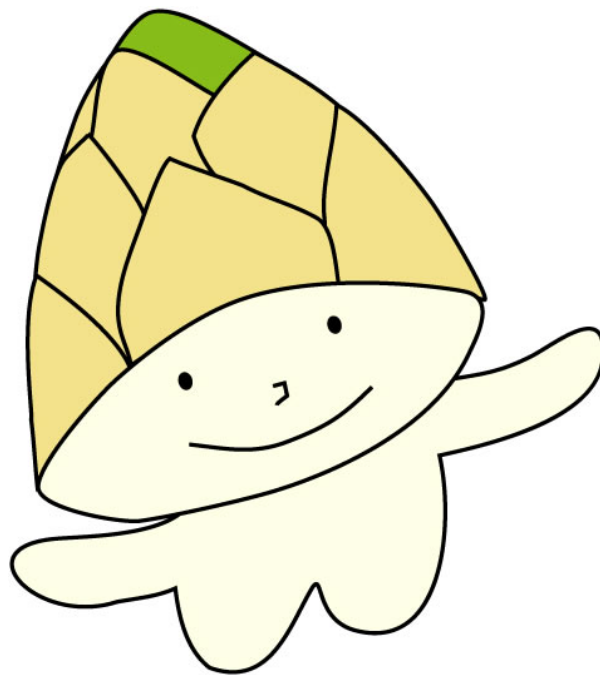


令和8年度

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8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 | 33 |
| 9 | 令和7年 事故事例 | 34 |

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)

こども家庭庁の公表によると、認定こども園・幼稚園・認可保育所等において令和6年1月から12月までの期間に、全国で発生し国に報告された事故件数は以下のとおりです。

| | |
|----------------|---------|
| 負傷(意識不明・骨折他)…… | 2,426 件 |
| 死亡事故…………… | 3 件 |
| 合計…………… | 2,429 件 |

死亡事故の主な死因は、SIDS 1 人、窒息 1 人、病死 1 人の 3 人です。

令和7年1月から12月の横浜市における保育・教育施設等における事故報告の件数は、445件となっており、前年に比べ異物混入や置き去り（見失い等）の発生件数が増えています。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。

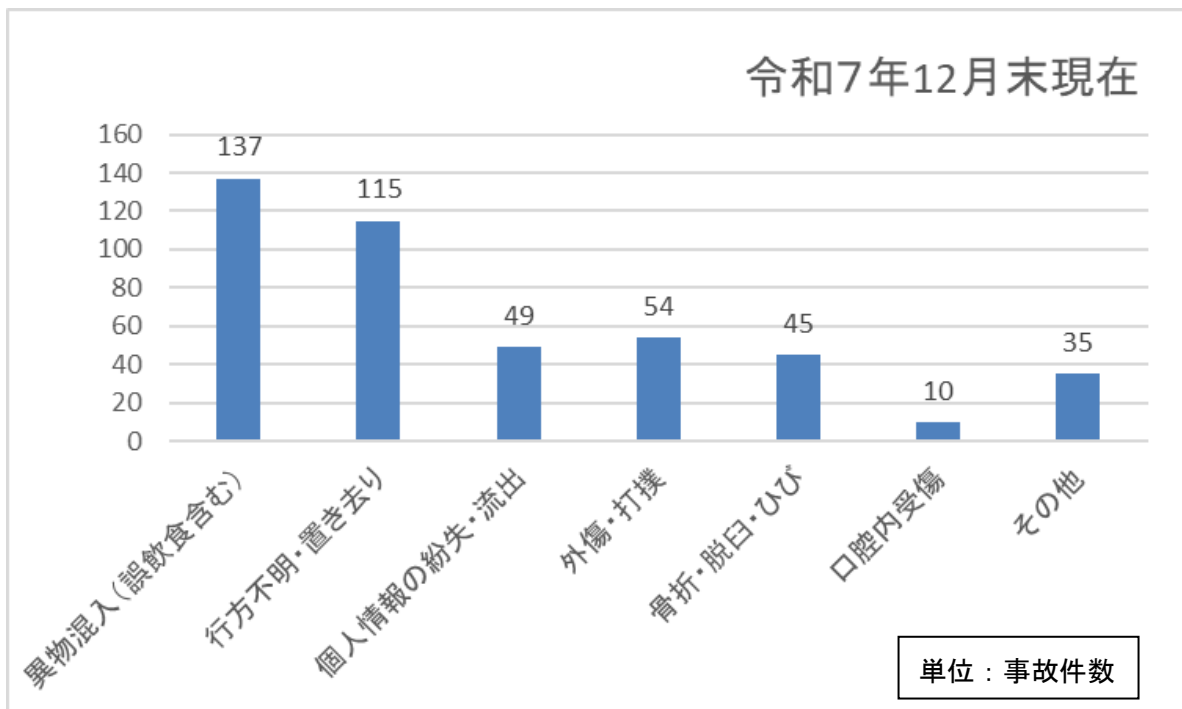
事故を防止するためには、保育者一人ひとりが危機管理意識を高め、全職員が共通の認識を持って連携していくことが必要です。

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。

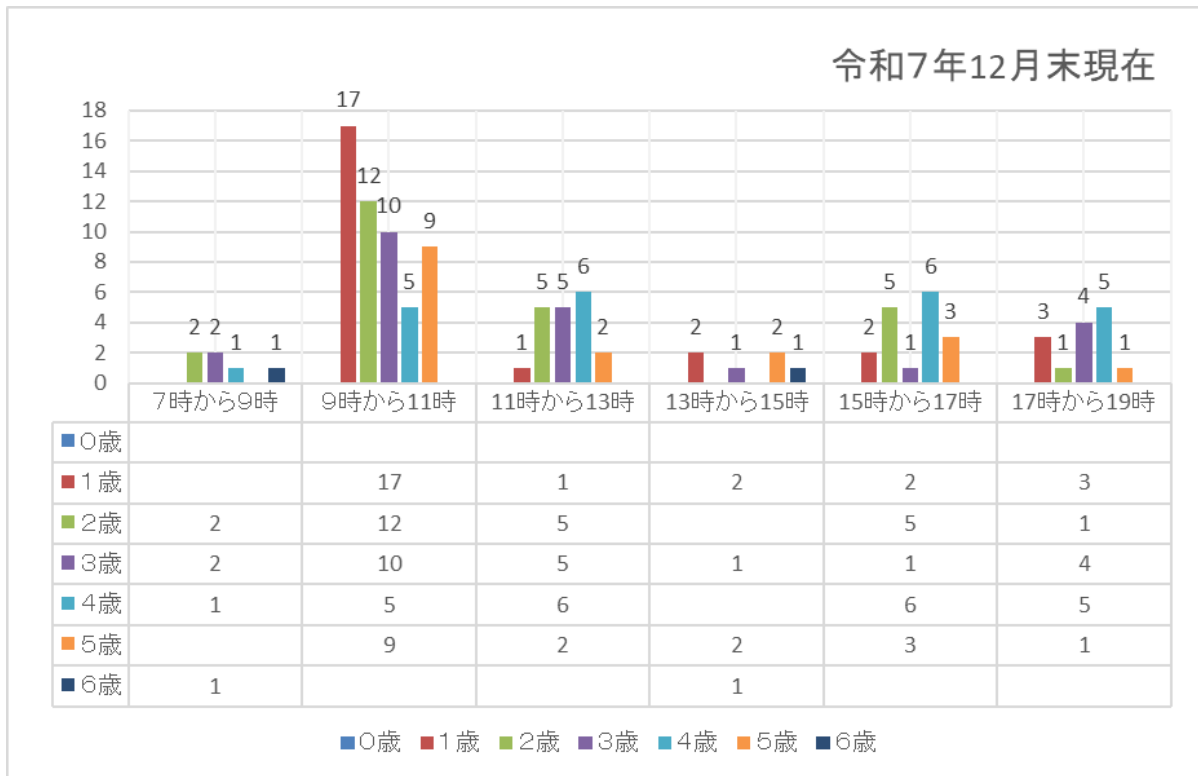
児童の生命の保持及び安全の確保は、保育所等の責務です。

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7年1月から12月)

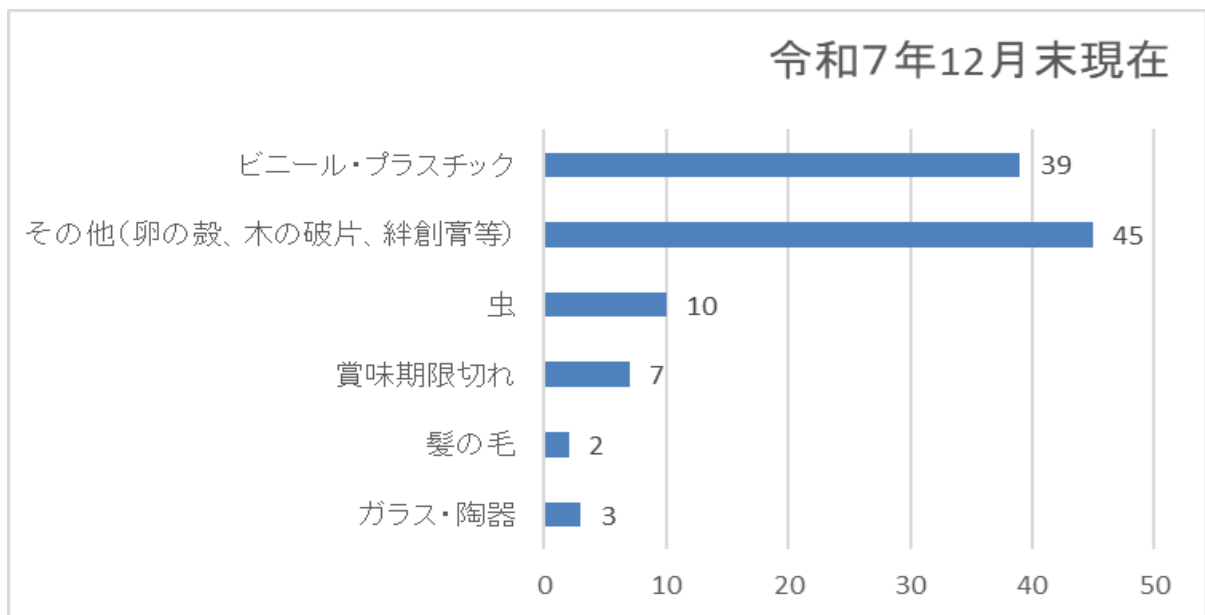


(2) 行方不明・置き去りの内訳



施設内ではトイレや園庭への置き去り（そのまま散歩に行ってしまう等）、施設外では散歩先で児童を見失うといった事故が、特に1、2歳児を中心に多く報告されています。発生原因については、人数確認が適切にされていないことや、全体の児童の動きを把握できていなかったことが考えられます。「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。

(3) 異物混入の内訳



マニュアルはあったもののマニュアルに沿った対応がされておらず、確認不足やダブルチェックを怠ったことにより発生した事故が多く報告されています。また、賞味期限切れ食材の提供については、連休明けなどに多く発生する傾向にあり、休み明けの確認はより丁寧に実施することが求められています。

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。(画鋸も、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

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-yoiji/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」になるとことがあります。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.19~20)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。

※区こ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、区こども家庭支援課から連絡します。

【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、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】

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"> ・配置数、立ち位置、役割分担はどうだったか。 ・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。 ・マニュアルの見直しが必要ではないか。 ・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。 |
| 保育内容に関するポイント | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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)。 |

(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する場や、「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. 事故報告書の提出について

1. [事故発生対応フロー図 \(PDF: 173KB\)](#)

2. [事故発生対応フロー図 \(PDF: 176KB\)](#)

様式について

[事故報告書\(令和5年10月改訂版\) \(PDF: 152KB\)](#)

[事故発生報告書\(令和5年10月改訂版\) \(PDF: 176KB\)](#)

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。

複数年かけて市内の保育・教育施設等を訪問し、日常の活動状況をヒアリングをしながら、**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。**

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 食事中の誤飲、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定期的な研修の受講を確認する。

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)十分な観察ができる部屋の明るさを確保する。

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役に徹する監視員を配置する。
- (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、必ず複数人で複数回人数を伝え合いながら行う。
- (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、不審者等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) 扉付き棚に開閉ストッパーを設置する等落下防止対策を行う。
- (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、玩具の選択等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、洗剤等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면을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면을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

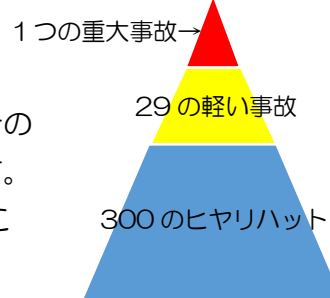
ヒヤリハットとは、重大な事故には至らないものの、一步手前の事例、すなわち、重大な事故になってもおかしくない事例に「気づく」ことです。

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。



ヒヤリを感じたらどうしたらいいのか

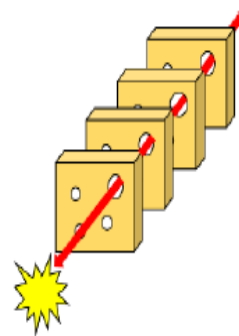
日常的にヒヤリハットの報告をしたり、職員会議や園内研修の場で、危ないと感じることを出し合ってみたりすることで、保育を行う上での注意点について共有することができます。

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
 - 児童への働きかけは、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あたります。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等重大な事案に発展することがあります。

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。土曜日保育等で普段とは違う環境で保育する場合は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。

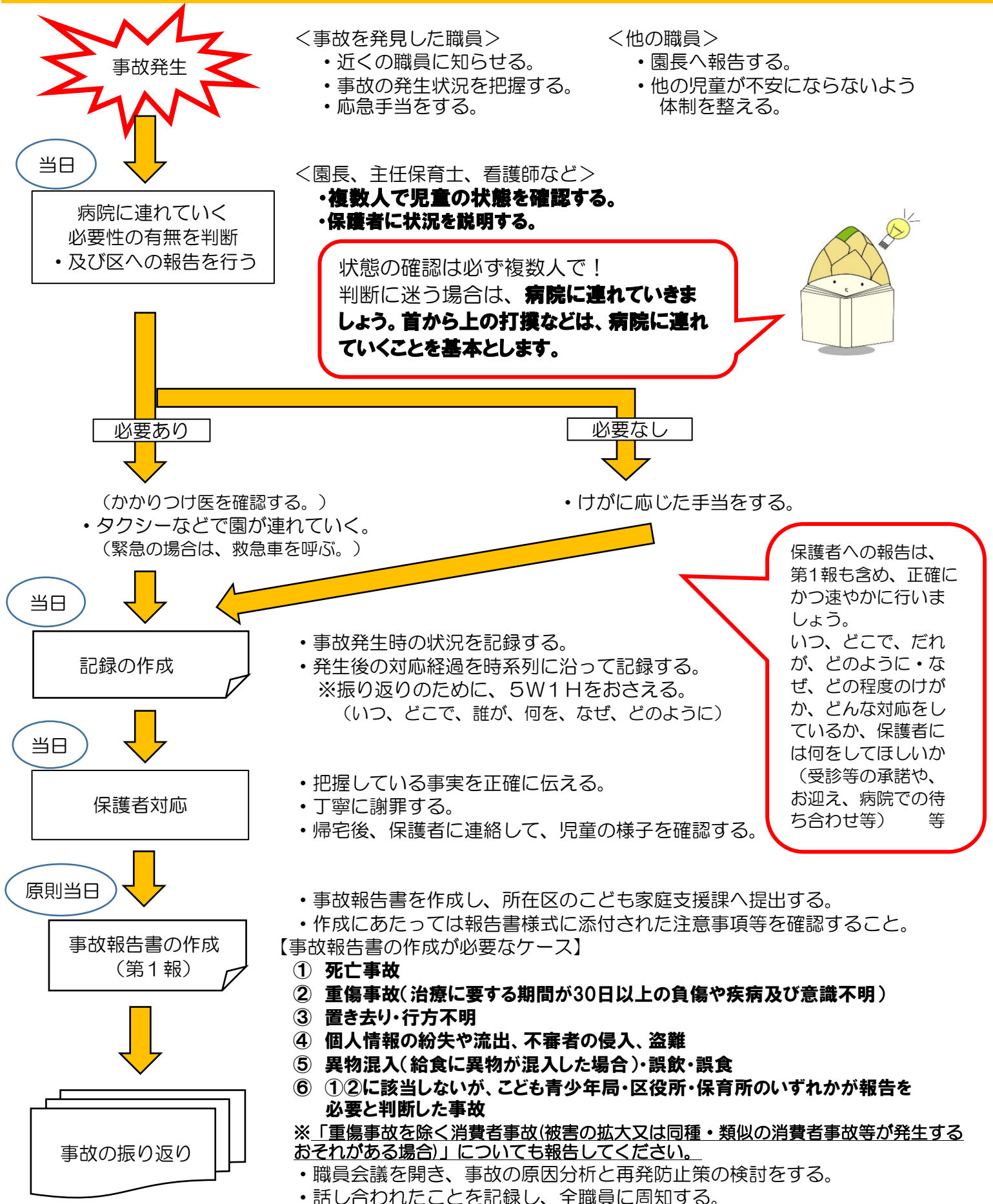
Point アレルギー食対応の人的エラーを減らす方法の例

- ・ 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





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

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

当日

保護者対応

原則当日

事故報告書の作成
(第1報)

事故の振り返り

＜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。

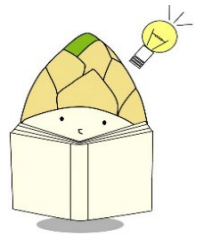
＜他の職員＞

- ・ 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。

＜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。**



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、病院での待ち合わせ等)

- ・ 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)

- ・ 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。

- ・ 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(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 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、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。

<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)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、区子ども家庭支援課から連絡します。 |
| 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、区子ども家庭支援課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、改めて報告すること、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区子ども家庭支援課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 | | | | | | |

| 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 |
| 発生するまでの状況 | | | |
| 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): | | | |
| 発生時の状況・対応 | | | 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。 | | |
| | | | |
| | 【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 | : | 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が記載してください。 | | |
| | | | |
| 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 | |

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）ができています |
| | 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(依頼分)

「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」

横浜市こども青少年局 保育・教育運営課 令和4年4月18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」の改正について

横浜市こども青少年局 保育・教育運営課 令和5年 3月31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」

横浜市こども青少年局 保育・教育運営課 令和4年 12月 26日

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】



また、保育施設における重大事故を予防し、保育の質向上を目的とした「巡回訪問つうしん」を発行しています。過去の「巡回訪問つうしん」については、下記のホームページに格納しておりますので、ご活用ください。(kintone ⇒ アプリ ⇒ 資料集)

<https://h-k-yokohama.cybozu.com/k/1442/show#record=4>

※令和7年1月～令和7年12月

| 種類 | 骨折 | | 接触皮膚炎 | 創傷 | 口腔内受傷 |
|-----------------------------|--|---|---|---|--|
| 事例 | 上肢(全治:29日) | 右鎖骨骨折(全治:6週間) | 口の周りのかぶれ | 右足薬指の挫創(全治:22日) | 左前歯打撲 |
| 年齢 | 3歳5か月 | 4歳3か月 | 5歳児 | 5歳児 | 2歳8か月 |
| 事故内容 | <p>1歳児～5歳児32名 保育者7名</p> <p>1、2歳児も幼児室に入り、1歳児から5歳児の異年齢合同保育になる。当該児は、ままごとを楽しんでいて、5歳児が正座をして当該児をお姉様抱っこをしたが、バランスを崩し抱っこを保つことができず当該児が手を床についた。当該児の手が床についた瞬間を、誰も目視していない。手はあげられるが腫がる様子が見られたので、園長が整形外科の受診を判断した。</p> | <p>3歳児27名 保育者3名</p> <p>公園到着後、水分補給と約束事を確認した。保育者の合図を聞き走り遊び始めようとしたところ、勢い余って転倒した。横向きで右腕・右半身が下になる体勢で転倒する。担任は倒れる瞬間を目撃したが事故を防ぐことはできなかった。転倒直後に当該児が大泣きし、非常に痛がり、外傷がないかすぐに確認した。肩が擦れて若干赤くなっていたが擦り傷やあざはなかった。</p> | <p>5歳児12名 保育者3名</p> <p>林道の歩き遠足に行き、歩きながら葉っぱの笛遊びなどを行った。柔らかな葉を見つけ、意図的に担任が囁らしてみせると、数名の子どもが真似をして鳴らす練習を始めた。鳴らさず、適なかなか鳴らない子がいいた。週明け登園した5歳児クラス数名の口の周りに赤みややかぶれしている症状が見られた。</p> | <p>5歳児19名 保育者2名</p> <p>英語のレッスンを終了、5歳児19名が講師と話したりトイレに行ったりしていた。保育者Aがその場に離れることを伝え事務所に資料の印刷に行く。その間保育者Bが給食の準備のためテーブルを出していた。それを戻した当該児を含む4人の女児がテーブルを移動しようとする。保育者Bがすぐに止めたが、当該児の手がすべり、テーブルが右足薬指の上に落ちた。</p> | <p>2歳児4名 保育者4名</p> <p>午後のおやつを食べている子、食べ終わってコーナー遊びをする子がいた。保育者はおやつを介助、及びコーナーごとの遊びを子どもと一緒に関わりながら見守りを行っていた。当該児は両手に玩具を持ち、柵の手前で前のめりに転倒、二段柵の縁に口元をぶつけた。</p> |
| 月・曜日・時間帯 | 4月(水) 17:30 | 10月(金) 14:45 | 4月(木) 10:30 | 6月(火) 11:30 | 7月(木) 15:35 |
| 場所 | 保育室 | 公園 | 林道 | 保育室 | 保育室 |
| 保育状況 | 異年齢合同保育 | 園外活動中 | 遠足 | 活動の切替え時 | 室内遊び |
| ハード面(設備等)環境面(保育内容等) | <p>ままごとコーナーは、5歳児が自身の思い通りに当該児を抱っこすることができている環境であった。</p> <p>終始、職員が目視がなかった。</p> | <p>園児が遊び始める際、園児同士で十分な間隔が取れずに走り出したので、より転びやすい環境になった。</p> | <p>保育者3名が植物に関する季節的リスク、知識などが不足していたため、疑問視する者ももたず危機意識がなかった。</p> | <p>保育者の動きを真似て、子どもがテーブルを動かした。</p> | <p>当該児が動く時に柵が見えにくかった。</p> |
| ソフト面(マニュアル・研修等)人的面(保育者の状況等) | <p>当該5歳児には妹、弟がいて年下児を抱っこする習慣があるが、安全な方法を学んだことはなかった。</p> | <p>久しぶりの公園での園外活動のため、園児たちも嬉しくて気持ちが高ぶり、一斉に走り出してしまいい勢いで転んでしまった。</p> | <p>林道の歩き遠足がより楽しくなるよう自然物(植物)との関わりを深め、葉っぱで音を出す遊びを担当が行った。</p> | <p>活動の切り替え時の子どもの安全と動線を十分に確保できていなかった。</p> <p>保育室から離れる際に、保育者Bだけに止まってしまった。</p> | <p>当該児は二段柵の上で車を走らせて遊ぶことを好み、今回も二段柵で遊ぼうと考えていたのではない。</p> |
| 再発防止のための改善策 | <p>異年齢の関わりは大切にしていけるが、接し方などを具体的に伝えるために、年下児を抱っこすることについては、職員会議において可能な条件と方法を定め、それを園長より子どもたちに伝える。</p> | | | | |
| 再発防止のための改善策 | <p>もつ一名保育者に保育室に入ってもらい、テーブル等の設置や移動の際の環境設定、子どもの安全確保について危機管理が必要</p> <p>・テーブルを移動させる際は、子どもを安全なエリアに誘導し待機させる。・室内での安全な過ごし方、怪我に繋がる動き等について子どもたちへ周知する。</p> <p>・保育者は子どもが今何をしようとしているか、何に興味を持って行っているかを予測しながら見守りを行う。</p> <p>・「見守り」は子どもも社会を大切に考え、自主的な活動を支えるために大切な事と考えるべきである。「見守り」は「見守り」にならない様に、気配り、目配りを更に強化していく。</p> | | | | |

| 種類 | 火傷 | | 打撲 | | 置き去り | 置き去り | 置き去り |
|-----------------------------|--|--|---|---|---|---|--|
| | 皮膚剥離と水泡(全治:17日) | 5歳8か月 | 0歳11か月 | 左目周囲打撲 | | | |
| 事例 | 5歳児12名 保育者4名 | 0歳児11名 保育者4名 | 0歳児11名 保育者4名 | 5歳児19名 保育者3名 | 1歳児15名 保育者5名 | 3歳児22名 保育者4名 | |
| 年齢 | 5歳8か月 | 0歳11か月 | 0歳11か月 | 6歳2か月 | 1歳7か月 | 3歳9か月 | |
| 事故内容 | <p>年長児が火を起こし、さんま祭りを全園児参加のもと行った。全員が食べ終え年長児以外は午睡に入ると、担任が子どもに指示し予定していた植栽の根元に熾火(おきび)を入られる作業を開始。作業を終えた子どもや他の子どもが追いかけて走り回り、当該児が火の傍で身体を一回転させた後に転倒。保育者が身体を支えたが火元に右手を付き火傷を負う。</p> | <p>散歩の準備が始まり、4階から1階に降りるため、歩けない子どもはおんぶがしく、準備に時間がかかりそうだったので子どもの好きな曲をかけて踊りを始めた。当該児は保育者Aにおんぶ紐を装着され、保育者Bがおんぶした。踊り終了後、おんぶした保育者Bが歩き出した時、おんぶ紐のボタンがはずれ当該児が転落した。</p> | <p>登園は19名であったが、12:30以降園予定の園児を除くとして園外保育記録に18名と記入(当該児のお迎え時間が14:30に変更されていなかった)13:20 散歩の準備を済ませた子どもたちは戸外に整列した。当該児は保育者に伝えてトイレに行っていた。保育者が人数を数え18名と確認後散歩に出発したため、当該児は置き去りとなった。</p> | <p>保育室から園庭へ、第1グループ6名、第2グループ9名の編成で移動した。園庭遊び終了後10:25保育者2名が園児5名を連れて入室する。10:35保育者3名が園児9名を連れて入室する。第1グループを5名、第2グループを9名と確認したが、実際には第2グループは10名であり、1名が園庭に取り残されていた。当該児は園庭の死角となる室外機の陰にいた。</p> | <p>保育室から園庭へ、第1グループ6名、第2グループ9名の編成で移動した。園庭遊び終了後10:25保育者2名が園児5名を連れて入室する。10:35保育者3名が園児9名を連れて入室する。第1グループを5名、第2グループを9名と確認したが、実際には第2グループは10名であり、1名が園庭に取り残されていた。当該児は園庭の死角となる室外機の陰にいた。</p> | <p>11:20散歩から戻り、園庭で22名を確認した。保育者A、Bは園児と入室し、保育者Cは園庭で遊び始める園児が下駄箱で入室しようとする姿を確認したが、他児を連れて入室した。保育者Dは下駄箱前でトラブルの仲裁を行い、その後園庭の最終確認をす。行かないまま入室して施錠したため、当該児が園庭に置き去りとなった。</p> | |
| 月・曜日・時間帯 | 10月(水) 13:00 | 12月(木) 9:46 | 12月(木) 9:46 | 3月(木) 13:30 | 5月(水) 10:35 | 5月(木) 11:30 | |
| 場所 | 園庭 | 保育室 | 保育室 | トイレ | 園庭 | 園庭 | |
| 保育状況 | 園庭 | 保育室 | 保育室 | トイレ | 園庭 | 園庭 | |
| ハード面(設備等)環境面(保育内容等) | 職員が火起こし時の物品の使い方や火の消し方について把握ができていなかった。担任も中途半端な認識のままであった。 | いつも使うおんぶ紐がなく、隣のクラスから借りて普段使用しないおんぶ紐を使用した。装着の仕方に不安があったが確認を急いだ。 | 散歩準備中 | 散歩出発時 | 園庭から順次入室 | 散歩から帰園し入室時 | |
| ソフト面(マニュアル・研修等)人的面(保育者の状況等) | 火を起こし、熾きたの魚を昼食時に味わう取組を行ったが、長時間になり子どもたちが疲れ、画面に行ってしまう。計また火元を最初に消す作業を始まり、水をかけずに次の活動を始めたところの問題があった。 | おんぶ紐の装着の仕方を誤ったことにより転落してしまつた。使用の仕方に不安があった。ポタンタイプで最後にベルトをするものだったがベルトに気がつかなかつた。 | 散歩準備中 | 散歩出発時 | 園庭から順次入室 | 散歩から帰園し入室時 | |
| 再発防止のための改善策 | 計画にない事は行わない。始まりから終わりまでの活動の順序だてと、人の配置、手配を十分に確認する。火の扱い方、火の怖さなどのリスクマネージメントについて、全職員が意識を持ち関わる。そのためマニユアル作成、研修を行う。 | 装着の仕方に不安があった時は必ず確認する。背負う時に声を出して確認し合う。ボタン式のものを使わないように共通した仕様のものにする。おんぶ紐を使用する際のマニユアル、安全チェック表がない。現場での実技指導と確認だけでなく見直す。 | 出かける前、活動前のトイレ、保育室の最終確認は呼びかけだけでなく目視で確認する。子どもが排泄等で活動場所から離れた場合には、必ず保育者が付き添う。人数変更があった時点で直に園外保育記録表に記入し直す。保育者の体制が揃ってから散歩準備に入る。 | 園外保育記録表に事前に記入したが、人数が変更になったことを、記録表に書き直さなかつた。トイレ内の最終確認を急いだ。保育者が業務、休憩等の保育体制が入れ替わるタイミングで散歩準備に入つた。 | 職員配置は充足していたが、保育者一人ひとりの意識が欠けていた。第1グループの人数が変更になったことを共有できていなかった。全員が室内に戻つたところでの人数確認を急いだ。 | 保育者の誰が最後に入室するか明確になっていなかった。園庭内の最終確認を急いだ。入室時の人数確認をしていなかった。保育者Dは保育者Cが当該児を連れて入室したと思ひ込んでいた。 | 誰が先に入る、どこにつくか、誰が最終確認するか等の役割分担を明確にする。入室時に園庭を見回り最終確認する。入室時の人数確認をしていない。入室後、全員の名前を呼び人数と所在を確認し、全体に報告する。 |

| 種類 | 置き去り | 閉じ込め | 置き去り | 窒息 | 誤飲 |
|---|--|--|---|---|---|
| 事例 | | | | | |
| 年齢 | 1歳3か月 1歳児6名 保育者2名 | 3歳7か月 1歳児11名 3歳児15名 保育者5名 | 2歳10か月 1歳児5名(バギー) 2歳児7名 保育者3名 | 2歳2か月 2歳児8名 保育者3名 | 0歳7か月 0歳児5名 保育者3名 |
| 事故内容 | 1歳児室で子どもの顔を見ながら人数を確認。2歳児室に移動するため、全員1歳児室から廊下に出る。その際当該児が列から離れたが、保育者は気づかず2歳児室へ入る。(当該児が廊下から玄関まで歩く姿を防犯カメラで確認) 調理員が廊下に1人でのいる当該児を発見し、2歳児室に連れて行く。担当が当該児がいなかったことに気づく。 | 1歳児はホールで保育者3名と運動遊び、3歳児は保育者2名と室内で活動中。当該児は保育者に「トイレに行く」と伝え、3歳児室よりホール横のトイレに入る。運動遊び中の1歳児がトイレに入ろうとしたため、1歳児の保育者がトイレの扉を閉め錠をする。当該児が閉じ込めに気づき中から扉を叩いたことで、1歳児の保育者が気づき扉を開けた。 | 散歩から帰園 玄関前(屋外)で保育者3名が人数を確認。保育者A、Bが1、2歳児10名を室内に入れる。保育者Cは入室を嫌が2歳児2名(当該児、他1名)に対応。1名を室内に入れる際に玄関の扉が閉まったが、当該児がまだ外に居ることを、他の保育者に伝えなかった。1分後他の児の迎えの保護者が外にいる当該児に気づく。 | 2歳児と幼児が同じ保育室でおやつを食べる。2歳児には幼児よりも小さい1cm角のくずもちを提供する。食べ終わった当該児には幼児と同じ大きさのおかわりを提供する。口に入れられた後、当該児の動きが止まり、呼吸できないように見えた。喉に詰まらせたかもしれないと身体を前傾させ背中を3〜4回強く叩く。くずもちを吐き出す。 | 調乳後、哺乳開始 当該児は240ccのうち180ccまで一息に飲むが飲みづらい様子だった。哺乳瓶洗浄の際、使用していないはずの500ccスプーンを確認し調乳者に使用スプーンを確認すると500ccスプーンを使用し、かつ30ccとして調乳を行ったことが判明 園長に報告し園医に電話相談する。今すぐ受診の必要はないが嘔吐下痢が見られた際は受診を勧められる。 |
| 月・曜日・時間帯 | 6月(月) 17:19 | 7月(月) 9:50 | 4月(水) 16:15 | 5月(木) 15:30 | 8月(月) 14:30 |
| 場所 | 廊下 | ホール横トイレ | 園正面玄関先 | 保育室 | 保育室 |
| 保育状況 | 保育室移動中 | 室内遊び | 散歩帰園時 | おやつ中 | 食事中 |
| ハード面(設備等) 環境面(保育内容等) | ・保育室間を移動できるドアを使用せず、廊下から部屋を移動した。 ・各クラスの子どもの移動し、迎えの保護者が増えていた。 | ・社内マニュアルではトイレの扉を閉めることは禁止されているが、1歳児の活動のため開けてしまった。 ・3歳児のトイレは必ず保育者が付き添うことになっていたが、1人でトイレに来ていた。 ・1歳児がホールで遊ぶ際はトイレや他の部屋に行く可能性がため、予めパーテーションを利用し入れないようしておくことも必要だった。 | ・屋外で人数確認をしたが、室内での再確認を怠った。 ・室内に入ってから人数確認をしなければならなかったため、全員いると勘違いした。 ・他児の対応(バギーから下ろす、靴下を脱がせる等)に気を取られた。 | ・おかわりが乳児と幼児で分けず用意されておらず、おかわりを2歳児に見せ、おかわりは2歳児の大きめのものが混ざった状態で盛り付けた。 ・おかわりが乳児と幼児で分けず用意されておらず、おかわりを2歳児に見せ、おかわりは2歳児の大きめのものが混ざった状態で盛り付けた。 | ・保育者は基準以上の配置、園児も半数は午睡中であり役割分担ができる環境であったため環境面での要因はなし。 ・ヒヤリハット事例の共有、事故防止のための環境整備の検討をする。 |
| ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等) | ・当該児が移動後には人数確認をしない。 ・保育室間の移動後に人数確認をしなかった。 | ・トイレの扉は閉めない、施錠しないことを周知徹底する。(扉は固定、施錠できないよう対応) ・幼児のトイレについて園のガイドラインを再確認、運用ルールの順守を徹底する。 ・3歳児のトイレは必ず保育者が付き添う。 ・1歳児がホールで遊ぶ際は、トイレの前は予めパーテーション等で入れないようにする。 | ・玄関の扉が自然に閉まらないように、完全に開けておく。 ・屋外・屋内で必ず人数確認をする。 ・保育者は最後に入る子どももの後ろにつき屋外に誰もいないことを確認する。 ・保育者は目の前の子どもへの対応だけに集中せず、全員の状態を把握する。 | ・食事中の子どもをみる保育者、全体を見る保育者、掃除を行う保育者の役割が曖昧で流動的だった。 ・おかわりを見る保育者、掃除を行う保育者の役割が曖昧で流動的だった。 | ・園児名や哺乳時間、調乳量、乳首サイズ等、必要情報を調乳室内に掲示、変更の際は都度更新する。 ・常備する調乳スプーンは20cc規格に統一し指示内容を正しく認識するために復唱や指差呼称を行い、不明点は解決してから業務を進める。 ・保育者の各業務への習熟度を考慮した指導ができるよう検討 |
| 再発防止のための改善策 | ・散歩やテラス移動時に使用する点呼表を、保育室間移動時にも使い、移動前後に人数確認を行う。 ・送迎と重なる時間帯の部屋移動は、保育室間のドアを使って移動する。 ・気になる子どもの様子と起こりうる可能性を職員間で言葉にして共有し、危険回避が難しい時は応援を頼む。 | | | | |

| 種類 | 誤飲 | 誤飲 | 異物混入 | 異物混入 | 個人情報 |
|---|--|---|--|--|---|
| 事例 | ガラス製哺乳瓶の亀裂 | 調乳の温度管理 | トングの留め金 | マグネットクリップ混入 | アプリ 個別連絡誤送信 |
| 年齢 | 0歳11か月 | 0歳児クラス | 6歳2か月 | 全園児 | 1歳5か月 |
| 事故内容 | 0歳児2名保育者2名看護師1名 当該児に保育者1名がミルクを飲ませている時に哺乳瓶に5cm程度の亀裂が入っていることに気づく。すぐに提供を中止し、提供していた保育者が哺乳瓶の蓋を開け中を確認すると、内側が1mm程度欠けていた。看護師が当該児の口内を確認するが、傷などは見当たらなかった。その後、当該児に新しい哺乳瓶で作成したミルクを提供すると、いつもと変わりなく飲みすぎる。 | 0歳児8名 保育者4名 保育者Aが調乳室でミルク3名分を作る。順にミルクを飲む。保育者Bが哺乳瓶を持って温度がいつもより低いと思い、温めようとポットの温度を確認すると50℃の表記だった。調乳した保育者Aに70℃以上あったかを問うと、確認していなかった。担任間で事情を聞くと湯の温度の確認は無かったことが判明した。 | 5歳児13名 保育者1名 当該児が「ラーメンを食べるとガリッとし硬いものが入っていた。」と金具を見せる。給食を中断し、園長に報告。調理師は麺を茹でた際食器洗浄中にトングが鍋の下敷きになり破損したことを思い出す。金具とトングの留め金部分を確認。トングは見た目が混入した金具はなかった。シンク内で破損した物が排水溝のゴミに混入したと思われたが、ゴミは既に廃棄済みで確認できなかった。 | 11:30ランチルームにて3歳児クラスが喫食開始 11:40カレーライスを食べていた保育者がカレールウにマグネットクリップが入っていることに気づき給食室へ報告。給食室にて11:50園長へ報告。給食室にてトングをすする時にマグネットクリップに引っ掛かり落下、混入したと思われる。他に異物の混入がないか確認をする。 | 0歳児3名 保育者2名 園児Aの顔・腕・脇に発疹が出たため担任が事務所に報告に行くと、主任と発疹の状態を確認し、担任が顔・腕・脇の写真を撮影。担任が園児Aの保護者に発疹の状態を連絡するため、連絡帳アプリでメッセージと3枚の写真を送信する。ダブルチェックはしていなかった。園児Bの保護者から他の児の写真が送られてきたと連絡がある。送信先の間違いに気付く。 |
| 月・曜日・時間帯 | 8月(金) 15:15 | 9月(火) 15:20 | 2月(木) 11:55 | 11月 | 4月(月) 15:05 |
| 場所 | 保育室 | 保育室 | 保育室 | 調理室 | 事務室 |
| 保育状況 | 保育室 食事中 | 保育室 食事中 | 保育室 給食開始時 | 調理室 給食開始時 | 事務室 |
| ハード面(設備等) 環境面(保育内容等) | ・施設の構造上、哺乳瓶を洗ったり、冷ましたりするシンクが子ども使用の手洗い場の1つを専用として使用しているため、哺乳瓶を洗った際に欠けていたかもしれない。 | ・ポットの点検は、毎日欠かさず実施(表にチェック)する。 | ・トングは使用できパーツが取れたことに気づかなかった。 ・シンクの中で破損した給食への混入はないと判断した。 ・ゴミの確認等で全てのパーツは確認できず給食への混入も考え必要があった。 | ・マグネットクリップはメモを挟んで使用し、盛り付け台の上の棚に置いていた。当日メモは挟まなかった。 ・マグネットクリップの状態が45cmと長く棚に引っかかりマグネットが落下する可能性を予測できなかった。 | ・他にも体調が気になる子が多いため、気持ちが悪く焦ってしまっていた。 |
| ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等) | ・調乳前のチェックで「哺乳瓶の破損がないか」という項目はあったが、破損に気づけなかったことが今回の大きな要因 | ・調乳前の温度確認を急ぐことと、調乳時のお湯がぬるいと感じたが、そのままにした。 ・ミルクの作り方や配慮する事などは全体的な事故防止マニュアルには記入されていないが、0歳児クラスの手順書や作り方は調乳室に掲示され周知されている。 | ・異物混入対応マニュアルの存在を知らない職員がいた。 ・乳児クラスでは事故発生を知らない職員がいた。 ・乳児クラスでは、乳児クラスはすでに食べ終えていたが体調観察の必要が生じた可能性もあり、まずは全職員に周知すべきだった。 | ・マニュアルに異物混入について明記されていたが、マニュアルを見たことがなかった。 ・マグネットが落下し、料理に混入する可能性を予測できておらず、危機意識が低かった。 | ・担任は園児の症状を早く保護者に伝えようと園児の名前の確認やダブルチェックを怠った。 ・個別連絡に慣れが生じ、個人情報への意識が薄れていた。 ・ダブルチェックができていなかった。 |
| 再発防止のための改善策 | ・調乳前に哺乳瓶などの破損のチェックを行い、定期的に確認する。 ・洗浄時や調乳時に一人の保育者が行うことで見落としを防ぐ。 ・哺乳瓶を洗う際は、シンクに直接哺乳瓶を置かず、必ずケースの中で洗い、欠ける可能性を減らす。 | ・事故防止マニュアルの見直し記載されている内容は声を出して読み合わせをする。 ・ミルクを調乳する際は、「調乳室に入ってミルクを作ります。ポットの温度は0℃です」と必ず声かけをする。また、一番大切な「70℃以上の温度確認」は大きく目につくところに掲示する。 | ・ピスのないトングを使用する。他の調理器具も確認し変更する。 ・作業開始前と終了後に器具の異常がないか確認する。正常な状態を写真に残す。 ・盛り付け時は異物の混入がないか、目視と触診にて確認する。 ・異物混入対応マニュアルの再周知 ・事故発生時は全職員に周知することを徹底する。 | ・マニュアルを全員で確認。調理前に調理台の環境チェックし記入。 ・調理台の上の棚は整理整頓し不要な物は持ち込まない。 ・メモを調理台に貼らずホワイトボードを設置。 ・盛り付けは複数で行い声を掛け合い全員が落ちて取り掛かる。鍋やボウルの底から全体をよく混ぜ合わせ異物の確認をする。 | ・初心に戻り、業務一つ一つ丁寧に確認しながら行う。 ・宛先、送る文章の確認、写真を送信しないなど、マニュアルに沿ってダブルチェックを行うことら送信する。また全職員とマニュアルを共有する。 |