

教 保 体 第 6 2 号
令 和 6 年 4 月 5 日

各市町村教育委員会学校安全主管課長
各市町村教育委員会学校給食主管課長
各 県 立 特 別 支 援 学 校 長
各 教 育 事 務 所（支 所） 長

様

県教育局県立学校部保健体育課長

「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（令和5年度）の公表について（通知）

日頃、本県の幼児・児童の安全管理に格別の御理解と御協力を賜り、感謝申し上げます。

標記の件につきまして、こども家庭庁生育局安全対策課及び文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課から別添（写）のとおり事務連絡がありました。

「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」において、「現場の教職員にガイドライン等の内容が適切に伝わること」「教職員の研修において安全分野を積極的に取り扱い、一人一人の安全に関する意識を高めること」「研修の際にはKYTトレーニングが効果的」といった内容が提言されています。

つきましては、内容を御一読いただき、こどもの事故防止のために、御活用ください。

なお、市町村教育委員会におかれましては、貴管下関係学校園に御周知いただきますようお願いいたします。

【県立学校部保健体育課】

健康教育・学校安全担当 TEL：048-830-6964

学校給食担当 TEL：048-830-6968

事 務 連 絡
令和6年3月29日

各都道府県こども政策主管部(局)
各都道府県・指定都市教育委員会学校安全担当課
各都道府県私立学校主管課
附属学校を置く国立大学法人担当課

御中

こども家庭庁成育局安全対策課
文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課

「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（令和5年度）の公表について

平素から教育・保育施設等における安全管理の徹底について、御理解・御協力いただき、ありがとうございます。

「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」では、死亡事故等の検証を実施した自治体に対してヒアリングを実施するとともに、「事故報告集計」及び「事故情報データベース」から事故の傾向を分析することで、再発防止策について検討し、その結果を年次報告として取りまとめております。

今般、年次報告（令和5年度）を別添のとおり取りまとめて、こども家庭庁ウェブサイト上に公表しましたので、このことについて御了知いただくとともに、管内市区町村及び施設・事業所に対して周知を図っていただき、改めて重大事故防止のための取組の徹底をお願いします。

【年次報告（令和5年度）の主な内容】

- 事故報告集計の件数、死亡事故、意識不明事故の状況等について
- 教育・保育施設等における「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」等の効果的な周知方策について

【こども家庭庁ウェブサイト】

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

<https://www.cfa.go.jp/councils/child-safety-kyoiku-hoiku/>

【PwC コンサルティング合同会社ウェブサイト】

教育・保育施設等における「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」等の効果的な周知方策についての調査研究

<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/accident-prevention-at-nursery-facilities.html>

【問合せ先】

- こども家庭庁成育局安全対策課事故対策係
TEL：03-6858-0183
- 文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会
学習・安全課安全教育推進室学校安全係
TEL：03-6734-2966

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（令和５年度）

令和６年３月

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（令和５年度）

年次報告について	2
1 有識者会議の活動及び国の取組について	3
2－1 事故報告集計の目的等	9
（１）事故報告集計の目的	9
（２）事故報告集計の方法	9
（３）死亡事故等の検証について	9
2－2 事故報告の件数等	10
（１）「令和４年教育・保育施設等における事故報告集計」（令和５年８月１日公表）	10
（２）死亡事故の状況について	14
（３）意識不明の状況について	16
3 「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」等の 効果的な周知方策についての調査研究による重大事故再発防止への提言	18
（１）提言の背景・目的	18
（２）調査研究結果の概要	18
（３）調査結果からの提言	26

年次報告について

教育・保育施設等における事故防止等の対策については、子ども・子育て支援新制度の施行（平成 27 年 4 月）の前年の子ども・子育て会議において、教育・保育施設等における事故の再発防止等について行政の取組の在り方等を検討すべきとされた。

これを受け、平成 26 年 9 月に「教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会」が設置され、事故の再発防止や事故情報の集約・周知等について検討を行い、平成 27 年 12 月に最終取りまとめがなされた。国はこの取りまとめに基づき、平成 27 年 4 月から重大事故が発生した場合の国への報告の仕組み等を整備するとともに、平成 28 年 3 月、施設・事業者及び地方自治体向けの「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」（以下、「ガイドライン」という。）及び教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証（以下、「事後的な検証」という。）について通知している。

この事後的な検証の通知により、自治体は死亡事故等の重大事故が発生した場合に検証を実施し、再発防止策を検討することとなり、国においても、自治体の検証報告を踏まえた重大事故の再発防止について検討を行うため、平成 28 年 4 月、「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」（以下「有識者会議」という。）を新たに立ち上げた。

この有識者会議では、教育・保育施設等における死亡事故等の検証報告について自治体に対するヒアリングを行い、その結果を踏まえて、各年の「教育・保育施設等における事故報告集計」（以下「事故報告集計」という。）と事故情報データベースを用いた事故の傾向分析を行い、再発防止策について検討を行った結果を年次報告として取りまとめている。

令和 5 年度においては、ガイドラインの内容や有識者会議で検討された重大事故の再発防止策について、教育・保育施設等で働く職員への浸透を図り、重大事故を防止するため効果的と考えられる周知方策の調査を実施し、重大事故防止の取組について提言を取りまとめた。

【これまでの年次報告】

- ・第 1 回（平成 30 年度）：死亡事故等について、自治体による検証報告のヒアリングを踏まえた注意喚起及び提言
- ・第 2 回（令和元年度）：有識者会議において選定した「骨折」をテーマに聞き取り調査及び再発防止策の提言
- ・第 3 回（令和 2 年度）：認可外保育施設を対象とする事故防止に関する自治体の取組を収集し、再発防止策の提言
- ・第 4 回（令和 3 年度）：事後検証実施自治体の取組状況と独自マニュアル等作成教育・保育施設の取組調査に基づく重大事故再発防止への提言
- ・第 5 回（令和 4 年度）：「意識不明」事案にかかる検証報告の課題分析による重大事故再発防止への提言

1 有識者会議の活動及び国の取組について

有識者会議は、平成 28 年 4 月からこれまでに 21 回開催してきた。

平成 29 年 5 月からは、教育・保育施設等における死亡事故等の検証報告を実施した自治体からヒアリングを行っており、平成 29 年 12 月にはヒアリングを踏まえ午睡リスク予防やガイドラインの周知徹底等に関する緊急提言を行った。そして、平成 30 年 7 月に事故情報データベースの傾向分析の他、ガイドラインの周知徹底などの再発防止策について、初めて「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」（以下「年次報告」という。）を取りまとめた。

なお、当該会議は、令和 5 年 4 月に内閣府からこども家庭庁へ移管され、以降引き続き開催している。

死亡事故等の検証は、個人の責任追及ではなく、再発防止につなげることを目的とするが、検証を実施する各自治体にとっては、先行事例の少ない中で模索している状態にある。

国ではこうした状況を受けて、自治体を支援するため、検証の実施経験のある自治体と実施予定等の自治体が一堂に会して、検証実施上の問題点の共有や意見交換を図るため、「教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証実施等自治体による情報共有会議」（以下「情報共有会議」という。）を開催してきた。今後も必要に応じて、このような取組を通じ、検証の意義や方法について現場の理解を深めながら再発防止につながる検証となるよう努める。

令和元年 10 月からは、認可外保育施設等を含めた教育・保育施設等について、幼児教育・保育の無償化が実施された。これに伴い、教育・保育施設等の質向上に関する社会的関心は高まっており、重大事故防止に向けた関係者の更なる取組の強化と、自治体及び施設・事業者による事故報告、死亡事故等の事後的な検証の確実な実施が求められている。

国においては、特に認可外保育施設に対して、ガイドラインに基づく取組の徹底、都道府県等による児童福祉法に基づく年 1 回以上の立入調査の指導、睡眠中など重大事故が発生しやすい場面での指導・助言を行う「巡回支援指導員」の配置に対する補助などの事故防止のため対策を講じているところであり、こうした情勢からも、有識者会議における重大事故防止策の検討の重要性が増している。

【参考：有識者会議の活動及び国の取組一覧】

有識者会議活動状況			
平成 28 年度	4 月	第 1 回有識者会議	・教育・保育施設等における重大事故の再発防止策に関する検討会について 他
	10 月	第 2 回有識者会議	・教育・保育施設等における事故情報データベースの改善について ・検証実施自治体へのヒアリング結果について 他
平成 29 年度	5 月	第 3 回有識者会議	・4 自治体ヒアリング ・第 1 回情報共有会議について 他
	9 月	第 4 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・これまでのヒアリングを踏まえた対応について 他
	2 月	第 5 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・幼稚園、保育所における死亡・障害事故の実態と事故防止について 他
平成 30 年度	5 月	第 6 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告案について 他
	7 月	第 7 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告案について 他
		第 1 回年次報告	
	9 月	第 8 回有識者会議	・監査の取組状況について 他
	2 月	第 9 回有識者会議	・3 自治体ヒアリング ・負傷等の検証について 他
令和元 年度	6 月	第 10 回有識者会議	・3 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告中間報告（案）について 他
	8 月	第 11 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・自治体による重大事故防止の取組について ・有識者会議年次報告（案）について 他
		第 2 回年次報告	
	1 月	第 12 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・認可外施設等について 他
令和 2 年度	8 月	第 13 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・CDR（チャイルドデスレビュー）について 他
	10 月	第 3 回年次報告	
	1 月	第 14 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告（令和 3 年）のテーマについて
令和 3 年度	8 月	第 15 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告（案）について
	10 月	第 4 回年次報告	
	12 月	第 16 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告（令和 4 年）のテーマについて

有識者会議活動状況			
令和 4 年度	6 月	第 17 回有識者会議	・教育・保育施設等における事故報告集計（案）について ・1 自治体フォローアップ ・有識者会議年次報告（案）について
	10 月	第 18 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告（案）について
	3 月	第 19 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告（案）について
			第 5 回年次報告
令和 5 年度	8 月	第 20 回有識者会議	・2 自治体ヒアリング ・有識者会議年次報告（案）について
	3 月	第 21 回有識者会議	・1 自治体ヒアリング ・誤嚥事故防止対策について ・有識者会議年次報告（案）について
			第 6 回年次報告

国の取組状況 (※【通知】【事務連絡】は国から自治体へ発出)		
平成 27 年度	3 月	【通知】教育・保育施設等における事故防止及び事故発生等の対応のためのガイドラインについて 【通知】教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について
平成 28 年度	10 月	【事務連絡】「教育・保育施設等における事故防止及び事故発生時の対応のためのガイドライン」の周知徹底について
	2 月	第 1 回教育・保育施設等における重大事故の事後的検証実施自治体情報共有会議
平成 29 年度	5 月	【事務連絡】（再周知）「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」の周知徹底について
	9 月	【事務連絡】教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証の徹底について
	10 月	【事務連絡】平成 29 年度乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間の実施等の周知について
	11 月	【通知】特定教育・保育施設等における事故の報告等について
	12 月	【事務連絡】「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」からの注意喚起について
	3 月	第 2 回教育・保育施設等における重大事故の事後的検証実施自治体情報共有会議

国の取組状況 (※【通知】【事務連絡】は国から自治体へ発出)		
平成 30 年度	6 月	【通知】教育・保育施設等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
	8 月	【事務連絡】「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」の公表について
	11 月	【事務連絡】平成 30 年度乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間の実施等の周知について
令和元 年度	6 月	第 3 回教育・保育施設等における重大事故の事後的検証実施自治体情報共有会議 【通知】教育・保育施設等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 【通知】未就学児が日常的に集団で移動する経路の交通安全の確保の徹底について
	8 月	【事務連絡】「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（令和元年）」の公表について
	10 月	【事務連絡】令和元年度乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間の実施等の周知について
令和元 年度	2 月	【事務連絡】食品による子どもの窒息事故に関する注意喚起について
	6 月	【通知】教育・保育施設等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
	10 月	【事務連絡】令和 2 年度乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間の実施等の周知について
令和 2 年度	1 月	【事務連絡】節分の豆等の食品による子どもの窒息事故の予防に向けた注意喚起について 【事務連絡】幼児乗せ自転車の安全な利用に関する情報提供について
	6 月	【通知】教育・保育施設等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
	8 月	【事務連絡】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 年度	11 月	【事務連絡】令和 3 年度乳幼児突然死症候群（SIDS）対策強化月間の実施等の周知について 【事務連絡】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
	12 月	【事務連絡】食品の誤嚥による子どもの窒息事故の予防に向けた注意喚起について
	4 月	【事務連絡】保育所等の園外活動時等における園児の見落とし等の発生防止に向けた取組の徹底について
令和 4 年度	6 月	【通知】教育・保育施設等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 【事務連絡】特定教育・保育施設等における事故の報告等について（再周知）

国の取組状況 (※【通知】【事務連絡】は国から自治体へ発出)		
令和4年度	9月	【事務連絡】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バス送迎に当たっての安全管理の徹底について（再周知）
		【事務連絡】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バス送迎に当たっての安全管理に関する緊急点検及び実地調査の実施について
	10月	【事務連絡】バス送迎に当たっての安全管理の徹底に関する緊急対策「こどものバス送迎・安全徹底プラン」について
		【事務連絡】令和4年度乳幼児突然死症候群(SIDS)対策強化月間の実施について
	11月	【事務連絡】観賞用植物の誤食による食中毒防止に向けた注意喚起について
	1月	【事務連絡】食品等の誤嚥による子どもの窒息事故の予防に向けた注意喚起について
令和5年度	4月	【通知】特定教育・保育施設等における事故の報告等について
		【事務連絡】教育・保育施設等における睡眠中及び食事時の事故防止に向けた取組の徹底について
	5月	【事務連絡】教育・保育施設等における送迎用バスに対する安全装置の装備促進及び装備状況の調査について
	6月	【事務連絡】教育・保育施設等におけるプール活動・水遊び中の事故防止及び熱中症事故の防止について
		【事務連絡】送迎用バスに対する安全装置の装備状況の調査結果及び装備促進について
	7月	【事務連絡】放課後児童クラブにおける安全管理の徹底について
	8月	【事務連絡】「令和4年教育・保育施設等における事故報告集計」の公表について
		【事務連絡】放課後児童クラブにおけるプール活動について
	9月	【事務連絡】バス送迎に当たっての安全管理の徹底について
		【事務連絡】こどもの出欠状況に関する情報の確認の再徹底について
	10月	【事務連絡】令和5年度乳幼児突然死症候群(SIDS)対策強化月間の実施について
	11月	【事務連絡】教育・保育施設等における送迎用バスに対する安全装置の装備促進及び装備状況の調査（第2回）について
	12月	【事務連絡】「教育・保育施設等における事故の報告等について」における意識不明事故の取扱いについて
		【通知】教育・保育施設等における事故の報告等について
		【通知】教育・保育施設等における重大事故の再発防止のための事後的な検証について
		【事務連絡】教育・保育施設等における送迎用バスに対する安全装置の装備状況の調査（第2回）結果及び装備促進について
		【事務連絡】教育・保育施設等における食品等の誤嚥による窒息事故の防止について
	1月	【事務連絡】教育・保育施設等における食品等の誤嚥による窒息事故の防止について
	2月	【事務連絡】教育・保育施設等における睡眠中の安全確保の徹底について

※ この他、睡眠中の窒息リスクの除去の方法等、重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項を SNS に投稿するなど、事故防止の取組を推進している。併せて、自治体説明会等や施設・事業者向けの各種研修会においても、ガイドライン等事故防止の取組の周知徹底を行っている。

2-1 事故報告集計の目的等

(1) 事故報告集計の目的

国に報告があった重大事故の中で、特に死亡事故といった命に関わる重大事故について注意喚起を行い、その防止を目的として毎年作成しているものである。

(2) 事故報告集計の方法

教育・保育施設等の死亡及び負傷等(治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病)の重大事故については、平成27年4月(子ども・子育て支援法施行)から、内閣府、文部科学省及び厚生労働省の連名の通知により自治体が国に報告することとしており、国に報告があった事故件数を毎年集計している。

※ 令和5年度からは、こども家庭庁及び文部科学省の2省庁において実施。

ここに掲げる死亡事故の件数は、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのものであり、その他の認定こども園等は平成27年4月からのものである。

また、死亡以外の負傷等の件数は、死亡事故の件数と同様に、認可保育所、認可外保育施設及び放課後児童クラブは平成27年1月からのもの、その他の認定こども園等は平成27年4月からのものである。なお、これらの事故報告の詳細については、「事故情報データベース」として、こども家庭庁のホームページで公表している。

(こども家庭庁ホームページ：<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/shukei/>)

(3) 死亡事故等の検証について

平成28年4月から、認可権限等を踏まえ各所管の自治体が全ての死亡事故の検証を行うこととしており、SIDSや死因不明とされた事例についても、事故発生時の状況等について検証が行われている。

なお、上記以外でも、自治体が必要と判断した事例(例えば意識不明等)についても検証を行うこととしていたが、昨年度(令和4年度)、意識不明について有識者会議で検討を行い、保育の重大事故とされた意識不明事案については事後的な検証を行い、再発防止策を検討するよう提言を行ったことを受け、意識不明事案の事後的な検証について、国から自治体に通知した。

自治体による検証報告は、平成29年2月に初めて国に提出され、その後、令和6年2月末までに合計51件提出されている。有識者会議においては、第21回の会議までにこのうち31件の検証報告についてヒアリングを実施しており、平成29年12月には、速やかに注意喚起すべき睡眠中の事故に関して、年次報告を待たずに「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」からの注意喚起について」を発出し、教育・保育施設・事業者等及び自治体に対して注意喚起を図った。また、平成30年7月には、検証報告のヒアリングを踏まえて、事故内容の傾向分析のほか、死亡事故の防止のための「注意喚起事項」などを取りまとめ、年次報告(平成30年)を発信している。

2-2 事故報告の件数等

(1) 「令和4年教育・保育施設等における事故報告集計」(令和5年8月1日公表)

平成27年6月から、国に報告があった事故情報の詳細をとりまとめ、「特定教育・保育施設等における事故情報データベース」としてホームページで公表している。

(令和5年度からは、こども家庭庁のホームページで公表。)

令和4年1月1日から令和4年12月31日の期間内に報告があった事故の集計は以下のとおりである。

(事故報告全体の集計)

- 報告件数は2,461件(対前年+114)であった。
- 負傷等の報告は2,456件(対前年+114)あり、そのうち1,897件〔77%〕(対前年+9)が骨折によるものであった。
- 骨折が大半を占める傾向は公表開始以来一貫しているところであるが、骨折には後遺症が残る深刻な事故も含まれるため、一層の安全管理・保育環境の整備が必要であることを踏まえ、骨折に伴う重篤な障害が疑われる場合の事故が分類されるよう、自治体から国への事故報告様式を改正した。
- 死亡の報告は5件(対前年±0)で、平成28年の公表開始以来、一昨年、昨年に続き、最少の数であった。
- 報告件数全体では、公表開始以降毎年増加しており、過去最多となったが、背景としては、事故報告制度の周知が進んだことが要因の一つと考えられる。

		負傷等				死亡	計
		内訳					
		(意識不明)	(骨折)	(火傷)	(その他)		
認定こども園・幼稚園・認可保育所等	1,891	(19)	(1,445)	(6)	(421)	5	1,896
	(+24)	(+5)	(▲35)	(▲1)	(+55)	(0)	(+24)
放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)	565	(0)	(452)	(0)	(113)	0	565
	(+90)	(0)	(+44)	(▲3)	(+49)	(0)	(+90)
計	2,456	(19)	(1,897)	(6)	(534)	5	2,461
	(+114)	(+5)	(+9)	(▲4)	(+104)	(0)	(+114)
割合	99.8%	(負傷等の0.8%)	(負傷等の77.2%)	(負傷等の0.2%)	(負傷等の21.7%)	0.2%	100%
	(0)	(+0.2)	(▲3.4)	(▲0.2)	(+3.3)	(0)	－

※ 各欄下段は対前年比の増減数

※ 認定こども園・幼稚園・認可保育所等とは、放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)以外の施設・事業

(死亡及び負傷等の事故概要)

○ 活動量の多い年齢の児童が在籍する認定こども園・幼稚園・認可保育所、放課後児童クラブでは、負傷等の発生件数が多くなっている。

○ 負傷等のうち「その他」の内訳としては、捻挫、靱帯損傷、脱臼などがあげられる。

	負傷等					死亡	計	(参考)施設・事業数 (時点)
		意識不明	骨折	火傷	その他			
幼保連携型認定こども園	482	2	396	1	83	1	483	6,475 か所(R4.4.1)
幼稚園型認定こども園	25	0	19	1	5	0	25	1,307 か所(R4.4.1)
保育所型認定こども園	74	0	50	1	23	0	74	1,354 か所(R4.4.1)
地方裁量型認定こども園	0	0	0	0	0	0	0	84 か所(R4.4.1)
幼稚園	36	0	30	0	6	0	36	9,111 か所(R4.5.1)
認可保育所	1,189	14	885	3	287	1	1,190	22,541 か所(R4.4.1)
小規模保育事業	23	0	15	0	8	0	23	5,930 か所(R4.4.1)
家庭的保育事業	1	0	0	0	1	0	1	848 か所(R4.4.1)
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	22 か所(R4.4.1)
事業所内保育事業(認可)	8	0	6	0	2	0	8	674 か所(R4.4.1)
一時預かり事業	1	0	1	0	0	0	1	10,236 か所(R3 実績)
病児保育事業	0	0	0	0	0	0	0	3,791 か所(R3 実績)
子育て援助活動支援事業 (ファミリー・サポート・センター事業)	2	0	2	0	0	0	2	964 か所(市区町村) (R3 実績)
子育て短期支援事業(ショートステイ・トワイライトステイ)	0	0	0	0	0	0	0	・ショートステイ 918 か所 ・トワイライトステイ 494 か所 (R3 実績)
放課後児童健全育成事業 (放課後児童クラブ)	565	0	452	0	113	0	565	26,683 か所(R4.5.1)
企業主導型保育施設	23	3	18	0	2	1	24	4,370 か所(R4.3.31)
地方単独保育施設	0	0	0	0	0	0	0	・認可外保育施設(ベビーホテル・その他)4,873 か所 ・事業所内保育施設 4,319 か所(R4.3.31)
その他の認可外保育施設	27	0	23	0	4	2	29	
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	6,502 か所(R4.3.31)
計	2,456	19	1,897	6	534	5	2,461	

※ 地方単独保育施設とは、都道府県又は市区町村が、認可外保育施設の設備や職員配置等に関する基準を設定し、当該基準を満たすことを条件として、その運営に要する費用について補助を行う等する認可外保育施設のことをいう。

※ 各項目について(用語の整理であり、下記の報告事例があったことを意味するものではない。)

- ・意識不明：事故に遭った際に意識不明になったもの。(その後、意識不明の状態が回復したもののほか、てんかん等の病気に起因するものを含み、令和4年12月末までの間に死亡したものは除く。)
- ・骨折：切り傷やねんざ等の複合症状を伴うものを含む。

- ・その他：指の切断、唇、歯の裂傷等を含む。
- ・死亡：第1報の報告時に「意識不明」であり、その後、第2報以降の報告時（令和4年12月未までの間）に「死亡」として報告のあったものを含む。

（年齢別）

- 年齢別に見ると5歳が一番多いが、年齢が上がり活動が活発になるに従い件数が増加（5歳・6歳児で約4割）。
- 死亡事故を見ると0歳～5歳で起きており、年齢・場面に応じた対応が重要である。

	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	放課後 児童クラ ブ等	計
幼保連携型認定こども園	1	15	36	73 (1)	96	163	99	—	483 (1)
幼稚園型認定こども園	0	0	1	2	8	11	3	—	25
保育所型認定こども園	0	4	10	11	12	26	11	—	74
地方裁量型認定こども園	0	0	0	0	0	0	0	—	0
幼稚園	0	0	0	4	13	12	7	—	36
認可保育所	7	57	89	162	280	382 (1)	213	—	1,190 (1)
小規模保育事業	0	4	11	7	1	0	0	—	23
家庭的保育事業	0	0	0	1	0	0	0	—	1
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0	0	0	—	0
事業所内保育事業（認可）	0	1	3	1	1	2	0	—	8
一時預かり事業	0	0	0	1	0	0	0	—	1
病児保育事業	0	0	0	0	0	0	0	—	0
子育て援助活動支援事業 （ファミリー・サポート・セン ター事業）	0	0	0	0	0	2	0	—	2
子育て短期支援事業（ショ ートステイ・トワイライトステ イ）	0	0	0	0	0	0	0	—	0
放課後児童健全育成事業 （放課後児童クラブ）	—	—	—	—	—	—	—	565	565
企業主導型保育施設	0	4 (1)	4	8	3	3	2	—	24 (1)
地方単独保育施設	0	0	0	0	0	0	0	—	0
その他の認可外保育施設	2 (2)	1	1	7	10	5	1	2	29 (2)
認可外の居宅訪問型保育 事業	0	0	0	0	0	0	0	—	0
計	10 (2)	86 (1)	155	277 (1)	424	606 (1)	336	567	2,461 (5)

※ 年齢は事故発生時の満年齢

※（ ）内の数字は死亡事故の件数で、上段の数値の内数

(場所別)

- 事故の発生場所は施設内が 2,186 件〔89%〕(対前年+80)であり、そのうち 1,257 件〔58%〕(対前年+12)は施設内の室外で起きていた。
- 平成 28 年の公表開始以来、施設内では一貫して室外の件数が多い傾向にある。今後より一層、室外での活動時の安全確保の徹底が必要である。

	施設内		施設外	不明	計
	室内	室外			
幼保連携型認定こども園	203	245 (1)	35	0	483 (1)
幼稚園型認定こども園	8	15	2	0	25
保育所型認定こども園	33	33	8	0	74
地方裁量型認定こども園	0	0	0	0	0
幼稚園	12	22	2	0	36
認可保育所	460	590	139 (1)	1	1,190 (1)
小規模保育事業	8	5	10	0	23
家庭的保育事業	1	0	0	0	1
居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0
事業所内保育事業(認可)	4	4	0	0	8
一時預かり事業	1	0	0	0	1
病児保育事業	0	0	0	0	0
子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業)	0	0	2	0	2
子育て短期支援事業(ショートステイ・トワイライトステイ)	0	0	0	0	0
放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)	170	336	59	0	565
企業主導型保育施設	13 (1)	4	7	0	24 (1)
地方単独保育施設	0	0	0	0	0
その他の認可外保育施設	16 (2)	3	10	0	29 (2)
認可外の居宅訪問型保育事業	0	0	0	0	0
計	929 (3)	1,257 (1)	274 (1)	1	2,461 (5)

※ () 内の数字は死亡事故の件数で上段の数値の内数

(2) 死亡事故の状況について

令和4年の教育・保育施設等における死亡事故の件数は5件であった。

施設別の件数は、幼保連携型認定こども園1件、認可保育所1件、企業主導型保育施設1件、その他の認可外保育施設2件だった。

死亡事故の発生時の状況としては、睡眠中が2件（0歳児）、食事中が1件（2歳児）、その他として施設抜け出しが1件（5歳児）、送迎用バスが1件（3歳児）であった。

死因別で見ると、窒息が1件、川の溺死が1件、その他として車内置き去りによる熱中症が1件、原因不明が2件となっている。

送迎用バスの事故については、令和3年、バスの中に置き去りにされたこどもが亡くなるという、これまで類例を見ない事故が発生し、厚生労働省、文部科学省及び内閣府では、保育所保育指針の解説で「保育中、常に全員のこどもの動きを把握し、職員間の連携を密にしてこどもたちの観察の空白時間が生じないようにする。こどもの安全の観察に当たっては、午睡の時間を含め、一人一人のこどもを確実に観察することが重要である」と示されていることなどを踏まえ、「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）を連名で自治体宛に通知した。

しかしながら、こうした状況を受けてなお、令和4年9月にも同様の送迎用バスにおける死亡事故が発生したことは大変遺憾である。政府としては、令和4年10月、再発防止に向けた緊急対策「こどものバス送迎・安全徹底プラン」をとりまとめ、令和5年4月からこどもの所在確認や安全装置の装備を義務付けるとともに、安全管理の徹底に関するマニュアルの作成、送迎バスへの安全装置等の導入支援などの対策を講じている。悲惨な事案を二度と発生させないよう、自治体における安全対策を改めて徹底した上で、再発防止策に取り組む必要がある。

(死亡事故における主な死因)

	幼保連携型 認定こども園	認可保育所	企業主導型 保育施設	その他の認可 外保育施設	計
SIDS	0	0	0	0	0
窒息	0	0	1	0	1
病死	0	0	0	0	0
溺死	0	1	0	0	1
その他	1	0	0	2	3
合計	1	1	1	2	5

※ 「その他」は、死因が不明なもの等を分類

(死亡事故発生時の状況)

	幼保連携型 認定こども園	認可保育所	企業主導型 保育施設	その他の認可 外保育施設	計
睡眠中	0	0	0	2	2
食事中	0	0	1	0	1
その他	1	1	0	0	2
合計	1	1	1	2	5

※ 令和4年に死亡事故の報告があった施設のみ掲載

参考〔施設別死亡件数推移〕：集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	計	割合
幼保連携型認定こども園	1	0	1	0	0	0	0	1	3	4.6%
幼稚園型認定こども園	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1.5%
保育所型認定こども園	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1.5%
認可保育園	2	5	2	2	2	1	2	1	17	26.2%
小規模保育事業	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1.5%
一時預かり事業	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1.5%
家庭的保育事業	0	1	0	1	0	0	0	0	2	3.1%
病児保育事業	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1.5%
地方単独保育事業	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1.5%
その他の認可外保育施設	9	7	4	6	3	2	3	3	37	56.9%
計	14	13	8	9	6	5	5	5	65	

※「％」は小数点以下第2位を四捨五入しているため、個々の数値の合計は必ずしも100%とならない場合がある。

参考〔死亡事故における主な死因推移〕：集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	計	割合
SIDS	2	0	0	0	0	1	0	0	3	4.6%
窒息	1	0	0	0	1	3	1	1	7	10.8%
病死	2	4	2	1	2	0	0	0	11	16.9%
溺死	1	0	0	0	0	0	0	1	2	3.1%
その他	8	9	6	8	3	1	4	3	42	64.6%
計	14	13	8	9	6	5	5	5	65	

※「％」は小数点以下第2位を四捨五入しているため、個々の数値の合計は必ずしも100%とならない場合がある。

（３）意識不明の状況について

死亡事故とともに、意識不明も保育の場では問題になる。令和４年の教育・保育施設等における意識不明の件数は、19 件であった。

施設別では、認可保育所が最も多い 14 件、次いで企業主導型保育施設 3 件、幼保連携型認定こども園 2 件であった。

意識不明の要因をみると、痙攣 12 件のうち、熱性痙攣等が 7 件、てんかん又はその疑いがある場合が 5 件であった。痙攣以外の 7 件は、転倒が 2 件、窒息が 2 件、頭部打突による急性硬膜下血腫が 1 件、先天性血管障害に起因する脳内出血が 1 件、アルコール消毒液を舐めたことによる急性アルコール中毒が 1 件であった。

こどもの健康状態は、生理的、身体的な諸条件や生育環境の違いにより、一人一人の心身の発達の個人差が大きく、数時間前は元気な状態であったが、急激な体調変化を示し、安静が必要となる場合もある。登園時及び保育中を通じてこどもの状態を観察することで把握しているところであるが、ある検証報告の中では、登園時の健康状態について、教育・保育施設等と保護者の間で情報・認識が異なり、結果として両者の情報共有が図られていない状況があったケースもあり、こどもの健康状態の把握については、普段から保護者との十分なコミュニケーション（登園時に連絡帳や保護者からの聞き取りなど）を図る必要がある。

特に体調不良と思われるこどもについては、主治医の診断と指示を基に保護者からの情報を記録に残す、又は保護者に連絡帳等に記載してもらうなど丁寧な対応が重要である。特に熱性痙攣の既往やてんかん発作、医療的ケアを要するこどもに対しては、日常生活での注意事項や配慮点など主治医の指導の下、情報の共有を行うことが重要である。

また、意識が確認できなければ、救急対応を講じるとともに、周囲の者に 119 番通報を依頼する、痙攣や意識不明であった時間やその間の状態を記録する、などといった緊急時の対応体制の確認を、日頃から研修や訓練の機会を通して行い、組織的な体制を整備しておくことが重要である。（緊急時の組織的な体制の整備にあたっては、ガイドライン（施設・事業者向け）の 1.（３）緊急時の対応体制の確認を参照）

なお、意識不明の事案については、事故以外が要因と思われるものが事故として報告されている、報告要否の判断にバラつきが生じている等の問題提起があり、昨年度（令和４年度）、重大事故報告書における意識不明に関する定義、意識不明への対応策について有識者会議で検討を行い、意識不明のレベル（判断基準）や報告基準の明確化、保育の重大事故とされた意識不明事案の事後的な検証について提言を行った。提言内容を踏まえ、重大事故の再発防止に資するため国へ報告を求めている重大事故のうち、意識不明の定義や報告基準等について、国から自治体に通知した。

(意識不明における主な原因)

	幼保連携型認定 こども園	認可保育所	企業主導型保育 施設	合計
痙攣	0	10	2	12
転倒	1	1	0	2
窒息	1	1	0	2
その他	0	2	1	3
合計	2	14	3	19

※ 「その他」は、原因が不明なもの等を分類

(意識不明時の状況)

	幼保連携型 認定こども園	認可保育所	企業主導型保育 施設	合計
睡眠中	0	4	0	4
食事中	0	1	0	1
その他	2	9	3	14
合計	2	14	3	19

参考〔施設別意識不明件数〕：集計開始時からの件数推移

	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	計	割合
幼保連携型認定こども園	0	1	0	2	0	2	4	2	11	11.7%
保育所型認定こども園	0	0	0	0	1	1	2	0	4	4.3%
認可保育園	6	5	7	7	6	7	8	14	60	63.8%
小規模保育事業	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2.1%
放課後児童健全育成事業 (放課後児童クラブ)	1	0	0	2	1	0	0	0	4	4.3%
企業主導型保育施設	0	0	0	0	2	1	0	3	6	6.4%
地方単独保育事業	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1.1%
その他の認可外保育施設	0	0	2	1	0	3	0	0	6	6.4%
計	7	7	9	13	11	14	14	19	94	

※ 「意識不明」は、事故に遭った際に意識不明になったもの。(その後、意識不明の状態が回復したものを含み、令和4年12月末までの間に死亡したものは除く。)

※ 「%」は小数点以下第2位を四捨五入しているため、個々の数値の合計は必ずしも100%とならない場合がある。

3 「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」等の効果的な周知方策についての調査研究による重大事故再発防止への提言

(1) 提言の背景・目的

国においては、教育・保育施設等における、特に重大事故が発生しやすい場面ごとの注意事項や、事故が発生した場合の具体的な対応方法等について、各施設・事業者や地方自治体の参考となるよう、平成28年3月、「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」（以下「ガイドライン」という。）を通知している。

また、有識者会議において、地方自治体の検証報告等を踏まえた再発防止策の検討を行い、年次報告として取りまとめて公表する等の事故防止対策を講じている。

これまでに、ガイドラインや年次報告等（以下「ガイドライン等」という。）の内容を教育・保育の現場に浸透させるための取組として、重大事故が起きやすい時節ごとにおける注意事項の通知、保育士等を対象とした研修、自治体や施設における重大事故防止に関する特色のある実践事例の紹介等の各種取組を実施している。

しかしながら、こうした取組を通じてもおお、ガイドライン等において示された事故防止のための注意事項が現場で活かされず、重大事故が発生しており、有識者会議においてもガイドライン等を現場職員に浸透させることを課題として指摘してきた。

このため、令和5年度の有識者会議年次報告においては、ガイドライン等の内容を教育・保育現場で働く職員（以下「現場職員」という。）に浸透させるため、効果的な周知方策について調査研究を行い、重大事故再発防止への提言を行うこととした。

(2) 調査研究結果の概要

① 調査研究の方向性

令和5年度『教育・保育施設等における「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」等の効果的な周知方策についての調査研究』（※）により、調査設計・分析、啓発資材の作成等について専門的立場からの意見を得ながら進めるため、有識者からなる事業検討委員会（以下「検討委員会」という。）を設置した。

（※）実施者：PwC コンサルティング合同会社

検討委員会では、調査研究の方向性について、ガイドライン等を浸透させるための現場職員にとってわかりやすい啓発資材の作成とともに、ガイドライン等の内容を現場職員が実行に移すための効果的な啓発方策の必要性を指摘した。

また、現場にとって効果的な周知方策を検討するため、なるべく現場職員の意見を吸い上げ反映させることを主眼に置くこととした。

調査研究の方向性として、現在のガイドライン等の浸透状況を把握した上で、現場職員にとって求められる啓発資材、現場で活用できる効果的な啓発方策に焦点を当て調査研究を行うこととし、①教育・保育以外の分野における効果的な啓発方策についての文献調査②教育・保育現場で働く職員に対するアンケート調査③啓発資材の作成④セミナー開催の手法により実施することとした。

② 文献調査から

教育・保育以外の分野において先行する事故防止に向けたトレーニング手法を参照し、教育・保育現場においても効果的な啓発方策を検討するため、デスクトップリサーチによる文献調査を実施した。

調査過程において、検討委員会で「事故防止の実践に向けて効果的なトレーニング手法として、労働安全衛生分野において長年発展し、近年医療分野等においても取り入れられている「KYT」は、教育・保育現場においても参考になるのではないか」と意見があり、労働安全衛生分野等において実施されている KYT の概要を把握した上、教育・保育現場における導入事例を調査し、教育・保育現場に広く周知可能かどうかを確認した。

【KYT の概要】

「KYT」とは、危険予知トレーニングの、Kiken の「K」、予知 Yochi の「Y」、Training の「T」をとった略称である。職場や作業の状況のなかにひそむ危険要因と、それが引き起こす現象を、職場や作業の状況を描いたイラストシートを使って、あるいは、現場で実際に作業しながら、小集団で話し合い、考え合い、分かり合って、危険のポイントや重点実施項目を指差唱和・指差呼称で確認する訓練である。¹

1 中央労働災害防止協会「危険予知訓練（KYT）とは」（令和 6 年 1 月閲覧）

KYT を通じて、①危険を危険と気付く感受性を鋭くし、②要所要所で、皆で指差し確認を行うことにより集中力を高め、③危険に対する情報を共有し合い、それを解決

していく中で問題解決能力を向上させ、④チームで実践への意欲を強めることを目指している。

また、KYT によって培われた、危険を予知し、安全を先取りする感受性やチームワークは、事故予防以外のすべての自主的な問題解決に及び、職場風土が変わっていくことにもつながるとされる。²

2 中央労働災害防止協会「危険予知訓練（KYT）が目指すもの」（令和6年1月閲覧）

KYT の基本的な進め方

第1ラウンド：イラストを見るなどして、考えられる危険を出し合う

第2ラウンド：特に重要な危険のポイントを絞り込む

第3ラウンド：どう対応すべきか、みんなでアイデアを出し合う

第4ラウンド：皆で守る行動目標を確認する

KYT は、元々労働災害防止、労働者の安全衛生を目的として発展してきたが、現在では、医療分野といった対人援助職にも広がり、教育・保育分野においても、自治体の研修や現場施設において既に導入している事例があることが確認された。

広くこどもの生活に携わる教育・保育の現場において、事故につながりうるリスクはありとあらゆる場所・場面に存在しており、それらすべてをガイドラインやマニュアルに書いたり、教えたりすることは不可能と考えられることから、現場職員が自ら事故防止の重要性を理解し、知識のインプットに留まらず、日々の教育・保育現場に潜む危険を察知し、回避する能力を養う必要があり、KYT はそのために有効なトレーニング手法であると考えられた。

文献調査において、その他に先行する事故防止に向けたトレーニング手法は見当たらなかったが、KYT は有効なトレーニング手法として、効果的な啓発方策になり得ると考えられた。

③ 職員アンケート調査から

教育・保育施設等の職員に対し、ガイドライン等の浸透状況（内容についての認知・理解・実践の状況）や、事故防止に向けて希望する啓発資材・啓発方策を把握するため、職員アンケート調査を実施した。

（実施期間：令和5年10月17日～令和5年10月31日 回収数：42,171件）

アンケート調査は、全国の教育・保育施設等の職員を対象とし、なるべく現場職員の意見を吸い上げ反映させることを主眼に置き、普段こどもと直接接する現場職員から意見を吸い上げるため、施設長等の管理職は対象とせず、職員一人一人に回答を依頼した。

【主なアンケート結果】

○ ガイドライン等の浸透状況について

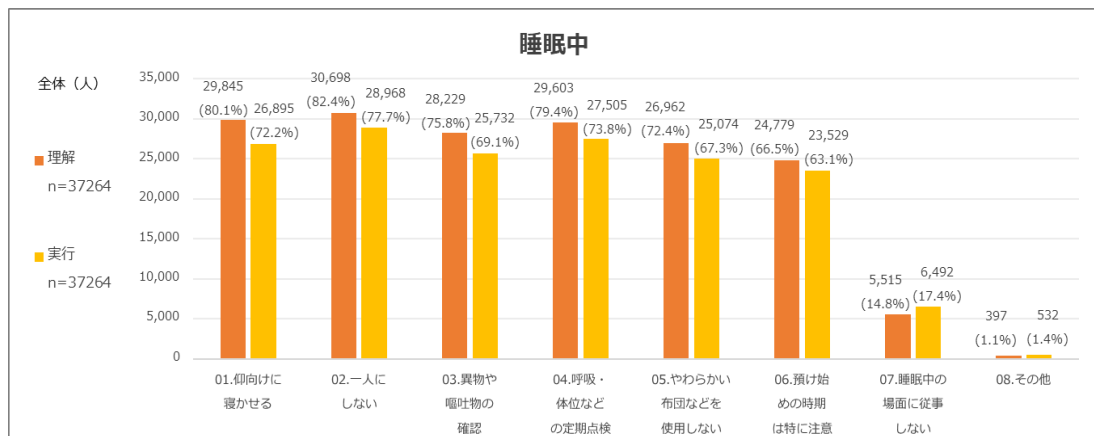
ガイドライン等で示された事故防止のための注意事項は、実行されてはじめて事故防止につながるものであるため、ガイドライン等の内容を認知し、理解した上で、実行にまで至っている状態が浸透している状態であると考えられた。

そのため、ガイドライン等を「知っているか」「読んだことがあるか」「理解しているか」「実行しているか」について、それぞれ設問を立てた。

その結果、ガイドライン等を「知っている」68.6%（28,488件）よりも「読んだことがある」58.0%（24,178件）との回答が少なかった。

また、ガイドライン等で示している「睡眠中、プール活動・水遊び、食事中」の事故防止策について、各注意事項ごとに「理解しているか」「実行しているか」の設問を立てた結果、「理解している」よりも「実行している」との回答が少なかった。（例：睡眠中「あお向けに寝かせる」理解80.1%（29,845件）実行72.2%（26,895件））【表①】

表① ガイドライン等で示している事故防止策の「理解」と「実行」（例：睡眠中）

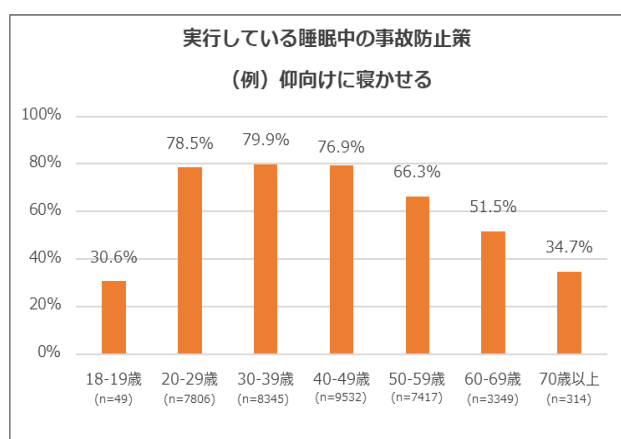


この結果を踏まえ、検討委員会において、ガイドライン等が一定の割合で現場職員に浸透しているとの意見があったが、一方で、保育事故への意識が高い職員のみが回答した可能性もあり、慎重に考慮すべきとの意見もあった。

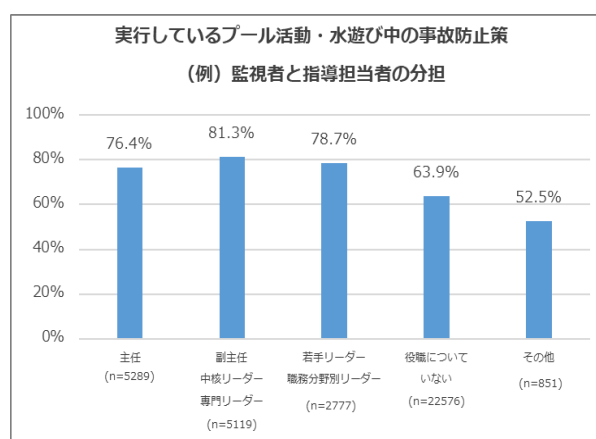
○ 現時点で浸透している職員層はどのような属性であり、浸透を促す要素は何か

ガイドライン等の浸透状況についての回答をもとに、職員層別の浸透状況を見たところ、「睡眠中、プール活動・水遊び、食事中」の事故防止策を実行している職員の属性として、年齢では20代～40代、役職ではリーダー職、勤務形態では常勤職員の割合が多かった。【表②・表③・表④】

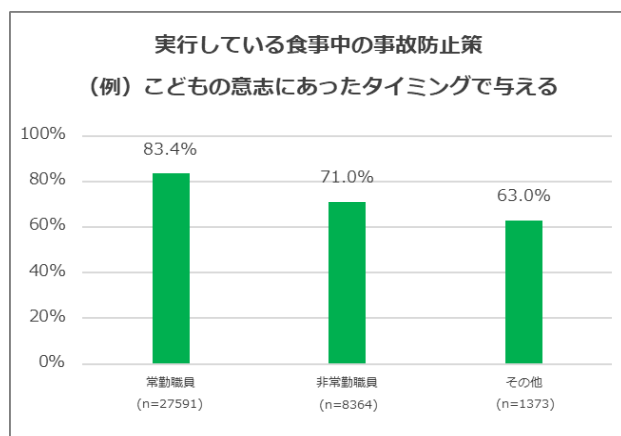
表② 事故防止策の実行（年齢別）



表③ 事故防止策の実行（役職別）

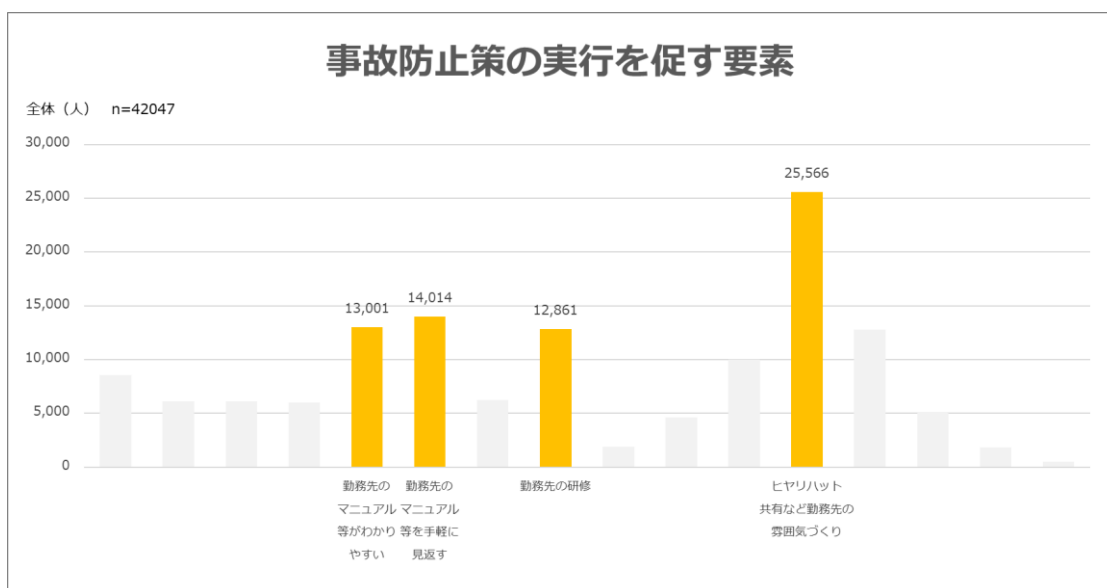


表④ 事故防止策の実行（常勤・非常勤別）



また、事故防止策の実行を促す要素（事故防止策を実際に行うために役立ったこと）について設問を立てた結果、事故防止策の実行を促す要素として、ヒヤリハットの共有などができる職場の雰囲気づくりや、職場のマニュアル・研修など、職場のマネジメントに係る回答が多かった。【表⑤】

表⑤ 事故防止策の実行を促す要素



既に浸透段階にあるリーダー職などを中心に、事故防止に向けた職場の雰囲気づくりなどマネジメントを行うことで、事故防止策の実行を促すことが期待された。

- 現時点で浸透していない職員層はどのような属性であり、浸透に向けた課題や要望は何か

事故防止策を実行している職員の属性として、保育士と比較して保育補助者などの補助的な役割を担う者、リーダー職と比較して役職についていない者、常勤職員と比較して非常勤職員などの職員層の割合が比較的少なかった。

施設・事業ごとや、職種によっても実行する事故防止策に差異が見られた。

例えば、睡眠中の事故防止策を見ると、幼稚園や放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ）等における実行の割合が少なくなっており、当該施設・事業における対象年齢児について、睡眠中の事故発生リスクが低いという意識があらわれていると考えられた。

また、食事中の場面を例にすると、「ミニトマトなどは給食で使用しない」、「りんごなどは離乳食完了期までは加熱して提供する」など、避けるべきまたは配慮が必要な食材の取扱いについては、栄養士・調理員が実行している割合は相対的に多いが、約7割程度に留まった。

また、事故防止策の理解・実行を阻む要素（事故防止策を実行できていない理由）について設問を立てた結果、概ね6～7割が「特になし」としていたが、理解・実行を阻む要素のなかでは、ガイドライン等の読みにくさやわかりにくさを指摘する回答が多かった。

前述の職場マネジメントの中で、保育補助者や栄養士・調理師、非常勤職員等も含め幅広い職種に活用できるような、ガイドライン等の内容をわかりやすく伝える周知方策が期待された。

○ 浸透していない職員層にみられる課題や要望に対応する効果的な方策は何か

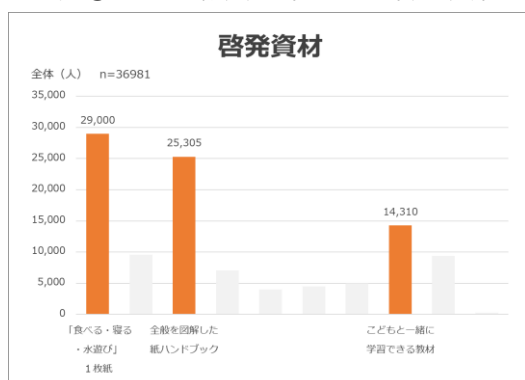
事故防止に向けて効果的と考える資材（ガイドライン等の内容を理解・実行するために効果的な資材）について設問を立てた結果、特に重大事故につながりやすい「寝る・食べる・水遊び」に特化した一枚紙が最も多かった。

また、事故防止に向けて効果的と考える取組（ガイドライン等の内容を理解・実行するために効果的な取組）は、実践的な研修や訓練が最も多く、例としてグループワークやKYTの回答が多かった。

この結果は、前述のガイドライン等の内容をわかりやすく伝える周知方策と、職場マネジメントの必要性とも合致した。

このため、事故防止に向けて①現場職員にとって求められる啓発資材として、「寝る・食べる・水遊び」に特化した一枚紙の作成と、②現場で活用できる効果的な啓発方策として、デスクトップリサーチにより有効なトレーニング手法と考えられたKYTを、セミナーで行うこととした。【表⑥・表⑦】

表⑥ 現場職員が希望する啓発資材



表⑦ 現場職員が希望する取組



④ 啓発資材の作成

調査結果を基に、現場職員にとって求められる啓発資材として、「寝る・食べる・水遊び」に特化した一枚紙（別添）を作成した。

主な啓発対象は教育・保育施設等に従事する職員であり、職員がガイドライン等に記載の注意事項を理解し、事故防止対策を実行しやすくなるよう促すことをねらいとした。

取り扱うテーマは、職員アンケート結果を踏まえ、特に重大事故につながりやすい「寝る・食べる・水遊び」の場面に特化した上で、検討委員会での意見を踏まえ、「応急処置」の場面を加えた。

啓発資材の内容は、ガイドライン等に記載の注意事項を基本として、検討委員会の意見を参考としつつ、注意事項（推奨・禁止事項）が求められる理由まで記載することで、現場職員が納得して実行に移しやすい内容となることを意識した。

また、有識者会議でも意見が上がっていた、事故防止のガイドライン以外の啓発資料の内容についても、注意事項の理解・実行を助ける内容として追記するべき点については、検討委員会の意見を参考としつつ加えることとした。

その上で、わかりやすさを重視し分量が増えすぎないようにしたため、詳細な解説は、参考資料の消費者庁 Web ページ等に二次元コードを通じて誘導した。

啓発資材の構成は、職員が振り返りやすいよう裏表一枚にまとめ、イラストなどをまじえたわかりやすさを意識した。

啓発資材の形式は、アンケート調査で多かった紙媒体での印刷を念頭に置くが、用途によって希望するサイズが異なると想定されるため、Web ページに公開し、各自でダウンロードして任意のサイズに印刷することを想定した。

<想定される用途>

- ・ A3/A4 サイズに印刷して掲示・研修で活用
- ・ タブレットやモニターで投影
- ・ スマートフォンでの閲覧

⑤ セミナー開催

これまでの調査研究の結果を踏まえ、現場職員にとって求められる啓発資材として作成した「寝る・食べる・水遊び」に特化した一枚紙を活用し、現場で活用できる効果的な啓発方策として KYT グループワークを実施し、現場職員への意見を聴取するため、「教育・保育事故の予防に向けたセミナー」を開催した。

（開催日：令和6年1月19日 13時-15時）

セミナーは、教育・保育施設等の職員（自治体職員を含む。）を対象とし、会場での対面参加（65名）とオンライン参加（3,351名）のハイブリッド形式で開催した。

プログラムは、①保育事故遺族の講演、②保育現場職員の講演、③事故防止に向けた研修（KYT グループワーク※オンラインはワークを観察）、④啓発資材についての解説という構成で実施した。

事故防止に向けた研修において、啓発資材の一部イラスト（食事中的場面）を用いて KYT を実施した後、啓発資材についての解説において、KYT でテーマとした食事中的場面を中心に啓発資材（「寝る・食べる・水遊び」に特化した一枚紙〔暫定版〕）を紹介した。

啓発資材及び研修については、職員アンケート調査結果を踏まえて作成・実施したものであるという背景を参加者に伝えた上で、啓発資材作成の考え方を紹介し、参加後アンケート調査を通じて、啓発資材や KYT の実施方法について意見要望等を把握した。

アンケート調査によると、「KYT は勤務先でも研修・訓練として実施しやすい」との回答が、オンライン参加では2割に留まるものの、対面参加では過半数で得られた。

また、啓発資材の良かった点として、約6割が内容のわかりやすさを挙げていた。

啓発資材については、概ね見やすくわかりやすいという評価を得たが、内容やデザインの改良について修正意見が得られたことから、検討委員会においても議論し、現場職員の意見を反映する修正を加えた。

（3） 調査結果からの提言

以上の調査研究から、今後、さらに教育・保育施設等における重大事故の再発防止を図るために、次のとおり提言する。

○ 提言 1

周知方策の効果検証とそれを踏まえた更新の検討に継続して取り組むこと

調査研究では、「なるべく現場職員の意見を吸い上げる」ことを主眼に置き、職員アンケート調査では、施設長等の管理職を除く教育・保育施設等の職員を対象として実施したが、約4万件を超える現場職員からの回答が得られた。

その結果、教育・保育の現場において、どのような要素が事故防止策の実行を促しているか、また、どのような啓発資材や方策が効果的と考えられているかを知ることができ、啓発資材の作成や、セミナーにおけるKYTグループワークの実施につながった。

啓発資材は、職員アンケート調査結果を踏まえ、特に重大事故につながりやすい「寝る・食べる・水遊び」及び「応急処置」の場面に焦点を当て、ガイドラインやその他の事務連絡、Web ページ等に分散していた留意事項をまとめ、それが求められる理由まで記載し、イラストを交え裏表一枚に記載することで、短時間でも要領を掴みやすいものを作成した。

また、啓発資材の作成に当たっては、作成過程のものを、調査研究の途中に開催したセミナーで紹介し、参加後アンケート調査で意見要望等を把握し、作成過程においても現場職員の意見を取り入れ、ブラッシュアップした。

本調査研究の成果として、啓発資材の作成に当たり、作成過程においても現場職員の意見を取り入れ、ブラッシュアップすることができた点があげられるが、こうした現場の意見を踏まえた改良に継続的に取り組んでいくことが、ガイドライン等の「浸透」に向けて重要であると考えられる。

また、今回は、職員アンケート調査において最も多くの要望を集めた「『寝る・食べる・水遊び』に特化した一枚紙」と「KYT」に焦点を当てて作成・実施したが、「事故全般について図解したハンドブック」等も回答を多く集めており、「寝る・食べる・水遊び」以外のテーマについて拡大していくことなど、周知方策については、今後も継続して検討していくべきと考えられる。

今回の調査研究で作成した周知方策について、国においては、現場で働く職員に広めるため周知に取り組むとともに、どの程度現場職員に広まり、どの程度活用されたのかについて、次年度以降検証し、検証の結果を踏まえ、更新の可否について検討する必要があると考える。

○ 提言 2

職場マネジメント手法の平準化に向け継続して検討すること

アンケート調査結果から、事故防止策を実施している割合が比較的少なかった、保育補助者や栄養士・調理師、非常勤職員等も含め幅広く職場マネジメントを行き届かせていく必要があると考えられる。

検討委員会では、保育士等キャリアアップ研修において「保健衛生・安全対策」に係る研修の必修化を検討する、内容に KYT などのプログラムを組み込むなど、研修において安全分野を充実させていくべきとの意見もあった。

調査研究で実施した KYT は、参加者全員がリスクの原因を洗い出し、その中で一番大事なポイントを考え、「私ならどうする」と発言する機会を設け、「私たちチームはこうする」という確認をするプロセスを経るものである。

こどもに関わる職員は、役職や勤務形態等に関わらず、一定の責任が求められるところ、KYT のようなトレーニングを行うことで、役職や勤務形態等を問わず、一人一人が事故予防について考え、発言する機会が増えるとともに、他職員と話しやすい雰囲気づくりにもなることが期待される。

繰り返し KYT を実施することで、職員の事故予防に関する意識やリスクに関する理解・実行の程度が標準化されていき、結果としてガイドライン等の内容の浸透にもつながると期待される。

国は、KYT などのトレーニング手法を、自治体などの研修内容に組み入れることや、より広域的に地域別ブロック研修を行うなど、職場マネジメント手法の平準化に向け、自治体と連携し、継続して検討する必要があると考える。

○ 提言 3

ガイドライン等の浸透に向けた自治体の役割について検討していくこと

自治体においては、教育・保育施設等への監査や巡回指導に当たり、補助的な役割の職員等を含むすべての職員が事故予防策を実行できるよう指導助言を行うことが期待される。

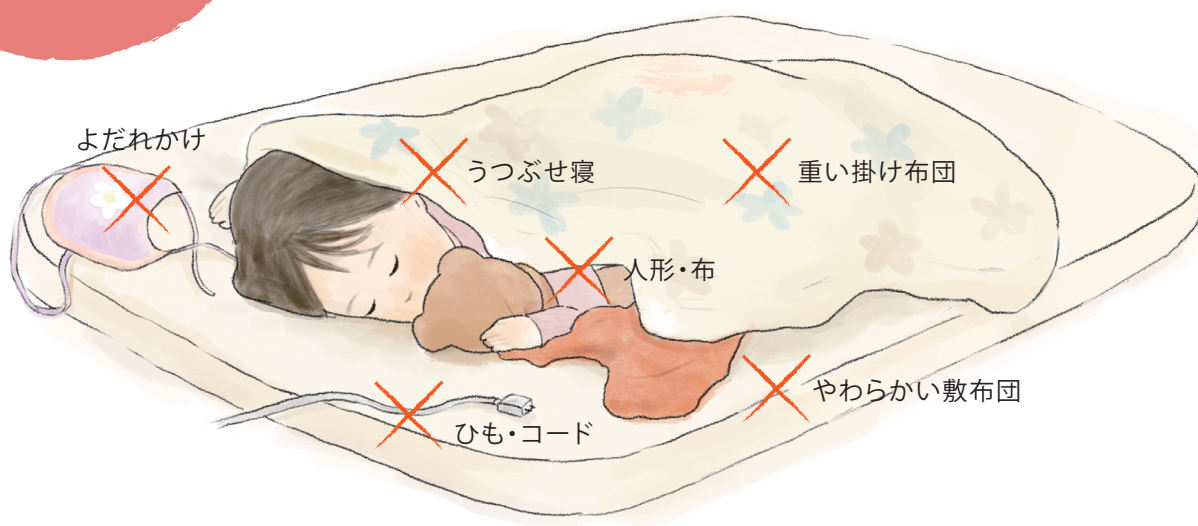
その中で、教育・保育施設等の中でどのような研修が実施されているか確認した上で、補助的な役割の職員等を含むすべての職員が研修に参加できるよう助言することが望ましいと考える。

自治体が設定する研修として、例えば、幼稚園と保育所の合同研修など、教育・保育施設等の中で合同研修を開催することで、教育・保育に関わるすべての職員に広く学習機会を提供することも検討していく必要があると考える。

ねる

ときにきをつけること

こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント **ねる・たべる・みずあそび**



① 乳児の睡眠中は次のことに気をつけましょう

- **こどもを一人にしない**…異変をすぐに察知できるようにする
- **あおむけに寝かせる**…うつぶせ寝の状態では顔が横向きの体勢も避ける（医学的な理由で医師からうつぶせ寝を勧められている場合以外）
- **やわらかい敷布団、重い掛け布団や、ぬいぐるみ等を使用しない**…顔が埋まったり、払いのけられなくなったりして、鼻や口がふさがれないようにする
- **ヒモまたはヒモ状のものを置かない**…首に巻き付かないようにする（例：よだれかけのヒモ、ふとんカバー内側のヒモ、ベッドまわりの電源コードなど）

② 乳児の様子を確認しましょう

- 口の中に**異物や、ミルクや食べたもの等の嘔吐物**がないか確認する…のどや気管につまらせないようにする
- 定期的に**こどもの身体に触れて呼吸・体位、睡眠状態を点検**する…職場のマニュアルやチェック表などに合わせる
- **預け始めの時期は特に注意深く見守る**（例：慣らし保育を行うなど）
※乳児のほか、こどもの発達や健康状態によっては1歳以上でも定期的な確認を行い、状況に応じてあおむけに寝かせる

ねるときにひそむリスク

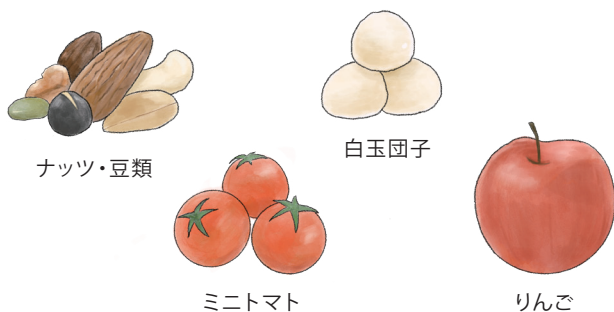
- 睡眠中、うつぶせ寝でぐったりしているのを発見される死亡事故が繰り返し起きている
- 睡眠中は、窒息のほか、乳幼児突然死症候群（SIDS）のおそれがあり、予防方法は確立していないが、**寝るときにうつぶせで寝かせたときのほうがSIDSの発症率が高い**とされている
- やわらかい布団やぬいぐるみ等が**鼻や口をふさいだり**、ヒモまたはヒモ状のものが**首に巻き付いたりして窒息**するリスクがある
- **預け始めは事故が多く**、過去の事故検証報告ではリスクが高いと指摘されており、こどものストレスや、発達状況の把握が必ずしも十分ではないことが影響している可能性もある



たべる

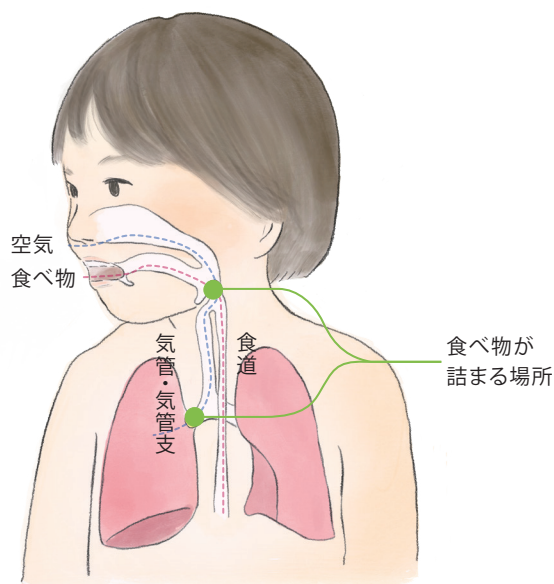
ときにきをつけること

過去に事故が発生した食材



① 食材については次のことに気を付けましょう

- こ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する
- 球形・かたい・粘着性が高いといった形状や性質の食べ物は避ける（過去に事故が発生した食材の例：ナッツ・豆類（ピーナッツなど）、ミニトマト（ブチトマト）、白玉団子、ぶどうなど）
- りんごなども基本的に使用を避け、どうしても食べさせる場合は、離乳食完了期までは加熱して与える…過去に事故が発生しており、かむことで細かくなったとしてもかたさ、切り方によってはつまりやすい



こどもの重大な事故を防ぐためのポイント ねる・たべる・みずあそび



② 食事の与え方・介助の仕方に配慮しましょう

- 食べ物はこどもの口に合った量で与え、汁物などの水分を適切に与える…のどや気管につまらせないようにする
- こどもの意志に沿うタイミングで与える…眠くなった、もう食べたくないといった食べることに集中できない様子を確認したら無理に食べさせない
- 食事中に驚かせない

③ こどもの様子を共有・観察しましょう

- 食事前に保護者や職員間でこどもの食事に関する情報を共有する（例：食べるための機能や食事に関する行動の発達状況、当日の健康状態など）
- 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）
- 食事中に眠くなっていないか・姿勢よく座っているかを注意する

たべるときにひそむリスク

- こどもは、奥歯が生えそろわず、かみ砕く力や飲み込む力が十分ではない
- 硬くてかみ砕く必要のあるナッツ・豆類などをのどや気管に詰まらせて窒息（ちっそく：食べ物がのど等につまること）したり、小さなかけらが気管に入り込んで肺炎や気管支炎を起こしたりするリスクがある
- 食べ物を口に入れたままで、走ったり、寝転んだり、笑ったり、泣いたり、驚いたり、声を出したりしたあと、一気に息を吸い込むと口の中の食物片が気管支に吸い込まれて、窒息・誤嚥（ごえん：食べ物などが気管や気管支に入ること）のリスクがある

みずあそび

のときにきをつけること

こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント ねる・たべる・みずあそび

監視に専念していない

監視者・指導者を分けて配置していない

① 監視体制を確保しましょう

- 「専ら監視を行う者」と「指導等を行う者」を分けて配置し、役割分担を明確にする
- 十分な監視体制の確保ができない場合は、プール活動・水遊びの中止も選択肢とする

② 監視者は監視に専念し、 こどもから目を離さないようにしましょう

- 監視者は、片付け、こどもの相手など他の作業を行わない（時間的余裕をもつ）
- 目立つ色の帽子などを身につける…誰が監視者であるか分かるようにする
- こどもに「監視の先生はみんなを守ることが仕事なので、話しかけない・用を頼まない・一緒に遊んだりできない」ことを知らせておく
- エリア全域を見渡せる場所から定期的に視線を動かしながら監視する
- 動かないこどもや、集団から外れて動くなど不自然な動きをしているこどもを見つける

目立つ色の帽子
ビブスを着用

監視者は監視に専念

みずあそびのときにひそむリスク

- 過去に、監視役の先生が、遊具の片付けなど、ほかの作業を行っていて、ふと目を話したすきに、こどもがおぼれた事故が起きている
- 監視場所に近いところや、浅い場所など、一般に安全と思われる場所も、おぼれる可能性がある
- おぼれるときは、助けを求めたり、苦しくて暴れるといった反応とは限らず、静かにおぼれることも多いと言われてい

応急処置

こどもの 重大な事故を防ぐための ポイント ねる・たべる・みずあそび

もしこどもの窒息などが起きてしまったら
突然心臓が止まったり、溺れたりした場合、
一刻も早い手当が必要ですよ。
すぐに**119番・応急処置**を開始しましょう。

心肺蘇生法 胸骨圧迫(心臓マッサージ)



強さ 胸の厚さが3分の1くらい沈む強さ

速さ 1分間に100～120回

幼児 胸骨の下部分を、手のひらの根元で押す

乳児 左右の乳頭を結んだ線の中央で少し足側を、指2本で押す

背部叩打法



幼児 こどもの後ろから片手を脇の下に入れ、胸と下あご部分を支えて突き出し、あごをそらせる。片手の付け根で両側の肩甲骨の間を強く迅速に叩く

乳児 片腕にうつぶせに乗せ顔を支えて、頭を低くして、背中の中を平手で何度も連続して叩く

胸部突き上げ法



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

腹部突き上げ法



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、腹部を上方へ圧迫
(※幼児のみ、乳児は除く)

参考資料



こども家庭庁
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
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
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety/effort/guideline/>



こども家庭庁
乳幼児突然死症候群(SIDS)について
<https://www.cfa.go.jp/policies/boshihoken/kenkou/sids/>



消費者庁
食品による子どもの窒息・誤嚥(ごえん) 事故に注意!
https://www.caa.go.jp/policies/policy/consumer_safety/caution/caution_047/



政府広報オンライン
窒息事故から子どもを守る
※玩具や食べ物などによる窒息のメカニズム・事故が起きてしまった際の対処法を解説
<https://www.gov-online.go.jp/prg/prg16245.html>



こども家庭庁
こどもの事故防止ハンドブック
<https://www.cfa.go.jp/policies/child-safety-actions/handbook>



消費者庁
幼稚園等のプール活動・水遊びでの溺れ事故を防ぐために
https://www.caa.go.jp/policies/council/csic/teaching_material/

監修

令和5年度子ども・子育て支援調査研究事業「教育・保育施設等における『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』等の効果的な周知方策についての調査研究事業」検討委員会