

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3年）

令和3年10月11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3年）

年次報告について	1
1 有識者会議の活動及び国の取組みについて	2
2-1 事故報告集計の目的等	5
(1) 事故報告集計の目的	5
(2) 事故報告集計の方法	5
(3) 死亡事故等の検証について	6
2-2 事故報告の件数等	6
(1) 「令和2年教育・保育施設等における事故報告集計」(令和3年6月18日公表)	6
(2) 死亡事故の状況について	11
(3) 意識不明の状況について	14
3 事後検証実施自治体の取組状況と独自マニュアル等作成教育・保育施設の取組調査に基づく重大事故再発防止への提言	17
(1) これまでの取組み	17
(2) 令和3年報告のコンセプト	17
(3) 調査結果の概要	18
自治体調査から確認できた特色のある事例	18
施設調査から確認できた特色のある事例	18
調査から明らかになった現状	19
(4) 調査結果からの考察・提言	19
4 教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例 個票【自治体・施設(それぞれ50音順)】	22
5 教育・保育施設における重大事故防止に関する実態調査(書面)結果	45

年次報告について

教育・保育施設等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組みの在り方等を検討すべきとされた。

これを受け、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」が設置され、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行い、平成 26 年 11 月に中間取りまとめが示され、平成 27 年 12 月に最終取りまとめがされた。国はこの報告に基づき、重大事故が発生した場合の国への報告の仕組み等を平成 27 年 4 月に整備するとともに、平成 28 年 3 月には、「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」（以下、「ガイドライン」という。）及び「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」（以下、「事後検証通知」という。）を通知している。

この事後検証通知により、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り、国においても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。

この有識者会議では、教育・保育施設等における死亡事故等の検証報告を実施した自治体に対するヒアリングを行い、その結果を踏まえて、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。）と事故情報データベースを用いた事故の傾向分析を行い、再発防止策について検討を行った結果を年次報告として取りまとめしており、令和 3 年は、これまでに検証報告が行われた自治体及び効果的な取組みを行っている教育・保育施設に対して重大事故防止に係るアンケート調査及びヒアリングを実施し、重大事故防止の取組みについて提言を取りまとめた。

【これまでの年次報告】

・第 1 回年次報告（平成 30 年）

死亡事故等について、自治体による検証報告のヒアリングを踏まえた、注意喚起及び提言

・第 2 回年次報告（令和元年）

有識者会議において選定した「骨折」をテーマに聞き取り調査及び再発防止策の提言

・第 3 回年次報告（令和 2 年）

認可外保育施設を対象とする事故防止に関する自治体の取組を収集し、再発防止策の提言

1 有識者会議の活動及び国の取組みについて

有識者会議は、平成 28 年 4 月から、これまでに 14 回開催してきた。

平成 29 年 5 月からは、教育・保育施設等における死亡事故等の検証報告を実施した自治体に対するヒアリングを行っており、平成 29 年 12 月には、ヒアリング結果を踏まえ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、初めて「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。

死亡事故等の検証は、個人の責任追及ではなく、再発防止につなげることを目的とするが、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で、模索しながら実施している状態である。それを支援するために、平成 29 年から内閣府において、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。)を開催しており、引続き、このような取組みを通じ、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。

また、令和元年 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・保育の無償化が実施された。これに伴い、教育・保育施設等の質の向上に関する社会的関心は高まっており、重大事故防止に向けた関係者の更なる取組みの強化と、自治体及び施設・事業者による事故報告及び事後検証の確実な実施が求められている。

国は、特に認可外保育施設に対して、重大事故の防止や事故発生時の対応に関するガイドラインによる取組みの徹底、都道府県等による児童福祉法に基づく年 1 回以上の立入調査の指導、睡眠中など重大事故が発生しやすい場面での指導・助言を行う「巡回支援指導員」の配置に対する補助などの事故防止のための対策を講じているところであり、こうした情勢からも有識者会議における重大事故防止策の検討について重要性が増している。

一方で、事故防止の一翼を担う教育・保育施設等に対する指導監査(施設監査)や巡回指導が、現下の新型コロナウイルス感染症流行下にあっては制約されることから、自治体及び施設・事業者におかれては、これまで以上にガイドライン等に基づく取組みが重要となる。

【参考：有識者会議の活動及び国の取組一覧】

		有識者会議活動状況	
平成 28 年度	4 月	第 1 回有識者会議	・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 他
	10 月	第 2 回有識者会議	・教育・保育施設等における事故情報データベースの改善について ・検証実施自治体へのヒアリング結果について 他
	2 月		・第 1 回情報共有会議について

		有識者会議活動状況	
平成 29 年度	5月	第3回有識者会議	・4自治体ヒアリング
	9月	第4回有識者会議	・1自治体ヒアリング ・これまでのヒアリングを踏まえた対応について 他
	2月	第5回有識者会議	・1自治体ヒアリング ・幼稚園、保育所における死亡・障害事故の実態と事故防止について 他
	3月		・第2回情報共有会議について
平成 30 年度	5月	第6回有識者会議	・2自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告案について 他
	7月	第7回有識者会議	・2自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告案について 他
		第1回年次報告	
	9月	第8回有識者会議	・監査の取組状況について 他
	2月	第9回有識者会議	・3自治体ヒアリング ・負傷等の検証について 他
令和元年 度	6月	第10回有識者会議	・3自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告中間報告(案)について 他
			・第3回情報共有会議について
	8月	第11回有識者会議	・2自治体ヒアリング ・自治体による重大事故防止の取組について 他 ・有識者会議年次報告(案)について 他
		第2回年次報告	
	1月	第12回有識者会議	・1自治体ヒアリング ・認可外施設等について 他
令和2年 度	8月	第13回有識者会議	・2自治体ヒアリング ・CDR(チャイルドデスレビュー)について 他
	10月	第3回年次報告	
	1月	第14回有識者会議	・2自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告(案)について

		国の取組状況 (【通知】【事務連絡】は国から自治体へ発出)	
平成 27 年度	3月	【通知】教育・保育施設等における事故防止及び事故発生等の対応のためのガイドラインについて	
		【通知】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	

		国の取組状況 (【通知】【事務連絡】は国から自治体へ発出)
平成 28 年度	10 月	【事務連絡】「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」の周知徹底について
	2 月	第 1 回教育・保育施設等における重大事故の事後的検証実施自治体情報共有会議
平成 29 年度	5 月	【事務連絡】(再周知)「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」の周知徹底について
	9 月	【事務連絡】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の徹底について
	10 月	【事務連絡】平成 29 年度乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間の実施等の周知について
	11 月	【通知】特定教育・保育施設等における事故の報告等について
	12 月	【事務連絡】「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」からの注意喚起について
	3 月	第 2 回教育・保育施設等における重大事故の事後的検証実施自治体情報共有会議
平成 30 年度	6 月	【通知】「教育・保育施設等においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について
	8 月	【事務連絡】「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」の公表について
	11 月	【事務連絡】平成 30 年度乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間の実施等の周知について
令和元年 度	6 月	第 3 回教育・保育施設等における重大事故の事後的検証実施自治体情報共有会議
		【通知】教育・保育施設等においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について
		【通知】未就学児が日常的に集団で移動する経路の交通安全の確保の徹底について
	8 月	【事務連絡】「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
	10 月	【事務連絡】令和元年度乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間の実施等の周知について
	2 月	【事務連絡】食品による子どもの窒息事故に関する注意喚起について
令和 2 年 度	6 月	【通知】教育・保育施設等においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について
	10 月	【事務連絡】令和 2 年度乳幼児突然死症候群 (SIDS) 対策強化月間の実施等の周知について
	1 月	【事務連絡】節分の豆等の食品による子どもの窒息事故の予防に向けた注意喚起について

	国の取組状況 (【通知】【事務連絡】は国から自治体へ発出)	
		【事務連絡】幼児乗せ自転車の安全な利用に関する情報提供について
令和3年 度	6月	【通知】教育・保育施設等においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について

この他、睡眠中の窒息リスクの除去の方法等、重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項を記載した周知啓発資料等により、事故防止の取組みを推進している。併せて、全国担当課長会議、自治体説明会や施設・事業者向けの各種研修会においても、ガイドライン等事故防止の取組みの周知徹底を行っている。

2 - 1 事故報告集計の目的等

(1) 事故報告集計の目的

全国の教育・保育施設及び事業者等における重大事故の中で、特に死亡事故等といった命に関わる重大事故の防止に資する注意喚起を行い、保育事故の防止を目的として作成するものである。

(2) 事故報告集計の方法

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日以上を負傷や疾病)の自治体から国への事故報告については、平成27年4月の子ども・子育て支援法施行時から、内閣府、文部科学省及び厚生労働省の三府省通知により自治体に依頼しているところであり、報告のあった事故件数を内閣府において毎年集計し、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報告件数は、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、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。

(内閣府ホームページ : <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/data/index.html>)

(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自治体が全ての死亡事故について検証を行うこととしており、SIDS や死因不明とされた事例も含めて事故発生時の状況等について検証が行われている。

なお、死亡事故以外でも、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）について検証を行うこととしている。

自治体による検証報告は、平成 29 年 2 月に初めて国に提出され、以降令和 3 年 7 月末までに合計 35 件提出されている。有識者会議においては、このうち 23 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、速やかに注意喚起すべき睡眠中の事故防止に関して、年次報告を待たずに「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」からの注意喚起について」を発出し、教育・保育施設、事業者等及び自治体に対して注意喚起を図った。また、平成 30 年 7 月には、検証報告のヒアリングを踏まえて、事故内容の傾向分析のほか、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）を公表した。

2-2 事故報告の件数等

(1) 「令和 2 年教育・保育施設等における事故報告集計」(令和 3 年 6 月 18 日公表)

平成 27 年 6 月から、教育・保育施設等で発生した事故情報について、「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」(教育・保育施設等で発生した死亡事故や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等)として集計し、内閣府ホームページで公表している。

令和 2 年 1 月 1 日から令和 2 年 12 月 31 日の期間内に報告のあった事故については以下のとおりである。

(事故報告全体の集計)

○ 全体の報告件数は 2,015 件(対前年+271)であった。

負傷等の報告は 2,010 件(対前年+272)あり、そのうち 1,660 件〔83%〕(対前年+259)が骨折によるものであった。

骨折が大宗を占める傾向は公表開始以来一貫しているところであるが、骨折には後遺症が残る深刻な事故も含まれるため、一層の安全管理・保育環境の整備が必要である。

死亡の報告は 5 件(対前年 1)で、平成 28 年の公表開始以来、最少の件数であった。

報告件数全体では、公表開始以降毎年増加しており、過去最多となったが、背景としては、教育・保育施設等を利用する児童数の増加のほか、事故報告制度の周知が進んだことが要因の一つと考えられる。

	負傷等					死亡	計
	内訳						
	(意識不明)	(骨折)	(火傷)	(その他)			
認定こども園・幼稚園・保育所等	1,581	(14)	(1,281)	(6)	(280)	5	1,586
	(+288)	(+4)	(+270)	(1)	(+15)	(1)	(+287)
放課後児童クラブ	429	(0)	(379)	(0)	(50)	0	429
	(16)	(1)	(11)	(0)	(4)	(0)	(16)
計	2,010	(14)	(1,660)	(6)	(330)	5	2,015
	(+272)	(+3)	(+259)	(1)	(+11)	(1)	(+271)
割合	99.8%	(負傷等の0.7%)	(負傷等の82.4%)	(負傷等の0.3%)	(負傷等の16.4%)	0.2%	100%
	(+0.1)	(+0.1)	(+1.8)	(0.1)	(2.0)	(0.1)	-

下段は前年比の増減数

認定こども園・幼稚園・認可保育所等とは、放課後児童クラブ以外の施設・事業

(死亡及び負傷等の事故概要)

- 活動量の多い年齢の児童が在籍する認定こども園・幼稚園・認可保育所、放課後児童クラブでは、負傷等の割合が高くなっている。

	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	312	2	266	2	42	0	312	5,688 か所 (R2.4.1)
幼稚園型認定こども園	23	0	21	0	2	1	24	1,200 か所 (R2.4.1)
保育所型認定こども園	45	1	37	0	7	1	46	1,053 か所 (R2.4.1)
地方裁量型認定こども園	3	0	3	0	0	0	3	75 か所 (R2.4.1)
幼稚園	55	0	52	0	3	0	55	8,498 か所 (R2.5.1)
認可保育所	1,080	7	859	4	210	1	1,081	22,706 か所 (R2.4.1)
小規模保育事業	18	0	11	0	7	0	18	5,365 か所 (R2.4.1)
家庭的保育事業	1	0	0	0	1	0	1	887 か所 (R2.4.1)
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	14 か所 (R2.4.1)
事業所内保育事業(認可)	3	0	2	0	1	0	3	645 か所 (R2.4.1)
一時預かり事業	1	0	1	0	0	0	1	10,580 か所 (R1実績)
病児保育事業	0	0	0	0	0	0	0	3,374 か所 (R1実績)

	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				
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	0	0	0	0	0	931 か所(市区町村) (R1 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 882 か所 ・トワイライトステイ 475 か所 (R1 実績)
放課後児童クラブ	429	0	379	0	50	0	429	26,625 か所 (R2.7.1)
企業主導型保育施設	13	1	10	0	2	0	13	3,768 か所 (R2.3.31)
地方単独保育施設	3	0	2	0	1	0	3	・認可外保育施設(ベビーホテル・その他) 5,890 か所 ・事業所内保育施設 7,132 か所 (H31.3.31)
その他の認可外保育施設	24	3	17	0	4	2	26	
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	3,313 か所 (H31.3.31)
計	2,010	14	1,660	6	330	5	2,015	

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。

各項目について(用語の整理であり、下記の報告事例があったことを意味するものではない。)

- ・ 意識不明:事故に遭った際に意識不明になったもの。(その後、意識不明の状態が回復したものを含み、令和2年12月末までの間に死亡したものは除く。)
- ・ 骨折:切り傷やねんざ等の複合症状を伴うものを含む。
- ・ その他:指の切断、唇、歯の裂傷等を含む。
- ・ 死亡:第1報の報告時に「意識不明」であり、その後、第2報以降の報告時(令和2年12月末までの間)に「死亡」として報告のあったものを含む。

(年齢別(死亡・負傷等))

- 年齢別に見ると5歳が一番多いが、年齢が上がり活動が活発になるに従って件数が増加している。(5歳・6歳児で約4割)

死亡事故を見ると0歳～4歳で起きており、年齢・場面に応じた対応が重要である。

	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	1	11	29	39	77	99	56	-	312
幼稚園型認定こども園	0	0	0	3	7 (1)	11	3	-	24 (1)
保育所型認定こども園	0	4	7	6	16 (1)	8	5	-	46 (1)
地方裁量型認定こども園	0	0	0	2	0	1	0	-	3
幼稚園	0	0	0	3	14	21	17	-	55
認可保育所	5	48 (1)	104	149	232	373	170	-	1,081 (1)
小規模保育事業	0	3	10	5	0	0	0	-	18
家庭的保育事業	0	0	1	0	0	0	0	-	1
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	1	2	0	0	0	0	-	3
一時預かり事業	0	0	0	1	0	0	0	-	1
病児保育事業	0	0	0	0	0	0	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	0	0	0	0	0	-	0
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
放課後児童クラブ	-	-	-	-	-	-	-	429	429
企業主導型保育施設	3	0	5	3	1	0	1	-	13
地方単独保育施設	0	0	0	0	0	2	1	-	3
その他の認可外保育施設	3 (1)	5 (1)	3	5	4	4	2	-	26 (2)
認可外の居宅訪問型保育 事業	0	0	0	0	0	0	0	-	0
計	12 (1)	72 (2)	161 (0)	216 (0)	351 (2)	519 (0)	255 (0)	429 (0)	2,015 (5)

()内の数字は死亡事故の件数で内数

(場所別)

事故の発生場所は施設内が 1,820 件〔90%〕(対前年+256)であり、そのうち 994 件〔55%〕(対前年+157)は施設内の室外で起きていた。

平成 28 年の公表開始以降、施設内では一貫して室外の件数が多い傾向にある。今後より一層、室外での活動時の安全確保の徹底が必要である。

	施設内		施設外	不明	計
	室内	室外			
幼保連携型認定こども園	132	164	16	0	312
幼稚園型認定こども園	13 (1)	11	0	0	24 (1)
保育所型認定こども園	30 (1)	14	2	0	46 (1)
地方裁量型認定こども園	1	2	0	0	3
幼稚園	23	31	1	0	55
認可保育所	461 (1)	513	107	0	1,081 (1)
小規模保育事業	5	7	6	0	18
家庭的保育事業	1	0	0	0	1
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0
事業所内保育事業(認可)	3	0	0	0	3
一時預かり事業	1	0	0	0	1
病児保育事業	0	0	0	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	0	0	0
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	134	245	50	0	429
企業主導型保育施設	6	3	4	0	13
地方単独保育施設	0	1	2	0	3
その他の認可外保育施設	16 (2)	3	7	0	26 (2)
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0
計	826 (5)	994	195	0	2,015 (5)

()内の数字は死亡事故の件数で内数

(2) 死亡事故の状況について

令和2年の教育・保育施設等における死亡事故の報告件数は5件であった。

施設別の件数は、その他の認可外保育施設が2件、幼稚園型認定こども園1件、保育所型認定こども園1件、認可保育所1件であった。

死亡事故の発生時の状況としては、食事が2件(1、4歳児)、睡眠中が1件(乳幼児突然死症候群(SIDS)(0歳児))、その他として行事中が1件(4歳児)、不明が1件(1歳児)であったが、死因別で見ると、食事中に給食を喉に詰まらせた窒息が1件、給食で提供されたぶどうを喉に詰まらせた窒息が1件、節分の豆まき行事の際に豆を喉に詰まらせた窒息が1件となっており死亡事故5件のうち誤嚥による窒息が3件となっている。

窒息事故については、これまで保育施設において誤嚥による乳幼児の死亡事例が複数発生している状況を踏まえ、内閣府、消費者庁、文部科学省及び厚生労働省の連名で、「食品による子どもの窒息事故に関する注意喚起について」(令和2年2月)及び「節分の豆等の食品による子どもの窒息事故の予防に向けた注意喚起について」(令和3年1月)を自治体宛に通知するほか、令和2年の年次報告を自治体に周知する際にも注意喚起を行うなど、重ねて誤嚥による窒息事故の防止について周知を図ってきた。

ミルクや食事の誤嚥による窒息は、子どもの発達の状況を適切に把握・理解した上で食事等の提供や介助を行うこと、また、食事等の誤嚥を防ぐためには、口にするものの大きさや形状、固さなどに留意して提供する等の基本的な事項を保育者一人一人が意識して保育に当たることが重要であるため、リスクの高い食材を提供する場合には保育者と給食担当者の全員が共有するなど、緊密な連携やガイドラインを理解した上での対応が重要である。

(死亡事故における主な死因) 「その他」は、死因が不明なもの等を分類

	幼稚園型認定こども園	保育所型認定こども園	認可保育所	その他の認可外保育施設	計
SIDS	0	0	0	1	1
窒息	1	1	1	0	3
病死	0	0	0	0	0
溺死	0	0	0	0	0
その他	0	0	0	1	1
合計	1	1	1	2	5

(死亡事故発生時の状況)

	幼稚園型認定こども園	保育所型認定こども園	認可保育所	その他の認可外保育施設	計
睡眠中	0	0	0	1	1
食事中	1	0	1	0	2
その他	0	1	0	1	2
合計	1	1	1	2	5

参考〔施設別死亡件数推移〕: 集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	計	%
幼保連携型認定こども園	1	0	1	0	0	0	2	3.6%
幼稚園型認定こども園	0	0	0	0	0	1	1	1.8%
保育所型認定こども園	0	0	0	0	0	1	1	1.8%
認可保育園	2	5	2	2	2	1	14	25.5%
小規模保育事業	1	0	0	0	0	0	1	1.8%
一時預かり事業	0	0	0	0	1	0	1	1.8%
家庭的保育事業	0	1	0	1	0	0	2	3.6%
病児保育事業	0	0	1	0	0	0	1	1.8%
地方単独保育事業	1	0	0	0	0	0	1	1.8%
その他の認可外保育施設	9	7	4	6	3	2	31	56.4%
計	14	13	8	9	6	5	55	100%

参考〔死亡事故における主な死因推移〕: 集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	計	%
SIDS	2	0	0	0	0	1	3	5.4%
窒息	1	0	0	0	1	3	5	9.1%
病死	2	4	2	1	2	0	11	20.0%
溺死	1	0	0	0	0	0	1	1.8%
その他	8	9	6	8	3	1	35	63.6%
計	14	13	8	9	6	5	55	100%

「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」～施設・事業者向け～（平成28年3月）抜粋

1 事故の発生防止（予防）のための取組み

(1) 安全な教育・保育環境を確保するための配慮点等

重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項について

ウ 誤嚥（食事中）

職員は、子どもの食事に関する情報（咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況）について共有する。また、食事の前には、保護者から聞き取った内容も含めた当日の子どもの健康状態等について情報を共有する。子どもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識して、食事の介助及び観察をする。

食事の介助をする際の注意としては、以下のことなどが挙げられる。

POINT 食事の介助をする際に注意すべきポイント

- ・ ゆっくり落ち着いて食べることができるよう子どもの意志に合ったタイミングで与える。
- ・ 子どもの口に合った量で与える（一回で多くの量を詰めすぎない）。
- ・ 食べ物を飲み込んだことを確認する（口の中に残っていないか注意する）。
- ・ 汁物などの水分を適切に与える。
- ・ 食事の提供中に驚かせない。
- ・ 食事中に眠くなっていないか注意する。
- ・ 正しく座っているか注意する。

食事中に誤嚥が発生した場合、迅速な気付きと観察、救急対応が不可欠であることに留意し、施設・事業者の状況に応じた方法で、子ども（特に乳児）の食事の様子を観察する。特に食べている時には継続的に観察する。過去に、誤嚥、窒息などの事故が起きた食材（例：白玉風のだんご、丸のままのミニトマト等）は、誤嚥を引き起こす可能性について保護者に説明し、使用しないことが望ましい。

このほか、参考例1を示して窒息事故の多い食品や安全な食べさせ方などを解説

(3) 意識不明の状況について

死亡事故とともに、意識不明となった事故も重大事故であり保育の場では問題になる。令和2年の教育・保育施設等における意識不明の件数は14件であった。

施設別では、認可保育所が最も多い7件、次いでその他の認可外保育施設3件、幼保連携型認定こども園2件、企業主導型保育施設、保育所型認定こども園が各1件であった。

いずれも幸いにも一時的な意識不明であり、その後は通園を再開している。意識不明の要因をみると、痙攣によるもの7件のうち、熱性痙攣が3件、てんかんの疑いのある場合等が4件であった。痙攣以外の7件は転倒が2件、誤嚥が1件、チアノーゼが2件、熱中症の疑いが1件、転落が1件であった。

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く、数時間前は元気な状態であっても、急激な体調変化を示し、安静が必要となる場合もある。各施設においては、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子どもの健康状態を把握しているところであるが、ある検証報告の中では、教育・保育施設等と保護者で登園時の健康状態についての情報・認識が異なり、結果として事故に繋がるような状況となったケースもあり、子どもの健康状態の把握については、普段から保護者との十分なコミュニケーション(登園時に連絡帳や保護者からの聞き取りなど)を図る必要がある。

体調不良と思われる子どもについては、主治医の診断と指示を基に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など、丁寧な対応が重要である。特に熱性痙攣の既往やてんかん発作、医療的ケアを要する子どもに対しては、日常生活での注意事項や配慮点など主治医の指導の下、情報の共有を行うことが重要である。

また、意識が確認できなければ、直ちに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、痙攣や意識不明であった時間やその間の状態を記録する、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行い、組織的な体制を整備しておくことが重要である。(緊急時の組織的な体制の整備に当たっては、ガイドライン(施設・事業者向け)の1.(3)緊急時の対応体制の確認を参照)

意識不明となる事故は、死亡事故に繋がる恐れがあった重大事故であり、転倒や誤嚥などの体調不良によらないものは、保育の場での適切な対応により防ぐことができた可能性もあり、保育者一人一人の安全意識や教育・保育環境等の整備等が重要となる。

なお、事後検証通知では、死亡事故以外にも意識不明等の重大事故について自治体が必要と判断した場合には検証を実施する旨を定めており、転倒や誤嚥など体調不良に起因しない意識不明事例については再発防止策を検討する観点からも積極的な検証の実施が求められる。

(意識不明における主な原因) 「その他」は、原因が不明なもの等を分類

	幼保連携型認定こども園	保育所型認定こども園	認可保育所	企業主導型保育施設	その他の認可外保育施設	合計
けいれん	0	1	4	1	1	7
転倒	1	0	0	0	1	2
誤嚥	0	0	1	0	0	1
その他	1	0	2	0	1	4
合計	2	1	7	1	3	14

(意識不明時の状況)

	幼保連携型認定こども園	保育所型認定こども園	認可保育所	企業主導型保育施設	その他の認可外保育施設	合計
睡眠中	0	0	1	0	0	1
食事中	0	0	3	0	0	3
その他	2	1	3	1	3	10
合計	2	1	7	1	3	14

参考〔施設別意識不明件数〕: 集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	計	%
幼保連携型認定こども園	0	1	0	2	0	2	5	8.2%
保育所型認定こども園	0	0	0	0	1	1	2	3.3%
認可保育園	6	5	7	7	6	7	38	62.3%
小規模保育事業	0	0	0	1	1	0	2	3.3%
放課後児童クラブ	0	0	0	2	1	0	3	4.9%
企業主導型保育施設	1	0	0	0	2	1	4	6.6%
地方単独保育事業	0	1	0	0	0	0	1	1.6%
その他の認可外保育施設	0	0	2	1	0	3	6	9.8%
計	7	7	9	13	11	14	61	100%

「意識不明」は、事故に遭った際に意識不明になったもの。(その後、意識不明の状態が回復したものを含み、令和2年12月末までの間に死亡したものは除く。)

参考〔意識不明における主な原因推移〕：集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	計	%
けいれん					9	7	16	64%
転倒					1	2	3	12%
誤嚥					1	1	2	8%
その他					0	4	4	16%
計	7	7	9	13	11	14	25	100%

3 事後検証実施自治体の取組状況と独自マニュアル等作成教育・保育施設の取組調査に基づく重大事故再発防止への提言

(1) これまでの取組み

教育・保育施設等における重大事故の再発防止に当たっては、平成 28 年 3 月に「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」を発出し、自治体に重大事故の事後的な検証を求めるとともに、本有識者会議において自治体からの検証結果の報告・ヒアリングを通して、様々な視点から検証を行い再発防止策の検討を行ってきた。さらには、「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」からの注意喚起について」（平成 29 年）及び「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、令和元年、令和 2 年）等において、注意喚起・提言を行っている。

これらの重大事故の再発防止の取組みに加え、不幸にも発生した重大事故から教訓を得るため、国においては平成 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を設けるとともに、事故報告データベースを整備（平成 27 年）し、重大事故の傾向分析を行い、再発防止策について検討を行った結果を年次報告として取りまとめるなど、再発防止に向けた検討を行ってきた。

これまでの取組みから教育・保育等施設等における死亡事故等には、保育士が他の業務等で場を離れるなど、子どもを継続的に観察していない状況下で事故が発生した事案や、子どもの異常発見後も直ちに 119 番通報を行わない事案など、生命を守るための適切な対応を行っていないと推察されるものも多く、依然として、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が十分とはいえない状況が見受けられており、“保育者の安全意識が不十分”、“安全な教育・保育環境の確保の不足”、“緊急時の対応の不徹底”など国のガイドラインの周知・理解が十分でない等の基本的な部分での課題も浮き彫りとなっている。

(2) 令和 3 年報告のコンセプト

そこで、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 3 年）においては、これまでに重大事故の検証を実施した自治体に対して検証報告の公表後の取組状況等についての追跡調査及び国のガイドライン等をもとに独自マニュアル等を策定するなどの効果的な取組みを行っている保育所・幼稚園・幼保連携型認定こども園（以下「調査対象園」という。）を選定し、検証報告から得られた課題への効果的な取組みについて調査を行った。

調査の実施に当たっては、書面調査をもとに特徴的な事例等の抽出を行い、その中から地域や調査対象園の実態に応じた効果的な取組みに対してオンライン形式によりヒアリ

ング調査を行った。

(3) 調査結果の概要

自治体調査から確認できた特色のある事例

全ての認可外保育施設を対象に、施設に事前連絡を行った上で原則年 1 回以上の通常の立入調査を実施することに加え、午睡時の死亡事故が発生したことを踏まえ、通常の立入調査とは別に、特に乳幼児の午睡時間帯に、施設に事前連絡なく訪問し、午睡時の保育状況等をチェックするなど指導を強化するとともに、調査結果を保護者等に公表する体制を構築している事例があった。

通常の定期的立入調査に加え、抜打ちによる立入調査を実施することにより、自治体が改善状況を的確に把握し、改善指導の強化が可能となっている。さらには、改善指導を繰り返しているにもかかわらず改善されない場合には改善勧告を行い、さらに改善勧告にもかかわらず改善が行われていない場合には、改善勧告の内容及び改善が行われていない状況について公表し、教育・保育環境の確保と保育者の安全に対する意識の向上を促すことで重大事故の再発防止に取り組んでいた。

なお、上記事例は認可外保育施設に対するものであるが、重大事故は認可保育所であっても発生しており、抜打ちによる立入調査の取組みは認可・認可外を問わず有効であるため、各自治体におかれては参考とされたい。

次に、重大事故に係る検証委員会の報告書の提言に基づき、認可外保育施設を利用している児童の福祉の増進と健全な育成を目的に自治体単独事業による保育士配置に係る補助制度（給与等の人件費補助）を創設し、保育者の安定的な確保・配置を支援している事例があった。

これにより認可外保育施設の経営基盤の安定化が図られるとともに、安定的な保育者の確保を通じて人的環境を整備することにより、教育・保育環境の確保を図るなど重大事故の再発防止に取り組んでいた。

施設調査から確認できた特色のある事例

今回の調査対象園の全てにおいて、独自マニュアルやチェックリストの作成など、実態に応じた取組みが行われていることが分かった。

その中でも、事故は保育中のあらゆる場面において、施設の内外を問わず起こるということを想定する必要があることから、アレルギーに関するマニュアル、プール監視マニュアル、不審者防止マニュアル、与薬依頼マニュアル、園外保育（散歩、遠足、園外行事）のマニュアルなど、想定される事故等について園の実態に応じたマニュアルを作成し、保育者が共有することにより、教育・保育環境の確保、保育者の意識の向上、緊急時の対応の確保に繋げ、重大事故の再発防止に取り組んでいる事例があった。

次に、保育中にヒヤリハットや万が一の事故が発生した場合に、事後に客観的な検証

を行うことを目的に、日々の保育活動をビデオカメラにより記録している事例があった。

当該調査対象園においては、ビデオカメラによる記録が行われる以前には、保育中に発生したヒヤリハットは、その都度文書にて取りまとめ、保育者間での再発防止の検討や保護者等への状況説明等に活用されていた。しかし、内容が抽象的であったり保育者の主観的な捉えに留まる等、課題があったことから、施設内の事故発生が想定されるポイントにビデオカメラを設置し、保育中に起こったヒヤリハットを映像で確認できるようにすることにより、客観的な事実に基づき対応策を講じることができるようになってきている。また、保護者に対しても、具体的な状況の説明やその対応策について映像をもとに説明することで理解を得られるほか、保育者の安全に対する意識の向上を図ることで、重大事故の再発防止に取り組んでいた。

調査から明らかになった現状

今回の調査では、調査対象園全てにおいて、実態等に応じた独自のマニュアル等が作成されており、独自のマニュアルやチェックリスト等が重大事故の再発防止に効果を上げていることが確認できた。

一方で、国の示したガイドラインにおいては、冒頭に「各施設・事業者、地方自治体においては、このガイドラインを参考として、それぞれの実情に応じて、具体的な指針等を策定し、教育・保育等を実施することが必要」としており、地方自治体においても、地域の実態に基づいた独自のガイドラインを作成することが必要である旨を示しているところであるが、国のガイドラインをそのまま教育・保育施設等に配布し、各自でガイドラインを作成するように指示しているケースが見受けられた。

また、一部の自治体では、重大事故に係る検証委員会の報告書による提言を受け、いったんは重大事故防止の対策を講じたものの、その後、報告書の内容・提言が十分に引き継がれず、実施状況が十分に把握されていないケースが見受けられるなど、重大事故の教訓・再発防止策が必ずしも理解・周知されていないことも確認された。このような状況においては、効果的な事故防止策が実施されず、重大事故が繰り返されるリスクがあると考えられる。

(4) 調査結果からの考察・提言

自治体においては、教育・保育施設等における重大事故の再発防止を図っていくために、今回の調査で紹介された事例などを参考に地域の実情に応じた取組みを進めて行くほか、地域の実情に応じたガイドライン等の策定や研修の充実等について、引続き尽力いただきたい。

教育・保育施設等においては、それぞれの実情に応じたマニュアルやチェックリストの作成を行うことが重要である。実情に応じたマニュアル等の作成においては、事故は保育

中あらゆる場面で起こるということを想定し、園内・園外などの状況や活動内容に応じた、例えば、アレルギーに関するマニュアル、プール監視マニュアル、不審者防止マニュアルや園外保育(散歩、遠足、園外行事等)で想定される事故等についてマニュアルを作成し、重大事故防止策を講じることが必要である。

教育・保育施設等の設置主体や形態、園児の実態等が多様であることから、施設長のリーダーシップのもと、常に事故は起こり得るという認識に基づいて、外部で行われる研修会や園内研修を組み合わせるなど、相互に連携しながら保育者の資質の向上とその体制作りに努めていくことが必要である。

また、自治体や教育・保育施設等が、基本的な情報を保護者に対して積極的に提供することにより、保護者に安心感を与え、信頼関係の構築へと繋げていくことも重要である。

一方で、国においても自治体等に任せるだけでなく、ガイドライン等をもとに分かりやすさに重点を置いた資料の作成等を通じて、独自マニュアル等の策定や研修の充実に資するような取組みが求められる。

以上のことから、今後、さらに教育・保育施設等における重大事故の再発防止を図るために、次の観点からの取組みが必要であると考えます。

○提言 1：自治体の実態に応じたマニュアル、チェックリストの作成と活用

今回実施した調査において、約 26%の自治体が「ガイドラインを作成していない」と回答している。その理由としては、「国のガイドラインに基づいて対応するよう施設に周知しているため」、「国から各種ガイドラインが示されているため」などの理由が挙げられている。

マニュアル等は、重大事故の発生防止のための取組みのスタートとなる重要なものであり、「特定教育・保育施設等及び特定地域型保育事業並びに特定子ども・子育て支援施設等の運営に関する基準」(平成 26 年内閣府令第 39 号)においても、各教育・保育施設等に対して事故の発生防止等のための指針の整備を求めるとともに、国のガイドラインにおいては、「それぞれの実情に応じて、具体的な指針等を策定し、教育・保育等を実施することが必要」としており、地域の実情に応じた自治体独自のマニュアル等と、それぞれの教育・保育施設等の実態に応じたマニュアル等を作成による重大事故防止の取組みが重要である。

また、今回の調査でも明らかになったように、保育者の安全意識、安全な教育・保育環境の確保、緊急時の対応の確保にとって、それぞれの自治体や教育・保育施設等の実態に応じた特色あるマニュアルやチェックリストはその作成過程における学びも含め効果を上げることから、自治体に対してその意義やマニュアル等の作成について周知していくことが必要である。

国においては、これらの事故防止に関する効果的な取組み事例を収集し周知するとともに、自治体や教育・保育施設等がそれぞれの実態に応じた事故防止対策をより一層講じるための参考となる理解しやすい資料の作成等の取組みが必要である。

また、これらのマニュアルやチェックリストが現場で十分に活用されるよう、研修の充実等により保育者の意識の向上を図っていく必要がある。

○提言 2 事故検証委員会における提言等に基づく対策に対する確認等の実施

平成 28 年 3 月に発出した「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」においては、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必要な再発防止策を検討することとなっている。

これを受け、自治体では、重大事故が発生した場合に外部有識者から構成される検証委員会を設置し「重大事故に関する検証委員会報告書」を作成している。各報告書では、二度と重大事故を繰り返さないための提言がなされており、自治体や教育・保育施設等はこれらの提言に基づいて重大事故の再発防止策を講じ、重大事故防止に一層努めていかなければならないが、その後の実施状況の把握を含め、重大事故の再発防止への対応が十分に対応できているとは言えない自治体が見受けられた。

このため、重大事故の再発防止策の実施状況について確認・点検を行うことが必要であり、その方法としては、重大事故に関する検証委員会による評価の継続や自治体で設置している既存の外部委員を入れた組織など自治体の実態に即した体制による確認・点検が考えられる。さらには、その結果をもとに改善事項等がある場合には、重大事故防止策のさらなる浸透・充実等を図る必要がある。

また、国においても、自治体の検証報告における再発防止策について確認・点検のフォロー等を行うとともに、各自治体の検証報告書を自治体、教育・保育関係者が情報共有・活用できる仕組みを整備するなど、引き続き重大事故の再発防止に向けた取組みの充実が求められる。

4 教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例 個票

【自治体・施設（それぞれ50音順）】

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

自治体名： 大阪府大阪市

担当部局： こども青少年局

1. 自治体の概要

大阪市の特定教育・保育施設等利用状況（令和3年4月1日現在）

市内の就学前児童数 118,657人

保育所等在籍児童数 55,000人

大阪市の特定教育・保育施設等数（令和3年4月1日現在）

民間保育園	認定こども園	地域型保育事業	認可外保育事業
380 か所	95 園	222 か所	415 か所

2. 重大事故防止に関する基本的な考え

大阪市では、平成28年に認可外保育施設で死亡事故が発生したことを受け、事故防止及び事故発生時対応マニュアル作成の手引き「みまもり」を発行し、市内の保育施設等に配付しています。また、事故防止巡回支援事業として、重大事故が発生しやすい水あそび、食事、睡眠の時間帯に各施設を事前連絡なしで訪問し、実態に応じた助言や指導などを行ってきました。取組みを強化する中で、令和2年に認可保育施設で死亡事故が発生し、有識者会議において事故の検証をすすめ、再発防止策の提言を受けました。今後の取組みを考えるうえで、実際に子どもと毎日かかわっている保育者等が、どんな場面でも事故は起こりうるという認識をもって、自らの保育を振り返り「事故につながるリスク」を自分たちの力で見つけ出し、「事故予防のためには何が必要か」「事故発生時にどう対応すればよいか」という危機管理意識を持つこと、そのうえで職員同士の連携などによりチームワークが構築されることで、職員全体の資質が向上し、そのことによって保育の質の向上、ひいては安全に配慮した「質の高い保育」が行われることがこどもの安全につながる事となるため、保育者一人一人に届く実効性のある取組みを実施することが必要と考えています。

3. 実践事例 ～「園内研修支援事業（出前ミニ講座）」～

【目的】

希望する保育施設に出向き、施設職員を対象に本市が配付している事故防止及び事故発生時対応マニュアル「みまもり」の活用促進と職員一人一人の危機管理意識の向上を図ることを目的とします。

【事業実施までの背景】

これまで事故防止巡回指導で各施設を訪問した際に、施設長より「『みまもり』にあるよ

うな事故防止にかかる内容や対応等について、もっと保育者に伝えてほしい」という要望などもあり、新しい情報を通知するのではなく、これまでの「みまもり」の内容について、保育士一人一人にしっかり届けることの重要性を再認識しました。そのためには、外部研修を設定してそこに集まっていたくのではなく、こちらから各施設に出向いて、直接保育者へ講義をすることが有効ではないかと考え、令和3年度より、「出前ミニ講座」を実施しています。受講希望園がどれくらいあるのかなど事前調査をした訳ではなく不安を抱えた中でこのスタートとなりましたが、これまで3年間、事故防止巡回支援指導員が各施設を訪問し、施設との信頼関係を築いてきたことに加え、事故検証報告書等の周知により各施設の危機管理意識の高まりもあり、1期、2期の募集には予定を大幅に上回る応募がありました。

【対象施設】

市内の認可保育所、認定こども園、地域型保育事業所、認可外保育施設

【講師】

事故防止巡回支援指導員 8名、地域型保育事業等巡回指導員 4名、認可外保育施設指導職員 4名、保育事故等相談指導員 1名（いずれも、認可保育所等で指導業務に従事した経験のある保育士）

【講座内容】

施設に、テーマ1「みんなで取り組む事故予防」または、テーマ2「マニュアル作成と見直しのポイント」から受講テーマを選択いただきます。

【実施方法】

令和3年5月から令和4年2月までの期間を4期に分け、講座受講希望を受付け、約30園/月（年間300園）を目標に日程調整を行います。（ただし、緊急事態宣言発令中は講座を中止していたため、宣言解除となった6月21日より開始）講座時間帯は、夕刻の保護者のお迎えが落ち着いて、保育士が集まりやすい16時30分から17時を基本とし、講座及び意見交換等を含め30分程度としています。

【園からの声】

受講された方々からは概ね好評をいただいています。具体的には、「事故防止について、これまでも取り組んできているが、細部について見直す機会になった」「ひとりひとりが声を出し合い、職員間での連携が必要であることを再認識した」といった内容や、新規採用の先生方からは、「知らないことがまだまだたくさんあることがわかった」「睡眠チェックなどを何故する必要があるのかということがよくわかった」などの声を聞くことができました。

4. 今後に向けて

今年度も多数の応募をいただいております。また、好評となっていることから、来年度からは、年間に開催できる講座数を増加できるような体制の確保を図りたいと思っています。また、現在は受講希望園に向けての研修となっているため、受講することの意義を各施設からのアンケートとしてまとめて発出するなど、ひとつでも多くの園に希望していただけるよう

な働きかけを行い、この取組みを広げていきたいと思っています。

大阪市ホームページ：<https://www.city.osaka.lg.jp/kodomo/page/0000465371.html>

保育事故防止に向けて、啓発用ポスター・事故防止及び事故発生時対応マニュアル及び各種参考様式等をご活用ください。

事故防止及び
事故発生時対応
マニュアル作成の
手引き

睡眠中
水遊び中
食事中

み
ま
も
り

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

自治体名： 鹿児島県鹿児島市

担当部局： こども未来局保育幼稚園課

1．自治体の概要

本市は、雄大な桜島と錦江湾といった明媚な自然や文化・食が豊かな環境にあります。平成元年には市制施行 100 周年を迎え、平成 8 年 4 月 1 日には中核市に指定されました。

しかしながら、本市の人口も 2013 年をピークに減少に転じており、若者の県外流出など、人口減少問題は本市にとっても例外ではなく、少子化の流れに歯止めをかけるため、経済的な安定や仕事と家庭の調和をはじめ、子どもを生み育てるための子育て環境の一層の充実などを図り、若い世代の就労・結婚・子育ての希望の実現を目指しております。

本市では、公私立の認可保育所等は 181 施設、認可外保育施設は 156 施設で児童の保育等をしております。

2．重大事故防止に関する基本的な考え

平成 30 年に示された鹿児島市認可外保育施設における重大事故に係る検証委員会の報告書による、課題に対する提言を踏まえて、保育従事者の安定的な確保 立入調査の体制強化 食事や睡眠等に関する知識や技能の普及 保護者と園との情報の共有のための方策の観点から、それぞれの具体的な施策により、重大事故の再発防止に努めてまいりました。

3．実践事例

保育従事者の安定的な確保

認可外保育施設の補助(市単独事業。従業員の確保や福利厚生施設を目的として設置されている保育施設は除きます。)は、本市の認可外保育施設に入所している児童の福祉の増進と健全な育成を図るため、

- ・運営費補助金(入所児童の給食に要する材料費、保育に直接必要な保育材料費、炊具食器費、光熱水費、保健衛生費及び一般物品費)
- ・管理補助金(保育従事者の資質の向上を目的とする保育に関する資料等の購入費及び安全衛生の確保に要する費用)
- ・障害児保育補助金(障害児保育に要する経費(給食に要する材料費、保育に直接必要な保育材料費、炊具食器費、保健衛生費及び一般物品費))
- ・研修費補助金(保育従事者の資質の向上を目的とする研修に参加するための経費)
- ・冷暖房費補助金(冷暖房設備に要する電気料金等に係る経費)
- ・児童健康診断補助金(健康診断を行うための医師又は歯科医師への委託料)
- ・こどもの心が育つ保育推進事業補助金(読み聞かせ奨励に要する図書等の購入経費)

・夜間保育補助金（夜間保育の実施に係る経費及び人件費等）

上記補助について、重大事故の発生する以前から実施していましたが、保育従事者の安定的な確保の観点から、平成 31 年度より人件費補助金（保育士の配置に係る人件費（給与、賞与、時間外手当、交通費、社会保険料等）を追加し、認可外保育施設の保育従事者が不足している現状について、保育における人的環境のさらなる改善を図りました。

立入調査の体制強化

平成 31 年度より保育士経験が豊富な巡回支援指導員を国庫補助を利用して配置し、認可外保育施設等に対し、事前通告を通例とする立入調査の他、抜き打ちで巡回指導支援を行う体制を整えました。巡回を重ねることで、認可外保育施設指導監督基準に基づく指導を行うだけでなく、施設から抱える問題について質問も受けようになり、支援を行うことが可能になりました。

食事や睡眠等に関する知識や技能の普及

国が示す「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」等を参考に、本市の事故防止及び事故発生時マニュアルやリーフレットを作成し、保育施設に配布し啓蒙しました。

マニュアルは、睡眠・誤嚥・誤飲・窒息・食事・園外活動・プール水遊び・感染症・事故発生時の対応等に関して具体的なチェックポイントを示すもので、事故防止の意識を高めるためのツールとして施設内研修等で活用していただくものです。

保護者と園との情報の共有のための方策

鹿児島市ホームページで、認可外施設の届出一覧や立入調査の結果と改善事項（令和 2 年度分は、コロナ感染拡大防止のため書面による運営状況報告のみで立入調査は実施しなかったため、未掲載）を掲載し、情報提供を行いました。また、認可外保育施設に交付する「監督基準を満たす旨の証明書」に本市保育幼稚園課の連絡先を明記し、施設内のよく見える場所に提示するよう促しました。

4．今後に向けて

教育・保育施設における重大事故防止に向けて、今後においても上記の施策を継続して行い、ヒヤリ・ハットの分析や日常的な点検の実施を啓蒙することで、事故防止に関する意識の定着化を図ってまいります。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

自治体名：埼玉県さいたま市

担当部局：子ども未来局幼児未来部保育課

1．自治体の概要

さいたま市は、埼玉県の南東部に位置する県庁所在地です。本市は、平成 13 年に誕生し、平成 15 年に政令指定都市へと移行しました。古くは中山道の宿場町として発達してきた歴史を持ち、現在は東北・上越など新幹線 6 路線を始め、JR 各線や私鉄線が結節する東日本の交通の要衝となっています。

さいたま市の保育所等については、令和 3 年 4 月現在で公立保育所 61 施設、私立保育所 223 施設、地域型保育事業所 157 施設、認定こども園 12 施設、施設型給付幼稚園 12 施設、計 465 施設を開所しています。

2．重大事故防止に関する基本的な考え

本市では、保育を必要とする子どもが伸び伸びと安心して育つことができるよう、安全な保育環境を整えることが重要であると考えています。そのため、本市では従前から、危機管理・事故防止に関する様々な研修に加え、平成 28 年度より抜き打ちによる午睡時の立入検査を実施していました。

しかしながら、平成 29 年度に本市の認可保育所にてプール活動時に園児が亡くなるという大変痛ましい事故が発生しました。本市は、第三者委員会による重大事故の検証報告を受け、国からのガイドラインの周知やプール活動時のマニュアルの作成等により、市内の保育施設の事故防止に対する意識醸成に取り組んできました。更には、市が行う抜き打ちによる立入検査についても、午睡時のみでなくプール活動等実施時も対象にすることや、公立保育所の園長経験者を立入検査員として体制を強化するなどの取組の拡充を図ってきました。

今後も、保育の安心・安全に資する取り組みを継続・拡充し、重大事故のない、子どもたちが安心して過ごすことのできる保育環境を守っていきたいと考えています。

3．実践事例

本市では、「特定教育・保育施設等立入検査実施要綱」に基づき、安心・安全な保育の提供等、子どもの適切な処遇を確保するとともに、子育て支援及び児童福祉行政の適切かつ円滑な実施を図ることを目的とし、午睡時やプール活動等実施時の立入検査を行っています。例年 3 月下旬に各施設に対して、事前通告せずに抜き打ちにて立入検査を行う旨周知を行うとともに、抜き打ちによる立入検査対応にご理解とご協力をいただく依頼を行っています。また、1 施設あたり、基本的に公立保育所の園長経験者 2 名にて立入検査を行っており、令和 3 年 7 月現在は 4 名 2 チーム体制となっています。令和元年度は午睡時 125 件、プー

ル活動等実施時 241 件の立入検査を行いました。令和 2 年度は新型コロナウイルスの影響により、午睡時 80 件、プール活動等実施時 47 件の立入検査にとどまりました。立入検査にあたっては、主に当該年度の新設施設を先行して実施しています。

施設種別	令和元年度			令和 2 年度		
	施設数	立入検査件数		施設数	立入検査件数	
		午睡	プール		午睡	プール
公立保育所	61	20	31	61	30	0
私立保育所	168	28	138	184	38	26
認定こども園	9	0	3	9	0	0
地域型保育事業所	136	77	66	138	12	21
施設型給付幼稚園	10	0	3	13	0	0
計	384	125	241	405	80	47

【午睡時立入検査】

立入検査実施要綱にて定めた「午睡時の立入検査チェック表」を使用し、各保育室を巡回しながら、保育士等の配置人数、部屋の環境（明るさや安全性）、うつぶせ寝になっていないかなどの確認をしています。また、施設が睡眠チェック表などを使用し、月齢に合わせた適切な時間間隔での呼吸などのチェックを行っているか確認をしています。

【プール活動等実施時立入検査】

例年、6 月頃に各施設に対してプール活動等の実施予定（実施期間、組立式やビニールプールなどプールの種類）を確認するとともに、「プール活動・水遊びシーズン前チェックリスト」を提出していただいています。このチェックリストは、国のガイドライン等の職員への周知や、緊急対応の確認などを行ったか確認するものです。

立入検査時は、立入検査実施要綱で定めた「プール活動・水遊び立入検査チェック表」を使用し、保育士の配置人数、監視員の配置、児童の体調管理、水の衛生管理、安全対策、緊急時の対応方法、プール日誌の記録などを確認しています。

立入検査を行う中で、午睡時やプール活動等実施時における対応等に不足が見られた場合は、助言や指摘を行うことにより改善を図っています。本市では、立入検査時における指摘率を目標指標に設定し、低減させていけるよう努めています。また、抜き打ちにて立入検査を行うことにより、より一層安心・安全に対する意識を継続的に持つことにつながるものと考えており、また施設からは日々緊張感を持って午睡時等の対応ができているとのご意見をいただいています。

なお、認可外保育施設についても、保育所等と同様に、抜き打ちによる午睡時やプール活動等実施時の立入検査を行っています。

4．今後に向けて

本市は現在も保育需要が増加傾向にあり、今後も新たな保育施設の整備を進めていく必要があります。新たに開設する保育施設への事故防止に対する指導はもとより、既存の施設についても、繰り返し保育の安心・安全に対する意識が緩まないように働きかけていくことが重要であると考えています。

今後も、危機管理・事故防止に関する専門性の高い研修について、多くの保育施設に参加にさせていただくとともに、抜き打ちによる午睡時・プール活動等実施時の立入検査も継続していきます。

更に市内の保育関係団体と連携し、課題の共有や新たな取組を検討していき、市全体で重大事故防止の取組を推進していきたいと考えています。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

法人名： 社会福祉法人わらべ会

1．法人の概要

社会福祉法人わらべ会は、2003年4月に和歌山市公立保育所である、新堀保育所が民間委託される形（新堀保育園）でスタートしました。和歌山県庁や和歌山市役所から車で10分程の場所に位置する比較的中心部であり、海拔が約7.5mと市内中心部でも比較的高く、徒歩5分ほどに吹上小学校がある住居地域です。2016年にこども園に移行（新堀こども園）し、現在は利用定員が85人（1号認定15人・2号認定40人・3号認定30人）で職員数は全員で27名（2021年度7月現在）の状態です。

2．重大事故防止に関する基本的な考え

ハインリッヒの法則やスイス・チーズモデルを基に、アクシデントは勿論、問題はインシデントの間に叩き、解決策を見出すことで、より重大なアクシデントが起こるのを防ぐという方針です。言葉の定義ですが、『インシデント』は「望ましい状態からの乖離は、全てインシデント」という定義であり、『責任』という言葉の定義は「対応する能力のことであり、一般的な謝罪はそのごく一部である。」という形をとっています。つまりインシデント処理を行うことで、責任を果たすという価値観です。また問題はそのシリアスネスによってレベル分けされるので、シリアスネスが大きいものはアクシデントと定義されます。（ただ、毎回の事象ごとにそれがアクシデントかインシデントかの決定はしておらず、いずれも同じ処理を行います。）例えば、保育料の明細の配布間違い等は誰かが怪我をする訳ではありませんが、リスクが大きい為、当然アクシデント扱いです。

3．実践事例

事例が起きた場合の処理は、下記の通りです。先ず園長がレベル分けを行い、担当が下記の流れで処理を行います。「誰を中心に話を展開するか？」は、その時によって異なり、リーダーと園長で協議します。園長がレベル分けを行うのは、当事者が問題のシリアスネスやリスクを把握していないこと自身がリスクであることが多い為で（理解しているリーダーの指示や促しで報告されるケースもよくあります。「わからないという状態は、何が分かっていないかわかっていないという状態である。」という考え方です。）レベル分けを施設長権限で行うことは、組織としてのアカウンタビリティも果たしやすいという利点もあります。

- ・レベル1 クラウドシステム（TRELLO）にて職員間に報告
- ・レベル2 システムでの共有と書類（インシデント・アクシデントレポート）提出

また緊急を要する場合は LINEWORKS も活用します。

レベル2では、場合によってはミーティングを行い、改善方法を決定します。インシデント処理は、自分が体験した問題を、他の人が経験しなくて済む様にする為の貢献であり、処理そのものは人事考課でもプラス査定の対象となります。また逆に問題を申告しなかった場合はマイナス評価となります。インシデント処理で新人や中途採用者によくある事例で謝罪文になってしまうことが挙げられます。この場合はレポートに沿って説明を行い、OJT的な関わりを行います。当法人では、始末書は別で設置されており、インシデント処理（ミーティング+レポート処理）と謝罪（始末書）は明確に分けます。またレポートのフォーマットには「インシデントの処理をすることによってマイナスの査定を受けることはない。」という旨が明記されています。その他、クレドを設置し、週1回すべての職員が読み合わせをおこないますが、その中でも関係する概念についての記載があり、平素から意識付けを行っています。

インシデント・アクシデントの当事者であったとしても、そうでなかったとしても、処理をしなければいけないのは「起こった問題そのもの（なぜ、どのように問題が起こったのか。）」であり、「誰が悪いのか？」というポイントは何の問題解決にもなっていないため、客観的（ディソシエイト）に（もしその時の自分を外から見えていたとしたら、どうアドバイスしてリスクマネージメントを促したのか？）処理する様、指示しています。

インシデントが起きるタイミングに関しての概念ですが、「いかなる変更も常にリスクをはらんでいる。」という処理の仕方をします。たとえ善意の目的の為であっても環境因子としてエントロピー（自由度）とネグエントロピー（管理）が手押し車の両輪である（片方だけの管理や調整は手押し車が旋回する為、目的地にたどり着かない。）という概念を基本にしているため、両方を見て必要に応じて自由度を上げる分と同様に、管理を強化する必要性を伝えていきます。

例えば、アレルギー対応や感染症対応などは、保護者に対する善意で安易にリスクが上がってしまいがちです。これらのリスクに関しては保健師も含め（適時委託医とも）協議をし、園の方針を決定しています。

園からの感染症に関する情報は保護者との情報共有システム（きつずノート）で市内、園内の状況を通知し、保護者の意識も高める取り組みを行っています。

4．今後に向けて

リスク管理だけではありませんが、情報共有や質の向上に関して（OJTも含め）、なかなか時間や人材などリソースが足りているとは言えないので、どのように更に効率化させていくかというのが課題です。新人に対する研修もコロナの影響で研修そのものが受講しにくい状態が続いているため、この点をどのように処理していくかということもポイントになっています。また現場の感覚的にはマイナス評価に対する抵抗感だけでなく、書類の負担も申告の無意レベルでストッパーになっているとも考えています。これについては『自分の

経験を回りにシェアすることが、周りから情報を得る事と同様であると。』という概念を定着させることが有効であると考えています。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

法人名：社会福祉法人柿ノ木会・野中こども園

1．法人の概要

設置運営主体の社会福祉法人柿ノ木会は昭和44年に設立しました。静岡県富士宮市内に、幼保連携型認定こども園を2か園、就労継続支援事業（B型）を1か所、計3施設を設置・運営しています。

野中こども園は、前身となる野中保育園として昭和28年に事業開始しました。当初は認可外施設でしたが、昭和32年に静岡県知事認可を受けました。平成30年度に幼保連携型認定こども園に移行し、現在の定員は147名（1号：12名、2号：72名、3号：63名）です。自然豊かな園庭を活かして、子どもたちが自ら環境に働きかける中で、自発性・自律性・課題解決能力を獲得していくことを目指して、実践を続けています。

2．重大事故防止に関する基本的な考え

法人全体の理念として、子ども（利用者）の主体性を尊重し、体験を通じて自ら学ぶ機会を保障することを重視しています。子どもの興味・関心を起点とした探求・挑戦をベースに、保育者等の専門性に基づく意図性・計画性を付与して保育・幼児教育の計画を立案していません。危機管理に関しても、保育者等が先回りして全ての危険要因を取り除いてしまうのではなく、体験を通じて子ども自身が危険を予測し回避する能力を培うことができる環境構成を第一に考えています。

一方で、乳幼児には予想が困難な危険要因や、ひとたび事故が発生すれば重大な事態に繋がるもの（窒息、誤飲・誤嚥・誤食、溺水、落下など）は確実に排除できるよう、職員が遵守すべきルールの明確化と継続的な研修の実施を心がけています。また、ヒヤリハットが実効力を保てるように、心理的安全性の担保に努めています。

3．実践事例

自園で発生させてしまった事故の反省から、危機管理・事故防止に直接関係ないものも含めて、園内研修については次の方針で企画・運営しています。

最新のガイドライン・研究等に拠って、知見のアップデートを図る

短時間勤務職員・パート職員を含めて、原則として就業時間内に行う

事前の課題提出や、意識調査の実施によって、研修テーマに意識の焦点を当てておく

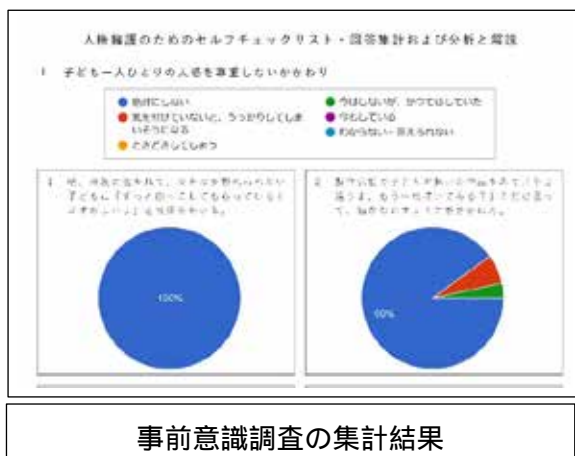
グループワーク、ディスカッションを含め、主体的な参加の意識づけを行う

直接のテーマと並行して、心理的安全性や同僚性の重要性を訴えることを織り込む

規模・頻度については、常勤職員を経験年数別に5グループ、パート職員を3グループの計8グループに分け、月に一度、一回一時間程度開催しています。全グループ共通のテーマの

場合と、経験年数や職責に応じた個別テーマを扱う場合が混在しています。毎年度4月は「子どもの人権擁護」を取り上げています。また、自園で発生した事故を振り返る意味も含めて、毎年度10月には具体的な事象事例をテーマにしています。

次に示すのは、今年度4月に実施した、子どもの人権擁護とパワハラ防止をテーマにした研修の概要です。



事前意識調査

ウェブフォームを利用した無記名アンケートで、子どもの人権擁護および職場内でのパワハラ防止に関する意識調査を行いました。

結果の集計と共有

調査結果を集計し、職員全体に紙ベース配布、およびデータ化して職員限定のチャットサービスで事前に共有しました。併せて、集計結果を用いて行う研修の概要と、その

目的・背景を周知しました。

研修の実施

研修の意義・目的を交えたミニレクチャーの後、特に意見が分かれた項目を中心にペアワークとディスカッションを行いました。

研修の効果

ディスカッション終了後の感想・意見交換から、テーマに関する知見のアップデートに留まらず、自園の保育理念や運営方針・職員育成方針に関する理解の深まりが感じられました。また、虐待防止や事故予防の取り組みを支える職場風土としての心理的安全性および同僚性を重視する傾向が高まりました。具体的には、ヒヤリハット報告を躊躇しない、業務の負担軽減・再構成に向けた提言を積極的に行う、などの姿勢が少しずつ強まりつつあります。

4. 今後に向けて

重大事故予防・危機管理に関する研修の充実、ルールの明確化と周知、マニュアル等の整備はもちろん重要ですが、保育実践（プロセス）の質の向上こそが事故予防を下支えするものとして重視しています。また、研修で得た知見や、ルール・マニュアルが実効力を持つための基盤として、心理的安全性・同僚性に裏打ちされた質の高い対話が重要と考えています。相互監視的な危機管理ではなく、より豊かな保育実践を実現することを目標に、率直な意見交換が日常的に行われる風土を醸成したいと願っています。

また、保護者の保育への参画を促し、多様な視点で保育の実践や環境を見直す機会を増やすこと、およびICT等を活用して職員の負担軽減を図ることが当面の課題です。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

法人名：社会福祉法人 神奈川民間保育園協会 緑の杜保育園

1. 法人の概要

法人名：社会福祉法人 神奈川民間保育園協会
設立年月日：平成24年4月1日
理事長：奥村 尚三
運営施設：緑の杜保育園・わかばの杜保育園・みやまへの杜保育園・児童野外活動センターこどもの杜

法人理念

1. 新しい時代の児童福祉向上と充実の為努力する
2. 児童の豊かな情操を高め、心身ともに健やかな成長と育成を支援する
3. 職員一人ひとりが自己研鑽に努め、地域社会に共存し貢献できるように努める

年々増加する市民からの保育需要への対応と、川崎市が推進している入所待機児童の解消計画に協力することから、平成24年に「財団法人 神奈川県民間保育園協会」から「社会福祉法人 神奈川民間保育園協会」に運営主体を変更し、地域全体の福祉の発展と、乳幼児の健全な発育の社会的使命を果たしていく。

2. 重大事故防止に関する基本的な考え

保育園における重大事故は、落下による打撲骨折、誤飲や水難による呼吸停止、アレルギーによるアナフィラキシーショック、午睡中の乳児突然死症候群など多数想定されます。それらを防止するためには、環境整備や点検に加え、職員間の縦、横の連携、保護者との情報共有も必要と考えています。保育活動中の安全対策として、跳び箱の際には順番を守る、鉄棒や登り棒の下にはマットを敷く等事故防止に努め、同時に正しい使い方も伝えています。また、プール活動や水遊びの際は必ず監視を設け、5分おきにチェックリストに記録します。アレルギーの園児は同じ席、同じトレイでの食事提供とし、職員が必ず同じテーブルにつき、他児との交わりが無いよう配慮します。SIDS チェックも欠かさず記録を執ります。事故が起こった際には、まず周りの職員に知らせてチームで連携し、看護師、主任、園長に報告します。

また、子ども自身が自分の身体を守る事ができるよう様々な運動を行い、四肢の動きがスムーズに出来るようにしたり、体幹を鍛えて踏ん張ったり、体を機敏に動かせるようにする事も、重大事故防止の大きな要因と考えています。

3. 実践事例

事故関連の保護者、家庭への情報提供

I 事故対応の流れ

【受診が必要な場合の対応】

1. 対象児童発見、周りの職員に周知。看護師、主任へ報告、園長に報告後受診の有無を決定する。
2. 対象児童の様子を保護者へ一報入れると同時に、受診予定の病院名を伝え承諾を得る。
(縫合が必要な場合や頭部打撲の場合は保護者も病院へ来てもらうよう依頼する)
3. 受診先がかかりつけ医でない場合、再診の際は、保育園が完治するまで初診医院で受診を継続する。
(かかりつけ医を希望される場合、再診は保護者側で行う場合あり)
4. 受診後、診断内容について再度電話連絡を入れる 保育園囑託医にも状況を報告する。
5. お迎えの際に医師からの指示、処方箋の説明をする。
6. 翌日、自宅での様子を確認する。

【事故報告書の提出】

1. 事故の大小に関わらず、事故報告書を園長に提出する。
2. 受診事故については、川崎市へ事故報告書を提出する。
3. 報告書になぜその事故が起こったのか(検証結果)と今後の対策、改善点について記載する。

【職員間で検討、考察を行った後に保健だよりに掲載】

1. 事故報告書を月単位で精査し、当月の保健だよりに掲載して全保護者へ配信

I 事故報告を開示する事について

保健だよりに事故内容を掲載する事について、月によってはその数が多い時もあり、開示する事に不安を感じる事もあります。

子どもの発達段階によって、改善が難しい場合や、検証に苦勞することもあります。保育士達が、報告書を書く事によって振り返りができる事、対象児童の痛みや、保護者の心痛を想像するにも良い機会と捉えています。

保健だよりでは、事故発生日時、対象児童年齢、場所、事故内容、処置内容、今後の予防策を一覧表で開示しています。

また、子どもに怪我をさせてしまったという事は、保育士にとってもショックで心の傷になる場合もあります。

個人の責任ではなく、全体の責任として見直し、予防に努める事を職員間で共通認識しています。その上で、当該クラスの園児の事故について全ての保護者に開示する事を行っています。

事故内容を開示するという事は、マイナス面にも思われますが、情報を明らかにしてもらえると事で、保護者は安心しているようです。

事故はあってはならない事ですが、怪我をしたり、トラブルになったりしながら育つのもまた事実です。保護者にとっては、「保育園で怪我をさせられた」という事より、「隠されたり、ごまかされたりしているのではないか」という事の方が不信感につながると思います。

事故対応の検証、改善を十分検討した上で、それでも起きてしまった事故に対しては、どんなに小さな傷や打撲であっても、園内での共通認識の下、担当保育士以外の職員も声をかけ、園内で情報開示されている事、またその事実を保護者の皆様にもお知らせしているという事で信頼を得ているのではないかと思います。

4. 今後に向けて

保育園では転倒や友だちとのトラブル、遊具での怪我など、事故の要因はたくさんあります。加えてアレルギーや疾病などの対応もあります。事故を防ぐためには、環境作りだけでなく、子どもの体力作りも重要と考えています。各家庭にもその大切さを伝え、自分の身を自分で守れるような活動を充実させたいと思います。

また、休日保育においては、保育体制が通常と異なる事、受診できる病院が限られる事、日常にお預かりしている園児ではない事から、その子の特性が理解しづらく、適切な対応が遅れる事もあり、重大事故の際の対応が万全ではありません。救急対応について検討を重ねる必要があると感じております。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

法人名：社会福祉法人 金努福祉会

1. 法人の概要

- 1) 施設名：社会福祉法人 金努福祉会 とよみ保育園
分園（60名） 公私連携認定こども園（145名） 事業所内保育所（19名）
放課後児童クラブ2か所 地域子育て支援センター
- 2) 設立年月日：平成15年4月1日
- 3) 所在地：沖縄県豊見城市真玉橋238番地1
- 4) 定員：159名（とよみ保育園）

0歳児	21名	1歳児	24名	2歳児	24名
3歳児	30名	4歳児	30名	5歳児	30名

2. 重大事故防止に関する基本的な考え

保育園は「安全」であることが第一条件であると考えています。園では事故が起きることを想定し、事故を未然に防ぐ対策をとらなければなりません。保育園が園児にとって常に安心して遊ぶことのできる場所である為に、職員一人ひとりが危険を予見し回避していくために安全に対する配慮を第一に考えます。

質の高い保育を提供する為に、以下の事を常に意識し保育を行う事が重要だと考えます。

- 1) 限られた職員の中でいかに安全を確保するか
- 2) 大きな事故につながらないように小さな事故から原因を究明し対策をとる
- 3) 正しい情報を基に保護者に伝える（説明責任）
- 4) 状況把握、計画、実践、見直し、改善（SPDCA）
- 5) チームでの検証・改善を行う

3. 実践事例

重大な事故を防ぐ為にマニュアル・チェック表、事前確認対策マップを活用し、全職員で共有を図っています。更に保育士自身のポジショニングによる安全確保とカメラを活用した検証を行っています。

○保育士のポジショニングについての安全確保

- 1) 死角を作らない
- 2) 保育士同士が顔を見合わせる位置にいる（連携を取る為）
- 3) 園児と関わる職員、また子どもの活動を見守る職員（全体を見る職員）等に役割分担

を行う事によって、見落としのないようにする

○カメラの設置の目的・活用法

- 1) 地域 防犯カメラを設置することで、事件などの未然防止につながる。
- 2) 園 侵入者対策、非常通報システム、緊急時の駆け付け、子どもたちの安全、保育士を守る、自己検証や保育の振り返り
- 3) 保護者対応 見ていなかった、分からなかったを最小限にする

○導入するにあたって

- 1) 保護者への説明 新年度オリエンテーションにて行う
- 2) 職員への説明 3月に行う法人全体研修にて行う

【防犯カメラの活用法と職員の意識調査アンケート結果】

- 1 当園に各部屋や園庭に防犯カメラが設置されていますが、設置の目的をご存じですか。
・知っている 58名(89%) ・知らない 4名(6%) ・その他 3名(5%)
- 2 カメラ設置に対して抵抗感がありますか。
・ある 6名(9%) ・ない 57名(88%) ・その他 2名(3%)
- 3 防犯カメラがどのような場面で役に立っていると思いますか。また、今後役に立つと思いますか。(複数回答)
・子どもたちの安全 60名(32%) ・保護者対応 21名(11%)
・保育士等自身 21名(11%) ・自己検証や保育の振り返り 58名(30%)
・地域の安全対策 31名(16%)

○設置することによって

- 1) 園内事故(ケガ)の検証ができる
- 2) 保育の見直しが出来る
- 3) 支援の必要な子の保護者への理解
- 4) 不審者対応(地域の犯罪防止)



防犯カメラから見た保育室の様子

4. 今後に向けて

事故の検証は職員のみで行うのではなく、子ども自身が危険に対する危険回避ができるよう意識を持たせると共に、振り返りができる場所(時間)を提供できるようにしていきたいと思います。ポジショニングにおいては忘れがちではあるが、役割を意識して保育に当たり、事故内容を全職員が周知・徹底し再発防止に努めていきたいと考えています。小さな事故が大きな事故への前触れと考え、小さな事故から迅速に対処するよう、今後も保護者が安心して預けられる園を目指し、保育理念・保育方針を踏まえ、マニュアル等の更なる改善を行ってまいりたいと思います。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

法人名： 社会福祉法人淳心会 平和の園

1. 法人の概要

昭和48年、堺市の泉北ニュータウンに保育所（現在は幼保連携型認定こども園）として開園しました。利用定員は140名。現在、就学前児童115名が在園しています。

カトリック系修道会が母体となっており、キリスト教精神に基づき「自分は他者（家族、周りの大人や保育者）から愛されている存在」と感じられる保育を目指し展開しています。

当園が位置する泉北ニュータウンは約50年前に街開きされた住宅地です。当時、一斉に若い子育て世代の家庭が転居してきたことから、保育所の整備は緊急の課題でした。当時から住民の年齢層に偏りがみられ、現在、高齢化率が45%という少子高齢化が進んだ地域です。また、公営住宅が多い為、核家族やひとり親世帯、若年世帯も多く、近年は外国人世帯も増えているため子育て支援、保護者支援が課題です。

2. 重大事故防止に関する基本的な考え

子どもの育ちや行動は教科書通りにはいかないことはご承知のとおりです。重大事故が発生した時の対応を画一化して、どの保育者がその場面に居合わせても同じ対処ができるようにすることは当然のことですが、それ以前に保育者の大きな役割として、環境や子どもをしっかりと観察することから想定できる事前予測があると思います。事故を未然に防ぐためには、いかにその想定を早期に前倒しできるかがポイントになると考え、予測しにくい子どもの動きの変化に対応して、保育者の対応を臨機応変に変化させることが望まれます。その為には自身の経験だけに頼るのではなく、園内外を問わず、発生した事故やヒヤリハットといった未遂事故を職員全員が理解し検証していくことも重要だと考えます。

3. 実践事例

事故発生時の対応や記録、連絡手段等をマニュアルに整備し、検討することは言うまでもなく大切ですが、一番大切なことは未然に防ぐことにあると考えています。ただ、事故の発生は施設内だけに限られるわけではないので、重大事故や感染症を予防するためには正しい情報、タイムリーな情報を保育者だけでなく保護者にも周知、啓発していくことが大切です。そこで、当園では携帯メールと毎月の園だよりを活用して保護者に必要な情報を提供しています。

園だよりは各担任が年齢ごとの情報提供や注意喚起、管理栄養士が食にまつわる話題提供をするとともに、囑託医である小児科の医師に毎月執筆をお願いしています。毎月の連載

は 2000 字程度で平成 27 年から続いており、内容は多岐にわたります。豆やブドウ、タバコといった誤飲事故の解説や注意喚起にはじまり、SIDS(乳幼児突然死症候群)について、熱中症やアレルギーについての話、アナフィラキシーの理解、ワクチンの話、感染症予防についてなど、季節や時の話題となっている事象を新聞記事等も引用しながら保護者や保育者にわかりやすく情報提供してくれています。

平成 27 年以前は、嘱託医からの保護者向け情報提供の手段はそれまで不定期に開催していた講演会が中心でしたが、講演会や勉強会という形ではなく、もっと時間的にも自由で気軽に伝えられる方法はないかと嘱託医から相談があったことがきっかけで、園だよりの連載が始まりました。保護者の方にとっても園だよりであれば必要に応じて読み返すことも可能ですし、また、我々保育者にとっても参考になることも多く、日々保護者の方にお伝えすることに少し角度を変えて専門家の立場から詳しくお話しを整理してくれることも助かっています。

嘱託医には、園長が日々の保育の中で保護者や保育者から聞き取った疑問や不安、また園内で発生した事故等の状況を伝え、記事の感想や反応もキックバックすることで今、現場に必要な記事が執筆され、補足や少し期間をおいて再周知したりするといった形で連携をとっています。

4 . 今後に向けて

前述にもあるとおり、正しい情報と対策を理解、検証することで危険を事前予測し事故を未然に防げるように保育を展開するのですが、最近、重大事故とまではいかないものの配慮を必要とする子どもたちに起因する突発事故やケガが増えているように感じています。子どもの行動予測が立てにくいというケースが増えており、今後、非常勤の公認心理師と相談しながら職員配置や保育の進め方の再検討を考えています。また、コロナ禍においてはパーティションの使用やソーシャルディスタンスを保つ為、必然的に子どもと保育者の距離が拡大しており、万が一の際に対応の遅れが危惧されるので引き続き職員配置の増員を行います。今後も職員間で様々な検証を行いながら重大事故防止に努めたいと思います。

教育・保育施設における重大事故防止に関する実践事例

法人名：社会福祉法人宮崎八幡福祉会 八幡保育園

1．法人の概要

宮崎市の中心部に位置し、宮崎八幡宮の鎮守の杜に囲まれ、子ども達や保育者が穏やかに生活できる環境を整えています。

全国の神社が運営する保育園は、全国神社保育連合会に加盟しており、我々は授かった子どもを神さまといつくしみ、ともに和みつつ保育にいそしみます。鎮守の杜のすばらしさにふれ、生命の尊さとつながりに気づかせようと努めます。日本の歴史や伝統を大切に、誇りと思いやりを持って子ども達に接します。の3か条を誓い日々その実践に努めています。

2．重大事故防止に関する基本的な考え

子ども達の動きは不規則で、自由に動き回することを考えれば、事故はどれだけ注意していても起きます。子ども達の好奇心の強さを考えれば、起きるべくして起きた事故をどのように重大事故につなげない取り組みをするかにかかっています。当園では、日ごろからマニュアルの整備は当然ですが、マニュアルに沿った事故対応ができるか園長・主任・職員間での擦り合わせを怠らないようにしています。自園での過去の事故がなぜ起きたのか、他園の事例なども職員に積極的に公開し重大事故に繋がらないように職員の意識向上に努めています。

3．実践事例

当園では事故防止・事故対応のマニュアルを策定し、その実践に努めています。しかし、細心の注意を払っていたとしても事故は必ず起きますし、その際の保護者対応も保育士の大切な仕事です。保育士は負担が大きいとよく言われます。

事故が起きた際の保護者対応は、保育士にとって一番の悩みでしょう。「あーやっちゃたー」「もっとしっかり見とけばよかった」など考えれば考えるほど深みにはまって、保育に集中できない状態が長く続き、また同じ失敗を繰り返し、更には、「　　ちゃんの親はどんな感じで私を叱責するのかな」などといらない心配をし、心がだんだん病んでいく保育士が多くいて、給料のわりに責任が大きいなどと保育士を辞めていく方が多いということに気

づかされました。そこで当園では、事故が起きた際の保護者対応は必ず園長がすることになりました。これには様々な方からの「保育士が育たない。」などの批判もあるかと思えます。しかし、保育士の心労を考え、以後の言った言わないのトラブルなどを考えると最善であると思えます。保護者は、納得のいく解決策を求めているではありませんし、子ども達が保育園で怪我をすることはしかたがないことだとも思っています。では、当園の保護者が何を求めているかを聞くと、保護者は必ずこのように言います。「子どもが怪我をすることは何も思わない。しかし、怪我をした事実を園長先生が知っているのか。また、保育園として同じような事故が起きないように対策をどのように取ったかが知りたいだけ。」ありがたいお言葉です。保育士が「すみません。もう同じような事故が起きないようにしっかり子ども達を見ます」と保護者に伝えても、納得いかない保護者は園長先生と話をさせてくれと言うことでしょう。だとしたら、最初から園長先生と担当保育士で保護者の前に出て、園長先生が保護者に説明し納得いただくことが最短で問題を解決することだと思えます。

当園で、この取り組みをはじめから現在まで責任が大きいなどの理由で退職する保育士、保護者対応で病む職員も出なくなりましたし、離職率も大幅に減りました。職員が生き生きと働いてくれるようになりました。そのおかげで、骨折等の重大事故も起きていませんし、子ども達の怪我に対しても、たくさん遊んだからだねと考え方が変わり、子ども達も一生懸命遊ぶようになりました。「先生の笑顔は子ども達の笑顔」を実感させられました。

現在、国は保育士の負担軽減を図るため様々な施策を取ってくれています。ICTシステムの導入もその一環でしょう。保育士の負担軽減を図りたいと思い始めた取り組みですが、もっと園独自で取り組むべき事象があり、子ども達や、園や職員を守るために何ができるか積極的に様々な自助努力をするべき時期に入ったのではないのでしょうか。

4．今後に向けて

高齢者や飲酒での子どもを巻き込んだ事故が多発しています。先日も、飲酒による下校中の小学生を巻き込んだ事故が発生したばかりで、首相も通学路の一斉点検を指示し、スクールバスの検討を始めました。

当園では、お散歩コースのルートを確認することを3年ほど前から進めています。2m以上の歩道があるルートを通ることと、信号待ちの際は植木の裏側で園児を待たせることを徹底し、安全にお散歩が楽しめるように取り組んでいます。

喉元過ぎれば熱さを忘れる。ことにならないよう、事故が忘れ去られた後にもしっかりと対策が組めるように資料作りと更なる対策に努めていきたいと思えます。

5 教育・保育施設における重大事故防止に関する実態調査（書面）結果

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3年）においては、これまでに重大事故の検証を実施した自治体に対して検証報告の公表後の取組状況等についての追跡調査及び国のガイドライン等をもとに独自マニュアル等を策定するなど効果的な取組みを行っている事例を調査するために、検証を実施した自治体、保育所・幼稚園・幼保連携型認定こども園（以下「調査対象園」という）を選定し調査を行った。

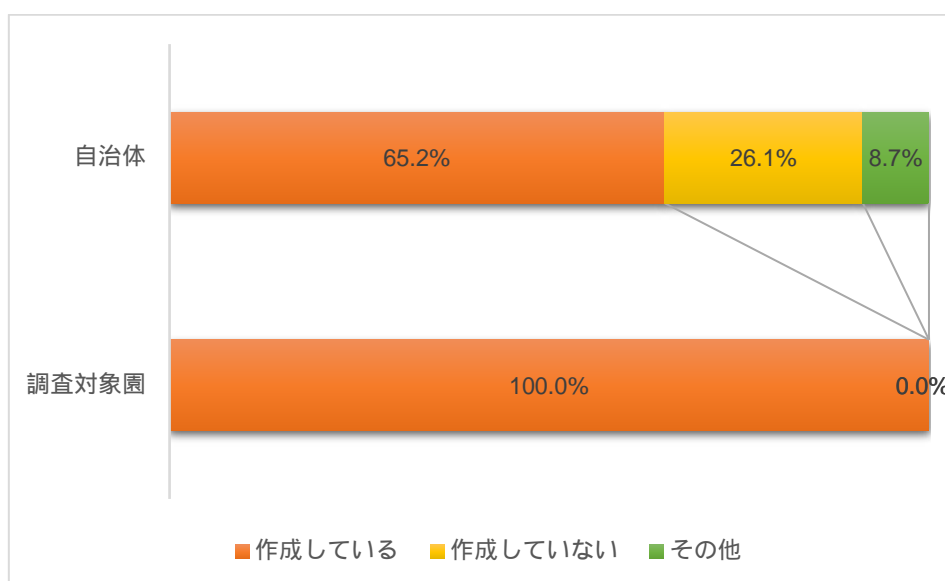
調査の実施に当たっては、調査方法・内容について新型コロナウイルス感染症の流行を考慮して行った。調査は令和3年2月26日～令和3年3月12日の期間において実施し、自治体23か所、調査対象園19か所に調査を行い、電子メールによる回答を得た。なお、回収率は、100%であった。

調査結果の概要

質問1 事故防止のためのマニュアル・ガイドラインを作成していますか。

自治体において、事故防止マニュアル等を「作成している」は65.2%、「作成していない」は26.1%、「その他」は8.7%となっている。一方、調査対象園における事故防止マニュアル等の作成率は100%であった。

事故防止マニュアル等を作成している割合



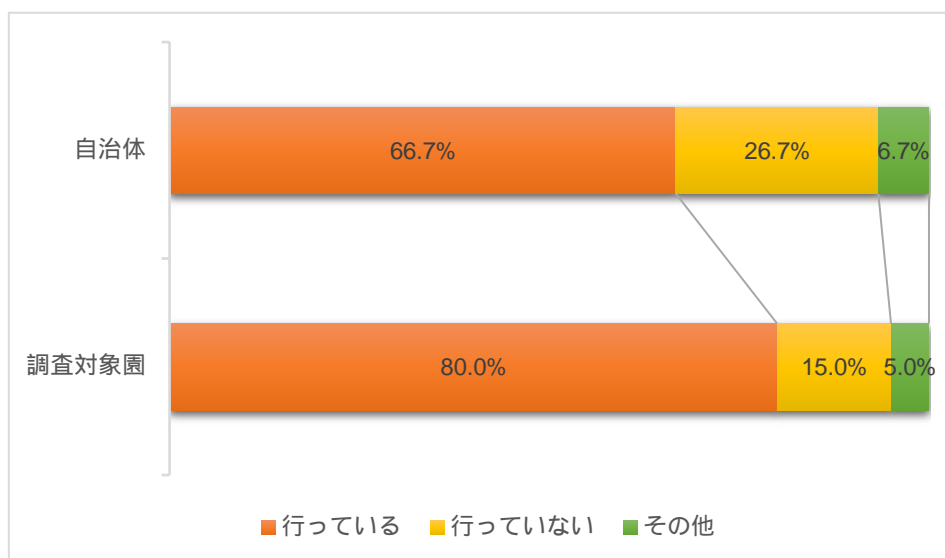
作成していない理由（自治体）

- ・平成 25 年 6 月に県で事故対応指針を定めているが、その後、国が作成したガイドラインが県の事故対応指針と方向性が同じであり、また詳細に示されているため、現在は、国のガイドラインを基本として対応している。
- ・県保育協会が作成している「保育者のための事故防止ハンドブック（最新は R2.6 改訂）」を使用し、現在も必要に応じて併用している。
- ・全体を網羅するマニュアルはないが、食物アレルギー対応に関するものを作成。
- ・国のガイドラインを各施設に周知している。また、「市運営管理の手引（安全管理）」を作成し、事故予防・事故発生時の対応等についても示しているため。
- ・国から各種ガイドライン（事故防止ガイドライン、アレルギー対応ガイドライン等）が公表されているため。
- ・マニュアル等は各施設が状況に応じて作成し、改善を重ねていくべきするものであるため。なお、認可保育所の設置認可の際には事故防止マニュアルを確認している。

質問 1 1 質問 1 において、「作成している」と回答した方にお伺いします。作成されているマニュアルやガイドラインは、事故発生後に見直しを行いましたか。

事故防止マニュアル等を作成している自治体において、事故発生後にマニュアル等の「見直しを行った」は 66.7%、「見直しを行っていない」は 26.7%、「その他」は 6.7%となっている。一方、調査対象園では、事故発生後にガイドライン等の「見直しを行った」は 80.0%、「見直しを行っていない」は 15.0%、「その他」は 5.0%となっている。

事故発生後のガイドラインの見直し状況



見直しを行っていない理由（自治体）

- ・平成 25 年 6 月に県で事故対応指針を定めているが、その後、国が作成したガイドラインが県の事故対応指針と方向性が同じであり、また詳細に示されているため、現在は、国のガイドラインを基本として対応している。
- ・事故発生後に、市内保育施設共通のマニュアルを作成したため、現段階では見直していない。
- ・内容に不足がないため。

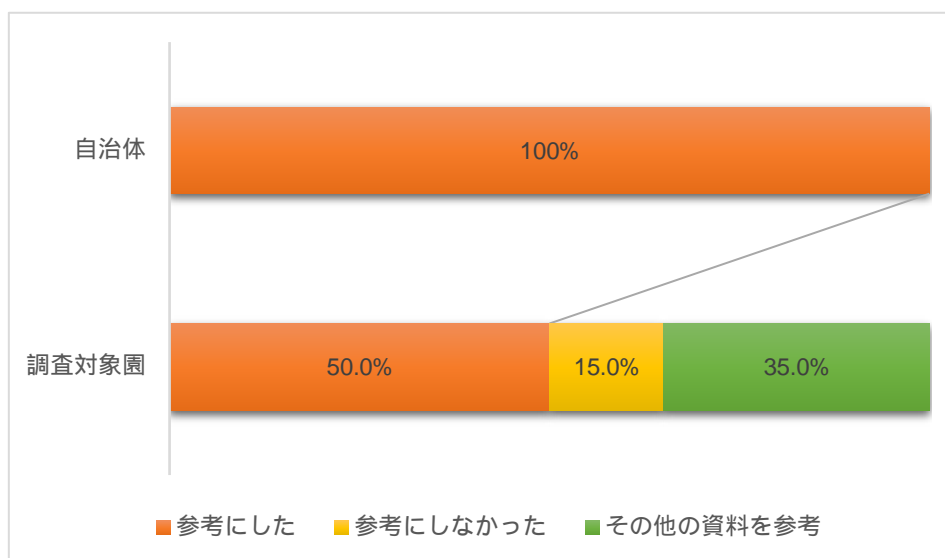
見直しを行っていない理由（調査対象園）

- ・事故が起きていなかったため。
- ・こども園に移行の際に必要な書類として作られたものであり、職員の事務マニュアルとして公開共有は行っているが、見直しをするということの余裕が取れず優先順位が低いため。

質問 1 - 2 見直しを行った際、国が示す「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」を参考にしましたか。

ガイドラインの見直しを行う際、国が示すガイドラインを「参考にした」自治体は 100% となっている。一方調査対象園では、「参考にした」は 50.0%、「参考にしなかった」は 15%、「その他の資料を参考にした」が 35.0% となっている。

国の示すガイドラインの活用状況



参考にしなかった理由（調査対象園）

- ・参考例により作成されたものであり、ガイドラインになっている感じが無かったため。

その他の資料を参考にした理由（調査対象園）

- ・保育専門誌や一般出版社のマニュアルを参考にした。
- ・公立保育所から資料の提供を受け参考にした。
- ・国のガイドラインを間接的に参考していると思われるが、市町村より参考資料が提供されたので直接的にはそれを参考に作成。
- ・全国病児保育協議会「病児保育マニュアル」、市保育園「健康管理マニュアル」、市公営保育園「食物アレルギー対応マニュアル」、厚生労働科学研究「病児・病後児保育における保育士・看護師等のためのハンドブック」を参考にした。

質問2 事故防止対策のためのチェックリスト等を作成していますか。

事故防止のためのチェックリスト等を「作成している」自治体は73.9%、「作成していない」自治体は17.4%、「その他」とした自治体は8.7%となっている。一方、調査対象園では、全ての園が作成されている。

事故防止のためのチェックリスト等の作成状況

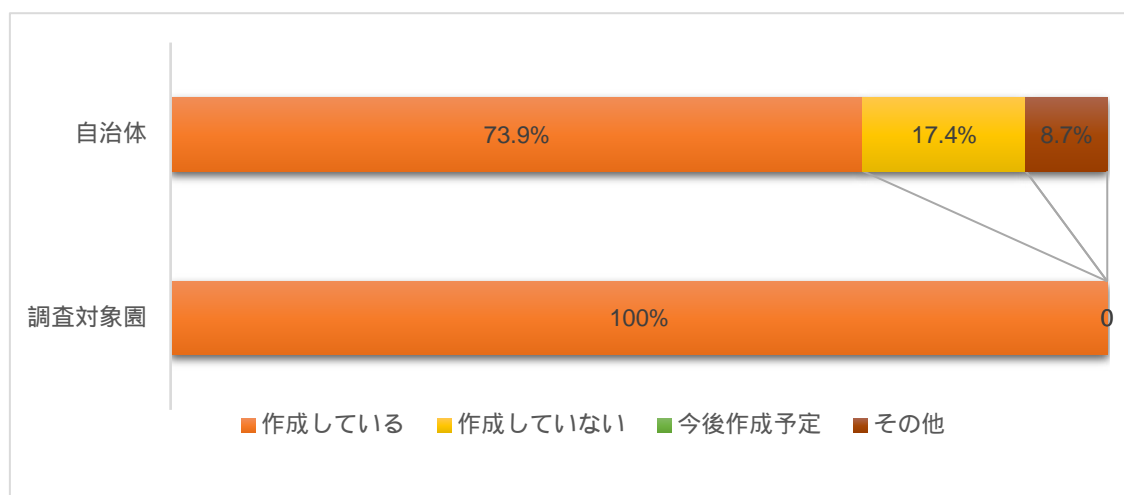
作成していない理由（自治体）

- ・マニュアル等は各施設が状況に応じて作成し、改善を重ねていくべきものであるため。
- ・チェックリストとしては作成していない。注意点として各施設に周知している。

質問2 - 1 「作成している」と回答した方にお伺いします。作成しているチェックリスト等は何ですか（複数回答可）

最も多く作成されているチェックリストは、「睡眠中の呼吸点検」が最も多い（自治体 69.6%・調査対象園 24.0%）。次いで、「保育中の施設内点検」（自治体 65.2%・調査対象園 24.0%）

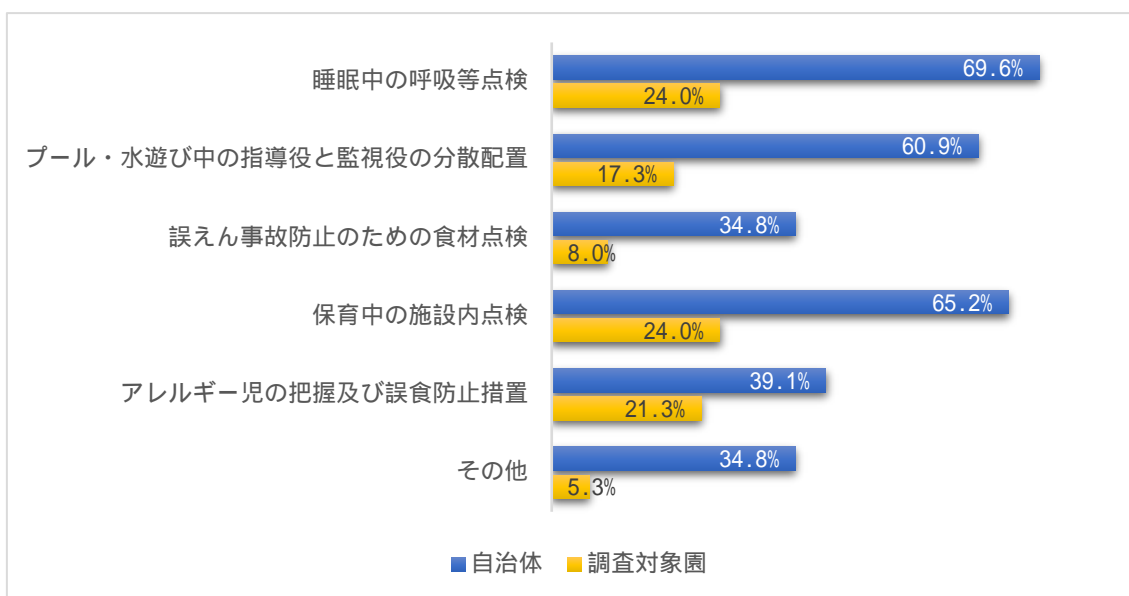
「プール・水遊び中の指導役と監視役の分散配置」（自治体 60.9%・調査対象園 17.3%）となっている。



チェックリスト等の作成状況

その他作成されているチェックリスト等（自治体）

- ・ 集団移動中の対応
- ・ 「固定遊具・指導上の注意事項」、「園庭」、「園外保育（散歩・遠足等）」
- ・ 朝の受入れ時や合同保育、遊びの中での注意事項のほか、年度当初のように新入児がいる時や土曜、休日など保育体制が普段と異なる際の注意事項をリスト化
- ・ 各年齢に応じた事故防止チェックリスト
- ・ プール活動・水遊びにおける安全確認及び健康管理



- ・ 避難消火訓練、感染症対策、救命講習受講済者リスト等

その他作成されているチェックリスト等（調査対象園）

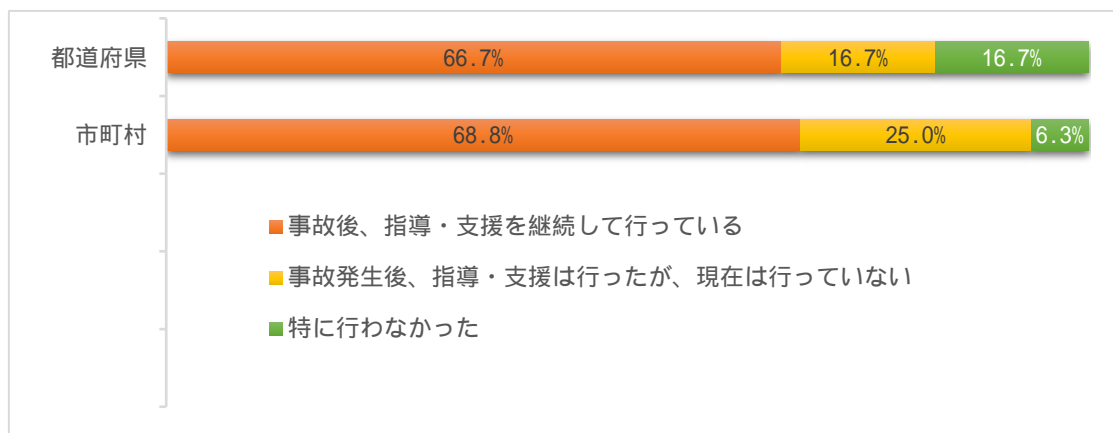
- ・ 園外保育時の人数確認、危険箇所確認
- ・ 感染症防止対策（下痢・嘔吐）
- ・ 園庭の遊具等の点検書類
- ・ 年齢別チェックリスト

質問 3 重大事故が発生した市町村に対して、事故防止の周知や情報共有、指導・支援を行いましたか（都道府県のみ質問）

質問 4 重大事故が発生した教育・保育施設に対して、具体的な指導・支援を行いましたか（市町村のみ質問）

重大事故が発生した市町村に対して、都道府県から「事故防止の周知や情報共有、指導・支援を継続して行っている」は 66.7%、「事故発生後支援は行ったが現在は行っていない」は 16.7%、「特に行わなかった」が 16.7%となっている。一方、市町村において重大事故が発生した施設に対して、「事故後、指導・支援を継続して行っている」は 66.8%、「事故発生後、指導・支援は行ったが、現在は行っていない」は 25.0%、「特に行わなかった」が 6.3%となっている。

事故発生後の事故防止の周知や情報共有、指導・支援の状況



その他の意見（都道府県）

- ・ 検証委員会の設置及び運営方法を伝えるとともに、市で作成した検証報告書は他の市町村に情報提供するように指導した。
- ・ 検証の対象となった死亡事例は認可外保育施設で発生したものであったため、当該施設所在市町村への指導等は特に行わなかった。
- ・ 事故が発生した市町村のみならず、県内全市町村に向け、事故発生時に事故防止の周知を行ったほか、報告書提出の際にも県内すべての保育施設に周知を行っている。

その他の意見（市町村）

- ・ 事故の翌年に重大事故が発生した施設に対して行政指導の実施、プール時の立入調査を2回実施（改善報告書の実施状況を確認）。事故の翌年度以降も、プール時の立入調査を実施。
- ・ 重大事故が発生した施設が事故発生から4カ月で指導事項が改善され、その後は、年に2回の立ち入り調査にて安全確認等を行っている。
- ・ 事故発生時は、県とともに発生状況等を確認し、市は保護者対応等も行う。その後、再発防止策等の確認などを行う。
- ・ マニュアル改訂の支援。

- ・安全計画に沿って重大事故時の対応について園内研修等で実施しているか確認。
- ・睡眠チェックの際に子どもの状況（咳等の体調など）・状態（体や顔の向き）の項目のチェックをおこなっているかを監査の際に確認。
- ・監査の際には事故防止のパンフレット等を配布
- ・重大事故が発生した施設には、再発防止に向けた「改善計画」を作成するよう伝え、それをもとに計画的に再発防止に取り組むよう指導を継続。
- ・対象事故が町立保育所であったこともあり、事故検証委員会における提言をふまえた事故発生防止に係る取組事項を挙げた計画を作成し、毎月の所長会議等で進捗状況を確認している。
- ・事故発生後、環境改善、再発防止に向けたマニュアル、保育内容の見直し、研修による職員教育の徹底。

保育室内の環境・設備等、保育室内のレイアウトについて指導、見直し。事故のあった保育室の改修工事を実施。

給食に関する備品等、委託先の業者と連携し定期的に点検。必要な物は修繕、買い替えを速やかに行う指導。

保育の環境の構成について見直し、子ども、保育士の動線から保育室内に不備がないかについて点検、再構成、整理。欠陥備品の点検と修繕。

保育室内に危険な配膳車等、その他危険なものを搬入、配置しないことの指導。

給食の温度について子どもに提供する前の温度は 40 度程度とし、委託業者との連携の中で子どもに適切な給食の提供を行う指導。

保育実践の見直し指導。給食準備時の保育士の援助が片付け、排泄介助、配膳、手洗い介助と多様な活動内容にならないように配慮。職員間で連携を見直し、一人一人の保育士の動きがばらばらになるのではなく、常に連携体制の中で保育していけるように意識化。

けがの発生時、迅速かつ適切な判断処置、保護者対応が行えるように、マニュアルをもとに初動対応、適切な応急手当等、日頃からの園内職員教育。

- ・事故直後に園児及び職員を対象にストレスチェックを行い、心のケアの実施。
- ・認可外保育施設(当該施設含む)を対象とした事故防止と事故対応に関する研修(年2回)の実施と重大事故が発生しやすい場面の訪問巡回(年2回)を実施。
- ・安全点検の日常化・安全意識・危機管理意識の向上・再発防止策の徹底、

質問 5 教育・保育施設における重大事故発生について、近隣の市町村等への情報提供等を行いましたか(市町村のみ質問)。

重大事故発生について、近隣の市町村等への情報提供等を「行った」は、29.4%、「行わ

なかった」は64.7%、「その他」は5.9%となっている。

近隣の市町村への事故内容等の情報提供の状況



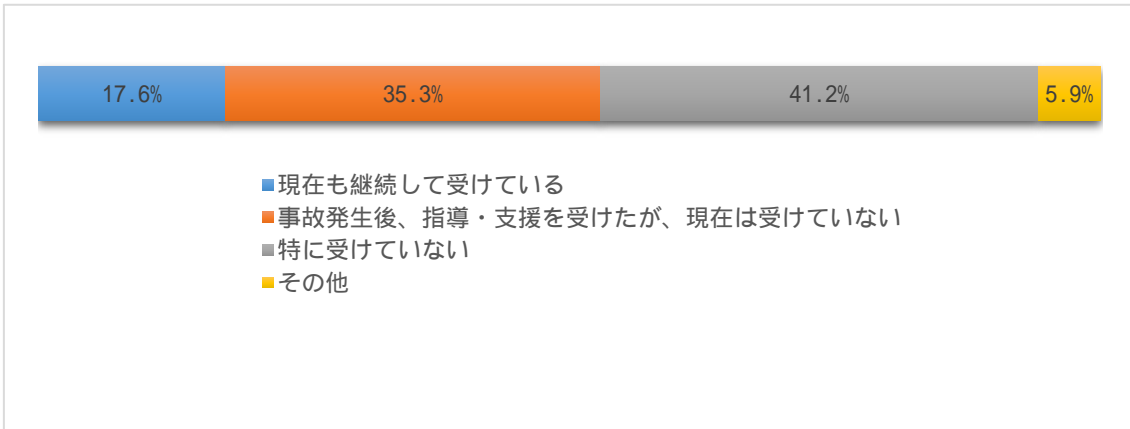
行わなかった理由

- ・管内の保育関連団体に事故の報告と事故防止策を説明。
- ・他市と共有する内容がなかったため。
- ・当該当児の保護者の意向で公開を望まなかったため
- ・市ホームページによる報道発表にて、広く周知を行ったため。
- ・新聞報道がされたため。
- ・情報の提供等については、県と行っていたため。
- ・近隣市区町村からの通園がなかったため。
- ・国への報告を行っており、国から必要に応じ情報共有がなされると考えられたため。
- ・公表をしたので個別に近隣の市町村等への情報提供等は行わなかった。

質問6 教育・保育施設における重大事故発生後、都道府県より具体的な指導・支援を受けましたか（市町村のみ質問）。

重大事故発生後、都道府県より具体的な指導・支援を「現在も継続して受けている」は17.6%、「事故発生後、指導・支援を受けたが現在は受けていない」は35.3%、「特に受けていない」は41.2%、「その他」が5.9%となっている。

事故発生後における都道府県から市町村に対する指導・支援の状況



支援を受けた内容

- ・ 事故後の検証部会の立ち上げ及び検証方法についてアドバイスをいただいた。
- ・ 中核市なので県の指導を受ける立場ではないが事故検証委員会にオブザーバーとして参加した。
- ・ 事故発生後に、他自治体で作成した事故検証報告書に関する資料提供あり。
- ・ 随時報告するなどの連携を図っていた。
- ・ 指導監査時に事故防止に係る事項についての指導を受けているほか、四半期ごとのヒアリングで取り組み状況の確認・助言を受けている。
 - 再発防止のための給食提供に関する安全管理の徹底(設備環境の見直し改善・マニュアル見直し整備・マニュアルを基本とした安全管理に関する職員指導・リスクマネジメント研修の実施・園内における日々のヒヤリハットなどの会議の実施)
 - 保育体制と実践について
 - 保護者対応
 - 事故を起こした職員のメンタルサポート。
- ・ 特別指導監査の合同実施と検証報告書公表にあたっての情報共有。
- ・ 事故発生直後に、「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」に沿った対応になる旨、助言を受けた。
- ・ 全ての検証委員会にオブザーバーとして出席。

質問7 自治体を実施する教育・保育施設等への立入検査等の確認事項として、重大事故防止に関して、どのような項目がありますか、該当する項目全て選択してください（調査対象園のみ質問）

自治体を実施する教育・保育施設等への立入検査等の確認事項として、「消火訓練」、「避

難訓練」、「消防訓練」の実施について 73.7%と最も多く、次いで「睡眠中の呼吸等点検」68.4%、「保育中の施設内点検」68.4%、「アレルギー児の把握及び誤食防止措置」63.2%となっている。

自治体が立ち入り検査等で行う確認事項

