

令和5年度

# 事故防止と 事故対応



この冊子は事故事例とともに、事故を未然に防ぎ安全確保の基本となる取組みのポイントをまとめたほか、事故が発生した際の対応について記載しました。

一つひとつの事例を参考に、改めて各施設で事故要因を考え、安全な環境や事故防止の取組を見直し、職員間で共有し事故防止に努めてください。

令和5年3月

横浜市子ども青少年局 保育・教育運営課

## 目次

1	事故防止と事故対応.....	P1
2	事故防止のための取組.....	P3
3	事故発生時の対応について.....	P9
4	事故発生後の対応について.....	P10
5	巡回訪問事業について.....	P12
6	巡回訪問つうしんについて.....	P15
7	内閣府等のガイドラインについて.....	P25
8	資料.....	P27
9	過去の通知について.....	P42
10	令和4年 事故事例.....	P43

### 保 育 所 保 育 指 針 (第3章より抜粋)

- \* 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。
- \* 事故防止の取組を行う際には、特に、睡眠中、プール活動・水遊び中、食事中等の場面では重大事故が発生しやすいことを踏まえ、子どもの主体的な活動を大切にしつつ、施設内外の環境の配慮や指導の工夫を行うなど、必要な対策を講じること。
- \* 保育中の事故の発生に備え、施設内外の危険箇所の点検や訓練を実施するとともに、外部からの不審者等の侵入防止のための措置や訓練など不測の事態に備えて必要な対応を行うこと。また、子どもの精神保健面における対応に留意すること。

# 1 事故防止と事故対応 (全国と横浜市内の事故発生状況について)

内閣府の発表によると、教育・保育施設において、令和3年1月から12月に全国で発生し厚生労働省へ報告された事故は以下のとおりです。

負傷(意識不明・骨折他) …	2,342 件
死亡事故 ………………	5 件
合計 ………………	2,347 件

死亡事故の主な死因は、窒息1人、原因不明等4人です。

令和4年1月から12月の横浜市における保育・教育施設における事故報告の件数は、236件となっており、毎年増加傾向にあります。その中でも、最も多い置き去り・行方不明は、交通事故や転落事故、夏であれば熱中症といった重大事故に結びつきかねません。保育中の安全管理は日々行われている日常的な業務であるとともに、その安全は常に確保されていなければならない重要な業務です。

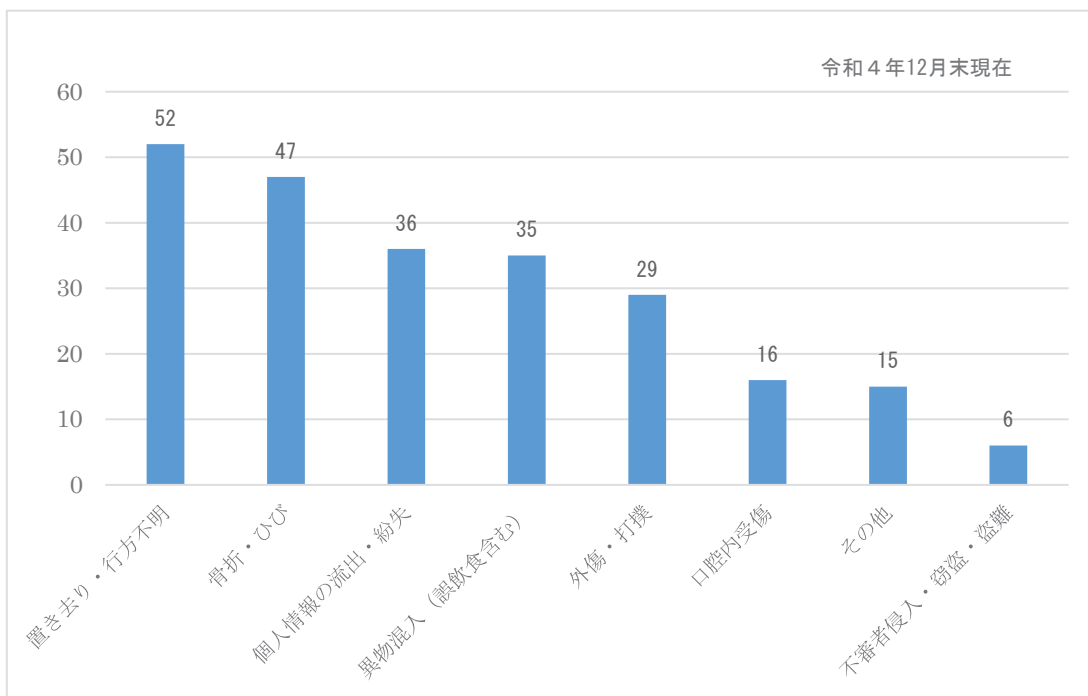
事故を防止するためには、保育者一人ひとりが危機管理意識を高め、全職員が共通の認識を持って連携していくことが必要です。

心身の発達が著しい乳幼児期は、発達状況に大きな差があり、一人ひとりに応じた丁寧な関わりや配慮が集団生活における保育の中で求められています。発達段階や特徴を把握した上で、安全な保育環境をつくるのが大切です。また、主体的な活動を大切にしつつ、遊びを通して自ら危険を回避する力を身に付けていくことの重要性にも留意する必要があります。

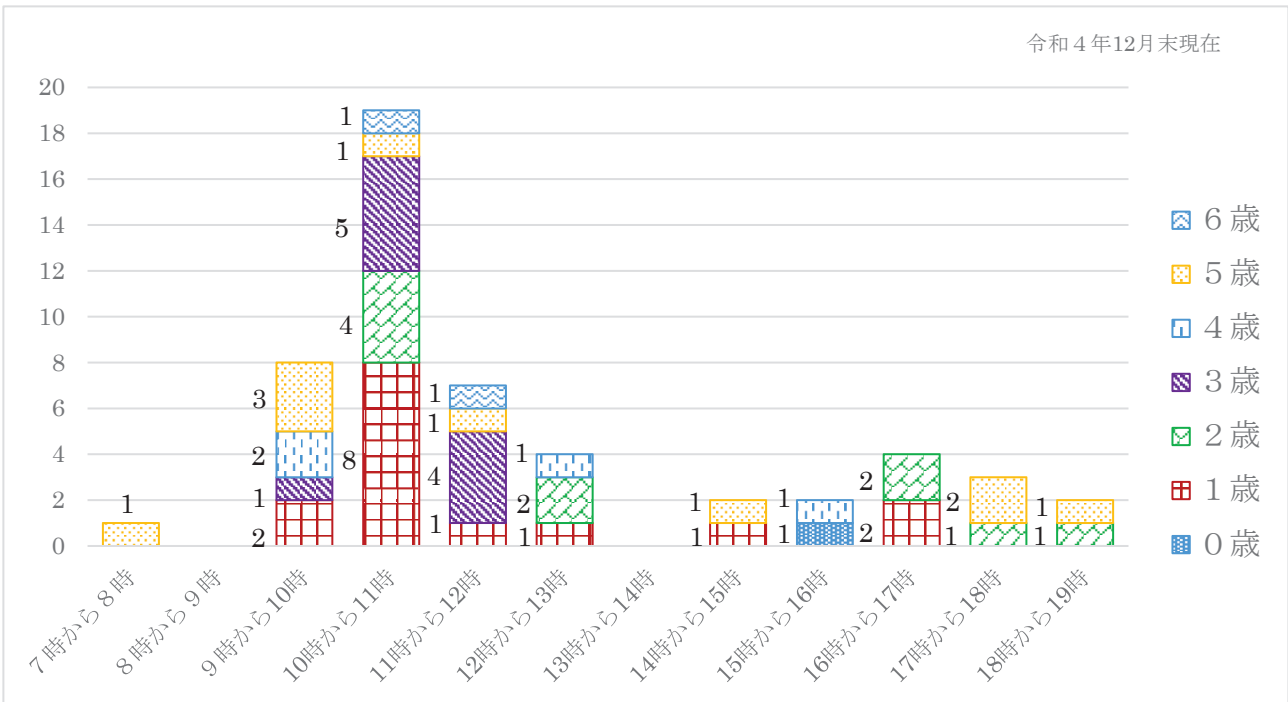
**児童の生命の保持及び安全の確保は、保育所等の責務です。**

本冊子は重大事故に結びつきやすい項目や市内で発生した事故事例をまとめたほか、事故発生後の対応の仕方について記載したものです。各園での事故防止への取組の一助としてご活用いただくほか、内閣府等のガイドラインも確認し、よりよい保育に結び付けてください。

## (1) 事故報告書の内訳(令和4年1月から12月)



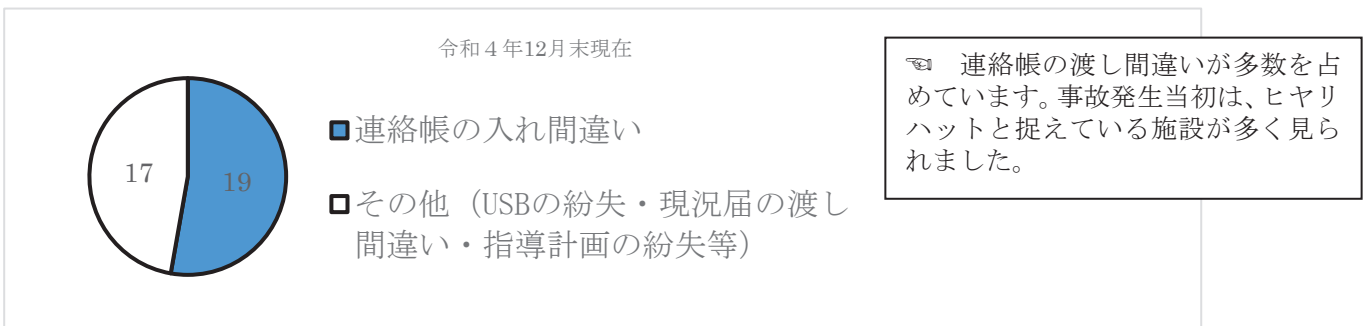
## (2) 置き去り・行方不明の内訳



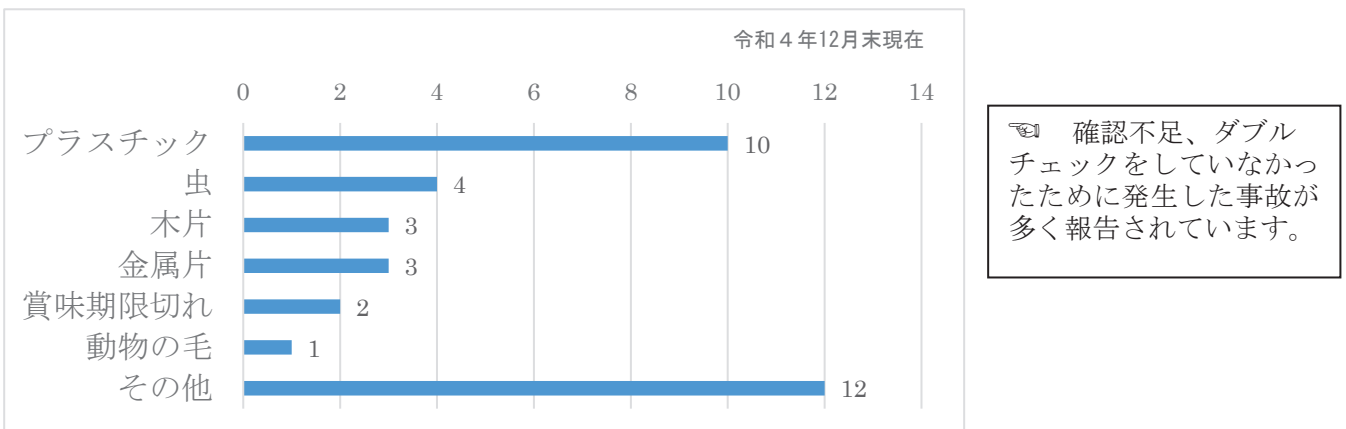
令和3年、福岡県で発生した園バスの置き去り事故を受けて、令和4年度は、行方不明や置き去り事故が発生した施設を担当者が訪問し、事故が発生した状況について、ヒアリングや現場の確認をしました。

発生原因について施設の状況をヒアリングする中で、人数確認が適切にされていなかったことと共に、「児童を1人追いかけていったが、その先にもう1人児童がいたことに気づかなかった」、「児童が、(保育者の)足元を歩いていったことに気づかなかった」、「あの場所に児童がいたことに気づかなかった」など、「気づかなかった」という報告が多くありました。

## (3) 個人情報の流出・紛失の内訳



## (4) 異物混入・誤飲・誤食の内訳



## 2 事故防止のための取組

### (1) 事故防止・事故対応マニュアルの作成

#### ア マニュアルの作成

内閣府、文部科学省及び厚生労働省から通知のあった「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」を参考に、園の実情に合わせた事故防止・事故対応のマニュアルを作成してください。事故発生時に迅速な対応が図られるよう、職員の役割を明確にするなど、体制を整備してください。

#### イ 職員への周知

園内で定期的に研修を行うなど、職員間で共有し、安全対策を徹底してください。

#### ウ マニュアルの見直し

園で発生した事件事例やヒヤリハットをもとに、定期的な見直しを行い全職員で共有します。  
※マニュアルの作成にあたっては事件事例集(P.43)も参考としてご活用ください。

### (2) 事故防止のための具体的な取組

#### 日常的に必要なこと

- ・職員配置については、必ず配置基準を守ります。
- ・児童の行動を予測し、目を離さないようにします。
- ・児童の健康状態を観察、把握し、個々の状態に応じた保育をします。

#### ア 誤飲・誤嚥

##### (ア) 食事

\*年齢月齢にかかわらず、普段食べているどんな食材も窒息につながる可能性があります。  
適切な食事の援助や観察をしっかり行いましょう。

- ・児童の食事に関する情報や当日の児童の健康状態等、職員間で共有します。
- ・咀嚼や飲み込みなどの発達状況にあった食事内容にします。
- ・児童が自発的に口に入れ、飲み込むようにします。
- ・水分補給は、食事前・食事中適宜行います。無理に飲み込ませないようにしましょう。
- ・眠くなっている子には、無理に食べさせず、個別に配慮します。
- ・苦手な物を無理に食べさせることは、誤嚥・窒息につながり危険です。

##### (イ) 環境設定

\*口に入れると咽頭部や気管が詰まり窒息の可能性がある大きさ、形状のものは室内に置かないようにしましょう。

\*誤飲誤嚥の可能性のあるサイズ・形状：球形の場合は4.5cm以下のもの。

球形でないものは直径3.8cm以下のもの。

- ・食材はもちろんのこと、園内の安全点検の際には小さなサイズの遊具や備品についても誤飲・誤嚥の可能性がないか定期的に確認しましょう。特にマグネット(丸磁石のような小さなサイズ)の誤飲は、重篤な事故につながります。パーティタイプのマグネットを使用するようにしましょう。(画鋏も、できる限り使用しないようにしましょう)
- ・植物は実が成長する間、誤飲誤嚥の可能性のあるサイズになります。児童が誤って口に入れることが無いよう、育てる植物を改めて検討するなど、環境を工夫しましょう。
- ・飲み込んだものが薬品等の場合、吐かせて良い場合と吐かせてはいけない場合があります。内閣府のガイドライン等を確認し、適切な対処方法を把握しましょう。

<参考資料>

- ・異物誤飲が発生した場合の応急処置(内閣府のガイドライン)

【URL】

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyouiku\\_hoiku/pdf/guideline1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyouiku_hoiku/pdf/guideline1.pdf)

【QRコード】



- ・気道異物除去の応急処置(政府広報オンライン)

【URL】

<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201809/2.html>

【QRコード】



## イ アレルギー誤食

**\*該当児名、アレルゲン、除去食事内容を、献立の作成時からチェックを行い、調理時、配膳時食事の提供、食事中に、複数で確認しましょう。**

- ・生活管理指導表等の内容を確認し、職員で共有します。
- ・保護者と献立表による除去内容を確認します。
- ・加工食品、市販菓子等も原材料表示を確認します。
- ・除去食は専用トレイ、食器等で視覚的に区別できるようにします。
- ・調理担当者間、調理担当者と保育者間、保育者間でその都度、声を出し確認等をします。
- ・体制の変わる土曜日、延長保育時等の除去食について、園内で共有します。

※参考  [横浜市 食物アレルギー対応](https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kosodate-kyoiku/hoiku-yoji/kyuusyoku/20140220104339.html)

トップページ>暮らし・総合>子育て・教育>保育・幼児教育>保育所等の給食>食物アレルギー対応  
[https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kosodate-kyoiku/hoiku-  
yoji/kyuusyoku/20140220104339.html](https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kosodate-kyoiku/hoiku-yoji/kyuusyoku/20140220104339.html)

## ウ 睡眠中

**\*重大事故に結びつきやすい項目です。睡眠状況をしっかりと確認し記録しましょう。**

・午睡など、児童の睡眠中には、寝つきや睡眠中の姿勢、呼吸の状態、顔色等に注意し、睡眠中も児童の様子に常に注意を払い、以下の点を毎日チェックします。

仰向けに寝かせる。

児童の睡眠中は、時間の長さや時間帯、センサーの使用に関わらず、必ずブレスチェックを行い一人ひとり記録する【0歳児は5分に1回、1歳児は10分に1回】

十分な観察ができる明るさの確保

顔面および唇の色の確認

鼻や口の空気の流れや音の確認

呼吸に伴う胸郭の動きの確認

□体に触れて体温確認

- 窒息予防のために寝具や周辺環境について以下の点を毎日チェックします。

□布団はアイロン台くらいの硬さのものが望ましい。

□シーツはしわがないか常に点検する。

□授乳後、ゲップを十分に出してから寝かせる。

□睡眠時に着衣の襟や袖口で口を塞がないように留意する。

□顔のまわりやベッドの柵にタオルなどを置いたりかけたりしない。

□毛布や布団などのかけものは、顔にかからないように胸までとする。

□飲み込む危険のある遊具を手の届くところに置いたままにしない。

## エ 水遊び、プール遊び

**\*児童の大好きな活動ですが、危険も伴います。しっかりとポイントを押さえましょう。**

- 児童の状況を見守る専任の監視者が必要です。常に児童から目を離しません。
- 人数確認を行い、十分な休息時間がとれる計画にします。
- 個々の児童の健康状態を把握します。
- 水の温度管理、水質管理を行います。
- 暑さ指数の確認と、暑さ対策、紫外線対策を行います。
- 職員間で役割分担し連携します。

## オ 骨折

**\*転倒や打撲の際、「歩けるから大丈夫」、「痛がっていないから大丈夫」などと自己判断をしないで、骨折を疑って整形外科での受診を検討しましょう。**

- 児童の骨は成長過程にあり、まだ柔らかいので「不完全な損傷」になることがあります。小さい児童は、自分の状態を上手に伝えることができません。大人が丁寧に様子を見て判断しましょう。

＜注意するポイント＞

児童は、痛みをしっかりと伝えられない場合があります。（児童がさしている場所が、患部でないこともあります）患部を動かすことができ、腫れが見られなくても、骨折している場合があります。

（横浜市に提出された事例より）

## カ 指はさみ事故

**\*指はさみ事故は、最悪の場合、指の切断にもつながりかねない危険な事故です。**

- ドア、窓に指はさみを防止する機器を設置します。
- ドア、窓がスムーズに開閉できるか確認をします。
- 老朽化や壊れていないか確認を定期的に行います。
- 自動ドアの戸袋に腕等が引き込まれないか確認をします。

## キ 散歩などの園外保育

**\*日常的な活動ですが、目的地やコース、注意点など情報の共有をしましょう。**

- (ア) 事前に共通認識・情報共有を行い以下の点をチェックします。

- 散歩マップでルート、危険個所を確認し、定期的に見直しをする
- 散歩マニュアルで役割分担の確認、個々の児童の配慮事項を共有する
- 応急処置、心肺蘇生など緊急事態への対応を共有し、危機管理訓練を実施する
- 児童へ交通安全教育・保護者へ散歩の意義やリスクの説明をする
- ベビーカー、散歩バギーなどの安全点検(タイヤ、ブレーキ、ベルトなど)

(イ) 当日の確認事項は以下の点をチェックします。

- 人数と目的地、ルートを記録
- 公園の安全点検(遊具点検、遊具回りのごみや吸い殻等、不審者、死角、日射による高温になった遊具、遊具の対象年齢等)
- 人数確認(散歩前、散歩中、散歩後)を適宜、複数の職員で行う
- 健康状態などの把握、水分補給、帰園後は石鹸で入念な手洗い

※園外活動中に、公道等を歩行している際、危ない、と感じる箇所を発見した場合は、所管の土木事務所または警察署へ相談しましょう。

土木事務所：公道における路面標示やガードレールの設置・修繕等の相談ができます。

警察署：信号機や横断歩道の設置・修繕等の相談ができます。

## ク 行方不明・置き去り

**\*保育中の見失いにより、交通事故や転落事故、夏などであれば熱中症といった重大事故に結びつきかねません。園内、園外に関わらず人数確認をしましょう。**

### (ア) 保育中の見失い

- ・人数確認は、リーダーだけでなく、必ず複数で声を出して行います。
- ・「〇人」と数字での確認だけでなく、児童一人ひとりを確認します。
- ・児童の動向の確認はできているか、職員の立ち位置はどうか、職員同士の声の掛け合いは十分かなど確認します。
- ・児童の移動の際に見失いが起きそうな場所を把握します。

### (イ) 児童の園からの抜け出し

- ・常に児童の人数確認は欠かさず、点呼を確実に行ってください。
- ・自動ドアのセンサーは、児童の届きにくい十分な高さか確認をします。
- ・職員などによりロック解除が必要なドアの場合は、ロックを解除するボックスやスイッチの高さが児童には届きにくい十分な高さであるか確認をします。

## ケ 不審者の侵入

**\*ハード面での対策を検討し、シミュレーションをしましょう。**

- ・外部から中に入るためには、必ず内側から施錠を解除するシステムや防犯カメラを設置するといったハード面での対策を検討しましょう。
- ・保護者のみにカードキーを渡しているといった場合でも、保護者に対し、園の安全対策を周知し、園の出入りの時に気を付けてもらうように伝えるなど、保護者を巻き込んだ安全対策をしましょう。
- ・不審者が侵入した場合、どのように対応したらよいか、マニュアルを作成しシミュレーションを行いましょ。シミュレーションを行うときは、園長や主任などが不在の場合や、朝夕などの職員が少ない時も想定して実施しましょう。
- ・年1回以上は不審者対応訓練を行ってください。(不審者訓練は、「避難・消火訓練」の一環



とはなりません。必ず別の実施してください。)

## コ 与薬

**\*原則として与薬は行いません。**

- 慢性疾患などやむをえない場合に限り、医師の意見書などをもとに、必要かつ最小限の与薬を行います。
- 薬は1回分又は1日分のみ預かり、施錠できる場所に保管します。
- 与薬の際は、複数の職員でダブルチェックを行い、重複して与薬する、人違い、与薬量の誤り、与薬忘れ等がないよう確認します。

## サ ヒヤリハット

**\*ヒヤリハットとは、危ないことが起こったが、幸い事故には至らなかったものの、重大な事故になってもおかしくない事例に「気づく」ことです。事故を未然に防ぐために、ヒヤリハットを活用しましょう。**

- 保育現場では「ヒヤリ」としたり「ハッ」としたりすることが発生します。児童たちの行動は、大人の予想をはるかに超え、思いがけないことの連続です。大きな事故につながる可能性のある事例を記録し、原因の分析、予防策を職員間で共有します。  
(→ヒヤリハットの詳細についてはP13を参照。)

## シ 安全管理

**\*児童は身近な環境に興味や好奇心を持って関わります。安全な環境を整えましょう。**

### (ア) 園全体での情報共有・確認

- 朝夕の合同保育など、通常の保育と違う形態の時には注意すべき事を園全体で確認します。
- 環境整備、保育者の立ち位置、役割分担、児童一人ひとりの情報共有をします。
- 配慮が必要な児童については、園全体で保育を行うという意識を持って支え合います。
- 担当現場を離れるときには声をかけて、相手からの返事を待って行動します。また、不安な点は声に出して伝えるなど、声かけを習慣づけます。
- 保育環境には危険なものを置かず、棚からの落下や家具、テーブル等の転倒防止を行います。
- 日々、及び定期的に安全点検を実施し安全の確保を図ります。

※安全点検表の作成例は、内閣府のガイドラインを参考にしてください。



「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」

### (イ) 遊具等

- 児童の発達に応じた遊びや遊具、玩具を提供します。
- 固定遊具で遊ぶときは、保育者が付き添います。
- 遊具の使用方法や配置場所の環境などを把握し、事故につながる危険性を予見する観点をもって安全点検をします。
- 変状及び異常が発見された場合は、遊具の使用を中止し、適切な措置をします。
  - …園内の場合：園として修繕や撤去などを行います。
  - …横浜市が管理する公園などの場合：土木事務所などの管理者へ通報します。
- 遊具は、安全基準を満たしたものを設置し、園で加工などして使用することのないよう注意します。
- 公園等で遊具を使用する際には、対象年齢を確認し、児童の年齢に合った遊具を使用します。

- ・児童の服装については、事故につながりかねない服装ではないことを確認し、危険性について保護者へ周知します。

#### (ウ) 物品の管理、整理整頓

- ・薬品や危険な物品(窒息の可能性のある玩具、小物等も含む)などは、転倒、落下の恐れのない、児童の手が届かないところで管理します。
- ・整理整頓を心がけ、不要なものがないか職員間で確認します。

#### (エ) 送迎バス等の安全対策

- ・バス送迎時での人数把握の手順、登降園時や保育中の人数把握の方法について確認しましょう。
- ・送迎中に非常時が発生した場合の対応について、あらかじめ緊急時対応マニュアルに作成するなどし、運転手や乗務する職員と共有しましょう。
- ・停留する場所の選定：それぞれの停留するところの所管警察署へ、安全上の留意がないか確認しましょう。

##### 【参考資料】

- ・保育・教育施設における児童の車両送迎に係る安全管理ガイドライン(横浜市)

#### (オ) 救急救命講習の定期的な受講

緊急時は保育従事者が救急救命行為を行う必要があります。必ず定期的に受講しましょう。また、救命救急講習は園内研修でも定期的に実施しましょう。

#### (カ) 救急対応訓練実施の徹底

救急車を呼ぶような緊急事態発生時には、119番通報や心肺蘇生などの応急処置を冷静に行う必要があるため、救急対応マニュアル等を確認し、訓練を行うようにしてください。

##### 【想定される事故の例】

- ・食事… 窒息、誤飲、誤嚥、アレルギー誤食
- ・睡眠… 窒息、SIDS、けいれん
- ・プール… 溺水、転倒
- ・散歩… 骨折等の怪我、行方不明、交通事故
- ・園内… 玩具等の誤飲  
扉やサッシの指挟み  
児童同士の衝突  
遊具からの転落

#### (キ) 避難訓練等の実施

避難訓練や消火訓練については、保育従事者だけでなく、児童を含めて、具体的な避難誘導を伴ったものを、それぞれ、1か月に1回は、実施してください。

### 3 事故発生時の対応について

#### (1) 状況把握と受診の判断

必要に応じて応急処置を行うとともに、事故の状況(児童の状態、現場の状況など)を正確に把握してください。症状の見落としや判断ミスがないよう、児童の状態については、複数人で確認してください。受診が必要と判断した場合は、保護者の了解を取った上で、園が病院に連れていくことを基本としてください。

※ 特に、頭部の打撲等のけがについては、症状が目に見えない場合があります、受診が遅くなることで重症となる恐れがあります。首から上の打撲・けが等については、園が病院に連れていくことを基本としてください。

#### (2) 保護者への説明

事故の発生について連絡し、現在把握している事実を正確に伝えてください。保護者へ、適切に情報提供を行うことは、その後、信頼関係のある中で保育を継続するために重要なことです。保護者からの質問には、状況を踏まえ、確認できた内容の範囲内において説明する。不明な点や確認中の点については、その旨を伝えます。

※説明前に、伝える内容を整理し、事故の概要を的確に伝える。

※なお、電話で報告する場合も、連絡した内容は記録する。

※ 具体的、かつ、客観的に説明するように心がける。

<事前にまとめておく主な点>

- いつ
- どこで
- だれが
- どの程度のけがなのか
- どのように・なぜ
- 現在どのような対応を行っているのか：
- 保護者には何をしてほしいか  
(受診等の承諾や、お迎え、病院での待ち合わせ等)：

#### (3) 事故状況の記録

事故状況の記録は、以下の事項について、5W1Hを明確にして時系列に沿った記録をしましょう。

- どのように事故が発生したのか
- どのように対応したのか
- 再発防止策
- 職員への周知
- 保護者へ伝えた内容 等

## 4 事故発生後の対応について

### (1) 区のこども家庭支援課への事故報告書の提出

「園内・園外での事故対応」(P.27～28)に基づき、速やかに、区のこども家庭支援課に「事故報告書(第1報)」をエクセルで提出してください。

原則、第1報は、事故報告書(表紙)、様式1、様式2を事故発生当日(遅くとも事故発生翌日までに)提出してください。

園内で事故原因の分析と再発防止策の検討が終わり次第、「事故報告書(第2報)」を提出してください。第2報は、遅くとも事故発生から3週間以内に提出してください。なお、第1報提出時に事故原因の分析と再発防止策の検討が済んでいる場合は、第1報に含めてもかまいません。

※区のこども家庭支援課に提出後は、保育・教育運営課から連絡します。

#### 【横浜市へ事故報告が必要なケース】

- ① 死亡事故
- ② 重傷事故(治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病及び意識不明)
- ③ 行方不明・置き去り
- ④ 個人情報(紛失や流出、不審者の侵入、盗難)
- ⑤ 異物混入・誤飲・誤食
- ⑥ ①②に該当しないが、こども青少年局・区役所・園のいずれかが報告を必要と判断した事故

※「重傷事故を除く消費者事故(被害の拡大又は同種・類似の消費者事故等が発生するおそれがある場合)」についても報告してください。

#### 【横浜市へ事故報告する際に必要な様式】

- ① 事故報告書(表紙)
- ② 様式1
- ③ 様式2-1(負傷)、様式2-2(行方不明・置き去り)、様式2-3(異物混入・誤飲・誤食)、様式2-4(その他)
- ④ 様式3

### (2) 事故の振り返り

事故直後の記録に加え、どのように振り返り、改善策を講じたのかなど、事故発生時からの対応経過を、時系列に沿って詳細に記録してください。

事故発生日の状況を振り返り、事故原因の分析と再発防止策の検討を行ってください。今後の事故防止のためにも、振り返りの内容は、非常勤を含めた全職員に周知してください。必要に応じて、園で作成している事故防止・事故対応マニュアルを見直してください。

#### ※振り返り、分析のポイント

下記のポイントについて振り返り、分析をし、園としても正確な記録を残しましょう。

発生の状況	・何時に何が発生し、誰がどう対応したのか(保護者への連絡、医療機関への受診)など時系列でしっかり整理しましょう。
児童に関するポイント	・常日頃の様子はどういう児童か、当日の体調や様子はどうだったか。 ・普段と違うことがなかったか、児童がどのように考えたり感じたりして活動していたのか。
園や設備に関する	・遊具や地面の状態は常日頃から確認していたか、当日はどうだったか。

るポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マットや指はさみ防止の機器などを設置することで、ハード的に防げたか。</li> </ul>
保育従事者におけるポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・配置数、立ち位置、役割分担はどうだったか。</li> <li>・従事者は救急対応や事故防止の研修をあらかじめ行っていたか、マニュアルなどは周知されていたか、マニュアル等のとおりを実施していたか、対応ができていたか。</li> <li>・マニュアルの見直しが必要ではないか。</li> <li>・マニュアルを共有する場(園内研修など)は十分用意しているか。</li> </ul>
保育内容に関するポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・活動内容は年次や児童自身にとって適合した内容だったか。</li> <li>・保育従事者はどのように児童に声かけや接し方をしていたか(より良い声かけや、接し方がなかったか)。</li> </ul>

### (3) 事故報告書の取扱いについて

本市は、注意喚起と再発防止の啓発等を目的に、園名及び個人情報を削除した上で、市内各園へ情報提供(P.43 参照)する場合や、「①死亡事故」等特に重大な事故については、園名等を含めて公表する場合があります。

「①死亡事故」と「②重傷事故」については、園からの報告を受けた市は、県と国へ報告します。国においても再発防止等のため、園名及び個人情報を削除した上で後日公表されます。

報告書は、市・区へ報告するたびに、第1報、第2報…と更新しながら、それぞれ保存してください。

(第2報を提出したからといって第1報を破棄等しないでください)

保護者への連絡は事故発生後、速やかに行います。その後も適宜情報提供を行ってください。また、「①死亡事故」と「②重傷事故」の場合は、市と園で報告書の内容を確認した後、最後に園から保護者へ「様式2-1」をお渡し、改めて報告することと、国が個人情報等削除の上、後日公表することについての説明をしてください。

※ 事故報告様式のダウンロード URL:

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/kosodate/jikotai/hoiku.html>

トップページ>事業者向け情報>分野別メニュー>子育て>事故防止と事故対応について>事故防止と事故対応について

## 5 巡回訪問事業について

### (1) 巡回訪問とは

横浜市では平成30年4月より、保育・教育施設における重大事故を予防し、保育の質の向上を目的として、巡回訪問を開始しました。

市内の保育教育施設・事業所において、マニュアルの作成、ヒヤリハットの活用等真摯な取組によって事故防止がなされているにも関わらず、依然として事故は発生しています。

市内の保育・教育施設を訪問し、日常の活動状況をヒアリングなどしながら、**安全安心な保育・教育環境を整えるために**客観的な観点から助言や提案を行っています。複数年かけて巡回訪問します。

子どもの最善の利益を守り、健やかな心身の成長発達を保障すべき保育教育施設としてさらなる事故防止の積極的取組を期待すると共に、その一助となるべく巡回訪問事業の推進を尚一層図っていきます。

### (2) 安全安心な保育・教育環境を整えるために訪問員が伝えている主な内容

#### ア 食事時の誤飲・誤嚥を防ぐためのポイント

- (ア) 乳幼児ともに、食べている様子を必ず確認する  
…急いで食べていないか、口に詰め込みすぎていないか等
- (イ) 個々のペースに合わせた援助をする
- (ウ) 食事の最後は口の中に食べ物が残っていないか確認する
- (エ) 気道異物除去の応急処置について園内研修等を行っておく

#### イ アレルギー誤食を防ぐためのポイント

- (ア) 除去食提供までのダブルチェックができるタイミングを複数設定する
- (イ) ヒューマンエラーを防ぐため、アレルギー児対応の共通理解・情報共有を確実に実施する
- (ウ) 給食食材の成分が変わることがあるので成分表を毎回確認する
- (エ) 行事などの通常とは異なる保育内容の時や、職員体制に変更がある場合でも、いつもと同じ手順で実施する
- (オ) 年齢に関わらず食べたことのない食材をチェックする(弁当を含む)

#### ウ 午睡時の事故を起こさないポイント

- (ア) 仰向けで寝る事を徹底する
- (イ) ブレスチェックは目視だけでなく、体に触れて体調変化がない事を確認する
- (ウ) 体調、機嫌等に通常と違う様子があるときは特に注意し、職員間で情報共有する
- (エ) 入園当初は児童にストレスがかかり事故のリスクが高いため、特に注意する

#### エ 水遊びの事故を防ぐためのポイント

- (ア) 監視役の目印をつけることで、本人や周囲の人への意識を高める
- (イ) 監視員は最初から最後まで監視役に徹する
- (ウ) 日頃から心肺蘇生法やAEDの使い方の研修、手順書の確認をする

#### オ 散歩での事故を防ぐためのポイント

- (ア) 行方不明、置き去り事故防止の為、人数点呼の重要性を再度確認する
- (イ) 人数確認は、複数人で点呼し、数を伝えあいながら、確実に行う
- (ウ) 散歩途中や散歩先の危険箇所をマップに入れ、安全なコースや散歩先を共有する
- (エ) 保育者の役割分担・連携が重要。個々の児童の年齢、発達、性格、行動パターンなどを職員間で共有する
- (オ) 散歩先で災害、事故、不審者などを想定した訓練を行う

#### カ 災害対策のポイント

- (ア) 備蓄用品の確認をし、保管場所を全職員に周知する
- (イ) 避難時に誰からもアレルギー児と明確にわかる手立ての工夫をする

#### キ 施設内での物の整理や配置についてのポイント

- (ア) テーブルの立て掛けや椅子の積み重ねはしない
- (イ) ロッカー、高い棚は転倒防止を行う
- (ウ) 扉付き棚の開閉ストッパーを設置する
- (エ) サッシ窓、保育室や押し入れ扉、扉の蝶番等に指挟み防止を設置する
- (オ) ガラスには飛散防止対策を行う

#### ク ヒヤリハットの取組のポイント

- (ア) ヒヤリハットで気づいた危険箇所や場면을収集し、職員間で共有する
- (イ) 予想される事故について、改善策を講じる

#### ケ シミュレーションのポイント

- (ア) 重大事故につながりやすい場面を想定し実施する
- (イ) 職員間で事故を想定した役割分担を共有する
- (ウ) 定期的なマニュアルの見直しをする

### (3) 保育中のヒヤリハットについて

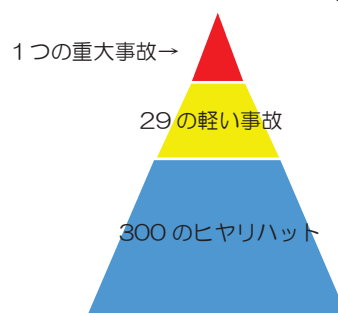
ヒヤリハットとは…ヒヤリハットとは、危ないことが起こったが、幸い事故には至らなかったものの、重大な事故になってもおおかしくない事例に「気づく」ことです。

施設で発生したヒヤリハットを振り返り、分析することで、重大な事故を未然に防ぐことができます。しかし、意識しないと、そういった事例に気づかず、事故が起きてしまうことがあります。日ごろの保育の中で発生しやすいヒヤリハットと事故の事例について、各施設での振り返りや、分析に役立ててください。

！なぜヒヤリハット収集が大事なのでしょう！

【ハインリッヒの法則】

1つの重大事故の背後には、29の軽微な事故があり、その背景には300のヒヤリハットが隠れているというものです。そのため、ヒヤリハット事例を収集・共有し、対策を練ることが事故防止に有効だと言われています。



## 事例1…アレルギー誤食

**これはヒヤリハット!** 盛り付けや配膳するときにアレルギー児童用の給食を間違えそうになる、あるいは、間違えて盛り付けてしまったが、児童へ提供する前に職員が気づいて未然に防いだ。

**これは事故!** 卵アレルギーのある児童が卵の入った給食を食べてしまったがアレルギー症状はでなかった。

→症状がでていなくても、食べてしまったことは事故です！ヒヤリハット・事件事例のどちらにおいても、どうして間違えそうになったのか、調理から児童に配膳するまでの手順を再度確認しましょう。横浜市HPに掲載されているマニュアルなどを参照しながら、園内で再発防止を徹底しましょう。

【URL】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kosodate-kyoiku/hoiku-yoji/kyuusyoku/20140220104339.html>

トップページ>暮らし・総合>子育て・教育>保育・幼児教育>保育所等の給食>食物アレルギー対応

【QRコード】



## 事例2…出会いがしらの衝突

**これはヒヤリハット!** ホールに向かう廊下の曲がり角で、3歳児と4歳児が合流するときがあり、児童同士がぶつかりそうだなと感じた。

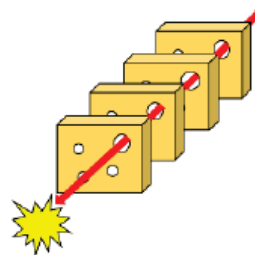
**これは事故!** ホールに向かう廊下の曲がり角で児童同士がぶつかってしまった。幸いけがはなかった。

→児童同士の衝突は重大なけがにつながる案件です。

- なぜその曲がり角で3歳児と4歳児が合流してしまうのか  
(ホールへ向かうときの動線や時間帯の分析)
- 職員の立ち位置、連携
- 児童への声かけは、十分なのかといったことを見直してみましょう。

！【スイスチーズモデル】を意識した対策を！

事故は単独で発生するわけではなく、複数の事象が連鎖して発生するという考え方です。イギリスの心理学者ジェームズ・リーズンが提唱しました。事故やトラブルが想定される事象に対して、いくつかの「対策」を設けることが必要です。そのためにもヒヤリハットを収集することが重要になるのです。





## 6 巡回訪問つうしんについて

令和2年度から、「巡回訪問つうしん～子どもの命を守る～」を発行し、様々な事故防止情報を各施設にお伝えしています。保育・教育施設における重大事故を予防し、保育の質の向上を目的として、令和2年度から不定期で発行しています。各施設における園内研修や、職員ミーティングでの周知、施設内での掲示などにお役立てください。ホームページにも掲載をしていますので、日々の保育の中で活用してください。

- ・ 熱中症予防編
- ・ 楽しい散歩のために編 (P16・17 参照)
- ・ 子どもの骨折を防ごう編
- ・ アレルギー事故を防ぐために編
- ・ 安全で健やかな睡眠のために編(改訂版) (P18 参照)
- ・ 事故防止のアンケート集計結果
- ・ 重大事故防止！ヒヤリハットを活用しよう編
- ・ エタノール・次亜塩素酸ナトリウム等薬品の使用方法・管理・保管のポイント
- ・ 情報共有・コミュニケーション編
- ・ 事故対応のシミュレーション編 (P19・20 参照)
- ・ 誤嚥・誤飲編 (P21・22 参照)
- ・ 水遊び・プール遊び編
- ・ 個人情報編 (P23 参照)
- ・ 事故対応編
- ・ トピックス1号
- ・ たのしくあそぼう！あんぜんに編 (P24 参照)
- ・ 骨折事故から学ぼう！
- ・ トピックス2号

【URL】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/kosodate/jikotaio/hoiku.html>

トップページ>事業者向け情報>分野別メニュー>子育て>事故防止と事故対応について>  
事故防止と事故対応について

【QRコード】





# 楽しい散歩のために!

巡回訪問つうしん2号

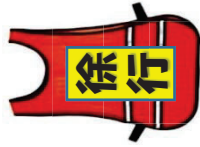
令和2年7月発行

散歩は子どもにとって身近な自然や地域社会に触れる活動です。安全に楽しい経験になるよう保育環境づくりをしましょう。

## 役割分担、情報共有、連携をしましょう!

### 【散歩など園外保育での留意点】

- 常に子どもの人数や居場所を把握し、適宜人数確認を複数で行う
- 移動中も全員を把握できるように、誘導方法に配慮する
- 保育者の人数は、子どもの人数に対して余裕をもって配置する
- 職員間の役割分担、遊び方の共有
- 無理のない実施計画（時間・時期・場所・下見等）を立てて共有
- 保育者が運転者に向けて注意喚起をする（旗や専用のビブスなど）



【ビブス参考例】

## 事前に共通認識・情報共有を!

- 散歩マップでルート、危険箇所を確認し、定期的に見直しをする
- 散歩マニュアルで役割分担の確認、個々の子どもの配慮事項を共有する
- 応急処置、心肺蘇生など緊急事態への対応を共有し、危機管理訓練を実施する
- 子どもへ交通安全教育・保護者へ散歩の意義やリスクの説明をする
- ベビーカー、散歩バギーなどの安全点検（タイヤ、ブレーキ、ベルトなど）

## 当日の確認事項

- 人数と目的地、ルートを記録
- 公園の安全点検（遊具点検、遊具回りのごみ吸い殻等、不番者、死角、日射による高温になった遊具等）
- 人数確認（散歩前、散歩中、散歩後）を適宜行う
- 健康状態などの把握、水分補給、帰園後は石鹸で入念な手洗い



## 散歩における子どもの動きの特性

- 1.進級時、異年齢での活動時など嬉しくても以上に大きな動きになり、ケガにつながる可能性がある
- 2.死角になるところや興味関心のあるところに行くことがある
- 3.無防備に動物や不番者に近づいていくことがある
- 4.急に走ったり、靴が脱げたり、転ぶことがある
- 5.先のとがった物、棒切れを拾ったり、虫、木の実、小石等を持ち帰ることがある

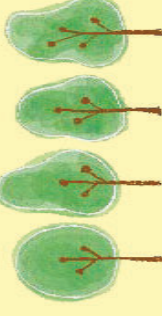


以上のようなことを踏まえて散歩計画を立てましょう

## リスクを想定した訓練の実施をしましょう

散歩は日常的な活動ですが、移動中、現地に到着してからなど、リスクを想定した訓練をしておきましょう

園を離れているので、困難な出来事の際は応援を必ず呼びましょう



- 1 交通事故・地震（津波・川）
- 2 置き去り、行方不明
- 3 けがでの救急対応・不番者対応

役割分担（対応、連絡、子ども安全確保など）を決めて、実際に動いてみる  
ことが大切です。園全体で取り組みましょう

## 保護者と共有しておくこと

- ・公園マップを活用して利用している公園などを保護者に周知する
- ・交通安全など、日ごろより保護者に意識してもらおう
- ・保育参加などで散歩での子どもたちの姿を知ってもらおう



## すぐに使えるセットを持っていきましよう（参考）

応急セット、連絡手段（携帯電話・無線機）、ビニール袋（体を包む、拭く、覆かせる等）飲み水、笛（異常を知らせる）、着替え（数セット）、ティッシュペーパー、トイレレットペーパー、レジャーシート、保冷剤、おぶい紐、その他園毎の状況に応じて必要なものを用意しましょう



## 子どもの命を守る



# 楽しい散歩のために! その2

巡回訪問つうしん3号

令和2年7月発行

散歩は、子どもの活発な探索活動が豊かな感覚や感性を促していく大切な活動のひとつです。それぞれの園が、散歩先や近隣の道路状況の把握、目的地での安全の確認方法など、安全で楽しい散歩をするために多くの工夫をしています。『楽しい散歩のために! その2』では、その一例を紹介します。

### ～ある保育園の事例から～

#### 事前準備と出発前

- ◆ 散歩マップを作成しています…公園情報を職員間で共有(トイレ・水道の有無)、AED 設置施設、危険箇所を記載。工事中の箇所はその都度伝えています。
- ◆ 子どもの人数・体調を職員全員で共有してから出発します
  - …子どもの状態にも留意(行事前、異年齢、登園時の様子など)
- ◆ 役割分担を確認(リーダー、全体を把握する係、保育士の立ち位置等)、職員体制が厳しい時は迷わず中止、天候によっては、無理をせず中止することもあります。
- ◆ 散歩ノートに記載すると共に、園に残っている職員に声を掛けています。

#### 目的地

- ◆ 安全点検は…到着後すぐに行います。  
(特に飲みかけのペットボトル・煙草の吸い殻・ガラス片・砂場等特に注意)
- ◆ 人数確認は…必ずダブルチェックを行い、数だけではなく

- 一人ずつ遊んでいる様子も含めて確認しています。
- ◆ 水道のない公園に行く時は、怪我その他に備えて水を持参します。(洗浄等)



- ☆ 出発前、子どもの集合写真を撮影しています  
(万が一の時に子どもの服装が確認できます)
- ☆ 集合場所がわかるように、目印となるもの(旗)を持参しています。
- ☆ 他園と一緒になった時は、帽子を違う色に変えたり、遊び場所を変えています、また声を掛け合い交流したり、不審者や危険な場所の情報も伝えています。

#### 歩いている時

- ◆ 職員間の確認と声かけ、連携を大切にしています。

交差点、歩道の切れ目、曲がり角では一旦停止。  
自転車とすれ違う時や後ろから来た時は、職員同士声を掛け合い、止まって通り過ぎるのを待っています。

・横断歩道によって青信号の時間が違うので、短い場所は2列に並んで渡っています。

- ・歩道を歩いても障害物はいろいろ! 植え込みの枝、電柱、側溝にも気を配っています。
- ・道路工事等で散歩ルートが途中で変える時は、園へ電話を入れています。



### ～地域の人と親しくなりたいよう～

散歩の行き帰りで子どもの怪我や突発事故、地震などの自然災害等で保育園へすぐに戻れないことがあるかもしれません。

そんな時は保育園に連絡を入れると共に、近隣のお店、交番に助けを求められると良いですね。緊急時に協力や援助を仰げるよう、日ごろから地域の中で協力し合うなど顔の見える関係づくりをしていると安心です。



「さあ帰りましょう!」



『これ もってかえろ!』

『おみやげにする!』

#### 帰園時 帰園後

子どもたちが公園で見つけた石、木の実、花など帰る時につかり握りしめている事ありませんか? 手はつなげないし、転んだら手を付けない。帰園後ズボンのポケットにダンゴムシがいっぱい! なんでことも?! そんな時、先生たちはどうしていますか?

虫などは一緒に写真に撮っています。「あとでうちの人に見せようね」と伝えています。  
(写真ブログのある園)

お散歩バックを作ります! みんな自分で持ちたいのでそれぞれ小さい手つきのバックです

「また今度会いに来ようね」ってお話しして、こどもたちに虫を逃がしてもらいます。

帰りは遊び疲れて子どもの集中力も落ちてしまいがち。おなかもすくし… 帰りの出発時には出かけるとき以上に配慮が必要ですね。

人数確認はもとより、子どもの様子をしっかりと確認しましょう。怪我はないですか? 忘れ物はないですか? 無事に園についたら小さな怪我也も報告を忘れずに!



「うちの園は散歩ノートにヒヤリハットがあつたら記入しています! すぐに情報共有できてとても便利です!」



こども青少年局 保育・教育運営課  
連絡先 045-671-3564

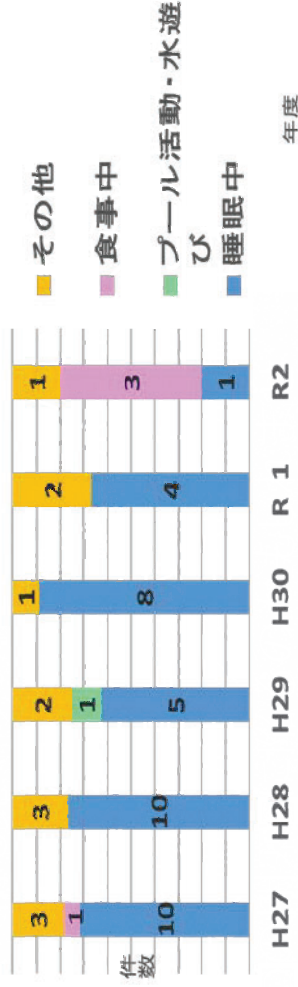
# 安全で健やかな睡眠のために

巡回訪問つうしん6号  
令和2年10月発行  
改訂版令和3年10月発行

保育中の死亡事故は、「睡眠中」に一番多く発生しています。「睡眠中」の異常は、いつ、どこで、誰に起こるかわかりません。リスクを下げ、異常に早く気づくための行動がとれるよう園内での基本知識を周知・徹底し、事故予防の意識を高めましょう。

## 睡眠中の事故について（保育・教育施設内）

死亡事故発生時の状況（内閣府集計データより）



## 乳幼児の睡眠の特徴

- ・乳児は不調を言葉に出して伝えられない
- ・知らない間に疲労（ストレス）が溜まっている
- ・睡眠中の事故の中では、1～2歳児の死亡率が高い
- ・継続児でも4・5月は環境が変わるので要注意



## 【うつぶせ寝の危険性】

- 周りの音に対する反応が弱い
- (胸の圧迫によって) 血圧や心拍の急な低下が起きることがある
- 動きが少なく、目覚めにくく、深い眠りが長い。←異変に気付きにくい



↑園での対策を考えてみましょう。

## 【睡眠中のヒヤリハット】

- ・寝ている子の上に壁面の裝飾が落ちてきた
- ・タオルを持って寝る子→寝つき後、タオルを取り除くのをお忘れ
- ・うつぶせ寝をすぐには戻せなかった

## 事故事例から

(大阪市 保育事故調査報告書より)

1歳2か月で入所したばかりで慣らし保育は無し。家で離乳食を食べて満腹状態で午後から預けられる。泣き出すがそのまま入眠する。睡眠中嘔吐、保育士は気付かず、嘔吐物が喉につきまり窒息。消化不良を起こしていた。→慣れない環境で、体にストレスが加わり消化機能が働かなかったと推察された。

## 検証からわかったこと！

- ・慣れない環境においてのうつぶせ寝は、1歳を超えても危険
- ・子どもの寝付き方、成長発達（体格・臓器等）具合、既往症の有無やその時の子どもの健康状態など保護者と情報共有し、一人一人の生活歴を把握する
- ・入園初期の発生率が非常に高い（成育歴や特徴が把握されていなかった）
- ・マニュアルが周知されず、活用もされていなかった → 全職員へ周知し、活用する
- ・重要なのは睡眠中の保育体制、子どもがぐずった時の対応、体調が急変した時の初動

## リスク軽減のために必要なことは

- ・日頃より呼吸停止等の異常が発生した場合の早期発見、救急対応と情報共有・連携等、事故予防の想定訓練を行う
- ・あおむけ寝は窒息予防になる。定期的に子どもの呼吸・体位・睡眠状態を点検する
- ・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は、乳児の顔が見えるあおむけ寝に寝かせることが重要
- ・何よりも、一人にしないこと。子どものそばに必ず睡眠モニターの専属としているというところが大事。睡眠見守りセンサーを利用していても、必ずブレスチェッカーは行う。風邪などを引いていると上気道の閉塞が起こりやすくなるので、特に気を付けて様子の確認を行う
- ・やわらかい布団を使用しない。ぬいぐるみ等やヒモ状のものを置かない  
(例：よだれかけのヒモ、ふとんカバーの内側のヒモ、ベッドの周りのコード等)
- ・ミルクや食べ物の等の嘔吐物がないか、口の中に異物がないか確認する
- ・「見守り」「目を離さない」ではなく、明確な行動をし、指さし・声だし、体に触れ確認する(行動を起こす…声を出すことで自分の行動を意識できる)
- ・うつぶせでもリスクがあるので、上掛けをかけすぎない。手足が出て放熱ができるようにする  
※保育の安全・研究センターより
- ・部屋は表情が見えるように明るくする



## ★睡眠中のヒヤリハットは、気づいた時には重大事故につながりやすい

### 工夫事例 【睡眠の呼吸等点検について】

- ・ブレスチェッカーの専任を配置し、徹底を行っている
- ・チェッカーの時間はタイマーを利用してなど確実に点検する工夫をしている
- ・園長や看護師が定期的にラウンドして予防意識を高め、共有する



# 子どもの命を守る

## 事故対応のシミュレーション

巡回訪問つうしん9号  
令和3年3月号

### シミュレーションはなぜ必要なの？

園生活では、食事、睡眠、プール水遊び、散歩など日常の活動の中で重大な事故が発生する可能性が多くあり、各園、それぞれ事故防止、事故対応のマニュアルが作成されています。

#### でも…実際に、事故が起きたらマニュアル通り実行できるでしょうか

目の前で事故が起こった時に、研修で習った事やいつもなら出来ていた事が、とっさには確実に行えない可能性があります。

地震、火事、水害などの災害対策として避難訓練を実施しているように事故発生時、園としてそれぞれの役割分担でどう対応するかを想像し、速やかに対応できるようにするためには、様々な状況に応じた役割分担の訓練(シミュレーション)を行うことはとても大切です。

様々な場面を想定した訓練を繰り返し行い、実際に事故が起きた場合に、慌てず焦らず各自が冷静に役割につき、事故対応ができることを目指します。

### 1 シミュレーションを考えよう！

#### ① 場面を想定します

##### 想定される事故の例

- 食事… 窒息、誤飲、誤嚥、アレルギー誤食
- 睡眠… 窒息、SIDS、けいれん
- プール… 溺水、転倒
- 散歩… 骨折等の怪我、行方不明、交通事故
- 園内… 玩具等の誤飲  
扉やサッシの指挟み  
子ども同士の衝突  
遊具からの転落、園からの抜け出し

#### ②

##### 発生時間、体制を設定します

##### 想定される体制の例

- 朝夕の延長保育
- 異年齢保育
- 園長、施設長不在時
- 一時保育
- 平日
- 土曜日
- 日曜日
- など

#### ③ 対応の役割分担を決めます

##### 想定される職員の役割の例

- 全体把握と指示
- 応急処置
- 子どもの観察
- 記録
- 救急車を呼び
- 連絡(園内・保護者・関係機関)
- 事故にあった子ども以外の子どもへの保育 など



### 2 シミュレーションを行ってみよう！

(例1) 自園のマニュアルに沿って行う。

参考：「事故防止と事故対応」P24の救急対応マニュアル

(例2) 事故防止のフロー図に沿って行う。

参考：「事故防止と事故対応」P18、P19の事故対応フロー図  
(当日の動きの部分を参考にしてください)

(例3) 事故対応の進行シナリオを作成して行う。

横浜市  
「事故防止と事故  
対応」で検索Q



### 3 訓練後、課題を振り返ってみよう

- 役割分担はスムーズでしたか？
- 改善点、修正点はありましたか？
- 心肺蘇生法、AEDの使用など研修通りに行えましたか？



事故発生時あなたの冷静な行動が  
子どもの命を守ります

### 4 各園のマニュアルを見直してみよう

- 一人一人が状況に応じた冷静な判断、速やかな対応や役割分担ができるようになる事はとても重要です。
- 園全体で共通認識を持ち、園の危機管理を高め保育の質の向上につなげましょう。

事故発生後、保護者への報告、重大事故の場合は事故報告書の作成が必須です！

報告を正確に伝えるためにも事故発生時に記録を取っておくことが必要です。事故が発生した時間、場所、子どもの状態、対応した職員の状況を記録することを、シミュレーションの段階から練習しておきましょう。

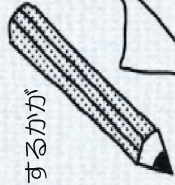
記録について



実践の一例として以下に「進行シナリオを作成して行う方法」の事例を2例挙げました。事故が起きた設定で、発生後15分程度の職員の動きを想定し、シナリオを作成して行うものです。15分間という時間を設定することで、シミュレーションの実施時間は短時間で済みますし、進行シナリオを作成することで全体の動きを時系列で理解できます。

作成する時は、

- 自園の職員体制、時間帯を考えて可能な設定を試みましょう。
  - 対象は、保育士だけでなく、園の職員全員です。園全体でどのように連携するかが大変なポイントです。
  - 役割分担の中に全体を客観的に見る人を決めておきましょう。
- 訓練中の職員の動きを確認することで終了後の課題を見つけることに繋がります。



**事例1 誤飲・誤嚥の場合** **0歳児！ トーストパンが喉につまった！ 命を救え！**

設定 0歳児：9名 担任3名 <保育士①②③ フリー保育士④>  
A君：11か月

当日の設定 給食メニュー <トーストパン1/8カット、シチュー、茹で野菜、みかん>  
保育士①、②、③は、0歳児3名の各テーブルにつく。保育士④は、食事時の応援

役割	発見者	指示	他児の保育	応援・連絡・記録	リーダー
状況	保育士①	保育士②	保育士③	保育士④	園長
11:10	A君がトーストパンを口に詰め込み、口元に手を当てて苦しんでいる	保育士①に他の保育士に△君の異変を伝える 保育士④に背部叩打法の指示 園長に報告を指示 保育士③に1歳児クラスに応援の要請指示	1歳クラスに応援依頼	園長に報告 ★救急車要請指示	
11:13	顔を真っ赤にして苦しんでいる	保育士②と交代 胸部突き上げ法を開始	1歳クラスへ他の8名の子どもと移動 ⇒ 保育	1.1.9番通報	AED準備
11:14	顔面蒼白 呼吸停止	保育士①と交代 胸部突き上げ法と背部叩打法を交互に繰り返す 心肺蘇生開始 AED装着 AED使用		園内の職員に状況周知 救急車の誘導 玄関へ	保護者に連絡
11:19	ハンの喉を嘔吐し、意識が戻る	保育士①と交代 心肺蘇生開始			
11:22	救急車到着(通報から9分後)	搬送準備		救急車、救急隊員の誘導	
11:23	救急隊員に引き継ぎ	状況説明		状況の記録	保護者に連絡 関係機関に連絡
11:25		救急車同乗		状況の記録	

**<救急措置方法>**

1. 反応がある場合  
背部叩打法と胸部突き上げ法を、異物が取り除けるか、反応がなくなるまで交互に繰り返します。  
・ 背部叩打法：救助者の片腕の上に乳児をうつむせに寄せ、手のひらで乳児の顔を支えながら、頭部が低くなるような姿勢にします。もう一方の手の付け根で、背中の真ん中を力強く回数連続して叩きます。  
・ 胸部突き上げ法：救助者の片腕の上に乳児の背中を寄せ、手のひらで乳児の後頭部をしっかり支えながら、頭部が低くなるよう仰向けにし、もう一方の手の指2本で、両乳頭を乳線の少し足側を目安とする胸骨の下半分を力強く回数連続して圧迫します。  
※1歳児以上の場合は、背部叩打法と腹部突き上げ法（ハイムリック法）を繰り返して行います。
2. 反応がない場合  
心肺蘇生を行ってください。（胸骨圧迫30回：人工呼吸2回）

※ 例では、救急処置を行う職員は2人ですが、1人で対応したり、他職員も役割をいくつか兼ねる場合もあります。緊急時は、一刻も早い発信（状況を広げる ⇒ 救急車の要請）がとても重要です。

**事例2 園庭遊び中の怪我の場合** **ジャングルジムから転落！ 全身を確認！**

設定 4歳児：16名 担任2名 <保育士①、②、フリー保育士③>  
A子：5歳6か月

当日の設定 4歳児クラス単独で園庭遊び中

状況	発見者	役割	他児の保育と指示	応援・連絡・記録	リーダー
10:30	保育士①	ジャングルジムのそばで見守り中 A子の様子がすぐ気づき 周囲の保育士に声をかけ異変を知らせる	全体の様子を見守り中 保育士①の声で異変に気づく	保育士③	園長
10:33		A子の全身状態を確認、嘔吐に備えて横向きに寝かせる A子が安心してきくような声をかけをし様子を見守る	他児を集める（人教確認・座らせる） 園長への報告を指示	園庭に応援に行く 園長に報告	緊急時は救急車を呼ぶ！ A子のけがの状況を確認 ★救急車要請を判断
10:34		救急車到着（通報から9分後）	保育士③と一緒に他児を入室させる	入室後 他職員に状況周知	1.1.9番通報 保護者に連絡
10:43		救急隊員に引き継ぎ	状況説明	救急車・救急隊員の誘導 搬送準備	救急車を呼ばない判断の場合でも受診はする！
10:44			救急車同乗		保護者に連絡
10:45			状況の記録		関係機関に連絡

**《事例1、2共通事項》**

※時間は15分設定で、職員の数に合わせて同じ設定で数回行いましょう。  
※事例の参加人数は、園の実情に合わせて保育士の役割を増減して訓練しましょう。  
※事例2の園庭遊びは、散歩時の公園に設定する等も可能です。  
※事例のように、怪我の状況は、複数の職員で確認をしましょう。  
※可能ならば、訓練を密着的に見られる職員配置をしましょう。

**<救急車を呼ぶ時>**

- ①住所、電話番号、園・施設名
- ②連絡者名
- ③誰がどうしたか（園児名・年齢）
- ④状態（呼吸・意識・会話可能かどうか）
- ⑤施設に向かう目印

**<救急車を待つ間の準備…メモの用意>**

- ①子どもの名前
- ②生年月日
- ③住所
- ④身長・体重
- ⑤保護者の名前と連絡先電話番号
- ⑥保険証番号
- ⑦アレルギー、使用中の薬、持病

<区へ連絡> 045-000-0000

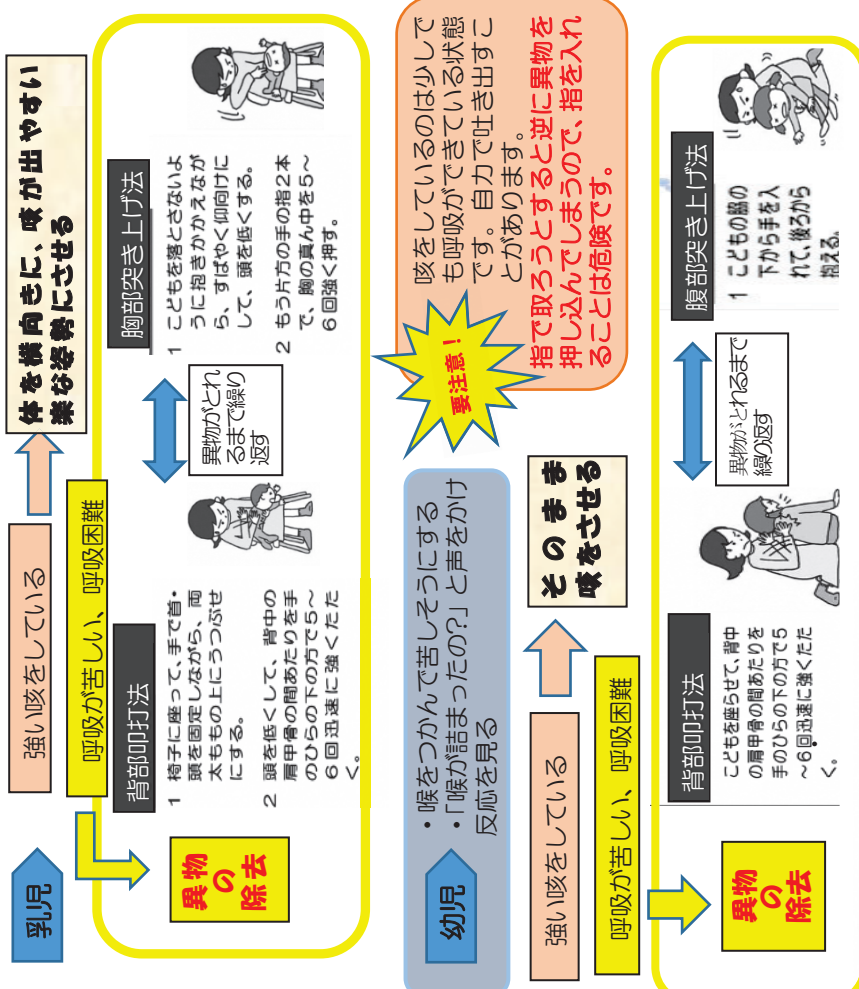
子ども青少年局 保育・教育運営課  
連絡先 045-671-3564

# 子どもの命を守る 窒息を防ごう！「誤嚥」

※回数が問うしん10号  
令和3年5月発行

誤嚥とは…食べ物または異物が、誤って気管(空気の通り道)に入った状態です。

**食事中にのどに詰まった！ さぁどうする？**  
窒息すると短時間で命にかかわる重い症状になってしまいます。発見したらまずは周りの人を呼び、AEDの用意、救急車の要請を依頼します。  
**次に呼吸が苦しい、呼吸困難な場合、乳児は背部叩打法と胸部突き上げ法、幼児は背部叩打法と腹部突き上げ法を繰り返してください。**  
対応の途中で意識がないと確認したら、すぐに心肺蘇生を開始しましょう。



＜参考＞ 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

豆やナッツ類は5歳以下の子どもには食べさせないでください。(消費者庁R3.1)

## 食べる時に配慮が必要な食材

食材	食材の特徴	調理時、食べる時の配慮
ごはん、パン類、いも類、ビスケット類	食材の水分含有量が少なく、唾液を吸収して飲み込みづらい。	水分を摂って、のどを潤してから食べます。
レタス、青菜わかめ、のり	ぺらぺらして置いて噛み切りにくく、口の中に貼りついたり、気道をふさいだりする危険がある。	細かく切って提供します。
ソーセージ	弾力が強く噛み切りにくい。	縦方向に切って提供します。
プチトマト、ぶどう、うずら卵、さくらんぼ等球状の食品	球形という形状が危険。(吸い込みにより気道をふさぐことがある)	プチトマト、大ききなぶどうは必ず切って出しましょう。ぶどう、さくらんぼは球形というだけでなく皮も口に残るので危険です。

＜参考＞ 大阪市事故防止及び事故発生対応マニュアル作成の手引き

## 危険！ 食事中にこんなことをしていませんか？

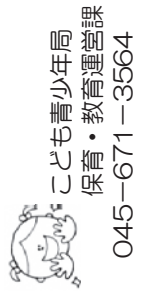
- ◆ **眠くなってしまった子に**
  - ・声をかけるなどして食べさせ続ける
  - ・急いで抱き上げて目を覚ませさせる
- ◆ **苦手な食べ物がある子に**
  - ・好きな物に混ぜてわからないように食べさせる
  - ・嫌がる子に「一口だけ」と無理に口に入れる

小児の食事中の窒息事故の要因としては、歯の発育や摂食機能の発達程度、あわてて食べるなどの行動が関連しています。乳幼児では、臼歯(奥歯)がない為、食べ物を噛んですりつぶすことができないことや、食べる時に遊んだり、泣いたり、笑ったりすることもある原因になります。急がず、よく噛んで食べるなど声をかけをし、詰め込みすぎないように気をつけましょう。側にいるだけでは窒息に気がつかない場合があります。子どもの口に食物が入っている間は、保育者が目を離さないようにしましょう。また、事故が起きた場合の適切な対応を習得し、万が一事故が発生しても、重篤な事態に陥らないようにすることが重要です。

眠くなる咀嚼を少なくなり口の中に食物が溜まってしまふ為、誤嚥窒息につながります。

苦手な物が口に入ると嫌がったり、体をのけ反らせたりする事があります。無理に食べさせることは、誤嚥・窒息につながり危険です。

下記のサイト内に映像が載っています。園内研修等でご利用ください。  
政府広報オンライン  
「えっ?そんな小さなもので?」子供の窒息事故を防ぐ!  
<https://www.gov-online.go.jp/useful/article/201809/2.html>



## 子どもの命を守る

# 窒息を防ごう！「誤飲」

巡回訪問つうしん 11号  
令和3年5月発行

**誤飲とは**…本来摂取すべきでないものを飲みこんでしまうことです。

### 子どもはなぜ、異物をのどに詰まらせたのでしょうか？

誤飲は、子どもの心身の発達にも関係があるようです。通常、食べた物が食道に入る時には気管のふたが閉じますが、乳幼児は、まだその機能が未発達のため、口の中にあるものが、間違っって気管に入ること十分にあり得ます。

#### 【異物がのどに詰まったら】

窒息の最初の症状はせきこむことですが、完全にのどに物が詰まると右記のような症状になることがあります。

- のどを押さえる
- 口に指を入れる
- 声が出せない
- 呼吸が苦しそう
- 顔色が急に青くなる

【咽頭異物による世界共通サイン】

\*誤嚥事故の対処法は、巡回訪問つうしん 10号「窒息を防ごう！「誤嚥」を参考にしてください。

### 「発達の目安」を参考にして起こりやすい事故を防ぎましょう

子どもの発達と起こりやすい窒息・誤飲事故※消費者庁「子どもを事故から守る事故防止ハンドブック」より

発達	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
発達の目安	首すわり 足をバタバタさせる	口の中に物を入れる 見たい物に手を出す	口の中に物を入れる 見たい物に手を出す	ハイハイをする 物をつかむ	ハイハイをする 物をつかむ	ハイハイをする つかまり立ちをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする	つかまり立ちをする 一人歩きをする
窒息	睡眠中の窒息事故 ベッドの隙間に挟まれる	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息	睡眠中の窒息事故 掛布団、ぬいぐるみ、よだれかけなどで窒息
誤飲															

- ・発達の表はあくまで目安で、個々のお子さんの発達過程に合わせて注意することが大切です。
- ・誤飲事故は5か月頃から3歳頃までが最も多く報告されています。窒息事故は年齢にかかわらず、事例があります。乳児だけでなく、幼児でも口に物を入れた状態で、はしゃぎすぎたり、驚いたり、笑いすぎて急に息を吸い込むと、のどに詰まらせる危険があります。

## 保育場面における「危険」の気づき・保育の工夫

場面	誤飲が予想されるもの	対応と援助(例)
安全点検	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 装飾物</li> <li>・ 掲示物</li> <li>・ 手作りのおもちゃ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 取れかかったもの、剥がれたもの等、修理はすぐに行う</li> <li>・ マグネット等の落下に注意する(丸いマグネットは使用しない)</li> <li>・ 子どもが巻いてあるビニールテープをはがし始めたら、「剥がれちゃったね、直しておくね」と伝えて引き上げる</li> </ul>
室内	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小さいもの</li> <li>・ ひらひらした物</li> <li>・ 小さなおもちゃ</li> <li>・ 穴落とし</li> <li>・ シール貼り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ステンドグラススタック</li> <li>・ マグネット</li> <li>・ ビニールテープ</li> <li>・ ペットボトルのふたを2個つなげたもの</li> <li>・ フェルトで作った魚</li> <li>・ つるつるして飲み込んでしまいそうなもの</li> <li>・ 衣服のボタン</li> <li>・ 髪ゴム、ボタン電池</li> <li>・ カバンのキーホルダー</li> <li>・ 乾いた花びら等</li> <li>・ 気管支拡張テープ</li> <li>・ ひも通し</li> <li>・ 穴落とし用パーツ</li> <li>・ 粘土</li> <li>・ シール類</li> <li>・ 木の実・小石・種等</li> </ul>
室外	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 小さいもの</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 髪ゴム、髪留め、小物の落下、置き忘れ、ネジのゆるみに注意する</li> <li>・ 整理整頓、片づけを適切に行う</li> <li>・ 遊びの集中が切れるタイミニングは特に注意する</li> <li>・ 小さい玩具、パーツは数を事前に確認する</li> <li>・ 少人数で行う環境を設定する</li> <li>・ 20ミリ未満の物は保育者が管理する</li> <li>・ 専用の袋を用意する</li> </ul>

※上記参考例の他にも様々な誤飲事例があります。次の文献を参考にしてください。

「保育所におけるリスクマネジメント ヒヤリハット/傷害/発症事例 報告書」H26年 兵庫県

### 【事故事例】どこでもあり得る状況をもとに対応策を考えてみましょう

- ・ 6歳児が、ガラス製のおしきを口にに入れていた時に友だちにくすぐられて誤飲した。
- ・ 4歳児がチェーンリングで遊んでいたときに、鉛玉のように舐めていてうっかり誤飲した。
- ・ 園で装飾していたものと同じビニールテープが、子どもの便から出てきた。

### 誤嚥・誤飲の窒息を防ごう

- ★子どもの年齢や発達を考慮しながら、誤嚥・誤飲につながらないか、日々の保育を確認しましょう！
- ★園内外の危ない物に気づけるように整理整頓をしましょう！
- ★保育者同士が、子どもの成長発達を共有し、リスク軽減を伝え合い、分かち合うコミュニケーションが大切です。
- ★窒息につながる「ヒヤリハット」があった場合は似たような大きさ、素材、形状などを考え、園全体で対策をたてましょう。

参考：子どもの事故と対策 小児学会、政府広報オンライン  
日本小児学会：白熊先生掲載資料、消費者庁掲載資料

子ども青少年局 保育・教育運営課  
連絡先 045-671-3564





# 個人情報について

巡回訪問つうしん 13号  
令和3年9月発行

## 個人情報と守秘義務

子どもの名前や住所、健康、発達に関することや各家庭の状況など、保育園で扱う情報にはデリケートな個人情報が多く含まれています。職員は、「個人のプライバシーに関する情報を取扱っている」ことを強く認識して、守秘義務を守る必要があります。

口外するつもりではなくても、会話の流れから、伝えてはいけない情報を他の人に提供してしまうことがあります。特に保育士の守秘義務違反の罰則規定は厳しく、保育士として仕事をすることができなくなる可能性があります。また退職後に、職務上で知り得た情報を漏らすことも守秘義務違反となります。(児童福祉法第十八条の二十二)

個人情報と守秘義務について日常の様々なケースから考えてみませんか？

### ★こんなことありませんか？ ～あるある事例～★

- バス停で同僚と園での出来事を話しているけれど、「子どもの名前は言っていないから大丈夫」⇒名前をいわなくても聞いている人には、察しがつく場合もあります。特に園外では園児に関する会話は控えましょう。もちろん園内でも十分に配慮が必要です。
- 子どもの可愛い表情を個人のスマートフォンで撮ったけれど、「自分で見るだけだから大丈夫」⇒写真も特定の個人を識別できる場合は個人情報になります。スマートフォン等の紛失、盗難の場合は個人情報流失となります。公私の区別を意識しましょう。
- 個人宛の通知を個人のウォールポケットに入れているけれど、「保護者が取るから大丈夫」⇒ウォールポケット使用時に取り違いが発生することがあります。個人情報に関するものは、ウォールポケットではなく、名前を確認して保護者に手渡ししましょう。



- 園の「送迎者等の登録」がされていない方から保育園へ電話が入り、「横浜花子はいますか？」と問われ、「今日はお休みです。」と答えてしまい、在園していることが漏洩してしまいました。⇒「いません」と言う答えも、在籍の有無を答えてしまっていることになるので、ご注意ください！園児の情報を聞かれた場合は、「個人情報の為、お答えできません。」と伝えましょう。
- 勤務先の保育園で知った園児に関する情報を、自分の子が通っている小学校で、仲の良い他の保護者にうっかり話してしまった。⇒過去の情報も含め、仕事を通して知り得た個人情報、決して口外してはいけません。(退職してからも同様です。)

**\*セキュリティ対策の基本は整理整頓。必ず置き場場所を決めて施錠をし、安全管理を行いましょ。**

## 保護者との連絡ツールの取り扱い どうしていますか？

家庭との連絡は、ノートや電子機器等が多く使われています。これらは子どもたちの様子だけでなく、体調や家族のこと等、様々なデリケートな情報が載っています。万が一、紛失または渡し間違い、誤送信等があった場合は、個人情報の流失となるため、慎重に取扱うことが必要です。各施設によって様々な工夫がされていますので一例をご紹介します。

### 送信する時は？

**A 園**…保護者連絡はアプリを使用している。担任と園長がダブルチェックをしてから個別に送信している。

**B 園**…アプリを使用。記入後に仮送信をしておき、他の職員が内容を再チェック後、本送信を実行する。

### 日中の置き場所は？

ノートやタブレットは、他の保護者や第三者の目に触れないよう、ふた付きのケースや引き出しに入れて保管している。

### ノートの受け渡し方法と確認は？

**C 園**…子どものカバンや、荷物の入った袋に入れて受け渡す。ダブルチェックをして個々の袋に入れている。隔りに保護者に声をかけて間違いがないか確認してもらっている。

**D 園**…保護者と保育士が直接受け渡す。連絡ノートの名前を確認して受け取り、渡す際も同様。受け渡しの際は、保育体制を整えてから、その場を離れ渡すようにしている。

保護者から受け取ったら(渡した時も)、すぐにチェック表に記入する。保護者が連絡ノートを忘れた時もその場で確認できる。



**ダブルチェックとは**…人を変えて再度チェック・確認することです。たとえば「AさんがチェックしたものをBさんが再度確認する」という仕組みがダブルチェックです。

## ★個人情報データ(カメラ・SDカード等)の管理の仕方★

保育の様子を伝える手段として、また研修材料として保育中の子どもたちの写真を撮る機会が多くなりました。カメラ、SDカード、等の情報データの取り扱い、管理方法を園で統一し、職員全員で確認することが大切です。

- ◇管理ノート…使用時、返却時に、日付、時間、氏名を記入し、ダブルチェックをします。
- ◇保管場所 …カメラ、SDカード、タブレット等は事務所等の鍵付きの場所に保管します。情報媒体は自宅などに持ち帰らないようにしましょう。
- ◇データ …撮影した写真はすぐにパソコンに取り込みましょう。SDカードの中身は空にしておくとしリスクが少なくなります。



こども青少年局 保育・教育運営課  
連絡先 045-671-3564

## 子どもの命を守る

# たのしくあそぼう！あんせんに

～戸外遊びの環境づくり～

巡回訪問つうしん15号  
令和3年11月発行

戸外で体を動かして固定遊具で遊ぶことは、子どもたちの身体能力を向上させ社会性や主体性、創造性を育みます。また、挑戦や冒険をすることは、危険を予測し、回避できる能力を養う大切な活動でもあります。反面、子どもは大人と比べて視野が狭いこと、自分の遊びに夢中になることなどにより、子ども同士や遊具への衝突事故が多発しています。また、子どもは、頭部が大きくバランスを失いやすいため、落下事故も発生しています。

子どもたちが十分に遊びを楽しむためには、危険だからといってむやみに遊びを制限、禁止することなく、「安全に安心して遊ぶことができる環境」を整えることが大切です。

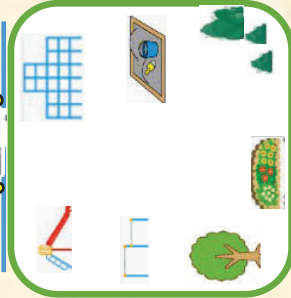


## 職員間で園内外のあらゆる要因（危険箇所）とその対応について共有しましょう。

- 1 園庭、よく行く公園で「どこが危ないか」「何が危ないか」把握して共有しましょう。

例えば…

- ～園庭では～
- 鉄棒で手を放したところによる落下
- 凹凸のある園庭での転倒
- 子ども同士が走って衝突したことによる打撲等



例えば…

- ～散歩先の公園では～
- 茂みに入った事による見失い
- 木の枝による切傷
- 公園の出入口から道路への飛び出し等

## 「安全に安心して遊ぶことができる環境づくり」のために

## 園全体で、職員一人ひとりが安全に対する意識を高め、互いに連携し協力して子どもの安全を把握する体制を作りましょう。

安全について職員同士が連携、共有しましょう。

〈子どもへの対応を確認〉

- ◆ 人数確認の方法（回数、ダブルチェックの方法、記録の仕方等）
- ◆ 子ども動線を予測した保育者の位置や遊具の安全な配置
- ◆ 固定遊具に付き添う保育者の位置〈情報共有〉
- ◆ ヒヤリハットを活用し、施設内の危険な箇所（ハザード）の把握や、遊具の使用について、職員同士で情報を共有する。
- ◆ 職員全員で園庭や、公園の遊具等の使用についての情報を共有し、誰がどこどのように遊んでいるかを把握する。
- ◆ 事故が起きた場合の緊急連絡、役割分担等を確認する。（応急手当、保護者対応、けがをした状況説明等）
- ◆ 安全管理・事故防止の園内研修を実施する。



## 園で出し合い共有しているヒヤリハットを生かして、遊びのルールや危険箇所を記入したハザードマップなどを作成している事例を紹介します。

A 保育園：毎月会議でヒヤリハットを出し合い「分かりやすく・見やすく・全職員に周知できる」方法として、近くの公園のハザードマップを作成しました。事務所内に貼りだして、気づいた時にすぐ対応策を含めて共有しています。

B 保育園：作成した園内のハザードマップがなかなか全職員に浸透しなかつたため、毎日必ず点検する職員が目を通す「安全点検表」にハザードマップを加えました。危険箇所を職員が理解し、園庭の注意すべき場所や安全な遊び方を一人ひとりが把握するようになりました。

C 保育園：職員だけでなく、保護者からも気づいた危険箇所を出してもらい、色別の付箋に記入し、施設の平面図に貼って廊下に掲示しています。掲示することで、保護者とも情報を共有することができました。

D 保育園：子どもたちと一緒に、園庭や公園で危なかったことを出しあってみました。園庭で走っていた友だちとぶつかってしまったことや、凹んだ園庭でつまずいて転んでしまったことなどがあがり、少しずつ子どもたちの中から遊びのルールが生まれるようになりました。

- 2 安全点検表を作成し、常に重大事故を予防するために適切な対応を行いましょ。

• 落下防止のためのマット等は安全に保たれているか。

• 樹木は安全な状態か。

• 石、ガラス片など危険物はないか等危険箇所を把握し安全を確認する。特に散歩先では、即時の修繕対応は難しいので危険な環境に対して保育者が十分に配慮する。

- 3 安全に遊ぶためのルールを作り園全体で共有しましょう。

• 子ども自身で何が危険な遊び方なのかを考えられるように働きかける。

• 遊具の対象年齢を確認し、年齢に合った遊具の使い方を伝える。

• 個人差や一人ひとりの心情、興味や関心、能力に合った遊び方の約束、ルール作りを行い、園で共有する。

• 事故につながるような服装や靴であるかを確認する。

子どもが心身の成長・発達をする中で、けが（外傷）はつきものです。保護者には見学・入園時には見学・入園時に、小さなけがに対する理解を得ておくことと良いでしょう。その上で、園全体で安全安心な環境を整え、日頃から保育や子ども様子を丁寧に伝える等コミュニケーションを図ることが必要です。そして、けがが起きた際には、迅速な対応を行うと共に、その日の保育を振り返り、改善点を園全体で話し合うことがとても重要です。園内研修等を活用しながら、小さなけがの検証を行う事が大きな事故を防ぐ大事なポイントとなります。

【参考】幼児期の運動に関する指導参考資料〔ガイドブック〕第1集（文部科学省）  
学校安全資料『生きる力』をはぐくむ学校での安全教育（文部科学省）  
なかよくあそぼうあんせんに（一般社団法人 日本公園施設業協会）

こども青少年局  
保育・教育運営課  
連絡先 045-671-3564

## 7 内閣府等のガイドラインについて

### ～ 事故の発生防止のためのポイント（抜粋）について ～

平成 28 年 3 月 31 日付で、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及び厚生労働省雇用均等・児童家庭局より、通知のあった「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」について、死亡や重篤事故の発生防止のための要点を抜粋し、お知らせします。各施設・事業は、特に死亡や重篤な事故の発生防止のため、これらの要点及びガイドラインを参考に、それぞれの実情に応じた教育・保育等を実施してください。

なお、ガイドラインの全文は下記ホームページよりダウンロード可能です。

**必ず、内容をご確認ください。**

🔍 「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」

・ 内閣府ホームページ

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

・ 文部科学省ホームページ

[http://www.mext.go.jp/a\\_menu/shotou/youchien/1352254.htm](http://www.mext.go.jp/a_menu/shotou/youchien/1352254.htm)

・ 厚生労働省ホームページ

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo\\_kosodate/hoiku/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/hoiku/index.html)

### Point 窒息リスクの除去方法

- ・ 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は、乳児の顔が見える仰向けに寝かせることが重要。何よりも、一人にしないこと、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る。
- ・ 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。

※他にも窒息のリスクがあることに気づいた場合には、留意点として記録し、施設・事業所内で共有する。

### Point プール活動・水遊びの際に注意すべきポイント

- ・ 監視者は監視に専念する。
- ・ 監視エリア全域をくまなく監視する。
- ・ 動かない子どもや不自然な動きをしている子どもを見つける。
- ・ 規則的に視線を動かしながら監視する。
- ・ 十分な監視体制の確保ができない場合については、プール活動の中止も選択肢とする。
- ・ 時間的余裕をもってプール活動を行う。 等

### 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。

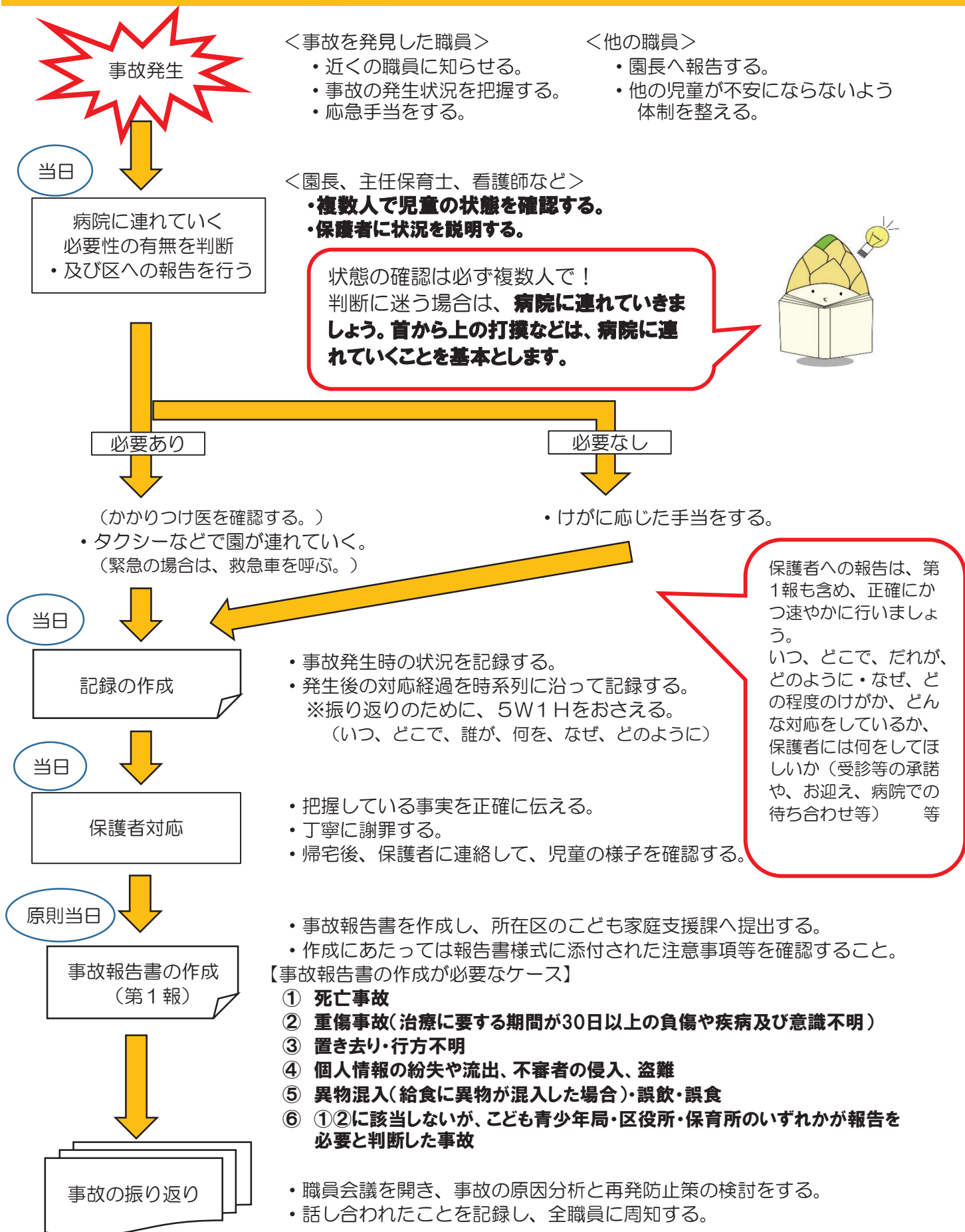
### Point アレルギー食対応の人的エラーを減らす方法の例

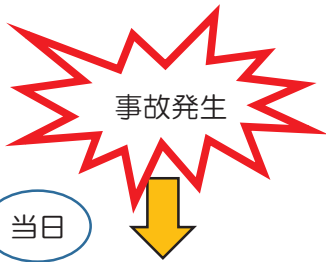
- ・ 材料等の置き場所、調理する場所が紛らわしくないようにする。
- ・ 食物アレルギーの子どもの食事を調理する担当者を明確にする。
- ・ 材料を入れる容器、食物アレルギーの子どもの食事を提供する食器、トレイの色や形を明確に変える。
- ・ 除去食、代替食は普通食と形や見た目が明らかに違うものにする。
- ・ 食事内容を記載した配膳カードを作成し、食物アレルギーの子どもの調理、配膳、食事の提供までの間に2重、3重のチェック体制をとる。

### Point 緊急時の役割分担の例

- ・ 心肺蘇生、応急処置を行う。
- ・ 救急車を呼ぶ。
- ・ 病院に同行する。
- ・ 事故直後、事故に遭った子どもの保護者、地方自治体関係部署に連絡する。
- ・ 事故当日、事故に遭った子ども以外の子どもの教育・保育を行う。
- ・ 事故直後、交代で事故の記録を書くよう職員に指示する。
- ・ 施設・事業所全体の状況を把握しつつ、病院に同行している職員など、それぞれの役割の職員間の連絡をとる。
- ・ 事故当日、必要に応じて、事故に遭った子ども以外の子どもの保護者に事故の概要について説明をする。
- ・ 翌日以降の教育・保育の実施体制の確認を行う。

## 園内での事故対応





＜事故を発見した職員＞

- ・近くの職員に知らせる。
- ・事故の発生状況を把握する。
- ・応急手当をする。

＜他の職員＞

- ・園へ連絡して応援を求める。
- ・他の児童の状況を把握し、安全を確保する。
- ・園長へ必ず報告をする。

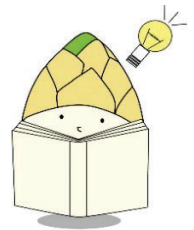
当日

病院に直接行くか園に戻るかを判断・及び区への報告を行う

＜園長、主任保育士、看護師など＞

- ・病院に直接連れていくか、一度園に戻るかを判断する。
- ・現場に応援職員を派遣する。
- ・**保護者に状況を説明する。**

判断に迷う場合は、**病院に連れていきましょう。首から上の打撲などは、病院に連れていくことを基本とします。**行方不明などの場合は**警察へ通報するかも検討しましょう。**



病院に直接行く

園に戻る

＜児童を病院に連れていく職員＞

- ・応援職員が到着後、タクシーなどで園が連れていく。（緊急の場合は、救急車を呼び。）

・園に戻り次第、児童の状況を確認する。

- ・児童を継続して観察する。（状況によっては、病院に連れていく。）

＜他の職員＞

- ・応援職員が到着後、他の児童を連れて園に戻る。

当日

記録の作成

- ・事故発生時の状況を記録する。
- ・発生後の対応経過を時系列に沿って記録する。  
※振り返りのために、5W1Hをおさえる。  
(いつ、どこで、誰が、何を、なぜ、どのように)

当日

保護者対応

- ・把握している事実を正確に伝える。
- ・丁寧に謝罪する。
- ・帰宅後、保護者に連絡して、児童の様子を確認する。

保護者への報告は、第1報も含め、正確にかつ速やかに行いましょう。いつ、どこで、だれが、どのように・なぜ、どの程度のけがか、どんな対応をしているか、保護者には何をしてほしいか（受診等の承諾や、お迎え、病院での待

原則当

事故報告書の作成  
(第1報)

- ・事故報告書を作成し、所在区のこども家庭支援課へ提出する。
- ・作成にあたっては報告書様式に添付された注意事項等を確認すること。

【事故報告書の作成が必要なケース】

- ① 死亡事故
- ② 重傷事故(治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病及び意識不明)
- ③ 置き去り・行方不明
- ④ 個人情報の紛失や流出、不審者の侵入、盗難
- ⑤ 異物混入(給食に異物が混入した場合)・誤飲・誤食
- ⑥ ①②に該当しないが、こども青少年局・区役所・保育所のいずれかが報告を必要と判断した事故

事故の振り返り

- ・職員会議を開き、事故の原因分析と再発防止策の検討をする。
- ・話し合われたことを記録し、全職員に周知する。

令和 5 年度

# 事故報告書

横浜市 長

設置者住所	
設置者氏名 (又は名称)	
代表者	

事故事案 ( ) について、報告書を次のとおり提出します。

＜市への報告が必要な事故等＞

- ①死亡事故
  - ②重傷事故（治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病及び意識不明）
  - ③行方不明・置き去り
  - ④個人情報の紛失や流出、不審者の侵入があった・盗難
  - ⑤異物混入（給食に異物が混入した場合）・誤飲・誤食
  - ⑥ ①②に該当しないが、子ども青少年局・区役所・保育所のいずれかが報告を必要と判断した事故
- ※「重傷事故を除く消費者事故（被害の拡大又は同種・類似の消費者事故等が発生するおそれがある場合）」についても報告してください。

＜事故等発生時の施設から市への報告の流れ＞

①【発生後速やかに】	・区子ども家庭支援課へ電話で事故発生等を報告
②【原則発生当日】	・「第1報」（様式1及び2）を区子ども家庭支援課へExcelで提出し、遅くとも翌日までに提出をお願いします。その後、区子ども家庭支援課に提出された事故報告書は、各区から保育・教育運営課に提出されます。 ・修正・変更・追記等がある場合等は、保育・教育運営課から連絡します。
③【様式3の記入ができ次第】	・「第2報」以降は、保育・教育運営課に提出をお願いします。 提出先：子ども青少年局保育・教育運営課 メールアドレス：kd-uneishidou@city.yokohama.jp
④【死亡事故、重傷事故及び消費者事故の場合】	・「①死亡事故」、「②重傷事故」および「消費者事故」については、横浜市と内容を確認した後、改めて保護者へ説明し、下記の確認欄に署名をしてください。

＜報告にあたっての留意点＞

- ・発生時の状況図（写真等を含む。）を添付してください。遊具等の器具により発生した場合には、当該器具のメーカー名、製品名、型番、構造等についても記載してください。
- ・事故対応や報告書の記載内容について、市として確認する場合や、報告書への追記・修正を求める場合があります。
- ・その他対応については別添事故対応フロー図を確認し、適切に行ってください。

＜本報告書の取扱い＞

- ・市は、注意喚起と再発防止の啓発等を目的に、施設名及び個人情報を削除した上で、市内各施設へ情報提供する場合や、「①死亡事故」等特に重大な事故については、施設名等を含めて公表する場合があります。
- ・「①死亡事故」と「②重傷事故」については、施設からの報告を受けた市は、県と国へ報告します。「消費者事故」については、国へ報告します。国においても再発防止等のため、施設名及び個人情報を削除した上で後日公表されます。
- ・本報告書は、市・区へ報告するたびに、第1報、第2報…と更新しながら、それぞれ保存してください。（第2報を提出したからといって第1報を破棄等しないでください）

＜保護者への説明及び情報提供＞

- ・保護者への連絡は事故発生後、速やかに行います。その後も適宜情報提供を行ってください。
- ・「①死亡事故」と「②重傷事故」については、市と施設で報告書の内容を確認した後、最後に施設から保護者へ「様式2-1」をお渡しし、改めて報告することと、国が個人情報等削除の上、後日公表することについての説明をしてください。
- ・「消費者事故」については、市と施設で報告書の内容を確認した後、施設から保護者へ国が個人情報等削除の上、後日公表することについての説明をしてください。
- ・保護者への説明等について、下の記載欄へ記入した様式を市へ提出してください。

＜「①死亡事故」、「②重傷事故」及び「消費者事故」に係る報告書に関する保護者説明の実施確認欄＞

※市と施設で報告書の内容を確認した後、最後に実施してください。

<input type="checkbox"/> 報告書（市と確認が終了したもの）を説明をした <input type="checkbox"/> 国が個人情報等削除の上、後日公表することを説明した <input type="checkbox"/> 公表：可 <input type="checkbox"/> 公表：不可 <input type="checkbox"/> 報告書のうち「様式2-1」を保護者へ配付をした	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【説明日】</p> <p>年      月      日</p> <p>【説明者氏名】</p> </div>
---	--

【様式1】

←この色のセルはプルダウンで選択できるようになっています。必ず選択をしてください。  
手書きで作成される場合は、プルダウンメニューを確認してください。

事故報告日	令和5年	月	日	報告回数	第1報			
認可・認可外	認可外			施設・事業種別				
自治体名	神奈川県 横浜市			施設名				
所在地				施設代表者名				
設置者(社名・法人名・自治体名等)				開設(認可)年月日				
在籍子ども数	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	合計
								0
教育・保育従事者数	名			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士				名
うち常勤教育・保育従事者	名			うち常勤保育教諭・幼稚園教諭・保育士				名
保育室等の面積	乳児室	m <sup>2</sup>	ほふく室	m <sup>2</sup>	保育室	m <sup>2</sup>	遊戯室	m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>
発生時の体制		名	教育・保育従事者				うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士	
異年齢構成の場合の内訳	0歳	名	1歳	名	2歳	名	3歳	名
	4歳	名	5歳以上	名	学童	名		
事故発生日				事故発生時間帯				
				事故発生時刻(具体的に)				
児童名				保護者名				
生年月日	年	月	日	保護者連絡先				
子どもの年齢(月齢)	所属クラス			入園・入所年月日				
子どもの性別				事故誘因				
事故の転帰(結果)				(負傷の場合) 負傷状況				
(死亡の場合) 死因				(負傷の場合) 受傷部位				
病状・死因等(既往歴)	【診断名】							
	【病状】	病状： (全治： 日)						
	【既往症】				病院名			
特記事項(事故と因子関係がある場合に、身長、体重、既往歴・持病・アレルギー、発育・発達状況、発生時の天候等を記載)								
発生場所								
発生時状況								
当該事故に特徴的な事項								



**【負傷等の場合この様式を利用】 【様式2-1】**

報告回数	第1報		
発生日時	年 月 日 ( 曜日 )	時 分 (午前・午後)	負傷状況
発生場所	負傷状況がその他の場合の内容 ( )		
施設・事業種別	児童の年齢		
<b>発生するまでの状況</b>			
活動の状況 (活動にあっていた 保育・教育従事者数、 活動内容など)	教育・保育従事者数		うち有資格者数
	全体の活動内容:		【例】〇:〇〇~ 3歳児10名が、園庭で鬼ごっこをしていた。
	保育従事者のいた位置、行っていた役割:		【例】保育士Aが園庭全体、保育士Bが鉄棒の横で子どもを見守り、保育士Cが子どもたちの動きに合わせて動いていた。 ※言葉で記載しづらい場合は、図面などの説明で可
	当該児童の様子・活動状況:		【例】鬼ごっこに参加し、鬼に追われていた。
他の児童の様子・活動内容:		【例】鬼ごっこをする子、鉄棒をする子、園庭を探索する子に分かれていた。	
<b>発生時の状況・対応</b>			事前に保護者との連絡で、体調面など引き継ぎ事項があれば記載
時間 (〇:〇〇)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。		
【発生後の状況は下記のページに記載すること】			

発生後の対応（報道発表を行う場合にはその予定も含む）					
園長等責任者報告した時刻		:		保護者へ第一報した時刻	
誰から誰へ報告したか (担任・主任等から園長等)		から		:	
通院の有無	通院の有無		通院のため出発した時刻	:	誰から誰へ連絡をしたか (園長・担任等から母・父等)
	通院した場合同行したか		同行した職員 (園長・担任等)		から
	【通院しなかった・同行しなかった場合の理由】				【第一報の連絡内容】
発生後の対応を時系列で記載 (報道発表を行う場合にはその予定も含む)					保護者への連絡内容・時間
時間 (○:○○)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。				(保護者連絡した内容について記載)
当該事故に 特徴的な事項					

この面の記載内容は、横浜市は、施設名及び個人情報を削除した上で、市内各施設へ情報提供することがあります。また全治30日以上を負傷等については、国がHPで公表します。

(参考) 内閣府HP : <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/outline/index.html>

【行方不明・置き去りの場合はこの様式を利用】 【様式2-2】

報告回数	第1報		
発生日時	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 (午前・午後)		
発生場所	(園外の場合は園からの距離、地図などを添付すること)	状況	
施設・事業種別		児童の年齢	
<b>発生するまでの状況</b>			
活動の状況 (活動にあっていた保育・教育従事者数、活動内容など)	教育・保育従事者数		うち有資格者数
	全体の活動内容：		
	保育従事者のいた位置、行っていた役割：		
	当該児童の様子・活動状況：		
	他の児童の様子・活動内容：		
最後に点呼したときの時間、人数と当該児童の様子 時間： 　　： 人数： 　　名 どのように人数確認を行ったか： 当該児の様子（何をしていたか）：			
<b>発生時の状況・対応</b>			事前に保護者との連絡で、体調面など引き継ぎ事項があれば記載
時間 (○：○○)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。		
<b>【発生後の状況は下記のページに記載すること】</b>			

発生後の対応（報道発表を行う場合にはその予定を含む）					
園長等責任者報告した時刻		:		保護者へ第一報した時刻	
誰から誰へ報告したか (担任・主任等から園長等)		から		:	
警察への通報の有無	通報の有無		通報した時刻	:	誰から誰へ連絡をしたか (園長・担任等から母・父等)
	通報した人(園長・通行人等)				から
	【通報しなかった場合の理由】				【第一報の連絡内容】
発見時の状況	時刻… 場所… 状況… 発見者…				
発生後の対応を時系列で記載 (報道発表を行う場合にはその予定を含む)					保護者への連絡内容・時間
時間 (○:○○)	※何人どこをどのように捜索したか、時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。				(保護者連絡した内容について記載)
当該事故に特徴的な事項					

この面の記載内容は、横浜市は、施設名及び個人情報を削除した上で、市内各施設へ情報提供することがあります。

**【異物混入・誤飲・誤食の場合はこの様式を利用】 【様式2-3】**

報告回数	第1報		
発生日時	年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 (午前・午後)		
発生場所		児童の年齢	
施設・事業種別		混入物の大きさ	
混入物			
発生時の状況・対応		保護者への連絡内容・時間	
時間 (○:○○)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。その場にいた児童数・活動内容・保育者人数・配置状況(どのように活動を見守っていたか)は必須です。		
発生後の対応 (報道発表を行う場合にはその予定を含む)		保護者への連絡内容・時間	
時間 (○:○○)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。 ※通院の判断は誰がどのようにしたのか記載してください。		
写真			
当該事故に特徴的な事項			

この面の記載内容は、施設名及び個人情報を削除した上で、市内各施設へ情報提供することがあります。

【その他（負傷・行方不明・置き去り・異物混入・誤飲・誤食ではない案件はこの様式を利用）】  
【様式2-4】

報告回数	第1報		
発生日時	年 月 日（曜日） 時 分（午前・午後）		
発生場所		発生した事故内容	
施設・事業種別		児童の年齢	
<b>発生時の状況・対応</b>		<b>保護者への連絡内容・時間</b>	
<b>時間</b> (○:○○)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。その場にいた児童数・活動内容・保育者人数・配置状況（どのように活動を見守っていたか）は必須です。		
<b>発生後の対応</b> (報道発表を行う場合にはその予定を含む)		<b>保護者への連絡内容・時間</b>	
<b>時間</b> (○:○○)	※時系列に沿って可能な限り詳細を記載してください。 ※通院の判断は誰がどのようにしたのか記載してください。		
当該事故に特徴的な事項			

この面の記載内容は、施設名及び個人情報削除した上で、市内各施設へ情報提供することがあります。

教育・保育施設等 事故報告様式【事故再発防止に資する要因分析】

報告回数		第1報	
要因	分析項目	記載欄【選択肢の具体的内容を記載】	
ソフト面 <small>(マニュアル、研修、職員配置等)</small>	事故予防マニュアルの有無		(具体的内容記載欄。マニュアルや指針の名称を記載してください)
	事故予防に関する研修	実施頻度( )回/年	(具体的内容記載欄)
	職員配置		(具体的内容記載欄)
	その他考えられる要因・分析、特記事項		
	改善策		
ハード面 <small>(施設、設備等)</small>	施設の安全点検	実施頻度( )回/年	(具体的内容記載欄)
	遊具の安全点検	実施頻度( )回/年	(具体的内容記載欄)
	玩具の安全点検	実施頻度( )回/年	(具体的内容記載欄)
	その他考えられる要因・分析、特記事項		
	改善策		
環境面 <small>(教育・保育の状況等)</small>	教育・保育の状況		
	その他考えられる要因・分析、特記事項		
	改善策		
人的面 <small>(担当保育教諭・幼稚園教諭・保育士、保育従事者、職員の状況)</small>	対象児の動き		(具体的内容記載欄)
	担当職員の動き		(具体的内容記載欄)
	他の職員の動き		(具体的内容記載欄)
	その他考えられる要因・分析、特記事項		
	改善策		
その他	その他考えられる要因・分析、特記事項		
	改善策		
【所管自治体必須記載欄】 事故発生の要因分析に係る自治体コメント ※事業所(者)は記載しないでください。			(区・施設は記載不要)

# 【0歳児】ブレスチェック表（ひな形）

令和 年 月 日

温度 湿度

度 %

担当者	園長	8時															9時															10時														
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
1	氏名 横浜 太郎	11時															12時															13時														
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
2	氏名 メモ	8時															9時															10時														
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
3	氏名 メモ	8時															9時															10時														
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55									



# 【1歳児】ブレスチェック表（ひな形）

令和 年 月 日  
 温度 度  
 湿度 %

担当者	園長	ブレスチェック表																													
		8時			9時			10時			11時			12時			13時														
1	氏名	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50
	横浜 太郎																														
	メモ																														
	咳がでていた。	✓																													
2	氏名	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50
	メモ																														
3	氏名	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50
	メモ																														
4	氏名	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50
	メモ																														
5	氏名	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50
	メモ																														

## 行方不明・置き去り事故防止のためのチェックリスト

～行方不明・置き去り等の事故防止に向けた取組の徹底について～

市内の保育・教育施設において、行方不明・置き去りの事故が多く発生しています。その原因は、人数の確認ミス、職員間の声掛け不足、思い込み等のヒューマンエラーによるものです。

「行方不明・置き去り事故防止のためのチェックリスト」を使って、各自、全職員で自分たちの施設の安全管理について再確認をしましょう。

また、事故が起きた場合は、速やかな対応、職員間の連携が重要です。そのためにも事故発生時の対応について各施設の事故対応マニュアルやフロー図等を使って確認し、全職員で共有しましょう。

## 1 園内

## (1) 園庭・屋上

- 常に児童の人数や居場所を把握し、園庭や屋上から部屋に戻る等、保育の場面が変わる時は必ず人数確認を行いましょう。

	園庭で見失いが起きそうな場所を把握し、職員間で共有をしている
	短時間でも園庭を離れる時は、他職員に声掛けをしている
	園庭、屋上等に出入りする時は、残っている児童がいないか、声に出して指差し確認をしている
	ドアに鍵をかける場合は、その前後で児童の人数確認をしている
	常に他職員と連絡が取れるような手段の工夫をしている（例：携帯電話・内線等）

## (2) 玄関・門扉

- 門の開閉時に、児童だけが園外へ出てしまうことを防ぐために、ソフト面・ハード面の対策を行いましょう。

	送迎時や訪問者が出入りする時の安全対策をとっている（例：注意の張り紙・職員が立つ等）
	登降園時の人数把握を確実に行う仕組み（職員間の共有等）が、できている
	門扉・フェンス等の形状等、ハード面の対策がとられている （例：二重の施錠・児童の手が届かない開錠ボタンの位置、防犯カメラの設置等）

## (3) 室内

- 建物内で死角になるところを職員間で把握・共有して安全対策を取りましょう。

	各クラスのデイリープログラムを職員間で周知・共有をしている
	部屋を移動する時は、残っている児童がいないか確認をしている
	児童の居場所を職員間で声を掛け合い、把握している
	押入れ下や収納棚の中等、児童が入れる隙間の確認をしている
	倉庫等は、扉を開けたままにしない
	ドアに鍵をかける時には、指差し確認している
	エレベーター使用時は、乗る前、降りた後に人数確認をしている
	エレベーターのボタンには、児童が触れない工夫をしている

## 2 園外

### (1) 散歩・園外活動

■散歩マニュアル、手順書、散歩マップ等、常に職員間で確認しましょう。

	散歩ルート、目的地で児童の見失いが起こりそうな場所を把握している
	事前に、職員間で児童の体調や配慮事項を共有している
	職員の立ち位置、役割分担を確認して、常に児童の動きを把握している
	児童の居場所や職員の動きなど、移動中も常に職員間で声を掛け合っている
	散歩の前後や場所移動の際に、児童の顔を見て複数で人数確認を行っている
	散歩先で他園と一緒にになった時は、自園の児童とわかる工夫をしている (例：帽子の色を変える、挨拶、声の掛け合い等)
	児童への安全指導を行っている (交通ルール、目的地での遊びの約束等)
	初めて、または久しぶりに行く場所は、事前に下見(ルートを含む)を行い安全確認している

### (2) 園バス

■園バスのマニュアル、手順書等、常に職員間で共有しましょう。

	園バス利用児童の出欠席を確認し、職員間で共有している
	乗車時、降車時に児童の顔を見て名前、人数を複数で確認している (チェックリスト等使用)
	最終点検は、声出し指差して車内に誰もいないことを確認している

## 3 その他

	事故発生時の対応を職員間で話し合い共有している (例：事故防止・対応マニュアル、フロー図、想定訓練等)

★各項目の空きスペースは、職員間で検討したチェック項目用に活用してください。

★参考：「保育中の安全管理について」

横浜市こども青少年局 保育・教育運営課 令和3年12月3日(依頼文)  
「保育所等の園外活動時等における園児の見落とし等の発生防止に向けた取組の徹底について」  
厚生労働省 令和4年 4月11日(事務連絡)  
「保育・教育施設における児童の車両送迎に係る安全管理ガイドライン」  
横浜市こども青少年局 保育・教育運営課 令和4年10月7日  
「保育所等における安全計画の策定に関する留意事項等について」  
厚生労働省 子ども家庭局保育課 令和4年12月15日(事務連絡)

こども青少年局 保育・教育運営課  
連絡先 045-671-3564

## 9 過去の通知について

事故関連の過去通知については、横浜市の事故防止と事故対応のホームページに掲載しています。このほか、事故報告書の様式、事故啓発チラシなど掲載しています。各施設の状況、体制に応じて職員研修等に活用してください。

【URL】

<https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/kosodate/jikotaio/hoiku.html>

トップページ>事業者向け情報>分野別メニュー>子育て>事故防止と事故対応について>

事故防止と事故対応について

【QRコード】



<令和4年度発出した通知（令和4年12月末現在）>

- ・令和4年12月2日  
こどもの出欠状況に関する情報の確認、バス送迎に当たっての安全管理等の徹底について
- ・令和4年10月7日  
保育・教育施設における児童の車両送迎に係る安全管理ガイドライン及び園バス（車両送迎）や児童の欠席把握等に関するアンケート結果の送付について
- ・令和4年9月15日  
バス送迎に当たっての安全管理に関する緊急調査について（依頼）
- ・令和4年9月6日  
園児の人数確認の徹底について（依頼）
- ・令和4年5月17日  
消毒液や除菌剤の使用に関する注意喚起について
- ・令和4年4月18日  
保育所等の園外活動時等における園児の見落とし等の発生防止に向けた取組の徹底について
- ・令和4年4月11日  
特定教育・保育施設等における事故報告書の様式変更について
- ・令和4年4月6日  
遊具の安全確保について

# 10 令和4年 事故事例

※令和4年1月～12月

行方不明・置き去り						
種類	事例	置き去り	置き去り	置き去り	置き去り	
年齢	5歳	1歳4か月	0歳11か月	1歳5か月	5歳8か月	
事故内容	5歳児12名、保育者1名 近隣から「屋上で児童が泣いている」と知らせが入った。知らせを受けた園長は、まず年長児の担任に確認してから、担任と共に、屋上へ上がった。先に屋上に上がったのがついていた事務員が、本児を抱きしめ、すぐに落ち着いていた。	0～2歳児8名、保育者3名 バギーで散歩に出かけ、帰園後バギーを玄関前に止めた。児童たちを順次バギーから降ろし、保育者2名と児童6名は先に園内に入った。もう1名の保育者は、最後の1名をバギーに残したままバギー置き場へ移動させ、別の児童1名と園内に入った。その際他の職員から他の排泄処理を頼まれ保育に入る。近所の方が玄関のバギーの中に児童が一人入っていると知らせてくれた。	0～1歳児19名、保育者7名 午睡から起床した児童の寝具を片付け庫に入ろうとしていたため、声をかけ遊びに誘った。その後、再度、本児が寝具収納庫に入り、保育者が本児の姿を探している時に寝具収納庫から物音がし、発見した。※同じ見失い事故が、5月にも発生した。	1歳児12名、保育者4名 園庭から入室する際、保育者が、一緒に入室する児童を教えていた。最後に保育者が入室した際、人数確認を保育者4人でしていた。排泄や水分補給の援助をしながら本児が当たらないように最後まで入室した保育者が気が付いた。探し当てたところ、外階段に本児が腰掛けていた。	1歳児12名、保育者4名 園庭から入室する際、保育者が、一緒に入室する児童を教えていた。最後に保育者が入室した際、人数確認を保育者4人でしていた。排泄や水分補給の援助をしながら本児が当たらないように最後まで入室した保育者が気が付いた。探し当てたところ、外階段に本児が腰掛けていた。	5歳児22名、保育者1名 担任が、人数を確認し、ホールのドアを開け階下へ下り始めた。全員ホールから出たと思いきやドアを開けた。本児はみんなと一緒に一旦列に並んだが、ホールの奥に片付いていない玩具を見つけ、列から外れてホールに戻り片付けていた。健康観察のため、各クラスを見回っていた看護士が3階ホールに残っていた本児を発見した。
月・曜日・時間帯	3月 金曜 9:40	5月 金曜日 16:55	6月 水曜日 14:28	6月 月曜日 10:15	6月 木曜日 9:58	
場所	屋上	保育園バギー置き場	保育室	園庭	ホール扉前	
保育状況	水やり	散歩からの帰園時	午睡からおやつ	園庭遊びから入室	園庭に出るため並んでいた	
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	屋上で育てている植物の水やり後、卒園式の予行演習に向け足早に事を進めた結果、児童の動きを最後まで確認しないまま扉を開けてしまった。	バギーに乗せたまま、バギー置き場へ移動させてしまった。保育者は順番に自分で運んでいくつもりでいた。	前回の事故後、設備面の対策はとっていないかった。	外階段は死角になりやすい。	本児が死角に移動したため、階段の扉の前にいた保育者は列から外れたことに気づかなかった。	
事故の分析	・スケジューリングに追われていたため、普段は、人数確認するところではないなかつた。年長児だからと安心せず人数確認すべきだった。全員の顔は、確認していたものの、児童の動きを確認していなかったため、本児が扉の裏に行ってしまうことに気づかなかった。	・保育士は、児童が一人残っているにも関わらず、入室する動きを取ってしまつた。 ・事故防止について、園長・主任は、職員一人ひとりに理解しているものと判断していたが、実際には危機管理の共通認識ができていなかった。	・収納庫の置き去り防止のマニュアルがなかった。前回の事故後の改善策、周知方法、その確認等に不足があり、収納庫内に児童がいるかどうか確認することが不明確だった。	・最終入室時の人数確認を忘れ、違和感を感じたのに思い込みをそのままにしてしまった。	・1階に下りた時点で人数確認をすることになっていたが怠ってしまつた。階段を降りる前、降ろす途中、降りた後の計3回人数確認をする。最初の人数確認でいるはず」と思い込み、次の人数確認を怠ってしまった。	・1階に下りた時点で人数確認をすることになっていたが怠ってしまつた。階段を降りる前、降ろす途中、降りた後の計3回人数確認をする。最初の人数確認でいるはず」と思い込み、次の人数確認を怠ってしまった。
再発防止のための改善策	・屋上から施設内に入った後の人数確認を行う。 ・常にゆとりがもてる時間設定にし、年長児だからと決して油断せず人数確認を行う。	・保育者の役割分担を決めてから児童を入室させる。 ・目の前の児童の人数や状況を伝え合う。 ・全員が入室したら人数確認後最終チェックし、園長・主任に報告する。	・収納庫の外扉に、確認事項を貼り、目で分かるようにする。 ・倉庫入口に、ゲートを置き児童の入室を防ぐ。 ・連携体制を見直し、情報伝達確認チェックリスト、全体リーダーを配備し、安全管理と職員の連携強化に繋げている。	・職員間の声掛けを徹底、復唱や確認をさせる。人数確認は声出し、指差し等しながら行う。 ・定期的な人数確認と再発防止に努める。 ・死角が見えるようにミラーなどを設置する。人数確認のポイントを全職員が共有し確実にを行う。	・3階から児童を移動させる際、保育者が一人の場合、事務所にいる職員が階段下に行き、人数確認のダブルチェックをする。 ・死角が見えるようにミラーなどを設置する。人数確認のポイントを全職員が共有し確実にを行う。	

種類		置き去り・行方不明			骨折	
事例	置き去り	置き去り	行方不明	置き去り	上腕脛上骨折 全治約30日	右鎖骨骨折 全治30日以上
年齢	3歳4か月	3歳4か月	5歳4か月	2歳3か月	4歳11か月	5歳10か月
事故内容	2歳児7名 保育者3名 児童は、順番にトイレを済ませお茶を飲んでいました。最後の2名がトイレにいる時、その場にいた保育者Aとお茶を飲ませていた保育者Bが入り替わりますが、保育者Aは保育者Bにトイレに残った2名のことを伝えなかつた。保育者Bは残っている2名に気づかず、1名が出てきたタイミングでトイレの扉を閉め鍵をかけてしまった。人数を見た保育者Aが急いで扉を開けたところ、本児が中で泣いていた。	3～5歳児26名 保育者4名 本児が鉄棒を始めた際、近くで鉄棒をしようとした他児に今使っていることを強い口調で伝え、他児が泣いてしまった。保育者が本児に、優しく言えばわかると伝えたとところ本児が泣き出し、一人でフェンスの方にフエンス前にいないことには保育者Aが気づき、公園内を探した。公園から出た緑道で本児を発見した。	1歳児11名、保育者4名 公園で遊ぶんだ後、園に到着し、本児がいらないことに気づいた。 保育者1名が公園に戻り、木の茂みで排泄している本児を発見した。	3～4歳児7名、保育者2名 本児は跳び箱(3段)に、意欲的に参加、事故前に10回程跳んでいた。(3名が繰り返し跳ぶ)保育者1名が、補助をしていた。本児の飛び体勢は安定していたが、マットに着地する寸前にバランスを崩し右腕からマットに落下した。 保育者は、右腕を痛がる本児の状態を確認し、園長に報告した。その後、検診して受診した。	3～5歳児37名、保育者6名(園庭3名、室内3名) 園庭では、約3m間隔で保育士がれぞれに教人の児童に関わっていた。直角に曲がり、死角になっていない園庭には、本児1名がいた。本児を視野に入れない保育士がいなかったため、転倒の際には目撃してなかった。園庭の裏で一人だけで遊んでおり、保育士が倒れている本児を発見し声をかけたところ、右肩の痛みを訴えたため、検診して受診した。	
月・曜日・時間帯	10月 木曜日 9:40	10月 木曜日 9:40	11月 木曜日 11:00	12月 水曜日 10:30	2月 金曜日 16:30	5月 水曜日 8:45
場所	トイレ	トイレ	公園	公園	施設内(保育室)	施設内(園庭)
保育状況	遊び前の排泄	遊び前の排泄	自由遊び	帰園後の足洗いで中	コーナー遊び	自由遊び
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	トイレ使用後に中に児童がいなかったかの確認をしなかった。	室内活動から廊下への移動に伴い、児童に排泄と水分補給を促していた。保育者が入れ替わる際に、口頭での人数確認をせず交代した。	保育者の動きを事前に打ち合わせできていなかった。	散歩先の公園は頻繁に訪れる公園だった。	用具の安全点検後使用した。破損等の不具合は無し。本児を含む3名が順に跳んでいったため、インターバルが短く体力が落ちていたと考える。	園庭がかげ状で死角になる部分がある。今年度初めてのぼたしの日で、児童たちの気持ちは高ぶっていた。
ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	室内活動から廊下への移動に伴い、児童に排泄と水分補給を促していた。保育者が入れ替わる際に、口頭での人数確認をせず交代した。	全体を見ている職員がいなかったため本児が出て行ったことに気づかなかつた。 ・児童に対して、「4歳児クラスなので、公園からは出て行かないだろう」という保育士の思い込みがあった。	・公園から帰園するときに、保育者が、人数確認を怠ってしまった。 ・大人の数が多く、互いに誰かが人数確認をしているだろうと過信してしまつた。	・園外保育用の名簿を作成し、人数確認等記録できるようにする。 ・保育者の役割を決めて見守っていく。 ・同じ顔ぶれの保育者と児童たちの歩きのグループとする。	週末、夕方の疲れていると考えられる時間帯の活動だった。また、本児は長期休み明けの活動により、体力が落ちていたことが考えられる。保育者が、跳び越えた後の補助方法を知らなかった。	保育士配置は十分であったが、当該園にいた園庭の死角になる場所にはいなかった。
再発防止のための改善策	・保育者の交代時は、人数や児童の位置の確認を行い状況を確認する。 ・施設時は必ず中を確認する。 ・振り返りを全職員で共有し人数確認の方法を再確認する。 ・保育室を移動する方法を手順書に加え、意識の向上を図る。	・公園で遊ぶ前に、誰がどう見ているかの保育者同士で声に出して確認し合う。 ・児童に公園での約束事を伝える。 ・事故予防研修を定期的に開催する。 ・散歩 マニュアルの景直し等、園内研修や職員会議を定期的に行う。	・散歩先から出発時刻を園に連絡する。 ・園外保育用の名簿を作成し、人数確認等記録できるようにする。 ・保育者の役割を決めて見守っていく。 ・同じ顔ぶれの保育者と児童たちの歩きのグループとする。	・長期休み後は、児童の体力等を考慮した保育を設定する。 ・跳び箱を飛び越えマットに着地するまでの補助方法を取り入れる。	園庭の保育士の位置を再確認し、全体を把握できるようにする。 常に保育者同士、連携をとり、声をかけあいながら保育を行う。	

種類		骨折			
事例	左足脛骨骨折 全治30日	右中指挫傷 右中指末関節骨不全骨折 全治2か月	右上腕骨外顆骨折 全治14～21日	橈骨尺骨骨折 全治3か月	
年齢	4歳6か月	5歳9か月	1歳3か月	1歳	6歳5か月
事故内容	3～4歳児10名、保育者2名 保育者の声掛けで、玩具の片づけをしている際、本児が左足の脛を押さえながら痛みを訴えたので、アイソングをした。保育者は現場を見ていなかったため児童に状況を聞くが、玩具箱に足をかけていた、他児が上に乗ってきた等、トラブルはあった様子だったが、確証は得られなかった。保育者には、本児の状態のみを伝え、翌日、保護者が病院に連れて行き受診した。	4～5歳児19名、保育者2名 園庭遊び後、保育者は、児童をトイレに誘導後、本児を含む数人の児童に排泄が済んだら部屋に戻るよう声をかけ、先に水分補給の準備のため保育室に戻った。本児が戻ってきた際、若干足を引かずっており、急に痛くなったと、担任に痛みを訴えた。すぐに保護者の迎えがあり、状況を説明した。降園後、足が腫れ、状態を説明した。翌日、保護者が本児を連れて、受診し、骨折が判明した。	本児1名、保育者2名 保育士Aは本児のオムツ交換後、本児をその場に待機させ、オムツの処理をしていた。保育士Bは掃除後、換気のために大人用トイレのドアを閉めた(大人用トイレに換気窓がある)。ドアを開けた時にできた隙間に、本児が指を入れたまま、保育士Bが気づかず、ドアを閉めたため、本児の指を挟んだ。園長に報告し、受診した。	0,1歳児5名、保育者2名 フリーウォールで仕切られた中で紙パットの平均台を2列並べ遊んでいた。保育士Aは2列の平均台の間で児童を戻していた。保育士Bはフリーウォールの外側で見守っていた。本児は平均台横で回りはじめ、平均台へ向かって転倒。左わき腹のあたりを打つたようにみえたが、身体に気になる点はなかった。保護者には降園時に状況を伝えた。降園後、保護者が受診したところ骨折が判明した。	4～5歳児87名、保育者10名 友だちと鬼ごっこをしている中、本児は逃げ子として園内を移動し、すべり台に行き、滑っている途中に左側に落下した(滑り台の中央より下、約1メートルの高さ)。見守りをしていた保育者が、状況を把握。他の保育者に応援を要請した。救急車を要請し、病院へ運んだ。
月・曜日・時間帯	6月 木曜日 17:24	7月 月曜日 16:15	7月 金曜日 15:55	8月 火曜日 17:25	9月 水曜日 11:40
場所	施設内(保育室)	施設内	施設内(トイレ)	施設内(保育室)	施設内(園庭)
保育状況	部屋の移動の為片付けの際	トイレに行った際	オムツ交換後	自由遊び	自由遊び
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	片付け後の保育者の声掛けが無く、まだ片付ける児童、遊んでいる児童、自由に動いている児童がいた。	排泄から水分補給という普段の生活の流れ。保育者の見守りはあったが、残り数人になり保育者とその場を離れた。	職員間で声のかげ合いをしていなかった。	平均台として使用した手作り遊具は、17時以降児童たちの疲れが見られ、落ち着かない状況での適切な遊具ではなかった。	落下した滑り台は、安全基準を満たし、日々清掃や点検を行っており異常はなかった。本児は鬼ごっこの逃げ子だったが、慌てていた状況ではなかった。
ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	保育者ABが、双方の動きを把握せず、児童から目を離していた。 当時患部の腫れがなかったことから打撲でははないかと予測、判断が甘かった。また、保護者もすぐ迎えに来る状況だったので、保護者を待たせてしまった。	いつもやっている活動であり、5歳児なので一人でもできるという思いもあり、排泄が終わった後の活動準備を優先してしまった。 本児が、室内を走ったから転んだと、保育者に本当のことを言えず、発覚が遅れたと予想される。	保育者Aは、オムツ交換後、本児をその場に待機させ、使い済みのオムツを処理した。	室内を歩き回っている児童に対して、保育者は、見守るだけになっていた。	園庭でクラス集団活動を行った後、自由遊びをしていた。保育者は園庭内で適切に分かれて見守りをしてきた。2mほどの距離にいて、落下前の原因の場面は見ていないが、落下する姿は目撃したため、すぐに駆け寄り対応した。
事故の分析	見ただ目で判断せず、状況に応じて救急外来の受診も検討し、保護者が迎えに来た際にも、その場で受診同行をお願いするべきであった。積極的に受診を検討する。	児童たちが活動を終えるまで保育者が見守るか、その場を離れる場合はフロアにいる保育者に声をかけ、フロア全体で見守る状況を作る。 児童が保育者に本当のことを言えるよう、痛みを訴えた時点で、丁寧にヒアリングをする。	オムツ交換後は、園児を保育室に戻した後、オムツの処理を行う。児童がいる時は、大人用トイレの扉は開けない、扉を開ける時周囲を確認し、声をかけあけて開閉する。 扉に「児童がいます。声をかけて返事があつたら開閉します。」という張り紙を付ける。	遊具は安全基準を満たしたものを提供し、施設で加工などして使用することがないよう注意する。	・園庭にいる保育者の数や立ち位置は問題なかったと考えるが、より視野を広く持ち、事故を防止できるよっていく。 ・鬼ごっこの際は、遊具を使わない。 ・児童たちには、すべり台を使う際のルールを繰り返し伝えていく。
再発防止のための改善策					

種類	骨折			火傷			口腔内受傷			
事例	骨端線損傷 全治30日	左中指先端部骨折 全治21日	右上腕骨頭上骨折 全治30日	II度の胸部熱傷 全治2か月	歯のぐらつき 全治38日					
年齢	4歳11か月	1歳11か月	5歳6か月	0歳4か月	3歳11か月					
事故内容	4歳児24名、保育者1名 椅子支度が終わった児童より床に座って絵本を読んだ。本児より泣いて指の痛みを訴え、Aの訴えがあり、確認すると指が変形し、A児がやると本児が話した。絵本をめぐってのトラブルで本児が手を出し、A児に左手小指を曲げられたか、もしくは叩かれた様子だったが、保育者は気づかなかった。	1歳児15名、保育者4名 散歩中、保育者と児童が手をつないで歩き、その後から避難車2台に児童を乗せて続いた。1台目の避難車の中で児童同士のトラブルが起き、避難車を停めて保育者Aが対応していた。保育者Bが押していた2台目の避難車が、停まっていた2台目の避難車に接触した。そのため、2台目の避難車につかまっていた本児の左手小指が2台目の避難車に挟まれ、爪の周りから出血した。	4、5歳児34名、保育者4名 児童達は園庭で好きな遊びを始めた。本児は鉄棒(高さ75cm)に腰かけていたが、降りようとした際にバランスを崩し、地面(ゴムチップ敷設)に右ひじをぶつけた。ボランティアに痛みを訴える。その状況を担任に伝え、主任・園長に報告し、受診を決定した(保護者に連絡、保護者が連れて行くことになった)。	0歳児5名、保育者3名 本児(4か月児)に温度を確認せずミルクを提供した。飲み始めてすぐに吐き戻し、泣き続けた。胸に当てていたガーゼが濡れていたため見ると、皮膚が赤くなっていて火傷に気づいた。ガーゼを取ると、皮膚もはがれてしまった。救急車を要請し、オペレーターからの指示で患部を流水で冷やし、緊急搬送となった。	3~5歳児28名、保育者3名 公園で鬼ごっこ中に、転倒し泣いている本児に保育者が気づいた。膝に擦り傷があった。口を確認したところ、赤み、出血、腫れ等の症状は見られずマスクをつけて帰園後、マスクに血が付いており、唇が腫れて出血していることに保育者が気づき、3本の歯が揺れていることも確認した。					
月・曜日・時間帯	10月 水曜日 15:40	11月 月曜日 9:55	11月 水曜日 11:05	4月 火曜日 11:05	5月 水曜日 11:00					
場所	施設内(保育室)	施設外	施設内(園庭)	施設内(保育室)	施設外					
保育状況	自由遊び	散歩中	自由遊び	授乳中	公園遊び					
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	おやつの下膳をしている児童、帰り支度をしている児童、絵本を読んでいる児童と様々な動きがあった。	児童の乗っている避難車は重みでブレーキが利きづらかった。	遊具、地面共に破損や濡れ、汚れ等はない状態であった。見守りの保育士数に対して、児童達が遊ぶ遊具の設定数が多かった。	離乳食とミルクのみの同時対応に工夫が不足していた(中期離乳4名、本児はミルクのみ)。温度設定が簡単にできるポットが不足していた。	3~5歳児が年齢に關係なく、一緒に活動していた(2グループが鬼ごっこ)。公園には、危険な個所が多かった。					
ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	担任が休みで、代わりの保育者が入っていた。 様々な動きがある中、室内が賑やかだったこともあり、保育者がトラブルに気づけなかった。	横断歩道を渡った直後で、避難者の車間が詰まっていた(他の通行人のことを考慮した)。	マニキュアに沿った行動をとるにあたり、児童達への指導や声かけが不十分であった。	0歳児保育経験の少ない保育者が多く、保育の質の面で配慮が必要だった。 不慣れた保育者が5名分のミルクを調乳した。すぐに飲む子どもと離乳食後に飲む子どもの哺乳瓶があり混乱が生じやすかった。保育者間のコミュニケーション不足があった。	保育者は、鬼ごっこの近くにいなかった。 鬼ごっこ中の本児へのタッチの力が強く、バランスを崩してしまっと思われ					
再発防止のための改善策	何か終わったら各自の席に戻るように声をかけし、流れが滞り着いたら次の動きに行くようにする。 支度までの流れをクラスに合うように改善していく。 声をかけ合う等職員間の連携が再度取れるようにする。	車間を十分にとる。保育者同士の声かけをより密にし確認し合う。 避難車の持ち手に児童の手を守るガード的なクッションを取り付ける。 事故の検証結果を職員で共有する。 散歩マニキュアを更新する。	状況に応じて、使用する遊具を限定し、見守りの強化を行う。 見守りの徹底、鉄棒からは手を放さずに降りるよう声掛けを行う等、注意喚起を行う。 外遊び前には、児童たちに遊具遊びでの危険を知らせ注意を促すようにする。	0歳児担当の見直しをした。 離乳食組とミルク組が相互に視野に入るような環境設定をした。 温度設定ができるポットと、温度チェッカーを購入した。授乳温度のダブルチェックを実施する。 改善した「授乳手順」のマニュアルに基づいて職員全員に研修を実施した。	年齢ごとに活動空間や、活動内容を分けるなどして、児童の動きを把握しやすくする。 鬼ごっこのタッチの仕方を児童たちに伝える。					

事故の状況

事故の分析

再発防止のための改善策



種類		口腔内受傷		打撲		個人情報流出	
事例	前歯2本抜歯 全治60日	下唇裂傷 全治7日	頭部打撲 全治1日	生活管理指導表	WEB写真		
年齢	6歳1か月	2歳3か月	1歳9か月	4歳	5歳		
事故内容	2～5歳児38名、保育者5名 園庭遊び中、本児が遊具(滑り台)の構 からボールを追って走り出し、走ってきた 他児と衝突した。前歯を打ち、上前歯の 歯ぐきから出血し、歯のぐらつきがあっ た。受診し、上前歯2本を抜歯した。	1歳～5歳児5名、保育者2名 園庭遊び中、ウツドツッキに上った本児 に危ないから下りよう保育者が声をか けた。本児は、慌てて下り、下の段を踏 み外し転倒し、口から出血した。救急車 を要請し緊急搬送し、下唇1針、外側2 針縫合した。	1歳児12名、保育者3名 園内階段を移動していたところ、一緒に なった3歳クラスの児童を先に通すため 踊り場で待機した。その時、保育者の ガードをすり抜けた本児が、1人で階段 を下り、ハランズを崩して3段の高さから 落下し、頭部打撲で通院した。	4. 5歳児合同20名、保育者2名 朝、保育士Aが、保護者からアレルギー 疾患生活管理指導表を手渡しで受け 取った。保育士Aは、引き続きノートに挟 み、所定の棚の上に置いた。 昼のミーティングで、保育士Aは、朝、保 護者から書類を受け取ったことを思い出 し、担任保育士Bに伝えただが、見当たら ず、紛失したことに気づいた。念のため 保育者の自宅も検索するが見つからな かった。	保護者から、園の写真販売サイト上に載 せた写真に、保護者親族の住所・氏名が 書かれた郵便物が写り込んでいるという 指摘があった。指摘を受け、担当保育士 が見つけて削除した。		
月・曜日・時間帯	9月 火曜日 16:15	11月 土曜日 10:30	12月 木曜日 10:25	2月 月曜日 8:30	10月 土曜日		
場所	施設内(園庭)	施設内(園庭)	施設内(室内階段)	保育室	WEB上		
保育状況	園庭自由遊び	園庭自由遊び	園舎内移動中	朝の受け入れ時	写真販売		
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・2～5歳児が一緒に遊んでいたため、 動線が分りずらかった。 ・地面は凹凸もなかつますくものはなかつ た。	・土曜日の異年齢保育では、平日とは、 配慮点や児童の姿が違う事への意識が 欠けていた。園児数が少なく安心してし まった。	・外、玄関、階段に児童が分散していた。 階段では保育者1名、児童4名がいた。 階段移動の危険は理解していたが、児 童同士の間隔に気を取られた。	書類を保管する専用ケースがなかった。	ユーザー認証が必要なアプリ上で、当該 保護者以外の16家庭の保護者(アクセス 権を保有するクラスの保護者)が閲覧可 能だった。		
ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	・保育者は一定の距離をおいてそれぞ れの場所で、児童たちの安全を見守って いた。 ・十分な人員配置で見守っていた。 ・児童たちへ遊び方の確認をする前に、 事故が起きてしまった。	・1歳児～5歳児5名を保育者1名が全 体が見える位置で見守っていた。(他保 育者1名は電話対応で入室中) ・年齢によっては、遠くから声をかけるこ とで慌てしまおうという児童の心理を考え ることができていた。	・階段についていた保育者が、他児のト ラブルに気を取られ、本児から目を離し てしまった。 ・保育者1名で4名の1歳児を階段で移 動することに無理があると気づけなかつ た。職員の間、危機予測を考えた上で の移動ができていなかった。	・保育士Aが、朝の引継ぎ時に、保護者 から書類を受け取った事を忘れ、担任B に伝えなかった。 ・マニュアルには、書類について、事務 所へ持っていく行くとか記載されていな かった。	個人情報取扱いはへの認識不足によ り、園児が郵便物を郵便ポストに投函す る場面を撮影してしまった。 その郵便物に記載された住所氏名が写 真に写り込んでいた。		
再発防止のための 改善策	・職員立ち位置、視線の方向を再検討 する。常に全体が見える方向に体を向け る。 ・時間やスペースを区切って園庭を使用 するよう、クラス間で連絡し合い確認す る。 ・園庭に出る前に遊び方を児童たちに周 知する。	・職員配置を考え、確保できない時は、 無理に戶外遊びは行わない。 ・遠くから声をかけることを徹底する。園 に寄って声をかけることを徹底する。園 児数が少ない場合でも園庭遊びでは必 ず保育者を2名配置することを徹底す る。	・どのような状態でもどのように玄関まで移 動するのかを、再度考える。 ・職員間の声の掛け合いをしつかり行う。 ・危機管理意識が持てるように日々の保 育をしつかり振り返る。	・保護者から受け取った書類を入れる専 用ケースを準備する。 ・8時30分には事務所へ持って行く工具 体的に明記し、意識づけをする。 ・朝の受け入れ時には、正副職員が保 護者対応と受け入れを担当し、保育補助 職員が室内の児童を見守る体制にす る。	・法人理事と保育スタッフによる「個人情報 保護マニュアル等」の見直し検討チーム」 を設置、規定・マニュアル等を再直す。 ・「保育所における写真撮影・取り扱いに 関する当面の課題整理チーム」を設置、 検討する。		

種類	異物混入		誤食		誤飲	
事例	フードプロセッサ	マヨネーズの内蓋アルミシール	期限切れ提供	保育士の昼食	前日のお茶	
年齢	3歳児		2歳3か月	0歳11か月	2歳児1名 3歳児6名	
事故内容	3歳児14名、保育者2名 本原が、ミートロープ喫食時にプラスチックの破片を嚥んだ。その後、他児1名が異物混入に気づいた。 給食調理の際、フードプロセッサのチャョッパー用プレードカバーをつけたまま作動したため、破損したカバーが混入していた。以降の調理過程においても、調理員が異物には気づかなかつた。異物を発見した後は、ミートロープ提供を中止し代替メニューを提供した。 児童の体調については、様子を見ていたが、受診しなかつた。	3歳児担当が、給食を喫食中、口内で異物を感じ、取り出したものが、調味料の内蓋(アルミシール)であるどわかつた。調理室で確認したところ、マヨネーズのアルミシールと判明した。3本使用した内、2本分は、調理室のこみ箱で発見した。	1歳児7名、保育者3名。 期限切れのヨーグルトを提供した。通常は栄養士が日付確認しながら日ごとトレイに載せ、厨房職員はトレイに載っているヨーグルトの期限を確認しながら教を教えるはずだったが、今回両者とも期限切れに気が付かず提供した。保育士は、提供時に賞味期限を確認していなかった。 1歳児が残した際に受け取った保育士が、賞味期限が切れていることに気づいた。他クラスのヨーグルトは、期限切れではなかつた。	0歳児11名、1歳児12名、保育者5名 保育士の昼食(幼児食)を口にしました。午睡時に、0、1歳児がほぼ目覚めたため、職員が児童たちに移動の掛けを止め、午睡の子と遊ぶ子を分離した。保育室で児童を見守りながら食事をしていったため、自身の食事をテーブルに残したまま対応した。その間に、保育者がテーブルに置いたおかずを1歳児が、口に入れた。	2〜3歳児19名 保育者3名 散歩での水分補給時、3歳児1名がお茶の味に違和感を感じ、「なんか変な感じ」と担任に訴えた。担任が確認したところ、酸っぱいような匂いを感じ、すぐに回収した。 3歳児担任は自分でお茶を用意していなかったため、2歳児担任が用意してくれたいと思ひ込んだ。しかし2歳児担任は用意しておらず、前日のお茶がリュックに入ってしまった。	
月・曜日・時間帯	2月 木曜日 9:15	11月 水曜日 11:30	7月 木曜日 12:00	10月 木曜日 13:30	7月 水曜日 10:45	
場所	調理室	3歳児室	1歳児室	乳児室	公園	
保育状況	給食喫食時に発見	給食提供時	給食提供時	午睡時	散歩	
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	フードプロセッサチャョッパー用のプレードカバーをつけて保管していたが、そのことを知らない職員がいたため、カバーを装着したまま使用した。	食材近くで調味料を計量してしまつた。廃棄すべき調味料の空き容器等を調理台の上や調理中のボールの横に置いていた。	調理室には、賞味期限の異なるものが保存されていた。 期限内のヨーグルトの下に、期限切れのものが混じっていたため見落とされた。	職員の食事と離乳期の乳児が過ごすスペースが同じ場所になってしまつた。	・お茶を入れるボトルの本数の確認不足だった。 ・一目でボトルの本数が把握できる仕組み作りをしていなかった。	
ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	パート職員への事故予防に関する研修が不十分であり、刃物の異物混入確認が不足していた。当日、食数に対して調理職員の人手が不足しており、職員も提供に関し合合わせるために焦っていた。 ・保護者への周知が、事故翌日だった。	廃棄分を確認せず調理を続けた。 保育士も配膳時の目視確認をしなかつた。	調理室での見落としに加え、保育士も配膳前の確認を怠つた。	屋食中だったのが0歳児が寝返りをした姿を見て、対応するため昼食をテーブルに残したままの歳児の元に向かつた。 職員の降園対応、休憩、哺乳瓶洗い、昼食を同時に摂ってしまった。	・前日のお茶を用意した職員が、お茶のボトルを調理に返却しなかつた。 ・当日散歩に出かけるクラスの職員は、リュックに入っていたお茶を誰が用意してくれたのかという確認をしなかつた。	
事故の分析	・調理職員対象の事故予防に関する研修をする。 ・器具を新しく購入した際は、使い方や付属品などを全員に周知する。 ・保護者への周知が、事故翌日になってしまつたが、速やかに保護者へ周知する。	調味料空き容器の使用数量分の本体、蓋、内蓋の有無の確認を徹底する。 調理スペースに廃棄物は置かず、廃棄時は、複数人で確認する。	調理室内でその日に提供しなかつたものは、新しいものと混ざらないようにする。提供前に、一つずつ賞味期限を確認する。 保育室内でも、配膳前に賞味期限を確認する。	職員は、幼児食になつた児童と一緒に食事をするか別室にて摂る。午睡中の児童を起床している児童の人数を把握し保育室の人員を確保してから業務に入る。児童がいる場所から離れる際は他の職員に声をかけ安全が確保できてから移動する。13時までには食事が終わるよう体制を整える。	・ボトルが揃っているか確認できるようにする。 ・帰園時「ボトルをリュックから出す」という項目を散歩のチェックシートに追加する。 ・ボトルが返却されているかの確認を調理職員も行い、返却されていない場合は、職員に声をかけるようにする。	
再発防止のための改善策						

種類	経緯	望患
事例	哺乳瓶用の洗剤	食事中的熱性けいれん
年齢	0歳児(11か月)	1歳3か月
事故内容	<p>保育士が哺乳瓶を洗い、消毒液を作った際、誤って消毒液ではなく哺乳瓶洗浄用の洗剤を使用して、哺乳瓶を浸してしまった。</p> <p>その後、哺乳瓶洗い用洗剤に浸した哺乳瓶で調乳し提供した。本児はミルク100ccを飲んだが、体調に変わりなかった。</p> <p>受診したところ、薄めた液体なので症状は出ないと思うが、体調に変化があれば、あらかじめ早めの受診をするよう医師からすすめられた。</p>	<p>食事を開始し、保育士が本児の口に、お茶とごはんを一口ずつ入れた直後、座位の状態の後ろに反り返り、ウッと声を出し苦しそうな様子で手足に若干の震えがあった。呼びかけに反応がなく、顔面・唇にチアノーゼがあったため、望患を疑いに背部叩打を開始した。30秒ほどで深く息を吐き意識、呼吸が回復し、米粒を少量に嘔吐した。その後手足を動かさず呼びかけに応答し泣き声を上げた。救急搬送し、病院にて検査を受けたところ、熱性けいれんと診断された。</p>
月・曜日・時間帯	11月 木曜日 15:30	5月 金曜日 11:00
場所	施設内(保育室)	1歳児室
保育状況	屋食時	食事中
ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・洗剤と消毒液の保管場所が同じシンク下の収納扉内で、扉に表記もなかった。	1歳児クラス11人を3人の職員で食事介助中だった。
ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	・詰め替え用洗剤があるのは知っていたが、シンク下の棚にあるものは消毒液のみと思い込み、容器の表示を確認しなかった。	本児は眼そうであったため、配慮しながら食事介助をしていたので、異変に早期に気づき対応できた。
再発防止のための改善策	<ul style="list-style-type: none"> <li>・消毒液を液体のものから顆粒タイプのものに変更する。</li> <li>・シンク下の収納の左右で置く場所を分け、扉に「消毒液」「洗剤」の表記をつけ、明確にする。</li> <li>・消毒剤、詰め替え用洗剤の保管場所を職員全員に周知する。</li> </ul>	<p>熱性けいれんの既往歴を把握していた。緊急対応の時の職員の事故対応の確認をした。</p>