

2 . 保育事故についての報告制度の周知

- 26年 6月 第16回子ども・子育て会議において事故の発生・再発防止について行政の取組みのあり方等を検討すべきとされる
- 26年 9月 「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」（以下「検討会」という。）を設置
- 26年11月 検討会中間とりまとめ
- 27年 2月 「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」を地方自治体宛てに通知
- 27年 6月 「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」の公表開始
URL <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/index.html#database>
- 27年12月 検討会最終とりまとめ
- 28年 3月 「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」、「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」を地方自治体宛てに通知
- 28年 4月 「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」の設置
【第1回：4月25日開催】 【第2回：10月25日開催】
- 29年 【第3回：5月9日開催】 【第4回：9月7日開催】
- 30年 【第5回：2月7日開催】 【第6回：5月22日開催】 【第7回：7月17日開催】
第3回会議より検証報告のあった自治体からヒアリングを実施
- 5月 有識者会議年次報告 中間報告
- 7月 年次報告

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について

1. 背景

子ども・子育て支援新制度では、特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者は、事故の発生又は再発を防止するための措置及び事故が発生した場合における市町村、家族等に対する連絡等の措置を講ずることとされている。（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 第32条、第50条）

平成26年6月30日開催の第16回子ども・子育て会議において、特定教育・保育施設等の重大事故の発生・再発防止について行政の取組のあり方等を検討すべきとされた。

2. 検討会の議論

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（平成26年9月8日）を設置し、次の事項について議論

- 重大事故の情報の集約のあり方
- 集約した情報の分析、フィードバック、公表のあり方
- 事故の発生・再発防止のための支援、指導監督のあり方

3. 中間取りまとめ（平成26年11月28日）

重大事故の集約範囲・方法・公表のあり方について取りまとめ

・報告対象施設・事業者：特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業（子どもを預かる事業に限る）、認可を受けていない保育施設・事業

・報告の対象となる重大事故の範囲：死亡事故、治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故

・報告内容及び報告期限：報告様式を定め、報告期限の目安（第1報は事故発生当日等）を設定

・報告のルート：

特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業の施設・事業者 市町村 都道府県 国

認可を受けていない保育施設・事業者 都道府県 国

「特定教育・保育施設等における事故の報告について（平成27年2月16日）」により通知

・公表のあり方：国において事故報告をデータベース化し、平成27年6月より内閣府HPで公表（個人情報を除く）

4. 最終取りまとめ (平成27年12月21日)

重大事故の発生防止のための今後の取組みとして、以下のとおり取りまとめ

1. 事故の発生防止(予防)のためのガイドライン、事故発生時の対応マニュアルの作成

本検討会において検討された、特定教育・保育施設等における重大事故の発生防止及び事故発生時の対応に関するガイドライン等に盛り込むべき内容(骨子)を踏まえ、具体的なガイドライン、マニュアルは、別途調査研究事業において作成する各施設・事業者や地方自治体は、このガイドライン、マニュアルを参考に、各々の実態に応じて事故発生の防止等に取り組む

2. 事故の再発防止のための事後的な検証

地方自治体における検証

教育・保育施設等における子どもの死亡事故等について、事実の把握、発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討するために実施 *検証にあたっては、プライバシー保護及び事故に遭った子どもや保護者の意向に配慮する

< 検証の実施主体 >

・特定教育・保育施設、特定地域型保育事業、地域子ども・子育て支援事業 市町村(都道府県は市町村の検証を支援)
・認可を受けていない保育施設・事業 都道府県(指定都市、中核市を含む)

< 検証の対象範囲 >

地方自治体・・・死亡事故、死亡事故以外の重大事故(検証を必要と判断した事例 例:意識不明等)

(施設・事業者は、上記以外の事故、ヒヤリハット事例について適宜検証を実施する)

国における再発防止策の取組

有識者会議を設置し、地方自治体の検証報告等を踏まえた再発防止策を検討・提言

・事故報告に基づく集計・傾向分析 ・再発防止に係る提言 等を実施

3. 事故の発生・再発防止のための指導監督のあり方

重大事故の発生・再発防止の観点からの指導監督の効果的な運用が必要

・重大事故が発生した場合等、事前通告なく指導監督を実施すること等を通知等で明確化
・事故の発生・再発防止に対する日常的な指導の充実

今後の施設・事業者や地方自治体の運用状況等を踏まえ、事故の発生防止等の取組みについて引き続き見直していく

3

教育・保育施設等における事故報告及び事故情報データベース

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 中間取りまとめ(平成26年11月28日)を踏まえて、

- ① 特定教育・保育施設等における事故の報告等について(平成29年11月10日)を地方自治体宛てに通知した。
- ② 「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」について内閣府HPで公表開始(平成27年6月30日)

【① 事故報告】

報告対象となる施設・事業範囲

- ・特定教育・保育施設(認定こども園、幼稚園、保育所)
- ・幼稚園(特定教育・保育施設でないもの)
- ・特定地域型保育事業(小規模保育事業、家庭的保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業)
- ・地域子ども・子育て支援事業(一時預かり事業、延長保育事業、病児保育事業、放課後児童クラブ、ファミリー・サポート・センター事業、ショートステイ・トワイライトステイ)
- ・認可外保育施設、認可外の居宅訪問型保育事業

報告対象となる重大事故の範囲

- ・死亡事故、治療に要する期間が30日以上を負傷・疾病を伴う重篤な事故等(意識不明の事故を含む。)

○報告期限

- ・国への第1報は原則事故発生当日(遅くとも翌日)、2報は原則1ヶ月以内程度とし、状況の変化や必要に応じて、追加の報告を行う。
第1報...事故発生日時、子どもの年齢・性別、発生場所、発生状況等 第2報...事故の概要、事故発生の要因分析等

【② 事故情報データベース】

データベースの公表対象は、原則として自治体から第2報以降の事故報告とする。

(事故発生の要因分析等、事故の再発防止のため有用な情報は、原則として第2報以降に記載されるため)

プライバシーに配慮する観点から、個人情報、施設等の名称・所在地等、事案を特定されるものは掲載しない

(自治体を通じて保護者・関係者等の了解を得たものを公表しており、記載内容は自治体によるもので、国で修正等を加えていない。)
データベース掲載頻度は概ね3か月に1回(4半期ごと)

○公表データベース項目

- ・認可・認可外の別 ・施設・事業所種別 ・事故発生時期(月と時間帯)と発生時の場所・状況 ・子どもの年齢と性別
- ・発生時の体制(クラス年齢・子どもの数・教育・保育等従事者数等) ・事故状況(死因・負傷状況・受傷部位・診断名)
- ・事故誘因 ・事故概要 ・事故発生の要因分析(ソフト面、ハード面、環境面、人的面)
- ・事故発生の要因分析に係る自治体のコメント

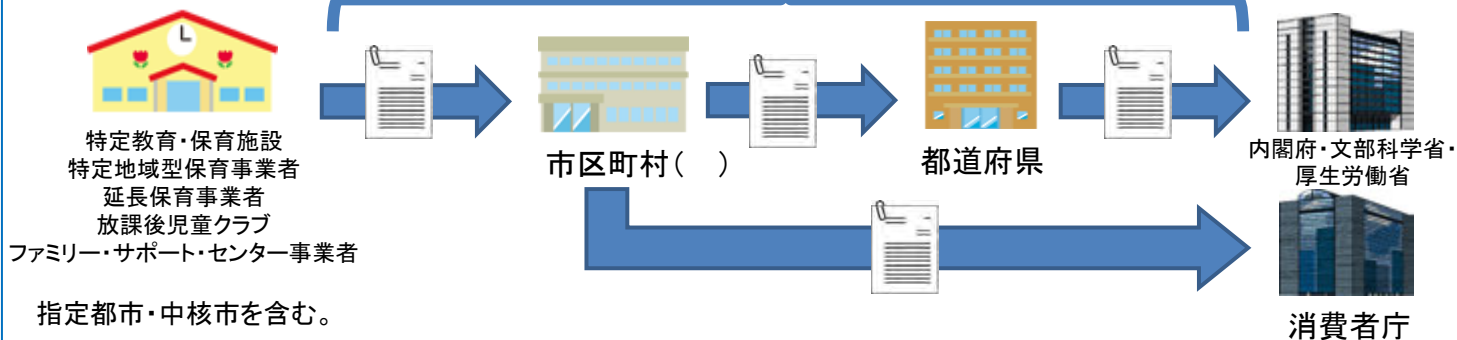
3

報告の系統

【1/3】

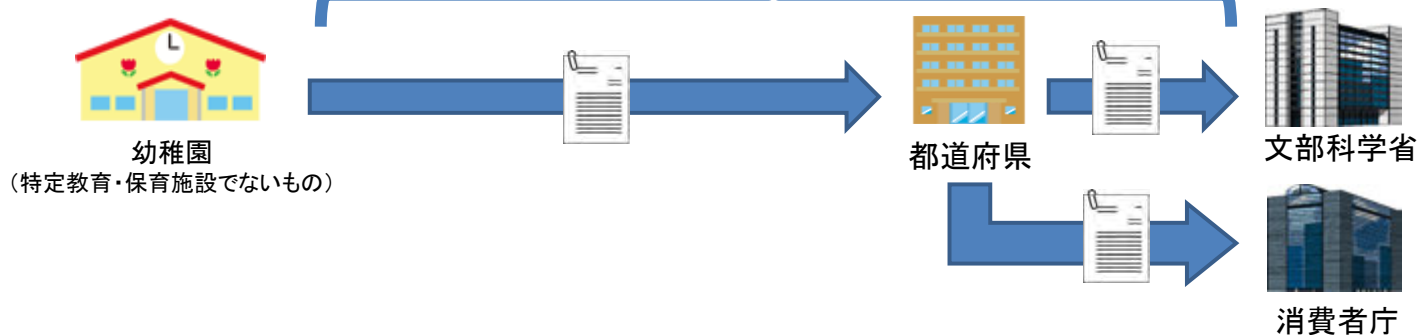
①第1報:原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)

②第2報:原則1ヶ月以内程度 等



①第1報:原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)

②第2報:原則1ヶ月以内程度 等

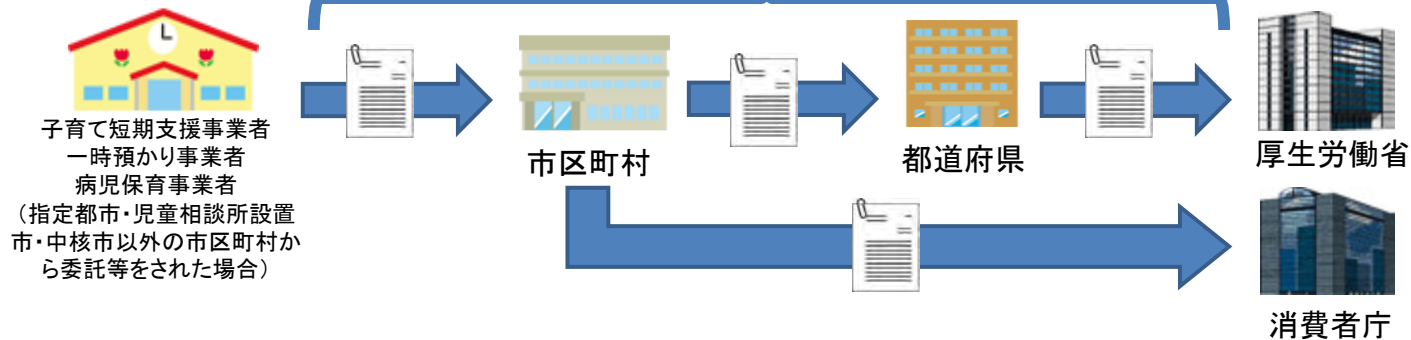


報告の系統

【2/3】

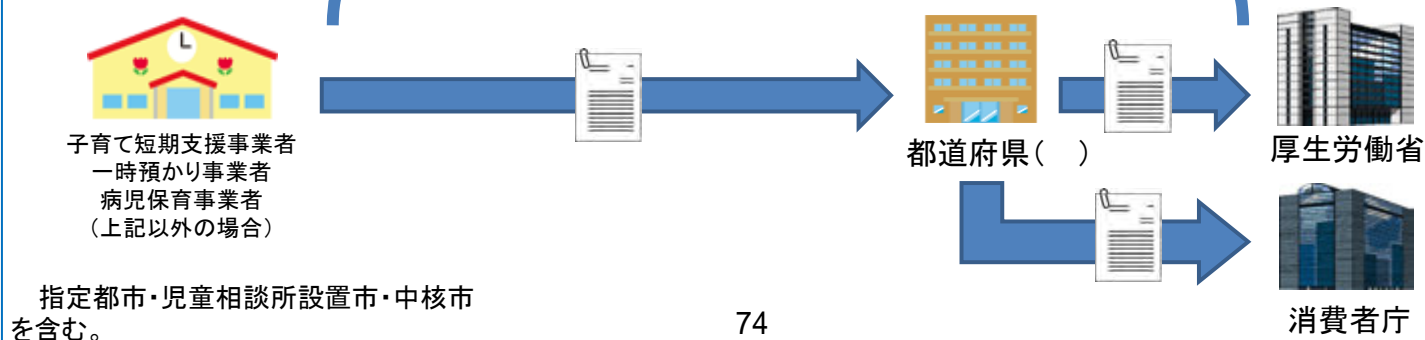
①第1報:原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)

②第2報:原則1ヶ月以内程度 等



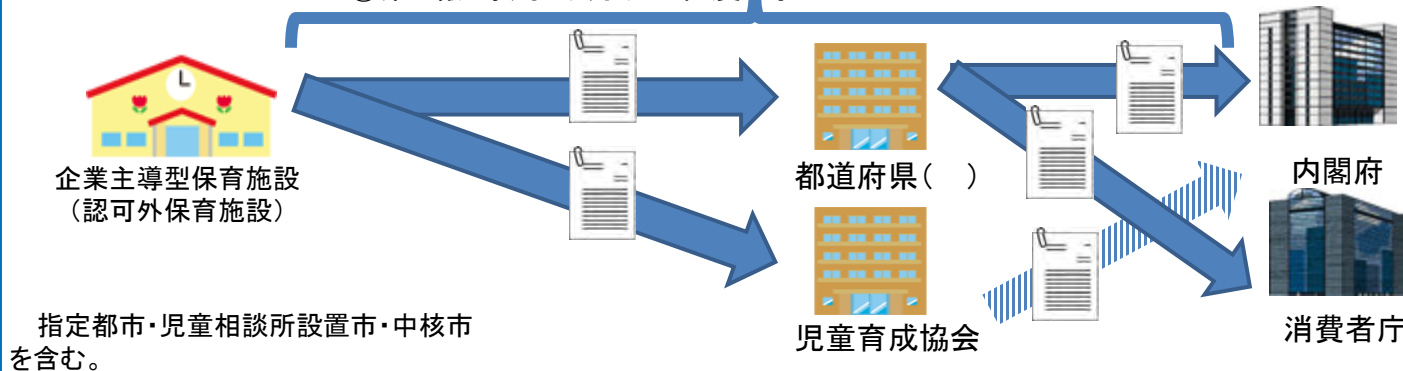
①第1報:原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)

②第2報:原則1ヶ月以内程度 等



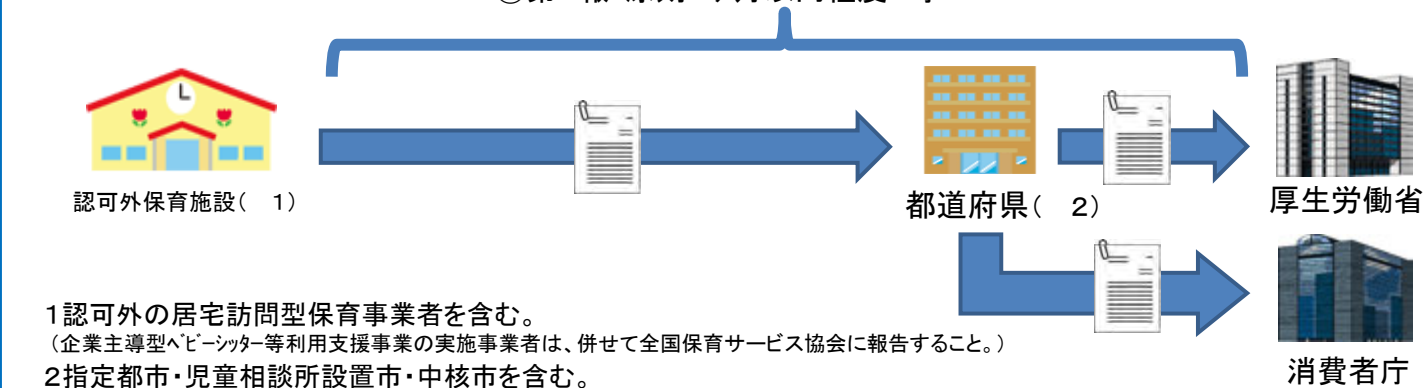
①第1報:原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)

②第2報:原則1ヶ月以内程度 等



①第1報:原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)

②第2報:原則1ヶ月以内程度 等



重大事故の再発防止のための検証と事故防止等のためのガイドライン

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 最終取りまとめ(平成27年12月21日)を踏まえて、地方自治体宛てに以下を通知し、施設・事業者に周知。(平成28年3月31日発出)

- ① 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
- 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

【① 重大事故の再発防止のための検証】

検証の実施主体

- ・市 町 村...認定こども園、幼稚園、保育所、地域型保育事業(小規模保育事業等)、地域子ども・子育て支援事業
- ・都道府県...認可外保育施設、認可外の居宅訪問型保育事業

検証の対象範囲

- ・死亡事故、意識不明等地方自治体において検証が必要と判断した重大事故

検証組織による検証

- ・検証は、外部の委員で構成する検証委員会を設置して実施する。
- ・検証委員は、重大事故の再発防止に知見のある者(例:学識経験者、医師、弁護士、教育・保育関係者)

検証の報告

- ・検討委員会は、検証結果を踏まえて、具体的な対策について提言を行う。
- ・検証結果、提言を盛り込んだ報告書を公表し、国に提出する。

【② 事故防止等のためのガイドライン】

事故防止のための取組み～施設・事業者向け～

- ・重大事故が発生しやすい場面(睡眠中、プール活動・水遊び、食事中)ごとの注意事項
- ・事故防止のための研修等による体制づくり

事故防止のための取組み～地方自治体向け～

- ・地方自治体、施設・事業者との連携体制の整備
- ・施設・事業者に対する研修や指導監査等の実施

事故発生時の対応～施設・事業者、地方自治体共通～

- ・事故発生時の段階的な対応(事故発生直後、事故直後以降、状況の記録、保護者等への対応、報道機関への対応、国への事故報告、検証の実施)

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について

1. 趣旨

「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」における検討を踏まえ、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4月からは、死亡事故等が発生した場合に、地方自治体は検証を実施し、事実の把握や発生原因の分析等を行い、必要な再発防止策を検討することとしている。

これらの取り組みを受け、国においては、地方自治体の検証報告等を踏まえた重大事故の再発防止策について検討を行うため、「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」（平成28年4月設置）を開催する。

2. 主な検討課題

- (1) 事故報告、事故情報データベースに基づく傾向分析等
- (2) 地方自治体からの検証報告に基づく重大事故の再発防止策に関する提言
- (3) 事故報告、事故情報データベースの充実
- (4) 事故防止及び発生時の対応のためのガイドライン等の改善

3. 今後の予定

当面、地方自治体からの検証報告の状況を見ながら、以下のような議論を行っていただく予定。

- ・事故報告や事故情報データベース充実に向けた検討
- ・傾向分析にかかる分析手法についての検討
- ・重大事故の検証報告からなど

◇ 委員（●：座長）

東 重満	美晴幼稚園園長	田中 弘美	一般社団法人日本こども育成協議会顧問
長田 朋久	公益社団法人全国私立保育園連盟副会長	二宮 昭子	松戸市こども部幼児保育課指導監・六実保育所長
小原 聖子	ゆったりーの運営委員会代表	● 前田 正子	甲南大学マネジメント創造学部教授
栗並 えみ	碧南市認可保育所死亡事故 被害児童の親	升田 純	中央大学法科大学院教授・升田法律事務所
鈴木 道子	NPO法人家庭的保育全国連絡協議会会長	柳橋 祥人	東京都福祉保健局少子社会対策部保育支援課長
関川 芳孝	大阪府立大学教授	山中 龍宏	緑園こどもクリニック院長・NPO法人SafeKidsJapan理事長
田中 哲郎	東京工科大学客員教授・小児科医		

「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表①

(平成30年5月28日付公表資料 抜粋)

事故報告概要

教育・保育施設等(*)において発生した死亡事故や治療に要する期間が30日以上の負傷や疾病を伴う重篤な事故等(意識不明(人工呼吸器を付ける、ICUに入る等)の事故を含む。)、平成29年1月1日から平成29年12月31日の期間内に事故報告(第1報)のあったものを集計した。

* 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
- ・認可保育所
- ・小規模保育事業
- ・家庭的保育事業
- ・居宅訪問型保育事業
- ・事業所内保育事業(認可)
- ・一時預かり事業
- ・病児保育事業
- ・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

	認定こども園・幼稚園・保育所等	放課後児童クラブ	合計	割合
負傷等	872	362	1234	99.4%
(うち意識不明)	(9)	(0)	(9)	(負傷等の0.7%)
(うち骨折)	(698)	(332)	(1030)	(負傷等の83.5%)
(うち火傷)	(5)	(0)	(5)	(負傷等の0.4%)
(うちその他)	(160)	(30)	(190)	(負傷等の15.4%)
死亡	8	0	8	0.6%
事故報告件数	880	362	1242	100%

「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表②

(平成30年5月28日付公表資料 抜粋)

① 死亡及び負傷等の事故概要

	負傷等					死亡	計	(参考) 施設・事業者数(時点)
	意識不明	骨折	火傷	その他				
幼保連携型認定こども園	72	0	54	0	18	1	73	3,618 か所(H29.4.1)
幼稚園型認定こども園	7	0	5	0	2	0	7	807 か所(H29.4.1)
保育所型認定こども園	10	0	9	0	1	0	10	592 か所(H29.4.1)
地方裁量型認定こども園	1	0	1	0	0	0	1	64 か所(H29.4.1)
幼稚園	24	0	21	0	3	0	24	5,596 か所(H29.4.1)
認可保育所	727	7	587	4	129	2	729	23,410 か所(H29.4.1)
小規模保育事業	6	0	5	1	0	0	6	3,494 か所(H29.4.1)
家庭的保育事業	0	0	0	0	0	0	0	926 か所(H29.4.1)
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	12 か所(H29.4.1)
事業所内保育事業(認可)	1	0	0	0	1	0	1	461 か所(H29.4.1)
一時預かり事業	2	0	0	0	2	0	2	9,494 か所(H28 実績)
病児保育事業	0	0	0	0	0	1	1	2,572 か所(H28 実績)
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)	5	0	5	0	0	0	5	833 か所(市区町村)(H28 実績)
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)	0	0	0	0	0	0	0	ショートステイ 764 か所 トワイライトステイ 396 か所 (H28 交付決定)
放課後児童クラブ	362	0	332	0	30	0	362	24,573 か所(H29.5.1)
企業主導型保育施設	2	0	2	0	0	0	2	企業主導型保育施設 694 か所(H29.12.31)
地方単独保育施設	8	0	5	0	3	0	8	認可外保育施設 6,923 か所
その他の認可外保育施設	7	2	4	0	1	4	11	事業所内保育施設 4,561 か所(H28.3.31)
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	80 か所(H28.3.31)
計	1234	9	1030	5	190	8	1242	

※ 地方単独保育施設とは、都道府県又は市区町村が、認可外保育施設の設備や職員配置等に関する基準を設定し、当該基準を満たすことを条件として、その運営に要する費用について補助を行う等する認可外保育施設のことをいう。

※ 「意識不明」は、事故に遭った際に意識不明になったもの(平成27年は、その後、意識不明の状態が回復したものも含む。)

※ 「骨折」には、切り傷やねんざ等の複合症状を伴うものが含まれる。

※ 「その他」には、指の切断、唇、歯の裂傷等が含まれる。

参考: 認可保育所 2,116,341人(平成29年4月1日現在)

認可外保育施設 177,877人、事業所内保育施設 73,660人(平成28年3月31日現在)

② 年齢別(死亡・負傷等)

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	放課後児童クラブ等	計
幼保連携型認定こども園	0 (0)	4 (0)	2 (0)	10 (0)	21 (0)	19 (0)	17 (1)	-	73 (1)
幼稚園型認定こども園	-	-	-	0	4	3	0	-	7
保育所型認定こども園	1	2	1	1	2	2	1	-	10
地方裁量型認定こども園	0	0	0	0	0	0	1	-	1
幼稚園	-	-	-	2	4	12	6	-	24
認可保育所	4 (0)	31 (1)	58 (0)	96 (0)	170 (1)	250 (0)	120 (0)	-	729 (2)
小規模保育事業	0	2	4	0	0	0	0	-	6
家庭的保育事業	0	0	0	0	0	0	0	-	0
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	-	0
事業所内保育事業(認可)	0	0	0	1	0	0	0	-	1
一時預かり事業	0	0	1	0	1	0	0	-	2
病児保育事業	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	-	1 (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)	0	0	1	2	1	0	0	1	5
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)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
放課後児童クラブ	-	-	-	-	-	-	-	362	362
企業主導型保育施設	0	0	1	1	0	0	0	-	2
地方単独保育施設	0	1	1	1	2	3	0	-	8
その他の認可外保育施設	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0 (0)	3 (0)	2 (0)	2 (0)	-	11 (4)
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	-	0
計	7 (2)	41 (2)	70 (1)	114 (0)	209 (2)	291 (0)	147 (1)	363 (0)	1242 (8)

※ ()内の数字は死亡事故の件数で内数

「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表③

(平成30年5月28日付公表資料 抜粋)

③ 場所別

	施設内		施設外	不明	計
	室内	室外			
幼保連携型認定こども園	37 (1)	26 (0)	10 (0)	0 (0)	73 (1)
幼稚園型認定こども園	3	4	0	0	7
保育所型認定こども園	6	4	0	0	10
地方裁量型認定こども園	1	0	0	0	1
幼稚園	10	13	1	0	24
認可保育所	305 (1)	337 (1)	87 (0)	0 (0)	729 (2)
小規模保育事業	4	2	0	0	6
家庭的保育事業	0	0	0	0	0
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0
事業所内保育事業(認可)	1	0	0	0	1
一時預かり事業	1	1	0	0	2
病児保育事業	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (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)	2	2	1	0	5
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)	0	0	0	0	0
放課後児童クラブ	117	202	43	0	362
企業主導型保育施設	0	1	1	0	2
地方単独保育施設	5	0	3	0	8
その他の認可外保育施設	7 (4)	0 (0)	4 (0)	0 (0)	11 (4)
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0
計	500 (7)	592 (1)	150 (0)	0 (0)	1242 (8)

※ ()内の数字は死亡事故の件数で内数

④ 死亡事故における主な死因

*平成29年は以下の施設から死亡事故の報告あり

	認可保育所	幼保連携型認定こども園	病児保育事業	その他の認可外保育施設	合計
SIDS	0	0	0	0	0
窒息	0	0	0	0	0
病死	0	1	0	1	2
溺死	0	0	0	0	0
その他	2	0	1	3	6
合計	2	1	1	4	8

「その他」は、原因が不明なもの等を分類

⑤ 死亡事故発生時の状況

*平成29年は以下の施設から死亡事故の報告あり

	認可保育所	幼保連携型認定こども園	病児保育事業	その他の認可外保育施設	合計
睡眠中	1	0	0	4	5
プール活動・水遊び	1	0	0	0	1
食事中	0	0	0	0	0
その他	0	1	1	0	2
合計	2	1	1	4	8

「教育・保育施設等における事故報告集計」の公表④

(平成30年5月28日付公表資料 抜粋)

(参考：これまでの保育施設等における死亡事故の報告件数等)

[注意事項：各年区分について]

※集計期間は以下のとおり。原則、国に報告された月でカウントしているが、平成25年に判明した31件の追加報告分は、実際に事故が発生した月でカウントしている。

- ・平成16年から20年：4月から3月まで
- ・平成21年：4月から12月まで（平成21年1～3月発生分は平成20年分として集計）
- ・平成22年から26年：1月から12月まで
- ・平成27年：認可保育所、認可外保育施設（地方単独保育施設、その他の認可外保育施設）は1月から12月まで
 幼保連携型認定こども園、小規模保育事業 は4月から12月まで
 ※ 認定こども園としては、平成27年度から調査を実施
- ・平成28年から：1月から12月まで

○ 死亡事故の報告件数

	幼保連携型認定こども園	認可保育所	小規模保育事業	家庭的保育事業	病児保育事業	認可外保育施設	合計
H16	-	7件	-	-	-	7件	14件
H17	-	3件	-	-	-	11件	14件
H18	-	5件	-	-	-	8件	13件
H19	-	3件	-	-	-	12件	15件
H20	-	4件	-	-	-	7件	11件
H21	-	6件	-	-	-	6件	12件
H22	-	5件	-	-	-	8件	13件
H23	-	2件	-	-	-	12件	14件
H24	-	6件	-	-	-	12件	18件
H25	-	4件	-	-	-	15件	19件
H26	-	5件	-	-	-	12件	17件
H27	1件	2件	1件	0件	0件	10件	14件
H28	0件	5件	0件	1件	0件	7件	13件
H29	1件	2件	0件	0件	1件	4件	8件
合計	2件	59件	1件	1件	1件	131件	195件

12

【取扱注意】

参考資料4

「第2回 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」(非公開)概要 平成30年3月2日(金)

開催趣旨

重大事故の再発防止のための事後的な検証実施(今後、実施予定等を含む。)自治体が、各自治体における検証実施状況、検証実施における問題点等の共有、必要な意見交換をするため、「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。)」を開催する(非公開)。この会議は、各自治体の実施する検証委員会の効果的・効率的な運営に資するものとし、また、この会議に参加していない自治体にも何らかの形でフィードバックすることも視野に入れている。

情報共有会議に参加した自治体

- ・現在検証委員会を実施中もしくは今後検証を実施する予定の自治体(14自治体20名)

会議進行

- ・参加自治体より、事案の概要、検証の進捗状況につき説明 → 参加自治体を中心に相互の質問、意見交換等。
- ・自治体ごとの説明の後、フリートーキング

自治体からの主な発言

- ・事故発生から時間も経ってしまい、事実の把握についても難しくなっている。
- ・市町村が認可・指導権限を持たない施設等も市町村が検証するようガイドラインには示されているが、市町村の検証報告書に従って都道府県が指導を行うとは考え難いので、認可・指導権限を持つところが検証を行う体制としてほしい。
- ・保護者の方から、そっとしておいてほしいという意向もある。
- ・保育士等キャリアアップ研修の中に、安全対策分野があるので、過去の事故報告を匿名化した情報を分析し、研修テキストに反映させて、現場保育士に事例検討を行ってもらっている。
- ・現場職員と本社の回答が異なり事実認定が困難。企業防衛意識が過剰に働いているように見受けられ、会社の主張をどこまで報告書に反映させるか悩む。
- ・公立保育所での事故であり、検証を行うにあたり、保護者との関係性構築が難しい。

- ・ガイドラインにある「保護者の立場に立って」という文言に対し、公正中立の立場での検証を行うべきではないのかという委員からの意見があった。
- ・事実関係の確認を行うと原因がおのずと見えてくるが、原因に触れないと提言につながらないのであれば、「処罰を目的としない」という文言と矛盾してしまうのではないか、という意見もあった。
- ・情報のない中で検証を行って中間報告のような形で提言を出しても、プレスチェックやうつぶせ寝の徹底といった当たり前の内容になってしまうという委員の懸念がある一方で、訴訟等によって新しい事実が判明するまで検証を止めてしまうと、提言が何年後になるかわからない。
- ・報告書が訴訟に利用される可能性もあり、不確かなことは書けない。また、委員選任に難航した経緯があるので、もし報告書が訴訟に利用され責任問題に発展してしまうと、他の自治体でも委員のなり手が見つからないといった状況を引き起こしかねないことを懸念している。

主な意見交換・フリートーク

- 事故発生後すぐに現場に向かったため、警察の到着よりも少し早く施設に到着した。このため、証拠書類が回収される前に、記録等をカメラに収めることが出来、検証に役立てることができた。(自)
- 委員とはいえ、地域で生業を持ち活動されている方々であるため、口を閉ざされる方もいる。(自)
- 注意喚起文書の中では、事実の認定にこだわりすぎず、得られた情報で検証を進めるようにとあるが、保護者の立場に立つのであれば、求められるのは客観的な事実認定である。また、園・保護者・保育士の3者それぞれの発言が異なる中、どのように委員に議論、提言してもらえば良いのか。(自)
- 市町村立施設の場合は第三者的な立場の都道府県での検証体制とならないか。(自)
- 検証の結果、保育のプロセスに瑕疵が無かった、という結論に至る可能性も十分にある。「保護者の視点にたつて」という文言は、保護者側から園を責めるというのではなく、あくまでも中立の立場で保護者の気持ちに寄り添いながら検証を進めてほしいというもの。(事)
- 情報が少ない中の検証は難しいとは思いますが、再発防止のため、可能な範囲でアラートを出してほしい。(座)
- 預ける側に対する注意喚起についても、事例が集まってくれば検討が必要かもしれない。(座)
- 事故直後には意向が無くとも、周囲の意見等により数年後に突然訴訟になるケースもある。また、報告書が裁判材料になることは避けられない。しかし、保育実施者、また子どもたちの命を守るためにできることは何か、検証を進めていただきたい。(座)

注) (自)は自治体、(座)は座長、(事)は事務局の発言

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

【構成】

I 目的等 II 死亡事故の詳細 III 負傷等の詳細 IV 注意喚起・提言

1. 死亡事故等の注意喚起・提言

(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面を把握し、発生予防に取り組むこと イ 睡眠中の事故防止の取り組みの徹底
- ウ 登園時の子どもの健康状態等の把握 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
- オ 事故発生状況の記録の重要性の周知徹底

(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
 - (ア) 事業者に「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
- イ 保育の質の確保
 - (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) 子ども預ける際に必要な知識を保護者が習得するための方法
- ウ 事故発生状況の記録の重要性の周知徹底
- エ 検証の意義の周知とサポート体制
 - (ア) 検証を行な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等への支援を行うこと (ウ) 自治体同士の学びあい
- オ 検証結果の有効活用
 - (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
 - (イ) 再発防止策は、現場に有効で実効性のあるものとする

(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
 - (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徹底を図ること
 - (イ) 認可外保育施設の指導監督の徹底を図ること
- イ 保育の質の確保
 - (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
- ウ 事故発生状況の記録の重要性の周知徹底
- 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

2. 負傷等の注意喚起・提言

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、これらの注意喚起等は既に昨年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。

また、死亡事故は預け始めの時期が多く、30日以内が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、特に保護者としていねいにやりとりを行い、記録などを通して情報共有を行う。

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、或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。

イ 睡眠中の事故防止の取り組みの徹底

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が共通理解し、協力して、子どもが安心できる睡眠環境を整備する。

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、又は保護者に連絡帳等の紙媒体に記載してもらうようにして把握をすることが望ましい。

特に預かり始めの時期はリスクが高いことを保護者と共通理解し、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な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。

エ 子どもの安全を最優先とする意識の徹底と事故防止の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、よく理解されるように、更なる周知徹底を図る必要がある。

このためには、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て、事故の発生予防に向けた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。

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。

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、就学前教育・保育施設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の保険加入について、保護者に加入を推奨する。

(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等の徹底を図る

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

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。

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

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は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 **80**

(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・事業者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

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組強化

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。

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) 地方自治体等の取組状況を踏まえ、実効性のある取り組みを検討すること

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。

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、その都度指差し確認を行う、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・保育教育・保育施設等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）