

令和6年度

# 事故防止と 事故対応



保育・教育施設等では、子どもたちの安全・安心な生活を守るために、事故防止を踏まえた取組が大切になります。

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のポイントをまとめた他、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ましょう。

令和6年3月

横浜市こども青少年局 保育・教育運営課

## 目次

1	事故防止と事故対応.....	1
2	事故防止のための取組.....	3
3	事故発生時の対応について.....	9
4	事故発生後の対応について.....	10
5	巡回訪問事業について.....	12
6	国のガイドラインについて.....	17
7	資料.....	19
	事故報告書様式.....	21
8	過去の通知について.....	34
9	令和5年 事故事例.....	35

### 保 育 所 保 育 指 針 (第3章 健康及び安全より抜粋)

#### 3 環境及び衛生管理並びに安全管理

##### (2) 事故防止及び安全対策

- ア 保育中の事故防止のために、子どもの心身の状態等を踏まえつつ、施設内外の安全点検に努め、安全対策のために全職員の共通理解や体制づくりを図るとともに、家庭や地域の関係機関の協力の下に安全指導を行うこと。
- イ 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。
- ウ 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4年1月から12月に全国で発生し厚生労働省（公表時はこども家庭庁）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)…	2,456 件
死亡事故……………	5 件
合計……………	2,461 件

死亡事故の主な死因は、窒息1人、溺死1人、原因不明等3人です。

令和5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、387件となっており、毎年増加傾向にあります。その中でも、増加している行方不明・置き去りは、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。

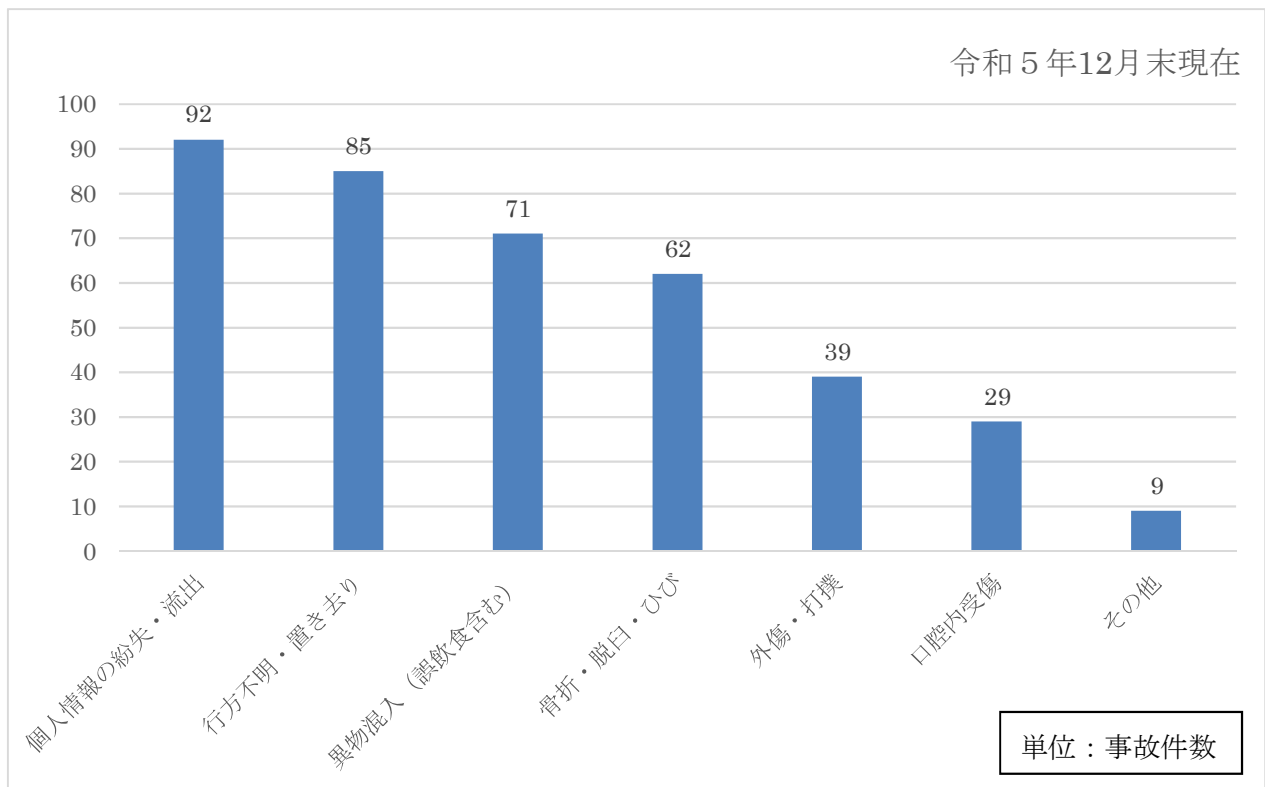
事故を防止するためには、保育者一人ひとりが危機管理意識を高め、全職員が共通の認識を持って連携していくことが必要です。

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事です。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。

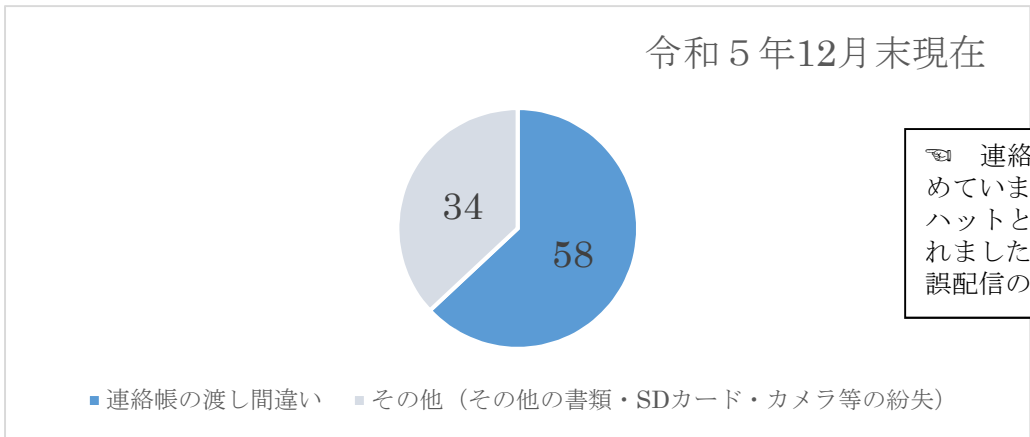
**児童の生命の保持及び安全の確保は、保育所等の責務です。**

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。

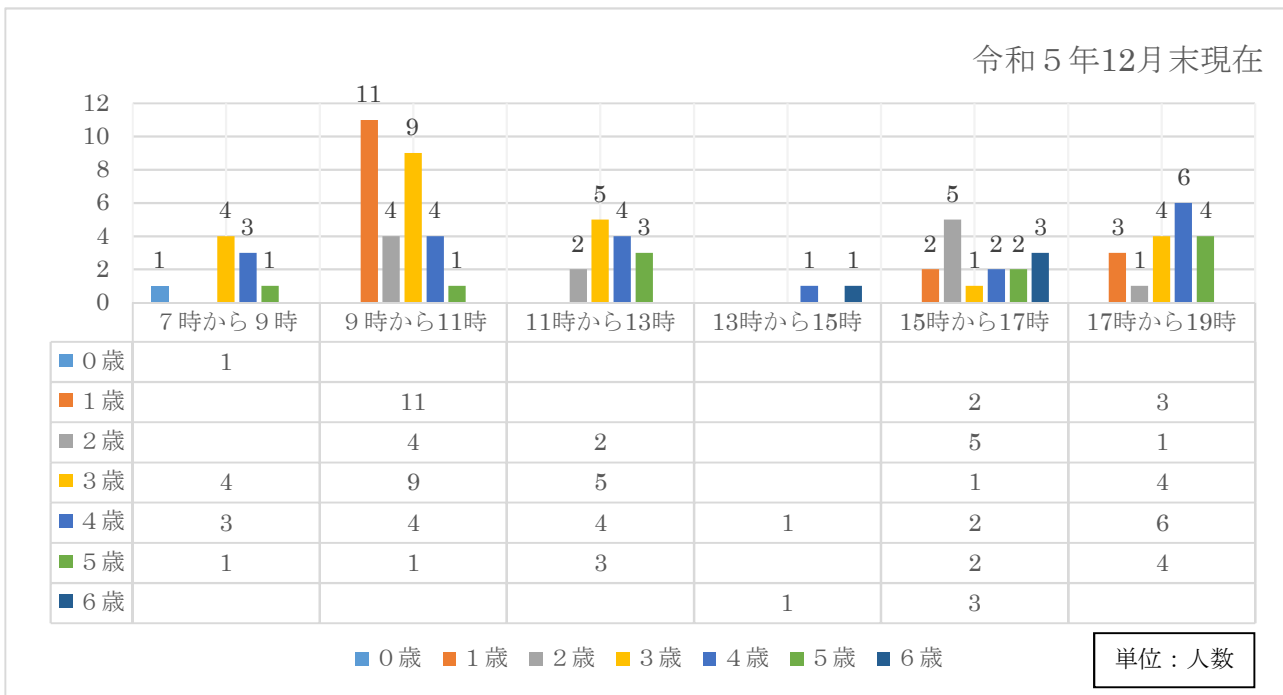
## (1) 事故報告書の内訳(令和5年1月から12月)



## (2) 個人情報の紛失・流出の内訳



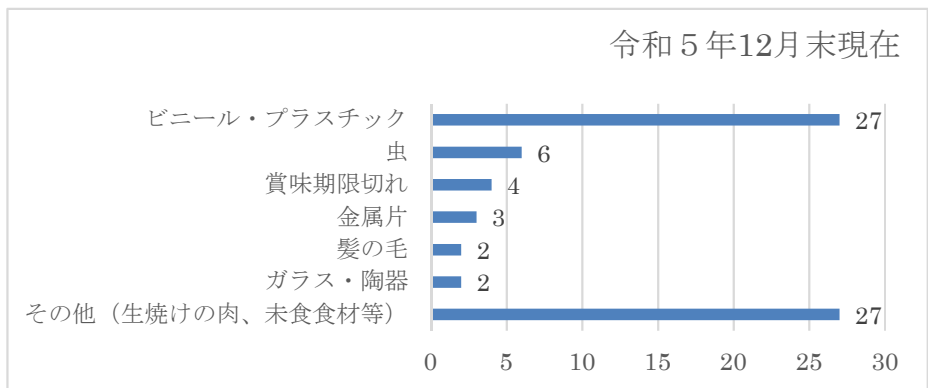
## (3) 行方不明・置き去りの内訳



令和4年度に引き続き、令和5年度も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ともに、「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）背中側や足元を通過し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」「門扉の下の隙間の部分から児童が抜け出したことに気づかなかった」等、「気づかなかった」という報告が多くありました。

## (4) 異物混入・誤飲・誤食の内訳



📄 確認不足やダブルチェックをしていなかったために発生した事故が多く報告されています。

## 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（現在はこども家庭庁が担当）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、体制を整備します。

#### 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、安全対策を徹底します。

#### ウ マニュアルの見直し

園で発生した事故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故事例集(P43)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と行いましょう。**

- ・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。バー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。こども家庭庁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】

- ・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>


【二次元コード】



#### 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>

#### 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。**

- ・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、必ずプ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。必ず別に実施してください。)

## 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。

## 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)

### 【研修動画】

- ・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  
～安心・安全な保育、子どもの命を守るために～

### 【二次元コード (youtube)】



## (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の実施しましょう。

## (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。

### 【参考資料】

子どもの事故防止ハンドブック (こども家庭庁作成)

### 【URL】

<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety-actions/handbook>



### 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、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) 区の子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、区の子ども家庭支援課に「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。

#### 【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日以上の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、盗難
- ⑤ 異物混入・誤飲・誤食
- ⑥ ①②に該当しないが、子ども青少年局・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】

負傷 : 表紙、様式1、様式2-1、様式3  
行方不明・置き去り : 表紙、様式1、様式2-2、様式3  
異物混入・誤飲・誤食 : 表紙、様式1、様式2-3、様式3  
その他 : 表紙、様式1、様式2-4、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ます。

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います。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必ず周知しましょう。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します。

#### ※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。
園や設備に関するポイント	・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。 ・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。

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/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

事故防止と事故対応について

最終更新日 2024年2月6日

目次

1. 園外事故対応フロー図について

1. 園外事故対応フロー図 (PDF: 173KB)

2. 園外事故対応フロー図 (PDF: 176KB)

様式について

園外事故報告書(赤印を各10部添付) (エクセル: 157KB)

園外事故発生 (エクセル: 17KB)



## 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・教育施設等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・教育施設等において、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・教育施設等を訪問し、日常の活動状況をヒアリング等しながら、**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をします。

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・教育施設等としてさらなる事故防止の積極的取組を期待するとともに、その一助となるべく巡回訪問事業の推進をなお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 情報共有のポイント

(ア)職員間で日々の情報、子どもの情報等を常に共有する。

(イ)保護者と子どもの健康状態、配慮点等の情報を共有する。

#### イ 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るか、水分を適宜とっているか等

(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を確認する。

(エ)気道異物除去の応急処置について園内研修等を行う。

#### ウ 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、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)行事等、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（未食）をチェックする(弁当を含む)。

#### エ 午睡時の事故を防ぐためのポイント

(ア)仰向けに寝かせる。

(イ)プレスチェックは目視だけではなく、体に触れて体調変化がないことを確認する。

(ウ)体調、機嫌等に通常と違う様子がある時は特に注意し、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。

#### オ 水遊び、プール活動等の事故を防ぐためのポイント

- (ア) 監視体制の空白が生じないように監視員を配置し、最初から最後まで監視役に徹する。
- (イ) 監視員は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。
- (ウ) 心肺蘇生法や AED の使い方の研修、手順書の確認をする。

#### カ 散歩や園内での見失いを防ぐためのポイント

- (ア) 人数確認は、必ず複数人で人数を伝えあいながら確実にを行う。
- (イ) 一人ひとりの顔を見て人数確認を行う。
- (ウ) 移動の前後にも人数確認を行う。
- (エ) 子どもの居場所を確認し、職員同士で声を掛け合い連携する。
- (オ) 見失いが起きそうな場所を把握し共有する。

#### キ 園外活動での事故を防ぐためのポイント

- (ア) 散歩途中や散歩先の危険箇所をマップに入れ、安全なルートや散歩先を共有する。
- (イ) 保育者の役割分担や連携、個々の児童の配慮事項を職員間で共有する。
- (ウ) 散歩先で災害、事故、不審者などを想定した訓練を行う。

#### ク 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。

#### ケ 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、扉の蝶番等に指挟み防止対策を行う。
- (オ) ガラスには飛散防止対策を行う。

#### コ 誤飲、誤嚥を防ぐための環境設定のポイント

- (ア) 発達に応じた玩具を選択し点検、修繕を行う。
- (イ) 異年齢で遊ぶ場においてコーナー設定、玩具の選択などの安全面での工夫や点検を行う。
- (ウ) マグネットやシール、テープ等、使用時の危険性について確認し安全点検を行う。
- (エ) 児童の口に入る大きさの栽培物や木の実等に注意する。
- (オ) 薬品、手指消毒液、洗剤などの管理保管を徹底する。

#### サ ヒヤリハットのポイント

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

#### シ 事故発生時の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、職員間で役割分担や動きの確認をする。
- (イ) 定期的にマニュアルの見直しをする。

## ス 保育の質の向上

(ア)研修や人材育成について

(イ)子どもの人権について

### (3) 保育中のヒヤリハットについて

ヒヤリハットとは、重大な事故には至らないものの、直結してもおかしくない一歩手前の事例、すなわち、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。

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か ！

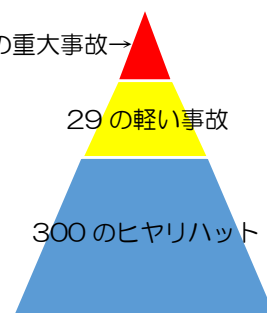
【ハインリッヒの法則】

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。

1つの重大事故→

29の軽い事故

300のヒヤリハット



### ヒヤリを感じたらどうしたらいいのか

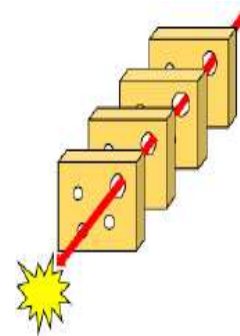
日常的にヒヤリハットの報告をしたり、職員会議や園内研修の場で、危ないと感じることを出し合ってみたりすることで、保育を行う上での注意点について共有することができます。

また、日ごろ感じる「ヒヤリ」を改善することで、事故発生を防ぐだけでなく保育環境もより良くなっていきます。

施設でも積極的に情報共有し、改善策を検討しましょう。

！ 【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。





## 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、事故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/kyuusyok/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

【二次元コード】



## 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歳児が合流する時があり、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、適切だったかを見直してみましょう。

### 事例3…園外活動中の行方不明

**これはヒヤリハット!** 児童が公園で遊んでいる時に、草むらの陰に入り、姿を見失いそうになった。

**これは事故!** いつのまにか、姿が見えなくなってしまった児童を探していたところ、他の施設の保育者から声をかけられ、連れてきてもらった。

→ 一瞬であっても行方不明に当たります。

例えば公園のすぐそばに大きな道路や川があった場合、交通事故や川への転落など、重大な事案に発展する可能性があります。

公園内外の安全点検の際に、

- ・ 死角になりそうな箇所の確認を行い、保育者間で共有する。
- ・ 保育者の役割分担、立ち位置を確認して保育にあたる。

といったことを踏まえながら、具体的な再発防止の方法を必ず検討してください。

また、**行方不明は施設内でも起きる可能性があります**。土曜日保育などで普段とは違う環境で保育する場合等デイリープログラムに安全の視点を加えて作成しましょう。

### 事例4…児童同士のトラブルと噛みつき

**これはヒヤリハット!** 1歳児同士のトラブルで噛みつかれそうになる場面があった。

**これは事故!** おもちゃの取り合いから噛みつきが起きた。

→ 児童同士のトラブルであっても、噛みつかれてしまった場合は事故にあたります。

口の中の雑菌で化膿する事も考えられます。保護者からの苦情になりやすい事例です。トラブルになりそうな時間帯や日々の児童の様子を記録することで、児童の行動を予想することができます。

遊びの環境を整えるなど、児童への対応を職員間で共有していきましょう。

## 6 国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」

・ こども家庭庁ホームページ

<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/guideline>

#### 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。

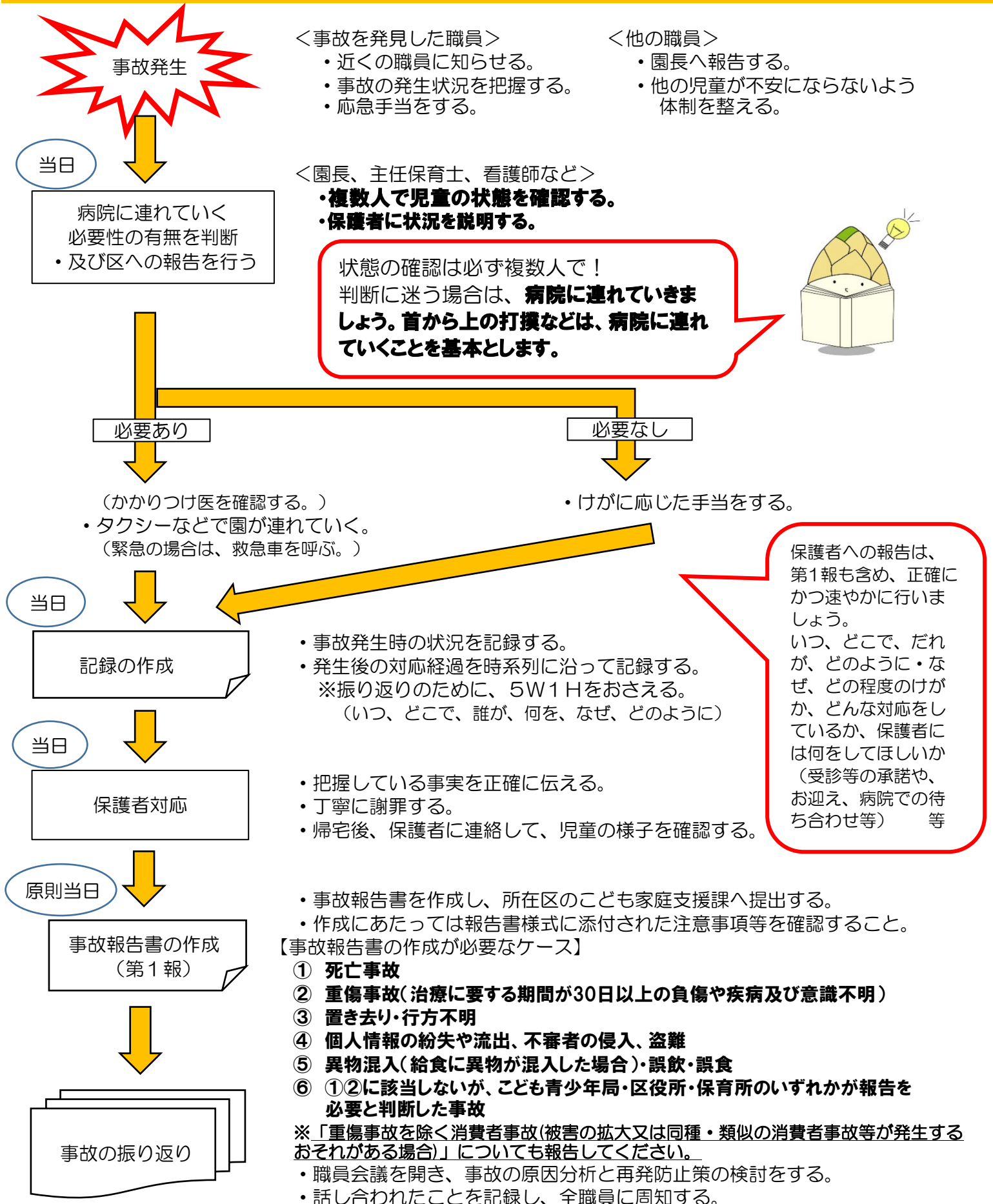
### Point アレルギー食対応の人的エラーを減らす方法の例

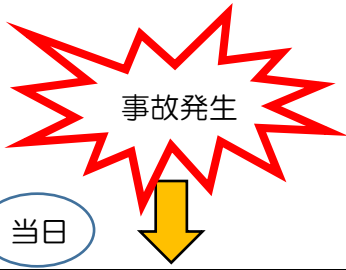
- ・ 材料等の置き場所、調理する場所が紛らわしくないようにする。
- ・ 食物アレルギーの子どもの食事を調理する担当者を明確にする。
- ・ 材料を入れる容器、食物アレルギーの子どもの食事を提供する食器、トレイの色や形を明確に変える。
- ・ 除去食、代替食は普通食と形や見た目が明らかに違うものにする。
- ・ 食事内容を記載した配膳カードを作成し、食物アレルギーの子どもの調理、配膳、食事の提供までの間に2重、3重のチェック体制をとる。

### 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。

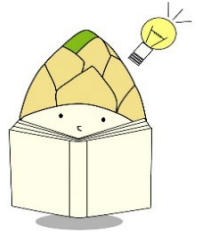
当日

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、救急車を呼ぶ。）

・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）

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

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。

原則当日

事故報告書の作成（第1報）

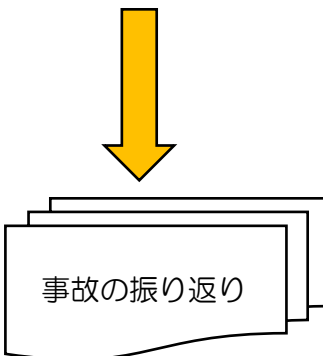
- ・事故報告書を作成し、所在区のこども家庭支援課へ提出する。
- ・作成にあたっては報告書様式に添付された注意事項等を確認すること。

【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

※「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。

- ・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 6 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	

事故事例 ( ) 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
  - ⑥①②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 <b>Excelで提出</b> 遅くとも翌日までに提出をお願いします。
③【様式3の記入ができ次第】	・（様式3）の記入ができ次第、区子ども家庭支援課に「第2報」として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。
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。 ・保護者説明の実施確認欄へ記入終了後、市へ提出をお願いします。

<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、型式、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。

- 報告書（市と確認が終了したもの）を説明をした
- 国が個人情報等削除の上、後日公表することを説明した
- 公表：可                       公表：不可
- 報告書のうち「様式2-1」を保護者へ配付をした

【説明日】

年 月 日

【説明者氏名】

【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。

基本情報							
事故報告回数				施設・事業所名称			
事故報告年月日				施設・事業所所在地			
事故報告自治体 (都道府県・市区町村)	神奈川県横浜市			施設・事業所代表者等			
施設・事業所種別				施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)			
認可・認可外の区分				施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)			
在籍子ども数			教育・保育等従事者数			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士	
子どもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	その他

事故に遭った子どもの情報			
子どもの年齢(月齢)			子どもの性別
施設入所年月日 (入園年月日、事業利用開始年月日等)			所属クラス等
児童名 ※本市に提出する際は削除してください			保護者名 ※本市に提出する際は削除してください
生年月日 ※本市に提出する際は削除してください			保護者連絡先 ※本市に提出する際は削除してください
特記事項 (事故と因子関係がある持病、アレルギー、既往症、発育・発達状況等)			

事故発生時の状況							
事故発生年月日				事故発生時間帯			
事故発生場所				事故発生クラス等			
事故発生時の子どもの人数			事故発生時の 教育・保育等従事者数			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士等	
事故発生時の子どもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	その他
事故発生時の状況							
事故の誘因							
事故の転帰							
(死亡の場合)死因							
(負傷の場合)受傷部位							
(負傷の場合)負傷状況							
診断名、病状、病院名	診断名						
	病状	(全治: 日)					
	病院名						



**【負傷等の場合この様式を利用】 【様式2-1】**

報告回数			
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 歳 か月
<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>			<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</b>
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1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1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) こども家庭庁HP : <https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety-actions/databases>

**【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			
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	歳 か月
<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1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	:
	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1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 (○:○)	※何人でも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			
発生日時	年 月 日 (曜日) 時 分 (午前・午後)		
発生場所		児童の年齢	歳 か月
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			
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	歳 か月
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。		
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。

## 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】

ソフト面				
事故防止マニュアル		具体的内容	(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)	
事故防止に関する研修		実施頻度 (回/年)	具体的内容	(具体的内容記載欄)
職員配置		具体的内容	(具体的内容記載欄)	
その他の要因・分析・特記事項				
改善策【必須】				

ハード面				
施設の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容	(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	(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	(具体的内容記載欄)
その他の要因・分析・特記事項				
改善策【必須】				

環境面		
教育・保育の状況		具体的内容
その他の要因・分析・特記事項		
改善策【必須】		

人的面		
対象児の動き		具体的内容 (具体的内容記載欄)
担当職員の動き		具体的内容 (具体的内容記載欄)
他の職員の動き		具体的内容 (具体的内容記載欄)
その他の要因・分析・特記事項		
改善策【必須】		

その他	
その他の要因・分析・特記事項	
改善策	

## 【0歳児】ブレスチェック表（ひな形）

	担当者	園長	令和      年      月      日 <hr/> 温度      度 <hr/> 湿度      %																																			
1	氏名	8時											9時											10時														
	横浜 太郎	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	
		11時											12時											13時														
	メモ	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	
	咳がでていた。													✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓								
			14時											15時											16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		
2	氏名	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	
		11時											12時											13時														
	メモ	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	
			14時											15時											16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		
3	氏名	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	
		11時											12時											13時														
	メモ	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	
			14時											15時											16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																																														
1	氏名	8時					9時					10時					11時					12時					13時																					
	横浜 太郎	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	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50					
	メモ	14時					15時					16時																																				
	咳がでていた。	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50																									✓	✓	✓	✓	✓
2	氏名	8時					9時					10時					11時					12時					13時																					
		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	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50					
	メモ	14時					15時					16時																																				
		0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50																													
3	氏名	8時					9時					10時					11時					12時					13時																					
		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	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50					
	メモ	14時					15時					16時																																				
		0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50																													
4	氏名	8時					9時					10時					11時					12時					13時																					
		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	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50					
	メモ	14時					15時					16時																																				
		0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50																													
5	氏名	8時					9時					10時					11時					12時					13時																					
		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	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50					
	メモ	14時					15時					16時																																				
		0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50	0	10	20	30	40	50																													

# 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、声出し指差しで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

## 8 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

【二次元コード】



<令和5年度発出した通知（令和5年12月末現在）>

- 令和5年12月28日  
「教育・保育施設等における事故の報告等について」における意識不明事案の取扱いについて
- 令和5年10月12日  
特定教育・保育施設等における事故報告書の様式に記載する内容の変更について
- 令和5年9月11日  
児童の出欠状況に関する情報の確認、安全管理等の徹底について
- 令和5年6月20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5年5月9日  
遊具の安全管理等について
- 令和5年4月20日  
教育・保育施設等における睡眠中及び食事時の事故防止に向けた取組の徹底について
- 令和5年4月17日  
児童の午睡中の安全管理の徹底について

## 9 令和5年事故事例

※令和5年1月～12月

事故の状況	種類	骨折	骨折	口腔内受傷	頭部外傷	怪我
	事例	右手首橈骨遠位端骨折 全治2か月	剥離骨折 全治1か月半	口腔内裂傷	後頭部挫創 全治7日	頭部（額右側）打撲、擦過傷 経過観察
	年齢	4歳1か月	6歳7か月	3歳4か月	4歳9か月	1歳4か月
	事故内容	3歳児15名、保育者1名 園庭で好きな遊びを楽しむ。保育者は雲梯につき園庭全体を見る。当該児は雲梯で繰り返し遊び、4回目位で途中で降りた時にバランスを崩し尻もちをつき右手をつく。保育者が痛みを尋ねるが訴えなし。様子を見る。 1時間後室内遊びで右手を使わないので再度尋ねると「力が入らない」と言う。看護師に報告、肘内障の既往歴があるので保護者に連絡し18:00受診する。	3～5歳児30名、保育者3名 園庭で自由遊び、当該児は鬼ごっこに参加。正面から転倒し倒れる。保育士が足のアイシングをし様子を確認。別室で座りながら他児と楽しそうに遊ぶ様子あり。1時間後当該児が足の痛みを訴える。看護師が状態を確認、園長に報告。園長も状況確認。大きな腫れも慮もなかったため、様子を見る。15:00痛みを訴え腫れがあり。保護者に連絡、お迎えにくる。母は看護師で家で様子を見ると判断。翌日おんぶで登園。ほぼ座って過ごしてトイレは片足で移動。翌日保護者と受診	2歳児10名、保育者3名 散歩先より帰園時、子ども同士2人で手をつなぎ、保育士が一方の子ともう片方の手をつないで歩く。当該児は他児と手をつないで歩いていて転倒する。水筒の紐が長く足にぶつかっていた。転倒時に手をついたが、転倒の勢いで唇の右裏側を噛んで出血する。担任が止血しすぐ出血は止まった。	3～5歳児36名、保育者4名 登園後乳幼児別の合同保育自由遊び中 当該児は対格差のある年上の子の背中に覆いかぶさるように抱きついて遊ぶ。絵本コーナー横の木の家の裏側より突然当該児の泣き声で、そばにいた保育士Cが気づき傷を確認。後頭部縦1.5センチ切れ出血、腫脹あり。看護師が止血しながら当該児と歩いて保冷剤を取りに行こうとすると泣きながら少量嘔吐。さらに食物残渣を大量嘔吐 父、看護師と救急車で医療機関搬送。CT検査は必要なしと判断。傷を2針医療用ホチキスで止める。	1～2歳児19名 保育者5名 1、2歳児が合同保育で自由遊び。当該児は公園内を探索。2歳児が小型ジャングルジムに登って遊んでいると当該児が中に入ってくる。2歳児が他の遊びに移ると、中から出てその周辺を探索する。その後、小型ジャングルジムの最下段の金属製の横パイプ（高さ30センチ）に覆いかぶさるように前のめりに前方に転倒。両手がうまく地面につかず顔を地面の土にぶつ額右に赤みと1×1センチの擦り傷を確認
	月・曜日・時間帯	1月 木曜日 15:40	2月 火曜日 9:00	3月 木曜日 10:50	4月 火曜日 8:32	6月 火曜日 10:00
	場所	施設内 園庭	施設内 園庭	施設外 道路	施設内 保育室	施設外 公園
保育状況	園庭遊び	園庭遊び	散歩からの帰園時	幼児クラス合同遊び	公園内自由遊び	
事故の分析	ハード面（設備等） 環境面（保育内容等）	・3歳児は17名で2名担任。当日は欠席2名の15名だったので1名で保育をしていた。	・転倒した場所付近には石等も見当たらず、地面にも凹凸は見られなかった。園庭でバランスを崩し転倒したと思われる。	・当該児の足がもつれて転倒した。 ・水筒の紐が長く足にぶつかっていた。 ・地面に傾斜があった。	・登園後検温し好きな場所で好きな遊びを楽しむ。 ・保育者同士の引継ぎ時に発生。引継ぎ時で手薄になる状況	・子どもたちの動きがより活発になってきて、いろいろなことに挑戦している。
	ソフト面 （マニュアル・研修等） 人的面 （保育者の状況等）	・当該児はいつも1人で雲梯ができていたので、職員が過信してしまった。 ・途中で降りるときに手を添えたが間に合わなかった。	・転倒後は大きな腫れも慮もなく過ごしていたため、園では受診せず、保護者への連絡が午後になった。 ・職員配置数は基準以上で、人的面においては改善策はない。	・保育士Aが4名、Bが4名、Cが2名の子どもを担当 ・当該児と手をつないでいる相手と手をつなぎ、子どもを見守りながら歩いていた。	・保育者A、Bは合同保育から各クラスに分かれるため保護者からの伝達確認、保育者Cは絵本コーナー横で見守り、保育者Dは加配児対応 ・看護師は傷の程度から圧迫止血をしながらなら安静にする必要はないと考え、当該児と一緒に保冷剤を取りに行った。	・保育士Aが小型ジャングルジムと半球ラバーボールの間で両方見ていたため、叱咤の当該児の動きに対応できなかった。 ・子どもの動きに合わせ臨機応変に保育者も動いていたが、当該児のあるゆる動きに対応できなかった。
再発防止のための改善策	・雲梯を降りるときには職員に声をかけるように伝え、必ず手を添える。 ・園児が落ちそうになったりした時に瞬時に受け止められるような体制で見守る。	・園庭遊び前に園庭の目視確認をすることを、改めて職員は周知徹底する。園庭を整地してできる限り小石等を取り除く。 ・足のサイズにあった靴を履いているか確認する。 ・転倒し大きな腫れや慮がなくても骨折している可能性があることを職員へ周知徹底する。	・腰より上に水筒の紐がかかるように都度紐の長さを確認する。 ・水筒での事故事例を職員間で共有する。 ・前を見て坂道に気をつけるように声をかける。 ・足をあげて歩くように声をかける。 ・子どもの様子に合わせて保育者が手をつなぎ転倒を防ぐ。	・保育者の立ち位置、目線の意識統一をしていく。 ・子どもの突発的な活動を予測しながらやっていく。 ・安全点検は引き続き行う。 ・事故防止マニュアル、保健衛生マニュアルの読み合わせを行う。	・職員同士で情報共有し、怪我の置きやすい場所を改めて特定し、潜んでいるリスクをなくしていく。 ・子どもの動きに合わせて職員が移動する際は、声をかけ合い穴埋めできるようにし危険箇所を作らない。 ・子どもたちの体力、好奇心の発達を改めて見直し、遊ぶ場所の設定を変えたり、安全に遊べる環境を提供する。	

事故の状況	種類	骨折	骨折	骨折	切傷	切傷
	事例	上肢骨折 全治約60日	前腕2本骨折 入院・手術 全治30日以上	左肘骨折と脱臼 全治30日以上	左まゆ創傷 4針	後頭部挫創 全治14日
	年齢	3歳5か月	4歳11か月	5歳6か月	3歳4か月	1歳10か月
	事故内容	2歳児7名、保育者3名 保育室で散歩に出かける準備をしていた。本児はロッカーに行き、帽子を取ろうとしたところで床で滑って転倒した。靴下は履いていなかった。右腕を痛がり泣いたため、腕の様子を確認。特に痛がる様子がなかったため、散歩に出かける。散歩から帰園し園長に報告。受診しレントゲン撮影するが異常なく、2日間経過観察となる。翌日に再度、保護者と受診、レントゲン撮影で右腕のひびが発見される。	2～5歳児18名、保育者2名 屋上で活動中。保育者Aはアスレチック周辺、保育者Bは水道付近で子どもの様子を見ていた。鬼ごっこをしていた本児がアスレチックから飛び降りて、右腕を下敷きにして着地。地面はゴムチップだった。本児は右手を痛がり泣く。右手を動かすことはできず右腕が赤くなっていた。本児が落ち着いてきたので、保護者のお迎えを待ち、説明した。家で中々泣き止まないため、保護者が受診。前腕が2本折れていた。	3～5歳児16名、保育者3名 公園内で保育者AとBは子どもたちの動きに合わせて動いていた。保育者Cは木登りの子を見ていた。木に登っていた本児が手をすべらせ、体の左側から地面へ転落した。 (1.5m)左腕を痛がるため、園に電話で状況を伝える。足の怪我はなかったので保育者Cと帰園。保護者に連絡し、整形外科を受診。左肘の骨折と診断。5日後、大病院で左肘の骨折と他の骨の脱臼の診断。入院手術となる。	3～5歳児17名、保育者3名 保育者Aは名前を呼び人数確認を行っていた。保育者Bは隣のクラスの子を連れてきた。保育者Cはテーブル下に玩具をしまっていた。本児は他児の前を走って反対の端まで行き、元の場所に戻った時、他児の足につまづき、顔から転倒。ロッカーの枠に顔をぶつける。救急病院を受診し、左まゆ付近を4針縫う。翌日、保護者が形成外科に連れて行き、縫い直した。	1歳児10名、保育者4名 保育者CとDがデッキテラスでの見守り、保育者AとBがトイレでおむつ替えをしていた。本児は凹型牛乳パック手作りの玩具に跨って遊んでおり、左側に降りようとした。バランスを崩して、仰向けになるように上体をひねり、右後頭部をデッキテラスの基礎コンクリートの角で打ち、出血した。保護者と共に受診し、テープで2針縫合した。
	月・曜日・時間帯	1月 水曜日 9:30	1月 木曜日 17:30	1月 火曜日 11:20	8月 木曜日 18:00	6月 月曜日 17:35
	場所	施設内(保育室)	屋上	公園	施設内(保育室)	施設内(テラス)
	保育状況	散歩に行く準備の際	自由遊び	公園で木登り中	自由遊び	自由遊び
事故の分析	ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・年末のワックスがけで床が滑りやすくなっていた。	・大型遊具から飛び降り、怪我をするかもしれないという危険予測が認識されていなかった。環境は街灯、備え付けLED1台は点灯した状態	・戸外での自然物を使っての遊び方や、状況確認のマニュアルができていなかった。ヒヤリハットをきちんとマニュアルに繁榮していなかった。	・テーブルが置いてあり、他児にぶつかりつまずく可能性があった。幼児3クラスの合同保育に入り人数確認を行っていたが、座っている子、ふざけて走り回る子がいた。	・基礎コンクリートの角がそのままの状態だった。
	ソフト面(マニュアル・研修等) 人的面(保育者の状況等)	・保育者は基準以上配置であったが、子どもが少なく落ち着いていたところに油断があった。 ・園児7名中6名座って靴を履いているところ、当該児は歩いて帽子を取りに行ったので、危険を予測することができなかった。	・保育者AとBで本児の認識に差があった。新しくなった屋上の取り扱いに明確なルールを設けていなかった。 ・危険箇所の確認不足があった。	・いつも遊んでいる場所だという気の緩みと保育の組み立ての甘さがあった。職員同士の距離が離れていたため、様子がわかりにくく、声が届かないところがあった。 ・公園に着いてから1時間ほど木を登り降りしていたので、腕の疲れや、子ども自身の慣れもあった。	・走っている子を静止できなかった。 ・保育者Aが子どもが見える位置にいたが、子どもが座る同じ場所におらず、危険な行動を止められなかった。	・通常17:25頃おむつ替え終了後に合同になる。この日は、合同になった後に半数のおむつ替えをしたため、保育とおむつ替えに分かれて保育した。 ・本児はいつもと変わらない様子で遊んでいたため、バランスを崩して転倒すると思わず、近くにはいなかった。
再発防止のための改善策	・クラス内が落ち着いていても、ワックスがけ後という床の危険性に配慮する。次年度は滑らないワックスを探して使用する。歩いているだけでも、転倒の可能性があるため、見守る。 ・クラス内が落ち着いていても、歩いている子の転倒の可能性を考え、視野を広くする。	・屋上での子どもの姿から、ヒヤリハットや危険箇所を出し合い、一覽でまとめて周知する。屋上で保育をする職員は、現場の子どもの様子を伝え合う。 ・事故発生から受診までの流れを見直し、判断がつきにくい場合は受診する。	・子どもが高いところに登る遊びをする場合は、子どもを助けられる位置に保育者が必ず付く。できない場合は遊びを変えるなどの工夫をする。それぞれの、公園での注意点や、予測される子どもの動きをマニュアルにしていく。疲れを考慮し休憩を入れたり、注意を促す声かけをしたりして、子ども自身も意識できるように配慮していく。	・合同保育の引継ぎや、お迎え対応など慌ただしい時間帯であり、子どもたちが落ち着かないことは、常に予想できた。そこを踏まえ、合同になる時の体制、子どもにしっかり目が向けられる体制を取る。部屋の片付けなどは、子どもが少なくなってから行う。 ・職員同士、常に声を掛け合い、子どもに目が向くように意識する。	・基礎コンクリートの角にコーナガードを貼った。 ・いつも通り遊んでいても、降りようと立ち上がった際など不意に転倒することがあるということを職員全員が意識する。	

事故の状況	種類	行方不明・置き去り				
	事例	置き去り	行方不明	行方不明	置き去り	行方不明
	年齢	4歳9か月	5歳10か月	4歳6か月	1歳5か月	3歳9か月
	事故内容	3歳児13名、保育者1名 17:10、ホールに向かう準備のため、片づけをし、水分補給を行う。 (当該児は、自己申告をして片づけの最中にトイレに行くが担任は把握できていなかった。) 17:20に当該園児を含めていない人数を確認をし、ホールへ移動する。ホール上がり、出発時とホール到着時の人数が一致する。他児の保護者が、当該クラス内で一人で椅子に座っている当該児を発見し(17:50)事務所に報告	5歳児16名、保育者2名 近隣の公園で自由遊びをし、人数確認後、保育園に向かう。公園内の移動中、保育者ABで園児2列の先頭と最後尾を担当するが坂道、階段とあり、次第に先頭と最後尾の間が空いた。階段、坂道を下った公園の出口で人数確認を再度行ったところ、園児2名が見あたらないことに気づく。園に連絡、園舎の外で主任が当該児2名を発見(11:15)園から公園まで180M、4分程	4歳児8名、5歳児9名、保育者3名 4,5歳児合同保育(保育者Aは登園受付、保育者Bは室内で子どもたちの支度と自由遊びの見守り、保育者Cは乳児クラスと打ち合わせ) 当該児は登園後も朝から気分が乗らず保育室前のホールにあるランドピアの側で寝ころぶ。受付の保育者Aは母より預かったお金の確認をしていた。その際に本児は靴を履き玄関から外に出て、出勤してきた保育者Dに出会い声を掛けられ保護(8:50)。再入室にて園内の保育者も気づく。	1歳児14名 保育者5名 保育室内で遊んだ後、次の活動に向け子どもたちと片付けを始める(9:45)。保育者Aが次の活動の準備を始め、子どもたちもその様子をついて越しに行く。保育者Bは子どもたちを見守る。保育者Cは玩具を片付けた後、倉庫の扉を閉め、子どもたちの所へ行く。その後、保育者Dが倉庫のドアを開け中を確認すると、本児がいた(9:47)。片付けの際に保育者の足元をすり抜けて倉庫に入ったと思われる。	3~5歳児10名、保育者2名 4歳児保育室で8時に合同受け入れ保育者Aは受け入れ、保育者Bは見守り。当該児がトイレに行くことを保育者Bに伝えたが他の子の対応で認識していなかった。9時、保育者Cが3歳児16名を3歳児室へ連れていく際、目視のみで人数確認をしていなかった。通常は点呼を行っているが水遊びの準備に入るため、点呼は屋上上がる10時に変更。当該児が泣きながらトイレを出て(9:55)保育者Dが気づき3歳児室に連れてくる。衣服は便で汚れていた。
	月・曜日・時間帯	3月 火曜日 17:40	4月 火曜日 11:00	6月 木曜日 8:40	7月 金曜日 9:45	7月 火曜日 8:20
	場所	3歳児保育室	公園	園内ホール	保育室	4歳児保育室
保育状況	合同保育のホールに移動	散歩先から帰園途中	4、5歳児合同	保育室内の移動時	3、4、5歳児合同受け入れ	
事故の分析	ハード面(設備等)環境面(保育内容等)	・保育室のカギが開いていた。 ・進級に向けて、鍵を開けて過ごす時間を増やしていた。	・園のすぐ近くの公園で日頃から遊んでいるところという油断があった。人数確認の場所が少し下ると死角になり列が開くと確認が難しくなる地形	・門扉の頻回に開け閉めによる破損を避け保護者の出勤時のため解錠していた。登園時に園児の機嫌が悪く室内に入れずホールで寝転がったまま預けられた。	・倉庫内の物が取り出しやすいよう、入りこみやすい空間があった。	・当該児童はトイレに行くことを職員に伝えていたが他の対応に追われて児童の言葉を認識していなかった。トイレのドアはいつも開いていて自由に出入りができた。
	ソフト面(マニュアル・研修等)人的面(保育者の状況等)	・片付けや園児A(玩具を落として歩く)に気を取られ全体把握をしていなかった。・片付けの時間に他児のトラブルがあり、本児がトイレに行くことを伝えに来た時、聞き落してしまっていた。 ・保護者のお迎えと片付け、園児Aの対応が重なり全体から目が離れてしまった。	・園内でも隠れてしまうことがあった子どもたちであることの認識が甘かった。人数確認をしている最中にも列を外れてしまうことがある、という認識が甘かった。 ・保育者Bは、後ろでふざけて止まってしまった他児4名に付いてしままい前方の園児と間が開き、全体が見えなくなってしまった。	・不機嫌に登園したことを母親より伝達された保育者が、その後、他児の受け入れに追われて、本児をそのままにし、他の職員に託すことができなかった。保育室に入れず手前のホールで寝ころんだままだったので保育者の目が行き届かず靴箱も保育者から死角になって出て行ったことが見えなかった。	・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うかがえる。保育室に子どもがいるかどうか確認することが不明確だった。	・職員が少ない時間帯に全体を見る職員が朝の支度(靴、スーツ等)を子どもと一緒にいり全体を把握できない状態であった。3歳児クラスが合同保育から自室へ担任(保育士C)と移動(9時10分)する際に受け入れ表を基に人数確認を行わなかった。定期的なトイレの確認や付き添いを行っていなかった。
再発防止のための改善策		・名簿を再考し、人数確認を記憶だけでなく書面でも確認できるようにする。 ・保育室から移動する際は2人の保育者が付き、トイレや人数確認等はダブルチェックで確認する。 ・保育中、対応しきれないと判断した際には事務所にヘルプを依頼する。保育室の鍵は忘れずにきちんと閉める。	・子ども一人ひとりの理解を深め子どもとの並ぶ位置を常に意識する。人数確認は複数で行う。最後尾の職員は出発と同時に2度目の目視を行う。 ・見通しのいい場所で人数確認を行う。保育者同士声を掛け合い前と後ろの間が空きすぎないようにし、AB双方の保育者がどちらも全体が見えるようにする。	・受け入れは保育室内で行う。 ・受け入れ後、安全に遊べる環境に努め子ども動向に注意し、しっかりと見届ける。 ・門扉には上部にストッパーをつけて解錠していても子どもだけが外部に出ることができないようにした。	・収納庫の外扉に、確認事項を貼り、目で見て分かるようにする。 ・倉庫入口に、ゲートを置き子ども入室を防ぐ。 ・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く。	・トイレの利用がない時は扉を閉める。扉を閉める際には声出し指先確認点検、子どもの成長に応じたトイレでの援助、場面が変わる9時頃には人数確認を行う。出欠確認は9時半までには必ず行う(時間変更は原則行わない)。 ・トイレ等子どもの居場所は職員間で声を掛け合う。トイレの中で困った時の対処法を伝える。

事故の状況	種類	行方不明・置き去り				
	事例	置き去り	置き去り	置き去り	置き去り	置き去り
	年齢	4歳8か月	4歳3か月	4歳11か月	2歳5か月	1歳9か月
	事故内容	4歳児5名、5歳児3名、保育者1名 野菜を収穫しに屋上へ。収穫後、人数確認をし非常階段を降り3階保育室に向かう(17:20)。保育者Aが非常階段の扉を開け子どもたちが入室 最後尾を目視で確認し人数確認はせずに扉を閉めた。保育者Aはそのまま保護者対応をし保育者Bが当該児がいけないことに気付く。保護者対応終了後、保育者Bから声が掛かり当該児を捜索。保育者Bが3階非常階段踊り場で泣いている当該児を発見(17:26)	3歳児19名、4歳児4名、保育者3名 当該児がトイレに行きたいと申し出たため、保育者Aがトイレに誘導(10:25) 1歳児クラスが着替えを終え保育室に戻る為にトイレ前の廊下を通っていた。1歳児についていた保育者が、1歳児がトイレに入るのを防ぐためにトイレのドアを開けて施錠をしてしまった。当該児が大きな声で運動遊びについていた保育者Aの名前を呼んだため(10:30)保育者Aがトイレに向かうと鍵がかかっていることに気づいた。	3.4.5歳児18名、保育者2名 散歩から帰園後(11:50)、玄関外扉と内扉の間の部分で保育者ABで人数確認する。保育者Aが先頭の子とも入室。保育者Bは玄関内に3名子どもがいることを確認していたがゴミ捨て等を行うため先に入室し確認に戻ったところ内扉が閉まっていたため、全員が入室したと思い、保育から抜け保育者Cと交代する。保育者Cは幼児室に行き着替え対応。保育者Aが給食、午睡準備後事務室に向かう時玄関方向を見て、すのこに座っている本児を発見(13:15)	1~2歳児11名、保育者4名 保育者4名は、1歳児5名と2歳児6名の園庭遊びを見守っていた。 10:15に1歳児クラスが入室した際、保育者3名も入室、2歳児担任一人で他6名の見守りを行う。2歳児の入室(10:39)の際、他の保育者がフォローできず、園庭の砂場付近に立っていた当該児に気が付かず置き去りにした。園庭から当該児が一人で保育室前に来て置き去りにしたことが発覚(10:49)する。	0~2歳児11名、保育者3名 保育者3名は子どもたちに帰園することを声掛けして、数メートル先で集合する。人数確認後(16:25)に保育者Aは2歳児4人、保育者Bは2歳児と1歳児3人と手をつなぎ、保育者Cは1歳児1人をカートに乗せ先に乗っていた0歳児2人とカートで進む。当該児はカートの隣にいたので、保育者A、Bは保育者Cがカートに乗せたものと思い込みいないことに気づかず帰園。公園付近にいた当該児が他園の方に発見される(16:40)。
月・曜日・時間帯	8月 火曜日 17:20	9月 水曜日 10:30	9月 火曜日 11:50	9月 火曜日 10:39	11月 木曜日 16:35	
場所	屋上	トイレ	玄関	園庭	公園	
保育状況	野菜の収穫で屋上へ	合同の室内遊び中	散歩から帰園後	園庭からの入室時	公園からの帰園時	
事故の分析	ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・非常階段の折り返しが死角となっていた。	・トイレが保育室と廊下を挟んだところにあり、施錠をしてしまうと中からは開けられない構造となっている。	・内扉が電子錠のため、子どもが自分で入ることができない。 ・玄関内扉と外扉の間は、保育室から死角になる部分があった。	・1歳児クラス入室後、他の保育者も2歳児クラスの状態を把握できていなかった。保育者の役割分担の確認不足。担当クラス以外の全体を見る意識不足	・保育者の人数確認の不備。集合時は全員の確認をしていたが出発後、道中、帰園までの人数確認を怠った。
	ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	・3階の保育者が2名で活動が別れたため、1名で屋上に行くことになった。 ・別の保育者から他児の保護者対応を任せられたことにより人数確認を忘れる。	・トイレに常に付き添っておらず、園児が一人になる時間ができてしまった。 ・トイレと保育室を行き来していた保育者Bが他児に呼び止められ、対応を行ったためトイレの様子を見に行くことが遅れた。	・最後の大人が子どもより先に室内に入ってしまったため ・見失い時間1時間半について、子どもの人数確認、個々の確認ができていなかった。	・1歳児と入室した3名の保育者が、2歳児のフォローに回らなければいけなかったが、連携が取れていなかった。 ・1.2歳児が入室後、保育室にいた保育者4名が誰も本児がいけないことに気付けなかった。保育者同士、人数確認やフォロー対応などの、連携が取れていなかった。	・人数確認の時点では見ていたが、カート担当の保育者が乗せてくれたものと思い込んで、その後の動きを見ていなかった。 ・散歩の安全マニュアルの徹底不足と気のゆるみ、道中の人数把握、保育者同士の声掛け共有ができていなかった。
再発防止のための改善策		・非常階段の死角部分にコーナーマーカーを設置し視野を広げる。 ・屋上に行く際は対人数に関わらず、2名以上の保育者で行く。 ・行き帰り、声に出して人数確認をし入室時にもう一度確認を行う。 ・室内に残った保育者がいる場合、その保育者も必ず人数確認を行う。	・トイレだけでなく、常に園児のそばに付き、一人の時間がないように徹底する。 ・一人の保育者だけでなく、互いに声を掛け合い園児の状況を把握する。	・玄関内扉と外扉の間の保育室側のガラス面に貼ってあった、掲示物の撤去と、内扉ガラス面の掲示物の高さを低くした。 ・大人の後ろに子どもがいないようにする。大人は最後尾で室内に入る。 ・室内での人数確認を行う。 ・着替え、食事、午睡時の個々の確認をし、記録を残すようにした。	・園庭から移動する際や、場面が変わる時は、人数確認と使用した場所を目視で確認する。 ・活動に入る際には、保育者間で人数確認も含めて活動時間、内容、入室時間を確認し全員が把握する。園外記録でそれぞれの役割を可視化し伝え合う。 ・各保育者の役割を理解し行動する。	・今後の研修で様々なマニュアルについて全職員研修を行い、理解を深め、共有をする。 ・より分かりやすいマニュアル改訂改訂マニュアルの全職員への徹底 ・安全保育についての研修の徹底



事故の状況	種類	行方不明・置き去り		個人情報流出等		
	事例	置き去り	置き去り	個人情報誤返却 (一般検査結果報告書)	個人情報流出	誤配信(アプリでの個別連絡)
	年齢	2歳11か月	1歳10か月	幼児クラス	3歳児	1歳8か月
	事故内容	2歳児12名、保育士3名 玄関より園内へ入る。保育者は、玄関内にて人数確認(10:30)を行うが同じ子どもをカウントしてしまい、12名いると勘違いしてしまふ。また別の保育者は玄関先で園児学者が複数名いたことで早く入らなくてはという意識が働き子どもが全員入ったかを確認せずに入りドアを締めてしまふ。インターフォンが鳴り出てみると通りがかりの親子が「園児さんが1人外にいますよ」と教えてくれたことで気づく(10:35)。	1歳児12名、保育者4名 公園で落ち葉集めをして楽しんだ。帰園する時に先頭保育者Aが(10:25)に人数確認をして出発した。園児同士手をつなぎ、保育者B、Cが中間部、保育者Dはカートを押しながら最後尾を担当した。数分後、当該児がいないことに保育者Bが気づき、探しに行こうとしたところ後方より当該児が地域の方に連れられて合流する(10:27)。当該児は他児と一緒に待機中友だちと手をつないでいたが、手を放し公園に戻っていた。	一般検査結果報告書を園児ごとの封筒に封入し返却するが他児の検査結果が封入していたものを渡してしまう。 保護者の申し出により判明。回収し謝罪する。	事務所にて体操教室の動画を保育者がYouTubeへアップロードする時に、「限定公開」のはずが、確認不足でチェックをせず配信してしまう。 3日後他の保育者が動画を挙げるときに当該動画が「公開」になっていることを発見。YouTubeサイトにチャンネル登録者がいないことを確認し、サイト上から動画を削除する。 園名や個人名の把握はできないことを確認し保護者へ状況説明謝罪を行う。	アプリを利用して、欠席していた園児の保護者に向けて連絡を配信したが、同じクラスの他の園児の保護者の個別連絡に送信してしまった。
	月・曜日・時間帯	11月 水曜日 10:35	11月 木曜日 10:25	5月 木曜日 16:00	6月 金曜日 16:00	7月 金曜日 16:50
	場所	園の玄関前	公園出口	幼児クラス	事務所	1歳児保育室
保育状況	散歩から帰園後	散歩先から帰園に向かう	降園時	—	事務対応の時間	
事故の分析	環境面	・玄関から入る際の人数確認の方法を園内で再共有できていなかった。 ・来客があること、イベントがあることの共有がされていなかった。	・子ども同士で手をつないでいた。 ・子どもの動きを予測、保育者の連携不足	・封入後にダブルチェックを行うところ繁忙により作業時間が確保できず封筒の宛名のみ確認し返却をした。	・作業内容の理解が足りず、手順通りに行ってしまったことで、ミスに気づけなかった。	・個人情報の漏洩に対する甘さが、今回の事故を招いてしまった。
	人的面	・マニュアルがあるにもかかわらず、一人ひとりが人数確認を怠っていたり、声を出して互いに確認を取り合っていないかった。	・人数確認の方法や保育者の連携の不十分さ ・子どもの動きを把握し適切な場所への人員配置	・ダブルチェックをする人員を確保できなかった。	・園で用意されたマニュアルを確認しながら、保育者Aが一人で作業を行う。保育者Aが動画のアップロード作業をするのは初めてだった。動画をあげるうえでの手順の理解が必要だった。	・保育者が、退勤間近の時間に送信を行い、十分に園児名を確認しないまま送信したことが考えられる。
再発防止のための改善策	・玄関から入る際の人数確認の方法を再確認し、職員全員に周知する。 ・事務所のボード、昼礼、横軸表(日タシフト)に記入、周知の徹底をする。 ・該当クラスだけでなく、園全体で見直し、確認する。	・園内外を問わず、人数確認を複数名で確認することを習慣づける。 ・子ども一人ひとりの動きを把握する。 ・子どもの動きなどを予測される範囲に保育者を配置 ・子どもの動きを把握し適切な場所での見守りや活動	・個人情報取り扱いマニュアルに基づく手順の徹底ダブルチェックの確認を行う。 ・個人情報の封入作業に当たっては2人での作業を徹底し体制が取れない場合は翌日以降に対応することを作業ルールに加える。	・園のYouTubeアカウントでアップロードされた動画は全て限定公開となるよう設定を行う。 ・今回の動画配信についてきちんとした研修の未実施、手順が身につけていないのが大きな要因	・アプリでの配信に対する園全体の甘さが事故につながった。基本に戻り一つひとつの仕事丁寧に行い、ダブルチェックを必ず行い、送信する相手の確認を十分に行うことを職員会議で確認 ・主任、園長が書類などについてもフォローできる体制を見直し、連絡を密に取っていく。	

事故の状況	事例	異物混入・誤飲・誤食等				
	案件	誤飲（クエン酸混入ミルク）	誤食（ビニール片）	異物混入（ビニール袋）	誤食（テブラテープ）	未食の食材提供
	年齢	0歳3か月	5歳10か月	1歳3か月	0歳10か月	0歳児
	事故内容	0歳時3名、1歳児4名、2歳時3名、幼児6名、保育者4名 保育者Aがポット洗浄のため3Lの水にティースプーン1杯のクエン酸を入れてお湯を沸かし、洗浄中の付箋を貼る。保育者Bが調乳の際、洗浄済みと勘違いし、そのまま調乳を行い保育者Cが当該児に与える。飲みが悪く、10cc程飲んで飲むのをやめる。その後、洗浄したポットのお湯を捨てていないことに保育者Aが気づきそのまま調乳されたことが判明 救急搬送され搬送先の診察は問題なかった。	3歳児1名、4歳児9名、5歳児12名、保育者1名、栄養士1名 おやつのはムチーズサンドにチーズのフィルムシートが挟まれており、子どもが気づく。	0歳2名、1歳6名、保育者6名 1歳児クラスの園児が昼食を食べ始める際に、給食のメニューの「豚肉と野菜のゴマ炒め」に、半透明のビニールの切れ端が丸まった状態であった。 給食室の検査保存用のビニール袋は半透明のものを使用しているが、切り口が異なるため、混入したビニール片とは一致しない。園では色付きのビニールを使用していたので、業者からのものと思われる。	0歳児5名、保育者3名 家庭にて、離乳食、ミルクを喫食し咳込み50ml程嘔吐。嘔吐物の中にテブラテープが混入していた。 園で午睡中に0歳児保育室にて、活動している4名の園児を見ながらテブラテープを使用した作業をした。捨てる部分や未使用な物が落ちたり、手や服に付いたりして見落とし、子どもの手の届く場所に放置される可能性があり、処理確認が不十分であった。	0歳時2名、1歳児8名、保育者4名 保護者から提出された献立表に未食食材に「とうがん、すいか」があった。 その献立表を担任間で共有することなく、栄養士に提供。栄養士は保護者に渡す前の未チェックの献立表に沿って食事を提供してしまい。未食の「とうがん」を当該児に提供してしまった。 喫食後、当該児に変化は見られなかった。
	月・曜日・時間帯	5月 土曜日 10:00	5月 火曜日 15:00	5月 金曜日 11:00	6月 金曜日 14:40	7月 火曜日 10:50
	場所	0歳児室	4歳児室	1歳児室	3歳児室	0歳児室
保育状況	食事中	午後おやつ	食事中	給食提供時	食事中	
事故の分析	ハード面（設備等） 環境面（保育内容等）	・付箋を使っているが情報共有不足だった。	・通常は手ではがすのが手順だが、栄養士がチーズはハサミで切ると思い、作り方を調理士に伝える。	・調乳室、給食室には、ビニール袋の端を紐で留めてぶら下げて、使用時に引きちぎって取り出しているので混じる可能性もある。	・テブラテープの使用方法、処分方法のルール化ができていなかった。	・献立表を渡す時期が前月の月末近くで、保護者が家庭で試す期間も短く、園への返却が給食提供の直近になり園内で共有する時間が短かった。
	ソフト面 （マニュアル・研修等） 人的面 （保育者の状況等）	・クエン酸の洗浄者と片付け者が別のスタッフがやっている。普段、調乳をしないスタッフが調乳ポットの洗浄を行っていた。	・調理士が一人で調理し、他の調理士は、環境整備など片付けを行っていて気がつかなかった。	・納入時に目視で検査をするが、見つけられなかった。	・保育の優先順位が大人都合であった。また、今回の作業が本当に必要であったか、園内で共有が出来ていなかった。	・保育者、栄養士共に確認不足、認識不足、危機管理不足であった。職員間の連携、共有不足だった。
再発防止のための改善策	・クエン酸でのポット洗浄については0歳児担任が必ずいる金曜の最終調乳後に行うことにすることで洗浄者と最終確認者が同じスタッフになる。さらに遅番が最終確認でダブルチェックの体制を取る。 ・新しいスタッフがタグを使うことがあいまいになっていたのを再周知する。	・作り方は、言葉だけでなく、見本をみせ、工程が理解できているか確認をする。 ・調理時の工程確認や提供前の安全確認を調理員全員で行う。	・給食室、調乳室ともにビニール袋を紐でぶら下げて引っ張って取り出す方法を廃止する。 ・納入時に混入物を発見できるように、食材の目視での確認をこれまで以上にし、異物混入防止策を講じることにした。	・テブラテープの作成は保育室外で行い、使用するもののみ、持ち出し、ゴミなど作業終了時の確認を確実に行う。 ・その他、テープ類の誤飲の可能性のあるものは、見直し、テープの張替え処分を行う等、テブラテープの使用ルールを決める。	・今後は初期、中期、後期の離乳食で提供する1年間の食材リストを年度初めに保護者に渡す。 ・また確実に職員間で共有するため、献立表の月初め1週間は前月のままで提供し、2週目から移行していく。	

事故の状況	事例	異物混入・誤飲・誤食等				
	案件	異物混入（卵パックのベルト）	誤配食（ゼラチン）	異物混入（ガラス片）	異物混入（鍋のネジ）	誤嚥（梨）
	年齢	3歳5か月	1歳1か月	0、1、2歳	4歳4か月	1歳1か月
	事故内容	3歳児12名、保育者2名 給食で親子丼を提供し食べ進めていたところ、当該児がプラスチック片を発見 プラスチック片にオレンジ色の印字があり、卵のバックのベルトであることが分かった。	0歳児5名（完了食2人、後期食3人）保育者2名 後期食の園児に完了食のサツマイモプリンを提供したが、後期食には提供できないゼラチンが使用されていた。 後期食、完了食の作り分けがされていなかった。	離乳食完了期2名、乳児15名 園児に昼食を提供後、保育者が同じ中華スープを食べたところ、8mm、9mmのガラスの破片2つ発見。 10時30分、給食を調理中、作業台のIH上にあったスープの鍋の側面で、鶏ガラスープの素が入っていたガラス容器をぶつけて割ってしまう。粉々になっていなかったことから、スープの中には入っていないだろうと自己判断で給食を提供した。	4歳児17名、保育者3名 園児が「固いのが入っている」と口から出したおやつの小豆蒸しパンの中に、長さ1cm程のネジが混入していた。 小豆蒸しパンの生地を大鍋で作りホテルパンに小鍋を使って入れる際にネジが外れ落ちた。	0歳児8名、保育者5名 2cm×5mm程度の三角形にスライスされた梨を提供。当該児は咀嚼し嚥下したが喉につかえた様子が見られた。口の中の梨を掻き出し、うつ伏せに抱き、数回背中を叩く。咽頭のつかえ感や陰しい表情、しわがれ声があったため、救急車で病院に搬送。小児外来で診察し、咽頭付近に異物（梨）があるとわかり、耳鼻科外来へ移動途中に当該児が咳をし、2cm程の三角形の形をした梨を自然排除した。
	月・曜日・時間帯	7月 月曜日 12:00	8月 水曜日 15:20	8月 金曜日 10:30	10月 月曜日 15:30	10月 水曜日 11:35
	場所	3歳児室	0歳児室	給食室	4歳児室	0歳児室
	保育状況	給食提供時	おやつ提供時	給食提供時	おやつ提供時	給食提供時
事故の分析	ハード面（設備等） 環境面（保育内容等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>溶き卵を作った後、ボウルとざるをセットし、卵をこしていたら防げたのではない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>アレルギーの作り分けばかりを意識し、後期食と完了食の作り分けへの意識が低かった。</li> <li>提供されたものを確認していなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>給食室で調味料の詰め替えをガラス容器に入れていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>調理器具の使用方法が用途に合っていないかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>加熱の無い、生の梨が提供されていたことが要因と考えられる。</li> </ul>
	ソフト面 （マニュアル・研修等） 人的面 （保育者の状況等）	<ul style="list-style-type: none"> <li>卵パックを開封するとき、ベルトのつなぎ目が合うかの確認不足</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本来、完了期の食チェック表のすべての食材を家庭で3回試してから提供になるが、卒乳を進めるために食材チェックの済んだ範囲でのおやつを提供したため。</li> <li>アレルギーの作り分けばかりを意識し、後期食と完了食の作り分けへの意識が低かった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>園長に報告をせず自己判断で給食を提供してしまった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>小鍋の取っ手のネジが緩んでいたことに気づかなかった。安全管理が徹底されていなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>園、給食業者の「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」の理解不足</li> </ul>
再発防止のための改善策	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベルトを取ったら、バックのつなぎ目と合うかどうか併せて確認する。</li> <li>こすとき、目の細かいザルと、卵が入るボウルをセットして使う。</li> <li>その作業に携わっていない人に、確認してもらいダブルチェックをする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>おやつを作った栄養士と施設長に検査を持っていく栄養士を別にし、後期食と完了食の作り分けの有無を確認。また、施設長と持ってきた栄養士とも作り分けの有無を確認</li> <li>後期食と完了食の作り分けの有無を調理室に取りに行った際確認する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>給食室のガラス容器を全て撤去し、プラスチック容器へ変更。（ガラスの鍋蓋、哺乳瓶）ジャムは使用前にボウルへ移してから使用し、使用後はすぐ廃棄する。酢の容器は取扱いに充分注意する。</li> <li>事故の際は慌てず状況を正確に園長に報告する。調理をするときは時間に余裕を持ち慌てず、状況に応じては保育士に応援を求める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>目視で発見し防げることもあるため、提供前には必ず目視にて異物がないか確認してから提供する。</li> <li>ネジの無い調理器具を使用する。</li> <li>給食室内の器具の安全点検をしっかり行う。</li> <li>調理器具等の適切な使用方法を確認しあう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>園、給食業者がガイドラインを再度確認。園内で給食提供ガイドラインの理解を進め、園内の対応を再点検した。</li> <li>0.1.2歳児クラスはリンゴと梨を提供する場合は加熱をし、柔らかい状態で提供することを保育者や栄養士と確認をする。</li> </ul>	



# 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

～安心・安全な保育、子どもの命を守るために～



横浜市保育・教育施設研修動画

## 車両送迎時や園外・園内での児童の見落とし防止研修動画

横浜市が策定した「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」「行方不明・置き去り事故防止のためのチェックリスト」を参考に、職場全体で車両送迎時の児童の置き去り事故及び園内・園外での児童の見落とし防止に取り組んでいただくことを目的に研修動画を作成しました。施設内での研修等にお役立てください。

<内容> 全2編

- ① 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  
～安心・安全な保育、子どもの命を守るために～（約20分）
- ② 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～（約10分）

<受講方法> kintone 及び Youtube でご覧いただけます。

kintone : <https://h-k-yokohama.cybozu.com/k/84/show#record=33>

Youtube : 右の二次元コード参照



<参考資料> 研修動画とともに kintone に掲載しておりますので、合わせてご活用ください。

- ・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（令和5年3月31日）
- ・行方不明・置き去り事故防止のためのチェックリスト（令和5年度版）