

事 務 連 絡  
平成 29 年 12 月 18 日

各都道府県子ども・子育て支援新制度担当部局  
各都道府県私立学校主管部（局）  
各都道府県民生主管部（局）  
各都道府県教育委員会  
指定都市・中核市子ども・子育て支援新制度担当部局  
各指定都市・中核市民生主管部（局） 御中

内閣府子ども・子育て本部参事官付  
文部科学省初等中等教育局幼児教育課  
厚生労働省子ども家庭局保育課

「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」からの  
注意喚起について

日頃より、子ども・子育て支援施策の推進、子ども・子育て支援新制度の施行  
にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

教育・保育施設等における重大事故の再発防止策については、平成 28 年 4 月  
に、内閣府・文部科学省・厚生労働省により「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。）を設置し、死  
亡事故等の重大事故の検証を行った自治体からヒアリングを行い、再発防止策等  
を議論しているところです。

有識者会議では、事故防止及び検証の実施に当たって速やかに注意喚起すべき  
事項については随時現場へ発信することとしており、今般、第 3 回及び第 4 回  
の会議の議論を踏まえて、注意喚起（別添 1）が行われました。

つきましては、この注意喚起事項について、関係機関、市区町村及び各施設・  
事業者に対し周知をお願いいたします。また、ミニポスター（別添 2）も作成し  
ましたので、こちらも参考に午睡中の対応等について、周知いただきますようお  
願いいたします。

【本件連絡先】

内閣府子ども・子育て本部  
TEL : 03-6257-1466（直通）  
文部科学省初等中等教育局幼児教育課  
TEL : 03-6734-3136（直通）  
厚生労働省子ども家庭局保育課  
TEL : 03-5253-1111（内線 4838）

## 注意喚起事項

有識者会議では、事故防止及び検証の実施に当たって速やかに注意喚起すべき事項については、随時現場へ発信することとしている。第3回及び第4回の会議において、国へ検証報告書の提出のあった5つの自治体のヒアリングを踏まえ議論を行ったところであるが、これまでの議論を踏まえて、当会議として注意喚起すべき事項を次のとおりまとめたので、保育従事者及び自治体におかれては留意願いたい。

なお、当会議では今後さらに議論を継続していくとともに、新たな検証報告のヒアリングも行っていくこととしており、必要に応じて随時注意喚起を発信していくこととする。

### 1. 事故の発生防止等の取組みについて

#### 睡眠中の事故防止の注意事項について

睡眠中の事故防止の注意事項として、1歳以上であっても子どもの発達状況により、仰向けに寝かせること。また、預け始めの子どもについては特に注意し、きめ細かな見守りが重要であること。

(説明等)

今回、検証報告のヒアリングを行った5件のうち死亡事例は4件であったが、そのうち睡眠中が3件(うつぶせ寝2件、体位不明1件)、うつぶせの状態が1件であった。年齢については、3か月児1名(死因不明)、7か月児1名(SIDS疑い)、1歳2か月児2名(死因不明及び窒息)で、1歳以上であっても睡眠中の事故は発生している。また、預けられた初日に死亡した事例が2件、9日目が1件、19日目が1件であった。預け始めの時期は事故が多く、エビデンスは明らかではないものの、検証報告ではリスクが高いと指摘されており、子どものストレスが高く保育士の子どもに対する発達状況の把握が必ずしも十分ではない期間であると考えられる。

以上のことから、睡眠中の事故防止の注意事項として 1歳以上であっても、寝返りができないなど子どもの発達状況により、仰向けに寝かせることが重要であること 預け始めの子どもについては、特にきめ細かな注意深い見守りが重要であることを周知徹底する必要がある。

なお、睡眠中の死亡事故は特に多いので、自治体による指導・監査時等により窒息等の事故防止

の取組みについて確認を行い、必要に応じて指導することも重要である。

子どもの安全を最優先とする意識の徹底と事故防止のガイドライン等（以下、「ガイドライン」という）の更なる周知徹底について

毎年同様の死亡事故（特に睡眠中）が発生していることに鑑み、子どもの安全を最優先とする意識の徹底がされていないことや事故防止及び事故発生時のガイドラインの内容が必ずしも現場の職員まで行き渡っていないことが考えられるので、これらのことが現場の職員まで行き渡り、よく認識されるように、国、自治体、施設・事業者は更なる周知徹底を図る必要がある。また、保育士等の養成課程段階からこれらの内容を周知することも重要である。

（説明等）

今回の検証報告の事故の内容は、睡眠中の体位がうつぶせ寝であったり、担当者が明確ではなく睡眠中の子どもを1人にさせたり、プールの監視に専念していなかったりしていたため発生した事故であった。このように過去に発生した事故と同様の事故が引き続き発生している現状を見ると、一部の施設において、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が不十分であったり、ガイドラインが必ずしも現場の職員まで行き渡っていない、或いは行き渡っていても各職員が内容をよく認識していないと考えられる。したがって、国、自治体及び施設・事業者はガイドラインの内容についてあらゆる機会を通じて周知徹底を行うとともに、多忙な現場を考慮して要点を絞った情報発信をするなどの工夫をしていく必要がある。また、保育士等の養成段階からこれらの内容を周知することも重要である。

「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について」平成28年3月31日付内閣府子ども・子育て本部参事官、文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局保育課長通知

事故発生状況の記録の重要性の周知徹底について

事故発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く事実を記録することが、検証及び再発防止のために重要であり、改めて周知徹底する必要がある。また、事故が発生しやす

い場面（睡眠中、水遊び、食事中等）には、ビデオ等の記録機器の活用も有効な手段だと考えられる。

（説明等）

死亡事故等の発生時の対応として、ガイドラインにも記載してあるとおり、施設・事業者及び施設職員は事故後その日のうちにできる限り早く事故の発生状況を記録することが、その後の検証を行う場合の事実確認及び再発防止のために重要であるが、実際は警察の聴取や関係書類が押収され事実関係の確認が困難であった例が見受けられた。時間が経てば経つほど記憶が曖昧になったり、他の人の意見等に影響されたりすることも考えられるので、事故の発生状況の記録はその日のうちにできる限り早く行うことが重要である。また、これもガイドラインに記載されているが、事故が発生しやすい場面（睡眠中、水遊び、食事中等）においては、ビデオ等の記録機器の活用も有効だと考えられる。

## 2. 検証について

検証を実施する場合の留意点について

- 1) 検証を行う趣旨の周知徹底を行うこと。
- 2) 事実関係や死因が明らかにならない場合もあり、「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめること。
- 3) 再発防止策は、なるべく現場に有効で実行性のあるものとする。
- 4) 検証委員会を設置運営する自治体担当部局への支援を行うこと。

（説明等）

- 1) 検証を行う趣旨の周知徹底を行うこと

検証を行う趣旨は、当有識者会議の前身の検討会の提言を受けて、国の通知により、

- ・死亡事故等の重大事故については、事故の発生前、発生時、発生後の一連のプロセスにおいて、子どもや周囲の状況、時系列の対応などを検証し、再発防止に役立てることは極めて重要な取組であること。
- ・死亡した又は重大な事故に遭った子どもやその保護者の視点に立って、発生原因の分析等を

行うことにより、必要な再発防止策を検討するために行うこと。

- ・関係者の処罰を目的とするものではないこと。
- ・死亡事故の検証は、事例ごとに行うこととしており、SIDS や死因不明とされた事例も対象としていること。
- ・検証の実施主体は、法に基づく認可権限、確認権限等を踏まえ、各自治体において実施すること。

と明記されている。

以上の趣旨を踏まえれば、仮に死因が疾病とされている場合でも、例えば、子どもの健康状態は把握していたのか、発生時の応急措置、119 番通報等の対応はどうだったかなどの検証を行うことは今後の再発防止のために非常に重要である。

また、事故の様態によっては、「保育プロセスに特に問題はなく、避けることが困難な事故であった」というような検証結果も考えられるが、このような場合でも、その検証結果がご家族や施設職員などの関係者が心を立て直す一助となることも考えられる。さらに、中にはご家族が、事故直後は検証等に思いが至らなかったものの、時間の経過の中で心情が変化して「事実を知りたい」と考えるようになり、数年後に検証の要望等に至る場合もあるだろう。このような場合、記憶の変質や証人の異動など検証等に支障をきたすことも考えられるので、関係者の記憶が鮮明な段階で検証を行っておくことの意義は大きい。

## 2) 事実関係や死因が明らかにならない場合もあり、「事実関係の確認」にとらわれすぎないように、集められた情報の中で再発防止策をまとめること

事実関係や死因を全て明らかにしたうえで、検証を進めていくことが理想ではあるが、現実的には、関係機関等から情報が入手できなかつたり、関係者の証言が得られない、或いは証言が異なったりして、事実関係や死因を明らかにできない場合がある。検証委員会は事実に基づき人を処罰することを目的としていない。また、「事実関係の確認」を全て行うのが極めて難しいことは、これまでの検証事例から明らかであり、この点にとらわれ過ぎると検証を進めることができなくなってしまう。したがって、検証委員会は、集められた情報を整理し、その中に異なる情報や真偽が判然としない情報がある場合は、両論併記をするなど、集められた情報の中で一連の保育のプロセスを検証し、考えられる再発防止策をまとめていくべきである。なお、死因の究明については、現在、厚生労働科学研究で子どもの死亡事例の検証（いわゆるチャイルド・デス・レビュー）について研究が進められており、これらも注視し制度化される場合には連携を図る必要がある。

### 3) 再発防止策はなるべく現場に有効で実行性のあるものとする

死亡事故等の検証を行い、再発防止策を議論していく過程において、当該事故に直接の因果関係のない制度的な議論がされることがあり、これを妨げるものではないが、再発防止策をまとめるにあたっては、当該事故の主な要因から焦点がぶれないように、現場へのメッセージが正しく伝わるように注意をし、なるべく現場にフォーカスした有効で実行性のある再発防止策を提言すべきである。また、そのためには検証委員会に現場の職員あるいは現場経験の豊富な者を入れることが望ましい。

### 4) 検証委員会を設置・運営する自治体担当部局等への支援を行うこと

死亡事故等の重大事故の検証は前述のとおり自治体の権限等に基づき実施されているところであるが、検証委員会を設置・運営する自治体の担当部局のほとんどは初めての経験であり、その負担は相当重いものであると考えられる。したがって、検証委員会の設置・運営については、担当する部局課のみならず自治体全体として取り組むべきと考える。また、市町村が検証を実施する場合は、都道府県が支援することとなっており、国の通知（「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 3 月 31 日内閣府子ども・子育て本部参事官、文部科学省初等中等教育局幼児教育課長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、同職業家庭両立課長、家庭福祉課長、保育課長連名通知））にもあるとおり、都道府県において、検証組織の委員候補者として適当な有識者をリストアップしておき、紹介する等の支援を行っていくとともに、国においても、既に検証を実施した自治体のノウハウを把握し、これから実施する自治体へ情報共有する等の支援を行うことが必要である。

# 検証報告書の概要

A

【被害児童の概要】 3カ月の男児が、預けた初日にうつぶせで心肺停止状態で発見。その後死亡。（死因不明）

【明らかとなった問題点や課題】

- ・ 保育の質が十分に確保されているとは言えない状況もあった。
- ・ 認可外保育施設のため、国・自治体からの補助を受けずに運営しており、十分な環境整備を図ることが難しいということがあった。
- ・ 保育の質を高めるための運営費補助、認可外保育施設の保育士等に対する研修の充実が必要。

【問題点や課題に対する提言】

（再発防止策）

- ・ 児童の健康状況並びに発育及び発達状況の把握
- ・ 環境構成への配慮及び安全管理の徹底
- ・ 緊急事態に備えマニュアル等を作成し、定期的な訓練を実施

（市が施設・事業者向けに講じること） （行政向け（制度的な対応を含む）～認可外保育施設制度について）

- ・ 保育施設事故防止マニュアルの作成
- ・ 保育士配置基準の見直し
- ・ 保育士・保育従事者研修の充実
- ・ 認可外保育施設の運営体制強化支援策の創設
- ・ 緊急連絡体制の整備
- ・ 認可外保育施設の指導監督基準の具体化
- ・ 乳幼児用呼吸モニターの設置支援

【被害児童の概要】 1歳2か月の男児が、通園19日目の午睡時（うつぶせ寝）に顔の布団に接した箇所が赤むらさきになっている事に気付く。その後死亡。（死因不明）

### 【明らかとなった問題点や課題】

- ・法人本部による園のサポート体制や職員の専門性の向上を支える体制が不十分である中、
  - 1) 経験の少ない職員構成
  - 2) 園職員だけの閉じられた中で工夫して対応せざるを得なかった状況であったこと
  - 3) 職員が特に担当を決めずに全園児にかかわるという体制
  - 4) 低年齢児に対しては午睡対応も含めて丁寧さに丁寧さを重ねて保育をしなければならないという共通認識やリスクの意識の薄さ
  - 5) 入所後間もない児童を集団から外して別室に寝かせる対応を園の方針とし、別室にいる児童の様子を把握する体制がなかったこと
  - 6) S I D S や窒息のリスクに関する知識、応急処置に関する知識・経験不足などの問題点や課題が見られた。

### 【問題点や課題に対する提言】

#### （施設・事業者向け）

- ・委託元企業と委託先保育事業者の連携を密にし、保育の知識を深める。
- ・重大事故が発生した場合は、事業者自身のみでなく第三者による検証を行うなど、徹底した再発防止策を検討する。

#### （行政向け（制度的な対応を含む））

- ・低年齢児及び入所後まもない1歳児に対する、特定の保育従事職員による丁寧な保育の重要性を周知徹底すること。
- ・新入園児の慣れ保育について、専門的な調査を実施してガイドラインを示し、新保育所保育指針に位置付けること。
- ・低年齢児に対する保育の重要性が増すことを踏まえ、集団規模を工夫する等の留意事項のガイドラインを示すこと。
- ・午睡中（うつぶせ寝）の留意事項を具体的に示し、全保育所に周知徹底すること。
- ・地域の消防署などと連携して救命救急訓練が実施できるよう支援し、巡回指導により指導すること。
- ・事業所内保育施設の委託元企業向け研修を実施するなど、委託先の保育事業者と連携を図れるよう支援すること。
- ・現行の仕組みの中においても認可外保育施設に対し、保育の実施主体の市区町村が都と連携し、積極的に関与できるようにすること。
- ・保育士養成施設は、低年齢児に対する保育内容、うつぶせ寝リスク、救命救急などの授業内容を充実させること。
- ・現在、国が進めている幼児教育の推進体制の構築の中に認可外保育施設を含めるなど配慮すること。



【被害児童の概要】5歳の女児が、プール活動中にうつ伏せで浮いている状態で発見（溺水）。意識不明のちに回復。  
【明らかとなった問題点や課題】

（１）危機管理体制及び安全対策について

- ・事故発生時の職員配置及び監視体制が、園児に対し十分に監視の目が行き届いていなかった。
- ・「自由遊び」の危険性について、職員間での認識が不十分であった。
- ・園児の健康管理について、きめ細かな健康状態の確認は行われていなかった。

（２）通常時における運営体制・安全管理体制について

- ・指導及び監視の役割分担、事故発生時の対応方法が明確にされていなかった。
- ・運営及び安全管理に関する職員間の共通認識・共通理解が不足していた。

以上の点が確認された後、具体的な取り組みがなされておらず、継続的な支援が十分とは言えない状況であることが分かった。

【問題点や課題に対する提言】

（施設・事業者向け）

- ・事故防止及びマニュアル等を策定し職員全員に周知し、かつ、必要に応じて保護者とも共有を行う。
- ・指導する者と監視する者の役割分担を明確にし、配置する。
- ・監視を行う際のリスクや注意すべきポイントについて、事前教育を行うとともに、各種研修・訓練等を計画的に実施する。
- ・職員間の認識の共有及び情報交換を行う職場環境を整備する。
- ・園児の健康管理の徹底及び一人一人の発育・発達の段階等を配慮した指導ができる体制を整備する。
- ・園児の特性とリスクを再確認したうえで、緊急時の通信手段の確保等、安全管理を徹底する。
- ・保護者と園の双方の危機管理・安全管理に対する協力体制の整備に取り組む。

（行政向け（制度的な対応を含む））

- ・実績が少ない新規の教育・保育施設等の設置者に対して、事故のリスク等について、十分に周知を行う。
- ・事故防止の観点からの指導監査の強化に努める。
- ・事故防止及び事故発生時の対応のための体制整備について支援するとともに、県及び市が連携し、必要な体制を整備する。

【被害児童の概要】7か月の男児が、午睡時に異変に気付く。その後死亡。（SIDSの疑い）

【明らかとなった問題点や課題】

園内の規定どおり、0歳児への5分に1回のブレスチェックがしっかり行われておらず、睡眠時のうつぶせ寝の状態確認やブレスチェックの重要性について、啓発や周知を再度行う必要がある。

(1) 施設整備のハード面

- ・本来は睡眠用でない、ベビーサークルをベビーベッドとして使用していた。
- ・室内の照明が薄暗く、子どもの表情を確認しにくい状況であった。

(2) 職員等のソフト面

- ・ブレスチェックについて、施設長間で共有されていたものの、各施設の職員間で共有されていなかった。

(3) 施設内での業務管理体制面

- ・子どもの体調などのチェックが不十分。
- ・かかりつけ医や投薬の状況、食事に関することなど、預かり表でのチェック項目が不足。
- ・利用者が予定より多い時の職員体制の構築が脆弱。
- ・一部の職員に過重な労働があったと推定。
- ・事故発生時の対応マニュアルは整備されていたが、活用されていなかった。
- ・市への報告が施設側から行われていなかった。

【問題点や課題に対する提言】

(施設・事業者向け)

- ・睡眠時のベビーサークルの使用を禁止する。
- ・子どもの表情を見ながら口元に手を当てて呼吸を確認する。
- ・職員間で定期的に情報共有を図る。
- ・ブレスチェックの際は、2人体制または複数人の確認に努める。
- ・緊急時に備え、救急蘇生法等の講習を受講するように努める。
- ・健康状態など、子どもの状態が詳しく分かるよう確認を行う。
- ・急きょ利用する子どもが増えた場合を想定し、当番制などであらかじめ職員を確保しておく。
- ・国のガイドラインに準じた園独自のマニュアルを策定し、職員間で情報を共有し、各保育室等の目につきやすい場所に配置しておく。

(行政向け(制度的な対応を含む))

- ・事前予告なしに巡回指導を行ったり、指導監査・監督及び立ち入り検査で、事故防止に関する内容を重点的に確認する。
- ・事故防止に関する研修会等の実施により、保育の質の向上及び再発防止策について共通認識を高めあう。

【被害児童の概要】 1歳2か月の男児が、預けた初日の午睡時（うつぶせ寝）に唇にチアノーゼを認知。その後死亡。（窒息の疑い）

【明らかとなった問題点や課題】

- （１）・一次救命処置の対応力が欠如 ・事故対応マニュアルの未整備
- （２）・睡眠時観察が不十分 ・記録様式が不十分
- （３）・入園初期の事故発生の危険性について理解が不十分 ・入園までの事前情報の共有が不十分
- （４）・認可外保育施設と認可保育施設の区分が曖昧 ・保育事故の教訓も含む啓発情報が不足  
・必要な時に必要な情報が簡易に入手できるための環境整備が未整備
- （５）・現状の指導監査体制が不十分 ・教訓等を活用可能な形で取りまとめる体制が不足  
などの問題点や課題が見られた。

【問題点や課題に対する提言】

（施設・事業者向け）

- ・普通救命講習への積極的な参加。

（行政向け（制度的な対応を含む））

- ・市は、「事故対応マニュアル作成の手引き」を作成し、各施設で更新・作成し、事故対応訓練を定期的に行うよう指導する。
- ・国において、AED設置推奨施設の具体例に保育施設を新たに位置づける。
- ・0歳児及び1歳児のうつぶせ寝禁止の再周知。
- ・睡眠時観察の際の記録様式自体に、うつぶせ寝をさせないといった注意喚起を記載するなど、最低限の確認ができていないレベルとする。
- ・入園初期の事故発生の危険性についての周知及び「慣らし保育」の啓発。
- ・入園初期の情報を効果的に収集する仕組みづくり。
- ・認可と認可外の施設では、指導する基準が異なっていることや、それぞれの特徴を保護者が理解し、正しく区分できるように情報提供内容を見直す。
- ・巡回指導員の増員及び立入調査等の実施や保育内容の充実及び事故対応の中心となる専任職員の配置といった指導監査体制の更なる充実。

# 睡眠中の死亡事故を防ぐために...

 仰向け\*に



寝かせることが重要です！

 何よりも 1 人にしないこと！

( \* 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 )



0 歳児だけでなく、  
1 歳以上児も発達状況にあわせて  
仰向けに寝かせてください

預け始めの時期は  
特にきめ細かな注意深い見守りが  
重要です

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ります。具体的には...

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、睡眠状態等を点検すること 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。

「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」より抜粋

\* 他にも、窒息のリスクに気付いた場合には、留意点として記録し、共有しましょう。

