

保育所等における事故防止のための

「安全確認監査」の手引き

令和元年 7月 1日
宮城県保健福祉部子育て社会推進課
(令和元年 12月 18日一部修正)
(令和 3年 3月 31日一部修正)
(令和 4年 3月 24日一部修正)
(令和 4年 9月 30日一部修正)
(令和 5年 4月 1日一部修正)
(令和 6年 4月 1日一部修正)

保育所等における事故防止のための「安全確認監査」の手引き

I はじめに

(1) ねらい等

- ・全国の保育所等において、死亡等重篤な事故の発生は後を絶たないことから、これまで行ってきた保育所等の監査方法の見直しを求める声が多くなっており、それに伴い、事前通告なし（抜き打ち）で午睡時やプール実施時等に国のガイドラインの遵守状況等について確認する監査・立入調査等（以下「安全確認監査」という）を実施する都道府県等も増加している。

■特定教育・保育施設等重大事故検証報告書（平成 29 年 8 月緑区私立認可保育所）抜粋

平成 30 年 5 月さいたま市社会福祉審議会特定教育・保育施設等重大事故検証専門分科会

【提言 8】午睡時及びプール実施時の立入調査の強化

市が認可指導権限を有する特定教育・保育施設等に対する監査は毎年実施されている。

また市では、過去の死亡事故を踏まえ、午睡時の抜き打ちによる立入調査を実施している。

しかし、プール活動は午睡時と同様に危険度が高いが、プール活動中に国のガイドラインが遵守されているか、市による確認のための立入調査等は行われていなかった。

よって、プールの実施時期は概ね 6 月から 8 月と限られるが、市が認可指導権限を有する特定教育・保育施設等のプール活動実施中に立入調査を実施すべきである。

■認定こども園に係る緊急調査と適正運営・再発防止のための指針 抜粋

（平成 29 年 7 月 24 日 兵庫県健康福祉部こども政策課）

(2) 指導監査等の強化

② 抜き打ち監査・調査の活用による牽制効果の強化

虐待事案等緊急を要する事案の通報があった場合の抜き打ち監査や、日常的な抜き打ちの訪問調査を推進する。

■企業主導型保育施設における午睡時抜き打ち調査の結果について （抜粋）

（公益財団法人 児童育成協会 HP：http://www.kodomonono-shiro.or.jp/より 2017.6.7）

平成 29 年度企業主導型保育事業指導・監査実施要領等に基づく、午睡時抜き打ち調査を 12 件（5 月末現在）実施しました。

主な指摘事項は次のとおりです。

- ・うつぶせ寝の幼児（1 歳児）がみられた。
- ・シーツの布団への固定が行われていない。
- ・午睡時状況のチェック表等による確認、記録が行われていない。
- ・落下物等の危険防止策がとられていない。
- ・午睡室に午睡時注意喚起のミニポスターが貼られていない。

6 月からは午睡時抜き打ち調査の全国実施、一般（特別）立入調査を開始していきます。指導・監査についてご協力をお願いするとともに、安心・安全な保育の実施、適正な施設運営について改めてお願いいたします。

■保育施設における死亡事故の特徴と教訓 2015 年 5 月 12 日より

https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyouiku_hoiku/k_5/pdf/s2-1.pdf

重大事故の再発防止策に関する検討会 赤ちゃんの急死を考える会
弁護士・社会福祉士 寺町東子

2. 重大事故の発生防止に何が必要か

(3) 指導監督体制

○目的は、保育されている子どもの命をまもること

○外形からは、良心的な事業者と悪質な事業者の区別はつかない。

→子どもに代わって、良い意味での緊張感を持たせるのが行政の役割

○抜き打ち調査の必要性

(現在の通知) 原則：予告調査、例外：特別立入調査は抜き打ち

→多くの自治体で、反対解釈（特別な事象が無ければ抜き打ち調査はできない）されている現状

→抜き打ち調査のアナウンス効果を活用することの推奨、

「技術的助言」の趣旨（各自治体の創意工夫が必要であること）の確認を

- ・そのような状況に対応するため、本県としても、安全確認監査を行うこととし、保育所等での死亡等重大な事故の未然防止に努めることとする。

- ・「安全確認監査」を行う目的は、重大事故の発生リスクを低下させ、子どもの安全を確保することにあることから、施設側の全職員が「なぜ、そのような安全確保措置等を行わなければならないのか」をしっかりと理解し、日々の保育活動に当たる必要がある。

- ・本手引きは、このような観点から、調査員が施設に立ち入る時点から、各保育室等の監査中に実施・確認する事項について、順を追って示すとともに、確認する理由等を理解しやすいように、具体的に事例・通知・規程等を示し解説したものである。
- ・また、監査を行う県側・監査を受ける施設側が同内容の手引きを共有することとし、共有認識のもと、協調して重大事故の発生リスク低減を図ることも狙いとしている。

(2) 留意事項等

①本手引きの位置づけ等について

- ・本手引きは、安全確認監査の調査員が確認すべき事項等について列記しているが、あくまで、死亡事故等重大な事故の防止の観点から、監査の際に、目視や保育士等への質問で確認可能な事項に絞って記述している。
- ・そのため、国の関係する通知、「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」、及び保育所保育指針等を網羅した内容とはなっていない。
- ・従って、「各施設はこの資料で確認を求められていることのみを対応すれば良い」というものではなく、この手引きにより監査当日に確認できない事項等についても、施設内の研修等により、継続的に注意喚起、周知等が図られるべきものである。
- ・一方、限られた時間の中で、極力、子どもの保育に影響のない範囲で、効率よく監査を実施必要があることから、当日は監査員の判断で、項目を絞って確認することも想定している。

- ・なお、本手引きにおける確認事項は、「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（平成 28 年 3 月 内閣府）等を参考に作成したものであるが、例えば午睡中の子どもの状況確認の間隔等は、国も明確な基準を示しているものではない。
- ・また、東日本大震災での事例等を参考に、本県が独自に定めた事項も含まれている。
- ・更に、実際の監査に用いた際に生じた問題点等や、今後他都道府県等で重大事故が発生した場合の事故報告書等を踏まえ、本手引きの内容を適切に見直すこととする。

II 監査での確認事項等

1 施設の門、玄関等での確認

保育所に到着したら、監査員は以下について確認します。

番号	確認事項	説明
	1 来園者の確認等 (1) 門扉が施錠されているなど、職員の確認なしに外部から施設に入ることができないようになっているか (2) 子どもだけで容易に外出できないようになっているか	・誰でも自由に入ることができると不審者の侵入も許すこととなります。 ・また、子どもが勝手に出ることができると、保育中の所在不明事故等も起こりかねません。
1	実例・通知・規程等 ■児童福祉施設等における児童の安全の確保について（平成 13 年 6 月 15 日） （雇児総発第 420 号）（別添－ 2 ）児童福祉施設・事業(通所型)における点検項目 1 日常の安全管理 ○ 来訪者用の入口・受付を明示し、外部からの人の出入りを確認しているか。 ■認定こども園、幼稚園、保育所、小学校等における危機管理（不審者侵入時の対応）の徹底について（令和 3 年 11 月 29 日 内閣府子ども・子育て参事官付他 事務連絡） ①不審者の侵入等緊急時の対応マニュアルを整備するとともに、実践的な訓練、園内研修の充実等を通じて、全職員等が、不審者を発見したときの情報伝達や緊急時の役割分担、指示の流れや避難経路・避難場所等について、共通理解を図ること。（R4.3 追記） ■平成 13 年 6 月 8 日。大阪教育大学附属池田小学校に刃物を持った男が侵入し、1 年生と 2 年生 8 名の尊い命が奪われた。 犯人は公判で「門が閉まっていたら入らなかったかもしれない」という趣旨のことを語っている。 ■令和 3 年 11 月 9 日。宮城県登米市豊里こども園に刃物を持った男が敷地内に侵入した。当該園は、園の危機管理マニュアルに基づき、不審者発見後、園庭にいた子どもを屋内に速やかに避難させるなどの対応を行い、園児及び職員に怪我などはなかった。（R4.3 追記） ■保育の安全・教育研究センターの HP （https://daycaresafety.org/以下同じ）2018 より 〔5 歳児が 80 分間、所在不明に〕島根県松江市の市立幼保園で 4 月 20 日、5 歳児が 80 分間、行方不明になっていたことがわかった。午後 3 時 20 分ごろ、園舎 2 階にいた児の姿が見えなくなった。 担任が 1 人で園舎や園庭などを探したが見つからず、約 50 分後に職員室に連絡。その後、	

	複数の保育士らが園外を見回ったが、4時40分ごろ、1人で数キロ離れた自宅に帰っていると母親から電話があるまで所在を把握できなかった（山陰中央新報、5月31日）。
--	--

2 危機（安全）管理責任者の確認等

危機（安全）管理に関する責任者（所長が不在の場合等は副所長・主任保育士）を呼び出し、以下について確認します。

番号	確認事項	説明
	1 責任者の順位等 （1）危機管理に関する責任者は誰になるのか、その順位・順番を決め、他の職員等に周知しているか。（対応した者が適切に回答できる必要がある）	・施設長等が不在の場合等でも、危機管理上の迅速かつ適切な意思決定が行えるよう、責任者となる予定の者は、日頃からその心構えをし、訓練、研修、他の職員への周知等が行われている必要があります。 ・東日本大震災の際には、責任者の判断が人的被害の発生を左右したと思われる事例もあることから、調査員には、そのことを教訓として、施設側にしっかり伝えていく努力が求められます。
2	実例・規程等 ■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 ① 緊急時の役割分担を決め、掲示する。 ○事故発生時に他の職員に指示を出す役割について、施設長・事業所長、副施設長・副事業所長、主任保育士など、順位を付け明確にするとともに、事故発生時の役割ごとに分担と担当する順番・順位を決め、事務室の見やすい場所に掲示する。 ■「東日本大震災被災保育所の対応に学ぶ」～子どもたちを災害から守るための対応事例集～平成25年3月 全国保育協議会 保育所が海の前には立っているため、津波情報は入ってきていなかったが、すぐさま避難することとし、所長は職員に対し、園児を職員の車に便乗させ、それぞれ避難先である数キロメートル先の小学校に移動するよう指示した。 保育所周辺には高い建物等がまったくないため、事前に、有事には車で当該小学校に避難することに決めていた。これは、毎年行われる地域の防災訓練に毎回、保育所全体で参加する経験によって共有できていた申し合わせであり、これによって子どもを守ることができた。 ■「東日本大震災被災保育所の対応に学ぶ」～子どもたちを災害から守るための対応事例集～平成25年3月 全国保育協議会 （R3.3修正） 災害対応マニュアルでは、まず近くの小学校の屋上に避難し、状況を見て さらに高台に移動する記述としていたが、地震の揺れの大きさから、第一 次避難先も危険と判断し、直接、第二避難先である高台へと避難をした。 なお、避難する時は、防寒のため、職員が子どもたちのための毛布も持って避難した。	

3 災害時の避難場所等に関する確認

災害時の危機（安全）管理に関する責任者に質問する等し、下記の事項について、確認します。

番号	確認事項	説明
3	1 災害時の対応等 (1) 責任者が災害時にリスクとなり得る地理的状况等を理解し、当該施設の防災計画等に適切に反映しているか。 (2) 災害時の情報収集の方法等をあらかじめ定めているか。 (3) 保護者への引き渡しのルールを定め、訓練等により定期的に保護者に周知しているか。 (責任者（対応した者）が適切に回答できる必要がある)	・責任者は、施設周辺の地理的状况や、過去の災害などを踏まえ、必要に応じて市町村からの助言等を受ける等して、当該施設の防災計画等を適切に策定する必要があります。 ・東日本大震災では、適切に情報収集できたか否かが、生死を分けた例も多くありました。 ・責任者に適切な情報が届かなければ、避難行動の際などに、迅速・的確な判断が行えない危険性が高くなります。 ・停電によりテレビやラジオが使えずとも、スマートフォン等が広く普及し、インターネットやワンセグ等により情報収集が可能である現在は情報収集の重要性が増していると考えられます。(R3.3 追記) ・自治体庁舎や保育所の無線が被災により使用できなくなった例もあるため、一つだけに頼ることなく様々な情報収集方法を備える必要があります。(R3.3 追記) ・保護者への対応に忙殺され、災害情報等の収集がおろそかになるようなことがないよう、災害時に情報収集を行う担当者を決めておくことが望ましいと考えられます。 ・東日本大震災において、犠牲になった保育所入所児童は、ほとんどが、保護者に引き渡しされた子どもでした。 ・子どもの命を守るためには、施設の場所によっては大雨による増水や、津波などの際には、引き渡しを行わず、保護者とともに保育所にとどまる、あるいは保護者とともに高台に避難すること等も選択肢になり得ます。 ・また、東日本大震災の際には、保育所に迎えに行った保護者が津波に巻き込まれる例もありました。 ・引き渡しを行う暇（いとま）がなく、直ちに避難しなければならない場合も十分想定されます。 ・引き渡しのルールについて、事前に保護者に説明し、了解を得ておく必要があります。
	実例・規程等 ■東日本大震災に係る教育関連記録集 山元町立中浜小学校のケースー そこへ教務主任が戻ってきたのでテレビをつけさせた。テレビの情報は大津波警報で予想到達時刻が10分後を確認。二次避難所の坂元中学校へは平坦地を通り低学年の子どもの足で20分以上かかる。 そこで坂元中学校への避難は断念した。この時災害無線は使用不能。外で、消防車が何か言っているのは分かったが、よく聞き取れなかった。 校庭には低学年の子どもたちが2学年担任と丸くなって座っているのが見えた。私は「津波だ。上にあがれ。」と指示。担任はすぐに察して全員を校舎内に入れ二階に上がって行った。 二階の図書室前で点呼をしている際、テレビは5m～10mの波であると報じている。こ	

こで屋上へ上がることを決断。

この頃から、何人かの保護者が引き取りに来了。学校としては、いつ津波が来るかわからない状況の中で引き渡すより保護者にも屋上に上がることを勧めた。

しかしそれでも引き渡しを求める保護者がいた。学校としては、屋上にいることが安全だと考えていることを再度伝えた上で、家に帰らず、まっすぐに坂元中学校へ行くことを約束してもらい、引き渡しを行った。

この人たちは、途中で車を乗り捨てて高台に登り、危うく難を逃れた方もいたようだった。

■日本保育学会会報 2018 年 1 月 5 日 発行 第 170 号

特 集 災害における子どもと保育

東日本大震災では、行方不明者も含めて犠牲者が 18,000 人を超えた。保育所関係では岩手県、宮城県、福島県の東北 3 県で行方不明者も含めて 114 人の子どもが犠牲になっているが、その内 111 人は迎えに来了保護者に引き渡した後に津波に巻き込まれるなど保育所の管理外で起こっており、保育中に犠牲になったのは宮城県山元町の 3 人のみとされる（河北新報、2011 年 10 月 4 日）。

保護者へ引き渡した後の子どもの命は保護者が責任を持って守ることになるが、保育所でも子どもと保護者が帰宅中に危険にさらされることのないよう周辺の被害状況をできる範囲で情報収集し、場合によっては保護者と一緒に避難してもらうことも含めて、子どもの引き渡しの判断を慎重に行うことが必要であることを意味している。

4 各保育室について、以下の事項を確認します。

(1) 最低基準の遵守状況の確認

① 児童の数

保育室で保育中であれば、児童の数を年齢毎に数えます。保育室外で保育されている場合は、名簿により、当日登園している児童数を確認します。

② 保育士の数・氏名

保育室で保育中であれば、保育士の数を数えます。保育室外で保育されている場合は、シフト表等により、当日保育している保育士数を確認します。

また、確認した保育士の名前を確認し、メモします。（後に保育士証により保育士資格を有しているか確認する場合を想定）

③ 最低基準の確認

別紙の「最低基準確認表」に①、②の数を記入し、必要面積数、必要保育士数を計算し、最低基準の遵守状況について、確認します。（最低基準を満たしていない場合は、その指摘事項となります）

※上記については、施設規模等に応じて、確認する保育室を適宜抽出して検査を行うこととします。

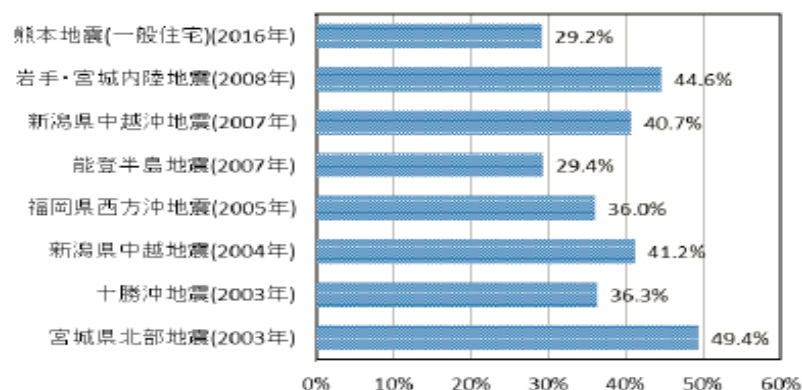
5 危険箇所・物を確認

以下の事項について、確認します。指摘すべき事項があった場合は、写真撮影し、記録として残します。（以下、他の確認事項について同じ）

番号	確認事項	説明
5-1	1 落下物による危険の防止 (1) 地震の際等に落下の危険がある重量物等を、棚の上、壁面収納（引き戸等で地震の際に開く危険性がないものを除く）等に置いていないか (2) 子どもが引っ張ることができるテーブルクロス等がないか	・重量物は高所から落下した場合、幼児に重篤な怪我を負わせる可能性があります。 ・壁面収納等に保管していても、扉に耐震ロック等を行っていない場合、地震の際落下する危険性があります。 ・テーブルクロス等は、幼児が引っ張り、その上にある重量物等が落下する危険性があるため、使わないことが望ましいと考えられます。
	実例・規程等 ■札幌地方裁判所 昭和53年8月31日 2歳8ヶ月児が保育所の<u>冷蔵庫の上の魔法瓶が倒れ掛かり</u>火傷をした事案で、魔法瓶を置いたことに過失が認められた。 ■保育の安全・教育研究センターのHPより 〔消火器が落ちて重傷〕鹿児島県鹿児島市の認可保育園で 2017年12月7日、<u>壁に設置されていた消火器が落下</u>して、5歳児が左足の甲の骨を折る重傷を負っていたことがわかった。 この日の昼過ぎ、室内で児の着替えを手伝っていた保育士が立ち上がった際、床から約1.4メートルの高さにフックで取り付けられていた消火器（重さ約5キロ）に頭が接触して落下した。また、この事故について、市は事故翌日に保育園から報告を受けたが、1月30日まで国に伝えていなかった。鹿児島市市保育幼稚園課は「早く報告すべき事案で、不手際だった」としている（2月1日、読売）。	 https://www.city.chiba.jp/somu/bosai/kagutenntoubousi-renew.html 千葉市のHPより

番号	確認事項	説明
5-2	1 転倒による危険の防止 (1) 家具やピアノ等について、転倒・移動防止策が行われているか。	・強い地震の際には、ピアノなどの重量物も転倒、移動等の危険があります。 ・また、家具等は固定が適切に行われていない場合、子どもの思わぬ行動により、転倒する危険もあります。
	実例・規程等 ■平成30年6月7日独立行政法人国民生活センター HPより 地震による転倒の防止策 www.kokusen.go.jp/pdf/n-20180607_1.pdf 9. 家具・家電の転倒防止策の必要性 過去に発生した大規模地震に関する調査によると、<u>けがをした原因については約30～50%の人が、家具・家電の転倒・落下・移動によるものでした</u>(図7)。	

図7.過去に発生した大規模地震における家具・家電の転倒・落下・移動が原因のけが人の割合



※出典：東京消防庁「熊本地震アンケート調査(戸建住宅編)」(平成29年3月)

■国民生活センターHP

事例1

木製のタンスの引き出しを出して、片足を掛けて遊んでいたが、**突然、タンスとその上に置いていたテレビが倒れてきて**、テレビと床に頭が挟まれる状態となった。

事例2

テレビ台に登って遊んでいたところ、**37インチのテレビごと転倒し**、腹部にテレビが刺さるような形で床に転落した。9日間の入院になった。



(日本ピアノサービス株式会社のHP <http://www.nippon-piano-service.co.jp/taishin-indexhtml.html> より)

番号	確認事項	説明
5-3	1 誤飲による危険の防止 (1) マグネット、画鋏、玩具など、子どもが誤飲する危険性のあるものがないか。 (2) 乳幼児の手の届く位置に漂白剤や消毒液等が置かれていないか	・特に未満児において誤飲のリスクが高いものと考えられます。 ・画鋏は落下の危険があるので、使用しないことが望ましいと考えられます。
	実例・規程等 ■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 【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～ 平成28年3月 エ 誤嚥(玩具、小物等) ○ 口に入れると咽頭部や気管が詰まる等窒息の可能性のある大きさ、形状の玩具や物については、乳児のいる室内に置かないことや、手に触れない場所に置くこと等を徹底する。 ○ 手先を使う遊びには、部品が外れない工夫をしたものを使用するとともに、その子ども	

	ものの行動に合わせたものを与える。 ○ 子どもが、誤嚥につながる物（例：髪ゴムの飾り、キーホルダー、ビー玉や石など）を身につけている場合もあり、これらの除去については、保護者を含めた協力を求める。 ■消費者安全法第 23 条第 1 項の規定に基づく事故等原因調査報告書 平成 29 年 11 月 20 日 生後 9 か月の男児が離乳食を食べていた際、突然顔色不良となり、徐々にぐったりした。家族が男児の背中をたたいたり、人工呼吸をしたりしたが、10～15 分後に到着した救急隊員が心肺停止を確認した。 救急隊員が男児の口腔(こうくう)内を確認したところ、<u>人形用のおしゃぶり型の玩具</u>（写真 1 以下「おしゃぶり型玩具」という。）が出てきた。当該玩具は、男児の兄姉（幼児）の玩具であったが、男児がいつ、どこでこの玩具を口にしたかは不明である。
	■独立行政法人国民生活センターHP より 事例 1 息子がタイマーのふたを取って遊んでいるのを母親が発見したが、その中にあるはずのボタン電池が見当たらなかった。腹部レントゲンで胃に<u>ボタン電池</u>があることを確認したため、マグネットカテーテルで摘出してもらった。（1 歳 男児） ■保育の安全・教育研究センターの HP より 〔貼りつけるトイレ用洗剤・芳香剤の誤飲〕 洋式トイレの便器の内側に貼りつけるタイプの<u>ゼリー状洗剤・芳香剤を子どもが飲み込む事故が多発</u>。去年 1 年間に日本中毒情報センターにあった電話が 200 件を越えたため、同センターは「小さい子どもがいる家ではトイレのドアや便器のフタを閉めておくよう」、注意喚起を行っている。ニュースでは、1 歳の子どもが兄についてトイレに入り、洗剤を手ですくってなめていた事例を紹介。丸くてキラキラしている様子が子どもに興味を持ち、つかまり立ちをした時にちょうど手が届く位置に貼る製品だったので、飲んだのだと思うという保護者の話を掲載している。（NHK、12 月 23 日）



番号	確認事項	説明
5-4	1 衝突等による事故の防止 (1) 保育室内のドアには指ばさみ防止がなされているか。 (2) 家具の角などに安全対策を行っているか。 (3) 扉が外れそうになっている等の施設の整備不良はないか	・他の子どもが閉めた時に指を挟むなどの事故が発生しています。 ・また、家具の角が鋭利な場合は、衝突した際、けがをする恐れがあります。
	実例・規程等 ■独立行政法人国民生活センターHP より <u>トイレのドアに親指を挟んで切断</u> 平成 17 年 10 月下旬に以下のような情報が消費者トラブルメール箱に寄せられました。小学生がドアに指を挟まれて、右手親指の関節部から先を切断する事故が起きました。現場は学童施設内のトイレで、一人が個室に入ってドアを閉めようとした時に、もう一人の手がたまたまドアの吊り元側（蝶番（ちょうつがい）側）の隙間に挟まり、事故に至りました。	



■特定教育・保育施設等における事故情報データベース（平成28年3月31日 更新）

平成27年10月1日13時10分 雨天のため遊戯室で2チーム対抗のリレー練習を行っていた時、本園児が相手の園児と接触し転倒する。その時遊戯室に設置している木製タンスの角に額を打ち創傷する。出血もかなりあり小学校の養護教諭に連絡し来てもらい、救急車を呼び病院へ搬送する。その日のうちに縫合し帰宅する。

■保育の安全・教育研究センターのHPより2017

千葉県市川市の認可外保育園で今年6月、1歳2カ月児が木の引き戸に指を挟まれ、右手の薬指が爪の根元部分でほぼ切断される事故が起きた。神経も骨も切断され、一部の皮膚がかりうじてつながっていた大けが。両親は、園側の対応が不誠実だとして、園長を業務上過失傷害で刑事告訴。また、園の監督官庁である千葉県子育て支援課に、改善勧告を申し入れた。父親と代理人弁護士が8月10日に千葉県庁で記者会見し、明らかにした。（BuzzFeed、8月10日）

■保育の安全・教育研究センターのHPより2017

〔保育室の扉倒れ、子どもがケガ〕 兵庫県西宮市の保育園で2月6日午前7時50分ごろ、2歳児が保育室に入ろうと保育室の扉にふれたところ、扉（約20キロ）が倒れ、児が下敷きになって、顔などに軽傷を負った。扉は木枠にガラスがはめ込まれた引き戸で、昨年12月にはずれかけたことがあり、保護者から「開きにくい」と指摘があった。今月4日にも園児3人がさわった際にはずれたという。（朝日、2月9日）

番号	確認事項	説明
5-5	1 転落事故の防止 (1) 窓の近くに足場となるような物を置くなど、子どもの高所からの転落につながるような箇所がないか。	・転落は子どもの事故原因の多くを占めています。 ・子どもは、ちょっとした物でも足場にして、高所に昇ろうとします。 ・柵等があっても、子どもが通り抜けることができるようになっていないか確認する必要があります。
	実例・規程等 ■独立行政法人国民生活センターHPより 事例1 3階の居間の窓側に置いてあるソファに乗り、ソファから約1メートル上にある窓枠に手を掛け、窓を乗り越えて1階地上部分に転落した。（当事者：1歳 男児）	

	事例 2 5 階の窓枠に干していた布団によじ登り、窓から転落した。（当事者：1 歳 女児） ■東京消防庁 HP より https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/hp-kouhouka/pdf/230721.pdf 1 乳幼児（0 歳～5 歳）の事故は、平成 1 8 年から平成 2 2 年までの 5 年間で 4 4、2 2 5 件発生しています。年齢別では、1 歳で最も事故件数が多くなっています。 2 <u>けがは、「転落」によるものが最も多く</u>、次いで「転倒」、「窒息・誤飲等」と続いています。発生件数は少ないものの「やけど」や「溺れ」は、重症化しやすい傾向があります。 ■保育の安全・教育研究センターの HP より 2018 〔2 階の窓から転落〕1 月 23 日午後 3 時前、石川県金沢市内の福祉健康センターで、市内に住む 1 歳 7 カ月児が 2 階の窓から転落、病院に搬送された。児は大けがをしたとみられる。<u>窓際に設置された高さ約 70 センチの棚に上って遊んでいた</u>ところ、半開きの窓から約 4～5 メートル下のタイル張りの床に転落した。当時、窓が施錠されていたかは不明。転落時、室内には母親と保育士 1 人がいたが、目を離した隙に転落したという（1 月 23 日、24 日、各紙）。
--	---

番号	確認事項	説明
	1 感電事故の防止 (1) コンセントに子どもが触れることができる状態になっていないか。	・子どもの手が届くところにあるコンセントは、家具で隠す等、適切に対応しないと、子どもが異物入れて感電する恐れがあります。 ・なお、コンセントキャップは、誤飲の危険性がありますので、子どもの手が届くところでは、使用しないことが適当です。
5-6	実例・規程等 ■毎日新聞 2017 年 6 月 13 日 https://mainichi.jp/articles/20170613/k00/00e/040/234000c 幼い子どもが<u>コンセントに金属片を差し込んで感電</u>しけがをする事故が全国で目立っている。4 月には福岡市内の保育所で 2 歳の女児が頭に付けていたヘアピンをコンセントに差し込んで感電して指に軽いやけどを負い、市が保育施設に注意を呼びかけた。 ■東京くらし WEB より https://www.shouhiseikatu.metro.tokyo.jp/anzen/test/cap_press.html	キャップを取り外す乳幼児（行動調査）  【0歳児】 0歳児6人で 3種類外しました。  【2歳児】 2歳児6人で 28種類中 25 種類外しました。  【アンケート結果】 キャップを外した子供の4割が 口に持っていきました。

番号	確認事項	説明
5-7	1 閉じ込め事故等の防止 (1) 子どもが入り込み、所在がわからなくなるような場所や死角となるような場所はないか	・子どもは、遊んでいるうちなどに、思わぬところに隠れることがあります。 ・自力で出られなくなり熱中症で死亡する事故が起きています。
	実例・規程等 ■上尾保育所事故調査委員会報告書平成17年12月 https://www.city.ageo.lg.jp/uploaded/attachment/736.pdf 事故の内容 上尾保育所において4歳児20名が散歩から帰ってきた後、10時30分頃から保育室、廊下、ホールで個々に遊んでいた。11時35分頃、給食のため人数確認を担当の保育士が行ったところ、被害児童がいないことに気付き、他の職員とともに保育所の内外を捜すが発見できなかった。 12時10分頃、上尾警察署に捜索依頼をするとともに、引き続き捜していた。12時25分頃、<u>木製スタンド型絵本棚の下</u>の引き戸の中で所長が被害児童を発見するも、既に意識がなかったため、救急車で埼玉医科大学救命救急センターに搬送され救命措置が行われたが、13時50分に死亡が確認された。	図1
	■保育の安全・教育研究センターのHPより2018 〔<u>テレビ台の収納部分で死亡</u>〕福岡県北九州市小倉北区の住宅で5月11日朝、4歳児が意識不明の状態で見つかり、その後、窒息死と確認された。父親は「(児は)見つけた時、テレビ台の収納部分に入っていた」と説明していることがわかった。警察は児がテレビ台に入っていた経緯などについて事情を聞いている。テレビ台の収納部分は幅、奥行き各数十センチ、高さ十数センチで、子どもが入れる大きさという。遺体の状況などから警察は、狭い空間に長時間いたことで死亡した可能性もあるとみている(4月14日、読売)。 ■J-cast ニュース 2015/6/26 12:11 https://www.j-cast.com/2015/06/26238771.html 7歳男児、ドラム式洗濯機に閉じ込められ死亡 東京都青梅市で2015年6月18日、7歳の男児が<u>ドラム式洗濯機の中に閉じ込められて死亡</u>する事故があった。6月25日に複数メディアが報じた。 報道によると、8日未明、母親から「子供が自宅の洗濯機の中に閉じ込められて意識がない」と119番があった。救急隊が駆け付けたところ、男児は洗濯機の中に入ったまま心肺停止状態になっており、搬送先の病院で死亡が確認されたという。 男児は家族が気付かないうちに洗濯機に入り、閉じ込められ呼吸ができなくなった可能性があり、警視庁青梅署は詳しい状況を調べている。	

番号	確認事項	説明
5-8	1 その他の事故防止 (1) 上記の他、事故の原因となるような箇所はないか	・子どもは思わぬ行動を行うものです。 ・想像力を働かせ、危険な箇所を作らない意識が常に必要です。
	実例・規程等 ■保育の安全・教育研究センターの HP より 2013 〔ブラインドやカーテンのヒモの事故で調査実施〕 ブラインドやカーテンのヒモが子どもの首にかかり、窒息する事故があいついでいることを受け、東京都は事故の実態を把握する調査を実施し、事故防止対策の検討を始める。(8月24日、読売、NHK) 〔掛札コメント〕このニュースはすでに7月11日に掲載しています。 欧米では、各種のヒモ付きブラインドはすべてリコールとなっています。保育園の場合、ブラインドはあまり見ませんが、暗幕のヒモなど、隠れた所にヒモがあります(ひもは、「輪」になっていなくても窒息の原因となります) ■保育の安全・教育研究センターの HP より 2017 〔ベッドガードで死亡〕東京都内で9月12日、生後6カ月児がベッドガードとマットレスの間に挟まり、死亡する事故が起きていたことがわかった。同様の死亡事故は8月にも都内で発生(こちらの9月9日参照)。消費者庁は9月22日、ツイッター(@caa_kodomo)で「できるだけベビーベッドに寝かせ、ベッドガードの使用は生後18カ月以降に」と注意を呼びかけた。(9月22日、朝日) ■保育の安全・教育研究センターの HP より 2013 〔巧技台が崩れ、人差し指切断〕山形県庄内町の町立保育園の保育室で今年1月、3歳児が巧技台(すべり台)で遊んでいた際に指を切断する大ケガを負った。21日、町議会全員協議会で町側が明らかにした。保健福祉課によると、児が木製すべり台(高さ約50cm)に登った際、すべり台が崩れ、右手の人差し指が斜面板などの間に挟まれ、指の先端から7mmを切断。すぐに病院で縫合した。児は通園を再開している。当時、室内には保育士ら4人がいたが児から目を離していた。町は治療費を全額負担する方針。(読売、2月22日)	【写真】起こり得る事故の状況のイメージ 

6 午睡中の安全の確認

午睡中だった場合は、上記に加え以下の項目について確認します(0～2歳児のみの確認とする)。

なお、確認は、保育室での目視と、保育に当たっている保育士に直接質問すること等により行います。

番号	確認事項	説明
6	1 午睡中の事故防止 (1) 部屋の明るさは、子どもの様子がわかる程度となっているか (子どもの顔色等の様子がわかるか) (2) うつぶせで寝ている子どもはいないか (3) 子どもの顔に布団がかかっているなど、呼吸の妨げになるようなものはないか (4) 0歳児は5分、1歳児は10分、2歳児は15分おきに呼吸の	・「教育・保育施設等における重大事故防止策を考える有識者会議 年次報告」(平成30年7月)では、「死亡事故で最も多い年齢、発生時状況は、0歳～1歳児

状況等をチェックし、その結果をチェック票に記入しているか (5) 入園間もない子どもや、両親の喫煙等により、乳幼児突然死症候群のリスクが高いとされる子ども等を把握しているか (6) 布団は柔らかすぎるものを使用していないか。かけ布団は軽いものか。 (7) 枕は使用していないか (8) ぬいぐるみや、ヒモ、またはヒモ状のもの等がないか (9) 隙間に顔が埋まる危険はないか (10) 隣の子どものとの間隔は適当か（他の子どもが覆い被さる危険は無い）	の睡眠中の場合で、預け初めの時期、具体的には入園から 30 日以内の事故が多かった」と指摘されています。 ・保育士がそのリスクをしっかりと理解した上で、左記確認事項等を遵守することが求められます。
実例・規程等 ■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 【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～ 平成 28 年 3 月 ① 重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項について ア 睡眠中 ○ 乳児の窒息リスクの除去 以下の点を含む乳児の窒息リスクの除去を、睡眠前及び睡眠中に行う。 ・ 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。 ■保育施設における死亡事故の特徴と教訓 2015 年 5 月 12 日 https://www8.cao.go.jp/shoushi/shinseido/meeting/kyouiku_hoiku/k_5/pdf/s2-1.pdf 赤ちゃんの急死を考える会 弁護士・社会福祉士寺町東子 1. 保育施設における死亡事故の実態 【ケース 1】 ○2001 年（平成 13 年）3 月 15 日 15 時 50 分頃、無人の保育室の同一のベビーベッド内で、生後 4 か月の男児が生後 8 か月の男児が覆いかぶさられて、鼻口部閉塞による窒息により死亡した。 ○業務上過失致死罪で、社長は禁固 1 年、マネージャーは禁固 10 月、各執行猶予 3 年の有罪判決。（東京地方裁判所・平成 15 年 1 月 22 日判決・確定）	

7 飲食中の安全の確認

昼食・おやつ時間帯であれば、子どもたちの食事の様子を観察や、保育士への質問により、下記について確認します。

番号	確認事項	説明
	1 誤飲事故等の防止 (1) 誤嚥、窒息などの事故が起きた食材（例：白玉風のだんご、丸のままのミニトマト等）は、与えていないか (2) 子どもが、ゆっくり落ち着いて食べることができるか (3) 子どもが食べ物をのどに詰まらせた際の緊急対応方法を保育士が理解しているか （可能であれば、当該保育室を担当している保育士一名に緊急対応方法の説明を求める）	・「平成 22 年から平成 26 年までの 5 年間で、子供（14 歳以下）の窒息死事故 623 件のうち、食品による窒息死事故は約 17%（103 件）を占めており、食品が、子供の窒息死事故を引き起こす大きな原因の一つである」（消費者庁平成 29 年 3 月 15 日）と指摘されています。 ・必ずしも、餅などの、のどに詰まらせやすい食品が危険なのではなく、一見嚥下しやすいと思われる食品も窒息の原因となり得ます。 ・子どもが、泣いていたり、落ち着きのない状況で食べると、その喉に詰まらせるリスクが高くなります。 ・処置の善し悪しが、生死を分けるため、保育士は訓練等により、いざというときに応急手当が適切に行えるようにしておくことが重要です。
7-1	実例・規程等 ■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 【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～ 平成 28 年 3 月 ウ 誤嚥（食事中） ○ 職員は、子どもの食事に関する情報（咀嚼・嚥下機能や食行動の発達状況、喫食状況）について共有する。また、食事の前には、保護者から聞き取った内容も含めた当日の子どもの健康状態等について情報を共有する。 ○ 子どもの年齢月齢によらず、普段食べている食材が窒息につながる可能性があることを認識して、食事の介助及び観察をする。 ○ 食事の介助をする際の注意としては、以下のことなどが挙げられる。 ・ ゆっくり落ち着いて食べることができるよう子どもの意志に合ったタイミングで与える。 ・ 子どもの口に合った量で与える（一回で多くの量を詰めすぎない）。 ・ 食べ物を飲み込んだことを確認する（口の中に残っていないか注意する）。 ・ 汁物などの水分を適切に与える。 ・ 食事の提供中に驚かせない。 ・ 食事中に眠くなっていないか注意する。 ・ 正しく座っているか注意する。 ○ 食事中に誤嚥が発生した場合、迅速な気付きと観察、救急対応が不可欠であることに留意し、施設・事業者の状況に応じた方法で、子ども（特に乳児）の食事の様子を観察する。特に食べている時には継続的に観察する。	

○ 過去に、誤嚥、窒息などの事故が起きた食材（例：白玉風のだんご、丸のままのミニトマト等）は、誤嚥を引き起こす可能性について保護者に説明し、使用しないことが望ましい。

■ かしの木保育園における事故報告書 平成 23 年 12 月 碧南市
※おやつのカステラの破片により窒息したと考えられる死亡事故

(2) 保育学の観点からの検証

①事故の経過記録、②児童の保育記録、③保育園の保育状況、④医師の参考意見から元大学准教授より保育に係る問題点を指摘していただいた。

イ 保育姿勢に関する参考意見について

(ア) 乳児が「食べ物を口に一杯に入れる」という行為に対する認識が欠けていたのではないか。

⇒ 乳児の発達過程を理解するとともに、家庭との連携を密にして個々の発達について、常に理解しておくこと。

(イ) おやつを食べているから安心という油断があったのではないか。

⇒ こどもにとってはうれしいひと時であるおやつの時間も、おやつを食べているから大丈夫と思ってはいけない。乳児は思わぬところに危険が潜んでいる認識を持つこと。

(ウ) パンやカステラは口の中でバラバラになり、泣いたりすると吸い込みやすくなる。これを理解していれば、食べ終わるまで目を離さず、適切な援助、関わりができたと思われる。

⇒ 食べ物の種類によっては食べさせ方など見守りは必要となる。食べ物の特質の理解と、子どもの発達の内容を検討すること。

1 対 1 の保育でも目を離すことは当然あるが、何が優先かを考え、行動すること。

(エ) 乳児の容体は急変しやすいという認識が欠けていたのではないか。

⇒ 日頃から緊急事態に対するマニュアルの検討や訓練を行っておくこと。

(オ) 職員間の連携が十分でなかったのではないか。

⇒ 保育するのに先輩後輩もない。お互いに協力し合って最善の保育をすること。また、複数保育士の動きをデイリープログラムの中で常に検討すること。

(カ) 子どものことよりお迎えに来る保護者のことを優先して行動してはいないだろうか。保育の基本である「こどもの命を守る」をおろそかにしてなかったか。

⇒ リーダー的立場にある園長等は、子どもの安全が一番であることを指導すべき。

■もしもの時の「応急手当法」(消費者庁 HP より)

https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/child/project_002/contests_007.html

異物を飲み込み喉に詰ってしまった時

119番通報を誰かに頼み、直ちに以下の方法で詰まった物の除去を試みます。

1歳以上の幼児には、まず「背部叩打法」を行い、異物が除去できなかった場合は「腹部突き上げ法」を行います。

1歳未満の乳児には、「背部叩打法」と「腹部突き上げ法」を数回ずつ交互に行いましょう。意識がない場合は、心肺蘇生を行います。

図1 背部叩打法(はいぶこうだほう)



幼児は子どもの後ろから片手を脇の下に入れて、胸と下あご部分を支えて突き出し、あごをそらせませす。片手の付け根で両側の肩甲骨の間を強く迅速に叩きます。乳児は片腕にうつぶせに乗せて顔を支えて、頭を低くして、背中の中を平手で何度も叩きます。

図2 胸部突き上げ法(きょうぶつきあげほう)



片手で体を支え、手の平で後頭部をしっかり支えます。心肺蘇生法の胸部圧迫と同じやり方で圧迫しましょう。

図3 腹部突き上げ法(ふくぶつきあげほう)>



幼児は、後ろから両腕を回し、みぞおちの下で片方の手を握り拳にして、腹部上部へ圧迫します。

番号	確認事項	説明
	1 アレルギー事故等の防止 (1) 担当している保育士が、アレルギー対応が必要な子どもを把握しているか（当該保育室を担当している保育士は全てアレルギー対応が必要な子どもを把握している必要がある） (2) 専用トレイ、専用食器、配膳用名札を準備し、専用トレイ、配膳用名札にクラス名・名前・アレルゲンを明記するなど、視覚的にアレルギー対応食を区別できるよう配慮しているか。 (3) 席の配置、配膳ワゴンの場所は、安全確保に配慮して設定されているか。 (4) 保育士は、配膳時、喫食時に、他児のもの（配膳ワゴン上、机上等）をアレルギー児が食べないように、隣りに座る、他児との間に座るなどして、目を配っており、やむを得ず離れるときは、他の保育士に声をかけているか。 (5) アレルギー対応食を先に配膳し、配膳時は「○○ちゃん、○○抜きの○○です」等と声を出して、配膳用名札の名前と顔を確認し、専用トレイに食事をのせた状態で提供しているか。 (6) 「エピペン®」を保育所で一時的に預かっている場合、職員全員が「「エピペン®」の保管場所」「「エピペン®」の注射するタイミングと方法」を知っているか。	・誤食によるアレルギー事故を防止するためには、調理室での対応等も重要ですが、「安全確認監査」は、限られた時間で行う必要があることから、保育室で食事をする子どもの観察や保育士への質問で確認できるものととめています。 ・なお、左記確認事項はアレルギー対応が必要な子どもがいる場合のみ確認するものです。
7-2	実例・規程等 ■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 【事故防止のための取組み】～施設・事業者向け～ 平成28年3月 オ 食物アレルギー ○ アレルギーについて施設・事業所での配慮が必要な場合、保護者から申し出てもらい、幼稚園等の学校においては学校生活管理指導表を、保育所においてはアレルギー疾患生活管理指導表を配付し、提出してもらう。食物の除去については、医師の診断に基づいた同表を基に対応を行い、完全除去を基本とする。 ○ 主要原因食物である鶏卵、牛乳、小麦は安価で重要な栄養源であるため、食事の献立に組み込まれる傾向にあることから、主要原因食物に対する食物アレルギーの子どもが施設・事業所にいる場合、除去食又は代替食による対応が必要。 ○ 施設・事業所では、家庭で摂ったことのない食物は基本的に与えないことが望ましい。また、家で摂ったことがある食物を与えたときであっても、新規に症状を誘発する場合があることから、食事後に子どもがぐったりしている等の場合、アナフィラキシーショックの可能性を疑い、必要に応じて救急搬送を行うことが望ましい。 ○ 除去食、代替食の提供の際には、食事提供のプロセスである献立、調理、配膳①（調理室から食事を出すときの配膳）、配膳②（保育室等での食事を準備するときの配膳）、食事の提供という一連の行動において、どこで人的エラーが起きても誤食につながることに注意する。 ○ 自らの施設・事業所において、人的エラーが発生する可能性がある場面を明らかにし、人的エラーを減らす方法や気づく方法のマニュアル化を図ることが望ましい。 (ア) 食事提供の全過程の中で人的エラーが発生しそうな事例、人的エラーが発生したがチェック体制により防ぐことができた事例を報告し、自らの施設・事業所で人的エラーが発生する可能性がある場面を明らかにする仕組みを作る。 (イ) 上記(ア)で明らかになった「人的エラーが発生する可能性がある場面」の情報をもとに、それぞれの場面における人的エラーを減らす方法を共有する。	

	・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。 (ウ) 上記(ア)で明らかになった場面のうち、特に重要な場面(例：調理室で代替食を調理する時、取り分けする時、ワゴンで調理室から他の職員に受け渡す時、保育室等で配膳する時)を決め、アレルギー表と現物等との突き合わせによる確認を行う。 ○ 施設・事業者における食物アレルギーへの対応については、「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(平成23年3月 厚生労働省)及び「学校給食における食物アレルギー対応指針」(平成27年3月 文部科学省)を参考に取り組む。 ■ 「保育所におけるアレルギー対応ガイドライン」(平成23年3月 厚生労働省) 保育所における「エピペン®0.15mg」の使用について ・「エピペン®0.15mg」は本人もしくは保護者が自己注射する目的で作られたもので、自己注射の方法や投与のタイミングは医師から処方される際に指導を受けている。 ・「エピペン®0.15mg」は体重15kg以上の子どもを対象として処方されている。 ・保育所においてはアナフィラキシー等の重篤な反応が起きた場合に速やかに医療機関に救急搬送することが基本である。 ・しかし重篤な症状が出現し、時間的猶予がないような場合には緊急避難として保育所の職員が「エピペン®0.15mg」を注射することも想定される。 ・投与のタイミングは、<u>ショック症状に陥ってからではなく、その前段階(プレショック症状)で投与できた方が効果的である。具体的には、呼吸器症状として頻発する咳、喘鳴(ゼーゼー)や呼吸困難(呼吸がしにくいような状態)などが該当する。</u>
--	---

8 登降園時(送迎バス乗降車時等)、園庭及び園外活動等の安全確認

施設内での確認が終了した後、登降園時(送迎バス乗降車時等)、園庭及び園外活動等について以下の確認をします。

番号	確認事項	説明
8	1 登降園時(送迎バス乗降車時等)、園庭及び園外活動等の事故の防止 (1) 登降園時(送迎バス乗降車時等)や散歩等の園外活動の前後等、場面の切り替わりにおける子どもの人数確認について、ダブルチェックの体制をとる等により子どもの人数確認を行っているか (2) 遊具に破損していたり、子どもの頭が挟まるような隙間があったりする等、危険な箇所はないか (3) 施設の外壁の劣化等により、危険が生じていないか。 ※ブロック塀がある場合は、下記により確認 ① 高すぎないか。(組積造は1.2m以下、補強コンクリートブロック造は2.2m以下) ② 厚さは十分か。(組積造は壁頂までの距離の1/10以上、補強	・屋外では、子どもは活発に動き回り、保育士の目が届かなくなるリスクも高くなります。 ・調査員は、過去の事故例等を参考に、想像力を働かせ、子どもにとって危険な箇所はないか、注意深く確認する必要があります。

	コンクリートブロック造は 10cm<高さ 2m超は 15cm>以上) ③ 控え壁があるか。(組積造は 4m 以下ごとに壁の厚さの 1.5 倍以上突出した控え壁、補強コンクリートブロック造は 3.4m 以下ごとに塀の高さの 1/5 以上突出した控え壁を設ける) ④ 基礎があるか。 ⑤ 老朽化し亀裂が生じたり、傾き、ぐらつきなどが生じたりしていないか。 (4) 上記の他、事故の原因となるような箇所はないか	
	実例・規程等 ■ 保育の安全・教育研究センターの HP より 4-1. 水遊び、プールの安全 (2015 年 6 月 24 日。～2018 年 6 月 24 日更新) 水の入ったプールや、たらいを放置しない クラスの入替えなどの時に、水の入ったプールやたらいがおとなに見守られない状態になることがあります。これは非常に危険です。次のクラスの子どもたちや、前のクラスの子どもが水で遊び始めてしまったら、深刻事故のリスクは上がります。 ■ 保育の安全・教育研究センターの HP より 2018 〔雨漏り放置で石こうボード落下〕大阪府松原市の市立幼稚園で保育室の雨漏りを 2 カ月以上放置した結果、今年 3 月 9 日、天井部分の石こうボード (縦約 60 センチ、横約 90 センチ、重さ約 3.5 キロ) が落下していたことが 9 月 25 日、市への取材で分かった。市は同日、状況把握や対応が不十分だったとして、市福祉部幹部の職員や市教育委員会事務局の職員ら計 5 人を減給 10 分の 1 (1 カ月) の懲戒処分とした。市によると、昨年 12 月末、天井部分に雨水が染みているのが確認された。園側は「市に対応をお願いした」とし、市側は「聞いていない」などとして、点検や補修されない状況が続き、3 月、登園した園長が落下を見つけた。当時は無人で、けが人はいなかった。(9 月 25 日、産経ウエスト) ■ 保育の安全・教育研究センターの HP より 2013 〔遊具から露出したボルトで頭蓋骨陥没骨折〕愛知県稲沢市の県営公園で、老朽化した木製丸太橋遊具のボルト (直径 10mm) が露出、丸太を渡る途中に転倒した 8 歳男児が頭をボルトにぶつけ、全治 1 年の頭蓋骨陥没骨折 (重傷) を負った。 県の基準では遊具の表面に出るボルト長は「3mm 未満」と規定、3mm 以上の場合はキャップなどで覆うよう求めている。事故が起きた遊具は木材が劣化して表面がはがれ、本来は表に出ていないナットが露出、ナットからボルトが 5mm 浮き出た状態だった。 県が実施した安全点検でも見逃されていた。(4 月 3 日、各紙) ■ 保育の安全・教育研究センターの HP より 2017 〔保育園の看板が落ち、児がケガ〕福岡市東区の民間保育園で今年 9 月 13 日午前 10 時頃、高さ約 4.4 メートルの 2 階ベランダのフェンスに、結束バンド 6 本でくくりつけてあったプラスチック製看板 (90 センチ四方、重さ約 4.6 キロ) が落ち、園庭で運動会の練習をしていた 2 歳児の額に当たった。 児は額を数センチ切るなどし、病院で治療を受けた。児は事故後、登園を怖がり、休んでいる状態が続いているという。看板は月 1 回、保育士らが目視などで点検していた。同園は 1 か月余り、事故を市に報告していなかった。(11 月 18 日、読売)	

■保育の安全・教育研究センターの HP より

〔登り棒から転落。4 歳児。古い記事ですが、発見したので掲載〕2003 年、尼崎市の公園で、私立保育園の 4 歳児が登り棒の地上約 2 m の高さから転落。

同児はコンクリートで腹を打って痛みを訴え、園長が自分の車で近くの診療所に運んだ。その後、転院先で手術を受けたが多臓器不全で死亡。

翌年、両親は、保育士 4 人と園長、保育園、公園を管理する尼崎市に計約 5 5 0 0 万円の損害賠償を求める訴訟を起こした。両親は「園は必要な人員配置や保育士らの指導を怠り、市は遊具の適用年齢を明示せず、登り棒の下にコンクリートをむき出しにしておくなど安全を確保しなかった」と主張。（共同通信、2004 年 6 月 9 日）

■保育の安全・教育研究センターの HP より 2 0 1 8

〔死亡で書類送検〕神奈川県葉山町の町立保育園で 2016 年 12 月 13 日に 6 歳児が転倒し死亡した事故で 2017 年 12 月 27 日、警察は業務上過失致死容疑で園長（60 歳）を書類送検した。園庭に面した木製デッキに子ども用のサッカーゴールを置いたままにして安全確保を怠り、ネットに足を引っ掛けて転んだ男児を死亡させたとしている。

町によると、児はすぐに立ち上がり「大丈夫」と話していたが、帰宅後に体調が悪化し、搬送先の病院で 14 日朝に死亡した。

救急搬送要請はなかった（12 月 27 日、産経）。

■保育の安全・教育研究センターの HP より 2 0 1 7

〔雲梯で心肺停止〕4 月 12 日午前 9 時半ごろ、香川県善通寺市の民間保育施設（園児 120 人）から「3 歳児が遊具に挟まれた」と 119 番があった。児は心肺停止状態で、病院に搬送された。保育施設によると、当時は屋外で遊ぶ時間帯で、児は子ども用の雲梯（写真）で遊んでいたが、首がかかっているのを職員がを見つけ、通報した（産経 west、4 月 12 日）。



■保育の安全・教育研究センターの HP より 2 0 1 7

〔2 メートルの遊具から落下〕3 月 30 日午後 5 時半ごろ、山口県岩国市内の公園に設置した

木製複合遊具の雲てい（高さ約2メートル）から、小学校1年生が落下。

児は右手首を骨折した。市が点検したところ、雲ていの握り棒の回転を防止するボルト12本のうち1本が緩んでいた。

男児が手をかけた際、棒が回転したのが落下の原因とみられる。市はマニュアルに従い、年4回の定期点検を実施。この遊具については2月に定期点検し、3月にも職員が目視と触診をしていたが、緩みを発見できなかった、としている（毎日、4月1日）。

■保育の安全・教育研究センターのHPより2017

〔すべり台で縄跳びからまり死亡〕東京都江戸川区の公園で1月3日午後、4歳児が死亡していたことがわかった。すべり台（写真）の斜面で縄跳びのひもが首にからまり窒息した状態でみつかった。ひもは片端がすべり台上部の柵に結び付けられていた。搬送後に死亡。

■保育の安全・教育研究センターのHPより2018

〔滑り台で指先切断〕広島県三原市の運動公園で3月11日正午ごろ、複合遊具の滑り台で遊んでいた児が左手の人指し指の先端を切断する事故があった。

滑る部分に使われている4枚のステンレス板のつなぎ目に指を挟んだ可能性が高いとしている。

公園の指定管理者は年に1度遊具を点検しており、昨年6月の点検で異常は確認できなかったという。（3月16日、共同）

■保育の安全・教育研究センターのHPより2018

〔首を挟まれ死亡で、書類送検〕2017年4月12日、香川県善通寺市の保育園で園庭のうんていに児が首を挟まれて死亡した事故で、県警は2月28日、園長を業務上過失致死容疑で地検に書類送検した。

児は今年1月24日、低酸素脳症で死亡した。園長は遊具の危険性を認識せず、保育士による見守りなどの事故防止措置を怠り、女児を死亡させた疑い。両親は園を運営する社会福祉法人（高松市）と園長らを相手取り、損害賠償を求める訴訟を地裁に起こしている（2月28日、読売）

■保育の安全・教育研究センターのHPより2021

〔保育園の複合遊具。首がはさまる〕岡山県岡山市北区の認可保育園で10月14日、2歳児が遊具のすき間に首がはさまり重体に。翌15日、死亡。児は園庭で遊んでいた（子ども17人、保育者3人）。姿が見えなくなったため、保育士が滑り台や雲梯などの複合遊具を確認し、約14センチの隙間に頭を入れ、立ったような状態になっているのを見つけた。園によると、遊具の下を三輪車で通って頭をぶつけそうになる園児がいたため、通れないように園が仕切り板を取り付けていたという。男児が挟まっていたのは仕切りの上部のすき間。（R4.3 追記）



■市内認可保育所での重大事故の検証等に関する報告書

http://www.city.fukuoka.lg.jp/data/open/cnt/3/65252/1/jiko_houkokusyo.pdf?20180921102459

平成30年8月 福岡市こども・子育て審議会

本件事故は、平成28年11月14日14時48分頃、福岡市内の認可保育所（以下、「当該保育所」という。）において、0歳児クラス（1歳7か月）の男児（以下、「当該児」という。）が、園庭の雨水枥に頭を入れた状態になっているところを担任保育士に発見されたものである。

当該児は、発見時、溺水し、意識がない状態であったため、119番通報と同時に、発見した保育士らにより、救命措置が行われた。その後、当該児は、市内の医療機関に緊急搬送され、ICU（集中治療室）で治療を受けた。（なお、現在は退院している。）



直径 30cm の蓋



■小児の食物誤嚥による窒息事故死の現状と予防策について

公共施設などにおける事故死例からの検討（平成22年4月16日受付）

馬場美年子、一杉正仁、武原格、相磯貞和

慶應義塾大学医学部総合医科学研究センター、獨協医科大学法医学講座、東京都リハビリテーション病院リハビリテーション科、慶應義塾大学医学部解剖学教室

www.jsomt.jp/journal/pdf/058060276.pdf

事例 9. 1 歳女児、保育所、2006 年.

3 歳以下の園児 32 人が、保育士 7 人と実習生 3 人の管理のもとに、園庭で遊んでいた。滑り台で遊んでいた女児が、突然口から泡を出して苦しみました。直ちに病院へ搬送されたが、急変から 2 時間半後に死亡した。女児の咽喉頭部から、保育園のプランターで栽培されていた直径約 2cm のミニトマトが見つかった。

■高槻市学校ブロック塀地震事故調査委員会 平成 30 年 10 月 報告書（抜粋）

<http://www.city.takatsuki.osaka.jp/ikkrwebBrowse/material/files/group/9/dai2syoun.pdf>

平成 30 年 6 月 18 日午前 7 時 58 分に発生した「大阪府北部を震源とする地震」（以下、「大阪府北部地震」という。）では、高槻市立寿栄小学校のブロック塀が倒壊し、同校 4 年生の女子児童 1 名が亡くなった。



ブロック塀等の点検のチェックポイント

国土交通省

ブロック塀について、以下の項目を点検し、ひとつでも不適合があれば危険なので改善しましょう。
まず外観で1～5をチェックし、ひとつでも不適合がある場合や分からないことがあれば、専門家に相談しましょう。

- ☐ 1. 塀は高すぎないか
・塀の高さは地盤から2.2m以下か。
- ☐ 2. 塀の厚さは十分か
・塀の厚さは10cm以上か。（塀の高さが2m超2.2m以下の場合は15cm以上）
- ☐ 3. 控え壁はあるか。（塀の高さが1.2m超の場合）
・塀の長さ3.4m以下ごとに、塀の高さの1/5以上突出した控え壁があるか。
- ☐ 4. 基礎があるか
・コンクリートの基礎があるか。
- ☐ 5. 塀は健全か
・塀に傾き、ひび割れはないか。
- ☐ 6. 塀に鉄筋が入っているか
・塀の中に直径9mm以上の鉄筋が、縦横とも 80cm間隔以下で配筋されており、縦筋は壁頂部および基礎の横筋に、横筋は縦筋にそれぞれかぎ掛けされているか。
・基礎の根入れ深さは30cm以上か。（塀の高さが1.2m超の場合）

<専門家に相談しましょう>
☐ 6. 基礎の根入れ深さは20cm以上か。

組積造（れんが造、石造、鉄筋のないブロック造）の塀の場合
☐ 1. 塀の高さは地盤から1.2m以下か。
☐ 2. 塀の厚さは十分か。
☐ 3. 塀の長さ4m以下ごとに、塀の厚さの1.5倍以上突出した控え壁があるか。
☐ 4. 基礎があるか。
☐ 5. 塀に傾き、ひび割れはないか。

<専門家に相談しましょう>
☐ 6. 基礎の根入れ深さは20cm以上か。

出典：
パンフレット「地震からわが家を守ろう」日本建築防災協会 2013. 1 より一部改

	■保育所、幼稚園、認定こども園及び特別支援学校幼稚部における安全管理の徹底について（令和3年8月25日 厚生労働省子ども家庭局保育課 内閣府子ども・子育て本部参事官付 事務連絡） 登園時や散歩等の園外活動の前後等、場面の切り替わりにおける子どもの人数確認について、ダブルチェックの体制をとる等をして徹底すること。 ■朝日新聞令和3年7月31日 https://www.asahi.com/articles/ASP7040XJP7ZTIPE019.html 「職員ら、園児の出欠確認せず」福岡県の私立認可保育園で送迎バス内で倒れていた男児が死亡した問題で、バスを運転していた園長は「全員が降りたことを確認していなかった」との趣旨の話をしていることが捜査関係者への取材でわかった。男児は登園時に乗ったバスの車内に朝から約9時間にわたって取り残されたとみられるという。（R4.3 追記） ■保育の安全・教育研究センターのHPより（抜粋）2022 「園バス内、閉じ込め熱中症死」令和4年9月5日 静岡県私立幼稚園に通う3歳児が、送迎バス内で倒れているのが見つかり、その後、死亡が確認された。帰宅準備をしていたところ、職員が見つけたもの。朝、バスには6人の児が乗車していた。同乗していた職員（70代の派遣職員）は紙とタブレット端末のアプリの両方に「6人」と入力し、この児はシステム上「登園」したことになっていた。クラスの担任と副担任は児がいないことに気付いていたが、状況を確認することはなかったとみられ、バスに同乗していた職員や保護者への問い合わせもなかったという。この日は、ふだん担当している運転手が急きょ休みになったため、73歳の理事長がバスを運転していた。この日、牧之原市の最高気温は30.5℃。
--	--

9 プール活動の完全の確認

プール活動を実施していた場合は、以下について確認します。（責任者ではなく現場で担当している保育士（監視を行う保育士以外。監視を行う保育士に質問すると監視が行えなくなるため）に質問します）

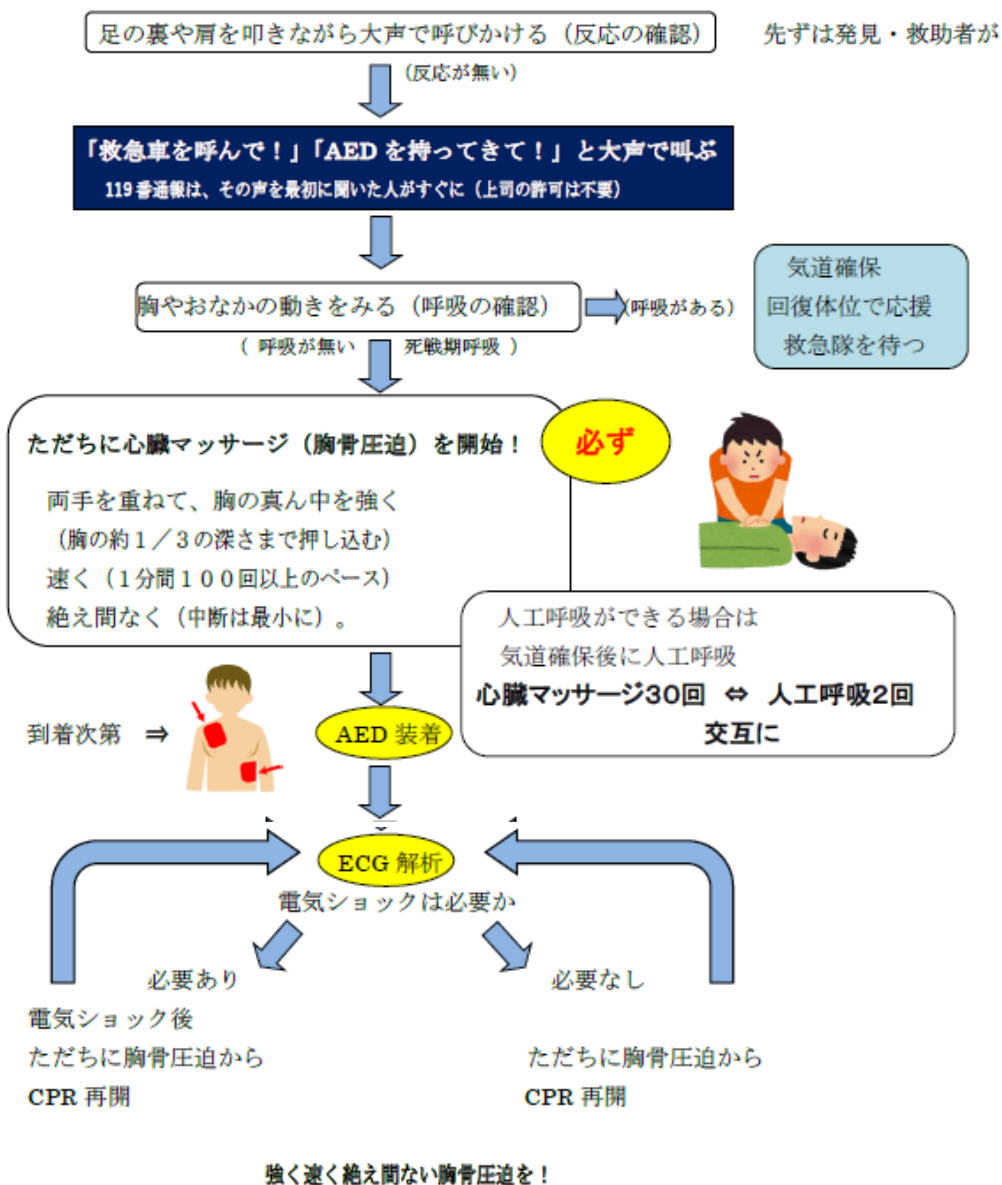
なお、「安全確認監査」の効果を高めるよう、年間にプール活動中の監査を行う目標数を定める等し、プール活動を行っていると思われる日や時間帯に、監査を実施する計画を立てるようにする等の配慮が求められます。

番号	確認事項	説明
9	1 プール活動での安全の確保 (1)専ら監視を行う者とプール指導等を行う者を分けて配置し、また、その役割分担を保育士が理解しているか。	・過去の例を見ると、子どもの異変に気づくのが遅れて、事故に繋がっていることが多いことがわかります。 ・監視役は異常時以外「監視に専念する」ことを徹底しなければ、「誰かが注意しているだろう」と考え、子どものトイレの世話や、道具の片付けに気を取られる等の隙が生じます。 ・他の保育士も、「監視役は監視に専念しなければならない」ことを理解していないと、話しかけたり、用事を頼んだり、保護者への対応を依頼したりする等、監視役が、他のことに気を取られ、監視がおろそかになるリスクを生じさせてしまいます。 ・子どもたちにも「監視役の先生を遊びに誘ったりしてはいけない」ことを理解させておくことも必要です。

(2) 監視役はプールの状況を全体的に把握できる位置にいるか (3) 緊急時の対応方法について、理解しているか。	・また、水の中は、光の反射等により、見えにくい場合があることから、異常の発見が遅れないよう、監視役は、見やすい位置を見つけ、見えにくい場所を意図的に確認しながら、監視することが必要です。 ・万が一に備え、緊急時の対応を保育士がしっかり理解していることも重要です。
実例・規程等 ■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 プール活動・水遊び ○ プール活動・水遊びを行う場合は、監視体制の空白が生じないように専ら監視を行う者とプール指導等を行う者を分けて配置し、また、その役割分担を明確にする。 ○ 事故を未然に防止するため、プール活動に関わる職員に対して、子どものプール活動・水遊びの監視を行う際に見落としがちなリスクや注意すべきポイントについて事前教育を十分に行う。 ■保育所、地域型保育事業及び認可外保育施設においてプール活動・水遊びを行う場合の事故の防止について（雇児保発0616 第1号 平成29年6月16日 厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知）（抜粋） (3) 保育士等に対して、心肺蘇生を始めとした応急手当等について教育の場を設ける。また、一刻を争う状況にも対処できるように119番通報を含め緊急事態への対応を整理し共有しておくとともに、緊急時にそれらの知識や技術を実践することができるように日常において訓練を行うこと。 ■プール及び水遊びマニュアル作成のための手引き （抜粋） （2015年2月公益社団法人京都市保育園連盟安全対策委員会）	

心肺蘇生（CPR）の流れ

誰でもいつでも自信を持ってできるように！



救急隊に引き継ぐまで、又は自発呼吸、目的のあるしぐさが認められるまで CPR を続ける

■特定教育・保育施設等重大事故検証報告書（平成 29 年 8 月緑区私立認可保育所）

平成 30 年 5 月 さいたま市社会福祉審議会

特定教育・保育施設等重大事故検証専門分科会 抜粋

平成 29 年 8 月 24 日、市内緑区で社会福祉法人が運営する認可保育所のプールにおいて、職員がプールの滑り台の撤去中に目を離した隙に園児の 1 人がプールで浮かんでいるのが発見され、意識不明の重体で病院に搬送されましたが、翌 8 月 25 日に死亡するという大変痛ましい事故が発生しました。

A 園では、国の通知及び国のガイドラインにおける「プール活動・水遊びを行う場合は、監視体制の空白が生じないように専ら監視を行う者とプール指導等を行う者を分けて配置し、また、役割分担を明確にすること。」については、保育士の配置基準を満たしているこ

	とで足りるものと、誤った解釈、判断をしており、監視者と指導者の2人で対応する役割分担の認識が不十分で、<u>プールの監視者はプールの監視のみに専念することが守られていなかった。</u> 事故当日においては、プールを開始した午後3時から午後3時30分までの間、保育士1人の配置にてプールを実施していたが、それ以降保育士が2人となり、午後3時35分より2人の保育士で滑り台を片付け始めた。その間プールの監視や指導に専念する保育士はいない状況となっていた。 滑り台を外してプールの外側に置いた後においても、保育士1人が園舎へ戻っており、保育士1人が対応していた。 そのため、本件事故発生時点においては、プールを監視する者がおらず、事故発生後に初めてこれに気付く事態となった。
--	--

10 不適切な保育の未然防止及び早期発見のための取組について確認

番号	確認事項	説明
	1 未然防止及び早期発見の取組 (1) 不適切な保育に関する認識を共有するための研修等を実施しているか (2) 保護者や園の保育士が、保育に何らかの違和感を感じた場合に、気軽に相談できる担当者等を設けているか。	組織体制として、未然防止及び早期発見のための取組について確認します。
10	実例・通知・規程等 ■保育所等における虐待等に関する対応について(令和4年12月7日厚生労働省子ども家庭局他 事務連絡) 1 保育所等における虐待の防止について「(中略)初めは虐待ではなく、少し気になりつつも見過ごしてしまうような不適切な保育であっても、それが繰り返されていくうちに問題が深刻化し、虐待につながっていくこともあり得るため、早い段階で改善を促し、虐待を未然に防ぐことが重要である。」 ■児童福祉施設の設備及び運営に関する基準(昭和23年厚生省令第63号)第9条の2 「児童福祉施設の職員は、入所中の児童に対し、(中略)当該児童の心身に有害な影響を与える行為をしてはならない」 ■元保育士3人を処分保留で釈放 静岡県裾野市の虐待事件で地検支部：朝日新聞デジタル (asahi.com)静岡県裾野市さくら保育園での暴行容疑事件で、静岡地検沼津支部は、逮捕された元保育士の女性3人を処分保留で釈放したと発表した、今後は任意で捜査を続ける。県警のこれまでの調べでは、1歳児を受け持っていた30～39歳の3人は6月、それぞれ保育園で女児の顔を強く押したり、男児の足をつかんで宙づりしたり、男児の頭を投打したりした疑いがもたれている。	

11 危機(安全)管理責任者への概要の説明

上記確認が終了したら、問題があった事項等について、危機(安全)管理責任者への概要の説明を行い、早期の改善を指示します。

また、後日文書で結果を通知します。

(※口頭で指摘した内容が、全て文書での通知内容に反映される訳ではありません)