

事務連絡
令和元年 8 月 29 日

各都道府県子ども・子育て支援新制度担当部局
各都道府県私立学校主管部（局）
各都道府県民生主管部（局）
各都道府県教育委員会
指定都市・中核市子ども・子育て支援新制度担当部局
各指定都市・中核市民生主管部（局） 御中

内閣府子ども・子育て本部参事官付
文部科学省初等中等教育局幼児教育課
厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室

「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議年次報告
（令和元年）」の公表について

日頃より、子ども・子育て支援施策の推進にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

教育・保育施設等における重大事故の再発防止策については、「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議」（以下「有識者会議」という。）を開催し、死亡事故等の重大事故の検証を行った自治体からヒアリングを行うことなどにより、再発防止策等を議論しているところです。

今般、これまでの会議の議論を踏まえて、「有識者会議 年次報告（令和元年）」が取りまとめられましたので、情報提供いたします。なお、本報告については、内閣府ホームページに掲載しております。

<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/data/index.html>

つきましては、関係機関、市区町村及び各施設・事業者に対し周知をお願いいたします。また、昨年度の年次報告（別添 1）（※）、ミニポスター（別添 2）及び周知資料（別添 3）についても添付いたしますので、こちらも改めて周知いただきますようお願いいたします。

※各施設・事業者は、「IV注意喚起・提言」1（1）教育・保育施設等・事業者への注意喚起・提言を、自治体は、「IV注意喚起・提言」1（2）地方自治体への注意喚起・提言について、特に注意してご確認ください。

また、自治体における事後的な検証により、再発防止策として事故防止マニュアルを作成した参考例（別添４）、国立研究開発法人産業技術総合研究所が作成した「安全指導のポイント」、「点検・管理のポイント」（別添５）についても添付いたしますので、今後の事故防止対策の取り組みの参考として、ご活用ください。

【本件連絡先】

内閣府子ども・子育て本部

TEL : 03-6257-1467（直通）

文部科学省初等中等教育局幼児教育課

TEL : 03-6734-3136（直通）

厚生労働省子ども家庭局総務課少子化総合対策室

TEL : 03-5253-1111（内線 4838）

令和元年8月29日

教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議年次報告 (令和元年)

教育・保育施設等における事故防止対策については、平成28年3月に「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「ガイドライン」という。)において、特に重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項や、事故が発生した場合の具体的な対応方法等について、各施設・事業者、自治体における事故発生の防止等や事故発生時の対応の参考となるような取組を示し、国によりその周知徹底が図られている。例えば、平成29年度、保育士等の処遇改善加算の要件としてキャリアアップ研修が創設されたが、その研修分野の1つである「保健衛生・安全対策」の中で「ガイドライン」について取り上げることとなっている(平成29年4月1日雇児保発0401第1号「保育士等キャリアアップ研修に実施について」)。また、保育士養成課程においても同様に教科目「子どもの健康と安全」が、「ガイドライン」等を踏まえた内容とされている(平成30年4月27日子発0427第3号「指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について」の一部改正について)。

平成29年5月から、有識者会議においては、教育・保育施設等における死亡事故等の検証報告について実施自治体からヒアリングしており、この内容を踏まえて、同年12月、午睡リスク予防や「ガイドライン」の周知徹底等に関する緊急提言を行った。そして、平成30年7月、内閣府の事故情報データベースの傾向分析の他、ガイドラインの周知徹底などの再発防止策について、はじめて「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有

識者会議年次報告(以下「年次報告」という。)(平成30年)」を取りまとめたところである。

死亡事故等の検証報告は、個人の責任追及ではなく、再発防止につなげることが目的だが、検証を実施する個々の自治体にとっては、先行事例の少ない中、単独で模索している状態にあり、支援する必要があるため、平成29年から内閣府においては検証の実施経験のある自治体と、実施予定等の自治体が一堂に会し、検証実施上の問題点の共有や意見交換を図るため、「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実施等自治体による情報共有会議(以下「情報共有会議」という。)」を開催している。引き続き、このような取組を通じ、検証の意義や方法に関して、現場の理解を深めていく必要がある。

本年10月から認可外保育施設等を含めた教育・保育施設等について、幼児教育・保育無償化が実施される。これに伴い、教育・保育施設等の質向上についての社会的関心が高まっており、重大事故防止に向けた関係者の更なる取組の強化と、自治体及び施設・事業者による事故報告、事故についての事後検証の確実な実施が求められている。こうしたことから有識者会議における重大事故防止策の検討についても重要性が増している。

年次報告では、各年の「教育・保育施設等における事故報告集計(以下「事故報告集計」という。)」を用いて、傾向を分析している。今回は、平成27年から30年の事故報告集計における施設別・年次別事故件数を積み上げて集計を行い、年次報告(令和元年)を取りまとめた。年次報告(平成30年)では主に死亡事故について、地方自治体が行った検証報告のヒアリング等を踏まえて、注意喚起及び提言を取りまとめたが、年次報告(令和元年)では昨年の取りまとめ時に当有識者会議において選定した「骨折」をテーマとして、

新たに聞き取り調査を行い、再発防止策の提言を行うこととした。

なお、施設別・年次別以外の事故件数の積み上げは、昨年、平成27年から29年までの3か年分を集計したが、今後の取りまとめは、原則、3年毎に直近3か年分の事故報告を集計することとしている。

この他平成30年における政府の動きとしては、4月に、プール活動・水遊びに関して消費者庁から意見が公表された。また、11月には保育施設における事故対策やそれに関する監査の実施方法等について総務省行政評価局から勧告が行なわれ、内閣府は文部科学省および厚生労働省とも協力して、安全な保育環境の確保に努めることとしている。

I 目的等

1. 目的

この報告書は、全国の施設・事業者、地方自治体及び国における重大事故、特に死亡事故の防止に資する注意喚起を行うことを目的として策定している。

2. 事故件数等について

教育・保育施設の死亡事故及び負傷等(治療に要する期間が30日以上)の地方自治体から国への事故報告については、平成27年4月(子ども・子育て支援法施行)から、内閣府、文部科学省及び厚生労働省の三府省通知により、地方自治体に依頼しているところであり、これにより報告のあった事故件数を毎年集計して、事故報告集計として公表している。

ここに掲げる死亡事故の件数は、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのものであり、その他の認定こども園等は平成27年4月からのものである。

また、死亡以外の負傷等の件数は、今回は死亡事故の件数と同様に、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのもの、その他の認定こども園等は平成27年4月からのものである。なお、これらの事故報告の詳細については、「事故情報データベース」として、内閣府のホームページに掲載している。

3. 死亡事故等の検証について

平成 28 年 4 月から、認可権限等を踏まえ各所管の地方自治体により全ての死亡事故について検証を行うこととしており、S I D S や死因不明とされた事例も事故発生時の状況等について検証を行う。なお、地方自治体において検証が必要と判断した事例（例えば意識不明等）についても検証を行うこととされている。

地方自治体による検証報告は、平成 29 年 2 月に初めて国へ提出され、その後令和元年 7 月末までに合計 21 件提出されている。当有識者会議においては、このうち 16 件の検証報告についてヒアリングを実施しており、平成 29 年 12 月には、年次報告を待たずに、速やかに注意喚起すべき睡眠中の事故防止に関して、施設・事業者及び行政に対して発信したところである。平成 30 年 7 月には、検証報告のヒアリングを踏まえて、事故の傾向分析の他、死亡事故の防止のための「注意喚起事項」などを取りまとめ、年次報告（平成 30 年）を発信している。

II 死亡事故の件数

1. 死亡事故の件数について

死亡件数は、12 のとおり、施設類型別によって集計の始期が異なるが、平成 27 年から平成 30 年までの死亡件数は 44 件(平成 27 年 14 件、平成 28 年 13 件、平成 29 年 8 件、平成 30 年 9 件)であった。

平成 27 年から平成 30 年までの死亡件数 44 件について施設別に見ると、その他の認可外保育施設が最も多く 26 件、次いで認可保育所の 11 件、幼保連携型認定こども園及び家庭的保育事業は各 2 件、小規模保育事業、病児保育事業及び地方単独保育施設が各 1 件であった。

	H27	H28	H29	H30	計	%
幼保連携型認定こども園	1	0	1	0	2	4.5%
認可保育所	2	5	2	2	11	25.0%
小規模保育事業	1	0	0	0	1	2.3%
家庭的保育事業	0	1	0	1	2	4.5%
病児保育事業	0	0	1	0	1	2.3%
地方単独保育施設	1	0	0	0	1	2.3%
その他の認可外保育施設	9	7	4	6	26	59.1%
計	14	13	8	9	44	100%

※その他の認可外保育施設は、企業主導型保育施設、地方単独保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業以外の認可外保育施設。

2. 再発防止等について

平成 30 年における死亡事故 9 件のうち病死 1 件を除く 8 件は、いずれも 0 歳・1 歳児の睡眠中の事故である。これら睡眠中の事故と発見時の体位がうつぶせ寝であった、施設への預けはじめての時期であった、他の業務を行い当該児をみていなかったなど、過去に発生した事故と同様の状況が見られた。『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(平成28年)」「注意喚起(平成29年)」「年次報告(平成30年)」等において、度々注意喚起・提言を行ってきたが、依然として、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が不十分であったり、ガイドラインが必ずしも現場の職員まで行き渡っていない、或いは行き渡っていても各職員が内容をよく認識していないと考えられる。このため、国及び自治体は年次報告(平成30年)、ガイドライン(平成28年)の内容について、あらゆる機会を通じて周知徹底を行うことを進める必要がある。また、平成28年3月31日府子本第191号等「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」によって、地方自治体が検証を実施する際の考え方、検証の進め方等を通知した。その周知徹底を図るために、平成29年より情報共有会議を開催し、事後的な検証実施(実施予定等を含む。)自治体を招集し、検証実施状況、検証実施における問題点等の共有、必要な意見交換を行い、各自治体における検証委員会の効果的、効率的な運営を促進している。令和元年6月開催の第3回情報共有会議において、検証の困難な点として、保護者の心情に十分配慮しながら行う必要があるが、事故から日が浅く保護者の気持ちが落ち着いていない場合もある中でいかに協力を得るか、家庭での子どもの状況等についての情報をいかに得るかが挙げられた。これについて、検証の目的は再発防止にあることを丁寧に説明していくことや、保護者も時間の経過とともに真実が知りたいなど意向が変化することがあるなどの意見があった。また、事故時の情報収集やその際の連携の困難について、特に警察の捜査や裁判との関連から検証を見合わせていたところ、事故発生から時間が経過してしまったことや、事業者の証言と警察の捜査により得られた情報に違いがあったことなどが挙げられた。検証報告が訴訟の資料となることも考えられ、自治体が設置した検証委員会の委員

に負担感が大きいこと、死因不明のまま検証を進めて報告を取りまとめた場合、その後、警察の捜査や裁判手続きにおいて検証結果と異なる事実が明らかになった場合に、検証結果に対して疑問が生じてしまうのではないかと、という意見もあった。これに対して、時間が経過すると関係者が事故当時の事実関係について記憶が薄れてしまうことや、職員の異動や退職等により関係者の接触が難しくなる場合もあることから、検証委員会の立ち上げは遅れるとしても、一定の事実関係については事故直後に聴取調査を行い、整理しておくことの重要性が共有された。さらに、自治体が施設や事業所に対して行う指導監査の都度、同様の文書指摘を繰り返しても一向に改善されないという監査の形骸化の問題が挙げられ、これに対して、改善のため同じ指摘が2回続くと改善勧告等の手続きに進むルールとした自治体があったことが共有された。また、平成29年度補正予算で措置されたうつぶせ寝を感知するセンサー等の導入費用の補助について、事業者からの要望が多く、継続をお願いしたいとの声があった。

Ⅲ 負傷等の件数

1. 負傷等の件数と再発防止について

負傷等(治療に要する期間が30日以上)の件数は次表のとおりである。

施設類型によって集計の始期が異なるが、平成27年から30年までの負傷等の件数は4,341件(平成27年613件、平成28年862、平成29年1,234件、平成30年1,632件)であった。

平成27年から30年までに報告を受けた負傷等の事案4,341件について施設別に見ると、認可保育所が最も多く2,430件、次いで放課後児童クラブの1,298件、幼保連携型認定こども園は308件であった。負傷等4,341件の内容を見ると、骨折事故が最も多く3,575件と、82%をしめている。昨年度の年次報告では、死亡事故をとりあげ、特に重大事故が発生しやすい睡眠中、プール活動・水遊び、食事中について、事故防止に取り組むよう注意喚起・提言を行った。これに続いて今年度の年次報告では、骨折事故の事例について聞き取り調査を行い、再発防止策の提言を行うこととした。

	H27		H28		H29		H30		計		%	
		うち骨折		うち骨折		うち骨折		うち骨折		うち骨折		うち骨折
幼保連携型認定こども園	12	8	51	45	72	54	173	146	308	253	7.1%	7.1%
幼稚園型認定こども園	3	2	8	6	7	5	19	14	37	27	0.9%	0.8%
保育所型認定こども園	2	2	11	10	10	9	40	31	63	52	1.5%	1.5%
地方裁量型認定こども園	1	1	1	1	1	1	0	0	3	3	0.1%	0.1%
幼稚園	13	12	20	17	24	21	40	36	97	86	2.2%	2.4%
認可保育所	342	266	469	368	727	587	892	711	2,430	1,932	56.0%	54.0%
小規模保育事業	1	1	1	1	6	5	14	11	22	18	0.5%	0.5%
事業所内保育事業(認可)	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	0.0%	0.0%
一時預かり事業	0	0	0	0	2	0	1	1	3	1	0.1%	0.0%
子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業)	0	0	2	2	5	5	1	1	8	8	0.2%	0.2%
子育て短期支援事業	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0.0%	0.0%
放課後児童クラブ	228	196	288	259	362	332	420	356	1,298	1,143	29.9%	32.0%
企業主導型保育施設			0	0	2	2	6	6	8	8	0.2%	0.2%
地方単独保育施設	8	8	3	2	8	5	7	5	26	20	0.6%	0.6%
その他の認可外保育施設	3	2	8	6	7	4	17	10	35	22	0.8%	0.6%
計	613	498	862	717	1,234	1,030	1,632	1,330	4,341	3,575	100%	100%

※その他の認可外保育施設は、企業主導型保育施設、地方単独保育施設及び認可外の居宅訪問型保育事業以外の認可外保育施設。

2. インタビュー調査の概要

－教育・保育施設における4－6歳児の戸外活動における骨折事故－

本報告では、事故報告発生件数が多い「4歳から6歳までの戸外活動における骨折事故」ⁱに焦点をあて、事故に至るプロセスについて聞き取った。事故につながる要因を抽出し、事故防止に必要な対策を提言し、重大事故の防止に役立てる。

対象は、平成27年から30年までに報告があった保育所における4歳から6歳までの幼児の戸外活動中の骨折事故である。調査の趣旨を説明して同意が得られた4事例について実施した。園庭での骨折事故2件（4歳、6歳）、公園での骨折事故2件（4歳、5歳）である。園庭での骨折事故は、木に登って落下した事故と、走ってきた他児との衝突による事故である。公園での骨折事故は、2件とも固定遊具からの転落による。

平成30年11月から31年3月までの期間に調査者が施設を訪問し、事故発生時に保育を行っていた保育者(3事例)、園の責任者(1事例)にインタビューを行った。事故に至るプロセスを詳細に聞き、RCA（根本原因分析法）ⁱⁱに基づいて「なぜ、事故が発生したのか」を尋ねることを繰り返し、背景要因を探った。

3. 要因分析

4つの事例の聞き取り結果を、要因分析の手法に基づきソフト面、ハード面、環境面、人的面の4つの側面から検討した（「表1 SHEL分析」参照）。ここでは個人情報保護のため、4つの事例を個々に取り上げて分析することはせず、総合的な考察を行う。

表1 SHEL 分析

項目	内容
ソフト面	マニュアル、研修、職員配置などに関わるもの
ハード面	施設、設備、遊具の状況などに関わる「物的要因」
環境面	教育、保育の状況等照明や居室の空間など子どもの生活環境および職員の労働環境を含む環境に関わる「環境要因」
人的面	担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士等の状況に関わる「人的要因」=職員のスキル・知識・心理的要因および利用者本人の体調、健康状態など

出典：関川芳孝(2016)「事故の再発防止のための事後的な検証」

なお、ソフト面、人的面に関して、本年次報告における用語の定義は、次のとおりである。

S(ソフト、システム) 要因としては、ソフトやシステムの問題がある場合をいう。ここでのシステム・エラーとは、組織として定めるべきマニュアル等が作成されていない、保育者間の引継ぎや伝えあいのルール・役割分担が明確でない、あるいはこれらを指導する OJT や外部研修が組織として行われていないことから職員が習得していない、などである。

L(リブ・ウェア) 人的面から考えられる要因としては、保育者等のヒューマンエラーがある。ヒューマンエラーとは、人の要因によるものであり、決まっているルールを守らなかったり、うっかり見過ごしたり、これぐらいなら大丈夫と、漫然とした意識から生じる危険である。

ヒューマンエラーが要因とみえる事故も、ミスを誘発しやすい環境要因、さらにはその背景にシステムエラーがあることが多く、システムがヒューマンエラーの発生に影響

を及ぼしている。またシステムエラーは、人の要因から引き起こされているなど、要因は相互に関連を持ち、絡み合っただけで事故は発生している。

(1) ソフト面

マニュアルや規則、研修の実施や職員配置などについてみると、いずれの園も、事故予防指針の作成、事故予防に関する研修の受講、基準に則した職員配置をしている。

だが、事故に至ったプロセスを詳細に尋ねたところ、以下の要因が浮かんできた。

【 要因 1】 異年齢合同での園外活動に関する事故予防のルールが、職員間で明確になっていない。

(事例) 5 歳児クラスと 1 歳児クラスが合同で公園に行き遊んだ際に、1 歳児クラスの一人が公園から出て行こうとしていることに 5 歳児担当の保育者が気づき、対応していた。5 歳児の活動から保育者の目が離れたその間に、5 歳児の一人が通常は利用しない遊具にとびのぼろうとして、落ちて骨折をした。

負傷事故発生時の年齢構成をみると、異年齢構成による発生が最も多く、保育所では約半数を占めるⁱⁱⁱ。年齢の異なるクラスが合同で活動することは、体験の幅がひろがり、異なる年齢の子ども同士の相互作用を通じた育ちあいもみられる。しかし子どもの発達差が大きいことから、細やかな目配りが必要である。事例では、1 歳児が公園の外に出て行こうとすることに対応している間、5 歳児の見守りに隙間が生じ、年長児の骨折事故につながった。保育者は事前に子どもに対して言葉掛けをしており、年長児がまさかこのような

行動をとるとは思っていなかったとのことであった。異年齢児が合同で行う活動では、年長児は年少児からの憧れやモデルとなることも多くあり、同一年齢の子ども同士の遊びの場面とは異なる姿を見せることがある。またこの時は、5歳児クラスに進級して初めての園外活動であったことから、クラス全体が高揚していることは、保育者も察知していた。このような年長としての意識が高まっている時期に、異年齢との関わりを大切にした取組を行う際は、年齢ごとの活動とは異なる個々の子どもの状況を把握して、適切な環境の構成や配慮を行うことが重要である。具体的なルールが明確にされておらず、もっぱら保育者の判断に任されている状況は、事故につながる要因となりやすい。

事故の要因として、急いでいた、まさかと思っていた、というヒューマンエラーが挙げられる。その背景に、環境構成上の配慮不足や、異年齢合同での活動の際のリスクが職員間の共通認識となっていないことから、保育者の危険予測が十分でなかったということがある。保育者のヒューマンエラーのみならず、組織としてのリスクマネジメントが課題となる。事故防止のルールを明確にすること、保育者が園外活動中に予測すべきリスクについて全体で共通理解を図ることなどによって、保育者が危険を予測できるような組織運営を十分に行うことが、事故予防につながる。従って、日頃の保育のなかで、異年齢合同での活動の際の危険予測に関する指導（OJT）や、保育者間の声のかけ合いやルールについて研修等を通して習得させるというソフト面に関するシステム改善が必要である。

【要因2】 公園の固定遊具で遊ぶ際に、それぞれの子どもの発達や特性に応じた遊具の使用方法について、保育者間で確認するルールとなっていなかった。

（事例） 事前に言葉掛けをしており、子どもが遊ぶことはないだろうと保育者が思ってい

た高い雲梯に、子どもが飛びつこうとして失敗し、骨折した。

(事例) 行き慣れた公園の固定遊具で遊んでいた際に、いつもとは異なる難しい遊び方に挑戦して、落ちて骨折した。

公園の固定遊具は、幼児の特性や発達過程に合わせて作られたものとは限らない。

意外性や多様性に富んだ環境であることが、子どもの好奇心や想像力を喚起し、遊び方を工夫し、挑戦するなどの子どもの意欲的な活動につながることも多くみられる。子どもにとって、自分が「できるか、できないか」という挑戦を伴う遊びや遊具は非常に魅力的なものであり、そうした遊びを通し、失敗を繰り返すことも含めて、育っていく部分も大きい。ただ、慣れない遊具や初めての遊びでは、他の子どもの遊びに刺激を受けて、その子どもには難しい、保育者にとっては予想外の行動をとってしまうことも起こりうる。

子どもが意欲的に遊びに取り組んでいるときにその主体性を尊重することの大切さを踏まえた上で、特に公園など園外で遊具を用いて遊ぶ際には、保育者間で常に確認し合うというリスクコミュニケーションを図ることが重要になる。具体的には、遊具に破損はないか、子どもの発達過程や、注意力、自分をコントロールする力、ルールを覚えておく力などは、年齢だけでなく個人差やその時々状況にも大きく左右されることに留意して、子どもの遊んでいる姿を保育者間で確認し合う。

また、初めての場所や、危険につながる遊び方が予想される遊具などがある場所では、子どもと共にどんなことが危険につながりそうかあらかじめ考え、その場に応じた安全の確認の仕方や遊具の使用に関する約束事を決めることなども考えられる。

保育者が事前に確認しておくべきこと、遊びの最中に生じるリスクを考えて留意すべきこ

とを整理しておくことは、安全な環境を整えるうえで基本的な取組だが、一人一人の保育者によって意識や理解にズレが生じてしまうと、子どもの挑戦や遊び方の把握が不十分であったり、事故の発生を予測できないことがある。したがって、要因1と同様に、園内でのルール作りや指導(OJT)・研修等のシステムを改善することによって、ヒューマンエラーを防ぐことが課題となる。事故防止のためには、遊びを始める前や、保育の振り返り等において、一人一人の子どもの発達や変化について気がついたことを話し合い、安全管理上留意すべきことについて、繰り返し、具体的に職員間で確認することをルール化し、これを徹底させるという組織としての取組が必要である。

(2) ハード面

今回取り上げた事例では、固定遊具に欠陥などの不具合があり事故につながったというハード面の要因はみあたらなかった。

なお、園内の設備、遊具の状況などについては、いずれの園も定期的な点検を行っていたが、園外については、活動に入る前に保育者間でその場を確認しあっていない。組織運営上のルールが明確でないということは、システムエラーともいえよう。

(3) 環境面

クラス全体の子どもの気持ちが高揚している時などは、いつもとは異なる環境であり、子どもがこれまでと異なる行動をとることなどを予見して対応をとることが必要となる。

【 要因3 】 戶外遊びにおいて、子どもの気持ちが高揚している状況にあったが、その時々
の状況に対応した保育の流れや保育者の位置等について、全体としての保育者間の連携

がとられていなかった。

(事例) 年長に進級してすぐで、クラス全体が高揚していた。進級後初めての戸外活動時に、子どもたちは意欲的に遊んでいた。その環境で保育者は事前に声をかけていたが、突然、いつもは遊ばない高い雲梯に飛びつこうとするという、保育者が予見していなかった危険な行動をとって、失敗して骨折した。

(事例) 運動会の練習後であり、クラスの子どもの気持ちが、いつもよりも高揚していた。そこで公園の固定遊具でいつもとは異なる難しい遊びに挑戦して、骨折事故が起きた。

(事例) 就学を間近に控えてクラス全体が高揚していた。年長児の一人が得意な泥団子の続きを早くやりたくて、手が届かない物置の上に置いてあった泥団子を木に登って自分でとり、降りてくる途中で落ちて、骨折した。

戸外での自由遊びという環境では、自分の興味や関心に応じて挑戦しようとする意欲が高まり、ダイナミックに遊びを展開する子どもがいる。また、進級してすぐや就学を目前にしている時期は、クラス全体が高揚し、自分の力を発揮しようと工夫したり、挑戦して、いつもとは異なる行動をとることがある。特にこのような時期の戸外での自由遊びという環境は、子どもの好奇心を引き出し、時として事故につながるような大胆な行動をとらせることがある。このような事故につながりやすい環境にあって、保育者が低年齢の子どもや怪我への対応、室内にいる子どもに気をとられて、好奇心にあふれている子どもを見守ることができる位置にいなかった。クラスが高揚した環境での子どもの動きを十分に予見した対応ができなかったことが、事故の要因として浮かんでくる。

なお、骨折するか否かは、骨に対する衝撃力の強さで決まる。転落での骨折事故を防止するには、転落した高さ、着地した部分の性状（コンクリート、土、砂、ウッドチップなど）の情報が必要である。また、高所に登っての転落であれば、高所へのアクセスのしやすさが問題であり、どうやって高所に登ったかの情報も必要となる。園外活動の事故防止のためには、事故が起こる前に、日ごろからこうした情報を把握した上で、安全な環境の確保に努めることが重要である。

【 要因4 】 他の子どもたちが活発に活動している中で、その遊びに参加しないで動き回らずに遊んでいる子どもに対する、安全で安心できる環境が構成されていない。

（事例） 夕方の園庭での自由遊びの際に、他の子どもたちが走り回って動的な遊びに夢中になっているとき、そこに加わずに立っていた子どもに、走ってきた子どもがぶつかり、立っていた子どもが転んで骨折をした。

園庭遊びなど、子どもが活発に動き回る環境では、子ども同士の衝突がおきることがある。なかでも夕方の園庭での自由遊びの時間帯は、降園の準備や保護者への対応・片付け等で保育者はあわただしい。保育所での負傷等は、午前中に次いでこの時間帯が多い^{iv}。活発な遊びをしている子どもたちに保育者の注意が向いて、動き回らずに遊んでいる子どもへの配慮が不足しがちとなることもある。加えて、この時間は、活発に動き回っている子どもも、疲れなどから集中力が落ち周囲の子どもの動きへの注意が散漫になることもある。保育者は、こうした環境であることを意識し、子ども同士の衝突事故が起こらないように環境の構成に配慮することが求められる。動的な場になじめず、静かな遊びをしたい

子どもの思いをくんで、安心できる環境を子どもと共に作ることは、安全の確保の観点からも重要である。

このような環境要因と相互に作用して、一人一人の子どもの行動や内面は変化する。その変化は目に見えにくいことから、保育者はいつもどおりと思い、子どもの行動や活動に与える影響を予見することができないことがある。ヒューマンエラーが環境要因と関連し、戸外遊びにおける安全な見守り体制の不十分さというシステムエラーにつながる。

子どもの発達や内面の動き、具体的な日々の行動について、保育者が語り合うことが子どもの行動の予見につながる。他のクラスも含め、園の保育者が相互に子どもについて語り合うという習慣や機会が少ないと、子どもの変化を見過ごして事故につながりやすくなる。

繰り返しになるが、一人一人の子どもにとって安心・安全な環境構成が不十分という問題は、このような保育者間のリスク・コミュニケーション不足という要因、園として事故防止の指導が十分でなかったというシステム要因とも絡んでいる。

(4) 人的面

保育者のスキル・知識・心理的要因など人的な面についてみると、いずれも保育の専門性・経験を重ねた保育者であった。しかし、ある子どもに注意が向く状況が生じると、子ども一人一人の心の動きや行動を察知することが不十分となり、安全のために必要な対応を鈍らせてしまう。保育の専門性が高く、経験を重ねた保育者であっても、不注意やうっかりミスなどのヒューマンエラーは起こりうる。また、保育の専門性が高く、経験を重ねた保育者であるからこそ、自らの保育に自信があり、「これぐらい大丈夫」と考えてしまう

こともある。

【要因 5】安全に関するルールはあったが、これぐらいであれば大丈夫という保育者の見通しで保育を進めていた。子どもの行動とその見通しがずれて、事故が発生した。

（事例）保育者間では、怪我の手当などで子どもの安全を確保できない状況の時は、子どもたちの遊びをいったん止めるというルールを決めていた。しかしこの時には、小さな怪我で手当もわずかな時間に終わるとの見込みから、他の子どもたちの遊びを止めなかった。その間に、子どもがいつもとは異なる難しい遊び方に挑戦し、遊具から落ちて、骨折した。

【要因 6】保育者より先に園庭に出る子どもがいる時に、他クラスの保育者に声をかけるなどしてチームとして子どもを見守る体制に、隙間があった。

（事例）先に園庭に出た年長児が、子どもには手が届かない物置の上に置いて乾かしてあった泥だんごを木に登ってとり、団子もちながら木から降りる際に、落ちて骨折した。担当保育者は、子どもに順次、園庭に移動することを促していたため、この子どもの行動を見ていなかった。園庭にいた他クラスの保育者は自分のクラスの子どものみに対応しており、年長児の見守りはしていなかった。

【要因 7】安全に気をつけて行動するよう、子どもへの声かけ等が不足していた。

（事例）子どもがそのような行動をとることを保育者が予期していなかったため、保育者は、その場面では子どもに注意を促す声かけをしていない。

遊びの目当てを持ち、新たな遊びに挑戦したり、自分で工夫してやりとげようとする子どもの主体性や意欲を尊重することは大切である。しかしこのような際には、初めての遊びに挑戦しようとしたり、急ぐ子どもに言葉をかけて送り出すなど、子どもが自身で安全への見通しを持って活動できるよう配慮することが重要である。

いずれも保育の専門性が高く、経験を重ねた保育者だが、事故の際には「低年齢児に注意が向いていた」「他児の怪我の処置をしていた」「担任が室内の子どもに対応していた」など、子どもの見守りに隙間が生じていた。このように保育者が本児の状況を見ていなかった、あるいは見てはいたが子どもの状況に即応した対応がとれない位置にいたことで、事故が発生している。また、日頃から「動きが活発である」「前のめりで遊びにチャレンジしている」「活発な遊びの中にも加わらず、動きまわらずにいる」などの子どもの行動傾向については把握していたが、「まさか、高い雲梯に飛びつくとは思わなかった」「このタイミングで初めてのダイナミックな活動にチャレンジするとは思わなかった」「走ってきた子どもと衝突するとは思わなかった」など、保育者にとって思いがけない行動であった。あるいは「これぐらいなら大丈夫だろう」という保育者の見通しによって、見守りの隙間が生じている間に、事故が発生した。

このようなヒューマンエラーから発生する事故を防ぐためには、具体的な場面での指導（OJT）や研修による個人の資質向上が求められる。また、明確な申し合わせをしていないことなど、クラス運営や園全体のシステム上の要因もあろう。ミスがおきやすい環境であったとしても、保育者相互のチェック、声かけやコミュニケーションがなされるチームワークやシステムが十分であれば、予防できる事故もある。

4. 事故防止について

骨折事故後に丁寧な見直しを行ったという一方で、事故防止を強調することが過度な遊びの制約につながり、子どもの主体性を尊重する保育の妨げになるのではないかという葛藤もきかれた。

だが、保育中の事故は繰り返し発生しており、これぐらいであればという思い込みが、重大な事故につながることもある。ハインリッヒ（1931）は、1件の重大事故の背景には29件の軽微な事故があり、さらにその背景には300件のヒヤリ・ハットする出来事が存在する、という「ハインリッヒの法則」を発表している。重大事故を防ぐためには、保育中に起きた事故を重く受け止め、保育者等が自ら検証し、改善点を明らかにして、全職員で取組むことが必要である。安全な環境の確保は教育・保育における基本原則であり、子どもの主体性を尊重した保育を行うためにも、安全に関する適切な対応が求められる。

このために、本報告では、可能な範囲で事故の際に保育を行っていた保育者自身に、なぜ発生したのか、どのような流れで至ったのか、という問いかけを繰り返した。

事故の態様は、遊具等からの落下、子ども同士の衝突であった。子どもの好奇心が高まり初めての遊びや場面に挑戦しているなど、いつもと異なる状況は、主体的な遊びが活発に展開される場面であるが、一方で子どもは遊びに夢中になっていることから、ダイナミックな活動や探求は危険をはらんでいることに気づかず、重大事故につながるような場面が潜んでいる。保育者がこのような状況を察知した対応をしていない、大丈夫と思い込んでいた等のヒューマンエラーが、事故につながりやすい。保育の慣行を見直し、いつも通りと保育者が思っている子ども視点に立つと異なる環境であることや、

一人一人の思いや行動を場面ごとに理解し、保育者間で子どもの状況を確認し合い保育者の位置・声かけ・見守りを点検する。また子ども自身の事故回避力を高めることも重要であり、その場面での子どもへの言葉かけや安全に関する指導、遊具の使用等について子どもと話し合ったり、ルールを設けることを検討する。こうした取組は安全を確保する上で

重要であり、主体性を尊重する保育を行うためにも、一人ひとりの保育者に求められるものといえる。

保育者個人の課題にとどめず、システム・マネジメントの課題として考えることも重要である。安全に関するマニュアルはあるが、これを具体的な目の前の場面に置き換えて実践する保育者のスキルが漠然としていたり、職員間のリスク・コミュニケーション不足によって、保育者の配置・保育の流れ・保育者間の引き継ぎなどにシステムエラーが生じていることがある。例えば、園の環境の中にある危険や、予想される子どもの行動の把握が十分でないままルールが作成されていると、職員の問題意識や理解が曖昧になったり、保育場面で具体的な指導がないことから、保育者は「気をつけてみているつもり」であっても、危険についての対応が不十分なことがある。

日ごろからヒヤリハットする保育場面に気づき、事故防止の教訓を日頃の保育の中で語りあい、学びあう組織づくりが課題といえる。とりわけ、重大事故につながりかねない事例については、保育者個人が経験したことにとどめずに、園全体で事故の要因分析を行い、保育のプロセスを全体として見ることで、より一層の注意や配慮が必要な点に気づき、改善策を考えることができる。さらにこれを契機に類似のことについても考える機会とする。このためには施設長の責任の下にリーダーがマネジメントを行うことが

重要である。リーダーは保育者のリスク・コミュニケーションや保育場面での対応について具体的に指導し(OJT)、研修等を行って全職員に安全に関するスキルを習得させる。

子どもの自発性や発達を保障しながら重大事故を防ぐためには、個人の専門性と組織のマネジメントという2つの観点から具体的な対応を検討していくことが重要である。

以下に、今回の事例分析から明らかになった事故防止の観点を8点に整理し、提示する。例示は、各園の状況に応じて安全に関する計画・取組等を検討する際の参考として示すものである。

保育所保育指針^Ⅳに義務づけられているとおり、事故防止は、施設長の責任の下に、全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に行う。

なお提言は、有識者会議においてこれまでの死亡事故検証報告のヒアリング等を踏まえて検討されたものである。

(1) 安全マニュアルの確認・見直しや研修等を通じた全職員の安全に関するスキルの習得

(例示)

- ・ヒヤリハット報告・事故報告を踏まえ、定期的に安全マニュアルを見直す。
- ・安全に関する園内・園外の研修等に、全職員が参加する。
- ・事故発生時の救急対応や役割分担、園内の連絡体制、保護者への対応や事後対応等について、ガイドラインを参考に、誰が何をするか平常時から具体的に決めて、職員室などに掲示する。
- ・クラスや係など、小グループでの打ち合わせの際に、安全に関して意見を述べ合い、

自ら改善すべき点を具体的に挙げ、関連する安全マニュアルを確認する。

- ・ 個々の職員が危険と感じた場面やカ所を伝え合う。

(2) 保育者間の声のかけ合いによる役割の明確化

(例示)

- ・ 全体を掌握する、個別の子どもに対応するなど、場面に応じて役割分担を明確にする。
- ・ 今、行われている遊びの状況や、子どもの様子について、保育者間で伝え合い、子どもの活動を予見して、事故防止の対応をする。
- ・ 各保育者の立ち位置や保育の流れについて、事前に確認する。
- ・ 予想していなかった出来事が起きた場合は、子どもの行動に応じて柔軟に対応する必要があるが、保育者間で声をかけあい、周囲の保育者への引き継ぎ、主任・所長等へ確認・報告する等を行い、見守りの隙間を作らない。

(3) 異年齢合同の活動・園外活動など、日頃とは異なる状況への事前の確認と職員間の連携

(例示)

- ・ 異年齢合同の活動・午前中の戸外活動・夕方の自由遊びの場面で事故が多いことを全職員が理解し、相互に声をかけ合って注意を喚起する。
- ・ 他クラスと合同の場での活動の際には、保育者の位置や役割を決めておく。
- ・ 長時間保育等、複数の職員が入れ替わって保育を行う際には、担当していた時 間の子どもの様子や動きについて丁寧に伝えながら、引継ぎを行うようにしていく。
- ・ 個々の子どもの発達過程や姿について、日頃からクラスを超えて相互に伝え合い、理解しあう。

- ・ 遊具や遊びについて気づいたことを、他クラスの保育者に対してもその場で伝え合う。
- ・ 子どもの見守り等についての引き継ぎを確実に行う。

(4) 園外も含めた遊具・設備の点検

(例示)

- ・ 公園など園外で遊ぶ際には、事前に遊具・設備を点検する。
- ・ 遊具・設備等の安全点検表を作成する。

(利用方法の例)点検時に表に記入する。危険箇所の共通理解をする等

(点検箇所の例)遊具・設備の破損部や年齢・発達に合っているか等

(5) 一人一人の子どもの発達や姿を確認し対応するための職員間の対話、計画作成・点検

(例示)

- ・ 朝の打ち合わせ・午睡時・退勤時など、日常的に子どもの行動や発達、ヒヤリハットについて保育者間で語りあう時間を設定し、対話の他にもノートやボードの活用など方法を工夫する。
- ・ 指導計画作成の際には、一人一人の子どもの具体的な行動を語り合い、発達の見通しや行動についての予見を保育者間で共有する。
- ・ 園庭や公園での活動、夕方の自由遊びの時間帯など、活動の場や時間帯を具体的にあげ、年齢や発達の特性を考慮して、安全指導計画を作成する。
- ・ 計画やマニュアルについて、最新の通知や検証報告書などと照らし合わせ、また現在の園の状況や子どもの実態に合っているかを職員間で確認し、見直していく。

(6) 子どもの興味や好奇心が旺盛で高揚している状況の察知とその対応

(例示)

- ・ 子どもの好奇心や活動を支持しながら、自身で安全な行動をとれるよう言葉をかける。あるいは声かけをしないことが望ましい場面では、近くで見守る。

(7) 環境になじめない子どもが安心できるためのスペース等の工夫

(例示)

- ・ 他の子どもたちの遊びになじめなかったり、落ち着かない子どもの思いをくんで、保育者が一緒に、子どもが安心して遊ぶことができる環境や居場所を見つけられるようにする。
- ・ 動的な活動と静的な活動などの遊びの内容や、登園・食事・着脱・降園などの生活の流れに応じて、子どもの動きを予想し、動線に配慮して、遊びの環境を作ったり、場づくりの工夫をする。スペースを区切る、仕切りを利用する等の工夫をして、一人一人の子どもに応じた安心できる場や空間を確保していく。

(8) 子どもとの安全に関する話し合いや約束事、安全に関する指導

(例示)

- ・ 子どもが安全について関心をもち、心身の機能を高めていくことができるよう、年齢に応じた具体的な言葉かけや指導について、指導計画作成の際や活動前に保育者間で確認する。
- ・ 日々の生活や遊びの場面で、どんなことが危険につながりそうかを、子どもと一緒に考える。その場に応じた安全の確認の仕方や遊具の使用に関する約束事を子どもと一緒に決めたり、ルールを設ける。

- ・ 保護者との懇談会やおたより等を通して、家庭でも子どもの安全について関心をもって協力をしてもらおう。
- ・ 地域の関係機関と連携して、子どもが安全について学ぶことができる体験の場をつくる。

【注】

ⁱ 発生時の年齢構成は、年齢が上がるほど増える傾向にあり、5歳児クラスが最も多い(内閣府(2018)「平成30年度教育・保育施設における重大事故防止策を考える有識者会議年次報告」, p21) 発生時状況では屋外活動中が最も多い(同上,p23)

ⁱⁱ RCA (Root Cause Analysis)は、不具合や事故が発生した後に、事故から原因をたどってゆき、背後にある真のシステムや人的な原因を探る方法。医療安全で再発防止のために、よく用いられている。

ⁱⁱⁱ注 i と同様 p20

^{iv}保育所における負傷事故の時間別をみると、保育所の午前中が106件、夕方(16時頃～夕食提供前頃)が92件となっている(同上)

^v幼保連携型認定こども園教育・保育要領 第3章 健康及び安全「幼保連携型認定こども園における園児の健康及び安全は、園児の生命の保持と健やかな生活の基本となるものであり、第1章及び第2章の関連する事項と併せ、次に示す事項について適切に対応するものとする。その際、養護教諭や看護師、栄養教諭や栄養士等が配置されている場合には、学校医等と共に、これらの者がそれぞれの専門性を生かしながら、全職員が相互に連携し、組織的かつ適切な対応を行うことができるような体制整備や研修を行うことが必要である。」

保育所保育指針 第3章 健康及び安全 「保育所保育において、子どもの健康及び安全の確保は、子どもの生命の保持と健やかな生活の基本であり、一人一人の子どもの健康の保持及び増進並びに安全の確保とともに、保育所全体における健康及び安全の確保に努めることが重要となる。」

^{vi} 幼保連携型認定こども園教育・保育要領 第3章2(1)「在園時の事故防止のために、園児の心身の状態等を踏まえつつ、認定こども園法第27条において準用する学校保健安全法第27条の学校安全計画の策定等を通じ、全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行うこと。」

保育所保育指針 第3章3-(2)-ア「保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、施設内外の安全点検に努め、安全対策のために全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行うこと。」

【 引用文献】

関川芳孝(2016)「事故の再発防止のための事後的な検証」厚生労働省平成28年度保育所等事故予防研修

H.W. Heinrich (1931) *Industrial Accident Prevention: A Scientific Approach*, McGraw-Hill (=1951, 三村起一監修『災害防止の科学的研究』日本安全衛生協会)

【 参考資料】

内閣府(2016)「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」

内閣府(2017)「幼保連携型認定こども園教育・保育要領」、文部科学省(2017)「幼稚園教育要領」、厚生労働省(2017)「保育所保育指針」

厚生労働省(2019)「保育所等における園外活動時の安全管理に関する留意事項」

国立研究開発法人産業技術総合研究所「安全指導のポイント」、「点検・管理のポイント」

別添 1

「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える

有識者会議 年次報告」

平成30年7月

目次

はじめに	4
I 目的等	5
1. 目的	5
2. 事故件数等について.....	5
3. 死亡事故等の検証について.....	5
II 死亡事故の詳細	6
1. 施設別・年次別	6
2. 施設別・年齢別	7
3. 施設別・年齢別・発生時状況別.....	8
4. 施設別・年齢別・発生時間帯別.....	9
5. 施設別・年齢別・入園からの日数別.....	11
6. 施設別・年齢別・発生月別.....	13
7. 施設別・年齢別・死因別.....	14
III 負傷等の詳細	16
1. 施設類型別	16
2. 負傷等の種類別	17
3. 部位別	17
4. 発生場所別	18
5. 時間別	20
6. 発生時の年齢構成別.....	20
7. 年齢別	21
8. 性別	22
9. 発生時状況別	23
10. 事故誘因別	24
11. 事故予防マニュアルの有無.....	26
12. 事故予防研修実施状況.....	26
13. 職員配置	27
14. 施設の安全点検	28
15. 遊具の安全点検	28
16. 玩具の安全点検	29
17. 事故発生時の教育・保育・育成支援の状況.....	30
18. 対象児の動き	30
19. 事故発生時の担当職員の動き.....	31
20. 事故発生時の他の職員の動き.....	32
IV 注意喚起・提言	33
1. 死亡事故等の注意喚起・提言.....	33
(1) 教育・保育施設等・事業者への注意喚起・提言.....	33

ア	事故のリスクが高い場面を把握し、発生予防に取り組むこと	33
イ	睡眠中の事故防止の取り組みの徹底	34
ウ	登園時の子どもの健康状態等の把握	35
エ	子どもの安全を最優先とする意識の徹底とガイドラインの更なる周知徹底	35
オ	事故発生状況の記録の重要性の周知徹底	36
カ	損害賠償等への対応	36
(2)	地方自治体への注意喚起・提言	37
ア	研修や指導監査等の機会を通じた「子どもの安全」の周知徹底	37
イ	保育の質の確保	39
ウ	事故発生状況の記録の重要性の周知徹底	40
エ	検証の意義の周知とサポート体制	40
オ	検証結果の有効活用	42
(3)	国への注意喚起・提言	43
ア	子どもの安全を最優先とする意識の徹底とガイドラインの更なる周知徹底	43
イ	保育の質の確保	44
ウ	事故発生状況の記録の重要性の周知徹底	45
エ	検証を実施する場合の留意点の周知徹底、及び実効性のある取り組みの検討	46
2.	負傷等の注意喚起・提言	47
	おわりに	48

はじめに

教育・保育施設等^{※1}における事故防止等の対策については、子ども・子育て支援新制度の施行（平成 27 年 4 月）の前年の子ども・子育て会議において、教育・保育施設等における事故の再発防止等について行政の取り組みの在り方等を検討すべきとされた。これにより、平成 26 年 9 月に「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」が開催され、事故の再発防止や事故情報の集約・周知等について検討をし、平成 26 年 11 月に中間取りまとめがされ、平成 27 年 12 月に最終取りまとめがされた。国はこれらに基づいて、平成 27 年 4 月から重大事故が発生した場合の国への報告の仕組み等を整備するとともに、平成 28 年 3 月に施設・事業者及び地方自治体向けの事故防止等のガイドライン^{※2}（以下、「ガイドライン」という）及び検証について通知し、これにより地方自治体は死亡事故等の重大事故が発生した場合に検証を実施し、再発防止策を検討することとなった。国においても地方自治体の死亡事故等の検証報告を踏まえた重大事故の再発防止について検討を行うため、平成 28 年 4 月に「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議」（以下「有識者会議」という）を新たに立ち上げたところである。

当有識者会議の主な検討課題は、死亡事故等の検証報告を踏まえた再発防止の検討の他、事故情報データベース等の充実及び傾向分析、ガイドライン等の改善などを行うこととしている。当会議では、教育・保育施設等における死亡事故等についての地方自治体による検証報告を平成 29 年 5 月から平成 30 年 5 月までに 8 件のヒアリングを行ったところである。まずは、この検証報告のヒアリングを踏まえて、事故の傾向分析の他、ガイドラインの改善などの再発防止策について検討を行ったところであり、今般、これらの検討の結果について、年次報告として初めて取りまとめを行ったものである。

※1 教育・保育施設等とは、以下の施設・事業をいう。

- ・認定こども園（幼保連携型、幼稚園型、保育所型、地方裁量型）
- ・幼稚園
- ・小規模保育事業
- ・居宅訪問型保育事業
- ・一時預かり事業
- ・子育て援助活動支援事業（ファミリー・サポート・センター事業）
- ・子育て短期支援事業（ショートステイ、トワイライトステイ）
- ・放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）
- ・認可外保育施設（企業主導型保育施設、地方単独保育施設、その他の認可外保育施設）
- ・認可外の居宅訪問型保育事業
- ・認可保育所
- ・家庭的保育事業
- ・事業所内保育事業（認可）
- ・病児保育事業

※2 「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 日付内閣府子ども・子育て本部参事官、文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知

I 目的等

1. 目的

教育・保育においては、子どもの主体的な活動を尊重し、支援する必要がある、子どもが成長していく過程で怪我が一切発生しないということは現実的には考えられない。そうした中であっても、死亡事故については、絶対にあってはならないことであり、死亡事故の防止は最優先課題であると考えている。また、死亡や重篤な事故とならないよう予防することが重要である。本有識者会議年次報告はこのような考え方で取りまとめており、まずは、全国の施設・事業者、地方自治体及び国における重大事故、特に死亡事故の防止に資するよう注意喚起することを目的として策定している。

2. 事故件数等について

教育・保育施設等の死亡事故及び負傷等(治療に要する期間が30日以上)の負傷や疾病)に関する地方自治体から国への報告については、内閣府、文部科学省及び厚生労働省から地方自治体に依頼し、平成27年4月(子ども・子育て支援法施行)より開始しているところであり、自治体から報告のあった事故件数を毎年集計して公表している。

ここに掲げる死亡事故の件数は、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのものであり、認定こども園等それ以外の施設・事業については平成27年4月からのものである。また、死亡以外の負傷等の件数は、分析を行い易くするために報告様式を平成29年4月から改正しており、様式改正以降の件数である。

事故の再発防止のための事後的な検証に資するよう、施設・事業者から報告を求めており、これらの事故報告の詳細については、内閣府、文部科学省及び厚生労働省に報告のあったものをまとめて「事故情報データベース」として、内閣府のホームページに掲載している。

3. 死亡事故等の検証について

死亡事故の検証については、平成28年4月から、認可権限等に基づき各教育・保育施設等を所管する地方自治体により行うこととしているが、SIDSや死因不明、意識不明とされた事例も含めて検証をお願いしている。

地方自治体による検証報告は、平成29年2月に初めて国へ提出され、その後平成30年5月末までに合計11件提出されている。当有識者会議においては、このうち8件の検証報告のヒアリングを平成29年5月、9月及び平成30年2月、5月に実施し、平成29年12月に速やかに注意喚起すべき事項について発信するとともに、平成30年5月に有識者会議年次報告中間報告を発表した。

II 死亡事故の詳細

死亡事故の件数は、「I 2.」のとおり、施設類型別によって集計の始期が異なるが、平成 27 年から平成 29 年までの死亡件数は 35 件(平成 27 年 14 件、平成 28 年 13 件、平成 29 年 8 件)であった。

詳細は次のとおりであるが、死亡事故で最も多い年齢、発生時状況は、0 歳～1 歳児の睡眠中の場合で、預け始めの時期、具体的には入園から 30 日以内の事故が多かった。

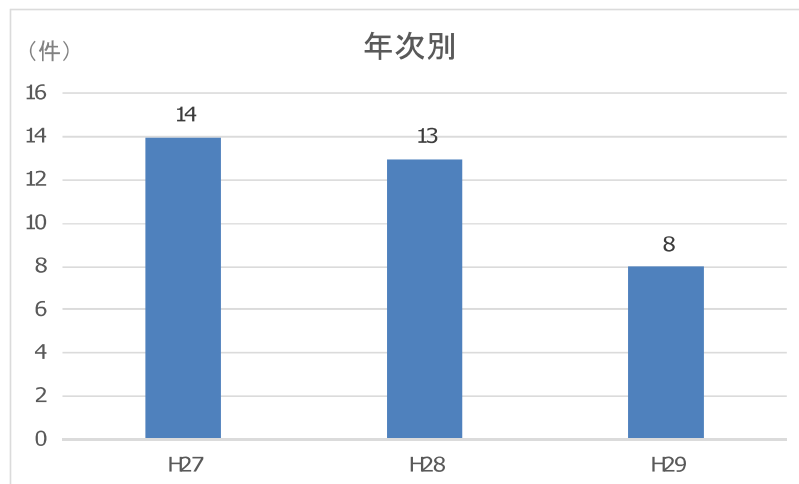
なお、これから記述する詳細は、事故発生から原則 1 か月以内に、地方自治体から国に送付される事故報告の第 2 報ベースのものであるが、本書作成時点で事故の検証中であったり、事故の詳細について施設及び保護者の事実確認が取れない場合もあり、それらの不確定項目については不明及びその他として整理している。

1. 施設別・年次別

平成 27 年から平成 29 年までの死亡件数は 35 件であった。この 3 年間では、減少傾向にあり、特に平成 29 年は前年から大幅な減少となっている。

施設別では、その他の認可外保育施設*が最も多く 20 件、次いで認可保育所の 9 件、幼保連携型認定こども園は 2 件、家庭的保育事業、小規模保育事業、病児保育事業及び地方単独保育施設が各 1 件であった。

※ その他の認可外保育施設とは、企業主導型保育施設、地方単独保育施設以外の認可外保育施設をいう。

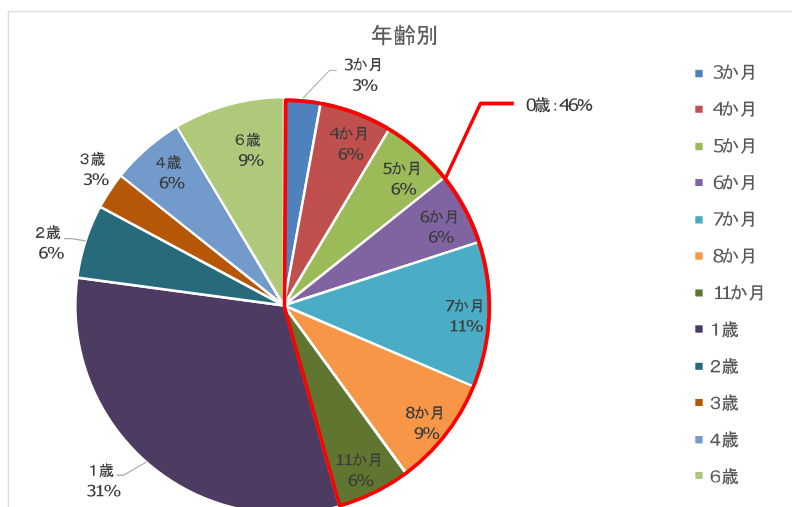


【表】施設別・年次別

	H27	H28	H29	計	%
幼保連携型認定こども園	1		1	2	5.7%
幼稚園型認定こども園				0	0%
保育所型認定こども園				0	0%
地方裁量型認定こども園				0	0%
幼稚園				0	0%
認可保育所	2	5	2	9	25.7%
小規模保育事業	1			1	2.9%
家庭的保育事業		1		1	2.9%
居宅訪問型保育事業				0	0%
事業所内保育事業(認可)				0	0%
一時預かり事業				0	0%
病児保育事業			1	1	2.9%
子育て援助活動支援事業 (ファミリー・サポート・センター事業)				0	0%
子育て短期支援事業 (ショートステイ・ワイルドステイ)				0	0%
放課後児童クラブ				0	0%
企業主導型保育施設				0	0%
地方単独保育施設	1			1	2.9%
その他の認可外保育施設	9	7	4	20	57.1%
認可外の居宅訪問型保育事業				0	0%
計	14	13	8	35	100%

2. 施設別・年齢別

年齢別では、最も多いのが0歳児の16件、次いで1歳児が11件、6歳児が3件、2歳児及び4歳児が各2件、3歳児が1件となっており、0歳～1歳児で8割を占める。



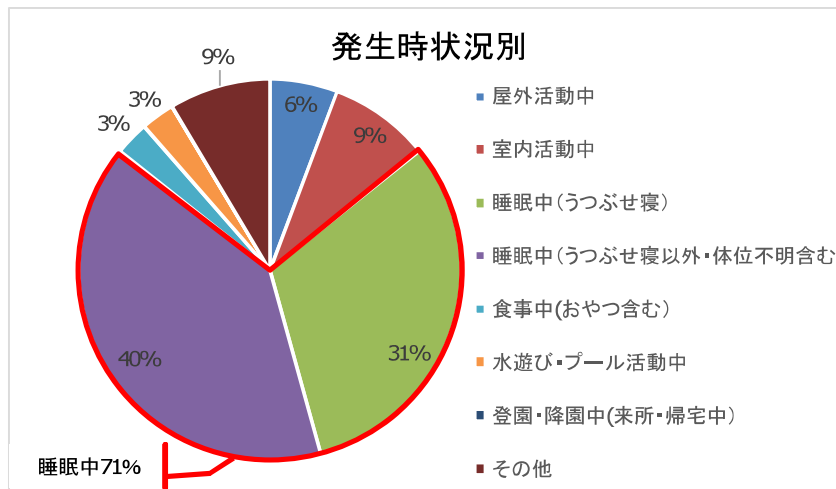
【表】施設別・年齢別

	0歳	3か月	4か月	5か月	6か月	7か月	8か月	9か月	10か月	11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	計
		件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件	件
幼保連携型認定こども園	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	0%	0%	50%	100%
認可保育所	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	0	0	0	2	8
	%	11.1%	0%	0%	0%	11.1%	0%	0%	0%	0%	44.4%	0%	0%	0%	0%	22.2%	100%
小規模保育事業	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
家庭的保育事業	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
病児保育事業	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
地方単独保育施設	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
	%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	100%
その他の認可外保育施設	14	1	2	2	2	2	2	0	0	2	2	1	0	0	0	0	20
	%	70%	5%	10%	10%	10%	15%	10%	0%	0%	10%	25%	5%	0%	0%	0%	100%
計	16	1	2	2	2	4	3	0	0	2	11	2	1	2	0	2	37
	%	43.2%	2.9%	5.2%	5.2%	5.2%	11.4%	8.6%	0%	0%	5.7%	31.4%	5.2%	2.9%	5.2%	0%	100%

3. 施設別・年齢別・発生時状況別

発生時状況別では、最も多いのが睡眠中※の25件、次いで室内活動中が3件、屋外活動中が2件、食事中及び水遊び・プール活動中が各1件、その他が3件となっており、睡眠中の死亡事故が全体の7割を占めている。また、睡眠中の25件のうち、うつぶせ寝の状態だった事例は11件であった。

※ 睡眠中は午睡（お昼寝）及び夜間等の睡眠中も含む。



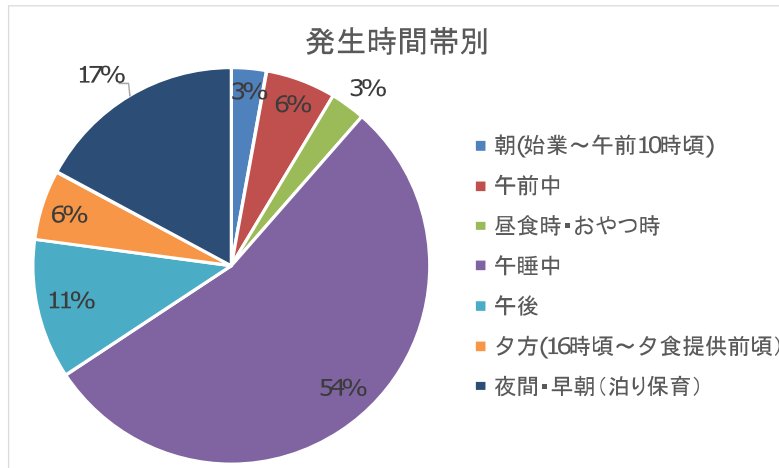
【表】施設別・年齢別・発生時状況別

	屋外活動中		室内活動中		睡眠中		睡眠中(うつふせ 寝)		睡眠中(うつふせ寝 以外・体位不明含む)		食事中(おやつ 含む)		水遊び・プール 活動中		登園・降園中 (来所・帰宅中)		その他		計		
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件
幼保連携型認定こども園	0歳			0%								0%								0	0%
	1歳			0%								100%								1	50%
	2歳				0%							0%								0	0%
	3歳				0%							0%								0	0%
	4歳				0%							0%								0	0%
	5歳				0%							0%								0	0%
計	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	50%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%	
認可保育所	0歳	0	0%	1	0%	2	20%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	11.4%
	1歳	0	0%	0	0%	8	80%	1	50%	3	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	44.4%
	2歳	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	11.4%
	4歳	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	11.4%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	2	100%	8	80%	1	50%	3	100%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	2	22.2%	
小規模保育事業	0歳																			0	0%
	1歳																			0	0%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			0	0%
	5歳																			0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
家庭的保育事業	0歳																			0	0%
	1歳																			0	0%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			0	0%
	5歳																			0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
病児保育事業	0歳																			0	0%
	1歳																			0	0%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			0	0%
	5歳																			0	0%
計	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	
地方単独保育施設	0歳																			0	0%
	1歳																			0	0%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			0	0%
	5歳																			0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
その他の認可外保育施設	0歳					1	7.7%	6	66.7%	8	80%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14	70%
	1歳					2	21.1%	3	33.3%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	5	25%
	2歳					5	50%	0	0%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%
	3歳					0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳					0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5歳					0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	0	0%	1	100%	9	45%	10	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	24	100%	
計	0歳	0	0%	0	0%	1	6.0%	7	63.6%	8	57.4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	33	33.3%
	1歳	0	0%	0	0%	8	36%	4	16.4%	5	15.7%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	35	35.3%
	2歳	0	0%	0	0%	5	4%	0	0%	1	7.4%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	11	11.4%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	1	3.3%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	1	1.7%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	1	3.3%	8	7.4%	11	31.4%	14	40%	1	7.9%	1	2.9%	0	0%	0	0%	37	8.6%	

4. 施設別・年齢別・発生時間帯別

発生時間帯別では、最も多いのが午睡中の19件、次いで夜間・早朝が6件、午後が4件などとなっている。

※ 午睡中はいわゆるお昼寝であり、夜間中の睡眠は含まない。



【表】施設別・年齢別・発生時間帯別

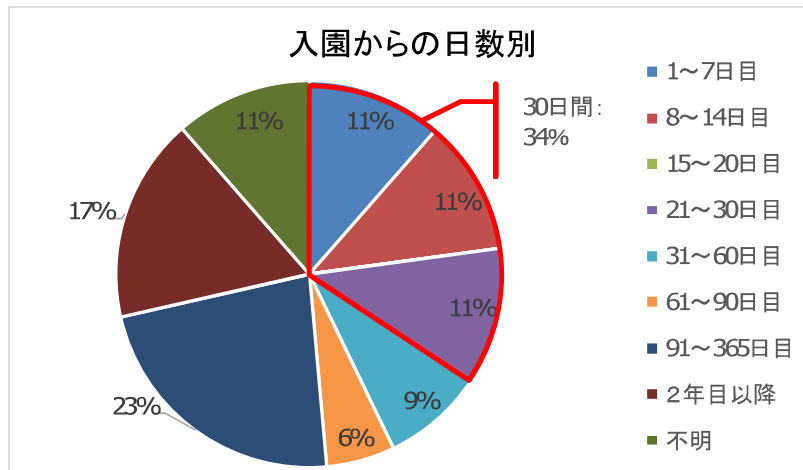
	朝(始業～午前10時頃)		午前中		昼食時・おやつ時		午睡中		午後		夕方(16時頃～夕食提供前頃)		夜間・早朝(泊り保育)		その他(不朝食)		計		
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	
幼保連携型認定こども園	0歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1歳	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	50%
計	0	0%	0	0%	1	50%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	
認可保育所	0歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1歳	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	11%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	4	80%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	44%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	11%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	11%
	6歳	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	2	22%
計	1	11.4%	1	11.1%	0	0%	5	55.6%	1	11.1%	1	11.1%	0	0%	0	0%	9	100%	
小規模保育事業	0歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	
家庭的保育事業	0歳	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
	1歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	
病児保育事業	0歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	
地方単独保育施設	0歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	1歳	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	
その他の認可外保育施設	0歳	0	0%	0	0%	0	0%	8	61.5%	0	0%	0	0%	6	100%	0	0%	14	70%
	1歳	4	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	5	25%
	2歳	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	0	0%	0	0%	0	0%	8	65.0%	0	0%	1	5%	6	30%	0	0%	14	100%	
計	0歳	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	16.7%
	1歳	0	0%	0	0%	1	100%	2	47.4%	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	4	45.7%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	3歳	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2.9%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	50%	0	0%	0	0%	0	0%	2	5.7%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	1	50%	0	0%	0	0%	1	25%	1	50%	0	0%	0	0%	2	8.6%
計	1	2.9%	2	5.7%	1	2.9%	19	54.3%	4	11.4%	2	5.2%	6	17.1%	0	0%	35	100%	

5. 施設別・年齢別・入園からの日数[※]別

入園からの事故発生日までの日数[※]については、1～7日目及び8～14日目までが各4件、15～20日目は0件、21～30日目までは4件、1～30日目までの合計は12件であった。

また、睡眠中25件に関しては、1～7日目及び8～14日目までが各4件で、1～14日目までの合計は8件となり、21～30日目までは3件、1～30日目までの合計は11件であった。

※ 入園から事故発生日までの日数には、祝祭日等の登園しない日も含む。



【表】施設別・年齢別・入園からの日数別

	1～7日目		8～14日目		15～20日目		21～30日目		31～60日目		61～90日目		91～365日目		2年目以降		不明		計		
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	
幼保連携型認定こども園	0歳													50%						0	0%
	1歳													50%						1	50%
	2歳													0%						0	0%
	3歳													0%						0	0%
	4歳													0%						0	0%
	計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	100%	0	0%	0	0%	2	100%
認可保育所	0歳									1	100%									1	100%
	1歳													2	67%	2	20%			4	44%
	2歳													0%	0%				0	0%	
	3歳													2	20%	2	20%			4	11%
	4歳													0%	2	20%			2	11%	
	計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	11%	3	33%	5	56%	0	0%	9	100%
小規模保育事業	0歳																			0	0%
	1歳									1	100%									1	100%
	2歳																		0	0%	
	3歳																		0	0%	
	4歳																		0	0%	
	計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
家庭的保育事業	0歳																			0	0%
	1歳																			1	100%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			0	0%
	計	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
病児保育事業	0歳																			0	0%
	1歳																			0	0%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			1	100%
	計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
地方単独保育施設	0歳																			0	0%
	1歳																			1	100%
	2歳																			0	0%
	3歳																			0	0%
	4歳																			0	0%
	計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%
その他の認可外保育施設	0歳	2	50%	2	50%															4	100%
	1歳	2	50%	1	25%															3	75%
	2歳	0	0%	1	25%														1	25%	
	3歳	0	0%	0	0%														0	0%	
	4歳	0	0%	0	0%														0	0%	
	計	4	20%	4	20%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	4	20%
計	0歳	2	50%	2	50%															4	20%
	1歳	2	50%	1	25%															3	75%
	2歳	0	0%	1	25%														1	25%	
	3歳	0	0%	0	0%														0	0%	
	4歳	0	0%	0	0%														0	0%	
	計	4	11.4%	4	11.4%	0	0%	0	0%	1	2.5%	1	2.5%	0	0%	0	0%	0	0%	4	11.4%

【表】施設別・年齢別・入園からの日数別（睡眠中の死亡）

	1～7日目		8～14日目		15～20日目		21～30日目		31～60日目		61～90日目		91～365日目		2年目以降		不明		計		
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	
【参考】睡眠中の死亡	0歳	2	50%	2	50%			2	66.7%	1	50%			4	66.7%	1	50%	3	100%	15	60%
	1歳	2	50%	1	25%			1	33.3%	1	50%	1	100%	2	33.3%	1	50%	0	0%	9	36%
	2歳	0	0%	1	25%			0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	4%
	3歳	0	0%	0	0%			0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	4歳	0	0%	0	0%			0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	計	4	16%	4	16%	0	0%	3	12%	2	8%	1	4%	0	2.4%	1	8%	3	12%	25	100%

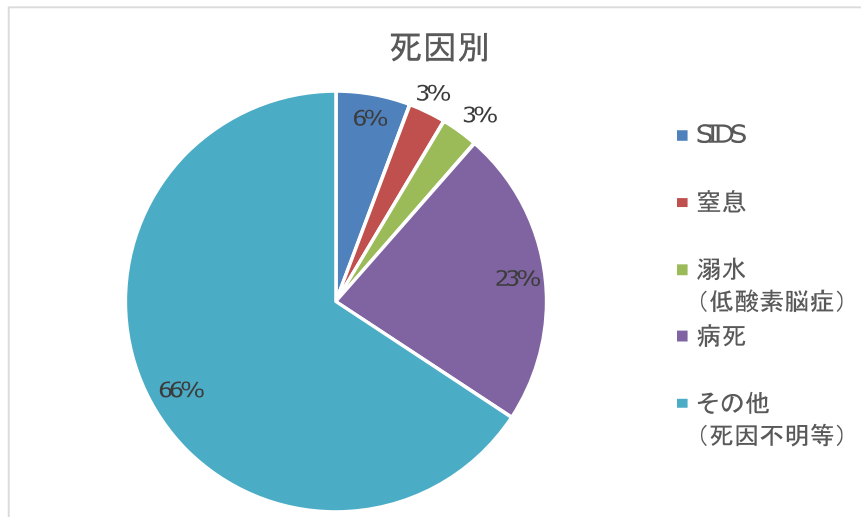
【表】施設別・年齢別・発生月別（睡眠中の死亡）

	1月		2月		3月		4月		5月		6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		計			
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%		
0歳児	2	50%	1	50%	1	50%	1	60%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%	1	50%	15	60%
1歳児	1	25%	1	50%	1	50%	1	40%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	36%
2歳児	1	25%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
3歳児	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
4歳児	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
5歳児	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
計	4	16%	3	8%	3	8%	3	20%	2	8%	2	4%	2	16%	2	4%	2	8%	2	8%	2	8%	2	8%	2	8%	25	100%

7. 施設別・年齢別・死因別

死因別では、最も多いのが病死の8件、次いで乳幼児突然死症候群（SIDS）が2件、窒息及び溺水が各1件、その他（死因不明等）は23件となっている。

なお、病死8件の内訳は、心筋炎、急性心機能不全、肺炎、敗血症、脳動静脈奇形、心臓病、硬膜下出血、感染症である。その他の内訳は、不明、司法解剖中、SIDSの疑い等である。



【表】施設別・年齢別・死因別

	SIDS		窒息		溺水 (低酸素脳症)		病死		その他 (死因不明等)		計		
	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	件	%	
幼保連携型認定こども園	0歳			0%				0%			0	0%	
	1歳		1	100%				0%			1	50%	
	2歳			0	0%				0%		0	0%	
	3歳			0	0%				0%		0	0%	
	4歳			0	0%				0%		0	0%	
	5歳			0	0%				0%		0	0%	
	6歳			0	0%			1	100%			1	50%
計	0	0%	1	50%	0	0%	1	50%	0	0%	2	100%	
認可保育所	0歳						1	33%		0%	1	11%	
	1歳						0	0%	4	67%	4	44%	
	2歳							0%		0%	0	0%	
	3歳						1	33%		0%	1	11%	
	4歳							0%	1	17%	1	11%	
	5歳							0%		0%	0	0%	
	6歳						1	33%	1	17%	2	22%	
計	0	0%	0	0%	0	0%	3	33.3%	6	66.7%	9	100%	
小規模保育事業	0歳							0%			0	0%	
	1歳							0%			0	0%	
	2歳						1	100%			1	100%	
	3歳							0%			0	0%	
	4歳							0%			0	0%	
	5歳							0%			0	0%	
	6歳							0%			0	0%	
計	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	
家庭的保育事業	0歳						1	100%			1	100%	
	1歳							0%			0	0%	
	2歳							0%			0	0%	
	3歳							0%			0	0%	
	4歳							0%			0	0%	
	5歳							0%			0	0%	
	6歳							0%			0	0%	
計	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	
病児保育事業	0歳									0%	0	0%	
	1歳									0%	0	0%	
	2歳									0%	0	0%	
	3歳									0%	0	0%	
	4歳								1	100%	1	100%	
	5歳								0%		0	0%	
	6歳								0%		0	0%	
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	
地方単独保育施設	0歳								1	100%	1	100%	
	1歳								0%		0	0%	
	2歳								0%		0	0%	
	3歳								0%		0	0%	
	4歳								0%		0	0%	
	5歳								0%		0	0%	
	6歳								0%		0	0%	
計	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	1	100%	
その他の認可外保育施設	0歳	2	100%				0%	1	50%	11	73.3%	14	70%
	1歳		0%			1	100%		0%	4	26.7%	5	25%
	2歳		0%				0%	1	50%		0.0%	1	5%
	3歳		0%				0%		0%		0%	0	0%
	4歳		0%				0%		0%		0%	0	0%
	5歳		0%				0%		0%		0%	0	0%
	6歳		0%				0%		0%		0%	0	0%
計	2	10%	0	0%	1	5%	2	10%	15	75%	20	100%	
計	0歳	2	100%	0	0%	0	0%	3	37.5%	11	47.8%	16	45.7%
	1歳	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	9	39.1%	11	31.4%
	2歳	0	0%	0	0%	0	0%	2	2.5%	0	0.0%	2	5.7%
	3歳	0	0%	0	0%	0	0%	1	12.5%	0	0.0%	1	2.9%
	4歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	8.7%	2	5.7%
	5歳	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	6歳	0	0%	0	0%	0	0%	2	2.5%	1	4.3%	3	8.6%
計	2	5.7%	1	2.9%	1	2.9%	8	22.9%	23	65.7%	33	100%	

Ⅲ 負傷等の詳細

負傷等(治療に要する期間が30日以上)については、詳細な分析を行うため、平成29年4月から報告様式を改正したが、すべての自治体・事業者等に新報告様式が浸透していないことから、平成29年4月報告分から平成30年3月報告分は610件となっている。(※)

平成29年の事故報告集計における負傷等の報告件数1,234件に対し、今回分析したものは一部であるが、いずれの場合も、負傷等の種類の中で最も多いケースは「骨折」となっていて、傾向は一致している。負傷部位では「上肢」が最も多く、発生時の状況は「屋外活動中」が5割を占め、事故の誘因としては「自らの転倒・衝突によるもの」が4割、次いで「遊具からの転落・落下」が3割を占めた。

また、事故予防マニュアルの作成・事故予防研修に関しては9割の施設が実施しており、施設の安全点検・遊具の安全点検・玩具の安全点検も9割の施設が実施していた。

※ 新報告様式での報告分のみを分析対象としているため、旧報告様式での報告分も含まれている「平成29年教育・保育施設等における事故報告集計」の公表件数である1,234件とは異なる。

※ 以下の表中で、報告がなかった項目は表示していない。

1. 施設類型別

報告が多いのは「認可保育所」、次いで「放課後児童クラブ」、「認定こども園」となっている。

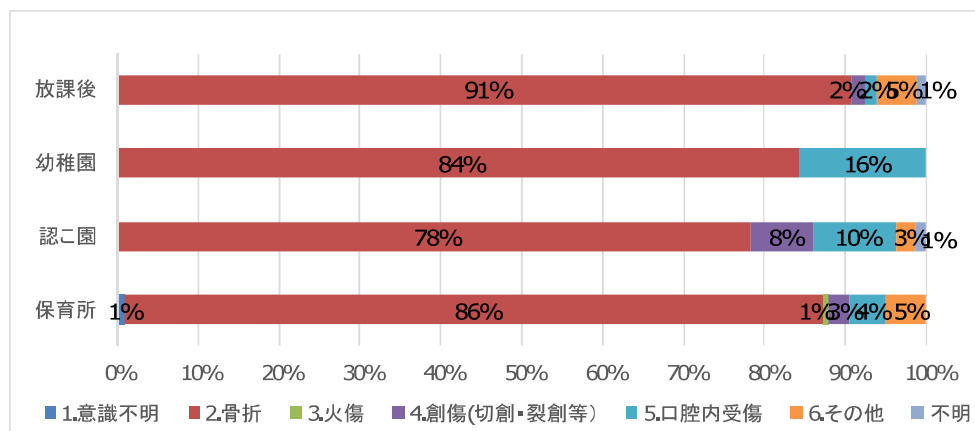
施設・事業所種別	集計
認可保育所	316
認定こども園	78
幼稚園	19
放課後児童クラブ	182
地方裁量型認定こども園	1
小規模保育事業	3
事業所内保育事業(認可)	1
一時預かり事業	1
ファミリーサポートセンター	4
企業主導型保育事業	2
その他の認可外保育施設	3
総計	610

施設・事業所種別	集計
幼保連携型認定こども園⇒認定こども園	78
幼稚園型認定こども園⇒幼稚園	5
保育所型認定こども園⇒保育所	7
地方裁量型認定こども園	1
幼稚園	14
認可保育所	309
小規模保育事業	3
事業所内保育事業(認可)	1
一時預かり事業	1
子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業)	4
放課後児童クラブ	182
企業主導型保育事業	2
その他の認可外保育施設	3
総計	610

※ 認定こども園の類型のうち、幼保連携型は認定こども園として、幼稚園型は幼稚園として、保育所型は保育所として集計。ここに計上されている以外の施設・事業所種別からの報告はない。

2. 負傷等の種類別

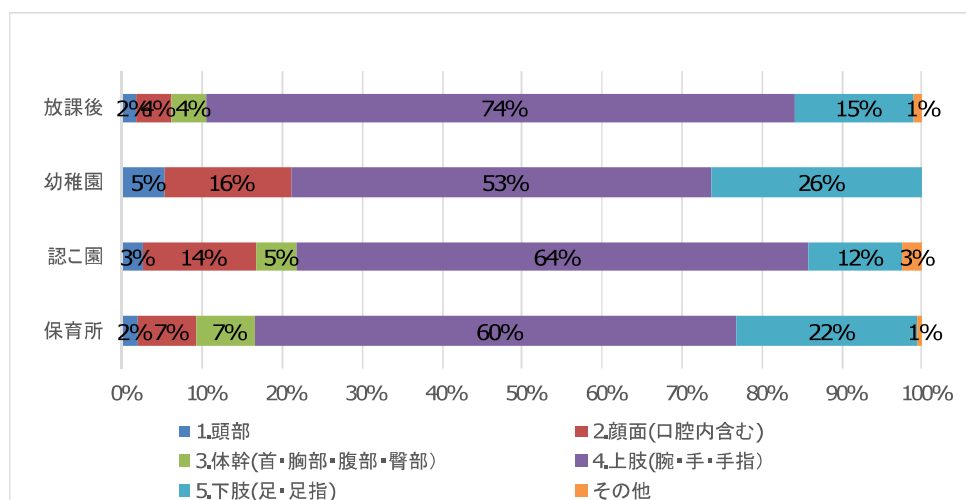
骨折が最も多く 8 割以上を占めた。



負傷状況	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ [※]	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.意識不明	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
2.骨折	273	61	16	165	1	3	0	0	4	2	2	527
3.火傷	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
4.創傷(切創・裂創等)	8	6	0	3	0	0	0	0	0	0	0	17
5.口腔内受傷	14	8	3	3	0	0	1	0	0	0	0	29
6.その他	16	2	0	9	0	0	0	1	0	0	0	28
不明	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

3. 部位別

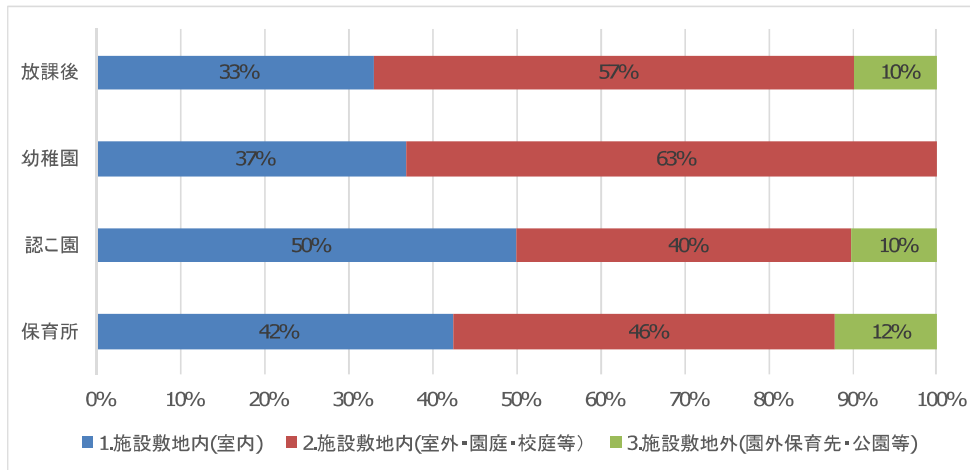
上肢が最も多く 5 割から 7 割を占め、次いで下肢で 2 割となっている。



受傷部位	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ^g	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.頭部	6	2	1	3	0	0	0	1	0	0	1	14
2.顔面(口腔内含む)	23	11	3	8	0	0	1	0	0	0	0	46
3.体幹(首・胸部・腹部・臀部)	23	4	0	8	0	0	0	0	0	0	0	35
4.上肢(腕・手・手指)	191	50	10	134	1	1	0	0	3	2	1	393
5.下肢(足・足指)	71	9	5	27	0	2	0	0	1	0	1	116
その他	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

4. 発生場所別

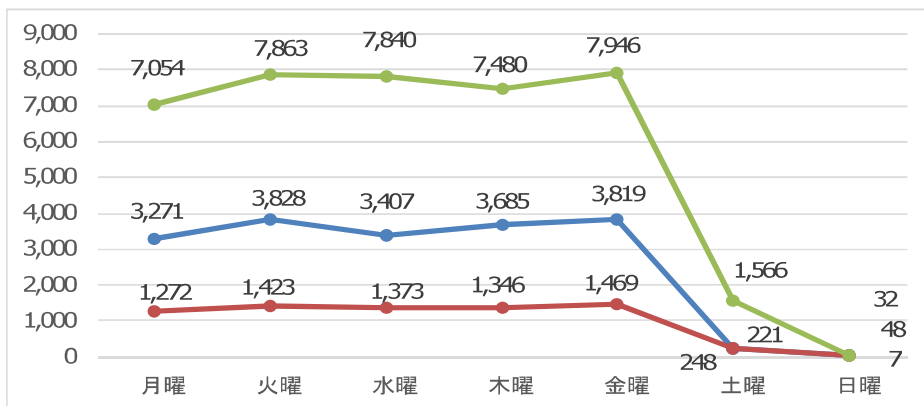
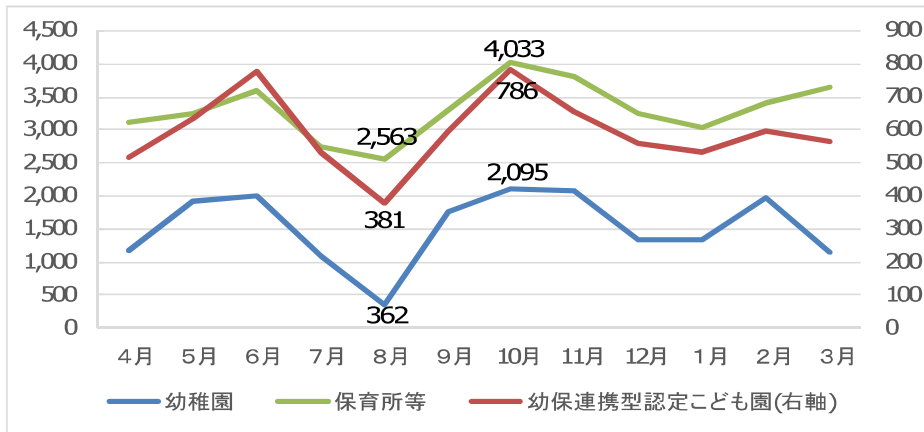
幼稚園・放課後児童クラブでは、施設敷地内（室外）が多く、認可こども園では施設敷地内（室内）が多く、保育所では施設敷地内の室内・室外で同数程度となっている。



発生場所	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ^g	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.施設敷地内(室内)	134	39	7	60	1	3	1	1	2	1	1	250
2.施設敷地内(室外・園庭・校庭等)	144	31	12	104	0	0	0	0	1	0	0	292
3.施設敷地外(園外保育先・公園等)	38	8	0	18	0	0	0	0	1	1	2	68
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

【参考】独立行政法人日本スポーツ振興センター（JSC）「学校の管理下の災害 [平成29年版]」の幼稚園、幼保連携型認定こども園及び保育所等の月別・曜日別の事故発生件数

発生が一番多い月は10月、少ないのが8月となっている。

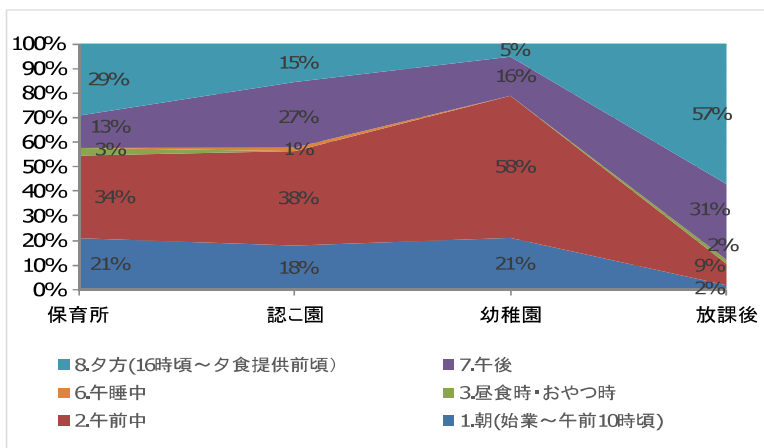


区分	幼稚園	幼保連携型認定こども園	保育所等	計	
月別	4月	1,173	517	3,122	4,812
	5月	1,916	636	3,256	5,808
	6月	2,012	780	3,605	6,397
	7月	1,094	534	2,741	4,369
	8月	362	381	2,563	3,306
	9月	1,774	595	3,295	5,664
	10月	2,095	786	4,033	6,914
	11月	2,070	654	3,816	6,540
	12月	1,340	560	3,244	5,144
	1月	1,324	534	3,036	4,894
	2月	1,966	598	3,407	5,971
	3月	1,153	563	3,663	5,379
	月別合計	18,279	7,138	39,781	65,198
曜日別	月曜	3,271	1,272	7,054	11,597
	火曜	3,828	1,423	7,863	13,114
	水曜	3,407	1,373	7,840	12,620
	木曜	3,685	1,346	7,480	12,511
	金曜	3,819	1,469	7,946	13,234
	土曜	221	248	1,566	2,035
	日曜	48	7	32	87
曜日別合計	18,279	7,138	39,781	65,198	

5. 時間別

保育所・認定こども園・幼稚園では午前中が、放課後児童クラブでは夕方が多く
なっている。

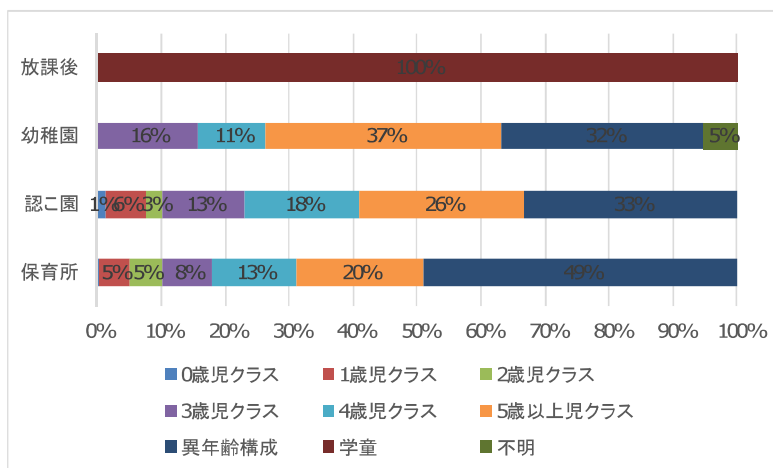
※ 例えば、放課後児童クラブでは平日の利用時間が午後であるなど、各類型の利用時間
又は活動時間の形態の違いによる影響もある。



時間帯	保育所	認こ園	幼稚園	放課後	地方認こ園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ²	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.朝(始業～午前10時頃)	66	14	4	3	0	1	0	0	0	0	0	88
2.午前中	106	30	11	16	0	1	0	1	1	2	3	171
3.昼食時・おやつ時	10	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	13
6.午睡中	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
7.午後	42	21	3	56	1	1	1	0	0	0	0	125
8.夕方(16時頃～夕食提供前頃)	92	12	1	104	0	0	0	0	3	0	0	212
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

6. 発生時の年齢構成別

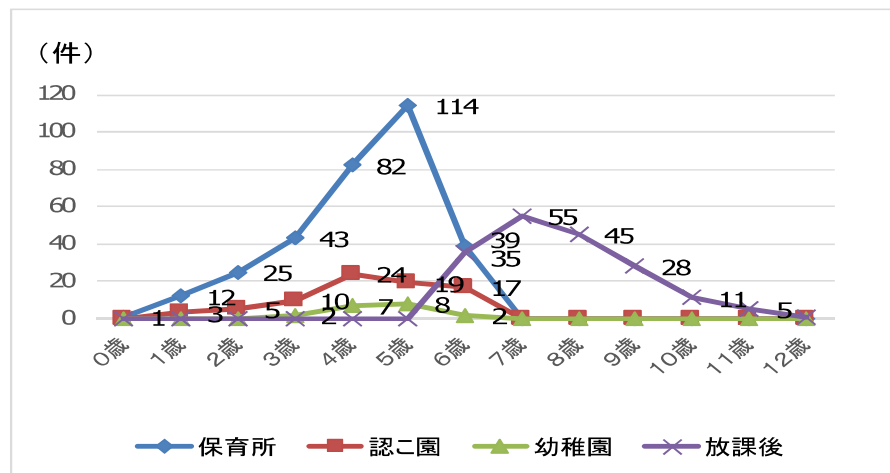
異年齢構成による発生が最も多く、保育所では約半数を占める。年齢別クラスにおいては、年齢が上がるほど増える傾向にあり、5歳児クラスが最も多い。



発生時の体制	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
0歳児クラス	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1歳児クラス	15	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
2歳児クラス	16	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18
3歳児クラス	25	10	3	0	0	0	1	0	0	0	0	39
4歳児クラス	41	14	2	0	0	0	0	1	0	0	0	58
5歳以上児クラス	63	20	7	0	1	0	0	0	0	0	1	92
異年齢構成	155	26	6	0	0	3	0	0	0	2	2	194
学童	0	0	0	182	0	0	0	0	0	0	0	182
不明	0	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	5
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

7. 年齢別

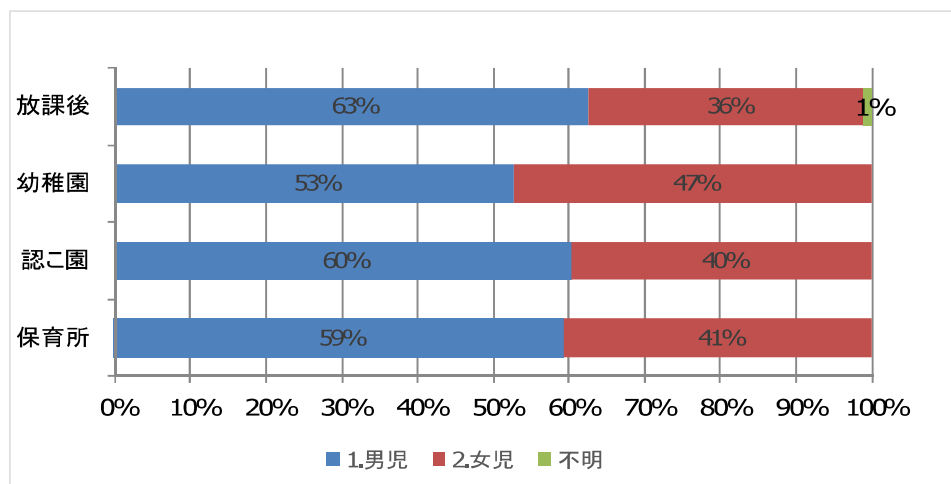
放課後児童クラブにおいては年齢が上がるごとに減少する傾向があり、それ以外の類型では年齢が上がるごとに増加する傾向がある。



年齢	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
0歳	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1歳	12	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
2歳	25	5	0	0	0	3	0	0	1	1	0	35
3歳	43	10	2	0	0	0	1	0	2	1	0	59
4歳	82	24	7	0	0	0	0	1	1	0	0	115
5歳	114	19	8	0	0	0	0	0	0	0	3	144
6歳	39	17	2	35	1	0	0	0	0	0	0	94
7歳	0	0	0	55	0	0	0	0	0	0	0	55
8歳	0	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	45
9歳	0	0	0	28	0	0	0	0	0	0	0	28
10歳	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11
11歳	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5
12歳	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
不明	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

8. 性別

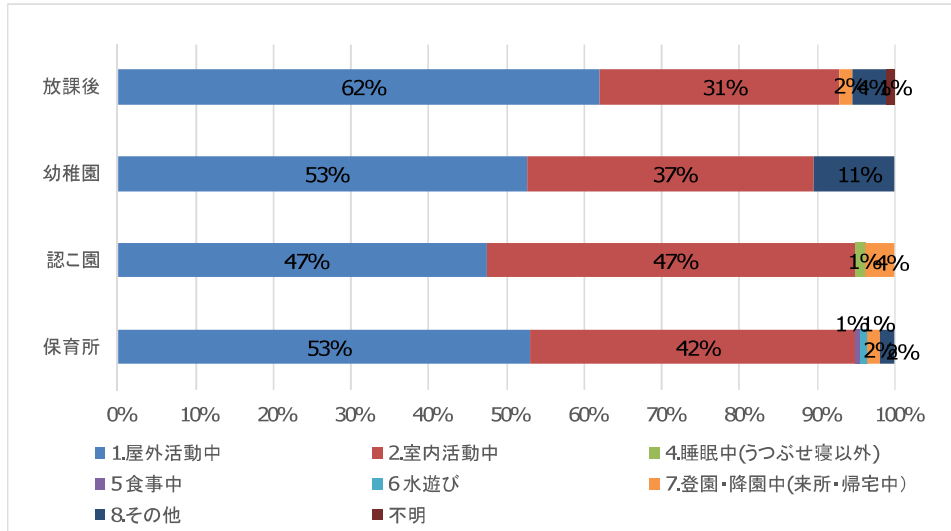
いずれの類型においても半数以上が男児となっている。



性別	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.男児	187	47	10	114	0	2	1	1	2	2	1	367
2.女児	129	31	9	66	1	1	0	0	2	0	2	241
不明	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

9. 発生時状況別

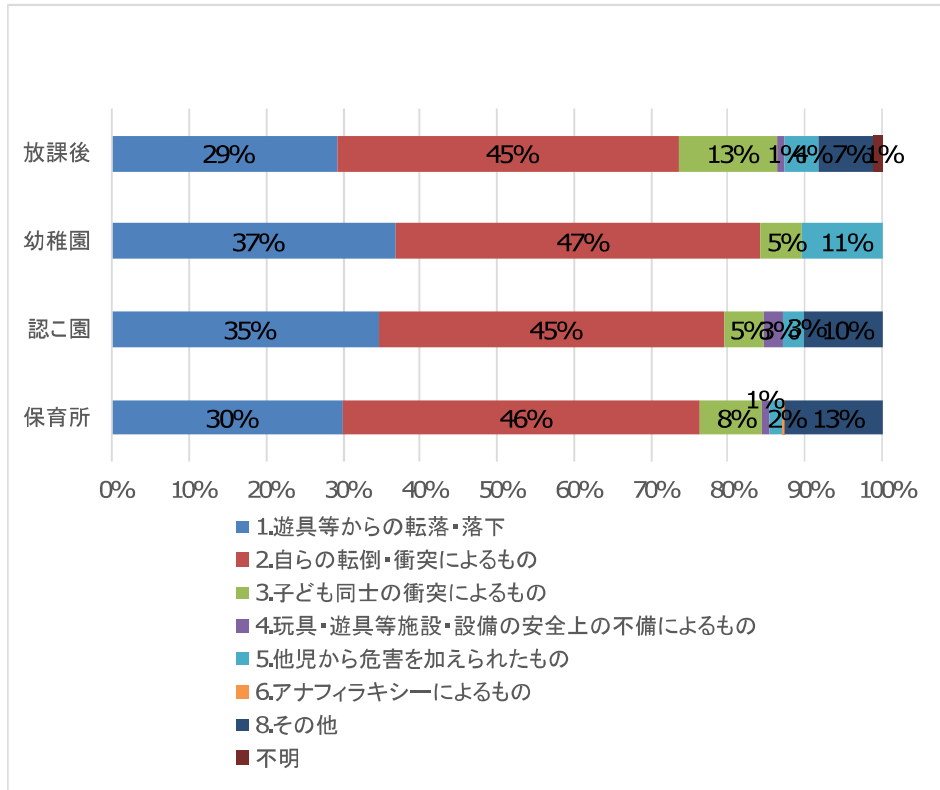
屋外活動中が最も多い。



発生時状況	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.屋外活動中	168	37	10	113	0	0	0	0	1	2	1	332
2.室内活動中	132	37	7	56	1	3	0	1	2	0	2	241
4.睡眠中(うつぶせ寝以外)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
5.食事中	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
6.水遊び	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
7.登園・降園中(来所・帰宅中)	5	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	11
8.その他	6	0	2	8	0	0	1	0	1	0	0	18
不明	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

10. 事故誘因別

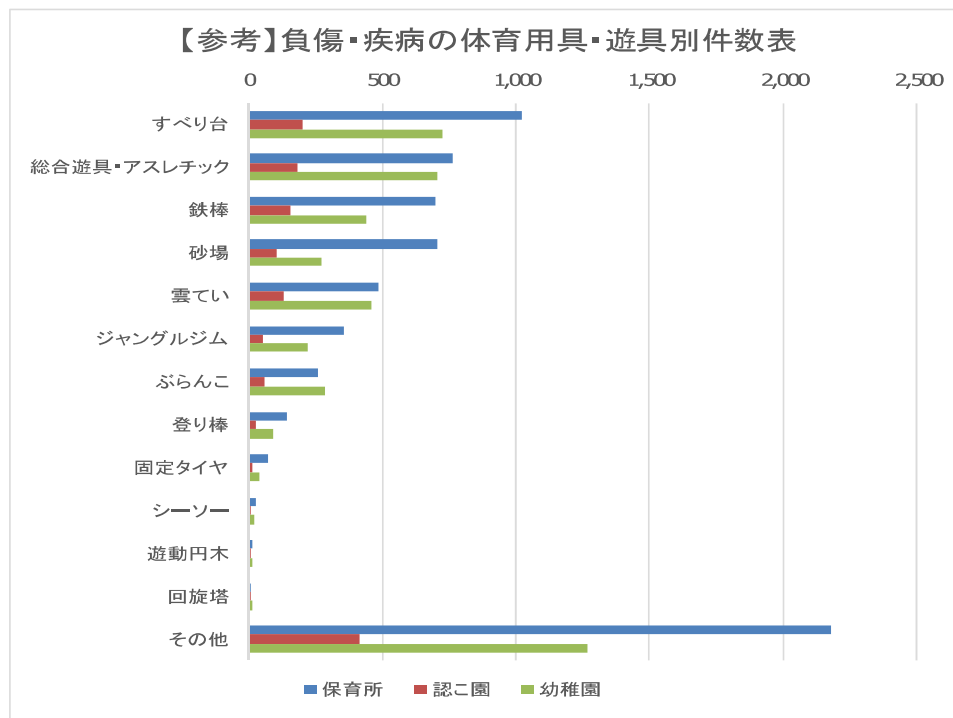
「自らの転倒・衝突によるもの」が最も多く、次いで「遊具等からの転落・落下」となっている。



事故誘因	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.遊具等からの転落・落下	95	27	7	53	0	0	0	0	1	2	0	185
2.自らの転倒・衝突によるもの	146	35	9	81	1	1	1	1	3	0	2	280
3.子ども同士の衝突によるもの	26	4	1	23	0	1	0	0	0	0	0	55
4.玩具・遊具等施設・設備の安全上の不備によるもの	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	7
5.他児から危害を加えられたもの	5	2	2	8	0	0	0	0	0	0	0	17
6.アナフィラキシーによるもの	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
8.その他	40	8	0	13	0	1	0	0	0	0	1	63
不明	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

【参考】 独立行政法人日本スポーツ振興センター（JSC）「学校の管理下の災害
[平成 29 年版]」の幼稚園、幼保連携型認定こども園及び保育所等の負傷・疾病
の体育用具・遊具別件数表

遊具別の事故件数は、すべり台が最も多く、次いで総合遊具・アスレチックが多い。

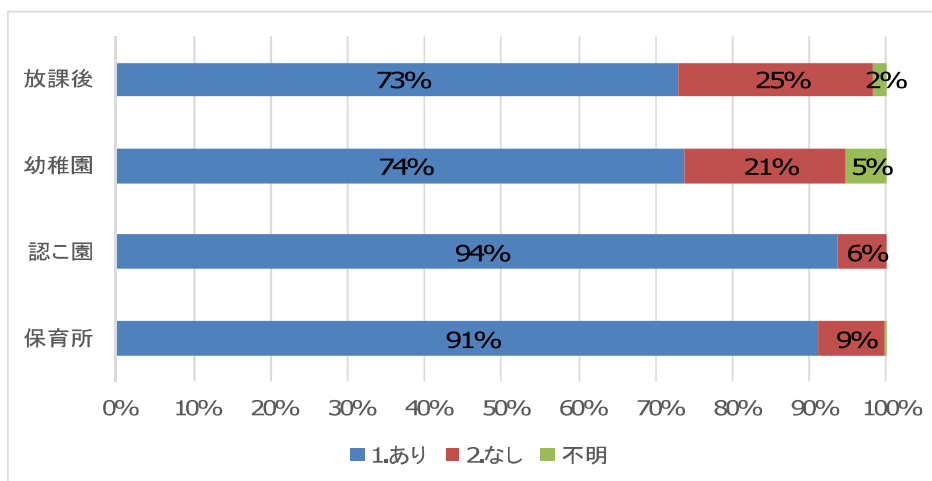


	保育所	認可園	幼稚園
すべり台	1,023	203	727
総合遊具・アスレチック	765	185	707
鉄棒	701	155	439
砂場	707	108	276
雲てい	484	132	461
ジャングルジム	357	53	224
ぶらんこ	262	60	287
登り棒	142	26	93
固定タイヤ	74	12	42
シーソー	27	4	18
遊動円木	12	3	16
回旋塔	8	1	15
その他	2,181	417	1,269
合計	6,743	1,359	4,574

11. 事故予防マニュアルの有無

保育所・認定こども園では9割以上が作成している。幼稚園・放課後児童クラブでは7割程度が作成している。

※ 事故報告を提出した施設等における作成状況である。

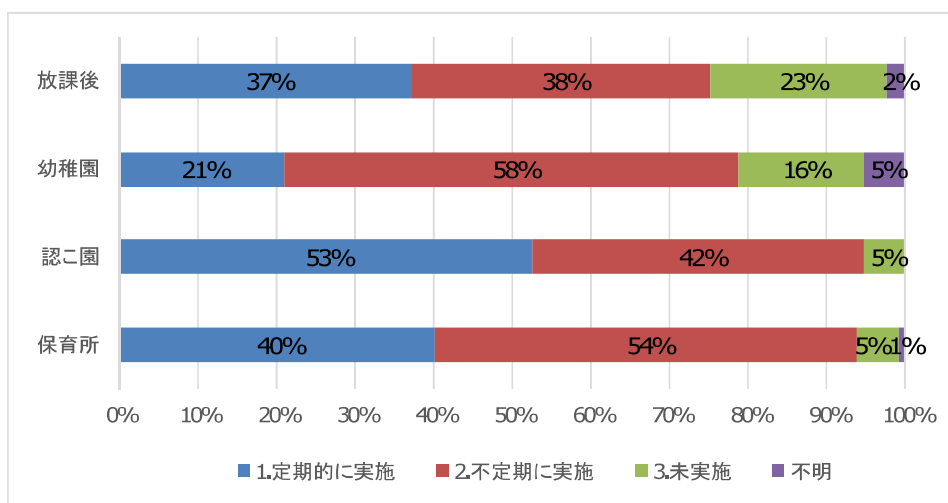


事故予防マニュアルの有無	保育所	認こ園	幼稚園	放課後	地方認こ園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ²	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.あり	288	73	14	133	1	3	1	1	4	1	2	521
2.なし	27	5	4	46	0	0	0	0	0	1	1	84
不明	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	5
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

12. 事故予防研修実施状況

認定こども園・保育所では9割以上が実施しているが、幼稚園・放課後児童クラブでは8割程度となっている。

※ 事故報告を提出した施設等における研修実施状況である。

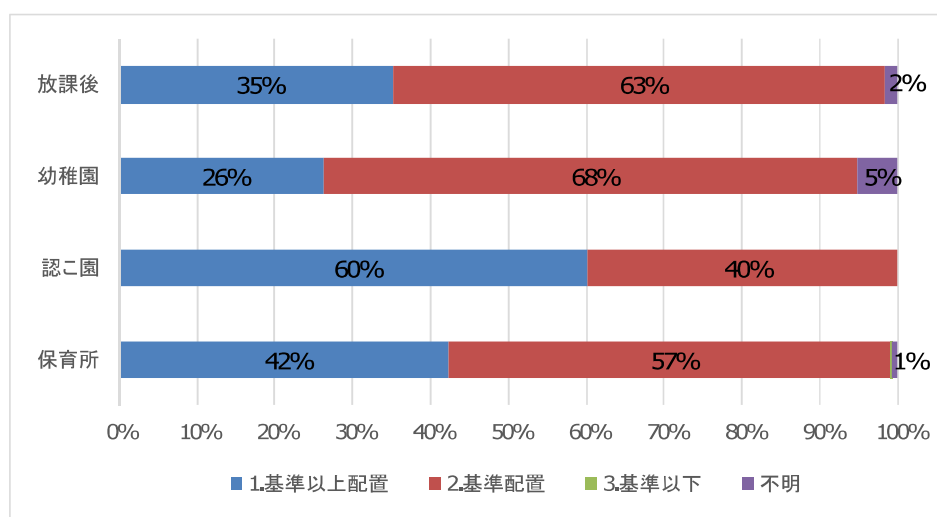


事故予防研修	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ²	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.定期的に実施	127	41	4	68	1	0	0	0	3	0	0	244
2.不定期に実施	170	33	11	69	0	3	1	1	0	0	1	289
3.未実施	17	4	3	41	0	0	0	0	1	2	2	70
不明	2	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	7
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

13. 職員配置

保育所・幼稚園・放課後児童クラブでは半数以上が国の基準通り配置しており、保育所では約4割、認定こども園では約6割が基準以上の配置となっている。

※ 事故報告を提出した施設等における配置状況である。

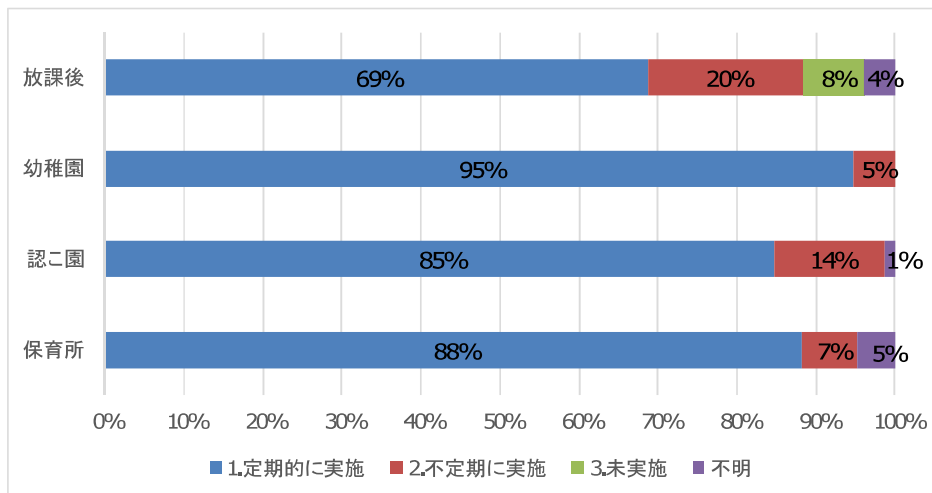


職員配置	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ²	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.基準以上配置	134	47	5	64	0	1	1	0	0	1	1	254
2.基準配置	179	31	13	115	1	2	0	1	0	1	2	345
3.基準以下	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
不明	2	0	1	3	0	0	0	0	4	0	0	10
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

14. 施設の安全点検

9割以上が実施している。

※ 事故報告を提出した施設等における施設の安全点検の実施状況である。

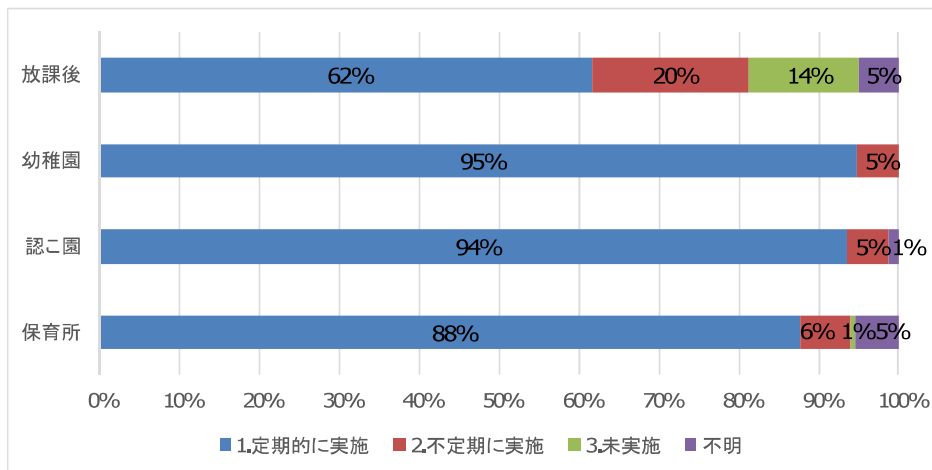


施設の安全点検	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ [※]	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.定期的に実施	279	66	18	125	1	2	1	1	0	0	0	493
2.不定期に実施	22	11	1	36	0	1	0	0	0	1	2	74
3.未実施	0	0	0	14	0	0	0	0	0	1	1	16
不明	15	1	0	7	0	0	0	0	4	0	0	27
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

15. 遊具の安全点検

幼稚園・認定こども園・保育所で9割以上、放課後児童クラブで8割以上が実施している。

※ 事故報告を提出した施設等における遊具の安全点検の実施状況である。

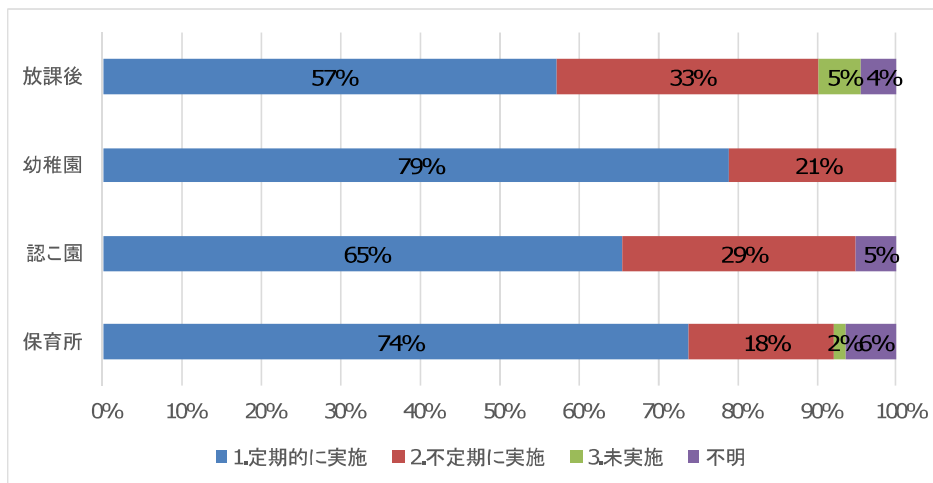


遊具の安全点検	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.定期的実施	277	73	18	112	1	0	0	1	0	0	0	482
2.不定期実施	20	4	1	36	0	2	1	0	0	0	1	65
3.未実施	2	0	0	25	0	0	0	0	0	2	2	31
不明	17	1	0	9	0	1	0	0	4	0	0	32
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

16. 玩具の安全点検

9割以上が実施している。

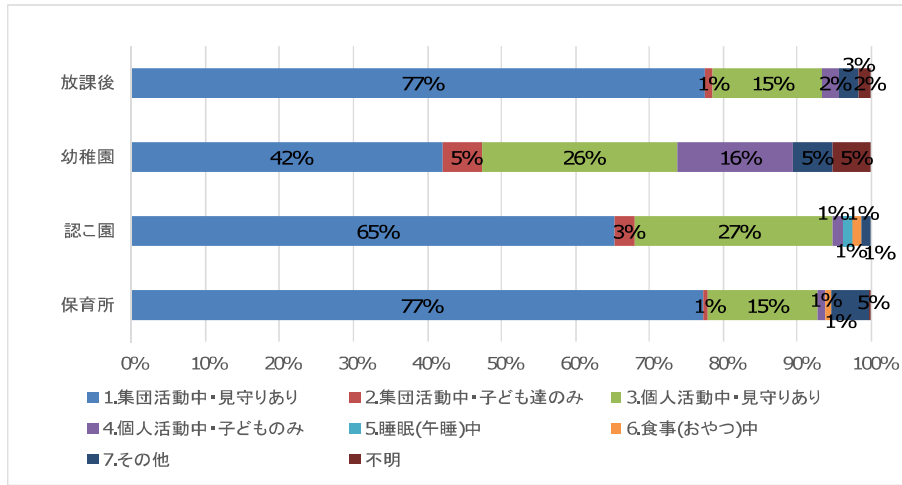
※ 事故報告を提出した施設等における玩具の安全点検の実施状況である。



玩具の安全点検	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.定期的実施	233	51	15	104	1	1	0	1	0	1	0	407
2.不定期実施	58	23	4	60	0	1	1	0	0	0	2	149
3.未実施	5	0	0	10	0	0	0	0	0	1	1	17
不明	20	4	0	8	0	1	0	0	4	0	0	37
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

17. 事故発生時の教育・保育・育成支援の状況

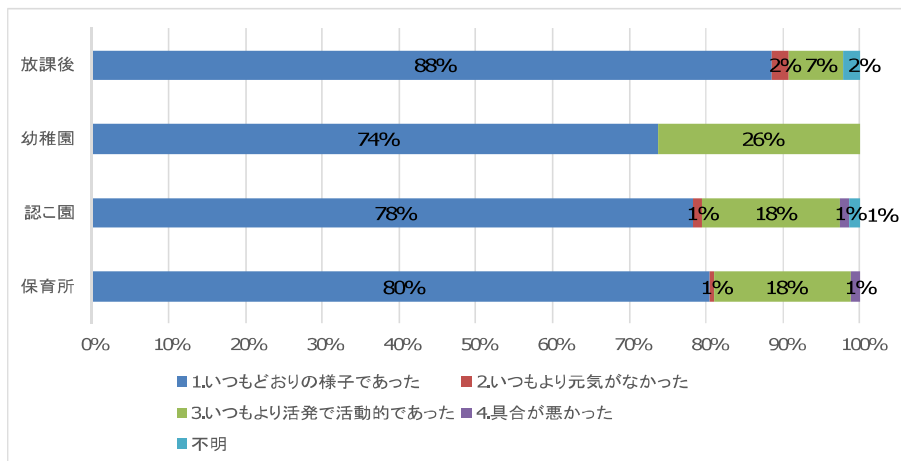
「集団活動中・見守りあり」の状態が最も多くなっている。



教育・保育・育成支援の状況	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ²	企業主導型保育	その他の認可外	計
1. 集団活動中・見守りあり	244	51	8	141	1	2	1	1	0	2	3	454
2. 集団活動中・子ども達のみ	2	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	7
3. 個人活動中・見守りあり	47	21	5	27	0	0	0	0	4	0	0	104
4. 個人活動中・子どものみ	3	1	3	4	0	0	0	0	0	0	0	11
5. 睡眠(午睡)中	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
6. 食事(おやつ)中	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
7. その他	16	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	23
不明	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	5
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

18. 対象児の動き

ほとんどが「いつもどおりの様子であった」。

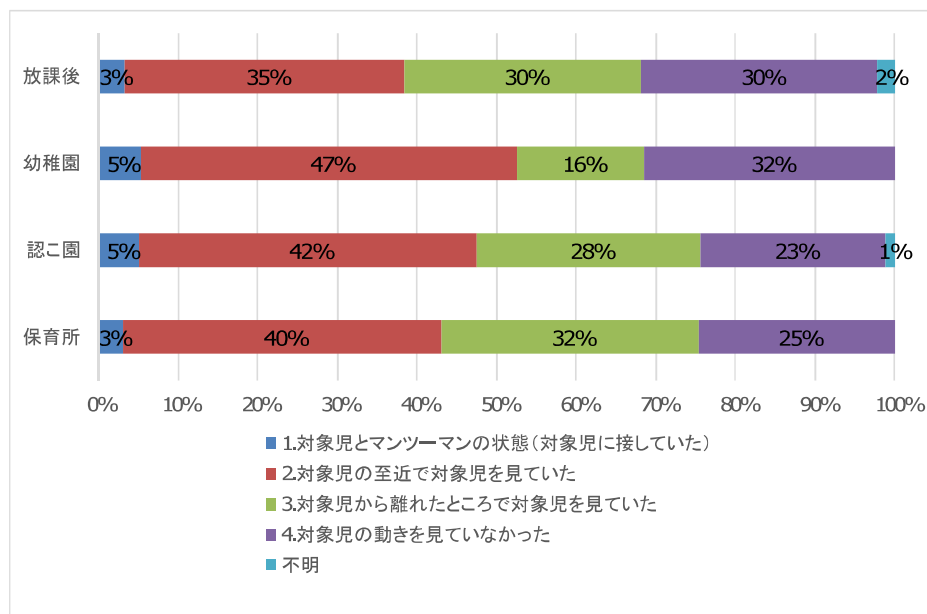


対象児の動き	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.いつもどおりの様子であった	254	61	14	161	1	3	1	1	3	0	2	501
2.いつもより元気がなかった	2	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	7
3.いつもより活発で活動的であった	56	14	5	13	0	0	0	0	0	2	1	91
4.具合が悪かった	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
不明	0	1	0	4	0	0	0	0	1	0	0	6
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

19. 事故発生時の担当職員の動き

保育所・認可こども園では2割程度が、幼稚園・放課後児童クラブでは3割程度が「対象児の動きを見ていなかった」となっている。

(理由：対象他児を見ていた。後片付け等で目を離してしまった。対象児が死角に入ってしまった。等)

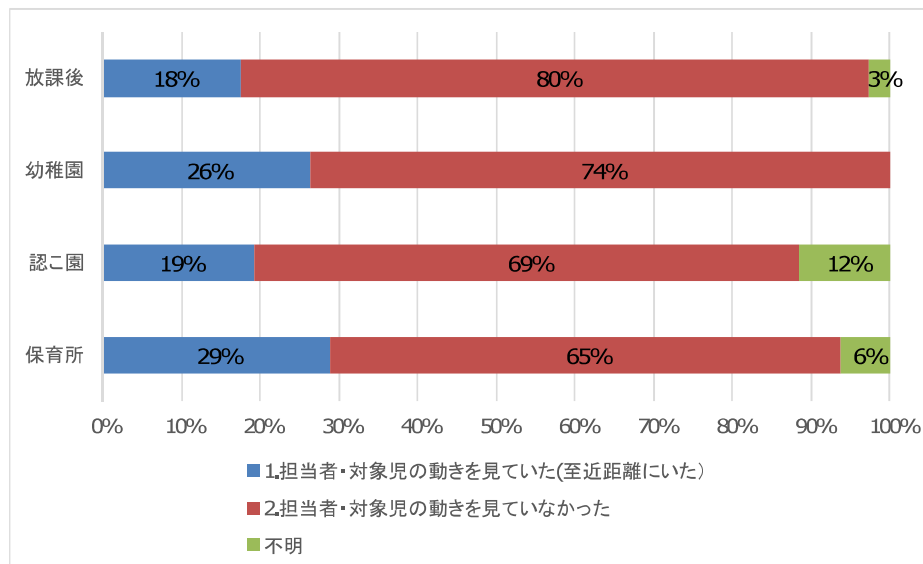


担当職員の動き	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.対象児とマンツーマンの状態(対象児に接していた)	10	4	1	6	0	0	0	0	1	0	0	22
2.対象児の至近で対象児を見ていた	126	33	9	64	0	1	1	1	1	0	1	237
3.対象児から離れたところで対象児を見ていた	102	22	3	54	1	2	0	0	0	0	1	185
4.対象児の動きを見ていなかった	78	18	6	54	0	0	0	0	2	2	1	161
不明	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	5
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

20. 事故発生時の他の職員の動き

7割程度が「担当者・対象児の動きを見ていなかった」。

(理由：他児の見守りを行っていた。担当職員以外の職員がいなかった。等)



他の職員の動き	保育所	認可園	幼稚園	放課後	地方認可園	小規模保育	事業所内保育	一時預かり	ファミサポ ²	企業主導型保育	その他の認可外	計
1.担当者・対象児の動きを見ていた(至近距離にいた)	91	15	5	32	1	2	0	1	0	0	1	148
2.担当者・対象児の動きを見ていなかった	205	54	14	145	0	0	1	0	1	2	1	423
不明	20	9	0	5	0	1	0	0	3	0	1	39
総計	316	78	19	182	1	3	1	1	4	2	3	610

IV 注意喚起・提言

1. 死亡事故等の注意喚起・提言

死亡事故の事故報告による傾向分析及び地方自治体が行った検証報告のヒアリングを通じた、教育・保育施設等・事業者、地方自治体及び国への注意喚起及び提言については次のとおりである。なお、これらの注意喚起及び提言は、既に昨年12月に発信した内容に、有識者会議において検証報告のヒアリング等を踏まえて議論された内容を追加したものである。

(1) 教育・保育施設等・事業者への注意喚起・提言

ア 事故のリスクが高い場면을把握し、発生予防に取り組むこと

事故が発生しやすい場面は、「睡眠中」「食事中」「水遊び」である。これらの場面で事故が発生するリスクが高いことを全職員が認識し、保育の見直しや、ヒヤリハットなど事故の発生予防に取り組むこと。

また、死亡事故は預け始めの時期が多く、30日以内に発生した件数が死亡事故全体の1/3となっている。子どもの状況を十分に把握していないこの時期には、特に保護者と丁寧にやりとりを行い、記録などを通して情報共有を行うこと。

年齢別で最も多いのは0歳児、1歳児で、死亡事故の8割近くを占めている。死亡事故に至る保育プロセスを検証すると、丁寧な保育への共通認識やリスクへの意識が低いという問題点が見られる。全職員で保育を見直し、あるいは外部から助言を受けて、乳児保育の質を高めることが、事故の予防には重要である。

(説明等)

教育・保育施設等において、事故の発生予防のための当然の取り組みを行っていても、起きなかった事故が多い。このため、ガイドラインを、全職員で共有し、重大事故の発生を予防することが重要である。

例えば、食事中の誤嚥を防ぐためには、子どもの年齢や発達状況に応じて、誤嚥・窒息につながりやすい食材の使用を避ける。子どものその日の健康状態について保護者と情報共有を密にし、一人一人の子どもの口にあった量を与えることや、眠くなっていないかなどに注意することが重要である。また、プール活動の際に、監視者は監視に専念することが重要である。

特に乳児は、保育所保育指針に記されている通り、心身の様々な機能が未熟であると同時に、発達の諸側面が互いに密接な関連をもち、未分化な状態である。子どもひとりひとりの状況をよく把握し、応答的なかかわりをするのが、子どもの心身の健全な発達のためにも、事故防止のためにも重要であることを、施設内で共通に認識し、日々の保育を行う必要がある。なお、保護者と相談の上、慣れ(慣らし)保育など、徐々に環境に慣れることで事故防止につなげていくことも重要である。

イ 睡眠中の事故防止の取り組みの徹底

特に事故が発生しやすい場面は、「睡眠中」である。睡眠中の事故防止の注意事項として、乳児は顔が見えるよう仰向けに寝かせ、定期的に子どもの呼吸・体位・睡眠状況を確認する。子どもの発達や健康状態を把握し、それによっては1歳以上であっても仰向けに寝かせる。また、乳児を一人にしないこと、預け始めの時期は特に注意が必要であることを全職員共通の理解とし、協力して、子どもが安心できる睡眠環境を整備する。

(説明等)

今回、検証報告のヒアリングを行った8件のうち死亡事例は7件であったが(1件は一時意識不明)、そのうち睡眠中が6件(うつぶせ寝2件、体位不明3件、抱きかかえ1件)、うつぶせの状態(寝ていない)が1件であった。年齢については、3か月児1名(死因不明)、6か月児1名(死因不明)、7か月児1名(SIDS疑い)、11か月児1名(死因不明)、1歳2か月児2名(死因不明及び窒息)、1歳9か月児1名(急性心機能不全の疑い)となっており、1歳以上であっても睡眠中の事故は発生している。また、預けられた初日に死亡した事例が2件、入園から5日目が1件、入園から10日目が1件、25日目が1件、4ヶ月目が1件、11ヶ月目が1件であった。

預け始めの時期に死亡事故が多い要因について、根拠は明らかでないものの、検証報告では環境の変化から子どもに強いストレスがかかり、急な不調につながるなどのリスクが指摘されている。一方で、職員の側も入所間もない子どもについて、発達や状態を十分に理解していないことも要因の一つと考えられる。

事故を予防するには、常日頃から、睡眠中の乳児は顔が見えるよう仰向けに寝かせ、定期的に子どもの呼吸・体位・睡眠状況を確認することを徹底する必要がある。このため、記録様式などを用いて確実に睡眠時チェックを行なうことや、誰が確認するかを職員間で明確にしておくことが重要である。また、1歳以上であっても定期的な確認を行い、子どもの発達や健康状態を把握して、その状況に応じて仰向けに寝かせることが必要である。意識が確認できなければ、救急対応を講じるとともに、周囲の者に119番通報を依頼するなどといった緊急時の対応体制の確認を、日頃から、研修や訓練の機会を通して組織的な体制を整備しておくことが重要である。

園内研修や自己評価などを通して、乳児を一人にしないこと、預け始めの時期は特に注意が必要であることを全職員共通の理解とし、その協力体制のもとに、子どもが安心できる睡眠環境を整備することが重要である。

また、保育現場において使用される機器はあくまで補助的なものであり、機器の使用の有無に関わらず、例えば、低年齢児の睡眠中は子どもの様子を定期的に観察・記録するとともに、直接子どもにふれて確認することなど、必ず職員が見守るよう併せて徹底することが重要である。

ウ 登園時の子どもの健康状態等の把握

登園時の子どもの健康状態等の把握は重要であり、普段から保護者との十分なコミュニケーションを図るとともに、特に体調不良と思われる子どもについては、保護者からの情報を記録に残すこと、又は保護者に連絡帳等に記載してもらうことにより把握することが望ましい。

特に預け始めの時期はリスクが高いことを保護者と共に理解し、連絡を密にして子どもの状況を把握し、また子どもが徐々に環境に慣れるためにどうしたら良いかを保護者と共に考え、家庭との連携・協力を密にすることが重要である。

(説明等)

子どもの健康状態は、生理的、身体的な諸条件や生育環境の違いにより、1人1人の心身の発達の個人差が大きい。また、数時間前は元気な状態であったが、急激な体調変化を示し、安静が必要となる場合もある。子どもの健康状態については、登園時及び保育中を通じて子どもの状態を観察することで把握しているところであるが、ある検証報告の中では、登園時の健康状態について、教育・保育施設等と保護者の間で情報・認識が異なり、結果として両者の情報共有が図られていない状況があったとのことであった。子どもの健康状態の把握については、登園時に連絡帳や保護者からの聞き取りにより行っているため、普段から保護者との十分なコミュニケーションを図るとともに、特に体調不良と思われる児童については、必要に応じて保護者からの情報を記録に残す、又は保護者に連絡帳等に記載してもらうことが望ましい。

また、預け始めの時期には、乳幼児の精神的な負担が大きく、それが身体にも影響を及ぼすことを理解し、子どもの状況を注意深く把握する必要がある。慣れない環境に不安で泣いている子どもには、その不安を和らげ、職員と愛着関係をつくるためのかわりが重要であることから、それは具体的にどのようなことなのかを現場で助言し、保育や安全管理をサポートする体制を整備することが重要である。

エ 子どもの安全を最優先とする意識の徹底とガイドラインの更なる周知徹底

毎年同様の死亡事故（特に睡眠中）が発生しているが、これは子どもの安全を最優先とする意識の徹底がされていないことやガイドラインの内容が必ずしも現場の職員まで行き渡っていないこと等の理由が考えられる。子どもの安全を最優先とする意識やガイドラインの内容が現場の職員まで行き渡り、よく理解されるように、更なる周知徹底を図る必要がある。

このため、教育・保育施設等の運営体制を見直し、マネジメント力を高め、事故の発生予防に向けて取り組むことが重要である。これによって、安全管理に関する職員間の共通理解を深め、日頃から職員の協力体制のもとに保育環境の確認・見直しを行う。

(説明等)

今回の検証報告の事故の内容は、睡眠中の体位がうつぶせ寝であったり、担当者が明確でなく睡眠中の子どもを1人にさせたり、プールの監視に専念していなかったりしていたものであった。このように過去に発生した事故と同様の事故が引き続き発生している現状

を見ると、一部の教育・保育施設等において、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が不十分であったり、ガイドラインが必ずしも現場の職員まで行き渡っていない、あるいは行き渡っていても各職員が内容をよく理解していないと考えられる。したがって、ガイドラインの内容について職員に対してあらゆる機会を通じて周知徹底を行う必要がある。

また、乳児を一人にしないことや、担当制等によって一人一人を注意深く見守る体制が必要である。このためには、保育者間の協働性を高めるためのマネジメント力の強化が求められる。

オ 事故発生状況の記録の重要性の周知徹底

事故発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く事実を記録することが、検証及び再発防止のために重要であり、改めて周知徹底する必要がある。また、事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）には、ビデオ等の記録機器の活用も有効な手段と考えられる。

（説明等）

事故発生時の対応として、ガイドラインにも記載してあるとおり、職員は事故後その日のうちにできる限り早く事故の発生状況を記録することが、その後の検証を行う場合の事実確認及び再発防止のために重要であるが、実際は警察の聴取や関係書類が押収され事実関係の確認が困難であった例が見受けられた。時間が経てば経つほど記憶が曖昧になったり、他の人の意見等に影響されたりすることも考えられるので、事故の発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く行うことが重要である。また、ガイドラインに記載の通り、事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）においては、ビデオ等の記録機器の活用も有効と考えられる。

なお、上記の事故防止の注意事項が徹底されるためには、現場のリスク管理やマネジメント力を高めることが重要であることが、ヒアリングで指摘された。

カ 損害賠償等への対応

保険への加入は事故発生を抑止するものではないが、事故が発生した場合には役立ち、保育者のサポートにもつながる。学校と比較し、就学前の教育・保育施設等の保険加入割合が低い実態があることから、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度等の保険加入について、保護者に加入を推奨する。

（説明等）

学校（保育所等）の管理下における児童生徒等の災害（負傷、疾病、障害、死亡）について、保護者等に対して災害共済給付（医療費、障害見舞金又は死亡見舞金の支給）を行うもので、その特徴として、①低い掛金で手厚い給付が行われる、②施設側の責任の有無にかかわらず給付の対象となる、③熱中症や突然死も給付の対象となるなど、国・施設設置者及び保護者（同意確認後）の三者の負担による互助共済制度がある。学校の加入がほぼ100%であるのに対し、教育・保育施設等、特に小規模保育事業や家庭的保育事業、一定の基準を満たす認可外保育施設における加入割合が低い実態があり、全国の学校等で児童生徒等総数

の約 96%にあたる 1,683 万人（平成 28 年度）が利用する災害共済給付制度又はこれと同等以上の給付水準の傷害保険等への加入を検討する。

（２）地方自治体への注意喚起・提言

ア 研修や指導監査等の機会を通じた「子どもの安全」の周知徹底

毎年同様の死亡事故（特に睡眠中）が発生していることから、子どもの安全を最優先とする意識の徹底がされていないことやガイドラインの内容が必ずしも現場の職員まで行き渡っていないことが考えられる。これらのことが現場の職員まで行き渡り、よく理解されるように、研修及び指導・監査時等において事業者にも更なる周知徹底を図る。そのために、次の事項について、促進を図ること。

- （ア）事業者にも「子どもの安全」の周知徹底を図り、効果的な研修や巡回支援等を促進する
- （イ）認可外保育施設等の指導監督の徹底を図る

（説明等）

（ア）事業者にも「子どもの安全」の周知徹底を図り、効果的な研修や巡回支援等を促進する

事業者への注意喚起に記述したとおり、睡眠中の事故やプール事故等、過去に発生した事故と同様の事故が引き続き発生している現状を見ると、一部の教育・保育施設等において、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が不十分であったり、ガイドラインが必ずしも現場の職員まで行き渡っていない、あるいは行き渡っていても各職員が内容をよく理解していないと考えられる。

地方自治体はガイドラインの内容について、研修及び指導・監査等あらゆる機会を通じて周知徹底を行うとともに、要点を絞った情報発信をするなどの工夫をしていく必要がある。例えば、保育士等キャリアアップ研修の保健衛生・安全対策において、ガイドラインを理解する項目が例示されているが、この習得を徹底させる。また都道府県は保育士養成校の指定及び指導監督権があることから、養成校においても安全対策の内容を確実に習得させることを徹底する。なお、平成 30 年 4 月 27 日厚生労働省子ども家庭局長通知(子発 0427 第 3 号)「『指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について』一部改正について」は、平成 31 年 4 月 1 日から施行される保育士養成教育課程について、新設科目「子どもの健康と安全」において「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」等を踏まえて教授すること、都道府県はこの改正内容を了知し遺漏なく運営すると同時に管内市町村、関係機関及び関係団体に対して周知することとしている。

また、事故防止マニュアルの作成や更新、安全や救命に関する研修等の受講促進に向けた指導・対策や指導監査体制のさらなる充実が求められる。例えば、各教育・保育施設等が事故対応マニュアルを作成・更新し、事故対応訓練を定期的に行うように指導すること、普通救命講習への積極的な参加を促すことや、教育・保育施設等に AED の設置を推奨することが挙げられる。

教育・保育施設等への巡回指導を促進し、その際にガイドラインに関する理解や安全な環境への取り組みについての周知徹底を図る。検証された死亡事例の中には、泣いている子どもを別室に寝かせていた、職員の連携不足から誰が子どもを見守るか曖昧な状態だったというものがあった。保育を振り返り、改善を図るための組織的な取り組みを行うことは、子どもの安全を確保するうえで不可欠である。しかしながら先に述べた事例では、こうした改善を行わず、従来から行ってきた手法で保育に当たっていたものと考えられる。事業者が保育を振り返り改善を図るために、地方自治体は積極的に巡回支援を実施する。巡回支援指導員による個別的な説明や指導を行うことによって、重大事故が発生しやすい場面についての理解を深め、基準の遵守や事故防止の取り組みを促進し、さらに事故発生時の対応についても周知徹底する。

(イ) 認可外保育施設等の指導監督の徹底を図る

教育・保育施設等については、従来から「特定教育・保育施設等指導指針」などにより、地方自治体において指導監査が行われているが、その際、事故防止及び事故発生時の対応や事故の再発防止の取り組みについて、事故に関する記録がとられ、適切に施設・職員間で情報共有がなされているか、適切に地方自治体等に対し報告がなされているか、以前の指導監督の結果並びに措置状況等などについて、具体的に確認を徹底する。

死亡事故等の重大な事故が発生した場合や重大な被害が生じる恐れが認められる場合などには、随時、抜き打ちの立ち入り調査を実施する。

死亡事故の半数は認可外保育施設で発生していることから、認可外保育施設の質向上を図るため、研修を強化するとともに、指導監査を強化する必要がある。指導監督等によってガイドラインの周知徹底や安全の取り組みを強化することは、子どもの命を守るために重要である。

認可外保育施設の届出、指導監督については、児童福祉法上、都道府県、政令指定都市、中核市が行うこととされている。市区町村が担当する方が、施設や利用者距離的に近く、また、待機児童の受け入れ先となっている実態が見られることから適当ではないか、との指摘もあるが、すでに、現行法上、都道府県と市区町村との緊密な連携を確保するための諸規定が整備されており、また、都道府県によっては、地方自治法に基づき管内市区町村に権限を委譲している例もある。

また、認可外保育施設に対する指導監督や巡回指導を行う際には、実情を踏まえて事前通告の有無を適切に判断して効果的に実施する。

イ 保育の質の確保

保育中に起きる事故は、保育のプロセスと関連して発生している。子どもの心と身体が密接な関連を持つことを考えれば、保育にかかわる環境の整備、改善を図ることで、保育の質を確保することは、子どもの命にかかわる重要なことである。

次の事項については早急かつ着実な促進を図ること。

- (ア) 職員間及び保護者と密接に連携するためのマネジメントの強化
- (イ) 保育士等の確保及び処遇改善・質の向上
- (ウ) 情報の公表の促進
- (エ) 子どもを預ける際に必要な知識を保護者が習得するための方法

(説明等)

保育の受け入れ先拡大と同時に「保育の質の確保」は、事故防止の上で欠かせないものである。地方自治体は「保育の質の確保」に向けて、保育環境の整備を図り、指導を強化することが重要である。特に下記について、着実に促進を図る必要がある。

(ア) 職員間及び保護者と密接に連携するためのマネジメントの強化

検証報告のヒアリングからは、担当者が明確でなく誰も子どもの状況を把握していなかったことや、保護者からの連絡内容等に行き違いが生じていたことがわかった。質の高い保育を行い、事故の発生を予防するためには、職員間の連携、保護者との連携を密にして、子どもの状況をきめ細やかに把握・対応することが求められる。子どもの周囲のおとなが協働性を高め、共に問題解決を図るためには、マネジメント力の強化が必要であり、研修内容等の充実による専門性の向上が重要である。

(イ) 保育士等の確保及び処遇改善・質の向上

近年、低年齢児の受け入れの増加や利用者からの教育・保育施設等に対する期待が大きくなっている一方で、保育士不足という状況がある。教育・保育施設等では、保育士の確保に苦勞しており、現場の保育士等の負担が大きくなっている。子どもの命を守るという観点からも、保育人材を確保するため、保育士等の処遇改善や業務負担の軽減を図るための保育業務のICT化の推進などの勤務環境の改善のほか、保育事故を防止するためのスキルアップ研修を行うなど、保育士等の確保及び質の向上に取り組むこと。

さらには、地域における保育士等の確保の状況を踏まえつつ、保育士の配置の改善も求められる。

(ウ) 情報の公表の促進

教育・保育施設等における事故防止等の備えや取り組みを促す。保護者への適切な情報提供を確保するため、連携医療機関や、加入している傷害保険など、各教育・保育施設等での掲示事項に追加すること。

指導監査等の結果の公表については、既に結果を公表している地方自治体の例を参考に、実情に応じて公表を検討する。また、必要な広報その他の啓発活動に努めること。

(エ) 子どもを預ける際に必要な知識を保護者が習得するための方法

地方公共団体が保有する子どもを預けるために必要な情報や知識について、保護者に提供するとともに、適切な助言を行う。

また、利用者に寄り添った支援など、子どもを預けるために必要な知識を保護者が習得するための方法を工夫する。

ウ 事故発生状況の記録の重要性の周知徹底

事故発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く事実を記録することが、検証及び再発防止のために重要であるので、改めて教育・保育施設等・事業者へ周知するとともに、可能な限り早期に地方自治体職員が教育・保育施設等・事業者を訪問し、助言指導を行う必要がある。また、事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）には、ビデオ等の記録機器の活用も有効な手段であると考えられるので、これらの支援も検討すること。

(説明等)

教育・保育施設等・事業者への注意喚起に記述したとおり、教育・保育施設等・事業者及び教育・保育施設等職員は、事故後その日のうちにできる限り早く事故の発生状況を記録することが、その後の検証を行う場合の事実確認及び再発防止のために重要であるが、実際は警察の聴取や関係書類が押収され事実関係の確認が困難であった例が見受けられた。時間が経てば経つほど記憶が曖昧になったり、他の人の意見等に影響されたりすることも考えられるので、事故の発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く行うことが重要であることを、改めて教育・保育施設等・事業者へ周知する必要がある。

また、可能な限り早期に地方自治体職員が教育・保育施設等を訪問し、助言指導を行うことが重要であり、特に職員が少ない小規模な教育・保育施設等に対しては積極的に支援を行う必要がある。

さらに、ガイドラインに記載されているとおり、事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）においては、ビデオ等の記録機器の活用も有効だと考えられるので、これらの導入の支援についても検討すること。

エ 検証の意義の周知とサポート体制

重大事故の再発防止のためには検証が重要であり、その周知とサポート体制を整備することが求められる。

(ア) 検証を行う意義について周知徹底を行うこと

(イ) 検証委員会を設置・運営する地方自治体担当部局への支援を行うこと

(ウ) 自治体同士の学びあい

(説明等)

(ア) 検証を行う意義について周知徹底を行うこと

検証を行う趣旨は、当有識者会議の前身の検討会の提言を受けて、国の通知により、次のように明記されている。

- ・死亡事故等の重大事故については、事故の発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおいて、子どもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、再発防止に役立てることは極めて重要な取り組みであること。
- ・死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って、発生原因の分析等を行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行うこと。
- ・関係者の処罰を目的とするものではないこと。
- ・死亡事故の検証は、事例ごとに行うこととしており、SIDS や死因不明とされた事例も対象としていること。
- ・検証の実施主体は、法に基づく認可権限、確認権限等を踏まえ、各自治体において実施すること。

以上の趣旨を踏まえれば、仮に死因が疾病とされている場合でも、例えば、子どもの健康状態は把握していたのか、発生時の応急措置、119番通報等の対応はどうだったかなどの検証を行うことは、今後の再発防止のために非常に重要である。

また、事故の様態によっては、「保育プロセスに特に問題はなく、避けることが困難な事故であった」というような検証結果も考えられるが、このような場合でも、その検証結果を今後活かしていくことができる。

さらに、中にはご家族が、事故直後は検証等に思いが至らなかったものの、時間の経過の中で心情が変化して「事実を知りたい」と考えるようになり、数年後に検証の要望等に至る場合もあるが、このような場合、記憶の変質や証人の異動など検証等に支障をきたすことも考えられるので、関係者の記憶が鮮明な段階で検証を行っておくことの意義は大きい。

これらのことを各地方自治体内において周知徹底するとともに、教育・保育施設等・事業者へも周知しておく必要がある。

(イ) 検証委員会を設置・運営する地方自治体担当部局等への支援を行うこと

死亡事故等の重大事故の検証は、前述のとおり自治体の権限等に基づき実施されているところであるが、検証委員会を設置・運営する自治体の担当部局の職員のほとんどは初めての経験であり、その負担は相当重いものであると考えられる。したがって、検証委員会の設置・運営については、担当部局のみならず自治体全体として取り組むべきものとする。また、市区町村が検証を実施する場合には、検証通知にもあるとおり、都道府県が支援することとなっており、検証組織の委員候補者として適当な有識者をあらかじめリストアップしておき、市区町村に紹介する等の支援を行うこと。

(ウ) 自治体同士の学び合い

検証委員会の立ち上げに際しては、委員の選定が困難であったり、裁判と同時並行で検証委員会の立ち上げを求められたケースや、検証が中断するなど、これまで経験のないことに自治体が戸惑うことも多い。ヒアリングからは、このような時に、自治体同士で互いに連絡を取り合い、学び合ったことで、検証委員会の立ち上げを進めていくことができたという事例も聞かれた。混乱への対応力が高まることが期待されるため、自治

仲間での自発的な交流や学びあいを積極的に実施すること。

オ 検証結果の有効活用

- (ア) 検証の結果、事実関係や死因が明らかにならない場合もあるが、検証の実施はそもそも真相究明を目的としていないことから、「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめること
- (イ) 再発防止策は、現場に有効で実行性のあるものとする

(説明等)

(ア) 事実関係や死因が明らかにならない場合でも、集められた情報の中で再発防止策をまとめること

事実関係や死因を全て明らかにしたうえで、検証を進めていくことが理想ではあるが、現実的には、関係機関等から情報が入手できなかったり、関係者の証言が得られない、あるいは証言が異なったりして、事実関係や死因を明らかにできない場合がある。検証委員会は事実に基づき人を処罰することを目的としておらず、また、「事実関係の確認」を全て行うのが極めて難しいことは、これまでの検証事例から明らかであり、この点にとらわれ過ぎると検証を進めることができなくなってしまう。

したがって、検証委員会は、集められた情報を整理し、その中に異なる情報や真偽が判然としない情報がある場合は、両論併記をするなど、集められた情報の中で一連の保育のプロセスを検証し、考えられる再発防止策をまとめていくべきである。

(イ) 再発防止策は、現場に有効で実行性のあるものとする

死亡事故等の検証を行い、再発防止策を議論していく過程において、当該事故に直接の因果関係のない制度的な議論がされることがある。再発防止策をまとめるにあたっては、制度面の見直しを論じることを妨げるものではないが、当該事故の主な要因から焦点がぶれないように、現場へのメッセージが正しく伝わるよう注意し、現場にフォーカスした有効で実行性のある再発防止策を提言すべきである。例えば、睡眠中の死亡事故にもかかわらず、午睡チェックの頻度やチェック表の活用などについて具体的言及がない検証報告書があったが、現場が具体的に改善できる内容を盛り込むことが重要である。そのためには検証委員会に現場の職員あるいは現場経験の豊富な者を入れることが望ましい。

(3) 国への注意喚起・提言

ア 子どもの安全を最優先とする意識の徹底とガイドラインの更なる周知徹底

教育・保育施設等では、毎年、同様の死亡事故（特に睡眠中）が発生しているが、これは子どもの安全を最優先とする意識の徹底がされていないことや事故防止及び事故発生時のガイドラインの内容が必ずしも現場の職員まで行き渡っていないこと等の理由が考えられる。子どもの安全を最優先とする意識やガイドラインの内容が現場の職員まで行き渡り、よく理解されるために、国は地方自治体を通じて、教育・保育施設等に対する指導や周知の徹底を図ること。また、保育士等キャリアアップ研修等での確実な習得、保育士等の養成課程段階から理解することの重要性について周知すること。

(ア) 地方自治体が「子どもの安全」に関する指導を徹底するよう周知を図ること

(イ) 認可外保育施設の指導監督の徹底を図ること

(説明等)

(ア) 地方自治体が「子どもの安全」に関する指導を徹底するよう周知を図ること

教育・保育施設等・事業者及び地方自治体への注意喚起等に記述したとおり、睡眠中の事故やプール事故等、過去に発生した事故と同様の事故が引き続き発生している現状を見ると、一部の教育・保育施設等において、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が不十分であったり、ガイドラインが必ずしも現場の職員まで行き渡っていない、あるいは行き渡っていても各職員が内容をよく理解していないと考えられるので、教育・保育施設等・事業者及び地方自治体に対して更なる周知徹底を図ること。また、保育士等の養成段階からこれらの内容を周知すること。なお、平成 30 年 4 月 27 日厚生労働省子ども家庭局長通知(子発 0427 第 3 号)『指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について』一部改正については、平成 31 年 4 月 1 日から施行される保育士養成教育課程について、新設科目「子どもの健康と安全」において「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」等を踏まえて教授することとしている。国はこのことを養成校の指導監督を行う都道府県に周知徹底すること。

(イ) 認可外保育施設の指導監督の徹底を図ること

死亡事故の半数は認可外保育施設で発生しており、検証報告のヒアリング 8 カ所のうち 6 カ所が認可外保育施設であった。このような状況に対応するため、地方自治体が行う指導監査の実施を徹底させるとともに、重大事故の防止や「認可外保育施設指導監督基準」の遵守について指導・助言を行う巡回支援指導員の配置を支援すること。その際、認可外保育施設の指導監査や巡回指導の実施に関して、都道府県と市区町村との連携の好事例等を収集し、地方自治体に情報提供を行うこと。

また、指導監督基準に事故対応マニュアルの整備や普通救命講習受講を義務付けること等について検討すること。

イ 保育の質の確保

保育中に起こる事故は、保育のプロセスと関連して発生している。子どもの心と身体が密接な関連を持つことを考えれば、日々の保育を全職員で振り返り、改善を図ることで、保育の質を確保することは、子どもの命にかかわる重要なことである。

次の事項については早急かつ着実な促進を図ること。

- (ア) 職員間及び保護者と密接に連携するためのマネジメントの強化
- (イ) 保育士等の確保及び処遇改善・質の向上
- (ウ) 情報の公表の促進
- (エ) 研修の機会や補助的な機器等を活用した事故防止の取り組み強化

(説明等)

国は現在「子育て安心プラン」に基づき待機児童の解消のために保育の受け入れ先の拡大を図っているところであるが、量の確保と車の両輪である「保育の質の確保」は事故防止の上でも欠かせないものである。保育事故は様々な要因があって発生していると考えられ、一個人の資質の向上だけでは全て防げるものではない。したがって国は「保育の質の確保」について着実に推進させる必要があり、特に次の内容については早急かつ着実に促進を図る必要がある。

(ア) 職員間及び保護者と密接に連携するためのマネジメントの強化

先にも述べたように、検証報告のヒアリングからは、担当者が明確でなく誰も子どもの状況を把握していなかったことや、保護者からの連絡内容等に行き違いが生じていたことがわかった。質の高い保育を行い、事故の発生を予防するためには、職員間の連携、保護者との連携を密にして、子どもの状況をきめ細やかに把握・対応することが求められる。子どもの周囲のおとなが協働性を高め、共に問題解決を図るためには、マネジメント力の強化が必要であり、研修内容等の充実による専門性の向上が重要である。

(イ) 保育士等の確保及び処遇改善・質の向上

近年、低年齢児の受け入れの増加や利用者からの教育・保育施設等に対する期待が大きくなっている一方で、保育士不足という状況がある。教育・保育施設等では、保育士の確保に苦勞しており、現場の保育士等の負担が大きくなっている。子どもの命を守るという観点からも、保育人材を確保するため、保育士等の処遇改善や業務負担の軽減を図るための保育業務のICT化の推進などの勤務環境の改善のほか、保育事故を防止するためのスキルアップ研修を行うなど、保育士等の確保、さらには、0.3兆円の質の向上の実現のため適切に財源を確保し、1歳児等の保育士の配置を改善することも求められる。

(ウ) 情報の公表の促進

教育・保育施設等における事故防止等の備えや取り組みを促す。保護者への適切な情報提供を確保するため、連携医療機関や、加入している傷害保険など、各教育・保育施設等での掲示事項に追加すること。また、必要な広報その他の啓発活動に努めること。

(エ) 研修の機会や補助的な機器等を活用した事故防止の取り組み強化

教育・保育施設等に対する事故防止等の研修や巡回指導の支援及び事故防止に有効な補助的な機器等の支援を行うこと。ただし、機器の導入についてはあくまでも補助的なものであり、たとえば睡眠中であれば、保育士等が子どもの様子を定期的に観察・記録するとともに、直接子どもにふれて確認することが重要であることから、事業者及び地方自治体に対して、機器の使用の有無に関わらず、睡眠中は必ず職員が見守るなどが必要であることについて、周知徹底すること。

また、放課後児童健全育成事業に対する指導監督権限は、児童福祉法第34条の8の3に基づき市町村に付与されているところであるが、保育施設等と異なり監査要綱等が国から通知されておらず、事業に対するチェックの仕組みが確立されていない状況にあり、国においては保育施設等と同様に、監査要綱等を作成する、巡回指導に対する補助を行う等、必要な対応を検討し実施する必要があると考える。

ウ 事故発生状況の記録の重要性の周知徹底

事故発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く事実を記録することが、検証及び再発防止のために重要である。改めて教育・保育施設等へ周知するとともに、可能な限り早期に地方自治体職員が教育・保育施設等を訪問し、助言指導を行う必要があることを周知徹底する。

事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）には、ビデオ等の記録機器の活用も有効な手段であると考えられるので、これら機器の活用促進についての検討が求められる。

(説明等)

教育・保育施設等・事業者及び地方自治体への注意喚起等に記述したとおり、事業者及び教育・保育施設等職員は事故後その日のうちにできる限り早く事故の発生状況を記録することが、その後の検証を行う場合の事実確認及び再発防止のために重要であるが、実際は警察の聴取や関係書類が押収され事実関係の確認が困難であった例が見受けられた。時間が経てば経つほど記憶が曖昧になったり、他の人の意見等に影響されたりすることも考えられるので、事故の発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く行うことが重要であることについて、改めて教育・保育施設等・事業者及び地方自治体へ周知すること。また、可能な限り早期に地方自治体職員が教育・保育施設等を訪問し、助言指導を行う必要があり、特に職員が少ない小規模な教育・保育施設等については積極的に支援を行うように周知徹底すること。さらに、ガイドラインに記載されているとおり、事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）においては、ビデオ等の記録機器の活用も有効だと考えられるので、国としてもこれら機器の活用促進について検討することも求められる。

エ 検証を実施する場合の留意点の周知徹底、及び実効性のある取り組みの検討

- (ア) 検証を行う趣旨の周知徹底を行うこと
- (イ) 事実関係や死因が明らかにならない場合もあり、「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめること
- (ウ) 再発防止策は、現場に有効で実行性のあるものとする
- (エ) 検証委員会を設置運営する地方自治体担当部局への支援を行うこと
- (オ) 地方自治体等の取り組み状況を踏まえ、実効性のある取り組みを検討すること

(説明等)

地方自治体への提言のとおり、(ア) 検証を行う趣旨について周知徹底し、(イ) 事実関係や死因が明らかにならない場合もあり、「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめること、(ウ) 再発防止策はなるべく現場に有効で実行性のあるものとする、(エ) 検証委員会を設置・運営する地方自治体担当部局等への支援を行うこと、既に検証を実施した地方自治体のノウハウを把握し、これから実施する地方自治体へ情報共有する等の支援を行うことについて、国として必要な協力をを行うこと。

また、保育事故の検証について、制度開始から2年が経過したが、速やかに検証委員会が設置されない事例や検証上必要な情報を他機関から得ることが困難な事例があるなど、いくつかの課題が表出し始めているところである。引き続き、地方公共団体及び国の具体的な取り組み状況を把握・分析するとともに、それらの状況も踏まえ、必要な法令等の整備を検討すべきである。

なお、本検証の目的は、事実関係を把握し、発生原因を分析して再発防止策を検討することにある。死因の究明については本検証の目的ではなく、これについては、現在、国の厚生労働科学研究で子どもの死亡事例の検証（いわゆるチャイルド・デス・レビュー）について研究が進められており、これらの動向も注視する必要がある。

2. 負傷等の注意喚起・提言

負傷等の注意喚起及び提言は次のとおりである。これらについても事業者は留意しつつ事業を実施することが必要である。また、国及び地方自治体においてもこれらの注意喚起等を関係者へ周知することが必要である。今回の負傷等の注意喚起及び提言は、全体の傾向から導き出した包括的なものである。今後は、重傷事故について「事故情報データベース」等の情報の検証・分析を進めて課題を抽出し、十分な検討を加えていきたいと考えている。

負傷は、上肢の骨折が多く、事故の誘因としては「自らの転倒・衝突によるもの」、「遊具等からの転落・落下」が多い。遊具の事故としては、「すべり台」が最も多く、すべり台を下から逆走して上から降りた他児と衝突または避けようとして落下等であった。

全職員で安全管理・事故防止対策について共通認識を持ち、安全確認の際には指さし確認を行う、職員間で受け渡しを確認するなど、組織的に徹底した対応をとることが必要である。また、各教育・保育施設等・事業者は運営基準*により、それぞれの実情に応じて事故発生防止等のための指針（マニュアル）を整備することとなっているので、未整備の教育・保育施設等・事業者においては、国のガイドラインを参考に整備すること。

※「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)

(説明等)

負傷は、上肢の骨折が多く、事故の誘因としては「自らの転倒・衝突によるもの」、「遊具等からの転落・落下」が多い。これらが多い理由としては、低年齢児は身体能力が十分に発達していないこと、頭部が重いといった重心のバランスが上の方にあることといった身体的な特徴があることや、危険を予測する認知能力が不足していることなどが考えられる。遊具の事故としては、「すべり台」、「総合遊具・アスレチック」、「鉄棒」、「雲てい」、「ジャングルジム」の順に多く発生しており、「すべり台」の事故事例として、すべり台を下から逆走して上から降りた他児と衝突または避けようとして落下、一度に多人数で利用し順番を守らなかったり、1人が滑り終わるまで待てずに他児と衝突または避けようとして落下するなど事故につながっている例が多く見られた。

また、事故発生の要因分析の記載では、「子どもを見守りつつ後片づけなどの作業を並行していた。」「延長時間で、通常クラスでなく異年齢児構成で対応する際、担当の受け渡しが十分でなかった。」「子どものお迎えで保護者に対応していた。」などといった、普段であれば職員による見守りがあるところ、短時間であっても子どもを観察していない時間に発生していることが多い。

全職員で安全管理・事故防止対策について共通認識を持ち、安全確認の際には指さし確認を行う、職員間で受け渡しを確認するなど、組織的に徹底した対応をとることが必要である。また、各教育・保育施設等・事業者は運営基準により、それぞれの実情に応じて事故発生防止等のための指針（マニュアル）を整備することとなっているので、未整備の教育・保育施設等・事業者については、国のガイドラインを参考に整備する必要がある。

おわりに

教育・保育施設等での死亡事故はあってはならず、大切なお子様を亡くされた保護者の心情はあまりに深く痛ましいものである。また、施設・事業者や現場の職員も自責の念として一生心に残ることになる。

教育・保育施設等は、保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、施設内外の安全点検に努め、安全対策のために全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行う必要があると考えている。

国は子ども・子育て支援について、全世代型社会保障として位置づけ、社会全体で子育て世代を支援していくことと方向づけている。この中で、教育・保育施設等の果たす役割は非常に重要で、これらの施設は年々増加をし、施設に通う子どもも増加の一途にある。

一方で、これらを支える現場の保育士等の職員不足や急激な新規採用による経験不足も心配されている。今後、事故防止の観点から、これらの課題に対して、関係者間で十分考慮の上、組織として体制を整備し対応していくことも必要だと考えている。

事故防止のためには、行政や施設・事業者の対応はもちろんであるが、保護者においても施設に対して理解と協力が必要である。双方連携して子どもの安全について認識する必要があると考えている。

当有識者会議は、教育・保育施設等において尊い命がなくならないように強く願いながら、議論を重ねていくこととする。

睡眠中の死亡事故を防ぐために…

仰向け*に



寝かせることが重要です！

何よりも 1 人にしないこと！

(* 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)

- ★ 乳児だけでなく、1歳以上児も発達の状況にあわせて仰向けに寝かせてください
- ★ 預け始めの時期は特にきめ細かな注意深い見守りが重要です
- ★ 機器の使用の有無に関わらず、必ず職員の方が見守ってください

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ります。具体的には…

- ★ 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、睡眠状態等を点検すること 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。

「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」より抜粋

*他にも、窒息のリスクに気付いた場合には、留意点として記録し、共有しましょう。



事故のリスクが高い場面を把握し、発生予防に取り組むこと



- 事故が発生しやすい場面(睡眠中、水遊び、食事中等)を全職員が認識し、保育の見直しや、ヒヤリハットなど事故発生予防に取り組みましょう
- 死亡事故が多いのは、預け始めの時期です。子どもの状況を十分に把握できるよう、保護者と丁寧にやりとりを行い、記録などを通して情報共有を行きましょう
- 死亡事故が多いのは、0・1歳児です。個々の子どもの状況をよく把握し、応答的な関わりをすることが重要であることを認識して日々の保育を行きましょう

登園時の子どもの健康 状態等の把握



- 体調不良と思われる子どもについては、保護者からの情報を記録に残す、または保護者に連絡帳等に記録してもらうことにより、健康状態を把握するようにしましょう
- 預け始めの時期は、**子どもにとって精神的負担が大きく、身体にも影響を及ぼします**
 - 子どもの状況を注意深く把握しましょう
 - 子どもが徐々に環境に慣れるにはどうしたら良いかを保護者と共に考え、家庭との連携・協力を密にしましょう

子どもの安全を最優先とする 意識の徹底とガイドラインの 更なる周知徹底



- 後片付けやお迎え対応などの短時間や、役割分担が曖昧で子どもを観察していない時間に、重大事故が発生しています。子どもの安全を最優先とする意識を徹底させましょう
- ガイドラインの内容について、全ての職員がよく理解しましょう
- 運営体制の見直し、マネジメント力向上など、事故の発生予防に向けた組織的な取組みが重要です

事故発生状況の記録の 重要性の周知徹底



- 記憶が薄れたり、他者の意見に影響されたりしないよう、事故発生状況はその日のうちに、できる限り早く記録しましょう
- 事故が発生しやすい場面(睡眠中、水遊び、食事中等)には、ビデオ等の機器を活用しての記録も有効です

事故防止及び 事故発生時対応 マニュアル — 基礎編 —

み

ま

も

い

睡眠中

水遊び中

食事中等



はじめに

本市では、平成28年4月に認可外保育施設において、児童の死亡事故が発生しました。「こども・子育て支援会議 教育・保育施設等事故検証部会」より出された提言の中でも、事故対応マニュアルの整備が必要と示されています。

この「み・ま・も・り - 基礎編 -」には、

- ★ 事故予防のためには何が必要か
- ★ 具体的には何をすればいいのか
- ★ 事故が起こってしまったらどうすればいいのか 等

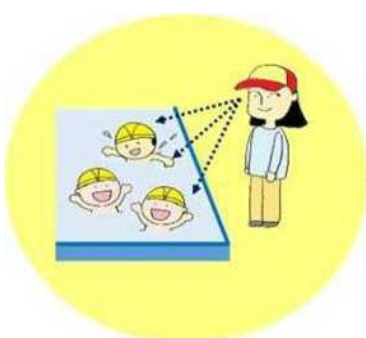
重大事故*が発生しやすい場面（睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中等）や緊急時の対応をチェックポイントで示しています。

※ 重大事故とは・・・死亡事故、意識不明等の重篤な事故

一つひとつチェックすることで、基本的な安全確認ができるようになっています。安全で安心な保育を行い、大切な『こどもの命を守る』ために、ぜひご活用ください。

目次

- **み**んなで取り組む事故予防 ～こどもの命を守るために～ P 1～3
- **ま**ず確認！睡眠中も保育中 ～睡眠時安全チェックポイント～ P 4・5
- **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～ P 6・7
- **り**スクを減らす！いつも観察 誤嚥予防
～誤嚥・誤飲・窒息事故防止チェックポイント～ P 8・9
- 事故発生時の対応 P 10～13



みまもり

みんなで取り組む事故予防

～こどもの命を守るために～

事故発生時、

どう対応するか 想像できますか？

いつもならできることが
とっさにできない 可能性があります



早期発見 が

こどもの命を助けることにつながります



こどもを **見守り**、異変に気づく

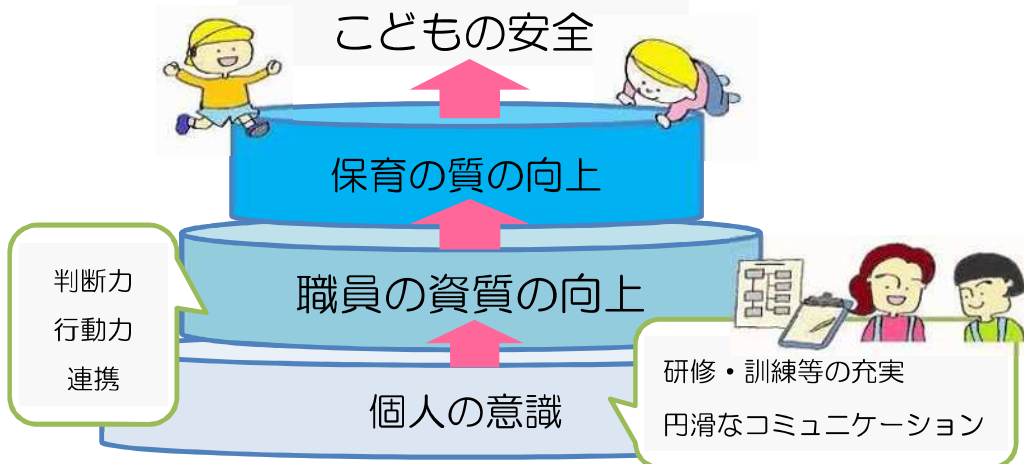


あなたの **気づき** がこどもの **命を守ります**

あの時こうしておけば・・・という思いをしないように

今できることを考えましょう

こどもが安心できる環境づくりには
職員一人一人の意識が大切です



「誰かが見てくれていると思っていた」ではなく
声を掛け合い、常にこどもの動きを把握しましょう



一方で、
 命に関わる危険なリスクも潜んでいます

例えば...

危ない!

窒息の危険のある遊具をプール時に使用してしまっていた! (ヒヤリハット*)

もしかしたら、口に入れてのどに詰めてしまったかもしれない...

プールでスーパーボールを使っていて、「ヒヤッ」としました。

プールでスーパーボールを使わないよう、再度、皆に伝えましょう。

口に入らなくてよかった~

ではなく!

職員間で予防策を考える

※ ヒヤリハットとは、事故になる可能性があった「ヒヤリ」「ハッと」したできごと



「ヒヤッ」とした経験を職員間で共有することは事故予防につながります

チェックポイントを確認し、事故を防ぎましょう



重大事故が発生しやすい場面のチェックポイントをまとめました
それぞれの場面に合わせた危機管理を行い、事故を防ぎましょう

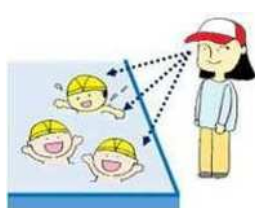
睡眠中

睡眠時安全チェック
ポイント (P4・5)



水遊び中

プール活動・水遊び安全
チェックポイント (P6・7)



食事中

誤嚥・誤飲・窒息事故防止
チェックポイント (P8・9)



万が一、事故が起こってしまった場合



「事故発生時の対応 (P10~13)」に従い、迅速に対応する



そのためには事前に**シミュレーション** (状況に応じた役割分担の訓練)
を行っておくことが必要です！

職員間で事故予防や発生時の対応
について共通認識を持ちましょう



まず確認！ 睡眠中も保育中

睡眠時安全チェックポイント



睡眠時の安全確保

睡眠中が最も突然死等の危険性が高い！

『自園でも起こりうる』
かも...

「こどもの安全を最優先とする」意識の徹底



- 睡眠中も保育である
- 睡眠中のリスクの共有
うつぶせ寝・窒息・預かり初期のリスク 等
- 見守り(観察・記録)に専念できる体制づくり
- 緊急体制の整備
 - ✦ 心肺蘇生法・AED の操作研修の実施
 - ✦ シミュレーション研修(状況に応じた役割分担の訓練)の実施

チェックポイント



1 入園時の確認

- 入園児の生育歴等を把握する
- 配慮事項等がある場合、全職員で情報を共有する
- SIDS 対策普及啓発用ポスター(厚生労働省)を掲示したり、リーフレットを配付する
- こどもの健康状態等の情報を日々保護者と共有する(特に預かり初期は要注意)
- こどもの状況に応じた慣らし保育の必要性を保護者に説明し、理解を得る



チェックポイント



2 睡眠中の観察



— 特に、預かり初期は注意深い見守りを！ —

- 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(咳・ゼーゼー・鼻づまり) |
| • 熱感(体に触れて体温・発汗等) |
| • 体位 |
- その都度、睡眠時観察表に記録する

3 睡眠環境等の確認

カーテンは直射日光や寒さ防止等、必要な場合を除いて、基本的には明るさの確保のため開けておく



- 敷布団は固めのものか
- 掛け布団は軽いものか
- コットの上のマット等は固定されているか
- 枕は使用していないか
- 布団やコットは観察しやすく並んでいるか
- 室内の照明は顔色等が観察できる明るさか

- 適宜換気を行っているか

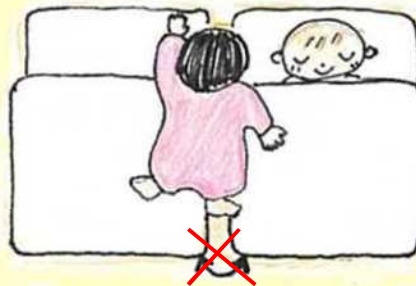


- 体調等いつもと違う様子はないか
- 水分補給はできているか
- 口の中に何も入っていないか

- よだれかけは、はずしているか
- 周囲に「ぬいぐるみ」「おもちゃ」「タオル」「コード等のヒモ状のもの」はないか
- おもちゃ等を持っていないか
- すき間に顔が埋まらないよう布団のすき間をあけている、もしくはすき間なくつめているか



子どもの生活する高さ



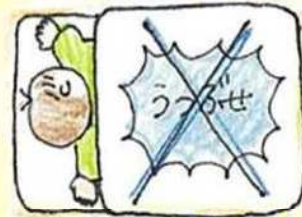
- 部屋は暖めすぎているか

- 寝かしつける時から仰向けにしているか

〈温度・湿度の目安〉

	温度	湿度
冬	20~23℃	約60%
夏	26~28℃	約60%

- ・室温湿度計はこどもが生活する高さに設置する（安全に留意しながら）
- ・冷房は床面の温度が2~3℃低い場合があるので、睡眠時は留意する



睡眠中は床暖房やホットカーペットを使用しない（暖めすぎの防止）

もちろん

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
心肺蘇生法・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
10 cm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

こどもの安全が最優先

監視者とは

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する



監視者はプールサイドのこどもたちと遊んだり、プール指導者の補助をしたりせず、**監視に専念する者**

「監視者」の目印等を決める



役割

- プール全域をくまなく監視する
- プールに参加しているこどもの人数を把握し、確認を適宜行う
- 動かないこどもや不自然な動きをしているこどもを見つける ← **静かに溺れることが多い**
- 特定のこどもに視線を固定せず、定期的に視線を動かしながら全体を監視する
異常かどうかの見極めは、**顔（特に目）**を見る
- 持ち場を離れる時は、代わりの職員を配置する

チェックポイント



1 事前管理

- 慢性疾患等の配慮を必要とするこどもへの対応の確認
- 当日プール活動ができないこどもへの対応の確認
- 排泄が自立していないこどもへの対応の確認
- プールに入る人数の確認（人数を考慮しているか）

チェックポイント



2 活動実施の判断

- プール活動ができる環境か
 - ・雨天、強風、雷が鳴ったとき
 - ・光化学スモッグ警報発令のとき
 - ・PM2.5 の注意喚起のとき
 - ・暑さ(熱中症)指数が高いとき
 - ・土、砂等による汚染が著しいとき

一つでも当てはまる場合は**中止**とする



：設備・環境



：子ども



：職員

チェックポイント



3 環境の整備



- 日よけ対策は行っているか
- プールの破損・亀裂はないか
- 石やガラス等、危険物はないか
- プールサイドは滑りやすくなっていないか
- 排水溝の安全点検は行ったか
- プールの清掃と整理は行ったか
- プライバシーへの配慮は行っているか
- 監視場所に死角はないか
- 心肺蘇生法・AED 操作や緊急時対応のフローチャートをプール付近で確認できるか (P10~13 参照)
- 救急用具 (応急手当セット、毛布、笛等) の確認は行ったか

チェックポイント



4 活動前の確認



- プール環境は適切か
(気温 26℃以上・水温 27℃以上)
- 水深は年齢に応じて調整できているか
- 適正な塩素濃度になっているか
(塩素濃度 0.4 mg/L~1.0 mg/L)
- 子どもへの安全指導を行ったか
- 薬の預かりはないか
- 体温はどうか
- 顔色・機嫌はどうか
- 目ヤニ・充血・鼻水・発疹等はないか
- 傷はないか (あれば状態はどうか)
- 便の状態はどうか
- 水分補給は適切に行ったか
- 帽子を着用しているか
- 準備体操を行ったか
- シャワーで適切に体を洗ったか
- おしりに排泄物が残っていないか
- 窒息の危険があるおもちゃはないか
- 職員の健康状態はどうか



チェックポイント



5 準備物の用意



- 塩素剤
(使用上の注意を必ず読んでおく)
- 残留塩素測定器・試験紙
- 気温計
- 水温計
- プール管理日誌
- 時計
- 救急用具 (応急手当セット、毛布、笛等)
- 拡声器・携帯電話 (緊急時に応援を呼び)

こどもの手の届かない位置に保管

チェックポイント



6 活動中の確認



- こどもの人数を把握できているか
- 人数を監視者に伝えたか
- 適正な塩素濃度を維持しているか
(10~20 分毎に測定する)
- 健康状態 (顔色や身体の様子) はどうか
- 監視者はプール全域をくまなく監視しているか

チェックポイント



7 活動後の確認



- ケガはないか
- 健康状態はどうか
- シャワーで体を洗ったか
- うがいをしたか
- 水分補給をしたか



- 保育室の室温は適切か
- 速やかにプールの水を排水し、鍵を閉め (カバーをかけ) たか
- プール管理日誌に記録をしたか



スクを減らす！ いつも観察 誤嚥予防

誤嚥・誤飲・窒息事故防止チェックポイント



こどもの特性

- ・ 歯の発育
- ・ 摂食機能が未発達
- ・ こどもは思いもよらない行動を起こす



さまざまな要因が

**誤嚥・誤飲
窒息事故に
つながる！**

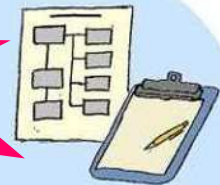
食べ物や玩具の性質

大きさ・形状

食感（表面の滑らかさ、弾力性、硬さ、噛み切りにくさ）



職員の窒息危険性の認識不足



こどもの状況を日常的に意識する



こどもの様子を把握する

【健康状態】

- ・ 健康観察
- ・ 当日のこどもの健康状況をていねいに保護者から聞き取る



【行動】

一人一人の様子に目を配る



『幼児だから口に入れない』といった先入観ではなく、こどもは思いもよらない行動を起こす特性を考える



職員間で情報共有し、事故を防ぐ

食事



チェックポイント



1

環境

- 食器・食具は適切か
- 机・椅子の高さは適切か
- 慌てて配膳していないか
(誤配膳防止を含む)

チェックポイント



2

食品の形態

- 大きさ・形状・温度・量・粘着度等は適切か
- 個々に応じたひと口の量・大きさに調整しているか

チェックポイント



3

食事時間

- ゆったりとした保育の流れとなるよう工夫しているか
- 食事前に水分を摂ったか
- 詰め込まないよう指導できているか
- 食べるスピードが速すぎないか
- よく噛むよう指導できているか
- 「笑う」「泣く」が起きた時には詰まらないかどうかを観察できているか
- 眠くなっているときに無理に口の中に入れていないか
- 食べ終わりに口の中が空になっていることを確認したか

食事以外(保育時間中)

チェックポイント



- 誤嚥・誤飲・窒息につながるものを持ち込んだり、身につけていないか
(家庭や園外から、おもちゃ、小石や木の実等の自然物、菓子・雑貨、フード付き上着等を持参していないか)



- 発達に応じたおもちゃを選択しているか(素材や大きさなど)

- ボタンや髪留め、飾りやアクセサリー、ビニール袋等が身近にないか



- こどもの手の届く場所に危険なものがないか(口に入るものなど)

- 薬品、洗剤、肥料の管理が徹底できているか



- 菜園活動中や散歩中等に、作物や木の実等を口に入れていないか

- 異年齢と一緒に遊ぶ場合は、状況に応じたおもちゃを選択しているか、または、コーナーに分かれて遊んでいるか

確認しましょう!

チャイルドマウス

51mm
の楕円形

3歳児の

最大口径

39mm 円形

この円形・楕円形の中に入るものはこどもの口に入ります

誤飲物を縦、横、斜めにして楕円形に入りそうなものは、こどもが飲み込んだり、窒息の危険があります

※乳児クラスについては、身の回りに口に入りそうなものはないかチェックしてみましょう

事故発生時の対応（救命処置が必要な場合）



初期対応

応急処置ができるよう場所を空け、
他の園児をその場から離す

他児の保育

（担当： ）

チェックポイント

1 反応の確認

反応はあるか

反応がない
 反応があるが、いつもの反応でない

チェックポイント

3 呼吸の確認

呼吸はしているか

呼吸がない

呼吸がある

心肺蘇生を行う
AED 装着

様子観察



※こどもの側から離れない！

呼吸をしているか等、こどもから
目を離さず確認

心肺蘇生・応急処置

（担当： ）

P12 を見る！

こどもの観察・記録

（担当： ）

注意!

溺れかけたり、窒息しかけた場合は、元気そうに見えても、できるだけ早期に受診する

チェックポイント

2 救急車の手配

P13 を見る!



119 番通報 (担当:)

チェックポイント

4 連絡

- 保護者へ連絡
- 大阪市保育企画課へ連絡
[認可施設] 6208-8340
[認可外施設] 6208-8114



連絡係

(担当:)

AED 設置場所

()



救命処置

発見者！直ちに！その場で！対応開始！

反応を見る！

肩や背中をたたきながら大声で呼びかけても
何らかの応答やしぐさがなければ「反応なし」とみなす

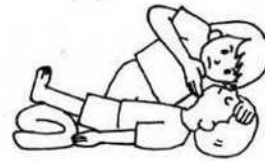


周りに知らせる！119番通報！※笛等で応援要請！人を集める！

呼吸を見る！

気道の確保

呼吸なし



呼吸をしていない時、即座にその場で人工呼吸開始！
反応がなく、呼吸がないか、**死戦期呼吸**（「口をパクパク」「あえぐような」呼吸）が認められる場合は**心停止と判断**、心肺蘇生(CPR)の適応と判断し、ただちに人工呼吸・胸骨圧迫を開始する
※睡眠中は突然死が考えられるため、すばやく見極め緊急度を判断！口腔内の確認！

心肺蘇生 (CPR)

**(胸骨圧迫30回：2回人工呼吸)
強く・早く・絶え間なく！中断しないこと！**

呼吸が重要！

胸骨圧迫！

1歳以上



- 片手の付け根で
- 乳首を結ぶ線の真ん中
- 胸の厚さ約 1/3 ぐぼむまで
- 少なくとも100~120回/分

1歳以上は口対口人工呼吸（鼻はつまむ）

1歳未満



- 中指・薬指の2本で
- 乳頭を結ぶ線の少し下
- 胸の厚さ約 1/3 ぐぼむまで
- 少なくとも100~120回/分

1歳未満は口対口鼻人工呼吸（口鼻一緒に）、
胸が軽く膨らむ程度の量で行う

AED 装着

心肺蘇生は救急隊に引き継ぐまで続ける！

電極パッド装着

AEDのメッセージに従う

必要あり

「必要」と音声 flowed たら音声に従い電気ショックボタンを押す
その後、心肺蘇生を再開する

必要なし

「不要」と音声 flowed たら、
ただちに、心肺蘇生を再開する

電極パッドを貼り付けるときもできるだけ胸骨圧迫を継続する

※職員はAEDがどこに設置されているのかを把握しておく

※ 各施設の名称、住所等、具体的な状況を入れましょう。

《119番通報》

【例】

種類・・・「救急です。」

場所・・・「住所は大阪市〇〇区〇〇、〇番地の〇〇園（施設名）です。」
「（目標物）〇〇郵便局の北側
100mです。」

通報者・・・「私は〇〇園（施設名）の〇〇です。
電話番号は〇〇〇〇－〇〇〇〇
です。」

被害状況・・・「〇歳児〇名が〇〇な状態です。」

※こどもの状態を聞かれたら簡潔に伝える。

《参考》

突然の病気やケガで救急車を呼んだ方がいいか、病院に行った方がいいか等、判断に困ったときは

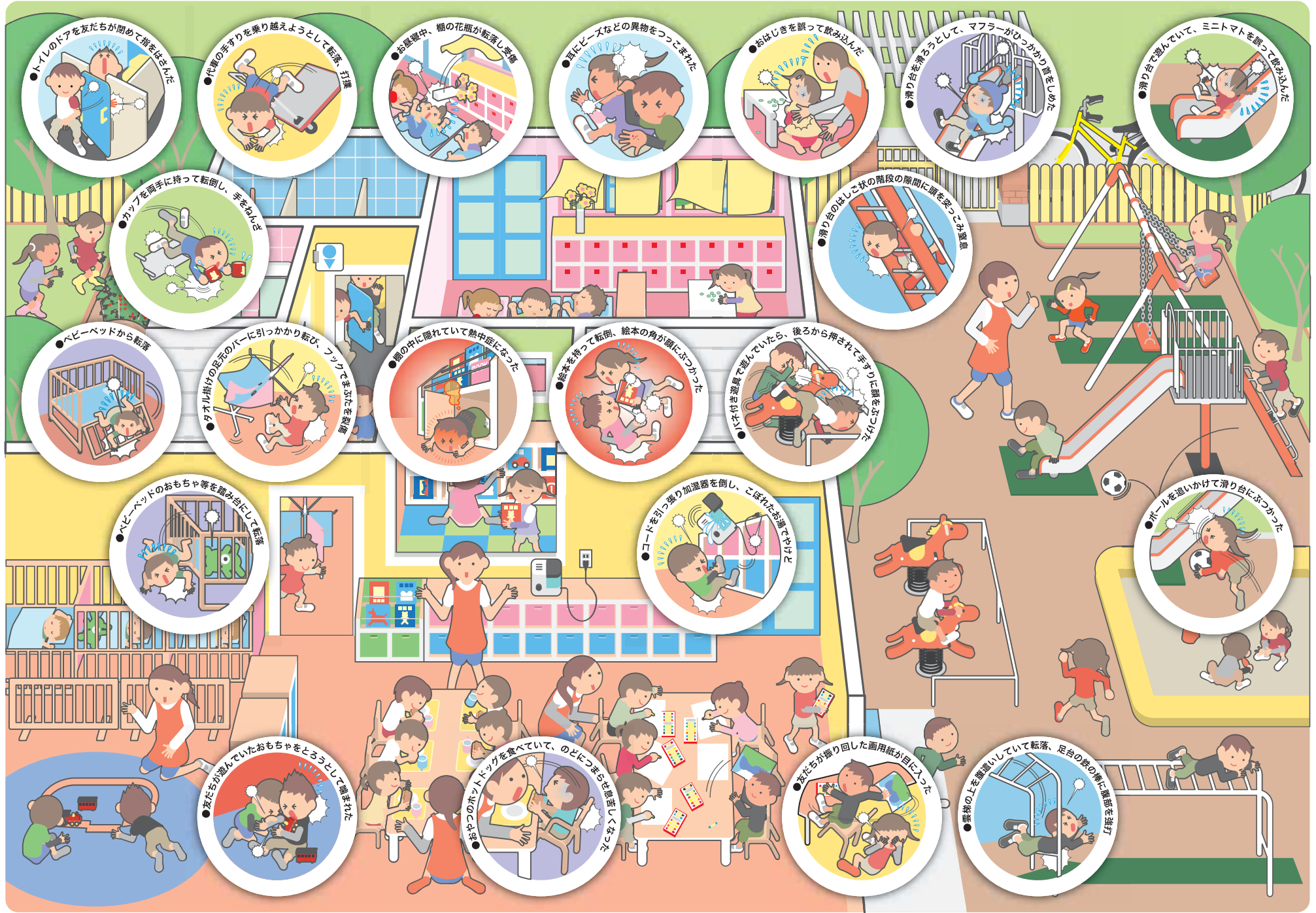
『救急安心センターおおさか』に電話を！

電話 #7119 または 06-6582-7119
(携帯電話・PHS・プッシュ回線) (すべての電話)



事故防止及び事故発生時対応マニュアル — 基礎編 —
平成 30 年 4 月

発行者 大阪市
編集者 大阪市こども青少年局保育施策部保育企画課
〒530-8201 大阪市北区中之島 1 丁目 3 番 20 号



● トイレのドアを友だちが閉めて排泄はさんだ

● 作業の手すりを乗り越えようとして転落、打撲

● お昼寝中、棚の花瓶が転落し空襲

● 耳にビーズなどの異物をつっこまれた

● おはじきを誤って飲み込んだ

● 滑り台を滑ろうとして、マフラーがひっかかり重さしめた

● 滑り台で遊んでいて、ミニトマトを誤って飲み込んだ

● カップを両手に持って転倒し、手をぬいさ

● 滑り台のはしご状の階段の隙間に顔を突っこき重傷

● ベビーベッドから転落

● タオル掛けの足元のバーに引っかかり転び、フックでまぶたを突っこき重傷

● 廊下の中に隠れていて熱中症になった

● 絵本を落して転倒、絵本の角が顔にぶつかった

● 木付き遊具で遊んでいたら、後ろから押されて手すり下敷きになった

● ベビーベッドのおもちゃ等を踏み台にして転落

● コードを引っ張り加温器を倒し、こぼれたお湯でやけど

● ボールを追いかけて滑り台にぶつかった

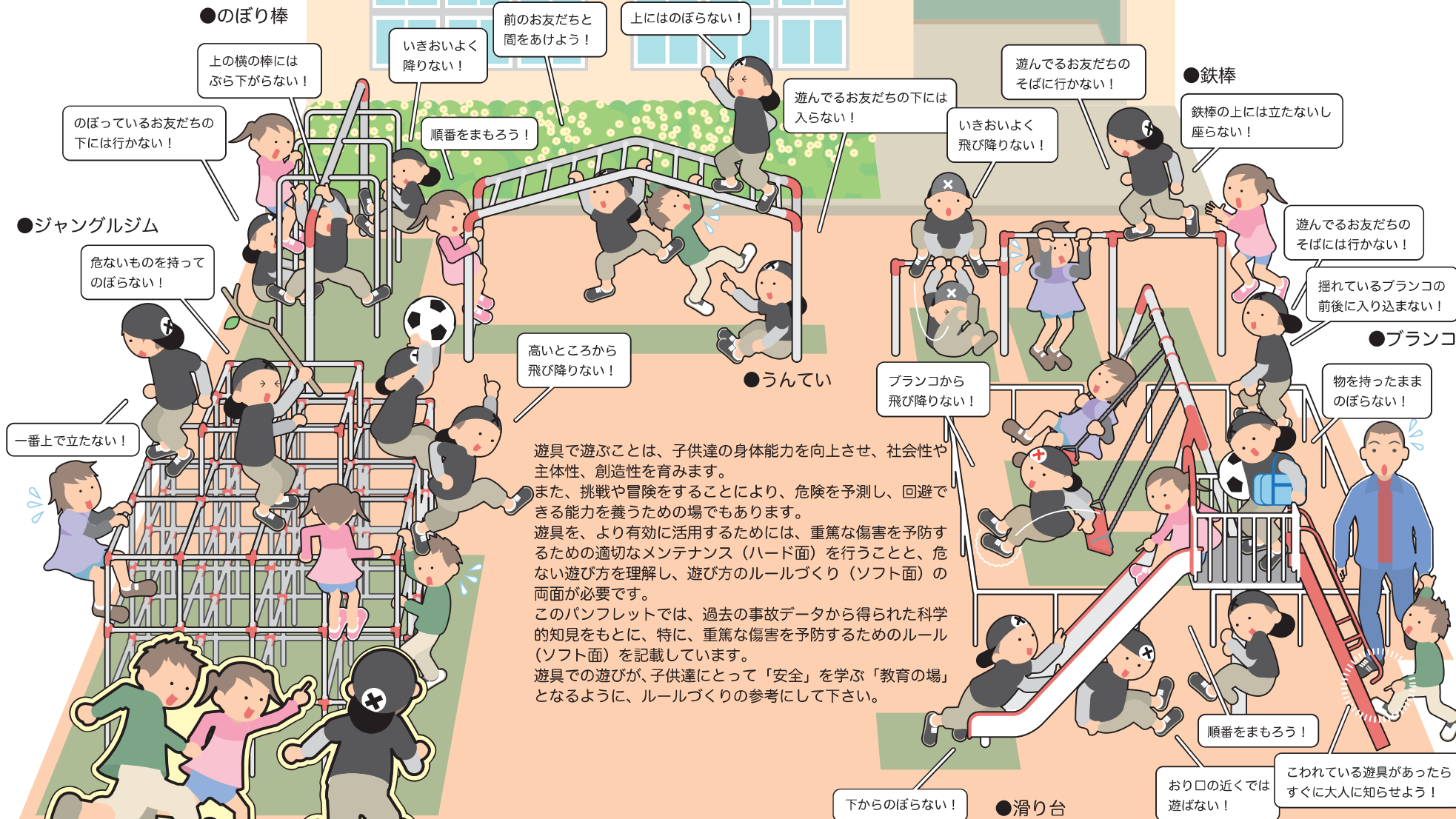
● 友だちが遊んでいたおもちゃをとろうとして踏まれた

● おやつホットドッグを食べていて、のどにつまばさみ吞しこんだ

● 友だちが振り回した画用紙が目に入った

● 鉄棒の上を通過している時に転落、足台の鉄の網に顔部を挟む

安全指導のポイント



ルールを守って楽しく遊び、
遊びを通じて心身の能力を高める！

■遊具ごとの指導上の留意点

小さな子どもたちほど、周りの状況をよく把握せずに自分の遊びに夢中になるため、他の子どもや遊具との衝突、遊具からの落下など、不注意から事故が発生する場合も多いものです。そのため、固定遊具で遊ばせる上で、遊具の安全点検とともに、子どもたちの発達や遊び方に応じた遊具ごとの安全指導が重要となります。

点検・管理のポイント

□劣化しやすい部分

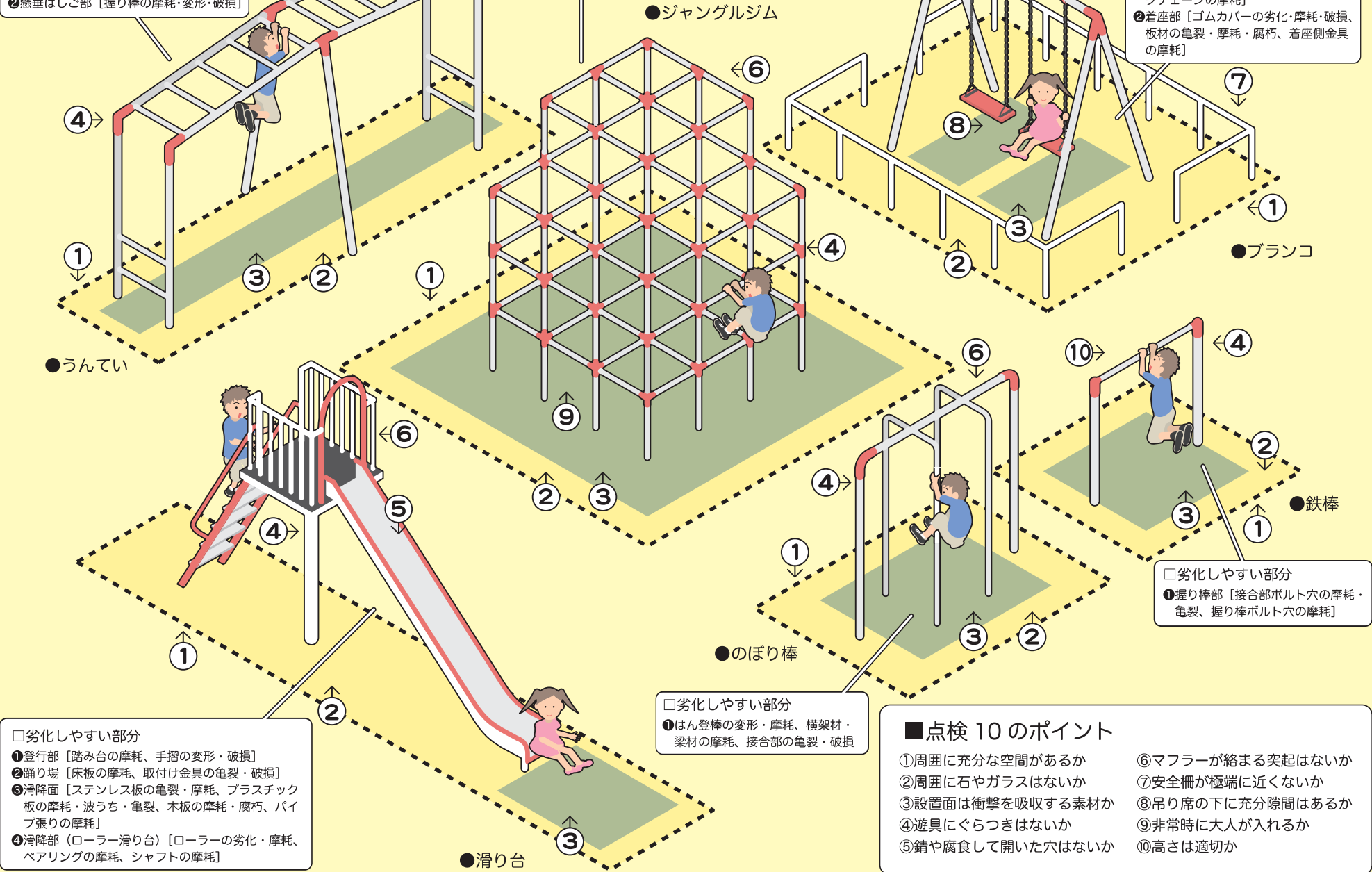
- ① 出発部 [横棒の変形・摩耗]
- ② 懸垂はしご部 [握り棒の摩耗・変形・破損]

□劣化しやすい部分

- ① 縦部材・横部材の変形・摩耗、接合部の摩耗・変形

□劣化しやすい部分

- ① 揺動部 [吊り金具のシャフト孔の摩耗、シャクルの摩耗、ベアリングの摩耗、フックの摩耗、チェーンの摩耗、ロックチェーンの摩耗]
- ② 着座部 [ゴムカバーの劣化・摩耗・破損、板材の亀裂・摩耗・腐朽、着座側金具の摩耗]



□劣化しやすい部分

- ① 登行部 [踏み台の摩耗、手摺の変形・破損]
- ② 踊り場 [床板の摩耗、取付け金具の亀裂・破損]
- ③ 滑降面 [ステンレス板の亀裂・摩耗、プラスチック板の摩耗・波うち・亀裂、木板の摩耗・腐朽、パイプ張りの摩耗]
- ④ 滑降部 (ローラー滑り台) [ローラーの劣化・摩耗、ベアリングの摩耗、シャフトの摩耗]

□劣化しやすい部分

- ① はん登棒の変形・摩耗、横架材・梁材の摩耗、接合部の亀裂・破損

□劣化しやすい部分

- ① 握り棒部 [接合部ボルト穴の摩耗・亀裂、握り棒ボルト穴の摩耗]

■点検 10 のポイント

- ① 周囲に十分な空間があるか
- ② 周囲に石やガラスはないか
- ③ 設置面は衝撃を吸収する素材か
- ④ 遊具にぐらつきはないか
- ⑤ 錆や腐食して開いた穴はないか
- ⑥ マフラーが絡まる突起はないか
- ⑦ 安全柵が極端に近くないか
- ⑧ 吊り席の下に充分隙間はあるか
- ⑨ 非常時に大人が入れるか
- ⑩ 高さは適切か