

教育・保育施設における 重大事故の防止について

甲南大学教授

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座長

前田正子

1 教育・保育施設等における死亡事故件数

	認定こども園	認可保育所	小規模保育	家庭的保育事業	病児保育事業	認可外保育施設	合計
2004	— (注1)	7	—	—	—	7	14
2005	—	3	—	—	—	11	14
2006	—	5	—	—	—	8	13
2007	—	3	—	—	—	12	15
2008	—	4	—	—	—	7	11
2009	—	6	—	—	—	6	12
2010	—	5	—	—	—	8	13
2011	—	2	—	—	—	12	14
2012	—	6	—	—	—	12	18
2013	—	4	—	—	—	15	19
2014	—	5	—	—	—	12	17
2015	1	2	1	0	0	10	14
2016	0	5	0	1	0	7	13
2017	1	2	0	0	1	4	8
2018	0	2	0	1	0	6	9
2019	0	2	0	0	0	3	6(注2)
2020	2	1	0	0	0	2	5
2021	0	2	0	0	0	3	5

(注1) ーは、事故報告の対象ではなかったことを示す。(注2) この死亡者数には一時預かり事業での死亡者1名が含まれている(注3) 2003年までの事故件数は死亡も含めて公表されていない

(出典) 2004年から2014年までは厚生労働省「保育施設における事故報告集計」、2015年からは内閣府の「教育・保育施設等における事故報告集計」

食べ物による窒息
3件・同じことの繰り返し・なぜ？

2021年に園バス置き去り含む

2 重大事故報告・検証制度の仕組みの導入まで

2014年9月より

「教育・保育施設等における重大事故の再発防止に関する検討会」

保育現場が疲弊しないよう報告を絞り込み

- ①重大事故の対象となる施設・事業について拡大
- ②重大事故の範囲の明確化（死亡・治療30日以上・意識不明）
- ③報告様式・報告方式の明示（施設→自治体→国）
→2015年2月 上記のことを盛り込んだ通知が発出
- ④重大事故の再発防止のための事故の検証を自治体に求める
→2016年3月 再発防止のガイドラインと共に、事故後の検証についての通知が発出

3 教育・保育施設等の事故情報データベース

特定教育・保育施設等における事故情報データベース

「特定教育・保育施設等における事故の報告等について」（平成27年2月16日府政共生96号、26初幼教第30号、雇児保発0216第1号）等に基づき内閣府・文部科学省・厚生労働省に報告のあった事故の情報について、内閣府において集約・データベース化を行ったものについて公表しています。

また、平成29年度から、データを活用しやすくするために様式の変更を行いました。



※事故の概要、要因分析欄等各欄の記載は、事故の報告を行った自治体によるものです。

※個別の事故情報についてのお問い合わせには応じていません。

● 新様式分（平成29年度～）

▶ 令和3年度分（令和4年3月16日）

[事故概要（PDF形式：491KB）](#)  | [（Excel形式：456KB）](#) 

[事故詳細（PDF形式：1,720KB）](#)  | [（Excel形式：778KB）](#) 

4 有識者会議の年次報告

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28年4月より、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を開催し、地方自治体の検証報告等を踏まえた再発防止策についての検討や、事故データベースの分析を行っており、年次報告を取りまとめましたので公表します。

▶ **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年次報告（令和3年）（令和3年10月11日更新）**

[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（PDF形式：427KB）](#) 

▶ **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2年）（令和2年10月5日更新）**


[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（PDF形式：138KB）](#) 

▶ **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）（令和元年8月29日更新）**

[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（PDF形式：86KB）](#) 

▶ **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30日更新）**

[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（PDF形式：234KB）](#) 

[参考資料1 事故防止及び事故発生時対応マニュアル-基礎編-\(提供：大阪市\)（PDF形式：1,267KB）](#) 

[参考資料2 危険地図（提供：産総研） 1/3（PDF形式：1,531KB）](#)  | [2/3（PDF形式：1,154KB）](#)  | [3/3（PDF形式：579KB）](#) 

内閣府のホームページより

5～令和3年度 教育・保育施設重大事故防止に関する提言～

検証報告から得られた課題

依然として、子どもの安全を最優先とする意識の徹底が十分とはいえない状況が見受けられており、“保育者の安全意識が不十分”、“安全な教育・保育環境の確保の不足”、“緊急時の対応の不徹底”など「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」の周知・理解が十分でない等の基本的な部分での課題も浮き彫りとなっている。

令和3年報告書のコンセプト

これまでに重大事故の検証を実施した自治体に対して検証報告の公表後の取組状況等についての追跡調査及び国のガイドライン等をもとに独自マニュアル等を策定するなどの効果的な取組を行っている保育所・幼稚園・幼保連携型認定こども園を選定し、検証報告から得られた課題への効果的な取組について調査を実施。

自治体・教育・保育施設における重大事故防止に関する実態調査

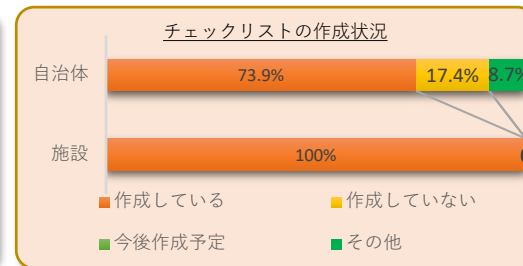
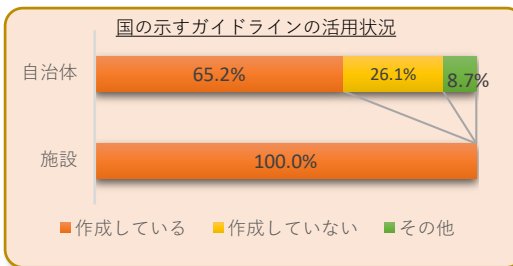
調査期間：令和3年2月26日～令和3年3月12日
(自治体23か所・園19か所)

特徴的な事例

- 抜打ちによる立入調査の実施による監査機能の強化
- 自治体単独事業による補助制度（認可外保育施設に対する）の実施による安全対策の強化
- 事故が想定される場合にに応じた独自マニュアルやチェックリストの作成による安全対策の強化
- 日々の保育活動をビデオカメラに記録することによる安全対策の強化

課題

- 当該自治体におけるガイドライン等を作成していないまま、国のガイドラインをそのまま教育・保育施設等に配布し、各園でガイドラインを作成するように指示しているケースが見受けられた。
- 重大事故に係る検証委員会の報告書の内容・提言が十分に引き継がれず実施状況が十分に把握されていないケースが見受けられた。



資料：自治体・教育・保育施設における重大事故防止に関する実態調査（内閣府）2021・8

地域の実情に応じたガイドラインの作成や研修の充実

- ・あらゆる場面を想定したマニュアルやチェックリスト等の作成
- ・研修の充実による保育者の資質向上
- ・保護者等への積極的な情報公開

自治体の実態に応じたマニュアル、チェックリストの作成と活用

提言 1

地域の実情に応じた自治体独自のマニュアル、教育・保育施設等の実態に応じたマニュアル等を作成による重大事故防止取組が重要である。国では、事故防止に関する効果的な取組事例を収集し周知するとともに、自治体や教育・保育施設等がそれぞれの実態に応じた事故防止対策をより一層講じるための参考となる理解しやすい資料の作成等の取組が必要である。また、これらのマニュアルやチェックリストが現場で十分に活用されるよう、研修充実等により保育者の意識の向上を図っていく必要がある。

事故検証委員会における提言等に基づく対策に対する確認等の実施

提言 2

重大事故の再発防止策の実施状況について確認・点検を行うことが必要である。その方法としては、重大事故に関する検証委員会による評価の継続や自治体で設置している既存の外部委員を入れた組織など自治体の実態に即した体制による確認・点検が考えられる。さらには、その結果をもとに改善事項等がある場合には、重大事故防止策のさらなる浸透・充実等を図る必要がある。国では、自治体の検証報告における再発防止策について確認・点検のフォロー等を行うとともに、引き続き重大事故の再発防止に向けた取組の充実が求められる。

6 同じような事故が繰り返されている

1. 事故のデータベースや年次報告の存在が知られていない
 2. 事故の検証報告（各自治体で作成）の存在が広く知られておらず、関係者の教材になっていない
 3. 教育・保育の現場で他の園での事故の要因が理解されていない⇒せつかくの検証が広く現場に活かされていない⇒同じような事が繰り返される
 4. 事故の起こった自治体であってもその後の教育・保育行政に活かしているところと、検証して終わりのところがある
 5. 監査する自治体側の人材の専門性にもバラツキがある
 6. 国の事故防止ガイドラインを自治体そのまま施設に配っているだけのところもある
 7. 事故報告・事故検証をどう現場の再発防止に結びつけるかの、工夫が不足している
- (昨年の園バス置き去りの事故検証報告は検証中のため今後提出される予定)

7国からの通知をどう現場につなげるか

- 国の通知は分かりにくく、現場では読み込めない
- 自治体や教育・保育の現場には国からの通知がたくさん来る
- 注意すべきポイントや現場が実施すべきチェックリスト、すぐできるアイデアや使えるツールなどがないと現場では活かせない
- 殆どの教育・保育施設の事故は保育の基本を怠ったり、基本的な知識の欠落から起こっている⇒避けられた事故
- 教諭・保育士の研修・具体的な事例からの学びなどが必要
- 多くのことを一度では覚えられない・通常の勤務中に短時間で必要なことを学べる研修の工夫（ランチタイム15分研修など）

8の1 内閣府の調査研究でツール作成

— 学びのツールの使い方 —

事故防止の意識を高めるための“学びのツール”を、事故が多い5つの場面に応じて2種類用意しました。家庭用プリンタやコンビニの複合機などで、好きなサイズに印刷できます。園の状況に応じて、ご自由にご活用ください！

ツールA 「保育職員の学びのツール」



「給食」



「豆まき」



「お昼寝」

「令和3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重大事故防止対策に係る調査研究

8の2 内閣府の調査研究でツール作成



「プール活動」



「遊具」



使い方の例

♪ 自園の工夫を書きましょう ♪

話し合いながら自園の取組みを書いてみましょう。

先生方のアイデアが引き出され、新たな工夫が生まれるかもしれません！

9 園バスにも基本のチェックリストが必要

- これまでの事故では「睡眠時」「食事」「水遊び」の3つの場面がリスクが高い状況として取り上げられていた
- 園バスは取り上げられてこなかった
- どこでミスが起こりやすいかを調べ、置き去りを起こさないための必要な作業マニュアルやチェックリストを作成
- それをそれぞれの園が自分たちの状況に合わせて使えるようにする
- 機械は補助に過ぎない・機器もセンサーの故障などあり得る
- 実際に園で、チェック作業の訓練を繰り返し替えず
- 監査の時に確認