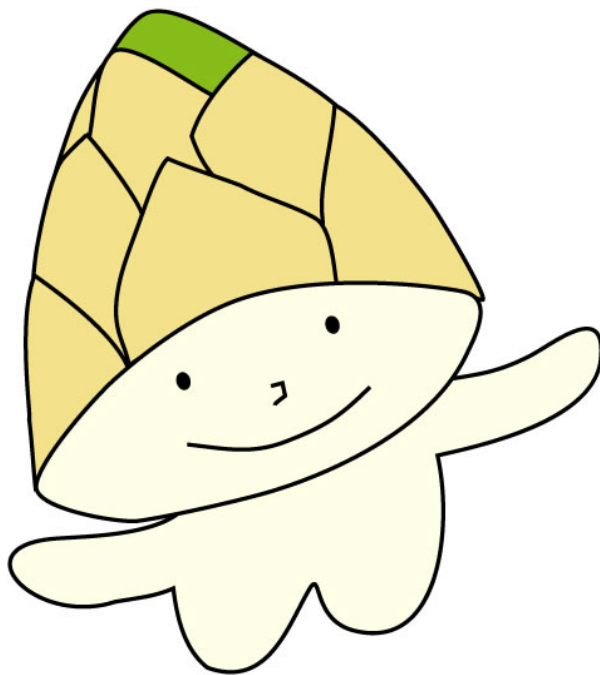


令和7年度

# 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7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5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)

こども家庭庁の発表によると、教育・保育施設等において、令和5年1月から12月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) …	2,763 件
死亡事故 ………………	9 件
合計 ………………	2,772 件

死亡事故の主な死因は、病死1人、窒息1、溺死1人、原因不明等6人です。

令和6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、340件となっており、発生件数はほぼ横ばいです。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。

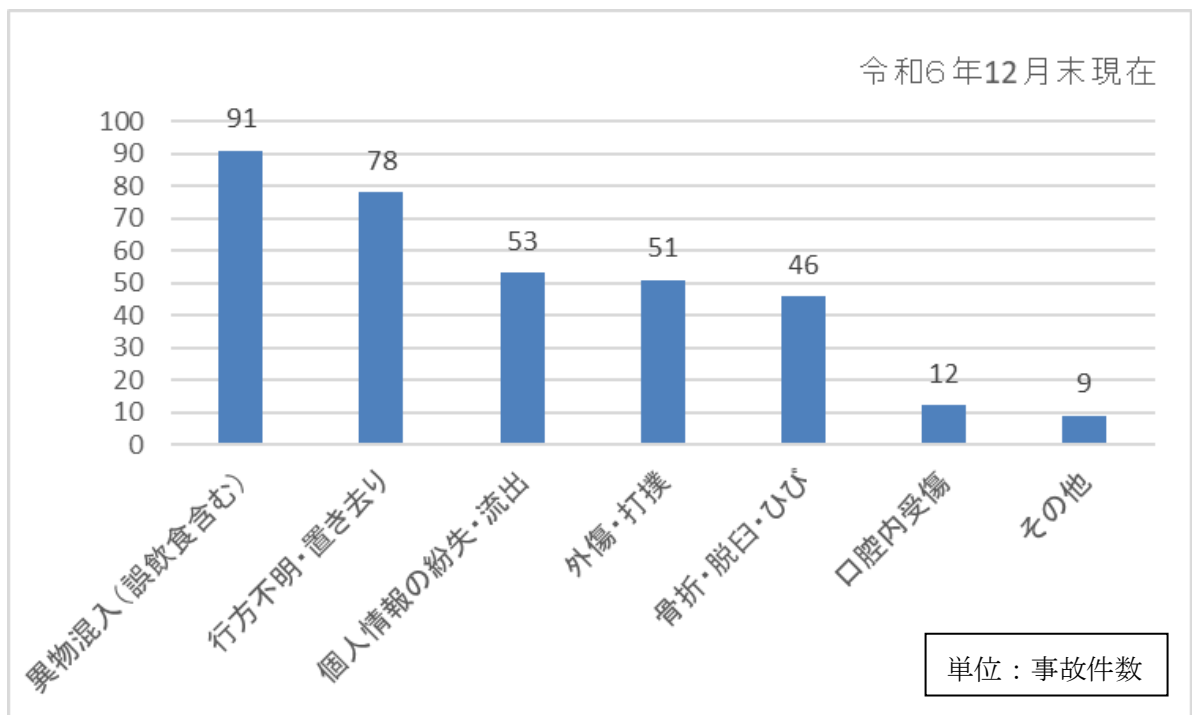
事故を防止するためには、保育者一人ひとりが危機管理意識を高め、全職員が共通の認識を持って連携していくことが必要です。

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。

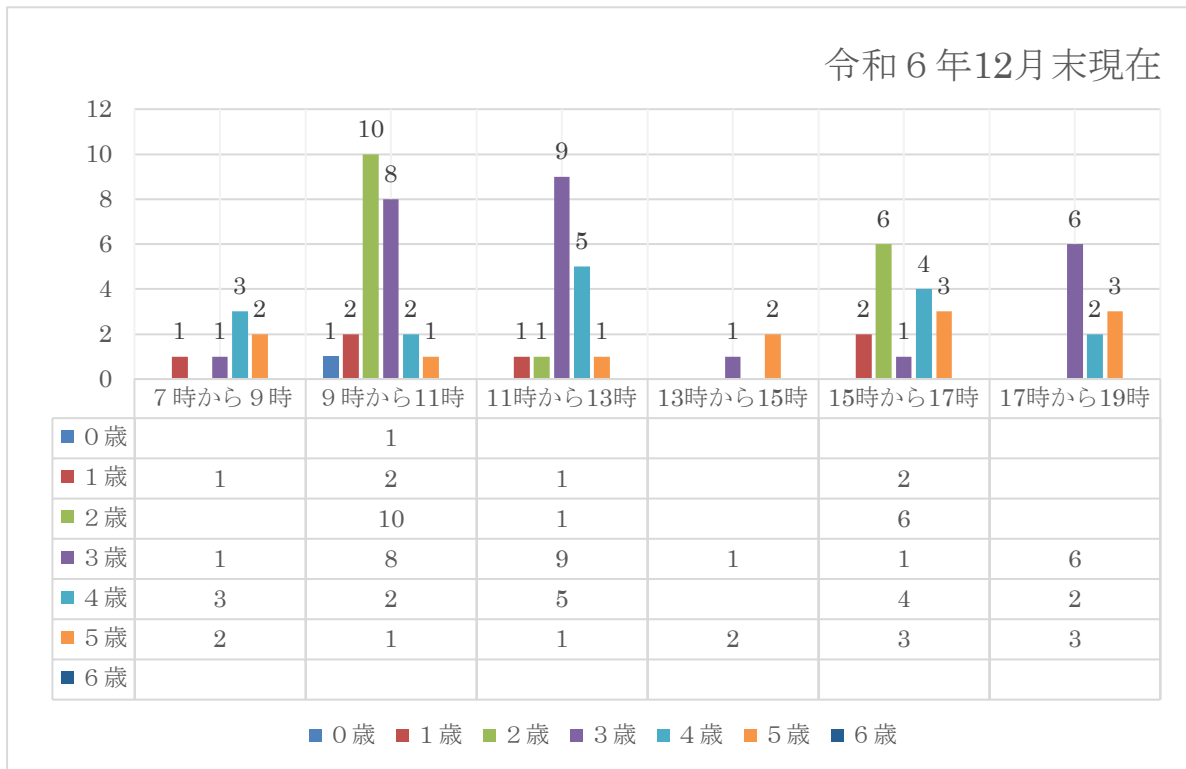
**児童の生命の保持及び安全の確保は、保育所等の責務です。**

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6年1月から12月)

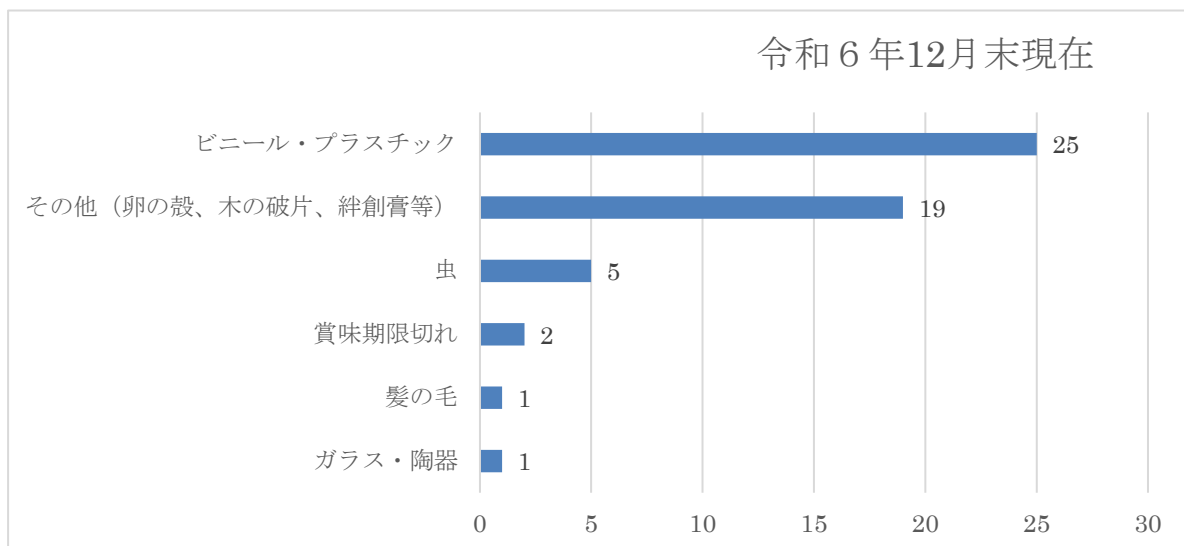


## (2) 行方不明・置き去りの内訳



発生原因について施設の状態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。

## (3) 異物混入の内訳



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](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、必ずブレスチェックを行い一人ひとり記録する【0歳児は5分に1回、1歳児は10分に1回】

十分な観察ができる明るさの確保

顔面および唇の色の確認

鼻や口の空気の流れや音の確認

呼吸に伴う胸郭の動きの確認

体に触れて体温確認

・窒息予防のために寝具や周辺環境について以下の点を毎日チェックします。

布団はアイロン台くらいの硬さのものが望ましい。

シーツはしわがないか常に点検する。

授乳後、ゲップを十分に出してから寝かせる。

睡眠時に着衣の襟や袖口で口を塞がないように留意する。

顔のまわりやベッドの柵にタオルなどを置いたりかけたりしない。

毛布や布団などのかけものは、顔にかからないように胸までとする。

飲み込む危険のある遊具を手の届くところに置いたままにしない。

## エ 水遊び、プール遊び

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

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

## オ 骨折

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

- 児童の骨は成長過程にあり、まだ柔らかいので「不完全な損傷」になるとことがあります。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に実施しましょう。

## (カ) 救急対応訓練実施の徹底

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

### 【想定される事故の例】

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

## (キ) 避難訓練等の実施

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

### 【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、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(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"> <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、園名及び個人情報等を削除した上で、市内各園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、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 \(PDF: 176KB\)](#)

事故発生対応フロー図

1. 事故発生

2. 現場での対応

3. 保護者への連絡

4. 市・区への報告

5. 国への報告

6. 事後対応

7. 事後評価

8. 事後報告

9. 事後フォロー

10. 事後評価

11. 事後報告

12. 事後フォロー

13. 事後評価

14. 事後報告

15. 事後フォロー

16. 事後評価

17. 事後報告

18. 事後フォロー

19. 事後評価

20. 事後報告

21. 事後フォロー

22. 事後評価

23. 事後報告

24. 事後フォロー

25. 事後評価

26. 事後報告

27. 事後フォロー

28. 事後評価

29. 事後報告

30. 事後フォロー

31. 事後評価

32. 事後報告

33. 事後フォロー

34. 事後評価

35. 事後報告

36. 事後フォロー

37. 事後評価

38. 事後報告

39. 事後フォロー

40. 事後評価

41. 事後報告

42. 事後フォロー

43. 事後評価

44. 事後報告

45. 事後フォロー

46. 事後評価

47. 事後報告

48. 事後フォロー

49. 事後評価

50. 事後報告

51. 事後フォロー

52. 事後評価

53. 事後報告

54. 事後フォロー

55. 事後評価

56. 事後報告

57. 事後フォロー

58. 事後評価

59. 事後報告

60. 事後フォロー

61. 事後評価

62. 事後報告

63. 事後フォロー

64. 事後評価

65. 事後報告

66. 事後フォロー

67. 事後評価

68. 事後報告

69. 事後フォロー

70. 事後評価

71. 事後報告

72. 事後フォロー

73. 事後評価

74. 事後報告

75. 事後フォロー

76. 事後評価

77. 事後報告

78. 事後フォロー

79. 事後評価

80. 事後報告

81. 事後フォロー

82. 事後評価

83. 事後報告

84. 事後フォロー

85. 事後評価

86. 事後報告

87. 事後フォロー

88. 事後評価

89. 事後報告

90. 事後フォロー

91. 事後評価

92. 事後報告

93. 事後フォロー

94. 事後評価

95. 事後報告

96. 事後フォロー

97. 事後評価

98. 事後報告

99. 事後フォロー

100. 事後評価

101. 事後報告

102. 事後フォロー

103. 事後評価

104. 事後報告

105. 事後フォロー

106. 事後評価

107. 事後報告

108. 事後フォロー

109. 事後評価

110. 事後報告

111. 事後フォロー

112. 事後評価

113. 事後報告

114. 事後フォロー

115. 事後評価

116. 事後報告

117. 事後フォロー

118. 事後評価

119. 事後報告

120. 事後フォロー

121. 事後評価

122. 事後報告

123. 事後フォロー

124. 事後評価

125. 事後報告

126. 事後フォロー

127. 事後評価

128. 事後報告

129. 事後フォロー

130. 事後評価

131. 事後報告

132. 事後フォロー

133. 事後評価

134. 事後報告

135. 事後フォロー

136. 事後評価

137. 事後報告

138. 事後フォロー

139. 事後評価

140. 事後報告

141. 事後フォロー

142. 事後評価

143. 事後報告

144. 事後フォロー

145. 事後評価

146. 事後報告

147. 事後フォロー

148. 事後評価

149. 事後報告

150. 事後フォロー

151. 事後評価

152. 事後報告

153. 事後フォロー

154. 事後評価

155. 事後報告

156. 事後フォロー

157. 事後評価

158. 事後報告

159. 事後フォロー

160. 事後評価

161. 事後報告

162. 事後フォロー

163. 事後評価

164. 事後報告

165. 事後フォロー

166. 事後評価

167. 事後報告

168. 事後フォロー

169. 事後評価

170. 事後報告

171. 事後フォロー

172. 事後評価

173. 事後報告

174. 事後フォロー

175. 事後評価

176. 事後報告

177. 事後フォロー

178. 事後評価

179. 事後報告

180. 事後フォロー

181. 事後評価

182. 事後報告

183. 事後フォロー

184. 事後評価

185. 事後報告

186. 事後フォロー

187. 事後評価

188. 事後報告

189. 事後フォロー

190. 事後評価

191. 事後報告

192. 事後フォロー

193. 事後評価

194. 事後報告

195. 事後フォロー

196. 事後評価

197. 事後報告

198. 事後フォロー

199. 事後評価

200. 事後報告

201. 事後フォロー

202. 事後評価

203. 事後報告

204. 事後フォロー

205. 事後評価

206. 事後報告

207. 事後フォロー

208. 事後評価

209. 事後報告

210. 事後フォロー

211. 事後評価

212. 事後報告

213. 事後フォロー

214. 事後評価

215. 事後報告

216. 事後フォロー

217. 事後評価

218. 事後報告

219. 事後フォロー

220. 事後評価

221. 事後報告

222. 事後フォロー

223. 事後評価

224. 事後報告

225. 事後フォロー

226. 事後評価

227. 事後報告

228. 事後フォロー

229. 事後評価

230. 事後報告

231. 事後フォロー

232. 事後評価

233. 事後報告

234. 事後フォロー

235. 事後評価

236. 事後報告

237. 事後フォロー

238. 事後評価

239. 事後報告

240. 事後フォロー

241. 事後評価

242. 事後報告

243. 事後フォロー

244. 事後評価

245. 事後報告

246. 事後フォロー

247. 事後評価

248. 事後報告

249. 事後フォロー

250. 事後評価

251. 事後報告

252. 事後フォロー

253. 事後評価

254. 事後報告

255. 事後フォロー

256. 事後評価

257. 事後報告

258. 事後フォロー

259. 事後評価

260. 事後報告

261. 事後フォロー

262. 事後評価

263. 事後報告

264. 事後フォロー

265. 事後評価

266. 事後報告

267. 事後フォロー

268. 事後評価

269. 事後報告

270. 事後フォロー

271. 事後評価

272. 事後報告

273. 事後フォロー

274. 事後評価

275. 事後報告

276. 事後フォロー

277. 事後評価

278. 事後報告

279. 事後フォロー

280. 事後評価

281. 事後報告

282. 事後フォロー

283. 事後評価

284. 事後報告

285. 事後フォロー

286. 事後評価

287. 事後報告

288. 事後フォロー

289. 事後評価

290. 事後報告

291. 事後フォロー

292. 事後評価

293. 事後報告

294. 事後フォロー

295. 事後評価

296. 事後報告

297. 事後フォロー

298. 事後評価

299. 事後報告

300. 事後フォロー

301. 事後評価

302. 事後報告

303. 事後フォロー

304. 事後評価

305. 事後報告

306. 事後フォロー

307. 事後評価

308. 事後報告

309. 事後フォロー

310. 事後評価

311. 事後報告

312. 事後フォロー

313. 事後評価

314. 事後報告

315. 事後フォロー

316. 事後評価

317. 事後報告

318. 事後フォロー

319. 事後評価

320. 事後報告

321. 事後フォロー

322. 事後評価

323. 事後報告

324. 事後フォロー

325. 事後評価

326. 事後報告

327. 事後フォロー

328. 事後評価

329. 事後報告

330. 事後フォロー

331. 事後評価

332. 事後報告

333. 事後フォロー

334. 事後評価

335. 事後報告

336. 事後フォロー

337. 事後評価

338. 事後報告

339. 事後フォロー

340. 事後評価

341. 事後報告

342. 事後フォロー

343. 事後評価

344. 事後報告

345. 事後フォロー

346. 事後評価

347. 事後報告

348. 事後フォロー

349. 事後評価

350. 事後報告

351. 事後フォロー

352. 事後評価

353. 事後報告

354. 事後フォロー

355. 事後評価

356. 事後報告

357. 事後フォロー

358. 事後評価

359. 事後報告

360. 事後フォロー

361. 事後評価

362. 事後報告

363. 事後フォロー

364. 事後評価

365. 事後報告

366. 事後フォロー

367. 事後評価

368. 事後報告

369. 事後フォロー

370. 事後評価

371. 事後報告

372. 事後フォロー

373. 事後評価

374. 事後報告

375. 事後フォロー

376. 事後評価

377. 事後報告

378. 事後フォロー

379. 事後評価

380. 事後報告

381. 事後フォロー

382. 事後評価

383. 事後報告

384. 事後フォロー

385. 事後評価

386. 事後報告

387. 事後フォロー

388. 事後評価

389. 事後報告

390. 事後フォロー

391. 事後評価

392. 事後報告

393. 事後フォロー

394. 事後評価

395. 事後報告

396. 事後フォロー

397. 事後評価

398. 事後報告

399. 事後フォロー

400. 事後評価

401. 事後報告

402. 事後フォロー

403. 事後評価

404. 事後報告

405. 事後フォロー

406. 事後評価

407. 事後報告

408. 事後フォロー

409. 事後評価

410. 事後報告

411. 事後フォロー

412. 事後評価

413. 事後報告

414. 事後フォロー

415. 事後評価

416. 事後報告

417. 事後フォロー

418. 事後評価

419. 事後報告

420. 事後フォロー

421. 事後評価

422. 事後報告

423. 事後フォロー

424. 事後評価

425. 事後報告

426. 事後フォロー

427. 事後評価

428. 事後報告

429. 事後フォロー

430. 事後評価

431. 事後報告

432. 事後フォロー

433. 事後評価

434. 事後報告

435. 事後フォロー

436. 事後評価

437. 事後報告

438. 事後フォロー

439. 事後評価

440. 事後報告

441. 事後フォロー

442. 事後評価

443. 事後報告

444. 事後フォロー

445. 事後評価

446. 事後報告

447. 事後フォロー

448. 事後評価

449. 事後報告

450. 事後フォロー

451. 事後評価

452. 事後報告

453. 事後フォロー

454. 事後評価

455. 事後報告

456. 事後フォロー

457. 事後評価

458. 事後報告

459. 事後フォロー

460. 事後評価

461. 事後報告

462. 事後フォロー

463. 事後評価

464. 事後報告

465. 事後フォロー

466. 事後評価

467. 事後報告

468. 事後フォロー

469. 事後評価

470. 事後報告

471. 事後フォロー

472. 事後評価

473. 事後報告

474. 事後フォロー

475. 事後評価

476. 事後報告

477. 事後フォロー

478. 事後評価

479. 事後報告

480. 事後フォロー

481. 事後評価

482. 事後報告

483. 事後フォロー

484. 事後評価

485. 事後報告

486. 事後フォロー

487. 事後評価

488. 事後報告

489. 事後フォロー

490. 事後評価

491. 事後報告

492. 事後フォロー

493. 事後評価

494. 事後報告

495. 事後フォロー

496. 事後評価

497. 事後報告

498. 事後フォロー

499. 事後評価

500. 事後報告

501. 事後フォロー

502. 事後評価

503. 事後報告

504. 事後フォロー

505. 事後評価

506. 事後報告

507. 事後フォロー

508. 事後評価

509. 事後報告

510. 事後フォロー

511. 事後評価

512. 事後報告

513. 事後フォロー

514. 事後評価

515. 事後報告

516. 事後フォロー

517. 事後評価

518. 事後報告

519. 事後フォロー

520. 事後評価

521. 事後報告

522. 事後フォロー

523. 事後評価

524. 事後報告

525. 事後フォロー

526. 事後評価

527. 事後報告

528. 事後フォロー

529. 事後評価

530. 事後報告

531. 事後フォロー

532. 事後評価

533. 事後報告

534. 事後フォロー

535. 事後評価

536. 事後報告

537. 事後フォロー

538. 事後評価

539. 事後報告

540. 事後フォロー

541. 事後評価

542. 事後報告

543. 事後フォロー

544. 事後評価

545. 事後報告

546. 事後フォロー

547. 事後評価

548. 事後報告

549. 事後フォロー

550. 事後評価

551. 事後報告

552. 事後フォロー

553. 事後評価

554. 事後報告

555. 事後フォロー

556. 事後評価

557. 事後報告

558. 事後フォロー

559. 事後評価

560. 事後報告

561. 事後フォロー

562. 事後評価

563. 事後報告

564. 事後フォロー

565. 事後評価

566. 事後報告

567. 事後フォロー

568. 事後評価

569. 事後報告

570. 事後フォロー

571. 事後評価

572. 事後報告

573. 事後フォロー

574. 事後評価

575. 事後報告

576. 事後フォロー

577. 事後評価

578. 事後報告

579. 事後フォロー

580. 事後評価

581. 事後報告

582. 事後フォロー

583. 事後評価

584. 事後報告

585. 事後フォロー

586. 事後評価

587. 事後報告

588. 事後フォロー

589. 事後評価

590. 事後報告

591. 事後フォロー

592. 事後評価

593. 事後報告

594. 事後フォロー

595. 事後評価

596. 事後報告

597. 事後フォロー

598. 事後評価

599. 事後報告

600. 事後フォロー

601. 事後評価

602. 事後報告

603. 事後フォロー

604. 事後評価

605. 事後報告

606. 事後フォロー

607. 事後評価

608. 事後報告

609. 事後フォロー

610. 事後評価

611. 事後報告

612. 事後フォロー

613. 事後評価

614. 事後報告

615. 事後フォロー

616. 事後評価

617. 事後報告

618. 事後フォロー

619. 事後評価

620. 事後報告

621. 事後フォロー

622. 事後評価

623. 事後報告

624. 事後フォロー

625. 事後評価

626. 事後報告

627. 事後フォロー

628. 事後評価

629. 事後報告

630. 事後フォロー

631. 事後評価

632. 事後報告

633. 事後フォロー

634. 事後評価

635. 事後報告

636. 事後フォロー

637. 事後評価

638. 事後報告

639. 事後フォロー

640. 事後評価

641. 事後報告

642. 事後フォロー

643. 事後評価

644. 事後報告

645. 事後フォロー

646. 事後評価

647. 事後報告

648. 事後フォロー

649. 事後評価

650. 事後報告

651. 事後フォロー

652. 事後評価

653. 事後報告

654. 事後フォロー

655. 事後評価

656. 事後報告

657. 事後フォロー

658. 事後評価

659. 事後報告

660. 事後フォロー

661. 事後評価

662. 事後報告

663. 事後フォロー

664. 事後評価

665. 事後報告

666. 事後フォロー

667. 事後評価

668. 事後報告

669. 事後フォロー

670. 事後評価

671. 事後報告

672. 事後フォロー

673. 事後評価

674. 事後報告

675. 事後フォロー

676. 事後評価

677. 事後報告

678. 事後フォロー

679. 事後評価

680. 事後報告

681. 事後フォロー

682. 事後評価

683. 事後報告

684. 事後フォロー

685. 事後評価

686. 事後報告

687. 事後フォロー

688. 事後評価

689. 事後報告

690. 事後フォロー

691. 事後評価

692. 事後報告

693. 事後フォロー

694. 事後評価

695. 事後報告

696. 事後フォロー

697. 事後評価

698. 事後報告

699. 事後フォロー

700. 事後評価

701. 事後報告

702. 事後フォロー

703. 事後評価

704. 事後報告

705. 事後フォロー

706. 事後評価

707. 事後報告

708. 事後フォロー

709. 事後評価

710. 事後報告

711. 事後フォロー

712. 事後評価

713. 事後報告

714. 事後フォロー

715. 事後評価

716. 事後報告

717. 事後フォロー

718. 事後評価

719. 事後報告

720. 事後フォロー

721. 事後評価

722. 事後報告

723. 事後フォロー

724. 事後評価

725. 事後報告

726. 事後フォロー

727. 事後評価

728. 事後報告

729. 事後フォロー

730. 事後評価

731. 事後報告

732. 事後フォロー

733. 事後評価

734. 事後報告

735. 事後フォロー

736. 事後評価

737. 事後報告

738. 事後フォロー

739. 事後評価

740. 事後報告

741. 事後フォロー

742. 事後評価

743. 事後報告

744. 事後フォロー

745. 事後評価

746. 事後報告

747. 事後フォロー

748. 事後評価

749. 事後報告

750. 事後フォロー

751. 事後評価

752. 事後報告

753. 事後フォロー

754. 事後評価

755. 事後報告

756. 事後フォロー

757. 事後評価

758. 事後報告

759. 事後フォロー

760. 事後評価

761. 事後報告

762. 事後フォロー

763. 事後評価

764. 事後報告

765. 事後フォロー

766. 事後評価

767. 事後報告

768. 事後フォロー

769. 事後評価

770. 事後報告

771. 事後フォロー

772. 事後評価

773. 事後報告

774. 事後フォロー

775. 事後評価

776. 事後報告

777. 事後フォロー

778. 事後評価

779. 事後報告

780. 事後フォロー

781. 事後評価

782. 事後報告

783. 事後フォロー

784. 事後評価

785. 事後報告

786. 事後フォロー

787. 事後評価

788. 事後報告

789. 事後フォロー

790. 事後評価

791. 事後報告

792. 事後フォロー

793. 事後評価

794. 事後報告

795. 事後フォロー

796. 事後評価

797. 事後報告

798. 事後フォロー

799. 事後評価

800. 事後報告

801. 事後フォロー

802. 事後評価

803. 事後報告

804. 事後フォロー

805. 事後評価

806. 事後報告

807. 事後フォロー

808. 事後評価

809. 事後報告

810. 事後フォロー

811. 事後評価

812. 事後報告

813. 事後フォロー

814. 事後評価

815. 事後報告

816. 事後フォロー

817. 事後評価

818. 事後報告

819. 事後フォロー

820. 事後評価

821. 事後報告

822. 事後フォロー

823. 事後評価

824. 事後報告

825. 事後フォロー

826. 事後評価

827. 事後報告

828. 事後フォロー

829. 事後評価

830. 事後報告

831. 事後フォロー

832. 事後評価

833. 事後報告

834. 事後フォロー

835. 事後評価

836. 事後報告

837. 事後フォロー

838. 事後評価

839. 事後報告

840. 事後フォロー

841. 事後評価

842. 事後報告

843. 事後フォロー

844. 事後評価

845. 事後報告

846. 事後フォロー

847. 事後評価

848. 事後報告

849. 事後フォロー

850. 事後評価

851. 事後報告

852. 事後フォロー

853. 事後評価

854. 事後報告

855. 事後フォロー

856. 事後評価

857. 事後報告

858. 事後フォロー

859. 事後評価

860. 事後報告

861. 事後フォロー

862. 事後評価

863. 事後報告

864. 事後フォロー

865. 事後評価

866. 事後報告

867. 事後フォロー

868. 事後評価

869

## 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あいながら行う。
- (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。
- (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

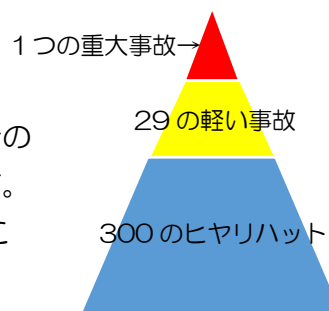
ヒヤリハットとは、重大な事故には至らないものの、一步手前の事例、すなわち、重大な事故になってもおかしくない事例に「気づく」ことです。

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

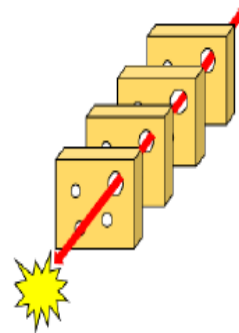
日常的にヒヤリハットの報告をしたり、職員会議や園内研修の場で、危ないと感じることを出し合ってみたりすることで、保育を行う上での注意点について共有することができます。

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>

[清水1]

#### 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。

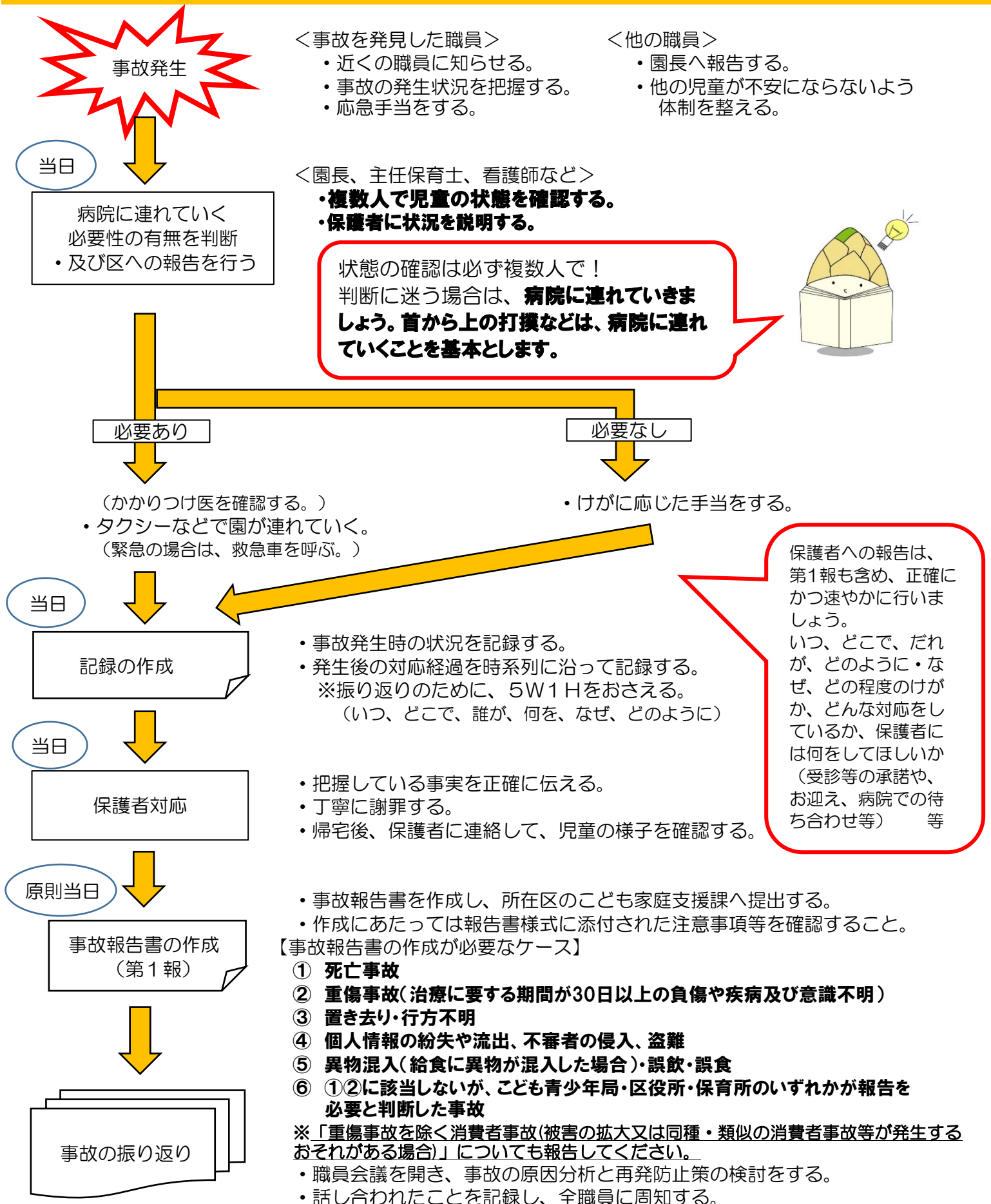
### Point アレルギー食対応の人的エラーを減らす方法の例

- ・ 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



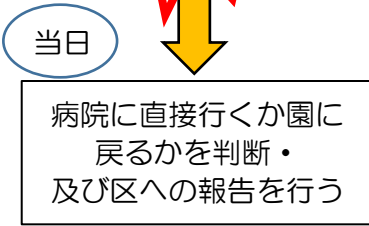


＜事故を発見した職員＞

- ・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＞

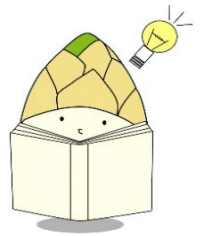
- ・園へ連絡して応援を求める。
- ・他の児童の状況を把握し、安全を確保する。
- ・園長へ必ず報告をする。



＜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。）

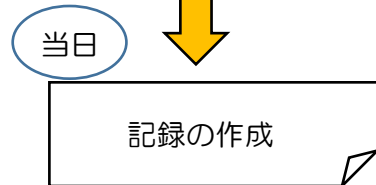
・園に戻り次第、児童の状況を確認する。

- ・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。）

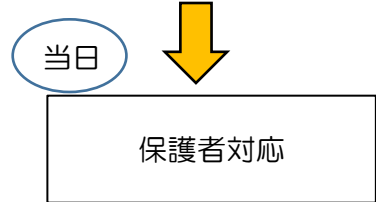
＜他の職員＞

- ・応援職員が到着後、他の児童を連れて園に戻る。

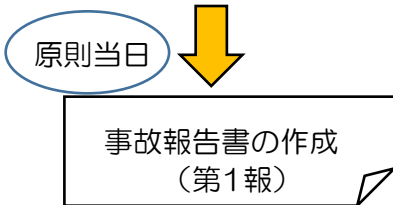
保護者への報告は、第1報も含め、正確にかつ速やかに行いましょう。いつ、どこで、だれが、どのように・なぜ、どの程度のけがか、どんな対応をしているか、保護者には何をしてほしいか（受診等の承諾や、お迎え、病院での待ち合わせ等）



- ・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。



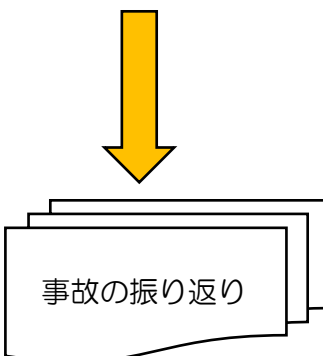
- ・事故報告書を作成し、所在区のこども家庭支援課へ提出する。
- ・作成にあたっては報告書様式に添付された注意事項等を確認すること。

【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 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	

事件事案 ( ) 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  
 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</b> 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、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、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	

# 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・教育施設等において、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、誰もいないかを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
	安全装置で確認している

## 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」  
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

歳児	名前	チェック ※ブレスチェック表は、各施設・事業の開所時間に合わせて作成し、どの時間帯の睡眠であってもチェックを行ってください。																																																						
		0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55							
		7時					8時					9時					10時																																							
		11時					12時					13時					14時																																							
		15時					16時					17時					18時																																							
		7時					8時					9時					10時																																							
		11時					12時					13時					14時																																							
		15時					16時					17時					18時																																							
		7時					8時					9時					10時																																							
		11時					12時					13時					14時																																							
		15時					16時					17時					18時																																							
		7時					8時					9時					10時																																							
		11時					12時					13時					14時																																							
		15時					16時					17時					18時																																							
		7時					8時					9時					10時																																							
		11時					12時					13時					14時																																							
		15時					16時					17時					18時																																							

\*睡眠チェックは0歳児は5分・1歳児は10分ごとに観察し、確認後にチェックを入れる。\*記録者が分かるように記載しましょう。(例)記録者の頭文字等を記入

\*睡眠中の児童の・姿勢・顔色・呼吸の状態を観察しチェックする。

\*満1歳までは仰向けに寝かせる。毎日チェックする。  
また窒息予防のため次の点に留意する。

- 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
- 呼吸に伴う胸部の動きの確認
- 体に触れて体温確認

\*室内温度や換気に注意しましょう

- 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す。
- 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掛けたりしない。
- 飲み込む危険のある遊具を手の届くところに置きっぱなしにしない。

## 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6年1月～令和6年12月

種類	骨折	骨折	骨折	骨折	骨折	
事例	尺骨骨折(全治3週間)	右脛骨骨幹部骨折(全治30日)	左母趾基節骨骨折(全治35日)	右鎖骨骨折(全治30日)	左脛骨骨折(全治30日)	
年齢	2歳3か月	5歳6か月	5歳4か月	1歳5か月	4歳1か月	
事故の状況	事故内容	2歳児10名 保育者4名 保育者1名は片づけを行う。当該児はテーブル2台重ね(約80cm)よりジャンプ、下に敷いた布団に着地した後そのまま寝転ぶ。続いて他児が当該児左腕付近に飛び降りた。当該児が泣き、痛がっている左腕を確認する。腫れなし。その後動かしても痛がる様子なし。冷やして様子を見る。午前寝、食事中に泣いたり左腕を庇う姿が見られる。	3歳児10名 5歳児12名 保育者3名 5歳児はウッドデッキで鬼ごっこ、だるまさんが転んだで遊ぶ。当該児が「だるまさんが転んだ」で走っている前で、鬼ごっこ中の子が転ぶ。当該児は急に止まれず転んだ子を跨ぐ形で左足を前に出す。後ろに残った右足に痛みを感じ歩けない状態になる。	5歳児14名 保育者3名 朝の会が終わり、園外活動に行く準備を行うため、ロッカーにあるリュックから水筒を取りに行く。当該児の隣のロッカーの子がリュックから水筒の紐を持ち水筒を出したが、紐が長く床すれすれに落としてしまい、当該児の左足の親指付け根辺りに当たる。痛がって泣いている当該児に気付く、事務所に連れて行く。	1歳児10名 保育者3名 当該児は、おむつ替え後カラーボックスにつかまり立ちをして周りの様子を見ていた。つかまり立ちをしていた当該児に、他児がぶつかってしまい、当該児が転倒した。転倒後すぐに保育者が近くにいき抱っこをした。泣き止んだため保育を続行、移動の際抱っこすると泣き、肩のあたりに触れると痛がる様子があった。	3歳児11名 保育者2名 園庭で巧技台を準備、順番に登ってジャンプを始めた。当該児は1巡目のジャンプの様子で着地など上手にできていたの、2巡目の際、担任は手を添えず一人でジャンプ、両足で着地。少し前かがみの姿勢になり、両手をマットについた。体は支えられていたが、手をついた状態で「いたい」と訴えた。どこが痛むかを確認すると左すねあたりを指した。
	月・曜日・時間帯	4月 月曜日 9:55	6月 火曜日 10:30	6月 水曜日 9:30	6月 月曜日 9:30	7月 水曜日 9:55
	場所	保育室	公園	保育室	保育室	園庭
	保育状況	障害物遊び	屋外活動中	園外活動準備中	室内遊び	巧技台からジャンプ
事故の分析	ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・週明けの午前中、いつもと違う保育室を使用しており、子どもたちはやや興奮気味だった。 ・設定を途中変更 数名が早くやろうとテーブルに近づく。	・場所に合わせた遊び方ではなかった。(鬼ごっことだるまさんが転んだを同時に行う)	・早く並ぼうとする雰囲気や状況があった。	・当該児がカラーボックスにつかまり立ちをしていたが、カラーボックスを道路に見立てて遊んでいた他児がぶつかった。	・足首を回すなどの準備体操が不足していた。 ・厳しい暑さのため、戸外での運動が久しぶりだった。
	ソフト面(マニュアル・研修等) 人的面(保育者の状況等)	・終了時間が近づき職員一人が片づけに回った。 ・数秒間ジャンプから目を離れた時に他児が来たため当該児の移動が間に合わなかった。	・園児の動線が交差するのを予想できなかった。 ・人力的には問題はないが、遊ぶ種目を一つにする方が良いことに気づき発信(提案)できると良かった。	・事故が起こり得るという予測がなかった。危機意識が足りなかった。	・当該児はつかまり立ちで不安定な時があるが、保育者がそばにいなかった。	・1人ずつ順番に巧技台を登ってジャンプし、1回目は個々の様子をつかむ。当該児は上手に跳べていたため、2回目の際に担任は手を添える補助をしなかった。
再発防止のための改善策	・年齢やクラスの様子をふまえて活動時間を設定する。設定を変更すれば子どもはどこに集まるか予想できるので、流れを調節する。 ・子どもを集めてから片づける。 ・普段から職員同士の声掛けを行うことで、「〇〇君そっちに行きました」など声掛けができるようにする。	・安全に楽しく遊べる範囲を設定し、遊ぶ種目は一つずつにする。 ・遊具の配置に考慮し、園児の動線が交差しないようにする。 ・職員同士が発信力を高める。	・密集しないために、子どもたちを急がせることなく、順番に準備できるように促す。 ・以前にもステンレスボトルによる事故があったが、保護者には軽い水筒を勧めるのみで禁止にはしていなかった。今回の事故を保護者へ周知し、ステンレス製の水筒の使用を禁止とした。	・活発な他児の動きを見て早めに声を掛けたり、当該児の遊ぶ場所を変えたり安全な場所への誘導をする。 ・保育者同士声を掛け合い動ける体制にする。 ・他児の行動に気を付け激しい時は、別の空間に行けるよう配慮する。	・運動前には必ず準備運動を行う。巧技台の跳び方を知らせてから活動する。 ・久々の運動時は、複数の職員が近くですぐに援助できるようにする。 ・巧技台の高さが子どもたちの年齢や発達、動きに合わせた高さになっているか、再度確認する。	

種類	創傷(切創・裂傷)		口腔内受傷		創傷(切創 裂傷等)		行方不明・置き去り	
	事例		前歯抜歯(全治2年)		顔面創傷(全治13日)		置き去り	
	年齢		5歳4か月		3歳3か月		3歳5か月	
事故の状況	事故内容	4歳児7名 保育者1名 水分補給のため階段横に移動する。当該児は水分補給後ベンチの方に走って行く。少し経って当該児がベンチの方で泣いていると他児が知らせにくる。保育者が泣いている当該児の額の傷を確認 つまずいた時にベンチの角に当たったものと思われる3~4cmの切り傷あり。救急車を要請する。	3歳8名 4歳9名 5歳10名 保育者2名 室内ではお絵描き、ブロック、鉄棒、椅子とリゲームを楽しむ。当該児は鉄棒遊びをしていた。他児が鼻血を出し、保育者Aが止血、保育者Bは保育者Aの指示を受け室外へ手袋を取りに行く。その間に当該児は、鉄棒の支柱から飛び降りマット外に着地 両手をつくが、勢い余り口を床にぶつける。上前歯4本ぐらつき、変色があり。	2歳児8名 保育者2名 保育者は、日誌等の入力をすませたパソコンを戸棚に片付けるところだった。パソコン本体の上にマウスとアダプターを入れた容器をのせていた。戸棚に置く瞬間、後ろ側にいた子どもの声に気を取られて振り返った時に、持っていた物を落してしまった。すぐそばにいた子どもが泣き出し、見ると座った状態で左眉の下から出血していた。	1歳児12名 保育者3名 屋上園庭で人数確認を行い階段を下りた。保育者は列の先頭、真ん中、最後尾に分かれていた。最後尾にいた保育者が全員扉の中に入ったと思い、園児1名を残して屋上扉を閉めた。(園児は屋上扉の閉まる前に、保育者から見えない死角に移動していたと思われる)移動中も人数確認をしていたが、職員間で伝えきれなかった。保育室に到着し人数の最終確認を行い1名いないことに気づいた	2歳児10名 保育者5名 保育者2名が申し送りをしている所で、当該児がトイレに行きたいと伝えたが保育者は気づかなかった。別の保育者が気づいたことで、申し送り中の保育者も気づき、ドアを開けてトイレに行くように促した。申し送りの終わった保育者は当該児がトイレに入っていることを失念し、トイレのドアを開けて施錠した。当該児がトイレの中で泣いていることに気がつきドアを開けた。		
	月・曜日・時間帯	5月 木曜日 16:38	5月 金曜日 17:25	8月 火曜日 15:00	1月 火曜日 16:00	1月 金曜日 17:18		
	場所	園庭	保育室	保育室	屋上園庭	2歳児保育室トイレ		
	保育状況	屋外活動中	室内遊び	午睡後	屋上園庭から保育室に移動	保育室でコーナー遊び		
	事故の分析	ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・ベンチのあるスペースに段差あり。ベンチの向き、位置によっては怪我につながる。 ・水分補給の場と遊んでいた場所が離れていた。	・運動遊びのスペースで椅子とリゲームが始まり、場所確保のため鉄棒、マットを移動した。(鉄棒の横にマットなし)	・パソコンの収納場所について保育舎の危機管理の認識が不足していた。 ・子どもが近くにいるのに戸棚に片付けようとした。	・屋上園庭の中央の位置にある出入口から両側の広い部分に死角となるスペースがある。 ・屋上扉は重くドアストッパーが使用できない。	・トイレの扉が開いていたにもかかわらず、トイレ内を確認せずに保育者が扉を閉めてしまった。	
		ソフト面(マニュアル・研修等) 人的面(保育者の状況等)	・子どもの人数は少なかったが、保育者は1名で遊ぶ場所を限定していなかった。 ・遊具の傍で走るのは危ないと伝えていたが、伝わりきれなかった。	・鼻血処理のため室内に職員が1名になり、対応に追われ慌ただしくなった。 ・当該児の普段の様子から怪我をするとは思わなかった。	・8名の2歳児に保育者2名がいたが午睡後の子どもの動きを気にしながらも2名とも片付け作業を行ってしまった。	・屋上園庭の扉を押さえ、段差や階段扉の補助など、3名の職員では園児の対応が困難な状況だった。階段を下りながら人数確認を行ったが、園児の泣き声で聞こえづらかった。階段には折り返し場所や安全柵の開閉箇所があり、人数確認の共有が難しかった。	・子どもがトイレに行ったことを保育室内の保育者全員で共有していなかった。 ・子ども1人だけでトイレに行かせてしまった。 ・危機管理への意識が低い。 ・他の業務に手を取られ、子どもへの注意が不足していた。	
再発防止のための改善策	・ベンチのスペースの段差を解消する。ベンチの位置を見直す。角の部分に緩衝用のクッションを貼る。 ・保育士の目の届く範囲で遊ぶようにする。 ・水分補給後は急いで遊びに戻らないように声を掛ける。 ・子どもの場所を確認しながら全員同じ流れで水分補給する。	鼻血、怪我対応時は保育者が部屋に1人にならないようにする。 ・止血処理用の手袋やビニール袋を保育室内に置く。 ・鉄棒の両サイドにもマットを置く。	・パソコンの収納場所の変更 ・戸棚の中の物の出し入れについて、近くに子どもがいないことの確認を徹底する。 ・保育者同士の声掛けや連携ができるようにする。 ・全職員に周知様々な場面での転落防止の意識を強化する。	・それぞれが確認したことを、必ず伝え合う。聞こえない場合も、自分の耳で聞くまで確認を行う。 ・ドアを閉める前に、再度職員が確認する。保育体制上難しい場合は、事務所や他クラスの職員へ依頼する。 ・指はさみ防止対策を行う。(蝶番付近に設置できるもの)	・子どもがトイレに行くときには職員が必ずついて見守る。 ・トイレの扉が開いている時はトイレ内に子どもがいるか確認する。 ・子どもがトイレにいる際は、保育室内全体に周知する。 ・保育室に面したトイレの扉は施錠をしない。			

種類	行方不明・置き去り						
	事例	置き去り	置き去り	行方不明	置き去り	行方不明	
	年齢	3歳8か月	1歳10か月	3歳10か月	2歳6か月	2歳10か月	
事故の状況	事故内容	2歳児4名 保育者2名 2歳児4名は2名の保育者と手をつないで帰園 2名が先に玄関に入った。当該児を含めた2名に保育者は玄関の中に入るように促す。保育者は0歳児が使用していたバギーの荷物を持ち、玄関ドアを閉めた。(保育者は最後の1名も中に入ったと思っていた)当該児は自分でドアを開けて入って来た。	0歳児7名 保育者4名 保育者は当該児に園庭に向かうよう声を掛け、散歩リュックを取りに階段下倉庫に向かう。保育者の後ろを当該児がついて歩き、散歩リュックを取り出した際に保育者と扉の隙間を通り倉庫内に入る。保育者は倉庫内を確認せずに鍵を掛ける。保育者が水道前を通った時に階段下倉庫から当該児の泣き声が聞こえ、泣いている本児を発見する。	3歳児8名 4, 5歳児19名 保育者2名 朝の自由活動を3歳児室で行っている際に保育者が運動会のお披露目の為にプレイルームに行くことを伝え、片付けを促す。当該児は遊びの中断を嫌がりプレイルームに行かないことを主張 保育者の話で2歳児室で待つと思いき移動するが保育者は移動したことに気付かなかった。2歳児保育室の前の廊下で泣いている当該児を発見する。	2歳児8名 保育者2名 エレベーターに乗り、屋上園庭へ移動 降りる時に、屋上出入口が散らかっていたため保育者が片付け始めた。子どもが流れ込むようにエレベーターから降りだし、対応をしている間にエレベーターの戸が閉まってしまった。最後に降りる予定であった保育者が気づき、直ぐに戸を開く。当該児はエレベーターの一番奥にいた。	2歳児11名 保育者3名 公園で自由遊びを始める。当該児とは別の子が竹林の中に入ったため保育者が同行する。竹林から戻って来た時に当該児がいないことを知る。別の保育者が高校生より「みどりの帽子の子が歩いている」と情報を受けとり探しに行く。歩道橋のあたりで枝を引きずりながら歩いているところを発見する。	
	月・曜日・時間帯	2月 火曜日 11:43	3月 月曜日 9:50	3月 木曜日 8:58	4月 火曜日 10:10	4月 火曜日 10:55	
	場所	保育園玄関	1階の階段下倉庫	室内	エレベーター	公園	
	保育状況	散歩先から帰園	散歩出発前	室内遊び	屋上への移動	散歩先	
	事故の分析	ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	・最後に入る保育者が全体を確認しなかった。	・倉庫内が散らかっていて気付にくい環境だった。 ・保育者が急いでいたため扉を開ける前後で周囲の確認を行えていなかった。	・ゲート等も置いておらず一人でクラスに入る状況になっていた。 ・教室移動の準備のため明確な判断が難しい状況を作ってしまった。	・事前に、屋上園庭までの道のりと屋上園庭の確認作業をしていなかった。	・個別に対応したため、見守る範囲が広がっていた。 ・担任が休みでより細かく子どもたちの情報、共有ができていなかった。
		ソフト面 (マニュアル・研修等) 人的面 (保育者の状況等)	・子ども全員が玄関内に入るのを確認せず違う作業を行い、子どもの姿を見落としていた。 ・2歳児になると習慣で玄関から中へ入っていると思込み、当該児を見落としてしまった。	・園庭に向かっている児に気を取られ閉める際に倉庫内を見えていなかった。 ・園内での見失いについて、意識が低かった。	・園児の人数の確認を怠った。 ・対象児の気持ちを考慮した対応をきちんと決めていなかった。 ・職員間での伝達不足や役割の認識が明確でなかった。	・園児の特性を捉えられていなかった。また、職員も意思の疎通や連携がまだできていなかった。 ・新年度の園児確認チェック表が準備できていなかった。	・個別に対応したり、見えない範囲に動く場合、相談がないまま動いてしまった。 ・事故防止マニュアルは作成されていて共有されているつもりだったが新人保育者の中にまだ落とし込めていなかった。
再発防止のための改善策	・玄関に入る際は、人数確認をしながら子どもを誘導する。 ・子どもは予測できないような行動をする時もあるので、安全な環境に置かれるまでは目を離さないようにする。 ・思い込みをせず、常に子どもの位置を確認し全体に目を向ける。	・階段下倉庫内の環境を整える。 ・行方不明も合わせて訓練に取り入れていく。 ・人数確認を怠らずに行き、声を掛け合い把握できるようにする。 ・扉の開け閉めを確認する。 ・扉の開け閉めを声に出して周知することで他の職員も注意できるようにする。	・可動式のゲートを設置し、自由に入出りができないようにする。 ・安全に落ち着いた状態で教室移動の準備を行う。 ・園児の人数確認を一人ひとりの顔を見ながら適宜行う。 ・教室移動をする際には保育室に園児が残っていないことを確認する。	・早い段階で、マニュアルの読み合わせを全職員で行う。 ・事前に、屋上と屋上までの道のりの安全点検を行う。 ・園児の行動予測をしっかりと行い、突発的な事態に対応していく。 ・保育者間で声を掛け合い、全園児から目を離すことがないようにする。	・どこまでなら見守れるのか危険が起きる手前での範囲を職員同士で共有する。 ・個々の行動パターンを情報共有し、必要に応じて園児や職員間で声を掛け合い安全を確保していく。 ・事故が起こった時の園長、保護者への報告が適切ではなかったため改めて共有する。		

種類	誤飲・誤食				
	誤食	誤飲の疑い	誤飲	誤飲	誤食
事例	賞味期限切れ	保冷剤	しぼんだ風船	セロファン	未食食材の摂取
年齢	0歳～2歳 74名	4歳9か月	0歳7か月	0歳10か月	1歳0か月
事故内容	調理室にて、0・1・2歳児の午前おやつのため、冷蔵庫に保存していた未開封の牛乳を準備する。検食担当者が検食を行う。異味・異臭はなく異常なし。0・1・2歳児の各保育室にておやつを提供する。提供後に7本中5本の牛乳が賞味期限切れであることに気付く。園長・看護師・主任に報告。園児の健康観察を行う。(特に74名変わらないことを確認)	当該児が室内で友だちにひっつかれ右腕にひっかき傷が出来腫れる。担任が清浄綿で傷口を拭きとり保冷剤(ペーパーで包む)で冷やす。すぐに腫れは引いたが当該児の希望で午睡中も保冷剤を使用 担任は午睡担当保育者2名の内1名に保冷剤で冷やしている旨を引継ぐ。引継ぎを受けた午睡担当保育者1名は当該児から離れ他の子を寝かしつける。当該児はもう1名の午睡担当保育者に保冷剤を嚙んで口に含んだことを伝える。	0歳児3名 保育者3名 0歳児保育室にて、0歳児3名自由あそびをしていた。保育者Aは調乳室で洗い物をしていた。保育者Bは当該児以外の2名の傍にしていた。3人目の保育者Cが、ヘルプに入ってきた際、当該児の口に泡っぽいものが見つかった。保育者Cが口を拭こうとティッシュを取ろうとした際、当該児が15時に飲んだミルクを吐き出す。吐しゃ物にしぼんだ風船があった。	0歳児4名 保育者4名 16:20当該児が急に咳込み保育者Aが抱っこして様子を見る。保護者対応の為保育者Aから保育者Bに交代する。園児の咳は続いていた。当該児に水分摂取の準備の為保育者BからCに抱っこを交代する。保育者Cに抱っこ交代した直後、大泣きし痰を少量吐き大量にミルクを吐き出す。(ミルク授乳15:55 140ml)当該児の口元を拭いている時、口腔内(舌の上部)にセロファン状の物を見つけて取り出す。	おやつと離乳食トレイに当該児の後期食と幼児食のおにぎりがあった。保育者Aがトレイのまま提供する。手づかみ食べに移行したばかりの児であるため、手づかみ用もあるものと思いつき、提供する。幼児食のおにかおにぎりを2つ食べてしまう。担任が幼児食のおにぎりを食べていることに気づき、間違えて提供したことがわかる。
月・曜日・時間帯	1月 火曜日 9:00	5月 火曜日 12:50	6月 火曜日 16:35	6月 木曜日 16:30	7月 月曜日 15:10
場所	施設内(保育室)	施設内(保育室)	施設内(保育室)	施設内(保育室)	施設内(保育室)
保育状況	食事中(おやつ中)	室内遊び	室内遊び	室内遊び	食事中(おやつ中)
事故の分析	ハード面(設備等)環境面(保育内容等)	・年末年始で園児数が減少していたが、発注数を通常通りにしたため在庫が過多だった。 ・冷蔵庫内の牛乳が増え、わかりづらかった。	・午睡時も保冷剤を使用して患部を冷やしていた。	・午前中膨らませた風船で遊ぶ。しぼんだ風船8.5cm×4.5cm ・本児は触ったり舐めたりしていた。発見された風船には噛んだような小さな穴があいていた。	・保育室内の環境で、テープで固定する習慣があった。
	ソフト面(マニュアル・研修等)人的面(保育者の状況等)	・今年度、おやつ準備手順書の研修をしていなかった。 ・1月5日に在庫確認をした際、賞味期限のチェックが漏れた。	・2名のフリー保育者がいたが、1名は保冷剤を使用していることが分かっていなかった。怪我の対応をしている保育者は当該児の側を離れてしまった。 ・すぐに水で口腔内を洗い保冷剤が残っていないことを確認をする。保冷剤は、ビニールの袋が少し破れて保冷剤が少量流出していた。	16:35吐き出し後、当該児の口腔内を確認 風船に欠けた部分はなく、小さな穴が開いていたことを確認する。保育者A:調乳室で、哺乳瓶の片づけをしていた。保育者B:他児とかかわっていた。保育者C:保育室内に入ってきて、本児の様子に気付いた。	・つかまり立ちなどをして、転倒しないように見守っていた。咳込みの際には抱っこする。 ・お迎え対応や、おむつ替えなどで保育者の場所移動など、当該児から目を離してしまっているところもあった。
再発防止のための改善策	・園児数に合わせた発注を行う。 ・手順書の確認・共有を行い、意識を高める。 ・開業時と閉業時にチェックをし、ホワイトボードに賞味期限と在庫数を記載する。	・保育者はマニュアル通り、怪我の手当をしている子は事務所か保育室であれば個別に対応する。 ・子どもの側で症状の確認や保冷剤の状態を見て対応をする。 ・保育者は連携を取り合い、個別対応や全体の子どもの見守りをして、子どもの様子を把握をする。	・風船など形が変わるもので遊ぶ際は出しっぱなしにせず、その都度個数を確認しつつ片づけるようにする。 ・他児とかかわる際も、目と意識を全体に配る。一人で見ることが難しい場合は、哺乳瓶などの片づけは落ち着いてから行う。 ・誤飲に対してクローズアップした研修を行う。	・全クラス保育環境を見直しテープ以外で対応 特に乳児クラスは口に入れる姿が多いので玩具の破損等も含め安全点検を強化する。 ・手作り玩具のテープ使用をやめる ・玩具などを口に入れたり、舐めたりする場合は、保育者間で共有、連携を取る ・その場を離れる時は目を離さないように引き継ぎを行う。	・提供時、他児童の食事が混在しやすい環境であった。 ・ラップ等の表示がなかった。 ・食事提供の前段階で、当該児に提供する食事をダブルチェックしてなかった。
					・提供時、食事トレイにラップをして名前を記載するなど配慮する。 ・食事提供の前に、当該児に提供する食事をダブルチェックして確認してから提供する。

種類	個人情報流出				プライバシーの侵害	
	個人情報	個人情報	個人情報	個人情報		
事例	連絡帳の渡し間違い	送信ミス	裏紙使用	児童要録誤送付	園外オムツ替えの写真	
年齢	3歳8か月	0歳10か月	4歳9か月	5歳児	2歳0ヶ月	
事故内容	17:36遅番担当保育者Aがお迎えの対応 他保育者2名は保育室にて園児3名の保育をする。当該児母親のお迎えで降園(この際、園児Bの連絡帳を渡す) 18:08園児B母親のお迎え(当日最終のお迎え)園児Bに連絡帳を渡し忘れそのまま園児Bは降園 18:10保育室に戻り連絡帳が1冊残っていることに気づき、手に取ると当該児の名前を確認、連絡帳の渡し間違いに気づき発覚	当日、当該児は手足口病により欠席 保護者より登園再開に必要な書類について問い合わせがある。担任Aがシステムにて返信内容を入力する。(氏名、手足口病が入った文章)入力後担任間で確認する。(※配信先が当該児だけでなく、0歳児全員に設定されていた)主任保育士に保護者宛に配信をするための承認申請を依頼する。承認後に配信する。(0歳児全員)	担任が園児1名の氏名、担任の療育センター参観希望日が記入された用紙のコピーを裏紙保管箱に入れる。裏紙を確認せず、塗り絵の用紙として使用保育室で塗り絵を担任が見た際、個人情報が記載された裏紙を使用していたことに気付く。園長・本部担当者へ報告 保育室にあった塗り絵は回収したが、ある保護者から子どもが持ち帰った塗り絵の裏に個人情報が記載されていると園に連絡が入る。	15:30 小学校から電話連絡が入る。内容:令和5年度横浜市保育所児童要録について1枚目(表)と2枚目(裏)の児童名が違っていると指摘があった。対応を園長と相談し連絡することを伝える。園長に報告し園内保管の横浜市保育児童要録を確認 園内保管原本は間違っていなかった。 15:40保育家庭支援課に連絡する。 15:45小学校に連絡をし正しいものを届けに行くことを伝える。	9月末アプリで、全園児向けに写真を投稿 18時頃に承認し、保護者が閲覧できる状態になる。10/3、3歳児保護者より、9/30の2歳児のアプリに女児の下半身が写っていると報告を受ける。散歩先公園 ベンチの後ろでオムツ替えをしている状況(ポンチョは、はだけた状態で下半身露出)が背景に写っていた。写真中央ではなく、端に写っている状態 担任に当日の状況確認をしオムツ替えをした児がいたこと 認。	
月・曜日・時間帯	3月 月曜日 17:36	5月 火曜日 12:00	5月 金曜日 午後	7月 水曜日 15:30	9月 月曜日 18:00	
場所	施設内(保育室)	施設内(保育室)	施設内(保育室)	施設内	公園	
保育状況			異年齢児・室内遊び		外遊び	
事故の分析	ハード面(設備等) 環境面(保育内容等)	入れ物の中に連絡帳が何冊も並んでいるので当該児の連絡帳を取り出したつもりが、隣の連絡帳を手にしてしまった。	・タブレットの画面が入力しづらかった。画面を大きくして操作しなかった。・他に確認できる機材(パソコン)があったが使用しなかった。	・園児の情報が記入されているにも関わらず、裏紙箱に入れた。・その後、確認せずに裏紙として使用した。	・要録のデータが1枚目、2枚目とばらばらになっている。	・園外でオムツを替える際ポンチョを着用して人目につかないように配慮していたが、実際には園児の下半身が露出する場面があった。
	ソフト面(マニュアル・研修等) 人的面(保育者の状況等)	・お迎えの対応をする保育者が連絡帳が入っている入れ物から取り出し、保護者へ手渡した。他の保育者と名前の確認を行っていなかった。・お迎えの対応をする保育者のみが入れ物から連絡帳を取り出していた。・他の保育者は子どもの対応をしていた。	・入力操作ミスによる誤配信 複数の職員で確認したが、見落とししてしまった。配信の承認者は「宛先」「内容」を確認することになっているが、このうち「宛先」の確認が抜けていた。	・個人情報に対する認識が薄かった。	・要録の確認はデータ上で行っていた。(園長、主任、担任) 小学校名は一字違いだった。	・写真撮影時、アプリにアップする際、事前の確認が不十分だった 撮影された写真に児童の下半身が映っていたことに気づかず、責任者の確認も漏れ、アプリにアップされた。・裸、特に下半身や下着などのプライベートゾーンが写っている写真は投稿をしない。
再発防止のための改善策	・連絡帳を挟んでいるクリップに名前が書かれているのでクリップの名前と連絡帳の名前を確認する。・連絡帳の名前を他の保育者にも確認してもらう。・一人に任せるのではなく他の保育者とダブルチェックすることで渡し間違いをなくしていく。	・保護者に配信する場合は、複数の職員で確認を行う。・目視だけでなく、指差し・声出し確認も必要と考えられる。	・個人情報を扱う際は事務所内で行う。・裏紙は園全体で使用を禁止とする。・個人情報漏えいの意識を高めるための職員研修を実施する。・会議等の内容を記録に残し、全職員に伝わるように周知する。	・要録のデータは1枚目、2枚目と分けず一人ずつまとめて保存をする。・データ上ではトリプルチェックを行っているが、印刷した原本、コピーも必ずトリプルチェックを行い小学校へ送るようにする。	・戸外でのオムツ替えは基本行わない。必要時は死角になる場所でポンチョを用い当該児の身体を覆い行う。・写真選別ルールを改め写真撮影並びに、WEB上掲載の際は確認手順を強化、細部までの確認を徹底していく。	



# 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）