fの水遊びの場所に行けなかった。保育者が水遊びに行く前の点呼は行っていたが、1Fに降りた時の点呼が行われていなかったことが30分間も取り残されていた原因となってしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	当日は担任が休みのため、いつもと違う保育者がクラスを見ていた。場面切り替え時の点呼がしてなかった。	
再発防止策	場面切り替え時の点呼を再徹底させる。	

No.15 見失い	日時	4月
	年齢	3歳児
内 容	園庭で遊んでいるときに、男児の膝小僧のかさぶたが取れ少し出血したため職員室で治療。園庭に戻ると同じクラスの女の子の姿がみえない。保育者が「〇〇ちゃんの姿がありません」と発信。直ぐに職員室から園長・副園長が園内の周辺を確認。外には出ていないと確認でき、園庭を探す。倉庫の中にいるのを発見した。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・出血したことに気を取られた保育者が、園庭に残っていた園児のことへの配慮がかけた。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・「いないです」の発信は良かった ・怪我はある。機嫌良く遊んでいるから良いのではなく、「この場を離れるのをお願いします」の一言で「担任の先生何処？」にはならなかったのかもしれない。とにかく声を掛け合おう。助け合おう 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・一人を大事にしながらも、全体に目を向けることを意識する。 ・園児の怪我の手当で、担任以外の先生でも大丈夫な時は声に出してもらい職員室で対応する。 ・保育者がどうしたいか声に出し、協力を求める。 	

No.16 見失い	日時	5月・土曜保育
	年齢	3歳児
内 容	土曜日であり、合同保育をしていた。該当園児を含め、全員でトイレに行く。該当園児を担当が見届けていたが、未満児1名がトイレにいたので、その対応をするため廊下にいた保育士と連携をとり、該当園児の行動の見届けができるようにする。しかし、ふと目を離れた際に姿が見えなくなり、園舎内を探す。担任がホール側から保育室に戻ってきた時に廊下に置いてあった2歳児クラスの消毒ボックスが動き、中に該当園児が入って、隠れていた（消毒ボックスの電源は抜いてあった）。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・支援が必要な園児であり、かかわった保育者（今回は担任）が最後まで責任をもって行動の見届けができなかったこと。 ・廊下に消毒ボックスが置いてあったこと。 	
園内での意見 ・ふりかえり	今回は当日消毒していなかったので問題なかったが、消毒した場合終了後約25分間は消毒ボックス内に微量のオゾンが残っている可能性もあるので、状況によってはオゾンに触れたり、吸ったりしてしまう可能性も考えられとても危険であった。	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員で共通理解し、本児の行動に十分留意し、目を離さないように、すぐに後を追うよう気を付けていけるようにする。 ・0～3歳児の消毒ボックスを廊下に置いてあったが、使用していない時は休憩室に入れ、休憩室の扉を必ず閉めるようにする。 	

No.17 見失い	日時	5月
	年齢	4歳児
内容	朝の自由遊びの時間、職員用ロッカーを開閉して遊んでいた園児複数名に、開閉しないよう声掛けをして中を確認せず鍵を閉めた。1、2分後に、「ロッカーの中に〇〇君がいるよ」とクラスの園児に教えられ、ロッカーの中から泣いていた4歳児を出して水分補給をした。	
発生要因	ロッカーを施錠していなかったため、子どもがそこで遊んでしまった。中を確認しないで扉を閉めてしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	長時間気づかなかった場合、脱水、熱中症の重大事故につながる事案である。	
再発防止策	ロッカーの鍵は常に閉める。教材室、保育室も閉める時は、誰もいないことを確認してから閉める。	

No.18 見失い	日時	7月
	年齢	2歳児
内容	子どもを寝かしつけようとしていた時、押し入れから「ドンドン」と音がした。押し入れを開けると本児が「びっくりした？」と笑いながら出てくる	
発生要因	布団を押し入れから出し午睡の準備をした後、トイレを促し、午睡に入った。日頃、子ども達が押し入れに自由に入って遊んでいる。この日、寝るときには押し入れの戸が閉まっていた。布団に全員の子が入って人数確認を行う前だったが、気が付かない可能性もあった	
園内での意見 ・ふりかえり	園生活の中で子どもの位置、人数、遊んでいる状態を確認し、職員間で声を掛け合っていく 押し入れ等、職員から死角になっている場所で子どもが遊んでいないか確認する	
再発防止策	どんな時にも、子どもの行動から目を離さず、人数を確認し、職員間で声を掛け合い把握していく	

4. 睡眠中

No.19 うつぶせ寝	日時	12月
	年齢	0歳児
内容	0歳児の11月新入児がまだ慣れず、うつぶせ寝をしていたのをそのままにしていた。	
発生要因	動かすと泣いて起きてしまうため、うつぶせ寝をわかっていたがそのままにしていた。	
園内での意見 ・ふりかえり	子どもが安心して眠れる姿勢なのかもしれないが、事故につながる可能性が大きいことを確認する。	
再発防止策	寝かしつけをあおむけにすることや、必ずあおむけに直すことを約束する。	

No.20 うつぶせ寝	日時	4月
	年齢	1歳児
内容	呼吸チェックを行った際、顔も下を向いた状態でうつぶせ寝をしていた。	
発生要因	寝返りに気付かなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	他児の寝かしつけの間、先に寝た児への呼吸確認が疎かになってしまった。	
再発防止策	他児の寝かしつけの際、先に入眠した児に対しても目を向けながら、時間での呼吸チェックを行う。 タイマーを使用し、呼吸チェックが確実に出来るようにする。	

No.21 窒息	日時	11月
	年齢	—
内容	寝入る前に布団をかぶって寝転がっていた女兒。しばらくして様子を見に行くと、掛布団のカバーの中に頭を入れて眠ろうとしていた。すぐにカバーから頭を出させ、体に掛け直した。	
発生要因	側で、介助する職員がいなかった。カバーの紐がほどけて空間ができていた。	
園内での意見 ・ふりかえり	布団をかぶっている時にはすぐに頭から外して掛け直すようにする。子どもから目を離さない。	
再発防止策	10分ごとの午睡チェックだけでなく、寝入り端の様子を確認する。午睡前にカバーの確認をする。	

No.22 窒息	日時	7月
	年齢	1歳半
内容	本児は午睡時にタオルを持っていると落ち着くため、入眠時はそばでトントンし入眠を促しながらタオルを顔周りにあてて眠るのを見守っていた。本児が完全に入眠した後、寝かしつけをした保育士はタオルをそっと手元から取り、畳んで顔の横に置いた。別の保育士がすぐに気が付き、タオルを少し離れ場所へ移動させたため事故にはつながらなかったが、寝返り等で顔にかかって窒息する恐れがあった。	
発生要因	本児が不安にならないようにと、すぐに手の届く顔の近くに置いてしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	お子さまの気持ちも考慮しながら、より安全に過ごせるようにその都度最善策をスタッフ間で相談しながら保育できるようにしていく。	
再発防止策	睡眠時、顔の周りにはタオルやぬいぐるみ等顔を覆ってしまう可能性のあるものは置かないように意識を高める。午睡チェックの際にも、子どもの顔色や呼吸等だけでなく、午睡環境のチェックもしっかりと行っていく。	

No.23 食べ残し	日時	5月
	年齢	1歳児
内容	午睡後、本児の口に給食で食べたエビフライが入っていた。給食後、口の中に食べ物が残っているのを知らないまま、本児も飲み込まないまま午睡してしまっていた。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> 給食を終えた後から寝入るまで、本児の様子（口の中）がわからなかった 口に物が入っているのを知らずに寝かせてしまった 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ごちそうさまをしたら、口の中を確認できるといいが、子どもの人権侵害にもならないように配慮して確認できるようにしたい 噛んで飲み込むのが苦手な園児だと理解不足だったと感じる。新年度、フリー保育士が入ったためなおさらだと思う 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> 全部食べ終わったら（お口の中終わったら）ごちそうさまをしようねと繰り返し伝える 寝かしつけまでの間に子供の様子をよくみる 0・1歳児は自分で言えないので保育士が気にかけてみる（口の中を確認する） 気を付けてほしい子を職員間で情報共有し、理解したうえで保育していく 	

No.24 食べ残し	日時	1月
	年齢	1歳児
内容	給食に豚肉が出ていた。 それを最後に口に運び、少しして麦茶を勧めたが、飲むのを拒む。 着替えをして布団へと移動し午睡。 初回の午睡チェック時に口に食べ物が入っているのに保育士が気づき保育士2名で口の中の食べ物を全て取り除いた。	
発生要因	給食から寝かしつけまで3人の保育士が関わっているにもかかわらず、気付かずに入眠させてしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	再発防止策と同じ	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> 引き続き午睡チェックは全身を目視していく。 給食終了時、口の中の物が終わっているか再度確認する。 	

5. プール・水遊び

No.25 溺れた	日時	8月
	年齢	1歳児
内容	プール遊び中に熱性けいれんを起こし、一瞬水の中に沈んだ。プールの中で遊んでいて、急に白目を向いてスーと仰向けで水中に沈んでいった。直ぐに気づき、直ぐに引き上げようとしたが、重くて一人では引き上げられず、別の保育者と一緒に引き上げた。(突然意識がなくなり、顔面蒼白となり、その後、熱も上がってきたため、救急車を依頼した)	
発生要因	当日朝の検温は36.2℃プールも「○」だったので、活動を行ったがまさかプール遊び中に熱性けいれんを起こすとまでは、思ってもいなかったため、事前に保護者と話し合いをしておけば良かった(中止にする等)。	
園内での意見 ・ふりかえり	家庭では7～8回熱性けいれんを起こしていたが、園では初めてであり、ビックリした。最初は何が起こっているか把握できず、慌てた。水の中での出来事なので大事に至らずに済んだが、より気を引き締めて活動を行っていかねばならないと思った。	
再発防止策	保護者と話し、1歳児の間は、プール活動を行わないこととした。熱性けいれんの様子を見ながら、2歳児に進級した時も保護者と話し合い、プール活動等決めて行くようにした。	

No.26 溺れた	日時	8月
	年齢	4歳児
内容	プール遊びの時間、最初に全員でプール内に座り、顔をつけてみようという時に普段顔をつけれない子が顔をつけているので「つけれるようになったのか」と思っていたら溺れそうになっていた。	
発生要因	本人は溺れている感覚はなく、水を飲んだり、苦しがる様子もなく、大事に至らず済んだ。監視係もいたのだが、その子が担任の影に隠れる位置にいたため気づけなかった	
園内での意見 ・ふりかえり	監視の仕方や保育士の見方や指導も気を付けていかなければならないと職員全体でこの件を共有し、プール指導のふりかえりをした	
再発防止策	今回は園児の様子をわかっている担任だったこともあり、おかしいとすぐに気づくことができた。担任外の保育士がクラスに入ることもあるので、子どもの様子の引継ぎをしっかりと伝言していくことを再徹底するよう指導。監視係も座っていると今回のように死角ができてしまうので、全体を立てるように指導した	

No.27 頭部強打	日時	7月
	年齢	5歳児
内容	後頭部を床に強打。プールサイドを歩いていたが滑って後頭部を床に強打。保育士が気づきすぐ駆け寄り、冷やしながらか顔色患部等を確認。吐き気もなく、顔色も良い、変わりはないが、保護者の迎え時に様子を見てほしいことを伝える。	
発生要因	床が濡れていて滑りやすくなっていた。	
園内での意見 ・ふりかえり	危険箇所、子どもへの声掛けについて確認。	
再発防止策	プール内外は滑りやすくなっているので、注意して子どもの様子の監視を行う。	

No.28 ふざけ	日時	8月
	年齢	4歳児
内容	プール遊び中、潜っている子どもの上に乗ろうとした。	
発生要因	プール遊びに慣れてきた頃で、気持ちが高揚していた。ふざけ気味で遊んでいたところに、潜っている子を見つけ、乗ってしまったと思われる。	
園内での意見 ・ふりかえり	プール遊び中は普通の遊びよりも開放的になり、思いもよらない行動に出ることがある。 楽しい気持ちは理解したうえで、子どもたちの様子を観察し対応したい。	
再発防止策	プール遊びの前には、楽しいが危険も多いことを伝える。子どもたちが水に慣れ、潜ることが多くなってきたら、監視員や担任は特に気を付けるとともに、子どもたちにも潜っている子のそばに行かないように伝える。	

No.29 ふざけ	日時	7月
	年齢	5歳児
内容	プール遊び中、ワニ泳ぎをしていた時、進む速度が違い前の友達の上に乗ってしまい、乗られた子どもの顔がプールに沈んでしまった。指導していた担任と監視員の双方が直ぐに気づき、声掛けと後ろから来た子どもを静止をしたため難なく顔を上げることができた。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の水慣れに個人差があり、前の友だちにおいついてしまったこと。 ・今年度のプール遊び開始直後ということもあり、水慣れのため全員でワニ泳ぎをするが、それぞれのペースを十分把握していなかったこと。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の状態を十分把握すること。 ・プールの広さと遊び方について検討した。 ・ワニ泳ぎの時は、前の子どもと距離が取れるように配慮するとともに子ども達にも前の子に追いつかないように伝えていくこととする。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・クラスで遊び方や危険な行為についてもう一度確認し子ども達へ注意喚起をする。 ・監視員の位置やプール内での指導や遊び方についてその都度確認する。 ・起きてしまった危険な行為や場面について園内で確認し合い注意喚起をする。 	

○その他の事例

1	プール入水時、子ども達の入水で、水位が上昇したため、顔の頬まで水につかってしまった子供がいた。
2	プールで遊んでいるとき、水の中にいる園児の上に乗ろうとした。
3	プール遊び中、潜って遊んでいる子どもの上に遊んでいる子どもの浮き輪が覆い被さってしまった。一瞬だが、潜っていた子どもの全身が水から上げられなくなった。監視員が直ぐに気づき、声掛けと浮き輪で遊んでいる子どもの場所を移動させたため直ぐに水から顔を出すことができた。
4	プール遊び中、1人の男児が、水の中から上がってくる保育士の頭を押さえつけたが、相手が保育士だったため頭を上げることができた。
5	プールサイドに置いてあった小プールに雨水が10cmほどたまっていることに気が付いた。園のプールは囲いがなく子どもが入り込めるため、中に入って転倒等するとおぼれる危険があると感じた

6. 誤飲

No.30 玩具	日時	12月
	年齢	3歳児
内容	給食袋の紐に付いていたプラスチックの球を誤飲し、吐き出せなくなった。本児の異常に気づいた職員にがすぐに背中を叩き、球を吐き出させた。	
発生要因	給食前、ランチルームに移動する待ち時間に手持無沙汰になり、手に持っている物を口に入れており、本児の行動を職員も見逃し注意しなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・本児が、手や物を口に入れがちな事を周知する。 ・園児の持ち物の中で事故に繋がる物がある事を認識する。 ・誤飲が起こった時の対処法の確認が必要である。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・手に持っている物を、口に入れる行為が見られた時は、状況をよく見て危険が予想され場合は口に入れないよう指導する。 ・園児の持ち物に、怪我や事故が予想される物は持たせないよう、保護者にも周知する。 	

No.31 玩具	日時	12月
	年齢	0歳児
内容	ままごとのトマトの玩具を口の中に入れてしまい、口の中ではまって自力で取り出せなくなった。近くにいた保育補助が気づき口からトマトの玩具を取り出した。	
発生要因	トマトの玩具が、ミニトマト大くらいの大きさであった。新たにままごとの玩具の種類を増やした時だったが、安全確認をせずに出してしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	子どもが遊ぶ玩具は、玩具の大きさや突起部分など危険な箇所はないか、年齢に合っているかなどの安全確認をしてから、子どもが使用するようになる。乳児は玩具等口に入れることがあるので細心の注意が必要である。	
再発防止策	0、1歳保育室や、早番遅番時のホールの玩具の見直しをし、誤飲の危険のあるものは処分した。子どもの様子が見渡せる位置に保育士がつき、子どもが死角にならないようにする。子どもが口に入れて遊んでいないか今まで以上に注意して見る。	

No.32 電池	日時	6月
	年齢	5歳児
内 容	食後、部屋の掃除をしていると、床にボタン電池が落ちているのを見つけた。確認すると対象児の鞆のキーホルダーの1つのネジが緩んでいて、そこから落ちた様子。電池とキーホルダーを袋に入れ家庭に返した。	
発生要因	キーホルダー等、特に規制の対象にしていなかったため。	
園内での意見 ・ふりかえり	子ども達に誤飲についての危険性を話していく。保護者に向けて、お便り等で知らせるのも1つの方法である。	
再発防止策	ボタン電池のキーホルダーやボールチェーン等、誤飲の危険性があるものは付けてこないよう、お便りやポスターの掲示で周知させていく。	

No.33 マグネット	日時	9月
	年齢	4歳児
内 容	マグフォーマー（強力磁石の玩具）に使用されている磁石を家に持って行ってしまった園児が発生。	
発生要因	マグフォーマーが破損しており、中の磁石が出た状態で遊んでおり、その磁石を持ち帰ってしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	強力磁石を複数誤飲し、腸内で密着し手術することになった事例もあり、磁石玩具の仕様は乳児は禁止、幼児は取扱いに注意しながら遊んでいた。破損部分に気がつかず遊んでおり、磁石が出てしまっていた。	
再発防止策	マグフォーマーについて、遊び終わった際の、破損部分の確認および、普段からの定期点検を徹底する。破損したものは破棄する。	

No.34 マグネット	日時	4月
	年齢	—
内 容	掲示物を留めていたマグネットが床に落ちていた。	
発生要因	掲示物が風で飛ばされ落ちてしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	掲示物はマグネットではなくテープで留める。	
再発防止策	テープで留める事を職員間で周知した。マグネットについては全て回収し子どもの手の届かないところに片付けた。	

No.35 ペーパータオル	日時	6月・遅番時
	年齢	0歳児
内 容	遅番時（16：50）水分補給を行い、こぼれたお茶の処理等にペーパータオルを使用する。他児のお迎えの保護者対応で離れている間に床に置きっぱなしにしてしまったペーパータオルの一部を0歳児が口にいれてしまう。17：50頃母が迎えに来た際本児の口の周りに白い泡があり「変だね」と母と共に口の中を見たが、気づかずそのまま降園。降園時の車の中、自宅に戻ってからも口を動かしているため母が口を押し開け、確認をしたらペーパータオルを口に含んでいた。そのまま気付かずいたら窒息の可能性があった。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の配置不足 ・保育者の不注意 ・保育者の確認不足 ・水分補給の環境 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・その時の子ども的人数、職員の勤務シフトに見通しが持てておらず、自分達でできるだろうと思ってしまった。イレギュラーな事態が生じ、十分な対応ができなかった。 ・こぼれたお茶の処理にペーパータオルを使用してしまった。 ・0、1歳児合同になるため、一人一人の発達の差も大きくなる。個々の動きから保育者が目を離さないようにする。 ・保護者対応に慌てて、ペーパータオルの始末をきちんとしなかった。 ・降園時口の中の確認をしっかりと行わなかった。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・子ども的人数に対して適正な職員配置でない時や状況によって大変なときには無理をせず、声をかけ応援を要請する。 ・その日の職員の勤務シフトに合わせ職員の配置を工夫する。 ・遅早番時の職員の動き、使用する保育室の見直しを行い、より安全な保育を行っていく。 ・水分補給を行うときの環境を整える（雑巾使用等）。 ・子どもの安全の確認は丁寧に行う。 	

No.36 桜の枝	日時	4月・園外活動中
	年齢	1歳児
内容	誤飲。公園から帰園後、椅子に座らせた瞬間にむせだす。異変に気づいた保育士が背中をさするが大泣きをする。他3人の保育士も異変に気づき見守っている瞬間、口から桜の枝が出てくる。	
発生要因	公園での活動中、桜の枝を飲み込んでしまう。	
園内での意見 ・ふりかえり	子どもの異変に気付くよう注意をはらう。	
再発防止策	小さい子は何でも口に入れてしまう事を念頭に置き、散歩時には子どもの行動を気をつけるようにする。	

○その他の事例

1	0歳児の部屋の椅子の下に乾電池（単3）2本が落ちていた。0歳児が1本を手に握っていた。乾電池を使う物品を探したところ、非接触式の体温計から抜け落ちていた。
2	割れた風船のかけらを食べてしまったことに気づかず、翌日、母親から便と一緒に出てきたと言われ気づいた。
3	保育室で遊ぶために玩具を出そうとした際、磁石付きの玩具の磁石がとれていることに気が付いた。
4	磁石のついたペンと砂鉄の入ったプラスチック製の板でお絵かきを楽しむ玩具のペン先をかじり、ペンが破損。ペン先（5ミリ×2ミリ程度の円柱状磁石）を飲み込んだ恐れがあった。（事後、破損した部品を発見。誤飲していないことが判明。）
5	給食中、シリコンのスプーンの先が折れてなくなっていたことに気づく。破片が見つからなかったことから、誤飲の可能性があった。 病院を受診しレントゲンを撮った→レントゲンにはうつっていない。食べていたとしても素材がやわらかかったので便に出てくるだろうとのお話だった。
6	給食やおやつ後の口拭きにて使用した個人のふきんを丸めて口の中に入れる。
7	公園で遊んでいた際、落ちていた袋入りの飴を見つけた子どもが拾い、袋を開けて食べようとしていたことに気が付き止めた。
8	公園でタバコの吸い殻を口に入れてしまう。

7. 誤嚥

No.37 チキンナゲット	日時	11月・土曜保育時
	年齢	1歳児
内容	土曜日の給食時、提供してすぐに苦しそうにしていたため、内を開いて触るとジャムサンド(食パン1/16カット)が1つ出てきたが、まだ苦しそうにしている。呼吸はできている為、背部叩打法を繰り返すが、痰が出てくるばかりで固形物がなかなか出てこない。救急車要請しようとしたところで、ようやく1/4カット大のチキンナゲットが出てきて、本児も苦しそうでなくなり笑顔になった。	
発生要因	本児に提供後、他児に提供していた2秒程目を離した際にのどに詰まらせた。	
園内での意見 ・ふりかえり	普段から詰め込む子だったので、大きさに注意して小さくカットしたが、詰まってしまった。皿の上に何がいくつあったか、覚えていたため、何が詰まっているか、まだ詰まっているものがないかすぐに分かった。風邪をひいていて、痰も多かった為、詰まったものがなかなか出てこなかった。	
再発防止策	土曜日は保育士が少ないため最後に提供し、その後は目を離さない。カットの大きさを全体で再度確認・共有する。	

No.38 鶏の唐揚げ	日時	4月
	年齢	1歳児
内容	給食で鶏の唐揚げを食べている時に、本児が「うっ」という声を出して苦しそうにしていたため、気づいた保育者が名前を呼び背中を数回たたいた。しかし、口の中から何も出てこなかったため別の保育者が本児を抱きかかえて下を向け背中を強く何度もたたく。それでも苦しそうにしていた為、口の中を確認し手を入れると、鶏肉を取り出すことができた。その後は声を出して泣き息もできていた。保育者の膝の上で様子を見ると、呼吸が落ち着き様子が元に戻り、大事には至らなかった。	
発生要因	詰まらせていたのは、1歳児の力では比較的噛み切ることが難しい鶏肉の皮部分だった。本児も噛み切ることができず、詰まらせてしまったと思われる。	
園内での意見 ・ふりかえり	詰まっていた鶏肉の皮が何とか取れて本当に良かったが、一歩間違えれば窒息する所で命の危険を感じた。危険性の高い食品や形状について再確認して対策をする必要がある。また、詰まらせてしまった際の対応についても再度全職員が確認をして適切な処置ができるようにしていきたい。	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・1、2歳児の給食では鶏の皮は除去してもらうよう給食室に依頼をした。 ・給食を提供する前に、保育者が最終確認として危険なものが誤って入っていないか目視で確認をしていく。 ・職員への周知徹底をする。 	

7. 誤嚥

No.39 飴・タブレット	日時	9月
	年齢	4歳児
内容	タブレットをずっとなめていて、溶けて小さくなっていたが、タブレットが喉につまり、「苦しい」と訴えてきた。そのため、背中を叩き、吐き出させた。	
発生要因	噛まずに、ずっとなめていたことが確認できていなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	タブレットを与える際には、約束事として子どもにしっかり伝える必要があった。また、途中の声掛けもできていなかった。	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・最後までなめない。必ず噛むこと。を繰り返し指導する。 ・子どもの様子を観察し、様子のおかしい子がないかチェックする。 	

No.40 飴・タブレット	日時	8月
	年齢	3歳児
内容	数あそびで使用した飴玉を、クラスの中でご褒美として食べることになった。園児たちのそばで保育者が様子を見守っていたところ、本児が急に泣き出した。誤嚥の可能性があるすぐに口の中をのぞいたが、口の中に飴玉はなく、すでに本児が吐き出していたため、大事には至らなかった。	
発生要因	クラスの中で飴玉を食べたことはなかったので、保育者も不安を感じてはいたが、子どもたちがご褒美を喜んでいたり、飴玉を提供してしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	子どもたちには飴玉をよく舐めること等を伝えながら、保育者はそばでしっかり見守ってはいたが、誤嚥の恐れは予測できていた。飴玉をその場で食べるのではなく、ご褒美として家庭に持ち帰る方法もあった。	
再発防止策	今後 食べ物を使う場合は、誤嚥の危険性が高い飴玉ではなく、ラムネなどの溶けやすいものを用意することにした。	

No.41 りんご	日時	8月
	年齢	1歳児
内容	昼食で出た生のリンゴ（スライス）を小さく噛み切らないまま口に入れてしまい、嚥した。	
発生要因	口の中の物が無くなる前に次の物を口に入れてしまった。 一口量が多かった。	
園内での意見 ・ふりかえり	日頃から口に食べ物を詰め込む姿や一口量が多かったりする姿があったが、そこへの配慮が欠けていた。	
再発防止策	窒息の可能性を考慮し、噛み切る一口量が適切なのか見守るとともに、個々に合った一口の量を指導していく。 リスクの高い食べ方をする可能性がある園児情報を、職員間で共有する。	

○その他の事例

1	おやつジャムサンドを食べている途中で子どもが急に泣き出した為口の中を確認した。口の中のパンを取り出したが泣き止まない為再度口の中を確認すると喉のところにパンが見えた。背中をたたくとパンが出てきた
2	給食時、ロールパンを一口食べ、喉に詰まらせる。すぐに背中を叩くが苦しそうな様子が変わらず、背中部叩打法を行う。2回叩いたところでパンが吐き出される。
3	給食でリンゴを食べているときに誤嚥しそうになった。
4	給食中りんごを詰まらせた

8. 食物アレルギー

No.42 確認不足	日時	5月
	年齢	0歳児
内容	朝、腹部に発疹が出ていた。給食（軟飯・チンジャオロース・トマト・卵スープ）を食べ終えたところで咳をし始める。次第に普段の咳とは違うと感じ保護者に連絡。唇も腫れだしたので近くの小児科へ連絡。状況を伝えると救急車の要請を勧められたが、母の到着を待ち了承を得てから要請をしようと判断してしまった。母が到着時には症状が治まってしまったので、救急車の要請をするのに迷ってしまった。そのため#8000に相談。救急車の要請は必要ないが、医療機関の受診は勧められたのでかかりつけの病院を受診した。	
発生要因	その段階では、原因が不明だったが、後日アレルギー検査をした結果、卵アレルギーであることが判明。おそらく、卵によるアレルギー反応が起きたと思う。	
園内での意見 ・ふりかえり	本児に食物アレルギーはないと保護者より聞いていたので、アレルギー反応を起こしていることが、はっきりとわからず救急車の要請を躊躇してしまった。	
再発防止策	迷ったときは、躊躇せず救急要請をする	

No.43 確認不足	日時	10月
	年齢	3歳児
内容	給食の際、魚とサラダ（秋の味覚サラダ）を嬉しそうに食べる。10分ほど経ち、半分くらい食べた頃「耳があつい」と訴えがあった。涙目でもあったが元気に完食をする。その後、「お腹が痛い」と言い、目をかゆがる姿が見られた。クラスで横になるが嘔吐した。その後、母に連絡を入れ迎えに来てもらう。待っている間にも再び嘔吐し、目をかゆがり白目部分が浮腫する。	
発生要因	体調下降時に、アレルギー反応がでた。	
園内での意見 ・ふりかえり	昨年も同じメニューを食べているが特に症状がでていなかった。ナッツアレルギーは重症化しやすいため保育園の献立から外すことを検討していく。	
再発防止策	ナッツアレルギーは重症化しやすいという医師からの話により、給食の献立から外すように栄養士とも話をした。	

No.44 誤配膳	日時	5月
	年齢	2歳児
内容	2歳児男児。乳アレルギー児が除去食ではない幼児食を口に入れてしまった。すぐにかかりつけの病院へ連れて行ったが移動中、喘息症状と口唇、眼瞼等に発疹が見られた。吸引、点滴を行った。点滴中に手首、肘、膝裏等に蕁麻疹がでてきたが症状が収まったので帰宅した。	
発生要因	5歳児が配膳の手伝いをして本児専用の机に幼児食を置いてしまったが、職員がその後確認をしなかった。また、5歳児が配膳の手伝いをしていることを他職員が認識していなかったため本児が着席するまで配膳はされないという思い込みがあった。本児の動きを把握していなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	アレルギー勉強会を開き、命の危険性にもつながる大事故だったことを一人一人が意識し危機意識を持って保育することを再確認した。職員同士の声掛け、連携、ルールの順守の大切さを改めて確認した。	
再発防止策	アレルギー除去食の配膳のルール、担任の動きと本児の動きを明確にした。また、クラス内で決定したことは全職員に周知するようノートに記入することを徹底した。	

No.45 誤配膳	日時	10月
	年齢	2歳児
内容	おやつを提供する際に乳製品アレルギーの園児のコップに牛乳を注ぎ、そのまま飲んでしまった（15：15頃）。 降園時（16：50頃）に該当児が母親に牛乳を飲んだことを報告するまで誤飲させたことに気付かなかった。 直ぐに母がアレルギー薬を服用させたが、アレルギー症状（発疹・咳）がでる。翌4：00頃に2回目の服用により症状は落ち着いた。 病院は受診しなかった。	
発生要因	給食室より該当児のおやつ（ジャガバタ）はバター抜きジャガイモが提供されていたが、コップには保育者が他児と同じ牛乳を注いだ。	
園内での意見 ・ふりかえり	アレルギー対応児のおやつは個別の皿で給食室から提供されるが、牛乳は保育者が注ぐ。該当児が乳製品アレルギーであることは確認していたが、牛乳を注いでしまった。	
再発防止策	アレルギー児の机には何のアレルギーがあるかを明示する。 配膳時にはクラス内にいる全職員で声出し確認をする。	

No.46 誤配膳	日時	10月
	年齢	1歳児
内容	1歳児アレルギー児のプレートに乗せた食事をプレートから降ろして配膳していた。	
発生要因	テーブル付きイスに座っていたため、食べづらだろうと考えたため。	
園内での意見 ・ふりかえり	アレルギー児になぜプレートを使用しているか、クラスで考えてもらい改善策を考えていく。	
再発防止策	テーブル付きイスをやめ、イスのみにし、プレートから降ろさずそのまま食べるようにしている。	

No.47 誤配膳	日時	7月・合同保育時
	年齢	4歳児
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・合同保育の初日で、おやつ配膳をした際、アレルギー児の所に除去食ではなく、普通食を置いてしまった 	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・職員間の確認不足 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・合同保育など、いつも違う場面ではミスが起きやすい ・配膳前にアレルギー児の除去食が置いてあるトレーを確認し、一番先に置くべきだった 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・アレルギーのマニュアルを再度職員間で読み合わせる。 ・給食開始前に献立表を確認する ・「〇君、除去食トレー置きます」「はい」と、職員間で声を出して確認をする 	

No.48 誤配膳	日時	5月
	年齢	3歳児
内 容	食物アレルギーで除去食を調理したにもかかわらず、通常食を配膳してしまい、対象園児が喫食してしまった。	
発生要因	配膳、提供の際の職員同士の声出し確認がなかったため。	
園内での意見 ・ふりかえり	事故が命に繋がる重大なことと受け止め、振り返りと今後の対策を当日すぐに行った。	
再発防止策	マニュアルをよく精査し、あいまいな部分の確認修正をしながら、徹底実施。	

No.49 情報共有不足	日時	7月
	年齢	4歳児
内 容	ピーナッツアレルギーが分かって間もない頃それを知らない職員がピーナッツの入ったお菓子をあげてしまい顔がむくんだり赤くなったりとアレルギー反応がでてしまう。	
発生要因	職員間での情報共有がなされていなかった	
園内での意見 ・ふりかえり	担当の職員はわかっているが、フリーでそのクラスに入ったりイレギュラーの時には注意が必要。	
再発防止策	職員間で情報の共有と確認を必ずしていく。職員が誰でも見えるところに貼っておく	

No.50 情報共有不足	日時	8月
	年齢	1歳児
	配膳トラブル 委託業者からの搬入時、たまごアレルギー児にマヨネーズであえたポテトサラダが提供されているのに気づいた。 直ぐに厨房に連絡し、交換してもらった。本児に配膳する前に対応することができた。	
発生要因	委託業者の管理の甘さがあり、最終チェックを怠りそのまま配膳されていた。	
園内での意見 ・ふりかえり	日頃から子どもに配膳する前にまず、アレルギー児の献立と提供された物が間違えないか数人の保育者が声を出し確認していた為、今回は誤食を防ぐことができた。 これからも徹底していく。	
再発防止策	委託業者との話し合いをもち、認識の甘さを指摘し、管理、確認の徹底を明確化してもらう。	

No.51 認識不足	日時	9月・外遊び中
	年齢	5歳児
内 容	戸外遊び中、気温が高く熱中症対策のため、塩分タブレットを乳製品のアレルギーのある子どもにも与えてしまった 他の保育者が口に入れた直後に気づき、吐き出させ水で口をすすいだためアレルギー症状は出なかった。 母親に連絡したが、特に問題のない摂取量であることなどから涼しい部屋で休み様子を見た。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・担当した職員が、塩分タブレットということで乳製品との関連を失念していた。 ・あまりに気温が高く熱中症の心配が先に立ってしまったいた。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・食物アレルギーについて家庭に事前確認し給食室保管であったタブレットだが、当日に限って乳が含まれていることを失念するという初歩的なミスであったため職員間で十分確認し合うことを話し合う 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・給食以外でアレルギー児が口にするものに関して、与える前に一度複数人で確認することとする。 	

No.52 認識不足	日時	10月・園外活動中
	年齢	4歳児
内容	園外活動を終え園に帰る際、熱中症対策のために水分補給の時間を取り、担任が各自に一粒ずつキャラメルを配った。何も考えずに、誤って乳アレルギー児にも皆と同様に与えてしまったため、本児も包みを開き口に入れた。数回嘔んだ頃に同行していた調理員が気づき、吐き出させた。	
発生要因	給食やおやつの時間、クッキング活動の時間等は、アレルギー児への決められた対応を取ることが習慣づいているが、非日常の場で食べ物を提供する事になった途端に、アレルギー児である事への認識に至らなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	普段の対応が、単に、マニュアル、流れに従っているだけのものになってしまっており、例えば、災害非常時や訪問先での頂き物等、普段はない状況が巡って来た際に応用が利かないことを知る事例となった。 認識の甘さを知る事例となった。	
再発防止策	安易に食物の提供をしない。	

○その他の事例

1	午後のおやつ配膳時、トレーで分けて提供している園児に、誤って他児にあげる予定の物を提供してしまい、園児もそれを口にしてしまった。
2	給食の配膳時にアレルギーの子に他の子と同じお皿を置いてしまった。調理員が除去食をもってきてくれたので食べることはなかった
3	エビアレルギーの園児に保育者がエビフライを提供。 食べる前に別の保育者が気づき撤去。 給食室に確認したところ、代替の白身魚フライを提供するはずであった。
4	おやつを給食室に取りに行った際、アレルギー児用のおやつがなかったのでみんなと同じ物だと思い込み配った。しかし、数が1つ足りなかったため、献立表を確認したところ、別のものがあったのだとわかる。本児は全部食べてしまった。
5	土曜保育の日、園内の畑で収穫したきゅうりを給食で提供。味をつけてあげようと、味噌マヨネーズを作った。2名卵除去対応の子どもがいて、1名は卵なしマヨネーズの対応をしたが、1名は確認不足で、配膳までした。昨年度の担任が気づいて止め、摂取することはなかった。
6	土曜保育の給食時、本児は持参したお弁当を食べるはずであったが、園で注文している外部のお弁当を提供してしまった。本児には食物アレルギーはなかったため体調の異変等は見られなかった。

9. 熱中症

No.53 園外活動中	日時	9月中旬・園外活動中
	年齢	5歳児
内容	<p>暑い日。公園へ散歩に出かけ、友だちと鬼ごっこをして遊ぶ。遊び終わった後滑り台の下でしゃがみ込む姿があり、水分補給を促す。</p> <p>しばらくすると、「ゲーしたい」「ゲー出る」と言って泣き出したのでトイレに連れていった。唾が出た程度であったが、散歩バックに入っていた着替え用の服を濡らして、本児の身体を拭いたり首に巻いて冷やす処置をする（園に連絡をする）。トイレが暑かったので、吐き気が収まったところで日陰に移動する。</p> <p>すぐに、園から看護師が到着し、本児を寝かせ保冷剤で冷やす等の処置を行う。</p> <p>本児の状態が落ち着いたところで、車で園に帰り、医務室で様子を見る（保護者に状況を報告をする）。その後は給食もよく食べ、普段と変わりなく過ごすことができた。</p>	
発生要因	暑い中、走り回ったことで体調が悪くなり、熱中症のような症状がみられたと思われた。	
園内での意見 ・ふりかえり	熱中症対策として、通常の散歩時の持ち物（お散歩バック）に、以下の物を追加することにした。①うちわ、②シート（園児を寝かせる等に使用）、③タオル（身体を冷やす為）、④ペットボトル、⑤小銭（100円玉5個位）…自販機でペットボトル飲料を購入し、保冷剤代わりに身体を冷やすのに使えると考えた。	
再発防止策	出発時の暑さ指数だけでなく、その後の指数も気にかけてみていく。こまめな水分補給を促していたが、日陰で休息する時間もつくったり配慮が必要。園外での緊急事態に備え、定期的を確認する必要がある。子どもの変化にすぐ気づけるように、子どもをしっかり見ていく。	

No.54 園外活動中	日時	5月中旬・園外活動中
	年齢	3歳児
内容	<p>園近くの神社に散歩に出発した10分後、本児の歩行のふらつきに気づき、すぐに木陰に移し水分を取らせた。同時に園に連絡し応援を依頼。看護師が車ですぐに駆け付け、熱中症対策の処置をし大事に至らなかった。念のため病院に受診し、軽い熱中症と診断された。</p>	
発生要因	前日からの急激な気温上昇により身体が暑さに慣れていなかった。高気温での照り返しや散歩で、短時間でも体温が上昇してしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	活動前に気温や熱中症指数を確認し、活動内容を確認、検討する。また、気温や熱中症指数だけでなく、その日の天候や体感も考慮し活動内容の変更をする。視診は朝だけでなく活動中も行う。熱くなる前に熱中症対策や予防策の研修を行い、職員の知識や意識を高める。	
再発防止策	活動前に気温や熱中症指数を確認し、活動内容を確認、検討する。また、気温や熱中症指数だけでなく、その日の天候や体感も考慮し活動内容の変更をする。視診は朝だけでなく活動中も行う。熱くなる前に熱中症対策や予防策の研修を行い、職員の知識や意識を高める。	

No.55 園外活動中	日時	4月下旬・園外活動中
	年齢	4歳児
内容	<p>公園まで散歩に(職員2人付く)出掛け、園児1人が「お腹が痛い」と言ってしゃがみ込んで動けなくなってしまう。「眠い」と言って抱っこしていると寝てしまう。</p> <p>職員1人付き添い、園からの迎えの車を待ち、もう1人が他の園児を園まで連れて帰る。</p> <p>園に帰り検温すると39.4℃発熱、お家の方に連絡し迎えに来て頂く。帰宅後も熱が下がらずぐったりして、夜になっても1度も排尿がなく午前0時前ようやく排尿があり熱も下がった。</p>	
発生要因	水分を取らせていたが急に暑くなった日だった。	
園内での意見 ・ふりかえり	<p>昨年もこの園児は季節の変わり目の暑さに熱中症を疑う事があった。</p> <p>食の細かい子なので、ご飯の食べにもチェックし、水分・塩分補給をしたい。</p>	
再発防止策	<p>水分だけでなく塩分を取るよう、アクエリアスを飲ませたり、おしゃぶりくんぷのとりべーを購入し幼児には活動前に食べさせた。</p> <p>とりべーは子ども達の大人気商品となった。</p>	

No.56 プール活動中	日時	7月・プール活動中
	年齢	4歳児
内容	<p>プール遊びをしていたところ、プールサイドで待機していた園児が熱中症になりかけてしまった。すぐに日陰に移動し、水分を補給したところ回復したため、大事には至らなかった。</p>	
発生要因	短時間であったが気温が高い時間帯で待機場所が日陰でなかったため。	
園内での意見 ・ふりかえり	待機場所は日陰にする。気温が高い日は水分補給をこまめに行わせる必要がある。	
再発防止策	テント等を使用し日陰を作る。地面の温度にも注意し、常に園児の体調に気を配る。気温の高い日は活動内容の変更も検討する。	

No.57 詳細不明	日時	8月上旬
	年齢	3歳児
内 容	保育中、体調に変わった様子はなかったが、帰宅後の夕食時に嘔吐 39.6 度の発熱。翌日受診したところ、熱中症と診断される。	
発生要因	こまめに水分補給を促していたが、水筒の中身が減っていなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・夏の暑さによる疲れや保育時間が長いことも関係しているのではないか。 ・休み明けの体調の変化に注意をはらうようにする。 ・体温測定をまめに行うことも必要ではないか。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・室内の温度調節を適切に行うようにする。 ・水分補給を促す際にどのくらい飲んだか一人一人できるだけ確認するようにする。 	

No.58 詳細不明	日時	6月中旬
	年齢	—
内 容	外では日陰と日向と交互に元気に遊び水分も 20~30 分に一度摂られていた。室内に入りぐったりしており検温した所 38.6℃。水分を摂らせ頭を冷やし迎えに来てもらう。病院受診した所、熱中症とのことであった。	
発生要因	—	
園内での意見 ・ふりかえり	—	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・水分を十分に摂らせる ・日陰に誘導する ・塩分摂取検討 	

10. 与薬

No.59 誤与薬(飲み薬)	日時	4月
	年齢	2歳児
内容	本児に飲ませるはずの薬を他児に飲ませてしまった。	
発生要因	担任保育士ではなく、非常勤の保育士が飲ませた。粉薬の袋に記名がなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	焦らず行うことが大切。服薬間違いのないように、手順を決める。	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・薬を受け取る際に、記名のチェック→ない時には記名を依頼する。 ・常勤の職員が与薬する。 ・与薬の際、3名で名前と対象児を確認し、与薬する。 	

No.60 誤与薬(塗り薬)	日時	10月
	年齢	—
内容	組別に分けていた薬カゴの中身が間違っていたのだが、指示書と薬の内容、名前の確認を怠り他の子の薬を塗布してしまった。保護者にすぐに連絡。水ですぐに洗い流し一日様子を見た。	
発生要因	—	
園内での意見 ・ふりかえり	—	
再発防止策	今後は互いに指示書を確認し合うようにする。	

No.61 管理不備	日時	8月
	年齢	1歳児
内 容	<p>昼食後に薬を服用する予定の子がおり、食事介助担当の保育士が準備しておいた薬を飲まそうとしたところ、薬が見当たらず、他の保育士が飲ませてくれたのかと勘違いした。その後午睡終了時間に、遊んでいた子どもが手に薬袋を持っており、飲ませる予定の子の薬であったため、紛失していたという事が判明した。</p>	
発生要因	<p>食事介助を担当した保育士が最後の薬まで携わっていなかった。薬が見当たらなかった事で、他の保育士が飲ませてくれたと勝手に解釈してしまった。</p>	
園内での意見 ・ふりかえり	<p>飲み忘れ防止のため、薬を服用する子のランチトレーに薬を貼り付けているが、同じテーブルの子が手を伸ばし薬を取ってしまったのかもしれない、子ども手の届かない箇所で薬の管理をしなくてはならない。誤飲は重大な事故になる。気を付けなくてはならない。</p>	
再発防止策	<p>薬に関しては細心の注意を払い、昼食時に声掛けし、全保育士で薬を服用する子を把握しておく。担当は人任せにせず、最後まで責任を持ち、服用をさせた後、チェック欄に記入する。</p>	

11. 危険な遊具・設備

No.62 遊具から落下	日時	4月
	年齢	4歳児
内 容	<p>戸外遊び中、本児が体育器具置き場にあるとび箱の上に乗っていたところ、他児が後ろから本児を押して落とし、頭部の右側を地面に打ってしまった。受診後、頭蓋内に異常がないことがわかった。</p>	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・体育器具付近に保育者は誰もおらず、又、本児達がそこにいることに誰も気づいていなかった。 ・押ししてしまった子はトラブルが多い子であった 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・職員配置やその時の園庭の状況をふまえ、なぜ気づけなかったかを振り返った。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・体育器具には乗らないことなど安全の約束をこども達と再確認する。 ・トラブルになりやすい子と他児との関わりについて引く者間で連携をとりながら見守り、トラブルの回避につなげる。 	

No.63 遊具から落下	日時	12月
	年齢	4歳児
内 容	<p>すべり台の途中から本児が落下し、右頬、右目まぶたにすり傷、切り傷ができた。囑託医に受診し、治療を受けた。傷口を洗って水で清潔に保つという指示があった。保護者に状況説明、医師の指示内容をその都度伝えた。</p>	
発生要因	<p>すべり台から降りる際に前後に子どもが並びすべり台に子ども達が集まっていた。本児が身を乗り出し、すべり台の途中から後ろの子に押され落下した。</p>	
園内での意見 ・ふりかえり	<p>すべり台のすぐそばに職員がいたが他児の対応をしていたため目を離していた。すぐ傍にいなかった。必ず遊具の傍には職員を配置し、離れる時には他の職員に声をかける。</p>	
再発防止策	<p>かならずすべり台に職員が一人つくようにする。遊具の使い方を子ども達と再確認をする。</p>	

No.64 遊具から落下	日時	7月
	年齢	1歳児
内容	保育室内にて鉄棒遊びを行っていた際、ぶら下がっていた子どもが手を離してしまい、後ろに倒れ後頭部を床にぶつけてしまいそうになった。床に激しく打ちついたり、金属部分にぶつかっていたら重大事故になっていた可能性があった。	
発生要因	鉄棒の前後ではなく、どちらかにしか保育者を配置していなかった。 <ul style="list-style-type: none"> 鉄棒の下にマットをしいていなかった 高さやにぎる力が月齢にみあっていなかった 	
園内での意見 ・ふりかえり	子どもたちがぶら下がっている時に急に手を離してしまうことを想定できていなかった。 安全対策が不十分だった	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> 鉄棒の前後に保育者を配置してどちらからでも補助できるようにしておく 鉄棒の下にマットをしき、安全対策を行う 	

No.65 遊具から落下	日時	10月
	年齢	3歳児
内容	ブランコに一人で乗っている時に手を離してしまい、ブランコから落ちて後頭部を地面にぶつけた。	
発生要因	手を離してしまったこと。	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ブランコに乗る時は、しっかりと鎖を手で握ってこぐことを約束する。 固定遊具のそばには職員がつき、危険がないように見守る。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ブランコに乗る時の約束を再確認する。 	

No.66 首締め	日時	4月
	年齢	4歳児
内 容	築山にあるロープ（太い綱）を首に巻き付けていた。1学年下の園児が本児に巻き付けていた。本児も巻き付けた園児も要支援の園児のため、危険なことを伝えても理解が難しい。	
発生要因	保育者が要支援児から目を離してしまい、行動を把握できていなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	他園での事故事例を出し、検討。 ロープが無くても斜面の上り下りを子どもたちができるようになっているため、ロープは無くても問題ない。 問題行動が多い園児なので、目を離さないようにする。	
再発防止策	ロープを巻き取り、使用できないようにした。 危険行為について子どもたちに伝えた。 保育者の立ち位置の意識付け。 互いに声を掛け合い、常に連携を図る。	

No.67 首締め	日時	10月・土曜保育中
	年齢	3歳児
内 容	土曜保育中、対象児（3歳児）がブランコの柵に縛ってあったテントの固定用の紐をほどき、それを持って総合遊具にのぼり、一緒に遊んでいた他の3歳児の首にかけた。幸い大事件には至らなかった。そのことを兄が保育教諭に伝えに来たので、その場で対象児にはきつく注意をしたが、首にひもの跡がついていることの確認をしなかった。お迎えに来た母が気づいた。	
発生要因	土曜保育で職員が少ない中、巧技台を多く設定しており、見届ける職員数が足りていなかった。 子どもが取れる位置に紐があった。 傷の確認が甘かった。	
園内での意見 ・ふりかえり	土曜保育の外遊びについて話し合った。 紐などその都度片付けるようにすることを周知した。 何かあった際、子どもの体をくまなくチェックするなどの見届けをしっかりと行うことを確認した。	
再発防止策	土曜保育では範囲を決めて遊ぶようにし、必ず子どもが見えるように配置する。 月に2度の安全点検を行い、常に危険がないように確認をする。 遊具には縄跳びや紐だけでなく、何かを手で持って上がらないことを子どもたちに周知した。	

No.68 首締め	日時	9月
	年齢	—
内 容	新園舎通路、玄関のロールカーテンのチェーン（ひも）が、長いままになっていた。2歳児でも容易に手が届く長さで事故にもつながる危険を感じた。	
発生要因	ロールカーテンは首をつってしまう危険性があるという認識不足。	
園内での意見 ・ふりかえり	早番でロールカーテンを開ける際に、結んだりまとめたりしているが、何かの拍子にとれてしまうこともある。時々とれていて直したことがある。	
再発防止策	ロールカーテンを開けた職員は、チェーンを必ず短くしておく。出入りする際に全員が目視で確認する。	

No.69 首締め	日時	6月
	年齢	1歳児
内 容	洗濯干しごっこをするために壁に付けてあった紐に子どもが首を入れた。	
発生要因	遊ぶためにつけた紐だったが、台を持ってきて乗ると、ちょうど首の高さになってしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	子どもの行動が保育士の想像と違っていた。台があれば届いてしまうことを考えなかった。危険なのですぐにひもは取り外した。	
再発防止策	ひもはすぐに取り外した。子どもの行動を幅広く考えて環境設定をしていくようにする。	

No.70 窓から転落	日時	5月
	年齢	4歳児
内 容	14時過ぎ、女兒達がブロックを3段に積み上げて、窓から外をのぞいていた。	
発生要因	外をのぞこうと夢中になってしまい、指示が入らなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	全体ミーティングで共有。窓から転落する危険があることを意識すること、窓の近くにはよじ登れるものを置かない、子ども達とも安全に過ごすためにどうしたらいいか考え反し合う時間を作り、徹底していく事を話し合いました。	
再発防止策	ブロックから子どもを降ろし注意した。ブロックは廊下に置かないようにした。	

○その他の事例

1	預かり保育において、本児が自分の縄跳びを興味本位で自分の首に巻き付け、顔が赤くなっているところを職員が発見した。
2	屋上とベランダを仕切っている柵同士を結ぶひもが垂れていて、1歳児(男児)が首にヒモを巻き付けて遊んでいた。
3	滑り台を滑っている時に、滑り台の側面に片足が引っ掛かり高い位置から落下しそうになった。保育士が体を支えたため、防ぐ事ができた。
4	園庭遊び中、足こぎ車で遊んでいる際、他児が乗っている足こぎ車の車輪の隙間に指を入れようとした。保育士がすぐに止めたのでけがはなかった。
5	保育者の迎え時間の際、帰りの支度をしている数分間の内に屋上にのぼり下を覗こうと階段の手すりに足をかけていた
6	製作に使っていたわりばしをかごに片付けようとした時、後ろから他の子が体を押しただため、手で持っていたわりばしが目の横に当たった。
7	園庭の隅の大きな木の下に、直径5cm長さ30cmと40cmの枝2本が落ちていた。子どもがいる時に落ちてきたらと思うと危険を感じた。
8	たこ足配線に2つカーペットのコードをさして使用していたところ容量オーバーとなりショートしていた(焦げた匂いがして発覚)

12. 不適切保育

No.71 無理やり食べさせる	日時	8月
	年齢	1歳児
内容	食事中、保育者が泣いている園児に無理やり食べさせようとする。	
発生要因	過度なしつけ	
園内での意見 ・ふりかえり	対応について職員間で話し合った。	
再発防止策	体調を確認し、子どもを落ち着かせてから食事を再開する。	

No.72 強く引っ張る	日時	2月
	年齢	6歳
内容	降園時、靴をテラスに取りに行った本児に対し、「靴はそっちじゃない」と左上腕部を強く引っ張る。	
発生要因	引き渡しの時間帯が重なり保育士も落ち着いて対応できていなかった。	
園内での意見 ・ふりかえり	声のかけ方、手の引き方が適切でない。 適切でない対応で心や体に影響があるのでは。	
再発防止策	急がせなくてはならない状況においても丁寧な言葉がけや対応をする。 気づいた時点で対応保育士に、声をかける。	

No.73 大声を出す	日時	11月
	年齢	1歳児
内容	子ども同士のおもちゃの取り合いの際、職員の仲裁の声掛けが怒った口調であり隣の保育室にも聞こえるほどだった。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・対応した職員が丁寧な保育を心がける意識が薄かった。 ・その場にいた職員がすぐに声をかけなかった。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・全職員に対し本事例について説明。何が問題であったのか確認し自身の保育を振り返る機会にする、行き過ぎだと感じたらお互いに言い合える間柄でいてほしいことを確認した。 ・対象職員に関しては自身の保育を振り返る期間を設け、他の職員の保育を見るなどし、どのような保育をすべきか考えてもらった。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・このことを踏まえ、自身の保育を日々振り返り保育の質を高めるとともに気になる保育があればお互いに声を掛け合い、職員全体でよりよい保育を目指していく。また、相談しやすい体制を整え、必要な対応はすぐに行うようにする。 	

No.74 脅迫	日時	7月
	年齢	2歳児
内容	着替えをする切り替えができず、ぐずって着替えをしない2歳児の子どもに「いらぬなら捨てちゃうからね」とゴミ箱に捨てる仕草をして脅す行為をした。	
発生要因	<ul style="list-style-type: none"> ・着替えをする慌ただしい中で、子どものぐずる思いを受け止める余裕がなく、脅すような行為をすることで指示を聞かせようとした。 	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> ・子どもの状況を考えると脅すような行為であり、持ち物をゴミ箱に捨てようとする行為は子どもの尊厳を無視した行動である。 ・子どもの思いに寄り添うことがまずすべきことである。手が足りないのであれば、他の職員に助けを頼むなどすべきである。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> ・どんな理由があろうとやってはいけない行為であることを職員間で確認し合った。 ・手いっぱいな時は遠慮せず、他の職員の手を借りる。また、そういった職員間の関係性を築くようにする。 	

No.75 裸で放置	日時	9月
	年齢	0歳児
内 容	給食後、衣服が汚れ、脱がせた子どもを暫くそのままの状態にした。	
発生要因	保育者が着替えスペースと一緒に移動してしまうと、食事支援している子を待たせてしまうため、食事支援を優先した。	
園内での意見 ・ふりかえり	その時々で着替えできる時間が異なるため、下着のままの時間が長くなってしまふことは避けたい。	
再発防止策	予め着替えを食事スペースに用意しておく。脱いだらすぐ着せるがでること待ち時間を短縮する。	

No.76 呼び捨て	日時	—
	年齢	—
内 容	早番保育補助員（男性）が親しみを込めてだが、子どもを呼び捨てする場面が何度もあり注意した。	
発生要因	早番保育児と毎日触れ合っているため、親しさが深まっていると考えられる。	
園内での意見 ・ふりかえり	大切なお子さんを預かっているという意識が持てるよう、保護者が願いを込めてつけた名前であることを再確認した。	
再発防止策	「〇〇さん」「〇〇ちゃん」とあだ名でなく、正しい名前と呼ぶよう意識し、話し合う。	

No.77 動きを制限	日時	7月
	年齢	0歳児
内 容	敷布団にくるんで寝かしつけを行った。	
発生要因	寝入っても布団におろすと起きてしまう事があったため、スムーズに寝かそうと思ってしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	不適切な保育につながる事例であると認識し全体ミーティングで時間をかけて共有。周りからみて危険と感じたら、伝え合うこと、スムーズに寝かそうと手間がることをやめる、丁寧な保育を心がけていきたいと話し合いました。	
再発防止策	窒息の危険があると認識し、無理に寝かそうと頑張らない。	

No.78 罰を与える	日時	5月
	年齢	2歳児
内 容	おやつを食べている途中で、椅子から何度か立ち上がり歩く2歳児に「座って食べるよ」と何度か声をかけたが、座らなかった。保育者は「もういらないんだね」「うん」と言ったので抱き上げて遊ぶスペースに移動させた。2歳児は、大きな声で泣いてテーブルに戻りたがったが、仕切りを開けなかった。	
発生要因	食事のマナーを、その場でわからせようとしたこと。「自分はこうしたい」が強い2歳児にイライラしたこと。	
園内での意見 ・ふりかえり	罰を与えるような行為は不適切。2歳児には、繰り返し伝えていくことが大切。	
再発防止策	一度でわからせようとしめない。全職員に園長から不適切につながる保育について注意点を伝え、不適切につながる保育についてオンラインの研修を全職員で受ける。	

No.79 無理やり自分の 方に向ける	日時	—
	年齢	—
内 容	話をしている園児が顔を背け視線を合わせない時、保育者が園児の両頬に手を当てて顔を向かせた。	
発生要因	話をきちんと聞いて欲しいという保育者の思いが強かった。	
園内での意見 ・ふりかえり	保育者の思いだけでなく園児が自分で話を聞こうとするように声をかけていかなければいけなかった。	
再発防止策	自分で話を聞こうとするまで待つ。 職員は不適切な保育につながる可能性があることを意識し園児と接する。	

No.80 ごはん汁物を 混ぜて食べさせる	日時	9月
	年齢	0歳児
	0歳児クラスにて、給食時にご飯が食べられない子に対して汁物を混ぜて食べさせていた。	
発生要因	入所後、食事が進まない子に対して、少しでも食べさせたいという思いから汁物と混ぜて食べさせた。混ぜるとよく食べるなどの表れがあった。	
園内での意見 ・ふりかえり	<ul style="list-style-type: none"> • 食べない子に食べて欲しいという思いから食べさせたにしても、子どもの尊厳を考えると適切な対応ではなかった。 • 汁と合わせることでご飯を口にしていたので、家庭でもそういった食べさせ方をしているのではないかと思った。家庭に実情を相談するなど話をする必要があったはず。 	
再発防止策	<ul style="list-style-type: none"> • 不適切な対応になるためすぐにやめるよう指導し、職員全体に周知させ話し合いの場を持った。保護者には現状を伝え、こういった対応をするか相談しながら進めるようにした。 	

No.81 陰口に繋がりが かねない行為	日時	12月
	年齢	4歳児
内容	園児がいる保育室で、保護者に関する少しネガティブに感じる話をし、園児が家庭において保護者へ話したことで、保護者より園長に相談があった。保護者の方は、フランクに聞きに来てくださった。	
発生要因	・保育者間の意識の低さから、保育室であるにも関わらず、通常のおしゃべり感覚で、悪気はなかっただろうが、口をついて出てしまった。	
園内での意見 ・ふりかえり	保育室（特に園児がいる時間）では、特定の園児に限らず、保護者や園児に関する発言やおしゃべりは避けるべき。	
再発防止策	保護者や園児についての困りごとや保育者間で相談したいことがある場合には、たとえ園児が午睡中であっても保育室では話さず、職員室で話すようにする。 保護者の方からも話がしやすいような関係を常に築いていくよう努める。	

○不適切保育に繋がるリスクのあるその他の事例

1	散歩に出かけようと部屋から玄関へ移動する際、子どもの腕を引っ張り歩いていた。
2	近隣公園で遊び、帰ろうとした際、帰ろうとしない園児に対し抱っこなどし帰園した。
3	場所を移動するように話をしたが動かなかったため、保育者が園児の手を強く引いた。
4	10月上旬に運動会を控え、園庭にて各歳児、運動遊びが盛んであった。9月中旬から下旬にかけて通し練習が歳児ごとに行われた中で、移動する際、園児と手をつなぎ、急がせてしまったり、大きな声を出してしまったりする姿が保育教諭の中で見られた。
5	注意する時の口調が強い。

6	準備がいつも遅い園児に対して「早くして」とつい口調が強くなってしまふ。
7	1対1の対応が必要な児（繰り返し声かけをしても部屋を走り回ってしまったり、物を投げたりする）の行動が他児の怪我に繋がってしまうことが予想されたため禁止の言葉（少し強い口調で）で行動を止めてしまった。
8	朝の身支度や給食時、着脱や排泄の際、子どもへの声かけが強くなる。
9	園児が話を聞かない時に、保育者が大きな声で話した。
10	午睡後、支度に時間がかかっている子どもがおり、職員が「〇〇ちゃん遅いからもうおやつ食べちゃおう」という言葉を発していた
11	活動の前後で時間に余裕がなくなってしまった際に「どんどんお仕度しないと間に合わないよ」と急がすような声掛けをしてしまう場面があった。
12	集団行動をするための言葉かけをした際、聞いてくれない子どもに対し、「〇〇しないなら〇〇できないからね」と言葉をかけてしまった。
13	名前を呼び捨てしたり、愛称で呼んでいる職員が複数いた。
14	降園時間が遅くなる連絡があった際、職員同士で遅くなることに対する負の感情を共感し合うことがあった。間接的に園児の心を攻撃させてしまった。
15	まだ食べている子がいる（食べ終わりに近い状態）中で、掃き掃除等をしている。一つのテーブルに一人ずつ子どもが残ってしまった場合、どうしてもその後の掃除、午睡準備の事を考え、同じテーブルに寄せてしまう事がある。